

بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان

اسماعیل سلیمانی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی برازش مدل روابط ساختاری سلامت روان با کیفیت زندگی با آزمون نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع مدل روابط ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه ارومیه در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل می‌داد. از این جامعه آماری تعداد ۲۰۰ دانشجو به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ، فرم کوتاه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی و سلامت معنوی پولوتزین و الیسون استفاده شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و نرم‌افزار AMOS تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** ضرایب استاندارد مسیرها حاکی از آن است که مسیر کیفیت زندگی با سلامت روان ($r = 0.65$) و مسیر کیفیت زندگی به سلامت معنوی ($r = 0.59$) در سطح آماری معنادار است. همچنین نتایج حاکی از معنادار بودن مسیر غیر مستقیم کیفیت زندگی به سلامت روان از طریق سلامت معنوی است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، سلامت معنوی می‌تواند تعدیل‌کننده رابطه بین کیفیت زندگی با سلامت روان باشد.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، کیفیت زندگی، سلامت روان، دانشجویان.

دریافت مقاله: ۹۴/۱۰/۲۸؛ تصویب نهایی: ۹۵/۰۷/۳۰.

۱. دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه ارومیه، (نویسنده مسئول) / آدرس: آذربایجان غربی، ارومیه، والفجر ۲، خ صدا و سیما، دانشکده ادبیات، گروه علوم تربیتی / شماره: ۰۴۴۳۳۳۶۵۰۰ / Email: E.soleimani@urmia.ac.ir

الف) مقدمه

سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری‌های روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت انعطاف‌پذیر و معنادار است. یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با سلامت روان، سلامت معنوی است (سلیمانی و حبیبی، ۱۳۹۳). موضوع سلامتی^۱ از بدو پیدایش بشر در قرون و اعصار متمادی، مهم و همواره مطرح بوده است. سلامتی، طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از: حالتی که در آن فرد از نظر جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او هیچ نشانه‌ای از بیماری و روان‌رنجوری مشاهده نمی‌شود. سلامت روان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های زندگی سالم است که عوامل بی‌شماری در شکل‌بندی صحیح یا ناصواب آن دخیل‌اند. در طول چند دهه اخیر، مسئله سلامت روان به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت مورد توجه قرار گرفته است، حتی در جدیدترین پژوهشهایی که در کشورهای مختلف انجام شده، نشان داده شده که بیماری‌های روانی بالاترین شیوع و فراوانی را دارند و بالاترین اولویت بهداشتی مربوط به بیماری‌های روانی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹^۲). طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲، ۱۵۴ میلیون نفر از مردم جهان از افسردگی، ۲۵ میلیون نفر از اسکیزوفرنی و ۱۵ میلیون نفر از عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌بردند (گلدمن و همکاران، ۲۰۰۴^۳). با توجه به موارد ذکر شده، سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۰۱ را سال سلامت روان نامید و خاطر نشان ساخت که در این سال تمام ملل جهان وظیفه دارند سطح بهداشت روان خود، خانواده و اجتماع‌شان را ارتقا دهند.

تردیدی نیست که افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند، اما مسئله این است که میزان این تفاوتها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی، مذهبی، فرهنگی و حتی برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند، به مراتب بیشتر می‌شود و اثر روشهای گوناگون مواجهه و مقابله با عوارض ناشی از مشکلات روانی نیز تحت تأثیر ویژگی‌ها و مشخصه‌های مختلف افراد و اقشار مختلف خواهد بود. لذا توجه به عوامل مؤثر بر سلامت روانی بسیار مهم است. یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با سلامت روان که در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته، مذهب و سلامت معنوی بوده است. مذهب راهی است که اهداف زندگی را تفسیر کرده و به آن و حوادث موجود، معنا و ساختار می‌بخشد (امیدواری، ۱۳۸۷). با توجه به این توضیحات، از آنجا که تعداد زیادی از نوجوانان و جوانان در دانشگاهها دور از خانواده‌اند (حدود ۵ میلیون نفر) و با توجه به اهمیت قشر دانشجو طبق فرموده‌های مقام

1. Health
2. World Health Organization
3. Goldman

بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان ۵۶۷

معظم رهبری در آینده کشور ضروری به نظر می‌رسد عوامل تأثیرگذار در افسردگی، اضطراب و استرس (سلامت روان)، شناسایی و برای بهبود وضعیت دانشجویان اقداماتی به عمل آید. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی برازش مدل روابط ساختاری سلامت روان با کیفیت زندگی با آزمون نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان است.

ب) بیان مسئله

دانشجویان به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد و اجزای نظام آموزش عالی کشور، عنصری اصلی و مؤثر در رسیدن به این موفقیت تلقی می‌شوند. توجه به عواملی که سلامت روانی دانشجویان را تهدید می‌کند، یک مسئله روانی-اجتماعی با اهمیت است؛ زیرا عوامل مخدوش‌کننده سلامت روانی در محیط دانشگاه یا بی‌توجهی و غافل ماندن از آن می‌تواند این ذخایر را بی‌محتوا و روند توسعه را با دشواری‌هایی روبه‌رو سازد. بنابر این، ضرورت شناخت کاستی‌ها، مشکلات و وجوه آسیب‌شناسانه‌ای که سلامت روانی دانشجویان را به مخاطره می‌اندازد، از جمله ضرورت‌های مهم مدیریت خرد و کلان دانشگاه‌هاست (سلیمانی و بابایی، ۱۳۹۵). موضوعات سلامت شامل ارتقای کنش‌وری بهینه و به همان میزان، مداخله و کاهش نارسانکشن‌وری است. سلامت روانی شامل عدم حضور نارسانکشن‌وری در جنبه‌های روان‌شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی است (کیس و لویز، ۲۰۰۲). مطالعه منابع همه‌گیرشناسی در مورد سلامت روان نوجوانان نشان می‌دهد که افسردگی، سوء مصرف مواد و خودکشی، سه علت رایج مرگ نوجوانان است (بروکن و سود، ۲۰۰۶). سپهرمنش و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیق خود با بررسی ۴۰۰ نفر از نوجوانان دریافتند که حدود ۱۰ درصد از نوجوانان، مشکوک به اختلال روانی‌اند. شایع‌ترین علائم بر اساس آزمون SCL-90-R به ترتیب عبارت بودند از: افکار پارانوئید، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری (سپهرمنش و همکاران، ۲۰۰۳). امامی و همکاران (۲۰۰۷) با بررسی ۴۵۹۹ نوجوان دختر و پسر در تهران به این نتیجه رسیدند که حدود ۱۹/۵ درصد از نوجوانان نمره بالاتر از میانگین در آزمون GHQ آوردند (امامی و همکاران، ۲۰۰۷). منتظری و همکاران (۲۰۰۳) در بررسی سلامت روان ۷۴۸ جوان به این نتیجه رسیدند که ۴۴ درصد از افراد نمونه، مشکلاتی در سلامت روان دارند. (منتظری و همکاران، ۲۰۰۳)

از عوامل تعیین‌کننده سلامت روانی، بحث کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی ادراکات فرد از وضعیت زندگی‌اش، با توجه به نظام‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند و مرتبط با اهداف، انتظارات، معیارها و نگرانی‌هایش است؛ مفهوم گسترده‌ای است که به شکل پیچیده‌ای از سلامت جسمی،

حالت روان‌شناختی، سطح استقلال و ارتباطات اجتماعی فرد و رابطه این عوامل با ویژگی‌های برجسته محیطی افراد تأثیر می‌پذیرد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳). در پژوهش‌ها نشان داده شده است که کیفیت زندگی الزماً همیشه با عملکردها و نقصهای فیزیکی همبستگی قوی ندارد (شارپه و همکاران، ۲۰۰۵) و این امر نشان‌دهنده این است که علاوه بر صرف بیمار بودن، عوامل بسیاری بر کیفیت زندگی تأثیر دارد. آلارت، سویریان و کاوسون گلیه^۳ (۲۰۱۲) در پژوهشی مروری به این نتیجه رسیدند که عوامل روان‌شناختی بسیاری نظیر افسردگی، اضطراب، نودوستی، عزت نفس، منبع کنترل، روحیه مبارزه‌طلبی، ناامیدی، درماندگی، آشفتگی هیجانی، حمایت اجتماعی، ادراک سلامت کلی، درک معنای زندگی و معنویت در ابعاد کیفیت زندگی مؤثر است. تحقیقات نشان می‌دهد معنویت و راهبردهای مذهبی از عوامل مهم مؤثر در کیفیت زندگی به حساب می‌آید. (تاراکشوار و همکاران، ۲۰۰۶؛ گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶)

با توجه به اینکه سلامت روان جنبه‌های گسترده‌ای از زندگی را در بر می‌گیرد و عوامل و متغیرهای روان‌شناختی به هم پیوسته بسیاری در ابعاد سلامت روان مؤثرند، صحبت از اثرات مستقیم و واسطه‌ای متغیرهای مختلف به میان می‌آید. با نگاهی به ادبیات پژوهشی و مرور یافته‌ها، به نظر می‌رسد از میان متغیرهای روان‌شناختی، سلامت معنوی احتمالاً می‌تواند در رابطه بین کیفیت زندگی با سلامت روان نقش واسطه‌ای ایفا کند. پالوتزین و الیسون^۶ (۱۹۸۲) سلامت یا بهزیستی معنوی را شامل دو بعد اساسی دانستند: یک بُعد، سلامت وجودی (معنویت) و بُعد دیگر، سلامت مذهبی (مذهب)؛ که بُعد اول شامل یک ادراک کلی از زندگی و رضایت از آن و داشتن معنا و هدف در زندگی است و بُعد دوم بیانگر ارتباط با خداست. کوپینگ، مک کلاف و لارسون^۷ (۲۰۰۱) نقل از مورری-آلمدیا و کوپینگ^۷ (۲۰۰۶) مذهب و معنویت را چنین تعریف کردند: الف) مذهب: نظامی سازمان‌یافته از باورها، اعمال، آیین‌مندی‌ها و نمادهایی است که برای تسهیل نزدیکی به قدرتی روحانی و برتر (خدا، نیروی برتر، قدرت الهی و حقیقت/واقعیت نهایی) طرح شده است. ب) معنویت: جستجویی شخصی برای یافتن پاسخ به سؤالهای اساسی در مورد زندگی، معنا و ارتباط با قدرت روحانی و برتر است. اعمال مذهبی و معنویت با کمک به افراد برای برقراری ارتباط درونی با یک موجودیت بالاتر و کسب قدرت و حمایت، به کنار آمدن و مقابله با استرس مربوط به بیماری سرطان کمک می‌کند و اینگونه در افزایش سطح کیفیت زندگی بیمار مؤثر است (تاراکشوار و همکاران، ۲۰۰۶).

-
1. WHO: World Health Organization
 2. Sharpe, Butow, Smith, McConnell & Clarke
 3. Allart, Soubeyran & Cousson. Gélie
 4. Tarakeshwar, Vanderverker, Paulk, Pearce, Kasl & Prigerson
 5. WHOQOL SRPB Group
 6. Paloutzian, & Ellison
 7. Moreira, Almeida & Koenig

۵۶۹ \diamond بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان

پژوهش‌های بسیاری رابطه مثبت بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی را نشان داده‌اند. (تاراکشوار و همکاران، ۲۰۰۶؛ گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶؛ والوروپالی و همکاران،^۱ ۲۰۱۲؛ شجاعی و سلیمانی، ۱۳۹۴؛ سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴)

با توجه به ادبیات پژوهشی و آنچه اشاره شد، کیفیت زندگی و سلامت معنوی رابطه مستقیم با سلامت روان دارند و از طرف دیگر، احتمال آن می‌رود که کیفیت زندگی به طور غیر مستقیم از طریق سلامت معنوی، با سلامت روان رابطه داشته باشد. لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سؤال است که: آیا رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت معنوی با سلامت روان رابطه‌ای ساده و خطی است یا سلامت معنوی می‌تواند در این رابطه نقش واسطه‌ای ایفا کند؟ به عبارتی؛ پژوهش حاضر در صدد بررسی برازش مدل روابط ساختاری سلامت روان با کیفیت زندگی با آزمون نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان است.

ج) ادبیات تحقیق

معنویت اغلب به عنوان رابطه با خدا در نظر گرفته می‌شود؛ اما می‌تواند در رابطه با طبیعت، هنر، موسیقی، خانواده، اجتماع یا هر چیزی که به شخص یک حس هدفمندی و معنایابی بدهد، باشد (پوجاسکی و رومر،^۲ ۲۰۰۰). معنویت به مثابه آگاهی از هستی و نیروی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر باشد. (لئونگ، چو و چن،^۳ ۲۰۰۶)

تقریباً همه مؤلفان، دو سازه مذهب و معنویت را از هم متمایز کرده‌اند. با نگاهی به وجوه تفاوت بین این دو سازه می‌توان خصیصه‌های هر یک را شناسایی کرد. برای مثال، برخی پژوهشگران بیان کردند که مذهب از طریق یادگیری از دیگران به وجود می‌آید، اما معنویت از باورهای و تجربیات شخصی فرد نشأت می‌گیرد (میلز و وودهد،^۴ ۲۰۰۵). همچنین *بالبونی* و همکاران^۵ (۲۰۰۷) پیشنهاد کردند که مذهب می‌تواند یک سری افکار و شیوه‌های به اشتراک گذاشته شده باشد، اما معنویت، کاربرد این باورها و شیوه‌ها در زندگی شخصی است. *زین‌یاور*، *پارگامنت* و *اسکات*^۶ (۱۹۹۹) این مقایسه‌ها را بیان کردند: مذهب، بیرونی و رسمی است؛ اما معنویت، درونی و شخصی است. مذهب، ایستا است و ماهیت مستقل دارد؛ اما معنویت، پویا و عملکردی است. *بویورین* و همکاران (۱۹۹۹) نقل از رضایی، سیدفاطمی و حسینی، (۲۰۰۶) عنوان می‌کنند که سلامت معنوی تجربیات معنوی انسان در دو چشم‌انداز است: الف) سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از

1. Vallurupalli, Lauderdale, Balbon, Phelps & et al

2. Puchalski, Romer

3. Leung, Chiu & Chen

4. Heelas & Woodhead

5. Balboni, Vanderwerker, Block, Paulk, Lathan, Peteet & Prigerson

6. Zinnbauer, Pargament & Scott,

سلامتی در زندگی معنوی هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است. ب) سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود و محیط بحث می‌کند.

پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) سلامت وجودی را یک حس کلی رضایت از زندگی و داشتن معنا و هدف در زندگی می‌دانند. آنها پیشنهاد می‌کنند که کیفیت زندگی، عینی است و به یک حس بهزیستی و رضایت از روابط بین فردی مربوط می‌شود. آنها همچنین پیشنهاد می‌کنند هر فردی نیاز به چهار چیز اساسی دارد: ۱) منابع مادی مورد نیاز، ۲) رابطه با دیگران، ۳) یک دلیل برای بودن یا به عبارتی احساس رضایت وجودی از خود، ۴) قائل بودن معنا برای زندگی.

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان، با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح و تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویش، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (کارون و هیرنل،^۱ ۲۰۰۳). فیشر^۲ (۲۰۱۰) با توجه به مفهوم‌بندی پالوتزین و الیسون، سلامت معنوی را حالتی پویا در نظر می‌گیرد و چهار بُعد یا حوزه مختلف برای آن معرفی می‌کند: افراد برای داشتن یک حالت مطلوب سلامت معنوی باید در چهار حوزه شخصی، همگانی، محیطی و متعالی^۳ عملکرد مطلوب و هماهنگی داشته باشند.

متغیر دیگر مورد مطالعه در پژوهش حاضر، کیفیت زندگی است. تعاریف بسیاری از کیفیت زندگی شده است و ابعاد مختلفی برای آن در نظر گرفته‌اند. اما عاملی که در همه این مفهوم‌بندی‌ها به چشم می‌خورد، رضایت کلی شخص و ادراک شخص از وضعیت خود در زمینه‌های مختلف است (شجاعی و سلیمانی، ۱۳۹۴؛ سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی برای اولین بار در پزشکی در دهه ۱۹۷۰ معرفی شد و بعد از حدود ۵۰ سال، این سازه رشد بی‌نظیری داشته، توسط بسیاری از پژوهشگران و انتشارات علمی تأیید شده، تعاریف بسیاری از آن صورت گرفته و ابزارهای مختلفی برای ارزیابی آن در گروه‌های مختلف تدوین شده است (جاسس و همکاران،^۴ ۲۰۱۳). از میان تعاریف مختلف کیفیت زندگی، بیشتر از همه بر تعریف سازمان جهانی بهداشت توافق وجود دارد. گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) در تعریف خود از این سازه می‌نویسد: «کیفیت زندگی ادراکات فرد از وضعیت زندگی با توجه به نظام‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند و مرتبط با اهداف، انتظارات، معیارها و نگرانی‌هایش است؛ مفهوم گسترده‌ای است که به شکل پیچیده‌ای از سلامت جسمی، حالت روان‌شناختی سطح استقلال و ارتباطات اجتماعی فرد و رابطه این عوامل با ویژگی‌های برجسته محیطی افراد تأثیر می‌پذیرد».

1. Craven & Hirnle

2. Fisher

3. Personal, Communal, Environmental, and Transcendental domains

4. Jaszcz, Klocek, Adameczyk & Bulpitt

۵۷۱ ◆ بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان

کیفیت زندگی، یک سازه چند بُعدی است که حیطه‌های مختلف عملکرد، شامل هیجانی، جسمی، جنسی و اجتماعی را در بر می‌گیرد (ویکتورسون و همکاران، ۲۰۰۷). حیطه جسمی مربوط به ارزیابی ذهنی شخص از وضعیت سلامت جسمی و عملکردهای بدنی خویش (مثل درد، خستگی، بی‌اختیاری و ورمهای لنفاوی) است؛ در حالی که مؤلفه هیجانی، عملکردهای روانی شامل نشانگرهای منفی و مثبت خلقی (مثل اضطراب، نشانگان افسردگی و پریشانی) و محدودیتهای ادراک شده به سبب مشکلات عاطفی را در بر می‌گیرد. کیفیت زندگی جنسی به ادراک عملکردهای جنسی، تغییر در امیال جنسی و مشکلات تصویر بدنی برمی‌گردد. حیطه اجتماعی اغلب شامل تأثیر بیماری بر نقش اجتماعی فرد و مطلوبیت حمایت‌های اجتماعی ادراک شده است. این حیطه‌ها به هم مرتبط‌اند. (ویکتورسون و همکاران، ۲۰۰۷؛ استانتون، رونسون و تنن، ۲۰۰۷)

متغیر برون‌داد مورد مطالعه در پژوهش حاضر، سلامت روان است. از اصطلاح سلامت روانی^۳ برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می‌شود. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روانی است. هدف هر جامعه فراهم کردن شرایطی است که سلامت اعضای جامعه را تضمین کند؛ زیرا سلامت روانی قسمتی از سلامت کلی و عمومی است. منظور از سلامت روانی، سلامت ابعاد خاصی از انسان مانند هوش، ذهن و فکر است. از طرف دیگر، سلامت روانی بر سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد. پژوهشهای اخیر ثابت کرده‌اند که یک سری اختلالهای فیزیکی و جسمی به شرایط روانی مرتبط‌اند. با وجود اینکه سلامت روان مفهومی وسیع است که خیلی وسیع از آن استفاده می‌شود، اما هنوز تعریفی کلی که مورد قبول همه باشد از آن به دست نداده‌اند. هر فرد یا گروهی تصور خاص از سلامت روانی دارد؛ در صورتی که سلامت فیزیکی و جسمی چنین وضعی ندارد. در دهه‌های اخیر متغیرهای مهمی در سلامت روانی افراد نقش بسزایی پیدا کرده‌اند؛ از جمله این متغیرها، کیفیت زندگی و سلامت معنوی است که مطالعه حاضر به دنبال بررسی برازش مدل روابط ساختاری سلامت روان با کیفیت زندگی با آزمون نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان است.

د) پیشینه تحقیق

در مروری بر پژوهشهای پیشین در دسترس پژوهشگر، پژوهشی که مستقیماً به بررسی مسیرهای واسطه‌ای یا مدل تحلیل مسیر پردازد یافت نشد. با این همه به موارد مشابه از نوع روش همبستگی و رگرسیون اشاره می‌شود.

1. Victorson, Cella, Wagner, Kramer & Smith

2. Stanton, Revenson & Tennen

3. mental health

والروپالی و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «نقش معنویت و راهبردهای مذهبی در کیفیت زندگی» نشان دادند که اکثر شرکت کنندگان (۸۴ درصد) برای مقابله با شرایط، به راهبردهای مذهبی اتکا کردند. در این پژوهش بین معنویت و راهبردهای مذهبی با سطوح کیفیت زندگی بیماران رابطه‌ای مستقیم یافت شد که این رابطه در مورد معنویت و کیفیت زندگی، قوی‌تر از راهبردهای مذهبی و کیفیت زندگی بود. هر دو متغیر به نحو مؤثری پیش‌بینی کننده سطوح کیفیت زندگی بودند.

گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) در پژوهشی بین‌المللی در ۱۸ کشور و حجم نمونه ۵۰۸۷ نفری به بررسی رابطه معنویت، مذهب و باورهای شخصی با کیفیت زندگی پرداخت. نتایج نشان داد که ابعاد نام‌برده با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی رابطه دارد و بیشترین رابطه در حیطه‌های روان‌شناختی و اجتماعی و کیفیت زندگی به طور کلی بود. وقتی نمرات تمام حیطه‌ها وارد معادله رگرسیون سلسله‌مراتبی گام به گام شدند، تمام حیطه‌ها در پیش‌بین کیفیت زندگی وارد شدند و ۶۵ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که معنویت، مذهب و باورهای شخصی در کنار ابعاد روان‌شناسی و اجتماعی، با حوزه‌های کیفیت زندگی رابطه دارند. اما از طرف دیگر، وقتی تمام این ابعاد در پیش‌بینی کیفیت زندگی وارد می‌شوند، ابعاد مذهبی، معنوی و باورهای شخصی، تأثیر کمتری نسبت به ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی دارند.

در پژوهشی که سالونن و همکاران (۲۰۱۲) با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه در یک دوره شش‌ماهه انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ادراک شده بر تغییرات عملکرد جنسی، کیفیت زندگی به طور کلی و سلامت اثر می‌گذارد.

سالونن و همکاران (۲۰۱۴) در پیش‌بینی کیفیت زندگی از طریق درد، اضطراب و افسردگی بیان کردند که بین سطوح درد و افسردگی همبستگی بالایی وجود دارد. همچنین افسردگی با سطح سلامت و حیطه کلی کیفیت زندگی، همبستگی منفی قوی دارد. همچنین افسردگی با مشکلات جنسی و شدت دردهای بعدی مربوط به بیماری و درمان رابطه مثبت نشان داد.

میستاکیو و همکاران (۲۰۰۸) مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، ناامیدی و افسردگی با کیفیت زندگی انجام دادند. سن، افسردگی و ناامیدی به طور معناداری با مقیاس مؤلفه ذهنی کیفیت زندگی همبستگی نشان دادند. تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که ناامیدی به همراه سن، جنسیت و سطح عملکرد، ۴۸ درصد واریانس مؤلفه ذهنی کیفیت زندگی را تبیین کرد؛ یعنی سطوح پایین ناامیدی،

بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان ۵۷۳

مذکر بودن و عملکرد بهتر، پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بهتر بود. در این مطالعه متغیر افسردگی در مدل پیش‌بینی، نتایج معناداری را نشان نداد.

گونزالس و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود با عنوان بهزیستی معنوی و نشانگان افسردگی به این نتیجه رسیدند که بعد از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی، مرحله بیماری و زمان بعد از تشخیص، بهزیستی معنوی می‌تواند افسردگی را به طور معکوس پیش‌بینی کند. مؤلفان پیشنهاد کردند که بهزیستی معنوی راهبرد مقابله‌ای قدرتمندی در برابر تأثیرات نشانگان افسردگی به عنوان نشانه بالینی سلامت روان است.

نلسون و همکاران (۲۰۰۲) ارتباط معنویت، مذهب و افسردگی را در ۱۶۲ بیمار مبتلا به سرطان (۷۸ بیمار) و ایدز (۸۴ بیمار) بررسی کردند. یافته‌ها حاکی از وجود یک ارتباط قوی منفی بین بهزیستی معنوی و افسردگی بود ($P < ۰/۰۰۱$ ، $-۰/۴۰$)، اما چنین رابطه‌ای بین مذهب و افسردگی یافت نشد. همچنین در همین پژوهش به منظور پیش‌بینی افسردگی از روی متغیرهای معنویت، مذهب، حمایت اجتماعی و بهزیستی جسمی (تعداد نشانگان جسمی و سطح عملکرد جسمانی) تحلیل رگرسیون صورت گرفت. بین شمار نشانگان جسمی و افسردگی رابطه مثبت، بهزیستی معنوی و افسردگی رابطه منفی و بین مذهب و افسردگی رابطه مثبت ناچیزی وجود داشت.

بالنجانی، خشابی، امانپور و عظیمی (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین سلامت وجودی و سلامت مذهبی (ابعاد بهزیستی معنوی) و همچنین بین مذهب درونی و اعمال مذهبی، با امیدواری رابطه وجود دارد. از بین متغیرهای نامبرده، اعمال مذهبی سازمان‌یافته، مذهب درونی و سلامت وجودی توانستند ۶۱/۲ درصد واریانس امید را تبیین کنند.

در سرتاسر ادبیات پژوهشی و مفهوم‌بندی‌های صورت گرفته از متغیرهای مورد مطالعه وابسته به سلامت روان، روابطی تعاملی، چندسویه و درهم تنیده دیده می‌شود. این روابط به گونه‌ای است که نمی‌توان هیچ یک از این سازه‌ها را جدای از دیگری در نظر گرفت. حتی گاه برخی مؤلفان و پژوهشگران یکی از این متغیرها را به عنوان یک عامل از متغیری دیگر در نظر گرفته‌اند. با این حال، مطالعه حاضر با هدف بررسی برازش مدل روابط ساختاری سلامت روان با کیفیت زندگی با آزمون نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان صورت گرفته است.

هـ) روش

با توجه به اینکه محقق درصدد بررسی روابط ساختاری است، این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی و مدل معادلات ساختاری می‌باشد. در این روش پژوهشی، محقق بدون اینکه قصد تغییر در هیچ یک از متغیرها را داشته باشد، ارتباط بین آنها را با هم بررسی می‌کند. بنابر این، تحقیق در موقعیت طبیعی و به دور از هر گونه دستکاری میدانی و آزمایشگاهی انجام شد. هدف در معادلات ساختاری، آزمودن روابط ساختاری مبتنی بر نظریه‌ها و یافته‌های تحقیقاتی موجود است. (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۵)

۱. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه ارومیه در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند. از این جامعه آماری تعداد ۲۰۰ دانشجوی دانشگاه ارومیه به صورت خوشه‌ای تصادفی از رشته‌های علوم تربیتی، روان‌شناسی، حقوق، الهیات و عمران انتخاب شدند که ۵۰ درصد (۱۰۰ نفر) دختر و نصف دیگر پسر بودند.

۲. ابزار

یک) پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی): پرسشنامه‌ای معتبر است که به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می‌شود. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۳) با روش ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱ سال) که ۵۲ درصد آنها زن بودند، هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده‌مقیاسها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ است، به غیر از خرده‌مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان دادند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است. پرسشنامه (SF-۳۶) شامل ۳۶ سؤال است که ۳۵ سؤال آن در ۸ خرده‌مقیاس چند ماده‌ای خلاصه شده است: هشت مقیاس در دو بعد سلامت جسمانی^۱ و سلامت روانی خلاصه می‌شود. چهار خرده‌مقیاس اول، شامل کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی، در بعد «سلامت جسمانی» و چهار خرده‌مقیاس آخر، شامل سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجان و سلامت روانی در بعد «سلامت روانی» ترکیب می‌شود.

دو) پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون: این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال برای سنجش سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر برای سنجش سلامت وجودی است. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی،

بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان ۵۷۵

هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد. در سؤالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی شد.

سه پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲): پرسشنامه خود گزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف غربالگری کسانی که دارای یک اختلال روانی اند، از آن استفاده می‌شود. فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه برای تمامی افراد قابل اجراست و به عنوان یک ابزار سرندی می‌تواند احتمال وجود اختلال روانی را در فرد تعیین کند. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی است و بر مبنای مجموع نمره‌ها نیز یک نمره کلی به دست می‌دهد. در این پرسشنامه، نمره بالا به منزله سلامت عمومی کمتر است. اعتبار فرم ۲۸ سؤالی سلامت عمومی توسط پالاهنگ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

۳. روش اجرا

برای جلب موافقت دانشجویان جهت شرکت در پژوهش، ابتدا توضیحاتی درباره پژوهش، اهداف و مزیت‌های آن و نیز نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه و درباره محرمانه ماندن اطلاعاتشان به آنها اطمینان داده شد و پرسشنامه‌ها در بین نمونه مورد مطالعه توزیع شد. پس از بررسی و حذف موارد ناقص، داده‌ها به کمک ضریب همبستگی پیرسون و مدل روابط ساختاری، تجزیه و تحلیل شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار AMOS تحلیل و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

و) یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت کنندگان مطالعه حاضر برابر با ۲۱/۶۵ (۳/۵۴) است. در جدول ۱، قبل از پرداختن به آزمون الگوی نظری، شاخصهای توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش براساس آزمون پیرسون ارائه شده است تا رابطه بین متغیرها بررسی شود.

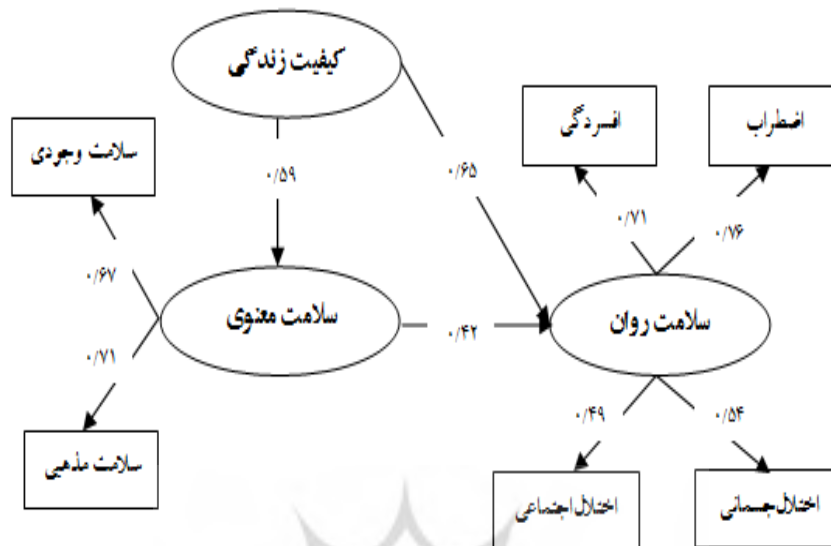
جدول ۱: ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	(SD)M	۱	۲	۳
۱. سلامت معنوی	(۲/۷۸)۱۴/۵۴	۱		
۲. سلامت روان	(۱۰/۲۳)۹۸/۱۳	۰/۵۹**	۱	
۳. کیفیت زندگی	(۱۴/۹۷)۱۲۱/۳۴	۰/۴۹**	۰/۶۱**	۱

جدول ۲ مقایسه شاخصهای برازش مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده را نشان می دهد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۲، هر چند در مدل پیشنهادی اولیه، سه شاخص کای اسکوئر نسبی (CMIN/DF)، نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)، برازش مدل را تأیید می کنند؛ با این وجود، شاخصهای دیگر از جمله: شاخص نیکویی زیرنویس برازش (GFI)، شاخص برازش افزایش (IFI)، شاخص برازندگی توکر- لویس (TLI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI) و جذر میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، عدم برازش مدل پیشنهادی را تأیید کرده و نیاز به اصلاح مدل را نشان می دهند. از این رو، به منظور بهبود مدل، دو اصلاح همبسته کردن مسیر متغیرها و مسیر خطاها که بین متغیرهای اصلی این خطاها همبستگی بالایی وجود داشت، از بین گزینه های پیشنهادی نرم افزار AMOS انتخاب و همبسته شدند. بعد از اعمال تغییرات و اصلاح، مدل مجدداً مورد آزمون قرار گرفت و همان طور که در جدول ۲ آورده شده تمامی شاخصهای برازش مدل اصلاح شده برازش مدل اصلاحی را تأیید کردند.

جدول ۲. مقایسه شاخصهای برازندگی مدل پیشنهادی و اصلاح شده

شاخصها	CMIN/DF	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	PNFI	RMSEA
بازه قابل قبول	۱ تا ۵	> ۰/۹۰	> ۰/۸۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۵۰	> ۰/۰۸
مدل پیشنهادی اولیه	۳/۲۲	۰/۸۵	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۶	۰/۸۶	۰/۶۶	۰/۰۹۱
مدل اصلاح شده نهایی	۲/۹۸	۰/۹۰	۰/۸۳	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۶۳	۰/۰۷۹



شکل ۱: مدل اصلاح شده نهایی به همراه ضرایب استاندارد مسیرها

ضرایب استاندارد مسیرها در شکل ۱ حاکی از آن است که مسیر کیفیت زندگی با سلامت روان (0/65) و مسیر کیفیت زندگی به سلامت معنوی (0/59) در سطح آماری $P < 0/01$ معنادار است. همچنین به منظور بررسی معناداری رابطه واسطه‌ای از آزمون بوت استراپ نرم افزار AMOS استفاده شده که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون بوت استراپ برای مسیرهای غیرمستقیم

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	نمونه‌گیری مجدد	حد پایین	حد بالا	فاصله اطمینان
کیفیت زندگی	سلامت روان	سلامت معنوی	۲۰۰	-۰/۰۰۴	۰/۲۰۲	۰/۹۵

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که حد پایین و حد بالای مسیرهای غیرمستقیم کیفیت زندگی به سلامت روان از طریق سلامت معنوی صفر را در برنمی‌گیرند که حاکی از معنادار بودن مسیرهای غیرمستقیم است. به عبارت دیگر؛ نقش میانجی سلامت معنوی در ارتباط بین کیفیت زندگی با سلامت روان مورد تایید قرار گرفت.

ح) بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی برآزش مدل روابط ساختاری سلامت روان با کیفیت زندگی با آزمون نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان بود. بعد از گردآوری داده‌ها، نتایج مدل روابط ساختاری نشان داد ضرایب استاندارد مسیرها حاکی از آن است که مسیر کیفیت زندگی با سلامت روان ($r = 0/65$) و مسیر کیفیت زندگی به سلامت معنوی ($r = 0/59$) در سطح آماری معنادار است. همچنین نتایج حاکی از معنادار بودن مسیر غیر مستقیم کیفیت زندگی به سلامت روان از طریق سلامت معنوی است. به عبارت دیگر؛ بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه‌گیری کرد که سلامت معنوی می‌تواند تعدیل‌کننده رابطه بین کیفیت زندگی با سلامت روان باشد. بنابر این، با توجه به شاخصهای برآزش به دست آمده در پژوهش حاضر، مدل پیشنهادی در خصوص روابط ساختاری سلامت روان با کیفیت زندگی با آزمون نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان، دارای برآزش معنادار از لحاظ آماری است.

متأسفانه پیشینه‌ای برای مقایسه نتایج مطالعه حاضر با آنها وجود نداشت، اما در تبیین نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت تأثیر ارزشها و عقاید مذهبی در سلامت روانی افراد طی پژوهشهای گوناگونی بررسی شده است. یک مطالعه جدید نشان داده است که عقاید مذهبی قوی‌تر باعث ایجاد یک اثر مثبت روانی می‌شود که در ارتقای سلامت روانی مؤثر است. همچنین اعتقادات مذهبی باعث افزایش سلامت افراد شده و رابطه مستقیمی بین مذهب و طول مدت درمان اختلالات روانی گزارش شده است. تحقیقات انجام یافته در مورد «رابطه میان رضایت از زندگی، سبک مسئله‌گشایی و نگرش مذهبی با سلامت روانی» روی دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه تهران آشکار ساخت که دانشجویان بیمار که در مقایسه با دانشجویان سالم زودتر احساس درماندگی می‌کنند، گرایشهای مذهبی ضعیف‌تری دارند (بخشی‌پور رودری، ۱۳۸۷). نتایج تحقیقی دیگر با عنوان «بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن» نشان داد که میان نگرش مذهبی و سلامت روانی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (نجم، ۱۳۸۸). در بررسی دیگری با مطالعه طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب که دارای زمینه مذهبی قوی بودند، به این نتیجه رسیدند که این گروه سریع‌تر بهبود می‌یابند (خسروپور و ساردویی، ۱۳۸۰). در تحقیقی دیگر با عنوان «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی مادران کودکان استثنایی»، یافته‌ها نشان داد که با افزایش اعتقادات مذهبی، از نشانگان مرضی مادران کاسته می‌شود (غباری بناب، ۱۳۸۶). همچنان که پژوهش «رابطه کارایی خانواده و دینداری و سلامت روان در دانشجویان» نشان داد که بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت روان در دانشجویان دختر و پسر، رابطه معناداری وجود دارد؛ اما بین این رابطه در دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهش دیگری نیز روی کارکنان دانشگاه نشان داد که بین نگرش مذهبی و سلامت روانی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین افرادی که در مقیاس جهت‌گیری مذهبی

بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان ۵۷۹

بیرونی نمرات پایین‌تری کسب کرده بودند، استرس بیشتری داشتند؛ ولی افرادی که در مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی نمرات بالاتری کسب کرده بودند، استرس کمتری داشتند. (آقابانی چاوشی و همکاران، ۱۳۸۷)

علاوه بر اینها، تحقیقاتی که خارج از ایران انجام گرفته نیز تأثیر قابل ملاحظه‌ی دین را در سلامت روانی و سازگاری افراد نشان می‌دهد (مکنالی و همکاران، ۲۰۰۴؛ جاسون، ۲۰۰۴). مطالعه‌ی دیگری روی ۳۰۰۳ نفر از دانش‌آموختگان رشته‌های روان‌شناسی نشان داد که معنویت به عنوان یک سازه، نقش مهمی بر سازگاری روان‌شناختی دارد و می‌توان از آن در کار بالینی با مراجعانی که خواهان روان‌درمانی معنوی‌اند استفاده کرد (بانگ و همکاران، ۲۰۰۰). تحقیقات انجام شده روی ۱۲۱ دانشجو نیز آشکار ساخت که روحیه‌ی مذهبی به طور چشمگیری با سلامت روان و سازگاری در ارتباط است و افرادی که خود را بیشتر از همه مذهبی می‌دانند، از دیگران سازگارترند و بالاترین سازگاری و عملکرد تحصیلی را دارند. (استوارد و جو، ۱۹۹۸)

محدودیتها و پیشنهادها

از جمله محدودیت‌هایی پژوهش حاضر این بود که تحقیق فقط روی دانشجویان دانشگاه ارومیه اجرا شد. لذا به راحتی نمی‌توان نتایج به دست آمده را به دانشجویان سایر دانشگاهها تعمیم داد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نقش عوامل روان‌شناختی دیگر به عنوان متغیر میانجی مطالعه شود. همچنین برای تأمین سلامت روان دانشجویان، روی بهزیستی معنوی مداخلات و آموزش‌هایی صورت گیرد.



منابع

- امیدوار، احمدعلی و علی اکبر صارمی (۱۳۸۱). «اعتیاد به اینترنت: توصیف، سبب‌شناسی، پیشگیری، درمان و مقیاس‌های سنجش اختلال اعتیاد به اینترنت، مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی پردیس». مشهد: تمرین.
- آقایانی چاوشی، اکبر؛ داود طالبیان، حمید طرخورانی، جلال صدقی، هاله آزرمی و علی فتحی آشتیانی (۱۳۸۷). «بررسی رابطه نگرش دینی و سلامت روان». علوم رفتاری، ش ۲(۵): ۱۴۹-۱۵۶.
- امیدواری، سپیده (۱۳۸۷). «سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها». پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی، ش ۱(۱): ۱۷-۶.
- بالنجانی، اسفندیار؛ جواد خشابی، الهام امانپور و ندا عظیمی (۱۳۹۱). «بررسی ارتباط سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان». حیات (مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، ش ۱۷(۹): ۹۷-۱۱۲.
- بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۸۷). «رابطه رضایت از زندگی، سبک مسئله‌گشایی و نگرش مذهبی با سلامت روان». فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ش ۴(۹): ۳۵.
- خسروی‌پور، فرشید و غلامرضا سادوئی (۱۳۸۰). «بررسی تأثیر ارزش‌های مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی». همایش نقش دین و بهداشت روانی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- سلیمانی، اسماعیل؛ کریم بابایی و اکبر عطادخت (۱۳۹۵). «بررسی نقش تمییزی تاب‌آوری روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار در پیش‌بینی پروفایل روان‌آشفته‌گی روان‌شناختی دانشجویان و مقایسه آن بر اساس جنسیت». فرهنگ در دانشگاه، ش ۶(۲): ۲۵۰-۲۳۳.
- سلیمانی، اسماعیل؛ محمود نجفی، سجاد بشرپور و علی شیخ‌الاسلامی (۱۳۹۴). «بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)». فرهنگ در دانشگاه، ش ۵(۴): ۵۵۸-۵۳۷.
- سلیمانی، اسماعیل و یعقوب حبیبی (۱۳۹۳). «ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان». روان‌شناسی مدرسه، ش ۳(۴): ۷۲-۵۱.
- شجاعی، احمد و اسماعیل سلیمانی (۱۳۹۴). «بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان اردبیل». روان‌شناسی مدرسه، ش ۴(۱): ۱۲۱-۱۰۴.
- غباری بناب، باقر؛ غلامعلی لواسانی و مسعود جلیلی (۱۳۸۶). «سلامت روانی، اعتقادات مذهبی درونی، جهت‌گیری مذهبی بیرونی مادران کودکان استثنایی». مجله روان‌شناسی، ش ۴۲.

بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان ۵۸۱

- نجمه، حمید (۱۳۸۸). «بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن». مطالعات روان‌شناختی، ش ۵(۲): ۸۱-۶۷.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۵). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. چاپ سیزدهم. تهران: انتشارات آگه.
- Aghayani Chavoshi, A; D. Talebian, H. Tarkhorani, J. Sedghi, H. Azarmi & A. Fathi Ashtiani (2008). "Explores the Relationship between Religious Attitude and Mental Health". *Journal of Behavioral Sciences*, 2 (5): 156-149. (Persian).
- Allart, P.; P. Soubeyran & F. Cousson-Gélie (2012). "Are Psychosocial Factors Associated with Quality of Life in Patients with Haematological Cancer? A Critical Review of the Literature". *Journal of Psycho-Oncology*, 10: 1002/pon.3026.
- Bakhshi pour Roodsari, A. (2008). "Satisfaction with Life Style Problem Solving and Religious Attitudes to Mental Health". *Journal of Psychology, University of Tabriz*, 4 (9): 35. (Persian).
- Balboni, T.A., L.C. Vanderwerker, S.D. Block, M.E. Paulk, C.S. Lathan, J.R. Peteet & H.G. Prigerson (2007). "Religiousness and Spiritual Support among Advanced Cancer Patients and Associations with End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life". *J. Clin. Oncol*, 25: 555-560.
- Baljany, E.; J. Kheshbi, E. Amanpour & N. Azimi (2012). "The Relationship between Spiritual Health, Faith and Hope in Patients with Cancer". *Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*, 17 (9): 112-97. (Persian).
- Brookman, R.R. & A.A. Sood (2006). "Disorders of Mood and Anxiety in Adolescents". *Adoles Med Clin*, 17: 79-95.
- Craven, R.F. & C.J. Hirnle (2003). *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 1383-92.
- Emami, H.; M. Ghazinour, H. Rezaeishiraz & J. Richter (2007). "Mental Health of Adolescents in Tehran, Iran". *Journal of Adolescents Health*, 41: 571-76.
- Fisher, J. (2010). "Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM". *Journal of Religions*, 1: 105-121.
- Ghobari Bonab, B; G.A Lavasani & M. Jalili (2007). "Mental Health, Religious beliefs internal, External Religious Orientation Mothers of Exceptional Children". *Journal of Psychology*, (42). (Persian).
- Goldman, R.D.; L.J. Fisher & G. Harwhorne (2004). "Who Survey of Prevalence of Mental Health Disorders". *JAMA*, 292: 2467-2468.
- Gonzalez, P.; S.F. Castañeda, J. Dale, E.A. Medeiros, C. Buelna, A. Nuñez & G.A. Talavera (2014). "Spiritual Well-Being and Depressive Symptoms among Cancer Survivors". *Supportive Care in Cancer*, 6: 1-8.

- Heelas, P. & L. Woodhead (2005). **The Spiritual Revolution Why Religion is Giving Way to Spirituality**. Blackwell Publishing: Malden, MA, USA.
- Jaszcz, K.; M. Klocek, S. Adamczyk & C.J. Bulpitt (2013). **Health-Related Quality of Life in Cardiovascular Patients**. Springer Milan Dordrecht Heidelberg, London, New York. ISBN: 978-88-470-2769-5 eBook.
- Johnson, M.A. (2004). "Faith, Prayer and Religious Observance". *Journal of Clinical Cornerstone*, 6(1): 17-24.
- Keyes, N. & D. Lopez (2002). **Toward a Science of Mental Health: Positive Direction in Diagnosis and Interventions**. New York: Oxford University Press.
- Khosropour, F. & G. Sadoee (2001). "The Effect of Religious Values during the Treatment of Patients with Major Depression. Conference on the Role of Religion and Mental Health. *Tehran: Tehran University of Medical Sciences*. (Persian).
- Leung, K.K.; T.Y. Chiu & C.Y. Chen (2006). "The Influence of Awareness of Terminal Condition on Spiritual Well-Being in Terminal Cancer Patients". *Journal Pain Symptom Manage*, 31(5): 449-56.
- McNulty, K. (2004). "Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being and Psychological Adaptation in Individual with Multiple Sclerosis". *Journal of Family Psychology*, 232-248.
- Montazeri, A.; A.M. Harirchi & M. Shariati (2003). "The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Translation and Validation Study of the Iranian Version". *Health Qual. Life Outcomes*, 1(3): 1-8.
- Moreira-Almeida, A. & H.G. Koeing (2006). "Retaining the Meaning of the Words Religiousness and Spirituality: A Commentary on the WHOQOL SRPB Group's "A Cross-Cultural Study of Spirituality, Religion, and Personal Beliefs as Components of Quality of Life". *Social Science & Medicine*, 63: 843-845.
- Mystakidou, K.; L. Tsilika, E. Parpa, M. Pathiaki, A. Galanos & L. Vlahos (2008). "The Relationship between Quality of Life and Levels of Hopelessness and Depression in Palliative Care". *Depression and Anxiety*, 25: 730-736.
- Najafi, M. (2003). **The relationship between family function and religiosity with identity crisis male and female students in Tehran Grade 82-81 school year**. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University in Tehran. (Persian).
- Najme, H. (2009). "Examining the Relationship between Religious Attitude and Mental Health and Safety System Performance Badly". *Journal of Psychological Studies*, 5 (2): 67-81. (Persian).
- Nelson, C.J.; B. Rosenfeld, W. Breitbart & M. Galietta (2002). "Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill". *Psychosomatics*, 43: 213-220.
- Omidvari, S. (2008). "Spiritual, Concepts, and Challenges". *Journal of Interdisciplinary Research Quran*, 1 (1): 17-6. (Persian).

- Paloutzian, R.F. & C.W. Ellison (1982). "Loneliness, Spiritual Well-Being, and Quality of Life". In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: Wiley.
- Puchalski, C. & A.L. Romer (2000). "Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients more fully". *Journal Palliative Medicine*, 3: 129-137.
- Rezaei, M.; N. Seyedfatemi & F. Hosseini (2006). "Spiritual Well-being in Cancer Patients Who Undergo Chemotherapy". *Hayat*, 14 (3-4): 33-39.
- Salonen, P.; M.T. Tarkka, P.L. Kellokumpu-Lehtinen, A. Koivisto, P. Aalto & M. Kaunonen (2012). "Effect of Social Support on Changes in Quality of Life in Early Breast Cancer Patients: a Longitudinal Study". *Journal of Caring Sciences*, 54-60.
- Santos, L.J.F.; J.B.D.S. Garcia, J.S. Pacheco, É.B.D.M. Vieira & A.M.D. Santos (2014). "Quality of Life, Pain, Anxiety and Depression in Patients Surgically Treated with Cancer of Rectum, ABCD". *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 27(2): 96-100.
- Sarmad, Z., Bazarghan, A., & Hejaz, E. (2005). *Research methods in the behavioral sciences*. Thirteenth Edition. Tehran: Aghah.
- Sepehr Manesh, Z.; A. Ahmadvand, P. Yavari & R. Saei (2003). "Mental Health of High School Adolescents in 2004". *Iranian Journal of Epidemiology*, 4(2): 43-49.
- Sharpe, I.; P. Butow, C. Smith, D. McConnell & S. Clarke (2005). "Changes in Quality of Life in Patients with Advanced Cancer Evidence of Response Shift and Response Restriction". *Journal of Psychosomatic Research*, 58: 497-504.
- Shojaee, A. & I. Soleymani (2015). "The Effect of Spiritual Intelligence in Students' Psychological Well-Being and its Components Covered by Imam Khomeini Relief Committee "any" City of Ardabil". *School Psychology*, 4 (1): 104-121. (Persian).
- Soleymani, I. & Y. Habibi (2014). "The Relationship between Emotion Regulation and Cognitive Resilience and Well-Being of the Students". *School Psychology*, 3 (4): 72-51. (Persian).
- Soleymani, I.; K. Babaei & A. Atadokht (2016). "The Role of Distinguished Psychological Resilience and Problem-Focused and Emotion-Focused Coping Styles in Predicting Psychological Distress and Psychological Profile Comparison on the Basis of Gender". *Journal of Culture at the University*, 6 (2): 250-233. (Persian).
- Soleymani, I.; M. Najafi, S. Bashar pour & A. Sheikholeslami, A. (2015). "The Effect of Spiritual Intelligence Training on Quality of Life and Happiness of Students Covered by Imam Khomeini Relief Committee". *Journal University Culture*, 5 (4): 558-537. (Persian).

- Stanton, A.L.; T.A. Revenson & H. Tennen (2007). **“Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease”**. *Annual Review of Psychology*, 58: 565-592.
- Steward, R.J. & H. Joe (1998). **Does Spirituality Influence Academic Achievement and psychological Adjustment of African -American Urban adolescence?** EDRS-MF/plus postage.
- Tarakeshwar, N.; L.C. Vanderverker, E. Paulk, M.J. Pearce, S.V. Kasl & H.G. Prigerson (2006). **“Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer”**. *Palliative Medicine*, 9(3): 646-657.
- The World Health Reports (2009). **“Mental Health: New Understanding, New Hope. General: World Health Organization”**. Available at: [http://discover magazine.com/2009/oct/fear world](http://discover.magazine.com/2009/oct/fear%20world).
- Vallurupalli, M.; K. Lauderdale, M.J. Balboni, A.C. Phelps & et al. (2012). **“The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy”**. *Journal Support Oncology*, 10: 81-87.
- Victorson, D.; D. Cella, L. Wagner, L. Kramer & M.L. Smith (2007). **“Measuring Quality of Life in Cancer Survivors”**. In: M. Feuerstein (ed.). *Handbook of Cancer Survivorship*. New York: Springer.
- WHO (1993). **“Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL)”**. *Qual. Life Res*, 2 (2): 153-159.
- WHOQOL SRPB Group (2006). **“A Cross-Cultural Study of Spirituality, Religion, and Personal Beliefs as Components of Quality of Life”**. *Social Science & Medicine*, 62: 1486-1497.
- Young, J.S. (2000). **“The Moderating Relationship of Spirituality on Negative Life, Event and Psychological Adjustment”**. *Journal of Counseling and Value*, 45(1): 49-58.
- Zinnbauer, B.J.; K.I. Pargament & A.B. Scott (1999). **“The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality: Problems and Prospects”**. *Journal of Personalized Medicine*, 67: 889-919.

