

رابطه امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت معنوی مریبان قرآن

جمال عاشوری*: دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان

(خوراسگان)

دوفصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن کریم

سال پنجم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۳۹۳، ص ۱۰۲-۹۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱۵

چکیده

سلامت معنوی تحت تأثیر متغیرهای زیادی است که از مهمترین آنها می‌توان به امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی اشاره کرد. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت معنوی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش همه مریبان قرآن شهرستان ورامین بودند. برای انجام این پژوهش ۱۲۰ مریبی به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. همه آنها پرسشنامه‌های امید (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱)، شادکامی (آرگایل و لو، ۱۹۹۰)، جهت‌گیری مذهبی (آلپورت و راس، ۱۹۶۷) و سلامت معنوی (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲) را تکمیل کردند. داده‌ها به روش رگرسیون گام‌به‌گام تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار داشتند. در یک مدل پیش‌بین صرفاً جهت‌گیری مذهبی درونی، شادکامی و امید توانستند ۳۹ درصد از واریانس سلامت معنوی را پیش‌بینی کنند؛ بنابراین برای افزایش سلامت معنوی نخست باید به آموزش جهت‌گیری مذهبی درونی، سپس به آموزش شادکامی و درنهایت به آموزش امید اقدام کرد.

کلیدواژه‌ها: امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی، سلامت معنوی، مریبان قرآن

۱- مقدمه

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت محسوب می‌شود. سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود و نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند (فرنسلر، کلم و میلر^۱، ۱۹۹۹). وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و سلامت معنوی باعث ایجاد زندگی هدف‌دار و معنادار می‌شود و زندگی افراد از یک زندگی مادی به یک زندگی معنوی تبدیل می‌شود (لین^۲، ۲۰۰۳). سلامت معنوی حالتی از بودن، احساسات مثبت، رفتارها و شناخت ارتباط با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و فطری است که فرد به احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف در زندگی متمایل می‌شود. همچنین سلامت معنوی به طرق مختلف تظاهر می‌کند مثلاً از طریق تعاملات معنوی به وسیله عشق، احترام، اعتماد، صداقت، فداکاری و دلسوزی، تجربیاتی در مورد طبیعت که احساس نزدیکی و اتحاد با دنیای طبیعی را ایجاد می‌کند، ارتباط با ارواح جداشده از جسم، ارتباط غیر فیزیکی با برخی نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت می‌کند یا با خدایی که فرد را می‌شناسد و از او مراقبت می‌کند (گومز و فیشر^۳، ۲۰۰۳). سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز است. یکی سلامت مذهبی که بر چگونگی ادراک افراد از سلامتی در زندگی معنوی است و زمانی که با قدرتی بالاتر و برتر ارتباط دارند، آشکار است و دیگری سلامت وجودی که بر نگرش‌های اجتماعی و روانی در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود و محیط بحث می‌کند (چانگستینسوپ^۴، ۲۰۰۳). از متغیرهای مهم و مؤثر در سلامت معنوی می‌توان امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی را نام برد که در این پژوهش به بررسی آنها می‌پردازیم.

-
1. Fernsler, Klemm & Miller
 2. Lin
 3. Gomez & Fisher
 4. Chuengsatiansup

عوامل زیادی با سلامت معنوی ارتباط دارند. در این میان امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌سازد تا با چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی خود را ببینند. افرادی که دچار رخدادهای استرس‌زا شده‌اند با درجات متفاوتی از امید در انتظار همه چیز حتی معجزه بوده و از آنجا که افراد به دنبال پیشگویی خودکام بخش هستند، مایلند تا در جهت پیش‌بینی‌های خود حرکت کنند (ابرایت و لیون^۱، ۲۰۰۲). مقیمیان و سلمانی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان مطالعه همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان گزارش کردند افرادی که دچار استرس می‌شوند، خداوند را منبع امید می‌دانند. به طور خلاصه پژوهش‌ها به رابطه مثبت و معناداری میان امید و سلامت معنوی دست‌یافته‌اند (سلیگمن و سیکزنت میهالی^۲، ۲۰۰۰؛ هانگ و او^۳، ۲۰۰۷؛ امی و پارک^۴، ۲۰۰۹؛ امیدوار، ۱۳۸۶؛ مقیمیان و سلمانی، ۱۳۹۱).

یکی دیگر از عوامل شادکامی است. شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این قضاوت از بیرون به فرد تحمیل نمی‌شود، بلکه حالتی درونی است که از هیجان‌های مثبت تأثیر می‌پذیرد. بر این اساس شادکامی به نگرش و ادراک شخصی مبتنی است و به حالتی مطبوع و دلپذیر دلالت دارد که از تجربه هیجان‌های مثبت ناشی می‌شود (هیلیز و آرگایل^۵، ۲۰۰۹). همچنین ون هوون^۶ (۱۹۹۲) در تعریف شادکامی می‌گوید: شادکامی درجه و میزانی است که با آن یک فرد کیفیت کلی زندگی خود را به عنوان یک زندگی کاملاً مطلوب مورد قضاوت قرار می‌دهد. شواهد موجود گویای آن است که شادکامی مولد انرژی، شور و نشاط است و همچون سپری می‌تواند انسان را در برابر فشارهای روانی محافظت و سلامت او را تضمین کند. به طور خلاصه پژوهش‌ها به رابطه مثبتی میان شادکامی و سلامت معنوی دست‌یافته‌اند (واتسون و کلرک^۷، ۲۰۰۲؛ جادج و بنو^۸، ۲۰۰۷؛ دیویس و بردیری^۱، ۲۰۰۸).

1. Ebright & Lyon
2. Seligman & Csikszentmihalyi
3. Hong & Ow
4. Amy & Park
5. Hillis & Argyle
6. Veenhoven
7. Watson & Clark
8. Judge & Bono

آخرین عامل مؤثر در سلامت معنوی که در این پژوهش به بررسی آن می‌پردازیم جهت‌گیری مذهبی است. بر اساس نظریه آلپورت و راس منظور از جهت‌گیری مذهبی گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است که دارای دو بعد جهت‌گیری درونی و بیرونی می‌باشد. درحالی‌که جهت‌گیری مذهبی درونی فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده است، جهت‌گیری مذهبی بیرونی امری خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد (آلپورت و راس^۲، ۱۹۶۷). پژوهش‌های فراوانی نشان داده‌اند که مذهب دارای یک ارتباط مثبت با سلامت معنوی است و افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی به دین و دینداری به یک عامل اصلی برای احساس معنا در زندگی رسیده‌اند. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش مک فارلند^۳ اشاره کرد که در پژوهشی به این نتیجه رسید افرادی که به مراسم مذهبی مقید هستند، سلامت معنوی بالاتری دارند (مک فارلند، ۲۰۰۹). به طور خلاصه پژوهش‌ها گزارش کرده‌اند افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی نسبت به افرادی که جهت‌گیری بیرونی دارند، از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند (المر، مک دونالد و فریدمن^۴، ۲۰۰۳؛ گبلر^۵، ۲۰۰۴؛ مک فارلند، ۲۰۰۹؛ پاکیزه، ۱۳۸۷؛ عسگری، روشنی و مهري آدریانی، ۱۳۹۰).

گرچه مطالعات پیشین به بررسی ارتباط امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت معنوی اشاره داشته‌اند، ولی یکی از نارسائی‌های اصلی این مطالعات عدم توجه به نقش همزمان این متغیرها در پیش‌بینی سلامت معنوی است. هنگامی که همه این متغیرها در یک مدل پیش‌بین همزمان در نظر گرفته شوند، کدام یک آگاهی بیشتری از سلامت معنوی خواهد داد؟ همچنین در چند دهه اخیر پژوهش‌های زیادی به بررسی ارتباط متغیرهای امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت معنوی پرداخته‌اند؛ اما در هیچ‌یک از این پژوهش‌ها به بررسی مرییان قرآن نپرداخته‌اند که در این پژوهش تلاش می‌شود این خلأ پژوهشی نیز تکمیل شود. به نظر می‌رسد که این گروه از لحاظ سلامت معنوی با سایر گروه‌ها تفاوت داشته باشند، لذا با توجه به این مسائل و افزون بر آن با توجه به نقش و اهمیت سلامت معنوی مرییان قرآن هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی

-
1. Davis & Bordieri
 2. Allport & Ross
 3. McFarland
 4. Elmer, MacDonald & Friedman
 5. Gabler

با سلامت معنوی مریبان قرآن است. پس از مشخص شدن اینکه کدام متغیر نقش مؤثرتر و قوی‌تری در پیش‌بینی سلامت معنوی دارد، می‌توان به آموزش آن متغیر اقدام کرد و به این طریق سلامت معنوی مریبان را افزایش داد؛ بنابراین سؤال‌های پژوهش عبارتند از:

۱- آیا متغیرهای امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت معنوی مریبان قرآن رابطه دارند؟

۲- سهم هر یک از متغیرهای امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی سلامت معنوی مریبان قرآن چقدر است؟

۳- کدامیک از متغیرهای امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری در پیش‌بینی سلامت معنوی مریبان قرآن است؟

۱-۱- روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش در این مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع همبستگی است. جامعه این پژوهش همه مریبان قرآن آموزش و پرورش شهرستان ورامین بودند. از میان آنان ۱۲۰ مربی (دارای تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد با درآمدی در طیف ۱۶-۱۰ میلیون ریال بودند، که به نظر می‌رسد از طبقه متوسط جامعه باشند) به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌ها با روش رگرسیون گام‌به‌گام و با کمک نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شدند. همچنین ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

۱- پرسشنامه امید: این پرسشنامه توسط اسنایدر و همکارانش (۱۹۹۱) طراحی شده که شامل ۱۲ گویه است. در این ابزار پاسخ هر گویه با استفاده از مقیاس هشت درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. در این ابزار ۴ گویه، گویه انحرافی هستند که در برآورد نهایی در نظر گرفته نمی‌شوند. در مطالعات متعدد روایی و پایایی ابزار موردنظر تأیید شده است (به نقل از مقیمیان و سلمانی، ۱۳۹۱). در این مطالعه ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ نیز محاسبه شد (جدول ۲).

۲- آزمون شادکامی آکسفورد: این آزمون توسط آرگایل و لو^۱ (۱۹۹۰) طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۹ گویه است که هر گویه با چهار گزینه که بیانگر سطوح متفاوت شادکامی است، مشخص می‌شود و آزمودنی باید یکی از آنها را انتخاب کند. آنان اعتبار ابزار مذکور را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. در کشور ما این ابزار توسط علی پور و نوربالا (۱۳۷۸) ترجمه

شد و روایی آن با نظر متخصصان تأیید شد. همچنین اعتبار آن با روش دونیمه کردن ۰/۹۲ گزارش شده است (به نقل از زارعی، ۱۳۸۸). در این مطالعه ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ نیز محاسبه شد (جدول ۲).

۳- پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی: این پرسشنامه توسط آلپورت و راس (۱۹۶۷) طراحی شده که شامل ۲۱ گویه است. در این مقیاس پاسخ هر گویه با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر مقیاس با میانگین گرفتن از نمره گویه‌های سازنده آن مقیاس به دست می‌آید و هر چه نمره آزمودنی در یک مقیاس بیشتر باشد به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است. در ایران این ابزار در سال ۱۳۷۸ ترجمه و هنجاریابی شده است. اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و با روش بازآزمایی ۰/۷۴ به دست آمد. در این مقیاس ۲۱ سؤالی عبارات ۱ تا ۱۲ برای سنجش جهت‌گیری بیرونی مذهبی و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری درونی مذهبی را می‌سنجد (مختاری، اللهیاری و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۸۰). در این مطالعه ضرایب اعتبار به روش آلفای کرونباخ نیز محاسبه شد (جدول ۲).

۴- پرسشنامه سلامت معنوی: این پرسشنامه توسط پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) طراحی شده است. این ابزار شامل ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه مربوط به سلامت مذهبی و ۱۰ گویه مربوط به سلامت وجودی است. گویه‌ها با استفاده از مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با میانگین گرفتن از نمره‌های ۲۰ گویه به دست می‌آید. همچنین رضایی (۱۳۸۵) اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرد (به نقل از شریف‌نیا، حجتی، نظری، قربانی و آخوندزاده، ۱۳۹۱). در این مطالعه ضریب اعتبار با روش آلفای کرونباخ نیز محاسبه شد (جدول ۲).

۲- یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش ۱۲۰ مربی قرآن آموزش و پرورش شهرستان ورامین بودند. در جدول ۱ برخی از ویژگی‌های دموگرافیک آنها گزارش شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی مریبان

سطح درآمد		تحصیلات		سن			تعداد	جنسیت
۱/۳-۱/۶	۱-۱/۳	کارشناسی	کارشناسی	۴۰-۵۰	۳۰-۴۰	۲۰-۳۰		
میلیون	میلیون	ارشد						
۵	۵۲	۹	۴۸	۲۹	۲۳	۵	۵۷	مرد
۲	۶۱	۱۷	۴۶	۳۲	۲۵	۶	۶۳	زن
۷	۱۱۳	۲۶	۹۴	۶۱	۴۸	۱۱	۱۲۰	کل

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد، ضرایب همبستگی و اعتبار متغیرهای پژوهش (n=۱۲۰)

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
۱. امید	۶/۴۳	۱/۹۴	۰/۷۵				
۲. شادکامی	۳/۲۵	۱/۰۹	۰/۵۲**	۰/۸۹			
۳. جهت‌گیری مذهبی درونی	۳/۶۷	۰/۸۲	۰/۳۷**	۰/۳۳**	۰/۷۹		
۴. جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۳/۰۲	۰/۷۶	-۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۳۸**	۰/۷۴	
۵. سلامت معنوی	۴/۲۴	۱/۰۷	۰/۳۷**	۰/۳۲**	۰/۴۵**	-۰/۱۲	۰/۸۵

❖ ضرایب اعتبار بر روی قطر اصلی قرار دارند. * $p < ۰/۰۵$ ** $p < ۰/۰۱$

یافته‌ها حاکی از آن است که میان امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. سایر روابط حاکی از آن است که امید با شادکامی و جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه مثبت و معنادار و شادکامی با جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه مثبت و معنادار دارد. جهت‌گیری مذهبی درونی با جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه مثبت و معنادار دارد و سایر متغیرها روابط معناداری نداشتند. برای بررسی روابط میان متغیرهای دموگرافیک با هوش معنوی از جدول ضرایب همبستگی استفاده شد که در زیر گزارش شده است.

جدول ۳: ضرایب همبستگی متغیرهای دموگرافیک با هوش معنوی

متغیر	مرد	زن	سن	تحصیلات	درآمد
سلامت معنوی	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۱۵	-۰/۰۶	-۰/۱۱

یافته‌ها نشان داد که هیچ‌یک از متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی رابطه معناداری نداشت. برای مشخص کردن توان پیش‌بینی و مؤثرترین متغیرها از جدول خلاصه رگرسیون گام‌به‌گام و ضرایب رگرسیون استفاده شد.

جدول ۴: خلاصه تحلیل رگرسیون با مدل گام‌به‌گام و ضرایب استاندارد و غیراستاندارد

مدل	متغیر پیش‌بین	R	R ²	تغییر R	تغییر F	df1	df2	احتمال	غیراستاندارد	استاندارد شده
									β	Beta
۱	جهت‌گیری مذهبی درونی	۰/۴۵	۰/۲۰۲	۰/۲۰۲	۵۵/۲۷	۱	۱۱۸	۰/۰۰۱	۱/۴۳	۰/۵۶۱
۲	جهت‌گیری مذهبی درونی شادکامی	۰/۵۶	۰/۳۱۳	۰/۱۱۱	۹/۳۴	۱	۱۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸	۰/۱۸۳
۳	جهت‌گیری مذهبی درونی شادکامی امید	۰/۶۳	۰/۳۹۶	۰/۸۳	۸/۰۳	۱	۱۱۶	۰/۰۰۵	۰/۸۲۶	۰/۱۳۹

یافته‌ها نشان داد در مدل نخست جهت‌گیری مذهبی درونی بیشترین نقش را در پیش‌بینی سلامت معنوی داشته است. ضریب همبستگی این متغیر با سلامت معنوی ۰/۴۵ بوده و این متغیر توانسته حدود ۲۰ درصد از تغییرات سلامت معنوی را پیش‌بینی کند. در مدل دوم پس از جهت‌گیری مذهبی درونی، شادکامی وارد معادله شده است. ضریب همبستگی این دو متغیر با سلامت معنوی ۰/۵۶ بوده و این دو متغیر توانسته‌اند حدود ۳۱ درصد از تغییرات سلامت معنوی را پیش‌بینی کنند. ورود این متغیر توانسته ۱۱ درصد توان پیش‌بینی را افزایش دهد. در مدل سوم، سومین متغیری که وارد معادله شده امید بوده که با ورود این متغیر، ضریب همبستگی این سه متغیر با سلامت معنوی ۰/۶۳ شده که این سه متغیر توانسته‌اند حدود ۳۹ درصد از تغییرات سلامت معنوی را پیش‌بینی کنند. ورود خوش‌بینی توانسته حدود ۸ درصد توان پیش‌بینی را افزایش دهد.

با قبول ترتیب ورود متغیرها و با توجه به بتای استاندارد متغیر جهت‌گیری مذهبی درونی با بتای استاندارد معادل ۰/۵۶۱ بیشترین سهم را در پیش‌بینی تغییرات سلامت معنوی داشته، سپس متغیر شادکامی با بتای استاندارد ۰/۱۸۳ نقش مؤثری و در نهایت متغیر امید با بتای استاندارد ۰/۱۳۹ نقش مؤثری در پیش‌بینی سلامت معنوی داشته است.

۳- بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی ارتباط امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت معنوی مریبان قرآن انجام شد. یافته‌ها نشان داد میان امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. جهت‌گیری مذهبی درونی، شادکامی و امید در یک مدل پیش‌بین توانستند ۳۹ درصد از واریانس سلامت معنوی را پیش‌بینی کنند.

امید با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار داشت که این یافته با اکثر پژوهش‌ها در این زمینه همسو بود (سلیگمن و سیکرنت میهالی، ۲۰۰۰؛ هانگ و او، ۲۰۰۷؛ امی و پارک، ۲۰۰۹؛ امیدوار، ۱۳۸۶؛ مقیمیان و سلمانی، ۱۳۹۱). در تبیین این یافته باید گفت امید از خصوصیات مثبت انسان است که در آن پیامدهای مثبت به عنوان یک عامل درونی و ثابت در نظر گرفته می‌شوند. زمانی که ادراک انسان با مفهوم مثبت همراه باشد، علاوه بر اینکه در امور روزمره یاری‌دهنده است، در سازگاری با رخدادهای تنش‌زا به انسان کمک می‌کند. در نتیجه فرد امیدوار کمتر دچار اختلالات روانی شده و از سلامت بیشتری برخوردار است. تبیین دیگر اینکه امید به قدرت بیکران به فرد این اطمینان را می‌دهد که نیروی قوی او را حمایت می‌کند و این افراد با تکیه بر امید خود کمتر دچار استرس می‌شوند، در نتیجه انتظار این افراد از آینده مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تر است و این امر باعث افزایش سلامت معنوی می‌شود.

شادکامی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار داشت که این یافته با پژوهش‌های (واتسون و کلرک، ۲۰۰۲؛ جادج و بنو، ۲۰۰۷؛ دیویس و بردیری، ۲۰۰۸) همسو بود. این یافته از آنجایی که هیلیز و آرگایل (۲۰۰۹) شادکامی را به عنوان نگرش و ادراک شخصی به حالتی مطبوع و دلپذیر تعریف کرده‌اند، درست به نظر می‌رسد؛ یعنی هرچقدر افراد احساس مطبوع‌تر و شادتری داشته باشند، از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند.

در این پژوهش جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار و جهت‌گیری مذهبی بیرونی با سلامت معنوی رابطه معناداری نداشت که این یافته با پژوهش‌های (المر و همکاران، ۲۰۰۳؛ گبلر، ۲۰۰۴؛ مک فارلند، ۲۰۰۹؛ پاکیزه، ۱۳۸۷؛ عسگری و همکاران، ۱۳۹۰) همسو بود. یک تبیین احتمالی اینکه اگر مذهب را درونی تعبیر کنیم نسبت به زمانی که بیرونی تعبیر کنیم، از سلامت معنوی بالاتری برخورداریم. افراد دارای جهت‌گیری درونی برخلاف افرادی که جهت‌گیری بیرونی دارند، مذهب را به‌مثابه هدف در نظر می‌گیرند و یک نظام درونی ارزشی قوی دارند. همچنین

جهت‌گیری درونی احساس تعهد، وظیفه‌شناسی و رضایت افراد را ارتقا می‌بخشد که این امر باعث افزایش موفقیت افراد می‌شود که درنهایت این مسئله باعث افزایش سلامت آنان می‌شود. تبیین دیگر اینکه فرد مذهبی به یک مبدأ متعالی اعتقاد دارد. چنین فردی با اتکا به قدرت الهی و اعتماد به خدای حاضر و قادر، احتمال وقوع رخداد‌های خوشایند را برای خود بیشتر می‌داند و رخداد‌های ناخوشایند را با توکل به نیروی ایمان خود به‌راحتی پشت سر می‌گذارد و این امر باعث می‌شود از سلامت معنوی بیشتری برخوردار باشد.

در این مطالعه مشخص شد در یک مدلی که امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی به طور همزمان برای پیش‌بینی سلامت معنوی رقابت نمایند، جهت‌گیری مذهبی درونی، شادکامی و امید مؤثرترین متغیرها در پیش‌بینی سلامت معنوی هستند. در این مدل جهت‌گیری مذهبی درونی بالاترین وزن استاندارد را داشت. پس آنچه که در سلامت معنوی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند در وهله نخست این است که افراد چقدر در زمینه مذهب دارای اصول سازمان‌یافته و منسجم هستند؛ بنابراین برای افزایش سلامت معنوی مشاوران و درمانگران نخست باید به آموزش جهت‌گیری مذهبی درونی، سپس به آموزش شادکامی و امید اقدام نمایند.

نخستین و مهم‌ترین محدودیت این مطالعه استفاده از روش همبستگی است. لذا روابط کشف‌شده را نمی‌توان به عنوان روابط علی فرض کرد. شاید این روابط ناشی از اثر سایر متغیرها باشد. محدودیت دیگر مطالعه حاضر استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی است. بسیاری از این ابزارها ممکن است پاسخ‌هایی را جمع‌آوری کنند که دیگران فکر می‌کنند باید درست باشد. افراد ممکن است خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. با توجه به یافته‌های به دست آمده از آنجایی که این پژوهش در مریبان قرآنی انجام شد، پیشنهاد می‌شود این پژوهش با سایر مریبان دروس و مقاطع تحصیلی دیگر انجام شود. آیا نگرش دبیران این دروس و مقاطع به سلامت معنوی نسبت به نگرش مریبان قرآن به سلامت متفاوت است؟ به‌هرحال به نظر می‌رسد پژوهش‌های بیشتری باید در این زمینه صورت گیرد.

منابع

- امیدوار، سعید (۱۳۸۶). سلامت معنوی: مفاهیم و چالش‌ها. *مجله پژوهش‌های قرآنی*، ۱(۱)، ۱۷-۵.
- پاکیزه، علی (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی دانشجویان و تأثیر فعال‌سازی مفهوم معنویت بر آن، *مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۲۷۸-۲۷۳.
- زارعی، اقبال (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری والدین با شادکامی و ارتکاب نوجوانان به رفتارهای پرخطر بر اساس مقیاس کلونینگر. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۲۲۴-۲۲۰.
- شریف‌نیا، سید حمید؛ حاجتی، حمید؛ نظری، رقیه؛ قربانی، مصطفی و آخوندزاده، گل‌بهار (۱۳۹۱). تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیزی. *مجله پرستاری مراقبت ویژه*، ۵(۱)، ۳۴-۲۹.
- عسگری، پرویز؛ روشنی، خدیجه و مهری آدریانی، مریم (۱۳۹۰). رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. *مجله یافته‌های نو در روانشناسی*، ۷(۲)، ۳۹-۲۷.
- مختاری، عباس؛ الهیاری، عباس علی و رسول‌زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۸۰). رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تئیدگی. *مجله روانشناسی*، ۵(۲)، ۶۷-۵۶.
- مقیمیان، مریم و سلمانی، فاطمه (۱۳۹۱). مطالعه همستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۶(۳)، ۴۵-۴۰.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal Religious Orientation Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Amy, A. I., & Park, C. L. (2009). Psychosocial mediation of religious copying styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(6), 867-882.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Journal of Personality and individual differences*, 2(4), 175-192.
- Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 23(1), 3-15.
- Davis, G. L., & Bordieri, J. E. (2008). Perceived autonomy and job satisfaction in occupational therapists. *American Journal of occupy Therapy*, 42(9), 591-595.

Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). Understanding Hope and Factors that Enhance Hope in Women with Breast Cancer. *Journal of Oncology Nursing Forum*, 29(3), 561-568.

Elmer, L., MacDonald, D., & Friedman, H. (2003). Transpersonal psychology, physical health, and mental health: Theory, research and practice. *Journal of Humanistic Psychologist*, 31, 159-181.

Fernsler, J. I., Klemm, P., & Miller, M. A. (1999). Spiritual wellbeing and demands of illness in people with colorectal cancer. *Journal of Cancer Nursing*, 22, 134-40.

Gabler, W. M. (2004). *The relationship of prayer and internal religiosity to mental and spiritual well-being*. Master thesis, University of Wisconsin-Stout.

Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.

Hillis, P., & Argyle, M. (2009). Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. *Personality and Individual Differences*, 30, 595-608.

Hong, I. W., & Ow, R. (2007). Hope among terminally ill patients in Singapore: an exploratory study. *Social Work Health Care*, 45(3), 85-106.

Judge, T. A., & Bono, J. E. (2007). Relationship of core self-evaluations traits-self-esteem, happiness, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability-with job satisfaction and job performance: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80-92.

Lin, H. R. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 69-80.

McFarland, M. J. (2009). *Religion and mental health among older adults: do the effects of religious involvement vary by gender?*. Department of Sociology, University of Texas, Austin, TX 78705.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. *Journal of American Psychologist*, 55, 5-14.

Veenhoven, R. (1992). *Happiness in nations*. Erasmus University, Rotterdam, Netherlands.

Watson, D., & Clark, L. A. (2002). On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2), 441-76.