

## Path analysis model between intrinsic religious motivation, praying, spiritual well-being and quality of life with psychological well-being of college students

Vahedi Shahram, PhD  
ghanizadeh Somayah, MA

## الگوی تحلیل مسیر روابط بین انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روان شناختی دانشجویان

دکتر شهرام واحدی<sup>۱</sup>، سمیه غنی زاده<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۲۴

تاریخ بازنگری: ۸۹/۹/۱۷

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۱۷

### Abstract

The main of this study was to examine the relationship between psychological well-being with intrinsic religious motivation, praying, spiritual well-being and quality of life among college students. 251 undergraduate students were selected from Tabriz University using random stratified sampling. After translating and affirming validity and reliability of the self-report inventories, the five scales used were Scale of Psychological Well-Being (SPWB), Satisfaction with Life Scale (SWLS), Spiritual Well-Being Scale (SWBS), Intrinsic Religious Motivation Scale, praying scale. The results showed that there were a positive significant relationship between components of spiritual well-being, intrinsic religious motivation, praying, quality of life and psychological well-being ( $p < .001$ ). Results of path analysis suggested that only components of spiritual well-being (religious and existential well-being), quality of life have significant directive and nondirective with psychological well-being.

The findings indicated spirituality have more important role on Psychological well-being of student.

### Keywords:

Psychological well-being, intrinsic religious motivation, praying, spiritual well-being, quality of life.

### چکیده

هدف این پژوهش بررسی روابط بین انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روان شناختی دانشجویان بوده است. ۲۵۱ دانشجوی دانشگاه تبریز با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌های متغیرهای مورد بررسی از مقیاس‌های انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی استفاده شد.

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که بین مؤلفه‌های بهزیستی معنوی، انگیزش درونی مذهبی، نماز و رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی دانشجویان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ( $p < .001$ ). نتایج بدست آمده از تحلیل مسیر نشان داد که مؤلفه‌های بهزیستی معنوی (مذهبی و وجودی) و رضایت از زندگی به طور مستقیم و غیر مستقیم بر بهزیستی روان شناختی دانشجویان تأثیر گذار بودند. علاوه بر این یافته‌ها نشان داد که معنویت نقش بسیار مهمی در بهزیستی روان شناختی دانشجویان ایفا می‌کند.

### کلیدواژه‌ها:

بهزیستی معنوی، انگیزش درونی مذهبی، نماز، رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی.

۱. نویسنده پاسخگو) استاد یار دانشکده روانشناسی دانشگاه تبریز. vahedi11@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی



### مقدمه

نقش مذهب در رابطه با سلامت و تندرستی از قرون بسیار دور شناخته شده بود. از حدود یک صد سال پیش که ابتدایی ترین مطالعات در زمینه روانشناسی مذهب آغاز شده، روز به روز شاهد غنی تر شدن این مطالعات بوده و در سال های اخیر است که معنویت و حوزه های مربوط به معنویت یکی از مهمترین اولویت های پژوهش مطرح شده است (بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳).

مذهب می تواند در تمامی موقعیت ها نقش مؤثری در استرس زدایی داشته و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت های مقابله، منابع حمایتی سبب کاهش گرفتاری روانی شود (صیادی تورانلو، جمالی و میرغفوری، ۱۳۸۶). از جمله آثار مذهب، آرامش خاطر است. خداوند بارها در آیات متعدد از جمله در آیه ۴۶ سوره احقاف چنین می فرماید: " آنان که گفتند خدای جهان آفرین پروردگار ماس و بر گفته خویش پایداری و ثابت باقی مانده، هرگز دچار وحشت و اندوه نمی شود." در واقع، باور به قدرت خداوند و نیایش او و سر نهادن به خواست و اراده الهی، در تسکین دردها به انسان توان تحمل می دهد. در این حال است که نیازهای روحی تأمین می شوند، سرمایه های اخلاقی تبلور می یابند و انسان توان آن را می یابد که از جسم خود دور گردد و درد را حس نکند، یا آن چنان آرامش یابد که تنش را تجربه ننماید (گالانتر، ۱۹۸۲).

پژوهش های برگین، مسترز و ریچاردز (۱۹۸۷) و گارتنر، لارسن و آلن (۱۹۹۱) نشان دادند که بین مذهب و سلامت روانی رابطه مثبت وجود دارد. وایلد و همکاران نشان دادند که ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد بالغ توسط باورهای مذهبی تبیین می شود (صیادی تورانلو و همکاران، ۱۳۸۶). نتایج سایر پژوهش ها نیز حاکی از وجود تأثیر مثبت

مذهب بر سازگاری و سلامت روانی افراد است. برای مثال، گارتنر و همکاران، ۱۹۹۱؛ ماتون، پارگامنت، ۱۹۸۷؛ پالوما، پندلتون، ۱۹۹۱؛ نقل از شجاعیان و زمانی فرد، ۱۳۸۱؛ پاین، برجین، بایلمسا و جینکنز، ۱۹۹۱) تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روانی، کاهش بیماری، کاهش ناراحتی و آشفتگی را گزارش داده و از وجود یک رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روانی حمایت کردند. از مکانیسم های اصلی تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روانی می توان به ایجاد معنی و اعتقاد به جهان ابدیت بعد از مرگ (اسپیلکا، شارر و کیرک پاتریک، ۱۹۸۵) افزایش امیدواری و خوش بینی (سلیگمن، ۱۹۹۱)، ایجاد احساس کنترل و کارآمدی و جبران کاهش یافتگی کنترل شخصی (پارگامنت، ایکلمدین، جانسون، کوک، مک گات، مایرز و برنیک، ۱۹۸۷ به نقل از دادفر، ۱۳۷۶)، توصیه سبک زندگی سالم تر، ایجاد احساس فراطبیعی در شخص، تأیید، پشتیبانی و پذیرش فرد توسط دیگران اشاره نمود.

در ایران نیز در سال های اخیر استقبال گسترده ای در مورد بررسی ابعاد و ویژگی ها و پیامدهای روان شناختی مذهب پدید آمده است. نتایج پژوهش جلیوند (۱۳۸۰) باهدف بررسی رابطه سلامت روانی و پای بندی به تقیدات دینی (نماز) حکایت از آن دارد که بین سلامت روانی و نماز رابطه معنی داری وجود دارد. نتایج پژوهش روحی عزیزی و روحی عزیزی (۱۳۸۰) نشان داد که تقریباً ۱۰۰٪ نمازگزاران معتقد بودند که پس از انجام این فریضه الهی به حالت سکون و آرامش روحی می رسند، سختی ها و شداید زندگی را راحت تر تحمل کرده و نیروی مبارزه با مشکلات، امید و ایمان در آنها تقویت می گردد و در راه کسب فضایل و دوری از رذایل گام بر می دارند و به طور کلی به دستورات خداوند متعال که در جهت بهتر زندگی کردن انسان ارائه شده، گردن می نهند که نهایتاً منجر به سلامت روانی و جسمی آدمی شده، سلامت اجتماعی او تأمین می گردد.



پرورش یافته" تعریف می‌کند. وی اظهار می‌دارد که بهزیستی معنوی دارای یک عنصر روانی اجتماعی و یک عنصر مذهبی است. بهزیستی مذهبی - که یک عنصر مذهبی است - نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است. بهزیستی وجودی، عنصری روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از این که کیست، چه کاری را و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. از آنجا که انسان به عنوان نظامی یکپارچه عمل می‌کند، این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشی داشته و در نتیجه احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی به وجود می‌آید (دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی، ۱۳۸۷). بررسی‌ها نشان می‌دهد که بهزیستی معنوی با بسیاری از شاخص‌های سازگاری روان شناختی و تندرستی رابطه مثبتی دارد. برای مثال، رضایت زناشویی، سلامت جسمی، سازگاری اجتماعی، داشتن مهارت‌های مقابله‌ای قوی و انعطاف‌پذیری در مواقع استرس و بحران‌های شخصی همه با سطوح بالاتر بهزیستی معنوی ارتباط دارند (آدامز، بززر، درابس، زامبارنو و استینهاردت، ۲۰۰۰؛ ولف و استونس، ۲۰۰۱؛ گرهام، فیور، فلاورز و بورک، ۲۰۰۱؛ الیسون و اسمیت، ۱۹۹۱؛ کمیا، ۲۰۰۰؛ پالوتزین و الیسون، ۱۹۸۲؛ روبرت، ۱۹۸۸ و وستگت، ۱۹۹۶؛ نقل از رابرت، یونگ و کلی، ۲۰۰۶). دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) در خصوص تأثیر جنسیت بر بهزیستی معنوی به این نتیجه رسیدند که میانگین نمرات بهزیستی مذهبی و معنوی دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر است.

افزون بر این، رضایت از زندگی به عنوان یکی از مؤلفه‌های بهزیستی درونی شامل نگرش فرد، ارزیابی عمومی وی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه‌های زندگی مانند زندگی خانوادگی و تجربه آموزشی است (دینر، سان، لوکاس و اسمیت، ۱۹۹۹). طبق این تعریف، ارزیابی شخص از خود

رمضانی، نوابی نژاد و بوالهیری (۱۳۷۶) با هدف بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهب درونی و بیرونی با سلامت روانی پیروان سه دین زرتشت، مسیح و اسلام به این نتیجه دست یافتند که بین جهت‌گیری مذهب درونی و سلامت روانی رابطه مثبت، اما بین جهت‌گیری مذهب بیرونی و سلامت روانی رابطه منفی وجود دارد. بدین معنی که کسانی که دین رادر جهت رفع نیازهای اجتماعی خود می‌خواهند و به اصل آن توجه ندارند، از سلامت روانی برخوردار نیستند. به عبارت دیگر، افراد با انگیزش درونی باورهای مذهبی‌شان را درونی می‌کنند، در حالی که افراد با انگیزش بیرونی رویکرد منفعت‌طلبی را برمی‌گزینند (فرهینگ، مایلر و شاو، ۱۹۹۷؛ میکلی، سوکن و بلچر، ۱۹۹۲). یافته‌ها در مورد دینداری بیماران سرطانی نشانگر این است که بین مذهب درونی و بیرونی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران رابطه معنی‌داری وجود دارد (جانسون، اسپیلکا، ۱۹۹۱). برگین (۱۹۹۱) معتقد است که تجربه افراد دارای مذهب درونی و بیرونی از رویدادهای زندگی متفاوت است. طبیعی است که افراد دارای مذهب درونی سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت‌تر و به شکل آزمایش‌های الهی در نظر بگیرند و در نتیجه رویدادها را فرصتی برای رشد و پیشرفت به شمار می‌آورند. این افراد به دلیل قابلیت‌هایی که دارند سعی می‌کنند تا از الگوهای شخصیتی مشابه به سخت‌کوشی روان‌شناختی برای مبارزه با بحران‌های زندگی استفاده کنند.

در سال‌های اخیر، طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روانی و سازگاری بین فردی تلاش‌های متعددی را برای برقراری ارتباط بین دو مفهوم سلامتی و معنویت، تحت عنوان بهزیستی معنوی و روان‌شناختی و رضایت از زندگی مبادرت ورزیده‌اند. الیسون (۱۹۸۳) بهزیستی معنوی را "تأیید زندگی در ارتباط با خدا، خود، اجتماع و محیطی که در آن



مذهبی کمتر از افراد غیر مذهبی به بزه کاری، سوء مصرف مواد و الکل، طلاق و خودکشی روی می آورند، از نظر بدنی سالم ترند و زندگی طولانی تری دارند (نقل از هادیان فرد، ۱۳۸۴). در مطالعه کوئینگ و همکاران (۲۰۰۱) رابطه مثبت معنی داری بین درگیری مذهبی و میزان پایین تر از افسردگی یا نشانه های افسردگی گزارش کردند. همین طور شواهد نشان داده است که افراد دارای مذهب درون زاد موقعیت آزمایشی را به صورت دینی توصیف می کنند. در حالی که افراد غیر مذهبی چنین موقعیتی را به شکل غیر دینی توصیف می نمایند. هم چنین افراد دارای گرایش بالای مذهبی، احساس خشنودی و شادمانی بیشتری از زندگی دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج زای زندگی پی آمدهای روانی اجتماعی منفی کمتری را نشان می دهند (الیسون، ۱۹۹۱).

در ایران نیز بررسی هایی در زمینه بهزیستی روانشناختی و رابطه آن با سایر سازه های روانشناختی انجام شده است. برای مثال، آرین (۱۳۸۰) نشان داد که بین مذهبی بودن و خشنودی، همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد. همچنین سرگلزایی، بهداشتی و قربانی (۱۳۸۰)؛ بهرامی مشعوف (۱۳۷۳)؛ اسلامی (۱۳۷۶) و بیرشک و همکاران (۱۳۸۰) بین مدت زمان صرف شده برای فعالیت های مذهبی و دچار شدن به اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد، رابطه معکوس گزارش نمودند. بوالهروی، احسان منش و کریمی (۱۳۷۹) اظهار داشتند که با بالا رفتن نمرات آزمودنی ها، نمرات آنها در پرسش نامه ی نشانگان استرس کاهش می یابد. تحقیقات امینی و ملکشاهی (۱۳۸۰) و گله دار و ساکی (۱۳۸۰) که به صورت تجربی و شبه تجربی اجرا شدند نیز نشانگر اثر برخی آداب و اعمال مذهبی بر کاهش اضطراب بودند.

با این حال، برخی از شواهد به رابطه منفی و یا عدم رابطه مذهب با سازه های روانشناختی اشاره نمودند.

ممکن است به شکل شناختی (قضاوت آگاهانه نسبت به جوانب زندگی) یا به صورت عاطفی (تجربه هیجانات) باشد. به این نحو که، اگر کسی اغلب از زندگی خود راضی باشد و خوشی را تجربه نماید و در عین حال که هر چندی هیجاناتی مثل غمگینی و خشم را تجربه می نماید، بهزیستی درونی بالا خواهد داشت. برعکس، اگر از زندگی خود ناراضی باشد و خوشی و علاقه اندکی را تجربه نماید و پیوسته هیجانات منفی، مثل خشم و اضطراب را احساس نماید دارای بهزیستی درونی پایینی است (مظفری و هادیان فرد، ۱۳۸۳). همچنین نتایج بررسی ها حکایت از این دارند که میزان معنویت با کیفیت کلی زندگی رابطه دارد (فرل، هاسی و گرت، ۱۹۹۵). بنابراین، تجارب مذهبی و معنوی نقش بسیار مهمی در کیفیت زندگی دارد.

علاوه بر این، مذهب به عنوان یک میانجی بر فرایند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره ی زندگی فرد تأثیر می گذارد. بدین ترتیب حتی بسیاری از رویدادهای به ظاهر منفی، مثبت ارزیابی می شوند و فرد از آنها احساس مثبتی خواهد داشت. بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که به کمک اعتقاد به مذهب، برخورد با هیجان ها و شرایط اجتماعی آسانتر می شود (دینر، لوکاس و اویشی، ۲۰۰۲). پارگامنت و ماهونی (۲۰۰۲) مهم ترین عامل را در شادکامی روان شناختی، انتخاب داوطلبانه ی مذهبی بودن می داند. سایر مطالعات نیز نشان داده اند افرادی که خود را معنوی تر و مذهبی تر می دانند سطوح بالاتری از شادکامی را گزارش کرده حضور در کلیسا و شرکت در آیین های مذهبی، رابطه ی مثبتی با احساس ذهنی بهزیستی آنان دارد. همچنین بررسی ها نشان داده اند مذهبی بودن با عاطفه مثبت، همبستگی مستقیم و با عاطفه ی منفی رابطه معکوس دارد. از سوی دیگر مذهبی بودن با چندین ملاک سلامت روانی همبسته است؛ برای نمونه افراد



کارشناسی نیمسال اول و دوم دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۸۸ تشکیل می دادند. روش نمونه گیری، به صورت نمونه گیری خوشه ای مرحله ای بوده است. بدین ترتیب، با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه تاباکنیک و فیدل (۱۹۹۶) تعداد ۲۵۰ دانشجوی (۱۲۹ نفر دختر و ۱۲۱ نفر پسر) در سه مرحله با بهره مندی از واحدهای نمونه گیری مختلف (واحد مرحله اول: دانشگاه تبریز از بین دانشگاه های تبریز؛ واحد مرحله دوم: دانشکده های مختلف شامل علوم انسانی، علوم پایه و فنی و مهندسی؛ واحد مرحله سوم: یک یا دو کلاس از هر دانشکده) انتخاب شدند. پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری، داوطلبان مقیاس ها و پرسشنامه های زیر به صورت گروهی تکمیل نمودند.

#### ابزار

مقیاس انگیزش درونی مذهبی: این مقیاس از ۱۰ گویه تشکیل شده است که در مقیاس لیکرت ۶ درجه ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شود. دامنه نمره های مقیاس از ۱۰ تا ۶۰ در نوسان است. این مقیاس برای اندازه گیری ارتباط درونی ادراکی پاسخگویان با خدا به کار برده می شود (هاگ، ۱۹۷۲). نمرات بالاتر به منزله داشتن ارتباط درونی - ادراکی قوی با خدا دلالت دارد. بعضی گویه ها برعکس نمره گذاری می شود؛ این گویه ها انگیزه های بیرونی ایمان مذهبی را مورد سؤال قرار می دهد. مقدار ضریب آلفا در مطالعه حاضر ۰/۷۶ بدست آمد.

پرسشنامه نماز: این پرسشنامه یک پرسشنامه محقق - ساخته می باشد که دارای ۲۵ سوال است که در مقیاس لیکرتی درجه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره گذاری می گردد. این پرسشنامه با بررسی سوابق نظری و پژوهشی و نیز دریافت نظرات چند تن از اساتید گروه معارف و نیز با بهره برداری از

برای مثال، زهروی و پهلوانی (۱۳۸۰) در بررسی نقش مراسم عبادی روزه داری در سلامت روانی گزارش نمودند که بین روزه داری و سلامت روانی ارتباط معنی داری وجود ندارد. همچنین نتایج برخی از پژوهش ها حاکی از عدم وجود رابطه مذهب و بهزیستی است (مارکیدز، لوپین و ری، ۱۹۸۷). ایس (۱۹۸۱) نیز اعتقاد بر این داشتند که دین با غیر منطقی بودن ارتباط دارد. وی مدعی بود افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیرمذهبی دارای اغتشاش هیجانی بیشتری هستند و تأکید داشت راهکارهای غیرمذهبی مناسب ترین راه های درمان در حل مشکلات هیجانی است (بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳).

هدف این مطالعه بررسی رابطه بهزیستی روان شناختی دانشجویان با توجه به بهزیستی معنوی، انگیزش درونی مذهبی و نماز به صورت جداگانه و یا ترکیبی است. بررسی تفاوت های جنسیتی در متغیرهای پیش بین و ملاک نیز مورد توجه بوده است. سؤال های این پژوهش عبارت بودند از:

۱) آیا میان انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی با بهزیستی روان شناختی رابطه ای وجود دارد؟

۲) آیا انگیزش درونی مذهبی، نماز خواندن، مؤلفه های بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی به واسطه جنسیت افراد تغییر پیدا می کند؟

۳) چه میزان متغیرهای پیش بین (انگیزش درونی مذهبی، نماز خواندن، مؤلفه های بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی و ویژگی های جمعیت شناختی) قادر است بهزیستی روان شناختی دانشجویان را پیش بینی کند؟

#### روش

پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دوره



ترجمه شده در این پژوهش توسط محقق بررسی شد. بعد از تأیید روایی صوری و محتوایی، پایایی درونی پرسشنامه باروش آلفای کرونباخ برای این دو عامل به ترتیب برابر با  $0.87$  و  $0.80$  بدست آمد.

**مقیاس رضایت از زندگی:** مقیاس رضایت از زندگی<sup>۲</sup> توسط داینر و همکاران (۱۹۸۵) جهت سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. SWLS یک مقیاس پنج گویه ای است و هرگویه روی طیف لیکرتی پنج درجه ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود؛ به طوری که دامنه نمره ها از ۵ (رضایت پایین) تا ۳۵ (رضایت بالا) در نوسان است. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه اسوامی و پریمویزک (۲۰۰۷)  $0.83$  و در پژوهش واحدی (۱۳۸۸)  $0.85$  برآورد گردید که نشانه همسانی درونی رضایت بخش برای فرم ایرانی مقیاس رضایت از زندگی محسوب می شود.

**مقیاس بهزیستی روان شناختی:** مقیاس بهزیستی روان شناختی<sup>۳</sup> توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی شده است که نسخه اصلی آن شامل شش بعد و هر یک از ابعاد دارای ۲۰ گویه می باشند. ابعاد بهزیستی روان شناختی ریف دربردارنده مقیاس های استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، روابط مثبت، هدف در زندگی و پذیرش خود می باشد. در این مطالعه از فرم کوتاه ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف بهره گرفته شد. پاسخ به هر پرسش با شش گزینه از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم مشخص می شود. شکری و همکاران (۱۳۸۷) ضریب آلفا کرونباخ برای مقیاس های سه سؤالی  $0.21$  تا  $0.35$  گزارش کردند. ون دیرندانک (۲۰۰۵) ضرایب آلفای را برای نسخه سه سؤالی به ترتیب  $0.68$ ،  $0.52$ ،  $0.64$ ،  $0.58$ ،  $0.17$  و  $0.53$  برآورد کرد. چنگ و چان (۲۰۰۵) ضرایب آلفای را برای مقیاس های یادشده به ترتیب  $0.63$ ،  $0.55$ ،  $0.65$ ،  $0.70$  و  $0.59$  برآورد کردند. در این پژوهش مقدار پایایی به روش دونیمه کردن و آلفای

پرسشنامه های موجود ساخته شده است. پایایی پرسشنامه در بررسی حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که مقدار آلفا برای کل پرسشنامه برابر با  $0.93$  بود.

**مقیاس بهزیستی معنوی:** مقیاس بهزیستی معنوی<sup>۱</sup> توسط پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ساخته شد و ۲۰ سؤال و دو خرده مقیاس را شامل می شود. سؤال های فرد مقیاس مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی است و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت بخش با خدا را می سنجد و سؤال های زوج مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را مورد ارزیابی قرار می دهد. پاسخگویی به سؤال ها براساس مقیاس لیکرت ۶ درجه ای: از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره گذاری می شود. با نمره گذاری مقیاس مذکور سه نمره بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل بهزیستی معنوی به دست می آید. دامنه کل بهزیستی معنوی بین ۲۰ تا ۱۲۰ نمره می باشد. ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل کل مقیاس به ترتیب برابر  $0.96$ ،  $0.86$  و  $0.93$  و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با  $0.91$ ،  $0.91$  و  $0.93$  گزارش شده است (پالوتزین و الیسون، ۱۹۸۲). در پژوهش حاضر برای تعیین روایی سازه مقیاس مذکور از تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه های اصلی استفاده شد. مقدار عددی شاخص KMO برابر با  $0.86$  و نیز مقدار عددی شاخص کای اسکویر در آزمون کرویت بارتلت برابر  $1483/55$  بود که در سطح  $0.01$  معنی دار بود که حکایت از کفایت نمونه گیری برای انجام تحلیلی عاملی داشت. براساس تحلیل عاملی انجام شده توأم با چرخش واریماکس بر روی گویه ها و با ملاک قردادان مقادیر ویژه و نمودار اسکری کتل دو عامل استخراج شد؛ «بهزیستی مذهبی» و «بهزیستی وجودی». میزان پایایی ابزار

2. Subjective Well being Scale  
3. Psychological well-being scale

1. Spiritual Well-Being Scale



جدول ۱: میانگین و انحراف معیار عوامل مؤثر بر بهزیستی روان شناختی دانشجویان به تفکیک جنس

| میانگین | پسر          |         | دختر         |         |                     |
|---------|--------------|---------|--------------|---------|---------------------|
|         | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |                     |
| ۴۱/۰۶   | ۶/۱۳         | ۴۴/۸۰   | ۷/۱۷         | ۷/۱۷    | انگیزش درونی مذهبی  |
| ۶۹/۲۴   | ۱۱/۱۸        | ۷۳/۷۳   | ۱۰/۰۷        | ۱۰/۰۷   | نماز خواندن         |
| ۴۶/۱۹   | ۸/۰۱۰        | ۴۹/۱۱   | ۶/۶۸         | ۶/۶۸    | بهزیستی مذهبی       |
| ۲۰/۶۵   | ۴/۲۲         | ۲۱/۶۳   | ۴/۵۸         | ۴/۵۸    | بهزیستی وجودی       |
| ۱۲/۰۷   | ۳/۹۴         | ۱۵/۷۲   | ۳/۸۳         | ۳/۸۳    | رضایت از زندگی      |
| ۶۲/۳۷   | ۵/۲۸         | ۶۵/۸۷   | ۷/۲۸         | ۷/۲۸    | بهزیستی روان شناختی |

کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۱. محاسبه گردید.

داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی، شامل فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی، شامل آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر به شیوه رگرسیون معمولی (OLS) مورد تحلیل قرار گرفت. در تحلیل مسیر انجام شده ابتدا احساس بهزیستی روان شناختی به عنوان متغیر ملاک و نماز خواندن، انگیزش درونی مذهبی و بهزیستی معنوی به عنوان متغیرهای پیش بین وارد تحلیل رگرسیون شدند. سپس در گام بعدی، از بین متغیرهای مورد نظر، بهزیستی مذهبی که دارای توان پیش بین معنی‌دار ( $\beta$ ) برای بهزیستی روان شناختی دانشجویان بود به عنوان متغیرملاک و بهزیستی وجودی و رضایت از زندگی دارای توان پیش بین معنی‌دار برای بهزیستی مذهبی بود. درگام نهایی، بهزیستی وجودی، به عنوان متغیرملاک و رضایت از زندگی به عنوان متغیرپیش بین وارد تحلیل رگرسیون گردیدند. آن دسته از متغیرهایی که بتای معنی‌داری نداشتند از معادله رگرسیون خارج شدند. تحلیل‌های مورد اشاره با استفاده از PASW۱۸ صورت پذیرفت.

#### یافته‌ها

جدول ۱ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را برحسب نمره‌های انگیزش درونی مذهبی، نماز، مؤلفه‌های

بهزیستی معنوی و روان شناختی و رضایت از زندگی به تفکیک جنسیت دانشجویان نشان می‌دهد.

برای تحلیل داده‌ها و آزمودن فرضیه‌های پژوهش، ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی دانشجویان دختر و پسر در مورد نمره‌های متغیرهای معنویت و رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی محاسبه شد. خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس جدول ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های دانشجویان دختر در متغیرهای انگیزش درونی مذهبی، رضایت از زندگی، نماز خواندن و بهزیستی مذهبی بیشتر از دانشجویان پسر است. این در حالی است که بین این دو گروه از لحاظ بهزیستی وجودی و بهزیستی روان شناختی تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

در جدول ۳ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آورده شده است. یافته‌های جدول نشانگر این است که جنسیت آزمودنی‌ها با انگیزش درونی مذهبی، نماز خواندن، مؤلفه بهزیستی مذهبی و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌دار می‌باشد، اما همبستگی بین جنسیت دانشجویان و بهزیستی وجودی و روان شناختی معنی‌دار نیست. همچنین بین نماز و انگیزش درونی مذهبی، مؤلفه‌های بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. مؤلفه‌های بهزیستی معنوی نیز با رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی همبستگی مثبت و معنی‌داری



جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس میان گروه های جنسی برحسب متغیرهای معنویت و رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی

| متغیر               | مجموع مجذورات | درجه آزادی | F     | سطح احتمال |
|---------------------|---------------|------------|-------|------------|
| انگیزش درونی مذهبی  | بین گروهی     | ۱          | ۳۱/۰۹ | ۰/۰۱       |
|                     | گروهی         | ۲۳۷        |       |            |
|                     | کل            | ۲۳۸        |       |            |
| رضایت از زندگی      | بین گروهی     | ۱          | ۱۰/۲۵ | ۰/۰۳       |
|                     | گروهی         | ۲۳۷        |       |            |
|                     | کل            | ۲۳۸        |       |            |
| بهزیستی مذهبی       | بین گروهی     | ۱          | ۹/۰۵  | ۰/۰۳       |
|                     | گروهی         | ۲۳۳        |       |            |
|                     | کل            | ۲۳۴        |       |            |
| نماز                | بین گروهی     | ۱          | ۱۰/۲۶ | ۰/۰۳       |
|                     | گروهی         | ۱۷۸        |       |            |
|                     | کل            | ۱۷۹        |       |            |
| بهزیستی وجودی       | بین گروهی     | ۱          | ۲/۷۹  | ۰/۰۹       |
|                     | گروهی         | ۲۳۲        |       |            |
|                     | کل            | ۲۳۳        |       |            |
| بهزیستی روان شناختی | بین گروهی     | ۱          | ۳/۲۸  | ۰/۰۷       |
|                     | گروهی         | ۲۳۴        |       |            |
|                     | کل            | ۲۳۷        |       |            |

درصد واریانس مشترک بهزیستی روان شناختی دانشجویان را تبیین می کند. متغیرهای جنس، رضایت از زندگی، انگیزش درونی مذهبی و بهزیستی وجودی در مرحله اول از مدل خارج شدند. از میان آنها، متغیر رضایت از زندگی دارای بیشترین بتا و همبستگی جزئی است، لذا در مرحله دوم وارد معادله گردید. نتایج مرحله دوم، حاکی از سطح معنی داری ( $P < .001$ ) ضریب همبستگی چندگانه ( $R = .63$ ) و ضریب تبیین ( $R^2 = .39$ ) است. بدین معنی است که مجموع متغیرهای بهزیستی مذهبی و رضایت از زندگی دارای ۳۹ درصد واریانس مشترک با متغیر وابسته می باشند. در نهایت، در مرحله سوم، میزان بهزیستی وجودی در مدل رگرسیون وارد می شود. نتایج بدست آمده نشانگر معنی داری ضریب همبستگی چندگانه ( $R = .65$ ) و مجذور ضریب

دارند. همپنین بین رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی رابطه مثبت معنی داری یافت شد. بدین معنی که با بالا رفتن میزان انگیزش درونی مذهبی، نماز خواندن و بهزیستی معنوی، بهزیستی روان شناختی و رضایت از زندگی دانشجویان افزایش می یابد. نتایج بدست آمده از انجام تحلیل رگرسیون به روش گام به گام در جدول ۴ نشان دهنده توانایی پیش بینی کنندگی بالای بهزیستی مذهبی در بهزیستی روان شناختی دانشجویان در بین تمامی متغیرهای مستقل می باشد. با توجه به داده های مرحله یک، می توان اظهار داشت که ضریب همبستگی چندگانه ( $R = .54$ ) و ضریب تبیین ( $R^2 = .29$ ) در سطح  $P = .001$ ، از لحاظ آماری معنی دار است. به عبارت دیگر، بهزیستی مذهبی به تنهایی ۲۹





جدول ۳: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین نمره های دانشجویان در مورد انگیزش درونی مذهبی، نماز، مؤلفه های بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی و بهزیستی روان شناختی است.

| متغیرها و شاخص های آماری | ۱     | ۲     | ۳     | ۴     | ۵     | ۶     | ۷ |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| ۱) جنسیت                 |       |       |       |       |       |       |   |
| ۲) انگیزش درونی مذهبی    | ۰۰/۲۷ |       |       |       |       |       |   |
| ۳) نماز خواندن           | ۰۰/۲۱ | ۰۰/۵۸ |       |       |       |       |   |
| ۴) بهزیستی مذهبی         | ۰۰/۳۰ | ۰۰/۵۲ | ۰۰/۵۱ |       |       |       |   |
| ۵) بهزیستی وجودی         | ۰/۱۱  | ۰۰/۳۰ | ۰۰/۲۷ | ۰۰/۲۰ |       |       |   |
| ۶) رضایت از زندگی        | ۰۰/۲۲ | ۰۰/۲۸ | ۰۰/۲۵ | ۰۰/۲۶ | ۰۰/۶۱ |       |   |
| ۷) بهزیستی روان شناختی   | ۰/۱۱  | ۰۰/۳۸ | ۰۰/۳۶ | ۰۰/۵۶ | ۰۰/۵۲ | ۰۰/۲۶ |   |

\* در سطح احتمال ۰/۰۵ معنی دار است.  
\*\* در سطح احتمال ۰/۰۰۱ معنی دار است.

بسیاری از متغیرهای پیش بین مورد پالایش و تعدیل قرار گرفت. نمودار ۱ مدل ارتباط منطقی متغیرها را در نمودار مسیر نشان می دهد.

در این مدل میزان تأثیر مستقیم هر کدام از متغیرهای پیش بین بر روی بهزیستی روان شناختی ارایه شده است. بهزیستی مذهبی بالاترین سهم را در بهزیستی روان شناختی دارد (میزان تأثیر این متغیر ۰/۳۹ است). افزایش میزان بهزیستی مذهبی (میزان رضایت از ارتباط با خدا) موجب افزایش بهزیستی روان شناختی دانشجویان می شود. رضایت از زندگی در مرتبه ی دوم تبیین قرار دارد و میزان تأثیر این متغیر ۰/۲۲ است. به بیان دیگر، با افزایش رضایت مندی از زندگی، زمینه ی بهزیستی روان شناختی دانشجویان ارتقا پیدا می کند. همچنین بهزیستی وجودی به عنوان یکی از ابعاد بهزیستی معنوی با تأثیر ۰/۲۱ در مرتبه سوم رابطه قرار دارد؛ دانشجویانی که در زندگی خود هدف و معنا بیشتری داشتند، بهزیستی روان شناختی آنان نیز افزایش می یابد. در مجموع ۴۳ درصد از واریانس متغیر وابسته ( $R^2$ )، توسط متغیرهای درون مدل توضیح داده شده و ۵۷ درصد آن به کمک متغیرهای خارج از مدل تبیین می شوند.

همبستگی چندگانه ( $R^2=0/42$ ) در سطح  $P < 0/002$  می باشد. به بیانی دیگر، مجموع متغیرهای پیش بین در این مدل (بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و رضایت از زندگی) توانستند ۴۲ درصد واریانس متغیر ملاک را تبیین کنند. در مجموع، سه متغیر فوق در میان کلیه متغیرها، دارای بیشترین توان پیش بینی کنندگی معنی دار برای متغیر ملاک (بهزیستی روان شناختی) می باشد. به طور کلی از میان کلیه متغیرها، نماز، مذهب درونی و جنسیت در هر سه مرحله از مدل رگرسیون خارج شدند، اما بهزیستی مذهبی بیشترین میزان تبیین و پیش بینی کنندگی بهزیستی روان شناختی دانشجویان را به خود اختصاص داده است.

نمودار مسیر وسیله ای است سودمند برای نمایش الگوی روابط علی در میان مجموعه یی از متغیرها. در تحلیل رگرسیونی نمودار مسیر مدل حاضر، روش گام به گام به کار رفته است. در این روش، متغیرها به ترتیب بیشترین مقدار واریانس با متغیر وابسته وارد معادله می شود ولی با ورود هر متغیر جدید، تمامی متغیرهای موجود در معادله بررسی می شود و هر کدام شان که سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ داشتند در معادله حضور نیافتند. مطابق این رویه،



جدول ۴: خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام در مورد بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

| P    | t    | $\beta$ | B   | P    | F     | $\Delta R^2$ | $R^2$ | R   | مدل رگرسیون               |
|------|------|---------|-----|------|-------|--------------|-------|-----|---------------------------|
| .۰۰۱ | ۶/۴۲ | .۵۲     | .۵۲ | .۰۰۱ | ۶۲/۵۸ | .۲۶          | .۲۰   | .۵۲ | مرحله ۱<br>بهزیستی مذهبی  |
| .۰۰۱ | ۸/۲۳ | .۲۵     | .۴۳ | .۰۰۱ | ۷۲/۹۰ | .۲۶          | .۴۰   | .۶۳ | مرحله ۲<br>بهزیستی مذهبی  |
| .۰۰۱ | ۶/۱۵ | .۲۳     | .۵۷ | .۰۰۱ | ۵۲/۸۷ | .۲۲          | .۴۳   | .۶۵ | مرحله ۳<br>رضایت از زندگی |
| .۰۰۱ | ۶/۸۴ | .۲۶     | .۳۷ | .۰۰۱ |       |              |       |     | مرحله ۴<br>بهزیستی مذهبی  |
| .۰۰۱ | ۳/۵۰ | .۲۳     | .۳۸ |      |       |              |       |     | رضایت از زندگی            |
| .۰۰۲ | ۳/۱۵ | .۲۱     | .۲۳ |      |       |              |       |     | بهزیستی وجودی             |

سوره ی عنکبوت آمده است: "نماز را بر پادار، نماز فرد را از ناشایستی و زشت کاری باز می دارد و یاد خداوند (از هر کاری) مهم تر است". یافته های این پژوهش در خصوص تأثیر نماز بر بهزیستی روان شناختی با نتایج بدست آمده از تحقیقات پیشین از جمله روحی عزیزی و روحی عزیزی (۱۳۸۰)، برگین و همکاران (۱۹۸۷)؛ ناوارا و جیمز (۲۰۰۵)؛ جمالی (۱۳۸۱)؛ بهرامی مشعوف (۱۳۷۳)، اسلامی (۱۳۷۶)؛ و بیرشک و همکاران (۱۳۸۰)؛ بهرامی احسان و تاشک (۱۳۸۳)؛ گله دار و ساکی (۱۳۸۰)؛ امینی و ملکشاهی (۱۳۸۰) هماهنگ است. آنها اشاره نمودند که نمازگزاران باور دارند که پس از انجام این فریضه ی الهی به آرامش روحی دست می یابند.

### بحث

یکی از موثرترین تکیه گاه های روانی که به زندگی معنا می دهد، دینداری است. بنا بر یافته های پژوهش، بین نماز خواندن، انگیزش درونی مذهبی، بهزیستی معنوی و احساس بهزیستی روان شناختی همبستگی معنی داری وجود دارد. به بیان دیگر، احساس بهزیستی روان شناختی با عمل به باورهای مذهبی ارتباط دارد، بدین نحو که افرادی که بیشتر بر پایه ی باورهای مذهبی عمل می کنند، احساس بهزیستی روان شناختی بالاتری دارند. خداوند در آیات متعدد قرآن کریم به اهمیت نماز و اثرات مثبت آن اشاره نموده است. به ویژه در آیه ی ۴۵



شکل ۱: مدل نهایی عوامل مؤثر بر بهزیستی روان شناختی



پایینی قرار دارند، احساس بی هدفی، بیگانگی نسبت به خود و اجتماع و عدم عزت نفس، میان آنان متداول تر است (باگلی و همکاران، ۱۹۹۷، میر هاشمیان، ۱۳۷۷).

در تبیین این یافته، عده ای از پژوهشگران بر این باورند که مذهب به عنوان مروج رفتار مثبت، احساس معنی داری، قانونمندی و داشتن روابط نزدیک و صمیمی با دیگران را در زندگی به ارمغان می آورد و باعث امیدواری انسان می شود. پژوهش ها نشان داده اند فراوانی روابط نزدیک با دیگران یکی از همبسته های احساس ذهنی بهزیستی است. علاوه بر این، تحقیقات نشان می دهند که گرچه میزان استرس تجربه شده در افراد مذهبی و غیر مذهبی تفاوت معنی داری ندارد، ولی مذهب ممکن است به افراد کمک کند تا با استرس بهتر روبرو شوند (واتسون، ۲۰۰۲). کوئینگ و همکاران در مرور انتقادی جامع درباره این موضوعات به این نتیجه رسیدند یک صد مطالعه ای که رابطه بین مذهب و بهزیستی را بررسی کرده بودند حداقل یک رابطه مثبت بین این دو متغیر در ۸۰ درصد موارد گزارش شده است. روابط گزارش شده با سایر سازه های روان شناختی در حد متوسط و یا بالایی بوده است. به همین نحو، ۸۰ درصد یا بیشتر این مطالعات رابطه مثبت بین معنویت و امیدواری زیاد یا خوش بینی نسبت به آینده گزارش نمودند (نقل از دین، ۲۰۰۶). از این رو به نظر می رسد مذهبی بودن حس امید را افزایش داده و به تبع آن افسردگی را نیز کاهش می دهد. به عبارت دیگر می توان گفت که باور قلبی عمیق نسبت به خدا، احساس خرسندی و رضایت ناشی از ارتباط با خدا و اقامه ی نماز یکی از عوامل زمینه ساز احساس ذهنی بهزیستی و رضایت از زندگی است.

همسو با یافته های تحقیقات (پترسون و روی، ۱۹۸۵؛ پولما و پندلتون، ۱۹۹۰؛ مایر و دینر، ۱۹۹۵؛ ایسون و لوین، ۱۹۹۸؛ لوین و چترز، ۱۹۹۸؛ نقل از

علاوه بر این، نتایج تحقیق در مورد رابطه انگیزش درونی مذهبی با احساس بهزیستی روان شناختی نشان دهنده آن است که افرادی که مذهب در آنها درونی است در مقایسه با افرادی که مذهب را وسیله ای برای دستیابی به اهداف دیگر خود می دانند، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. یافته های این پژوهش هم چنین با اطلاعات به دست آمده از زمینه یابی ها در ملیت های مختلف که نشان داده است افراد مذهبی فعال، سطوح نسبتاً بالاتری از شادمانی را گزارش می کنند، هم سویی دارد (دینر و همکاران، ۲۰۰۲). مالتبی، لوپس و دی (۱۹۹۹) به این نتیجه رسیدند که همبستگی های مثبتی بین جهت گیری درونی مذهبی و بهزیستی روان شناختی وجود دارد. اخیراً یون و لی (۲۰۰۷) دریافتند که بین مذهب و بهزیستی روان شناختی در بزرگسالی رابطه مثبت وجود دارد. در یک مطالعه که در آن ۸۳۶ بزرگسال با میانگین سنی ۷۳/۴ سال شرکت داشتند، روشن شد که بین سه شاخص؛ مذهبی بودن (فعالیت های مذهبی غیر سازمان یافته، فعالیت های مذهبی سازمان یافته و مذهب درونی)؛ و روحیه داشتن و دل گرمی به زندگی همبستگی مثبتی وجود دارد. به ویژه، میان مذهب درونی و فعالیت های مذهبی سازمان یافته با دل گرمی به زندگی همبستگی مثبتی وجود دارد. لوین، چاترز و تیلور (۱۹۹۴) دریافتند افرادی دارای التزام بیشتر به دین، رضایت بیشتری از زندگی داشتند. یا کونینگ و فوترمن (همان) در بررسی ۲۳ تحقیق در یافتند اشخاصی که متدین تر بودند از سلامت روان و آسایش بیشتری برخوردار بودند (شجاعیان و زمانی منفرد، ۱۳۸۱). در پژوهش دیگری نیز این نتیجه به دست آمد که میان جهت گیری مذهبی و متغیر های سازگاری روانی، عزت نفس و سلامت روانی ارتباط معنی داری وجود دارد (نقل از میر هاشمیان، ۱۳۷۷). همچنین این پژوهش نشان داد افرادی که از نظر مذهبی در سطح



می‌کنند همسو است. نمره‌های بالاتر دختران در معنویت و مذهب ممکن است به دلیل اجتماعی شدن، نقش‌های مورد انتظار، تجارب زندگی و راهبردهای مقابله‌ای متفاوت آنها نسبت به مردان باشد (همرمیستر و همکاران، ۲۰۰۵). لوین (۱۹۹۴) پیشنهاد می‌کند نقشها، صفات و رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی به زنان نسبت داده می‌شود با برخی از اصول و هنجارهای مذهبی سازگارتر است. در جامعه ما که بر اصول مذهبی و معنوی تاکید زیادی می‌شود، زنان ممکن است به دلیل ویژگیهایی چون وابستگی، مطیع بودن، خطر ناپذیری و استعداد بیشتر برای احساس گناه، برای عقاید معنوی و رفتارهای مذهبی ارزش بیشتری قائل شوند و در نتیجه نمره‌های بالاتری در مقیاس کسب کنند.

مدل نهایی تحلیل مسیر در پژوهش حاضر نشان داد از بین متغیرهای پیش‌بین، زیر مقیاس‌های بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی بهتر قادر بودند بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان را پیش‌بینی کنند. زیرا مذهب بخش بسیار مهمی از زندگی اجتماعی و روان‌شناختی افراد است (ایکسلاین، ۲۰۰۲). الیسون (۱۹۹۱) در تحقیق خود نتیجه گرفت بین باورهای مذهبی قوی و رضایت زندگی افراد رابطه مثبتی وجود دارد. یافته‌های پژوهش درباره بهزیستی معنوی در جامعه دانشجویان با تحقیقات انجام شده قبلی مبنی بر همبستگی معنی‌دار بین نمره‌های مقیاس بهزیستی معنوی و متغیرهایی از قبیل اعمال مذهبی، افسردگی، عزت نفس، جهت‌گیری مذهبی درونی بهزیستی هیجانی، رضایت از زندگی، معنی‌داری در زندگی، وضعیت هویت، بی‌ثباتی هیجانی و آشفتگی خلق در جامعه دانشجویان است (نقل از دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷) همخوان است. علاوه بر این، بیوکز و ایسترهیوس (۲۰۰۶) دریافتند که بنیادگرایی مذهبی و عدم لذت‌گرایی با بهزیستی روان‌شناختی در ارتباط می‌باشد (نقل از

مهبشیوری و سینگ، ۲۰۰۹). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که بین رضایت از زندگی و مذهب رابطه معنی‌داری وجود دارد. مذهب نه تنها نقش مهمی در زندگی بازی می‌کند، بلکه برای بهزیستی افرادی که مذهب را باور دارند عامل مهمی محسوب می‌شود (الدترینگ و پاندی، ۲۰۰۷). نتایج دیگر این پژوهش از تحقیقات قبلی (برای مثال، تلوزینسکی، کنال و فیتچ، ۱۹۹۷؛ الیسون و فان، ۲۰۰۸) مبنی بر این که رویکرد معنوی نسبت به زندگی، تقویت‌کننده بهزیستی روان‌شناختی است، حمایت می‌کند. به طور کلی، تصور خدا به عنوان یک عامل مهم، بهزیستی روان‌شناختی و معنوی را متأثر می‌سازد (تیزدال و همکاران، ۱۹۹۷). یافته‌های مطالعه حاضر نیز از ارتباط تصور خدا با بهزیستی روان‌شناختی حمایت می‌کند، زیرا به این واقعیت اشاره می‌کند که بسیاری از افراد که از ارتباط شان با خدا احساس خشنودی می‌کردند، به همان میزان تجربه شاد بودن، رضایت نسبت به خود و خوش‌بینی نسبت به آینده در بین آنها بالا بود. محققان معتقدند تصور خدا، عزت نفس و خویش‌شناسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این نیز به نوبه خود تجربه مذهبی و همدلی را متأثر می‌سازد.

افزون بر این، یافته‌های این پژوهش نشان داد که نمره‌های دانشجویان دختر به غیر از متغیرهای بهزیستی وجودی و بهزیستی روان‌شناختی، در انگیزش درونی مذهبی، رضایت از زندگی، نماز خواندن و بهزیستی مذهبی بیشتر از دانشجویان پسر است. به نظر می‌رسد دختران دانشجویان در انجام برخی امورات دینی نسبت به پسران تعهد بیشتری دارند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پیشین از جمله جلیوند (۱۳۸۰)، کلامس (۱۹۹۵)، همرمیستر و همکاران (۲۰۰۵) و لپیمن و کیت (۲۰۰۶) و ماری و روین (۲۰۰۷) درباره این که دختران نسبت به پسران نمره‌های بالاتری در مقیاس بهزیستی معنوی کسب



فروردین.  
 بوالهروی، جعفر، احسان منش، مجتبی، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین عوامل تنش زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی. فصلنامه اندیشه رفتار، سال ششم، شماره ۱، ۲۵-۳۴.  
 بهرامی احسان، هادی و تاشک، آناهیتا (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت گیری مذهبی. مجله روان شناسی و علوم تربیتی، ۳۴، شماره ۴۱: ۲-۶۳.  
 بهرامی مشعوف، عباس (۱۳۷۳). بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.  
 بیرشک، بهروز؛ بخشایی، نور محمد؛ بیان زاده، سیداکبر و آذربایجانی، طیبه. بررسی نقش مذهب در تجربه و رتبه بندی استر سهای زندگی، افسردگی و اضطراب. چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین. در بهداشت روان ۱۳۸۰؛ سال پنجم، شماره ۱۹.  
 جلیلود، محمد امین (۱۳۸۰). بررسی رابطه سلامت روان و پایبندی به معنقادات دینی. اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران. ۲۷-۳۰ فروردین.  
 جمالی، فریبا (۱۳۸۱). بررسی رابطه نگرش مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاههای تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، چاپ نشده، دانشگاه الزهراء.  
 دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). بررسی نقش دین در بهداشت روانی و فرایندهای روان درمانی. ارائه شده به مرکز تعلیمات اسلامی واشنگتن.  
 دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز، جعفری، عیسی و نجفی، محمود (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. مطالعات روان شناختی، دوره ۴، شماره ۳، ۱۲۹-۱۴۴.  
 رضانی، ولی...؛ نوابی نژاد، شکوه و جعفر بوالهروی (۱۳۷۶). بررسی ارتباط جهت گیری دینی درونی و بیرونی با سلامت روانی پیروان سه دین زرتشت، مسیح و اسلام، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران ۲۷۳۰ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.  
 آرین، خدیجه (۱۳۸۰). رابطه دینداری و روان دوستی، اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران. ۲۷-۳۰

پینار، بیوکز و ایسترهیوس، ۲۰۰۶). وندیرندونک و موهان (۲۰۰۶) اظهار داشته اند که بهزیستی معنوی بر منبع درونی متمرکز بوده، و آن شامل آگاهی فردی از درون خودش و احساس عمیق معنویت می باشد. چنین منبعی به فرد، حس معنا، احساس قدرت در مواقع مشکل، تجربه کنترل ثانویه و اعتماد می دهد. در قرآن کریم آمده است مؤمنان زندگی خود را سرشار از معنا می دانند و به لطف و کرم الهی امید بسیار زیادی دارند که این امر بر اساس یافته های پژوهش موجود می تواند سبب افزایش شادی، و رضایت از زندگی در افراد گردد. بنابراین می توان چنین نتیجه گرفت که برقراری ارتباط درونی با نیروی برتر و متعالی و داشتن ایمان و اعتماد به خدا در این دوره سنی سبب شکل گیری پایه یک ارتباط منطقی با دیگران و نگرش رضایت مند نسبت به خود و دنیای اطراف می شود. در سایه چنین ارتباطی، زمینه برخورداری از سبک زندگی خوب، سالم، شاد و هدفمند برای جوانان فراهم می شود.

### منابع فارسی

اسلامی، احمد علی (۱۳۷۶). بررسی نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن و رابطه آن با افسردگی در دانش آموزان سال آخر دبیرستان های اسلام شهر در سال تحصیلی ۷۵-۷۶. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.  
 امینی، فریبا و فریده ملکشاهی (۱۳۸۰). بررسی تأثیر دعا بر کاهش اضطراب قبل از امتحان دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد سال ۱۳۷۹، ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران ۲۷۳۰ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.  
 آرین، خدیجه (۱۳۸۰). رابطه دینداری و روان دوستی، اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران. ۲۷-۳۰

رفتار، ۲۲۴: ۴۱-۲۳۲.

واحدی، شهرام و اسکندری، فاطمه (۱۳۸۸). ساختار عاملی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) در بین دانشجویان پرستاری و مامایی، دومین کنگره پرستار ماما پژوهش، گرگان ۲۰ و ۲۱ آبان.

## References

- Adams, T., Benzer, J., Drabbs, M., Zarnbarano, R., & Steinhardt, M. (2000). Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population. *Journal of American College Health*, 48, 165-173.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Bergin, A. E., Masters, K. S., & Richards, P. S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 197-204.
- Cheng, S. T., & Chan, A. C. M. (2005). Measuring psychological well-being in the Chinese. *Personality and Individual Differences*, 38, 1307-1316.
- Christopher, J. C. (1999). Situating psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research. *Journal of Counseling and Development*, 77, (2), 141-153.
- Dein, S. (2006). Religion, spirituality and depression: implications for research and treatment. *Primary care and Community Psychiatry*, 11, 2: 67-72.
- Diener, E. E., Sun, M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125: 276-302.
- Diener, E. Lucas, R.E. & Oishi, S. (2002). Subjective well-being. In R.C. Snyder, & S. J. Lopez (Ed.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Eldering, L. & Pandey, J. (2007). Experiencing the Mahakumbh Mela: The biggest Hindu fair in the world. *Psychological Studies*, 52 (4), 273-285.
- Ellis, A. (1981). Religiosity and rational emotive psychotherapy. *Theory Research and Practice*, 18, 155-159.

نماز به عنوان یکی از ارکان دین مبین اسلام بر سلامت جسمی - روانی نسل جوان. اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران. ۲۷-۳۰ فروردین.

زهروی، طاهره و هاجر پهلوانی (۱۳۸۰)، مطالعه نقش روزه داری در سلامت روانی گروهی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان)، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

سرگلزایی، محمدرضا، بهدانی، فاطمه، قربانی، اسماعیل (۱۳۸۰). آیا فعالیت های مذهبی می تواند از افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد در دانشجویان پیشگیری نماید. اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران. ۲۷-۳۰ فروردین.

شجاعیان، رضا و زمانی منفرد (۱۳۸۱). ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات سازی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۲، پاییز: ۳۳-۳۹.

شکری، امید؛ کدیور، پروین؛ فرزاد، ولی...؛ دانشورپور، زهره؛ دستجردی، رضا و پاییزی، مریم (۱۳۷۸). بررسی ساختار عاملی نسخه های فارسی سه، نه و ۱۴ سوالی مقیاس های به زیستی روانشناختی ریف در دانشجویان. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۲، تابستان.

صیادی تورانلو، حسین، جمالی، رضا و میرغفوری، سید حبیب الله (۱۳۸۶). بررسی رابطه اعتقاد به آموزه های مذهبی اسلام و هوش هیجانی دانشجویان. فصلنامه اندیشه نوین دینی، سال سوم، شماره ۱۱، زمستان: ۱۴۵-۱۷۲.

گله دار، نسرین و ساکی، ماندانا (۱۳۸۰). تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب پیش از آزمون دانشجویان، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

مظفری، شهباز و هادیان فرد، حبیب (۱۳۸۳). روان شناسی مثبت- احساس شادمانی ذهنی. فصلنامه تازه های روان درمانی، شماره ۳۱ و ۸۷: ۳۲-۱۰۱.

میر هاشمیان، حمیرا (۱۳۷۷). تأثیر اعتقادات مذهبی در شکل گیری منبع کنترل. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

هادیان فرد، حبیب (۱۳۸۴). احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت های مذهبی در گروهی از مسلمانان. مجله اندیشه و

- Ellison, C. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.
- Ellison, C. (1991). Religious involvement and subjective wellbeing. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
- Ellison, C. G., & Fan, D. (2008). Daily Spiritual Experiences and Psychological Well-being among US Adults. *Soc Indic Res*, 88:247-271.
- Ellison, C.W., & Smith, J. (1991). Toward an integrative measure of health and well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 35-48.
- Exline, J. J. (2002). The picture is getting clearer but is the scope too limited? Three overlooked questions in the psychology of religion. *Psychological Inquiry*, 13(3), 245-247.
- Fehring, R.J., Miller, J.F., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 663-671.
- Ferrell, B. R., Hassey, D., & Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research*, 4, 523-531.
- Galanter, M. (1982). Charismatic religious sects and psychiatry, an overview. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1533-48.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- Graham, S., Furr, S., Flowers, C., & Burke, M. T. (2001). Religion and spirituality in coping with stress. *Counseling & Values*, 46, 2-13.
- Hammermeister, J & et al, (2005). Gender differences in spiritual well-being: are females more spiritually well than males?, *American journal of health studies*, 20 (2), 80-84.
- Hoge, D. R. (1972). A validated intrinsic religious motivation scale. *Journal for the Scientific Study of Religion*, II, 369-376.
- Hoge, D. R. (1972). Intrinsic religious motivation scale. In P. C. Hill & R. W. Hood (Eds.), *Measures of religiosity* (p. 135-137). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Johnson, S.C., & Spilka, B. (1991). Coping with breast cancer: The roles of clergy and faith. *Journal of Religion and Health*, 30, 21-33.
- Kaymia, H. A. (2000). Hardiness and spiritual well-being among social work students: implication for social work education, *Journal of social work education*, 36, (2).
- Kellums, K. J. (1995). Gender analysis of the spiritual well-being scale. Unpublished doctoral dissertation, George Fox University, Newberg, OR.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Levin, J. S. (1994). *Religion in aging and health. Theoretical foundation and methodological frontiers*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lippman, L. H. & Keith, J. (2006). The demographics of spirituality among youth: International perspectives. In E. C. Roehlkepartain, P. E. King, L. M. Wagener & P. L. Benson (Eds.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 109-123). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Maheshwari, S. & Singh, P. (2009). Psychological well-being and pilgrimage: Religiosity, happiness and life satisfaction of Ardh- Kumbh Mela pilgrims (Kalpvasis) at Prayag, India *Asian Journal of Social Psychology*, 12, 285-292
- Maltby, J., Lewis, C. A. & Day, L. (1999). Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. *British Journal of Health Psychology*, 4, 363-378.
- Markides, K. S., Levin, J. S., & Ray, L. A. (1987). Religion, aging, and life satisfaction: An eight-year, three wave longitudinal study. *Gerontologist*, 27, 660-665.
- Mary, B. & Rooyen, V. (2007). Spiritual well-being in a group of South African adolescents. PhD thesis, Faculty of Humanities Department of Psychology, University of the Free State Bloemfontein.
- Mickley, J.R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 24, 267-272.
- Navara, G.S. James, S. (2005). Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment? *International Journal of Intercultural Relations*, 29(1): 39-58.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (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* (pp. 224-237). New York: Wiley Interscience.



Pargament, K. I., Echemendia, R. J., Johnson, S., Cook, P., McGath, C., Mayers, J., & Brannick, M. (1987). The conservative church: Psychosocial advantages and disadvantages. *American Journal of Community Psychology*, 15, 269-86.

Pargament, K. L. & Mahoney, A. (2002). Spirituality, In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Ed.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Payne, I. R., Bergin, A. E., Bielema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services*, 9, 11-40.

Pienaar, J. M., Beukes, R. B. I. & Esterhuysen, K. G. F. (2006). The relationship between conservatism and psychological well-being in adolescents. *South African Journal of Psychology*, 36(2), 391-406.

Robert, T. E.; Young, J. S. & Kelly, V. A. (2006). Relationships between adult workers' spiritual well-being and job satisfaction: a preliminary study. (Research and Theory). *Counseling and Values*, available from "http://www.accessmylibrary.com/article-1G1.

Ryff CD, Keyes C.L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality Social Psychology*, 69(4):719-727.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or it is explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Spilka, B., Sharer, P., & Kirkpatrick, L. A. (1985). A general; attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 24, 1-20.

Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, 35, 1080-1102.

Swami, V. & Chamorro-Premuzic, T. (2009). Psychometric Evaluation of the Malay Satisfaction with Life Scale. *Soc Indic Res*, 92:25-33.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1996). Using multivariate statistics (3rd section). New York Harper Collins.

Tisdale, T. C., Key, T. L., Edwards, K. J., Brokaw, B. F., Kemperman, S. R., Cloud, H., Townsend, J., & Okamoto, T. (1997). Impact of treatment on God image and personal adjustment, and correlations of

God image to personal adjustment and object relations development. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 227-239.

Tloczynski, J., Knoll, C., & Fitch, A. (1997). The relationship among spirituality, religious ideology, and personality. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 208-213.

Van Dierendonck, D. & Mohan, K. (2006). Some thoughts on spirituality and eudaimonic wellbeing. *Mental Health, Religion and Culture*, 9(3), 227-238.

Watson, D. (2002). Positive affectivity. In C. R. Snyder, S.J.Lopz(Eds). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Wolf, C. T., & Stevens, P. (2001). Integrating religion and spirituality in marriage and family counseling. *Counseling & Values*, 46, 66-75.

Yoon, D. P. & Lee, E. K. (2007). The impact of religiousness, spirituality, and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (3-4), 281-298.

