

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه پیام نور

مرکز فسا

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم تربیتی (M.Sc)

گرایش:

عنوان

بررسی رابطه سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن با توجه به

نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر

دانشگاه پیام نور یاسوج

استاد راهنما:

دکتر سیروس محمودی

استاد مشاور:

دکتر حمیدرضا ایمانی فر

نگارنده:

طالب ارجمند

تیرماه ۱۴۰۱

تقدیم به

پدر و مادر عزیزم که از کودکی شور دانستن و لذت کشف و جست و جو را در من بیدار کردند، استقامت در تلاش را به من آموختند و در تمام این سالها با فراهم کردن آرامش فکری و آسایش روحی، دشواریها را بر من آسان نمودند.

## سپاسگزاری

بر خود واجب می‌دانم از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر سیروس محمودی که به عنوان استاد راهنما در مراحل مختلف این پایان‌نامه همواره با سعه‌صدر و گشاده‌رویی در کنار من بودند و در طول مدت تحصیل از راهنمایی‌های اخلاقی و علمی ایشان بهره‌جسته‌ام تشکر و قدردانی نمایم.

و همچنین از بزرگواری، حسن سلوک و حمایت بی‌دریغ اساتید مشاور جناب دکتر حمیدرضا ایمانی‌فر تشکر کرده و برایشان طول عمر توام با سربلندی را آرزومندم.

## چکیده

سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن به عنوان راهکارهای رهایی از تنش‌ها و فشارهای روحی و روانی دانشجویان است. این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن با توجه به نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج در سال ۱۴۰۱ انجام شد. پژوهش حاضر از نوع مدل معادلات ساختاری بود و جامعه آماری آن دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج بود که در سال ۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند. تعداد نمونه‌ها بر اساس تعداد متغیرها در معادلات ساختاری و حداقل تعداد مورد نیاز در تحلیل مسیر ۲۵۰ نفر تعیین گردید. پژوهش شامل ۲۵۰ دانشجوی دختر بود که به صورت خوشه‌ای-تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه سلامت معنوی (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲)، بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) و گرایش به نماز خواندن (انیسی و همکاران، ۱۳۹۸) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار Spss و برای تحلیل فرضیه‌ها از نرم افزار Amos استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که ابعاد و نمره کل گرایش به نماز خواندن دارای رابطه مستقیم و معنی‌دار با متغیرهای سلامت معنوی و بهزیستی روان-شناختی بود. سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌دار داشت. سلامت معنوی دارای رابطه مستقیم و معنی‌داری با بهزیستی روان‌شناختی بود. بهزیستی روان‌شناختی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معناداری داشت. سلامت معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و همچنین گرایش به نماز خواندن بر بهزیستی روان‌شناختی اثر مستقیم و معنی‌دار داشتند. بهزیستی روان‌شناختی توانست نقش واسطه‌ای در رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن داشته باشد و تقویت سطح سلامت معنوی در دانشجویان دختر با گرایش و التزام عملی به نماز می‌تواند تأثیر مستقیمی بر سلامت روان آن‌ها داشته باشد و با تقویت بهزیستی روان‌شناختی و با بالا بردن سلامت معنوی سبب کاهش تنش‌ها و احساسات منفی پیرامون آن‌ها شده و با افزایش توانمندی آنان، سلامت روانی دانشجویان دختر را تقویت کند.

**کلمات کلیدی:** بهزیستی روان‌شناختی، دانشجوی، سلامت معنوی، نماز

## فهرست مطالب

..... فصل اول: کلیات یا طرح تحقیق.....	
..... ۱-۱ بیان مسأله.....	۲
..... ۱-۲ اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۳
..... ۱-۳ اهداف پژوهش.....	۴
..... ۱-۳-۱ هدف اصلی.....	۴
..... ۱-۳-۲ اهداف اختصاصی.....	۴
..... ۱-۴ فرضیه‌های پژوهش.....	۴
..... ۱-۴-۱ سؤال اصلی.....	۴
..... ۱-۴-۲ سوالات فرعی.....	۴
..... ۱-۵ تعاریف مفهومی.....	۵
..... فصل دوم: پیشینه تحقیق.....	
..... ۲-۱ پیشینه نظری.....	۷
..... ۲-۱-۱ پیشینه نظری سلامت معنوی.....	۷
..... ۲-۱-۱-۱ تعریف معنویت.....	۷
..... ۲-۱-۱-۲ معنویت از دیدگاه روان‌شناختی.....	۸
..... ۲-۱-۱-۳ معنویت از دیدگاه اسلامی.....	۱۰
..... ۲-۲ تعریف سلامت.....	۱۱
..... ۲-۲-۱ سلامت جسمانی.....	۱۱
..... ۲-۲-۲ سلامت روان یا عاطفی.....	۱۲
..... ۲-۲-۳ سلامت اجتماعی.....	۱۲
..... ۲-۳ تعریف سلامت معنوی.....	۱۳
..... ۲-۳-۱ سلامت معنوی از دیدگاه اومانیستی.....	۱۴
..... ۲-۳-۲ سلامت معنوی از دیدگاه دین.....	۱۴
..... ۲-۳-۳ تاریخچه سلامت معنوی.....	۱۵
..... ۲-۳-۴ مؤلفه‌های سلامت معنوی از نظر اسلام.....	۱۶
..... ۲-۳-۵ نقش دین و سلامت معنوی در ارتقای سلامت روان.....	۱۷

۲۱	۲-۴- پیشینه نظری بهزیستی روان‌شناختی.....
۲۱	۲-۴-۱- تعریف بهزیستی روان‌شناختی.....
۲۲	۲-۴-۲- مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی.....
۲۳	۲-۴-۳- سلامت روان از دیدگاه روان‌شناختی.....
۲۴	۲-۴-۴- سلامت روان از دیدگاه اسلامی.....
۲۶	۲-۴-۵- تأثیر بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان.....
۲۷	۲-۵- پیشینه نظری گرایش به نماز خواندن.....
۲۷	۲-۵-۱- معنای نماز.....
۲۷	۲-۵-۲- نماز خواندن از دیدگاه روان‌شناختی.....
۲۸	۲-۵-۳- نماز خواندن از دیدگاه دین.....
۲۹	۲-۵-۴- نقش نماز در ارتقای سلامت روان.....
۳۲	۲-۶- پیشینه پژوهشی.....
۳۲	۲-۶-۱- مطالعات انجام شده داخلی.....
۳۷	۲-۶-۲- مطالعات انجام شده خارجی.....
	فصل سوم: روش تحقیق.....
۴۳	۳-۱- روش و نوع تحقیق.....
۴۳	۳-۲- جامعه آماری.....
۴۳	۳-۳- روش نمونه‌گیری.....
۴۳	۳-۴- ابزار گردآوری و روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ها.....
۴۳	۳-۴-۱- پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی.....
۴۴	۳-۴-۲- پرسش‌نامه سلامت معنوی.....
۴۴	۳-۴-۳- پرسش‌نامه گرایش و التزام عملی به نماز.....
۴۴	۳-۵- شیوه اجرا.....
۴۴	۳-۵-۱- قلمرو اجرای طرح.....
۴۵	۳-۶- فرآیند نمونه‌برداری.....
۴۵	۳-۷- ملاحظات اخلاقی.....
۴۵	۳-۸- شیوه تحلیل داده‌ها.....
	فصل چهارم: یافته‌های پژوهش.....

۴۷	۴-۱- یافته‌های توصیفی پژوهش.....
۴۸	۴-۲- ماتریس همبستگی.....
۴۹	۴-۳- یافته‌های استنباطی پژوهش.....
۴۹	۴-۳-۱- رابطه سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن.....
۵۰	۴-۳-۲- رابطه سلامت معنوی با بهزیستی روان‌شناختی.....
۵۱	۴-۳-۳- رابطه بهزیستی روان‌شناختی با گرایش به نماز خواندن.....
۵۲	۴-۳-۴- نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی در بین سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن.....
	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری.....
۵۶	۵-۱- بحث و نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش.....
۵۶	۵-۱-۱- سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد. (فرضیه فرعی اول).....
۵۶	۵-۱-۲- سلامت معنوی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد. (فرضیه فرعی دوم).....
۵۹	۵-۱-۳- بهزیستی روان‌شناختی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد. (فرضیه فرعی سوم).....
۶۱	۵-۱-۴- بهزیستی روان‌شناختی در رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن در دانشجویان دانشگاه پیام نور یاسوج نقش واسطه‌ای دارد. (فرضیه اصلی پژوهش) فرعی سوم).....
۶۲	۵-۲- پیشنهادهای کاربردی.....
۶۲	۵-۳- پیشنهادهای پژوهشی.....
۶۲	۵-۴- محدودیت‌های پژوهش.....
۶۳	منابع.....
۸۳	پیوست‌ها.....



## فهرست جداول

- جدول ۴-۱- یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش..... ۴۷
- جدول ۴-۲- همبستگی بین متغیرهای پژوهش با گرایش به نماز خواندن..... ۴۸
- جدول ۴-۳- برآورد ضرایب مستقیم، غیر مستقیم و کل فرضیه اول پژوهش..... ۵۰
- جدول ۴-۴- برآورد ضرایب مستقیم، غیر مستقیم و کل فرضیه دوم پژوهش..... ۵۱
- جدول ۴-۵- برآورد ضرایب مستقیم، غیر مستقیم و کل فرضیه سوم پژوهش..... ۵۲
- جدول ۴-۶- برآورد ضرایب مستقیم، غیر مستقیم و کل فرضیه نهایی پژوهش..... ۵۳
- جدول ۴-۷- شاخص‌های برازش مدل نهایی..... ۵۳

## فهرست اشکال

- شکل ۴-۱- مدل نهایی فرضیه اول پژوهش..... ۴۹
- شکل ۴-۲- مدل نهایی فرضیه دوم پژوهش..... ۵۰
- شکل ۴-۳- مدل نهایی فرضیه سوم پژوهش..... ۵۱
- شکل ۴-۴- مدل نهایی فرضیه نهایی پژوهش..... ۵۲

# فصل اول

## کلیات یا طرح تحقیق

## ۱-۱- بیان مسأله

آرامش روانی و عاطفی مهم‌ترین نیاز انسان به شمار می‌رود و از آنجایی که آرامش و سلامت روان نقش بسیار مهمی در سلامت فرد و جامعه دارد، آدمی برای بدست آوردن آن به هر دری می‌زند (شیرزادی و همکاران، ۱۳۹۸). از نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی حالتی از بهزیستی تعریف می‌شود که فرد با شناسایی توانایی‌های خود با فشارها و هنجارهای زندگی به گونه‌ای کنار می‌آید تا برای جامعه فردی مفید باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). سلامت روان، هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق و نگرش افراد، برنامه‌ای واقع‌بینانه جهت رسیدن به اهداف می‌باشد (شهسواری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). مؤلفه‌های سلامت روان شامل شناخت خود و محیط، استقلال فردی، رفتار بهنجار و منطبق با معیارهای جامعه و نظم در شخصیت می‌باشد (گنجی، ۱۳۷۶). تعاریف مختلفی برای بهزیستی روان‌شناختی ارایه شده است. از نظر ریف، بهزیستی روان‌شناختی به معنای تلاش به منظور دستیابی به کمال در جهت تحقق استعدادها و توانایی‌های بالقوه واقعی فرد خود می‌باشد (ریف<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵) که این رسیدن به سلامت روان در گرو ممانعت از علل و عوامل ایجاد کننده استرس و اضطراب می‌باشد (افروز و همکاران، ۱۳۸۸؛ طاهری و همکاران، ۱۳۹۱). در جایی دیگر بهزیستی روان‌شناختی به معنای درگیری با چالش‌های هستی‌شناختی تعریف شده است که به شکل تلاش در جهت رشد شخصی بیان می‌شود (معمدی و همکاران، ۱۳۹۷).

در روان‌شناسی اسلامی، سلامت روان به واسطه اعتقاد به نیروی برتر و لایزال خداوند عزوجل می‌باشد که همواره در طول زندگی انسان را تحت حمایت قرار می‌دهد و در صورت ایجاد رابطه با سرچشمه هستی و طلب یاری از او سبب تقویت قوای روحی و جسمی انسان می‌شود (جامعی ندوشن و ایزدی، ۱۳۹۵). معنویت به عنوان یکی از توانمندی‌های بشر جهت کنار آمدن با مشکلات و راه حل آن و منبعی جهت حمایت اجتماعی در برابر بلاها و سردرگمی‌ها است که باعث ایجاد حس معنی‌داری در قلب شده و به کاهش تنهایی و گوشه‌گیری و ایجاد شادکامی و سلامت روان فرد می‌انجامد (هانتر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). افرادی که دارای تجارب معنوی قوی‌تری باشند در برابر شرایط و موقعیت‌های مختلف زندگی توانایی سازگاری بیش‌تری دارند که نشان از ارتباط بین رفتارهای مذهبی و سلامت روان‌شناختی دارد (حیدری رفعت و عنایتی نوین فر، ۱۳۸۹). تأثیری که مذهب بر سبک زندگی افراد و حل تعارض‌های ارزشی انسان می‌گذارد باعث ایجاد وحدت سازمان روان‌شناختی، معنوی و خودنظم‌دهی او می‌شود (کوئینیک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). گرایش به نماز به عنوان یکی از مصادیق مذهبی است که اهمیت و آثار تربیتی آن در آیات و روایات دینی بسیار تأکید شده است (جامعی ندوشن و ایزدی، ۱۳۹۵). انجام فرائض دینی از جمله نماز خواندن به عنوان یکی از راه‌کارهای رهایی و نجات دانشجویان از استرس‌ها و ناراحتی‌ها بیان شده است (طالبی،

<sup>1</sup> Shahsavari

<sup>2</sup> Ryff

<sup>3</sup> Hunter

<sup>4</sup> Koenig

۱۳۹۰). قرآن کریم مطمئن‌ترین و نزدیک‌ترین راه رسیدن به آرامش و سلامت روان را ذکر و یاد خدا می‌داند (بدانید که با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد) (صحرااییان و همکاران، ۱۳۸۹).

مطالب ذکر شده نشان می‌دهد اگرچه مطالعاتی در رابطه با سلامت روان و همچنین سلامت معنوی انجام شده است اما با توجه به اهمیت رابطه بین سلامت روان و سلامت معنوی دانشجویان با وضعیت گرایش نیاز است بررسی بیشتری در این زمینه صورت پذیرد. بنابراین هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین سلامت معنوی و وضعیت گرایش به نماز خواندن با توجه به نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج می‌باشد.

## ۲-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش

کشمکش‌های درونی و روانی، احساس پوچی و ناامیدی در برابر مشکلات، محرومیت‌ها و فشار روحی و روانی ناشی از دور ماندن از باورهای مذهبی است (ابراهیمی‌پور و همکاران، ۱۳۹۴) و افزایش سلامت معنوی دانشجویان سبب کاهش این مشکلات می‌شود به گونه‌ای که در صورت نبودن سلامت معنوی فرد دچار اختلالاتی مانند تنهایی، اضطراب و پوچی می‌شود (وادر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). از طرفی پیشرفت و توسعه هر کشوری در گرو تربیت نیروهایی است که خلاق و مؤثر باشند. آموزش عالی نقش مهمی در تربیت نیروی انسانی متعدد و متخصص بر عهده دارد و یکی از مهم‌ترین عوامل رشد و توسعه مسأله بهزیستی روانی دانشجویان می‌باشد. آشنا نبودن به محیط دانشگاه، جدایی از والدین و عدم علاقه به چنین مکانی یکی از اتفاقات مهمی است که بسیاری از دانشجویان در بدو ورود با آن مواجه می‌شوند (بدخشان، ۱۳۹۹). بنابراین پیشرفت تحصیلی و موفقیت دانشجویان در زمینه شغلی مرتبط از اهداف اصلی آموزش می‌باشد. ضروری به نظر می‌رسد که سلامت روانی این گروه تأمین شده و عوامل ایجاد کننده افکار و روحيات منفی از آن‌ها دور شود. هر چقدر سلامت معنوی دانشجویان بالاتر باشد نشاط در آن‌ها بیشتر تر و در مقابل اضطراب کاهش می‌یابد (مظفری نیا و همکاران، ۱۳۹۳).

## ۱-۳- اهداف پژوهش

### ۱-۳-۱- هدف اصلی

بررسی رابطه سلامت معنوی و گرایش به خواندن نماز با نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج

### ۱-۳-۲- اهداف فرعی

بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با نماز خواندن

---

<sup>1</sup> Vader

بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با سلامت معنوی  
بررسی رابطه سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن

## ۱-۴-۴- فرضیه‌های پژوهش

### ۱-۴-۱- سوال اصلی

بهزیستی روان‌شناختی در رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج نقش واسطه‌ای دارد.

### ۱-۴-۲- سوالات فرعی

سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد.  
سلامت معنوی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد.  
بهزیستی روان‌شناختی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌داری دارد.

## ۱-۵- تعاریف مفهومی

### بهزیستی روان‌شناختی

بهزیستی روان‌شناختی به ارزیابی افراد از زندگی‌شان بر می‌گردد که می‌تواند به شکل شناختی و عاطفی باشد. بخش شناختی آن مبتنی بر اطلاعات از زندگی افراد است و در زمانی اتفاق می‌افتد که فرد قضاوت‌های آگاهانه‌ای درباره رضایت خود از زندگی به عنوان یک کل ارائه می‌دهد. بخش عاطفی نیز راهنمایی ارزیابی لذت‌گرایانه از عواطف و احساسات است مانند حالتی که افراد در واکنش به زندگی خود حالت‌های خوشایند یا ناخوشایندی را تجربه می‌کنند (افسانا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

### سلامت معنوی

سلامت معنوی یک خرده مفهوم معنویت است و با ایجاد رابطه‌ای منظم و یکپارچه بین نیروهای درونی در انسان، سبب ایجاد صلح، تناسب و هماهنگی و همچنین احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط می‌شود (کوتش<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

### گرایش به نماز

<sup>1</sup> Afsana

<sup>2</sup> Kootesh

یکی از مصادیق جهت‌گیری مذهبی در نظام تربیتی اسلام بحث گرایش به اقامه نماز می‌باشد. گرایش به مفهوم نحوه و چگونگی احساس فرد نسبت به چیزی می‌باشد و می‌تواند به صورت گرایش مثبت یا منفی نسبت به یک موضوع باشد که سبب ایجاد واکنش در برابر آن شده که بخشی از این واکنش در رابطه با اظهار عقیده نسبت به آن موضوع و بخشی مربوط به نوع رفتار در قبال آن می‌باشد (جامعی ندوشن و ایزدی، ۱۳۹۵) و طبق نظریه کنش بخردانه فیش باین و آیزن اکثر رفتارهای ایجاد شده در برابر یک موضوع به این دلیل است که افراد نسبت به نتیجه آن فکر کرده و بر اساس نتایج و پیامدهای آن درباره انجام یا عدم انجام آن دست به انتخاب عاقلانه می‌زنند که این رفتار ناشی از زنجیره‌ای از عوامل در کنار هم می‌باشد (به نقل از جامعی ندوشن و ایزدی، ۱۳۹۵). خواندن نماز سبب دستیابی به وحدت شخصیت می‌شود و جنبه‌های گوناگون در شخصیت برخوردار از توحید تضادی با هم ندارند و آن چیزی که فرد به آن اعتقاد دارد در عمل نیز به آن عمل خواهد کرد (غلامزاده بافقی، ۱۳۹۴).

## فصل دوم

### پیشینه تحقیق



مطالب این فصل از چند بخش اصلی و مرتبط باهم تشکیل شده است به طوری که در ابتدا پیشینه نظری سلامت معنوی، بهزیستی روان‌شناختی و گرایش و التزام به نماز پرداخته و در بخش پایانی این فصل نیز برخی از پژوهش‌های مرتبط با موضوع تحقیق ارائه شده است.

## ۲-۱- پیشینه نظری

### ۲-۱-۱- پیشینه نظری سلامت معنوی

سلامت معنوی از دو بخش سلامت و معنا تشکیل شده است که معنا بخشی از وجود انسان است و می‌توان از آن به ساحت غیب به معنای حضور قطعی ولی غیبی تعبیر کرد (فیض، ۱۳۹۵). معنویت و سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت در نظر گرفته می‌شود (عزیزی، ۱۳۹۴) و در تفکر اسلامی معنویت به معنای معرفت و ایمان به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی می‌باشد که هرگونه حرکت و سکون در آن به مبدأ هستی لایزال و ابدی متصل است.

بنابراین برای تعریف و پرداختن به بحث سلامت معنوی در ابتدا به تعریف معنویت و سلامت پرداخته شده است.

#### ۲-۱-۱-۱- تعریف معنویت

واژه معنویت از کلمه Spiritus به معنای نفس، شجاعت، قدرت یا روح و از ریشه Spirare به معنای نفس کشیدن و دمیدن گرفته شده است (هلم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). معنویت نوعی از کیفیت روانی فراتر از باورهای مذهبی تعریف شده است که سبب ایجاد انگیزه و احساساتی مانند درک هیبت الهی و احترام به خلقت در انسان می‌شود (موری و زنتنر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹) و یا به مفهوم تلاش در جهت حساسیت نسبت به خود، دیگران، موجودات غیر انسانی و نیرویی برتر یا کاوشی در جهت عوامل مورد نیاز برای انسان شدن است (عابدی و رستگار، ۱۳۸۶). معنویت بعد مربوط به یافتن معنا در زندگی و پاسخ به جنبه‌های اساسی زندگی از طریق تجربیات مقدس و متعالی است (گومز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). معنویت به عنوان رابطه فرد با الوهیت تعریف می‌شود و عمدتاً بر تجربیات فردی و ذهنی از امر متعالی در مقابل مشارکت دینی و پایبندی به آموزه‌های آن در تعاریف دینداری تمرکز دارد و اغلب ترکیبی از ابعاد رابطه‌ای (مانند رابطه با نیروی برتر، ارتباط با دیگران یا جهان و دعا و نماز) و ابعاد معنابخش را در بر می‌گیرد (ماتیس و واتسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). از نظر جوزف<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۷)، معنویت را باید به عنوان پدیده‌ای کلی‌تر، بدون ساختار، شخصی‌تر و طبیعی‌تر درک کرد که در آن فرد به دنبال نزدیکی و یا ارتباط بین خود و یک قدرت

<sup>1</sup> Hjelm

<sup>2</sup> Murray and Zentner

<sup>3</sup> Gomes

<sup>4</sup> Mattis and Watson

<sup>5</sup> Joseph

یا هدف بالاتر است. نویسندگان دیگر معنویت را بر حسب جستجوی حقیقت جهانی و به عنوان فعالیتی که افراد را قادر به کشف معنا و اهمیت در دنیای اطراف می‌کند تعریف می‌کنند (وودس و آیرونسن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). معنویت را می‌توان به‌عنوان یک واقعیت پویا درک کرد که دائماً چیزی جدید را کاوش می‌کند. همچنین ممکن است شامل یادگیری مرزهای نهایی هستی و جستجوی معنایی گسترده‌تر از زندگی باشد. هارت<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) معنویت را راهی تعریف کرد که در آن فرد ایمان خود را در زندگی روزمره تجربه می‌کند و در آن به شرایط نهایی وجود فردی اشاره دارد. معنویت یک ساختار نظری چند بعدی و استعلایی را تشکیل می‌دهد که فراتر یا بالاتر از «من واقعی» است و دارای پنج ویژگی معنا، ارزش، تعالی، پیوند (با خود، دیگران، خدا یا قدرت برتر و محیط) و شدن (رشد و پیشرفت در زندگی) می‌باشد (ناپک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در این زمینه، معنویت به عنوان تجربه تعالی از طریق آرامش درونی، هماهنگی یا ارتباط با دیگران تعریف می‌شود (بوسول<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). تعالی می‌تواند هم در درون فرد (خود تحقق، خودسازی و رشد شخصی) و هم در خارج از فرد اتفاق بیفتد. تعالی «خارجی» ممکن است به موجودیت یا انرژی بالاتری هدایت شود، به شخص دیگری که ادعا می‌شود ارزش خاصی دارد و خیر او مهم‌تر از صلاح خود است (هزن-نیج‌ادک و گروزنسکا، ۲۰۰۴).

#### ۲-۱-۱-۲- معنویت از دیدگاه روان‌شناختی

معنویت از دیدگاه روان‌شناسی تعاریف و معانی گوناگونی دارد. هافمن<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) معنویت را بدین گونه معرفی کرده است در حالی که برای برخی معنویت ناظر به فرم و ساخت زندگی عابدانه است برای برخی دیگر نوعی کلی‌گرایی است و برای برخی دیگر جستجوی معناست. در تعریفی دیگر معنویت را به معنای طریقه زندگی یا روشی برای تجربه کردن تعریف کرده‌اند که این حالت با هوشیاری نسبت به بعد فرامادی جهان پدید می‌آید و مشخص کننده ارزش‌های مذهبی، اجتماعی و انسانی است (الکینز<sup>۶</sup> و همکاران، به نقل از ارفعی، ۱۳۸۷). آلمن<sup>۷</sup> و همکاران (۱۹۹۲) معنویت را نوعی رویداد روان‌شناختی فرا طبیعی و گذرا تعریف کرده‌اند که دربرگیرنده احساس وحدت و هماهنگی با نیروهای مقدس و کل هستی است و با آثاری مانند عقلانیت، مذهبی بودن، از خود بی خود شدن، تغییر در احساس زمان، ناتوانی در توضیح دادن این پدیده، تغییرات عواطف حین وقوع رویداد و تغییر وضع و انفعال جسمی همراه است. معنویت از دیدگاه رجیبی و همکاران (۱۳۹۹) حالتی روان-شناختی است که ضامن ویژگی‌هایی مانند بصیرت، درک وحدت، یکپارچگی درون، احساس حیرت، احساس تعالی، احساس پذیرفتن، قطع تعلق، عشق و شفقت، شکرگزاری در برابر نعمت‌های زندگی و احساس معناداری

<sup>1</sup> Woods and Ironson

<sup>2</sup> Hart

<sup>3</sup> Knapik

<sup>4</sup> Boswell

<sup>5</sup> Hoffmann

<sup>6</sup> Elkins

<sup>7</sup> Allman

می‌باشد و کارکردهای معنویت از نظر روان‌شناسی در حیطه سلامت جسم و روان، تأثیر بر شادکامی، شخصیت و درمان، کاهش درد و رنج و رضایت باطنی می‌باشد. از مشخصات عمده تجربه‌های عرفانی-معنوی انسان، گرایش او به یک واقعیت فرامادی است که از اوایل دوران کودکی خود را نشان می‌دهد. چنین احساسی که از چیزی از درون «من» قابل دریافت و ادراک است و تمایل به شخصی‌سازی این حالت در قالب نوعی الوهیت و رابطه «من-تو» است و از طریق نیایش و طی طریق ایجاد می‌شود (هاردی<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹). لن<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) بیان کرد معنویت عبارت است از پیوند دوباره با خدایی که با تمام اشکال حیاتی که در سراسر اعصار در جهان ما ساکن هستند، همکاری می‌کند و خداوند دنیای معنوی را آفرید که ما در یک نقطه از سفر زندگی خود با آن ارتباط برقرار می‌کنیم. تحقیقات نشان می‌دهد که حتی افراد شکاک هم نمی‌توانند این حس را که چیزی بزرگتر از دنیای انضمامی که ما می‌بینیم وجود دارد، سرکوب کنند. همانطور که مغز تجربیات حسی را پردازش می‌کند، ما به طور طبیعی به دنبال الگوها هستیم و سپس در آن الگوها به دنبال معنا می‌گردیم و پدیده‌ای که به نام «ناهماهنگی شناختی» شناخته می‌شود نشان می‌دهد که وقتی به چیزی ایمان داشته باشیم، سعی می‌کنیم هر چیزی را که با آن در تعارض است توضیح دهیم. این زمانی درست است که سؤالات ما هرگز جای خود را به پاسخ‌های مشخصی نمی‌دهند یا به اعمال خاصی مانند دعا یا مراقبه منجر نمی‌شوند. برای برخی افراد، معنویت در مورد مشارکت در دین مانند رفتن به کلیسا، کنیسه، مسجد و غیره سازمان یافته است. برای دیگران، این بیشتر مسأله‌ای شخصی است. برخی از افراد از طریق نماز، یوگا، مراقبه، تأمل آرام، یا حتی پیاده‌روی طولانی یا مکالمه با جنبه معنوی خود در تماس هستند (اوکپالینوی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). سلگمن<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) بیان می‌کند که بیشتر روان‌درمانی‌های انسان‌گرایانه کل فرد را در نظر می‌گیرند، همانطور که بدون مغز نمی‌توان به ذهن فکر کرد، بدون در نظر گرفتن مسائل شناختی، عاطفی، جسمانی و روحی نیز نمی‌توان به فرد کمک کرد. وست<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) عنوان کرد که یکی از ترجمه‌های کلمه روان‌درمانگر «مراقب روح» است. بسیاری از مردم بدون وابستگی به هیچ سیستم اعتقادی خاصی اظهار معنویت می‌کنند، بنابراین درمان‌گران ممکن است با مراجعی روبرو شوند که هیچ وفاداری به یک جامعه مذهبی ندارد، اما با این وجود مایلند معنویت او را کشف کنند. طبق نظر پارگامنت<sup>۶</sup> (۲۰۱۳) روان‌شناسی معنوی شامل افرادی می‌شود که ممکن است از نظر روحی با درک خود از خدا، با درگیری‌های درونی یا با افراد دیگر مبارزه کنند. تحقیقات زیادی این مبارزات معنوی را به سطوح بالاتری از روان‌پریشی، کاهش سلامت جسمی و حتی خطر بیشتر مرگ و میر مرتبط می‌کنند. بنابراین، برای روان‌شناسان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مهم است که از ماهیت دوگانه دین و معنویت آگاه باشند بدین دلیل که می‌توانند منابع حیاتی برای سلامتی و رفاه و یا منابع روان‌پریشی باشند. اعمال معنوی، از جمله مراقبه، دعا و تفکر، برای توسعه زندگی درونی فرد در نظر گرفته شده

<sup>1</sup> Hardy

<sup>2</sup> Lan

<sup>3</sup> Okpalaenwe

<sup>4</sup> Seligman

<sup>5</sup> West

<sup>6</sup> Pargament

است. تجربه معنوی شامل پیوند با واقعیتی بزرگتر است که «خود» جامع‌تری را با افراد دیگر یا جامعه انسانی، با طبیعت یا جهان، یا با ملکوت الهی به وجود می‌آورد. معنویت اغلب به عنوان منبع الهام یا جهت‌گیری در زندگی تجربه می‌شود و می‌تواند باور به واقعیت‌های غیر مادی یا تجربیات ذات درونی یا متعالی جهان را در بر گیرد (اوکپالینوی، ۲۰۱۶). از نظر اوکپالینوی (۲۰۱۶) معنویت بعد شخصی و ذهنی دین است، به ویژه آن چیزی که به رهایی یا رستگاری مربوط می‌شود. اساس این درک از معنویت، این فرض است که انسان و یا بقیه مخلوقات را نه تنها از ماده، بلکه از چیزی غیر مادی، چیزی نامرئی و چیزی فراتر از دانش کنونی خود تشکیل می‌دهند. همیشه چیزهای بیشتری وجود دارد که می‌توانیم با حواس خود درک کنیم و با عقل خود بدانیم. اگر معنویت به عنوان جستجو یا توسعه آرامش درونی یا پایه‌های شادی در نظر گرفته شود، پس تمرین معنوی برای رفاه شخصی ضروری است. این فعالیت ممکن است شامل اعتقاد به موجودات ماوراء طبیعی باشد یا نباشد. اگر کسی چنین اعتقادی داشته باشد و احساس کند که رابطه با چنین موجوداتی پایه و اساس سعادت است، تمرین معنوی بر این اساس را دنبال می‌کند و اگر چنین اعتقادی نداشته باشد، تمرین معنوی همچنان برای مدیریت و درک افکار و احساسات ضروری است. بنابراین ما باید به طور متفاوت درک کنیم که برای رسیدن به خدا ما به مسیر سیر معنویت نیاز داریم (مسیر عقل مطلق! خداوند).

### ۳-۱-۱-۲- معنویت از دیدگاه اسلامی

علاقه روزافزون به معنویت از تغییر در فرهنگ، مذهب و جامعه ناشی می‌شود و این امر به ویژه در جوامع غربی به دلیل دور شدن از مذهب رسمی مشهودتر بوده است (پاچلسکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). از دیدگاه اسلامی معنویت حالتی است که به دنبال ارتباط روحانی پیوسته با خالق و اطاعت از فرامین او در فرد ایجاد می‌شود و به عنوان راه‌گشای انسان در زندگی و سبب ارتقای معنوی او، جامعه و سعادت اخروی او و جامعه می‌باشد (رجبی و همکاران، ۱۳۹۹). تمرکز بر معنویت وسیله‌ای جهت کنترل محیط، جلوگیری از تعارض، پذیرش اهداف فردی و اجتماعی و کسب موفقیت است که به عنوان بخش مهمی از برنامه‌های فردی و اجتماعی انسان در نظر گرفته می‌شود (دوست محمد، ۱۳۸۹). این معنویت دارای اجزا و مؤلفه‌های شامل درک معنا و مفهوم از زندگی، بهبود تعادل در ارزش‌های مادی و داشتن چشم‌اندازی در جهت بهبود جهان می‌باشد (رجبی و همکاران، ۱۳۹۹). از نظر رجبی و همکاران (۱۳۹۹) معنویت در اسلام حالتی در ارتباط با وجود خداوند متعال می‌باشد و شامل مؤلفه‌های شناخت خداوند، ایمان به خالق، انجام عمل برای خداوند، درک همه جانبه حضور خداوند متعال و درک قرب الهی است و دارای کارکردهایی مانند لذت پایدار، معنا بخشی به زندگی و تقرب به خداوند می‌باشد. مفهوم‌سازی معنویت در میان جمعیت‌های مسلمانان با جمعیت‌های غربی متفاوت است. از منظر اسلام، معنویت و دین اغلب

<sup>1</sup> Puchalski

با یکدیگر در هم تنیده هستند و در تمام جنبه‌های زندگی فرد نفوذ می‌کنند (احمد و خان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶؛ حیدری<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ جعفری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴a).

## ۲-۲- تعریف سلامت

سلامت مصدر سالم بودن است، بنابراین به درک، رفتار و پدیده‌ای سالم گویند که کار خود را به خوبی انجام می‌دهد به گونه‌ای که هر چیزی به خوبی در مدار صحیح خود قرار گیرد. از این نظر انسان سالم انسانی است که تمام ابعاد جسمی، روحی و ذهنی در مسیر تعالی و نشاط و رفاه او باشد (ابوالقاسمی، ۱۳۹۱). سلامت از نظر سازمان جهانی بهداشت به مفهوم رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبودن بیماری و معلولیت می‌باشد (فرهنگستان علوم پزشکی، ۱۳۸۹). یا سلامتی به عنوان نیازی اساسی در انسان است که نقش مهمی در توسعه پایدار دارد (برنز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱) و دارای مفهومی چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را در برمی‌گیرد (لارسن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱). سلامتی برای زندگی انسان ارزشمند تلقی می‌شود. تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) از سلامت شامل عوامل جسمی، روانی و معنوی و همچنین رفاه اجتماعی است و بر اساس هماهنگی بین چندین عامل مانند ارزش‌ها، فرهنگ، سن، پیشینه اجتماعی و زمینه‌های فلسفی و مذهبی و باورهای هر فرد می‌باشد (اسکلایر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). سلامت دارای چهار بعد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی است.

### ۲-۲-۱- سلامت جسمانی

بعد جسمانی سلامت چیزی جز جنبه فیزیکی یا جنبه جسمانی سلامت نیست. سلامت جسمانی می‌تواند بر ابعاد مختلف سلامت تأثیر بگذارد، زیرا کاهش سلامت جسمانی می‌تواند باعث کاهش انواع مختلف سلامت شود. در حوزه سلامت جسمانی، یک ارگانسیم سالم قادر به آلوستاز<sup>۷</sup> یا حفظ همئوستاز<sup>۸</sup> (حالت پایدار) فیزیولوژیکی از طریق تغییر شرایط است (شولکین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴). هنگامی که یک ارگانسیم سالم با استرس فیزیولوژیکی مواجه می‌شود، می‌تواند یک پاسخ محافظتی ایجاد کند، تا احتمال آسیب را کاهش دهد و تعادل (گرفته شده) را بازگرداند. اگر این راه‌کار مقابله فیزیولوژیکی موفقیت آمیز نباشد، آسیب (بار آلوستاتیک<sup>۱۰</sup> یا فرسودگی بدن) باقی می‌ماند که

<sup>1</sup> Ahmad and Khan

<sup>2</sup> Heydari

<sup>3</sup> Jafari

<sup>4</sup> Burns

<sup>5</sup> Lareson

<sup>6</sup> Scliar

<sup>7</sup> Alostasis

<sup>8</sup> Homeostasis

<sup>9</sup> Schulkin

<sup>10</sup> Alostatic Load

در نهایت ممکن است منجر به بیماری شود (مک ایون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). مانند فردی که ناگهان سرد می‌شود، معمولاً به دلیل اینکه دیگران را آلوده نمی‌کند، از نظر اجتماعی منزوی می‌شود، سعی می‌کند روی برداشتن چیزی یا یادگیری تمرکز کند. مهمتر از همه، ممکن است به دلیل منزوی بودنش احساس ناراحتی کند.

### ۲-۲-۲- سلامت روان یا عاطفی

در حوزه روانی، آنتونوفسکی حس انسجام را به عنوان عاملی توصیف می‌کند که به توانایی موفقیت‌آمیز برای مقابله، بهبودی از استرس روانی قوی و جلوگیری از اختلالات استرس پس از سانحه کمک می‌کند (آنتونوفسکی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۴) حس انسجام شامل توانایی‌های ذهنی است که درک، مدیریت‌پذیری و معناداری یک موقعیت دشوار را افزایش می‌دهد. توانایی تقویت شده برای انطباق و مدیریت خود، اغلب بهزیستی ذهنی را بهبود می‌بخشد و ممکن است منجر به تعامل مثبت بین ذهن و بدن شود. سایر ابعاد سلامت به طور مستقیم تحت تأثیر سلامت روان قرار دارند. با افزایش فعالیت فیزیکی، بهبود مستقیم در فعالیت سلامت روان وجود خواهد داشت. هنگامی که سلامت روانی در وضعیت مناسبی قرار گیرد، عزت نفس نیز به طور خودکار بالاتر می‌رود و عزت نفس بالاتر منجر به افزایش اعتماد به نفس نسبت به موقعیت اجتماعی می‌شود.

### ۲-۲-۳- سلامت اجتماعی

هنگامی که از ابعاد اجتماعی سلامت صحبت می‌کنیم، منظور ارتباط مستقیم با توانایی فرد در حفظ و ایجاد یک رابطه اساسی در زندگی می‌باشد. چندین بعد از سلامت از جمله ظرفیت افراد برای انجام پتانسیل و تعهدات خود، توانایی مدیریت زندگی با درجاتی از استقلال علیرغم شرایط پزشکی و توانایی شرکت در فعالیت‌های اجتماعی از جمله کار را می‌توان در این بعد از سلامت قرار داد. سلامت در این حوزه را می‌توان به عنوان تعادلی پویا بین فرصت‌ها و محدودیت‌ها در نظر گرفت که در طول زندگی تغییر می‌کند و تحت تأثیر شرایط بیرونی مانند چالش‌های اجتماعی و محیطی قرار می‌گیرد. افراد با سازگاری موفقیت‌آمیز با یک بیماری، می‌توانند کار کنند یا در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کنند و علی‌رغم محدودیت‌ها احساس سلامت کنند (هوبر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

---

<sup>1</sup> McEwen

<sup>2</sup> Antonovsky

<sup>3</sup> Huber

### ۳-۲- سلامت معنوی

از نگاه عمومی، معنویت به معنای هدفمندی در زندگی، تجربه ارتقاء و تعالی، نمود اجتماعی و پایداری به بایسته‌های تعریف شده اخلاقی می‌باشد و از دیدگاه مکاتب الهی نیز معنویت به معنای خداشناسی، خداجویی و خدامحوری، شناخت هدف خلقت در زندگی، تلاش در جهت تکامل معنوی، خودسازی و توکل می‌باشد (اصفهانی، ۱۳۸۹).

تعاریف مختلفی برای سلامت معنوی ارائه شده است. به عنوان مثال فیض (۱۳۹۵) سلامت معنوی را به معنای فقدان بیماری‌های تن و روان نمی‌داند تا درمان آن را از پزشک یا روان‌پزشک جستجو کنیم بلکه سلامت معنوی را شفای از بیماری‌های ناشناخته و معنوی تعریف کرده است. یا هانگلمان<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۵) سلامت معنوی را به عنوان حسی از متصل بودن، هماهنگی بین خود، دیگران، طبیعت و وجودی متعالی که توسط یک فرآیند رشد منسجم و پویا، دست یافتنی است تعریف می‌کنند. سلامت معنوی به مفهوم حس رضایت از زندگی، ارزش‌ها و باورهای اجتماعی و خویشتن، کلیت در زندگی، یک عامل در بهزیستی، یک قدرت و نیروی الهی کنترل و نظارت برتر و تعامل معنوی است (بنزلی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). سلامت معنوی به عنوان وضعیتی تعریف شده است که در آن فرد قادر است با مسائل روزمره زندگی به گونه‌ای برخورد کند که منجر به تحقق پتانسیل کامل، معنا و هدف زندگی و تحقق از درون شود (دار<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). سلامت معنوی از طریق خود تکاملی، خودشکوفایی و تعالی قابل دستیابی است و معنویت به طور گسترده بر درگیر شدن عمیق در فعالیت‌های روزمره جهان تمرکز می‌کند، جایی که تلاش مستمری برای توسعه جهانی عشق، شفقت و متانت وجود دارد تا جایگزین خشم، حسادت، منیت و نفرت شده و منجر به استفاده کامل از توانایی‌ها و حتی فراتر رفتن از آن گردد و فرآیند «شدن» به «بودن» و گسترش «فراتر» برای دستیابی به حداکثر سلامتی مثبت را آشکار کند (دار و همکاران، ۲۰۱۳). از نظر هاکز<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۵) سلامت معنوی حسی از ارتباط با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی است. میلر<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۵) عنوان کردند سلامت معنوی کیفیت ذاتی و اصلی انسانی است که در برگیرنده باور به چیزی بزرگتر از خود بوده و ایمان به اینکه به طور قطع زندگی را تأیید و تصدیق می‌کند. فیشر<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) سلامت معنوی را یکی از ابعاد بنیادین سلامت و بهزیستی و نیروی هماهنگ کننده و تکمیل کننده سایر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و هیجانی تعریف کرده است. از دیدگاه فتاحی و امینی<sup>۷</sup> (۲۰۱۵) سلامت معنوی به معنای احساس درونی و رضایت بخش همراه با ارتباط گرم و صمیمی و سازنده با خود، دیگران و وجود متعالی در چارچوب فرهنگ خاص هر جامعه است.

<sup>1</sup> Hungelman

<sup>2</sup> Bensley

<sup>3</sup> Dhar

<sup>4</sup> Hawks

<sup>5</sup> Miller

<sup>6</sup> Fisher

<sup>7</sup> Fattahi and Amini

سلامت معنوی دارای کیفیتی ذاتی و درونی است که خاص انسان می‌باشد و در برگیرنده اعتقاد به چیزی بزرگتر از خود و نیروی هماهنگ کننده و تکمیل کننده ابعاد سلامت انسان است (فیشر، ۲۰۱۱). مطالب ذکر شده نشان می‌دهد محققین سلامت معنوی را از زوایای مختلف مورد بررسی قرار داده و تعاریف مختلفی برای آن ارائه کرده‌اند، اما چالش‌هایی مانند ارائه یک تعریف جامع برای آن، شناسایی مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت معنوی و تأثیر آن بر سایر جنبه‌های سلامتی مزید بر علت شده تا تعریف دقیق و جامعی برای این واژه ارائه نشود.

### ۱-۳-۲- سلامت معنوی از دیدگاه اومانستی

از نظر رنه دکارت به عنوان مؤسس فلسفه جدید غرب و نگرش اومانستی او سلامت معنوی جنبه انتزاعی دارد و تنها به ساحت آگاهی و بینش عقلانی انسان توجه دارد و از نظر این دیدگاه انسان موجودی تک ساحتی است که از ماده تشکیل شده است و تمامی احساسات و عواطف و حتی مسائل روانی و معنوی او با بعد مادی انسان ارتباط دارد و ریشه مسائل روانی را در جسم و عصب او می‌توان پیدا کرد (ابوالقاسمی، ۱۳۹۱؛ اسماعیلی، ۱۳۹۷) و به ساحت فرایشی انسان توجه چندانی ندارد (ابوالقاسمی و علی زمانی، ۱۳۹۰) و اگر در مواردی اشاره‌ای به ابعاد معنوی انسان شود، به پیروی از بعد جسمانی اوست (قنبری، ۲۰۰۴). تعریف سلامت معنوی از دیدگاه غرب بر اساس زندگی انسان در این جهان پایه‌ریزی شده است و اثرات سلامت معنوی را فقط در دنیای مادی جستجو می‌کند و رویکرد آن‌ها در سلامت معنوی بر اساس ارزیابی معیارهای مربوط به سلامت جسمانی می‌باشد (اسماعیلی، ۱۳۹۷). کمبود مطالعات در جوامع غربی در رابطه با معنویت و سلامت را می‌توان به ابهام در پیرامون مفهوم و تعریف معنویت نسبت داد که به دلیل سکولاریزاسیون و یا به عبارت دیگر دور شدن از دین نهادینه شده رسمی و مبارزه برای تجدید معنویت در این جوامع می‌باشد (ودرز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ پاچلسکی و همکاران، ۲۰۱۴).

### ۲-۳-۲- سلامت معنوی از دیدگاه دین

سلامت معنوی در اسلام به این صورت است که اسلام وجود آدمی را متشکل از دو بعد جسمانی یا مادی و روانی یا غیر مادی معرفی کرده است و سلامت روان به مفهوم تعادل و انسجام فراگیر در همه ابعاد جسمانی و نفسانی انسان است که قلب سلیم و نفس مطمئنه جزو این دسته می‌باشد و در مقابل بیماری روانی یعنی خارج شدن از حد اعتدال که بیماری‌های قلبی و اضطراب از نشانه‌های آن است (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۸). از دیدگاه اسلامی سلامت معنوی به مفهوم ارتباط بنده با خدا، اتصال معنوی انسان با خالق و ایجاد ارتباط قلبی در بطن ارتباط با خالق می‌باشد که به واسطه این ارتباط انسان از اضطراب‌ها، نگرانی‌ها و تشویش‌های درونی و بیرونی رهایی یافته و به آرامش می‌رسد (معارف و اسدی، ۱۳۹۶). از نظر دینی سلامت معنوی علاوه بر خدمت به جسم

<sup>1</sup> Weathers



دارای هویت و شخصیتی مستقل می‌باشد (ابوالقاسمی، ۱۳۹۱). از دیدگاه علامه طباطبایی سلامت معنوی به ساحت ماوراء الطبیعی و معناخواهی انسان توجه دارد بدین معنی که اصل حقیقت مطلق (خدا) به عنوان معنای زندگی پذیرفته شده که ضمن اصلاح بینش و نگرش انسان به ساحت گرایشی و رفتاری او نیز توجه دارد و به آن جهت می‌بخشد (ابوالقاسمی و علی زمانی، ۱۳۹۰). این بعد از سلامت به عنوان جدیدترین بعد در سلامت (مانز-گارسیا و آویلس-هررا، ۲۰۱۴) دارای دو بعد مذهبی و وجودی می‌باشد. سلامت مذهبی انعکاس دهنده ارتباط با خدا یا قدرت بی‌نهایت می‌باشد. سلامت وجودی ارتباط فرد با خود، دیگران و محیط را مطرح می‌کند و آن را می‌توان توانایی یکپارچه‌سازی ابعاد مختلف وجودی و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست (سیائو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین سلامت معنوی چنین پتانسیلی را دارد که به عنوان مبنای نظریه‌پردازی در حوزه سلامت قرار گیرد. حیدری و همکاران (۲۰۱۶) در جستجوی وضوح بیشتر مفاهیم معنوی در زمینه اسلامی با استفاده از یک مدل ترکیبی اصلاح شده جهت درک بهتر مفهوم سلامت معنوی در زمینه عمل اسلام در بین بیماران ایرانی مطالعه‌ای انجام دادند. یافته‌های این پژوهش شش ویژگی حیاتی سلامت معنوی شامل عشق به خالق، زندگی مبتنی بر وظیفه، عقلانیت دینی، تعادل روانی، توجه به زندگی پس از مرگ و اخلاق مقدس را شناسایی کرد. حیدری و همکاران (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی از دیدگاه مسلمانان تنها با در نظر گرفتن خداوند به‌عنوان خدای مطلق توسعه می‌یابد و سلامت معنوی از دیدگاه مسلمانان همه جنبه‌های زندگی یک فرد را در بر می‌گیرد. مطالعات انجام شده در جوامع اسلامی نشان از روابط بین معنویت و متغیرهایی مانند رفاه، امید، معنا، عزت نفس و افسردگی می‌باشد (کینگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ جعفری و همکاران، ۲۰۱۴b). از نظر رسول<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) در بین مسلمانان بین معنویت و دین تمایزی وجود ندارد. افراد مسلمان به گونه‌ای زندگی می‌کنند که باورهای دینی آن‌ها در تمام اعمالشان و در تمام جنبه‌های زندگی انسانی، از جمله زندگی کاری‌شان نفوذ کند. از نظر او مدل‌های مراقبت از پرستاری که در سنت یهودی-مسیحی انجام می‌شود فاقد تمرکز مذهبی است و بنابراین برای رفع نیازهای بیماران مسلمان مناسب نیست. به همین ترتیب جعفری و همکاران (۲۰۱۴a) گزارش دادند که در بافت اسلامی، مذهب و معنویت اغلب از هم متمایز نمی‌شوند و مدل‌های عملی مراقبت برای ادغام بهتر معنویت در مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز است و در حالی که معنویت و مذهب ممکن است در یک بافت اسلامی از هم متمایز نشوند، مراقبت معنوی بیش از مراقبت مذهبی است.

### ۳-۲- تاریخچه سلامت معنوی

در نیمه دوم قرن بیستم تأثیر غیرمستقیم تعاملات روحی و جسمی بر وضعیت سلامت انسان به طور رسمی مورد توجه قرار گرفت و امروز توجه بیشتری به سمت ارتباط بین معنویت و سلامت، اعتقادات مذهبی و

<sup>1</sup> Munoz-Garcia and Aviles-Herrera

<sup>2</sup> Hsiao

<sup>3</sup> Koenig

<sup>4</sup> Rassool

معنویت در حفظ سلامت روحی و جسمی شده است که نشان دهنده پیوند بین جسم و روان می‌باشد (تابعی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). در سال ۱۹۷۱ موبرگ<sup>۲</sup> واژه‌ای به نام بهزیستی معنوی را مطرح کرد (عزیزی، ۱۳۹۴) و از سال ۱۹۷۹ اصطلاح سلامت معنوی توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان بعد چهارم سلامت مطرح و معرفی شد و جهت توسعه اجتماعی مورد توافق دول اروپایی قرار گرفت (فرهنگستان علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۹). تحقیقات در سال‌های اخیر نشان از اهمیت سلامت معنوی در رشد و ارتقای وضعیت روانی و عاطفی افراد و ضرورت آن در زندگی فردی و اجتماعی دارد و آن را به عنوان یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت افراد معرفی کرده است (ندوشن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). سلامت معنوی به عنوان بعد چهارم بحث سلامت فرایندی پویا، تکاملی، آگاهانه و چند وجهی است که از طریق آگاهی معنوی، ظرفیت شخصی و متعالی شدن فعال شده و به عنوان نیرویی واحد ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند که باعث ایجاد سازگاری در فرد می‌شود (مارکوس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

#### ۴-۳-۲- مؤلفه‌های سلامت معنوی از نظر اسلام

معنویت به عنوان حقیقتی است که دارای مولفه‌های شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش‌ها و ثمرات معنوی می‌باشد و در برگیرنده شاخص‌های کلی پذیرش معنوی، احساسات مثبت و منفی، عبادت، اخلاق، حس حمایت و ارتباط متقابل با قدرت برتر قدسی، دیگران و خود را در بر دارد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). به گونه‌ای دیگر سلامت معنوی وضعیتی است که دارای مراتب گوناگون متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فردی، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم جهت تعالی و ارتقای روح انسان (تقرب به خداوند متعال) می‌باشد و تمام امکانات درونی به شیوه‌ای هماهنگ و یکپارچه جهت رسیدن به این هدف به کار گرفته می‌شوند (مصباح، ۱۳۹۲).

از نظر مرزبند و زکوی (۱۳۹۱) مؤلفه‌های سلامت معنوی به چهار دسته شاخص‌های شناختی، رفتارهای خدامحورانه، احساسات و حالات معنوی و شاخص‌های پیامدهای معنویت تقسیم می‌شوند:

۱- **شاخص‌های شناختی:** این شاخص به معنا و مفهوم شناخت و معرفت ویژه نسبت به خدا، انسان و خلقت و روابط متقابل بین آنهاست.

۲- **رفتارهای خدامحورانه:** انسان معنوی به دلیل شناخت خاص خود نسبت به خدا، انسان و جهان سعی دارد اعتقاد و باورهای خود را در عبادات، ارزش‌های کلی و شیوه زندگی بروز دهد. چنین رفتاری نشان از خدامحوری بودن زندگی انسان معنوی دارد. به گونه‌ای که در تمام رفتارهای خود نیت خالص دارد. چنین

<sup>1</sup> Tabei

<sup>2</sup> Moberg

<sup>3</sup> Nodoushan

<sup>4</sup> Marques

رفتارهای خدامحورانه‌ای در فرهنگ دینی گاهی به صورت رفتارهای عبادی نمود پیدا کرده و در ارتباط با خداوند قرار می‌گیرد.

**۳- احساسات و حالات معنوی:** انسان معنوی دارای حس محبت‌ورزی نسبت به خداوند می‌باشد و محبت‌های دیگر را از دل می‌زداید و اگر محبتی به کسی دارد در گرو محبت به خداوند و برای اوست. انسان معنوی به خدا توکل دارد، دارای شرح صدر است، خشنودی و رضای خدا برای او مهم است، رابطه بیم و ترس با خداوند دارد، از لغزش‌ها و خطاهای دیگران می‌گذرد و شکرگزار نعمت‌های خداوند است.

**۴- شاخص‌های پیامدهای معنویت:** در آموزه‌های دینی التزام به باورها و رفتارهای مذهبی به سلامت جسم، روان و در نهایت سلامت اجتماعی منجر خواهد شد. از این دست رفتارهای مذهبی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. انجام رفتارهای بهداشتی سبب سلامت جسمانی خواهد شد. انسان معنوی در زندگی احساس حمایت اجتماعی دارد که به عنوان یکی از شاخص‌های اجتماعی سلامت شناخته می‌شود. انجام عبادات دینی مانند نماز جماعت سبب می‌شود مؤمنان جهت برطرف کردن مشکلات فردی و اجتماعی همدیگر تلاش کنند که چنین رفتاری سبب کاهش استرس و تسهیل بهبودی پس از حمله قلبی شده است (دماری، ۱۳۸۸). معنویت سبب نگرش توحیدی در فرد مؤمن می‌شود و چنین فردی با عمل به دستورات خداوند هماهنگی بیشتری با خداوند برقرار خواهد کرد و در پس نظام اسباب و عمل، علت حقیقی را می‌بیند. چنین نگرشی سبب رهایی او از سرگردانی شده و به انسجام شخصیت وی می‌انجامد. انسان معنوی آرامش درونی و اطمینان قلبی را تجربه کرده و تمام اعمال و خواسته‌هایش نیز جهت الهی و معنوی می‌گیرد و از ناهنجاری‌های اخلاقی رهایی یافته و روان او از بیماری‌های اخلاقی مانند غرور و بخل زدوده خواهد شد.

### ۵-۳-۲- نقش دین و سلامت معنوی در ارتقای سلامت روان

در تضاد با تاریخ گذشته روان‌پزشکی مبنی بر نادیده گرفتن دین و آسیب‌های آن، در سال‌های اخیر گرایش علمی به سمت رابطه دین و معنویت و سلامت روان افزایش یافته است. گزارش‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد سلامت معنوی هم با پیامدهای مثبت سلامت روان مانند شادی، امید، مهربانی، شفقت، هدف در زندگی، خوش-بینی، عزت نفس و سپاسگزاری و هم پیامدهای منفی آن مانند افسردگی، ترس، ناراحتی، خودکشی، اضطراب، روان‌پریشی، سوء مصرف مواد، سیگار کشیدن، رفتارهای جنسی خارج از ازدواج، بزه‌کاری یا جرم و بی‌ثباتی زناشویی ارتباط دارد (چاودری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ دیو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ کینگ، ۲۰۱۲؛ عمان و تورسن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ سراکی<sup>۴</sup>

<sup>1</sup> Chaudhry

<sup>2</sup> Dew

<sup>3</sup> Oman and Thoresen

<sup>4</sup> Ciarrocchi

و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج تحقیقات علمی حاکی از اثرات مثبت دین در سلامت روان افراد مذهبی بوده است (وبر و پارگامنت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ کریون و هرنلی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) و سلامت روان بهتر، عملکرد بهتر سیستم ایمنی، امید، خوش بینی، رفاه بیشتر، کیفیت زندگی بالاتر، و میزان کمتر افسردگی، اضطراب و خودکشی (کیم-پریئو و میلر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ کاتن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ پاور و مک کنی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳؛ پانزینی و باندیرا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷؛ کوئینگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴؛ پسکوسولیدو و جورجینا<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹؛ لستر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰)، رفتار بهزیستی عاطفی بهتر، نرخ پائین تری از بزهکاری، اعتیاد به الکل، سوء مصرف دارو و دیگر مشکلات اجتماعی (دوناهو و بنسن<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵؛ باقری<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ ابورایا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳؛ موریرا-آلمیدا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۶)، استرس کمتر پس از سانحه (آروالو<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ پاور و مک کنی، ۲۰۱۳)، علائم کمتر اختلال در خوردن (بویسورت و هارل<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳)، کاهش علائم اسکیزوفرنی (مور<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، اختلال شخصیت (کاتن و همکاران، ۲۰۰۶) در میان افراد مذهبی گزارش شده است. سلامت معنوی به عنوان یکی از مهم ترین عوامل اجتماعی- فرهنگی است که با سلامت روان ارتباط دارد (فیشر<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۶؛ کنینگ، ۲۰۱۵) و با افزایش توانمندی ها جهت سازگاری با مشکلات، کارکرد روانی سلامت عمومی را ارتقا می بخشد (اللهبخشیان<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). درک پیوندهای احتمالی بین دینداری و یا معنویت و سلامت و رفاه روانی نه تنها در زمینه بیماری روانی، بلکه در زمینه وسیع تری که بیماری روانی را به عنوان یک عامل خطر مهم برای طیف گسترده ای از پیامدهای منفی می شناسد، مهم است. دین به عنوان بخش جدایی ناپذیر معنویت، نشان دهنده مسیری برای سبک زندگی سالم می باشد (سادات حسینی<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۹) و سلامت معنوی سبب بهبود سلامت جسم و روان (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۸؛ جیم<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) و کیفیت زندگی (میلان<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) شده است. از جمله نتایج سلامت معنوی می توان به جهان بینی سازنده (جابری<sup>۲۲</sup> و همکاران،

<sup>1</sup> Weber and Pargament

<sup>2</sup> Craven and Hirnle

<sup>3</sup> Kim-Prieto and Miller

<sup>4</sup> Cotton

<sup>5</sup> Power and McKinney

<sup>6</sup> Panzini and Bandeira

<sup>7</sup> Koenig

<sup>8</sup> Pescosolido and Georgianna

<sup>9</sup> Lester

<sup>10</sup> Donahue and Benson

<sup>11</sup> Bagheri

<sup>12</sup> Abu-Raiya

<sup>13</sup> Moreira-Almeida

<sup>14</sup> Arevalo

<sup>15</sup> Boisvert and Harrell

<sup>16</sup> Mohr

<sup>17</sup> Fisher

<sup>18</sup> Alahbakhshian

<sup>19</sup> Sadathoseini

<sup>20</sup> Jim

<sup>21</sup> Milan

<sup>22</sup> Jaberi

۲۰۱۹)، خودشناسی و سازگاری اجتماعی، باورهای دینی و سرمایه روان‌شناختی (سعیدی فر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸) اشاره کرد. روش‌های مذهبی مثبت مانند حمایت معنوی، چارچوب‌بندی مذهبی مثبت از عوامل استرس‌زا و ارتباط معنوی به طور قابل‌توجهی با سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی بهتر مرتبط هستند و نقش پیش‌بینی‌کننده دارند (پیر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ اولسن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). مقابله مذهبی مثبت با کاهش افسردگی و اضطراب همبستگی دارد (رزمارین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). استفاده از مقابله مذهبی مثبت ممکن است فرد را از خودکشی محافظت کند (هاگلت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ راشیچ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ راشیچ و همکاران، ۲۰۱۱؛ موریرا-آلمیدا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). مقابله مذهبی مثبت با روابط اجتماعی و کیفیت زندگی بهتر و با سلامت روان مرتبط است (رامیرز<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) و پیش‌بینی‌کننده تجربه تغییر مثبت پس از حادثه، پس از جراحی قلب (آی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) و در میان کهنه سربازان (تروینو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) می‌باشد. دین اغلب توسط بیماران به عنوان وسیله‌ای مثبت برای مقابله با موقعیت‌های دشوار مورد استفاده قرار می‌گیرد (پارگامنت<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۷). به گونه‌ای که مذهب و معنویت بر کیفیت کلی زندگی بیماران تأثیر مثبت داشته است (موهر<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ شاه<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). علاوه بر این، ارتباط بالاتری بین سطح اطمینان در سیستم اعتقادی فرد با سلامت روانی بیشتر وجود دارد (وبر<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). نشان داده شده است که مذهب یا معنویت به عنوان یک عامل محافظتی با تأثیر مثبت بر پایبندی به درمان روانپزشکی عمل می‌کند (جیرینگ<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد افرادی که از بیماری روانی رنج می‌برند از محاصره شدن توسط یک جامعه مذهبی حامی سود می‌برند (ریپنتروپ<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). نشان داده شده است که شرکت در مراسم مذهبی به طور منظم فرد را از افسردگی محافظت می‌کند (بالبوئنا<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) و دفعات بیشتر حضور مذهبی با پریشانی کمتر پس از رویدادهای منفی زندگی مرتبط است (کیدوای<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). افزایش دینداری در یک جامعه می‌تواند جامعه را در برابر روان-پریشی ناشی از یک بلای طبیعی محافظت کند (استراتا<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). به خطر افتادن سلامت معنوی سبب

<sup>1</sup> Saeedifar

<sup>2</sup> Pieper

<sup>3</sup> Olson

<sup>4</sup> Rosmarin

<sup>5</sup> Huguelet

<sup>6</sup> Rasic

<sup>7</sup> Moreira-Almeida

<sup>8</sup> Ramirez

<sup>9</sup> Ai

<sup>10</sup> Trevino

<sup>11</sup> Pargament

<sup>12</sup> Mohr

<sup>13</sup> Shah

<sup>14</sup> Weber

<sup>15</sup> Gearing

<sup>16</sup> Rippentrop

<sup>17</sup> Balbuena

<sup>18</sup> Kidwai

<sup>19</sup> Stratta

ایجاد اختلالات روحی مانند حس تنهایی، اضطراب، افسردگی و ایجاد حس پوچی در زندگی (کشفی و همکاران، ۱۳۹۴؛ کاووسیان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ صدی، ۱۳۸۲) می‌شود. برای افراد الکلی بهبودیافته، مشارکت مذهبی یا معنوی با ترویج باورهای منفی در مورد الکل و ارائه مدل‌سازی اجتماعی، مصرف الکل را کاهش می‌دهد (دررپ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). در میان کسانی که از سوء مصرف مواد بهبود یافته‌اند، سطوح بالاتر دین و معنویت با جهت‌گیری زندگی خوش‌بینانه‌تر، افزایش انعطاف‌پذیری در برابر استرس، حمایت اجتماعی بیشتر و سطوح پایین‌تر اضطراب مرتبط است (پاردینی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). دین و معنویت همچنین ممکن است در ترویج نگرشی که سبب تسهیل تغییر و پیروی از درمان می‌شود نقش داشته باشند (گالانتر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). با توجه به مطالعات انجام شده، سلامت معنوی سهم عمده‌ای در احساس شادی در بسیاری از فرهنگ‌ها دارد (چانگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ کانگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ پاندیا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). علی‌رغم این جنبه‌های مثبت دین و معنویت، در برخی از مطالعات گزارش کردند که سلامت معنوی می‌تواند بر سلامت روان تأثیر منفی بگذارد (اسپید و فاولر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷؛ وبر و پارگامنت، ۲۰۱۴). به طور کلی، دین نقش مثبتی در ارائه حس هویت، شبکه‌ای از حمایت اجتماعی و چارچوبی منسجم برای پاسخ به پرسش‌های وجودی ایفا می‌کند (الیوت و هیوارد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷) که می‌تواند به مقابله و کنار آمدن با پیامدهای منفی زندگی یا بیماری مزمن به فرد کمک کند (پارگامنت<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷) و همچنین منجر به احساس درک مشترک از فقدان یا آسیب شود (النز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). دور ماندن از باورهای مذهبی سبب ایجاد و بروز کشمکش‌های درونی و روانی، احساس پوچی و ناامیدی در برابر محرومیت‌ها، مشکلات و فشارهای روحی و روانی شده است (ابراهیمی پور و همکاران، ۱۳۹۴). میرز<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۰) بیان کرد افرادی که مذهبی‌تر، شادترند و رضایت بالاتری از زندگی نسبت به همتایان بی‌دین خود دارند. سلامت معنوی می‌تواند نقش تعدیل‌کننده‌ای در بهبود و رفع مشکلات و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی داشته باشد و نتایج و پیامدهای بیماری را کاهش دهد (هیلتون و کیلد<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۴). به گونه‌ای که ارتباط مثبت بین معنویت و کاهش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان گزارش شده است (گیلوم و ویلیامز<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹) و اهتمام و توجه به مقوله سلامت معنوی نقش مهمی در سازگاری بیماران با بیماری آن‌ها دارد (لین و بوئر-وو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۳) و در صورتی که به نیازهای

<sup>1</sup> Kavosian

<sup>2</sup> Drerup

<sup>3</sup> Pardini

<sup>4</sup> Galanter

<sup>5</sup> Chang

<sup>6</sup> Kang

<sup>7</sup> Pandya

<sup>8</sup> Speed and Fowler

<sup>9</sup> Elliott and Hayward

<sup>10</sup> Prgament

<sup>11</sup> Ellens

<sup>12</sup> Myers

<sup>13</sup> Hilton and Child

<sup>14</sup> Gillum and Williams

<sup>15</sup> Lin and Bauer-Wu

معنوی بیماران توجهی نشود دوره طولانی‌تری برای گذراندن بیماری و بهبودی آن‌ها نیاز است (میلر و بوگنشوتز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). در رابطه با ارتباط سلامت معنوی با سلامت جسمانی گزارش شده است افرادی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند احساس درد کمتری را گزارش کردند (همتی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). به طور کلی نقش واسطه‌ای معنویت در رابطه بین نماز و بهزیستی در مسلمانان وجود دارد که به لحاظ نظری مورد توجه هستند، زیرا پیش‌بینی‌کننده‌های مهم رفاه و آسایش هستند (گو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). ارتباط مثبتی با باورها و اعمال مذهبی دارند (پلانته<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸) و به عنوان مکانیسم‌های قابل قبولی هستند که تأثیرات برخی شیوه‌های متفکرانه را بر بهزیستی حمایت می‌کنند (گو و همکاران، ۲۰۱۵؛ هاوی و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین تقویت سلامت معنوی در دانشجویان سبب افزایش سازگاری آنان در شرایط و مسیرهای مختلف زندگی خواهد شد و با ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیای اطراف سبب کاهش تنش‌ها و احساسات منفی پیرامون آن‌ها شده و حس استقلال و قدرت را در آن‌ها افزایش می‌دهد (مرزبان و همکاران، ۱۳۹۵). برخورداری از سلامت معنوی توانایی فرد را با وجود شرایط ناگوار و مشکلات برای رشد سازگارانه افراد افزایش می‌دهد و باعث می‌شود فرد سلامت روان خود را حفظ کند (رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید، ۱۳۸۷).

## ۲-۴- پیشینه نظری بهزیستی روان‌شناختی

### ۲-۴-۱- تعریف بهزیستی روان‌شناختی

سلامت روان ساختار پیچیده‌ای دارد و شامل ابعادی است که عاطفه مثبت و همچنین روان‌پریشی (مانند افسردگی و اضطراب) را در بر می‌گیرد و پیامدهایی برای کیفیت عملکرد عاطفی و بین فردی فرد در زندگی روزمره دارد (ماتیس و واتسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). گروهی از پژوهشگران سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی و به مفهوم بهزیستی روان‌شناختی تعریف کرده‌اند. از نظر چنین افرادی نداشتن بیماری برای سالم بودن کافی نیست و انسان سالم دارای احساس رضایت از زندگی، پیشرفت مثبت، تعامل مؤثر و کارآمد با دنیای بیرون، انرژی مثبت و داشتن رابطه گرم و صمیمی با جمع و جامعه می‌باشد (میکائیلی منیع، ۱۳۸۸).

از نظر ریف، بهزیستی روان‌شناختی به مفهوم پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی (ریف، ۱۹۸۹) و تلاش فرد جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌باشد (ریف، ۱۹۹۵). از نظر کارتینی کارتونو، بهداشت روانی به یک معنا، علم سلامت روان است و به زندگی سالم معنوی مربوط می‌شود که دارای هماهنگی بین توانایی‌ها و تلاش در ارزیابی سالم فرد از شخصیت خود و همچنین دارای خودتنظیمی و یکپارچگی شخصی و داشتن ذهنی آرام می‌باشد (کارتینی کارتونو، ۲۰۰۰). بر

<sup>1</sup> Miller and Bogenschutz

<sup>2</sup> Hematti

<sup>3</sup> Gu

<sup>4</sup> Plante

<sup>5</sup> Mattis and Watson

<sup>6</sup> Kartini Kartono

اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که در آن فرد با شناسایی توانایی‌های خود قدرت کنار آمدن با فشارها و مشکلات روانی را پیدا کرده و به گونه‌ای عمل می‌کند که برای جامعه مفید باشد. به طور کلی بهزیستی روان‌شناختی به مفهوم درگیری با چالش‌های هستی‌شناختی و تلاش برای رشد شخصی می‌باشد (معمدی و همکاران، ۱۳۹۷). بهزیستی روان‌شناختی به سلامت روانی مثبت اشاره دارد (ادواردز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند بعدی متنوع است که از طریق ترکیبی از تنظیم هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی ایجاد می‌شود و می‌تواند با افزایش سن، تحصیلات، برونگرایی و آگاهی افزایش یابد و با روان رنجوری کاهش یابد (کیس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

## ۲-۴-۲- مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

ویلسون<sup>۳</sup> (۱۹۶۷) فردی که از بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردار است را با شاخصه‌هایی مانند فردی جوان، تندرست، خوب، تحصیل کرده، با درآمد بالا، خوشبین، فارغ از نگرانی، دیندار، متعهد، دارای رویه کاری بالا، با شوق و اشتیاق، متعادل نسبت به دو جنس زن و مرد و دارای دامنه هوش وسیع معرفی کرده است. ملاک‌های مهم سلامت روانی به صورت شناخت خود و محیط، استقلال فردی، رفتار به‌هنجار و منطبق با معیارهای جامعه و یکپارچگی شخصیت معرفی شده‌اند (گنجی، ۱۳۷۶). بهزیستی روان‌شناختی همراه با سازه‌هایی مانند عزت نفس، خودکارآمدی و کنترل یا تسلط شخصی جزئی از بهزیستی روانی است و برخورداری بالا از بهزیستی روان‌شناختی در انسان سبب درک تجربه‌های خوشایند بیشتر و کاهش رنج عواطف ناخوشایند می‌شود (ستوده و همکاران، ۱۳۹۴). طبق تعریف ریف<sup>۴</sup> (۱۹۸۹) شش مؤلفه ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، پذیرش خود، خودمختاری، رشد فردی و زندگی هدفمند به عنوان مؤلفه‌های عملکرد روان‌شناختی مثبت معرفی شده‌اند. مؤلفه‌هایی که ریف برای این الگو ارائه کرد به جنبه‌های مثبت بهداشت روانی نگاه می‌کند و اندازه‌گیری سطح بهزیستی به کارکرد مثبت فرد کمک می‌کند (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). در این طبقه‌بندی ارتباط مثبت با دیگران به معنی کیفیت رابطه خوب داشتن و رضایت از آن است (کیس و همکاران، ۲۰۰۲)، پذیرش خود به مفهوم داشتن نگرش مثبت به خود و پذیرش زندگی گذشته خویش می‌باشد (هوسر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵)، خودمختاری به معنای احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها می‌باشد، یعنی فردی که بر اساس باورهای خود تصمیم‌گیری کند فردی خودمختار است و توانایی مقابله با فشارهای روانی را دارد (ریف و سینگر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸)، هدفمندی در زندگی نیز به مفهوم داشتن اهداف کوتاه و بلندمدت در زندگی و یافتن معنا برای تلاش است (ریف و سینگر، ۲۰۰۸)، تسلط بر محیط مبتنی بر توانایی‌های فرد در مدیریت زندگی و تعلقات آن می‌باشد به

<sup>1</sup> Edwards

<sup>2</sup> Keyes

<sup>3</sup> Wilson

<sup>4</sup> Ryff

<sup>5</sup> Hauser

<sup>6</sup> Ryff and Singer



گونه‌ای که وقتی فرد بر محیط خود مسلط است به این مفهوم است که او بر ابعاد مختلف زندگی خود احاطه دارد و آن را دستکاری و تغییر می‌دهد (کیس و همکاران، ۲۰۰۲)، رشد شخصی به معنای گشودگی نسبت به تجارب است و فرد دارای رشد شخصی در صدد یادگیری و یافتن چیزهای جدید جهت بهبود زندگی خویش است (لیندفورس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

## ۲-۴-۳- سلامت روان از دیدگاه روان‌شناسی

سلامت روان و آرامش درونی برای همه انسان‌ها بسیار مفید و ضروری است. اکثر مردم آن‌ها را بسیار ارزشمند می‌دانند، ولی تعداد کمی آن‌ها را دارند. با این حال، هر کسی می‌تواند سلامت روان و آرامش درونی را توسعه دهد، برخی بیشتر و برخی کمتر. همه افراد به دنبال رضایت از زندگی هستند و آرزوی خوشبختی را دارند و شادی با سلامت اجتماعی، جسمی و روانی ارتباط تنگاتنگی دارد. سلامت روان بر سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد، اما مجموع خشونت درونی، ناهماهنگی و احساسات منفی نمرات سلامت روان ما کمتر است (مادهومیتا<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). بهزیستی روان‌شناختی همان سلامت روان است و فرد سالم به لحاظ روانی این توانایی را دارد که فشارهای زندگی روزمره خویش را با یک روش قابل قبول مدیریت و تنظیم کند (ولس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). سلامت روان از منظر روان‌شناسی مثبت شامل توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی خود و ایجاد تعادل بین فعالیت‌های زندگی و تلاش در جهت سازگاری یا تاب‌آوری روان‌شناختی می‌باشد (جامعی ندوشن و ایزدی، ۱۳۹۵). سلامت روان به مفهوم احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود و توانایی رقابت و شکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی است (دوریا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) و به معنای تسلط و مهارت در ارتباط صحیح با محیط به ویژه در سه مکان عشق، کار و تفریح است (میلانی فر، ۱۳۷۴). هیلی و لینک<sup>۵</sup> (۲۰۱۲) بیان کردند سلامت روان به مفهوم درک ما از توانایی‌های خودمان، سازگاری با فشارهای عادی زندگی، بهره‌وری شغلی و سهمیم بودن در اجتماع است. وضعیت‌های روانی ضعیف مانند پریشانی، افسردگی و اضطراب با مشکلات سلامت روان مرتبط هستند. مشخص شده است که افکار منفی نقش مهمی در افسردگی و ناسازگاری روانی دارند. افکار مثبت فرد به طور مثبت با رضایت از زندگی و شادی مرتبط است (اینگرام<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۵) به گونه‌ای که هر چه آرامش درونی بالاتری داشته باشیم ذهن ما سالم‌تر می‌شود. چنین احساس تمامیت و یکسان‌سازی ذهن و بدن، همراه با حس هماهنگی درونی، اغلب در سنت‌های معنوی و خرد شرق و غرب منعکس می‌شود (آندرود و ترسی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). سلامت روان به مفهوم هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق و نگرش‌های

<sup>1</sup> Lindfors

<sup>2</sup> Madhumita

<sup>3</sup> Wells

<sup>4</sup> Dhuria

<sup>5</sup> Healy and Link

<sup>6</sup> Ingram

<sup>7</sup> Underwood and Teresi

های افراد و برنامه‌ای بر اساس واقعیت جهت دستیابی به اهداف زندگی و ظرفیتی برای رشد فرد در نظر گرفته می‌شود (شهسواری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

#### ۲-۴-۴- سلامت روان از دیدگاه اسلامی

بر خلاف فرهنگ و فلسفه مادی غرب، تمرکز فلسفه اسلامی بر این است که مردم کل‌نگر، اجتماعی، هدفدار، متعلق، خلاق و مسئولیت‌پذیر باشند. دیدگاه اسلام از سلامت روان به درک الگوهای غالب رفتار، اهداف، احساسات، عقل، عواطف، افکار، ارزش‌های معنوی، تعارضات انسانی و اضطراب روانی به عنوان یک سبک زندگی کلی یک فرد اهمیت می‌دهد (فاروقی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). اکثریت مسلمانان به مفهوم اسلامی خود و نظریه متافیزیکی مانند نظریه انسان گرایانه-وجودی معتقدند. مسلمانان بر این باورند که انسان بر اساس بهترین طرح‌ها آفریده شده است و به او آزادی انتخاب برای انجام نیک و بد داده شده است. بنابراین، انسان‌ها می‌توانند به پایین‌ترین حالت فرود آیند یا با نیکی کردن به خود و دیگران، خود را بالا ببرند. فلسفه اسلامی بر این اساس استوار است که انسان با رعایت آموزه‌های قرآن و حدیث می‌تواند خوب و بد را تشخیص دهد. بنابراین دیدگاه اسلامی یک فرد عادی، نگاه زاهدانه نیست، بلکه عضوی فعال از جامعه است که نیازهای او (زیستی، روانی و اجتماعی) در چارچوب معنوی یا اخلاقی بدون آسیب رساندن به دیگران و یا تعارض با ایدئولوژی اسلامی برآورده می‌شود (ریزوی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۳). فرهنگ غربی طرفدار فردگرایی، ماتریالیسم، تغییر و رقابت است. در حالی که دیدگاه اسلامی طرفدار جمع‌گرایی، معنویت، مذهب، ثبات، اخلاق، اشتراک‌گذاری و مراقبت از توسعه افراد سازگار و جوامع سالم است (مقدم و مارسلا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). از نظر قرآن، انسان دارای سه وجه از کلیت بشری است که می‌توان آن‌ها را محکم از هم تشخیص داد، اما قطعاً نمی‌توان آن را از هم جدا کرد (رحمان<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). مشکلات سلامت روان نه تنها بر بخش سلامت تأثیر می‌گذارد، بلکه بر زندگی روزمره مانند افزایش جرم و جنایت، آمار طلاق، میزان خشونت علیه کودکان، بیکاری و غیره تأثیرگذار است (رحمان، ۲۰۱۵). با توجه به اهمیت مسائل بهداشت روانی، بسیاری از حوزه‌های علم به بررسی مشکلات رفتاری انسان اختصاص دارند. مطالعات پیشینه در مورد سلامت روان برخاسته از مفهوم روانشناسی معاصر، روانکاوی، رفتارگرایی و انسان‌گرایی نتوانسته است مشکلات انسانی مرتبط با سلامت روان را حل کند. علت همه اینها فقدان عناصر مذهبی در نظریه آن‌ها در درک روان انسان به عنوان یک کل است. در چنین مرحله‌ای است که محققان می‌کوشند تا توضیحی درباره سلامت روان از دیدگاه اسلامی ارائه دهند. زیرا قرآن و روایات سرچشمه معرفتی است که می‌تواند سلامت روانی انسان را به امید کسب سعادت دنیا و آخرت ارزیابی و حل کند. دانشمندان جهان روز به روز

<sup>1</sup> Shavsavari

<sup>2</sup> Farooqi

<sup>3</sup> Rizvi

<sup>4</sup> Moghaddam and Marsella

<sup>5</sup> Rahman

بیشتر به دین باز می‌گردند و تأثیرات مفید آن را بر سلامت جسمی و روانی و عملکرد اجتماعی افراد درک می‌کنند. بدون شک این مطالعات در محافل مختلف علمی اثرات مثبت دین را بر سلامت انسان نشان می‌دهد (چیدا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). تأثیر مثبت دین بر سلامت روان در مطالعاتی که در مورد تأثیر دینداری بر تعادل روانی در انسان انجام شده است تأیید شده است. افراد مذهبی سطح بالایی از ارضای نیازهای اساسی روانی را نشان می‌دهند و دینداری و یا معنویت با رفتارهای سالم‌تر، از جمله سیگار نکشیدن، ورزش کردن، مصرف متوسط الکل، مصرف چربی کمتر در رژیم غذایی و کیفیت خواب بهتر مرتبط است (کنیگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ استرابریج<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). دینداری با کاهش تمایل به رفتارهای پرخطر، واکنش‌های تکانشی و پرخاش‌گری، گرایش به رفتار آسیب‌شناسی روانی و پارانوئید (فلانلی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، تصحیح رفتار مکالمه‌ای، افسردگی و اسکیزوئید (ورگاسه<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۹)، غلبه موفقیت‌آمیزی بر تعارض‌های عاطفی را فراهم آورده و با تأثیر در ساختار ویژگی‌های شخصیتی، جهت دفاعی، ابعاد روان رنجور و بهبود رشد روانی، حالات سالم را گسترش و حالات ناسالم را محدود می‌کند، و با تقویت ثبات عاطفی، کنترل تکانه‌ها، آگاهی اخلاقی، ارزش‌ها و تأیید پتانسیل‌های آموزشی و شناختی شخصیت و رفتار مذهبی، مسیری روشن برای زندگی و چارچوب‌های امن و محکم برای رشد شخصیت را فراهم می‌کند و مسیر رسیدن به بلوغ و خودشکوفایی را به انسان نشان می‌دهد (پازویچ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). معنویت و دینداری به نحوه ایجاد حس گسترده‌ای از مفهوم فرد از زندگی خود مربوط می‌شود و ایجاد معنا می‌تواند تأثیر مهمی بر کیفیت و ثبات زندگی روانی فرد داشته باشد (پیدمونت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). در نتیجه، تأثیر مثبت دین بر سلامت روان از الگوهای شناختی-رفتاری دقیق ناشی می‌شود، که ظاهراً برای همه شناخته شده است، اما کمتر و کمتر در رفتارهای روزمره وجود دارد (پازویچ و همکاران، ۲۰۰۵). تحقیقات روانی و جسمانی قابل توجهی در مورد ارتباط بین حالات روحی و عملکرد عصبی غدد درون‌ریز انجام شده است (وهبه<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹؛ ارنست<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ نیوبرگ<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۲، ۲۰۰۳). در روان‌شناسی اسلامی تأمین سلامت روان از طریق اعتقاد به نیروی برتر است که در زندگی از انسان حمایت می‌کند و این اعتقاد به نیروی برتر و برقراری ارتباط با آن سبب تقویت قوای روحی و جسمی انسان می‌شود زیرا آفرینش انسان به گونه‌ای است که تجربه شادکامی و رضایت از زندگی جز با باور به خداوند عزوجل به دست نمی‌آید (مکارم شیرزای، ۱۳۷۸). بسیاری از متغیرهای سلامتی با باورهای دینی و مذهبی قابل تبیین است و

<sup>1</sup> Chida

<sup>2</sup> Strawbridge

<sup>3</sup> Flannelly

<sup>4</sup> Verghese

<sup>5</sup> Pajevic

<sup>6</sup> Piedmont

<sup>7</sup> Wahbeh

<sup>8</sup> Ernst

<sup>9</sup> Newberg

مذهب به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار می‌باشد (هادیان فرد، ۱۳۸۴) و سبب درک حادثه‌های دردناک زندگی شده و دلگرمی و شادابی روحیه و روان فرد را بدنبال دارد (سواتزکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

## ۲-۴-۵- تأثیر بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان

وقایع ناگوار و مشکلات می‌توانند سبب کاهش بهزیستی و افزایش اضطراب و افسردگی در فرد شوند (سگرستروم و میلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). بهزیستی روان‌شناختی به طور معمول ترکیبی از حالت‌های عاطفی مثبت مانند شادی و عملکرد با اثربخشی مطلوب در زندگی فردی و اجتماعی تصور می‌شود (دسی و ریان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸) و پیامدهای آن شامل سلامت جسمانی بهتر، احساس شادی، توانمندی، حمایت خوب و رضایت از زندگی است که توسط الگوهای فعال‌سازی مغز، اثرات مواد شیمیایی اعصاب (دوپامین<sup>۴</sup> و سروتونین<sup>۵</sup>) و عوامل ژنتیکی ایجاد می‌شود (هاپرت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). آموزش بهزیستی روان‌شناختی در همه ابعاد سلامت روان مانند شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی، ضریب کلی علائم مرضی، ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی به استثنای افسردگی مؤثر است و آموزش بهزیستی روان‌شناختی در بهبود سلامت روان دانشجویان مؤثر می‌باشد (فلاحیان و همکاران، ۱۳۹۳). بهزیستی روان‌شناختی مانند چتری است که ابعاد مختلف مؤثر و شناختی مانند عاطفه مثبت و منفی، شادی، رضایت از زندگی، تطابق بین اهداف مورد انتظار و دست یافته، علائم روان‌تنی و خلق و خو را در بر می‌گیرد و به عنوان عاملی درونی اندازه‌گیری‌های مثبت را شامل شده و سبب بالا رفتن عزت نفس در فرد می‌شود (پترسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و ارزیابی مثبتی از اتفاقات و حوادث پیرامون خود دارند و بر عکس افرادی که در خود احساس بهزیستی پایینی دارند حوادث و پیامدهای موجود در زندگی خود را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجانات منفی مثل اضطراب افسردگی و خشم را تجربه می‌کند (معتمدی و همکاران، ۱۳۹۷). بهزیستی روان‌شناختی با ایجاد حس خوب در افراد احتمال بیماری‌های جسمی را کاهش می‌دهد (حاجی جعفری<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷).

دوران دانشجویی به عنوان پر استرس‌ترین و پائین‌ترین مرحله بهزیستی روان‌شناختی است و دانشجویان با سطوح بالایی از فشار روانی در مقایسه با افراد عادی مواجه هستند (استالمن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰) و در مطالعاتی سطوح پائین بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان گزارش شده است (ساندوال<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). بهزیستی روان‌شناختی به

<sup>1</sup> Sawatzky

<sup>2</sup> Segerstrom and Miller

<sup>3</sup> Deci and Ryan

<sup>4</sup> Dopamine

<sup>5</sup> Serotonin

<sup>6</sup> Huppert

<sup>7</sup> Peterson

<sup>8</sup> Haji Jafari

<sup>9</sup> Stallman

<sup>10</sup> Sandoval

عنوان نتیجه یک زندگی خوب در نظر گرفته می‌شود و عامل مهمی در سازگاری موفقیت‌آمیز دانشجویان با زندگی دانشگاهی و خوابگاهی دارد (مورالس-رودریگز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). گزارش شده است که حدود ۵۰ درصد از دانشجویان دارای درجاتی از افسردگی، ۷۵ درصد از آن‌ها دچار درجاتی از اضطراب و ۳۰ درصد آنان دارای درجاتی از تنش و پیامدهای ناشی از آن هستند (دهداری و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین از دوره دانشجویی به عنوان دوره‌ای یاد می‌شود که با ایجاد دگرگونی‌های زیاد سبب ایجاد تنش‌های مختلف شده که از یک سو می‌توان این احساس افسردگی و اضطراب و عدم روحیه نشاط را در آنان به عدم اتصال معنوی با منبع لایزال الهی دانست (صفری و همکاران، ۱۳۹۳). آموزش عالی و کارکردهای آن عامل مهمی در توسعه جامعه است به دلیل اینکه نقش تربیت نیروی متخصص و متعهد برای جامعه را برعهده دارد و از طرفی توسعه و رشد یک جامعه بستگی به سلامت و بهزیستی روانی افراد مشغول به تحصیل دارد (فلاحیان و همکاران، ۱۳۹۳).

## ۵-۲- پیشینه نظری گرایش به نماز خواندن

### ۲-۵-۱- معنای نماز

در متون دینی ما نماز واژه‌ای است که از آن به عنوان «صلاه» یاد شده است و در دین اسلام تشریح شده است (احمری و احمدی ازغندی، ۱۳۹۰). نماز به مفهوم اظهار بندگی و محبت انسان به سمت و سوی پروردگار (ملکی تبریزی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳) و برترین جلوه طاعت و پرستش و نخستین نشان ایمان و کمال انسان است (امیرمحمدی و امیرمحمدی، ۱۳۹۴). نماز به مفهوم ابراز پرستش و عبادت است که بنده در پیشگاه خداوند انجام می‌دهد.

### ۲-۵-۲- نماز خواندن از دیدگاه روان‌شناختی

پژوهش‌های قبلی مربوط به حوزه موضوعی دینداری و بهزیستی روان‌شناختی، به شیوایی از ارتباط مثبت بین دینداری و بهزیستی روان‌شناختی حمایت می‌کنند و شواهد معتبری را ارائه می‌دهند. طیف وسیعی از تحقیقات مختلف در این زمینه انجام شده است و یافته‌های ثابت این بوده است که جنبه‌های مشارکت مذهبی با پیامدهای سلامت روانی مثبت مرتبط است (سویتن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). شواهدی که این یافته‌ها را پشتیبانی می‌کنند هم از مطالعات مقطعی و هم از مطالعات طولی و همچنین از مطالعات مبتنی بر نمونه‌های بالینی و جامعه به دست می‌آیند (جورج<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ پلانته و شرممن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). این رابطه در میان جمعیت‌های مختلف از جمله جوانان، بزرگسالان، افراد مسن، ساکنان بومی، مهاجران و پناهندگان، دانشجویان، بیماران، معتادان، افراد دارای مشکلات

<sup>1</sup> Morales-Rodriguez

<sup>2</sup> Maleki Tabrizi

<sup>3</sup> Swinton

<sup>4</sup> George

<sup>5</sup> Plante and Sherman

سلامت روان و اختلالات شخصیتی و غیره گسترش یافته است. یافته‌های بیشتر نشان می‌دهد که افراد درگیر در مذاهب که درونی‌سازی مجموعه‌ای از ارزش‌ها را تشویق می‌کنند، در مقایسه با افرادی که از طریق تعهد یا وظیفه در مجالس مذهبی شرکت می‌کنند، به میزان قابل‌توجهی در معرض خطر افسردگی هستند (مارجتیک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). اغلب متوجه می‌شویم که افراد مجبور هستند بیشتر از آنچه که می‌خواهند، مذهبی رفتار می‌کنند. در چنین شرایطی، درک تأثیر واقعی دینداری بر سلامت روانی به طور کلی مبهم می‌شود زیرا این احساسات و افکاری هستند که در پس هر عمل مذهبی وجود دارند که انتظار می‌رود با سلامت روانی (یا فقدان آن) مرتبط باشند. با این حال، همه مطالعات ارتباط مثبت بین دینداری و پیامدهای سلامت روان را ثابت نکرده‌اند. فریودین را به عنوان روان‌رنجوری و سواسی جهانی بشریت نامیده است (فریود<sup>۲</sup>، ۱۹۵۹). در حالی که محققان دیگری استدلال کرده‌اند که هیچ رابطه‌ای بین دین و سلامت روان وجود ندارد (برجین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). سایر تحقیقات نشان داده است که سطوح بالاتر دینداری با سطوح بیشتر پریشانی شخصی مرتبط است (کینگ و شافر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲) و باورهای مذهبی مسئول ایجاد عزت نفس پایین، افسردگی و حتی اسکیزوفرنی هستند (واترز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲). علیرغم چنین ادعاهایی، توده فزاینده‌ای از مطالعات روان‌شناختی، روان‌پزشکی، بهداشت عمومی، جامعه‌شناختی و اپیدمیولوژیک انجام شده در طول دو دهه گذشته به اثبات اثرات مفید و محافظتی فعالیت‌های مذهبی ادامه داده است (فاسکت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ ویور<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ سیبولد و هیل<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱). شناسایی کارکردهای آشکار و نهان نماز چه به لحاظ اجتماعی چه به لحاظ روان‌شناختی نقش مؤثری در شکل‌گیری رفتارها، به کارگیری روش‌ها، تعیین راهکارها و اهداف اجتماعی و فردی دارد که سبب گشایش اسرار آن می‌شود (ادیب حاج باقری، ۱۳۷۹).

دوران دانشجویی به عنوان مرحله‌ای حساس در نظر گرفته شده می‌شود که سبب ایجاد دگرگونی‌ها و تنش‌های زیادی در زندگی دانشجویان گردیده و فشارهای روانی زیاد، افسردگی و استرس را بر آن‌ها غالب می‌کند (مقرب و همکاران، ۱۳۸۸). آسیب‌های ناشی از دوران دانشجویی و جوانی بیشتر از هر زمانی در طول دوره زندگی انسان است، بنابراین اگر درک و شناخت درستی از حوزه اعتقادات اصول دین و خودشناسی وجود نداشته باشد سبب ایجاد تهدیدات جدی برای آن‌ها خواهد شد و اگر فرد به ارزش‌های والای الهی و تجارب معنوی در زندگی توجه نداشته باشد با مشکلات روحی و روانی، اضطراب و ناراحتی‌های عصبی مواجه خواهد شد (گنگا و کوتی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳) و انجام فرایض دینی از جمله التزام عملی به نماز و تجارب معنوی به عنوان راهکاری سودمند

---

<sup>1</sup> Margetic

<sup>2</sup> Freud

<sup>3</sup> Bergin

<sup>4</sup> King and Schafer

<sup>5</sup> Watters

<sup>6</sup> Foskett

<sup>7</sup> Weaver

<sup>8</sup> Seybold and Hill

<sup>9</sup> Ganga and Kutty

سودمند جهت رهایی از ناملایمات، ناراحتی‌ها و تنش‌های روزمره در دانشجویان به شمار می‌رود (طالبی، ۱۳۹۰).

## ۲-۵-۳- نماز خواندن از دیدگاه دین

در فرهنگ دینی و اسلامی ما نماز یکی از مهم‌ترین فرائض دینی و ضروریات دین اسلام است و در فقه اسلامی به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان دین اسلام جهت پیوند بین خالق و مخلوق در نظر گرفته شده است که سبب تضمین ارتباط مستمر انسان با خالق خویش می‌شود (سجادی، ۱۳۶۳). قرآن کریم مطمئن‌ترین و نزدیک‌ترین راه جهت دستیابی به سلامت و آرامش روان را ذکر و یاد خدا می‌داند (صحرایان و همکاران، ۱۳۸۹). نماز فرصتی را به انسان می‌دهد تا با خالق هستی سخن گوید که چنین رفتاری نقش بازدارندگی از زشتی‌ها و بدی‌ها (سوره عنکبوت آیه ۱۴۵)، تحمل مشکلات، خیرخواهی و رساندن خیر به دیگران (معارج آیه ۲۳-۱۹)، آرامش درونی، خضوع و خشوع (مومنون، آیه ۹-۱) می‌شود. خداوند در سوره طاهها می‌فرماید نماز را برای یاد من به پا دارید، یا در سوره حج می‌فرماید افراد خاشع و متواضع کسانی هستند که با یاد خدا دل‌هایشان هراسان می‌گردد و بر مصائب و ناملایمات زندگی صبور هستند و نماز را برپا می‌دارند و از آنچه که روزی‌شان کردیم انفاق می‌کنند. از منظر و دیدگاه دین در بین تمام برنامه‌ها و قوانین اسلام، نماز از اهمیت و جایگاه والایی برخوردار است و به نقش نماز در آرامش درون، شفا بخشی قلب و شادابی روح و روان آدمی اشاره شده است (سوره رعد، آیه ۲۸). در آیه‌های مختلف قرآن کریم به نقش نماز در اصلاح رفتار نیز اشاره شده است. در سوره عنکبوت آیه ۴۵ خداوند کریم می‌فرماید نماز را به پادار زیرا نماز انسان را از کارهای زشت باز می‌دارد. یا در آیه ۱۵ سوره فاطر بیان شده است شما باید نیازمندان به خدا و فقط خداوند بی‌نیاز ستوده است. بنابراین می‌توان بیان کرد که تمام رفتارهای مذهبی به ویژه نماز علاوه بر اجر معنوی سبب سلامت جسم و روان انسان می‌شود و به رشد و شکوفایی او منجر خواهد شد. نماز یکی از مهم‌ترین عوامل سعادت انسان است و این سعادت همان سعادت معنوی است (ابراهیمی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). پیامبر عظیم‌الشان اسلام (ص) فرمودند: از من نیست کسی که نمازش را سبک بشمارد و کسی که نماز واجبش را به تأخیر بیندازد در حوض کوثر نیز نزد من نخواهد آمد و شفاعت من در قیامت نصیب او نخواهد شد. امام رضا علیه السلام فرمودند نماز بهترین وسیله تقرب به خداوند است. امام محمد باقر علیه السلام نیز فرمودند اولین چیزی که از انسان حسابرسی می‌شود نماز است که اگر قبول شد دیگر اعمال او نیز پذیرفته می‌شود. امام صادق علیه السلام نیز فرمودند شیعیان ما را در مواقع خواندن نماز امتحان کنید و ببینید رعایت‌شان در مورد خواندن نماز به چه صورت است. محبی و همکاران (۱۳۹۲) عنوان کردند ترس شیطان از انسانی است که نمازهای پنج‌گانه را در اول وقت بخواند اما در انسانی که نماز-خواندن خود را به تأخیر بیندازد شیطان این جرأت را پیدا می‌کند که او را به ارتکاب گناهان بزرگ تشویق نماید.

<sup>1</sup> Ebrihimi

از دیدگاه اسلامی نماز در دو بعد عملی و نظری مورد بحث قرار می‌گیرد به لحاظ نظری اشاره به پذیرش قلبی نماز به عنوان امری واجب دارد و بعد عملی آن علاوه بر پذیرش قلبی به انجام و ادای آن در عمل اشاره دارد. بعد عملی نماز به مواردی مانند اثربخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی انسان، عمل به مستحبات، التزام و اهتمام جدی به اقامه نماز و مراقبت و حضور قلب در نماز توجه دارد (وفایی، ۱۳۹۱).

## ۲-۵-۴- نقش نماز در ارتقای سلامت روان

مسلمانان موظفند در طول شبانه روز پنج بار نماز را اقامه کنند. خواندن نماز، پتانسیل‌های شخصی جسمانی، روحی و معنوی را در سطح فردی و اجتماعی درگیر می‌کند. منطقی است که انتظار داشته باشیم که چنین تعهد مفهومی تأثیر کافی خود را بر الگوسازی برخی از ویژگی‌های خاص شخص داشته باشد. ادای نماز پتانسیل‌های جسمی، روحی، معنوی و شخصی را بر روی یک فرد و همچنین در یک برنامه اجتماعی درگیر می‌کند (سانوتیس، ۲۰۱۵). مطالعاتی در مورد تأثیر اعمال مذهبی مسلمانان و کاهش استرس و کیفیت بهبود زندگی آن‌ها صورت گرفته است (سانوتیس، ۲۰۱۵). یکی از اولین مطالعات انجام شده توسط چیشتی<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) بر روی اعمال صوفیانه و اثربخشی درمانی آن‌ها انجام شده است. مطالعه او هر دو جنبه معنوی و جسمی تقویت کننده نماز آیینی مسلمانان و دعا را مورد بحث قرار می‌دهد. بررسی متون علمی و تخصصی موجود نشان می‌دهد که بررسی اثرات اقامه نمازهای پنج‌گانه در هر روز از دریچه روان‌شناختی کم است. الراوی و فترز<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) در مطالعه خود به ویژگی‌های درمانی نماز و دعا پرداخته‌اند اما در مورد چگونگی اجرای چنین تکنیک‌هایی توسط پزشکان مدرن مسلمان بحثی نمی‌کنند. بر اساس منابع اولیه اعتقادی اسلام، اقامه منظم و صحیح نماز، پارامتری کلیدی در ارزیابی کیفیت سبک زندگی اسلامی پیروان اسلام است. نماز باید در همه شرایط صلح و جنگ، در جاده، خانه، روز، شب، خشکی، دریا، هوا، در بیماری و سلامتی به جا آورده شود (پازویچ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). خواندن منظم نماز تجارب معنوی را افزایش می‌دهد (اسکاروپسکی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) و تجارب معنوی مکرر با رفاه بیشتر مرتبط است (کوزیسکی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). حتی مراقبه ذهن‌آگاهی سکولار جنبه‌های تجربیات معنوی را تقویت می‌کند (گارلند<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) و تأثیر افزایش معنویت به عنوان واسطه و مراقبه ذهن‌آگاهی بر بهزیستی مشخص شده است (گریسون<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). دینداری با افزایش خوش‌بینی همراه است، به ویژه در میان افرادی که خدا را خیرخواه و بخشنده می‌دانند (ماتیس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۷) و به باورهای مذهبی محافظه‌کارانه

<sup>1</sup> Chishti

<sup>2</sup> Al-Rawi and Fetters

<sup>3</sup> Pajevic

<sup>4</sup> Skarupski

<sup>5</sup> Koszycki

<sup>6</sup> Garland

<sup>7</sup> Greeson

<sup>8</sup> Mattis



پایبند هستند (گرین و الیوت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). نماز دارای یک فرضیه آینده‌نگر سلامت روان، دین و فرهنگ است و براساس آن مهم نیست که زندگی در حال حاضر چقدر دشوار است بلکه این مهم است که خداوند قادر است آن را در آینده تغییر دهد (لوین، ۲۰۰۸). درگیر شدن در دعا و نماز، خوش‌بینی را در افرادی که با مشکلات پزشکی کنار می‌آیند (اندرسون و نانلی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶) و سلامت روان ضعیف دارند (بولنس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) افزایش می‌دهد. دین به عنوان نظامی از عناصر و مناسک نمادین تعریف می‌شود که از طریق آن مردم می‌توانند با امر الهی یا مقدس ارتباط برقرار کنند (پنها و سیلوا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). دعا و نماز بهزیستی روانی را ارتقا می‌دهند (فرارو و آلبرخت-جنسن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱) و یک راهکار مقابله‌ای مهم برای مدیریت ناملایمات هستند (لوین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). با این وجود، نماز و دعا پدیده‌های پیچیده‌ای هستند و یافته‌های مربوط به تأثیر مثبت آن بر سلامت روان متفاوت است، به طوری که برخی از مطالعات هیچ فایده یا اثرات منفی را گزارش نمی‌کنند (الیسون<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). علمای علمای اسلام با تکیه بر قرآن و سنت بیان می‌کنند که نماز بر سلامت روان و جسم بیماران تأثیر مثبت دارد (یوسل<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). عمل کردن به باورهای دینی و مذهبی از عوامل پیش‌بینی سلامت روان و بهزیستی در جوانان می‌باشد (کنیگ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). معنویت و اعمال مذهبی به عنوان یکی از توانمندی‌های انسان در نظر گرفته می‌شود که با فراهم‌آوری راهکارهای سازگاری و حل مسئله برای انسان به منزله منبع حیات اجتماعی در برابر بلایا و مصیبت‌ها و سردرگمی‌ها، احساس خوشی و معناداری را در قلب انسان ایجاد کرده و سبب کاهش و افزایش شادکامی و همچنین سلامت روان زندگی خواهد شد (هانتز<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۰). از نماز به عنوان دروازه ورود به انبار بزرگ نشاط عقلانی و سلامت روان یاد شده است (پورافکاری، ۱۳۷۵). نماز عامل ایجاد کننده روابط سازنده در جامعه و مانع بسیاری از انحرافات اخلاقی و رفتاری، سلامت و نشاط روان و معنویت خاصی در افراد و سبب شفای بیماران در زیارتگاه‌ها و معابد شناخته شده است (بیتز<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). علت بیش‌تر آسیب‌های اجتماعی در ارتباط ضعیف انسان با خدا، دوری از فرائض دینی و اقامه نکردن نماز عنوان شده است و دعا، نماز و ایمان قوی سبب از بین رفتن افسردگی و اضطراب و حس شادابی و طراوت را در انسان بوجود می‌آورد (افروز و همکاران، ۱۳۸۶). انسان از طریق ادای نماز و بیرون ریختن همه ناپاکی‌ها و افکار منفی به سمت تهذیب روانی خود گام برداشته و سبب پاکسازی روح و روان (حسینی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲) و جسم خود (عامری<sup>۱۳</sup> و همکاران،

---

<sup>1</sup> Green and Elliott

<sup>2</sup> Anderson and Nunnelley

<sup>3</sup> Boelens

<sup>4</sup> Penha and Silva

<sup>5</sup> Ferraro and Albrecht-Jensen

<sup>6</sup> Levine

<sup>7</sup> Ellison

<sup>8</sup> Yucl

<sup>9</sup> Keonig

<sup>10</sup> Hunter

<sup>11</sup> Beatz

<sup>12</sup> Hosseini

<sup>13</sup> Ameri

۲۰۱۰) خواهد شد و شادکامی و سلامت روانی را در خود تقویت خواهد کرد (ویلیامز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). افراد مذهبی توانایی مقابله بیشتر با رویدادهای منفی زندگی و عوامل تنش‌زای روانی دارند که به دلیل تأثیر اعتقادات دینی در ارزیابی مشکلات باشد (احدی، ۱۳۸۰). نماز سبب کاهش جرم و جنایت، خودکشی، پرخاش‌گری و حسادت می‌شود (خزایی، ۱۳۸۰). افراد معتقد به امور دینی شادتر از بقیه هستند (سلگمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰) و عمل به باورهای مذهبی سبب افزایش شادکامی و کاهش پرخاشگری کلامی (مانونی و پارگامنت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲) و افزایش خوش‌خوش‌خلقی، شادکامی، مهربانی، اعتماد به نفس، توجه و آرامش می‌شود (کیم<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). نماز جماعت بهزیستی روان‌شناختی را ارتقا می‌دهد (پولوما و پندلتون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱) و در میان فرقه‌های مذهبی مختلف، نماز جماعت در مقایسه با نماز انفرادی یا شرکت در سایر فعالیت‌های اجتماعی به سطوح بالاتری از رضایت از زندگی کمک می‌کند (لیم و پتمن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). در حالی که مطالعات کمی نقش میانجی حمایت اجتماعی را از طریق فعالیت مذهبی در رابطه بین نماز و بهزیستی بررسی کرده‌اند، حمایت اجتماعی به عنوان واسطه رابطه بین دینداری درونی و رضایت از زندگی گزارش شده است (هاوی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). علاقه فزاینده رشته پزشکی به رفتارهای مذهبی مسلمانان در ارتقای آرامش بیماران مبین چنین موضوعی است به گونه‌ای که نماز و یاد خدا تأثیر مثبت بر پاسخ روانی-ایمونولوژیک ذهن و بدن دارد (سانیوتیس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). در یک مطالعه تحقیقاتی در ترکیه، ۷۳ درصد از بیماران بعد از نماز احساس بهتری داشتند (دوگان<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷). در نظرسنجی دیگری در جهان عرب نشان داده شد که ۹۰ درصد از افراد دیگران را تشویق می‌کنند تا از خدمات قرآنی یا دعا برای بهبود سلامت استفاده کنند (ادیب<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴).

انجام فرائض دینی علاوه بر تحریک احساسات معنوی، ناملايمات و ناراحتی‌های روزمره را کاهش می‌دهند و از طرفی برپایی نماز در دانشگاه می‌تواند به تسکین مشکلات روحی و خلقی دانشجویان کمک کند تا علاوه بر کسب علم و دانش به اثربخشی تربیت همراه با آموزش بیافزاید (مقرب و همکاران، ۱۳۸۸). نماز بر شخصیت جوانان تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد و سبب بهبود روابط اجتماعی، رفتارهای پسندیده، بینش، بهنجاری شخصیت، وظیفه‌شناسی، پشتکار، جدیت و تصمیم‌گیری می‌شود (احمری و احمدی ازغندی، ۱۳۹۰). با توجه به مطالب ذکر شده ضروری به نظر می‌رسد که رابطه بین تجارب معنوی و به ویژه نماز و ارتباط آن با بهزیستی روان‌شناختی و سلامت معنوی در بین دانشجویان بررسی شود به دلیل اینکه دانشگاه به عنوان متولی ترویج

1 Williams

2 Seligman

3 Manoney and Pargament

4 Kim

5 Poloma and Pendleton

6 Lim and Putman

7 Hovey

8 Saniotis

9 Dogan

10 Adib

فرهنگ نمی‌تواند نسبت به مقوله ارزش‌های معنوی و به ویژه نماز بی‌تفاوت باشد، بنابراین باید زمینه سلامت معنوی، روحی و روانی دانشجویان به عنوان محور بالندگی توسعه و رشد فضای آموزشی کشور فراهم شده تا به رشد و توسعه جامعه منجر گردد.

## ۶-۲- پیشینه پژوهشی

### ۱-۱-۶-۲- مطالعات انجام شده داخلی

در مطالعه‌ای گزارش شده است که بین سطح اعتقادات مذهبی و میزان اضطراب رابطه معکوس وجود دارد و افراد دارای اعتقادات مذهبی پائین میانگین نمره اضطراب بالایی دارند و برعکس افراد دارای اعتقادات مذهبی قوی‌تر میانگین نمره اضطراب کمتری دارند (وهاب زاده و همکاران، ۱۳۸۰).

در بررسی بحرینیان و ایلخانی (۱۳۸۰) بیان شد که ۹۴ درصد از اقدام به خودکشی‌های موفق در افرادی گزارش شده است که نماز نمی‌خواندند و تنها شش درصد از افرادی که اقدام به خودکشی موفق کردند نماز می‌خواندند. در پژوهشی رابطه بین گرایش به نماز و آرامش روان دانش‌آموزان شهر قم مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد بین گرایش به نماز و میزان اضطراب دانش‌آموزان رابطه معکوس وجود دارد و دانش‌آموزان با گرایش بیش‌تر به نماز، آرامش روانی بیش‌تری داشتند (پناهی، ۱۳۸۲).

اعتمادی (۱۳۸۴) عنوان کرد که بین ایمان با عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی رابطه وجود دارد و بسیاری از اختلالات روانی-عاطفی در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون توجه به این بخش، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود و اختلال‌هایی مانند وسواس، اضطراب، احساس گناه، تعارض‌های درونی و بین فردی با باورها و نگرش‌های مذهبی در تعامل است که نشان می‌دهد می‌توان از راهبردهای معنوی به عنوان ابزاری مکمل در کنار سایر راهکارهای پیش‌رو استفاده کرد.

در مطالعه‌ای در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گزارش شده است که ارتباط معنی‌داری بین سلامت معنوی دانشجویان و نحوه مراقبت آنان از بیماران وجود دارد به گونه‌ای که هرچه سلامت معنوی در دانشجویان بیشتر باشد به نحو مطلوب‌تری مراقبت از بیمار را انجام می‌دهند (مظاهری و همکاران، ۱۳۸۷).

آقایانی چاوشی و همکاران (۱۳۸۷) با مطالعه رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان گزارش کردند افراد نمازگزار که جهت‌گیری مذهبی دارند در مواجهه با اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی بهترین واکنش را دارند و به طور کلی از سلامت روانی بهتری برخوردارند.

در پژوهش کرمی و شعیری (۱۳۸۸) رابطه بین دین‌داری و سلامت روان زنان شاغل بخش دولتی شهر کرمانشاه بررسی و مشخص شد که افزایش دینداری در زنان شاغل سبب افزایش سلامت روان در آن‌ها می‌شود و از روی دینداری می‌توان به سلامت روان افراد پی برد.

در مطالعه‌ای جهت بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه اردبیل نتیجه گرفته شد که میزان افسردگی با نگرش مثبت به نماز در بین دانشجویان علوم پزشکی اردبیل کاهش یافت و با توجه به

چنین نتیجه‌ای می‌توان اقدامات مناسبی جهت کاهش افسردگی و رفع آن با ترویج فرهنگ اقامه نماز در دانشگاه‌ها انجام داد (دادخواه و همکاران، ۱۳۸۸).

در مطالعه دیگری اثربخشی آموزش‌های دینی مانند نماز و دعا در بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی بررسی و مشخص شد آموزش‌های مذهبی و معنوی در این بیماران سبب افزایش رضایت آن‌ها از زندگی می‌شود (نیک فرجام، ۱۳۸۹).

در پژوهشی رابطه مثبت بین سلامت روان‌شناختی و جسمانی انسان با زندگی معنوی گزارش و عنوان شد افراد با اعتقادات مذهبی قوی‌تر قابلیت سازگاری بیشتری با موقعیت‌های مختلف زندگی دارند (حیدری رفعت و عنایتی نوین فر، ۱۳۸۹).

صفایی راد و همکاران (۱۳۸۹) با بررسی رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان دانشجویان عنوان کردند بین سلامت معنوی و سلامت روان همبستگی و رابطه مثبت معنادار وجود دارد و ۰/۳۷ درصد از واریانس سلامت روان بوسیله بهزیستی مذهبی تبیین شد.

در پژوهش دیگری مشخص شد که سلامت معنوی سبب ایجاد انگیزه و انرژی در فرد شده و با افزایش امید به زندگی، عملکرد اجتماعی فرد را بهبود می‌بخشد (ضیغمی محمدی و تجویدی، ۱۳۸۹).

در مطالعه مداحی و همکاران (۱۳۹۰) با بررسی ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان، رسیدن به شادکامی را در گرو توجه به ارزش‌ها و اهداف معنوی، نیازهای اولیه، معنادار بودن و هدفمندی در زندگی و علایق دینی بالا بیان کردند و تجارب معنوی در دانشجویان پیامدهای مثبت و به دنبال آن سلامت روان را در پی دارد.

در پژوهشی رابطه سلامت جسمی و روانی شهروندان و ادای نماز در شهروندان تهرانی بررسی و عنوان شد به جای آوردن نماز سبب سلامتی جسمی و روحی افراد می‌شود (بایرام نژاد و همکاران، ۱۳۹۲).

صفری و همکاران (۱۳۹۳) رابطه بین گرایش به نماز و سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور خرم آباد را مطالعه و گزارش کردند که بین گرایش به نماز و نشانه‌های جسمانی رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. مظفری نیا و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی رابطه بین سلامت معنوی و احساس شادی در دانشجویان عنوان کردند هر چقدر سلامت معنوی در دانشجویان بالاتر باشد نشاط و شادابی در آن‌ها بیشتر و در مقابل تنش و اضطراب کاهش می‌یابد.

یزدی زاده و همکاران (۱۳۹۴) با بررسی رابطه معنویت، فشار روانی و امید به زندگی در دانشجویان روان‌شناسی بیان کردند که بین معنویت و فشار روانی همبستگی مثبت و معنی‌دار و بین فشار روانی و امید به زندگی همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد بدین معنی که هر چه میزان معنویت در دانشجویان بالاتر باشد آن‌ها فشار روانی بیش‌تری را تجربه کرده و هر چه امید به زندگی بیش‌تر بود دانشجویان فشار روانی کمتری را تجربه کردند.

در مطالعه ستوده و همکاران (۱۳۹۴) جهت بررسی نقش سلامت خانواده و سلامت معنوی در بهزیستی روان-شناختی پرستاران عنوان شد که بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد و سلامت خانواده و سلامت معنوی نقش مثبتی در تبیین بهزیستی روان‌شناختی پرستاران شاغل در بیمارستان دارند. در پژوهشی جهت بررسی رابطه بین نماز و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه پیام نور هرنند نشان داده شد که داشتن برنامه مناسب برای ارتقاء نماز می‌تواند بهزیستی روانی مناسبی برای دانشجویان در پی داشته باشد (رجایی، ۱۳۹۴).

در بررسی نقش گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی در سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستان منطقه ۷ شهر تهران نشان داده شد که بین گرایش به نماز و سلامت روان رابطه معنی‌دار وجود دارد و از طریق گرایش به نماز می‌توان سلامت روانی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد (جامعی ندوشن و ایزدی، ۱۳۹۵).

در مطالعه ضیاء پور و همکاران (۱۳۹۵) به منظور بررسی ابعاد سلامت روان و سلامت معنوی در کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مشخص شد که سلامت معنوی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سلامت روان آن تاثیر گذار است و ارتقاء سلامت روان قشرهای مؤثر و سازندهی جامعه لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است.

وحیدی و جعفری هرنندی (۱۳۹۶) با بررسی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های سرمایه روان-شناختی (خودکارآمدی، خوشبینی، تاب‌آوری و امیدواری) و مؤلفه‌های نگرش معنوی (نگرش معنوی و توانایی-های معنوی) مشخص کردند که خودکارآمدی، خوشبینی و توانایی معنوی قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان-شناختی بوده و با برنامه‌ریزی صحیح در راستای تقویت این مؤلفه‌ها می‌توان بهزیستی روان‌شناختی افراد را بهبود بخشید.

مرزبند و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود رابطه نماز جماعت با سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی مازندران را بررسی و نشان دادند که با توجه به ارتباط مثبت و معنی‌دار بین اقامه نماز جماعت با سلامت معنوی در دانشجویان می‌توان با برنامه‌ریزی بهتر در ترویج و فرهنگ‌سازی بیشتر جهت برگزاری نماز جماعت در دانشگاه‌ها موجبات ارتقای سلامت معنوی دانشجویان را فراهم کرد.

شجاعی (۱۳۹۷) با مطالعه ارتباط نگرش و التزام عملی به نماز با میزان شادکامی دانشجویان گزارش کرد که رابطه معنی‌داری بین نگرش و التزام به نماز و شادکامی افراد وجود دارد و می‌توان با احیای نماز و عمل به آن موجبات ارتقای بهزیستی روانی و شادکامی دانشجویان را فراهم کرد.

در مطالعه شیرزادی و همکاران (۱۳۹۸) با بررسی رابطه نگرش و التزام عملی به نماز و تجارب معنوی با سلامت عمومی دانشجویان دختر دانشگاه تهران نشان داده شد که التزام عملی به نماز در ایجاد سلامت و بهداشت روان افراد نقش اساسی دارد و مذهب کارکرد حمایتی از سلامت روان دارد و تجارب معنوی در پیشگیری از بیماری-های روانی و تسهیل مقابله با بیماری و بهبود آن نقش اساسی ایفا می‌کند.

نتایج مطالعه یوسفی و همکاران (۱۳۹۸) در رابطه با بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان نشان داد که هرچه میزان سلامت معنوی در دانشجویان بیشتر باشد میزان آسیب‌های روانی کمتر خواهد شد که می‌توان از میزان سلامت معنوی دانشجویان به عنوان یک پیش‌بینی کننده بحران روانی در آن‌ها استفاده کرد.

نتایج مطالعه صفار حمیدی و همکاران (۱۳۹۸) با موضوع رابطه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی با سلامت معنوی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نشان داد که ارتباط سلامت معنوی افراد با بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌داری است و افزایش سطح سلامت معنوی از طریق آموزش‌ها و مداخلات لازم سبب بهبود کیفیت زندگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران و مراقبان کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود.

در مطالعه‌ای با بررسی رابطه گرایش به نماز با سلامت معنوی و سازگاری آموزشی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی سبزواری نشان داده شد بین گرایش به نماز با سلامت معنوی و سازگاری آموزشی دانشجویان و بین سلامت معنوی و سازگاری تحصیلی رابطه مثبت معناداری وجود دارد (لطفی، ۱۳۹۹).

در مطالعه‌ای با بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و دینداری در سالمندان شهر تهران مشخص شد که رابطه مثبتی بین مؤلفه‌های دینداری از جمله باورها، عواطف و رفتارهای دینی با ارتقای شاخص‌های بهزیستی در سالمندان وجود دارد (اکبری زردخانه و سجادی اناری، ۱۳۹۹).

در مطالعه‌ای که بر روی ۳۶۰ بیمار مبتلا به سرطان در تهران انجام شد، نماز و دعای معنوی متداول‌ترین روش طب مکمل بود. بیماران مسن‌تر به همراه کسانی که فقط تحصیلات ابتدایی را دریافت کرده بودند، به طور قابل توجهی بیشتر نماز می‌خواندند و نگرش مثبت‌تری نسبت به نماز داشتند (صدیقی و همکاران، ۲۰۰۹).

در مطالعه‌ای گزارش شده است که معنویت ارتباط فراوانی با سلامت کلی فرد دارد به گونه‌ای که مذهب و معنویت به عنوان منابع مهمی برای سازگاری و پیامدهای استرس‌های زندگی در نظر گرفته شده (خوشبین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

در مطالعه دیگری با بررسی نقش بهزیستی معنوی در بیماران دچار ام اس<sup>۲</sup> بیان شد که بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد سلامت قادر به حداکثر عملکرد نیستند و تأثیر بهزیستی معنوی را به عنوان عاملی مؤثر بر ابعاد مختلف زندگی این بیماران نشان داد که می‌تواند به عنوان نکته‌ای کلیدی مفید واقع شده و یا به عنوان یک ضرورت در برنامه‌ریزی‌های مراقبتی و درمانی این بیماران با عقاید و فرهنگ‌های مختلف در نظر گرفته شود (اللهبخشیان و همکاران، ۲۰۱۱).

---

<sup>1</sup> Khoshbin

<sup>2</sup> Multiple Sclerosis

کوهسار و بناب<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه خود رابطه کیفیت تصویر از خدا با اضطراب و افسردگی در دانشجویان را بررسی کردند نتایج نشان داد افرادی که تصویری مثبت و پذیرفته از خدا دارند، علائم اضطراب و افسردگی کمتری نشان می دهند.

کیانی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱) با بررسی اثر نمازخواندن در افزایش سلامت روان دانشجویان بیان کردند بین میانگین نمرات سلامت روان دانشجویان با گرایش به نماز خواندن و نماز نخواندن اختلاف معنی دار وجود دارد و اعتقادات مذهبی مانند خواندن نماز تأثیر مطلوبی بر سلامت روان دانشجویان دارد.

در مطالعه‌ای با بررسی اثر دعا و نماز بر سلامت روان بیماران همودیالیز بیان شد که نماز و دعا روش مناسبی بر پذیرش بیماری است و بر اساس معنویت و شناخت باورهای ایدئولوژیکی بیماران برای پزشکان و پرستاران ضروری است (شریف نیا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

در مطالعه بالجانی<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۴) با بررسی ارتباط بین مذهب، سلامت معنوی و امید و کیفیت زندگی بیماران سرطانی عنوان شد که ارتباط معنی‌داری بین سلامت معنوی، فعالیت‌های مذهبی، امید و کیفیت زندگی وجود دارد و توجه به عواملی مانند هدفمندی در زندگی، ایمان به خدا، انجام فعالیت‌های مذهبی و خوش‌بینی به آیند و ارائه خدمات بهداشتی به بیماران سرطانی می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را بالا ببرد.

مطالعه دیگری نشان داده است که تجربه یک نفر از نماز قبل از شروع سرطان، تأثیر مثبتی بر دیدگاه آنها نسبت به ارزش آن پس از آن داشته است و با توجه به آثار مثبت نماز، می‌توان نتیجه گرفت که نماز نقش حمایتی قوی در زندگی دارد و باعث سازگاری فرد با عوارض جانبی بیماری‌هایی مانند سرطان می‌شود. بنابراین پرستاران به‌عنوان مهم‌ترین اعضای تیم‌های مراقبت‌های بهداشتی، می‌توانند با شناخت ابعاد روان‌شناختی، ارائه مراقبت از بیماران سرطانی را افزایش دهند (حجتی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

در یک مطالعه احمدی فراز<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی تأثیر مداخله معنوی گروهی بر اساس قرآن و دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در ایران بر روی ۱۲ بیمار عنوان کردند خواندن قرآن و دعا باعث بهبود احساسات بیماران سرطانی می‌گردد.

تاب<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۷) با ارزیابی ارتباط بین نماز خواندن و سلامت پرستاران دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیان کردند بین علاقه، اذان و توجه به نماز با سلامتی جسمانی رابطه وجود دارد.

در مطالعه بحرینیان<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۷) با بررسی سودمندی سلامت معنوی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان سینه گزارش شد که سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سلامت روان ارتباط مثبتی

<sup>1</sup> Koohsar and Bonab

<sup>2</sup> Kiyani

<sup>3</sup> Sharif Nia

<sup>4</sup> Baljani

<sup>5</sup> Hojjati

<sup>6</sup> Ahmadifaraz

<sup>7</sup> Tab

<sup>8</sup> Bahreinian

دارد و می‌تواند به عنوان درمان پزشکی معمول جهت بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران بکار گرفته شود.

## ۲-۱-۶-۲- مطالعات انجام شده خارجی

در مطالعاتی ارتباط بین نماز و سلامت عمومی بررسی و مشخص شد که نماز خواندن با شاخص‌های سلامت مانند سلامت عاطفی بهتر، نشاط و سلامت روان بیشتر، بهزیستی روان‌شناختی بیشتر و کاهش افسردگی پس از عمل جراحی در بیماران قلبی مرتبط است (میسن هلدر و چندلر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

نلسون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲) با بررسی معنویت، مذهب و افسردگی در مراحل پایانی بیماری نشان دادند سطح بالای سلامت معنوی سبب کاهش اختلالات روانی مانند افسردگی و ناامیدی و افکار خودکشی در بیماران شده است.

در مطالعه‌ای گزارش شد که بین معنویت و بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان رابطه تنگاتنگ و مثبتی وجود دارد (هیل و پارگامنت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

در مطالعه‌ای مک کلین<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۳) بیان کردند که سلامت معنوی تأثیر قوی بر ناامیدی پایان زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد و آسایش معنوی و مذهبی حتی مهم‌تر از سلامت جسمانی و روانی برای آن‌هاست. در پژوهشی بر روی بیماران بستری روان‌پزشکی، رفتار خودکشی کمتری نیز با وابستگی مذهبی مشاهده شد (درویش<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

در بررسی دیگری عنوان شد که سلامت معنوی در پرستاران سبب کاهش استرس می‌شود و به عنوان یک منبع آرامش و امیدبخش می‌تواند مفید و مؤثر باشد (دنيس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

مورگان<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۶) بیان کردند بین سلامت معنوی و بعد فیزیکی و روانی و عملکردی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطه معنی‌دار وجود دارد.

جانگ<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۶) رابطه مثبتی بین دینداری و رضایت از زندگی در میان نمونه‌ای از زنان آفریقایی آمریکایی مسن گزارش کردند.

در مطالعه‌ای در دانشگاه هاروارد ارتباط بین دینداری و سلامت روان در ۲۴ دانشجوی مرد بررسی و مطالعه شد. نتایج نشان داد ارتباط مثبت و معنی‌داری بین دینداری و بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی‌ها وجود دارد (ویلانت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

---

<sup>1</sup> Meisenhelder and Chandler

<sup>2</sup> Nelson

<sup>3</sup> Hill and Pargament

<sup>4</sup> McClain

<sup>5</sup> Dervic

<sup>6</sup> Denise

<sup>7</sup> Morgan

<sup>8</sup> Jang



بانسال<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود در مورد رابطه معنویت و سلامت در میان پزشکان شمال هند نشان دادند که ۶۵/۶۵ درصد اعتقاد قوی یا بسیار قوی به بعد معنوی سلامت داشتند. ۵۵/۲۲ درصد به نقش پیش‌گیرانه معنویت معتقد بودند. ۸۰ درصد به نقش درمانی معنویت اعتقاد داشتند و نسبت مشابهی معتقد بودند که معنویت نقش مهمی در مراقبت روزانه از بیمار دارد و ۹۲/۵ درصد مایل بودند در مورد کارهای علمی در حال انجام در این زمینه بیشتر بدانند. با توجه به نقش بعد معنوی سلامت در پیشگیری و درمان بیماری‌ها، ۵۵/۲۲ درصد از پزشکان معتقد بودند که فرد معنوی کمتر بیمار می‌شود. اکثریت (۸۷/۳۹ درصد) نیز معتقد بودند که یک فرد معنوی بهتر با بیماری کنار می‌آید و ۸۰ درصد معتقد بودند که سریعتر بهبود می‌یابد. مهم‌ترین یافته این بود که ۹۳/۴۸ درصد از پزشکان معتقدند که یک فرد معنوی بهتر با استرس مقابله می‌کند و ۸۱/۷۴ درصد احساس می‌کردند که یک فرد معنوی با مرگ بهتر مواجه می‌شود یا با آن برخورد بهتری دارد.

راسیک<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیقی در کانادا با بررسی رابطه بین معنویت، مذهب و رفتار خودکشی نشان دادند که هویت بخشیدن به خود به عنوان معنویت، احتمال اقدام به خودکشی را کاهش می‌دهد، اما این رابطه پس از تأثیر حمایت‌های اجتماعی حذف شد. در مطالعه‌ای دیگر عنوان شده است بین انجام اعمال مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی با سلامت روان افراد ارتباط وجود دارد (ویلیامز، ۲۰۱۰).

چو<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی و تحلیل رابطه بین سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی عنوان کردند که وضعیت و ادراک سلامت شاخصه اصلی برای بهزیستی روان‌شناختی است. مطالعه دیگری در حوضه آبریز در بالتیمور نشان داد که جستجوی آرامش معنوی با کاهش احتمال افکار خودکشی مرتبط است، ولی این رابطه در مورد اختلالات اضطرابی یا افسردگی بعدی صدق نمی‌کند (راسیک و همکاران، ۲۰۱۱).

در پژوهشی با بررسی رابطه بین ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی عنوان شد که حس انسجام، خوش‌بینی ذاتی و شایستگی ادراک شده به صورت فردی و ترکیبی به میزان قابل توجهی با بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان مرتبط است (موکولو و والس‌تون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). در مطالعه‌ای با بررسی فاکتورهای معنوی و مذهبی مؤثر در افسردگی بیان کردند باورها و اعمال مذهبی ممکن است به افراد کمک کند تا بهتر با شرایط استرس‌زا کنار بیایند و به آنها آرامش، معنا، احساس کنترل و امید بدهد (بونلی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

---

<sup>1</sup> Vaillant

<sup>2</sup> Bansal

<sup>3</sup> Rasic

<sup>4</sup> Cho

<sup>5</sup> Mukolo and Wallston

<sup>6</sup> Bonelli

در پژوهشی رابطه بین مذهب و بهزیستی روان‌شناختی انجام شد. نتایج آمار همبستگی نشان داد که در واقع یک رابطه قوی و منفی بین دینداری و تنهایی و بین دینداری و اضطراب وجود دارد. همچنین رابطه مثبت قوی بین دینداری و رضایت از زندگی یافت شد و نتایج این پژوهش از رابطه فرضی بین دینداری و جنبه های مختلف بهزیستی روانشناختی حمایت کرد (اسماعیل و دسماک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

در مطالعه بونلی و کونینگ با بررسی اختلالات روانی، مذهب و معنویت از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ عنوان شد که مشارکت مذهبی با سلامت روان بهتر در زمینه های خودکشی، افسردگی و سوء مصرف مواد ارتباط دارد (بونلی و کینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

در مطالعه دیگری با مطالعه ارتباط با خداوند (معنویت) و سلامت روان آمریکایی ها بیان شد به طور مشابه، اعتقاد به خدای مهربان با اضطراب اجتماعی، پارانوایا، وسواس و اجبار کمتر همراه است (سیلتون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهشی با بررسی ارتباط بین مذهب، سلامت روان و کشمکش های درون مذهبی گزارش شد که باورها و اعمال مذهبی با رضایت بیشتر از زندگی، عاطفه مثبت و روحیه بالاتر مرتبط هستند (ابورایا، ۲۰۱۳).

رزمارین<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۳) با مطالعه رابطه ایمان به خدا و نتایج درمان روان پزشکی عنوان کردند اعتقاد به خدا یا قدرت بالاتر عامل محافظتی قوی تری در برابر افسردگی نسبت به حمایت اجتماعی و تنظیم عاطفی در منطقه بوستون است.

وبر و پارگامنت (۲۰۱۴) با بررسی نقش مذهب و معنویت در سلامت روان بیان کردند که دین و معنویت از طریق مقابله مذهبی مثبت، اجتماعی و باورهای مثبت سلامت روان را ارتقا می دهند و از طریق مقابله مذهبی منفی، سوء تفاهم و ارتباط نادرست و باورهای منفی به سلامت روان آسیب می رساند.

در پژوهشی با بررسی رابطه بین مذهب و معنویت با بهزیستی روان شناختی در زنان سیاه پوست آمریکایی مشخص شد که بین مذهب و معنویت و بهزیستی روان شناختی رابطه مستقیم وجود دارد و معنویت به طور کامل نقش واسطه ای در ارتباط بین مذهب و سلامت روان و بین مذهب و میزان رضایت از زندگی دارد (رید و نویل<sup>۵</sup>، نویل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴).

در پژوهشی با بررسی اعتقادات مذهبی، اعمال و سلامت در بیماران مبتلا به سرطان روده در عربستان سعودی گزارش کردند که مشارکت مذهبی منجر به افسردگی کمتر و افکار خودکشی کمتری در میان بیماران مبتلا به سرطان روده شد (الاحوال<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

---

<sup>1</sup> Ismail and Desmukh

<sup>2</sup> Bonelli and Koenig

<sup>3</sup> Silton

<sup>4</sup> Rosmarin

<sup>5</sup> Reed and Neville

<sup>6</sup> Al Ahwal

در هفت مطالعه با بررسی اثر نماز خواندن بر سلامت بیماران نشان داده شد که نماز عامل مثبتی در سلامت بیماران است و چندین اثر مثبت نماز بر سلامتی مانند کاهش اضطراب مادران کودکان مبتلا به سرطان، کاهش سطح نگرانی شرکت‌کنندگانی که معتقد به راه حلی برای مشکل خود هستند و بهبود عملکرد جسمانی بیمارانی که به دعا اعتقاد دارند را فراهم می‌کند. دعا یک مداخله و منبع غیردارویی است و باید در مراقبت‌های کل نگر پرستاری با هدف رفاه بیماران گنجانده شود (سیمائو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

در مطالعه دیگری در رابطه با نماز و سلامت روان نشان داده شد افرادی که به صورت منظم نماز اقامه می‌کردند از سلامت روان بیش‌تری نسبت به افرادی که به صورت نامنظم نماز می‌خواندند، برخوردار بودند (ایجاز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

در مطالعه پاژویچ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۷) با بررسی ارتباط بین نماز خواندن با ثبات روانی در سربازان جنگی بوسنیایی بیان شد که ادای دین (اقامه منظم نمازهای یومیه) با کاهش گرایش به خطر، تکانش‌گری و پرخاشگری همراه است. همچنین با غلبه بر تعارضات عاطفی در جانبازانی که به دین عمل می‌کردند نسبت به همسالان خود که به مذهب عمل نمی‌کردند، مرتبط است.

در مطالعه‌ای رابطه بین معنویت، رفتار مرتبط با سلامت و بهزیستی روان‌شناختی در بین ۵۹۵ دانشجویان شش دانشگاه مختلف در لهستان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد معنویت و رفتارهای مرتبط با سلامت رابطه مثبتی با بهزیستی روان‌شناختی داشتند و در دانشجویانی که برنامه‌های درسی آن‌ها با ذهن و روح انسان مرتبط بود رابطه قوی‌تری از معنویت با بهزیستی روان‌شناختی گزارش شد (بوزک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

---

<sup>1</sup> Simao

<sup>2</sup> Ijaz

<sup>3</sup> Pajevic

<sup>4</sup> Bozek

## فصل سوم روش تحقیق

در این فصل به روش تحقیق، جامعه آماری، روش نمونه‌گیری، نحوه گردآوری داده‌ها، تکنیک‌های استفاده شده برای تحلیل داده‌ها و پرسش‌نامه‌ها و پایایی آن‌ها پرداخته شده است.

### ۱-۳- روش و نوع تحقیق

به دلیل توضیح روابط بین متغیرها برای انجام این تحقیق توصیفی-همبستگی از روش مدل معادلات ساختاری استفاده شد. این مطالعه به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ فرآیند اجرا مقطعی بود. بانک اطلاعاتی مطالب از طریق مقاله‌های موجود در اینترنت و سایت‌های معتبر و ابزار کار نیز تهیه پرسش‌نامه و ارزیابی آن بود.

### ۲-۳- جامعه آماری

جامعه آماری این تحقیق دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد بود و تعداد نمونه‌ها بر اساس تعداد متغیرها در معادلات ساختاری و حداقل تعداد مورد نیاز در تحلیل مسیر ۲۵۰ نفر تعیین گردید.

### ۳-۳- روش نمونه‌گیری

تهیه و تکمیل پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی، سلامت معنوی و وضعیت گرایش به نماز توسط دانشجویان دختر دانشگاه یاسوج و شامل ۷۵۰ پرسشنامه (۲۵۰ پرسشنامه به ازای هر متغیر) بود و از روش نمونه‌گیری در دسترس برای نمونه‌برداری استفاده شد.

### ۳-۴- ابزار گردآوری و روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ها

در این پژوهش از سه پرسش‌نامه استاندارد بهزیستی روان‌شناختی، پرسش‌نامه معنوی و گرایش و التزام عملی به نماز که روایی و پایایی آن‌ها تأیید شده است، استفاده گردید.

### ۳-۴-۱- پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه شامل ۱۸ سؤال و شش عامل می‌باشد. سؤال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸ این پرسش‌نامه مربوط به عامل استقلال، سؤال‌های ۱، ۴ و ۶ عوامل مربوط به تسلط بر محیط، سؤال‌های ۷، ۱۵ و ۱۷ مربوط به رشد شخصیتی، سؤال‌های ۳، ۱۱ و ۱۳ مربوط به ارتباط مثبت با دیگران، سؤال‌های ۵، ۱۴ و ۱۴ مربوط به هدفمندی در زندگی و سؤال‌های ۲، ۸ و ۱۰ مربوط به پذیرش خود می‌باشد. در نهایت مجموع نمرات این شش عامل به عنوان نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. این پرسش‌نامه به صورت شش درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد و نمره بالاتر نشان از بهزیستی روان‌شناختی بهتر دارد و ۱۰ سؤال به صورت مستقیم و ۸ سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. همبستگی این پرسش‌نامه با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ نوسان دارد (ریف و سینگر، ۲۰۰۶).

### ۳-۴-۲- پرسش‌نامه سلامت معنوی

پرسش‌نامه معنوی ۲۰ سؤالی توسط پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) طراحی شد که ۱۰ سؤال از آن مربوط به سلامت مذهبی (عبارات با شماره‌های فرد) و ۱۰ سؤال دیگر آن مربوط به سلامت وجودی (عبارات با شماره‌های زوج) فرد می‌باشد. نمره سلامت معنوی از جمع این دو زیرگروه بدست می‌آید و دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می‌باشد. پاسخ سؤال‌های این پرسش‌نامه به صورت لیکرت شش گزینه‌ای است که از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. نمره‌دهی این پرسش‌نامه به این صورت است که از سؤال‌های ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹ و ۲۰ جواب کاملاً نمره یک و در مورد سؤال‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ جواب کاملاً مخالفم نمره شش می‌گیرد. در انتها سلامت معنوی افراد به سه دسته پائین (نمره ۴۰-۲۰)، متوسط (نمره ۹۹-۴۱) و بالا (نمره ۱۲۰-۱۰۰) طبقه‌بندی می‌گردد. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های تهران، شهید بهشتی و ایران، اجرا و ضرایب اعتبار آن ۰/۸۲ گزارش شد (عباسی، ۱۳۸۴).

### ۳-۴-۳- پرسش‌نامه گرایش و التزام عملی به نماز

پرسش‌نامه گرایش و التزام عملی به نماز توسط انیسی و همکاران (۱۳۹۸) طراحی شد که از ۵۰ سؤال تشکیل شده است. نمره‌دهی آن بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار در نظر گرفته شده و دامنه نمره آن بین ۲۰۰-۰ می‌باشد. نمره بالاتر در این پرسش‌نامه نشان دهنده اهمیت بیش‌تر به نماز می‌باشد و دارای چهار زیر مقیاس اثربخشی نماز در زندگی فردی و اجتماعی، توجه و عمل به مستحبات، التزام و اهتمام به انجام نماز و مراقبت و حضور قلب در نماز می‌باشد. روایی محتوای این پرسش‌نامه در پژوهش انیسی و همکاران (۱۳۸۹) تأیید شده و ضرایب اعتبار آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود.

### ۳-۵- شیوه اجرا

### ۳-۵-۱- قلمرو اجرای تحقیق

#### قلمرو موضوعی

بررسی رابطه سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن با توجه به نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج

#### قلمرو زمانی

این مطالعه در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام شد.

#### قلمرو مکانی

قلمرو مکانی این مطالعه دانشگاه پیام نور یاسوج می‌باشد.

### ۳-۶- فرآیند نمونه‌برداری

با مراجعه به دانشگاه و هماهنگی‌های لازم پرسش‌نامه‌ها بین دانشجویان دختر مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد کلیه رشته‌ها توزیع و در رابطه با این پژوهش توضیحات لازم به آن‌ها داده شد تا به آن‌ها این اطمینان داده شود که اطلاعات آن‌ها محرمانه است تا با آرامش خاطر بیش‌تری پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. فرآیند پر کردن پرسش‌نامه‌ها حدود یک ماه به طول انجامید.

### ۳-۷- ملاحظات اخلاقی

قبل از اجرای کار و توزیع فرم‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و این‌که اطلاعات مربوط به نام و نام خانودگی در این پرسش‌نامه‌ها وجود ندارد به دانشجویان دختر توضیح داده شد. اگر دانشجویی تمایل به پر کردن و پاسخ دادن به پرسش‌نامه‌ها را نداشت با نهایت ادب و احترام با او برخورد صورت گرفت. همچنین به دانشجویانی که پرسش‌نامه‌ها را تحویل گرفتند توضیح داده شد که با دقت و به طور کامل به سؤال‌ها پاسخ دهند.

### ۳-۸- شیوه تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف متغیرها استفاده شد و در سطح استنباطی از ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی و ارزیابی معادلات ساختاری استفاده شد. مدل معادلات ساختاری و تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۴ انجام شد. برای تحلیل فرضیه‌ها نیز از نرم افزار Amos نسخه ۲۴ استفاده شد.

## **فصل چهارم**

### **یافته‌های پژوهش**



پژوهش حاضر به منظور بررسی بررسی رابطه سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن با توجه به نقش واسطه-ای بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج انجام شد. در این فصل با توجه به تحلیل‌های آماری انجام شده، ابتدا نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه می‌شوند و سپس به بررسی ماتریس همبستگی و رابطه بین متغیرها پرداخته و در ادامه، نتایج تحلیل‌هایی که برای بررسی فرضیه‌های پژوهش صورت گرفته‌اند، ارائه می‌گردد.

#### ۴-۱- یافته‌های توصیفی پژوهش

در این بخش، با استفاده از آمار توصیفی مثل شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و توزیع، به توصیف متغیرهای پژوهش پرداخته شده است.

جدول ۴-۱- یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
سلامت مذهبی	۴۳/۳۲	۸/۶	-۰/۴۲	-۰/۱۸
سلامت وجودی	۴۳/۲۵	۷/۸	-۰/۱۸	۰/۲۴
نمره کل سلامت معنوی	۸۶/۵۷	۱۳/۸۸	۰/۳۱	-۰/۶۲
تسلط بر محیط	۸/۵۶	۲/۶۱	-۰/۸۹	-۰/۱۴
پذیرش خود	۸/۱۱	۲/۲۳	-۰/۵۶	-۰/۲۹
ارتباط مثبت با دیگران	۸/۳۴	۲/۱۶	-۰/۳۳	-۰/۲۷
هدفمندی در زندگی	۷/۷۴	۲/۲۹	-۰/۲۷	-۰/۶۳
رشد شخصی	۸/۶۱	۲/۰۸	-۰/۶۹	۰/۱۵
استقلال	۷/۹۴	۲/۲۴	-۰/۲۶	-۰/۵۰
نمره کل بهزیستی	۴۹/۳۱	۹/۲۱	-۰/۳۵	-۰/۲۴
التزام به انجام نماز	۳۱/۹۲	۷/۰۵	۰/۱۹	-۰/۳۲
عمل به مستحبات	۳۴/۸۴	۸/۰۸	۰/۳۱	-۰/۵۸
مراقبت و حضور قلب	۲۴/۴۳	۵/۸۱	-۰/۰۷	-۰/۸۱
اثربخشی در زندگی	۲۲/۴۰	۵/۲۷	۰/۰۱	-۰/۴۱
نمره کل گرایش به نماز	۱۱۳/۵۸	۲۳/۱۴	-۰/۲۰	-۰/۷۳

جدول ۴-۱ آمار توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد و میانگین و انحراف معیار هر کدام از متغیرها نشان داده شده است. میانگین نمره کل سلامت معنوی ۸۶/۵۷، میانگین نمره کل بهزیستی روان‌شناختی ۳۱-۴۹ و میانگین نمره کل گرایش به نماز ۱۱۳/۵۸ بود. همچنین با توجه به این جدول، از آنجا که میزان کشیدگی و کجی تمام متغیرها بین ۲- تا ۲+ قرار دارد، پس تمامی متغیرها از توزیع نرمال آماری برخوردارند.

#### ۴-۲- ماتریس همبستگی

به عنوان پیش‌نیاز انجام تحلیل‌های معادلات ساختاری و همچنین به منظور ارائه تصویر روشن‌تری از ارتباط میان متغیرهای پژوهش ضریب همبستگی پیرسون (مرتب‌ه صفر) آن‌ها محاسبه شد که نتایج در جدول ۴-۲ ارائه شده‌اند.

جدول ۴-۲- همبستگی بین متغیرهای پژوهش با گرایش به نماز خواندن

نمره کل گرایش به نماز	اثر بخشی	مراقبت	مستحبات	التزام	
۰/۲۳**	۰/۱۷**	۰/۲۸**	۰/۱۲*	۰/۲۴**	سلامت مذهبی
۰/۱۲*	۰/۱۶*	۰/۱۲*	۰/۰۵	۰/۱۳*	سلامت وجودی
۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۲۴**	۰/۱۰	۰/۲۲**	نمره کل سلامت معنوی
۰/۱۴*	۰/۰۶	۰/۲۲**	۰/۰۱	۰/۲۱**	تسلط بر محیط
۰/۲۱**	۰/۱۳*	۰/۲۵**	۰/۱۰	۰/۲۵**	پذیرش خود
۰/۱۳*	۰/۰۹	۰/۱۵*	۰/۰۸	۰/۱۵**	ارتباط مثبت با دیگران
۰/۱۱	۰/۱۳*	۰/۱۶*	۰/۰۱	۰/۱۱	هدفمندی در زندگی
۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۱۵*	۰/۰۳	۰/۱۶*	رشد شخصی
۰/۱۳*	۰/۰۴	۰/۱۵*	۰/۱۰	۰/۱۷**	استقلال
۰/۲۰**	۰/۱۲*	۰/۲۷**	۰/۰۸	۰/۲۶*	نمره کل بهزیستی

\*=P<۰/۰۵

\*\*=P<۰/۰۱

همان‌گونه که نتایج جدول ۴-۲ نشان می‌دهد، ابعاد و نمره کل گرایش به نماز خواندن دارای رابطه مثبت و معنی‌دار با اکثر مولفه‌های متغیر سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی هستند. با توجه به وجود روابط معنی‌دار بین

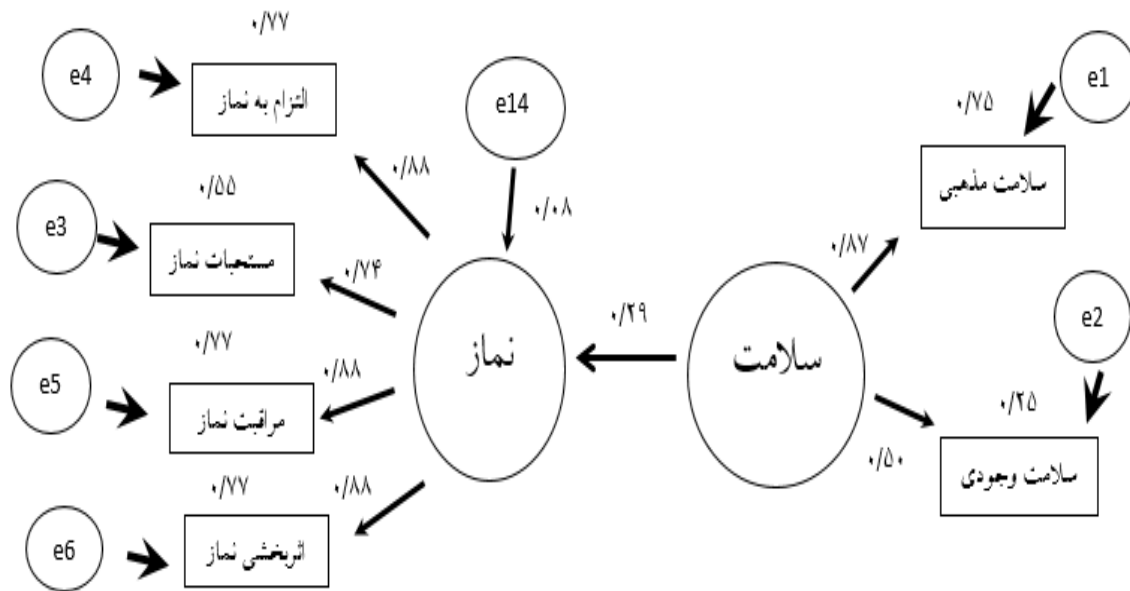
مؤلفه‌ها و نمره کل گرایش به نماز خواندن با تمام متغیرها، پژوهش حاضر در ادامه به تحلیل رابطه بین متغیرها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری می‌پردازد.

### ۳-۴- یافته‌های استنباطی پژوهش

به منظور بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش شامل سلامت معنوی، بهزیستی روان‌شناختی و گرایش به نماز، تحلیل معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزار AMOS، بر روی داده‌ها انجام شد که نتایج حاصل از آن، به تفکیک فرضیه‌های پژوهش در ادامه آورده شده است.

#### ۳-۴-۱- رابطه سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن

فرضیه فرعی اول پژوهش که عبارت بود از اینکه "سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد" مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به شکل دقیق در شکل ۴-۱ و جدول ۴-۳ نشان داده شده‌اند.



شکل ۴-۱- مدل نهایی فرضیه اول پژوهش

جدول ۳-۴- برآورد ضرایب مستقیم، غیر مستقیم و کل فرضیه اول پژوهش

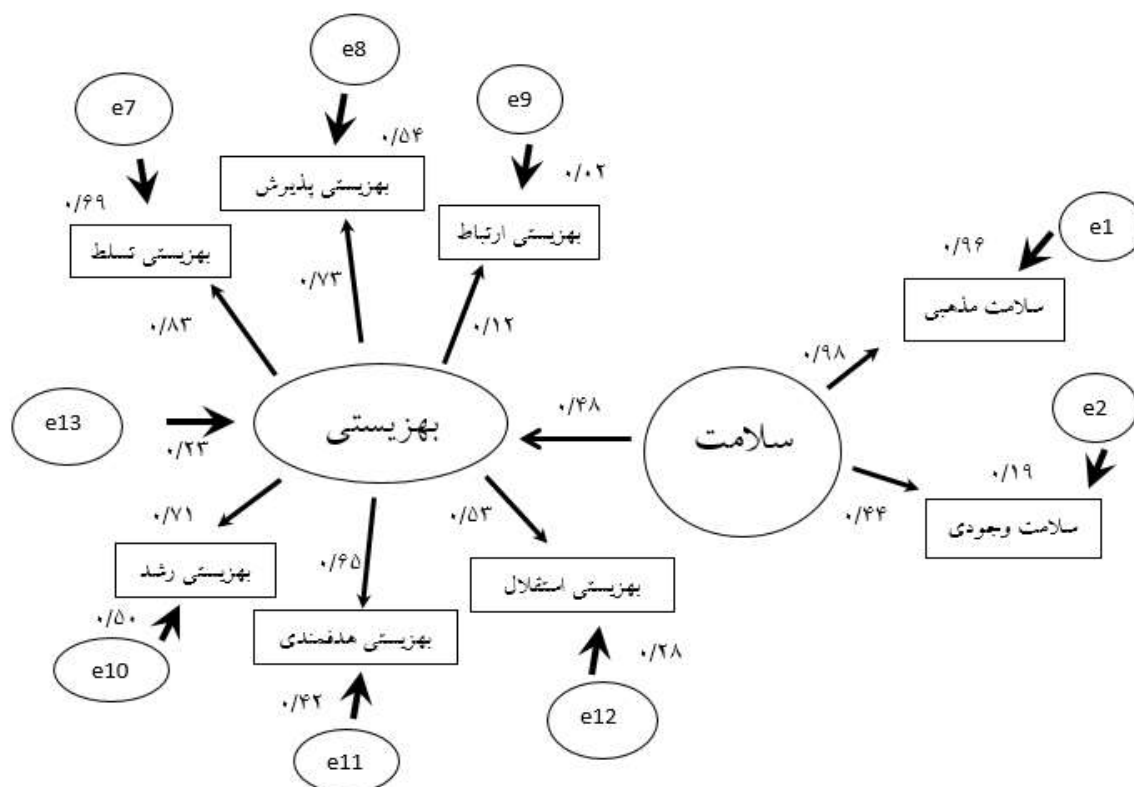
مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
سلامت معنوی بر گرایش به نماز خواندن	۰/۲۹**	-	۰/۲۹**

\*\*=P<۰/۰۱      \*=P<۰/۰۵

با توجه به نتایج شکل ۱-۴ و جدول ۳-۴، سلامت معنوی دارای اثر مستقیم و همچنین اثر کل ( $\beta=۰/۲۹$ ) و ( $Sig=۰/۰۰۱$ ) بر گرایش به نماز خواندن است، بنابراین فرضیه فرعی اول پژوهش تأیید می‌شود.

#### ۲-۳-۴- رابطه سلامت معنوی با بهزیستی روان شناختی

فرضیه فرعی دوم پژوهش که عبارت بود از اینکه "سلامت معنوی با بهزیستی روان شناختی رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد" مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به شکل دقیق در شکل ۲-۴ و جدول ۴-۴ نشان داده شده‌اند.



شکل ۲-۴- مدل نهایی فرضیه دوم پژوهش

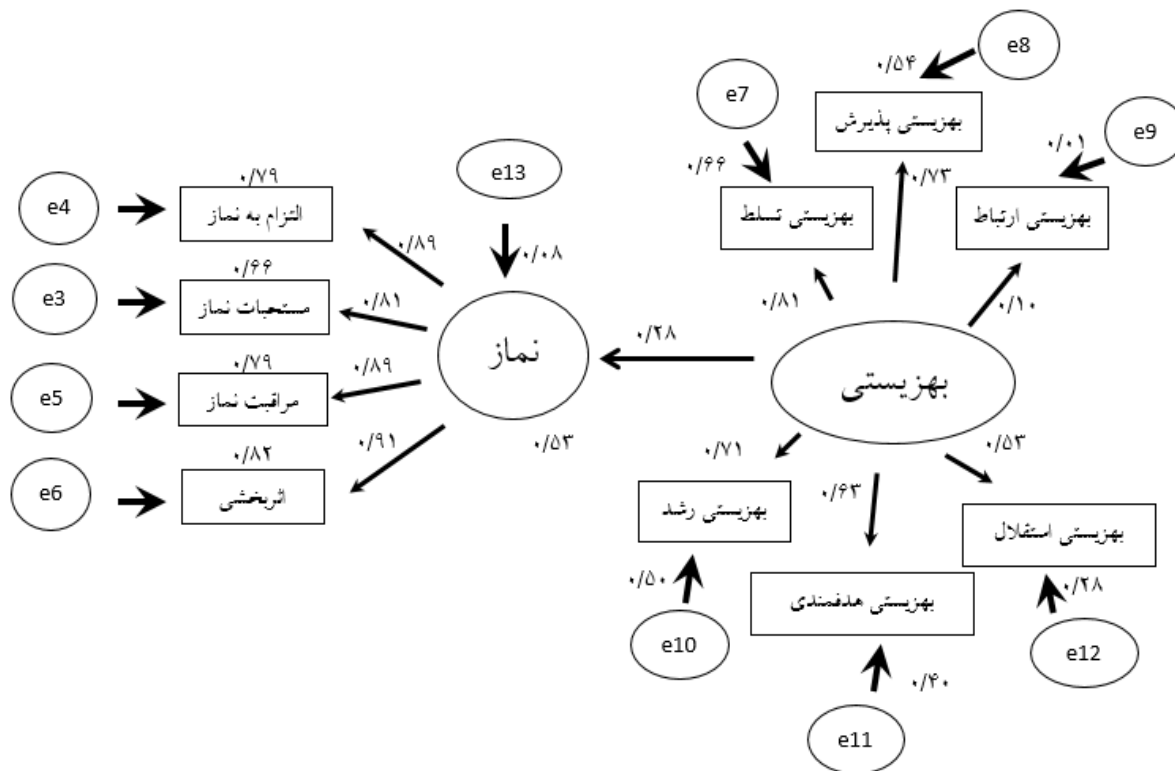
جدول ۴-۴- برآورد ضرایب مستقیم، غیر مستقیم و کل فرضیه دوم پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
سلامت معنوی بر بهزیستی روان شناختی	۰/۴۸**	-	۰/۴۸**
	**=P<۰/۰۱	**=P<۰/۰۱	**=P<۰/۰۵

با توجه به نتایج شکل ۲-۴ و جدول ۴-۴، سلامت معنوی دارای اثر مستقیم و همچنین اثر کل ( $\beta=۰/۴۸$ ) و ( $Sig=۰/۰۰۱$ ) بر بهزیستی روان شناختی است، بنابراین فرضیه فرعی دوم پژوهش نیز تأیید می شود.

#### ۴-۳-۳- رابطه بهزیستی روان شناختی با گرایش به نماز خواندن

فرضیه فرعی سوم پژوهش که عبارت بود از اینکه "بهزیستی روان شناختی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی دار دارد" مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به شکل دقیق در شکل ۳-۴ و جدول ۴-۵ نشان داده شده اند.



شکل ۴-۳- مدل نهایی فرضیه سوم پژوهش

جدول ۴-۵- برآورد ضرایب مستقیم، غیر مستقیم و کل فرضیه سوم پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
بهزیستی روان شناختی بر گرایش به نماز خواندن	۰/۴۸**	-	۰/۴۸**

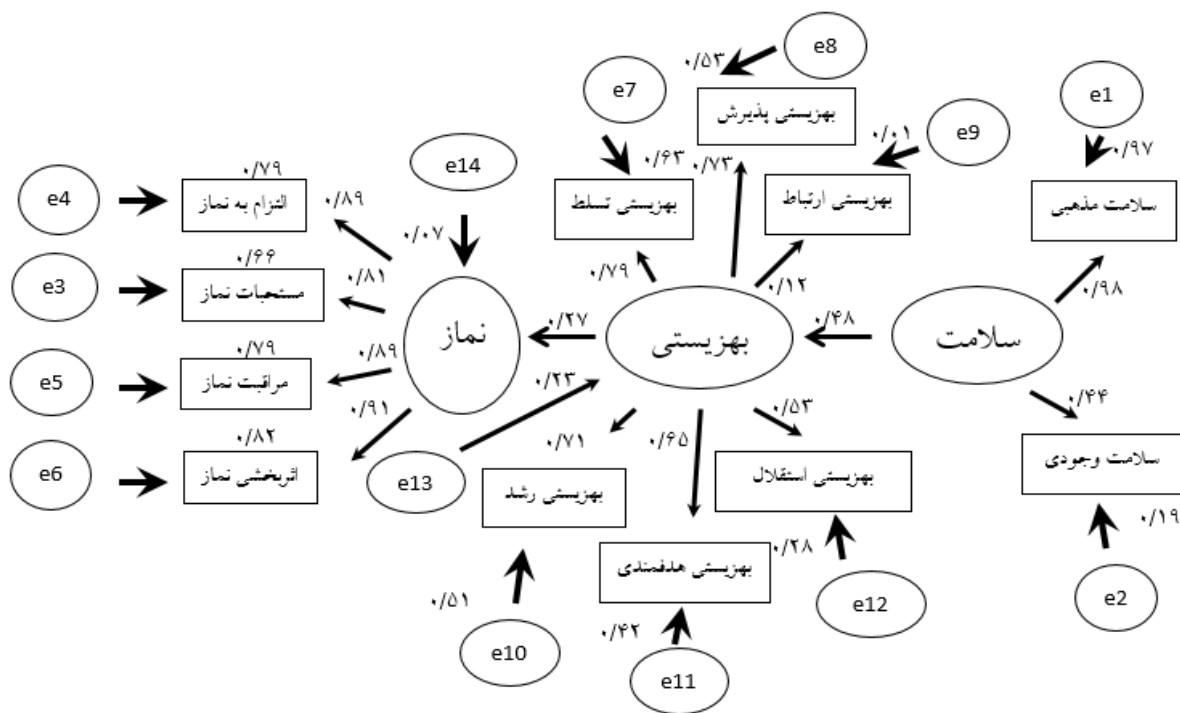
\*\*= $P < 0.05$

\*\*= $P < 0.01$

با توجه به نتایج شکل ۴-۳ و جدول ۴-۵، بهزیستی روان شناختی دارای اثر مستقیم و همچنین اثر کل ( $\beta = 0.28$ ) و  $(Sig = 0.001)$  بر گرایش به نماز خواندن است، بنابراین فرضیه فرعی سوم پژوهش نیز تأیید می شود.

#### ۴-۳-۴ نقش واسطه‌ای بهزیستی روان شناختی در بین سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن

فرضیه نهایی و اصلی پژوهش که عبارت بود از اینکه "بهزیستی روان شناختی در رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن در دانشجویان دانشگاه پیام نور یاسوج نقش واسطه‌ای دارد" مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به شکل دقیق در شکل ۴-۴ و جدول ۴-۶ نشان داده شده‌اند.



شکل ۴-۴- مدل نهایی فرضیه نهایی پژوهش

جدول ۴-۶- برآورد ضرایب مستقیم، غیر مستقیم و کل فرضیه نهایی پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
سلامت معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۸**	-	۰/۴۸**
بهبودی روان‌شناختی بر گرایش به نماز خواندن	۰/۲۷**	-	۰/۲۷**
سلامت معنوی بر گرایش به نماز خواندن	۰/۶۳**	۰/۱۳**	۰/۷۶**

\*\*= $P < 0.05$

\*\*\*= $P < 0.01$

با توجه به نتایج شکل ۴-۴ و جدول ۴-۶، سلامت معنوی دارای اثر مستقیم و همچنین اثر کل ( $\beta = 0.48$ ) و ( $Sig = 0.001$ ) بر بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی نیز دارای اثر مستقیم و همچنین اثر کل ( $\beta = 0.27$ ) و ( $Sig = 0.001$ ) بر گرایش به نماز خواندن است. سلامت معنوی همچنین دارای اثر مستقیم ( $\beta = 0.63$ ) و ( $Sig = 0.001$ ) و همچنین اثر کل ( $\beta = 0.76$ ) و ( $Sig = 0.001$ ) بر گرایش به نماز خواندن است. در نهایت، بهزیستی روان‌شناختی توانست نقش واسطه‌ای معنی‌دار ( $\beta = 0.13$ ) و ( $Sig = 0.01$ ) در بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن داشته باشد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود.

شاخص‌های برآزش مدل نیز محاسبه گردید که نتایج این تحلیل در جدول ۴-۷ نشان داده شده است.

جدول ۴-۷- شاخص‌های برازش مدل نهایی

شاخص	$X^2/df$	P	GFI	AGFI	IFI	CFI	RMSEA	PCLOSE
قبل از اصلاح	۳/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹	۰/۸۳	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۱۰	۰/۰۰۱
بعد از اصلاح	۱/۱۱	۰/۰۷	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۰۴	۰/۱۳

در جدول ۴-۷، هم شاخص‌های قبل از اصلاح و هم شاخص‌های بعد از اصلاح نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۴-۷ مشاهده می‌شود، شاخص‌های قبل از اصلاح نشان می‌دهد که مدل در ابتدا از برازش خوبی برخوردار نبود، اما با انجام اصلاحات مورد نظر پژوهش، مدل به برازش مطلوب رسید. مدل بعد از اصلاح نشان می‌دهد که مقادیر شاخص‌های برازندگی، شامل مجذور خی نسبی ( $X^2/df=1/11$ ) و با سطح معناداری ( $P=0/07$ )، شاخص نیکویی برازش ( $GFI=0/97$ )، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده ( $AGFI=0/94$ )، شاخص برازندگی افزایشی ( $IFI=0/92$ )، شاخص برازندگی تطبیقی ( $CFI=0/93$ )، و شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب ( $RMSEA=0/04$ ) و ( $PCLOSE=0/13$ ) به دست آمدند.

**جمع‌بندی:** نتایج این فصل نشان داد میانگین کل سلامت معنوی ۸۵/۵۷ بود که نشان می‌دهد سلامت معنوی دانشجویان دختر در حد بالایی قرار داشت. میانگین کل نمره گرایش به نماز خواندن (۱۱۳/۵۸) نیز نشان از حد بالای گرایش دانشجویان دختر به نماز خواندن داشت. میانگین کل نمره بهزیستی نیز ۴۹/۳۱ بود. کشیدگی و کجی داده‌ها بین عدد ۲- و ۲+ نشان از توزیع نرمال آماری داده‌ها داشت. ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مورد بررسی نشان داد نمره کل گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌داری با اکثر مؤلفه‌های سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی داشت. بررسی فرضیه اول نشان از اثر مستقیم و اثر کل معنی‌دار در سطح یک درصد سلامت معنوی بر گرایش به نماز خواندن داشت. بررسی فرضیه دوم این پژوهش نشان داد سلامت معنوی اثر مستقیم و اثر کل معنی‌دار در سطح یک درصد بر بهزیستی روان‌شناختی داشت. همچنین نتایج بررسی فرضیه سوم پژوهش نشان داد بهزیستی روان‌شناختی دارای اثر مستقیم و اثر کل معنی‌داری در سطح یک درصد بر گرایش به نماز خواندن داشت. نتایج تحلیل فرض سوم پژوهش نیز نشان از تبیین نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی در بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن داشت.



**فصل پنجم**  
**بحث و نتیجه گیری**

## ۵-۱- بحث و نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش

در این بخش به بحث و نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش پرداخته شده است. بدین منظور در ابتدا یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش به صورت خلاصه مرور می‌شود و مطالعات همسو و غیرهمسو با آن‌ها ارائه می‌شود و به بیان تبیین‌های یافته‌ها پرداخته می‌شود و در ادامه پیشنهادهای کاربردی، پژوهشی و همچنین محدودیت‌های پژوهش گزارش می‌شود.

### ۵-۱-۱- سلامت معنوی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم معنی‌دار دارد. (فرضیه فرعی اول)

همانگونه که یافته‌های پژوهش نشان داد بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌داری بود. به عبارت دیگر از طریق گرایش به نماز می‌توان سلامت معنوی را در دانشجویان دختر پیش‌بینی کرد. معنای این رابطه این است که دانشجویانی که گرایش به نماز خواندن داشتند از سلامت معنوی (مذهبی و وجودی) بالاتری برخوردار بودند. ضریب استاندارد بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی ۰/۲۹ بود. در همسویی با

نتایج این مطالعه در مطالعات دیگری نیز رابطه مثبت و معنی‌دار سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن گزارش شده است (مرزبند و همکاران، ۱۳۹۷؛ لطفی، ۱۳۹۹).

نماز به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در دستیابی به سعادت است که این سعادت همان سعادت معنوی است (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۶). مرزبند و همکاران (۱۳۹۷) بیان کردند اقامه نماز به صورت جماعت در دانشگاه‌ها سبب تقویت سلامت معنوی دانشجویان می‌شود و با فرهنگ سازی در این زمینه می‌توان زمینه ارتقای سلامت را در آن‌ها فراهم کرد. نماز به عنوان رفتاری عبادی بر سلامت معنوی تأثیرگذار است و گزارش شده است نماز و نیایش قادر به پیش‌بینی سطح بیش‌تری از سلامت معنوی هستند (بیسلر و همکاران، ۲۰۱۱). در مطالعه دیگری عنوان شده است که قرآن و نیایش بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد (احمدی فراز و همکاران، ۱۳۹۳) و انجام فرائض دینی سبب تحریک احساسات معنوی در انسان می‌شود (مقرب و همکاران، ۱۳۸۸).

## ۲-۱-۵- سلامت معنوی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مستقیم معنی‌دار دارد. (فرضیه فرعی

### دوم)

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد و معنویت بیش‌تر به بهزیستی روانی بهتری در دانشجویان دختر منجر می‌شود. ضریب استاندارد بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی ۰/۴۸ بود. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات دیگری همسو بوده است (مظاهری و همکاران، ۱۳۸۷؛ حیدری رفعت و عنایتی نوین فر، ۱۳۸۹؛ صفایی راد و همکاران، ۱۳۸۹؛ ضیاء پور و همکاران، ۱۳۹۵؛ هیل و پارگامنت، ۲۰۰۳؛ مورگان و همکاران، ۲۰۰۶).

سلامت معنوی بعنوان یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی و فرهنگی با سلامت روان ارتباط دارد (فیشر، ۲۰۱۶) و با افزایش توانمندی‌های فردی سبب سازگاری با مشکلات و در نتیجه ارتقای سلامت عمومی می‌شود (اللهبخشیان و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات زیادی در رابطه با سلامت معنوی و سلامت روان انجام شده که نشان می‌دهد سلامت معنوی با پیامدهای مثبت و منفی سلامت روان ارتباط دارد به گونه‌ای که سبب تقویت پیامدهای مثبت و کاهش یا ممانعت از پیامدهای منفی آن می‌شود (کنیگ، ۲۰۱۲؛ چاودری، ۲۰۰۸؛ سراکی و همکاران، ۲۰۰۸). افراد مذهبی از سلامت روان بهتر، رفتار بهزیستی عاطفی‌تر، عملکرد بهتر سیستم ایمنی، امید به زندگی، خوش‌بینی، رفاه بیش‌تر، کیفیت بالاتری از زندگی، و از طرفی چنین افرادی کمتر دچار علائم افسردگی، اضطراب، خودکشی، اعتیاد و مشکلات دیگر می‌شوند (ویر و پارگامنت، ۲۰۱۴؛ کیم-پریتو و میلر، هر چقدر سلامت معنوی در دانشجویان بالاتر؛ ابورایا، ۲۰۱۳؛ پاور و مک کنی، ۲۰۱۳). در مطالعات مختلفی توجه بیش‌تر بخش پزشکی و پرستاری به سلامت معنوی در کاهش درد و امید به زندگی در بیماران (بویژه بیماران سرطانی) خود مبین این حقیقت می‌باشد که سلامت معنوی نقش تعیین‌کننده‌ای در آرامش روانی افراد در شرایط مختلف زندگی دارد و

بر ابعاد مختلف سلامت تأثیرگذار می‌باشد (گالانت و همکاران، ۲۰۰۷؛ پارگامنت، ۱۹۹۷؛ گیلوم و ویلیامز، ۲۰۰۹؛ لین و بوئر-وو، ۲۰۰۳؛ میلر و بوگنشوتز، ۲۰۰۷). به خطر افتادن سلامت معنوی سبب ایجاد اختلالات روحی مانند افسردگی، تنهایی، اضطراب و حس پوچی در زندگی شده (کشفی و همکاران، ۱۳۹۴) و تقویت آن سبب ایجاد حس شادی در انسان می‌شود (چانگ و همکاران، ۲۰۱۸). صفایی راد و همکاران (۱۳۸۹) گزارش کردند بین سلامت معنوی و سلامت روان همبستگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد و ۰/۳۷ درصد از واریانس سلامت روان بوسیله بهزیستی مذهبی تبیین می‌شود. اعتمادی (۱۳۸۴) عنوان کرد که بین ایمان با عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی رابطه وجود دارد و بسیاری از اختلالات روانی-عاطفی در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون توجه به این بخش، تشخیص و درمان موفقیت آمیز نخواهد بود و همچنین اختلال‌هایی مانند وسواس، اضطراب، احساس گناه، تعارض‌های درونی و بین فردی با باورها و نگرش‌های مذهبی در تعامل است که نشان می‌دهد می‌توان از راهبردهای معنوی به عنوان ابزاری مکمل در کنار سایر راهکارهای پیش رو استفاده کرد. مظاهری و همکاران (۱۳۸۷) گزارش کردند ارتباط معنی‌داری بین سلامت معنوی دانشجویان و نحوه مراقبت آنان از بیماران وجود دارد به گونه‌ای که هرچه سلامت معنوی در دانشجویان بیشتر باشد به نحو مطلوب‌تری مراقبت از بیمار را انجام می‌دهند. سلامت معنوی سبب ایجاد انگیزه و انرژی در فرد شده و با افزایش امید به زندگی، عملکرد اجتماعی فرد را بهبود می‌بخشد (ضیغمی محمدی و تجویدی، ۱۳۸۹). رسیدن به شادکامی در گرو توجه به ارزش‌ها و اهداف معنوی، نیازهای اولیه، معنادار بودن و هدفمندی در زندگی و علایق دینی بالا می‌باشد و تجارب معنوی در دانشجویان پیامدهای مثبت و به دنبال آن سلامت روان را در پی دارد (مداحی و همکاران، ۱۳۹۰). یزدی زاده و همکاران (۱۳۹۴) گزارش کردند بین معنویت و فشار روانی همبستگی مثبت و معنی‌دار و بین فشار روانی و امید به زندگی همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد بدین معنی که هر چه میزان معنویت در دانشجویان بالاتر باشد آن‌ها فشار روانی بیش‌تری را تجربه کرده و هر چه امید به زندگی بیش‌تر بود دانشجویان فشار روانی کمتری را تجربه کردند. ستوده و همکاران (۱۳۹۴) عنوان کردند بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد و سلامت خانواده و سلامت معنوی نقش مثبتی در تبیین بهزیستی روان‌شناختی پرستاران شاغل در بیمارستان دارند. ضیاء پور و همکاران (۱۳۹۵) گزارش کردند سلامت معنوی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی در سلامت روان آن تأثیر گذار است و ارتقاء سلامت روان قشرهای مؤثر و سازنده‌ی جامعه لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. وحیدی و جعفری هرنندی (۱۳۹۶) با بررسی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، خوشبینی، تاب‌آوری و امیدواری) و مؤلفه‌های نگرش معنوی (نگرش معنوی و توانایی‌های معنوی) مشخص کردند که خودکارآمدی، خوش‌بینی و توانایی معنوی قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بوده و با برنامه‌ریزی صحیح در راستای تقویت این مؤلفه‌ها می‌توان بهزیستی روان‌شناختی افراد را بهبود بخشید. هرچه میزان سلامت معنوی در دانشجویان بیشتر باشد میزان آسیب‌های روانی کمتر خواهد شد و می‌توان از میزان سلامت

معنوی دانشجویان جهت پیش‌بینی بحران روانی در آن‌ها استفاده کرد (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۸). بین سلامت معنوی افراد با بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد و افزایش سطح سلامت معنوی از طریق آموزش‌ها و مداخلات لازم سبب بهبود کیفیت زندگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران و مراقبان کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود (صفا حمیدی و همکاران، ۱۳۹۸). در مطالعه‌ای با بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و دینداری در سالمندان شهر تهران مشخص شد که رابطه مثبتی بین مؤلفه‌های دینداری از جمله باورها، عواطف و رفتارهای دینی با ارتقای شاخص‌های بهزیستی در سالمندان وجود دارد (اکبری زردخانه و سجادی اناری، ۱۳۹۹). نلسون و همکاران (۲۰۰۲) گزارش کردند که سطح بالای سلامت معنوی سبب کاهش اختلالات روانی مانند افسردگی و ناامیدی و افکار خودکشی در بیماران می‌شود. همچنین در مطالعه دیگری عنوان شد که سلامت معنوی در پرستاران سبب کاهش استرس می‌شود و به عنوان یک منبع آرامش و امیدبخش می‌تواند مفید و مؤثر باشد (دنيس و همکاران، ۲۰۰۶). گزارش شده است که معنویت ارتباط فراوانی با سلامت کلی فرد دارد به گونه‌ای که مذهب و معنویت به عنوان عوامل مهم سازگاری و پیامدهای استرس‌های زندگی در نظر گرفته شده‌اند (خوش‌بین، ۲۰۱۰). مورگان و همکاران (۲۰۰۶) بیان کردند بین سلامت معنوی و بعد فیزیکی و روانی و عملکردی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطه معنی‌دار وجود دارد. چو و همکاران (۲۰۱۱) عنوان کردند که وضعیت و ادراک سلامت شاخصه اصلی برای بهزیستی روان‌شناختی است. در مطالعه دیگری گزارش شد که بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد سلامت قادر به حداکثر عملکرد نیستند و تأثیر بهزیستی معنوی را به عنوان عاملی مؤثر بر ابعاد مختلف زندگی این بیماران نشان داد که می‌تواند به عنوان نکته‌ای کلیدی مفید واقع شده و یا به عنوان یک ضرورت در برنامه‌ریزی‌های مراقبتی و درمانی این بیماران با عقاید و فرهنگ‌های مختلف در نظر گرفته شود (اللهبخشیان و همکاران، ۲۰۱۱). حس انسجام، خوش‌بینی ذاتی و شایستگی ادراک شده به صورت فردی و ترکیبی به میزان قابل توجهی با بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان مرتبط است (موکولو و والستون، ۲۰۱۲). سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سلامت روان ارتباط مثبتی دارد و می‌تواند به عنوان درمان پزشکی معمول جهت بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران بکار گرفته شود (بحرینیان و همکاران، ۲۰۱۷).

### ۵-۱-۳- بهزیستی روان‌شناختی با گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم معنی‌دار دارد.

#### (فرضیه فرعی سوم)

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد بین بهزیستی روان‌شناختی و گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. و نشان داد دانشجویانی که نماز می‌خوانند از بهزیستی روانی بهتری در مقابل شرایط تنش‌زای محیطی و درونی برخوردارند. ضریب استاندارد بین بهزیستی روان‌شناختی و گرایش به نماز خواندن ۰/۲۸ بود.

نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات دیگری همسو بود (شیرزادی و همکاران، ۱۳۹۷؛ جامعی ندوشن و ایزدی، ۱۳۹۵؛ رجایی، ۱۳۹۴؛ ویلیامز، ۲۰۱۰؛ ایجاز و همکاران، ۲۰۱۷).

ادای نماز پتانسیل‌های روحی، جسمی، معنوی و شخصی فردی و همچنین اجتماعی را درگیر می‌کند (سانیتیس، ۲۰۱۵) و سبب ارتقای بهزیستی روانی در آن‌ها می‌شود (فرارو و آلبرخت-جنسن، ۱۹۹۱). علت بیش‌تر آسیب‌های اجتماعی ارتباط ضعیف با خداوند، دوری از فرائض دینی و اقامه نکردن نماز بوده است (افروز و همکاران، ۱۳۸۶) و بر اساس مسائل اعتقادی اسلام اقامه منظم و صحیح نماز به عنوان عاملی کلیدی و مهم در ارزیابی کیفی سبک زندگی اسلامی پیروان اسلام است و به جای آوردن آن در هر شرایطی بر مسلمانان واجب شده است (پاژویچ، ۱۹۹۸). ادای نماز علاوه بر افزایش تجارب معنوی سبب رفاه بیش‌تر می‌شود (کوزیسکی و همکاران، ۲۰۱۴). دعا کردن و نماز خواندن در افراد دارای مشکلات پزشکی و روانی سبب افزایش خوش‌بینی در آن‌ها شده است (اندرسون و نانلی، ۲۰۱۶؛ بونس و همکاران، ۲۰۰۹). دانشمندان و علمای اسلام با تکیه بر قرآن و سنت تأثیر مثبت نماز بر سلامت روان و جسم بیماران را بیان کرده‌اند (یوسل، ۲۰۰۷). از نماز به عنوان دروازه ورود به انبار بزرگ نشاط عقلانی و سلامت روان یاد شده است (پورافکاری، ۱۳۷۵) که مانع بسیاری از انحرافات رفتاری و اخلاقی و شفای بیماران شده است (بیتز و همکاران، ۲۰۰۴). نماز خواندن سبب بیرون ریختن ناپاکی‌ها و افکار منفی و انسان را به سمت تهذیب روانی سوق می‌دهد که سبب پاک‌سازی روح و روان و در نهایت تقویت سلامت روانی خواهد شد (حسینی، ۲۰۰۲؛ ویلیامز، ۲۰۱۰). فرد مذهبی به دلیل داشتن اعتقادات دینی قوی توانایی رویارویی و مقابله بیش‌تری با پیامدهای منفی زندگی و عوامل تنش‌زا را داراست (احدی، ۱۳۸۰). ادای نماز چه به صورت فردی و چه به صورت جماعت سبب ارتقای بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (پولوما و پندلتون، ۱۹۹۱؛ کیم و پتمن، ۲۰۱۰). بین سطح اعتقادات مذهبی و میزان اضطراب رابطه معکوس وجود دارد و افراد دارای اعتقادات مذهبی پائین میانگین نمره اضطراب بالایی دارند و برعکس افراد دارای اعتقادات مذهبی قوی‌تر میانگین نمره اضطراب کمتری دارند (وهاب زاده و همکاران، ۱۳۸۰). در مطالعه بحرینیان و ایلخانی (۱۳۸۰) بیان شد که ۹۴ درصد از اقدام به خودکشی‌های موفق در افرادی گزارش شده است که نماز نمی‌خواندند و تنها شش درصد از افرادی که اقدام به خودکشی موفق کردند نماز می‌خواندند. در مطالعه‌ای بین‌گرایش به نماز و میزان اضطراب دانش‌آموزان رابطه معکوس وجود دارد و دانش‌آموزان با گرایش بیش‌تر به نماز، آرامش روانی بیش‌تری داشتند (پناهی، ۱۳۸۲). آقایانی چاوشی و همکاران (۱۳۸۷) گزارش کردند افراد نمازگزار که جهت‌گیری مذهبی دارند در مواجهه با اضطراب، بیخوابی و افسردگی بهترین واکنش را دارند و به طور کلی از سلامت روانی بهتری برخوردارند. در پژوهش کرمی و شعیری (۱۳۸۸) مشخص شد که افزایش دینداری در زنان شاغل سبب افزایش سلامت روان در آن‌ها می‌شود و از روی دینداری می‌توان به سلامت روان افراد پی برد. نگرش مثبت به نماز سبب کاهش افسردگی در بین دانشجویان می‌شود و با ترویج فرهنگ اقامه نماز در دانشگاه‌ها می‌توان اقدامات مناسبی جهت کاهش افسردگی و رفع آن انجام داد (دادخواه و همکاران، ۱۳۸۸). اثربخشی آموزش-

های دینی مانند نماز و دعا در بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی مشخص شده است و آموزش‌های مذهبی و معنوی در این بیماران سبب افزایش رضایت آن‌ها از زندگی می‌شود (نیک فرجام، ۱۳۸۹). در پژوهشی دیگر گزارش شده است به جای آوردن نماز سبب سلامتی جسمی و روحی افراد می‌شود (بایرام نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). داشتن برنامه مناسب برای ارتقاء نماز می‌تواند بهزیستی روانی مناسبی برای دانشجویان در پی داشته باشد (رجایی، ۱۳۹۴). در مطالعه دیگری عنوان شد بین گرایش به نماز و سلامت روان رابطه معنی‌دار وجود دارد و از طریق گرایش به نماز می‌توان سلامت روانی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد (جامعی ندوشن و ایزدی، ۱۳۹۵). شجاعی (۱۳۹۷) گزارش کرد که رابطه معنی‌داری بین نگرش و التزام به نماز و شادکامی افراد وجود دارد و می‌توان با احیای نماز و عمل به آن موجبات ارتقای بهزیستی روانی و شادکامی دانشجویان را فراهم کرد (شجاعی، ۱۳۹۷). در مطالعه شیرزادی و همکاران (۱۳۹۸) گزارش کردند التزام عملی به نماز در ایجاد سلامت و بهداشت روان افراد نقش اساسی دارد و مذهب کارکرد حمایتی از سلامت روان دارد و تجارب معنوی در پیشگیری از بیماری‌های روانی و تسهیل مقابله با بیماری و بهبود آن نقش اساسی ایفا می‌کند. در مطالعه‌ای در دانشگاه هاروارد عنوان شد ارتباط مثبت و معنی‌داری بین دینداری و بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی‌ها وجود دارد (ویلانت و همکاران، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ای مشخص شد که نماز خواندن با شاخص‌های سلامت مانند سلامت عاطفی بهتر، نشاط و سلامت روان بیشتر، بهزیستی روان‌شناختی بیشتر و کاهش افسردگی پس از عمل جراحی در بیماران قلبی مرتبط است (میسن هلدر و چندلر، ۲۰۰۱).

#### **۴-۱-۵- بهزیستی روان‌شناختی در رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج نقش واسطه‌ای دارد. (فرضیه اصلی پژوهش)**

نتایج نشان داد سلامت معنوی اثر مستقیم و اثر کل معنی‌داری بر بهزیستی روان‌شناختی دارد و بهزیستی روان‌شناختی و سلامت معنوی نیز اثر مستقیم و معنی‌داری بر گرایش به نماز خواندن دارند. از طرفی نتایج نشان داد بهزیستی روان‌شناختی توانست نقش واسطه‌ای در رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن داشته باشد. با توجه به روابط مستقیم و معنی‌دار بین متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه می‌توان بیان کرد دانشجویان دختر با گرایش بیشتر به نماز از بهزیستی روانی بهتری برخوردارند و با داشتن بهزیستی روانی بهتر می‌توانند سلامت معنوی را هر چه بیشتر و بهتر در خود تقویت کنند. ضریب استاندارد بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی ۰/۴۸، ضریب استاندارد بین بهزیستی روان‌شناختی و گرایش به نماز ۰/۲۷، ضریب استاندارد بین گرایش به نماز و سلامت معنوی ۰/۷۶ و ضریب استاندارد نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی بین گرایش به نماز و معنویت ۰/۱۳ بود.

عنوان شده است که معنویت نقش واسطه‌ای در رابطه بین نماز و بهزیستی در مسلمانان دارد که به لحاظ نظری مورد توجه هستند، بدین دلیل که این متغیرها پیش‌بینی‌کننده‌های مهم رفاه و آسایش هستند (گو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵)، ارتباط مثبتی با باورها و اعمال مذهبی دارند (پلانته<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) و به عنوان مکانیسم‌های قابل قبولی هستند که از تأثیرات برخی شیوه‌های متفکرانه بر بهزیستی حمایت می‌کنند (گو و همکاران، ۲۰۱۵؛ هاوی و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین تقویت سلامت معنوی در دانشجویان سبب افزایش سازگاری آنان در شرایط و مسیرهای مختلف زندگی خواهد شد و با ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیای اطراف سبب کاهش تنش‌ها و احساسات منفی پیرامون آن‌ها شده و حس استقلال و قدرت را در آن‌ها افزایش می‌دهد (مرزبان و همکاران، ۱۳۹۵). با توجه به این‌که دوران دانشجویی به عنوان مرحله‌ای تنش‌زا و همراه با کاهش بهزیستی روان‌شناختی است می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بالابردن سطح بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر با گرایش و التزام عملی به نماز می‌تواند سبب افزایش سلامت معنوی گردد و با بالا بردن حس پذیرش، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، استقلال، رشد و هدفمندی و با بالا بردن سلامت مذهبی و وجودی سبب کاهش تنش‌ها و احساسات منفی پیرامون آن‌ها شده و با افزایش توانمندی آنان، سلامت روانی دانشجویان دختر را تقویت کند.

## ۲-۵- پیشنهادهای کاربردی

با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران حوزه فرهنگی دانشگاه‌ها با تبیین تأثیر نماز خواندن بر سلامت جسم و روان همراه با فراهم‌سازی زمینه‌های مناسب برای آرامش روحی و روانی دانشجویان دختر گرایش و تمایل آن‌ها را به سمت نماز خواندن افزایش دهند و با توجه به رابطه مستقیم سلامت روان و سلامت معنوی و با توجه به این‌که دانشجویان کشور بعنوان تأثیرگذاران توسعه و پیشرفت آن هستند بتوانند با آرامش روانی و معنوی بیش‌تری جهت اعتلا و توسعه پایدار کشور گام بردارند.

## ۳-۵- پیشنهادهای پژوهشی

۱- پیشنهاد می‌شود مطالعه حاضر در مورد دانشجویان پسر و یا ترکیبی از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه نیز انجام پذیرد و میزان گرایش و تمایل آن‌ها به نماز و مسائل روانی و معنوی نیز بررسی گردد.

<sup>1</sup> Gu

<sup>2</sup> Plante



۲- با توجه به این که دانشجویان دانشگاه پیام نور اکثریت ساکن مناطق روستایی با گرایش‌ها و تمایلات مذهبی خاص خود هستند بنابراین پیشنهاد می‌شود برای تبیین نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی بین سلامت معنوی و گرایش به نماز چنین مطالعه‌ای در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های دیگر نیز انجام گیرد.

#### ۴-۵- محدودیت‌های پژوهش

- ۱- جامعه آماری هدف این مطالعه دانشجویان دختر بودند بنابراین در تعمیم یافته‌ها به دانشجویان پسر نیاز است احتیاط شود.
- ۲- با توجه به این که افراد شرکت کننده در این مطالعه دانشجویان بودند لذا برای تعمیم داده‌ها به سایر مقاطع تحصیلی باید دقت صورت پذیرد.
- ۳- با توجه به این که دانشجویان دانشگاه پیام نور اکثریت ساکن مناطق روستایی می‌باشند با توجه به قومیت طرز تفکر، میزان گرایش آن‌ها به مسائل معنوی و نماز در تعمیم نتایج این مطالعه به دانشجویان دانشگاه‌های دیگر که اکثریت ساکن شهرها و با تمایلات و گرایش‌های مختلف فکری و روحی هستند باید احتیاط صورت گیرد.

#### منابع

۱. قرآن کریم.
۲. ابراهیمی پور، حسین؛ وجدانی، مرجان؛ تقی پور، علی؛ بابایی حیدرآبادی، اکبر؛ مولوی طالقانی، یاسمین؛ شیردل، آرش؛ حسین زاده حصاری، محمد. (۱۳۹۴). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امید مشهد. مجله پژوهش در دین و سلامت، (۲) ۱، ۹-۳.
۳. ابوالقاسمی، محمدجواد. (۱۳۹۱). مفهوم شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی. فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره بیستم.
۴. احدی، حسن. (۱۳۸۰). بهداشت روانی و عبادت. فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران. ۱۳۸۰ (۲) ۲، ۲۷-۳۱.

۵. احمدی فراز، مهدی؛ ریسی، نگار؛ موسوی زاده، روح الله؛ قادری، سلیمان. (۱۳۹۳). تأثیر مداخله معنوی گروهی مبتنی بر قرآن و نیایش بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال سی و دوم، شماره ۳۲۰.
۶. احمری، حسین و احمدی ازغندی، حسن. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر نقش نماز بر شخصیت جوانان (نمونه مورد بررسی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد). فصلنامه جامعه شناسی مطالعات جوانان، سال دوم، شماره چهارم، ۳۴-۹.
۷. ادیب حاج باقری، محسن. (۱۳۷۹). آثار مطلوب نماز در بهداشت روان. طب و تزکیه، شماره ۳۹.
۸. اسماعیلی، مصطفی. (۱۳۹۷). سلامت معنوی از منظر دانشمندان مغرب زمین و اسلام. مجله پژوهش در دین و سلامت، (۳)، ۴-۱-۶.
۹. اصفهانی، سید مهدی. (۱۳۸۹). سلامت معنوی و دیدگاه‌ها. فصلنامه اخلاق پزشکی، سال چهارم، شماره چهاردهم.
۱۰. اعتمادی، عذرا. (۱۳۸۴). ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال دهم، شماره ۳۶-۳۵.
۱۱. افروز، غلامعلی؛ خانبانی، مهدی و چیتی، پریسا. (۱۳۸۶). ورود به گنجینه بزرگ و نشاط و سلامت. ایران. ۱۲۱، ۳۷۸۱.
۱۲. افروز، غلامعلی؛ کمری، علی عباس؛ خانبانی، مهدی و چیتی، پریسا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی نماز در ارتقاء سلامت روان دانشجویان همایش سلامت روان‌شناختی، کرمانشاه.
۱۳. آقایانی چاوشی، اکبر؛ طالبیان، داوود؛ طرخورانی، حمید؛ صدقی جلال، هما؛ آزرمی، هاله؛ فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۷). بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. علوم رفتاری، (۲)، ۲.
۱۴. اکبری زردخانه، سعید و سجادی اناری، سید سعید. (۱۳۹۹). رابطه بهزیستی روان‌شناختی و دینداری در سالمندان شهر تهران. نشریه سالمندشناسی. دوره ۵، شماره ۲.
۱۵. امیرمحمدی، محمد و محمدی، الهام. (۱۳۹۴). نقش نماز در کاهش آسیب‌های اجتماعی دوران دانشجویی. اولین همایش ملی اسلام و سلامت روان - اردیبهشت ۱۳۹۴، جهاد دانشگاهی واحد استان هرمزگان.
۱۶. انیسی، جعفر؛ نویدی، احد و حسینی نژاد نصر آباد، اعظم. (۱۳۸۹). ساختار اعتباریابی مقیاس نگرش و التزام عملی به نماز. مجله علوم رفتاری، (۴)، ۴(۴)، ۳۱۸-۳۱۳.

۱۷. بایرام نژاد، حوریه؛ احسانی، حمیده؛ مسافر یادگاری، لیلا؛ سلمان پور، صدیقه. (۱۳۹۲). مطالعه و بررسی تأثیرات نماز بر سلامت فردی مردم شهر تهران. پژوهش‌های علوم انسانی دانشگاه اصفهان، سال پنجم، شماره ۲۵.
۱۸. بحرینیان، عبدالمجید و ایلخانی، رضا. (۱۳۸۰). بررسی اقدام به خودکشی با پایبندی به نماز در مرکز پزشکی لقمان. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران.
۱۹. بدخشان، یداله. (۱۳۹۱). آثار روان‌درمانی و مهار انحرافات جنسی به پا داشتن نماز. همایش منطقه‌ای نماز، از محراب تا معراج، بندرگز.
۲۰. پناهی، علی احمد. (۱۳۸۲). بررسی رابطه میزان تقید به نماز و سطح اضطراب دانش‌آموزان سال دوم دبیرستان شهرستان قم. رساله کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، موسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره).
۲۱. جامعی ندوشن، فاطمه و ایزدی، مهشید. (۱۳۹۵). بررسی نقش گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی در سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی منطقه ۷ شهر تهران. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی پرتال جامع علوم انسانی، ۷۴-۵۳.
۲۲. جان بزرگی، مسعود. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. پژوهش در پزشکی. مجله پژوهشی دانشکده پزشکی، ۳۱(۴)، ۳۴۵-۳۵۰.
۲۳. حیدری رفعت، ابوذر و عنایتی نوین فر، علی. (۱۳۸۹). رابطه بین نگرش دینی و شادکامی در بین دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس. روانشناسی و دین، شماره ۴(۳)، ۷۲-۶۱.
۲۴. خزایی، علیرضا. (۱۳۸۰). نقش معلمان در توسعه باورهای دینی و رشد اخلاق جامعه، مجموعه مقالات برگزیده همایش معلم، فرهنگ و توسعه، ۱۳۸-۱۲۴.
۲۵. دادخواه، بهروز؛ محمدی، محمدعلی؛ مظفری، ناصر؛ مولایی، بهنام؛ دادخواه، دلاور. (۱۳۸۸). بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. مجله طب و تزکیه، ۷۴(۱۷) و ۷۵، ۲۷-۳۲.
۲۶. دهداری، طاهره؛ یاراحمدی، رسول؛ تقدیسی، محمدحسین؛ دانشور، ریحانه؛ احمدپور، جمال. (۱۳۹۲). ارتباط بین داشتن معنا در زندگی با وضعیت استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۲. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، دوره ۱، شماره ۳، ۹۲-۸۳.
۲۷. دوست محمد، عترت. (۱۳۸۹). درآمدی بر معنویت‌شناسی سازمانی و کارکردهای آن در نیروی انتظامی، توسعه انسانی پلیس، دوره هفتم، شماره ۳۲، ۱۲۰-۱۰۵.

۲۸. دیهیم، فرشته و مصری، فخری. (۱۳۹۳). بررسی اهمیت مساجد و نماز جماعت در سلامت فرد. نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی، مرودشت.
۲۹. رجایی، مصطفی. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین نماز و بهزیستی روان‌شناختی در بین دانشجویان مورد مطالعه: دانشجویان گروه انسانی دانشگاه پیام نور هرنند. دومین همایش ملی چالش‌ها و راهکارهای توسعه، کهنوج.
۳۰. رجبی، مجید؛ نارویی نصرتی، رحیم. و جهانگیرزاده، محمدرضا. (۱۳۹۹). معنویت: چیستی، گستره و کارکردها در روانشناسی و مقایسه آن با رویکرد اسلامی. اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی، سال ششم، شماره دوم، پیاپی ۱۴، ۱۰۲-۷۹.
۳۱. رحیمیان بوگر، اسحق و اصغرنژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خودتاب-آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روان‌پزشکی، و روان‌شناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، ۷۰-۶۲.
۳۲. ستوده، حافظ؛ شاکری نیا، ایرج؛ قاسمی جوبنه، رضا؛ خیراتی، مریم؛ حسینی صدیق، مریم‌السادات. (۱۳۹۴). نقش سلامت خانواده و سلامت معنوی در بهزیستی روان‌شناختی پرستاران. فصلنامه تاریخ پزشکی، سال هفتم، شماره بیست و پنج، ۱۸۴-۱۶۱.
۳۳. سجادی، عباس. (۱۳۶۳). وصیت‌نامه شهید سید عباس سجادی. خبرگزاری دانشجویان ایران ایسنا.
۳۴. شجاعی، احمد. (۱۳۹۷). بررسی ارتباط نگرش و التزام عملی به نماز با میزان شادکامی دانشجویان (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی). فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال هشتم، شماره اول.
۳۵. شیرزادی، زهرا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و فلسفی‌نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۸). رابطه‌ی نگرش و التزام عملی به نماز و تجارب معنوی با سلامت عمومی دانشجویان دختر دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۶. مجله پژوهش در دین و سلامت، (۴) ۵، ۱۱۳-۹۹.
۳۶. صحراپیان، علی؛ غلامی، عبدالله و امیدوار، بنفشه. (۱۳۸۹). رابطه نگرش مذهبی و شادکامی در بین دانشجویان پزشکی علوم پزشکی شیراز. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی واحد گناباد، شماره ۱، ۷۵-۳۹.
۳۷. صدری، محمدرضا. (۱۳۸۲). بررسی تأثیر توکل بر خدا در تأمین بهداشت روانی دانشجویان ۲۳-۱۹ دانشگاه اصفهان. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱، شماره ۲، ۴۲.
۳۸. صدیقی ارفعی، فریبرز. (۱۳۸۷). تجربه‌های معنوی-عرفانی از دیدگاه روان‌شناسی، مطالعات عرفانی، شماره ۸، ۴۶۶-۲۵.

۳۹. صفار حمیدی، الناز؛ بشیر گنبدی، سبیده و حسینیان، سیمین. (۱۳۹۸). بررسی رابطه بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی با سلامت معنوی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی. مجله پژوهش در دین و سلامت، (۲) ۵، ۴۷-۳۹.
۴۰. صفایی راد، ایرج؛ کریمی، لطفاله؛ شموسی، نعمتاله؛ احمدی طهور، محسن. (۱۳۸۹). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی دانشگاه سبزواری، دوره ۱۷، شماره ۴، ۲۸۰-۲۷۴.
۴۱. صفری، نوش آفرین؛ میرآقایی، علی عباس؛ قاضی، شیرین؛ مرادی، کبری. (۱۳۹۳). بررسی رابطه تقلید به نماز و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه پیام نور خرم آباد. مجله علمی پژوهشی یافته، (۲) ۱۶، ۷-۷۱.
۴۲. ضیاء پور، آرش؛ قادری، ارسلان؛ وفاپور، حسنا؛ یزدانی، وحید؛ سعیدی، شهرام؛ و زنگنه، علی رضا. (۱۳۹۷). ارتباط ابعاد سلامت روان و سلامت معنوی در کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۵. مجله پژوهش در دین و سلامت، (۳) ۴، ۴۴-۳۴.
۴۳. ضیغمی محمدی، شراره؛ تجویدی، منصوره و قاضی زاده، شراره. (۱۳۹۳). رابطه بین سلامت معنوی با کیفیت زندگی و سلامت روان جوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور. فصلنامه پژوهشی خون، دوره ۱۱، شماره ۲، ۱۵۴-۱۴۷.
۴۴. طالبی، زهره. (۱۳۹۰). نقش نماز در پیشگیری از بیماری‌های روانی. خراسان.
۴۵. طاهری، الهه؛ طاهری، ریحانه و ارسلان، علیرضا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی نماز در ارتقای بهداشت روان کارکنان سازمان. همایش منطقه‌ای نماز، از محراب تا معراج، بندرگز.
۴۶. عابدی جعفری، حسن و رستگار، عباسعلی. (۱۳۸۶). ظهور معنویت در سازمان‌ها. فصلنامه علوم مدیریت، تهران، سال دوم، شماره پنجم.
۴۷. عباسی، محمود؛ عزیزی، فریدون؛ شمسی گوشکی، احسان؛ ناصری راد، محسن؛ اکبری لاکه، مریم. (۱۳۹۱). تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش شناختی. اخلاق پزشکی، دوره ۶، شماره ۲۰، ۴۴-۱۱.
۴۸. عزیزی، ف. (۱۳۹۴). سلامت معنوی: چیستی، چرایی و چگونگی. انتشارات حقوقی، نوبت اول، ۸۸ صفحه.
- علی اکبری معلم، رضا. (۱۳۹۳). رابطه پابندی به نماز و سلامت روان در کارکنان شرکت ایران خودرو در غرب تهران. دو فصلنامه دین و سلامت، (۲) ۲، ۴۲-۲۹.

۴۹. غلامزاده بافقی، فاطمه. (۱۳۹۴). بررسی رابطه هوش معنوی، نگرش و میزان التزام عملی به نماز در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز بافق. علوم رفتاری (ابهر)، ۲۵، ۱۴۲-۱۲۷.
۵۰. فرهنگستان علوم پزشکی. (۱۳۸۹). جستاری در سلام معنوی (مجموعه مقاله‌های همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی).
۵۱. فلاحیان، رویا؛ آقایی، اصغر؛ آتش پور، سید حمید؛ کاظمی، آذر. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش بهزیستی روان-شناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۴-۲۴.
۵۲. فیض، سید رضا. (۱۳۹۵). سلامت معنوی و آموزه‌های عرفانی. فصلنامه تاریخ پزشکی، سال هشتم، شماره بیست و نهم.
۵۳. کاپلان، سادوک. ترجمه پورافکاری، نصرت‌الله. (۱۳۷۵). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. جلد اول. تبریز: انتشارات تابش تبریز.
۵۴. کشفی، سید منصور؛ یزدانخواه، مریم؛ بابایی حیدرآبادی، اکبر؛ خانی جیحونی، علی؛ تبریزی، رضا. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز. مجله پژوهش در دین و سلامت، دوره ۱، شماره ۳، ۳۳-۴۰.
۵۵. گنجی، حمزه. (۱۳۷۶). بهداشت روانی. چاپ اول، تهران: ارسباران.
۵۶. لطفی، فاطمه. (۱۳۹۹). رابطه گرایش به نماز با سلامت معنوی و سازگاری آموزشی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی سبزوار. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی سبزوار.
۵۷. محبی، سیامک؛ شاه سیاه، مرضیه؛ رجعتی، فاطمه؛ مطلبی، محمد؛ عباسی، محمدهادی؛ اسدی، مهدی؛ قاسم زاده، محمدجواد؛ مظفری، ابوالفضل؛ شریفی راد، غلامرضا. (۱۳۹۲). مروری بر سازه‌های سلامت اجتماعی در پرتو کارکردهای آشکار و پنهان نماز: یک مطالعه مروری. مجله تحقیقات نظام سلامت، سال نهم، شماره هشتم.
۵۸. مداحی، محمد ابراهیم؛ صمدزاده، منا و کیخای فرزانه، محمد مجتبی. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط میان جهت‌گیری کذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. روانشناسی تربیتی، (۱)، ۲، ۶۳-۵۳.
۵۹. مرزبان، سیما؛ بابائی حیدرآبادی، اکبر؛ رحیمی، ابراهیم؛ وجدانی، مرجان؛ شکری، مسلم. (۱۳۹۵). وضعیت سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه‌های شهید بهشتی و علوم پزشکی شهید بهشتی. مجله پژوهش در دین و سلامت، دوره ۲، شماره ۴، ۱۵-۲۴.

۶۰. مرزبند، رحمت‌اله و زکوی، علی اصغر. (۱۳۹۱). شاخص‌های سلامت معنوی از منظر آموزه‌های وحیانی. فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره بیستم.
۶۱. مرزبند، رحمت‌اله؛ ملایاییولی، محمد و نصیری، ابراهیم. (۱۳۹۷). بررسی رابطه نماز جماعت با سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی مازندران. ویژه نامه علوم انسانی سلامت، شماره ۱، ۷۳-۶۲.
۶۲. مصباح، مجتبی. (۱۳۹۲). سلامت معنوی از دیدگاه اسلام. انتشارات حقوقی.
۶۳. مظفری نیا، فائزه؛ امین شکروی، فرخنده و حیدرنیا، علی رضا. (۱۳۹۳). رابطه بین سلامت معنوی و شادکامی دانشجویان. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران، (۲)، ۹۷-۱۰۸.
۶۴. معارف، مجید و اسدی، فرزانه. (۱۳۹۶). عوامل دستیابی به سلامت معنوی از منظر قرآن و حدیث. بصیرت و تربیت اسلامی، دوره ۱۴، شماره ۴۱، ۹-۴۰.
۶۵. معتمدی، عبدالله؛ برجعلی، احمد و صادق پور، مریم. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس توان مدیریت استرس و حمایت اجتماعی. سالمند، دوره ۱۳، شماره ۱۰۹-۱۰۱.
۶۶. مقرب، مرضیه؛ قناد کافی، ملک ناز و رضایی، نرگس. (۱۳۸۸). رابطه نماز و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۶؛ شماره ۱-۴.
۶۷. مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۷۸). تفسیر نمونه (جلد ۴، ۵ و ۱۷)، تهران: دارالکتب الاسلامیه.
۶۸. موسوی مقدم، سید رحمت‌اله و علی زمانی، امیرعباس. (۱۳۹۰). سلامت معنوی از دیدگاه رنه دکارت. علامه طباطبایی. مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی، دوره ۷، شماره ۲۸، ۹۸-۷۷.
۶۹. میلانی‌فر، بهروز. (۱۳۷۴). بهداشت روانی. چاپ سوم، تهران: انتشارات قومس.
۷۰. نیک فرجام، مسعود. (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش‌های دینی (نماز و دعا) در بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک در بیمارستان روانپزشکی سینا (استان چهارمحال و بختیاری، ۱۳۸۹). مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال ۱۳، شماره ۴، ویژه نامه ۲، ۱۳۸-۱۳۳.
۷۱. هادیان فرد، حبیب. (۱۳۸۴). احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، (۲)، ۱۱، ۲۳۲-۲۲۴.
۷۲. وحیدی، زهره و جعفری هرنندی، رضا. (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی براساس مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های نگرش معنوی. پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت، سال سوم، شماره دوم، پیاپی (۱۰)، ۶۴-۵۱.

۷۳. وفایی، طیبه. (۱۳۹۱). نقش نماز و مسجد در تقویت بهداشت جسمی و روانی. همایش منطقه‌ای نماز، از محراب تا معراج.
۷۴. وهاب‌زاده، عبدالوهاب؛ دهقانی، نیما و خراسانی، ملیحه. (۱۳۸۰). رابطه میان میزان اعتقادات دینی و میزان اضطراب دانش آموزان دبیرستان‌های تهران. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران.
۷۵. یزدی زاده، پوریا؛ برات پور، بنفشه؛ تقی زاده، الهه؛ جعفری، شکوفه؛ صمصام، نرگس؛ عبادی، سپیده. (۱۳۹۴). بررسی رابطه معنویت، فشار روانی و امید به زندگی در دانشجویان روانشناسی دانشگاه‌های غیردولتی شهرستان اهواز. دومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شادگان-اسفند ۴۹.
۷۶. یوسفی، حبیب‌اله؛ عبدالکریمی نظنزی، مرضیه و نسایی برزکی، حسین. (۱۳۹۸). بررسی رابطه میزان پایبندی به نماز و مرتبه سلامت معنوی. دو ماهنامه فیض، دوره ۲۳، شماره ۷، ۷۴۰-۷۳۵.
۷۷. یوسفی، فایق؛ رفیعی، سحر؛ و طیری، فریبا. (۱۳۹۸). بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان. مجله روانشناسی و روان‌پزشکی، سال ششم، شماره ۴، ۱۰۹-۱۰۰.

80. Abu-Raiya, H. (2013). On the links between religion, mental health and inter-religious conflict: a brief summary of empirical research. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 5, 130-139.
81. Adib, S. M. (2004). From the biomedical model to the Islamic alternative: A brief overview of medical practices in the contemporary Arab World. *Social Science and Medicine*, 58, no.4: 697-702.
82. Afsana, S. A. (2016). A Study of Mental Health and Psychological Well Being among Teachers and Lecturers. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(8).
83. Ahmad, M, and Khan, S. 2016. A model of spirituality for ageing Muslims. *Journal of Religion and Health*, 55, 830-843.
84. Ahmadifaraz, M., Mosavizadeh, S., Reisi-Dehkordi, R., Ghaderi, S. (2015). The effect of group spiritual intervention based on the Quran and prayer on spiritual health of patients with cancer. *Journal of Isfahan Medical School*, 32, 2454-2463.
85. Ai, A. L., Hall, D., Pargament, K., & Tice, T. N. (2013). Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 186-198.
86. Al Ahwal, A. S., Al Zaben, F., Sehlo, M. G., Khalifa, D. A., & Koenig, H. G. (2016), Religious beliefs, practices, and health in colorectal cancer patients in Saudi Arabia. *Psychooncol*, 25, 292-299.
87. Allahbakhshian, M., Jafarpour, M., & Parvizi, S. (2011). Spiritual well-being of patients with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(3): 202-206.



88. Allman, L. S., De La Roche, O., Elkins, D. N., & Weathers, R. S. (1992). Psychotherapists' attitudes towards clients reporting mysticalexperiences. *Psychotherapy*, 29, 564-569.
89. Al-Rawi, S., & Fetters, M. D. (2012). Traditional Arabic and Islamic medicine: A conceptual model for clinicians and researchers. *Global Journal of Health Science*, 4(3), 164-169.
90. Ameri, A., Taleb, A., & Ahmadi Teymourloue, S. (2010). Prayer: Love viewpoint and Mainline of Health and Welfare. *Journal of Med Cultivation*, 76, 39-45.
91. Anderson, J. W., & Nunnolley, P. A. (2016). Private prayer associations with depression, anxiety and other health conditions: An analytical review of clinical studies. *Postgraduate Medicine*, 128(7), 635-641.
92. Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In: Matarazzo J, ed. Behavioural health: a handbook of health enhancement and disease prevention. John Wiley, 114-129.
93. Arevalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Eval Program Plann*, 31, 113-123.
94. Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., Koenig, H. G., & Marcoux, E. (2004). The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (12), 818-822.
95. Bagheri, F., Akbarizadeh, F., & Hatami, H. (2010). The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5(1), 1556-1561.
96. Bahreinian, A., Radmehr, H., Mohammadi, H., & Mousavi, M. R. (2017). The Effectiveness of the Spiritual Treatment Groupon Improving the Quality of Life and Mental Health in Women with Breast Cancer. *Journal of Research on Religion & Health*, 3(1).
97. Balbuena, L., Baetz, M., & Bowen, R. (2013). Religious attendance, spirituality, and major depression in Canada: a 14-year follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 225-232.
98. Baljani, E., Kazemi, M., Amanpour, E., & Tizfahm, T. (2014). The relationship between religion, spiritual well-being, hope and quality of life in patients with cancer. *Basic and Clinical Cancer Research*, 6(4), 24-36.
99. Bansal, R., Maroof, A. K., Parashar, P., & Pant, B. (2008). Spirituality and health: A knowledge, attitude and practice study among doctors of North India. *Spirituality and Health International*, 9,263-269.
100. Beasler, E. J., Lindvall, T., & Lauricella, S. (2011). Assessing predictions of rational prayer theory: media and interpersonal inputs, public and private prayer processes, and spiritual health. *Southerne Communication Journal*, 76(3), 191-209.
101. Bensley, R. (1991). Defining spiritual health: A review of the literature. *Journal of Health Education*, 22, 287-290.
102. Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
103. Boelens, P. A., Reeves, R. R., Replogle, W. H., & Koenig, H. G. (2009). A randomized trial of the effect of prayer on depression and anxiety. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(4), 377-392.
104. Boisvert, J. A., & Harrell, W. A. (2013). The impact of spirituality on eating disorder symptomatology in ethnically diverse Canadian women. *Int J Soc Psychiatry*, 59,729-738.

105. Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of Religion Health*, 52, 657- 673.
106. Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., & et al. (2012). Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression Research and Treatment*, 962860. Doi: 10.1155/2012/962860.
107. Boswell, G. H., Kahana, E., & Dilworth-Anderson, P. (2006). Spirituality and healthy lifestyle behaviors: stress counter-balancing effects on the well-being of older adults. *J. Relig. Health*, 45, 587-602.
108. Bozek, A., Nowak, P. F., & Blukacz, M. (2020). The relationship between spirituality, health-related behavior, and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 11. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.01997.
109. Chang, E. C., Yu, T., Lee, J., Kamble, S. V., Batterbee, C. N., & Stam, K. R. (2018). Understanding the association between spirituality, religiosity, and feelings of happiness and sadness among hiv-positive Indian adults: examining stress-related growth as a mediator. *Journal of Religion Health*, 57, 1052-1061.
110. Chaudhry, H. R. (2008). Psychiatric care in Asia: spirituality and religious connotations. *International Review of Psychiatr.* 20, 477-483.
111. Chida, Y., Schrepft, S., & Steptoe, A. (2016). A novel religious/spiritual group psychotherapy reduces depressive symptoms in a randomized clinical trial. *Journal of Religion and Health*, 55(5), 1495–1506.
112. Chishti, A. G. M. (1985). *The book of Sufi healing*. New York: Inner Traditions International, Limited.
113. Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M., & Poon, L. W. (2011). The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest-Old Adults. *Journal of Aging Research*, Article ID 605041, 8pages.
114. Ciarrocchi, J. W., Dy-Liacco, G. S., & Deneke, E. (2008). Gods or rituals? Relational faith, spiritual discontent and religious practices as predictors of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 120-136.
115. Cotton, S., Zebracki, K., Rosenthal, S., & et al. (2006). Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *Journal of Adolescent Health*, 38, 472-480.
116. Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamental of nursing: human health and function*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott & Williams & Wilkins.
117. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across lifes domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23.
118. Denise, L. M., Marsha, J. B., & Linda, M. L. (2006). Spiritual Development of Nursing Students: Developing Competence to Provide Spiritual Care to Patients at the End of Life. *Journal of Nursing Education*. 45(9), 365-370.
119. Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308.
120. Dew, R. E., Daniel, S. S., Armstrong, T. D., Goldston, D. B., Triplett, M. F., & Koenig H. G. (2008). Religion/spirituality and adolescent psychiatric symptoms: a review, *Child Psychiatr. Human Development*, 39, 381-398.
121. Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2, 3-5.
122. Dhar, N., Chaturvedi, S., & Nandan, D. (2011). Spiritual health scale 2011: Defining and measuring 4th dimension of health. *Indian Journal of Community Medicine*, 36, 275-282.

123. Dhuria, M., Sharma, N., Taneja, D. K., Kumar, R., & Ingle, G. K. (2009). Assessment of mental health status of senior secondary school children in Delhi. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 21(1), 19-25.
124. Dogan, M. (1997). Duanin psikolojik ve psikoterapik etkileri [The effects of prayer on psychology and psychotherapy]. Ph.D diss., Cumhuriyet University, Turkey.
125. Donahue, M. J., & Benson, P. L. (1995). Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51, 145-160.
126. Drerup, M. L., Johnson, T. J., & Bindl, S. (2011). Mediators of the relationship between religiousness/spirituality and alcohol problems in an adult community sample. *Addictive Behaviors*, 36, 1317-1320.
127. Ebrahimi, E., Tahmasbi Boldaghi, A., Mortazavi, E., & Ghanbari, L. (2016). Investigating the role of prayer in orienting the Islamic life style in Saira Razavi. *Journal of Razavi Culture*, 12, 36-60. [In Persian].
128. Edwards, S.D. (2005). A psychology of breathing methods. *Internation Journal of Mental Health Promotion*, 7(4), 28-34.
128. Ellens, J. H. (2007). *Radical grace: How belief in a benevolent God benefits our health*. Westport, Connecticut: Praeger.
130. Elliott, M., & Hayward, R. D. (2007). Religion and the search for meaning in life. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 80-93.
131. Ellison, C. G., Bradshaw, M., Flannelly, K. J., & Galek, K. C. (2014). Prayer, attachment to God, and symptoms of anxiety-related disorders among US adults. *Sociology of Religion*, 75(2), 208-233.
132. Ernst, E., Pittler, M. H., Wider, B., & Boddy, K. (2007). Mind–body therapies: Are the trial data getting stronger? *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 13(5), 62-64.
133. Farooqi, Y. N. (2006). Understanding Islamic Perspective of Mental Health and Psychotherapy. *Journal of Psychology in Africa*, 16(1), 101-111.
134. Fattahi, A., & Amini, A. (2015). Analyzing the concept and types of definition of spiritual health. *Journal of Spiritual Studies*, 15-16, 36-60.
135. Ferraro, K. F., & Albrecht-Jensen, C. M. (1991). Does religion influence adult health? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 193-202.
136. Fisher, J. (1998). *Spiritual health: its nature and place in the school curriculum*. PhD thesis, University of Melbourne.
137. Fisher, J. W. (2011). The four domains model: Connecting spirituality. *Health and well-being, Religions*, (2), 17–28.
138. Fisher, J. W. (2016). Assessing adolescent spiritual health and well-being (commentary related to Social Science & Medicine–Population Health, ref: SSM-POP-D-15- 00089). *SSM-population health*. 2:304.
139. Flannelly, K. J., Galek, K., Ellison, C. G., & Koenig, H. G. (2010). Beliefs about God, psychiatric symptoms, and evolutionary psychiatry. *Journal of Religion and Health*, 49(2), 246–261.
140. Foskett, J., Roberts, A., Mathews, R., Macmin, L., Cracknell, P., & Nicholls, V. (2004). From research to practice: The first tentative steps. *Mental Health, Religion & Culture*, 7(1), 41-58.
141. Freud, S. (1959). *Civilisation and its discontents*: London, Hogarth.
142. Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., & et al. (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J Subst Abuse Treat*, 33, 257-264.

143. Ganga N. S., & Kutty V. R. (2013). Influence of religion, religiosity and spirituality on positive mental health of young people. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(4), 435-43.
144. Garcia, D., Archer, T., Moradi, S., & Andersson, A. (2012). Exercise frequency, high activation positive affect, and psychological well-being: Beyond age, gender, and occupation, Goteborgs Universitet, *Psychology*, 3(4), 328-336.
145. Garland, S. N., Carlson, L. E., Cook, S., Lansdell, L., & Speca, M. (2007). A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer*, 15(8), 949-961.
146. Gearing, R. E., Alonzo, D., Smolak, A., & et al. (2011). Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: implications for engagement and adherence. *Schizophr Res*, 126, 150-163.
147. George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13, 190-200.
148. Gillum, F., & Williams, C. (2009). Associations between breast cancer risk factors and religiousness in American women in a national health survey. *Journal of Religion and Health*, 48, 178–188.
149. Green, M., & Elliott, M. (2010). Religion, health, and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 49(2), 149-163.
150. Greeson, J. M., Webber, D. M., Smoski, M. J., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Suarez, E. C., & Wolever, R. Q. (2011). Changes in spirituality partly explain health-related quality of life outcomes after mindfulness-based stress reduction. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 508-518.
151. Gu, J., Strausse, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12.
152. Haji Jafari, M. (2007). Prevalence of common chronic diseases in pensioners of Imam Khomeini relief committee in Kashan from Feb to May.
153. Hardy, A. (1979). *The Spiritual Nature of Man*, Clarendon Press, Oxford.
154. Hart, T. (1994). *The hidden spring: The spiritual dimension of therapy*. New York: Paulist Press.
155. Hauser, R. M., Springer, K. W., & Pudrovskaya, T. (2005). Temporal structures of psychological well-being continuing change. Presented at the 2005, Meetings of the Gerontological Society of America Orlando, Florida.
156. Hawks, S. R., Hull, M. L., Thalman, R. L., & Richins, P. M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 9(5), 371-378.
157. Healy, L. M., & Link, R. J. (2012). *Hand book of international social work, Human Rights, Development and The Global Profession*, Oxford University Press, Inc.
158. Hematti, S., Baradaran-Ghahfarokhi, M., Khajooei-Fard, R., & Mohammadi-Bertiani, Z. (2015). Spiritual well-being for increasing life expectancy in palliative radiotherapy patients: a questionnaire- based study. *Journal of Religion Health*, 54(5):15, 63-72.
159. Heszen-Niejodek, I., & Gruszynska, E. (2004). The spiritual dimension, its importance in health psychology and its measurement. *Przegląd Psychologiczny*, 47, 15-31.

160. Heydari, A., Khorashadizadeh, F., Heshmati, F., Nabavi, S. R. M., & Ebrahimi, M. (2016). Spiritual health in nursing from the viewpoint of Islam. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18, e24288.
161. Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58, 64–74.
162. Hilton, J. M., & Child, S. L. (2014). Spirituality and the successful aging of older latians. *Counseling and Values*, 59(1), 17-34.
163. Hjelm, J. R. (2010). *The Dimensions of Health: Conceptual Models*. USA: Jones and Bartlett Publishers.
164. Hoffmann, T. J. (1997). Moving beyond dualism: A dialogue with Western European and American Indian views of spirituality, nature and science. *The Social Science Journal*, 34(6), 447-460.
165. Hojjati, H., Hekmati Pour, N., Khandousti, S., Mirzaali, J., Akhondzadeh, G., Kolangi, F., Mozafari Nia, N. (2015). An investigation into the dimensions of prayer in cancer patients. *Religion and Health*, 3, 65-72.
166. Hosseini, A. (2002). Investigation of health team's insight into the role of Islamic prayers on physical and mental health. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Science*, 7, 15-9.
167. Hovey, J. D., Hurtado, G., Morales, L. R., & Seligman, L. D. (2014). Religion-based emotional social support mediates the relationship between intrinsic religiosity and mental health. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 376-391.
168. Hsiao, Y. C., Chiang, H. Y., & Chien, L. Y. (2010). An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse education today*, 30(5):386-92.
169. Huber, M., Green, L. W., Van der Horst, H. E., & Jadad, A. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343.
170. Huguélet, P., Mohr, S., Jung, V., & et al. (2007). Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with nonpsychotic disorders. *Eur Psychiatry*, 22, 188-194.
171. Hungelman, J., Kenkel-Rossi, E., Lessen, L., & Stollenwerk, L. M. (1985). Spiritual well-being in older adults: harmonious interconnectedness. *Journal of Religion Health*, 24:147-153.
172. Hunter, J. D. (1990). Religious freedom and the challenge of modern pluralism. *Articles of Faith, Articles of Peace: The Religious Liberty Clauses and the American Public Philosophy*, 54-73.
173. Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and well-being*, 1(2), 137-164.
174. Ijaz, I., Khalily, T. M., & Ahmad, I. (2017). Mindfulness in Salah and Prayer and its association with mental health. *Journal of Relig Health*.
175. Ingram, R. E., Kendall, P. C., Siegle, G., & Guarino, J. (1995). Psychometric properties of the positive automatic thoughts questionnaire. *Psychological Assessment*, 7, 495-507.
176. Ismail, Z., & Desmukh, S. (2012). Religiosity and Psychological Well-Being. *International Journal of Business and Social Science*, 3(11).
177. Jaberri, A., Momennasab, M., Yektatalab, S. H., Ebadi, A., & Cheraghi, M. (2019). Spiritual Health as Experienced by Muslim Adults in Iran: A qualitative content analysis. *Shiraz E-Medical Journal*, 20 (12): 1-9.

178. Jafari, N., Farajzadegan, Z., Loghmani, A., Majlesi, M., & Jafari, N. (2014). Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
179. Jafari, N., Loghmani, A., & Puchalski, C. M. (2014). Spirituality and health care in Iran: Time to reconsider. *Journal of Religion and Health*, 53, 1918-1922.
180. Jang, Y., Borenstein, Chiriboga, A. R., Phillips, D. A., & Mortimer, J. A. (2006). Religiosity, adherence to traditional culture, and psychological well-being among African American elders. *Journal of Applied Gerontology*, 25, 343-355.
181. Jim, H. S., Lames E. Pustejovsky, L. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Munoz, A. R., Mallory, L. G., Snyder, A., & et al. (2015). Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Cancer*, 121, 3760-3768.
182. Joseph, R. P., Ainsworth, B. E., Mathis, L., Hooker, S. P., & Keller, C. (2017). Incorporating religion and spirituality into the design of community-based physical activity programs for-African American women: a qualitative inquiry. *BMC Research Notes*, 10:506.
183. Kang, D., Kim, I. R., Choi, E. K., Yoon, J. H., Lee, S. K., & Lee, J. E. (2017). Who are happy survivors? Physical, psychosocial, and spiritual factors associated with happiness of breast cancer survivors during the transition from cancer patient to survivor. *Psycho-Oncology Journal*. 26, 1922-1928.
184. Karami, J., & Shaeiri, H. (2009). The relationship between religiosity and mental health of women employed in public sector in Kermanshah. Faculty of Social Sciences, Razi University, (Full Text in Persian).
185. Kartono, K. (2000). *Hygiene Mental*, Bandung: Mandar Maju.
186. Kavosian, N., Hosseinzadeh, K., Kazemi Jaliseh, H., & Karboro, A. (2018). The relationship between spiritual health and loneliness among the elderly in Karaj- 2016. *Journal of Research in Religion and Health*, 4(2), 7-15.
187. Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
188. Khoshbin, S. (2010). World health organization regional office for eastern mediterranean. Active and healthy ageing and aged care strategy in the Eastern Mediterranean region.
189. Kidwai, R., Mancha, B. E., Brown, Q. L., & Eaton, W. W. (2014). The effect of spirituality and religious attendance on the relationship between psychological distress and negative life events. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 487-497.
190. Kim, Y. M., Seidlitz, L., Rob, Y., Evingerc, J. S., & Duberstein, P. R. (2004). Spirituality and affect: A function of changes in religious affiliation. *Family psychology*, 37(4), 861-870.
191. Kim-Prieto, C., & Miller, L. (2018). Intersection of Religion and Subjective Well-Being. In: E. Diener, S. O., and Tay, L. (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
192. King, M., & Schafer, W. E. (1992). Religiosity and perceived stress: A community survey. *Sociological Analysis*, 53, 37-47.
193. Kiyani, R., Mohammadi, A., & Pourahmad, E. (2011). Investigating the effect of prayer in increasing the mental health of college students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1875-1877.

194. Knapik, G. P., Martsof, D. S., Draucker, C. B., & Strickland, K. D. (2010). Attributes of spirituality described by survivors of sexual violence. *Qualitative Report*, 15(3), 644-657.
195. Koenig, H. G. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life. *Sex Reprod Menopause* 2, 76-82.
196. Koenig, H. G. (2007). Religion and depression in older medical inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(4), 282-291.
197. Koenig, H. G. (2010). Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 116-122.
198. Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*, 33 P. doi:10.5402/2012/278730.
199. Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update, *Adv. Mind Body Medicine*, 29, 19–26.
200. Koenig, H. G., Al Zaben, F., & Khalifa, D. A. (2012). Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East. *Asian Journal of Psychiatry*, 5, 180-182.
201. Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, W. B. (2012). Handbook of religion and health (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Oxford University Press.
202. Koohsar, A. A. H., & Bonab, B. G. (2011). Relation between quality of image of God with anxiety and depression in college students. *Procedia Social and Behavioral Science*, 29, 252-256.
203. Kootesh, B. R., Raisi, M., & Ziapour, A. (2016). Investigation of relationship internet addict with mental health and quality sleep in students. *Acta Medica Mediterranea*. 32(5), 1921-5.
204. Koszycki, D., Bilodeau, C., Raab-Mayo, K., & Bradwejn, J. (2014). A multifaitth spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 489-50.
205. Lareson, J. S. (1991). The measurements of health: concepts and indicators. New York: Green Wood Press.
206. Law, R. W., & Sbarra, D. A. (2009). The effects of church attendance and marital status on the longitudinal trajectories of depressed mood among older adults. *Journal of Aging and Health*, 21, 803-823.
207. Leavey, G., & King, M. (2007). The devil is in the detail: Partnerships between psychiatry and faith-based organisations. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 97-98.
208. Lester, D. (2000). Religious homogeneity and suicide. *Psychological Reports*, 87, 766-766.
209. Levine, M. (2008). Prayer as coping: A psychological analysis. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 15(2), 80-98.
210. Lim, C., & Putman, R. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review*, 75(6), 914-933.
211. Lin, H. R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho -spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 44(1), 69-80.
212. Lindfors, P., Berntsson, B., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well being scales in Swedish female and male whitecollar workers. *Personality and Individual Differences*, 40, 121-122.
213. Madhumita. (2020). Psychological Perspectives of Mental Health and Inner Peace. *Journal of Emerging Technologies and Innovative Research*, 7(10).

214. Mahoney, A., & Pargament, K. (2002). Marriage and the spiritual realm: the role of proximal and distal religious constructs in marital functioning. *Journal of Family Psychology*, 13(3), 17-23.
215. Maleki Tabrizi, J. (1993). Asrar Al- Salat, Tehran: The message of freedom. [In Persian].
216. Margetic, B. (2005), Religiosity and health outcomes: review of literature: *Coll. Antropol*, 29(1), 365-371.
217. Marques, J., Dhiman, S., & King, R. (2005). Spirituality in the workplace: Developing an integral model and comprehensive definition. *Journal American Academy of Business*, 7 (1), 81-91.
218. Mattis, J. S., & Watson, C. R. (2008). Religiosity and spirituality. In B. M. Tynes, H. A. Neville, & S. O. Utsey (Eds.), *Handbook of African American psychology*, (pp. 91-102). Thousand Oaks, CA: Sage.
219. Mattis, J. S., Powell, W., Grayman, N. A., Murray, Y., Cole-Lewis, Y. C., & Goodwill, J. R. (2017). What would I know about mercy? Faith and optimistic expectancies among African Americans. *Race and Social Problems*, 9(1), 42-52.
220. McClain, C. S., Rosengeld, B., & Breitbart, W. (2003). The influence of spiritual well-being on end-of-life despair in a group of terminally ill cancer patients. *Lancet*, 361, 1603-1607.
221. McEwen, B. S. (2003). Interacting mediators of allostasis and allostatic load: towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism*, 52(2), 10-6.
222. Meisen Helder, J. B., & Chandler, E. N. (2001). Frequency of prayer and functional health in presbyterian pastors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(2), 323-330.
223. Michaeli, F. (2009). The structural relationship between emotional intelligence and psychological well-being, perceived ability to control negative thinking and depression in mothers of mentally retarded children and compare it with normal children, exceptional children. *Journal of Research on Exceptional Children*. 2, 103-20.
224. Milan, M., Nasimi, F., Hafizi, I., Ghorbanzadeh, M., & Hosseini, Y. (2018). The relationship between spiritual health and quality of life in hemodialysis patients in Shahid Motahari Hospital in Jahrom in 2016. *Iranian Journal of Nursing*, 31 (113), 42-51.
225. Miller, M. A. (1995). Culture, spirituality, and women's health. *Journal of Obstet Gynecology Neonatal Nursing*, 24(3):257-263.
226. Miller, W. R., & Bogenschutz, M. P. (2009). Spirituality and addiction. *Southern Medical Journal*, 100(4), 433-36.
227. Moghaddam, F. M., & Marsella, A. J. (2004). *Understanding Terrorism*. Washington, DC; American Psychological Association.
228. Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, C., & et al. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186, 177-182.
229. Morales-Rodriguez, F. M., Espigares-Lopez, I., Brown, T., & Perez-Marmol, J. M. (2020). The Relationship between Psychological Well-Being and Psychosocial Factors in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4778.
230. Moreira-Almeida, A., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 242-250.
231. Morgan, P. D., Gaston-Johansson, F., & Mock, V. (2006). Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. *Association of the Black Nursing Faculty Journal*. 17(2), 73.



232. Mukolo, A., & Wallston, K. (2012). The relationship between positive psychological attributes and psychological well-being in persons with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2374-2381.
233. Munoz-Garcia, A., & Aviles-Herrera, M. J. (2014). Effects of academic dishonesty on dimensions of spiritual well-being and satisfaction: a comparative study of secondary school and university students. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 39(3), 349-63.
234. Murray, R. B., & Zentner, J. P. (1989). *Nursing concepts for health promotion*. Prentice Hall, London.
235. Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67.
236. Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-220.
237. Newberg, A., d'Aquilli, E., & Rause, V. (2002). *Why won't God go away: Brain science and the biology of belief?* New York: Ballantine Books.
238. Gomes, N. S., Farina, M., & Forno, C. D. (2014). Espiritualidade, Religiosidade e Religiao: Reflexao de Conceitos em Artigos Psicologicos. *Revista de Psicologia da IMED*, 6, 107-12.
239. Nodoushan, R. J., Alimoradi, H., & Nazari, M. (2020). Spiritual health and stress in pregnant women during the Covid-19 pandemic. *Comprehensive Clinical Medicine*, (2): 2528–2534.
240. Okpalaenwe, E. N. (2016). Spirituality of psychology. Psycho-spiritual Insitute the Catholic University of Eastern Africa, DOI: 10.13140/RG.2.1.1720.0881.
241. Olson, M. M., Trevino, D. B., Geske, J. A., & Vanderpool, H. Religious coping and mental health outcomes: an exploratory study of socioeconomically disadvantaged patients. *Explore*, 8, 172-176.
242. Oman, D., & Thoresen, C. E. (2005). Do religion and spirituality influence health. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 435-459.
243. Pajevic, I., Sinanovic, O., & Hasanovic, M. (2005). Religiosity and mental health. *Psychiatria Danubina*, 17(1-2), 84-89.
244. Pajevic, I., Sinanovic, O., & Hasanovic, M. (2017). Association of Islamic Prayer with Psychological Stability in Bosnian War Veterans. *J Relig Health*, DOI 10.1007/s10943-017-0431-Z.
245. Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Spiritual wellbeing scale. In P. C. Hill & R. W. Hood (Eds.), *Measures of religiosity*. Birmingham, AL: *Religious Education Press*. p. 382-385.
246. Pandya, S. P. (2017). Spirituality, happiness, and psychological well-being in 13- to 15-year olds: a cross-country longitudinal rct study. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 71, 12–26.
247. Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Spiritual/religious coping. *Revista Psiquiatria Clinica*, 34, 126-35.
248. Pardini, D. A., Plante, T. G., Sherman, A., & Stump J. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recover: determining the mental health benefits. *J Subst Abuse Treat*, 19, 347-354.
249. Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

250. Pavlovic, S. (1998). Psihicki poremećaji vojnika u ratu. Magistarski rad: Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli.
251. Penha, R. M., & da Silva, M. J. P. (2012). Meaning of spirituality for critical care nursing. *Texto Contexto Enfermagem*, 21, 260–68.
252. Pescosolido, B. A., & Georgianna, S. (1989). Durkheim, suicide, and religion: Toward a network theory of suicide. *American Sociological Review*, 54(1), 33-48.
253. Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55.
254. Piedmont, R. L. (2009). Personality, spirituality, religiousness, and the personality disorders: Predictive relations and treatment implications. In P. Huguelet & H. Koenig (Eds.), *Religion and spirituality in psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
255. Pieper, J. Z. T. (2004). Religious coping in highly religious psychiatric inpatients. *Ment Health Relig Cult*, 7, 349-363.
256. Plante, T. G. (2008). What do the spiritual and religious traditions offer the practicing psychologist? *Pastoral Psychology*, 56(4), 429-444.
257. Plante, T. G., & Sherman, C. (2001). Research on faith and health: New Approach to old questions. In T. G. Plante & C. Sherman (Eds.), *Faith and Health: Psychological Perspectives*. New York: The Guilford Press.
258. Poloma, M., & Pendleton, D. (1991). The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *Journal of Psychology & Theology*, 19(1), 71-83.
259. Power, L., & McKinney, C. (2013). The effects of religiosity on psychopathology in emerging adults: intrinsic versus extrinsic religiosity. *Journal of Religion Health*, [Epub ahead of print].
260. Puchalski, C. M., Blatt, B., Kogan, M., & Butler, A. (2014). Spirituality and health: The development of a field. *Academic Medicine*, 89, 10-16.
261. Rahman, M. M. (2015). Mental health: Islamic perspective. *Qudus International Journal of Islamic Studies*, 3(1).
262. Ramirez, S. P., Macedo, D. S., Sales, P. M. G., & et al. (2012). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 129-135.
263. Rasic, D. T., Belik, S. L., Rlias, B., Katz, L., Enns, M., & Sareen, J. (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, 114, 32–40.
264. Rasic, D. T., Robinson, J. A., Bolton, J., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 848-854.
265. Rassool, G. H. (2000). The crescent and Islam: Healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1476-1484.
266. Reed, T. D., & Neville, H. A. (2014). The influence of religiosity and spirituality on psychological well-being among black women. *Journal of Black Psychology*, 40(4), 384-401.
267. Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., & et al. (2005). The relationship between religion/ spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321.

268. Rizvi, A. A. (1983). Muslim concept of mental health. Lahore: Institute of Islamic Culture.
269. Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J. S., Ongur, D., & et al. (2013). Religious coping among psychotic patients: relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Research*, 210, 182-187.
270. Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
271. Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
272. Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 19, 1-28.
273. Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know them self and become what you are: A Eudaimonic Approach to Psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
274. Sadathoseini, A. S., Razaghi, N., Khosro Panah, A. H., & Dehghan Nayeri, N. (2019). A Concept Analysis of Spiritual Health. *Journal of Religion and Health*, 58, 1025-1046.
275. Sadighi, Z. h., Jahangiri, A., Karbakhsh, M., Maftoun, F., Khodaei, S., & Harirchi, I. (2009). Using prayer in clinical practice: a survey of Iranian physicians' views and practices. *Daneshvar Medicine*, 16, 67-72.
276. Saeedifar, K. (2018). The Role of Psychological Capitals and Religious Beliefs in Predicting the General Health and Spiritual Health of Veterans 25% above Hormozgan Province. Master Thesis, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Faculty of Basic Sciences.
277. Saffari, M., Lin, C. Y., Chen, H., & Pakpour, A. H. (2019). The role of religious coping and social support on medication adherence and quality of life among the elderly with type 2 diabetes. *Quality of Life Research*, 28(8), 183-193.
278. Sandoval, S., Dorner, A., & Veliz, A. (2017). Bienestar psicologico en estudiantes de carreras de la salud [Psychological well-being of students taking health degree courses]. *Investig. Education in Medical Journal*, 6, 260-266.
279. Saniotis, A. (2015). Understanding mind/body medicine from Muslim Religious practices of Salah and Dhikr. *Journal of Religion and Health*. Doi: 10.1007/s10943-014-9992-2.
280. Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. A. (2005). Meta-analysis of relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
281. Schulkin, J. (2004). Allostasis, homeostasis, and the costs of physiological adaptation. Cambridge University Press.
282. Scliar, M. (2007). Historia do Conceito de saude. *Revista Saude Coletiva*, 17, 29-41.
283. Segerstrom, S., & Miller, G. (2004). Psychological stress and the human immune system: A metaanalytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 610-630.
284. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
285. Seybold, K. S., & Hill, P. C. (2001). The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 21-24.
286. Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., & et al. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*, 190, 200-205.
287. Shahsavari, M. (2012). Investigate the Relationship between Self-Esteem and Mental Health with Psychological Well-Being in Parents' Normal and Borderline Students 12-7

- Years Old, Nationalpark-Forschung in Der Schweiz. *Switzerland Research Park Journal*, 101(10).
288. Sharif Nia, S. H., Hojjati, H., Nazari, R., Qorbani, M., & Akhoondzade, G. (2012). The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients referring to Imam Reza Hospital in Amol city. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 5(1), 29-34.
  289. Silton, N. R., Flannelly, K. J., Galek, K., & Ellison, C. G. (2013). Beliefs about God and mental health among American adults. *Journal of Religion Health*, [Epub ahead of print].
  290. Simao, T. P., Caldeira, S., & Carvalho, E. C. (2016). The Effect of Prayer on Patients' Health: Systematic Literature Review. *Religions*, 7(11).
  291. Skarupski, K. A., Fitchett, G., Evans, D. A., de Leon, M., & F, C. (2010). Daily spiritual experiences in a biracial, community-based population of older adults. *Aging & Mental Health*, 14(7), 779-789.
  292. Speed, D., & Fowler, K. (2017). Good for all? Hardly! Attending church does not benefit religiously unaffiliated, *J. Relig. Health* 56, 986-1002.
  293. Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychology*, 45, 249-257.
  294. Stratta, P., Capanna, C., Riccardi, I., & et al. (2013). Spirituality and religiosity in the aftermath of a natural catastrophe in Italy. *Journal f Religion Health*, 52, 1029-1037.
  295. Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Cohen, R. D., & Kaplan, G. A. (2001). Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 68-74.
  296. Swinton, J. (2001). Spirituality and mental health care: Rediscovering a forgotten dimension. London: Jessica Kingsley.
  297. Tab, A., Atazadegan, Z., & Hosini, S. H. (2017). Evaluation the relation between praying (salat) with physical health in nursing, midwifery and paramedical students of Hormozgan University of medical science. *International Electronic Journal of Medicine*, 6(1).
  298. Tabei, S. Z., Zarei, N., & Joulaei, H. (2016). The Impact of Spirituality on Health. *Shiraz E-Medical Journal*, 17(6), 1-10.
  299. Trevino, K. M., Archambault, E., Schuster, J., & et al. (2012). Religious coping and psychological distress in military veteran cancer survivors. *Journal of Religion Health*, 51, 87-98.
  300. Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 22-33.
  301. Vader, J. P. (2006). Spiritual health: The Next Frontier. *European Journal of Public Health*, 16, 457.
  302. Vaillant, G., Templeton, J., Ardel, M., & Meyer, S. E. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*, 66, 221-231.
  303. Verghese, A., John, J. K., Rajkumar, S., Richard, J., Sethi, B. B., & Trivedi, J. K. (1989). Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India. Results of a 2-year multicentre follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 499-503.
  304. Wahbeh, H., Elsas, S. M., & Oken, B. S. (2008). Mind-body interventions: Applications in neurology. *Neurology*, 70(24), 2321-2328.
  305. Wahbeh, H., Haywood, A., Kaufman, K., Harling, N., & Zwickey, H. (2009). Mind-body medicine and immune system outcomes: A systematic review. *The Open Complementary Medicine Journal*, 1, 25-34.

306. Wang, X. (2016). Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly. *Journal of health psychology*, 21(6), 1037-1042.
307. Watters, W. (1992). *Deadly doctrine: Health, illness, and Christian God-talk*. Buffalo. New York: Prometheus Books.
308. Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, C. (2016). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*, 51, 79-96.
309. Weaver, A. J., Flannelly, L. T., Garbarino, J., Figley, C. R., & Flannelly, K. J. (2003). A systematic review of research on religion and spirituality in the Journal of Traumatic Stress: 1990-1999. *Mental Health, Religion & Culture*, 6(3), 215-228.
310. Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health: Review. *Psychiatry, Medicine and the Behavioral Sciences*, 25(5).
311. Weber, S. R., Pargament, K. I., Kunik, M. E., & et al. (2012). Psychological distress among religious nonbelievers: a systematic review. *J Relig Health*, 51, 72-86.
312. Wells, I. E. (2010). *Psychological well-being, Psychology Of Emotions, Motivations And Actions*, Inc. New York: Nova Science Publishers.
313. West, W. (2004). *Spiritual Issues in Therapy*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
314. Williams, A. (2010). Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada. *Social Science & Medicine*, 70(10), 1633-1640.
315. Wilson, W. (1967). Correlates of a vowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
316. Woods, T. E., & Ironson, G. H. (1999). Religion and spirituality in the face of illness: how cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/ religiosity. *Journal of Health Psychology*, 4, 393-412.
317. World Health Organization. (1998). WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). Geneva: World Health Organization.
318. World Health Organization. (2001). *the World Health Report, Mental Health, New Understanding, New Hope*, Geneva, WHO.
319. World Health Organization. (2013). What is the health definition? <http://www.businessdictionary.com/>.
320. Yucel, S. (2007). *The effects of prayer on Muslim patients' well-being*. Boston University. Theses & Dissertations, 135P.

#### پیوست‌ها

دانشجوی عزیز؛ با سلام و احترام، پرسش‌نامه‌ای که در اختیار شما قرار گرفته مربوط به گردآوری اطلاعات یک تحقیق دانشگاهی می‌باشد، با تشکر از زمانی که صرف این کار می‌نمایید، خواهشمند است با پاسخ‌گویی صحیح، ما را در انجام هر چه بهتر این تحقیق یاری نمایید. ضمن اینکه پاسخ‌های شما نزد محقق محرمانه باقی خواهد ماند.

جنسیت : (۱) مرد  (۲) زن  سن: \_\_\_\_\_ تحصیلات: \_\_\_\_\_ تاریخ تکمیل: \_\_\_\_\_

پیوست ۱. پرسش نامه بهزیستی روان‌شناختی

ردیف	عبارات	کاملا مخالف	تا حدودی مخالف	کمی مخالف	کمی موافق	تا حدودی موافق	کاملا موافق
۱	به طور کلی احساس می‌کنم من مسئول وضعیت زندگی کنونی‌ام هستم.						
۲	هنگامی که جریان زندگی خود را مرور می‌کنم، از آنچه روی داده خشنود می‌شوم.						
۳	حفظ روابط صمیمی برای من مشکل است و احساس ناکامی می‌کنم.						
۴	نیازهای زندگی روزمره، اغلب مرا از پای در می‌آورد.						
۵	من برای حال زندگی می‌کنم و واقعا به آینده فکر نمی‌کنم.						
۶	من بسیاری از مسئولیت‌های زندگی روزانه‌ام را به خوبی مدیریت می‌کنم.						
۷	فکر می‌کنم داشتن تجارب جدیدی که تفکر فرد را درباره‌ی خود و جهان به چالش می‌کشد مهم است.						
۸	بیش تر جنبه‌های شخصیت خود را دوست دارم.						
۹	افراد مصمم بر من تاثیر می‌گذارند.						
۱۰	در بسیاری جهات از موفقیت‌هایم در زندگی احساس ناامیدی می‌کنم.						
۱۱	افراد مرا به عنوان فردی بخشنده و علاقمند به صرف وقت با دیگران، توصیف می‌کنند.						
۱۲	به نظرات خود اطمینان دارم، اگر چه آنها بر خلاف نظر جمع باشد.						
۱۳	روابط خیلی گرم و همراه با اعتماد زیادی را با دیگران تجربه نکرده‌ام.						
۱۴	بعضی از افراد بی هدف، زندگی خود را سپری می‌کنند؛ اما من از آن دسته از افراد نیستم.						
۱۵	برای من، زندگی یک فرایند مستمر یادگیری، تغییر و رشد است.						
۱۶	بعضی اوقات احساس می‌کنم که همه آنچه را باید در زندگی انجام دهم، انجام داده‌ام.						
۱۷	مدت هاست از تلاش برای ایجاد بهبودها و تغییرات زیاد در زندگی ام دست کشیده‌ام.						
۱۸	خودم را آنگونه که فکر می‌کنم مهم است، قضاوت می‌کنم؛ نه بر اساس ارزش‌هایی که برای دیگران مهم است.						

پیوست ۲. پرسش نامه سلامت معنوی

ردیف	عبارات	کاملا مخالف	مخال فم	نسبتا مخالف	نسبتا موافقم	موافقم	کاملا موافقم
۱	در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی‌کنم.						
۲	نمی‌دانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت.						
۳	معتقدم که خدا مرت دوست دارد و در همه حال مراقب من است.						
۴	احساس می‌کنم که زندگی یک تجربه مثبت و خوشایند است.						
۵	من معتقدم که خدا در زندگی من نقشی ندارد.						
۶	احساس می‌کنم که آینده نامعلومی دارم.						
۷	من با خدا ارتباط معنوی خاصی دارم.						
۸	در زندگی به حد کمال رسیده و کاملا احساس رضایت می‌کنم.						
۹	احساس می‌کنم که از جانب خدا حمایت نشده و نیرو نمی‌گیرم.						
۱۰	نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم احساس خوبی می‌کنم.						
۱۱	معتقدم که خدا به مشکلات من توجه می‌کند.						
۱۲	من از زندگی لذت کافی نمی‌برم.						
۱۳	ارتباط فردی رضایت بخشی با خداوند ندارم.						
۱۴	در مورد آینده‌ام احساس خوبی دارم.						
۱۵	رابطه من با خدا به من کمک می‌کند که احساس تنهایی نکنم.						
۱۶	من حس می‌کنم که زندگی پر از رنج و ناراحتی است.						
۱۷	زمانی که ارتباط نزدیکی با خدا دارم احساس کمال می‌کنم.						
۱۸	زندگی معنا و مفهوم زیادی ندارد.						
۱۹	ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد.						
۲۰	معتقدم هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد.						

پیوست ۳. پرسش نامه گرایش و التزام عملی به نماز

۱	نمازهای واجب یومیه را به جای می‌آورم.	همیشه	اغلب	گاهی	خیلی	هیچ
---	---------------------------------------	-------	------	------	------	-----

وقت	کم		اوقات		
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	نمازهای مستحبی را می‌خوانم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	نمازهای واجب را در مسجد یا نمازخانه به جای می‌آورم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	شوق نماز خواندن را در وجود خود احساس می‌کنم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	با اجبار اطرافیانم نماز می‌خوانم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	نمازهای ظهر و عصر را به جماعت می‌خوانم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	نمازهای قضا شده خود را حتما می‌خوانم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	پس از خواندن نماز احساس آرامش بیش‌تری دارم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	نمازم را با اذان و اقامه می‌خوانم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	نماز صبح را در وقت خودش می‌خوانم (یعنی قضا نمی‌شود).
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	پیش از خواندن نماز موه‌ای خود را شانه می‌زنم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	نماز ظهر را اول وقت می‌خوانم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	در هنگام گرفتاری‌ها به نماز متوسل می‌شوم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	پیش از خواندن نماز خود را معطر می‌کنم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	نمازهای خود را با آرامش و بدون عجله می‌خوانم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	نماز مغرب را اول وقت می‌خوانم.



هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۱۷	هنگامی که مأیوس و ناامید هستم خواندن نماز، امید را در دل من زنده می‌کند.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۱۸	بر نماز بیش‌تر از سایر کارها و اعمالم مراقبت می‌کنم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۱۹	خواندن نماز اول وقت را بر انجام کارهایم ترجیح می‌دهم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۰	نمازم را با حضور قلب و توجه می‌خوانم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۱	در صورتی که به دلیل بیماری و یا عذر شرعی نتوانم نماز بخوانم ناراحت می‌شوم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۲	در حین نماز احساس معنوی و روحانی در من ایجاد می‌شود.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۳	سعی می‌کنم نمازهایم قضا نشود.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۴	نمازهای مغرب و عشا را به جماعت می‌خوانم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۵	پیش از خواندن نماز مسواک می‌زنم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۶	در حین نماز حواس خود را جمع می‌کنم و سعی می‌کنم حواسم پرت نشود.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۷	طولانی خواندن نماز را بر کوتاه خواندن آن ترجیح می‌دهم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۸	در جشن‌ها و مهمانی‌ها (با وجود برخی محدودیت‌ها) نمازهای واجب خود را به جای می‌آورم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۲۹	در هنگام بیماری و یا ناخوشی نمازهای واجب را به جای می‌آورم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۳۰	در مسافرت‌ها نمازهای واجب را به جای می‌آورم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۳۱	هنگامی که در خانه نماز می‌خوانم از سجاده استفاده می‌کنم.
هیچ وقت	خیلی کم	گاهی	اغلب اوقات	همیشه	۳۲	هنگامی که به تنهایی نماز می‌خوانم سجده‌هایم طولانی‌تر است.

وقت	کم		اوقات		
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۳۳ نمازی که با خلوص نیت خوانده شود گناهان را پاک می‌کند.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۳۴ نمازم موجب شده تا کمتر گناه کنم.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۳۵ بهترین و محبوب‌ترین عمل نزد خداوند نماز است.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۳۶ فقط اعتقاد و ایمان قلبی به خداوند کافی نیست بلکه باید نمازم را بخوانم.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۳۷ بهترین وسیله نزدیک شدن به خداوند نماز است.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۳۸ اهمیت و توجه به نماز سبب شده که قوانین و مقررات اجتماعی را بهتر رعایت نمایم.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۳۹ نماز موجب کاهش نگرانی‌هایم می‌شود.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۴۰ نماز خواندن برایم لذت بخش است.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۴۱ نمازهایی که چه در تنهایی و چه در حضور دیگران می‌خوانم برایم ارزش یکسانی دارد.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۴۲ هر وقت نمازم قضا شود، ناراحت می‌شوم.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۴۳ به احکام فقهی نمازهای یومیه آگاهی دارم.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۴۴ برایم مهم است که نماز را با قرائت صحیح بخوانم.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۴۵ نماز خواندن را دوست دارم و جهت رفع تکلیف نماز نمی‌خوانم.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۴۶ بنظرم بهترین عمل دینی در اسلام نماز است.
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	۴۷ سعادت و خوشبختی دنیوی و اخروی من با میزان توجه و اهمیت من به نماز ارتباط دارد.

کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	وقت معینی برای خواندن نماز دارم، اینطور نیست که هر وقت فرصت کنم نماز بخوانم.	۴۸
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	نماز در زندگی فردی و اجتماعی من تأثیر مثبتی داشته است.	۴۹
کاملا مخالفم	مخالفم	تا حدودی موافق	موافقم	کاملا موافقم	اهمیت و توجه به نماز سبب شده که تحمل و صبر من در برابر مشکلات و ناملایمات بیش تر شود.	۵۰

با سپاس از همکاری شما

**Investigating the relationship between spiritual health and the tendency to pray with regard to the mediating role of physiological well-being in female students of Payame Noor university of Yasouj**

**By: Taleb Arjmand**

**Abstract**

Spiritual health and tendency to pray are considered as strategies to get rid of tension and psychological pressure of students. This study was conducted to investigate the relationship between spiritual health and the tendency to pray with regard to the mediating role of physiological well-being in female students of Payame Noor university of Yasouj in 1401. The present research was of the structural equations type and statistical population was the female students of Payame Noor university of Yasouj

who were studying in 1401. The research sample included 250 female students who were clustered randomly selected. The data collection tool included a spiritual health, psychological well-being and tendency to pray questionnaire. Spss and AMOS softwares were used for data and hypothesis analysis, respectively. The results of the study showed that the dimensions and the total score of tendency to pray had a direct and significant relationship with the variables of spiritual health and psychological well-being ( $p < 0.05$ ). Spiritual health had a direct and significant relationship with the tendency to pray ( $p < 0.01$ ). Spiritual health had a direct and significant relationship with the psychological well-being ( $p < 0.01$ ). Psychological well-being had a direct and significant relationship with tendency to pray ( $p < 0.01$ ). Spiritual health had a direct and significant effect on psychological well-being, as well as, the tendency to pray on psychological well-being ( $p < 0.01$ ). Psychological well-being could play a mediating role in the relationship between spiritual health and tendency to pray, and reinforcement the level of spiritual health in female students with a tendency and practical commitment to pray could have a direct impact on their mental health and by reinforcement of psychological well-being and spiritual health, it reduces tensions and negative emotions around them and by increasing their ability reinforcement the mental health of students.

**Keywords:** Physiological well-being, Pray, Spiritual health, Student



**Payame Noor University  
Fasa**

**Department of Educational Science**

**Thesis Submitted in Partial Fulfillment  
of the requirement for the Degree of M.A/M.Sc  
In  
Educational Science**

**Title:**

**Investigating the relationship between spiritual  
health and the tendency to pray with regard to the  
mediating role of psychological well-being in  
students of Payame Noor university of Yasouj**

**Supervisor:**

**Ph.D Sirous Mahmoudi**

**Advisor:**

**Ph.D Hamidreza Imanifar**

**By:**

**Taleb Arjmand**

Month 2022