

بررسی ارتباط بهزیستی وجودی و معنوی با شاخص‌های سلامت روان‌شناختی دانشجویان

محبوبه موسیوند^۱

^۱ استادیار پژوهشکده زنان ، دانشگاه الزهرا

نویسنده مسئول:

محبوبه موسیوند

چکیده

بررسی عوامل مرتبط با سلامت روان‌شناختی دانشجویان به علت استرس‌زا بودن دوران تحصیل از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف این پژوهش بررسی ارتباط بهزیستی وجودی و معنوی با شاخص‌های سلامت روان‌شناختی دانشجویان بود. روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و جامعه آماری آن را کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کیش در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ بود. نمونه پژوهش ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کیش بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی نسبی طبقه‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون (SBWS) و سلامت روان‌شناختی گلدبرگ (GHQ-28) پاسخ دادند. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به شیوه ورود مورد تحلیل قرار گرفت. رابطه دو متغیری بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی با هر یک از مؤلفه‌های (افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و نارسانکشن‌وری اجتماعی) منفی و معنی‌دار و با نمره کل سلامت روان‌شناختی مثبت و معنی‌دار است ($P \leq 0/001$)، نتایج رگرسیون چندمتغیری نشان داد که ۳۷ درصد از واریانس سلامت روان‌شناختی دانشجویان توسط بهزیستی مذهبی تبیین می‌شود. سلامت روان‌شناختی دانشجویان توسط متغیرهای بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی به خوبی قابل پیش‌بینی است. نتایج این تحقیق تلویحات مهمی در خصوص اهمیت متغیرهای مستقل در حفظ سلامت هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی دانشجویان داشت.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی وجودی، بهزیستی مذهبی، بهزیستی معنوی، سلامت روان‌شناختی، دانشجویان.

مقدمه

هنگامی جامعه‌ای سالم و متعادل خواهیم داشت که افراد آن جامعه از سلامت روان برخوردار و در عرصه‌های اجتماعی فعال باشند. انکار کردن نابسامانی‌های افراد جامعه امری نادرست است. برای اصلاح این نابسامانی‌ها باید نخست علت آن را شناخت (اوبراین، گری تلی و میلک، ۲۰۱۵). انسان مضطرب، افسرده و بحران‌زده عصر حاضر، بیش از هر زمان دیگری خود را درگیر سؤال‌های اساسی می‌یابد. می‌توان بر این نکته تأکید کرد که ارزش‌ها اساس و بنیان یکپارچگی شخصیت سالم هستند. در حقیقت ارزش‌ها، سازمان‌دهنده‌های اصلی اعمال و رفتارهای شخصیت رشد یافته به شمار می‌روند و سلامت روان، بی‌تردید، محصول چنین شخصیتی است (کلونینجر و سراکیچ، ۲۰۱۶).

سلامت داستانی غیر قابل انکار است که روزی به عنوان نبود بیماری و اکنون شامل برخورداری از آسایش جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. این تعریف جامع، دارای دو ویژگی مهم نیز هست، نخست اینکه ایده‌آل و دست نیافتنی است و دوم این که افتراق مرز سلامت و بیماری در آن به سادگی میسر نمی‌باشد. در حقیقت با این تعریف باید سلامت را قله‌ی مرتفعی دانست که هیچ کس نمی‌تواند آن را فتح نماید، ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد (استریگ هوسر، زل و گریزان، ۲۰۱۷). سلامت روان یکی از ابعاد مهم سلامتی است. متخصصان برای مسئله‌ی «سلامت روان» افراد، به خصوص جوانان اهمیت زیادی قائلند و معتقد هستند که وضعیت سلامت روان مطلوب می‌تواند به طور مستقیم و غیر مستقیم تحت عوامل مختلفی قرار گیرد. سلامت روان نه تنها فقدان بیماری در فرد است، بلکه اشاره به وضعیتی دارد که فرد در آن ضمن لذت بردن از زندگی، تفکرات و رفتار غیر طبیعی نداشته و بتواند با دیگران و محیط مؤثر ارتباط برقرار کند (طاووسی، ۲۰۱۶؛ به نقل از رستمی، ۲۰۱۸). از نظر سازمان جهانی بهداشت^۴ (WHO) (۲۰۱۶) سلامت روان یکی از محورهای مهم ارزیابی سلامت جوامع مختلف بوده و وضعیتی از سلامت هر فرد است که باعث تحقق استعدادهای بالقوه، کنارآمدن با تنش‌های معمولی زندگی و انجام کار مفید و احساس ثمربخش بودن و توان مشارکت با اجتماع تعریف می‌شود. منظور سلامت روانی از نظر سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۶) «نه تنها نبود بیماری یا معلولیت» بلکه «حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی» تعریف شده است. از نظر WHO سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلال‌های روانی و شامل ۱- خوب بودن ذهنی، ۲- ادراک خودکارآمدی، ۳- استقلال و خودمختاری، ۴- کفایت و شایستگی، ۵- وابستگی میان‌نسلی و ۶- خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی است. بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، اختلالات روانی یکی از مهم‌ترین اجزای بار بیماری‌ها شناخته شده است و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و عصبی از بار بیماری‌ها از ۱۰/۵ درصد به ۱۵ درصد افزایش یابد (وسترهوف و کیس، ۲۰۱۰؛ مک کن، ۲۰۱۱).

یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با سلامت روان که در دهه‌های اخیر به آن توجه شده، بهزیستی معنوی است (فیشر، ۲۰۱۶). معنویت بعد والای وجودی انسان است که در وجود همه‌ی انسان‌ها به ودیعه نهاده شده است تا راه رسیدن به کمال را طی کنند (می ماریان، رسولی و مهرابی، ۲۰۱۶). معنویت، هسته مرکزی بعدهای وجودی انسان است؛ و ایجاد و پیشرفت احساس معنویت، ممکن است یکی از راه‌های مناسب سازگاری باشد (امیدواری، ۱۳۸۷). از سوی دیگر معنویت می‌تواند دربرگیرنده‌ی موضوع‌ها و مفاهیمی چون روح، دین، مذهب، احساس و عاطفه، مهرورزی، ایمان، عبادت، عدالت، عقاید و افکار، شعائر مذهبی، اخلاق، آزادی، هنر، از خودگذشتگی و ایثار باشد (عمان، ۲۰۱۳). به گفته‌ی میلر، بانسال، ویکرامارتن، هو، تنگ، وای سمن و همکاران^۹ (۲۰۱۴)، معنویت زندگی انسان را کنترل می‌کند و در رابطه‌های افراد با خود، دیگران، طبیعت و خدای متعال، اثرگذار است و تجربه می‌شود. به عبارتی، هر فردی دارای بعدی معنوی است که جنبه‌های مختلف زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درواقع معنویت، ریشه در آگاهی دارد و بخشی از ساختار (سرشت) بیولوژیکی انسان است (خرمی مارکانی، یغمایی، خدایاری فرد و علوی مجد، ۱۳۹۱). بهزیستی معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه بین نیروهای داخلی فراهم

1 O'Brien, Greatley & Meek

2 Cloninger & Svrakic

3 Strickhouser, Zell & Krizan

4 Worth Health Organization

5 Westerhof & Keyes

6 MacKean

7 Fisher

8 Oman

9 Miller, Bansal, Wickramaratne, Hao, Tenke, Weissman and et al

می‌کند و در زندگی صلح، تاسب و هماهنگی؛ و همچنین احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط را به وجود می‌آورد (کوتش، رئیسی و ضیاء پور، ۲۰۱۶). در حقیقت بهزیستی معنوی جدیدترین بعد سلامت است (مانوز- گارسیا و آویلس-هریرا، ۲۰۱۴) که دارای دو بعد بهزیستی مذهبی و وجودی است. همچنین طبق نظر موبرگ^۲ (۱۹۷۸) بهزیستی معنوی یک سازه چندبعدی است که شامل بهزیستی مذهبی (بعد عمودی) و بهزیستی وجودی (بعد افقی) است. بهزیستی مذهبی منعکس کننده‌ی ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نهایت است، بهزیستی وجودی مطرح کننده‌ی ارتباط فرد با خود، دیگران و محیط است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست (هسایو، چی یانگ و چی‌این^۳، ۲۰۱۰؛ ضیاء پور و کیانپور، ۲۰۱۵). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که باورهای دینی با سطوح پایین افسردگی (هامان- فرایدریچ، لادن هاف، وال نر- لیمن و فینگ^۴، ۲۰۱۱؛ اندرسون و پالوین^۵، ۲۰۱۳)، بهزیستی شخصی ادراک شده (آنی گو، مار توس، بولاند و هورواتس- سیزابو^۶، ۲۰۱۱)، نگرش مثبت (سانچز، وان در و ناپو^۷، ۲۰۰۸؛ حسین دخت، فتحی آشتیانی و تقی زاده، ۲۰۱۳)، معنا و هدف در زندگی (باچالاسکی^۸، ۲۰۱۲)، بهزیستی، خوش‌بینی و امید رابطه مثبت (رضا ماسوله، شیخ‌الاسلامی، خدادادی و یزدانی، ۱۳۸۹؛ کوئینگ، کینگ و کارسون^۹، ۲۰۱۲).

جعفری، حاجلو و محمد زاده (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان رابطه باورهای دینی و بهزیستی معنوی با سلامت عمومی و شیوه‌های مقابله در ۱۴۰ سربازان وظیفه که به مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد)، مقیاس بهزیستی معنوی، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه شیوه‌های مقابله پاسخ داده بودند دریافتند که بین عمل به باورهای دینی با سلامت عمومی و شیوه‌های مقابله در سطح ($P \leq 0/05$) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. توریانو، شاون، وایتمن، همپسون، روبرتس و دانیل^{۱۰} (۲۰۱۲) در پژوهش خود بیان کردند که باورهای مذهبی سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و افزایش عزت‌نفس افراد را به همراه دارد و ازجمله عواملی که ممکن است در پیشگیری از اختلالات روانی و مشکلات ناشی از آن ازجمله خودکشی، افسردگی، اعتیاد به مواد مخدر، اضطراب نقش مؤثری داشته باشد، داشتن باورها و اعتقادات مذهبی است. ریف (۲۰۱۲) در پژوهشی با هدف بهزیستی وجودی و سلامت نشان داد که بهزیستی وجودی با شاخص‌های سلامت رابطه مثبت دارد. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که بهزیستی وجودی ۳۷ درصد از واریانس شاخص‌های سلامت روانی را پیش‌بینی کرد. نوربخش و مولوی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای باهدف رابطه هوش معنوی و باورهای مذهبی با احساس حقارت و خشونت در دانشجویان نشان دادند که هوش معنوی با احساس حقارت و خشونت رابطه دارد ($P \leq 0/01$)، اما رابطه باورهای مذهبی با احساس حقارت و خشونت معنی‌دار نبود. جعفری (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با هدف پیش‌بینی کننده‌های معنوی سلامت روان پرستاران: نقش معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی نتایج نشان داد که رابطه دو متغیری بهزیستی مذهبی با معنا در زندگی مثبت معنی‌دار و با هریک از متغیرهای اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی منفی معنی‌دار است. همچنین رابطه دو متغیری بهزیستی وجودی با معنا در زندگی مثبت معنی‌دار و با هر یک از متغیرهای جسمانی‌سازی، اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی منفی معنی‌دار است. رابطه دو متغیری معنا در زندگی با هر یک از متغیرهای اضطراب و افسردگی منفی و معنی‌دار بود. غفاری (۲۰۱۵) در یک مطالعه‌ای مدل سازی معادلات ساختاری با هدف بهزیستی معنوی، بهزیستی وجودی و راهبردهای مقابله‌ای مذهبی مثبت و عوامل محافظت کننده خانواده (انطباق خانوادگی) نتایج مدلسازی معادلات ساختاری از نقش میانجی بهزیستی وجودی و راهبردهای مقابله مذهبی مثبت در ارتباط با بهزیستی معنوی و عوامل محافظت کننده از خانواده حمایت کردند. مدل تحلیلی نشان داد که ۴۰ درصد از توزیع عوامل محافظت کننده از خانواده توسط بهزیستی وجودی و راهبردهای مقابله‌ای مثبت مذهبی پیش‌بینی می‌شود. بانو و حنیف^{۱۱} (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان نقش میانجی معنای وجودی در رابطه با استرس و سلامت روان شناختی به این نتیجه رسیدند که بین معنای وجودی و شاخص‌های سلامت روان شناختی رابطه مثبت و مستقیم

1. Muñoz-García & Aviles-Herrera

2 Moberg

3 Hsiao, Chiang & Chien

4 Human-Friedrich, Ladenhauf, Wallner-Liebmann & Fink

5 Anderson & Pullen

6 Anikó, Martos, Boland & Horváth-Szabó

7 Sanchez, van der & Nappo

8 Puchalski

9 Koenig, King & Carson

10 Turiano, Shawn, Whiteman, Hampson, Roberts & Daniel

11 Bano & Hanif

وجود دارد. همچنین بین استرس و سلامت روان شناختی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. نتایج الگوهای مسیر نشان داد که معنای وجودی ۱۷ درصد از شاخص های سلامت روان را پیش بینی می کند. نعمتی سوگلی تپه (۱۳۹۶) در مطالعه ای باهدف پیش بینی افکار خودکشی دانشجویان بر اساس افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای دریافت که بین افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و سبک مقابله ای هیجان مدار با افکار خودکشی، رابطه مثبت و معنی دار و بین دینداری، حمایت اجتماعی و سبک مقابله مسئله مدار با افکار خودکشی، همبستگی منفی و معنی داری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری و حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار توانستند ۰/۶۷ از تغییرات افکار خودکشی دانشجویان را تبیین کنند. افسردگی بیشترین قدرت پیش بینی کنندگی را در مورد افکار خودکشی داشت.

در مجموع بررسی وضعیت سلامت روانی و شناسایی عوامل روان شناختی مؤثر در سلامت روانی دانشجویان، با توجه به استرس زا بودن دوران تحصیلی مهم به نظر می رسد. از طرفی با عنایت به این که بیشتر پژوهش های انجام شده در زمینه بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی روی سایر جوامع آماری و نمونه های بالینی انجام شده است، پژوهش در این حیطه که ارتباط بین عوامل معنوی، روان شناختی و وجودی را با سلامت روان در دانشجویان مورد بررسی قرار دهد، حائز اهمیت است. در راستای رسیدن به چنین هدفی، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی چه ارتباطی با سلامت روانی دانشجویان دارند؟

روش پژوهش

روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. به لحاظ معیار زمان، این پیمایش از نوع همبستگی بوده و به لحاظ معیار ژرفایی از نوع پهنانگر است که داده های آن با استفاده از پرسشنامه گردآوری شده است. در این پژوهش بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی به عنوان متغیر پیش بین و سلامت روان متغیر ملاک مطالعه محسوب می شود.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کیش تشکیل می دادند که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش در مطالعه (همبستگی) ۴۰۰ نفر (۱۷۷ پسر ۲۲۳ دختر) از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کیش بود که به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای نسبی انتخاب شدند.

نمونه این پژوهش ۴۰۰ نفر (۱۷۷ پسر و ۲۲۳ دختر) از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کیش بود که به شیوه تصادفی طبقه ای نسبتی از بین دانشگاه آزاد این شهر انتخاب شدند. دلایل انتخاب این روش: الف) در مواردی که افراد جامعه مورد پژوهش از نظر صفات غیرمشترک در جامعه ناهمگون و این صفات غیرمشترک در نتیجه پژوهش تأثیر مهمی داشته باشد، نمونه گیری تصادفی طبقه ای بهترین شیوه نمونه گیری در آن پژوهش است؛ ب) این شیوه از نمونه گیری در مقایسه با شیوه های دیگر نمونه گیری دارای دقت بیشتر است. زیرا که در این شیوه نمونه گیری، احتمال آن که افراد طبقه ای از جامعه در میان افراد نمونه نماینده نداشته باشند، تقریباً صفر است و در گروه نمونه از هر طبقه نماینده ای وجود خواهد داشت (شریفی و شریفی، ۱۳۸۳)؛ ج) نمونه گیری طبقه ای نسبتی. نوعی از نمونه گیری طبقه ای است که نسبت هر زیرگروه در نمونه با نسبت آن در جامعه یکسان است و زمانی که پژوهشگر قصد نتیجه گیری از کل نمونه و تعمیم یافته ها به کل جامعه است، دقیق ترین نوع نمونه گیری است (گال، بورگ و گال، ۱۹۹۶؛ ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۳). به دلیل اینکه در مطالعات پیمایشی حداقل میزان افراد قرار گرفته در زیرگروه ها جهت انجام تحلیل های مناسب بایستی ۵۰ نفر باشد و به طور معمول در مطالعات کاغذ-مدادی متوسط درصد ابزارهای تکمیل جواب داده شده در حدود ۷۰ درصد است (گال و همکاران، ۱۹۹۶؛ ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۳) بنابراین حجم حداقل برای زیرگروه ها نمونه گیری تقریباً ۷۰ نفر یعنی $50 = (70\% \times 70)$ در نظر گرفته می شود. اما پژوهشگران به احتمال ریزش نمونه و وجود داده های مخدوش و قدرت تمییز و پیش بینی کنندگی برای تعمیم پذیری بیشتر با توجه به جدول مورگان و مورجسی با توجه به حجم جامعه معلوم تعداد ۲۰۰ نفر را برای گروه دختران و ۲۰۰ نفر را از بین پسران انتخاب کرد. شیوه انتخاب نمونه دانشجویان بدین صورت بود که هر دانشکده به منزله یک طبقه در نظر گرفته شده و افراد نمونه با توجه به ملاک (سن، جنسیت، و وضعیت اجتماعی-اقتصادی) انتخاب شدند. در هر یک از دانشکده ها، انتخاب افراد با مراجعه به آموزش دانشکده و هماهنگی با این دفتر و مراجعه به کلاس صورت گرفت. در هر دانشکده بنا به تصادف تعداد مساوی از دانشجویان انتخاب شده و از آن ها خواسته شد به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دهند. با توجه به اینکه در تحقیقات همبستگی حداقل نمونه

بایستی ۳۰ تا ۵۰ نفر باشد (دلور، ۱۳۸۰)، اما در این تحقیق به خاطر افزایش اعتبار بیرونی ۴۰ نفر به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شد. برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده خواهد شد.

مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS): این آزمون توسط پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده مقیاس است. سؤالات فرد آزمون، مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت بخش با خدا را مورد سنجش قرار می دهد. سؤالات زوج آزمون، مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می سنجد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت شش درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. پایایی این مقیاس، توسط دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) روی دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و خرده مقیاس بهزیستی وجودی، به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ و ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و وجودی برابر با ۰/۸۸ و ۰/۸۲ و ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): گلدبرگ (۱۹۷۲)، پرسشنامه سلامت عمومی را برای سرند اختلالات روانی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه طراحی و تدوین نموده است. فرم اصلی این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که آزمودنی باید پاسخ های خود را بین چهار درجه (خیر، کمی، زیاد و خیلی) و یا (بیشتر از همیشه، کمتر از همیشه و خیلی بیشتر از همیشه) مشخص کند. فرم های کوتاه تر ۱۲، ۲۰، ۳۰، ۴۴ و ۶۰ ماده ای این مقیاس نیز تهیه شده است (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۷). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی که توسط (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) معرفی شده است، استفاده گردید. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. در واقع فرم ۲۸ ماده ای این پرسشنامه دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. پرسشنامه مذکور دارای چهار خرده مقیاس می باشد که هر یک ۷ سؤال دارد. چهار مقیاس مذکور عبارتند از: ۱- مقیاس نشانگان جسمانی سؤالات (A) ۱ تا ۷، ۲- مقیاس نشانگان اضطرابی (B) سؤالات ۷ تا ۱۴، ۳- مقیاس نارساکنش روری اجتماعی (C) سؤالات ۱۴ تا ۲۱ و ۴- مقیاس نشانگان افسردگی (D) سؤالات ۲۱ تا ۲۸، (تقوی، ۱۳۸۰). با توجه به روش های مختلف نمره گذاری این پرسشنامه، در پژوهش حاضر از روش یا مدل ساده (لیکرت) جهت نمره گذاری استفاده شد. لازم به توضیح است که هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، از سلامت روان پایین تری برخوردار است. تقوی (۱۳۸۰) همسانی درونی مقیاس های GHQ را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای علائم جسمانی ۰/۸۵، علائم اضطراب و بی خوابی ۰/۸۷، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹، علائم افسردگی و خیم ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان دهنده سلامت عمومی است ۰/۸۳ بیان کرده است. تقوی (۱۳۸۰) با استفاده از سه روش بازآزمایی تنصیف و آلفای کرونباخ اعتبار آزمون را به ترتیب برابر ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ و روایی این آزمون را بین ۰/۵۵ تا ۰/۶۷ و اعتبار آن را بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۴ گزارش کرده است. میناکاری، زالی، میناکاری، حیدری و عرب علیدوستی (۱۳۸۵) با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای مقیاس های آن از ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش کرده اند.

روش اجرا

پس از جلب رضایت شرکت کنندگان در پژوهش، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و پرسشنامه ها در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ های مورد نظر را متناسب با ویژگی های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی جمع آوری شد. برای پاسخگویی آزمودنی ها به پرسشنامه های پژوهش به دانشجویان شرکت کننده در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنان بصورتی محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به این سؤالات پاسخ دهند می توانند در هر مرحله ای از پاسخگویی که هستند کار پژوهش را ادامه ندهند. در پایان کار، داده های گردآوری شده بوسیله ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام

1. Spiritual well being scale
2. Paloutzian & Ellison
3. Cronbach's alpha
4. General Health Questionnaire
5. Hillier

و با استفاده از نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین اطمینان بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

یافته‌ها

برای بررسی توزیع نرمال هر یک از متغیرها، نتایج آزمون کالموگراف-اسمیرنف^۱ یک بعدی مورد توجه قرار گرفت. با توجه به این که مقدار Z این آزمون در تمامی متغیرها (بهزیستی وجودی و معنوی، و شاخص‌های سلامت روان، بین ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- قرار داشت، از این رو می‌توان گفت که توزیع نمرات کلیه متغیرها مورد مطالعه دارای شکل نرمال بود (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات برای متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	آماره کولموگروف - اسمیرنوف	مقدار P
بهزیستی وجودی	۳۵/۶۲	۳/۸۵	۰/۸۹۸	۰/۲۱۸
بهزیستی مذهبی	۳۶/۴۹	۳/۰۵	۰/۹۵۸	۰/۳۴۵
بهزیستی معنوی کل	۷۲/۱۱	۵/۱۵	۰/۹۱۲	۰/۳۲۲
افسردگی	۱۰/۱۴	۲/۳۳	۰/۷۹۸	۰/۰۶۰
اضطراب	۱۲/۲۶	۲/۸۸	۰/۹۴۵	۰/۳۳۹
شکایات جسمانی	۸/۴۵	۱/۵۶	۰/۸۹۸	۰/۲۸۹
نارساکنش وری اجتماعی	۸/۳۶	۱/۴۱	۰/۹۱۸	۰/۳۳۱
سلامت روان‌شناختی	۳۹/۲۱	۴/۱۸	۰/۹۱۲	۰/۳۲۲

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) مولفه‌های بهزیستی وجودی، بهزیستی معنوی، و شاخص‌های سلامت روانی در دانشجویان آمده است. با توجه به نتایج جدول میانگین (و انحراف استاندارد) بهزیستی معنوی ۷۲/۱۱ (و ۵/۱۵) و سلامت روان‌شناختی ۳۹/۲۱ (و ۴/۱۸) می‌باشد.

جدول ۲. ماتریس ضریب همبستگی بهزیستی مذهبی، وجودی و معنوی با شاخص‌های سلامت روان‌شناختی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
بهزیستی وجودی	۱							
بهزیستی مذهبی	**۰/۶۷	۱						
بهزیستی معنوی	**۰/۶۹	**۰/۷۰	۱					
افسردگی	**۰/۴۷	**۰/۳۱	**۰/۴۳	۱				
اضطراب	**۰/۵۳	**۰/۳۲	**۰/۴۸	**۰/۶۰	۱			
شکایات جسمانی	**۰/۴۴	**۰/۳۷	**۰/۴۰	**۰/۵۱	**۰/۷۱	۱		
نارساکنش وری اجتماعی	**۰/۴۷	**۰/۳۱	**۰/۴۳	**۰/۹۰	**۰/۶۰	**۰/۵۱	۱	
سلامت روان‌شناختی	**۰/۶۱	**۰/۳۸	**۰/۵۵	**۰/۸۰	**۰/۸۸	**۰/۸۱	**۰/۸۱	۱

برای آزمون روابط دو متغیره بهزیستی وجودی، بهزیستی معنوی با سلامت روان‌شناختی از ضریب همبستگی پیرسون^۲ استفاده شد نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۲ آورده شده است. اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که رابطه دو متغیری بهزیستی وجودی با شاخص‌های افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و نارساکنش وری اجتماعی منفی و معنی‌دار ($P \leq 0/001$) و با نمره کل سلامت روان‌شناختی مثبت و معنی‌دار بود ($P \leq 0/001$)، رابطه دو متغیری بهزیستی مذهبی و معنوی، با شاخص‌های افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و نارساکنش وری اجتماعی منفی و معنی‌دار ($P \leq 0/001$) و با نمره کل سلامت روان‌شناختی مثبت و معنی‌دار بود ($P \leq 0/001$). به عبارت دیگر افرادی که از بهزیستی وجود، مذهبی و معنوی بالاتری برخوردارند از افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و نارساکنش وری اجتماعی پایین‌تر و سلامت روان‌شناختی بالاتری برخوردارند و بالعکس.

برای تعیین مقدار واریانس تبیین شده سلامت روان‌شناختی توسط مؤلفه‌های بهزیستی وجودی، مذهبی و معنوی از رگرسیون چندمتغیری به روش ورود استفاده شد (جدول ۳). قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، یک تحلیل اولیه برای بررسی

مفروضه‌های رگرسیون اجرا شد و نتایج حاکی از برقراری نرمال بودن چندگانه نمرات متغیرها بود (باقیمانده‌ها به طور نرمال در اطراف نمرات پیش‌بینی شده سلامت روان‌شناختی توزیع شده بودند)، روابط بین متغیرها خطی بود (باقیمانده‌ها یک رابطه مستقیم با نمرات پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی داشتند)، هم خطی چندگانه وجود نداشت (همبستگی بین متغیرهای مستقل یعنی بهزیستی وجود، مذهبی و معنوی کمتر از ۰/۷ بود)، یکسانی پراکندگی وجود داشت (واریانس باقیمانده‌ها در اطراف نمرات پیش‌بینی شده برای همه نمرات پیش‌بینی شده یکسان بود) و نمرات پرت وجود نداشت. نتایج آزمون دوربین- واتسون در دامنه ۱/۹۸ بود که نشان داد فرض استقلال متغیرها برقرار است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری برای پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی از طریق مؤلفه‌های بهزیستی وجودی، مذهبی و

معنوی								
مدل	پیش بین	R	R ²	F	P	B	T	(P)
۱	بهزیستی مذهبی	۰/۶۱	۰/۳۷	۲۲۳/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱۴/۹۶	P≤۰/۰۰۱

پس از اجرای رگرسیون چندگانه، مقدار R^2 به دست آمده نشان داد که ۳۷ درصد از واریانس کل سلامت روان‌شناختی دانشجویان توسط متغیرهای وارد شده در مدل، تبیین گردیده است. بدین دلیل کوهن^۱ (۱۹۸۸) معتقد است که مقادیر $R^2 \geq ۰/۵۰$ (یعنی $R^2 \geq ۰/۲۵$) بیانگر ارتباط بسیار قوی بین متغیرهای مورد مطالعه است. در این مطالعه نیز $R^2 = ۰/۳۷$ بود که حاکی از ارتباط چند متغیره قوی بین متغیرهای پیش‌بین و سلامت روان‌شناختی است. تحلیل واریانس آروی همین مدل نیز حاکی از معنی‌داری مدل کلی بود ($F_{(۳, ۳۹۷)} = ۱۷۵/۲۳۶$, $P \leq ۰/۰۰۱$). نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که وقتی متغیر بلوک اول (بهزیستی مذهبی) وارد مدل شدند، مدل کلی ۳۷ درصد واریانس متغیر سلامت روان‌شناختی را تبیین کرد، در گام‌های بعدی با اضافه شدن هر یک از متغیرهای پیش‌بین میزان واریانس تبیینی تغییری نکرد. با توجه به مقادیر بتا بهزیستی مذهبی با ضریب بتا ($Beta = ۰/۹۲$) به عنوان قوی ترین متغیرها برای پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی می‌باشند. همچنین با توجه به نتایج جدول ۳ که نشان می‌دهد مقادیر آماره تحمل برای همه متغیرهای پیش‌بین پژوهش از ۰/۱ بزرگتر و مقادیر آماره عامل افزایش واریانس نیز برای همه آن‌ها از ۱۰ کوچکتر می باشد. بنابراین مطابق با معیارهای دیدگاه کلاین (۲۰۰۵؛ به نقل از جعفری و همکاران، ۱۳۹۱) در این پژوهش هم خطی چندگانه مشاهده نشد.

1. Cohen

2 Analysis of variance (ANOVA)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط بهزیستی وجودی و معنوی با شاخص‌های سلامت روان‌شناختی دانشجویان بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین بهزیستی وجودی با سلامت روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (جعفری و همکاران، ۱۳۹۳؛ توریانو و همکاران، ۲۰۱۲؛ نوربخش و مولوی، ۱۳۹۴؛ جعفری، ۱۳۹۴؛ غفاری، ۲۰۱۵ و بانو و حنیف، ۲۰۱۵) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که، بهزیستی معنوی از طریق تدارک یک چارچوب، جهت تفسیر و توصیف تجارب زندگی و به موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به هم‌پیوستگی وجودی، در ارتقای سلامت روان‌شناختی مشارکت می‌کند. به تعبیری معنویت یک سامانه باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنی پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند (بانو و حنیف، ۲۰۱۵). موجودات انسانی زمانی که در معرض تقاضاهای محیطی که در آن قرار دارند و یا زمانی که آنان به این نتیجه می‌رسند که وظیفه منحصر به فردی در زندگی دارند و یا مواقعی که به تجربه یا باور معنای غایی در زندگی که همان ایمان به خداست می‌رسند، به حس معنای وجودی در زندگی دست می‌یابند، بنابراین رسیدن به معنای وجودی یکی از عوامل اصلی کاهش میزان افسردگی و اضطراب می‌باشد که از خرده مقیاس‌های اصلی سلامت روان است. از طرفی کار و فعالیت هدفمند یکی از راه‌های رسیدن به معنای وجودی است. در افرادی که کاری انجام می‌دهند و دنبال معناجویی هستند. به ویژه فعالیت‌هایی که در آن به افراد نیازمند و بیماران خدمت رسانی می‌شود، حس هدفمندی و مثبت بودن به انسان دست می‌دهد و این حس هدفمند بودن و معنادار بودن زندگی به نوبه خود منجر به سلامت روان در افراد می‌شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت که سلامت روانی در افراد به معنا داشتن زندگی وابسته است و کسی که به این سطح از آگاهی برسد در برخورد با هر رنج و دردی به دنبال معنا و چرایی در آن است و از راهبردهای مقابله‌ای سالم در جهت مواجهه با مشکلات استفاده خواهد کرد (توریانو و همکاران، ۲۰۱۲).

همچنین نتایج نشان داد که بین بهزیستی مذهبی و معنوی با سلامت روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (جعفری و همکاران، ۱۳۹۳؛ توریانو و همکاران، ۲۰۱۲؛ نوربخش و مولوی، ۱۳۹۴؛ جعفری، ۱۳۹۴؛ غفاری، ۲۰۱۵ و بانو و حنیف، ۲۰۱۵) همخوانی دارد.

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت، بهزیستی معنوی باعث می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرشهای مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد (گومز و فیشر، ۲۰۰۳). بهزیستی معنوی موجب می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرشهای مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد. به عبارت دیگر، معنویت و مذهب به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند، موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی دانشجویان می‌شود. از اینرو، دانشجویان با سلامت روان‌شناختی بالا، برای حل مسایل زندگی پافشاری بیشتری می‌کنند و در برابر بازخوردهای نامطلوبی که از محیط اطرافشان دریافت می‌کنند، استقامت بیشتری دارند. در نتیجه می‌توانند سطوح بالاتری از هیجانات مثبت را بروز دهند، همچنین بهزیستی معنوی افراد را قادر خواهد ساخت تا با پرورش آن در خود، نسبت به تنیدگی و سایر جنبه‌های منفی که سلامت روان و بهزیستی ذهنی آنها را به خطر می‌اندازد، مصون باشند (برجلی و همکاران، ۱۳۹۲).

از طرفی معنویت و بهزیستی معنوی برای افراد، حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد و این نوع حمایت این حس را در دانشجویان ایجاد می‌کند که تنها نیست و به گروهی تعلق دارد که در موقع سختی و مشکلات از او حمایت عاطفی می‌کند. از سوی دیگر بهزیستی وجودی از طریق عواملی نظیر ایجاد پیوندهای نزدیک با اعضای گروه‌های مذهبی، برقراری دوستی‌های عمیق با بعضی از این افراد، قرار گرفتن در محیط‌هایی که افراد آرام و حمایت‌کننده در آن حضور دارند و انجام رفتارهای نوع دوستانه، حمایت اجتماعی برای افراد فراهم می‌آورد و از این طریق موجب سلامت روان در افراد می‌شود (جعفری، ۱۳۹۴). از طرفی افراد مذهبی در مقابله با مشکلات زندگی از راهبردهای مقابله‌ای سالم و منطقی از قبیل باور فرد به اینکه حمایت و هدایت را از طرف خداوند دریافت می‌کند یا اینکه مذهب در فرایند حل مسئله در مقابله با مشکلات کمک‌کننده است، استفاده می‌کنند که این نوع رفتارهای مقابله‌ای سالم و سبک زندگی منجر به اجتناب از روش‌های ناسالم و پرخطرانه و متعاقباً سلامت روان در افراد می‌شود. شواهد پژوهشی نیز نشان دهنده آن است که مقابله‌ای مذهبی مثبت توسط افرادی که با استرس مواجه می‌شوند نتایج بهتری را برای سلامت جسمانی و رانی آنها دارد (غفاری، ۲۰۱۵).

نتایج رگرسیون چندمتغیری نشان داد که ۳۷ درصد از واریانس سلامت روان‌شناختی توسط مؤلفه بهزیستی مذهبی تبیین می‌شود. ۶۳ درصد از واریانس باقی‌مانده توسط سایر ویژگی‌های زیستی، شخصیتی و محیطی تبیین می‌شود.

بهبودی وجودی، مذهبی و بهزیستی معنوی علاوه بر رابطه مستقیمی که با هم دارند، قادرند به طور مستقل سلامت روان-شناختی را در دانشجویان پیش‌بینی کنند. این امر، نشان می‌دهد که بهزیستی وجودی، مذهبی و بهزیستی معنوی علاوه بر اثرات مشترکی که می‌توانند بر سلامت روان‌شناختی دانشجویان داشته باشند، ویژگی‌های خاصی نیز دارند که بر سلامت روان‌شناختی اثرگذار است.

در نهایت روش پژوهش (توصیفی) باعث شد که نتوانیم بین متغیر ملاک سلامت روان‌شناختی و متغیر پیش‌بین بهزیستی وجودی، مذهبی و بهزیستی معنوی رابطه علت و معلولی در نظر بگیریم، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به این امر توجه شود، عدم همکاری بعضی از دانشجویان هم از محدودیت‌های پیش روی تحقیق بوده است. در مجموع با توجه به ویژگی‌های دوران تحصیلی دانشجویان و مشکلات دوران تحصیلی این گروه سنی به برنامه‌ریزی و خدمات حمایتی چه از سوی دولت و چه از سوی خانواده‌ها و سایرین نیاز دارند.

سپاس‌گزاری

در نهایت پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کرده‌اند نهایت سپاس-گزاری را داشته باشند.

منابع

- امیدواری، سپیده (۱۳۸۷). سلامت معنوی، مفاهیم و چالش‌ها. پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن کریم. ۱ (۱)، ۵۸-۱۷.
- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۵). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز. دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد، ۱۵ (۲۸)، ۱-۱۳.
- جعفری، عیسی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با هدف پیش‌بینی کننده‌های معنوی سلامت روان پرستاران: نقش معنادار زندگی، بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۳ (۸)، ۶۷۶-۶۸۴.
- جعفری، عیسی؛ حاجلو، نادر و محمد زاده، علی (۱۳۹۳). رابطه عمل به باورهای دینی و بهزیستی معنوی با سلامت عمومی و شیوه‌های مقابله در سربازان وظیفه. مجله طب نظامی، ۱۶ (۴)، ۱۹۶-۱۹۱.
- حسین دخت، آرزو؛ فتحی آشتیانی، علی و تقی زاده، محمد احسان (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. روانشناسی و دین، ۶ (۲)، ۷۴-۵۷.
- خرمی مارکانی، عبدالله؛ یغمایی، فریده؛ خدایاری‌فرد، محمد و علوی مجد، حمید (۱۳۹۱). طراحی و روان‌سنجی «مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی». دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۰ (۱)، ۱۲۳-۱۱۳.
- دهشیری، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در دانشجویان. مطالعات روانشناختی، ۴ (۳)، ۴۴۲-۴۳۳.
- رضا ماسوله، شادمان؛ شیخ‌الاسلامی، فرزانه؛ خدادادی، نیما و یزدانی، محمدعلی (۱۳۸۹). نقش باورهای مذهبی در سلامت عمومی سالمندان عضو کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی گیلان در شهر رشت. دو فصلنامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی گیلان، ۲۰ (۶۳)، ۲۶-۲۲.
- میناکاری، محمود، زالی، محمدرضا؛ میناکاری، محمد؛ حیدری، محمود و عرب علیدوستی، فاطمه (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت در مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر. دو فصلنامه روانشناسی معاصر، ۱ (۲)، ۲۳-۱۳.
- نعمتی سوگلی تپه، فاطمه (۱۳۹۶). پیش‌بینی افکار خودکشی دانشجویان بر اساس افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۲ (۴۵)، ۲۸۰-۲۵۵.
- نوربخش، امین و مولوی، حسین (۱۳۹۴). رابطه هوش معنوی و باورهای مذهبی با احساس حقارت و خشونت در دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۶ (۱)، ۴-۱۲.
- Anderson, K. J., Pullen, C. H. (2013). Physical activity with spiritual intervention strategies: a cluster randomized trial with older African American women. *Research in Gerontological Nursing*. 6, 11-21.
- Anikó, K., Martos, T., Boland, V., Horváth-Szabó, K. (2011). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescent Health*. 34(1), 39-47.
- Bano, A., Hanif, R. (2015) Existential Meaning as a Moderator in Stress and Psychological Health. *J Psychol Clin Psychiatry* 4(5): 00235. DOI: 10.15406/jpcpy.2015.04.00235
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2016). Personality Disorders. In *The Medical Basis of Psychiatry* (pp. 537-550). Springer New York.
- Fisher, J. W. (2016). Assessing adolescent spiritual health and well-being (commentary related to Social Science & Medicine-Population Health, ref: SSM-PH-D-15- 00089). *SSM-population health*. 2, 304.
- Ghaffari, M. (2015). Religious Well-Being, Existential Well-Being, Positive Religious Coping and Family Protective Factors (Family Adaptation): A Causal Model. *International Journal of Psychology* 9 (2), 125-147.
- Goldberg, D. P. (1979). The detection of psychiatric illness by Questionnaire. 1st ed. london: Oxford university Press. P. 234239.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O, et al. (1997). The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 27(1), 191-197.
- Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9(1), 139-145.
- 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.
- Human-Friedrich, U., Ladenhauf, K. H., Wallner-Liebmann, S. J., Fink, A. (2011). Different types of religious/spiritual well-being in relation to personality and subjective well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 21(2): 115-26.

- Koenig H, King D, Carson VB (editors) (2012). *Definitions. In Handbook of Religion and Health*, pp. 37–38. Oxford University Press: New York.
- 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.
- MacKean, G. (2011). Mental health and well-being in postsecondary education settings: A literature and environmental scan to support planning and action in Canada. 2011 For the June 2011 CACUSS preconference workshop on mental health. Available online: cacuss.ca/_Library/documents/Post_Sec_Final_Report_June6.pdf (accessed on 14 Mar 2014. 2011.
- Memaryan, N., Rassouli, M., Mehrabi, M. (2016). Spirituality concept by health professionals in Iran: A qualitative study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. (Full Text in Persian).
- Miller, L., Bansal, R., Wickramaratne, P., Hao, X., Tenke, C. E., Weissman, M. M., et al. (2014). Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. *JAMA psychiatry*. 71(2), 128-35.
- Moberg, D. O. (1978). Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Soc Indic Res*. 5(1-4), 303-23.
- Muñoz-García, A., Aviles-Herrera, M. J. (2014). Effects of academic dishonesty on dimensions of spiritual wellbeing and satisfaction: a comparative study of secondary school and university students. *Assessment & Evaluation in Higher Education*. 39(3), 349-63.
- O'Brien, S. S., Greatley, A., & Meek, L. (2015). The mentally healthy society: The report of the taskforce on mental health in society.
- Oman, D. (2013). *Defining religion and spirituality*. Handbook of the psychology of religion and spirituality. 23-47.
- Paloutzian, R. F, & Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well- being, and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Source book for current theory, research, and therapy*, New York: Wiley Interscience.
- Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*. 23, 49–55.
- Rostami, R., Hossein Ashna, A., Tavousi, M., & Montazer, A. (2018). Cultural capital and mental health in Iranian adolescents: a cross sectional study, *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, 17(1), 33-39. [Persian]
- Ryff, C. D. (2012). Existential well-being and health. In P. T. P. Wong (Ed.), *Personality and clinical psychology series. The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (pp. 233-247). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Sanchez, Z., van der, M., Nappo, S. A. (2008). Religious treatments for drug addiction: an exploratory study in Brazil. *Social Science & Medicine*. 67 (4), 638–46.
- Strickhouser, J. E., Zell, E., & Krizan, Z. (2017). Does personality predict health and well-being? A met synthesis. *Health Psychol*. 36(8), 797-810.
- Turiano N.A., Shawn, D., Whiteman, S.E., Hampson, B.W., Roberts, S., & Daniel, K. (2012). Personality and substance use in midlife: conscientiousness as a moderator and the effect of trait change. *Journal of Research in Personality*. 46, 295-305.
- Westerhof, G. J., Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*. 17(2),110-9.
- World Health Organization (2016). Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Ziapour, A., Kianipour, N. (2015). Relationship between personality traits and mental health among the staff in Kermanshah University of Medical Sciences 2015. *Journal Medicine Life*. 8, 122-8.