

بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی روان شناختی و بهزیستی معنوی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جهرم در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹

مهدی اژدري خانكهداني

كارشناس ارشد روان شناسي عمومي، دانشگاه آزاد اسلامي فسا.

نام نويسنده مسئول:

مهدی اژدري خانكهداني

تاريخ دريافت: ۱۳۹۹/۹/۸

تاريخ پذيرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۱

چكیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی روان شناختی و بهزیستی معنوی در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جهرم بوده است. پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی و جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد شهر جهرم بوده است که از میان ۱۶۵۰ نفر، تعداد ۱۵۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شد اما به دلیل محدودیت بیماری کرونا، تعداد ۱۰۰ پرسشنامه میان آنها توزیع گردید. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت و راس (۱۹۵۰)، پرسشنامه فرم کوتاه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) و پرسشنامه بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، توسط نرم افزار **spss** نگارش ۲۵ از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. پس از تجزیه و تحلیل داده های پژوهش نتایج نشان داد که بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی روانشناختی دانشجویان دانشگاه آزاد شهر جهرم، با سطح معناداری ۰,۳۶۳ رابطه معنادار وجود ندارد. همچنین بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد شهر جهرم، با سطح معناداری ۰,۳۵۳ رابطه معنادار وجود ندارد.

واژگان کلیدی: جهت گیری مذهبی، بهزیستی روان شناختی، بهزیستی معنوی.

مقدمه

جهت گیری مذهبی استفاده از باورها و رفتارهای مذهبی جهت حل مشکل یا پیشگیری یا کم نمودن پیامدهای منفی روانی در مواجهه با مشکلات و شرایط سخت است. مذهب بسیاری از نیازهای اساسی انسان را برآورده می کند و خلاءهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را پر می کند. امید و قدرت را تحکیم نموده و خصوصیات اخلاقی و معنوی را در فرد و اجتماع استحکام داده و پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات و مصائب و محرومیت زندگی ایجاد می کند. افراد با اعتقادات مذهبی قوی تر، سازگاری بهتری با موقعیت های زندگی دارند. سازگاری مذهبی یک استراتژی مهم برای افراد مبتلا به بیماری های تهدید کننده حیات محسوب می شود (مصلی نژاد، خسروی و لادن، ۱۳۸۸). جهت گیری مذهبی روشی است که انسان ها از عقاید و شعائر مذهبی جهت رویارویی با مشکلات و فشارهای زندگی بهره می گیرند. پارگمنت^۱ (۲۰۰۸) با مرور ۱۳۰ مطالعه در زمینه مقابله و جهت گیری مذهبی و نقش آن در سلامت روان نتیجه گرفت ۳۴ درصد از مطالعات به اثرات مثبت و معنی دار مقابله و سازگاری مذهبی در کاهش اضطراب تاکید دارد و تنها در چهار درصد موارد این ارتباط منفی و در بقیه موارد بدون ارتباط معنی دار است. مطالعات تیلور^۲ (۲۰۱۲) نشان داده است میان جهت گیری مذهبی و بهزیستی معنوی ارتباط ویژه ای وجود دارد. در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی به مطالعه سلامتی انسان مورد انتقاد بسیار زیادی قرار گرفته است. برخلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می کند. رویکردهای جدید بر "خوب بودن" به جای "بد" یا "بیمار بودن" تاکید می کند. از این منظر عدم وجود نشانه های بیماری روانی، شاخص سلامتی نیست

بلکه سازگاری شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی های مثبتی از این دست را نشان می دهد نظریه هایی مانند نظریه خودشکوفایی مازلو^۳ یا بالیدگی آلپورت^۴ در شکل گیری مفهوم بهزیستی روان شناختی، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره جسته اند. به دنبال ظهور این نظریه ها و جنبش روان شناسی مثبت نگر که در سلامتی روانی بر وجود ویژگی های مثبت و رشد توانایی های فردی تاکید داشتند، گروهی از روان شناسان به جای سلامتی روان از بهزیستی روان شناختی استفاده کرده اند زیرا معتقدند این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می کند (نشاط دوست، مولوی، کلانتری، ۱۳۹۰). بهزیستی معنوی شخصی یعنی این که فرد توانسته بین معنا، هدف و ارزش های زندگی خود انسجام و سازگاری برقرار کند. بهزیستی معنوی جمعی، فرد را به نحوه ارتباط وی با دیگران پیوند می زند. بعد سوم بهزیستی معنوی محیط گراست که به لذت، مراقبت و پرورش محیط طبیعی اطراف مربوط می شود (آتش افروز، ۱۳۹۴). شواهد پژوهشی نشان داد معنویت و مذهب دو منبع حمایتی هستند که منجر به افزایش بهزیستی و مقابله با مشکلات روزمره زندگی می شوند (هیل^۵، ۲۰۰۴). لذا هدف از انجام این پژوهش، پاسخگویی به این پرسش است که آیا بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی روان شناختی و بهزیستی معنوی در دانشجویان دانشگاه آزاد شهر چهارم ۱۳۹۸-۱۳۹۹ رابطه ای وجود دارد؟

مبانی نظری تحقیق

مذهب سیستم سازمان یافته ای از باورها شامل ارزش های اخلاقی، رسومات، مشارکت در جامعه دینی برای اعتقاد راسخ تر به خدا یا یک قدرت برتر استمذهب از موثرترین تکیه گاه های روانی به شمار می رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه لحظه های عمر فراهم کند و در شرایط خاص با فراهم سازی تکیه گاه تبیینی، فرد را از تعلیق و بی معنایی نجات دهد (قاسمی، ۱۳۹۶). باورهای مذهبی شیوه موثری برای مقابله با مصایب و تجارب دردناک و نشانه های بیماری است. هم چنین در زمان مشکلات و ناراحتی ها بر نحوه روابط انسانی اثر می گذارد. جهت گیری مذهبی، روی آورد کلی شخص که از مذهب اتخاذ کرده است؛ یعنی در ارتباط با موجودی متعالی (قدسی) مجموعه ای از اعتقادات، اعمال و تشریفات خاص را در زندگی دارد. جهت گیری مذهبی را می توان تقریباً معادل دین داری یا دین ورزی گرفت. به اعتقاد مولر^۶ (۲۰۰۱)، معنویت به مثابه آگاهی از هستی

¹ Pargament² Taylor³ Maslow⁴ Allport⁵ Hill⁶ -Muller

یا نیرویی فراتر از جنبه های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می آورد. از نظر هاوکس^۷ (۲۰۱۲)، مذهب به تشویق مناسک روزمره مثل نماز و روزه تمایل دارد، اما معنویت سطوح جدید معنی و رای تمام عملکردها را جستجو می کند. اکثر افراد معنوی مذهبی هستند، ولی عکس آن صادق نیست. برخی صاحب نظران بر این باورند که بحث های موجود در مورد جهت گیری مذهبی به این منجر شده که جهت گیری مذهبی امری ذهنی و مبهم شود. در یک انتهای طیف، به معنویت مترادف با مذهب نگریسته شده است، در حالی که در انتهای دیگر طیف، برای تمام افراد فاقد ایمان یا اعتقاد به خدا نیز به کار می رود. گفته می شود که جهت گیری مذهبی برای افراد مختلف بسته به نگرش آنها به جهان یا فلسفه زندگی آنها معانی گوناگونی دارد، در حالیکه برخی دیگر قاطعانه اظهار می کنند هنگامی که معنویت از همراهی با مذهب جدا شود، عاری از هر گونه مفهوم واقعی می شود. طبق این دیدگاه، در حال حاضر اصطلاح معنویت از زمینه تاریخی خود جدا شده و به نظر می رسد نتیجه آن پدیدار شدن شکلی از معنویت است که به صورت فردی تعیین می شود و منجر به کمرنگ شدن اصطلاح معنویت می شود و ممکن است هویت معنوی از دست رود. در این حالت اشکال متعددی از معنویت که توسط «فرد» تعیین می شود، ظاهر می شوند. برخی مطرح می کنند که این مساله منعکس کننده اشتغال فکری سیستم مراقبت سلامتی با نظریه فردگرایی است. طی سال های اخیر؛ فرسایشی در مورد اجزای مذهبی و خدا پرستانه معنویت، به بهای رویکرد بیشتر به سوی تعدد دیده می شود (آهنگرکانی، رحیمیان و حسینی، ۱۳۹۸).

تغییر شکل مفهوم معنویت، منعکس کننده دیدگاهی بیشتر غیردینی است که در جستجوی شمول عام و ارتباط با هر کس، قطع نظر از عقیده رایج مذهبی است (امیرتیموری، ۱۳۹۰). بنابراین هر فرد بر اساس سلیقه خود می تواند معنویت را تعریف کند و به این ترتیب، اصول و مبانی حقیقی حسن و قبح ذاتی دستخوش چالش جدی شده است و به نسبت گرایی افراطی کشیده شده است. با کاهش عضویت ادیان نظام مند و رشد سکولاریسم^۸ در دنیای غرب، نگاه وسیع تری از معنویت گرایی ظهور کرده است. اصطلاح معنویت گرایی در حال حال حاضر، به طور مکرر در متونی به کار رفته است که پیشتر اصطلاح دین به کار می رفت (فرازی، ۱۳۹۲). در لایه های زیرین معنویت گرایی در عصر حاضر، رگه های اومانیزم^۹ را به خوبی می توان مشاهده کرد. انسان کانون هستی و حیات تلقی می شود. هر آنچه برای او مفید باشد، تبلیغ شده و متعالی ترین هدف، برخورداری از آرامش، خوش بینی، رضایتمندی و احساس معناداری در زندگی است. آن هم با حذف ماورا طبیعت و وحی! هر چیزی که این اهداف را تامین می کند، مفید تلقی می شود. حتی آنجا که از نقش دین و مناسک مذهبی در سلامت معنوی انسان سخن می گویند، نباید متدینان را سر ذوق آورد که جهان معاصر به معنویت اقبال نشان داده است. دعوت به معنویت جدید سلامت معنوی نیز با اهداف دنیوی و مادی دنبال می شود، حتی توسل به دین و مذهب و مناسک مذهبی معنوی تنها به عنوان ابزاری است در خدمت انسان، نه حقیقتی اصیل و جاویدان (عابدی، ۱۳۹۸). معنویت موجب هدایت در تصمیم گیری ها و فشارها می گردد، به داشتن پاسخ برای پرسش های بزرگ و فلسفه غایت جهان کمک می کند، برای معتقدین خود حمایت اجتماعی در جنبه های انسانی و الهی تأمین

می کند، مثبت نگری و خوش بینی ایجاد کرده، معنا و هدفداری در زندگی ایجاد می کند، امیدواری و انگیزش در افراد و پیروان خود ایجاد می کند، توانمندی فردی را افزایش داده، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس ها و مشکلات را می افزاید. همه این ها که از پیامد دینداری و گرایش به زندگی معنوی است نیاز همه بیماران است و عواملی است که پژوهش ها نشان داده است مؤثر در بهبودی، بهزیستی، و ارتقای سلامت در ابعاد بیوفیزیولوژیک، ایمونولوژیک،^{۱۰} و روانی اجتماعی است.

در اوایل قرن بیستم مطالعه در مورد بهزیستی شروع به شکل گیری کرد. ریف با تأکید بر این که سلامت چیزی فراتر از فقدان بیماری است، پیشنهاد کرد که بهزیستی روان شناختی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد، اشاره می کند. ویلیام

⁷ -Hawks⁸ secularism⁹ humanism¹⁰ biophysiological, immunological

جیمز^{۱۱} پدر روانشناسی آمریکا، در مورد "ذهنیت سالم" در کتاب "انواع تجارب مذهبی" مطالبی نوشت. او مشاهده کرد برخی از افراد در هر سنی، با وجود تمامی مشکلات و سختی هایی که در زندگی دارند، خود را به سوی خوشبختی سوق می دهند. این ها کسانی هستند که توجهشان را از بیماری، مرگ و کشت و کشتار و ناآرامی ها، برگرفته و به سوی مسائل دلپذیرتر و بهتر سوق می دهند. در نگاه اول این عقیده که می توان با وجود بیماری، بهزیستی روانی را تجربه کرد، قابل پذیرش نیست. با این حال، مطالعات بسیاری نشان دادند که می توان تحت بدترین شرایط نیز بهزیستی روانی را تجربه کرد (جعفری، میرزا کرد و زادسیفی، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده و هست. در ابتدا رفاه و طول عمر بیشتر، معنی کیفیت زندگی بهتر را داشت. اما امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می شود و منظور از آن سال هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت بخشی باشد کیفیت زندگی مفهومی پویا و وسیعتر از سلامتی است بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی-روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در بر گیرد (گاتمن^{۱۲}، ۲۰۰۰).

امروزه با پیدایش و گسترش روان شناسی سلامت و روان شناسی مثبت، نگرش درباره اختلالات، از چارچوب پزشکی و مدل تک عاملی خارج شده و محققان معتقدند که بهتر است شکل گیری و گسترش اختلال های روانی را به حساب سبک های زندگی معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود. بر همین اساس روان شناسان مثبت گرا با یک رویکرد کل نگر در مقابل رویکرد تشخیصی آماری انجمن روان پزشکی آمریکا، یک نظام طبقه بندی جدید به نام نیرومندی های منش^{۱۳} را در شش حیطه، جهت شناسی و طبقه بندی توانمندی هایی که در خلاف بیماری عمل می کنند، مشخص کرده اند و بر اساس آن رویکرد های مداخله ای متعددی را بنا نهاده اند. انجلا^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند که به جای تأکید صرف بر آسیب شناسی، باید به دنبال فهم کامل گستره تجارب انسان از کمبود، رنج، بیماری تا شکوفایی، بهزیستی و شادمانی باشیم زیرا روان شناسی تنها تمرکز بر بیماری ها و درمان هم متمرکز بر ضعف ها نمی باشد. از لحاظ تاریخی فلاسفه در تئوری های اخلاق به خصوص رویکردهای لذت گرایانه^{۱۵} اپیکوری^{۱۶}، به طور گسترده به مفهوم شادمانی و بهزیستی پرداخته اند. اما برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ داینر^{۱۷} اصطلاح بهزیستی روان شناختی و ساختار های مرتبط با آن را به صورت روشمند در حوزه روان شناسی بررسی کرد و آن را جایگزین و مترادف شادمانی قرار داد (ابوالقاسمی، ۱۳۹۰). داینر مطابق با دیدگاه سیکزنت میهالی^{۱۸}، در تعریف بهزیستی به تئوری فعالیت اشاره دارد و آن را همانند کارکردی از شخصیت و نگرش های کلی نسبت به محیط و شرایط می داند. بهزیستی روان شناختی دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت زندگی و بعد عاطفی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفی منفی مؤلفه های شناختی و عاطفی بهزیستی، به همدیگر وابسته و میزان این همبستگی از ۰/۱۰ تا ۰/۸۰ در نوسان است (ابوالقاسمی، ۱۳۹۰).

از دیر باز دو رویکرد اصلی در تعریف بهزیستی وجود داشته است. رویکرد مبنی بر لذت گرایی که معتقد است بهزیستی به معنای به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد است. این رویکرد در طول تاریخ حامیان خاص خود را داشته است که از جمله می توان اپیکور^{۱۹}، هابز^{۲۰} و استوارت میل^{۲۱} را نام برد (هاریس^{۲۲}، ۲۰۰۲). این رویکرد، بهزیستی را با خوشی لذت گرایانه با شادکامی برابر می داند. دیدگاه غالب روانشناسان لذت گرا آن است که بهزیستی برابر با شاد کامی شخصی و مرتبط با تجربه لذت

¹¹ William James¹² Gottman¹³ character strengths and virtues¹⁴ Angela¹⁵ pleasure principle¹⁶ epicure¹⁷ . Diner¹⁸ . Sequent Mihali¹⁹ Epicurus²⁰ Hobbes²¹ Stuart Milli²² Harris

در مقابل تجربه ناخوشی است. رویکرد دوم، مبتنی بر فضیلت‌گرایی ارسطو^{۲۳} است. بر اساس این رویکرد، ارضای امیال، به رغم ایجاد لذت در ما همیشه منتهی به بهزیستی نمی‌شود بلکه بهزیستی در برگیرنده تلاشی برای کمال و تحقق پتانسیل‌های واقعی فرد است که ممکن است همواره توأم با احساس لذت نباشد. نظریات فضیلت‌گرا بر این باورند که ارضای امیال، به رغم ایجاد لذت، همواره بهزیستی را در پی ندارد و در نتیجه، بهزیستی نمی‌تواند صرفاً به معنای تجربه لذت باشد (بهداری خسرو شاهی، ۱۳۹۰). با یکپارچه کردن این مفاهیم بهزیستی معنوی را می‌توان بصورت یک حالتی از سلامتی که منعکس‌کننده احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت از ارتباطات با خود، دیگران، طبیعت و موجودی برتر است تعریف کرد (فرهادی، ۱۳۸۸). در مورد تعریف معنویت و بهزیستی معنوی معانی بسیاری در مقالات و کتب گوناگون ارائه شده است از نظر لغوی، واژه معنویت در واقع برگرفته از کلمه لاتین اسپریتوس^{۲۴} به معنای تنفس مفهومی وسیع‌تر از مذهب دارد و به یک روند پویا، شخصی و تجربی اشاره می‌کند (مظفری نیا، ۱۳۹۳). معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. از نظر شولز معنویت عبارت است از تجربه ارتباط معنادار با خود، دیگران، جهان و قدرت برتر که به صورت عکس‌العمل‌ها، روایت و اعمال بیان می‌شود.

۳- پیشینه پژوهش

عابدی (۱۳۹۸) در پژوهش خود با موضوع بررسی نقش جهت‌گیری دینی و مولفه‌های کارکرد خانواده در بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه‌ی منطقه ۶ شهر تهران که حاکی از حل مشکلات به طور معناداری بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند و اضافه شدن حل مشکل، عملکرد خانواده، ارتباط، نقش، کنترل رفتار، آمیزش عاطفی و همراهی عاطفی به معادله، قدرت پیش‌بینی را به طور معناداری بالا می‌برد. همبستگی بین مولفه‌های جهت‌گیری مذهبی (بیرونی و درونی) از یک طرف و متغیر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان از طریق دیگر برابر ۰/۳۸۸ محاسبه گردید و نشان می‌دهد ۱۵ درصد واریانس یا تفاوت‌های فردی در بهزیستی روان‌شناختی مربوط به ویژگی‌های جهت‌گیری مذهبی است. بنابراین می‌توان گفت که افراد در خانواده و به ویژه والدین با عملکرد خود را در چارچوب خانواده تأثیر مهمی در سلامت روانی فرزندان خود می‌گذارند و سلامت روان بالاتر، جهت‌گیری مذهبی بهتری را در پی خواهد داشت.

آهنگرکانی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود با موضوع ارتباط عوامل بافتاری و نیازهای مذهبی با بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به سرطان در شهرستان ساری که حاکی از آن بود که نیاز مذهبی، نیاز وجودی و نیاز به بخشش به صورت مثبت و معنی‌دار بیشترین سهم را در پیش‌بینی بهزیستی معنوی داشت. همچنین نتایج نشان داد که ابعاد رفتاری، سیاست، دولت، بهداشت، پزشکی و اشتغال به صورت معنی‌دار بیشترین سهم را در پیش‌بینی بهزیستی معنوی داشت. به عبارت دیگر نتایج نشان داد مؤلفه‌های نیازهای مذهبی و عوامل بافتاری به عنوان دو سازه روانشناختی می‌توانند در بهزیستی معنوی بیماران نقش داشته باشند.

خوشنویس (۱۳۹۷) در پژوهش خود رابطه جهت‌گیری مذهبی والدین و سبک فرزند پروری آنان با بهزیستی ذهنی فرزندان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد رابطه جهت‌گیری دینی درونی والدین با مؤلفه‌های عاطفه مثبت، عدم وجود عاطفه منفی و رضایت کلی از زندگی بهزیستی ذهنی فرزندان، مثبت و معنادار است. همچنین جهت‌گیری دینی بیرونی والدین در پیش‌بینی مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی فرزندان معنادار نبود. در سبک فرزندپروری والدین، سبک مقتدرانه، مؤلفه عاطفه مثبت، عدم وجود عاطفه منفی و رضایت کلی از زندگی بهزیستی ذهنی فرزندان را مثبت و سبک فرزندپروری مستبدانه، مؤلفه عاطفه مثبت، عدم وجود عاطفه منفی و رضایت کلی از زندگی بهزیستی ذهنی فرزندان را منفی پیش‌بینی می‌کند. اما سبک فرزندپروری سهلگیرانه هیچ یک از مؤلفه‌های بهزیستی فرزندان را به صورت معنادار پیش‌بینی نکرد.

صمدی فرد و نریمانی (۱۳۹۷) در پژوهشی، با موضوع بررسی رابطه هویت اخلاقی، بهزیستی معنوی و جهت‌گیری مذهبی با سازگاری شغلی در پرستاران زن در بیمارستان‌های دولتی شهر اردبیل، بدین نتیجه رسیدند که بین هویت اخلاقی و بهزیستی

²³ Arastu

²⁴ spritus

معنوی با سازگاری شغلی پرستاران رابطه معنادار وجود دارد. هویت اخلاقی، بهزیستی معنوی و جهت گیری مذهبی در مجموع ۶۱ درصد از واریانس سازگاری شغلی پرستاران را پیش بینی نمودند. به طور کلی نتایج نشان داد سازگاری شغلی پرستاران توسط متغیرهای هویت اخلاقی، بهزیستی معنوی و جهت گیری مذهبی قابل پیش بینی است.

شریفی و سعیدی (۱۳۹۶) در مقاله ای با موضوع پیش بینی بهزیستی روان شناختی بر اساس جهت گیری زندگی و خوش بینی دانش آموزان، حاکی از آن بود که جهت گیری زندگی و خوش بینی توان پیش بینی بهزیستی ذهنی را دارند به عبارت دیگر جهت گیری زندگی و خوش بینی می توانند سبب افزایش شادی و رضایت از زندگی و کاهش افسردگی شوند. بر اساس یافته ها می توان بیان کرد که داشتن جهت گیری زندگی و خوش بین بودن بر سلامت روان و بهزیستی افراد تاثیر دارد.

صدری دمیچی و همکاران (۱۳۹۶) در تحقیقی با موضوع بررسی رابطه بین بهزیستی روانشناختی با جهت گیری مذهبی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که بین بهزیستی روان شناختی با جهت گیری مذهبی درونی و بخشش رابطه مثبت معنادار و همچنین بین بهزیستی روان شناختی و جهت گیری مذهبی بیرونی رابطه منفی وجود دارد. به طور کلی نتایج نشان داد مد نظر قراردادن جهت گیری مذهبی و تلاش برای ارتقای بخشش در دانشجویان، می تواند زمینه ساز ارتقای بهزیستی روان شناختی آنان شود.

جیانبین و مهتا^{۲۵} (۲۰۱۸) در پژوهشی با موضوع بررسی تاثیر مذهب بر افراد. نتایج حاکی از آن است که مذهب می تواند در فرایندهای فیزیکی، اجتماعی و وجودی افراد، نقش مکمل را بازی کند و سازگاری افراد با شرایط را تسهیل کند. زنگ^{۲۶} (۲۰۱۸) در پژوهشی که با موضوع ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روانی انجام شد، نتایج انجام شده، حاکی از آن بود که بین نگرش مذهبی، احساس تنهایی، اضطراب، افسردگی ارتباط مستقیم معنادار معکوس وجود دارد.

کوئینگ (۲۰۱۷) در پژوهشی که با موضوع بررسی ارتباط بین جهت گیری های مذهبی با بهزیستی روان شناختی انجام شد، حاکی از آن بود که میان انجام اعمال و فعالیت های مذهبی مانند، دعا نیایش، شرکت در مراسم کلیسا و خواندن کتاب مقدس و شدت افسردگی بیماران رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

گود و ویلاگی^{۲۷} (۲۰۱۷) در پژوهشی که به مطالعه میزان مذهبی بودن از طریق حضور در اماکن مذهبی، معنویت با پرسش درباره اعتقاد به خداوند یا یک منبع متعالی پرداختند، پس از بررسی و تجزیه و تحلیل داده های آماری نتایج بدست آمده، حاکی از آن بود که مذهبی بودن نوجوانان با سازگاری معنوی آنها رابطه مثبت معنی داری دارد.

کیتز و همکاران^{۲۸} (۲۰۱۶) در تحقیقی که با موضوع بررسی بهزیستی معنوی، کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان انجام دادند، نتایج حاکی از آن بود که بیمارانی که بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بالایی دارند، سازگاری روانشناختی بالاتری در برابر بیماری دارند.

۴-روش تحقیق

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، بنیادی؛ از نظر نوع داده ها، کمی؛ از نظر نحوه گردآوری داده ها، توصیفی از نوع همبستگی و از نظر شیوه اجرا، مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کل دانشجویان دانشگاه آزاد شهر جهرم در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸، به تعداد ۱۶۵۰ نفر بوده است که با توجه به جدول مورگان، تعداد ۳۱۲ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شد اما به دلیل محدودیت دسترسی به کل دانشجویان، تعداد ۱۵۰ نفر به عنوان حجم نمونه، به روش تصادفی در دسترس انتخاب شد اما به دلیل محدودیت بیماری کرونا، تعداد ۱۰۰ پرسشنامه میان آنها توزیع گردید. جهت انجام تحلیل آماری و توصیفی، ویژگی های فردی آنها بررسی گردید. این ویژگی ها عبارتند از: سن، جنس، مذهب. محقق با توجه به متغیرهای تحقیق و بر اساس مقالات معتبر، به این نتیجه رسید که برای هر متغیر پرسشنامه های زیر را می توان بین دانشجویان توزیع کرد:

²⁵ Jianbin And Mehta

²⁶ Zeng

²⁷ Goodman

²⁸ Kates

الف) پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت و راس (۱۹۵۰)

این پرسشنامه مشتمل بر ۲۱ پرسش چهارگزینه ای به صورت الف- کاملاً مخالفم، ب- تقریباً مخالفم، ج- تقریباً موافقم، د- کاملاً موافقم است که میزان جهت گیری مذهبی افراد را می‌سنجد. بر همین اساس این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. ابعاد و سوالات در این مقیاس، به صورت گویه‌های ۱ تا ۱۲ جهت گیری مذهبی بیرونی و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق می‌باشد، و در ۹ ماده بعدی (گویه‌های ۱۳ تا ۲۱) که جهت گیری درونی را اندازه می‌گیرند، پاسخ بر عکس است. در مطالعات اولیه مشاهده شد که همبستگی جهت گیری مذهبی بیرونی با درونی ۰/۲۱ است.

ب) پرسشنامه فرم کوتاه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹)

ریف و کینز بهزیستی روان‌شناختی را پیشنهاد نمودند که به‌طور گسترده‌ای توسط پژوهشگران بررسی گردید. بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند مؤلفه‌ای و دربرگیرنده: ۱. پذیرش خود (سوالات ۲، ۸، ۱۰): یعنی نگرش مثبت نسبت به خود و پذیرش جنبه‌های مختلف خود مانند ویژگی‌های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته؛ ۲. روابط مثبت با دیگران (سوالات ۳، ۱۱، ۱۳): احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی‌ها؛ ۳. خودمختاری (سوالات ۹، ۱۲، ۱۸): احساس استقلال و اثرگذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها؛ ۴. تسلط بر محیط (سوالات ۱، ۴، ۶): حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌های پیرامون؛ ۵. زندگی هدفمند (سوالات ۵، ۱۴، ۱۶): داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته او معنادار است؛ ۶. رشد فردی (سوالات ۷، ۱۵، ۱۷): احساس رشد مداوم و دستیابی به تجربه‌های نو به‌عنوان یک موجود دارای استعدادها بالقوه است. ریف در سال ۱۹۸۹ برای اندازه‌گیری این سازه‌ها، مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی همچون پرسشنامه ۲۰ عبارتی، ۱۴ عبارتی، ۹ عبارتی و ۳ عبارتی را طراحی کرد. پس از بررسی‌های اولیه نسخه اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی که دارای ۸۴ عبارت است، تهیه شد. سپس نسخه‌های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی طراحی شد. نسخه کوتاه این پرسشنامه ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بنابراین دارای ۶ زیر مقیاس (هر زیر مقیاس شامل ۳ عبارت) است که در این مطالعه از فرم کوتاه ۱۸ سؤالی مقیاس بهره گرفته شده است. شیوه نمره‌گذاری به صورت (کاملاً مخالفم=۱؛ تا حدی مخالفم=۲؛ کمی مخالف=۳؛ کمی موافق=۴؛ تا حدی موافق=۵؛ کاملاً موافق=۶) می‌باشد. عبارات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

ج) پرسشنامه بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲)

الیسون و پالوتزین این پرسشنامه را برای اولین بار در سال ۱۹۸۲ طراحی نمودند که شامل دو خرده مقیاس و ۲۰ سؤال است. سؤالات فرد آزمون مربوط به خرده مقیاس سلامت مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت بخش با خدا را می‌سنجد و سؤالات زوج مربوط به خرده مقیاس سلامت وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت ۶ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. نمره‌گذاری: در سؤالات ۴، ۳، ۲۰، ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۸، ۷، به‌گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ و سؤالات ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۹، ۶، ۵، ۲ و ۱ گزینه کاملاً مخالفم نمره ۶ تعلق می‌گیرد. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰-۶۰ می‌باشد. از طریق نمره گذاری این مقیاس نمره سلامت مذهبی، سلامت وجودی و نمره کل سلامت معنوی به دست می‌آید. مجموع نمرات به دست آمده یا سلامت معنوی را به ۳ سطح زیر دسته بندی می‌کنند: سلامت معنوی در سطح پایین (۲۰-۴۰) و سلامت معنوی در حد متوسط (۴۱-۹۹) و سلامت معنوی در سطح بالا (۱۰۰-۱۲۰)

۵- یافته های پژوهش**۱- فرضیه اول: بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی روانشناختی دانشجویان دانشگاه آزاد شهر جهرم رابطه**

معنادار وجود دارد. جهت تحلیل این سوال از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد.

آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای جهت گیری مذهبی و بهزیستی روانشناختی

جهت گیری مذهبی	بهزیستی روانشناختی		
جهت گیری مذهبی	1.000	ضریب همبستگی پیرسون	.034
بهزیستی روانشناختی	.034		
جهت گیری مذهبی	.	سطح معناداری	.367
بهزیستی روانشناختی	.367		
جهت گیری مذهبی	100	مجموع	100
بهزیستی روانشناختی	100		

یافته ها در آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی روانشناختی دانشجویان دانشگاه آزاد شهر جهرم رابطه معنادار وجود ندارد .

۲- فرضیه دوم: بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد شهر جهرم رابطه معنادار وجود دارد.

جهت تحلیل این سوال از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد.

آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای جهت گیری مذهبی و بهزیستی معنوی

جهت گیری مذهبی	بهزیستی معنوی		
بهزیستی معنوی	1.000	ضریب همبستگی پیرسون	.038
جهت گیری مذهبی	.038		
بهزیستی معنوی	.	سطح معناداری	.353
جهت گیری مذهبی	.353		
بهزیستی معنوی	100	مجموع	100
جهت گیری مذهبی	100		

یافته ها در آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد شهر جهرم رابطه معنادار وجود ندارد.

آزمون ضریب رگرسیون بین متغیرهای جهت گیری مذهبی و بهزیستی معنوی

مدل	ضرایب غیر استاندارد		t	سطح معناداری
	B	خطای انحراف استاندارد		
جهت گیری مذهبی	51.532	9.602	5.367	
بهزیستی معنوی	.054	.142	.378	.706

یافته ها در آزمون ضریب رگرسیون نشان داد فرضیه رد شده و بین جهت گیری مذهبی با بهزیستی معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد شهر جهرم رابطه معنادار وجود ندارد .

نتایج

مطالعات نشان داده است که، هرچه میزان جهت گیری مذهبی در افراد بالاتر باشد میزان مشکل های روانی در آنان کاهش خواهد یافت. جهت گیری مذهبی روشی است که انسان ها از عقاید و شعائر مذهبی جهت رویارویی با مشکلات و فشارهای زندگی بهره می گیرند. بهزیستی روانشناختی متأثر از عوامل مختلفی همچون جهت گیری مذهبی است و یکی از تعدیل کننده های آسیب های جسمانی و روانی، جهت گیری مذهبی افراد است. جهت گیری مذهبی استفاده از باورها و رفتارهای مذهبی جهت حل مشکل یا پیشگیری یا کم نمودن پیامدهای منفی روانی در مواجهه با مشکلات و شرایط سخت است. مذهب بسیاری از نیازهای اساسی انسان را برآورده می کند و خلاءهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را پر می کند. امید و قدرت را تحکیم نموده و خصوصیات اخلاقی و معنوی را در فرد و اجتماع استحکام داده و پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات و مصائب و محرومیت زندگی ایجاد می کند. افراد با اعتقادات مذهبی قوی تر، سازگاری بهتری با موقعیت های زندگی دارند. سازگاری مذهبی یک استراتژی مهم برای افراد مبتلا به بیماری های تهدید کننده حیات محسوب می شود. رفتارهای مذهبی تاثیر مشخصی در معنادار کردن زندگی دارند و از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش های مثبت، موجب آرامش افراد گردند. افرادی که دارای اعتقادات مذهبی هستند در برابر انواع مشکلات اجتماعی، بیماری های روانی و کژکاری های رفتاری، مصونیت بیشتری دارند. همچنین از عوامل موثر بر افزایش بهزیستی معنوی افراد، جهت گیری مذهبی در آنان است که موجبات افزایش سلامت روان را نیز فراهم می کند. وجود اختلالات روانی و جسمانی می تواند سبب ایجاد بحران معنوی شود و گاهی اعتماد به نفس و جهت گیری مذهبی را در آنان به مخاطره اندازد. لذا توجه به عوامل موثر در افزایش بهزیستی افراد ضرورت دارد. اهمیت بهزیستی معنوی از آن جهت است که به عنوان جزء مهمی از کیفیت زندگی و مرتبط با سلامت روانی، سلامت جسمی، سلامت معنوی و سلامت اجتماعی است. بدون بهزیستی معنوی، ابعاد دیگر سلامت نمی توانند عملکرد مورد انتظار را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکان پذیر نیست. بهزیستی معنوی موجب می شود فرد بین معنا، هدف و ارزش های زندگی خود انسجام و سازگاری برقرار کند. بهزیستی معنوی جمعی، فرد را به نحوه ارتباط وی با دیگران پیوند می زند. معنویت و مذهب دو منبع حمایتی هستند که منجر به افزایش بهزیستی و مقابله با مشکلات روزمره زندگی می شوند. وقتی بهزیستی معنوی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود که خود می تواند سازگاری در زندگی با مشکل مواجه کند. بعد بهزیستی مذهبی ما را به رسیدن به خدا هدایت می کند در حالی که بعد بهزیستی وجودی، ما را فراتر از خودمان و به سوی دیگران و محیطمان سوق می دهد. از آنجایی که انسان به عنوان نظامی یکپارچه عمل می کند این دو بعد در عین حال که از هم جدا هستند با هم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه انسان احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی می کند.

منابع و مراجع

- [۱] آتش افروز، خدیجه. (۱۳۹۴). بررسی بررسی رابطه هوش معنوی و جهت گیری مذهبی با شادکامی. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز.
- [۲] آزاد مرزآبادی اسفندیار. هوشمندجا منیجه، پورخلیل مجید (۱۳۹۱). رابطه معنویت سازمانی با توانمندسازی روانشناختی، خلاقیت، هوش معنوی، استرس شغلی و رضایت شغلی کارکنان دانشگاه. مجله علوم رفتاری: تابستان ۱۳۹۱، دوره ۶، شماره ۲ (مسلسل ۲۰)؛ از صفحه ۱۸۱ تا صفحه ۱۸۷.
- [۳] آزادی، شهدخت، سهامی، سوسن، قهرمانی، زهرا و قلی پور، گلناز (۱۳۸۹). ارزیابی عوامل اجتماعی زمینه ساز طلاق عاطفی
- [۴] بابایی، محمد رضا و شمسی، میثم. (۱۳۹۲)، تاثیر جهت گیری مذهبی (درون سو و برون سو) بر بهزیستی روانشناختی، کنگره پیشگامان پیشرفت، سازمان ها و مراکز دولتی و عمومی، دوره ۳.
- [۵] برزم، مهناز. عالمه، عاطفه. شهنی ییلاق، منیجه. (۱۳۸۶). رابطه حرمت خود، اضطراب اجتماعی، کمال گرایی و تعلق با عملکرد تحصیلی و اضطراب امتحان. مجله روان شناسی، ۴۳، ۲۵۵-۲۴۲.
- [۶] بهادری خسرو شاهی، جعفر، هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۹۰). رابطه امیدواری و تاب آوری با بهزیستی روانشناختی در دانشجویان - مجله اندیشه و رفتار دوره ششم، شماره ۲۲، ۱۰ - ۵۰.
- [۷] جعفری ع، کمر زین م، کرد میرزا ع، سیفی زاد (۱۳۹۴). نقش بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در پیش بینی رضایت شغلی پرستاران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور تهران
- [۸] حسین دخت آ، فتحی آشتیانی ع، تقی زاده م. (۱۳۹۲). بررسی رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی، مجله روانشناسی و دین، شماره ۲، ص ۵۷
- [۹] خسروی، صدراله، نشاط دوست، حمیدطاهر، مولوی، حسین، کلاتری، مهرداد (۱۳۹۰)، اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا بر رضایت از زندگی زوجین، مجله پزشکی هرمزگان، سال پانزدهم، شماره اول، بهار.
- [۱۰] خواجه پور، م؛ و عطار، ح. (۱۳۸۶). مقایسه ی شیوه های فرزند پروری با توجه به حالات هویت و بررسی رابطه رابطه آنها در دانش آموزان دختر و پسر پیش دانشگاهی نواحی چهار گانه آموزش و پرورش شهر شیراز» ویژه نامه مجله دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی.
- [۱۱] دهشیری غ، سهرابی ف، جعفری ع، نجفی م (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روان سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا. شماره ۳ ص ۱۳۰.
- [۱۲] رحیمی نژاد، عباس؛ پاک نژاد، محسن (۱۳۸۳). ارتباط بین سازگاری خانواده باسلامت روانی و سطح ارضاء نیازهای روانشناختی فرزندان، خلاصه مقالات کنگره آسیب شناسی خانواده در ایران، تهران، دانشگاه شهیدبهشتی.
- [۱۳] سلمانی ف، آذر برزین، محمدی م (۱۳۸۷). بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران سرطانی فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری و مامایی، سال چهارم، شماره ۱۲-۱۳
- [۱۴] شیخی م (۱۳۸۹). مدل یابی احساس تنهایی بر پایه ساختار بهزیستی معنوی خود کار آمدی و رضایت از زندگی. رساله دکتری، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد تهران مرکزی.
- [۱۵] صدری دمیرچی، اسماعیل و محمدی، نسیم. (۱۳۹۶)، نقش جهت گیری مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی معنوی جانبازان، فصل نامه علمی - پژوهشی طب جانباز، دوره ۹، شماره ۳.
- [۱۶] صدری دمیرچی، اسماعیل؛ محمدی، نسیم؛ فیاضی، مینا و افسر، ابراهیم. (۱۳۹۶)، بررسی رابطه بین بهزیستی روانشناختی با جهت گیری مذهبی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی، مجله ی پژوهش در دین و سلامت، دوره ۳، شماره ۲.
- [۱۷] صلیبی، محمد حسین (۱۳۹۲) رابطه بین شیوه های فرزندپروری و کمال گرایی مادران با سازگاری عاطفی و اجتماعی دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان، فصلنامه نگاه نو، ص ۵۴-۶۹
- [۱۸] صمدی فرد، حمید رضا و نریمانی، محمد. (۱۳۹۷)، رابطه هویت اخلاقی، بهزیستی معنوی و جهت گیری مذهبی با سازگاری شغلی در پرستاران زن در بیمارستان های دولتی شهر اردبیل، مجله علمی پژوهان، دوره ۱۷، شماره ۱.
- [۱۹] طاهری خرامه، زهرا؛ شریفی فرد، فاطمه؛ علیزاده، مصطفی. (۱۳۹۵)، بررسی همبستگی مؤلفه های بهزیستی معنوی - مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره دهم، شماره ۴.

- [۲۰] عابدی، حسین. (۱۳۹۸)، بررسی نقش جهت گیری دینی و مولفه های کارکرد خانواده در بهزیستی روانشناختی دانش آموزان، نشریه پویا در آموزش علوم انسانی دانشگاه فرهنگیان، شماره ۱۶.
- [۲۱] عباسی، منصور؛ شهریار، یونس؛ شفیق آبادی، عبدالله (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش خانواده درمانی ساختی به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین. مجله یافته های نو در روان شناسی، شماره ۱۲، ص ۸ تا ۲۵.
- [۲۲] فرهادی مهران احمدی طهور سلطانی محسن رضانی ولی الله قره خانی احمد (۱۳۸۸). سلامت روان سالمندان نقش بهزیستی معنوی و زمان واری. فصلنامه علمی پژوهشی در سلامت روانشناختی، دوره سوم، شماره دوم، صفحه ۵۰-۶۳.
- [۲۳] قاسمی، حمیده (۱۳۹۶). الگوی ساختاری روابط بین ادراک از دینداری والدین، ویژگی های شخصیتی، انتظار فایده دینداری و دینداری فرزندان، نشریه روانشناسی بالینی ایران، زمستان، شماره ۴۱، ص ۱۰۱-۱۳۲.
- [۲۴] کشتکاران، طاهره (۱۳۸۸)، رابطه الگوهای ارتباطی با تاب آوری در دانشجویان دانشگاه شیراز، دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، سال یازدهم، شماره ۳۹.
- [۲۵] کمری سنقر آبادی سامان، فتح آبادی جلیل (۱۳۹۱). بررسی نقش جهت گیری مذهبی و امید به زندگی در میزان رضایت از زندگی دانشجویان، فصلنامه پژوهشهای نوین روانشناختی. شماره ۲۸، ص ۱۸۲-۱۹۳.
- [۲۶] مختاری، عباس (۱۳۸۰). بررسی رابطه جهت گیری دینی و میزان تنیدگی در دانشجویان دانشگاه تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- [۲۷] مصلی نژاد، طیبه؛ خسروی، صدراله؛ معین، لادن (۱۳۸۸). مقایسه الگوهای ارتباطی همسران جانباز با همسران افراد عادی. مجله طب جانباز، سال دوم، شماره پنجم.
- [۲۸] مطهری، مرتضی (۱۳۷۲). مقدمه ای بر جهان بینی توحیدی. تهران: صدر.
- [۲۹] مظفری نیا، فائزه (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین سلامت معنوی با شادکامی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس در سال ۱۳۹۳. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.
- [۳۰] مقصودی، علی. شریفی، زهرا (۱۳۹۶). بررسی تأثیر ایده آل طلبی مادران بر سلامت روانی و تعهد اجتماعی دانش آموزان مدارس دخترانه استعدادهای درخشان شهر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه یاسوج.
- [۳۱] میرزائی فنذخت، امید؛ سعدی پور، اسماعیل؛ طالبی فر، علی محمد و سلم آبادی، مجتبی. (۱۳۹۶)، بررسی ارتباط بین جهت گیری دینی و صبر با بهزیستی روانی دانشجویان دانشکده پرستاری قاین در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴، مجله علوم پزشکی زانکو، دوره ۱۸، شماره ۵۶.
- [۳۲] نریمانی، محمد؛ پرزور، پرویز؛ عطادخت، اکبر و عباسی، مسلم. (۱۳۹۴)، نقش بهزیستی معنوی و پایبندی مذهبی در پیش بینی رضامندی زناشویی پرستاران بیمارستان های اردبیل، مجله بالینی پرستاری و مامایی، دوره ۴، شماره ۲.
- [۳۳] هوشیاری، جعفر؛ صفورایی پاریزی، محمد مهدی و نیوشا، بهشته. (۱۳۹۳)، رابطه کارآمدی خانواده با بهزیستی معنوی در دانشجویان و طلاب، دو فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات اسلام و روانشناسی، سال هشتم، شماره ۱۵.
- [34] Abdel-Khalek AM, Singh AP. (۲۰۱۴). Religiosity, subjective well-being, and anxiety in a sample of Indian university students. *The Arab Journal of Psychiatry*; 25(2):201-8.
- [35] Abdel-Khalek AM. (۲۰۱۲). The relationships between subjective well-being, health, and religiosity among young adults from Qatar. *Mental Health, Religion & Culture*; 16(3):306-18.
- [36] Allport GW, Ross JM. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*. 5(4):432.
- [37] Amy, A.i ; & park , C, (۲۰۰۷), Psychosocial mediation of religious coping . *journal of clinical psychology* , 51 (2), 202 – 204.
- [38] Koorosh Azizi & Besharat, M, A. (2011). The relationship between parental perfectionism and child perfectionism in a sample of Iranian families. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 1287–1290.
- [39] Baron, R.A (1989), "Personality and organizational conflict: Effect of the type abehaviorpattern and self-monitoring". *Organizational behavior and humanDecission processes*. Vol 44, Issue 2, pp 281-296.
- [40] Baroun, k.A. (۲۰۰۶). Relation among religiosity, health, hapiness, and anaxiety for Kuwaiti adolescents. *Psychos Rep*, 99 (3) , 7/7 – 722 .

- [41] Brown, D. G., & Lowe, W. L. (2010). Religious beliefs and personality characteristics of college students. *The Journal of Social Psychology*, 33(1), 103-129.
- [42] Catlin G, Epstein S. (1992). Unforgettable experiences: the relation of life events to basic beliefs about self and world. *Social Cognition*; 10(2): 189-209.
- [43] Cheung, S. (1996). Cognitive-Behavioral therapy for marital conflict, *Journal of Family Therapy Journal of family psychology*, 20, 2, 256-265.
- [44] Davison SN, Jhangri GS.(۲۰۱۰) Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. *Journal of Pain Symptom Management* : 40(6): 838-43.
- [45] Desrosiers A, Miller L.(۲۰۰۷) Relational spirituality and depression in adolescent girls. *J Clin Psychol k*; 63(10):1021-37.
- [46] Ellison, C.(۱۹۹۱) Religious involvement and subjective wellbeing. *Journal of Health and Social Behavior*; 32: 80-99.
- [47] Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization measurement. *Journal of psychology and Theology*, 11(2), 330- 340.
- [48] Fisher, John W. (2010 b). *Spiritual Health: Its Nature and Place in the School Curriculum*, THESIS
- [49] Francis LJ, Yablon YB, Robbins M.(۲۰۱۴). Religion and happiness: a study among female undergraduate students in Israel. *International Journal of Jewish Research*; 7:77-92.
- [50] Gilla, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., & Toro, J. (2015). Perfectionism dimension in children and adolescent with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35, 392-398.
- [51] Golparvar M.(۲۰۱۵). Construt Islamic Spiritual Capital and Spiritual Wellbeing Short-Form Scales. *Relig Anthropol*; 11(32), 167-88. (Persian)
- [52] Gottman, J.M.; Levenson, R.W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 737-745 .
- [53] Haber J, Jacob T, Spangler. (2007). Dimensions of religion/spirituality and relevance to health research. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 17(4):265 288.
- [54] Harris and Curtin (2002). Parental Perception, Early Maladaptive Schemas and Depressive Symptoms in Young Adult. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 3, . 405-416.
- [55] Hodges, S. (2002). Mental health, depression, and dimensions of spirituality and religion. *Journal of Adult Development*, 9(2), 109-115.
- [56] Janbozorgi M.(۱۹۹۸). Effectiveness of brief psychotherapy with or without religious orientation on controlling anxiety and stress. Tehran: Teacher Training University (Persian)
- [57] Kelly, B. S. (2008). Life Sataisfaction, Religiosity/Spirituality and the Relationship With Parents in Adolescents and Young Adults. *Dissertation Abstact International*, 69 (10), 119.
- [58] King, G.(۲۰۰۷). Spirituality and Depression: A Look at the Evidence, *Southern Medical Journal*, Vol.100, Iss.7, 737-739.
- [59] King, J. (2002). SQ: Spiritual Intelligence: the ultimate intelligence. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 116.
- [60] Krause, N. (۲۰۰۳). Religious meaning and subjective well-being in late life. *Journals of Gerontology: Series B*; 58(3): 160-170.
- [61] Miller WR, Thoresen CE. (2003). Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *American psychologist*, 58:24-35.
- [62] Moberg, D. O., & Brusek, P. M. (1978). Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Social Indicators Research*, 5(1-4), 303-323.
- [63] Noller, P; Vernardos, C.(2015). Communication awarenes in married Couples. *Journal of Social and Personal Relationship*, 3, 31-42 .

- [64] Olson, D.H; Fournier, D.G; Druckman, J.M (1982). Prepare-Enrich: Counselor's manual . Minneapolis, MN: prepare- Enrich Inc .
- [65] Pavlic, J.M; Notarius, C.I; Gonso, J. & Markman, H.J. (2015). A Gouples guide to Communication. Champaign, IL: Research Press .
- [66] Puchalski C.M.(۲۰۰۹). Addressing the Spiritual Needs of Patients. In Ethical Issues in Cancer Patient Care; Angelos, P., Ed., Springer, and New York, NY, USA: 79-91.
- [67] Rasmussen, C. H. & Johnson, M. E. (2014). Spirituality and Religiosity: Relative Relationships to Death Anxiety. Journal of Death and Dying, 29(4), 313-318.
- [68] Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D., & Essex, M. J.(1998). Resilience in adulthood and later life:Defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (Ed.), -(Handbook of aging and mental health: An integrative approach ,69-96. New York:
- [69] Seligman ME, Csikszentmihalyi M. (2000). Positive psychology: An introduction. *Am Psychol*;55(1): 5-14.