



مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۰۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۱/۲۰

صص: ۲۰۱-۱۷۵

شابا چاپی: ۹۹۵۵-۲۶۴۵
الکترونیک: ۵۲۶۹-۲۶۴۵

بررسی رابطه سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن با توجه به نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی

سیروس محمودی^۱ | حمیدرضا ایمانی‌فر^۲ | مریم انصاری^۳ | طالب ارجمند^۴

چکیده

در نظام تربیتی اسلام، یکی از مصادیق جهت‌گیری مذهبی، گرایش به اقامه نماز است. عوامل متعددی در گرایش جوانان به اقامه نماز مؤثر هستند. پژوهش حاضر 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. روش پژوهش 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. بر اساس تعداد متغیرهای پژوهش در معادلات ساختاری، ۲۵۰ نفر دانشجو با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای 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 ۲۴ و برای تحلیل فرضیه‌ها از نرم افزار Amos ۲۴ استفاده شد. نتایج نشان داد که سلامت معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی ($\beta=0/48$) و گرایش به نماز خواندن ($\beta=0/27$)، اثر مستقیم معنادار دارد و سلامت معنوی با نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی بر گرایش به نماز خواندن ($\beta=0/67$)، اثر کل مستقیم و غیرمستقیم معناداری داشت. شمول واریانس نشان داد که اثر متغیر میانجی جزیبی است و همچنین مدل از برازش قابل قبولی برخوردار بود. پیشنهاد می‌شود مشاوران مذهبی، سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی مراجعین خود را به عنوان دو عامل تعیین کننده در گرایش به اقامه نماز مورد بررسی قرار دهند.

کلید واژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، سلامت م معنوی، گرایش به نماز

mahmoudi.s@pnu.ac.ir

۱- نویسنده مسئول: استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴- دانش آموخته کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور

استناد: محمودی، سیروس؛ ایمانی‌فر، حمیدرضا؛ انصاری، مریم؛ ارجمند، طالب. (۱۴۰۴). بررسی رابطه سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن با توجه به نقش واسطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی: زنان متأهل ایرانی؛ فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۲۰ (۷۰)، ۱۷۵-۲۰۱.

DOR: 20.1001.1.26454955.1404.20.70.4.8

© نویسنده گان

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)

این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.



مقدمه و بیان مسأله

در فرهنگ دینی و اسلامی ما نماز یکی از مهم‌ترین فرائض دینی و از 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 (اعرافی و موسوی، ۱۳۹۲). قرآن کریم مطمئن‌ترین و نزدیک‌ترین راه، جهت دستیابی به سلامت و آرامش روان را ذکر و یاد خدا می‌داند (صحرایان و همکاران، ۱۳۸۹). نماز، اصلی‌ترین عامل تقرب به خدا و مهم‌ترین عمل عبادی در اسلام است که سبب 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 (شاهرودی و قاسمی‌شوب، ۱۳۹۸). خداوند متعال در سوره طاهرا 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 دین اسلام، نماز در بین تمام برنامه‌ها و قوانین، از اهمیت و جایگاه والایی برخوردار است. در قرآن کریم به نقش نماز در آرامش درون، شفاف‌بخشی قلب و شادابی روح و روان آدمی اشاره شده است (سوره رعد، آیه ۲۸). همچنین در 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. بنابراین می‌توان بیان کرد نماز علاوه بر اجر معنوی سبب سلامت جسم و روان انسان می‌شود (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۴). 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 (صدوق، ج ۱، ۱۳۸۹). امام رضا (ع) فرمودند: نماز بهترین وسیله تقرب به خداوند است (کلینی، ج ۳، ۱۳۸۸). امام محمد باقر (ع) نیز در مورد اهمیت نماز فرمودند: اولین چیزی که از انسان حسابرسی می‌شود نماز است که اگر قبول شد، دیگر اعمال او نیز پذیرفته می‌شود (مجلسی، ج ۷، ۱۴۰۳ ق). 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 (مجلسی، ج ۱۴۰۳، ۶ق). 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^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). علت بیش تر 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). نماز در رابطه با تربیت و شکل‌گیری اعمال و الگوهای تربیتی جایگاه ویژه و والایی دارد (عباسی و زارعی، ۱۴۰۲، ص ۲۵۳). انسان از طریق ادای نماز و بیرون ریختن همه ناپاکی‌ها و افکار منفی به سمت تهذیب روانی خود گام برداشته و سبب پاکسازی جسم و روح و روان خود خواهد شد (عامری و همکاران، ۱۳۸۹) و شادکامی و سلامت روانی را در خود تقویت خواهد کرد (ویلیامز^۲، ۲۰۱۰).

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 از غندی، ۱۳۹۰).

دو مورد از متغیرهایی که به نظر می‌رسد با گرایش به نماز خواندن مرتبط باشد، سلامت معنوی^۳ و بهزیستی روانشناختی^۴ می‌باشد. سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت می‌باشد که از نیم قرن پیش مورد توجه روانشناسان و دانشمندان قرار گرفته است (عزیزی، ۱۳۹۳). سلامت معنوی، وضعیتی است هدفمند و معنادار از حیات انسانی که حاصل ایمان و اعتقاد و ارتباط فرد با قدرت و کمال لایتناهی الهی و زندگی پس از مرگ است. سلامت معنوی منجر به ایجاد نشاط، امید، رضایتمندی، اطمینان قلبی، آرامش و داشتن قلب سلیم در فرد و رستگاری در دنیا و آخرت

1- Beatz, M.

2- Williams, A.

3- Spiritual health

4- Psychological well-being

شده و ارتباط پویای مبتنی بر مکارم اخلاق، عشق و محبت با خود، دیگران و جهان هستی ایجاد می‌کند (مصباح، ۱۳۹۳).

سلامت معنوی، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با خدا و خویشن و دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات فردی و گروهی به طور عادلانه در یک وضع متعادل و متوازن است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش‌ها و مطالعات محققان نشان داده است که افراد دارای سلامت معنوی، شیوه زندگی سالم‌تری دارند، توانایی بیشتری برای مقابله با استرس دارند، دارای روحیه‌ای مقاوم در برابر سختی‌ها بوده و نشاط و آرامش بیشتری در زندگی خود احساس می‌کنند (اسماعیلی، ۱۳۹۶). سلامت معنوی 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 (عباسی و همکاران، ۱۳۹۸). سلامت معنوی، بعد مهم و برجسته زندگی سالم است که به هدفدار و معنادار شدن زندگی انسان منجر می‌شود. (صالحی‌زاده، سودانی و خجسته‌مهر، ۱۳۹۶، ص ۴۳). در نظریه سلامت معنوی مبتنی بر اندیشه اسلامی، احساس هدفمندی، معنا و امید در زندگی که به آرامش، راحتی و رضایت در وجود انسان می‌انجامد، در حوزه درونی (در ارتباط با خود و خدا)، به گرایش‌ها و رفتارهای اختیاری مانند تسلیم، رستگاری، تقوا، دعا، عبادت، باور به معاد و وارستگی و در حوزه بیرونی (در ارتباط با انسان‌های دیگر و طبیعت) به صداقت و درستکاری، احترام متقابل، فداکاری، دلسوزی و حفظ طبیعت منجر می‌شود. انسان بر اثر این گونه رفتارها و گرایش‌ها به احساس رضایت و تعالی روح خواهد رسید، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور که همان تقرب به خدای متعال هست، به کار گرفته می‌شوند (مصلحی، ۱۳۹۸). مطالعات و پژوهش‌های دانشمندان نشان داده است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (روس، ۱۹۹۵). 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). پژوهش‌های متعددی بر ارتباط ابعاد سلامت (سلامت روانی، معنوی و جسمی) با گرایش به نماز تمرکز نموده‌اند. مرزبند و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود نشان دادند که بین اقامه نماز جماعت با سلامت معنوی در دانشجویان ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد. 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. شیرزادی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود دریافتند که التزام عملی به نماز در ایجاد سلامت و بهداشت روان افراد نقش اساسی دارد و مذهب کارکرد حمایتی از سلامت روان دارد. بحرینیان و ایلخانی (۱۳۸۰) در پژوهش خود نشان دادند که ۹۴ درصد از اقدام به خودکشی‌های موفق در افرادی گزارش شده است که نماز نمی‌خواندند. پناهی (۱۳۸۲) در پژوهشی گزارش نمود که بین گرایش به نماز و میزان اضطراب دانش‌آموزان رابطه معکوس وجود دارد و دانش‌آموزان با گرایش بیش‌تر به نماز، آرامش روانی بیش‌تری داشتند. دادخواه و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود نشان دادند که نگرش مثبت به نماز در کاهش افسردگی دانشجویان علوم پزشکی اردبیل بسیار مؤثر است. نیک فرجام (۱۳۸۹). در پژوهش خود اثربخشی آموزش‌های دینی مانند نماز و دعا در بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی را بررسی نمودند و نشان دادند که آموزش‌های مذهبی و معنوی در این بیماران سبب افزایش رضایت آن‌ها از زندگی می‌شود. بایرام نژاد و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که جای آوردن نماز سبب سلامتی جسمی و روحی افراد می‌شود. صفری و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی گزارش کردند که بین گرایش به نماز و نشانه‌های جسمانی منفی، رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. جامعی ندوشن و ایزدی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که بین گرایش به نماز و سلامت روان دانش‌آموزان دختر، رابطه معنی‌دار وجود دارد. لطفی (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای دریافت که بین گرایش به نماز و سلامت معنوی و سازگاری آموزشی دانشجویان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. کیانی و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند بین میانگین نمرات سلامت روان دانشجویان با گرایش به نماز خواندن رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

یکی دیگر از متغیرهایی که به نظر می‌رسد بر گرایش به نماز مؤثر باشد، بهزیستی روانشناختی می‌باشد. از نظر ریف^۱، بهزیستی روانشناختی شامل شش بعد پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی است (ریف و سینگر^۲، ۲۰۰۶). ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای تعالی و ارتقاء می‌باشد؛ که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (اختر^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). باسون معتقد است بهزیستی روانشناختی، مفهوم وسیعی است که به شرایط زندگی خوب یا رضایت بخش مربوط می‌شود (باسون^۴، ۲۰۰۸). گورل^۵ (۲۰۰۹) معتقد است بهزیستی روانشناختی یعنی توانایی مشارکت فعال در کار و تفریح، ایجاد روابط معنی‌دار با دیگران، تجربه کردن هیجان‌های مثبت، گسترش حس خودمختاری و هدف زندگی و تجربه کردن احساسات مثبت. از نظر دینر^۶ و همکاران (۲۰۰۳)، بهزیستی روانشناختی به معنای ارزیابی شناختی و عاطفی افراد از زندگی است؛ یعنی آنچه افراد عادی آن را شادی، صلح، شکوفا شدن و رضایت از زندگی می‌دانند. کیز^۷ و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند بهزیستی روانشناختی دربرگیرنده ادراک تعامل با چالش‌های وجودی زندگی است. به عقیده صاحب‌نظران، اسلام و آموزه‌های آن منبع بهزیستی روانشناختی است که ریشه آن را می‌توان در کلام‌الله مجید و آموزه‌های الهی جست (شفیعی و جزایری، ۱۳۹۵، ص ۷۹). پژوهش‌های متعددی در زمینه ارتباط بهزیستی روانشناختی و امور معنوی و مذهبی تأکید نموده‌اند. رجایی (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان داد که بین بهزیستی روانشناختی و گرایش به نماز رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. خرم‌روز و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که بهزیستی روانشناختی تحت تأثیر دلبستگی به خدا قرار دارد. حیدری و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که بین بهزیستی روانشناختی و نگرش دینی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. کار^۸ (۲۰۱۳)، در پژوهشی دریافت که معنویت و اعتقاد به خدا بر بهزیستی روانشناختی افراد تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد. اسدپور و

1- Ryff, C. D.

2- Singer, B.

3- Akhtar, S.

4- Basson, N.

5- Gurel, N.

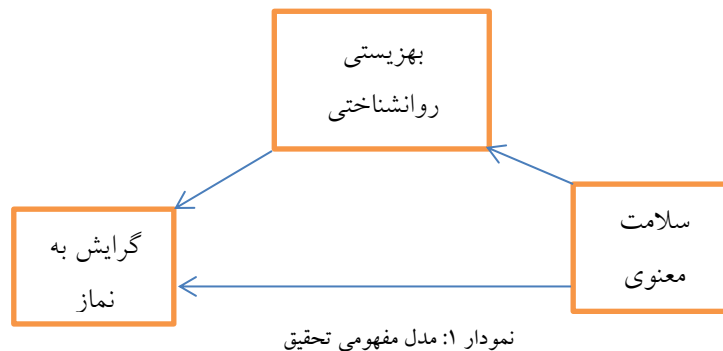
6- Diener, E.

7- Keyes, C. L.

8- Carr, A.

همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود بر ارتباط بین باورهای دینی و بهزیستی روانشناختی تأکید نموده‌اند. وحیدی و جعفری هرندی (۱۳۹۶) در پژوهش خود بر ارتباط بین بهزیستی روانشناختی و نگرش معنوی تأکید نمودند. سپهوند (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان داد که معنویت محیط کار نقش مهمی در بهزیستی روانشناختی دارد.

بررسی پژوهش‌های فوق و سایر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که پژوهش‌های گذشته عمدتاً ارتباط بین گرایش به نماز و سلامت روانی و معنوی و همچنین ارتباط بین بهزیستی روانشناختی و امور معنوی را مورد بررسی قرار داده‌اند. از سوی دیگر تحقیقات گذشته نشان داده‌اند که سلامت معنوی تنها عامل مؤثر بر گرایش جوانان به نماز نیست (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۸)، از این رو ارزیابی سایر متغیرهای روانشناختی و بررسی نقش میانجی این متغیرها از اهم وظایف پژوهشگران حوزه دین و معنویت می‌باشد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز با توجه به نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج می‌باشد. این پژوهش می‌تواند در زمینه رفع خلأهای پژوهشی، فرهنگی و تربیتی در این حوزه مؤثر باشد. مدل مفهومی پژوهش در نمودار ۱ ارائه شده است.



فرضیه‌های پژوهش

- ◀ 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.

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

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این تحقیق دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یاسوج در مقطع کارشناسی و ارشد بود، تعداد نمونه‌ها بر اساس تعداد متغیرها و حداقل تعداد مورد نیاز در معادلات ساختاری ۲۵۰ نفر تعیین گردید. به علت حجم بالای جامعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. در دانشگاه پیام نور مرکز یاسوج، با وجود ۲۶ رشته دانشگاهی، دانشجویان عمدتاً در ۵ رشته حقوق، حسابداری، روانشناسی، علوم تربیتی و مدیریت مشغول به تحصیل هستند، از این رو این پنج رشته به صورت هدفمند انتخاب گردید. از هر رشته ۶۰ دانشجو و از هر سال تحصیلی به صورت تصادفی ۲۰ دانشجو انتخاب شدند، که البته به علت عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و ابطال بعضی از پرسشنامه‌ها، نهایتاً ۲۵۰ پرسشنامه برای تحلیل آماری باقی ماند و استفاده شد. 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.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی: این پرسشنامه به وسیله ریف (۱۹۸۹) طراحی شده است. دارای ۱۸ گویه می‌باشد. پرسشنامه بر روی طیف ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶ قرار دارد. همبستگی نسخه ۱۸ سوالی پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف با پرسشنامه اصلی ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین سرلک و همکاران (۱۴۰۱) روایی محتوایی پرسشنامه را ۰/۷۸ گزارش کردند و میزان پایایی نمولفه‌ها و نمره کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). این پرسشنامه در ایران توسط خانجانی و همکاران (۱۹۹۳) مورد رواسازی قرار گرفت و روایی همزمان پرسشنامه با پرسشنامه شادکامی آکسفورد را ۰/۵۵ گزارش کردند.

پرسش نامه سلامت معنوی: پرسش نامه سلامت معنوی ۲۰ سؤالی توسط پالوتزین و الیسون^۱ (۱۹۸۲) طراحی شد که ۱۰ سؤال از آن مربوط به سلامت مذهبی (عبارات با شماره های فرد) و ۱۰ سؤال دیگر آن مربوط به سلامت وجودی (عبارات با شماره های زوج) فرد می باشد. نمره سلامت معنوی از جمع این دو زیرگروه بدست می آید و دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می باشد. پاسخ سؤال های این پرسش نامه به صورت لیکرت شش گزینه ای است که از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شده است. نمره دهی این پرسش نامه به این صورت است که از سؤال های ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹ و ۲۰ جواب کاملاً نمره یک و در مورد سؤال های ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ جواب کاملاً مخالفم نمره شش می گیرد. در انتها سلامت معنوی افراد به سه دسته پائین (نمره ۴۰-۲۰)، متوسط (نمره ۹۹-۴۱) و بالا (نمره ۱۲۰-۱۰۰) طبقه بندی می گردد. این پرسش نامه در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه های تهران، شهید بهشتی و ایران، اجرا و ضرایب اعتبار آن ۰/۸۲ گزارش شد (فراهانی نیا و همکاران، ۱۳۸۴)، در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ با ۲۵۰ نفر شرکت کننده در تحقیق، ۰/۸۷ به دست آمد که قابل است.

پرسش نامه گرایش و التزام عملی به نماز: پرسش نامه گرایش و التزام عملی به نماز توسط انیسی و همکاران (۱۳۹۸) طراحی شد که از ۵۰ سؤال تشکیل شده است. نمره دهی آن بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت از صفر تا چهار در نظر گرفته شده و دامنه نمره آن بین ۲۰۰-۰ می باشد. نمره بالاتر در این پرسش نامه نشان دهنده اهمیت بیش تر به نماز می باشد 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 می باشد. روایی محتوای این پرسش نامه در پژوهش انیسی و همکاران (۱۳۸۹) تأیید شده و ضرایب اعتبار آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود. همچنین در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ با ۲۵۰ شرکت کننده در تحقیق، ۰/۸۵ بدست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول آن دارد.

تجزیه و تحلیل داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. آمار توصیفی با استفاده از نرم افزار SPSS۲۲ و فرضیات آماری با استفاده از نرم افزار آیموس ۲۴ انجام گرفت.

1- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W

در جدول ۱، هم شاخص‌های قبل از اصلاح و هم شاخص‌های بعد از اصلاح نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۱ 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.

جدول ۱. 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

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. از آنجایی که برای پذیرش یک مدل باید حداقل در سه شاخص از برازش مناسب برخوردار باشد و مدل فوق در بیش از ۳ شاخص دارای برازش است، بنابراین مدل حاضر از برازش مناسبی برخوردار است (عبدالهی و طاهری، ۱۴۰۱).

یافته‌های پژوهش

الف: یافته‌های توصیفی پژوهش

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

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در تحقیق

عنوان	مورد	تعداد	درصد
سال تحصیلی	کارشناسی	سال اول	۷۴
		سال دوم	۶۰
		سال سوم	۵۶
		سال چهارم	۴۸
	ارشد	دانشجوی کارشناسی	۱۲
سن	۱۸ تا ۲۰ سال		۱۰۸
	۲۰ تا ۲۳		۸۳
	۲۳ تا ۳۰		۴۸
	۳۰ و بالاتر		۱۱
وضعیت تاهل	مجرد		۲۳۸
	متاهل		۱۲

۲۸/۸	۷۲	علوم تربیتی	رشته تحصیلی
۲۴	۶۰	حقوق	
۲۰/۴	۵۱	روانشناسی	
۱۵/۲	۳۸	حسابداری	
۶/۸	۱۷	مدیریت	
۴/۸	۱۲	رشته های ارشد	

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، ویژگی های جمعیت شناسی شرکت کنندگان در تحقیق بر حسب گروه سنی، میزان تاهل و رشته تحصیلی ارائه شده است.

جدول ۳. یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	
سلامت مذهبی	۴۳/۳۲	۸/۶	-۰/۴۲	-۰/۱۸	سلامت معنوی
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	بهزیستی روان شناختی
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	گرایش به نماز خواندن
عمل به مستحبات	۳۴/۸۴	۸/۰۸	۰/۳۱	-۰/۵۸	
مراقبت و حضور قلب	۲۴/۴۳	۵/۸۱	-۰/۰۷	-۰/۸۱	

۰/۴۱-	۰/۰۱	۵/۲۷	۲۲/۴۰	اثربخشی در زندگی	
۰/۷۳-	۰/۲۰-	۲۳/۱۴	۱۱۳/۵۸	نمره کل گرایش به نماز	

جدول ۳، 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 ۴۹-۳۱ 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.

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

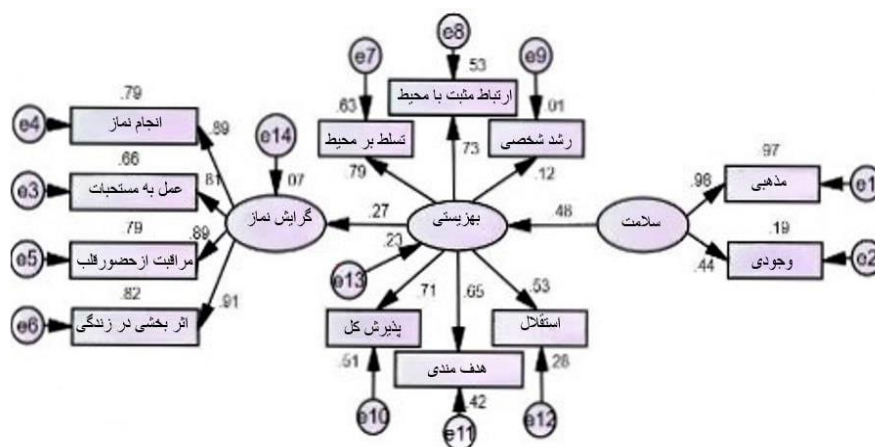
جدول ۴: همبستگی بین متغیرهای پژوهش با گرایش به نماز خواندن

نمره کل گرایش به نماز	اثربخشی	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
= $P < 0.05$	*= $P < 0.01$				

همان گونه که نتایج جدول ۴ 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. مطابق با جدول ۴، سلامت مذهبی دارای بیشترین ضریب همبستگی ($r=0/23$) و هدفمندی در زندگی و رشد شخصی دارای کمترین ضریب همبستگی ($r=0/11$) می‌باشد. با توجه به وجود روابط معنی‌دار بین مولفه‌ها 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.

ب: 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. فرضیه اصلی پژوهش که عبارت بود از اینکه "بهزیستی روان‌شناختی 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 در شکل ۱ و جدول شماره ۵ نشان داده شده‌اند.



شکل ۱. مدل نهایی فرضیه پژوهش

جدول ۵: برآورد ضرایب مستقیم، غیر مستقیم و کل فرضیه نهایی پژوهش

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

=P<۰/۰۵ *=P<۰/۰۱

با توجه به نتایج شکل ۱ و جدول ۵ سلامت معنوی دارای اثر مستقیم و همچنین اثر کل ($\beta=۰/۴۸$ و $Sig=۰/۰۰۱$) بر بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی نیز دارای اثر مستقیم و همچنین اثر کل ($\beta=۰/۲۷$ و $Sig=۰/۰۰۱$) بر گرایش به نماز خواندن است. سلامت معنوی همچنین دارای اثر مستقیم ($\beta=۰/۶۳$ و $Sig=۰/۰۰۱$) و همچنین اثر کل ($\beta=۰/۷۶$) و ($Sig=۰/۰۰۱$) بر گرایش به نماز خواندن است. در نهایت، بهزیستی روان‌شناختی توانست نقش واسطه‌ای معنی‌دار ($\beta=۰/۱۳$ و $Sig=۰/۰۱$) در بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن داشته باشد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۶: حد بالا و پایین بتای استاندارد بوت استرپ

اثر	مسیر	estimate	SE	lower	upper
مستقیم	سلامت معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۸	۰/۰۳۲	۰/۳۲	۰/۵۷
مستقیم	سلامت معنوی بر گرایش به نماز	۰/۶۳	۰/۰۴	۰/۴۸	۰/۷۲
مستقیم	بهزیستی روان‌شناختی بر گرایش به نماز	۰/۲۷	۰/۰۲۳	۰/۱۷	۰/۳۸
مدل میانجی کامل		۰/۷۶	۰/۰۸	۰/۵۴	۰/۸۶

برای بدست آوردن حد بالا و پایین بتای استاندارد از روش بوت استراپ استفاده گردید که خروجی آن در جدول شماره ۶ ارائه شده است. در این جدول، میزان برآورد بتای استاندارد، حد بالا و پایین و خطای استاندارد ارائه شده است.

شمول واریانس (VAF)، آماره‌ای است که میزان اثر میانجی یک متغیر در رابطه با متغیر مستقل و متغیر وابسته را تعیین می‌کند. که محاسبه آن از تقسیم اثر غیرمستقیم بر اثر کل بدست می‌آید. بر این اساس شمول واریانس در تحقیق حاضر برابر است با $0/17$ بدست آمد که نشان دهنده این است که بهزیستی روانشناختی، متغیر میانجی جزئی در رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن می‌باشد. میانگین کل سلامت معنوی $85/57$ بود که نشان دهنده این است که سلامت معنوی دانشجویان دختر در حد بالایی قرار داشت. میانگین کل نمره گرایش به نماز خواندن $113/58$ بود که نشان از حد بالای گرایش دانشجویان دختر به نماز خواندن داشت. میانگین کل نمره بهزیستی نیز $49/31$ بود. کشیدگی و کجی داده‌ها بین عدد -2 و $+2$ 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 نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن داشت.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر 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 با روش مدل معادلات ساختاری انجام شد. بدین منظور، ۲۵۰ نفر دانشجو با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند

مرحله‌ای انتخاب گردیدند و پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی (پالوتزین و الیسون، ۱۹۸۲)، بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) و گرایش به نماز خواندن (انیسی و همکاران، ۱۳۹۸) را تکمیل نمودند. یافته‌های پژوهش نشان داد که سلامت معنوی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی بر گرایش دانشجویان دختر مؤثر است. نتایج اصلی پژوهش نشان داد بهزیستی روان‌شناختی، در رابطه بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن نقش میانجی دارد. با توجه به روابط مستقیم و معنی‌دار بین متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه می‌توان بیان کرد دانشجویان دختر با بهزیستی روان‌شناختی بالاتر، گرایش بیش‌تر به نماز داشتند و با داشتن بهزیستی روان‌شناختی بهتر می‌توانند سلامت معنوی را هر چه بیش‌تر و بهتر در خود تقویت کنند. تحقیقات گذشته نشان داده 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 آرامش روحی و روانی هستند (گو و همکاران، ۲۰۱۵)، و ارتباط مثبتی با باورها و اعمال مذهبی دارند (پلانته^۲، ۲۰۰۸) و همچنین به عنوان مکانیسم‌های قابل قبولی هستند که از تأثیرات برخی شیوه‌های متفکرانه بر بهزیستی حمایت می‌کنند (هووی^۳ 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. با توجه به این که دوران دانشجویی به عنوان مرحله‌ای تنش‌زا و همراه با کاهش بهزیستی روان‌شناختی است می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بالابردن سطح بهزیستی روان‌شناختی و سلامت معنوی در دانشجویان دختر، گرایش و التزام عملی به نماز بیشتر خواهد شد. از سوی دیگر، 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.

1- Gu, J.

2- Plante, T. G.

3- Hovey, J. D.

همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از این است که بین سلامت معنوی و گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر از طریق سلامت معنوی می‌توان گرایش به نماز را در دانشجویان دختر پیش‌بینی کرد. معنای این رابطه این است که دانشجویانی که از سلامت معنوی (مذهبی و وجودی) بالاتری برخوردار بودند، گرایش بیشتری به نماز خواندن داشتند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های یوسفی و همکاران (۱۳۹۸) و مرزبند و همکاران (۱۳۹۸) و بیسلر^۱ و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود. یوسفی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند که بین سلامت معنوی و پایبندی به نماز رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. 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. بیسلر و همکاران (۲۰۱۱) گزارش نموده‌اند که نماز و نیایش قادر به پیش‌بینی سطح بالاتری از سلامت معنوی هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سلامت معنوی سبب ایجاد احساس هدفمندی، معنا و امید در زندگی انسان می‌شود که این موارد به آرامش، راحتی و رضایت در وجود انسان می‌انجامد. سلامت معنوی در حوزه درونی (در ارتباط با خود و خدا)، به گرایش‌ها و رفتارهای اختیاری مانند تسلیم، رستگاری، تقوا، دعا، عبادت، باور به معاد و وارستگی و در حوزه بیرونی (در ارتباط با انسان‌های دیگر و طبیعت) به صداقت و درستکاری، احترام متقابل، فداکاری، دلسوزی و حفظ طبیعت منجر می‌شود. انسان بر اثر این گونه رفتارها و گرایش‌ها به احساس رضایت و تعالی روح خواهد رسید، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور که همان تقرب به خدای متعال هست، به کار گرفته می‌شوند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد و معنویت بیش‌تر به بهزیستی روانی بهتری در دانشجویان دختر منجر می‌شود. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات (حیدری و عنایتی، ۱۳۸۹؛ صفایی‌راد و همکاران، ۱۳۸۹؛ ضیاء پور و همکاران، ۱۳۹۵؛ هیل و پارگامنت^۲، ۲۰۰۳؛ مورگان^۳ و همکاران، ۲۰۰۶)

1- Beasler, E. J

2- Hill, P. C., & Pargament, K. I.

3- Morgan, P. D.

همسو بوده است. سلامت معنوی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی و فرهنگی با سلامت روان ارتباط دارد (فیشر^۱، ۲۰۱۶) و با افزایش توانمندی‌های فردی سبب سازگاری با مشکلات و در نتیجه ارتقای سلامت عمومی می‌شود (اله بخشیان و همکاران، ۲۰۱۱). 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 (کونینگ^۲، ۲۰۱۲؛ چاودری^۳، ۲۰۰۸). افراد مذهبی از سلامت روان بهتر، رفتار بهزیستی عاطفی‌تر، عملکرد بهتر سیستم ایمنی، امید به زندگی، خوش‌بینی، رفاه بیش‌تر، کیفیت بالاتری از زندگی برخوردارند و از طرفی چنین افرادی کمتر دچار علائم افسردگی، اضطراب، خودکشی، اعتیاد و مشکلات دیگر می‌شوند (ویر و پارگامنت^۴، ۲۰۱۴). 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^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). صفایی‌راد 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 دهنده این است که می‌توان از راهبردهای معنوی به عنوان ابزاری مکمل در کنار سایر راهکارهای پیش رو استفاده کرد. وحیدی و جعفری هرنیدی (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

1- Fisher, J. W.

2- Koenig, H. G.

3- Chaudhry, H.

4 Weber, S. R., & Pargament, K. I.

5- Chang, E. C.

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.

از دیگر یافته‌های این پژوهش این است که بین بهزیستی روان‌شناختی و گرایش به نماز خواندن رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. دانشجویانی که نماز می‌خوانند از بهزیستی روانی بهتری در مقابل شرایط تنش‌زای محیطی و درونی برخوردارند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات (شیرزادی و همکاران، ۱۳۹۷؛ جامعی ندوشن و ایزدی، ۱۳۹۵؛ رجایی، ۱۳۹۴؛ ویلیامز^۱، ۲۰۱۰؛ ایجاز^۲ و همکاران، ۲۰۱۷) همسو بود. ادای نماز، پتانسیل‌های روحی، جسمی، معنوی و شخصی فردی و همچنین اجتماعی را درگیر می‌کند و سبب ارتقای بهزیستی روانی در آن‌ها می‌شود (سانیوتیس^۳، ۲۰۱۵). علت بیش‌تر آسیب‌های اجتماعی ارتباط ضعیف با خداوند، دوری از فرائض دینی و اقامه نکردن نماز بوده است (افروز و همکاران، ۱۳۸۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت که نماز خواندن سبب بیرون ریختن ناپاکی‌ها و افکار منفی می‌شود و انسان را به سمت تهذیب روانی سوق می‌دهد که سبب پاک‌سازی روح و روان و در نهایت تقویت بهزیستی روان‌شناختی خواهد شد.

با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران حوزه فرهنگی دانشگاه‌ها با اجرای برنامه‌های فرهنگی متنوع و گسترش مشاوره مذهبی در دانشگاه‌ها، سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان را ارتقا داده و تمایل آن‌ها را به سمت نماز خواندن افزایش دهند. همچنین توصیه می‌شود، مشاوران مذهبی، سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی مراجعین خود را مورد بررسی قرار دهند. اجرای این پژوهش در دانشگاه پیام نور که از دانشگاه‌های مجازی و نیمه حضوری است، از محدودیت‌های این پژوهش بوده است. با توجه به این محدودیت، در تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر دانشگاه‌ها، احتیاط شود.

1- Williams, A.

2- Ijaz, I.

3- Saniotis, A.

فهرست منابع

- قرآن کریم.
- ابراهیمی، ابراهیم؛ طهماسبی اصغر؛ مرتضوی، سید ابراهیم (۱۳۹۴). بررسی نقش نماز در جهت دهی به سبک زندگی اسلامی در سیره رضوی، ۳(۱۲)، ۶۰-۳۵.
- احمری، حسین؛ 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، ۲(۴)، ۹-۳۴.
- اسدپور، اسماعیل؛ برقی، شیما سادات؛ بیرامزاده، فرناز (۱۳۹۵). پیش بینی کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روانشناختی در زنان مطلقه بر اساس عمل به باورهای دینی، ۲(۲)، ۷۹-۹۴.
- اسماعیلی، مصطفی (۱۳۹۶). مبانی و شاخص های سلامت معنوی در قرآن و حدیث. تهران: انتشارات حقوقی.
- افروز، غلامعلی؛ خانبانی، مهدی و چیتی، پریسا (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی نماز در ارتقاء بهداشت روان خانواده ها: ورود به گنجینه بزرگ و نشاط و سلامت. روزنامه ایران. نوزدهم آبان، شماره ۳۷۸۲.
- اعتمادی، عذرا (۱۳۸۴). ایمان و معنویت در مشاوره و روان درمانی، فصلنامه تازه های روان درمانی، ۱۰(۳۵)، ۱۴۶-۱۳۱.
- اعرافی، علیرضا؛ موسوی، سید نقی (۱۳۹۲). آموزش نماز به فرزندان در فقه تربیتی اسلام، فصلنامه پژوهش در تعلیم و تربیت اسلامی، ۲۱(۱۹)، ۵۵-۸۱.
- انیسی، جعفر؛ نویدی، احد و حسینی نژاد، اعظم (۱۳۸۹). ساختار اعتباریابی مقیاس نگرش و التزام عملی به نماز، مجله علوم رفتاری، ۴(۴)، ۳۱۸-۳۱۳.
- بایرام نژاد، حوریه؛ احسانی، حمیده؛ مسافر یادگاری، لیلا؛ سلمان پور، صدیقه (۱۳۹۲). مطالعه و بررسی تأثیرات نماز بر سلامت فردی مردم شهر تهران. پژوهش های علوم انسانی، ۵(۲۵)، ۱۸-۱.
- بحرینیان، عبدالمجید و ایلخانی، رضا (۱۳۸۰). بررسی اقدام به خودکشی با پایبندی به نماز در مرکز پزشکی لقمان، مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان، تهران.
- پناهی، علی احمد (۱۳۸۲). بررسی رابطه میزان تقید به نماز و سطح اضطراب دانش آموزان سال دوم دبیرستان شهرستان قم، رساله کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، موسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره).
- جامعی ندوشن، فاطمه و ایزدی، مهشید (۱۳۹۵). بررسی نقش گرایش به اقامه نماز و هوش معنوی در سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی منطقه ۷ شهر تهران، ۲(۱)، ۷۴-۵۳.
- حیدری، ابوذر و عنایتی، علی (۱۳۸۹). رابطه بین نگرش دینی و شادکامی در بین دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، روانشناسی و دین، شماره ۳(۴)، ۷۲-۶۱.
- حیدری، اعظم؛ کوروش نیا، مریم؛ حسینی، سیده مریم (۱۳۹۴). رابطه بین هوش معنوی و شادکامی به واسطه بهزیستی روانشناختی، روش ها و مدل های روانشناختی، ۶(۲۱)، ۷۳-۸۶.

- خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح‌آبادی، جلیل (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر، اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۹ (۳۲)، ۲۷-۳۶.
- خرم‌روز، سیدجواد؛ ملتفت، قوام و فیروزی، محمدرضا (۱۳۹۷). رابطه بین دلبستگی به خدا با بهزیستی روانشناختی: نقش واسطه‌ای احساس شرم و گناه، ارمان دانش، ۲۳ (۱)، ۱۲۳-۱۱۲.
- 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)، ۳۲-۲۷.
- 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. سپهوند، تورج (۱۳۹۸). نقش معنویت محیط کار و تاب‌آوری در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی کارکنان، مجله روانشناسی، ۲۱ (۳)، ۳۳۴-۳۲۰.
- سرلک، مینا؛ حیدری، حسن؛ غفاری، خلیل (۱۴۰۱). تبیین بهزیستی روانشناختی در زنان مطلقه بر اساس نظریه مازلو، رویش روانشناسی، ۱۱ (۸)، ۱۴۲-۱۳۱.
- شاهرودی، محمدرضا؛ قاسمی‌شوب، محمد (۱۳۹۸). بازداري نماز از فحشا و منکر با تکیه بر آیه ۴۵ سوره عنکبوت (معنا و مبنا)، دو فصلنامه تفسیر پژوهی، ۷ (۱۲)، ۱۲۴-۱۰۳.
- 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، ۸ (۱)، ۸۹-۱۰۶.
- شفیعی، زهرا؛ جزایری، رضوان السادات (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر شکوفایی زنان متأهل، فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۱ (۳۷)، ۹۲-۷۷.
- شیرزادی، زهرا؛ خدابخشی، آناهیتا و فلسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۸). رابطه‌ی نگرش و التزام عملی به نماز و تجارب معنوی با سلامت عمومی دانشجویان دختر دانشگاه تهران، مجله پژوهش در دین و سلامت، ۵ (۴)، ۹۹-۱۱۳.
- صالحی‌زاده، عبدالرحیم؛ سودانی، منصور؛ خجسته‌مهر، رضا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش کسب امید با تأکید بر آموزه‌های قرآنی بر سلامت معنوی زنان، فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۱ (۳۸)، ۴۷-۳۱.
- صحرايیان، 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، ۱۷ (۱)، ۷۴-۶۹.
- صفای‌راد، ایرج؛ کریمی، لطف‌اله؛ شמוש، نعمت‌اله؛ احمدی‌طهور، محسن (۱۳۸۹). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی دانشگاه سبزوار، ۱۷ (۴)، ۲۸۰-۲۷۴.

- 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*، ۱۶(۲)، ۷۹-۷۱.
- صدوق، ابوجعفر ابن بابویه (۱۳۸۹). *من لا یحضره الفقیه*، ترجمه محمد جواد غفاری، قم: نشر اسلامیة 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، *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۴(۳)، ۴۴-۳۴.
- عامری، احمد؛ طالب، امیرمهدی؛ احمدی، سید احمد (۱۳۸۹). نماز جلوه‌گاه عشق و شاهراه سلامت و سعادت، *فصلنامه طب و ترکیه* ۱(۷۶)، ۴۵-۳۹.
- عباسی، احمد؛ زارعی، طیب (۱۴۰۲). الزامات خانواده طراز اسلامی مبتنی بر آموزه‌های نماز، *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۸(۶۵)، ۲۶۸-۲۴۸.
- عباسی، محمود؛ شمسی، احسان؛ ابوالقاسمی، محمد جواد (۱۳۹۳). *درآمدی بر سلامت معنوی*. تهران: حقوقی.
- عباسی، محمود؛ شمسی، احسان؛ معماریان، نادره (۱۳۹۸). *سلامت معنوی در برنامه‌های نظام سلامت*. تهران: انتشارات حقوقی.
- عبداللهی، عباس؛ طاهری، آزاده (۱۴۰۱). مدل سازی معادلات ساختاری به کمک نرم افزار آموس، تهران: جهاد دانشگاهی.
- عزیزی، فریدون (۱۳۹۳). *سلامت معنوی، چیستی، چرایی و چگونگی*. تهران: انتشارات حقوقی.
- فراهانی‌نیا، مریم؛ محبت؛ عباسی، مژگان؛ گیوری، اعظم (۱۳۸۴). سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آن‌ها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران، *نشریه پرستاری ایران*، ۱۸(۴۴)، ۱۴-۷.
- کشفی، سید منصور؛ یزدانخواه، مریم؛ بابایی، اکبر؛ خانی، علی؛ تبریزی، رضا (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز، *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۱(۳)، ۴۰-۳۳.
- کلینی، محمد یعقوب (۱۳۸۸). *اصول کافی*، ترجمه جواد مصطفوی، تهران: انتشارات اسماعییه
- 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.
- مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳ق). *بحارالانوار*، بیروت: مؤسسه الوفا
- مقرب، مرضیه؛ قتاد، 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*، ۶(۴)، ۴۶-۳۸.
- مرزبان، سیما؛ بابایی، اکبر و رحیمی، ابراهیم (۱۳۹۵). وضعیت سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه های شهید بهشتی و علوم پزشکی شهید بهشتی، *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۲(۴)، ۲۴-۱۵.

- مرزبند، رحمت‌اله؛ ملایی، محمد و نصیری، ابراهیم (۱۳۹۷). بررسی رابطه نماز جماعت با سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی مازندران. ویژه نامه علوم انسانی سلامت، ۲۷(۱)، ۷۳-۶۲.
- مصباح، مجتبی (۱۳۹۳). سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، تهران: انتشارات حقوقی، چاپ اول.
- مصلحی، جواد (۱۳۹۸). سلامت معنوی، رویکردی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، فصلنامه تحقیقات بنیادین علوم انسانی، ۵(۴)، ۹۱-۶۵.
- 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)، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۳(۴)، ۱۳۸-۱۳۳.
- وحیدی، زهره و جعفری هرنادی، رضا (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی براساس مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های نگرش معنوی. پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت، ۳(۲)، ۶۴-۵۱.
- یوسفی، حبیب الله؛ عبدالکریمی، مرضیه؛ نسایی، حسین (۱۳۹۸). بررسی رابطه میزان پای‌بندی به نماز و مرتبه سلامت معنوی، دو ماه نامه فیض، ۲۳(۷)، ۷۴۰-۷۳۵.
- Akhtar S, Dolan A, Barlow J.(2017). Understanding the relationship between state forgiveness and psychological wellbeing: A qualitative study. J Relig Health. 2017;56(2),450-63.
- 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.
- 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.
- Basson, N. (2008). The influence of psychosocial factors on the subjective well-being of adolescents. Master's dissertation, University of the Free State.
- 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.
- Carr A(2013). Positive psychology: The science of happiness and human strengths. Routledge.
- 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*, 5(7), 1052-1061.
- Chaudhry, H. R. (2008). Psychiatric care in Asia: spirituality and religious connotations. *International Review of Psychiatr*. 20(5), 477-483.

- Diener, E. , Oishi, S. , & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54 (1), 403-425.
- Fisher, J. W. (2016). Assessing adolescent spiritual health and well-being (commentary related to Social Science & Medicine–Population Health, ref: SSMPH-D-15- 00089). *SSM-population health*. 2:304-305
- Gurel, N. (2009). Effects of thinking styles and gender on psychological well-being [dissertation]. Diunduh pada, 12(3), 1-70.
- 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(3), 1-12.
- 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(5), 64–74
- 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.
- Ijaz, I., Khalily, T. M., & Ahmad, I. (2017). Mindfulness in Salah and Prayer and its association with mental health. *Journal of Relig Health*. 56(6):2297-2307.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007.
- 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.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*, 33 P. doi:10.5402/2012/278730.
- 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.
- Plante, T. G. (2008). What do the spiritual and religious traditions offer the practicing psychologist? *Pastoral Psychology*, 56(4), 429-444.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp.224-237). New York: Wiley Inter science
- Ross Ln W(1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Institute Journal for Nursing Studies*, 32(5), 457-468.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2006). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 19(2), 1-28.

- 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.
- 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.
- 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).47-53.
- 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.

