

رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان

ایرج صفائی راد^۱، لطف اله کریمی^۲، نعمت اله شموسی^۳، محسن احمدی طهور^۴

^۱ عضو هیأت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

^۲ استادیار گروه مترجمی زبان انگلیسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

^۳ استادیار گروه زبان انگلیسی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۴ دانشجوی دکتری روانشناسی واحد علوم و تحقیقات تهران و عضو هیأت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

نشانی نویسنده مسؤول: همدان، شهرک شهید مدنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی، ایرج صفائی راد

E-mail: iraj_rad45@yahoo.com

وصول: ۸۹/۶/۲۱، اصلاح: ۸۹/۸/۱۰، پذیرش: ۸۹/۱۰/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: از آنجایی که ناراحتی‌های روانی معمولاً در سراسر عمر اتفاق می‌افتند، می‌توان گفت که ایجاد و حفظ بهزیستی معنوی نقش حیاتی در سازگاری با فشارها دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامت روان در بین دانشجویان صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، تعداد ۴۰۰ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی همدان (۱۷۷ پسر و ۲۲۳ دختر) با میانگین سنی (۲۲/۷±۴/۵۷ سال) به شیوه تصادفی طبقه‌ای نسبی از دانشکده‌های مختلف انتخاب شدند و به مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون گام به گام و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و به کمک نرم‌افزار SPSS 16 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای بهزیستی معنوی $17/14 \pm 8/89$ و سلامت روان $15/76 \pm 8/52$ می‌باشد. همچنین بین بهزیستی معنوی و سلامت روان همبستگی معناداری وجود دارد ($r = -0/55$). به علاوه، ۳۷٪ درصد از واریانس سلامت روانی به وسیله بهزیستی مذهبی تبیین می‌شود. نتایج تحلیل آنالیز واریانس چند متغیره نشان داد که فقط در خرده مقیاس بهزیستی مذهبی، نمرات دانشجویان دختر بیشتر از پسران می‌باشد ($F = 4/89, P < 0/02$) و در سایر خرده مقیاس‌ها تفاوت معناداری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش بین بهزیستی معنوی و سلامت روان دانشجویان، رابطه وجود دارد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷/ شماره ۴ / صص ۲۸۰-۲۷۴).

واژه‌های کلیدی: بهزیستی معنوی؛ بهزیستی وجودی؛ سلامت روان؛ دانشجویان.

مقدمه

دانشگاهی و مشکلات فراوان دانشجویی دامنه وسیعی به خود گرفته و به نظر می‌رسد عوامل مختلفی سلامت روانشناختی آن‌ها را به خطر می‌اندازد. این عوامل می-

دانشجویان قشر وسیعی از جمعیت فعال یک کشور را تشکیل می‌دهند. در همه کشورهای دنیا مسائل

توانند ترکیبی از محرک‌های درونی مانند شخصیت بود که زمینه‌ساز شکست و تسلیم فرد در برابر مشکلات است یا عوامل بیرونی مانند تنیدگی‌های محیطی باشد. تنیدگی مفرط اغلب در بین دانشجویان به شکست تحصیلی، بیکاری، اعتیاد و سوء مصرف مواد، مشکلات سلامت، ضعف در عملکرد، ترک تحصیل و در برخی موارد حتی به خودکشی و دگرگشی منجر می‌شود. در مواجهه با تنیدگی‌های مختلف و واکنش‌های حاصل از آن‌ها دانشجویان معمولاً سعی می‌کنند از روش‌های مقابله‌ای مختلفی مانند اجتناب از تنیدگی، جستجوی حمایت اجتماعی یا روی آوردن به مذهب و انجام مناسک مذهبی خاص و یا روش‌های مقابله‌ای منفی مانند مصرف الکل و مواد مخدر استفاده کنند.

طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روانی و سازگاری بین فردی، تلاش‌های متعددی را جهت برقراری ارتباط بین دو مفهوم سلامت و معنویت تحت عنوان سازه بهزیستی معنوی (spiritual well-being) انجام داده‌اند. مروری بر متون تخصصی معنویت حاکی از آن است که اغلب این تعاریف قائل به دو بُعدی بودن معنویت هستند. بُعد اول، معنویت مذهبی است و در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود و بُعد دوم، معنویت وجودی است که در آن تجربیات روانشناختی خاصی که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا واقعیت غایی ندارد، مدنظر می‌باشد (۱). بدین ترتیب بهزیستی معنوی را می‌توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (۲). الیسون بیان می‌دارد که بهزیستی معنوی شامل یک عنصر روانی اجتماعی و یک عنصر مذهبی است (۳). بهزیستی مذهبی که عنصر مذهبی است، بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است. بهزیستی وجودی عنصری روانی اجتماعی است و بیانگر احساس فرد از این‌که چه کسی است، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد،

می‌باشد. هم بهزیستی مذهبی و هم بهزیستی وجودی شامل تعالی و حرکت فراتر از خود می‌باشند. بُعد بهزیستی مذهبی ما را به رسیدن به خدا هدایت می‌کند در حالی که بُعد بهزیستی وجود ما را فراتر از خودمان و به سوی دیگران و محیط‌مان سوق می‌دهد. از آنجایی که انسان به‌عنوان نظامی یکپارچه عمل می‌کند این دو بُعد در عین حال که از هم جدا هستند با هم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه ما احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی می‌کنیم.

تحقیقات متعددی در حمایت از این فرضیه وجود دارد که بهزیستی معنوی می‌تواند کارکرد روانی و سازگاری را تقویت کند. همبستگی‌های معناداری بین نمرات مقیاس بهزیستی معنوی و متغیرهای از قبیل اعمال مذهبی (۴)، افسردگی، عزت نفس و جهت‌گیری مذهبی درونی (۵)، بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی (۶)، بی‌ثباتی هیجانی و آشفتگی خلق (۷) و استرس (۸) گزارش شده است.

از طرف دیگر، سلامت روانی را حالت سازگارانه نسبتاً خوب، احساس بهزیستی و شکوفایی و استعداد‌های شخص تعریف کرده‌اند. این اصطلاح عموماً برای کسی به کار می‌رود که در سطح بالایی از سازگاری و انطباق عاطفی عمل می‌کند و نه کسی که صرفاً بیمار نیست (۹). به‌طور کلی، تحقیقاتی که ارتباط بین مذهب و سلامت را در جامعه افراد عادی، بیماران جسمی، بیماران سرطانی و بیماران روانی مورد بررسی قرار داده‌اند، به این نتیجه رسیده‌اند که باورها و اعمال مذهبی تأثیر مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی و کنار آمدن با بیماری‌های جسمی دارد (۱۰، ۶). با توجه به اهمیت سازه بهزیستی معنوی و نقش آن در ارتقاء سلامت روانی افراد از یک سو و با عنایت به این‌که در ایران پژوهشی که رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی را مورد بررسی قرار دهد، صورت نگرفته است، انجام چنین پژوهشی در بین دانشجویان حائز اهمیت فراوانی است.

میزان تجربه فرد از رابطه رضایت‌بخش با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ سؤالات زوج مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت ۶ درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" است. پالوتزین و الیسون در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. پایایی این مقیاس توسط دهشیری و همکاران (۱۳) روی دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی و خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است.

یافته‌ها

از ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شده بین آزمودنی‌ها ۳۹۶ مورد تکمیل شد و ۴ مورد نیز ناقص بود که از فرایند تجزیه و تحلیل خارج شدند. میانگین سنی آزمودنی‌های مرد ۲۳/۴۱±۵/۰۶ سال، آزمودنی‌های زن ۲۲/۱۳±۴/۰۷ سال و میانگین سنی کل ۲۲/۷±۴/۰۵۷ سال بود که دامنه سنی آن‌ها بین ۱۸ تا ۴۱ سال می‌باشد. میانگین متغیرهای بهزیستی معنوی ۸۹/۱۸±۱۷/۱۴ و سلامت روان ۵۲/۴۸±۱۵/۷۶ بود. همچنین میانگین نمرات بهزیستی معنوی دانشجویان پسر ۸۸/۲۹، دانشجویان دختر ۸۹/۸۷ و میانگین نمرات سلامت روان دانشجویان پسر ۵۰/۰۹ و دانشجویان دختر ۵۴/۳۶ می‌باشد.

بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی همبستگی معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۵۵$) (جدول ۱). همبستگی بهزیستی معنوی با نمرات چهار خرده‌مقیاس سلامت روانی نیز معنادار می‌باشد. بیشترین همبستگی بهزیستی معنوی با اضطراب ($P < ۰/۰۱$) و کمترین همبستگی آن با علائم بدنی مشاهده

با توجه به هدف فوق و با عنایت به سوابق پژوهشی مورد بررسی در این حیطه، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین بهزیستی و معنوی و سلامت روانی رابطه‌ای وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. نمونه پژوهش ۴۰۰ دانشجوی (۱۷۷ پسر و ۲۲۳ دختر)، با میانگین سنی ۲۲/۷±۴/۰۵۷ سال از دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان بودند که به شیوه تصادفی طبقه‌ای نسبی از دانشکده‌های مختلف انتخاب شدند و به مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) پاسخ دادند. از ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شده بین آزمودنی‌ها، ۳۹۶ مورد تکمیل شد و ۴ مورد نیز ناقص بود که از فرایند تجزیه و تحلیل خارج شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از پرسشنامه سلامت روان (GHQ) و مقیاس بهزیستی معنوی مقیاس بهزیستی معنوی (Spiritual well-being scale یا SWBS).

از جمله مشخص‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی، پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی می‌باشد که دارای چهار خرده‌مقیاس علائم بدنی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی می‌باشد. نور بالا و همکاران اعتبار و پایایی این پرسشنامه را در بین زنان و مردان ایرانی این‌گونه بیان نمودند: نتایج مربوط به بررسی اعتبار همزمان پرسشنامه نشان داد که بین تمامی خرده‌مؤلفه‌های دو مقیاس SCL-90 و GHQ همبستگی معناداری ($P > ۰/۰۰۱$) وجود دارد. همچنین ضرایب پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه $r = ۰/۸۵$ به‌دست آمد (۱۱).

پرسشنامه بهزیستی معنوی (SWBS) توسط پالوتزین و الیسون (۱۲) در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده‌مقیاس است. سؤالات فرد آزمون مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و

جدول ۱: ضرایب همبستگی پیرسون بین بهزیستی معنوی و سلامت روان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- بهزیستی وجودی	۱							
۲- بهزیستی مذهبی	**۰/۶۷	۱						
۳- بهزیستی معنوی	**۰/۹۲	**۰/۸۹	۱					
۴- افسردگی	**۰/۴۷	**۰/۳۱	**۰/۴۳	۱				
۵- اضطراب	**۰/۵۳	**۰/۳۲	**۰/۴۸	**۰/۶۰	۱			
۶- علائم جسمانی	**۰/۴۴	**۰/۳۷	**۰/۴۰	**۰/۵۱	**۰/۷۱	۱		
۷- عملکرد اجتماعی	**۰/۴۷	**۰/۳۱	**۰/۴۳	**۰/۹۰	**۰/۶۰	**۰/۵۱	۱	
۸- سلامت روان	**۰/۶۱	**۰/۳۸	**۰/۵۵	**۰/۸۰	**۰/۸۸	**۰/۸۱	**۰/۸۱	۱

** P < ۰/۰۰۱

جدول ۲: تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی سلامت روان بر اساس متغیرهای بهزیستی مذهبی و وجودی

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	(۰/۰۰۱)

جدول ۳: مقایسه متغیرهای بهزیستی معنوی و سلامت روان دختران و پسران

متغیر وابسته	شاخص‌ها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p
بهزیستی	مذهبی	۳۵۱/۶۷	۱	۳۵۱/۶۷	۴/۸۹	۰/۰۲
	وجودی	۱۰/۴۰	۱	۱۰/۴۰	۰/۱۰	۰/۷۴
	کل	۲۴۱/۱۲	۱	۲۴۱/۱۲	۰/۸۲	۰/۳۶
سلامت روان	افسردگی	۷۰/۷۴	۱	۷۰/۷۴	۴/۶۷	۰/۱۳
	علائم جسمانی	۳۴۴/۸۰	۱	۳۴۴/۸۰	۲۱/۵	۰/۰۹
	اضطراب	۱۴۴/۰۷	۱	۱۴۴/۰۷	۶/۵۶	۰/۲۳
	کارکرد اجتماعی	۷۰/۷۴	۱	۷۰/۷۴	۴/۶۷	۰/۱۴
	کل	۲۱۰۳/۰	۱	۲۱۰۳/۰	۹/۱۹	۰/۳۳

شد ($P < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۴۰$) (جدول ۱).

همچنین بین بهزیستی وجودی و سلامت روانی نیز همبستگی معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۶۱$). همبستگی بهزیستی وجودی با نمرات چهار خرده مقیاس سلامت روانی نیز معنادار بود. بیشترین همبستگی بهزیستی وجودی با اضطراب ($P < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۵۳$) و کمترین آن با علائم جسمانی ($P < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۴۴$) بود. همبستگی بهزیستی مذهبی با نمرات سلامت روان نیز منفی و معنادار بود ($P < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۳۸$). همچنین همبستگی بهزیستی مذهبی با چهار حیطه سلامت روانی منفی و معنادار بود. بیشترین همبستگی بهزیستی مذهبی با نمرات علائم جسمانی ($P < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۳۷$) به منظور بررسی این که نمرات بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی

تا چه اندازه می‌توانند نمرات سلامت روانی را پیش‌بینی کنند از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد (جدول ۲).

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره با استفاده از روش گام به گام نشان داد که از بین سه متغیر بهزیستی معنوی و دو خرده مقیاس آن، تنها خرده مقیاس بهزیستی مذهبی وارد معادله رگرسیون شد. بهزیستی مذهبی به تنهایی ۳۷ درصد واریانس سلامت روانی دانشجویان را تبیین می‌کند. آزمون آماری F برای معناداری ضریب همبستگی برابر ۲۲۳/۹۲ بود که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار می‌باشد. اما دو متغیر دیگر، سهمی در تبیین متغیر سلامت روان نداشتند. به منظور مقایسه نمرات بهزیستی و سلامت روان دانشجویان دختر و پسر از آزمون تحلیل

سلامت روانی و جسمانی افراد و کاهش اختلالات ناشی از آن مؤثر بوده است. بهزیستی معنوی با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی و جسمانی در کنار دیگر مؤلفه‌های مرتبط با سلامت روانی، موجب بهبود و ارتقاء سلامت روانی و جسمانی افراد شده و سطح سازگاری افراد با رویدادهای زندگی را افزایش می‌دهد.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که بین بهزیستی مذهبی دختران و پسران تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین بهزیستی وجودی تفاوت معناداری به دست نیامد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کلامس (۲۱) و هامستیر و همکاران (۲۲) مبنی بر این که دختران نسبت به پسران نمرات بالاتری در مقیاس بهزیستی مذهبی به دست می‌آورند، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نمرات بالاتر زنان در بهزیستی مذهبی ممکن است به علت اجتماعی شدن، نقش‌هایی که از آن‌ها انتظار می‌رود، تجارب زندگی و راهبردهای مقابله‌ای متفاوت آن‌ها نسبت به مردان باشد (۲۲). همچنین به اعتقاد لوین و همکاران (۲۳)، این امکان وجود دارد که نقش‌ها، صفات و رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی به زنان نسبت داده می‌شود با برخی از اصول و هنجارهای مذهبی سازگارتر است.

در پایان می‌توان گفت که یافته‌های پژوهش حاضر با بسیاری از پژوهش‌های انجام شده و مرتبط بهزیستی معنوی هماهنگ است و تأییدکننده نتایج این پژوهش‌ها می‌باشد. همچنین لازم به ذکر است که معنادار بودن رابطه میان بهزیستی معنوی و سلامت روانی هرگز به معنای داشتن روابط علت و معلولی بین این متغیرها نمی‌باشد. این امکان وجود دارد که رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامتی روانی، یک رابطه دو سویه باشد یا رابطه بین دو متغیر معلول متغیر دیگری باشد و دستیابی به

واریانس چند متغیره استفاده شد (جدول ۳). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که تنها در خرده مقیاس بهزیستی مذهبی بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری ($F=4/89$, $P<0/02$) وجود داشته که میانگین دانشجویان دختر بیشتر از میانگین پسران بود (جدول ۳).

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بهزیستی معنوی و سلامت روانی در بین دانشجویان بود که بر اساس یافته‌ها، بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد و بهزیستی مذهبی می‌تواند سلامت روانی را پیش‌بینی کند. نتایج این پژوهش با سایر یافته‌ها (۱۷-۱۴) همسو می‌باشد. فرض بر این است که بهزیستی مذهبی به طور معناداری با سلامت روان همبستگی دارد. به عنوان مثال، بیماران مبتلا به درد مزمن که توکل به خدا را دشوار می‌دانند و احساس می‌کنند که خداوند آن‌ها را به حال خود رها کرده است، فاقد تجارب معنوی روزانه بوده، حمایتی از طرف جامعه مذهبی دریافت نمی‌کنند و خود را به عنوان فردی مذهبی - معنوی قلمداد نمی‌کنند؛ این افراد در معرض خطر بیشتری برای از دست دادن سلامت روان نسبت به سایر افراد نیز می‌باشند (۱۸). به نظر می‌رسد از دست دادن توکل و مقابله مذهبی منفی (negative religious coping) با سلامت روان پایین‌تر و تجربه شدیدتر درد در این بیماران ارتباط داشته باشد (۱۸). خشم نسبت به خداوند (به دلیل داشتن احساس رهاشدگی توسط خداوند متعال) با سلامت روان پایین‌تر و راهکارهای مقابله‌ای ضعیف‌تر در ارتباط است (۱۹,۲۰). از این رو، معنویت و مذهب به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند و موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی افراد می‌شود. در مجموع با مروری بر پژوهش‌های انجام شده در دهه‌های اخیر می‌توان به این نکته دست یافت که معنویت در ارتقاء

جامعه‌های آماری گوناگون و در مقاطع زمانی مختلف ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، جناب آقای دکتر اصغر تیموریان که حمایت‌های مالی لازم برای انجام این پژوهش را فراهم آوردند و دانشجویان محترمی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

ارتباط دقیق‌تر این متغیرها نیازمند زمان و پژوهش‌های مرتبط در حوزه بهزیستی معنوی و سلامت روانی است. بدیهی است که انجام یک پژوهش آن هم بر روی قشر دانشجوی در زمینه بهزیستی معنوی و ارتباط آن با سلامت روانی کافی نمی‌باشد و نمی‌توان نتایج این یافته را به افراد دیگر تعمیم داد. در تایید این ادعا شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد که سطوح بهزیستی معنوی افراد ممکن است در طول زمان و در موقعیت‌های مختلف دستخوش تغییر شود (۲۴). با این وجود، انجام پژوهش‌های دیگر بر روی جمعیت‌های بهنجار و بالینی در سنین مختلف و

References

- Hartz GW. Spirituality and Mental Health: Clinical Applications. New York: Haworth press; 2005.
- Hawks SR, Hull M, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. Am J Health Promot. 1995;9(5):371-8.
- Ellison CW, Jonker-Bakker I. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. Psychol Theol. 1983;11(4):330-40
- Bassett RL, Camplin W, Humphrey D, Dorr C, Biggs S, Distaffen R, et al. Measuring Christian maturity: A comparison of several scales. J Psychol Theol. 1991; 19(1): 84-93.
- Genia V. Evaluation of spiritual well-being scale in sample of college student. Int J psychol religion. 2001; 11(1): 25-30.
- Kim J, Heinemann AW, Bode RK, Sliwa J, King RB. Spirituality, quality of life, and functional recovery after medical rehabilitation. Rehabil Psychol. 2000; 45(4): 365-85.
- Leach MM, Lark R. Does spirituality add to personality in the study of trait forgiveness? Pers Individ Dif. 2004; 37(1): 147-156.
- Woodbury AM. Social support network and adjustment in childhood: A longitudinal analysis [dissertation]. Boston: Boston university, 1992.
- Sapington A. Health psychology. Translated by Shahi Baravati H. Tehran: Nashre Ravan Press; 2001.[in Persian]
- Rippentrop AE. A Review of the Role of Religion and Spirituality in Chronic Pain Populations. Rehabil Psychol. 2005; 50(3): 278-84.
- Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Kazem M.[The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool in Tehran].Hakim. 2008; 11(4): 47-53. [in Persian]
- Paloutzian RF & Ellison CW. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley, 1982.
- Dehshiri Gh, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M.[Investigation of psychometric properties of spiritual well-being scale among students]. Psychol Study. 2008; 4(3),35-45. [in Persian]
- Rew L, Wong YJ. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. J Adolesc Health. 2006;38(4):433-42.
- Bahrami Ehsan H, Tashak N. [Relationship between religious orientation and mental health, evaluation of religious orientation scale]. J of psychol edu. 2004; 4(2): 41-63. [in Persian]
- Ventis WL. The relationship between religion and mental health. J Soc Issues. 1995; 51 (2): 33-48.
- Koeing HG, McCulloch ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxford: Oxford university Press; 2001.

18. Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala J V. The relationship between religion/ spirituality and physical health, mental health, and a pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005;116(3):311-21.
19. Exline jj, Yali AA, Loble M. When god disappoints: difficulty forgiving god and it role in negative emotion. *J Health psychol* .1999; 4(3): 365-79.
20. Pargament KI, Zinnbauer BJ, Scott AB, Butter EM, Zerowin J, Stanick P. Red flags and religious coping: identifying some religious warning sings among people in crisis. *J Clin Psychol*. 1998;54(1):77-89.
21. Kellums KJ. Gender analysis of the spiritual well-being scale [dissertation]. Newberg : George Fox University,1995.
22. Hammermeister J, Flint M , Alayli A , Ridnour A, Peterson M. gender differences in spiritual well-being: are females more spiritually well than males? *Am J health Stud*. 2005; 20 (2): 80-4.
23. Levin JS, Taylor RJ, Chatters LM. Race and gender differences in religiosity among older adults: Findings from four national surveys. *J Gerontol*. 1994;49(3):S137-45.
24. Keefe FJ, Affleck G, Lefebvre J, Underwood L, Caldwell DS, Drew J, et al. Living with rheumatoid arthritis: the role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *J Pain*. 2001 (2):101-10.