



فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی
سال شانزدهم شماره ۶۴ زمستان ۱۴۰۰

بررسی رابطه سلامت روانی، بهزیستی اجتماعی و هیجانی با نقش میانجی بهزیستی معنوی

روح‌انگیز عیدی^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۲*}

۱- دانشجوی دکتری دانشکده علوم تربیتی، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

۲- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، واحد تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۴/۱۷

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی بهزیستی معنوی در رابطه بین سلامت روانی و بهزیستی اجتماعی و هیجانی شهروندان کلان شهر تبریز بود. مطالعه حاضر از نوع مطالعات همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه افراد ساکن شهر تبریز، که از بین آنها تعداد ۶۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و پرسشنامه‌های سلامت عمومی، بهزیستی معنوی و سؤالات مقیاس بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی پرسشنامه استاندارد بهزیستی ذهنی را تکمیل نمودند. در بخش تجزیه و تحلیل آمار استنباطی، از مدل‌یابی معادلات ساختاری، با کمک نرم افزار لیزرل، استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان داد که متغیرهای بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی معنوی تأثیر معنادار و مثبتی بر سلامت روانی افراد ساکن در کلان شهر تبریز دارند. مقادیر مربوط به ضریب مسیرها در مدل نهایی تحقیق بیانگر آن بود که بهزیستی هیجانی ۳۸٪، بهزیستی معنوی ۶۲٪ و بهزیستی اجتماعی ۴۷٪ تغییرات مربوط به متغیر سلامت روانی را به طور مستقیم تبیین می‌کنند. از سوی دیگر، بهزیستی هیجانی با ضریب ۰/۴۴ نیز نشان داد که به طور غیرمستقیم از طریق متغیر تعدیل کننده بهزیستی معنوی به میزان ۴۴٪ بر متغیر وابسته سلامت روانی تأثیر دارند. همچنین یافته‌های تحقیق نشان داد که بهزیستی اجتماعی تأثیر معناداری بر بهزیستی معنوی ندارد. نهایتاً یافته‌ها حاکی از آن بود بهزیستی هیجانی و بهزیستی اجتماعی بیشترین تأثیر بر متغیر سلامت روانی را دارند، همچنین بهزیستی معنوی نقش تعدیل کننده‌ای در رابطه بین بهزیستی هیجانی و سلامت روانی داراست.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی، بهزیستی اجتماعی و هیجانی، بهزیستی معنوی

مقدمه

امروزه، پیشرفت‌های تکنولوژی باعث شده تا مردم از رفاه بیشتری برخوردار باشند، اما ثمره‌ی این تغییر و پیشرفت، آرامش و سلامت روانی^۱ را از انسان‌ها ربوده و تنش‌های روانی، اختلالات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی را جایگزین آن نموده است (راوورن، بیلینگتون، کراگلو، لاندن و میدویدیو^۲، ۲۰۱۹). در این رابطه، ساخت و تارپود انسان به گونه‌ای

* نویسنده مسئول
m.alivand@iaut.ac.ir

1 . mental health

2 . Rowthorn, Billington, Krägeloh, Landon, Medvedev

است که همیشه نیازمند بوده و محتاج کمک خواهی از یک منبع بالا و قدرتمند است، موضوعی که با بعد فطری معنوی انسان هماهنگ است (لایون، کیمل، چنگ و وانگ^۱، ۲۰۱۶؛ گرجیاناکي، کامپوراکي، ویلیامز و تیلیجیانی^۲، ۲۰۱۹).

در این راستا، روانشناسان معتقدند که تنها روزه‌ای که می‌تواند ناراحتی‌های حاصل را از بدن آدمی خارج سازد و یا آنها را خنثی کند داشتن ایمان و اعتقاد به خدا و یک قدرت مافوق انسانیت است؛ زیرا تنها نیرویی که می‌تواند بر مشکلات فائق شود، نیروی الهی است (حسین‌پور، یونسین، خسروی، صباغ و کلاهدوزان، ۱۳۹۴).

پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که دارا بودن سلامت معنوی می‌تواند به عنوان سپری برای روبه‌رو شدن با فشارهای روانی و مشکلات زندگی عمل نماید. به عنوان مثال، در پژوهش‌های گوین، برنسکام، تیلور، چنی، مانس، فری و ژانگ^۳ (۲۰۱۹)، میلنر، کرافورد، ادلی، هار-دوک و اسلید^۴ (۲۰۱۹)، شارما، مارین، کوئینگ، فدر، لاکویلو، ساتویک و پیترزاک^۵ (۲۰۱۷)، روسمارین، آلپر و پاراگمنت^۶ (۲۰۱۶)، مارتینز و کاستودیو (۲۰۱۴)، طاهری خرامه، شریفی‌فرد، علیزاده، وحیدابی، میرحسینی و امیدی (۱۳۹۵) و جعفری، حاجلو، فغانیو خزان (۱۳۹۱) نشان داده شد که مذهب و معنویت در سلامت روانی افراد نقش واسطه‌ای داشته و کسانی که به لحاظ معنوی در سطح مناسبی قرار داشتند، سلامت روانی آنها نیز مناسب‌تر بود.

بعلاوه، طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روانی تلاش‌های متعددی را برای برقراری ارتباط بین دو مفهوم سلامتی و معنویت، تحت عنوان سازه بهزیستی معنوی^۷ انجام داده‌اند (وی، لیو، چن و هو^۸، ۲۰۱۶). لذا، بهزیستی معنوی توانایی ارتباط با دیگران، زندگی هدفمند، معنادار، اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف شده است (میلنر و همکاران، ۲۰۱۹؛ لوچتی، پیرس، والادا و لوچتی^۹، ۲۰۱۵).

در این رابطه، از جمله معیارهای سلامت روانی احساس رضایت، شادی و آرامش خاطر است، که احساس بهزیستی^{۱۰} فرد را منعکس می‌سازد. متخصصان، بهزیستی شخصی را به عنوان ارزیابی عاطفی و شناختی از زندگی می‌دانند که متشکل از سه مؤلفه اصلی رضایتمندی از زندگی و وجود عواطف (خلق و هیجان‌ها) خوشایند و نبود عوطف (خلق و هیجان‌ها) ناخوشایند است (ایوبی، تیموری و نیری، ۱۳۸۹).

1. Lyon, Kimmel, Cheng, Wang
2. Gergianaki, Kampouraki, Williams, Tsiligianni
3. Gwin, Branscum, Taylor, Cheney, Maness, Frey, Zhang
4. Milner, Crawford, Edgley, Hare-Duke, Slade
5. Sharma, Marin, Koenig, Feder, Iacoviello, Southwick, Pietrzak
6. Rosmarin, Alper, Pargament
7. spiritual well-being
8. Wei, Liu, Chen, Hu
9. Lucchetti, Peres, Vallada, Lucchetti
10. well-being

در همین رابطه، کیز^۱، مدلی جدید از سلامت روان ارائه داده و به بعد اجتماعی بهای زیادی قابل شده و نگاه متفاوتی به این مقوله دارد (کیز، فردریکسون و پارک^۲، 2012). وی یک مدل پنج بعدی قابل ارزیابی از ابعاد سلامت اجتماعی ارائه می‌دهد که طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند؛ و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (صفاری‌نیا، تدریس‌تبریزی و علی‌اکبری‌دهکردی، 1393).

مدل چند وجهی کیز از بهزیستی اجتماعی^۳ شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی آنها معلوم می‌کند. پنج عنصر یا جنبه بهزیستی اجتماعی از نظر کیز، یعنی پیوستگی^۴، یکپارچگی^۵، پذیرش^۶، تشریک مساعی^۷ و شکوفایی^۸ با اندازه‌های مربوط به سلامت روان مرتبط هستند. نتایج پژوهش‌های کاراجا، یلدریم، کانبور، آچیک‌گوز و آکیوس^۹ (۲۰۱۹)، مس، کلونکر، لینداستورم و لیلجیل^{۱۰} (۲۰۱۶)، همتی و رحیمی‌علی‌آباد (۱۳۹۳) و مذهب‌دار قشقائی، حسینی ذبیحود و زاهدی اصل (۱۳۹۲) نیز حاکی از ارتباط سلامت روانی با بهزیستی اجتماعی بود.

از دیگر متغیرهای تأثیر گذار در سلامت روان، بهزیستی هیجانی^{۱۱} است. بهزیستی هیجانی به تجربه مکرر عاطفه یا هیجان مثبت و تجربه نامکرر و اندک هیجان یا عاطفه منفی و نیز عنصر شناختی یا ارزیابی افراد از جنبه‌های مختلف هیجانی زندگی خود گفته می‌شود و نوعاً اشاره به تعادل بین عاطفه مثبت و منفی افراد دارد (هاشمیان و همکاران، 1386). دیدگاه غالب روانشناسان لذت‌گرا آن است که بهزیستی برابر با شادکامی فاعلی و مرتبط با تجربه لذت‌گرا در مقابل تجربه ناخشنودی است. می‌توان چنین برداشتی از بهزیستی را بهزیستی هیجانی نامید. نتایج مطالعات ایرونسون، بانرجی، فیچ و کراوس^{۱۲} (۲۰۱۸)، فرناندز-آبسکال و مارتین-دیزاز^{۱۳} (۲۰۱۵) و کلبی و شیفرن^{۱۴} (۲۰۱۳) نیز نشان داده بود که بسیاری از رفتاری‌های افراد با بیماری‌های آنان و سلات روانی رابطه دارد.

به‌طور کلی، با توجه به نابسامانی‌های روانشناختی انسان‌ها در این عصر و آمارهای ارائه شده در حوزه سلامت روانی که نشان از شیوع بالای اختلالات روانی در قشرهای مختلف مردم دارد (سیدان و عبدالصمدی، 1389؛ نوربالا،

1. Keyes
2. Fredrickson & Park
3. social well-being
4. social integration
5. social contribution
6. social acceptance
7. social coherence
8. social actualization
10. Karaca, Yildirim, Cangur, Acikgoz, & Akkus
11. Maass, Kloekner, Lindstrom, & Lillefjell
11. emotional well-being
12. Ironson, Banerjee, Fitch, Krause
13. Fernández-Abascal & Martín-Díaz
14. Colby & Shifren

دماری و ریاضی اصفهانی، ۱۳۹۳). همچنین با توجه به ادبیات مطرح شده، در تحقیق حاضر، محقق بر آن است تا با تکیه بر ابعاد مثبت انسانی، از جمله نگاهی به نقش بهزیستی معنوی؛ تأثیر و نقش تعدیل‌کنندگی بهزیستی معنوی را در ارتباط بین سلامت روانی با متغیرهایی چون بهزیستی اجتماعی و هیجانی مورد بررسی قرار دهد.

لذا، با توجه به اهمیت سازه بهزیستی معنوی و نقش آن در ارتقاء سلامت روانی افراد از یک سو و با عنایت به این که در ایران چنین پژوهشی چندان مورد توجه واقع نشده است؛ انجام چنین پژوهشی حائز اهمیت فراوانی است. بر این اساس، با توجه به هدف فوق و با عنایت به سوابق پژوهشی مورد بررسی در این حیطه، پژوهش حاضر درصدد بررسی بررسی نقش واسطه‌ای بهزیستی معنوی در رابطه بین سلامت روانی و بهزیستی اجتماعی و هیجانی شهروندان کلان شهر تبریز بود.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و زمینه‌یابی میان-مقطعی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد ساکن در شهر تبریز ($N=1455346$) بود، که از بین آنها به روش نمونه‌گیری هدفمند (حداقل ۱۵ و حداکثر ۷۰ ساله، سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری خاص، ساکن شهر تبریز)، تعداد ۶۰۰ نفر انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های ذیل بود؛

مقیاس سلامت روانی: این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۱ در سال ۱۹۷۹ معرفی شده و ۲۸ سؤال دارد. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۰، ۱، ۲، ۳) می‌باشد و در نتیجه دامنه نمره فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. پایایی این ابزار در پژوهش گلدبرگ (۱۹۸۶) به میزان ۰/۷۸ درصد گزارش شده است. در ایران، میرخشتی (به نقل از سیدان و عبدالصمدی، ۱۳۸۹) در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۴ گزارش کرد.

پرسشنامه بهزیستی اجتماعی و هیجانی: جهت بررسی بهزیستی اجتماعی و هیجانی آزمودنی‌ها از سؤالات مربوط به پرسشنامه بهزیستی ذهنی توسط کیز (۲۰۰۲) استفاده شد. در مطالعه کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت ۰/۹۱ و بخش هیجان منفی ۰/۷۸ بود. در ایران، این پرسشنامه توسط گلستانی بخت (۱۳۸۶) اعتباریابی شد و ضریب همبستگی مقیاس‌های بهزیستی هیجانی، و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۶ گزارش کرد.

بهزیستی معنوی: این مقیاس در سال ۱۹۸۲ توسط پالوتزیان و الیسون ساخته شده که دارای ۲۰ گویه و دو خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی است. نحوه‌ی نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۶ گزینده‌ای

1. Goldberg

از ۱ تا ۶ است و با نمره گذاری آن سه نمره بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل بهزیستی معنوی به دست می‌آید (نریمانی، پرزور، عطادخت و عباسی، ۱۳۹۴). لازم به ذکر است داده‌های پژوهش حاضر با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و به کمک نرم افزار SPSS و LISREL مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

براساس اطلاعات بدست آمده، ۲۹۴ (۴۹ درصد) نفر از شرکت کنندگان مرد و ۳۰۶ نفر (۵۱ درصد) زن بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان برابر با ۳۶/۴ سال بود. همچنین ۱۵۸ نفر (۲۶,۳ درصد) مجرد، ۴۱۹ نفر متأهل (۶۹,۸ درصد) و ۲۰ نفر (۳,۳ درصد) مطلقه بودند. از لحاظ میزان تحصیلات، ۴۸ نفر (۸ درصد) بی سواد، ۹۷ نفر (۱۶,۲ درصد) ابتدایی، ۷۴ نفر (۱۲,۳ درصد) راهنمایی، ۴۲ نفر (۷ درصد) دبیرستان، ۱۵۰ نفر (۲۵ درصد) پیش‌دانشگاهی و دیپلم، ۱۴۷ نفر (۲۴,۵ درصد) فوق‌دیپلم و لیسانس، و ۳۲ نفر (۵,۳ درصد) فوق‌لیسانس و بالاتر بودند.

جدول ۱: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش و میانگین و انحراف معیار مغیرها

سازه	۱	۲	۳	۴	(SD)M
۱. سلامت روانی	۱	۰/۶۰۷	۰/۴۵۲	۰/۶۷۶	۵۲/۱۵ (۱۱/۱۵)
۲. بهزیستی معنوی		۱	۰/۴۸۲	۰/۳۶۳	۶۵/۱۶ (۶/۳۱)
۳. بهزیستی هیجانی			۱	۰/۵۴۰	۴۵/۷۴ (۵/۸۵)
۴. بهزیستی اجتماعی				۱	۶۳/۳۲ (۹/۲۴)

در جدول ۱، همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش و میانگین و انحراف معیار متغیرها قابل مشاهده است. همچنین براساس نتایج شاخص‌های برازش متغیرهای پژوهش، مدل پژوهش از برازش مناسبی برخوردار بود.

جدول ۲: نتایج اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش

فرضیه	میزان اثر	معناداری (T-VALUE)	p-value
- بهزیستی اجتماعی با سلامت روان	۰/۴۷	۳/۲۳	۰/۰۰۱
- بهزیستی هیجانی با سلامت روان	۰/۳۸	۵/۴۳	۰/۰۰۱
- بهزیستی معنوی با سلامت روان	۰/۶۲	۳/۴۰	۰/۰۰۱
- تأثیر غیرمستقیم بهزیستی اجتماعی بر سلامت روان با تعدیل‌کنندگی بهزیستی معنوی		۰/۰۰	
- تأثیر غیرمستقیم بهزیستی هیجانی بر سلامت روان با تعدیل‌کنندگی بهزیستی معنوی		۰/۴۴	

با توجه به اینکه اثر غیر مستقیم بهزیستی هیجانی (۰/۴۴) بیشتر از اثر مستقیم این متغیر بر سلامت روانی است، بنابراین می‌توان نقش واسطه‌ای یا همانا تعدیل‌کنندگی متغیر بهزیستی معنوی را تایید نمود.

جدول ۳: مقایسه عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی در کل نمونه

اثر کل	اثر غیر مستقیم (به تعدیل‌کنندگی بهزیستی معنوی)	اثر مستقیم	عامل اثرگذار بر سلامت روانی
۰/۸۲	۰/۴۴	۰/۳۸	بهزیستی هیجانی
۰/۴۷	۰/۰۰	۰/۴۷	بهزیستی اجتماعی

با توجه به جدول فوق، از بین متغیرهای مستقل در تحقیق، به ترتیب اهمیت بهزیستی هیجانی (۰/۸۲) و بهزیستی اجتماعی (۰/۴۷) دارای بیشترین تأثیر بر متغیر سلامت روانی هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت روانی، بهزیستی اجتماعی و هیجانی با نقش میانجی بهزیستی معنوی بود. براساس نتایج بدست آمده، بهزیستی اجتماعی تأثیر مستقیمی بر سلامت روان شهروندان کلان شهر تبریز داشت. این یافته با یافته‌های همتی و رحیمی علی‌آباد (۱۳۹۳)، مذهب دار قشقائی و همکاران (۱۳۹۲)، کاراجا و همکاران (۲۰۱۹)، و مس و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود.

همچنین طبق یافته‌ها، بهزیستی اجتماعی تأثیر غیرمستقیم معناداری بر سلامت روان افراد از طریق بهزیستی معنوی نداشت. این یافته با نتایج پژوهش کاراجا و همکاران (۲۰۱۹) و آلورانی و آلرادایده^۱ (۲۰۱۸)، ناهمسو بود. در این راستا، مطالعات صورت گرفته اشاره کرده‌اند که بهزیستی اجتماعی و بهزیستی معنوی به صورت مستقیم و گاهاً در تعامل با یکدیگر بر سلامت روان مؤثر هستند (یون و لی، ۲۰۰۷). در این رابطه می‌توان مطرح کرد که بهزیستی معنوی موجب می‌شود که فرد احساس کند یک نیروی برتر از او محافظت می‌کند و به او توجه دارد. در تبیین ناهمسویی این یافته می‌توان به عواملی همچون نوع و تعداد نمونه انتخابی در این مطالعه، نحوه اجرا و نوع ابزار مورد استفاده اشاره کرد. بعلاوه، یکی از مهمترین دلایلی که برای این ناهمسویی می‌توان مطرح کرد تاکید بر نقش رفاه اقتصادی شرکت‌کنندگان است. به عبارتی، با توجه به اینکه در این مطالعه شرکت‌کنندگان از سه منطقه متفاوت با شرایط اجتماعی-اقتصادی متفاوت بوده‌اند و طبیعتاً درک کلی شرکت‌کنندگان به تفکیک مناطق فقیر، متوسط و غنی نسبت به بهزیستی اجتماعی و معنویت ممکن است متفاوت باشد، لذا این تفاوت‌های نشأت گرفته از طبقه اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در حذف تأثیر برخی از متغیرهای تعدیل‌کننده همچون بهزیستی معنوی در این رابطه داشته باشد.

1. Alorani & Alradaydeh

یافته دوم پژوهش نشان داد که افزایش نمرات بهزیستی هیجانی منجر به افزایش سلامت روان افراد و همچنین کاهش نمرات بهزیستی هیجانی منجر به کاهش سلامت روانی افراد می‌گردد. این یافته با یافته‌های فرناندز-آبسکال و مارتین-دیاز (۲۰۱۵)، ایرونسون و همکاران (۲۰۱۸)، و کلبی و شیفرن (۲۰۱۳) همسو است.

همچنین براساس یافته‌ها، بهزیستی هیجانی تأثیر غیرمستقیم معنی داری بر سلامت روان افراد از طریق بهزیستی معنوی دارد. این یافته با یافته‌های سلیمانی، محمد رضایی و داداللهی ساراب (۱۳۹۶)، میلنر و همکاران (۲۰۱۹)، گوین و همکاران (۲۰۱۹) و شارما و همکاران (۲۰۱۷)، همسو است. در تبیین این یافته، می‌توان گفت افراد با بهزیستی هیجانی از طریق اتخاذ اهداف منطقی و در دسترس و همچنین در پی داشتن انتظارات معقول از عملکرد و نتایج کارهای خویش، سطح استرس و فشار روانی کمتری را تجربه می‌کنند که در نتیجه با کاهش استرس، سلامت روان آنها بهبود می‌یابد. همچنین مطابق با دیدگاه چاپمن و وست-بورنهام^۱ (۲۰۱۰) فرد دارای بهزیستی معنوی که از ویژگی‌هایی چون حس رضایت از زندگی، ارزش‌ها و باورهای مثبت به خود و جامعه، حس یکپارچگی و کلیت در زندگی بهره‌مند است، به قدرت و نیروی برتر الهی در کنترل و نظارت بر امور ایمان دارد، چنین نیرویی است که می‌تواند هماهنگ کننده و تکمیل کننده سایر ابعاد سلامت باشد (هولتروف^۲، ۲۰۱۰).

به‌طور کلی می‌توان مطرح نمود؛ بهزیستی معنوی برای افراد در مقابل مشکلات و مسائل مختلف زندگی، همچون سپری مقاوم عمل می‌کند. این امر مانع از اثربخشی شرایط بیرونی می‌شود و در نهایت، به سبب کنترل درونی، عزت نفس فرد و میزان تأثیرپذیری وی از شرایط نامناسب کمتر خواهد بود. بنابراین، تعامل اثرات بهزیستی اجتماعی و هیجانی در کنار نقش تعدیلی و مقابله‌ای بهزیستی معنوی منجر به سلامت روانی مطلوب خواهد شد. لذا برای جلوگیری از مشکلات مرتبط با سلامت روان، برنامه‌های مبتنی بر بهزیستی در ابعاد اجتماعی، هیجانی، روانشناختی و معنوی آموزش و ترویج داده شود. از جمله محدودیت‌های این مطالعه محدود شدن جامعه و نمونه این مطالعه به زنان و مردان شهر تبریز بود که با توجه به وجود تفاوت‌های جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در مناطق مختلف کشور تعمیم نتایج مدل سلامت روان باید با احتیاط همراه باشد.

تشکر

با توجه به حجم عظیم جامعه و نمونه آماری، از کلیه عزیزانی که در اجرای پژوهش یاری نمودند، تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

1. Chapman & West-Burnham
2. Hoeltherhoff

منابع

- ایوبی، سمیه، تیموری، سعید، نیری، مهدی. (۱۳۸۹). سرسختی، کیفیت زندگی و احساس بهزیستی. روانشناسی تحولی، ۶ (۲۴)، ۳۶۰-۳۵۳.
- جعفری، عیسی، حاجلو، نادر، فغانی، رامین، خزان، کاظم. (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روانشناختی با سلامت روانی سالمندان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰ (۶)، ۴۴۰-۴۳۱.
- حسین پور، محمدحسن، یونسیان، علی، خسروی، احمد، صباغ، یگانه، کلاهدوزان، سکینه. (۱۳۹۴). بررسی چگونگی ارتباط هوش معنوی و هوش هیجانی با سلامت روان در دانشجویان. مجله دانش و تندرستی در علوم پزشکی، ۱۰ (۲)، ۱۱-۱۷.
- سلیمانی، سمیرا، محمد رضایی، علی، داداللهی ساراب، رویا. (۱۳۹۶). سلامت روان دانشجویان: نقش معنویت و هوش هیجانی. فصلنامه روان شناسی تربیتی، ۱۳ (۴۴)، ۵۸-۴۹.
- سیدان، فریبا، عبدالصمدی، محبوبه. (۱۳۸۹). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۱ (۴۲)، ۲۵۴-۲۲۹.
- صفاری نیا، مجید، تدریس تبریزی، معصومه، علی اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۹۳). رواسازی و اعتبار یابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی در زنان و مردان ساکن شهر تهران. فصلنامه اندازه گیری تربیتی، ۱۸ (۵)، ۱۱۶-۱۱۶.
- طاهری خرامه، زهرا، شریفی فرد، فاطمه، علیزاده، مصطفی، وحیدابی، وحید، میرحسینی، حسام، امید، رضا. (۱۳۹۵). بررسی همبستگی مؤلفه‌های بهزیستی معنوی - مذهبی با سلامت روان در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۰ (۴)، ۱۰۹-۱۰۲.
- گلستانی بخت، طاهره. (۱۳۸۶). ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. رساله دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه الزهراء.
- مذهب دار قشقائی، هما، حسینی ذیجود، مصطفی، زاهدی اصل، محمد. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹. مجله علمی پژوهان، ۱۲ (۲)، ۶۳-۵۵.
- نریمانی، محمد، پرزور، پرویز، عطادخت، اکبر، عباسی، مسلم. (۱۳۹۴). نقش بهزیستی معنوی و پایداری مذهبی در پیش بینی رضایتمندی زناشویی پرستاران. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۴ (۲)، ۱-۱۰.
- نوریالا، احمدعلی، دماری، بهزاد، ریاضی اصفهانی، سهند. (۱۳۹۳). بررسی روند شیوع اختلالات روانی در ایران. دو ماهنامه دانشور پزشکی، ۱۱۲ (۲۱)، ۱-۱۱.
- هاشمیان، کیانوش، پورشهرداری، مه سیمما، بنی جمالی، شکوه السادات، گلستانی بخت، طاهره. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین ویژگی های جمعیت شناختی با میزان بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. مطالعات روانشناختی الزهراء، ۳ (۳)، ۱۶۳-۱۳۹.
- همتی، رضا، رحیمی علی آباد، اباذر. (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی: مطالعه موردی زنان شهر خلخال. مطالعات علوم اجتماعی ایران، ۱۰ (۴۲)، ۱۱۹-۱۰۵.

Alorani, O. I., & Alradaydeh, M. t. F. (2018). Spiritual well-being, perceived social support, and life satisfaction among university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(3), 291-298.

- Chapman, L., West-Burnham, J. (2010). *Education for social justice: Achieving wellbeing for all*. Edinburgh: A and C Black.
- Colby, D. A., & Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 10-20.
- Fernández-Abascal, E. G., & Martín-Díaz, M. D. (2015). Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in psychology*, 6(317). doi:10.3389/fpsyg.2015.00317
- Gergianaki, I., Kampouraki, M., Williams, S., Tsiligianni, I. (2019). Assessing spirituality: is there a beneficial role in the management of COPD? *NPJ Prim Care Respir Med*, 29(1):23.
- Gwin, S., Branscum, P., Taylor, L., Cheney, M., Maness, S. B., Frey, M. Zhang, Y. (2019). Associations between Depressive Symptoms and Religiosity in Young Adults. *J Relig Health*. 1, [Epub ahead of print].
- Hoeltherhoff, M. (2010). Resilience against death anxiety in relationship to post-traumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity. Research with Plymouth University.
- Ironson, G., Banerjee, N., Fitch, C., Krause, N. (2018). Positive emotional well-being, health Behaviors, and inflammation measured by C - reactive protein. *Social Science & Medicine*, 197, 235-243.
- Karaca, A., Yildirim, N., Cangur, S., Acikgoz, F., & Akkus, D. (2019). Relationship between mental health of nursing students and coping, self-esteem and social support. *Nurse Education Today*, 76, 44-50.
- Keyes, C. L. M., Fredrickson, B. L., & Park, N. (2012). Positive Psychology and the Quality of Life. *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., Ryff, C. D. (2003). Optimizing wellbeing: The empirical encounter of two traditions. *J Personal Soci Psychol*, 82(6), 1007-22.
- Lucchetti, A. L., Peres, M. F., Vallada, H. P., Lucchetti, G. (2015). Spiritual Treatment for Depression in Brazil: An Experience from Spiritism. *The Journal of Science and Healing*, 11(5), 22-31.
- Lyon, M. E., Kimmel, A. L., Cheng, Y. I., Wang, J. (2016). The Role of Religiousness/Spirituality in Health-Related Quality of Life among Adolescents with HIV: A Latent Profile Analysis. *J Relig Health*. 55(5):1688-99.
- Maass, R., Kloekner, C. A., Lindstrom, B., & Lillefjell, M. (2016). The impact of neighborhood social capital on life satisfaction and self-rated health: A possible pathway for health promotion? *Health Place*, 42, 120-128.
- Martinez, B. B., & Custodio, R. P. (2014). Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Medical Journal*, 132, 23-27.
- Milner, K., Crawford, P., Edgley, A., Hare-Duke, L., Slade, M. (2019). The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: a qualitative systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 3:1-10.
- Rosmarin, D. H., Alper, D. A., Pargament, K. I. (2016). Religion, Spirituality, and Mental Health. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*

-
- Rowthorn, M. J., Billington, D. R., Krägeloh, C. U., Landon, J., Medvedev, O. N. (2019). Development of a mental health recovery module for the WHOQOL. *Qual Life Res.* 10. [Epub ahead of print].
- Sharma, V., Marin, D. B., Koenig, H. K., Feder, A., Iacoviello, B. M., Southwick, S. M., Pietrzak, R. H. (2017). Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders*, 217
- Wei, D., Liu, X. Y., Chen, X. Z., Hu, H. P. (2016). Effectiveness of Physical, Psychological, Social, and Spiritual Intervention in Breast Cancer Survivors: An Integrative Review. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 3(3), 65-57.
- Yoon, D. P., & Lee, E. K. (2007). The impact of religiousness, spirituality, and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *J Gerontol Soc Work*, 48(3-4), 281-298.