

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۱/۲۰  
تاریخ بررسی مقاله: ۹۳/۰۲/۱۰  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۰۴/۰۵

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۳  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۱، شماره‌ی ۲  
صص: ۱۴۴-۱۲۵

## اثربخشی درمان رویکرد چند وجهی اسلامی بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران

شوبو ویسی \*

نجمه حمید \*\*

سودابه بساک‌نژاد \*\*\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان رویکرد چند وجهی اسلامی بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز بوده است. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بوده است. جامعه مورد بررسی شامل دانشجویان دختر کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز بودند. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی مرحله‌ای، ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب و به دو گروه تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزیون و الیسون، مقیاس رضایت از زندگی بوده است. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه درمان چند وجهی اسلامی درمان شدند اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. داده‌های حاصل از پژوهش به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) تحلیل و بررسی شد. نتایج حاصل آشکار ساخت که تفاوت معنی‌داری میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سلامت معنوی و رضایت از زندگی وجود داشت ( $P < 0/001$ ) نمرات سلامت معنوی و رضایت از زندگی در گروه آزمایش، نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته بود.

**کلید واژگان:** درمان چند وجهی اسلامی، سلامت معنوی، رضایت از زندگی.

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

shobowasy@yahoo.com

dr\_najmehhamid@yahoo.com

Soodabeh\_bassak@yahoo.com

\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

## مقدمه

سلامت معنوی<sup>۱</sup> از ابعاد مهم سلامت در انسان است که می‌تواند واکنش احساسی مثبت، رفتارها و شناخت ارتباط با خود، دیگران بر مبنای یک نیروی ماورایی و فطرت ایجاد کرده و در فرد احساس هویت مثبت، تلاش برای رسیدن به کمال، رضایت از زندگی، عشق، احترام به دیگران، آرامش، هدف و جهت زندگی را شکل دهد. به طور کلی سلامت معنوی، با ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند (گراون و هیرنل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). معنویت و سلامت معنوی می‌تواند روزانه به طرق مختلف از طریق تعاملات بین فردی عشق، احترام، اعتماد، صداقت و درستکاری، فداکاری و دلسوزی، تجربیاتی در مورد طبیعت که احساس نزدیکی و اتحاد و احساس قربت با خدا که او را عبادت می‌کنیم، نمود یابد (کرنز، گیرون و مک الیس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸ به نقل از عسگری، روشنی و مهری‌آدریانی، ۱۳۸۹). فرناندو، رفی و چودهری<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰، چهار بعد اصلی برای سلامت معنوی پیشنهاد داده است:

- ۱- بعد شخصی یا درونی: به چگونگی درک فرد از خویشتن مربوط می‌شود با عزت نفس و هویت در ارتباط است و باعث معنی دادن و ارزش دادن به زندگی می‌شود.
  - ۲- بعد اجتماعی: به کیفیت روابط بین فردی افراد می‌پردازد شامل عشق، عدالت، امید و ایمان می‌شود و با اخلاق و فرهنگ در ارتباط است.
  - ۳- بعد محیطی: به علاقه و ارتباط فرد با محیط مربوط می‌شود.
  - ۴- بعد متعالی: ارتباط فرد با یک چیز یا یک شخص بالاتر از سطح انسان مثل نیروی برتر، حقیقت متعالی یا خدا و شامل ایمان داشتن، پرستش، عبادت کردن برای او می‌شود.
- ثبات رابطه‌ی فرد با خدا، دیگران و محیط و ارتباط مؤثر هر کدام از این ابعاد با هم باعث افزایش سلامت معنوی انسان می‌شود. یافته‌های پژوهشی مورگان، گاستون و ماک<sup>۵</sup> (۲۰۰۶)

---

1- spiritual health  
 2- Graven & Hirnle  
 3- Kearns, Girvan, & Mcalis  
 4- Fernando, Rafi, & Chowdhury  
 5- Morgan, Gaston, & Mock

نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی و مقوله‌های کیفیت زندگی جسمانی، هیجانی و عملکرد مؤثر رابطه مثبت وجود دارد. سلامت معنوی با سازگاری روان‌شناختی، رضایت زناشویی، سازگاری اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، تاب‌آوری در برابر فشارهای روانی و بحران‌های زندگی در ارتباط است و سلامت روان را افزایش می‌دهد (بری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲، به نقل از فرناندا و همکاران، ۲۰۱۰). سلامت روان به این اشاره دارد که افراد کیفیت زندگیشان را مثبت ارزیابی کنند و با فقدان افسردگی، اضطراب، خلق و هیجان مثبت و رضایت از زندگی بیان می‌شود (دینر، ایمونز و لارسن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵). رضایت از زندگی<sup>۳</sup> به معنی ارزیابی کلی فرد از کیفیت زندگی است (سینگ و جها<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸ به نقل از شیاد، بشارت، اسدی، شیرعلی‌پور و میری، ۲۰۱۱) که به نتایج حاصل از مقایسه‌ی اهداف دست یافته با اهداف آرمانی اشاره دارد، به طور کلی رضایت از زندگی شامل تمام گستره و ابعاد زندگی می‌باشد، در این تعریف، رضایت از زندگی به معنای رضایت از یک موقعیت خاص نیست بلکه به معنای رضایت از تمامی تجارب زندگی می‌باشد، در حقیقت رضایت از زندگی به یک بهزیستی در تمام جنبه‌های زندگی (اجتماعی، اخلاقی و غیره) اشاره دارد (ارسلان، هامارتا و یوسلو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). عوامل زیادی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد (کامپبل، کونورس و رودگرس<sup>۶</sup>، ۱۹۷۶، به نقل از لیم و پوتنام<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). رضایت از زندگی موجب احساس بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی، بالا رفتن خلق مثبت و تسلط داشتن احساسات مثبت بر احساس منفی در زندگی روزمره می‌شود (وارا<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹ به نقل از سرین، سرین و وزباس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). مطالعات بسیاری نشان می‌دهد که رضایت از زندگی شاخص اصلی کیفیت زندگی است که با مسائل شخصی، روانی، اجتماعی و بین فردی رابطه دارد (پرکتر، لینلی و مالتابی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹ به نقل از لیو، وانگ و

- 
- 1- Beery
  - 2- Diner, Emmons, & Larsen
  - 3- life satisfaction
  - 4- Sing & Jha
  - 5- Arslan, Hamarta, & Uslu
  - 6- Campbell, Converse, & Rodgers
  - 7- Lim & Putnam
  - 8- Vara
  - 9- Serin, Serin, & Ozbas
  - 10- Proctor, Linley, & Maltby

لی<sup>۱</sup>، (۲۰۱۲)، برای مثال در بین مردم، کسی که سطح بالاتری از رضایت از زندگی را دارد موفقیت‌های مالی، پیشرفت تحصیلی، بالا بودن عزت نفس، خود کار آمدی، سلامت روان، سبک مقابله مؤثر، کسب حمایت بین فردی و حتی سلامت جسمانی و طول عمر بدست می‌آورد (سلدو و هوبنر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶ به نقل از لیو و همکاران، ۲۰۱۲) و برعکس افرادی که سطح پایینی از رضایت از زندگی را دارند سطح بالایی از اضطراب، افسردگی، مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری را تجربه می‌کنند (گروو، ویلسون و برچر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). رضایت از زندگی با دیگر ابعاد سلامت در ارتباط است (جنی، بوسان و کالافت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). به عنوان مثال مطالعات مختلف اثر آموزه‌های دینی بر رضایت از زندگی و شادکامی را نشان داده‌اند (هادوای<sup>۵</sup>، ۱۹۷۸؛ گریلی و هوت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶؛ فریس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲ و انگلهارت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰، به نقل از لیم و پوتنام، ۲۰۱۰). پارگامنت (۱۹۹۷)؛ به نقل از هاشمی (۱۳۸۹) روش‌های مقابله مذهبی را شامل مواردی بدین شرح می‌داند:

۱- حمایت معنوی و مقابله گروهی: باور به این که فرد حمایت و هدایت را از طرف خداوند دریافت می‌کند و خداوند یکی دیگر از اعضای شبکه حمایتی در نظر گرفته می‌شود.

۲- حمایت از سوی همراهان: کمک گرفتن از یک روحانی، رهبران مذهبی رده پایین و همراهان در هنگام استرس.

۳- اسناد مجدد به یک عامل خیرخواهانه مذهبی: نسبت دادن رویداد تنش‌زا به اراده خدای مهربان.

در رویکرد چند وجهی اسلامی<sup>۹</sup>، در فرایند درمان بر اموری تأکید می‌شود که در رویکرد سنتی وجود ندارد، مانند نگرش نسبت به خدا، اعتقاد به توانمندی، لطف و رحمت او بر

- 
- 1- Liu, Wang, & li
  - 2- Suldo & Huebner
  - 3- Grove, Wilson, & Burchjr
  - 4- Boysan, Kalafat, & Guney
  - 5- Hadaway
  - 6- Greeley & Hout
  - 7- Ferriss
  - 8- Inglehart
  - 9- multifaceted approach to islam

شخص، راضی بودن به تدابیر الهی، درک واقعیت زندگی دنیا به عنوان مقدمه آخرت، معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی و ذکر و عبادت (فقیهی، غباری بناب و قاسمی پور، ۱۳۸۶). افراد با تجارب معنوی و اعتقادات مذهبی با فشار روانی و مشکلات روانی مقابله می کنند و روش های مؤثری را استفاده می کنند. در حقیقت مذهب اثر حفاظتی علیه فشارهای روانی، مشکلات جسمانی و سلامت روان شناختی دارد و با کم کردن رفتارهایی مثل استفاده از سیگار، الکل، بیشتر کردن فعالیت های جسمانی و داشتن هدف و معنی در زندگی، امید، خوش بینی و بهبود روان شناختی فرد به افراد کمک می کند (جعفری، دهشیری، اسکندری<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

یافته های، تیلور<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) نشان می دهد که بین سلامت روان و مذهب رابطه وجود دارد. مذهبی بودن سازه پیچیده ای است که می تواند تأثیرات چندگانه ای بر سلامت و رضایت داشته باشد. با توجه به تأثیرات مذهب بر خلق جوانان، سلامت روان و جسم (جانگ و جوهسن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴ به نقل از غباری بناب، حکیمی راد و حبیبی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰) مذهب به عنوان اعتقاد به نیروی برتر راهنمایی های برای رفتار پیشنهاد می کند و کمک می کند تا افراد به طور مؤثر زندگی کنند و درک صحیحی از زندگی داشته باشند. به وسیله مذهب فرد می تواند به سؤالاتی همچون من چه کسی هستم؟ هدف من از زندگی چیست؟ و چه کسی این جهان را به وجود آورده است؟ پاسخ داد (ریورز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). مذهب تأثیر مثبت بر بسیاری از ابعاد بهزیستی روان شناختی می گذارد و آن از طریق میانجی گری های مهمی مثل حمایت اجتماعی، روابط زناشویی، خوش بینی و معنی دادن به زندگی است. مذهب، احساس بهزیستی روان شناختی را بالا می برد زیرا مذهب، ارتباط بین افراد را شکل می دهد و گروه های اجتماعی و دوستی را به وجود می آورد (کرایوس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸، به نقل از لیم و پوتنام، ۲۰۱۰). روان درمانی با محتویات دینی به جوانان می تواند منجر به کاهش رفتارهای پرخطر، ضد اجتماعی شده و ارتباط مثبت تری را با

1- Jafari, Dehshiri, Eskandari, & et al

2- Taylor

3- Jang & Johson

4- GhobaryboAnab, Hakimirad, & Habibi

5- Rivers

6- Krause

والدین و همسالان ایجاد کند (کینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ ماهونی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ دولاهیتی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸ و ۲۰۰۳، به نقل از بارتکوسکی، اکسیو و لوین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸) و به طور مستقیم با شادکامی در ارتباط است (لیم و پوتنام، ۲۰۱۰). هم‌چنین پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که درمان مذهبی بر بیماران مختلف تأثیر می‌گذارد. باربرا، زنو، بوش، باربرا و استانلی<sup>۵</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی پیرامون اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی در درمان اختلال اضطراب فراگیر بر ۳ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی در درمان اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار مثبتی داشته. کوچکیان، الماسی، میراثی و جمشیدیان (۲۰۱۱) در پژوهشی پیرامون اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهبی بر بیماران اختلال وسواسی اجباری را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری مذهبی تأثیر مثبتی بر کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواسی اجباری دارد.

عمرانی‌فرد، کوچکیان، الماسی و میراثی (۲۰۱۱) در پژوهشی پیرامون اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی بر رضایت زناشویی بیماران اختلال وسواسی اجباری به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری مذهبی، بر میزان رضایت زناشویی بیماران اختلال وسواسی اجباری به طور معناداری اثربخش بوده است. فیطری<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی پیرامون درمان مذهبی، به عنوان یکی از روش‌های اصلاح رفتار بچه‌های مبتلا به اختلال اوتیسم با آموزش ترانه‌های قرآنی به این نتیجه رسیدند که درمان مذهبی نقش مهمی در اصلاح رفتار بچه‌های مبتلا به اختلال اوتیسم دارد. اینگل، نیومن، کشتگر و ستگل<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) به بررسی اثربخشی استراتژی‌های مقابله‌ای مذهبی- معنوی بیماران مبتلا به سرطان برای کنار آمدن با بیماری پرداختند و نشان دادند که استفاده از منابع دینی و معنوی به منظور کنار آمدن با بیماری، در بیماران مبتلا به سرطان و به گونه خاص بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی شایع است. کول<sup>۸</sup>

- 
- 1- King
  - 2- Mahoney
  - 3- Dollahite
  - 4- Bartkowski, Xu, & Levin
  - 5- Barrera, Zeno, Bush, Barber, & Stanly
  - 6- Fithri
  - 7- Ingle, Newman, Keshtgr, & Stygall
  - 8- Cole

(۲۰۰۰) به نقل از ریچاردو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان گروه درمانی متمرکز بر درمان معنوی در بیماران سرطانی نشان دادند که مداخلات درمانی معنوی به صورت فردی برای زنانی که بازماندگان آزار جنسی بودند می‌تواند مؤثر باشد. حمدیه و تریقی‌جاه (۱۳۸۸) در پژوهشی پیرامون اثربخشی روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران، بیان کردند که سلامت معنوی بیش‌تر بویژه معنا، صلح و آرامش به طرز چشمگیری، با افسردگی کمتر همراه است. بهرامی (۱۳۸۸) در پژوهشی پیرامون اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی با افزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه نتیجه گرفتند که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل بوده است. بهمنی، اعتمادی، شفیع‌آبادی، دلاور و مطلق قنبری (۱۳۹۰) در پژوهشی پیرامون اثربخشی گروه درمانگری شناختی- هستی‌نگر و شناخت درمانگری آموزش محور راجع به افسردگی و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه، دریافتند که گروه درمانگری شناختی- هستی‌نگر بیش از شناخت درمانگری آموزش محور مؤثر است. اندرا و کاندرا<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشی پیرامون استراتژی‌های مقابله‌ای فعال به عنوان یک میانجی‌گر ارتباطی بین مذهب- معنویت و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان تخمدان، نتایج به دست آمده نشان دادند که ارتباط مثبتی بین مذهب- معنویت و سلامت است و همچنین، بین مذهب- معنویت و کیفیت زندگی در این بیماران ارتباط وجود دارد. بواله‌ری، نظیری و زمانیان (۱۳۹۱) در پژوهشی پیرامون اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر شیراز صورت گرفت نتایج نشان دادند که معنویت درمانی به شیوه گروهی در سطح معناداری در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است.

فتوحی‌بناب، حسینی‌نسب و هاشمی (۱۳۹۰) در پژوهشی پیرامون اثربخشی زوج درمانگری شناختی- رفتاری اسلامی و تحلیل رفتار متقابل بر خودشناسی زوج‌های ناسازگار بر ۹۰ زوج مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده نشان دادند که آموزش رویکردهای زوج درمانی شناختی- رفتاری، اسلامی و تحلیل رفتار متقابل خودشناسی زوج‌های ناسازگار را افزایش

1- Richards, Hardman, & Berett

2- Andrea & Canada

دادند. مجاهد، کلاتنری، مولوی، نشاط دوست و بخشانی (۱۳۸۸) در پژوهشی پیرامون مقایسه‌ی تأثیر درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان بر ۶۰ نفر از همسران شهدا و جانبازان نشان دادند که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد اسلامی اثری مشابه درمان شناختی رفتاری کلاسیک دارد. فقیهی و رفیعی مقدم (۱۳۸۸) در پژوهشی پیرامون اثربخشی آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر روایات اسلامی در رضایت زناشویی زوجین، بر ده زوج مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی موسسه مطالعاتی مشاوره، به این نتیجه رسیدند که آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر روایات اسلامی در بهبود روابط همسران و در نتیجه رضایت‌مندی زناشویی آن‌ها مؤثر بوده است. هاشمی (۱۳۸۹) در پژوهشی پیرامون تأثیر درمان چند وجهی اسلامی بر افسردگی و عزت نفس ۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز به این نتیجه رسیدند که درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بوده است. مهکام و دادستان (۱۳۸۸) در پژوهشی پیرامون اثربخشی درمانگری اسلامی بر اختلال‌های برونی‌سازی شده نشان دادند که مداخله‌ی اسلامی-روان‌شناختی، در کاهش اختلال‌های برونی‌سازی شده تأثیر داشته است.

درمان مذهبی بین جوانان نشان داده که مذهب با استفاده از الکل، دخانیات و داروهای روان‌گردان ارتباط منفی وجود دارد (میلام، ینگر، اولسون، لرینیداد، ترن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). از آن جا که جوانان نیازمند دست‌یابی به سلامتی، معنی در زندگی و کسب شادکامی هستند، درمان‌های مذهبی می‌تواند به بالندگی جوانان و حرکت آن‌ها به سوی یک غایت نهایی کمک کند (هیکز و کینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال هستیم که آیا درمان رویکرد چند وجهی اسلامی بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز اثر دارد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

1- Milam, Unger, Olson, Irinidad, & Teran

2- Hicks & King



جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز است. که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل هستند، می‌باشد. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی مرحله‌ای از میان کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی نیمسال اول سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱، با دامنه سنی ۱۸-۲۲، بر اساس جدول کرجسی و مورگان<sup>۱</sup> (۱۹۷۰)، ۳۷۵ تعداد نفر انتخاب گردید پرسشنامه سلامت معنوی و رضایت از زندگی روی آن‌ها اجرا و سپس از این میان، افرادی که در پرسشنامه سلامت معنوی یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. محتوای جلسه‌های پژوهش به طور کلی بر مبنای درمان رویکرد چند وجهی اسلامی دکتر فقیهی، غباری‌بناب و قاسمی‌پور (۱۳۸۶)، بوده است. تعداد جلسات در هر هفته ۳ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش انجام گرفت. ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. سلامت معنوی و رضایت از زندگی هر دو گروه نیز در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها، از دو پرسشنامه استفاده شده است که عبارتند از: پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت، ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰-۵۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۲۰-۱۰۰ در نظر گرفته شده است. در سؤالات منفی نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام شده است. ۲۰ گویه پرسشنامه به طور کلی فلسفه اصلی زندگی، فرآیند داشتن هدف و معنی در زندگی، عشق و بخشش را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

1- Kerjcie & Morgan

2- Palutizion & Ellison

سلامت وجودی به حس هدفمندی و رضایت از زندگی و سلامت مذهبی به رضایت حاصل از ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند اطلاق شده است. روایی این پرسشنامه در ایران توسط آیت‌اللهی، نفیسی و اشراقیان (۱۳۸۵)، به نقل از اله‌بخشیان، جعفرپور علوی، پرویزی و حقانی (۱۳۸۹) به روش اعتبار محتوی و پایایی آن با ضریب الفای کرونباخ بیش از ۷۰٪، متناسب ارزیابی شده است.

مقیاس رضایت از زندگی<sup>۱</sup> توسط دینر و همکاران ساخته شده است. "مقیاس رضایت از زندگی" یک مقیاس پنج ماده‌ای است و هر ماده دارای هفت گزینه به صورت لیکرت است. این گزینه‌ها عبارتند از: به شدت مخالفم، مخالفم، کمی مخالفم، نه مخالفم و نه موافقم، کمی موافقم، موافقم، به شدت موافقم. این گزینه‌ها به ترتیب از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین کمترین نمره که یک نفر در این آزمون می‌تواند به دست آورد ۵ و بالاترین نمره ۳۵ خواهد بود. نمره‌ی بالا نشان دهنده‌ی رضایت از زندگی بیشتر است. در این آزمون، ماده‌ای وجود ندارد که به صورت منفی نمره‌گذاری شود. پرسشنامه دینر توسط خسروی (۱۳۸۱) ترجمه شده و ضریب پایایی آن برابر ۸۸٪ است. خیر و سامانی (به نقل از نوری و سقایی بی‌ریا، ۱۳۸۸) ضریب الفای ۸۰٪ را گزارش می‌کنند. ضریب همبستگی (روایی همزمان) بین ۵ آیتم اول و ۱۰ آیتم دیگر ۹۲٪ به دست آمده است. روایی همگرایی با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد و روایی افتراقی با استفاده از فهرست افسردگی بک برآورد شد. بیانی، کوچکی و گودرزی، (۱۳۸۶) نیز مقیاس رضایت از زندگی را یک مقیاس مفید در پژوهش روان‌شناختی ایرانی دانسته‌اند.

### جلسات مداخله

به منظور اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای هر یک از افراد نمونه، جلسه انفرادی جهت مصاحبه تکمیلی و مطرح کردن اهداف درمانی ترتیب داده شده و پس از مصاحبه از آنان در مورد باورها و عقاید دینی‌شان، و بحث درباره مفید بودن و لزوم شرکت در گروه، به صورت شفاهی از آنان تعهد گرفته شده که در تمامی جلسات حضور یابند. محتوای جلسه‌های پژوهش به طور کلی بر مبنای درمان چند وجهی اسلامی دکتر فقیهی و همکاران (۱۳۸۶) بوده

1- Diner

است. تعداد جلسات ۱۰ جلسه بوده است در هر هفته ۳ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برگزار شده است. در هر جلسه ابتدا هدف از تشکیل جلسه صحبت شده و سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح گردیده است و اعضای گروه را به تفکر، بحث و تبادل نظر تشویق کرده ایم و در پایان هر جلسه مطالب را جمع بندی و تکلیف هایی برای جلسه بعد به آنان داده شده است، در جدول ۱ خلاصه ای از جلسات بیان شده است.

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات درمان

تعداد جلسات	بحث جلسه	تکالیف خانگی
جلسه اول	معرفی شرکت کنندگان، آموزش باورهای شناختی	پیدا کردن باورهای شناختی منفی توسط هر فرد و نوشتن آن در برگه مخصوص
جلسه دوم	آموزش توحید و باورهای توحیدی در زندگی و بحث گروهی در این مورد با افراد	پیدا کردن افکار منفی آموزش داده شده توسط افراد و جایگزینی باورهای توحیدی مثبت به جای باورهای منفی
جلسه سوم	هدف خلقت و رابطه خداوند با بندگان	تفکر در مورد هدف خلقت و اسماء الهی
جلسه چهارم	تعبیر و تفسیر رویدادهای مختلف زندگی بر مبنای تقدیر و مشیت الهی	پیدا کردن افکار منفی و تبدیل آن افکار مثبت به وسیله همین افکار توحیدی
جلسه پنجم	علت انواع رنجها و سختیها در زندگی روزمره	پیدا کردن سختیهای روزمره در زندگی و نوشتن افکار منفی و تبدیل آنها به افکار مثبت مورد رنج، با توجه به دیدگاه اسلام
جلسه ششم	ارائه بقیه مزایای رنج از دیدگاه اسلام و بحث گروهی با افراد	پیدا کردن مشکلات و رنجها در طول روز یا رنجهای گذشته و جایگزینی افکار مثبت اسلامی به جای افکار منفی قبلی، با توجه به مزایای رنج
جلسه هفتم	بحث گروهی درباره قضا و قدر	ارائه مثالهای موردی توسط افراد از منظر نگرش به قضا و قدر
جلسه هشتم	بحث گروهی در مورد تسلیم	دیدگاه وارد کردن تسلیم در زندگی روزمره و ارائه مثالهایی در زندگی روزمره
جلسه نهم	بحث گروهی در مورد رضا و توکل	ایجاد دیدگاه توکل محور و رضا محور در زندگی روزمره و تبدیل باورهای منفی به مثبت
جلسه دهم	ارائه ی توصیه های کلی در مورد چگونگی عمل کردن بعد از جلسات گروهی	اجرای پس آزمون

## یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار نمره‌های سلامت معنوی در مرحله پیش آزمون ۵۸/۲۰ (۱۰/۹۶) و در مرحله پس آزمون ۸۳/۳۳ (۸/۲۴) می‌باشد. همچنین در گروه گواه، میانگین و انحراف معیار نمره‌های سلامت معنوی به ترتیب در مرحله پیش آزمون ۵۵/۱۳ (۸/۱۴) و در مرحله پس آزمون ۵۵/۳۳ (۷/۶۵) می‌باشد. همچنین در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار نمره‌های رضایت از زندگی به ترتیب در مرحله پیش آزمون ۱۵/۲۶ (۵/۲۰) و در مرحله پس آزمون ۲۸ (۴/۵۸) می‌باشد. همچنین در گروه گواه، میانگین و انحراف معیار نمره‌های رضایت از زندگی در مرحله پیش آزمون ۱۶/۱۳ (۵/۳۸) و ۱۶/۴۶ (۵/۱۹) می‌باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر سلامت معنوی (و مؤلفه‌های آن) و رضایت از زندگی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر)

آزمون	متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	سلامت معنوی	۵۸/۲۰	۱۰/۹۶	۵۵/۱۳	۸/۱۴
	سلامت مذهبی	۳۳/۰۶	۵/۷۳	۳۰/۹۳	۵/۵۸
	سلامت وجودی	۲۱/۳۳	۵/۸۶	۲۱/۱۳	۴/۹۸
	رضایت از زندگی	۱۵/۲۶	۵/۲۰	۱۶/۱۳	۵/۳۸
پس آزمون	سلامت معنوی	۸۳/۳۳	۸/۲۴	۵۵/۳۳	۷/۶۵
	سلامت مذهبی	۴۱/۴۶	۴/۳۸	۳۱	۵/۵۱
	سلامت وجودی	۳۷/۸۰	۵/۴۷	۲۱	۴/۶۵
	رضایت از زندگی	۲۸	۴/۵۸	۱۶/۴۶	۵/۱۹

جدول ۳. نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شبیه‌ای خط رگرسیون متغیرهای سلامت معنوی و رضایت از زندگی دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مرحله پیش آزمون-پس آزمون		منبع تغییرات	مرحله پیش آزمون-پس آزمون
		F (تعامل)	معنی داری		
سلامت معنوی	تعامل گروه *	۰/۰۶۴	۰/۸۷۳	۱/۳۴	۰/۲۳۸۰
رضایت از زندگی	پیش آزمون	۰/۵۳۹	۰/۳۸۸	۰/۷۳۶	۰/۵۲۳۰

همانطور که در جدول ۳ ارائه شده است، تعداد F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای متغیرهای تحقیق معنی دار نمی باشد. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است.

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، سطوح معنی داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از مانکوا را مجاز می شمارند. این امر بیانگر آن است که بین افراد گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی دار وجود دارد. جدول ۵ نتایج

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمره‌های پس آزمون سلامت معنوی و رضایت از زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

نام آزمون	مقدار	F	اشتباه df	فرضیه df	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلایی <sup>۱</sup>	۰/۷۸۳	۴۵/۱۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۲۱۷	۴۵/۱۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۳/۶۰	۴۵/۱۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۳/۶۰	۴۵/۱۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) روی نمره‌های پس آزمون سلامت معنوی و رضایت از زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
سلامت معنوی	۵۱۴۸/۴۱	۱	۵۱۴۸/۴۱	۸۷/۳۴	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی	۹۹۸/۱۸	۱	۹۹۸/۱۸	۶۲/۳۱	۰/۰۰۱

تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) بر روی نمره‌های متغیر سلامت معنوی و رضایت از زندگی در افراد گروه‌های آزمایش و گواه را نشان می دهد.

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می شود، بین میانگین‌های سلامت معنوی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد (F= ۸۷/۳۴ و P<۰/۰۰۱). بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان رویکرد چند وجهی اسلامی باعث افزایش سلامت معنوی دانشجویان دختر

- 1- pillai trace
- 2- willks lambda
- 3- hotellng trace
- 4- roys largest root

گروه آزمایش شده است.

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های رضایت از زندگی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=62/31$  و  $P<0/001$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان رویکرد چند وجهی اسلامی باعث افزایش رضایت از زندگی دانشجویان دختر گروه آزمایش شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

درمان مذهبی به شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها، ارزش‌های درون فرهنگی است و با توجه به بافت مذهبی بودن ایران مطالعه حاضر بر آن شد تا اثربخشی درمان چند وجهی اسلامی را بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز را بررسی کند. نتایج حاصل از این پژوهش، آشکار ساخت که درمان چند وجهی اسلامی بر سلامت معنوی و رضایت از زندگی اثر دارد. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های کوچکیان و همکاران (۲۰۱۱)؛ فیطری (۲۰۱۱)؛ ریچارد و همکاران (۲۰۰۷)؛ بوالهروی و همکاران (۱۳۹۱)؛ بهرامی دشتکی و همکاران (۱۳۸۸)، فتوحی‌بناب و همکاران (۱۳۹۰) می‌باشد.

مفهوم سلامت معنوی از مفاهیم پیچیده وابسته به معنویت و مذهب است، سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است که منجر به هدفدار شدن و معنا دار شدن زندگی می‌شود. این مفهوم از تأکید زندگی بر ارتباط فرد، دیگران، طبیعت و خدا منشاء گرفته است و ساختاری چند بعدی دارد. در پژوهش حاضر رویکرد چند وجهی اسلامی باعث افزایش سلامت معنوی شده است در تبیین باید گفت که دین و مذهب به اشکال مختلف بر سلامت تأثیر می‌گذارند. مذهب می‌تواند در تمامی موقعیت‌ها نقش مؤثری در استرس‌زدایی داشته و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی‌شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله، منابع حمایتی سبب کاهش گرفتاری روانی شود. از جمله آثار مذهب، آرامش خاطر است. خداوند بارها در آیات متعدد از جمله در آیه ۴۶ سوره احقاف چنین می‌فرماید: «آنان که گفتند خدای جهان آفرین پروردگار ماس و برگرفته خویش پایداری و ثابت باقی مانده، هرگز دچار وحشت و اندوه نمی‌شود.» در واقع، باور به قدرت خداوند و نیایش او و سرنهادن به خواست و اراده الهی، در تسکین دردها

به انسان توان تحمل می‌دهد. در این حال است که نیازهای روحی تأمین می‌شوند، سرمایه‌های اخلاقی تبلور می‌یابند و انسان توان آن را می‌یابد که از جسم خود دور گردد و درد را حس نکند، یا آن چنان آرامش یابد که تنش را تجربه ننماید (واحدی، غنی‌زاده، ۱۳۸۸).

علاوه بر این رویکرد چند وجهی اسلامی هم‌چنین باعث افزایش رضایت از زندگی دانشجویان دختر شده است، شاید دلیل اینکه افراد دارای نگرش مذهبی بالا رضایت از زندگی بیشتری را نشان می‌دهند، به دلیل متغیرهای میانجی دیگری باشد که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به امیدواری اشاره کرد. به طوری که ریچارد و همکاران (۲۰۰۷) نیز اشاره کرده‌اند افراد امیدوار از این اعتقاد برخوردارند که می‌توانند با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی با آن‌ها رو به رو شوند، سازگار شوند، شادی بیشتری را تجربه کنند و از زندگی‌شان رضایت بیشتری دارند. علاوه بر این، بیان این نکته لازم است که دین در جامعه ما به عنوان پایگاهی اجتماعی برای افراد نیز به شمار می‌رود. به این ترتیب افراد به هنگام رو به رو شدن با مشکلات نه تنها از منابع دینی که بر صبر و پایداری تأکید کرده‌اند الهام می‌گیرند، بلکه با دیگر افراد مذهبی (از جمله خانواده و دوستان) نیز به مشورت و تبادل نظر می‌پردازند، که این به نوبه خود حمایت اجتماعی آن‌ها را نیز افزایش می‌دهد.

همانند بیشتر پژوهش‌ها این پژوهش نیز شامل برخی از محدودیت‌ها بود که می‌تواند تعمیم آن را با مشکل مواجه سازد. اول تک جنسیتی بودن گروه گواه و آزمایش است، افراد شرکت‌کننده تنها دانشجویان دختر بودند و به نظر می‌رسد به منظور دستیابی به نتایج قطعی‌تر بهتر است تا پژوهش‌هایی نیز در این زمینه بر روی دانشجویان پسر صورت گیرد.

## منابع

### فارسی

- اله‌بخشیان، مریم؛ جعفرپور علوی، مهشید؛ پرویزی، سرور و حقانی، حمید (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۳، ۳۳-۲۹.
- بوالهروی، جعفر؛ نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی- پژوهشی جامعه‌شناسی زنان*، ۳، ۱۱۵-۸۵.
- بهرامی دشتکی، هاجر (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش گروهی معنویت در دانشجویان دختر. *مجله دانشگاه علامه طباطبایی*، ۴، ۳۰-۲۲.
- بهمنی، بهنام؛ اعتمادی، احمد؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی و مطلق قنبری، علی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانگری شناختی- هستی‌نگر و شناخت درمانگری آموزش محور راجع به افسردگی و امیدواری برای بیماران مبتلا به سرطان. *روان‌شناسی رشد*، ۲۳، ۲۱۴-۲۰۱.
- حمدیه، مصطفی و ترقی‌جاه، صدیقه (۱۳۸۸). مقایسه تأثیر روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران. *مجله تحقیقاتی دانشگاه شهید بهشتی*، ۵، ۳۸۳-۳۸۹.
- عسگری، پرویز؛ روشنی، خدیجه و مهری آدریانی، مریم (۱۳۸۹). رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۱۲، ۳۹-۲۸.
- فتوحی‌بناب، سکینه؛ حسینی‌نسب، داوود و هاشمی، تورج (۱۳۹۰). اثربخشی زوج درمانگری شناختی- رفتاری، اسلامی و تحلیل رفتار متقابل بر خودشناسی زوج‌های ناسازگار. *مجله روان‌شناسی و دین*، ۳، ۶۸-۲۹.
- فقیهی، علی‌نقی و رفیعی مقدم، فاطمه (۱۳۹۰). بررسی آموزه‌های دینی مؤثر در سلامت معنوی همسران. *مجله معرفت*، ۱۶۳، ۸۰-۶۷.



فقیهی، علی‌نقی؛ غباری‌بناب، باقر و قاسمی‌پور، یداله (۱۳۸۶). مقایسه الگوی چند وجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی. دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱، ۸۶-۶۹.

مجاهد، عزیزالله؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۸). مقایسه‌ی تأثیر درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۴، ۲۹۱-۲۸۲.

مهکام، رضا و دادستان، پریخ (۱۳۸۸). تأثیر درمانگری اسلامی بر اختلال‌های برونی‌سازی شده در کودکان و نوجوانان. *مجله روان‌شناسی و دین*، ۳، ۸۸-۶۹.

نوری، نجیب‌الله و سقایی‌بی‌ریا، ناصر. (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی بین خوش‌بینی سرشتی و خوش‌بینی از دیدگاه اسلام با رضایت‌مندی از زندگی. *مجله روان‌شناسی و دین*، ۳، ۶۸-۲۹.

واحدی، شهرام و غنی‌زاده، سمیه (۱۳۸۸). الگوی تحلیل مسیر روابط بین انگیزش درونی مذهبی، نماز، سلامت معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۴، ۴۳-۵۶.

هاشمی، سیداسماعیل (۱۳۸۹). بررسی تأثیر درمان چند وجهی اسلامی بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

## لاتین

Akuchekian, SH., Almasi, A., MeRacy, M. R., & Jamshidian, Z. (2011). Effect of religious cognitive-behavior therapy on religious content obsessive compulsive disorders. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 1647- 1651.

Arslan, C., Hamarta, E., & Uslu, M. (2010). The relationship between conflictcommunications, self-esteem and life satisfaction in university students. *Educational Research and Reviews*, 5, 31-34.

- Andrea, L., Canada, P. A., Parker, J. S., Moor, K. B., Ramondetta, L. M., & Cohen, L. (2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Guy Ecologic Oncology*, *101*, 102-107.
- Bartowski, J. P., Xu, X., & Levin, M. L. (2008). Religion and child development: evidence from the early childhood longitudinal study. *Social Science Research*, *37*, 18-36.
- Barrera, T. L., Zeno, D., Bush, A. L., Barbe, C. R., & Stanly, M. A. (2012). Integrating religion and spirituality in to treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*, 346-358.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71-75.
- Fithri, H. (2011). Religious therapy as one of ahernative ways in getting educational betterment for children with autism spectrum disorder. *Social and Behavioral Sciences*, *29*, 1782-1787.
- Fernand, O., Rafi, M. M., & Chowdhury, I. (2010). The relationship between spiritual well- Bing and ethical orientations in decision maAking: an empirical study with business executives in Australia. *Journal of Business Ethics*, *92*, 211-225.
- GhobaryboAnab, B., Hakimirad, A., & Habibi, M. (2010). Relation between mental health and spirituality in Tehran university student. *Procardia Social and Behavioral*, *5*, 887-891.
- Graven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Fundamental of nursing: human health and function. *American Psychological Association*, *58*, 82-92.
- Grove, J. M., Wilson, M. A., & Burchjr, W. B. (2011). A tale of two scales: evaluating the relationship among life satisfaction, social capital, income, and the natural environment at individual levels in metropolitan Baltimore. *Environment and Behavior*, *43*, 3-25.
- Guney, S., Kalaft, T., & Boysan, M. (2010). Dimensions of mental health life satisfaction, anxiety and depression a preventive mental health study in Ankara university students population. *Social and Behavioral Sciences*, *2*, 1510-1513.
- Hicks, J. A., & King, L. A. (2008). Religious commitment and positive mood as information about meaning in life. *Journal of Research in Personality*, *42*, 43-57.

- Jafari, E., Dehshiri, G. R., Eskandari, H., Najafi, M., Heshmati, R., & Hoseinifar, J. (2010). Spiritual well-Being and mental health in university students. *Procardia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1477-1481.
- Ingle, C., Newoman, S. P., Keshtgr, M. R., & Stygall, J. A. (2006). Do religious/ spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social-Science & Medicine*, 63, 151-164.
- Lim, C., & Putnam, R. D. (2010). Religion, social networks and life satisfaction. *American Sociological Review*, 6, 913-933.
- Liu, Y., Wang, Z. H., & Li, Z. G. (2012). Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Personality and Individual Difference*, 52, 338-833.
- Milam, J., Unger, J. B., Olson, A. R., Irinidad, D., Teran, L., Dent, C. W., & Sussman, S. (2004). The protective influence of spirituality and "health-as-a value" against month substance use among adolescents varying in risk. *Journal of Adolescent Health*, 34, 192-199.
- Morgan, P. D., Gaston, J. B., & Mock, V. (2006). Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. *Department of Nursing, Fayetteville State University*, 17, 7-73.
- Omranifard, V., Akuchakian, S., Almasi, A., & Maraci, M. R. (2011). Effect of religious cognitive-behavior therapy content obsessive compulsive disorder and marital satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 31, 1630-1638.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berett, M. (2007). Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorder. *Journal Psychiatric Rehabilitation*, 30, 307-310.
- Rivers, T. J. (2006). Technology and religion: a metaphysical challenge. *Technology in Society*, 28, 517- 531.
- Shayad, SH., Besharat, M. A., Asadi, M., Shiralipour, A., & Miri, M. (2011). The relationship of attachment and perceived social support with life satisfaction: structural equation model. *Procardia Social and Behavioral Sciences*, 15, 952- 956.
- Serin, N. B., Serin, O., & Ozbas, L. F. (2010). Predicting university student's life satisfaction by their anxiety and depression level. *Procardia Social and Behavioral Sciences*, 9, 579-582.

Taylor, A. J. W. (2001). Spirituality and mental health: towards a cognitive- behavioral framework. *British Journal of Health Psychology*, 8, 359- 376.