

نقش معنویت و معنای زندگی در پیش‌بینی نگرش اضطرابی و سلامت روانی نوجوانان

شهلا علیلو^۱، طیبه شریفی^۲، وحیده آقازاده^۳، پری سیدی^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوی، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی، تبریز، ایران.

۳. کارشناسی علوم قرآنی، دانشگاه علوم قرآنی، خوی، تبریز، ایران.

۴. کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی، تبریز، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره بیستم، زمستان ۱۴۰۲، صفحات ۲۳۷-۲۴۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش معنویت و معنای زندگی در پیش‌بینی نگرش اضطرابی و سلامت روانی نوجوانان انجام گرفته است. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نوع توصیفی و همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر دانش آموزان مقطع متوسطه دوم شهرستان خوی بودند که تعداد ۳۵۰ نفرشان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های معنویت هال و ادوارز (۱۹۹۶)، معنای زندگی استیگر و همکاران (۲۰۰۶)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، مقیاس نگرش و باور اضطرابی (AABS)، پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد و به این منظور داده‌ها وارد نرم‌افزار spss-۲۲ شدند. نتایج تحلیل آماری نشان داد بین معنویت و معنای زندگی با نگرش اضطرابی و سلامت عمومی نوجوانان رابطه‌ی معنادار وجود دارد و همه‌ی مؤلفه‌های معنویت و معنای زندگی توانستند نگرش اضطرابی و سلامت عمومی نوجوانان را پیش‌بینی کنند. نتایج یافته‌ها اهمیت بالای معنویت و یافتن معنای زندگی برای نوجوانان را نشان می‌دهد؛ بنابراین برای افزایش سلامت عمومی نوجوانان و بهبود نگرش اضطرابی آن‌ها باید به افزایش معنویت و آموزش این مسائل به نوجوانان توجه ویژه‌ای داشت.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی، نگرش اضطرابی، معنویت، معنای زندگی.

مقدمه

یکی از مفاهیم مهمی که در سنین نوجوانی و جوانی حائز اهمیت می‌باشد مسئله‌ی سلامت روانی و نگرش اضطرابی است. به میزانی که یک فرد نوجوان سلامت روانی بالا و نگرش اضطرابی کمتری داشته باشد احتمال موفقیت او در کار و زندگی و روابط و... نیز بالاتر خواهد بود.

اختلالات اضطرابی، گروهی از اختلالات روانی هستند که دارای نشانه‌هایی از اضطراب و ترس‌اند. اضطراب ناشی از نگرانی در مورد آینده است و ترس واکنشی به رویداد کنونی. احساس اختلال اضطرابی می‌تواند دارای نشانه‌های فیزیکی همچون تپش قلب و لرز باشد (مکلین و همکاران، ۲۰۱۱). چندین اختلال اضطرابی وجود دارد، از جمله اختلال اضطراب منتشر، هراس‌های ویژه، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، هراس از مکان‌های باز، اختلال ترس و سکوت انتخابی. اختلال با آنچه منجر به علائم می‌شود متفاوت است. افراد اغلب بیش از یک اختلال اضطرابی دارند. تصور می‌شود علت اختلالات اضطرابی ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (سادوک و کاپلان، ۱۳۹۴). عوامل خطر شامل سابقه کودک‌آزاری، سابقه خانوادگی اختلالات روانی و فقر است. اختلالات اضطرابی اغلب با سایر اختلالات روانی، به ویژه اختلال افسردگی اساسی، اختلال شخصیت و اختلال در مصرف مواد رخ می‌دهد. برای تشخیص علائم معمولاً حداقل ۶ ماه باید وجود داشته باشد، بیشتر از آنچه انتظار می‌رود برای وضعیت باشد و عملکرد را کاهش دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). سایر مشکلاتی که ممکن است منجر به علائم مشابه شود، پرکاری تیروئید است. بیماری قلبی، مصرف کافئین، الکل یا حشیش؛ و حذف برخی از داروهای خاص (تستا^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). در حدود ۱۲٪ از افراد در یک سال معین از یک اختلال اضطرابی رنج می‌برند و بین ۵ تا ۳۰ درصد در طول زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. آن‌ها در زنان تقریباً دو برابر مردان اتفاق می‌افتند و عموماً قبل از سن ۲۵ سالگی شروع می‌شوند. شایع‌ترین آن هراس‌های ویژه است (تقریباً ۱۲٪) و اختلال اضطراب اجتماعی که ۱۰٪ را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هراس‌های ویژه عمدتاً بر افراد بین ۱۵ تا ۳۵ سال تأثیر می‌گذارد و بعد از ۵۵ سالگی شایع‌تر می‌شود. به نظر می‌رسد در ایالات متحده و اروپا نرخ‌ها بالاتر است (کسلر^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). ازینرو با توجه به اهمیت اضطراب و اختلالی که در عملکرد تحصیلی و شغلی و... افراد ایجاد می‌کند، شناسایی عواملی که با این اختلال ارتباط دارند حائز اهمیت فراوانی است.

عامل مهم دیگری که در خصوص نوجوانان اهمیت بالایی دارد، سلامت روانی است. در مورد تعریف سلامت روانی دو تعریف موردتوجه قرار می‌گیرد: در تعریف اول، سلامت روانی به معنای سلامت فکر می‌باشد و منظور نشان دادن وضع مثبت و سلامت روانی است که خود می‌تواند نسبت به ایجاد سیستم بالارزشی در مورد ایجاد تحرک و پیشرفت و تکامل در حد فردی، ملی و بین‌المللی کمک نماید؛ زیرا وقتی سلامت روان شناخته شد، نسبت به دستیابی به آن اقدام می‌شود و راه برای تکامل فردی و اجتماعی باز می‌گردد. به این منظور لازم است معیارهای سلامت روانی مشخص گردند تا بتوان با توجه به آن‌ها بیماری روانی را شناخت و در نتیجه برای احراز سلامت روانی فعالیت نمود و از بیماری روانی دور ماند (حسینی، ۱۳۸۵).

¹ Testa² Kessler

در تعریف دوم منظور از سلامت روانی عبارت از رشته‌ای تخصصی از سلامت عمومی است که در زمینه کاستن بیماری‌های روانی در یک اجتماع فعالیت می‌نماید و در حوزه انواع مختلف اختلالات روانی و عوامل بیماری‌زای روانی در یک اجتماع فعالیت می‌نماید و پیرامون انواع مختلف اختلالات روانی، عضوی و اجتماعی که در بروز این بیماری‌ها اثر مشخصی دارند، بحث می‌نماید؛ یعنی به همان ترتیب که در بهداشت عمومی، مثلاً بیماری‌های عفونی مورد بحث قرار می‌گیرند و عوامل بیماری‌زا و چگونگی ایجاد بیماری و علائم بالینی و راه‌های سرایت مورد توجه قرار می‌گیرند تا روش پیشگیری بیماری مشخص شود، در مورد بیماری‌های روانی نیز سعی می‌شود تا عوامل بیماری‌زا و طرز به وجود آمدن بیماری مشخص گردند تا طرز پیشگیری نیز شناخته شود و بتوان نسبت به از بین بردن این بیماری‌ها در اجتماعات انسانی اقدام نمود. با این دید، منظور از سلامت روانی بررسی روش‌های پیشگیری است. در این مورد باید توجه داشت که اصول سلامت روانی به‌سادگی سلامت عمومی نیست؛ زیرا عواملی که بیماری‌های عمومی را اعم از عفونی و غیرعفونی ایجاد می‌نمایند، شناخته‌شده‌اند. مخصوصاً در مورد بیماری‌های عفونی، فعالیت شبانه‌روزی دانشمندان، روشنایی‌های زیادی ایجاد کرده و درمان یک بیماری عفونی مانند تفوئید، موجب شگفتی می‌شود؛ اما در مورد بیماری‌های روانی هنوز وضع به این روشنی نیست زیرا در ایجاد بیماری‌های روانی چند عامل باید دست‌به‌دست دهند تا بیماری ایجاد گردد و با نتایجی که به‌دست آمده این امید هست که بتوان به نتایج بیشتر و آینده درخشان‌تری امید داشت (حسینی، ۱۳۸۵).

طبق دیدگاه پزشکی سلامت روانی عبارت است از نظام متعادلی که خوب کار می‌کند اگر تعادل به هم بخورد، بیماری روانی ظاهر خواهد شد؛ بنابراین می‌توان رفتار را به پاندولی شبیه کرد که بین دو قطب بیماری نوسان دارد، سلامت روان بین آن دو قطب جای می‌گیرد. ممکن است پاندول از نوسان بیفتد در اینجاست که دشواری‌های سازگاری با واقعیت زندگی ظاهر می‌شود (گنجی، ۱۳۸۶). راجرز (۱۹۶۳) مفهوم فرد با عملکرد کامل را برای اشاره به افرادی که می‌توانند به‌طور کامل با تمام احساسات و واکنش‌های خود زندگی کنند، به کاربرد. این افراد می‌توانند به ارگانیزم خود و عملکرد آن اعتماد کنند، نه به این دلیل که معصوم هستند، بلکه آن‌ها می‌توانند عواقب اقدامات خود را بپذیرند و در صورتی که آن‌ها را رضایت‌بخش تلقی نکنند، آن‌ها را تصحیح کنند. آن‌ها می‌توانند همه احساسات خود را تجربه کنند و ترسی از آن‌ها ندارند. آن‌ها نسبت به شواهد پذیرا هستند و به‌طور کامل در فرآیند "بودن خود" دخیل می‌باشند. این افراد زندگی را به‌صورت کامل زندگی می‌کنند و از طریق تجربیات خود، از خودآگاه هستند. به نظر راجرز اساسی‌ترین انگیزه رفتار آدمی خودشکوفایی است. وی اصطلاح فرد دارای عملکرد کامل را برای توصیف فردی که به سطح خودشکوفایی رسیده به کار می‌برد. به اعتقاد وی هرچه انسان از سلامت روان بیشتری برخوردار باشد، آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می‌کند، هرچند زیستن به این طریق مستلزم تمایل به استقبال از درد نیز هست (شارف، ۲۰۰۵).

سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۶)، سلامت را این‌گونه معرفی می‌کند سلامتی حالتی از بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی کامل است و صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی نیست. در این تعریف بر این نکته که سلامتی چیزی بیش از نبود اختلالات روانی یا ناتوانی‌های روانی است تأکید ویژه شده است. مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خود شکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می‌باشد. سلامت روان «حالتی از رفاه است که در آن هر فرد به توانایی خویش واقف بوده، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی کنار بیاید، به‌صورت مفید و ثمربخش کار کند و قادر به مشارکت در جامعه خود باشد» (فیست و برتون^۲، ۲۰۱۴، به نقل از فیروزبخت، ۱۳۹۷). تعریف سلامت روان دارای مؤلفه‌هایی است که شامل ابعاد مختلف زندگی فرد می‌شود و به‌صورت کلی می‌توان گفت که سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بر این باورند که سلامت روان توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به‌صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است (کارتر، پاورز و بردلی^۳، ۲۰۲۰). اهمیت سلامت روانی به‌خصوص در مورد نوجوانان، دلیل مهمی بر پژوهش در این حوزه می‌باشد. شناسایی عوامل مرتبط با سلامت روانی و نگرش اضطرابی نوجوانان و یافتن راهکارهای مناسب برای بهبود وضعیت سلامت روانی آن‌ها دارای اهمیت است.

عوامل بسیاری وجود دارند که می‌توانند با سلامت روانی و نگرش اضطرابی نوجوانان و جوانان ارتباط داشته باشند. یکی از این عوامل، معنای زندگی می‌باشد. معنای زندگی، هرچند مفهومی انتزاعی است، عموماً آن را در سه معنا به نحو مانع الخلو خلاصه کرده‌اند: هدف زندگی، کارکرد زندگی و ارزش زندگی. البته، با این توجه که معناداری زندگی به هریک از این سه معنا با این لحاظ عنصر اختیار و تلاش آدمی حاصل شدنی است و در مقابل، پوچی، بیهودگی و سردرگمی ملازم بی‌هدفی، بی‌ارزشی و حیرت انسان است. از آنجاکه حیات انسان چیزی است که به‌وسیله آن آثار مطلوب در موجود مترتب می‌گردد، می‌توان معنای زندگی را عبارت از عملکرد قوای انسان در جهت تحقق آثار مطلوب و مورد انتظار در ابعاد وجودی او دانست، و نیز می‌توان گفت معنای زندگی مفهومی فلسفی و هستی‌شناختی است و زندگی معنادار مفهومی انتزاعی و برگرفته از تحقق جریان زندگی در راستای هدف مطلوب است (جمشیدیان، ۱۳۹۰). معنای زندگی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی در بحث سلامت روان‌شناختی افراد مطرح است. فرانکل (۱۹۹۸)، معتقد است هنگامی که انسان به فعالیت‌های مورد علاقه‌اش می‌پردازد، با دیگران ملاقات می‌کند، به تماشای آثار هنری، ادبی می‌پردازد و یا به دامن طبیعت پناه می‌برد، وجود معنا را در خود احساس می‌کند. وجود و هستی‌اش به یک منبع لایزال پیوند خورده است و خود را متکی به چهارچوب و تکیه‌گاه‌های گسترده و قابل اتکایی مانند مذهب، فلسفه‌هایی که برای زندگی انتخاب کرده است، می‌بیند. معنا را درمی‌یابد و آن‌ها را احساس می‌کند. از نظر روان‌شناسان هر چه فرد به ارزش‌های بیشتری باور داشته باشد و متعهد باشد احساس می‌کند که زندگی‌اش از معنای بیشتری برخوردار است. بر اساس آنچه گفته

¹ World health Organization

² Fist & Burton

³ Carter, Powers & Bradley

شد انتظار می‌رود نوجوان و جوانی که در آغاز مسیر پریچ‌وخم زندگی قرار دارد اگر بتواند معنای زندگی خود را بیابد، این مسئله بتواند شکوفایی و کیفیت زندگی او را تغییر دهد (نصیری، ۱۳۸۵).

مفهوم دیگر که اهمیت بالایی دارد و می‌تواند سلامت روان و نگرش اضطرابی نوجوانان را پیش‌بینی کند، معنویت است. معنویت به معنی برقراری ارتباط فکری، روحی-روانی و درونی با عالم ماورای طبیعت و متعالی است که با بینش و آگاهی انتخاب‌شده و سلامتی و رشد روحی روانی انسان را به دنبال دارد و نبود یا کمبود آن، باعث انواع بیماری‌های روحی-روانی و اخلاقی از قبیل افسردگی و اضطراب می‌شود. در صورت عدم پاسخ مناسب به این نیاز بشری از راه سالم، شبه معنویت‌ها سبب انحرافات عمیق و مخرب فکری و عملی در انسان شده، چالش عظیم انسانی (بحران معنویت) شکل می‌گیرد؛ بحرانی که در آن، روح و روان انسان درگیر چالش و تغییر شده و خواسته یا ناخواسته گم‌شده درونی خود را در انگاره‌های شبه معنوی جستجو می‌کند. آرامش و شادی مقطعی حاصل از معنویت‌های کاذب، تصور حقیقی بودن آن‌ها را تشدید می‌کند؛ درحالی‌که امید حاصله، سرابی بیش نیست. پیداست که اگر جوانی از درون ایمان به وجود خالق یکتا داشته باشد و دست خداوند را بالای تمام شرایط ببیند اعتماد به نفس او بالا رفته و با توکل به نیروی لایزال الهی مسیر پیشرفت و تکامل خویش را طی می‌کند و در این میان از هیچ نیروی مادی حتی اگر بسیار قوی و نیرومند باشد نمی‌هراسد و در مقابل تمام تهدیدها و دشمنی‌ها می‌ایستد و مبارزه می‌کند. این درست درجایی است که ایمان او درونی شده باشد و در رفتار و کردار او خود را بنماید. اگر بخواهیم درمجموع به نقش معنویت در پیشرفت توجه کنیم باید بگوییم که معنویت باعث تقویت خودباوری، اعتماد به نفس، توکل، همکاری، نوع دوستی، خدمت به خلق، آرامش روحی و تهذیب نفس و خودسازی و... خواهد شد و بدین ترتیب افرادی که در این راه کوشش می‌کنند هر دو جنبه معنوی و مادی وجود خود تقویت خواهند کرد و سعادت خود و جامعه خود را تضمین نموده و هر روز بر پیشرفتشان افزوده خواهد شد (سلامی و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین آنچه گفته شد، معنویت و معنای زندگی دو مفهوم نزدیک به هم و مرتبط هستند که احتمال می‌رود بتوانند سلامت عمومی و نگرش اضطرابی نوجوانان را پیش‌بینی کنند.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری آن را دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم (۱۶ تا ۱۸ سال) تشکیل می‌دادند. تعداد نمونه انتخاب‌شده ۳۵۰ نفر بود. برای اجرای پژوهش از بین مدارس دخترانه و پسرانه‌ی مقطع متوسطه دوم، تعداد ۶ مدرسه دخترانه و ۶ مدرسه پسرانه انتخاب شدند. در هر مدرسه یک‌رشته و یک‌پایه‌ی تحصیلی به‌طور تصادفی انتخاب شد و پرسشنامه در اختیار دانش‌آموزان آن کلاس قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه معنویت: به‌منظور ارزیابی میزان معنویت در افراد از پرسشنامه معنویت که به‌وسیله هال و ادواردز (۱۹۹۶) به‌منظور ارزیابی دو بعد رشد معنویت یعنی آگاهی از وجود خداوند متعال و کیفیت رابطه با خدا طراحی شده است، استفاده شد. نسخه اولیه آزمون دارای ۵ زیرمقیاس آگاهی، پذیرش واقعی، ناامیدی، بزرگنمایی و بی‌ثباتی بود. در سال ۲۰۰۲، هال و ادواردز مقیاس را

مورد تجدیدنظر قرار داده و زیر مقیاس مدیریت برداشت را به آن افزودند. بنابراین نسخه فعلی دارای ۶ زیرمقیاس است. پرسشنامه سنجش معنویت یک ابزار خود-گزارشی و دارای ۴۷ سؤال است که برخی از عبارت‌های آن از دو بخش تشکیل شده است. شماره گویه‌های مربوط به این ابعاد شش گانه به‌قرار زیر است: آگاهی: سؤالات (۱، ۳، ۶، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۴، ۳۶، ۴۰، ۴۲، ۴۴)؛ پذیرش: سؤالات (۲، ۸، ۱۲، ۱۸، ۲۷، ۳۳، ۴۷، ۴۹)؛ نوامیدی: سؤالات (۱، ۸، ۱۲، ۱۸، ۲۷، ۳۳، ۴۷، ۴۹)؛ بزرگنمایی: سؤالات (۵، ۱۳، ۲۰، ۲۶، ۲۹، ۳۷، ۴۵)؛ بی‌ثباتی: سؤالات (۴، ۱۰، ۱۶، ۲۲، ۳۵، ۳۹، ۴۱، ۴۳، ۴۶)؛ مدیریت برداشت: سؤالات (۷، ۱۴، ۲۴، ۳۲ و ۳۸). آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. برای نمره‌گذاری نمرات هر مقیاس به‌صورت جبری با هم جمع شده و پرسشنامه نمره معکوس ندارد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱ تا ۴۷ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف می‌باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۴۷ تا ۱۴۱ باشد، میزان متغیر در سطح متوسطی می‌باشد. در صورتی که نمرات بالای ۱۴۱ باشد، میزان متغیر بسیار خوب می‌باشد. هال و ادواردز (۲۰۰۲) آلفای کرونباخ زیرمقیاس آگاهی، پذیرش واقعی، ناامیدی، بزرگنمایی، و بی‌ثباتی و مدیریت برداشت به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۳، ۰/۹۰، ۰/۷۳، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین آلفای کرونباخ مؤلفه‌های معنویت در پژوهش جمشیدیان (۱۳۹۰) به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۷۱، ۰/۵۶ و ۰/۰، به‌دست آمده است.

پرسشنامه معنای زندگی (MLQ): این پرسشنامه توسط استیگر و همکاران (۲۰۰۶)، جهت ارزیابی وجود معنی و تلاش برای یافتن آن ارائه شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ آیت می‌باشد. پس از تحلیل عاملی تأییدی با حذف ۷ گویه به ساختار مناسب دوعاملی با ۱۰ گویه دست یافتند. این مقیاس لیکرت به‌صورت ۵ بخشی از "خیلی موافقم" تا خیلی مخالفم" تنظیم شده است. مجموع نمرات سؤال‌های ۸، ۷، ۳ و ۲ و ۱۰ میزان تلاش افراد برای یافتن معنا و مجموع نمرات سؤالات ۹، ۶، ۵، ۴ و ۱ میزان معناداری زندگی فرد را مشخص می‌کنند. طبق پژوهش‌های استیگر و همکارانش (۲۰۰۶)، پایایی این مقیاس برای ارزیابی زندگی، برای زیرمقیاس وجود معنا ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس جستجوی معنا ۰/۸۷ برآورد شده است. در ایران پایایی آزمون و بازآزمون این مقیاس با دو هفته فاصله برای زیرمقیاس وجود معنا ۰/۸۴ و زیر مقیاس جستجوی معنا ۰/۷۴ به‌دست آمده است. آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس جستجوی معنا ۰/۷۵ و زیرمقیاس داشتن معنا ۰/۷۸ محاسبه شده است (هلاکویی و همکاران، ۱۳۹۷).

مقیاس نگرش و باور اضطرابی (AABS): AABS یک فهرست ۳۶ سؤالی است که نگرش‌ها و باورها را اندازه‌گیری می‌کند و به‌منظور نشان دادن آسیب‌پذیری روانی در برابر مشکلات اضطرابی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. پاسخ‌دهندگان در هر مورد و کل نمره (از ۱ تا ۷) را نشان می‌دهند. نمره مجموع نمرات مورد است، با نمرات بالاتر نشان‌دهنده تفکر ناسازگارانه بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی اولیه، از جمله قابلیت اطمینان، و اعتبارهای متمایز، هم‌زمان و پیش‌بینی کننده در یک نمونه کارشناسی ایجاد شد. ساختار عاملی بازنگری شده در مقیاس (AABS-A) شامل سه عامل، یعنی فاجعه‌بار، هوشیاری/اجتناب و باورهای مرتبط با اضطراب، یافت شد. سازگاری داخلی برای مقیاس کل و مقیاس سه عاملی مشتق شده رضایت‌بخش بود. اعتبار هم‌زمان و متمایز AABS-A نیز خوب بود. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که AABS-A یک ابزار معتبر و قابل‌اعتماد برای ارزیابی نگرش‌ها و باورهای مربوط به اضطراب در نمونه‌های جامعه آسیایی، به‌ویژه سنگاپوری است.

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر محققین (ماری و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ شمسوند و همکارانش، ۱۹۸۶)، فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است. در این مجموعه فرم ۲۸ سؤالی آن ارائه گردیده است که سؤالات آن دربرگیرنده چهار خرده مقیاس می‌باشد که هر یک از آن‌ها خود شامل ۷ سؤال می‌باشند. سؤالات ۱-۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی می‌باشد. از سؤال ۸-۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی، و سؤالات ۲۲-۲۸ نیز مربوط به مقیاس افسردگی می‌باشند. دو نوع شیوه نمره‌گذاری برای این آزمون وجود دارد. یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره فرد برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره‌گذاری، روش لیکرتی است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش در پرسشنامه مذکور ۸۴ خواهد بود (لیندزی و پاول، ۱۳۷۹). معمولاً در اکثر پژوهش‌ها از روش لیکرت استفاده می‌شود. همچنین در صورتی که نمرات به دست آمده کدگذاری مجدد نشده باشند نمره بالاتر نشانگر سلامت روانی بیشتر می‌باشد. گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ پایایی به روش دونیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۹۸۵) پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ‌کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد. رابینسون و پرایس (۱۹۸۶) از ۱۰۳ بیمار که قبلاً سکت قلبی کرده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه، پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند. تحلیل نتایج، ضریب پایایی ۰/۹۰ را به دست داد. تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ موردبررسی قرارداد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت روانی از روش‌های روایی هم‌زمان و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی هم‌زمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵ گزارش شده است.

در پژوهش حاضر داده‌های موردنیاز برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از طریق پرسشنامه‌های نامبرده جمع‌آوری شده و در نرم‌افزار ۲۲ spss تحلیل شدند. جهت تجزیه و تحلیل آماری همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون چندگانه بکار رفته است.

یافته‌ها

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد ۵۲/۴۵ درصد شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر دختر و ۴۷/۵۴ درصد پسر بودند. ۲۹/۵۲ درصد شرکت‌کنندگان پایه دهمی، ۳۷/۲۳ درصد پایه یازدهم و ۳۳/۲۴ درصد نیز دانش‌آموزان پایه دوازدهم بودند. جهت بررسی درستی فرضیه‌ها از همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شده است که نتایج در جداول ۱ تا ۴ گزارش شده‌اند.

^۱-General Health Questionnaire

جدول ۱. نتایج همبستگی بین سلامت روانی با معنویت و معنای زندگی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
معنویت	۱												
آگاهی	۰/۶۷	۱											
پذیرش واقعی	۰/۷۳	۰/۶۹	۱										
ناامیدی	۰/۶۷	۰/۵۶	۰/۵۵	۱									
بزرگنمایی	۰/۴۱	۰/۴۳	۰/۴۴	۰/۵۱	۱								
بی‌ثباتی	۰/۶۷	۰/۴۴	۰/۵۷	۰/۵۴	۰/۶۴	۱							
وجود معنا	۰/۶۶	۰/۶۸	۰/۶۶	۰/۵۲	۰/۶۶	۰/۵۵	۱						
جستجوی معنا	۰/۵۸	۰/۶۶	۰/۵۸	۰/۴۹	۰/۶۳	۰/۴۵	۰/۵۵	۱					
سلامت عمومی	۰/۶۸	۰/۵۶	۰/۶۳	۰/۵۰	۰/۵۲	۰/۴۸	۰/۶۳	۰/۵۶	۱				
علامت جسمانی	۰/۶۰	۰/۵۸	۰/۶۰	۰/۴۶	۰/۵۵	۰/۴۴	۰/۵۹	۰/۴۹	۰/۷۸	۱			
اضطراب	۰/۴۹	۰/۶۰	۰/۵۶	۰/۴۰	۰/۴۳	۰/۳۴	۰/۵۶	۰/۴۴	۰/۶۷	۰/۶۰	۱		
اختلال عملکرد	۰/۵۶	۰/۵۹	۰/۵۰	۰/۵۰	۰/۴۴	۰/۳۲	۰/۵۹	۰/۵۷	۰/۶۹	۰/۵۹	۰/۴۷	۱	
اجتماعی													
افسردگی	۰/۵۱	۰/۶۳	۰/۶۱	۰/۴۳	۰/۵۹	۰/۴۰	۰/۶۰	۰/۵۰	۰/۷۰	۰/۶۳	۰/۴۷	۰/۶۸	۱

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد: بین معنویت و معنای زندگی با متغیر سلامت روانی رابطه‌ی معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). بررسی عامل‌های متغیر "معنویت" نشان می‌دهد مؤلفه‌های "معنویت، آگاهی، پذیرش واقعی و بزرگنمایی" دارای رابطه‌ی مثبت و معنادار با سلامت روانی هستند؛ اما مؤلفه‌های بی‌ثباتی و ناامیدی دارای رابطه منفی و معنادار هستند. مؤلفه‌های معنای زندگی شامل وجود معنا و جستجوی معنا نیز دارای رابطه مثبت و معنادار با سلامت روانی هستند؛ اما با خرده عامل‌های افسردگی، اضطراب، اختلال عملکرد رابطه‌ی منفی و معناداری دارند.

جدول ۲. نتایج همبستگی پیرسون بین نگرش اضطرابی با معنویت و معنای زندگی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
معنویت	۱										
آگاهی	۰/۶۷	۱									
پذیرش واقعی	۰/۷۳	۰/۶۹	۱								
ناامیدی	۰/۶۷	۰/۵۶	۰/۵۵	۱							
بزرگنمایی	۰/۴۱	۰/۴۳	۰/۴۴	۰/۵۱	۱						
بی‌ثباتی	۰/۶۷	۰/۴۴	۰/۵۷	۰/۵۴	۰/۶۴	۱					
وجود معنا	۰/۶۶	۰/۶۸	۰/۶۶	۰/۵۲	۰/۶۶	۰/۵۵	۱				
جستجوی معنا	۰/۵۸	۰/۶۶	۰/۵۸	۰/۴۹	۰/۶۳	۰/۴۵	۰/۵۵	۱			
فاجعه‌یاری	۰/۶۰	۰/۵۹	۰/۶۱	۰/۵۶	۰/۵۸	۰/۵۶	۰/۶۵	۰/۳۹	۱		
هوشیاری/اجتناب	۰/۴۲	۰/۴۳	۰/۵۵	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۳۱	۰/۵۷	۰/۴۱	۰/۷۶	۱	
باورهای اضطرابی	۰/۶۳	۰/۴۹	۰/۶۶	۰/۶۱	۰/۵۵	۰/۴۳	۰/۶۶	۰/۴۴	۰/۷۰	۰/۵۷	۱

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد: بین تمام مؤلفه‌های "معنویت" و "معنای زندگی" با "نگرش اضطرابی" و مؤلفه‌هایش رابطه‌ی معنادار وجود دارد. رابطه بین مؤلفه‌های "بی‌ثباتی، ناامیدی و بزرگنمایی" با "نگرش اضطرابی"، مثبت و معنادار است؛ اما رابطه‌ی "معنویت، آگاهی و پذیرش واقعی" با "نگرش اضطرابی" منفی و معنادار می‌باشد. در متغیر "معنای زندگی"، هر دو خرده مقیاس "وجود معنا" و "جستجوی معنا" دارای رابطه‌ی منفی و معنادار با "نگرش اضطرابی" و خرده مقیاس‌های آن می‌باشند.

جدول ۳. نتایج رگرسیون چندگانه پیش‌بینی شکوفایی بر اساس معنویت و معنای زندگی

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	R	'R	F	Sig	خطای استاندارد	Beta	T	Sig
معنویت						۰/۰۷	۰/۲۳۱	۱/۳۴	۰/۰۰۱
آگاهی						۰/۰۳	۰/۱۱۰	۱/۰۹	۰/۰۰۱
پذیرش واقعی	سلامت روانی	۰/۵۴۱	۰/۲۹۲	۳۱/۴۵	۰/۰۰۱	۱/۰۹	۰/۱۹۳	۲/۷۲	۰/۰۰۱
ناامیدی						۱/۸۳	۰/۱۶۰	-۱/۰۳	۰/۰۰۱
بزرگنمایی						۰/۵۶	۰/۰۹۸	۰/۹۹	۰/۰۰۱
بی‌ثباتی						۰/۰۱	-۰/۱۵۲	۱/۱۲	۰/۰۰۱
وجود معنا						۱/۱۷	۰/۱۶۶	۱/۸۰	۰/۰۰۱
جستجوی معنا						۱/۳۴	۰/۱۳	۱/۳۵	۰/۰۰۱

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد: همبستگی چندگانه بین عامل‌های "معنویت" و "معنای زندگی" با "سلامت روانی" ($r=0/541$) به‌دست‌آمده و توانسته‌اند "سلامت روانی" را پیش‌بینی کنند. بررسی مقادیر بتا نشان می‌دهد "معنویت"، "پذیرش واقعی" و "وجود معنا"، بالاترین نقش را در پیش‌بینی مثبت "سلامت روانی" دارند.

جدول ۱. نتایج رگرسیون چندگانه بین معنویت و معنای زندگی با کیفیت زندگی

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	R	'R	F	Sig	خطای استاندارد	Beta	T	Sig
معنویت						۰/۰۱۸	-۰/۳۰۴	-۱/۰۹	۰/۰۰۱
آگاهی						۱/۰۳	-۰/۱۳۳	-۱/۳۱	۰/۰۰۱
پذیرش واقعی	نگرش اضطرابی	۰/۶۲۳	۰/۳۸۸	۳۵/۹۱	۰/۰۰۱	۱/۴۹	-۰/۲۱۳	-۰/۸۲	۰/۰۰۱
ناامیدی						۱/۲۳	۰/۱۴۰	۱/۶۵	۰/۰۰۱
بزرگنمایی						۰/۶۶	۰/۱۳۶	۱/۹۹	۰/۰۰۱
بی‌ثباتی						۰/۰۳	۰/۱۲۱	۱/۴۳	۰/۰۰۱
وجود معنا						۱/۴۷	-۰/۱۰۸	-۱/۳۰	۰/۰۰۱
جستجوی معنا						۱/۰۶	-۰/۰۹	-۱/۰۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد: همبستگی چندگانه بین عامل‌های "معنویت" و "معنای زندگی" با "نگرش اضطرابی" ($r=0/623$) به‌دست‌آمده و این دو متغیر توانسته‌اند "نگرش اضطرابی" را پیش‌بینی کنند. بررسی مقادیر بتا نشان می‌دهد "معنویت"، پذیرش واقعی و ناامیدی "بالاترین نقش را در پیش‌بینی "نگرش اضطرابی" دارند. "ناامیدی" به‌صورت مثبت "نگرش اضطرابی" را پیش‌بینی می‌کند؛ اما معنویت و پذیرش واقعی به‌صورت منفی پیش‌بینی کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین معنویت و معنای زندگی نوجوانان با سلامت روانی و نگرش اضطرابی آن‌ها رابطه معنادار وجود دارد. یافته‌های حاضر با پژوهش فتحی و عمرانی (۱۳۹۷)، همسو می‌باشد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که دین و معنویت از طریق ایجاد یک نظام نگرشی مناسب و ایدئال، زمینه را برای آرامش روان فراهم می‌سازد. همچنین دین داری و معنویت در سطح فردی، خشنودی و رضایت از زندگی را به دنبال دارد. همچنین پژوهش مظفری و همکاران (۱۳۹۴) و ذوقی (۱۳۸۷)، نیز با پژوهش حاضر همسو است. به‌طور کلی، ارتباط معنویت با سلامت روان می‌تواند به‌عنوان یک عنصر مهم در بهبود کیفیت زندگی شخصی و روانی شناخته شود. فعالیت‌های معنوی مانند مدیتیشن، نماز، آیین‌های مذهبی و مشارکت در فعالیت‌های خیریه می‌تواند به برقراری ارتباط با معنویت کمک کنند. احساس معنویت و انگیزه از زندگی به‌عنوان یک ارزش بالقوه، می‌تواند به

شخص کمک کند تا با چالش‌ها و استرس‌های زندگی مقابله کند. این احساس معنویت می‌تواند به فرد احساس آرامش، امید و قدرت بخشیده و مقوله‌هایی مانند اراده زندگی، ارزش زندگی و احترام به خود را تقویت کند. به‌عنوان یک پشتیبانی اضافی، ممارست معنویت می‌تواند به ایجاد ارتباط معنوی و صمیمیت با دیگران کمک کند که این امر می‌تواند از انزوای اجتماعی و افزایش احساس تنهایی جلوگیری کند. با این حال، هر فرد به‌شخصه تجربه معنویت خود و رابطه آن با سلامت روانی خود را دارد. مهم است که به نیازها و اعتقادهای خود در این زمینه احترام گذاشته و روش‌هایی را که برای خود مناسب می‌دانید برای تقویت ارتباط معنویت با سلامت روان خود انتخاب کنید. سلامت روان و معنویت در زندگی با یکدیگر تناسب بسیار نزدیکی دارند. مطالعات نشان داده‌اند که داشتن یک زندگی معنادار و احساس ارتباط با نیروهای بزرگ‌تر از خود (مانند خدا یا جهان) می‌تواند به افزایش سلامت روانی کمک کند. افرادی که اعتقادات معنوی یا مذهبی قوی دارند معمولاً از احساس تنهایی کمتری رنج می‌برند و احساس راه‌گشایی و امید بیشتری دارند. علاوه بر این، معنویت می‌تواند به افزایش استرس مربوط به زندگی کمک کرده و احساس خوبی و آرامش بیشتری به افراد بدهد؛ بنابراین، می‌توان گفت که حفظ تعادل بین سلامت روان و معنویت در زندگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و رضایت بیشتر افراد کمک کند. نگرش اضطرابی و معنویت نوجوانان می‌تواند در رابطه با یکدیگر باشند. اضطراب می‌تواند تأثیر مخربی بر روانی و جسمی افراد داشته باشد و باعث کاستن احساس معنا و ارتباط با بخش‌های مختلف زندگی شود. درعین حال، معنویت و ارتباط با ارزش‌های معنوی می‌تواند به‌عنوان یک محافظ از اثرات منفی اضطراب بر نوجوانان عمل کند. فعالیت‌های معنوی می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا به خودشان و به دیگران اهمیت ببخشند و احساس اتصال به دنیای اطراف خود داشته باشند، که این موارد می‌تواند افزایش خودباوری و کیفیت زندگی را تقویت کنند؛ بنابراین، افزایش معنویت و ارتباط با ارزش‌های معنوی می‌تواند به کاهش نگرش‌های اضطرابی نوجوانان کمک کند و آن‌ها را به تعادل روانی نزدیک‌تر کند. رضایت از زندگی و احساس معنا و هدف در زندگی ارتباط مستقیمی با سلامت روانی دارند، به‌طوری‌که نوجوانانی که احساس معنا و هدف کافی در زندگی خود را داشته باشند، در کلیت بهتری از نظر روانی و روان‌شناختی خود را احساس می‌کنند. احساس معنا: داشتن اهداف و ارزش‌های واقعی برای رسیدن به آن‌ها باعث افزایش انگیزه و رضایت شخصی می‌شود، که موجب سلامت روانی بالاتر می‌شود. روابط اجتماعی: تعامل با دیگران و احساس تعلق به یک جامعه و گروه اجتماعی نیز برای سلامت روانی نوجوانان بسیار اهمیت دارد. مهارت‌های مقابله: آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و مشکلات زندگی می‌تواند به افزایش سلامت روانی کمک کند و پایه ساز سلامت روانی نوجوانان باشد. درک عمقی از معنا و هدف زندگی می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا در مواجهه با چالش‌های روزمره زندگی خود، بهتر مقابله کنند و از طریق ایجاد تعادل و هماهنگی بین جوانه‌های روانی و جسمی خود، سلامتی روانی و جسمی خود را حفظ کنند. نهایتاً می‌توان گفت: افرادی که دارای نگرش اضطرابی هستند، به‌طور معمول تمایل دارند که بیشتر در مورد مسائل ناخوشایند و استرس‌زا فکر کنند که ممکن است منجر به کاهش سلامت روان شوند. از طرف دیگر، معنویت و ایمان به یک قدرت بزرگ‌تر ممکن است به فرد کمک کند تا احساس آرامش، امید و اعتماد بیشتری پیدا کند که در نتیجه می‌تواند به بهبود سلامت روانی کمک کند. بسیاری از افراد با اضطراب

می‌توانند از معنویت و روش‌های روان‌درمانی معنوی بهره برده و این امکان وجود دارد که درک بهتری از خود و دنیا پیرامون خود داشته باشند.

منابع

- جمشیدیان، شیما (۱۳۹۰). پیش‌بینی امیدواری بر اساس مؤلفه‌های معنویت با واسطه‌گری سلامت روان در دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.
- خادم، حسین؛ مظفری، محمد؛ یوسفی، احمد، و قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی. (۱۳۹۴). ارتباط سلامت معنوی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. تاریخ پزشکی، ۷(۲۵)، ۳۳-۵۰.
- رضوانی، محمدرضا؛ متکان، علی‌اکبر؛ منصوریان، حسین و ستاری، محمدحسین (۱۳۸۹). توسعه و سنجش شاخصهای کیفیت زندگی شهری (مطالعه‌ی موردی: شهر نورآباد، استان لرستان». مجله‌ی مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای، ۱، ۱-۱۰.
- سلامی، نازنین و قاسمی زاد، علیرضا، (۱۳۹۵). مروری بر مفهوم معنویت محیط کار و تاریخچه آن در ایران، پنجمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران.
- سلیمانی، حدیثه. (۱۳۹۲). نقش معنویت در پیشرفت. کنگره پیشگامان پیشرفت.
- فتحی، آیت اله، و امرانی، ابراهیم. (۱۳۹۵). نقش و کارکرد دین و معنویت در سلامت روانی. بصیرت و تربیت اسلامی، ۱۳(۳۷)، ۴۵-۶۶.
- قائمی، مهدی؛ واعظی، احمد (۱۳۹۳). حقیقت مرگ، مرگ اندیشی و معنای زندگی. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی آیین حکمت، ۶(۶۰)، ۱۵۵-۱۸۳.
- محمدجانی، سیدیهوا؛ رضایی، علی محمد؛ محمدی فر، محمدعلی، و هژبریان، هانیه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی شکوفایی معلمان بر اساس مؤلفه‌های الگوی روان‌شناختی شکوفایی انسان. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۹(۹۵)، ۱۴۳۹-۱۴۵۲.
- نصیری، حبیب اله؛ هاشمی، ل؛ و حسینی، س.م. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (whoqol-bref). سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، (۳)-، ۰-۰.
- هزارجریبی، جعفر و رضا صفری شالی، (۱۳۹۱)، آناتومی رفاه اجتماعی، چاپ اول، تهران: انتشارات جامه و فرهنگ.
- هلاکویی، هدی؛ مصطفوی، محمد؛ نسیمی، منیره. (۱۳۹۷). رابطه معنی زندگی و بهزیستی روان شناختی با تمایل به ازدواج در دانشجویان. پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)، ۱۷(۶۶)، ۱۵۹-۱۷۶.
- Bonomi, A., Patric, D., Bushnell, D. (2000). Validation of the united states' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of Clinical Epidemiology, 53, 1-12
- Elkins, D. N. (1998). Beyond religion: A personal program for building a spiritual life outside the walls of traditional religion. Wheaton, IL: The Theosophical Publishing house.
- Frankl, V. (1998). Mans Search for Meaning. New York: Poket
- Hall, T. W., & Edwards, K. J. (2002). The Spiritual Assessment Inventory: A theistic model and measure for assessing spiritual development. Journal for the scientific study of religion, 41(2), 341-357.
- James, A. G., & Fine, M. A. (2015). *Relations between youths' conceptions of spirituality*

and their developmental outcomes. *Journal of Adolescence*, 43, 171-180.
doi:10.1016/j.adolescence.2015.05.014

- King CR, Hinds PS. (2003). Quality of Life from Nursing and Patient Perspective. Jones and Bartlett publishers. Massachusettes.
- Maslow, A. H. (1971). The Farther reaches of Human Nature. New York: Viking.
- Rogers, C. R. (1961). On Becoming A Person: A Therapist's View on Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063-78.
- Seligman, M. E. P. (2011). Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. New York : Free Press
- WHO Quality of Life Group. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Adminstration and scoring, Field Trial version, World Health Organization. Geneva.