

نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش بینی اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب، استرس) و احساس انسجام روانی

The Role of Spiritual Health Dimensions in Predicting Mood Disorders (Depression, Anxiety, Stress) and Sense of Coherence

Zohreh Abbas¹
Ahmad Movahed²
Shima Mirzaei Kojli³

زهره عباسی^۱
احمد موحد^۲
شیمای میرزایی کوجلی^۳

Abstract

The present study aimed to investigate the role of spiritual health dimensions in predicting mood disorders and sense of coherence among female high school students in Qaen. This research employed a descriptive-correlational design. The statistical population consisted of all female students in the second level of high school in Qaen. Based on Krejcie and Morgan's table, 285 participants were selected through cluster sampling. Data were collected using the Spiritual Well-Being Scale (Paloutzian & Ellison, 1982), the Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995), and the Sense of Coherence Scale (Antonovsky, 1987). Data analysis was conducted using Pearson correlation and regression analysis in SPSS-23. The results indicated a significant negative correlation between spiritual health dimensions and mood disorders, with existential well-being serving as a significant predictor of mood disorders. Furthermore, a significant positive correlation was found between spiritual health dimensions and sense of coherence, with existential well-being also predicting the sense of coherence. Spiritual health is an often neglected dimension within the education system, and the findings of this study may contribute to enhancing spiritual well-being among students, a vulnerable population.

Keywords: Spiritual health, Mood disorders, Sense of coherence, Students.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش بینی اختلالات خلقی و احساس انسجام روانی در دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر قاین انجام پذیرفت. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی به شمار می آید. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر قاین بودند. با استفاده از جدول کرجسی و مورگان ۲۸۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش بررسی شدند. روش نمونه گیری استفاده شده نمونه گیری خوشه ای بود. با استفاده از پرسشنامه های سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵)، احساس انسجام روانی آنتونوسکی (۱۹۸۷)، اطلاعات لازم جمع آوری و نتایج به کمک نرم افزار SPSS۲۳ و با استفاده از همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد بین ابعاد سلامت معنوی با اختلالات خلقی رابطه منفی و معناداری وجود دارد و سلامت وجودی توان پیش بینی اختلالات خلقی را دارد؛ همچنین یافته های پژوهش نشان داد بین ابعاد سلامت معنوی با احساس انسجام روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و سلامت وجودی توان پیش بینی احساس انسجام روانی را دارد. سلامت معنوی بعدی از سلامت است که در نظام آموزش و پرورش توجه کمتری بدان شده است و نتایج این مطالعه می تواند در اعتلای سلامت معنوی دانش آموزان به عنوان قشری آسیب پذیر مؤثر واقع شود.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، اختلالات خلقی، احساس انسجام روانی، دانش آموزان

1. M.A. in Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Qaenat Branch, Qaenat, Iran.
z.abasi29@gmail.com

2. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3. B.A. in General Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Received: February 13, 2025

Accepted: March 13, 2025

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قاینات، قاینات، ایران.

z.abasi29@gmail.com

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

۳. کارشناسی روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۳

مقدمه

دین و مذهب ارکان فرهنگ هر ملتی است که جامعه را هدایت می‌کند و انسجام می‌بخشد. اعتقاد دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و اجتماعات استحکام می‌دهد و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (توان و همکاران، ۱۳۹۴).

همواره موضوع معنویت مورد توجه انسان بوده است و جزء نیازهای درونی وی به شمار می‌رود که برخی از صاحب‌نظران، آن را متضمن بالاترین سطوح زمینه‌های رشد شناختی، اخلاقی، عاطفی و تلاش برای پاسخ دادن به چارهای زندگی می‌دانند (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۵). ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بیکران به فرد این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر می‌گذرانند، کمتر دستخوش تنش و اضطراب می‌شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر است (توان و همکاران، ۱۳۹۴).

بعد معنوی یکی از ابعاد سلامتی می‌باشد که برخی صاحب‌نظران معتقدند توجه جدی به این بُعد بسیار ضروری است. بدون سلامت معنوی^۱ دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌توانند عملکرد درستی داشته باشند و یا به حداکثر ظرفیت خود برسند؛ در نتیجه بالاترین سطح زندگی قابل دستیابی نخواهد بود (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵).

سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حالتی که در فرایندی مقدس، پویا، منسجم، مستمر و دوسویه از راه کسب معرفت و باور نسبت به خدا، خود خلقت و روابط متقابل آنها، درک و اتصال مناسب و هدفمند با سرچشمه هستی حاصل شده، و در بینش، کنش‌ها و عواطف متجلی می‌شود (مرتضوی و همکاران، ۱۴۰۳).

سلامت معنوی با مفهوم تعالی نفس ارتباط دارد و نشان‌دهنده سیستم ارزشی فرد می‌باشد و ممکن است مربوط به عقیده‌ای در مورد پدیده ماورائی یا طبیعی باشد. شخصی که بتواند با محیط خود و اطرافیان و به طور کلی اجتماع سازگار شود از نظر بهداشت روانی بهنجار است (خجسته، ۱۳۹۷). سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است: سلامت مذهبی و سلامت وجودی. سلامت مذهبی نشانه ارتباط با قدرت برتر یعنی خداست و سلامت وجودی یک عنصر روانی.

اجتماعی و نشانه احساس فرد از اینکه کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. بعد سلامت مذهبی ما را در رسیدن به خدا هدایت می‌کند؛ درحالی‌که بعد سلامت وجودی ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد (جوادی و همکاران، ۱۴۰۰). از آنجا که انسان به صورت نظامی یکپارچه عمل می‌کند، این دو بعد در عین جدا بودن با هم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه احساس سلامت معنوی، رضایت و پیرو آن هدفمندی به وجود می‌آید (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت انسان می‌تواند یک ارتباط هماهنگ و یکپارچه میان نیروهای درونی فرد ایجاد کند و سبب ثبات در زندگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط شود (صف‌آرا و همکاران، ۱۴۰۱).

انسان در طول زندگی خود تغییرات و تحولات بسیاری را تجربه می‌کند که می‌تواند دوره‌هایی برای بروز مشکلات و اختلالات مختلف روانی باشد (خجسته، ۱۳۹۷). اختلالات خلقی^۱ از جمله این مشکلات هستند که منظور از آن حالات بالینی می‌باشد که با اختلال خلق، فقدان احساس کنترل بر خلق و تجربه ذهنی ناراحتی شدید همراه است. این اختلالات عملاً همیشه به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌انجامند (کابلان و سادوک، ۱۳۷۹؛ به نقل از دهانی، ۱۴۰۱).

سازمان جهانی بهداشت، اختلالات خلقی را یکی از مشکلات بهداشتی جهان در سده ۲۱ مطرح کرده است. اختلالات خلقی از جمله شایع‌ترین بیماری‌های روان‌پزشکی است که با اختلال در تنظیم خلق، رفتار و عاطفه همراه بوده، و فرد مبتلا طیفی از افسردگی تا نشئه و شادی را تجربه می‌کنند. پیامدهای اجتناب‌ناپذیر اختلالات خلقی سبب شده که این اختلال در ردیف اختلالات ناتوان‌کننده و مهم به شمار آید (واقعی و همکاران، ۱۳۹۶).

برخورداری از برخی ویژگی‌های شخصیتی و توانمندی‌های روان‌شناختی موجب می‌شود که افراد عکس‌العمل‌های بهتری را در برخورد با عوامل فشارزای روانی از خود نشان دهند و احساس انسجام روانی^۲ یکی از این توانمندی‌هاست؛ زیرا این ویژگی سبب تعدیل استرس‌های روزمره می‌شود (شاکری نسب و همکاران، ۱۴۰۰).

حس انسجام به یک انسجام کلی اشاره دارد، چارچوب روان‌پزشکی مثبتی که سبب می‌شود یک فرد در پاسخ به استرس و دیگر عوامل بیماری‌زا به صورت انطباقی عمل کند (عبادی و

1. Mood disorders
2. Sense of cohesion

همکاران، ۱۳۹۷). آنتونوسکی^۱ حس انسجام را برای نخستین بار در سال ۱۹۸۷ مطرح و اعلام کرد توانایی مقابله با استرس‌های بزرگ ناشی از سطح انسجام بالای افراد است (عوض‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵). آنتونوسکی تأکید می‌کند که یک حلقه ارتباطی بین حس انسجام مفهوم‌سازی شده توسط او و سلامت جسمی وجود دارد. براساس این تئوری حس انسجام یک تجربه درونی هر فرد است که به صورت تدریجی در طول جوانی رشد می‌کند تا به یک کیفیت نسبتاً پایدار برسد (آقایوسفی و شریف، ۱۳۸۹).

همچنین آنتونوسکی عنوان می‌کند که احساس انسجام یک ویژگی فردی است که از افراد در برابر پیامدهای منابع استرس‌زا و تنش‌آور محافظت می‌کند. احساس انسجام یک مکانیسم مواجهه و کنارآمدن نیست، اما تا اندازه‌ای نشان‌دهنده میزانی از گنجایش و ظرفیت افراد برای استفاده از طیفی متنوع از راهبردهای مناسب در زمان رویارویی با استرس است (پالانت و لائی، ۲۰۰۲؛ به نقل از فضلعلی، ۱۳۹۱). انسجام روانی یک جهت‌گیری شخصی و یک منبع درونی می‌باشد که موجب ایجاد سلامت جسمانی و روانی شده، به عنوان یک احساس نافذ و پویا، فرد را قادر می‌سازد تا در شرایط مواجهه با چالش‌های زندگی برای رفع تنش از راهبردهای سازش‌یافته و رفتارهای سلامت‌مدار استفاده کنند. این احساس به عنوان یک منبع مقاومت تعمیم‌یافته‌ای در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند بر سلامت روان‌شناختی موثر باشد؛ زیرا توانمندی اشخاص را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و اثرهای استرس را بر سلامتی تعدیل می‌کند (شاکری نسب و همکاران، ۱۴۰۰).

در پژوهش‌های مختلف رابطه معناداری بین گرایش به معنویت و کاهش آشفتگی‌های خلقی و افسردگی گزارش شده است. افراد با تصویر ذهنی مثبت از خداوند در مقابله با مشکلات توان روان‌شناختی بالاتری دارند و موقعیت‌ها را به صورت مثبت ارزیابی می‌کنند. معنویت می‌تواند موجب تقویت روانی و افزایش سازگاری انسان شود و همبستگی معناداری بین معنویت و اضطراب در زنان وجود دارد. هنگامی که سلامت معنوی فرد به خطر بیفتد، اختلالاتی همچون احساس تنهایی، اضطراب و از دست دادن معنا در زندگی فرد را تهدید می‌کند و در این حال، بیمارانی که از اعمال مذهبی برای تقابل با مشکلات استفاده می‌کنند کمتر دچار اضطراب می‌شوند؛ همچنین دینداری و توجه به سلامت معنوی موجب کاهش

1. Antonovsky

2. Pallant & Lae

اضطراب در خانواده‌های ایرانی می‌شود. ایمان دینی و سلامت معنوی می‌تواند به تسکین اضطراب مرگ و اضطراب وجودی کمک کند، اما تحقیقات نشان می‌دهد که این امر ممکن است فقط در جوامع عموماً مذهبی اتفاق بیفتد و در جوامع سکولار و غیرمذهبی تأثیری ندارد (صف‌آرا و همکاران، ۱۴۰۱).

میلر^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مشغولیت به مذهب یا معنویت می‌تواند مانع افسردگی، ناامیدی، آسیب به خود و تمایل به خودکشی شود.

خادم وطنی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی ارتباط سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی را در بیماران دچار آنفاراکتوس میوکارد بررسی کردند و نتیجه گرفتند ارتباط معکوسی بین سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی وجود دارد. رحیمی و همکاران (۱۳۹۵) هم در پژوهش خود ارتباط سلامت معنوی را با اضطراب دانشجویان بررسی کردند و نتیجه گرفتند سلامت معنوی با اضطراب رابطه معکوس دارد.

پژوهش بیگلر چپقلو و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد بین سلامت معنوی و حس انسجام در بیماران دیابتی نوع دو رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. پژوهش صف‌آرا و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد بین سلامت معنوی با احساس انسجام روانی در سالمندان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. پژوهش جوادی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد بین نمره کلی سلامت معنوی با آسیب‌پذیری روانی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون خطی نشان داد سلامت معنوی توانست پیش‌بینی‌کننده میزان آسیب‌پذیری روانی و خرده‌مقیاس‌های آن باشد. پژوهش نقیعی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که تقویت بعد معنوی سبب ارتقای سلامت روان و کاهش اختلالات روانی می‌شود.

از این‌رو باید بیان کرد که بسیاری از بیماری‌های روانی و حتی مشکلات جسمی و بدنی با معنویت و سلامت معنوی ارتباط دارد؛ به عبارت دیگر، یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن، احساس پوچی و بیهودگی است و این احساس ناشی از فقدان بعد معنوی سلامت در افراد می‌باشد. هدفدار بودن زندگی، پابیندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی سبب کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آنها می‌شود؛ از این‌رو تقویت جنبه معنوی به سلامت

جسم و روح افراد و درنهایت سلامت جامعه بزرگ بشری کمک بسزایی خواهد کرد (سالاری فرو همکاران، ۱۳۹۰؛ به نقل از سلگی، ۱۳۹۶).

رشد و توسعه سطح سلامت در تمام ابعاد آن در جامعه از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا همان‌گونه که حیات دنیا مقدمه حیات آخرت است؛ چنان‌که قرآن کریم می‌فرماید: وَمَا هَذِهِ الْحَيَاةُ الدُّنْيَا إِلَّا هُوَ وَلَعِبٌ وَإِنَّ الدَّارَ الْآخِرَةَ لَهِيَ الْحَيَوَانُ لَوْ كَانُوا يَعْلَمُونَ؛ این زندگی جز بازی و سرگرمی نیست و اگر بدانند سرای آخرت سرای زندگانی است» (عنکبوت/۶۴). سلامت در دنیا نیز مقدمه سلامت در آخرت است و درحقیقت سلامت واقعی در دنیا سلامتی می‌باشد که به سلامت در آخرت می‌انجامد؛ وگرنه سلامت واقعی نیست و فقط صورتی از سلامت خواهد بود. سلامت معنوی از جمله ابعاد چندگانه مقوله سلامت به شمار می‌رود که درباره آن می‌توان گفت حدود نیم‌قرن مورد توجه اندیشمندان و روان‌شناسان بوده است؛ درحالی‌که همواره و در کل تعالیم و حیانی و الهی به همه ابعاد وجودی بشری توجه می‌شده است (قنبری و محمدی مهر، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، امر سلامت معنوی و مفهوم آن تا همین چند دهه گذشته مورد غفلت بیشتر اندیشمندان، روان‌شناسان و دانشمندان بوده و آنان صرفاً به سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی در موضوع سلامت توجه داشته‌اند (جاسکین، ۲۰۱۶).

همچنین سلامت معنوی به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت موجب می‌شود که اشخاص در موقعیت‌های گوناگون زندگی و در قبال شرایط چالش‌زا به صورت مطلوب برخورد کنند و آسیب‌پذیری کمتری را از نظر روانی نشان دهند؛ به گونه‌ای که به رفتارهای بزهکارانه‌ای همانند اعتیاد و... گرایش کمتری را نشان دهند (گرین ۲ و همکاران، ۲۰۱۱). سلامت معنوی به عنوان یکی از مفاهیم اساسی درباره چگونگی رویارویی با مسائل، مشکلات، تنش‌ها و چالش‌های گوناگون زندگی و به عنوان بعدی از سلامت موجب یکپارچگی انواع ابعاد دیگر سلامت است و اشخاصی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند توانایی آن را دارند که با مشکلات و مصائب زندگی خود سازگاری بیشتری را داشته باشند (پاپاثاناسیو ۳ و همکاران، ۲۰۲۰). جهت بررسی بیشتر این مسئله، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سلامت معنوی با احساس انسجام روانی و اختلالات خلقی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر قاین انجام شد.

1. Juškien
2. Green
3. Papathanasiou

روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی به شمار می‌رود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر قاین بودند. با استفاده از جدول کرجسی و مورگان ۲۸۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش بررسی شدند. روش نمونه‌گیری آن خوشه‌ای بود؛ بدین‌گونه که نخست با مراجعه به اداره آموزش و پرورش شهرستان قاین فهرست و نشانی مدارس گرفته شد و به صورت تصادفی از بین مدارس، دو مدرسه به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری اطلاعات ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) مقیاس سلامت معنوی: این آزمون بیست سؤالی را پالوتزین و الیسون^۱ در سال ۱۹۸۲ ساخته‌اند. این ابزار دو خرده‌مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی را براساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً موافقم (نمره شش) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) می‌سنجد. دامنه نمره سلامت معنوی برای هر یک از ابعاد سلامت مذهبی و وجودی به تفکیک معادل ۶۰-۱۰ و نمره کل سلامت معنوی (جمع دو بعد) به تفکیک معادل ۱۲۰-۲۰ می‌باشد که هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، نشان از سلامت معنوی بیشتر خواهد بود. پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. پایایی این مقیاس از سوی دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) روی دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس سلامت مذهبی و خرده‌مقیاس سلامت 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. در پژوهش صف‌آرا و همکاران (۱۴۰۰) پایایی این پرسشنامه ۰/۸۳ بود.

ب) مقیاس عوامل تنیدگی DASS-۲۱^۲: مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس DASS (لاویبوند و لاویبوند ۱۹۹۵، ۳)، مجموعه‌ای از سه مقیاس خودگزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. هر یک از خرده‌مقیاس‌های DASS-۲۱ شامل هفت سؤال است (جمعاً ۲۱ سؤال) که هر یک از صفر (اصلاً) تا سه (زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار در سال ۱۳۸۶ بررسی شده است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸، ۰/۷۶ و

1. Paloutzian & Ellison
2. Depression and Anxiety Stress Scale
3. Lovibond & Lovibond

۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش سرآبادی تفرشی و جان‌بزرگی (۱۳۹۷) نیز آلفای کرونباخ افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ بود.

ج) پرسشنامه احساس انسجام روانی: این ابزار سیزده سؤالی را آنتونوسکی در سال (۱۹۸۷) ساخته است که سه مؤلفه کنترل‌پذیری، ادراک‌پذیری و معناداری را با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (عدم تمایل = ۱ و شدت تمایل = ۷) می‌سنجد. نمره ابزار با مجموع نمره سؤال‌ها به دست می‌آید؛ بنابراین دامنه نمرات بین ۱۳ تا ۹۱ و نمره بیشتر به معنای احساس انسجام بالاتر است. آنتونوسکی (۱۹۸۷) روایی سازه آن را تأیید و پایایی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ گزارش کردند. در ایران علی‌پور و شریف (۱۳۹۱) پرسشنامه یادشده را هنجاریابی کردند که پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶۹ به دست آمد. در پژوهش صف‌آرا و همکاران (۱۴۰۱) پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود.

یافته‌های پژوهش

در این قسمت ابتدا میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و سپس ضرایب همبستگی و تحلیل رگرسیون به شیوه همزمان ارائه شده است. جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت معنوی، اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب و استرس) و احساس انسجام روانی

متغیر	نمره حداقل	نمره حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سلامت معنوی	۱۰	۶۰	۵۰/۴۲	۸/۱۰
	۱۰	۶۰	۴۱/۶۸	۱۰/۹۷
	۲۰	۱۲۰	۹۲/۴۱	۱۷/۱۵
افسردگی	۰	۲۰	۶/۸۲	۴/۹۶
اضطراب	۰	۱۶	۵/۹۶	۳/۹۲
استرس	۰	۲۱	۹/۰۱	۴/۶۸
احساس انسجام روانی	۱۸	۸۶	۵۱/۳۹	۱۱/۲۲

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین نمرات ابعاد سلامت مذهبی و اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب و استرس) و احساس انسجام روانی

ابعاد سلامت معنوی			متغیر
سلامت وجودی	سلامت مذهبی	ضریب همبستگی	افسردگی
-۰/۷۵۵	-۰/۴۸۹	سطح معناداری	اضطراب
-۰/۰۰۰۱	-۰/۰۰۰۱	ضریب همبستگی	
-۰/۴۶۲	-۰/۲۷۳	سطح معناداری	استرس
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۲	ضریب همبستگی	
-۰/۵۷۷	-۰/۳۲۶	سطح معناداری	احساس انسجام روانی
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	ضریب همبستگی	
۰/۵۱۰	۰/۲۸۲	سطح معناداری	
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱		

با توجه به جدول ۲، می‌توان گفت بین ابعاد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب و استرس) رابطه منفی و معناداری وجود دارد؛ همچنین بین ابعاد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با احساس انسجام روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد که بدین منظور در ابتدا و پیش از آزمون فرضیه‌ها و انجام رگرسیون، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. با توجه به فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرها، خطی بودن رابطه میان متغیرهای پیش‌بین با وابسته و با توجه به رسم نمودار پراکنش، تعداد نمونه بیش از حداقل ده برابر متغیرهای پیش‌بین و نرمال بودن توزیع نمرات براساس نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف^۱ ($P > ۰/۰۵$)، از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آنالیز مدل رگرسیون همزمان بررسی ارتباط ابعاد سلامت معنوی با میزان اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب، استرس)

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	ضریب B	خطای معیار	ضریب بتا	T	سطح معناداری	F	سطح معناداری	R	R ^۲
افسردگی	مقدار ثابت	۲۲/۰۳۵	۱/۸۴۰	-	۱۱/۹۷۵	۰/۰۰۰۱	۸۱/۱۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۹	۰/۵۷۲
	سلامت مذهبی	-۰/۰۳۴	۰/۰۴۶	-۰/۰۵۷	-۰/۷۵۱	۰/۴۵۴				
	سلامت وجودی	-۰/۳۲۴	۰/۰۳۴	-۰/۰۷۲۴	-۹/۵۴۷	۰/۰۰۰۱				

۰/۲۱۹	۰/۲۳۲	۰/۰۰۰۱	۱۷/۸۵۸	۰/۰۰۰۱	۶/۰۰۷	-	۲/۱۰۵	۱۲/۶۴۵	مقدار ثابت	اضطراب
				۰/۵۶۱	۰/۵۸۳	۰/۰۵۹	۰/۰۵۲	۰/۰۳۰	سلامت مذهبی	
				۰/۰۰۰۱	-۵/۰۷۰	-۰/۵۱۶	۰/۰۳۸	-۰/۱۹۵	سلامت وجودی	
۰/۲۹۹	۰/۳۱۱	۰/۰۰۰۱	۲۶/۳۷۰	۰/۰۰۰۱	۸/۱۷	-	۲/۲۷۳	۱۸/۵۸۹	مقدار ثابت	استرس
				۰/۸۰۶	۰/۲۴۶	۰/۰۲۴	۰/۰۵۶	۰/۰۱۴	سلامت مذهبی	
				۰/۰۰۰۱	-۵/۹۲۷	-۰/۵۷۱	۰/۰۴۱	-۰/۲۴۵	سلامت وجودی	

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که تبیین واریانس اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب، استرس) آزمودنی‌ها براساس ابعاد سلامت معنوی تنها در مورد بعد سلامت وجودی معنادار است که به ترتیب در مجموع ۵۷ درصد، ۲۲ درصد و ۳۰ درصد از واریانس میزان افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی‌ها را تبیین می‌کند. ضریب تأثیر این مقیاس به ترتیب $B = -۰/۳۲۴$ و $B = -۰/۱۹۵$ و $B = -۰/۲۴۵$ و ضریب رگرسیون این زیرمقیاس منفی است؛ بر این اساس می‌توان گفت با افزایش نمره این مؤلفه، میزان اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب، استرس) کاهش می‌یابد و برعکس با کاهش نمره این مؤلفه، میزان اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب، استرس) افزایش می‌یابد.

جدول ۴. نتایج آنالیز مدل رگرسیون همزمان بررسی ارتباط ابعاد سلامت معنوی با میزان احساس انسجام روانی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	ضریب B	خطای معیار	ضریب بتا	T	سطح معناداری	F	سطح معناداری	R	R ²
احساس انسجام روانی	مقدار ثابت	۳۲/۲۷۸	۵/۸۸۴	-	۵/۴۸۶	۰/۰۰۰۱	۱۸/۸۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۹	۰/۲۳۶
	سلامت مذهبی	-۰/۰۷۹	۵/۸۸۴	-۰/۰۵۶	-۰/۵۴۲	۰/۵۸۹				
	سلامت وجودی	۰/۵۶۱	۰/۱۰۹	۰/۵۳۲	۵/۱۴۰	۰/۰۰۰۱				

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که تبیین واریانس احساس انسجام روانی آزمودنی‌ها براساس ابعاد سلامت معنوی فقط در مورد بعد سلامت وجودی معنادار است. این متغیر در مجموع ۲۳ درصد از واریانس میزان احساس انسجام روانی آزمودنی‌ها را تبیین می‌کند ($R^2 = ۰/۲۳۶$). ضریب تأثیر این مقیاس $B = ۰/۵۶۱$ و ضریب رگرسیون این زیرمقیاس مثبت است؛ بر این اساس می‌توان گفت با افزایش نمره این مؤلفه، میزان احساس انسجام روانی افزایش می‌یابد و برعکس با کاهش نمره این مؤلفه، میزان احساس انسجام روانی کاهش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت معنوی به شکل برجسته‌ای در متون دینی مورد توجه قرار گرفته، اسلام وجود آدمی را متشکل از دو بعد روانی (غیرمادی) و جسمانی (مادی) معرفی می‌کند (فجر/۲۹) و سلامت هر یک را در گرو سلامت دیگری و متأثر از آن می‌داند. روح و بدن هریک برای خود سلامتی و بیماری خاص خود را دارند و برهم خوردن تعادل در یکی از آنها دیگری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (یوسف/۱۸۴). سلامت روان به معنای تعادل و انسجام فراگیر در همه ابعاد جسمانی و نفسانی انسان است که قلب سلیم (شعر/۸۹) و نفس مطمئنه (فجر/۲۷) از جمله علائم آن است و در مقابل، بیماری روانی خارج شدن از حد اعتدال می‌باشد که امراض قلبی و اضطراب از جمله نشانه‌های آن است (مائدة/۵۲).

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش‌بینی اختلالات خلقی و احساس انسجام روانی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر قاین انجام پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد بین ابعاد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب و استرس) رابطه منفی و معناداری وجود دارد و سلامت وجودی توان پیش‌بینی اختلالات خلقی را دارد که با نتایج پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۹۸)، خادم وطنی و همکاران (۱۳۹۳)، نقیبی و همکاران (۱۳۹۴)، رحیمی و همکاران، (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. از این یافته می‌توان چنین دریافت که هر چه میزان ابعاد سلامت معنوی بیشتر و قوی‌تر باشد، میزان اختلالات خلقی کمتر خواهد بود. سلامت معنوی با ایجاد یک چارچوب برای تفسیر و توصیف تجارب زندگی و به موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به هم پیوستگی وجودی در ارتقای سلامت روانی مشارکت می‌کند (ویند و همکاران، ۲۰۲۰).

درواقع سلامت معنوی نقش حیاتی را در سازگاری با استرس ایفا می‌کند و تأثیر مثبتی بر ارتقای سلامت ذهنی شخص و کاهش اختلالات ذهنی دارد؛ زیرا اعتقادات معنوی و مذهبی، ارتباط قابل توجهی با نشانه سلامت ذهنی مانند افسردگی، افزایش اعتماد به نفس و کنترل خود دارد و راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات به شمار می‌رود؛ به گونه‌ای که می‌تواند سازگاری با مشکلات و هماهنگی ساختارهای درونی بدن را ارتقا بخشد. پس می‌توان گفت سلامت معنوی می‌تواند اثری مثبت بر سلامت روانی و جسمی داشته باشد (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین ابعاد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت

وجودی) با احساس انسجام روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و سلامت وجودی توان پیش‌بینی احساس انسجام روانی را دارد. پژوهش بیگلر چپقلو و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد بین سلامت معنوی و حس انسجام در بیماران دیابتی نوع دو رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. پژوهش صف‌آرا و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد بین سلامت معنوی با احساس انسجام روانی در سالمندان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت انسان می‌تواند یک ارتباط هماهنگ و یکپارچه میان نیروهای درونی فرد ایجاد کند و سبب ثبات در زندگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشستن، خدا، جامعه و محیط شود. فیشر (۲۰۱۰) معتقد است سلامت مذهبی نشان‌دهنده ارتباط با خدا و یک قدرت بی‌نهایت و سلامت وجود مطرح‌کننده ارتباط ما با دیگران و محیط است و برخورداری افراد از آنها می‌تواند احساس ارزشمندی از اتصال به خدا، هماهنگی میان خود، دیگران، طبیعت در آنان ایجاد کند و سبب تمایل فرد به احساس هویت، رضایتمندی، لذت، خرسندی، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توان درونی، برخورداری از هدف و جهت در زندگی شود و در مجموع می‌تواند زمینه ارتقای انسجام روانی را فراهم کند (صف‌آرا و همکاران، ۱۴۰۱).

اعمال و مناسک معنوی روزانه، حمایت مذهبی و خودارزشیابی مذهبی معنوی در زندگی فرد می‌تواند به شدت و به‌طور معناداری پیش‌بینی‌کننده سلامت روان، احساس خوب بودن باشد و کاهش میزان سلامت معنوی را در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب، افسردگی و تنهایی همراه داشته باشد؛ به بیان دیگر نخستین اثر ارتقای توانمندی فرد در زمینه سلامت معنوی قدرت حاصل از مذهب، کاهش مشکلات روانی، افزایش سلامت روانی و در نتیجه افزایش سبک‌های رفتاری سالم، هیجانات مثبت و خوش‌بینی و رضایت از زندگی خواهد بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر در یک گروه خاص از جمله دانش‌آموزان انجام شد، جهت تعمیم آن به دیگر گروه‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مشکلات مرتبط با جمع‌آوری اطلاعات (تعداد زیاد سؤالات، خسته شدن و کم‌حوصلگی شرکت‌کنندگان و...) اشاره کرد. در این پژوهش از ابزار پرسشنامه استفاده شده و تحریف در یادآوری وقایع گذشته جزء معایب پرسشنامه‌های خودگزارشی است. پیشنهاد می‌شود که ضمن استفاده از پرسشنامه‌های کوتاه‌تر، در کنار آن از مصاحبه نیز برای شناخت حالات دانش‌آموزان استفاده شود. سلامت معنوی بعدی از سلامت است که در نظام آموزش

و پرورش کمتر به آن توجه شده است و نتایج این مطالعه می‌تواند در اعتلای سلامت معنوی دانش‌آموزان به عنوان قشری آسیب‌پذیر مورد توجه قرار گیرد.

منابع

۱. قرآن کریم.
۲. آقاخان، نادر؛ ترابی، مهدی؛ حضرتی، افشین؛ علی‌نژاد، وحید؛ اسم حسینی، غلامرضا و نیکونژاد، علیرضا. (۱۳۹۵). «ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه». *مجله مطالعات علوم پزشکی*. دوره هشتم. شماره ۲۷. صص: ۲۴۲-۲۴۹.
۳. آقابوسفی، علیرضا و شریف، نسیم. (۱۳۸۹). «بررسی همبستگی بین بهزیستی روانی و حس انسجام در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز». *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*. دوره ششم. شماره ۱۵. صص: ۲۷۹-۲۷۳.
۴. بیگلر چقلو، شهلا؛ پوریعقوب، مریم؛ احمدی‌فرد، وحید؛ شیخی، محمد؛ مولایی، سحر و مقدم، فاطمه. (۱۳۹۸). «بررسی سلامت معنوی و حس انسجام در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو». *نشریه پژوهش پرستاری ایران*. دوره سوم. شماره ۱۴. صص: ۳۲-۳۶.
۵. توان، حامد؛ تقی‌زاده، حمید؛ سایه میری، کوروش؛ یاری، یحیی؛ خلف‌زاده، امین؛ فتحی‌زاده، حسین؛ سرابی، اکبر و پورعبدالله، حسن. (۱۳۹۴). «بررسی مقایسه‌ای سلامت معنوی دانشجویان پرستاری». *اسلام و سلامت*. شماره ۱۵. صص: ۲۶-۳۰.
۶. جوادی، سیدوحید؛ غنی‌فر، محمدحسن و اسماعیلی درمیان، مهین. (۱۴۰۰). «بررسی نقش سلامت معنوی در پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند». *دین و سلامت*. دوره ۹. شماره ۱. صص: ۴۶-۵۲.
۷. خادم‌وطنی، کمال؛ آقاخان، نادر، اسم حسینی، غلامرضا؛ حضرتی، افشین؛ علی‌نژاد، وحید؛ نظری، حسین و همکاران. (۱۳۹۳). «بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیمارستان سیدالشهدا دانشگاه علوم پزشکی ارومیه». *مجله علوم پزشکی*. سال دوازدهم. شماره ۲۵. صص: ۱۱۰۱-۱۰۹۲.
۸. خجسته، سعید. (۱۳۹۷). «رابطه اعتیاد به اینترنت با سلامت روان و سلامت معنوی دانش‌آموزان متوسطه». *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. شماره ۶۱. صص: ۶۸-۵۸.
۹. دهانی، محمدمسلم. (۱۴۰۱). «بررسی رابطه اختلالات خلقی و پیشرفت تحصیلی درس ریاضی دانش‌آموزان متوسطه دوم شهرستان سرباز». *پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی*. دوره پنجم. شماره ۵۳. صص: ۳۴۶-۳۲۷.
۱۰. دهشیری، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز؛ جعفری، عیسی و نجفی، محمود. (۱۳۸۷). «بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان». *مطالعات روان‌شناختی*. دوره چهارم. شماره ۳. صص: ۱۴۴-۱۲۹.
۱۱. رحیمی، ندا؛ اسداللهی، زهرا و افشاری‌پور، علیرضا. (۱۳۹۵). «بررسی ارتباط سلامت معنوی و میزان اضطراب در دانشجویان پرستاری و مامایی». *دین و سلامت*. دوره دوم. شماره ۴. صص: ۵۶-۶۴.
۱۲. سرآبادانی‌تفرشی، لیلیا و جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۹۷). «رابطه خداپنداره (تصورپردازی ساختگی از خدا) و تحول روانی معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس دانشجویان». *پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت*. دوره چهارم. شماره سوم. صص: ۴۵-۵۶.
۱۳. سلگی، مریم. (۱۳۹۶). «بررسی شخصیت حضرت مریم در قرآن بعنوان الگوی سلامت معنوی». *همایش کنگره بین‌المللی نقش زن در سلامت خانواده و جامعه*. ۴۰۸-۴۱۷.
۱۴. شاکری‌نسب، محسن؛ زبیبی‌ثانی، مرتضی؛ کاظم‌آبادی‌فراہانی، زهرا و قلعه‌نوی، زهره. (۱۴۰۰). «رابطه استرس ادراک‌شده و اضطراب اجتماعی با انسجام روانی در بحران‌های پاندمی، با تأکید بر بیماران کووید ۱۹ ترخیصی از بیمارستان واسعی سبزواری». *روان‌شناسی بالینی*. دوره سیزدهم. شماره ۲. صص: ۹۶-۸۷. DOI: 10.22075/jcp.1400.2012241083
۱۵. صف‌آرا، مریم؛ صفادوست، طوبی؛ موسوی‌نژاد، سید محمود و غلام‌نژاد، حانیه. (۱۴۰۱). «رابطه سلامت معنوی با انسجام روانی در سالمندان: نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی». *روان‌شناسی پیری*. دوره هشتم. شماره ۴. صص: ۳۷۵-۳۸۷. DOI: 10.22126/jap.1401.2022.18160
۱۶. عبادی، الهه؛ بیگلرلی، ایمان‌الله و کیان‌ارثی، فرحناز. (۱۳۹۷). «رابطه استرس ادراک‌شده و شدت وابستگی به مواد: نقش واسطه‌ای معنویت، حس انسجام در راهبردهای مقابله‌ای». *فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد*. دوره دوازدهم. شماره ۴۵. صص: ۱۳۲-۱۵۰.

۱۷. عباسی، محمود؛ عزیزی، فریدون؛ شمس‌کوشکی، احسان؛ ناصری‌راد، محسن و اکبری دلاکه، مریم. (۱۳۹۱). «تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی؛ یک مطالعه روش شناختی». اخلاق پزشکی. دوره ششم. شماره ۲۰. صص: ۴۴-۱۱.
۱۸. عوض‌نژاد، نصرت؛ روانی‌پور، مریم؛ بحرینی، مسعود و معتمد، نیلوفر. (۱۳۹۵). «مقایسه حس انسجام در مادران دارای کودکان سالم و مادران دارای کودکان مبتلا به بیماری مزمن». پژوهش‌های سلامت محور. دوره دوم. شماره ۲. صص: ۱۹۶-۱۸۳.
۱۹. فضلعلی، نجمه. (۱۳۹۱). «نقش میانجی‌گری احساس انسجام روانی در رابطه ابعاد فرزندپروری ادراک شده با اهمال‌کاری و انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
۲۰. مرتضوی، فاطمه سادات؛ شتی، محسن؛ مرتضوی، سیده صالحه؛ شیرزاد، فاطمه؛ مقدم، منیژه؛ عجم‌زبید، حسین. (۱۴۰۳). «بررسی وضعیت و ابعاد سلامت معنوی در سالمندان ایرانی: مطالعه تلفنی مبتنی بر جمعی». سالمند: مجله سالمندی ایران. دوره نوزدهم. شماره ۱. صص: ۱۳۰-۱۴۳. DOI: 10.32598/sija/10.3.2598.1874.2.
۲۱. نقیبی، سیدابوالحسن؛ اشعری، سرور؛ رستمی، فرشته؛ حسینی، سیدحمزه. (۱۳۹۴). «بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون (MMT)». تحقیقات سلامت در جامعه. دوره اول. شماره ۳. صص: ۶۱-۶۹.
۲۲. واقعی، سعید؛ سالارحاجی، اعظم؛ اردانی، امیررضا؛ مظلوم، سیدرضا؛ واقعی، نسترن و علیزاده فرزانه. (۱۳۹۶). «ارتباط خودمتمایزسازی با راهبردهای مقابله با استرس و خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی». مجله دانشگاه علوم پزشکی تربیت حیدریه. دوره پنجم. شماره ۱. صص: ۲۵-۱۷.
۲۳. یوسفی، فایق؛ رفیعی، سحر؛ و طیری، فریبا. (۱۳۹۸). «بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان». مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت. دوره ششم. شماره ۴. صص: ۱۰۹-۱۰۰. DOI: 10.29252/shenakht/10.4.29252.100.
24. Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. San Francisco.
25. Ghanbari, R. & Mohammadimehr, M. (2020). Identification of dimensions and indicators of spiritual health: A qualitative study. J Educ Health Promot, 9, 352. Doi: 10.4103/jehp.jehp_448_20. PMID: 33575388; PMCID: PMC7871966.
26. Green, MR., Emery, CF., Kozora, E., Diaz, P.T. & Make, B.J.J.R.c. (2011). Religious and spiritual coping and quality of life among patients with emphysema in the national emphysema treatment trial, 56(10), 1514–1521.
27. Juskiene, V. (2016). Spiritual health as an integral component of human wellbeing. Applied Research in Health & Social Sciences: Interface & Interaction/Sveikatos ir Socialiniu Mokslu Taikomieji Tyrimai: Sandura ir Saveika, 13(1), 12–20.
28. Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: The Psychology Foundation of Australia Inc.
29. Miller, L., Wickramarante, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E. & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. American Journal Psychiatric, 169 (1), 8994-. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10121823.
30. Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy, 224–237.
31. Papathanasiou, I.V., Papathanasiou, C., Malli, F., Tsaras, K., Papagiannis, D., Kontopoulou, L., Kourkouta, L., Tsalogliodou, A., Tzavella, F. & Fradelos, E.C. (2020). The Effect of Spirituality on Mental Health Among Hypertensive Elderly People: A Cross-sectional Community-based Study. Mater Sociomed, 32(3): 218–223. DOI: 10.5455/msm.2020.32.218–223. PMID: 33424452; PMCID: PMC7780778.
32. Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G. & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: the 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. Internet Interventions, 20, 16-. DOI: 10.1016/j.invent.2020.100317.