

سلامت معنوی: تعدیل‌کننده رابطه بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی دانشجویان دختر

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۰۱

محمد عباسی^۱، عابدین درویش پور^۲، لیلا منصوری^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر تعدیل‌کنندگی سلامت معنوی در رابطه بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی است. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ انجام شد. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۲۴۰ نفر از دانشجویان دختر دوره کارشناسی دانشگاه لرستان بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس بهزیستی ذهنی، پرسش‌نامه سلامت معنوی و پرسش‌نامه انزوای اجتماعی بود. داده‌های حاصل با استفاده از رگرسیون سلسله‌مراتبی تعدیلی به منظور بررسی توان تعدیلی متغیر سلامت معنوی تحلیل شد. یافته‌های تحلیل رگرسیون تعدیلی، نقش تعدیل‌گر سلامت معنوی در رابطه بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی را تأیید کرد. بر اساس نتایج می‌توان گفت که انزوای اجتماعی، عامل مهمی در بهزیستی ذهنی است که سلامت معنوی تأثیر آن را کمتر می‌کند.

واژگان کلیدی: انزوای اجتماعی، سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی.

۱. استادیار روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)
Email: abbasi.mohammad@hotmail.com

۲. استادیار فلسفه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
Email: abdinardarvishpor@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

انسان همواره به دنبال این بوده است که به بهترین شکل ممکن زندگی کند و در عین حال از زندگی خود لذت ببرد و در کنار آن علاقه مند است که بداند چگونه می تواند کیفیت زندگی اش را بهبود بخشد. (افشاری، ۱۳۸۶) بر این اساس، روان شناسی مثبت گرا با توجه به استعدادها و توانمندی های انسان (به جای پرداختن به نابهنجاری ها و اختلال ها) در سال های اخیر مورد توجه روان شناسان قرار گرفته است. این رویکرد هدف نهایی خود را شناسایی سازه ها و شیوه هایی می داند که کیفیت بهتر زندگی انسان را در ابعاد مختلف به دنبال دارند. از این رو، عواملی که موجب سازگاری بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می شود، بنیادی ترین سازه های مورد پژوهش این رویکرد است (واژکوئیز، هروس، راهونا، و گومز،^۱ ۲۰۰۹) که بهزیستی ذهنی^۲ افراد در آن جایگاه ویژه ای دارد.

بهزیستی ذهنی احساس مثبت، کیفیت زندگی بالاتر، کاهش رنج (آبرین^۳، ۲۰۱۴) و رضامندی از زندگی است که شامل خود و دیگران در حوزه های مختلف خانوادگی، شغل و نظیر آن می شود (کشتی دار، بهزاد نیا، و ایمان پور، ۱۳۹۰). بهزیستی ذهنی دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بُعد شناختی بهزیستی عبارت است از: ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی که هیجانات و حالات مثبت فرد را در یک دوره زمانی خاص در برمی گیرد و بُعد عاطفی که به معنای برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (دولان، لایارد، و متاکالف، ۲۰۱۱). عاطفه مثبت نشان می دهد که یک شخص چه میزان احساس فعالیت و هوشیاری می کند، در حالی که عاطفه منفی یک بُعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می دهد (بشارت، اعتمادی نیا، و فراهانی، ۲۰۱۳). در واقع می توان گفت، بهزیستی ذهنی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و از تعادل میان عواطف مثبت و منفی و رضایتمندی از زندگی ناشی می شود (دورایا^۴، ۲۰۱۱).

پژوهشگران معتقدند که افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان های مثبت بیشتری را

1. Vazquez, C., Hervas, G., Rahona, J. J., & Gomez, D.
2. subjective wellbeing
3. O'Brien, M. E.
4. Dolan, P., Layard, R., & Metcalfe, R.
5. Besharat, M. A., EtemadiNia, M., & Farahani, H.
6. Durayappah, A.

تجربه می‌کنند و از گذشته، آینده خودشان، دیگران، رویدادها و حوادث پیرامونشان ارزیابی مثبتی دارند و آنها را خوشایند تعریف می‌کنند. درحالی‌که افراد با بهزیستی پایین، موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. (گلستانبیخت، ۱۳۸۶) به طور کلی، بهزیستی ذهنی بیانگر این است که افراد چه احساسی از خودشان دارند و شامل پاسخ‌های هیجانی افراد، رضایتمندی از زندگی و قضاوت درباره کیفیت زندگی می‌شود. بهزیستی ذهنی ساختار مهمی است که در سطح پایین منجر به افسردگی، فقدان احساس رضایت، اعتماد به نفس و احساس نبود اراده یا هدف در زندگی شده و به کاهش سلامت روانی و جسمانی منجر می‌شود (کینگ، و پیچ، ۲۰۰۱). بهزیستی ذهنی در حوزه‌های مختلف زندگی از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرد. بنابراین، درک عواملی که بر سلامت و بهزیستی افراد تأثیر می‌گذارد، حائز اهمیت است. از جمله متغیرهایی که بر بهزیستی ذهنی تأثیر منفی دارد، انزوای اجتماعی^۱ است. (دولان، پاسگود، و وایت، ۲۰۰۸)^۲ انزوای اجتماعی به زندگی بدون مصاحبت، فقدان افراد مهم در زندگی و مناسبات مشترک، اعتماد و حرکت به سمت دوره‌های بحران و گسست در اتصالات عینی و شبکه‌های روابط اجتماعی اعضای جامعه اشاره دارد (هائورن، ۲۰۰۶)^۳ که بر عملکرد و بهزیستی افراد و پیوستگی اجتماعی درون جامعه تأثیر منفی می‌گذارد. مهمترین شاخصه‌های انزوای اجتماعی شامل تنها زندگی کردن، داشتن روابط اجتماعی کم، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی یا گروهی و ادراک احساس تنهایی است (کورنولو، و وایت، ۲۰۰۹). همچنین، پات^۴ (۲۰۱۴) انزوای اجتماعی را فقدان ارتباط با خانواده یا دوستان در سطح خرد و فقدان ارتباط در جامعه در سطح کلان تعریف کرده است. نیاز به تماس و ارتباطات اجتماعی از زمره نیازهای اولیه انسان است که برای بهزیستی فردی و جمعی افراد بسیار با اهمیت می‌باشد. خداوند در قرآن کریم سوره مبارکه مائده آیه ۲ افراد را به ارتباط با هم و تعاون و همکاری در نیکی کردن دعوت می‌کند. انسان‌ها به عنوان موجوداتی اجتماعی

1. King, K., & Psych, P. G. D.
2. social isolation
3. Dolan, P., Peasgood, T., & White, M.
4. Hawthorne, H.
5. Cornwell, E. Y., & Waite, L. J.
6. Pate, A.

در بسیاری از مسائل به یکدیگر وابسته اند؛ آنها به طور مداوم در ارتباط با یکدیگرند و درون شبکه‌ای از خویشاوندان و غیرخویشاوندان به طرق گوناگون جای گرفته‌اند و با داشتن تعاملات اجتماعی متنوع به زندگی اجتماعی خود شکل می‌دهند (هاوس، ۲۰۰۱). بنابراین، فقدان روابط مؤثر، تهدیدی جدی برای رفاه و سلامتی افراد به وجود می‌آورد؛ افرادی که روابط استوار و معنادار با سایرین را حفظ نکرده و کسی را ندارند که به هنگام ضرورت به او مراجعه کنند، تا حد زیادی در خودشان غوطه‌ور می‌شوند. این مسئله اغلب به مشکلات خطرناکی از قبیل اختلالات روانی، افسردگی، عزت نفس پایین، مشکلات اجتماعی و علایم مریضی جسمانی منجر می‌شود (هورتلانوس، مشلیز، ولودین، ۱۳۹۴).

پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه بیانگر وجود ارتباط منفی بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی است. برای مثال شانکار، رافنسون و استیتو^۲ (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که انزوای اجتماعی با سطوح پایین بهزیستی ذهنی رابطه دارد. آنها در پژوهش خود گزارش نمودند که افراد با احساس انزوا و تنهایی بالا در مقایسه با افرادی که احساس انزوا و تنهایی کمتری داشتند، بهزیستی ضعیفی را از خود نشان دادند. نتایج پژوهش‌های وو و زانگ^۳ (۲۰۱۱)، هال^۴ (۲۰۰۴)، موین و فیلدز^۵ (۲۰۰۲) و نیکلسون^۶ (۲۰۰۸) نیز حاکی از تأثیر منفی انزوای اجتماعی بر بهزیستی ذهنی افراد است. همچنین پژوهش‌های داینرو و سلیگمن^۷ (۲۰۰۲) و داینرو و اویشی^۸ (۲۰۰۶) نیز حاکی از این است که ارتباطات اجتماعی پیش‌بینی‌کننده بهزیستی است.

با استناد به یافته‌های پژوهشی که ذکر شد، می‌توان پیش‌بینی کرد که انزوای اجتماعی رابطه منفی با بهزیستی ذهنی دارد. اما مسئله اصلی در پژوهش حاضر، یافتن پاسخ تجربی برای این پرسش است که آیا رابطه انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی یک رابطه ساده است یا متغیرهای روان‌شناختی دیگری بر این رابطه تأثیر می‌گذارند؟ براین اساس،

1. House, J. S.
2. Shankar, A., Rafnsson, S. B., & Steptoe, A.
3. Wu, Y., & Zhang, C.
4. Hall, M.
5. Moen, P., & Fields, V.
6. Nicholson, J. r.
7. Diener, E., & Seligman, M. E. P.
8. Diener, E., & Oishi, S.

در چهارچوب پژوهش حاضر، نقش تعدیل کننده سلامت معنوی^۱ در رابطه بین انزوای اجتماعی با بهزیستی ذهنی بررسی شد.

سلامت معنوی بُعد چهارم سلامت است (داهار، چاتورvedi، و ناندان، ۲۰۱۳^۲) و در کنار دیگر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقای سلامت عمومی می شود (اله بخشیان، جعفریورعلوی، پرویزی، و حقانی، ۱۳۸۹). سلامت معنوی دارای دو بُعد است، یک بعد آن شامل ارتباط با خود، دیگران و محیط است و بعد دیگر، ارتباط با یک وجود مقدس در سطحی بالاتر است (میشلسون، بروکز، جایراسک، و همکاران، ۲۰۱۶^۳). معنویت راهبردی مقابله ای و منبعی برای یافتن معنا و ارزش برای زندگی در موقعیت های دشوار است (چیانگ، لی، چو، هان و هشو، ۲۰۱۶^۴). معنویت و باورهای شخصی فرد، وی را در مقابله با مشکلات کمک کرده و به زندگی اش مفهوم می بخشد. علاوه بر این، معنویت بخش پذیرفته شده در فرهنگ معاصر جوامع می باشد که و به صورت گسترده وارد عرصه مراقبت شده است (پارسیان، و دانینگ، ۲۰۰۹^۵). اتکا به معنویت، مثبت، آرامش بخش و خشنودکننده است و روشن است که تأکید بر معنویت به سلامت عمومی انسان کمک خواهد کرد (هابر، جاکوب، و اسپانگلر، ۲۰۰۷^۶).

مطالعات نشان داده است که معنویت به طور مثبت با پیامدهای روان شناختی مانند بهزیستی ذهنی و عزت نفس و به طور منفی با افسردگی رابطه دارد. (یانکر، اسکابلرانج، و دیهان، ۲۰۱۲^۷) به طور کلی، واژه سلامت که از کلید واژگان مهم اسلامی است به چیزی بیش از صحت بدن اشاره دارد؛ زیرا بعد جسمانی، فقط یکی از ابعاد وجودی انسان است و افراد ناقص العضو و معلول نیز انسانند و این توانمندی را دارند با همت و اراده و تسلط بر شرایط و اوضاع زندگی خویش، در مسیر سلامت و سعادت انسانی، گام های بلندی بردارند و انسان های سالمی باشند. به این ترتیب حوزه سلامت انسان، دامنه بسیار وسیعی دارد که صحت و سلامت جسمی تنها یکی از ابعاد آن است و در مقابل سلامت معنوی اهمیت

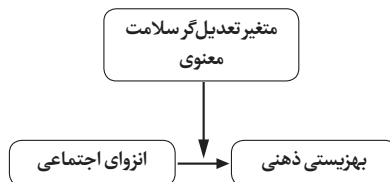
1. spiritual health
2. Dhar, N., Chaturvedi, S., & Nandan, D.
3. Michaelson, V., Brooks, F., Jirásek, I., & et al.
4. Chiang, Y. C., Lee, H. C., Chu, T. L., Han, C. Y., & Hsiao, Y. C.
5. Parsian, N., & Dunning, T.
6. Haber, J. R., Jacob, T., & Spangler, D. J.
7. Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A., & Dehaan, L. G.

کمتری دارد؛ چراکه سلامت معنوی مقدمه و زمینه ساز کمال انسانی است و بی توجهی به آن عامل تنزل رتبه و سقوط اوست (سیدقریشی، واحمدپور، ۱۳۹۵). محققان نشان داده اند که معنویت ارتباط زیادی با سلامت کلی فرد دارد و منبع مهمی برای سازگاری با وقایع تنش زای زندگی در نظر گرفته می شود (جدیدی، فراهانی نیا، جان محمدی، و حقانی، ۱۳۹۰). بنابراین می توان گفت که معنویت یک منبع قدرت و امیدواری برای افراد فراهم می کند و موجب افزایش بهزیستی ذهنی آنها می شود (ادواردز، پانگ، شیو، و چان، ۲۰۱۰). افرادی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند بیشتر از سایرین قادرند برای اطرافیان خود نیز حمایت های معنوی لازم را فراهم آورند (چیانگ، و همکاران، ۲۰۱۶).

سلامت معنوی، نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمی، روحی و اجتماعی انسان را تشکیل می دهد. وقتی سلامت معنوی به خطر می افتد فرد ممکن است دچار مشکلات زیادی در زندگی شود (آقاحسینی، رحمانی، عبدالله زاده، واسودی کرمانی، ۱۳۹۰). سیدفاطمی، رضایی، گیواری و حسینی^۲ (۲۰۰۶) در پژوهش خود گزارش کردند که در صورت تضعیف بُعد سلامت معنوی، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود و در مقابل، حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر در بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان و حمایت بین فردی سودمند است. همچنین در پژوهشی نشان داده شد که با کنترل سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی، درآمد و سطح سواد، معنویت در ارتباط بین انزوای اجتماعی و بهزیستی روان شناختی نقش تعدیل کننده دارد (ابوالفتحی ممتاز، حمید، ابراهیمی، نورریزان، ویانگچی^۳، ۲۰۱۱).

به طور کلی محققان در تحقیقات خود نشان دادند که سلامت معنوی می تواند به بهزیستی ذهنی کمک کند که در این صورت انزوای اجتماعی نیز تحت تأثیر قرار می گیرد. با توجه به مطالب یاد شده، به نظر می رسد سلامت معنوی نقش مؤثری در بهزیستی ذهنی دانشجویان دارد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سلامت معنوی در رابطه بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی دانشجویان دختر انجام شد. (شکل ۱)

1. Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C.
2. Seyedfatemi, N., Rezaei, M., Givari, A., & Hosseini, F.
3. Abolfathi Montaz, Y., Hamid, T. A., Ibrahim, R., Nurizan, Y., & Tyng Chai, S.



شکل ۱. مدل مفروض پژوهش

۲. شیوه اجرای پژوهش

۱-۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر به شیوه توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی رابطه مستقیم میان متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و به منظور بررسی نقش تعدیل‌کننده سلامت معنوی در رابطه بین انزوای اجتماعی و بهبودی ذهنی از روش رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی (بارون، و کئی، ۱۹۸۶) استفاده شد. لازم به ذکر است که در این روش برای بررسی روابط تعاملی دو متغیر مستقل پیوسته در پیش‌بینی یک متغیر وابسته، ابتدا باید متغیر مستقل اول بعد متغیر مستقل دوم (متغیر تعدیل‌کننده) و در آخر تعامل این دو (که از ضرب بردارهای آن دو ایجاد می‌شوند) وارد تحلیل رگرسیون شوند و اگر متغیر تعامل واری اثر دو متغیر مستقل، واریانس تبیین شده متغیر وابسته را به طور معنادار بالا برد، می‌توان اظهار داشت که متغیر تعدیل‌کننده، رابطه بین متغیر مستقل اول و متغیر وابسته را تعدیل می‌کند (ارشدی، و پیریایی، ۱۳۹۳؛ استانگور^۲، ۲۰۱۵). بر این اساس در پژوهش حاضر برای پیش‌بینی بهبودی ذهنی متغیر پیش‌بینی بین انزوای اجتماعی در گام اول، سلامت معنوی در گام دوم و در گام سوم تعامل انزوای اجتماعی و سلامت معنوی تحلیل رگرسیون شد.

۲-۲. جامعه و نمونه آماری

جامعه مورد پژوهش شامل دانشجویان دختر کارشناسی دانشگاه لرستان در سال ۹۶-۱۳۹۵ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۲۴۰ نفر از آنان در گروه نمونه انتخاب شدند.

۱-۲. ابزار پژوهش

۱-۲-۲. مقیاس بهزیستی ذهنی

مقیاس بهزیستی ذهنی (SWS)^۱ توسط کیزو ماگیارمو (۲۰۰۳) برای سنجش بهزیستی هیجانی، روان شناختی و اجتماعی ساخته شد. این مقیاس، از ۴۵ سؤال تشکیل شده است که ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی، ۱۸ سؤال دوم، مربوط به بهزیستی روان شناختی و ۱۵ سؤال سوم، مربوط به بهزیستی اجتماعی است. گویه های پرسش نامه نیز در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. این پرسش نامه توسط گلستانی بخت (۱۳۸۶) بر روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شد که ضریب همبستگی این پرسش نامه ۰/۷۸ و مقیاس های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان شناختی و بهزیستی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش شد. همچنین ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه ۰/۸۰ و برای مقیاس های فرعی آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ بود (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

۲-۲-۲. پرسش نامه سلامت معنوی

پرسش نامه سلامت معنوی (SWBS)^۲ توسط پالوتزین و الیسون^۳ در سال ۱۹۸۲ طراحی شد که ۲۰ سؤال دارد؛ ۱۰ سؤال آن سلامت وجودی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت مذهبی را اندازه گیری می کند. نمره گذاری این پرسش نامه در یک مقیاس ۶ درجه ای لیکرت انجام می شود. پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از بازآزمایی و با استفاده از آلفای کرونباخ، مطلوب گزارش نموده اند. همچنین روایی و پایایی آن توسط درویری^۴ (۲۰۱۴) مطلوب گزارش شده است. در ایران نیز در مطالعه باقری، صادقی، اسماعیلی و نعیمی (۱۳۹۵) پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

1. Subjective Well-Being
2. Spiritual wellbeing Scale
3. Palutzian & Ellison
4. Darvyri, P.

۳-۲-۲. پرسش نامه انزوای اجتماعی

پرسش نامه انزوای اجتماعی (UCLA)^۱ توسط راسل، پاول و فرگوسن^۲ در سال ۱۹۷۸ طراحی شد. این ابزار شامل ۲۰ گویه است و گویه های آن در یک طیف ۴ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. راسل، پاول و فرگوسن (۱۹۷۸) ضریب پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ مطلوب گزارش نموده اند. در پژوهش یعقوبی دوست و عنایت (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل این آزمون ۰/۹۴ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

۳. یافته های پژوهش

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد و ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	انزوای اجتماعی	سلامت معنوی
انزوای اجتماعی	۴۵/۶۶	۱۲/۳۲	۱	
سلامت معنوی	۷۰/۲۴	۳۵/۱۲	-۰/۷۰**	۱
بهبودی دهنی	۳۹/۹۷	۱۲/۱۶	-۰/۷۸**	۰/۶۸**

$P < ۰/۰۵^*$, $P < ۰/۰۰۱^{**}$

یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین ماتریس ضرایب همبستگی مربوط به متغیرهای تحقیق به ترتیب در جدول ۱ آمده است. براساس نتایج این جدول ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده بین انزوای اجتماعی با بهبودی دهنی و سلامت معنوی منفی و معنادار است. نتایج ضرایب همبستگی بین سلامت معنوی و بهبودی دهنی نشان داد که بین این دو متغیر رابطه ای مثبت و معنی دار وجود دارد.

جدول ۲

نتایج تحلیل رگرسیون براساس متغیرهای انزوای اجتماعی و سلامت معنوی و تعامل آنها برای بهبودی دهنی

مدل	R	R ²	Adjusted R ²	Δ R ²	ΔF	P
۱	۰/۷۸۵	۰/۶۱۵	۰/۶۱۴	۰/۶۱۵	۳۸۰/۹۲۷	۰/۰۰۱
۲	۰/۸۰۸	۰/۶۵۲	۰/۶۴۹	۰/۰۳۷	۲۵/۱۶۰	۰/۰۰۱
۳	۰/۸۱۲	۰/۶۵۹	۰/۶۵۵	۰/۰۰۷	۴۴/۶۹۲	۰/۰۳۱

1. UCLA Loneliness Scale
2. Russell, D , Peplau, L.A., & Ferguson, M. L.

در مورد نقش تعدیل‌گری متغیر سلامت معنوی در رابطه بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی از رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

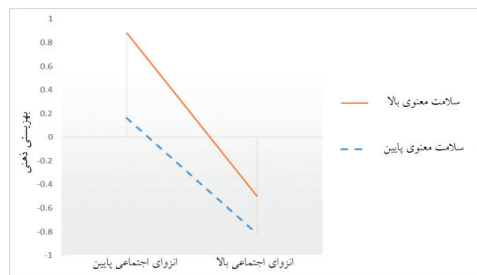
مدل ۱: پیش بین: انزوای اجتماعی

مدل ۲: پیش بین‌ها: انزوای اجتماعی و سلامت معنوی

مدل ۳: پیش بین‌ها: انزوای اجتماعی، سلامت معنوی و انزوای اجتماعی × سلامت

معنوی

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آزمون تغییر R^2 معنی‌دار است؛ یعنی در مدل اول مقدار $R^2 = 0/615$ است برای انزوای اجتماعی، که در مدل دوم با ورود سلامت معنوی $R^2 = 0/652$ شد و در نهایت با ورود تعامل دو متغیر مقدار $R^2 = 0/659$ شد که همچنان معنادار است. بنابراین، سلامت معنوی برای رابطه انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی نقش تعدیل‌گری دارد. با توجه به بالا رفتن میزان واریانس تبیین شده متغیر بهزیستی ذهنی با ورود متغیر تعاملی انزوای اجتماعی و سلامت معنوی، می‌توان نتیجه گرفت که سلامت معنوی قادر به تعدیل رابطه بین این دو متغیر است. به عبارتی، رابطه بهزیستی ذهنی و انزوای اجتماعی در سطوح بالا و پایین متغیر سلامت معنوی متفاوت است. به منظور روشن نمودن ماهیت اثر تعدیل‌گری، نمودار تعامل با استفاده از ضریب رگرسیون استاندارد خطوط رگرسیون برای افراد بالا و پایین رسم شد. نمودار ۱ نحوه تعامل انزوای اجتماعی و سلامت معنوی را در ارتباط با بهزیستی ذهنی نشان می‌دهد.



نمودار ۱. اثرات تعاملی انزوای اجتماعی و سلامت معنوی در پیش بینی بهزیستی

همانطور که نمودار ۱ نشان می‌دهد بهزیستی ذهنی در افرادی که انزوای اجتماعی پایین

و سلامت معنوی بالاتری دارند در بیشترین حد و در افرادی که انزوای اجتماعی بالا و سلامت معنوی پایین تری دارند در کمترین حد است. همچنین قابل مشاهده است که انزوای اجتماعی بالا وقتی با سلامت معنوی بالا همراه باشد، نسبت به زمانی که با سلامت معنوی پایین تری همراه است، بهزیستی ذهنی افراد بیشتر است. بنابراین، فرضیه تعدیل‌گری سلامت معنوی در رابطه بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی مورد تأیید قرار می‌گیرد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌کنندگی سلامت معنوی در رابطه بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه لرستان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین انزوای اجتماعی و بهزیستی دانشجویان رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($r = -0.78, P < 0.001$). بر این اساس، دانشجویانی که انزوای اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند بهزیستی ذهنی کمتری دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های شانکار، رافیسون و استیپیتو (۲۰۱۵)، هال (۲۰۰۴)، موین و فیلدز (۲۰۰۲) و نیکسون (۲۰۰۸) همسویی دارد. نتایج این پژوهش‌ها بیانگر تأثیر منفی انزوای اجتماعی بر بهزیستی ذهنی است. برای مثال، شانکار، رافیسون و استیپیتو (۲۰۱۵) در پژوهش خود گزارش نمودند که افراد با احساس انزوا و تنهایی بالا در مقایسه با افرادی که احساس انزوا و تنهایی کمتری داشتند، بهزیستی ضعیف‌تری دارند.

همسو با پژوهش‌های پیشین در تبیین این یافته می‌توان اینگونه بیان کرد که انزوای اجتماعی، افراد را از مشارکت‌های رسمی و غیررسمی در جامعه محروم می‌کند، مبادله و دلبستگی اجتماعی را کاهش می‌دهد، موجب تضعیف یا قطع روابط با دیگران می‌شود، فرصت‌های مناسب برای با هم زندگی کردن، با هم تجربه کردن و با هم بودن را سلب می‌کند، روابط طولانی، پایدار و عمیق را غیرممکن ساخته و بدین ترتیب با کاهش منابع حمایتی ناشی از تعاملات اجتماعی منجر به افزایش فشار و اختلالات روانی می‌شود. به هر اندازه میزان روابط اجتماعی افراد کاهش یابد و بر میزان انزوا و انفصال در شبکه روابط آنها افزوده شود، از میزان حمایت اجتماعی دریافتی آنها کاسته خواهد شد. انسان‌ها برای بقا

و زندگی به یکدیگر وابسته اند و روابط اجتماعی شان تأمین کننده منابع اجتماعی ای چون انواع حمایت اطلاعاتی، عاطفی و ابزاری است. به همین دلیل تعاملات انسانی اهمیت زیادی برای بهزیستی انسانی دارد. (کلانتری، حسینی زاده آرانی، سخایی، و امام علیزاده، ۱۳۹۴) در اهمیت این موضوع می توان اشاره نمود که خداوند در قرآن کریم پیامبر اکرم ﷺ را حریص ترین فرد در خدمت رسانی و یاری به دیگران وصف نموده است (ر.ک.، توبه: ۱۲۸) تا جایی که گویی نزدیک است پیامبر ﷺ از شدت میل به هدایت گری دیگران، جان خود را از دست دهد (ر.ک.، شعراء: ۳). بنابراین، فقدان شبکه های روابط اجتماعی معنادار می تواند پیامدهای بسیار خطرناکی برای بهزیستی افراد داشته باشد. انسان ها بدون ارتباط اجتماعی معنادار، کمک و حمایت اجتماعی دریافت نکرده و احساس آرامش نمی کنند، تنهایی را تحمل کرده و خود را در وضعیت انزوای اجتماعی می یابند. نتایج برخی پژوهش ها بیانگر این است که اشخاصی که در شبکه های روابط اجتماعی جاگیری شده اند، سطوح بالاتری از بهزیستی را نسبت به کسانی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، تجربه می کنند و به سالم بودن تمایل بیشتری دارند (ساراسون، گاراسون، و گارونگ، ۲۰۰۱).

یافته دیگر پژوهش حاضرین بود که سلامت معنوی در ارتباط بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی نقش تعدیل کننده دارد؛ یعنی انزوای اجتماعی بالا وقتی با سلامت معنوی بالا همراه باشد، نسبت به زمانی که با سلامت معنوی پایین تری همراه است، بهزیستی ذهنی بالاتری ایجاد می کند. بنابراین، فرضیه تعدیل گری سلامت معنوی در رابطه بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی مورد تأیید قرار می گیرد. هر چند پژوهش چندان در این زمینه صورت نگرفته است، تأثیر هر یک از این متغیرها به صورت منفرد به نوعی به صورت مستقیم و غیرمستقیم مورد مطالعه قرار گرفته و کارایی آنها در افزایش بهزیستی ذهنی افراد بررسی شده است. از این رو، این نتیجه با پژوهش ابوالفتحی ممتاز و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد که نشان داد معنویت در ارتباط بین انزوای اجتماعی و بهزیستی روان شناختی نقش تعدیل گری دارد. همچنین با پژوهش اسمایل و دسماخ^۲ (۲۰۱۲) و سید فاطمی و همکاران (۲۰۰۶) همخوان است.

1. Sarason, B. R., Garason, I. G., & Gurung, R. A. R.

2. Ismail, Z., & Desmukh, S.

در تبیین این یافته می توان بیان کرد که براساس معرفت اسلامی، معنویت زیرساخت و پایه سلامتی جسم و روح است و ساحت اصلی و زیربنای اصلی معنویت را باید در باطن خود انسان جست و جو کرد. (محقق داماد، ۱۳۸۹) از طرفی، سلامت معنوی می تواند از طریق فراهم سازی حمایت اجتماعی یا منابع مقابله ای برای افراد و یا با ایجاد عزت نفس و احساس خودارزشی، سهم بسزایی در رضایت از زندگی داشته باشد (استگر، و فرایزر، ۲۰۰۵). سلامت معنوی با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی و جسمانی در کنار دیگر مؤلفه های مرتبط، موجب بهبود و ارتقای سلامت روانی و جسمانی افراد شده و سطح سازگاری افراد با رویدادهای زندگی را افزایش می دهد و در نتیجه موجب افزایش بهزیستی روانی در افراد می شود (ساباتیر، مایر، فریدمیر، لوبیسکا، و ترامسدورف، ۲۰۱۱).

اسمایل و دسماخ (۲۰۱۲) در پژوهشی که بر روی ۶۵ مرد و ۸۵ زن ۱۸ تا ۶۵ ساله پاکستانی انجام دادند، دریافتند که بین معنویت و بهزیستی روانی رابطه مثبت و بین معنویت با احساس انزوا و اضطراب رابطه منفی وجود دارد. همچنین پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) بیان می کنند که معنویت و تنهایی در حقیقت جنبه هایی از یک سازه کلی تر به نام کیفیت زندگی است. این پژوهشگران در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که بین سلامت معنوی و احساس تنهایی رابطه منفی وجود دارد و معنویت پیش بینی کننده احساس تنهایی است. رابطه منفی سلامت معنوی و احساس انزوا و تنهایی در پژوهش میلور، هیشی، فرث، استوکس، چمبرز و کمینز،^۳ (۲۰۰۸) نیز تأیید شده است. همچنین، نتایج برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روان شناختی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد؛ در این صورت بالاترین سطح کیفیت زندگی قابل دستیابی نخواهد بود (راس، ۱۹۹۵).

پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ضمن تعریف سلامت معنوی با عنوان رضایت شخصی، در

1. Steger, M. F., & Frazier, P.
2. Sabatier, C., Mayer, B., Friedlmeier, M., Lubiewska, K., & Trommsdorff, G.
3. Mellor, D., Hayashi, Y., Firth, L., Stokes, M., Chambers, S., & Cummins, R.
4. Ross, L.

ارتباط شخص با یک وجود برتر و حسی از هدفمندی در زندگی، بیان می‌کنند که این رضایت شخصی و احساس هدفمندی در زندگی باعث افزایش کیفیت زندگی فرد و کاهش احساس انزوا و تنهایی می‌شود. سلامت معنوی سبب می‌شود که فرد احساس کند که نیرویی برتر، از او محافظت می‌کند و به او توجه دارد؛ از طرف دیگر، سلامت معنوی سبب ارتباط بهتر با افراد دیگر می‌شود و در نتیجه منابع حمایت اجتماعی فرد را افزایش می‌دهد و جهت‌گیری واقع‌بینانه درباره فقدان و محرومیت به فرد می‌دهد و از این طریق باعث افزایش بهزیستی ذهنی افراد می‌شود.

گومز و فیشر^۱ (۲۰۰۳) نیز بر این باورند که سلامت معنوی موجب می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد و این نوع نگرش‌های مثبت در بهزیستی و رضایت از زندگی تأثیر بسزایی دارد. از دیگر تبیین‌های احتمالی این رابطه این است که افراد دارای زندگی معنوی فعال، از نظر روانی افراد سالمی هستند. این افراد تمایل دارند خود را دوست داشته‌نی، توانا و شایسته ببینند (ایمز، ۲۰۰۰). افراد با سلامت معنوی بالا به یک منبع و قدرت معنوی پناه می‌برند و این قدرت برتر، آنان را در برابر مشکلات و گرفتاری‌ها محافظت می‌کند؛ در چنین شرایطی حس امید و نشاط در فرد ایجاد می‌شود و این حس موجب تقویت بهزیستی ذهنی آنها خواهد بود.

احساس بهزیستی به معنای ارزیابی کلی از زندگی است که بر اساس اهداف شخصی و میزان دسترسی به آنها شکل می‌گیرد. این عامل یکی از مهمترین نیازهای روانی بشر در زندگی تلقی می‌شود. به همین دلیل تأثیرات عمده‌ای بر شکل‌گیری شخصیت آدمی و در یک کلام، مجموعه زندگی انسان دارد و در پی آن همیشه بر عملکرد انسان در حوزه‌های مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد. (هیوینر، فانک، و گلیمن، ۲۰۰۲) بسیاری از پژوهشگران بر مفهوم احساس ذهنی بهزیستی تأکید کرده‌اند و فقدان بیماری‌های روانی و وجود سطوح بالای بهزیستی را به عنوان سلامت تلقی می‌کنند (جوشنلو، رستمی، و نصرت‌آبادی، ۱۳۸۵). بهزیستی،

1. Gomez, R., & Fisher, J. W.

2. Emmons, R. A.

3. Huebner, E. S., Funk, B. A., & Gilman, R.

انعکاس دهنده کیفیت زندگی و ذهنی افراد است که پوشش دهنده خلق مثبت، سرزندگی و علاقه به محیط است (کاریمان، و وینگرهاست، ۲۰۱۲). با این حال، امروزه مشکلات بهداشت روانی از مسائل مهم و رو به افزایش در جوامع بشری است و از سوی دیگر تعداد افرادی که بعد سلامت معنوی را با عنوان یک رویکرد مؤثر در درمان مشکلات بشر به ویژه مسائل روان شناختی مؤثر می دانند نیز در حال افزایش است (باقری، و همکاران، ۱۳۹۵). مقیمیان، سلمانی و آذربزین (۱۳۹۰) در مطالعه خود بیان کردند که بین ایمان درونی، سلامت معنوی و سایر حالات مثبت خلقی ارتباط مثبتی وجود دارد، وی همچنین سلامت معنوی را یکی از عوامل مهم اعتلای اعتماد به نفس و در نتیجه کاهش اضطراب اجتماعی گزارش کرد. از سوی دیگر مطابق آنچه در آموزه های اسلامی وجود دارد سلامت معنوی زمینه ساز کمال انسانی است؛ چراکه فقط انسان سالم می تواند انسان کامل شود و سلامتی زمینه ساز بالندگی و رشد انسان است. به بیان دیگر، فقط در بسترسلامتی است که سایر استعدادها و صفات کمالی انسان مجال شکوفایی می یابند و عدم توجه به درمان بیماری های باطنی و ادامه آنها، موجب تضییع استعدادها و قوای خاص انسانی می شود، سبب حرکت انسان به سوی مسخ شخصیت، افتادن در ورطه هلاکت و هبوط از مرتبه انسانی خود خواهد شد که مصداق «بل هم اضل» در آیه ۱۷۹ سوره اعراف می شود.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از این بود که سلامت معنوی در ارتباط بین انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی دانشجویان نقش تعدیل گری دارد؛ یعنی کاهش انزوای اجتماعی افراد موجب افزایش بهزیستی ذهنی آنان می شود. بنابراین، با توجه به نقش سلامت معنوی در کاهش انزوای اجتماعی و بهبود بهزیستی ذهنی دانشجویان، توجه و ارائه راهکارهایی در ارتقای سلامت معنوی دانشجویان به عنوان یک استراتژی مفید در افزایش بهزیستی ذهنی ضروری است. با اینکه، نتایج مطالعه حاضر، اطلاعات ارزشمندی را درباره سلامت معنوی و تأثیر آن بر کاهش انزوای اجتماعی و افزایش بهزیستی ذهنی دانشجویان فراهم کرد، برخی محدودیت های پژوهشی، تعمیم پذیری نتایج آن را محدود می کند؛ این پژوهش در یکی از دانشگاه های ایران صورت گرفته است و تنها محدود به دانشجویان دختر مقطع کارشناسی

است، بنابراین تعمیم نتایج به سایر مناطق و مقاطع تحصیلی باید با احتیاط انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مقاطع تحصیلی بالاتر و بر روی هر دو جنس (زن و مرد) نیز مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد. دومین محدودیت مطالعه حاضر استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری، یعنی پرسش‌نامه‌های خودگزارش دهی است که در آن همیشه این امکان وجود دارد که آزمودنی‌ها پاسخ‌های غیرواقعی یا تحریف شده بدهند که محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم، تفسیر و تبیین متغیرهای مورد بررسی تحمیل می‌کند.

فهرست منابع

- * قرآن کریم (۱۳۸۲). مترجم: الهی قمشه‌ای، مهدی. تهران: دلیل ما.
۱. آقا حسینی، شیماسادات، رحمانی، آزاد، عبدالله زاده، فرحناز، واسودی کرمانی، ایرج (۱۳۹۰). سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان و عوامل مرتبط با آن. نشریه طب و دین، ۳۵(۳)، ۷-۱۲.
 ۲. ارشدی، نسرين، و پیریایی، صالحه (۱۳۹۳). نقش تعدیل‌کننده صفت شخصیتی وجدانی بودن در رابطه بین فرسودگی عاطفی و عملکرد شغلی. نشریه مشاوره کاربردی، ۴(۲)، ۱۹-۳۶.
 ۳. افشاری، سمانه (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده، عزت نفس و عوامل شخصیتی با رضایتمندی از زندگی دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
 ۴. اله بخشیان، مریم، جعفرپورعلوی، مهشید، پرویزی، سرور، و حقانی، حمید (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. نشریه تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۱۲(۳)، ۲۹-۳۳.
 ۵. باقری، حسین، صادقی، مهدی، اسماعیلی، نیره، و نعیمی، زهرا (۱۳۹۵). ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و کیفیت خواب در سالمندان شهرستان شاهرود. نشریه سالمندشناسی، ۱۱(۱)، ۵۲-۶۲.
 ۶. جدیدی، علی، فراهانی‌نیا، مرحمت، جانمحمدی، سارا، و حقانی، حمید (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک. نشریه پرستاری ایران، ۲۴(۷۲)، ۴۸-۵۶.
 ۷. جوشن‌لو، محسن، نصرت‌آبادی، مسعود، و رستمی، رضا (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. نشریه روانشناسان ایرانی، ۳(۹)، ۳۵-۵۱.
 ۸. سیدقریشی، ماریه، و احمدپور، علی (۱۳۹۵). سلامت معنوی نفس‌ازدید زکریای رازی در کتاب طب روحانی. پژوهش‌های اخلاقی، ۱۷(۲)، ۱۷۵-۱۸۸.
 ۹. کلانتری، عبدالحسین، حسینی‌زاده آرانی، سعید، سخایی، ایوب، و امام‌علی‌زاده، حسین (۱۳۹۴). انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان ۱۸+ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی. نشریه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، ۴(۶)، ۸۹-۱۱۶.
 ۱۰. کشتی‌دار، محمد، بهزادنیا، بهزاد، و ایمان‌پور، فهیمه (۱۳۹۰). مقایسه نقش فوق برنامه ورزشی در استرس تحصیلی و بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی. مطالعات مدیریت ورزشی، ۱۷(۸۹-۱۰۴).
 ۱۱. گلستانی‌بخت، طاهره (۱۳۸۶). ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و سازگاری در جمعیت شهر تهران. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی. دانشگاه الزهرا.
 ۱۲. محقق داماد، سیدمصطفی (۱۳۸۹). مقومات معنوی سلامت در الهیات اسلامی. نشریه اخلاق پزشکی، ۴(۱۴)، ۵۱-۶۴.
 ۱۳. مقیمیان، مریم، سلمانی، فاطمه، و آذربرزین، مهرداد (۱۳۹۰). ارتباط اضطراب امتحان و سلامت معنوی در دانشجویان پرستاری. نشریه طب و دین، ۳۵(۳)، ۳۱-۳۶.
 ۱۴. هورتولانوس، رولف، مشلیز، انجا، و لودین، میوسن (۱۳۹۴). انزوای اجتماعی در جامعه مدرن. مترجم: فلاحی سرابی، لیلیا، و پیوسته، صادق. تهران: نشر جامعه‌شناسان.
 ۱۵. یعقوبی دوست، محمد، و عنایت، حلیمه (۱۳۹۰). بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر خوشونت خانوادگی نسبت

به دختران نوجوان (مورد مطالعه: دبیرستان های دخترانه شهر اهواز). نشریه زن و مطالعه خانواده، ۴(۱۴)، ۱۴۳-۱۷۲.

16. Abolfathi Momtaz, Y., Hamid, T. A., Ibrahim, R., Nurizan, Y., & Tyng Chai, S. (2011). Moderating effect of religiosity on the relationship between social isolation and psychological well-being. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(2), 141-156.
17. Baron R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J. Pers. Soc. Psychol.* 51, 1173-1182 10.1037/0022-3514.51.6.1173.
18. Besharat, M. A., Etemadi Nia, M., & Farahani, H. (2013). Anger and Major Depressive Disorder: The Mediating Role of Emotion Regulation and Anger Rumination. *Asian J Psychiatry*, 6(1), 35- 41.
19. Chiang, Y. C., Lee, H. C., Chu, T. L., Han, C. Y., & Hsiao, Y. C. (2016). The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing outlook*, 64(3), 215-224.
20. Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), 31-48.
21. Darvyri, P. (2014). The Spiritual Well-Being Scale (SWBS) in Greek Population of Attica. *Psychology*, 5, 1575-1582. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.513168>.
22. Diener, E., & Oishi, S. (2006). The nonobvious social psychology of happiness. *Psychological Inquiry*, 16, 162-167.
23. Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 80-83.
24. Dolan, P., Layard, R., & Metcalfe, R. (2011). *Measuring subjective well-being for public policy*. London: Centre for Economic Performance.
25. Dhar, N., Chaturvedi, S., & Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 3-5.
26. Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122.
27. Durayappah, A. (2011). The 3P Model: A general theory of subject well-being. *Journal of Happiness Studies*, 12(4), 681-716.
28. Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, 24(8), 753-770.
29. Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *The International Journal for the psychology of Religion*, 10(1), 3-26.
30. Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and individual differences*, 35(8), 1975-1991.
31. Haber, J. R., Jacob, T., & Spangler, D. J. (2007). Dimensions of religion/spirituality and relevance to health research. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 17(4), 265-288.
32. Hall, M. (2004). *Aging in Manitoba Study. Workshop on social isolation and seniors*. Winnipeg. Harris, S.J. (2002). Religiosity and psychological well-being

- among older adults: A meta-analysis. PhD Dissertation. Albizu University Carlos.
33. Hawthorne, H. (2006). Measuring social isolation in older adults: development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research*, 77, 521-548.
 34. House, J. S. (2001). Social isolation kills, but how and why? *Psychosomatic medicine*, 63, 273-274.
 35. Huebner, E. S., Funk, B. A., & Gilman, R. (2000). Cross-sectional and longitudinal psychosocial correlates of adolescent life satisfaction reports. *Canadian journal of school psychology*, 16(1), 53-64.
 36. Ismail, Z., & Desmukh, S. (2012). Religiosity and psychological well-being. *International Journal of Business and Social Science*, 3(11), 765-792.
 37. Karreman, A., & Vingerhoets, A. J. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, 53(7), 821-826.
 38. King, K., & Psych, P. G. D. (2001). *The Subjective Quality of Life of People with MS and their Partners*. Deakin University. Victoria.
 39. Mellor, D., Hayashi, Y., Firth, L., Stokes, M., Chambers, S., & Cummins, R. (2008). Volunteering and well-being: Do self-esteem, optimism, and perceived control mediate the relationship? *Journal of Social Service Research*, 34(4), 61-70.
 40. Michaelson, V., Brooks, F., Jirásek, I., Inchley, J., Whitehead, R., King, N., ... & Pickett, W. (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM-Population Health*, 2, 294-303.
 41. Moen, P., & Fields, V. (2002). Midcourse in the United States: Does unpaid community participation replace paid work? *Ageing International*, 27(3), 21-48.
 42. Nicholson, Jr., 2008. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 65(6), 1342-1352.
 43. O'Brien, M. E. (2014). *A middle-range theory of spiritual well-being in illness*. Spirituality in nursing: Standing on holly ground.
 44. Paloutzian, R. F., & Ellison, C.W. (1982). *Loneliness, spiritual well-being, and quality of life*. New York: Wiley.
 45. Pate, A. (2014). *Social Isolation: Its impact on the mental health and wellbeing of older Victorians*. See http://cotavic.org.au/wpcontent/uploads/2014/02/Working-Paper_Social-Isolation.
 46. Parsian, N., & Dunning, T. (2009). Spirituality and coping in young adults with diabetes: a cross sectional study. *European diabetes nursing*, 6(3), 100-104.
 47. Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5), 457-468.
 48. Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294.
 49. Sabatier, C., Mayer, B., Friedlmeier, M., Lubiewska, K., & Trommsdorff, G. (2011). Religiosity, family orientation, and life satisfaction of adolescents in four countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(8), 1375-1393.
 50. Sarason, B. R., Garason, I. G., & Gurung, R. A. R. (2001). *Close personal relationship and health outcomes: A key to the role of social support*. New York: John Wiley.
 51. Seyedfatemi, N., Rezaei, M., Givari, A., & Hosseini, F. (2006). Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh Journal*, 5(4), 295-303.

52. Shankar, A., Rafnsson, S. B., & Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology & health*, 30(6), 686-698.
53. Stangor, C. (2015). *Research methods for the behavioural sciences*. Belmont: Wadsworth.
54. Steger, M. F., & Frazier, P. (2005). Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 574- 589.
55. Vazquez C., Hervas G., Rahona J. J., & Gomez, D. (2009). Psychological wellbeing and health. Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-27.
56. Wu, Y., & Zhang, C. (2011). *The impact of isolation and loneliness on elderly well-being. Bachelor's Thesis in nursing*. University of Applied Sciences.
57. Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A., & Dehaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of Adolescence*, 35(2), 299-314.



Archive of SID