

Biquarterly Journal
of
Studies in Islam & Psychology
Vol.17, No.33, Autumn & Winter 2023-2024

دوفصلنامه علمی-پژوهشی
مطالعات اسلام و روان‌شناسی
س ۱۷، ش ۳۳، پاییز و زمستان ۱۴۰۲
صفحات ۶۰-۳۵

???

???

???

Abstract

???

Keywords: ???.

* ???.

** ???.

نقش انعطاف و انسجام خانواده در پیش‌بینی سلامت معنوی با میانجی‌گری هسته‌های ارزشیابی خود

فاطمه غنوی*

محدثه پیش‌نمازی**

چکیده

دستیابی به سلامت معنوی از جمله مسائل مهمی می‌باشد که سال‌ها ذهن روان‌شناسان و دغدغه‌مندان معنوی را به خود مشغول کرده است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه چندمتغیری میان مؤلفه‌های انعطاف و انسجام خانواده، هسته‌های ارزشیابی خود (حرمت خود، خودکارآمدی، تعمیم یافته، مسند مهارگری و نوروزگرایی) و ابعاد مثبت (به‌باشی معنوی) سلامت معنوی بود. پژوهش حاضر از نوع کمی و توصیفی بود که به روش همبستگی اجرا شد. ۲۰۵ زن ساکن شهر قم با نمونه‌گیری در دسترس به پرسشنامه‌های این پژوهش به صورت آنلاین پاسخ دادند. برای سنجش متغیرهای پژوهش از مقیاس انعطاف و انسجام خانواده (اولسون و همکاران، ۲۰۰۶)، هسته‌های ارزشیابی خود (جاج، ارز، بونو و تورسن، ۲۰۰۳)، به‌باشی معنوی (پالوتزین و الیسون، ۱۹۸۲) استفاده شد. یافته‌های پژوهش با استفاده از تحلیل رگرسیون چندمتغیری و مدل معادلات ساختاری تحلیل شد. نتایج نشان داد میان متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار برقرار است؛ همچنین متغیرهای خانوادگی (انعطاف و انسجام) توان تبیین واریانس ابعاد مثبت سلامت معنوی را دارند. یافته مهم دیگر پژوهش حاضر توان میانجی‌گری هسته‌های ارزشیابی خود در تبیین رابطه میان انعطاف و انسجام خانوادگی و شاخص سلامت معنوی بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، توجه به شاخص‌های خانوادگی و هسته‌های ارزشیابی خود در دستیابی به سلامت معنوی پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: انعطاف و انسجام خانواده، هسته‌های ارزشیابی خود، به‌باشی معنوی، سلامت معنوی.

مقدمه

توجه به سلامت روانی^۱ در کنار سلامت جسم همواره مورد اهتمام پژوهشگران و متخصصان حوزه حوزه روان‌شناسی بوده است. سازمان جهانی بهداشت^۲ در سال ۲۰۰۴، سلامت روانی را چنین تعریف کرد: «حالت به‌باشی^۳ که افراد به‌وسیله آن توانمندی‌های خود را به واقعیت بدل کنند و بتوانند با فشارهای معمول زندگی مقابله و به صورت پرتنر و مولدانه کار کنند و در جامعه خود مشارکت داشته باشند (وایت و همکاران، ۲۰۲۲).

همچنین سازمان جهانی بهداشت «سلامت معنوی» را به‌عنوان بعد چهارم سلامت روانی مطرح می‌کند؛ در حالی که از طرح این موضوع سال‌ها می‌گذرد، ولی ابعاد این مسئله بسیار با اهمیت، همچنان ناشناخته باقی مانده است (دی ژسوس و شیائو، ۲۰۱۴^۴). نادیده گرفتن بعد معنوی وجود انسان که با سلامتی، احساس خوب بودن و بهبودی ارتباط دارد؛ به منزله نادیده گرفتن برشی حیاتی از وجود انسان دانسته می‌شود که کل زندگی فرد را مخدوش می‌کند (راس^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). سلامت معنوی یگانه نیرویی قلمداد می‌شود که ارتباط تنگاتنگ و یکپارچه‌ای را بین تمام ابعاد سلامت فراهم می‌کند (کریون و هیرنل، ۲۰۰۹^۶). از نظر الیسون^۷ (۱۹۸۳)، سلامت معنوی، عنصری روانی-اجتماعی و مذهبی است و شامل سلامت مذهبی و وجودی می‌شود. سلامت مذهبی به‌عنوان عنصری مذهبی بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست. سلامت وجودی، عنصری روانی-اجتماعی می‌باشد که بیانگر احساس فرد نسبت به این است که او کیست، کجاست و چه می‌کند. هم سلامت مذهبی و هم سلامت وجودی شامل تعالی و حرکت فراتر از خود است. بعد مذهبی ما را در رسیدن به خدا هدایت می‌کند؛ درحالی که بعد وجودی ما را فراتر از خودمان و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد. توجه به سلامت معنوی با ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس نزدیک با خویشان، خدا، جامعه، محیط و هدفمند بودن در زندگی مشخص می‌شود (بالداجینو^۸ و همکاران، ۲۰۱۴). نفوذ معنویت در ابعاد ملموس زندگی انسان، تأثیر بسزایی در ارتباط خانوادگی، سلامتی و بیماری، راه‌های بهبود و شفا و

-
1. mental health
 2. World Health Organization
 3. well-being
 4. De Jesus & Xiao
 5. Ross
 6. Craven & Hirnle
 7. Ellison
 8. Baldacchino

کاهش غم و اندوه دارد (دالمان،^۱ ۲۰۱۲). وجود معنویت استرس حاصل از ناتوانی را کم می‌کند و افزایش کیفیت زندگی و طول عمر و کاهش اضطراب، افسردگی و خودکشی را در پی دارد (لینچ^۲ و همکاران، ۲۰۱۲؛ مندوج^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). گریزلی^۴ (۲۰۰۱)؛ به نقل از عصارودی و همکاران، ۲۰۱۲، نیز اهمیت باورهای معنوی را به‌عنوان منبع راحتی و حمایت در زمان بحران خاطرنشان کرده است. گیلفورد^۵ (۲۰۰۲) به فراوانی گزارش‌های مبنی بر اثر مثبت باورهای مذهبی و معنوی بر سلامتی و احساس خوب بودن اشاره می‌کند (به نقل از عصارودی و همکاران، ۲۰۱۲).

عوامل زیادی در بهبود، ارتقا و شکل‌دهی سلامت معنوی افراد مؤثر می‌باشد که در بین آنها نقش مذهب برجسته‌تر است. برخورداری از سلامت جسمی و روانی از جمله عوامل تأثیرگذار بر بعد معنوی می‌باشد (بیشاپ^۶ و همکاران، ۲۰۱۲)؛ همچنین عوامل جمعیت‌شناختی و خانوادگی از دیگر عوامل مؤثر در بهبود سلامت معنوی است (استفاناکي^۷ و همکاران، ۲۰۱۴).

براساس نظریه سیستمی خانواده،^۸ «خانواده» یک کل می‌باشد که از بخش‌های مرتبط به هم تشکیل شده است. در نگاه سیستمی خانواده مجموعه‌ای از عناصر به‌شمار می‌رود که هر یک از این عناصر دارای نقش‌های تعیین شده و نیز پویا است که در راستای دستیابی به هدف‌های مشخص در کنش و واکنش درون سیستمی و برون سیستمی هستند (السون، ۱۹۹۹). بر همین اساس السون با نگاه سیستمی به خانواده، مدلی مرکب از سیستم خانواده و روابط زناشویی ارائه می‌کند که بر سه بعد محوری کارکرد خانواده تمرکز دارد و آن عبارت است از: انسجام،^۹ انعطاف‌پذیری^{۱۰} و ارتباطات در خانواده. او بعد انسجام و انعطاف خانواده را در الگوی مدور ترکیبی خانواده^{۱۱} بیان کرده است که پیش‌بینی می‌شود بر سلامت روان اثرگذار باشد. منظور از انسجام خانواده پیوند عاطفی و احساس همبستگی است که زن و شوهر و اعضای خانواده نسبت به هم دارند و منظور از انعطاف‌پذیری خانواده مقدار تغییراتی است که در رهبری خانواده، روابط

1. Daaleman
2. Lynch
3. Mandhouj
4. grizzly
5. Guilford
6. Bishop
7. Stefanaki
8. Family system theory
9. cohesion
10. flexibility
11. Circumplex Model of Family

نقش، قواعد ارتباط وجود دارد (السون، ۱۹۹۹). مدل مدور ترکیبی السون نشان می‌دهد که سطوح متعادل انعطاف و انسجام به عملکرد سالم خانواده می‌انجامد؛ در مقابل سطوح نامتعادل انعطاف پذیری و انسجام با عملکرد مشکل‌دار خانواده در ارتباط است (کیانی و عارفی، ۱۳۹۴).

در بررسی ادبیات پژوهشی، با وجود اهمیت محیط خانواده و کارکردهای آن در سلامت روانی و معنوی اعضای آن، پیشینه‌ای پژوهشی یافت نشد که مستقیماً به بررسی رابطه انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده و سلامت معنوی پرداخته باشد. شماری از پژوهش‌ها به نقش محیط خانواده، تعاملات مثبت درون خانواده و کنش‌های متعادل خانواده از نظر انسجام و انعطاف‌پذیری بر سلامت روانی و کاهش مشکلات رفتاری و بعضی اختلالات روانی اعضای خانواده اشاره داشته‌اند (دکویک^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ لوسیا و برسلاو،^۲ ۲۰۰۶، ریچموند و استوکر،^۳ ۲۰۰۶؛ عبداله‌زاده و سامانی، ۲۰۱۰).

هسته ارزشیابی‌های خود^۴ در قالب یک سازه شخصیتی یکپارچه منعکس‌کننده باورهای بنیادین افراد درباره خود و کنشوری دنیای خویش است که در ارزشیابی از قابلیت‌ها و صلاحیت‌های خود و حس زندگی خوب متجلی می‌شود (جاج،^۵ ۲۰۰۹؛ به نقل از قاسمی و همکاران، ۱۴۰۰). این سازه معرف یک مفهوم گسترده مکنون است که بر محور چهار رگه حرمت خود، خودکارآمدی، تعمیم‌یافته، مسند مهارگری و نوروگرایی است (جاج و همکاران، ۲۰۱۲؛ دبوشرا^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). الف) حرمت خود؛^۷ نمایانگر ارزیابی فرد از خود و ارزش‌های کلی فرد در مورد خویش است؛ ب) خودکارآمدی تعمیم‌یافته؛^۸ نشان‌دهنده ارزیابی توانایی‌های بنیادی خود در مقابله با شرایط زندگی، عمل کردن و موفق بودن است؛ ج) مسند مهارگری؛^۹ نشان‌دهنده باور فرد به توانایی خود در مهار رویدادهای زندگی می‌باشد؛ د) نوروگرایی؛^{۱۰} نشان‌دهنده تمایل به سطوح پایین سازش‌یافتگی هیجانی و تجربه عواطف منفی مانند ترس و خصومت و افسردگی است (بیب،^{۱۱} ۲۰۱۰؛ جاج و همکاران، ۲۰۱۲).

1. Dekovic
2. Lucia & Breslau
3. Richmond & Stocker
4. Core Self-Evaluations
5. Judge
6. Debusschera
7. self-esteem
8. generalized self-efficacy
9. locus of control
10. neurotism
11. Bipp

افراد با سطوح مثبت هسته ارزشیابی‌های خود، شادکامی، رضایت از زندگی و رضایت از کار را بیشتر تجربه می‌کنند؛ زیرا افراد با سطوح مثبت هسته ارزشیابی‌های خود موقعیت‌هایی را جستجو می‌کنند که برای آنها چالش برانگیز و پاداش‌دهنده است، امری که به نوبه خود رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد (اوزر^۱ و همکاران، ۲۰۱۶؛ میلر اسمدم^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). این افراد همواره خود را در موقعیت‌های مختلف به شیوه مثبت ارزیابی می‌کنند و خود را توانمند، ارزشمند و واجد توانایی مهار زندگی می‌دانند؛ به دلیل برانگیخته بودن، کار خود را به‌طور مؤثرتری انجام می‌دهند و با جستجوی موقعیت‌های چالش برانگیز از زندگی و شغل خود رضایت بیشتری دارند (نعمت طاووسی و پور ثالث، ۱۳۹۷)؛ همچنین پژوهش‌هایی همچون تسائوسیس^۳ و همکاران (۲۰۰۷)؛ جیانگ^۴ و همکاران (۲۰۱۷) رابطه نیرومند هسته ارزشیابی خود با رضایت از زندگی، سلامت جسمانی و شادکامی را آشکار کرده‌اند (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از سازه‌های هسته‌های ارزشیابی خویش، حرمت خود است. روزنیرگ^۵ (۱۹۶۵)، حرمت خود را مجموعه‌ای از افکار و احساسات فرد تعریف می‌کند که در مورد ارزش خودش می‌باشد. کوپراسمیت^۶ (۱۹۶۷) حرمت خود را به‌عنوان فرایند ارزیابی خویش تعریف می‌کند که از راه آن می‌توان باورهای فرد در مورد توانایی، موفقیت و شایستگی خود را تعیین کرد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد حرمت خود با معنویت و سلامت معنوی در ارتباط است (جوشانلو و دائمی، ۲۰۱۵)؛ همچنین چندین مطالعه (چیدل و دانکل شتر، ۲۰۱۸؛ هایمن و همکاران، ۲۰۰۷)؛ به نقل از برجی و همکاران، ۲۰۲۰) ارتباط مثبت بین معنویت و حرمت خود را نشان داده‌اند (استرن و رایت، ۲۰۱۸^۷).

سازه دیگر تشکیل‌دهنده هسته‌های ارزشیابی خود، مسند مهارگری یا همان درونی یا بیرونی بودن منبع کنترل است. مفهوم منبع کنترل در چارچوب نظریه راتر^۸ (۱۹۵۹) ارائه شده است (مولایی و همکاران، ۲۰۱۴). راتر دو جنبه کنترل درونی و بیرونی را معرفی می‌کند؛ شکل‌گیری منبع کنترل درونی در برابر کنترل بیرونی ریشه در یادگیری اجتماعی دارد که مطابق آن افراد این

-
1. Özer
 2. Miller Smedem
 3. Tsaousis
 4. Jiang & Wang
 5. Rosenberg
 6. Coopersmith, S.
 7. Stern & Wright
 8. Rotter

تمایل را دارند که موفقیت یا شکست خود را به عوامل بیرونی یا درونی مربوط کنند (نویکی^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). راتر اسناد درونی یا بیرونی منبع کنترل را چنین توصیف می‌کند: «چنان‌که فرد پاداش را به تلاش و رفتار نسبت ندهد، این تفسیر تابع اعتقاد به منبع کنترل بیرونی است و برعکس هرگاه فرد عقیده داشته باشد که بین ویژگی‌های نسبتاً ثابت شخص و پاداش رابطه وجود دارد، این تفسیر به منبع کنترل درونی برمی‌گردد» (به نقل از پولیزی^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که منبع کنترل درونی دارند؛ به لحاظ اجتماعی دارای محبوبیت بیشتر و عزت نفس بالاتری می‌باشند و به‌گونه‌ای عمل می‌کنند که از نظر اجتماعی توانمندتر هستند. افراد دارای منبع کنترل درونی به احتمال کمتری دچار اضطراب و هیجان شده و با تنش‌ها بهتر مقابله می‌کنند. عوامل بسیار زیادی با سازه منبع کنترل در ارتباط است که از بین آنها می‌توان به اعتقادات مذهبی افراد اشاره کرد. باورهای مذهبی و اعتقاد به خدا به انسان قدرت می‌دهد و این باور را ایجاد می‌کند که انسان‌ها در مقابل رخدادهای چالش‌زا تنها نیستند؛ در واقع هرچه نگرش شناختی و عاطفی فرد نسبت به مذهب بالاتر باشد، منبع کنترل درونی افزایش می‌یابد. محققان در پژوهشی دریافته‌اند که منبع کنترل، میانجی بین مذهبی بودن و رضایت از زندگی است (فیوری^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

سازه دیگر تشکیل‌دهنده هسته‌های ارزشیابی خود، خودکارآمدی است که بندورا (۱۹۷۷) آن را مطرح کرد. از نظر وی خودکارآمدی به معنای توانایی فرد برای انجام یک عمل خاص و کنار آمدن با یک موقعیت ویژه است؛ به عبارتی خودکارآمدی به قضاوت‌های افراد در مورد توانایی‌هایشان برای به ثمر رساندن سطوح طراحی شده عملکرد گفته می‌شود (پاجارس،^۴ ۱۹۹۷). بندورا بر اهمیت ادراک فرد از کارآمدی به‌عنوان میانجی شناختی عمل انسان تأکید دارد. باورهای خودکارآمدی بر طرز تفکر افراد، چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت هیجانی، تصمیم‌گیری، مقابله با استرس و افسردگی (بندورا و لاک،^۵ ۲۰۰۳؛ به نقل از نجفی و فولاد چنگ، ۱۳۸۶)، انتخاب اهداف و دسترسی به آنها (دویک،^۶ ۲۰۰۰؛ به نقل از نجفی و فولاد چنگ، ۱۳۸۶) تأثیر می‌گذارد. در نظریه شناختی اجتماعی بندورا، افراد دارای احساس خودکارآمدی بالا در مقابله با عوامل فشارزای خاص و تقاضاهای بین فردی، آسیب‌پذیری کمتری نسبت به استرس و بدکارکردی دارند؛ در نتیجه در جنبه‌های مهم و کلیدی زندگی همچون پیشرفت تحصیلی و

1. Nowicki

2. Polizzi

3. Fiori

4. Pajares

5. Bandura & Locke

6. Dweek

تعاملات اجتماعی بهتر می‌توانند از اضطراب و افسردگی جلوگیری کنند (کاپارا^۱ و همکاران، ۲۰۰۴).

آخرین سازه هسته‌های ارزشیابی خود، مفهوم نوروزگرایی است. آیزنک^۲ (۱۹۷۰) با بررسی متون روان‌شناسی، به شواهدی دست یافت که گویای وجود سه بعد مهم و برجسته شخصیتی (نوروزگرایی، برون‌گرایی و روان‌پیش‌گرایی) بود. افراد نوروزگرا مضطرب، نگران و افسرده‌اند و خلقشان در نوسان است، احتمالاً در خواب مشکل دارند و از اختلال‌های روان‌تنی زیادی در رنج می‌باشند، این افراد بسیار هیجانی هستند و در مقابل انواع محرک‌های محیطی واکنش شدیدی نشان می‌دهند (مک‌کری و کاستا،^۳ ۱۹۹۲؛ به نقل از عبدالله‌زاده، ۱۳۸۶) و نیز در مقابله با عوامل استرس‌زای خیلی جزئی عاطفه منفی نشان می‌دهند (آیزنگ، ۱۹۹۰؛ به نقل از عبدالله‌زاده، ۱۳۸۶). طبق مطالعه کاستا و مک‌کری (۱۹۹۸)، نوروزگرایی بیانگر گرایش فرد برای تجربه اضطراب، تنش، ترحم‌جویی، خصومت، تکانشوری، افسردگی و حرمت خود پایین است (عبداله پور و همکاران، ۱۳۹۱). بولگر و زاگرمین^۴ (۱۹۹۵) دریافتند که نوروزگرایی بالا هر دو حالت قرار گرفتن و واکنش نشان دادن به وقایع استرس‌زا را افزایش می‌دهند (هاتچینسون و ویلیامز،^۵ ۲۰۰۷)؛ همچنین نوروزگرایی روابط درون فردی بین عواطف مثبت و عواطف منفی را تعدیل می‌کند، زیرا کسانی که نوروزگرایی بالاتری دارند، تمایز عاطفی کمتری را تجربه می‌کنند (اسکالینا^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). به‌طور خلاصه پژوهش‌ها نشان دادند که نوروزگرایی با مؤلفه‌های سلامت روانی رابطه منفی و معنادار و سایر مؤلفه‌های شخصیتی با سلامت روانی رابطه مثبت و معنادار دارند (سانه^۷ و همکاران، ۲۰۱۲؛ دی‌هار^۸ و همکاران، ۲۰۱۳).

براین اساس به نظر می‌رسد هسته‌های ارزشیابی خود می‌تواند نقش واسطه‌ای را در مورد انسجام و یکپارچگی خانواده و سلامت معنوی داشته باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی نحوه تأثیرگذاری سازه هسته‌های ارزشیابی خود و بر رابطه انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با سلامت معنوی است؛ به عبارت دیگر براساس مدل پیشنهادی این پژوهش متغیر هسته‌های ارزشیابی خود به‌عنوان یک عامل میانجی در این پژوهش در نظر گرفته شده تا نوع رابطه مستقیم و غیرمستقیم

1. Caprara
2. Eysenck
3. McCrae & Costa
4. Blogger & Zuckerman
5. Hutchinson & Williams
6. Skalina
7. Sanne
8. De Haro

انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده بر سلامت معنوی را روشن‌تر کند؛ بدین ترتیب فرضیه اصلی پژوهش حاضر این است که انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با واسطه‌گری هسته‌های ارزشیابی خود، سلامت معنوی را پیش‌بینی می‌کند.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل فارسی‌زبان‌هایی بود که به شبکه جهانی اینترنت دسترسی داشتند. از این جامعه ۲۰۵ نفر با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با آگاهی و رضایت پرسشنامه اینترنتی پژوهش را تکمیل کردند. شرکت‌کنندگان همگی زن با میانگین سن ۲۷ سال و بیشتر متأهل (۶۷/۸ درصد) بودند. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی را دانشجویان (۴۱ درصد) در مقطع کارشناسی (۳۶/۱ درصد) تشکیل دادند.

ابزار

پرسشنامه سلامت معنوی: مقیاس بهباشی معنوی^۱ (SWB) را پالوتزیان و الیسون^۲ (۱۹۸۳) طراحی کرده‌اند. این مقیاس یک پرسشنامه حاوی بیست عبارت می‌باشد که پاسخ‌های آن بنابر مقیاس لیکرت شش قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. این مقیاس به دو بخش بهباشی مذهبی و وجودی تقسیم می‌شود که هر یک ده عبارت را شامل شده، و نمره ۱۰-۶۰ را به خود اختصاص می‌دهد. عبارت‌های فرد، سلامت مذهبی و عبارت‌های زوج، سلامت وجودی را نشان می‌دهند. نمره کل سلامت معنوی جمع نمره‌های این دو زیرگروه است که بین ۱۲۰-۲۰ خواهد بود. در عبارت‌ها با فعل مثبت پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۶ و «کاملاً مخالفم» نمره ۱ را می‌گیرند و بقیه عبارت‌ها که با فعل منفی هستند، پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۱ و «کاملاً مخالفم» نمره ۶ را می‌گیرند. این پرسشنامه در ایران از سوی مژگان عباسی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا و روایی آن ۰/۸۲ گزارش شد. مقیاس‌های هسته ارزشیابی‌های خود: جاج^۳ و همکاران (۲۰۰۳) با گسترش مفهوم «هسته‌های ارزشیابی خود» چگونگی ارزیابی‌های بنیادین و اساسی افراد درباره خود و کنشوری دنیای خویش را توصیف کرده‌اند. هسته ارزشیابی‌های خود به منزله یک سازه مرتبه بالاتر براساس

1. Spiritual Well Being

2. Paloutzian & Ellison

3. Judge

چهار مقیاس شامل مقیاس حرمت خود روزنبرگ^۱ (۱۹۶۵)، مقیاس خودکارآمدی تعمیم‌یافته (GSES) (جاج و همکاران، ۱۹۹۸)، مقیاس درونی بودن افراد قدرتمند و شانس (IPC) (لویسنون، ۱۹۸۱)^۲ و مقیاس نوروزگرایی سیاهه شخصیت (آیزنک و آیزنک، ۱۹۶۸) ارزیابی می‌شود. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت خود را با هریک از ۳۸ ماده مقیاس بر مبنای مقیاس پنج درجه ای یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌کنند. محدودیت زمانی برای پاسخ به این مقیاس‌ها وجود ندارد و می‌توان به صورت فردی و گروهی آنها را به اجرا درآورد. ویژگی‌های روان‌سنجی چهار مقیاس هسته ارزشیابی‌های خود در نمونه‌هایی از فرهنگ‌های مختلف (بونو^۳ و جاج، ۲۰۰۳؛ جاج و همکاران، ۲۰۰۳؛ جاج و همکاران، ۱۹۹۸؛ نعمت طاوسی، ۱۳۹۲؛ به نقل از نعمت طاوسی و اکبرزاده حوری، ۱۳۹۲) آزمون و تأیید شده است.

مقیاس ارزیابی انسجام و انعطاف‌پذیری خانوادگی (IV-FACES): این مقیاس ۴۲ گویه دارد که با استفاده از شش خرده‌مقیاس فرعی، دو خرده‌مقیاس اصلی انسجام و انعطاف‌پذیری خانوادگی را به‌طور کامل و جامع می‌سنجد. این خرده‌مقیاس‌ها جنبه‌های متوازن (سالم) و نامتوازن (مشکل‌دار) کارکرد خانواده را ارزیابی می‌کنند. خرده‌مقیاس‌های انسجام و انعطاف‌پذیری متوازن دو خرده‌مقیاس متوازن IV-FACES و خرده‌مقیاس‌های به‌هم‌تنیده، گسسته، آشفتنه و نامانعطف خرده‌مقیاس‌های نامتوازن جدید IV-FACES هستند؛ افزون بر این، دو مقیاس تکمیلی به نام‌های رضایت خانوادگی (FSS)^۴ و تعاملات خانوادگی (FCS)^۵ به آن افزوده شده است (حبیبی و همکاران، ۱۳۹۲).

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۰۵ نفر زن با میانگین سن ۲۷ سال و بیشتر متأهل (۶۷/۸ درصد) حضور داشتند. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی را دانشجویان (۴۱ درصد) در مقطع کارشناسی (۳۶/۱ درصد) تشکیل دادند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss و amos در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از

1. Rosenberg
2. Levenson
3. Bono
4. Family satisfaction scale
5. Family communication scale

آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک‌راهه بهره گرفته شد؛ همچنین برای تعیین رابطه بین متغیرهای پژوهش، مدل معادلات ساختاری به کار رفت. پیش از انجام تحلیل‌های آماری، پیش‌فرض‌های ضروری شامل نرمال بودن داده‌ها، خطی بودن رابطه بین متغیرها، نداشتن هم‌خطی چندگانه و نبود داده پرت مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج نشان داد پیش‌فرض‌های آماری برقرار است. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه
انسجام	27.88	4.40	12-35
رهاشده	16.46	5.09	7-31
درگیرشده	16.93	4.59	7-32
انعطاف‌پذیری	25.80	4.65	11-35
سفت‌وسخت	20.72	4.35	9-31
بی‌نظم	14.90	5.23	7-30
ارتباط	37.72	8.25	12-50
رضایت	32.74	8.47	11-50
حرمت‌خود	36.44	8.13	13-50
خودکارآمدی	30.94	6.03	13-40
مهارگری	27.37	4.01	15-37
نوروزگرایی	33.30	10.18	12-59
سلامت مذهبی	49.15	7.80	17-60
سلامت وجودی	44.60	8.85	14-60

به‌منظور بررسی میانگین سلامت معنوی در گروه‌های مختلف (از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی) از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج نشان داد میانگین سلامت معنوی در گروه‌های مختلف تفاوت معناداری ندارد؛ همچنین به‌منظور بررسی رابطه بین متغیرها از مدل معادلات ساختاری استفاده شد. از آنجاکه پایه و اساس مطالعات مبنی بر معادلات ساختاری، همبستگی بین متغیرها است، جدول ۲ ماتریس همبستگی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش را ارائه می‌دهد.

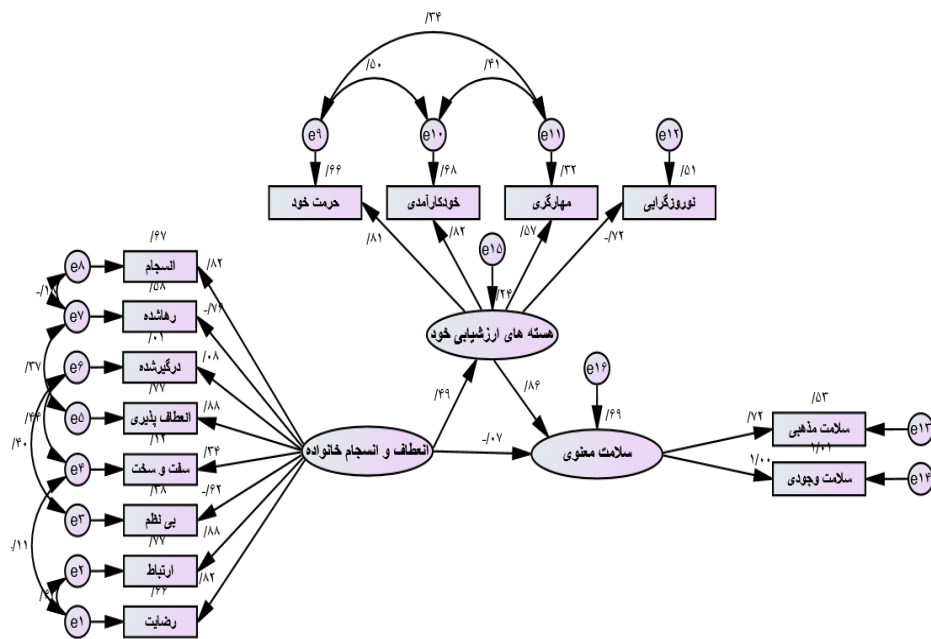
جدول ۲. ماتریس همبستگی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش

خرده‌مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱. انسجام	1													
۲. رهاشده	-0.695**	1												
۳. درگیرشده	0.055	0.001	1											
۴. انعطاف‌پذیری	0.713**	-0.555**	0.137*	1										
۵. سفت‌وسخت	0.307**	-0.161*	0.436**	0.367**	1									
۶. بی‌نظم	-0.495**	0.557**	0.246**	-0.506**	-0.251**	1								
۷. رضایت	0.664**	-0.637**	0.016	0.701**	0.178*	-0.506**	1							
۸. ارتباط	-0.737**	0.659**	0.083	0.786**	0.267**	0.836**	-0.496**	1						
۹. حرمت‌خود	0.294**	-0.250**	-0.080	0.389**	0.156*	0.418**	0.356**	0.380**	1					
۱۰. خودکارآمدی	0.306**	-0.197**	-0.086	0.338**	0.100	0.392**	0.322**	0.357**	0.835**	1				
۱۱. مهارگری	0.186**	-0.122	-0.122	0.269**	0.146*	0.257**	0.159*	0.335**	0.622**	0.656**	1			
۱۲. نوروزگرایی	-0.319**	0.223**	0.147*	-0.303**	-0.009	0.356**	-0.409**	-0.326**	-0.572**	-0.600**	-0.485**	1		
۱۳. سلامت مذهبی	0.218**	-0.274**	-0.172**	0.316**	0.063	0.294**	0.227**	0.521**	0.487**	0.365**	-0.395**	-0.591**	1	
۱۴. سلامت وجودی	0.285**	-0.286**	-0.161*	0.289**	0.051	0.360**	0.270**	0.676**	0.689**	0.435**	-0.591**	-0.727**	-0.591**	1

خرده‌مقیاس‌های انسجام، رهاشده و درگیرشده بُعد انسجام خانواده را می‌سنجند. خرده‌مقیاس انسجام با خرده‌مقیاس رهاشده همبستگی منفی و معنادار دارد، ولی با خرده‌مقیاس درگیرشده رابطه معناداری ندارد. خرده‌مقیاس رهاشده نیز با خرده‌مقیاس درگیرشده رابطه معناداری ندارد. خرده‌مقیاس‌های انعطاف‌پذیری، سفت و سخت و بی‌نظم بُعد انعطاف خانواده را می‌سنجند که براساس جدول، انعطاف‌پذیری با سفت و سخت همبستگی مثبت و معنادار و با خرده‌مقیاس بی‌نظم همبستگی منفی و معنادار دارد. سفت و سخت و بی‌نظم نیز همبستگی منفی و معنادار دارند. خرده‌مقیاس‌های رضایت و ارتباط نیز که نشان‌دهنده بعد تعامل خانواده می‌باشند، همبستگی مثبت و معنادار دارند؛ در واقع انسجام، انعطاف‌پذیری و تعامل ابعاد متغیر انعطاف و انسجام خانواده را می‌سنجند. حرمت‌خود، خودکارآمدی، مسند مهارگری و نوروزگرایی، ابعاد

هسته‌های ارزشیابی خود را بررسی می‌کنند. حرمت خود، خودکارآمدی و مسند مهارگری همبستگی مثبت و معنادار و هر سه با نوروژنری همبستگی منفی و معنادار دارند. سلامت مذهبی و وجودی که ابعاد سلامت معنوی را نشان می‌دهند، همبستگی مثبت و معنادار دارند. سایر روابط خرده‌مقیاس‌ها و اطلاعات مربوط به آنها در جدول ۲ آمده است.

بنابراین بررسی‌های مقدماتی نشان داد که داده‌ها برای استفاده از روش معادلات ساختاری مناسب است. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش به همراه ضرایب استاندارد شده را نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش

برای این مدل شاخص‌های مختلف برازش محاسبه شده است که همگی گویای برازش مناسب مدل می‌باشند. مقادیر این شاخص‌ها در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

X ² /DF	D.F	X ²	P	NFI	IFI	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	شاخص مقدار
۲/۶۹۵	۴۷	۱۲۶/۶۵۳	۰/۰۰۰	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۸۵	۰/۹۱	۰/۰۸	مقدار

چنان‌که اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، رابطه مستقیم انعطاف و انسجام خانواده به سلامت معنوی معنادار نیست؛ ولی رابطه غیرمستقیم انعطاف و انسجام خانواده به سلامت معنوی با میانجی‌گری هسته‌های ارزشیابی خود (۰/۴۲) معنادار است که می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت مسیر غیرمستقیم باشد؛ بدین صورت که رابطه انعطاف و انسجام خانواده به هسته‌های ارزشیابی خود (۰/۴۹) و رابطه هسته‌های ارزشیابی خود به سلامت معنوی (۰/۸۶) در سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است. پس به نظر می‌رسد نتایج معادلات ساختاری، میانجی‌گری هسته‌های ارزشیابی خود در رابطه بین انعطاف و انسجام خانواده را با سلامت معنوی تأیید می‌کند.

جدول ۴. مسیرهای اصلی آزمون شده در مدل معادلات ساختاری

مسیر علی	ضریب مسیر	نسبت بحرانی	سطح معناداری	نتیجه
انعطاف و انسجام خانواده ← سلامت معنوی	۰/۰۷	-۰/۹۷۸	۰/۳۲۸	اثر مستقیم ندارد
انعطاف و انسجام خانواده ← هسته‌های ارزشیابی خود	۰/۴۹	۶/۰۷	۰/۰۰۰	اثر مستقیم دارد
هسته‌های ارزشیابی خود ← سلامت معنوی	۰/۸۶	۷/۱۲	۰/۰۰۰	اثر مستقیم دارد
انعطاف و انسجام خانواده ← هسته‌های ارزشیابی خود ← سلامت معنوی		$۰/۴۲ = ۰/۸۶ \times ۰/۴۹$		

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت معنوی براساس متغیرهای انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با میانجی‌گری هسته‌های ارزشیابی خود انجام شد. فرضیه اصلی پژوهش این بود که متغیرهای انعطاف و انسجام خانواده از راه میانجی‌گری هسته‌های ارزشیابی خود می‌توانند سلامت معنوی را پیش‌بینی کنند که این فرضیه تأیید شد. براساس نتایج پژوهش حاضر رابطه مستقیم انعطاف و انسجام خانواده با سلامت معنوی معنادار نیست، ولی رابطه غیرمستقیم انعطاف و انسجام خانواده با سلامت معنوی از راه میانجی‌گری هسته‌های ارزشیابی خود (۰/۴۲) معنادار است که می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت نقش متغیر میانجی باشد.

براساس یافته‌های پژوهش، همبستگی میان متغیرهای انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده با سه زیرمقیاس مسند مهارگری، خودکارآمدی و حرمت خود، مثبت و معنادارند و با زیرمقیاس نوروگرایی همبستگی معکوس و منفی دارد. این یافته پژوهش که بیانگر همبستگی مثبت و معنادار

میان خودکارآمدی و انسجام و انعطاف‌پذیری است، همسو با نتایج مطالعاتی می‌باشد که میان متغیر انسجام خانوادگی و خودکارآمدی تحصیلی همبستگی مثبت و معناداری مشاهده کردند (کاپارا و همکاران، ۲۰۰۵؛ وب و بیر، ۱۹۹۵^۱؛ به نقل از صیادی و همکاران ۱۳۹۷). یافته‌های پژوهش وب و بیر (۱۹۹۵) که به‌منظور سنجش تأثیر ناهماهنگی خانواده و والدین الکلی بر مهارت‌های اجتماعی و باورهای خودکارآمدی و مصرف الکل در جوانان انجام شد، با این یافته پژوهش همسو می‌باشد؛ همچنین یافته‌های پژوهش ژویانگ و همکاران (۲۰۱۳)، محمدی و کشاورز (۱۳۹۵)، شماری و زربخش (۱۳۹۵)، بابای خاکیان و همکاران (۱۳۹۴) با یافته‌های این پژوهش همسو است.

یافته دیگر پژوهش که نشان می‌دهد میان حرمت خود و انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد، با پژوهش‌های خانزاده و همکاران (۱۳۹۶) همسو می‌باشد، یافته‌های این پژوهش گویای همبستگی مثبت و معنادار انسجام خانواده و تعامل والد-فرزند با حرمت خود فرزندان است و نیز نتایج پژوهش‌های دنیس^۲ و همکاران (۲۰۱۰)، اسپسیگو و دل آگلیو^۳ (۲۰۱۲)، نذیر^۴ و همکاران (۲۰۱۲) و رضایی و چراغی (۱۳۹۰)، نجمی و فیضی (۱۳۹۰) و رنجبر و همکاران (۱۳۹۲) با این یافته پژوهش همسو می‌باشند. این پژوهش‌ها تأیید کردند که بین انسجام خانواده و حرمت خود فرزندان و ابعاد آن رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۶). در این راستا رجایی چالشتری (۱۳۸۹) در رساله خود با عنوان «بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده بر حرمت خود و شادکامی فرزندان» به این نتیجه دست یافت که انسجام خانوادگی از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مثبت و معناداری برای حرمت خود بهره‌مند است. در تبیین این یافته پژوهش با استناد به پژوهش‌های پیشین می‌توان گفت که حرمت خود یک ساختار یا اکتساب صفت است که افراد چگونگی شایستگی و ارزشمند بودن را نخست از والدین خود می‌آموزند؛ بنابراین تقویت آن به دیگران مهم اطراف کودک به‌ویژه پدر و مادر بستگی دارد (بایزیت، ۲۰۱۴؛ به نقل از خانزاده و همکاران، ۱۳۹۶). یافته دیگر پژوهش همبستگی مثبت و معنادار میان متغیر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و مسند مهارگری یا منبع کنترل است. نیکزاد و همکاران (۱۳۹۶) دریافتند که در بین متغیرهای عملکرد خانواده، متغیرهای ایفای نقش و واکنش عاطفی بیشترین نقش را در پیش‌بینی کنترل

1. Webb & Baer

2. Dennis

3. Sbicigo & Dell'Aglio

4. Nazir

درونی دارند که مشابه یافته‌های مطالعه درکز^۱ و همکاران (۲۰۰۵) بود. پژوهش فراهتی (۱۳۹۰) نیز نشان داد الگوی ارتباطی و ایفای نقش خانواده رابطه مثبت و معناداری با منبع کنترل درونی و عزت نفس و مهارت‌های ارتباطی نوجوانان دارد و در جهت مثبت آن را پیش‌بینی می‌کند. یافته‌های پژوهش اورنگی و همکاران (۲۰۰۹) نیز رابطه میان متغیرهای عملکرد خانواده و منبع کنترل و عزت نفس دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرده است (نیکزاد و همکاران، ۱۳۹۶).

یافته دیگر پژوهش بیانگر آن است که بین نوروژگرای و انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. این یافته پژوهش فرخزاد (۱۳۸۷) نشان داد که بین گرایش‌های روان‌رنجوری فرزندان با انسجام و بیانگری از ابعاد رابطه خانوادگی، رابطه منفی و معنادار وجود دارد. استورات^۲ و همکاران (۲۰۰۳)، دیشون^۳ و همکاران (۲۰۰۴) و دوبات^۴ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در محیط گرم و دوستانه خانواده که در آن پدر و مادر و اعضای دیگر خانواده دارای روابط خوب و صمیمانه‌ای هستند، معمولاً فرزندان سالم با شخصیتی مثبت و فعال بار می‌آیند؛ درحالی‌که وضعیت پریشان خانواده، ستیز و اختلاف بین پدر و مادر و رفتار خشونت‌آمیز والدین از علل مهمی است که جوانان را دچار نگرانی و ناامنی کرده، در خود فرو می‌برد و به کناره‌گیری از دیگران (به‌ویژه پدر و مادر) می‌کشاند. در نتیجه چنین شرایطی و به دلیل گسسته شدن روابط فرد با والدین و فشار یا خواست درونی برای ارضای نیازهای مادی و معنوی، رفتارهای روان‌رنجوری در فرد پدید می‌آید (رضوانی و صائمی، ۱۳۹۷).

همچنین دیگر یافته پژوهش همبستگی مثبت و معنادار میان خرده‌مقیاس‌های مثبت هسته‌های ارزشیابی خود و سلامت معنوی را نشان می‌دهد. آدجبولاه^۵ (۲۰۰۷) در پژوهش خود به‌منظور بررسی رابطه معنویت با خودکارآمدی و کیفیت زندگی در افراد بزرگسال مبتلا به بیماری نتیجه گرفت که بین این متغیرها رابطه‌ای معنادار قوی وجود دارد؛ به طوری که افراد با باورهای معنوی بالا از خودکارآمدی بالاتر و همچنین کیفیت زندگی مناسب‌تری برخوردارند. حیدرزادگان و کوچکزایی (۱۳۹۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که همبستگی معنادار مثبتی میان سلامت معنوی و خودکارآمدی وجود دارد.

همچنین رابطه سلامت معنوی با خرده‌مقیاس حرمت خود نیز در این پژوهش به‌صورت معنادار و مثبت مشاهده شد. با بررسی ادبیات پژوهشی در این باره، یافته‌های این پژوهش همسو

-
1. Derks
 2. Stewart
 3. Dishon
 4. Dubat
 5. Adegbola

با یافته‌های مطالعاتی بود که با استفاده از سازه‌های مشابه مانند سلامت روان، شادی، بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی، این رابطه را بررسی کرده‌اند (وکوفری^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ نور و همکاران، ۲۰۱۵؛ مارشال^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ کمالی مقدم، ۱۳۹۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که از حرمت خود بالایی برخوردارند، از وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند و به‌طور عمده‌ای هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند؛ در نتیجه به آسانی می‌توانند با تهدیدها و وقایع اضطراب‌آور زندگی بدون تجربه برانگیختگی عواطف منفی و ازهم‌پاشیدگی روانی مقابله کنند (رابرت، ۲۰۰۵^۳). این شیوه برخورد، بهزیستی و آرامش آنان را دربردارد؛ در نتیجه ارتقای بهزیستی معنوی یک سیستم حفاظتی برای رسیدن به معنا، کمال و دستیابی به یکپارچگی با کل هستی برای فرد فراهم می‌آورد. پس معنا و هدف در کل جنبه‌های زندگی فرد جریان می‌یابد و هویت فردی و گروهی او را تقویت می‌کند (کالسی^۴ و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از عظیمایی و فولاد چنگ، ۱۳۹۵). شواهد نشان می‌دهد معنادار بودن زندگی سبب پایین آمدن سطح عواطف منفی مانند اضطراب و افسردگی می‌شود و در نهایت کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی را در پی دارد (فلدمن و استاینر، ۲۰۰۵^۵؛ به نقل از عظیمایی و فولاد چنگ، ۱۳۹۵).

براساس یافته‌های پژوهش حاضر رابطه مثبت معناداری میان متغیر منبع کنترل درونی و سلامت معنوی مشاهده شد؛ در واقع کنترل بر زندگی آثار سودمندی دارد و موجب سازگاری روان شناختی بیشتر و کاهش مشکلات جسمی، روانی و رفتاری می‌شود (دیمیر^۶ و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با منبع کنترل درونی نسبت به افراد با منبع کنترل بیرونی، احساس رضایت بیشتری از زندگی خود دارند (سالازار، ۲۰۰۲^۷). پاتن^۸ (۲۰۱۰) در پژوهشی به این نتیجه رسید که بین منبع کنترل درونی و سلامت معنوی رابطه مثبت معناداری وجود دارد که از یافته پژوهش حاضر حمایت می‌کند؛ همچنین یافته‌های پژوهش موهونن و تورکلسون^۹ (۲۰۰۴)، سالازار (۲۰۰۲)، یاسمی‌نژاد و فرزین‌یاسمی (۱۳۹۱) با یافته‌های این پژوهش همسو است. بنابر گزارش کسیدی و لانگ^{۱۰} (۲۰۱۰)، افرادی که منبع کنترل درونی دارند؛ از اعتماد به نفس،

1. Vakoufari
2. Marshall
3. Robert
4. Clancy
5. Feldman & Steiner
6. Demir
7. Salazar
8. Patten
9. Muhonen & Torkelson
10. Cassidy & Long

خودکارآمدی و توان حل مسئله بالاتری برخوردارند و این امر موجب می‌شود چنین افرادی از خود تصویر مثبت‌تری داشته و از سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند.

براساس یافته‌های این پژوهش رابطه میان خرده مقیاس نوروزگرایی و سلامت معنوی به صورت معنادار و منفی مشاهده شد که یافته‌های پژوهش‌های دیگری با این مشاهده همسو است. یو^۱ و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود دریافتند که پنج عامل فرعی متغیر روان‌رنجور خوبی تأثیر منفی یا مثبت یکسانی بر بهزیستی معنوی و ذهنی دانشجویان دانشگاه کره‌ای ندارند. با توجه به ابعاد فرعی آسیب‌پذیری به شدت با بهزیستی معنوی مرتبط بود درحالی‌که افسردگی ارتباط تنگاتنگی با بهزیستی ذهنی داشت؛ افزون بر این متوجه شدند که بهزیستی معنوی بیش از عوامل شخصیتی بر بهزیستی ذهنی تأثیر قابل توجهی دارد. در پژوهش آرگیل^۲ (۲۰۰۱)، اعضای کلیسا نسبت به اعضای غیرکلیسا سطوح روان‌رنجوری کمتری نشان دادند (به نقل از یو و همکاران، ۲۰۲۲). براساس پژوهش ساروگلو^۳ (۲۰۰۲)، دینداری بیرونی با روان‌رنجوری رابطه معکوس داشت (به نقل از یو و همکاران، ۲۰۲۲). شنل^۴ (۲۰۱۲) در پژوهش خود دریافت افرادی که خود را «معنوی، اما نه مذهبی» معرفی می‌کنند، دارای سطح بالایی از روان‌رنجوری می‌باشند؛ با این حال تاکنون مطالعات محدودی مکانیسم روان‌رنجوری و بهزیستی معنوی و ذهنی را در یک مدل به صورت تجربی بررسی کرده‌اند (راماناiah^۵ و همکاران، ۲۰۰۱؛ سزنیاک^۶ و همکاران، ۲۰۱۹؛ آن ترینر^۷ و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از یو و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر رابطه محیط خانواده، شکل‌گیری صفات شخصیتی و همچنین سلامت معنوی که با همسویی قابل توجه یافته‌های پژوهش‌های دیگر استحکام یافت؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده ابعاد این رابطه با دقت و گستردگی بیشتری مطالعه شود که این امر مستلزم طراحی مقیاس‌های لازم متناسب با فرهنگ ایرانی اسلامی است و نیز طراحی مداخلاتی همسو با آموزه‌های دینی و فرهنگی در راستای بهبود کیفیت تربیتی خانواده پیشنهاد می‌شود که در نهایت به شکل‌گیری شخصیت سالم‌تر و سلامت روانی بیشتر می‌انجامد.

1. Yoo

2. Argyle

3. Saroglou

4. Schnell

5. Ramanaiah

6. Szczesniak

7. Unterrainer

منابع

۱. آزادعبداله‌پور، محمد؛ امید شکری، صادق تقی‌لو، سعید طولابی و خدیجه فولادوند (۱۳۹۱)، «تغییرناپذیری جنسی روابط بین روان‌رنجوری خوبی، برون‌گرایی، سبک‌های مقابله و تنش‌گرهای تحصیلی و واکنش به آن با بهزیستی ذهنی»، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ش ۶، ص ۱۰۳-۱۱۸.
۲. بابای خاکیان، زینب؛ علی زکی‌بی و طیبه نقشینه (۱۳۹۴)، «رابطه تمایز یافتگی خود در مادران و همبستگی خانوادگی با اختلال رفتاری کودکان»، مجله پزشکی ارومیه، ش ۲۶، ص ۳۳۴-۳۴۳.
۳. حبیبی، مجتبی؛ محمدعلی مظاهری و احمد عاشوری (۱۳۹۲)، «ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده (IV-FACES)»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ش ۱۹، ص ۴، ص ۳۱۴-۳۲۵.
۴. حیدرزادگان، علی‌رضا و مریم کوچک‌زایی (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه بین سلامت معنوی و خودکارآمدی دانشجویان دانشکده‌های فنی-مهندسی و روان‌شناسی و علوم تربیتی»، فصلنامه آموزش مهندسی ایران، ش ۱۷، ص ۶۵، ص ۷۹-۹۳.
۵. خان‌زاده، حسین؛ عباسعلی میرزائی و فرشته کوتنایی (۱۳۹۶)، «نقش انسجام خانواده و تعامل والد-فرزند در تبیین حرمت خود دانش‌آموزان»، اندیشه‌های نوین تربیتی، ش ۱۳، ص ۱، ص ۱۱۵-۱۳۶.
۶. رجایی چالشتی، سهیلا (۱۳۸۹)، «بررسی قدرت پیش‌بینی کنندگی انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده بر حرمت خود و شادکامی فرزندان در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر شیراز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد گروه راهنمایی و مشاوره (منتشر نشده)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
۷. رضوانی، حورالعین و حسن صانمی (۱۳۹۷)، «همبستگی تمایز یافتگی خود و نوروگرایی با طلاق عاطفی در دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر»، نشریه مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۸، ش ۲، ص ۲۳-۳۰.

۸. زربخش بحری، محمدرضا و کوروش حجت شمامی (۱۳۹۵)، «رابطه انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده با خود متمایزسازی در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر تهران»، فصلنامه مددکاری اجتماعی، ش ۵، ص ۲۸-۳۶.
۹. صیادی، مهناز؛ احمد وهابی، سیروان صیاد، هاجر کاشفی و بشری وهابی (۱۳۹۷)، «بررسی رابطه انسجام خانواده با خودکارآمدی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان»، فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، س ۳، ش ۱، ص ۳۱-۴۲.
۱۰. عبدالله‌زاده، بیانه (۱۳۸۶)، «مقایسه‌ای عوامل شخصیتی، سبک‌های حل مسئله و میزان استرس تجربه شده در بهنجاران و معتادان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز.
۱۱. عظیمایی، حدیث و محبوبه فولادچنگ (۱۳۹۵)، «بررسی نقش واسطه‌گری عزت نفس در رابطه بین الگوهای ارتباطات خانواده و بهزیستی معنوی»، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، س ۶، ش ۴، ص ۵۲۳-۵۴۴.
۱۲. فرخ‌زاد، پگاه (۱۳۸۷)، «تأثیر جو خانوادگی بر تمایلات روان‌رنجورانه فرزندان»، مجله اندیشه و رفتار، س ۳، ش ۹، ص ۴۱-۴۹.
۱۳. قاسمی، ندا؛ میترا گودرزی، محمدعلی سپهوندی و سیمین غلام‌رضائی (۱۴۰۰)، «روابط ساختاری هسته ارزشیابی خود، هیجان مثبت و خوش‌بینی با معنا در زندگی در دانشجویان؛ نقش میانجی امید به آینده»، دوماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، س ۱۴، ش ۱، ص ۱-۱۱.
۱۴. کیانی، نرگس و عارف مختار (۱۳۹۴)، «مدل تحلیل مسیر روابط میان انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان»، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، س ۵، ش ۳، ص ۲۲-۴۹.
۱۵. کمالی‌مقدم، فاطمه (۱۳۹۰)، «رابطه عزت نفس و سلامت روان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
۱۶. محمدی‌برمی، حلیمه و حسین کشاورز افشار (۱۳۹۵)، «نقش عملکرد خانواده و تمایز یافتگی مادر در پیش‌بینی اضطراب دختران نوجوان»، فصلنامه پژوهشنامه زنان، ش ۷، ص ۱۰۱-۱۳۱.
۱۷. نجفی، محمود و محبوبه فولادچنگ (۱۳۸۶)، «رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان دبیرستانی»، روان‌شناسی بالینی و شخصیت، س ۵، ش ۱، ص ۶۹-۸۲.

۱۸. نعمت طاوسی، محترم و اکبرزاده حوری (۱۳۹۲)، «آزمون روان‌سنجی مقیاس‌های هسته ارزشیابی‌های خود»، فصلنامه تحقیقات روان‌شناختی، س ۵، ش ۲۰، ص ۸۵-۹۵.
۱۹. نعمت طاوسی، س حسین‌پور ثالث (۱۳۹۷)، «نقش خوش‌بینی در رابطه بین خودارزیابی محوری و سرسختی با رضایت از زندگی»، روان‌شناسی معاصر، س ۱۱، ش ۲، ص ۵۲-۶۶.
۲۰. نیکزاد، زکیه؛ ماهرخ کشوری و زیبا فرج‌زادگان (۱۳۹۶)، «بررسی نقش عملکرد خانواده در منبع کنترل دختران نوجوان شهر اصفهان»، نشریه پرستاری کودکان، س ۴، ش ۲، ص ۳۲-۳۸.
۲۱. یاسمی نژاد پ، علی فرزین یاسمی (۲۰۱۲)، «رابطه سبک دلبستگی و منبع کنترل با بهزیستی معنوی در دانشگاه متاهل»، مجموعه مقالات چهارمین سمینار ملی سلامت روان دانشجویان دانشگاه گیلان.
22. Abdollahzadeh, N. & Samani, S. (2010), The family processes, family content and adolescence emotional problems, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 733-737.
23. Adegbola, M.A. (2007), The relationship among spirituality, self-efficacy and quality of life in adults with sike cell disease, Thesis, for the Degree of Doctor of Philosophy, the University of Texas at Arlington.
24. Assarroudi, A., Jalilvand, M., Oudi, D. & Akaberi, A. (2012), The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011), *Modern Care Journal*; 9(2):156-62.
25. Baldacchino, DR., Bonello, L. & Debattista, CJ. (2014), Spiritual coping of older persons in Malta and Australia (part 2), *British Journal of Nursing*; 23(15):843-6.
26. Bandura, A. & Locke, E.A. (2003), Negative Self- efficacy and goal revisited, *Journal of Applied psychology*, 88,1, 87-89.
27. Bipp, T. (2010), What do people want from their Jobs? The Big Five, core self-evaluations and work motivation, *International Journal of Selection and Assessment*, 1, 28-39.
28. Bishop, AJ., Randall, GK. & Merten, MJ. (2012), Consideration of Forgiveness to Enhance the Health Status of Older Male Prisoners Confronting Spiritual, Social or Emotional Vulnerability, *Journal of Applied Gerontology*.

29. Borji, M., Memaryan, N., Khorrani, Z., Farshadnia, E. & Sadighpour, M. (2020), Spiritual Health and Resilience Among University Students: the Mediating Role of Self-Esteem, *Pastoral Psychology*, 69:1-10.
30. Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Postorellic, C. & Cervone, D. (2004), The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: Predicting beyond global dispositional tendencies, *Personality and Individual Differences*, 37, 751-763.
31. Cassidy T, Long C. (2010), Problem-Solving style, stress and psychological illness: development of a multifactorial measure, *British Journal of clinical psychology*; 35, 265-77.
32. Coopersmith, S. (1967), *The antecedents of self-esteem*. San Francisco W. H. Freeman.
33. Craven, RF. & Hirnle, CJ. (2009), *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
34. Daaleman, TP. (2012), A health services framework of spiritual care, *Journal of nursing management*, 20(8):1021-8.
35. De Haro, JM., Castejon, JL. & Gilar R. (2013), General mental ability as moderator of personality traits as predictors of early career success, *Journal of Vocational Behavior*, 83 (2):171-80.
36. De Jesus, M. & Xiao, C. (2014), Predicting Health Care Utilization Among Latinos Health Locus of Control Beliefs or Access Factors? *Health Education & Behavior*: 1090198114529130.
37. Debusschera, J., Hofmansa, J. & De Fruytb, F, (2017), Core self-evaluations as a moderator of the relationship between task complexity, job resources and performance, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(3), 411-420.
38. Dekovic, M., Wissink, I. B. & Meijer, A. M. (2004), The role of family and peer relations in adolescent antisocial behavior: comparison of four ethnic groups, *Journal of Adolescence*, 27(5), 497-514.
39. Demir, S. & Demir, SG. (2014), Effect of mentoring program on ways of coping with stress and locus of control for nursing students, *Asian Nursing Research*, 8(4): 254-260.

40. Dennis, J. M., Basanez, T. & Farahmand, A. (2010), Intergenerational conflicts among Latinos in early adulthood: Separating values conflicts with parents from acculturation conflicts, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 32(1):118–135.
41. Derks, W., Leeuw, JR., Hordijk, GJ. & Winnubst, JA. (2005), Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer, *Clin Otolaryngol*, 30(2): 186–192.
42. Dishion, T. J, Nelson, S. E and Bullock, B. M. (2004), Premature Adolescent Autonomy: Parent Disengagement and Deviant Peer Process in The Amplification of Problem Behavior . *Journal of Adolescence*, 27, 515- 530.
43. Dubat, K., Punia, S. and Goyal, R. (2007), A Study of Life Stress and Coping styles Among Adolescent Girls. *Journal of Social Science*, 14 (2), 191- 194
44. Ellison, C.W. (1983), Spiritual well-being: Conceptualization and measurement, *Journal of Psychology and Theology*, Vol.11, No.4, p.330–340.
45. Fiori, K. L., Brown, E. E., Cortina, K. S. & Antonucci, T. C. (2006), Locus of control as a mediator of the relationship between religiosity and life satisfaction: Age, race and gender differences, *Mental Health, Religion & Culture*, 9(3), 239–263.
46. Hutchinson, J. & Williams, P. (2007), Neuroticism, daily hassles and depressive symptoms: An examination of moderating and mediating effects, *Personality and Individual Differences*, 42(7): 1367-1378.
47. Joshanloo, M., & Daemi, F. (2015), Self-esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well-being in Iran. *International Journal of Psychology*, 50(2), 115–120.
48. Ju Youn, J., Sun, K., Jun, Li. P. & Yeon Pyo, K. (2013), Relationship between Family Adaptability, Cohesion and Adolescent Problem Behaviors: Curvilinearity of Circumplex Model, *Korean J Fam Med*, 34:169–177.
49. Judge, T. A. & Kammeyer–Mueller, J. D. (2012a), Job Attitudes, *Annual Review of Psychology*, 63, 341–367.
50. Judge, T. A., Erez, A, Bono, J. E, & Thoresen, C. J. (2003), The core self-evaluation scale: Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303-331.
51. Judge, T.A., Klinger, R.L. & Simon, L.S. (2010), Time is on my side: Time, general mental ability, human capital and extrinsic career success, *Journal of Applied Psychology*, 95, 92–107.

52. Lucia, V.C. & Breslau, N. (2006), Family cohesion and children's behavior problems: A longitudinal investigation, *Psychiatry Research*, 141(2), 141–149.
53. Lynch, CP. (2012), Association between spirituality and depression in adults with type 2 diabetes, *The Diabetes Educator*, 38(3):427–435.
54. Mandhouj, O., Etter, J-F., Courvoisier, D. & Aubin H-J. (2012), French-language version of the World Health Organization quality of life spirituality, religiousness and personal beliefs instrument, *Health and quality of life outcomes*, 10(1):1–11.
55. Marshall, S.L., Parker, J., Ciarrochi, B., Sahdra, C.J. & Heaven, P.C. (2015), "Self-Compassion Protects Against the Negative Effects of Low Self-Esteem: A Longitudinal Study in a Large Adolescent Sample", *Personality and Individual Differences*, 74, 116–121.
56. Miller Smedema, S., Chan, F., Yaghmaian, R., DaSilva Cardoso, E., Muller, V. & Keegan, J. (2015), The relationship of core selfevaluations and life satisfaction in college students with disabilities: Evaluation of a mediator model, *Journal of Post-Secondary Education and Disability*, 28(3), 341–358.
57. Molaei, A., Yazdanbakhsh, K. & Karami, J. (2014), Relationship between personality characteristics (five factor model) and locus of control with vocational adjustment of gas company employees in Kermanshah, *J Pers Individ Differ*, 3(4):107–21.
58. Muhonen, T. & Torkelson, E. (2004), Work locus of control and its relationship to health and spiritual well-being from a gender perspective, *Journal of Stress and Health*, 20(1): 2–28.
59. Nazir, S., Sidra, S., Malik, M. S., Falak, S., Zarqa, A. & MuhammadRizwan, S. (2012), Parental Conflict And Its Effects On Youth Self Esteem (A Study At University Of Punjab), *International Journal of Asian Social Science*, 9, 1392– 1400.
60. Noor, A., S. Bashir & V.A. Earn Shaw (2015), "Bullying, Internalized Hepatitis (Hepatitis Cvirus) Stigma and Self-Esteem: Does Spirituality Curtail the Relationship in the Workplace", *Journal of Health Psychology*, 10, 1177–1359.
61. Nowicki, S., Iles-Caven, Y., Gregory, S., Ellis, G. & Golding, J. (2017), The Impact of Prenatal Parental Locus of Control on Children's Psychological Outcomes in Infancy and Early Childhood: A Prospective 5 Year Study, *Front Psychol*, 8:546.

62. Olson, D. H. (1999), Empirical Approaches to Family Assessment. *Journal of Family Therapy, Special*.
63. Özer1, E., Hamarta, F. & Deniz, E. (2016), Emotional intelligence, core self-evaluation and life satisfaction, *Psychology, 7*, 145–153.
64. Pajares, F. (1997), Self- efficacy beliefs in academic setting, review of Educational reaserch, 66,543–578.
65. Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1982), Loneliness of life, In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (p.224–237), NewYork: Wiley Inter science.
66. Patten, DM. (2010), An analysis of the impact of locus-ofcontrol on internal auditor spiritual well-being, *Managerial Auditing Journal, 20(9)*: 1016–1029.
67. Polizzi, C., Fontana, V., Perricone, G., D'Angelo, P., Jankovic, M., Taormina, C. & et al. (2015), Coping Strategies and Locus of Control in Childhood Leukemia: A Multi- Center Research, *Pediatr Rep, 7(2)*:5703.
68. Richmond, M. K., & Stocker, C. M. (2006), Associations between family cohesion and adolescent siblings', externalizing behavior, *Journal of Family Psychology, 20(4)*, 663–669.
69. Robert, W. (2005), "Stretching/Toning, Aerobic Exercise Increase Older Adults Self-Esteem", *Journal Behaveier Meditation, 28(4)*, 385–394.
70. Rosenberg, M. (1965), *Society and the adolescent self-image*. Princeton Princeton University Press.
71. Ross, L., Leeuwen, RV, Baldacchino, D. (2014), Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study, *Nurse Education Today, 34*:697–702.
72. Salazar, J. (2002), Locus of control and its influence on hotel managers' spiritual well-being, *Journal of Human Resources in Hospitality and Tourism; 1(2)*:15–26.
73. Sanne, MA. & Lamers, GJ. (2012), Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology, *Journal of Research in Personality, 46 (5)*, 517–524.
74. Sbicigo, B. & Dell'Aglio, DD. (2012), Family environment and psychological adaptation in adolescents, *Academic Journal, 25(3)*, 18– 23.

75. Schnell, T. (2012), Spirituality with and without religion–differential relationships with personality, *Archive for the Psychology of Religion*, 34: 33–61.
76. Skalina, L., Gunthert, K., Ahrens, A. & Wenzel, S. (2015), Neuroticism and momentary differentiation of positive and negative affect, *Personality and Individual Differences*, 19(3): 165–169.
77. Stefanaki, IN., Shea, S., Linardakis, M., Symvoulakis, EK., Wynyard, R. & Lionis, C. (2014), Exploring the Association of Sense of Coherence and Spiritual and Religious Beliefs in a Rural Population Group on the Island of Crete, Greece, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(3):207–30.
78. Stern, S. & Wright, A. J. (2018), Discrete effects of religiosity and spirituality on gay identity and self–esteem. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1071–1092.
79. Stewart, S. M., Bond, M. H., Chan, W., Zaman, R. M., Dar, R. and Anwar, M. (2003), Autonomy from Parents and Psychological adjustment in an interdependent culture. *Psychology and Developing Societies*, 15 (1), 31- 49.
80. Tsaousis, I., Nikolaou, I., Serdaris, N. & Judge, T. A. (2007), Do the core selfevaluations moderate the relationship between subjective well–being and physical and psychological health? *Personality Individual Differences*, 42, 1441–1452.
81. Vakoufari, M., A. Christina & Mavroidis, I. (2015), “Self–Esteem and Loneliness as Factors Affecting Distance Learning Students”.
82. White, M., Felman, A. & Medically, R. (2022), Adapted from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/154543> Webb JA, Baer PA, Influence of family disharmony and parental alcohol use on adolescent social skills, self–efficacy and alcohol use, *Addictive Behaviors*, 1995, 20(1): 127–135.
83. Yoo, J., Sukkyung, Y. & June, L. (2022), Relationship between Neuroticism, Spiritual Well–Being and Subjective Well–Being in Korean University Students, *Religions* 13:505.