

The Mediating Role of Critical Thinking Regarding the Relationship between Spirituality and Mental Health

Saeid Rahbari Shemirani*

Mehrnaz Ahmadi**

Abstract

The purpose of the current study was to determine the mediating role of critical thinking regarding the relationship between spirituality and mental health. So, the research design was based on correlation of the path analysis. First, the correlation between the variables was examined, and then the path analysis test was conducted to investigate the mediating role. 205 master's students of Valiye-Asr University Complex participated in this study in the academic year 2018-2019 and also the California critical thinking skills test form (B), spirituality questionnaire and general health questionnaire were used. Correlation between the result of mental health questionnaire with critical thinking ($r=-0.158$ and $P<0.05$) and self-awareness subscales ($r=-0.510$ and $P<0.001$), the importance of belief spiritual things in life ($r=-0.419$ and $P<0.001$), spiritual activities ($r=-0.498$ and $P<0.001$) and spiritual needs ($r=0.260$ and $P<0.001$) showed a significant negative relationship with spirituality. According to the results of path analysis, the mediating role of critical thinking in the relationship between spirituality and mental health was confirmed. In addition, the difference between the sub-scales of spirituality shows that among the types of spirituality, cases in which the two sub-scales of self-awareness and the importance of spiritual beliefs play a greater role in life, are more related to thinking and specifically critical thinking and, as a result, they can affect psychological health, which shows the difference of various spiritualities in mental health.

Keywords: mental health, spirituality, critical thinking.

* M.A., Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Tehran South Branch, Tehran, Iran, (Corresponding Author), srahbarish@yahoo.com.

** Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Tehran South Branch, Tehran, Iran, m-ahmadi@azad.ac.ir.

نقش واسطه‌ای تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت و سلامت روانی

سعید رهبری شمیرانی*

مهرناز احمدی**

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت و سلامت روانی و نیز طرح پژوهش، همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. در ابتدا همبستگی بین متغیرها بررسی و سپس برای بررسی نقش واسطه‌ای آزمون تحلیل مسیر انجام شد. ۲۰۵ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد مجتمع دانشگاهی ولیعصر (عج) در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ در این پژوهش از نوع در دسترس شرکت داشتند و نیز از آزمون مهارت‌های تفکر انتقادی کالیفرنیا فرم (ب)، پرسشنامه معنویت و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. همبستگی بین نتیجه پرسشنامه سلامت روانی با تفکر انتقادی ($r = -0.158$ و $P < 0.05$) و زیرمقیاس‌های خودآگاهی ($r = -0.510$ و $P < 0.001$)، اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی ($r = -0.419$ و $P < 0.001$)، فعالیت‌های معنوی ($r = -0.498$ و $P < 0.001$) و نیازهای معنوی ($r = -0.260$ و $P < 0.001$) از معنویت رابطه منفی معنادار نشان داد. در نتایج تحلیل مسیر نقش واسطه‌ای تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت با سلامت روانی تأیید شد؛ همچنین تفاوت بین زیر مقیاس‌های معنویت نشان می‌دهد بین انواع معنویت مواردی که در آنها دو زیرمقیاس خودآگاهی و اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی نقش بیشتری داشته باشد، با تفکر و به صورت خاص تفکر انتقادی همراهی بیشتری دارد و می‌تواند بر سلامت روانی مؤثر باشد که خود نشان‌دهنده تفاوت معنویت‌های گوناگون در سلامت روان است.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، معنویت، تفکر انتقادی.

* کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
srahbarish@yahoo.com

** دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران
M-ahmadi@azad.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۷ تاریخ تأیید: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴

مقدمه

از موضوعات مهم در سلامت انسان بعد روانی هر فرد است که می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی او مؤثر باشد. از دید سازمان سلامت جهانی^۱ (۲۰۲۲) برای سلامت سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی مطرح و بر اهمیت هر سه بعد تأکید شده است. در این دسته‌بندی می‌توان گفت که در واقع سلامت روانی عبارت است از: حالتی از رفاه روانی که افراد را قادر می‌سازد تا با استرس‌های زندگی کنار بیایند، توانایی‌های خود را درک کنند، خوب یاد بگیرند، خوب کار کنند و به جامعه خود کمک کنند.

سلامت روانی افراد جامعه با متغیرهای فراوانی مرتبط است و یکی از آنها که بیش از پیش مورد توجه و بررسی قرار گرفته، معنویت و اثرگذاری آن بر سلامتی است و مطالعه‌های تجربی نشانگر روابط معنادار میان مذهب و معنویت با سلامت روانی هستند (تون بویل^۲ و همکاران، ۲۰۰۶)؛ همچنین دین اسلام در تعالیم خود به همه ابعاد سلامت انسان و از آن جمله بعد روانی او توجه دارد.

از سوی دیگر سازمان سلامت جهانی برای زندگی بهتر، ده مهارت را معرفی کرده است که بهره‌گیری هر چه بهتر از آنها موجب سلامت روانی^۳ بیشتر خواهد شد و تفکر نقادانه یا همان تفکر انتقادی^۴ به عنوان یکی از آنها است (فرمینی فراهانی و پیداد، ۱۳۹۵).

در واقع سلامت روانی می‌تواند تحت تأثیر فرایندهای شناختی و عاطفی قرار گیرد که پژوهش حاضر به دنبال بررسی بعد شناختی و فکری آن است؛ به عبارت دیگر ذهن می‌تواند بر سلامت و بیماری فرد با شیوه تفکر، نتیجه‌گیری و عملکرد فرد مؤثر باشد و حال آنکه خود تفکر انواع متفاوتی دارد. یکی از مهم‌ترین شیوه‌های تفکر، انتقادی است که می‌توان گفت یک نظام روان‌شناختی شامل همکاری چندین تابع ذهنی بالاتر از جمله حافظه، تفکر مفهومی، تحلیل، ارزیابی و حتی تخیل است (ادنز و شیلدز، ۲۰۱۴)^۵. به صورت ساده می‌توان گفت تفکر انتقادی یک جهت‌گیری منظم نظری می‌باشد (فان، ۲۰۱۰)^۶؛ در واقع تفکر انتقادی سبکی از فکرکردن در مورد هر موضوع، محتوا یا شکل است که فرد متفکر کیفیت فکرکردن خود را با تحلیل کردن، ارزیابی و

1. World Health Organization (WHO)
2. Thune-Boyle, I. C.
3. mental health
4. critical thinking
5. Edens, K. & Shields, C.
6. Phan, H. P.

نوسازی بالا می‌برد (جونز،^۱ ۲۰۱۷) و به سخنی دیگر تفکر انتقادی، خودنظم‌جو است (فاشیون،^۲ ۲۰۰۸؛ واکر،^۳ ۲۰۰۳).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد برخوردار از تفکر انتقادی دارای ویژگی‌های پذیرندگی در برابر ایده‌های جدید، انعطاف‌پذیری، تمایل به تغییر، نوآوری، خلاقیت، تحلیلی بودن، جسارت، خستگی‌ناپذیری، اشتیاق، پرنرژی بودن، خطرپذیری، برخورداری از معرفت، کاردانی، مشاهده‌گری و تفکر هستند (پوپیل،^۴ ۲۰۱۱)؛ به همین دلیل این مهارت در عصر دانش به‌عنوان مهارت اساسی زندگی تشخیص داده شده است و افرادی که از توانایی تفکر انتقادی برخوردارند، شانس بیشتری برای موفقیت و هماهنگی در عرصه اجتماعی دارند (مرین و هالپرن،^۵ ۲۰۱۱) و مهم اینکه مهارت‌های تفکر همچون تفکر انتقادی، مهارت‌هایی اکتسابی و قابل آموزش هستند (مک‌پک،^۶ ۲۰۱۶) و در واقع می‌توان گفت تفکر انتقادی بیشتر به‌عنوان یک تمرین گفتگوی پیشبرد و پاسخگویی به استدلال‌ها است تا یک توانایی فردی و نخست افراد به صورت تعاملی و سپس به شکل درونی شده درگیر شده، و به آن متعهد می‌شوند (کوهن، ۲۰۱۹).

از جهت رابطه عقاید ایجادکننده معنویت و تفکر انتقادی لازم به ذکر است که جهت‌گیری عقاید انواع گوناگونی دارد و می‌تواند با فضای فکری همراه باشد یا نباشد، از آن جمله مدل خرافی که با فضای فکری تناسبی ندارد. البته دیویی (۱۹۸۲) اساس فکر انتقادی را با عنوان تردید سالم مطرح می‌کند و آن را شامل بررسی فعال پایدار و دقیق هر عقیده یا دانش می‌داند. چنانچه این بررسی دقیق عقاید با بیان سیف (۱۳۹۹) همراه شود که تفکر انتقادی را تمایز بین حقایق و عقاید می‌داند، می‌توان نتیجه گرفت که عقیده و باوری که پذیرای تفکر انتقادی می‌باشد، منطبق بر حقایق و پذیرای بررسی فکری دقیق است.

عقاید اسلامی نیز با فضای فکری و واکاوی‌های آن و توصیه به فکر همراه است؛ به گونه‌ای که در دین مبین اسلام مسئله «تعقل و تفکر» از جایگاهی بس رفیع برخوردار است. در قرآن کریم چندین بار کلماتی به کار می‌رود که به واسطه آنها بارها خدای بزرگ از بندگانش خود می‌خواهد تا عقل خود را به کار برند و دور از هر گونه تقلید کورکورانه به اسلام و ایمان روی آورند (ملک‌شاهی و همکاران، ۱۳۹۶). چنان‌که در آیه ۱۸ سوره زمر به بررسی و دقت نظر در نظرات گوناگون و انتخاب

1. Jones, T.

2. Facione, P. A.

3. Walker, S. E.

4. Popil, I.

5. Marin, L. & Halpern, D. F.

6. McPeck, J. E.

بهترین اشاره دارد و در آیه ۳۶ سوره اسراء آیه توصیه می‌شود که با بررسی فکری کافی و پس از کسب اطمینان انسان به دنباله‌روی چیزی پردازد.

در واقع قرآن کریم ایمان را بر پایه تعقل و تفکر گذاشته است، قرآن همواره می‌خواهد که مردم از «اندیشه» به «ایمان» برسند و در آنچه باید به آن مؤمن و معتقد بود و آن را شناخت، «تعبد» را کافی نمی‌داند. استاد مطهری معتقد است که هیچ‌گونه تضاد و تباینی بین عقل و دین وجود ندارد تا جایی که عقل در ردیف کتاب و سنت قرار گیرد و حجیت یابد (مطهری، ۱۳۹۵).

از عوامل دیگر مؤثر بر سلامت روانی افراد معنویت^۱ است که پیش‌تر به آن اشاره شد. امروزه بر نقش روی‌آورد‌های معنوی فرد برای برقراری سلامت روانی و درمان ناملایمت‌ها و بیماری‌های روانی تأکید شده است (کریمی، ۱۳۸۸)؛ بر این اساس برای ایجاد سلامت در زندگی باید به بعد معنوی نیز توجه داشت و این مورد بر سبک زندگی انسان اثرگذار است و در این سبک زندگی رفتارهای سالم انسان افزایش می‌یابد (شهیدی و فرج‌نیا، ۱۳۹۱).

البته به نظر می‌رسد بشر در پی پیشرفت‌های علمی، اندکی از باورهای معنوی فاصله گرفت؛ زیرا علم را با باورهای معنوی و به‌طور خاص دین در تقابل می‌دید. البته پس از مدتی جوامع دوباره به سمت باورهای معنوی برگشتند و این بازگشت نه در مردم عادی بلکه در اندیشمندان جوامع نیز بود؛ به گونه‌ای که در زمان کنونی اهمیت باورهای معنوی برای افراد و اثرهای آن بر کسی پوشیده نیست و این موضوع درک شد که بین علم و باورهای معنوی لزوماً تضادی وجود ندارد. البته به نظر می‌رسد پیش و پس از این فاصله گرفتن و بازگشت به باورهای معنوی، معنای آن برای انسان‌ها تغییر کرد و گسترده‌تر شد. باورهای معنوی در روزگار نخست به سنت‌های دینی منحصر بود، اما امروزه درباره امور دینی و غیردینی به کار می‌رود (ایراندوست، ۱۳۹۷).

در واقع در طول زمان با پیشرفت‌های پزشکی دیدگاه نسبت به نوشته‌های فروید تغییر کرد که مذهب (معنویت) را به‌عنوان نشانه‌ای از روان‌رنجوری نشان می‌داد. در اوایل تا اواسط قرن بیستم سلامت روان و مذهب (معنویت) اغلب از سوی پزشکان و بیماران غربی مجزا و متضاد دانسته می‌شد، ولی در دهه‌های اخیر همپوشانی بین سلامت روان و مذهب (معنویت) و درک این موضوع مشخص شد که مذهب یا معنویت ممکن است نقش‌های محافظتی و شفابخش در مواجهه با رنج عاطفی داشته باشد (کائو و همکاران، ۲۰۲۰).

البته معنویت در عالم اسلام هم فراتر از عالم ماده و هم اصیل‌تر از آن است (طباطبایی، ۱۳۸۵)، اما این نکته اهمیت دارد که در این دیدگاه معنویت بدون خدا اصلاً فاقد معنا است و

1. spirituality

نمی‌تواند به صورت حقیقتی وجود داشته باشد (مطهری، ۱۳۹۵) و معنوی بودن واقعی موجب می‌شود نحوه زندگی انسان و جنبه‌های مختلف آن تغییر کند (میرمهدی و همکاران، ۱۳۹۳). معنویتی که خردورزانه نباشد، از دید اسلام معنویت نیست. عقل مبنای ایمان و معنویت و نیز معناگرایی بر مبنای خردگرایی است (جوادی آملی، ۱۳۸۳)؛ پس با این دید معنویت اسلامی با تفکر انتقادی همراه می‌باشد و دین و معنویت با ایجاد یک نظام‌نگری مناسب و ایدئال، زمینه را برای آرامش روان فراهم می‌سازد (فتحی و امرانی، ۱۳۹۵).

اما با دید جدیدی که پس از فاصله گرفتن از معنویت و بازگشت دوباره به آن در جوامع ایجاد شد، می‌توان برای معنویت انواعی برشمرد؛ از آن جمله: مذهبی و غیرمذهبی.^۱ معنویت غیرمذهبی به ارتباط انسان با قدرتی بالاتر از خود می‌پردازد و این قدرت برتر می‌تواند جهان هستی باشد که این نوع باورهای معنوی ساختار مشخصی ندارد (جلالی، ۱۳۸۶).

در سال‌های گذشته تغییرات قابل توجهی در چشم‌انداز مذهبی (معنوی) رخ داده است. معنویت غیرمذهبی باورها، تجربیات و اعمال معنوی را جدا از مذهب توصیف می‌کند. نتایج کلی نشان داد افرادی که با معنویت غیرمذهبی شناسایی می‌شوند، تفاوت‌های نسبتاً کمی در مقایسه با افراد مذهبی (معنوی) سنتی نشان دادند؛ در حالی که معنویت غیرمذهبی با برخی از پیامدهای مثبت همچون بهزیستی عاطفی و معنای زندگی و نیز با برخی از پیامدهای منفی مانند نرخ بالاتر افسردگی مرتبط بود (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۲) و شواهد از ارتباط معنویت مذهبی با میزان کمتر اضطراب، خودکشی، زوال عقل و مخصوصاً افسردگی و بیماری‌های مرتبط با استرس حمایت می‌کنند (عمان و لوکوف، ۲۰۱۸).

در معنویت مذهبی و دینی، باورهای معنوی نسبت به یک امر مادی نیست، بلکه نسبت به حقایق بالاتر از عالم مادی است که به عالم ماده تأثیر می‌گذارند؛ اما در معنویت غیردینی اصلاً صحبت از حقیقت نیست بلکه هر تجربه هیجانی-عاطفی اثرگذار می‌تواند باورهای معنوی به شمار آید (وست، ۱۳۹۷)^۲، به صورتی که امروزه افرادی هستند که لزوماً خود را پایبند به یک دین نمی‌دانند، ولی باورهای معنوی برای خود دارند و به آنها پایبندند که گاه این باورها کاملاً شخصی است و تحت تأثیر عضویت در یک گروه، آن باورهای خاص معنوی در فرد شکل گرفته باشد. به‌روشنی می‌توان دریافت که مدل‌های باورهای معنوی کنونی می‌تواند بسیار گسترده باشد، زیرا محدود به دین‌ها و فرقه‌های دینی اعم از الهی و غیرالهی نیست و از این‌رو بسیاری از فرقه‌ها با

1. secular

2. West, W.

ادعای معنویت برای بشر ایجاد شده که انسان‌هایی را به خود جذب کرده است. با بررسی برخی از این گروه‌ها و فرقه‌ها مشخص می‌شود که لزوماً محتوای ارائه‌شده با ادعاها و اهداف سازگاری ندارد یا ساختار آنها به‌گونه‌ای است که در کنار ایجاد باورهای معنوی برای اعضای خود، برخی دیگر از ویژگی‌های انسانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ برای مثال فرقه‌هایی هستند که به افراد خود توصیه می‌کنند از مواد مخدر و توهم‌زا استفاده نمایند که افراد بدین شیوه واقعیت را به گونه‌ای دیگر ببینند و آن را تجربه معنوی می‌نامند (مظاهری سیف، ۱۳۸۹).

گرایش به باورهای معنوی نه تنها سبب ایجاد فرقه‌های جدید شده، بلکه به‌عنوان یک فرهنگ جدید دینداری در میان برخی دینداران نیز رواج یافته است که در این حالت دینداران بدون آنکه تعلق به فرقه یا نحله خاصی داشته باشند، به نام باورهای معنوی به برخی باورهای خودساخته درونی روی می‌آورند و به دنبال آرامش و رضایت باطن به سبک شخصی خود می‌باشند (شاکر نژاد، ۱۳۹۹).

پس باید به این موضوع توجه داشت که باورهای معنوی که در بستر سالم خود می‌توانست اثر مثبت بر سلامت انسان داشته باشد، چنانچه دستخوش روندی شود که نسخه‌های بدل و نامطلوب آن رواج یابد، نه تنها درمانی برای درد بشر نخواهد بود بلکه خود دردی بر دردهای انسان‌ها خواهد افزود که برای تشخیص و تفکیک میان انواع باورهای معنوی می‌توان بستر سازنده، عوامل شکل‌گیری و میزان خردورزی آنها بررسی شود تا به ماهیت آنها پی برده و نسخه اصیل برگزیده شود.

در مورد پیشینه بررسی رابطه این متغیرها در گذشته پژوهش‌هایی انجام گرفته است؛ از جمله اینکه باورهای معنوی در افراد سبب رفتارهای سالم می‌شود و در نتیجه آنها سبک زندگی سالم‌تری می‌یابند و این موضوع سلامت بیشتر و عمر طولانی‌تر شخص را در پی دارد (میرزاحمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

در واقع تولید معنا با سلامت روان ارتباط دارد و به‌طور کلی برنامه‌های مداخله معنوی به سلامت و بهزیستی روان کمک می‌کند (سانیل و همکاران، ۲۰۲۰) و در مجموع معنویت با سلامت روان رابطه معناداری دارد (بهامین و همکاران، ۱۳۹۷).

حتی مطالعه‌های پزشکی رابطه باورهای معنوی با بهبود بیماری را تأیید می‌کنند؛ به‌گونه‌ای که هر اندازه باورهای معنوی در فرد قوی‌تر باشد، بهتر می‌تواند بر بیماری خود غلبه کند که دلیل این موضوع را وجود دو شاخصه مثبت‌نگری و داشتن امید در افراد با باورهای معنوی بالا می‌توان دانست (مبینی، ۱۳۸۸)؛ تا آنجا که امروزه می‌توان گفت معنویت و اعمال دینی عامل محافظتی

است که نه تنها با سلامت روانی بلکه با سلامت جسمانی نیز مرتبط است (کوپولا و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین پژوهشی درباره تأثیر عرفان و معنویت بر سلامت روانی نشان داد که سلامت روانی با معنویت رابطه معناداری دارند (اژدری‌فر و همکاران، ۱۳۸۹).

بر اساس اینکه عقیده‌های دینی و مذهبی، خود یکی از عوامل ایجاد معنویت می‌باشند؛ کمک مثبت دین به سلامت روان در زمانی بررسی شده است که دین به بهبود زخم‌های ناشی از تأثیر تضعیف‌کننده احساس گناه و شرم کمک می‌کند (مارتینز، ۲۰۲۲) و می‌توان گفت یافته‌ها گویای آن است که دین و معنویت تأثیر مثبتی بر سلامت روانی افراد دارد (محرّم‌زاده، ۱۳۹۶).

همچنین ویلیامز^۱ (۲۰۱۰) در پژوهشی وجود رابطه بین سلامت روانی و انجام اعمال مذهبی و شرکت در این‌گونه مراسم را نشان داد و نیز پژوهش ریپین تروپ^۲ و همکاران (۲۰۰۵) درباره ارتباط معنویت با سلامت جسمانی و روانی نشان‌دهنده رابطه معنادار آنها بود.

در مورد تفکر انتقادی نیز با انجام پژوهش همبستگی بین سبک تفکر و به صورت خاص تفکر انتقادی با سلامت روانی (امین خندقی و پاک‌مهر، ۱۳۹۰) و مقابله با بحران‌های روانی (معروفی و همکاران، ۱۳۹۱) تأیید شده است. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد بین برخی از عوامل سلامت روانی با نمره کل و نیز عوامل تفکر انتقادی رابطه معناداری دارد (جوادی‌پور و همکاران، ۱۳۹۲)؛ همچنین در تحقیقی نشان داده شد که افزون بر رابطه معنادار تفکر انتقادی با سلامت روانی، بین سلامت روان افراد تحت آموزش تفکر انتقادی بنابر جنسیت تفاوت معناداری وجود دارد (امینی و همکاران، ۱۳۹۴).

پژوهش کاسگرو^۳ (۲۰۰۵)، یکی از راه‌های افزایش سلامت روانی مشاوران را توسعه مهارت‌های تفکر انتقادی آنها بیان می‌کند و سلیمان^۴ و حلبی^۵ نیز در پژوهش خود (۲۰۰۷) به بررسی رابطه تفکر انتقادی و تنیدگی (از عوامل اثرگذار منفی بر سلامت روانی) پرداختند که نتایج نشان داد بین این دو رابطه همبستگی منفی وجود دارد؛ همچنین پژوهش‌های پیشین نشان داد که بین میزان تفکر انتقادی و ابعاد دینداری (باور، مناسک و تجربه) رابطه معناداری وجود دارد (سفیری و همکاران، ۱۳۹۵).

1. Williams, A.

2. Rippentrop, E. A.

3. Cosgrove, L.

4. Suliman, W.

5. Halabi, J.

تأیید تأثیر باورهای معنوی بر سلامت روانی با واسطه تفکر انتقادی (فرایند خودنظم‌جو) می‌تواند بر وجود سلامت روان نسبتاً پایدار امیدوار بود؛ زیرا معنویت که خود باور به حضور قدرت برتر و ناظر بر تمامیت زندگی است، هنگامی که با تفکر انتقادی همراه شود، بهتر و بیشتر می‌تواند نیاز به ایمنی را تأمین کند که کشاننده اصلی در سلامت روانی است. اگر چنین باشد می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که معنویت‌های استدلال‌پذیر و قابل بررسی به وسیله تفکر انتقادی بهتر و بیشتر می‌توانند با فاصله‌گیری از انواع خرافه‌پرستی و به‌ویژه فرقه‌های جعلی نوظهور بر سلامت روانی پایدار اثر مثبت گذارند؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال تعیین نقش متغیر شناختی تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت و سلامت روانی برای دستیابی به تحول شناختی و تحول معنوی در راستای ارتقای سلامت روانی است.

در پایان براساس مطالبی که در مورد باورهای معنوی و تفکر انتقادی و رابطه هر دو با سلامت روانی بیان شد، این پرسش به ذهن می‌آید که آیا رابطه‌ای در بین هر سه مورد می‌تواند وجود داشته باشد؛ بدین معنا که آیا تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت و سلامت روانی می‌تواند نقش واسطه‌ای ایفا کند؟



شکل ۱. مدل مفهومی فرضی پژوهش

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. سلامت روانی متغیر درون‌زا؛ تفکر انتقادی متغیر واسطه‌ای و معنویت متغیری برون‌زا می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دوره کارشناسی ارشد در رشته‌های تحصیلی مختلف مجتمع ولیعصر علیه السلام دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند.

در این پژوهش تعداد نمونه آماری پژوهش براساس روش کلاین (۲۰۱۰) ۲۰۵ نفر محاسبه شد؛ زیرا از نظر کلاین در تحلیل عاملی اکتشافی برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم می‌باشد و

دست‌کم حجم نمونه ۲۰۰ مناسب است. در پژوهش حاضر نمره تفکر انتقادی و زیرمقیاس‌های سلامت روانی و معنویت در مجموع ۹ متغیر شد که برای هر یک ۲۰ نمونه در نظر گرفته شد و در نتیجه ۱۸۰ نمونه لازم بود؛ ولی با توجه به آنکه حداقل حجم نمونه مناسب برای تحلیل مسیر ۲۰۰ است، این پژوهش بین ۲۱۵ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد مجتمع ولیعصر^ع دانشگاه آزاد واحد تهران انجام شد که از این تعداد ۱۰ پاسخنامه به دلیل مخدوش بودن پاسخ‌ها کنار گذاشته شد و نتایج ۲۰۵ نفر (۱۱۹ نفر زن و ۸۶ نفر مرد) پذیرفته شد. در این پژوهش برای سنجش هر فرد از سه ابزار استفاده گردید که به ترتیب آزمون مهارت‌های تفکر انتقادی کالیفرنیا فرم (ب) (فاشیون، ۱۹۹۰)، پرسشنامه معنویت (پارسیان و دونینگ، ۲۰۰۹) و پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۹) بودند. روش نمونه‌برداری این پژوهش به صورت در دسترس و اجرای آن با توجه به شرایط کرونا آنلاین بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه معنویت: پرسشنامه معنویت در سال ۲۰۰۹ به وسیله پارسیان و دونینگ به منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن ساخته شد. پرسشنامه معنویت ۲۹ گویه دارد که به صورت خودگزارش‌دهی است و پاسخ هر گویه در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) مشخص می‌شود. این پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس «خودآگاهی»، «اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی»، «فعالیت‌های معنوی» و «نیازهای معنوی» می‌باشد که مؤلفه اول ۱۰ گویه، مؤلفه دوم ۴ گویه، مؤلفه سوم ۶ گویه و مؤلفه چهارم ۹ گویه دارد.

برای نمره‌گذاری از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم به ترتیب از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود که برای به‌دست آوردن نمره هر زیرمقیاس باید نمره‌های همه گویه‌های مربوط به زیرمقیاس مورد نظر با هم جمع شود.

همسانی درونی کلی پرسشنامه از راه محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد که به ترتیب برای زیرمقیاس خودآگاهی ۰/۹۱، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ۰/۹۱، فعالیت‌های معنوی ۰/۸۰ و نیازهای معنوی ۰/۸۹ است (امینایی و همکاران، ۱۳۹۴). پارسیان (۲۰۰۹) میزان آلفای کرونباخ کلی را ۰/۹۴ بیان کرد؛ همچنین ضریب اعتبار آن در این پژوهش براساس ضریب آلفا برای کل معنویت ۰/۹۰ و در مورد زیرمقیاس‌ها برای خودآگاهی ۰/۷۴، اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی ۰/۹۱، فعالیت‌های معنوی ۰/۷۱ و نیازهای معنوی ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه مبتنی بر خودگزارش دهی است که در مجموعه بالینی یا با هدف شناسایی کسانی به کار می‌رود که یک اختلال روانی دارند، ولی هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص معین از بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور آن تمایز میان بیماری روانی و سلامت می‌باشد و برای همه افراد جامعه طراحی شده است. در واقع این پرسشنامه در بررسی‌های زمینه‌یابی در کل جامعه و گروه‌های ویژه و در بررسی‌های مقایسه‌ای بیماری‌های روانی در یک جمعیت در زمان‌های متفاوت به کار برده می‌شود و معتبرترین ابزار غربالگری و تعیین مشکل‌های روان‌شناختی و شناسایی موارد مثبت در جمعیت عمومی است که نخستین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم شد و فرم اصلی آن ۶۰ گویه دارد؛ اما فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ گویه‌ای تهیه شده است. فرم ۲۸ گویه‌ای (۱۹۷۹)، این مزیت را دارد که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است و به‌عنوان یک ابزار سرندی می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است: زیرمقیاس اول، علائم جسمانی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها می‌باشد و نشانه‌های جسمانی را دربرمی‌گیرد. این زیرمقیاس دریافت‌های حسی-جسمانی را ارزشیابی می‌کند که بیشتر با برانگیختگی‌های هیجانی همراه هستند؛ زیرمقیاس دوم، اضطراب درباره اضطراب و بی‌خوابی است؛ زیرمقیاس سوم، کارکرد اجتماعی دامنه توانایی افراد در رویارویی با خواسته‌ها، حرف‌ها و مسائل زندگی روزمره را می‌سنجد و احساس‌های آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با چالش‌های زندگی آشکار می‌کند و چهارمین زیرمقیاس، افسردگی با افسردگی شدید و گرایش مشخص به خودکشی ارتباط دارد. پرسشنامه شامل ۲۸ گویه پنج‌گزینه‌ای است که هر یک از زیرمقیاس‌ها شامل ۷ گویه است. برای نمره‌گذاری از راست به چپ صفر، یک، دو یا سه نمره تعلق می‌گیرد. نمره‌های هر آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌ها به صورت جداگانه محاسبه می‌شود و از جمع آنها نمره کلی به‌دست می‌آید که در هر زیرمقیاس نمره بالاتر نشان سلامت روانی کمتر است؛ به این صورت که نمره‌های بین ۱۴ تا ۲۱ در هر زیرمقیاس وخامت وضع آزمودنی را در آن عامل نشان می‌دهد.

نسخه ۲۸ گویه‌ای نسبت به نسخه‌های دیگر اعتبار و حساسیت بیشتری دارد و اعتبار این آزمون برای کل مقیاس ۰/۹۳ است (بهرامی، ۱۳۸۷). گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸) اعتبار آن را ۰/۸۷ اعلام کردند که ضریب اعتبار آن در این پژوهش براساس ضریب آلفا ۰/۹۱ به دست آمد.

آزمون مهارت‌های تفکر انتقادی کالیفرنیا (فرم ب): در سال ۱۹۸۹ فاشیون با همکاری انجمن فلاسفه چند دانشگاه ایالت متحده آمریکا در مطالعه‌ای به روش دلفی براساس نظرهای ۴۶ تن از

صاحب‌نظران و پس از بررسی‌های لازم به یک مفهوم اجماعی از تفکر انتقادی و مهارت‌های آن دست یافتند. فرد با استفاده از توانایی تفکر انتقادی خواهد توانست با بررسی دقیق مشکل‌ها و مسائل مرکب و منفرد، نحوه عمل و نوع باوری را تعیین کند که باید داشته باشد و در جهت رسیدن به چنین باور و عملکردی نقش مداخله‌گرانه مهارت‌های اصلی شناختی تفکر انتقادی بسیار چشم‌گیر است. فاشیون در سال ۱۹۹۰ به منظور سنجش تفکر انتقادی بزرگسالان در دو فرم موازی (الف) و (ب) تهیه کرده است. فرم (ب) این آزمون ۳۴ گویه چند گزینه‌ای دارد که برای ارزشیابی تفکر انتقادی در سطوح پس از دبیرستان طراحی شده است. محدوده سؤال‌ها در برگزیده مواردی است که تحلیل معنایی از یک جمله تا تلفیق پیچیده‌تر مهارت‌های تفکر انتقادی را اندازه‌گیری می‌کند. در طراحی این آزمون یک زمینه عمومی دانش مفروض شده که به‌سادگی در نتیجه بلوغ طبیعی و در مدارس ابتدایی و دبیرستانی قابل دستیابی است. آزمون مهارت‌های تفکر انتقادی کالیفرنیا پنج مهارت را اندازه می‌گیرد که از تحلیل سؤال‌های این آزمون در مجموع شش نمره شامل نمره کل و پنج زیرمقیاس تحلیل و تفسیر، ارزشیابی استنباط‌ها، استخراج استنباط‌های منطقی، استدلال استقرایی و استدلال قیاسی به‌دست می‌آید که برای به دست آوردن نمره هریک از زیرمقیاس‌ها باید جمع امتیازهای گویه‌های آن زیرمقیاس و برای نمره کل آزمون جمع امتیازهای ۳۴ گویه را به‌دست آورد.

فاشیون اعتبار این آزمون را که با استفاده از فرمول کودریچاردسون - ۲۰ ارزیابی شده است، بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۰ و خلیلی و سلیمانی (۱۳۸۲) نیز اعتبار آزمون مهارت‌های تفکر انتقادی کالیفرنیا را ۰/۶۲ گزارش کرده‌اند. ضریب اعتبار آن در این پژوهش براساس ضریب گاتمن ۰/۶۵ به دست آمد.

در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی شامل محاسبه شاخص‌های آماری مرکزی و پراکندگی جهت سازمان‌دهی داده‌ها و از تحلیل رگرسیون چندمتغیری و تحلیل مسیر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل اجرای ابزارهای پژوهش بین ۲۰۵ دانشجوی ارشد به‌صورت میانگین و انحراف استاندارد و نیز کمینه، بیشینه، کجی و کشیدگی نمره‌های گروه نمونه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: خلاصه یافته‌های توصیفی سلامت روانی، تفکر انتقادی و معنویت (n=۲۰۵)

متغیرها	M	SD	Min	Max	کجی	کشیدگی
سلامت روانی	۵۰/۸۷	۱۰/۳۷۶	۳۱	۸۲	۰/۶۹۶	۰/۱۷۸
تفکر انتقادی	۱۱/۷۴	۴/۰۳۹	۲	۲۴	۰/۴۰۳	-۰/۰۷۳
خودآگاهی	۳۱/۶۲	۴/۳۸۱	۲۱	۴۰	۰/۰۴۹	-۰/۲۳۵
اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی	۱۳/۴۸	۲/۴۱۸	۴	۱۶	-۱/۱۱۴	۱/۶۷۴
فعالیت‌های معنوی	۱۷/۹۶	۲/۶۲۰	۱۱	۲۴	-۰/۰۵۱	۰/۱۹۰
نیازهای معنوی	۳۰/۴۰	۳/۴۶۲	۲۰	۳۶	-۰/۱۹۹	-۰/۵۷۶

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمره پرسشنامه سلامت روانی دانشجویان گروه نمونه برابر ۵۰/۸۷ می‌باشد که پایین‌تر از نمره متوسط ابزار است (دامنه ۲۸ تا ۱۱۲ و متوسط ۷۰). میانگین تفکر انتقادی دانشجویان گروه نمونه نیز برابر ۱۱/۷۴ می‌باشد که پایین‌تر از نمره متوسط ابزار است (دامنه صفر تا ۳۴ و متوسط ۱۷). در معنویت نیز در زیرمقیاس‌های خودآگاهی، اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی میانگین گروه نمونه به ترتیب برابر ۳۱/۶۲، ۱۳/۴۸، ۱۷/۹۶ و ۳۰/۴۰ بود. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش انحراف جدی از توزیع بهنجار ندارند. براساس بیشتر منابع، کجی توزیع نمره‌ها در دامنه (۲ و ۲-) و کشیدگی در دامنه (۳ و ۳-) را می‌توان بهنجار فرض کرد، توزیع داده‌های هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از این دامنه‌ها تخطی نکرده است؛ بنابراین می‌توان توزیع داده‌ها را بهنجار فرض کرد (هویت و کرامر، ۱۳۹۵).

به منظور بررسی رابطه سلامت روانی، تفکر انتقادی و معنویت (خودآگاهی، اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی) در دانشجویان، آزمون همبستگی گشتاوری پیرسون اجرا شد که جدول ۲ نتایج به دست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی سلامت روانی، تفکر انتقادی و معنویت

متغیرها	۱	۲	۳
۱. سلامت روانی			
۲. تفکر انتقادی	۰/۱۵۸*		
۳. خودآگاهی	۰/۵۱۰**	۰/۱۰۱	
۴. اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی	۰/۴۱۹**	۰/۲۲۴**	۰/۳۹۲**
۵. فعالیت‌های معنوی	۰/۴۹۸**	۰/۰۳۶	۰/۵۶۶**
۶. نیازهای معنوی	۰/۲۶۰**	۰/۰۶۰	۰/۵۷۸**

* $P < 0.05$ ** $P < 0.001$

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۲ نشان می‌دهد نتیجه پرسشنامه سلامت روانی با تفکر انتقادی ($r = -0.158$ و $P < 0.05$) و زیرمقیاس‌های خودآگاهی ($r = -0.510$) و اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی ($r = -0.419$ و $P < 0.001$)، فعالیت‌های معنوی ($r = -0.498$ و $P < 0.001$) و نیازهای معنوی ($r = -0.260$ و $P < 0.001$) از معنویت رابطه منفی معنادار وجود دارد؛ افزون بر آن نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین تفکر انتقادی با زیرمقیاس اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی از معنویت ($r = 0.224$ و $P < 0.001$) رابطه مثبت معنادار وجود دارد، اما تفکر انتقادی با زیرمقیاس‌های خودآگاهی ($r = -0.101$ و $P > 0.05$)، فعالیت‌های معنوی ($r = 0.036$ و $P > 0.05$) و نیازهای معنوی ($r = -0.060$ و $P > 0.05$) از معنویت رابطه معنادار وجود ندارد.

با توجه به تأیید ارتباط معنادار بین متغیرهای پژوهش (سلامت روانی، تفکر انتقادی و معنویت) با یکدیگر امکان بررسی نقش واسطه‌ای تفکر انتقادی در ارتباط معنویت با سلامت روانی دانشجویان فراهم است.

بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل مسیر: برای آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه «تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت و سلامت روانی نقش واسطه‌ای دارد» از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون از برقراری مفروضه‌های اساسی آن (حجم نمونه، بهنجاری توزیع داده‌ها، داده‌های پرت، آزمون کرویت و هم خطی چندگانه) اطمینان حاصل شد. برای حجم نمونه، بیشتر مؤلفان نمونه بالاتر از ۲۰۰ نفر را برای معادله‌های ساختاری مناسب دانسته‌اند که بر این اساس حجم نمونه (۲۰۵ نفر) شرط کفایت نمونه را برقرار می‌سازد؛ افزون بر آن شاخص

کیسر-میر-اولکین^۱ برابر $0/702$ به دست آمد که بیانگر کفایت حجم این نمونه است (ضریب $0/6$ به عنوان حداقل مقدار لازم برای تحلیل در نظر گرفته می‌شود). نتایج آزمون کرویت بارلت^۲ ($\eta^2=10099/505$ ، $df=4095$ و $P<0/001$) نیز نشان‌دهنده برقراری مفروضه همانی نبودن ماتریس همبستگی بین ماده‌ها است. هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پژوهش مفروضه دیگر آزمون تحلیل مسیر می‌باشد که با استفاده از آماره تحمل^۳ و عامل تورم واریانس^۴ بررسی و در جدول ۳ گزارش شده است.

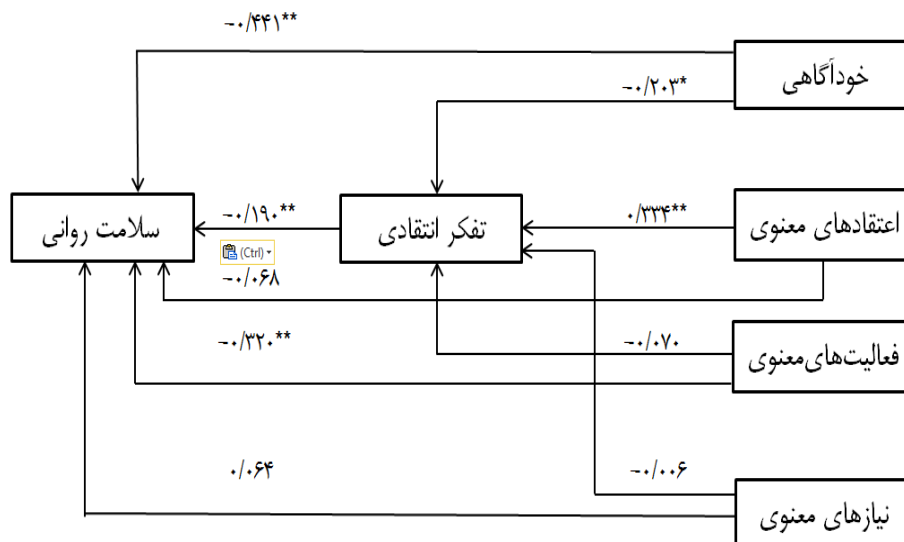
جدول ۳. نتایج بررسی هم‌خطی چندگانه متغیرهای پژوهش

شاخص‌های هم‌خطی چندگانه				
VIF		Tolerance		متغیرهای پیش‌بین
۱/۱۰۶		۰/۹۰۴		تفکر انتقادی
۱/۸۱۵		۰/۵۵۱		خودآگاهی
۱/۶۶۹		۰/۵۹۹		اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی
۱/۵۸۸		۰/۶۳۰		فعالیت‌های معنوی
۱/۵۰۳		۰/۶۶۵		نیازهای معنوی

نتایج حاصل از بررسی هم‌خطی چندگانه در جدول ۳ نشان می‌دهد که براساس آماره تحمل و عامل تورم واریانس هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه هم‌خطی چندگانه تخطی نکرده‌اند. دامنه پذیرش آماره تحمل بزرگ‌تر از $0/10$ و عامل تورم واریانس کمتر از 10 است؛ بنابراین بین متغیرهای پژوهش هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. با تأیید برقراری مفروضه‌های آزمون تحلیل مسیر امکان اجرای آزمون فراهم و نتایج آن معتبر است.

آزمون تحلیل مسیر: نتایج حاصل از اجرای آزمون تحلیل مسیر روش بیشینه درست‌نمایی^۵ جهت تعیین نقش واسطه‌ای تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت با سلامت روانی دانشجویان در نمودار ۲ با ضرایب استاندارد و معناداری ضرایب هریک از مسیرها به نمایش درآمده است.

1. Kaiser- Meyer- Olkin (KMO)
2. Bartlett's test of sphericity
3. Tolerance
4. Variance Inflation Factor (VIF)
5. maximum likelihood



نمودار ۲. نمودار مسیرهای برازش یافته با مدل استاندارد ($P < 0.05$ ** $P < 0.01$)

به منظور تعیین شاخص‌های برازش مدل، پژوهشگران نسبت خنثی دو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص برازندگی تطبیقی^۱، شاخص برازندگی^۲ و شاخص برازندگی تعدیل یافته^۳ بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۹۰، ریشه دوم واریانس خطای تقریب^۴ کمتر از ۰/۰۸ و شاخص برازندگی غیر تطبیقی^۵ بزرگ‌تر از ۰/۹۰ را از نشانه‌های برازش مناسب و از شاخص‌های مطلوب برای ارزیابی مدل می‌دانند؛ در نتیجه با توجه به شاخص‌های به دست آمده در مدل ارائه شده ($\chi^2/df = 2/885$ ، $CFI = 0/959$ ، $GFI = 0/932$ ، $AGFI = 0/962$ ، $RMSEA = 0/071$ ، $NFI = 0/937$) مدل از برازش مناسبی برخوردار است. با توجه به برازش مناسب مدل جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش براساس روش بوت استرپ^۶ ضرایب تخمین استاندارد نشده و استاندارد شده مسیرهای مدل ارائه شده در جدول ۴ آمده است.

1. Comparative Fit Index (CFI)
2. Goodness of Fit Index (GFI)
3. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
4. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
5. Non-Normed Fit Index (NFI)
6. bootstrap

جدول ۴. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل مسیر

تخمین استاندارد شده	مقدار بحرانی	خطای استاندارد	تخمین استاندارد نشده	فرضیه‌ها (مسیرها)
-۰/۲۰۳	-۲/۳۷۴*	۰/۰۸۲	-۰/۱۹۴	خودآگاهی ← تفکر انتقادی
۰/۳۳۴	۴/۱۸۷**	۰/۱۳۸	۰/۵۷۷	اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی ← تفکر انتقادی
-۰/۰۷۰	-۰/۸۶۳	۰/۱۲۹	۰/۱۱۱	فعالیت‌های معنوی ← تفکر انتقادی
۰/۰۰۶	۰/۰۸۲	۰/۰۹۵	۰/۰۰۸	نیازهای معنوی ← تفکر انتقادی
-۰/۴۴۱	-۵/۶۱۴**	۰/۱۷۳	-۰/۹۷۴	خودآگاهی ← سلامت روانی
-۰/۰۶۸	-۰/۹۰۳	۰/۳۰۱	-۰/۲۷۲	اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی ← سلامت روانی
-۰/۳۲۰	-۴/۳۵۴**	۰/۲۷۱	-۱/۱۸۱	فعالیت‌های معنوی ← سلامت روانی
۰/۰۶۴	-۰/۸۸۹	۰/۲۰۰	-۰/۱۷۸	نیازهای معنوی ← سلامت روانی
-۰/۱۹۰	-۲/۹۹۲**	۰/۱۴۷	-۰/۴۳۹	تفکر انتقادی ← سلامت روانی

* $P < 0.05$ ** $P < 0.001$

نتایج حاصل از آزمون تحلیل مسیرهای مدل ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر مستقیم خودآگاهی از معنویت ($\beta = -0.203$, $R^2 = 0.374$, $C. R = -2.374$, $P < 0.05$) به صورت منفی و اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی ($\beta = 0.334$, $R^2 = 0.187$, $C. R = 4.187$, $P < 0.001$) به صورت مثبت بر تفکر انتقادی معنادار هستند، اما اثر مستقیم فعالیت‌های معنوی ($\beta = -0.070$, $C. R = -0.863$, $P > 0.05$) و نیازهای معنوی ($\beta = 0.006$, $R^2 = 0.008$, $C. R = 0.082$, $P > 0.05$) بر تفکر انتقادی معنادار نیستند؛ افزون بر آن نتایج حاصل از آزمون تحلیل مسیرهای مدل ارائه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر مستقیم تفکر انتقادی ($\beta = -0.190$, $R^2 = 0.441$, $C. R = -5.614$, $P < 0.001$) و فعالیت‌های معنوی ($\beta = -0.320$, $R^2 = 0.354$, $C. R = -4.354$, $P < 0.001$) از معنویت به صورت منفی بر نتیجه پرسشنامه سلامت روانی معنادار هستند، اما اثر مستقیم اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی ($\beta = -0.068$, $C. R = -0.903$, $P > 0.05$) و نیازهای معنوی ($\beta = 0.064$, $R^2 = 0.189$, $C. R = 0.889$, $P > 0.05$) بر نتیجه پرسشنامه سلامت روانی معنادار نیستند.

با اطمینان از برازش مناسب مدل، ضرایب استاندارد کل مسیر، اثر مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم موجود در مدل مربوط به معنویت با سلامت روانی دانشجویان با واسطه تفکر انتقادی در جدول ۵ به نمایش درآمده است.

جدول ۵: ضرایب استاندارد کل، مستقیم و غیرمستقیم در مدل

مسیرها	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	واریانس تبیین شده
بر تفکر انتقادی از خودآگاهی	-۰/۲۰۳	-۰/۲۰۳	-	۰/۱۵۷
اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی	۰/۳۳۴	۰/۳۳۴	-	
فعالیت‌های معنوی	-۰/۰۷۰	-۰/۰۷۰	-	
نیازهای معنوی	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	-	
بر سلامت روانی از خودآگاهی	-۰/۴۰۲	۰/۴۴۱	۰/۰۳۹*	۰/۳۰۷
اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی	-۰/۱۳۱	-۰/۰۶۸	۰/۰۶۳**	
فعالیت‌های معنوی	-۰/۳۰۶	-۰/۳۲۰	۰/۰۱۳	
نیازهای معنوی	۰/۰۶۲	۰/۰۶۴	۰/۰۰۱	
تفکر انتقادی	-۰/۱۹۰	-۰/۱۹۰	-	

* $P < 0.01$ ** $P < 0.001$

بر اساس مسیرهای آزمون شده در مدل و نتایج جدول ۵ مشاهده می‌شود که اثر مستقیم خودآگاهی از معنویت ($\beta = -0.203$) به صورت منفی و اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی از معنویت ($\beta = 0.334$) به صورت مثبت بر تفکر انتقادی معنادار هستند، اما اثر مستقیم زیرمقیاس‌های فعالیت‌های معنوی ($\beta = -0.070$) و نیازهای معنوی از معنویت ($\beta = 0.006$) بر تفکر انتقادی معنادار نیستند؛ افزون بر آن اثر مستقیم تفکر انتقادی ($\beta = -0.190$) و زیرمقیاس‌های خودآگاهی ($\beta = -0.402$) و فعالیت‌های معنوی ($\beta = -0.320$) از معنویت به صورت منفی بر نتیجه پرسشنامه سلامت روانی معنادار هستند، اما اثر مستقیم زیرمقیاس‌های اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی ($\beta = -0.068$) و نیازهای معنوی ($\beta = 0.064$) از معنویت بر نتیجه پرسشنامه سلامت روانی معنادار نیستند و نیز نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم خودآگاهی ($\beta = 0.039$) و اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی ($\beta = 0.063$) با واسطه تفکر انتقادی بر سلامت روانی دانشجویان معنادار است. این یافته‌ها نشان دادند معنویت (خودآگاهی و اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی) با واسطه تفکر انتقادی بر سلامت روانی دانشجویان اثر غیرمستقیم معنادار دارند که فرضیه پژوهش «تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت با سلامت روانی نقش واسطه‌ای دارد» را تأیید می‌کنند.

افزون بر آن نتایج آزمون تحلیل مسیر در جدول ۵ بیانگر آن است که ۱۶ درصد از واریانس تفکر انتقادی دانشجویان از راه معنویت تبیین پذیر است؛ همچنین معنویت و تفکر انتقادی توانایی تبیین ۳۱ درصد از واریانس سلامت روانی دانشجویان را دارند.

یافته‌های این پژوهش در کل نشان دادند که بین معنویت (خودآگاهی، اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی) و تفکر انتقادی با نتیجه پرسشنامه سلامت روانی رابطه منفی معنادار و در نتیجه با خود سلامت روانی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل مسیر نشان داد تفکر انتقادی در ارتباط بین معنویت (خودآگاهی و اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی) با سلامت روانی دانشجویان نقش واسطه‌ای معنادار دارد که این یافته‌ها تأیید فرضیه پژوهش است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش پیش‌رو برای بررسی نقش واسطه‌ای تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت با سلامت روانی، نخست رابطه هر یک از متغیرهای معنویت و تفکر انتقادی با سلامت روانی بررسی شد که همچون پژوهش‌های گذشته معنویت و تفکر انتقادی با سلامت روانی رابطه معناداری داشت و این فرض نیز بررسی شد که تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت و سلامت روانی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند و سرانجام نتایج نشان دادند که دو زیرمقیاس خودآگاهی و اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی از معنویت با واسطه تفکر انتقادی بر سلامت روانی دانشجویان اثر غیرمستقیم معنادار دارند و مدل مفهومی فرضی پژوهش تأیید شد که نشان می‌داد تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت با سلامت روانی نقش واسطه‌ای دارد.

در تبیین این یافته نخست درباره خودآگاهی می‌توان گفت روشن است تفکر انتقادی که در واقع بازنگری در مورد خود است، بر آن مؤثر واقع شود؛ زیرا خودآگاهی همان آگاهی همه‌جانبه در مورد خود و تجربه‌های زندگی خود می‌باشد و از جمله آنها، «تجربه‌های معنوی» است که به واسطه تفکر انتقادی بازنگری و تصحیح خواهد شد؛ پس بر میزان اثرگذاری آن بر سلامت روانی مؤثر است. در مورد اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی نیز چون اهمیت این اعتقادات از دید فرد مدنظر می‌باشد که از جهت شناختی اثرگذار واقع می‌شوند و اینکه باورها هدایت‌کننده رفتارند؛ بنابراین تفکر انتقادی که در واقع بازنگری فکری و شناختی خود است، بر اصل و شدت و ضعف این اهمیت قائل شدن مؤثر خواهد بود. پس کاملاً منطقی است که تفکر انتقادی بر آن مؤثر شود و در رابطه آن با سلامت روانی نقش واسطه‌ای داشته باشد.

در واقع این یافته‌ها نشان دادند که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه «تفکر انتقادی در رابطه بین معنویت با سلامت روانی نقش واسطه‌ای دارد» تأیید می‌شود.

برخلاف دو متغیر خودآگاهی و اهمیت اعتقادهای معنوی در زندگی که اثر غیرمستقیم آنها با

واسطه تفکر انتقادی بر سلامت روانی تأیید شد، دو مفهوم فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی الزاماً در ساختار فکری و ذهنی مؤثر نیست و می‌توانند به صورت رفتارهای درونی‌شده مانند عادت و متمرکز بر نیازها و خواسته‌ها حضور داشته باشند؛ در نتیجه، این دو متغیر عمدتاً دارای نقش عملی و هیجانی هستند و به همین دلیل اثر مستقیم یا غیرمستقیم قابل توجهی بر سلامت روانی ندارند.

در کل به نظر می‌رسد این تفاوت بین زیرمقیاس‌های معنویت در رابطه با متغیر تفکر انتقادی به دلیل مفهوم معنویت مورد بررسی می‌باشد که دربرگیرنده مدل‌های گوناگون معنویت است و اگر بین انواع معنویت تفکیک صورت گیرد و معنویت‌های همراه با عقلانیت و خردورزی از غیر آنها جدا شوند؛ شاید با اطمینان بیشتر بتوان در مورد وجود یا نبود رابطه یکسان تمام زیرمقیاس‌های معنویت با تفکر انتقادی و اثرگذاری تفکر انتقادی در رابطه بین تمامی آنها با سلامت روانی نظر داد. چه بسا بتوان در مورد اصل و شدت اثرگذاری انواع معنویت بر سلامت روانی براساس میزان همراهی آنها با تفکر و به‌ویژه تفکر انتقادی به نتایج جدیدی رسید.

اما در مورد رابطه هر یک از متغیرهای معنویت و تفکر انتقادی با سلامت روانی که گفته شد کلیت آنها روابط معنادار را نشان می‌دهد؛ چنانچه با دقت بیشتر بررسی و تبیین صورت گیرد، نیازمند بررسی رابطه زیرمقیاس‌ها نیز می‌باشد که در بررسی رابطه معنویت با سلامت روانی نتایج بررسی همبستگی نشان دادند که زیرمقیاس‌های خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی از معنویت با سلامت روانی رابطه مستقیم دارند که البته نتایج تحلیل مسیر تنها بین خودآگاهی و فعالیت‌های معنوی با سلامت روانی رابطه‌ای معنادار را نشان داد. در گذشته نیز در پژوهش‌هایی رابطه بین سلامت روانی و مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت (امید، شادی و معنویت) (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۲) و همچنین رابطه بین معنویت با سلامت عمومی (حمید و دهقانی‌زاده، ۱۳۹۱) بررسی شده بود که ارتباط مستقیم بین معنویت و سلامت روانی را نشان دادند. البته پژوهش حاضر این ویژگی را داشت که رابطه هر یک از زیرمقیاس‌های معنویت با سلامت روانی را سنجید، ولی در پژوهش‌های گذشته معمولاً رابطه زیرمقیاس‌های سلامت روانی با نمره کل معنویت سنجیده شده بود.

در تبیین دلیل این رابطه بین معنویت با سلامت روانی می‌توان از دید یونگ به موضوع نگاه کرد که بسیاری او را ادغام‌کننده روان‌شناسی با معنویت می‌دانند؛ در واقع او هم مانند فروید به ناهشیار معتقد می‌باشد، اما تفاوت او در این است که او در کنار ناهشیاری فرد می‌گوید افراد به جهانی از معرفت دسترسی دارند که همان ناهشیار جمعی است و ناهشیار جمعی حاصل کهن الگوها

هستند، بنابراین هسته‌های معرفت در هر شخصی وجود دارد (شولتز و شولتز، ۱۳۸۹/۲۰۰۵) و معنویت را برای من به‌عنوان انرژی انگیزشی در نظر گرفت (جانسون، ۱۳۹۶). او گرایش‌های معنوی را اصیل می‌داند و می‌گوید این گرایش‌ها درون هر انسانی نهفته و انسان همیشه به معنویت نیازمند است و انسان بدین روش به ناهشیار خود آگاه می‌شود و براساس این روی آورد، راه‌حل برخی مشکلات روانی آگاهی به ناهشیار است که می‌توان گفت فرد از راه معنویت می‌تواند به سلامت روانی برسد (یونگ، ۱۳۹۰).

همچنین نتایج نشان دادند تفکر انتقادی با سلامت روانی رابطه مستقیم دارد و نتایج تحلیل مسیر نیز همین نتیجه را در پی داشت که در گذشته نیز در پژوهشی رابطه بین سلامت روانی و تفکر انتقادی بررسی شده بود که نشان داد بین تفکر انتقادی و سلامت روانی رابطه مستقیم وجود دارد (معروفی و همکاران، ۱۳۹۱).

در تبیین دلیل ارتباط بین تفکر انتقادی و سلامت روانی این نکته مهم است که تفکر انتقادی به‌عنوان یکی از مهارت‌های دهگانه زندگی است که در واقع تفکر انتقادی، تفکر کردن درباره روند تفکر به شیوه‌ای نظام‌یافته است؛ به این صورت که باید معقول و منطقی بررسی‌ها صورت گیرد و در نظرها و عقاید بازنگری شود (پاول، ۲۰۰۵) که نتیجه آن از تعصب بی‌دلیل فاصله گرفتن است و به همین دلیل این مهارت در عصر دانش به‌عنوان مهارت اساسی زندگی تشخیص داده می‌شود و افرادی که از توانایی تفکر انتقادی برخوردارند، شانس بیشتری برای موفقیت و هماهنگی در عرصه اجتماعی دارند و در نتیجه آرامش درونی بیشتری دارند (شارما و ساین، ۲۰۱۱؛ مرین، هالپرن، ۲۰۱۱) که این آرامش درونی، سلامت روانی فرد را نیز در پی دارد.

در پایان گفتنی است از محدودیت‌های پژوهش حاضر، جامعه آماری آن است که در مورد دانشجویان دوره کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تهران جنوب انجام گرفت و نتایج آن را نباید به گروه‌ها و افراد دیگر جامعه تعمیم داد و نیز چون در بازه محدود یک ترم صورت گرفته است، امکان بررسی تغییرات متغیرها در طول زمان نبود؛ همچنین از آنجا که این پژوهش در زمانی انجام شد که بیماری کرونا در سطح کشور و جهان وجود داشت، این بیماری سبب تعطیلی مراکز عمومی در برخی از زمان‌ها شد که با توجه به این شرایط دسترسی حضوری به افراد تقریباً غیرممکن بود و پژوهش به صورت غیرحضوری و اینترنتی برگزار شد و باید این مورد را در نظر گرفت که فرایند پژوهش و نحوه اجرای آن می‌تواند تا حدی بر نتیجه مؤثر باشد.

پیشنهاد می‌شود این پژوهش با جامعه آماری بزرگ‌تر و متنوع‌تر انجام گیرد تا نتایج قابل تعمیم باشد و از نگاهی دیگر می‌توان گفت پژوهش طولی یا پژوهش در مقاطع پیش و پس از آموزش

مهارت‌های تفکر انتقادی صورت گیرد تا امکان بررسی مقدار تغییر این مهارت‌ها با توجه به سن یا تحصیلات و ارتباط آنها با متغیرهای سلامت روانی و معنویت و زیرمقیاس‌های آنها میسر و بررسی شود که با تغییر مهارت‌های تفکر انتقادی که می‌تواند ناشی از زمان یا آموزش باشد، متغیرهای دیگر چه مقدار تغییر می‌کند و خود این متغیرها می‌توانند تحت تأثیر چه عوامل دیگری باشند؛ همچنین پژوهش‌های مشابهی در شرایط پس از کرونا به صورت حضوری انجام پذیرد تا در نبود محدودیت‌ها نتایج آنها با نتایج فعلی مقایسه گردد و مقدار تأثیرپذیری نتایج از این شرایط بررسی و در صورت وجود رفع شود.

منابع

۱. ابراهیمی، ا. ا.؛ س. اعرابی و م. م. خالویی (۱۳۹۲)، «مقایسه سلامت روان و مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت (امید و شادی و معنویت) در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برحسب سال‌های مختلف تحصیلی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی آنان»، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، س ۳۱، ش ۲۶۱، ص ۱۸۸۵-۱۸۹۶.
۲. اژدری‌فر، پ. س.؛ ق. قاضی و ر. ا. نورانی‌پور (۱۳۸۹)، «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان»، فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، س ۲، ش ۱۸، ص ۱۰۵-۱۲۸.
۳. امین خندقی، م. و ح. پاک‌مهر (۱۳۹۰)، «ارتباط بین سلامت روان و تفکر انتقادی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد»، اصول بهداشت روانی، س ۱۳، ش ۲، ص ۱۱۴-۱۲۳.
۴. امینایی، م.؛ م. اصغری ابراهیم‌آباد، م. آزادی و ر. سلطانی‌شال (۱۳۹۴)، «بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگ»، ماهنامه اصول بهداشت روانی، س ۱۷، ش ۳، ص ۱۲۹-۱۳۴.
۵. امینی، ن.؛ ع. ا. نیایش و م. ع. رحمانی (۱۳۹۴)، «بررسی اثربخشی آموزش حل مسئله و تفکر انتقادی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر و پسر راهنمایی شهرستان‌های مهر و لامرد»، اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی، شیراز.
۶. ایران‌دوست، م. ح (۱۳۹۷)، «چیستی معنویت و سیر معناپذیری آن در غرب»، فلسفه دین، س ۱۵، ش ۲، ص ۵۲۷-۵۴۸.
۷. بهامین، ق.؛ ف. داروی‌فرد و ی. ز. صادقی‌فرد (۱۳۹۷)، «نقش واسطه‌ای معنویت در سلامت روان و گرایش به مصرف مواد مخدر»، پژوهش در دین و سلامت، دوره ۴، ش ۴، ص ۶۹-۷۹.
۸. بهرامی دشتکی، ه. (۱۳۸۷)، «معنا و معنویت از دیدگاه روان‌شناسان»، فصلنامه راه تربیت، س ۵، ش ۱۰، ص ۱۴۵-۱۶۰.
۹. جانسون، ر (۱۳۹۶)، معنویت در مشاوره و روان‌درمانی: رویکردی آمیخته برای توانمندسازی مراجعان، ترجمه س. مطهری، تهران: آوای نور.
۱۰. جلالی، ق. (۱۳۸۶)، «تأثیر معناسازی در کار بر شادی و فرسودگی شغلی کارمندان دانشگاه اصفهان»، کارشناسی ارشد، مدیریت آموزشی، دانشگاه اصفهان.

۱۱. جوادی آملی، ع (۱۳۸۳)، ادب فنای مقربان، قم: مرکز نشر اسراء.
۱۲. جوادی پور، م؛ گ. نیرومند و ف. کردستانی (آبان ۱۳۹۲)، «بررسی ارتباط بین سلامت روان و تفکر انتقادی دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز»، مجله واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۸، ش ۳، ص ۱۳۵-۱۴۴.
۱۳. حمید، ن. و ز. دهقانی‌زاده (۱۳۹۱)، «رابطه بین معنویت، تعهد سازمانی و سلامت عمومی با عملکرد شغلی در پرستاران بالینی»، فصلنامه مدیریت پرستاری، س ۱، ش ۲، ص ۲۰-۲۸.
۱۴. خلیلی، ح. و م. سلیمانی (۱۳۸۲)، «تعیین اعتماد، اعتبار و هنجار نمرات آزمون مهارت‌های تفکر انتقادی کالیفرنیا فرم (ب)»، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ویژه‌نامه مقالات آموزش پزشکی (۲)، ص ۸۴-۹۰.
۱۵. سفیری، خ؛ م. میرسندهی و ف. عموعبداللهی (۱۳۹۵)، «بررسی رابطه تفکر انتقادی و ابعاد اصلی دینداری در بین دانشجویان کارشناسی ارشد»، مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، دوره ۵، ش ۳، ص ۴۵۷-۴۸۴.
۱۶. سیف، ع. ا. (۱۳۹۹)، روان‌شناسی پرورشی نوین، تهران: انتشارات دوران.
۱۷. شاکر نژاد، ا. (۱۳۹۹)، «تحلیل نشانه‌های گفتمانی معنویت‌گرایی جدید و بررسی تأثیرات احتمالی آن بر سبک زندگی دینی»، فصلنامه قیسات، س ۲۵، ش ۹۵، ص ۶۱-۸۶.
۱۸. شولتز، د. پ. و س. آ. شولتز (۱۳۸۹)، نظریه شخصیت، ترجمه سیدمحمدی، تهران: نشر ویرایش.
۱۹. شهیدی، ش. و س. فرج‌نیا (۱۳۹۱)، «ساخت و اعتباریابی پرسشنامه «سنجش نگرش معنوی»، روان‌شناسی و دین، س ۵، ش ۳، ص ۹۷-۱۱۶.
۲۰. طباطبایی، م. ح (۱۳۸۵)، معنویت تشیع، قم: انتشارات تشیع.
۲۱. فتحی، ا. ا. و ا. امرانی (۱۳۹۵)، «نقش و کارکرد دین و معنویت در سلامت روانی»، بصیرت و تربیت اسلامی، دوره ۱۳، ش ۳۷، ص ۴۵-۶۶.
۲۲. فرمهینی فراهانی، م. و ف. پیداد، (۱۳۹۵)، مهارت‌های زندگی (ده مهارت کلیدی زندگی)، تهران: شباهنگ.
۲۳. کریمی، ع. ا. (۱۳۸۸)، عشق‌درمانی، روان‌درمانی عارفانه (براساس قصه شاه و کنیزک)، تهران: نشر دانژه.
۲۴. مبینی، م (۱۳۸۸)، «اهمیت و جایگاه معنویت در زندگی خانوادگی/تأثیر معنویت بر خانواده»، مجله طوبی، ش ۳۸، ص ۴۱-۵۲.

۲۵. محرم‌زاده، س (۱۳۹۶)، «تأثیر مذهب و معنویت بر سلامت روان جامعه ایرانی»، اولین دوره کنفرانس بین‌المللی فرهنگ آسیب‌شناسی روانی و تربیت.
۲۶. مطهری، م (۱۳۹۵)، مجموعه آثار، تهران: انتشارات صدرا.
۲۷. مظاهری‌سیف، ح. ر (۱۳۸۹)، جریان‌شناسی انتقادی عرفان‌های نوظهور، تهران: پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی.
۲۸. معروفی، ی؛ م. ر. یوسف‌زاده و ف. بخشکار (۱۳۹۱)، «رابطه بین مهارت‌های تفکر انتقادی و سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دوره پیش‌دانشگاهی شهر همدان»، مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا، س ۱۹، ش ۱، ص ۵۳-۶۱.
۲۹. ملکشاهی، ف؛ ع. ر. بیات و ع. محرابی (۱۳۹۶)، «بررسی رابطه عقلانیت و دینداری»، اولین همایش ملی علوم اجتماعی، علوم تربیتی، روان‌شناسی و امنیت اجتماعی.
۳۰. میرزاحمدی، م. ح؛ م. فرمehینی فراهانی و س. اسفندیاری (۱۳۹۰)، «بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی»، نشریه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی، ش ۲ (پیاپی ۴۷)، ص ۲۰-۴۵.
۳۱. میرمهدی، س. ر؛ م. صفاری‌نیا و ا. شریفی (۱۳۹۳)، معنویت درمانی و رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر، تهران: آوای نور.
۳۲. وست، و. (۱۳۹۷)، روان‌درمانی و معنویت، ترجمه ش. شهیدی و س. شیرافکن، تهران: رشد.
۳۳. هویت، د. و د. کرامر (۱۳۹۵)، روش‌های آماری در روان‌شناسی و سایر علوم رفتاری، ترجمه ح. پ. شریفی، ج. نجفی‌زند، م. میرهاشمی، د. معنوی‌پور و ن. شریفی، تهران: سخن.
۳۴. یونگ، ک. گ (۱۳۹۰)، روان‌شناسی و دین، ترجمه ف. رحمانی، تهران: علمی و فرهنگی.
35. Coppola, I., Rania, N., Parisi, R. & Lagomarsino, F. (2021), Spiritual Well-Being and Mental Health During the COVID-19 Pandemic in Italy, *Front, Psychiatry*.
36. Cosgrove, L. (2005), When labels mask oppression: implication for teaching psychiatric taxonomy to mental Health Coeounselors, *Journal of mental health counseliug*, 27, 4: 283-296.
37. Dewey, J. (1982), How we think. Mass, *heath originally published*.
38. Facione, P. A. & Facione, N. (2008), Critical thinking and critical Judgment, *Optometric Education*. 3(33).

39. Edens, K. & Shields, C. (2014), A Vygotskian approach to promote and formatively assess academic concept learning, *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 40(7): 928-942.
40. Focione, P. A. (1990), *The Delphi Report*, American philosophical Association.
41. Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979), A scaled version of the General Health Questionnaire, *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145.
42. Goldberg, D. P. & Williams, P. (1988), A user's guide to the General Health Questionnaire, U.K.: NFER–NELSON.
43. Jones, T. (2017), Playing Detective to Enhance Critical Thinking, *Teaching and Learning in Nursing*, 12(1), 73–76.
44. Kao, L. E., Peteet J. R. & Cook, C. C. H. (2020), Spirituality and mental health, *Journal for the Study of Spirituality*, Volume 10, p.42–54.
45. Kline, R. B. (2010), Principles and practice of structural equation modeling.
46. Kuhn, D. (2019), Critical Thinking as Discourse, *Human Development*, Vol. 62 , No.3:146–164.
47. Marin, L. & Halpern, D. F. (2011), Pedagogy for developing critical thinking in adolescents: Explicit instruction produces greatest gain, *Thinking Skill and Creativity* 6: 1–13.
48. Martínez , R. (2022), Religion, spirituality and mental health: the role of guilt and shame, *Journal of Spirituality in Mental Health*.
49. McPeck, J. E. (2016), *Critical thinking and education*, Routledge.
50. Mental Health, Annual report of WHO (2022), Mental health: strengthening our response.
51. Oman, D. & Lukoff, D. (2018), Why Religion and Spirituality Matter for Public Health, p.225–243.
52. Parsian N. (2009), Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Global journal of health science; 1*(1): 2.
53. Phan, H. P. (2010), Critical thinking as a self–regulatory process component in teaching and learning. *Psicothema*, 22(2): 84–92.
54. Popil, I. (2011), Promotion of critical thinking by using case studies as teaching method, *Nurse Education Today*, 31(2), 204–207.
55. Poul, R. (2005), The state of Critical Thinking Today, *New Direction for community colleges*. No. 130.

56. Rippentrop, E. A., Altmaier, E. M. Chen, J. J., Found, E. M., Keffala, V. J. (2005), The relationship between Religion/spirituality and physical Helth, mental Helth & pain in chronic pain population, *Pain, 116*: 311–321.
57. Sanyal, P., Wagani, R. & Meena, S. (2020), Does spiritual intervention contribute in Mental Health & Well-being?: a critical review. 3D: IBA J Manage Leadersh, 11, 43–58.
58. Suliman, W. & Halabi, J. (2007), Critical thinking, self steem & state anxiefy of nursing students, *Nurse education, 27*(2): 162–168.
59. Thune-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R. & Newman, S. P. (2006), Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine, 63*(1): 151–64.
60. Walker, S. E. (2003), Active learning strategies to promote critical thinking, *Journal of Athletic Training, 38* (3): 263–267.
61. Williams, A. (2010), Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada, *Social Science & Medicine, 20*, 160–163.
62. Zhang, H., Hook, J. N., Hodge, A. S., Van Tongeren, D. R., Davis, D. E. & Jin, L. (2022), Nonreligious spirituality, mental health and well-being, Spirituality in Clinical Practice, 9(1), 60–71.