

تأثیر آموزش سبک زندگی بر بهزیستی معنوی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تهران

نورالهدی یوسفندی

واحد آموزش دانشگاه فنی و حرفه‌ای پسران بندرعباس (شهید کرانی)

چکیده

سبک زندگی به مجموعه رفتارها و عادت‌هایی گفته می‌شود که در فرد و جامعه بهینه شده و باعث بهزیستی می‌شود. اما اینکه آموزش سبک زندگی چگونه بر بهزیستی معنوی اثرگذار است ما را به انجام این مقاله واداشت. بهزیستی معنوی دانشجویان، یکی از موضوعات مورد علاقه‌ی حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت‌گرا با توجه به حساسیت این قشر در جامعه است. روش این مقاله به شیوه میدانی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش انجام شده است. در این مقاله ما ۴۰ نفر از دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه تربیت مدرس تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ را در نظر گرفتیم که ۲۰ نفر آنان گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل بودند که به صورت تصادفی تقسیم شدند. جهت بررسی تأثیر آموزش دوره سبک زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و معنوی دانشجویان از آزمون t وابسته استفاده شد. نتایج این بررسی نشان داد، آموزش سبک زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و معنوی تأثیر داشته است و بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین نمرات در دانشجویان گروه آزمایش بالاتر بود. جهت بررسی تأثیر سبک زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از آموزش سبک زندگی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد آموزش در ارتقاء نمرات بهزیستی معنوی مؤثر است ($p < 0.05$).

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی معنوی، سبک زندگی، دانشگاه تربیت مدرس.

مقدمه

یکی از نعمت‌هایی که همه ما به خاطرش خدا را شکر می‌کنیم، سلامتی است... اما سالم بودن فقط به این معنی نیست که بیمار و ناتوان نباشیم، یک فرد سالم کسی است که علاوه بر سلامت جسم در زندگی احساس شادکامی و بهزیستی هم داشته باشد. شاید برای خیلی از ما قسمت اول این تعریف یعنی اینکه بیمار نباشیم اهمیت بیشتری داشته باشد، اما باید بدانیم پژوهش‌ها نشان داده‌اند کسانی که سطح بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند، کمتر بیمار می‌شوند و یا اگر بیمار شود سریع‌تر بهبود می‌یابند و از همه مهم‌تر اینکه بیشتر عمر می‌کنند (Moore, S., Satel, J., & Pontes, H. M. (۲۰۲۲)).

اصطلاح کیفیت زندگی مفهومی قابل بررسی در سطوح گوناگون فردی و اجتماعی است. مولفان بسیاری درباره کیفیت زندگی و تعریف آن نظر داده‌اند، اما کمتر برای رسیدن به تعریفی واحد کوشیده‌اند. صاحب‌نظران در مورد برخی از زمینه‌ها در باب کیفیت زندگی به توافقاتی رسیده‌اند، کیفیت زندگی دارای چهار جزء است: وضعیت جسمانی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی، ظرفیت عملکردی و محیط اجتماعی. اهمیت این موضوع در اینجاست که چون انسان‌ها موجوداتی چند بعدی هستند که نادیده گرفتن هر یک از این ابعاد، بخشی حیاتی از انسانیت انسان‌ها را حذف می‌کند. کارسون ابعاد جسمی، روان شناختی، اجتماعی و روحی را برای انسان‌ها عنوان می‌نماید (کارسون ۲۰۰۱).

همچنین لمر^۱ می‌گوید: در سال‌های اخیر، معنویت به عنوان بعد انسانی فرد و با درک نقشی که در بهبودی دارد، توجه فزاینده‌ای را بدست آورده است (لمر ۲۰۰۲). با توجه به فرآیندهای جهانی شدن، گسترش ارتباطات رسانه‌ای و کم شدن فاصله مرکز و پیرامون در ابعاد اطلاعاتی، همواره تغییر و تنوع در سبک زندگی اقشار مختلف به وجود آمده است. بر خلاف جوامع سنتی، در جامعه معاصر به واسطه اهمیت سبک زندگی و مسئولیت شخصی قدرت انتخاب بیشتر شده است و سبک زندگی باز نمودی از جست و جوی هویت و انتخاب فردی است. مطالعات سبک زندگی از این جهت اهمیت دارد که شیوه‌های ارتباط و پیوند اجتماعی حاصل از فرآیندهای فرهنگی و اقتصادی مدرن را آشکار می‌سازد. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، الگوهای رفتاری مرتباً در واکنش با تغییرات محیطی و اجتماعی خود را سازگار می‌کنند و همچنین برای ارتقاء سلامتی و توانمند کردن مردم جهت تغییر رفتار و سبک زندگی شان نه تنها باید به افراد تمرکز کرد، بلکه باید شرایط اجتماعی را نیز در نظر گرفت. در واقع آموزش سبک زندگی مفید در این پژوهش می‌خواهد دانشجویان را به سوی سلامت معنوی و اجتماعی و رضایت از زندگی یاری نماید. با توجه به مطالب ذکر شده موضوع مورد مطالعه دارای اهمیت و ضرورت تحقیق می‌باشد. به طور کلی می‌توان گفت افرادی که سطح بهزیستی روان‌شناختی بالایی دارند، با دیگران بهتر ارتباط برقرار می‌کنند، آدم‌های مفیدتری هستند و در کارهای گروهی نیز بهتر مشارکت می‌کنند (Sequeiros et al. 2022).

جایگاه روح و روان آدمی همین جسم مادی اوست. سلامتی جسم، سلامتی روح را به دنبال دارد و آرامش روح و روان نیز موجب سلامت جسم است. معروف است که می‌گویند: «عقل سالم در بدن سالم است». سلامت جسم با رفع نیازهای مادی تأمین می‌شود و نیازهای مادی امروزه تعریف مشخص و جدول‌های معین دارد و کالری مورد نیاز بدن از طریق پروتئین، چربی، مواد معدنی و... حاصل می‌شود. اگر این نیاز رفع نشود حتی در آموزش ما نیز اثر خود را باقی می‌گذارد.^۲

۱ carson

۲ lemmer

توسعه اقتصادی در کشورهای جهان سوم، مایکل تودارو، انتشارات سازمان برنامه و بودجه^۳

از مراجعه روزافزون مبتلایان به بیماریهای روحی و روانی و عدم نتیجه گیری تعداد قابل توجهی از آنها این نکته فهمیده می‌شود که گویا طبیبان، ریشه‌ها را رها کرده و به درمان پرداخته‌اند. چگونه می‌توان تصور نمود. در جامعه‌ای که امنیت وجود ندارد و جسم، بیمار است و هنوز نیازهای اولیه و فیزیولوژیک انسان برآورده نشده به درمان روح انسان پردازند. اضطرابها، نگرانی از آینده و فشارهای عصبی معمولاً در جوامعی وجود دارد که از ویژگیهای یک جامعه سالم برخوردار نیستند و بالعکس در جامعه‌ای که افراد آن از درآمد قابل قبول، امنیت و سلامتی برخوردارند، زندگی، جلوه‌ای آرام و روحبخش دارد.^۴

اهداف تحقیق

هدف کلی:

- تعیین میزان تأثیر آموزش سبک زندگی بر بهزیستی معنوی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تهران.

هدف کاربردی:

- تعیین نیازهای دانشجویان در بسته آموزشی سبک زندگی مفید و ارائه آن به امور فرهنگی دانشگاه‌ها جهت آموزش به دانشجویان برای ارتقاء سبک زندگی آنان و بهزیستی معنوی آنان.

- ارائه گزارش تأثیر آموزش سبک زندگی مفید بر بهزیستی معنوی دانشجویان به دانشگاهها.

سوالات و فرضیه‌های تحقیق

سوالات:

- ۱- آیا آموزش سبک زندگی بر بهزیستی مذهبی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تهران مؤثر است؟
- ۲- آیا آموزش سبک زندگی بر بهزیستی وجودی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تهران مؤثر است؟

فرضیه‌ها:

آموزش سبک زندگی بر بهزیستی مذهبی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تهران مؤثر است.
آموزش سبک زندگی بر بهزیستی وجودی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تهران مؤثر است.

تعریف واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی (مفهومی و عملیاتی)

مفهومی

سبک زندگی:

سازمان بهداشت جهانی^۵ سبک زندگی را الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می‌داند که از تعامل بین ویژگی‌های شخص، بر همکنش روابط اجتماعی و موقعیت‌های محیطی و اجتماعی - اقتصادی حاصل می‌شود (کر ۲۰۰۶). شیوه‌ای نسبتاً ثابت است که فرد اهداف خود را به آن طریق دنبال می‌کند. سبک زندگی، بعد عینی و کمیته پذیر شخصیت افراد است. به همین دلیل، نظریه سبک زندگی آدلر، نظریه شخصیت او نیز محسوب می‌شود. آدلر معتقد بود افرادی که سبک

این مضمون، در روایتی از امام صادق(ع) رسیده است. نگاه کنید به: اُمالی الصدوق، ص ۳۶۷، ح ۴۵۸

۵-world Health Organization(WHO)

۶-kerr

زندگی مفید دارند، عالیترین شکل انسانیت را در فرایند تکامل نشان می دهند (هیل^۷ ۱۳۸۲). مفهومی گسترده است که تعیین یک چارچوب دقیق برای آن تقریباً دشوار است. کارشناسان حوزه های مختلف علوم انسانی، لایف استایل را مجموعه رفتارها و فعالیت های یک فرد می دانند که در طول عمر و به صورت روزانه، انجام می دهد. البته الگوی خاصی در انجام این رفتارها وجود دارد که متأثر از افکار، باورها، ارزش ها، محیط زندگی و تربیت فرد است (Obidovna, D. Z., & Sulaymonovich, D. S. (2022)).

کارکردهای محوری سبک زندگی:

در این خصوص سه مطلب فهم زندگی، امکان پیش بینی و امکان کنترل قابل بحث است:

الف) فهم زندگی؛ سبک زندگی کمک می کند که زندگی را بفهمیم. ما در باب مخلوقات فکر و با آنها تعامل می کنیم و درباره آنها فرضیه می سازیم. سبک زندگی به ما احساس می دهد، نه فقط راجع به چستی خودمان، بلکه راجع به چستی زندگی و دیگر افرادی که اطراف ما هستند. این سبک زندگی ماست که نحوه ارتباط برقرار کردن ما با دیگران، خودمان، طبیعت، و همه هستی را تعیین و معنی دار می کند. ما اگر سبک زندگی خاص خودمان را نداشته باشیم، امکان درک و تفسیر و ارتباط با اطرافمان را نخواهیم داشت.

ب) امکان پیش بینی؛ سبک زندگی به ما امکان پیش بینی می دهد. بدون سبک زندگی ما مجبوریم لحظه به لحظه مطالب را باز آموزی کنیم، شکست ها و خطاهای گذشته را دوباره تجربه کنیم. اما با داشتن یک نقشه و طرح می توانیم آن را برای آینده بازسازی کنیم و آماده نمائیم. این نقشه همواره به طور خودآگاه یا ناخودآگاه، پیش روی ما گسترده است. سبک زندگی در عمق وجود ما حضور دارد، این گونه نیست که آن را فراموش کنیم، یا در مواقع هیجان های شدید آن را از دست بدهیم. بنابراین این نقشه همواره امکان پیش بینی خودمان را به ما می دهد. برای مثال نگرش من به زندگی، امکان این پیش بینی را به ما می دهد که اگر به جنگ ناخواسته ای گرفتار شدیم، من چگونه رفتار خواهم کرد.

ج) امکان کنترل؛ سبک زندگی به ما امکان کنترل می دهد. اگر چه از دیدگاه وجودی هیچ کس نمی تواند زندگی را کنترل کند، اما در سطح کارکرد گرای، تا حدی می توانیم کنترل هایی داشته باشیم. می توانیم به آنچه می خواهیم برسیم، از آنچه که ممکن است برای ما اتفاق بیفتد، جلوگیری کنیم. موقعیتی را فراهم سازیم که به مسیر مورد نظر خودمان برسیم. هر قدر ما خودمان و اطرافمان را بیشتر بشناسیم و بیشتر بتوانیم آنها را پیش بینی کنیم، امکان کنترلمان در مورد آینده بیشتر خواهد شد. به سخن ساده تر، اگر چه حوادث بیرون از ما و حتی حوادث درون ما، در حد بسیار بالایی خارج از اختیار ما هستند، ولی باز هم تفاوت بسیار است میان زمانی که ما نقشه شناختی از خودمان داریم، با زمانی که نداریم و به همین ترتیب، هر قدر سبک زندگی دیگران را نیز بشناسیم، امکان کنترل ما بر غیر خودمان بیشتر خواهد شد (کاویانی ۱۳۹۲، ۶۶).

بهبودی معنوی:

به افراد احساس بودن را با کیفیت های نظیر فطرت، ظرفیت برای دانستن درونی و منبع تقویتی، تجربه ذهنی مقدس، تعالی فرد به سوی ظرفیت عشق و دانش بزرگ تر، یکی شدن با سایه کلی همه زندگی یافتن معنایی برای موجودیت انسان که محور هر موجودی است، القا می کند. بهبودی معنوی یک موضوع انتزاعی شامل ابعادی نظیر رضایت زندگی و رضایت وجودی است

و به ارزیابی شخص از کیفیت زندگی مربوط می‌شود. معنویت مجموعه‌ای از ارزش‌ها، نگرش‌ها و امیدهایی دانسته شده است که با هستی برتر ارتباط می‌یابد و زندگی انسان را حمایت می‌کند و به ویژه با تجاربی از زندگی مرتبط است که انسان را به آستانه عدم قطعیت می‌آورند (هاوکس^۸، ۲۰۰۳).

معنویت بعدی از انسان تعریف شده است که به افراد احساس بودن را با کیفیت‌هایی نظیر فطرت، ظرفیت برای دانستن درونی و منبع تقویتی، تجربه ذهنی مقدس، تعالی فرد به سوی ظرفیت عشق و دانش بزرگ‌تر، یکی شدن با سایه کلی همه زندگی و یافتن معنایی برای موجودیت انسان که محور هر موجودی است، به انسان القا می‌کند. همچنین معنویت، مجموعه‌ای از ارزش‌ها، نگرش‌ها و امیدهایی دانسته شده است که با هستی برتر ارتباط می‌یابد و زندگی انسان را حمایت می‌کند و به ویژه با تجاربی از زندگی مرتبط است که انسان را به آستانه عدم قطعیت می‌آورند (کاوندیش^۹ و دیگران^{۱۰}، ۲۰۰۳).

در مورد اقتصاد توسعه تعاریف گوناگون و راهکارهای مختلفی ارائه شده است. بعضی از روشهای رسیدن به توسعه یافتگی عبارت‌اند از: صنعتی شدن صادرات کشاورزی، جایگزینی واردات، سرمایه‌گذاری خارجی و صادرات کالاهای داخلی؛ اما وجه مشترک همه این روشها «رفاه اقتصادی» است. از طرفی تمام این عوامل، مادی هستند و نقشی برای امور معنوی در رفاه شخصی و اجتماعی دیده نشده است. در آیات و روایات ما واژه «برکت» واسطه‌ای است بین امور معنوی و رفاه؛ یعنی از طریق معنویات، برکت، حاصل شده، رفاه آفرین می‌شود.

عملیاتی

سبک زندگی:

بسته آموزشی که دارای محتوایی شامل مباحث: مدیریت استرس، ابراز وجود، شاد زیستن، اعتدال رفتاری، کنترل خشم، مواجهه با افراد دشوار، تفکر انتقادی، ارتباط مؤثر، تغذیه و پوشش، مدیریت زمان و کسب و کار بوده و طی ده جلسه دو ساعته آموزش داده شد.

بهزیستی معنوی:

نمره‌ای که آزمودنیها از پاسخ به آزمون بهزیستی معنوی الیسون و پالوتزین کسب می‌نمایند که میزان نمره ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد.

پیشینه‌ی پژوهش

بونت و دیگران (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان «ارتباط افسردگی و اضطراب با سبک زندگی ناسالم در بیماران در معرض خطر اختلالات قلبی-عروقی» به این نتیجه رسیدند که اضطراب و افسردگی که نقش نگرش‌های ناکارآمد در ایجاد آنها زیاد است به طور معناداری با نداشتن فعالیت جسمانی، مصرف دخانیات و به طور کلی با سبک زندگی ناسالم آزمودنی‌ها مرتبط بود (بونت و دیگران ۲۰۰۵).

^۸ hawk

^۹ cavendish

^{۱۰} bonnet

وی ال‌در سال ۲۰۰۶ تحقیقی با عنوان «سبک‌های زندگی و رسانه‌های جدید: انطباق و استفاده از تکنولوژی‌های ارتباطی بی‌سیم در چین» به دنبال بررسی ارتباط بین سبک زندگی مصرف‌کنندگان حومه شهری چین و انطباق و استفاده از پیجرو تلفن‌های همراه انجام داد. یافته‌ها نشان می‌دهند که پاسخ‌گویان تمایل به شناسایی پیجرو تلفن همراه به عنوان ملاک غربی شدن و سبک زندگی اجتماعی فعال دارند (وی ۲۰۰۶).

یافته‌های پژوهشی که بررسی رابطه‌ی سبک زندگی و بهزیستی ذهنی در بین دانشجویان سیاه‌پوست آمریکایی پرداخته بود نشان داده است که مشکلات مالی یکی از پیش‌بینی‌های مهم در بروز نشانه‌های افسردگی است (دیزوکتو^۱ و دیگران ۲۰۰۷).

رحمت و همکاران (۲۰۲۲) مقاله‌ای با عنوان "عوامل مؤثر بر بهزیستی معنوی: مروری نظام‌مند" چاپ کردند. بهزیستی در اصل فقط رفاه مادی یا جسمی نیست، بلکه این است که چگونه هر فردی فرصتی برای توسعه پتانسیل کامل خود از جمله معنویت به دست می‌آورد. هدف این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر سلامت معنوی است. روش مورد استفاده در این تحقیق مروری سیستماتیک است. یافته‌های این پژوهش عوامل مؤثر بر بهزیستی معنوی شامل: سلامت روان، مقابله معنوی، رضایت از زندگی، امید، عواطف اولیه، ذهن آگاهی، شفقت به خود، حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، سازگاری با بیماری‌های مزمن، اختلالات روانی است. بهزیستی روانی و تاب‌آوری روانی.

رونگتام (۲۰۲۳) تحقیقی با عنوان "عوامل طراحی زیست محیطی برای رفاه سالمندان در محیط‌های معنوی تایلندی" انجام داده است. این مطالعه به بررسی طراحی محیط فیزیکی در یک اقامتگاه می‌پردازد که برای زندگی راحت و ایمن سالمندان مناسب است. دستورالعمل‌ها و دانش‌های مختلفی در دسترس است، با این حال کمبود دانشی وجود دارد که بر طراحی که منجر به شادی ذهنی می‌شود تمرکز کند. این پژوهش به بررسی و تحلیل عوامل معنوی مؤثر بر محیط زندگی سالمندان تایلندی می‌پردازد. سپس این مطالعه دستورالعملی را برای طراحی محیط‌های زندگی معنوی برای سالمندان تایلندی پیشنهاد می‌کند. جمعیت و گروه‌های هدف افراد مسن در استان های Maha Sarakham, Khon Kaen, Roi Et و Kalasin در تایلند هستند. داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق و پرسشنامه جمع‌آوری شد. نتایج نشان می‌دهد که تغییرات سبک زندگی در خانه‌های سالمندان تایلندی منجر به اهمیت دادن آنها به فضاهای معنوی در خانه‌هایشان شده است. علاوه بر این، طراحی یک فضای مذهبی یا نمازخانه در یک خانه تحت تأثیر ویژگی‌های اجتماعی (درآمد و تحصیلات) و همچنین ویژگی‌های فیزیکی (پیاده‌روی-حرکت و بویایی) است.

زرگر و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان "نقش تجربه و کارکرد روایات رستگاری بخش بر بهزیستی روان‌شناختی در بزرگسالان ایرانی" انجام دادند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر روایات رستگاری بخش، بر مولد بودن و در نتیجه بر بهزیستی روان‌شناختی در بزرگسالان ایرانی انجام شد. علاوه بر این رابطه بین خود رستگاری بخش و مولد بودن با بهزیستی روان‌شناختی نیز به صورت جداگانه بررسی گردید. یافته‌ها نشان داد در جمعیت بزرگسال ایرانی، بین نمرات خود رستگاری بخش و مولد بودن، خود رستگاری بخش و بهزیستی روان‌شناختی و مولد بودن و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد ($P < 0/01$). نتیجه‌گیری: اگر چه بین خود رستگاری بخش و مولد بودن، خود رستگاری بخش و بهزیستی روان‌شناختی و مولد بودن و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد ولی جمعیت بزرگسال ایرانی داستان

^۱wei^۲dzokto

های خود را غالباً در تم رستگاری بخش تعریف نمی کنند، همچنین آنها در آزمون مولد بودن نیز نمرات پایینی را کسب می کنند و در نتیجه بهزیستی روان شناختی پایینی را هم تجربه می کنند، که از ریشه های فرهنگی و تاریخی نشأت میگیرد. سیاهپوش (۱۳۹۰) تحقیق خود را با عنوان «بررسی رابطه ی ابعاد دینداری و سبک زندگی جوانان» انجام داد. نمونه ی این تحقیق شامل ۲۶۳ نفر از دانش آموزان سال سوم دبیرستان و پیش دانشگاهی شهر زرقان استان فارس بود که به شیوه ی نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. بر اساس یافته های تحقیق تنوع قابل توجهی در وضعیت دینداری این دسته از جوانان وجود داشت و در این تحقیق ۵ بُعد دینداری سنجیده شده بود که بین هر کدام از سه بعد اعتقادی، شرعی و اخلاقی، دینداری افراد نمونه و سبک زندگی آنان رابطه معناداری وجود داشت. اما بین هر یک از دو بعد مناسکی و تجربی افراد نمونه و سبک زندگی آنان رابطه معناداری وجود نداشت. نتایج تحقیق نشان می داد که اگر چه دین در شرایط کنونی هنوز در جامعه ی ما نفوذ داشت اما باز اندیشی مختص زندگی اجتماعی مدرن، زمینه های انفعال یا همزیستی دین و سنت را با مدرنیته و جهانی شدن فراهم نموده بود و عناصر محلی تا اندازه ای در سبک زندگی جوانان مشهود بود (سیاهپوش ۱۳۹۰).

عصارودی و دیگران (۱۳۹۱) پژوهشی را با عنوان ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد انجام دادند. این مطالعه ی توصیفی - همبستگی بر روی ۹۳ نفر از کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد که به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند، در سال ۱۳۹۰ انجام شد. پرسشنامه سلامت معنوی SWBS و رضایت از زندگی SWLS توسط پرستاران تکمیل گردید. دامنه ی نمرات سلامت معنوی از ۲۰ تا ۱۲۰ و رضایت از زندگی از ۵ تا ۳۵ محاسبه گردید. میانگین نمرات رضایت از زندگی 23.4 ± 5.8 و سلامتی معنوی 94.13 ± 16 بود و هر دو در محدوده ی متوسط بودند. آنان در انتها به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری در محدوده ی متوسط قرار داشت و با یکدیگر ارتباط داشت (عصارودی و دیگران ۱۳۹۱).

حسین دخت و دیگران (۱۳۹۲) طی تحقیقی با عنوان رابطه ی بهزیستی معنوی و هوش معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی که بر روی نمونه ی ۳۲۰ نفری از کارکنان بیمارستان های شهرستان مراغه انجام دادند و از پرسشنامه خودسنجی هوش معنوی کینگ و پرسشنامه بهزیستی معنوی پالوتزیان و الیسون و پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و رضایت زناشویی انریچ استفاده نمودند، به این نتیجه رسیدند که بین هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی رابطه ی مثبت و معنی دار وجود داشت (حسین دخت و دیگران ۱۳۹۲).

عسگری و نیک منش (۱۳۹۳) پژوهشی تحت عنوان نقش ابعاد مقابله مذهبی در پیش بینی ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام دادند. در این مطالعه ی توصیفی ۴۳ بیمار مبتلا از میان مراجعه کنندگان به مراکز مغز و اعصاب بیمارستان علی بن ابی طالب شهرستان زاهدان در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند و متغیرها با استفاده از پرسشنامه های شیوه مقابله مذهبی و کیفیت زندگی سنجیده شدند. آنان به این نتیجه رسیدند که بین مقابله ی مذهبی منفعل با بعد ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (از ابعاد کیفیت زندگی) و فعالیت های مذهبی و ارزیابی های خیرخواهانه با بعد روانی کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود داشت. بین مقابله ی مذهبی منفعل با بعد روانی کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنی داری وجود داشت ($P < .05$) (عسگری و نیک منش ۱۳۹۳).

خواجه نوری و دیگران (۱۳۹۳) طی پژوهشی تحت عنوان «مطالعه ی رابطه ی سبک زندگی با هویت اجتماعی» در جوانان شهر بندرعباس به نتایج قابل توجهی دست یافتند. متغیر سبک زندگی به عنوان متغیر مستقل شامل مصرف محصولات فرهنگی، فعالیت فراغتی، مدیریت بدن، میزان استفاده از رسانه ها و الگوی خرید و هویت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته

شامل: هویت مذهبی، هویت جنسیتی، هویت ملی، هویت قومی، هویت گروهی و هویت بدنی می باشد. روش تحقیق پیمایش و ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه است. شیوه ی نمونه گیری تحقیق، تصادفی سهمیه ای چند مرحله ای و حجم نمونه ۴۰۶ نفر بود. یافته های تحقیق نشان دادند که بین متغیرهای سبک زندگی مذهبی و سبک زندگی موسیقایی- سنتی با هویت اجتماعی ارتباط مثبت و معنی دار و بین متغیرهای سبک زندگی موسیقایی- مدرن و سبک زندگی معطوف به بدن ارتباط منفی و معنی دار وجود دارد (خواجه نوری و دیگران ۱۳۹۳).

حسینی و دیگران (۱۳۹۳) به پژوهشی تحت عنوان ارتباط بعد وجودی سلامت معنوی با کیفیت زندگی در زنان نابارور پرداختند. در این مطالعه همبستگی مقطعی که در سال ۱۳۹۲ انجام شد، تعداد ۱۹۰ نفر از زنان نابارور ۲۰ تا ۴۵ ساله که به مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان مراجعه کردند، از طریق نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای بررسی بعد وجودی سلامت معنوی و کیفیت زندگی به ترتیب از پرسشنامه ی سلامت معنوی و پرسشنامه کیفیت زندگی خلاصه شده ی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که میانگین نمره ی کلی کیفیت زندگی زنان نابارور 87.9 ± 12.4 ، بعد جسمی کیفیت زندگی 27.2 ± 4.5 و بعد روانی 20.9 ± 3.5 و بعد وجودی سلامت معنوی 44.8 ± 8.9 و سلامت معنوی کل 97.7 ± 14.8 بود. بین بعد وجودی سلامت معنوی با نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و روحی کیفیت زندگی ارتباط مستقیم مشاهده شد. ($P < .001$) آنان به این نتیجه رسیدند که می توان با ارتقا بعد وجودی سلامت معنوی، کیفیت زندگی زنان نابارور را بهبود بخشید (حسینی و دیگران ۱۳۹۳).

روش تحقیق

در این تحقیق روش تحقیق به شیوه میدانی نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و آزمایش انجام شد. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تهران که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در این دانشگاه در حال تحصیل بوده اند تشکیل می دادند. روش نمونه گیری پژوهش حاضر از نوع تصادفی طبقه ای بود که افراد به نسبت تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل دانشکده به تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و آزمایش به صورت تصادفی جایگزین گردیدند. نمونه این تحقیق را ۴۰ نفر از دانشجویان تشکیل می دادند؛ که به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

ملاک ورود به مطالعه، دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه علوم پزشکی که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند. ملاک خروج از مطالعه، غیبت دانشجویان در دوره آموزشی و عدم تکمیل پرسشنامه در پیش آزمون و پس آزمون بود.

ابزار جمع آوری داده ها

مقیاس بهزیستی معنوی: مقیاس بهزیستی معنوی را پالوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساختند کردند که جزء معروف ترین و پرکاربردترین ابزارهایی است که در روان شناسی برای مطالعه ی معنویت به کار می رود. این مقیاس ۲۰ سوال دارد و شامل دو خرده مقیاس بهزیستی مذهبی (RWB) و بهزیستی وجودی (EWB) است. در مجموع از ۲۰ سوال نیمی منفی و نیم دیگر مثبت اند، مقیاس متعادل طراحی شده است و از تمایل به سمت مثبت و منفی اجتناب گردیده است. سوال های فرد مقیاس مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی (RWB) است و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت بخش از خدا را میسنجد و

سوالهای زوج مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی (EWB) است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. پاسخگویی به سوالها بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. نمره گذاری سوالها از ۱ تا ۶ می‌باشد. مجموع نمرات هر کدام از خرده مقیاس های بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی بین ۱۰ تا ۶۰ می‌باشد و نمره کل بهزیستی معنوی نیز بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد (پالوتزین).

روایی و پایایی تحقیق:

ضرایب پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۹۴ و ۰/۹۴ و ضریب آلفای کرنباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ گزارش شده است. مزیت مهم این مقیاس آن است که در آن نسبت به مذهب خاص یا جهت گیری عقیدتی سوگیری وجود ندارد. (هامر میستر^۳ و دیگران ۲۰۰۵)

در پژوهشی ضریب آلفای کرنباخ بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ گزارش کردند. اعتبار مقیاس در بین دانشجویان ایرانی با استفاده از روش آلفای کرنباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و خرده مقیاس بهزیستی وجودی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۹، ۰/۸۳ گزارش شده است. (دهشیری و دیگران، ۱۳۸۶)

شیوه جمع آوری داده‌ها

دانشجویان به شیوه تصادفی طبقه ای به نسبت تعداد دانشجویان هر دانشکده انتخاب گردیدند. بعد از انتخاب دانشجویان مورد پژوهش، دانشجویان به شیوه تصادفی ساده در این دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین کنند. سپس مجوز برگزاری دوره آموزشی سبک زندگی برای گروه آزمایش گرفته شد. بعد از انتخاب دانشجویان، برای هر دو گروه آزمایش و کنترل جلسه ای توجیهی برگزار شد و در مورد هدف تحقیق و نحوه پاسخگویی به پرسشنامه ۲۰ سوالی بهزیستی معنوی (الیسون و پالوتزین) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین نحوه برگزاری دوره آموزشی سبک زندگی برای گروه آزمایش مطالبی ذکر شد. در ادامه به آنها گفته شد به این جهت که هدف تحقیق بررسی ویژگی های فرد فرد دانشجویان نیست؛ لزومی ندارد که اسامی خود را بنویسند و پاسخ های آنها محرمانه باقی می‌ماند. اما به جهت مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر فرد لازم است که آنها در هر دو آزمون از یک کد یکسان پنج فاکتوره که تلفیقی از سه حرف و ۲ عدد باشد استفاده نمایند. سپس پرسشنامه در اختیار گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت و پس از تکمیل پیش‌آزمون، کارگاه های آموزشی سبک زندگی ۲۰ ساعته به مدت ۱۰ روز و روزی ۲ ساعت شامل سرفصلهای مدیریت استرس، ابراز وجود، شادزیستن، اعتدال رفتاری، کنترل خشم، مواجهه با افراد دشوار، تفکر انتقادی، ارتباط مؤثر، تغذیه، پوشش، مدیریت زمان و کسب و کار و... برای گروه آزمایش برگزار گردید. پس از ۲ هفته پرسشنامه ها مجددا در اختیار افراد مورد پژوهش در هر دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفت و از آنها خواسته شد که پرسشنامه ها را تکمیل نموده و کد پیش‌آزمون مربوط به خود را درج نمایند.

روش های تجزیه و تحلیل آماری:

پس از گردآوری داده ها پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آماره های توصیفی نظیر میانگین، میانه، انحراف استاندارد و توزیع فراوانی، و از آماره های تحلیلی t وابسته، مستقل و تحلیل کوواریانس جهت بیان نتایج استفاده شد.

آمار استنباطی

جهت بررسی پیش فرضها و سپس پاسخ به فرضیات پژوهش ابتدا به بررسی فرض نرمال بودن توزیع نمرات بهزیستی معنوی افراد مورد پژوهش پرداخته شد، به منظور بررسی و تعیین نرمال بودن توزیع در متغیرهای بهزیستی معنوی ابتدا از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد، و به منظور تعیین تأثیر آموزش بر بهزیستی معنوی افراد مورد پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش از آزمون کوواریانس استفاده شد.

سطح معناداری آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای توزیع آزمون بهزیستی معنوی و خرده مقیاسهای آن شامل بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی به ترتیب 0.025 و 0.05 بدست آمد که نشان دهنده نرمال بودن توزیع است.

فرضیات:

۱. آموزش سبک زندگی بر بهزیستی مذهبی دانشجویان مؤثر است.

جهت بررسی تأثیر آموزش دوره سبک زندگی بر خرده مولفه بهزیستی معنوی، شامل بهزیستی مذهبی دانشجویان، از آزمون t وابسته استفاده شد، نتایج نشان داد آموزش سبک زندگی بر بهزیستی مذهبی تأثیر داشته و رابطه معناداری یافت شد.

(جدول ۱)

جدول ۱. تعیین تأثیر دوره سبک زندگی بر مولفه بهزیستی مذهبی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
بهزیستی مذهبی	قبل	۴۰/۳۷	۱۱/۳۶۷	۰/۰۰۰۱
	بعد	۵۳/۵۵		

جهت بررسی تأثیر آموزش دوره سبک زندگی بر خرده مولفه بهزیستی مذهبی دانشجویان در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون t مستقل استفاده شد، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش (آموزش دریافت نموده اند) و کنترل (آموزش دریافت نموده اند) یافت شد. ($p < 0.01$) (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات بهزیستی مذهبی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
بهزیستی مذهبی	آزمایش	۵۸/۷۵	۵/۶۳	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۴۸/۳۵		

۲. آموزش سبک زندگی بر بهزیستی وجودی دانشجویان مؤثر است.

جهت بررسی تأثیر آموزش دوره سبک زندگی بر خرده مولفه بهزیستی معنوی، شامل بهزیستی وجودی دانشجویان، از آزمون t وابسته استفاده شد، نتایج نشان داد آموزش سبک زندگی بر بهزیستی وجودی تأثیر داشته و رابطه معناداری یافت شد. (جدول ۳)

جدول ۳. تعیین تأثیر دوره سبک زندگی بر مولفه بهزیستی وجودی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
بهزیستی وجودی	قبل	۷/۳۹	۳/۸۱	۰/۰۰۰۱
	بعد	۵۴/۴		

جهت بررسی تأثیر آموزش دوره سبک زندگی بر خرده مولفه بهزیستی وجودی دانشجویان در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون t مستقل استفاده شد، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش (آموزش دریافت نموده اند) و کنترل (آموزش دریافت نموده اند) یافت شد. ($p < 0.01$) (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات بهزیستی وجودی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
بهزیستی مذهبی	آزمایش	۵/۸۳	۶/۷۵	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۴۷/۹		

۱. همچنین آموزش سبک زندگی بر بهزیستی معنوی دانشجویان مؤثر است.

جهت بررسی تأثیر آموزش دوره سبک زندگی بر بهزیستی معنوی دانشجویان از آزمون t وابسته استفاده شد، نتایج نشان داد آموزش سبک زندگی بر بهزیستی معنوی تأثیر داشته و رابطه معناداری یافت شد. (جدول ۵)

جدول ۵. تعیین تأثیر دوره سبک زندگی بر بهزیستی معنوی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
بهزیستی معنوی	قبل	۱۰/۴۱	۱۰/۵۳	۰/۰۰۰۱
	بعد	۱۰۷/۹۵		

جهت مقایسه میانگین نمرات بهزیستی معنوی در دو گروه آزمایش و کنترل (گروهی که آموزش دیده اند و گروهی که آموزش دریافت نموده اند) از آزمون t مستقل استفاده شد. ابتدا پیش فرضها مورد بررسی قرار گرفت، توزیع نمرات در هر دو گروه نرمال بود و نتایج آماره f (همگنی واریانسها) نشان داد که همگنی واریانسها برقرار می باشد.

نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش (آموزش دریافت نموده اند) و کنترل (آموزش دریافت ننموده اند) یافت شد. ($p < 0.01$) (جدول ۶).

جدول ۶. مقایسه میانگین نمرات بهزیستی معنوی (کل) در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
بهزیستی معنوی (کل)	آزمایش	۱۱۹/۶۵	۱۰/۴۸۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۹۶/۲۵	۱۰/۵۸	

مقایسه تاثیر آموزش سبک زندگی بر بهزیستی معنوی دانشجویان در دو گروه آزمایش و کنترل:

جهت بررسی تاثیر آموزش بر بهزیستی معنوی دانشجویان و خرده مولفه های آن از آزمون کوواریانس استفاده شد، نتیجه آزمون لون به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس ها برای آزمون وجود یا عدم وجود تفاوت معنادار بین میانگین نمرات کلی بهزیستی معنوی قبل و بعد از آموزش در دو گروه آزمایش و کنترل ۰/۰۵۶ بدست آمد که نشان می دهد در هر ۳ آزمون مذکور، فرضیه همگنی واریانس ها صادق است. نتایج نشان داد آموزش سبک زندگی بر بهزیستی معنوی کل تاثیر داشته و رابطه معناداری یافت شد. ($P=0.016$) (جدول ۷)

جدول ۷. مقایسه تاثیر دوره آموزشی سبک زندگی بر بهزیستی معنوی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجدورات	آماره f	معناداری	مجدور اتا	توان مشاهده شده
گروه	۱۳۷/۴۹	۲/۲	۰/۱۴۷	۰/۰۵۸	۰/۳۰۳
بهزیستی معنوی قبل	۱۹۶۸/۲۷	۳۱/۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۷	۱
گروه و بهزیستی معنوی	۴۰۲/۹۰۵	۶/۴۵	۰/۰۱۶	۰/۱۵۲	۰/۶۹۵

مقایسه تاثیر آموزش سبک زندگی بر مولفه های بهزیستی معنوی دانشجویان در دو گروه آزمایش و کنترل نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس ها نشان داد که سطح معناداری این آزمون جهت خرده مقیاس بهزیستی وجودی (236) و جهت بهزیستی مذهبی (38) بدست آمد که نشان دهنده این است که فرض همگنی واریانس ها برقرار است. لذا آزمون کوواریانس جهت بررسی تاثیر آموزش در گروه کنترل و آزمایش استفاده شد که نشان داد آموزش سبک زندگی بر بهزیستی وجودی تاثیر داشته و رابطه معنادار بود. ($P=0.005$) همچنین آموزش در بهزیستی مذهبی دانشجویان نیز تاثیر داشت. ($P=0.035$) (جدول ۸)

جدول ۸. مقایسه تاثیر دوره آموزشی سبک زندگی بر بهزیستی معنوی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	آماره f	معناداری	مجذورات اتا	توان مشاهده شده
گروه	۸۶/۲۹	۳/۵۶۶	۰/۰۶۷	۰/۰۹	
بهزیستی وجودی	۵۳۲/۲۱۲	۲۱/۹۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۹	
گروه و بهزیستی وجودی	۲۱۵/۴۳۷	۸/۹۰۲	۰/۰۰۵	۰/۱۹۸	
گروه	۲۸/۵۱	۱/۲۸	۰/۲۶۵	۰/۰۳۴	۰/۱۷۴
بهزیستی مذهبی	۴۶۱/۷۲۱	۲۰/۷۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۶	۰/۹۸۹
گروه و بهزیستی مذهبی	۸۷/۲۲۵	۳/۹۲۹	۰/۰۳۵	۰/۰۹۸	۰/۱۹۸

بحث و نتیجه گیری

فرضیه ها:

- ۱- آموزش سبک زندگی بر بهزیستی مذهبی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تهران مؤثر است.
 - ۲- آموزش سبک زندگی بر بهزیستی وجودی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تهران مؤثر است.
- نتایج پژوهش نشان میدهد که آموزش سبک زندگی بر بهزیستی مذهبی و همینطور بهزیستی وجودی تأثیر گذار بوده و بنابر این هر دو فرضیه اول و دوم اثبات شد.
- در این پژوهش میانگین بهزیستی معنوی در گروه آزمایش قبل از آموزش سبک زندگی ۸۳/۲ و بعد از آموزش دوره سبک زندگی ۱۰۶/۷۵ شد.
- بر اساس پژوهش عصارودی سلامت معنوی در کارکنان پرستاری تنها در محدوده متوسط و بالا بود.
- ($94,3 \pm 16$) بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت. در مطالعه صفایی راد و همکاران میانگین نمره سلامت معنوی دانشجویان ($17,14 \pm 89,18$) گزارش شده بود.
- دهشیری در پژوهشی نمره بهزیستی معنوی و مولفه های آن شامل بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی دانشجویان را سنجیده بود. وی میانگین نمرات بهزیستی معنوی را ۹۲,۴۰، بهزیستی وجودی را ۴۳,۴۴ و بهزیستی مذهبی را ۴۸,۹۶ را بدست آورده بود. سلامت معنوی در تحقیق hasiao و همکاران که سلامت معنوی دانشجویان پرستاری در تایوان را ارزیابی

کردند، متوسط گزارش شد، ۹۷٫۹ در صد افراد دارای سلامت معنوی در حد متوسط بودند و جنسیت نیز تاثیری بر سلامت معنوی نداشت.

در پژوهش رضایی و همکاران میانگین نمره سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان درصد افراد دارای سلامت معنوی در متوسط بودند و جنسیت نیز تاثیری بر سلامت معنوی نداشت. در پژوهش رضایی و همکاران میانگین نمره سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان درصد افراد دارای سلامت معنوی در حد متوسط بودند و جنسیت نیز تاثیری بر سلامت معنوی نداشت. در پژوهش رضایی و همکاران میانگین نمره سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان ($14,36 \pm 98,35$) بود. نتایج مطالعه نشان داد که بین سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) و امید در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط وجود دارد. میانگین نمرات پژوهش های مذکور با پژوهش های حاضر در قبل از آموزش نزدیک است و همگی در حدود متوسط قرار دارند. همسویی نتایج پژوهش های hasiao و صفایی راد به این دلیل است که جامعه مورد پژوهش دانشجویان بودند و از نظر میانگین سنی و مشخصات دموگرافیک به هم تشابه داشتند. در توجیه نتایج مشابه می توان گفت که جامعه ما اعم از دانشجویان، پرستاران، بیماران، جامعه ای است مذهبی و بر خلاف برخی جوامع که مردم از طریق هنر یا ارتباط با طبیعت به معنویت دست می یابند در جامعه ما مردم با بهزیستی معنوی و از طریق اعمال مذهبی معنویت را کسب می کنند.

در پژوهش حاضر نمرات بهزیستی معنوی در قبل از آموزش در حد متوسط بود اما پس از دوره سبک زندگی این نمرات افزایش یافته بود، در مطالعه عصارودی رابطه سلامت معنوی و رضایت از زندگی با ابزار دیگری سنجیده شده بود، که رابطه معنا دار یافت شد، در نتیجه می توان گفت بهزیستی معنوی با رضایت از زندگی و سبک زندگی ارتقاء یافته ارتباط دارد. در مجموع می توان گفت یافته های مطالعه حاضر مبین تأثیر آموزش سبک زندگی در افزایش نمرات بهزیستی معنوی بود. اما مطالعه ای که نتایج آموزش را بر سلامت معنوی مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد.

کیفیت زندگی یکی از بنیادی ترین مفاهیم مطرح شده در روانشناسی مثبت نگر است. در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت روانی هدف مهم پیشرفت سلامتی، افزایش سالهای عمر بود و بیشتر بر میزان مرگ و میر علائم بیماری تاکید می شد، در حالیکه بهبود کیفیت زندگی و به طور کلی احساس خوب داشتن جز اهداف اولیه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱ بود. تحقیقات مختلف نشان دادند که در مقایسه با سایر بیماران بیماری های مزمن، بیماران MS از کمترین میزان سلامتی عمومی، انرژی، عملکرد فیزیکی و اجرای نقش های اجتماعی برخوردار هستند. دین از عوامل مهم تأثیر گذار در سلامت روان است. دین چهره جهان را در نظر فرد دیندار دگرگون می سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می دهد. مذهب و معنویت نموده های وجودی را ارائه می کنند و می توانند ابزار کنار آمدن، منابع قدرت، شفا بخشی و امید را فراهم سازند و به افراد کمک کنند تجربه بیماری خود را ادراک کنند. محققان دریافته اند که عوامل مذهبی و معنوی در بیماران سرطان سینه با بهزیستی جسمانی، شیوه مثبت کنار آمدن و رضایت مندی بالاتر از زندگی ارتباط دارد. بالجانی و همکاران (۱۳۹۰) به این نتیجه رسیدند که بین سلامت وجودی و سلامت مذهبی (زیر گروه های سلامت معنوی) و همچنین بین مذهب درونی و اعمال مذهبی (از زیر گروه مذهب) با امید ارتباط معناداری وجود داشت. سلامت وجودی، اعمال مذهبی سازمان یافته، و مذهب درونی (از زیر گروه های مذهب) عوامل پیشگویی کننده ی معنا دار برای امید بودند. از پژوهش مذکور میتوان استنباط کرد که بهزیستی معنوی یا به تعبیر این مطالعه سلامت معنوی، با امید رابطه معناداری دارد و پژوهشگر نیز در این مطالعه با آموزش دوره سبک زندگی در راستای افزایش کیفیت زندگی و بهبود سبک زندگی و کاهش فشارهای روانی و افزایش روحیه امید و حرکت به سمت سلامت روان بوده است.

نتایج ۳۵۰ مطالعه نشان داده است که افراد دارای بهزیستی معنوی، شیوه زندگی سالم تری را دارند، امیدوارترند، از ثبات روانی بیشتری برخوردارند، رضایت خود بیشتری از خود دارند. (شهیدی ۱۳۸۱، ۳۲)

نتیجه پژوهش حاضر نشان داد آموزش سبک زندگی بر بهزیستی معنوی تأثیر داشت، بطوریکه گروه آزمایش که دوره آموزشی سبک زندگی را گذرانده بودند بهزیستی معنوی و ابعاد آن نیز افزایش چشمگیری یافته بود. حسین دخت در مطالعه ی خود نشان داد که بین هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی رابطه مثبت وجود داشت. مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان داد؛ میانگین نمره سلامت معنوی کل 97.7 ± 14.8 بود. بین بعد وجودی سلامت معنوی با نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و روحی کیفیت زندگی ارتباط مستقیم مشاهده شد. ($P < .001$) آنان به این نتیجه رسیدند که میتوان با ارتقا بعد وجودی سلامت معنوی، کیفیت زندگی زنان نابارور را بهبود بخشید، با مطالعات عصارودی (۱۳۹۰)، بالجانی (۱۳۹۰)، دالمیدا (۲۰۱۱)، کوتون (۲۰۰۹) همخوان است و با نتایج پژوهش بالبونی و همکاران (۲۰۰۷) همخوان نمی باشد.

در مورد ارتباط بین بعد وجودی سلامت معنوی و بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی، آندری کوسکی و همکاران (۲۰۰۵) بیان کردند که بین بعد وجودی سلامت معنوی و بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد. و نیز در مطالعه لاین و همکاران (۲۰۰۲) بین سلامت وجودی سلامت معنوی با سلامت روانی کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. هرچند مطالعه ای که به آموزش سبک زندگی پرداخته و بهزیستی معنوی را قبل و بعد از آموزش بسنجد یافت نشد اما مطالعات مشابه که کیفیت زندگی را با بهزیستی در گروه هایی غیر از دانشجویان سنجیده بود نشان داد که کیفیت زندگی با بهزیستی معنوی رابطه مثبت و معناداری دارند که میتوان گفت با یافته های این پژوهش همسو می باشند. در این مطالعه برگزاری دوره سبک زندگی با محتوای مدیریت استرس، مدیریت زمان، کنترل خشم، ابراز وجود و خودآگاهی، نحوه تغذیه و پوشش و.. سعی در این داشت تا دانشجویان با دیدگاه مثبت به زندگی بنگرند و همانگونه که بدیهی است روانشناسی مثبت گامی جهت بهزیستی معنوی و روانی افراد بر می دارد.

روانشناسی در نیم قرن گذشته بر بیماری بیشتر از سلامتی و بر آسیب شناسی عملکرد انسان، بیشتر از درک کامل از تمام ابعاد آن تکیه داشته و به ویژگی های انسان سالم و کامل کمتر توجه کرده است. اما اخیرا با ظهور رویکرد جدیدی به نام "روانشناسی مثبت" تاکید بر شایسته سازی و تعریف مفاهیمی است که به تامین سلامتی و شادکامی افراد و بهره مندی آنها از یک زندگی سالم کمک می کند. یکی از این مفاهیم کیفیت زندگی است. پژوهش های اخیر نشان دادند که عقاید و اعمال معنوی، با نتایج مثبتی مانند بهزیستی جسمانی، هیجانی و روان‌شناختی، کنش درون فردی مثبت و افزایش کیفیت زندگی رابطه دارد. به نظر میرسد افرادی که گرایشات معنوی دارند، هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ هی بهتری به وضعیت می دهند و موقعیت تولید کننده فشار را بهتر اداره می کنند و میزان افسردگی آنها کمتر است. معنویت سیستم سازمان یافته ای از باورها شامل ارزشهای اخلاقی، رسومات، مشارکت در جامعه دینی برای اعتقاد راسخ تربه خدا یا یک قدرت برتر است. باورهای مذهبی، شیوه موثری برای مقابله با مصائب، تجارب دردناک است. همچنین در زمان مشکلات و ناراحتیها، برچگونگی روابط انسانی اثر می گذارند. در دو دهه اخیر سؤالی با این مضمون مطرح شده است خدا یا قدرت برتر؟ اگرچه بیشتر تحقیقات در آمریکا نوعی اعتقاد به خدا را مطرح می کند. اما درصد کمی این گونه نیستند. پاسخ گویان به سؤالات بهزیستی معنوی، سؤالاتی را پاسخ

می دهند که خدا را تفسیر می نماید بدون اینکه خدا را در مذاهب اسلام، مسیحی، یهودی یا سایر مذاهب در نظر داشته باشد (ایمونز^{۱۴} ۲۰۰۰).

با توجه به اینکه بهزیستی معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی قرار گرفته و موجب ارتقای سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می کند. این کار، موجب افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی می شود. بهزیستی معنوی با ویژگی هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه، محیط تناسب و هماهنگی داشتن، معنی و هدف در زندگی مشخص میشود. بر اساس نتایج مطالعات، می توان به تأثیر عقاید معنوی در زندگی به عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی پی برد. بهزیستی معنوی، نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی انسان را تشکیل می دهد. (فری ۲۰۰۵)

نتیجه گیری:

جامعه ای می تواند به مرزهای رفاه حقیقی برسد که هم از لحاظ علمی و هم معنوی درجاتی را کسب کند زیرا هر دو برای جامعه نیاز است. نتایج این پژوهش نشان دهنده این بود که آموزش سبک زندگی بر بهزیستی معنوی دانشجویان مؤثر است و بهزیستی معنوی پس از آموزش سبک زندگی افزایش می یابد. با توجه به تأثیر سلامت معنوی به عنوان عاملی در مقابله با مشکلات، به نظر می رسد در جامعه ای که باورهای غنی و دیرینه دارند توجه به معنا گرایی، راه آسانتر و مطلوب تری برای مراقبت آسان و چندبعدی است. می توان با بهینه سازی سبک زندگی و آموزش مؤثر آن به دانشجویان گامی بسوی افزایش معنویت در تعالی دانشجویان برداشت. از آنجایی که سلامت و تعالی در گرو داشتن جوانان سالم و با نشاط است توجه به این امر ضامن سلامت جامعه نیز خواهد بود.

محدودیتها

- ۱- پژوهش اندک مشابه داخلی و خارجی در این زمینه صورت گرفته است.
- ۲- محدودیت ابزارهای مورد استفاده برای اندازه گیری متغیرهای مورد مطالعه وجود داشت.
- ۳- دوره های مدون و هدفمند سبک زندگی که برای دانشجویان برگزار شده باشد و پکیج کامل و جامعی پیرامون سبک زندگی ارائه شده باشد، یافت نشد.
- ۴- در پژوهش حاضر به لحاظ زمانی و محتوایی برای آموزش جامعه هدف، محدودیتهایی وجود داشت.

پیشنهاها

الف) پیشنهادهای پژوهشی

- (۱) انجام پژوهش مشابه در جمعیتی بزرگتر صورت گیرد.
- (۲) پژوهش مشابهی در هردو جنس برای بررسی نقش جنسیت در متغیرهای مورد بررسی صورت گیرد.
- (۳) از پکیج های آموزشی متفاوت سبک زندگی با در نظر گرفتن مهارتهای بیشتر و ضروری تر در بهبود سبک زندگی افراد استفاده شود.
- (۴) مدت زمان آموزش دوره سبک زندگی افزایش یابد.

ب) پیشنهادهای کاربردی

- ۱) برگزاری دوره های آموزشی سبک زندگی با رویکرد معنوی جهت افزایش معنویت در دانشجویان
۲) تهیه بسته های آموزشی مدون و علمی و ارائه آن به دانشگاه ها جهت برگزاری کارگاه های مدون و دوره های آموزشی جهت دانشجویان

فهرست منابع فارسی

- ۱- بالجانی، اسفندیار. و [دیگران]. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات). دوره ۱۷، شماره ۳.
- ۲- حسین دخت، آرزو. و [دیگران]. (۱۳۹۲). رابطه ی بهزیستی معنوی و هوش معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. روان شناسی و دین، سال ششم، شماره دوم، ص ۷۴-۵۷.
- ۳- حسینی، رضیه السادات. و [دیگران]. (۱۳۹۳). ارتباط بعد وجودی سلامت معنوی با کیفیت زندگی در زنان ناباور. مجله سلامت و مراقبت. دوره ۱۶، شماره ۳.
- ۴- خواجه نوری، بیژن. و [دیگران]. (۱۳۹۳). مطالعه رابطه سبک زندگی و هویت اجتماعی. مطالعه موردی جوانان شهر بندرعباس، فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران، دوره هفتم، شماره ۱، ص ۹۴-۶۹.
- ۵- دهشیری، غلامرضا. و [دیگران]. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. مطالعات روان شناختی (۳). ۱۲۹-۱۴۴.
- ۶- ذوالفقاری، ابوالفضل و لاوین سلطانی. (۱۳۸۹). بررسی رابطه ی سبک زندگی با هویت قومی جوانان. مطالعه ی موردی شهرستان مهاباد، جامعه شناسی ایران، شماره ۲، ص ۵۰-۲۴.
- ۷- سیاهپوش، ارجمند. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ی ابعاد دینداری و سبک زندگی جوانان شهر زرقان فارس. مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، سال چهارم، شماره چهارم.
- ۸- شریعتی، ص. الف. (۱۳۹۲). درآمدی بر سبک زندگی اسلامی در آیات و روایات. فرهنگ مشاوره و روان درمانی. دوره ۱۳، شماره ۴.
- ۹- شولتز، دوان و سیدنی الن شولتز. (۱۳۸۲). تاریخ روانشناسی نوین. ترجمه ی علی اکبر سیف و دیگران. تهران: نشر دوران.
- ۱۰- صمیم، رضا. (۱۳۹۳). نگاهی انتقادی به پیشینه ی داخلی مطالعات جامعه شناختی بر روی سبک زندگی. فصلنامه ی تحقیقات فرهنگی ایران، دوره هفتم، شماره ۱، ص ۱۶۶-۱۴۵.
- ۱۱- طغیانی، مجتبی. (۱۳۹۲). رابطه ی سبک زندگی اسلامی با نگرش های ناکارآمد در دانشجویان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. شماره ۴.
- ۱۲- عسگری، ناهید. و زهرا نیک منش. (۱۳۹۳). نقش ابعاد مقابله مذهبی در پیش بینی ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج. دوره ۱۹، شماره ۵.

- ۱۳- عصاررودی، عبدالقادر و [دیگران]. (۱۳۹۱). ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. دوره ۹، شماره ۲.
- ۱۴- فقیهی، علی نقی. و فاطمه رفیعی مقدم. (۱۳۹۰). بررسی آموزه های دینی مؤثر در سلامت معنوی همسران. معرفت، ش ۱۶۳، ص ۸۰-۶۷.
- ۱۵- فیست، جس. و گریگوری فیست. (۱۳۹۱). نظریه های شخصیت. ترجمه ی یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- ۱۶- کاویانی، محمد. (۱۳۹۲). سبک زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- ۱۷- کفاشی، مجید و [دیگران]. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر سبک زندگی بر هویت اجتماعی جوانان. مطالعه موردی جوانان ۱۵-۲۹ ساله ی شهر بابل، پژوهش اجتماعی، شماره ۹، ص ۱۳۹-۱۱۷.
- ۱۸- منصوریان، م. (۱۳۸۸). سبک زندگی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشگاه های شهر گرگان. مجله دانشگاه علوم پزشکی جهرم، شماره ۱، ص ۶۲.
- ۱۹- هیل، پیتر. (۱۳۸۲). مقیاس های دینی. ترجمه ی مسعود آذربایجانی و سید مهدی موسوی. قم: پژوهشکده ی حوزه و دانشگاه.
- ۲۰- زرگر خرازی اصفهانی احسان. و [دیگران]. (۱۴۰۱). نقش تجربه و کارکرد روایات رستگاری بخش بر بهزیستی روان شناختی در بزرگسالان ایرانی. نشریه: طلوع بهداشت، سال: ۱۴۰۱ | دوره: ۲۱ | شماره: ۲ (مسلسل ۹۲)، صفحات: ۴۱-۵۶.

فهرست منابع غیر فارسی

۱. Adler, A. (1965). A study of organ inferiority. translated by Liebenau, G.L. Available at: <http://ourworld.compuserve.com>. (Accessed 25 April 2007).
۲. Bonnet, F. & others. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular diseases. *Journal of Atherosclerosis* 178, 339-334;
۳. Carson, VB. (2000). *Mental health nursing*. 1st edition. W.B. Saunders co: Philadelphia.
۴. Carven, R.F; Hirnle, C.J. (2003). *Fundamental of nursing: human health and function*, 4th, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkin's, P.1382-1392.
۵. Cavendish, R. & others. (2003). Spiritual care activities of nurses using nursing intervention classification (NIC) labels. *International journal of nursing Terminologies and classifications*. 14, 111-120.
۶. Dzikto, V. & others. (2007). Student lifestyle and emotional well-being at a historically black university *Journal of education*, 127(4), 511;
۷. Elkins, D.N. & others. (1988) toward a humanistic phenomenological Spirituality, Definition, description and measurement, *Journal of humanistic Psychology*, 28, 5-18.
۸. Emmons, A. (2000). IS Spirituality intelligence? Motivation Cognition and the psychology of ultimate concern, *International Journal for the psychology of Religion* V10 (1), P.3-26.

- Eskola, L. (2023). Spirituality and Well-Being. In Understanding and Cultivating Well-being for the Pediatrician (pp. 253-275). Springer, Cham.
- Fallah, R. (2010), Spirituality, Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients, Palliative medicine in the 21st century, Adelaide, Australia.
- Frry,b. (2005), Measuring a Dimension of Spirituality for Health Research Validity of the Spirituality Index of Well- Being, Research on aging , V27,P556-557.
- Gomez, R. Fisher, J.W. (2003) Domains of Spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being Questionnaire. Personality and Individual Differences V35, P.1975-1997.
- Hammer meister, J.& others. (2005) Gender difference in spiritual well-being. Are female's more spiritually well than males? American Journal of health Studies, 20(2), 80-84;
- Hawks, S.R.& others. (2003). Emotional eating and spiritual well-being A possible connection? American Journal of Health Education, V34, P.30-33;
- Jafari, E.& others. (2009). the relationship between spiritual well-being and mental health counseling Research & Developments8 (31): 65-78. [In Persian]
- Kerry, J. (2000). Community health promotion: challenge for practice. Birmingham: Tindhal press.
- Lemmer , C.(2002).Teaching the spiritual dimension of nursing care.journal of nursing education.4, 482-491.
- Macovei, S.& others. (2014). Theoretical Approaches to building a Healthy lifestyle through the practice of physical Activities. Procedia- Social and Behavioral sciences, 117:86-91.
- Melnyk, B.& others. (2006). Mental health correlates of healthy life style attitudes, beliefs, choices and behaviors in overweight adolescent's Journal of pediatric health care. 20, 401-406.
- Milani ,N.& others. (2007). Community health nursing Tehran: Andishe Rafi. [In Persian]
- Moberg, D. & Brusek, p. (1978). Spiritual well- being. A neglected subject in quality of life research social indicators research volume 5(1), 303-323.
- Monahan, FD. Phipps, W. (2007). Phipps medical- surgical nursing. 8th ed. St. Louis: Mosby.
- Moore, S., Satel, J., & Pontes, H. M. (2022). Investigating the role of health factors and psychological well-being in Gaming Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(2), 94-100.
- Newport, F. (2010). Religion Most Important to Blacks, Women and Older Americans. Available Front URL:<http://www.Gallup.com>.
- Oberst, U.& others. (2003). Adlerian psychotherapy, New York: Brunner-Rout ledge.
- Obidovna, D. Z., & Sulaymonovich, D. S. (2022). The concept of" healthy lifestyle" in psychological research. ResearchJet Journal of Analysis and Inventions, 3(06), 53-64.
- Paloutzian, R.F.(2002). A time – tested tool, the SWB scale in nursing research. journal of christen nursing.19(3):16-19.

- powell ,LH.& others. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health .۲۸
Am psychol. 58(1), 36-52.
- Rahmat, H. K., Basri, A. S. H., Putra, R. M., Mulkiyan, M., Wahyuni, S. W., & .۲۹
Casmini, C. (2022). The Influenced Factors of Spiritual Well-Being: a Systematic
Review. Sociocouns: Journal of Islamic Guidance and Counseling, 2(1), 43-58.
- Ruengtam, P. (2023). The Factors of Environmental Living Design for Elderly Well- .۳۰
Being in Thai Spiritual Environments. In International Civil Engineering and
Architecture Conference (pp. 409-418). Springer, Singapore.
- Russel, D.W. (2007). The UCLA Lone Lines Scale (Version 3), Reliability Validity, and .۳۱
Factor Structure. Journal of Personality Assessment, 66, 20-40.
- Sequeiros, H., Oliveira, T., & Thomas, M. A. (2022). The impact of IoT smart home .۳۲
services on psychological well-being. Information Systems Frontiers, 24(3), 1009-
1026.
- Vries, S.J. (n.d). (2007). Some Basic principles of Individual Psychology, Available, .۳۳
at: <http://ourworld.com> puserve.com (Accessed 25 April 2007).
- Wei, Ran. (2006), lifestyles and new media: Adaption and use of wireless .۳۴
communication technologies in china, new media society, Vol.6, P991-1008.
- You, S.& others. (2009). Do gender differences in the role of dysfunctional attitudes .۳۵
in depressive symptoms depend on depression history? Journal of Personality and
Individual Differences, 46, 218;