

Role of Mental and Spiritual Health in the Social Behavior of Adolescents

Ayatollah Fati^{1,2} , Reza Ali Baghban³ , Rana Asri Zamani³ , Ali Akbari³ 

¹ Research Center for Cognitive & Behavioral Sciences in Police, Directorate of Health, Rescue & Treatment, Police Headquarter, Tehran, Iran

² Faraja Police Science and Social Studies Research Institute

³ MA in Clinical Psychology

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 24 Jun 2023

Accepted: 21 Nov 2023

ePublished: 27 Dec 2023

Keywords:

- mental health,
- spiritual health,
- social behaviors

Abstract

Background. The present study was conducted in order to determine the role of spiritual and mental health in the social behaviors of adolescents in Tabriz city.

Methods. The research method was descriptive and correlational. The statistical population of the research was made up of all the teenagers of Tabriz who were studying in the second semester of 2018-2019. A multi-stage random cluster method was used for sampling. The number of sample people was 379 people. Subjects were tested using the 20-question spiritual health scale of Palutzian and Ellison (1982), Keys and Hiller's mental health scale (2002) and the 25-question social tendency scale of Carlo et al. (2003). In order to analyze the data, multiple regression analysis was used.

Results. The results of multiple regression analysis showed that the components of spiritual health had a positive and significant relationship with social behaviors. And the results of the regression analysis showed that among the components of mental health, mental health had a negative relationship with social behaviors, and the components of social health and emotional-well-being had a positive and significant relationship.

Conclusion. According to the results, it could be concluded that by improving spiritual health and mental health in adolescents, desirable social behaviors in them will also increase.

How to cite this article: Fati A, Ali Baghban R, Asri Zamani R & Akbari Ali. Role of Mental and Spiritual Health in the Social Behavior of Adolescents. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2023;1(2):97-106. doi: 10.34172/srhs.2023.009. (Persian)

Extended Abstract

Background

Adolescence is a period that most growth theorists believe begins at around eleven years of age and continues until the end of puberty. One of the most important issues

raised in this period is the issue of spiritual and mental health. Some definitions that have tried to address the two-dimensionality of spiritual health are controversial. They consider spiritual health as a sense of connection,

* Corresponding author; Email mail to: a.fathi64@gmail.com

harmony between self, others, nature and transcendent existence through a dynamic, coherent and attainable process that leads to the knowledge of the ultimate goal and meaning of life. Spiritual health has been defined by others as a state of being, positive feelings, knowing the person's relationship with oneself, and if one has that spiritual health, a person's sense of identity, perfection, satisfaction, love, respect, positive attitude, peace and inner balance. His life becomes purposeful. The present study was conducted in order to determine the role of spiritual and mental health in the social behaviors of adolescents in Tabriz city.

Methods

This research, in terms of objectives and method of data collection, was descriptive and correlational. The statistical population of the present study was made up of all the male students of the second year of high school in Tabriz city, who were studying in the second semester of 2018-2019. The number of people in the targeted community was 30,000. The sample size of 380 people was determined using Morgan's table. This sample size was selected using random cluster sampling from secondary schools in Tabriz city. Then, due to the corona situation prevailing in the society, the research tools were placed in the class groups of the students virtually and through the link, and the questionnaires were filled by the students. Subjects were tested using the 20-question mental health scale of Palutzian and Ellison (1982), Keys and Hiller (2002) mental health scale, and the 25-question social tendency scale of Carlo et al. (2003). In order to analyze the data, descriptive statistics such as mean and standard deviation and inferential statistics such as multiple regression analysis were used.

Results

Mean and SD of research variables showed that social behaviors variable had the highest mean and the emotional-well-being (sub-scale of mental health) variable had the lowest mean. The multivariate regression was used to analyze data and existential health (X1), religious health (X2) were considered as predictor variables and social behaviors were considered as criteria variable (Y). Results showed that existential health and religious health were positively and significantly related to social behaviors. It means that the higher the existential health and religious health, the higher and better the social behaviors will be.

The multivariate regression test was used to consider the hypothesis that there is a relationship between mental health and social behaviors of adolescents of Tabriz city. Results showed that among mental health subscales, social health positively and significantly was related to social behaviors. It means that the higher social health of students, the higher and better their social behaviors will be.

Conclusion

The results of multiple regression analysis showed that among the components of spiritual health, existential and religious health, had a positive and significant relationship with social behaviors. This means that the more existential and religious health in students are, the more social behaviors will be. In explaining the findings of the research, it should be pointed out that according to the results of the regression analysis and the research done in this case, spiritual health is one of the complex concepts related to spirituality and religion. As an important and prominent dimension, it is a healthy mind that leads to having a purpose in life. This concept originated with an emphasis on the relationship between the individual, others, nature and God and has a multidimensional structure. Also, spiritual health is one of the basic concepts about how to face the problems and tensions caused by different life conditions, and as one of the dimensions of health, causes the integration of other dimensions such as mental health, and is considered as a shield against people's problems and discomforts, and acts as shock absorber and reduces mental disorders such as loneliness, anxiety, loss of meaning in life, and as a result improves mental health. Moreover, the results of multiple regression analysis showed that among the components of mental health, social health had a positive and significant relationship with social behaviors, and mental health had a negative and insignificant relationship with social behaviors. Mental health has three components: social health, emotional-well-being health, and mental health, which means how a person evaluates his performance in front of society. A person who has social health considers society as a meaningful, comprehensible and potentially useful group for growth and prosperity and feels that he belongs to society, is accepted by society and contributes to its progress.

نقش ابعاد سلامت معنوی و روانی در رفتارهای اجتماعی نوجوانان

آیت اله فتحی^{۱،۲*}، رضا علی باغبان^۳، رعنا عصری زمانی^۳، علی اکبری^۳

^۱ مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران

^۲ پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی فراجا، تهران، ایران

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۴/۳

پذیرش: ۱۴۰۲/۸/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۱۰/۶

کلیدواژه‌ها:

- سلامت روانی،
- سلامت معنوی،
- رفتارهای اجتماعی

چکیده

مقدمه. پژوهش حاضر به منظور تعیین نقش سلامت معنوی و روانی در رفتارهای اجتماعی نوجوانان شهر تبریز انجام شد.

روش کار. روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان شهر تبریز تشکیل می‌دادند که در نیمسال دوم تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. برای انجام نمونه‌گیری از روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. تعداد افراد نمونه ۳۷۹ نفر بود. آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس ۲۰ سؤالی سلامت معنوی Paloutzian و Ellison (۱۹۸۲)، مقیاس سلامت روان Keyes (۲۰۰۲)، مقیاس ۲۵ سؤالی گرایش‌های اجتماعی Carlo و همکاران (۲۰۰۳) مورد آزمون قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که مولفه‌های سلامت معنوی با رفتارهای اجتماعی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارند و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد از مولفه‌های سلامت روانی، سلامت اجتماعی و بهزیستی - هیجانی رابطه مثبت و معنی‌داری با رفتارهای اجتماعی دارد.

نتیجه‌گیری. با توجه به نتایج می‌توان گفت با ارتقاء سلامت معنوی و سلامت روان در نوجوانان، می‌توان رفتارهای مطلوب اجتماعی آنها را افزایش داد.

مقدمه

حسی از ارتباط داشتن، هماهنگی بین خود، دیگران، طبیعت و وجود متعالی از طریق فرآیندی پویا، منسجم و دست‌یافتنی می‌دانند که منجر به ایجاد شناخت از هدف نهایی و معنای زندگی می‌شود. همچنین Hawks و همکارانش^۳ سلامت معنوی را حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کردند. Fisher و Gomez سلامت معنوی را به حالتی از بودن، احساس‌های مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و نیز فطرت تعریف کرده‌اند که فرد در صورت دارا بودن سلامت معنوی، احساس هویت، کمال، رضایتمندی،

دوران نوجوانی دوره‌ای است که بیشتر نظریه‌پردازان رشد معتقدند از حدود یازده سالگی آغاز می‌شود و تا پایان دوره بلوغ ادامه دارد. Rousseau، نوجوانی را تولدی نو می‌داند؛ فروید این دوره را تحت عنوان مرحله تناسلی، Piaget آن را مرحله صوری یا انتزاعی و Erickson هویت‌یابی در مقابل بی‌هویتی معرفی کرده‌اند. نوجوانی معمولاً به سه دوره، اوایل (۱۱ تا ۱۴ سالگی)، اواسط (۱۴ تا ۱۷ سالگی) و اواخر (۱۷ تا ۲۰ سالگی) تقسیم می‌شود.^۱ یکی از مهمترین مسائلی که در این دوره مطرح است مسأله سلامت معنوی و روحی است. برخی تعاریف که تلاش کرده‌اند به دو بعدی بودن سلامت معنوی بپردازند، تعاریف قابل درنگی هستند. Hungelman و همکارانش^۲ سلامت معنوی را به عنوان

* نویسنده مسؤول: ایمیل: a.fathi64@gmail.com

جامعه‌شناسان، بعد اجتماعی شخصیت را جهت مطالعه ترجیح می‌دهند. بر این اساس، رفتار اجتماعی رفتاری است که از دیگران متأثر شده یا بوسیله دیگران شرطی شده است. به عبارت دیگر، رفتاری است که از فرد یا گروه، نسبت به کسی یا چیزی، در چارچوب فرهنگ مادی و معنوی سر می‌زند.^۹

ادبیات پژوهش نشان داده که بین سلامت معنوی و مولفه‌های رفتارهای پرخطر همبستگی منفی و معناداری وجود دارد.^{۱۰} سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقای سلامت عمومی می‌گردد و سایر ابعاد سلامت را هماهنگ کرده و باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی در فرد می‌شود.^{۱۱} سلامت معنوی دارای دو بخش سلامت مذهبی و سلامت وجودی است، که سلامت مذهبی بیانگر ارتباط با خدا و یک قدرت بی‌نهایت بوده و سلامت وجودی بیان‌کننده ارتباط ما با خود، دیگران و محیط است.^{۱۲} نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه سلامت معنوی با رفتارهای مطلوب است. برای مثال O'Brien و همکاران^{۱۳} گزارش کردند که مذهب معنویت بر رفتارهای جوانان تاثیر معنادار داشت. مظفری و حجازی^{۱۴} ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بهزیستی معنوی و روانی با رفتارهای جوانان رابطه معنادار و منفی داشتند. در پژوهشی دیگر حبیبی کلیر، شبان بسیم، صمیمی، ملامحسینی و عزیزی^{۱۵} (۱۳۹۷) گزارش کردند که جهت‌گیری مذهبی درونی و سلامت معنوی با رفتارهای نامطلوب رابطه منفی و معنادار داشت. بنابراین با توجه به اهمیت سلامت معنوی و روانی نوجوانان و تاثیر آن بر موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌های این دوران، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا بین سلامت معنوی و رفتارهای اجتماعی نوجوانان رابطه وجود دارد؟

روش کار

این پژوهش با توجه به اهداف از نوع کاربردی و با توجه به شیوه جمع‌آوری داده‌ها توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهرستان تبریز تشکیل دادند که در نیمسال دوم تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. تعداد افراد جامعه مورد نظر ۳۰۰۰۰ نفر بود. که با استفاده از جدول مورگان حجم نمونه ۳۸۰ نفر تعیین شد. این حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از

عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش و توازن درونی می‌کند و زندگی‌اش هدفمند می‌شود.^۴

با توجه به تحقیقات صورت‌گرفته می‌توان گفت که سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساس مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل با یک قدرت حاکم، دیگران و خود اطلاق می‌شود که طی فرآیندی پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدهای شخصی به دست می‌آید. همچنین از مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی می‌توان به شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش‌های معنوی و ثمرات معنوی اشاره کرد.^۵ مورد بعدی که در این دوره مهم است بحث مربوط به سلامت روانی می‌باشد. سلامت روانی در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است. اصطلاح سلامت روانی، اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می‌شود.^۶ منظور از سلامت روان، سلامت ابعاد خاصی از انسان مانند هوش، ذهن، حالت و فکر می‌باشد. از طرف دیگر سلامت روانی روی سلامت فیزیکی هم تاثیر دارد. بسیاری از پژوهش‌های اخیر مشخص کرده‌اند که یک سری اختلال‌های فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. با اینکه سلامت روانی یک مفهوم کلی است ولی هنوز تعریف خاصی که مورد قبول همه باشد از آن ارائه نداده‌اند؛ هر فرد یا گروهی یک تصور خاص از سلامت روان دارد این در صورتی است که در مورد سلامت جسمانی و فیزیکی این طور نیست.^۷

یکی دیگر از متغیرهایی که بر سلامت معنوی و روانی نوجوانان تاثیر دارد بحث مربوط به رفتارهای اجتماعی است. Etkinssoon رفتار اجتماعی را در قالب شخصیت اجتماعی تشریح نموده است. شخصیت از نظر وی دارای دو جنبه اجتماعی و فردی است. مراد از شخصیت اجتماعی، همان تصویری است که شخص از خود به دنیا عرضه می‌کند. شخصیت اجتماعی هر کس دربر دارنده رفتار اجتماعی اوست و با حرکات و اعمال ظاهری مانند طرز سخن گفتن و نحوه راه رفتن، خوش خلق یا بدخلق بودن، نحوه واکنش در برابر شرایط تهدیدکننده و بسیاری از واکنش‌های دیگر، مشخص می‌شود.^۸ اما بعد دیگر شخصیت، جنبه خصوصی آن است که شامل تخیلات، تفکرات و تجاربی است که شخص نمی‌خواهد دیگران را در آنها سهیم کند، بنابراین دور از دسترس دیگران قرار دارد و مطالعه آن نیز دشوار است. از این رو، روان‌شناسان و

مدارس متوسطه شهرستان تبریز انتخاب شدند. سپس ابزارهای پژوهش به خاطر شرایط کرونایی حاکم بر جامعه به صورت مجازی و از طریق لینک در گروه‌های کلاسی دانش‌آموزان قرار داده شده و پرسشنامه‌ها توسط دانش‌آموزان پر شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه مربوط به سلامت معنوی: مقیاس سلامت معنوی (SWB) توسط Paloutzian و Ellison (۱۹۸۳) ^{۱۵} طراحی شده است. این مقیاس حاوی ۲۰ عبارت است که پاسخ‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد. این مقیاس به دو گروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ۶۰-۱۰۰ را به خود اختصاص می‌دهد. عبارت‌های "فرد" (سلامت مذهبی) و عبارت‌های "زوج" (سلامت وجودی) را نشان می‌دهند. نمره کل سلامت معنوی جمع نمره‌های این دو زیر گروه می‌باشد که بین ۱۲۰-۲۰ خواهد بود. در عبارت‌های با فعل مثبت پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۶ و «کاملاً مخالفم» نمره ۱ را می‌گیرند و بقیه عبارت‌ها که با فعل منفی هستند، پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۱ و «کاملاً مخالفم» نمره ۶ را می‌گیرند.

روشی که جهت تعیین روایی و پایایی پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت آلفای کرونباخ است. در این پژوهش برای سنجش پایایی پرسشنامه‌ها، یک مرحله پیش‌آزمون انجام گرفته است. بدین منظور پرسشنامه‌ها بین تعداد ۳۰ نفر دانش‌آموز توزیع شد. پس از جمع‌آوری آن‌ها و ورود داده‌ها به نرم افزار SPSS ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) محاسبه گردید. ضریب مورد نظر ۰/۷۴۳ درصد می‌باشد.

پرسشنامه مربوط به سلامت روانی: پرسشنامه استاندارد سلامت روانی Keyes ^{۱۶}، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شده و شامل ۱۴ سوالات و ۳ مولفه می‌باشد و بر اساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (این احساس که کار یا چیز مهمی برای عرضه کردن به جامعه دارید) به سنجش سلامت روانی می‌پردازد. در این پرسشنامه ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقمندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهریستی هیجانی)، ۶ آیتم (پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت‌ها در

محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و توجه و درک اجتماعی) جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش برای این پرسشنامه بالای ۰/۷۰ برآورد شد.

پرسشنامه مربوط به رفتارهای اجتماعی: پرسشنامه گرایش‌های اجتماعی Carlo و همکاران ^{۱۷} متشکل از ۲۵ سوال می‌باشد. هدف آن ارزیابی خودگزارش‌دهی از ۵ نوع رفتار اجتماعی مطلوب (رفتارهای اجتماعی مطلوب ناشناس، رفتارهای اجتماعی مطلوب در موقعیت بحرانی و اضطراری، رفتارهای اجتماعی مطلوب هیجانی، رفتارهای اجتماعی مطلوب متابعت‌آمیز، رفتارهای اجتماعی مطلوب نوع دوستانه) می‌باشد. طیف پاسخدهی آن از نوع لیکرت پنج گزینه‌ای می‌باشد. در پژوهش کجاف و همکاران (۱۳۸۹) ^{۱۸} روایی همزمان بین پرسشنامه‌های گرایش‌های اجتماعی مطلوب تجدید نظر شده با مقیاس‌های رفتارهای اجتماعی مطلوب جهانی، نگرانی‌های همدلانه، ارزش‌های نوع‌دوستانه و انگیزش مسئولیت اجتماعی در سطح (p < ۰/۰۰۱) معنادار بود. پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ارزیابی شد که ۰/۸۶ بدست آمد.

یافته‌ها

برای اطلاع از متوسط مقدار ابعاد متغیرهای پژوهش، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرها در جدول (۱) آورده می‌شود. همان گونه که در جدول (۱) مشخص است، میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرها گزارش شده است؛ متغیر رفتارهای اجتماعی بالاترین میانگین و متغیر بهزیستی - هیجانی (زیر مقیاس سلامت روانی) کمترین میانگین را دارد.

برای بررسی این فرضیه که بین سلامت معنوی و رفتارهای اجتماعی نوجوانان پسر شهرستان تبریز رابطه وجود دارد از رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد؛ به این ترتیب که متغیرهای سلامت وجودی (X1) و سلامت مذهبی (X2) به عنوان متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک (Y)، رفتارهای اجتماعی در نظر گرفته شد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و آماره Z کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	Z	P
سلامت وجودی	۳۸۰	۲۸/۷۸	۵/۹۹	۳/۶۰۹	۰/۱۲۱
سلامت مذهبی	۳۸۰	۳۰/۶۶	۷/۵۳	۵/۱۰۹	۰/۰۸۱
سلامت بهزیستی - هیجانی	۳۸۰	۱۰/۴۳	۳/۵۷	۲/۹۴۳	۰/۰۹۳
سلامت روانی	۳۸۰	۲۰/۸۳	۶/۶۴	۳/۱۸۲	۰/۸۲۱
سلامت اجتماعی	۳۸۰	۱۸/۰۳	۹/۴۴	۳/۴۶۶	۰/۴۲۰
رفتارهای اجتماعی	۳۸۰	۷۷/۳۱	۱۷/۸۰	۱/۰۷۵	۰/۱۹۷

جدول ۲: خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص	R	R ²	تعدیل شده R ²	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۲۷	۰/۰۷	۰/۰۶	۱۷/۱۷

جدول ۳: نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
بین گروهی	۸۹۰۴/۱۴۸	۲	۴۴۵۲/۰۷۴		
درون گروهی	۱۱۱۲۰۱/۵۸۶	۳۷۷	۲۹۴/۹۶۴	۱۵/۰۹۴	۰/۰۰۰
کل	۱۲۰۱۰۵/۷۳۴	۳۷۹			

این دو متغیر ۰/۰۷ است یعنی این دو متغیر با هم ۰/۰۷ از واریانس متغیر رفتارهای اجتماعی را تبیین می‌کنند. حال، معناداری ضرایب در جدول (۴) مورد بررسی قرار می‌گیرد.

نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون بدست آمد که در سطح ۰/۰۰ با درجه آزادی (۲ و ۳۷۷) معنادار می‌باشد و R² محاسبه شده بر اساس

جدول ۴: ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود متغیرهای پیش‌بینی کننده رفتارهای اجتماعی در دانش‌آموزان

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		T	سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	Beta			
ثابت	۴۵/۴۲	۵/۹۷۹	-		۷/۵۹۷	۰/۰۰۰
سلامت وجودی	۰/۵۴۱	۰/۱۴۷	۰/۱۸۲		۳/۶۵۰	۰/۰۰۰
سلامت مذهبی	۰/۵۳۲	۰/۱۱۸	۰/۲۲۵		۴/۵۱۵	۰/۰۰۰

دارد. از رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد به این ترتیب که متغیرهای سلامت اجتماعی (X1) و سلامت بهزیستی هیجانی (X2) و سلامت روانی (X3) به عنوان متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک (Y)، رفتارهای اجتماعی در نظر گرفته شد.

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که از مولفه‌های سلامت معنوی، سلامت وجودی و سلامت مذهبی با رفتارهای اجتماعی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارند. به این معنی که هر اندازه سلامت وجودی و مذهبی در دانش‌آموزان بیشتر شود رفتارهای اجتماعی هم بهتر خواهد بود. برای بررسی این فرضیه که بین سلامت روانی و رفتارهای اجتماعی نوجوانان پسر شهرستان تبریز رابطه وجود

جدول ۵: خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص	R	R ²	تعدیل شده R ²	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۲۶۴	۰/۰۶۹	۰/۰۶۲	۱۷/۲۴

جدول ۶: نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۸۳۴۰/۳۱۷	۲	۲۷۸۰/۱۰۶		
درون گروهی	۱۱۱۷۶۵/۴۱۸	۳۷۷	۲۹۷/۲۴۸	۹/۳۵۳	۰/۰۰۰
کل	۱۲۰۱۰۵/۷۳۴	۳۷۹			

این سه متغیر ۰/۰۶۹ است. یعنی این سه متغیر با هم ۰/۰۶۹ از واریانس متغیر رفتارهای اجتماعی را تبیین می کنند. حال، معناداری ضرایب در جدول (۷) مورد بررسی قرار می گیرد.

نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون $F=9/353$ بدست آمد که در سطح ۰/۰۰ با درجه آزادی (۳ و ۳۷۶) معنادار می باشد و R^2 محاسبه شده بر اساس

جدول ۷: ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود متغیرهای پیش بینی کننده رفتارهای اجتماعی در دانش آموزان

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	Beta	T	
ثابت	۶۷/۲۰۵	۳/۶۴۱	-	۱۸/۴۵۶	۰/۰۰۰
سلامت بهزیستی - هیجانی	۰/۲۱۴	۰/۲۵۸	۰/۴۳	۰/۸۲۸	۰/۴۰۸
سلامت روانی	-۰/۴۳	۰/۱۴۰	-۰/۱۶	-۰/۳۰۵	۰/۷۶۰
سلامت اجتماعی	۰/۴۸۶	۰/۰۹۶	۰/۲۵۸	۵/۰۸۴	۰/۰۰۰

اجتماعی در دانش آموزان بیشتر شود رفتارهای اجتماعی افزایش خواهد یافت.

نتایج جدول (۷) نشان می دهد که از مولفه های سلامت روانی، سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماعی ارتباط مثبت و معنی داری دارند. به این معنی که هر اندازه سلامت

بحث

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که از مولفه های سلامت معنوی، سلامت وجودی و مذهبی با رفتارهای اجتماعی ارتباط مثبت و معنی داری دارند. به این معنی که هر اندازه سلامت وجودی و مذهبی در دانش آموزان بیشتر شود رفتارهای اجتماعی هم بیشتر خواهد بود.

سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقاء سلامت عمومی شده ^{۱۹} و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می کند که این کار باعث افزایش توان سازگاری ^{۲۰} و کارکرد روانی می شود. ^{۲۱} سلامت معنوی با ویژگی هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط، تناسب و هماهنگی ^{۲۲} داشتن معنی و هدف در زندگی مشخص می شود. ^{۲۳} در تبیین یافته های پژوهش می توان به این نکته اشاره کرد که با توجه به نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون و پژوهش های انجام شده در این مورد می توان گفت که سلامت معنوی یکی از مفاهیم پیچیده وابسته به

معنویت و مذهب است و به عنوان بعد مهم و برجسته روان سالم می باشد که منجر به هدفدار شدن زندگی می شود. این مفهوم با تاکید بر ارتباط فرد، دیگران، طبیعت و خدا نشأت گرفته است و ساختار چندبعدی دارد. همچنین، سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش های ناشی از شرایط مختلف زندگی محسوب می شود که به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن مثل سلامت روانی می شود و به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه گیر عمل می کند و موجب کاهش اختلال های روانی مثل احساس تنهایی، اضطراب، از دست دادن معنای زندگی و در نتیجه ارتقای سلامت روان می شود. در این شرایط توانایی سازگاری افراد با مسائل و مشکلات بیشتر شده و باعث می شود که افراد گرایش بیشتری به رفتارهای مطلوب داشته باشند. همچنین داشتن سلامت معنوی بالا می تواند به انجام رفتارهای اجتماعی جامعه پسند کمک کند و فرد را به انجام رفتارهای اجتماعی صحیح وادار کند. همچنین معنویت به دلیل اینکه فرد را از بحران معنا و احساس پوچی رها

خواهد یافت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماعی نوجوانان در تعامل متقابل است و داشتن سلامت اجتماعی بالا چه در محیط مدرسه و چه در جامعه سبب می‌گردد تا نوجوانان به مسئولیت‌های فردی و اجتماعی خود توجه نموده، در برابر پیشامدها تسلیم نشده و با ضعف اراده مواجه نشوند. پیشنهاد می‌شود کلاس‌های آموزشی برای والدین و مدیران و معلمان مدارس برگزار شده و نحوه داشتن سلامت معنوی و روانی بالاتر و بهتر و آشنا کردن نوجوانان با هویت و ابعاد آن تبیین گردد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ابعاد سلامت معنوی و روانی با رفتارهای اجتماعی نوجوانان انجام شد. نتایج نشان داد که مولفه‌های سلامت معنوی با رفتارهای اجتماعی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارند و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد از مولفه‌های سلامت روانی، سلامت روانی با رفتارهای اجتماعی رابطه منفی دارد و با مولفه‌های سلامت اجتماعی و بهزیستی هیجانی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی علمی همچون رازداری و رضایت آگاهانه رعایت شده است.

سپاسگزاری

محققان پژوهش، خالصانه از تمامی شرکت کننده و مسئولان ذیربط، قدردانی می‌نماید.

تضاد منافع

محققان اظهار می‌دارند که منافع متقابلی از تألیف و یا انتشار این مقاله ندارند.

می‌سازد و موجب استحکام در برابر مشکلات، چالش‌ها، رویدادها و حوادث زندگی شده و می‌تواند با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش میزان تعاملات اجتماعی به افزایش سطح سلامت روان در زندگی نوجوانان که از ارکان اساسی یک جامعه آموزشی می‌باشد، کمک کند.

همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که از مولفه‌های سلامت روانی، سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری با رفتارهای اجتماعی دارد و سلامت روانی ارتباط منفی و غیر معنی‌داری با رفتارهای اجتماعی دارد.

سلامت روانی دارای سه مولفه سلامت اجتماعی، سلامت بهزیستی - هیجانی و سلامت روانی می‌باشد که منظور از سلامت اجتماعی یعنی چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع؛ فردی برخوردار از سلامت اجتماعی است که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه مفید برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است.^{۲۴}

منظور از سلامت بهزیستی - هیجانی یعنی گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباطاتشان با دیگران و مدیریت بر هیجاناتشان^{۲۴} تحقیقات انجام شده بیانگر آن است که سلامت بهزیستی - هیجانی با مهارت مدیریت استرس و استرس ادراک شده رابطه دارد و در زندگی روزمره به طور جزئی با تعادل هیجانی مثبت و منفی در فعالیت‌های زندگی روزانه مرتبط است.

سلامت روانی هم اشاره به این دارد که بهداشت روان یا سلامت روان به معنی سلامت هیجانی و روانشناختی است، به شکلی که فرد بتواند از تفکر و توانایی‌های خود استفاده کند، در جامعه عملکرد خوبی داشته باشد و نیازهای معمول زندگی روزمره را برآورده سازد.

در تبیین فرضیه سوم می‌توان گفت که هر اندازه سلامت اجتماعی در نوجوانان تقویت شود یعنی راهکارهای مناسبی در مورد داشتن سلامت اجتماعی بالا ارائه شود به همان اندازه انجام رفتارهای اجتماعی صحیح نیز افزایش

References

- Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-

Sp). Ann Behav Med. 2002; Winter;24(1):49-58.

https://doi.org/10.1207/s15324796abm2401_06

- Hungelmann J, Kenkel-Rossi E, Klassen L, Stollenwerk RM. Spiritual well-being in older adults: Harmonious

- inter- connectedness. *J Relig Health*, 1985;24(2):147-53. <https://doi.org/10.1007/bf01532258>
3. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion, *Am J Health Promot*, 1995; 9(5):371-8. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-9.5.371>
4. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well - being and development and validation of the Spiritual Well - Being Questionnaire Personality and Individual Differences. 2003;35: 1991-1975. doi:10.1016/S0191-8869(03)00045-X
5. Abasi M, Azizi F, Shemsh Gushaki E, Naserirad M, Akbari Lakeh M. Conceptual and operational definition of spiritual health: A methodological Study. *Journal of Medical Ethics*. 2002;6(20):11-44.
6. George L. K, Larsen D. B, Koeng H. G, McCullough M. Spirituality and health: What we know, what we need to know, *journal of social and clinical psychology*. 2000;19:102-116. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.102>.
7. June M C. A. Literature Review Related to Spiritual Health and Health Outcomes. 2007;21(5):224-236. <https://doi.org/10.1097/01.hnp.0000287986.17344.02>
8. Ralph M. Steinmann .Spirituality – The Fourth Dimension of Health and Evidence - Based Definition .20th IUHPE World Conference on Health Promotion 11-15 Geneva. Switzerland, 2010.
9. Shayanmehr A. Natural encyclopedia of social sciences. Tehran. Keyhan, 2002.
10. O'Brien L, Denny S, Clark T, Fleming T, Tevale T, Robinson E. The impact of religion and spirituality on the risk behaviours of young people in Aotearoa, New Zealand. *Youth Studies Australia*. 2013;32(4): 135-139. <https://hdl.handle.net/2292/58447>
11. Salman A, Lee, Y. Spiritual practices and effects of spiritual well-being and depression on elders' self-perceived health. *Applied Nursing Research*. 2019; 48: 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.018>
12. Chiang Y, Lee H, Chu T, Han C, Hsiao Y. The impact of nurse's spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing Outlook*. 2016;46(3):215-224. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.012>
13. Mozaffari F, Hejazi M. The Role of Spiritual and Psychological Well-being in Predicting High-risk Behaviors of Young Prisoners in Zanjan. *Journal of research on religion & health*. 2019;5(3):32-44. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i3.19791>
14. Habibi Kaleybar R, Shaban Basim F, Samimi Z, Mollamohseni M, Azizi S. Explaining High-Risk Behaviors among Students on the basis of Religious Orientation and Spiritual Health. *Islamic Life Style*. 2018;2(4):203-209. <http://islamiclifej.com/article-1-220-en.html>.
15. Paloutzian R.F, Ellison C.W. Loneliness, spiritual well- being, and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook for current theory, research, and therapy*. New York: Wiley Interscience. 1982. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med/9780199571390.003.0048>
16. Keyes C.L.M, Reitzes D.C. The Role of Religious Identity in the Mental Health of Older Working and Retired Adults. *Aging and Mental Health*. 2007; 11(4), 443-434. doi: 10.1080/13607860601086371.
17. Carlo G, Hausmann A, Christiansen S, Randall B. A. Sociocognitive and Behavioral Correlates of a Measure of Prosocial Tendencies for Adolescents Psychology, Department of Faculty Publications, Department of Psychology. 2003:107-134. <https://doi.org/10.1177/0272431602239132>
18. Kajbaf, MB, Azargun H. Effectiveness of mindfulness training in reducing dysfunctional attitude and spontaneous thoughts of depressed students of Isfahan University. *Journal of Psychology*. 2007;14(1 (53):79-94.
19. Alahbakhshian M, Jafarpour alavi M, Parvizi S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients, *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (ZJRMS)*. 2010;12(3):29-33. [in Persian].
20. Rezaei M, Seyed fatemi N, Hoseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients Who Undergo Chemotherapy, *Hayat*. 2008;14(3,4):33-39. [in Persian].
21. Safayi Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahour M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students, *Quarterly Journal of sabzevar university of Medical Sciences*. 2010;17(4):274-280. [Persian].
22. Carven RF, Hirnle CJ. *Fundamental of nursing: human health and function*, 4th ed, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2003:1383-92.

23. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-being Questionnaire, Personality and Individual Differences. 2003;35:1975–1991. [http://dx. doi. org/10.1016/S0191-8869\(03\)00045-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00045-X)
24. Keyes C L M, Wissing M, Potgieter J P, Temane M, Kruger A, van Rooy S. Evaluation of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) in Setswana speaking South Africans. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2008;15:181–192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>.