

The Survey of Veterans' Mental Health Based on Spiritual Well-Being and Life Satisfaction

Hashemian S.A.¹ MSc, Khademi M.J.^{2*} MSc

¹ Islamic Azad University, Hamedan Branch, Hamedan, Iran

² Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

Abstract

Aims: The present study was aimed to investigate the war veterans' mental health based on spiritual well-being and life satisfaction.

Methods: The research method was descriptive correlational. The study samples included 210 veterans who had records in the Veterans Foundation in Tehran. They were selected randomly and responded to the questionnaires of mental health, spiritual well-being, and life satisfaction. The data were analyzed by the SPSS software by using multivariate regression.

Results: The result showed that, there is a significant relationship between the variables of spiritual well-being, life satisfaction and mental health. Spiritual well-being and satisfaction are also capable to explain 23.3% of mental health in veterans.

Conclusion: Veterans with higher life satisfaction and spiritual well-being have better mental health.

Keywords: Mental Health, Spiritual Well-Being, Life Satisfaction, Veterans

بررسی سلامت روان جانبازان براساس بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی

سیده آصفه هاشمیان^۱ MSc، محمد جواد خادمی^۲ *MSc

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران
^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

چکیده

اهداف: این پژوهش با هدف بررسی سلامت روانی بر اساس بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی در جانبازان انجام شد.
روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی تحلیلی بوده که به روش مقطعی انجام شده است. بدین منظور تعداد ۲۱۰ نفر از جانبازان شهر تهران به روش تصادفی ساده وارد پژوهش شدند. در این پژوهش از سه پرسشنامه‌ی سلامت روانی GHQ28، مقیاس بهزیستی معنوی WBS و مقیاس ۵ موردی رضایت از زندگی SWLS استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز نرم‌افزار SPSS مورد استفاده قرار گرفت.
یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها، بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی همبستگی معناداری با سلامت روان دارند ($P < 0/001$). همچنین بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی قادرند که ۳/۲۳٪ از واریانس سلامت روان جانبازان را در نمونه‌ی مورد بررسی تبیین کنند.
نتیجه‌گیری: سلامت روان در جانبازان با بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی ارتباط مثبت معنی‌دار دارد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی، جانبازان

مقدمه

جنگ به عنوان یک عامل فشار روانی شدید پیامدهای گسترده‌ی فردی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد که در گستره‌ی نسل‌های متمادی تأثیرات چشمگیری بر روابط اعضای یک جامعه می‌گذارد. از آثار زیان‌بار هر جنگی بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که مستقیماً یا به‌طور غیرمستقیم در صحنه‌ی جنگ حاضر بوده‌اند، به وجود می‌آید. جراحات روانی جنگ تا مدت‌ها پس از جنگ گریبان‌گیر آسیب‌دیدگان خواهد بود [۱].

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت در بعد روانی تنها نداشتن بیماری روانی مدنظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس‌العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی، جنبه‌ی مهمی از سلامت روان را تشکیل می‌دهد [۲]. به عبارتی سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را بازمی‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده؛ از نظر شغلی مفید و سازنده بوده و به‌عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد [۳].

روانشناسان برخلاف گذشته که سلامت روانی را در فقدان بیماری روانی می‌دانستند، امروزه بر این باورند که بهزیستی به‌معنای عدم وجود بیماری روانی نیست. توجه روانشناسان در سالیان گذشته معطوف آسیب‌شناسی روانی بود و کمتر به ارتقاء بهزیستی و رشد سلامت روانی جلب می‌شد [۴].

بهزیستی معنوی را می‌توان ارتباط با دیگران، زندگی هدفمند، معنادار، اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد [۵]. طبق نظر مبرگ و بروسک بهزیستی معنوی یک سازه‌ی چندبعدی است که شامل یک بعد عمودی و یک بعد افقی است. بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی در زندگی و رضایت از آن بدون در نظر گرفتن مذهب خاص اشاره دارد [۶].

در پژوهشی که به‌منظور سنجش اثربخشی ساختار قدرت معنوی در بازماندگان آسیب‌های نظامی در بین دو گروه داوطلب و کنترل از جانبازان با سابقه‌ی تروما انجام شد، شرکت‌کنندگان در هشت جلسه مداخله‌ی گروهی یکپارچه‌ی معنوی کاهش معناداری در نشانگان اختلال استرس پس از حادثه براساس گزارش اقدامات خود در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند [۷]. در پژوهش دیگری؛ که سانتا و همکارانش به بررسی رابطه‌ی بین بهزیستی معنوی و مذهب درونی و رفتار خودکشی در ۴۵ تن از جانبازان جنگی کراوات با اختلال استرس پس از حادثه‌ی مزمن و ۳۲ داوطلب سالم پرداختند، نشان دادند در مقایسه با داوطلبین، جانبازان نمرات بهزیستی معنوی و بهزیستی وجودی پایین‌تر معناداری داشتند و رفتار خودکشی جانبازان به‌صورت وارونه با بهزیستی معنوی همبسته بود [۸].

باتز و همکاران، در پژوهشی نشان دادند که بهزیستی معنوی و تکالیف معنوی، سلامت روانی افراد را در حوزه‌هایی نظیر احساس افسردگی، طول مدت بستری افراد در مراکز درمانی، رضایت از

زندگی و سوء‌مصرف مواد تحت تأثیر قرار داده و موجب افزایش سلامت روانی و رضایت از زندگی می‌شود [۹].

در ابتدا رفاه و طول عمر بیشتر، معنی کیفیت زندگی بهتر داشت؛ اما امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده‌ی سلامتی تعریف می‌شود و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت‌بخشی باشد. به همین دلیل درمان‌های امروزی باید متمرکز بر اصلاح و تغییر کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی در افراد باشد [۱۰]. امروزه اهداف توان‌بخشی از دستیابی افراد به حداکثر توانایی فردی فراتر رفته و زندگی اجتماعی و پیوستن آنان به جامعه را مدنظر قرار داده‌است [۱۱].

در مقایسه‌ای که تامی و همکاران بین جانبازان مستقر و غیرمستقر در جنگ خلیج فارس انجام دادند؛ شیوع افسردگی و اضطراب، ده سال بعد از شروع جنگ در بین گروه مستقر که علائم بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تر را گزارش کردند، بیشتر از گروه غیرمستقر بود [۱۲]. در یک پژوهش طولی تقریباً ۳ سال پس از بازگشت از ویتنام، در ۱۰٪ جانبازان تجربه‌ی علائم شدید اختلال استرس پس از حادثه ادامه داشت؛ که تداوم این علائم با روابط خانوادگی بدتر، مصرف سیگار بیشتر، رضایت از زندگی و شادی کمتر، استفاده‌ی بیشتر از خدمات بهداشت روانی و شکایات بهداشتی غیراختصاصی بیشتر در طول ۱۴ سال پیگیری همبسته بود [۱۳].

جنگ، مسئله‌ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی‌های سنگین ناشی از آن معمولاً منجر به اثرات پایدار درازمدتی بر جسم و روان افراد می‌گردد [۱۴]. با توجه به اینکه کشور ما در دوران جنگ متحمل خسارات شدیدی از جمله تلفات انسانی شده است و اهمیت رسیدگی به وضعیت سلامت روانی جانبازان در این پژوهش به بررسی سلامت روان براساس بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی در جانبازان عزیز کشورمان پرداخته شد تا ضمن ارزیابی دقیق‌تر این مسئله بتوان در راه ارائه‌ی خدمات بهتر به آنان گشایشی حاصل کرد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های تحلیلی است که به روش همبستگی انجام شده است. با توجه به ملاک‌های ورود و نیز با استفاده از فرمول‌های تعیین حجم نمونه، تعداد ۲۱۰ نفر از جانبازان ۲۵ درصد به بالای شهر تهران و دارای پرونده در بنیاد شهید و جانبازان استان تهران، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. جانبازان بالای ۷۵ درصد به دلیل شرایط جسمانی خاص خود وارد پژوهش نشدند. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده شد.

پرسشنامه مربوط به سلامت روانی (GHQ28): برای تعیین میزان سلامت روانی از پرسشنامه مربوط به سلامت روانی استفاده شد. پرسشنامه‌ی سلامت روانی یک پرسشنامه خود گزارشی است

۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ بدست آمد [۲۰]. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-15 و با توجه به نرمال بودن داده‌ها، به‌وسیله‌ی آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و در ادامه رگرسیون به روش گام‌به‌گام، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

نفر در پژوهش شرکت کردند که همگی از بین جانبازان مرد بودند. حداقل سن آن‌ها ۲۲ سال و حداکثر ۷۵ سال و میانگین سنی آن‌ها ۴۷/۰۳ سال با انحراف معیار ۸/۷۹ بود.

براساس یافته‌ها، بیشترین و کمترین نمره‌ی بهزیستی معنوی شرکت‌کنندگان به ترتیب ۴۹ و ۹ با میانگین ۴۶/۶۸؛ بیشترین و کمترین نمره‌ی رضایت از زندگی به ترتیب، ۳۵ و ۳ با میانگین ۲۰/۳۲ و بیشترین و کمترین نمره‌ی سلامت روان نیز به ترتیب، ۱۰۲ و ۳۱ با میانگین ۵۴/۸۴ به دست آمد. میزان همبستگی دو متغیر وابسته یعنی بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی با متغیر مستقل؛ سلامت روان نیز به ترتیب $(r = -0.45)$ و $(r = -0.52)$ محاسبه شد. با توجه به نمره‌گذاری معکوس در پرسشنامه سلامت روان که افزایش نمره به معنی وجود اختلال روانی است وجود علامت منفی در نتیجه‌ی همبستگی خنثی شده؛ و بنابراین تفسیر نتایج همبستگی بدین معنا است که با افزایش بهزیستی معنوی و نیز رضایت از زندگی، میزان سلامت روان در بین جانبازان افزایش می‌یابد.

براساس نتایج به دست آمده، میزان F مشاهده شده معنی‌دار بود $(P < 0.001)$ و $23/3\%$ از واریانس سلامت روان شناختی به‌وسیله‌ی متغیرهای پیش‌بین تبیین شد. در جدول زیر ضرایب پیش‌بینی متغیرهای پیش‌بین ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های جمعیت شناختی (N = ۲۱۰)

متغیر	N	%
وضعیت تاهل	۳۴	۱۶/۱
متاهل	۱۷۷	۸۴/۹
تحصیلات	۴۰	۱۹
زیر دیپلم	۷۶	۳۶
دیپلم	۱۵	۷/۱
فوق دیپلم	۶۱	۲۸/۹
لیسانس	۱۸	۸/۵
بالتر		

که برای جدا کردن افراد سالم از بیمار بکار می‌رود و برای همه افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۶۰ و ۳۰ و ۲۸ سؤالی است. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت است؛ یعنی گزینه‌ها به ترتیب (۰، ۱، ۲، ۳) نمره گذاری می‌شوند. بدین ترتیب حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۸۴ خواهد بود. در این پرسشنامه نمره‌های بالاتر نشانه‌ی اختلال روانی است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس فرعی است که هر کدام از مقیاس‌ها دارای هفت سؤال است. مقیاس‌های چهارگانه شامل علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کنش اجتماعی و افسردگی شدید را مشخص می‌نماید [۱۵]. پالانگ، اعتبار این پرسشنامه را به کمک روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ روز بر روی یک گروه ۸۰ نفری ۰/۹۱ برآورد نموده است [۱۶].

مقیاس بهزیستی معنوی (WBS): همچنین برای ارزیابی بهزیستی معنوی از مقیاس بهزیستی معنوی استفاده شد. این آزمون توسط پالوتزین و ایسیون [۱۷] در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی است. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. شیوه‌ی نمره‌گذاری سؤالات از ۱ تا ۶ است. از طریق نمره‌گذاری این مقیاس، نمره بهزیستی مذهبی، بهزیستی معنوی و نمره کل به دست می‌آید. پالوتزین و ایسیون طی پژوهشی ضرایب بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را برابر با ۰/۹۶، ۰/۸۶، ۰/۹۳ و ضرایب آلفای کرونباخ را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در ایران توسط دهشیری و همکاران، بر روی دانشجویان دختر و پسر مورد ارزیابی قرار گرفت. پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های بهزیستی مذهبی و وجودی برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۲، ۰/۸۷ و میزان ضرایب پایایی به روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۸۱ گزارش شده است [۱۸].

مقیاس رضایت از زندگی (SWLS): این مقیاس توسط دینر و همکاران، برای اندازه‌گیری سطح رضایت از زندگی کلی افراد طراحی شده است و شامل ۵ سؤال با مقیاس پاسخ‌گویی لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. ضرایب اعتبار همسانی درونی و بازآزمایی مقیاس در بین دانشجویان به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش شده است [۱۹]. اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط بیانی و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ

جدول ۲. ضرایب معادله پیش‌بینی سلامت روان با استفاده از بهزیستی معنوی و رضایت از زندگی

مدل	β	S.E.	ضرایب استاندارد	T	معنی‌داری
مقدار ثابت	۶۵/۳۰۱	۷/۵۶۵		۸/۶۳۲	۰
بهزیستی معنوی	۱۱۳	۰/۰۸۵	۰/۰۸۲	۱/۳۳۵	۰/۱۸۳
رضایت از زندگی	-۰/۹۳۷	۰/۱۲۵	-۰/۴۶۳	-۷/۵۱۵	۰

میان پرسنل ارتش، رابطه‌ی پیچیده‌ای وجود دارد و تأکید کرد که نقش حفاظتی معنویت در سلامت روان به بررسی نوع مشکلات سلامت روان و شاید پتانسیل تأثیرگذاری ناشی از شدت استرس مانند مواجهه با سطوح بالای نبرد بستگی دارد [۲۶]. عدم پیش‌بینی سلامت روان به‌وسیله‌ی بهزیستی معنوی نیز ممکن است به نوع نمونه‌ی پژوهش مرتبط باشد. نمونه‌ی این پژوهش از بافت همسان (جانبازان جنگ تحمیلی) انتخاب شدند که معمولاً در یک سطح معنوی یکسان قرار دارند و این می‌تواند باعث کاهش واریانس بهزیستی معنوی شده و در نتیجه موجب عدم پیش‌بینی سلامت روان به‌وسیله‌ی بهزیستی معنوی گردد.

همچنین بین رضایت از زندگی و سلامت روان رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد؛ که با یافته‌های کوئن و همکاران و اسپنر و همکاران همسو می‌باشد [۲۷]. به نظر می‌رسد برداشت مثبت از شرایط و وضعیت زندگی و پذیرش واقعیت‌های موجود، آرامش خاصی که ناشی از افزایش میزان رضایت از زندگی است را برای فرد به ارمغان می‌آورد که در نهایت منجر به افزایش سلامت روانی در فرد می‌شود. مایر و دینر [۲۸] نشان دادند که رضایت از زندگی با سلامت روانی بالا همبسته است. هر چه میزان رضایت از زندگی بالاتر باشد، فرد مستعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است. مالتبای و همکاران دریافتند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند از سبک‌های مقابله‌ای مؤثرتر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. عدم رضایت از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است [۲۷]. به‌طور کلی لازمه‌ی سلامت روان شناختی برخورداری از حدی از رضایت از زندگی است و چنانچه رضایت‌مندی از زندگی وجود نداشته باشد، خلق منفی و ناامیدی بر فرد مستولی گشته و او را مستعد ابتلا به انواع بیماری‌های روانی می‌سازد [۲۹].

نتیجه‌گیری

نظر به یافته‌های پژوهش، می‌توان با افزایش بهزیستی معنوی در جانبازان گرامی و بهبود کیفیت زندگی که منجر به افزایش سطح رضایت از زندگی می‌شود؛ زمینه‌های لازم برای بهبود وضعیت سلامت روان را در آنان فراهم آورد. در این زمینه می‌توان با دادن آموزش‌های مناسب موجب ارتقای سطح معنویت و افزایش هدفمندی در زندگی جانبازان شد و نیز با فراهم کردن زیرساخت‌های لازم کیفیت زندگی و در نهایت رضایت از زندگی را در میان آنان افزایش داد.

پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های آتی روند تغییرات سلامت روان در پژوهش‌های طولی بررسی گردد و نیز سایر متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت روان جانبازان مورد ارزیابی و سنجش قرار گیرند.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی جهت

ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که رضایت از زندگی ($P < 0.001$) می‌تواند واریانس متغیر سلامت روان را پیش‌بینی کند. ضریب تأثیر رضایت از زندگی ($B = -0.937$) با توجه به آماره‌ی t نشان می‌دهد که رضایت از زندگی با اطمینان ۹۹٪ می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت روان را پیش‌بینی کند؛ اما ضریب تأثیر بهزیستی معنوی معنادار نبود.

بحث

براساس یافته‌های پژوهش بهزیستی معنوی رابطه‌ی معناداری با سلامت روان دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش بهزیستی معنوی سلامت روان نیز بهبود می‌یابد. این یافته، با نتایج پژوهش برمن و همکاران [۲۱] و سانتا و همکاران همسوست. برگ نیز در پژوهش خود بر روی سربازان آسیب‌دیده در جنگ ویتنام نشان داد که بین نشانگان استرس پس از سانحه ناشی از نبرد، افسردگی و رنج معنوی رابطه وجود دارد. بدین ترتیب که بین آسیب‌های معنوی و نشانگان استرس پس از سانحه و نیز افسردگی رابطه‌ی مثبت وجود دارد [۲۲]. در تبیین این پدیده شاید بتوان این‌طور توضیح داد که هدفمندی و معنایی که معنویت به زندگی افراد می‌دهد باعث ایجاد احساس امنیت و ثبات روانی و در پی آن آرامش روانی در افراد می‌شود؛ و در نتیجه سلامت روانی را افزایش می‌دهد. در واقع، بدین شکل می‌توان تبیین کرد که معنویت به‌عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به‌صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند، موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی افراد می‌شود و در واقع نقش مهمی در بهزیستی و سلامت روانی افراد ایفا می‌کند. معنویت از طریق تدارک یک چارچوب جهت تفسیر و توصیف تجارب زندگی و به‌موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به‌هم‌پیوستگی وجودی، در ارتقاء سلامت روانی مشارکت می‌کند. یافته‌های فوق بیانگر این مطلب است که بهزیستی معنوی جنبه‌های مختلف سلامت روانی و جسمانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و علاوه بر ایجاد تجربه‌ی معنی‌داری در زندگی و احساس هدفمندی، اساساً با پذیرش زندگی، احساس مسئولیت، تجربه معاشرت و ارتباط با دیگران، هدف‌گرایی، امیدواری و خوش‌بینی همراه است [۲۳]؛ اما چنانچه در نتایج پژوهش دیده می‌شود، بهزیستی معنوی سلامت روان را پیش‌بینی نکرد که این یافته با نتایج برمن و همکاران [۲۴، ۲۵] ناهم‌سو است. هورانی و همکاران در پژوهشی رابطه‌ی بین معنویت، قرارگیری در معرض نبرد و سلامت روان را در میان یک نمونه‌ی بزرگ از پرسنل فعال وظیفه‌ی ارتش سنجیدند. یافته‌های این پژوهش نشان دادند که معنویت تأثیر مثبتی روی افسردگی دارد، اما روی خودکشی بی‌تأثیر است. همچنین معنویت نشانگان افسردگی و استرس پس از سانحه را تنها در میان کسانی که در معرض نبرد با شدت متوسط قرار گرفته‌اند؛ کاهش می‌دهد. در نهایت این پژوهش نشان داد که بین معنویت و سلامت روان خصوصاً در

جانبازان شهر تهران و جانبازان عزیز که با همکاری خود به انجام پژوهش کمک کردند تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

منابع

1. Khaghanizadeh M, Sirate Nir M. Influence of individual, familial and socioeconomic factors on severity of psychiatric symptoms in veterans with mental disorders. *J Mil Med*. 2004;6(1):33-7. [Persian].
2. Noorbala A. Psychosocial health and strategies for improvement. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011; 17(2):151-6. [Persian].
3. World Health Organization. Investing in mental health. 2003.
4. Diener TW. National subjective well-being indices: An assessment. In: Land KC, editor. *Encyclopedia of social indicators and quality-of-life studies*. New York: Springer; 2005.
5. 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.
6. Moberg DO, Brusek PM. Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Social Indicators Research*. 1978;5(1):303-23.
7. Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE, Thurax P, Murray-Swank N, Grace D, et al. The effectiveness of a trauma focused spiritually integrated intervention for veterans exposed to trauma. *J Clin Psychol*. 2011; 67(4):425-38.
8. Nad S, Marcinko D, Vuksan-Aeusa B, Jakovljevic M, Jakovljevic G. Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder: a case control study. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(1):79-83.
9. Baetz M, Larson DB, Marcoux G, Bowen R, Griffin R. Canadian psychiatric inpatient religious commitment: an association with mental health. *Can J Psychiatry*. 2002;47(2):159-66.
10. Ghasemi N, Kajbaf MB, Rabiei M. The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well-being (SWB) and mental health. *J Clin Psychol (IR)*. 2011;3(2):23-34. [Persian].
11. Khademi MJ, Gharib M, Rashedi V. Prevalence of depression in the amputated patients concerning demographic variables. *Teb-e-Janbaz Iran J War Public Health*. 2012;4(2):12-7. [Persian].
12. Toomey R, Kang HK, Karlinsky J, Baker DG, Vasterling JJ, Alpern R, et al. Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war. *Br J Psychiatry*. 2007;190(5):385-93.
13. Koenen KC, Stellman SD, Sommer JF, Jr., Stellman JM. Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: a 14-year follow-up. *J Trauma Stress*. 2008;21(1):49-57.
14. Behdani F, Fayazi Bordbar MR, Heyrani P, Talebi M, Kouhestani L. Psychiatric symptoms in chemical and somatic combat veterans. *J Mil Med*. 2009;11(1): 31-5. [Persian].
15. Westerink J, Giarratano L. The impact of

اخذ مدرک کارشناسی ارشد در رشته‌ی روانشناسی عمومی است که در دانشگاه آزاد واحد همدان به انجام رسیده‌است. در پایان از کلیه‌ی مسئولان دانشگاه آزاد واحد همدان، مسئولان بنیاد شهید و

- posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(6):841-7.
16. Palahang H, Nasr M, Barahani MN, Shah Mohammadi D. An epidemiological study of mental disorders in Kashan. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 1995;2(8):19-27. [Persian].
17. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In: Peplou L. A, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook for current theory, research, and therapy*. New York: Wiley Interscience; 1982.
18. Dehshiri GH, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. Investigation of psychometric properties of spiritual well-being scale among students. *Psychological Stud (IR)*. 2008;4(3):35-45. [Persian].
19. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985 ;49(1):71-5.
20. Bayani A, Koocheky A.M, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. *J Iranian Psychologists*. 2007;3(11):259-60. [Persian].
21. Bormann JE, Liu L, Thorp SR, Lang AJ. Spiritual wellbeing mediates PTSD change in veterans with military-related PTSD. *Int J Behav Med*. 2012;19(4): 496-502.
22. Berg G. The relationship between spiritual distress, PTSD and depression in Vietnam combat veterans. *J Pastoral Care Counsel*. 2011;65(1-2):6-1-11.
23. Hartz GH. *Spirituality and mental health: Clinical application*. New York: Haworth press; 2005.
24. Bormann JE, Smith TL, Becker S, Gershwin M, Pada L, Grudzinski AH, et al. Efficacy of frequent mantra repetition on stress, quality of life, and spiritual well-being in veterans: a pilot study. *J Holist Nurs*. 2005;23(4):395-414.
25. Bormann JE, Thorp S, Wetherell JL, Golshan S. A spiritually based group intervention for combat veterans with posttraumatic stress disorder: feasibility study. *J Holist Nurs*. 2008;26(2):109-16.
26. Hourani LL, Williams J, Forman-Hoffman V, Lane ME, Weimer B, Bray RM. Influence of spirituality on depression, posttraumatic stress disorder, and suicidality in active duty military personnel. *Depress Res Treat*. 2012;2012:[9 p.].
27. Schnurr PP, Hayes AF, Lunney CA, Mcfall M, Uddo M. Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(4):707-13.
28. Myers DG, Diener E. Who Is happy? *Psychol Sci*. 1995;6(1):10-9.
29. Maltby J, Day L, McCutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health. *Br J Psychol*. 2004;95(Pt 4):411-28.