

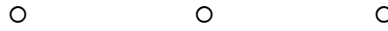
نقش مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی در تبیین سلامت روان

کتایون حسنی واجاری*، دکتر هادی بهرامی احسان*

چکیده

به منظور بررسی رابطه مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی با سلامت روان نمونه‌ای با حجم ۱۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران که به صورت تصادفی نظام‌دار انتخاب شدند به مقیاس مقابله مذهبی (پارگامنت، ۲۰۰۰) مقیاس خوشبختی معنوی (الیسون، ۱۹۸۳)، و پرسشنامه سلامت روان (گلدبرگ، ۱۹۷۸)، پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی، رگرسیون و آزمون F انجام شد. متغیر پیش بین سبک مقابله مذهبی با دو سطح مثبت و منفی، خوشبختی معنوی و تحصیلات و متغیر ملاک، سلامت روان (کل)، شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی بود. در الگوی تحلیل رگرسیون رابطه بین مقابله مذهبی مثبت و منفی، خوشبختی معنوی و تحصیلات و متغیرهای سلامت روان (کل)، شکایات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی بررسی شد. نتایج نشان داد که بین سبک مقابله مذهبی منفی و سلامت روان همبستگی معنادار ($p < 0/01$ و $F = 0/32$) وجود دارد. ولی بین سبک مقابله مذهبی مثبت با سلامت روان رابطه معناداری مشاهده نشد. همچنین بین خوشبختی معنوی با سلامت روان همبستگی معنادار (در سطح $p < 0/01$ و $F = 0/49$) وجود دارد.

کلید واژه‌ها: مقابله مذهبی مثبت و منفی، معنویت، بهزیستی، خوشبختی معنوی، سلامت روانی.



● مقدمه

در سالهای اخیر چگونگی واکنش انسان در برابر مسائل و مشکلات زندگی مورد مطالعه وسیع قرار گرفته و گسترش مباحث مربوط به «تندگی»^۱، بیماری و سلامت، مطرح شدن مفاهیمی چون «مقابله»^۲ و سبکهای مقابله را به دنبال داشته است. در این میان برخی معتقدند تعیین این که چه وقایع و موقعیتهایی به عنوان تندگی یا معرفتی می‌شوند ممکن نیست این گروه بر جنبه‌های شناختی تندگی تاکید می‌ورزند. از این دیدگاه، این که چطور ما محیط را ادراک و ارزیابی می‌کنیم، تعیین می‌کند که کدام محرک تندگی را است. هنگامیکه شخص خواسته‌هایی فراتر از منابع موجود مطالبه کند، دچار تندگی می‌شود. تفاوت‌های فردی در پاسخ به موقعیت‌های تندگی را مفهوم «مقابله و سازگاری»^۳ را پیش می‌کشد (لازاروس^۴، ۱۹۶۶ به نقل از دیویسن و نیل، ۲۰۰۱). بالغ بر دو دهه است که علاقه به پژوهش در باره ارتباط «مذهب»^۵ و مقابله، مخصوصاً در میان محققان علوم اجتماعی و سلامت افزایش یافته است (پارگامنت و اولسن، ۱۹۹۲). در سال ۱۹۹۰ پارگامنت و همکارانش اثرات مثبت انواع مختلفی از «مقابله مذهبی»^۶ را یافتند. پارگامنت به بُعد مذهبی مقابله اشاره کرده و یادآوری نمود که مذهب می‌تواند بخشی از ساخت مرکزی هر فرآیند مقابله باشد. او معتقد است که مذهب منابعی برای افراد در مقابله با موقعیتهایی که مضر یا تهدیدکننده اند فراهم کرده و به آنها کمک می‌کند موقعیتها را به شکل متفاوتی ارزیابی کنند و توانایی آنها را در مقابله با این شرایط افزایش می‌دهد. پارگامنت (۱۹۹۰)، عقیده دارد که افراد نمی‌توانند بدون هیچ تکیه گاهی با حوادث تندگی را روبرو شوند. آنها نظامی از عقاید، اعمال و آرمانها و ارتباطاتی دارند که مشخص می‌کند، در لحظه‌های سخت چگونه رفتار کنند و مذهب یکی از این نظامهای جهت گیری است (به نقل از گراهام، پور، فلوور، بورک و ماری، ۲۰۰۱). او پس از مطالعه گسترده‌ای از ارتباط «مقابله» و «مذهب» مطالعاتش را خلاصه کرده و آنها را به صورت نظریه‌ای در آورد. بعدها نیز روی کاربردهای مقابله مذهبی از جمله در «خانواده درمانی»^۷ مراقبت از سلامت روانی، «تن آرامی»^۸ و جز آن تمرکز کرد. پارگامنت اثرات انواع مختلف «مقابله مذهبی» را یافت و آنها را به صورت سازه‌ای شناختی تعریف کرد که از حادثه اولیه آغاز می‌گردد و دارای اهدافی غیر مادی و روش‌هایی برای دستیابی به این اهداف است (پارگامنت و پارک^۹، ۱۹۹۵، به نقل از هاریسون، ۲۰۰۱). پارگامنت (۱۹۹۰)، یادآور شد که

مذهب در فرآیند مقابله نقش دو سویه دارد: اول این که می تواند با شکل دهی به ماهیت «حوادث زندگی»^{۱۰}، اعمال مقابله‌ای و نتایج این حوادث، به مقابله کمک کند. ثانیاً مذهب می تواند ناشی از مقابله نیز باشد که با عنصر دیگری از فرآیند مقابله ایجاد شده است. نتایج یک بررسی موردی نشان می دهد که افزایش در اعتقادات مذهبی پس از تولد فرزند، دوره های تنهایی، و مشکلات هیجانی، مشاهده شده است. می توان گفت مقابله مذهبی به افراد کمک می کند که به نتایج خوبی در زمان های پر تنیدگی دست یابند. این موارد عبارتند از: حسی از معنا و هدف در زندگی، آرامش هیجانی، مهار شخصی و صمیمیت با دیگران، سلامتی جسمی و «معنویت»^{۱۱}. (الیسون، ۱۹۸۳، اسپیلکا، شیور و کرک پاتریک، ۱۹۸۵. پارگامنت، ۱۹۹۲، پارگامنت، ۱۹۹۵، به نقل از پارگامنت و اسمیت، ۱۹۹۸).

پس از تجدید نظر در تعریف سلامت روانی و مطرح شدن مباحثی مانند «بهبودی»^{۱۲} خوشبختی و معنویت، از اوایل ۱۹۷۰ یک برنامه تجربی تحلیلی را در باره «خوشبختی معنوی»^{۱۳} گسترش داد که در تشویق گروه زیادی از جامعه شناسان و روانشناسان به بررسی علمی این جنبه حیاتی موثر واقع شد. بهزیستی یا خوشبختی معنوی دو بُعد عمودی و افقی دارد که بُعد عمودی آن در ارتباط با «خدا» و بعد افقی به احساس هدفمندی در زندگی و رضایت از آن بدون در نظر گرفتن مذهب خاصی اشاره دارد. در تلاش برای ارائه تعریفی از خوشبختی معنوی، یافته ها نشان می دهد که خوشبختی معنوی یک زندگی مملو از یقین در ارتباط با خدا است. این یافته ها نشان می دهد که خوشبختی معنوی شامل یک ترکیب مذهبی، اجتماعی و روانی است. پالوتریان و ایسون (۱۹۸۳)، ضمن تعریف خوشبختی معنوی به عنوان رضایت شخصی، از ارتباط شخص با یک وجود برتر و حسی از هدفمندی در زندگی، در توضیح تعریف بالا اضافه می کنند از آن جایی که انسان به عنوان نظامی یکپارچه عمل می کند این دو بُعد نیز در ایجاد احساس رضایت همپوشی دارند. ایسون (۱۹۸۳)، در توضیح مفهوم خوشبختی معنوی تاکید می کند که خوشبختی معنوی همان سلامتی معنوی نیست؛ هر چند که از یک حالت اساسی سلامت معنوی ناشی شده و در واقع توصیفی از آن است - مانند رنگ خون فرد و ضربان قلب که نشانه ای از سلامتی جسمی است. بعدها دانشمندان دیگر نیز به این مبحث پرداختند از جمله تعاریف در این زمینه ویژگیهای بهزیستی معنوی را چنین بیان می کند: «خوشبختی معنوی اغلب به وسیله یک آرامش درونی، شفقت نسبت به دیگران، حرمت به زندگی، فلسفه ای رضایتمندانه از زندگی، ارتباط حمایت کننده با افراد دیگر، جهت گیری واقع بینانه درباره فقدان و محرومیت، خود پنداره ای ارزشمند و عملی اخلاقی، نمود می یابد» (کی می، ۲۰۰۰، ص ۲) وی خوشبختی معنوی را به عنوان سازگاری شامل چهار ویژگی

به شرح زیر تعریف می‌کند:

۱. یک نیروی یکپارچه‌کننده که یکپارچگی در جنبه‌های جسمی، هیجانی و اجتماعی سلامتی را فراهم می‌کند.

۲. یک منبع معنوی در زندگی که به صورت «کشاننده»^{۱۴} در عملکرد شخص محسوب می‌شود.

۳. منبعی برای پیوند بین افراد که به دوستی گرم، عشق، همدردی و وفاداری به یک سری اصول کمک می‌کند.

۴. منبعی از ادراکات فردی که به افراد کمک می‌کند ماوراء الطبیعه و لذت را تجربه کنند. سوارد^{۱۵} نیز مطرح کرد که «مداخله‌ها»^{۱۶} برای بهبود خوشبختی معنوی به اندازه مداخلات مستقیم برای بهبود سلامت روانی و هیجانی و فیزیکی اهمیت دارد (به نقل از کی می، ۲۰۰۰). به رغم همه تلاش‌هایی که برای مسائل و موضوعات مربوط به مذهب صورت گرفته است، کماکان اطلاعات و نظریه‌های مختلف در این مورد در مقایسه با سایر زمینه‌ها محدود به نظر می‌رسد. به اعتقاد گروهی از پژوهشگران، مذهب به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، باورها و نیایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی یا تعمیم یافته یکی از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه لحظه عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (بهرامی احسان، ۱۳۸۰). در این راستا، گروهی از محققان، به نقش مذهب در مقابله با حوادث بحرانی زندگی اشاره کرده و تحت عنوان «مقابله مذهبی» از آن یاد می‌کنند (پارگامنت، اولسن، ۱۹۹۲). مطالعات نشان می‌دهد که «مذهب»، نقش مهمی در مقابله با «تندگی» بازی می‌کند و «نماز» و «اعتقاد به خدا» به عنوان دو نوع از عمومی‌ترین منابع مقابله همواره وجود داشته‌اند. همچنین شواهد نشان داده است که مذهبی بودن با تأثیر بر شناخت ممکن است اثراتی با اهمیت روی خوشبختی، سلامتی و کاهش تندگی داشته باشد (لوونتال و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعات نظام‌دار از شناخت‌های اختصاصی مذهبی و ارتباط با این نتایج، هنوز در مراحل اولیه بررسی است. با توجه به ابهاماتی که در باره نقش مذهب در ایجاد سلامت روانی وجود دارد و نقصان تحقیقات در زمینه نقش خوشبختی معنوی و مقابله مذهبی در سلامت روانی، تحقیقی با این عنوان در شرایط حاضر ضرورت می‌یابد. با این توصیف مسایل پژوهشی حاضر عبارتند از:

۱. آیا بین مقابله مذهبی با سلامت روانی در زنان دانشجو با توجه به سطح تحصیلات رابطه وجود

دارد؟

۲. آیا بین خوشبختی معنوی با سلامت روانی در زنان دانشجو با توجه به سطح تحصیلات رابطه

وجود دارد؟

۳. آیا بین خوشبختی معنوی و مقابله مذهبی در زنان دانشجو رابطه وجود دارد؟

● روش

○ جامعه آماری و روش نمونه گیری

در پژوهش حاضر کلیه دانشجویان زن شاغل به تحصیل که در سطوح تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری در دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۸۲-۸۱ مشغول به تحصیل هستند، جامعه پژوهش را تشکیل می دهند. روش نمونه گیری این تحقیق روش تصادفی چند مرحله ای است به این ترتیب که از بین ۱۶ دانشکده دانشگاه تهران چهار دانشکده به طور تصادفی انتخاب شدند. در اسفند ماه ۱۳۸۱ لیست کلیه دانشجویان و دانشجویان زن در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری از چهار دانشکده (هنر، روان شناسی، علوم اجتماعی و فنی) تهیه شد. سپس به نسبت دانشجویان زن دانشکده در هر مقطع تحصیلی دانشجویان به تصادف انتخاب شده و پرسشنامه هادر اختیار آن ها قرار می گرفت. تعداد دانشجویان زن در این چهار دانشکده ۲۵۷۰ نفر بود که ۱۲۰ نفر از آنان در سه سطح تحصیلی که در دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۸۲-۸۱ مشغول به تحصیل هستند نمونه این پژوهش را تشکیل می دهند. ۱۲۰ پرسشنامه برای تکمیل در اختیار دانشجویان قرار گرفت که در سه سطح تحصیلی از چهار دانشکده انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند.

○ ابزار پژوهش

□ مقیاس مقابله مذهبی^{۱۷} (R-COPE)، این مقیاس توسط پارگامنت (۲۰۰۰)، ساخته شده و شامل ۱۰۰ پرسش است و توسط آن میزان مقابله مذهبی آزمودنی در مقابله با یک حادثه منفی در زندگی سنجیده می شود. این مقیاس ۱۰۰ ماده آزمون و ۱۷ زیر مقیاس را شامل می شود که سبک های گوناگون مقابله مذهبی را نشان می دهد. فرم کوتاه ۱۴ سؤالی برگرفته از فرم اصلی و بلند آن مشخص کننده سبک های مقابله ای مثبت و منفی است. هر یک از مقیاس های مثبت و منفی شامل ۷ ماده آزمون مقابله مذهبی هستند تعداد سؤالات فرم کوتاه ۱۴ ماده بوده و شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت با چهار گزینه از به «هیچ وجه» تا «بسیار زیاد» (صفر تا ۳) انجام

می‌گیرد. «مقابله مذهبی مثبت» سبکهایی از مواجهه شدن با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره‌گیری از ارزیابیها و تفسیرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود. برای مثال فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با یک رویداد دردناک، خدا او را تنها نخواهد گذاشت. اما در شکل دیگری از مقابله که با نام «مقابله منفی» نامگذاری شده است، فرد رابطه‌ای اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌نماید. برای مثال فرد معتقد است که خدا در لحظه‌های سخت مرا تنها خواهد گذاشت. به منظور بررسی «اعتبار»^{۱۸} و «روایی»^{۱۹} آزمون در مطالعه‌ای مقدماتی که در زمستان ۱۳۸۰ انجام شد مقیاس جهت‌گیری مذهبی به عنوان آزمون مرجع برای بررسی روایی همزمان، مقیاس مقابله مذهبی مورد استفاده قرار گرفت. همبستگی بین نمرات حاصل از کاربرد همزمان دو مقیاس به میزان ۰/۶ به دست آمد (بهرامی و قیامی، ۱۳۸۱، در دست انتشار). برای ارزیابی اعتبار آزمون، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. این ضریب در زیر مقیاس «مقابله مذهبی مثبت» ۰/۸۶ و در زیر مقیاس «مقابله مذهبی منفی» ۰/۶۵ به دست آمد. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهشی که توسط پارگامنت و همکاران در سال ۲۰۰۰ بین خانواده‌های دارای کودکان «اوتیستیک»^{۲۰} انجام شده بود همخوانی دارد.

□ مقیاس خوشبختی معنوی^{۲۱} در سال ۱۹۸۲ توسط پالوتزیان و ایسن ساخته شده و شامل ۲۰ ماده آزمون و دو زیر مقیاس است «خوشبختی مذهبی» که تجربه و رضایت از رابطه با خدا را می‌سنجد و رضایت وجودی که مربوط به حس هدفمندی و رضایت از زندگی است (بافورد، پالوتزیان و ایسن ۱۹۹۱، ایسن، ۱۹۸۳، ایسن و اسمیت، ۱۹۹۱). ضریب اعتبار به دست آمده برای این مقیاس ۰/۹۳ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۹۰ برای خوشبختی وجودی و مذهبی گزارش شده است (کی می، ۲۰۰۰).

□ پرسش‌نامه سلامت روانی^{۲۲} این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ ساخته شده است. و دارای چهار زیر مقیاس است: نشانه‌های بدنی، «اضطراب»^{۲۳} و «بیخوابی»^{۲۴}، «نارساکشن‌وری اجتماعی»^{۲۵}، «افسردگی»^{۲۶} و خیم. نمره سلامت روانی از مجموع نمرات به دست می‌آید. پرسش‌نامه سلامت روانی. چهار گزینه‌ای است و طیف پاسخ‌ها از «به هیچ وجه» تا «بسیار زیاد» تنظیم گردیده است. ضریب اعتبار برای این پرسش‌نامه برابر ۰/۵۵ به دست آمده است.

□ در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی مانند گزارش میانگین‌ها، فراوانی و ضرایب همبستگی و نهایتاً برای تحلیل نتایج از روش تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

● نتایج

برای پاسخگویی به سوال اصلی پژوهش «رابطه سبک مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی با سلامت روانی» ابتدا به توصیف میانگین و انحراف معیار متغیرهای سبک مقابله مذهبی مثبت و منفی، خوشبختی معنوی و سلامت روانی در آزمودنی های شاغل به تحصیل در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا پرداخته می شود.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای سبک مقابله مذهبی، خوشبختی معنوی

و سلامت روانی در آزمودنیها براساس مقطع تحصیلی

متغیرها	مشخصه های آماری	میانگین کل نمونه	انحراف معیار کل نمونه	میانگین نمونه کارشناسی	انحراف معیار نمونه کارشناسی	میانگین نمونه کارشناسی ارشد و دکترا	انحراف معیار نمونه کارشناسی ارشد و دکترا
مقابله مذهبی مثبت	۴/۱۳	۲/۲۸	۴/۲۲	۲/۳	۳/۷۳	۲/۲	
مقابله مذهبی منفی	۱/۳۵	۱/۶	۱/۳۳	۱/۶	۱/۴۲	۱/۶۶	
خوشبختی معنوی	۶۹/۰۴	۱۷/۱۵	۶۸/۹	۱۷/۰۰۴	۶۹/۶۶	۱۸/۳	
شکایات جسمانی	۱/۷	۱/۹۳	۲/۳	۱/۸۵	۲/۰۱۵	۲/۳	
اضطراب و بی خوابی	۱/۸۰	۲/۰۷	۱/۶	۱/۹۶	۲/۰۴	۲/۵۹	
نارسا کنش‌وری اجتماعی	۱/۹	۱/۹	۱/۷۵	۱/۹	۱/۶۶	۱/۸۷	
افسردگی وخیم	۱/۳۳	۲/۰۰۴	۱/۹	۱/۹۸	۱/۵	۲/۱۵	
سلامت روانی (کل)	۶/۷	۶/۶	۶/۶	۶/۳	۷/۲	۷/۸۳	

با توجه به داده های پژوهش، اکنون می توان به ارزیابی نتایج به دست آمده و پاسخ به سوالات پژوهش پرداخت. ابتدا ضرایب همبستگی بین متغیرها محاسبه و سپس برای تبیین نقش هر یک از متغیرهای پیش بین در متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون استفاده گردید که نتایج در جدول ۲ خلاصه شده است.

با توجه به نتایج حاصله از محاسبه ضریب همبستگی پیرسن، نمره فرد در «مقیاس سلامت روانی» با «مقابله مذهبی منفی» دارای رابطه ای مثبت و در سطح حداقل ۰/۰۱ معنی دار بوده و با «خوشبختی معنوی» دارای رابطه ای منفی و در سطح حداقل ۰/۰۱ معنی دار است. «خوشبختی معنوی» و «مقابله مذهبی مثبت» نیز دارای رابطه ای مثبت و در سطح حداقل ۰/۰۱ معنی داری است. بنابر این براساس یافته های فوق، افزایش میزان مقابله مذهبی منفی با افزایش نمره فرد در مقیاس سلامت روانی همراه بوده و نیز افزایش میزان خوشبختی معنوی با کاهش نمره فرد در مقیاس سلامت روانی همراه است در ضمن افزایش خوشبختی معنوی با افزایش مقابله مذهبی مثبت و کاهش مقابله مذهبی منفی همراه است.

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین متغیرهای سن، مقابله مذهبی مثبت و منفی، خوشبختی معنوی، سلامت روانی و چهار زیر مقیاس شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، افسردگی و خیم و سلامت روانی (کل)

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	سن	شکایات جسمانی	اضطراب و بی‌خوابی	نارساکنش‌وری اجتماعی	افسردگی و خیم	سلامت روانی کل	مقابله مذهبی مثبت	مقابله مذهبی منفی	خوشبختی معنوی
سن	۱	۰/۰۹۸	۰/۰۹۸	۰/۰۹۸	۰/۰۹۸	۰/۰۹۸	۰/۰۹۸	۰/۰۹۸	۰/۰۹۸	۰/۰۹۸
شکایات جسمانی	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
اضطراب و بی‌خوابی	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳
نارساکنش‌وری اجتماعی	۱	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵
افسردگی و خیم	۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴
سلامت روانی کل	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مقابله مذهبی مثبت	۱	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶
مقابله مذهبی منفی	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
خوشبختی معنوی	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

* p < ۰/۰۵ ** p < ۰/۰۱

برای تبیین نقش هر کدام از متغیرهای پیش‌بین در متغیر ملاک (سلامت روانی) از تحلیل رگرسیون استفاده شده که نتایج آن در جدولهای زیر خلاصه شده است.

جدول ۳- تحلیل واریانس (ANOVA) ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین و سلامت روانی (کل)

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
رگرسیون	۱۵۸۳/۳۵۹	۴	۳۹۵/۸۴۰	۱۲/۷۷۸	۰/۰۰۰
باقیمانده	۳۵۶۲/۳۵۸	۱۱۵	۳۰/۹۷۷		
کل	۵۱۴۵/۷۱۶	۱۱۹			

جدول ۴- مشخصه‌های آماری تحلیل رگرسیون

متغیر پیش‌بین	مشخصه	ضریب تأثیر (B)	مقدار t	سطح معنی‌داری
مقابله مذهبی مثبت	۰/۴۱۲	۱/۶۳۶	۰/۱۰۵	
مقابله مذهبی منفی	۰/۷۱۷	۲/۰۸۷	۰/۰۳۹	
تحصیلات	۰/۹۲۳	۰/۶۸۶	۰/۴۹۴	
خوشبختی معنوی	-۰/۱۹۵	-۵/۶۷۴	۰/۰۰۰	
مقدار ثابت	۱۶/۴۰۵	۵/۸۹۰	۰/۰۰۰	

با توجه به نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون، متغیر «سبک مقابله مذهبی منفی» و «خوشبختی معنوی» قادر است تا تغییرات مربوط به «سلامت روانی» را پیش بینی نماید. نتایج بدست آمده حکایت از آن دارد که در معادله پیش بینی «سطح تحصیلات» چندان مؤثر نیست و «مقابله مذهبی منفی» قادر است تا با ضریبی معادل $0/72$ در معادله رگرسیون سلامت روانی را پیش بینی کند. این رابطه مثبت است و معنای آن این است که اگر یک واحد به میزان سبک مقابله مذهبی منفی اضافه شود مقدار $0/72$ نمره در مقیاس سلامت روانی فرد افزایش می یابد. به عبارت دیگر مقابله مذهبی منفی دارای رابطه‌ای مثبت با نمره فرد در مقیاس سلامت روانی است. خوشبختی معنوی نیز قادر است تا با ضریبی معادل $0/195$ - در معادله رگرسیون سلامت روانی را پیش بینی کند و معنای آن این است که به هر میزان «خوشبختی معنوی» افزایش یابد نمره فرد در «مقیاس سلامت روانی» کاهش می یابد. ضریب تأثیری که در جدول ۴ آمده به این معنی است که با تغییر یک واحد در خوشبختی معنوی نمره فرد در مقیاس سلامت روانی به مقدار $0/195$ برابر کاهش می یابد (ضریب منفی است) و با تغییر یک واحد در مقابله مذهبی منفی نمره فرد در مقیاس سلامت روانی به مقدار $0/717$ برابر افزایش می یابد. با استفاده از آمار t فرضیه‌های اصلی پژوهش مورد تأیید قرار می گیرد.

● بحث و نتیجه گیری

○ نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین «مقابله مذهبی منفی» با «کاهش سلامت روانی» رابطه‌ای معنادار وجود ولی بین «مقابله مذهبی مثبت» با «سلامت روانی» رابطه‌ای معنادار مشاهده نشد. این نتیجه یافته پارگامنت مبنی بر ارتباط روش منفی مقابله مذهبی با سلامت روانی و افزایش تنیدگی همخوانی دارد ولی با یافته دیگر او مبنی بر ارتباط روش مثبت مقابله مذهبی با کاهش تنیدگی همخوانی ندارد. علاوه بر این یافته دیگر پژوهش حاضر این است که کاربرد سبک منفی مقابله مذهبی، افزایش نمره فرد در زیر مقیاس «افسردگی» را به همراه دارد که این نتیجه پارگامنت در بررسی‌هایش به دست آورده بود. پارگامنت و اسمیت (۱۹۹۸)، نتیجه گرفتند که نمره‌های بالا در آزمون «افسردگی» با نمره‌های بالا در «مقابله مذهبی منفی» رابطه‌ای معنادار دارد. این ارتباط بارها در نمونه‌های دیگر نیز مشاهده شد (تارک شپور و پارگامنت، ۲۰۰۱). علاوه بر این پارگامنت نتیجه گرفت که مقابله مذهبی مثبت هم کاهش افسردگی را به دنبال خواهد داشت که با یافته پژوهش حاضر همخوانی ندارد. بررسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه ارتباط مقابله مذهبی با سلامت روانی در ایران نیز نتایج مشابهی را نشان می دهد. غباری بناب و همکاران

(۱۳۷۹)، در پژوهشی که روی پانصد نفر از دانشجویان دانشگاه تهران انجام دادند نتیجه گرفتند که دانشجویانی که میزان «توکل» آنها بالاتر بود از میزان «اضطراب» پائین تری برخوردار بودند. در مجموع با توجه به تحلیل داده‌ها مشاهده می‌شود که بین «مقابله مذهبی منفی» با «سلامت روانی» رابطه‌ای معنادار وجود دارد. وجود رابطه بین این دو متغیر تأیید رابطه بین مقابله مذهبی با سلامت روانی را به دنبال دارد. از این رو تفکیک مقابله مذهبی به دو سبک مثبت و منفی در رویارویی با حوادث تنیدگی‌زا و چگونگی رفتار فرد به هنگام اخذ هر یک از این سبک‌ها با توجه به ماده آزمون‌ها، می‌تواند یافته پژوهشی مهمی در ادبیات پژوهشی معاصر به خصوص در کشورمان باشد. مثلاً افزایش در رفتارهای مقابله مذهبی منفی مثل ترس از طرد خدا و انتظار تنبیه از خدا در هنگام رویارویی با موقعیت تنیدگی‌زا با نمره‌های بالا در مقیاس سلامت روانی همراه بود که با پیش‌بینی پالوتزیان و کرک پاتریک (۱۹۹۵)، مبنی بر این که مذهب به صورت اعتقاد سطحی، کورکورانه و پر از تضاد می‌تواند بر سلامت روانی اثری منفی داشته باشد همخوانی دارد. همچنین به نظر می‌رسد، مقابله مذهبی منفی با یک رفتار مذهبی استقرار یافته همراهی نداشته و مبتنی بر نوعی رابطه دو سوگرایانه با خدا است، در حالیکه مقابله مذهبی مثبت نوعی رابطه ایمن با خداست. در واقع سبک دل‌بستگی نسبت به خدا در بزرگسالان و مقیاس‌های مذهبی ارتباط معناداری را نشان داده است و بزرگسالانی که رابطه خود را با خدا «ایمن» توصیف کردند به طور معناداری در مقیاس‌های احساس تنهایی یا افسردگی نمرات پائین تری را کسب کرده‌اند (اسپلیکا و همکاران، ۱۹۸۵ به نقل از قیامی، ۱۳۸۱). در واقع می‌توان گفت که مقابله مذهبی منفی فاقد یک رابطه عمیق درونی است و به نظر می‌رسد همراه با خصیصه اضطرابی است. یعنی در این سبک مقابله مذهبی، ترس از تنبیه و طرد از سوی خدا توسط فرد مد نظر قرار می‌گیرد. این افراد خدا را بیشتر به عنوان منبعی از درد و تنبیه در نظر می‌گیرند تا منبعی از عشق و محبت. در حالی که مقابله مذهبی مثبت مبتنی بر یک رابطه عاشقانه با خدا و حس ارتباطی معنوی با دیگران و اعتقاد به هدفمندی دنیا و در نتیجه نظری مثبت نسبت به آفرینش است.

○ یافته دیگر پژوهش حاضر به ارتباط بین خوشبختی معنوی با سلامت روانی اختصاص دارد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین خوشبختی معنوی و سلامت روانی رابطه‌ای معنادار دارد. قبلاً اشاره شد در ایران پژوهشی در این زمینه صورت نگرفته است لیکن تحقیقات سایر کشورها حاکی از ارتباط بین «خوشبختی» با «سلامت روانی» است. مثلاً طی تحقیقی که توسط کی‌می (۲۰۰۰)، روی ۱۰۵ دانشجو انجام گرفت مشخص شد از جمله صفاتی که در دانشجویان برای موفقیت در رویارویی با تنیدگی وجود دارد خوشبختی معنوی است. همچنین سوارد (۱۹۸۶)

به نقل از کی می (۲۰۰۰)، از بررسی‌هایش نتیجه گرفت که مداخله برای بهبود خوشبختی معنوی به اندازه مداخلات مستقیم برای بهبود سلامت روانی، هیجانی و فیزیکی اهمیت دارد. در واقع می‌توان پذیرفت «خوشبختی معنوی» در یافتن معنا و هدف در زندگی در نتیجه ارتباط با یک وجود برتر به شخص کمک می‌کند تا جهت‌گیری واقع‌بینانه‌ای در زندگی اتخاذ نماید. به نظر می‌رسد که خوشبختی معنوی در واقع منعکس‌کننده حس خشنودی، احساس بهجت و انبساط، از رابطه موجود بین انسان و خداست. این موضوع فراتر از عبودیت و بندگی معمولی است و مستلزم داشتن نوعی رابطه با خدا می‌باشد که در آن بنده از بندگی خود در رابطه با خدا شادمان و خشنود است. خوشبختی معنوی به صورت یک منبع ادراکات فردی عمل کرده و برای افق زندگی معنایی عمیقاً روحانی ترسیم کرده که بدین وسیله نیرویی یکپارچه‌کننده در جهت هماهنگی جنبه‌های جسمی، هیجانی و اجتماعی فرد فراهم می‌کند. از این زاویه فرد به فلسفه‌ای رضایتمندانه از زندگی می‌رسد که حاصل آن یک آرامش درونی، حرمت به زندگی، خودپنداره‌ای ارزشمند و جهت‌گیری واقع‌بینانه راجع به فقدان و محرومیت است که این همه نتیجه‌ای از طلوع انوار الهی در لحظه لحظه زندگی و تحقق آن در قلب مؤمن است.



یادداشت‌ها

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1- Stress | 2- Coping |
| 3- Adjustment | 4- Lazarus |
| 5- Religion | 6- Religious coping |
| 7- Family therapy | 8- Relaxation |
| 9- Park | 10- Life event |
| 11- Spirituality | 12- Well being |
| 13- Spiritual well-being | 14- Drive |
| 15- Swords | 16- Interventions |
| 17- Religious Coping Scale (R-Cope) | 18- Reliability |
| 19- Validity | 20- Autistic |
| 21- Spiritual Well-Being Scale | 22- General Health Questionnaire (GHQ) |
| 23- Anxiety | 24- Insomnia |
| 25- Social dysfunction | 26- Depression |

منابع

- استورا (۱۳۷۷). تیدگی یا استرس، ترجمه پریخ دادستان، تهران: انتشارات رشد.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۰). بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت‌گیری، مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، سال ششم (۳۱)، شماره ۱، ص ۶۷-۹۰
- غباری بناب، باقر؛ خدایاری فرد، محمد؛ شکوهی یکتا، حسن و فقیهی علی نقی (۱۳۸۰) رابطه توکل با خدا با اضطراب و صبر و امیدواری در شرایط ناگوار در دانشجویان دانشگاه تهران. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. سال پنجم، شماره ۱۹.
- قیامی، سیده زهرا. (۱۳۸۱). بررسی رابطه سبکهای دل‌بستگی با سبکهای مقابله مذهبی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- Argyl, M. (2000). *Psychology and religion*. London & New York: Rutledge.
- Beitha Ila mi, B.; & Argyl, M. (1997). *The psychology of religious behavior, belife & experience*. London: Rutledge.
- Davison, G. C.; & Neal, M. J. (2001). *Abnormal psychology, United states of American*. John Wiley & Sons.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: *Journal of Psychology & Theology*, 11, 330-340.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research.
- Graham, S.; Purr, S.; Flowers, C.; Burk, & Mary, T. (2001). Religion & spirituality in coping with stress. *Journal of Counseling & Values*, 40, (1).
- Harrison, M. O. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *Adjustment (Psychology)*, 13, (2).
- Kaymia, H. A. (2000). Hardiness and spiritual well-being among social work students: Implication for social work education. *Journal of Social Work Education*, 36, (2).
- Lowenthal, K.; McLeod, A. ; Goldblatt, V.; Lubitsh, G.; & Vallentine, J. D. (2000). Comfort and joy? Religion cognition & mood in protestants & Jews under stress. *Cognition Emotion*, 41, 355-374.
- Paloutzian, R. D.; & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.
- Paloutzian, R. F.; & Kirkpatrick, L. A. (1995). Introduction the scope of religious influences on personal and social well being. *Journal of Social Issues*, 51,(2), 1-11.
- Pargament, K. I.; & Olsen, H. (1992). God help me (2). *Journal of Scientific Study of Religion*, 31,

(4).

Pargament, Kenneth I.; Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE.; *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.

Pargament, K. L. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 195-224.

Pargament, Kenneth I.; & Park, Crystal L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends.: *Journal of Social Issues*, 51, (2), *Sum. Special issue: Religious influences on personal and societal well-being*. 13-32.

Pargament, K. I.; & Smith, B. W. (1998). Pattern of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Study of Religion*. 37, (4).

Spilka, B.; Shaver, P.; & Kirkpatrick, L. A. (1985). A general attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 24, 1-20.

Tarkeshvar, N.; & Pargament, K. I. (2001). Religious coping in families of children with autism. *Journal for the Focus on Autism & other Developmental Disabilities*, 14, (4).

