

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۳/۲۰

تاریخ تصویب مقاله: ۹۴/۱۲/۲۸

مدل علی‌رابطه‌ای بین نگرش مذهبی، شادی، لذت و سلامت روان در دانشجویان

دکتر فریبا یزدخواستی*، سید حبیب اله احمدی فروشانی** و
دکتر حمید رضا عریضی***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل علی‌رابطه‌ای بین نگرش مذهبی، شادی، لذت و سلامت روان در دانشجویان انجام شده است. نمونه پژوهش، شامل ۱۷۵ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای، انتخاب شدند. پرسش‌نامه نگرش سنج مذهب، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد، مقیاس خوش‌کامی اسنیت-هملیتون و پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی، به‌عنوان ابزار پژوهش، استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و روش تحلیل مسیر، استفاده شد. براساس نتایج به دست آمده، مدل علی‌رابطه‌ای بین نگرش مذهبی، شادی، لذت و سلامت روان، براساس شاخص‌های مختلف برازش، تأیید می‌شود. بر این اساس، نگرش مذهبی با لذت، لذت با

* دانشیار دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی

** کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی

*** استاد دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی

شادی و سلامت روان، و شادی با سلامت روان، رابطه مستقیم دارد. همچنین نگرش مذهبی به طور غیرمستقیم از طریق لذت و شادی، با سلامت روان، رابطه غیرمستقیم دارد. براساس یافته‌های به دست آمده از این پژوهش، در تبیین رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روان، توجه به نقش متغیرهای شادی و لذت، می‌تواند حایز اهمیت باشد.

واژه‌های کلیدی: نگرش مذهبی، شادی، لذت، سلامت روان.

مقدمه

از ابتدای شکل‌گیری علم روان‌شناسی در قرن نوزدهم تا آخرین دهه‌های قرن بیستم، اکثر قریب به اتفاق رویکردهای روان‌شناسی مطرح شده، مفهوم سلامت روان^۱ را به‌عنوان مفهومی مستقل، بررسی نکردند. در خلال این دوران، در این موضوع تقریباً اتفاق نظر بود که سلامت روان، مفهومی جدای از بیماری روانی نیست. به عبارت دیگر، هر فردی که فاقد نشانگان اختلالات روان‌شناختی بود، دارای سلامت روان، تلقی می‌شد. از این رو تمرکز عمده نظریه‌پردازی‌ها و پژوهش‌های روان‌شناختی، بر اختلالات روانی و افراد دارای اختلال روانی، متمرکز شد (کیس^۲، ۲۰۰۷). پژوهش‌های حیطه هیجانات نیز از این جهت‌گیری، مستثنا نبودند و اکثر مطالعات در این زمینه، بر هیجانات منفی متمرکز بودند (امونز^۳، ۲۰۰۵).

این وضعیت تا اواخر قرن بیستم بر مطالعات و پژوهش‌های روان‌شناسی، حاکم بود تا اینکه در اواخر قرن نوزدهم، نظریه‌پردازان و پژوهش‌گران جنبش نوظهوری که امروزه روان‌شناسی مثبت^۴ نامیده می‌شود، تمرکز اصلی خود را بر توجه به هیجانات مثبت و عوامل مؤثر بر این هیجانات گذاشتند (سلیگمن^۵، ۲۰۰۲). این رویکرد، روان‌شناسی قرن بیستم را به دلیل تمرکز بیش از حد بر مقوله آسیب‌شناسی روانی و غفلت از مبانی سلامت روان، به چالش کشید (سلیگمن؛

^۱ -Mental health

^۲ - Keyes

^۳ - Emmons

^۴ - Positive Psychology

^۵ - Seligman

ترجمه کلانتری، طبائیان، آقای و سجادیان، ۱۳۹۰) و تأکید کرد که روان‌شناسی علاوه بر توجه به مقوله درمان مسائل روان‌شناختی همچون هیجانات منفی ناکارآمد، باید به ارتقای مؤلفه‌های مختلف سلامت روان، از جمله هیجانات مثبت نیز توجه داشته باشد (کار^۱، ۲۰۰۵). این تغییر نگرش در جریان علم روان‌شناسی، منجر به این شد که هیجانات مثبتی همچون شادی^۲ و لذت^۳، که در طول قرن بیستم تاحد زیادی در پژوهش‌های علمی از آن‌ها غفلت شده بود، مرکز توجه نظریه‌پردازان و پژوهش‌گران مختلف، قرار بگیرند (سلیگمن، ۲۰۰۲).

در میان هیجانات مثبت، تاکنون شاید هیچ مقوله‌ای به اندازه دو هیجان شادی و لذت، مورد بررسی نظریه‌پردازان و پژوهش‌گران قرار نگرفته باشد (کسبیر و داینر^۴، ۲۰۰۸). شادی و لذت، به‌عنوان مهم‌ترین هیجانات مثبت انسان قلمداد می‌شوند (آرگایل؛ ترجمه گوهری انارکی، نشاط دوست، پالاهنگ و بهرامی، ۱۳۸۳). این دو هیجان، همپوشی‌ها و قرابت‌های زیادی با یکدیگر دارند، به‌طوری که حتی در مواردی، بعضی از نظریه‌پردازان آن‌ها را به‌عنوان مفاهیمی مترادف در نظر می‌گیرند (خداپناهی، ۱۳۸۸) و اینکه لذت، به‌عنوان مؤلفه‌ای از شادی در نظر گرفته می‌شود (دوک ورت، استین^۵ و سلیگمن، ۲۰۰۵). برای اکثر افراد، هیجان شادی، همواره در ارتباط با هیجان لذت، تداعی می‌شود، به‌طوری که درک بیشتر مردم از تجربه شادی، بیشتر به تجاری که توأم با هیجان لذت باشد، مربوط می‌شود. در واقع ظاهراً این طور به نظر می‌رسد که این دو هیجان، قابل تفکیک از یکدیگر نیستند و تجربه هر یک با تجربه دیگری همراه است. با این حال، آنچه امروزه مورد تأکید و توافق نظریه‌پردازان هیجانات مثبت است، این است که هیجانات شادی و لذت، مفاهیمی مستقل اما کاملاً مرتبط با یکدیگر محسوب می‌شوند (فرانکلین^۶، ۲۰۱۰).

^۱- Carr

^۲- Happiness

^۳- Pleasure

^۴- Kesebir & Diener

^۵- Duckworth, Steen

^۶- Franklin

نظریه پردازان هیجان‌ات مثبت، درباره عوامل مرتبط با شادی و لذت، تأکید بارزی بر مؤلفه‌های شناختی دارند (ایشی، شیماک و داینر^۱، ۲۰۰۱؛ کار، ۲۰۰۵). این موضوع به‌ویژه در رویکردهای شناختی- رفتاری به‌خوبی بررسی و تأیید شده است که شناخت‌های افراد با هیجان‌ات آن‌ها ارتباط تنگاتنگی دارد، به‌طوری که با تغییر مناسب و سازنده در شناخت‌ها می‌توان تغییراتی مطلوب و سازنده در هیجان‌ات ایجاد کرد (کری؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۹). براساس مطالعاتی که در زمینه جنبه‌های شناختی هیجان‌ات مثبت، صورت گرفته است، به نظر می‌رسد باورهای مذهبی و معنوی می‌توانند به‌عنوان عوامل شناختی مهم و تأثیرگذاری برای تجربه هیجان‌ات مثبتی همچون شادی و لذت، ایفای نقش کنند (امونز، ۲۰۰۵).

امروزه پژوهش‌های مختلفی نشان می‌دهند عقاید و نگرش‌های مذهبی و معنوی می‌تواند ارتباط معناداری با بسیاری از مؤلفه‌های شناختی و هیجانی سلامت روان داشته‌باشد. ون نس و لارسن^۲ (۲۰۰۲) طی یک بررسی نشان دادند، در میان افرادی که در دوران پایانی زندگی خود هستند، ارتباط بین مذهب و معنویت با جنبه‌های مختلف بهداشت و سلامت روان، به چشم می‌خورد. در یک فراتحلیل، اسمیت، مک کالو و پل^۳ (۲۰۰۳) با بررسی ۱۴۷ پژوهش، نشان دادند، بین مذهبی‌بودن با نشانه‌های افسردگی، همبستگی معنادار منفی، وجود دارد. فرانسیس، رابینز، لوئیس و کوئیگلی^۴ (۲۰۰۴) با بررسی ۲۶۴ دانشجوی دوره لیسانس، به ارتباط معناداری بین نگرش مثبت به عقاید دینی مسیحیت، با سلامت عمومی دست یافتند. در پژوهش دالمن، پرا و استادنسکی^۵ (۲۰۰۴) افرادی که معنویت بالاتری را گزارش کرده بودند، به احتمال بیشتری سلامت خود را خوب، ارزیابی می‌کردند. فلانلی، کوئینگ، ایلسون، گلک و کراوس^۶ (۲۰۰۶) در پژوهش خود، نشان دادند اعتقاد به زندگی پس از مرگ به‌عنوان یک اعتقاد مذهبی،

¹- Oishi, Schimmack & Diener

²- Van Ness & Larson

³- Smith, McCullough & Poll

⁴- Francis

⁵- Daalman, Perera & Studenski

⁶- Flannelly, Koenig, Ellison, Galek & Krause

با سلامت روان بهتر، ارتباط مستقیم دارد. موریرا-آلمیدا^۱، نتو^۲ و کوئینگ (۲۰۰۶) با بررسی ۸۵۰ پژوهش در زمینه ارتباط مذهب با سلامت روان، به این نتیجه رسیدند که مجموع این مطالعات، نشانگر ارتباط مذهب با سلامت روان مطلوب، است. در پژوهشی که عبدالخالق و ناصر^۳ (۲۰۰۷) با مسلمانان الجزایری انجام دادند، به همبستگی معنادار مذهب با سلامت روانی در مردان و نیز همبستگی معنادار مذهب با سلامت روانی، سلامت جسمانی، شادی، رضایت از زندگی و خوشبینی در زنان، دست یافتند.

از سوی دیگر، پژوهش‌ها از این فرض حمایت می‌کند که هیجانات مثبتی همچون شادی می‌توانند در کیفیت سلامت روان، نقش مؤثری ایفا کند. در پژوهش عناصری (۱۳۸۶)، در میان دانشجویان دانشگاه آزاد آشتیان، نشان داده شد که شادی با سلامت روان، همبستگی مثبت و با افسردگی و اضطراب، همبستگی منفی معناداری دارد. داینر و سلیگمن^۴ (۲۰۰۲) در مطالعه خود، نشان دادند که نشانگان مرضی روان‌شناختی، همچون افسردگی، هیپوکندریا و اسکیزوفرنیا در افراد شادتر، کمتر مشاهده می‌شود. بر اساس مطالعه بوگنر^۵ و همکاران (۲۰۰۱) افراد شاد، به احتمال کمتری سابقه سوء مصرف مواد دارند (لیوبومیرسکی، کینگ و داینر^۶، ۲۰۰۵). ساباتینی^۷ (۲۰۱۱)، با نمونه ۸۱۷ نفری از شهروندان ایتالیایی به رابطه مثبت بین شادی و سلامت عمومی دست یافت. کامکاری و شکرزاده^۸ (۲۰۱۲)، با بررسی رابطه بین سلامت روان و شادی در میان نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله شهر تهران به رابطه مثبت معنادار بین این دو متغیر دست یافتند. در پژوهش احمدی، اسدی و موحد ابطحی^۹ (۲۰۱۳)، با بررسی مدل ساختاری رابطه بین

^۱- Moreira.Almeida

^۲- Neto

^۳- Abdel-Khalek & Naceur

^۴- Seligman

^۵- Bogner

^۶- Lyubomirsky, King & Diener

^۷- Sabatini

^۸- Kamkari & Shokrzadeh

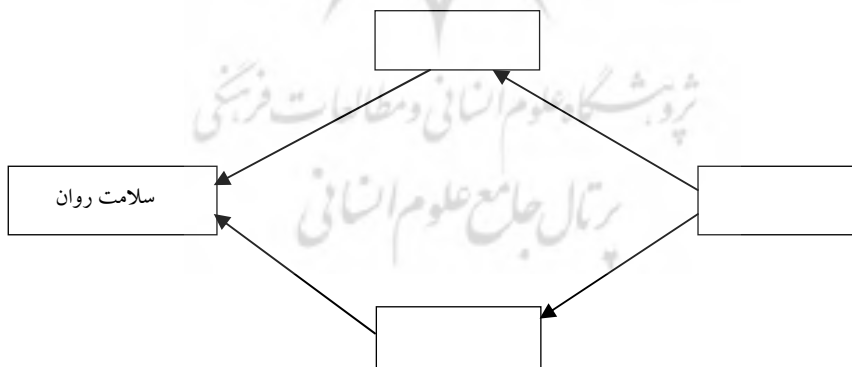
^۹- Asadi, Amini & Kazerooni

شادی، لذت و سلامت روان، در میان دانشجویان دانشگاه اصفهان، مشخص شد شادی به طور مستقیم لذت و به طور غیرمستقیم و از طریق لذت، سلامت روان را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند.

با وجود اینکه تاکنون پژوهش‌های متعددی در زمینه ارتباط نگرش مذهبی با سلامت روان، انجام شده است، اما پژوهش‌های اندکی به نقش متغیرهای میانجی در این ارتباط پرداخته‌اند. به‌ویژه بر اساس جستجوی پژوهش‌گران این مطالعه، تاکنون در هیچ پژوهشی به نقش هیجانانی همچون شادی و لذت به‌عنوان میانجی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روان، توجه نشده است. همچنین تأثیری که مفهوم لذت می‌تواند بر هیجان شادی یا بر سلامت روان، داشته باشد تاکنون در هیچ پژوهشی بررسی نشده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین نگرش مذهبی، شادی، لذت و سلامت روان در دانشجویان، در قالب یک مدل علی است. مدل مفروض پژوهش در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- نگرش مذهبی به‌طور غیرمستقیم از طریق شادی با سلامت روان دانشجویان رابطه مثبت دارد.
- ۲- نگرش مذهبی به‌طور غیرمستقیم از طریق لذت با سلامت روان دانشجویان رابطه مثبت دارد.
- ۳- مدل علی رابطه بین نگرش مذهبی، شادی، لذت و سلامت روان، بر اساس شاخص‌های برازندگی، دارای برازش قابل قبولی است.



نمودار شماره ۱: مدل مفروض رابطه بین متغیرهای پژوهش

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر، عبارت بود از کلیه دانشجویان دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۱. به منظور نمونه‌گیری از روش تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شد، بدین ترتیب که از بین دانشکده‌های دانشگاه اصفهان، سه دانشکده به تصادف، انتخاب و از بین رشته‌های تحصیلی هریک از این دانشکده‌ها دو رشته به تصادف، انتخاب شد. سپس از میان دانشجویان رشته‌های انتخاب شده، تعداد ۱۷۵ نفر به تصادف، انتخاب شدند.

به‌منظور سنجش متغیرهای پژوهش، پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شده‌است:

الف - پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (OHQ): پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد^۱، در سال ۱۹۸۹ توسط آرگیل، مارتین و کراسلند^۲ با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی بک، ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ آرگیل و هلیز^۳، این پرسش‌نامه را بازنگری کردند. این مقیاس، ۲۹ ماده دارد که بر اساس طیف چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره هر آزمودنی ۰ و حداکثر آن ۸۷ است (علی پور و نوری، ۱۳۸۵؛ کاشدان^۴، ۲۰۰۴). در هنجاریابی عابدی، میرشاه جعفری و لیاقت‌دار (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای این پرسش‌نامه به دست آمد. همچنین پایایی این مقیاس، در روش بازآزمایی ۰/۷۲ محاسبه شد.

ب: مقیاس خوشگامی اسنیت - همیلتون (SHAPS): مقیاس خوشگامی اسنیت - همیلتون^۵ ۱۴ عبارت دارد که ظرفیت و توانایی کسب لذت را می‌سنجد. این مقیاس، قابلیت کاربرد در هر دو زمینه بالینی و پژوهشی را دارد (ناکونزنی، کارمودی، موریس، کوریان و تریدوی^۶، ۲۰۱۰). پاسخگو با خواندن هر عبارت، در یک طیف چهارگزینه‌ای، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت، نشان می‌دهد (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰). محتوای عبارات این پرسش‌نامه،

¹ Oxford Happiness Questionnaire

² Argyle, Martin & Crossland

³ Hills

⁴ Kashdan

⁵ Snaith-Hamilton Pleasure Scale

⁶ Nakonezny, Carmody, Morris, Kurian & Trivedi

چهار حیطه را شامل می‌شود: ۱- علایق و سرگرمی‌ها ۲- تعامل اجتماعی ۳- تجربه حسی ۴- خوراک و نوشیدنی (کاویانی، کامیار و میرسپاسی، ۱۳۷۹). مؤلفان، دو نوع نمره‌گذاری لیکرت و دونمره‌ای را پیشنهاد کرده‌اند. در نمره‌گذاری لیکرت، نمرات بین ۰ تا ۴۲ و در روش دونمره‌ای، بین ۰ تا ۱۴ می‌تواند نوسان داشته باشد. در این مقیاس، نمره پایین‌تر، نشانگر توانایی بالاتر در کسب لذت است. ترجمه و انطباق این مقیاس، در ایران توسط کاویانی و همکاران صورت گرفته و مطالعات مقدماتی در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه تهران، حاکی از روایی و پایایی نسبی آن است (کاویانی و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین در پژوهش کاویانی و همکاران (۱۳۷۹) ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با مقیاس افسردگی بک، ۰/۸۰ و با مقیاس نامیدی بک ۰/۷۳ محاسبه شد.

ج: پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28): پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ اولین بار توسط گلدبرگ^۲ (۱۹۷۲) تنظیم گردید. فرم اصلی این پرسش‌نامه ۶۰ سؤال دارد و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سؤالی نیز تهیه و به ۳۸ زبان، ترجمه شده‌است. همچنین مطالعات روان‌سنجی بر روی این پرسش‌نامه در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است (ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامش و یعقوبی، ۱۳۸۶). ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) با تحلیل عوامل این پرسش‌نامه، ۴ عامل را استخراج کردند که عبارت بود از: علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی. این چهار عامل با عوامل استخراج شده توسط گلدبرگ، مطابقت دارد- (ماکوسکا، مرس، موسیکا و کلسا^۳، ۲۰۰۲). همچنین در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی تنصیف ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برای این پرسش‌نامه به دست آمد. نقطه برش پیشنهادی نیز ۲۴ بود، یعنی نمره ۲۴ و پایین‌تر،

¹⁻ General Health Questionnaire

²⁻ Goldberg

³⁻ Makowska, Merecz, Mościcka & Kolasa

نشانگر سلامت مطلوب و به‌هنگار است. زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی، جنبه‌های علامت‌شناسی را نشان نمی‌دهند و لزوماً برابر با تشخیص‌های روان‌پزشکی نیستند. سیستم نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، می‌تواند مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای یا به صورت نمره‌گذاری دوگانه در نظر گرفته شود؛ البته مطالعات متعدد، نشان داده است که روش لیکرت، موجب افزایش شاخص‌های غربالگری آزمون مذکور شده است. در روش نمره‌گذاری لیکرت، دامنه نمرات آزمودنی می‌تواند از ۰ تا ۸۴ باشد (کاوایی و همکاران، ۱۳۸۰).

د) پرسش‌نامه نگرش سنج مذهب: پرسش‌نامه نگرش سنج مذهب (گلریز، ۱۹۷۴) ۲۵ سؤال دارد که به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای، پاسخ داده می‌شود. نمره آزمودنی در این پرسش‌نامه می‌تواند از ۰ تا ۱۰۰ متغیر باشد. اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت و رنون و لیندزی برابر با ۰/۸۰ است. این پرسش‌نامه در سال‌های اخیر ارزیابی مجدد شده و پایایی آن از روش اسپیرمن- براون برابر با ۰/۶۳ به دست آمده است (صادقی، باقرزاده لداری و حق شناس، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	شاخص‌ها متغیرها
۱۲/۱۳۰	۶۷/۷۵۷	نگرش مذهبی
۱۴/۱۹۴	۴۵/۱۲۵	شادی
۵/۷۴۳	۹/۰۱۷	لذت
۱۱/۹۱۷	۲۱/۳۴۸	سلامت روان

جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش درباره روابط بین متغیرها از روش تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج حاصل از روش تحلیل مسیر، در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: اوزان رگرسیونی استاندارد مسیرهای بین متغیرهای پژوهش

خطای استاندارد	برآورد	مسیرها	
۰/۰۷۵	۰/۰۸۸	شادی	نگرش مذهبی
۰/۰۳۵	۰/۲۳۸ ^{**۱}	لذت	نگرش مذهبی
۰/۱۵۳	۰/۵۷۶ ^{**}	شادی	لذت
۰/۱۴۳	۰/۴۲۱ ^{**}	سلامت روان	لذت
۰/۰۵۲	۰/۵۸۰ ^{**}	سلامت روان	شادی

** $P < 0.01$

¹⁻ لازم به ذکر است که علامت منفی در اینجا بدلیل نحوه متفاوت نمره‌گذاری در مقیاس‌های مربوطه است که در قسمت معرفی ابزارها توضیح داده شد و به معنای همبستگی منفی بین متغیرهای اصلی پژوهش نیست.

همانطور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، اوزان رگرسیونی استاندارد مربوط به تمام مسیرهای مستقیم مدل مفروض پژوهش، به جز مسیر نگرش مذهبی به شادی، معنادار است که نشان می‌دهد فرضیه اول پژوهش رد می‌شود. بنابراین این مسیر از مدل اولیه پژوهش حذف گردید و برازش مدل براساس شاخص‌های مختلف برازندگی بررسی شد (شوماخر و لومکس، ترجمه قاسمی، ۱۳۸۸؛ هومن، ۱۳۸۰) که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص‌های برازش	مقدار آماره	سطح قابل قبول	وضعیت مدل پژوهش
CMIN TLI NFI CFI RMSEA	*۰/۶۶۴	مقدار کای اسکور جدول	برازش
	۱/۰۴۶	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل) ^۱	برازش
	۰/۹۹۶	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	برازش
	۱/۰۰۰	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	برازش
	۰/۰۰۰	کوچکتر از ۰/۰۵	برازش

$P=۰/۷۱۷$

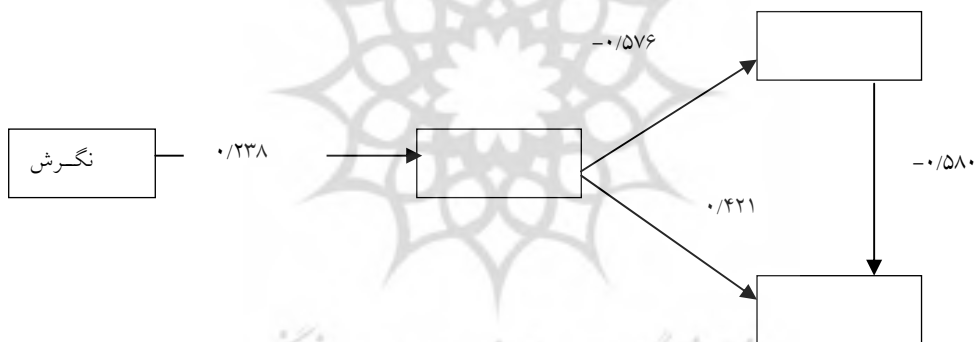
همانطور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود، عدم معناداری مجذور کای و مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ شاخص‌های تاکر-لویز (TLI)، شاخص نرم‌شده برازندگی (NFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) نشانگر برازش مطلوب مدل است. همچنین مقدار کمتر از ۰/۰۵ برای شاخص

^۱ لازم به ذکر است که در شاخص تاکر-لویز مقادیر بزرگتر از یک، برابر با یک قرار داده می‌شود و نشانگر برازش کامل است (هومن، ۱۳۸۰).

ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) نیز نشان می‌دهد مدل پژوهش از برازش قابل قبولی برخوردار است. بنابراین فرضیه چهارم پژوهش تأیید می‌شود.

اگرچه شاخص‌های برازش قابل قبول و مقدار غیرمعنادار مجذور کای، نشانگر کفایت حجم نمونه است (شوماخر و لومکس، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۸) اما براساس شاخص هولتر ($HOEITER=1570$)، تعداد نمونه ۱۵۷۰ نفری، حداکثر دقت را در برآورد، فراهم می‌آورد.

مدل نهایی پژوهش در نمودار شماره ۲ ارائه شده است. براساس این مدل، مسیر غیرمستقیم نگرش مذهبی به سلامت روان از طریق لذت، تأیید می‌شود که ضریب آن ۰/۱۰۰ است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود. همچنین مسیر غیرمستقیم نگرش مذهبی به سلامت روان از طریق لذت و شادی، تأیید می‌شود که ضریب آن ۰/۰۷۹ است. بنابراین فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.



نمودار شماره ۲. مدل برازنده رابطه بین متغیرهای پژوهش^۱

^۱ لازم به ذکر است که تمامی علامت‌های منفی در اینجا بدلیل نحوه متفاوت نمره گذاری در مقیاس‌های مربوطه است که در قسمت معرفی ابزارها توضیح داده شد و به معنای همبستگی منفی بین متغیرهای پژوهش نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی مدل علی‌رابطه‌ای بین نگرش مذهبی، شادی، لذت و سلامت روان در دانشجویان بود. مدل‌سازی اولیه‌ی مربوط به روابط بین متغیرها براساس مفاهیم نظری و پیشینه‌ی پژوهشی، انجام گرفت. نتایج این پژوهش، نشان می‌دهد که شادی و لذت می‌توانند به‌عنوان متغیرهای میانجی در رابطه‌ی بین نگرش مذهبی و سلامت روان در نظر گرفته شوند. تاکنون پژوهش‌های متعددی همسو با نتایج این پژوهش، رابطه‌ی بین عقاید، باورها و نگرش مذهبی یا معنوی را با سلامت روان به‌طور کلی یا مؤلفه‌های آن به‌طور خاص، تأیید کرده‌اند (از جمله ونس نس و لارسن، ۲۰۰۲، مک کالو و پل، ۲۰۰۳، فرانسیس و همکاران، ۲۰۰۴، دالمن و همکاران، ۲۰۰۶، فلانلی و همکاران، ۲۰۰۶، عبدالخالق و ناصر، ۲۰۰۷) و همچنین ارتباط مستقیم و غیرمستقیم هیجان‌ات مثبتی همچون شادی و لذت با سلامت روان که در مدل ارائه شده در این پژوهش نشان داده شد، با پیشینه‌ی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو است (عنصری، ۱۳۸۶، داینر و سلیگمن، ۲۰۰۲، به نقل از لیوبومیرسیکی و همکاران، ۲۰۰۵ و ساباتیینی، ۲۰۱۱، کامکاری و شکرزاده، ۲۰۱۲، احمدی و همکاران، ۲۰۱۳).

اما توجه به متغیرهای میانجی در رابطه‌ی بین نگرش مذهبی و سلامت روان، کمتر توجه شده است. به ویژه بر اساس جست‌وجوی پژوهش‌گران این مطالعه، توجه به نقش هیجان‌ات مثبت همچون شادی و لذت، در رابطه‌ی بین نگرش مذهبی و سلامت روان، تاکنون هیچ پژوهشی به آن توجه نکرده است. در این پژوهش، نشان داده شد که نگرش مذهبی با تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم بر هیجان‌اتی همچون لذت و شادی، می‌تواند بر سلامت روانی، تأثیر مثبتی داشته باشد.

در تبیین روان‌شناسی علمی از شادی، مؤلفه‌ی میزان بالای عاطفه‌ی مثبت، یعنی فراوانی هیجان‌ات و خلق مثبت و توأم با لذت، و مؤلفه‌ی میزان پایین عاطفه‌ی منفی، یعنی هیجان‌ات و خلق ناراحت‌کننده و غیر لذت‌بخش، جزء مؤلفه‌های اساسی شادی محسوب می‌شوند. بنابراین بدیهی است که عواملی که بتواند زمینه‌ی تجربه‌ی هیجان‌ات مثبت، همچون توانایی کسب لذت را در

شخص، افزایش دهد، می‌تواند در افزایش سطح کلی شادی نیز مؤثر باشد. پژوهش‌های چنددهه‌ اخیر در زمینه شادی نشان می‌دهد که هیجان شادی فقط ناشی از لذت‌جویی مداوم (به‌طور حسی و عینی) نیست؛ بلکه به‌طور اساسی در نتیجه پیشرفت فرد به سمت اهداف و ارزش‌های اساسی خود به وجود می‌آید. بنابراین لذت توأم با احساس معنا و هدف، می‌تواند یک پیش‌بینی کننده مهم شادی محسوب شود (داینر و کسبیر، ۲۰۰۸).

نگرش مذهبی با معنایی که به جنبه‌های مختلف زندگی فرد می‌بخشد، احساس کامروایی و ارزش‌های شخصی را از محدوده محدودیت‌ها و امکانات مادی فراتر می‌برد. در چنین حالتی، فرد اهداف و ارزش‌های اساسی خود را بر مبنای اهدافی فراتر از زندگی مادی و روزمره خود قرار می‌دهد، به‌طوری که هیچ‌یک از این محدودیت‌ها و امکانات، نمی‌تواند مانع فرد برای رسیدن به اهداف معناگرای او شود. مطمئناً چنین احساس کامروایی ناشی از تحقق ارزش‌ها و اهداف می‌تواند فرد را مستعد تجربه میزان بالایی از هیجان‌ات مثبت نماید و او را در برابر بسیاری از هیجان‌ات منفی، محافظت نماید. فایرانکل در این باره معتقد است افراد معناجو و معناگرا که خود را وقف معنایی فراتر از خود و فراتر از زندگی عینی و مادی روزمره می‌کنند به کرات، احساس لذت و خوشبختی را تجربه خواهند کرد، بدون اینکه لذت‌گرایی هدف آنان بوده باشد. در واقع فیرانکل معتقد است که لذت واقعی و پایدار، پیامد انکارناپذیر فرارفتن از خود و جست‌وجوی معنایی و رای خود و زندگی شخصی است؛ زیرا اگر چنین معنایی، به هدف اصلی فرد در زندگی تبدیل شود، آنگاه چنین هدفی در موقعیت‌های مختلف زندگی، حتی در وضعیت دشوار و رویدادهای سخت بیرونی، قابل تحقق است (شولتز، ترجمه خوشدل، ۱۳۸۵) و مطمئناً تحقق یک هدف یا احساس در مسیر هدف‌بودن، می‌تواند مستقیماً در افزایش هیجان‌ات مثبتی همچون احساس لذت، نقش داشته باشد (داینر و کسبیر، ۲۰۰۸). بنابراین نگرش مذهبی با ابعاد شناختی مختلف خود، می‌تواند در ایجاد و تقویت هیجان‌ات مثبتی همچون شادی و لذت تأثیرگذار باشد. به‌علاوه، براساس مطالعات انجام‌شده در زمینه شادی، نمی‌توان این هیجان را در

خارج از بافتی بین فردی تبیین نمود. میزان بالاتر اجتماعی شدن، همکاری بین فردی و رعایت اخلاقیات در روابط بین فردی، مواردی است که همواره با سطوح بالاتر شادکامی همراه است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کمیّت و مهم‌تر از آن، کیفیت روابط بین فردی دوستانه، به‌طور مثبتی با شادی همبستگی دارد و احساس تنهایی به‌طور قوی با افسردگی همبستگی دارد. اهمیت این موضوع تا حدی است که حتی مطرح شده‌است روابط اجتماعی رضایت بخش، می‌تواند مهم‌ترین منبع شادکامی محسوب شود (داینر و کسبیر، ۲۰۰۸). در این زمینه، درگیری با مسائل و عقاید مذهبی می‌تواند شبکه اجتماعی قوی‌تر و بزرگتری را برای فرد پرورش دهد و نیز دسترسی به حمایت‌های اجتماعی را برای فرد تسهیل نماید که خود این شبکه‌های اجتماعی بین افراد دارای عقاید معنوی یا مذهبی مشابه، نقش بسزایی در مقابله با استرس و حفظ بهزیستی روانی، خواهد داشت (پالوتزین^۱ و پارک^۲، ۲۰۰۵) و بافت بین فردی مناسبی را برای احساس شادکامی پایدار ایجاد خواهد کرد.

مطمئناً نگرش مذهبی با تأثیری که بر افزایش هیجانات مثبتی همچون شادی و لذت دارد، می‌تواند به ارتقای سطح کلی سلامت روانی منجر شود. امروزه پژوهش‌های مختلف، بیانگر آن هستند که هیجانات مثبت، همچون شادکامی جزء تفکیک‌ناپذیری از مفهوم سلامت روان، محسوب می‌شوند. اهمیت این موضوع، تا جایی است که درجات پایین شادکامی می‌تواند با درجات بالای آسیب‌شناسی روانی همراه شود. به‌عنوان مثال بری^۳ و گانل^۴ (۲۰۰۶) بر مبنای اطلاعات به‌دست آمده از ۳۲ کشور، به همبستگی معنادار منفی بین میزان شادکامی و نرخ خودکشی دست یافتند.

شاید مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر را بتوان حجم محدود نمونه، قلمداد کرد. افزایش ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل و نیز معناداری مسیر مستقیم نگرش مذهبی به شادی،

¹- Paloutzian

²- Park

³- Bray

⁴- Gunnell

در صورت سنجش مدل ارائه شده در این پژوهش در نمونه‌ای با حجم کافی، بسیار محتمل خواهد بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که مدل ارائه شده، در پژوهش‌های آتی با نمونه‌ای بسیار بزرگتر از نمونه ارائه شده در این پژوهش، مجدداً ارزیابی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود به نقش دیگر عواملی که می‌توانند به‌طور بالقوه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی، نقش متغیر میانجی را ایفا نمایند، در پژوهش‌های آتی توجه گردد.



منابع

۱. ابراهیمی، ام‌الله. مولوی، حسین. موسوی، غفور. برنامه‌نش، علیرضا و یعقوبی، محمد. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختارعاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۵ (شماره ۱). ۱۲-۵.
۲. آرگایل، مایکل. (۱۳۸۳). روانشناسی شادی. ترجمه مسعود گوهری انارکی، حمیدطاهر نشاط دوست، حسن پالاهنگ و فاطمه بهرامی. اصفهان: جهاد دانشگاهی.
۳. خدائپناهی، محمدکریم. (۱۳۸۸). انگیزش و هیجان. تهران: انتشارات سمت.
۴. سلیگمن، مارتین. ای. پی. (۱۳۹۰). روانشناسی مثبت، پیشگیری مثبت و مثبت درمانی. در م. آشنایدر و ش.ج. لویز، معنویت و روانشناسی مثبت. ترجمه و تلخیص مهرداد کلانتری، سیده راضیه طبائیان، پریناز سجادیان و الهام آقایی. اصفهان: کنکاش.
۵. شولتز، دوآن. (۱۳۸۵). روانشناسی کمال. ترجمه گیتی خوشدل. تهران: نشرپیکان.
۶. شوماخر، ر. ا. و لومکس، ریچارد. جی. (۱۳۸۸). مقدمه‌ای بر مدل‌سازی معادله ساختاری. ترجمه وحیدقاسمی. تهران: جامعه‌شناسان.
۷. صادقی، محمدرضا. باقرزاده لداری، رحیم و حق شناس، محمدرضا. (۱۳۸۹). وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. دوره ۲۰ (شماره ۷۵). ۷۵-۷۱.
۸. عابدی، محمدرضا. میرشاه جعفری، سیدابراهیم و لیاقتدار، محمدجواد. (۱۳۸۵). هنجاریابی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. دوره ۱۲ (شماره ۲). ۱۰۰-۹۵.
۹. علی‌پور، احمد و نوری، ناهید. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس افسردگی - شادکامی در کارکنان دادگستری شهر اصفهان. فصلنامه اصول بهداشت روانی. دوره ۸ (شماره - های ۳۱ و ۳۲). ۹۶-۸۷.

۱۰. عناصری، مهریار. (۱۳۸۶). رابطه بین سلامت روان و شادکامی دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار. دوره ۲ (شماره ۶). ۷۵-۸۴.
۱۱. کاویانی، حسین. کامیار، کامران و میرسپاسی، غلامرضا. (۱۳۷۹). واکنش‌پذیری هیجانی در بیماران افسرده ناخوشکام (کاربرد محرک‌های بویایی برای القای هیجان). تازه‌های علوم شناختی. دوره ۲ (شماره های ۳ و ۴). ۱-۷.
۱۲. کاویانی، حسین. موسوی، اشرف سادات و محیط، احمد. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون‌های روانی. تهران: انتشارات سنا.
۱۳. کری، جرال. (۱۳۸۹). نظریه و کاربردهای مشاوره و روان‌درمانی. (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: نشر ارسباران.
۱۴. هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۰). تحلیل داده‌های چندمتغیری در پژوهش رفتاری. تهران: نشر پارسا.
15. Abdel-Khalek., A. M., & Naceur, F. (2007). Religiosity and its association with positive and negative emotions among college students from Algeria. *Mental Health, Religion & Culture*, Vol. 10 (No. 2); 159-170.
16. Ahmadi, S.H., Asadi, E., & Movahhed Abtahi, M.S. (2013). The causal model of relationship between happiness, pleasure and mental health in students. Presented at 13th European Congress of Psychology.
17. Kamkary, K., & Shokrzadeh, S. (2012). Investigate relations between mental health and happiness feel in Tehran youth people. *European Journal of Experimental Biology*, Vol. 2 (No. 5), 1880-1886.
18. Bray, I., Gunnell, D. (2006). Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41; 333-337.
19. Carr, A. (2005). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. New York: Routledge.

20. Daalman, T.P., Perera, S., & Studenski, S.A. (2004). *Religion, spirituality and health status in geriatric outpatients*. *Annals of Family Medicine*, Vol. 2 (No. 1); 49-53.
21. Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M.E.P. (2005). *Positive psychology in clinical practice*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
22. Emmons, R.E. (2005). *Emotion and religion*. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York & London: The Guilford Press.
23. Flannelly, K.J., Koenig, H.G., Ellison, C.G., Galek, K., & Krause, N. (2006). *Belief in life after death and mental health*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 94 (No. 7); 524-529.
24. Francis, L. J., Robbins, M., Lewis, C. A., & Quigley, C. W. (2004). *Personality and Individual Differences*, Vol. 37 (No. 3); 485-494.
25. Franklin, S.S. (2010). *The psychology of happiness: A good human life*. New York: Cambridge University Press.
26. Golriz G. (1974). *Study of relationship between religious attitude with other feed back and job characterizations*. B.Sc thesis in psychology. Faculty of literature and human sciences. Tehran University. (Persian)
27. Headey, B. (2006). *Happiness: Revising Set Point Theory and Dynamic Equilibrium Theory to Account for Long Term Change*. *DIW-Diskussionspapiere*, 607 (2012/3/11); <http://hdl.handle.net/10419/18500>.
28. Kamkary, K., & Shokrzadeh, S. (2012). *Investigate relations between mental health and happiness feel in Tehran youth people*. *European Journal of Experimental Biology*, Vol. 2 (No. 5), 1880-1886.
29. Kashdan, T.B., (2004). *The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire)*. *Personality and Individual Differences*, 36; 1225-1232.
30. Kesebir, P., & Diener, E. (2008). *In Pursuit of Happiness: Empirical Answers to Philosophical Questions*. *Perspectives on Psychological Science*, Vol. 3 (No. 2); 117-125.
31. Keyes, C.L.M. (2007). *Promoting and protecting mental health as flourishing*. *American Psychologist*, Vol. 62 (No. 2), 95-108.

32. Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). *The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?* *Psychological Bulletin*, Vol. 131 (No. 6); 803-855.
33. Lyubomirsky, S., Sheldon, K M., & Schkade, D. (2005). *Pursuing happiness: The architecture of sustainable change* (2012/3/1); <http://www.apa.org/journals/gpr/>.
34. Makowska, Z., Merez, D., Mościcka, A., & Kolasa, W. (2002). *The validity of General Health Questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Vol. 15 (No. 4); 353-362.
35. Moreira-Almeida, A., Neto, F.L., & Koenig, H.G. (2006). *Religiousness and mental health: a review. Rev Bras Psiquitr*, Vol. 28 (No. 3), 242-250.
36. Nakonezny, P. A., Carmody, T. J., Morris, D. W., Kurian, B. T., & Trivedi, M. H. (2010). *Psychometric evaluation of the Snaith Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) in adult outpatients with major depressive disorder. Int Clin Psychopharmacol*, Vol. 25 (No. 6); 328-333.
37. Paloutzian, R.F., & Park, C.L. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. New York. London: The GUILFORD Press. Evidence from Italy. Hedg*, Vol. 11 (No. 7), 1-21.
38. Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness. New York: The Free Press*.
39. Shmotkin, D. (2005). *Happiness in the Face of Adversity: Reformulating the Dynamic and Modular Bases of Subjective Well-Being. Review of General Psychology*, Vol. 9 (No. 4); 291-325.
40. Smith, T.B., McCullough, M.E., & Poll, J. (2003). *Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. Psychological Bulletin*, Vol. 129 (No. 4); 614-636.
41. Van Ness, P.H., & Larson, D.B. (2002). *Religion, Senescence, and Mental Health. Am J Geriatr Psychiatry*, Vol. 10 (No. 4); 386-397.