

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۹ بهار ۱۳۸۷

رابطه رضایت از زندگی، سبک مسأله‌گشایی و نگرش مذهبی با سلامت روانی

دکتر عباس بخشی‌پور - استادیار روانشناسی دانشگاه تبریز

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه میان رضایت از زندگی، سبک مسأله‌گشایی و نگرش مذهبی با سلامت روانی می‌باشد. برای این منظور از میان مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره دانشگاه تهران دانشجویانی که از سوی روانپزشک تشخیص اختلالات اضطرابی و یا خلقی دریافت داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس ۸۵ نفر انتخاب و چهار پرسشنامه رضایت زمانی از زندگی، سبک مسأله‌گشایی، نگرش مذهبی و سلامتی عمومی - ۲۸ گویه‌ای را تکمیل کردند. نمونه سالم نیز از دانشجویان دانشگاه تهران با روش همتاسازی انتخاب و چهار پرسشنامه را تکمیل نمودند. داده‌های حاصله از طریق تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و رگرسیون چندگانه با روش گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت.

دانشجویان سالم در مقایسه با دانشجویان بیمار از رضایت بالاتر نسبت به زندگی ($P < 0/01$)، سبک مقابله‌ای انطباقی‌تر ($P < 0/01$) و نگرش‌های مذهبی قوی‌تر ($P < 0/05$) برخوردارند. دانشجویان دختر از رضایت بالاتر نسبت به زندگی و گرایش‌های مذهبی قوی‌تر برخوردارند ($P < 0/01$). دانشجویان دختر و پسر بیمار در مقایسه با دانشجویان سالم زودتر احساس درماندگی می‌کنند، از زندگی ناراضی‌تر هستند و گرایش‌های مذهبی ضعیف‌تری دارند ($P < 0/01$). سبک مسأله‌گشایی به‌ویژه مقیاس درماندگی، بالاترین قدرت پیش‌بینی سلامت روانی روانی را دارند ($P < 0/01$). نتیجه اینکه سبک مسأله‌گشایی، رضایت از زندگی و نگرش مذهبی در تعدیل و تضعیف استرس زندگی دانشجویی تأثیر معنی‌دار می‌گذارد.

واژه‌های کلیدی: رضایت از زندگی، سبک مسأله‌گشایی، نگرش مذهبی، سلامت روانی.

دوره تحصیلات دانشگاهی به واسطه حضور عوامل متعددی، دوره‌ای فشارزا است (راس^۱، نیبلینگ^۲ و هیکرت^۳، ۱۹۹۹). دانشجویان نوعاً در دامنه‌ای سنی قرار دارند که بسیاری از اختلالات روانی در همین دوره ظهور می‌کند (کاپلان^۴، و سادوک^۵، ۱۹۹۸). علاوه بر این دوری از خانواده و ورود به فضایی که از بسیاری جهات برای دانشجویان ناآشنا است به خودی خود به‌مثابه یک کانون استرس عمل می‌کند. امری که فضای زندگی دانشگاهی را فشارزاتر و آن را از سایر جابجایی‌های معمولی زندگی متمایز می‌سازد، انتظار موفقیت در زمینه عملکرد تحصیلی است که از طریق امتحانات و سایر شیوه‌های ارزیابی دنبال می‌شود. مدل رایجی که برای توضیح شروع بیماری روانی معرفی می‌شود مدل آمادگی - استرس^۶ است (دیویسون^۷، و نیل^۸، ۱۹۹۸). در نتیجه باتوجه به تشدید سطوح استرس در دوره تحصیلات دانشگاهی می‌توان انتظار داشت دانشجویانی که سطوح بالاتر آسیب‌پذیری و آمادگی را دارا هستند در معرض خطر ابتلا به بیماری‌ها قرار بگیرند. مسأله اصلی که در پژوهش حاضر دنبال می‌شود مقایسه دانشجویانی است که به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه می‌کنند با دانشجویانی است که در همین دوره به هیچ مرکز بهداشتی رجوع نمی‌کنند تا از این طریق مشخص شود چه وجوه نگرشی و رفتاری به‌مثابه تعدیل‌کننده‌های استرس عمل می‌کنند و در نهایت به بهداشت روانی دانشجویان کمک می‌نمایند. فرض بر این است که نگرش مذهبی هم بر رضایت از زندگی هم بر نوع مقابله کارآمد و خلاق با مسایل و مشکلات زندگی تأثیر می‌گذارد در نتیجه نگرش مذهبی، رضایت از زندگی و مسأله‌گشایی سازنده می‌توانند تعدیل‌کننده‌های استرس قلمداد شوند.

بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که دین و معنویت بر بهداشت جسم و روان تأثیر

1- Ross

3- Heckeyt

5- Sadock

7- Davison

2- Niebling

4- Kaplan

6- diathesis- stress model

8- Neal

۱۳۸۰ مثبت دارد (برای نمونه غباری بناب، ۱۳۷۴، خدایاری فرد، غباری بناب و شکوهی یکتا، شریفی، مهرابی زاده هنرمند و شکرکن، ۱۳۸۴، تورسن^۱، هریس^۲، اومن^۳ (۲۰۰۱) متیور^۴، کوینک^۵، تورسن، و فردمن^۶ (۱۹۹۸) نشان دادند که التزام دینی با عوامل بهداشت جسمی مانند میزان پایین بیماری‌های شریانی، فشار خون پایین، میزان پایین انفارکتوس، بهبودی عمومی عملکرد جسمی مرتبط است. مذهبی بودن همچنین با کاهش تمایلات خودکشی، مصونیت در برابر مصرف مواد، کاهش بزهکاری، رضایتمندی از زندگی زناشویی، کاهش میزان افسردگی، توانایی بالا در مقابله با فشارهای روانی و بهبود سریع‌تر از بیماری همبسته است (غباری بناب، ۱۳۷۴). گرایش‌های مذهبی به طور مستقیم با مولفه‌های بهداشتی و روانی مرتبطاند، همچنین این گرایش‌ها آثار خود را از طریق سایر متغیرها از جمله رضایت از زندگی و نیز رفتارهای مقابله‌ای سالم تسهیل و تسریع می‌کنند (تورسن و همکاران، ۲۰۰۱).

نگرش مذهبی مثبت موجب رضایت از زندگی می‌گردد و رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی است (اندریوز^۷ و ویتی^۸، ۱۹۷۶، فوردایس^۹، ۱۹۹۷، پات^{۱۰} و دینر^{۱۱}، ۱۹۹۳، پات، دینر و سو^{۱۲}، ۱۹۹۸). رضایت از زندگی با شبکه‌ای از سایر متغیرهای روانشناختی مانند عاطفه مثبت، عزت نفس و خوش‌بینی مرتبط است (لوکاس^{۱۳}، دینر و سو، ۱۹۹۶). شواهد تجربی حاکی از آن است که رضایت از زندگی دارای سه بعد رضایت از زندگی گذشته، حال و آینده است. دیدگاه مثبت و خوش‌بینانه نسبت به آینده به مقابله بهتر با موقعیت‌های فشارزای حال می‌انجامد. لازاروس^{۱۴}، گانر^{۱۵} و فولکمن^{۱۶} (۱۹۸۰) نشان دادند که دیدگاه امیدوارانه و خوش‌بینانه در سنجش

1- Thoresen
3- Oman
5- Koeing
7- Andrews
9- Fordyce
11- Diener
13- Lucas
15- Kanner

2- Harris
4- Mattews
6- Friedman
8- Withey
10- Pavot
12- Suh
14- Lazarus
16- Folkman

سازه رضایت از زندگی، مفید و مناسب می‌باشند. تجارب بیشین زندگی، رضایت‌ها و نارضایتی‌هایی که افراد در مراحل اولیه زندگی تجربه کرده‌اند می‌توانند با تجارب بعدی ایشان متفاوت باشد و پیامدهایی برای سلامت یا بیماری در برداشته باشد. برای نمونه اریکسون^۱ (۱۹۶۸) فرآیند رشد روانی را در هشت مرحله روانی - اجتماعی تقسیم کرده است و برای هر مرحله، وظایف اجتماعی متفاوتی را فرض می‌گیرد. توفیق یا شکست در هر یک از این تکالیف اجتماعی بر سطوح رضایت فرد از دوره‌های بعدی زندگی تاثیر می‌گذارد. بدین ترتیب سلامت جسمی و روانی آنی افراد را متأثر می‌سازد. به بیان دیگر، بیشینه توفیقات و شکست‌ها، در انجام تکالیف روانی - اجتماعی حال و آینده فرد انعکاس می‌یابد و واقعیت او را در زمینه احساس یکپارچگی و امید تحت تاثیر خود قرار می‌دهد.

شوارتز^۲ و استراک^۳ (۱۹۹۱) کارنیول^۴ (۱۹۹۶) و باوت و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که تمایز رضایت از گذشته، حال و آینده بهتر تأثیر سازه رضایت از زندگی بر سلامت روانی و مقابله با منابع استرس را بیش‌بینی می‌کند.

به طور خلاصه، رضایت از زندگی بر نوع مقابله با استرس زندگی و با همین میانجی بر سلامت روانی فرد تاثیر می‌گذارد. نگرش مذهبی بر نوع مقابله فرد با مسائل و مشکلات زندگی تاثیر می‌گذارد. سبک مسأله‌گشایی به عنوان فرآیند شناختی رفتاری تعریف می‌کند. که به واسطه آن افراد راهبردهای موثر برای مقابله با موقعیت‌های مشکل آفرین زندگی شناسایی یا کشف می‌کنند. نیزو^۵ (۱۹۸۷) یک فرآیند پنج گامی را پیشنهاد می‌کند که اگر به نحو موثر به کار گرفته شود مقاومت فرد را در برابر منابع استرس بیرونی بالاتر می‌برد و آسیب‌پذیری فرد را در برابر افسردگی و دیگر مشکلات عاطفی کاهش می‌دهد. این مراحل عبارتند از:

1- Erikson
3- Strack
5- Nezu

2- Schwrtz
4- Karniol

۱- سمت‌گیری معطوف به مسأله یعنی تصدیق اینکه مشکلی وجود دارد. ۲- تعریف و صورت‌بندی مسأله، ارزیابی نوع مشکل و تعیین اهداف واقع بینانه. ۳- ارائه راه‌حل‌های جانشین. ۴- اتخاذ تصمیم، انتخاب راه‌حلی که به اجرا گذارده شود. ۵- به اجرا گذاردن راه‌حل و بازخورد، به کار بستن راه‌حل، بازنگری و ارزیابی میزان توفیق و خود تقویتی بابت توفیق‌ها. دریک بازنگری پژوهشی، ۸۶ مطالعه متفاوت شناسایی شدند که در دوره زمانی ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۱ متمرکز بر موضوع مسأله‌گشایی، استرس و اختلالات عاطفی انجام شدند (کاسیدی^۱ و لانگ^۲، ۱۹۹۶). حجم وسیعی از این مطالعات از سودمندی مداخلات مسأله‌گشایی در دامنه وسیعی از حوزه‌های مرتبط با سلامت روانی حمایت می‌کنند. برای مثال، دنهام^۳ و آلمدیا^۴ (۱۹۸۷) در یک فراتحلیل نشان دادند که بین آموزش مهارت‌های مسأله‌گشایی به کودکان و انطباق رفتاری رابطه مثبت قوی وجود دارد. تیسدل^۵ و لارنس^۶ (۱۹۸۶) در یک بازنگری به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های مسأله‌گشایی به کودکان مختل، نوجوانان مبتلا به آشفتگی هیجان و بیماران روانی بزرگسالان به نتایج موفقیت‌آمیزی می‌انجامد. این محققان معتقدند که مهارت‌های مسأله‌گشایی پیش‌بینی‌کننده انطباق موفقیت‌آمیز با زندگی است.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که سبک مسأله‌گشایی به همراه دامنه‌ای از متغیرهای دیگر و روانشناختی مانند سبک اسناد، انگیزش پیشرفت، کانون کنترل و واکنش‌پذیری هیجانی به نحو علی بر فرآیند درک و مقابله با استرس اثر می‌گذارند. برای مثال، دیسکون^۷، هپنر^۸ و آندرسون^۹ (۱۹۹۱) نشان دادند سبک مسأله‌گشایی به همراه میزان ناامیدی و سطح استرس درک شده، اقدام به خودکشی را در دانشجویان پیش‌بینی می‌کنند. بین مسأله‌گشایی و سبک اسناد نیز ارتباط وجود دارد و هر دو

1- Cassidy
3- Denham
5- Tisdale
7- Dixon
9- Anderson

2- Long
4- Ameida
6- Lawrence
8- Heppner

متغیر می‌توانند انگیزه پیشرفت را پیش‌بینی کنند (واینر^۱، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶). به‌طور خلاصه، میان سلامت روانی و سبک سالم مسأله‌گشایی رابطه مثبت وجود دارد، به عبارت دیگر، سبک مسأله‌گشایی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی است.

با توجه به پژوهش‌های فوق فرضیه‌های زیر ارائه می‌گردد:

۱- دانشجویان سالم در مقایسه با دانشجویان بیمار از رضایت بالاتر نسبت به زندگی، سبک مسأله‌گشایی انطباقی‌تر و نگرش‌های مذهبی قوی‌تر برخوردارند.

۲- در کل دانشجویان (سالم و بیمار) رضایت از زندگی، سبک مسأله‌گشایی و نگرش‌های مذهبی با سلامت عمومی رابطه معنی‌دار دارند.

در کنار فرضیه‌های فوق، سوالی که دنبال می‌شود این است که آیا دانشجویان دختر و پسر در سلامت عمومی و سایر متغیرهای رضایت از زندگی، سبک‌های مسأله‌گشایی و نگرشی مذهبی از هم متفاوتند.

روش

آزمودنی‌ها

از میان دانشجویانی که به دلیل مشکلات عاطفی - رفتاری به مرکز مشاوره دانشگاه رجوع کرده و از سوی روانپزشک مرکز در رابطه با یکی از اختلالات گروه اضطراب و افسردگی تشخیص دریافت کردند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۸۵ نفر انتخاب شدند. این افراد پرسشنامه‌های رضایت از زندگی، سبک مسأله‌گشایی، نگرش مذهبی و سلامت عمومی را تکمیل نمودند. از این تعداد ۴۰ نفر مرد و ۴۵ نفر زن بودند. نمونه سالم از میان دانشجویانی که به‌منظور شرکت در دوره‌های آموزشی به مرکز مشاوره رجوع می‌کردند، انتخاب شدند. نمونه سالم با توجه به معیارهایی چون سن، جنس،

1- Weiner

رشته تحصیلی با نمونه بیماری همتا شدند. این دانشجویان سابقه رجوع به روانپزشک یا روانشناس را نداشتند. پرسشنامه‌های تحقیق حاضر از سوی نمونه سالم نیز تکمیل شدند. دامنه سنی دانشجویان بین ۱۸ تا ۳۵ سال با میانگین ۲۴ سال قرار داشت.

ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش

۱- پرسشنامه رضایت زمانی از زندگی^۱ (TSWLS): این پرسشنامه از سوی پات، وینر^۲ و سو (۱۹۹۸) معرفی شد و دارای ۱۵ سوال است که از سه خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از رضایت از زندگی گذشته، حال و آینده. هر خرده مقیاس ۵ سوال دارد. آزمودنی میزان موافقت خود را با هر سوال که بیانگر میزان رضایت می‌باشد برحسب مقیاس هفت رتبه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالفم تا ۷= کاملاً موافقم) مشخص می‌سازد و دامنه نمره کلی بین ۱۵ تا ۱۰۵ قرار می‌گیرد. برای هر خرده مقیاس نیز نمره‌ای در دامنه ۵ تا ۳۵ به دست می‌آید. نمره بالا بر رضایت بالا و نمره پایین بر رضایت پایین از زندگی دلالت دارد. این پرسشنامه از ویژگی‌های روانسنجی بسیار مناسبی برخوردار است. سازگاری درونی (ضریب آلفا) آن ۰/۹۳ و همبستگی این آزمون با سایر آزمون‌هایی که حیطة مشترک را می‌سنجد ۰/۸۹ ذکر شده است (پات و همکاران، ۱۹۹۸)، از لحاظ روایی نیز این ابزار به خوبی آزمودنی‌های مضطرب و افسرده را از سالم تفکیک می‌کند. ساختار عاملی این پرسشنامه نیز مورد تأیید تحقیقات است (پیشین).

۲- پرسشنامه سبک مسأله‌گشایی^۳: این پرسشنامه از سوی کاسیدی و لانگ (۱۹۹۶) معرفی شد و ۶ عامل را می‌سنجد که عبارتند از درماندگی، کنترل مسأله‌گشایی، سبک خلاق، اعتماد مسأله‌گشایی، سبک اجتنابی و سبک گرایشی، سازگاری درونی عوامل فوق به ترتیب عبارتند از ۰/۸۶، ۰/۶۶، ۰/۷۱، ۰/۵۲، ۰/۶۵ (کالیدی و برنسايد، ۱۹۹۶).^۴

1- Temporal Satisfaction with life scale (TSWLS) 2- Weiner
2- Problem - solving style Questionnaire 4- Burnside

این پرسشنامه به خوبی می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را در برابر استرس توضیح دهد و بین جمعیت سالم و بیمار تفکیک بگذارد (کالیدی و لانگ، ۱۹۹۶؛ کالیدی و برنساید، ۱۹۹۶). این پرسشنامه دارای ۲۴ سوال است و هر عامل آن ۴ سوال دارد. آزمودنی در برابر هر سوال که نحوه واکنش فرد را در برابر مسایل و موقعیت‌های خاص بیان می‌دارد، موافقت یا مخالفت خود را مشخص می‌کند و اگر بین آن دو مردد بود می‌تواند گزینه «نمی‌توانم بگویم» را انتخاب کند. نمره‌گذاری به شکل صفر و یک انجام می‌گیرد و برای گزینه «نمی‌توانم بگویم» نیز نمره ۰/۵ در نظر گرفته می‌شود. سه عامل سبک خلاق، اعتماد و گرایش، الگوی مسأله‌گشایی انطباقی و سه عامل درماندگی، کنترل و اجتناب، سبک مسأله‌گشایی غیر انطباقی و ناسازگارانه را می‌سنجد. دامنه نمرات هر عامل بین صفر و ۴ قرار می‌گیرد.

۳- پرسشنامه نگرش مذهبی: این پرسشنامه از سوی گلریز (۱۳۵۲) معرفی شد و دارای ۲۵ سوال است. پرسشنامه مذکور بر مبنای اصول روش‌شناختی مقیاس ترستون ساخته شده است. بدین معنی که سوال‌های پرسشنامه برحسب گرایش منفی تا مثبت به مذهب روی یک طیف ۹ نقطه‌ای قرار می‌گیرند. آزمودنی هر سوال را که به شکل یک اظهار نظر درباره مذهب است می‌خواند و موافقت یا مخالفت خود را با آن در قالب بلی یا خیر مشخص می‌سازد. گزینه‌های خیر نمره صفر دریافت می‌کنند در نتیجه از سنجش حذف می‌گردند اما گزینه‌های بلی دارای یک ارزش عددی ۱ تا ۹ می‌باشند.

برای سنجش نمره آزمودنی، ارزش‌های عددی سوالاتی که گزینه بلی آنها انتخاب شده است. با یکدیگر جمع و اندازه به دست آمده بر عدد کل این گزینه‌ها تقسیم می‌گردد. عدد به دست آمده بیانگر نمره کلی آزمودنی است و هر چه بزرگتر باشد بر گرایش مذهبی قوی‌تر دلالت دارد.

پایایی آزمون از راه همسانی درونی (ضریب آلفا) ۰/۸۷ و همبستگی آن با خرده مقیاس مذهبی آلپورت ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین این مقیاس به خوبی می تواند گروه های ملاک مذهبی و عادی را از هم تمیز دهد (گلریز، ۱۳۵۲).

۴- پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ گویه ای^۱ (G-HQ-28): شناخته ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی، پرسشنامه سلامت عمومی گلد برگ^۲ (۱۹۷۲) است (هندرسون^۳، ۱۹۹۰). این پرسشنامه به صورت فرم های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سوالی در دسترس است. فرم ۲۸ سوالی آن از سوی گلدبرگ و هیلر^۴ (۱۹۷۹) ساخته شد و شامل ۴ مقیاس ۷ سوالی علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. آزمودنی میزان موافقت خود را با هر سوال با استفاده از رتبه بندی چهار نقطه ای لیکرت (۳-۲-۱-۰) اعلام می کند. نمره کل در دامنه صفر تا ۸۴ قرار می گیرد و هر چه نمره کلی بالاتر باشد بر وخامت بیشتر سلامت فرد دلالت دارد. مقیاس سلامت عمومی ۲۸- سوالی از ویژگی های روانسنجی بسیار مناسب برخوردار است. ویلیامز^۵، ماری^۶ و گلدبرگ (۱۹۸۸) به نقل از یعقوبی، نصر و شاه محمدی، (۱۳۷۴) با استفاده از ۴۳ پژوهش انجام گرفته، یک فرا تحلیل انجام دادند و به میانگین میزان حساسیت ۸۴ درصدی و میانگین میزان ویژگی ۸۲ درصد دست یافتند. نمره برش این مقیاس، ۲۳ و ضرایب همسانی و باز آزمایی آن، ۰/۸۸ گزارش شده است (پیشین).

یافته ها

به منظور واری فرضیه ۱، دو تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) برای تعیین معنی داری تفاوت میان دو گروه سالم و بیمار دختر و پسر در متغیرهای رضایت کلی از زندگی، سبک های مسأله گشایی، نگرش مذهبی و سلامت عمومی انجام گرفت. در تحلیل نخست، نمره کلی رضایت از زندگی و در تحلیل دوم، خرده مقیاس های رضایت

1- General Health Questionnaire (EHQ-28)

3- Handerson

5- Wiliams

2- Gold berg

4- Healer

6- Mari

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز ▶
 سال سوم شماره ۹، بهار ۱۳۸۷ ▶

از گذشته، حال و آینده در نظر گرفته شد. ابتدا از آزمون چندمتغیره ویلکز لامبدا برای تعیین معنی‌داری اثر متغیرهای جنسیت، وضعیت سلامت و اثر تعاملی آنها بر متغیرهای رضایت از زندگی، سبک‌های مسأله‌گشایی، نگرش مذهبی و سلامت عمومی استفاده شد که در جدول ۱ و ۲ به ترکیب آمده است.

جدول (۱) آماره‌های چندمتغیره تاثیر جنسیت و وضعیت سلامت بر رضایت کلی زندگی، سبک‌های مسأله‌گشایی، نگرش مذهبی و سلامت عمومی

متغیرها	آزمون چند متغیره	F	سطح معنی داری
جنسیت	ویلکز لامبدا	۲/۹۶	۰/۰۰۰۱
سلامت	ویلکز لامبدا	۱۴/۴۳	۰/۰۰۰۱
جنسیت × سلامت	ویلکز لامبدا	۴/۶۱	۰/۰۰۰۱

جدول (۲) آماره‌های چندمتغیره تاثیر جنسیت و وضعیت سلامت بر رضایت از زندگی گذشته، حال، آینده، سبک‌های مسأله‌گشایی، نگرش مذهبی و سلامت عمومی

متغیرها	آزمون چند متغیره	F	سطح معنی داری
جنسیت	ویلکز لامبدا	۲/۱۵	۰/۰۰۰۱
سلامت	ویلکز لامبدا	۱۱/۹۹	۰/۰۰۰۱
جنسیت × سلامت	ویلکز لامبدا	۳/۸۴	۰/۰۰۰۱

همانطور که از جداول ۱ و ۲ معلوم می‌شود تأثیر کلی دو متغیره جنسیت و وضعیت سلامت و همچنین اثر تعاملی آنها بر متغیرهای رضایت زندگی، سبک‌های مسأله‌گشایی، نگرش مذهبی و سلامت عمومی معنی‌دار است. جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در کدام گروه‌ها و در کدام متغیرها وجود دارد نتایج دو تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) به ترتیب در جدول ۳ آمده است.

جدول (۳) واریانس چندمتغیره تاثیرات جنسیت، وضعیت سلامت بر رضایت کلی از زندگی، سبک- های مسأله گشایی، نگرش مذهبی و وضعیت سلامت.

منبع تغییرات	وابسته متغیرهای	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری سطح
جنسیت	رضایت کلی زندگی	۲۷۳۴/۱۷	۱	۲۷۳۴/۱۷	۱۲/۱۷	۰/۰۰۱
	رضایت از گذشته	۲۶۴/۴۱	۱	۲۶۴/۴۱	۶/۶۹	۰/۰۰۱
	رضایت از حال	۴۸۴/۸۱	۱	۴۸۴/۸۱	۱۱/۶۴	۰/۰۰۱
	رضایت از آینده	۱۱۸/۴۳	۱	۱۱۸/۴۳	۳/۲۱	NS
	درماندگی	۰/۱۲	۱	۰/۱۲	۰/۱۴	NS
	کنترل	۰/۴۵	۱	۰/۴۵	۰/۳۹	NS
	سبک اخلاق	۰/۱۱	۱	۰/۱۱	۰/۱۲	NS
	اعتماد	۰/۹۵	۱	۰/۹۵	۰/۹۶	NS
	اجتناب	۲/۰۳	۱	۲/۰۳	۱/۸۸	NS
	گرایش	۱/۸۵	۱	۱/۸۵	۲/۱۶	NS
	نگرش مذهبی	۳/۶۸	۱	۳/۶۸	۱۰/۷۹	۰/۰۰۱
	سلامت عمومی	۲۱۴/۱۵	۱	۲۱۴/۱۵	۱/۳۴	NS
	وضعیت سلامت	رضایت کلی زندگی	۱۱۵۵۵/۸۴	۱	۱۱۵۵۵/۸۴	۵۱/۴۲
رضایت از گذشته		۱۵۲۵/۴۱	۱	۱۵۲۵/۴۱	۶/۶۹	۰/۰۰۱
رضایت از حال		۱۹۹۳/۷۶	۱	۱۹۹۳/۷۶	۱۱/۶۴	۰/۰۰۱
رضایت از آینده		۵۷۷/۲	۱	۵۷۷/۲	۳/۲۱	NS
درماندگی		۲۴/۸	۱	۲۴/۸	۲۹/۴۴	۰/۰۰۰۱
کنترل		۴۲/۷۷	۱	۴۲/۷۷	۳۷/۰۴	۰/۰۰۰۱
سبک اخلاق		۷/۵۵	۱	۷/۵۵	۸/۷۹	۰/۰۰۳
اعتماد		۳۴/۹۴	۱	۳۴/۹۴	۳۵/۳۶	۰/۰۰۱
اجتناب		۵/۳۳	۱	۵/۳۳	۴/۹۴	۰/۰۲۸
گرایش		۸/۴۵	۱	۸/۴۵	۹/۸۴	۰/۰۰۲
نگرش مذهبی		۱/۷۹	۱	۱/۷۹	۵/۲۷	۰/۰۲۳
سلامت عمومی		۱۵۴۸۰/۰۱	۱	۱۵۴۸۰/۰۱	۹۶/۴۹	۰/۰۰۰۱

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال سوم شماره ۹، بهار ۱۳۸۷

ادامه جدول (۳)

۰/۰۰۰۱	۱۲/۶۵	۲۸۴۲/۹۹	۱	۲۸۴۲/۹۹	رضایت کلی زندگی	جنسیت × سلامت
NS	۳/۳۸	۱۳۳/۶۵	۱	۱۳۳/۶۵	رضایت از گذشته	
۰/۰۰۰۲	۱۰/۱۶	۴۲۳/۲۲	۱	۴۲۳/۲۲	رضایت از حال	
۰/۰۰۰۳	۹/۲۸	۴۲۳/۰۰۳	۱	۴۲۳/۰۰۳	رضایت از آینده	
۰/۰۰۲۹	۴/۸۲	۴/۰۶	۱	۴/۰۶	درماندگی	
NS	۰/۰۱۱	۰/۰۱۲	۱	۰/۰۱۲	کنترل	
NS	۰/۷۳۷	۰/۶۳۳	۱	۰/۶۳۳	سبک اخلاق	
NS	۱/۰۷	۱/۰۶	۱	۱/۰۶	اعتماد	
NS	۲/۸	۳/۰۳	۱	۳/۰۳	اجتناب	
NS	۲/۱۶	۱/۸۵	۱	۱/۸۵	گرایش	
۰/۰۰۱۴	۶/۲۳	۱/۸۱	۱	۱/۸۱	نگرش مذهبی	
NS	۰/۰۱	۲/۱۳	۱	۲/۱۳	سلامت عمومی	

× به منظور رعایت ایجاز، داده‌های مربوط به واریانس کل متغیرها در جدول نیامده است. بر مبنای جدول ۳ فرضیه اول تأیید می‌شود، دانشجویان سالم و بیمار در تمامی متغیرهای وابسته به نحو معنی دار از هم متفاوتند. به عبارت دیگر دانشجویان سالم از رضایت زندگی بالاتر، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر، نگرش مذهبی قوی‌تر و سلامت عمومی بالاتر برخوردارند. اما دانشجویان دختر و پسر تنها در متغیرهای رضایت کلی از زندگی، رضایت از گذشته، رضایت از حال و نیز نگرش مذهبی از هم متفاوتند. به عبارت دیگر، دختران در مقایسه با پسران از رضایت بیشتر و نگرش مذهبی قوی‌تر برخوردارند. اما از لحاظ سلامت عمومی و سبک‌های مقابله‌ای تفاوت معنی داری ندارند این نتیجه به یکسان در مورد هر دو گروه سالم و بیمار صادق است. تأثیر متقابل جنسیت و سلامت نشان می‌دهد که سلامت زنان بیشتر تابع رضایت کلی آنان از زندگی (به‌ویژه رضایت از حال و آینده)، عدم استفاده از سبک دفاعی درمانده و میزان گرایش دینی است.

به منظور واریسی فرضیه دوم از تحلیل رگرسیون چندگانه، روش گام به گام استفاده شد. در این تحلیل، سلامت روانی به عنوان متغیر ملاک و سایر متغیرها به عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شدند. در جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون در کل جمعیت آمده است.

جدول (۴) تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام سلامت روانی، رضایت از زندگی، سبک‌های مسأله‌گشایی و نگرش مذهبی

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع پراش	متغیرهای پیش‌بین
۸۷/۵۴**	۱۴۵۱۱/۵۹ ۱۶۵/۷۸	۱ ۱۶۸ ۱۶۹	۱۴۵۱۱/۵۹ ۲۷۸۵۰/۴۴ ۴۲۳۶۲/۰۲	رگرسیون خطا کل	مسأله‌گشایی - درماندگی
۶۱/۱۸**	۸۹۵۶/۱۹ ۱۴۶/۴۱	۲ ۱۶۷ ۱۶۹	۱۷۹۱۲/۳۸ ۲۴۴۴۹/۶۵ ۴۲۳۶۲/۰۲	رگرسیون خطا کل	مسأله‌گشایی - درماندگی مسأله‌گشایی - گرایش
۴۶/۱۲**	۶۴۱۹/۰۹ ۱۳۹/۱۹	۳ ۱۶۶ ۱۶۹	۱۹۲۵۷/۳۹ ۲۳۱۰۴/۷۳ ۴۲۳۶۲/۰۲	رگرسیون خطا کل	مسأله‌گشایی - درماندگی مسأله‌گشایی - گرایش مسأله‌گشایی - کنترل
۳۷/۱۲**	۵۰۱۵/۹۳ ۱۳۵/۱۴	۴ ۱۶۵ ۱۶۹	۲۰۰۶۳/۷۲ ۲۲۲۹۸/۳۱ ۴۲۳۶۲/۰۲	رگرسیون خطا کل	مسأله‌گشایی - درماندگی مسأله‌گشایی - گرایش مسأله‌گشایی - کنترل رضایت کلی از زندگی

*متغیر ملاک: مقیاس سلامت عمومی $P < 0/0001$

همانگونه که از جدول ۴ معلوم می‌شود بخش عمده فرضیه ۲ نیز تایید می‌شود؛ یعنی، غیر از متغیر نگرش مذهبی، سایر متغیرهای پیش‌بین، ارتباط معنی‌دار با سلامت عمومی دارند. از میان این متغیرها، سبک مسأله‌گشایی - درماندگی، قدرتمندترین

متغیر پیش‌بین است. پس از آن متغیرهای گرایش، کنترل و رضایت کلی از زندگی به ترتیب قرار می‌گیرند.

به طور خلاصه، بین سبک‌های مقابله‌ای و رضایت کلی از زندگی با سلامت روانی ارتباط معنی‌دار برقرار است. به عبارت دیگر، هر چه فرد از سبک‌های مسأله‌گشایی انطباقی‌تر استفاده کند و رضایت کلی از زندگی در او بالاتر باشد به همان میزان از سلامت عمومی بالاتری برخوردار است.

وقتی متغیر رضایت از زندگی به شکل سه خرده مقیاس رضایت از گذشته، رضایت از حال و رضایت از آینده وارد معادله رگرسیون شود، رضایت از گذشته، متغیر پیش‌بین معنی‌دار است. یعنی هر چه فرد از زندگی گذشته خود راضی‌تر باشد از سلامت بیشتری برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

بر مبنای پژوهش حاضر، همسو با تحقیقات پیشین این فرضیه تأیید شد که رضایت از زندگی، پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی است (آندریوز و وینی، ۱۹۷۶؛ فور دایس، ۱۹۷۷، پاوت و دینر، ۱۹۹۳، پاوت و همکاران، ۱۹۹۸؛ آیندیل و همکاران، ۱۹۹۹). هر چه رضایت کلی از زندگی بالاتر باشد به همان نسبت فرد از سلامت روانی بالاتری برخوردار است. همچنین همسو با تحقیقات پیشین (کارینول، ۱۹۹۶؛ پاوت و همکاران، شوارتز و استراک، ۱۹۹۱) معلوم شد که در نظر گرفتن بعد زمانی در سنجش رضایت از زندگی، به پیش‌بینی‌های دقیق‌تری از رابطه رضایت از زندگی و سلامت روانی می‌انجامد؛ از میان سه بعد رضایت از زندگی گذشته، حال و آینده رضایت از زندگی گذشته بهتر می‌تواند سلامت روانی جاری فرد را پیش‌بینی کند. این یافته تأیید ضمنی نظریه اریکسون (۱۹۶۸) است که مبتنی بر آن اگر فرد بر تعارضات مراحل پیشین فائق

نیاید و از زندگی پیشین ناراضی باشد به همان نسبت حل مسایل جاری برای او دشوار است و احساس استیصال و شکست در زندگی خواهد کرد.

در تحقیق حاضر همچنین همسو با پژوهش‌های دنه‌ایم و آلمدیا (۱۹۸۷)، دیکسون و همکاران، (۱۹۹۱) مشخص شد که دانشجویان سالم در مقایسه با دانشجویان بیمار، از سبک مسأله‌گشایی سالمتر و انطباقی‌تر بهره می‌برند.

درباره متغیر نگرش مذهبی نیز هر چند دانشجویان بیمار در قیاس با دانشجویان سالم نگرش مذهبی ضعیف‌تری دارند اما این رابطه تنها درباره دانشجویان دختر صادق است و در ثانی در تحلیل رگرسیون نیز این متغیر توان پیش‌بینی درصد معنی‌داری از سلامت روانی را ندارد. در نتیجه تحقیق حاضر با تحقیقات پیشین همسو نیست (غباری بناب، ۱۳۷۴، خدایاری و همکاران ۱۳۸۰). به دلیل اینکه بیماران روانی گروه همگنی نیستند به نظر می‌رسد نگرش مذهبی در ایجاد پاره‌ای اختلالات مانند اختلال وسواسی - جبری از نقش تسهیل‌کننده برخوردار است (بارلو^۱، ۲۰۰۲، بارلو و دوراند^۲، ۲۰۰۲، استکتی^۳ کوآی^۴، و وایت^۵، ۱۹۹۰) و احتمالاً فرد را در برابر پاره‌ای دیگر از اختلالات مقاوم‌تر می‌سازد. تحقیق بیشتر در این زمینه می‌تواند بر ابهام این حوزه پرتو بیفکند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله : ۸۵/۰۹/۱۲

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۸۷/۰۳/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۰۵/۲۰

1- Barlow
3- Steketce
5- White

2- Durand
4- Quay

References

منابع

- شریفی، طیبه؛ مهرابی زاده هنرمند مهناز؛ شکرکن، حسین (۱۳۸۴). نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال یازدهم، شماره ۱، ۸۹-۹۹.
- خدایاری، محمد؛ غباری بناب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن (۱۳۸۰). گستره پژوهش‌های روانشناختی در حوزه دین *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ۴۳-۵۳.
- گلریز، گلشن (۱۳۵۳). *پژوهشی برای تهیه نگرش سنج مذهبی و بررسی رابطه نگرش مذهبی با سایر بازخوردها و خصوصیات شخصیتی*. پایان‌نامه کارشناسی روانشناسی دانشگاه تهران.
- غباری بناب، باقر (۱۳۷۴). *باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۴۸-۵۴.
- یعقوبی، نوراله؛ نصر، مهدی؛ شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا (گیلان ۱۳۷۴). *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Wellbeing Americas of Life Quality*. New York: Plenum.
- Arrindell, W. A., Heesink, J., & Feij, A (1999). The Satisfaction With Life Scale (SWLS) : Appraisal with 1700 healthy young Adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 26, 815-826.
- Barlow, D. H., & Durand, V.M. (2002). *Abnormal Psychology*. Thomson Learning.
- Barlow, D. H., (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2 ed.) New York: The Guilford Press.

- Cassidy, T., & Burnside, E. (1996). Cognitive Appraisal, Vulnerability and Coping An Integrative Analysis of Appraisal and Coping Mechanisms. *Counseling Psychology Quarterly*, 9, 261-279.
- Cassidy, T., & long, C. (1996). Problem-solving Style, Stress and Psychological Illness: Development of a Multi-factorial Measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 265-277.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (1998). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & sons , Inc.
- Denham, S. A., & Almeida, M. C. (1987). Childrens Social Problem Solving Skills, Behavioral Adjustment, and Interventions: A Meta-analysis Evaluating Theory and Practice. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 8, 391-401.
- Dixon, W. A., Heppner, p. p., & Anderson W. P. (1991). Problem Solving Appraisal, Stress, Hopelessness, and Suicide in A College Population. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 51-56.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis* New york; Norton.
- Fordyce, M. W. (1977). *The Happiness Measure: A Sixty Second Index of Emotional Well-being and Mental Health*. Edison Community Press. U.S.A.
- Coldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, A. S.(1990). *An Introduction to Social Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Heppner, P. P., Kampa, M., & Burning ,L. (1987). The Relationship between Problem-Solving, Self-appraisal and Indices of Physical and Psychological Health. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 155-168.
- Heppner, P. P. & Peterson , C. H. (1982). The Development and Implication of a Problem-solving Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 66-75.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry (8th ed)*. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Karniol, R. (1996) The Motivational Impact of Temporal of Temporal Focus: Thinking about the Future and Past. *Annual Review of Psychology*, 47, 593-620.
- Lazarus, T. S, Kanner. A. D, & Folkman, S. (1980). Emotions: A Cognitive-Phenomenological Analysis. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.) *Emotion: Therapy Research , and Experience* (pp. 182-217). New York: Academic.
- Lucas, R. E , Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminate Validity of Well-being Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Nezu . A. M. (1987) A. Problem- solving Formulation of Depression A Literature Review and Proposal of a Pluralistic Model. *Clinical Psychology Review*, 7,121,144.
- Matthews, D.A. Koeing, H. G., Thoresen, C. E. & Friedman, R. (1998) Physical Health. In D.B. Larson, J. P. Swyers, & M. E. MC Cullough (Eds.) *Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report* (PP. 31-54). Rock wile , MD: National Institute for Health Care Research.
- Nezu , A. M., Nezu, C. M., & Perri, M.G.(1989). *Problem-Solving Therapy for Depression: Therapy , Research and Clinical Guidelines*. Chichester: Wiley .
- Pavot , W., & Diener, E. (1993). The Affective and Cognitive Context of Self- reported Measures of Subjective Well- being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.
- Pavot, W., Diener , E., & Suh , E. (1998). The Temporal Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354.
- Ross, S.E., Niebling B.C., & Heckert, T.M.(1999). Sources of Stress among College Students, *College Student Journal*, 32, 312-317.
- Schwarz, N., & Strack, F. (1991). Evaluating One's Life: A Judgment Model of Subjective Well-being-in F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds), *Subjective Well-being: An Interdisciplinary Perspective* (PP.27-48). Oxford: Pergamon.

- Steketee, G., Quay, S., & White, K. (1991) Religion and Guilt in OCD Patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5,359,367.
- Thoresen, C. E., Harris, A. H., & Oman, D. (2001). *Spirituality, Religion and Health: Evidence, Issues, and Concerns*. New York and London: The Guilford Press.
- Tisdale, D. A., & Lawrence, J. S. (1986) Interpersonal Problem Solving Competency: Review and Critique of the Literature. *Clinical Psychology Review*, 6,337-356.
- Weiner, B. (1958). An Attributional Theory of Achievement, Motivation and Emotion. *Psychological Review*, 92,548,573.
- Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York: Springer-Verlag.

