

ارتباط بین الگوهای مقابله دینی با سلامت روانی و شادکامی

The Relationship between Religious Coping Patterns, Mental Health and Happiness

Mohammad Rajabi

Islamic Azad University
Torbat-e-Jam Branch

Ali Akbar Saremi

Islamic Azad University
Torbat-e-Jam Branch

علی اکبر صارمی

مربی دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تربت جام

محمد رجبی

مربی دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تربت جام

Mohammad Hossein Bayazi

Islamic Azad University
Torbat-e-Jam Branch

محمدحسین بیاضی

مربی دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تربت جام

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین ارتباط بین مقابله دینی با سلامت روانی و شادکامی در دانشجویان ایرانی بود. ۴۰۱ دانشجو (۲۳۴ زن و ۱۶۷ مرد) با روش نمونه‌برداری مرحله‌ای از بین واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی منطقه ۹ انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل فرم کوتاه مقیاس مقابله دینی (بیاضی و دیگران، زیر چاپ برگرفته از پارگمنت و دیگران، ۲۰۰۰)، پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) و سیاهه شادکامی آکسفورد (آرگیل و دیگران، ۱۹۸۹) بود. یافته‌ها نشان دادند الگوی مقابله دینی منفی با عدم سلامت روانی همبستگی مثبت معنادار، الگوی مقابله دینی مثبت با شادکامی همبستگی مثبت معنادار، الگوی مقابله دینی منفی با شادکامی همبستگی منفی معنادار و شادکامی با سلامت روانی همبستگی منفی معنادار داشتند. افزون بر آن، دانشجویان بیشتر از مقابله‌های دینی مثبت استفاده می‌کردند. الگوهای مقابله دینی، شادکامی و سلامت روانی برحسب جنس نیز تفاوت معنادار نشان دادند.

واژه‌های کلیدی: مقابله دینی، سلامت روانی، شادکامی

Abstract

This research examined the relationship between religious coping, mental health and happiness among Iranian students. 401 students (234 females and 167 males) from Islamic Azad university branches of district 9 were selected by multistage sampling method and completed the brief version of Religious Coping Scale (Bayazi et al. derived from Pargament, 1997), General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg, 1972) and Oxford Happiness Inventory (OHI; Argyle et al., 1989). Findings demonstrated that there was a positive and meaningful association between negative religious coping pattern and lack of mental health; positive and meaningful association between positive religious coping pattern and happiness; negative and meaningful association between negative religious coping pattern and happiness and negative and meaningful association between happiness and mental health. In addition, students mostly used positive religious coping. Gender differences were also observed in religious coping patterns, mental health and happiness.

Keywords: religious coping, mental health, happiness

received: 12 November 2011

accepted: 22 April 2012

Contact information: mho_rajabi@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۸/۲۲

پذیرش: ۹۱/۲/۳

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام است.

پارگامنت، اسمیت، کوئینگ و پرز (۱۹۹۸) مدل دوعاملی الگوهای مقابله دینی مثبت و منفی را ارائه کرده‌اند؛ الگوی مقابله دینی مثبت^۳ که ارزیابی دینی نیکوکاری^۴، مقابله جمعی دینی^۵، تسلیم شدن فعال دینی^۶، تمرکز دینی^۷، بخشش دینی^۸، ارتباط معنوی^۹، مشخص کردن مرزهای دینی^{۱۰}، جست‌وجوی حمایت معنوی^{۱۱}، کمک دینی^{۱۲}، نوکیشی و جهت‌گیری دینی^{۱۳} را دربر می‌گیرند، ناشی از یک احساس ارتباط ایمن با خدا، احساس معنویت، اعتقاد به وجود معنا در زندگی و احساس تعالی روحی و معنوی است. در حالی که الگوی مقابله دینی منفی^{۱۴} که از ارتباط شکننده با خدا، دیدگاه نومیدانه نسبت به دنیا و کشمکش دینی برای یافتن معنا در زندگی ناشی می‌شود، شامل ارزیابی مجدد خدای تنبیه‌گر^{۱۵}، ارزیابی مجدد پلیدی^{۱۶}، ارزیابی مجدد قدرت خدا^{۱۷}، طفره‌روی دینی^{۱۸}، تقاضای شفاعت مستقیم^{۱۹}، ناراضایتی معنوی^{۲۰} و ناراضایتی دینی بین‌فردی^{۲۱} است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین اندازه‌های مقابله دینی و شاخص‌های مربوط به سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و معنوی ارتباط معنادار وجود دارد (پارگامنت، ۲۰۰۲؛ هریسون، کوئینگ، هیز، ایم‌اکواری و پارگامنت ۲۰۰۱؛ کوئینگ، مک‌کالاف و لارسن و دیگران، ۲۰۰۱). بنابراین، به نظر می‌رسد که در بررسی ارتباط بین دین و سلامتی باید به نقش مقابله دینی توجه کرد (پارگامنت، کوئینگ، تراکشوار و هاهن، ۲۰۰۴). تحقیقات انجام‌شده در نمونه‌های بالینی، دانشجویان و افراد عادی حاکی از آن است که بعد از اعمال کنترل بر متغیرهای اجتماعی، جمعیت‌شناختی، الگوی مقابله دینی مثبت با سطوح پایین افسردگی، کیفیت زندگی بالاتر و افزایش سلامتی در بیماران مسن (کوئینگ، پارگامنت و نیلسن، ۱۹۹۸)، اضطراب و افسردگی کمتر در دانشجویان (پارگامنت، کوئینگ و پرز، ۲۰۰۰)، شادکامی بالاتر (لوئیس و دیگران، ۲۰۰۵)، خطر پایین‌تر مرگ و میر در طی دوره شش‌ماهه در بیماران تحت عمل جراحی قلب باز و خصومت پایین در بین اعضای خانواده

شواهد تجربی نشان می‌دهند که دین نقش مهمی در مقابله با رویدادهای منفی زندگی ایفا می‌کند و سلامت جسمانی و روانی افراد را پیش‌بینی می‌کند (پارگامنت، ۱۹۹۷). تحقیقات متعددی که در قلمرو نقش دین در سلامتی و بهزیستی انجام شده‌اند، ارتباط اندازه‌های کلی دینداری مانند: وابستگی رسمی به مؤسسات دینی، دعا کردن، نماز خواندن، شرکت در مراسم دینی و گزارش‌های خودسنجی از دینداری با وضعیت سلامتی را بررسی کرده‌اند. این یافته‌ها مبین ارتباط نسبتاً ضعیف اندازه‌های کلی دینداری با سلامت روانی و بهزیستی (کوئینگ، مک‌کالاف و لارسون، ۲۰۰۱)، سلامت جسمانی و طول عمر و افسردگی (پارگامنت، ۲۰۰۲) بودند. اما در دهه‌های اخیر تلاش شده است که اندازه‌های عینی و دقیق‌تری از دینداری ارائه شود و ارتباط دینداری و سلامتی تصریح شود.

در این خصوص، یکی از چشم‌اندازهای غالب پژوهشی در حوزه روان‌شناسی دین، سلامتی و بهزیستی، الگوی مقابله دینی^۱ است. مقابله دینی شکلی از مقابله است که با کاربرد فنون شناختی و رفتاری در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زای^۲ زندگی، ریشه در دین و معنویت دارد (تایکس و فرایزر، ۱۹۹۸). این الگوی نظری اعمال دینی را در غالب یک الگوی مقابله‌ای در نظر می‌گیرد که به عنوان یک عامل میانجی بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، عقاید و اعمال دینی در قالب شیوه‌های خاصی از مقابله دینی نمایان می‌شوند و به‌طور مستقیم بر سلامتی فرد در موقعیت‌های تنیدگی‌زای روانی-اجتماعی تأثیر می‌گذارند. پارگامنت (۲۰۰۲) بر این باور است که الگوی مقابله دینی بهتر می‌تواند ارتباط بین دینداری و بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کند. این فرایند پیچیده و مستمر که به واسطه آن دین با زندگی افراد پیوند می‌خورد، به افراد فرصت می‌دهد تا با فشارهای روانی مقابله کنند (لوئیس، مالت‌بای و دی، ۲۰۰۵).

1. religious coping pattern	8. religious purification forgiveness	15. punishing god reappraisal
2. stressor	9. spiritual connection	16. demonic reappraisal
3. positive religious coping	10. making religious boundaries	17. reappraisal of god power
4. benevolent religious reappraisal	11. seeking support from clergy	18. passive religious deferral
5. collaborative religious coping	12. religious helping	19. pleading for direct intercession
6. active religious surrender	13. religious direction and conversion	20. spiritual discontent
7. religious focus	14. negative religious coping pattern	21. interpersonal religious discontent

به فرضیه‌ها و پرسش زیر پاسخ دهد:

- الگوی مقابله دینی مثبت با سلامت روانی و شادکامی ارتباط مثبت دارد.

- الگوی مقابله دینی منفی با سلامت روانی و شادکامی ارتباط منفی دارد.

- آیا بین دانشجویان دختر و پسر از لحاظ الگوی مقابله دینی، سلامت روانی و شادکامی تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. از بین دانشگاه‌های آزاد اسلامی منطقه ۹ مشهد، تربت‌جام، قوچان، سبزوار، بیرجند و گناباد، با روش نمونه‌برداری چندمرحله‌ای، ۴۰۱ دانشجو (۲۳۴ زن و ۱۶۷ مرد؛ ۸۰ درصد آزمودنی‌ها بین ۱۸ تا ۲۵ سال؛ ۹۷ درصد آنها در مقطع کاردانی و کارشناسی) به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به فرم کوتاه مقیاس مقابله دینی^۲، پرسشنامه سلامت عمومی^۳ و سیاهه شادکامی آکسفورد^۴ پاسخ دادند.

فرم کوتاه مقیاس مقابله دینی (بیاضی، رحمانی، مروی و عابری، زیر چاپ برگرفته از پارگامنت و دیگران، ۲۰۰۰): فرم اصلی مقیاس مقابله دینی دارای ۲۱ زیرمقیاس و ۱۰۵ ماده است. پارگامنت و دیگران (۲۰۰۰) نقل از بیاضی و دیگران، زیر چاپ) برمبنای یک بررسی اکتشافی، فرم کوتاه مقیاس مقابله دینی را منتشر کردند. این فرم شامل ۷ ماده مقابله دینی مثبت و ۷ ماده مقابله دینی منفی است. ماده‌های مقابله دینی مثبت از ۷ زیرمقیاس فرم اصلی (پیوند معنوی، جست‌وجوی حمایت معنوی، آموزش طلبی دینی، مقابله جمعی دینی، ارزیابی مجدد نیکوکاری دینی، تمرکز دینی و تطهیر دینی) و ماده‌های مقابله دینی منفی نیز از ۵ زیرمقیاس فرم اصلی (نارضایتی معنوی، ارزیابی مجدد خدای تنبیه‌گر، نارضایتی دینی بین‌فردی، ارزیابی مجدد خدای شیطانی و ارزیابی مجدد قدرت خدا) انتخاب شدند.

پارگامنت و دیگران (۲۰۰۰) همسانی درونی متوسط تا بالایی را برای هر مقیاس گزارش داده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب برای مقیاس‌های مثبت و منفی در دو

(باش و دیگران، ۱۹۹۹) ارتباط دارد. افزون بر آن، کاربرد مقابله دینی مثبت اثر آسیب‌زای رویدادهای منفی را تعدیل می‌کند و سازش‌یافتگی با این رویدادها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (جورک و ترمن، ۲۰۰۷). رجایی، بیاضی و حبیبی‌پور (۱۳۸۸) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای باورهای مذهبی اساسی، کمتر دچار بحران هویت می‌شوند و نمره سلامت عمومی آنها بالاتر است. مجدیان، سلمی، حبیبی و مرادی (۱۳۸۸) نیز در پژوهش خود تأثیر بازخورد مذهبی در بهداشت روانی-اجتماعی افراد را تأیید کردند و نشان دادند افراد مذهبی از سازش‌یافتگی بهتری برخوردار بودند و سبک زندگی مؤثرتری داشتند.

در مقابل، الگوی مقابله دینی منفی با کاهش انتظار حمایت اجتماعی و افزایش استیصال روان‌شناختی بیماران قلبی پس از عمل جراحی، کاهش بهبود جسمانی بیماران بازتوانی پزشکی، سطوح پایین سلامت جسمانی و خطر مرگ و میر بالاتر سالمندان دارای بیماری‌های پزشکی در طی یک دوره ۲ساله، خلق افسرده‌تر و مضطرب‌تر و حرمت خود^۱ پایین‌تر دانشجویان و افزایش استیصال روان‌شناختی قربانیان سیل ارتباط داشت (پارگامنت، ۲۰۰۲). افزون بر آن، بررسی‌ها نشان داده‌اند الگوی مقابله دینی می‌تواند پیامدهای معنوی و تغییرات مربوط به سلامت جسمانی و روانی را پیش‌بینی کند؛ الگوی مقابله دینی مثبت (مانند جست‌وجوی حمایت معنوی، ارزیابی مجدد نیکوکاری دینی) پیش‌بینی‌کننده افزایش سلامتی و الگوی مقابله دینی منفی پیش‌بینی‌کننده کاهش سلامتی است (هبرت، زیدانوک، شولز و شی‌یر، ۲۰۰۹). براساس آنچه بیان شد، به نظر می‌رسد بین الگوهای مقابله دینی مثبت و منفی از نظر تأثیر بر سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت وجود دارد. با این وجود، ارتباط بین الگوهای مقابله دینی و نوع تعلق دینی روشن نیست. با توجه به ارتباط تنگاتنگ دین و فرهنگ و نقش فرهنگ در شکل‌گیری عقاید و اعمال دینی و برعکس (تراکشوار، سونک، پارگامنت و ماهانی، ۲۰۰۱) و تفاوت‌های دینی و فرهنگی بین جامعه ایران و جوامع غربی، پژوهش حاضر به آزمون تجربی الگوی مقابله دینی پارگامنت (۱۹۹۷) در دانشجویان مسلمان ایرانی اختصاص یافته است تا

1. self-esteem

2. Brief Religious Coping Scale

3. General Health Questionnaire (GHQ)

4. Oxford Happiness Inventory (OHI)

جمعیت دانشجویان و بیماران بستری در بیمارستان با سن بیش از ۵۵ سال به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۶۹ گزارش شدند. روایی و اعتبار فرم کوتاه مقیاس مقابله دینی توسط بیاضی و صارمی (۱۳۸۶) در ۷۶۱ نفر از دانشجویان محاسبه شد. بر مبنای این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ گزارش شد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): گلدبرگ^۱،
۱۹۷۲ (نقل از هومن، ۱۳۷۷): فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه برای سنجش سلامت روانی آزمودنی‌ها به کار برده می‌شود و به اشکال متفاوت ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ ماده‌ای تدوین شده است. شکل ۲۸ ماده‌ای آن دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، نارسانکنش‌وری در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. هر زیرمقیاس ۷ ماده دارد. پاسخ‌ها بر مبنای یک طیف چهاردرجه‌ای لیکرتی (صفر تا سه) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، دامنه نمره‌ها از صفر تا ۸۴ در نوسان است. نمره‌های پایین حاکی از سلامتی و نمره‌های بالا نشان‌دهنده فقدان سلامتی یا وجود ناراحتی در افراد است. در این پرسشنامه برای هر فرد پنج نمره - چهار نمره برای زیرمقیاس‌ها و یک نمره کلی - محاسبه می‌شود. نقطه برش برای تفکیک افراد سالم از بیمار با توجه به تحقیقات انجام‌شده در ایران بر مبنای نمره کلی ۲۳ و در هریک از زیرمقیاس‌ها، ۱۴ تعیین شده است (هومن، ۱۳۷۷).

بررسی‌های انجام‌شده اعتبار بالای پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی را تأیید کرده‌اند. ویلیامز^۲ و گلدبرگ (۱۹۸۸) نقل از هاشم‌زاده، اورنگی و بهداد، (۱۳۷۹) با فراتحلیل بررسی‌های انجام‌شده نتیجه گرفتند که اعتبار این پرسشنامه در حدود ۰/۸۰ است. یعقوبی (۱۳۷۴) نقل از هاشم‌زاده و دیگران، (۱۳۷۹) ضریب اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۸ و ضرایب اعتبار زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. در بررسی حاضر نیز ضریب اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضرایب اعتبار زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ به دست آمد.

سیاهه شادکامی آکسفورد (آرگیل، مارتین و کراسلند، ۱۹۸۹): این سیاهه ۲۹ ماده چهارگزینه‌ای دارد که گزینه‌های

آن از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند. جمع نمره‌های ماده‌های ۲۹ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد. نمره کل آزمودنی از صفر تا ۸۷ در نوسان است. نور (۱۹۹۳) با بررسی ۱۸۰ آزمودنی، ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه سیاهه شادکامی آکسفورد را ۰/۸۴ به دست آورد. در بررسی فرانسویس، رایبیز و وایت (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد. فرانسویس، جونز و ویل کاکس (۲۰۰۰) در یک بررسی بین فرهنگی در کشورهای انگلیس، آمریکا، استرالیا و کانادا به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ را گزارش کردند. در بررسی علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) اعتبار فرم فارسی پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳، با روش دونیمه کردن ۰/۵۸ و با روش گاتمن ۰/۹۱ بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون t وابسته استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج آزمون همبستگی برای تعیین رابطه بین الگوهای مقابله دینی با سلامت روانی (GHQ) و مؤلفه‌های آن و شادکامی در جدول ۱ منعکس شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهند که بین الگوی مقابله دینی مثبت و سلامت روانی (کلی) همبستگی منفی وجود دارد که معنادار نیست. بین الگوی مقابله دینی مثبت و نشانه‌های افسردگی و نارسانکنش‌وری اجتماعی همبستگی منفی معنادار و بین الگوی مقابله دینی منفی و سلامت روانی کلی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، افزایش در الگوی مقابله دینی منفی با افزایش نشانه‌های اجتماعی، اضطرابی، نارسانکنش‌وری اجتماعی و نشانه‌های افسردگی همراه است. افزون بر آن، این نتایج نشان می‌دهند که بین شادکامی و الگوی مقابله دینی مثبت، همبستگی مثبت معنادار و بین شادکامی و الگوی مقابله دینی منفی، همبستگی منفی معنادار وجود دارد. همچنین، بین شادکامی و سلامت روانی کلی نیز همبستگی منفی معنادار دیده می‌شود. از آنجا که کاهش در نمره‌های سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن به معنای سلامت

جدول ۱

ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. سلامت روانی	-						
۲. نشانه‌های جسمانی	۰/۶۵**	-					
۳. نشانه‌های اضطرابی	۰/۷۷**	۰/۵۶**	-				
۴. نشانه‌های افسردگی	۰/۶۵**	۰/۵۹**	۰/۶۹**	-			
۵. نارساکنش‌وری اجتماعی	۰/۷۰**	۰/۶۹**	۰/۶۸**	۰/۶۵**	-		
۶. مقابله دینی مثبت	-۰/۰۶	-۰/۰۴	-۰/۰۳	-۰/۱۰*	۰/۱۲*	-	
۷. مقابله دینی منفی	۰/۲۲**	۰/۲۱**	۰/۳۰**	۰/۲۳**	۰/۱۰*	۰/۳۶**	-
۸. شادکامی	-۰/۵۰**	-۰/۳۶**	-۰/۴۴**	-۰/۴۷**	-۰/۴۸**	۰/۲۷**	-۰/۱۷**

**P<۰/۰۰۱ *P<۰/۰۵

سلامت روانی و به‌کارگیری الگوهای مقابله دینی در دختران و پسران، در جدول ۲ آمده است.

نتایج نشان می‌دهند بین دانشجویان دختر و پسر در الگوی مقابله دینی مثبت و الگوی مقابله دینی منفی تفاوت معنادار وجود دارد و دختران در هر دو الگوی مقابله دینی، نمره‌های بالاتری را کسب کرده‌اند. همچنین، نتایج نشان می‌دهند که بین دانشجویان دختر و پسر از لحاظ میزان شادکامی تفاوت معنادار وجود ندارد، درحالی‌که بین نمره‌های سلامت روانی آنان تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

روانی بالاتر است، بین نمره‌های شادکامی و نمره‌های سلامت عمومی همبستگی منفی مشاهده شده است. به عبارت دیگر، با افزایش شادکامی، سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد. افزون بر آن، همبستگی بین شادکامی و مؤلفه‌های سلامت عمومی نیز منفی است که نشان می‌دهد هرچه میزان شادکامی افزایش یابد، از میزان نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطرابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و نشانه‌های افسردگی کاسته می‌شود.

نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت میزان شادکامی و جدول ۲

خلاصه آزمون t مستقل برای تعیین تفاوت الگوهای مقابله دینی، شادکامی و سلامت روانی برحسب جنس

متغیرها	دختر		پسر	
	SD	M	SD	M
مقابله دینی منفی	۸/۵۰	۴/۱۳	۳/۴۰	۱/۱۳۶*
مقابله دینی مثبت	۱۵/۴۷	۳/۲۴	۴/۰۵	۳/۴۸۲**
شادکامی	۴۲/۳۷	۱۳/۶۱	۱۱/۹۹	۰/۱۲۷
سلامت روانی	۲۶/۵۳	۱۴/۵۱	۱۱/۲۱	۲/۹۱۴**

**P<۰/۰۰۱ *P<۰/۰۵

بحث

بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان دریافت با افزایش به‌کارگیری الگوی مقابله دینی منفی، سلامت روانی کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پارگامنت و دیگران (۱۹۹۸)، پارگامنت و دیگران (۲۰۰۰)، پارگامنت و دیگران (۲۰۰۴)، پارگامنت، فوئیلی و باردزی (۲۰۱۱) و بیاضی و صارمی (۱۳۸۶) همسو است. همچنین، این یافته با نتایج تحقیق پارگامنت و دیگران (۱۹۹۸)، کوئینگ و دیگران (۱۹۹۸) در زمینه ارتباط الگوی مقابله دینی منفی با خلق

افسرده‌تر و مضطرب‌تر دانشجویان و استیصال روان‌شناختی بالاتر در قربانیان سیل همخوانی دارد. از آنجا که شیوه‌های مقابله دینی منفی ریشه در یک ارتباط نایمن با خدا و دیدگاه نومیدانه و بدبینانه از دنیا دارد، بنابراین قابل توجیه است که شیوه‌های مقابله دینی منفی با سطوح پایین سلامت روانی ارتباط داشته باشد.

همچنین، در پژوهش حاضر همبستگی منفی بین الگوی مقابله دینی مثبت و سلامت عمومی معنادار نبود، در حالی‌که بین الگوی مقابله دینی مثبت و نارساکنش‌وری اجتماعی و

نشانه‌های افسردگی همبستگی منفی معنادار مشاهده شد. اگرچه این نتایج از ارتباط مثبت بین الگوی مقابله دینی مثبت با سلامت روانی حمایت نمی‌کند، اما با نتایج تحقیق پارگامنت و دیگران (۲۰۰۰) در زمینه ارتباط الگوی مقابله دینی مثبت با افسردگی و سطوح پایین اضطراب بیماران سالمند و همبستگی منفی بین الگوی مقابله دینی مثبت با نشانه‌های افسردگی همسو است. در تبیین این موضوع باید به نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله تفاوت در نمونه‌های مورد مطالعه اشاره کرد، به طوری که ممکن است برای نمونه‌های مسلمان و ایرانی در مقایسه با نمونه‌های مسیحی و آمریکایی مرزهای کاملاً دقیق و مشخصی بین الگوهای مقابله دینی مثبت و منفی وجود نداشته باشد.

بررسی ارتباط شادکامی و سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن نیز نشان داد که بین این دو متغیر همبستگی منفی معنادار وجود دارد. از آنجا که افزایش در نمره‌های افراد در پرسشنامه سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن به معنای کاهش سلامت روانی است می‌توان دریافت که با افزایش شادکامی بر میزان سلامت روانی افراد افزوده می‌شود و نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و نارسانکشن‌وری اجتماعی در آنها کاهش می‌یابند. فرانسویس و دیگران (۲۰۰۳) نیز نشان داده‌اند که افراد شادکام از حرمت خود و احترام به خود بالایی برخوردارند، خود را دوست دارند، خوش‌بین هستند و مهار شخصی بیشتری دارند. امری که می‌تواند به افزایش سلامت جسمانی و روانی بیانجامد.

همسو با نتایج فرانسویس و دیگران (۲۰۰۳)، در پژوهش حاضر نیز بین الگوی مقابله دینی مثبت و شادکامی همبستگی مثبت معنادار و بین الگوی مقابله دینی منفی و شادکامی همبستگی منفی معنادار مشاهده شد.

به طور کلی نتایج اغلب بررسی‌ها حاکی از ارتباط مثبت بین دینداری و شادکامی است. اما نتایج برخی از پژوهش‌ها در این مورد متناقض‌اند (لوئیس و دیگران، ۲۰۰۵). دلیل این تناقض را باید در تفاوت‌های مربوط به شیوه‌های روش‌شناختی و مفهومی، ابزار و افراد جست‌وجو کرد.

همچنین، یافته‌ها وجود تفاوت معنادار بین دانشجویان دختر و پسر در الگوی مقابله دینی را تأیید کردند و نشان دادند

که نمره دختران در هر دو الگوی مقابله دینی مثبت و منفی بالاتر از پسران است. این نتایج از نتایج پژوهش بیت‌هالاومی و آرگیل (۱۹۹۷)، بیاضی، جمعه‌پور و نادری (۱۳۸۵) و رحیمی و کامران‌پور (۱۳۸۶) حمایت می‌کنند و نشان می‌دهند که زنان در مقایسه با مردان از سطوح دینداری بالاتری برخوردار هستند. در این راستا، برخی از پژوهش‌ها مانند پژوهش پارک، کوهن و هرب (۱۹۹۰) تأیید کرده‌اند که جنس می‌تواند ارتباط بین دینداری و بهزیستی را تعدیل کند. براساس این پژوهش عضویت در نهادها و مراکز دینی می‌تواند توان مقابله زنان را نسبت به مردان در مقابل مرگ و میر افزایش دهد.

به طور کلی، در اغلب پژوهش‌هایی که به بررسی نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی در دینداری پرداخته‌اند، جنس به عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده مطرح شده است، همواره تفاوت‌های بین دو جنس معنادار بوده است و اغلب زنان از سطوح دینداری یا تعهد دینی بالاتری برخوردار بوده‌اند. برخی از داده‌ها حاکی از ارتباط نیرومندتر التزام دینی و میزان مرگ و میر در زنان نسبت به مردان است (مکالک، ۲۰۰۲/۱۳۸۳).

همچنین، مقایسه دانشجویان دختر و پسر در متغیر شادکامی نشان داد که تفاوت معناداری بین دانشجویان پسر و دانشجویان دختر وجود ندارد. با این حال، دانشجویان پسر از سلامت روانی بالاتری نسبت به دانشجویان دختر برخوردار بودند. با توجه به این نکته که در پژوهش‌های مختلف بین مقابله دینی و سلامت روانی ارتباط مثبت وجود داشته است، به نظر متناقض می‌رسد که دانشجویان دختر با وجود مقابله دینی بالاتر، از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار باشند. یکی از دلایل این عدم همخوانی را می‌توان به نمره بالاتر دانشجویان دختر در مقابله دینی منفی که با سلامت روانی ارتباط منفی دارد، نسبت داد. از سوی دیگر، بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوع اختلال‌های روانی در بین زنان بیشتر از مردان است (مانند موسسه ملی بهداشت روانی در نیومن، ۱۹۸۰، نوربالا، محمد و باقری‌یزدی، ۱۳۸۱ نقل از بیاضی و صارمی، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد سطوح بالای مشکلات روانی و مقابله‌های دینی در دختران می‌تواند معلول عوامل دیگری

پژوهش‌هایی که در حوزه روان‌شناسی دین و سلامتی صورت گرفته‌اند، عموماً به دین به صورت یک فرایند کلی، نامتمايز و ثابت نگاه کرده‌اند اما به نظر می‌رسد هنگامی که به دین دقیق‌تر نگاه می‌کنیم تصویر متفاوتی نمایان می‌شود. برخی از اشکال دین به ویژه مقابله دینی مثبت که براساس یک معنای والاتر در زندگی پایه‌ریزی شده است و یک ارتباط ایمن با خدا و احساس پیوستگی معنوی با دیگران را نشان می‌دهد، اثرات مثبتی بر سلامت می‌گذارد.

منابع

- بیاضی، م. ح.، **جمعه‌پور، ا. و نادری، م.** (۱۳۸۵). همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در بین دانشجویان دانشگاه‌های منطقه ۹ و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی آن‌ها. طرح پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.
- بیاضی، م. ح. و صارمی، ع. ا. (۱۳۸۶). ارتباط بین الگوهای مقابله دینی، سلامت روانی و اختلال‌های روان‌شناختی. چکیده مقالات دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روانی.
- رجایی، ع. ر.، بیاضی، و. ح. و حبیبی‌پور، ح. (۱۳۸۸). باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۲۲، ۸۷-۹۶.
- رحیمی، ج. و کامران‌پور، پ. (۱۳۸۶). تفاوت نگرش مذهبی دانشجویان دختر و پسر و ارتباط آن با سلامت روانی. چکیده مقالات دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روانی.
- علی‌پور، ا. و نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱ و ۲، ۶۵-۵۵.
- مجدیان، م.، سلمی، ح.، حبیبی، م. ب. و مرادی، ع. ر. (۱۳۸۸). بازخورد مذهبی، حرمت خود و مسند مهارگری. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۲۲، ۱۵۷-۱۵۱.
- مکانخ، م. (۱۳۸۳). التزام دینی و مرگ و میر: مروری فراتحلیلی. ترجمه ا. محمدپور یزدی و م. ح. بیاضی، مجله نقد و نظر، ۳ و ۴ (۹)، ۲۴۲-۲۰۹ (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۲).
- نوربالا، ا. ع.، محمد، ک. و باقری‌یزدی، س. ع. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری

باشد. برای مثال ممکن است زنان تمایل بیشتری به ابراز مشکلات روانی خود داشته باشند در حالی که مردان بیشتر آن را کتمان می‌کنند. همچنین، ممکن است که زنان در مقایسه با مردان برای مقابله با استیصال‌های روان‌شناختی خود بیشتر به دین و عوامل دینی متوسل شوند.

این یافته‌ها نشان دادند که دانشجویان مورد بررسی بیشتر از الگوی مقابله دینی مثبت سود می‌جویند. این نتیجه با بررسی‌های اولیه پارگامنت و دیگران (۲۰۰۵)، بیاضی و صارمی دیگران (۲۰۰۰)، لوئیس و دیگران (۲۰۰۵)، بیاضی و صارمی (۱۳۸۶) در زمینه کاربرد الگوهای مقابله دینی مثبت و منفی مشابه است. بنابراین، یکی از دلایل تمایل به استفاده از شیوه‌های مقابله دینی مثبت می‌تواند ناشی از ماهیت شیوه‌های مقابله دینی منفی باشد. این شیوه عموماً ریشه در یک دیدگاه منفی نسبت به خدا و زندگی دارد و یک نوع کشمکش و تعارض دینی است که منجر به احساس سردرگمی و نومیدی از ارتباط با خدا و احساس خشم نسبت به او می‌شود. حال آنکه، مشخصه دینداری اکثر افراد جامعه، داشتن احساس مثبت و ارتباط نسبتاً ایمن با خداست. بنابراین، استفاده بیشتر از شیوه‌های مقابله دینی مثبت قابل توجیه است.

بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر، بین دو الگوی مقابله دینی از نظر جهت ارتباط با شادکامی تفاوت بارزی وجود دارد. بنابراین، همسو با پژوهش پارگامنت (۱۹۹۷) می‌توان دریافت مفهوم مقابله دینی بهتر از مفهوم دینداری کلی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کند و به عنوان یک عامل میانجی بین جهت‌گیری دینی و سلامت عمل کند. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مقطعی است و نمی‌توان نتیجه گرفت که ارتباط معنادار الگوی مقابله دینی و سلامتی در درازمدت پایدار بماند. همچنین، در پژوهش حاضر صرفاً ارتباط الگوهای مقابله دینی و سلامتی بررسی شد، بنابراین، نمی‌توان سهم الگوی مقابله دینی را در مقایسه با الگوهای مقابله غیردینی در تبیین سلامتی تعیین کرد.

بدین ترتیب، انجام مطالعات آینده‌نگر و مقایسه الگوهای مقابله دینی و غیردینی در پیش‌بینی وضعیت سلامت روانی و جسمانی افراد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اغلب

- replication. *Psychological Reports*, 92 (1), 51-52.
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G., & Pargament, K. I. (2001).** The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13 (2), 86-93.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009).** Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (6), 537-545.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001).** *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998).** Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous & Mental Disease*: 186 (9), 513-521.
- Lewis, C. A., Maltby, J., & Day, L. (2005).** Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*, 37, 1816-1825.
- Noor, N. M. (1993).** Work and family roles in relation to women's well-being. Unpublished PhD. dissertation. University of Oxford.
- Pargament, K. I. (1997).** *The psychology of religion and coping: Theory, research*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2002).** The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 13 (3), 168-181.
- Pargament, K. I., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011).** The brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions* 2 (1), 1-10.
- هاشم‌زاده، ا.، اورنگی، م. و بهداد، م. ج. (۱۳۷۹).** استرس شغلی و رابطه آن با سلامت کارکنان بیمارستان‌های شهر شیراز. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲ و ۳ (۶)، ۵۶-۶۹.
- هومن، ح. ع. (۱۳۷۷).** *استانداردسازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم*. گزارش طرح پژوهشی مرکز مشاوره دانشجویی معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989).** Happiness as function of personality and social encounters. In Fergusson, J. P. & Innes, J. M. (Eds.), *Recent advance in social psychology* (189-203). Holland: Elsevier Science.
- Bayazi, M. H., Rahmani, M., Marvi, A., & Aberi, M. (in press).** *Standardization of religious coping questionnaire (RCOPE) on the Iranian students*.
- Beit-Hallahmi, B., & Argyle, M. (1997).** *The psychology of religious behavior, belief and experience*. London & New York: Routledge.
- Bjorck, J. P., & Thurman, J. W. (2007).** Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46 (2), 159-167.
- Bush, E. G., Rye, M. S., Brant, C. R., Emery, E., Pargament, K. I., & Riesinger, C. A. (1999).** Religious coping with chronic pain. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24 (4), 249-260.
- Francis, L. J., Jones, S. H., & Wilcox, C. (2000).** Religiosity and happiness: During adolescence, young adulthood, and later life. *Psychology and Christianity*, 19, 245-257.
- Francis, L. J., Robbins, M., & White, A. (2003).** Correlation between religion and happiness: A

710-724.

Park, C., Cohen, L. H., & Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 562-574.

Tarakeshwar, N., Swank, A. B., Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2001). The sanctification of nature and theological conservatism: A study of opposing religious correlates of environmentalism. *Review of Religious Research*, 42 (4), 387-404.

Tix, A. P., & Frizer, P. A. (1998). The use of religious coping during stress full life events: Main effects, Moderation and mediation. *Consulting and Clinical Psychology*, 66, 411-422.

51-76.

Pargament, K. 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. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahan, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9 (6), 713-730.

Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4),