

رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان

خدا مراد مؤمنی^{۱*}؛ جهانگیر کرمی^۱؛ افسانه شهبازی‌راد^۱

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی و توان پیش‌بینی این مفاهیم در بهزیستی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه انجام شد.

روش‌ها: جامعه آماری پژوهش، دانشجویان دانشگاه رازی بود. از این جامعه، نمونه‌ای برابر با ۳۷۵ نفر به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RPWB)، تجربیات معنوی غباری و همکاران، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و مقیاس راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (WOCQ) بود. روش پژوهش از نوع همبستگی بود و داده‌ها به روش رگرسیون گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: متغیرهای تاب‌آوری، معنویت و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسأله‌مدار ۶۰ درصد از واریانس متغیر بهزیستی را پیش‌بینی کرد ($P < 0/05$). رابطه مثبتی بین متغیرهای تاب‌آوری، معنویت و راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار با بهزیستی وجود داشت ($P < 0/05$), اما بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و بهزیستی رابطه معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این‌که متغیرهای تاب‌آوری، معنویت و راهبردهای مقابله‌ای، پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای بهزیستی روان‌شناختی هستند، می‌توان با ایجاد چنین ظرفیت‌هایی در موقعیت‌های آموزشی، بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان را ارتقاء بخشید.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی، معنویت، تاب‌آوری، راهبرد مقابله‌ای، دانشجویان

«دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۲۵ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۳»

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۸۳۱-۸۳۶۱۳۷۰

Email: khmomeni2000@yahoo.com

مقدمه

شخصی، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان در رابطه مناسب با اجتماع و رشد و پیشرفت مثبت در طول زمان می‌داند که دربرگیرنده رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت است (۲). بنابراین در دهه‌های اخیر توجه به ظرفیت‌هایی معطوف شده است که در بهزیستی روان‌شناختی نقش دارند؛ از جمله این ظرفیت‌ها، معنویت (spirituality) است که به‌صورتی روزافزون، توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به‌خود جلب کرده است. معنویت به‌عنوان یکی از ابعاد انسانی شامل آگاهی و خودشناسی است و در واقع نیاز فراتر رفتن از خود در زندگی روزمره و یکپارچگی با کسی غیر از خود است،

سلامت روانی از مهم‌ترین مفاهیم مورد توجه روان‌شناسان است، از ویژگی‌های مهم روانی که افراد سالم باید از آن بهره‌مند باشند، احساس بهزیستی (wellbeing) است. روان‌شناسی مثبت‌نگر (positive psychology) سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی، مطرح و آنرا در قالب بهزیستی روان‌شناختی بیان می‌کند، در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی به‌معنای کارکرد و عملکرد روان‌شناختی بهینه است (۱). کارادماس (Karademas) (۲۰۰۷) بهزیستی را واکنش‌های عاطفی و شناختی برای درک توانمندی‌ها و ویژگی‌های

حوزه‌های بهداشت روانی و روان‌شناسی تحولی، جایگاه ویژه‌ای برای خود کسب کرده است و بیشتر از دو دهه است که به‌عنوان یک سازه مهم در تئوری‌ها و پژوهش‌های بهزیستی مطرح است (۸).

یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی که در شرایط بروز تنش و آسیب بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است و به‌نظر می‌رسد نقش میانجی در درک شدت تنش و سازش با آن را ایفا می‌کند شیوه مقابله (coping strategy) فرد با استرس است (۹ و ۱۰). راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به‌کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود (۱۱). به‌طور کلی، سبک مقابله به تلاش‌های شناختی و رفتاری برای جلوگیری، مدیریت و کاهش استرس اشاره می‌کند (۱۲).

پژوهش‌های متعددی رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی را مورد بررسی قرار داده‌اند. کندی (Kennedy) و همکاران (۲۰۰۲) به رابطه بین معنویت و بهزیستی اشاره می‌کنند (۱۳). واحدی و غنی‌زاده (۱۳۸۸) وجود رابطه بین معنویت و بهزیستی در میان دانشجویان را گزارش کردند (۱۴). مارکیدز (Markides) و همکاران (۱۹۸۷) به عدم رابطه بین مذهب و سلامتی اشاره می‌کنند (۱۵). پژوهش‌های انجام‌شده درباره سبک مقابله هم متناقض است، مثلاً شوارتز (Schwartz) (۱۹۹۹) و بهروزیان و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش‌های خود به ارتباط مهارت‌های مقابله‌ای با بهزیستی افراد دست یافتند (۱۶ و ۱۷)، در حالی که مک‌کانکی (McConkey) و همکاران (۲۰۰۸) و اسکس (Essex) و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه خود به عدم رابطه سبک‌های مقابله‌ای با بهزیستی اشاره داشتند (۱۸ و ۱۹). پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه تاب‌آوری توانسته‌اند تأثیر مثبت این سازه بر بهزیستی را تأیید کنند (۲۰-۲۲).

سلامت دانشجویان به‌عنوان بخش قابل‌توجهی از جمعیت باید مورد توجه قرار گیرد و عدم سلامت و

البته این آگاهی ممکن است به تجربه‌ای که فراتر از تجربه شخص است منجر شود (۳). ماب و جوزفسون (Mabe & Josephson) (۲۰۰۴) معتقدند که معنویت، آگاهی از هستی و نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی و همچنین پیوند عمیق با کائنات می‌باشد (۴). اسویتون و پاتیسون (Swinton & Pattison) (۲۰۰۱) معنویت را به‌عنوان جنبه‌ای از وجود انسان که به فرد انسانیت می‌بخشد، در نظر می‌گیرند و معتقدند که معنویت با ساختارهای مهم فرد در ارتباط است و به انسان برای مقابله با مسایل زندگی کمک می‌کند. معنویت شامل ابعادی همچون جستجوی معنا، هدف، شناخت خویشتن، وجود روابط معنادار و هدفمند، عشق و ایمان و حس خداجویی است و آن را به‌عنوان یک تجربه بیرونی-درونی و فراشخصی که جامعه و تجربیات فرد، آن‌ها را شکل می‌دهد در نظر می‌گیرند (۵). ویلس (Wills) (۲۰۰۷) معتقد است که معنویت با سلامت روانی مرتبط می‌باشد، او معتقد است که معنویت یک فرایند فعال است که به افراد نیرو می‌بخشد و آن را به جستجوی فعالیت‌های هدفمند و سالم وا می‌دارد و در سایه ایمان است که آدمی به حس آرامش، خوشبختی و امید می‌رسد. معنویت در واقع به‌عنوان یک تلاش خوش‌بینانه در نظر گرفته می‌شود. از سویی فعالیت معنوی یک حس ارتباط با دیگران یا جهان را شامل می‌شود و با توجه به بعد ارتباط، معنویت موجب وحدت افراد متفرق برای پیشبرد اهداف انسانی می‌شود (۶).

از دیگر سازه‌های مهم در حوزه روان‌شناسی سلامت، تاب‌آوری (resiliency) است که جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی دارد. کانر و دیویدسون (Conner & Davidson) (۲۰۰۳) تاب‌آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک بیان می‌کنند. آن‌ها تاب‌آوری را تنها پایداری در برابر شرایط تهدیدکننده قلمداد نمی‌کنند، بلکه شرکت فعال فرد در محیط را مهم می‌دانند (۷). امروزه تاب‌آوری در

درباره چگونگی همکاری و طول مدت زمانی لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها ارایه شد. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت فردی گزارش نشده و محرمانه خواهد ماند. در صورت اعلام رضایت، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد قرار می‌گرفت. پرسشنامه‌ها بدون نام طراحی شدند، ولی بعضی از آزمودنی‌ها شرط همکاری را در ارایه نتایج فردی به آن‌ها منوط کردند که در این خصوص اقدام شد. مدت زمان جمع‌آوری اطلاعات با همکاری مرکز مشاوره دانشگاه حدود دو ماه طول کشید. در پژوهش حاضر از ابزارهای مختلف جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد.

اولین پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (Ryff) بود که توسط مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و در سال ۲۰۰۲ هم مورد تجدیدنظر قرار گرفته است (۲۸). این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک مقیاس شش‌درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شود. واحدی و غنی‌زاده (۱۳۸۸) مقدار پایایی آزمون را به روش دونیمه کردن و آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند (۱۴). ضمن این که روایی محتوایی و سازه‌ای آن در پژوهش‌های مختلف تأیید شده (۲۹) و در پژوهش‌های متعدد در جامعه ایرانی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۴، ۳۰ و ۳۱). ابزار دیگر، پرسشنامه تجربیات معنوی ساخته غباری بناب و همکاران (۱۳۸۴) بود که آزمودنی‌ها در یک طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق را دربر می‌گیرد به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. ضریب پایایی این آزمون ۰/۹۴ گزارش شده است و از روایی محتوایی مناسب برخوردار است (۳۲)، به گونه‌ای که در پژوهش‌های متعددی از این مقیاس استفاده شده است (۳۲) و (۳۳).

پرسشنامه تاب‌آوری مورد استفاده در پژوهش حاضر نیز یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که توسط کانر و دیویدسون (۷)، در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً نادرست تا همیشه درست تهیه شده است. دامنه

بهزیستی روانی در برنامه‌های آموزشی و عملکرد تحصیلی آنان اثر منفی بر جای می‌گذارد. لازم به ذکر است که مطالعات متعددی، وجود سطحی از اختلالات روانی را در دانشجویان گزارش کرده‌اند (۲۷-۲۳). لذا توجه به موضوع سلامت روانی در جمعیت‌های دانشجویی حایز اهمیت است. از سویی دیگر بر اساس چهارچوب روان‌شناسی مثبت‌نگر که هدف غایی خود را شناسایی سازه‌هایی دخیل در بهزیستی و شادکامی می‌داند توجه به عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی و سلامت روانی ضرورت دارد. از طرفی مطالعات انجام‌گرفته در خصوص رابطه معنویت با بهزیستی با چالش‌هایی روبرو است به گونه‌ای که برخی آن را به صورت مثبت و برخی به صورت منفی تصور می‌کنند که با توجه به این شرایط، انجام چنین پژوهشی ضرورت می‌یابد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه معنویت تاب‌آوری و راهبردهای مقابله با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان دانشگاه رازی مشغول به تحصیل در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۹۰-۹۱ بودند. ملاک ورود به پژوهش شامل سپری کردن حداقل دو ترم سال تحصیلی و رضایت از همکاری در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل مشروط شدن یا تغییر رشته در طی مدت تحصیل بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، تعداد ۳۷۵ نفر (۲۵۷ دختر و ۱۱۸ پسر) بر اساس جدول مورگان انتخاب شدند، به این معنا که از بین هفت دانشکده دانشگاه، به نسبت تعداد دانشجو در هر دانشکده، نمونه لازم از آن دانشکده تعیین شد و آزمودنی‌ها با انتخاب تصادفی در دانشکده‌ها انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها به دفاتر مشاوره دانشکده‌ها به منظور همکاری در اجرای طرح پژوهشی دعوت شدند و توضیحات لازم توسط همکاران پژوهشگر

نفر (۰/۲۴/۳)، علوم اجتماعی ۵۷ نفر (۰/۱۵/۲)، ادبیات ۸۸ نفر (۰/۲۳/۵)، کشاورزی ۴۴ نفر (۰/۱۱/۷)، فنی ۷۷ نفر (۰/۲۰/۵)، تربیت بدنی ۱۲ نفر (۰/۳/۲) و دامپزشکی ۶ نفر (۰/۱/۶) بودند (جدول ۱).

میانگین کلی متغیرهای بهزیستی میانی ۲۹۱۴/۰۲±۳۴/۴۲، تاب‌آوری ۳۱±۱۵/۹۳، معنویت ۳۸/۳۴±۶۵/۷۲، راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار ۳۸/۲۲۶±۹/۲۳ و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ۷/۷۶±۳۴/۷۰۱۴ بود (جدول ۲).

جدول ۱- توزیع فراوانی نمونه‌های پژوهش بر حسب متغیرهای

جمعیت‌شناختی

| متغیر | گروه‌ها | فراوانی | درصد |
|---------|--------------|---------|-------|
| جنسیت | دختر | ۲۷۵ | ۶۸/۵ |
| | پسر | ۱۱۸ | ۳۱/۵ |
| سن | ۱۸-۲۰ | ۵۶ | ۱۴/۹۵ |
| | ۲۱-۲۵ | ۲۷۲ | ۷۲/۵۵ |
| | ۲۶-۳۰ | ۳۹ | ۱۰/۴ |
| | بالای ۳۰ | ۳ | ۰/۸ |
| | بدون پاسخ | ۵ | ۱/۳ |
| تأهل | مجرد | ۳۵۳ | ۹۴/۱ |
| | متأهل | ۲۲ | ۵/۹ |
| دانشکده | علوم پایه | ۹۱ | ۲۴/۳ |
| | علوم اجتماعی | ۵۷ | ۱۵/۲ |
| | ادبیات | ۸۸ | ۲۳/۵ |
| | کشاورزی | ۴۴ | ۱۱/۷ |
| | فنی | ۷۷ | ۲۰/۵ |
| | تربیت بدنی | ۱۲ | ۳/۲ |
| | دامپزشکی | ۶ | ۱/۶ |
| کل | | ۳۷۵ | ۱۰۰ |

نمره‌گذاری این مقیاس بین ۱۲۵-۲۵ است. در پژوهشی که توسط سامانی و همکاران (۱۳۸۶) برای بررسی پایایی این مقیاس در دانشجویان صورت گرفت، پایایی این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شد. میزان شاخص KMO هم برابر ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر ۲/۴۷ گزارش شده است. روایی (به‌روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (۳۴).

دیگر ابزار مورد استفاده، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (Lazaros & Folkman) بود. این پرسشنامه یک مقیاس ۶۶ ماده‌ای است که توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) ساخته شده است. پرسشنامه به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی‌زای زندگی روزمره به‌کار می‌برد، می‌پردازد. این پرسشنامه بر اساس نظریه شناختی-پدیدارشناختی درباره تنیدگی و مقابله تدوین شده است. این آزمون در یک مقیاس چهاردرجه‌ای (اصلاً، گاهی اوقات، معمولاً و زیاد) نمره‌گذاری می‌شود (۳۵). قدمگاهی و دژکام (۱۳۷۷) ضریب همسانی درونی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۱-۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته ۰/۵۹-۰/۸۳ گزارش کرده‌اند (۳۶). بعد از جمع‌آوری داده‌ها از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای تعیین رابطه میان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده و پیش‌بینی‌شونده بهره گرفته شد.

یافته‌ها

از ۳۷۵ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۲۷۵ نفر (۰/۶۸/۵) دختر و ۱۱۸ نفر (۰/۳۱/۵) پسر بودند. ۷۲/۵۵ درصد آزمودنی‌ها بین ۲۱-۲۵ سال، ۱۴/۹۵ درصد بین ۱۸-۲۰ سال، ۱۰/۴ درصد بین ۲۶-۳۰ سال و ۰/۸ درصد هم بالای ۳۰ سال سن داشتند. میانگین سن دانشجویان ۲۱/۸۷±۲/۶۷ سال بود. تعداد دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش در دانشکده‌های علوم پایه ۹۱

بهزیستی روان‌شناختی ($R^2=0.607$ ، $F=142/871$) را در سطح معنادار $P<0.05$ پیش‌بینی کردند (جدول ۳). نتایج نشان داد که معنویت و تاب‌آوری و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار با بهزیستی، همبستگی مثبت معنادار دارند. یعنی با افزایش میزان معنویت، تاب‌آوری و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار، میزان بهزیستی هم در دانشجویان افزایش یافته بود، میزان همبستگی بهزیستی با معنویت $r=0.676$ ، تاب‌آوری $r=0.698$ و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار $r=0.443$ بود که همگی در سطح $P<0.05$ معنادار می‌باشند. اما راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با بهزیستی، همبستگی معناداری ($r=0.022$) نشان نداد (جدول ۴).

نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی متغیر بهزیستی روان‌شناختی نشان داد که در گام نخست، متغیر تاب‌آوری $48/8$ درصد از واریانس بهزیستی را پیش‌بینی کرد ($\beta=0.698$). در گام دوم با اضافه شدن متغیر معنویت، این مقدار به 57.6 درصد افزایش یافت ($\beta=0.387$). در گام سوم با اضافه شدن راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، میزان $R^2=0.594$ به دست آمد ($\beta=-0.139$). در نهایت با ورود متغیر راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار به مدل، میزان $R^2=0.607$ به دست آمد ($\beta=0.148$) که با توجه به سطح معناداری $P<0.05$ متغیرهای مذکور قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بودند. باید اشاره کرد که متغیرهای پژوهش جمعاً 60 درصد از واریانس متغیر

جدول ۲- آماره‌های توصیفی در متغیرهای بهزیستی، تاب‌آوری، معنویت و راهبردهای مقابله‌ای

| متغیرها | شاخص | | |
|--------------------------|---------|--------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | حداقل حداکثر |
| بهزیستی | 291/02 | 34/42 | 206 392 |
| تاب‌آوری | 82/31 | 15/93 | 36 119 |
| معنویت | 363/72 | 65/38 | 120 505 |
| راهبرد مقابله مسئله‌مدار | 38/226 | 9/23 | 12 65 |
| راهبرد مقابله هیجان‌مدار | 34/7014 | 7/76 | 13 60 |

جدول ۳- نتیجه تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی توسط متغیرهای معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای

| متغیرهای پیش‌بین | خطای استاندارد | ضرایب | | *P | t | F |
|----------------------|----------------|------------------|---------------|-------|--------|-------------|
| | | غیراستاندارد (B) | استاندارد (β) | | | |
| ۱- تاب‌آوری | 0/029 | 0/539 | 0/698 | 0/001 | 18/842 | 142/871 |
| ۲- معنویت | 0/025 | 0/219 | 0/387 | 0/001 | 8/792 | $R^2=0.607$ |
| ۳- راهبرد هیجان‌مدار | -0/015 | -0/240 | -0/139 | 0/001 | -4/090 | * $P<0.001$ |
| ۴- راهبرد مسئله‌مدار | 0/013 | 0/181 | 0/148 | 0/001 | 3/471 | |

* سطح معناداری $P<0.05$ است.

جدول ۴- ضرایب همبستگی معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله-

| ای با بهزیستی | | |
|-----------------------|--------------|--------------|
| معنویت | ضریب همبستگی | سطح معناداری |
| معنویت | ۰/۶۷۶ | ۰/۰۰۱ |
| تاب‌آوری | ۰/۶۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| سبک مقابله مسئله مدار | ۰/۴۴۳ | ۰/۰۰۱ |
| سبک مقابله هیجان‌مدار | ۰/۰۲۲ | ۰/۶۶۶ |

*سطح معناداری $P < 0/05$ است.

بحث

نتایج نشان داد که تاب‌آوری، معنویت و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسأله‌مدار، ۶۰ درصد از واریانس متغیر ملاک یعنی بهزیستی را پیش‌بینی کردند. در خصوص رابطه بین متغیرها باید اشاره کرد که بین تاب‌آوری و بهزیستی، رابطه معناداری مشاهده شد که جهت همبستگی متغیرها بیانگر آن بود که با افزایش میزان تاب‌آوری، سطح بهزیستی روان‌شناختی افراد هم افزایش می‌یابد. نتایج این پژوهش با مطالعات صالحی‌نژاد و بشارت (۱۳۸۸)، رحیمیان بوگر و اصغر نژاد فرید (۱۳۸۷) و اُورورکه (O'Rourke) (۲۰۰۴) همسو است (۲۱-۲۲). در تبیین این رابطه باید به ماهیت تاب‌آوری اشاره کرد. همان‌گونه که برنز و آنستی (Burns & Anstey) (۲۰۱۰) بیان می‌کنند افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی باعث افزایش عزت‌نفس (self-esteem) و مقابله موفق با تجربیات منفی می‌شود (۳۷ و ۳۸). از سویی دیگر ویژگی‌های مثبت اشخاص تاب‌آور مثل مشارکت در رفتارهای ارتقاء سلامتی، لذت بردن از چالش، تفسیر مثبت هیجان‌ات منفی و استفاده از راهبردهای انطباقی متناسب با موقعیت، شاخص‌های سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۹ و ۴۰). در نتیجه فرآیند تاب‌آوری، حوادث ناگوار کم‌اثر یا بی‌اثر می‌گردند و بدین ترتیب تاب‌آوری با مقوله سلامت روان و بهزیستی ارتباط می‌یابد (۴۱ و ۴۲).

یافته‌ها بیانگر ارتباط مثبت بین بهزیستی و معنویت بود، به نحوی که افزایش معنویت، افزایش سطح بهزیستی

دانشجویان را به همراه داشت. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های واحدی و غنی‌زاده (۱۳۸۸) و کندلی و همکاران (۲۰۰۲) همسو است (۱۳ و ۱۴)، اما با پژوهش مارکیدز و همکاران (۱۹۸۷) ناهمسو است (۱۵). در تبیین رابطه بین معنویت و بهزیستی باید اشاره کرد که حالات و عناصر خاص معنویت، احتمالاً اثرات مثبتی بر مکانیزم‌های فیزیولوژیکی دارند. هیجان‌اتی مثل امیدواری، قناعت، عشق و گذشت به‌واسطه تأثیر بر مسیرهای نورونی، سیستم درون‌ریز و سیستم ایمنی ممکن است تأثیر خود را در بهبود سلامت اعمال کنند (۴۳). محققانی همچون ویلس (۲۰۰۷) هم سه ویژگی معنویت یعنی امید، فعال بودن و ارتباط با خود، دنیا و دیگران را تضمین‌کننده سلامت جسم و روان در افراد می‌داند. وی معنویت را یک فرایند فعالی می‌داند که به افراد نیرو می‌بخشد و افراد را به جستجوی فعالیت‌های هدفمند و سلامتی وا می‌دارد (۴). پس می‌توان گفت که معنویت در نحوه برخورد افراد با سختی‌ها و مشکلات تأثیر داشته و با معناآفرینی، علاوه بر این‌که برای افراد احساس هدفمندی و خودکارآمدی را به‌وجود می‌آورد با ایجاد فضای ذهنی مثبت موجب خلق هیجان‌اتی همچون شادی و امیدواری شده و موجب افزایش سلامت روان می‌شود. از سویی دیگر، بافت مذهبی جامعه و تأکید بر صبور و مقاوم بودن در برابر مشکلات و نیز ترغیب افراد به جستجوی معنا و هدف در حوادث پیش‌آمده موجب افزایش حس تسلط و افزایش خوش‌بینی در افراد شده و نهایتاً ارتقای بهزیستی روانی را در پی خواهد داشت.

یافته‌ها همچنین حاکی از رابطه مثبت بین بهزیستی و راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار و عدم رابطه راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و بهزیستی بود. نتایج این بخش از مطالعه با پژوهش‌های بهروزیان و همکاران (۱۳۸۸) و شوارتز (۱۹۹۹) همسو است (۱۶ و ۱۷). اما با پژوهش‌های مک‌کانکی و همکاران (۲۰۰۸) و اسکس و همکاران (۱۹۹۹) مبنی بر عدم رابطه بین بهزیستی و راهبردهای مقابله‌ای ناهمسو است (۱۸ و ۱۹). در تبیین این تفاوت

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و توجه به نقش سازه‌های معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان، جهت ارتقاء بهداشت روانی دانشجویان می‌توان از سازوکارهایی جهت تدارک این ظرفیت‌ها بهره‌گرفت. بنابراین در بعد اجرایی، توجه به معنویت و تاب‌آوری و ظرفیت‌های مقابله‌ای و اجرای کارگاه‌های آموزشی در این زمینه در دانشجویان مورد اشاره قرار گیرد تا مهارت‌هایی همچون تاب‌آوری و ظرفیت‌های مقابله‌ای را وسعت بخشد و از جنبه پژوهشی، نقش مؤلفه‌های دیگر روان‌شناسی مثبت‌نگر از جمله عزت نفس، خودشکوفایی و ... را که در بهزیستی تأثیر دارد در دانشجویان توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاران مرکز مشاوره دانشگاه رازی و تمام دانشجویانی که در این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

باید اشاره کرد از آنجایی که نقش راهبردهای مقابله‌ای، تعدیل کردن شرایط استرس‌زاست، سبک‌های سازگارانه و منطقی همچون راهبرد مسأله‌مدار، اغلب اثرات منفی این تنیدگی‌ها را بر سلامت جسمانی و روانی کاهش می‌دهد. اما سبک‌های مقابله‌ای همچون راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار گرچه قادر به کاستن احساس تنیدگی است، در طولانی‌مدت می‌تواند به افزایش فشار و پیامدهای آن از جمله اضطراب و افسردگی بینجامد (۴۴). در واقع راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار با درگیر کردن فرد در یافتن راه‌حل برای مسأله و مشکل موجب انسجام فکری در جهت شناخت منبع استرس و قابل کنترل ارزیابی کردن آن برای افراد می‌شود و بدین‌گونه سلامت و بهزیستی روان‌شناختی افراد را به‌صورت مثبت تحت تأثیر قرار می‌دهد، حال آن‌که راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با ایجاد آشفتگی فکری در جهت منفی، بهزیستی روان‌شناختی افراد را متأثر می‌سازد و افراد را از درگیری مستقیم با مشکل دور می‌کند و موجب ارزیابی نادرستی از منبع استرس می‌شود.

References

1. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:141-66.
2. Karademas E. Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Pers Individ Differ.* 2007;43:277-87.
3. Ghobari Banab B, Salimi M, Slyani L, Moghadam Nori S. [Spiritual intellectual (Persian)]. *Andishe-e-Novin-e-Dini.* 2007;3(10):125-47.
4. Mabe PA, Josephson AM. Child and adolescent psychopathology: spiritual and religious perspectives. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2004;13(1):111-25, vii-viii.
5. Swinton J, Pattison S. Spirituality. Come all ye faithful. *Health Serv J.* 2001;111(5786):24-5.
6. Wills M. Connection, action and hope, an invasion to relation the spiritual in health care. *Relig Health.* 2007;8(18):1-15.
7. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18:76-82.
8. Abraham P, Greeff Karla L. Spirituality as a resiliency quality in Xhosa speaking families in South Africa. *Relig Health.* 2008;47:288-301.
9. Jacques R. Family issues. *Psychiatr.* 2006;5:337-40.
10. Kim H, Greenberg JS, Seltzer MM, Krauss MW. The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with mental retardation and mental illness. *Intellect Dev Disab Res.* 2003;47:313-27.
11. Ghazanfari F, Kadampoor A. [The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2008;10(37):45-74.
12. Penley JA, Tomaka J. Associations among the Big five, emotional responses, and coping with acute stress. *Pers Individ Differ.* 2002;32:1215-28.

13. Kennedy JE, Abbott A, Rozenberg BS. Changes in spirituality and wellbeing in a retreat program for cardiac patients. *Altern Ther Health M*. 2002;8(4):64-73.
14. Vahedi Sh, Ghanizadeh S. [Path analysis model between intrinsic religious motivation, praying, spiritual well-being and quality of life with psychological well-being of college students (Persian)]. *Journal of Research Health Psychology*. 2008;3(2):27-42.
15. Markides KS, Levin JS, Ray LA. Religion, aging, and life satisfaction: An eight-year, three wave longitudinal study. *Gerontologist*. 1987;27:660-5.
16. Schwartz CE. Teaching coping skills enhances quality of life more than peer support: results of a randomized trial with multiple sclerosis patients. *Health Psychol*. 1999;18:211-20.
17. Behrozyan F, Khajedin N, Hadaee F, Zamani N. [The relationship of job satisfaction and coping mechanism with general health, among private industrial's staff (Persian)]. *Private Sector Industrial. Journal of Medicine Science*. 2009;8(3):345-53.
18. McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang M, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *Int Nurs Rev*. 2008;45(1):65-74.
19. Essex EL, Seltzer MM, Krauss MW. Differences in coping effectiveness and wellbeing among ageing mothers and fathers of adults with mental retardation. *Am J Ment Retard*. 1999;104:545-63.
20. Salehi Nezhad MA, Besharat MA. Relations of resilience and hardiness with sport achievement and mental health in a sample of athletes. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:757-63.
21. O'Rourke N. Psychological resilience and the well-being of widowed women. *Ageing Int*. 2004;29(3):276-80.
22. Rahimian Boogar E, Asgharnejad Farid AA. [The relationship between psychological hardiness also ego-resiliency and mental health in adolescent and adult survivors of bam earthquake (Persian)]. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14:62-70.
23. Jahani-Hashemi H, Borji R, Shamloo F, Noroozi Sezirood K. [Mental health of Qazvin, Zanjan and Arak students who are the sons and daughters of victims of war 2007 (Persian)]. *Journal of QUMS*. 2010;13(4): 83-6.
24. Zeighami M, Porbahadini Zarandi N. [The relationship between academic achievement with mental health and coping strategies in students of Nursing, Midwifery and health of Azad University of Kerman (Persian)]. *Journal of Steps in the Development of Medical Education*. 2010;8(1):41-8.
25. Tavakoli MA, Chinisaz N, Alipoor M. [Survey mental health of students of Islamic Azad University of Abadan in 2005-2006(Persian)]. *Journal of Pazhouheshnameh Tarbyati*. 2008;6(21):43-72.
26. Solgi Z, Saeadipoor B, Abdolmaleki P. [Evaluation mental health in physical education students of Razi University Kermanshah(Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2008;13(2):172-8.
27. Ansari H, Bahrami L, Akbarzade L, Bakhasani NM. [Assessment of general health and some related factors among students of Zahedan University of Medical Sciences In 2007 (Persian)]. *Journal of Tabib-e-Shargh*. 2006;9(4):295-304.
28. Hauser RM, Springer KW, Pudrovska T. Temporal structures of psychological well-being: continuity or change. Presented at the 2005 Meetings of the Gerontological Soc Am, Orlando, Florida. 2005. 1-30.
29. Yaryari F, Moradi A, Yahya Zadeh S. [The relationship between emotional intelligence and locus of control and psychological health among students at Mazandaran University (Persian)]. *Journal of Psychological Studies*. 2007;3(1): 21-39
30. Michaeli Manee F. [The Study of undergraduate students' psychological well-being status in Urmia University (Persian)]. *Journal of Ofogh-e-Danesh*. 2011;16(4): 65-73.
31. Dastjerdi R, Farzad V, Kadiva P. [The role of five big personality factors in predicting psychological well-being(Persian)]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2011;18(2):126-33.
32. Ghobari Banab B, Motavalipoor A, Habibi Asgarabadi M. [Relationship between anxiety and depression and magnitude of spirituality in students of the University of Tehran (Persian)]. *Journal of Applied Psychology*. 2009;3(2):110-23.
33. Ghamari Givi H. [Spirituality, identity and mental health in life span (Persian)]. *Journal of Religion and Psychology*. 2008;1(4):43-71.
34. Samani S, Jokar B, Sahragard N. [Resiliency, mental health and life satisfaction (Persian)]. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006;3(3):290-5.
35. Aghayousefi AR. [Psychotherapy (Persian)]. Qom: Shahryar Publication. 1999.203
36. Ghadamgahi JH, Dejkam M, Behrozyan A, Feiz A. [Quality of social relationships, stress and coping strategies in patient with coronary heart (Persian)]. *Journal of Andisheh-va-Raftar*. 1998;4(1):1-12.
37. Burns RA, Anstey JK. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Pers Indiv Differ*. 2010;48: 527-31.
38. Benetti C, Kambouropoulos N. Affect regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Pers Indiv Differ*. 2006;41:341-52.

39. Kaplan HB. Toward the understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In: Glantz MD, Johnson JL. Resilience and development: Positive life adaptations, Plenum, New York:2002;17-84.
40. Werner E, Smith RS. Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University: 1992. 199-205.
41. Tugade M, Fredrickson BL. Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *J Happiness Stud.* 2007;8:311-33.
42. Masten A. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol.* 2001;56:227-38.
43. Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Curr Dir Psychol Sci.* 2001;10(1):21-4.
44. Averro P, Corace KM, Endler NS, Calvo MG. Coping styles and threat processing. *Pers Individ Differ.* 2003;35:843-61.