مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای ، شماره ۱۷ ، پاییز ۱۳۹۸جلد۲، ص۹۳-۸۴
http://www.jase.ir

بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و چگونگی مقابله با شرایط استرس زا در بین دانشجویان دانشگاه یزد

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای (سال پنجم)
شماره ۱۷ / پاییز ۱۳۹۸ / ص ۹۳-۸۴

حسن زارعی محمودآبادی[۱] ، اقدس خسروی[۲]
[۱] دانشیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه یزد. ایران.
[۲] کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه یزد، ایران

نویسنده مسئول:
حسن زارعی محمودآبادی

چکیده
هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس بود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس انجام شد.جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه یزد تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر(۱۰۰نفر دختر و ۱۰۰نفر پسر) بود که به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های بهزیستی معنوی دهشیری و راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پاکر استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌ها و همبستگی صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در سطح (p<./.۵) همبستگی معناداری وجود دارد.بدین معنی که هرچه افراد از نظر معنوی رشد یافته‌تر باشند در شرایط استرس‌زا از راهبردهای سازش یافته‌تر و کارآمدتر مثل راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار مثبت استفاده می‌کنند. و در رابطه با تفاوت‌های جنسیتی علی‌رغم تفاوت میانیگن‌های دو گروه در بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس تفاوت معناداری بین آنها وجود ندارد. (p>./.۵) به جز مؤلفه ارتباط با طبیعت از مؤلفه‌های بهزیستی معنوی که بین دو جنس تفاوت معناداری مشاهده شد (p<./.۵).

واژه‌های کلیدی: بهزیستی معنوی، راهبردهای مقابله با استرس، دانشجویان

۱- مقدمه

پس از تجدید نظر در تعریف سلامت روان و مطرح شدن مباحثی مانند بهزیستی و معنویت، گروه‌های زیادی از جامعه شناسان و روان شناسان به بررسی علمی و عملی این جنبه مهم علاقه‌مند شدند. از نظر کاوارد و رید[1] (۱۹۹۶) بهزیستی به یک حسی از سلامتی اشاره می‌کند که از آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی همه جنبه‌های فرد ناشی می‌شود و عناصر معنوی زندگی را نیز در بر می‌گیرد. بهزیستی معنوی[2] یکی از مفاهیمی است که در سال‌های اخیر توجه متخصصان و پژوهشگران را به خود جلب کرده است. یافته‌ها حاکی از آن است که بهزیستی معنوی یک زندگی مملو از یقین در ارتباط با خداست و یک ترکیب مذهبی، اجتماعی و روانی را شامل می‌شود. معنویت شامل نگرش‌هایی است که بر اساس باورهایی درباره ارتباط با خود، با دیگران، با جهان اطراف و در نهایت با خداست. افزایش علاقه به روان‌شناسی معنویت می‌تواند تا حدودی ناشی از یافته‌های تجربی و بحث‌های نظری باشد که پیشنهاد می‌کنند متغیرهای معنوی و مذهبی در سلامت جسمانی و روانی نقش دارند (اموئس[3] ۲۰۰۰). از نظر شولز[4] (۲۰۰۲) معنویت عبارت است از تجربه ارتباط معنادار با خود، دیگران، جهان و قدرت برتر که به صورت عکس العمل ها، روایت‌ها و اعمال بیان می‌شود. بهزیستی معنوی از منظر قرآن و روایات نیز عبارت است از: «توجه و اهتمام به باطن تعالیم و آموزه های نظری و عملی دین، پیراستن نفس از تعلق به مادیات و آراستن آن به روحانیت احکام دین مبین اسلام، در پرتو توجه و تدبر خالصانه و زینت دادن آن به نورانیت جاری و ساری در نظام آفرینش و از رهگذر طهارت و خلوص عارفانه؛ از این رو، ساحت حقیقی و زیربنای اصلی معنویت را باید در باطن خود انسان جستجو کرد» (جعفری زاده، ۱۳۹۰). بهزیستی معنوی به عنوان یک بعد فراموش شده از سلامت، ریشه در فطرت بشر دارد، «فطرت بشر با پذیرش هر دینی و یا حتی بی دینی[5] گرایش به کمک از یک قدرت بالاتر دارد» (مکارم شیرازی، ۱۳۸۸).

تبیین دقیق مفهوم بهزیستی معنوی و تعریف آن، شاید اولین گام برای رسیدن به جامعه‌ای با افرادی، از همه ابعاد سالم باشد و این مسأله (ارائه تعریفی دقیق و جامع از بهزیستی معنوی) مهمترین چالش پرداختن به این موضوع به شمار می‌رود و نیز یکی از ایرادهای مطالعات مربوط به بهزیستی معنوی تا زمان حاضر، ناتوانی آنها در تجزیه ابعاد مختلف معنویت بوده است. ماهیت پیچیده و درهم تنیده معنویت و دین باعث سوءبرداشت درباره تساوی این دو و درنتیجه سردرگمی شده است (کارسون[6]، ۱۹۸۹؛ امبلن و هالستید[7]، ۱۹۹۳). گرچه هیچ اجماعی در تعریف معنویت وجود ندارد (فری[8]، ۲۰۰۳). اما این اجماع عمومی وجود دارد که بهزیستی معنوی یک خرده مفهوم معنویت است (مراویجلا[9]، ۱۹۹۹) در طول دهه‌های پیشین، سلامتی براساس ابعاد خاص سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تحلیل شده و پیشنهاد گنجاندن بعد بهزیستی معنوی در مفهوم سلامت، از سوی برخی صاحب نظران داده شد که به مرور زمان مورد توجه سردمداران امر سلامت جامعه در دولت‌های گوناگون قرار گرفته است (امیدواری، ۱۳۸۷).

موضوع بهزیستی معنوی در آموزه‌های پیامبران الهی و فیلسوفان بزرگ وجود داشته است، اما تا سال ۲۰۰۰ که سازمان بهداشت جهانی در مقدمه پروژه سال یاد شده، آن را طی برنامه وسیع بهداشتی برای کشورهای در حال توسعه در نظر گرفت و سلامت روان را از چهار بعد اساسی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی[10] مورد بررسی قرار داد، کمتر مورد بحث و تحقیق قرار گرفته بود پژوهش در این زمینه تنها در سال‌های اخیر مورد توجه جدی محققان قرار گرفته است. اهمیت بهزیستی معنوی از آن جهت است که به عنوان جزء مهمی از کیفیت زندگی و مرتبط با سلامت است (جانسون[11] و همکارن، ۲۰۱۳). بهزیستی معنوی در کنار ابعاد دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مهمترین بعد سلامتی است. بدون بهزیستی معنوی ابعاد دیگر سلامت نمی‌توانند عملکرد مورد انتظار را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکان‌پذیر نیست (عصارودی و همکاران ۱۳۹۰). طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روانی و سازگاری بین فردی تلاش‌های متعددی را برای برقراری ارتباط بین دو مفهوم سلامتی و معنویت تحت عنوان سازه بهزیستی معنوی انجام داده‌اند. مفهوم بهزیستی معنوی مفهوم پیچیده‌ای است، چون از دو اصطلاح معنوی و بهزیستی تشکیل شده است که به هر دو در سال‌های اخیر توجه شده است. در سال‌های اخیر، معنویت به طور وسیع‌تری تعریف شده است و یکپارچه کننده همه

1 .*Coward & Reed*
2 . Spiritual Health
3 . *Emmons*
4 . *Schuls*

۵ . فَإِذا رَكِبُوا فِي الْفُلْكِ دَعَوُا اللَّهَ مُخْلِصِينَ لَهُ (عنکبوت، ۶۵)

6 . *Carson*
7 . *Emblen & Halstead*
8 . *Fry*
9 . *Meraviglia*
10 . BiopsychosociospritualI
11 . *Janson*

جنبه‌های زندگی و تجربه بشر است (مالدون و کینگ[1]، ۱۹۹۵). همچنین یک گستردگی مشابهی در درک بهزیستی وجود دارد که در آن به جای تأکید رایج در پزشکی، که بر درمان بیماری تمرکز دارد، بر کل شخص تأکید می‌کند.

امروزه متخصصان سلامت روان بیش از پیش به اهمیت معنویت در زندگی تاکید می‌کنند و یکی از دلایل این تغییر نگرش وجود پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد باورها و فعالیت‌های مذهبی ارتباط مثبتی با سلامت جسم و روان دارند (تورسن و هریس[2]، ۲۰۰۳). در پژوهش ایستربروک[3] (۲۰۰۴) به نقل از پاپولا[4] مشخص شد که نماز خواندن و ارتباط با خدا موجب بهبود سلامت می‌شود. فعالیت‌های معنوی منجر به کاهش افسردگی، کارکرد بهتر سیستم ایمنی، فشار خون پایین، حملات اضطرابی پایین و احتمال پایین ارتکاب به خودکشی می‌شود و همچنین عمل به باورهای دینی و بهزیستی معنوی در شیوه‌های مقابله افراد با استرس هم تأثیرگذار هستند از این جهت معنویت بعد مهمی از سلامت و بهزیستی در افراد است و به زندگی آنها معنا می‌بخشد و به عنوان یک منبع مقابله‌ای مهم به شمار می‌رود و در مدیریت موقعیت‌ها به افراد کمک می‌کند.

براساس نظر لازاروس و فولکمن مقابله به فرآیند مدیریت تقاضاها (بیرونی یا درونی) که دشوار و یا فراتر از منابع فرد ارزیابی شده است، اشاره دارد (لازاروس و فولکمن[5]، ۱۹۸۴). بر این مبنا، لازاروس و فولکمن دو دسته از شیوه‌های کلی مقابله را برشمرده‌اند که عبارتند از: مقابله هیجان‌مدار و مسئله‌مدار (فولکمن و همکاران، ۱۹۷۹؛ لونتال[6] و همکاران، ۱۹۸۲؛ پیرلین و اسکولر[7]، ۱۹۷۸). سبک‌های مقابله معطوف به حل مسئله عبارتند از روش‌های فعال حل مسئله که برای حل رابطه استرس زا بین خود و محیط مورد استفاده قرار می‌گیرند (کاومپاس[8] و همکاران، ۲۰۰۱). عمده‌ترین سبک‌های مسئله‌مدار عبارتند از: مقابله رویارویانه (تلاش‌های ستیزه‌جویانه برای تغییر موقعیت)، جستجوی حمایت اجتماعی (تلاش در جهت کسب حمایت هیجانی و اطلاعاتی از دیگران) و سبک حل مسئله با برنامه (تلاش‌های سنجیده مسئله‌مدار برای حل موقعیت). از سوی دیگر، سبک‌های هیجان مدار عبارتند از: شیوه‌هایی که براساس آن افراد به سطح بهینه‌ای از تنظیم هیجانی و توانایی برخورد با موقعیت و احساسات شدید و بحرانی دست می‌یابد (سارنی[9]، ۱۹۹۹). مهم‌ترین این سبک‌ها عبارتند از: خویشتنداری (تلاش به منظور تنظیم و کنترل احساسات یک شخص)، فاصله‌گیری (تلاش جهت انفصال از موقعیت)، ارزیابی مجدد و سازگاری (تلاش برای یافتن معنای مثبت در تجربه با تاکید بر رشد شخصی) و سبک اجتناب گریز (تلاش برای رهایی یا اجتناب از موقعیت) (تایلور[10]، ۱۹۹۹). در همین راستا آیات و روایاتی نیز مبنی بر انواع سبک‌های مقابله‌ای وجود دارد که عبارتند از: سبک‌های مقابله‌ای شناختی، عاطفی و رفتاری. مقابله شناختی روش‌هایی هستند که با افکار، عقاید و شناخت افراد سروکار دارند. مانند ایمان به خدا، توکل و اعتقاد به مقدرات الهی است. مقابله عاطفی به روش‌هایی اطلاق می‌شود که فرد با نوعی ارتباط عاطفی برقرار کردن با خدواند متعال و ائمه معصومین(ع) و اولیای خدا، در مسائل و مشکلات زندگی از آنها کمک و یاری می‌خواهد و شامل توسل، یاد خدا، دعا، تلاوت قرآن کریم و... است. و روش‌های رفتاری مورد تأکید اسلام در مقابله با موقعیت‌های دشوار زندگی، صبر، صله رحم، تفریحات سالم و حمایت اجتماعی است (سلطان ایرانی، ۲۰۰۴).

مطالعات متعددی که در این حوزه وجود دارد نشان می‌دهد که معنویت درونی و بیرونی تأثیر مثبتی روی توانایی‌های مقابله‌ای افراد دارد و شرکت در فعالیت‌های مذهبی نظیر مراسم مذهبی به عنوان مکانیسم مقابله‌ای در بهبود سلامت روانی عمل می‌کند و مؤلفه‌های معنویت درونی موجب بخشش، تاب آوری و ایمان می‌شوند و همه این مؤلفه‌ها از نوع مکانیسم دفاعی مثبت هستند و این راهبردهای مقابله‌ای مثبت رابطه معکوسی با سازه‌های منفی سلامت روانی دارند (تسه و لیود[11]، ۲۰۰۵). در حوزه بالینی نیز مطالعات متعددی نشان می‌دهد که معنویت درونی و بیرونی تأثیر مثبتی روی تواناییهای مقابله‌ای بیماران دارد. شرکت در فعالیت‌های مذهبی نظیر مراسم مذهبی هفتگی به‌عنوان مکانیسم مقابلهای در بهبود سالمت روانی عمل می‌کند (پاول[12]، شهابی، ۲۰۰۳). مؤلفه‌های معنویت درونی موجب تاب-آوری، امید، ایمان، مسئولیت شخصی، بخشش و تحمل می‌شوند و تمام این مؤلفه‌ها از نوع مکانیسم‌های دفاعی مثبت هستند (فری[13]،

1 . *Muldoon & King*
2 . *Thoresen & Harris*
3 . Eastrbrook
4 . *Popoola*
5 . *Folkman & Lazarus*
6 . *Leventhal*
7 . *Pearlin, & Schooler*
8 . *Compas*
9 . *Saarni*
10 . *Taylor*
11 . *Tse & Lloyd*
12 . *Powell*
13 . *Fry*

۲۰۰۳) از طرفی می‌توان گفت که راهبردهای مقابله‌ای مثبت رابطه معکوسی با سازه‌های منفی سلامت روانی دارد (یه و بل[1]، ۲۰۰۹)در مطالعه‌ای که روی جانبازان جنگی صورت گرفت، نتایج نشان داد که این افراد برای کنترل علائم افسردگی، اضطراب و داشتن سلامت روانی پایدار در طول جنگ از فعالیت‌های معنوی به عنوان شیوه‌های مقابله‌ای مثبت و انطباقی استفاده می‌کردند (حسنوویک و پاجویک[2]، ۲۰۱۰).

دسموند[3] و همکاران (۲۰۰۸) نیز دریافتند که معنویت حتی بعد از کنترل سن، جنس، نژاد، موقعیت اجتماعی- اقتصادی، تحصیلات والدین، ساختار خانواده و دلبستگی والدین به طور مثبت و معنی‌داری با خود کنترلی و مقابله با شرایط و موقعیت‌های استرس‌زا مرتبط است. کیم[4] و همکاران (۲۰۰۴) نیز به این نتیجه رسیدند که معنویت با هیجانات مثبت مانند مهربانی، اعتماد به نفس، آرامش و خوش خلقی رابطه مثبت دارد و همچنین فاطمی و همکاران (۱۳۹۳) دریافتند که بین رشد معنویت و سبک‌های مقابله با استرس ارتباط معناداری وجود دارد بدین معنا که رشد معنویت یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم در چگونگی مقابله با شرایط استرس‌زا است و دانشجویانی که از نظر رشد معنویت نمره بالاتری داشتند در مقایسه با افرادی که نمره پایینی داشتند در شرایط استرس‌زا بیشتر از راهبردهای مسئله‌مدار استفاده نمودند.تأثیر معنویت بر سبک مقابله در سال‌های اخیر، در کانون توجه پژوهش‌های مرتبط با رفتار مقابله قرار داشته است. در این میان بهزیستی معنوی علی‌رغم اینکه با سلامت و کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارد و یکی از ابعاد بسیار مهم سلامتی است کمتر مورد بحث و تحقیق قرار گرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس انجام شد.

۲- فرضیه های تحقیق

فرضیه شماره ۱: بین بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

فرضیه شماره ۲: بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری دارد.

فرضیه شماره ۳: بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری ندارد.

۳- روش تحقیق

۳-۱- جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری در این پژوهش شامل تمام دانشجویان دانشگاه یزد در سال تحصیلی ۹۶- ۱۳۹۵ بود. آزمودنی‌های پژوهش را ۲۰۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر (۱۰۰دختر و ۱۰۰ پسر) که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند تشکیل دادند. برای جمع آوری داده‌ها از دو پرسشنامه بهزیستی معنوی و شاخص مقابله با شرایط استرس‌زا استفاده شد.

۳-۲- ابزار

پرسشنامه بهزیستی معنوی[5]: این پرسشنامه یک مقیاس ۴۰ ماده‌ای است که توسط دهشیری و همکاران (۱۳۹۲) ساخته شده است. و برای ساخت آن از روش نظریه‌ای استفاده شده است و شامل ۴ خرده مقیاس ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت است. و به روش لیکرت (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ[6]کل پرسشنامه ۹۴٪ و برای خرده مقیاس‌های ارتباط با خدا، خود، طبیعت و دیگران به ترتیب برابر با ۹۳٪، ۹۲٪، ۹۱٪ و ۸۵٪ است که نشان دهنده همسانی درونی مقبول پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن است. ضرایب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه ۸۶٪ و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۸۱٪، ۸۹٪، ۸۱٪ و ۸۰٪ است که بیان کننده ثبات نمرات پرسشنامه بهزیستی معنوی در طی زمان است همچنین تمامی گویه‌ها دارای نمره گذاری مثبت یا مستقیم است.

پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس اندلر و پارکر[7]: این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده و به وسیله اکبرزاده (۱۳۷۶) ترجمه شده است. این تست شامل ۴۸ ماده است که پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است و سه زمینه‌ی اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در بر می‌گیرد: ۱- مقابله مسأله‌مدار یا برخورد فعال با مسأله در جهت مدیریت و حل آن ۲- مقابله

1 . *Yeh & Bull*
2 . *Hasanovic & Pajevic*
3 . Desmond
4 . kim
5 .Spiritual well-being questionnaire
6 .Cronbach's alpha
7 .Endler & parker Coping stress Questionnaire

هیجان‌مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسأله ۳- مقابله اجتنابی یا فرار از مسأله. با توجه به اینکه یه صورت ۵ درجه لیکرت می-باشد. حداکثر نمره برای هر ماده ۵ و حداقل ۱ می‌باشد. ضریب اعتبار پرسشنامه با موقعیت‌های استرس‌زا از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش قریشی ۸۱./. به دست آمده است (به نقل از حاجت بگی، ۱۳۷۹)

۴- یافته‌های تحقیق

جدول ۱ میانیگن و انحراف استاندارد متغیرهای بهزیستی معنوی (ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دبگران و ارتباط با طبیعت) و راهبردهای مقابله با استرس (سبک مسئله‌مدار، سبک هیجان‌مدار و اجتنابی) را نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مولفه ها	میانگین		انحراف استاندارد	
		پسر	دختر	پسر	دختر
بهزیستی معنوی	ارتباط با خدا	۴۲/۴۹	۴۳/۴۳	۷/۳۳	۷/۵۱
	ارتباط با خود	۳۷/۸۰	۳۸/۲۲	۶/۸۶	۵/۹۴
	ارتباط با دیگران	۴۱/۹۹	۴۲/۳۸	۸/۱۵	۳/۸۳
	ارتباط با طبیعت	۳۹/۸۸	۴۲/۸۱	۵/۳۳	۵/۱۸
راهبردهای مقابله با استرس	مسئله مدار	۵۲/۷۳	۵۱/۹۹	۹/۵۶	۱۰/۵۹
	هیجان مدار	۴۳/۶۰	۴۰/۵۴	۱۳/۶۰	۱۲/۰۳
	اجتنابی	۴۰/۵۲	۴۱/۶۶	۱۰/۵۶	۹/۹۸

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که میانیگن متغیر بهزیستی معنوی دختران در مؤلفه‌های ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت بیشتر از پسران است و در متغیر راهبردهای مقابله با استرس در مؤلفه سبک مسئله‌مدار پسران بیشتر از دختران و در سبک‌های هیجان مدار و اجتنابی دختران بیشتر از پسران است.

ضرایب همبستگی بین متغیرهای بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در جدول ۲ نشان داده شده است. همان طور که در جدول گزارش شده است همه ضرایب همبستگی بدست آمده بین متغیرهای پژوهش در سطح P<./.1 و P<./.5 معنادار هستند.

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای ، شماره ۱۷ ، پاییز ۱۳۹۸جلد۲، ص۹۳-۸۴
http://www.jase.ir

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- ارتباط با خدا	۱						
۲- ارتباط با خود	./۴۲۳**	۱					
۳- ارتباط با دیگران	/۳۵۷**	./۳۹۷**	۱				
۴- ارتباط با طبیعت	./۳۷۵**	/۵۰۳**	/۴۶۵**	۱			
۵- سبک مسئله مدار	./۲۴۳**	./۴۸۶**	./۲۹۹**	./۳۸۶**	۱		
۶- سبک هیجان مدار	./۰۴۴	-./۱۷۸*	-./۰۰۸	-./۰۲۱	./۰۵۸	۱	
۷- سبک اجتنابی	./۱۱۹	./۱۵۹*	./۱۱۵	./۱۳۹**	./۲۹۰**	./۳۳۶**	۱

P<./.1* P<./.5**

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد بین ارتباط با خدا و راهبرد مسئله‌مدار رابطه مثبت معنادار، و بین ارتباط با خود و راهبرد هیجانی ارتباط منفی معنادار و بین ارتباط با خود و راهبرد مسئله‌مدار و اجتنابی رابطه مثبت معنادار، بین ارتباط با دیگران و راهبرد مسئله‌مدار رابطه مثبت معنادار و بین ارتباط با طبیعت و راهبرد مسئله‌مدار و اجتنابی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

جدول ۳ نتایج آزمون آماری t برای مقایسه میانگین نمره‌های دانشجویان دختر و پسر در متغیرهای بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس را نشان می‌دهد.

جدول ۳. آزمون t برای مقایسه میانگین نمره های دانشجویان دختر و پسر

متغیرها	F	sig	t	df	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
ارتباط با خدا	./۳۱۳	./۵۷۷	-./۸۹۵	۱۹۸	./۳۷۲	-./۹۴
ارتباط با خود	۲/۲۷۴	./۱۳۳	-./۴۶۳	۱۹۸	./۶۴۴	-./۴۲
ارتباط با دیگران	۳/۲۶۷	./۰۷۲	-./۴۳۳	۱۹۸	./۶۶۶	-./۳۹
ارتباط با طبیعت	./۲۰۲	./۶۵۴	-۳/۹۴	۱۹۸	./۰۰۰	-۲/۹۳
سبک مسئله‌مدار	./۴۶۱	./۴۹۸	./۵۱۸	۱۹۸	/۶۰۵	./۷۴
سبک هیجان‌مدار	./۲۱۰	./۶۴۷	-./۵۱۸	۱۹۸	./۶۰۵	-./۹۴
سبک اجتنابی	./۲۵۶	./۶۱۴	-./۷۸۴	۱۹۸	./۴۳۴	-۱/۱۴

تفاوت میانگین آزمودنی‌های دختر و پسر براساس هر یک از متغیرهای بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله‌ای با استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۱ و ۲) نتایج مقایسه میانگین‌های دختران و پسران در متغیرهای مورد نظر نشان می‌دهد بین دو جنس در متغیرهای راهبرد مسئله‌مدار، راهبرد هیجان‌مدار و راهبرد اجتنابی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارتی بین دختر و پسر در دانشگاه یزد در راهبردهای مقابله با استرس هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد. در متغیر بهزیستی معنوی فقط در مؤلفه ارتباط با طبیعت بین دختر و پسر در سطح ۰۵٪ تفاوت معناداری وجود دارد و در سایر خرده مقیاس‌ها همچون ارتباط با خدا و ارتباط با دیگران و ارتباط با خود بین دختر و پسر تفاوت معناداری مشاهده نشد.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در دانشجویان دانشگاه یزد انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس رابطه وجود دارد که این یافته با پژوهش‌های دسموند[1] و همکاران (۲۰۰۸) و فاطمی و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی دارد. فاطمی و همکاران دریافتند که بین رشد معنویت و سبک‌های مقابله با استرس ارتباط معناداری وجود دارد بدین معنا که رشد معنویت یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم در چگونگی مقابله با شرایط استرس‌زا است و دانشجویانی که از نظر رشد معنویت نمره بالاتری داشتند در مقایسه با افرادی که نمره پایینی داشتند در شرایط استرس‌زا بیشتر از راهبردهای مسئله‌مدار استفاده نمودند.

نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر نشان داد که بین مؤلفه‌های ارتباط با خدا و سبک مسئله‌مدار با اطمینان ۹۵٪ می‌توان نتیجه گرفت که رابطه معناداری وجود دارد. بدین معنا که توکل به خداوند به عنوان یک قدرت لایتناهی موجب می‌شود که انسان در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی به سمت او روی آورد و از او راهنمایی و کمک بخواهد. امام رضا (ع) می‌فرماید: «هر کس به خداوند حسن ظن داشته باشد به عبارتی در شرایط بحرانی زندگی به او توکل نموده و امید کمک و یاری داشته باشد خداوند هم به او کمک می‌کند که به دور از هر گونه اضطراب و نگرانی مشکلش را حل نماید» و همچنین خداوند در قرآن کریم در سوره نجم آیه ۳۹، ۴۰و ۴۱ کسانی را که در زندگی سعی و تلاش می‌کنند و در مواجه با سختی‌ها و برای خواسته‌های خود کمال تلاش را دارند مدح نموده و وعده کاملترین پاداش را به آنها داده است.

در سایر مؤلفه‌های بهزیستی معنوی نیز نتایج نشان داد که بین ارتباط با خود و سبک هیجان‌مدار با اطمینان ۹۹٪ ارتباط منفی و معنادار و بین ارتباط با خود و سبک‌های مسئله‌مدار و اجتنابی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد به عبارت دیگر هرچه افراد از خود-آگاهی بالاتری برخوردار باشند و بتوانند احساسات و نقاط قوت و ضعف خود را بهتر بشناسند و هیجانات خود را تنظیم و مدیریت کنند در شرایط استرس‌زا از راهبردهای سازش یافته‌تر و کارآمدتر مقابله مثل راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار مثبت استفاده می‌کنند و برعکس هرچه از نظر تنظیم و مدیریت هیجان‌های خود ضعیف‌تر باشند احتمال استفاده از راهبردهای ناکارآمدتر مثل راهبردهای هیجان‌محور منفی افزایش می‌یابد.

در رابطه با مؤلفه ارتباط با دیگران و سبک مسئله‌محور نیز ارتباط معناداری وجود دارد به عبارتی افرادی که با دیگران ارتباط بیشتری دارند و برون‌گرا و اجتماعی هستند به دلیل اینکه ارتباط با دیگران شرایطی را مهیا می‌کند که در آن سعی می‌کنند شنونده خوبی باشند و در حل مسائل و مشکلات کمک کنند. همین ویژگی می‌تواند زمانی که خود این افراد در شرایط و موقعیت‌های بحرانی و استرس‌زا قرار گرفتند خود نیز از آن شیوه بهره گیرند. منشی که در اسلام از آن به صله رحم یاد می‌شود و به معنای ارتباط و پیوند عاطفی با اقوام و خویشان است و برای آن آثار مثبت فراوانی از جمله: دور شدن از استرس‌ها و دغدغه‌های روزمره، کمک جانی، مالی، فکری و... ذکر شده است.

همچنین بین مؤلفه‌های ارتباط با طبیعت و سبک هیجان‌مدار و اجتنابی ارتباط معناداری وجود داشت که این ارتباط در رابطه با سبک اجتنابی با سطح اطمینان ۹۹٪ بود که این نشان‌دهنده این است که هرچه ارتباط افراد با طبیعت بیشتر باشد در شرایط و موقعیت-های استرس‌زا بیشتر از سبک اجتنابی و فرار به سمت بیرون، اجتماع و افراد دیگر استفاده می‌کنند.

یافته دیگراین پژوهش نشان داد که بین دو جنس در راهبردهای مقابله با استرس تفاوت معناداری وجود ندارد که این یافته با نتایج پژوهش‌های آقامحمدیان و همکاران (۱۳۷۸)، هاستینگر[2] و همکاران (۱۹۹۶)، بلانکشتین[3] و همکاران (۱۹۹۱)، بن زور و زیدنر[4] (۱۹۹۶) همخوانی دارد. برای تبیین این مسئله همانطور که فلستن[5] (۱۹۹۸) بیان کرده‌اند می‌توان گفت که تفاوت‌های جنسیتی در راهبردهای مقابله‌ای در مقایسه با دو دهه گذشته در حال کاهش و از ثبات کمتری برخوردار است و این نوسان‌ها به موازات تغییرات اجتماعی در نقش‌ها و محدویت‌های جنسی بوده است. (امسلی[6] و همکاران، ۲۰۰۲). برای مثال برخی از تحقیقات نشان داده‌اند وقتی که این مطالعات بر روی نمونه‌های همگنی از دانشجویان انجام می‌شود تفاوت‌های جنسیتی در رفتار مقابله‌ای کاهش یافته و یا وجود ندارد (استرن[7] و همکاران، ۱۹۹۳؛ نقل از متیود[8]؛ ۲۰۰۴؛ سیگمون[9] و همکاران، ۱۹۹۵ ؛ فلستن، ۱۹۹۸ ؛ لنگوا و استورمشاک[1] ۱۹۹۸). پژوهش حاضر در

1 .*Desmond*
2 . *Hastings*
3 . *Blankstein*
4 . *Ben-Zur & Zeidner*
5 . felsten
6 . Emslie
7 . Stern
8 . *Matud*
9 . *Sigmon*

بین دانشجویان دانشگاه یزد انجام شد و نمونه انتخاب شده نمونه همگنی از نظر باورها و اعتقادات مذهبی بود بنابراین یکی از دلایل عدم تفاوت بین زنان و مردان در راهبردهای مقابله‌ای و بهزیستی معنوی همگن بودن نمونه مورد نظر می‌باشد.

این پژوهش هم مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت که باید به آن توجه نمود از جمله شرکت کنندگان آن فقط دانشجویان دانشگاه دولتی یزد بودند و سایر افراد را شامل نمی‌شدند. بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر افراد با محدودیت مواجه است. محدودیت دیگر آن استفاده از نمونه در دسترس بود که به دلیل اتمام سال تحصیلی، فرصت کافی برای نمونه‌گیری تصادفی نبود بنابراین از نمونه در دسترس استفاده شد و همچنین برای سنجش متغیرها از ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات که به نوعی خود گزارش‌دهی هستند استفاده شد که این نوع سنجش می‌تواند با پدیده مطلوب نمایی اجتماعی همراه باشد.

1 . *Lengua & Stormshak*

منابع

الف- به زبان فارسی

اکبر زاده، نسرین(۱۳۷۶). **گذر از نوجوانی به پیری (روانشناسی رشد و تحول)**. تهران: چاپخانه دانشگاه الزهرا.

امیدواری، سپیده (۱۳۸۷). **سلامت معنوی، مفاهیم و چالش ها. نشریه پژوهش‌های میان رشته ای قرآن کریم**. دوره ۱، ش ۱، ص ۱۷-۵۸.

آقامحمدیان، حمیدرضا؛ اولادی، فرشته و نورمحمدی، لیلا (۱۳۷۸). **بررسی مقایسه ای عوامل تنیدگی زای روزمره و روش های مقابله با آنها در دانشجویان دختر و پسر**. مجله روانشناسی، س ۳، ش ۲.

جعفری زاده، اسما (1390) **بررسی جایگاه سلامت معنوی در تعلیم و تربیت از منظر قرآن و روایات**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

حاجت بیگی،صدیقه (۱۳۷۹). **رابطه شیوه هـای مقابلـه بـا اسـترس خـود کارآمـدی و سـلامت روان در دانش آموزان متوسطه شهر تهران**. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تهران مرکزی.

دهشیری، غلامرضا، نجفی، محمود، سهرابی، فرامرز، ترقی جاه، صدیقه (۱۳۹۲). **ساخت و اعتباریابی پرسشنامۀ بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. فصلنامه مطالعات روان شناختی**. ۹(۴)، ش ۴، ص ۹۷- ۷۳.

دهشیری، غلامرضا؛ جعفری، عیسی؛ سهرابی، فرامرز و نجفی، محمود (1388). **رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی دانشجویان**. تازه ها و پژوهشهای مشاوره، سال ۸، شماره ۳۱، ص ۷۸-۶۵.

عبدالقادر، عصارودی و جلیلوند، محمدرضا (۱۳۹۰). **ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد**. فصلنامه مراقبت‌های نوین، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. دوره ۹، ش ۲، ص ۱۵۶-۱۶۲.

فاطمی، مسعود؛ زارع، محمد؛ خرازی افرا، فاطمه و خرازی افرا، محمد(۱۳۹۳). **بررسی رابطه بین رشد معنویت و چگونگی مقابله با شرایط استرس زا در بین اینترن‌های رشته پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران**. علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ش ۱، ص ۵۳-۴۹.

مکارم شیرازی، ناصر (1388). **اخلاق اسلامی: شرح خطبه همام نهج البلاغه**. ج1 ، قم: انتشارات نسل جوان.

ب- به زبان انگلیسی

Ben-Zur, H., & Zeidner, M. (1996). Gender differences in coping reactions under community crisis and daity routine conditions. Journal of Personality and Individual Differences, 20, 331-340.

Blankstein, K.R., Flett, G.L., Koledin, S. (1991). The brief college student hassles scal development validation and relation with pesimism. Journal of College, 1991 May, Vol 32 (3) 258-264.

Bufford, R.K., Paloutzian, R. F., & Ellison, C.W. (1991). Norms for the Spiritual Well-Being Scale. Journal of Psychology and Theology, 19, 56-70.

Carson, N.B. (1989). Spiritual Dimensions of Nursing Practice. Philadelphia: W.B Saunders.

Compas, B.E., Conner-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. Psychological Bulletin, 127, 87-127.

Coward, D.D., & Reed, P.G. (1996). Self-transcendence: A resource for healing at the end of life. Issues in Mental Health Nursing, 17(3), 275-288.

Desmond, S.A., Ulmer, J.T., & Bader, C.D.(2008). Religion, Prosocial learning, self control and delinquency Manuscript submitted for publication.differences in mental health: Evidence from three organizations. Social Science & Medicine, 54, 621-624.

Emblen, J.D., Halstead, L. (1993). Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains. Clinical Nurse Spec 7(4): 175-82

Emmons, A. (2000). Is Spirituality Intelligence? Motivation, Cognition, and the Psychology of Ultimate Concern .International journal for the psychology of religion.10 (1), 3-26.

Emslie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M., & Stansfeld, S. (2002). Gender

Felsten, G. (1998). Gender and coping: use of distinct strategies and associations with stress and depression. Anxiety, Stress, and Coping, 11, 289-309

Folkman, S., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and parents. Journal of Clinical Psychology, 2002, 101-109.

Fry, L.W. (2003). Toward a theory of spiritual leadership, TheLeadership Quarterly, 14: 693-727.

Hasanovic, M., Pajevic, I. (2010). Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity. Psychiatr Danub, 22(2):203-10.

Hastings, L., Stephen, J., Kelley, M.L. (1996). Gender differences in coping and daily stress in conduct disordered and nonconduct disordered adolescents. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Sep, Vol 18 (3) 213-226.

Hateley, B.J. (1983). Spiritual well-being through life-histories. Paper presented at the November Conference of the Scientific Meeting of the Gerentological Society, San Francisco, CA.

Hood-Morris, L.E. (1996). A spiritual well-being model: use with older women who experience depression. Issues in Mental Health Nursing, 17, 439-455.

Janson, M,. Bredle, J.M., Salsman, S.M., Debb, B.J., Arnold & D.C. (2011). Spiritual Well-Being as a Component of HealthRelated Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). Religions, 2, 77-94; doi:10.3390/rel2010077.

Kim, y., seidlitz, L., Ro, Y., Evinger, J.S,. Duberstein, P.R. (2004). Spirituality and affect: A function of changes in religious affiliation. Journal of family psychology, V.3. 2004.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984a). Stress, appraisal, and coping. New York: Speinger.

Lengua, L.J., & Stormshak, E.A. (2000). Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. Sex Roles, 43, 787- 820.

Leventhal, H., Nerenz, D., & Strauss, A. (1982). Self-regulation and the mechanisms for symptom appraisal. In: D. Mechanic(Ed.), Monograph series in psychosocial epidemiology 3: Symptoms, illness behavior, and help-seeking (pp.55-86). New York: Neale Watson

Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. Personality and Individual Differences, 37, 1401-1415.

Meraviglia, M.G. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life. J Holist Nurs, 17(1): 18- 33.

Muldoon, M. & King, N. (1995). "Spirituality, health care, and bioethics." J Relig Health .34(4): 329-49.

Pearlin, L I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.

Popoola, E.O. (2011).Intrinsic spirituality and posttraumatic stress disorder: A focus on the Canadian forces [dissertation]: University of Phoenix

Powell, L.H., Shahabi, L. Thoresen, C.E. (2003). Religion and spirituality Linkages to physical health. Am Psychol, 58(1):36-52.

Saarni, C. (1999). The development of emotional competence. New York: Guildford Press

Schuls, E.k. (2002). The meaning of spirituality in the lives and adaptation processes of indivituals with disabilities. Unpublished Doctoral Dissertation,Texas Whomans University, Denton.Texas.

Sigmon, S.T., Stanton, A.L., Snyder, C.R. (1995). Gender differences in coping: A further test of socialization and role constraint theories. Sex Roles, 33, 565-587.

Soltaniranani, M. (2004). Ways to combat stress from the Koran. Journal of Mashkah, 83: 65-75(Persian)

Taylor, S.E. (1999). Health psychology (4thed.). New York: MacGraw-Hill.

Thoresen, C.E., Harris, A.H. (2002). Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? Ann Behav Med, 24(1):3-13.

Tse, S., Lloyd, C., Petchkovsky, L., Manaia, W. (2005). Exploration of Australian and New Zealand indigenous people's spirituality and mental health. Aust Occup Ther J, 52(3):181-7.

Yeh, P.M., Bull, M. (2009). Influences of spiritual wellbeing and coping on mental health of family caregivers for elders. Res Gerontol Nurs, 2(3):173-81.