

نقش شیوه‌های مقابله مذهبی در بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست

خانوار شهرستان هشتروند

زهرا نیک منش^{۱*} و نیلوفر کلانتری^۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲۴

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی نقش شیوه‌های مقابله مذهبی در بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار شهر هشتروند در سال ۹۳-۱۳۹۲ انجام گرفت. روش پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان سرپرست خانوار زیر پوشش سازمان بهزیستی شهر هشتروند به تعداد ۲۱۰ نفر بودند که بر اساس جدول مورگان، ۱۰۶ نفر به عنوان نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های مقابله مذهبی (افلاک سیر و گلمن، ۲۰۱۱) و بهزیستی روان‌شناختی (طبسی وزنجانی، ۲۰۰۵) استفاده شد. پایایی ابعاد پرسش‌نامه مقابله مذهبی بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ و ابعاد پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی و رگرسیون گام به گام تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که بین ابعاد مقابله مذهبی مثبت و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت معنادار ($p=0/001$) و بین ابعاد مقابله مذهبی منفی با بهزیستی روان‌شناختی ($p=0/001$) رابطه منفی معنادار وجود داشت. نتایج رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های مقابله مذهبی ارزیابی خیرخواهانه پیش‌بینی کننده مثبت برای بهزیستی روان‌شناختی ($p=0/001$ و $p=0/42$) و احساس منفی نسبت به خداوند ($p=0/001$ و $Beta=-0/22$) پیش‌بینی کننده منفی برای بهزیستی روان‌شناختی بود. از نتایج چنین برداشت می‌شود که شعار مذهبی نقش مهمی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی ایفا می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مداخلات و اقدامات در راستای ارتقا بهزیستی روان‌شناختی زنان با توجه به شیوه مقابله مذهبی فعال و ارزیابی خیرخواهانه انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: زنان سرپرست خانوار، مقابله مذهبی، بهزیستی روان‌شناختی.

^۱ - دانشجویار، گروه روان‌شناسی؛ دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی؛ دانشگاه سیستان بلوچستان.

^۲ - کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی؛ دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی؛ دانشگاه سیستان بلوچستان.

*- نویسنده مسئول مقاله: nikmanesh@ped.usb.ac.ir, zahranikmanesh@yahoo.com

پیشگفتار

زنان به عنوان نیمی از جمعیت می‌توانند نقشی سازنده و تأثیرگذار در روند پیشرفت، تکامل و توسعه جامعه داشته باشند، اما همواره در طی قرون متمادی با وجود فعالیت در تمامی عرصه‌های گوناگون مورد کم توجهی قرار گرفته‌اند. در این میان آن دسته از زنانی که به دلایل گوناگون عهده دار مسئولیت‌های خانوادگی هستند، در معرض آسیب بیش‌تری قرار دارند، این گروه عموماً زنان سرپرست خانوار، دختران و زنان خود سرپرست می‌باشند که در طی سال‌های اخیر تعداد آن‌ها به علل متعدد مانند بالا رفتن طلاق، کاهش ازدواج، مرگ و میر و مهاجرت‌های داخلی و خارجی افزایش یافته است (Sam aram, Amini yakhdayi, 2010). این زنان بدون حضور منظم و حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی به عهده آنان می‌باشد (Sadegi, 2010).

این گروه از زنان اغلب با عوامل آسیب‌زایی همچون تبعیضات فرهنگی، ضعف دسترسی به فرصت‌های شغلی، بی‌سوادی یا کم‌سوادی، نداشتن درآمد مستمر، ایفای نقش‌های چندگانه و برخی اوقات متعارض، فقدان حمایت‌های اجتماعی و نگرش‌های منفی جامعه و مشکلات روحی و روانی روبرو می‌باشند که در صورت فقدان حمایت‌های همه جانبه هزینه‌های آسیب‌زایی را به جامعه تحمیل خواهند کرد. این افراد ظرفیت بار سنگین مشکلات را ندارند و عدم توانایی در برآوردن احتیاجات اقتصادی ممکن است موجب فشار و تنش و فرسودگی و احساس ناتوانی در این گروه از زنان شود. این امر به نوبه خود می‌تواند به بروز اختلالات روان‌شناختی منجر شود (Bakhtyari, Mohebbi, 2006). در نتیجه ممکن است امید به زندگی و رضایت از زندگی در آن‌ها کاهش یابد. به بیان دیگر، احتمال دارد در تمام ابعاد بهزیستی روانی و وضعیت بدتری نسبت به زنان دیگر داشته باشند.

بر خلاف روان‌شناسی سنتی که بیش‌تر روی بیماری‌ها و آسیب‌شناسی تمرکز دارد امروزه دیدگاه‌های نوینی در حال شکل‌گیری است که بر جنبه‌های مثبت زندگی تمرکز دارد (Seligman, 2003). روان‌شناسان مثبت‌نگر سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی، تلقی نموده‌اند و آن را در چارچوب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه بر این باورند که سلامت یک مفهوم چند بعدی است که افزون بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد (Larson, 1991).

بهزیستی روان‌شناختی اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را شامل می‌شود و از سه مؤلفه تشکیل شده که عبارت است از: رضامندی زندگی، عاطفه منفی، عاطفه مثبت (Diner, Oishi, Lucac, 2003). یکی از مهم‌ترین مدل‌هایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده الگوی ریف است بر اساس این الگو

بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در برابر فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر)، تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (Ryff, 1989, Ryff, Keyes, 1995).

یکی از عواملی که در بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند نقش داشته باشد شیوه‌های مقابله مذهبی است که امروزه پژوهش‌هایی گسترده در این حوزه انجام می‌شود. شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب بمنظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی که فشارآور و فراتر از منابع فردی هستند بکار گرفته می‌شوند (Henes, 1996). از سوی دیگر، مذهب نیز در بیش‌تر مدیریتی، تأثیری مهم بر رفتارهای مقابله‌ای و نحوه تفسیر حوادث دارد و استفاده از دیگر راهبردهای مقابله‌ای را در ریاورویی با عوامل تنش‌زا، تسهیل می‌کند (Gobari bonab, 2007). در واقع، مقابله مذهبی، منبعی درونی، جهت جستجوی معنا، افزایش صمیمیت با خدا، دریافت مفهوم زندگی و کسب آرامش است (Pargament, 1997).

در مقابله مذهبی، از منابع مذهبی مثل دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند و... برای مقابله استفاده می‌شود. مقابله مذهبی به دو صورت مثبت و منفی دیده می‌شود. گروهی که هنگام رویارویی با حوادث آن را آزمایش الهی می‌پندارند و به خداوند و مذهب خوش بین هستند از سبک مقابله مذهبی مثبت و گروه دیگر که این حوادث را تنبیه الهی یا مداخله شیطان و عوامل منفی دیگر در نظر می‌گیرند از سبک مقابله مذهبی منفی استفاده کرده‌اند (Giyami, 2005). گرایش به مقابله مذهبی بویژه زمانی افزایش می‌یابد که افراد به محدودیت‌های انسانی خود واقف شده و از سوی دیگر، منابع مذهبی در دسترس باشد (Pargament, 1997). در تقویت بهزیستی روان‌شناختی بر نقش فرایندهای مذهبی که منجر به عملکرد بهینه می‌شود تأکید می‌گردد (Kirkpatrick, 1999) روی هم رفته، مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این راه در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند (Fathi, 2006). پاتریک فاگان (Patrik Fagan) بر این باور است که اعمال مذهبی در بالا بردن سطح بهداشت روانی فرد، کاهش افسردگی، بدست آوردن عزت نفس و خشنودی در روابط فردی و اجتماعی مؤثر است. به نظر وی افزایش سطح سلامت روانی، تأثیر بسزایی در زیاد شدن طول عمر شخص و امکان بهبودی از بیماری و کاهش ابتلا به بیماریهای کشنده دارد (Granacher, 2000).

سیموندز و همکاران (Symonds, 2011) اظهار داشتند که باورها و آداب و رسوم مذهبی اثراتی مهم بر سلامت و بهزیستی دارند و گردآوری شواهد تجربی نشان می‌دهد که مذهب همبستگی مثبتی با درازی عمر و کیفیت زندگی دارد. تروینو، آرکمباست، ریچاردسون، مویی (Trevino,

Archambault, Richardson, Moye, 2012) رابطه میان کنار آمدن مذهبی و بهزیستی روانی را در بازماندگان سرطان مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که مقابله مذهبی مثبت باعث می‌شود، فرد آسفتگی کم‌تری داشته باشد و هم‌چنین، رشد پس از آسیب نیز کاهش یابد، ولی مقابله مذهبی منفی اثر عکس دارد. کرکلا، کانستنتیو (Karekla, Constantinou, 2010) در پژوهشی بر بیماران سرطانی، اثرات سودمند جسمانی و روانی بکارگیری کنار آمدن مذهبی مثبت را در بیماران سرطانی نشان دادند. پیکوب (Pikob, 2009) در پژوهشی نشان داد که جوانان مذهبی کم‌تر تحت تأثیر نشانه‌های افسردگی قرار دارند. در حالی که جوانانی که خودشان را مذهبی معرفی کرده بودند و کسانی که در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند خودشان را در سلامت بهتر درک می‌کردند و از زندگی شان بیش‌تر راضی بودند. ریپنتروپ، آلتمایر، چن، فوند و کفاللا (Rippentrop, Altmaier, Chen, Found, Keffala, 2005) با هدف درک بهتر رابطه میان مذهب/معنویت و سلامت جسمانی و روانی پژوهشی انجام دادند. آن‌ها اظهار داشتند که مشارکت منظم در فعالیت‌های مذهبی سازمان یافته نظیر نماز خواندن یا دعا کردن، رابطه مثبتی با بسیاری از پیامدهای مثبت نظیر سلامت جسمانی، امید به زندگی و احساس خوشحالی و نشاط دارند.

فرگوسن (Ferguson, 2001)، در مطالعه و پژوهش خود به این نتیجه رسید که تجربه‌های معنوی - مذهبی اغلب باعث جا به جایی در ارزش‌های اخلاقی فرد می‌شود و در نتیجه این جا به جایی در برای دور شدن از مادی‌گری و به سمت یابوری و نوع‌دوستی و در نتیجه باعث بهزیستی روان فرد می‌شود. پارگامنت (Pargament, 1997) با مرور ۱۳۰ پژوهش در زمینه مقابله و سازگاری مذهبی و نقش آن در سلامت روانی نتیجه گرفت که ۳۴ درصد از مطالعات به اثرات مثبت و معنی دار مقابله و سازگاری مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب اشاره دارد. چهار درصد از مطالعات مرور شده، حاکی از اثرات منفی مقابله و سازگاری مذهبی بر سلامت روانی بودند و ۶۲ درصد نیز هیچ‌گونه ارتباطی را بین متغیرهای مقابله مذهبی و سلامت روان نشان ندادند. در پژوهشی که پالوما و پندلتون (Paolma & Pendleton, 1991) در مورد نقش مذهب در سلامت روان انجام دادند، مشاهده گردید که باورهای مذهبی و نماز خواندن ارتباط قوی و مستقیمی با احساس شادی و احساس رضایت کامل از زندگی دارد. پژوهش‌های دیگر حاکی از آنند که استفاده از شیوه‌های مقابله مذهبی در شرایط تنیدگی زا، با سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی فرد رابطه مثبت دارند (Pi eper, 2004; Kolchakian, Sears, 1991; Hyden, Kwang-Soo, Douglas, 2003). بنابراین، استفاده از این شیوه‌ها، می‌تواند به افراد در جهت کاعش تنیدگی و رفع مشکلات کمک کند. برگین (Bergin, 1991) با فراتحلیل ۲۴ مقاله پژوهشی به بررسی رابطه بین دین و بهداشت روانی پرداخت و نتیجه گرفت پژوهش‌های انجام گرفته در این مورد به طور کلی نشان می‌دهند که مذهب تأثیر منفی بر بهداشت روانی ندارد.

پژوهش‌هایی که در ایران به بررسی رابطه باور به اصول مذهبی اسلامی و بهداشت روانی - اجتماعی انجام گرفته است نیز نشان می‌دهد که میان نگرش مذهبی و سلامت روان و سازگاری فردی و اجتماعی، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. جمالی (Jamali, 2003) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس بخش بودن زندگی و سلامت روان دانشجویان نشان داد که با افزایش میزان احساس معنا بخشی زندگی و نگرش مذهبی، سلامت روان نیز افزایش می‌یابد که این موضوع نشانگر اهمیت معنا جویی و باورهای مذهبی در ایجاد و حفظ بهداشت روانی افراد جامعه می‌باشد. سرگلزایی، بهدانی و قربانی (Sargolzaei, Behdani, Gorbani, 2004) نشان دادند که هر چه وقت صرف شده جهت فعالیت‌های مذهبی بیش‌تر باشد، افسردگی، اضطراب حالتی و احتمال سوء مصرف مواد کاهش می‌یابد. پهلوانی، دولتشاهی و واعظی (Pahlavani, Dolatshahi, Vaezi, 1999) رابطه بین بکارگیری مقابله مذهبی و سلامت روانی را بررسی کردند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان دادند افرادی که از مقابله مذهبی بیش‌تر استفاده می‌کنند از سلامت روانی بهتری برخوردارند و افرادی که از این نوع مقابله‌ها کم‌تر استفاده می‌کنند، سلامت روانی پایین‌تری دارند. در پژوهشی که عظیمی لولتی و زرغامی (Azimi Lolati, Zargami, 2002) با عنوان رابطه بین مقابله مذهبی و اضطراب داشتند، نتایج نشان دادند که میانگین نمره‌های اضطراب حالت صفت به گونه‌ای معنی‌دار در افرادی که مقابله مذهبی ضعیف داشتند، بالاتر بود. یگانه (Yeganeh, 2011) نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۳۸ واریانس بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان را تبیین می‌کند. واحدی و احمدیان (Vahedi, SH., 2013) در یافتند که ابعاد دینداری و سبک‌های هویت مذهبی به عنوان متغیرهای پیش‌بین برای بهزیستی روان‌شناختی بشمار می‌روند. افزون بر این، ابعاد دینداری به گونه مستقیم و غیرمستقیم با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد. صادقی و همکاران (Sadeghi, Khodaday, 2015) در یافتند که بین بهزیستی روان‌شناختی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت.

یافته‌های اخیر نشان می‌دهد که مقابله مذهبی هم منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و هم‌چنین، می‌توانند مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند؛ بنابراین بکارگیری آن‌ها موجب تقویت سلامت روانی می‌شود.

در همین راستا پژوهشگر با توجه به موردهای بالا و با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی جامعه و پژوهش‌های پژوهشگران و هم‌چنین، مشکلات زنان سرپرست خانوار و تأثیر عوامل تنیدگی‌زا بر آنان، پژوهشی را با هدف بررسی نقش ابعاد مقابله مذهبی در بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار انجام داده است. انجام این مطالعه را با توجه به دلایل زیر توجیه می‌شود:

با توجه به مشکلات متعددی که زنان سرپرست خانوار تجربه می‌کنند، استفاده از شیوه‌های مقابله مذهبی مناسب می‌تواند به کاهش تنیدگی و مشکلات روان‌شناختی کمک کند و سلامت روان آنان را افزایش دهد. هم‌چنین، نتایج حاصل از چنین پژوهش‌هایی موجب می‌شود تا شناخت و آگاهی لازم از مشکلات روحی و روانی و دیگر مشکلات و نحوه کنار آمدن با آن‌ها بدست آید و بدین ترتیب نسبت به رفع آن‌ها برنامه ریزی و اقدام کرد. بنابراین هدف پژوهش، بررسی نقش ابعاد مقابله مذهبی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار شهرستان هشتگرد می‌باشد و در پی پاسخ به این سوال است که کدام یک از ابعاد مقابله مذهبی پیش‌بینی کننده بهتری برای بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار شهرستان هشتگرد است؟

روش پژوهش

طرح این پژوهش به صورت توصیفی - همبستگی از نوع پیش‌بین می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، تمامی زنان سرپرست خانوار زیر پوشش سازمان بهزیستی شهرستان هشتگرد به تعداد ۲۱۰ نفر بود که حجم نمونه با توجه به جدول مورگان، ۱۳۲ نفر بدست آمد که ۱۰۶ نفر از آن‌ها (که برای انجام پژوهش رضایت داشتند) به روش نمونه‌گیری در دسترس برای پژوهش انتخاب شدند. کسانی که همسرشان فوت شده بود و یا از همسر خود جدا شده بودند شرایط ورود به این مطالعه را داشتند. تکمیل پرسش‌نامه به صورت انفرادی بود که یا در سازمان بهزیستی و یا در منازل مددجویان با رضایت کامل آن‌ها انجام شد. در صورت ابهام در فهم برخی سؤالات، توضیح داده می‌شد. و برای زنان بی‌سواد سؤالات پرسش‌نامه به زبان محلی (ترکی) خوانده شد و از بین پاسخ‌های خوانده شده پاسخی که آزمودنی انتخاب می‌کرد، علامت زده می‌شد.

ابزار پژوهش

الف (پرسش‌نامه مقابله مذهبی): این پرسش‌نامه که به وسیله افلاک سیر و کلمن (Aflakseir, Colman, 2011) تهیه شده است، دارای ۲۲ عبارت است که قابل قیاس با پرسش‌نامه مقابله مذهبی پارگامنت است و در آن ۱۱ آیتم از پرسش‌نامه مقابله مذهبی پارگامنت که قابل کاربرد برای مسلمانان است اقتباس شده است. هریک از ابعاد فعالیت‌های مذهبی در (۶ عبارت)، احساسات منفی نسبت خدا (۴عبارت)، ارزیابی‌های خیر خواهانه (۶ عبارت)، مقابله مذهبی منفعل (۳ عبارت) و مقابله مذهبی فعال (۳ عبارت) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. روش پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه به صورت ۵ گزینه ای است و دامنه پاسخ‌ها از اصلاً تا خیلی زیاد متغیر است. نمره‌گذاری آن به صورت از صفر تا چهار است. در یک نمونه ۱۸۵ نفری از دانشجویان

دانشگاه شیراز همبستگی بالایی بین پرسش‌نامه مقابله معنوی استرنگ (کینگ و همکاران، ۲۰۰۱) با مقیاس مقابله مذهبی ایرانی بدست آمد. پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ برای فعالیت مذهبی ۰/۸۹، ارزیابی‌های خیر خواهانه، ۰/۷۹، احساسات منفی نسبت به خدا ۰/۷۹، مقابله منفعل ۰/۷۲ و مقابله فعال ۰/۷۹ گزارش شده است (افلاک سیر و گلمن، ۲۰۱۱).

ب) پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی: این پرسش‌نامه که به وسیله طبسی زنجانی (Tabasi Zangani, 2005) با توجه به ویژگی‌های بومی جامعه ایرانی و با تلفیقی از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی ساخته و در جامعه ایرانی هنجاریابی شده است، شامل ۶ خرده مقیاس و یک نمره کلی می‌باشد. این پرسش‌نامه شامل ۷۷ سؤال می‌باشد. در واقع، این پرسش‌نامه از یافته‌های روان‌سنجی حاصل از اجرای الگوهای بهزیستی روان‌شناختی ریف و بهزیستی ذهنی کیز استخراج شده است. همسانی درونی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ سنجیده شده و در کل مقیاس ۰/۹۴ و در خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین، روش بازآزمایی نشان داده است که ضریب پایایی کل آزمون ۰/۷۶ و ضریب پایایی خرده آزمون‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ قرار دارند. برای سنجش اعتبار سازه از روش‌های سنجش همبستگی بین کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها و تحلیل عاملی و چرخش متمایل استفاده شده است. روش‌های اخیر نشان دادند که مقیاس‌ها از ۶ عامل اصلی اشباع شده است که رضایت از زندگی، معنویت، شادی و خوشبختی، رشد و بالندگی فردی، ارتباط مثبت با دیگران و خودپیروی نامگذاری شده است (طبسی، ۱۳۸۳).

یافته های پژوهش

الف) یافته های توصیفی

یافته‌های توصیفی پژوهش نشان دادند که ۳۳/۰۱ درصد پاسخگویان بی سواد، ۲۱/۶۹ درصد تحصیلات ابتدایی، ۱۵/۰۹ درصد راهنمایی، ۱۴/۱۵ درصد دیپلم، ۱۰/۳۷ درصد فوق دیپلم، ۵/۶۶ درصد لیسانس داشتند. سن ۱۴/۱۵ درصد زنان سرپرست خانوار بین ۲۰-۳۵ سال؛ ۴۰/۵۶ درصد بین ۳۶-۴۵ سال و ۴۵/۲۸ درصد بین ۴۶-۵۵ سال بود. در مؤلفه‌های مربوط به مقابله مذهبی میانگین فعالیت مذهبی ۱۴/۹۷، مقابله فعال ۸/۹۹، ارزیابی خیرخوانه ۱۷/۰۲، احساس منفی نسبت به خدا ۵/۲۵ و مقابله منفعل ۳/۱۹ بود. میانگین کل برای مقابله مذهبی ۵۳/۲۳ بود. گروه نمونه از پایبندی قوی نسبت به بکارگیری باورها و شعائر اسلامی در رویارویی با شرایط استرس زا برخوردار بود. در بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیش‌ترین میانگین مربوط به رضایت از زندگی (۶۱/۷۶) مربوط می‌شد. میانگین مؤلفه معنویت ۴۸/۵۵، شادی ۶۰/۶۶، خودپیروی ۳۱/۱۶،

ارتباط مثبت ۲۷/۹۰، و رشد و بالندگی ۵۲/۰۸ بود. میانگین کل برای بهزیستی روان‌شناختی ۲۵۵/۱۱ بدست آمد.

ب) نتایج استنباطی

در بررسی سوال پژوهش " کدام یک از ابعاد مقابله مذهبی پیش‌بینی کننده بهتری برای بهزیستی روان‌شناختی است؟" از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج در جدول‌های زیر نشان داده شده است.

جدول ۱- ماتریس همبستگی بین ابعاد مقابله مذهبی و ابعاد بهزیستی روان‌شناختی.

رضایت از زندگی	معنویت	شادی	رشد و بالندگی فردی	خودپیروی	ارتباط مثبت
فعالیت مذهبی	۰/۴۸۲**	۰/۵۸۴**	۰/۲۶۴**	۰/۳۲۱**	۰/۴۳۶**
احساس منفی	-۰/۵۴۳**	-۰/۵۰۱**	-۰/۴۳۴**	-۰/۳۲۰**	-۰/۴۴۲**
ارزیابی خیرخواهانه	۰/۵۱۳**	۰/۵۲۴**	۰/۴۸۵**	۰/۲۹۲**	۰/۳۶۵**
مقابله منفعل	-۰/۲۴۵*	-۰/۰۹۱	-۰/۲۸۰**	۰/۰۰۹	۰/۰۷۸
مقابله فعال	۰/۳۳۹**	۰/۴۱۷**	۰/۳۷۹**	۰/۲۱۸*	۰/۳۲۳*

نتایج همبستگی نشان دادند که بعد فعالیت مذهبی با بعد رضایت از زندگی ($p=۰/۰۰۱$)، معنویت ($r=۰/۴۸۲$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ شادی ($r=۰/۵۸۴$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ رشد و بالندگی فردی ($r=۰/۳۲۱$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ خودپیروی ($r=۰/۴۳۶$ ، $p=۰/۰۰۱$) و ارتباط مثبت ($r=۰/۳۲۱$ ، $p=۰/۰۰۳$)، ارتباطی مثبت و معنادار دارد. بعد احساس منفی با رضایت از زندگی ($r=۰/۲۹۳$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ معنویت ($r=-۰/۵۴۳$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ شادی ($r=-۰/۴۳۴$ ، $p=۰/۰۰۰$)؛ رشد ($r=-۰/۵۴۳$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ خودپیروی ($r=-۰/۳۲۰$ ، $p=۰/۰۰۱$) و ارتباط مثبت ($r=-۰/۴۴۲$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ رضایت از زندگی ($r=-۰/۳۰۰$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ معنویت ($r=-۰/۵۱۳$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ شادی ($r=-۰/۳۰۰$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ ارتباطی معکوس و معنادار دارد. بعد ارزیابی خیرخواهانه با مؤلفه‌های رضایت از زندگی ($r=۰/۵۱۳$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ معنویت ($r=۰/۵۲۴$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ شادی ($r=۰/۳۶۵$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ ارتباط مثبت ($r=۰/۳۶۵$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ رشد و بالندگی فردی ($r=۰/۲۹۲$ ، $p=۰/۰۰۳$)؛ خودپیروی ($r=۰/۳۶۵$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ ارتباط مثبت ($r=۰/۳۶۵$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ ارتباط مثبت ($r=۰/۳۶۵$ ، $p=۰/۰۰۱$)؛ رابطه منفعل با رضایت از زندگی ($r=-۰/۲۴۵$ ، $p=۰/۰۱۴$)؛ و مؤلفه شادی ($r=-۰/۲۴۵$ ، $p=۰/۰۰۵$)، ارتباط معکوس و معنی دار دارد. مقابله فعال با خردمندی رضایت از زندگی ($r=-۰/۲۸۰$)

($r=0/339$, $p=0/001$)؛ معنویت ($r=0/417$, $p=0/001$)؛ شادی ($r=0/379$, $p=0/001$)؛ رشد و بالندگی فردی ($r=0/218$, $p=0/029$) و خودپیروی ($r=0/323$, $p=0/001$) ارتباطی مثبت و معنادار دارد.

مدل	R	ضریب همبستگی	مجدور ضریب همبستگی	B	بتا	T	سطح معنی داری	F
ارزیابی خیرخواهانه	0/539	0/283	0/290	1/87	0/429	4/57	0/001	40/10
احساس منفی نسبت به خدا	0/640	0/397	0/119	-2/90	-0/229	-4/42	0/001	33/61

برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های مقابله مذهبی از رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج جدول نشان دادند که ابتدا بعد ارزیابی خیرخواهانه و بعد احساس منفی نسبت به خدا وارد معادله شدند و به مقدار ۲۹ درصد و ۱۱/۹ درصد واریانس را برای نمره‌های کلی بهزیستی روان‌شناختی تبیین کردند. در صورتی که ابعاد دیگر شرایط ورود به معادله را نداشتند و از معادله حذف شدند. ارزیابی خیرخواهانه ($Beta=0/429$ و $p=0/001$) ارتباط مثبت و معنادار و احساس منفی ($Beta=-0/229$ و $p=0/001$) ارتباط منفی و معنادار با نمره‌های کل بهزیستی روان‌شناختی داشتند. ارزیابی خیرخواهانه پیش‌بینی کننده مثبت برای بهزیستی روان‌شناختی و احساس منفی نسبت به خداوند پیش‌بینی کننده منفی برای بهزیستی روان‌شناختی هستند.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش بهزیستی روان‌شناختی و استفاده از مقابله مذهبی در حد مطلوبی قرار داشت. مقایسه ابعاد مقابله مذهبی نشان داد که زنان سرپرست خانوار در ابعاد مقابله مذهبی مثبت نمره‌های بیشتری از مقابله مذهبی منفی گزارش کرده‌اند که این تفاوت آشکار می‌تواند بیانگر مقاومت در بیان احساسات واقعی به وسیله زنان سرپرست خانوار بشمار آید و یا دلیلی بر یکسانی و تجانس گروه نمونه از لحاظ روی آوری به مذهب تلقی شود.

همچنین، نتایج نشان دادند که بین ابعاد مقابله مذهبی مثبت و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت معنادار و بین ابعاد مقابله مذهبی منفی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی معنادار وجود

دارد. نتایج رگرسیون نشان دادند که از بین مؤلفه‌های مقابله مذهبی ارزیابی خیرخواهانه پیش‌بینی‌کننده مثبت برای بهزیستی روان‌شناختی و احساس منفی نسبت به خداوند پیش‌بینی‌کننده منفی برای بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. این یافته پژوهش با پژوهش‌های تروینو و همکاران (۲۰۱۲)، سیموندز و همکاران (۲۰۱۱)، پیکو (۲۰۰۹)، رینتروپ و همکاران (۲۰۰۵)، فرگوسن (۲۰۰۱) و پالوما و پندلتون (۱۹۹۱) که در مورد بررسی رابطه بین مقابله مذهبی و بهزیستی روانی انجام شد، همسوست. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود نشان دادند که استفاده از شیوه‌های مقابله مذهبی مثبت باعث سازگاری، احساس شادی و نشاط، امید به زندگی، رضایت کامل از زندگی، درازی عمر، نوع دوستی و در نتیجه بهزیستی روانی فرد می‌شود. پژوهش‌های همسوی دیگر حاکی از آنند که استفاده از شیوه‌های مقابله مذهبی در شرایط تنیدگی زا، با سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی فرد رابطه مثبت دارند (پیپر، ۲۰۰۴؛ هایدن، وانگ سو، داگلاس، ۲۰۰۳؛ کولچاکیان و سیزر، ۱۹۹۹). نتایج این پژوهش با پژوهش‌های پارگامنت (۱۹۹۷) که درباره مقابله مذهبی و سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی انجام گرفته نیز همسو می‌باشد. هم‌چنین، رینتروپ، آلتمایر، چن، فوند و کفالا (۲۰۰۵)، جمالی (۲۰۰۳)، پهلوانی، دولتشاهی و واعظی (۱۹۹۹)، نشان دادند که رابطه معنی دار مثبت بین به کارگیری مقابله‌های دینی و سلامت روانی وجود دارد؛ یعنی افرادی که از مقابله‌های مذهبی بیش‌تر استفاده می‌کنند از سلامت روانی پایین‌تری دارند. هم‌چنین، یگانه (۲۰۱۲)، واحدی و همکاران (۲۰۱۳)، صادقی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند بین مقابله مذهبی درونی و ابعاد دینداری و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت وجود دارد.

این شباهت بین نتایج نشان می‌دهد که با وجود تفاوت فرهنگی و تفاوت در تعریف از مذهب در فرهنگ‌ها و نژادهای گوناگون، باز هم میان گرایش به مذهب و کاهش اختلالات روانی یا وجود سلامت روان رابطه وجود دارد. از این پژوهش چنین برداشت می‌شود که باور به قدرت خداوند و سر نهادن به خواست و اراده الهی در تسکین دردها به انسان توان تحمل می‌دهد. در این حال است که نیازهای روحی تأمین می‌شود و انسان توان آن را می‌یابد که از جسم خود دور گردد و درد را حس نکند، یا آن چنان آرامش یابد که تنش را تجربه نکند. چنانچه افراد بتوانند با خوش‌بینی و به گونه مثبت وقایع را تفسیر نموده، دیگران را سبب مشکلات خود ندانند بلکه خود را مسئول خویشتن بدانند و جهان را هدفدار تلقی کنند و از یاد خداوند غافل نباشند. عوامل و فشارهای زندگی آن‌ها را دگرگون و بیمار نمی‌کند بلکه ایمان آن‌ها، مانع تأثیر فشارهای روانی می‌گردد. هر چه درجه خلوص ایمان به خدا بیش‌تر و سطح آگاهی بیش‌تر باشد، به همان نسبت، آثار آن در اندیشه، احساس و رفتار فرد، ظاهر می‌شود. انسان در پناه توحید و توکل بر خدا، احساس پوچی نمی‌کند، دچار یأس نمی‌گردد، یقین دارد تلاشش اثری مثبت و نیکو بر جای خواهد گذاشت، کم‌ترین کوشش او ضایع

نمی‌شود، همه حوادث را بر اساس حکمت الهی تفسیر می‌کند، خود را در برابر خواست و اراده حق تسلیم می‌سازد، لب به اعتراض نمی‌گشاید. از این‌رو، با امیدواری و اطمینان به تلاش و حرکت می‌پردازد. چنین خصلتی، یعنی داشتن حس امیدواری در انسان روحیه استقامت، بردباری و مقاومت را تقویت می‌کند. احساس منفی و سوء ظن به خداوند اغلب در مواقع بحرانی و در وجود افراد ضعیف‌الایمان پیدا می‌شود. بدبینی و منفی‌گرایی، همه چیز را تیره و تاریک جلوه می‌دهد و برای صاحبش دنیایی آکنده از غربت و انزوا فراهم می‌کند. قرآن مجید این نوع سوء ظن را به شدت نکوهش کرده و وعده عذاب‌های دردناک به صاحبان آن داده است. افزون بر آن که این گونه بدبینی آثاری مخرب در بنیان ایمان و عقاید انسان دارد، او را نیز از خدا دور می‌سازد. پیامد دیگر سوء ظن به خدا، محرومیت از عنایات الهی است زیرا خداوند با هر کس مطابق حسن ظن و سوء ظن او عمل می‌کند.

روی هم رفته، مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این راه در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به زنان سرپرست خانوار کمک می‌کند و باعث ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها می‌شود. به بیان دیگر، زنان سرپرست خانوار می‌توانند در هنگام روبه‌رو شدن با مشکل با کمک گرفتن از خداوند و با استفاده از شیوه‌های مقابله مذهبی مثل ارزیابی خیرخواهانه، نماز خواندن، دعا کردن، صبر کردن و ... با کنترل هیجان‌ها و افزایش سطح تحمل خود بر مشکل خود فائق آمده و از این راه بهزیستی و آرامش روان خود را تا حد ممکن حفظ می‌کنند. که در این صورت افسردگی، اضطراب و انواع اختلالات روانی در بین این قشر از جامعه کاهش می‌یابد.

بنابراین، با توجه به فرهنگ اسلامی و قرآنی مبنی بر این‌که تحمل بسیاری از امور و مشکلات با ارزیابی خیرخواهانه آسان‌تر می‌شود پس مؤلفه ارزیابی خیرخواهانه نقشی مهم‌تر در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دارد و بهتر است با توجه به این امر در راستای آموزش به این مهم توجه شود. این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. نمونه مورد استفاده در این پژوهش نمونه در دسترس است که به گونه‌ای تصادفی انتخاب نشده و بنابراین تعمیم نتایج به جامعه را با مشکل مواجه می‌سازد.

بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای ارتقای مقابله مذهبی مثبت، برای زنان سرپرست خانوار کارگاهها و دوره‌های آموزشی برگزار شود. هم‌چنین، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که این پژوهش را در نمونه‌های گسترده‌تر و در شهرهای دیگر و با بررسی متغیرهای اثر گذار انجام دهند.

References

- Aflakseir, A., & Colman, PG. (2011). Initial development of the Iranian religious coping scale. *J Muslim Men Heal.* 6 (1),44-61.
- Azimi Lolati, H., & Zargami, M. (2002). Religious coping and anxiety. Presented at the first conference on the role of religion in mental health, Tehran, Iran University of Medical Sciences and Health Services.
- Bakhtyari, A., & Mohebbi, F. (2006). "Government and women heads of households" *Cultural and Social Council of Women Quarterly*, 34, 67-110
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist.* 46, 394-403.
- Diner, E., Oishi, S., & Lucac, R.E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *J Ann Rev Psychol.* 54,25-403.
- Ferguson, D.S. (2001). *New Age Spirituality*. Louisville.KY: Westminster / Johenknon.
- Fathi, M. (2006). *Countless words Intimate with MS*. Tehran: Shahidi Pour.
- Giyami, Z. (2005). Investigate the relationship between attachment styles and religious coping styles. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 35 (1), 233, 221.
- Gobari Bonab, B. Ragebiyan, R. (2007). *Children, teen, spirituality*. Tehran: Publication Ystrvn.
- Granacher, JR. R. P. (2000). Emotional intelligence and the impacts of morality. Retrieved for world wide web. [http://www. Info. Com](http://www.Info.Com)
- Hayden, B., Bosworth Kwang-Soo, P., & Douglas, R.M. (2003). The Impact of Religious Practice and Religious Coping on Geriatric Depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 18(10), 905-913.
- Henes, M. H. (1996). *Health, an Islamic perspective*. On- line religion in Japan. Osaka University. Japan,College of Economics Kanto university.
- Jamali, F. (2003). The relationship between religious attitudes, sense of meaning and mental health in students of Tehran University. Master's thesis in General Psychology, Tehran, Faculty of Education and Psychology University.
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). Religious Coping and Cancer: Proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach. *Cognitive and Behavioral. Practice*, 17 ,371–381.
- Kirkpatrick, L.A. (1999). Attachment and religious representations and behavior. J.cassidy & P.R. Shaver (EDS), *handbook of attachment theory, research and clinical applications*, (803-822) ,New York:London.
- Kolchakian, M.R., Sears J.R., & Samuel, F. (1999). Religious Coping in College Students. *Journal of Religion & Health.* 38(2), 115-127.

- Lareson, J.S. (1991). The measurement of health: Concepts and indicators. New York: Green Wood Press.
- Pahlavani, H. Dolatshahi, B. & Vaezi, A. (1999). The relationship between the use of religious coping and mental health. *Journal of Islamic Studies at the University of Knowledge*, 4, 20-21.
- Paolma, M. M & Pendleton, B. F. (1991). "The Effects of Prayer and Prayer Experiences on Measures of General Well-Being". *Journal of Psychology and Theology*. 19,71-83.
- Paragament, K.I. (1997). The psychology of religion and coping. New York: Guilford Press.
- Pieper, J.Z.T. (2004). Religious Coping in Highly Religious Psychiatric Inpatients, *Mental Health. Religion & Culture*. 7(4), 349-363.
- Pikob,Kovacs E. (2009). Is religiosity a protective factor? *Journal Article, English Abstract (lang:hun)*.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E.M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321.
- Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisit. *Journal of personality and social psychology*. 69, 716-727.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57, 1069-1081.
- Sadegi, A. (2010). Women heads of household and personal and social damages before them. The second conference on empowerment of women and female-headed households be synergistic. 251-225.
- Sadeghi, S.,Sadeghi ,O.,Tavakolizadeh, J .,Tohidi Nik, H.R., Khodayay, Z. (2015). The Relationship between Religious Orientation and Psychological Well-Being among Gonabad Medical Sciences in the academic year of 2011-2012. *Islam and Health Journal*, 1(4), 57-63
- Samaram, E., Amini yakhdayi, M. (2010). Health status of female-headed households are covered by social welfare organizations Qom, the Shiite Women Quarterly, 3 (2).
- Sargolzaei MR.,Behdani F.,Gorbani A. (2004).The correlation between religious activity and mental health. The role of religion in mental health. The first volume, Tehran: Center for Culture and Education.
- Seligman, M.P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumption. *The Psychologist*. 16, 126- 127.
- Symonds, L. L., Yang, L., Mande, M. M., Mande, L. A., Blow, A. J., Osuch ,J. R., Boivin, M. B., Giordani, B., Haan, P. S., Smith, S. S. (2011). Using Pictures to Evoke Spiritual feelings in Breast Cancer Patients: Development of a New Paradigm for Neuroimaging Studies. *Journal of Religion and Health*, 50 (2):437-446.

- Tabasi zanjani, R. (2005). "Construction and standardization of psychological well-being test pilot," MA thesis, Tehran University.
- Trevino, K.M., Archambault, E., Richardson, J. S., Moye, J. (2012). Religious Distress in Military Veteran Cancer Survivors. *Journal of Religion and Health*, 51(1):87-98.
- Vahedi, SH., Ahmadiyan, R. (2013). The Relationship between Religious Identity Styles, Religious Dimensions Psychological well-being of students. *Religion Psychology*, 7(4), 91-107
- Yeganeh, T. (2012). Investigating the role of religious orientations in explaining the hope and psychological well-being of women with cancer Breast. *Journal of Breast Cancer of Iran*, 6(3), 47-56