

## مذهب گرایی، سبک‌های مقابله با استرس و ابعاد شخصیت به عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی در دانشجویان

یاسر رضاپور میرصالح<sup>۱</sup>

شهناز ریحانی کیوی<sup>۲</sup>

### چکیده

با توجه به اهمیت سطح سلامت دانشجویان و نحوه مقابله آنها با فشارهای زندگی دانشجویی در بهبود عملکرد تحصیلی‌شان، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مذهب گرایی، سبک‌های مقابله با استرس و ابعاد شخصیت با یکدیگر و نقش آنها در پیش‌بینی سلامت عمومی دانشجویان انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۲۰۹ نفر از دانشجویان دختر کارشناسی دانشکده اقتصاد دانشگاه علامه طباطبایی بود که به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای با انتخاب تصادفی یک دانشکده از میان دانشکده‌های مختلف دانشگاه علامه طباطبایی انتخاب شدند. داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله (WOCQ)، جهت‌گیری مذهبی، پنج‌عامل شخصیت (NEOPI-R) و سلامت عمومی (GHQ) گردآوری و با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که روان رنجور خویی، سازمان‌نیافتگی مذهبی، مذهب‌گرایی و سبک مقابله هیجان‌محور هر یک قادر به پیش‌بینی درصد معنی‌داری از سلامت عمومی دانشجویان هستند. از میان متغیرهای مذهب‌گرایی و ابعاد شخصیت تنها برون‌گرایی قادر به پیش‌بینی معنی‌دار استفاده از هر دو سبک‌های مقابله مسئله‌محور و هیجان‌محور در دانشجویان بود. تحلیل آماری نشان داد که وجدانی بودن نیز قادر به پیش‌بینی درصد معنی‌داری از واریانس استفاده از سبک مقابله مسئله‌محور برای مواجهه با موقعیت‌های

---

۱- دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی

۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی

استرس‌زا در دانشجویان است. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که کمک به دانشجویان برای یافتن معنا در زندگی و محکم‌تر کردن اعتقادات مذهبی خود می‌تواند تاثیر بسزایی در مقابله مناسب آنها با موقعیت‌های پرتنش زندگی خود و افزایش سطح سلامت آنها داشته باشد. همچنین آگاه کردن دانشجویان از اینکه ویژگی‌های شخصیتی آنها چگونه ممکن است بر نحوه مقابله آنها با موقعیت‌های استرس‌آمیز اثر داشته باشد نیز در بهبود وضعیت سلامت آنها حائز اهمیت است.

**واژگان کلیدی:** مذهب‌گرایی، سبک‌های مقابله، ابعاد شخصیت، سلامت عمومی، دانشجویان.

#### مقدمه

کارشناسان سازمان بهداشت روانی معتقدند که سلامت روانی نه تنها مستلزم نداشتن بیماری روانی، بلکه توان کنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی دار است (صالحی و همکاران، ۱۳۸۴). کیس<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) سلامت روانی را ترکیبی از احساسات مثبت (بهزیستی عاطفی<sup>۲</sup>) و عملکرد مثبت (بهزیستی اجتماعی<sup>۳</sup> و روانشناختی<sup>۴</sup>) تعریف می‌کند. بنا به نظر وی سلامت روانی با وجود کامیابی<sup>۵</sup> و عدم وجود سستی و ضعف<sup>۶</sup> رابطه دارد. یکی از مفاهیم موضوعات که در مطالعات مربوط به دانشجویان مشاهده می‌شود، مشکلات مربوط به سلامت آنها است. بررسی‌های اخیر نشان می‌دهند که با صنعتی شدن کشورها، مشکلات مربوط به سلامت روان دانشجویان بیشتر از پیش مشاهده می‌شود (اونر، اوزکب، تلارت و تزکان<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). استرس‌های زندگی مربوط به دوره سنی که در آن قرار دارند، مشکلات بیولوژیکی و بلوغ، سازگاری با شیوه جدید مطالعه و زندگی، رفتار با همسالان، شرکت در گروه‌ها و دوری از خانواده از عواملی هستند که باعث می‌شود فشار روانی روی دانشجویان افزایش یابد (لویسون، ۱۹۷۸).

- 
1. Keyes
  2. emotional well-being
  3. social wellbeing
  4. psychological well-being
  5. flourishing
  6. languishing
  7. Uner, Ozcebe, Telatar, & Tezcan

جانسون و هیس (۲۰۰۳) با بررسی مشکلات ۵۴۷۲ دانشجو گزارش کردند که مفاهیم معنوی و مشکلات وجودی، ابهام در مورد ارزش‌ها، از دست دادن روابط و دل‌تنگی نسبت به خانواده از دلایل فشارهای وارده بر دانشجویان است که موجب کاهش سطح سلامت آنها می‌شود. یکی از تبعات مهم کاهش سطح سلامت دانشجویان، به وجود آمدن مشکلات بسیاری از جمله افت تحصیلی در آنها است (هینز، فهی و لیدن، ۱۹۸۴؛ نیکول، هیلی و اهلینگر، ۲۰۰۵؛ ویز و لافللام، ۲۰۰۸)، بنابراین بررسی عوامل مؤثر بر سلامت دانشجویان و نحوه مقابله آنها با فشارها و استرس‌های ناشی از زندگی دانشجویی، در بالا بردن کیفیت تحصیلی آنها و ارتقاء سطح علمی دانشگاه‌ها بسیار ضروری است. پژوهش حاضر به بررسی متغیرهایی پرداخته است که فرض می‌شود با توجه به فرهنگ ایران، نقش مهمی در سلامت روان دانشجویان داشته باشد. یکی از این متغیرها باورهای مذهبی دانشجویان است. سلامتی افراد به شدت با رفتارهایی که در بافت اجتماعی - فرهنگی یاد گرفته می‌شود ارتباط دارد. به درستی ثابت شده است که یادگیری‌های اجتماعی و فرهنگی از جمله جهت‌گیری مذهبی روی سلامتی روانی افراد تأثیرگذار است (ری و ونگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). شواهد زیادی مبنی بر اینکه دین و معنویت با سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت دارد، وجود دارد. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین مذهب و سوء مصرف مواد و دارو (هاج، کاردیناس و مونتویا، ۲۰۰۱؛ میلر، دیویس و گرینوالد، ۲۰۰۳؛ ریت - السون و همکاران، ۲۰۰۴؛ بارتکوسکی و خیائو، ۲۰۰۷؛ روستوسکی و همکاران، ۲۰۰۷) سوء مصرف الکل (پاتک - پکام<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ میچالاک، تروکی و بوند، ۲۰۰۷) کشیدن سیگار (سوسمان و همکاران، ۱۹۹۳؛ نولن و همکاران، ۲۰۰۵؛ نونمیکر و همکاران، ۲۰۰۶) افسردگی (کوینگ، مک کالو و لارسون، ۲۰۰۱؛ آکس - مارگتیک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) و حتی ناراحتی جسمانی (کاتن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ زافلارسکی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسپیلکا، وارجس و وارجس، ۱۹۹۱) رابطه منفی معناداری وجود دارد.

1. Rew & Wong
2. Patock-Peckham
3. Aukst-Margetic
4. Cotton
5. Szaflarski

ری و ونگ (۲۰۰۶) در پژوهش خود گزارش کردند که از میان ۴۳ پژوهش انجام گرفته در حوزه رابطه بین مذهب و سلامت روانی، ۸۴ درصد آنها رابطه مثبتی را میان این دو پیدا کردند. کوینگ، مک کالو و لارسون (۲۰۰۱) گزارش کردند که از میان ۸۵۰ پژوهشی که رابطه بین مذهب و سلامت روانی را بررسی می‌کرد، دو سوم آنها رابطه مثبت و معنی‌داری را میان عمل به باورهای مذهبی و سلامت روانی پیدا کرده بودند. به طور کلی، مذهب نقش فعالی را در جلوگیری یا کاهش اختلالات روانی بازی می‌کند، این اختلالات شامل اضطراب، استرس و افسردگی می‌شود (فرانسیس و همکاران، ۲۰۰۴). جنبه‌های معنوی مذهب با تمرکز بر روی هیجانات مثبت ممکن است با رابطه گرم و افزایش حمایت اجتماعی رابطه داشته باشد که هر دو آنها باعث افزایش سطح سلامت روانی فرد می‌شود (وایالانت، ۲۰۰۸). پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده نشان می‌دهد که جهت‌گیری مذهبی با افزایش سلامت روانی و کاهش اختلالات روانی رابطه دارد و قادر است به صورت مثبت سبک مقابله مذهبی مثبت را پیش‌بینی کند (آرین، خدیجه، ۱۳۷۸؛ بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳؛ صالحی و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین برخی پژوهش‌ها رابطه منفی را میان افسردگی و اضطراب با جهت‌گیری مذهبی بدست آوردند (بیرشک و همکاران، ۱۳۸۰؛ بهرامی مشعوف، ۱۳۷۳، اسلامی، ۱۳۷۶).

یکی دیگر از متغیرهایی که فرض می‌شود بر ارتقاء سطح سلامت عمومی دانشجویان تأثیرگذار است، سبک‌های مقابله<sup>۱</sup> آنها با موقعیت‌های استرس‌زا و پرتنش است. همانگونه که ذکر شد دانشجویان در معرض عوامل استرس‌زای زیادی قرار دارند که مقابله مناسب با این عوامل می‌تواند در ارتقاء سطح سلامت آنها تأثیر زیادی داشته باشد. لازاروس و فولکمن<sup>۲</sup> (۱۹۸۴) استرس را به عنوان یک رابطه پویا و دو طرفه بین شخص و محیط تعریف می‌کنند. آنها سبک‌های مقابله با استرس را به دو دسته کلی مسأله محور<sup>۳</sup> و هیجان محور<sup>۴</sup> تقسیم می‌کنند و پیشنهاد می‌کنند که افراد از هر دو نوع سبک مقابله در مواجهه با

1. coping styles
2. Lazarus & Folkman
3. problem-focused
4. emotional-focused

موقعیت‌ها استفاده می‌کنند. مقابله‌ای که فشارهای هیجانی را تسکین می‌دهد به عنوان هیجان محور، و مقابله‌ای که در آن فرد تلاش می‌کند تا عوامل به وجود آورنده این فشارهای هیجانی را تغییر دهد به عنوان مقابله مسئله محور تعریف می‌شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). استفاده از سبک مقابله اجتنابی از سبک‌های مقابله هیجان محور با سطح بالایی از استرس و فشار روانی، و استفاده از سبک مقابله حل مسئله از سبک‌های مقابله مسأله محور با سطح بالایی از استرس و فشار روانی، همراه است (آلدوین و رونسون، ۱۹۸۷). به طور کلی مطالعات نشان می‌دهد که استفاده از روش‌های هیجان محور در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا با سطح بالایی از فشار روانی همراه است، درحالی‌که استفاده از روش‌های مسأله محور با سطح پایینی از استرس و فشار روانی همراه است (فلتون و رونسون، ۱۹۸۴؛ استتون و همکاران، ۱۹۹۲؛ آلدوین و رونسون، ۱۹۸۷).

ویژگی‌های شخصیتی دانشجویان نیز فرض می‌شود با سطح سلامت آنها رابطه داشته باشد. رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و سلامت روان به خوبی مورد بررسی قرار گرفته است (مالت بی و دی، ۲۰۰۴). ویژگی‌های شخصیتی در حوزه‌های وسیعی از جمله پیش‌بینی مشکلات رفتاری کاربرد دارند (مک کری، ۲۰۰۴). با استفاده از هر دو مدل ۵ عامل بزرگ شخصیت (کاستا و مک کر، ۱۹۹۲) و سه عامل شخصیت آیزنگ (آیزنگ و آیزنگ، ۱۹۸۵) نشان داده شده است که در درجه نخست روان رنجور خوبی<sup>۱</sup>، چه در نمونه‌های بالینی و چه در نمونه‌های غیر بالینی، با سطح پایین سلامت روانی همبستگی دارد (مالت بی و دی، ۲۰۰۴). آرگیل و لو (۱۹۸۷) گزارش کردند که بین ویژگی‌های شخصیتی و سطح سلامت روانی که افراد گزارش می‌کنند همبستگی وجود دارد. نتایج پژوهش آنها نشان داد که سبک نگرش خوش بین<sup>۲</sup> و روان‌رنجور خوبی و برون‌گرایی<sup>۳</sup> قادر به پیش‌بینی سطح سلامت روان افراد هستند. مطالعات دیگری نیز عنوان کرده‌اند که سلامت روان با روان‌رنجور خوبی همبستگی منفی و با برون‌گرایی همبستگی مثبت دارد. (برنر و همکاران، ۱۹۹۵، اسکوت و ریف، ۱۹۹۷؛ فرانسیس و همکاران، ۱۹۹۸؛ فرنام و چنگ، ۱۹۹۷ و

1. neuroticism  
2. optimistic  
3. extraversion

۲۰۰۱؛ اسکیماک و همکاران، ۲۰۰۲؛ مالت بی و دی، ۲۰۰۴). مالت بی و دی (۲۰۰۴) گزارش کردند که روان‌رنجورخویی با سلامت روان همبستگی منفی و برون‌گرایی با سلامت روان همبستگی مثبت دارد. اگر تعریف کیس از سلامت روانی به عنوان ترکیبی از احساسات و عملکرد مثبت که شامل بهزیستی روانشناختی، اجتماعی و عاطفی می‌شود را در نظر بگیریم، پژوهش اسکیماک و همکاران (۲۰۰۲) و اسکموت و ریف (۱۹۹۷) نشان می‌دهد که برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی با سلامت روانی همبستگی دارد. یافته‌های این پژوهش‌ها مانند پژوهش مالت بی و دی نشان دهنده این است که روان‌رنجورخویی با سلامت روان رابطه منفی و برون‌گرایی با سلامت روان رابطه مثبت دارد. جوشنلو، نصرت آبادی و جعفری کندوان (۱۳۸۶) گزارش کردند که سطوح بالا و پایین بهزیستی اجتماعی به طور معناداری توسط روان‌رنجورخویی در دختران و برون‌گرایی در پسران قابل پیش‌بینی است.

هدف کلی پژوهش حاضر عبارت بود از بررسی روابط متغیرهای مذهب‌گرایی، سبک‌های مقابله با استرس و ابعاد شخصیت با یکدیگر و نقش آنها در پیش‌بینی سلامت عمومی دانشجویان. با توجه به این هدف سؤالات زیر تنظیم شدند:

۱- از بین متغیرهای مذهب‌گرایی، سبک‌های مقابله با استرس و ابعاد شخصیت کدامیک قادرند درصد معنی داری از واریانس سلامت عمومی دانشجویان را پیش‌بینی کنند؟

۲- از بین متغیرهای مذهب‌گرایی و ابعاد شخصیت کدامیک قادر به پیش‌بینی درصد معنی داری از واریانس سبک مقابله مسأله محور در دانشجویان هستند؟

۳- از بین متغیرهای مذهب‌گرایی و ابعاد شخصیت کدامیک قادر به پیش‌بینی سبک مقابله هیجان محور در دانشجویان هستند؟

## روش پژوهش

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری و روش اجرای پژوهش پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش را کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه علامه طباطبائی تشکیل می‌دهند که از این میان ۲۰۹ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شد. بدین صورت که از میان دانشکده‌های مختلف، یک دانشکده (اقتصاد) به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس با مراجعه به آن دانشکده و خوابگاهی که دانشجویان آن دانشکده در آن ساکن بودند، از افراد درخواست شد که به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ گویند. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، ابتدا توضیحاتی درباره تحقیق، اهداف، مزیت‌های آن و نحوه کامل کردن پرسشنامه‌ها به دانشجویان ارائه شد و به آنها نسبت به محرمانه ماندن مشخصات آنها اطمینان داده شد. داده‌های بدست آمده، به کمک روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی تحلیل شد.

## ابزار سنجش

مقیاس جهت‌گیری مذهبی<sup>۱</sup> (IRS): مقیاس جهت‌گیری مذهبی توسط بهرامی احسان (۱۳۸۱) در ایران هنجاریابی شده است. این مقیاس دارای ۶۴ آیتم است که براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. به منظور بررسی روایی سازه و نیز تحلیل ساختارهای عاملی آزمون، روش تحلیل عاملی با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی و در چرخش با استفاده از روش مایل مستقیم، تحلیل تکرار شد. نتایج بدست آمده نشان داد که مقیاس از چهار عامل مذهب‌گرایی، سازمان‌نیافتگی مذهبی، ارزش‌سازی مذهبی، و کامجویی اشباع شده است (بهرامی احسان، ۱۳۸۱). بعد مذهب‌گرایی از جملاتی تشکیل شده است که به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم رابطه عمیق و قلبی با خدا، رابطه با مردم براساس آموزه‌های دینی، اتخاذ و انجام رفتارهای توصیه شده دینی، و عاقبت‌گرایی و توجه به

1. Islamic Religiosity Scale

آخرت را در برمی‌گیرد. بعد سازمان نایافتگی مذهبی از جملاتی تشکیل شده است که ویژگی عمومی آن تردید، دودلی، ناخوشنودی از زندگی و حیات و پریشانی خاطر است. بعد ارزنده‌سازی مذهبی یا مناسک‌گرایی غالباً شامل جملاتی است که معنای آن‌ها ارزیابی مثبت و همراه با قیده‌های جدی در اعمال و مناسک مذهبی مذهبی است. معنای عمومی و غالب بعد کامجویی شامل مضامینی نظیر لذت طلبی و ترجیح آن، عدم اعتقاد عمومی به مذهب، تفسیر شخصی از دستورات مذهبی و لذت‌جویی است (بهرامی احسان، ۱۳۸۶). ضریب پایایی<sup>۱</sup> این فرم بین ۰/۹۱ و ۰/۸۵ بود، همچنین روایی محتوایی<sup>۲</sup> و سازه<sup>۳</sup> آن نیز بررسی و تأیید شده است (بهرامی احسان، ۱۳۸۱). به منظور ارزیابی روایی محتوایی مقیاس مواد آماده شده به ۵۰ روحانی عرضه شد که آنها مقیاس را واجد روایی محتوایی مطلوب ارزیابی کردند (بهرامی احسان، ۱۳۸۱). در پژوهشی میزان مقیاس معبد (گلزاری، ۱۳۸۱) به عنوان ملاک انتخاب و میزان همگرایی مقیاس جهت‌گیری مذهبی با آن بررسی شد. نتایج حکایت از همبستگی بسیار بالای این دو آزمون در تمام زمینه‌ها داشت (بهرامی احسان، ۱۳۸۱).

#### پرسشنامه سبک‌های مقابله<sup>۴</sup> (WOCQ)

این پرسشنامه که توسط فولکمن و لازاروس (۱۹۸۵) طراحی شده، شامل ۶۶ ماده است که بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. این پرسشنامه هشت روش مقابله را ارزشیابی می‌کند که در نهایت در دو سبک کلی مسئله‌محور و هیجان‌محور تقسیم می‌شوند لازاروس (۱۹۹۳) ثبات درونی مقیاس‌ها را از ۰/۷۹ تا  $\alpha = ۰/۶۶$  را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای ذکر کرده است. زین العابدینی (۱۳۸۳) و مروجی طبسی (۱۳۸۳) پایایی این آزمون را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۲ و هاشم زاده (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ بدست آوردند.

1. reliability
2. content validity
3. construct validity
4. ways of coping questionnaire



### پنج عامل شخصیت<sup>۱</sup> (R-NEO-FFI)

این آزمون توسط کاستا و مک کر (۱۹۹۲) طراحی شده و دارای ۶۰ عبارت است که پنج عامل بزرگ شخصیت، شامل روان رنجور خویی در برابر ثبات هیجانی، برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی، گشودگی<sup>۲</sup> به تجربه‌ها یا اندیشه‌ها، توافق<sup>۳</sup> در برابر تقابل و وجدانی بودن<sup>۴</sup> یا گرایش به کار را می‌سنجد. آزمودنی پاسخ مورد نظر خود را برای هر عبارت در مقیاسی ۵ گزینه‌ای (کاملاً قبول تا کاملاً رد) ارائه می‌کند. این پرسشنامه در جامعه دانشجویان علوم انسانی و ایران دارای پایایی و روایی قابل قبولی است و با اندکی تفاوت دارای همان ساختار عاملی است که در کشورهای اروپایی و آمریکایی بدست آمده است (کیامهر، ۱۳۸۱). ضریب پایایی با روش همسانی درونی برای عوامل N، E، C، O و A به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۷۸، ۰/۵۴ و ۰/۶۱ بدست آمد (کیامهر، ۱۳۸۱).

### پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۵</sup> (GHQ-28)

پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را گلدبرگ و هیلیر<sup>۶</sup> (۱۹۷۹) طراحی نمودند (علوی، نمودند (علوی، ۱۳۸۶). تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان دهنده چهار خرده مقیاس علایم بدنی، اضطرابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی است که هر خرده مقیاس هفت پرسش را در بر می‌گیرد. این آزمون علایم مرضی و حالت‌های گوناگون تندرستی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی می‌کند و بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. به دست آوردن نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده علایم مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین‌تر است. علوی (۱۳۸۶) در پژوهشی که روی هنجاریابی و بررسی خصوصیات روانسنجی پرسشنامه سلامت عمومی انجام داد، ضریب آلفای آن را ۰/۹۳ و همبستگی آن را با چهار خرده مقیاس آزمون SCL-90، ۰/۶۹

- 
1. NEO personality inventory
  2. openness
  3. agreeableness
  4. conscientiousness
  5. General Health Questionnaire
  6. Goldberg & Hillier

بدست آورد که در سطح  $a=0/01$  معنادار بود. همچنین وی اعتبار بازآزمایی آن را  $0/62$  گزارش کرد (علوی، ۱۳۸۶).

### نتایج

خطی بودن رابطه بین متغیرهای پیشین و سلامت عمومی دانشجویان چک شد و ۵ آزمودنی از ۲۰۹ آزمودنی شرکت کننده در پژوهش به علت خارج از خط بودن آماره‌هایشان از معادله حذف شدند. یکسانی نقاط پراکندگی و عدم استقلال مانده‌های مدل از پیش‌بینی کننده‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت. آماره‌های توصیفی و همبستگی میان متغیرهای موجود در مطالعه در جدول ۱ آورده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که بین سبک مقابله هیجان محور و سلامت عمومی دانشجویان همبستگی منفی معنی دار وجود دارد ( $p<0/05$ )، ولی بین سبک مقابله مسأله محور و سلامت عمومی رابطه معنی داری مشاهده نشد. سلامت عمومی با مذهب گرایی و ارزش‌سازی مذهبی همبستگی مثبت معنی دار و با سازمان نیافتگی همبستگی منفی معنی دار داشت ( $p<0/01$ ). بین کامجویی و سلامت عمومی دانشجویان نیز همبستگی معنی داری مشاهده نشد. داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که از بین ابعاد شخصیت، برون‌گرایی، توافق و وجدانی بودن با سلامت عمومی همبستگی مثبت معنی دار و روان رنجور خوبی با سلامت عمومی همبستگی منفی معنی دار دارد ( $p<0/01$ ).

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی دوتایی میان متغیرهای موجود در پژوهش

SD	M	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	
۹/۵	/۲۹ ۳۱	۰/۰۸	۲۹** ۰/	۱۸** ۰/	۰/۰۷	۳۱** ۰/	/۱۵* -۰	۰/۰۹	۱۹** -۰/	۰/۰۸	۱۸** ۰/	۵۶** ۰/	۱
۸/۲۶	۲۹/۳	/۱۷* -۰	۰/۰۲	۰/۰۴	۲۲** ۰/	۰/۰۱	۲۴** ۰/	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۰۶	-۰/۱		۲
/۰۸ ۱۵	/۱۳ ۹۷	۳۳** ۰/	۵۳** ۰/	۳۵** ۰/	۰/۰۱	۳۲** ۰/	۲۱** -۰/	۳۴** -۰/	۳۱** -۰/	۶۵** ۰/			۳
۶/۸۳	/۱۱ ۲۰	/۲** ۰	/۳** ۰	۲۱** ۰/	۱۷** ۰/	۲۱** ۰/	/۱۶* -۰	۴۱** -۰/	/۱۵* -۰				۴
/۶۳ ۱۲	۲۷/۴	۵۵** -۰/	۴۴** -۰/	۴۸** -۰/	۰/۰۵	۴۷** -۰/	۶۸** ۰/	۰/۱					۵
۴/۵۷	۱۵/۴	۰/۰۸ -	/۱۷* -۰	۱۸** -۰/	۲۷** ۰/	۰/۰۵	۰/۰۳ -						۶
۷/۵۷	۲۰/۳	۵۷** -۰/	۴۴** -۰/	۳۵** -۰/	۰/۰۵	۵۳** -۰/							۷
۶/۵۶	/۵۱ ۲۸	/۴** ۰	۴۸** ۰/	۴۵** ۰/	/۱۶*								۸
۴/۴۵	۲۵/۴	-۰/۱	۰/۰۴	۰/۰۸									۹
۴/۹	/۵۴ ۳۱	۳۳** ۰/	۵۵** ۰/										۱۰
۶/۸۹	/۴۴ ۳۶	۳۴** ۰/											۱۱
/۴۷ ۱۲	۲۲/۹												۱۲

۱- سبک مقابله مسأله محور، ۲- سبک مقابله هیجان محور، ۳- مذهب‌گرایی، ۴- ارزنده‌سازی، ۵- سازمان نیافتگی مذهبی، ۶- کامجویی، ۷- روان رنجور خویی، ۸- برون‌گرایی، ۹- گشودگی، ۱۰- توافق، ۱۱- وجدانی بودن، ۱۲- سلامت عمومی. \*\* $p < 0/01$  \* $p < 0/05$

سبک مقابله مسأله محور با مذهب‌گرایی رابطه مثبت معنی‌دار و با سازمان نیافتگی مذهبی رابطه منفی معنی‌دار دارد ( $p < 0/01$ ). همچنین برون‌گرایی، توافق و وجدانی بودن با سبک مقابله مسأله محور رابطه مثبت معنی‌دار ( $p < 0/01$ ) و روان‌رنجور خویی با سبک مقابله مسأله محور رابطه منفی معنی‌دار دارد ( $p < 0/05$ ). بررسی رابطه بین سبک مقابله

هیجان محور با مذهب گرایی و ابعاد شخصیت نشان داد که تنها روان رنجور خوبی و برون گرایی با سبک مقابله هیجان محور رابطه مثبت دارند ( $p < 0/01$ ) و رابطه معنی دار دیگری مشاهده نشد.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی سلامت عمومی دانشجویان

عامل ها	شاخص ها منبع پراکنش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	R	R <sup>2</sup>
روان رنجور خوبی	رگرسیون باقی مانده (خطا) کل	۱۰۱۴۲/۵۲ ۲۱۴۱۹/۵۲ ۳۱۵۶۲/۰۴	۱ ۲۰۲ ۲۰۳	۱۰۱۴۲/۵۲ ۱۰۶/۰۳۷	۹۵/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۰/۳۲
سازمان نیافتگی مذهبی	رگرسیون باقی مانده (خطا) کل	۱۱۷۴۸/۲۲ ۱۹۸۱۳/۸۲ ۳۱۵۶۲/۰۴	۲ ۲۰۱ ۲۰۳	۵۸۷۴/۱۱ ۹۸/۵۷۶	۵۹/۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۰/۳۷
مذهب گرایی	رگرسیون باقی مانده (خطا) کل	۱۲۶۶۲/۵۱ ۱۸۸۹۹/۵۴ ۳۱۵۶۲/۰۴	۳ ۲۰۰ ۲۰۳	۴۲۲۰/۸۴ ۹۴/۵	۴۴/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۰/۴
سبک مقابله هیجان محور	رگرسیون باقی مانده (خطا) کل	۱۳۳۱۰/۷ ۱۸۲۵۱/۱۴ ۳۱۵۶۲/۰۴	۴ ۱۹۹ ۲۰۳	۳۳۲۷/۷۲ ۹۱/۷۱	۳۶/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۰/۴۲

به منظور پاسخ به سؤال اول پژوهش «از بین متغیر های مذهب گرایی، سبک های مقابله با استرس و ابعاد شخصیت کدامیک قادرند درصد معنی داری از واریانس سلامت عمومی دانشجویان را پیش بینی کنند؟» از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است. نتایج نشان می دهد که در مرحله اول روان رنجور خوبی وارد معادله شد و به تنهایی ۳۲ درصد از واریانس سلامت عمومی دانشجویان را پیش بینی می کرد ( $p < 0/01$ ). در مرحله دوم سازمان نیافتگی مذهبی به معادله اضافه شد که به همراه روان رنجور خوبی ۳۷ درصد واریانس سلامت عمومی را پیش بینی می کرد. تغییرات F نشان می دهد که سازمان نیافتگی مذهبی به تنهایی ۵ درصد واریانس سلامت عمومی

دانشجویان را پیش‌بینی می‌کند ( $p < 0/01$ ). در مرحله سوم، متغیر مذهب‌گرایی به معادله افزوده شد و قدرت پیش‌بینی کلی سلامت عمومی دانشجویان را به ۴۰ درصد افزایش داد. سهم خالص این مرحله برای متغیر مذهب‌گرایی برابر با ۳ درصد بود ( $p < 0/01$ ). در نهایت در مرحله چهارم، سبک مقابله هیجان‌محور وارد معادله پیش‌بینی سلامت عمومی دانشجویان شد که ۲ درصد از واریانس سلامت عمومی را به تنهایی پیش‌بینی می‌کرد ( $p < 0/05$ ).

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش‌بینی سبک مقابله با استرس مسأله محور

در دانشجویان

R <sup>2</sup>	R	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌ها	عامل‌ها
							منبع پراکنش	
۰/۱	۰/۳۱	۰/۰۰۰۱	۲۱/۶۷	۱۷۷۵/۱۳	۱	۱۷۷۵/۱۳	رگرسیون	برون‌گرایی
					۲۰۲	۱۶۵۴/۸	باقی مانده	
					۲۰۳	۱۸۳۲۳/۹۳	(خطا) کل	
۰/۱۲	۰/۳۵	۰/۰۰۰۱	۱۴/۰۱	۱۱۲۰/۹۳	۲	۲۲۴۱/۸۶	رگرسیون	وجدانی بودن
					۲۰۱	۱۶۰۸۲/۰۷	باقی مانده	
					۲۰۳	۱۸۳۲۳/۹۳	(خطا) کل	

سؤال دوم پژوهش حاضر این بود که «از بین متغیرهای مذهب‌گرایی و ابعاد شخصیت کدامیک قادر به پیش‌بینی درصد معنی‌داری از واریانس سبک مقابله مسأله محور در دانشجویان هستند؟». همانطور که نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ نشان می‌دهد، از میان متغیرهای مذهب‌گرایی و ابعاد شخصیت، تنها دو بعد شخصیت برون‌گرایی و وجدانی بودن وارد معادله رگرسیون شدند. بدین ترتیب که در مرحله اول، برون‌گرایی وارد معادله شد و به تنهایی قادر به پیش‌بینی ۱۰ درصد از واریانس سبک مقابله با استرس مسأله محور در دانشجویان بود که در سطح ( $p < 0/01$ ) معنی‌دار است. در مرحله دوم، وجدانی بودن

به معادله رگرسیون اضافه شد و توانست قدرت پیش‌بینی سبک مقابله مسأله محور در دانشجویان را تا ۱۲ درصد بالا ببرد. سهم خالص این مرحله برای وجدانی بودن ۲ درصد بود ( $p < 0/05$ ).

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش‌بینی سبک مقابله با استرس هیجان محور

در دانشجویان

عامل ها	شاخص ها منبع پراکنش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	R	R <sup>2</sup>
برون‌گرایی	رگرسیون	۶۹۶/۳۲	۱	۶۹۶/۳۲	۱۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۰۵
	باقی مانده (خطا)	۱۳۱۷۲/۰۳	۲۰۲	۶۵/۲۱				
	کل	۱۳۸۶۸/۳۵	۲۰۳					

در نهایت سؤال سوم پژوهش این بود که «از بین متغیرهای مذهب‌گرایی و شخصیت کدامیک قادر به پیش‌بینی سبک مقابله هیجان محور در دانشجویان هستند؟». برای پاسخ گویی به این سؤال نیز از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد (جدول ۴). نتایج نشان می‌داد که از بین متغیرهای مذهب‌گرایی و ابعاد شخصیت، تنها برون‌گرایی وارد معادله رگرسیون شد که ۵ درصد از واریانس سبک مقابله هیجان محور در دانشجویان را به تنهایی پیش‌بینی می‌کرد ( $p < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد سلامت عمومی دانشجویان با مذهب‌گرایی و ارزش‌سازی مذهبی آنها رابطه مثبت معنی‌دار و با سازمان‌نیافتگی مذهبی در آنها رابطه منفی معنی‌دار دارد. این یافته‌ها با یافته‌های بهرامی احسان (۱۳۸۱)، بهرامی احسان و تاشک (۱۳۸۳)، بهرامی احسان و رضاپور میرصالح (۱۳۸۹) همسویی دارد. به عبارت دیگر، دانشجویانی که از اعتقادات مذهبی بیشتری برخوردار بودند، و با مردم و موقعیت‌ها براساس آموزه‌های

دینی، اتخاذ و انجام رفتارهای توصیه شده دینی و عاقبت‌گرایی و توجه به آخرت برخوردار می‌کردند و مناسک مذهبی و ارزنده سازی مذهبی را به جا می‌آوردند از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. از سوی دیگر، دانشجویانی که از زندگی ناخشنود بودند و نسبت به حیات، معنای زندگی و زندگی پس از مرگ تردید و دودلی داشتند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند. نتایج همبستگی پیرسون بین سبک‌های مقابله با استرس و سلامت عمومی دانشجویان نشان داد که سبک مقابله مسأله محور با سلامت عمومی دانشجویان رابطه مثبت معنی دار دارد. به بیانی دیگر، دانشجویانی که در مقابله با موقعیت‌های استرس زا و پر تنش در محیط خود سعی می‌کنند با آن موقعیت‌ها روبرو شوند و آنها را حل و فصل کنند، نسبت به آنهایی که با هیجان رویدادهای استرس‌زایی که با آنها روبرو می‌شوند برانگیخته می‌شوند، از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند. این یافته با نتایج فلتون و رونسون (۱۹۸۴)، استنتون و همکاران (۱۹۹۲)، آلدوین و رونسون (۱۹۸۷) و بهرامی احسان و رضاپور میرصالح (۱۳۸۹) همسو است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که از بین ابعاد شخصیت برون‌گرایی، توافق و وجدانی بودن با سلامت عمومی دانشجویان رابطه مثبت و روان رنجور خویی با سلامت عمومی آنها رابطه منفی دارد. این یافته‌ها به طور کلی با یافته‌های فرنام و چنگک (۱۹۹۷ و ۲۰۰۱)، اسکموت و ریف (۱۹۹۷)، اسکیماک و همکاران (۲۰۰۲)، جوشن لو، نصرت آبادی و جعفری کندوان (۱۳۸۶)، و بهرامی احسان و رضاپور میرصالح (۱۳۸۹) همسویی دارد. به عبارت دیگر، دانشجویانی که احساسات منفی چون ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه و احساس کلافگی دائمی داشتند از سلامت عمومی پایین‌تری برخوردار بودند و از طرفی، دانشجویانی که اجتماعی و فعال و اهل گفتگو بودند و تمایل به شرکت در جشن‌ها و مهمانی‌ها داشتند، با دیگران احساس همدردی می‌کردند و برای کمک به آنها مشتاق بودند و همچنین توانایی کنترل تکانه‌های خود و سازماندهی و برنامه‌ریزی برای رفتارها و اجرای وظایف خود را داشتند از سلامت عمومی بیشتری برخوردار بودند. همانطور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد سبک مقابله مسأله محور با مذهب‌گرایی رابطه مثبت معنی دار و با سازمان‌نیافتگی مذهبی رابطه منفی معنی دار دارد. این یافته با نتایج پژوهش سیمونی و همکاران (۲۰۰۲) همسو است. اما به

طور کلی، پژوهش‌هایی که تا کنون در زمینه رابطه بین مذهب و مقابله با استرس انجام شده است، عمدتاً بر شیوه‌های مقابله مذهبی تأکید داشته‌اند (برای مثال پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۸؛ کوئیلکی، ۲۰۰۴) و کمتر به بررسی سبک‌های مقابله عمومی<sup>۱</sup> افراد دارای گرایش‌های مذهبی پرداخته‌اند. بنابراین شواهد پژوهشی کافی برای مقایسه نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های گذشته در دست نیست. در نهایت یافته‌های پژوهش نشان داد سبک مقابله مسأله محور با برون‌گرایی، توافق و وجدانی بودن با سبک مقابله مسأله محور رابطه مثبت با روان رنجور خویی رابطه منفی دارد. از طرفی، روان رنجور خویی با سبک مقابله هیجان محور رابطه مثبت دارد. این یافته‌ها به طور کلی با یافته‌های هوکر، فریزیر و مونان (۱۹۹۴)، بوث ورث و همکاران، (۲۰۰۰) و روسچ، وی و واون، (۲۰۰۶) همسو است.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی سلامت عمومی دانشجویان نشان داد که از بین متغیرهای مذهب‌گرایی، سبک‌های مقابله با استرس و ابعاد شخصیت، چهار عامل روان رنجورخویی، سازمان‌نا یافتگی مذهبی، مذهب‌گرایی و سبک مقابله هیجان محور وارد معادله رگرسیون شدند. در مطالعه‌ای که بهرامی احسان و رضاپور میرصالح (۱۳۸۹) روی سلامت روان مادران دارای کودک عقب‌ماندگی ذهنی انجام دادند، نتایج تحلیل آماری نشان داد که تنها مذهب‌گرایی و روان رنجور خویی قادر به پیش‌بینی سلامت روان مادران کودک عقب‌مانده ذهنی هستند. یافته‌های پژوهش آنها با نتایج پژوهش حاضر همسو است. احتمالاً یکی از دلایل خارج ماندن سبک مقابله مسأله محور از معادله رگرسیون این است که مذهب در افراد به عنوان نوعی سبک مقابله عمل می‌کند و نقش سبک مقابله مسأله محور در سلامت عمومی دانشجویان نیز جزئی از نقش پیش‌بینی کننده مذهب‌گرایی در سلامت عمومی آنها قرار می‌گیرد (بهرامی احسان و رضاپور میرصالح، ۱۳۸۹).

نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سبک‌های مقابله در دانشجویان نشان داد که برون‌گرایی هم در معادله پیش‌بینی سبک مقابله مسأله محور و هم در معادله پیش‌بینی

1. general coping



سبک مقابله هیجان محور وارد شده است. به عبارت دیگر، دانشجویان با روحیه، خوش مشرب و اجتماعی هنگام روبرو شدن با موقعیت‌های استرس زا از هر دو سبک مقابله مسأله محور و هیجان محور استفاده می‌کردند. هوکر، فریزیر و موان (۱۹۹۴) رابطه مثبتی میان برون‌گرایی و سبک مقابله مسأله محور بدست آوردند که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. برون‌گرایی، به صورت یک تمایل کلی به ابراز وجود، پویا بودن و انجام اعمال اجتماعی تعریف می‌شود. این افراد هیجان پذیر، تحریک‌پذیر و خوش مشرب هستند و بنابراین منطقی است که فرض کنیم آنها در مواقع مواجه شدن با استرس به دیگران پناه می‌برند (واتسون و هابارد، ۱۹۹۶) و سعی می‌کنند برای تسکین استرس‌های وارده بر خود بیشتر از روش حل مدبرانه مسأله استفاده کنند و برای مشکلات خود راه حل منطقی بیابند (روسچ، وی و واون، ۲۰۰۶؛ فرگوسن، ۲۰۰۱). یافته‌های پژوهش در معنی دار شدن برون‌گرایی در پیش‌بینی سبک مقابله هیجان محور مغایر با یافته‌های پژوهش روسچ، وی و واون (۲۰۰۶)، و فرگوسن (۲۰۰۱) است. از طرفی دیگر، نتایج پژوهش نشان دهنده این است که سبک مقابله هیجان محور با سلامت عمومی رابطه منفی دارد، درحالی‌که دانشجویان برون‌گرا از سلامت عمومی بالا برخوردار هستند (جدول ۱). یکی از دلایل این نتایج متناقض ممکن است مشکلات و موقعیت‌های استرس‌زای خاصی باشد که دانشجویان با آنها مواجه می‌شوند. لازاروس (۱۹۹۳) این گونه گزارش می‌کند که هنگامی که موقعیت قابل کنترل است، استفاده از سبک مقابله مسئله محور با کاهش فشار روانی همراه است در حالی‌که استفاده از سبک مقابله هیجان محور در اینگونه موقعیت‌ها با افزایش فشار روانی همراه است. به هر حال استفاده از سبک مقابله هیجان محور به طور موقتی و در موقعیت‌هایی که قابل کنترل نیستند مانند یک حمله قلبی یا منتظر ماندن برای عمل جراحی می‌تواند مفید باشد. بنابراین دانشجویان برون‌گرا که از سلامت عمومی بالایی نیز برخوردارند، احتمالاً با موقعیت‌های غیرقابل کنترلی مواجهه می‌شدند که مجبور می‌شدند برای تسکین استرس ناشی از آن از سبک مقابله هیجان محور استفاده کنند. با این حال، علی‌رغم مفید بودن سبک مقابله هیجان محور در برخی موقعیت‌ها استفاده طولانی مدت از آن و به عنوان یک سبک مقابله خاص، مفید نیست (لازاروس، ۱۹۹۳).

همانطور که نتایج نشان می‌دهد، گرایش‌های مذهبی نسبت به سبک‌های مقابله نقش بیشتری در تبیین سلامت عمومی دانشجویان دارد. می‌توان گفت به این دلیل که دانشجویان فشارهای روانی خاصی را در محیط تحصیل و اکثراً دور از خانه و محل زندگی خود تجربه می‌کنند، در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی خود و همچنین یافتن معنا در زندگی، از مذهب به عنوان یکی از شیوه‌های مقابله استفاده می‌کنند و نقش دیگر سبک‌های مقابله در برابر مذهب، به عنوان شیوه‌ای برای مقابله با سختی‌های زندگی، کم‌رنگ می‌شود.

با توجه به مشکلات و فشارهای زیادی که دانشجویان با آنها مواجه هستند، لزوم برنامه‌ریزی برای برداشتن مشکلات فراروی آنها و ارتقاء سلامت عمومیشان و به تبع آن ارتقاء سطح علمی کشور بیش از پیش احساس می‌شود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر یکی از عمده‌ترین و موثرترین شیوه‌های ارتقاء وضعیت سلامت دانشجویان و تسکین فشارهای وارده بر آنها و افزایش توان آنها در رویارویی با مشکلات یافتن معنا در زندگی، محکم‌تر کردن پایه‌های اعتقادی و مذهبی آنها است، بنابراین انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. این نکته به ویژه زمانی از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شود که ایجاد تغییرات در سطوح شخصیتی بسیار دشوار و امکان‌ناگرس‌های مذهبی ساده‌تر امکان‌پذیر است. در پژوهش حاضر نمونه مورد بررسی، فقط شامل دانشجویان دختر دانشکده اقتصاد دانشگاه علامه طباطبایی می‌شد. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم بهتر داده‌ها بررسی‌های مشابهی در پسران، دیگر دانشکده‌ها و دانشگاه‌های ایران نیز صورت گیرد.

## منابع

آرین، خدیجه (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و روان‌درستی در ایرانیان مقیم کانادا. رساله دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.

اسلامی، احمد علی (۱۳۷۶). بررسی نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن و رابطه آن با افسردگی در دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان‌های اسلام شهر در سال تحصیلی ۱۳۷۵-۷۶. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.

بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۱). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال ششم، شماره ۱، صفحه ۹۰-۶۷.

بهرامی احسان، هادی؛ تاشک، آناهیتا (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال سی و چهارم، شماره ۲، صفحه ۶۳-۴۱.

بهرامی احسان، هادی؛ رضاپور میرصالح، یاسر (۱۳۸۹). رابطه گرایش‌های مذهبی و ابعاد شخصیت با سبک‌های مقابله با استرس در مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی. مقاله چاپ نشده.

بیرشک، بهروز و همکاران (۱۳۸۰). بررسی نقش مذهب در تجربه و رتبه بندی استرس‌های زندگی، افسردگی و اضطراب. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، سال پنجم، شماره ۱۹.

جوشنلو، محسن؛ نصرت‌آبادی، مسعود؛ و جعفری کندوان (۱۳۷۶). بهزیستی اجتماعی، پنج عامل بزرگ شخصیت و اعتماد به نفس. مجله علوم روانشناختی. شماره ۲۱، صفحه ۸۸-۶۶.

زین‌العابدینی، زهرا (۱۳۸۳). رابطه سخت‌رویی با شیوه‌های مقابله دانش‌آموزان دختر و پسر بخش کهک قم. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور قم.

صالحی، لیلا و همکاران (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال یازدهم، شماره ۱. صفحه ۵۵-۵۰.

گلزاری، محمود، (۱۳۷۹). ساخت مقیاس سنجش ویژگی‌های افراد مذهبی و رابطه این خصوصیات با بهداشت روان، رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

علوی، طاهره (۱۳۸۲). هنجاریابی و بررسی خصوصیات روانسنجی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان مرکز تربیت معلم شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

کیامهر، جواد. (۱۳۸۱). هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی *NEO-FFI\_R* و بررسی ساختار عاملی آن (تحلیل تاییدی) در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاه های تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

مروجی طبسی، الهام (۱۳۸۳). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با میزان تنیدگی در دانشجویان دختر قم. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور قم.

هاشم زاده، رقیه (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه سبک های مقابله ای و باورهای غیرمنطقی در طلاب و دانشجویان پسر شهرستان قم در سال ۸۴. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

- Aldwin, C.M., & Revanson, T.A. (1987). Dose coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of personality and social psychology*, 53(2), 348-377.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11, 1011-1017.
- Aukst-Margetic, B., & et al. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27, 250-255.
- Bartkowski, J.P., & Xiaohe, X.U. (2007). Religiosity and Teen Drug Use Reconsidered A Social Capital Perspective. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 234-248.
- Bosworth, H.B., Feaganes, J.R., Vitaliano, P.P., Mark, D.B., & Siegler, I.C. (2001). Personality and Coping with a Common Stressor: Cardiac Catheterization. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (1), 17-31.
- Brebner, J., Donaldson J., Kirby, N., & Ward, L. (1995). Relationships between personality and happiness. *Personality and Individual Differences*, 19, 251-258.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the NEO-FFI professional manual*. psychological Assessment Resources.
- Cotton, S. (2006). Spirituality and Religion in Patients with HIV/AIDS. *Journal of Genetic International Medicine*, 1, 5-13.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, M.W. (1985). *Personality and individual differences: a natural science approach*, New York.
- Felton, B.J. & revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Cloinical Psychology*, 52(3), 343-353.
- Ferguson, E. (2001). Personality and coping traits: A joint factor analysis. *British Journal of Health Psychology*, 6, 211-325.
- Francis, L.J. & et al. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O\_Connor, Cobb, and O\_Connor. *journal of Personality and Individual Differences*, 37, 485-494.
- Furnham, A., & Cheng, H. (1997). Personality and happiness. *Psychological Reports*, 83, 761-762.

- Furnham, A., & Cheng, H. (2001). Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health. *Journal of Happiness Studies*, 2, 307–327.
- Johnson, C., & Hayes, J. (2003). Troubled spirits: prevalence and predictors of religious and spiritual concerns among university students and counseling center clients. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 409–419.
- Heinz, M., Fahey, S.N., & Leiden, L.I. (1984). Perceived stress in medical, law and graduate student. *Journal of Medical Education*, 59, 169-179.
- Hodge, DR., Cardenas, P., & Montoya, H. (2001). Substance use: spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. *Social Work Research*, 25(3), 153– 162.
- Hooker, K., Frazier, L.D., & Monahan, D.J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, 34(3), 886-392.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Kwilecki, S. (2004). Religion and Coping: A Contribution from Religious Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(4), 477–489.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus R.S. (1993). Coping Theory and Research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 243-247.
- Levinson, D. J. (1987). *The season of a man's life*. New York: Ballantine.
- Maltby, J., & Day, L. (2004). Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mental health. *Personality and Individual Differences*, 36, 1275–1290.
- McCrae, R.R. (2004). Human nature and culture: A trait perspective. *Journal of Research in Personality*, 38, 3–14.
- Michalak, L., Trocki, K., & Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: How important is religion for abstinence and drinking?. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 268–280.
- Miller, L., Davies, M., & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Study. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1190–7.
- Nichol, K.L., Heilly, D.S., & Ehlinger, E. (2005). Colds and Influenza-Like Illnesses in University Students: Impact on Health, Academic and Work Performance, and Health Care Use. *Clinical Infectious Diseases*, 40, 1263-1270.
- Nollen, N.L. (2005). Religiosity, social support, and smoking cessation among urban African American smokers. *Addictive Behaviors*, 30, 1225–1229.
- Nonnemaker, J., McNeely, A., & Blum, R.W.M. (2006). Public and private domains of religiosity and adolescent smoking transitions. *Social Science & Medicine*, 62, 3084–3095.
- Patock-Peckham, Julie A. & et al (1998). Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student Sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 81–88.
- Pargament, K. I., et al. (1998). Religion and the problem solving process: three style of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90-104.

- Rew, L., & Wong, J. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviours. *Journal of Adolescent Health*, 38, 433–442.
- Ritt-Olson, A., Milam, J., Unger, J.B., & et al (2004). The protective influence of spirituality and “health-as-a-value” against monthly substance use among adolescents varying in risk. *Journal of Adolescence Health*, 34(3), 192–199.
- Roesch, S.C., Wee, C., & Vaughn, A.A. (2006). Relations between the Big Five personality traits and dispositional coping in Korean Americans: Acculturation as a moderating factor. *International Journal of Psychology*, 41 (2), 85–96.
- Rostosky, S. S. & et al (2007). Is Religiosity a Protective Factor Against Substance Use in Young Adulthood? Only If You’re Straight!. *Journal of Adolescent Health*, 40, 440–447.
- Schimmack, U., & et al. (2002). Culture, personality, and subjective well-being. Integrating process model of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 582–593.
- Schutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: What is the connection?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 549–559.
- Simoni, J.M., Martone, M.G., & Kerwin, J.F. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 139–147.
- Spilka B., Zwartjes, W.J., & Zwartjes, G. M. (1991). The role of religion in coping with childhood cancer. *Pastoral Psychology*, 39(5), 295–304.
- Stanton, A.L., Tennen, & H., Affleck, G., & Mendola, R. (1992). Coping and adjustment to infertility. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(1), 1-13.
- Sussman, S., Brannon, B. R., Dent, C. W., & et al. (1993) Relations of coping effort, coping strategies, perceived stress, and cigarette smoking among adolescents. *International Journal of Addict*, 28(7), 599–612.
- Szaflarski, M., & et al. (2006). Modeling the Effects of Spirituality/Religion on Patients’ Perceptions of Living with HIV/ AIDS. *Journal of Genetic International Medicine*, 21, 28–38.
- Uner, S., Ozcebe, H., Telatar, T. G., & Tezcan, S. (2008). Assessment of Mental Health of University Students with GHQ-12. *Turk Journal of Medical Science*, 38 (5), 437-446.
- Vaillant, G., & et all. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Journal of Social Science & Medicine*, 66, 221–231.
- Vaez, M.M. & Laflamme, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: a longitudinal study of Swedish. *SOCIAL BEHAVIOR AND PERSONALITY*, 36 (2), 183-196.
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of Personality*, 64, 737–774.