

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۰۷/۱۸

تاریخ بررسی مقاله: ۹۰/۰۸/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۰۴/۰۵

مجله دست آوردهای روان‌شناختی

(علوم تربیتی و روان‌شناسی)

دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۲

دوره چهارم، سال ۲۰-۳، شماره ۱

صص: ۱۳۸-۱۲۳

## رابطه‌ی بین نگرش مذهبی، سلامت روان، شادی و لذت در دانشجویان

سیدحبیب اله احمدی فروشانی\*

فریبا یزدخواستی\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه‌ی بین نگرش مذهبی، سلامت روان، شادی و لذت در دانشجویان انجام شده است. نمونه‌ی پژوهش، شامل ۱۲۸ نفر از دانشجویان شهر اصفهان بود که به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. پرسشنامه‌ی نگرش‌سنج مذهب، پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی، پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد، و مقیاس خوشکامی اسنیت-هملیتون به عنوان ابزار پژوهش، مورد استفاده قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و روش تحلیل مسیر، استفاده شد. نتایج نشان داد بین نگرش مذهبی با سلامت روان و شادی، ارتباط مستقیمی وجود ندارد. اما بین سلامت روان با شادی و شادی با لذت، رابطه‌ی مستقیم وجود دارد. بر اساس یافته‌های به دست آمده از این پژوهش، بین سلامت روان، شادی و لذت در دانشجویان، روابط معناداری وجود دارد اما ارتباط نگرش مذهبی با این متغیرها تأیید نشد.

کلیدواژگان: نگرش مذهبی، سلامت روان، شادی، لذت

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان

\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان (نویسنده‌ی مسئول)

## مقدمه

از همان آغاز شکل‌گیری روان‌شناسی به عنوان یک علم، پیشگامانی همچون جی استانلی هال و ویلیام جیمز، با تأکید بر مؤلفه‌ی معنویت، بستر مناسبی را برای ورود زود هنگام این مفهوم به علم روان‌شناسی، فراهم کرده بودند اما این بارقه، خیلی زود تحت تأثیر رویکردهایی چون روانکاوی و رفتارگرایی، به خاموشی گرایید و ورود رسمی معنویت به روان‌شناسی علمی، سال‌ها به تعویق افتاد (ولف<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱، اشنایدر و لویز، ترجمه کلانتری، طبائیان، آقائی و سجادیان، ۱۳۸۹). با این حال از حدود یکصد سال پیش که ابتدایی‌ترین مطالعات، در زمینه‌ی روان‌شناسی مذهب، آغاز شده است روز به روز شاهد غنی‌تر شدن این مطالعات در تلفیق با رویکردهای مختلف درمانی و مفاهیم گوناگون سلامت روان بوده‌ایم (بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳) به طوری که امروزه بیش از سی سال است که معنویت، به طور رسمی در کار بالینی روان‌درمانگران، وارد شده است و در زمینه‌ی سلامت، علاوه بر سه بُعد زیستی، روانشناختی و اجتماعی، بُعد معنوی نیز برای انسان در نظر گرفته می‌شود (اشمیت و جردن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). در طی سال‌های اخیر در طی مطالعات و پژوهش‌های متعددی، جایگاه معنویت در زمینه‌های مختلف سلامت و بهداشت روانی، مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از مهمترین مفاهیم روانشناختی که در مباحث معنوی و مذهبی نیز از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است، مفهوم شادی است.

در تعریف شادی، معمولاً به سه مؤلفه‌ی عاطفه‌ی مثبت تکرار شونده، احساس رضایت از زندگی و عاطفه‌ی منفی کم تکرار، تأکید می‌شود (لیوبومیرسکی، شلدون و اشکید<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). مفهوم شادی، قرابت بسیاری با مفهوم لذت دارد. به طوری که حتی معمولاً بین این دو مفهوم، مرز مشخصی تصور نمی‌شود. اما بعضی از نظریه‌پردازان این دو مفهوم را کاملاً مستقل می‌دانند، گرچه ارتباط تنگاتنگ بین آنها قابل انکار نیست. در این راستا ایزارد (۱۹۹۱) مفهوم شادی را از مفهوم لذت، مستقل دانسته و معتقد است که شادی، در برگیرنده‌ی احساس اطمینان و رضایت است و غالباً احساس دوست داشتنی بودن یا به طور خاص، احساس دوست داشته شدن را در بر می‌گیرد. همچنین در نظر ایزارد، شادی معمولاً نتیجه‌ی مستقیم

1- Wolf

2- Schmidt & Jordan

3- Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade

یک عمل نیست بلکه به دنبال تجارب مختلف به دست می‌آید (خدایپناهی، ۱۳۸۸). در رویکرد روان‌شناسی مثبت، یکی از حیطه‌های اصلی شادی، مفهوم زندگی لذت بخش<sup>۱</sup> است. این مفهوم به معنای داشتن هیجان‌ات مثبت راجع به گذشته، حال و آینده است. هیجان مثبت راجع به گذشته شامل خرسندی، رضایت و آسایش خاطر است. هیجان مثبت در مورد حال، شامل لذت‌های بدنی و حسی و نیز لذت‌های پیچیده‌تری است که از یادگیری و آموزش، حاصل می‌شوند. هیجان مثبت در مورد آینده نیز مفاهیمی چون خوشبینی، امید و ایمان را شامل می‌شود (دوک ورت، استین و سلینگمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). بنابراین همانطور که در تعریف اخیر، ملاحظه شد، مفهوم لذت و ابعاد و انواع گوناگون آن، یکی از اساسی‌ترین مفاهیم مرتبط با شادی، محسوب می‌شود.

روزین<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) در تبیین روانشناختی مفهوم لذت، به سه نوع لذت، اشاره می‌کند: لذت‌های حسی<sup>۴</sup>، لذت‌های زیبایی شناختی<sup>۵</sup> و لذت‌های دستاورد<sup>۶</sup>. لذت‌های حسی، به جنبه‌های بدنی و زیست شناختی، مربوط هستند. لذت‌های زیبایی شناختی، جنبه‌ی انتزاعی دارند، مانند لذت از موسیقی. لذت‌های دستاورد نیز از دستاوردهای مربوط به ارزش شخصی، حاصل می‌گردند (ایشی، شیماک و داینر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). در مورد مفهوم لذت، تقسیم‌بندی‌های مشابهی نیز در میان فلاسفه‌ی اسلامی، صورت گرفته است. به عنوان مثال، ابن سینا نیز لذات را در مقولات گوناگون جسمانی و عقلانی طبقه‌بندی می‌کند و بیان می‌دارد که بالاترین و با اهمیت‌ترین لذات، لذت عقلانی است (سلیمانی، ۱۳۸۹).

در زمینه‌ی ارتباط بین مذهب و معنویت با مفاهیم سلامت روان و شادی، پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است. همچنین پژوهش‌هایی از رابطه‌ی بین شادی و سلامت روان خبر می‌دهند. داینر و سلینگمن (۲۰۰۲)، به نقل از لیوبومیرسکی، کینگ<sup>۸</sup> و داینر، (۲۰۰۵) در مطالعه‌ی خود، نشان دادند که نشانگان مرضی روانشناختی، همچون افسردگی، هیپوکندریا و اسکیزوفرنیا

- 
- 1- Pleasant life
  - 2- Duckworth, Steen, & Seligman
  - 3- Rozin
  - 4- Sensory pleasures
  - 5- Aesthetic pleasures
  - 6- Accomplishment pleasures
  - 7- Oishi, Schimmack, & Diener
  - 8- King

در افراد شادتر، کمتر مشاهده می‌شود. بر اساس مطالعه‌ی بوگنر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۱)، به نقل از به نقل از لیوبومیرسکی و همکاران، (۲۰۰۵) افراد شاد، به احتمال کمتری سابقه‌ی سوء مصرف مواد دارند. در یک فراتحلیل، اسمیت، مک کالو و پل<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) با بررسی ۱۴۷ پژوهش، نشان دادند، بین مذهبی بودن با نشانه‌های افسردگی، همبستگی معنادار منفی، وجود دارد (مک کالو و ویلوبی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). فرانسیس، رابینز، لوئیز و کوئیگلی<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) با بررسی ۲۶۴ دانشجوی دوره‌ی لیسانس، به ارتباط معناداری بین نگرش مثبت به عقاید دینی مسیحیت، با سلامت عمومی دست یافتند. در پژوهشی که عبدالخالق و ناصر<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) با مسلمانان الجزایری انجام دادند، به همبستگی معنادار مذهب با سلامت روانی در مردان و نیز همبستگی معنادار مذهب با سلامت روانی، سلامت جسمانی، شادی، رضایت از زندگی و خوشبینی در زنان، دست یافتند. همچنین در این پژوهش، همبستگی منفی معناداری بین مذهبی بودن با بدبینی و اضطراب، به دست آمد.

شجاعیان و زمانی منفرد (۱۳۸۱) در بررسی خود با کارکنان فنی صنایع مهمات سازی، بین دعا با سلامت روانی، رابطه‌ای معنادار یافتند. در پژوهش شهنی ییلاق، موحد و شکرکن (۱۳۸۳) در مورد رابطه‌ی علی بین نگرش‌های مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، مشخص شد که مسیرهای مستقیم از نگرش مذهبی به خوش بینی، از خوش بینی به سلامت روان و از سلامت روانی به سلامت جسمانی، معنی دار بود. همچنین مسیرهای غیرمستقیم از نگرش مذهبی به سلامت روانی و سلامت جسمانی، معنی دار بود. کرمی، روغنچی، عطاری، بشلیده و شکری (۱۳۸۵) در پژوهش خود، نشان دادند که پایبندی به جهت‌گیری اخلاقیات مذهبی درونی با سلامت روان، مرتبط است. ریاحی، علیوردی و بنی اسدی (۱۳۸۷)، نیز با بررسی دانشجویان، ارتباط معناداری را بین جهت‌گیری دینی درونی با سلامت روان، یافتند. در پژوهش غرایبی، احمدوند، اکبری دهقی و اشرف وزنوزیان (۱۳۸۷) نیز ارتباط بین جهت‌گیری دینی درونی با سلامت روان،

- 
- 1- Bogner
  - 2- Smith, McCullough, & Poll
  - 3- Willoughby
  - 4- Francis, Robbins, Lewis, & Quigley
  - 5- Abdel-Khalek & Naceur

معنادار بود. شعاع کاظمی (۱۳۸۸) با بررسی بیماران مبتلا به تصلب چندگانه‌ی بافت (MS) به رابطه‌ی معنادار بین باورهای مذهبی بالا و سلامت روان دست یافت. در پژوهش حمید (۱۳۸۸) بین نگرش مذهبی و سلامت روانی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری به دست آمد. همچنین در این پژوهش، بین نگرش مذهبی و سیستم ایمنی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار، یافت شد. در پژوهش فلاح، گلزاری، داستانی، ظهیرالدین و موسوی (۱۳۹۰) اجرای مداخله‌ی معنوی با ۶۰ زن مبتلا به سرطان سینه، منجر به ارتقاء معنادار امید و سلامت روان در مانجویان گردید.

در مورد ارتباط مذهب و معنویت با مفهوم لذت، و همچنین ارتباط شادی با لذت، پژوهشگران این تحقیق، به پیشینه‌ی پژوهشی، دست نیافتند و بنابراین می‌توان این پژوهش را از اولین مطالعات در این دو زمینه محسوب کرد. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی بین نگرش مذهبی با سلامت روان و شادکامی، و نیز بررسی رابطه‌ی بین سلامت روان با شادکامی و همچنین بررسی رابطه‌ی شادکامی با لذت است. بنابراین فرضیات پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- نگرش مذهبی با سلامت روان، رابطه‌ی مثبت معناداری دارد، ۲- نگرش مذهبی با شادکامی، رابطه‌ی مثبت معناداری، ۳- سلامت روان با شادکامی، رابطه‌ی مثبت معناداری دارد، ۴- شادکامی با لذت، رابطه‌ی مثبت معناداری دارد.

## روش

### جامعه‌ی آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی دانشجویان دانشکده‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه‌های شهر اصفهان تشکیل می‌دهند. در این پژوهش جهت نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای استفاده شد. بدین ترتیب که از بین دانشگاه‌های شهر اصفهان که دارای دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی بودند دو دانشگاه، به تصادف، انتخاب و از بین دانشجویان دانشکده‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی این دانشگاه‌ها، تعداد ۱۲۸ نفر به تصادف، انتخاب گردیدند. با توجه به اینکه به طور معمول در ساخت مدل‌های معادله‌ی ساختاری، تعداد ۱۰۰ تا ۱۵۰ نفر به عنوان حداقل حجم نمونه‌ی رضایت بخش در نظر گرفته

می‌شود (شوماخر و لومکس، ۱۳۸۸) در مرحله‌ی نمونه‌گیری، به تعداد فوق‌الذکر، بسنده شد. کفایت حجم نمونه در قسمت یافته‌ها مورد بحث قرار گرفته است.

### ابزار تحقیق

#### الف- پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد (OHQ)

پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد<sup>۱</sup>، در سال ۱۹۸۹ توسط آرگیل، مارتین و کراسلند<sup>۲</sup> با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی بک، ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ آرگیل و هیلز<sup>۳</sup>، این پرسشنامه را مورد بازنگری قرار دادند. این مقیاس دارای ۲۹ ماده است که بر اساس طیف چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی هر آزمودنی ۰ و حداکثر آن ۸۷ می‌باشد (علی‌پور و نوری، ۱۳۸۵، کاشدان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). در هنجاریابی عابدی، میرشاه جعفری و لیاقتدار (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای این پرسشنامه به دست آمد. همچنین پایایی این مقیاس، در روش بازآزمایی ۰/۷۲ محاسبه شد. عوامل استخراج شده از این مقیاس نیز عبارت بودند از: رضایت از زندگی، احساس خوشی، عزت نفس، آرامش، احساس کنترل و کارآمدی. همچنین در پژوهش مذکور، همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی شادکامی فوردایس، ۰/۷۳ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای این پرسشنامه به دست آمد.

#### ب- مقیاس خوشکامی اسنیت - همیلتون (SHAPS)

مقیاس خوشکامی اسنیت همیلتون<sup>۵</sup> دارای ۱۴ عبارت است که ظرفیت و توانایی کسب لذت را می‌سنجد. این مقیاس، قابلیت کاربرد در هر دو زمینه‌ی بالینی و پژوهشی را دارد (ناکونزنی، کارمودی، موریس، کوریان و تریودی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). پاسخگو با خواندن هر عبارت، در یک طیف چهارگزینه‌ای، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت، نشان می‌دهد

- 1- Oxford Happiness Questionnaire
- 2- Argyle, Martin, & Crossland
- 3- Hills
- 4- Kashdan
- 5- Snaith-Hamilton Pleasure Scale
- 6- Nakonezny, Carmody, Morris, Kurian, & Trivedi

(کاویانی، موسوی، و محیط، ۱۳۸۰). محتوای عبارات این پرسشنامه چهار حیطه را شامل می‌شود: ۱- علایق و سرگرمی‌ها، ۲- تعامل اجتماعی، ۳- تجربه‌ی حسی، ۴- خوراک و نوشیدنی (کاویانی، کامیار و میرسپاسی، ۱۳۷۹). مؤلفان، دو نوع نمره‌گذاری لیکرت و دو نمره‌ای را پیشنهاد کرده‌اند. در نمره‌گذاری لیکرت، نمرات بین ۰ تا ۴۲ و در روش دو نمره‌ای، بین ۰ تا ۱۴ می‌تواند نوسان داشته باشد. در این مقیاس، نمره‌ی پایین‌تر، نشانگر توانایی بالاتر در کسب لذت است. ترجمه و انطباق این مقیاس، در ایران توسط کاویانی و همکاران صورت گرفته و مطالعات مقدماتی در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه تهران، حاکی از روایی و پایایی نسبی آن است (کاویانی و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین در پژوهش کاویانی و همکاران (۱۳۷۹) ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک، ۰/۸۰ و با مقیاس نامیدی بک ۰/۷۳ محاسبه شد. در پژوهش حاضر از روش لیکرت برای نمره‌گذاری این پرسشنامه استفاده شد و ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ محاسبه شد.

#### ج- پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28)

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی<sup>۱</sup> اولین بار توسط گلدبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۷۲) تنظیم گردید (ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامه‌ش و یعقوبی، ۱۳۸۶). فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سؤالی نیز تهیه و به ۳۸ زبان، ترجمه شده است. همچنین مطالعات روان‌سنجی بر روی این پرسشنامه در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است (گلدبرگ، گتر، ساراتوریوس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷، به نقل از ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶). ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) با تحلیل عوامل این پرسشنامه، ۴ عامل را استخراج کردند که عبارت بود از: علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی. این چهار عامل با عوامل استخراج شده توسط گلدبرگ، مطابقت دارد (ماکوسکا مرس، موسیکا و کولاسا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). همچنین در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی تصنیف ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برای این پرسشنامه به دست آمد. نقطه‌ی

1- General Health Questionnaire

2- Goldberg

3- Gater & Saratorius

4- Makowska, Merez, Mościcka, & Kolasa

برش پیشنهادی نیز ۲۴ بود، یعنی نمره‌ی ۲۴ و پایین‌تر، نشانگر سلامت مطلوب و به هنجار است. زیر مقیاس‌های پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، جنبه‌های علامت‌شناسی را نشان نمی‌دهند و لزوماً برابر با تشخیص‌های روانپزشکی نیستند. سیستم نمره‌گذاری این پرسشنامه، می‌تواند مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای یا به صورت نمره‌گذاری دوگانه در نظر گرفته شود. البته مطالعات متعدد، نشان داده است که روش لیکرت، موجب افزایش شاخص‌های غربالگری آزمون مذکور شده است. در روش نمره‌گذاری لیکرت، دامنه‌ی نمرات آزمودنی می‌تواند از ۰ تا ۸۴ باشد (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای این پرسشنامه محاسبه شد.

#### د- پرسشنامه‌ی نگرش سنج مذهب

پرسشنامه‌ی نگرش سنج مذهب (گلریز و براهنی، ۱۳۵۳) دارای ۲۵ سؤال می‌باشد که به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای، پاسخ داده می‌شود. نمره‌ی آزمودنی در این پرسشنامه می‌تواند از ۰ تا ۱۰۰ متغیر باشد. اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت و رنون و لیندزی برابر با ۰/۸۰ می‌باشد. این پرسشنامه در سال‌های اخیر مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته و پایایی آن از روش اسپیرمن- براون برابر با ۰/۶۳ و اعتبار آن برابر با ۰/۲۴ به دست آمده است (صادقی، باقرزاده لداری و حق شناس، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ برای این پرسشنامه محاسبه شد.

#### روش تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش، با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-17 و AMOS-5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل توصیفی داده‌ها از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار، و برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش آماری تحلیل مسیر، استفاده شد.

#### یافته‌ها

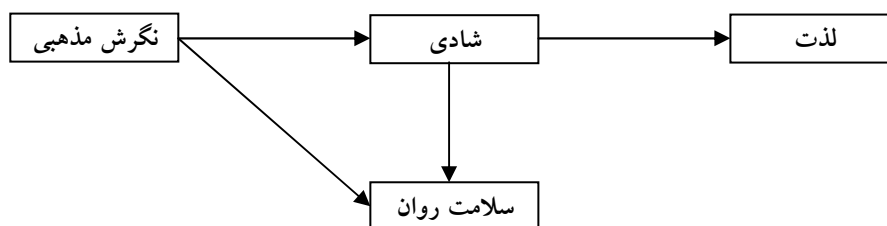
جدول شماره‌ی ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها را در چهار متغیر پژوهش، نشان می‌دهد. نمودار ۱ نشانگر فرضیه‌های پژوهش در مورد روابط بین متغیرها می‌باشد. جهت



بررسی فرضیه‌های پژوهش در مورد روابط بین متغیرها از روش تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج حاصل از روش تحلیل مسیر، در جدول شماره ۲ قابل ملاحظه است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در چهار متغیر پژوهش

شاخص‌ها متغیرها	میانگین	انحراف معیار
نگرش مذهبی	۶۸/۸۳۵	۹/۵۸۶
سلامت روان	۲۰/۲۶۵	۱۱/۱۸۵
لذت	۷/۹۷۶	۵/۰۷۱
شادی	۴۷/۲۳۴	۱۴/۰۲۸



نمودار ۱. مدل پیشنهادی رابطه‌ی مفروض بین متغیرها

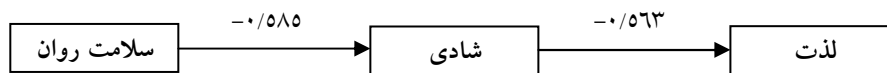
جدول ۲. اوزان رگرسیونی استاندارد مسیرهای بین متغیرهای پژوهش

خطای نمونه‌گیری	برآورد	شاخص‌ها مسیرها
۰/۱۰۳	-۰/۰۳۶	نگرش مذهبی ← سلامت روان
۰/۱۰۵	۰/۰۲۴	نگرش مذهبی ← شادی
۰/۰۹۰	*** <sup>۱</sup> -۰/۵۸۵	سلامت روان → شادی
۰/۰۲۷	** <sup>۲</sup> -۰/۵۶۳	شادی ← لذت

\*\* P < ۰/۰۰۱

۱- لازم به ذکر است که علامت منفی در اینجا به دلیل نحوه‌ی متفاوت نمره‌گذاری در مقیاس‌های مربوطه می‌باشد که در قسمت معرفی ابزارها توضیح داده شد و به معنای همبستگی منفی بین متغیرهای اصلی پژوهش نیست.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مسیر مستقیم بین نگرش مذهبی و سلامت روان و همچنین مسیر مستقیم بین نگرش مذهبی و شادی، معنادار نیست. مسیر مستقیم بین شادی و سلامت روان معنادار بوده که وزن رگرسیون استاندارد آن نیز  $-0/585$  است. همچنین مسیر مستقیم بین شادی و لذت نیز با وزن رگرسیون استاندارد  $-0/563$  معنی‌دار است. با توجه به روابط به دست آمده بین متغیرها مدل پیشنهادی اولیه‌ی پژوهش که در نمودار یک، خلاصه شد، به صورتی که در نمودار ۲ قابل ملاحظه است، اصلاح شد و برازش آن در شاخص‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت (هومن، ۱۳۸۰، شوماخر و لومکس، ۱۳۸۸). بر اساس شاخص برازندگی مجذور خی دو ( $X^2 = 2/235$ ،  $P=0/135$ )، شاخص نرم شده برازندگی ( $NFI = 0/978$ )، شاخص نرم نشده برازندگی ( $NNFI = 0/963$ )، شاخص برازش مقایسه‌ای ( $CFI = 0/988$ ) و شاخص ریشه‌ی میانگین مربعات خطای برآورد ( $RMSEA = 0/099$ )، برازنده بودن مدل، تأیید می‌شود. شاخص‌های برازش قابل قبول و مقدار غیرمعنادار مجذور خی، نشانگر کفایت حجم نمونه است (شوماخر و لومکس، ۱۳۸۸) اما بر اساس شاخص هولتر ( $HOEITER=219$ )، تعداد نمونه‌ی ۲۱۹ نفری، حداکثر دقت را در برآورد، فراهم می‌آورد.



نمودار ۲. مدل برازنده‌ی رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش

## نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی روابط بین متغیرهای نگرش مذهبی، سلامت روان، شادی و لذت انجام شد. مدل سازی اولیه‌ی مربوط به روابط بین متغیرها بر اساس مفاهیم نظری و پیشینه‌ی پژوهشی، انجام گرفت. همان‌طور که در قسمت یافته‌ها مطرح شد، نتایج این پژوهش، ارتباط معناداری را بین نگرش مذهبی با شادی و سلامت روان، نشان نداد. این یافته با یافته‌های به دست آمده در پژوهش‌های مختلفی که پیش از این در این زمینه انجام شده‌اند همچون مک کالو و پل (۲۰۰۳)، به نقل از مک کالو و ویلوبی، (۲۰۰۹)، فرانسیس و همکاران (۲۰۰۴)، عبدالخالق و ناصر (۲۰۰۷)، شعاع کاظمی (۱۳۸۸) و حمید (۱۳۸۸) همسو نمی‌باشد.

یکی از تبیین‌های احتمالی برای این تفاوت دریافته‌ها می‌تواند به تفاوت در کیفیت و نوع نگرش مذهبی و نحوه‌ی اثرگذاری آن در سیستم شناختی و هیجانی افراد، مربوط باشد. آلپورت (۱۹۵۹) بین سبک دینداری رشد یافته و رشد نیافته، تمایز قائل شد و بر این اساس، دو نوع جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را مطرح کرد. جهت‌گیری مذهبی درونی به حالتی اشاره دارد که ارزش‌های مذهبی برای فرد، درونی شده و در نظام شناختی، خلقی و رفتاری او وحدت یافته است، اما در جهت‌گیری بیرونی، فرد خود را مقید به باورهای مذهبی می‌داند اما این باورها در شخصیت، نظام شناختی، خلقی و رفتاری او درونی نشده است (غرایبی و همکاران، ۱۳۸۷). یافته‌های مختلفی که حاصل بررسی رابطه‌ی بین نگرش‌های مذهبی با سلامت روان بوده‌اند، به طور کلی بیانگر این نکته هستند که ارتباط بین سلامت روانی با باورها و نگرش‌های مذهبی، هنگامی مشاهده می‌شود که جهت‌گیری مذهبی افراد، درونی باشد. پژوهش‌های مختلفی از این تبیین، حمایت می‌کنند، به عنوان مثال، غرایبی و همکاران (۱۳۸۷)، ریاحی و همکاران (۱۳۸۷). بنابراین شاید نتوان به طور کلی و مطلق، از ارتباط نگرش‌های مذهبی با سلامت روان، سخن گفت، بلکه این ارتباط به کیفیت و نوع جهت‌گیری مذهبی افراد بستگی دارد.

هدف دیگر این پژوهش، بررسی رابطه‌ی بین سلامت روان و شادی بود. یافته‌های پژوهش حاضر، از ارتباط معنادار بین این دو مؤلفه، حمایت کردند. این یافته همسو است با پژوهش داینر و سلیگمن (۲۰۰۲) بوگنر و همکاران (۲۰۰۱) (به نقل از لیوبومیرسکی و همکاران، ۲۰۰۵). شادی یکی از هیجان‌ات اصلی انسان، محسوب می‌شود و جزء اولین هیجان‌اتی است که در جریان تحول، بروز می‌یابد (برک، ۱۳۸۶). این هیجان در دوره‌های مختلف تحولی، نقش بارزی بر سلامت و عملکرد انسان دارد، به طوری که پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که افراد شاد، در حیطه‌های مختلف زندگی، شامل ازدواج، روابط دوستانه، درآمد، عملکرد کاری و سلامت، موفق هستند (لیوبومیرسکی و همکاران، ۲۰۰۵).

مفاهیم شادی و لذت از لحاظ نظری، بسیار به هم نزدیک هستند، به طوری که حتی بعضی از نظریه‌پردازان، شادی را کاملاً بر مبنای لذت‌گرایی تعریف می‌کنند (فرانکن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴، به نقل از هادی نژاد و زارعی، ۱۳۸۸). در تعاریف مختلفی نیز که از شادی به عمل می‌آید،

---

1- Franken

مفاهیمی چون عاطفه‌ی مثبت و احساس خوشی یا لذت، همواره به چشم می‌خورد (آرگیل و کراسلند<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷، آرگیل، ۲۰۰۱، به نقل از عابدی و همکاران ۱۳۸۵). اما همان‌طور که در قسمت مقدمه نیز اشاره شد، در تعاریف دقیق‌تر، این دو مفهوم از هم مستقل، در نظر گرفته می‌شوند، گرچه همپوشی نظری بالایی دارند. به‌طور کلی توانایی کسب لذت در مباحث آسیب‌شناسی و سلامت روان، از اهمیت به‌سزایی برخوردار است به‌طوری‌که ناتوانی در کسب لذت، به‌عنوان یکی از نشانه‌های اصلی اختلال افسردگی، در نظر گرفته می‌شود (کاوایانی و همکاران، ۱۳۷۹). با این حال، در حیطه‌ی پژوهش، تاکنون بررسی ارتباط لذت با مؤلفه‌های مختلف سلامت روان، به‌طور بارز و چشمگیری، مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است. نتایج این پژوهش، نشانگر ارتباط لذت با یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روان، یعنی شادی بود. بنابراین بررسی عمیق‌تر و گسترده‌تر لذت با دیگر مؤلفه‌های سلامت روان، موضوعی است که می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد توجه محققین قرار گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به عدم تمایز بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی توسط پرسشنامه‌ی مورد استفاده در این پژوهش، اشاره کرد. شاید یکی از مهمترین دلایل عدم معناداری رابطه‌ی متغیر نگرش مذهبی با سایر متغیرها و در نتیجه حذف این متغیر از مدل پژوهش، به محدودیت ابزار پژوهش مبنی بر عدم تمایز بین جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی مربوط باشد. همچنین حجم بالاتر آزمودنی‌ها می‌تواند به نتایج دقیق‌تری در بررسی رابطه‌ی بین متغیرها منجر شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه بعدی، در زمینه‌ی سنجش نگرش مذهبی، از ابزارهایی استفاده شود که نوع و کیفیت گرایش‌های مذهبی را تمایز دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مدل مطرح شده در این پژوهش، با نمونه‌های بزرگتر و در جوامع آماری دیگری نیز مورد بررسی قرار گیرد. بررسی مقایسه‌ای مدل مذکور با توجه به عامل جنسیت نیز می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد.

## منابع

### فارسی

- ابراهیمی، امراله؛ مولوی، حسین؛ موسوی، غفور؛ برنامش، علیرضا و یعقوبی، محمد (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵ (۱)، ۵-۱۲.
- اشنایدر، م. و لویز، ش.ج (۱۳۸۹). معنویت و روان‌شناسی مثبت، ترجمه و تلخیص مهرداد کلاتری، سیده راضیه طبائیان، الهام آقائی، پریناز سجادیان. اصفهان: کنکاش.
- برک، لورا.ای (۱۳۸۶). روان‌شناسی رشد. ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ارسباران.
- بهرامی احسان، هادی و تاشک، آناهیتا (۱۳۸۳). ابعاد رابطه‌ی میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳۴ (۲)، ۴۱-۶۳.
- حمید، نجمه (۱۳۸۸). بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن. *مطالعات روان‌شناختی*، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، ۵ (۲)، ۷۳-۸۸.
- خداپناهی، محمدکریم. (۱۳۸۸). *نگیزش و هیجان*. تهران: انتشارات سمت.
- ریاحی، محمداسماعیل؛ علیوردی نیا، اکبر و بنی‌اسدی، محمدرضا (۱۳۸۷). بررسی اثرات دین‌داری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران. *مجله‌ی علوم اجتماعی دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۵ (۲)، ۵۱-۹۰.
- سلیمانی، فاطمه (۱۳۸۹). لذت و الم از نگاه ابن‌سینا. دو فصلنامه علمی- پژوهشی حکمت سینوی (مشکوه‌ی النور)، ۱۴، ۲۳-۵.
- شجاعیان، رضا و زمانی منفرد، افشین (۱۳۸۱). ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات سازی. *اندیشه و رفتار*، ۸ (۲)، ۳۳-۳۹.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۸۸). رابطه مقابله‌های مذهبی و سلامت روان در بیماران مبتلا به تصلب چندگانه بافت (MS). *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۳ (۱)، ۵۷-۶۶.

شوماخر، رندال. ای.، لومکس و ریچارد. جی (۱۳۸۸). مقدمه‌ای بر مدل سازی معادله ساختاری، ترجمه‌ی وحیدقاسمی. تهران: جامعه شناسان.

شهینی بیلاق، منیجه؛ موحد، احمد و شکرکن، حسین (۱۳۸۳). رابطه‌ی علی بین نگرش‌های مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهیدچمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۱ (۱ و ۲)، ۳۴-۱۹. صادقی، م.، باقرزاده لداری، ر. و حق‌شناس، م. (۱۳۸۹). وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۰ (۷۵)، ۷۱-۷۵.

عابدی، محمدرضا؛ میرشاه جعفری، سیدابراهیم و لیاقتدار، محمدجواد (۱۳۸۵). هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۲ (۲)، ۹۵-۱۰۰.

علی‌پور، احمد و نوری، ناهید (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس افسردگی - شادکامی در کارکنان دادگستری شهر اصفهان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۸ (۳۱ و ۳۲)، ۹۶-۸۷. غرای، بنفشه؛ احمدوند، افشین؛ اکبری دهقی، اشرف و زنونیان، سعیده (۱۳۸۷). بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۳ (۱۰)، ۸۸-۶۵.

فلاح، راحله؛ گلزاری، محمود؛ داستانی، محبوبه؛ ظهیرالدین، علیرضا؛ موسوی، سیدمهدی و اکبری، محمداسماعیل (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه‌ی گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار، ۵ (۱۹)، ۸۰-۶۹.

کاویانی، حسین؛ کامیار، کامران؛ میرسپاسی، غلامرضا (۱۳۷۹). واکنش‌پذیری هیجانی در بیماران افسرده ناخوشکام (کاربرد محرک‌های بویایی برای القای هیجان). تازه‌های علوم شناختی، ۲ (۳ و ۴)، ۷-۱.

کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف سادات و محیط، احمد (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون‌های روانی. تهران: انتشارات سنا.

کرمی، جهانگیر؛ روغنجی، محمود؛ عطاری، یوسفعلی؛ بشلیده، کیومرث و شکری، مهتاب (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی در

دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهیدچمران*

اهواز، ۱۳ (۳)، ۵۲-۳۱.

هادی‌نژاد، حسن و زارعی، فاطمه (۱۳۸۸). پایایی، اعتبار، و هنجاریابی پرسشنامه شادکامی

آکسفورد. *پژوهش‌های روانشناختی*، دوره ۱۲، شماره ۱ و ۲، ۶۲-۷۷.

هومن، حیدرعلی (۱۳۸۰). تحلیل داده‌های چندمتغیری در پژوهش رفتاری. تهران: نشر پارسا.

### لاتین

Abdel-Khalek., A. M., & Naceur, F. (2007). Religiosity and its association with positive and negative emotions among college students from Algeria. *Mental Health, Religion & Culture, 10* (2), 159-170.

Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. Available from: <http://www.arjournals.annualreviews.org>.

Francis, L. J., Robbins, M., Lewis, C. A., Quigley, C. W. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students. *Personality and Individual Differences, 37* (3), 485-494.

Kashdan, T. B., (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences, 36*, 1225-1232.

Lyubomirsky, S., King, L., Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?. *Psychological Bulletin, 131* (6), 803-855.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. Available from: <http://www.apa.org/journals/gpr/>.

Makowska, Z., Merez, D., Mościcka, A., & Kolasa, W. (2002). The validity of General Health Questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 15* (4), 353-362.

McCullough, M. E., Willoughby, B. L. B. (2009). Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations, and Implications. *Psychological Bulletin, 135* (1), 69-93.

Nakonezny, P. A., Carmody, T. J., Morris, D. W., Kurian, B. T., & Trivedi, M. H. (2010). Psychometric evaluation of the Snaith

Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) in adult outpatients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 25 (6), 328–333.

Oishi, S., Schimmack, U., & Diener, E. (2001). Pleasures and subjective well - being. *European Journal of Personality*, 15, 153-167.

Schmidt, S. W. & Jordan, M. R. (2010). *The Spiritual Horizon of Psychotherapy*. London and New York: Routledge.

Wulf, D. M. (1991). *Psychology of Religion*. New York: John Wiley & Sons Inc.