

تحقیقی

رابطه جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای با سلامت معنوی دانشجویان پرستاری

قاسمعلی خشنود^۱، نسرم شایان^۲، ناهید بابایی امیری^۳، جمال عاشوری^{*۴}

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. ۲- دکتری روانشناسی، گروه نوروسایکولوژی، دانشگاه آی دبلیو یو، دبی، امارات. ۳- استادیار روانشناسی، گروه آموزش ابتدایی، دانشکده آموزش معلمان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یادگار امام (ره) شهرری، تهران، ایران. ۴- دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: امروزه نقش مذهب، شادکامی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای در پیشگیری و درمان مشکلات بهداشت عمومی و سلامت معنوی مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اهمیت رشته پرستاری، این پژوهش با هدف تعیین ارتباط جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای با سلامت معنوی دانشجویان پرستاری انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه این پژوهش کلیه دانشجویان رشته پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد پیشوا در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بودند. در کل از میان ۲۲۸ دانشجوی پرستاری، ۱۴۰ دانشجوی واحد شرایط به روش تصادفی-طبقه ای وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه های جهت گیری مذهبی آلپورت و راس (۱۹۶۷)، شادکامی آرگایل و لو (۱۹۹۰)، منبع کنترل راتر (۱۹۷۵)، راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن (۱۹۹۳) و سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) بود. داده ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تحلیل شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد جهت گیری مذهبی درونی ($r=0/48$)، شادکامی ($r=0/34$)، منبع کنترل درونی ($r=0/19$) و راهبرد مسئله مدار ($r=0/17$) با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی دار و منبع کنترل بیرونی ($r=0/21$) با سلامت معنوی رابطه معنی دار و معکوس داشتند. جهت گیری مذهبی درونی، منبع کنترل بیرونی و شادکامی در یک مدل پیش بین توانستند ۳۷ درصد از واریانس سلامت معنوی را پیش بینی کنند که در این پیش بینی سهم متغیر جهت گیری مذهبی درونی ۲۳ درصد بود.

نتیجه گیری: با توجه به توانایی جهت گیری مذهبی درونی، منبع کنترل بیرونی و شادکامی در پیش بینی سلامت معنوی برنامه ریزان، درمانگران و مشاوران روانی اجتماعی باید به نشانه های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آن ها برنامه هایی را برای بهبود سلامت معنوی دانشجویان پرستاری طراحی کنند.

کلیدواژه ها: جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل، راهبردهای مقابله ای، سلامت معنوی

* نویسنده مسئول: دکتر جمال عاشوری، پست الکترونیکی: jamal_ashoori@yahoo.com

نشانی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).

وصول مقاله: ۹۴/۱/۲۴، اصلاح نهایی: ۹۴/۵/۱۹، پذیرش مقاله: ۹۴/۹/۷

مقدمه

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت محسوب می شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی انسان را هماهنگ می کند (۱). وقتی سلامت معنوی فردی به طور جدی به خطر بیفتد، ممکن است دچار اختلالات روحی مثل تنهایی، افسردگی و پوچی در زندگی شود. بنابراین سلامت معنوی، بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و زندگی افراد را از یک زندگی مادی به یک زندگی معنوی تبدیل می کند (۲). یکی از عواملی که با سلامت معنوی ارتباط دارد، جهت گیری مذهبی است. براساس نظریه Allport و Ross منظور از جهت گیری مذهبی، گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است که دارای دو بعد جهت گیری درونی و بیرونی می باشد. جهت گیری مذهبی - درونی، فراگیر و دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است، در حالی که جهت گیری مذهبی - بیرونی، امری خارجی است و به عنوان ابزاری برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می گیرد (۳). پژوهش های فراوانی نشان داده اند که مذهب دارای یک ارتباط مثبت با سلامت معنوی است و افراد با جهت گیری مذهبی - درونی به دین و دینداری به یک عامل اصلی برای احساس معنی در زندگی رسیده اند. یافته های پژوهش Farland نشان داد افرادی که به اجرای مراسم مذهبی مقید هستند، سلامت معنوی بالاتری دارند (۴). پژوهش های متعددی نشان می دهد که افراد با جهت گیری مذهبی - درونی نسبت به افراد با جهت گیری بیرونی از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند (۸-۴).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با سلامت معنوی، شادکامی است که ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این قضاوت از بیرون به فرد تحمیل نمی شود، بلکه حالتی شخصی و درونی است که از هیجان های مثبت تاثیر می پذیرد (۹). طبق تعریف Veenhoven، شادکامی درجه و میزانی است که با آن یک فرد کیفیت کلی زندگی خود را به عنوان یک زندگی کاملاً مطلوب مورد قضاوت قرار می دهد (۱۰). یافته های پژوهش های متعددی

رابطه مستقیم میان شادکامی و سلامت معنوی را گزارش کردند (۱۳-۱۱).

عامل دیگری که با سلامت معنوی ارتباط دارد، منبع کنترل است. افراد با منبع کنترل بیرونی معتقدند که موفقیت و شکست آن ها توسط عوامل بیرونی مانند سرنوشت، شانس، افراد قدرتمند و نیروهای محیطی غیرقابل پیش بینی اداره می شوند، اما افراد با منبع کنترل درونی معتقدند که اعمال و توانایی های آن ها تعیین کننده موفقیت ها و شکست های آن - هاست. افرادی که جهت گیری درونی دارند از کسانی که جهت گیری بیرونی دارند محبوب ترند، عزت نفس بالاتر و روابط اجتماعی بهتری دارند و با استرس بهتر مقابله می کنند (۱۴). در واقع کنترل بر زندگی خود آثار سودمندی دارد و سبب سازگاری روان شناختی بیشتر و کاهش مشکلات جسمی، روانی و رفتاری می شود (۱۵). همچنین پژوهش ها نشان داده اند که افراد با منبع کنترل درونی نسبت به افراد با منبع کنترل بیرونی، احساس رضایت بیشتری از زندگی خود می کنند (۱۹-۱۶).

عامل مرتبط دیگر با سلامت معنوی، راهبردهای مقابله ای است. راهبردهای مقابله ای مناسب باعث سازگاری فرد با شرایط تازه می شود، اما راهبردهای مقابله ای نامناسب ممکن است در نهایت به مشکلات روانشناختی منجر شود (۲۰). راهبردهای مقابله ای به کاربرد هدفمند فنون شناختی و رفتاری اطلاق می شود که با هدف از بین بردن، کاهش دادن یا به حداقل رساندن تاثیر استرس بکار می رود. راهبردهای مقابله ای به دو دسته راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار تقسیم می شوند. راهبرد مسئله مدار شامل: اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش زاست. در مقابل راهبرد هیجان مدار شامل: اقدام هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقع تنش زاست و تعادل هیجانی و عاطفی را از طریق کنترل هیجانان حاصله از موقعیت تنش زا حفظ می کند (۲۱ و ۲۲). راهبردهای مسئله - مدار به طور مستقیم مشکل را بررسی می - کنند و معمولاً با یافتن راه حل های مناسب باعث کاهش اضطراب و افزایش سلامت می شود (۲۳ و ۲۴). راهبرد هیجان مدار در کوتاه مدت راهبردی کارآمد است، اما در درازمدت مانع سازش فرد و باعث افزایش نشانه - های درماندگی می شود. با این راهبرد مشکل پیش آمده، حل نشده باقی می ماند

پرستاری بودن، عدم ابتلای اعضای خانواده به بیماری روانی یا بیماری مزمن جسمی و عدم رخداد تنیدگی زا مانند: مرگ نزدیکان در یک سال گذشته بود. روش اجرای پژوهش این گونه بود که پس از کسب اجازه از ریاست دانشگاه آزاد اسلامی واحد پیشوا به دانشکده پرستاری مراجعه کرده و پس از هماهنگی نمونه لازم با روش نمونه گیری تصادفی - طبقه ای انتخاب شد، پس از انتخاب نمونه و توضیح هدف پژوهش اطلاعات مورد نیاز بدون درج نام و نام خانوادگی، با رعایت اصل رازداری و دریافت رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش جمع آوری شد. در این پژوهش از روش های آمار توصیفی؛ یعنی شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها و از همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام برای آزمون فرض های آماری استفاده شد. لازم به ذکر است که از نرم افزار SPSS-19 برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ای مشتمل بر اطلاعات جمعیت شناختی، جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل، راهبردهای مقابله و سلامت معنوی استفاده شد.

پرسشنامه جهت گیری مذهبی در سال ۱۹۶۷ توسط Allport و Ross طراحی شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه است که پاسخ هر گویه با استفاده از مقیاس چهار درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود. در این مقیاس عبارات ۱ تا ۱۲ برای سنجش جهت گیری بیرونی مذهبی و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت گیری درونی مذهبی را می سنجد. هر چه نمره آزمودنی در یک مقیاس بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است (۳ و ۲۶). این ابزار در سال ۱۳۷۸ ترجمه و هنجاریابی شده است. همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۷۴ بدست آمد. در این مطالعه نیز ضرایب اعتبار برای مقیاس های جهت گیری مذهبی درونی و جهت گیری مذهبی بیرونی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد.

سیاهه شادکامی آکسفورد در سال ۱۹۹۰ توسط Argyle و Lu طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۹ گویه است که هر گویه با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدی موافقم، موافقم و کاملاً موافقم) از ۱ تا ۵

و موجب افزایش نارضایتی و کاهش سلامت معنوی می شود (۲۴ و ۲۵).

گرچه مطالعات پیشین به بررسی ارتباط جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای با سلامت معنوی اشاره داشته اند، ولی یکی از نارسایی های اصلی این مطالعات، عدم توجه به نقش همزمان این متغیرها در پیش بینی سلامت معنوی است. هنگامی که همه این متغیرها در یک مدل پیش بین همزمان در نظر گرفته شوند، کدام یک آگاهی بیشتری از سلامت معنوی خواهد داد؟ همچنین در چند دهه اخیر پژوهش های زیادی به بررسی ارتباط جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای با سلامت معنوی پرداخته اند، اما هیچ یک از این پژوهش ها به بررسی دانشجویان رشته پرستاری نپرداخته اند. با توجه به اهمیت و حساس بودن شغل آینده دانشجویان رشته پرستاری که هدف آن مراقبت از بیماران در جهت حفظ و ارتقای سلامت خواهد بود، لذا توجه به سلامت این قشر اهمیت مضاعفی دارد. با شناسایی مهم ترین متغیرها یا ویژگی های مرتبط با سلامت می توان از مشکلات سلامت پیشگیری کرد. بهبود سلامت پرستاران منجر به بهبود وضعیت سلامت بیماران بستری شده در بخش های مختلف بیمارستان می شود. در نتیجه هدف پژوهش حاضر، تعیین ارتباط همزمان جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل و راهبرد مقابله ای با سلامت معنوی دانشجویان پرستاری بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل: دانشجویان رشته پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد پیشوا در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بودند. حجم نمونه ۲۲۸ نفر بود که در کل از میان آنان ۱۴۰ دانشجوی رشته پرستاری به روش تصادفی- طبقه ای بر اساس جنسیت انتخاب شدند. در این روش پس از مشخص شدن تعداد دانشجویان دختر و پسر رشته پرستاری دانشگاه آزاد (۱۵۶ دختر و ۷۲ پسر)، به همان نسبت از میان آنان ۱۴۰ دانشجو (یعنی ۹۶ دختر و ۴۴ پسر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرط ورود به مطالعه، برخورداری از سلامت جسمی و روانی، دانشجوی رشته

نمره گذاری می شود و هر چه نمره آزمودنی بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای شادکامی است. آنان اعتبار ابزار مذکور را با روش آلفای کرونباخ $0/90$ گزارش کردند (۲۷). در کشور ما این ابزار در سال ۱۳۷۸ ترجمه شد و روایی آن با نظر متخصصان تایید شد. همچنین اعتبار آن با روش دو نیمه کردن $0/92$ گزارش شد (۲۸). در این مطالعه ضریب اعتبار متغیر شادکامی با روش آلفای کرونباخ $0/84$ محاسبه شد.

پرسشنامه منبع کنترل در سال ۱۹۷۵ توسط Rotter ساخته شد که دارای ۲۹ گویه است که هر گویه دارای دو گزینه (الف و ب) می باشد که آزمودنی باید یکی را انتخاب کند. در هر گویه یکی از گزینه‌ها منبع کنترل درونی و دیگری منبع کنترل بیرونی را می سنجد و آزمودنی به ازای انتخاب هر منبع کنترل، یک نمره می گیرد. دامنه نمرات برای بعد از منبع کنترل درونی و بیرونی هربار از ۰ تا ۲۹ می باشد و هر چه نمره آزمودنی در یک مقیاس بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است. جعفری و همکاران (۱۳۸۸) ضمن تایید روایی ابزار با نظر متخصصان، پایایی کل آن را با روش آلفای کرونباخ $0/87$ و با روش دو نیمه کردن $0/84$ گزارش کردند (۲۹). در این مطالعه ضرایب اعتبار برای مقیاس های منبع کنترل درونی و منبع کنترل بیرونی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/78$ و $0/72$ محاسبه شد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله Ider سال ۱۹۹۳ توسط Lazarus و Folkman طراحی شده است. این ابزار ۶۶ گویه ای با استفاده از مقیاس چهار درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم، مخالفم، موافقم و کاملاً موافقم) از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود و دو مقیاس راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار را اندازه می گیرد. هر چه نمره آزمودنی در یک مقیاس بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است. اعتبار راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار با روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/82$ و $0/79$ گزارش شده است (۳۰). در کشور ما این ابزار در سال ۱۳۸۹ با روش آلفای کرونباخ اعتباریابی شد و به ترتیب اعتبار راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار $0/85$ و $0/76$ گزارش شد (۳۱). در این مطالعه ضرایب اعتبار برای مقیاس های راهبرد مسئله مدار و راهبرد هیجان مدار با روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/79$ و $0/73$ محاسبه شد.

پرسشنامه منبع کنترل در سال ۱۹۷۵ توسط Rotter ساخته شد که دارای ۲۹ گویه است که هر گویه دارای دو گزینه (الف و ب) می باشد که آزمودنی باید یکی را انتخاب کند. در هر گویه یکی از گزینه‌ها منبع کنترل درونی و دیگری منبع کنترل بیرونی را می سنجد و آزمودنی به ازای انتخاب هر منبع کنترل، یک نمره می گیرد. دامنه نمرات برای بعد از منبع کنترل درونی و بیرونی هربار از ۰ تا ۲۹ می باشد و هر چه نمره آزمودنی در یک مقیاس بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است. جعفری و همکاران (۱۳۸۸) ضمن تایید روایی ابزار با نظر متخصصان، پایایی کل آن را با روش آلفای کرونباخ $0/87$ و با روش دو نیمه کردن $0/84$ گزارش کردند (۲۹). در این مطالعه ضرایب اعتبار برای مقیاس های منبع کنترل درونی و منبع کنترل بیرونی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/78$ و $0/72$ محاسبه شد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله Ider سال ۱۹۹۳ توسط Lazarus و Folkman طراحی شده است. این ابزار ۶۶ گویه ای با استفاده از مقیاس چهار درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم، مخالفم، موافقم و کاملاً موافقم) از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود و دو مقیاس راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار را اندازه می گیرد. هر چه نمره آزمودنی در یک مقیاس بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است. اعتبار راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار با روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/82$ و $0/79$ گزارش شده است (۳۰). در کشور ما این ابزار در سال ۱۳۸۹ با روش آلفای کرونباخ اعتباریابی شد و به ترتیب اعتبار راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار $0/85$ و $0/76$ گزارش شد (۳۱). در این مطالعه ضرایب اعتبار برای مقیاس های راهبرد مسئله مدار و راهبرد هیجان مدار با روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/79$ و $0/73$ محاسبه شد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله Ider سال ۱۹۹۳ توسط Lazarus و Folkman طراحی شده است. این ابزار ۶۶ گویه ای با استفاده از مقیاس چهار درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم، مخالفم، موافقم و کاملاً موافقم) از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود و دو مقیاس راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار را اندازه می گیرد. هر چه نمره آزمودنی در یک مقیاس بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است. اعتبار راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار با روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/82$ و $0/79$ گزارش شده است (۳۰). در کشور ما این ابزار در سال ۱۳۸۹ با روش آلفای کرونباخ اعتباریابی شد و به ترتیب اعتبار راهبرد مسئله مدار و هیجان مدار $0/85$ و $0/76$ گزارش شد (۳۱). در این مطالعه ضرایب اعتبار برای مقیاس های راهبرد مسئله مدار و راهبرد هیجان مدار با روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/79$ و $0/73$ محاسبه شد.

یافته ها

شرکت کنندگان در این مطالعه، ۱۴۰ دانشجوی رشته پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین - پیشوا در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ با میانگین سنی $22/7$ سال بودند. در این پژوهش ۹۶ دانشجوی دختر ($68/57\%$ درصد) و ۴۴ دانشجوی پسر ($31/43\%$ درصد) بودند. پیش از انجام تحلیل فرضیه های پژوهش به روش رگرسیون گام به گام، پیش فرض های رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برای همه متغیرها برقرار است. همچنین مقدار عامل تورم واریانس (VIF) برای همه متغیرهای پیش بین تقریباً برابر با یک می باشد که از ۱۰ فاصله بسیار زیادی دارد، بنابراین فرض هم خطی بودن چندگانه رد می شود. علاوه بر آن مقدار دوربین-

رگرسیون گام به گام استفاده کرد. برای بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای با سلامت معنوی از همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۱).

واتسون (Durbin-Watson) برابر با ۱/۹۵ می باشد که از ۴ فاصله دارد، بنابراین فرض همبستگی پسماندها نیز رد می شود. با توجه به نکاتی که ذکر شد پیش فرض های استفاده از رگرسیون وجود دارد. بنابراین برای تحلیل می توان از روش

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای با سلامت معنوی

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار	جهت گیری مذهبی درونی	جهت گیری مذهبی بیرونی	شادکامی	منبع کنترل درونی	منبع کنترل بیرونی	راهبرد مساله مدار	راهبرد هیجان مدار	سلامت معنوی
جهت گیری مذهبی درونی	۱/۰۲۳/۹۲	۱							
جهت گیری مذهبی بیرونی	۰/۹۴ \pm ۲/۸۶	۰/۳۵**	۱						
شادکامی	۱/۱۵ \pm ۳/۴۷	۰/۳۷**	۰/۱۱	۱					
منبع کنترل درونی	۴/۷۲ \pm ۱۸/۲۳	۰/۵۴**	۰/۱۶	۰/۱۹*	۱				
منبع کنترل بیرونی	۲/۲۶ \pm ۱۰/۷۷	-۰/۱۲	۰/۳۹**	۰/۱۷*	۰/۰۹	۱			
راهبرد مسئله مدار	۱/۳۲ \pm ۳/۷۵	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۲۵**	۰/۳۲**	۰/۰۷	۱		
راهبرد هیجان مدار	۱/۰۸ \pm ۲/۶۴	-۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۲۱*	۰/۱۴	۱	
سلامت معنوی	۱/۱۶ \pm ۴/۱۷	۰/۴۸**	-۰/۱۲	۰/۳۴**	۰/۱۹*	-۰/۲۱*	۰/۱۷*	۰/۰۷	۱

منبع کنترل درونی، منبع کنترل بیرونی و راهبرد مسئله مدار رابطه مثبت و معنی دار دارد. منبع کنترل درونی با راهبرد مسئله مدار رابطه مثبت و معنی دار و منبع کنترل بیرونی با راهبرد هیجان مدار رابطه مثبت و معنی دار دارد. سایر متغیرها رابطه معنی داری با هم نداشتند. همچنین برای مشخص کردن متغیرهای توانمند در پیش بینی سلامت معنوی و موثرترین متغیر در این پیش بینی، از رگرسیون گام به گام و ضرایب رگرسیون استفاده شد (جدول ۲).

یافته ها حاکی از آن است که جهت گیری مذهبی درونی، شادکامی، منبع کنترل درونی و راهبرد مسئله مدار با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی دار و منبع کنترل بیرونی با سلامت معنوی رابطه منفی و معنی دار دارد.

سایر متغیرها حاکی از آن است که جهت گیری مذهبی درونی با جهت گیری مذهبی بیرونی، شادکامی و منبع کنترل درونی رابطه مثبت و معنی دار و جهت گیری مذهبی بیرونی با منبع کنترل بیرونی رابطه مثبت و معنی دار دارد. شادکامی با

جدول ۲: خلاصه تحلیل رگرسیون با مدل گام به گام برای پیش بینی سلامت معنوی و ضرایب استاندارد و غیراستاندارد

مدل	متغیر پیش بین	R	R2	تغییر R	تغییر F	ارزش P	غیر استاندارد β	استاندارد شده Beta
اول	جهت گیری مذهبی درونی	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۳	۵۸/۳۱	۰/۰۰۱	۱/۴۷	۰/۵۷
دوم	جهت گیری مذهبی درونی منبع کنترل بیرونی	۰/۵۷	۰/۳۲	۰/۰۹	۹/۷۶	۰/۰۰۱	-۰/۴۸	-۰/۱۹
سوم	جهت گیری مذهبی درونی منبع کنترل بیرونی شادکامی	۰/۶۱	۰/۳۷	۰/۰۵	۸/۱۲	۰/۰۰۵	۰/۸۴	۰/۱۴

همبستگی این دو متغیر با سلامت معنوی ۰/۵۷ بوده و این دو متغیر توانسته اند حدود ۳۲ درصد از تغییرات سلامت معنوی را پیش بینی کنند. ورود این متغیر توانسته حدود ۹ درصد توان پیش بینی را افزایش دهد. در مدل سوم، سومین متغیری که وارد معادله شده شادکامی بوده که با ورود این متغیر، ضریب همبستگی این سه متغیر با سلامت معنوی ۰/۶۱ شده

یافته ها نشان داد در مدل اول جهت گیری مذهبی درونی، بیشترین نقش را در پیش بینی سلامت معنوی داشته است. ضریب همبستگی این متغیر با سلامت معنوی ۰/۴۸ بوده و این متغیر توانسته ۲۳ درصد از تغییرات سلامت معنوی را پیش بینی کند. در مدل دوم پس از جهت گیری مذهبی درونی، منبع کنترل بیرونی وارد معادله شده است. ضریب

که این سه متغیر توانسته اند حدود ۳۷ درصد از تغییرات سلامت معنوی را پیش بینی کنند. ورود شادکامی توانسته حدود ۵ درصد توان پیش بینی را افزایش دهد.

همچنین با قبول ترتیب ورود متغیرها و با توجه به بتای استاندارد متغیر جهت گیری مذهبی درونی با بتای استاندارد معادل ۰/۵۷، بیشترین سهم را در پیش بینی تغییرات سلامت معنوی داشت، سپس متغیر منبع کنترل بیرونی با بتای استاندارد ۰/۱۹- نقش منفی و در نهایت متغیر شادکامی با بتای استاندارد ۰/۱۴ نقش مثبت و موثری در پیش بینی سلامت معنوی داشت.

بحث

یافته ها نشان داد جهت گیری مذهبی درونی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی دار و جهت گیری مذهبی بیرونی با سلامت معنوی رابطه معنی داری نداشت که این یافته با پژوهش های McFarland (۲۰۰۹)، Elmer و همکاران (۲۰۰۳)، پاکیزه (۱۳۸۷) و عسگری و همکاران (۱۳۹۱) همسو بود (۸-۴). یافته های پژوهش Gabler نشان داد افرادی دارای جهت گیری مذهبی درونی، دارای سلامت معنوی بالاتری بودند (۶). یک تبیین بر اساس نظریه Allport و Ross (۱۹۶۷) این گونه است که افراد دارای جهت گیری درونی برخلاف افرادی که جهت گیری بیرونی دارند، مذهب را به مثابه هدف در نظر می گیرند و یک نظام درونی ارزشی قوی دارند. همچنین جهت گیری درونی، احساس تعهد، وظیفه شناسی و رضایت افراد را ارتقا می بخشد که این امر نخست باعث افزایش موفقیت افراد می شود و در نهایت این مسئله باعث افزایش سلامت معنوی آنان می شود (۳). تبیین دیگر این که فرد مذهبی به یک مبدا متعالی اعتقاد دارد. چنین فردی با اتکا به قدرت الهی و اعتماد به خدای حاضر و قادر، احتمال وقوع رخداد های خوشایند را برای خود بیشتر می داند و رخداد های ناخوشایند را با توکل به نیروی ایمان خود به راحتی پشت سر می گذارد و این امر باعث می شود از سلامت معنوی بیشتری برخوردار باشد (۳۴). همچنین شادکامی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی دار داشت که این یافته با پژوهش های Clark و Watson (۲۰۰۲) و Davis و Bordieri (۲۰۰۸) همسو بود (۱۱ و ۱۳). یافته های پژوهش Judge و Bono (۲۰۰۷) نشان داد که شادکامی با

سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی داری داشت (۱۲). این یافته از آنجایی که Hillis و Argyle (۲۰۰۹) شادکامی را به عنوان نگرش و ادراک شخصی به حالتی مطبوع و دلپذیر تعریف کرده اند، درست به نظر می رسد؛ یعنی هر چقدر افراد احساس مطبوع تر و شادتری داشته باشند، از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند (۹). تبیین دیگر این که احساس شادکامی دارای زمینه ای از عواطف مثبت همچون: رضایت، خشنودی، لذت و کام جویی است و سلامت معنوی که یکی از مهم ترین حیطه های سلامت است شامل: برقراری تعادل جسمانی، شناختی و روانی است. این عواطف مثبت می توانند باعث تعادل جسمانی، شناختی و روانی انسان ها شوند و در نتیجه زمینه را برای بروز و ارتقای سلامت معنوی فراهم کنند (۳۴).

از میان مولفه های منبع کنترل، منبع کنترل درونی رابطه مثبت و معنی دار و منبع کنترل بیرونی رابطه منفی و معنی-داری نشان داد که این یافته با یافته پژوهش های Salazar (۲۰۰۲)، Muhonen و Torkelson (۲۰۰۴) و یاسمی نژاد و فرزین یاسمی (۱۳۹۱) همسو بود (۱۷-۱۶ و ۱۹). Patten (۲۰۱۰) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که منبع کنترل درونی برخلاف منبع کنترل بیرونی که رابطه منفی و معنی دار با سلامت معنوی داشت، با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی دار داشت (۱۸). در تبیین این یافته می توان گفت همان طور که Cassidy و Long (۲۰۱۰) گزارش کردند، افرادی که منبع کنترل درونی دارند از اعتماد به نفس، خودکارآمدی و توان حل مسئله بالاتری برخوردارند. این امر باعث می شود این افراد از خود تصور مثبت تری داشته باشند و این امر در نهایت باعث می شود آنان از سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند (۲۲). علاوه بر آن نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که راهبرد مسئله مدار با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنی دار داشت و راهبرد هیجان-مدار با سلامت معنوی رابطه معنی داری نداشت. این روابط با یافته پژوهش های Billings و Moos (۲۰۰۸)، Cassidy و Long (۲۰۱۰)، Lazarus و Folkman (۱۹۹۳)، Helena و Scot (۲۰۱۱) و صادقی موحد و همکاران (۱۳۸۹) همسو بود (۲۱ و ۲۲ و ۳۰ و ۳۵ و ۳۶). Livneh و Wilson (۲۰۰۳) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که راهبرد مسئله مدار برخلاف

پژوهش مشخص شد جهت گیری مذهبی درونی نسبت به سایر متغیرها، بهترین و قوی ترین پیش بینی کننده سلامت معنوی بود که این متغیر توانست ۲۳ درصد از تغییرات سلامت معنوی را پیش بینی کند. این یافته با پژوهش‌های McFarland (۲۰۰۹) و Gabler (۲۰۰۴) و عسگری و همکاران (۱۳۹۱) همسو بود (۸ و ۶ و ۴). در تبیین این یافته می توان گفت افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی به مذهب به عنوان امری درونی شده و دارای اصول سازمان یافته نگاه می کنند و علاوه بر آن دین و مذهب با سلامت معنوی تا حدود زیادی همپوشی دارد که این عامل باعث می شود جهت گیری مذهبی درونی موثرترین متغیر در پیش بینی سلامت معنوی باشد (۳۴).

نتیجه گیری

در این مطالعه مشخص شد در یک مدلی که جهت گیری مذهبی، شادکامی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای به طور همزمان برای پیش بینی سلامت معنوی رقابت نمایند، جهت گیری مذهبی درونی، منبع کنترل بیرونی و شادکامی موثرترین متغیرها در پیش بینی سلامت معنوی هستند. در این مدل جهت گیری مذهبی درونی بالاترین وزن استاندارد را داشت. پس آنچه در سلامت معنوی نقش عمده ای ایفا می کند، در وهله نخست این است که افراد چقدر در زمینه مذهب دارای اصول سازمان یافته و منسجم هستند. بنابراین برنامه ریزان، درمانگران و مشاوران روانی- اجتماعی برای افزایش سلامت معنوی نخست باید به نشانه های متغیرهای مذکور توجه کرده و سپس بر اساس آن ها برنامه هایی را برای بهبود سلامت معنوی دانشجویان پرستاری طراحی کنند.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه مسئولان و دانشجویان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد پیشوا که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود. لازم به ذکر است که این پایان نامه مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد پیشوا است که در تاریخ ۱۳۹۲/۰۹/۲۰ با کد ۹۲۵۱۵ تصویب شده است.

راهبرد هیجان مدار توان پیش بینی سلامت معنوی را داشت (۲۰). همان طور که در بالا ذکر شد یافته های این پژوهش با نتایج سایر پژوهش ها همخوانی دارد. بر این اساس قابل تبیین است که طبق مدل Lazarus و Folkman (۱۹۹۳) در فرآیند مقابله مهارت های شناختی برای حل مسئله مورد استفاده قرار می گیرند (۲۳). فرد با بکار بستن سبک مقابله سازگار؛ یعنی مسئله مدار از مهارت- های شناختی برای حل مسئله استفاده می کند. بر این اساس راه های مقابله با مشکل به طور مستقیم بررسی می شوند و معمولاً با یافتن راه حل های مناسب برای مشکل رضایت روانی حاصل می شود و در نتیجه سلامت معنوی افزایش می یابد. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی بدست آمده منبع استرس نیز بهتر شناسایی می گردد و مسئله پیش آمده حل می شود. این امر باعث افزایش اعتماد به نفس، کاهش اضطراب و آشفتگی می شود و در نهایت باعث افزایش سلامت معنوی می شود. همچنین یافته های تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای جهت گیری مذهبی درونی، شادکامی و منبع کنترل بیرونی پیش بینی سلامت معنوی پرستاران را داشتند. این یافته در زمینه جهت گیری مذهبی درونی با پژوهش های McFarland (۲۰۰۹)، Gabler (۲۰۰۴) و عسگری و همکاران (۱۳۹۱)، در زمینه شادکامی با پژوهش های Judge و Bono (۲۰۰۷) و Davis و Bordieri (۲۰۰۸) و در زمینه منبع کنترل بیرونی با پژوهش های Muhonen و Torkelson (۲۰۰۴)، Patten (۲۰۱۰) و یاسمی نژاد و یاسمی (۱۳۹۱) همسو بود (۴ و ۶ و ۸ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹). در تبیین این یافته ها می توان گفت افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی همیشه یک نیروی برتر را حامی و همراه خود می دانند و افراد شادکام احساس مطبوع، خشنودی، لذت، کام جویی و شادی در زندگی روزمره دارند که این عوامل سبب افزایش سلامت معنوی می شود (۳۴ و ۹). همچنین افراد دارای منبع کنترل بیرونی اعتماد به نفس و خود ارزیابی منفی ای دارند که این عامل سبب کاهش سلامت معنوی می شود (۲۲). در این

References

1. Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 39(6): 993-1002.
2. Lin HR. Psycho-Spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 44: 69-80.
3. Allport GW, Ross JM. Personal Religious Orientation Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1967; 5: 432-43.
4. McFarland MJ. Religion and Mental Health Among Older Adults: Do the Effects of Religious Involvement Vary by Gender? Department of Sociology, University of Texas, Austin, TX 78705. 2009.
5. Elmer L, MacDonald D, Friedman H. Transpersonal psychology, physical health and mental health: Theory, research and practice. *Journal of Humanistic Psychologist*. 2003; 31: 159-81.
6. Gabler WM. The Relationship of Prayer and Internal Religiosity to Mental and Spiritual Well-being. Master thesis, University of Wisconsin-Stout. 2004.
7. Pakizeh A. [Comparison of mental health of students and the impact of spirituality on it]. Proceedings of the forth National Seminar on Mental Health of students, Gilan University. 2009. [Persian]
8. Asgari P, Roshani KH, Merhri Aderiyani M. [The relationship religiosity and hope with spiritual well-being of student in Islamic Azad university of Ahvaz]. *Journal of New Findings in Psychology*. 2012; 7(2): 27-39. [Persian]
9. Hillis P, Argyle M. Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. *Journal of Personality and Individual Differences*. 2009; 30: 595-608.
10. Sarracino F. Determinants of subjective well-being in high and low income countries: Do happiness equations differ across. *Journal of Socio-Economics*. 2013; 42: 51-66.
11. Rodriguez-Muñoz A, Sanz-Vergel AI. Happiness and well-being at work: A special issue introduction. *Revisit de Psychologies Organizations*. 2013; 29(3): 95-7.
12. Judge TA, Bono JE. Relationship of core self-evaluations traits-self-esteem, happiness, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability-with spiritual well-being: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 2007; 86(1): 80-92.
13. Davis GL, Bordieri JE. Perceived autonomy and spiritual well-being in occupational therapists. *American Journal of occupy Therapy*. 2008; 42(9): 591-5.
14. Hedari Tafreshi GH. [Structural equation modeling approach to explain relationship between attachment style and locus of control with marital satisfaction in academic staff of rodehen islamic azad university]. *Journal of Research in Educational Management*. 2013; 3(3): 23-44. [Persian]
15. Demir S, Demir SG, Bulut H, Hisar F. Effect of mentoring program on ways of coping with stress and locus of control for nursing students. *Asian Nursing Research*. 2014; 8(4): 254-60.
16. Salazar J. Locus of control and its influence on hotel managers' spiritual well-being. *Journal of Human Resources in Hospitality and Tourism*. 2002; 1(2): 15-26.
17. Muhonen T, Torkelson E. Work locus of control and its relationship to health and spiritual well-being from a gender perspective. *Journal of Stress and Health*. 2004; 20(1): 2-28.
18. Patten DM. An analysis of the impact of locus-of-control on internal auditor spiritual well-being. *Managerial Auditing Journal*. 2010; 20(9): 1016-29.
19. Yaseminejad P, Farzin Yasemi A. [The relationship between attachment style and locus of control with spiritual well-being in married student university]. Proceedings of the forth National Seminar on Mental Health of students, Gilan University. 2012. [Persian]
20. Livneh H, Wilson LM. Coping strategies as predictors and mediators of disability related variables and psychosocial adaptation. *Journal of Rehabilitation Counselor Bull*. 2003; 46: 194-208.
21. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*. 2008; 4: 139-57.
22. Cassidy T, Long C. Problem-Solving style, stress and psychological illness: development of a multifactorial measure. *British Journal of clinical psychology*. 2010; 35, 265-77.
23. Bain SA, McGroarty A, Runcie M. Coping strategies, self-esteem and levels of interrogative suggestibility. *Personality and Individual Differences*. 2015; 75: 85-9.
24. Latefa AD, Muayyad MA. For fathers raising children with autism, do coping strategies mediate or moderate the relationship between parenting stress and quality of life? *Research in Developmental Disabilities*. 2015; 36: 620-9.
25. Li L. High rates of prosecution and conviction in China: The use of passive coping strategies. *International Journal of Law, Crime and Justice*. 2014; 42(3): 271-85.
26. Mokhtari A, Allahyari AA, Rasoolzadeh Tabatabayi K. [The relationship between religiosity with rate of tension]. *Journal of Psychology*. 2002; 5(2): 56-67. [Persian]
27. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. *Personality and Individual Difference*. 1990; 11: 1011-17.
28. Noorbala AA, Alipoor A. [Investigation reliability and validity of oxford happiness questionnaire in student of Tehran universities]. *Journal of Thought and Behavior*. 2000; 5(1,2), 28-40. [Persian]
29. Jafari E, Sohrabi F, Jomehri F, Najafi M. [The Relationship between type C personality, locus of control and hardiness in patients suffering from cancer and normal subjects]. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1(1): 57-66. [Persian]
30. Lazarus RS, Folkman S. From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Anne Review Psychology*. 1993; 44: 1-21.

31. Alipoor A, Hashemi T, BabaPoor KHerodddin J, Toosi F. [The relationship between coping strategies and happiness of student university]. *Journal of Psychology in Tabriz University*. 2010; 18(4): 71-86. [Persian]
32. Sharif Nia SH, Hojjati H, Nazari R, Qorbani M, Akhoondzade G. [The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2012; 5(1): 29-34. [Persian]
33. Tabakhnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics* (5th ed.), Boston: Allyn & Bocon. 2007.
34. Maleki Z, Ashkan S, Ashoori J, Yosefi N. [Relationship between personality traits, religiosity and

- happines with general health among nursing students]. *Iran Journal of Nursing*. 2014; 26(6): 90-100.
35. Helena DD, Scott RW. Mental health perceptions and coping strategies Of Albanian immigrants and their families. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2011; 37(1): 95-108.
36. Sadeghi Movahhed F, Molavi P, Shargi A, Narimani M, Mohammad Nia H, Deilami P, Rajabi S. [On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients]. *Journal of Fundamentals Mental Health*. 2010; 12(2): 480-7. [Persian]

Archive of SID

Original Paper

Relationship between Religious Orientation, Happiness, Locus of Control and Coping Strategies, and Spiritual Well-being Among Nursing Students

Ghasemali Khoshnood (MA)¹, Nasram Shayan (PhD)², Nahid Babaie Amiry (PhD)³, Jamal Ashoori (PhD)^{*4}

1- MA of Family Counseling, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran. 2- PhD in Psychology, Department of Neuropsychology, American World University, Dubai, Emirates. 3- Assistant Professor of Psychology, Department of Elementary Education, College of Teacher Training, Yadegar-e-Imam Khomeini (RAH) Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. 4- PhD in Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Today, the role of religiosity, happiness, locus of control and coping strategies has been considered in prevention and treatment of general health and spiritual well-being problems. Concerning the importance of nursing, this research aimed to investigate the relationship between religious orientation, happiness, locus of control and coping strategies and spiritual well-being among nursing students.

Material and Methods: This correlational study was conducted on 140 selected via stratified random sampling among 228 nursing students of Islamic Azad University of Pishva in 2013-14 academic year. The questionnaires were Allport & Ross religiosity (1967), Argyle & Lu happiness (1990), Rotter locus of control (1975), Lazarus & Folkman coping strategies (1993) and Paloutzin & Ellison spiritual well-being (1982). The data was analyzed by stepwise regression using SPSS-19 software.

Results: The findings showed that the internal religiosity orientation ($r=0.48$), happiness ($r=0.34$), internal locus of control ($r=0.19$) and problem solving strategies ($r=0.17$) had a positive significant correlation with spiritual well-being and external locus of control ($r=-0.21$) had a negative significant relationship with spiritual well-being. The Internal religiosity orientation, external locus of control and happiness could predict 37 percent of variance of spiritual well-being in that the share of internal religiosity orientation variable was 23 percent.

Conclusion: Given the importance of internal religiosity orientations, external locus of control and happiness in predicting spiritual well-being, we recommend that programmers, therapists and psychosocial counselors consider them in their programs to promote spiritual well-being of nursing students.

Keywords: Religious Orientation, Happiness, Locus of Control, Coping Strategies, Spiritual Well-being

* **Corresponding Author:** Jamal Ashoori (PhD), **Email:** jamal_ashoori@yahoo.com

Received 13 Apr 2015

Revised 10 Aug 2015

Accepted 28 Nov 2015

This paper should be cited as: Khoshnood GhA, Shayan N, Babaie Amiry N, Ashoori J. [Relationship between Religious Orientation, Happiness, Locus of Control and Coping Strategies, and Spiritual Well-being Among Nursing Students]. J Res Dev Nurs Midwifery. [Article in Persian]