مجله علوم رفتاری
دوره ۶، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۱
صفحات: ۱۰۳-۹۷

Journal of Behavioral Sciences
Vol. 6, No. 2, Summer 2012
Pages: 97-103

رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان

Relationship of spirituality, resiliency, and coping strategies with quality of life in university students

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۰

خدامراد مؤمنی ✉، افسانه شهبازی‌راد[۱]

Momeni Kh. *PhD* ✉, Shahbazirad A. *MSc*

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و توان پیش‌بینی این مفاهیم در کیفیت زندگی دانشجویان انجام شد.

روش: جامعه آماری پژوهش دانشجویان دانشگاه رازی بود. تعداد ۳۷۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شد. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل مقیاس تجربیات معنوی غباری، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)، مقیاس راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (WOCQ) و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) بود. پژوهش از نوع همبستگی و داده‌ها به روش رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: معنویت، تاب‌آوری و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ۳۸ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرد. بین تاب‌آوری، معنویت و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار با کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود داشت. بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با کیفیت زندگی رابطه منفی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این‌که متغیرهای تاب‌آوری، معنویت و راهبردهای مقابله‌ای پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای کیفیت زندگی هستند، می‌توان با ایجاد چنین ظرفیت‌هایی کیفیت زندگی دانشجویان را ارتقاء بخشید.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، معنویت، تاب‌آوری، راهبرد مقابله‌ای، دانشجویان

Abstract

Introduction: This study was conducted to determine the relationships of spirituality, resiliency, and coping strategies with quality of life, and to determine their predicting power in university students' quality of life.

Method: The statistical population was Razi University students. The samples (N=375) were selected by classified random method for this population. The information collection tools were Ghobari's Spirituality Experience; Conner, and Davidson Resiliency Questionnaire (CD-RISC); Coping Strategies Scale of Lazarus and Folkman (WOCQ); and Quality of Life Questionnaire (SF-36). This study had the correlation design and data were analyzed by stepwise regression.

Results: Spirituality, resiliency, and emotion-oriented strategy predicted 38% of quality of life variance. Quality of life had a positive relationship with resiliency, spirituality, and problem-oriented strategy factors and a negative relationship with emotion-oriented coping strategy.

Conclusion: Since resiliency, spirituality, and coping strategies factors could predict the quality of life, the students' quality of life will be enhanced by creating such capacities.

Keywords: Quality of Life, Spirituality, Resiliency, Coping Strategy, University Students

✉ گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران
۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University,Kermanshah, Iran
E-mail: Khmomeni2000@yahoo.com

Archive of SID
www.SID.ir

مقدمه

امروزه در کنار افزایش طول عمر، عامل مهم دیگری مثل چگونگی زندگی کردن یا کیفت زندگی مطرح است، بنا به تعریف گروه کیفیت سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL)، کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی‌های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می‌شود [۱]. کیفیت زندگی درکی است که افراد از موقعیت‌شان در زندگی، در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی دارند و با اهداف، آرزوها و استانداردهای آن‌ها در ارتباط است [۲]. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد و چیزی بیش از سلامت جسمانی است و شامل احساس سالم بودن، سطح رضایت‌مندی و وجود حس کلی خودارزشمندی است، مفهومی انتزاعی و پیچیده شامل زمینه‌های گوناگونی که تمام آن‌ها در رضایت شخصی و عزت‌نفس سهم دارند [۳]. گاهی اوقات کیفیت زندگی معادل رضایت از زندگی افراد تعریف می‌شود و شامل طیف وسیعی از رضایت افراد از کلیه مسائل زندگی خود می‌باشد [۴]. کیفیت زندگی با بهداشت روانی افراد ارتباط دارد و به بیان حالات و تغییرات و توانایی‌های افراد و میزان رضایت افراد از عملکردهای زندگی می‌پردازد [۵]. امروزه توجه به ظرفیت‌هایی معطوف شده است که درکیفیت زندگی نقش بسیار دارند. یکی از این مؤلفه‌ها، معنویت است که در واقع نوعی آگاهی درونی و احساس ارتباط بین خود و جهان اطراف می‌باشد [۶]. *گیولری* [۷] معنویت را شعور و خودآگاهی ذاتی انسان‌ها تعریف کرده و معتقد است که معنویت برخاسته از ارزش‌ها و باورهای مشخص از قبل تعیین شده است. *اسوینتون* و *پاتیسون* [۸] معنویت را جنبه ای از وجود انسان می‌دانند که به فرد انسانیت می‌دهد و معتقدند که معنویت با ساختارهای مهم فرد در ارتباط است و به فرد برای مقابله با مسائل زندگی کمک می‌کند. *وگان* [۹] معنویت را بالاترین سطح رشد در زمینه‌هایی همچون شناخت، اخلاق و هیجان در بین افراد می‌داند و آن‌را به عنوان یک نگرش و شامل تجربیات اوج و از حوزه‌های رشدی در نظر می‌گیرد. از دیگر سازه‌های مطرح در حوزه‌های بهداشت روانی که جایگاه ویژه‌ای را برای خود کسب کرده است، تاب‌آوری است که به عنوان توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک و شرکت فعال فرد در محیط تعریف شده است [۱۰]. *گارمزی* [۱۱] هم تاب‌آوری را توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدید کننده می‌داند، در تعریفی دیگر *والر* [۱۲] تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار ذکر می‌کند. *کاپلان* [۱۳] معتقد است اشخاص تاب آور در رفتارهای ارتقای سلامتی مشارکت بیشتری دارند و از درگیری در فعالیت‌های روزانه استقبال می‌کنند، از چالش لذت می‌برند و تغییر را به جای ثبات ترجیح می‌دهند. دیگر سازه مطرح در کیفیت زندگی راهبرد مقابله با استرس است که روانشناسی سلامت برای سبک مقابله‌ای در سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است و آن‌را به عنوان گسترده‌ترین موضوع مطالعاتی در روانشناسی معاصر و یکی از مهمترین عوامل روانی و اجتماعی می‌داند که رابط بین استرس و بیماری می‌باشد [۱۴]. *فولکمن* و *لازاروس* [۱۵] مقابله را فرایندی پیچیده می‌دانند که با توجه به ارزیابی‌هایی که فرد از موقعیت استرس‌زا و فشارهای آن موقعیت دارد، تغییر می‌کند و تلاش‌های رفتاری - شناختی فعال فرد را در بر می‌گیرد. پژوهشگران معتقدند که بیشتر مردم ترجیح می‌دهند تا از روش‌های مقابله‌ای خاصی در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده کنند که در واقع مجموع این راهبردها، سبک‌های مقابله‌ای فرد را شکل می‌دهد [۱۶]. راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به‌کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود [۱۷]. *هیگینز* و *اندلر* [۱۸] سبک‌های مقابله‌ای را به سه نوع مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار تقسیم کرده‌اند، که سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار به رفتارها و شناخت‌هایی که هدف آن‌ها تغییر موقعیت یا متغیر استرس‌زا است اطلاق می شود. این سبک مقابله دارای دو مؤلفه است که مؤلفه اول آماده‌سازی است و در آن جستجوی اطلاعات و برنامه‌ریزی صورت می‌گیرد و مؤلفه دوم عمل نام دارد که حل مسئله و مقابله فعال صورت می‌گیرد و راهبردهایی مثل جمع‌آوری، سازماندهی و تفسیر اطلاعات را شامل می‌شود. سبک مقابله ای هیجان‌مدار رفتارها و شناخت‌هایی را شامل می‌شود که در آن هدف تغییر پاسخ فرد به عامل تنش‌زا است، راهبردهای آن شامل اشتغال فکری با خود، خیالپردازی و تمرکز بر ابعاد هیجانی است. در سبک مقابله‌ای اجتنابی، فرد با فاصله گرفتن از مسئله استرس‌زا از آن فرار می‌کند و در جستجوی حمایت عاطفی و واگذاری مسئولیت مقابله به اطرافیان می‌باشد. برخی از تقسیم‌بندی‌ها دو سبک مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی را در یک طبقه مفهوم‌سازی کرده‌اند و سبک اجتنابی را به صورت سبک مقابله‌ای هیجانی در نظر می‌گیرند [۱۹]. نتایج پژوهش‌های انجام شده در خصوص رابطه بین متغیرها بسیار متناقض می‌باشد، مثلاً *لیم* و *ایی* [۲۰] و *ریپنتروپ* و همکاران [۲۱] در پژوهش‌های جداگانه ای به رابطه مثبت بین معنویت و کیفیت زندگی دست

www.SID.ir

یافتند، حال آن‌که *ماکروس* و *مک‌کاپ* [۲۲] عدم رابطه معنویت و کیفیت زندگی را گزارش کردند. *الیس* [۲۳] معتقد است که افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیرمذهبی دارای اغتشاش هیجانی بیشتری هستند و تأکید داشت که راه‌کارهای غیرمذهبی مناسب‌ترین راه‌های درمان در حل مشکلات هیجانی است. پژوهش‌های انجام شده درباره رابطه راهبرد مقابله و کیفیت زندگی هم متناقض است، مثلاً *خیرآبادی* و همکاران [۲۴] و *مرساک* و همکاران [۲۵] به رابطه مثبت بین راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی و *ملکی* و همکاران [۲۶] و *صفوی* و همکاران [۲۷] به عدم رابطه راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی دست یافتند. در پژوهش‌های صورت‌گرفته توسط *سامانی* و همکاران [۲۸] و *جوکار* [۲۹] به رابطه مثبت بین تاب‌آوری و رضایت از زندگی(از مؤلفه‌های کیفیت زندگی) اشاره شده است، اما هم‌چنان کمبود پژوهش در زمینه رابطه بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی بسیار مشهود است. کیفیت زندگی به‌واسطه نقشی که در سلامت روانی افراد دارد از اهمیت زیادی برخوردار است، به‌خصوص این‌که یکی از عواقب عمده کاهش کیفیت زندگی را افزایش مشکلات روان‌شناختی ذکر کرده‌اند [۳۰] و با توجه به این‌که دانشجویان از اقشار برگزیده و آینده‌ساز کشور هستند که مسلماً کیفیت زندگی و سلامت روانی آن‌ها در یادگیری و موفقیت تحصیلی آنان تأثیرگذار خواهد بود و با نظر به این‌که پژوهش‌های انجام شده نمایان‌گر بروز برخی حالات و رفتارهای نامساعد روانشناختی نظیر اضطراب و افسردگی در محیط دانشگاهی هستند [۳۱]. بنابراین شناخت عواملی که بتواند کیفیت زندگی این قشر را افزایش دهد مهم تلقی شده و باید مورد رسیدگی قرار گیرد. بر همین اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا کیفیت زندگی دانشجویان با درنظر گرفتن معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای قابل پیش‌بینی است؟

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه رازی بود که در نیم‌سال اول سال‌تحصیلی ۹۱-۹۰ مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه تعداد ۳۷۵نفر بر اساس جدول *مورگان* با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از بین هفت دانشکده دانشگاه انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: گذراندن حداقل دو ترم سال تحصیلی و نیز رضایت از همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها و ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها شامل مشروط شدن یا تغییر رشته در طی مدت تحصیل بود. با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها در سطح دانشکده‌ها، از دانشجویان به دفاتر مشاوره دانشکده‌ها به منظور همکاری در اجرای یک طرح پژوهشی دعوت می‌شد و توضیحات لازم توسط همکاران پژوهشگر درباره چگونگی همکاری و طول مدت زمانی که برای تکمیل پرسشنامه‌ها لازم بود و این‌که اطلاعات به صورت فردی گزارش نخواهد شد و محرمانه است به آزمودنی‌ها داده شد. در صورت اعلام رضایت، پرسشنامه‌ها در اختیار آنان برای تکمیل شدن قرار می‌گرفت. پرسشنامه‌ها بدون نام طراحی شدند، ولی بعضی از آزمودنی‌ها شرط همکاری را در ارائه نتایج فردی به آن‌ها منوط کردند که در این خصوص اقدام شد. مدت زمان جمع‌آوری اطلاعات با همکاری مرکز مشاوره دانشگاه حدود دوماه طول کشید. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمارتوصیفی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36): این پرسشنامه ۳۶ عبارتی توسط *وارو‌شربون* در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد، هدف از طرح این مقیاس ارزیابی حالت سلامت از ابعاد جسمانی و روانی است، این پرسشنامه یک پرسشنامه معتبر است که به‌طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به‌کار برده می‌شود، پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است، امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود. این پرسشنامه دارای حیطه‌های هشت‌گانه است: عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی و سلامت عاطفی. ضریب اعتبار گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از۰/۷۷تا۰/۹۵به‌غیر از خرده مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بود، در مجموع یافته‌ها نشان داد‌که نسخه ایرانی این پرسشنامه از روایی و اعتبار بالایی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت معمولی برخوردار است [۳۲]. *بنی‌هاشمیان* و همکاران [۳۳] ضرایب اعتبار بازآزمایی و ثبات درونی این مقیاس را بالاتر از ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه تجربیات معنوی غباری و همکاران: این پرسشنامه توسط *غباری‌بناب* و همکاران در یک مقیاس هفت درجه‌ای که از کاملا مخالف تا کاملا موافق را در بر می‌گیرد ساخته شده است. برخی از سؤال‌ها به شکل مستقیم و برخی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب اعتبار این آزمون ۰/۹۴ گزارش شده است و از روایی محتوایی مناسب برخوردار است [۳۴] و در پژوهش‌های متعددی در ایران مورد استفاده قرا گرفته است [۳۶، ۳۵].

پرسشنامه تاب‌آوری (CD-RISC): مقیاس تاب‌آوری *کانر* و

www.SID.ir

دیویدسون یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که در یک طیف پنج درجه‌ای از کاملا نادرست تا همیشه درست تدوین شده است، دامنه نمره‌گذاری این مقیاس بین ۲۵ تا ۱۲۵ است [۱۰]. در پژوهشی که توسط *سامانی* و همکاران [۲۸] برای بررسی اعتبار این مقیاس در دانشجویان صورت گرفت، اعتبار این مقیاس را ۰/۹۳گزارش کردند، میزان شاخص KMO هم برابر ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر ۲/۴۷ گزارش شده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن: این یک پرسشنامه ۶۶ ماده‌ای است که توسط *لازاروس* و *فولکمن* و بر اساس یک نظریه شناختی-پدیدارشناختی درباره تنیدگی، برآورد و مقابله ساخته شده است، و به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی‌زای زندگی روزمره به کار می‌روند، می‌پردازد و در یک مقیاس چهار درجه‌ای (اصلا، گاهی اوقات، معمولا و زیاد) نمره‌گذاری می‌شود [۳۷]. *قدمگاهی* و *دژکام* [۳۸] ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن‌را به فاصله چهار هفته ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. الگوهای هشت‌گانه که توسط این پرسشنامه بررسی می‌شود به دو دسته روش‌های مسئله‌مدار (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌مدار (مقابله رویاروگر، دوری‌جویی، گریز- اجتناب و خویشتنداری) تقسیم شده است [۳۹].

یافته‌ها

از ۳۷۵ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش ۶۸/۵ درصد دختر و ۳۱/۵ درصد پسر بودند. میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان به ترتیب ۲۱/۸۷ و ۲/۶۷ سال بود. از دانشکده‌های علوم پایه؛ ۲۴/۳ درصد، علوم اجتماعی؛ ۱۵/۲ درصد، ادبیات؛ ۲۳/۵ درصد، کشاورزی؛ ۱۱/۷ درصد، فنی؛ ۲۰/۵ درصد، تربیت‌بدنی؛ ۳/۲ درصد و دامپزشکی؛ ۱/۶ درصد در پژوهش شرکت داشتند.

میانگین و انحراف معیار در متغیرهای کیفیت زندگی به ترتیب؛ M=۵۴۴/۱۶ و SD=۲۸/۱۰، تاب‌آوری؛ M=۸۲/۳۱ و SD=۱۵/۹۳، معنویت؛ M=۳۶/۷۲ و SD=۶۵/۳۸ و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار؛ M=۳۸/۲۲۶ و SD=۹/۲۳ و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار؛ M=۳۴/۷۰۱۴ و SD=۷/۷۶ بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱- آماره‌های توصیفی در متغیرهای معنویت، تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
کیفیت زندگی	۵۴۴/۱۶	۲۸/۱۰	۹۲۵	۳۴۸۰
تاب‌آوری	۸۲/۳۱	۱۵/۹۳	۳۶	۱۱۹
معنویت	۳۶۳/۷۲	۶۵/۳۸	۱۲۰	۵۰۵
راهبرد مقابله مسئله‌مدار	۳۸/۲۲۶	۹/۲۳	۱۲	۶۵
راهبرد مقابله هیجان‌مدار	۳۴/۷۰۱۴	۷/۷۶	۱۳	۶۰

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی نشان داد که در گام نخست متغیر تاب‌آوری وارد معادله شد R^2=۰/۲۸۹ که با توجه به میزان F=151/741 در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد، یعنی ۲۸ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری تبیین شد. در گام دوم با اضافه شدن متغیر راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار مقدار R^2=۰/۳۶۷ افزایش یافت که با توجه به میزان F=107/818 در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد، یعنی تقریباً ۳۶/۷ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط متغیرهای تاب‌آوری و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار تبیین شد و در گام سوم متغیر معنویت وارد معادله شد که مقدار R^2=۰/۳۸ افزایش یافت و با توجه به میزان F=75/783 در سطح P<۰/۰۵ معنادار می‌باشد، یعنی ۳۸ درصد واریانس متغیر کیفیت زندگی توسط متغیرهای تاب‌آوری، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و معنویت تبیین شد. اما راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار در سطح معنادار قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی نبود. در کل متغیرهای تاب‌آوری، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و معنویت ۳۸ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند (جدول شماره ۲).

جدول۲- نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری، معنویت و راهبردهای مقابله‌ای

متغیر پیش‌بین	R^2	R	F	B	β	t	سطح معناداری
تاب‌آوری	۰/۲۸۹	۰/۵۳۸	۱۵۱/۷۴۱	۱۲/۷۱۴	۰/۵۳۸	۱۲/۳۱۸	۰/۰۰۱
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	۰/۳۶۷	۰/۶۰۶	۱۰۷/۸۱۸	-۳/۷۸۲	-۰/۲۸۷	-۶/۷۶۱	۰/۰۰۱
معنویت	۰/۳۸۰	۰/۶۱۶	۷۵/۷۸۳	۲/۵۷۵	۰/۱۴۹	۲/۷۹۰	۰/۰۰۶
کل	۰/۳۸۰	۰/۶۱۶	۷۵/۷۸۳				

www.SID.ir

نتایج نشان داد که معنویت (r=۰/۴۳۸)، تاب‌آوری (r=۰/۵۳۸) و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار (r=۰/۲۲۴) با کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری داشتند (P<۰/۰۰۱). اما بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و کیفیت زندگی همبستگی منفی معناداری (r=-۰/۱۴۷، P<۰/۰۵) مشاهده شد (جدول شماره ۳).

جدول ۳- نتایج ضریب همبستگی معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی

	کیفیت زندگی	
	ضریب همبستگی	سطح معناداری
معنویت	۰/۴۳۸	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۰/۵۳۸	۰/۰۰۱
راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار	۰/۲۲۴	۰/۰۰۱
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	-۰/۱۴۷	۰/۰۵

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که سازه‌های تاب‌آوری و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و معنویت به عنوان متغیرهای پیش‌بین ۳۸ درصد واریانس متغیر ملاک یعنی کیفیت زندگی را تبیین کردند، اما سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار قادر به پیش‌بینی واریانس کیفیت زندگی نبود. در خصوص رابطه بین متغیرها باید اشاره کرد که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری وجود داشت به نحوی که با افزایش میزان تاب‌آوری، کیفیت زندگی هم افزایش می‌یافت. یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های *سامانی* و همکاران [۲۸] و *جوکار* [۲۹] همسو می‌باشد. *ماستن* [۴۰] تاب‌آوری افراد را عامل توانمندی آنان در راستای تغییر نتایج حوادث ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ سلامتی شخص می‌داند. *فرایبرگ* و همکاران [۴۱] نیز معتقدند که تاب آوری، ظرفیت وتوانمندی افراد برای تغییر، صرف‌نظر از خطرات تهدیدکننده را افزایش می‌دهد. هم‌چنین تفسیر مثبت هیجانات منفی [۴۲] توسط افراد تاب‌آور می‌تواند زمینه‌های سلامتی را در آنان فراهم سازد. از آن‌جایی که کیفیت زندگی در بردارنده رضایت از زندگی است، ممکن است تاب‌آوری با تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، باعث نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی شود، حتی گاهی با کاهش احساس استرس، موجبات خرسندی و رضایت را برای افراد فراهم سازد و موجب ارتقاء کیفیت زندگی شود. بین معنویت و کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری وجود داشت. یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های *لیم و ایی* [۲۰] و *ریپنتروپ* و همکاران [۲۱] همسو است و با نتایج پژوهش *ماکروس* و *مک‌کاب* [۲۲] همسو نمی‌باشد. دو سازه اصلی که با معنویت مرتبط است؛ معنایابی و هدفمندی در زندگی است. این دو سازه هسته اصلی مدل‌ها و مقیاس‌های معنویت هستند و به عنوان یکی از مکانیسم‌های اصلی که بر سلامت و احساس خوبی اثر مثبتی دارند شناخته شده‌اند [۴۳،۴۴]. از سویی معنویت به عنوان یک تجربه شخصی موجب کمک به دیگران، دوست داشتن و رضایت از زندگی شده [۴۵] و با امیددهی و معنابخشی به زندگی و ترغیب افراد به صبر بر مشکلات، نگرش و تفسیر مثبتی را به‌وجود می‌آورد، که این‌گونه تفسیر هم موجب افزایش رفتارهای سازگارانه و بهبود کیفیت زندگی در افراد می‌شود. هم‌چنین داشتن اعتماد به یک نیروی برتر موجب شکل‌گیری یک ارتباط منطقی و مثبت با دیگران شده و افزایش رضایت‌مندی را در پی خواهد داشت. بین راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنادار وجود داشت و بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و کیفیت زندگی رابطه منفی معناداری مشاهده شد. یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های *خیرآبادی* و همکاران [۲۴] و *مرساک* و همکاران [۲۵] همسو است و با نتایج مطالعات *ملکی* و همکاران [۲۶] و *صفوی* و همکاران [۲۷] ناهمسو است. در تبیین این امر باید به الگوی *لازاروس* و *فولکمن* اشاره کرد که در فرایند مقابله، فرد با استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مشکل استفاده می‌کند، یعنی راه‌های مقابله با مشکل بررسی شده و در واقع با یافتن راه حل مناسب برای مشکل رضایت روانشناختی برای افراد حاصل می‌شود [۴۶] که در حوزه شخصی رضایت و افزایش کیفیت زندگی می‌تواند محصول این فرایند مقابله‌ای باشد. و نیز استفاده از راهبرد مقابله‌ای کارآمد مسئله‌مدار موجب کاهش سطح تنش در افراد می‌شود [۴۷] که وجود سطح تنش پایین هم موجب استفاده مناسب از مهارت‌های شناختی و افزایش آرامش روانی در برخورد با مشکل می‌شود و در نتیجه رضایت بیشتری را برای افراد فراهم می‌سازد و نهایتاً استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار افزایش کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت. اما انکار و انفعال از ویژگی افرادی است که از راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد هیجان‌مدار استفاده می‌کنند [۴۷]. یعنی انکار موقعیت استرس‌زا موجب کناره‌گیری و اجتناب از آن

Archive of SID
www.SID.ir

موقعیت و ویژگی انفعالی موجب عدم تلاش برای حل مشکل شده و مشکل هم‌چنان باقی می‌ماند وعدم رضایت را به دنبال خواهد داشت و بدین‌ترتیب میزان کیفیت زندگی با افزایش استفاده از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار کاهش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده و توجه به نقش سازه‌های معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی دانشجویان، جهت ارتقاء بهداشت روانی و بهبود کیفیت زندگی دانشجویان می‌توان از سازوکارهایی جهت تدارک این ظرفیت‌ها بهره گرفت و در بعد اجرایی با تدارک مجموعه اقدامات و برنامه‌هایی در قالب کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی جهت تقویت این سازه‌ها در راستای بهبود کیفیت زندگی گام برداشت تا مهارت‌هایی هم‌چون تاب‌آوری و ظرفیت‌های مقابله‌ای را وسعت بخشید و از جنبه پژوهشی نقش مؤلفه‌های دیگر روانشناسی مثبت‌نگر از جمله عزت نفس، خودشکوفایی و ... که در کیفیت زندگی تأثیر دارد در دانشجویان مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاران مرکز مشاوره دانشگاه رازی و تمام دانشجویانی که دراین پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1- Stenner PH, Cooper D, Skevington SM. Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. Soc Sci Med. 2003; 57(11):2161-72.
2- Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in general population: Review of recent literature. World Health Organ. 2001; 79(11):1042-56.
3- Bowling A. Measuring health, Milton Keynes: Open University press; 1991.
4- Felce D, Perr J. Quality of life: Its definition and measurement. Res Dev Disabil.1995;16(1):51-74.
5- Endicott J, Nee J, Harisson W, Blumenthal R. Qualirty of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new ensure. Psychopharmacol Bull. 1993; 29(2):321-6.
6- Stamp K. Spirituality and environmental education. Aust J Envir Educ. 1991; 7:79-86.
7- Guillory WA. The living organization: Spirituality in the workplace, innovations international Inc publication, Salt Lake City, UT; 2000.
8- Swinton KS, Pattison S. Spirituality. Come all ye faithful. J Health Serv. 2001; 111(5786): 24-5.
9- Vaughan F. What is spiritual intelligence? J Hum Psychol. 2003; 42(2):16-32.
10- Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). J Depress Anxiety. 2003; 18(2):76-82.
11- Garmezy N. Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. J Am Behav Sci. 1991; 34(4):416-30.
12- Waller MA. Resilience in ecosystem context: Evolution of the child. J Ortho Psychol. 2001; 71(3):290-7.
13- Kaplan HB. Toward the understanding of resilience: A critical review of definitions and models', in MD Glantz & JL Johnson (eds), Resilience and development: Positive life adaptations, Plenum, NewYork; 2002.
14- Samerfield MR, McCrae R. Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances and clinical applications. Am Psychol. 2000; 55(1):620-5.
15- Folkman S, Lazarus RL. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during 3 stages of a college examination. J Pers Soc Psychol. 1985; 48(1):150-70.
16- Hamid PN, Yue XD, Leung CM. Adolescent coping in different Chines family environment. J Adolescence. 2003; 38(149):111-3.
17- Ghazanfari F, Kadampoor A. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city. Q J Fund Ment Health. 2008;10(1):47-54. [Persian]
18- Higgins JE, Endler NS. Coping life stress, and psychological and somatic distress. J Psychol. 1995; 9(4):253-70.
19- Michaeli Manee F. Comparison wellbeing of mother's with and without elementary students with mental retardation: Effect of coping styles. J Res except Child. 2008; 8(1):53-68. [Persian]
20- Lim JW, Yi J. Effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: A comparison between Korean–American and Korean and gynecologic cancer survivors. J Oncol Nurs forum. 2009; 36(6):699-708.
21- Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. J Clin Psychol medisetting. 2006;13(1):29-35.
22- Makros J, Mccabe M. The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment, and quality of life among people with multiple sclerosis. J Rel Health. 2003; 42(2):143-59.
23- Ellis A. Religiosity and rational emotive psychotherapy. J Theor Res Pract.1981; 18(2):155-8.
24- Kheirabadi Gh, Bagherian R, Nemati K, Daghaghzadeh H, Maracy M, Gholamrezaei A. The effectiveness of coping strategies training on symptom severity, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrom. J Isfahan Med School. 2010; 28(110): 473-83. [Peasian]
25- Marsac ML, Funk JB, Nelson L. Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. Child Care Health Dev.2007; 33(4):360-7.
26- Maleki I, Hosseini H, Khalilian A, Taghavi T, Niksolat F. Effects of psycho-education on quality of life in patients with irritible bowel syndrom. J Res Behav Sci. 2007; 5(1):39-44. [Persian]
27- Safavi M, Mahmoudi M, Akbarnatajbisheh K. Assessment of relationship quality of life and coping skills in spouses of chemical devotees with pulmonary complications due to sulfur mustard in Tehran in 2006. J Daneshvar Med. 2010; 17(87):1-11. [Persian]
28- Samani S, Jokar B, Sahragard N. Resiliency, mental health and life satisfaction. Iranian Psychiat Clin Psychol. 2006; 3(3):290-5. [Persian]
29- Jowkar B, The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. J Contemp Psychol, 2008; 2(4):3-12. [Persian]
30- Quilty LC, Ameringen MV, Mancini C, Oakman J, Farvolden P. Quality of life and the anxiety disorders. J Anxiety Disord. 2003;17(4):405-26.
31- Esfandyari Gh. Survey the stressor factors in Kordestan medical sciences university students and it relation with general health. J Teb va Tazkiyeh. 1999;43:

Archive of SID
www.SID.ir

39- Heydari S, Azadfallah P, Rasulzade-Tabatabaei SK. Analysis of stressors, coping styles, and mental health in infertile men and women. J Behav Sci. 2011;5(3):185-93. [Persian]
40- Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. J Psychol. 2001; 56(3):227-38.
41- Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge OH, Martinussen M, Aslaksen M, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. J Psychosomatic Res. 2006; 61(2): 213-9.
42- Werner EE, Smith RS. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1992.
43- Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. J Psychol Theol. 1983;11(4):330-40.
44- Howden JW. Development and psychometric characteristics of the Spirituality Assessment Scale [Dissertation]. Texas Women's University; 1992.
45- Omidvari S. Spiritual health, concepts and challenges. J Spe Quran Interdisciplin. 2008; 1:6-17. [Persian]
46- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984.
47- Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. J Health Soc Behav. 1978; 19(1):2-21.

57-64. [Persian]
32- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. Translate, appointment reliability and validity type persian of questionnaire SF-36. J Payesh. 2005; 5:49-56. [Persian]
33- Banihashemiyan K, Bahrami-Ehsan H, Moazen M. Relation between head masters general health and emotional intelligence and job satisfaction of teachers. J Behav Sci. 2010; 4(1):45-50. [Persian]
34- Ghobari-Bonab B, Gholamali-Lavasani M, Mohammadi M. Production scale of spiritual experiment in the students. J Psychol. 2005; 9(3):261-78. [Persian]
35- Ghobari-Bonab B, Motavalipoor A, Habibi-Asgarabadi M. Relationship between Anxiety and depression and magnitude of spirituality in students of the university of Tehran. J Appl Psychol. 2009;3(2):110-23. [Persian]
36- Ghamari-Givi H. Spirituality, identity and mental health in life span. J Relig Psychol. 2008; 1(4):43-71. [Persian]
37- Agha-Yousefi AR. Psychotherapy. Qom: Shahryar Publication; 1999. [Persian]
38- Ghadamgahi JH, Dejkam M, Behrozyan A, Feiz A. Quality of social relationships, stress and coping strategeies in patient with coronary heart. J Thought Behav Clin Psychol. 1998;4(1):1-12. [Persian]

Archive of SID

www.SID.ir