

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال یازدهم شماره ۴۴ زمستان ۱۳۹۵

نقش واسطه‌ای خوش‌بینی در رابطه بین الگوهای شخصیتی، باورهای مذهبی، علاقه اجتماعی و سلامت روان^۱

علی یعقوبی^۲

عبدالله معتمدی^۳

فرامرز سهرابی^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین کردن نقش واسطه‌ای خوش‌بینی در رابطه بین الگوهای شخصیتی، باورهای مذهبی، علاقه اجتماعی و سلامت روان بود. جامعه آماری شامل تمامی کارمندان دانشگاه علامه طباطبایی بود. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ۱۵۷ آزمودنی انتخاب شدند. تمامی این کارکنان به مقیاس علاقه اجتماعی کران‌دال، پرسشنامه سلامت روانی (GHQ-28)، مقیاس الگوهای رفتاری (تیپ‌A)، پرسشنامه تجدیدنظر شده جهت‌گیری زندگی (LOT-R) و عمل به باورهای دینی (معبد) پاسخ دادند. الگوی معادلات ساختاری جهت ارزیابی اثرات واسطه‌ای خوش‌بینی در رابطه بین الگوهای شخصیت، عقاید مذهبی، علاقه اجتماعی و سلامت روان مورد استفاده قرار گرفت و داده‌ها با نرم‌افزار AMOS تحلیل شد. روی هم‌رفته یافته‌های پژوهش برانزده بودن مدل را نمایان می‌سازند. در مدل کلی نتایج همچنین نشان می‌دهد که رابطه بین الگوهای شخصیتی، عقاید مذهبی، علاقه اجتماعی و سلامت روان توسط خوش‌بینی میانجی شده بود.

واژگان کلیدی: علاقه اجتماعی؛ سلامت روان؛ الگوهای شخصیت، خوش‌بینی؛ باورهای مذهبی

۱- (مستخرج از پایان‌نامه)

Email: aliyaghobi68@gmail.com

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی (نویسنده مسئول)

۳- دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روانشناسی

۴- دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روانشناسی

مقدمه

از نظر آدلر، علاقه اجتماعی پایه و اساس تمام پیشرفت‌های مهم تمدن است و هستی انسان‌ها تنها با برخورد مناسب با دیگران و عضویت او در جامعه با ارزش است. علاقه اجتماعی یکی از مفاهیم عنوان‌شده به‌وسیله آدلر و مفهوم مرکزی تئوری شخصیت او است (بیگب،^۱ ۲۰۰۸). آدلر علاقه اجتماعی را به‌صورت ایجاد رابطه نزدیک با دیگر انسان‌ها تعریف می‌کند و این رابطه را در مطلوب‌ترین وجه به صورت عشق برادرانه توصیف می‌کند (کینگ و شلی،^۲ ۲۰۰۸). بنابر نظر آدلر، علاقه اجتماعی شاخص اصلی سلامت روان است و افراد برخوردار از علاقه اجتماعی تلاش خود را به سمت فعالیت‌های سودمند به حال اجتماع سوق می‌دهند (گنجی، ۱۳۷۰).

از سوی دیگر چگونگی بهبود و ارتقا کیفیت بهداشت روانی از جمله مسائل حساسی است که به ویژه از سال‌های پایانی قرن گذشته و سال‌های آغازین قرن حاضر به‌عنوان یکی از دغدغه‌های اصلی و محورهای اساسی بهداشت عمومی، توجه پژوهشگران را به خود معطوف نموده است (پلوسو و آندراد،^۳ ۲۰۰۵). سلامت روان در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است. سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی را حالت، سلامتی کامل بدنی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند. همچنین سلامت روانی را معادل کلیه روش‌ها و تدابیری می‌دانند که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری روانی به‌کار می‌رود (میلانی، ۱۳۷۶).

به تازگی علم روان‌شناسی به بررسی موضوعات و پدیده‌های جدیدی پرداخته است و حرف‌های تازه‌ای برای گفتن در این زمینه‌ها دارد و تمرکز روان‌شناسی دیگر، بررسی صرف علائم بیمارگون رفتار انسان نیست. پیدایش گرایش‌های جدیدی مانند روان‌شناسی سلامت و مثبت‌گرا و بررسی موضوعاتی مانند شادکامی، خوش‌بینی، شجاعت و خردمندی و... شاهدهی بر این ادعاست (کوچکی، ۱۳۸۲). از طرفی در قری

1- Bigbee
3- Pluso & Andrade

2- King & Shelley

که ما در آن زندگی می‌کنیم انسان همواره تحت فشارهای روحی و روانی قرار دارد فشارهایی که نتیجه آن اضطراب و استرس و انواع فشارها و مشکلات روانی است. این امر می‌تواند توجه روزافزون روان‌شناسان به حوزه دین برای درمان اختلالات روانی را توجیه کند.

در دو دهه اخیر تحقیقاتی که به بررسی مذهب، معنویت و سلامت پرداخته‌اند، افزایش چشمگیری داشته است (هریگان^۱، ۲۰۱۱). به طوری که صدها مطالعه بررسی‌های مربوط به ارتباط میان مذهب و یا معنویت و نشانگرهای متعدد جسمی و روانی را منتشر کرده‌اند (هاوانگ^۲، هامر و کراگان^۳، ۲۰۱۱). بعضی از تحقیقات نشان می‌دهند که افزایش معنویت و مذهبی بودن با سلامتی در ارتباط است گرچه ماهیت خاص این ارتباط را مشخص نساخته‌اند (کمپل^۴، یون و جانستون^۵، ۲۰۱۰).

قهرمانی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود تحت عنوان باورهای مذهبی و سلامت روان اعضای جامعه معلولان به این نتیجه رسیده‌اند که وقوف معلولان به نقش ایمان در احساس سلامتی می‌تواند سلامت آن‌ها را ارتقا دهد. پژوهش دیگری نیز نشان داده است که دین‌داری و پایبندی به اصول مذهبی می‌تواند از عوامل تأثیرگذار بر جنبه‌های مختلف روانی و جسمانی دانش‌آموزان باشد (فیروزی، امینی، اصغری و مقیمی دهکردی، ۱۳۹۲).

همچنین با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده می‌توان گفت که الگوهای شخصیتی عامل مهمی در عملکرد شغلی کارکنان یک سازمان می‌باشند. در دو دهه اخیر مطالعاتی که به وسیله مدل‌های شخصیتی مناسب‌تر انجام شده است غالباً نقش شخصیت را به عنوان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های عملکرد شغلی و موفقیت و بازدهی برجسته ساخته‌اند (کریمی، ۱۳۸۲).

عوامل محرک و تنش‌زا در زندگی روزمره منجر به فشار روانی و ناراحتی عاطفی و

1- Harrigan
3- Hammer & Cragun
5- Yoon & Johnstone

2- Hwang
4- Campbell

هیجانی می‌شود. عواملی وجود دارد که باعث تفاوت در واکنش به عوامل تنش‌زا می‌شود، از این عوامل می‌توان به تیپ شخصیتی افراد و میزان مواجهه افراد با رویدادهای استرس‌زای زندگی اشاره کرد به طوری که به دلیل تفاوت‌های فردی افراد، بعضی از هیجان‌ناشی از دگرگونی در این افراد بر روی نظام ایمنی بدن تأثیر گذاشته و به صورت بیماری‌های روان‌تنی بروز می‌نماید؛ بنابراین نقش الگوهای شخصیتی از این لحاظ می‌تواند قابل تأمل باشد.

فریدمن و روزمن افراد را به تیپ‌های شخصیتی A و B تقسیم نمودند. تیپ A که مستعد بیماری‌های کرونری قلب است دارای ویژگی‌هایی همچون خصومت، پرخاشگری و برانگیختگی هیجانی زیاد می‌باشند. تیپ B با ویژگی‌های خودپیروی، استقلال شخصی و توانایی در کنترل خشم و خصومت مشخص می‌شود (اسپیگلن و دیر^۱، ۲۰۰۴). در این پژوهش نیز این الگو مد نظر می‌باشد.

خوش‌بینی نیز یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های روانشناسی مثبت نگر است که روی علل اتفاق افتادن چیزهای خوب و بد و تأثیر این رخدادها تمرکز دارد (رادب^۲، ۲۰۰۴). بسیاری از پژوهش‌هایی که در رابطه با خوش‌بینی انجام گرفته، نشان می‌دهد که افراد خوش‌بین در متغیرهای روان‌شناختی وضعیت بهتری نسبت به سایرین دارند. خوش‌بینی یک جهت‌مندی به زندگی است که در آن افراد با یک جهت‌مندی خوش‌بینانه، رویدادهای روزمره زندگی را به شیوه مثبت‌تر و با انتظار پیامدهای مثبت‌تر تجربه می‌کنند (کیوی ماکی و همکاران^۳، ۲۰۰۵). مطابق با مدل کارور و شایر (۱۹۹۲) خوش‌بینی اشاره به انتظار پیامدهای مثبت از آینده دارد (چانگ^۴، سانا و یانگ^۵، ۲۰۰۳). به زعم اسریواستاوا^۶، ریچاردز^۷، مک‌گونینگال^۸، باتلر و گروس^۹ (۲۰۰۶) خوش‌بین‌ها کسانی هستند که یک گرایش شناختی به انتظار پیامدهای مثبت و مطلوب دارند.

1- Spigelman & Dwyer
3- Kivimaki et al
5- Sanna & Yang
7- Richards
9- Butler & Gross

2- Radebe
4- Chang
6- Srivastava
8- McGonigal

برخی از محققان معتقدند که ممکن است خوش‌بینی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده مهم سازگاری باشد. نظر بر این است که خوش‌بینی با بهزیستی و سلامتی در ارتباط است؛ با این حال ماهیت دقیق این تأثیرات نیز به درستی شناخته نشده است. خوش‌بینی با خلق مثبت و اخلاق خوب رابطه دارد و همچنین خوش‌بینی با پشتکار، موفقیت‌های شغلی و خانوادگی و اجتماعی، سلامتی و حتی با طول عمر رابطه مثبت نشان داده است (راجرز^۱، چمبرلین^۲، الیسون و کرین^۳، ۱۹۹۷).

نتایج پژوهش‌ها در خصوص رابطه خوش‌بینی با سیستم ایمنی نشان می‌دهد خوش‌بین‌ها سلول‌های ایمنی بیشتری از بدبین‌ها در پاسخ به محرک‌های تنش‌زا دارند (والراث^۴، ۲۰۰۶). بررسی‌ها حاکی از این است که نمرات بالا در خوش‌بینی با رضایت از زندگی و فشارخون پایین‌تر و نمرات پایین‌تر با نشانگان افسردگی همراه است (کیوی ماکی و همکاران، ۲۰۰۵). سگرستروم^۵، ایوانز و ایزنلو مول^۶ (۲۰۱۱) نشان دادند که نقش خوش‌بینی حتی اگر جزئی نیز باشد در خصوص سلامت عمومی قابل توجه است.

افزایش خوش‌بینی به‌نوبه خود مزایای بی‌شماری برای افراد جامعه خواهد داشت. از جمله این مزایا که در تحقیق پیش رو مدنظر است، علاقه اجتماعی و سلامت روانی است که می‌تواند یکی از هدف‌های اصلی متخصصان بهداشت روانی در هر جامعه باشد؛ بنابراین با توجه به اهمیت متغیرهای مطرح‌شده و تأثیراتی که می‌توانند بر علاقه اجتماعی و سلامت روانی افراد یک جامعه گذارند در پی ارائه الگویی خواهیم بود تا به تبیین متغیرها پردازد.

علاوه بر این با توجه به پژوهش‌هایی که به بررسی متغیرهای فوق پرداخته‌اند تنها می‌توان به یک رابطه خطی میان این متغیرها پی برد درحالی‌که نقش متغیرهایی که می‌توانند در این میان نقش داشته باشند، از جمله خوش‌بینی که در این پژوهش بررسی شده، از سوی پژوهش‌گران مورد غفلت واقع شده است. بنابه آنچه عنوان شد این پژوهش

1- Rogers

3- Ellison & Crean

5- Segerstrom

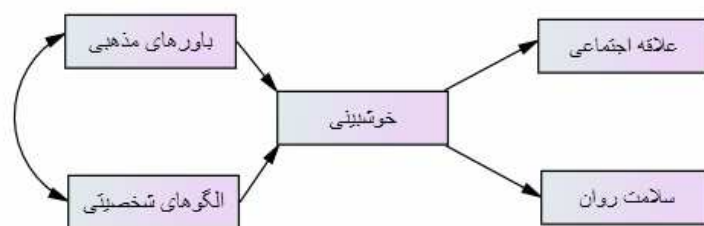
2- Chamberlin

4- Vollrath

6- Evans & Eisenlohr-Moul

در پی این خواهد بود تا خوش‌بینی را به‌عنوان یکی از متغیرهایی که می‌توانند نقش میانجی داشته باشند، مورد مطالعه قرار دهد و درنهایت با ارائه یک الگو به تبیین روابط کمک کند.

در شکل (۱) الگوی مفهومی تدوین‌شده بر اساس تأثیر الگوهای شخصیت و باورهای مذهبی بر سلامت روان و علاقه اجتماعی از طریق متغیر میانجی خوش‌بینی نشان داده شده است. در ادامه نتایج مربوط به اجرای مدل اولیه در حالت استاندارد نشده به همراه برخی از مهم‌ترین شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اولیه ارائه خواهد شد.



شکل (۱) الگوی مفهومی تدوین‌شده بر اساس تأثیر الگوهای شخصیت و باورهای مذهبی بر سلامت روان و علاقه اجتماعی از طریق متغیر میانجی خوش‌بینی

روش تحقیق

در این پژوهش، به منظور پیش‌بینی روابط مفروض بین متغیرها در مدل پیشنهادی از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است.

آزمودنی‌ها

جامعه آماری مورد پژوهش در این تحقیق شامل کلیه کارمندان مشغول به کار در دانشگاه علامه طباطبایی تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بود که تعداد آن‌ها بر اساس اطلاعاتی به دست آمده از دانشگاه حدود ۸۰۰ نفر تخمین زده شد. به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از طریق فرمول کوکران تعداد ۱۵۷ کارمند مشغول به خدمت در دانشگاه علامه

طباطبایی تهران تعیین شدند. به این صورت که از بین ۸ دانشکده دانشگاه علامه طباطبایی، چهار دانشکده به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس پرسشنامه‌ها اجرا شد.

ابزار اندازه‌گیری

اطلاعات مورد نیاز جهت این پژوهش با کمک این پرسشنامه‌ها گردآوری شدند:

الف) پرسشنامه علاقه اجتماعی کراندل: در این تحقیق از شاخص علاقه اجتماعی کراندال استفاده گردید. کراندال روایی پرسشنامه خود را ۰/۷۷ گزارش کرده است. همچنین در پژوهشی که توسط قدمعلی صورت گرفته است ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۶۹ به دست آمده است (قدمعلی، ۱۳۹۲). در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با نمونه ۱۵۷ نفری از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه علاقه اجتماعی بدین صورت است که از بین ۲۴ جفت از پرسشنامه در ۱۵ جفت یک صفت خودگرایانه در مقابل دیگرگرایانه آورده شده است که پاسخ به صفت دیگرگرایانه آن یک امتیاز در نظر گرفته می‌شود و از سطح ۷-۰ علاقه اجتماعی سطح پایین، ۹-۷ سطح علاقه اجتماعی متوسط و از ۱۵-۹ سطح بالا را نشان می‌دهد. ۶ عبارت باقیمانده دو نگرش متفاوت به هستی را نشان می‌دهد که در امتیازدهی حائز اهمیت نمی‌باشد.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): پرسشنامه سلامت روان عمومی به صورت خود ارزیابی است و دارای ۲۸ سؤال می‌باشد. همچنین این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. نمره بالا در هر یک از این خرده مقیاس‌ها نشانگر وجود مشکلات بیشتر است. در مطالعه محمدی (۱۳۹۲) نیز مقدار آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ به دست آمده است. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با نمونه ۱۵۷ نفری از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. برای تشخیص افراد دارای مشکلات سلامت روانی از نمره برش کلی ۲۳ و برای هر یک از ابعاد علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی از

نمره برش ۷ استفاده شد. روایی سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است (گلدبرگ، ۱۹۸۹).

ج) پرسش‌نامه تجدیدنظر شده جهت‌گیری زندگی (LOT-R): این پرسش‌نامه که دارای ۸ سؤال است به کرات برای سنجش خوش‌بینی به‌کاررفته است و توسط کارور و شایر (۲۰۰۲) طراحی شده است. این مقیاس هشت سؤالی اندازه‌ای که افراد انتظارات خود را نسبت به پیامدهای زندگی ارزیابی می‌کنند، به‌دست می‌دهد و شامل چهار سؤال با عبارت مثبت و چهار سؤال منفی است. سوالات ۱، ۳، ۴، ۷ مثبت بوده و به‌طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شود و سوالات ۲، ۵، ۶، ۸ منفی بوده و به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کارور و شایر (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ $0/76$ و ضریب اعتبار باز آزمایشی $0/79$ بافاصله چهار هفته را برای یک گروه از دانشجویان گزارش کرده است. کیوی ماکی و همکاران (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ $0/65$ ، چانگ و سانا (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ $0/78$ را با ۵۶۰ آزمودنی به‌دست آوردند. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با نمونه ۱۵۷ نفری از طریق روش آلفای کرونباخ $0/73$ به‌دست آمد.

د) مقیاس الگوی رفتاری نوع A: در این پژوهش از مقیاس راتوس (۱۹۹۰) استفاده شده است. این مقیاس دارای ۲۵ ماده بسته پاسخ با گزینه‌های بله و خیر است. گنجی این پرسشنامه را در سال ۱۳۸۱ ترجمه کرده است. در اکثر پژوهش‌های انجام‌گرفته در زمینه اعتبار این مقیاس ضرابی بالایی $0/70$ به‌دست‌آمده است. در این پرسشنامه نمره متوسط، نمره ۱۳ می‌باشد. بیشتر از متوسط، تمایل به تیپ A و کمتر از متوسط، تمایل به تیپ B دارند. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با نمونه ۱۵۷ نفری از طریق روش آلفای کرونباخ $0/83$ به دست آمد.

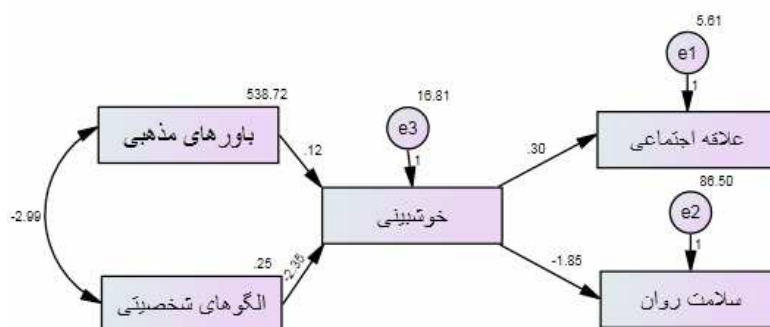
ه) مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد M): آزمون معبد که توسط گلزاری (۱۳۸۰) هنجاریابی شده است، دارای ۲۵ ماده است که عمل به باورهای دینی را اندازه می‌گیرد. مواد آزمون در چهار حوزه به واجبات، به مستحبات، فعالیت‌های مذهبی (عضویت در گروه‌های مذهبی و ...) و درنظر گرفتن مذهب در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی

قرار دارد. سؤالات آزمون با توجه به رفتارهای دینی رایج در جوانان متدین در اسلام انتخاب شده است. هر سؤال ۵ گزینه دارد که از صفر تا ۴ نمره گزاری می‌شود، بدین ترتیب که کمترین نمره کل در آزمون صفر، به معنی عمل نکردن به هیچ‌یک از باورهای دینی و بیشترین نمره ۱۰۰ نشان‌دهنده عمل به باورهای دینی به حساب می‌آید.

آزمون معبد با ۸۹۴ نفر دانشجو (۶۲۱ دختر و ۲۷۳ پسر) و ۵۳ جوان زندانی (۲۵ دختر و ۲۸ پسر) جمعاً ۹۴۷ نفر اجرا شده است. برای به دست آوردن ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون و نیز رابطه عمل به باورهای دینی با ویژگی‌های شخصیت و سلامت روان، فرم ۹۰ سؤالی آزمون EPQ و پرسشنامه SCL-90 و چک‌لیست بهداشت روانی MHC نیز با مطالعه آزمون معبد به آزمودنی‌ها داده شده است. پایایی این آزمون از طریق باز آزمایی ۷۶٪ و از طریق دو نیمه کردن ۹۱٪ و ضریب کرونباخ ۹۴٪ بوده است. آزمون داری اعتبار محتوا (صوری و منطقی) بالاست. اعتبار وابسته به ملاک آن از طریق مقایسه افراد مذهبی و غیرمذهبی با ضریب اعتبار ۸۴٪ - ۷۸٪ و اعتبار ساده در سطح ۹۵٪ اطمینان به دست آمده است (گلزاری، ۱۳۸۰).

یافته‌ها

شکل (۲) مدل تأثیر الگوهای شخصیت و باورهای مذهبی بر سلامت روان و علاقه اجتماعی از طریق متغیر میانجی خوش‌بینی را نمایش می‌دهد. همان‌طور که در مدل مشاهده می‌شود ضرایب مسیر متغیر باورهای مذهبی و الگوهای شخصیتی بر متغیر خوش‌بینی به ترتیب برابر با ۰/۱۲ و ۰/۲۵ و همچنین ضرایب مسیر متغیر خوش‌بینی بر متغیرهای علاقه اجتماعی و سلامت روان به ترتیب برابر با ۰/۳۰ و ۱/۸۵- است.



شکل (۲) مدل اولیه در حالت ضرایب استاندارد نشده

به‌طور کلی هر یک از شاخص‌های به‌دست‌آمده به‌تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای به‌دست‌آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار نیست و نیاز به اصلاحات دارد. بدین منظور در مدل اصلاح‌شده مسیری میان متغیر خوش‌بینی و علاقه اجتماعی ایجاد شده است. در ادامه شاخص‌های برازش مدل پس از انجام اصلاحات انجام‌شده ارائه می‌شود.

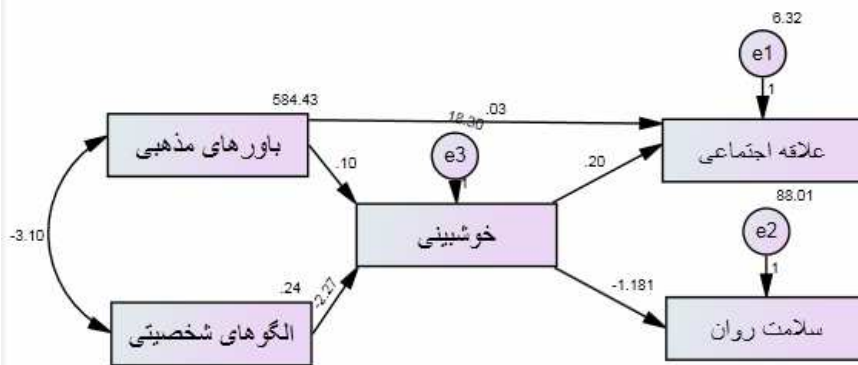
جدول (۱) شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اولی

شاخص‌های رازش		نام شاخص
مقدار	حد مجاز	
۳/۴۶	کمتر از ۳	$\frac{\chi^2}{df}$ (نسبت مجذور کای بر درجه آزادی)
۰/۱۲۶	کمتر از ۰/۱	RMSEA ¹ (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)
۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹	GFI ² (شاخص نیکویی برازش)
۰/۷۱	بالاتر از ۰/۹	CFI ³ (برازندگی تعدیل یافته)
۰/۶۷	بالاتر از ۰/۹	NFI ⁴ (برازندگی نرم شده)

1- Root Mean Square Error Approximation
3- Comparative Fit Index

2- Goodness of fit index
4- Normed Fit Index

در شکل (۳) مدل اصلاح‌شده تأثیر الگوهای شخصیت و باورهای مذهبی بر سلامت روان و علاقه اجتماعی از طریق متغیر میانجی خوش‌بینی نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در مدل اصلاح‌شده میان متغیر خوش‌بینی و علاقه اجتماعی مسیر جدیدی ایجاد شده است. در مدل اصلاح‌شده ضرایب مسیر متغیر باورهای مذهبی و الگوهای شخصیتی بر متغیر خوش‌بینی به ترتیب برابر با $0/10$ و $0/24$ و ضریب مسیر متغیر باورهای مذهبی بر علاقه اجتماعی برابر با $0/03$ است. همچنین ضرایب مسیر متغیر خوش‌بینی بر متغیرهای علاقه اجتماعی و سلامت روان به ترتیب برابر با $0/20$ و $0/181$ است.



شکل (۳) مدل اصلاحی در حالت ضرایب استاندارد نشده

با توجه به نتایج جدول (۲)، می‌توان نتیجه گرفت که مدل از برازش لازم برخوردار است. شاخص نسبت مجذور کای بر درجه آزادی ($\frac{X^2}{df}$) برازش مدل را تأیید می‌کند. بدین صورت که این عدد کمتر از ۳ است و به معنی برازش مدل با داده‌هاست. خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) برابر با $0/09$ است که نشان‌دهنده برازش متوسط است و در نهایت شاخص (GFI) نیز از ملاک موردنظر ($0/9$) بزرگ‌تر است و برازنده بودن مدل را تأیید می‌کنند.

جدول (۲) شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اصلاحی

شاخص‌های برازش		نام شاخص
مقدار	حد مجاز	
۲/۳۶	کمتر از ۳	$\frac{\chi^2}{df}$ (نسبت مجذور کای بر درجه آزادی)
۰/۰۹	کمتر از ۰/۱	RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)
۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹	GFI (شاخص نیکویی برازش)
۰/۸۷	بالاتر از ۰/۹	CFI (برازندگی تعدیل یافته)
۰/۸۲	بالاتر از ۰/۹	NFI (برازندگی نرم شده)

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مقدار شاخص، نسبت مجذور کای بر درجه آزادی ($\frac{\chi^2}{df}$) می‌توان نتیجه گرفت که مدل پیشنهادی از برازش لازم برخوردار است. به‌طورکلی با در نظر گرفتن کلیه شاخص‌های برازش مدل، می‌توان نتیجه گرفت مدل با نمونه موردنظر برازش داشته و خوش‌بینی رابطه بین الگوهای شخصیت و باورهای مذهبی با سلامت روان و علاقه اجتماعی را تعدیل می‌کند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خوش‌بینی رابطه قوی معناداری را با عوامل مختلف ایجاد کرده است. در پژوهشی نقش میانجی‌گری خوش‌بینی در رابطه با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با بهزیستی ذهنی مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش ۲۹۳ نفر از دانشجویان دانشکده روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. داده‌های این پژوهش از طریق روش تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش نقش میانجی‌گری خوش‌بینی در رابطه با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بر بهزیستی ذهنی را مورد تأیید قرار دادند (شعبانی، دلاور، بلوکی، مام شریفی، ۱۳۹۱).

در پژوهش دیگری نقش واسطه‌ای خوش‌بینی در رابطه بین تجارب تحصیلی استرس‌زا و واکنش به این تجارب مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در مواجهه با تجارب تحصیلی استرس‌زا، بخشی از تمایز در مدل ترجیحی واکنش‌ها به عوامل استرس‌زای تحصیلی در دو جنس، از طریق تفاوت در میزان خوش‌بینی فراگیران قابل تبیین است (طاعتی، شکری و شهیدی، ۱۳۹۲).

همچنین بر اساس پژوهشی که توسط گیلتهای و همکاران^۱ (۲۰۰۴) در رابطه با تمایل به خوش‌بینی و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی در یک گروه از بیماران مسن انجام شده است، همین‌طور بر اساس مطالعه‌ای که توسط کیم، اسمیت و کوبزانسکی (۲۰۱۴) در رابطه با تمایل به خوش‌بینی و وقوع سکت قلبی صورت گرفته است، تمایل به خوش‌بینی می‌تواند با یک دسته از منافع برای سلامت فیزیکی از کاهش اختلالات قلبی - عروقی تا سطوح مناسب‌تری از آنتی‌اکسیدان‌ها و چربی‌ها در ارتباط باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین گفت که افراد خوش‌بین وقتی با چالش مواجه می‌شوند به علت داشتن احساس اطمینان در رسیدن به هدف پافشاری می‌کنند، از دید افراد خوش‌بین، ناملایمات و بدبیارها قابل دستکاری هستند.

سلیگمن (۱۹۹۰) بر این باور است که افراد خوش‌بین با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر، مانند ارزیابی مجدد و مساله‌گشایی با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. عامل مهمی که می‌تواند سلامت روانی را برای آن‌ها در پی داشته باشد. علاوه بر این ویژگی‌ها و صفات افراد خوش‌بین برای آن‌ها حمایت اجتماعی بیشتری را به دنبال می‌آورد. جست‌وجوی بیشتر حمایت اجتماعی از سوی افراد خوش‌بین و شبکه‌های اجتماعی وسیع‌تری از دوستان که افراد خوش‌بین برای خود ایجاد می‌کنند، از آن‌ها در مقابل رویدادهای استرس‌زای زندگی محافظت می‌کند و سلامت روانی بیشتری را برای آن‌ها فراهم می‌سازد؛ بنابراین حمایت اجتماعی، ارضای روابط بین فردی و حل مساله مشارکتی می‌تواند در توضیح این‌که چگونه خوش‌بینی بر سلامتی تأثیرگذار است کمک‌کننده باشد.

1- Giltay et al

افراد خوش‌بین در فراهم ساختن منابع شناختی مقابله‌ای و منابع وابسته‌ای که موجب ارتقای سلامت روان آن‌ها می‌شوند موفق‌تر هستند. همچنین تحقیقات زیادی نشان می‌دهند که خوش‌بین‌ها به‌طور کلی کارایی بیشتری دارند و از لحاظ جسمی و ذهنی سالم‌تر از بدبین‌ها هستند (جان‌تینه، بوسیلی، وانسلف، اسمیت و پیترز، ۲۰۱۴). با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و اهمیت متغیرهای مورد بررسی و مشخص شدن اثرات واسطه‌ای خوش‌بینی بر علاقه اجتماعی و سلامت روان، توجه متخصصان بهداشت روان به تقویت این مؤلفه در جهت رسیدن به اهداف خود ضروری به نظر می‌رسد. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران سایر عوامل مؤثر بر علاقه اجتماعی و سلامت روان را در قالب مدل‌های ساختاری مورد بررسی قرار دهند.

تشکر

از تمامی اساتید و دوستان عزیز، همچنین کارمندان محترم دانشگاه علامه طباطبائی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۱۸
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۱۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۲۱

منابع

- شعبانی، سمیه؛ دلاور، علی؛ بلوکی، آزاده و اسماعیل مام شریفی (۱۳۹۱). بررسی روابط خود کارآمدی، حمایت اجتماعی و خوش‌بینی در پیش‌بینی‌کنندگی بهزیستی ذهنی جهت تدوین مدل ساختاری در دانشجویان، فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۲ (۸)، ۹۳-۱۱۷.
- طاعتی، فاطمه؛ شکری، امید و شهریاری شهیدی (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای خوش‌بینی در رابطه بین تجارب تحصیلی استرس‌زا و واکنش به این تجارب، روان‌شناسی معاصر، ۸ (۱)، ۹۰-۷۳.
- فیروزی، ابودر؛ امینی، معصومه؛ اصغری، زهرا و بیژن مقیمی دهکردی (۱۳۹۲). بررسی ارتباط باورهای مذهبی و سلامت روان دانش‌آموزان متوسطه شهر درگز در سال تحصیلی ۹۰-۸۹، مجله بهداشت و توسعه، ۲ (۲)، ۱۴۸-۱۳۸.
- قهرمانی، زینب؛ حیدری، نرگس؛ شعبانی، مینا؛ اقوامی، مژگان‌السادات و مهری حریری (۱۳۹۳). باورهای مذهبی و سلامت روان اعضای جامعه معلولان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۲۲ (۹۰)، ۶۱-۵۳.
- قدمعلی، زینب (۱۳۹۰). بررسی رابطه علاقه اجتماعی و نگرش مذهبی در دانشجویان دختر و پسر فنی و علوم انسانی دانشگاه‌های تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کریمی، یوسف (۱۳۸۲). روانشناسی شخصیت، تهران: نشر ویرایش.
- کوچکی، عاشور محمد (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری فردی اجتماعی نوجوانان بزهکار در شهرستان گنبدکاووس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- گنجی، حمزه (۱۳۷۰). روانشناسی تفاوت‌های فردی، تهران: انتشارات بعثت.
- گلزاری، محمود (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش ویژگی‌های مذهبی و رابطه آن‌ها با سلامت روان، رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
- محمدی، شهناز (۱۳۹۲). بررسی رابطه مولفه‌های رضایت شغلی با سلامت روان عمومی دبیران دبیرستان‌های شهر تهران، مطالعات روان‌شناختی، ۹ (۱)، ۱۶۱-۱۴۵.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۷۶). بهداشت روانی (چاپ پنجم)، تهران: نشر قومس.

- Bigbee, A. (2008). The Relationship between Religion, Social Interest, and Wellness in Adults, *PHD Thesis*, Adler school of professional Psychology.
- Campbell, J.D., & Yoon, D.P., & Johnstone, B. (2010). Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample, *J Relig Health*, (49)14: 3-17.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being, Theoretical overview and empirical update, *Cognitive therapy and research*, (16)12: 201-228.
- Chang, C.E., & Sanna Y.L., & Yang, M. (2003). Optimism, pessimism, affectivity, and psychological adjustment in USA and Korea: a test of a mediation model, *Pers Indiv Differ*, (34)20: 1195-208.
- Goldberg D.P. (1989). *Screening for psychiatric disorder*, UK: Routledge.
- Giltay, E.J., Geleijnse, J.M., Zitman, F.G., Hoekstra, T., & Schouten, E.G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women, *Arch Gen Psychiatry*, (61): 1126-35.
- Harrigan, J.T. (2011). Health promoting habits of people who pray for their health, *J Relig Health*, (50)60: 2-6.
- Hwang, K., & Hammer, J.H., & Cragun, R.T. (2011). Extending religion-health research to secular minorities: issues and concerns, *J Relig Health*, (50)60: 8- 22.
- Jantine J.L.M., & Boselie, L., & Vancleef, M.G., & Smeets, T., & Peters, M.L. (2014). Increasing optimism abolishes pain-induced impairments in executive task performance, *PAIN*, (15)5: 334-340.
- King, R. & Shelley, C. (2008). Community Feeling and Social Interest: Adlerian Parallels, Synergy, and Differences with the Field of Community Psychology, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, (18)10: 96-107.
- Kivimaki, M., & Elovainio, M., & Singh Manoux, A., & Vahtera, Y., & Elenius, H., & Pentti, Y. (2005). Optimism and Pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family, *Health Psychol*, (24)4: 13-21.

-
- Pluso, M., & Andrade, L.H. (2005). Physical fitness and mental health: the association between exercise and mood, *Clinics*, (1)61: 61-70.
- Radebe, S. J. (2004). The influence of optimism and pessimism on the psycho-physical wellness of learners in grades. North-West University, *Vaal Triangle Campus*, (1)13: 18-5.
- Rogers, E.S., & Chamberlin, J., & Ellison, M.L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services, *Psychiatr Serv*, (8)48: 10-27.
- Segerstrom, S.C., & Evans, D.R., & Eisenlohr-Moul, T.A. (2011). Optimism and pessimism dimensions of the Life Orientation Test-Revised: Method and meaning, *Journal of Research in Personality*, (45)33: 126-129.
- Seligman, M.E.P. (1990). *Learned optimism*, New York: Knopf.
- Spigelman, A.D., & Dwyer, P. (2004). Is there a link between work-related stress and colorectal cancer? *MJA*, (7)180: 33-40.
- Srivastava, S., & Richards, M., & McGonigal, M.K., & Butler, A.E., & Gross, J.J. (2006). Optimism in close relationships: how seeing things in a positive light makes them so, *J Pers Soc Psychol*, (1)1: 43-53.
- Vollrath, M.E. (2006). *Handbook of personality and health*, New York: John Wiley and Sons.