پیش‌بینی سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت بر مبنای متغیرهای سلامت روان، سبک‌های مقابله‌ای و جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان دانشگاه اصفهان

ماهگل توکلی [۱]، زهرا عمادی [۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: سبک زندگی هر فرد بر سلامت او تأثیر دارد. سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت علاوه بر تداوم و تقویت سطح سلامت و رفاه، باعث احساس رضایت، اقناع شخصی و خودشکوفایی می‌شود. دانشجویان نیروهای انسانی برگزیده و سازندگان فردای کشور هستند و سنجش وضعیت سلامت جسمی و روانی و معنوی آن‌ها، در جهت ارتقاء و بهبود آن از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت با سلامت روان، سبک‌های مقابله‌ای و جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان دانشگاه اصفهان انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه اصفهان بود، که از بین آن‌ها ۹۴ نفر (۴۷ دختر، ۴۷ پسر) به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و پرسش‌نامه‌های سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت (Health-Promoting Lifestyle Profile II)، سلامت عمومی (Goldberg Health Questionnaire-28)، سبک‌های مقابله‌ای لازاروس (Ways Of Coping Questionnaire) و آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام آذربایجانی را تکمیل کردند. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آماری همبستگی، تحلیل واریانس چند متغیره و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت و سلامت روان، هم‌چنین بین سلامت روان و جهت‌گیری مذهبی همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت($P<۰/۰۱$). نمرات پایین‌تر در پرسش‌نامه سلامت عمومی نشانگر سلامت روانیِ بیشتر فرد است. بین سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت و جهت‌گیری مذهبی همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. علاوه بر این، نتایج نشان داد که بین دختران و پسران در سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت و سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. درصورتی‌که تفاوت بین آن‌ها در زیر مقیاس عقاید-مناسک در آزمون جهت‌گیری مذهبی و سبک مقابله‌ای هیجان‌محور از لحاظ آماری معنی‌دار بود($P<۰/۰۵$). نتایج رگرسیون حاکی از این بود که زیرمقیاس‌های سبک مقابله‌ای مسأله‌محور و اختلال در کارکرد اجتماعی، به ترتیب سهم معنی‌داری در تبیین سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت داشتند($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تحول سبک زندگی در ایران و وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در بین دانشجویان و ارتباط آن با بعد مذهب و سبک‌های مقابله‌ای، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش سلامت در میان اقشار مختلف مردم مخصوصاً دانشجویان پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت، سلامت روان، سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی، دانشجویان

ارجاع: توکلی ماهگل، عمادی زهرا. **پیش‌بینی سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت بر مبنای متغیرهای سلامت روان، سبک‌های مقابله‌ای و جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان دانشگاه اصفهان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۱): ۷۸-۶۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۱/۱۴

۱. استادیار گروه روان‌شناسی،دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان،ایران (نویسنده مسؤول)

Email: m.tavakoli@edu.ui.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

مقدمه

پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامتی مردم همواره مورد توجه سیستم بهداشتی کشور در ایران بوده است. در سطح جهانی نیز این هدف مورد توجه است؛ به طوری‌که برنامه ده ساله چهارم (مردم سالم ۲۰۲۰) علاوه بر تأکید بیشتر بر اهداف برنامه‌های قبلی، دو هدف جدید را مورد توجه قرار داده است. این دو هدف عبارت از تشویق رفتارهای سالم و ایجاد محیط اجتماعی و فیزیکی سالم برای ارتقای سلامتی مردم و جامعه است (۱).

الگوی جدید سلامت نشان می‌دهد که سلامت مسؤولیتی برای همه افراد و جوامع است، از این رو عوامل تعیین‌کننده سلامت تنها به خدمات سلامت طبی و عمومی بستگی ندارد بلکه شامل چندین فاکتور از عوامل شخصی و محیطی می‌شود. بنابراین رویکرد جدید سلامت عمومی، به طور پیوسته بر ارتقای سلامت تأکید می‌کند که در خط مشی سازمان سلامت جهانی جایگاه پراهمیتی دارد؛ ایجاد محیط‌های حمایتی، تقویت کردن عملکرد اجتماعی، جهت‌گیری مجدد خدمات سلامت و رشد مهارت‌های فردی، شامل دادن فرصتی به افراد است تا مهارت‌های خود مراقبتی و زندگی با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را یاد بگیرند.Pender و همکارانش (۲) نشان دادند که رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بخشی از فعالیت‌های روزانه زندگی هستند که مجموعه‌ای از شادی فردی، ارزش‌ها و بهزیستی را شامل می‌شود (۳).

بر اساس رویکرد ارتقای سلامت، مردم باید به نوعی توانمند شوند که مسؤولیت سلامتی خود را پذیرفته و شیوه زندگی سالمی را اتخاذ کنند (۴). برای حفظ و ارتقای سلامتی، تصحیح و بهبود سبک زندگی ضروری است. هدف از بهبود سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی، توانمند ساختن مردم است تا شیوه زندگی خود را اصلاح کنند. هم‌چنین کنترل بیشتری روی سلامتی خود داشته باشند تا از سلامتی کلی خود لذت ببرند و به زندگی سالم خود ادامه دهند (۵). شیوه زندگی سالم یک زندگی متعادل است که در آن شخص به طور آگاهانه دست به انتخاب‌های سالم می‌زند. اهمیت سبک زندگی بیشتر از آن جهت است که روی کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها مؤثر است (۶).

سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت یک عامل تعیین‌کننده مهم در وضعیت سلامت است. در ایالات متحده و ژاپن، برنامه‌هایی از قبیل "مردم سالم ۲۰۱۰" ، "ژاپن سالم" و "دانشگاه سالم ۲۰۱۰" در جهت افزایش کیفیت زندگی شهروندان و بهبود سبک زندگی از طریق برنامه‌های ارتقاءدهنده سلامت طراحی شده است (۷). سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت ترکیبی از شش بعد روحی و اعتقاد به قدرت برتر خداوند در جهت حفظ بعد روانی سلامتی، احساس مسؤولیت در قبال حفظ و ارتقای سلامتی خود و جامعه خود، حفظ روابط بین فردی در جهت ارتقای بعد اجتماعی سلامتی، مدیریت استرس در جهت پیشگیری از بیماری‌های جسمی و روانی، انجام فعالیت فیزیکی و رعایت رژیم غذایی سالم جهت حفظ سلامتی در زندگی روزانه می‌باشد (۸).

رفتارهای ارتقادهنده سلامت شامل فعالیت‌هایی است که سطح بهزیستی و توان بالقوه‌ی سلامت افراد، خانواده‌ها و اجتماع را بهبود بخشیده و بالا می‌برد (۹). به باور Walker، Sechrist و Penderاین رفتارها در حفظ و ارتقای سطح بهزیستی، خودشکوفایی و تکامل افراد تأثیر دارند. مطالعه سازمان جهانی بهداشت در رفتارهای سلامتی ۳۵ کشور جهان نشان داد که نزدیک به ۶۰٪ کیفیت زندگی و سلامتی افراد به سبک زندگی و رفتار شخصی آن‌ها بستگی دارد (۱۰). ارتقای بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد. حرف بهداشتی که پیش از این بر معالجه بیماری تمرکز می‌کردند، اکنون توجه‌شان بر پیشگیری و تأمین سلامت از طریق بهبود سبک زندگی و حذف عواملی است که به نوعی تأثیر منفی بر سطح سلامت انسان دارد (۱۱).

سلامت روانی ازمباحث اساسی در حیطه روان‌شناسی و علوم اجتماعی است که توجه بسیاری از نهادهای بین‌المللی، از جمله سازمان بهداشت جهانی را به خود معطوف ساخته است. هم‌چنین موضوعی است که روان‌شناسان، جامعه‌شناسان، انسان‌شناسان و بسیاری از صاحب‌نظران علوم مختلف، هر کدام با دید خاصی به این موضوع توجه نموده و برای ارتقاءِ کیفیت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

سلامت روانی در میان جوامع بشری برنامه‌ها و راهکارهایی ارائه داده‌اند. سلامت روان داشتن حالت آسایش همراه با احساس توانایی کنار آمدن با جامعه و موقعیت‌های شخصی و رضایت بخش بودن مسائل اجتماعی است (۱۲).

سلامت روان به مردم کمک می‌کند تا با محیط خود منطبق و سازگار شوند و راه حل‌های مناسب‌تری را برای حل مشکلات از طریق روش‌های روانی و عاطفی پیدا کنند. هدف از بهداشت روان، پیشگیری از ابتلاء و کاهش شیوع و جلوگیری از عوارض اختلالات و بیماری‌های روانی است. از منظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی بخش بسیار مهمی در حیطه سلامت است که ارتقاء و برنامه‌ریزی در جهت بالا بردن آن مؤثر می‌باشد. این سازمان، سلامت روانی را این گونه تعریف می‌کند: سلامت روان حالتی از سلامتی است که در آن فرد، توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمر ثمر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (۱۳).

یکی از فاکتورهای مهم در رفتارهای مرتبط با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و سلامت روان، مدیریت استرس است.صاحب‌نظران معتقد هستند که استرس یکی از عوامل مؤثر بر سلامت فیزیولوژیک و روانی و منشأ ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماری‌ها است. هم‌چنین شیوه‌های مقابله با استرس یعنی فرایندی که به وسیله آن افراد مسایل ناشی از استرس و هیجان منفی ایجاد شده را تحت کنترل درمی‌آورند جایگاه مهمی را به خود اختصاص داده است. بر اساس تئوری‌های روان‌شناختی سبک‌های مقابله‌ای نقش مهمی در کاهش استرس و در نتیجه سلامت عمومی افراد دارند (۱۴).

Folkman وLazarusمقابله را فرایندی پیچیده می‌دانند که با توجه به ارزیابی‌هایی که فرد از موقعیت‌های استرس‌زا و فشارهای آن موقعیت دارد، تغییر می‌کند و تلاش‌های رفتاری-شناختی فعال فرد را در برمی‌گیرد. 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(۱۵). Higgins و Endler سبک‌های مقابله‌ای را به سه نوع مسأله مدار، هیجان مدار و اجتناب مدار تقسیم کرده‌اند (۱۶). ازجمله دیگر عوامل مؤثر در حوزه‌ی رفتارهای حافظ سلامتی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، که می‌تواند هم‌چنین به عنوان یک منبع مقابله با تنیدگی‌های زندگی مورد توجه قرار گیرد، مذهب و جهت‌گیری مذهبی است. تأثیر مثبت باورها و آیین‌های مذهبی بر رضایت از زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و سبک زندگی و نیز نقش مهم و مثبت باورهای دینی محکم تر در ارتقاء بهداشت روانی و پایداری عاطفی افراد، کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطر مثل سوءمصرف مواد و الکل از جمله یافته‌هایی هستند که رابطه‌ای مثبت میان مذهب و سازگاری روان‌شناختی گزارش نمودند (۲۲-۱۷) .

در مطالعه‌ای که توسط Pargament انجام شد، نتایج نشان داد دین نقش مهمی در رویارویی با تنیدگی‌های روزمره دارد و می‌تواند اثرات بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند. از نظر وی افراد متدین در هنگام ارزشیابی نوع اول (آیا این رویداد به صورت بالقوه خطرناک است) و ارزشیابی نوع دوم (آیا من می‌توانم با این رویداد مقابله کنم) برای مقابله با تنیدگی به خوبی از دین و فرایض دینی استفاده می‌کنند. زیرا واکنش آن‌ها به فشار روانی تحت تأثیر عواملی از جمله حمایت اجتماعی، سخت‌کوشی، سبک مشکل‌گشایی و نظیر آن قرار می‌گیرد که در افراد متدین موجب کاهش تنیدگی می‌شود. پس مهم‌ترین تأثیری که دین برای مقابله با تنیدگی دارد، نقش آن در کاهش فشار روانی و تأمین سلامت روانی خانواده‌ها است(۲۳). سیاست‌گذاران و تدوین‌کنندگان راهبرد بهداشت جامعه‌نگر در سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization)، در سال‌های اخیر مسایل مذهبی و اعتقادات دینی، به ویژه اعتقادات اسلامی را مورد توجه قرار داده و این سازمان، بخشی از انتشارات خود را از سال ۱۹۹۲ میلادی به آموزش بهداشت از راه مذهب، به عنوان راه کار زندگی سالم اختصاص داده است و کتاب ها و جزوه‌های زیادی را با عنوان‌هایی چون بهداشت از دیدگاه اسلام، ارتقاء سطح بهداشت از دیدگاه اسلامی و نیز نقش مذهب و اخلاق در پیشگیری و کنترل بیماری ایدز منتشر کرده است. مذهب به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

اعتقاد برخی پژوهشگران با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی به سؤال‌های اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعدادهای او پاسخ می‌دهد و بدین ترتیب به وحدت یافتگی سازمان روان‌شناختی و معنوی و خود نظم‌دهی انسان کمک می‌کند(۲۴).

یکی از دوره‌های حساس از نظر شکل‌گیری و انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی و تأثیر آن بر مراحل بعدی زندگی، دوره نوجوانی و اوایل جوانی یعنی سنین ۲۴-۱۵ سال می‌باشد (۲۵). الگوهای سلامت در طول سال‌های گذشته به خصوص در بین جوانان تغییرات مثبت و منفی قابل ملاحظه‌ای داشته است. بسیاری از الگوهای ناسالم مانند وعده‌های غذایی نامنظم و عادات بد غذایی، الگوی نادرست خواب، عدم فعالیت بدنی و یکسری رفتارهای خطرزا مانند مصرف الکل و تنباکو در بین جوانان در حال افزایش است (۲۸-۲۶). بنابراین نیاز است به مباحثی مانند ارتقای سلامت و سبک زندگی پرداخته شود. یکی از دوره‌های حیاتی در جوانی دوره دانشجویی است که یک دوره انتقالی پویا و شناخته شده است. در این دوره با پیشرفت از نظر جسمی، روانی، اجتماعی و جنسی افراد جوان به تدریج مسؤولیت سلامتی‌شان را می‌پذیرند. لذا این دوره انتقالی بهترین زمان برای ایجاد رفتارهای سالم است (۲۹).

با توجه به این که دانشجویان از اقشار بسیار مهم و حساس جامعه بوده و در سنین جوانی قرار دارند، بنابراین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در آن‌ها بسیار مهم است و این گروه از افراد جامعه به عنوان یک مجرا و کانال می‌توانند ترویج‌دهنده مسایل مربوط به ارتقای سلامت خود، خانواده و در نهایت جامعه باشند. مدیریت استرس و مذهب دو فاکتور مهم و مرتبط با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و سلامت روانی این گروه از افراد جامعه می‌باشند و از سویی توجه به عوامل و موقعیت‌های استرس‌زا و نحوه رویارویی با این مسایل در قشر دانشجو، با نظر به این که ورود به دانشگاه و برخورد با مسائل جدید با هیجانات خاصی همراه است که می‌تواند سلامت روانی و جسمی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، حائز اهمیت است و در این میان نقش تعدیل‌گر مذهب و به خصوص جهت‌گیری مذهبی افراد با ابزار با اعتباریابی ایرانی و اهمیت آن بر روی شیوه‌های مقابله با موارد استرس‌زای زندگی از موضوعاتی بوده که کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا به بررسی رابطه متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روان با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در دانشجویان بپردازد. امید است با بررسی و شناخت هر چه بیشتر و بهتر این متغیرها، برنامه‌ریزی دقیق‌تری در جهت بهبود سبک زندگی ارتقاءدهنده دانشجویان صورت گیرد.

مواد و روش‌ها

روش انجام پژوهش از نوع توصیفی–همبستگی است. جامعه آماری آن شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه اصفهان از تمامی مقاطع و رشته‌ها در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ می‌باشد که به صورت تصادفی ۴۷ دانشجوی دختر و ۴۷ دانشجوی پسر به عنوان نمونه برای مشارکت در این طرح انتخاب شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار spss-20 و از روش‌های آماری همبستگی (Correlation)، تحلیل واریانس چندمتغیره (Multiple Analysis of Variance)، رگرسیون (Regression) استفاده شد. در این پژوهش ابزار اندازه‌گیری یا گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه بود. این پرسش‌نامه‌ها عبارت هستند از:

الف- پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت (HPLPII)، که دارای ۵۲ سؤال بوده و توسط والکر و همکاران طراحی شده و توسط محمدی زیدی و همکاران ترجمه شده و پایایی و روایی آن به اثبات رسیده است. این شش‌گانه آن مورد استفاده قرار گرفته است. پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی با مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۱= هرگز، ۲= برخی اوقات، ۳= اغلب و ۴= همیشه) نمره‌گذاری شده است. حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۵۲ و حداکثر ۲۰۸ است. نمرات بالا نشان‌دهنده سبک زندگیارتقاءبخش سلامت بهتری است. پایایی نسخه اصلی سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت توسط Walker و همکاران به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای رشد روحی، ۰/۸۶ برای مسؤولیت پذیری، ۰/۸۵ برای فعالیت بدنی، ۰/۸۷ برای روابط بین فردی، ۰/۷۹ برای مدیریت استرس و ۰/۸۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

برای تغذیه به دست آمد. یعنی دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ برای ابعاد شش‌گانه و ۰/۹۴ برای کل پرسش‌نامه به اثبات رسیده است. روایی و پایایی نسخه فارسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی نیز توسط محمدی زیدی و همکاران انجام شد و آلفای کرونباخ برای رشد روحی ۰/۶۴، برای مسؤولیت‌پذیری ۰/۸۶، برای روابط بین‌فردی ۰/۷۵، برای مدیریت استرس ۰/۹۱، برای فعالیت بدنی ۰/۷۹، برای تغذیه ۰/۸۱ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۲ به دست آمد (۳۰).

ب-پرسش‌نامه سلامت عمومی Goldberg (GHQ-28) شامل ۲۸سؤال چهارگزینه‌ای در چهار حیطه افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی(ناکنش‌وری اجتماعی) است که با مقیاس تکرار عمل به صورت " خیلی کمتر از معمول"، "کمتر از معمول"، "مثل همیشه" و "بیشتر از معمول" ارایه شده و به آن نمره ۰ تا ۳ اختصاص داده شده است. از جمع نمره‌ها، نمره هر حیطه و از مجموع نمرات حیطه‌ها، نمره کل سلامت عمومی برای هر فرد به دست می‌آید. هر حیطه شامل ۷ سؤال و حداکثر نمره در هر حیطه ۲۱ و در کل ۸۴ می‌باشد. نمره بیشتر مؤید سلامت عمومی کمتر است. ضریب پایایی کل پرسش‌نامه سلامت عمومی ۰/۹۶ و خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و ناکنش‌وری اجتماعی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۷۸بود (۳۱).

ج- پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس (WOCQ)که توسط فولکمن و لازاروس طراحی شد و شامل ۶۶ گویه است که بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت (هرگز به کار نبردم، تا حدی به کار بردم، بیشتر مواقع به کار بردم، زیاد به کار بردم) تنظیم شده است. این پرسش‌نامه هشت روش مقابله را ارزشیابی می‌کند که در نهایت به دو سبک کلی مسأله محور و هیجان محور تقسیم می‌شوند. سبک‌های مقابله‌ای مسأله محور شامل جست و جوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت (توصیف کننده کوشش‌هایی است که با تمرکز بر رشد شخصیت، معنایی مثبت می‌آفرینند و بعد مذهبی نیز دارد) می‌باشد. سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور نیز شامل کنار آمدن رویارویانه، دوری گزینی، خویشتن داری و گریز-اجتنابی‌باشد. برای اندازه‌گیری هر یک از روش‌های رویارویی، ۵ تا ۸ ماده در نظر گرفته شده است. لازاروس ثبات درونی مقیاس‌ها را از ۰/۷۹ تا ۰/۶۶=α برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای ذکر کرده است. پایایی این آزمون به شیوه‌ی همسانی درونی با آلفای ۰/۸۹ گزارش شده است. در ایران قدمکاهی و دژکام ضریب همسانی درونی را با بهره گیری از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۶۱ تا ۰/۷۹) و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته (۰/۵۹ تا ۰/۸۳)گزارش کردند(۳۲).

د-آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام توسط آذربایجانی،در قالب یک طرح پژوهشی در مؤسسه‌ی پژوهشی حوزه و دانشگاه تهیه شد. مبنای نظری آزمون منابع معتبر اسلامی بوده و در نهایت پرسش‌نامه‌ای با ۷۰ سؤال تهیه شده است. روایی محتوایی آن از طریق جمع‌آوری نظرات کارشناسان حوزوی با میانگین ۰/۷۷ تامین شده است. پرسش‌نامه شامل دو خرده‌مقیاس R_1 (عقاید و مناسک) و R_2 (اخلاق) است. ضریب آلفای کرونباخ دو خرده‌مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۹ به دست آمده است (۳۳).

یافته‌ها

به منظور پیش‌بینی سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت بر اساس سلامت روان، جهت‌گیری مذهبی از روش رگرسیون چند متغیری استفاده شد که نتایج در جدول (۶) ارائه شده است. در این جدول از شیوه رگرسیون گام به گام برای تحلیل رگرسیون عوامل مؤثر بر سبک زندگی ارتقاء بخش سلامت بهره گرفته شده است. در این شیوه، متغیرهای مستقل به ترتیبِ بیشترین تأثیر بر متغیر وابسته، وارد معادله‌ی رگرسیون می‌شوند. نتایج نشان می‌دهد که سبک مقابله‌ای مسأله‌محور که مربوط به مقیاس راهبردهای مقابله‌ای است و ناکنش‌وری اجتماعی که از زیرمقیاس‌های سلامت روان است، به ترتیب سهم معنی‌داری در تبیین سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت دارند ($P<۰/۰۱$). عامل سبک مقابله‌ای مسأله‌محور ۰/۲۵ از واریانس مربوط به سبک زندگی ارتقاء بخش سلامت را تعیین می‌کند ($R^2=۰/۲۵$)، هم‌چنین ۰/۱۲ از واریانس سبک زندگی ارتقاء بخش سلامت به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

واسطه‌ی عامل ناکنش‌وری اجتماعی تبیین می‌شود (R^2=۰/۱۲). بنابراین متغیرهای پیش‌بین روی هم رفته می‌توانند ۳۷ ٪ از تغییرات متغیر ملاک را تبیین کنند.

جدول (۲)، میانگین و انحراف استاندارد دانشجویان را در هر یک از متغیرهای سبک زندگی ارتقاء بخش سلامت، سلامت روان، جهت‌گیری مذهبی، سبک‌های مقابله‌ای مسأله محور و هیجان محور نشان می‌دهد.

به منظور تعیین رابطه بین سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت با سلامت روان، جهت‌گیری مذهبی و سبک‌های مقابله‌ای مسأله محور و هیجان محور، اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهد که بین نمره کل سبک زندگی ارتقاء بخش سلامت و نمره پرسش‌نامه سلامت روان رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (r=-۰/۳۲۹، P<۰/۰۱).بدین معنی که با افزایش نمرات پرسش‌نامه سلامت روان، نمرات سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت کاهش می‌یابد. نتایج جدول (۳) مبین آن است که بین تمامی زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت روان به جز نشانه‌های جسمانی با سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۱).

بین نمره کل سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت و جهت‌گیری مذهبی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (r=۰/۳۷۷، P<۰/۰۱). یعنی با افزایش نمره جهت‌گیری مذهبی، نمره سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت نیز افزایش پیدا می‌کند. بین دو زیر مقیاس پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی با سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت نیز رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد(P<۰/۰۱). نتایج جدول (۳) هم‌چنین نشان می‌دهد که بین نمره کل جهت‌گیری مذهبی و نمره پرسش‌نامه سلامت روان رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (r= -۰/۳۵۴، P<۰/۰۱).بدین‌معنی که با افزایش نمرات پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی، نمرات فرد در پرسش‌نامه سلامت روان کاهش می‌یابد.

بین نمره کل سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت و سبک مقابله‌ای مسأله‌محور رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد(r=۰/۵۰۹، P<۰/۰۱). بدین‌معنی که با افزایش نمرات سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت، نمرات سبک مقابله‌ای مسأله‌محور نیز افزایش پیدا می‌کند. اما بین نمره سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت و سبک مقابله‌ای هیجان محور رابطه معنی‌داری دیده نمی‌شود. بین نمره کل سبک مقابله‌ای هیجان محور و سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد(r=۰/۲۸۴، P<۰/۰۱). به عبارت دیگر با افزایش نمرات سبک مقابله‌ای هیجان محور، نمرات پرسش‌نامه سلامت روان نیز افزایش پیدا می‌کند.

به منظور برآورد تفاوت میانگین‌های دو گروه در مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت، سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن‌ها، از تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA استفاده شد که نتایج آن به صورت جداگانه در جداول (۴) و (۵) ارائه شده است. با توجه به جدول (۴)، نتیجه تحلیل واریانس نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمره‌های دو نمونه‌ی دختر و پسر در متغیر سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت در کل و مؤلفه‌های آن به جز مؤلفه‌ی ورزش، معنی‌دار نیست. در زیر مقیاس ورزش میانگین نمرات پسران به صورت معنی‌داری از میانگین نمرات دختران بالاتر است (P<۰/۰۱).

داده‌های جدول شماره (۵) و نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌های دو گروه در سلامت روان و تمامی مؤلفه‌های آن به جز اضطراب، از لحاظ آماری معنادار نیست. در زیر مقیاس اضطراب، میانگین نمرات پسران به صورت معناداری بیشتر از میانگین نمرات دختران است (P<۰/۰۵).

با توجه به جدول شماره (۵)، می توان دریافت که تفاوت نمره‌های دو گروه در زیر مقیاس عقاید- مناسک در پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی، از لحاظ آماری معنادار است (P<۰/۰۵). با توجه به مقایسه‌های زوجی می‌توان دریافت که میانگین نمرات دختران به صورت معناداری بیشتر از میانگین نمرات پسران است. در مورد زیر مقیاس اخلاق، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات دو گروه وجود ندارد.

در مورد سبک مقابله‌ای هیجان‌محور نیز، تفاوت نمره های دو گروه از لحاظ آماری معنادار است (P<۰/۰۱). با توجه به جدول (۲)، می‌توان دریافت که میانگین نمرات دختران به صورت معناداری بیشتر از میانگین نمرات پسران است. در مورد سبک

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

مقابله‌ای مسأله‌محور، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه وجود ندارد.

در جدول (۱) اطلاعات توصیفی مربوط به فراوانی، میانگین سنی و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها به تفکیک جنسیت ارائه شده است:

جدول ۱. تعداد، میانگین سنی و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها

متغیر	جنسیت	دختر	پسر	کل
تعداد		۴۷	۴۷	۹۴
میانگین سنی		۱۹/۴۱	۲۲/۵۶	۲۱
انحراف استاندارد		۱/۱۲	۲/۹۱	۲/۷۱

جدول۲. میانگین وانحراف استاندارد دانشجویان در هر یک از متغیرهای پژوهش به تفکیک جنسیت

متغیرها	میانگین			انحراف استاندارد		
	دختر	پسر	کل	دختر	پسر	کل
سبک زندگی ارتقاء بخش سلامت	۱۲۵/۳۴	۱۲۷/۳۰	۱۲۶/۳۲	۱۵/۷۴	۱۷/۷۴	۱۶/۷۱
سلامت روان	۲۱/۷۸	۲۶/۹۵	۲۴/۳۶	۱۱/۲۵	۱۵/۶۲	۱۳/۷۸
جهت گیری مذهبی	۲۱۰/۲۱	۲۰۰/۰۲	۲۰۵/۱۱	۲۰/۲۲	۲۳/۸۱	۲۲/۵۵
سبک مقابله‌ای مسأله محور	۶۱/۶۲	۶۲/۱۸	۶۱/۹۰	۹/۴۲	۸/۷۸	۹/۰۶
سبک مقابله‌ای هیجان محور	۶۵/۱۸	۵۸/۷۸	۶۱/۹۸	۹/۳۲	۶/۳۱	۸/۵۵

جدول ۳. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱	سبک زندگی ارتقاء بخش سلامت	۱										
۲	سلامت روان	-۰/۳۲۹ **	۱									
۳	نشانه‌های جسمانی	-۰/۱۵۸	۰/۸۴۲ **	۱								
۴	اضطراب	-۰/۲۰۵ **	۰/۸۸۷ **	۰/۷۴۹ **	۱							
۵	ناکنش‌وری اجتماعی	-۰/۴۴۹ **	۰/۷۵۴ **	۰/۵۱۵ **	۰/۵۲۸ **	۱						
۶	افسردگی	-۰/۳۲۷ **	۰/۸۱۰ **	۰/۴۸۸ **	۰/۵۹۸ **	۰/۵۶۴ **	۱					
۷	جهت‌گیری مذهبی	۰/۳۷۷ **	-۰/۳۵۴ **	-۰/۲۸۱ **	-۰/۳۳۶ **	-۰/۲۳۵ *	-۰/۳۰۱ **	۱				

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

دنباله جدول ۳

۸	عقاید- مناسک	۰/۳۳۱ **	-۰/۳۰۴ **	-۰/۲۳۲ *	-۰/۳۰۲ **	-۰/۱۸۷	-۰/۲۶۵ *	۰/۹۶۹ **	۱		
۹	اخلاق	۰/۳۹۸ **	-۰/۳۸۶ **	-۰/۳۲۴ **	-۰/۳۴۴ **	-۰/۲۸۳ **	-۰/۳۱۹ **	۰/۸۹۹ **	۰/۷۶۳ **	۱	
۱۰	سبک مقابله ای مسأله محور	۰/۵۰۹ **	-۰/۱۶۳	۰/۰۱۰	-۰/۰۹۴	-۰/۲۲۳ *	-۰/۲۵۳ *	۰/۴۴۲ **	۰/۳۹۷ **	۰/۴۵۲ **	۱
۱۱	سبک مقابله ای هیجان محور	۰/۰۹۸	۰/۲۸۴ **	۰/۲۵۷ *	۰/۳۵۴ **	۰/۰۷۱	۰/۲۱۱ *	۰/۰۱۳	۰/۰۳۱	-۰/۰۲۲	۰/۳۵۸ **

** ≤P۰/۰۱ * ≤P۰/۰۵

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس عضویت گروهی بر ابعاد سبک زندگی ارتقاء بخش سلامت

منبع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
جنسیت	رشد روحی	۰/۵۳۳	۱	۰/۵۳۳	۰/۰۲۳	۰/۸۷۹	۰/۰۰۰	۰/۰۵۳
	مسئولیت پذیری	۳/۵۲۲	۱	۳/۵۲۲	۰/۱۲۶	۰/۷۲۴	۰/۰۰۱	۰/۰۶۴
	روابط بین فردی	۱/۵۶۵	۱	۱/۵۶۵	۰/۱۱۹	۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶۳
	مدیریت استرس	۴/۷۹۳	۱	۴/۷۹۳	۰/۳۵۴	۰/۵۵۳	۰/۰۰۴	۰/۰۹۱
	فعالیت بدنی	۳۰۳/۱۴۱	۱	۳۰۳/۱۴۱	۱۴/۵۲۳	۰/۰۰۰	۰/۱۳۹	۰/۹۶۵
	تغذیه	۴۰/۴۴۶	۱	۴۰/۴۴۶	۳/۰۶۳	۰/۰۸۴	۰/۰۳۳	۰/۴۱۰

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس عضویت گروهی بر ابعاد سلامت روان، جهت‌گیری مذهبی و سبک های مقابله‌ای

منبع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
جنسیت	نشانه‌های جسمانی	۱/۸۳۷	۱	۱/۸۳۷	۰/۰۹۹	۰/۷۵۴	۰/۰۰۱	۰/۰۶۱
	اضطراب	۱۰۴/۳۹۱	۱	۱۰۴/۳۹۱	۵/۰۶۴	۰/۰۲۷	۰/۰۵۳	۰/۶۰۵
	ناکنش‌وری اجتماعی	۲۶/۰۹۸	۱	۲۶/۰۹۸	۲/۵۸۴	۰/۱۱۱	۰/۰۲۸	۰/۳۵۶
	افسردگی	۶۶/۱۳۰	۱	۶۶/۱۳۰	۳/۳۷۱	۰/۰۷۰	۰/۰۳۶	۰/۴۴۳
	عقاید - مناسک	۱۲۰۹/۳۵۷	۱	۱۲۰۹/۳۵۷	۵/۴۵	۰/۰۲۲	۰/۰۵۷	۰/۶۳۷
	اخلاق	۱۹۸/۲۰۹	۱	۱۹۸/۲۰۹	۲/۶۹	۰/۱۰۴	۰/۰۲۹	۰/۳۶۸
	سبک مقابله‌ای مسأله محور	۷/۱۵۲	۱	۷/۱۵۲	۰/۰۸	۰/۷۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۰۶۰
	سبک مقابله‌ای هیجان‌محور	۹۴۲/۹۰	۱	۹۴۲/۹۰	۱۴/۸۵	۰/۰۰۰	۰/۱۴۲	۰/۹۶۸

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

جدول ۶. رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی نمره کل سبک زندگی ارتقاء بخش سلامت

گام	مدل	R	R^2	R^2تعدیل شده	SE	تغییرات R^2	تغییرات F	ßاستاندارد	t	سطح معناداری
۱	سبک مقابله‌ای مسأله محور	۰/۵۰۹	۰/۲۵۹	۰/۲۵۱	۱۴/۴۶	۰/۲۵۹	۳۱/۴۴	۰/۴۳۰	۵/۰۱۵	۰/۰۰۰
۲	سبک مقابله‌ای مسأله محور و ناکنش وری اجتماعی	۰/۶۱۵	۰/۳۷۸	۰/۳۶۴	۱۳/۳۲	۰/۱۱۹	۱۷/۰۲	-۰/۳۵۴	-۴/۱۲۵	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

به مطالعه سبک زندگی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در جهان توجه خاصی شده است و بیشتر مطالعات در این زمینه به کشورهای توسعه یافته برمی‌گردد (۳۵-۳۴) . زندگی دانشجویی یک دوره انتقالی است و جدا از این که با افزایش رفتارهای خطرزا و سبک زندگی ناسالم می‌باشد، اما در عین حال فرصت مناسبی را برای تثبیت الگوی سالم زندگی از طریق ارتقای سلامت فراهم می‌کند (۳۶). با این وجود مطالعات معدودی در کشور به بررسی رفتارهای پرخطر در بین دانشجویان و آموزش و افزایش رفتارهای ارتقاءبخش سلامت پرداخته‌اند (۳۸-۳۷) .

به طور کلی میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت در دانشجویان مطالعه‌ی حاضر، حدود ۱۲۷ می‌باشد؛ این نمره حاکی از این است که رفتارهای تسهیل‌کننده و ارتقاءدهنده دانشجویان در حد متوسطی قرار دارد. هرچند این وضعیت تا حدی قابل قبول است، ولی نیاز به اجرای مداخلات لازم جهت حفظ و بهبود سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت دانشجویان احساس می‌شود. در مطالعه‌ای که توسط مطلق و همکاران انجام گرفت، میانگین نمرات رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی ۱۳۰ بوده است که نتیجه مطالعه‌ی حاضر را تأیید می‌کند. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که نمرات زیرمقیاس فعالیت بدنی در نمونه پسران به طور معناداری بالاتر از این نمره در نمونه دختران می‌باشد. این یافته ها، هم‌خوان با پژوهش‌های دیگر در این زمینه است (۴۰-۳۹، ۲۹، ۶). شاید بتوان گفت یکی از دلایل بالقوه دانشجویان دختر محدودیت‌های اجتماعی آنان و یا برنامه‌های سنگین دانشگاهی و نیاز به وقت بیشتر برای مطالعه باشد.البته باید اضافه نمود که عدم تحرک در بین افراد جامعه از یک طرف باعث ایجاد ناراحتی‌های قلبی و عروقی در سنین بالا شده و از طرفی دیگر باعث ناهنجاری‌های متعدد جسمی‌و روانی در سنین کودکی و نوجوانی می‌شود. اثرات ناشی از زندگی شهرنشینی و محدود شدن فضای زندگی و عدم تحرک همگی دست به دست هم داده‌اند تا معضلات و مشکلات متعددی برای انسان ایجاد شود. از این رو نیاز برای یافتن راهی که منجر به رفع این مشکلات شود احساس می‌گردد.

نتایج بررسی‌ها نشان‌دهنده آن است که بین جهت‌گیری مذهبی و سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت رابطه مثبت و بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان رابطه منفی وجود دارد. با توجه به این که منظور از نمره سلامت در پرسش‌نامه سلامت روان (GHQ)، وجود نمرات پایین‌تر است و نمره بالا نشانگر کاستی در سلامت روان فرد است، بنابراین می‌توان گفت افرادی که جهت‌گیری مذهبی قوی‌تری دارند از سلامت روان بیشتر و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی بهتری برخوردارند و در نتیجه در پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ نمره کمتری به دست می‌آورند.

در سطح خرده‌مقیاس‌ها نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی با نشانه‌های جسمانی، اضطراب، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی رابطه منفی دارد. به عبارتی افرادی که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

جهت‌گیری مذهبی قوی‌تری دارند علائم آسیب‌شناختی فوق‌الذکر در آن‌ها کمتر نمود پیدا می‌کند. در تبیین این رابطه می‌توان گفت افراد مذهبی رابطه عمیق و قلبی با خدا دارند و توکل به خدا سرلوحه شیوه زندگی آن‌ها است، که این چنین اتکایی قابل اعتماد، خود می‌تواند در موقعیت‌های تنش‌زا با جلوگیری از افکار اضطراب‌انگیز سبب آرامش آن‌ها گردد. Reyes Ortiz, Rodriguez, Kyriakos, Markides (۴۱) دریافتند ۶۰ درصد از افراد در موقعیت‌های بحرانی و پرفشار دست به دعا بر می‌دارند و شفا و تسکین مذهبی را مهم دانستند. پژوهش‌های Ellison, Boardman, Williams, Jackson (۴۲)، Laurencelle, Abell, Schwartz (۴۳) نشان داد که بین حضور در مراسم مذهبی و درماندگی روانی رابطه معکوس معنی‌دار وجود دارد. آن‌ها دریافتند که آزمودنی های با گرایش مذهبی قوی‌تر به طور معنی‌داری اضطراب پایین‌تر و آسیب‌های شخصیتی پایینی را تجربه می‌کنند. نتایج به دست آمده با تحقیقات انجام شده توسط پاردینی و همکاران پیرامون رابطه مثبت بین ایمان مذهبی و وضعیت بهداشت روانی هم‌خوانی دارد (۴۴). در مطالعه صالحی و همکاران نیز افراد با عملکرد مذهبی بالاتر از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند (۴۵). هم‌چنین در مورد رابطه معکوس جهت‌گیری مذهبی و ناکنش‌وری اجتماعی که در این مطالعه به دست آمد، می‌توان گفت افراد متدین با مردم بر اساس آموزه‌های سنتی و رفتارهای توصیه شده دینی، رابطه برقرار می‌کنند. در نمازها و دعاها و دیگر مناسک جمعی آیینی با هم تشریک مساعی دارند که این خود روحیه جمعی و احساس تعلق و علاقه اجتماعی آن‌ها را تقویت می‌کند و کنش‌وری مثبت اجتماعی آن‌ها را تضمین می‌کند. Lazarus و Lazarus (۴۶) و McCullough, Laurenceau (۴۷) در این راستا در پژوهش‌های جداگانه دریافتند که فراوانی حضور در مراسم مذهبی، خواندن متون مقدس، فراوانی دعا با مسؤولیت‌پذیری و سازه‌های اجتماع پسند نظیر همدلی و ارایه حمایت عاطفی به دیگران در ارتباط بوده است. افراد مذهبی با داشتن توکل به خدا، عاقبت‌گرایی و توجه به آخرت، هدفمندانه‌تر زندگی کرده و به آینده امیدوارتر هستند، از این رو کمتر دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند.

مطابق با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها از جمله پژوهش Loewenthal, MacLeod, Goldblatt, Valentine Lubitsh , (۴۸)، یافته‌های این مطالعه نشان داد که زنان جهت‌گیری مذهبی قوی‌تری نسبت به مردان دارند. این تفاوت در بعد عقاید- مناسک بیشتر نمود کرده است. در اکثر مطالعات صورت گرفته از پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی Alport استفاده گردیده که جهت‌گیری مذهبی را در دو بعد درونی و بیرونی می‌سنجد و یافته‌های محققان و صاحب نظران حاکی از آن است که زنان مذهبی‌تر از مردان هستند (۵۰-۴۹)، به گونه‌ای که جهت‌گیری مردان بیرونی ولی جهت‌گیری زنان درونی است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و قوی‌تر بودن زنان در بعد عقاید- مناسک پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی، می‌توان این زیرمقیاس را معادل با جهت‌گیری مذهبی درونی آلپورت در نظر گرفت که هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های دیگر است.

Beit-Hallahme و Argyle (۵۱) نتیجه‌گیری می‌کنند میزان درگیری مذهبی، دعا و پرداختن به اعمال دینی زنان در مقایسه با مردان مسیحی بیشتر است. هرچند که آن‌ها استدلال می‌کنند این تفاوت‌ها پژواک فرصت‌های بیشتر زنان برای فعالیت‌ها، یا شاید تفاوت شخصیتی و اجتماعی شدن باشد. نتایج پژوهش Loewenthal, MacLeod, Goldblatt و همکاران (۴۸) نشان داد زنان مسیحی از نظر مذهبی فعال‌تر از مردان بودند در حالی‌که در مسلمانان و یهودی ها این تفاوت به نفع مردان بود. می‌توان گفت که تفاوت‌های مذهبی زن و مرد بیش از آن‌که انعکاس تفاوت‌های ناشی از جنس باشد، مسأله‌ای فرهنگی- اجتماعی است.

افرادی که از معنویت و تجارب مذهبی با هم برخوردارند، سلامت روانی و جسمی بهتری در خود گزارش می‌کنند. افراد مذهبی شبکه‌های اجتماعی گسترده‌تر و قوی‌تری دارند و برای کنار آمدن با بحران‌های بیرونی و تعارض درون روانی، ممکن است به عنوان شیوه‌ای از کنار آمدن، به مذهب روی آورند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

مذهب یک سامانه باورداشت منسجم به وجود می‌آورد که به افراد امکان می‌دهد تا برای زندگی معنا پیدا کنند و به مصیبت‌ها، فشارهای روانی و از دست دادن گریزناپذیری که در طی چرخه زندگی رخ می‌دهند، معنا ببخشند. هم‌چنین حضور مرتب در مراسم مذهبی و عضوی از اجتماع مذهبی بودن برای افراد حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد. هر دو عامل می‌توانند همبستگی بین ایمان مذهبی و سلامت جسمانی را تا حدودی تبیین کنند.

مقایسه‌ی میزان سلامت روان دانشجویان دختر و پسر نیز نشان داد که بین میانگین نمرات دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. با این که غالب ادبیات پژوهشی بر شیوع اختلالات روانی در میان زنان بیش از مردان تأکید دارند (۵۲)، یافته‌ی این پژوهش مبنی بر عدم وجود تفاوت بین سلامت روانی دختران و پسران با نتایج پژوهش محمدزاده و همکاران (۳۱) همسو و هماهنگ است و یافته‌های پژوهشی آن‌هاراتأییدمی‌کند. این پژوهشگران تبیین می‌کنندکه بین سلامت روانی و سلامت عمومی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی‌داری وجودندارد. در زیر مقیاس اضطراب نمرات پسران به طور معنی‌داری بیشتر از دختران است. ورود به دانشگاه با ایجاد انتظارات و نقش‌های جدید برای افراد همراه است و قرار گرفتن در چنین شرایطی با استرس و نگرانی توأم بوده و عملکرد و بازدهی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، شاید این عوامل توجیه‌کننده‌ی نمره بالای اضطراب در پسران و به طور کلی بالا بودن میانگین نمرات پرسش‌نامه سلامت روان و در نتیجه پایین بودن میزان سلامت روانی این دانشجویان باشد. با توجه به بالا بودن میانگین کل پرسش‌نامه سلامت روان باید تدبیری اندیشید چرا که دانشجویان آینده‌سازان این مرز و بوم هستند و از طرف دیگر دوره دانشجویی دوره‌ای حساس از نظر انتخاب سبک خاصی از زندگی، توسط فرد و شکل‌دهی و ثبات آن در تمام طول عمر زندگی او می‌باشد.

یافته‌ها مبین آن است که بین نمره سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت و سبک مقابله‌ای مسأله‌محور و هم‌چنین بین نمره کل سبک مقابله‌ای هیجان محور و سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بدین ترتیب که هر چه سبک زندگی فرد سالم‌تر باشد و از راهبردهای مقابله‌ای مسأله محور بیشتر استفاده کند، از سلامت روان بالاتری برخوردار است و نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی کمتری را نشان خواهد داد و هرقدر از سلامت سبک زندگی او کاسته شده و راهبردهای هیجان محور بیشتری را به کار گیرد، از سلامت روانی کمتری بهره می‌برد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی هم‌خوانی دارد (۵۳). هم‌چنین مشخص شد که دختران بیشتر از پسران از سبک مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کنند در برخورد با مشکلات نسبت به پسران آسیب‌پذیرتر هستند.

در این پژوهش هم‌چنین مشخص شد که از بین تمام مقیاس‌های مورد بررسی، سبک مقابله‌ای مسأله‌محور، سهم بیشتری در پیش‌بینی سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت داشته است. بر طبق مدل Lazarus و Folkaman (۵۴) می‌توان گفت که فرد در فرایند مقابله مسأله‌محور، مهارت‌های شناختی را به کار می‌گیرد و راه‌های مقابله با مشکل به صورت مستقیم مورد بررسی قرار می‌گیرند و فرد با یافتن راه حل مناسب، احساس رضایت می‌کند و این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری او شده و آشفتگی هیجانی او را کاهش می‌دهد. در سایه این انسجام فکری، منبع استرس نیز بهتر شناسایی شده و قابل کنترل ارزیابی می‌گردد. شناخت منبع استرس و قابل کنترل ارزیابی کردن آن به افزایش سلامت روانی کمک می‌کند. برعکس، استفاده از سبک هیجان محور، فرد را از درگیری مستقیم با مشکل بازمی‌دارد و توانمندی او برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و ایجاد آشفتگی هیجانی می‌گردد و سلامت روانی او را کاهش می‌دهد. این آشفتگی فکری و هیجانی، امکان شناخت صحیح منبع استرس را به تحلیل می‌برد و سلامت روانی فرد را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. لازم به ذکر است که سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت و سبک مقابله‌ای مسأله محور رابطه‌ی دوجانبه دارند؛ یکی از ابعاد سبک زندگی سالم توانایی مدیریت استرس و کنار آمدن مؤثر با مشکلات و مسایل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

استرس‌زا است و فردی که زندگی خود را بر پایه‌ی سلامتی بنا می‌نهد، در مواجهه با مشکلات زندگی از آموزه‌های صحیح در جهت حل مشکلات خود بهره می‌جوید، از سوی دیگر فردی که بتواند در هنگام رویارویی با مسایل مختلف سبک مسأله‌محور را به کار گیرد، می‌تواند از مهارت‌های شناختی به خوبی در این جهت استفاده کند، انسجام فکری داشته و آشفتگی‌های هیجانی خود را کنترل کند که این امر به نوبه‌ی خود سلامت روانی او را افزایش می‌دهد. افزایش سلامت روانی خود بر سلامت سبک زندگی فرد تأثیرگذار است.

عامل دیگری که نسبت به سبک مقابله‌ای مسأله محور، سهم کمتری در پیش‌بینی سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت داشته است، بعد ناکنش‌وری اجتماعی از مقیاس سلامت روان می‌باشد. از آن‌جایی که افرادی که از سلامت روانی بهتری برخوردارند و اعتقادات دینی و موازین اخلاقی را سرلوحه‌ی کار خود قرار می‌دهند، نسبت به خود و دیگران احساس مسؤولیت می‌کنند، روابط بین فردی مناسبی دارند، به سلامت جسمانی و روانی خود اهمیت می‌دهند، میل به خودشکوفایی داشته و امیدوارانه برای رسیدن به اهداف زندگی خود تلاش می‌کنند، به نظر می‌رسد نسبت به دیگران سبک زندگی سالم‌تری داشته و در ارتقاءِ آن می‌کوشند. دیدگاه‌های کنونی در مورد تعیین‌کننده‌های سلامتی و بهداشت افراد، عناصر زیر را در تشکیل سبک زندگی سالم سهیم می‌دانند (۵۵): ۱- قدرت سازگاری مؤثر: این عامل به عنوان تعیین‌کننده‌ی مهم سلامتی شناخته شده است. رفتارهای انطباقی یا قدرت سازگاری به افراد کمک می‌کند تا با چالش‌ها و تغییرات زندگی بیایند بدون این که رفتارهای خطرزا را به همراه داشته باشند.۲- یادگیری در طول زندگی: این عامل بخشی از سبک زندگی سالم را تشکیل می دهد. ۳- احتیاط‌های مراقبتی و ایمنی: ایمنی و احتیاط‌های مراقبتی در خانه، مدرسه و محیط کار بخش مهم دیگری از سبک زندگی سالم را به خود اختصاص می‌دهد. ۴- فعالیت‌های اجتماعی: این عامل در حال حاضر یکی از مؤلفه‌های مهم سبک زندگی سالم شناخته شده است که نقش و تأثیر روابط اجتماعی را در سلامت فرد نشان می‌دهد. ۵- زندگی معنی‌دار و هدفمند: داشتن زندگی معنی‌دار و هدفمند و توجه به مسائل اعتقادی و معنوی در زندگی و هم‌چنین امیدواری به آینده در سبک زندگی سالم نقش مهمی ایفا می‌کنند.

در حال حاضر شرایط به گونه‌ای است که اقدام عاجل در راستای ارتقای سلامت و پیش‌گیری از بیماری‌ها از ضروریات جامعه محسوب می‌شود، بسیاری از عوامل فردی و اجتماعی مرتبط با سلامت، مواردی هستند که فقط از طریق استراتژی‌های جامع، درازمدت و بین‌بخشی که در راستای آموزش، ارتقای سلامت و پیش‌گیری از بیماری باشد، قابل تعدیل هستند. از آن‌جا که کلید توسعه‌ی جوامع سالم با مردم سالم، گسترش شیوه زندگی صحیح در بین آنها است، ارتقای شیوه زندگی سالم، امتدادی از یک حرکت مداوم در راستای توانمندسازی فردی و اجتماعی در زمینه‌ی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت می‌باشد.

کمبود پژوهش‌های مرتبط برای مقایسه و نتیجه‌گیری و محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به دانشجویان از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. انجام پژوهش بر نمونه‌های معرف‌تر و هم‌چنین جمعیت‌های غیردانشجویی از کل جامعه، می‌تواند به دست آمدن داده‌های تعمیم‌پذیرتری را سبب شود. پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده از طرح‌های مداخله‌ای و شبه‌آزمایشی به جای طرح‌های توصیفی استفاده شود تا دقت پاسخ‌گویی به سؤالات افزایش یافته و رابطه علّی بین متغیرها معلوم گردد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی در ارتباط با سبک زندگی ارتقاءبخش سلامت در سطح دانشگاه‌ها و دیگر اماکن در دسترس مردم، برگزار گردد تا علاوه بر افزایش آگاهی مردم در ارتباط با شیوه زندگی و میزان سلامتی خود، راهکارهایی را در جهت ارتقاء و افزایش سلامتی و پیش‌گیری از بروز بیماری‌های جسمانی و روانی در اختیار آن‌ها قرار دهد.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی دانشجویان گرامی و اساتید ارجمند که ما را در به ثمر رساندن این پژوهش یاری رسانده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

References

1. Anderson KJ, Pullen CH. Physical activity with spiritual strategies intervention: a cluster randomized trial with older African American women. Res Gerontol Nurs 2013; 6(1): 11-21.
2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4thed. New Jersey: Prentice Hall: 2002.
3. Wittayapun Y, Tanasirirug V, Butsripoom B, Ekpanyaskul CH. Factors Affecting Health-promoting Behaviors in Nursing Students of the Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Thailand. Journal of Public Health, May-August 2010; 40(2):215-25.
4. Spratt, J, et al, Part of who we are as a school should include responsibility for well-being: links between the school environment, mental health and behavior. Pastoral Care in Education 2006; 24: 14-21.
5. Ayaz S, Tezcan S, Akinci F. Health promotion behavior of students at the nursing college. Cumhuriyet Universitesi Hemsirelik Yuksekokulu 2005; 9(2): 26-34.
6. Lee RL, Loke AJ. Health Promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. J Public Health Nursing 2005; 22(3): 209-20.
7. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Environmental Health and Preventive Medicine2012; 17(3):222-7.
8. Alpar SE, Senturan L, Karabacak U, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behavior of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. Nurs Educ Pract 2008; 8(6): 382-8.
9. Pender NJ. Health promotion in nursing practice.2nd ed. Norwalk, CT: Appelton & Lange; 1987.
10. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ.The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research 1987; 36(2): 76-81.
11. Phipps C. Fundamental of nursing. Philadelphia: Lippincott; 2001. p. 50-2.
12. Kaplan H, Sadock's V. Trans. Porafkari N. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences-Clinical Psychology Kaplan and Sadock's. St Ed. Tehran: Shahreab Aiandesazan; 2003. [In Persian].
13. WHO. "Promoting Mental Health: A Report of the World Health Organization", Department of Mental Health. University of Melbourne; 2004.
14. Penley JA, Tomaka J. Associations among the big five emotional responses and coping with acute stress. Personality and Individual Differences 2002; 32(7):1215-28.
15. Lazarus R, Folkman. Stress, Appraisal and Coping. New York; Springer:1985.
16. Higgins JE, Endler NS. Coping life stress, and psychological and somatic distress. JPsyches 1995; 9(4): 253-70.
17. Koeing HG. Religion and older man in prison. International Journal of Geriatric Psychiatry 1995; 10: 219-30.
18. Park C, Cohen LH, Herb L. Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholic's versus protestants. Journal of personality and social psychology 1990; 59: 562-74.
19. Flavio FM, Kulis S, Nieri T, Parsai M. Godforbid. Substance use among religious and nonreligious youth. American Journal of Orthopsychiatry 2005; 75: 585- 98.
20. Wills TA. Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. Psychology of Addictive Behaviors 2003; 17(1): 24-31.
21. Mayo CC, Puryear HB, Richek HG. MMPI correlates of religiousness in late adolescent college student. Journal of nervous and mental disease 1969; 149/5(381-5).
22. Gartner J, Larson DB, Allen GD. Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. Journal of psychology and theology 1991; 19: 6-25.
23. Pargament kI. The psychology of religion and coping. New York: Guilford press; 1997.
24. Berammer LM, Abrego P, Shostrom EL, editors. Therapeutic counseling and psychotherapy. 6 theEd. New York: Prentice Hall; 1993.
25. Rew L, Johnson RJ, Jenkins SK, Torres R. Developing holistic nursing interventions to improve adolescent health. J Holist Nurs 2004;22(4):303-19.
26. Sells CW, Blum RW. Morbidity and mortality among U.S. adolescents: An overview of data and trends. Am J Public Health 1996; 86(4): 513-9.
27. Harrell JS, Gansky SA, Bradley CB, McMurray RG. Leisure time activities of elementary school children. Nurs Res 1997; 46(5): 246-53.
28. Leenders F. An overview of policies guiding health care for children. Nurs Stand 1996; 10(28): 33-8.
29. Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, Ozcan S, Durna Z. Comparison of the health–promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. Nurs Health Sci. 2008;10(4):273-80.
30. 30. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 21(1): 102-13. [In Persian].
31. 31. Mohammadzadeh J, Khosravi A. The Relationship between Purpose in Life, Coping Styles and Mental Health among University Students. J Health Syst Res 2013; 8(6): 951-58. ([In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

32. 32. Sohrabi F, Khanipoor H, Mohammadpoor Nikbin N. Relationship between physical self-concept and coping style with mental health among women with weight dissatisfaction in the city of Rasht. Motaleate Zanan2010; 27: 79-96.
33. Azarbaijani M. "Religious Orientation of the Students University of Tehran", Islamic Azad University and Hawzah Elmiyah-e Qom.[MA Thesis].Tehran, Iran: Roudehen Islamic Azad University; 2004. [In Persian].
34. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti AM, Baranyai R, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. Prev Med 2002; 35(2):97-104.
35. Laska MN, Pasch KE, Lust K, Story M, Ehlinger E. Latent class analysis of lifestyle characteristics and health risk behaviors among college youth. Prev Sci 2009; 10(4):376-86.
36. Wang D, Ou CQ, Chen MY, Duan N. Health-promoting lifestyles of university students in mainland China. BMC Public Health 2009; 9: 379.
37. Motlagh Z, Mazloomy-Mahmoodabad S, Momayyezi M. Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students. J Zahedan Univ Med Sci Health Serve 2010; 13(4): 29-34. [In Persian].
38. Shaban M, Mehran A, Taghlili F. Relationship between Perception of Health Concept and Health Promoting Behaviors: A Comparative Study among Tehran University Medical and Non-medical Students. Hayat: J Facult Nurs Midwif Tehran Univ Med Sci 2007; 13(3):27-36. [In Persian].
39. Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. Health-promoting lifestyles and body mass index among college of nursing students in Kuwait: A correlational study. J Nurs Health Sci 2008; 10 (1): 43-50.
40. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of college of nursing students in Kuwait. J Nurs Health Sciences 2007; 9(2): 112-9.
41. Reyes-Ortiz CA, Rodriguez M, Kyriakos S, Markides KS. The Role of Spirituality Healing with Perceptions of the Medical Encounteramong Latinos. General Internal Medicine 2009; 24 (3): 542-7.
42. Ellison CG, Boardman JD, Williams DR, Jackson JS. Religious Involvement, Coping, Social Support, and Psychological Distress in HIV-Seropositive African American Mothers, AIDS Behav 2001; 8(3): 221-35.
43. Laurencelle RM, Abell SC, Schwartz DJ. The relation between intrinsic religious faith and psychological well-being. International Journal for the Psychology of Religion 2002; 12(2): 109-123.
44. Pardini DA, Plante TG, Sherman A, Stump JE. Religious faith and spirituality in substanceabuse recovery: determining the mental health benefits. J Subset Abuse Treat 2000; 19(4):347-54.
45. Salehi L, Soleymanizadeh L, Bagheri Yazdi SA, Abbaszadeh A. The relationship betweenreligious beliefs and locus of control with mental health. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences Spring 2007;11(1(42)):50-5. [In Persian].
46. Lazarus RS, Lazarus BN. Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions. New York: Oxford University Press; 1994. P. 222.
47. McCullough ME, Laurenceau J. Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood. Personality and Social Psychology Bulletin 2005; 31(4): 560-73.
48. LoewenthalKM, MacLeod AK, Goldblatt V, Lubitsh G, Valentine JD. Are Women more religious than men? Personality and Individual Differences 2002; 32: 133-9.
49. Levin JS, Taylor R J. Gender and age differences in religiosity among Black Americans. The Gerontologist 1993; 33(1), 16–23.
50. McCullogh ME, Hoyt W T, Larson D B, Koenig H G, Thoresen C E. Religious involvmentand mortality: A Meta analytic review. Health Psychology 2000; 19(3):211-22.
51. Beit-Hallahme B, Argyle M. The Psychology of Religious Behavior.Belief and Experience. New York: Routledge; 1997.
52. Wall TD, Bolden RI, Borrilla, CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: Occupational and gender differences. British Journal of Psychiatry 1997; 171(12): 519-23.
53. Patacek JT, Dodge KL. Coping strategies and relationship satisfaction in couples. Personality and Social psychology Bulletin1995; 21: 79-84.
54. Lazarus RS, Folkaman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springe 1984: 127-39.
55. Lyons R, Langille L. Healthy life style: Strengthening the effectiveness of life style approaches to Improve health, the Canadian consortium of health promotion centers2000; 25 (7): 317.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]

The Relationship between Health-Promoting Lifestyle, Mental Health, Coping Styles and Religious Orientation among Isfahan University Students

Mahgol Tavakoli [1], Zahra Emadi [2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Individual's lifestyle affects health. Health-Promoting Lifestyle promotes health and welfare, induces satisfaction, self-persuasion and self-improvement. Physical, mental and spiritual health of students as future human resources of each country has particular importance in order to improve and promote it. This study was conducted to determine the relationship between health-promoting lifestyle, mental health, coping styles and religious orientation among Isfahan university students.

Methods and Materials: The study population consisted of the whole Isfahan university students. 94 students (47 females and 47 males), were randomly selected and filled out health-promoting lifestyle profile (HPLPII), general health questionnaire-28(GHQ-28), ways of coping questionnaire (WOCQ) and Azarbaijani's religious orientation with reliance on Islam test. The data were analyzed using correlation coefficient, Multiple Analysis of Variance (MANOVA) and regression.

Findings: There was a negative significant relationship between health-promoting lifestyle and mental health and between mental health and religious orientation ($P<0.01$). Lower scores on the GHQ-28 is indicator of more mental health. There was a positive significant relationship between health-promoting lifestyle and religious orientation. Furthermore, the results showed that there was no significant difference between the scores of males and females in health-promoting lifestyle and mental health, But there was a significant difference between them in rites-beliefs subscale in religious orientation and the emotion-focused coping style ($P<0.05$). The results of regression showed that the emotion-focused coping style and social dysfunction subscales had significant portion in explaining health-promoting lifestyle ($P<0.01$).

Conclusions: Regarding to the lifestyle evolving in Iran and the situation of health-promoting behaviors among students, it's relation with the religious dimension and coping styles design and implementation of health education programs among different groups of people, especially students, is recommended.

Keywords: Health-Promoting Lifestyle, Mental Health, Coping Styles, Religious Orientation, University Students

Citation: Tavakoli M, Emadi Z. **The Relationship between Health-Promoting Lifestyle, Mental Health, Coping Styles and Religious Orientation among Isfahan University Students**. J Res Behave Sci 2015; 13(1): 64-78

Received: 20.01.2015 Accepted: 03.04.2015

1. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: m.tavakoli@edu.ui.ac.ir
2. MA of General Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.1.7.2]