

بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی*

رامین تبرائی** / دکتر علی فتحی آشتیانی*** / دکتر کاظم رسول زاده طباطبایی****

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی میزان تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان و ابعاد آن در مقایسه با میزان تأثیر سایر عوامل جمعیت‌شناختی پژوهش است. برای آزمون فرضیه پژوهش، با مراجعه به دو مرکز بازآموزی معلمان شهر تهران در سال تحصیلی ۸۵ - ۸۶ تعداد ۳۸۲ نفر از معلمان شاغل به تدریس به صورت نمونه در دسترس برگزیده شدند. همه افراد شرکت‌کننده به «پرسش‌نامه سلامت عمومی» (GHQ-28) و «مقیاس جهت‌گیری مذهبی» پاسخ دادند. هر دو مقیاس از روایی و اعتبار مناسب برخوردارند. سپس داده‌ها با روش همبستگی پیرسون، آزمون T مستقل و روش تحلیل رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که از میان متغیرهای اصلی و جمعیت‌شناختی پژوهش، تنها مؤلفه جهت‌گیری مذهبی (کل) مناسب‌ترین متغیر برای پیش‌بینی سلامت روان افراد شرکت‌کننده در پژوهش می‌باشد.

کلید واژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی، سلامت روان، عوامل جمعیت‌شناختی، معلمان.

* دریافت: ۸۷/۸/۶ - پذیرش: ۸۷/۹/۱۸.

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.

*** استاد، دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله، مرکز تحقیقات علوم رفتاری.

**** دانشیار، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

مقدمه

«سلامت روان» به عنوان یکی از مؤلفه‌های «سلامت» در عرض «سلامت بدنی» همواره در کانون توجه دانشمندان علوم گوناگون قرار داشته است. در طول تاریخ، عقاید راجع به سلامت و بیماری، الگوهای تأثیرگذار بر آنها و شیوه‌های پیش‌گیری، تشخیص و درمان بیماری تغییر کرده است. سلامت روان نیز از این قاعده مستثنا نبوده و به دلیل آنکه متأثر از عوامل متعددی است، در تطور تاریخ سلامت دستخوش تغییر و تحول شده است. گاهی برخی عوامل خرافی را در بروز اختلالات روانی مؤثر دانسته و گاه نیز بر برخی عوامل به گونه‌ای افراط‌گرایانه تأکید نموده‌اند. در نهایت، اکنون دیدگاه «زیستی - روانی - اجتماعی»^۱، دیدگاه نظری برجسته‌ای است که فرض اساسی آن، تأثیر متقابل عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، و اجتماعی در تعیین سلامت و بیماری است (تایلور، نام کتاب، ۱۹۹۵).

به همین دلیل، سلامت روانی^۲ در قالب پدیده‌ای زیستی - روانی - اجتماعی، مستلزم درک و تفسیر درست از امور مرتبط با آن است و آن را باید در چارچوب عوامل اساسی زمینه‌ساز و تعدیل‌کننده مورد توجه قرار داد. همچنین اختلالات روانی نیز همانند سلامت روان، منتج مؤلفه‌های زیستی، روانی، و اجتماعی هستند و کمتر می‌توان برای آنها، علت و عامل واحدی را برشمرد. چنان‌که /دلین^۳ و همکاران (۱۹۹۹) بیان نموده‌اند، در بالا بودن سطح سلامت افراد، لازم است که تمامی سطوح و ابعاد آن با یکدیگر هماهنگ و یکپارچه باشند. برخی ابعاد که /دلین و همکاران (۱۹۹۹) برای ایجاد تعادل در فرد بر آن تأکید نموده‌اند عبارتند از: ابعاد جسمانی، هیجانی، هوشی، معنوی، شغلی و اجتماعی. اگرچه تعریفی که سازمان جهانی بهداشت از سلامت ارائه کرده، در دنیای امروز به عنوان

جامع‌ترین و مقبول‌ترین تعریف پذیرفته شده است، اما نمی‌توان نقص بزرگ آن را نادیده گرفت. البته اگر نیازهای انسان فقط در حد نیازهای جسمی، روانی، و اجتماعی محدود بود، این تعریف از سلامت، کاملاً کافی به نظر می‌رسید (اصفهانی، ۱۳۸۴).

تحلیل مختصر از الگوهای گوناگون سلامت روان و آرای صاحب‌نظران، بیانگر آن است که به رغم تلاش‌های گسترده دانشمندان برای دستیابی به تعریفی جامع از مفهوم سلامت روان، و موفقیت‌های نسبی در این عرصه، هنوز تحلیل جامعی از ماهیت آن ارائه نشده است؛ «چراکه انسان کنونی نمی‌تواند با علمی که بر مبانی معرفت‌شناختی و روش‌شناختی کنونی به وجود آمده است، تحلیل جامعی از پدیده‌های متنوعی که در اطرافش رخ می‌دهند ارائه نماید» (حبیبی، ۱۳۸۳).

بر این اساس، می‌توان گفت: اگر نگاه به انسان و مطالعه در ابعاد مختلف وجودی او و - برای مثال - مطالعه درباره روان آدمی و امور مربوط به آن، از جمله مسئله سلامت روانی، صرفاً بر اساس مبانی تجربه‌گرایی انجام گیرد و به گونه‌ای باشد که منجر به پالایش علم از اعتقادات ماورای طبیعی و معارف و حیانی گردد، عملاً انسان خود را از معارف بسیاری درباره خود و جهان هستی محروم ساخته و همچنان در یک شناخت‌شناسی محدود باقی خواهد ماند.

پس آنچه در مجموع باید گفت این است که یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در این زمینه، نادیده‌انگاری حیات روحانی بشر و بی‌توجهی نسبت به بخشی از معارف است که از طریق وحی به دست انسان رسیده است. اگر در علم جدید برای جهان هستی غایت و هدفی منظور نشود و سازمان وجودی همه موجودات هستی فقط به صورت مکانیکی و تنها بر اساس عناصر و فعل و انفعالات بیوشیمیایی و فیزیکی تعبیر و تفسیر شود، حضور اراده‌های ذی‌شعور، به هر نحوی نادیده گرفته می‌شود.

بر همین اساس، مؤلفان بسیاری (از جمله: حبّی، ۱۳۸۳؛ اصفهانی، ۱۳۸۴؛ میلر و تورسن، ۱۹۹۹؛ به نقل از تان و همکار، ۲۰۰۱) پیشنهاد می‌کنند که با وارد کردن معارف الهی در شناخت ماهیت وجودی انسان و بعد روحی - روانی او و همچنین در نظر گرفتن عواملی که دین برای آرامش و اطمینان قلبی مطرح می‌سازد، تلاشی برای دستیابی به چشم‌اندازی گسترده‌تر از مفهوم روان و سلامت روانی صورت گیرد.

میلر^۵ و تورسن^۶ (۱۹۹۹) بیان می‌کنند که «تصویر درست‌تر از سلامتی این است که آن را یک سازه نهفته مانند شخصیت، خلق یا شادکام بودن تصور نماییم؛ سازه‌ای چند بعدی که زیرساخت مجموعه‌ای وسیع از پدیده‌های قابل مشاهده می‌باشد.» (ص: ۴) در مفهوم‌سازی پیشنهاد شده میلر و تورسن سلامتی، دربردارنده سه دامنه گسترده می‌شود، رنج، توانایی کارکردی، و آرامش یا انسجام درونی ذهنی در زندگی. این دامنه‌ها، افزون بر جنبه‌های بدنی، جنبه‌های شناختی، هیجانی و معنوی را دربرمی‌گیرند. (به نقل از تان و همکار، ۲۰۰۱)

این‌گونه پیشنهادها در افزودن بعد معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت مورد توجه روزافزون جامعه علمی قرار گرفته است. بنابراین، ضروری است که مبانی نظری در چهار حوزه هستی‌شناسی، شناخت‌شناسی، روش‌شناسی و انسان‌شناسی مورد بازنگری مجدد قرار گرفته و الگوی نظری جدیدی مبتنی بر اصول و مبانی فکری و دینی ارائه گردد.

اگر آنچه را که در تعریف سازمان جهانی بهداشت آمده است در محدوده هماهنگ با نظام اعتقادی محصور کنیم، تعریف جدیدی از سلامت ارائه داده‌ایم که رفاه جسمی، روانی و اجتماعی را در همسویی با آموزش‌ها و رهنمودهای اسلامی که ضامن حرکت تکاملی و سلامت روحی است به عنوان سلامت شناخته‌ایم و وقتی می‌خواهیم راجع به بیماری سخن بگوییم، فقط به بیماری‌های

تن و روان (به مفهومی که در فرهنگ‌های غیرالهی از روان، می‌شناسند و ارتباطی با روح به مفهوم دینی آن ندارد) نمی‌اندیشیم، بلکه پیروی از هوای نفس، حسد، گناه، کینه‌توزی و بدخواهی، غفلت و مانند آنها را هم بیماری می‌دانیم، حتی پرهیز از بعضی از اینها را به عنوان پرهیز از بیماری‌های واگیردار (مثل تجمل‌پرستی و غیبت) مورد تأکید قرار خواهیم داد (اصفهانی، ۱۳۸۴).

تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی و محیطی بر سلامت روان در پژوهش‌ها فراوان مورد تأکید قرار گرفته است، اما یکی از عواملی که به طور روزافزون بر نقش آن در بهداشت روان و ارتقای سلامت روان تأکید می‌شود، عامل فرهنگ و به ویژه جهت‌گیری مذهبی است. گورساج (۱۹۸۸) در این خصوص یادآور می‌شود که آگاهی در مورد مذهب به اندازه سایر ضمایم پایگاه اطلاعات روان‌شناختی ارزشمند است؛ به همین دلیل، می‌توان چنین استنباط نمود که میزان دین‌داری و جهت‌گیری مذهبی به عنوان یک متغیر و منبع مهم برای ایجاد تغییرات روان‌شناختی در افراد قابل توجه است.

بنابراین، انتظار می‌رود با پذیرش «مذهب» به عنوان یک متغیر مهم در زندگی افراد، آن را به عنوان یک منبع برای تأثیر در نفوذ باور، نگرش، رفتار، و ویژگی‌های شخصیتی افراد مورد بررسی قرار داده و از آن به عنوان جزء جدایی‌ناپذیر تحلیل و بررسی‌های روان‌شناختی یاد کنند.

با نگاه به تاریخچه پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه مذهب و سلامت روان، به این نتیجه دست می‌یابیم که به رغم توافق بیشتر پژوهش‌های صورت گرفته در وجود یک رابطه مثبت میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان، چگونگی سازوکار تأثیر دین‌داری و جهت‌گیری مذهبی بر مؤلفه‌های سلامت روان به درستی تبیین نگردیده است.

به دلیل آنکه عقاید و ارزش‌های مذهبی بخشی از زندگی هر فرد را تشکیل می‌دهد، تأثیر ارزش‌ها و باورهای مذهبی بر سلامت روان و یا بهداشت روان در پژوهش‌های بسیاری بر روی جامعه‌های آماری گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از ارتباط و همبستگی مثبت بین ارزش‌های مذهبی با بهداشت روان در افراد است (آلواردو^۶، تمپلر^۷، برس‌لر^۸ و توماس^۹، ۱۹۹۵؛ ایزایا^{۱۰}، پارکر^{۱۱} و مورو^{۱۲}، ۱۹۹۹، میسن‌هلدر^{۱۳} و چاندلر^{۱۴}، ۲۰۰۰؛ لارسون، کونینگ^{۱۵}، ۲۰۰۰؛ به نقل از ساردوئی، ۱۳۸۲)

افزایش تحقیقات در زمینه‌های گوناگون، از جمله میزان مذهبی بودن، نیاز به مذهب، تأثیر آن بر سلامت جسمی و روانی، مقابله با تنیدگی در سطوح مختلف سنی، مراقبت‌های بهداشتی، و سلامت اجتماعی بسیار معنادار است. چاپ مقالات متعدد، انتشار روزافزون نشریه‌های گوناگون و ایجاد نهادهای رسمی برای بررسی‌های علمی دین و دین‌داری در سراسر دنیا شاهی بر این مدعاست. در این بین، برخی دانشمندان معاصر عرصه روان‌شناسی (از جمله: اسپیلکا، هود، ۲۰۰۳؛ آرگیل، ۲۰۰۰؛ گورساج^{۱۶}، ۱۹۸۲؛ پارگامنت، ۱۹۹۲؛ کونینگ، ۱۹۹۲، ۲۰۰۱ و...) تمام تلاش‌های علمی خود را صرف بررسی نهاد دین نموده‌اند؛ برای مثال، مجله بین‌المللی روان‌شناسی دین و مجله مطالعه تجربی دین، مجله مذهب و پزشکی (هارلی، به نقل از لوین، ۱۹۹۴)، مذهب و سال‌خوردگی (فیچر، ۱۹۸۲، به نقل از لوین، ۱۹۹۴)، روان‌درمانگری در چهارچوب مذهبی (پروپست، ۱۹۸۸)، مذهب و روان‌شناسی (جونز، ۱۹۹۶)، تجربه دینی (هود، ۱۹۹۵)، روان‌شناسی دین: روی آورد تجربی (هود، ۱۹۹۶)، و خدا در ناهشیار. (فرانکل، ۱۹۷۵) آنچه به اجمال مورد اشاره قرار گرفت، همگی بیانگر اهمیت روزافزون مذهب در زندگی بشر امروزی و تحقیقات دامنه‌دار روان‌شناسی در این عرصه هستند.

عامل جهت‌گیری مذهبی به مراتب مؤثرتر از سایر عوامل جمعیت‌شناختی است. شاید مهم‌ترین دلیل برای این مسئله آن باشد که با افزایش جهت‌گیری مذهبی و ایمان مذهبی در افراد، فرایند خود - کتتری در درون فرد نیز ارتقا یافته و مانع از اثربخشی شرایط بیرونی یا جمعیت‌شناختی و موقعیت‌های محیطی می‌شود. در نتیجه، فرد کمتر دستخوش شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان خود را حفظ می‌کند. بر این اساس، در توجیه این رابطه برخی نظریات قابل توجه وجود دارد:

مذهب به عنوان یک پدیده روانی - اجتماعی همواره مورد توجه روان‌شناسان و جامعه‌شناسان بوده است. به ویژه در سه دهه اخیر و با گسترش مباحث مربوط به استرس، نقش مذهب در تعدیل تنیدگی، توجه بسیاری از روان‌شناسان را برانگیخته است. در این زمینه، پژوهش‌های متعددی وجود دارند که درصدد بررسی چگونگی کنش‌های مذهب در سلامت روانی هستند. پژوهش‌های برگین و استینچ‌فیلد،^{۱۷} (۱۹۸۸) و الیس^{۱۸} (۱۹۸۰) / برگین^{۱۹}، (۱۹۸۰) / ریچاردز^{۲۰}، (۱۹۸۸) / باتسون و ونتیس،^{۲۱} ۱۹۸۲، به نقل از جان‌بزرگی، (۱۳۷۸) از جمله این کوشش‌هاست.

به‌طور خلاصه، ساز و کار تأثیر مذهب در حل مشکلات روان‌شناختی و سازش یافتگی مبتنی بر عوامل متعددی است که می‌توان به برخی از آنها مانند: «تسهیل‌های اجتماعی»، «معنادهی به زندگی»، «ارائه الگوهای دلبستگی و جدایی»، «تشویق و تنبیه»، «آیین‌های مذهبی»، «پرورش عقلانی»، «هویت بخشی» و «نظم اجتماعی و فردی» اشاره کرد. (لوین، ۱۹۹۴، به نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). می‌توان به این فهرست موارد دیگری مانند «وحدت یافتگی روانی» (طهرانی، ۱۹۹۷)، «تخلیه هیجانی در دعا»، «تقویت رفتار از طریق اعتقاد به معاد و قیامت»، «صدور رفتار از طریق احکام و عبادات» (مصباح یزدی، ۱۳۷۶،

مشاوره شخصی)، مضاعف نمودن منابع مهار رفتار شامل منبع مهار درونی (عقل) و منبع مهار بیرونی (قرآن و سنت) (جان بزرگی، ۱۳۷۳) و جز آن را افزود (جان بزرگی، ۱۳۷۸).

به‌طور کلی، در زمینه نقش مذهب در بهداشت روانی و جسمانی و نیز مقابله با عوامل فشارزا نظریات و الگوهای گوناگونی به منظور تبیین ساختارهای روان‌شناختی مذهب و چگونگی اثربخشی مذهب بر سلامت روان ارائه شده است که عمده‌ترین آنها مورد اشاره قرار می‌گیرد:

پارگامنت و همکاران (۱۹۸۸، ۱۹۹۰) از جمله پژوهشگرانی هستند که همگام با مطرح شدن نظریات جدید سازوکارهای مقابله‌ای^{۲۲} نظریه‌ی جامعی در زمینه نقش مذهب در مقابله با عوامل فشارزا مطرح کرده‌اند. آنان به سه شیوه تأثیرگذاری مذهب در جریان مقابله با فشارهای گوناگون روانی و محیطی اشاره دارند: الف) مذهب می‌تواند به عنوان بخشی از فرایند مقابله تلقی شود و بر نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده و شدت آن اثر گذارد.

ب) مذهب می‌تواند در فرایند مقابله مداخله کند؛ بدین معنا که در تعریف مجدد از مشکل به گونه‌ای قابل حل کمک کند.

ج) مذهب می‌تواند بر نتایج و پیامدهای حاصل از عوامل فشارزا تأثیر گذارد. به عبارت دیگر، تفسیر افراد از نتایج و پیامدهای مربوط به رویدادهای زندگی، تحت تأثیر باورهای مذهبی قرار می‌گیرد.

والریت^{۲۳} و لاری^{۲۴} (۱۹۹۵، به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۸۰) الگویی ارائه داده‌اند که باورهای مذهبی را به دستگاه ایمنی عصبی - روانی^{۲۵} پیوند می‌دهد. این پژوهشگران دیدگاهی روانی - اجتماعی^{۲۶} را برای برای توجیه رابطه بین مذهب و سلامت روان پیشنهاد می‌کنند. آنها سلامتی را حالتی تعریف می‌کنند که دربردارنده مؤلفه‌هایی همچون عمر طولانی، شادمانی، بهبودی بیماری‌های حاد و

بازگشت به سطح سلامتی پیشین است. آنان مذهب را به منزله یک سامانه اجتماعی می‌دانند که تأثیر زیادی بر رفتار و نگرش‌های مهم افراد، از جمله برنامه‌ریزی خانواده، کار، سیاست و چگونگی تفسیر رویدادهای زندگی روزانه، داشته باشد.

پرویسر^{۲۷} (۱۹۶۸)، به نقل از اسپیلکا و همکاران، (۲۰۰۳) معتقد است: فرایض دینی هنگامی که به عنوان ساختاری برای ابراز هیجان و دفاع در برابر احساس‌های ناخوشایند به کار گرفته شوند، در تنظیم هیجان‌ها، مهار عملکرد و افزایش مهار خود برای مقابله با رفتار و افکار آشفته مؤثرند.

گالانت^{۲۸} (۱۹۸۲)، باور به قدرت الهی، نیایش او و تمکین در برابر مشیت و اراده الهی را مایه افزایش طاقت و افزایش تحمل در برابر دردها می‌داند. او این حالت را تأمین‌کننده نیازهای روحی دانسته و مدعی است که در چنین حالتی، فرد چنان توانمند می‌گردد که از جسم خود فاصله گرفته و درد را احساس نمی‌کند و یا چنان آرامشی می‌یابد که می‌تواند تنش را تجربه ننماید.

۵. کرک پاتریک^{۲۹} (۱۹۹۹)، به نقل از تقی‌یاره، (۱۳۸۵) بر این باور است که «مذهب» می‌تواند به عنوان عامل دلبستگی، تلقی گردد که در آن رفتارها و باورهای مذهبی به صورت گستره‌ای از نظام دلبستگی در انسان‌ها عمل می‌کنند. «کرک پاتریک با پیگیری نظریه دلبستگی بالبی^{۳۰} (۱۹۸۰، ۱۹۷۳، ۱۹۶۹)، این نظریه را به عنوان شیوه‌ای برای سازمان‌بندی و تفسیر رفتارهای مذهبی می‌شناسد که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است». (به نقل از همان منبع) کرک پاتریک (۱۹۹۹)، به نقل از همان منبع) می‌پذیرد که تصویر خدا به صورت جانشین برای شکست‌های نخستین تحول دلبستگی ایمن به شمار آید و این همان «فرضیه جبرانی»^{۳۱} نام دارد. فرض دیگر کرک پاتریک این است که تصویر خدا همان تداوم رابطه والدینی می‌باشد؛ فرضیه‌ای که از آن با نام «فرضیه تطابقی»^{۳۲} یاد می‌شود.

نظام دلبستگی بالبی که نظامی رفتاری - زیستی را میان نوزاد و مراقبان تشکیل می‌دهد، به کودک این امکان را می‌دهد تا در حضور تصویر دلبستگی، احساس ایمنی کند و به جست‌وجوگری در محیط بپردازد. با ادامه‌چنین فرایندی در بزرگسالی، روان‌بنه‌های هیجانی‌شناختی مربوط به این فرایند گسترش یافته و با یک تصویر ماورای طبیعی همراه می‌گردند. در عین حال، هدف از ادامه فرایند دلبستگی، همچنان دستیابی به پایگاه‌های ایمنی بخش می‌باشد. با وجود این، آنچه بالبی آن را مترقیانه می‌داند با نگاه متفاوت و بدبینانه فروید و پیروان او روبه‌رو شده است؛ به گونه‌ای که چنین نیازی را چیزی جز توهم ندانسته‌اند.

در نهایت، الگوی بالبی به عنوان یک نظریه علمی این امتیاز را دارد که این پدیده را در حالتی «کمتر ارزش‌گذاری شده»^{۳۳}، بدون هر گونه تلویحات منفی مانند «بازگشت»^{۳۴} و «وابستگی»^{۳۵}، به سود یک الگو که طبق آن نیاز به یک مراقب قابل دسترسی و پاسخگو در طول حیات با ما می‌ماند، مطرح می‌سازد (تقی یاره، ۱۳۸۴).

آرگیل (۲۰۰۰)، آداب و رسوم مذهبی را به عنوان فعالیت‌هایی گروهی می‌داند که باعث تغییر افراد و روابطشان می‌گردد. وی بر این باور است که این فعالیت‌های اجتماعی به اعضای گروه قدرت می‌بخشد و مردم را به سوی گروه‌ها و ارزش‌های گروهی سوق می‌دهد.

اسپیلکا و همکاران (۲۰۰۳) مناسک و رسوم مذهبی را علاوه بر نقش محوریشان در دین، دارای کنش‌های بسیاری می‌دانند که یکی از آنها ایجاد و تداوم مهار خود و جهان شخصی ما، به ویژه هنگامی است که احساس تحت فشار بودن می‌کنیم. آنها همچنین اعتقاد دارند که مناسک و آیین‌های دینی احساس توانمندی در غلبه بر مشکلات را به ما می‌دهند. اسپیلکا و

همکاران (۱۹۸۵) با در نظر گرفتن مذهب به عنوان یک نظام مرجع برای تفسیر وقایع زندگی، آن را نظامی «معنادار» تصور می‌کنند که افراد از آن برای درک امور دنیا، پیش‌بینی و مهار رویدادها و تثبیت «حرمت خویشتن»^{۳۶} از آن بهره می‌گیرند. کالابرس^{۳۷} (۱۹۸۷) براین اعتقاد است که هرگاه انسان دردمند از دیگران برای درمان و تسکین دردهای بدنی یا روانی خویش مأیوس می‌گردد، و درمان‌های کلاسیک نمی‌توانند به او بهبودی ببخشند، کمک خواستن از ایمان و باور دینی، تنها راهی است که برای رهایی از اضطراب، افسردگی و دردهای جانکاه برای وی باقی می‌ماند.

روش پژوهش

جامعه آماری

جامعه مورد بررسی این پژوهش را معلمان شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۶ تشکیل می‌دادند که مجموع معلمان به اضافه مدیر، آموزگار و معلم ورزش را دربر می‌گیرد. حجم جامعه مورد نظر بر اساس آمار موجود در پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان آموزش و پرورش شهر تهران، عبارت از ۵۱۰۷۳ نفر بود که ۳۷۵۰۱ نفر از آنان را معلمان زن و ۱۳۵۷۲ نفر باقی‌مانده را معلمان مرد تشکیل می‌دادند.

با مراجعه به جدول «کرجسی - مورگان»^{۳۸} حجم نمونه برای جامعه مورد اشاره، ۳۸۵ نفر در نظر گرفته شد. سپس به منظور توزیع نسبی دقیق با توجه به درصد فراوانی هر یک از دو جنس در جامعه مورد پژوهش (۷۳/۴۲٪ زن و ۲۶/۵۷٪ مرد)، تعداد هر یک از دو جنس در نمونه تعیین گردید که بر اساس درصد فراوانی مذکور در گروه نمونه ۲۸۰ نفر معلم زن و ۱۰۲ نفر معلم مرد حضور یافتند.

روش نمونه‌گیری

نمونه مورد مطالعه در این پژوهش مشتمل بر ۳۸۲ نفر از معلمان مرد و زن شهر تهران است که در یکی از مناطق نوزده‌گانه شهر تهران به خدمت و تدریس اشتغال داشتند و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای انتخاب گروه نمونه، نخست با مراجعه به آمار مندرج در پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان آموزش و پرورش شهر تهران به تعیین درصد حضور هر یک از دو جنس در جامعه پژوهشی و تعیین حجم گروه نمونه، پرداخته شد. سپس با اخذ مجوزهای مربوطه نسبت به اجرای آزمون در دو مرکز بازآموزی و آموزش ضمن خدمت، از همه افراد حاضر در دوره، آزمون به عمل آمد. در این مرحله، از روش «سرشماری»^{۳۹} استفاده شد؛ بدین معنا که در چندین مرحله مراجعه به دو مرکز آموزش ضمن خدمت معلمان شهر تهران، پرسش‌نامه «جهت‌گیری مذهبی» و «سلامت عمومی» در اختیار تمام افراد شرکت‌کننده در دوره قرار گرفت. گروه نمونه مورد نظر در بردارنده معلمان از همه مناطق شهر تهران بود. در مرحله سوم، با جداسازی برخی پاسخ‌نامه‌های ناقص که حدود ۶۰ پاسخ‌نامه را شامل می‌شد، اقدام به تشکیل گروه نمونه اصلی شد.

ابزارهای سنجش

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ - 28)

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)^{۴۰} شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در تعیین سلامت عمومی و سلامت روانی است که در حوزه سلامت روان کاربرد دارد. این پرسش‌نامه سرنندی^{۴۱} بوده و مبتنی بر خود - گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. (گلدبرگ، ۱۹۷۲؛ به نقل از دادستان ۱۳۷۷)

پرسش‌نامه سلامت عمومی آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود - اجرا که به منظور بررسی اختلالات غیر روان گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود، طراحی شده است. این پرسش‌نامه ممکن است برای نوجوانان و بزرگسالان در هر رده سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث آشفته کننده در زندگی استفاده شود. این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای سرند کردن^{۴۲} افراد در شرایط حاد استفاده نمود. (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸ / به نقل از تقوی، ۱۳۸۰)

خرده آزمون‌های پرسش‌نامه: این پرسش‌نامه دارای چهار زیر - مقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی وخیم. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. وجود چهار - زیرمقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. (دادستان، ۱۳۷۷)

۱. زیر - مقیاس اول (A) شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه‌های بدنی را دربر می‌گیرد. این زیر - مقیاس، دریافت‌های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی‌های هیجانی همراهند ارزشیابی می‌کند (دادستان، ۱۳۷۷).

۲. زیر - مقیاس دوم (B) شامل موادی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبطند (دادستان، ۱۳۷۷). هفت ماده مربوط به این زیر - مقیاس در پرسش‌نامه از پرسش شماره ۸ تا شماره ۱۴ ارائه شده و در شکل اصلی آن با حرف «B» مشخص گردیده‌اند که البته گاهی برای ساده سازی پرسش‌نامه آنها را حذف کرده و اعداد را به ترتیب تا شماره ۲۸ ادامه می‌دهند.

۳. زیر - مقیاس سوم (c) گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی

کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی، آشکار می‌کند. هفت ماده (شماره ۱۵ تا ۲۱) مربوط به این زیر - مقیاس هستند که در فرم اصلی با حرف لاتین «C» متمایز شده‌اند (دادستان، ۱۳۷۷).

۴. چهارمین زیر - مقیاس دربرگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش مشخص به خودکشی مرتبطند و هفت ماده متمایز کننده آن در پرسش‌نامه با حرف «D» مشخص شده‌اند (دادستان، ۱۳۷۷). نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیر - مقیاس به دست می‌آید (دادستان، ۱۳۷۷).

بررسی اعتبار پرسش‌نامه: تقوی (۱۳۸۰)، اعتبار پرسش‌نامه «سلامت عمومی» را با سه روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داده و به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست آورده است.

همچنین تقوی (۱۳۸۰) درخصوص اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی با اشاره به مطالعات متعدد چنین گزارش نموده است که در یک بررسی، گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸)، اعتبار تصنیفی برای این پرسش‌نامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۹۸۵)، پس از اجرای پرسش‌نامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ‌کنگ، ثبات درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش نمود. در مطالعه کی‌یس (۱۹۸۴)، که یکصد و بیست و نه دانش‌آموز در انگلستان در آن شرکت نمودند، ضریب آلفای این پرسش‌نامه ۰/۹۳ به دست آمد.

علاوه بر این، تقوی (۱۳۸۰) با اشاره به برخی مطالعات دیگر، ضریب اعتبار پرسش‌نامه را با استفاده از روش بازآزمایی به شرح ذیل گزارش نموده است: رابینسن و پرایس (۱۹۸۲)، ۰/۹۰؛ لایتن (۱۹۸۶)، ضریب همبستگی آزمون - بازآزمون ۰/۵۱ و ۰/۵۸ را برای دو گروه متفاوت در دوبار اجرا با فاصله زمانی ۱۱ تا ۱۲ ماه بدست آورد.

همچنین هومن (۱۳۷۷) در نتایج اقدام خود به منظور استاندارد سازی پرسش‌نامه سلامت عمومی، اعتبار آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نموده است. پلاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) نیز اعتبار این مقیاس را ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند.

رفیعی‌نیا و همکاران (۱۳۸۵) اعتبار آزمون را با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی نموده‌اند و مقدار آن را برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۴ و ۰/۸۴ به دست آورده‌اند که بیانگر همسانی درونی بالا و معنادار برای این مقیاس می‌باشد. در پژوهش کافی، بوالهروی و پیروی (۱۳۷۷)، اعتبار این آزمون با بهره‌گیری از ضریب آلفا ۰/۸۹ گزارش شده است. (به نقل از زارعان و همکاران، ۱۳۸۶)

بررسی روایی پرسش‌نامه: تقوی (۱۳۸۰)، در روایی همزمان پرسش‌نامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس (M.H.Q) به ضریب همبستگی ۰/۵۵ دست یافت. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ و ۰/۸۷ متغیر بود.

همچنین در بررسی استغناسن و کریست جانسن (۱۹۸۵)، پرسش‌نامه سلامت عمومی و «شاخص پزشکی کورنل»^{۴۳} (برودمن و همکاران، ۱۹۴۹)، را بر روی ۱۸۵۰ نفر در ایسلند اجرا نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۴۸ دست یافتند. در تحقیق چن و چن (۱۹۸۳)، به نقل از تقوی، به منظور بررسی روایی همزمان با استفاده از «پرسش‌نامه چند جنبه‌ای مینه سوتا»^{۴۴}، ضریب همبستگی ۰/۵۴ به دست آمد. کالمن، ویلسن و کالمن (۱۹۸۳)، به نقل از تقوی در «مقایسه با مقیاس ناامیدی بک»^{۴۵} به ضریب روایی همزمان ۰/۶۹ دست یافتند.

همچنین هندرسن و همکاران (۱۹۸۱)، به نقل از تقوی، (۱۳۸۰) در مقایسه با «پرسش‌نامه افسردگی زانگ»^{۴۶} بر روی یک گروه نمونه استرالیایی به ضریب

روایی ۰/۵۷ دست یافتند. بنابراین، در مجموع، شواهد حاکی از آن است که پرسش‌نامه سلامت عمومی از روایی مناسب برخوردار است. (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰) هومن (۱۳۷۷) نیز روایی پرسش‌نامه را با استفاده از مقیاس (SCL-90R)، ۰/۸۲ گزارش نموده است.

در مجموع، فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی شناخته شد (تقوی، ۱۳۸۰).

پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی

مقیاس جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام، توسط آذربایجانی (۱۳۸۲) تهیه شده است. پرسش‌نامه نهایی آن، مشتمل بر هفتاد سؤال و دارای دو زیر-مقیاس عقاید - مناسک و اخلاق است. مواد پرسش‌نامه پس از بررسی اجمالی ادیان جهان و بررسی تفصیلی دین اسلام (آیات قرآن و روایات)، بر اساس این نظریه که ایمان، مفهوم محوری دین‌داری است و در سه بخش باورها، اخلاقیات و مناسک عملی تجلی می‌یابد، استخراج شده است. مزیت این مقیاس بر مقیاس‌های دینی پیش از آن، نگاه نسبتاً جامع به مؤلفه‌های دین‌داری است که عبارتند از: روابط انسان و خدا، انسان و آخرت، اولیای دین، انسان و دین، بدن و قوای زیستی، امور اقتصادی، روابط اجتماعی، خانواده، انسان و طبیعت و سرانجام اخلاق فردی (آذربایجانی، ۱۳۸۲).

خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه

۱) خرده مقیاس عقاید - مناسک (R_۱): زیر مقیاس نخست، مشتمل بر ۴۳ ماده دارای ضریب آلفای ۰/۹۴۷ به وسیله ۳۰۲ نفر آزمودنی پاسخ داده شده و عامل «عقاید - مناسک» (R_۱) را می‌سنجد. ضریب همبستگی هر ماده با مجموعه پرسش‌نامه عامل (R_۱) (از ۰/۳۲۴ تا ۰/۷۴۰) و نیز ضریب آلفای R_۱ در صورت

حذف هر ماده (از ۰/۹۴۴ تا ۰/۷۴۰) به دست آمده (آذربایجانی، ۱۳۸۲). از نظر محتوایی، مقیاس (R_۱) همگن و در موضوع عقاید و مناسک همگرایی دارد.

۲) خرده مقیاس اخلاق (R_۲): زیر - مقیاس دوم مشتمل بر ۲۷ ماده با ضریب آلفای ۰/۷۹۳ به وسیله ۳۲۱ نفر آزمودنی پاسخ داده شده و عامل «اخلاق» (R_۲) را می‌سنجد. ضریب همبستگی هر پرسش با نمره کل مقیاس عامل (R_۲) ۰/۱۷۲ تا ۰/۴۴۷ و ضریب آلفا مقیاس در صورت حذف هر ماده (۰/۷۷۹ تا ۰/۷۹۳) را نشان می‌دهد. مقیاس (R_۲) نیز از نظر محتوایی همگن و در موضوع اخلاق همگرایی دارد.

د - بررسی اعتبار پرسش‌نامه: آذربایجانی (۱۳۸۲) در گزارش خود درباره سنجش اعتبار^{۴۷} دو زیر-مقیاس عقاید - مناسک (R_۱) و اخلاق (R_۲) ضریب آلفای کرونباخ، اعتبار (R_۱) معادل ۰/۹۴۷ و اعتبار (R_۲) معادل ۰/۷۹۳ گزارش نموده است. گزارش وی در مجموع ضریب آلفای کرونباخ جهت‌گیری مذهبی کل (R) در سه حوزه عقاید- مناسک، و اخلاق را معادل ۰/۹۳۶ نشان می‌دهد. همچنین در پژوهش حاضر بر اساس نتایج حاصل از اجرای پرسش‌نامه ضریب آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری مذهبی (کل) در سنجش اعتبار این مقیاس معادل ۰/۸۴۴ به دست آمد.

بررسی روایی پرسش‌نامه: برای بررسی روایی^{۴۸} آزمون جهت‌گیری مذهبی بر اساس اسلام، از روایی سازه استفاده شده است. گزارش آذربایجانی (۱۳۸۲) در مورد روایی سازه بیانگر این است که بر اساس نتایج به دست آمده، در مورد عامل (R_۱)، هر سه گروه دو به دو تفاوت معنادار دارند (در سطح معناداری $\alpha = 0/0001$). در مورد عامل (R_۲) تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود (حتی در سطح معناداری « $\alpha > 0/05$ »).

در مورد عامل (R) نیز تفاوت معنادار وجود دارد (در سطح معناداری « $\alpha = 0/0001$ »). در مورد (R_۱) (عقاید - مناسک) میان هر سه گروه دو به دو تفاوت معنادار وجود دارد (در سطح معناداری ضریب آلفا معادل ۰/۰۰۰۱ و

ضریب آلفا معادل ۰/۰۴۴). در مورد زیر - مقیاس اخلاق (R_2) هیچ‌گونه تفاوت معنادار مشاهده نمی‌شود (ضریب آلفا بزرگ‌تر از ۰/۰۵). در مورد (R) (جهت‌گیری مذهبی اسلامی) در میان گروه‌های ۱ و ۲ (حوزه و دانشگاه تهران)، همچنین ۲ و ۳ (حوزه و دانشگاه آزاد) تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما میان گروه‌های ۲ و ۳ (دانشگاه تهران و دانشگاه آزاد) تفاوت معنادار مشاهده نمی‌شود (ضریب آلفا بزرگ‌تر از ۰/۰۵). همچنین در بررسی اعتبار محتوایی مقیاس، از راه جمع‌آوری نظرات کارشناسان اسلامی، میزان آن ۰/۷۷۵ به‌دست آمد (آذربایجانی، ۱۳۸۲).

شیوه اجرا

در این پژوهش از مقیاس جهت‌گیری مذهبی (آذربایجانی، ۱۳۸۲) و پرسش‌نامه سلامت عمومی استفاده شده است. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، پس از ارائه برخی توضیحات ضروری و ایجاد جو اعتماد در افراد، این دو پرسش‌نامه به صورت گروهی در اختیار معلمان شرکت‌کننده در جلسات پایان دوره قرار گرفت. هر چند برای اجرای این دو پرسش‌نامه محدودیت خاصی به لحاظ زمانی در نظر گرفته نمی‌شود، اما در اختیار قرار دادن زمانی بیش از اندازه می‌توانست به تردید در انتخاب گزینه‌ها و در نتیجه، سوگیری پاسخ‌دهی منجر شود. سایر اطلاعات نظری این پژوهش از منابع گوناگونی که مشتمل بر کتاب‌های ترجمه شده، منابع لاتین، مقالات و پژوهش‌های داخل کشور، و پژوهش‌هایی که به صورت مقاله در نشریات بین‌المللی ارائه شده‌اند به دست آمده است. در این میان، بیشترین سهم در مراجعه به مقالات، نسخه‌های الکترونیکی این نشریات است که در کتابخانه‌های الکترونیکی ارائه شده‌اند. در نهایت، اطلاعات آماری این پژوهش پس از استخراج داده‌های خام آزمون‌های اجرا شده به کمک نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

به منظور بررسی فرضیه پژوهش، با بکارگیری روش تحلیل رگرسیون لوچتیک، داده‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که جداول مربوط به آن ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه الگوی تحلیل رگرسیون گام به گام

الگو	ضریب همبستگی (R)	مجزور R	مجزور تعدیل شده R	خطای معیاربرآورد
۱	(a) ۰/۳۷۸	۰/۱۴۳	۰/۱۴۱	۹/۷۶
۲	(b) ۰/۳۹۳	۰/۱۵۵	۰/۱۴۰	۹/۷۰

(a) پیش‌بینی کننده‌ها: (ثابت)، جهت‌گیری مذهبی کل

(b) پیش‌بینی کننده‌ها: (ثابت)، جهت‌گیری مذهبی کل، سابقه بیماری بدنی.

جدول شماره (۱) نشان‌دهنده الگوی تحلیل رگرسیون گام به گام است. در الگوی نخست، ضریب همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی کل و سلامت روان ۰/۳۷۸ است و هنگامی که متغیر سابقه بیماری بدنی نیز به آن اضافه می‌شود این ضریب همبستگی به ۰/۳۹۳ افزایش می‌یابد. در هر دو الگو سهم مجموع متغیرهای برشمرده شده ۱۴٪ می‌باشد؛ بنابراین، ضریب تبیین ۰/۱۴ نشان‌دهنده میزان سهم تأثیر مجموع متغیرهای نام‌برده بر متغیر سلامت روان است.

جدول (۲): تحلیل واریانس ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین برای متغیر سلامت روان

الگو	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
۱	۶۰۴۳/۰۴	۱	۶۰۴۳/۴۰	۶۳/۴۸	(a) ۰/۰۰۰۱
	۳۶۱۷۸/۰۳	۳۸۰	۹۵/۲۰		
	۴۲۲۲۱/۴۴	۳۸۱			
۲	۶۵۲۷/۳۱	۲	۳۲۶۳/۶۵	۳۴/۶۵	(b) ۰/۰۰۰۱
	۳۴۸۸۶/۳۸	۳۷۹	۹۴/۱۸		
	۴۲۲۲۱/۴۴	۳۸۱			

(a) پیش‌بینی کننده‌ها: (ثابت)، جهت‌گیری مذهبی کل

(b) پیش‌بینی کننده‌ها: (ثابت)، جهت‌گیری مذهبی کل، سابقه بیماری بدنی.

(c) متغیر وابسته: سلامت عمومی (GHQ).

بر اساس جدول شماره (۲)، در تحلیل واریانس یک‌راهه، پس از اجرای آزمون F برای آزمودن معناداری الگوهای مورد اشاره در تعیین اثر همه متغیرهای پژوهش (a) بر سلامت روان، با توجه به مقدار F مندرج در جدول، هر دو الگو در سطح معنادار ارزیابی شدند. $P = 0/0001$

جدول (۳): متغیرهای خروج در پیش‌بینی متغیر سلامت عمومی از روی متغیرهای پژوهش

خطا	همبستگی سهمی	سطح معناداری	t	بتا	الگو
۰/۹۹۰	۰/۰۳	۰/۵۷	۰/۵۷	(a) ۰/۰۳	جنس
۰/۹۹۱	- ۰/۰۰۳	۰/۹۵	- ۰/۰۶	(a) - ۰/۰۰۳	وضعیت تأهل
۰/۹۹۸	۰/۰۶	۰/۲۴	۱/۱۶	(a) ۰/۰۵۵	سطح تحصیلات
۰/۹۹۷	۰/۰۷	۰/۱۷	۱/۳۷	(a) ۰/۰۶۵	مقطع تدریس
۱/۰۰	- ۰/۰۸	۰/۱۴	- ۱/۴۷	(a) - ۰/۰۷	وضعیت اقتصادی
۰/۹۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹	- ۰/۰۰۶	(a) ۰/۰۰۰۱	تعداد فرزندان
۱/۰۰	۰/۰۲	۰/۶۹	۰/۴	(a) ۰/۰۱۹	رشته تحصیلی
۰/۹۹۷	- ۰/۱۲	۰/۰۲	- ۲/۲۷	(a) - ۰/۱۰۷	سابقه بیماری بدنی
۰/۹۹۳	- ۰/۱۱	۰/۰۳	- ۲/۱۲	(a) - ۰/۱۰۱	سابقه اختلال روانی
۰/۹۷۶	- ۰/۰۴	۰/۴۴	۰/۷۸	(a) - ۰/۰۳۷	سن
۰/۹۸۷	۰/۰۲۴	۰/۶۴	۰/۴۶	(b) ۰/۰۲۲	جنس
۰/۹۹۱	- ۰/۰۱	۰/۹۰	- ۱/۲۴	(b) - ۰/۰۰۶	وضعیت تأهل
۰/۹۹۸	۰/۰۶	۰/۲۳	۱/۱۹	(b) ۰/۰۵۶	سطح تحصیلات
۰/۹۹۶	۰/۰۷	۰/۱۸	۱/۳۵	(b) ۰/۰۶۴	مقطع تدریس
۰/۹۹۳	- ۰/۰۸	۰/۱۹	- ۱/۳۰	(b) - ۰/۰۶۲	وضعیت اقتصادی
۰/۹۷۹	- ۰/۰۰۵	۰/۹۲	- ۰/۰۹۸	(b) - ۰/۰۰۵	تعداد فرزندان
۰/۹۹۲	۰/۰۱	۰/۸۴	۲/۰۰	(b) ۰/۰۰۹	رشته تحصیلی
۰/۹۵۶	- ۰/۰۹	۰/۰۹	- ۱/۷۲	(b) - ۰/۰۸۳	سابقه اختلال روانی
۰/۹۶۶	- ۰/۰۵	۰/۳۱	- ۱/۰۲	(b) - ۰/۰۴۹	سن

(a) پیش‌بینی کننده‌ها: (ثابت)، جهت‌گیری مذهبی کل

(b) پیش‌بینی کننده‌ها: (ثابت)، جهت‌گیری مذهبی کل، سابقه بیماری بدنی.

(c) متغیر وابسته: سلامت عمومی (GHQ).

جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که در الگوی نخست تمامی متغیرها به غیر از متغیر جهت‌گیری مذهبی، به دلیل عدم وجود واریانس در آنها از محاسبه کنار گذاشته شده‌اند. همچنین در الگوی دوم، همه متغیرهای یاد شده بجز دو متغیر

«جهت‌گیری مذهبی کلّ» و «سابقهٔ بیماری بدنی» بر متغیر وابسته، یعنی سلامت روان نقشی نداشته که از معادلهٔ رگرسیون کنار گذاشته شده‌اند.

جدول (۴): ضرایب متغیر سلامت روان به عنوان متغیر وابسته

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد		الگو
		ضرایب استاندارد بتا	ضرایب غیر استاندارد خطای استاندارد B	
۰/۰۰۰۱	۱۰/۳۹		۸/۳۵	ثابت
۰/۰۰۰۱	-۷/۹۶۷	-۰/۳۷۸	۰/۰۹۵	جهت‌گیری مذهبی کلّ
۰/۰۰۰۱	۱۰/۶۴		۸/۷۱	ثابت
۰/۰۰۰۱	-۸/۱۲	-۰/۳۸	۰/۰۹	جهت‌گیری مذهبی کلّ
۰/۰۲۴	-۲/۲۷	-۰/۱۱	۱/۲۲	سابقهٔ بیماری بدنی

(a) متغیر وابسته: سلامت عمومی (GHQ)

بر اساس جدول (۴) با استفاده از آزمون t برای معناداری ضرایب بتا، کلیهٔ متغیرهای پژوهش به عنوان متغیرهای مستقل، وارد الگو شدند تا میزان تأثیر آنها بر متغیر وابسته (سلامت روان) بررسی گردد. با خروج متغیرهای یاد شده از الگوی نخست، مشخص شد که از بین تمامی متغیرها در الگوی نخست تنها متغیر جهت‌گیری مذهبی کلّ، منبع ایجاد تغییر در متغیر وابسته (سلامت روان) است که در سطح $P=0/0001$ معنادار است. در الگوی دوم نیز متغیرهای جهت‌گیری مذهبی کلّ و سابقهٔ سلامت بدنی منبع ایجاد تغییر در متغیر سلامت شناخته شدند که در سطح $P=0/0001$ معنادار بودند.

نتیجه‌گیری

در ارزیابی سهم متغیرهای پیش‌بین شامل جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مقطع اشتغال به خدمت، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، رشتهٔ تحصیلی، سابقهٔ بیماری بدنی، سابقهٔ ابتلا به اختلال روانی، و سن) مشخص گردید که تنها متغیر جهت‌گیری مذهبی کلّ توانایی پیش‌بینی متغیر سلامت روان

را دارد. این یافته پژوهشی با یافته‌های نیلمن و پرساد^{۴۹} (۱۹۹۵) همخوانی دارد. نیلمن و پرساد (۱۹۹۵) بر این باورند که میزان ۶۰ - ۲۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد بالغ، توسط باورهای مذهبی تبیین می‌شود.

در تبیین این یافته پژوهشی باید به نقش مثبت فرهنگ و جایگاه نهاد دین در جامعه اسلامی اشاره داشت که بر هر متغیر جمعیت‌شناختی و عامل دیگری برتری داشته و نسبت به آنها مؤثرتر عمل می‌نماید. این یافته بدین معناست که با افزایش میزان دین‌داری در افراد، آنها این توانایی را می‌یابند که در شرایط گوناگون به گونه‌ای مناسب رفتار نموده و از مسیر تعادل خارج نشوند و در نتیجه، از سلامت عمومی و سلامت روان بالاتری برخوردار باشند. بر این اساس، با بسط یافتن جهت‌گیری مذهبی در زندگی افراد در برابر شرایط اجتماعی، اقتصادی، و بدنی نامناسب، از خودشان بردباری نشان داده و بر اساس تعالیم و حیانی و الهی رفتار می‌نمایند. به همین اندازه، هنگامی که افراد نسبت به امور دینی بی‌توجه هستند، بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات روانی قرار می‌گیرند؛ چراکه در این صورت شرایط اجتماعی گوناگون در قالب متغیرهای جمعیت‌شناختی فرصت می‌یابند تا با وارد آوردن فشارهای مضاعف و چند سویه، بینش، نگرش، رفتار و شخصیت افراد را دستخوش تغییر قرار داده و این امر موجب بروز نابهنجاری‌هایی در سطوح و جنبه‌های گوناگون فرد گردد که به نوبه خود سلامت روانی فرد را در معرض خطر قرار می‌دهد. نکته مهم آن است که این یافته پژوهشی همسو با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های مشابه در سایر فرهنگ‌ها می‌تواند، بر نقش برتر دین به عنوان یک عامل مؤثر در زندگی فرد تأکید نموده و با فراخواندن افراد به سوی دین‌داری، برخورداری از سلامت روان را در آنها تسهیل نماید.

رویدادهای تنش‌زای روانی رویدادی منفرد یا مجموعه‌ای از رویدادها یا شرایط زندگی است که انسان در مقابل آنها نیاز به سازگاری دارد. پاسخ انسان به فشار روانی تحت تأثیر برداشت‌ها و واکنش‌هایی است که مستلزم این است که انسان منابع سازش خود را بکار گیرد تا بتواند با این خواسته‌های درونی و بیرونی انطباق یابد (مونات^{۵۰} و لازاروس^{۵۱}، ۱۹۸۵) با پذیرش این نکته که شرایط گوناگون اجتماعی در قالب متغیرهای جمعیت‌شناختی، همان فراز و نشیب‌های زندگی هستند که از دوام و استقرار بیشتری برخوردارند، می‌توان آنها را کم یا بیش به عنوان مجموعه‌ای از تنش‌ها به حساب آورد. از نظر شافر^{۵۲} و کینگ^{۵۳} (۱۹۹۰) افراد متدین و غیر متدین میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می‌کنند، اما افراد متدین بهتر می‌توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشار تنش‌زای روانشناختی رویارویی کنند.

این یافته پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش‌های مشابه می‌تواند به برخی تناقضات و ناهمپوشی‌ها در نتایج پژوهش‌هایی که در آنها تنها به متغیرهای جمعیت‌شناختی توجه شده است، پاسخ داده و بی‌توجهی نسبت به تأثیر متغیرها و مؤلفه‌های جهت‌گیری مذهبی آزمودنی‌ها را در بروز این ناهمپوشی‌ها مؤثر بداند.

پی‌نوشت‌ها

- 1 . Bio-Psycho-Social.
- 2 . mental health.
3. Edlin, G.
4. Miller, W. R.
5. Thoresen, C. E.
6. Alvarado, K. A.
7. Templer, D. L.
8. Bresler, C.
9. Thomas, D. C.
10. Isaia
- 11 . Parker
12. Murrow

- 13 . Meisenhelder
14. Chandler
15. Larson & Koenig
16. Gorsuch. R. L
17. Stinchfield
18. Ellis
19. Bergin
20. Richards
21. Batson & Ventis
22. Coping
23. Valeriet
24. Laurie
25. psycho-neuro immunological system.
26. psychosocial approach.
27. Pruyser
28. Galanter
29. Kirk Patrick
30. Bowlby J
31. Compensation Hypothesis
32. Correspondence Hypothesis
- 33 . Less value-laden
- 34 . Regression
- 35 . Dependency
- 36 . Self-Esteem
- 37 . Calabress J
38. Krejcie & Morgan
39. Census
40. General Health Questionnaire
41. Screening Questionnaire
- 42 . Screening
- 43 . Cornell Medical Index
- 44 . Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.)
- 45 . Beck Hopelessness Scale (BHS)
- 46 . Zung Depression
- 47 . Reliability
- 48 . Validity
- 49 . Nealman & Persaud
- 50 . Monat A
- 51 . Lazarus P. A
- 52 . Schafer W. E
- 53 . King M

منابع

- آذربایجانی، مسعود، تهیه و ساخت آزمون جهت گیری مذهبی با تکیه بر اسلام، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۳۸۲.
- استورا، نوشته: پریخ دادستان؛ تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن، تهران، رشد، ۱۳۷۷.
- اصفهانی، محمد مهدی و دیگران؛ آیین تندرستی، تهران: تندیس، ۱۳۸۳.
- تقوی، محمدرضا، بررسی روائی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی (G.H.Q)، مجله روان‌شناسی ۲۰، سال پنجم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۰.
- تقی یاره، فاطمه و همکاران، «بررسی ارتباط سطح تحول من، دلبستگی به خدا، و جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان»، مجله روان‌شناسی ۳۳، سال نهم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۴، ص ۲۱ - ۳.
- جان بزرگی، مسعود، بررسی اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت «آموزش خودمهارگری» با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی، پایان نامه دکتری روان‌شناسی، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸.
- حبیبی، محمد باقر؛ «سلامت روانی در چشم اندازی گسترده‌تر»، فصلنامه حوزه و دانشگاه، سال دهم، شماره ۴۱، زمستان ۱۳۸۳.
- خدایاری فرد، محمد، و همکاران، «گستره پژوهش‌های روان‌شناختی در حوزه دین»، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۴، بهار ۱۳۸۰.
- زراعان، مصطفی، و همکاران، «رابطه هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶.
- ساردوئی، غلامرضا و همکار، «بررسی تأثیر ارزشهای مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی»، در: اسلام و بهداشت روان (مجموعه مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان)، قم، دفتر نشر معارف، ۱۳۸۲.
- هومن، عباس، استاندارد سازی پرسش‌نامه سلامت عمومی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۷.
- Alvarado, K. A., Templer, D. L., Bresler, C., and Thomas, D. C. (1995). The Relationship of Religious Variables to Death Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 202 - 204.
- Argyle, M. (2000). *Psychology and Religion: An introduction*. London: Routledge.
- Bergin, A. E.; Stinchfield, R. D.; Gaskin, T. A.; Masters, k. S.; & Sullivan, C. E.; (1988). Religious life styles and mental health: An exploratory study. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 91 - 98.

- Calabress, J. (1987). *Alternation in immunocompetence during stress, bereavement and depression, focus on neuro endocrine regulation*. American Journal of Psychiatry, 144, 9 – 16.
- Ddlin, G.; Gilanty, E; & Brown, K.M. (1999) *Health and Wellness* (6th ed.), Sudbury: Jones & Barther Publisher.
- Ellis, A. (1980). Psychotherapy & atheistic values: A response to A. E. Bergin's "Psychotherapy & Religious values." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48: 635 – 639, 642 – 645.
- Galanter, M. (1982). Charismatic religious sects and Psychiatry, an overview. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1539 – 48.
- Gorsach, R. L. (1988) Psychology of religion. *Annual review of psychology*. vol: 39, PP: 201 – 221
- Koenig, H. G. & Larson, d. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13, 67 – 68.
- Koenig, H.G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Pieper, C., Meador, K. G., Shelp, F., Goli, V., & Dipasquale, B. (1992). "Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1693 – 170.
- Monat, A., Lazarus, R. S. (1985). *Stress and Coping: An introduction*. New York: Colombia University Press.
- Nealman, J. & Persaud, R. (1995). Why do Psychiatrists Neglect Religion. *British Journal of medical Psychology*. 68: 169 – 178
- Pargament, K. I. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18: 793 – 824.
- Pargament, K. I.; Kenneth, J.; Hathaway, W.; Grerengood, N.; Newman, J. & Jones, W. (1988). Religion and the problem solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 24, 90 – 194.
- Pargament, K. I.; Olsen, H. (1992). God help me (2). *Journal of Scientific Study of Religion*, 31, (4).
- Schafer, W. E., & King, M. (1990). Religiousness on stress among college student: American survey report. *Journal of College Student Development*, 31, 336-41.
- Spilka, B.; Hood, R. W.; Hunsberger, B. & Gorsuch, R. (2003). *The Psychology of Religion*. 3rd Edition. New York: Guilford
- Tan, Siang — Yang & Natalie J. Dong, Spiritual Interventions in Healing and Wholeness. in Plante, Thomas G. and Allen C. Sherman (ed), *Faith and Health: Psychological Perspectives* (New York and London: The Guilford Press, 2001) pp. 291 – 310