

بررسی رابطه‌ی دینداری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی دانشجویان با رضایت از زندگی: با تعدیل‌گری مؤلفه‌های سلامت روانی

یوسف رضایور - عضو هیات علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز
آیت‌الله فتاحی - کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی
مرضیه سرداری - دانشجوی کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی درسی
اصغر شیرعلی‌پور - کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی

چکیده

هدف این پژوهش بررسی عوامل تأثیرگذار بر رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه تبریز با توجه به متغیرهای درونزاد و برونزاد مانند وضعیت اقتصادی - اجتماعی، دینداری و مؤلفه‌های سلامت روانی می‌باشد. در این راستا تعداد ۴۹۵ نفر از دانشجویان (۲۴۶ دختر و ۲۴۹ پسر) به پرسشنامه‌های دینداری، سلامت روان و رضایت از زندگی به همراه پرسشنامه جمعیت‌شناختی پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر و نرم‌افزار LISREL استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که اثر مستقیم دینداری بر مؤلفه‌های سلامت روان و رضایت از زندگی معنی‌دار است. همچنین اثر مستقیم اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی بر رضایت از زندگی معنادار است و اثر متغیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر متغیرهای درونزاد پژوهش (مؤلفه‌های سلامت

روان و رضایت از زندگی) به غیر از اضطراب معنادار به دست نیامد، و علاوه بر این رابطه نشانه‌های جسمانی با رضایت از زندگی و رابطه‌ی دینداری با نشانه‌های جسمانی غیرمعنادار گزارش شد. مسیر غیرمستقیم اثر دینداری بر رضایت از زندگی با احتمال ۹۵ درصد معنادار می‌باشد. به این معنی که دینداری از طریق اثر بر اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و کنشوری اجتماعی بر رضایت از زندگی تأثیر دارد. میزان واریانس تبیین شده رضایت از زندگی به واسطه‌ی متغیرهای پیش‌بین ۲۳ درصد می‌باشد که از نظر آماری معنادار است.

واژگان کلیدی: رضایت از زندگی، دینداری، سلامت روانی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی.

دانشجویان، به ویژه آنهایی که در اواخر دوره نوجوانی و اوایل دوره جوانی بوده و تازه وارد دانشگاه شده‌اند به خاطر ماهیت انتقالی زندگیشان، همواره در معرض عوامل تنیدگی‌زای گوناگونی قرار دارند که کنشوری آنها در جامعه و رضایت از زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این عوامل می‌تواند ترکیبی از محرک‌های درونی مانند شخصیت، باورها که زمینه‌ساز شکست در برابر مشکلات است و عوامل بیرونی مانند تنیدگی‌زاهای محیطی باشد. تنیدگی مفرط در بین دانشجویان اغلب به شکست تحصیلی، بیکاری، مشکلات سلامت، ضعف در عملکرد، ترک تحصیل و در برخی موارد به اختلالات روانی شدیدتر منجر می‌شود (مونک^۱ و همکاران، ۱۹۹۹). ارتباط بین روانشناسی و دینداری از موضوعات غامض بوده، و در این راستا تعدادی از روانشناسان ارزش دینداری را مورد سوال قرار داده و از آن انتقاد کرده‌اند (برای مثال: فروید^۲، ۱۹۶۱، اسکینر^۳، ۱۹۵۳)، همچنین تعدادی دیگر نیز نگاهی مثبت و امیدوارکننده به دینداری داشته‌اند (جیمز^۴، ۱۹۸۵، یونگ^۵، ۱۹۶۸). روانشناسی دین، برخاسته از فضای

1- Monk
3- Skinner
5- James

2- Freud
4- Jung

فکری و فرهنگی دوره‌ای است که در آن، روش علمی و دین‌پژوهی به نحوی پیشرفت کرده و هر دو در معرض پرسش‌های مختلفی قرار گرفته‌اند و از این رو به یکدیگر نزدیک شده‌اند. به این معنی، روانشناسی دین برای دین‌پژوهی همانقدر انگیزه‌ای تازه بود که برای علم روانشناسی (نقل از رضایور، ۱۳۸۲). ولی در طول سالیان، بسیاری از روانشناسان نگرش مثبتی نسبت به روانشناسی دین داشته و دین را در زندگی افراد ارزشمند دانسته‌اند (شافرانسکی^۱، ۱۹۹۶). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تحقیقات به عمل آمده نیز به رابطه‌ی مثبت بین دینداری و سلامت روان اشاره کرده‌اند (کوئنیگ، مک لو، لارسون^۲، ۲۰۰۱).

رضایت از زندگی به نتایج حاصل از مقایسه‌ی اهداف دست یافته با اهداف آرمانی اشاره دارد. به طور کلی رضایت از زندگی شامل تمام گستره و ابعاد زندگی می‌باشد. در این تعریف، رضایت از زندگی به معنای رضایت از یک موقعیت خاص نیست بلکه به معنای رضایت از تمامی تجارب زندگی می‌باشد. در حقیقت رضایت از زندگی به یک بهزیستی در تمام جنبه‌های زندگی (اجتماعی، اخلاقی و غیره) اشاره دارد (ارسلان و همکاران^۳، ۲۰۱۰). رضایت از زندگی در دو منظر ذهنی و عینی تصور شده است. رضایت از زندگی از منظر عینی بر کنترل بر روی شرایط بیرونی مانند سطح درآمد، شبکه‌های ارتباطی با دوستان، مسائل بلوغ نوجوانی، کیفیت زندگی و دسترسی به خدمات سلامت متمرکز است و از منظر درونی به قضاوت درونی اشخاص در مورد کیفیت تمام جوانب زندگیشان ارجاع داده می‌شود که شامل ادراک شخص از رضایت از زندگی (رضایت از دوستان، خانواده و محیط زندگی)، گزارش‌های شخصی در مورد سلامت جسمی (سلامتی ادراک شده و تعداد روزهایی که شخص از نظر سلامت جسمانی و روانی ضعیف است) می‌باشد (هابنر^۴، ۲۰۰۴).

کاپلان و سادوک^۵ (۱۹۹۳) سلامت روان را به عنوان بهزیستی، و داشتن حسی

1- Shafranske
3- Arslan et al
5- Kaplan & Sadock

2- Koenig & McCullough, & Larson
4- Huebner

تعریف کرده‌اند که هنگامی که فرد وارد تعاملات اجتماعی می‌شود در خود احساس می‌کند. از این رو آنها بر کنشوری اجتماعی در سلامت روان تأکید بیشتری دارند.

چراغی و مولوی (۱۳۸۵) در تحقیقی به بررسی رابطه‌ی دینداری با سلامت عمومی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین دینداری کلی و سلامت عمومی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد، و سه بعد اعتقادی، عاطفی (تجربه‌ای)، و مناسکی دینداری با زیرمقیاس‌های مختلف سلامت عمومی رابطه‌ی معناداری دارند. از سوی دیگر بعد پیامدی (کاربردی) دینداری با هیچ‌کدام از زیر مقیاس‌های سلامت عمومی رابطه ندارد. در راستای تبیین اثرات دینداری بر سلامت روان کوئینینگ^۱ (۲۰۰۴) بیان می‌دارد که: مذهب باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا می‌شود و فرد را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مثل فقدان یا بیماری یاری می‌رساند. از طرفی مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد و داشتن معنا و هدف در زندگی نشاندهنده‌ی سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود. از سویی وی بیان می‌دارد که افراد مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که قابل پذیرش نیستند، راحت‌تر سازگار می‌شوند. از این رو مذهب باعث ایجاد امید در فرد می‌شود. امید باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می‌شود که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند. همچنین وی اشاره می‌کند که افراد مذهبی احساس آزادی شخصی بیشتری نسبت به دیگران می‌کنند، وابستگی عاطفی کمتری به اطرافیان دارند و از شخصیت‌هایی دینی که مقاومت، الگوپرداری می‌کنند و این مسأله باعث افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیرقابل تغییر در آنها می‌شود. از سویی افراد مذهبی از الگوی تصمیم‌گیری خاصی استفاده نموده و این الگو، فرد را در جهت افزایش تصمیم‌گیری‌های مفید برای اطرافیان، خود و کاهش تصمیم‌گیری‌های خود مخرب سوق می‌دهد، و این امر تا حدی از شدت استرس‌های زندگی می‌کاهد. وی توضیح می‌دهد که مذهب تنها منبع پاسخگو به سؤالات نهایی است، به ویژه در موارد اضطراری که علم قادر به پاسخگویی نمی‌باشد.

1- Koenig

همچنین مذهب باعث برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بیشتر شده و این امر به سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی، روحانیون و حتی خداوند ایجاد می‌شود. و نهایت اینکه احساس کنترل در افراد مذهبی به واسطه دعا کردن ایجاد می‌شود، به این گونه که دعا کردن باعث احساس غیرمستقیم کنترل بر شرایط به ظاهر غیرقابل تغییر و ناگوار می‌شود.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که چندین عامل وجود دارد که در رضایت از زندگی دانشجویان تأثیر دارد. وایرن و همکاران^۱ (۲۰۰۷) به بررسی رابطه‌ی رضایت از زندگی، تنهایی و سلامت عمومی پرداختند. نتایج نشان داد که رضایت از زندگی با نگرش انتحاری، تنهایی و افسردگی رابطه‌ی منفی و معنی‌داری داشت ولی با سلامتی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارد.

تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که سلامت روان تأثیرات مثبتی بر رضایت از زندگی دارد. کرد تامینی و محمدی‌فر^۲ (۲۰۰۹) در تحقیقی نشان دادند که بین سلامت روان و رضایت از زندگی دانشجویان ایرانی و هندی رابطه وجود دارد و دانشجویانی که از سلامت روانی خوبی برخوردار هستند میزان رضایت از زندگی آنها نیز به طور معنی‌دار بالاست. از سویی، یافته‌های پژوهشی «مرکز تحقیقات علوم رفتاری» نشان می‌دهد که بین رضایت از زندگی و سلامت عمومی کل، علایم جسمانی، اضطراب، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی ارتباط وجود دارد. به گونه‌ای که با بهتر شدن رضایت از زندگی، سطح سلامت روانی افراد نیز افزایش می‌یابد.

طی چند دهه‌ی گذشته مطالعات مربوط به موضوع رابطه‌ی بین مذهب و معنویت و رضایت از زندگی بین افراد گسترش یافته است. در تمامی این مطالعات اظهار شده که مذهب و معنویت تأثیر معنی‌داری بر میزان رضایت از زندگی دارد (الیسون^۳، ۱۹۹۱).

1- Viren et al
3- Ellison

2- Kord Tamini, B& Mohammady Far

لوین و همکاران^۱، ۱۹۹۵، ساواتزکی^۲، ۲۰۰۵. در تحقیقی دیگر کیث و همکاران^۳ (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که دانش‌آموزانی که خود را به عنوان افرادی دینی و معنوی قلمداد می‌کردند سلامت روان بیشتری را گزارش می‌کردند و سلامت روانی بر روی رضایت از زندگی تأثیر می‌گذارد. در این راستا موئلر (۱۳۸۰) نشان داد که عقاید مذهبی و معنویات با سطح بالای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، ایدز، ناراحتی‌های قلبی، قطع عضو و آسیب نخاعی همراه است. مبتنی بر این یافته‌ها و تبیین‌های به عمل آمده، هدف پژوهش این بود که تغییرات رضایت از زندگی براساس تغییرات دینداری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی دانشجویان با توجه به نقش میانجی سلامت روانشناختی مورد بررسی قرار گیرد.

روش

نوع تحقیق: تحقیق حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده شد.

جامعه و نمونه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری این تحقیق کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه تبریز بودند. تعداد ۵۵۰ نفر پرسشنامه‌های سلامت عمومی، دینداری، رضایت از زندگی و پرسشنامه جمعیت شناختی را پر کردند، و از این تعداد ۴۹۵ پرسشنامه سرند شد و برای تجزیه و تحلیل انتخاب گردید.

ابزارها

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۴ (۱۹۷۲) به منظور شناسایی اختلال‌های روانی غیرروان‌گسسته^۵ ساخته شده است. در جمعیت عادی برای

1- Levin et al
3- Keith et al
5- psychosis

2- Sawatzky
4- Goldberg

تشخیص اختلال‌های خفیف روانی از این پرسشنامه استفاده می‌شود. کاربرد وسیع این پرسشنامه منجر به این شده است که به ۳۶ زبان دنیا ترجمه شود.

چن^۱ (۱۹۹۵) در پژوهشی شکل ۲۸ سوالی آن را روی ۱۰۸۳ دانش‌آموز دبیرستانی در هنگ‌کنگ اجرا کرد. میانگین سنی این آزمودنی‌ها ۱۵ سال بود. نوع ۲۸ سوالی این پرسشنامه متشکل از ۴ مقیاس نشانه‌های مرضی جسمانی، اضطراب، نارسا کنشوری اجتماعی و افسردگی است. در پژوهش چن (۱۹۹۵) ضرایب آلفا در مقیاس نشانه‌های مرضی جسمانی ۰/۶۷، اضطراب ۰/۷۱، نارسا کنشوری اجتماعی ۰/۵۹ و افسردگی ۰/۷۵ گزارش شده است (اکبری، ۱۳۸۵).

روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت است و نمره‌ی زیاد در این مقیاس در هر چهار مؤلفه به معنای سلامت روان مناسب می‌باشد و نمره‌ی کم در مقیاس به معنای عدم سلامت روانی می‌باشد. برای به دست آوردن ضریب پایایی در این پژوهش نیز از ضریب آلفا استفاده شد که ضرایب آلفا به ترتیب برای مؤلفه‌های مورد بررسی به ترتیب زیر می‌باشد: نشانه‌های مرضی جسمانی ۰/۸۲، اضطراب ۰/۷۱، نارسا کنشوری اجتماعی ۰/۷۸، افسردگی ۰/۸۱. ضرایب به دست آمده نشان از پایایی خوب پرسشنامه می‌باشد.

مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)^۲: این مقیاس به وسیله‌ی داینر و همکاران^۳ (۱۹۸۵) ساخته شد. این مقیاس از ۵ آیتم تشکیل شده است که در یک طیف لیکرتی هفت درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این پرسشنامه با روش آزمون-آزمون مجدد ۰/۸۵ به دست آمده است، و نمره‌ی بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده‌ی رضایت از زندگی بالا می‌باشد. در این تحقیق برای به دست آوردن پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که این مقدار ۰/۸۱ محاسبه شد که حاکی از پایایی پرسشنامه مذکور در بین دانشجویان است.

1- Chan

3- Diener et al

2- Satisfaction with Life Scale

مقیاس دینداری اسلامی: این مقیاس به وسیله‌ی مسعود آذربایجانی (۱۳۸۵) تدوین شده است که برای تهیه‌ی مواد پرسشنامه، بررسی اجمالی ادیان جهان و بررسی تفصیلی دین اسلام با روش توصیفی مورد توجه قرار گرفته و در نهایت پرسشنامه‌ای با هفتاد سؤال تهیه شده است. اعتبار محتوای پرسشنامه نیز از طریق جمع‌آوری نظریات کارشناسان حوزوی تأمین گردیده است. برای بررسی پایایی و اعتبار سازه، گروه نمونه‌ای به تعداد ۳۷۸ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران، دانشگاه آزاد تهران شمال و طلاب حوزه‌ی علمیه‌ی قم، در گروه سنی ۱۷ تا ۲۵ سال، به طور تصادفی انتخاب شده است و پایایی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش گردیده است. در این مطالعه ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد.

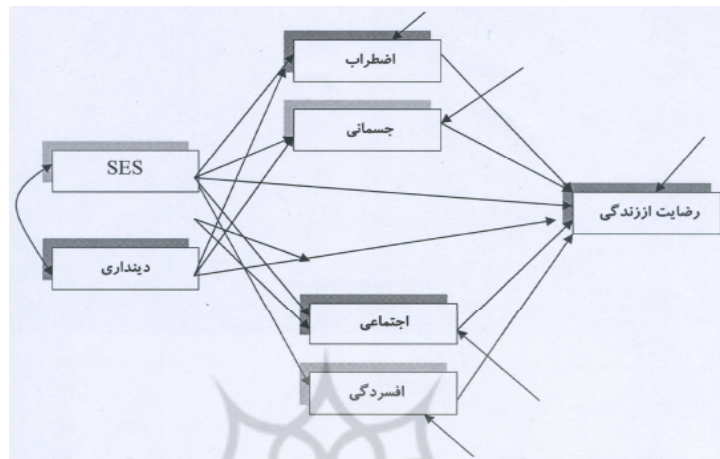
پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی: از این پرسشنامه محقق ساخته برای تعیین وضعیت اقتصادی- اجتماعی دانشجویان استفاده شد.

نتایج

الگوی فرضی تحقیق

در پیشینه‌ی نظری پژوهش، سوابق نظری و پژوهشی پشتوانه‌ی فرضیه‌های تحقیق ارائه گردید. الگویی که به عنوان محصول و نتیجه الگوهای قبلی بود، برگزیده شد. در این الگو متغیرهای SES^۱ و دینداری به عنوان متغیرهای برونزاد و متغیرهای اضطراب، نشانه‌های جسمانی و کنشوری اجتماعی و افسردگی و رضایت از زندگی به عنوان متغیرهای درونزاد انتخاب شدند. به این ترتیب الگوی فرضی با ۲ متغیر مستقل و ۵ متغیر وابسته جهت بررسی‌های بعدی فراهم شده است (نمودار ۱).

1- social- economic satatus



نمودار (۱) الگوی ساختاری فرضی از عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی

توصیف آماری متغیرهای پژوهش

به منظور بررسی میانگین عملکرد دانشجویان و پراکندگی نمرات آنها در هر یک از متغیرهای درونی و بیرونی، شاخص‌های توصیف آماری (میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات)، به دست آمد. این شاخص‌ها در جدول (۱) ارائه شده است:

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی عملکرد کل نمونه در متغیرهای درونی و بیرونی پژوهش

متغیرها	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	میانگین نظری	انحراف معیار
متغیرهای بیرونی					
دینداری	۷۰	۲۸۰	۲۰۹/۵۰	۱۷۵	۲۳/۴۹
متغیرهای درونی					
اضطراب	۷	۲۸	۲۱/۷۱	۱۷/۵	۴/۷۶
نشانه‌های جسمانی	۷	۲۸	۲۱/۵۳	۱۷/۵	۴/۰۸
بدکارکردی اجتماعی	۷	۲۸	۱۰/۲۵	۱۷/۵	۴/۵۹
افسردگی	۷	۲۸	۲۳/۴۶	۱۷/۵	۴/۹۴
رضایت از زندگی	۵	۲۵	۱۴/۸۱	۱۵	۳/۸۴

جدول شماره (۱) با توجه به طیف سوالات و میانگین‌های به دست آمده از نظرات آزمودنی‌ها، گویای نکات قابل توجهی است. متوسط نمره‌ی متغیرهای پژوهش از میانگین نظری بالاتر است مگر متغیر اجتماعی که از میانگین نظری پایین می‌باشد.

اساس تحلیل در برنامه‌ی لیزرل، بر مبنای ماتریس کوواریانس یا همبستگی بین متغیرها می‌باشد. جدول (۲) ماتریس همبستگی پلی کوریک و پلی سریال بین متغیرهای درونی و بیرونی پژوهش را که لیزرل ارائه می‌دهد، نشان می‌دهد.

جدول (۲) ماتریس همبستگی متغیرهای درونی و بیرونی پژوهش

متغیرها	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)	(۶)	(۷)
SES	۱						
دینداری	۰/۱۴**	۱					
اضطراب	-۰/۱۱*	۰/۱۳**	۱				
نشانه‌های جسمانی	-۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۶۳**	۱			
کنش‌وری اجتماعی	-۰/۰۱	۰/۱۶**	۰/۴۶**	۰/۴۲**	۱		
افسردگی	۰/۰۰	۰/۱۸**	۰/۵۸**	۰/۶۰**	۰/۵۰**	۱	
رضایت از زندگی	۰/۰۵	۰/۲۴**	۰/۴۲**	۰/۳۳**	۰/۴۲**	۰/۴۷**	۱

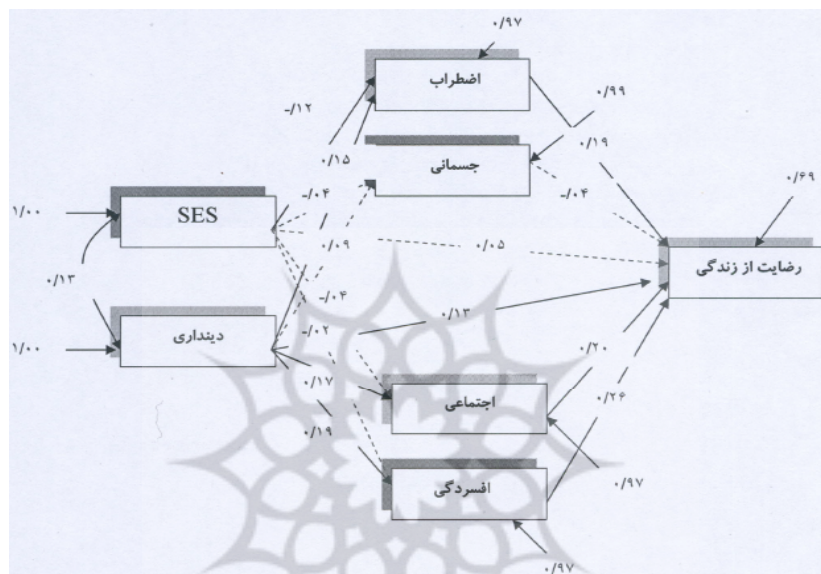
$P < 0/01^{**}$ $P < 0/05^*$

براساس جدول (۲) متغیرهای اضطراب و نشانه‌های جسمانی بالاترین همبستگی را با هم داشته‌اند. همچنین همبستگی‌های بین متغیرهای دینداری، اضطراب، نشانه‌های جسمانی، کنش‌وری اجتماعی و افسردگی با متغیر رضایت از زندگی معنادار می‌باشد. علاوه بر این متغیر SES با متغیر اضطراب رابطه‌ی معنادار داشته و با سایر متغیرها معنی‌دار نمی‌باشد.

بررسی الگوی پیشنهادی تحقیق

ابتدا به منظور آگاهی از چگونگی حضور هر یک از متغیرهای معرفی شده در الگوی کلی، به عنوان نخستین گام، برازش الگوی پیشنهادی ارائه می‌گردد. سپس اثر مستقیم،

غیرمستقیم و اثرات دوسویه کل متغیرها در جداول جداگانه ارائه می‌گردد. لازم به ذکر است که در این الگو تنها برآورد پارامترها همراه با مسیرهای معنادار گزارش شده است.



نمودار (۲) الگوی اولیه تحقیق از رابطه متغیرهای مستقل و میانی با متغیر وابسته

اعداد روی مسیرها، اثرات مستقیم متغیرها را نشان می‌دهند. مطابق نمودار (۲) از میان مسیرهای موجود در الگو، اثر مستقیم دینداری بر مؤلفه‌های سلامت روان و رضایت از زندگی مثبت و معنادار است. همچنین اثر مستقیم اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی بر رضایت از زندگی معنادار است و اثر متغیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر متغیرهای درونزاد پژوهش (مؤلفه‌های سلامت روان و رضایت از زندگی) به غیر از متغیر اضطراب که رابطه‌ی منفی با آن دارد با احتمال ۹۵ درصد معنادار به دست نیامد، و علاوه بر این رابطه‌ی نشانه‌های جسمانی با رضایت از زندگی و رابطه‌ی دینداری با نشانه‌های جسمانی غیرمعنادار گزارش شد میزان واریانس تبیین شده رضایت از زندگی

توسط متغیرهای موجود در الگو ۲۳ درصد می‌باشد.

اثرات غیرمستقیم متغیرها

برآورد اثرات غیرمستقیم متغیرها و ضرایب مسیر در قالب جدول (۳) گزارش شده است:

جدول (۳-۱) اثرات غیر مستقیم و ضرایب مسیر متغیرها بر هم دیگر در الگوی کلی

اثرات کلی	اثرات غیر مستقیم	جهت مسیر	
برآورد پارامتر استاندارد	برآورد پارامتر استاندارد	برآورد پارامتر استاندارد	برآورد پارامتر استاندارد
		از متغیرهای بیرونی	
		بر متغیرهای درونی	
		از SES بر	
-/۱۲	-/۱۲*	-	-
		اضطراب	
-/۰۴	-/۰۴	-	-
		نشانه‌های جسمانی	
-/۰۴	-/۰۴	-	-
		کنش‌وری اجتماعی	
-/۰۲	-/۰۲	-	-
		افسردگی	
۰/۰۲	۰/۰۱	-/۰۴	-/۰۴
		رضایت از زندگی	
		از دینداری بر	
		اضطراب	
۰/۱۵	۰/۱۵*	-	-
		نشانه‌های جسمانی	
۰/۰۹	۰/۰۹	-	-
		کنش‌وری اجتماعی	
۰/۱۷	۰/۱۷*	-	-
		افسردگی	
۰/۱۹	۰/۱۹*	-	-
		رضایت از زندگی	
۰/۲۶	۰/۲۴*	۰/۱۱	۰/۱۱*
		بر متغیرهای درونی	
		از متغیرهای درونی	
		بر رضایت از زندگی از	
		اضطراب	
۰/۲۰	۰/۱۹*	-	-
		نشانه‌های جسمانی	
-/۰۴	-/۰۴*	-	-
		کنش‌وری اجتماعی	
۰/۲۲	۰/۲۰*	-	-
		افسردگی	
۰/۲۷	۰/۲۶*	-	-

p<0/05*

جدول (۳) نشان می‌دهد که از مسیرهای غیرمستقیم تنها مسیر دینداری به رضایت زندگی با احتمال ۹۵ درصد معنادار می‌باشد. یعنی متغیر دینداری از طریق اثر بر متغیرهای اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و کنش‌وری اجتماعی بر متغیر رضایت از زندگی مؤثر است. علاوه بر این معناداری اثرات کلی در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول (۴) شاخص‌های نیکویی برازش مدل

شاخص	مقدار	شاخص	مقدار
مجذور کای	۰/۹۵	شاخص برازش غیر هنجار	۱
درجه آزادی	۱	ریشه استاندارد میانگین باقی مانده‌ها	۰/۰۰۸۵
سطح معناداری	۰/۳۳	ریشه میانگین مجذور باقی مانده‌ها	۰/۰۰۸۵
نسبت مجذور کای به درجه آزادی	۰/۹۵	شاخص نیکویی برازش	۱
ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب	۰/۰۰۰	شاخص تعدیل شده نیکویی برازش	۱

مندرجات جدول (۴) نشان می‌دهد که همه‌ی شاخص‌های ارائه شده از برازش کامل الگو حکایت دارد. مقدار بالاتر از ۰/۰۵ برای سطح معناداری، مقدار کمتر از ۲ برای نسبت مجذور کای به درجه‌ی آزادی، ضریب کمتر از ۰/۰۵ برای ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب و ضرایب بالاتر از ۰/۹ برای دو شاخص نیکویی برازش نشان می‌دهد که الگوی به دست آمده با داده‌های مشاهده شده انطباق کامل دارد. به عبارت دیگر الگوی مذکور با پذیرش احتمال خطای ۰/۰۵ قابل تعمیم به جامعه‌ی تحقیق می‌باشد. ضمناً شاخص روایی متقاطع مورد انتظار برای الگوی برازش یافته (۰/۰۷۴) کمتر از همین شاخص برای الگوی اشباع شده (۰/۰۷۷) می‌باشد که این ملاک نیز برازش خوب الگو را تأیید می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

دین از عوامل مهم تأثیرگذار در سلامت روان است. دین چهره‌ی جهان را در نظر فرد دیندار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر

می‌دهد. فرد دیندار خود را تحت حمایت و لطف همه‌جانبه‌ی خداوند، یعنی بزرگ‌ترین نیروی موجود در هستی می‌بیند و بدین ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. او خداوند را منشأ خیر و برکت می‌داند. بنابراین، در نظر چنین فردی همه‌ی رویدادها حتی بلایا و مصایب، نعمت و آزمایش از جانب خداوند تلقی می‌شوند. او خود را موظف می‌داند که سختی‌هایی را که با قدرت عقل قابل توجیه نیستند، با ایمان تحمل نماید تا به تکامل دست یابد. چنین فردی به واسطه‌ی ناملایمات و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی‌گردد، زیرا خداوند را حامی خویش می‌داند. او اطمینان دارد که این حوادث و رویدادها گذرا نیستند و او پاداش صبر خود را خواهد گرفت. فرد دیندار با هموعان و اطرافیان خود رابطه‌ی خوب و مبتنی بر احترام متقابل و محبت برقرار می‌کند (کروز^۱، ۲۰۰۳). نتایج حاصل از مدل تحلیل مسیر نشان می‌دهد که مسیرهای منتهی به مؤلفه‌های سلامت روان از دینداری به غیر از تأثیر دینداری بر نشانه‌های مرضی جسمانی، همگی معنی‌دار می‌باشد. در این راستا در تحقیقات انجام شده، محققان به این نتیجه رسیده‌اند که بین روش مقابله‌ی مذهبی و سلامت روانی ارتباط و همبستگی مثبتی وجود دارد، به عبارت دیگر هر چه فرد در مسائل و مشکلات زندگی از مذهب بهره گیرد، از سلامت روانی بالایی برخوردار خواهد بود که نتایج تحقیقات داخلی و خارجی از جمله، آلیانی (۱۳۸۲)، بهرامی (۱۳۸۳)، قدسی (۱۳۷۵)، آهنگر (۱۳۷۲)، زرغامی (۱۳۷۹)، وهاب‌زاده و همکاران (۱۳۷۹)، سرگلزایی و همکاران (۱۳۷۹)، جلیل‌وند (۱۳۸۰)، البرزی و سامانی (۱۳۷۹)، غباری (۱۳۷۹) و پندلتون^۲ و همکاران (۲۰۰۲) این رابطه را تأیید نموده‌اند.

الوین^۳ (۲۰۰۱) در تبیین رابطه‌ی دینداری با سلامت روانی اظهار می‌دارد که مذهب، ارتباط دائمی انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائمی او در لحظه‌های حساس بوده

1- Krause
5- Elvin

2- Pendelton

و تأثیر به سزایی در ایجاد بهداشت روانی سالم و درمان بیماری‌های جسمی و روحی دارد. از سویی یافته‌های این پژوهش با یافته‌های کوئینگ، مک لو، لارسون (۲۰۰۱)، ارسلان و همکاران (۲۰۱۰)، چراغی و مولوی (۱۳۸۵)، کوئینگ (۲۰۰۴)، کوسلاندر و همکاران^۱ (۲۰۰۹)، یچ و بول^۲ (۲۰۰۹)، پجویس و همکاران^۳ (۲۰۰۹)، ون دایک و همکاران^۴ (۲۰۰۹) همسو می باشد.

از دیگر یافته‌های این تحقیق می‌توان به رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار مؤلفه‌های سلامت روان (به غیر از نشانه‌های مرضی - جسمانی) با رضایت از زندگی اشاره داشت. این یافته نشان‌دهنده‌ی این امر است که افرادی که از سلامت روانی خوبی برخوردارند از زندگی خود نیز رضایت بیشتری دارند که همسو با یافته‌های وایرن و همکاران (۲۰۰۷) تامینی و محمدی‌فر (۲۰۰۹) است. به نظر می‌رسد که رضایت از زندگی و سلامت روان می‌توانند تأثیری دوجانبه و مثبت بر همدیگر داشته باشند به این صورت که با افزایش سلامت روانی، رضایت از زندگی و با افزایش رضایت از زندگی، سلامت روانی افزایش می‌یابد که در این راستا وایرن و همکاران (۲۰۰۷) این روابط را مورد تأیید قرار داده‌اند.

از تأثیرات غیرمستقیم نیز می‌توان به معنی‌داری اثر دینداری بر روی رضایت از زندگی اشاره داشت. به این ترتیب که متغیر دینداری از طریق تأثیر بر مؤلفه‌های سلامت روانی، تأثیر معنی‌داری بر روی رضایت از زندگی می‌گذارد. این رابطه یعنی تأثیرگذاری دینداری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی در تحقیقات زیادی به دست آمده است (هولدر و همکاران^۵، ۲۰۰۸، ساواتزکی و همکاران^۶، ۲۰۰۹، داقلبی و همکاران^۷، ۲۰۰۹، موئلر، ۱۳۸۰، الیسون، ۱۹۹۱، لوین و همکاران، ۱۹۹۵، ساواتزکی، ۲۰۰۵). یافته‌ها نشان داد که بین وضعیت اقتصادی اجتماعی دانشجویان و سلامت روانی

1- Koslander et al
3- Pajević et al
5- Holder et al
7- Duggleby et al

2- Yeh & Bull
4- Van Dyke et al
6- Sawatzky et al

و رضایت از زندگی رابطه‌ی غیرمعنی‌دار وجود دارد و این رابطه مبین آنست که وضعیت اقتصادی- اجتماعی خوب یا ضعیف نمی‌تواند سلامت روان و رضایت از زندگی را پیش‌بینی کند و عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان و رضایت زندگی را باید در متغیرهای روانشناختی دیگر جستجو کرد. در کل میزان واریانس تبیین شده رضایت از زندگی توسط متغیرهای موجود در الگو ۲۳ درصد بود که نشانگر نقش تأثیرگذار دینداری و سلامت روان در رضامندی از زندگی دانشجویان می‌باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های فرهنگی و علمی دانشجویان بر نقش تأثیرگذار امور دینی و سلامت روانشناختی توجه وافر صورت گیرد.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۸۹/۳/۱۹

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۹/۶/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۱۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹

References

منابع

- آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۵). *مقیاس سنجش دینداری*، چاپ دوم، مؤسسه چاپ زیتون، قم.
- آلیانی، زهرا (۱۳۸۲). *بررسی رابطه‌ی پای‌بندی به دعا با میزان اضطراب دانشجویان دانشگاه تبریز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- آهنگر، طلعت (۱۳۷۲). *دعا (نیایش)*، تأثیر آن بر بهداشت روانی، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد.
- اکبری، رسول (۱۳۸۵). *بررسی شیوه‌های رویارویی با تنیدگی روانی (استرس) و رابطه آن با سلامت روانی در دانش‌آموزان مقطع متوسط شهرستان سراب*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- البرزی، محبوبه، و سامانی، سیامک (۱۳۷۹). *بررسی رابطه‌ی اعتقادات مذهبی با افسردگی، اضطراب و فشار روانی در نوجوانان، چکیده مقالات، اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان فروردین، ۱۳۸۰*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ص ۲۲.
- بررسی رابطه کیفیت زندگی و سلامت روانی دانشجویان (۱۳۸۸). *مرکز تحقیقات علوم - رفتاری، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله*.
- جلیل‌وند، محمدمین (۱۳۷۵). *بررسی رابطه‌ی نماز با اضطراب*، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی، ۸، ۴۰-۶۱.
- چراغی، مونا و مولوی، حسین (۱۳۸۵). *رابطه‌ی بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان*. *مجله پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی*. سال دوم، شماره ۱۲-۲۲.
- غباری بناب، باقر (۱۳۷۹). *روش‌های مقابله مذهبی در بین دانشجویان و تأثیر آن در سلامت روانی آنان*، مجموعه مقالات اولین سمینار بهداشت روانی دانشجویان اسفند ۱۳۸۰، دانشکده هنرهای زیبا، دانشگاه تهران.

- مونتر، پی، اس و همکاران (۲۰۰۱). تأثیر پای‌بندی مذهبی و معنویت بر سلامت، ترجمه‌ی علی سهراب‌پور ۱۳۸۰، پزشکی و جامعه، دوره دهم، شماره ۱۶، ۸۵۶-۸۶۴.
- وهاب‌زاده، عبدالوهاب؛ والایی، فراز؛ دهقانی، نیما؛ خراسانی، ملیحه (۱۳۷۹). اعتقادات مذهبی و نقش آن در کاهش اضطراب، چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، فروردین ۱۳۸۰، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۵۹.
- رضاپور، یوسف (۱۳۸۳). تاملی بر چند تبیین روانشناختی از دین، پژوهش‌نامه تخصصی مؤسسه تحقیقاتی علوم اسلامی-انسانی دانشگاه تبریز، سال اول، شماره سوم، ۴۱-۷۹.
- سرگلزایی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۷۹). تأثیر فعالیت‌های مذهبی بر افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد، نخستین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، ۱۳۸۰، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۷۲.
- ضرغامی، حمیده (۱۳۷۹). بررسی مقابله مذهبی و میزان اضطراب دانشجویان دانشگاه گیلان علوم پزشکی مازندران سال تحصیلی ۷۹-۸۰. مجموعه مقالات اولین سمینار بهداشت روان دانشجویان فروردین ۱۳۸۰، دانشکده هنرهای زیبا، دانشگاه تهران، ۴۷.
- Arslan, C., Hamarta, E., & Uslu, M., (2010). The Relationship between Conflict Communication, Selfesteem and Life Satisfaction in University Students, *Educational Research and Reviews*, Vol. 5(01), pp. 031-034.
- Diener E., Emmons R.A, Larsen R.J, Griffin S., (1985). The Satisfaction with Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, 49: 71-75.
- Duggleby, W, Cooper, D, Penz, K. (2009). Hope, Self-Efficacy, Spiritual Well-being and Job Satisfaction, *Journal of Advanced Nursing*, Volume 65, Issue 11, Pages 2376-2385
- Ellison, C.G.: 1991, 'Religious Involvement and Subjective Well-being, *Journal of Health and Social Behavior*, 32, pp. 80-99.
- Elvin, J., (2001). Religion Rol in Healing Confirmed, *Journal of Insight*, Vol13. 78-83.
- Freud, S., (1961). *The Future of an Illusion*, In J. Strachey (Ed. and Trans), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund

- ▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
▶ سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹
-

- Freud (Vol. 21, pp. 1-56). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, (Original Work published 1927).
- Huebner, E.S., R.F. Valois, S. M. Suldo, S.C. Smith, C.G. McKnight, J.L. Seligson and K.J. Zullig: (2004), Perceived Quality of Life: A Neglected Component of Adolescent Health Assessment and Intervention, *Journal of Adolescent Health*, 34, pp. 270-278.
- James, W., (1985). *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*, Cambridge, MA: Harvard University Press, (Original Work Published 1902).
- Jung, C.G., (1968). *Concerning the Archetypes, with Special Reference to the Anima Concept*, In H. Read, M. Fordham, & G. Alder (Eds.), *The Collected Works of C.G. Jung* (Vol. 9, Part I, 2nd ed., pp. 54-72). Princeton, NJ: Princeton University Press, (Original work published 1954).
- Kaplan, H.L., & Sadock, B.J. (1993). *Comprehensive Glossary of Psychiatry and Psychology*, Baltimore: Williams & Wilkins.
- Keith, J.Z., Rose, M, Thelma, H., (2005). The Association between Perceived Spirituality, Religiosity, and Life Satisfaction, The Mediating Role of Self-rated Health, *Social Indicators Research*, 79: 255-274.
- Koenig, H.G. (2004). Spirituality, Wellness, and Quality of Life, Sexuality, *Reproduction and Menopause*, 2, 76-82.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (Eds.). (2001). *Handbook of Religion and Health*, New York: Oxford University Press.
- Kord Tamini, B. & Mohammady Far, M., (2009). Mental Health and Life Satisfaction of Irani and Indian Students, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, Vol. 35, No.1, 137-141.
- Koslander, T.da Silva, A.B, Roxberg, A., (2009). Existential and Spiritual Needs in Mental Health Care: an Ethical and Holistic Perspective, *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, Volume 27, Issue 1, Pages 34-42.
- Krause, N. (2003). Religious Meaning and Subjective Wellbeing in Late Life, *The Journal of Gerontology*, 0 58, 160170.

- Levin, J.S., L.M. Chatters and R.J. Taylor, (1995). 'Religious Effects on Health Status and Life Satisfaction among Black Americans, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50, p. 154-163.
- Monk, EM, Mahmood, Z., (1999). Student Mental Health: A Pilot study, *Couns Psycho*, 12(2), 199-214.
- Pajević, I, Sinanović, O., Hasanović, M., (2009). Religiosity and Mental Health. Mental Health, Religion and Culture, *Journal of Psychological Research*, Volume 12, Issue 4. Pages 352-368.
- Pendelton, S.M., Cavalia, K.S., Pargament, K.I., & Nasr, S.Z., (2002). Religiuse/soirtual Coping in Childhood Cystic Fibrosis: A Qualitative Study, *Journal of Pediatrics*, 109- 8, 23.
- Sawatzky, R., Gadermann, A, Pesut, B., (2009). An Investigation of the Relationships between Spirituality, Health Status and Quality of Life in Adolescents, *Applied Research in Quality of Life*, Volume 4, Issue 1, Pages 5-22
- Sawatzky, R., P.A. Ratner and L. Chiu: (2005). 'A Meta-analysis of the Relationship between Spirituality and Quality of Life, *Social Indicators Research*, 72, pp. 153- 88.
- Shafranske, E.P. (Ed.). (1996). *Religion and the Clinical Practice of Psychology*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*, New York: Macmillan.
- Van Dyke, C.J, Glenwick, D.S, Cecero, J.J, Kim, S.-K., (2009). The Relationship of Religious Coping and Spirituality to Adjustment and Psychological Distress in Urban Early Adolescents, Mental Health, Religion and Culture, *Applied Research in Quality of Life*, Volume 12, Issue 4, Pages 369-383
- Viren, S., Tomas, C.P, Dhachayani, S., Thambu, M., Kumaraswami, K, Debbi, S., & Adrian, F. (2007). General Health Mediates the Relationship between Loneliness, Life Satisfaction and Depression: A Study with Malaysian Medical Students, *Journal Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 161-166.

- ▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 - ▶ سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹
-

Holder, M.D, Coleman, B, Wallace, J.M., (2006). Spirituality, Religiousness, and Happiness in Children Aged 8-12 Years, *Journal of Happiness Studies*, Pages1-20.

Yeh, P.M., Bull, M., (2009). Influences of Spiritual Well-being and Coping on Mental Health of Family Caregivers for Elders, *Research in Gerontological Nursing*, Volume 2, Issue 3, Pages 173-181.

