

## رابطه دین‌داری با سلامت روان دانش‌آموزان دختر در مقطع متوسطه دوم شهرستان سقز کمال سلیمی\*

### چکیده

این پژوهش پژوهشی بنیادی است که هدف آن شناخت رابطه بین دین‌داری و سلامت روان در شهرستان سقز است. با توجه به اینکه جامعه ما جامعه‌ای دینی است و شناخت دین‌داری و رابطه آن با جنبه‌های گوناگون زندگی، از جمله سلامت روان از لحاظ آسیب‌شناسی اهمیت دارد، این تحقیق می‌تواند در کمک به جوانان مؤثر باشد. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش عبارت‌اند از: پرسش‌نامه دین‌داری و پرسش‌نامه سلامت روان. در این پژوهش داده‌های به‌دست آمده به وسیله روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی و ... تجزیه و تحلیل شد. روش‌های آماری نشان دادند که بین متغیرهای پیش‌بینی و ملاک استفاده‌شده رابطه وجود دارد. همچنین، نتایج نشان دادند که رابطه‌های

\* کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی

kamalsalimi63@yahoo.com

تاریخ تأیید: ۱۳۹۵/۰۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۸

معناداری بین دین‌داری و اختلال‌های روانی وجود دارد. علاوه‌براین، نتایج تحلیل‌نشان دادند که بُعد اعتقادی و آیینی دین‌داری، بیشترین نقش را در تعیین اختلال‌های روانی دارند.

## واژگان کلیدی

دین‌داری، اختلال‌های روانی، سلامت روانی، دانش‌آموزان.

## طرح مسئله

در سال‌های اخیر، دین به‌عنوان یکی از متغیرهای بسیار مؤثر بر رفتار و حالت‌های روانی، توجه بسیاری از متخصصان و روان‌شناسان را به خود جلب کرد. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که آنچه انسان امروزی را بیشتر رنج می‌دهد، خلأ وجودی و احساس بی‌هدفی و بی‌معنایی در زندگی است (علمی، ۱۳۸۰). همین احساس پوچی و بی‌هدفی که در واقع، ناشی از فراموشی خدا به‌عنوان مبدأ و مقصد زندگی است، سبب شده است که انسان امروزی هنگامی که به پایان زندگی می‌اندیشد، آینده را تاریک و مبهم ببیند و از آن بهراسد. حال آنکه دین با فراهم‌کردن نظامی فکری و عقیدتی منسجم در چهارچوب مبدأ و معاد، واقعیت‌های زندگی را برای انسان فهم‌پذیر کرده و باعث می‌شود که فرد احساس هدفمندی و معناداری در این جهان داشته باشد.

تأثیر ارزش‌ها و باورهای مذهبی در سلامت روانی افراد در پژوهش‌های گوناگون بررسی شده است. در مطالعه‌ای نشان داده شد که باورهای مذهبی قوی اثر روانی مثبتی در فرد ایجاد می‌کند که در ارتقای بهداشت روان وی مؤثر است. همچنین، باورهای مذهبی سلامت افراد را افزایش می‌دهد و بین

مذهب و قدرت انطباق با محیط رابطه مستقیمی وجود دارد (کونینگ و همکاران، ۱۳۸۰). در پژوهشی که آرین (۱۳۸۰) انجام داده، مشخص شد که بین دین داری با خشنودی که از مؤلفه‌های روان‌درستی است نیز، همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد و همچنین دین داری با افسردگی، همبستگی منفی و معنادار دارد. پژوهش‌های متعددی نیز بر تأثیر سازه‌های دین بر سلامت روان تأکید می‌کنند. در مطالعه‌ای، بین گروه‌های دانشجویی با توکل زیاد و توکل کم، تفاوت معناداری از لحاظ اضطراب خصیصه‌ای دیده شد. دانشجویانی که میزان توکل آنها بسیار بود، نسبت به گروه دیگر به مراتب، اضطراب کمتری را تجربه می‌کردند (غباری‌بناب و خدایاری فرد، ۱۳۸۰) در مطالعه دیگری، همبستگی مثبت و معناداری بین روزه و سلامت روان مشاهده کردند. در این پژوهش معلوم شد که روزه داری باعث کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی افراد می‌شود (قهرمانی و دیگران، ۱۳۸۰).

دین داری از راه‌های گوناگون موقعیت بهزیستی روانی را فراهم می‌کند؛ از جمله ایجاد سبک زندگی صحیح، جلب حمایت‌های اجتماعی، انجام رفتارها و آیین‌های مذهبی، دادن انسجام به عقیده و فکر انسان و دادن معنا به زندگی. با وجود پژوهش‌های فراوان در زمینه نقش مذهب و فعالیت‌های مذهبی در سلامت و بهداشت روان، از مطالعه نقش آخرت و معاد به عنوان یکی از سازه‌های اصلی دین غفلت شده است. هدف مقاله حاضر بررسی نقش باورهای آخرت‌نگرانه و التزام به آن‌ها در سلامت روان است. مفهوم سلامت روان یا سلامت روان‌شناختی، جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت جسمی و روانی و اجتماعی است. با وجود تلاش‌هایی که پیشگامان سلامت روانی در جهان به منظور تأمین هرچه بیشتر سلامتی انسان‌ها انجام داده‌اند، هنوز معیار محکمی

برای تعریف و تعیین مصداق کامل سلامتی روانی در افراد وجود ندارد. پس از جنگ جهانی اول، توجه به سلامت فکر و روان در برخی دانشکده‌های اروپا، به تدریج متداول شد، تا آنجا که در سال ۱۹۴۴، در نوزده کشور اروپایی و امریکایی جمعیت‌های طرفدار بهداشت روانی شکل گرفت. پس از جنگ جهانی دوم و برملا شدن رویدادهای وحشت‌انگیز آن، فیلسوفان، پزشکان، کارشناسان، مربیان تعلیم و تربیت، دانشمندان، روحانیان و متفکران علوم اجتماعی، با تأکید بر کیفیت روابط افراد بشر، به موضوع سلامت فکر و بهداشت روان توجهی جدی و عمیق کردند.

در سال ۱۹۴۸ با شرکت نمایندگان ۴۸ کشور، از جمله ایران «فدراسیون جهانی سلامتی فکر» در لندن تأسیس شد. در این فدراسیون مقرر شد که هر چهار سال یک بار، کنگره جهانی سلامت فکر با حضور نمایندگان کشورها و با هدف بررسی موضوعات مربوط به رابطه فرد با خانواده و اجتماع و مشکلات زندگی مدرن ماشینی و ... برگزار و این موضوعات در آن بررسی شود. سلامت روانی علاوه بر بدن سالم، به محیط و اوضاع زندگی سالم نیاز دارد. اینکه محیط و عوامل گوناگون آن، چگونه بر ساختار و سلامت روانی فرد تأثیر می‌گذارند و فرد با چه شیوه‌ای با کشمکش‌های محیطی مبارزه می‌کند، موضوعی است که هریک از رویکردهای گوناگون روان‌شناسی با توجه به دیدگاه اختصاصی خود به آن پرداخته‌اند. همچنین، هریک از این رویکردها ماهیت انسان و نیروی انگیزشی و سلامت روانی او را به شیوه خاصی تبیین کرده‌اند. به عنوان مثال، برخی از این رویکردها، سلامت روانی را فرایندی مستمر دانسته‌اند و برخی دیگر آن را در قالب هنجارها و پیروی از آداب اجتماعی جست‌وجو و گروهی دیگر به هر دو جنبه توجه کرده‌اند. برای

نمونه، روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی در آسیب‌شناسی روانی بر اصل انسان بهنجار تأکید کرده‌اند و بهنجاری یا سلامت روان را معادل «نبود علائم بیماری» پنداشته‌اند. درحالی‌که وضعیت کنونی روان‌شناسی جهان، حاکی از توجه شایان روان‌شناسان به مفهوم سلامت روانی در قالبی و رای بهنجاری و نبود علائم بیماری است (خدارحیمی، ۱۳۷۴).

پژوهش‌های مربوط به مذهب و شخصیت و سلامت روان گستره‌ای به اندازه یک قرن دارند. در سال‌های اخیر، پژوهش‌های بی‌شماری درباره مذهب و سلامت روان انجام شده است. این پژوهش‌ها به‌طورکلی نشان داده‌اند که ارتباطی مثبت بین مذهب و سلامت روان وجود دارد. به‌نظر می‌رسد که باورهای مذهبی می‌توانند آثار مثبت یا منفی بر سلامت روان بگذارند و بسته به دیدگاه‌های مذهبی شخص، رویدادهای مشابه در زندگی افراد، به شیوه‌های کاملاً متفاوت مدنظر قرار می‌گیرند (شاملو و نجات، ۱۳۷۸). در این مقاله رابطه میان متغیرهای نگرش دینی با سلامت روان میان دانش‌آموزان دبیرستانی و پیش‌دانشگاهی بررسی شده است. مقاله حاضر گامی در جهت پی‌بردن به رابطه نگرش دینی با سلامت روانی است. این موضوع به این دلیل انتخاب شد که بررسی نقش دین در سلامت روان از موضوعاتی است که در چند دهه اخیر، به آن بسیار توجه شده است. در این پژوهش می‌خواهیم بدانیم که آیا نگرش دینی در سلامت روانی تأثیر بسزایی دارد و باعث تقویت آن می‌شود؟ این پژوهش روی ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی انجام شد. باوجود پژوهش‌های فراوانی که حاکی از اثر مثبت دین بر سلامت روان است، افراد دین‌داری دیده می‌شوند که سلامت روانی کافی ندارند.

پژوهشگران تعریف‌های متعددی از دین بیان کرده‌اند و در پی بررسی آثار نگرش‌های دینی افراد بر وضعیت آن‌ها بوده‌اند. در این میان، آلپورت دو نوع نگرش دینی را مشخص کرد که عبارت است از: گرایش دینی درون‌گرا و نگرش دینی برون‌گرا. او معتقد بود افراد با جهت‌گیری بیرونی، بیشتر در پی به‌دست آوردن مقام و موقعیت اجتماعی هستند؛ اما در مقابل، افراد دارای جهت‌گیری درونی، علاقه‌ای درونی به دین دارند و آن را تمام و کمال در زندگی خود اجرا می‌کنند. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامتی مجموعه‌ای از حالت‌های رفاه کامل جسمانی و روانی و اجتماعی تعریف شده است. موضوع سلامتی از بدو پیدایش انسان مطرح بوده؛ اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده است، عموماً بُعد جسمی آن در نظر گرفته شده و به بُعد روانی آن کمتر توجه شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۰).

بر اساس آمار، حدود ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سن‌های مختلف، از بیماری‌های شدید روانی رنج می‌برند و ۲۵۰ میلیون نفر بیماری خفیف روانی دارند. در ایران نیز بر اساس داده‌های موجود، این آمار از سایر کشورها کمتر نیست (سلطانیان و همکاران، ۱۳۸۳: ۱۷۴). در زمینه بهنجاری و سلامت روانی می‌توان گفت که یکی از عوامل بسیار مهمی که در شکل‌گیری شخصیت آدمی نقش دارد، مذهب و دین‌داری است. انسان از ابتدای تولد تا هنگام مرگ با مقوله دین در ارتباط است و رشد و تکامل روانی و اجتماعی آدمی ریشه در وضعیت دین‌داری او دارد. بنابراین، وضعیت دین‌داری یکی از موضوعات بسیار مهمی است که در شکل‌گیری شخصیت و سلامت روانی افراد نقش مهمی ایفا می‌کند (حسینی، ۱۳۸۱: ۱۵۹).

مذهب در فرد نگرش مثبتی نسبت به دنیا ایجاد می‌کند و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی، مثل فقر یا بیماری یاری می‌کند. همچنین، مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی نشان‌دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود. افراد مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که پذیرفتنی نیستند، راحت‌تر سازگار می‌شوند. مذهب باعث ایجاد امید در فرد می‌شود و افراد مذهبی نسبت به دیگران، احساس آزادی شخصی بیشتری می‌کنند (کوئینگ، ۲۰۰۴). در سال ۱۹۹۰، حدود ۵ میلیون نفر در جهان بر اثر انواع گوناگون آسیب‌ها جان خود را از دست داده‌اند که بیشتر این مرگ‌ها میان جوانان بوده است. در این گروه سنی خودکشی و جنایت و خشونت، به ترتیب در زمره ده دلیل اصلی مرگ به‌شمار می‌روند که این رویدادها نیز کم‌وبیش با مقوله سلامت روانی افراد مرتبط‌اند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰: ۲۴). در پژوهش‌های دیگر کشورهای جهان، میزان شیوع اختلال‌های روانی، بین ۱۰ تا ۴۱ درصد در نوسان بوده است (سلطانیان و همکاران، ۱۳۸۳: ۱۷۴).

پژوهش‌های آزمایشی انجام‌شده به‌منظور تعیین نوع بهزیستی روانی در طول حیات هر فرد، پیوسته از مذهب، به‌عنوان ویژگی ضروری برای سلامت مطلوب نام برده‌اند. فرانکلی و هویت (۱۹۹۴) و یلکوک و همکاران (۱۹۹۹) گزارش دادند که در بررسی‌شان درباره ۱۵۵ مرد، فعالیت مذهبی درونی، مثل دعاکردن و خواندن کتاب مقدس، به‌طور معناداری با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارد. رابطه مثبت بین مذهب و بهزیستی روانی عمومی در طول پیوستار پیرشدن انسان آشکار است. جنکینز (۱۹۹۹) بر اهمیت مذهب برای افراد پیر تأکید کردند و اصرار ورزیدند که باید پیری‌شناسان نشان دهند که آگاهی بیشتر از مذهب، عامل مهمی در بهبود سلامتی است. پژوهشگران دیگر به این نتیجه

رسیده‌اند که باورها و رفتارهای سنتی یهودی مسیحی احتمالاً با بهزیستی در زندگی آینده رابطه دارد (بوربانک، ۱۹۹۲؛ کونینگ، ۱۹۹۱؛ ۱۹۹۳؛ لوین و کاترز، ۱۹۹۸). جانسون (۱۹۹۵) در پژوهشی اهمیت خوب پیرشدن را از طریق مطالعه اهمیت مذهب در زندگی افراد مسن بررسی کرد. وی به این نتیجه قطعی رسید که مذهب در زمانی که امید انسان از همه جا قطع می‌شود، به افراد مسن امید می‌دهد.

در ایران گزارش‌های فراوانی درباره شیوع اختلال‌های روانی در مناطق گوناگون داده شده که این آمار از ۱۲/۵ درصد در یزد تا ۲۳/۸۴ درصد در صومعه‌سرا متغیر بوده است. البته در طرح ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران که با استفاده از پرسش‌نامه GHQ-28 میزان اختلال‌های روانی را در افراد بیش از ۱۵ سال تعیین کرد، شیوع اختلال‌های روانی در کل کشور ۲۱ درصد به دست آمد که بیشترین شیوع این اختلالات در استان کردستان، یعنی ۳۹/۱ درصد بوده است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰: ۹۰). به نظر می‌رسد که عوامل گوناگونی در بروز اختلال‌های روانی جوانان مؤثر است که از جمله می‌توان به وضعیت دین‌داری آنان اشاره کرد. بنابراین، آنچه در این مقاله بررسی می‌شود، رابطه دین و میزان مذهبی بودن با سلامت روانی و تأثیر آن بر وضعیت سلامت روانی جوانان است.

سلامتی واژه‌ای است که در نگاه نخست، به نظر می‌رسد تعریف آن آسان است؛ اما این واژه برای هرکس معنای بسیار متفاوتی دارد. معنای لغوی واژه سلامتی، کامل بودن است. سلامتی و مذهب با یکدیگر رابطه طولانی داشته‌اند و هم‌اکنون نیز در بسیاری از فرهنگ‌ها باهم مرتبط‌اند (شریدان و رادماشر، ۱۹۹۲؛ به نقل از: یعقوبی، ۱۳۷۴). مثلاً در مکتب اسلام سلامتی روان با عنوان



رشد به‌کاررفته که به‌معنای قائم به‌خودبودن، هدایت، نجات، صلاح و کمال است (حسینی، ۱۳۷۱؛ به‌نقل از: یعقوبی، ۱۳۷۴). مازن (۱۹۹۵) معتقد است که سلامتی مفهوم نسبتاً انعطاف‌پذیری است و ممکن است آن را منحصرأ به‌عنوان مفهوم نبودن بیماری و ناتوانی درنظر گرفت و یا آن را به‌صورت مثبت‌ترین حالت، مانند آنچه در اساس‌نامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۸) آمده است، تعریف کرد: «سلامتی عبارت است از حالت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و تنها به نبودن بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی‌شود» (یعقوبی، ۱۳۷۴). یولما و پندلتون (۱۹۹۱) در امریکا مطالعه‌ای را با شرکت ۵۶۰ نفر برای بررسی رابطه مذهبی‌بودن با احساس سلامتی انجام دادند. در این مطالعه فراوانی نمازخواندن و اعمال عبادی و اشکال گوناگون عبادت با معیارهای سنجش مذهبی بسیاری بررسی شد. تحلیل عاملی پانزده فعالیت مذهبی مشخص کرد که چهار نوع عبارت که سه عبارت آن کلامی و چهارمی مراقبه‌ای بود، با احساس سلامت رابطه دارند. همچنین، دو بُعد عبادی دینی‌بودن، یعنی فراوانی نمازخواندن و اعمال دینی، بهترین پیش‌بینی‌کننده احساس سلامتی بودند.

در مطالعه جانسون، دوپله، لاری و مالینز (۱۹۸۹) در امریکا، رابطه بین دینی‌بودن و احساس تنهایی میان افراد مسن بررسی شد. این مطالعه نشان داد که مشارکت بیشتر در جنبه‌های اجتماعی مذهبی، بسیار بیشتر از مشارکت در ارتباط‌های گوناگون خانوادگی و دوستان با احساس تنهایی نکردن رابطه دارد. کونینگ و هارولد (۱۹۸۸) میزان اضطراب مرگ و رابطه آن را با رفتارهای مذهبی بررسی کردند. کسانی که باورهای دینی داشتند و در موقعیت‌های پراسترس به‌عبادت می‌پرداختند، به‌خصوص آنانی که سنشان بیش از ۷۵ بود،

نسبت به آن‌هایی که باورهای مذهبی نداشتند و در انجام اعمال آن کاهل بودند، کمتر از مرگ می‌ترسیدند یا اصلاً ترسی از آن نداشتند. همچنین، آزمودنی‌هایی که از رفتارهای دینی در مقابله با موقعیت‌های دشوار زندگی استفاده می‌کردند، به‌نظر می‌رسید که بسیار کار آن را با اضطراب مرگ و ترس از آن سازگاری داشتند. این مطالعه نشان داد که چنین رفتارهای سازشی شناختی برای اشخاص سالمند مریض و ناتوان که منابع حمایتی کم و کنترل کمی بر محیط دارند، مناسب است.

شریل و لارسون (۱۹۸۸) با بررسی افرادی که دچار سوختگی شدید شده بودند، دریافتند که درمان‌های مذهبی و قوی کردن باور به خداوند، بهبودی سریع‌تر بیماری را در با گروه شاهد به دنبال دارد (احمدی ابهری، ۱۳۷۵). کسم و پیترسون (۱۹۸۵) در مقاله پژوهشی ارزشمند خود، با عنوان «جایگاه ایمان دینی در بهداشت روانی» نتیجه می‌گیرند که ایمان به خداوند و باور دینی در دوره‌های دشوار و تحمل‌ناپذیر، از جمله رویارویی با بیماری‌های سخت بدنی به انسان آرامش می‌بخشد (ویلتز، ۱۹۸۸). آنان در پژوهش بالینی خود از کاهش میزان درد در بیمارانی که از دردهای شدید بدنی رنج می‌برند و از مراسم دینی و اعتقاد به شفادهی خداوند بهره می‌برند، یاد می‌کنند (ویلتز و کریدر، ۱۹۸۸؛ به نقل از: احمدی ابهری، ۱۳۷۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افزون بر آثار مثبت ایمان به خداوند و باور به قدرت او در درمان بیماری‌های جسمی و روانی، تأثیر مراسم ویژه در درمان مذهبی اهمیت دارد (کواکلی و مکننا، ۱۹۸۶؛ به نقل از: احمدی ابهری، ۱۳۷۵).

سلامت روان حالت موفقیت‌آمیز در عملکرد روانی است که به افراد توانایی سازش‌یافتگی و سازگاری و کنار آمدن با مشکلات و پریشانی‌ها را می‌دهد و باعث شادی آنان می‌شود (دادستان، ۱۳۸۷). از آنجایی که دانش‌آموزان، قشری

جوان و پویا در جامعه هستند، پژوهشگر قصد دارد با بررسی رابطه بین دین و سلامت روان و تأثیر آن‌ها بر سلامت روان جوانان، گامی مفید در این راه بردارد و برای پویایی هرچه بیشتر این گروه از جامعه، کمکی هرچند ناچیز به آنان کند. امروزه دو عامل مهم موجب شده است که عالمان تعلیم و تربیت و روان‌شناسان و جامعه‌شناسان، بازنگری دین و ادبیات دینی را ضروری بدانند. در سال‌های آخر قرن بیستم، آمار نشان داد که در دانشگاه‌های امریکا، ۸۰ درصد جوانان احساس می‌کنند که به ایمان دینی نیازمند هستند. همچنین، در پژوهشی که توسط کزدیا و همکاران (۲۰۱۰)، با عنوان «تردیدهای مذهبی و سلامت روان در نوجوانان و جوانان» صورت گرفت، نتایج به دست آمده از آن، همبستگی مثبتی را بین تردیدهای مذهبی در سطوح گوناگون ایمان مذهبی با اضطراب و افسردگی نشان داد. در واقع، هرچه افراد از لحاظ اعتقاد دینی خود را قوی کنند، سلامت روانی بهتری خواهند داشت.

هدف کلی تحقیق، بررسی رابطه بین گرایش‌های دینی و سلامت روان است. در واقع، هدف از این تحقیق پاسخ به این پرسش است که آیا گرایش‌های مذهبی تأثیری بر سلامت روان دارد یا خیر؟ آیا بین گرایش‌های دینی با سلامت جسمانی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد؟ آیا بین گرایش‌های دینی با میزان اضطراب دانش‌آموزان رابطه وجود دارد؟ آیا بین گرایش‌های دینی با میزان کنش اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد؟ آیا بین گرایش‌های دینی با میزان افسردگی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد؟

### روش تحقیق

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی پیمایش است. جامعه آماری مدنظر در این تحقیق دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم در شهر سقز در سال تحصیلی

۱۳۹۳ تا ۱۳۹۴ هستند. به منظور دستیابی به گروه آزمودنی که امکان تحلیل آماری مناسب را فراهم سازد، به صورت کلی ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر شهر سقز به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند.

## ابزار تحقیق

### پرسش‌نامه دینی

این پرسش‌نامه را خدایاری فرد و همکاران در خرداد ۱۳۷۸ تهیه کردند. این پرسش‌نامه نگرش سنج نوع لیکرت و شامل چهار پرسش است که افراد به هر پرسش بر مقیاس پنج‌گزینه‌ای کاملاً مخالفم در سوی منفی و کاملاً موافقم در سوی مثبت پاسخ می‌دهند. تهیه‌کنندگان پرسش‌نامه شاخص‌های پایایی و روایی پرسش‌نامه را در دو مطالعه مقدماتی اول و دوم محاسبه کرده‌اند. در هر دو نوبت، ضرایب شاخص پایایی و روایی پرسش‌نامه در سطح مطلوب و بالایی گزارش شده است (خدایاری فرد، ۱۳۷۸). همچنین، در پایان پرسش‌نامه چهارپرسی، خودسنجی کلی اضافه شده است که در آن پاسخ‌دهنده‌ها میزان مذهبی بودن خود را از نظر خودشان، خانواده، همکلاسی‌ها، آشنایان، استادان، افراد غیر آشنا و افراد کاملاً غریبه در مقیاسی پنج‌گزینه‌ای از کاملاً مذهبی تا کاملاً غیر مذهبی ارزیابی می‌کنند. این پرسش‌نامه خودسنجی کلی با هدف افزایش درستی و دقت پاسخ‌های افراد به پرسش‌نامه اصلی به آن اضافه شده است.

### نمره‌گذاری

نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر اساس پاسخ‌های آزمودنی‌ها به مواد گوناگون آن و در مقیاس پنج‌تایی از صفر برای کاملاً مخالفم تا چهار برای کاملاً موافقم انجام می‌شود.

## پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> گلدبرگ (GHQ)

گلدبرگ پرسش‌نامه سلامت عمومی را برای تشخیص اختلال‌های روانی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه طراحی و تدوین کرده است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). این پرسش‌نامه شامل چهار مقیاس فرعی است که در هریک از آن‌ها هفت پرسش قرار دارد. عنوان‌های مقیاس فرعی این پرسش‌نامه عبارت‌اند از: علایم جسمانی، علایم اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی، علایم افسردگی. گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) همبستگی بین داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای دو پرسش‌نامه سلامت عمومی و چک‌لیست علایم روانی (SCL-90) روی ۲۴۴ نفر آزمودنی را به‌میزان ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. آتش‌افروز (۱۳۸۶) ضریب پایایی کل این پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی را به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۰، ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش کرده است. همچنین، روایی همگرایی این آزمون با مقیاس SCL-90 برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است (علایی و پوزش، ۱۳۸۹).

### یافته‌های پژوهش

فرضیه نخست: «بین نگرش مذهبی و سلامت جسمانی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.»

برای آزمون این فرضیه از روش همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۱ نشان داده شده است.

$$H_0 : r = 0$$

$$H_1 : r \neq 0$$

جدول ۱: ضریب همبستگی بین نگرش دینی و سلامت جسمانی

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (sig)
نگرش دینی و سلامت جسمانی	۱۰۰	-۰/۰۴۱	۰/۶۸۱

همان‌گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود، بین نگرش دینی و بُعد سلامت جسمانی دانش‌آموزان سقز، همبستگی منفی و در حد پایینی وجود دارد؛ اما با توجه به سطح معناداری آزمون آماری  $p=0$  که بیشتر از  $۰/۰۵$  است، می‌توان گفت، ضریب همبستگی محاسبه شده، معنادار نیست و قابلیت تعمیم به جامعه آماری بررسی شده را ندارد. نتیجه اینکه فرضیه پژوهش تأیید نشد.

**فرضیه دوم:** «بین نگرش مذهبی و علایم اضطرابی و اختلال خواب دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.»

برای آزمودن این فرضیه از روش همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج به دست آمده در جدول ۲ نشان داده شده است.

$$H_0 : r = 0$$

$$H_1 : r \neq 0$$

جدول ۲: ضریب همبستگی بین نگرش دینی و علایم اضطرابی و اختلال خواب

دانش‌آموزان دختر

متغیر H	تعداد	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (sig)
نگرش دینی و علایم اضطرابی و اختلال خواب	۱۰۰	-۰/۲۱۵(*)	۰/۰۳۱

همان گونه که در جدول ۲ دیده می شود، بین نگرش دین و علایم اضطرابی و اختلال خواب دانش آموزان همبستگی منفی و در حد پایینی وجود دارد؛ اما با توجه به سطح معناداری آزمون آماری  $p=0$  که کمتر از  $0/05$  است، می توان گفت، ضریب همبستگی محاسبه شده، معنادار است و قابلیت تعمیم به جامعه آماری بررسی شده را دارد. نتیجه اینکه فرضیه پژوهش تأیید شد.

**فرضیه سوم:** «بین نگرش دینی و کارکرد اجتماعی دانش آموزان رابطه وجود دارد.»

برای آزمودن این فرضیه از روش همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج به دست آمده در جدول ۳ نشان داده شده است.

$$H_0 : r = 0$$

$$H_1 : r \neq 0$$

جدول ۳: ضریب همبستگی بین نگرش دینی و کارکرد اجتماعی دانش آموزان

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (sig)
نگرش دینی و کارکرد اجتماعی	۱۰۰	-۰/۱۷۱	۰/۰۳۲

همان گونه که در جدول ۳ دیده می شود، بین نگرش دینی و کارکرد اجتماعی دانش آموزان همبستگی منفی و در حد پایینی وجود دارد؛ اما با توجه به سطح معناداری آزمون آماری  $p=0$  که کمتر از  $0/05$  است، می توان گفت، ضریب همبستگی محاسبه شده معنادار است و قابلیت تعمیم به جامعه آماری بررسی شده را دارد. نتیجه اینکه فرضیه پژوهش تأیید شد.

فرضیه چهارم: «بین نگرش دینی و میزان افسردگی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.»

برای آزمودن این فرضیه از روش همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج به‌دست آمده در جدول ۴ نشان داده شده است.

$$H_0 : r = 0 \qquad H_1 : r \neq 0$$

جدول ۴: ضریب همبستگی بین نگرش دینی و میزان افسردگی دانش‌آموزان

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (sig)
نگرش دینی و میزان افسردگی	۱۰۰	-.۰/۲۳۰(*)	۰/۰۲۱

همان‌گونه که در جدول ۴ دیده می‌شود، بین نگرش دینی و میزان افسردگی، همبستگی منفی و در حد پایینی وجود دارد؛ اما با توجه به سطح معناداری آزمون آماری  $p=0$  که کمتر از  $0/05$  است، می‌توان گفت، ضریب همبستگی محاسبه شده معنادار است و قابلیت تعمیم به جامعه آماری بررسی شده را دارد. نتیجه اینکه فرضیه پژوهشی تأیید شد.

### نتیجه

هدف این تحقیق شناخت رابطه دین‌داری و سلامت روان در شهرستان سقز است. جامعه ما جامعه‌ای دینی است؛ از این رو، شناخت دین‌داری و رابطه آن با جنبه‌های گوناگون زندگی، از جمله سلامت روان، از لحاظ آسیب‌شناسی اهمیت دارد. دین‌داری از راه‌های گوناگون می‌تواند موقعیت بهزیستی روانی را فراهم آورد؛ از جمله با ایجاد سبک زندگی صحیح، جلب حمایت‌های



اجتماعی، انجام رفتارها و آیین‌های مذهبی، دادن انسجام به عقیده و فکر انسان و دادن معنا به زندگی. با وجود پژوهش‌های فراوان درباره نقش مذهب و فعالیت‌های مذهبی در سلامت و بهداشت روان، از مطالعه نقش آخرت و معاد به عنوان یکی از سازه‌های اصلی دین غفلت شده است. هدف مقاله حاضر بررسی نقش باورهای آخرت‌نگرانه و التزام به آن‌ها بر سلامت روان است.

این بررسی نشان داد که میان میزان دین‌داری با علایم جسمانی دانش‌آموزان رابطه منفی و معناداری وجود ندارد. یافته‌های این بررسی با یافته‌های تحقیق سردار پورگودرزی (۱۳۷۶)، جلیلوند (۱۳۸۰)، صولتی و همکاران (۱۳۸۰) و نیز قهرمانی و همکاران (۱۳۸۰) همخوانی دارد. در بررسی حاضر ارتباط میان میزان دین‌داری با اضطراب و اختلال خواب دانش‌آموزان نیز منفی و معنادار است. یافته‌های این بررسی نیز با یافته‌های تحقیق سردار پورگودرزی (۱۳۷۶)، جلیلوند (۱۳۸۰)، سهرابی و سامان (۱۳۸۰) و صولتی و همکاران (۱۳۸۰) همخوانی دارد. همچنین، در این پژوهش ارتباط میان میزان دین‌داری با اختلال در کارکردهای اجتماعی دانش‌آموزان منفی و معنادار است که با یافته‌های تحقیق سردار پورگودرزی (۱۳۷۶)، جلیلوند (۱۳۸۰)، سهرابی و سامان (۱۳۸۰) و قهرمانی و همکاران (۱۳۸۰) همخوانی دارد. آخرین یافته این پژوهش این است که بین میزان دین‌داری و افسردگی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شاهد نیز رابطه منفی و معنادار است که با یافته‌های تحقیق آرین (۱۳۷۸)، البرزی و سامانی (۱۳۸۰)، جهانمیری و همکاران (۱۳۸۰)، خسرویور و ساردوئی (۱۳۸۰)، سردار پورگودرزی (۱۳۷۶)، جلیلوند (۱۳۸۰)، سهرابی و سامان (۱۳۸۰)، صولتی و همکاران (۱۳۸۰) و قهرمانی و همکاران (۱۳۸۰) همخوانی دارد.

## کتابنامه

۱. آتش افروز، عسکر، ۱۳۸۶، مقایسه سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی خوزستان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
۲. آربن، خدیجه، ۱۳۷۸، بررسی رابطه دین داری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا، پایان نامه چاپ نشده دوره دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
۳. جلیلود، محمدامین، ۱۳۸۰، «بررسی رابطه روان و پایبندی به تقیدات مذهبی در دانشجویان پزشکی»، همایش نقش دین و بهداشت روانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۴. حسینی، سیدرضا، ۱۳۸۱، بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان پسرکوی دانشگاه تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۵. خدا رحیمی، سیامک، ۱۳۷۴، مفهوم سلامت روان شناختی، چ ۱، مشهد: انتشارات جاودان فرد.
۶. خدایاری فرد، محمد، ۱۳۸۶، گزارش نهایی طرح پژوهش تهیه مقیاس اندازه گیری اعتقادات دینی و نگرش های مذهبی، دانشگاه شریف.
۷. خسروپور، فرشید و غلامرضا سادوئی، ۱۳۸۰، «بررسی تأثیر ارزش های مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی»، همایش نقش دین و بهداشت روانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۸. دادستان، پریرخ، ۱۳۸۷، روانشناسی جنایی، چ ۳، تهران: سمت.
۹. زارع، مهدی و دیگران، ۱۳۸۶، «رابطه جهت گیری دینی (درونی و برونی) و سرسختی با سلامت روان دانشجویان»، چکیده مقالات دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان.