

رابطه باورهای دینی، جهت‌گیری دینی و سخت‌رویی با سلامت

مهرناز آزادیکتا^۱

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۷ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۱۸

هدف: بررسی رابطه باورهای دینی، جهت‌گیری دینی و سخت‌رویی با سلامت روان دانشجویان بود. روش: نمونه پژوهش شامل ۳۶۵ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام شهر بود که از طریق نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های دیدگاه شخصی، آزمون معبد، سلامت روان و جهت‌گیری دینی آلپورت گردآوری و با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و رگرسیون خطی چند گانه به روش گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد رابطه بین باورهای دینی، سخت‌رویی و جهت‌گیری دینی درونی با سلامت روان، معنی‌دار است. اما رابطه جهت‌گیری دینی بیرونی با سلامت روان معنی‌دار نبود. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که باورهای دینی قوی تر، جهت‌گیری دینی درونی و سخت‌رویی بیشتر می‌تواند پیش‌بینی کننده سلامت روان بالاتر در دانشجویان باشد.

کلیدواژه‌ها: باورهای دینی، جهت‌گیری دینی، سخت‌رویی، سلامت روان، دانشجویان.

مقدمه

سلامت روان^۲ از جمله کلیدی‌ترین مفاهیم روان‌شناختی است که کیس^۳ (۲۰۰۲) آن

۱. دکترای روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام شهر

Email :m.azadyekta@yahoo.com

2. Mental Health.

3. Keyes, C.

را ترکیبی از احساسات مثبت و عملکرد مثبت تعریف می‌کند. سلامت روان از مفاهیمی است که در تبیین آن تلاش‌های فراوانی صورت گرفته و نظریه‌پردازان شخصیت هر یک به گونه‌ای از سلامت روان و معیارهای رفتار سالم و ناسالم سخن گفته‌اند. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۰۱)، سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بر این باورند که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری‌های روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است.

از سوی دیگر، در چرخه حیات انسان، تحول پدیده‌ای دائمی و غالب است. از نگاه پژوهشگران ورود به دانشگاه یکی از مهم‌ترین مراحل تغییرات و دوره‌های گذر در زندگی جوانان می‌باشد که تغییرات مهمی در ابعاد مختلف را در بر می‌گیرد. جدایی از خانواده، احساس تنهایی و غربت، لزوم سازگار شدن با شرایط تحصیلی منجر به افزایش سطح تنیدگی و مشکلات سازشی و رفتاری شده و ممکن است زمینه ساز رفتارهای پرخطر و انواع آسیب‌های اجتماعی گردد (میسرا^۲ و کاستیلو^۳، ۲۰۱۳)

پژوهش‌هایی که بر روی دانشجویان با هدف بررسی وضعیت سلامت روان انجام گرفته نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در میان دانشجویان نیز از فراوانی بالایی برخوردار است در تحقیق انجام شده توسط جهانی هاشمی و همکاران (۱۳۸۷) این رقم ۶۹/۳ درصد، در تحقیق توکلی زاده و خدادادی (۱۳۸۹) این رقم ۳۱/۶٪ و در تحقیق ریاحی و همکاران (۱۳۸۷) ۴۴/۳٪ ذکر شده است همچنین بر اساس یافته‌های انجمن آمریکایی سلامت دانشکده (ACHA)^۴ (۲۰۰۸)، داده‌های گراوری شده از پژوهش‌های این سازمان از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۸ مبین آن است که میزان افسردگی قابل تشخیص در بین

1. World Health Organisation.

2. Misra ,R.

3. Castillo ,L.

4. American College Health Association.

دانشجویان از ۳/۱۰٪ به ۹/۱۴٪ افزایش یافته است (انجمن آمریکایی سلامت دانشکده (ACHA)، ۲۰۰۹).

از سوی دیگر، یافته‌های روز افزونی وجود دارند که نقش عوامل روان شناختی مثبت از قبیل خوش بینی، موسیقی، شادی، معنویت و راهبردهای مقابله‌ای کار آمد را در ارتقای کیفیت سلامت جسمانی و روانی هفرد اثبات کرده اند (بخشایش، ۱۳۹۰).

به ویژه، در سال‌های اخیر روش‌های درمان مبتنی بر معنویت جایگاه علمی ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است. در این راستا، نتایج

پژوهش‌های (اسپیلکا^۱، ۲۰۰۹؛ پاچویچ^۲ و همکاران ۲۰۰۵؛ غباری بناب و همکاران ۱۳۸۸؛ ساراجکول^۳ ۲۰۰۹، رپیتروپ^۴ و ایلانت^۵ ۲۰۰۵) نشان داده است که بین معنویت، باورهای مذهبی و سلامت روان رابطه تنگاتنگ و معنی داری وجود دارد. افراد با اعتقادات و باورهای دینی قوی تراسترس‌های کمتری تجربه می‌کنند از راهبردهای مقابله‌ای سالم تراستفاده می‌کنند و میزان شادکامی بالاتری دارند. در همین رابطه کزدی^۶ و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند؛ یکی از علل شادکامی در شخصیت‌های شاد دنیا، به کاربردن ارزش‌های معنوی یا مذهبی در مسیرهای مثبت است

از سوی دیگر بعضی از پژوهش‌های انجام شده، شواهد روشنی در تایید اثرات دین داری بر سلامت روان نیافته‌اند. الیس^۷ (۱۹۸۱)، معتقد بود که مذهب با غیرمنطقی بودن در ارتباط است. به اعتقاد او، افراد مذهبی نوعی تفکرات و رفتارهای جزم دارند که موجب نابسامانی وضع روانی آنها می‌شود و به عبارت دیگر افراد مذهبی بهداشت روانی پایین تری دارند. در همین رابطه، داریل^۸ و همکاران (۲۰۰۳)، اوکونو^۹ و همکاران (۲۰۰۳) نیز

1. Spilka, B.
2. Pajevic, I.
3. Sorajjakool, S. V.
4. Rippentrop, A.E.
5. Vaillanta, G.
6. Kezdy, A.
7. Ellis, A.
8. Daryl, L.O.
9. Oconnoa, D.B.

نشان دادند که باورهای دینی رابطه معناداری با شاخص‌های سلامت روان ندارد. موری‌المدیا^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، نیز در مطالعه‌ای کیفی و به صورت فراتحلیل به بررسی شواهد علمی رابطه بین مذهب و سلامت روان پرداخته‌اند. یافته‌های این فراتحلیل نشان داده است که در اکثر مطالعات، رفتارهای مذهبی رابطه معناداری با شاخص‌های سلامت روان ندارد.

این تناقض بین پژوهش‌ها را شاید بتوان با بررسی دقیق‌تر متغیر دین‌داری تبیین کرد. به نظر می‌رسد کیفیت و ماهیت دین‌داری و نوع جهت‌گیری آن (درونی - بیرونی) شاید مهم‌تر از بررسی این متغیر به صورت کلی باشد. آلپورت^۲ (۱۹۵۰ به نقل از ریاحی)، نخستین بار جهت‌گیری مذهبی را به دو صورت درونی و بیرونی طرح کرد. «جهت‌گیری مذهبی درونی»^۳ در کسانی دیده می‌شود

که به امور مذهبی اساساً به دلیل کسب لذت و رضایت درونی و بر مبنای ارتباطی کاملاً معرفتی و خصوصی با خداوند گرایش دارند. برعکس «جهت‌گیری مذهبی بیرونی»^۴ بیشتر در کسانی دیده می‌شود که بیشتر به دستاوردهای اجتماعی و شخصی گرایش دارند و معتقد است، تدین بیرونی، یک نوع نگرش دینی است که فایده‌نگرانه، در خدمت شخص و حافظ منافع او است. بدیهی است که این نوع دین‌داری نمی‌تواند در خدمت سلامت روان باشد و حتی چه بسا با تعارض‌هایی که در فرد ایجاد می‌کند می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات روحی و روانی باشد.

در این رابطه، جان بزرگی (۱۳۸۶)، در طی یک تحقیق که در بین دانشجویان تمامی دانشگاه‌های شهر تهران انجام داد نشان داد که هرچه جهت‌گیری دینی درونی‌تر می‌شود سلامت روانی بالاتر می‌رود و هرچه جهت‌گیری فرد بیرونی‌تر می‌شود، احساس خستگی و نشانه‌های بیماری در بدن بیشتر می‌شود

1. Moreia - Almedia.

2. Allport, G.

3. Internal religion orientation.

4. External religion orientation.

نتایج تحقیق صدیقی ارفعی و همکاران (۱۳۹۱)، آزموده و همکاران (۱۳۸۹)، پییرس^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد که افراد دارای جهت‌گیری دینی درونی نسبت به افراد دارای جهت‌گیری بیرونی از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. در حالی که این رابطه بین جهت‌گیری دینی بیرونی با سلامت روان مشاهده نشد.

از سوی دیگر، از عواملی که پیش‌بینی می‌شود با سطح سلامت روانی افراد رابطه دارد؛ سخت‌رویی است. مفهوم «سخت‌رویی»^۲، ریشه در روان‌شناسی وجودی دارد. ماستن^۳، (۲۰۰۹)، معتقد است سخت‌رویی ظرفیت مثبت روانی، در کنار آمدن با استرس و حوادث بوده و شامل توانایی برای برگشت به وضعیت تعادل پس از تجربه ناآرامی و تنش است از طرفی تحقیقاتی که نیز در مورد سخت‌رویی انجام گرفته است موید این نکته است که افرادی که از سخت‌رویی بالاتری برخوردارند در مواجهه با مشکلات مقاومت بیشتری دارند چالش‌گری، تعهد و احساس داشتن کنترل که از مولفه‌های سخت‌رویی است موجب می‌شود که افراد در ارتباط با بحران‌ها و ناکامی‌های از راهبردهای موثرتری استفاده نمایند. استفاده از راهبرد مقابله فعال، افزایش اعتماد شخص به توانایی‌های خود برای مقابله با شرایط استرس‌زا، افزایش سطح عزت نفس و مکانیسم‌های تعهد، کنترل و مبارزه طلبی به افزایش سلامت روانی منجر می‌شود. جمهوری (۱۳۸۱)، نشان داد که افراد سخت‌روتر، از سلامت جسمی و روانی بالاتری برخوردارند. مدی^۴ (۲۰۰۶)، نشان داد که بین سخت‌رویی و دینداری ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین سخت‌رویی و دینداری، پیش‌بینی‌کننده افسردگی و خشم کم‌تر و حمایت اجتماعی و توانایی مقابله با مشکلات بیشتر و لذا سلامت روان بالاتر هستند.

با توجه به آنچه که گذشت و با توجه به لزوم پرداختن به مسئله خطیر و مهم سلامت روان و عوامل تأثیرگذار بر آن، هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه باورهای دینی،

1. Pierce, J.
2. Hardiness.
3. Masten, A.S.
4. Meddi, R.S.

جهت‌گیری دینی و سخت‌روی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلام شهر بود.

روش

این تحقیق از نوع همبستگی است جامعه آماری پژوهش شامل همه دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام شهر در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ می‌باشد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای انجام شده است برای انجام نمونه‌گیری نخست از میان دانشکده‌های دانشگاه، چهار دانشکده و از هر دانشکده یک رشته تحصیلی به تصادف انتخاب شد. با در نظر گرفتن کل دانشجویان (۲۲۳۴۱ نفر) و همچنین با در نظر گرفتن نسبت دانشجویان دانشکده‌ها و هم چنین با حفظ نسبت متغیرهای سال پذیرش دانشجویان و رشته تحصیلی و همچنین جدول مورگان نمونه‌ای به حجم ۳۷۷ نفر به تصادف انتخاب و به پرسش‌نامه‌های، آزمون زمینه یابی دیدگاهها ی شخصی، آزمون سلامت عمومی، آزمون معبد و آزمون جهت‌گیری دینی آپورت پاسخ دادند. جهت ایجاد انگیزه و بالابردن دقت در آزمودنی‌ها، به آنها گفته شد که به هر دانشجوییک کد تعلق می‌گیرد و در صورت تمایل می‌توانند از نتایج آزمون مطلع شوند قابل ذکر است که ۱۲ مورد از پرسشنامه‌ها به دلیل مخدوش شدن کنار گذاشته شد و در پایان داده‌های ۳۶۵ پرسشنامه قابل تحلیل بودند. پرسش‌نامه‌های زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند:

الف) پرسشنامه زمینه‌یابی دیدگاههای شخصی (p.v.s)^۱: مقیاس سخت‌روی کوباسا

(۱۹۸۸) یک پرسشنامه ۵۰ آیتمی است که شامل خرده‌تستهای چالش شامل (۱۷ سوال)، تعهد (۱۶ سوال) و کنترل (۱۷ سوال) می‌باشد که براساس مقیاس لیکرت شکل گرفته (چهارگزینه‌ای) که با دامنه‌ای از ۰ (اصلا درست نیست) تا ۳ (کاملا درست است) می‌باشد. (کوباسا، ۱۹۸۸). نمرات ۳۹ ماده از آزمون به صورت وارونه در نظر گرفته

1. Personal View Survey.

می‌شوند و برای هر یک از ۳ خرده‌مقیاس نمره جداگانه ارائه می‌شود و میانگین این سه مقیاس به عنوان نمره کل سخت‌رویی محسوب می‌شود. آزمون سخت‌رویی (کوباسا، ۱۹۷۶) توسط قربانی (۱۳۷۳) ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده و در موارد لازم اصطلاحات لازم به عمل آمده است. در این تحقیق پراکندگی نمرات از ۲۲ تا ۹۴ بوده است. لذا افرادی که در سخت‌رویی نمره ۴۶-۲۲ کسب کرده‌اند، ضعیف، ۷۰-۴۷ متوسط و ۹۴-۷۱ کسب کرده‌اند جزئی افراد با سخت‌رویی بالا محسوب شدند.

ب) مقیاس جهت‌گیری دینی آلپورت^۱ (درونی - بیرونی): این آزمون در سال ۱۳۷۷ در ایران توسط جان بزرگی ترجمه و هنجاریابی شده است. همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ گزارش شده است. این مقیاس از ۲۱ گویه ساخته شده است. ۱۱ گویه اول آن به اندازه‌گیری جهت‌گیری دینی بیرونی پرداخته و ۱۰ گویه بعدی، جهت‌گیری دینی درونی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری برای گویه‌های مقیاس جهت‌گیری دینی بدین شکل بوده که در بعد جهت‌گیری بیرونی، نمره ۱ به منزله کاملاً مخالف و نمره ۵ کاملاً موافق در نظر گرفته شده است. این نمره‌گذاری، برای بعد جهت‌گیری دینی درونی، کاملاً برعکس بوده است. از این رو امکان جمع کردن دوبعد درونی و بیرونی وجود ندارد و نمرات در هر یک از این ابعاد به طور جداگانه محاسبه می‌شود. مقدار حداقل و حداکثر نمرات بین ۱۱ تا ۵۵ در نوسان است. در تحقیق حاضر با توجه به پراکندگی نمرات، آزمودنی‌ها در سه طبقه جهت‌گیری دینی پایین (نمرات، ۲۲-۱۱) متوسط (۳۴-۲۳) و بالا (۴۶-۳۵) قرار گرفتند. پایایی این مقیاس توسط مختاری در بین دانشجویان دانشگاه تهران، بر اساس آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۱ بوده است (مختاری، ۱۳۷۹).

ج) ابزار اندازه‌گیری سلامت روان (GHQ)^۲: ابزار اندازه‌گیری سلامت روان (GHQ)،

1. Allport Religious Orientati.
2. General health Questionnaire.

پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی (GHQ) است. این پرسشنامه را اولین بار گلدبرگ^۱ (۱۹۷۲) تهیه کرده و به‌طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیتهای مختلف به کار برده است. این پرسشنامه، یک پرسشنامه سرنبدی مبتنی بر روش خودگزارش دهی است. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های بدنی اضطراب و بدخواهی، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی اساسی است. از مجموعه نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده علائم مرضی بیشتر و سلامت عمومی پایین‌تر است. نمره برش آن که افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد ۲۳ است. در بررسی حقیقتی و همکاران (۱۳۷۸)، روایی این آزمون به کمک نمره کل فهرست علائم نود سوالی بازنگری شده (SCL-90-R) محاسبه شد و ضریب آلفا برای چهار خده مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲. به دست آمد ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۳ گزارش می‌شود.

د) آزمون معبد^۲: این آزمون در سال ۱۳۷۹ توسط گلزاری ساخته شده است و دارای ۲۵ ماده است که عمل به باورهای دینی را اندازه می‌گیرد. مواد آزمون در چهار حوزه عمل به مستحبات، فعالیت‌های مذهبی، در نظر گرفتن مذهب در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی قرار دارد. هر پرسش ۵ گزینه دارد که از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره صفر به معنای عمل نکردن به هیچ یک از باورهای دینی و بیشترین نمره ۱۰۰ نشان‌دهنده عمل به باورهای دینی به شمار می‌آید. سازنده آزمون میزان پایایی آن را از طریق بازآزمایی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۹۱. به دست آورده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۲ برآورد شده است.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی تحقیق نشان داد که ۲۸۰ نفر (۷۷٪) از آزمودنی‌ها دختر

1. Goldberg, A.
2. Temple Test.

و ۸۵ نفر (۱۳٪)، پسر هستند. ۱۰۳ نفر از آزمودنی (۲/۲۸٪) شاغل و ۲۶۲ نفر (۷۱/۷٪) غیر شاغل هستند. ۲۲ نفر از آزمودنی‌ها (۶۰٪) مجرد و ۱۴۵ نفر (۴۰٪) متأهل هستند. ۴۵ نفر از دانشجویان (۳/۱۲٪) در مقطع کاردانی، ۲۴۰ نفر (۷/۶۵٪) در مقطع کارشناسی و ۸۰ نفر (۹/۲۱٪) در مقطع کارشناسی ارشد هستند.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
سلامت روانی	۲۴/۸۰	۱۷/۸۲	۳۶۵
سخت‌رویی	۴۹/۲۱	۱۷/۸۸	۳۵۳
جهت‌گیری دینی درونی	۲۸/۷۰	۱۷/۲۸	۳۶۵
جهت‌گیری دینی بیرونی	۲۱/۳۰	۱۳/۹۰	۳۶۰
باورهای دینی	۴۷/۱۹	۳۴/۱۲	۳۵۱

همانگونه که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود میانگین سلامت روان در آزمودنی‌های این پژوهش ۲۴/۸۰ می‌باشد که براساس توضیحات آورده شده در معرفی آزمون، بیانگر آن است که آزمودنی‌ها در معرض تهدید سلامت روانی قرار دارند. میانگین سخت‌رویی ۴۹/۲۱، میانگین جهت‌گیری دینی درونی ۲۸/۷ و جهت‌گیری دینی درونی ۲۱/۳ و باورهای دینی ۴۷/۱۹ است.

به منظور بررسی رابطه باورهای دینی، جهت‌گیری دینی و سخت‌رویی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلام شهر، از رگرسیون گام به گام استفاده شده است. پیش فرض استفاده از این آزمون معناداری بودن روابط دو به دو متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک است. به این معنا که متغیرهای پیش بینی وارد معادله رگرسیون می‌شوند که همبستگی دو به دو آنها با متغیر ملاک معنادار باشد. ماتریس همبستگی مربوط به بررسی روابط دو به دو متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: ماتریس ضریب همبستگی به منظور بررسی

رابطه بین نمرات سلامت روان با متغیرهای پژوهش

جهت‌گیری بیرونی	جهت‌گیری درونی	باورهای دینی	سخت‌رویی	سلامت روان
				۱
			۱	-.۴۸۳**
		۱	./۷۸۸***	-.۵۱۶**
	۱	./۷۸۱***	./۹۶۹***	-.۴۶۹**
۱	./۵۷	./۱۱۲	./۱۰۷	./۰۷۵

***p<.001 **p<.01

همانگونه که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد از بین متغیرها، رابطه جهت‌گیری دینی بیرونی با سلامت روان برابر ۰.۰۷- است که در سطح $P \leq 0.05$ معنی‌دار نیست. بر اساس اطلاعات جدول مابقی متغیرها رابطه معنی‌داری با سلامت روان دارند، بنابراین می‌توان متغیرهای سخت‌رویی (با ضریب همبستگی ۰.۴۸-)، باورهای دینی (با ضریب همبستگی ۰.۵۱-)، و جهت‌گیری دینی درونی (با ضریب همبستگی ۰.۴۶-)، را به عنوان متغیرپیش بین، وارد معادله رگرسیون نمود

جدول شماره ۳: نتایج رگرسیون چندگانه به منظور پیش‌بینی میزان سلامت روان از روی نمرات سخت‌رویی

، باورهای دینی و جهت‌گیری دینی

ردیف	ضریب همبستگی	مجدور R	مجدور R تعدیل شده	F	DF	سطح معنی‌داری
۱	-.۴۵۶	./۲۰۷	./۲۰۲	۱۱۲/۰.۲	۳۶۳	۰.۰۰۰۱
۲	-.۴۹۲	./۲۴۲	./۲۳۹	۲۲/۷	۳۶۲	۰.۰۰۰۷
۳	-.۵۰۲	./۲۵۲	./۲۴۹	۴/۹۰	۳۶۱	./۰۵۸

۱ Predictors. جهه جهت گیری درونی :

۲ Predictors. ج. جهت گیری درونی، سخت رویی

۳ Predictors. در. جهت گیری دینی درونی، سخت رویی، باورهای دینی

تحلیل داده‌ها با آزمون رگرسیون چندگانه (روش گام به گام) سه مدل را ارائه نموده که در این سه مدل، به ترتیب متغیرهای جهت گیری دینی درونی، سخت رویی و باورها دینی، بر حسب میزان پیش بینی سلامت روان دانشجویان، وارد معادله شده‌اند. در مدل اول متغیر پیش بین جهت گیری درونی، به دلیل بیش درونی، به دلیل دارا بودن بیشترین ضریب رگرسیونی وارد معادله شده و در مدل دوم، متغیر سخت رویی به مدل اضافه شده و در مدل سوم، باورهای دینی به دو متغیر پیش بین قبلی اضافه شده است.

همانگونه که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود با توجه به ضریب تعیین تعدیل شده (مجذور R تعدیل شده) می‌توان گفت که در مجموع سه متغیر جهت گیری درونی، جهت گیری دینی درونی، سخت رویی و باورهای دینی می‌توانند ۲۵٪ از تغییرات نمره در متغیر سلامت روان را پیش بینی می‌کنند.

در مجموع جهت گیری دینی درونی بیشترین قدرت پیش بینی سلامت روان را دارد و با ضریب تعیین ۲۰ درصد، قادر به پیش بینی ۲۰ درصد از تغییرات نمره در سلامت روان است. بعد از آن متغیرهای سخت رویی (با ضریب تعیین تفکیکی ۳.۵ درصد) و باورهای دینی (با ضریب تعیین تفکیکی ۱ درصد) در رتبه دوم و سوم قرار دارند.

جدول شماره ۴: میزان ضریب تبیین متغیرهای پژوهش

متغیرها	ضریب رگرسیونی	مجذور R	مجذور تعدیل شده	F	DF	سطح معنی‌داری
جهت‌گیری دینی درونی	./۴۵۶	./۲۰۷	./۲۰۲	۱۱۲/۰۲	۳۶۳	./۰۰۰
جهت‌گیری دینی درونی	./۴۵۶	./۲۰۷	./۲۰۲	۱۱۲/۰۲	۳۶۳	./۰۰۰
سخت‌رویی	./۴۹۲	./۲۴۲	./۲۳۹	۷/۲۲۰	۳۶۲	./۰۰۷
جهت‌گیری دینی درونی	./۴۵۶	./۲۰۷	./۲۰۲	۱۱۲/۰۲	۳۶۳	./۰۰۰
سخت‌رویی	./۴۹۲	./۲۴۲	./۲۳۹	۷/۲۲۰	۳۶۲	./۰۰۷
باورهای دینی	./۵۰۲	./۲۵۲	./۲۴۹	۳/۹۰	۳۶۱	./۰۵۲

بررسی دقیق‌تر پیش‌بینی سلامت روان با استفاده از متغیرهای سخت‌رویی، باورهای دینی و جهت‌گیری دینی در سه مدل فوق، در جدول ۴ گزارش شده است. در مدل اول متغیر جهت‌گیری دینی درونی، ضریب همبستگی ۰.۴۵- با سلامت روان دانشجویان دارد. در مرحله بعد و در مدل دوم، جهت‌گیری دینی درونی و سخت‌رویی در تعامل با یکدیگر همبستگی برابر ۰.۴۹- با سلامت روان دارند. در مدل سوم، با اضافه شدن متغیر باورهای دینی، ضریب همبستگی به ۰.۵۰- افزایش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه میزان دین‌داری، جهت‌گیری دینی، سخت‌رویی با سلامت روان انجام شده است. در زیر یافته‌های تحقیق، به طور جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

اولین یافته این تحقیق نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری بین باورهای دینی و

سلامت روان وجود دارد این یافته‌ها با نتایج، گلزاری (۱۳۸۹)، حمید و همکاران (۱۳۹۲)، بهرامی احسان (۱۳۹۰) کزندی (۲۰۱۰)، ریتروپ (۲۰۰۵) و اسپیلکا (۲۰۰۹) هم سوولی با نتایج داریل (۲۰۰۳) و اوکونو (۲۰۰۳) ناهم سو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: ایمان دینی می‌تواند با فراهم ساختن شالوده‌ای برای معناداری زندگی، بر پیشرفت زندگی در ابعاد مختلف تأثیر گذارد. دین داری و معنویت، این احساس اطمینان بخش را نیز فراهم می‌آورد که زندگی، منسجم، منظم و هدفمند است. اصولاً، ایمان تأثیر به سزایی در ضمیرانسان دارد. چرا که اعتماد به نفس و قدرت انسان را بالا می‌برد و در درونش آسودگی خاطر به وجود می‌آورد. و این گفته خداوند در قرآن "همانا با یاد خداوند دلها آرام می‌گیرد" دال بر همین مساله است. اعتقادات دینی موجب می‌شود که افراد هدفمندتر، امیدوارانه‌تر زندگی کنند و مصون از پوچی و خلا، زندگی معناداری داشته باشند.

نتیجه دیگر این تحقیق نشان داد که نوع جهت‌گیری دینی (درونی - بیرونی) با سلامت روان رابطه دارد به طوری که جهت‌گیری دینی بیرونی رابطه معنی داری با سلامت روان ندارد اما رابطه بین جهت‌گیری درونی و سلامت روان معنی دار است نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق ریاحی (۱۳۸۷)، جان بزرگی (۱۳۸۶)، صدیقی ارفعی (۱۳۹۱) هم سواست. به نظر می‌رسد ایمان درونی به عنوان نهادی جامع‌نگر و حافظ بهداشت سلامت جسمانی و روانی پیروان خود، ساز و کارهای خاص خود را داراست که از آن جمله می‌توان به روش‌های مقابله مذهبی، برقراری رابطه متعالی لذت بخش و.... اینها اشاره کرد. همان گونه که آلپورت به این نکته نیز توجه دارد که این طور نیست که تمامی افرادی که ادعای مذهبی بودن دارند، دارای شخصیت سالم هستند. جهت‌گیری مذهبی درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است که خود غایت و هدف است نه وسیله‌ای برای رسیدن به هدف. درونی بودن، یک جهت‌گیری دینی پخته است که با سازگاری عاطفی و اجتماعی پیوند مثبت برقرار نموده است. در

حالی که انطباق دینی بیرونی و ناپخته، با سازگاری و سلامت روان، همبستگی منفی برقرار کرده است. آلپورت معتقد است که برای داشتن سلامت روانی در رسیدن به شخصیت بالغ و سالم، یک دین‌داری عمیق لازم است. دین‌داری عمیق موجب می‌شود؛ که فرد خود را متکی به نیروی لایزالی ببیند. لذا در سخت‌ترین شرایط نیز احساس تنهایی و یاس نمی‌کند به عبارتی، مذهب درونی شده به عنوان یک عامل کلیدی برای سلامت روان نقش ایفا می‌کند اطاعت، فرمانبرداری و عبادت خالصانه برای خدا، به شخص یک قدرت باور نکردنی و عجیب و منبعی از انرژی اخلاقی، عاطفی و روحی می‌دهد که در مقابله با فشارهای ناشی از محیط به او کمک می‌کند.

یافته دیگر این تحقیق آن بود که سخت‌رویی با سلامت روان رابطه دارد به طوری که افراد با سخت‌رویی بالاتر از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند؛ این یافته با نتایج تحقیقات مدی (۲۰۰۶) آزادیکتا (۱۳۹۱) و جمهری (۱۳۸۱) هم‌سو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از ویژگی‌های افراد سخت‌رو، چالش‌گری آنها می‌باشد لذا این ویژگی، باعث می‌شود که وقایع فشارآور، قابل کنترل و نه چندان مهم به نظر برسند. سخت‌رویی افراد را در برابر حوادث ناخوشایند و غیره منتظره مقاوم‌تر می‌کند. افراد سخت‌رو هدفمند و پیشرفت‌گرا هستند ناملايمات و تغییرات زندگی را بخش طبیعی زندگی می‌پندارند آنها نگرش حل مسئله را نسبت به زندگی بر می‌گزینند و از سیستم‌های اجتماعی استفاده مؤثری می‌کنند. استفاده از راهبرد مقابله فعال، افزایش اعتماد شخص به توانایی‌های خود برای مقابله با شرایط استرس‌زا، افزایش سطح عزت نفس و مکانیسم‌های تعهد، کنترل و مبارزه طلبی به افزایش سلامت روانی منجر می‌شود. افراد سخت‌رو عموماً به خود سرزنشی، تفکر آرزومندانه یا اجتناب به عنوان راهبردهایی برای مقابله با مشکلات تکیه نمی‌کنند طبیعی است که افراد با این ویژگی از سلامت روان بالاتری برخوردار باشند

همانگونه که یافته‌های این پژوهش نشان داد بخش بزرگی از سلامت روانی افراد به وسیله اعتقادات و باورهای دینی قابل تبیین است علاوه بر آن نقش مثبت و معنی‌دار

سخت‌رویی در سلامت روان نیز در این تحقیق نشان داده شد. با توجه به نقش بنیادی باورهای دینی و ویژگی‌هایی مانند سخت‌رویی در واکنش افراد به استرس و تأثیر این متغیرها بر سلامت روان فرد، نتایج این پژوهش بیانگر آن است که بهره‌گیری از برنامه‌های آموزشی، اخلاقی و تربیتی در راستای افزایش اعتقادات دینی و ویژگی‌های شخصیتی مثبت مانند سخت‌رویی می‌تواند در ارتقا بهداشت روانی موثر باشد.

قدردانی و تشکر

در پایان از معاونت محترم پژوهش و فن آوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام شهر که با حمایت از این طرح امکان پژوهش را میسر ساخته، و از دانشجویانی که با تحمل و صبوری با این طرح همراهی کردند، قدردانی می‌شود.

منابع

- آزادیکتا، م (۱۳۹۱). بررسی رابطه ویژگی سخت‌رویی با نمرات فرزندپروری والدین در دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان در شهر تهران، پژوهش‌های روان‌شناختی، شماره ۲۷، ۷۵-۶۵
- آزموده، پ (۱۳۸۹). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، سرسختی و شادکامی دانشجویان، روان‌شناسی، شماره ۱-۶۴-۷۱
- بخشایش، ع (۱۳۹۰). بررسی رابطه توکل بر خدا، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان، فصل‌نامه روان‌شناسی و دین، شماره دوم، ۹۵-۷۹
- بهرامی احسان، ه (۱۳۹۰). "رابطه جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود" مجله روان‌شناسی شماره ۶، ۳۳۶-۳۴۷
- توکلی زاده، ج؛ خدادادی، ز (۱۳۸۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۸-۸۹، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی گناباد، شماره ۲، ۵۱-۴۵
- حقیقتی، ج؛ عطاری، ی؛ رحیمی، س؛ سلیمانی نیا، س؛ سلیمانی نیا، ل (۱۳۷۸). رابطه سرسختی و مولفه‌های آن با سلامت روانی در دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه اهواز. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۳ و ۴، ۱۸-۱
- حمید، ن؛ گلستانی پور، م؛ کریم نژاد، ف (۱۳۹۲). رابطه ساده و چندگانه هویت دینی، سلامت روان و خوش بینی، روان‌شناسی و دین، بهار ۱۳۹۲، شماره ۲۱، ۹۳-۷۹

- جهانی هاشمی، ح؛ رحیم زاده میرمحله، س؛ قافله باشی، ح، ساریچلو، م (۱۳۸۷). بررسی سلامت روانی دانشجویان سال اول و آخر دانشگاه علوم پزشکی قزوین. شماره ۲، ۴۹-۴۲
- جان بزرگی، م (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان، پژوهش پزشکی، شماره ۴، ۳۴۵-۳۳۵
- جمهری، ف (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سخت‌رویی و گرایش به افسردگی و اضطراب بین زنان و مردان دانشجوی دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی
- ریاحی، ا؛ علی وردی نیا، ا؛ بنی اسدی، م (۱۳۸۷). بررسی رابطه دین‌داری و جهت‌گیری دینی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران. مجله علوم اجتماعی. شماره ۱۲، ۹۱-۵۱
- صدیقی ارفعی، ف؛ تمنایی فر؛ م، عابدین آبادی، ع (۱۳۹۱). رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی و شادکامی در دانشجویان. فصل‌نامه روان‌شناسی و دین، شماره ۳، ۱۶۳-۱۳۵
- غباری بناب، ب؛ متولی‌پور، ع؛ حکیمی‌راد، ا؛ حبیبی‌عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، سال سه، ش ۲، ص ۱۲۳-۱۱۰.
- گلزاری، م (۱۳۸۹). بررسی میزان آگاهی دانشجویان شاهد دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی شهر تهران از مهارت‌های زندگی، تهران، معاونت پژوهش بنیاد شهید و امور ایثارگران.
- مختاری، ع (۱۳۷۹). بررسی رابطه جهت‌گیری دینی، میزان تنبیدگی در دانشجویان دانشگاه تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس
- قربانی، ن (۱۳۷۳). ارتباط سخت‌رویی، الگوی رفتاری تیپ A و رفتار مستعد بیماری‌های کرونری (تیپ B). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- American College Health Association. (2009). National college health assessment Spring 2008 Reference Group Data Report (Abridged). *Journal of American College Health*, (5), 477-488.
- Daryl, O & Oconnora, D. B (2003). Religiosity, stress and psychological Distress: personality and individual difference, 34, 211-21
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43, 207-222
- Kezdy, A., Martos, T. Boland, V. & Horvath, K. (2010). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of adolescence*, 11, 1-9.
- Masten, A.S. (2009). Ordinary Magic: Lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*, 49 (3), 28-32.
- Meddi, R.S. (2006), *Personality Theories*, Third Edition. Belmont, Dorsey press
- Misra, R., & Castillo, L. G. (2013). Academic stress among college student: comparison of American and international students. *International Journal of Stress Management*, 11, 132-148.
- Moreia-Almedia, et al (2006). Religiousness mental health a review. Center for the study of Religious and Spiritual problems. Department of psychiatry. Sao Paulo, Brazil -119-131
- Oconnora, D. B. et al (2003). Religiosity, stress and psychological Distress:

- Journal of personality and individual difference* ,34, 211-217
- Pajevic –I at al (2005). Religiosity and mental health , *psychiatra* ,17,84-89
 - Pierce,j Cohen ,A (2007). Jender dissereneces in the anxiety and religious orientation among US high school & college students. *Mental health religion. culture* ,10,2
 - Rippentrop , A.E ; Altmaire & j & Found ,E.M (2005). The relationship between religion /spirituality and physical health , mental health and pain in a chronic pain population , *Journal of pain* , 116, 311-321
 - Sorajjakool, S. V., Chilson, B., Ramirez–Johnson, J., &Earll, A. (2008). Disconnection, depression and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Journal of Pastoral Psychology*, 56, 521-532.
 - Spilka ,B.Hood ,R.W.Hunsberger ,B (2009).The psychology of religion ,3th Edition , NY:Guilford press,USA
 - Vaillanta , G ; Templeton ,j & Meyer ,E (2008).The natural history of male mental health : health and religious involvement , *Journal of social science & medicine*,66,221-231
 - World Health Organisation (2001).Promotion the psychosocial development of children though primary health care service.Report on a WHO metting.

