

رابطه علی بین نگرشهای مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز

دکتر منیجه شهنی ییلاق*

احمد موحد**

دکتر حسین شکرکن*

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، بررسی برازش مدل رابطه بین چهار متغیر نگرشهای مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی بود. نمونه تحقیق مشتمل بر ۳۹۶ نفر دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز که در سال تحصیلی ۸۱-۸۰ به تحصیل اشتغال داشتند، می‌باشد. در این تحقیق از چهار پرسشنامه دینداری آرین، پرسشنامه سبکهای اسنادی، فهرست ۲۵ نشانه‌ای و مقیاس شدت بیماریهای جسمانی استفاده شده است. پس از جمع‌آوری داده‌ها، از روشهای آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل مسیر و آزمون t جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. بر اساس نتایج این پژوهش، مسیرهای مستقیم از نگرشهای مذهبی به خوشبینی، از خوشبینی به سلامت روانی و از سلامت روانی به سلامت جسمانی معنی دار بود. همچنین مسیرهای غیر مستقیم از نگرشهای مذهبی به سلامت روانی و جسمانی و از خوشبینی به سلامت جسمانی معنی دار بود. اما مسیرهای مستقیم بین نگرشهای مذهبی و سلامت روانی و جسمانی و بین خوشبینی و سلامت جسمانی، معنی دار نبود.

کلیدواژگان: نگرشهای مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی، سلامت جسمانی

*- عضو هیأت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

** - کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

جهانی دوم، روانشناسی به یک علم مداوای بیماران تبدیل شده است. این توجه غالباً انحصاری به آسیب‌شناسی، انسان کامل و جامعه کامیاب را به فراموشی می‌سپارد. هدف روانشناسی مثبت، سرعت بخشیدن به تغییر مرکز ثقل روانشناسی است به گونه‌ای که علاوه بر پرداختن به ترمیم و مداوای بیماریها، به ساخت کیفیات مثبت زندگی نیز اقدام کند. خوشبینی^۷ یکی از خصوصیات مثبت انسان است که طی دو دهه گذشته، توجه ویژه‌ای را در روانشناسی و علوم اجتماعی به خود جلب کرده است. خوشبینی به جهت گزینی اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند و این پیامدها به عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند (پیترسون^۸، ۲۰۰۰). خوشبینی و به طور کلی، باورهای مثبت بر بیماری و سلامت روانی و جسمانی انسان تأثیر زیادی می‌گذارند. تایلر، کمنی، رید، باور و گروئن والد^۹ (۲۰۰۰) در این زمینه بیان می‌کنند که اگر ادراکات عادی انسان با یک مفهوم مثبت از خود و از کنترل شخصی و یک دیدگاه خوشبینانه، حتی کاذب، در مورد آینده همراه شود، نه تنها در اداره جزر و مد زندگی روزانه

در طی یک قرن اخیر، مذهب و تأثیرات آن در روانشناسی مورد مطالعه قرار گرفته است و روانشناسان مشهوری چون فروید^۱ (۱۹۲۸)، به نقل از تریدوی^۲، (۱۹۹۶)، آلپورت^۳ (۱۹۵۰)، به نقل از تریدوی، (۱۹۹۶)، مازلو^۴ (۱۹۶۴)، به نقل از تریدوی، (۱۹۹۶) و فروم^۵ (۱۹۵۰)، به نقل از تریدوی، (۱۹۹۶) تلاشهای زیادی در این زمینه انجام داده و به خصوص رابطه آن را با سلامت روانی بررسی کرده‌اند. اما در حوزه روابط بین مذهب و روانشناسی مثبت تحقیقات چندانی انجام نشده و فقط طی دو دهه اخیر و با گسترش مباحث مربوط به روانشناسی مثبت، نقش مذهب در سالم و کامل‌سازی انسان و ایجاد جامعه سالم و رو به رشد، توجه بسیاری از روانشناسان را برانگیخته است.

روانشناسی جدید سعی دارد توجه خود را صرفاً به مشکلات روانی معطوف نسازد و بیشتر بر جنبه‌های مثبت زندگی تأکید کند. طبق بیان سلیگمن و سیک زنت می‌هالی^۶ (۲۰۰۰) روانشناسی باید به یک اندازه با رشد سلامتی و درمان آسیبها مرتبط باشد. از جنگ

¹ - Freud

² - Treadway

³ - Allport

⁴ - Maslow

⁵ - Fromm

⁶ - Seligman, & Csikszentmihalyi

⁷ - optimism

⁸ - Peterson

⁹ - Taylor, Kemenev, Reed, Bower, & Gruenewald

بلکه در کنار آمدن با حوادث بسیار استرس‌زا و تهدیدزای زندگی، به افراد کمک می‌کند.

بازنگری پژوهشهای انجام شده

در زمینه ارتباط چهار متغیر مورد پژوهش (نگرشهای مذهبی، خوشبینی و سلامت روانی و جسمانی) تحقیقات متعددی انجام گرفته‌اند که در اینجا چندین مورد از این پژوهشها بررسی می‌گردند.

این اندیشه که مذهب و خوشبینی با یکدیگر مرتبطند، تاریخچه‌ای طولانی در علوم اجتماعی دارد (ماتیس، فونتنت و هاچرکی^۱، ۲۰۰۳) اما علی‌رغم ارتباط مفروض بین مذهب و خوشبینی، مطالعات تجربی بسیار کمی آشکارا رابطه بین این دو سازه را مورد آزمایش قرار داده‌اند. ستی و سلیگمن^۲ (۱۹۹۳) رابطه بین خوشبینی و باورهای متفاوت مذهبی چون بنیادگرایی^۳ و لیبرالیسم را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این مطالعه حاکی از رابطه مثبت معنی‌داری بین خوشبینی و بنیادگرایی مذهبی بود. تریدوی (۱۹۹۴)، به نقل از تریدوی، (۱۹۹۶) نتایج به دست آمده در مطالعه ستی و سلیگمن (۱۹۹۳) را به صورت تجربی مورد آزمایش قرار داد. نتایج تریدوی (۱۹۹۴)، به نقل از تریدوی، (۱۹۹۶) از مطالعه ستی و سلیگمن حمایت کرد. اما علاوه بر آن،

نشان داد که خوشبینی با جهت‌گزینی مذهبی درونی رابطه بالاتری دارد تا با بنیادگرایی^۴ طی مطالعه ماتیس و همکاران (۲۰۰۲) نیز مشخص گردید که معنویت ذهنی و ارتباط با خدا دارای رابطه مثبت با خوشبینی هستند.

در خصوص ارتباط بین مذهب و سلامت در مطالعه‌ای بر روی ۱۶۴ نفر از بزرگسالان آمریکا، لویس و مالت بی (۱۹۹۵) نشان دادند که دینداری با نمره‌های پایین‌تر روان‌پریشی^۵ همبسته می‌باشد. مک کالوگ، هویت، لارسون، کوئینگ و تورزن^۶ (۲۰۰۰) نیز در یک فراتحلیل بر روی ۴۲ نمونه مستقل، رابطه بین دلبستگی مذهبی^۷ و مرگ و میر را بررسی کردند و نشان دادند که دلبستگی مذهبی به طور معنی‌داری با مرگ و میر همبستگی منفی دارد. همچنین، در مطالعه بهرامی مشعوف (۱۳۷۳) مشخص گردید که بین عبادت و عدم گرایش به سوی نوروها رابطه معنی‌داری وجود دارد. یخ کش، انصاری و موسوی (۱۳۷۷) نیز به رابطه مثبت بین عدم حضور در اجتماعات مذهبی و ابتلا به بیماریهای حاد قلبی اشاره می‌کنند.

همچنین در پژوهشهای متعدد، رابطه بین خوشبینی و سلامت تأیید شده است. هوکر،

⁴ - fundamentalism

⁵ - psychoticism

⁶ - McCollough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen

⁷ - religious involvement

¹ - Mattis, Fontenot, & Hatcher-Key

² - Sethi & Seligman

³ - Lewis, & Maltby

دارد. همچنین هیز، مارشال، وانگ و شرن بون^۵ (۱۹۹۴) یک نمونه ۸۵۶ نفری از بیماران بیماران مبتلا به فشار خون دیابت، بیماریهای قلبی، یا ترکیبی از اینها را مورد مطالعه قرار دادند که نتایج مبین تأثیرات مثبت سلامت جسمانی بر روانی بود. رسول، استانس فلد، هارت، گیلیس و اسمیت^۶ (۲۰۰۲) نیز طی مطالعه‌ای نشان دادند که پریشانی روانشناختی با فشار پایین حجم بازدم، شاخص لاغری جسمی در مردان و فشار خون پایین در زنان همبسته بود. همچنین، بین پریشانی روانشناختی و درد شدید قفسه سینه (نشانه انفارکتوس قلبی) هم در مردان و هم در زنان رابطه وجود داشت، اما بین پریشانی روانشناختی و کم خونی موضعی نوار قلب فقط در مردان رابطه وجود داشت .

فرضیه‌های تحقیق

۱. بین نگرشهای مذهبی و خوشبینی دانشجویان رابطه مستقیم مثبت وجود دارد .
۲. بین نگرشهای مذهبی و سلامت روانی دانشجویان رابطه مستقیم مثبت وجود دارد .
۳. بین خوشبینی و سلامت روانی دانشجویان رابطه مستقیم مثبت وجود دارد .
۴. بین خوشبینی و سلامت جسمانی دانشجویان رابطه مستقیم مثبت وجود دارد .

موناهان، شیفرن و هاچینسون^۱ (۱۹۹۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که خوشبینی رابطه معنی داری با سلامت روانی و جسمانی دارد. در مطالعه دیگر که توسط ویلیامز^۲ (۱۹۹۲) بر روی ۲۲۳ دانشجوی دانشگاه انجام شد، مشخص شد که خوشبینی با برونگرایی دارای رابطه مثبت و با روان رنجوری دارای رابطه منفی بود. در مطالعه سگرسروم، تایلر، کمنی و فاهی^۳ (۱۹۹۸) که بر روی ۹۰ نفر دانشجوی دانشجوی حقوق سال اول انجام شد، در حالی که هیچ تفاوتی در سیستم ایمنی افراد خوشبین و بدبین قبل از ورود به دانشکده حقوق وجود نداشت، در پایان ترم اول این تفاوت ظاهر شد. در افرادی که ترم تحصیلی را با خوشبینی شروع کرده بودند، سلول T (یا سلولهای هدایت کننده ایمنی و سیتوتوکسی سیتی^۴ این سلولها (که نشان قابلیت این سلولها در کشتن سلولهای سرطانی در آزمایشگاهند) به مقدار بیشتری ملاحظه شد .

در مورد رابطه بین سلامت جسمانی و روانی در مطالعه یاراحمدی (۱۳۷۶) مشخص گردید که بین عوامل فشارزا و بیماریهای جسمی و روانی همبستگی مثبت و بین عوامل فشارزا و سلامت عمومی رابطه منفی وجود

^۱ - Hooker, Monahan, SHifren, & Hutchinson

^۲ - Williams

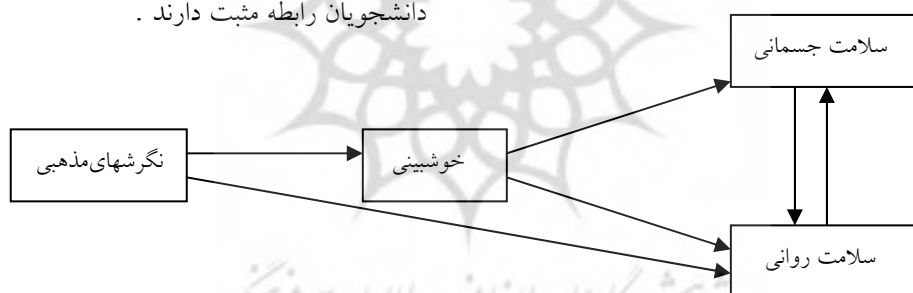
^۳ - Segersrom, Taylor, Kemeny, & Fahey

^۴ - sytotoxicity

^۵ - Hays, Marshal, Wang, & Shernbourne

^۶ - Rasul, Stansfeld, Hart, Gillis, & Smith

۵. بین سلامت روانی و سلامت جسمانی دانشجویان رابطه متقابل مثبت وجود دارد .
۶. نگرشهای مذهبی به طور غیر مستقیم از طریق خوشبینی با سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت دارند .
۷. نگرشهای مذهبی به طور غیر مستقیم از طریق خوشبینی با سلامت جسمانی دانشجویان رابطه مثبت دارند .
۸. نگرشهای مذهبی به طور غیر مستقیم از طریق خوشبینی و سلامت روانی با سلامت جسمانی دانشجویان رابطه مثبت دارند .
۹. نگرشهای مذهبی به طور غیر مستقیم از طریق خوشبینی و سلامت جسمانی با سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت دارند .
۱۰. نگرشهای مذهبی به طور غیر مستقیم از طریق سلامت روانی با سلامت جسمانی دانشجویان رابطه مثبت دارند .



نمودار ۱. مدل رابطه بین نگرشهای مذهبی و خوشبینی با سلامت روانی و جسمانی

۱۱. خوشبینی به طور غیر مستقیم از طریق سلامت روانی با سلامت جسمانی دانشجویان رابطه مثبت دارد .
۱۲. خوشبینی به طور غیر مستقیم از طریق سلامت جسمانی با سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت دارد .
۱۳. مدل رابطه بین نگرشهای مذهبی و خوشبینی با سلامت روانی و سلامت جسمانی، برازنده داده‌ها می‌باشد (نمودار ۱ ملاحظه شود).
- جامعه آماری و روش نمونه‌گیری**
- جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز اعم از دختر و پسر در سال تحصیلی ۸۱-۸۰ می‌باشد. از این جامعه آماری ۲۰۱ دختر و ۲۰۱ پسر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. جهت انتخاب نمونه ابتدا فهرست کلیه دانشکده‌ها از مرکز کامپیوتر دانشگاه اخذ و سپس از هر دانشکده به نسبت تعداد دانشجویان آن به طور تصادفی آزمودنی‌هایی انتخاب شدند .

ابزارهای پژوهش

ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارتند از:

۱- مقیاس سنجش دینداری. در این مطالعه برای سنجش نگرشهای مذهبی نمونه مورد مطالعه از این مقیاس استفاده شده است. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی برای سنجش میزان دینداری فرد است و ۲۰ سؤال دارد که نمره گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (برای خیلی کم) تا ۵ (برای خیلی زیاد) می‌باشد. این مقیاس توسط خدیجه آرین (۱۳۷۷) تهیه و تدوین گردیده است. در مطالعه آرین (۱۳۷۷) ضریب ثبات^۱ آزمون $a=0/92$ بود و در پژوهش حاضر ضرایب پایایی این مقیاس که به روشهای آلفای کرونباخ، گاتمن و اسپیرمن- برون محاسبه گردید، به ترتیب برابر $0/89$ ، $0/87$ و $0/87$ به دست آمدند. همچنین، برای بررسی روایی^۲ آزمون، آن را با یک سؤال محقق ساخته (روایی سازه‌ای) همبسته نمودیم و ضریب همبستگی به دست آمده برابر $P < 0/01$ بود.

۲- پرسشنامه سبکهای اسنادی^۳ (ASQ). این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی است که توسط پیترسون، سیمل، بایر، آبرامسون،

متالسکی و سلینگمن^۴ در سال ۱۹۸۲ تهیه و تدوین گردیده و توسط محققان برای اولین بار در ایران به فارسی ترجمه، ویراستاری و تعیین اعتبار شده است. در این پژوهش، این پرسشنامه جهت سنجش میزان خوشبینی آزمودنیها به کار رفته است. در مطالعات پیترسون و همکاران (۱۹۸۲)، ضریب پایایی این پرسشنامه بین $0/44$ تا $0/69$ متغیر بوده است. در این پژوهش، نیز ضرایب پایایی این مقیاس به روشهای آلفای کرونباخ، اسپیرمن- برون و گاتمن به ترتیب برابر $0/75$ ، $0/67$ و $0/67$ بود. روایی این مقیاس نیز در مطالعات پیترسون و همکاران (۱۹۸۲)، از $0/19$ تا $0/41$ ($p < 0/01$) متغیر بود. در این پژوهش نیز جهت بررسی اعتبار پرسشنامه، آن را با مقیاس افسردگی بک، در یک گروه ۱۰۰ نفری از دانشجویان همبسته کردیم. ضریب همبستگی بین دو مقیاس $0/41$ ، ($p < 0/001$) به دست آمد.

۳- مقیاس فهرست ۲۵ نشانه‌ای^۵ (SCL-25). این مقیاس فرم کوتاه شده نسخه تجدید نظر شده فهرست نود نشانه‌ای^۶ یعنی SCL-90-R می‌باشد که توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) تهیه گردید. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی برای سنجش آسیب‌شناسی

⁴ - Paterson, semmel, Baeyer, Abramson, Metalsky, & Seligman

⁵ - Symptom, Checklist-25

⁶ - Symptom, Checklist-90-Revised

¹ - stability

² - validity

³ - Attributional Style Questionnaire

به روش آلفای کرونباخ، اسپیرمن-برون و گاتمن به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۱ و ۰/۲۶ به دست آمد. همچنین، ضرایب روایی این ابزار در مطالعه یاراحمدی (۱۳۷۶)، از ۰/۱۲ تا ۰/۴۰- متغیر و تمامی آنها معنی دار بودند. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی روایی این مقیاس، آن را با خرده مقیاس اختلالات روان تنی پرسشنامه سلامت عمومی^۲ (GHQ) در یک نمونه ۱۰۰ نفری از دانشجویان همبسته نمودیم که ضریب همبستگی بین این دو ۰/۳۲ ($p < ۰/۰۱$) به دست آمد.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش در دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها ارائه می‌گردند. جدول ۱ یافته‌های مربوط به میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنیها را در چهار متغیر این پژوهش نشان می‌دهد.

قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش و مدل رابطه بین نگرشهای مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی ابتدا ضرایب همبستگی ساده بین متغیرهای مورد پژوهش را محاسبه نموده‌ایم که نتایج حاصل در جدول ۲ ارائه گردیده است. به جز رابطه بین نگرشهای مذهبی و سلامت روانی و بین

روانی عمومی می‌باشد. این مقیاس شامل ۲۵ ماده است که نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (برای هیچ) تا ۵ (برای اکثر اوقات) می‌باشد. در مطالعه نجاریان و سودانی (به نقل از نجاریان و داودی، ۱۳۸۰)، ضرایب پایایی SCL-25 به شیوه باز آزمایی برابر ۰/۷۸ و از طریق محاسبه همسانی درونی ۰/۹۷ گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضرایب پایایی این مقیاس به روشهای آلفای کرونباخ، اسپیرمن-برون و گاتمن به ترتیب برابر ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۸۷ بودند. ضرایب روایی این آزمون در مطالعات داودی و نجاریان (۱۳۸۰) از ۰/۴۹ تا ۰/۶۹ متغیر بود که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار می‌باشند. همچنین، همبستگی بین این مقیاس و مقیاس SCL-90 برابر ۰/۹۷ گزارش شده است. ۴- مقیاس درجه بندی شدت بیماری جسمانی. این مقیاس توسط آلن مار، ویلر، مینرو، ماسودا و هولمز^۱ در سال ۱۹۶۷ تهیه و توسط شکرکن در سال ۱۳۷۳، به فارسی ترجمه گردیده است. این مقیاس ۱۲۶ بیماری یا علائم مربوط به آن را نشان می‌دهد. در مطالعه یاراحمدی (۱۳۷۶) ضرایب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۸ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب پایایی این مقیاس

^۱ - Alenmar, Weiler, Minnro, Masoda, & Holms

^۲ - Gealth Questionnaire

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره، حداکثر نمره و تعداد دانشجویان در چهار متغیر مورد مطالعه

متغیرها	شخصها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد نمونه
نگرشهای مذهبی	۷۷/۴۸	۱۰/۸۳	۳۹	۹۹	۳۹۵	
خوشبینی	۲۳/۳۶	۱۷/۲۸	-۳۵	۸۴	۳۸۵	
سلامت روانی	۵۴/۶۳	۱۷/۵	۲۵	۱۰۷	۳۸۱	
سلامت جسمانی	۴۲/۰۲	۸۱/۵۸	۱	۱۱۵۸	۳۹۲	

جدول ۲. ضرایب همبستگی ساده بین چهار متغیر مورد مطالعه

متغیرها	سلامت جسمانی	سلامت روانی	خوشبینی	نگرشهای مذهبی
نگرشهای مذهبی	-۰/۱۰۵×	-۰/۰۹۴	۰/۱۶۴**	-
خوشبینی	-۰/۰۴۶	-۰/۲۳**	-	-
سلامت روانی	۰/۱۷××	-	-	-
سلامت جسمانی	-	-	-	-

××P<۰/۰۱

×P<۰/۰۵

جدول ۳. نسبت بحرانی و وزن رگرسیون استاندارد مربوط به مسیرهای بین متغیرهای پژوهش

مسیرها	شاخصهای آماری	نسبت بحرانی	وزن رگرسیون استاندارد
نگرشهای مذهبی	خوشبینی	۳۰۵/۳	۰/۱۶۴*
نگرشهای مذهبی	سلامت روانی	-۹۹۵/۰	-۰/۰۶
خوشبینی	سلامت روانی	-۶۷/۴	-۰/۲۳*
خوشبینی	سلامت جسمانی	-۰/۵۶۱	-۰/۰۱
سلامت روانی	سلامت جسمانی	۰/۴۱۴	۰/۱۷*
سلامت جسمانی	سلامت روانی	۰/۶۵۴	۰/۰۱۷

*P<۰/۰۵

با روش تحلیل مسیر مورد بررسی قرار دادیم که نتایج حاصل در جدول ۳ ارائه شده است. همانگونه که از جدول ۳ مشخص گردیده است، وزن رگرسیون استاندارد بین نمره‌های

خوشبینی و سلامت جسمانی بقیه همبستگیها معنی‌دار می‌باشند. بعد از بررسی رابطه همبستگی ساده بین متغیرهای مورد پژوهش، داده‌های پژوهش را

نسبت بحرانی مشاهده شده ($C.R. = -0/561$) ضریب مسیر بین خوشبینی و سلامت جسمانی معنی دار نمی باشد. بنابراین فرضیه چهارم نیز مورد تأیید قرار نمی گیرد و مسیر بین این دو متغیر حذف می شود.

در ارتباط با فرضیه پنجم، همان گونه که از جدول ۳ مشاهده می شود، وزن رگرسیون استاندارد بین نمره های سلامت روانی دانشجویان و سلامت جسمانی آنان $\beta = 0/17$ به دست آمده است که با توجه به خطای بحرانی مشاهده شده ($C.R. = 3/414$) معنی دار می باشد. بنابراین، آن قسمت از فرضیه پنجم که مربوط به تأثیر سلامت روانی بر سلامت جسمانی می باشد، مورد تأیید قرار می گیرد. اما با توجه به وزن رگرسیون استاندارد بین مسیر مستقیم از سلامت جسمانی به سلامت روانی ($b = 0/17$) و نسبت بحرانی ($C.R. = 0/654$)، مسیر بین این دو متغیر، به صورت معکوس یعنی از سلامت جسمانی به سلامت روانی معنی دار نمی باشد. بنابراین، آن قسمت از فرضیه پنجم که مربوط به تأثیر سلامت جسمانی بر سلامت روانی می باشد، مورد تأیید قرار نمی گیرد.

در ارتباط با فرضیه های شش تا دوازده، همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود و در بررسی فرضیه های قبلی معلوم گردید با توجه به این که مسیر مستقیم بین نگرشهای مذهبی و خوشبینی، مسیر مستقیم بین

نگرشهای مذهبی و خوشبینی $\beta = 0/164$ به دست آمده است که با توجه به نسبت بحرانی $\beta = 3/305$ ، مسیر بین نگرشهای مذهبی و خوشبینی معنی دار می باشد و فرضیه اول تأیید می گردد. اما وزن رگرسیون استاندارد بین نمره های نگرشهای مذهبی دانشجویان و سلامت روانی آنان $\beta = -0/06$ به دست آمد که با توجه به نسبت بحرانی^۱ مشاهده شده ($C.R. = -0/995$) ضریب مسیر بین نگرشهای مذهبی و سلامت روانی معنی دار نمی باشد. بنابراین، فرضیه دوم مورد تأیید قرار نمی گیرد و مسیر بین این دو متغیر حذف می شود.

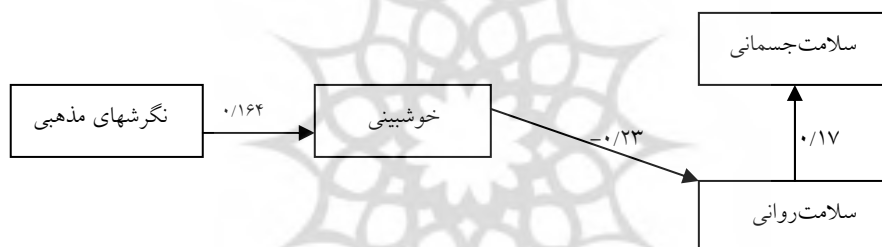
همچنین با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۳، در تحلیل داده ها وزن رگرسیون استاندارد بین نمره های خوشبینی دانشجویان و سلامت روانی آنان^۲ $\beta = -0/23$ به دست آمده است که با توجه به نسبت بحرانی مشاهده شده ($C.R. = -4/67$)، مسیر بین خوشبینی و سلامت روانی معنی دار بوده و فرضیه سوم نیز تأیید می گردد. در تحلیل داده ها، وزن رگرسیون استاندارد بین نمره های خوشبینی دانشجویان و سلامت جسمانی آنان $\beta = -0/01$ به دست آمده است که با توجه به

^۱ - critical ratio

^۲ - علامت منفی مربوط به نحوه نمره گذاری مقیاس سلامت روانی است. نمره های پایین تر سلامت روانی بیشتری را نشان می دهند.

خوشبینی و سلامت روانی و مسیر مستقیم از سلامت جسمانی به سلامت روانی مورد تأیید قرار گرفت، فرضیه‌های شش، هشت و یازده این پژوهش تأیید می‌گردد. اما با توجه به اینکه مسیر مستقیم بین نگرشهای مذهبی و

سلامت روانی، مسیر مستقیم بین خوشبینی و سلامت جسمانی و مسیر مستقیم از سلامت جسمانی به سلامت روانی مورد تأیید قرار گرفت، فرضیه‌های شش، هشت و یازده این پژوهش تأیید می‌گردد. اما با توجه به اینکه مسیر مستقیم بین نگرشهای مذهبی و



نمودار ۲. مدل برازنده رابطه بین نگرشهای مذهبی و خوشبینی با سلامت روانی و جسمانی بر اساس

نرم شده برازندگی^۳ (NFI=۰/۹۰)، شاخص نرم‌نشده برازندگی^۴ (NNFI=۰/۹۳)، شاخص برازندگی تطبیقی^۵ (CFI=۰/۹۶)، شاخص خوبی برازندگی^۶ (GFI=۰/۹۹)، شاخص خوبی برازندگی تعدیل شده^۷ (AGFI=۰/۹۸)، شاخص خوبی برازش حداقل^۸ (PGFI=۰/۳۰)، ریشه میانگین مجذور مانده‌ها^۹ (RMSEA=۰/۰۳۶) برازنده برازنده بودن مدل مورد تأیید قرار می‌گیرد.

یافته‌های پژوهش

در بررسی فرضیه سیزدهم که به بررسی مدل ارائه شده در این پژوهش می‌پردازد نیز با توجه به تأیید شدن مسیر مستقیم بین نگرشهای مذهبی و خوشبینی، مسیر مستقیم بین خوشبینی و سلامت روانی و مسیر مستقیم از سلامت روانی به سلامت جسمانی و عدم تأیید مسیر مستقیم بین نگرشهای مذهبی و سلامت روانی، مدل مفروض ما در شش چرخش^۱ به صورت نمودار ۲ در آمد که با توجه به تعداد چرخشها و دیگر ویژگیهای برازش مدل شامل آزمون خوبی برازندگی مجذور خی^۲ ($\chi^2=۴/۷۵$, $p=۰/۲۱$)، شاخص

³ - normal fit index
⁴ - non- normal fit index
⁵ - comparative fit index
⁶ - goodness of fit index
⁷ - adjusted goodness of fit index
⁸ - parsimony goodness of fit index
⁹ - root mean square error of approximation

¹ - iteration
² - goodness of fit

تبیین رابطه به دست آمده می‌توان به نظر تردیوی (۱۹۹۶) اشاره کرد که از نقش مذهب در خوشبینی دفاع کرده و بیان می‌کند که یک جهت‌گزینی مذهبی درونی می‌تواند سبب خوشبینی شود، چرا که یک رابطه شخصی با وجودی برتر، سبب پیدایش چشم‌انداز مثبتی در زندگی می‌شود. به عبارت دیگر، افرادی که از روی علاقه اوقاتی را به نماز و عبادت می‌گذرانند، چشم‌انداز مثبتتری نسبت به جهان، زندگی و گذر زمان دارند.

در زمینه ارتباط مذهب با سلامت روانی همان‌گونه که ملاحظه گردید، رابطه مستقیمی بین نگرشهای مذهبی دانشجویان و سلامت روانی آنان به دست نیامد. این نتیجه با نتایج پژوهشهای انجام شده قبلی همخوانی ندارد. در تبیین نتیجه حاصله می‌توان به سه نکته اشاره کرد: اولاً، از آن جایی که نگرشهای مذهبی در جامعه ما از حساسیت ویژه‌ای برخوردارند، این احتمال وجود دارد که آزمودنیها دچار خودسانسوری شده و پاسخ صحیحی به پرسشنامه نگرشهای مذهبی نداده باشند که این مسأله می‌تواند نتایج حاصله از داده‌ها را منحرف کند. ثانیاً، بیشتر پژوهشهای انجام شده، مذهب را از یک یا چند بعد خاص آن مورد بررسی قرار داده‌اند و گاه ابعاد مختلف مذهب در رابطه با سلامت روانی نتایج متضادی به دست داده‌اند. در این مطالعه نگرشهای مذهبی به طور کلی سنجیده شده و

به طور خلاصه، همان‌گونه که از نمودار ۲ مشاهده می‌گردد، مسیرهای مستقیم از نگرشهای مذهبی به خوشبینی، از خوشبینی به سلامت روانی و از سلامت روانی به سلامت جسمانی و همچنین مسیرهای غیر مستقیم از نگرشهای مذهبی به سلامت روانی از طریق خوشبینی، از نگرشهای مذهبی به سلامت جسمانی از طریق خوشبینی و سلامت روانی و از خوشبینی به سلامت جسمانی از طریق سلامت روانی معنی‌دار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، ۱۳ فرضیه را درباره رابطه علی بین نگرشهای مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی ارائه نمودیم که در مورد دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز مطرح گردید. بر اساس یافته‌های پژوهش، برخی از فرضیه‌های مطرح شده تأیید و برخی دیگر مورد تأیید واقع نشدند. در این قسمت با عنایت به موضوع تحقیق تلاش نموده‌ایم تا نتایج به دست آمده را مورد بحث و بررسی قرار دهیم و به تبیین یافته‌های پژوهش بپردازیم.

در زمینه ارتباط نگرشهای مذهبی و خوشبینی همان‌گونه که ملاحظه گردید، در بررسی فرضیه ۱، نتایج با یافته‌های پژوهش ستی و سلیگمن (۱۹۹۳) و تردیوی (۱۹۹۴)، به نقل از تردیوی، (۱۹۹۶) هماهنگ می‌باشند. در

خوشبینان مشکل گشایند و نقشه‌هایی برای فعالیت طراحی کرده و سپس طبق آن عمل می‌کنند؛ می‌توان گفت که افراد خوشبین در حل مسأله یا به عبارت دیگر در مقابله با مشکلات و حوادث استرس‌زا و تهدید کننده زندگی و همچنین بیماری، موفق‌تر عمل می‌کنند و بنابراین از سلامت بهتری برخوردارند.

بین خوشبینی دانشجویان و سلامت جسمانی آنان رابطه مستقیمی به دست نیامد. با توجه به این که نتیجه حاصل با نتایج پژوهش‌های انجام شده قبلی (هوکر و همکاران، ۱۹۹۲؛ سگستروم و همکاران، ۱۹۹۸) همخوانی ندارد، ممکن است در ابتدا این عدم رابطه بین خوشبینی و سلامت روانی با توجه به ادبیات پژوهشی، متناقض به نظر برسد. ولی باید توجه داشت که بیشتر تحقیقات انجام شده، یک یا چند بیماری خاص را بررسی کرده و همچنین در بیشتر این مطالعات، شیوه سنجش به صورت دقیق و غیرذهنی انجام شده است. اما در مطالعه حاضر اولاً سنجش سلامت جسمانی به صورت ذهنی بوده و ثانیاً تعداد زیادی از بیماریها را می‌سنجد. پس طبیعتاً احتمال وجود تفاوت در نتایج حاصله با نتایج پژوهش‌های مشابه قبلی می‌رود، چرا که با توجه به ذهنی بودن نحوه سنجش سلامت جسمانی در این پژوهش، شاید یادآوری بیماریهایی که فرد در گذشته به آنها مبتلا شده

دو جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی بادیگر ابعاد آن از همدیگر تفکیک نشده‌اند که این نیز می‌تواند یکی از دلایل غیرمعنی دار بودن رابطه بین نگرش‌های مذهبی و سلامت روانی در این پژوهش باشد. ثالثاً، شاید اصلاً مذهب به طور مستقیم بر سلامت روانی تأثیر نداشته باشد و تأثیرات آن به طور غیر مستقیم از طریق خوشبینی و متغیرهای دیگر باشد.

بین خوشبینی دانشجویان و سلامت روانی آنان رابطه مستقیم مثبت وجود داشت که این نتیجه با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های تجربی گذشته (هوکر و همکاران، ۱۹۹۲؛ ویلیامز، ۱۹۹۲) همخوان می‌باشد. چندین دلیل را می‌توان در تبیین رابطه بین خوشبینی و سلامت روانی حاصل از آزمون این فرضیه بیان کرد: اولاً، با توجه به شیوه تبیین افراد خوشبین از حوادث منفی (بی ثبات، اختصاصی و بیرونی) در مقابل شیوه تبیین افراد غیر خوشبین از این حوادث (باثبات، کلی و درونی)، این احتمال وجود دارد که افراد غیر خوشبین یا با خوشبینی پایین در مواجهه با مشکلات زندگی، فشارهای روانی و بیماریها، آنها را به عوامل کلی و باثبات نسبت دهند و زودتر منفعل شوند و در جهت حل مشکلاتشان و در نتیجه سلامتی خودشان کمتر تلاش کنند. ثانیاً، با توجه به بیان پیترسون و همکاران (۱۹۸۸) که خاطر نشان می‌سازند خوشبینی، مثبت بودن سطحی نیست بلکه

باعث وخیم‌تر شدن بیماریهای سابق یا برخی عوارض آنها شوند .

در زمینه تأثیر سلامت جسمانی بر روانی، نتایج این پژوهش هم با مباحث نظری و هم با نتایج پژوهش هیز و همکاران (۱۹۹۴) که مؤید تأثیر مثبت سلامت جسمانی بر روانی بود، مغایر می‌باشد. در تبیین علت نتیجه به دست آمده، باز هم می‌توان همان گونه که در تبیین رابطه خوشبینی و سلامت جسمانی اشاره شد، به عواملی همچون ذهنی بودن شیوه سنجش سلامت جسمانی و سنجش تعداد زیادی از بیماریها در این پژوهش، اشاره کرد. به علاوه، این احتمال وجود دارد که چون نمونه مورد پژوهش در این مطالعه از بین دانشجویان دانشگاه که فعال و سالم می‌باشند، انتخاب شده‌اند، تأثیر سلامت جسمانی بر سلامت روانی معنی دار نشد و شاید اگر افراد بیمار نمونه این پژوهش را تشکیل می‌دادند، نتیجه متفاوت می‌شد .

به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان دهنده تأثیر نگرشهای مذهبی و خوشبینی بر سلامت افراد می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد تا با آموزشهای مناسب و مستمر در زمینه افزایش آگاهیهای مذهبی و افزایش دیدگاههای خوشبینانه افراد تلاش شود تا از این رهگذر بتوان آینده‌ای موفق‌تر و سالم‌تر را برای افراد و به ویژه دانشجویان رقم زد .

است، آسان نباشد و در نتیجه احتمال وجود خطا در پاسخدهی آزمودنیها را نمی‌توان رد کرد. به علاوه، احتمال دارد برخی بیماریهای خاص یا برخی حالات سلامتی با خوشبینی رابطه نداشته یا حتی رابطه معکوس داشته باشند که این خود می‌تواند باعث منحرف کردن نتیجه حاصله گردد .

رابطه بین سلامت روانی و سلامت جسمانی اگر چه مثبت و معنی دار بود، اما با توجه به نتایج تحلیل مسیر انجام شده، جهت علیت یک طرفه و از سلامت روانی به سلامت جسمانی بود. نتایج پژوهشهای قبلی (یاراحمدی، ۱۳۷۶؛ رسول و همکاران، ۲۰۰۲) نیز به وجود رابطه مثبت بین سلامت روانی و جسمانی اشاره دارند .

چندین راه ممکن را در باب تأثیر سلامت روانی بر سلامت جسمانی می‌توان بیان کرد: اولاً، مشکلات روانی ممکن است فرد را وادار به انجام رفتاری کند که برای سلامتی او خطرآفرین باشد. ثانیاً، ممکن است برخی افراد در برابر مشکلات روانی با اتخاذ نقش بیمار یا به عبارت دیگر بیمار انگاری و طلب کردن خدمات مراقبتی، واکنش نشان دهند. ثالثاً، مشکلات روانی ممکن است اثری مستقیم و زیانبخش بر فرایندهای بدنی داشته باشند و موجب تغییرات فیزیولوژیکی شوند که منشأ بروز بیماری هستند و همچنین ممکن است

منابع

فارسی

- آرین، سیده خدیجه (۱۳۷۷). بررسی رابطه بین دینداری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا. پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی .
- بهرامی مشعوف، عباس (۱۳۷۳). بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران .
- نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰). ساخت و اعتبار یابی (SCL-25) فرم کوتاه شده SCL- R (90-). فصلنامه انجمن روانشناسی، شماره ۱۸، سال پنجم، ۱۴۹-۱۳۶ .
- یاراحمدی، اردشیر (۱۳۷۶). بررسی رابطه فشارزاهای روانی با بیماریهای جسمی- روانی و سلامت عمومی معلمان مرد شهرستان اهواز با توجه به اثر متغیرهای تعدیل کننده حمایت اجتماعی و جایگاه مهار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز .
- یخ کش، مختار، انصاری، حسن و موسوی، غفور (۱۳۷۷). رابطه حضور در اجتماعات مذهبی با بیماریهای حاد قلبی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اصفهان، مجله علوم پزشکی، سال سوم، شماره ۳ .

لاتین