

# بررسی جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی مهاجران براساس مدل آلپورت و راس: نمونه مورد مطالعه قصر شیرین

عبدالعلی لهسایی زاده (نویسنده اصلی)

زهره آذرگون

گلنراد مرادی

## چکیده

هدف اصلی این مقاله بررسی جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی مهاجران براساس مدل آلپورت و راس، مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، حمایت روحانی و... همگی از جمله منابع هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. مدت‌ها است که تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روان، ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روان‌شناسی مذهب، حمایت‌های تجربی زیادی را در راستای این زمینه فراهم آورده است.

این تحقیق با استفاده از روش پیمایش و از طریق پرسشنامه ساختار یافته برای ۲۰۰ نفر مهاجر که به‌طور تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند، داده‌ها گردآوری شد. از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس برای آزمون فرضیات و تکنیک رگرسیون برای سنجش مدل تحقیق استفاده شد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که ضریب همبستگی به‌دست آمده برای جهت‌گیری درون‌دینی برابر ۰/۷۹ و بیرون‌دینی برابر ۰/۷۵- می‌باشد. یافته‌های این پژوهش، پیش‌فرض نظریه آلپورت در مورد رابطه بین سلامت روانی و دینداری و ارتباط آن با سلامت روانی مهاجران را تأیید می‌نماید. براساس یافته‌های تحقیق، رابطه معنی‌داری هم بین متغیرهای زمینه‌ای تحصیلات (۴=۰/۲۸)، سن (۴=۰/۲۱)، میزان درآمد (۴=۰/۵۸) و مدت اقامت (۴=۰/۳۳) با سلامت روانی مهاجران وجود دارد. نتایج رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که متغیر وابسته مستقیماً تحت تأثیر متغیرهای جهت‌گیری‌های مذهبی، تحصیلات، جنسیت، سن و جهت‌گیری مذهبی درون‌دینی قرار گرفته و این متغیرها به ترتیب میزان اهمیتی که

در تبیین متغیر سلامت روانی داشته اند، توانسته اند وارد معادله رگرسیونی شده و در کل ۷۲ درصد از تغییرات این متغیر را برای ما توضیح داده است ( $R^2=0.72$ ).

**کلیدواژه‌ها:** مهاجرت، سلامت روانی، جهت گیری های مذهبی، مدل آلپورت و راس، قصر شیرین.

### مقدمه

در سال های اخیر اندیشمندان اهمیت زیادی برای نقش راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد در جامعه قایل شده اند. شیوه های مقابله، توانایی های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرون فشار آور به کار می گیرد. در این راستا مذهب و گرایش های مذهبی به عنوان یک عامل فرهنگی قوی در برابر فشارهای ناشی از زندگی محسوب می شوند. در مقابله مذهبی، از منابع مذهبی مثل دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند و ... استفاده می شود. از آنجایی که این نوع مقابله هاهم منبع حمایت عاطفی و هم وسیله ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند، می توانند مقابله های بعدی را تسهیل نمایند، بنابراین به کارگیری آن ها برای اکثر افراد، سلامت ساز است. محققین و متخصصان در زمینه های گوناگون (روان شناسی، جامعه شناسی و علوم پزشکی) علاقه زیادی روی این بحث که چگونه مذهب روی سلامت روانی تأثیر دارد، نشان داده اند (Batson, Shoenrad & Ventis, 1993; Koeing & Mc Cullough & Larson, 2001). مطالعات فراوانی این قضیه را به اثبات رسانیده اند که بین مذهب و سلامت روانی رابطه وجود دارد اما با این وجود، یافته ها زیاد این قضیه را به وضوح نشان نمی دهند. بعضی مطالعات رابطه مثبت بین دین و سلامت روانی را بیان می کنند، ولی بعضی دیگر هیچ گونه رابطه معنی داری بین این دو پدیده نمی بینند و یا اینکه بر این باورند که این دو قضیه هیچ ارتباطی با هم ندارند (Gartner, Larson & Allen, 1991; Larson et al., 1992). بعضی ها هم بر این باورند که این ابهام، ناشی از تفاوت در سنجش بحث مذهب و گرایش های مذهبی است که برخی محققان رفتارهای مذهبی (Ellison & Williams, Jackson, 2001) و بعضی هم نگرش های مذهبی را می سنجند (O Connor & Cobb, 2003). اخیراً شواهدی وجود دارد که نشان می دهند تفاوت در نگرش های مذهبی در پیش بینی سلامت روانی افراد خیلی با اهمیت تر از تفاوت در رفتارهای مذهبی است (Francis, 2004).

هدف این مطالعه، تبیین جهت گیری‌های مذهبی در میان مهاجران بر اساس مدل آلپورت و راس است. آلپورت و راس تمایز بین دو نوع جهت گیری مذهبی را به روشنی بیان کردند (Allport & Ross, 1967). آن‌ها به ابداع مقیاسی برای سنجش جهت گیری دینی در دو بعد جهت گیری درون‌دینی و برون‌دینی در سال ۱۹۷۶ اقدام نمودند، که بعدها بسیاری از اندیشمندان علوم رفتاری از این مقیاس جهت سنجش باورهای دینی استفاده نمودند. از نظر آن‌ها دو نوع جهت گیری مذهبی می‌توان در تبیین سلامت روانی به نام جهت گیری مذهبی درون‌دینی و جهت گیری مذهبی برون‌دینی مطرح می‌کند. منظور از جهت گیری درون‌دینی بعد اعتقادی یا باور دینی است که خود مشتمل بر ایده‌ها و نگرش‌هایی که انتظار می‌رود پیروان یک آیین به آن اعتقاد دارند، مانند اعتقاد به خدا، دوزخ و بهشت و جهنم. منظور از جهت گیری برون‌دینی بعد مناسکی یا اعمال و رفتارهای دینی است. همان‌ا عملی است که پیروان یک دین آن را به جا می‌آورند، مانند نماز، روزه، حج رفتن در مذهب اسلام (Allport, 1967: 453, Dezzutter, 2006: 804).

رفتارهای مذهبی ارزش مثبتی در پرداختن به نکات معنی‌دار زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، زیارت و دعا می‌توانند از طریق ایجاد امیدواری و تشویق به نگرش‌اندیشی در زندگی، موجب آرامش درونی فرد می‌شوند. باور به این که خدایی وجود دارد که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر عبادت و نیایش عبادت‌کننده‌ها است، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد. به طوری که اغلب افراد مؤمن ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند که می‌توان از طریق اتکاء و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های غیرقابل کنترل را به طریقی کنترل نمود. به همین دلیل گفته می‌شود که مذهب می‌تواند به شیوه فعالی در فرآیند مقابله مؤثر باشد. مالتبی و دی بر این باورند که مقابله‌های دینی به عنوان مکانیزم‌هایی در ارتباط با حوادث استرس‌زای زندگی می‌توانند کارکردهای مثبتی در سلامت روانی ایفا کنند (Maltby & Day, 2003). فرانسیس و همکاران نیز بر این باورند که نگرش‌های مذهبی، هسته عمیق مذهبی بودن می‌باشند که اساسی‌تر است و اینکه ارتباط عمیق‌تری با ویژگی‌های نهفته شخصیت افراد دارند. بر این اساس نگرش‌های مذهبی می‌توانند ارتباط قوی‌تری با سلامت روانی افراد نسبت به رفتارهای مذهبی داشته باشند (Francis et al, 2004).

### پیشینه تحقیق

نوابخش و پوریوسفی در تحقیقی با عنوان «نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان» نشان دادند که به دلیل ایجاد دگرگونی عظیمی که در سبک زندگی مردم به وجود آمده است، سبک و شیوه سستی که در خانواده گسترده، و مناطق روستایی و کوچک مرسوم بوده، دچار تحولات بنیادی شده و روز به روز مسائل و مشکلات جدیدی برای فرد و جامعه آفریده و به اضطراب، نگرانی و هراس افراد جامعه افزوده است. در این راستا ابتدا نقش دین و کارکرد آن به عنوان یک نیاز فطری و همچنین نقش اعتقادات مذهبی در کنار آمدن با زندگی و خوب زیستن و چگونگی حفظ بهداشت روانی مهم به نظر می‌رسد (نوابخش و پوریوسفی، ۱۳۸۵: ۷۱-۹۴).

بهرامی و رضائی فرانی پژوهشی با عنوان «رابطه بین باور مذهبی با سلامت روانی» بر روی سالمندان بهزیستی در تهران انجام دادند. نتایج نشان می‌دهد که بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و افسردگی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد، بدین معنا که هرچه نمرات به سمت جهت‌گیری مذهبی به جهت بیرونی افزایش می‌یابد، نمرات اختلال در سلامت روان و افسردگی بالا می‌رود و هرچه نمرات به سمت جهت‌گیری مذهب درونی تمایل می‌یابد، نمرات اختلال در سلامت روان کاهش می‌یابد. همچنین بین سلامت روان، افسردگی، جهت‌گیری مذهبی سالمندان مقیم و غیرمقیم تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که افراد سالمند مقیم مراکز از جهت‌گیری مذهبی بیرونی‌تر برخوردار و اختلال در سلامت روانی و میزان افسردگی بالاتری را نسبت به گروه سالمندان غیرمقیم دارند. علاوه بر این جهت‌گیری مذهب زنان در بعد بیرونی بیشتر از مردان است و جهت‌گیری مذهبی مردان در بعد درونی بیشتر از زنان می‌باشد. در نهایت نتیجه‌ای که از این پژوهش گزارش شده، بدین صورت می‌باشد که باور مذهب بیرونی با اختلال در سلامت روان و افسردگی و باور مذهب درونی با سلامت روان رابطه دارند. همچنین اختلال روانی و افسردگی در بین سالمندان مقیم بیشتر از غیرمقیم است ضمن آنکه سالمندان مقیم دارای نگرش مذهب بیرونی‌تر هستند (بهرامی و رضائی فرانی، ۱۳۸۴).

دزتر و همکارانش در تحقیقی با عنوان «جهت‌گیری‌های مذهبی و سلامت روانی: تبیین اهمیت نسبی رفتارها و نگرش‌های مذهبی» به بررسی توزیع نسبی رفتارها و جهت‌گیری‌های مذهبی در بین بزرگسالان پرداخته‌اند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که جهت‌گیری‌های مذهبی و رویکردهای شناختی-اجتماعی به مذهب، در ارتباط معنی‌داری با سلامت روانی بزرگسالان می‌باشد. همچنین یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد

که رویکردهای واقعی مذهب در ارتباط منفی با سلامتی و در ارتباط مثبتی با افسردگی قرار داشت. از طرفی هم جهت گیری مذهبی پیش‌بینی کننده رفاه و سلامتی بزرگسالان بود (Dezutter & et al; 2006: 807-818).

الیزابت و همکارانش تحقیقی با عنوان «بررسی رابطه بین باورهای مذهبی و سلامت فیزیکی، روانی و بیماری‌های حاد» انجام دادند. نتایج رگرسیون چند متغیره در این تحقیق نشان می‌دهد که ارتباط معنی داری بین اجزاء باورهای مذهبی و سلامتی وجود دارد. اعمال خصوصی مذهب (دعا، تفکر و گوش دادن به برنامه‌های مذهبی) رابطه معکوس با سلامت فیزیکی داشت. این نشان می‌دهد که افرادی که سلامت فیزیکی شان دچار اختلال شده بود، دوست دارند در تنهایی بیشتر به مسائل خصوصی مذهبی بپردازند، شاید آن را به عنوان راهی برای مقابله با نبود سلامتی شان بدانند. همچنین نتایج نشان داد، که اعمالی چون بخشش، راهبردهای مذهبی منفی، تجارب روزانه اعمال مذهبی با شدت بیماری و اختلال روانی رابطه ای نداشت. براین اساس بین مذهبی بودن و سلامتی جمعیت‌های دچار مشکلات روانی حاد رابطه وجود دارد از طرفی هم باورهای مذهبی ممکن است برای سلامتی این افراد هم هزینه و هم فایده داشته باشد (Elizabeth & et al; 2005: 311-321).

مالتبی و دی در مقاله‌ای با عنوان «نمی‌توان دو تضاد را باهم جمع کرد: مدل‌های یک‌پارچه شخصیت مذهبی و سلامت روانی مذهبیون» دو نوع جهت گیری مذهبی اصلی و فرعی را برای سلامت روانی نشان می‌دهند. آنان در این مطالعه مقیاس‌های شخصیتی، آشنایی مذهبی، بهداشت عمومی، استرس، تأثیرات مثبت و منفی در زندگی و رضایت زندگی را بیان کرده‌اند. نتیجه‌ای که به دست آورده‌اند این است که مذهب‌های فرعی در مقیاس‌ها معمولاً با بهداشت روانی کمتری همراه است. یافته‌ها نشان می‌دهد که مذهب‌های فرعی با بعد روان‌پریشی زیادی همراه است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که مدل قالبی شخصیتی، محتوای مناسبی جهت ارتباط بین مذهب، سلامت و بهداشت روان را فراهم می‌کند (Maltby & Day, 2004:1275-1290).

دوکی و همکارانش در تحقیقی با عنوان «بهداشت روان زنان در کشورهای مسلمان (مذهب، فرهنگ و حالت‌های اجتماعی آنان)» به این نتیجه رسیدند که در جوامع عرب، موقعیت زنان با توجه به عوامل فرهنگی آنان سنجیده می‌شود. زنان در معرض ریسک بالاتری از اختلالات روانی، افسردگی، اضطراب و همچنین رفتارهای خودکشی می‌باشند. بنابراین بیماری‌های زنان بیشتر شده و دسترسی به مراقبت کمتر و پیامدهای اجتماعی بدی را به همراه دارد. آن‌ها در این مقاله فاکتورهای مربوط به فرهنگ از قبیل آموزش، کار، ازدواج و

ناباروری را که به طور مستقیم در اختلال و بیماری زنان مربوط می‌شود، بررسی کرده‌اند (Douki & et al; 2007: 177-189). همچنین محققانی طی مطالعاتی در مورد دینداری و سلامت روانی به این نتیجه رسیده‌اند که گرایش‌های دینی و نگرش‌های مذهبی با سلامت روانی ارتباط معنادار و مثبتی دارد. این‌ها بیان کرده‌اند که دین‌امیدواری و خوشبختی افراد را افزایش می‌دهد (Schere, 1987: 166)، دین، به افراد نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند. دین نقش مهمی در رویارویی با استرس‌های زندگی دارد و می‌تواند بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند (Rosentiel & Keefe, 1993). باورهای مذهبی، راهبردی برای مقابله با مشکلات زندگی است (Ashby & Lenhart, 1994) و دین نوعی سبک زندگی سالم‌تر را برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت روانی آن‌ها تاثیر مثبت و معناداری می‌گذارد (Bergin, 1991: 398).

### مبانی نظری تحقیق

جهت تبیین بحث سلامت روانی و ارتباط آن با گرایش‌های مذهبی به‌عنوان مفهومی فرهنگی، آن هم در میان مهاجران مستلزم شناخت بحث‌های نظری می‌باشد. در این راستا نظریه شبکه می‌تواند در برقراری رابطه میان دو مفهوم مورد نظر راهگشا باشد.

نظریه شبکه: اصطلاح شبکه<sup>۱</sup> در سال ۱۹۵۴ توسط بارنز مطرح شد. این نظریه فرایند مهاجرت را به فرد، فرهنگ و پیوندهای اجتماعی بین آن‌ها نسبت می‌دهد و معتقد است که در نواحی پذیرای مهاجرت این پیوند از طریق دوستی با سایر مهاجران در پیدا کردن شغل و سازگاری با محیط جدید به‌دست می‌آید، در نواحی مهاجر فرست سازگاری و به تبع آن سلامت روانی از طریق شبکه‌های شخصی همچون دوستان و همسایگانی که مهاجرت نموده‌اند، به‌دست می‌آید، که این شبکه‌ها، هزینه مهاجرت را برای تازه واردان کاهش داده و علاوه بر این باعث می‌شود مهاجران بالقوه دست به ترک مناطق خودشان بزنند (Oishi, 2002: 7). طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی، اعتماد بین افراد و هنجارهای همیاری متقابل را گسترش داده و احتمال حرکت‌های بین جوامع را افزایش می‌دهد. این شبکه‌ها هزینه و خطرات حرکت را

کاهش داده و نوعی بازدهی خالص برای مهاجران دارد. وجود این شبکه‌های اجتماعی در مقصد به‌عنوان یک حایل در مقابل عامل فشارزای درونی نقش مثبتی بر جابجایی و حرکت افراد می‌تواند داشته باشد، به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنی‌دار در قالب سرمایه اجتماعی اثر بسیار مهم و مؤثری روی عزت نفس افراد مهاجر، افزایش توان مقابله افراد مهاجر با مشکلات زندگی، افسردگی‌ها و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌شود (Caroline, 2000: 108-109).

علاوه بر رویکرد نظری فوق می‌توان اشاره‌ای به نظریه جهت‌گیری‌های آلپورت در رابطه بین باورهای دینی و سلامت روانی داشت. آلپورت و راس در سال ۱۹۶۷ بحثی با عنوان «جهت‌گیری دینی درون‌گرایانه و برون‌گرایانه» را مطرح کردند. ایشان بر این باورند که در جهت‌گیری دینی برون‌گرایانه، مذهب برای اهداف غیر مذهبی استفاده می‌شود (مانند حمایت اجتماعی و احساس امنیت). و نیز افراد با جهت‌گیری دینی بیرونی به لحاظ درونی دارای باورهای درونی هستند که فقط اهداف ابزاری دارند، و دین به صورت ابزاری برای دستیابی به اهداف و ارزش‌های برتر از دین انگاشته شده است، همچون مقابله با مشکلات، و یا پیش‌رفت زندگی. دینداری بیرونی ابعاد غیر روحانی و سکولار، زندگی را برای فرد مقدم از ابعاد معنوی آن می‌نماید و برای ارزیابی ایمان بالغانه طراحی شده است. اما در جهت‌گیری داخلی، مذهب به عنوان انگیزه غالبی در زندگی اجتماعی به کار می‌رود. به تعبیر آلپورت جهت‌گیری درون‌گرایانه، کل زندگی را غرق در انگیزش و معنا می‌کند و الهام‌بخش عبادت بوده است. برای اشخاص با جهت‌گیری درونی دینی، نیازهای غیر دینی هر چند مهم باشند، اهمیت غایی کمتری دارند (Dezutter, 2006: 809).

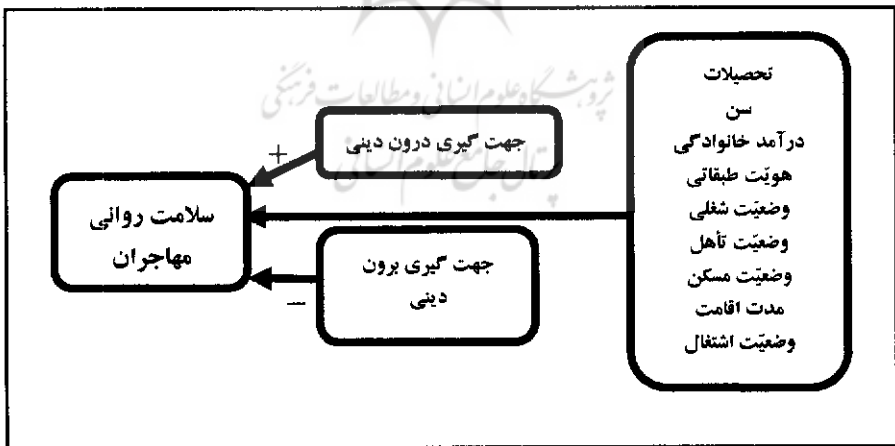
آلپورت ارزش‌های یگانه‌ساز یا باور وحدت‌بخش را، که در شخصیت‌های سالم بیش از روان‌آزرده نمایان است، «جهت‌داشتن»<sup>(۱)</sup> نامیده است. جهت‌داشتن، همه زوایای زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و با یک پارچه کردن تمایلات و انگیزه‌های فرد، وی را به سوی هدف راهبری می‌کند و به او دلیلی برای زندگی می‌دهد. (Allport, 1967: 433).

آلپورت و راس استدلال می‌کنند که نگرش‌های مذهبی تعیین می‌کنند که چگونه کارکردهای مذهبی به عنوان مکانیزمی برای ارزش‌یابی و در ارتباط با حوادث استرس‌زای زندگی به کار می‌روند. این ارزش‌یابی می‌تواند بین نگرش‌های مذهبی و سلامتی اتصال برقرار کند (مرادی، ۱۳۸۵: ۲۳). آن‌ها بر این باورند که میل و

گرایش دینی یک عامل مستقل و خودمختار در شخصیت انسان بوده و تمام اجزاء دیگر، شخصیت را در یک سیستم واحد کلی، وحدت می بخشد. آنان در بحث شخصیت انسان متوجه شدند که کل زندگی انسان وابسته به ایمان اوست. به این معنا که هر چه فرد دارای دینداری درونی باشد، سلامت روانی بیشتر دارد، اما هر چه دین را در جهت رفاه و برآورده کردن نیازهای اجتماعی به کار برد و به اصل آن توجه نداشته باشد، از سلامت روانی پایینی برخوردار است (Allport & Ross, 1967: 433).

چارچوب نظری این تحقیق برگرفته از رهیافت روان‌شناسی دین با تأکید خاص بر نظریه آلپورت و راس می‌باشد. این نظریه بر اساس دو نوع جهت‌گیری مذهبی (درون‌دینی و برون‌دینی) به ارزیابی رابطه بین سلامت روانی و دینداری افراد می‌پردازد. بر این اساس جهت‌گیری ارزیابی سلامت روانی مهاجران طبق این مدل می‌تواند به روشن ساختن این دو بعد از دینداری در میان مهاجران پرداخت. نمودار زیر روابط بین متغیرهای این پژوهش را در قالب مدل تجربی تحقیق نشان می‌دهد.

نمودار شماره ۱ مدل تجربی تحقیق



مهم‌ترین فرضیات استفاده شده در این تحقیق عبارتند از:

- به نظر می‌رسد جهت‌گیری درون‌دینی بر روی سلامت روانی مهاجران رابطه معنادار و مثبتی دارد.



- به نظر می‌رسد جهت گیری برون‌دینی بر روی سلامت روانی مهاجران رابطه معنادار و منفی دارد.
- به نظر می‌رسد سن بر روی سلامت روانی تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد جنسیت افراد بر روی سلامت روانی تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد هویت طبقاتی مهاجران بر روی سلامت روانی تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد وضعیت تأهل مهاجران بر روی سلامت روانی تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد میزان تحصیلات مهاجران بر روی سلامت روانی تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد وضعیت اشتغال مهاجران بر روی سلامت روانی تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد وضعیت مسکن مهاجران بر روی سلامت روانی تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد طول مدت اقامت مهاجران بر روی سلامت روانی تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد میزان درآمد مهاجران بر روی سلامت روانی تأثیر دارد.

### روش‌شناسی تحقیق

رویکرد تحقیق در این مقاله کمی<sup>(۱)</sup> می‌باشد. از آنجا که در این تحقیق محقق بر اساس یک چهارچوب قاعده‌مند حرکت می‌کند، سعی در سنجش یک واقعیت معینی دارد، روی متغیرها متمرکز است و همچنین از ییرون یک جریان اجتماعی را مطالعه می‌کند، رویکرد مقتضی آن، رویکرد کمی می‌باشد.

به اقتضای موضوع تحقیق و با توجه به امکانات، روش پیمایش<sup>(۲)</sup> به منزله مناسب‌ترین روش برای جمع آوری اطلاعات مورد نظر قرار گرفت. چارچوب نظری و فرضیات تحقیق نیز به کارگیری روش پیمایش را برای جمع آوری و تجزیه تحلیل داده‌ها بیشتر ایجاب می‌کند. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه<sup>(۳)</sup> انجام گرفته است، به خاطر اینکه پرسشنامه بهتر می‌تواند معرف‌های درجه آخر هر یک از مفاهیم و متغیرها را بسنجد، تا بدین وسیله گفتارهای نظری و خود آن تئوری را به صورت تجربی بررسی کند.

جامعه آماری مورد مطالعه مهاجران وارد شده به شهر قصر شیرین است، که بر اساس آمارهای مندرج در سرشماری سال ۱۳۷۵، کل جمعیت مهاجر به عنوان جامعه آماری در این شهر برابر ۷۴۵۰ نفر بوده است

1. Quantitative
2. Survey Method
3. Questionnaire

(مرکز آمار ایران، ۱۳۸۳: ۱۲). با توجه به حجم وسیع جامعه آماری و عدم امکان جمع آوری اطلاعات از تمامی افراد به منظور تسهیل و تسریع پژوهش و صرفه جویی در وقت و هزینه، ناگزیر تعدادی از جامعه آماری به عنوان نمونه به شیوه تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند. در ایسن مقاله برای حجم نمونه از جدول لین استفاده شده است (Lin, 1974). حجم نمونه ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شده است، که بر اساس نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. برای این کار بر اساس تقسیمات انجام گرفته شهری در سال ۱۳۷۸ شهر به ۳ ناحیه و ۱۷ محله تقسیم شده، نمونه گیری به عمل آمده است. چون از جمعیت مهاجر محلات آماری در دسترس نبود، لذا از هر ناحیه به نسبت کل جمعیت مهاجران، به صورت ذیل برآورد شده است: از ناحیه اول تعداد ۷۷ نفر، از ناحیه دوم تعداد ۶۵ نفر و از ناحیه سوم تعداد ۵۸ نفر انتخاب شد (مهندسان مشاور تدبیر شهر، ۱۳۷۸).

جهت سنجش متغیرهای اصلی در این مقاله به صورت ذیل عمل شده است:

سلامت روان، حالتی از سلامتی است که در آن فرد توانایی‌های خود را می شناسد، می تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثر ثمر باشد و قادر به تصمیم گیری و مشارکت جمعی باشد. در این تحقیق برای سنجش سلامت روان، از فرم ۲۸ سوالی سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است (Montazeri & et al. 2003) که بر مبنای طیف لیکرت سنجیده می شود.

جهت گیری‌های مذهبی: عبارت است از اعتقاد به قوای لاهوتی و ماوراء طبیعه و رعایت یک سلسله قواعد اخلاقی در زمینه ارتباط با خود، سایر بندگان و خدا و انجام مناسک عبادی در جهت تقریب خالق و جلب رضایت او به منظور تعالی روح می باشد (کتابی و دیگران، ۱۳۸۳: ۱۷۲). در این تحقیق جهت گیری‌های مذهبی در دو بعد جهت گیری درون دینی و برون دینی بر اساس مقیاس آلپورت و راس<sup>۱</sup> سنجش می شوند. آلپورت و راس به ابداع دو مقیاس جهت گیری دینی (جهت گیری درون دینی و برون دینی) در سال ۱۹۷۶ اقدام نمودند، که بعدها بسیاری از اندیشمندان علوم رفتاری از این مقیاس جهت سنجش باورهای دینی استفاده نمودند. این متغیر توسط ۲۰ گویه بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت سنجیده می شود.

برای پایایی<sup>(۲)</sup> ابزار سنجش از آزمون آلفا کرونباخ<sup>(۳)</sup> استفاده شده است. آلفای کرونباخ برای سلامت روانی با تعداد ۲۸ گویه ( $\alpha = 0.87$ )، جهت گیری‌های مذهبی با تعداد ۲۰ گویه ( $\alpha = 0.79$ ) می باشد. به دلیل

1. Allport & Ross  
2. Reliability  
3. Alpha Cronbach

وجود تحقیقات خارجی مشابه و وجود استاندارد بیرونی دست یابی به اعتبار ملاک<sup>(۱)</sup> میسر گردید. جهت اعتبار ملاک برای هر طیف، سنجه‌هایی معتبر و جا افتاده در نظر گرفته شده، که این گویه‌ها در پرسشنامه برای هر طیف به صورت یک سؤال کلی در رابطه با همان طیف وارد شده و پاسخ‌گویان برحسب موافقت یا مخالفت با آن گویه، نمره‌ای از صفر تا ۲۰ انتخاب می‌کردند. از آنجایی که این نمره به صورت فاصله‌ای وارد شده است، ضریب همبستگی به دست آمده از این آمار برای سلامت روانی ( $r=0.77$ ) و جهت گیری‌های مذهبی ( $r=0.81$ ) معنادار و قوی می‌باشد.

### یافته‌های تحقیق

داده‌های تحقیق، حاصل استخراج پرسشنامه‌هایی است که توسط ۲۰۰ نفر مهاجر مستقر در شهر قصر شیرین تکمیل گردیده و اساس تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر قرار گرفته، و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله شاخص‌های آمار استنباطی در جداول مقاطع ضرایب همبستگی، تحلیل واریانس و رگرسیون چند متغیره صورت گرفت. میانگین طول مدت اقامت برای پاسخ‌گویان برابر ۱۰/۴ سال می‌باشد. میانگین سنی برای افراد مورد مطالعه ۳۸/۲۲، میانگین تحصیلات پاسخ‌گویان برابر ۹/۳۱ سال و میانگین درآمد ماهیانه افراد مهاجر برابر ۳۰۰/۵۲۲ تومان می‌باشد. نزدیک به ۷۰ درصد پاسخ‌گویان مرد و ۳۰ درصد هم زنان بودند. بیشترین تعداد پاسخ‌گویان را طبقه متوسط تشکیل می‌دهند. ۶۶/۲ درصد کل پاسخ‌گویان در این طبقه قرار دارند. از طرفی ۶۳/۲ درصد افراد مورد مطالعه در خانه‌های شخصی، ۲۸/۸ درصد در خانه‌های اجاره‌ای، ۶/۴ درصد در خانه‌های سازمانی و کمتر از ۲ درصد آن‌ها در سایر خانه‌ها به سر می‌برند. در مورد طبقه اجتماعی بالا و پایین، ۳/۶ درصد آن‌ها در طبقات بالای جامعه و ۳۰ درصد در طبقات پایین جای دارند که از این تعداد ۳ درصد طبقات بالا در خانه‌های اجاره‌ای زندگی می‌کنند. اکثریت پاسخ‌گویان را افراد متأهل تشکیل می‌دهند. به طوری که ۷۴ درصد آن‌ها متأهل و ۲۵/۸ درصد مجرد می‌باشند. شاخص دیگر وضعیت اشتغال می‌باشد که ۳۲/۴ درصد آن‌ها شاغل و ۶۷/۶ درصد هم غیر شاغل می‌باشند.

### بررسی فرضیه‌های تحقیق

آزمون فرضیات تحقیق با استفاده از دو تکنیک آماری، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس انجام شد. جدول‌های شماره ۱ تا شماره ۶ ضریب همبستگی را برای متغیرهای مستقلی که در سطح سنجش فاصله‌ای هستند و ارتباط آن‌ها را با متغیر وابسته سلامت روانی نشان می‌دهند. آمارهای جدول بیانگر این مطلب است که رابطه معناداری بین تمام متغیرهای مستقل فاصله‌ای، با سلامت روانی وجود دارد.

جدول شماره ۱ ضریب همبستگی بین جهت‌گیری برون‌دینی و سلامت روانی مهاجران را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از این ضریب نشان می‌دهد که بین دو متغیر مذکور رابطه معنادار ولی معکوسی وجود دارد به این معنا که هرچه افراد مهاجر دارای جهت‌گیری برون‌دینی باشند، از سلامت روانی کمتری برخوردار می‌باشند. براین اساس می‌توان صرفاً انجام مراسم و مناسک دینی نمی‌تواند دلیلی بر دیندار بودن افراد دانست. متغیر فوق در سطح حداقل ۹۵ درصد معنادار بوده و قابل پذیرش می‌باشد.

جدول ۱- ضریب همبستگی بین جهت‌گیری برون‌دینی و سلامت روانی مهاجران

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
جهت‌گیری برون‌دینی	۱۴/۱۵	۶/۲۳۵	-۰/۷۵	۰/۰۰۰

جدول شماره ۲ ضریب همبستگی بین جهت‌گیری درون‌دینی و سلامت روانی مهاجران را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از این ضریب نشان می‌دهد که بین دو متغیر مذکور ارتباط معنادار و مستقیمی وجود دارد به این معنا که هرچه افراد مهاجر دارای جهت‌گیری درون‌دینی باشند، از سلامت روانی بهتری برخوردار می‌باشند. در این راستا می‌توان نقش مذهب را نمی‌توان صرفاً انجام مناسک مذهبی در زندگی افراد دانست، بلکه باورها و اعتقادات مذهبی بیشتر از رفتارهای مذهبی در زندگی افراد نقش دارند.

جدول ۲- ضریب همبستگی بین جهت‌گیری درون‌دینی و سلامت روانی مهاجران

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
جهت‌گیری درون‌دینی	۱۶/۰۷	۶/۴۲۸	۰/۷۹	۰/۰۰۰

جدول شماره ۳ ضریب همبستگی بین میزان تحصیلات و سلامت روانی مهاجران را نشان می دهد. نتایج حاصل از این ضریب نشان می دهد که بین دو متغیر مذکور رابطه معناداری وجود دارد به این معنا که هرچه افراد مهاجر دارای تحصیلات بیشتری باشند توان بیشتری برای مقابله با مشکلات زندگی دارند و لذا از سلامت روانی بهتری برخوردار می باشند. براساس نتایج حاصله از جدول می توان گفت دو متغیر مذکور در سطح حداقل ۹۵ درصد معنادار بوده و قابل پذیرش می باشد.

جدول ۳- ضریب همبستگی بین تحصیلات و سلامت روانی مهاجران

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
تحصیلات	۹/۳۱	۵/۵۳۸	۰/۲۸	۰/۰۰۰

جدول شماره ۴ ضریب همبستگی بین سن و سلامت روانی مهاجران را نشان می دهد. نتایج حاصل از این ضریب نشان می دهد که بین دو متغیر مذکور رابطه معناداری ولی ضعیفی وجود دارد. هرچه افراد در سنین بالاتر اقدام به مهاجرت می کنند، بهتر می توانند خود را با جامعه مقصد تطبیق دهند و لذا از سلامت روانی بهتری برخوردار می باشند. براساس نتایج حاصله از جدول می توان گفت دو متغیر مذکور در سطح حداقل ۹۵ درصد معنادار بوده و قابل پذیرش می باشد.

جدول ۴- ضریب همبستگی بین سن و سلامت روانی مهاجران

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سن	۳۸/۲۲	۱۴/۴۵۹	۰/۲۱	۰/۰۰۱

جدول شماره ۵ ضریب همبستگی بین میزان درآمد و سلامت روانی مهاجران را نشان می دهد. نتایج نشان می دهد که بین دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد. هرچه افراد از سطح درآمد بیشتری برخوردار باشند، قدرت استفاده از امکانات مناسب و برخورداری از مزایای موجود در جامعه مقصد را دارند و بهتر می توانند خود را با

جامعه مقصد تطبیق دهند و لذا از سلامت روانی بهتری برخوردار می‌باشند. براساس نتایج حاصله از جدول می‌توان گفت دو متغیر مذکور در سطح حداقل ۹۵ درصد معنادار بوده و قابل پذیرش می‌باشد.

#### جدول ۵- ضریب همبستگی بین میزان درآمد و سلامت روانی مهاجران

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
میزان درآمد	۳۰۰۰۰	۱۵۷۹۶۹	۰/۵۸	۰/۰۰۰

جدول شماره ۶ ضریب همبستگی بین طول مدت اقامت در جامعه مقصد و سلامت روانی مهاجران را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که بین دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد. براساس مباحث نظری تحقیق هراندازه افراد مدت بیشتری در جامعه مقصد سکونت داشته باشند، بهتر می‌توانند خود را با جامعه مقصد تطبیق دهند و لذا از سلامت روانی بهتری برخوردار می‌باشند. براساس نتایج حاصله از جدول می‌توان گفت دو متغیر مذکور در سطح حداقل ۹۵ درصد معنادار بوده و قابل پذیرش می‌باشد.

#### جدول ۶- ضریب همبستگی بین مدت اقامت و سلامت روانی مهاجران

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
مدت اقامت	۱۰/۴	۶/۶۸۱	۰/۳۳	۰/۰۰۰

جهت آزمون فرضیه‌هایی که متغیرهای مستقل آن‌ها در سطح سنجش اسمی یا ترتیبی قرار دارند، از آزمون F برای مقایسه میانگین‌ها استفاده شده است.

جدول شماره ۷ آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران برحسب وضعیت تأهل افراد نمونه را نشان می‌دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره سلامت روانی افراد متأهل برابر ۴۹/۴ است که بالاتر از میانگین نمره افراد مجرد ۴۰/۱۲ می‌باشد. این تفاوت براساس آزمون F حداقل در سطح ۹۵ درصد معنادار است. از این فرضیه چنین استنباط می‌شود که سلامت روانی افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد است زیرا متأهلین بیشتر از مجردین باورهای مذهبی را در زندگی خود به کار می‌گیرند.

جدول ۷- میانگین نمره سلامت روانی افراد بر حسب وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	میانگین	مقدار F	سطح معنی داری F
مجرد	۴۰/۱۲	۲۱/۶	۰/۰۰۰
متاهل	۴۹/۴		

جدول شماره ۸ آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران بر حسب وضعیت مسکن را نشان می دهد. میانگین نمره سلامت روانی افرادی که در خانه های شخصی زندگی می کنند، برابر ۵۲/۲۰ است که بالاتر از میانگین نمره سلامت روانی آن هایی است که در خانه های اجاره ای ۴۴/۷۷، سازمانی ۳۵/۹۱ و سایر خانه ها ۴۵/۲۱ زندگی می کنند. تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات سلامت روانی افراد در هر طبقه بر اساس آزمون F با مقدار ۷/۶، حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار است. نتایج بیانگر این مطلب است که کسانی که در خانه های شخصی زندگی می کنند، نسبت به افرادی که در خانه های اجاره ای، سازمانی و... زندگی می کنند، از وضعیت سلامتی بهتری برخوردارند.

جدول ۸- تحلیل واریانس میزان سلامت روانی مهاجران بر حسب وضعیت مسکن

وضعیت مسکن	میانگین	مقدار F	سطح معنی داری
شخصی	۵۲/۲۰	۷/۶	۰/۰۱۲
اجاره ای	۴۴/۷۷		
سازمانی	۳۵/۹۱		
سایر	۴۵/۲۱		

جدول شماره ۹ آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران را بر حسب طبقه اجتماعی نشان می دهد. نتایج به دست آمده بر اساس آزمون F فرضیه فوق را تأیید نکرده و تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین میانگین ها نشان نمی دهد. میانگین نمره سلامت روانی افراد در طبقه بالا برابر ۴۹/۲۲ و در طبقه متوسط ۵۲/۸۶ و طبقه پایین ۴۱/۶۴ است، تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات سلامت روانی افراد در هر طبقه بر اساس

آزمون F با مقدار ۱/۱۴۵، حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار نبوده است. به عبارتی دیگر مهاجرانی که به طبقات مختلف تعلق داشته اند، در تفاوت سلامت روانی آن‌ها در جامعه مقصد تفاوت آن‌چنانی نداشته است.

جدول ۹- تحلیل واریانس میزان سلامت روانی مهاجران بر حسب طبقه اجتماعی

سطح معنی داری	مقدار F	میانگین	طبقه اجتماعی
۰/۳۴	۱/۱۴۵	۴۹/۲۲	طبقه بالا
		۵۲/۸۶	طبقه متوسط
		۴۱/۶۷	طبقه پایین

نکته‌ای که قابل ذکر است، این است که متغیرهایی چون جنسیت و وضعیت اشتغال در این مقاله ارتباط معناداری با متغیر وابسته نداشته و لذا از آوردن آن‌ها در تحلیل خودداری شده است.

### رگرسیون چندمتغیره

جهت آزمون مدل از رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. جدول شماره ۱۰ مربوط به تحلیل چندمتغیره متغیرهای مستقل جهت پیش بینی متغیر وابسته سلامت روانی می باشد. آزمون T نشان می‌دهد که ضریب بتا برای این ۵ متغیر حداقل در سطح ۹۵ درصد اطمینان از لحاظ آماری معنادار است. اولین متغیری که در معادله رگرسیونی وارد شده است، جهت گیری‌های درون دینی می باشد. مقدار B برابر ۰/۵۶ بیانگر این است که هر چه افراد مهاجر در مواجهه با فرهنگ جدید و مشکلات احتمالی ناشی از ورود به فرهنگی بیگانه، از جهت گیری مذهبی درون دینی استفاده کنند، سلامت روانی آن‌ها به مراتب بهتر خواهد بود. در مرحله دوم جهت گیری درون دینی با مقدار B برابر ۰/۶۴- وارد معادله رگرسیونی شده‌اند. در مرحله سوم متغیر تحصیلات با مقدار B برابر ۰/۲۵، در مرحله چهارم سن افراد با مقدار B برابر ۰/۱ و در مرحله آخر متغیر وضعیت تأهل با مقدار B برابر ۳/۰۴ وارد معادله شده است. از آنجا که متغیر وضعیت تأهل در این تحقیق اسمی دوحالتی بود که در مرحله آزمون فرضیات معناداری آن مشخص شد لذا جهت آگاهی از این مطلب که آیا این متغیر می‌تواند در معادله رگرسیونی وارد شود، به صورت متغیری تصنعی در آورده شد تا به صورت فاصله‌ای در آمده و توان



ورود به معادله رگرسیونی را داشته باشد. بنابراین با قابل شدن کد ۱ برای متاهلین و کد ۰ برای مجردین به صورت متغیری فاصله‌ای در آورده شد. در این معادله این متغیر با تأکید بر وضعیت افراد متأهل تحلیل شده است و نتیجه آن نشان می‌دهد که افراد متأهل در برخورد با فرهنگ جدید قدرت سازگاری بهتری نسبت به افراد مجرد دارند. هر ۵ متغیر در مجموع توانسته‌اند ۰/۷۲ از واریانس متغیر وابسته (سلامت روانی) را تبیین کنند ( $R^2=0.72$ ).

نکته‌ای که در اینجا مهم به نظر می‌رسد این است که متغیر درآمد چون شدت تبیین کنندگی بیشتری نسبت به متغیرهای جدول داشت و در صورت ورود به معادله بیشتر متغیرها را بیرون می‌راند. لذا از آوردن آن در معادله رگرسیونی صرف نظر شده و نیامدن آن در معادله به معنی عدم ارتباط آن با متغیر وابسته نیست چون در جدول شماره ۵ این متغیر در ارتباط قوی با متغیر سلامت روانی قرار گرفته بود.

جدول شماره ۱۰- عناصر متغیرهای درون معادله برای پیش بینی سلامت روانی مهاجران

مرحله	متغیر	ضریب B	ضریب Beta	مقدار T	معنی داری	$R^2$
۱	جهت گیری درون دینی	۰/۵۶	۰/۵۶	۳/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۶۵
۲	جهت گیری برون دینی	-۰/۶۴	-۰/۵۱	-۳/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۶۹
۳	تحصیلات	۰/۲۵	۰/۱۲۰	۳/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۷۰
۴	سن	۳/۰۴	۰/۱۰۲	۳/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱
۵	وضعیت تأهل	۰/۱	۰/۰۹۹	۳/۰۲	۰/۰۰۳	۰/۷۲

بر این اساس معادله رگرسیون چند متغیره در تحقیق حاضر به این صورت می‌باشد:

$$Y = a + bx_1 + bx_2 + \dots + bx_n$$

سلامت روانی = ۰/۵۶ (جهت گیری درون دینی) +

-۰/۶۴ (جهت گیری برون دینی) + ۰/۲۵ (میزان تحصیلات) + ۳/۰۴ (سن) + ۰/۱ (وضعیت تاهل) +  $c_i$

## بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق، رابطه بین ارزش های مذهبی و سلامت روانی مهاجرین سنجیده شده است. نتایج حاصل از ضریب همبستگی بین متغیرهای تحقیق نشان می دهد که بین دو متغیر جهت گیری های مذهبی درون دینی و برون دینی با سلامت روانی مهاجران رابطه معناداری وجود دارد. ضریب همبستگی به دست آمده برای جهت گیری درون دینی برابر ۰/۷۹ و برون دینی برابر ۰/۷۵- می باشد. یافته های این پژوهش، پیش فرض نظریه آپورت در مورد رابطه بین سلامت روانی و دینداری و ارتباط آن با سلامت روانی مهاجران را تأیید می نماید. براساس یافته های تحقیق رابطه معنی داری هم بین متغیرهای زمینه ای تحصیلات ( $F=0/28$ )، سن ( $F=0/21$ )، میزان درآمد ( $F=0/58$ ) و مدت اقامت ( $F=0/33$ ) با سلامت روانی مهاجران وجود دارد. نتایج رگرسیون چند متغیره نشان می دهد که متغیر وابسته مستقیماً تحت تأثیر متغیرهای جهت گیری های درون دینی، تحصیلات، جنسیت، سن و جهت گیری مذهبی برون دینی قرار گرفته و این متغیرها به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر سلامت روانی داشته اند، توانسته اند وارد معادله رگرسیونی شده و در کل ۷۲ درصد از تغییرات این متغیر را برای ما توضیح داده اند ( $R^2=0/72$ ).

به طور کلی مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت های دینی است و از این طریق در کنترل استرس های هیجانی و ناراحتی های جسمی به افراد کمک می کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، برخورداری از حمایت های اجتماعی، حمایت روحانی و ... همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن ها می توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. مذهب می تواند در تمامی عوامل، نقش مؤثری در استرس زایی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت های مقابله، منابع حمایتی و ... سبب کاهش گرفتاری روانی شود. بر این اساس، مدت ها است که تصور می شود بین مذهب و سلامت روانی ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روان شناسی مذهب، حمایت های تجربی زیادی را در راستای این زمینه فراهم آورده است. بر اساس مطالعات انجام شده دیگر، بین مذهبی بودن و معنادار بودن زندگی و سلامت روانی ارتباط نزدیکی وجود دارد.

نتایج این تحقیق، این مسأله را روشن می سازد که مهاجرانی که دارای جهت گیری های درون دینی می باشند، از وضعیت سلامت روانی بهتری برخوردار می باشند. آنچه نتایج نشان می دهد این است مهاجرانی که

دین را در جهت رفع نیازهای اجتماعی خود می خواهند و به اصل آن توجه ندارند. از سلامت روانی برخوردار نیستند. باورهای مذهبی مانند یک (سپر) در برابر استرس های زندگی عمل می کنند و از این طریق به راهبردهای مقابله ای فرد کمک می کنند. فرد متدین در بحران ها به عبادت و ستایش خدا می پردازد.

و این با آنچه جیمز روانشناس عمل گرا معتقد است وجود دین مهم ترین عامل در سلامت روانی افراد است، همخوانی دارد (جیمز، ۱۳۷۲: ۲۶). در این تحقیق نتایج نشان می دهد که مهاجران سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت تری در نظر بگیرند و در نتیجه آن ها را به عنوان فرصتی برای رشد و پیش رفت به شمار می آورند. در این راستا برگین (۱۹۹۱) بر این باور است که دین گرایی درون زاد با ویژگی های فوق در ارتباط است. به همین دلیل نیز تجربه افراد دارای دین درونی و بیرونی از رویدادهای زندگی متفاوت است. طبیعی است که افراد دارای دین درونی سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت تر و به شکل آزمایش های الهی در نظر بگیرند و در نتیجه آن ها را فرصتی برای رشد و پیش رفت به شمار آورند. این افراد به دلیل قابلیت هایی که دارند سعی می کنند تا از الگوهای شخصیتی مشابه به سخت کوشی روان شناختی برای مبارزه با بحران های زندگی استفاده کنند. می دانیم که سخت کوشی روان شناختی دارای سه مؤلفه مشارکت، کنترل و مبارزه است. به همین دلیل نیز با توجه به ویژگی های سخت کوشی روان شناختی و صفات مطرح شده فوق در خصوص افراد دارای دین درونی، این افراد توانایی بهتری برای مقابله با فشار روانی و رویدادهای زندگی دارند (Bergin, 1991: 398). بهره مندی از یک نظام ارزشی پویا و استوار برای مهاجران، وی را از روان آزرده متمایز می سازد. مهاجرانی که پایبند به هیچ ارزشی نیستند یا ارزش های ناقص، موقت و گذرا دارند، در برخورد با مسائل و مشکلات احتمالی در جامعه، مقصد برخوردی غیر عقلانی خواهد بود و زود از پای در می آیند.

براین اساس پیشنهاد می شود در کنار بازسازی ارزش های دینی و فرهنگی، نسبت به حذف تنگناهای فرهنگی در مورد نگرش های افراد بومی نسبت به مهاجران، از طریق نوعی سیستم تبلیغاتی و رسانه های گروهی و همچنین تقویت پایه های مناسبات اجتماعی، نظارت های خانوادگی و همبستگی بین افراد مهاجر و غیر مهاجر جهت جلوگیری از احساس تنهایی و غریب بودن مهاجران اقدام به عمل آید.

## فهرست منابع

- بهرامی، فاضل و عباس رضوانی فرانی (۱۳۸۴): رابطه بین باور مذهبی با سلامت روانی، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری روان‌شناسی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران.
- جیمز، ویلیام (۱۳۷۲): دین و روان، ترجمه مهدی قناتی، تهران، انتشارات آموزش انقلاب اسلامی.
- کتابی، محمود و دیگران (۱۳۸۳). «دین، سرمایه اجتماعی و توسعه اجتماعی فرهنگی»، مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان، جلد هفدهم، شماره ۲، صص ۱۶۹-۱۹۲.
- مرادی، گلمراد (۱۳۸۵): «بررسی عوامل اقتصادی - اجتماعی مرتبط با کیفیت سلامت روانی مهاجران: مورد مطالعه اسلام آبادغرب»، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۳): سالنامه آماری استان کرمانشاه، کرمانشاه سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان کرمانشاه: معاونت آمار و اطلاعات.
- مهندسان مشاور تدبیر شهر (۱۳۷۸): «طرح تجدید نظر جامع شهر قصر شیرین»، وزارت مسکن و شهرسازی، تدبیر شهر، مرحله اول، جلد اول.
- نوابخش، مهرداد و حمید پوریوسفی (۱۳۸۵): «نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان»، پایگاه اطلاعات علمی ایران، شماره ۱۴، صص ۷۱-۹۴.
- Allport, G. W & Ross, M. J. Jr.(1967): "Personal Religious Orientation and Prejudice". *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 5, pp. 432-443.
- Ashby, J. S. & Lenhart, R. S.(1994): "Prayer as a Coping Strategy for Chronic Pain Patient", *Rehabit Psychology*, Vol. 39, pp.205-209.
- Batson, C., Schoenrade, P. and Ventis, W. (1993): *Religion and the Individual: A Social-Psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Bergin, A. E.(1991): "Values and Religious Issue in Psychotherapy and Mental Health". *American Psychology*, Vol. 46, pp. 394-403.
- Caroline, B.B.(2000): "*Migration Theory: Talking Across Discipline*", New Yourk, Rouledge.
- Dezutter, J. & Huotsebaut, D.(2006): "Religiosity and Mental Health: A Further Exploration of The Relative Importance of Religious Behavior vs. Religious Attitudes". *Personality And Individual Differences*, Vol. 40, pp. 807-818.

- Douki, S., Ben Zineb, S., Nacef, F. & Halbreich, U. (2007): "Women's Mental Health in the Muslim World: Cultural, Religious, and Social Issues". *Journal of Affective Disorders*, Vol.102, pp. 177-189.
- Elizabeth, A. R. & Elizabeth, M. A. & Joseph, J. C. (2005): "The Relationship Between Religion/Spirituality and Physical Health, Mental Health & Panic in a Chronic Pain Population". *Journal of Pain*, No. 116, pp. 311-321.
- Ellison, C. G., Boardman, J. D., Williams, D. R., & Jackson, J. S. (2001): Religious Involvement, Stress, and Mental Health: Findings from the 1995 Detroit Area Study. *Social Forces*, 80, 215-249.
- Francis, L. J., Robbins, M., Lewis, C. A., Quigley, C. F., & Wheeler, C. (2004): "Religiosity and General Health among Undergraduate Students: A Response to O'Connor, Cobb, and O'Connor (2003)". *Journal of Personality and Individual Differences*, 37, 485-494.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991): "Religious Commitment and Mental Health: A Review of the Empirical Literature". *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- Koenig, H. G., Mc Cullough, M. E., & Larson, D. B. (2001): *Handbook of Religion and Health*. Oxford: University Press.
- Lin, N. (1974): "*Foundation of Social Research*", New York: MC Graw. Hill.
- Maltby, John & Day, L. (2004): "Should Never the Twain Meet? Integrating Models of Religious Personality and Religious Mental Health". *Journal of Personality and Individual Differences*, Vol.36, pp.1275-1290.
- Montazeri, A. and et al. (2003): "The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12). Translation study of the Iranian Version", Iranian institute for Health Social Research, Tehran. 1, 66.
- O'Connor, D., Cobb, J., & O'Connor, R. (2003). Religiosity, Stress and Psychological Distress. *Journal of Personality and Individual Differences*, 34, 211-217.
- Oishi, N. (2002): Gender and Migration: An Integration Approach Center of Comparative Immigration Studies, University of California, San Diego, Working Paper. 49.
- Rosenstiel, A. K. & Keefe, F. J. (1993): "The Use of Coping Strategy in Chronic Low Back Pain Patient: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment," *Journal of Pain*, No. 17, pp. 33-44.
- Schere, M. F. (1987): "Disposition Optimism and Psycal Well-being". The Influence of Generalized Outcome Expectancies of Health, *Journal of Personality*, Vol. 55, pp. 120-169.

### مشخصات نویسندگان

- دکتر عبدالعلی لهسایی زاده عضو هیأت علمی و استاد جامعه شناسی دانشگاه شیراز است.
- زهره آذرگون: دانشجوی کارشناسی ارشد رشته جمعیت شناسی دانشگاه شیراز است.
- گلنراد مرادی: فارغ التحصیل کارشناسی ارشد رشته جمعیت شناسی است.