



نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

طیبه شریفی*، دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند**، دکتر حسین شکرکن***

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش، بررسی رابطه‌ی نگرش دینی با سلامت عمومی و شکیبایی دانشجویان بود.

مواد و روش کار: این بررسی از نوع توصیفی است. آزمودنی‌های پژوهش ۴۰۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰ بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های سنجش دینداری، سلامت عمومی (GHQ) و شکیبایی به‌کار گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی چندگانه بهره گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان دادند که نگرش دینی با اختلال در سلامت عمومی رابطه‌ی منفی و با شکیبایی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارد. همچنین ضریب رگرسیون نشان داد که از میان چهار بعد متغیر دینداری، بعد اعتقادی و بعد مناسکی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها برای سلامت عمومی می‌باشند و بعد مناسکی بهترین پیش‌بینی‌کننده برای شکیبایی است.

نتیجه‌گیری: بین نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد.

کلیدواژه: نگرش دینی، سلامت عمومی، شکیبایی

مقدمه

اندازه‌ای روانشناسی قرار گرفته است. بنیامین راش^۱ (به‌نقل از عثمان‌نجاتی، ۱۳۶۷) بر این باور بود که دین تا آن‌جا برای پرورش و سلامت روح آدمی اهمیت

از سال‌های پایانی سده‌ی نوزدهم، دین به‌عنوان یک موضوع مهم مورد توجه رشته‌های علوم اجتماعی و تا

* دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، فرهنگ شهر، دانشگاه آزاد اسلامی (نویسنده مسئول).

E-mail: tayybhsharify@yahoo.com

** دکترای روانشناسی عمومی، دانشیار گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران، اهواز، دانشگاه شهید چمران.

*** دکترای تخصصی روانشناسی صنعتی و سازمانی، استاد گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران، اهواز، دانشگاه شهید چمران.

دارد که هوا برای تنفس. جیمز^۱ (۱۳۶۷)، یونگ^۲ (۱۳۵۴)، فروم^۳ (۱۳۶۸) و سایرین نیز اهمیت رفتارها و باورهای دینی را یادآور شده‌اند. یونگ (۱۳۵۴) دین را یکی از قدیمی‌ترین و عمومی‌ترین نظاهرات روح انسانی دانست و از این رو نمی‌توان دست کم اهمیت دین را به‌عنوان یک پدیده‌ی اجتماعی و تاریخی نادیده گرفت، بلکه برای بسیاری از افراد بشر، حکم یک مسأله مهم شخصی را دارد. به نظر "یونگ" دین از ضمیر ناهوشیار انسان ریشه می‌گیرد.

پارگامنت^۴، نقش‌های روانشناختی مهم و بی‌شمار مذهب را که در کمک به مردم برای درک و کنار آمدن با رخدادهای زندگی به کار می‌برند توصیف نموده است: مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس نزدیک بودن به دیگران، آرامش هیجانی، فرصت خودشکوفایی، احساس راحتی، مهار تکانه، نزدیکی با خدا و کمک به حل مشکل مؤثر باشد (نیومن^۵ و پارگامنت، ۱۹۹۰).

پژوهش‌های انجام شده در چند دهه‌ی گذشته با تمایز بین مذهبی که زندگی سالم را به انسان عرضه می‌کند و دیگر مذاهب، نقش مؤثر و جایگاه ویژه‌ی آن را در زمینه‌ی بهداشت روانی و نیز کارآیی آن را در پیش‌گیری و درمان بسیاری از بیماری‌های روانی، نشان داده‌اند. بررسی‌ها نشان دهنده‌ی همبستگی مثبت بین مذهبی بودن با سلامت روان بوده‌اند (برای نمونه، برگین^۶، مسترز^۷ و ریچاردز^۸، ۱۹۸۸؛ براون^۹، ندویوس^{۱۰} و گری^{۱۱}، ۱۹۹۰؛ ویلیامز^{۱۲}، لارسن^{۱۳} و بوکر^{۱۴}، ۱۹۹۱؛ پاولسون^{۱۵}، اپلر^{۱۶}، ستروایت^{۱۷}، وونش^{۱۸} و یاس^{۱۹}، ۱۹۹۸؛ کونینگ^{۲۰}، ۱۹۹۸؛ احمدی ابهری، ۱۳۷۵؛ نجفی، صولتی دهکردی و نوری قاسم‌آبادی، ۱۳۷۷؛ غباری‌بناب و خدایاری‌فرد، ۱۳۸۰؛ میرزمانی و محمدی، ۱۳۸۰؛ روحی عزیزی و روحی عزیزی، ۱۳۸۰؛ سهرابی و سامانی، ۱۳۸۰). برخی از مطالعات روانشناسی دین در زمینه‌ی تأثیر اعتقادات دینی بر میزان سازگاری افراد با شرایط و محیط‌های مختلف انجام پذیرفته است. نتایج این تحقیقات گویای آن است که داشتن اعتقادات دینی و شرکت در فعالیت‌های مذهبی سبب تسهیل در سازش یافتگی و کنترل

پرخاشگری می‌شود (بانک‌ستون^{۲۱} و ژو^{۲۲}، ۱۹۹۹؛ کارک^{۲۳}، کارمل^{۲۴}، سینریش^{۲۵}، گلبرگر^{۲۶}، فرایدلندر^{۲۷}، ۱۹۹۶؛ یعقوبی نصرآبادی، اسداللهی، معتمدی، ۱۳۸۰).

یکی از هدف‌های بررسی‌های اسلامی در روانشناسی می‌تواند دست یافتن به الگوهای اسلامی در روانشناسی باشد که براساس آنها بتوان علت به وجود آمدن، تداوم و پیش‌گیری از برخی اختلال‌های روانی را تبیین کرد و به راهکارها و معیارهای سودمندی در راستای پیش‌گیری و درمان اختلال‌های روانی و همچنین تأمین سلامت افراد جامعه، دست یافت (کلاتری، ۱۳۷۸).

این پژوهش در این راستا و با این فرض که یکی از مناسب‌ترین راه‌های پیشرفت روانشناسی در ایران، یاری جستن از توان عظیم فرهنگ اسلامی است، انجام شد. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی نگرش دینی (به‌عنوان متغیر پیش‌بین) با سلامت عمومی و شکیبایی (به‌عنوان متغیرهای ملاک) در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بوده است.

با انجام پژوهش‌هایی در این زمینه می‌توان به مسئولین و دست‌اندرکاران فعالیت‌های آموزشی و فرهنگی پیشنهادهای کاربردی سازنده‌ای در زمینه‌ی بهداشت روانی و پیش‌گیری از بیماری‌های روانی ارائه نمود.

بنابراین با توجه به هدف‌های یادشده فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱. بین نگرش دینی و اختلال در سلامت عمومی دانشجویان رابطه‌ی منفی وجود دارد.

1- James	2- Jung
3- Fromm	4- Pargament
5- Newman	6- Bergin
7- Masters	8- Richards
9- Brown	10- Ndubuis
11- Gray	12- Williams
13- Larson	14- Bucker
15- Poulson	16- Eppler
17- Satterwhite	18- Wuensch
19- Bass	20- Koenig
21- Bankston	22- Zhou
23- Kark	24- Carmel
25- Sinnreich	26- Golberger
27- Friedlander	

۲. بین نگرش دینی و شکیبایی دانشجویان رابطه‌ی مثبت وجود دارد.
۳. میان باورها، هیجان‌ها، پیامدها و تشریفات دینی با اختلال در سلامت عمومی رابطه‌ی چندگانه وجود دارد.
۴. میان باورها، هیجان‌ها، پیامدها و تشریفات دینی با شکیبایی رابطه‌ی چندگانه وجود دارد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع بررسی‌های توصیفی است و از روش گزینش تصادفی آزمودنی‌ها بهره گرفته است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰ تشکیل داده‌اند. آزمودنی‌های پژوهش ۴۰۰ نفر (۲۰۰ مرد و ۲۰۰ زن) دانشجویان دانشگاه یاد شده بودند.

برای انتخاب آزمودنی‌ها نخست فهرست کل دانشجویان مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰، با بهره‌گیری از برگه‌های حضور و غیاب موجود در اتاق استادان تهیه گردید. از آن جا که شمار دانشجویان دختر و پسر تقریباً برابر بودند، دانشجویان دختر و پسر به یک اندازه و به روش تصادفی ساده از فهرست نام‌ها انتخاب گردیدند.

میانگین سن آزمودنی‌ها ۲۲/۹ سال بود و ۸۵/۳٪ آنها در گروه سنی ۲۵-۱۸ سال بودند. ۸۴/۵٪ آزمودنی‌ها مجرد و ۱۵/۵٪ متأهل، ۵۲/۵٪ مشغول به تحصیل در ترم‌های بالا (ترم‌های ۵، ۶، ۷، ۸) و ۴۷/۵٪ در ترم‌های پایین (ترم‌های ۱، ۲، ۳) بودند. ۴۱/۵٪ آزمودنی‌ها را دانشجویان دانشکده‌های ادبیات و علوم انسانی، حقوق و علوم سیاسی، ۳۶/۸٪ آنان را دانشجویان دانشکده‌های فنی-مهندسی و مهندسی کشاورزی و ۲۱/۸٪ را دانشجویان دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تشکیل می‌دادند.

برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

الف- پرسش‌نامه‌ی سنج‌ی دینداری مسلمانان: این پرسش‌نامه را سراج‌زاده (۱۳۷۷) برپایه‌ی الگوی گلاک^۱ و استارک^۲ (به نقل از سراج‌زاده، ۱۳۷۷)، با اسلام و به ویژه اسلام شیعی تطبیق داده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ پرسش است و ۴ بعد دینداری را می‌سنجد که به ترتیب عبارت‌اند از: بعد باورهای دینی (دارای هفت پرسش)، بعد تجریمی یا عواطف دینی (دارای شش پرسش)، بعد پیامدی یا آثار دینی (دارای شش پرسش) و بعد مناسکی یا اعمال دینی (دارای هفت پرسش). همه‌ی عبارت‌های پرسش‌نامه، پرسش‌های نگرشی و دارای پنج گزینه از نوع لیکرت بوده‌اند: ۱) کاملاً مخالف: ۲) مخالف: ۳) بی‌تابین: ۴) موافق و ۵) کاملاً موافق.

در بررسی روایی^۳ این پرسش‌نامه، سراج‌زاده (۱۳۷۹) ضریب همبستگی ۰/۶۲ - ۰/۴۱ را گزارش نموده است. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی این آزمون، ضریب همبستگی آن با آزمون نگرش‌سنج مذهبی خدایاری فرد (۱۳۷۷) محاسبه شد. ضریب به‌دست آمده برای کل آزمون برابر با ۰/۴۵ و برای ابعاد آن ۰/۳۴ - ۰/۲۹ بود. سراج‌زاده (۱۳۷۷) ضرایب آلفای استاندارد چهار مقیاس مربوط به چهار بعد دینداری را ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ گزارش نمود. پایایی^۴ این پرسش‌نامه در بررسی حاضر به روش دو نیمه کردن برای کل سنج و ابعاد آن به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۰، ۰/۵۳، ۰/۶۳، ۰/۷۶ و به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۲، ۰/۵۶، ۰/۶۶ و ۰/۷۹ بود.

ب- پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی^۵ (GHQ)، فرم ۲۸-سوالی: این پرسش‌نامه را گلدبرگ^۶ و هیلیر^۷ (۱۹۷۹) معرفی نموده‌اند و به‌طور گسترده‌ای در بررسی‌های زمینه‌یابی در بسیاری از کشورها به کار برده شده است. پرسش‌های این پرسش‌نامه چهار گزینه‌ای است و دارای چهار مقیاس فرعی به شرح زیر می‌باشد که هر مقیاس دارای هفت پرسش است:

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| 1- Glock | 2- Stark |
| 3- validity | 4- reliability |
| 5- General Health Questionnaire | |
| 6- Goldberg | 7- Hillier |

الف) علایم بدنی، ب) علایم اضطرابی، ج) اختلال در کارکرد اجتماعی و د) علایم افسردگی.

این پرسش نامه به روش لیکرت نمره گذاری شده است. به گزینه های الف تا د، به ترتیب نمره صفر تا سه داده می شود. در این آزمون برای هر فرد پنج نمره به دست می آید که چهار نمره مربوط به خرده مقیاس ها و یک نمره هم مربوط به کل آزمون است.

ویلیامز، گلدبرگ و ماری^۱ (به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴) در بازنگری ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند. یعقوبی، نصر اصفهانی و شاه محمدی (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه ی برش^۲ ۲۳، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ را گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، ضریب اعتبار این پرسش نامه به روش همبسته کردن نمره های این آزمون با دو پرسش نامه ی افسردگی بک^۳ (BDI) و اضطراب^۴ (ANO) به ترتیب ۰/۲۱ و ۰/۲۵ به دست آمد.

هم چنین بررسی های مختلف نشانگر پایایی بالای پرسش نامه ی GHQ و خرده مقیاس های آن می باشند (۰/۴۷ تا ۰/۹۳). پالاهنگ، نصر اصفهانی و براهنی (۱۳۷۵) پایایی این پرسش نامه را ۰/۹۱ گزارش نموده اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسش نامه به روش دونیمه کردن برای کل پرسش نامه و خرده مقیاس های آن به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۵۴، ۰/۴۴، ۰/۴۵ و ۰/۵۵ و به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۵۶، ۰/۴۱، ۰/۴۸ و ۰/۵۹ به دست آمده است.

ج- پرسش نامه ی شکیبایی^۵: این پرسش نامه را ایوانز^۶ (۱۹۸۰) برای سنجش شکیبایی ساخته و رضاخانی (۱۳۷۹) آن را به فارسی برگردانیده است. این پرسش نامه دارای ۲۹ ماده ی سه گزینه ای است. برای نمره گذاری مقیاس، به گزینه های انتخاب شده که نشان دهنده ی نگرش مثبت هستند صفر امتیاز، به گزینه های بینابین دو امتیاز و به گزینه هایی که گویای نگرش منفی هستند چهار امتیاز داده می شود. نمره ی پایین در این مقیاس بیانگر شکیبایی بالا است.

ضریب روایی این آزمون به روش همبسته کردن نمره های این آزمون با آزمون پرخاشگری اهواز^۷ (AAD) بر روی نمونه ی ۱۰۰ نفری (۵۰ زن و ۵۰ مرد) ۰/۳۳، هم چنین ضریب پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و به روش دونیمه کردن ۰/۷۰ محاسبه شد. برای تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی چندگانه بهره گرفته شد.

یافته ها

میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره های آزمودنی های پژوهش بر حسب متغیرهای ابعاد دینداری، سلامت عمومی و شکیبایی در جدول ۱ نشان داده شده است.

میانگین بالا در متغیر سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن به منزله ی برخورداری آزمودنی ها از سلامت عمومی کمتر می باشد.

همان گونه که در جدول ۱ دیده می شود، میانگین نمره ی دانشجویان در کل سنجی دینداری ۹۹/۰۱ با انحراف معیار ۱۰/۴۱ و از میان چهار بعد دینداری، بعد عاطفی دارای بیشترین میانگین (۲۹/۹۹) و بعد مناسکی دارای کمترین میانگین (۱۸/۰۴) می باشد.

میانگین نمره ی سلامت عمومی (کل پرسش نامه) ۲۴/۰۵ (انحراف معیار ۷/۳۱) بود. از چهار خرده مقیاس سلامت عمومی، خرده مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی دارای بیشترین میانگین (۶/۲۵) و خرده مقیاس علایم بدنی دارای کمترین میانگین (۵/۷۶) بود. میانگین نمره ی شکیبایی ۵۵/۷۷ بود.

رابطه ی نگرش دینی به صورت کلی و چهار بعد آن به تفکیک (به عنوان متغیر پیشین) با سلامت عمومی و چهار خرده مقیاس آن و هم چنین شکیبایی (به عنوان متغیرهای ملاک) مورد بررسی قرار گرفته است.

1- Marri 2- cutoff point

3- Beck Depression Inventory

4- Anxiety Questionnaire

5- Patience Questionnaire

6- Evans

7- Ahvaz Agression Inventory

فرضیه‌ی دوم آن یعنی وجود رابطه‌ی مثبت بین نگرش دینی و شکیبایی نشان داده شده است.

در جدول ۲ یافته‌های به‌دست آمده از آزمون فرضیه‌ی نخست پژوهش مبنی بر وجود رابطه‌ی منفی بین نگرش دینی و اختلال در سلامت عمومی و

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌ی آزمودنی‌ها در متغیرهای دینداری و ابعاد آن، متغیر سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن و متغیر شکیبایی (N=400)

متغیرها		شاخص‌های آماری			
		میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
سنجه‌ی دینداری	بعد اعتقادی	۲۵/۹۷	۲/۶۶	۱۶	۳۰
	بعد عاطفی	۲۹/۹۹	۳/۱۶	۱۷	۳۵
	بعد پیامدی	۲۵/۰۰	۴/۵۵	۱۱	۳۵
	بعد مناسکی	۱۸/۰۴	۵/۰۱	۱۰	۳۰
	کل	۹۹/۰۱	۱۰/۴۱	۷۲	۱۲۷
سلامت عمومی	علائم جسمانی	۵/۷۶	۲/۶۱	۰	۱۴
	اضطراب	۶/۱۴	۲/۴۹	۰	۱۵
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۶/۲۵	۲/۴۲	۰	۱۵
	افسردگی	۵/۸۹	۲/۵۴	۰	۱۴
	کل	۲۴/۰۵	۷/۳۱	۳	۵۱
	شکیبایی	۵۵/۷۷	۱۲/۱۶	۳۰	۹۴

جدول ۲- ضرایب همبستگی و سطح معنی‌داری متغیر دینداری و چهار بعد آن با متغیر سلامت عمومی (و خرده‌مقیاس‌های آن) و متغیر شکیبایی (N=400)

سلامت عمومی و شکیبایی												
شکیبایی		کل سلامت عمومی		علائم افسردگی		اختلال در کارکرد اجتماعی		علائم اضطرابی		علائم بدنی		سنجه‌ی دینداری
p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	
N.S.	۰/۰۶۱	۰/۰۰۱	-۰/۱۷۰	۰/۰۱۷	-۰/۱۱۹	۰/۰۰۰۱	-۰/۲۰۱	N.S.	-۰/۰۹۱	N.S.	-۰/۰۸۷	بعد اعتقادی
۰/۰۱۵	۰/۱۲۱	N.S.	-۰/۰۴۶	N.S.	-۰/۰۵۹	N.S.	-۰/۰۱۷	N.S.	-۰/۰۱۳	N.S.	-۰/۰۴۴	بعد عاطفی
۰/۰۱۰	۰/۱۲۹	۰/۰۰۲	-۰/۱۵۷	۰/۰۲۹	-۰/۱۱۰	N.S.	-۰/۰۹۴	۰/۰۰۴	-۰/۱۴۳	۰/۰۲۸	-۰/۱۱۰	بعد پیامدی
۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۲	۰/۰۰۲	-۰/۱۵۶	N.S.	-۰/۰۳۴	N.S.	-۰/۰۹۲	۰/۰۰۱	-۰/۱۶۷	۰/۰۰۱	-۰/۱۵۸	بعد مناسکی
۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۸	۰/۰۰۰۱	-۰/۲۰۱	۰/۰۲۵	-۰/۱۱۲	۰/۰۰۴	-۰/۱۴۲	۰/۰۰۱	-۰/۱۷۰	۰/۰۰۱	-۰/۱۶۰	کل

پژوهش حاضر نیز تأیید گردید. به بیان دیگر هر اندازه دانشجویان در زمینه‌ی دینداری نمره‌ی بالاتری داشته باشند، از شکیبایی بیشتری برخوردارند. هم‌چنین ضریب‌های همبستگی ابعاد عاطفی، پیامدی و مناسکی دین با شکیبایی به ترتیب برابر با ۰/۱۲، ۰/۱۳ و ۰/۶۲ بودند. ضریب همبستگی بین بعد اعتقادی دین با شکیبایی، ۰/۰۶ بود که به سطح معنی‌داری نرسیده بود. به بیان دیگر برپایه‌ی این پژوهش بعد اعتقادی دین با شکیبایی رابطه‌ای ندارد.

یافته‌های به دست آمده از آزمون فرضیه‌های ۳ و ۴ مبنی بر وجود رابطه‌ی چندگانه بین چهار بعد اعتقادی، عاطفی، پیامدی و مناسکی دین با اختلال در سلامت عمومی و شکیبایی در جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده‌اند.

همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، ضریب همبستگی بین نگرش دینی و سلامت عمومی ۰/۲۰- است. بنابراین، فرضیه‌ی نخست پژوهش حاضر مورد تأیید قرار گرفت، یعنی بین نگرش دینی و اختلال در سلامت عمومی دانشجویان رابطه‌ی منفی وجود دارد. رابطه‌ی منفی معنی‌دار بین سه بعد اعتقادی، پیامدی و مناسکی دینداری با اختلال در سلامت عمومی و نبود رابطه‌ی معنی‌دار میان ضریب همبستگی بین بعد عاطفی دین با سلامت عمومی (۰/۰۴۶-) گویای آن است که بعد عاطفی دین بر پایه‌ی یافته‌های این پژوهش با سلامت عمومی رابطه‌ای ندارد. ضریب‌های همبستگی نگرش دینی (کل سنج) با هر کدام از خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی نیز معنی‌دار بود.

ضریب همبستگی بین نگرش دینی و شکیبایی برابر با ۰/۴۱ به دست آمد. بنابراین، فرضیه‌ی دوم

جدول ۳- ضرایب همبستگی چندگانه‌ی چهار بعد متغیر دینداری با متغیر سلامت عمومی با استفاده از روش ورود (الف) و روش گام به گام (ب)

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	ضریب همبستگی چندمتغیری	ضریب تعیین	نسبت F و سطح معنی‌داری	ضرایب رگرسیون (B)			
					بعد اعتقادی	بعد عاطفی	بعد پیامدی	بعد مناسکی
الف سلامت عمومی	بعد اعتقادی	۰/۱۷۰	۰/۰۲۹	۱۱/۸۰۸ (۰/۰۰۰۱) t=-۳/۴۳۶ p=۰/۰۰۱	β=-/۱۷۰			
	بعد عاطفی	۰/۱۷۰	۰/۰۲۹	۵/۹۳۴ (۰/۰۰۳) t=-۳/۳۱۵ p=۰/۰۰۱	β=-/۱۷۵	β=-/۰۱۶ t=-/۲۹۴ p=۰/۷۶۹		
	بعد پیامدی	۰/۲۱۳	۰/۰۴۵	۷/۲۶۷ (۰/۰۰۰۱) t=-۲/۸۳۲ p=۰/۰۰۵	β=-/۱۵۱	β=-/۰۸۱ t=-۱/۳۹۳ p=۰/۱۶۴	β=-/۱۴۹ t=-۲/۶۰۰ p=۰/۰۱۰	
بعد مناسکی	۰/۲۴۲	۰/۰۵۹	۶/۱۵۴ (۰/۰۰۰۱) t=-۲/۶۹۴ p=۰/۰۰۷	β=-/۱۴۳	β=-/۰۸۱ t=-۱/۳۹۵ p=۰/۷۱۶۴	β=-/۱۲۵ t=-۲/۱۵۴ p=۰/۰۳۲	β=-/۱۱۹ t=-۲/۳۶۵ p=۰/۰۱۸	
ب سلامت عمومی	بعد اعتقادی	۰/۱۷۰	۰/۲۹۰	۱۱/۸۰۸ (۰/۰۰۰۱) t=-۳/۴۳۶ p=۰/۰۰۱	β=-/۱۷۰			
	بعد مناسکی	۰/۲۱۷	۰/۰۴۷	۹/۷۷۸ (۰/۰۰۰۱) t=-۳/۰۷۶ p=۰/۰۰۲	β=-/۱۵۲			β=-/۱۳۶ t=-۲/۷۴۸ p=۰/۰۰۶

جدول ۴- ضرایب همبستگی چندگانه‌ی چهار بعد متغیر دینداری با متغیر شکیبایی با استفاده از روش ورود (الف) و روش گام به گام (ب)

ضرایب رگرسیون (B)				نسبت F و سطح معنی داری	ضریب تعیین	ضریب همبستگی چندمتغیری	متغیر پیش بین	متغیر ملاک
بعد اعتقادی	بعد عاطفی	بعد پیامدی	بعد مناسکی					
			$\beta=0/061$ $t=1/213$ $p=0/226$	۱/۴۷۲ (۰/۲۲۶)	۰/۰۰۴	۰/۰۶۱	بعد اعتقادی	الف شکیبایی
		$\beta=0/114$ $t=2/138$ $p=0/033$	$\beta=0/021$ $t=0/385$ $p=0/700$	۳/۰۲۸ (۰/۰۵۰)	۰/۰۱۵	۰/۱۲۳	بعد عاطفی	
	$\beta=0/090$ $t=1/555$ $p=0/121$	$\beta=0/074$ $t=1/257$ $p=0/209$	$\beta=0/006$ $t=0/108$ $p=0/914$	۲/۸۳۲ (۰/۰۳۸)	۰/۰۲۱	۰/۱۴۵	بعد پیامدی	
$\beta=0/625$ $t=15/488$ $p=0/0001$	$\beta=-0/038$ $t=-0/815$ $p=0/416$	$\beta=0/076$ $t=1/631$ $p=0/104$	$\beta=-0/036$ $t=-0/836$ $p=0/404$	۶۳/۳۷۳ (۰/۰۰۰۱)	۰/۳۹۱	۰/۶۲۵	بعد مناسکی	
$\beta=0/622$ $t=15/829$ $p=0/0001$				۲۵۰/۵۶۹ (۰/۰۰۰۱)	۰/۳۸۶	۰/۶۲۲	بعد مناسکی	ب شکیبایی

Andoosbeh
Va
Raftar

الدیشه و رفتار

۹۵

همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی ابعاد چهارگانه‌ی متغیر دینداری با متغیر سلامت عمومی از نظر آماری معنی دار است ($MR=0/242$ ، $F=6/154$ ، $p<0/01$). بنابراین، فرضیه‌ی سوم این پژوهش نیز تأیید می‌گردد، یعنی بین چهار بعد دینداری و سلامت عمومی همبستگی چندگانه وجود دارد. هم‌چنین جدول یاد شده (قسمت ب) نشان می‌دهد که از میان چهار بعد متغیر دینداری، بعد اعتقادی و بعد مناسکی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها برای متغیر سلامت عمومی می‌باشند، یعنی افرادی که به اصول، فروع و احکام دین اعتقاد راسخ دارند و در مرحله‌ی عمل به احکام دین نیز خود را ملزم به رعایت این دستورها می‌دانند، از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند.

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، ضریب همبستگی چندمتغیری برای ترکیب خطی ابعاد چهارگانه‌ی متغیر دینداری با متغیر شکیبایی ($MR=0/119$) بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها می‌باشند. همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، ضریب همبستگی چندمتغیری برای ترکیب خطی ابعاد چهارگانه‌ی متغیر دینداری با متغیر شکیبایی ($MR=0/625$ ، $F=63/373$ ، $p<0/001$) معنی دار می‌باشد. بنابراین، فرضیه‌ی چهارم پژوهش تأیید می‌گردد. به بیان دیگر بین چهار بعد دینداری و شکیبایی همبستگی چندگانه وجود دارد. هم‌چنین جدول یاد شده (قسمت ب) نشان می‌دهد که از میان چهار بعد متغیر دینداری، بعد مناسکی بهترین پیش‌بینی‌کننده برای متغیر شکیبایی می‌باشد، یعنی افرادی که به اعمال دینی هم‌چون خواندن نماز، دعا، روزه‌گرفتن، قرآن خواندن، شرکت در نماز جمعه و جماعت، مراسم دینی و... مبادرت می‌ورزند، از شکیبایی بیشتری برخوردارند.

هم‌چنین تحلیل رگرسیون به روش گام به گام نشان داد که از میان چهار بعد دینداری، بعد مناسکی برای خرده‌مقیاس علایم جسمانی ($MR=0/158$) بعد اعتقادی برای خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی ($MR=0/201$)، بعدهای

بحث

بر پایه‌ی یافته‌های این بررسی می‌توان گفت بین نگرش دینی دانشجویان با اختلال در سلامت عمومی آنها رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد. از سوی دیگر بعد اعتقادی و بعد مناسکی دین یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت عمومی می‌باشند. به بیان دیگر برپایه‌ی یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت افرادی که به اصول، فروع، دستورها و احکام دینی پایبندی بیشتری دارند و در عمل به این احکام و اصول نیز بیشتر تأکید می‌کنند، سلامت عمومی روانی آنها دچار اختلال کمتری است.

یافته‌های به‌دست آمده از آزمون این فرضیه با یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش‌های برگین و همکاران (۱۹۸۸)، براون و همکاران (۱۹۹۰)، ویلیامز و همکاران (۱۹۹۱)، پاولسون و همکاران (۱۹۹۸)، کونینگ (۱۹۹۸، ۲۰۰۰)، احمدی‌ایه‌ری (۱۳۷۵)، نجفی و همکاران (۱۳۷۷)، میرزمانی و محمدی (۱۳۸۰)، غباری‌بناب و خدایاری‌فرد (۱۳۸۰)، روحی‌عزیزی و روحی‌عزیزی (۱۳۸۰)، سهرابی و سامانی (۱۳۸۰) هم‌سو و هماهنگ می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها شاید بتوان گفت همان‌گونه که رضوانی‌فرانی و بواله‌ری (۱۳۷۴) بیان نموده‌اند یکی از عوامل کاهنده‌ی تأثیر فشارزاهای زندگی، باورهای مذهبی و دینی است؛ کسی که قرآن را هدایتگر و راهنمای زندگی خویش دانسته، در تمامی شئون زندگی آن را ناظر بر زندگی خود می‌داند، به پیشواز مشکلات رفته و انتظار رخداد آنرا دارد (بلد، آیه‌ی ۴)، مشکلات و ناگواری‌ها را به‌عنوان امتحان، خواست و صلاح‌دید الهی به‌شمار می‌آورد، در برابر عوامل فشارزا، امید به گشایش و حل آنها در وجودش باقی است و آینده را روشن می‌بیند، برخی از سختی‌ها را ناشی از گناهان خود دانسته و با اصلاح خویش از آنها پیش‌گیری می‌کند (شوری، آیه‌ی ۳۰). قرآن کریم با تشویق، تمجید و توانمندسازی روابط اجتماعی و خانوادگی، مسلمانان

را در برابر افراد آسیب‌پذیر جامعه هم‌چون سالمندان، کودکان، یتیمان، اسیران و در راه ماندگان مسئول دانسته و فرمان حمایت از آنها را می‌دهد. قرآن با ارایه‌ی الگوهای عملی هم‌چون حضرت ابراهیم (ع)، حضرت ایوب (ع)، پیامبر اسلام (ص) و برخی دیگر از پیامبران و اولیاء از مؤمنان می‌خواهد از آنها پیروی کرده و در برابر مشکلات به آنها اقتدا نمایند (انبیاء، آیه‌های ۸۳ و ۸۵).

افزون بر آن، قرآن مجید راهبردها و توصیه‌های عملی سازنده‌ای را در برخورد با فشارهای روانی به مسلمانان توصیه می‌نماید که عبارت‌اند از: نماز (بقره، ۴۵ و ۱۵۳)، توبه و ذکر (رعد، ۲۸-۷)، توکل (نحل، ۴)، دعا و نیایش (فرقان، ۷۰ و ۷۱)، قرآن انسان را به آرامش فرا می‌خواند (ابراهیم، ۴۵؛ توبه، ۱۰۳؛ فتح، ۴)، شرکت در مراسم دینی و به‌طور کلی التزام عملی به احکام و دستورات دینی. به هنگام رخداد سختی‌ها و استرس‌های روانی باورها، کردار و آیین‌ها و هم‌چنین مجموعه‌ی نهادهای مذهبی همه باهم باعث ایجاد امنیت و اطمینان اساسی می‌شوند که در نجات و رهایی فرد کمک می‌کنند (رمضانی‌فرانی و بواله‌ری، ۱۳۷۴).

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود رابطه‌ی مثبت بین نگرش دینی و شکیبایی، گویای آن است که هرچه فرد از درجه‌ی ایمان بالاتری برخوردار باشد، در رویارویی با سختی‌ها و رویدادهای فشارزا احتمالاً خویشتنداری و شکیبایی بیشتری از خود نشان می‌دهد. هم‌چنین از میان چهار بعد دینداری، بعد مناسکی توان پیش‌بینی‌کننده‌ی بیشتری برای شکیبایی دارد. به بیان دیگر هرچه افراد نسبت به رعایت و انجام اعمال و مناسک دینی التزام عملی بیشتری به خرج دهند، احتمالاً بردباری و شکیبایی بیشتری نیز از خود نشان می‌دهند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: قرآن کریم در آیه‌های بسیاری و معصومین در احادیث بی‌شماری انسان را به هنگام برخورد با سختی‌ها، به صبر فرا

مشاهده‌ی رفتار بهره گرفته شود تا اطلاعات به‌دست آمده از اعتبار بالاتری برخوردار شوند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۷/۲۹؛ دریافت نسخه‌ی نهایی: ۱۳۸۲/۸/۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۸/۱۱

منابع

احمدی ابهری، سیدعلی (۱۳۷۵). نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری‌ها و معرفی سه مورد درمان با روان‌درمانی مذهبی. *فصلنامه اندیشه و رفتار* سال دوم، شماره ۴، ۱۱-۸.

رضائی فرانی، عباس؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۷۴). *قرآن و راه‌های مقابله با فشارهای روانی* مقاله ارایه شده در سومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. ۱۰-۷ اسفندماه.

پلاهنسنگ، حسن؛ نصراصفهانی، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهرکاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار* سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.

جیمز، ویلیام (۱۳۶۷). *فین و روان*. ترجمه: مهدی قائمی، تهران، انتشارات شرکت سهامی.

حسینی، رشید (۱۳۷۴). *بررسی شیوع اختلالات روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله مناطق روستایی طالقان در استان تهران*. پایان‌نامه‌ی تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

خدایاری فرد، محمد؛ غباری بناب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن (۱۳۷۹). آماده‌سازی مقیاس نگرش مذهبی دانشجویان. *مجله روانشناسی*، سال چهارم، شماره ۳، ۶۶-۴۹.

روحی عزیزی، مهناز؛ روحی عزیزی، مریم (۱۳۸۰). *تغییر نصابه عنوان یکی از ارکان دین مبین اسلام بر سلامت جسمی - روانی نسل جوان*. ارایه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. تهران، ۳۰-۲۷ فروردین.

می‌خوانند، زیرا در صبر فواید ارزنده‌ای برای تربیت نفس و افزایش توانایی انسان در برابر سختی‌ها و بارهای سنگین زندگی نهفته است (بقره، ۴۵؛ آل‌عمران، ۱۸۶ و ۲۰۰؛ بلد، ۴؛ محمد، ۳۱؛ اعراف، ۳۷). قرآن کریم سختی‌ها را امری جدانشدنی از زندگی انسان می‌داند (بلد، ۴)، رنج و مصیبت را آزمایش الهی برای انسان به‌شمار می‌آورد (بقره ۱۵۵ و ۱۵۶؛ آل‌عمران، ۱۸۶؛ حدید، ۲۲ و ۲۳) و به نمونه‌هایی از زندگی پیامبران چون یونس و ذکریا (انبیاء ۹۱-۷۶) و پایداری آنها در برابر سختی‌ها اشاره می‌کند (انفال، ۴۶؛ آل‌عمران، ۱۸۶).

به‌طور کلی این بررسی بین‌نگرش دینی و اختلال در سلامت عمومی رابطه‌ی منفی و معنی‌دار نشان داد. هم‌چنین یافته‌ها گویای آن هستند که نگرش دینی با شکیبایی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارد. با بررسی آموزش‌های اسلامی در زمینه‌ی روابط بین فردی و امور اجتماعی و با توجه به توصیه‌هایی که در مورد بهداشت روانی فردی، خانوادگی و اجتماعی و هم‌چنین راه‌هایی که برای رویارویی با فشارهای روانی، ارایه نموده است، می‌توان این پیشنهادها را به‌عنوان ابزاری برای پیش‌گیری و درمان بیماری‌های روانی به‌شمار آورد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی به شرح زیر روبه‌رو بوده است: از آن‌جا که ابزار نگرش دینی می‌تواند در جامعه ما به‌علت حاکمیت جمهوری اسلامی و بهادادن به باورهای دینی تحت تأثیر قرار گیرد و با آن‌که پرسش‌نامه‌ها بی‌نام بوده، این امکان وجود دارد که پاسخگویان از ابراز دقیق باورهای خود خودداری نموده باشند و یا تلاش نموده باشند که خود را مذهبی‌تر نشان دهند و این امر می‌تواند تا اندازه‌ای بر یافته‌های به‌دست آمده در این پژوهش تأثیر بگذارد. از این رو تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط انجام شود.

بنابراین پیشنهاد می‌شود از شیوه‌های دیگری برای گردآوری داده‌ها مانند مصاحبه‌ی ساختار یافته و

- سراج‌زاده، سیدحسین (۱۳۷۷). نگرش‌ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آن برای نظریه سکولارشدن. *فصلنامه اطلاع‌رسانی پژوهشی*، شماره ۱۰ و ۱۱، ۱۰۷-۱۰۵.
- سهرابی، نادره؛ سامانی، سیامک (۱۳۸۰). *بررسی میزان تأثیر نگرش مذهبی بر بهداشت روانی نوجوانان*. مقاله‌ای ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، ۳۰-۲۷ فروردین.
- طهماسبی‌پور، نجف؛ کمانگیری، مرتضی (۱۳۷۵). *بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستانهای شهدای هفتم تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص)*. پایان‌نامه‌ی دکترای پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.
- عثمان نجاتی، محمد (۱۳۶۷). *قرآن و روانشناسی*. مشهد: بنیاد پژوهش‌های اسلامی آستان قدس رضوی.
- غباری بناب، باقر؛ خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۰). *رابطه‌ی توکل به خدا با اضطراب و صبر و امیدواری در شرایط ناگوار در دانشجویان دانشگاه تهران*. مقاله‌ای ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، ۳۰-۲۷ فروردین.
- فروم، اریک (۱۳۶۸). *روانکاو و دین*. ترجمه آرسن نظریان. تهران: انتشارات پویش.
- کلاتری، مهرداد (۱۳۷۸). *طرح اندیشه اسلامی در روانشناسی بالینی*. مرکز تحقیقات علوم رفتاری در فلمرو اسلام، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- میرزمانی، محمود؛ محمدی، محمدرضا (۱۳۸۰). *تحقیقی پیرامون آموزش مذهبی در گروهی از بیماران روانی*. مقاله‌ای ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روانی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، ۳۰-۲۷ فروردین.
- نجفی، مصطفی؛ صولتی دهکردی، سیدکمال؛ نوری قاسم آبادی، ربابه (۱۳۷۷). *بررسی رابطه‌ی نگرش مذهبی با سطح مقابله‌ای و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.
- یعقوبی، نورا...؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا (گیلان-۱۳۷۴). *فصلنامه اندیشه و رفتار* سال اول، شماره ۴، ۶۳-۵۵.
- یونگ، کارل گوستاو (۱۳۵۴). *روانشناسی و دین*. ترجمه نژاد روحانی. تهران: انتشارات فرانکلین.
- یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ اسداللهی، فریبا؛ معتمدی، محمد (۱۳۸۰). *مقایسه فراوانی و اقدام به خودکشی در ماههای محرم صفر و رمضان با بقیه ماهها*. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. ۳۰-۲۷ فروردین. تهران معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.
- Bankston, C.L., & Zhou, M. (1995). Religious participation ethnic identification and adaptation of Vietnamese adolescent in an immigrant community. *Sociological Quarterly*, 36, 523-534.
- Bergin, A.E., Masters, K.S., & Richards, P.S. (1988). Religiousness and Mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 197-204.
- Brown, D.R., Ndubuis, S.C., & Gray, L.E. (1990). Religiosity and Psychological distress among blacks. *Journal of Religions and Health*, 29, 55-68.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness questionnaire*. London: Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D.P., & Hillier, V. (1979). A Scaled Version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145
- Kark, J.D., Carmel, S., Sinnreich, R., Golberger, N., & Friedlander, Y. (1996). Psychological factor among members of religious and secular kibutzim. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, 185-194.
- Koenig, H.G. (2000). Religion, spirituality, and medicine application to clinical practice. *JAMA*, 284, 1708.

Koenig, H.G., Mc Cullough, M., & Larson, D. (2000).

Handbook of religion and Health. New York: Oxford University Press, 7-14.

Koenig, H.G. (1998). Religious attitude and practices of hospitalized Medically ill older adults.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 213-224.

Newman, J.S., & Pargament, K.I. (1990). The role of religion in the problem-solving process. *Review of*

Religions, 31, 390-403

Poulson, R.L., Eppler, M.A., Satterwhite, T.N., Wuensch, K.L., & Bass, L.A. (1998). Alcohol consumption, strength of religious beliefs and risky sexual behavior in college students. *Journal of American College Healthy*, 46, 227-234.

Williams, D.R., Larson, D.B., & Bucker, R.E. (1991). Religious life of alcoholics. *Southern Medical Journal*, 73, 723-727.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی