

Study the relationship between religious attitudes, self-control and spiritual health between Basij sisters, in the city of Shoush

Seyyed Rahmatollah Mousavi Moghadam¹, Mehri Esmail Chegeni^{2*}

1- Department of Islamic Education, Medical School, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

2- Master of psychology, school of Psychology, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Abstract:

Background & Objective: Religion is one of the most fundamental and important institutions that human society has ever known, and concepts such as self-control, spiritual health, and religious attitudes are the most important religious components; which play an important role in religious, social, and personality education/training in the society. Therefore, the aim of the present study is to investigate the relationship between the three components of religious attitudes, self-control and spiritual health among the Basij Sisters of Shoush city.

Material & Methods: The sample used in this study consisted of 50 participants, who were selected by simple random sampling among the Basij Sisters. The instruments used for data collection consist of Religious Attitude Scale (Baraheni), Continenence Questionnaire (self-made), and Palutzian and Ellison Spiritual health Questionnaire. In fact, this descriptive study is a correlation study which examine the relationship between (religious attitudes and self-control), (religious attitudes and spiritual health), and (self-control and spiritual health) among the Basij Sisters. All data were analyzed using statistical software (spss version 21), and Pearson correlation coefficient method and multivariate regression analysis were used to determine the relationship between the variables.

Results: The results showed that, there are a significant positive relationship between religious attitude and continence. ($P < 0/02$). It was also noted that, there is a significant positive relationship between religious attitude and spiritual health ($p < 0.000$) and between self-control and spiritual health ($p < 0/02$) and regression analysis showed self-control is a good predictor for spiritual health.

Conclusion: With attention to these results, research hypothesizes based on the existence of the significance relation among (Religious attitude, self-control and spiritual health) are approved and according to the role of religion and Religious components in the Mental health people and Islamic society, emphasize them in the field of training can lot of help to Improve the mental health and Spiritual community.

Keywords: religion, self-discipline, spiritual health

* Corresponding author: Mehri Esmail-chegeni; Email: mehri.esmaeilchegeni@gmail.com

بررسی رابطه‌ی بین نگرش دینی، خویشتنداری و سلامت معنوی در بین خواهران بسیجی شهرستان شوش

سید رحمت‌الله موسوی مقدم^۱، مهری اسمعیل چگنی^{۲*}

۱- گروه معارف اسلامی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: دین و مذهب یکی از اساسی‌ترین و مهم‌ترین نهادهایی است که جامعه‌ی بشری به خود دیده و مفاهیم خویشتنداری، سلامت معنوی و نگرش دینی که از مهم‌ترین مؤلفه‌های دینی هستند، در تربیت دینی، اجتماعی و فردی از اهمیت بسیار بالایی برخوردارند. به همین منظور هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی بین سه مؤلفه‌ی (نگرش دینی و خویشتنداری و سلامت معنوی) در بین خواهران بسیجی شهرستان شوش است.

مواد و روش‌ها: نمونه‌ی مورد نظر در این پژوهش (۵۰ نفر) به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین خواهران بسیجی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس نگرش سنج دینی (براهنی)، پرسش‌نامه‌ی خویشتنداری (محقق ساخته) و سلامت معنوی پولوتزین و الیسون است. این مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی است که به بررسی رابطه‌ی بین نگرش مذهبی و خویشتنداری و نگرش مذهبی و سلامت معنوی و همچنین خویشتنداری و سلامت معنوی در بین خواهران بسیجی می‌پردازد. کلیه‌ی داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، نسخه‌ی ۲۱، تحلیل شدند و از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره برای تعیین ارتباط بین متغیرها استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که بین نگرش مذهبی و خویشتنداری، رابطه‌ی مثبت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/02$) همچنین مشخص شد که بین میزان نگرش مذهبی و سلامت معنوی ($p < 0/000$) و بین خویشتنداری و سلامت معنوی ($p < 0/02$) رابطه‌ی مثبت معنی‌داری وجود دارد و تحلیل رگرسیون نشان داد خویشتنداری، پیش‌بینی‌کننده‌ی مناسبی برای سلامت معنوی است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه، فرضیه‌های پژوهش مبتنی بر وجود رابطه‌ی معنی‌دار بین (نگرش مذهبی، خویشتنداری و سلامت معنوی) تأیید می‌شوند و با در نظر داشتن نقش دین و مؤلفه‌های دینی در سلامت روانی افراد و جامعه‌ی اسلامی، اهمیت دادن به آن‌ها در حیطه‌های آموزش می‌تواند کمک زیادی به بهبود سلامت روانی و معنوی جامعه نماید.

واژگان کلیدی: نگرش مذهبی، خویشتنداری، سلامت معنوی

مقدمه

است دین روش مخصوصی در زندگی است که صلاح دنیا را به طوری که موافق کمال اخروی و حیات دائمی حقیقی باشد، تأمین می‌کند (۱). در بررسی کلمه‌ی دین در زبان لاتین معلوم می‌شود معنی آن عبارت است از تفکر از روی وجدان و یا کمال توجه درباره‌ی چیزی که رودلف اتو^۱ آن را شیء

دین تصدیق خداوند، رسول، کتاب، معاد، تسلیم در برابر امر خداوند، اعتقاد به توحید ابراهیمی و عبودیت خداوند است؛ همان چنگ‌زدن به حبل‌الطهری، اقامه‌ی نماز و پرداختن زکات، به مفهوم قانون و به معنی جزا است. علامه‌ی طباطبایی معتقد

¹ Rudolf otto

ایمان و باور به خدا معنا می‌یابد. ایمان و باور به خدا، یکی از مهم‌ترین عوامل در تقویت خویش‌تنداری است که کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است (۹). خویش‌تنداری بیانگر توانایی در تعدیل و مهار تکانش‌ها است. افراد خویش‌تندار می‌توانند لذت‌ها را به تأخیر اندازند (ساکت نشستن، رعایت نوبت و گوش کردن در هنگام صحبت دیگران). آن‌ها می‌توانند در زمان گرسنگی، عصبانیت و هیجان‌زدگی خود را آرام سازند و نیاز به تذکرات فراوان برای تنظیم رفتارهای خود ندارند (۱۰). نتایج تحقیق‌ها نشان داد که فرزندپروری خشن و تنبیه‌گر با توان خویش‌تنداری رابطه‌ی منفی دارد (۱۱).

بُعد روانی انسان، سه حیطه‌ی شناختی، عاطفی و رفتاری دارد که ارتباط محکم و تفکیک‌ناپذیری با یکدیگر دارند. مجموعه‌ی این سه بُعد که در روان‌شناسی اجتماعی نگرش^۴ نامیده می‌شود، حالتی از آمادگی روانی است که بر رفتار در برابر شیء یا موقعیتی معین، تأثیر مستقیم می‌گذارد. علاوه بر شکل‌گیری تدریجی و پایداری نسبی، برخی نگرش‌ها بسیار عمیق و اساسی و بعضی بسیار فرعی هستند. نگرش‌های اساسی و تعامل مؤلفه‌های آن‌ها بسیار برجسته‌اند و در زندگی فرد به راحتی تشخیص داده می‌شوند (مانند نگرش قرآنی به خداوند). توجه به نگرش افراد، در جامعه‌هایی که دین جزو اصلی زندگی آن‌ها است، با در نظر گرفتن دو بخش اساسی دین یعنی عقاید و دستورها صورت می‌گیرد (۱۲). دین و نگرش‌های مذهبی برای افراد جامعه امنیت و سلامت به ارمغان می‌آورد. در سال ۱۹۹۷ جک کولین^۵ اظهار نمود که باورها و نگرش‌های مذهبی نقش مهمی در زندگی افراد دارند و با سلامتی و رضایت از زندگی ارتباط دارند (۱۳). نتایج تحقیقی نشان داد که نگرش منفی افراد نسبت به زندگی، که بر اثر نداشتن نگرش مذهبی به وجود می‌آید، موجب افزایش ریسک ایجاد بیماری‌های روانی می‌شود و به طور کلی زنان و مردان مذهبی کم‌تر دچار اضطراب و اختلال‌های اضطرابی می‌شوند (۱۴).

با توجه به اینکه اغلب تحقیق‌هایی که در این زمینه صورت گرفته، در خارج از کشور بوده است و همچنین با در نظر گرفتن ارزش و اهمیتی که این مؤلفه‌ها (خویش‌تنداری، سلامت معنوی و نگرش دینی) در خانواده و جامعه‌ی اسلامی ما دارند، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی بین «خویش‌تنداری و نگرش دینی» و «خویش‌تنداری و سلامت معنوی» و «نگرش دینی و سلامت معنوی» انجام شد. لذا

قدسی و نورانی دانسته است. به نظر فروید منشأ دین، ناتوانی انسان در مقابله با نیروهای طبیعت در بیرون از خود و نیروهای غریزی درون خویش است. به عقیده‌ی فروید دین تکرار تجربه‌ی کودکی است (۲). هیچ فرهنگی در گذشته یافت نمی‌شد که دین در آن جایی نداشته باشد و هیچ کس فکر نمی‌کند که در آینده نیز فرهنگی غیر از این بتواند به وجود آید (۳). معنویت عبارت است از جستجو برای فهم جواب‌هایی که به بنیاد هستی ارتباط دارد. میترف و دنتون^۱ (۱۹۹۹): «معنویت یک احساس بنیادی از مرتبط بودن با خود واقعی دیگران و کل جهان است» (۴). معنویت حالتی از بودن است؛ لیکن سلامت معنوی، حالتی از داشتن است. سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق می‌شود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی پدید می‌آید. شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمره-های معنوی، مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی‌اند (۵). در طول چندین دهه، سلامتی بر اساس ابعاد خاصی (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی) تحلیل شده بود. پیشنهاد گنجاندن بُعد سلامت معنوی^۲ در مفهوم سلامت، از سوی راسل و عثمان، یک بُعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب‌نظران دیگر در امر سلامت قرار داد. حدود ربع قرن پیش، سازمان بهداشت جهانی با این بحث مواجه شد که آیا بُعد معنوی باید در تعریف سلامت جسمی، روانی، اجتماعی گنجانده شود یا خیر (۶)؟ معنویت و سلامت معنوی می‌توانند به طرق مختلف نمایان شوند: تبادل‌های روزانه با دیگران، تعامل‌های معنوی مشخص به وسیله‌ی عشق، اعتماد، صداقت و درستکاری، یکپارچگی و احترام، ارتباط غیرشخصی با برخی از نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت می‌کند یا خدایی شخصی که فرد را می‌شناسد و از او مراقبت می‌کند (۷). کوئینک^۳ در تحقیقی نشان داد که سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه‌ی مثبت دارد و افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهند (۸). خویش‌تنداری یعنی تقوا و مدیریت کردن و مهار نمودن نفس، به معنای عام کلمه که در شرایط مختلف، نام‌های متفاوتی پیدا می‌کند. خویش‌تنداری و بازداری در هر قلمروی نیازمند برخورداری از شناخت‌ها و باورهای لازم است. این جا است که مفاهیمی همانند معرفت،

4- Attitude

5- Jacqueline

1-Mitrof & Danton

2- Religious health

3-Koening

۹۰-۱۲۰، نشان‌دهنده‌ی خویش‌تنداری متوسط و بالاتر از ۱۲۰ میزان خویش‌تنداری خوبی را نشان می‌دهد و نمره‌ی کل خویش‌تنداری از مجموع نمره‌های این افراد به دست می‌آید. مقیاس سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۱ (۱۹۸۲) برای سنجش سلامت معنوی افراد اجرا شده است که ۱۰ سؤال آن، سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر، سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه‌ی نمره‌ی سلامت مذهبی و وجودی هر کدام به تفکیک ۱۰-۶۰ است. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت براساس نمره‌ی به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره‌ی به دست آمده بالاتر باشد، نشانه‌ی سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره‌ی سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه‌ی آن ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤال‌ها به صورت لیکرت شش‌گزینه‌ی، از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، دسته‌بندی شد که در مطالعه‌ی سید فاطمی و همکاران (۱۳۸۷)، روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفاکرونباخ، ۰/۸۲ تعیین گردید. در سؤال‌های منفی، نمره-گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی شد (۱۶). پس از کسب اجازه از مسئولان محترم پایگاه‌های بسیج، به این پایگاه‌ها مراجعه نموده، ضمن در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و سیاسی، به گردآوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه پرداخته شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Spss و به کارگیری روش‌های آماری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۰ خواهر بسیجی شرکت نمودند. نمونه‌ها بین ۱۶-۵۹ سال سن داشتند. میانگین سنی ۳۷/۰۴ و انحراف معیار ۱۴/۳ سال بود. از نظر وضعیت تحصیلات، در اکثر واحدهای مورد پژوهش (۲۶ درصد)، تحصیلات در حد راهنمایی بود (جدول ۱). میانگین نمره‌ی نگرش مذهبی خواهران بسیجی، ۵۰/۹۸ با انحراف معیار ۲۳/۸۹؛ و میانگین نمره‌ی خویش‌تنداری خواهران بسیجی، ۱۰۵/۴۸ با انحراف معیار ۲۷/۵۴؛ و میانگین کلی سلامت معنوی خواهران بسیجی، ۸۲/۸۴ با انحراف معیار ۳۰/۹۶ بود (جدول ۲). ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین میزان نگرش مذهبی

پژوهش حاضر با هدف یافتن پاسخی برای این سؤال انجام پذیرفت که آیا بین «خویش‌تنداری و نگرش دینی» و «خویش‌تنداری و سلامت معنوی» و «نگرش دینی و سلامت معنوی» خواهران بسیجی شهرستان شوش رابطه وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

این مطالعه، پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی بود که به صورت تک گروهی- تک مرحله‌ی و چند متغیری اجرا گردید. جامعه‌ی این پژوهش، شامل همه‌ی خواهران بسیجی عضو در پایگاه‌های بسیج خواهران در شهرستان شوش است که با توجه به محرمانه بودن، تعداد کل این افراد مشخص نشده است. نمونه‌ی تحقیق، مشتمل بر ۵۰ نفر از خواهران بسیجی عضو یکی از پایگاه‌های بسیج خواهران در شهرستان شوش است که با روش نمونه‌یتصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسش‌نامه بود که شامل مقیاس نگرش‌سنج مذهبی است که براهنی آن را در سال ۱۳۷۸ طراحی کرده است. اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت ورنون ولیندزی به دست آمده که برابر با ۰/۸۰ می‌باشد. همچنین در اعتباریابی این پرسش‌نامه به دست صادقی (۲۰۰۷) از روش گروه‌های شناخته شده نیز استفاده شده و تفاوت میانگین بین دو گروه عادی و مذهبی معنی‌دار بود. پرسش‌نامه ۲۵ سؤال دارد که هر کدام پنجمقیاس و بر اساس مقیاس لیکرت ۰-۴ نمره دارد و نمره‌ی کل آن، ۱۰۰ است. دسته‌بندی نمره‌ها که آن را طراح پرسش-نامه صورت داده است، از ۰ تا ۱۰۰، بر اساس چهار مقیاس به ترتیب عالی، خوب، متوسط و ضعیف طبقه‌بندی شده است که به صورت نمره‌ی ۷۶-۱۰۰ نگرش (مذهبی عالی)، ۵۱-۷۵ (خوب)، ۲۶-۵۰ (متوسط) و ۰-۲۵ به پایین (نگرش مذهبی ضعیف) طبقه‌بندی شده است (۱۵).

پرسش‌نامه‌ی خویش‌تنداری را محققان ساخته‌اند و روایی و پایایی آن را مشخص کرده‌اند، که روایی این پرسش‌نامه از طریق روایی محتوا مشخص شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ، ۰/۸۴۳ تعیین گردید. این پرسش‌نامه از ۳۶ عبارت تشکیل یافته است که بر اساس طیفی پنج طبقه‌ی از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. پاسخ سؤال‌ها به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ی، از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، دسته‌بندی شد. در سؤال‌های منفی نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، خویش‌تنداری به سه سطح پایین (کمتر از ۹۰)، متوسط (۹۰-۱۲۰) و خوب (بالاتر از ۱۲۰) تقسیم‌بندی شده است. نمره‌ی زیر ۹۰ بیانگر خویش‌تنداری ضعیف، امتیاز

^۱- Palutzian & Ellison

جدول ۴- خلاصه نتایج رگرسیون (سن، نگرش مذهبی و خویشتنداری) برای پیش‌بینی سلامت معنوی خواهران بسیجی

ضریب رگرسیون	رگرسیون (MR)	مجموع رگرسیون (R ²)	مجموع اصلاح شده
۰/۶۱۶	۰/۳۷۹	۰/۳۳۸	۲۵/۱۸

ادامه‌ی جدول ۴. تحلیل واریانس رگرسیون

متغیر	مجموع مجذورت	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	تحلیل واریانس F	سطح معنی‌داری
رگرسیون باقیمانده	۱۷۸۰۸/۸۴۰	۳	۵۹۳۶/۲۸۰	۹/۳۵۷	۰/۰۰۰
کل	۴۶۹۹۲/۷۲۰	۴۹	۶۳۴/۴۳۲		

جدول ۵. خلاصه‌ی نتایج رگرسیون برای تعیین نقش سن و نگرش مذهبی و خویشتنداری در پیش‌بینی سلامت معنوی

متغیر	ضریب بتا		سطح معنی‌داری	T
	خطای معیار	استاندارد		
ثبات	۱۰۷/۲۰	۱۸/۸۲۳	۰/۲۹۱	۱/۰۶۸
سن	-۰/۱۸۵	۰/۲۵۶	۰/۴۷۳	-۰/۷۲۳
نگرش مذهبی	۰/۲۹۳	۰/۱۶۷	۰/۰۸۶	۱/۷۵۳
خویشتنداری	۰/۵۱۸	۰/۱۴۵	۰/۰۰۱	۳/۵۸۱

نتایج به دست آمده از جدول ۴ تحلیل رگرسیون در کل نمونه با روش هم‌زمانی ورود یعنی Enter جهت تعیین میزان ضریب همبستگی چندمتغیری برای ترکیب خطی سن و خویشتنداری و نگرش مذهبی با سلامت معنوی و مشخص شدن سه منسبی هر یک از متغیرهای پیش‌بین در واریانس متغیر ملاک یعنی سلامت معنوی برابر با $MR = 0.379$ و $R^2 = 0.338$ می‌باشد که نشان می‌دهد ۳۳ درصد از واریانس سلامت معنوی قابل پیش‌بینی است که در سطح $p < 0.05$ و $F = 9.357$ معنی‌دار می‌باشد. جدول ۶ اطلاعات در مورد متغیرهای پیش‌بینی که در مدل وارد شده‌اند را ارائه می‌دهد که نشان می‌دهد سن و نگرش مذهبی پیش‌بینی کننده‌ی معنی‌داری نبودند اما خویشتنداری پیش‌بینی کننده‌ی معنی‌داری برای سلامت معنوی بود.

و خویشتنداری ($P = 0.02$ و $r = 0.49$)، همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد و همچنین بین میزان خویشتنداری و سلامت معنوی ($P = 0.00$ و $r = 0.57$)، همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین میزان نگرش مذهبی و سلامت معنوی ($P = 0.02$ و $r = 0.43$)، همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱. وضعیت تحصیلات خواهران بسیجی در سال ۱۳۹۱

میزان تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
ابتدایی	۶	۰/۱۲
راهنمایی	۱۳	۰/۲۶
دبیرستان	۳	۰/۰۶
دیپلم	۱۰	۰/۲۰
فوق دیپلم	۷	۰/۱۴
لیسانس	۷	۰/۱۴
فوق لیسانس	۴	۰/۰۸
جمع	۵۰	۰/۱۰۰

جدول ۲. حداکثر و حداقل، میانگین و انحراف معیار نمره‌های نگرش مذهبی، خویشتنداری و سلامت معنوی خواهران بسیجی

نمره‌ها	حداقل نمره‌ها	حداکثر نمره‌ها	میانگین	انحراف معیار	نمونه
نگرش مذهبی	۲۰	۹۳	۵۰/۹۸	۲۳/۸۹	۵۰
خویشتنداری	۴۲	۱۴۰	۱۰۵/۴۸	۲۷/۵۴	۵۰
سلامت معنوی	۲۰	۱۲۰	۸۲/۸۴	۳۰/۹۶	۵۰

جدول شماره ۳. ماتریس ضریب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش در سطح اطمینان ۰/۰۵

متغیر ملاک	شاخص آماری متغیر پیش‌بینی	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی‌داری (p)	تعداد نمونه (n)
خویشتنداری	نگرش مذهبی	۰/۴۱	۰/۰۲	۵۰
خویشتنداری معنوی	سلامت معنوی	۰/۵۷۰	۰/۰۰	۵۰
نگرش مذهبی معنوی	سلامت معنوی	۰/۴۳۵	۰/۰۲	۵۰

بحث

در این مطالعه ۵۰ نفر از خواهران بسیجی شرکت نمودند که میانگن سنی آن‌ها ۳۷/۰۴ و انحراف معیار ۱۴/۳ بوده است. ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین میزان نگرش مذهبی و خویشتنداری همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که هر چه میزان نگرش مذهبی افراد بالا باشد، میزان خویشتنداری افزایش می‌یابد که با نتایج پژوهش رجایی و همکاران (۱۳۸۸) و کندلر (۱۹۹۷) در مورد رابطه‌ی مذهب بر خویشتنداری هم‌خوانی دارد. اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و اجتماعات استحکام داده و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (۱۷). در تبیین این یافته می‌توان به مدل شناختی مذهب استناد کرد که باورها و نگرش مذهبی و معنوی بر مؤلفه‌های شناختی افراد از جمله تفسیر وقایع، خوش‌بینی یا بدبینی و نوع تفکرات آن‌ها تأثیر گذاشته است (۱۸). نتایج نشان داد بینمیزان نگرش مذهبی و سلامت معنوی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. به بیان دیگر با افزایش نگرش مذهبی افراد، میزان سلامت معنوی آنان نیز افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که وجود نگرش مذهبی و اعتقادات دینی در افراد سلامت معنوی آن‌ها را می‌تواند در پی داشته باشد. مذهبی و معنوی بر مؤلفه‌های شناختی افراد از جمله تفسیر وقایع، خوش‌بینی یا بدبینی و نوع تفکرات آن‌ها تأثیر گذاشته است. یافته‌ها با پژوهش (گارتر و همکاران ۱۹۹۱) در زمینه‌ی سلامت روانی و نگرش مذهبی شش مقوله را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که در تمام این مطالعات بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد، هم‌خوانی دارد (۱۹)؛ و همچنین نتایج با تحقیق سهرابی و سامانی ۱۳۸۰ که نشان دادند بین نگرش مذهبی و نمره‌ی کل بهداشت روانی همبستگی وجود دارد، هم‌خوانی دارد (۲۰). رابطه‌ی بین مذهب و سلامت روان در پژوهش‌های مختلف یافته‌های متناقضی در پی داشته است، برخی پژوهش‌ها این رابطه را به گونه‌ی منفی ارزیابی نموده‌اند (۲۱). استیفوس-هانس همبستگی قوی و مثبتی میان خشکی مذهبی با رفتار نورتیک گزارش می‌کند (۲۲). پارگامنت با بررسی ۱۳۰ پژوهش گزارش می‌کند که ۳۴ درصد پژوهش‌های مرور شده توسط وی به رابطه‌ی مثبت بین مقابله‌ی مذهبی و سلامت روان اشاره داشته‌اند که ۴ درصد این رابطه را منفی ارزیابی نموده بودند (۲۳). به هر حال به نظر می‌رسد ابهام و تناقض

موجود در یافته‌های مربوط به مذهب و سلامت روانی، می‌تواند ناشی از اندازه‌گیری ابعاد مختلف دین‌داری باشد (۲۴). همچنین نتایج نشان داد بینمیزان خویشتنداری و سلامت معنوی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. افرادی که خویشتنداری بالایی دارند، از سلامت معنوی بالایی برخوردار هستند. هر چند که در مطالعات قبلی به طور مستقیم به ارتباط خویشتنداری و سلامت معنوی اشاره نشده است ولی با توجه به این که در آن مطالعات از خویشتنداری به عنوان راهکار مهم برای سلامت معنوی افراد ذکر شده است، در نتیجه می‌توان گفت که لازمه‌ی برخورداری از سلامت معنوی و روح سالم دارا بودن میزان مشخصی از خویشتنداری می‌باشد. سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ی بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس، ارتباط با خویشتن خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (۲۵). در تبیین یافته‌های حاضر چنین استنباط می‌شود که مذهب مجموعه‌ی اصول بنیادی و دستوراتی است که از سوی خدا به وسیله‌ی پیامبر ابلاغ شده است تا بشریت را به تسلیم و اطاعت در برابر حقیقت کامل دعوت کند (۲۶). نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون در کل نمونه با روش هم‌زمانی ورود یعنی Enter جهت تعیین میزان ضریب همبستگی چندمتغیری برای ترکیب خطی سن و نگرش مذهبی و خویشتنداری با سلامت معنوی و مشخص شدن سهم نسبی هر یک از متغیرهای پیش‌بین در واریانس متغیر ملاک یعنی سلامت معنوی و ضرایب رگرسیونی متغیرهای پیش‌بین حاکی از آن است خویشتنداری پیش‌بینی کننده‌ی مناسبی برای سلامت معنوی می‌باشد. در صورتی که سن و نگرش مذهبی قادر به پیش‌بینی متغیر سلامت معنوی نمی‌باشد، به بیان دیگر سن و نگرش مذهبی پیش‌بینی کننده‌ی مناسبی برای میزان سلامت معنوی نمی‌باشد که در این صورت باید متغیرهای دیگر جمعیت‌شناختی از جمله جنسیت، وضعیت تأهل، شغل و ... را در نظر داشت که در تبیین این یافته می‌توان به یافته‌های (سید فاطمی و همکاران ۲۰۰۶) اشاره کرد که نشان دادند استعانت مذهبی، یک ساز و کار سازگاری است که در گروه‌های مختلف سنی، جنسی و سطح تحصیلات به یک شکل استفاده نمی‌شود (۲۷) و همچنین پژوهشی که (ضیغمی و تجویدی ۱۳۹۰) انجام دادند، نشان داد که سلامت معنوی نوجوانان با سن، جنس، تحصیلات و درآمد خانواده رابطه‌ی معنی‌داری ندارد (۲۸). در

resident, Ph.d. thesis." Iran University of medical sciences and health.

5- Abase, M., et al. (2011). "The conceptual definition and operational of spiritual health." *Journal of Medical Ethics* 6(20): 12-43.

6- Keanrs, R., et al. (1998). "Differences in the self-reported spiritual health of male juvenile offenders and non-offenders." *American journal of Health studies* 14: 199.

7-Fagehe, A. and F. m. rafeey (2010). "Reviews of religious teachings on the spiritual health of the spouses." *The journal of knowledge* 20(163): 68-79.

8- Koenig, G., et al. (2000) "Handbook of Religion and Health Larson." Oxford University Press.

9-Pasandedah, A. (2006). "The West and human rights." *Life magazine, a Hadith* 34(40-53).

10-Pasandedah, A. (2006). "Religion and sexual skills of khvishtndari." *Print oneshr darolhades organization*: 544.

11-Berg, N. E., et al. (1999). "Parental reactions to children,s negative emotions :longitudinal relation to quality of child ren,s social functioning." *child development* 70: 513-534

12- Kagbaft, M., et al. (2007). "Compare the attitude of religious faith in religious oshdt Students girl students of Isfahan." *Two specialized journal of Islamic studies or science* 2(3): 111-197.

13- Shahbazi, A. (1998). "Evaluation of relation between religious &mental health." thesis for re-ceived ms in medical psychologe from Islamic repupublic azad university rodehen.

14- Kenneth, S., et al. (1997). "Prescott religion, psychopathology, and substance use and abuse: Amultimeasure, genetic." *Epidemiologic study.AMJ and psychiatry* 15(4(3)): 322-329

15- Askari, P., et al. (2008). "The Effectiveness of training prophent Mohammad practical Educational methods on the Religious thinking the Religious Belifs and attitudes and the mental health of Hight school giri students in Ahwaz city." *Journal of applied psychology in research and knowledge* 11(4): 14-25.

16- Razaey, M., et al. (2006). "Relationship between frequency of cancer patients with pulmonary oslamet nrvok sprttu undrr hmemohlrppy, Irnnaan Journ of nursing 20(25): 61-55.

17- Nogha, A., et al. (2004). "Mental nursing, publication, boshra." 26.

18- Pakeza, A. (2007). "Comparison of psychological health of college students and the impact of enabling the concept of spirituality more." A paper presented to the fourth national mental health seminar for students.

19- Khobare, B. (1996). "Religious beliefs and effect of mnn haahhh nn drodd magzzine urftarTahran, Iran 1(4): 14-21.

کل سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه‌ی مثبت دارد و افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهند (۲۹). ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بی‌کران به فرد این اطمینان را می‌دهد که نیروی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر می‌گذرانند، کم‌تر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده، امیدوارانه‌تر و خوشبینانه‌تر است (۳۰).

یافته‌های پژوهش حاضر به علت حجم کم نمونه و محدود بودن آن به شهر شوش، مستلزم رعایت احتیاط در تبیین یافته‌ها و تعمیم نتایج است و همچنین ابهام در تعریف برخی از متغیرهای پژوهش از جمله سلامت معنوی و عدم توافق کلی بر مفاهیم دین و مذهب در پژوهش‌های انجام شده داخلی و خارجی از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشند.

نتیجه‌گیری

با توجه به رابطه‌ی مستقیم و معنادار بین سه مؤلفه‌ی نگرش مذهبی، خویش‌تنداری و سلامت معنوی افراد که نقش بسیار مؤثری در استحکام بنیادهای زندگی خانوادگی و اجتماعی دارند، به مسئولان محترم مربوطه توصیه می‌شود به منظور شناساندن ارزش‌های دینی، از شیوه‌های اصولی، عملی، منطقی و با توجه به فرهنگ اسلامی کشور ما استفاده شود و همچنین برگزاری کلاس‌های آموزشی، مفاهیم دینی و تربیتی مستمر برای خانواده‌ها و تمامی افراد سنین مختلف از کودکی تا بزرگسالی را مسئولان محترم در دستور کار خود قرار دهند.

تقدیر و تشکر

از تمامی مسئولان محترمی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدر دانی را می‌نماییم.

References

- 1- Bahmany, T., et al. (2009). "The relationship between mental attitude and religious students of Arak University of medical sciences oslamet." *Journal of Arak University of medical sciences and Researches* 13(4): 27-34.
- 2- Yong, K. and (2005). "Psychology and Religion." *Scientific and cultural publications company* 3: 4-5.
- 3-From, E. (2002). "Psychoanalysis Religion." publishing an morvared, 1st Edition
- 4-areyan, K. and M. Dalavare (1998). "The relationship between religiosity and Iranian correctly or Canadian

- 20- Najat, H. B. and Z. asfahane (2009). "Effect of the amount of religious beliefs on aggression Students martyrs, veteran normal High schools for girls is shahad in Tehran." Journal of social research 3(6): 72-84.
- 21- Graff, R., et al. (1971). "POI correlates of religious commitment inventory." Journal of clinical & Healthpsychology 27: 502-504.
- 22- Essss A. (1988). "Is rggggm phhooog????? eeee Inquiry in Creative Sociology 18: 27-32.
- 23- Spilka, B., et al. (2003). "The psychology of Riii goa. 3rd dd. wwwoo rk:Th uu fford prsss
- 24- Pargament, k. (1997.). "The psychology of religion and coping." New York: Guilford press.
- 25- Ferraro, K., et al. (1991). "Does religion influence adult health? Study for religion." Journal for the scientific 30: 193-202.
- 26- ELmev, L., et al. (2003). "Trans personal psychology, physical health, and mental health." theory, yeseach and practice .HUMANISTICE Humanistic Psychologist 31: 151-181
- 27- Seyedfatemi, N., et al. (2006). "Prayer and spiritual well-being in cancer patients.payesh." journal of the Iranin institute for health, sciences Re-search 5(4): 295-303.
- 28-zegkame, S. and M. tagvede (2010). "Relation ship between spiritual well-bing with hopelessness and social skills in beta- thalassemia major adolescents." scientific quarterly of Birjand nursing and midwifeery faculty 8(2): 124-116.
- 28- Razaey, M., et al. (2006). "Relationship between frequency of cancer patients with pulmonary oslamet nrvok sprtttu undrr hhemohlrppy, Irnnaan Journll of nursing 20(25): 61-55.
- 29-koening, .. (2007). "pprruutttty nnd dpprsson. southern medical journal. 7: 737-739
- 30-Seligman, M. and M. Csikszentmihalyi (2000). "Positive psychology: An Introduction." American Psychologist 55.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی