

ارتباط بین جهت گیری مذهبی، سلامت روان و جنسیت*

مختار عارفی^۱

دکتر فرهاد محسن زاده^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت روانی با جهت گیری مذهبی و بررسی تفاوت سلامت روان و جهت گیری مذهبی در میان دختران و پسران بود. جامعه آماری دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ بودند و نمونه پژوهش تعداد ۷۲۰ نفر دختر و پسر به سهم برابر که به شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. افراد نمونه، پرسش نامه های سلامت عمومی (GHQ) گلدنبرگ (۱۹۷۲) و جهت گیری مذهبی بهرامی احسان را تکمیل نمودند.

نتایج نشان داد بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان افراد رابطه مستقیم معنادار وجود داشت. هر چند جنسیت در شدت رابطه مذکور اثر نداشت. به عبارتی دیگر، شدت رابطه سلامت روان و جهت گیری مذهبی دختران و پسران تفاوت معناداری ندارد. همچنین نتایج حاکی است میزان سلامت روان دختران و پسران متفاوت است و این تفاوت به نفع پسران است. در واقع، پسران در مقایسه با دختران از سلامت بهتری برخوردار بودند. اما از نظر میزان جهت گیری مذهبی بین دو جنس تفاوتی وجود نداشت.

کلمات کلیدی: جهت گیری مذهبی، سلامت روانی، جنسیت

مقدمه

بهداشت روانی به بهزیستی شناختی و عاطفی افراد اشاره دارد که کیفیت احساسات، تفکر، رفتارها و در نتیجه کیفیت زندگی افراد را متأثر می سازد. سلامت روان حالتی از بهزیستی است که طی آن فرد تواناییهای خویش را می شناسد، با تنش زهای طبیعی زندگی می تواند کنار بیاید، می تواند به طور مفید و ثمربخش کار کند و قادر است به جامعه ای که در آن زندگی می کند کمک کند (WHO^۳، ۲۰۰۱: ۵).

مطالعات انجام شده بر روی شخصیت نشان می دهد که توحید و یکپارچگی، شخصیت بنیان و اساس شخصیت سالم است و توحید و یکپارچگی فرایندی است که دربرگیرنده تمایل فرد به سازمان دادن به رفتار به منظور جستجوی اهداف است و این رفتار هدفجویی در وهله اول با اهداف جسمانی و مادی و ارضای آنهاست و در شخصیت رشد یافته و بالغ با اهداف ایدئولوژیکی و ارضا و تحقق آنها مرتبط است (علیخانی، ۱۳۸۵: ۴۲).

* این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه انجام شده است.

^۱ - دانشجوی دکتری مشاوره و هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه

^۲ - دکتری مشاوره خانواده دانشگاه تربیت معلم تهران

اسپرینگر^۴ (۱۹۲۸: ۳۴۵) با بررسی مشخصه های جهت گیری ارزشی بیان می دارد شخص مذهبی کسی است که ساختار روانی اش دائماً به سوی عالترین وجود و رضایت و خشنودی مطلق او جهت یافته است. ارزش های مذهبی در مقایسه با سایر مقولات ارزشی از جامعیت و اهمیت ویژه ای برخوردارند، چرا که عالی ترین وحدت و یکپارچگی خویشتن در خویشتن اخلاقی مذهبی، که کنترل تمام تجارب و هدایت تمام ابعاد زندگی فرد را به عهده دارد و متعالی ترین معنا را به زندگی می دهد، دریافت می شود.

جهت گیری مذهبی به نوعی رابطه آدمی با دین و پایبندی به فرامین دینی را انعکاس می کند. شرفی (۱۳۸۰: ۱۴۶) معتقد است رابطه آدمی و دین و نسبتی که با آن پیدا می کند در مقوله « هویت دینی» قابل تبیین و توضیح است. از پیامدهای تکوین هویت دینی احساس تعهد و مسئولیت در قبال ارزش ها و باورهای آن مکتب می باشد. هویت دینی توانایی آن را دارد که فلسفه ارضا کننده حیاتی برای بشر تنظیم، تدوین و ارائه کند. بهرامی احسان (۱۳۸۰: ۱۴۴) جهت گیری مذهبی را مرجعیت بخشیدن به ساختار روابط و مناسبات انسانی در تمام ابعاد آن، در پرتو روابط انسان و خدا می داند و اینکه فرد در مناسبات و روابطش تا چه اندازه به آموزه ها و انجام رفتارهای توصیه شده دینی، عاقبت گرایی، و توجه به آخرت نظر دارد و مناسک مذهبی را جدی می گیرد.

پژوهش های مختلف به بررسی جهت گیری مذهبی با سلامت روان شناختی پرداخته اند. در غرب بعد از سال ها، جدایی بین پزشکی و مذهب، توجه به نقش مذهب و معنویت در سلامت افراد رونق دوباره گرفته ایت. شواهد بسیاری وجود دارد که اثر واسطه ای، حمایتی مذهب بر سلامت روان را تأیید می کنند (مک کالو^۵ و لارسون^۶، ۲۰۰۱: ۵۶۵). تأثیر مذهب به میزان زیادی حوزه های گوناگون سلامتی همچون سلامت روانی، جسمانی، بیماریها و بهزیستی را شامل شده است. با این وجود ارتباط بین مذهب و سلامت روانی به خوبی روشن نیست. بویژه هنگامی که جنسیت افراد لحاظ می شود، این روابط انحراف می یابد. برای مثال پژوهش ها نشان دادند که زنان مذهبی تر از مردان هستند و اینکه ارتباط مذهب و سلامت روان در دو جنس به یک اندازه نیست. (لوین^۷، تایلر^۸، ۱۹۹۳: ۱۶؛ مک کالو و دیگران، ۲۰۰۰: ۲۱۴). با توجه به اینکه جهت و میزان این تفاوت ها به خوبی روشن نیست و مطالعات اندکی-بویژه در ایران- جنسیت را در این بافت به وضوح بررسی کرده اند. فلذا بررسی ارتباط جهت گیری مذهبی و سلامت روان و مقایسه شدت رابطه با لحاظ نمودن جنسیت ضروری می نماید.

مذهب و سلامت روان

پژوهش های مختلف رابطه جهت گیری مذهبی با سلامت روان را مورد بررسی قرار داده و بیشتر تأکید دارند که جهت گیری مذهبی و داشتن هویت دینی منسجم، افراد را از خطر فقدان معنا می رهند. خطری که متوجه

۲. Springer

۵. McCullough

۶. Larson

۷. Levin

۸. Taylor

گسیختگی و فقدان وحدت یافتگی روانی است (بهرامی احسان، ۱۳۸۰: ۱۷). پژوهش های گوناگون بر رابطه جهت گیری مذهبی و جنبه های مثبت سلامت روان تأکید نموده اند (فریدریکسون^۹ ۲۰۰۲: ۲۱۱؛ سویدمیر^{۱۰} و دیگران، ۲۰۰۴: ۶۶۵). همچنین الیسون و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه ای روی ۱۱۰۰ بزرگسال دریافتند که حضور در کلیسا و ایمان به دنیای بعد از مرگ به طور مثبتی با رضایتمندی از زندگی رابطه دارند (الیسون و همکاران، ۲۰۰۸: ۲۴۹-۲۱۵). شهبازی (۱۳۷۶) به بررسی رابطه جهت گیری مذهب و سلامت روان در دانشجویان شهر تهران پرداخته است (شهبازی، ۱۳۷۶: ۹۴-۸۸). نتایج حاکی است بین جهت گیری مذهبی و نوروهای هیپوکندریا، افسردگی و ضعف روانی ارتباط معکوس معناداری وجود دارد. علی جانی (۱۳۸۵) به بررسی رابطه هویت دینی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی پرداخته است. نتایج بدست آمده نشان داد که بین هویت دینی و سلامت روان رابطه وجود داشت. افراد دارای هویت دینی موفق از تعاملات و کنش های اجتماعی موفق برخوردار و سطح اضطراب و افسردگی آنان پایین بود. افراد دارای هویت دینی آشفته دارای سطح اضطراب و افسردگی بالا و از لحاظ کنش اجتماعی افرادی ناموفق بودند (علی جانی، ۱۳۸۵: ۴۹). همچنین بیابانی و همکاران (۱۳۸۷) دریافتند با افزایش جهت گیری مذهبی دانشجویان میزان اضطراب و افسردگی آنان کاهش می یافت (بیابانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۲).

با این وجود پژوهش ها ارتباط معکوس هر چند اندک- نیز بین جهت گیری مذهبی و پیامدهای روان شناختی منفی گزارش کرده اند (پوول^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۳: ۴۶). اسمیت و دیگران در فراتحلیلی از ۱۴۷ مطالعه بین مذهبی بودن و علایم افسردگی رابطه ای ضعیف هر چند معنادار ($r=0.096, p \leq 0.001$) به دست آوردند و یا در فراتحلیلی دیگر بین انواع مذاهب مختلف و درماندگی روانی رابطه ضعیفی ($r=0.10, p \leq 0.001$) به دست آمد (هاکنی^{۱۲} و ساندرز^{۱۳}، ۲۰۰۳: ۴۹).

جنسیت، مذهب و سلامت روان

آیا زنان مذهبی تر از مردان هستند؟ لوونتول^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۰) با مرور ادبیات پژوهشی در این حوزه بیان می دارند زنان جهت گیری مذهبی قوی تری نسبت به مردان دارند. بیتسون با بررسی نمونه هایی از جمعیت های مسیحی بیان داشت حضور زنان نسبت به مردان در مکان های مقدس بیشتر است. بیت-هالاومی و آرگیل نتیجه گیری می کنند، میزان درگیری مذهبی، دعا و پرداختن به اعمال دینی زنان در مقایسه با مردان مسیحی بیشتر است. هر چند که آنها استدلال می کنند این تفاوتها پژوهش های بیشتر زنان برای فعالیت های، یا شاید تفاوت شخصیتی و اجتماعی شدن باشد (لوونتول و همکاران، ۲۰۰۲: ۱۳۶). نتایج پژوهش لوونتول و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد زنان مسیحی از نظر مذهبی فعالتر از مردان بودند در حالیکه در مسلمانان و یهودی

^۹. Fredrickson

^{۱۰}. Soydemir

^{۱۱}. Powell et al

^{۱۲}. Hackney

^{۱۳}. Sanders

^{۱۴}. Lowenthal et al

ها این تفاوت به نفع مردان بود. این پژوهشگران در پایان این گونه نتیجه گیری می کنند که تفاوت های مذهبی زن و مرد بیشتر مسأله ای ویژه یک مذهب (ها) خاص است و در این زمینه به سبب تفاوت های نگرش مذاهب به زن و مرد- برای مثال اسلام و یهودیت زنان را بیشتر به فرزند پروری و پرداختن به امور منزل ترغیب می کنند- تفاوت ها همسان نیست. در ایران بیابانی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خویش تفاوت جهت گیری مذهبی زن و مرد را معنادار گزارش نکردند. فلذا این سؤال هنوز وجود دارد که آیا جنسیت می تواند در میزان جهت گیری مذهبی افراد تفاوت ایجاد کند؟

مسأله دیگری که با ابهام تفاوت جهت گیری مذهبی زن و مرد به وجود می آید، نقش جنسیت در میزان شدت رابطه مذهب-سلامت روان است. موضوعی که مطالعات اندکی مستقیماً به بررسی آن پرداخته اند. مک کالو و لورینسیو^{۱۵} در پژوهشی رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روان را مطالعه کردند نتایج حاکی است ارتباط این دو در مردان معنادار نبود در حالیکه در مورد زنان رابطه معناداری گزارش شد(مک کالو و لورینسیو، ۲۰۰۵: ۵۷۳-۵۶۰). چندین مطالعه که جهت گیری مذهبی و سلامت روان را بررسی نمودند شدت رابطه بین این دو متغیر را در زنان بیش از مردان گزارش کرده اند(کوئینگ، ۱۹۹۹: ۴۳؛ مک کالو و دیگران، ۲۰۰۰: ۲۱۱؛ استراوبریج^{۱۶} و دیگران، ۱۹۹۷: ۹۵۷). در حالیکه یافته ها فرض می کنند که مذهب عموماً برای زنان نقش حمایتی بیشتری دارد، با این وجود در مورد نقش تفاوت های جنسیتی همسویی زیادی وجود ندارد. برای مثال مطالعه ای در میان ۱۹۳ زن و مرد روسی نشان داد زنان مذهبی نسبت به زنان کمتر مذهبی، سطوح بالای افسردگی را تجربه می کنند(امان^{۱۷} و رید^{۱۸}، ۱۹۹۸: ۱۴۶۹). ماسلکو^{۱۹} و کابزانسکی^{۲۰} (۲۰۰۶: ۲۸۴۸) نیز در پژوهش شدت رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روان را به نفع مردان گزارش نمودند.

با توجه به پژوهش های فوق الذکر و خل پژوهشی که در این زمینه در ایران خاصه در غرب کشور وجود داشت، این پژوهش در صدد بررسی رابطه سلامت روانی با جهت گیری مذهبی از یک طرف و بررسی تفاوت شدت رابطه در دختران و پسران از دیگر سو بوده و در پی پاسخ به سوالات زیر بوده است.

سوالات پژوهش :

- آیا بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان دانشجویان رابطه معنادار وجود دارد؟
- آیا بین میزان جهت گیری مذهبی و میزان سلامت روانشناختی دانشجویان دختر و پسر تفاوت وجود دارد؟
- آیا شدت رابطه جهت گیری مذهبی با سلامت روان در دختران و پسران متفاوت است؟

روش شناسی پژوهش

^{۱۵}. Laurenceau
^{۱۶}. Strawbridge
^{۱۷}. Oman
^{۱۸}. Reed
^{۱۹}. Maselko
^{۲۰}. Kubzansky

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این مطالعه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ را شامل شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول برآورد نمونه $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$ استفاده خواهد شد. که بر این اساس حجم نمونه ۵۰۰ نفر تعیین گردید. که به نسبت مساوی میان دختران و پسران به طور تصادفی با استفاده از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شد. بدین صورت ابتدا در میان گروه های درسی دانشگاهی تعداد ۸ گروه به طور تصادفی انتخاب شدند و در گروه ها به طور تصادفی بر اساس عنوان های درسی ۳ عنوان درسی انتخاب می گردید و از این طریق لیست نمونه گیری که تعداد ۲۴ کلاس را شامل می شد، تعیین گردید. بعد با مراجعه به کلاس درس به دانشجویان حاضر در کلاس پرسش نامه ارائه می گردید. با توجه به اینکه تعداد دانشجویان دختر و پسر در هر کلاس یکسان نبود، اجرای پرسش نامه ها تا تعداد ۲۵۰ نفر دختر و ۲۵۰ نفر پسر ادامه یافت.

ابزار گردآوری داده ها

داده های این پژوهش از سه پرسش نامه گردآوری خواهند شد. پرسشنامه سلامت عمومی^{۲۱} (GHQ) پرسش نامه ای مبتنی بر خود گزارش دهی است که با هدف سرنده کردن کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند در مجموعه های بالینی قرار می گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۲ به نقل از استورا، ۱۳۷۷). این پرسش نامه دارای ۲۸ ماده و چهار زیر مقیاس نشانه های بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارسا کنش وری اجتماعی^{۲۲} و افسردگی و خیم است. از مجموع نمره نیز یک نمره کلی بدست می آید. وجود چهار زیر مقیاس بر اساس تحلیل عاملی پاسخ ها تأیید شده است (همان منبع). رحیمیان و دیگران (۱۳۸۷) بیان می دارند تحلیل ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش کرده اند. پایایی فرم ۲۸ سؤالی این پرسش نامه توسط پالانگ، نصر و براهنی (۱۳۷۵) ۹۱٪ محاسبه شده است و حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۸۸٪، ۷۹٪ و ۱۶٪ گزارش کرده اند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ را برابر با ۸۸٪ به دست آوردند.

پرسش نامه جهت گیری مذهبی: این پرسشنامه توسط بهرامی احسان (۱۳۸۰: ۱۷) ساخته و هنجاریابی شده است. چارچوب اساسی این پرسشنامه مرجعیت بخشیدن به ساختار روابط و مناسبات انسانی در تمام ابعاد آن در پرتو روابط انسان و خداست. این پرسش نامه شامل ۴ زیر مقیاس می باشد که عبارتند از:

۱- عامل جهت گیری مذهبی: این عامل از گویه هایی تشکیل یافته که به طور مستقیم یا غیر مستقیم رابطه عمیق و قلبی با خدا، رابطه با مردم بر اساس آموزه های سنتی اتخاذ و انجام رفتارهای توصیه شده دینی، عاقبت گرایی و توجه به آخرت را در بر می گیرد. این عامل دارای ۲۸ ماده است.

۱. General Health Questionnaire

۲. Social dysfunction

۲- عامل سازمان نیافتگی یا اسقرار نیافتگی مذهبی: این عامل از گویه هایی تشکیل شده که ویژگی عمومی آن تردید، دودلی، ناخشنودی از زندگی و حیات و پریشانی خاطر است و شامل ۱۹ ماده است.

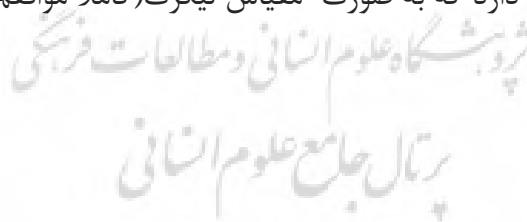
۳- عامل ارزنده سازی مذهبی یا مناسک گرایی: این عامل از ۹ ماده است و در تحلیل عامل اول مرتبه دوم، ۲ عاملی را منعکس می کند. معنای عمومی ماده های موجود در این گویه ها غالباً با ارزیابی مثبت و همراه با قیدهایی جدی در مناسک مذهبی و ارزنده سازی مذهبی است. عامل دوم مرتبه دوم در این عامل سؤالات دیگری است که همواره با ۵ سؤال دیگر نهایتاً عامل سوم را تشکیل داده اند. در این عامل ارزیابی های انعطاف پذیر از مذهب و رفتارهای مذهب مطرح می شود.

۴- کامجویی: معنای عمومی در این عامل مضامینی نظیر لذت طلبی و ترجیح آن عدم اعتقاد عمومی به مذهب، تفسیر مشخصی از دستورات مذهبی و لذت جویی است.

بهرامی احسان (۱۳۸۵) روایی و اعتبار آن را بدست آورده است. به منظور ارزیابی روایی محتوایی به ۵۰ روحانی عرضه شد که مطلوب ارزیابی شد. روایی سازه و تحلیل عاملی با استفاده از تحلیل مؤلفه های اصلی و در چرخش با استفاده از روش مایل مستقیم تحلیل تکرار شد. نتایج نشان داد که مقیاسی از ۴ عامل اشباع شده است (بهرامی احسان، ۱۳۸۵: ۱۴۳). روایی سازه از طریق بررسی همگرایی و واگرایی آن با مقیاس های مشابه و توانایی تمایز در بین گروه های مذهبی و گروه هایی با تمایلات مذهبی کمتر بررسی شد نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین این گروه ها بود.

اعتبار: برای برآورد اعتبار از α کرونباخ استفاده شد که میزان آن برای عامل نخست (جهت گیری مذهبی) ۰/۹۳، دوم (سازمان نیافتگی یا اسقرار نیافتگی مذهبی) ۰/۸۶، سوم (ارزنده سازی مذهبی) ۰/۷۹ و چهارم (کامجویی) ۰/۵۷ (

این پرسش نامه تعداد ۶۴ گویه دارد که به صورت مقیاس لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) می باشد.



تجزیه و تحلیل داده ها

رابطه بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان دانشجویان

جدول ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش

نشانه های بدنی	اضطراب و بیخوابی	نارسا کنش وری اجتماعی	افسردگی	نمره کل سلامت
۰/۱۷**	۰/۱۶**	۰/۱۴**	۰/۲۴**	۰/۲۳**
۰/۴۱**	۰/۵۰**	۰/۳۷**	۰/۵۸**	۰/۵۶**
۰/۰۹	۰/۱۳**	۰/۱۶**	۰/۱۰*	۰/۱۴**

کامجویی	-۰/۰۲	-۰/۰۶	-۰/۱۰*	-۰/۰۲	-۰/۰۵
نمره کل جهت گیری	-۰/۳۶۳**	-۰/۲۴۴**	-۰/۲۸۳**	-۰/۲۶۴**	-۰/۳۲۸**

* معنادار در سطح ۰/۰۵ معنادار در سطح ۰/۰۱**

ضرایب همبستگی بین مولفه های جهت گیری مذهبی با مولفه های سلامت روان و نیز نمره کل سلامت روانی در جدول (۱) نشان داده شده است. نتایج نشان می دهند که بین بعد جهت گیری مذهبی با همه ابعاد سلامت روان و نمره کل سلامت روان در سطح ۰/۰۱ رابطه معکوس معناداری وجود دارد. بین بعد سازمان نیافتگی مذهبی با همه ابعاد سلامت روان و نمره کل سلامت روان در سطح ۰/۰۱ رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین بعد ارزنده سازی نیز با همه ابعاد سلامت روان به جز نشانه های بدنی و همچنین با نمره کل سلامت روان رابطه معناداری نشان داد. اما بعد کامجویی به جز با نارساکنش وری اجتماعی که در سطح ۰/۰۵ معنادار است با بقیه ابعاد و نمره کل سلامت روان همبستگی معناداری نشان نداد. همچنین بین نمره کلی جهت گیری با زیر مقیاس های سلامت روان و نمره کل سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد لذا با توجه به این ضرایب فرضیه اول تأیید می گردد.

مقایسه شدت رابطه جهت گیری مذهبی با سلامت روان در بیم دو جنس

برای آزمون این فرضیه از مقایسه ضرایب رگرسیون استاندارد شده دو گروه استفاده شد. ضرایب رگرسیون مربوط به پیش بینی نمره کل سلامت روان از روی مولفه های جهت گیری مذهبی در دو گروه با استفاده از آزمون Z کوهن و کوهن (۱۹۸۳) مقایسه گردید که نتایج این مقایسه در جدول (۲) نشان داده شده است.

جدول ۲ مقایسه ضرایب رگرسیونی

خرده مقیاس ها	β_1	β_2	Z	معناداری
جهت گیری مذهبی	-۰/۰۹۸	۰/۰۱۹	۰/۱۲	۰/۴۵
سازمان نیافتگی مذهبی	۰/۶۱۳	۰/۵۵۳	۰/۹۶	۰/۱۷
ارزنده سازی	۰/۰۲۱	-۰/۲۰۷	۰/۳۵	۰/۳۶
کامجویی	-۰/۱۶۶	-۰/۱۶۳	...	۰/۵۰

نتایج جدول فوق نشان می دهند که بین میزان قدرت نمرات گرایش مذهبی دو گروه در پیش بینی نمره کل سلامت روان تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید نمی گردد.

مقایسه میزان جهت گیری مذهبی دانشجویان دختر و پسر

جدول ۳ مقایسه میانگین های جهت گیری مذهبی دختران و پسران

متغیر	گروه	M	SD	t	df	sig	خطای استاندارد تفاوت
-------	------	---	----	---	----	-----	----------------------

جهت گیری مذهبی	دختر	۴/۸۸	۱/۲۸	۰/۴۸	۴۹۸	۰/۶۳	۰/۱۱
	پسر	۴/۸۲	۱/۲۷				

به منظور مقایسه میانگین جهت گیری مذهبی دختران و پسران از آزمون t گروه های مستقل استفاده شد. نتایج در جدول (۳) نشان می دهد میزان $t = 0/48$ با درجه آزادی ۴۹۸ در سطح $0/01$ معنادار نمی باشد. در نتیجه فرض پژوهش رد می شود به عبارتی بین جهت گیری مذهبی دختران و پسران تفاوت معنادار وجود ندارد.

مقایسه میزان سلامت روانشناختی دانشجویان دختر و پسر

جدول ۴ مقایسه میانگین های سلامت روان دو گروه مستقل

متغیر	گروه	M	SD	t	df	sig	خطای استاندارد تفاوت
سلامت روان	دختر	۳۰/۹۴	۱۶/۸۰	۲/۹۹	۴۹۸	۰/۰۰۳	۱/۴۷
	پسر	۲۶/۵	۱۶/۲۳				

برای مقایسه نمرات دختران و پسران در سلامت روان از آزمون t گروه های مستقل استفاده گردید که نتایج در جدول (۴) نشان داده شده اند. نتایج نشان می دهد که میزان $t = 2/99$ با درجه آزادی ۴۹۸ در سطح $0/01$ معنادار می باشد بنابراین فرضیه چهارم رد نمی گردد و تفاوت معناداری بین میزان سلامت روان دختران و پسران وجود دارد که بر این اساس پسران گروه نمونه از نظر روان شناختی سالم تر از دختران هستند.

بحث و نتیجه گیری

یکی از سوالات پژوهش این بود که آیا بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان دانشجویان رابطه مستقیم وجود دارد؟ به طور کلی نتایج حاکی است بین جهت گیری مذهبی و سلامت رابطه منفی وجود دارد. با توجه به اینکه نمره بالا در پرسش نامه سلامت روان (GHQ)، نشانگر کاستی در سلامت روان فرد است. لذا می توان گفت افرادی که جهت گیری مذهبی قوی تری دارند از سلامت روان بهتری برخوردارند. در سطح خرده مقیاس ها نتایج نشان داد جهت گیری مذهبی با نشانه های بدنی، اضطراب، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی رابطه منفی دارد. به عبارتی افرادی که جهت گیری مذهبی قوی تری دارند علائم آسیب شناختی فوق الذکر در آنها

کمتر نمود دارد. در تبیین این رابطه می توان گفت افراد مذهبی رابطه عمیق و قلبی با خدا دارند و توکل به خدا سرلوحه شیوه زندگی آنهاست، که این چنین اتکایی قابل اعتماد خود می تواند در موقعیت های تنش زا با جلوگیری از افکار اضطراب انگیز سبب آرامش آنها گردد. ریس-ارتیز، رودریگوئز و مارکیدز^{۲۳} (۲۰۰۹: ۵۴۲) دریافتند ۶۰ درصد افراد در موقعیت های بحرانی و پرفشار دست به دعا برمی دارند و شفا و تسکین مذهبی را مهم دانستند. پژوهش های الیسون و دیگران^{۲۴} (۲۰۰۱: ۲۴۹-۲۱۵)، لورنسل، ابل و شوارتز^{۲۵} (۲۰۰۲: ۱۰۹) نشان داد که بین حضور در مراسم مذهبی و درماندگی روانی رابطه معکوس معنادار وجود دارد. آنها دریافتند که آزمودنیهای با گرایش مذهبی قوی تر به طور معناداری اضطراب پایین تر، و آسیب های شخصیتی پایینی را تجربه می کنند. همچنین در مورد رابطه معکوس جهت گیری مذهبی و ناکنش وری اجتماعی که در این مطالعه به دست آمد، می توان گفت افراد متدین با مردم بر اساس آموزه های سنتی و رفتارهای توصیه شده دینی، رابطه برقرار می کنند. در نمازها و دعاها و دیگر مناسک جمعی آیینی با هم تشریک مساعی دارند که این خود روحیه جمعی و احساس تعلق و علاقه اجتماعی آنها را تقویت می کند و کنش وری های مثبت اجتماعی آنها را تضمین می کند. (لازاروس و لازاروس^{۲۶} (۱۹۹۴: ۲۲۲) و مک کلاف، ایمیونز، و تسانگ^{۲۷} (۲۰۰۲: ۵۷۳-۵۶۰) در این راستا در پژوهش های جداگانه دریافتند، فراوانی حضور در مراسم مذهبی، خواندن متون مقدس، فراوانی دعا با مسؤولیت پذیری و سازه های اجتماع پسند نظیر همدلی و ارایه حمایت عاطفی به دیگران در ارتباط بود. در واقع نوع دوستی، یا از خود گذشتگی به خاطر دیگران، رعایت حقوق دیگری آموزه ای است که در جای جای قرآن مجید و آموزه ها و احادیث دینی مورد تأکید قرار گرفته است. لذا نمود این خصیصه ها در فرد سبب خشنودی خلق خدا و به دگر بیان کنش وری مثبت اجتماعی فرد خواهد شد. یکی دیگر از ابعاد سلامت روان افسرگی بود که میزان جهت گیری افراد رابطه معکوس داشت. توکل به خدا، عاقبت گرایی و توجه به آخرت در افراد مذهبی باعث می شود که هدفمندتر، امیدوارانه تر زندگی کنند و مصون از پوچی و خلاء، زندگی معناداری داشته باشند. بهرامی احسان (۱۳۸۰) بیان می دارد جهت گیری مذهبی و داشتن هویت دینی منسجم، افراد را از خطر فقدان معنا می رهاوند. خطری که متوجه گسیختگی و فقدان وحدت یافتگی روانی است. ادبیات پژوهشی مملو از پژوهش هایی است که مؤید نتایج فعلی است (بیابانی و همکاران، ۱۳۸۷؛ علی جانی، ۱۳۸۵؛ شهبازی، ۱۳۷۶؛ لورنسل، ابل و شوارتز^{۲۸} (۲۰۰۲)).

مقایسه میزان جهت گیری مذهبی بین دو جنس نشان داد بین میزان جهت گیری مذهبی دختران و پسران تفاوت معناداری ندارد. در ایران بیابانی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خویش تفاوت جهت گیری مذهبی زن و مرد را معنادار گزارش نکردند. با این وجود لوونتول و همکاران (۲۰۰۰) با مرور ادبیات پژوهشی در این حوزه بیان می دارند زنان جهت گیری مذهبی قوی تری نسبت به مردان دارند. بیتسون با بررسی نمونه هایی از جمعیت

^{۲۳} - Reyes-Ortiz, C. A., Rodriguez, M., and Kyriakos S. Markides, K. S.

^{۲۴} -Ellison et al.

^{۲۵} - Laurencelle, R. M., Abell, S. C., and Schwartz, D. J.

^{۲۶} - Lazarus, R. S., and Lazarus, B. N.

^{۲۷} - McCullough, M. E., Emmons, R. A., and Tsang, J.A.

های مسیحی بیان داشت حضور زنان نسبت به مردان در مکان های مقدس بیشتر است. بیت-هالا همی و آرگیل نتیجه گیری می کنند میزان درگیری مذهبی، دعا و پرداختن به اعمال دینی زنان در مقایسه با مردان مسیحی بیشتر است. هر چند که آنها استدلال می کنند این تفاوتها پژوهش لوونتول و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد زنان مسیحی شاید تفاوت شخصیتی و اجتماعی شدن باشد. نتایج پژوهش لوونتول و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد زنان مسیحی از نظر مذهبی فعالتر از مردان بودند در حالیکه در مسلمانان و یهودی ها این تفاوت به نفع مردان بود. می توان گفت که تفاوت های مذهبی زن و مرد بیش از آنکه انعکاس تفاوت های ناشی از جنس باشد، مسأله ای فرهنگی-اجتماعی است.

مقایسه میزان سلامت روان دانشجویان دختر و پسر نیز نشان داد که پسران وضعیت بهتری نسبت به دختران دارند و نمرات آنها در خرده مقیاس های نشانه های بدنی، اضطراب، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی به طور معناداری کمتر بود. غالب ادبیات پژوهشی بر شیوع اختلالات روانی در میان زنان بیش از مردان تاکید دارند (وال^{۲۸} و شاگردان، ۱۹۹۷: ۵۲۳-۵۱۹؛ گلدنبرگ و ویلیامز^{۲۹}، ۱۹۸۸: ۱۹۸). امامی و همکاران (۲۰۰۷: ۵۷۶-۵۷۱) در مطالعه ای میان نوجوانان تهرانی نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. همچنین حقیقی و همکاران (۲۰۰۶: ۲۱۳) در مطالعه ای میان دختران و پسران کردستانی گزارش نمودند که ۲۷ درصد پسران و ۴۶ درصد دختران مبتلا به مشکلات روانی هستند. در مطالعه ای دیگر ۶۵٪ زنان و ۳۵٪ مردان گزارش نمودند که از کمینه اختلالات روانی در رنج بوده اند (گیت^{۳۰} و همکاران، ۱۹۹۸: ۴۱۳-۴۰۵). نظر به دخیل بودن عوامل فرهنگی اجتماعی در سلامت روان افراد، لذا تبیین تفاوت ها در فرهنگ های گوناگون تا حد زیادی بافتی است. در ایران، کنترل و محدودیت هایی که از طرف خانواده ها و هنجارهای فرهنگی بر رفتار و زندگی دختران اعمال می شوند در مقایسه با پسران بسیار شدیدتر است. شاید یک دلیل تشدید درماندگی روانی در دختران و زنان محدودیت هایی است که موفقیت ها و انتخاب های زندگی شخصی و حتی حرفه ای و اوقات فراغت آنان را متأثر می سازد. عموماً یک دختر ایرانی بویژه غرب کشور - ۹۱ درصد افراد نمونه پژوهش در استان های کرمانشاه، کردستان، ایلام و لرستان زندگی می کنند- باید دلیل موجهی داشته باشد که ساعاتی از روز را بیرون از خانه باشد این در حالی است که نسبت به فعالیت های اجتماعی و اوقات فراغت پسران انعطاف پذیری بیشتری وجود دارد.

مسأله دیگری که در مطالعه حاضر بررسی شد، نقش جنسیت در میزان شدت رابطه مذهب-سلامت روان بود. نتایج نشان داد شدت رابطه جهت گیری مذهبی-سلامت روان در میان دختران و پسران تفاوت معناداری نداشت. پژوهش ها در این زمینه نتایج متناقضی گزارش نموده اند. ثورن و هاریس (۲۰۰۲)، نقل در مک کالو و لورینسیو، (۲۰۰۵: ۵۶۰) همسو با نتایج پژوهش حاضر بیان می دارند جنسیت، نتوانسته است شدت رابطه

^{۲۸}-Wall and colleagues

^{۲۹} - Goldberg & Williams

^{۳۰} - Gater et al

مذهب-سلامت روان رامتأثر سازد. مک کالو و لورینسیو(۲۰۰۵) در پژوهشی رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روان را مطالعه کردند، نتایج حاکی است ارتباط این دو در مردان معنادار نبود در حالیکه در مورد زنان رابطه معناداری گزارش شد. چندین مطالعه که جهت گیری مذهبی و سلامت روان را بررسی نمودند شدت رابطه بین این دو متغیر را در زنان بیش از مردان گزارش کرده اند(کوئینگ،۱۹۹۹: ۱۸۰۴؛ مک کالو و دیگران،۲۰۰۰؛ استراوبریج و دیگران،۱۹۹۷: ۹۵۷). اما ماسلکو و کابزانسکی^{۳۱} (۲۰۰۶: ۲۸۴۸) در پژوهشی شدت رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روان را به نفع مردان گزارش نمودند. مطالعه ای در میان ۱۹۳ زن و مرد روسی نشان داد زنان مذهبی نسبت به زنان کمتر مذهبی، سطوح بالای افسردگی را تجربه می کنند(امان و رید^{۳۲}، ۱۹۹۸: ۱۴۶۹). در حالیکه یافته ها فرض می کنند که مذهب عموماً برای زنان نقش حمایتی بیشتری دارد، با این وجود عموماً در مورد نقش تفاوت های جنسیتی در این مورد همسویی زیادی وجود ندارد

از یافته های این پژوهش می توان این چنین تبیین کرد تعالیم و باورهای دینی قادر است قادر است فرد را به آرامش و سلامت روانی هدایت کند و ایمان و توکل به خدا در فرد چنان توانی ایجاد می کند که زمینه بروز اضطراب، افسردگی و دیگر مشکلات روانی تنی را در او کاهش می دهد. لذا پیشنهاد می گردد در جهت ارتقای بهداشت روان دانشجویان و جامعه دانشگاه ها برنامه هایی راهبردی جهت تقویت ارزش های دینی و مذهبی اجرا کنند. هر چند توجه به این مهم که سلامت روان خصیصه ای چندین علیتی است که جهت گیری مذهبی تنها بخشی از واریانس آن را تبیین می کند را نباید از نظر انداخت. همچنین با توجه به پایین بودن وضعیت سلامت روان دختران پیشنهاد می شود جهت شناسایی عمیق تر ریشه مشکلات از طریق مصاحبه تشخیصی و استفاده از آزمون های دقیق تر عمل نمود. اگر چنانچه مسأله خوابگاهی بودن و دوری از خانواده را لحاظ کنیم می توان با برنامه های مختلف فرهنگی- از جمله پر نمودن اوقات فراغت در محیط خوابگاه- محیطی نشاط آور به وجود آورد و از طریق سخنرانی ها با محوریت بهداشت روان و کارگاه های آموزش مهارت های زندگی و فعال نمودن فعالیت های مراکز مشاوره نسبت به ارتقای سلامت روان دانشجویان اقدام نمود. از جمله محدودیت های این پژوهش ابزار سنجش جهت گیری و هویت بود که احتمالاً روش مصاحبه مفیدتر باشد. و همچنین عدم توجه به سایر گروه های سنی، تحصیلی و قومی بود.

پژوهشگاه علوم انسانی

منابع

- بیابانی، علی اصغر و همکاران(۱۳۸۷). رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره ۳: ۲۴-۳۵.
- شهبازی، آ. (۱۳۷۶). بررسی جهت گیری مذهبی با سلامت روان، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن: ۸۸-۹۴.

^{۳۱}. Maselko & Kubzansky

^{۳۲}. Oman & Reed

- علی جانی، مریم.(۱۳۸۵). رابطه بین هویت دینی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی. مطالعات روان شناختی. دوره ۲. شماره ۱ و ۲: ۵۳-۴۲.
- بهرامی احسان، هادی.(۱۳۸۰). بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت گیری مذهبی. مجله روان شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تهران. سال ۳۱. شماره ۱:ص ۱۷.
- بهرامی احسان، هادی.(۱۳۸۵). مقایسه آزاردیدگی، سلامت روان و جهت گیری مذهبی در دختران فراری و عادی شهر تهران، مجله روان شناسی و علوم تربیتی، سال ۳۷. شماره ۱. ۱۵۷-۱۴۳.
- شرفی، محمدرضا.(۱۳۸۰). جوان و بحران و هویت. تهران. سروش. ص ۱۴۶.

- Diduc. D.. & Joseph. S.(۱۹۹۹).Assessing Schizotypal traits in ۱۳-۱۸ year olds. *Personality and Individual Defferences*. ۲۷, ۶۷۳-۶۸۲.

- Ellison, C. G., Boardman, J. D., Williams, D. R., & Jackson, J. S. (۲۰۰۱). Religious Involvement, Coping, Social Support, and Psychological Distress in HIV-Seropositive African American Mothers, *AIDS Behav*. ۸(۳), ۲۲۱-۲۳۵.

-

- Ellison. Boardman. Williams. & Jackson (۲۰۰۸).Religious involvement. stress. and mental health: Findings form the ۱۹۹۵ Detroit Area Study. *Social Forces* ۸۰ (۱), ۲۱۵-۲۴۹.

- Emami, H, Ghazinour, M., Rezaeishiraz, H , and Richter, J.(۲۰۰۷). Mental Health of Adolescents in Tehran, Iran. *Journal of Adolescent Health* ۴۱, ۵۷۱-۵۷۶

- Fredrickson, B. (۲۰۰۲).How does religion benefit health and well-being? Are positive emotions active ingredients, *Psychological Inquiry*, ۱۳ (۳), ۲۰۹-۲۱۳.

- Gater, R. Tansella, M. Korten, A. et al.(۱۹۹۸). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: Report from the Worlds Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry*, ۵۵(۵), ۴۰۵-۱۳.

- Goldberg, D., & Williams, P. (۱۹۸۸). *A users guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, England: NFERpublishing.
- Hackney, C. & Sanders, G. (۲۰۰۳) Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies, *Journal for the Scientific Study of Religion* ۴۲(۱), ۴۳-۵۵.
- Haghghi A, Dinarvandi A, Afshari P.(۲۰۰۶). *General mental health status among adolescents in Iran.Proceeding of ۱۷th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*; Melbourne, Australia.
- Koenig, H.G. (۱۹۹۹) . Religion and medicine. *Lancet*, ۳۵۳,۱۸۰۴.
- Koenig H., McCullough. M.E. & Larson, D.B. (۲۰۰۱). *Handbook of religion and health*,. University Press. Oxford. pp. ۴۳-۵۵.
- Laurencelle, R. M., Abell, S. C., and Schwartz, D. J. (۲۰۰۲). The relation between intrinsic religious faith and psychological well-being. *International Journal for the Psychology of Religion*. ۱۲ (۲), ۱۰۹-۱۲۳.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (۱۹۹۴). *Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions*. New York: Oxford University Press.۲۲۲.
- Levin, J.S. & Taylor, R.J. (۱۹۹۳). Gender and age differences in religiosity among Black Americans. *The Gerontologist*, ۳۳,(۱),۱۶-۲۳.
- Loewenthal, K. M., MacLeod, A. K., Goldblatt, V., Lubitsh, G., & Valentine, J. D. (۲۰۰۲). Are Women more religious than men? *Personality and Individual Differences*, ۳۲,۱۳۳-۱۳۹.
- Maselko, J. &Kubzansky, L.D.(۲۰۰۶).Gender differences in religious practices. spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine*, ۶۲(۱۱), ۲۸۴۸-۲۸۶۰.
- McCullough, M.E. & Laurenceau, J. (۲۰۰۵). Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, ۳۱(۴), ۵۶۰-۵۷۳.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., & Thoresen, C. (۲۰۰۰). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology. American Psychological Association*. ۱۹ (۳), ۲۱۱-۲۲۲.

- Oman, D., & Reed, D. (1998). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1469-1475.
- Powell, L., Shahabi, L., & Thoresen, C. (2003). Religion and spirituality, linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1), 36-52.
- Reyes-Ortiz, C. A., Rodriguez, M., and Kyriakos S. Markides, K. S. (2009). The Role of Spirituality Healing with Perceptions of the Medical Encounter among Latinos. *General Internal Medicine*, 24(3), 542-547.
 - Smith, T.B., McCullough, M.E., & Poll, J. (2003) Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636.
 - Smith, A. & Lalonde, R. N. (2003). Achievement, and Mental Health "Racelessness" in a Canadian Context. Exploring the Link between Black Students' Identity, Achievement, and Mental Health. *Journal of Black Psychology*, 29, 142-164.
 - Soydemir, G., Bastida, E., & Gonzalez, G. (2004). The impact of religiosity on self-assessments of health and happiness: Evidence from the US Southwest. *Applied Economics*, 36(7), 665-672.
 - Springer, E. (1928). *Types of men: The Psychology and Ethics of Personality*. Hall: Max Niemeyer. 345-348.
 - Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J., & Kaplan, G.A., (1997) Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87, 957-961.
- stress, and mental health: Findings from the 1995 Detroit area study. *Social Forces*, 10,
- Wall, T. D., Bolden, R. I., Borrilla, C. S., Carter, A. J., Golya, D. A., Hardy, G. E., Haynes, C. E., Rick, J. E., Shapiro, D.A., & West, M. A. (1997). Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: Occupational and gender differences. *British Journal of Psychiatry*, 171(12), 519-523.

- World Health Organization. (۲۰۰۱). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Available from: <<http://www.who.int/whr/۲۰۰۱/ chapter۱/en/print.html>>.

-

