

الگوی رابطه دینداری و سلامت روان دانشجویان: تفاوت‌های جنسیتی

دکتر رقیه موسوی^۱

سعید اکبری زردخانه^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوی رابطه دینداری و سلامت روان دانشجویان دختر و پسر صورت گرفت. نمونه مورد بررسی شامل ۱۵۰ نفر دانشجوی دختر و ۱۵۰ نفر دانشجوی پسر بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی از بین دانشجویان دانشگاه تهران انتخاب گردید. در این پژوهش از مقیاس نگرش مذهبی خدایاری

۱- استادیار دانشگاه شاهد

۲- دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری

فرد و همکاران (۱۳۸۶) و پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس چند متغیری به کار رفت. یافته‌ها نشان داد که در گروه دانشجویان دختر، کلیه مولفه‌های دینداری با کلیه مولفه‌های سلامت روان رابطه معکوس دارند؛ ولی تنها رابطه علایق و عواطف دینی با جسمانی سازی و اضطراب معنادار شده است. در گروه پسران، اضطراب، افسردگی و سلامت روانی عمومی با کلیه زیرمقیاس‌های دینداری رابطه معکوس معنادار دارد. نیمرخ کلی دینداری و سلامت روان دختران و پسران دانشجوی ایرانی مشابهند.

کلید واژه‌ها: دینداری، سلامت روان، دانشجوی، تفاوت‌های جنسیتی

مقدمه

شواهد زیادی (به عنوان مثال ری^۱، ۲۰۰۴؛ قربانی، ۱۳۷۸) دال بر نقش پیوند روان - فیزیولوژیک^۲ در عملکرد جسمی دارد. زمانیکه هماهنگی سیستم‌های فیزیولوژیک در اثر یک حالت هیجانی مثبت افزایش یابد به آن پیوند روان - فیزیولوژیک گفته می‌شود که با هیجان‌ات مثبت، کفایت روانی و ثبات هیجانی همراه است. در حالات پیوند روان - فیزیولوژیک هماهنگی بین سیستم‌های شناختی، هیجانی و فیزیولوژیک منجر به کارآمدی و عملکرد هماهنگ در کل سیستم ارگانیزم می‌گردد. نتیجه وجود این پیوند کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و کاهش فرسودگی و خستگی روانی، افزایش ایمنی، تعادل هورمونی، بهبود کارکردهای شناختی و ارتقاء سلامت می‌باشد.

1 . Ray

2 . Psycho. Physiological coherence

امروزه یافته های روزافزونی وجود دارند که نقش عوامل روانشناختی مثبت از قبیل خوش بینی، موسیقی، مهربانی، عشق، شوخ طبعی، شادی و معنویت را در ارتقاء کیفیت سلامت جسمانی و روانی افراد اثبات کرده اند (هاریسون^۱، ۱۹۹۸؛ کور^۲ و همکاران، ۲۰۰۶).

یکی از موضوعات مهم مطرح شده در حوزه روانشناسی مثبت نگر معنویت^۳ است. دین و تجارب معنوی یکی از عوامل موثر بر حالات پیوند روان فیزیولوژیک است (چیلدر و مک کراتی^۴، ۲۰۰۱). اهمیت نقش و جایگاه دین در زندگی بشر به قدری است که تمام مولفه های حیات روانی و جسمی وی را تحت الشعاع خود در آورده است. محققان سلامت روانی و جسمی، یافته های رو به رشدی پیدا کرده اند که حاکی از این است که زندگی معنوی انسان با بهزیستی جسمی و روانی وی رابطه دارد (اوکانور، کوب و اوکانور^۵، ۲۰۰۳). افرادی که از دینداری بالایی برخوردارند سازگاری بهتری با موقعیت های استرس زا دارند. میزان پایین تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می کنند. اضطراب کمتری دارند، از مصرف مواد روان گردان و الکل پرهیز می کنند، از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. آنها به دلیل اتخاذ شیوه های سالم در زندگی امید به زندگی بالاتری نیز نسبت به افراد عادی دارند (کونینگ و کوهن^۶، ۲۰۰۲؛ سامسون^۷ و همکاران، ۲۰۰۵).

محققان اثرات مداخلات دینی در خیلی از پیامدهای روانی و جسمانی در سنین بالاتر را شناسایی کرده اند. بسیاری از آنها هم از نظر آماری معنا دارند و هم اثرات سودمندی در رابطه با سلامت جسمانی و روانی (رپنتروپ^۸ و همکاران، ۲۰۰۵؛

1. Harrison
2. Cour
3. spirituality
4. Childer & McCraty
5. O'Connor, Cobb & O'Connor
6. Koenig, & Cohen
7. Samson
8. Rippentrop

مارکز^۱، ۲۰۰۵) و ابعاد بهداشت روانی و بیماری روانی مانند رضایت از زندگی^۲ (انسون، آنتونوسکی، و سیگی^۳، ۱۹۹۰؛ لوین، کترز، تیلور^۴، ۱۹۹۵)، نشانگان افسردگی (پاراگامنت^۵ و همکاران، ۱۹۹۰؛ مالتبی و دی^۶، ۲۰۰۰؛ کوینینگ، جورج و تیتوس^۷، ۲۰۰۴)، اضطراب مزمن^۸ (کوینینگ و همکاران، ۱۹۸۸)، دلتنگی^۹ (جانسون و مولینز^{۱۰}، ۱۹۸۹)، شادمانی^{۱۱} (پولوما و پندلتون^{۱۲}، ۱۹۹۰)، و مهارت‌های مقابله‌ای (موهر^{۱۳}، ۲۰۰۶) دارند. همچنین در تحقیقات گسترده‌ای، رابطه دین و بهزیستی روانشناختی (دزوتر^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۶)، افزایش تاب آوری در موقعیت های بحرانی از قبیل خشکسالی، بحران اقتصادی و تبعیض نژادی (میر و لوبائو، ۲۰۰۳؛ بیرمن^{۱۵}، ۲۰۰۸) را نشان داده‌اند.

وایلان^{۱۶} و همکاران (۲۰۰۸) در یک مطالعه طولی ارتباط بین دینداری و سلامت روان را در ۲۲۴ دانشجوی مرد دانشگاه هاروارد بررسی نمودند. مطالعه آنها نشان داد که دینداری با بهزیستی روانشناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی‌ها ارتباط مثبت معنی‌داری دارد. آنها نهایتاً از دین به عنوان بزرگترین منبع سلامت روان به ویژه در افرادی که دارای منابع شخصی و حمایت‌های اجتماعی اندکی هستند یاد می‌کنند.

بررسی موضوع دینداری در کشور ما حداقل به این دلیل حایز اهمیت است که

- 1 . Marks
- 2 . life satisfaction
- 3 . Anson, Antonovsky, Sagy
- 4 . Taylor
- 5 . Pargament
- 6 . Maltby, J. Day . L .
- 7 . Titus . P .
- 8 . chronic anxiety
- 9 . loneliness
- 10 . Johnson & Mullins
- 11 . happiness
- 12 . Poloma & Pandleton
- 13 . Mohr
- 14 . Dezutter
- 15 . Bierman
- 16 . Vaillant

در ایران آنچنان که باید موضوع دین، دینداری و آثار آن مورد مطالعه علمی و دقیق قرار نگرفته است و به همین علت انجام پژوهشهای علمی در این زمینه مورد نیاز است. از سوی دیگر یکی از موضوعات جالب در حوزه دینداری و سلامت روان نقش تفاوت‌های جنسیتی در الگوی ارتباط دینداری و سلامت روان است. برخی پژوهشها به تفاوت سلامت روان در دو جنس مرد و زن اشاره کرده اند. پین کورت^۱ و سرن سن^۲ (۲۰۰۰) در یک پژوهش به بررسی سلامت روان در افراد مسن پرداختند. آنها به این نتیجه دست یافتند که میزان سلامت روان مردان بیشتر از زنان است و دلایل مختلفی برای این تفاوت بیان کردند از جمله این که زنان در سالمندی بیشتر با مشکلات جسمی روبرو هستند؛ نیاز به مراقبت بیشتری دارند؛ نسبت به تغییرات ظاهری خود حساس تر هستند و در نهایت این مسائل باعث ایجاد خودپنداره منفی و سلامت روان پایین در آنها می شود.

در نقطه مقابل پژوهش‌های فوق دینر^۳، ساه^۴ و اویشی^۵ (۱۹۹۷) در پژوهش خود اشاره کردند جنس به عنوان یک ویژگی جمعیت شناختی ارتباط ضعیفی با سلامت روان شناختی دارد. یافته‌های آنها نشان داد که تفاوت بین مردان و زنان در میزان سلامت روان از لحاظ آماری معنادار نمی باشد. در خصوص تفاوت زنان و مردان در دینداری نیز نتایج پژوهش‌ها ناهمگون است، به عنوان مثال فالکنر و دیونگ در مطالعات خود دریافتند که همبستگی بین مقیاس‌های ایدئولوژی و تجربی برای پسران بیشتر از دختران است (۰/۶۰ در مقابل ۰/۳۹). در حالی که نتایج کاربرد مقیاس دین‌داری در جمعیت ایرانی (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶) نشان داد که دختران نسبت به پسران نمرات بالاتری در ابعاد چهار گانه مقیاس دین‌داری

1. Piquart
2. Sorensen
3. Diener, E
4. Suh
5. Oishi

کسب کردند. با توجه مطالب فوق و ناهمگونی نتایج پژوهش‌ها، این پژوهش در پی بررسی دوباره این مساله در جمعیت دانشجویی بوده و سعی در پاسخگویی به این سوال دارد که آیا تفاوتی در الگوی سلامت روان و دینداری دختران و پسران دانشجو وجود دارد یا خیر؟

روش پژوهش

جامعه: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تهران است.
حجم نمونه و روش نمونه گیری: تعداد ۳۰۰ نفر دانشجو (۱۵۰ پسر و ۱۵۰ دختر) با روش نمونه گیری تصادفی؟ (چه نوع تصادفی) و با توجه به داده‌های مربوط به سن و رشته تحصیلی از بین دانشجویان دانشگاه تهران انتخاب گردید.

ابزار اندازه گیری

الف) پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه خودگزارشی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ^۱، ۱۹۷۲ به نقل از هومن، ۱۳۷۶). این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ ماده‌ای در دسترس می‌باشد. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه داری چهار خرده‌مقیاس شامل علایم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار^۲ پرسشنامه سلامت عمومی را از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. روایی^۳ سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده

1 . Goldberg
2 . reliability
3 . validity

است (تقوی، ۱۳۸۰ و هومن، ۱۳۷۶). آلفای کرونباخ محاسبه شده برای زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی، افسردگی و شاخص کلی مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۷۵، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بوده است. ضریب پایایی به روش دو نیمه کردن نیز برای زیرمقیاس‌ها و کل پرسشنامه سلامت عمومی بین ۰/۷۴ و ۰/۹۵ به دست آمد.

ب) مقیاس نگرش مذهبی: این ابزار یک مقیاس ۱۱۳ سوالی است که با در نظر گرفتن ابعاد اساسی شناختی، عاطفی و رفتاری و هماهنگی با سه عنصر اساسی عقاید، اخلاقیات و احکام که در تعاریف دین توسط علما آمده است، همچنین مبتنی بر ۴ رابطه‌ی انسان با خدا، با خود، با دیگران و با جهان هستی، و در دو فرم موازی الف و ب ساخته شده است که در این پژوهش از فرم الف آن استفاده گردید. مبانی نظری این مقیاس، مولفه‌های دینداری را در ۴ بعد شناخت دینی، باور دینی، علائق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی تقسیم‌بندی نموده است و بر همین اساس شامل ۴ خرده مقیاس شناخت دینی، باور دینی، علائق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی است.

روایی مقیاس بر مبنای ساختار نظری دینداری و با مراجعه به آیات، احادیث و کتب شهید مطهری و شهید صدر و نیز تایید دوازده نفر از متخصصان صاحب نظر در حوزه‌های روان‌شناسی، روان‌سنجی و دین که سابقه انجام طرح پژوهشی در این زمینه را داشتند مورد تایید قرار گرفت. برای اندازه‌گیری اعتبار پرسشنامه از روش بازآزمایی با فاصله ۶ هفته بین دو بار اجرا و نیز آلفای کرونباخ استفاده گردید که نتایج آن نشان داد بین مولفه‌های دینداری و نیز نمره کل دینداری در اجرای اول با همه مولفه‌ها و نمره کل آن در اجرای شش هفته بعد، ضریب همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر پرسشنامه در طول زمان پایا بوده و پدیده

واحدی را اندازه گیری می کرد. همچنین ضرایب آلفای بدست آمده برای شناخت دینی ۰/۸۳؛ گرایش و عواطف دینی، ۰/۷۶؛ باور دینی، ۰/۹۰؛ التزام به وظایف دینی، ۰/۹۲ و دینداری کل ۰/۹۵ بوده است که نشان دهنده ضریب همسانی درونی بالای این مقیاس بوده است. در پژوهش حاضر نیز با کاربرد روش آلفای کرونباخ مقیاس نگرش دینی ضریب پایایی ۰/۹۸ را نشان داده است. این ضریب برای خرده مقیاس های شناخت دینی و گرایش دینی، ۰/۹۱؛ باور دینی، ۰/۹۵ و التزام به وظایف دینی، ۰/۹۷ بوده است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۵).

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی حاصل از پرسشنامه های دینداری و سلامت روان به ترتیب در جدول های ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه یافته های توصیفی زیرمقیاس های پرسشنامه دینداری در گروه های دختر و پسر

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
شناخت دینی	دختر	۴۷/۳۶	۴/۷۸
	پسر	۴۶/۸۶	۵/۸۲
علاق و عواطف دینی	دختر	۷۱/۴۹	۶
	پسر	۶۹/۵۲	۸/۵۴
باور دینی	دختر	۸۴/۳۱	۵/۵۶
	پسر	۸۳/۴۱	۹/۳۱
التزام به وظایف دینی	دختر	۲۰۵/۲۵	۲۶/۳۷
	پسر	۲۰۱/۷۷	۳۲

یافته های ارایه شده در جدول ۱ نشان می دهد که میانگین نمرات دختران در تمامی

زیرمقیاس‌های مقیاس دینداری بالاتر از پسران است.

جدول ۲. خلاصه یافته‌های توصیفی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه‌های دختر و پسر

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
جسمانی‌سازی	دختر	۱۴/۶۳	۳
	پسر	۱۴/۶۸	۲/۹۰
اضطراب	دختر	۱۳/۳۲	۴
	پسر	۱۳/۴۹	۳/۸۰
ناکارآمدی اجتماعی	دختر	۱۸/۵۹	۲/۸۰
	پسر	۱۸/۲۸	۲/۶۴
افسردگی	دختر	۱۰/۶۶	۳/۶۷
	پسر	۱۰/۸۸	۳/۸۱

جدول ۲ نشان می‌دهد که به استثنای مولفه‌ی ناکارآمدی اجتماعی وضعیت سلامت روان دختران در بقیه مولفه‌ها اندکی بالاتر از پسران است. از آنجایی که هدف پژوهش حاضر کشف تفاوت‌های احتمالی بین روابط موجود میان مولفه‌های دینداری و سلامت روان عمومی در گروه‌های دختر و پسر است؛ لذا روابط مذکور در این دو گروه، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. ماتریس ضرایب همبستگی مولفه‌های دینداری و سلامت روان عمومی در دانشجویان دختر

متغیر	شناخت دینی	علايق و عواطف دینی	باور دینی	التزام به وظایف دینی	دینداری (کلی)
جسمانی‌سازی	-۰/۰۳	-۰/۱۸*	-۰/۰۳	-۰/۰۱	-۰/۰۳
اضطراب	-۰/۰۸	-۰/۱۵*	-۰/۰۶	-۰/۰۴	-۰/۰۵
ناکارآمدی اجتماعی	۰/۰۶	۰/۰۰۳	-۰/۰۹	-۰/۰۸	-۰/۰۷
افسردگی	-۰/۰۲	۰/۰۴	-۰/۱۱	-۰/۰۸	-۰/۰۷
سلامت روان (کل)	-۰/۰۶	-۰/۱۶*	-۰/۰۶	۰/۰۱	-۰/۰۳

* $p < 0.05$ و ** $p < 0.01$

جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه دختر، کلیه مولفه‌های دینداری با کلیه مولفه‌های سلامت روان رابطه معکوس دارند ولی تنها رابطه علايق و عواطف دینی با جسمانی‌سازی و اضطراب معنادار شده است.

جدول ۴. ماتریس ضرایب همبستگی مولفه‌های دینداری و سلامت روان عمومی در دانشجویان پسر

متغیر	شناخت دینی	علايق و عواطف دینی	باور دینی	التزام به وظایف دینی	دینداری (کلی)
جسمانی‌سازی	-۰/۰۶	-۰/۰۲	-۰/۰۵	-۰/۰۵	-۰/۰۲
اضطراب	-۰/۰۷	-۰/۱۳*	-۰/۱۵*	-۰/۲۲**	-۰/۱۹**
ناکارآمدی اجتماعی	۰/۰۳	-۰/۰۷	-۰/۰۳	-۰/۱۴*	-۰/۱۰
افسردگی	-۰/۱۷*	-۰/۳۱**	-۰/۲۳**	-۰/۴۰**	-۰/۳۶**
سلامت روان (کل)	-۰/۱۵*	-۰/۱۹**	-۰/۱۶*	-۰/۳۰**	-۰/۲۶*

* $p < 0.05$ و ** $p < 0.01$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در گروه پسران، اضطراب، افسردگی و سلامت روانی عمومی با کلیه زیرمقیاس‌های دینداری رابطه معکوس معنادار دارد. به بیان دیگر افزایش نمرات در زیرمقیاس‌های دینداری با کاهش در نمرات زیرمقیاس‌های اضطراب، افسردگی و سلامت روان عمومی همراه است. ناکارآمدی اجتماعی نیز تنها با التزام به وظایف دینی رابطه معکوس معنادار نشان می‌دهد. جسمانی‌سازی نیز با هیچ‌یک از زیرمقیاس‌های دینداری رابطه نشان نداده است.

با توجه به این که یکی از اهداف مطالعه حاضر، مقایسه نیمرخ‌های دینداری و سلامت روان عمومی دو گروه بوده و هر یک از این نیمرخ‌ها دارای بیش از یک متغیر (هر کدام دارای چهار زیرمقیاس) است؛ لذا بایستی از تحلیل واریانس چند متغیری^۱ برای دستیابی به این هدف استفاده گردد. از آنجایی که انجام هر تحلیل آماری دارای پیش‌فرض‌هایی است؛ لذا قبل از انجام تحلیل، دو پیش‌فرض اساسی این تحلیل عبارتند از آزمون M باکس^۲ برای بررسی عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس و آزمون لون^۳ برای بررسی فرض برای واریانس خطای نمره‌های وابسته بررسی و برقراری آنها محرز گردید.

1 . Multi. Variat Analysis of Variance (MANOVA)
2 . M Box Test of Equality of Covariance Matrices
3 . Leven's Test of Equality of Error Variance

جدول ۵. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری دختران و پسران

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
دینداری	پیلای	۰/۰۳	۱/۸۸	۴	۲۹۵	۰/۱۱
	ویلکز	۰/۹۷	۱/۸۸	۴	۲۹۵	۰/۱۱
	هتلینگ	۰/۰۳	۱/۸۸	۴	۲۹۵	۰/۱۱
	روی	۰/۰۳	۱/۸۸	۴	۲۹۵	۰/۱۱

یافته‌های ارائه شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که نیمرخ‌های دو گروه براساس کلیه شاخص‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری معنادار نشده است. این یافته بدین معنا است که نیمرخ دو گروه تفاوت معناداری از هم ندارند.

جدول ۶. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری دختران و پسران

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
شناخت دینی	۱۸/۵۹۵	۱	۱۸/۵۹۵	۰/۶۵	۰/۴۲
علاق و عواطف دینی	۲۸۹/۹۹۶	۱	۲۸۹/۹۹۶	۵/۲۹	۰/۰۲۲
باور دینی	۶۰/۵۴۳	۱	۶۰/۵۴۳	۱/۰۳	۰/۰۵۹
التزام به وظایف دینی	۳۶۴۷/۶۰۵	۱	۱۲۷۳۴/۹۷	۳/۵۹	۰/۰۶۵

جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین دو گروه تنها در زیرمقیاس علایق و عواطف دینی معنی‌دار شده است. به دلیل آن که دختران در زیرمقیاس‌های

پرسشنامه دینداری دارای میانگین بالاتری در مقایسه با گروه پسران بودند؛ لذا می‌توان بیان نمود که گروه دختران به لحاظ آماری در زیرمقیاس علایق و عواطف دینی از وضعیت مطلوبتری در مقایسه با گروه پسران برخوردار است. در ادامه برای بررسی تفاوت نیمرخ‌های سلامت روانی این دو گروه نیز از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۷. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری گروه‌های دختر و پسر

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
دینداری	پیلانی	۰/۰۰۳	۰/۲۴	۴	۲۹۵	۰/۹۱
	ویلکز	۰/۹۸	۰/۲۴	۴	۲۹۵	۰/۹۱
	هتلینگ	۰/۰۰۳	۰/۲۴	۴	۲۹۵	۰/۹۱
	روی	۰/۰۰۳	۰/۲۴	۴	۲۹۵	۰/۹۱

یافته‌های جدول ۷ نشان می‌دهد نیمرخ کلی سلامت روان عمومی دو گروه به واسطه هیچ یک از شاخص‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری معنادار نیست. جهت بررسی وجود تفاوت‌های احتمالی در بین زیرمقیاس‌های سلامت روان عمومی این دو گروه، آزمون اثر بین آزمودنی‌ها انجام یافت که نتایج جدول ۸ را در پی داشت.

جدول ۸. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه

سلامت روان عمومی

گروه‌های دختر و پسر

متغیر	نوع سوم مجموع ۱۰	درجات آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۰/۱۹۸	۱	۰/۱۹۸	۰/۰۲۲	۰/۸۸
اضطراب	۲/۲۷	۱	۲/۲۷	۰/۱۴	۰/۷۰
ناکارآمدی اجتماعی	۶/۹۵	۱	۶/۹۵	۰/۹۴	۰/۳۳
افسردگی	۳/۵۲	۱	۳/۵۲	۰/۲۵	۰/۶۱

یافته‌های جدول نشان می‌دهد که هیچ یک از زیرمقیاس‌ها در بین دو گروه تفاوت معنادار ندارد. بدین معنا که این دو گروه دارای نیمرخ‌های (تقریباً) شبیه به هم بوده و از هم تفاوت معناداری نشان نمی‌دهند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط دینداری و سلامت روان دانشجویان دختر و پسر و مقایسه وضعیت دینداری و سلامت روان در دو گروه انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که در گروه پسر، کلیه مولفه‌های دینداری با کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی (جسمانی‌سازی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی) رابطه معکوس دارند ولی برخی از آنها معنادار بوده و برخی معنادار نیستند. از موارد معنادار رابطه اضطراب با علایق دینی، باورهای دینی و التزام به وظایف دینی است. رابطه معکوس و معنادار بین اضطراب و این سه مولفه بدین معنی است که در پسران، با افزایش نمره علایق دینی، باورهای دینی و التزام به وظایف، میزان اضطراب کاهش می‌یابد. این یافته با یافته‌های سامسون و همکاران

(۲۰۰۵) و کوینینگ و همکاران (۱۹۸۸) همسو شده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش‌ها دین می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای آرامش‌زا و تنش‌زدا عمل نماید. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد که دین نیازهای اساسی جهت کاهش اضطراب و تنش در افراد را برآورده می‌سازد.

از سوی دیگر ناکارآمدی اجتماعی با التزام به وظایف دینی رابطه معکوس و معنادار نشان می‌دهد. یعنی اینکه نمره بالا در التزام به وظایف دینی همراه با نمره پایین در ناکارآمدی اجتماعی و کم بودن مشکلات فرد در روابط و موضوعات اجتماعی است و برعکس. این یافته با نتایج پژوهش وایلانت و همکاران (۲۰۰۸) هماهنگی دارد. در بعد روابط اجتماعی دین از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی نیز موثر واقع می‌شود، پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که، درگیری دینی افراد موجب برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی می‌گردد (به عنوان مثال: کوینینگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ سامسون و همکاران، ۲۰۰۵). سامسون و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی اظهار داشتند که معنویت‌گرایی به عنوان سازه‌ای مطرح است که شامل عقاید و ارزشهای شخصی بوده و منجر به احساس معنی پیدا کردن و وحدت فرد می‌شود. آنها به جستجوی مفهوم معنویت‌گرایی در بین مردمان بومی استرالیا و نیوزیلند پرداختند، نتیجه پژوهش نشان داد که معنویت در بهبود مهارت‌های مقابله، عزت نفس، دریافت حمایت اجتماعی و القای امید نقشی اساسی دارد.

افسردگی مولفه‌ای از سلامت روان عمومی است که در پسران با کلیه مولفه‌های دینداری رابطه معکوس و معنادار نشان داد. این یافته بیان می‌کند که افزایش در نمره و میزان هر یک از مولفه‌های دینداری با کاهش در نمرات و میزان افسردگی همراه بوده و کاهش نمرات این مولفه‌ها با افزایش میزان و نمره افسردگی همراه است. این یافته با یافته‌های بسیاری همسو شده است از جمله پاراگمنت و

همکاران (۱۹۹۰)؛ مالتبی و دی (۲۰۰۰) و کوینیک، جورج و تیتوس (۲۰۰۴). افسردگی از متغیرهای اصلی و مهمی است که به دلیل نقش بنیادی آن در احساس سلامت روانی افراد در پژوهش‌های مختلفی مورد توجه قرار گرفته است. ارتباط قوی و معنی‌دار مولفه‌های مختلف دینداری با افسردگی از یک سو حاکی از اهمیت تجارب معنوی در پیشگیری و کاهش افسردگی و از سوی دیگر حاکی از اهمیت افسردگی در میان متغیرهای مرتبط با سلامت روان است. به همین دلیل به نظر می‌رسد این متغیر باید در پژوهش‌های آتی این حوزه نیز مورد توجه قرار گیرد.

شاخص کلی سلامت عمومی نیز همانند افسردگی با کلیه مولفه‌های سلامت روان عمومی رابطه معنادار و معکوس نشان می‌دهد. این یافته نیز نشان از معکوس بودن جهت افزایش و کاهش نمرات مولفه‌های دینداری و سلامت روان عمومی است. به این ترتیب که بالا بودن مولفه‌های دینداری در افراد با حضور حداقلی علایم بالینی همراه بوده و نشان از سلامت عمومی بالا دارد. این یافته‌ها با یافته‌های متعددی چون کور و همکاران (۲۰۰۶)؛ اوکانور، کوب و اوکانور (۲۰۰۳)؛ سامسون و همکاران (۲۰۰۵)؛ دزوتر و همکاران (۲۰۰۶) و وایلانت و همکاران (۲۰۰۸) همسویی دارد. به این ترتیب می‌توان چنین نتیجه گرفت که دینداری می‌تواند از عوامل مهم موثر در کاهش علایم بالینی منفی و افزایش سلامت روان قلمداد گردد.

بر اساس یافته‌های پژوهش در گروه دختر نیز بسیاری از مولفه‌های دینداری با زیرمقیاس‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی) رابطه معکوس نشان می‌دهند، با این تفاوت آشکار که تعداد روابط معنی‌دار در این گروه تنها یک رابطه است (رابطه جسمانی‌سازی، اضطراب و نمره کل سلامت عمومی با علایق و عواطف دینی). شاید بتوان اینگونه اظهار نظر نمود که به نظر می‌رسد عمده‌ترین عامل پیشگیری و ارتقای سلامت روان دختران از بین

مولفه‌های چهارگانه دینداری، علایق و عواطف دینی است، در حالی که در پسران تمامی مولفه‌های دینداری تقریباً نقش برابری در سلامت روان آنها ایفا می‌کنند. در بخش دوم پژوهش این سوال مطرح بود که آیا در مولفه‌های دینداری و سلامت روان بین دو گروه دانشجویان دختر و پسر تفاوتی وجود دارد یا خیر؟ در پاسخ به این سوال از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده گردید و نتایج در بخش دینداری نشان داد که دو گروه تنها در زیرمقیاس علاقه و عواطف دینی از هم متفاوتند؛ به این ترتیب که دختران از علاقه و عواطف دینی بالاتری نسبت به پسران برخوردارند. بنابراین طبیعی است که علاقه و عواطف دینی نقش اساسی‌تری در سلامت روان دختران داشته باشد. با توجه به بالا بودن نمرات زیرمقیاس‌های دینداری در دختران (علی‌رغم معنی‌دار نشدن تفاوتها) با رعایت احتیاط می‌توان یافته‌های این بخش را با یافته‌های خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۶) همسو دانست. البته ذکر این نکته ضروریست که یافته‌های پژوهش حاضر شاید بیشتر حاکی از این باشند که نیمرخ کلی دینداری دختران و پسران دانشجوی ایرانی بیشتر از اینکه متفاوت باشند، مشابهند.

در بخش سلامت روان هیچ‌یک از زیرمقیاس‌ها در بین دو گروه تفاوت معنادار نشان نداد. بدین معنا که این دو گروه دارای نیمرخ‌های (تقریباً) شبیه به هم بوده و از هم تفاوت معناداری ندارند. این یافته با یافته‌های دینر، ساه و اویشی (۱۹۹۷) مبنی بر اینکه جنس به عنوان یک ویژگی جمعیت شناختی ارتباط ضعیفی با سلامت روان شناختی دارد، همسو شده است. بنابراین این پژوهش نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در سلامت روان دختران و پسران وجود نداشته و نیمرخ کلی دو گروه در سلامت روان مشابه هم هستند.

منابع

- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، مجله روان‌شناسی، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۸۱-۳۹۴.
- خدایاری فرد، محمد؛ غباری بناب، باقر؛ فقیهی، علینقی؛ شکوهی یکتا، محسن و به‌پژوه، احمد (۱۳۸۶). آماده سازی و هنجاریابی مقیاس سنجش دینداری در جامعه دانشجویی شور. تهران: دانشگاه تهران.
- قربانی، نیما. (۱۳۷۸). پیامدهای فیزیولوژیک و روانشناختی شکست مقاومت و افشای هیجانی در روان‌درمانگری. پایان نامه دکتری دانشگاه تربیت مدرس.
- هومن، عباس (۱۳۷۶). استانداردسازی پرسشنامه عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی، طرح پژوهشی خاتمه یافته.
- Anson, O., Antonovsky, A., & Sagy, S. (1990). Religiosity and well-being among retirees: A question of causality. *Behavior, Health, and Aging*, 1, 85-97.
- Bierman, A. (2008). Does Religion Buffer the Effects of Discrimination on Mental Health? Differing Effects by Race. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45(4):551-565.
- Childer, D., & McCarty, R. (2001). Psychophysiological correlates of spiritual experience. *Biofeedback*, 29, 13-17.
- Cour, P. L., Avlund, K., & Larsen, K. S. (2006). Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914. *Social science & Medicine*, 62:157-164.
- Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40, 807-818.
- Diener, Ed., Suh, E., Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian journal of Clinical Psychology*. March.
- Harrison, J. A. (1998). Effects of music and auditory stimuli on secretory immunoglobulin in saliva: response the manipulation of mood.

- Biological Psychology, 53, 25-35.
- Johnson, D. P., & Mullins, L. C. (1989). Subjective and social dimensions of religiosity and loneliness among the well elderly. *Review of Religious Research*, 31, 3-15.
- Koenig, H.G., & Cohen, H. (2002). *The link between religion and mental health*. Oxford University Press.
- Koenig, H.G., Georg, L. K., & Titus, P.(2004). Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. *Pub Med*, 52, 554-562.
- Koenig, H. G., Moberg, D. O., & Kvale, J. N. (1988). Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 362-374.
- Levin, J. S., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (1995). Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S 154-S 163.
- Maltby, J., & Day, L. (2000). Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*, 28, 383–393.
- Marks, L. (2005). Religion and Bio-Psycho- Social Health: A Review and Conceptual Model. *Journal of Religion and Health*, Vol. 44, No. 2, 173-186.
- Meyer, K., & Lobao, L. (2003). Economic hardship, Religion and mental health during the mid western farm crisis. *Journal of Rural Studies*, 19, 139- 156.
- Mohr, W. K. (2006). Spiritual Issues in Psychiatric Care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(3).
- O'Conner, D. B., Cobb, J., & O'Conner, R. C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 34, 211-217.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K., & Warren, R. (1990). God help me: 1. Religious coping efforts as predictors of the outcomes of significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.
- Pinquart, M., & Srensen , S. (2000). Influences of socioeconomic status, social Net work and competence on subjective well – being in later life A Meta Analysis. *Psychology and Aging* , vol. 15 (2) , pp. 187 – 224.
- Poloma, M. M., & Pendleton, B. E (1990). Religious domains and general well-being. *Social Indicators Research*, 22, 255-276.
- Ray, O. (2004). How the Mind Hurts and Heals the Body. *American Psychologist*, Vol. 59, No. 1, 29–40.

- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311–321.
- Samson, T., Lloyd, C., Petchkovsky, L., & Maniaia, W. (2005). Exploration of Australian and New Zealand indigenous People's spirituality and mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52:181-187.
- Vaillanta, G., Templeton, J., Ardelt, M., & Meyer, S. E. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*, 66, 221–231.

