



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

طیبه شریفی\*، دکتر مهناز مهرایی 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 ۱۳۸۰-۸۱ بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های سنجشی 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.

:

اندازه‌ای روانشناسی قرار گرفته است. بنیامین راش<sup>۱</sup>  
(به نقل 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، اهواز، فرهنگ شهر، دانشگاه آزاد اسلامی (نویسنده مسئول).

E-mail: tayybsharif@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،

پرخاشگری می‌شود (بانک‌ستون<sup>۲۱</sup> و ژو<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۹؛ کارک<sup>۲۳</sup>، کارمل<sup>۲۴</sup>، سینریش<sup>۲۵</sup>، گلبرگر<sup>۲۶</sup>، فرایدلندر<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۶؛ یعقوبی نصرآبادی، اسدالهی، 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 (کلانتری، 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 باتوجه به هدف‌های یادشده فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

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

دارد که هوا برای تنفس. جیمز<sup>۱</sup> (۱۳۶۷)، یونگ<sup>۲</sup> (۱۳۵۴)، فروم<sup>۳</sup> (۱۳۶۸) و سایرین نیز اهمیت رفتارها و باورهای دینی را یادآور شده‌اند. یونگ (۱۳۵۴) دین را یکی از قدیمی‌ترین و عمومی‌ترین تظاهرات روح انسانی دانست و از این رو نمی‌توان دست‌کم 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<sup>۴</sup>، 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<sup>۵</sup> 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<sup>۶</sup>، مسترز<sup>۷</sup> و ریچاردز<sup>۸</sup>، ۱۹۸۸؛ براون<sup>۹</sup>، ندویوس<sup>۱۰</sup> و گری<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۰؛ ویلیامز<sup>۱۲</sup>، لارسن<sup>۱۳</sup> و یوکر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۱؛ پاولسون<sup>۱۵</sup>، اپلر<sup>۱۶</sup>، سترویت<sup>۱۷</sup>، وونش<sup>۱۸</sup> و باس<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۸؛ کونینگ<sup>۲۰</sup>، 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

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| 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- Koening   |
| 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.

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 سنج‌های دینداری مسلمانان: این پرسش‌نامه را سراج‌زاده (۱۳۷۷) برپایه‌ی الگوی گلاک<sup>۱</sup> و استارک<sup>۲</sup> (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 تجربی 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) بینابین؛ ۴) موافق و ۵) کاملاً موافق.

در بررسی روایی<sup>۳</sup> 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<sup>۴</sup> این پرسش‌نامه در بررسی حاضر به روش دو نیمه‌کردن برای کل سنج و ابعاد آن به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۰، ۰/۵۳، ۰/۶۳ و 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<sup>۵</sup> (GHQ)، فرم ۲۸سؤالی: این پرسش‌نامه را گلدبرگ<sup>۶</sup> و هیلیر<sup>۷</sup> (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 پرسش‌نامه به روش لیکرت نمره‌گذاری شده است. به گزینه‌های الف تا د، به ترتیب نمره‌ی صفر تا سه داده می‌شود. در این آزمون برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید که چهار نمره مربوط به خرده‌مقیاس‌ها و یک نمره هم مربوط به کل آزمون است.

ویلیامز، گلدبرگ و ماری<sup>۱</sup> (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 شاه‌محمدی (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه‌ی برش<sup>۲</sup> ۲۳، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ را گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، ضریب اعتبار این پرسش‌نامه به روش همبسته‌کردن نمره‌های این آزمون با دو پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک<sup>۳</sup> (BDI) و اضطراب<sup>۴</sup> (ANQ) به ترتیب ۰/۲۱ و ۰/۲۵ به دست آمد.

هم‌چنین بررسی‌های مختلف نشانگر پایایی بالای پرسش‌نامه‌ی GHQ و خرده‌مقیاس‌های آن می‌باشند (۰/۴۷ تا ۰/۹۳). پالانگ، نصر اصفهانی و براهنی (۱۳۷۵) پایایی این پرسش‌نامه را ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسش‌نامه به روش دونیمه‌کردن برای کل پرسش‌نامه و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب برابر با 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- پرسش‌نامه‌ی شکیبایی<sup>۵</sup>: این پرسش‌نامه را ایوانز<sup>۶</sup> (۱۹۸۰) برای سنجش شکیبایی ساخته و رضاخانی (۱۳۷۹) آن را به فارسی برگردانیده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۹ ماده‌ی سه‌گزینه‌ای است. برای نمره‌گذاری مقیاس، به گزینه‌های انتخاب شده که نشان‌دهنده‌ی نگرش مثبت هستند صفر امتیاز، به گزینه‌های بینابین دو امتیاز و به گزینه‌هایی که گویای نگرش منفی هستند چهار امتیاز داده می‌شود. نمره‌ی پایین در این مقیاس بیانگر شکیبایی بالا است.

ضریب روایی این آزمون به روش همبسته‌کردن نمره‌های این آزمون با آزمون پرخاشگری اهواز<sup>۷</sup> (AAI) بر روی نمونه‌ی ۱۰۰ نفری (۵۰ زن و ۵۰ مرد) ۰/۳۳، هم‌چنین ضریب پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و به روش دونیمه‌کردن ۰/۷۰ محاسبه شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی چندگانه بهره گرفته شد.

میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های آزمودنی‌های پژوهش برحسب متغیرهای ابعاد دینداری، سلامت عمومی و شکیبایی در جدول ۱ نشان داده شده است.

میانگین بالا در متغیر سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن به‌منزله‌ی برخورداری آزمودنی‌ها از سلامت عمومی کمتر می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود، میانگین نمره‌ی دانشجویان در کل سنجه‌ی 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) می‌باشد.

میانگین نمره‌ی سلامت عمومی (کل پرسش‌نامه) ۲۴/۰۵ (انحراف معیار ۷/۳۱) بود. از چهار خرده‌مقیاس سلامت عمومی، خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی دارای بیشترین میانگین (۶/۲۵) و خرده‌مقیاس علایم بدنی دارای کمترین میانگین (۵/۷۶) بود. میانگین نمره‌ی شکیبایی ۵۵/۷۷ بود.

رابطه‌ی نگرش دینی به‌صورت کلی و چهار بعد آن به تفکیک (به‌عنوان متغیر پیش‌بین) با سلامت عمومی و چهار خرده‌مقیاس آن و هم‌چنین شکیبایی (به‌عنوان 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=۴۰۰)

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=۴۰۰)

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 زمینه 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 به‌دست 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 سنجه) با هر کدام از خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی نیز معنی‌دار بود. ضریب همبستگی بین نگرش دینی و شکیبایی برابر با ۰/۴۱ به‌دست 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)

ضرایب رگرسیون (B)				نسبت F و سطح معنی‌داری	ضریب تعیین	ضریب همبستگی چندمتغیری	متغیر پیش بین	متغیر ملاک
بعد اعتقادی	بعد عاطفی	بعد پیامدی	بعد مناسکی					
			$\beta = -/170$ $t = -3/436$ $p = 0/001$	11/808 (0/0001)	0/029	0/170	بعد اعتقادی	الف سلامت عمومی
		$\beta = -/016$ $t = -/294$ $p = 0/769$	$\beta = -/175$ $t = -3/315$ $p = 0/001$	5/934 (0/003)	0/029	0/170	بعد عاطفی	
	$\beta = -/149$ $t = -2/600$ $p = 0/010$	$\beta = -/081$ $t = -1/393$ $p = 0/164$	$\beta = -/151$ $t = -2/832$ $p = 0/005$	6/267 (0/0001)	0/045	0/213	بعد پیامدی	
$\beta = -/119$ $t = -2/365$ $p = 0/018$	$\beta = -/125$ $t = -2/154$ $p = 0/032$	$\beta = -/081$ $t = -1/395$ $p = 0/7164$	$\beta = -/143$ $t = -2/694$ $p = 0/007$	6/154 (0/0001)	0/059	0/242	بعد مناسکی	
			$\beta = -/170$ $t = -3/436$ $p = 0/001$	11/808 (0/0001)	0/290	0/170	بعد اعتقادی	ب سلامت عمومی
			$\beta = -/152$ $t = -3/076$ $p = 0/002$	9/778 (0/0001)	0/047	0/217	بعد مناسکی	

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

مناسکی و پیامدی برای خرده‌مقیاس اضطراب (MR=۰/۱۹۸) و بعد اعتقادی برای خرده‌مقیاس افسردگی (MR=۰/۱۱۹) بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها می‌باشند.

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، ضریب همبستگی چندمتغیری برای ترکیب خطی ابعاد چهارگانه‌ی متغیر دینداری با متغیر شکیبایی (MR=۰/۶۲۵،  $F=63/373$ ،  $p<0/001$ ) معنی‌دار 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.

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 معنی‌دار است (MR=۰/۲۴۲،  $F=6/154$ ،  $p<0/001$ ). 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.

هم‌چنین تحلیل رگرسیون به روش گام به گام نشان داد که از میان چهار بعد دینداری، بعد مناسکی برای خرده‌مقیاس علایم جسمانی (MR=۰/۱۵۸) بعد اعتقادی برای خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی (MR=۰/۲۰۱)، بعدهای

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 بر پایه‌ی 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)، احمدی‌ابهری (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 رمضان‌فرانی 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 ارائه‌ی 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. به‌هنگام 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 (رمضان‌فرانی 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 به‌هنگام برخورد با سختی‌ها، به صبر فرا



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

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

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، ۱۱-۴.

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

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

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

حسینی، رشید (۱۳۷۴). *بررسی شیوع اختلال‌های 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). *تأثیر نماز به عنوان یکی از ارکان دین مبین اسلام بر سلامت جسمی - روانی نسل جوان*. 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.

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، ارائه 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 ابزار 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

یعقوبی، نورا...؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا (گیلان-۱۳۷۴). *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۳-۵۵.

یونگ، کارل گوستاو (۱۳۵۴). *روانشناسی و دین*. ترجمه فؤاد روحانی. تهران: انتشارات فرانکلین.

یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ اسدالهی، قربانعلی؛ معتمدی، محمد (۱۳۸۰). *مقایسه فراوانی و اقدام به خودکشی در ماههای محرم صفر و رمضان با بقیه ماهها*. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین الملل 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). Religiousity 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 kibbutzim. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, 185-194.

Koenig, H.G. (2000). Religion, spirituality, and medicine application to clinical practice. *JAMA*, 284, 1708.

سراج زاده، سیدحسین (۱۳۷۷). نگرش ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت های آن برای نظریه سکولارشدن. *فصلنامه اطلاع رسانی پژوهشی*، شماره ۱۰ و ۱۱، ۱۰۷-۱۰۵.

سهرابی، نادره؛ سامانی، سیامک (۱۳۸۰). *بررسی میزان تأثیر نگرش مذهبی بر بهداشت روانی نوجوانان*. مقاله ای ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، ۳۰-۲۷ فروردین.

طهماسبی پور، 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)*. پایان نامه ی دکترای پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

عثمان نجاتی، محمد (۱۳۶۷). *قرآن و روانشناسی*. مشهد: بنیاد پژوهش های اسلامی آستان قدس رضوی.

غباری بناب، باقر؛ خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۰). *رابطه ی توکل به خدا با اضطراب و صبر و امیدواری در شرایط ناگوار در دانشجویان دانشگاه تهران*. مقاله ای ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، ۳۰-۲۷ فروردین.

فروم، اریک (۱۳۶۸). *روانکاوی و دین*. ترجمه آرسن نظریان. تهران: انتشارات پویش.

کلانتری، مهرداد (۱۳۷۸). *طرح اندیشه اسلامی در روانشناسی بالینی*. مرکز تحقیقات علوم رفتاری در قلمرو اسلام، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

میرزمانی، محمود؛ محمدی، محمدرضا (۱۳۸۰). *تحقیقی پیرامون ارزش مذهبی در گروهی از بیماران روانی*. مقاله ای ارائه شده در اولین همایش بین المللی 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 رابطه ی نگرش مذهبی، پاسخهای مقابله ای و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

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.