

باور مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دختر و پسر

بیبا آجیلچی^{۱*}، فلور رضایی کارگر^۲^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران Ajilchi_b@yahoo.com^۲ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی و مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

چکیده

در طول تاریخ بشریت، دین و باورهای مذهبی از جمله نیازهای اساسی و فطری انسان و عامل رسیدن به آرامش در برابر استرس‌های محیطی بوده است. در واقع مذهب برای افراد نقش یک سپر دفاعی را بازی می‌کند و مجموعه وسیعی از آثار مثبت روان شناختی را ایجاد می‌نماید. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه باور مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دختر و پسر بود. در یک پژوهش از نوع همبستگی تعداد ۱۶۰ دانشجوی (۷۶ پسر و ۸۴ دختر) به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به پرسشنامه‌های باور مذهبی کندلر و همکاران (۱۹۹۷) و سلامت روان (GHQ)، گلدبرگ و هیلیر، پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و t دو گروه مستقل انجام شد. باور مذهبی با سلامت روان در دانشجویان پسر رابطه مثبت داشته و آن را پیش‌بینی می‌کند. بررسی زیر مقیاسها نیز نشان داد که باور مذهبی با اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید در پسران رابطه منفی داشته و آنها را پیش‌بینی می‌نماید. اما بین باور مذهبی با سلامت روان و زیر مقیاسهای آن در دانشجویان دختر رابطه‌ای به دست نیامد. مقایسه جنسیتی نیز نشان داد، در دختران باور مذهبی بیشتر، و در پسران سلامت روان بالاتر است. این نتیجه در تمام مولفه‌های سلامت روان نیز مشاهده شد ($P < 0.05$). این یافته‌ها تلویحات مهم و قابل توجهی در خصوص تفاوت‌های جنسیتی در باورهای مذهبی و سلامت روان و همچنین رابطه بین آنها در دانشجویان در بر دارد که شایان توجه و پیگیری جدی است.

واژه‌های کلیدی: باور مذهبی؛ سلامت روان؛ دانشجویان دختر؛ دانشجویان پسر

مقدمه

در طول تاریخ بشریت دین و باورهای مذهبی جزء نیازهای اساسی و فطری بشر بوده و وی را برای رسیدن به آرامش در برابر استرس‌های محیطی حفظ کرده است. به اعتقاد روان‌شناسان مذهبی بودن یکی از عوامل مراقبت‌کننده در پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی است به طوری که مذهب به عنوان یک مؤلفه درمانی در درون فرد تأثیر گذاشته و در حفظ سلامتی جسمانی و افزایش طول عمر موثر است (کلی ۱۹۹۶؛ نقل از رحیمی ۱۳۸۹). در دهه‌های اخیر توجه به نقش مذهب در سلامت روان بیشتر شده و مطالعات متعدد، نظری و تجربی با هدف روشن سازی اثرات مستقیم و غیر مستقیم باور مذهبی بر سلامت روان انجام شده است (دیزوتر، سوائننز، هاتزبوت، ۲۰۰۶، جیمز و ولز، ۲۰۰۳). باور مذهبی به رویکرد منظم، شامل باورها و عمل کردن به امور مقدس اطلاق می‌شود (خسروی، ضرابیها، نعمتی، ۲۰۱۱). چنین به نظر می‌رسد که مذهب برای افراد نقش یک سپر دفاعی را بازی می‌کند و مجموعه وسیعی از آثار مثبت روان شناختی را در آنان ایجاد می‌نماید (کوپنیک و همکاران ۲۰۰۱). به نقل از رحیمی (۱۳۸۹). مطالعات بسیاری نشان دادند، باور مذهبی موجب بهبود سلامت روان، کیفیت سبک زندگی، و حتی ارتباطات اجتماعی می‌شود (هالینگ و انل، ۲۰۰۷، تروینو، پارگامنت، کوتون، لئونارد، هان، کاپرینی، فاگین، ۲۰۰۹؛ به نقل از خسروی و همکاران، ۲۰۱۱). علاوه بر این باور مذهبی رابطه معکوسی با اضطراب و افسردگی دارد (بیانی، گودرزی، بیانی، کوچکی، ۲۰۰۷). در تحقیقی که توسط رحیمی و کامران پور (۱۳۸۶) در نمونه دانشجویان انجام شد، نتایج نشان داد که قدرت باورهای مذهبی دانشجویان ارتباط مثبتی با سلامت روان آنان شامل خوش بینی معنادار بودن زندگی، کنار آمدن با استرس‌ها پذیرش خود نگرش مثبت به زندگی و اضطراب کم آنان

دارد. احمدی گتب (۲۰۱۱) در مطالعه ای ارتباط بین کیفیت زندگی و باور مذهبی با سلامت عمومی در دانشجویان نشان داد، نه تنها ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و باور مذهبی وجود دارد، بلکه این دو متغیر با هم همپوشی دارند و می‌توانند به طور معناداری تغییرات سلامت عمومی را پیش بینی کنند. در مطالعه مرعشیان، اسماعیلی (۲۰۱۲) در ۱۵۰ دختر و ۱۵۰ پسر از دانشجویان دانشگاه اهواز که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، رابطه منفی معناداری بین باورهای مذهبی و اختلالات سلامت روان مشاهده شد. اما مطالعه دیزوتر و همکاران (۲۰۰۶) حاکی از آن بود که مذهب ارتباط منفی با بهزیستی و ارتباط مثبت با آشفتگی دارد. هم چنین مطالعه کوئینگ (۲۰۰۴) نشان داد باور مذهبی همیشه منجر به سلامت روان نمی‌شود چرا که روان‌شناسان بالینی اغلب با بیمارانی که احساس گناه، نشخوار فکری و اضطراب دارند، مواجه هستند، همگی این عوامل می‌تواند به علت باور مذهبی آنها روی دهد. تعدادی از پژوهش‌ها نیز به بررسی تأثیر جنسیت بر گرایش‌ها و باورهای مذهبی افراد پرداخته‌اند که نتایج بسیاری از آنها نشان دهنده وجود تفاوت‌های جنسیتی در گرایش بیشتر زنان به مذهب و باورهای مذهبی در مقایسه با مردان است (نجار اصل، ۱۳۸۴ و خانه کشی ۱۳۸۷؛ به نقل از کاظمیان مقدم و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۸؛ نصیر زاده ۲۰۰۵ گالوپ و لیندزی ۱۹۹۹؛ کاظمیان و مهرابی زاده هنرمند ۱۳۸۸؛ ایروانی، ۲۰۱۱). در خصوص تفاوت جنسیتی در سلامت روان غالب پژوهش‌ها نشان دهنده عدم وجود تفاوت بین دو جنس در این خصوص بوده‌اند (مانند نجار اصل، ۱۳۸۴ و خانه کشی ۱۳۸۷؛ به نقل از کاظمیان مقدم و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۸). کاظمیان مقدم و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۸۸) و ایروانی (۲۰۱۱) نیز به نتیجه مشابهی دست یافتند اما در پژوهش شکری، مرادی، طرخان و دانشور (۱۳۹۰) سلامت روان در دختران نسبت به پسران پایین‌تر بود. برخی از پژوهش‌ها مانند چراغی و مولوی (۱۳۸۵)؛ به نقل از کاظمیان مقدم و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۸) نهدر باورهای مذهبی و نه در سلامت روان، بین دختران و پسران دانشجویان تفاوتی به دست نیاوردند.

بر اساس آنچه که بیان گشت، بررسی ادبیات پژوهشی نشان دهنده نتایج کمابیش ضدونقیض در مورد رابطه بین مذهب و سلامت روان می‌باشد، ضمن این که در خصوص مقایسه‌ی جنسیتی در این زمینه کار چندانی انجام نشده است. از سوی دیگر نتایج حاصل از بررسی وجود یا عدم وجود تفاوت در باورهای مذهبی و سلامت روان دختران و پسران دانشجو که از آینده‌سازان این مرز و بوم هستند، کارشناسان امر را بر آن می‌دارد تا اگر در هر گروه کاستی مشاهده گردید با پیشگیری زود هنگام و تقویت باورهای مذهبی و دینی و آموزش‌های لازم در پرورش این عزیزان قدم بردارند. بنا بر این پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سئوالات زیر است:

۱- آیا بین باور مذهبی با سلامت روان در دختران و پسران دانشجو رابطه وجود دارد؟

۲- آیا بین دختران و پسران دانشجو از لحاظ باور مذهبی و سلامت روان تفاوت وجود دارد؟

روش

شرکت کنندگان و طرح پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد شهر تهران بود که از بین آنها تعداد ۱۶۰ دانشجوی مقطع کارشناسی شامل ۷۶ پسر و ۸۴ دختر، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول شامل ۳۰ سؤال با نحوه پاسخگویی به روش لیکرت و بر گرفته از پرسشنامه باورهای مذهبی کندلر (۱۹۹۷، ۲۰۰۳) بود که پرسشنامه توسط گنجی و حسینی (۱۳۸۹) تدوین شده است. آنها اعتبار محتوی پرسشنامه را با مطالعه کتب و مقالات مختلف و مشورت با اساتید متخصص در این زمینه به تأیید رسانده و برای بررسی پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی بر روی ده نفر از دانشجویان مامایی به فاصله هشت روز ضریب همبستگی ۰/۸۵ به دست آوردند. در پژوهش حاضر همسانی درونی پرسشنامه فوق از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد. پرسشنامه دوم فرم ۲۸ سئوالی پرسشنامه سلامت روان (GHQ، گلدبرگ و هیلیر،

بود. این پرسشنامه وضعیت روانی فرد را در یک ماه اخیر می‌سنجد و مقیاسهای فرعی علائم جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید را شامل می‌شود. نمره گذاری آن به روش لیکرت چهار درجه ای است و نمره بالاتر از ۲۳ بیانگر عدم سلامت روان است. روایی همگرای آن با SCL-۹۰، ۰/۸۷ گزارش شده است. ضریب همبستگی بین نمرات چهار زیرمقیاس این پرسشنامه نیز بین ۰/۳۳ تا ۰/۶۱ به دست آمده است. پایایی آزمون در دو مطالعه متفاوت با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ (چان و چان، ۱۹۸۳) و ۰/۹۲ (یزدان پناه، ۱۳۸۴) محاسبه شده است (به نقل از محمدی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد.

شیوه اجرا

با مراجعه به واحدهای علوم و تحقیقات، تهران مرکزی، و تهران شرق دانشگاه آزاد اسلامی ویس از جلب همکاری، دادن اطمینان در خصوص محرمانه بودن پاسخ‌ها، شفاف سازی پژوهش و اهداف آن، و راهنمایی در خصوص نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و تقاضای داشتن صداقت در پاسخگویی، پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی در اختیار افراد قرار گرفته و پس از پاسخگویی و تکمیل دریافت شدند.

نتایج

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی، ضرایب همبستگی و مقایسه میانگین‌های متغیرهای تحت بررسی در دانشجویان دختر و پسر

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	باور مذهبی	میزان t
باور مذهبی	پسر	۷۲/۴۵	۱۷/۸۳	-	۲/۸۵۱*
	دختر	۴۴/۳۴	۹/۲۸	-	
سلامت روان	پسر	۴۴/۳۴	۱۲/۹۸	-۰/۲۲۶*	۳/۳۸۳*
	دختر	۵۱/۳۰	۱۳/۰۰	۰/۱۷۱*	
علائم جسمانی	پسر	۱۱/۲۹	۴/۳۳	-۰/۱۵۹	۳/۰۷۲*
	دختر	۱۳/۲۱	۳/۵۱	۰/۱۳۳	
اضطراب و اختلال خواب	پسر	۱۲/۱۰	۵/۰۰	-۰/۱۳۸	۱/۹۸۱*
	دختر	۱۳/۴۹	۴/۱۶	۰/۱۲۸	
اختلال در کارکرد اجتماعی	پسر	۱۲/۵۳	۳/۵۱	-۰/۲۷۰*	۲/۰۸۱*
	دختر	۱۳/۷۹	۴/۰۹	۰/۱۷۶*	
افسردگی شدید	پسر	۸/۴۷	۸/۴۷	-۰/۲۵۳*	۴/۰۹۷*
	دختر	۱۰/۸۱	۱۰/۸۱	۰/۱۶۶	

* $P < 0.05$

همانطور که در جدول فوق مشخص است تنها در پسران بین باور مذهبی با سلامت روان و زیر مقیاس‌های اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید رابطه منفی و معنادار وجود دارد. در دختران رابطه معناداری بین هیچ یک از متغیرهای پژوهش مشاهده نمی‌شود. همچنین تفاوت معنی‌داری بین باور مذهبی، سلامت روان و زیر مقیاس‌های سلامت روان دانشجویان دختر و پسر مشاهده می‌شود.

بحث

در پژوهش حاضر مشخص شد که در پسران بین باورهای مذهبی با نمره سلامت روان، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید رابطه منفی وجود دارد. یعنی با افزایش باور مذهبی سلامت روان در پسران افزایش، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید کاهش می‌یابد. این یافته با پژوهش‌های، مرعشیان، اسماعیلی (۲۰۱۲) مبنی بر رابطه منفی باور مذهبی با اختلالات سلامت روان در دانشجویان، هالینگ و اتل (۲۰۰۷) تروینو و همکاران (۲۰۰۹) مبنی بر رابطه مثبت باور مذهبی با ارتقاء سلامت روان و بهبود روابط اجتماعی، بیانی و همکاران (۲۰۰۷) مبنی بر رابطه منفی باور مذهبی با اضطراب و افسردگی، رحیمی و کامران پور (۱۳۸۶) مبنی بر ارتباط مثبت باورهای مذهبی دانشجویان با سلامت روان آنان و پژوهش احمدی گتب (۲۰۱۱) مبنی بر ارتباط مثبت بین باور مذهبی با سلامت عمومی همخوان است. در حالی که با نتایج حاصل از مطالعات دیزوتر و همکاران (۲۰۰۶) که حاکی از ارتباط منفی مذهب با بهزیستی و ارتباط مثبت آن با آشفته‌گی بود و هم چنین مطالعه کوئینگ (۲۰۰۴) که بین باور مذهبی با سلامت روان رابطه منفی و با اضطراب و افسردگی رابطه مثبت به دست آورد، و پژوهش ایروانی (۲۰۱۱) که رابطه ای بین باورهای مذهبی و سلامت روان پسران دانشجو به دست نیامد، علاوه بر این مشخص شد که در دختران بین باور مذهبی با سلامت روان و هیچ یک از زیرمقیاس‌های آن رابطه ای وجود ندارد، که این یافته با تمامی پژوهش‌های فوق ناهمخوان و با پژوهش ایروانی (۲۰۱۱) که بین باورمذهبی و سلامت روان در دختران دانشجو رابطه به دست آورد، همخوان محسوب می‌گردد. یافته دیگر پژوهش حاضر بالاتر بودن باور مذهبی و پایین تر بودن سلامت روان دختران نسبت به پسران بود. ضمن این که علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید نیز در دختران بیشتر از پسران بود. این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش‌های نصیر زاده (۲۰۰۵)، گالوپ و لیندزی (۱۹۹۹)، خانه کشی (۱۳۸۷)، کاظمیان و مهربانی زاده هنرمند (۱۳۸۸)، نجار اصل (۱۳۸۴)، ایروانی (۲۰۱۱) مبنی بر گرایش بیشتر زنان به مذهب و باورهای مذهبی در مقایسه با مردان و پژوهش‌های شگری و همکاران (۱۳۹۰) مبنی بر پایین تر بودن سلامت روان در دختران نسبت به پسران همخوانی داشته و با پژوهش‌های چراغی و مولوی (۱۳۸۵) مبنی بر عدم وجود تفاوت بین باورهای مذهبی و سلامت عمومی دختران و پسران دانشجو؛ و پژوهش‌های خانه کشی (۱۳۸۷)، کاظمیان و مهربانی زاده هنرمند (۱۳۸۸)، نجار اصل (۱۳۸۴) و ایروانی (۲۰۱۱) مبنی بر عدم وجود تفاوت در سلامت روان دانشجویان دختر و پسر ناهمخوان است. به طور کلی مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت بخش و یک نیروی عظیم برای سلامت روان مفید و کمک کننده باشد. رفتارها و اعتقادات مذهبی اثر مثبتی در زندگی داشته و رفتارهایی مانند اعتقاد به خدا، بر پا داشتن نماز منجر به آرامش و امیدواری و نگرش مثبت می‌گردد. در واقع، یکی از راه‌های اساسی که بشر می‌تواند به کمک آن از بیماری‌های جسمانی و روانی پیشگیری کند باورهای مذهبی نیایش و عبادت است. به طوری که مطالعات گسترده نشان دادند افراد مذهبی کمتر دچار اختلالات روانی از جمله اضطراب افسردگی و اختلالات عاطفی و خلقی می‌شوند همچنین از سبک و شیوه سالم تر و متعادل تری برخوردارند و از قابلیت سازگاری و کنار آمدن در مقابل مسائل و مشکلات از توان بالاتری برخوردارند و در نهایت از سلامت روانی بالاتری بهره می‌برند. گرایش بیشتر زنان به مذهب و اعمال مذهبی نسبت به مردان به قدری در مطالعات و بررسی‌های مختلف در فرهنگ‌ها، مذاهب و طبقات مختلف تکرار شده که بعضی از مولفان این مسئله را امری جهانی تلقی کرده اند که در تفاهت‌های زیستی زنان و مردان ریشه دارد (استارک، ۲۰۰۲؛ به نقل از کاظمیان مقدم و مهربانی زاده هنرمند، ۱۳۸۸). تفاوت جنسیتی در سلامت روان به نفع مردان و به ضرر زنان را علاوه بر تاثیر بافت اجتماعی و نقش جنسیتی زنان در جامعه می‌توان به حساسیت هیجانی بالاتر زنان و برخوردهای هیجانی تر و احساسی تر با استرسها و مشکلات زندگی به ویژه در محدوده سنی گروه نمونه پژوهش حاضر ذکر نمود. محدودیت جامعه آماری به دانشجویان دانشگاه آزاد شهر تهران تعمیم نتایج را در بهترین حالت به همین جامعه ممکن می‌سازد، ضمن این که پایین بودن حجم نمونه و تصادفی نبودن روش نمونه‌گیری نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌گردد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به آنها توجه شود. با توجه به تناقضاتی که در خصوص تفاوت جنسیتی در سلامت روان به چشم خورد، بررسی وسیع تر و دقیق تر این موضوع نیز پیشنهاد می‌گردد. علاوه بر این، پایین تر بودن باورهای مذهبی در پسران و سلامت روان در دختران دانشجو، تدوین و ارائه راهکارهای مناسب و کارساز را در جهت ارتقاء این دو متغیر بسیار مهم و سرنوشت ساز در این قشر حساس و آینده ساز را ضروری می‌سازد.

منابع

- رحیمی چنگیز. (۱۳۸۹). اعتقادات مذهبی سلامت روان و رفتارهای پرخطر در دانشجویان. *مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۱۲۹-۱۳۸.
- رحیمی چنگیز کامران پور فریده. (۱۳۸۶). رابطه سلامت روانی و نگرش مذهبی در دانشجویان دانشگاه شیراز. *دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان*.
- شکری، امید، مرادی، علیرضا، طرخان، علی و دانشورپور، زهره. (۱۳۹۰). نقش تفاوت‌های جنسیتی در سبک‌های مقابله با استرس و سلامت روانی. *روانشناسی معاصر*، ۶(۱)، ۶۹-۷۸.
- کاظمیان مقدم، کبری و مهربابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۸). مقایسه نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان. *روانشناسی ودین*، ۲، ۱۸۷-۱۷۳.
- گنجی، طاهره و حسینی، آغا فاطمه. (۱۳۸۹). باورهای مذهبی دانشجویان پرستاری کارشناسی و ارتباط آن با میزان اضطراب آنان. *پرستاری ایران*، ۲۳(۶۴)، ۵۱-۴۴.
- محمدی، شهناز. (۱۳۸۶). ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی دبیران مرد و زن شهر تهران. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۱)، ۶۳-۵۰.
- AhmadiGatab, T. (2011). Studying the relationship between life quality and religious attitude with student's general health. *procedia-social and Behavioral sciences*, 30,1976-1979.
- Bayani, A. A., Godarzi, H., Bayani, A., Kocheki, A. M. (2007). Relationship of religious orientation with anxiety and depression in students. *Journal of Mental Health Principles*, 10(39), 209-14.
- 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.
- Gallup, G. J. R. Lindsay, M. D. (1999). *Surveying the religious landscape in u.s.beliefs*. Harrisburg, PA: Morehouse.
- Iravani, M. R. (2011). The Relationship between Religious Beliefs and Mental Health with the Idea of Making Male and Female University Student Committed Suicide in Khomeini Shahr,(A Case on the Role of Social Workers Facing the Issue). *American Journal of Scientific Research*, 28, 11-24.
- James, A., Wells, A. (2003). Religion and mental health: towards a cognitive-behavioural framework. *British Journal of Health Psychology*, 8,359-376.
- Khosravi, Z. Zarabiha, E. Nemati, A. (2011). An Investigation of the Relationship among pathological and non pathological guilt feeling, Religious Attitude and Mental Health *procedia-social and Behavioral sciences*, 30,1370-1373.
- Koeing, H. G. (1995). Religion and older man in prsion. *International journal of geriatric psychiatry*, Loi, 219-230.
- Marashian, F. Esmaili, E. (2012). Relationship between religious beliefs of students with mental health disorders among the students of Islamic Azad University of Ahvaz. 46, 1831-1833.
- Nasirzadeh, R. (2005). *The effect of praying motives on attitude toward performing their prayers and personal and social limitation* [dissertation] Shiraz: Shiraz University.