

رابطه جهت‌گیری دینی مادر، ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده، بهداشت روانی و شادکامی در بین دانش‌آموزان

ام کلثوم شرفی^{1*}، اعظم شفیعی¹

¹مدرس دانشگاه علمی کاربردی آباده s.sharafi21@yahoo.com

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی رابطه جهت‌گیری دینی مادر، ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده، بهداشت روانی و شادکامی در بین دانش‌آموزان صورت گرفته است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهرستان آباده و مادران آنها بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل 420 دانش‌آموز (230 دختر، 190 پسر) و مادران آنها بودند که به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. مقیاس‌های به کار گرفته شده عبارتند از مقیاس جهت‌گیری دینی، مقیاس الگوهای ارتباطی خانواده، بهداشت روانی، مقیاس شادکامی. نتایج نشان داد میان نمرات جهت‌گیری دینی مادران و ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده و بهداشت روانی و شادکامی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین دانش‌آموزان دختر و پسر از نظر نمرات الگوهای ارتباطی خانواده و بهداشت روانی و شادکامی تفاوت معنادار وجود نداشت.

کلیدواژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی؛ الگوهای ارتباطی خانواده؛ بهداشت روان، شادکامی؛ دانش‌آموز

مقدمه

در طول تاریخ خانواده نقش هستی‌بخش داشته و یکی از مهمترین محیط‌های موثر بر سلامت بدنی و روانی افراد به شمار رفته است. خانواده شرایط لازم برای رشد و رسیدن به توازن جسمی، روانی و اجتماعی را فراهم می‌آورد (وود، 1996). خانواده پایدارترین تشکل اجتماعی و اصلی‌ترین جزء اجتماع است. دستیابی به جامعه سالم در گروه سلامت خانواده سالم، برخورداری افراد آن از سلامت روانی و ارتباط مطلوب با یکدیگر است. خانواده نظام اجتماعی، منحصر به فردی است که عضویت در آن بر اساس مجموعه‌ای از عوامل زیستی، قانونی، عاطفی و جغرافیایی - تاریخی شکل می‌گیرد. بر عکس سایر نظام اجتماعی، ورود به سیستم خانواده از طریق تولد و به فرزند گرفتن یا ازدواج است و تنها با مرگ عضویت در سیستم خانواده از بین می‌رود (احمدی، 1384). رفتارها و الگوهای ارتباطی ناشی از نقشی است که فرد در خانواده فرا گرفته است نمونه یا سرمشق رفتار در سایر قسمت‌های جامعه خواهد بود. رفتارهای والدین و اعضای خانواده، نحوه ارتباط اعضا با یکدیگر در بروز واکنش‌های افراد نیز موثر است. این واکنش‌ها در زمینه پی‌ریزی شخصیتی فرد نیز سهم به‌سزایی دارد. در واقع نقش‌پذیری فرزندان از بزرگترها، یکی از عوامل ترغیب‌کننده آنها برای یادگیری الگوهای ارتباطی در خانواده است (شکر بیگی، 1387). ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر آن‌ها را قادر می‌سازد تا نیازها، خواسته‌ها و علایق خود را با سایرین در میان بگذارد، عشق، دوستی و محبتشان را نسبت به یکدیگر ابراز کنند و به خوبی از عهده حل مشکلات اجتناب نپذیرد در خانواده بر آیند. اما فقدان مهارت‌های ارتباطی لازم، امکان چنین عملکردی را سلب می‌نماید. رابطه صمیمانه آن‌ها را به یک رابطه موازی و بدون صمیمیت تبدیل می‌کند (بولتون، 1383). برای بهبود کیفیت ارتباط در درون خانواده عوامل زیادی موثر است که یکی از آنها جهت‌گیری دینی افرادش می‌باشد.

وجود دین برای تکامل مادی و معنوی انسان ضروری است و فرد و اجتماع هر دو به اجرای مقررات و احکام دین که به منظور هدایت بندگان به سوی سعادت حقیقی تشریح گردیده است احتیاج دارند. دین در اصلاح فرد و جامعه تاثیر عمیق دارد و موجب توسعه دید و فکر انسانهاست، عقل رشد می‌کند و منجر به ظهور صفات زیبای اخلاقی و امتیازات انسانی می‌شود (شاپسته خوی، 1384).

از آن جایی که بهداشت روانی دو نهاد مذهب و خانواده به هم وابسته هستند، و بر رضایت از زندگی زناشویی آنان تاثیر می‌گذارند پژوهشگران رابطه نزدیک بین آن چهار تا را پیش بینی می‌کنند، زیرا مذهب شامل رهنمودهایی برای زندگی و ارائه دهنده سامانه باورها و ارزش هاست که این ویژگی‌ها می‌تواند زندگی خانوادگی را موثر سازد و از سوی دیگر نگرش افراد خانواده در مورد مذهب، استمرار و انتقال ارزش‌ها و رفتارهای مذهبی به نسل‌های دیگر را شکل می‌دهد از این رو رابطه مذهب و خانواده و بهداشت روانی و رضایت مندی زناشویی را می‌توان یک رابطه اثر گذار و اثر پذیر در نظر گرفت (خدا یاری فرد، شهابی، زرد خانه، 1386).

همان طور که در تعاریف مشاهده می‌شود، شخصی که بتواند با محیط خود خوب سازگار شود، از نظر بهداشت روانی بهنجار خواهد بود. این شخص با تعادل روانی، مقابل ناکامی‌های اجتناب ناپذیر مقاومت خواهد داشت (فرحبخش و همکاران، 1386).

دینداری و گرایش به مذهب یکی از متغیرهایی است که با شادکامی ارتباط تنگاتنگی دارد. در این زمینه مک کلور و لودن (1982) طی مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که صرف زمان در فعالیتهای مذهبی به طور مثبت با شادکامی در ارتباط است. در پژوهشی که ایدلر (1984) به انجام رساند، رابطه معنی داری بین کلیسا در مردان و زنان و نیز افسردگی وجود دارد. رفتن به کلیسا به شکل معنی داری میزان افسردگی را کاهش می‌دهد. حتی راز و نیاز با خدا در خلوت نیز دارای نتایج مشابهی است. این در حالی است که برخی دیگر از پژوهش‌ها نظیر تحقیق شوماخر (1991) با مطالعه افراد مذهبی، نتایجی عکس به دست داده اند. در این پژوهش نشان دادند، افرادی که غیر مذهبی بوده اند، از وضعیت سلامت روانی ضعیفی برخوردار بوده اند (بهرامی‌احسان، 1381). با توجه به مباحث فوق این پژوهش به منظور بررسی رابطه بین جهت گیری دینی مادر بر ادراک فرزندان با الگوهای ارتباطی خانواده و بهداشت روانی و شادکامی در بین دانش آموزان مقطع راهنمایی صورت گرفت.

روش

شرکت کنندگان و طرح پژوهش

این پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد که جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان مقطع راهنمایی شهرستان آباده بود که در سال تحصیلی 91-92 به تحصیل اشتغال داشتند، علاوه بر دانش آموزان مادران آنها هم جزو جامعه آماری بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل 420 دانش آموز (230 دختر، 190 پسر) و مادران آنها بودند که به روش خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. که پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده و بازگرداندند.

ابزار

مقیاس جهت گیری مذهبی با تکیه بر اسلام: برای سنجش جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) از مقیاس جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام (آذربایجانی، 1382) استفاده شد. روایی محتوای آزمون اولیه توسط استادان و صاحب‌نظران حوزه علمیه قم گزارش شده است. علاوه بر این با روش تمایز گروه‌های شناخته شده، روایی سنجی توسط آذربایجانی (1382) انجام شد که نتایج حاکی از تمایز گروه‌ها در سطح معناداری $P < 0/001$ بوده است. هاشمی (1385) اعتبار این آزمون را از طریق آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار داد که برای زیر مقیاس عقاید و مناسک 0/90 و زیر مقیاس اخلاق 0/67 و در مجموع جهت‌گیری مذهبی 0/88 بدست آورده است.

این آزمون مشتمل بر دو زیر مقیاس بوده که زیر مقیاس R_1 شامل 41 گویه بوده و عامل عقاید - مناسک را می‌سنجد. زیر مقیاس R_2 شامل 25 گویه بوده و در موضوع اخلاقی همگرایی دارد. این آزمون بر اساس مقیاس 4 درجه‌ای «کاملاً مخالفم=1، تا حدودی مخالفم=2، تا حدودی موافقم=3، و کاملاً موافقم=4» می‌باشد.

مقیاس الگوهای ارتباطات خانواده: در این تحقیق به منظور اندازه‌گیری ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده «ابزار تجدید نظر شده الگوی ارتباطات خانواده» (کوئتر و فیتزپاتریک، 2002a) استفاده شد. این ابزار یک پرسشنامه خودسنجی است که میزان موافقت یا عدم موافقت پاسخ دهنده را با 27 گزاره که در باره وضعیت ارتباطات خانواده وی هستند، در دامنه‌ای 5 درجه‌ای، مورد سوال قرار می‌گیرد. نمره 4 معادل «کاملاً موافقم» و نمره صفر معادل «کاملاً مخالفم» می‌باشد. 15 گزاره اول مربوط به بعد جهت‌گیری گفت و شنود و 12 گزاره

بعدی مربوط به بعد جهت‌گیری همنوایی می‌باشد.

ابزار تجدید نظر شده الگوی ارتباطات خانواده از روایی محتوایی برخوردار است (کوئرتر و فیتزپاتریک، 2002a). در مورد روایی ملاکی نشان داده شده است که انواع متفاوت خانواده و ابعاد زیر بنایی آنها با اندازه‌های سازه‌هایی که از لحاظ نظری به آنها مربوط هستند، همبستگی دارند. اعتبار این ابزار در مطالعات بسیاری مثل (کوئرتر و فیتزپاتریک، 2002 و رحیمی، 1386) مورد تأیید قرار گرفته است.

مقیاس بهداشت روانی (GHQ): این مقیاس توسط گلدبرگ و همکاران (1972) تهیه و در این پژوهش به کار گرفته شد که دارای 28 سوال می‌باشد. و دارای 4 زیرمقیاس است نشانه های بدنی، اضطراب، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی. از مجموع نمره ها نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. اعتبار این مقیاس توسط پالاهنگ (1375) مناسب گزارش شده است (به نقل از فرحبخش و همکاران، 1386)

مقیاس شادکامی: مقیاس شادکامی ارگیل: این پرسشنامه یک مقیاس 21 ماده ای است که هر سوال در یک طیف چهار بخشی 0 تا 4 نمره گذاری می‌شود. روایی و پایایی این آزمون مورد تایید می‌باشد (اشتیانی، 1388).

نتایج

جدول 1. شاخص‌های توصیفی نمرات شرکت کنندگان

نام متغیر	گروه‌ها
	دختران (230 نفر)
	پسران (190 نفر)
جهت‌گیری مذهبی (مادران)	میانگین
الگوهای ارتباطی	انحراف استاندارد
بهداشت روانی	
شادکامی	

به منظور بررسی سوال پژوهش از همبستگی پیرسون استفاده شد طبق ضریب همبستگی به دست آمده بین الگوهای ارتباطی خانواده با جهت‌گیری مذهبی مادران و بهداشت روانی با جهت‌گیری مذهبی مادران و بهداشت روانی با جهت‌گیری مذهبی مادران و بهداشت روانی دینی مادران و الگوهای ارتباطی خانواده و بهداشت روانی و شادکامی به ترتیب ضرایب همبستگی $0/28$ و $0/31$ و $0/42$ و $0/35$ و $0/42$ و $0/24$ رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

برای نشان دادن اینکه آیا براساس جهت‌گیری مذهبی مادران می‌توان ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده را پیش‌بینی کرد؟ از تحلیل رگرسیون استفاده شد که این رگرسیون معنی‌دار بود ($F=31/17$ و $P<0/0001$). مقدار R^2 برابر با $0/09$ است یعنی 9% از کل واریانس ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده توسط جهت‌گیری مذهبی مادران تبیین می‌شود. در این راستا باید اضافه کرد جهت‌گیری دینی مادران قادر به پیش‌بینی ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده می‌باشد ($\beta=0/13$ ، $P<0/0001$). همچنین برای بررسی اینکه آیا براساس جهت‌گیری دینی مادران می‌توان بهداشت روانی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد؟ از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که این رگرسیون معنادار بود ($F=36/51$ و $P<0/0001$).

مقدار R^2 برابر با $0/07$ است یعنی 7% از واریانس بهداشت روانی دانش‌آموزان توسط جهت‌گیری دینی مادران تبیین می‌شود. و همچنین جهت‌گیری دینی مادران قادر به پیش‌بینی بهداشت روانی دانش‌آموزان می‌باشد ($\beta=0/36$ ، $P<0/0001$).

همچنین برای بررسی اینکه آیا براساس جهت گیری دینی مادران می‌توان شادکامی‌دانش آموزان را پیش بینی کرد؟، از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که این رگرسیون معنادار بود ($F = 25/51$ و $P < 0/0001$).

مقدار R^2 برابر با $0/07$ است یعنی 7% از واریانس شادکامی‌دانش آموزان توسط جهت گیری دینی مادران تبیین می‌شود. و همچنین جهت گیری دینی مادران قادر به پیش بینی شادکامی‌فرزندان می‌باشد ($\beta = 0/32$ ، $P < 0/0001$).

سوال دیگر آنکه آیا در بین دانش آموزان دختر و پسر از نظر نمرات الگوهای ارتباطی خانواده تفاوت معناداری وجود دارد؟، به منظور پاسخگویی به این سوال از آزمون تی مستقل استفاده شد، نتایج این آزمون نشان می‌دهد که تفاوت نمرات دانش آموزان دختر و پسر معنادار نبود ($t = 0/46$ و $N.S.$).

سوال دیگر آن که آیا در بین دانش آموزان دختر و پسر از نظر نمرات بهداشت روانی تفاوت معناداری وجود دارد؟ به منظور پاسخگویی به این سوال از آزمون تی مستقل استفاده شد، نتایج این آزمون نشان می‌دهد که تفاوت نمرات دانش آموزان دختر و پسر معنادار نبود ($t = 0/64$ و $N.S.$).

سوال آخر آنکه آیا در بین دانش آموزان دختر و پسر از نظر نمرات شادکامی تفاوت معناداری وجود دارد؟ به منظور پاسخگویی به این سوال از آزمون تی مستقل استفاده شد، نتایج این آزمون نشان می‌دهد که تفاوت نمرات دانش آموزان دختر و پسر معنادار نبود ($t = 1/1$).

بحث

پژوهش حاضر بررسی رابطه جهت گیری دینی مادر بر ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده و بهداشت روانی و شادکامی در بین دانش آموزان مقطع راهنمایی شهرستان آباده بود. نتایج تحلیل هانشان داد که دهنده میان نمرات جهت گیری دینی مادران و ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده و بهداشت روانی و شادکامی رابطه مثبت معنادار وجود دارند. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که نمرات جهت گیری دینی مادر به صورت مثبت ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده و بهداشت روانی و شادکامی را پیش بینی می‌کند. همچنین بین دانش آموزان دختر و پسر از نظر نمرات الگوهای ارتباطی خانواده و بهداشت روانی و شادکامی تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته با پژوهش‌های برگین (1983) و شوماخر (1991) هماهنگی دارد. در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت که افراد مذهبی ضمن پایبندی خود به اصول اخلاقی از طریق ارتباطات مناسب با اعضای خانواده و دیگران آنها را پذیرفته به حقوق آنان احترام می‌گذارند و به استقلال آنان احترام می‌گذارند و با رعایت مسائلی اینچنینی بهداشت روانی و شادی را بالا می‌برند (محمدیان، 1377).

منابع

احمدی، الیاس. (1384). بررسی رابطه شادکامی و رضایت از زندگی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. منتشر نشده. دانشگاه شهید چمران اهواز.
خدایاری فرد، محمد؛ شهبایی، روح‌الله و اکبری زردخانه، سعید. (1386). رابطه نگرش مذهبی با رضایتمندی زناشویی در دانشجویان متأهل. *مجله خانواده پژوهی*. 3، 10، 612-620.
شکر بیگی، عالییه. (1387). پیوندهای ارتباطی خانواده و رفتار بهنجار و رفتار نابهنجار دختران. *مجله جامعه‌شناسی ایران*. 2، 6-1.
بولتون، رابرت. (1383). *روان‌شناسی روابط انسانی*، ترجمه حبیب سهرابی، تهران: انتشارات رشد.
شایسته خوی، منور. (1384). *آثار اجتماعی دین در قرآن*، خراسان کمیته ارزشیابی تحصیلات حوزوی، پایا نامه کارشناسی ارشد. منتشر نشده.

هیوم، ر.ا. (1369). *ادیان زنده جهان*، عبدالرحیم گواهی، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
احمدی، بتول و همکاران. (1386). *سیمای سلامت زنان*، تهران: روابط عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
حمید، نجمه. (1388). بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*. 2، 87-73.

بهرامی احسان، هادی. (1381). رابطه بین جهت گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود. مجله روان شناسی، سال ششم، شماره 4، ص 347 - 337.

Bergin, A. E. (1999). Psychotherapy and Religious values. Journal of Consulting and Cilinical psychology. 48 (1) 95-105.

Wood, B. L. (1996). A developmental biopsychosocial approach to the treatment of chronic illness in children and adolescents. In T.