

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۵ بهار ۱۳۹۶

رابطه عمل به باورهای دینی، حمایت اجتماعی و شادمانی با سلامت روانی در دانش‌آموزان

یوسف ادیب^۱

اکبر سلطانی^۲

رامین نوظهوری^۳

سیدبهاالدین کریمی^۴

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین عمل به باورهای دینی، حمایت اجتماعی و شادمانی با سلامت روانی انجام پذیرفته است. این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری آن شامل کلیه دانش‌آموزان راهنمایی و متوسطه شهرستان هشتروند در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بوده است. نمونه پژوهش ۳۵۶ نفر دانش‌آموز بود که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب گردیدند. از ابزارهای پژوهش پرسشنامه معبد^۲، پرسشنامه شادمانی آکسفورد (OHI)، پرسشنامه حمایت اجتماعی و پرسشنامه سلامت روانی برای گردآوری داده‌ها استفاده گردید. داده‌های به‌دست آمده در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی و هم‌چنین تحلیل الگوسازی معادله ساختاری نشان داد که عمل به باورهای دینی هم به‌طور مستقیم و هم از طریق حمایت اجتماعی و شادمانی موجب بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان می‌گردد.

واژگان کلیدی: عمل به باورهای دینی؛ حمایت اجتماعی؛ شادمانی و سلامت روانی

۱- استاد دانشگاه تبریز، گروه علوم تربیتی

۲- دانشجوی دکتری تخصصی برنامه‌ریزی درسی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول) Email: akbarhasht@yahoo.com

۳- دانشجوی دکتری تخصصی برنامه‌ریزی درسی دانشگاه تبریز

۴- دانشجوی دکتری تخصصی برنامه‌ریزی درسی دانشگاه تبریز

مقدمه

انسان در طول زندگی همواره درگیر مسائل بسیاری است که برای از بین بردن یا کاهش آنها ابزارها و مکانیسم‌های مختلفی را به کار می‌برد. از جمله راهکارهایی که همواره برای انسان مطرح بوده پناه بردن به اعتقادات و باورهای دینی بوده است. دین برای آدمی موهبتی الهی است که او را به یک فلسفه حیات مسلح می‌کند. دین، نیازها و خواسته‌های بنیادین روانی، به‌ویژه نیاز به عشق و جاودانگی، را تحقق می‌بخشد. باورهای دینی همواره در طی تاریخ حیات بشر با او همراه بوده اند و در هیچ دوره و زمانی بشر بدون اعتقادات دینی نبوده است. به عقیده فرانکل بنیانگذار مکتب «معنی‌درمانی» در واقع یک احساس مذهبی عمیق ریشه‌دار در اعماق ضمیر ناهشیار همه انسان‌ها وجود دارد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۵).

از سویی دیگر، سلامت روانی یکی از حالات بهزیستی هیجانی است که به‌وسیله آن افراد به راحتی در درون جامعه خود ایفای نقش می‌پردازد و پیشرفت‌ها و خصوصیات شخصی برایشان رضایت بخش می‌شود. جونز (۱۹۶۵) سلامت روانی را مساوی با خشنودی یا شادکامی می‌داند. در سال‌های اخیر دین به‌عنوان یکی از عمده‌ترین متغیرهای مؤثر بر رفتار و حالات روانی افراد مورد توجه بسیاری از متخصصان علوم رفتاری قرار گرفته است تا جایی که برخی دین را عامل اساسی در بهداشت فردی و اجتماعی معرفی کرده‌اند (به نقل از سلطانی، ۱۳۸۷).

حمایت اجتماعی نیز یکی از نیازهای اساسی افراد بشر در طول تاریخ بوده است. انسان‌های اولیه در اکثر دوران تاریخ خود احتمالاً در دسته‌ها و گروه‌های کوچک زندگی می‌کردند و به‌دنبال یافتن غذا بودند و در مواقعی در معرض خطر حمله موجودات درنده قرار می‌گرفتند. به‌عقیده بالبی (۱۹۸۲، نقل از شریفی درآمدی، ۱۳۸۱: ۸۵). آن‌گونه که از تعاریف مختلف حمایت اجتماعی استنباط می‌شود، آن عبارت است از میزان ادراک فرد از این که مورد توجه و علاقه دیگران بوده، از دیدگاه آنان فردی ارزشمند است و چنانچه دچار مشکل شود به او یاری می‌رسانند. بنابه تعریف، حمایت اجتماعی شامل دو بعد

اساسی است، یکی جنبه ذهنی که نشان‌دهنده تصورات و ادراکات فرد از حمایت‌های اطرافیان است، و دیگری جنبه واقعی (عینی) است که عبارتست از میزان مساعدت‌ها و کمک‌های واقعی ارائه شده به فرد (بیابانگرد، ۱۳۸۳). یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان، حمایت اجتماعی است که مفهوم آن به ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به این که در صورت لزوم کمک و حمایت در دسترس خواهد بود متمرکز است. نظریه‌پردازان این حوزه بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود؛ مگر اینکه فرد آن‌ها را به‌عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش ارزیابی کند. اعتقاد بر این است که تمام روابطی را که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود. به بیان دیگر روابط منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آنکه فرد آن‌ها را به‌عنوان منبعی در دسترس برای رفع نیاز خود درک کند (بروور، ۲۰۰۸؛ شارپ، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش‌های لاندمن پیترز، هارتمن و وندر^۱ (۲۰۰۵) انجام دادند، حمایت اجتماعی را به طور طبیعی سودمند دانستند و بیان کردند که حمایت اجتماعی موجب سلامت روان افراد می‌شود. در پژوهشی نشان دادند که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایینتر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی، به عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند.

شادمانی، به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کل زندگی اش اطلاق می‌شود. به عبارت دیگر، شادمانی به این معنا است که فرد چقدر زندگی خود را دوست دارد (چلی و موسوی، ۱۳۸۷). در این پژوهش، متغیر شادمانی در چهار بُعد رضایت از زندگی، اجتماعی بودن، شناخت مثبت و کارآمدی تعریف عملیاتی شده است. شاد بودن مساله‌ای است که ضرورت و نیز دنیای امروز می‌باشد، چون انسان‌های غمگین، افسرده و مایوس نمی‌توانند خود را کنترل کنند و به خودباوری برسند و ویژگی‌های مثبت و توانمندی‌های خود را بروز دهند، راه منفعل بودن و منزوی شدن را در پیش می‌گیرند و

1- Landman-Peeters, Hartman, & van der

در واقع آنها دوران طلایی جوانی خود را بیهوده و بدون این که قدر آن را بدانند هدر می‌دهند، لذا شاد بودن نیروی محرکه‌ای است که باعث انگیزه و حرکت می‌شود و انسان را در مسئولیت و تلاش برای موفقیت فعال می‌سازد (استادیان و دیگران، ۱۳۹۰). فرانسویس دورزبرگ (۲۰۰۳) و همکاران، در پژوهشی در دانشگاه پرسشنامه شادمانی ۳۱۱ آکسفورد را به نفر دانشجوی دختر و پسر دادند که بر اساس نتایج میانگین شادمانی ۴۱/۶ پسران و دختران ۴۳/۱ بوده و تفاوت معناداری بین دانشجویان دختر و پسر وجود نداشت (فرانسویس و همکاران، ۲۰۰۳). استادیان (۱۳۹۰)، در پژوهشی با هدف بررسی رابطه شادکامی و سلامت روان در بین دانشجویان نشان داد که بین رابطه شادکامی و سلامت روان دانشجویان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد مطابق با نتیجه این پژوهش، معمولاً انسان‌ها به دنبال شادمانی هستند و شادمانی اهمیت ویژه‌ای در زندگی مردم دارد. در حالی که تجربه استرس، احساس شادکامی را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد.

با وجود این که برای عده بی‌شماری تأثیر مثبت مذهب بر سلامت جسم و روان امری مسلم به‌شمار می‌آید، درباره تأثیر اعتقادات مذهبی بر بهداشت روانی دیدگاه‌های ضد و نقیضی وجود دارد (مالتابی و دی،^۱، ۲۰۰۰). مثلاً برخلاف ارزیابی منفی فروید^۲ و ایس^۳ از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روان، افرادی چون جیمز^۴، یونگ^۵، آلپورت^۶، مازلو^۷، آدلر^۸ و فرام^۹ با نگرشی مثبت از پیامدهای جهت‌گیری دینی بر بهداشت روانی سخن گفته‌اند (معمدی و همکاران، ۱۳۸۴). برخلاف ایس، که بر این باور است که دین داری با تفکر غیرعقلانی و اختلالات عاطفی همراه است (الیس، ۱۹۸۰)، بسیاری از پژوهشگران (کوینینگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۱؛ تورسن و هریس^{۱۱}، ۲۰۰۲) نشان داده‌اند که عقاید و باورهای مذهبی بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر مثبت دارند.

1- Maltby & day
3- Freud
5- Young
7- Maslow
9- Fromm
11- Thoresen & Harris

2- Freud
4- Ellis
6- Allport
8- Adler
10- Koeing

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین مذهب و معنابخشی زندگی، علائم سلامت جسمی و روانی و بین انجام دادن مناسک دینی و مرگ و میر رابطه محکمی وجود دارد. به این صورت که مذهبی بودن و انجام اعمال مرتبط، مرگ و میر را کم می‌کند. انجام دادن مناسک دینی و پیوند اجتماعی مستحکم برخاسته از مذهبی بودن در تأثیر مثبت مذهب بر سلامتی نقشی مثبت دارد (ویلیامز و استرن هال^۱، ۲۰۰۷؛ جمالی، ۱۳۷۹). برای مثال می‌توان از تأثیر مثبت مذهب و انجام دادن اعمال مذهبی بر بیماری‌های قلبی، فشار خون و دمانس، مانند افراد مبتلا به آلزایمر نام برد (اسنیدر^۲، ۲۰۰۳). پژوهش تیونه-بویله^۳ و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که باورهای دینی در مقابله با بیماری سرطان نتایج مثبتی به همراه دارد. آدینگتن هال^۴ (۲۰۰۴) و کالمن^۵ (۲۰۰۴) در پژوهش‌های خود نشان دادند که باورهای مذهبی و داشتن فعالیت‌های مذهبی با افزایش قدرت مقابله با بیماری، به‌ویژه بیماری‌های مزمن، رابطه مثبت دارد. از سویی دیگر تروینو^۶ و همکاران (۲۰۰۷) بیان داشتند که باورهای مذهبی به بهبود سلامت، کیفیت زندگی، افزایش عزت‌نفس و شادمانی منجر می‌شود. بررسی‌های مختلف نشان می‌دهد که نگرش مذهبی با افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و خود بیمارانگاری رابطه منفی دارد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۵؛ اسمیت^۷ و همکاران، ۲۰۰۳، فهرینگ^۸ و همکاران، ۱۹۹۷؛ تروینو و همکاران، ۲۰۰۷؛ هومر^۹ و همکاران، ۱۹۹۹). هم‌چنین درمان‌های مبتنی بر باورهای اعتقادی و دینی نسبت به درمان‌های سنتی در کاهش علائم افسردگی بیماران و کاهش خطر عود بیماری در آنها موفق‌تر هستند (دی سوزا و جرج^{۱۰}، ۲۰۰۶). درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر اسلام نیز نشانه بهبود سریع‌تر اضطراب و افسردگی در میان مسلمانان است (توانسند^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۲).

کجباف و رئیس‌پور (۱۳۸۷)، در پژوهشی نشان دادند که بین نگرش مذهبی و علائم

1- Williams & Sternthal

3- Thune - Boyle

5- Coleman

7- Smith

9- Hummer

11- Townsend

2- Snyder

4- Addington - Hell

6- Trevino

8- Fehring

10- D'Souza & George

بیماری، همبستگی منفی ($r = -0/23$) وجود دارد. بدین معنی که هر چه نگرش مذهبی بالاتر باشد، علائم بیماری کمتر و در نتیجه سلامت روان بیشتر است. ریپنتروپ^۱ و همکارانش (۲۰۰۸)، در پژوهشی به‌منظور فهم رابطه بین مذهب و معنویت با سلامت روانی با نمونه آماری ۱۲۵ نفر که به‌روش مصاحبه صورت گرفت، به این نتیجه رسیدند که بخشش، اعمال و مناسک مذهبی روزانه، حمایت مذهبی و خودارزیابی مذهبی به‌طور معنی‌داری با سلامت روانی رابطه دارند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که اطاعات، فرمانبرداری و عبادت خالصانه برای خدا به شخص یک قدرت باورنکردنی و منبعی از انرژی عاطفی و اخلاقی و روحی می‌دهد که در مقابله با افسردگی‌های روانی ناشی از فشارهای محیطی به او کمک می‌کند و توانایی فرد را برای غلبه بر تضادهای عاطفی افزایش می‌دهد.

شواهد تحقیقاتی نشان داده است که داشتن چند رابطه محدود و نزدیک با دیگران با شادکامی، رضایت از زندگی زناشویی، سلامت ذهنی و بهداشت روانی همبستگی دارد (آرگیل، ۲۰۰۱). سلیگمن (۲۰۰۰)، اظهار می‌دارد افرادی که امور مذهبی را به‌جا می‌آورند شادتر از سایر اشخاص هستند. والریت (۲۰۰۶)، گزارش می‌دهد که بین انجام امور دینی و شاد بودن رابطه مثبت وجود دارد.

تأثیرات مذهب بر سلامتی و بهزیستی افراد می‌تواند شامل تأثیر بر شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، شادمانی و مشارکت در مراسم و شعائری سازمان‌یافته‌ای دانست که به زندگی افراد معنا می‌دهد (کاتون و همکاران، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در چند دهه اخیر، تأثیر اعتقادات و باورهای مذهبی بر سلامت روانی را آشکار کرده‌اند. از همین‌رو در جامعه ما نیز به‌عنوان یک جامعه مذهبی، توجه به نقش دین و دینداری در حل بسیاری از مشکلات از جمله مشکلات روحی و روانی از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. بر این اساس مطالعه و بررسی دینداری و عمل به باورهای دینی و رابطه آن با سلامت روحی و روانی، می‌تواند به مسئولان و تصمیم‌گیران

1- Rippentrop

در جهت اتخاذ راهکارهای منطقی و اثربخش به منظور بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان کمک قابل ملاحظه‌ای نماید و همین امر اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر را نمایان می‌سازد. لذا سوال اصلی که مطرح می‌باشد این است که آیا بین عمل به باورهای دینی، حمایت اجتماعی و شادمانی با سلامت روانی در دانش‌آموزان به‌طور کلی رابطه وجود دارد؟ و اگر رابطه وجود دارد میزان این رابطه تا چه اندازه می‌باشد؟

روش پژوهش

این پژوهش جزو پژوهش‌های کاربردی، با توجه به نوع هدف، توصیفی^۱-همبستگی به لحاظ نوع داده‌ها، از نوع پژوهش‌های کمی^۲، به لحاظ مبنای کنترل محقق جزو گروه پژوهش‌های غیرآزمایشی^۳ و به لحاظ مبنای روش نیز جز پژوهش‌های پیمایشی^۴ می‌باشد.

جامعه آماری این تحقیق کلیه دانش‌آموزان دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهرستان هشتگرد که در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ مشغول به تحصیل بودند، می‌باشند. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای - تصادفی ساده استفاده شده است که در آن ابتدا آمار طبقات را به تفکیک مقطع تحصیلی (راهنمایی و متوسطه) مشخص کرده و در مرحله بعدی به تناسب تعداد دانش‌آموزان در هر طبقه به شیوه تصادفی ساده انتخاب و اطلاعات لازم از نمونه‌ها گردآوری شد. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران برابر ۳۵۶ نفر برآورد گردید.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اندازه‌گیری عمل به باورهای دینی (مقیاس معبد ۲): مقیاس اندازه‌گیری عمل به باورهای دینی (آزمون معبد ۲) را گلزاری در سال ۱۳۸۰ طراحی کرده است. فرم نهایی آن شامل ۲۵ سوال در مقیاس لیکرت (همیشه، بیشتر وقت‌ها، بعضی وقت‌ها، به ندرت، اصلاً) می‌باشد. این پرسشنامه، هفت زمینه اعتقادات، عمل به واجبات، دوری از محرمات، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات، انجام فعالیت‌های مذهبی و دخالت دادن مذهب

1- Descriptive Research

2- Qualitative

3- Non experimental Research

4- survey research

در تصمیمات و انتخاب‌های زندگی در بین مسلمانان را می‌سنجد. در آزمون معبد ۲ نمره هر آزمودنی از صفر تا ۱۰۰ در نوسان است. پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۷ و با روش دو نیمه کردن معادل ۰/۹۲ و با شیوه بازآزمایی معادل ۰/۷۴ گزارش شده است (کلزاری، ۱۳۸۰) و در این پژوهش میزان ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ برآورد گردید که گویای پایایی مناسبی می‌باشد.

مقیاس اندازه‌گیری سلامت روانی: برای اندازه‌گیری سلامت روانی دانش‌آموزان از پرسشنامه سلامت روانی (GHQ-۲۸) استفاده گردید. این مقیاس ۴ بعد شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، اختلال در کارکردهای اجتماعی، افسردگی و اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند. پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده پایایی بالای پرسشنامه و ابعاد فرعی آن می‌باشند (۰/۷۴ تا ۰/۹۳). پالاهنگ، نصر اصفهانی و براهنی پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند. کجباف و رئیس‌پور (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه را به روش دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن برابر ۰/۶۴ و به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به دست آورده‌اند. در این پژوهش میزان ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ برآورد گردید.

مقیاس اندازه‌گیری حمایت اجتماعی: این مقیاس دارای ۱۲ آیتم است و هر آیتم دو گزینه بلی و خیر دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار حدود ۶۲ درصد گزارش شده است که دارای همگنی درونی قابل قبولی است. شهینی و همکارانش (۱۳۸۴) در بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۷۶ درصد گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسبی است. در این پژوهش میزان ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ برآورد گردید.

مقیاس اندازه‌گیری شادمانی: برای اندازه‌گیری شادمانی دانش‌آموزان از پرسشنامه شادمانی آکسفورد (OHI) که توسط آرجیل و لو تهیه شده بود استفاده شد. پژوهش‌های انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ آن بالای ۰/۸۵ را نشان می‌دهند. پژوهش چلبی و موسوی (۱۳۸۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ درصد گزارش کرده که پایایی بالای این

مقیاس می‌باشد. علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) در مطالعه خود نشان دادند که تمام مواد ۲۹ گانه آزمون با نمره کل، همبستگی بالایی دارند. در این پژوهش نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ برآورد گردید.

روش‌های آماری

به‌منظور تحلیل داده‌های به‌دست آمده، از آمار توصیفی و جهت آزمون آماری از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است. همچنین به‌منظور تبیین اثر هر یک از مولفه‌ها با متغیرهای اصلی و میزان تبیین متغیرهای اصلی با متغیر سلامت روانی مدل معادلات ساختاری به‌کار گرفته شد. به این منظور از نرم‌افزارهای spss و lizrel استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

نتایج توصیفی داده‌ها نشان می‌دهند که از کل پاسخگویان، تعداد ۲۲۳ نفر (۶۳ درصد) را دانش‌آموزان پسر و ۱۳۳ نفر (۳۷ درصد) را دانش‌آموزان دختر تشکیل می‌دهند. از کل دانش‌آموزان، ۱۵۴ نفر (۴۴ درصد) را دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و ۲۰۲ نفر (۵۶ درصد) را دانش‌آموزان متوسطه تشکیل می‌دهند.

فرضیه: بین عمل به باورهای دینی، حمایت اجتماعی و شادمانی با سلامت روانی به طور کلی رابطه وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه نخست از آزمون آماری تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد (جدول ۱) و سپس برای تبیین اثر هر یک از مولفه‌ها با متغیرهای اصلی و میزان تبیین متغیرهای اصلی با متغیر سلامت روانی از مدل معادلات ساختاری استفاده شده است (شکل ۱).

جدول (۱) عناصر متغیرهای مستقل درون معادله برای پیش بینی سلامت روانی

متغیرهای مستقل	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	ارزش تی	معنی‌داری
	B	Std.Error	Beta	T	Sig
عدد ثابت	۱/۴۷۸	۰/۳۳۱		۵/۱۱	۱/۰۰۰
عمل به باورهای دینی	۱/۸۵۱	۰/۰۵۹	۰/۳۷۱	۳/۳۵	۰/۰۰۵
حمایت اجتماعی	۰/۹۸۴	۰/۰۵۴	۰/۳۴۹	۹/۷۳	۰/۰۱۲
شادمانی	۰/۷۷۱	۰/۰۴۸	۰/۲۸۴	۶/۶۲	۰/۰۱۱
			ضریب همبستگی چندگانه		۰/۶۷
آماره‌های تحلیل رگرسیونی			ضریب تعیین مدل		۰/۴۳۱
سلامت عمومی			ضریب تعیین تصحیح شده		۰/۴۱۱
			اشتباه استاندارد برآورد		۲/۵۸
			آماره دوربین - واتسون		۱/۳۴
			انحراف معیار سلامت عمومی		۱/۰۷

یافته‌های تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که اثر خالص متغیر عمل به باورهای دینی بر سلامتی بیشتر از دو متغیر دیگر است. نتایج تحلیل واریانس و هم‌چنین نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط متغیرهای مستقل به تغییرات ناشی از عوامل غیر آن (خطا) را قابل توجه و به لحاظ آماری معنادار نشان می‌دهد. مقدار ضریب تعیین برابر با ۰/۴۳۱ می‌باشد که بیانگر آن است که متغیرهای مستقل در مجموع ۴۳ درصد از تغییرات سلامت روانی را توضیح داده‌اند.

الگوسازی معادلات ساختاری

در پژوهش حاضر، برای آزمون اعتبار سازه‌ای وسیله اندازه‌گیری و آزمون نیکویی برازش ساختاری با بهره‌گیری از نرم‌افزار لیزرل، تحلیل عاملی تأییدی به عمل آمد. الگوسازی معادلات ساختاری این امکان را فراهم می‌سازد تا به‌طور هم‌زمان به تحلیل علی متغیرهای مکنون و متغیرهای مشاهده شده بپردازیم. با استفاده از مزیت الگوسازی

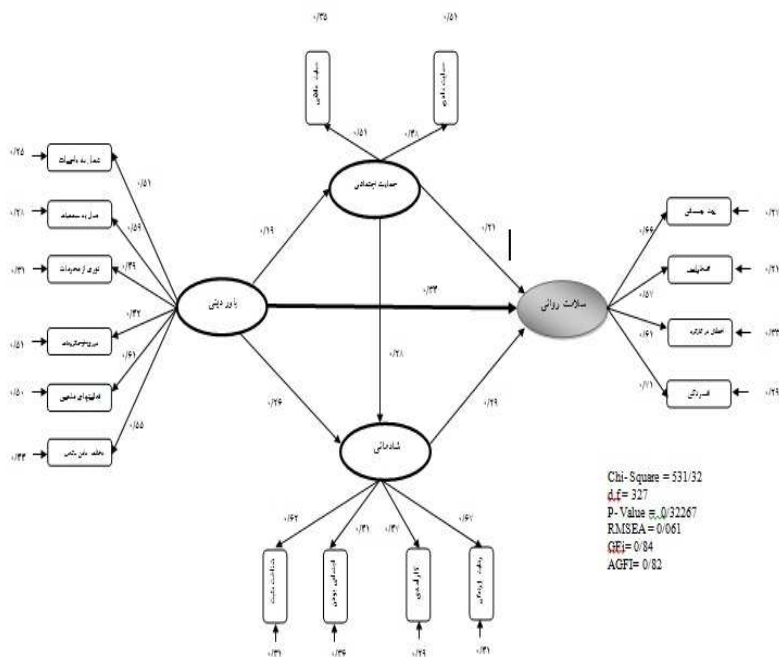
معادلات ساختاری در پایان سعی شده است تا ارتباط علی چهار متغیر مکنون با یکدیگر و روابط هر یک از آنها با معرف‌های مربوطشان (متغیرهای آشکار) بررسی شود.

جدول (۲) برآوردهای کلی مدل ساختاری

(Multiple Items per construct) Latent Variables Mode						
Path	Standardized	Path	Estimates			
	۰/۱۹	۰/۱۹				
	۰/۲۶	۰/۲۶				
	۰/۳۴	۰/۳۴				
	۰/۲۸	۰/۲۸				
	۰/۲۱	۰/۲۱				
	۰/۲۹	۰/۲۹				
Stand- alone fit indexes						
Latent Variables Mode	X ²	D.F	GFI	AGFI	R.M.S	P-Value
(Multiple Items per construct)	۵۳۱/۳۲	۳۲۷	۰/۸۴	۰/۸۲	۰/۰۶۱	۰/۳۲۲۶۷

جدول (۲) آزمون نیکویی برازش مدل ساختاری را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه معیارهای $GFI=0/84$ و $AGFI=0/82$ در سطح قابل قبولی بوده و حاکی از برازش مناسب مدل می‌باشد.

چهار متغیر مکنون پژوهش حاضر شامل عمل به باورهای دینی، حمایت اجتماعی، شادمانی و سلامت عمومی می‌باشند.



شکل ۱: الگوسازی معادله ساختاری رابطه بین عمل به باورهای دینی، حمایت اجتماعی و شادمانی با سلامت روانی

شکل (۱) الگوسازی معادله ساختاری رابطه بین عمل به باورهای دینی، حمایت اجتماعی و شادمانی با سلامت روانی

Chi-Square = 531/32
 d.f = 327
 P-Value = 0/32267
 RMSEA = 0/061
 GFI = 0/84
 AGFI = 0/82

همچنان که در مدل مشاهده می‌شود اکثر بارگویه‌ها به جز دو مورد، بالای ۰/۴۵ می‌باشند که نشان می‌دهد معرف‌های متغیرهای مکنون به خوبی روی آنها بار شده‌اند. بخش ساختاری مدل نیز حاکی از آن است که متغیرهای عمل به باورهای دینی، حمایت

اجتماعی و شادمانی به ترتیب (۰/۳۴)، (۰/۲۱) و (۰/۲۹) واریانس سلامت دانش‌آموزان را تبیین کرده‌اند. با توجه به مدل ساختاری می‌توان مشاهده کرد که عمل به باورهای دینی هم به‌طور مستقیم و هم از طریق حمایت اجتماعی و بالا بردن احساس شادمانی بر سلامت روانی تأثیر مثبت دارد. به عبارت دیگر هر چقدر میزان عمل به باورهای دینی در بین دانش‌آموزان افزایش یابد، سلامت روانی آنها نیز در سطح مطلوبی قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر رابطه بین عمل به باورهای دینی، حمایت اجتماعی، شادمانی با سلامت روانی دانش‌آموزان مطرح شد که با بهره‌گیری از تحلیل رگرسیون و الگوسازی مدل ساختاری به بررسی این روابط پرداخته شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی نشان می‌دهد که هر سه متغیر تأثیر مثبت و معنی‌داری بر سلامت روانی دارند که در این میان عمل به باورهای دینی با (۰/۳۷۱)، بیشترین تأثیر را نشان می‌دهد. همچنین ضریب به دست آمده نیز حاکی از آن است که سه متغیر در مجموع ۴۳٪ از تغییرات سلامت روانی دانش‌آموزان را توضیح می‌دهد که این امر با نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی همخوانی دارد.

در رابطه با مدل ساختاری پژوهش، یافته‌ها نشان می‌دهد که عمل به باورهای دینی هم به‌طور مستقیم و هم از طریق حمایت اجتماعی و شادمانی بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های استادیان (۱۳۹۰) و آرگیل (۲۰۰۱)، سلیگمن (۲۰۰۰)، که اظهار می‌دارند افرادی که امور مذهبی را به‌جا می‌آورند شادتر از سایر اشخاص هستند، همسو بوده و با یافته‌های والریت (۲۰۰۶)، که تنها به گزارش رابطه مثبت بین انجام امور دینی و شاد بودن پرداخته است، نیز همسو است.

در مورد تأثیر مستقیم عمل به باورهای دینی بر سلامت روانی، می‌توان گفت که میزان سلامت روانی دانش‌آموزان که عمل به باورهای دینی بیشتری دارند در مقایسه با بقیه دانش‌آموزان در سطح مطلوبی قرار دارد. که این یافته با یافته‌های بررسی‌های مختلف دیگری هم‌چون پژوهش شریفی و همکاران، ۱۳۸۵؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۳،

فهرینگ و همکاران، ۱۹۹۷؛ تروینو و همکاران، ۲۰۰۷؛ هومرو همکاران، ۱۹۹۹، که نگرش مذهبی را با مؤلفه‌های سلامت روانی سنجیده بودند همسو است. در مورد نقش حمایت اجتماعی بر سلامت روان باید گفت که نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش لاندمن پیترز، هارتمن و وندر (۲۰۰۵) همخوانی دارد.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر، تأثیر غیرمستقیم عمل به باورهای دینی از طریق حمایت اجتماعی بر سلامت روانی دانش‌آموزان می‌باشد. لذا می‌توان گفت که با درگیر شدن افراد در اعمال دینی که به صورت فردی و اجتماعی انجام می‌گیرد شبکه روابط اجتماعی فرد در بین اعضای خانواده و خویشاوندان، دوستان و همسایگان به طور چشمگیری افزایش می‌یابد و فرد از نوعی سرمایه اجتماعی برخوردار می‌شود که می‌تواند در مواقع بروز انواع مشکلات روحی و روانی و نیز مصائب و حوادث ناگوار زندگی به عنوان چتر حمایتی عمل کند و قدرت مقابله و تحمل فرد را افزایش دهد. نتیجه دیگری که از این پژوهش به دست آمد، تأیید تأثیر غیرمستقیم عمل به باورهای دینی بر سلامت روانی دانش‌آموزان از طریق شادمانی بوده است. عمل به باورهای دینی در سطح فردی و اجتماعی موجب تغییر نگرش فرد نسبت به خود و زندگی اجتماعی شده و نوعی عزت نفس، احساس اثربخشی، رضایت از زندگی به فرد می‌بخشد که همین به طور کلی امر موجب احساس شادمانی فرد می‌گردد و هر چه احساس شادکامی و خوش‌بینی افراد افزایش یابد سطح سلامت جسمی و روانی‌شان نیز بهبود می‌یابد. احساس شادمانی باعث تقویت نیروی حیاتی و مکانیسم‌های ایمنی‌ساز، تقویت روابط مثبت، رشد شخصیتی، نگرش مثبت به حوادث و رویدادهای زندگی می‌شود که همه این مکانیسم‌ها موجب بهبود سلامت جسمی و روانی افراد می‌شوند. در نهایت می‌توان گفت رابطه مستقیم و غیرمستقیم بین دینداری و سلامت روانی گویای آن است که هرچه از درجه دینداری (اعتقادی و عملی) بالاتری برخوردار باشد و به اعمال دینی همچون نماز خواند، روزه گرفتن، تلاوت قرآن، شرکت در مراسمات مذهبی مانند نماز جماعت، نماز جمعه، جشن‌ها و عزاداری‌های مذهبی اهتمام بیشتری ورزد و در مقابل از محرمان دوری کند و به طور کلی به رهنمودهای سازنده دینی عمل نماید از یک سو از حمایت اجتماعی بیشتری

برخوردار می‌شود و از سوی دیگر احساس شادکامی و رضایت بیشتری می‌کند که همه این‌ها به هنگام مواجهه فرد با رویدادها و حوادث ناگوار زندگی باعث ایجاد امنیت و آرامش خاطر وی می‌گردند و قدرت وی را در حفظ و بهبود سلامت جسمی و روانی افزایش می‌دهند. فرد دیندار سخت در حمایت خداوند و اجتماع پیرامون خود قرار دارد و به این دلیل به واسطه ناملایمات و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی، اضطراب و یاس نمی‌گردد و به مصداق این آیه شریفه که یاد خدا آرامش بخش دل‌هاست در طولانی مدت از آرامش روحی و روانی مطلوبی برخوردار می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:	۱۳۹۵/۰۳/۰۱
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:	۱۳۹۵/۰۷/۱۰
تاریخ پذیرش مقاله:	۱۳۹۵/۱۱/۱۵

منابع

- استادیان، مریم؛ قنواتی، بهمن و هادی کجیاف‌نژاد (۱۳۹۰). بررسی رابطه شادکامی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان، فصلنامه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی، شماره ۴۷، تابستان ۱۳۹۰، ص ۱۳۷.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۳). روش‌های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان، تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- جمالی، فریبا، (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.
- چلیبی، مسعود و سیدمحسن موسوی (۱۳۸۷). بررسی جامعه‌شناسی عوامل مؤثر بر شادمانی در سطوح خرد و کلان، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره نهم، شماره ۱ و ۲، صص ۵۷-۳۴.
- گلزاری، محمود (۱۳۸۰) فرم تجدیدنظرشده مقیاس عمل به باورهای دینی معبد ۲، موسسه پژوهشی حوزه و دانشگاه.
- سلطانی، اکبر (۱۳۸۷). بررسی میزان گرایش دانش‌آموزان به مسائل معنوی و رابطه آن با سلامت روانی، طرح پژوهشی اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجانشرقی.
- شریفی، طیبه؛ مهربابی‌زاده هنرمند، مهناز و شکرکن، ح. (۱۳۸۵). رابطه نگرش دینی با افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، مجله پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی دانشگاه اصفهان، ۲۱، ۲، صص ۱-۴۴.
- شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۸۱). نظریه‌های روان تحلیل‌گری شخصیت، تحول شخصیت از پیش از تولد تا بزرگسالی، تهران: مهرقائم.
- شهنی، بیلاق و همکاران (۱۳۸۴). رابطه علی عزت‌نفس، اضطراب عمومی، حمایت اجتماعی و سرسختی روانشناسی با اضطراب اجتماعی، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران، دوره سوم، سال ۱۲، شماره ۳.
- علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایداری و روایی پرسشنامه شادکامی اکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، اندیشه و رفتار، سال ۵، شماره ۱ و ۲، صص ۶۵-۵۵.

- کجیاف، محمدباقر و رئیس پور، حفیظاله (۱۳۸۷). رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه اصفهان، فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی، سال اول، شماره ۲، صص ۳۱-۴۴.
- معمدی، عبدالله و همکاران (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق، دو ماهنامه دانشور رفتار، ۱۰، ۱۲، صص ۴۳-۵۶.
- Addington-Hall, J, (2004). Spiritual needs in health care, *British Medical Journal*, 329, PP.123-124
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London: Routledge.
- Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C., Seedat S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth, *Compr Psychiatry*; 49: 195-201. 17.
- Coleman, C. (2004). The contribution of religious and existential well-being to depression among African- American heterosexuals with HIV infection, *Mental Health Nursing*, 25, PP.103-10.
- Catton, S. and atl (2006). Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review, *Journal of Adoliscent Health*, Vol. 3, No.28, PP.472-480.
- D'Souza, R. & George, K, (2006). Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice, *Austral as Psychiatry*, 14, PP.408-412.
- Ellis, A, (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's psychotherapy and religious values, *J Consult Clin Psychol*, 48(1), PP.635-639.
- Fehring, R. J Miller, J.F & Shaw, C, (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer & etal, *Oncology Nursing Forum*, 24, PP.663-671.
- Francis J, Zibertz HGG, Lewis CA. (2003). The relationship between religion and happiness among German students, *Pastoral Psychology*, 51, P.278
- Hummer, R.A & etal, (1999). Religious involvement and US adult mortality, *Demography*, 36, PP.273-285.
- Koeing, GH, McCullough, EM & Larson, BD, (2001). *Hand book of religion and health*, 1st ed. USA: Oxford University, PP.1118-20.
- Landman-Peeters, K., Hartman, M.C., van der Pomp, C.A. (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-

- offspring communication and depression and anxiety, *Social Sciences & Medicine*, 60, PP.2549-2559.
- 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, *Pers Indiv Differ*, 28(2), 383-93.
- Rippentrop, A.E & etal, (2008). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and pain in a chronic pain population, *pain*, PP.311-321.
- Sharp L ,Curran L.(2006). Understanding the process of Adjustment to illness, *Soc Sci Med*; 62(5), PP.1153-66.
- Seligman, M.(2000). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*, New York: free press.
- 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, PP.614-636.
- Snyder, L. (2003). Satisfactions and challenges in spiritual faith and practice for persons with dementia, *Dementia*, 2(3), PP.299-313.
- Thoresen, CE & Harris, HS, (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?, *Ann Behav*, 24(1), PP.3-13.
- Thune-Boyle, I.C. & etal, (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature, *Social Science & Medicine*, 63, PP.151-164.
- Townsend, M & etal, (2002). Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health, *Southern Medical Journal*, 95, PP.1429-1434.
- Trevino, K.M. & etal, (2007). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal findings, *AIDS and Behavior* (online).
- Valeriet, W.R. (2006). Life events, happiness and depression: the half empty cup, *Personality and individual differences*, 15, PP.447- 453.
- Williams, D.R. & Sternthal, J.S. (2007). Spirituality, religion and health: evidence and research directions, *Medical Journal of Australia*, 186 (10), PP.47-50.