

---

# بررسی نقش دینداری در سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی کاشان و پیام نور آران و بیدگل

**اسداله بابایی فرد**

دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه کاشان  
babaiefardm@gmail.com

**احسان صنعتکار**

کارشناس ارشد مطالعات فرهنگی دانشگاه کاشان  
e.sanatkar@chmail.ir

**محسن ذراتی مجرد**

کارشناس پژوهشگری علوم اجتماعی  
Zarrati.mohsen@gmail.com

**محمد رضا توانگری**

کارشناس پژوهشگری علوم اجتماعی

## چکیده

این تحقیق با هدف بررسی نقش دینداری در سلامت روان در میان دانشجویان دانشگاه‌های دولتی کاشان و پیام نور آران و بیدگل و با روش پیمایش و با حجم نمونه ۲۵۵ نفر از دانشجویان و به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انجام شده است. تحلیل داده‌های کمی در سطح استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده آن است که بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی، وضعیت جسمانی، اضطراب و کم‌خوابی و میزان دینداری رابطه معنادار وجود ندارد، اما بین عزت نفس و افسردگی و میزان دینداری رابطه معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج حاصل شده، متغیر افسردگی بیشترین تأثیر را بر متغیر وابسته دارد. همچنین متغیر عزت نفس اگرچه رابطه معناداری با متغیر وابسته داشت، اما در نهایت در تحلیل مسیر از معادله خارج شده است.

**واژگان کلیدی:** پایگاه اقتصادی - اجتماعی، دینداری، سلامت روان، عزت نفس، افسردگی.

## بیان مسأله

در جهان امروز علی‌رغم پیشرفت‌های شگرف و گوناگونی که در تمام زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و از جمله علوم رخ داده است، بشر نتوانسته مشکلات روحی روانی خود مانند اضطراب، افسردگی، فشارهای روانی و پوچ‌گرایی و بی‌معنی بودن زندگی و استرس و فشارهای عصبی را درمان کند، چنین به نظر می‌رسد که انسان، امروزه هویت اصلی خود را از دست داده و از خویشتن خویش بیگانه شده است. گرچه انسان به بسیاری از امیدها و آرزوهای خویش به ویژه دستاوردهای مادی و رفاهی رسیده، که هرگز فکر تحقق آنها را نمی‌نموده و در این زمینه‌ها دستاوردهای شگفتی داشته است اما درعین حال زندگی بشر با احساس خشنودی و خوشبختی، آرامش و آسایش خیال و رضایت‌مندی همراه نبوده است. از منظر زندگی فردی، بدرفتاری‌ها، بدخلقی‌ها، ناپهنجاری‌ها، سوءظن‌ها، حسادت‌ها، خودپسندی، غرور، بدزبانی و بدبینی‌ها هر یک بخشی از هویت انسانی ما را به مخاطره انداخته، و از سوی دیگر در حوزه اجتماعی، آسیب‌ها و ناهنجاری‌ها، سودجویی‌ها، منفعت‌طلبی‌ها، فریب‌ها و کامجویی‌های نامشروع، فضای زندگی را به ابتذال، بی‌تفاوتی و پوچی کشانده است.

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بر این باورند که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری‌های روانی نیست. بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت انعطاف پذیر و معنی‌دار است (صالحی و دیگران، ۱۳۸۶: ۲). از آنجا که گروه‌های مختلف اجتماعی به دلیل ویژگی‌ها و مشخصه‌های اجتماعی خود نسبت به ابتلا به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت دارند و برخی اقشار اجتماعی آسیب‌پذیری بیشتر و بعضی آسیب‌پذیری کمتری دارند و نیز این ویژگی‌های اجتماعی تا حد زیادی تعیین‌کننده شیوه پاسخ‌دهی مردم به ناراحتی‌ها و روانی مشکلات روانی است و سرانجام اینکه اثر روش‌های گوناگون مواجهه و مقابله با عوارض ناشی از مشکلات روانی نیز تحت تأثیر و ویژگی‌ها و مشخصه‌های اجتماعی افراد و اقشار مختلف خواهد بود. توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی بسیار مهم است (کوکرین، ۱۳۷۶: ۴). یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی، فرهنگی مرتبط با سلامت روان که در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، دین‌داری (تعلق، تقید و جهت‌گیری دینی) بوده است. علاوه بر سلامت روان سلامت جسم نیز مطرح است که یکی از عوامل موثر بر سلامت روان، سلامت جسم است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ایمان مذهبی در ارتباط با بهداشت جسمی قرار داشته و مکانیزم‌های سازگاری را افزایش داده و بهبود ناراحتی‌های جسمانی را تسریع می‌نماید. البته جسم را می‌توان در زیر مجموعه سلامت روان قرار داد و در بررسی سلامت روان به میزان سلامت جسم نیز در ارتباط با مذهب توجه داشت.

انسان دارای چهار بعد زیستی روانی اجتماعی و معنوی است که همه‌ی این عوامل بر روی یکدیگر تأثیر می‌گذارند. همان‌گونه که عامل زیستی می‌تواند در خصوص بقیه عوامل تأثیر گذار باشد عامل و بعد معنوی نیز می‌تواند سبب بهبود بیماری‌های دیگر عوامل باشد. لوینسون<sup>۲</sup> و همکارانش سلامتی روان را این‌طور تعریف کرده‌اند: سلامتی روان عبارت است از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی، اطرافیان مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد،

<sup>۱</sup> World Health Organization (WHO)

<sup>۲</sup> Levinson

چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش (تبرائی فر، ۱۳۸۹: ۱۲). سلامت روان در پی آن است که احساسات منفی نظیر اضطراب، افسردگی، ناامیدی کم‌رنگ گشته و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد پیشگیری به عمل آید. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ ابعاد سه گانه سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را مطرح کرد که هر سه بعد لازم و ملزوم یکدیگر است. از جمله عوامل تأثیر گذار بر سلامت روان در این میان دینداری نوجوانان می‌تواند باشد که نیاز به بررسی‌های بیشتر در این زمینه احساس می‌گردد. به شکل خاصی در هر فرهنگ شناخته شده‌ای وجود دارد دین فرد دیندار به نوعی با یک منبع آفرینش که بر زندگی بشر و امور طبیعی تأثیر دارد، ارتباط برقرار می‌کند. ویلیام جیمز نیز معتقد است قدرتی که دین برای تحمّل مصایب به انسان می‌دهد هرگز از عهده اخلاق بر نمی‌آید، زیرا شور و حرارتی که با اعتقاد به دین در انسان حاصل می‌شود هرگز از عهده اخلاق بر نمی‌آید (جیمز، ۱۳۸۹: ۱۶۷). یکی از مهم‌ترین مسائل دین اسلام توجه به بهداشت و سلامت جسمانی و روانی است. بعضی از واجبات و محرّمات الهی برای تأمین سلامتی و پیش‌گیری از ابتلا به امراض روحی و روانی تشریح شده است. در مکتب اسلام، هیچ انسانی حق ندارد با انجام کارهای زیان‌آور مانند سم خوردن و یا روی آوردن به کارهای ناشایست و به دور از شأن و منزلت انسانی، به سلامت جسم و روان خود آسیب وارد کند و یا خود را در معرض هلاکت و ذلت قرار دهد. همچنین نسبت به سلامت جسمی و روحی دیگر هم‌نوعان خود نیز مسئول است. دین غالباً می‌تواند عامل نیرومند تعیین‌کننده پدیده‌های اجتماعی و (روانی) باشد، به نهادها شکل بدهد، بر ارزش‌ها تأثیر بگذارد و روابط را زیر نفوذ خود بگیرد (رضادوست و همکاران، ۱۳۹۰: ۴). احساس تعلق داشتن به منبعی والا؛ امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی؛ برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و حمایت روحانی، همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در روبرویی با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کم‌تری را متحمل شوند. بر همین اساس، مدت‌هاست که تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روان ارتباط مثبتی وجود دارد. و اخیراً نیز علم روان‌شناسی، حمایت‌های تجربی زیادی را در راستای این زمینه فراهم آورده است (مؤیدنیا، ۱۳۸۹: ۲۰). بنابراین هدف اصلی تحقیق حاضر تبیین و بررسی نقش دینداری در سلامت روان دانشجویان است.

### اهمیت و ضرورت تحقیق

بهداشت روانی و پیشگیری از اختلالات روانی و شیوع آنها در جامعه از مقولاتی است که ذهن بسیاری از متخصصین بهداشت روانی به خود مشغول کرده است. امروز جوامع مختلف بسیج شده‌اند تا سیاست‌های مربوط به این موضوع را سامان دهند. علت این امر، اهمیت این موضوع و تأثیر بهداشت روانی روی کارکردهای مختلف انسان است. یکی از مسائل بسیار مهم و ضروری، تشخیص عوامل مؤثر بر بهداشت روانی است. مذهب یک عامل اصلی در زندگی بسیاری از انسان‌هاست و می‌توان میزان دینداری فرد و تعهد او به آداب و تعالیم دینی و مذهبی را یکی از عوامل بسیار مهم و تأثیر گذار بر بهداشت روانی او دانست. در سال‌های اخیر دین به عنوان یکی از عمده‌ترین متغیرهای مؤثر بر رفتار و حالات روانی افراد مورد توجه بسیاری از متخصصین علوم رفتاری قرار گرفته است تا جایی که برخی دین را عامل اساسی در بهداشت فردی و اجتماعی معرفی کرده‌اند (سهرابی و سامانی، ۱۳۸۰: ۳۲). دین و بهداشت روانی هر دو موضوعاتی پیچیده و وسیع هستند که از طریق مختلف و در تحقیقات و تحلیل‌های جامعه‌شناختی و روانشناختی خود را آشکار ساخته‌اند. از آنجایی که باور و اعتقاد ما مسلمانان بر این است که دین اسلام به عنوان یک ایدئولوژی، ارائه‌دهنده کامل‌ترین و سلامت‌سازترین سبک زندگی بشریت

است و احکام و دستورات آن حوزه وسیع اخلاقی، بین فردی، بهداشتی و اجتماعی را در بر می‌گیرد، لذا مطالعه اثرات و نقش متغیرهای مذهبی در سلامت روانی یک ضرورت اساسی به نظر می‌رسد (پهلوانی و همکاران، ۱۳۷۷: ۲۳). به نظر می‌رسد ادیان و مذاهب، آموزه‌هایی به پیروانشان ارائه می‌کنند که با توجه به میزان تعهد و عمل به این آموزه‌ها آنان می‌توانند در کاهش یا افزایش فشارزایی رویدادهای زندگی نقش داشته باشند. گفته می‌شود که ادیان و مذاهب مختلف از طریق مختلفی تأثیر گذار خواهند بود و در این رابطه عمدتاً به اصل حمایت‌های اجتماعی و القاء معنی و امیدواری تأکید می‌شود (بیرشک و همکاران، ۱۳۸۰: ۴۷). اهمیت دین و و باورها و نهادهای دینی بر انسان و زندگی فردی و اجتماعی او کاملاً آشکار است. دین به شکل‌های مختلف در هر فرهنگی وجود دارد و معمولاً نقش اصلی و اغلب محوری را در زندگی افراد بازی می‌کند. در مورد دین تعاریف متفاوت و گوناگون ارائه گردیده است. دین را می‌توان یکی از عوامل مؤثر بر تمام ابعاد وجودی انسان، از جمله به بهداشت روانی او دانست. در این مورد مثال‌های زیادی وجود دارد که بسیاری از مردم به اعتقادات و نهادهای دینی روی می‌آورند تا در مقابله با بحران‌ها، معنادار کردن زندگی، ایجاد امیدواری و تأمین سلامت از آنها استفاده مثبت کنند. دین و بهداشت روانی هر دو موضوعاتی پیچیده و وسیع هستند که ساختار چند بعدی و چند سطحی دارند که از طریق مختلف و در تحقیقات و تحلیل‌های جامعه‌شناختی و روانشناختی خود را آشکار ساخته‌اند. متأسفانه این دو موضوع در مقایسه با موضوع‌های دیگر به تنهایی، اندک توجه را در منابع علمی و تحقیقات روانشناسی به خود اختصاص می‌داده‌اند. بنابراین پرداختن به بهداشت روانی و ارتباط آن با میزان دینداری بسیار مهم به نظر می‌رسد.

بعد روانی سلامتی در بسیاری از کشورهای جهان (به ویژه کشورهای جهان سوم) به دلیل توجه اصلی به سایر اولویت‌های بهداشتی، از جمله بیماری‌های واگیر دار عفونی در گذشته و یا بیماری‌های مزمن در عصر حاضر، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به دیگر سخن، گر چه تردیدی نیست که افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یک دیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند، اما مسأله این است که میزان این تفاوت‌ها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهم‌تر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند به مراتب بیشتر می‌شود.

نیاز به دین برای تأمین بهداشت و سلامت روان نیازی جهان شمول است. علاوه بر روان‌شناسان، بسیاری از اندیشمندان معاصر غربی نیز به این حقیقت دست یافته‌اند که مشکل زیربنایی انسان معاصر اساساً به نیاز وی به دین و ارزش‌های معنوی برمی‌گردد. مورخ معروف، آرنولو توین‌بی<sup>۱</sup>، می‌گوید: بحرانی که اروپاییان در قرن حاضر دچار آن شده‌اند اساساً به فقر معنوی آن‌ها بازمی‌گردد. او معتقد است: تنها راه درمان این فروپاشیدگی اخلاقی، که غرب از آن رنج می‌برد، بازگشت به دین است. اصولاً ایمان، تأثیر بسزایی در نفس انسان دارد، چرا که اعتماد به نفس و قدرت او را بر صبر و تحمل سختی‌های زندگی افزایش می‌دهد و احساس امنیت و آرامش را در نفس او مستقر می‌سازد و در درونش آسودگی خاطر به وجود می‌آورد. بدین سان، انسان غرق در احساس خوش‌بختی می‌شود.

در واقع هیچ فرهنگی در گذشته یافته نمی‌شود که دین در آن جایی نداشته باشد و هیچ کس فکر نمی‌کند که در آینده نیز فرهنگی غیر از این بتواند به وجود آید. مطالعه انسان فهم و درک این نکته را برای ما ممکن می‌سازد که نیاز به یک نظام مشترک جهت‌گیری و یک مرجع اعتقاد و ایمان دارای ریشه عمیق در شرایط زیستی انسان است. تحقیقات آمریکا نشان

<sup>۱</sup> Arnold J. Toynbee

می‌دهد که ۲۰٪ بزرگسالان این کشور دارای اختلالات روانی قابل تشخیص هستند و در این کشور سالانه ۱۴۸ میلیارد دلار برای بهبود اختلالات روانی و رسیدن به بهداشت روان هزینه می‌شود. آیا نمی‌توان این سرمایه‌ای که صرف بهبود بیماران می‌شود را ذخیره کرد و از ابزاری دیگر آرامش روحی افراد را فراهم کرد. تا در این صورت هم سرمایه مادی و هم سرمایه انسانی هدر نرود. زمانی اهمیت این موضوع نمایان می‌شود که به جوان بودن کشور خود توجه داشته باشیم. و به نیرو و انرژی و قدرتی که در این سرمایه بزرگ نهفته است. اینجاست که به این نتیجه می‌رسیم که می‌توان به راحتی این سرمایه را هدایت نمود و جامعه‌ای سالم داشت. واقعیت این است که تا زمانی که این قضاوت را به بوته‌ی آزمایش نگذاریم و پژوهش‌های متعددی در این زمینه انجام ندهیم، در مورد درستی یا نادرستی آنها نمی‌توانیم نظر قطعی بدهیم و به همین دلیل است که انجام پژوهش‌های متعدد در مورد انجام مراسم مذهبی در میان افراد جامعه خصوصاً نوجوانان و جوانان امری ضروری است.

### مبانی نظری پژوهش

#### نظریه آیدلر و کامل

آلفرد آدلر<sup>۱</sup> به عنوان نخستین پیشگاه گروه روان‌شناسی اجتماعی در روان‌شناسی تحلیل‌گری، نظریه‌ای را تدوین کرد که علایق اجتماعی، (راویب اجتماعی) در آن نقش عمده‌ای را ایفا می‌کند. یکی از اندیشه‌های مشهور آدلر این است که ما سعی می‌کنیم کهنتری را که در خودمان درک می‌کنیم جبران کنیم. فقدان قدرت اغلب بر اساس احساس کهنتری واقع می‌شود. طریقی که دین در این تصور وارد می‌کند در میان باورهای ما در مورد خدا قرار دارد. باورهایی که مشخصه‌ی گرایش ما به تلاش برای کمال و برتری هستند. با شناخت خدا در این راه، ما عیوب خود احساس کهنتری خود را اصلاح می‌کنیم. تا اینجا به نظر می‌رسد برای آدلر، دین حداقل از دو زاویه اهمیت دارد:

اول لازم است بدانیم که آدلر اساساً مایل است اعتقاد به خدا را به عنوان یک عامل برانگیزاننده و نه پاسخی به سوال وجود یا عدم خدا، در نظر بگیرد. آن چه مهم است این است که خدا افراد را برای فعالیت برمی‌انگیزاند و آن اعمال دارای پیامدهای واقعی برای خود و دیگران است. ادلر اظهار می‌دارد که ما با دو گزینه مواجه هستیم، یا می‌توانیم فرض کنیم که ما و خدایمان در مرکز جهان هستیم و اینکه خدا مراقب ماست، گو اینکه منفعلانه منتظر عنایت او هستیم و یا اینکه ما مرکز جهان هستیم و فعالانه برای رسیدن به سودمندی اجتماعی کار می‌کنیم. هدف ادلر این است که اگر ما فرض کنیم بر محیط‌مان تسلط داریم در این صورت به شیوه‌هایی عمل خواهیم کرد که به جهان اطراف خود فایده برسانیم. اعتقاد ما به خدا از این جهت مهم است که اهداف و طرز اداره کردن تعاملات اجتماعی مان را دربر می‌گیرد. دو جنبه‌ای که دین را حائز اهمیت می‌کند این است که تاثیر شگرفی بر محیط اجتماعی ما می‌گذارد و به عنوان حرکت اجتماعی قدرتمندی می‌باشد. از آنجا که دین به طور موثری مردم را برمی‌انگیزاند (در مقایسه با علم و سایر حرکات اجتماعی) پیشرفته‌تر است.

همچنین بر اساس اظهارات کامل (۱۹۹۲) سازوکارهای پیونده دهنده میان مذهب با سلامتی را می‌توان در سه دسته به شرح زیر قرار داد: ۱- گروه‌های مذهبی دارای کارکرد نظم بخشی و انتظام دهی به رفتار اعضایشان هستند و بر این اساس

<sup>۱</sup> Alfred Adler

رفتارهای مربوط به سلامتی و بهداشت آن‌ها (نظیر استعمال دخانیات، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و تحرک جسمی، و نوشیدن مشروبات الکلی) را به دو دسته رفتارهای تجویز شده و رفتارهای تحریم شده تقسیم‌بندی می‌کنند؛ ۲- تعهد و تقید مذهبی، سبب تعلق افراد به شبکه‌ای از اشخاص هم عقیده می‌گردد که می‌تواند در مواقع مورد نیاز به همدیگر کمک کنند. بدین ترتیب با افزایش یافتن داشته‌های مشترک فردی و میزان حمایت اجتماعی مخاطرات بهداشتی به حداقل کاهش می‌یابد؛ ۳- تعهد و تقید مذهبی، به افراد کمک می‌کند تا چشم انداز مثبت و خوش بینانه‌ای راجع به زندگی داشته باشد، که به این ترتیب سلامت روانی آنها به حداکثر ممکن افزایش می‌یابد؛ بنابراین، تاثیرات مذهب بر روی سلامتی و بهزیستی افراد می‌تواند شامل تاثیر شبکه‌های جامعه، حمایت اجتماعی و مشارکت در مراسم و شعائر سازمان یافته‌ای دانست که به زندگی افراد معنا می‌دهد.

### نظریه هارولد کوئینگ

هارولد کوئینگ<sup>۱</sup>، مذهب و عبادت را چیزی فراتر از کلمات و پاسخ‌های فیزیولوژیکی می‌داند. تحقیقات او به خوبی نشان می‌دهد که افراد مذهبی، زندگی سالم‌تری دارند و به طور کلی احساس خوشبختی بیشتری می‌نمایند. کمتر بیمار شده و یا دچار افسردگی می‌شوند و اگر چنانچه دچار این گونه مشکلات شوند سریع‌تر بهبود می‌یابند (نوبخش و پوریوسفی ۱۳۸۵: ۹). هارولد کوئینگ، ده‌ساز و کار برای تبیین رابطه بین مذهب و سلامت روان به شرح زیر ارائه می‌کند: ۱- مذهب باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مثل فقدان یا بیماری یاری می‌رساند؛ ۲- مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد و داشتن معنا و هدف در زندگی نشان دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود؛ ۳- افراد مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که قابل پذیرش نیستند. راحت‌تر سازگار می‌شوند؛ ۴- مذهب باعث ایجاد امید شده و باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می‌شود که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند؛ ۵- افراد مذهبی احساس آزادی شخصیتی بیشتری نسبت به دیگران می‌کنند. آنها وابستگی عاطفی کمتری به اطرافیان دارند؛ ۶- احساس کنترل در افراد مذهبی به واسطه دعا کردن ایجاد می‌شود، به این گونه دعا کردن باعث احساس کنترل غیرمستقیم بر شرایط به ظاهر غیر قابل تغییر و ناگوار می‌باشد؛ ۷- افراد مذهبی از شخصیت‌های دینی که رنج بسیار کشیده‌اند، الگوبرداری می‌کنند و این مساله باعث افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیر قابل تغییر و ناگوار می‌شود؛ ۸- افراد مذهبی از الگوی تصمیم‌گیری خاصی، استفاده می‌کنند. این الگو فرد را در جهت افزایش تصمیم‌گیری‌های مفید برای خود و اطرافیان، کاهش تصمیم‌گیری‌های خود مخرب سوق می‌دهد. این امر می‌تواند تا حدی از شدت استرس زندگی بکاهد؛ ۹- مذهب تنها منبع پاسخگو به سؤالات نهایی است، به ویژه در موارد اضطراری که علم قادر نیست به فرد کمک کند. این مساله به خصوص در موارد جدی مثل بیماری‌های لاعلاج از اهمیت خاصی برخوردار است؛ ۱۰- مذهب باعث برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود و این امر سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی، روحانیون، و حتی خداوند ایجاد می‌شود (چراغی، ۱۳۸۵: ۳۵).

### فرضیات پژوهش

فرضیه اصلی پژوهش این است که بین میزان دینداری با پایگاه اقتصادی - اجتماعی، وضعیت جسمانی، میزان اضطراب، میزان افسردگی و میزان عزت نفس رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

<sup>۱</sup> Harold G. Koenig

## روش پژوهش

روش اصلی این مطالعه به واسطه خصلت موضوع مورد تحقیق، گستردگی جمعیت مورد مطالعه، پیمایش می‌باشد که به عنوان رایج‌ترین شیوه مطالعاتی در علوم اجتماعی مطرح است. جامعه آماری مورد نظر برای این تحقیق دانشجویان دانشگاه پیام نور آران و بیدگل و دانشجویان دانشگاه دولتی کاشان می‌باشد که آمار ارائه شده از طرف دانشگاه پیام نور برابر با ۳۱۲۰ نفر را نشان می‌دهد و آمار ارائه شده توسط دانشگاه کاشان برابر با ۶۰۴۲ نفر است. به طور کلی جامعه آماری برابر با ۹۱۶۲ نفر است. با استفاده از فرمول کوکران که تعداد ۲۵۰ نفر از دانشجویان به شیوه تصادفی طبقه‌ای با استفاده از فرمول کوکران انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته است که شامل ۳۲ سؤال و در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. متغیر دینداری شامل مؤلفه‌های اعتقادات مذهبی، نگرش مذهبی، احساسات نسبت به دین، عبادات، اخلاق است و پایایی مؤلفه‌های فوق الذکر به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۸۱ و ۰/۶۰، به دست آمد به منظور عملیاتی کردن مفهوم سلامت روان، در این پژوهش از مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (ghq-۲۸) استفاده شده است. این مقیاس دارای مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی-اجتماعی، وضعیت جسمانی، اضطراب و کم‌خوابی، افسردگی و عزت نفس می‌باشد و پایایی مؤلفه‌های فوق الذکر به ترتیب چند صدم، ۰/۶۰، ۰/۶۴، ۰/۸۹ و ۰/۱۹، به دست آمد. (جهت محاسبه میانگین فرضی، تعداد سوالات هر مؤلفه در حد وسط ۳ ضرب شد.) برای آزمون فرضیه‌ها از همبستگی پیرسون، تحلیل‌های چند متغیره، مدل رگرسیونی و تحلیل مسیر استفاده شد.

## یافته‌های پژوهش

### مشخصات عمومی پاسخگویان

از لحاظ جنسیت ۱۴۷ نفر مرد (۵۸/۸٪) و ۱۰۳ نفر زن (۴۱/۲٪) هستند در نتیجه بیشتر پاسخگویان را مردان تشکیل می‌دهند. به لحاظ سن ۳۰ نفر در سن ۱۹ سالگی (۱۲/۰٪)، ۲۲ نفر در سن ۲۰ سالگی (۸/۸٪)، ۱۴ نفر در سن ۲۱ سالگی (۵/۶٪)، ۲۲ نفر در سن ۲۲ سالگی (۸/۸٪)، ۳۳ نفر در سن ۲۳ سالگی (۱۳/۲٪)، ۲۳ نفر در سن ۲۴ سالگی (۹/۲٪)، ۱۰۶ نفر در سن ۲۵ سالگی (۴۲/۴٪) قرار دارند. وضعیت تأهل ۱۳۱ نفر (۵۲/۴٪) متاهل و ۱۱۹ نفر (۴۷/۶٪) مجرد می‌باشند. از لحاظ مذهب ۲۴۲ نفر (۹۶/۸٪) اسلام و ۸ نفر (۳/۲٪) دین خود را اظهار نکرده‌اند. بیشترین تعداد نفرات را افرادی تشکیل می‌دهند که در شهر زندگی می‌کنند که شامل ۱۹۶ نفر (۷۸/۴٪) و ۵۲ نفر (۲۰/۸٪) در روستا زندگی می‌کنند و ۲ نفر (۰/۸٪) وضعیت سکونت خود را اظهار نکرده‌اند.

به لحاظ مقطع تحصیلی پاسخگویان ۱۷۲ نفر (۶۸/۸٪) مقطع فوق دیپلم و ۷۶ نفر (۳۰/۴٪) کارشناسی و ۲ نفر آنها (۰/۸٪) در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشند. توزیع فراوانی بر حسب متغیر رشته تحصیلی به ترتیب رشته علوم اجتماعی ۱۷ نفر (۶/۸٪)، عمران ۲۰ نفر (۸/۰٪)، کامپیوتر ۲۶ نفر (۱۰/۴٪)، حسابداری ۳۲ نفر (۱۲/۸٪)، ریاضی ۴۱ نفر (۱۶/۴٪)، الهیات ۱۳ نفر (۵/۲٪)، ادبیات ۳۴ نفر (۱۳/۶٪)، مکانیک ۲۴ نفر (۹/۶٪)، گرافیک ۱۰ نفر (۴/۰٪)، برق ۲۰ نفر (۸/۰٪)، و حقوق ۱۳ نفر (۵/۲٪) را به خود اختصاص داده است. بیشترین تعداد نفرات را افرادی تشکیل می‌دهد که میزان تحصیلات پدر آنها در سطح ابتدایی

است و شامل ۱۱۲ نفر با ۴۴/۸٪ است و کمترین تعداد نفرات افرادی هستند که پدر آنها دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و دکتری است و تعداد آنها ۲ نفر با ۸/۰٪ می باشد. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب متغیر میزان تحصیلات مادر، بیشترین تعداد نفرات را افرادی تشکیل می دهد که میزان تحصیلات مادر آنها در سطح ابتدایی است و شامل ۱۲۵ نفر با ۵۰/۰٪ می باشد و کمترین تعداد نفرات افرادی هستند که دارای تحصیلات فوق دیپلم و کارشناسی ارشد می باشد که تعداد آنها ۲ با ۸٪ است. به لحاظ شغل پدر ۵ نفر فرهنگی و ۱۶ نفر کارمند و ۴۸ نفر کارگر و ۴ نفر مکانیک و ۲۹ نفر کشاورز و ۱۱ نفر راننده و ۵ نفر پزشک و ۲ نفر بیکار و ۵۴ نفر شغل آزاد و ۶۶ نفر بازنشسته و ۱۰ نفر اظهار نشده اند. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر شغل مادر تعداد افراد خانه دار برابر با ۲۲۳ نفر، فرهنگی ۴ نفر، کارمند ۱ نفر، خیاط ۱۰ نفر، آرایشگر ۵ نفر، کارگر ۲ نفر، قالی باف ۲ نفر و ۳ نفر اظهار نشده را به خود اختصاص داده است.

#### جدول ۱-۱: شاخص های اصلی پژوهش و گویه های شاخص ها

گویه های شاخص ها	شاخص های اصلی پژوهش
۱. به چه میزان به وجود خدا معتقدید؟ ۲. به چه میزان به وجود پیامبر و امامان مذهب خود معتقدید؟ ۳. به چه میزان به جهان پس از مرگ (معاد) معتقدید؟ ۴. به چه میزان کتاب آسمانی تان را پذیرفته اید؟ ۵. به چه میزان به نماز معتقدید؟ ۶. به چه میزان به روزه معتقدید؟	اعتقادات مذهبی
۱. حضور خدا را در همه صحنه های زندگی احساس میکنم. ۲. دین به زندگی من، معنا، جهت و آرامش می دهد. ۳. نذورات و صدقات باعث رفع و پیشگیری از خطرات می شود. ۴. وقتی گناه میکنم احساس بدی دارم و آرامش درونی ام راز دست میدهم. ۵. من در هر شرایطی تلاش میکنم ارزشها و اعتقادات دینی خود را حفظ کنم. ۶. اعتقادات دینی ام باعث شده، پذیرش حوادث برایم آسان شود.	نگرش مذهبی
۱. به چه میزان عواطف مثبت در راستای پذیرش قلبی نسبت به پروردگارتان دارید؟ ۲. به چه میزان عواطف مثبت نسبت به انبیا و پیامبران دارید؟ ۳. چه میزان عواطف مثبت نسبت به مومنان دارید؟ ۴. چه میزان عواطف مثبت نسبت به احکام دین دارید؟ ۵. چه میزان عواطف منفی نسبت به دشمنان پیامبرتان دارید؟	احساسات نسبت به دین
۱. به چه میزان در ادای نمازهای واجب مفید هستید؟ ۲. به چه میزان در گرفتن روزه های واجب مفید هستید؟ ۳. به چه میزان در مراسم مذهبی (هیأت، دعا و...) شرکت می کنید؟ ۴. به چه میزان به قرائت قرآن می پردازید؟ ۵. آیا حج را در صورت استطاعت به جا می آورید؟ ۶. به چه میزان در پرداخت خمس و زکات مفید هستید؟ ۷. به چه میزان در امور زندگی و هنگام مشکلات به دعا و توسل تمسک می جوئید؟ ۸. به چه میزان کارهای نیک و عبادات تان را خالصا برای معبود خود انجام می دهید نه صرفا وظیفه یا تشکر؟	متغیر عبادات
۱. به چه میزان همواره به عهد خود با خدا و مردم وفادار هستید؟ ۲. در ارتباط با مردم در موقعیت های مختلف معمولا من گذشت می کنم. ۳. در جماعتی که در آن کارهای خلاف دین صورت می گیرد شرکت می کنم. ۴. خوردن و آشامیدن چیزهایی که دین حرام کرده است را رعایت میکنم. ۵. در موقع انجام کارهای برخلاف دین توسط دیگران، آنها را نصیحت می کنم. ۶. در ارتباط با جنس مخالف حدود را رعایت می کنم. ۷. به چه میزان در یاری رساندن به مستمندان و نیازمندان کمک می کنید؟	متغیر اخلاق



جدول ۲-۱: شاخص‌های اصلی پژوهش و گویه‌های شاخص‌ها

گویه‌های شاخص‌ها	شاخص‌های اصلی پژوهش
۱. آیا به دلیل نگرانی زیاد دچار بی‌خوابی می‌شوید و سخت به خواب می‌روید؟ ۲. آیا بی دلیل از چیزی ترسیده یا دچار وحشت زدگی می‌شوید؟ ۳. آیا احساس می‌کنید که همه چیز از اختیار شما خارج شده؟ ۴. آیا بدرفتار و بدخلق شده اید؟ ۵. آیا هر اتفاق کوچکی عصبانیتان می‌کند؟ ۶. آیا هر اتفاق کوچکی شما را نگران و مضطرب می‌کند؟ ۷. آیا در امور زندگی فرد کم حوصله‌ای شده‌اید؟	اضطراب و کم خوابی
۱. به چه میزان احساس کرده اید حالتان بسیار خوب است و از سلامت خوبی برخوردارید؟ ۲. به چه میزان احساس کرده اید به یک داروی آرام بخش نیاز دارید؟ ۳. به چه میزان احساس کرده اید نیروی کافی ندارید و حالتان خوش نیست؟ ۴. به چه میزان احساس کرده اید که بیمار هستید؟ ۵. به چه میزان دچار سردرد می‌شوید؟	وضعیت جسمانی
۱. به چه میزان نسبت به آینده ناامید هستید؟ ۲. به چه میزان احساس می‌کنید زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟ ۳. به چه میزان درباره امکاناتی فکر کرده اید که می‌تواند شما را از شر خودتان خلاص کند؟ ۴. به چه میزان فکر کرده اید که به علت ناراحتی عصبی هیچ کاری نمی‌توانید انجام دهید؟ ۵. به چه میزان نسبت به هر چیزی بی علاقه شده اید؟ ۶. به چه میزان نسبت به ارتباط با دیگران بی میل شده اید؟	افسردگی
۱. آیا احساس می‌کنید کارهای‌تان را خوب انجام می‌دهید؟ ۲. آیا احساس می‌کنید قادر به تصمیم‌گیری در امور هستید؟ ۳. آیا از انجام فعالیت‌های عادی خود لذت می‌برید؟ ۴. آیا خود را فرد بی‌ارزشی می‌دانید؟ ۵. به چه میزان خود را با دیگران مقایسه می‌کنید؟	عزت نفس

### توصیف متغیرهای پژوهش: جدول‌های یک بعدی

به طور کلی داده‌های این پژوهش نشان می‌دهد از لحاظ پایگاه اقتصادی-اجتماعی بیشتر پاسخگویان (۱۸۴ نفر)، ۷۳/۶٪ به پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین (۶۱ نفر)، ۲۴/۴٪، پایگاه اقتصادی-اجتماعی متوسط و (۵ نفر)، ۲/۰٪ به پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا تعلق دارند. در متغیر دینداری بیشتر پاسخگویان (۱۹۰ نفر)، ۷۶/۰٪ در سطح بالا قرار دارد، (۵۶ نفر)، ۲۲/۴٪ در سطح متوسط، و (۴ نفر)، ۱/۶٪ در سطح پایین قرار دارد. از نظر وضعیت جسمانی بیشتر پاسخگویان (۱۰۹ نفر)، ۴۳/۶٪ در سطح بالا، (۹۹ نفر)، ۳۹/۶٪ در سطح متوسط و (۴۲ نفر)، ۱۶/۸٪ در سطح پایینی قرار دارند. در متغیر اضطراب و کم خوابی بیشتر پاسخگویان (۹۹ نفر)، ۳۹/۶٪ در سطح متوسط می‌دانند، (۸۵ نفر)، ۳۴/۰٪ در سطح بالا، (۶۶ نفر)، ۲۶/۶٪ میزان خود را در سطح پایین می‌دانند. از نظر میزان افسردگی بیشتر پاسخگویان (۹۰ نفر)، ۳۶/۰٪ در سطح متوسط، (۸۸ نفر)، ۳۵/۲٪ در سطح بالا، (۷۲ نفر)، ۲۸/۸٪ در سطح پایین قرار دارد. در متغیر عزت نفس بیشتر پاسخگویان (۱۵۶ نفر)، ۶۲/۷۴٪ در سطح متوسط، (۷۰ نفر)، ۲۸/۰٪ در سطح بالا و (۲۴ نفر)، ۹/۶٪ در سطح پایین قرار دارند.

توصیف متغیرهای پژوهش: جدول‌های دو بعدی  
 رابطه بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و میزان دینداری

جدول ۲: رابطه بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و میزان دینداری

جمع	بالا	متوسط	پایین	دینداری	
				پایین	پایگاه اقتصادی - اجتماعی
۴	۰	۲	۲	فراوانی	پایین
				درصد	
۵۶	۰	۱۱	۴۵	فراوانی	متوسط
				درصد	
۱۹۰	۵	۴۸	۱۳۷	فراوانی	بالا
				درصد	
۲۵۰	۵	۶۱	۱۸۴	فراوانی	جمع
				درصد	
<b>Somers d = ۰/۰۵۹</b>				<b>Somers d سطح معناداری = ۰/۳۲۴</b>	

جدول بالا نشان می‌دهد که میان پایگاه اقتصادی - اجتماعی و میزان دینداری رابطه معنادار وجود ندارد. همان طور که ملاحظه می‌شود میزان دینداری در سطح بالا برای افراد با پایگاه اقتصادی - اجتماعی مذکور به ترتیب عبارت است از: (۰/۵۴/۸)، (۰/۱۹/۲)، (۰/۲/۰). مقدار آماره d سامرز (۰/۰۵۹) و سطح معناداری آن (۰/۳۲۴) نیز نشان دهنده این واقعیت است که بین میزان دینداری و پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد از نظر آماری رابطه معنادار وجود ندارد.

رابطه بین وضعیت جسمانی و میزان دینداری

جدول ۳: رابطه بین وضعیت جسمانی و میزان دینداری

جمع	بالا	متوسط	پایین	دینداری	
				پایین	وضعیت جسمانی
۴	۰	۲	۲	فراوانی	پایین
				درصد	
۵۶	۲۲	۲۸	۶	فراوانی	متوسط
				درصد	
۱۹۰	۸۷	۶۹	۳۴	فراوانی	بالا
				درصد	
۲۵۰	۱۰۹	۹۹	۴۲	فراوانی	جمع
				درصد	
<b>Somers d = ۰/۰۴۵</b>				<b>Somers d سطح معناداری = ۰/۴۱۹</b>	

جدول بالا نشان می‌دهد که میان وضعیت جسمانی و میزان دینداری افراد رابطه معنادار وجود ندارد. همان طور که ملاحظه می‌شود، دینداری در سطح بالا برای افراد با وضعیت جسمانی مذکور به ترتیب عبارت است از: (۰/۳۴/۸)، (۰/۲۷/۶).

(۰/۱۳/۶). مقدار آماره d سامرز (۰/۰۴۵) و سطح معناداری آن (۰/۴۱۹) نیز نشان دهنده این واقعیت است که بین دینداری افراد و وضعیت جسمانی آنان از نظر آماری رابطه معنادار وجود ندارد.

### رابطه بین اضطراب و کم خوابی و میزان دینداری

جدول ۴: رابطه بین اضطراب و کم خوابی و میزان دینداری

جمع	بالا	متوسط	پایین	دینداری	
				اضطراب و کم خوابی	
۴	۱	۲	۱	فراوانی	پایین
				درصد	
۵۶	۱۴	۲۸	۱۴	فراوانی	متوسط
				درصد	
۱۹۰	۷۰	۶۹	۵۱	فراوانی	بالا
				درصد	
۲۵۰	۸۵	۹۹	۶۶	فراوانی	جمع
				درصد	
<b>Somers d = ۰/۰۵۳</b>				<b>Somers d سطح معناداری = ۰/۳۲۵</b>	

جدول بالا نشان می‌دهد که میان اضطراب و کم خوابی و میزان دینداری افراد رابطه معنادار وجود ندارد. همان طور که ملاحظه می‌شود میزان دینداری در سطح بالا برای افراد با اضطراب و کم خوابی بالا به ترتیب عبارت است از: (۰/۲۸/۰)، (۰/۲۷/۶)، (۰/۲۰/۴). همچنین مقدار آماره d سامرز (۰/۰۵۳) و سطح معناداری آن (۰/۳۲۵)، نشان دهنده این واقعیت است که بین میزان دینداری افراد و اضطراب و کم خوابی آنها از نظر آماری رابطه معنادار وجود ندارد.

### رابطه بین افسردگی و میزان دینداری

جدول ۵: رابطه بین افسردگی و میزان دینداری

جمع	بالا	متوسط	پایین	دینداری	
				افسردگی	
۴	۱	۳	۰	فراوانی	پایین
				درصد	
۵۶	۱۶	۲۰	۲۰	فراوانی	متوسط
				درصد	
۱۹۰	۷۱	۶۷	۵۲	فراوانی	بالا
				درصد	
۲۵۰	۸۸	۹۰	۷۲	فراوانی	جمع
				درصد	
<b>Somers d = ۰/۰۶۹</b>				<b>Somers d سطح معناداری = ۰/۲۱۰</b>	

جدول بالا نشان می‌دهد که میان افسردگی و میزان دینداری افراد رابطه معنادار وجود ندارد. همان طور که ملاحظه می‌شود میزان دینداری در سطح بالا برای افراد با افسردگی به ترتیب عبارت است از: (۰/۲۸/۴)، (۰/۲۶/۸)، (۰/۲۰/۸). مقدار آماره d سامرز (۰/۰۶۹) و سطح معناداری (۰/۲۱۰)، نشان دهنده این واقعیت است که بین میزان دینداری افراد و افسردگی آنها از نظر آماری رابطه معنادار وجود ندارد.

### رابطه بین عزت نفس و میزان دینداری

جدول ۶: رابطه بین عزت نفس و میزان دینداری

عزت نفس	دینداری			
	پایین	متوسط	بالا	جمع
پایین	فراوانی	۳	۰	۴
	درصد	٪۱/۲	٪۰	٪۱/۶
متوسط	فراوانی	۴۴	۷	۵۶
	درصد	٪۱۷/۶	٪۲/۸	٪۲۲/۴
بالا	فراوانی	۱۸	۶۳	۱۹۰
	درصد	٪۷/۲	٪۳۳/۶	٪۷۶/۰
جمع	فراوانی	۲۴	۷۰	۲۵۰
	درصد	٪۹/۶	٪۲۸/۰	٪۱۰۰
Somers d = ۰/۰۰۲		Somers d = ۰/۱۶۶		

جدول بالا نشان می‌دهد که میان عزت نفس و میزان دینداری افراد رابطه معناداری وجود دارد. همان طور که ملاحظه می‌شود میزان دینداری در سطح بالا برای افراد با عزت نفس به ترتیب عبارت است از: (۰/۴۳/۶)، (۰/۲۵/۲)، (۰/۷/۲). مقدار آماره d سامرز (۰/۱۶۶) و سطح معناداری (۰/۰۰۲) نشان دهنده این واقعیت است که بین میزان دینداری افراد و عزت نفس آنها از نظر آماری رابطه معنادار وجود دارد.

### آزمون فرضیه‌های پژوهش

جدول ۷: نتایج آزمون‌های روابط میان متغیرهای پژوهش

نوع رابطه با متغیر اصلی در تحلیل مسیر	نتیجه نهایی آزمون	سطح معناداری همبستگی	ضریب همبستگی پیرسون	آزمون‌های آماری و نتایج آنها
نداشتن رابطه معنادار	عدم رابطه معنادار	۰/۳۰۷	۰/۰۶۵	پایگاه اقتصادی - اجتماعی / دینداری
نداشتن رابطه معنادار	عدم رابطه معنادار	۰/۵۹۰	-۰/۰۳۴	وضعیت جسمانی / دینداری
نداشتن رابطه معنادار	عدم رابطه معنادار	۰/۲۱۷	-۰/۰۷۸	اضطراب و کم‌خوابی / دینداری
داشتن رابطه معنادار	رابطه معنادار و معکوس	۰/۰۰۲	-۰/۱۹۷	افسردگی / دینداری
داشتن رابطه معنادار	رابطه معنادار و مستقیم	۰/۰۰۲	۰/۱۹۱	عزت نفس / دینداری

جدول بالا نشان می‌دهد که بین متغیرهای پایگاه اقتصادی - اجتماعی، وضعیت جسمانی، اضطراب و کم‌خوابی (به عنوان متغیرهای مستقل پژوهش) و دینداری (به عنوان متغیر وابسته پژوهش) رابطه معنادار وجود ندارد. اما مقدار همبستگی رابطه بین افسردگی و دینداری و همچنین مقدار همبستگی رابطه بین عزت نفس و دینداری نشان می‌دهند به لحاظ آماری رابطه این متغیرها معنادار است. بنابراین، از میان تمام متغیرهای تحقیق، تنها رابطه میان افسردگی و عزت نفس با دینداری معنادار بوده است و سایر روابط معنادار نبوده‌اند.

### یافته‌ها و تحلیل‌های چند متغیره و تحلیل مسیر

جدول ۸: رگرسیون چند متغیره پیش‌بینی میزان دینداری به روش گام به گام

ردیف	متغیر	R	R <sup>2</sup>	F	Sig
گام اول	افسردگی	۰/۱۹۷	۰/۰۳۹	۱۰/۰۱۱	۰/۰۰۲

جدول ۹: ضرایب رگرسیون استاندارد و غیراستاندارد

متغیر پیش‌بین	B	Se - B	T	Sig ( T )
افسردگی	۰/۵۷۲	۰/۱۴۴	۳/۹۶۵	۰/۰۰۰
R <sup>2</sup> = ۰/۰۳۹		R = ۰/۱۹۷		

تحلیل رگرسیونی نشان می‌دهد که مدل ما توانسته است تا یک گام پیش رود و توانسته است ۴ درصد از واریانس متغیر وابسته را پیش‌بینی کند.

جدول ۱۰: متغیر خارج از معادله رگرسیون

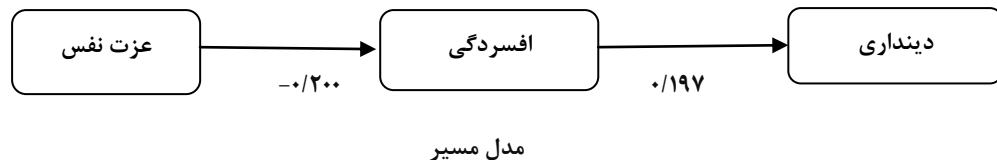
متغیرهای خارج از معادله	همبستگی	T	Sig ( T )
عزت نفس	۰/۲۴۰	۳/۸۸۸	۰/۰۰۰

تحلیل مسیر یکی از روش‌های پیشرفته آماری است که نشان دهنده چگونگی تأثیرات علی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته و هم‌چنین تأثیر متغیرهای مستقل بر یکدیگر است. این روش هم‌میزان تأثیر مستقیم متغیرهای مستقل و هم‌تأثیر غیرمستقیم آنها بر متغیر وابسته را از طریق ضرایب مسیر نشان می‌دهد. ضرایب مسیر همان‌بتاها یا ضرایب استاندارد شده رگرسیون هستند که میزان تأثیر خالص هر متغیر مستقل بر متغیر وابسته را نشان می‌دهند (بابایی فرد، ۱۳۸۶: ۴۰).

جدول ۱۱: محاسبه تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته

متغیر	تأثیر مستقیم	تأثیر غیرمستقیم	تأثیر کل
افسردگی	-۰/۱۹۷	-۰/۰۳۹۴	۰/۲۳۶

جدول بالا نشان دهنده تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته است. با توجه به نتایج به دست آمده از جدول فوق، متغیر *افسردگی* بیشترین تأثیر (البته تأثیر منفی) را بر متغیر *دینداری* داشته است. همچنین متغیر *عزت نفس* اگرچه رابطه معناداری با متغیر وابسته برقرار کرده بود، اما در نهایت از معادله خارج شده است.



### نتیجه‌گیری پژوهش

افراد با اعتقاد به مذهب و دین احساس هدفمند بودن می‌کنند و تحمل سختی‌ها برای‌شان آسان شده و حیات اجتماعی معنادار می‌شود (در سطح فردی) و در (سطح کلان) نیز این عامل وحدت و همبستگی اجتماعی و با انتقال ارزش‌های مذهبی به نسل‌های بعدی موجب حیات دینی خاصی می‌گردد. هدف این پژوهش بررسی نقش دینداری در سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی کاشان و پیام نور آران و بیدگل بوده است.

به طور کلی، آزمون رابطه بین متغیرهای پژوهش نشان داد که بین متغیرهای *پایگاه اقتصادی - اجتماعی، وضعیت جسمانی، اضطراب و کم‌خوابی* (به عنوان متغیرهای مستقل پژوهش) و *دینداری* (به عنوان متغیر وابسته پژوهش) رابطه معنادار وجود ندارد. اما مقدار همبستگی رابطه بین *افسردگی* و *دینداری* و همچنین مقدار همبستگی رابطه بین *عزت نفس* و *دینداری* نشان می‌دهند به لحاظ آماری رابطه این متغیرها معنادار است. بنابراین، از میان تمام متغیرهای تحقیق، تنها رابطه میان *افسردگی* و *عزت نفس* با *دینداری* معنادار بوده است و سایر روابط معنادار نبوده‌اند. تحلیل رگرسیونی نیز نشان داد که *افسردگی* بیشترین تأثیر (البته تأثیر منفی) را بر متغیر *دینداری* داشته است. همچنین متغیر *عزت نفس* اگرچه رابطه معناداری با متغیر وابسته برقرار کرده بود، اما در نهایت از معادله خارج شده است.

در مجموع بر پایه یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که بررسی مفهوم دینداری با توجه به شرایط دینی و فرهنگی می‌تواند به آشکار شدن جنبه‌های بیشتری از تأثیرگذاری دین بر کارکردهای اساسی انسان داشته باشد. یکی از نکات مهم در پژوهش کنونی سنجش دینداری بر اساس ملاک‌ها و شاخص‌های دین اسلام است که کمتر به آن توجه شده است و از سوی دیگر پژوهش در گستره‌ی نوجوانی انجام گرفته است که بر پایه نظریه روانی - اجتماعی اریکسون یکی از اصلی‌ترین دوره‌های تحول انسان است که نوجوان با مسائل بسیاری نظیر بحران هویت مواجه می‌شود و داشتن زمینه‌های دینی قوی به عنوان یک عامل قدرتمند می‌تواند نقش تسهیل‌کننده‌ای برای نوجوان برای گذر از این دوره خاص باشد.

## منابع

- پهلوانی، هاجر؛ دولت‌شاهی، بهروز؛ واعظی، سید احمد، ۱۳۷۷، بررسی رابطه بین به‌کارگیری مقابله‌های مذهبی و سلامت روانی، نشریه *دانشگاه اسلامی*، شماره ۴.
- تبرائی‌فر، رامین، ۱۳۸۹، بررسی جایگاه معنویت در الگوهای عمده سلامت روان، *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، سال سوم، شماره اول، ۲۹-۵.
- جیمز، ویلیام، ۱۳۸۹، *دین و روان*، ترجمه مهدی قائنی، تهران، انتشارات آموزش انقلاب اسلامی.
- چراغی، مونا؛ مولوی، حسین، ۱۳۸۵، رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، *فصلنامه پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، شماره ۲.
- رضادوست، کریم؛ حسین‌زاده، علی، مصطفایی دولت آباد، حلیمه، ۱۳۹۰، بررسی جامعه‌شناختی برخی از عوامل مؤثر بر میزان دینداری (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه شهید چمران)، *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، شماره ۱۰.
- سهرابی، نادره، سامانی، سیامک، ۱۳۸۰، *بررسی میزان تأثیر نگرش مذهبی بر بهداشت روانی نوجوانان*، همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان.
- صالحی، لیلیا؛ سلیمانی‌زاده، لاله؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ عباس‌زاده، عباس، ۱۳۸۶، رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، دوره ۱۱، شماره ۱.
- مؤید نیا، فرید، ۱۳۸۹، بررسی آموزه‌های دینی مرتبط با بهداشت و سلامت روان و تبیین اثربخشی کاربرد آن‌ها بر انسان، *فصلنامه بهداشت روان*، شماره ۷.

---

## **Investigating the role of Religiosity in Mental Health among Students of University of Kashan and Payame Noor Aran and Bidgol University**

Assadollah Babaeifard

Associate Professor, Department of Social Sciences,  
University of Kashan

babaiefardm@gmail.com

Mohsen Zarrati Mojarad

Bachelor of Social Sciences Research

Zarrati.mohsen@gmail.com

Ehsan Sanatkarfar

Master of Cultural Studies, University of Kashan  
e.sanatkar@chmail.ir

Mohammad Reza Tavangari

Bachelor of Social Sciences Research

### **Abstract**

The aim of this study was to investigate the role of religiosity in mental health among students of Kashan State University and Payame Noor Aran and Bidgol by survey method with a sample size of ۲۵۵ students and using random sampling. Quantitative data analysis at inferential level was performed using SPSS software. The findings of this study indicate that there is no significant relationship between Socio-Economic Status, Physical Condition, Anxiety and Insomnia and the degree of Religiosity, but there is a significant relationship between Self-Esteem and Depression and the degree of Religiosity. According to the results, the variable of Depression has the greatest effect on the dependent variable. Also, the Self-Esteem variable, although it had a significant relationship with the dependent variable, but finally it has been removed from the equation in Path Analysis.

**Keywords:** Socio-Economic Status, Religiosity, Mental Health, Self-Esteem, Depression.