

العلاقة بين المواقف الدينية والصحة العامة لدى طالبات المدارس الثانوية

محسن رفيع خواه^{١*}، دينا دشتي^٢، زهرا نقي زاده موغاري^٣، مهدي اسمعيلي صدرآبادي^٣

١- قسم القرآن والصحة، مركز الدراسات القرآنية المتعددة التخصصات، جهاد دانشگاهی، طهران، ایران.

٢- قسم علم النفس، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة طهران، طهران، ایران.

٣- قسم العلوم القرآن و الحديث، كلية الهيات والدراسات الإسلامية، جامعة ميبد، ميبد، ایران.

* المراسلات الموجهة إلى السيد محسن رفيع خواه؛ البريد الإلكتروني: m.rafikhah@gmail.com

معلومات المادة

الوصول: ١١ جمادى الثاني ١٤٤٠

وصول النص النهائي: ٢١ شعبان ١٤٤٠

القبول: ٢ رمضان ١٤٤٠

النشر الإلكتروني: ١٨ شوال ١٤٤٠

الكلمات الرئيسية:

الإكتئاب

الصحة العامة

القلق

المواقف الدينية

الوظيفة الاجتماعية

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: يعتبر الدين من العوامل المؤثرة في صحة الأفراد ولاسيما في مراحل التنمية. ومع ذلك لم يتم اجراء العديد من الدراسات في هذا المجال للمراهقين. يهدف البحث الحالي الى دراسة العلاقة بين المواقف الدينية وبين الصحة العامة لدى طلاب المدارس الثانوية.

منهجية البحث: اجري البحث الحالي بطريقة وصفية مترابطة. تم اختيار عينة من ١٢٠ طالبة من المدارس الثانوية في مدينة كرج بمتوسط عمر $16/6 \pm 0/52$ وتم ذلك من خلال أخذ عينات عشوائية بسيطة من أربع مدارس الكائنة في المنطقة الثالثة من هذه المدينة. الأدوات المستخدمة في هذا البحث هي: استبيان كليريز-براهني للمواقف الدينية واستبيان الصحة العامة (GHQ-28). ومن اجل تحليل البيانات وتجزئتها تم استخدام معامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار الخطي. تمت مراعات جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى اي تضارب في المصالح.

الكشوفات: اظهرت الكشوفات وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين المواقف الدينية والمقاييس الفرعية لأعراض القلق واضطراب النوم والوظيفة الاجتماعية وأعراض الإكتئاب ($p < 0/01$) ومع ذلك لم تكن هناك علاقة دالة احصائية بين المواقف الدينية وبين المقاييس الفرعية للوظيفة الجسمية.

الاستنتاج: تبين نتائج الدراسة بوضوح مدى تأثير المواقف الدينية على الصحة العامة لدى الطلاب.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

RafeeKhah M, Dashti D, Naqizadeh Moqari Z, Esmaili Sadrabadi M. Correlation between Religious Attitude and General Health among High School Girls. J Res Relig Health. 2019; 5(2): 50- 59. doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.17081>.

همبستگی بین نگرش‌های مذهبی و سلامت عمومی در دختران مقطع دبیرستان

محسن رفیع خواه^{۱*}، دینا دشتی^۲، زهرا نقی‌زاده موغاری^۱، مهدی اسمعیلی صدرآبادی^۳

۱- گروه قرآن و سلامت، مرکز مطالعات میان‌رشته‌ی قرآن کریم، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران.
 ۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
 ۳- گروه علوم قرآن و حدیث، دانشکده‌ی الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه میبد، میبد، ایران.
 *مکاتبات خطاب به آقای محسن رفیع‌خواه؛ رایانامه: m.rafikhah@gmail.com

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۸ بهمن ۱۳۹۷
 دریافت متن نهایی: ۷ اردیبهشت ۱۳۹۸
 پذیرش: ۱۷ اردیبهشت ۱۳۹۸
 نشر الکترونیکی: ۱ تیر ۱۳۹۸

چکیده

سابقه و هدف: مذهب یکی از عوامل تأثیرگذار در سلامت افراد به‌ویژه در دوره‌های مهم رشد است؛ با وجود این، تاکنون کمتر به بررسی آن در نوجوانان پرداخته شده است. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی بین نگرش‌های مذهبی و سلامت عمومی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان صورت گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. نمونه‌ی مورد بررسی ۱۲۰ نفر از دختران دبیرستانی شهر کرج با میانگین سنی $16/6 \pm 0/52$ بودند که به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده از چهار مدرسه‌ی واقع در منطقه‌ی سه این شهر انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارت است از: پرسش‌نامه‌ی نگرش‌های مذهبی گلریز-براهنی و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی استفاده شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌های به‌دست‌آمده نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی معنادار بین نگرش‌های مذهبی و سه خرده‌مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی بود ($p < 0/01$)؛ با وجود این، ارتباط معناداری بین نگرش مذهبی و خرده‌مقیاس عملکرد جسمانی وجود نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر به‌روشنی گویای تأثیرگذاری نگرش‌های مذهبی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان است.

واژگان کلیدی:

اضطراب
 افسردگی
 سلامت عمومی
 کارکرد اجتماعی
 نگرش مذهبی

استناد مقاله به این صورت است:

RafeeKhah M, Dashti D, Naqizadeh Moqari Z, Esmaili Sadrabadi M. Correlation between Religious Attitude and General Health among High School Girls. *J Res Relig Health*. 2019; 5(2): 50- 59. doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.17081>.

مقدمه

بشریت دارد، به‌طوری‌که پژوهشگران همواره به آن توجه ویژه‌ی داشته‌اند. دستیابی به مفهوم سلامت و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی آن بسیار پیچیده و دشوار است، اما به‌رحال

سلامت پدیده‌ی است که قدمتی به اندازه‌ی تاریخچه‌ی

وجود باورهای مذهبی نوع مواجهه با تنش‌ها و مشکلات را مشخص می‌کند و سلامت جسمانی و روانی را به همراه خواهد داشت (۱۳). از این‌رو، مطالعه‌ی تعامل این دو مؤلفه و راهکارهای ارتقای آنها از اهمیت بسزایی برخوردار است (۱۴). برخی از مطالعات بیانگر تأثیر گرایش‌های دینی بر میزان اضطراب افراد است، به‌گونه‌ی که این گرایش می‌تواند یکی از عوامل کاهنده‌ی میزان اضطراب باشد (۱۵). مطالعات دیگر همچنین توانسته است اثربخشی مذهب را بر میزان سازش‌یافتگی، عزت نفس، شادکامی، خودکارآمدی و بهبود روش‌های حل مسئله اثبات کند (۱۶). محققان بر این باورند که آموزش مسائل مرتبط با سلامت افراد در قالب آموزه‌های دینی می‌تواند میزان اثرگذاری و انطباق‌پذیری بیشتری را به همراه داشته باشد (۱۷). به بیان دیگر، عقاید توحیدی عبور از موانع و مشکلات زندگی را برای فرد هموار می‌سازد (۱۸).

مصادیق اولیه‌ی مذهب که از نخستین چارچوب‌های فکری بشر بوده، همواره بر جهت‌گیری‌های مختلف زندگی اثرگذار است، به‌طوری‌که می‌تواند موجب بهبود دیگر فرایندهای زندگی شود و متضمن رشد و تعالی جسمی و ذهنی افراد باشد (۱۹). مطالعاتی از جمله بررسی رابطه‌ی بین معنویت و کیفیت زندگی از آثار مطلوب معنویت در کیفیت زندگی و ارتباط مستقیم بین رویکردهای مذهبی مثبت و مؤلفه‌های گوناگون سلامت عمومی و سلامت روان حکایت دارد که به سهم خود می‌تواند موجب تعدیل هیجانات، افزایش کنترل، میزان خودآگاهی، کاهش اضطراب و افسردگی و حتی پرهیز از اعتیاد شود (۱، ۱۴، ۱۸). همچنین گزارش‌هایی نشان‌دهنده‌ی ارتباط معکوس بین اختلال‌های روانی و ابعاد مذهبی زندگی افراد است (۱۱). با این حال مطالعاتی نیز وجود دارد که بیانگر تأثیر نداشتن مذهب بر حوزه‌های سلامت عمومی است که از آن جمله می‌توان به مطالعه‌ی کشفی و همکاران اشاره کرد که در نمونه‌ی ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشکده‌ی علوم پزشکی شیراز انجام شد و در آن رابطه‌ی معناداری بین نمره‌ی سلامت عمومی و نگرش مذهبی گزارش نشد (۱۷).

با توجه به اهمیت موضوع پژوهش، تفاوت‌های روش‌شناختی و بعضاً نتایج متفاوت آنها و همچنین پژوهش‌های اندک درباره‌ی معنویت در سنین نوجوانی، هدف این پژوهش بررسی ارتباط بین نگرش‌های مذهبی دختران مقطع دبیرستان و سطح سلامت عمومی آنان بود. به بیان دیگر در این پژوهش تلاش شد تا همبستگی بین نوع نگرش‌های مذهبی و سطوح سلامت عمومی بررسی شود.

رشته‌های مختلف علوم تجربی و انسانی به دلیل اهمیت انکارناپذیر و روزافزون آن به مطالعه در این زمینه توجه کرده‌اند (۱). طبق تعریف سازمان بهداشت جهان، سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی که بنا به این تعریف سلامت صرفاً به معنای نبود بیماری نیست بلکه مستلزم وجود نداشتن هرگونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و جسمانی برای هر فرد از جامعه است (۲). تأمین سلامت و ارتقای وضعیت زندگی مردم، همواره یکی از دغدغه‌های مهم هر کشور به ویژه پژوهشگران و محققان بوده است، چرا که این امر زمینه‌ساز رشد و پیشرفت هر جامعه‌ی است. در همین زمینه توجه به عوامل محافظت‌کننده‌ی سلامت نیز در درجه‌ی نخست اهمیت قرار دارد (۳، ۴). به نظر می‌رسد مذهب یکی از این عوامل مهم باشد. مطالعه‌ی مذهب که یکی از مهم‌ترین و قدیمی‌ترین حوزه‌های پژوهش‌های علوم اجتماعی و روان‌شناسی تلقی می‌شود، به‌گونه‌ی است که نمی‌توان اهمیت آن را به‌عنوان پدیده‌ی اجتماعی و تاریخی انکار کرد (۵). با در نظر گرفتن صنعتی شدن جوامع، توجه به موضوع مذهب و دین در قرن حاضر از اهمیت بسزایی در سلامت جامعه برخوردار است (۶)؛ به طوری که نبود چارچوب مذهبی خاص، حتی در افرادی که فهم معنوی از زندگی دارند نیز با خطر اختلالات روانی برای آنان همراه است (۷). در تحقیقات انجام‌شده بر اهمیت و نقش مؤثر مذهب در انطباق‌پذیری افراد، ارتقای سطح سلامت آنها و واکنش‌های مناسب‌تر به رخداد‌های زندگی تأکید و بیان شده که این عامل بر هیجانات؛ انگیزه و پیشرفت افراد و حل مسئله نیز تأثیرگذار است (۸). از این‌رو، پژوهشگران اظهار می‌دارند که بررسی ابعاد مذهبی زندگی افراد با توجه به گرایش‌های ذاتی آنان و نیز اعتقاد به اثربخشی آن می‌تواند بر ابعاد مختلف سلامت مؤثر باشد (۹).

دین و مذهب علاوه بر نقشی که در ابعاد گوناگون زندگی و همچنین سلامت دارند، نگرش‌های افراد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۰). به عبارتی جهان‌بینی و نوع نگرش فرد بر نحوه‌ی انتخاب‌ها و مواجهه‌ی او با چالش‌های زندگی اثر می‌گذارد و انطباق، رویارویی و یا نوع مقابله را تعیین می‌کند که همین امر موجب قدرت تبیین‌پذیری و یکپارچگی فرد می‌شود و سهولت ادراک را به همراه دارد (۱۱).

با در نظر گرفتن مطالب یادشده، به نظر می‌رسد مذهب و سلامت در تعامل مستقیم با یکدیگرند؛ به طوری که باورهای مذهبی در ایجاد و تداوم مؤلفه‌های سلامت تأثیرگذارند (۱۲).

هزار نفر (دختر و پسر) در مقطع دبیرستان شهر کرج ثبت نام کرده بودند که با در نظر گرفتن جمعیت ۴۹ درصدی دختران، این جامعه به ۱۸ هزار نفر رسید.

درباره‌ی توزیع جمعیتی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان در هر یک از نواحی آموزشی چهارگانه‌ی شهر کرج اطلاعات آماری دقیقی به دست نیامد. باوجوداین، در صورت فرض توزیع مساوی جمعیت در این مناطق (تقریباً ۴۵۰۰ نفر در هر منطقه)، حجم نمونه‌ی آماری با محاسبه از طریق فرمول کوکران ۳۵۴ نفر خواهد بود که با توجه به همکاری نکردن برخی از مدیران مدارس و همچنین تعیین ملاک‌های پژوهش، در مجموع نمونه‌ی با حجم ۱۲۰ نفر جمع‌آوری شد. روش کار بدین صورت بود که پس از دریافت مجوزهای لازم از آموزش و پرورش، از میان چهار منطقه‌ی آموزشی شهر کرج، یک منطقه (منطقه‌ی ۳) به طور تصادفی تعیین شد و پس از دریافت مجوز از آموزش و پرورش منطقه‌ی مذکور، چهار مدرسه که همکاری بیشتری داشتند؛ و پس از مراجعه به هر مدرسه ۳۰ نفر از دانش‌آموزان، انتخاب شدند. روند نمونه‌گیری در مدارس به گونه‌ی بود که در پایان از هر سه رشته‌ی تحصیلی به تعداد مساوی در نمونه حضور داشته باشند. میانگین سنی دانش‌آموزان حاضر در پژوهش ۱۶/۶ و انحراف استاندارد آن نیز ۰/۵۲ محاسبه شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: اعلام رضایت شفاهی برای حضور در پژوهش، تحصیل در مقطع دبیرستان و گرایش به دین اسلام. ملاک‌های خروج نیز شامل موارد ذیل بود: وجود هر گونه بیماری روانی و شناختی تأثیرگذار طی یک ماه اخیر و همچنین وجود هر گونه آشفتگی و مشکلات خانوادگی بنا بر گزارش مدیر مدرسه یا اظهار نظر دانش‌آموز.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی^۱: گلدبرگ^۲ این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۷۸ طراحی کرده و دارای چهار مقیاس فرعی (خرده‌مقیاس) است که هر یک هفت گویه دارد. خرده‌مقیاس‌های مذکور عبارت است از: مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و مقیاس علائم افسردگی. این پرسش‌نامه به روش لیکرت نمره‌گذاری شده است و 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

انجام این پژوهش از چند جهت حائز اهمیت و نوآوری است. نخست اینکه تعداد مطالعاتی که در آن به بررسی متغیرهای سلامت و مذهب در دانش‌آموزان پرداخته شده بسیار کم و انگشت‌شمار است (۲۰، ۲۱) و معدود تحقیقات انجام شده نیز جامعه‌های آماری دیگری را بررسی کرده است. این در حالی است که بررسی متغیرهای ذکر شده در جامعه‌ی دانش‌آموزان با توجه به حساسیت‌های خاص این دوره‌ی سنی از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ چون می‌تواند مبنای تصمیم‌گیری مسئولان و برنامه‌ریزان آموزش و پرورش باشد. دومین دلیل اهمیت انجام این پژوهش به نتایج ناهمسویی مرتبط است که در پیشینه وجود دارد. در واقع پژوهش حاضر علاوه بر اینکه وضعیت کلی سلامت عمومی و نگرش مذهبی را در گروه مورد مطالعه بررسی می‌کند، یافته‌ی جدیدی را در زمینه‌ی وجود یا نبود رابطه بین عوامل مذهبی و ابعاد مختلف سلامت به بدنه‌ی پیشینه‌ی پژوهشی اضافه خواهد کرد. افزون بر موارد ذکر شده، پژوهش حاضر ابعاد مختلف سلامت را مد نظر قرار می‌دهد. به بیان دیگر با توجه به زیرمقیاس‌های ابزار به‌کاررفته، این مطالعه نگاهی تک‌بعدی به سلامت نداشته و ابعاد جسمانی، اجتماعی و روانی سلامت را ارزیابی می‌کند. ذکر این نکته نیز ضروری است که با بررسی‌های انجام شده پژوهش مجزایی که به بررسی متغیرهای پژوهش در جامعه‌ی دانش‌آموزان شهر کرج انجام شده باشد، یافت نشد.

روش کار

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته‌ی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی این پژوهش را تأیید کرده است.

کدهای اخلاق ۱، ۲، ۳ و ۱۷ (رضایت آزمودنی‌ها و محرمانه نگاه داشتن اطلاعات) و کد ۲۰ (هماهنگی پژوهش‌ها با موازین دینی و فرهنگی) در این مطالعه رعایت شده است.

تحقیق حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه‌ی این پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر کرج در سه رشته‌ی علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی فیزیک تشکیل دادند و نمونه‌ی آماری دربرگیرنده ۱۲۰ نفر از این دانش‌آموزان بود که به صورت تصادفی ساده از منطقه‌ی سه انتخاب شدند. طبق آمار سال ۱۳۹۴ حدود ۳۸

^۱) GHQ-28

^۲) Goldberg

گروه‌های شناخته‌شده استفاده شد که تفاوت میانگین بین دو گروه عادی و مذهبی معنی‌دار بود و میزان تهیه‌شده بین گروه تفاوت می‌گذارد (۲۲).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۲۰ دانش‌آموز دختر شرکت داشتند که از سه رشته ریاضی-فیزیک، علوم تجربی و علوم انسانی (هر رشته ۴۰ نفر) برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. در ابتدا به بررسی اطلاعات توصیفی داده‌های به‌دست‌آمده از ابزارهای پژوهش اقدام شد. جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و پرسش‌نامه‌ی نگرش مذهبی را نشان می‌دهد.

جدول ۱) اطلاعات توصیفی پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی و نگرش مذهبی

نگرش‌های مذهبی	سلامت عمومی				
	علائم جسمانی	علائم اضطرابی و اختلال خواب	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی	میانگین
۴۸/۱۲	۵/۷۱	۶/۴۷	۶/۵۶	۹	انحراف استاندارد
۱۸/۸۶	۳/۳۹	۳/۹۳	۴/۱۵	۴/۶۶	

اینکه این نمره در گستره‌ی ۲۶ تا ۵۰ قرار می‌گیرد، طبق شیوه‌ی نمره‌گذاری پرسش‌نامه می‌توان اظهار داشت که در گروه نمونه نگرش مذهبی در سطح متوسط قرار داشت. پیش از انجام تحلیل‌های آماری مورد نظر نسبت به برقراری پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف اقدام شد. نتایج این بررسی نشان داد که فرضیه‌ی صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات تأیید می‌شود ($p > 0/05$). به منظور بررسی ارتباط بین نگرش‌های مذهبی و سلامت عمومی نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول شماره ۲).

همان‌طور که مشخص است از بین خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی بیشترین میانگین در بخش علائم جسمانی ($9 \pm 4/66$) و کمترین میانگین در علائم اضطرابی و اختلال خواب ($5/71 \pm 3/39$) مشاهده شد. یادآوری این نکته لازم است که با در نظر گرفتن این موضوع که حداکثر نمره در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها ۲۸ است و نمره‌ی بالا در این خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده‌ی علائم بیماری است، از این‌رو، می‌توان گفت جمعیت مورد مطالعه به‌طور میانگین در وضعیت خوب و بهنجار قرار دارد.

علاوه‌براین، میانگین نگرش‌های مذهبی در گروه نمونه ۴۸/۱۲ و انحراف استاندارد آن ۱۸/۸۶ محاسبه شد. با توجه به

جدول ۲) همبستگی بین نگرش‌های مذهبی و خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی

نگرش‌های مذهبی	علائم جسمانی	علائم اضطرابی و اختلال خواب	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی
- ۰/۱۱	- ۰/۴۵**	- ۰/۵۱**	- ۰/۴۷**	

داشت. به منظور بررسی امکان پیش‌بینی سلامت عمومی به وسیله‌ی متغیر نگرش‌های مذهبی، از نمره‌ی کل سلامت عمومی استفاده شد. نتیجه‌ی این بررسی در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

اطلاعات موجود در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که از چهار خرده‌مقیاس سلامت عمومی فقط بین علائم جسمانی و نگرش‌های مذهبی رابطه‌ی وجود نداشت. به بیان دیگر رابطه‌ی معناداری بین سه مؤلفه‌ی دیگر و نگرش مذهبی مشاهده شد که این رابطه در سطح کمتر از $p < 0/01$ قرار

جدول ۳) نتیجه‌ی تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی متغیر سلامت عمومی

متغیر پیش‌بین	r	r ²	میانگین مجزورات	F	Beta	t	مقدار احتمال
نگرش‌های مذهبی	۰/۵۴	۰/۲۹	۴۲۲۲/۵۹	۴۷/۹۶	-۰/۵۴	-۶/۹۲	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول شماره‌ی ۳ مشخص است تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که نگرش‌های مذهبی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی میزان سلامت عمومی افراد باشد. طبق اطلاعات این جدول ضریب همبستگی و بتا (ضریب همبستگی اصلاح‌شده) بین نگرش‌های مذهبی و سلامت عمومی ۰/۵۴ بود که نشان‌دهنده‌ی همبستگی متوسط بین این دو متغیر است. همچنین ضریب تعیین (r^2) محاسبه‌شده برابر با ۰/۲۹ است، به این معنی که حدود ۲۹ درصد از تغییرات متغیر سلامت عمومی به وسیله‌ی متغیر نگرش‌های مذهبی تبیین‌پذیر است. در مجموع می‌توان گفت رابطه‌ی معناداری بین دو متغیر مذکور وجود داشت ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی بین نگرش‌های مذهبی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه و میزان سلامت عمومی آنان انجام پذیرفت. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده می‌توان اظهار داشت که احتمالاً بین نگرش‌های مذهبی دانش‌آموزان با مشکلات موجود در سلامت آنان رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار وجود داشت. بر این اساس می‌توان استنباط کرد که احتمالاً هرچه میزان باورها و نگرش‌های مذهبی نوجوانان بیشتر باشد، مشکلات سلامت کمتری آنان را تهدید می‌کند که این کاهش مشکلات می‌تواند در ابتدایی‌ترین حالت ممکن مربوط به نگرش و طرز تفکر آنها نسبت به پیشایندها و جهان‌بینی‌شان باشد. بنابراین، وجود و افزایش این معنویت در حال حاضر بدون توجه به نوع اثر توانسته است تا حد مطلوبی متضمن سلامت افراد باشد.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های حاصل از پژوهش‌هایی که در آنها به نحوی بر تأثیر مذهب بر سلامت تأکید شده بود، همسو است (۶، ۸، ۱۲-۱۵، ۲۰). با این حال این یافته با نتایج حاصل از پژوهش کشفی و همکاران در تضاد است (۱۷). در مطالعه‌ی که آنان روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام داده‌اند ارتباط معناداری بین نگرش‌های مذهبی و سلامت روان افراد مشاهده نشد. تفاوت میانگین مقیاس سلامت عمومی در نمونه‌ی پژوهش حاضر و پژوهش کشفی و همکاران، تفاوت در گروه‌ها (دانش‌آموزان در مقابل

دانشجویان) و همچنین تأکید پژوهش حاضر تنها بر گروه دختران از جمله مواردی است که در تبیین ناهم‌سویی این دو پژوهش می‌توان ذکر کرد.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان این‌گونه استنباط کرد که اعتقاد به منبع آفرینش عظیم و جهت‌گیری‌های مذهبی و رویکردی فراجوانی و مادی می‌تواند فشارهای آسیب‌زای محیطی را به حداقل برساند. در توضیح این یافته‌ها می‌توان گفت شکی نیست که معنویت یکی از مسائل اصلی افراد در جستجوی معنای خود است، به عبارتی توجه افرادی که به دنبال راهی مناسب برای زندگی هستند به آن معطوف است و همین موضوع به آنها اجازه می‌دهد تا با استفاده از معنویت و ارتباط با خدا جهت‌گیری منطقی برای زندگی خود بیابند (۹).

طبق نظر پژوهشگران بین ادیان مذهبی فراگیر درونی، اصول اساسی مشابهی وجود دارد و این در حالی است که دین در تعریف رایج خود به مثابه ابزاری بیرونی، محلی برای برآوردن نیازها و احساس امنیت قلمداد می‌شود. جهت‌گیری مذهبی بیرونی افراد با نوع زندگی و حوادث مختلفی که تجربه می‌کنند، تعدیل‌کننده‌ی احساسات در نظر گرفته می‌شود و نیز باور مذهبی به عنوان ارزیابی اولیه از حوادث و رویدادهای زندگی بر آنها تأثیر می‌گذارد (۱۹). در همین جهت، هبرت^۱ بیان می‌کند افرادی که مذهبی هستند و جهت‌گیری دینی‌شان خوش‌بینانه است دید مثبت‌نگرتری نسبت به دیگران دارند (۶).

از سوی دیگر همسو با نتایج تحقیق حاضر، پژوهش‌ها بیانگر تأثیر معنویت بر کیفیت زندگی است. در توضیح این یافته می‌توان گفت یکی از مسائل مؤثر در کیفیت زندگی، وضعیت سلامت است. تعریف بهداشت از سوی سازمان بهداشت جهانی شامل ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌شود. سلامت معنوی از جمله جنبه‌های بهداشت است که برخی از کارشناسان معتقدند با توجه به تحقیقات صورت‌گرفته یکی از ابعاد ضروری وجودی هر فرد است (۲۳).

برخی از مطالعات نشان می‌دهد که بدون ابعاد معنوی سلامت، دیگر بُعدهای بیولوژیکی، روانی و اجتماعی به‌درستی عمل نمی‌کند و یا عملکرد آنها نمی‌تواند به حداکثر ظرفیت

^۱ Hebert

مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

1. Koenig HG, Zaben FA, Khalifa DA. Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East. *Asian Journal of Psychiatry*. 2012;5(2):180-2.
2. Eide ER, Showalter MH, Goldhaber DD. The relation between children's health and academic achievement. *Children and Youth Services Review*. 2010;32(2):231-8.
3. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Espinha DCM, de Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC medical education*. 2012;12(1):78.
4. Koenig H, King D, Carson V. *Handbook of religion and health*. Oup Usa. 2012.
5. Ebrahimi A, Neshatdoust H, Kalantari M, Moulavi H, Asad Elahi G. Factor structure, reliability and validity of Religious Attitude Scale. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008; 10(38):107-16.
6. Hebert SR, Dang Q, Schulz R. Religious Beliefs and Practices Are Associated With Better Mental Health in Family Caregivers of Patients With Dementia: Findings From the REACH Study 2007. 292-300 p.
7. King M, Marston L, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Bebbington P. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):68-73.
8. Pearce MJ, Singer JL, Prigerson HG. Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: Main effects and psychosocial mediators. *Journal of health psychology*. 2006;11(5):743-59.
9. Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*. 2001;10(1):21-4.
10. Zaleski EH, Schiaffino KM. Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to college. *Journal of adolescence*. 2000;23(2):223-7.
11. Park J-I, Hong JP, Park S, Cho M-J. The relationship between religion and mental disorders in a Korean population. *Psychiatry investigation*. 2012;9(1):29-35.
12. Kalhor MM, Penjvini S, Olyaie N. Relationship between Religious Beliefs and Students' Mental Health. *Bull Env Pharmacol Life Sci*. 2014;3:133-8.

خود برسد، در نتیجه با استفاده از بُعد مؤثر مذهبی می‌توان بالاترین سطح از کیفیت زندگی را به دست آورد (۳). زندگی معنوی و روحانی شامل ثبات، صلح، احساس نزدیک رابطه‌ی خود، خدا، جامعه و محیط زیست، تناسب اندام و ویژگی هماهنگی، معنا و هدف در زندگی است که به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های پژوهش حاضر در تعمیم و اعتبار نتایج باید اشاره کرد که اگرچه بر محرمانه بودن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها تأکید شد ولی ممکن است به علت اجرای آن در محیط مدرسه‌ی دانش‌آموزان مشارکت‌کننده، تحت تأثیر؛ و پاسخ‌دهی آنان نیز تحت شعاع قرار گرفته باشد. تأکید بر دختران و استفاده نکردن از گروه پسران در پژوهش از جمله مسائلی بود که در کنار کنترل متغیر جنسیت، محدودیت نیز به همراه داشت. همچنین محدود کردن به دانش‌آموزان یک مقطع و شامل نشدن سنین و مقاطع دیگر نیز باید در نظر گرفته شود. چه بسا تجربیات سنین مختلف بر نگرش‌ها تأثیرگذار باشد. علاوه‌براین، دیگر عوامل جمعیت‌شناختی مؤثر بر سلامت (از جمله وضعیت اجتماعی-اقتصادی، تعداد همشیرگان و ...) بررسی نشد که ممکن است این عوامل نیز بی‌تأثیر نباشد.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود موضوع پژوهش حاضر در محیط‌ها و گروه‌های مختلف تکرار شود. از سوی دیگر، با توجه به ارتباط معنی‌دار بین کیفیت زندگی و سلامت معنوی پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های کاربردی و روش‌های ارتقای سلامت معنوی، با تکیه بر مفاهیم به منظور ترویج سازگاری و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان تدوین و ارائه شود.

قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیران، معلمان و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی انجام شده است.

13. Papazisis G, Nicolaou P, Tsiga E, Christoforou T, Sapountzi-Krepia D. Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nursing & health sciences*. 2014;16(2):232-8.
14. Rosmarin DH, Krumrei EJ, Andersson G. Religion as a predictor of psychological distress in two religious communities. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2009;38(1):54-64.
15. Akbarian F. On the relationship between religious attitude and happiness and self-efficacy of high school students. *Journal of school psychology*. 2016; 5(2): 183-92. (Full Text in Persian)
16. Askill-Williams H, Lawson MJ. Relationships between students' mental health and their perspectives of life at school. *Health education*. 2015;115(3/4):249-68.
17. Kashfi SM, Yazdankhah M, Babaei Heydarabadi A, Khani Jeihooni A, Tabrizi R. The relationship between religious attitude and mental health in students of Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Research on Religion & Health*. 2015;1(3):33-40. (Full Text in Persian)
18. Lewis CA, Cruise SM. Religion and happiness: Consensus, contradictions, comments and concerns. *Mental health, religion and culture*. 2006;9(03):213-25.
19. Sharma V, Marin DB, Koenig HK, Feder A, Iacoviello BM, Southwick SM, et al. Religion, spirituality, and mental health of US military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of affective disorders*. 2017;217:197-204.
20. Kajbaf MB, Hafizollah R. The Relation between Religious Attitudes and Mental Health among High School Students in Isfahan. *Biquarterly Journal of Studies in Islam & Psychology*. 2008;1(2):31-44. (Full Text in Persian)
21. Firuzi A, Amini M, Asghari Z, Moghimi-Dehkordi B. The Relationship between Religious Belief and Mental Health: a study on high school students in Dargaz, Iran, 2010-2011. *Journal of Health and Development*. 2013;2(2):138.48. (Full Text in Persian)
22. Sadeghi MR, Bagherzadeh Ladari R, Haghshenas M. A study of religious attitude and mental health in students of Mazandaran University of Medical Sciences. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2010;20(75):71-5. (Full Text in Persian)
23. Kaliampou A, Roussi P. Religious beliefs, coping, and psychological well-being among Greek cancer patients. *Journal of health psychology*. 2017;22(6):754-64.