

## رابطه بین سبک زندگی و نگرش به فناپذیری با نشانه‌های مرضی در دانشجویان

ندا آسمی

## چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه‌ی بین سبک زندگی و نگرش به فناپذیری با نشانه‌های مرضی در دانشجویان دانشگاه اصفهان در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه اصفهان بود. از بین کلیه‌ی دانشجویان تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ دختر - ۵۰ پسر) به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند. فرم ۲۵ سؤالی پرسشنامه‌ی SCL-90-R و پرسشنامه‌ی نگرش به فناپذیری جین-لویس و همچنین پرسشنامه‌ی سبک زندگی لگان توسط دانشجویان تکمیل شد. نتایج نشانگر وجود رابطه‌ی معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک بود. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، نگرش به فناپذیری با تمام زیر مقیاس‌های نشانه‌های مرضی به غیر از افکار پارانوئید و شکایات جسمانی رابطه‌ی معنادار ( $p < 0.05$ ) دارد و بین زیر مقیاس‌های شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل و افسردگی از مقیاس SCL-90-R با سبک زندگی رابطه‌ی معنادار وجود دارد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بیانگر عدم وجود رابطه‌ی معنادار بین سبک زندگی و نگرش به فناپذیری ( $r = 0.10$ ) بود. با توجه به یافته‌های پژوهش سبک زندگی افراد و نگرش افراد به فناپذیریشان هر کدام در زمینه‌ها می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روان افراد باشند.

**کلید واژه‌ها:** سبک زندگی؛ نگرش به فناپذیری؛ نشانه‌های مرضی

## مقدمه

سبک زندگی از مفاهیمی است که تعاریف متعددی را به خود اختصاص داده است. در حقیقت همه‌ی افراد معمولاً در زندگی‌شان در برخورد با تکالیف و حوادث زندگی الگوهای شناخته شده‌ای از عادات و رفتارها را از خود نشان می‌دهند، مثلاً در هنگام کار و فعالیت، اوقات فراغت، زندگی اجتماعی، انجام فعالیت‌های جسمانی و فیزیکی، تغذیه. این الگوها نشان دهنده‌ی سبک زندگی آن هاست (لیونز، لانگیل، ۲۰۰۰). اما این سبک زندگی می‌تواند سالم یا نا سالم باشد. برای اینکه سبک زندگی سالم تعریف شود باید مفهوم سلامت و ابعاد آن معرفی گردد. سلامتی مهمترین عامل پیشرفت و ضامن بقای جامعه است؛ این در حالی است که امروزه اختلالات افسردگی و اضطرابی، از اختلالات شایع روانپزشکی و از معضلات مهم و نگران‌کننده‌ی سلامت جوامع و از عوامل تهدیدکننده‌ی وضعیت اقتصادی کشورها در قرن حاضر است که مورد توجه بسیاری از صاحب‌نظران و سیاست‌گذاران امور بهداشتی و پزشکی کشورها و سازمان بهداشت جهانی (WHO) قرار گرفته است. در مورد سبب شناسی این اختلالات، دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی مقبولیت فراگیر دارد و در مقوله‌ی روانی-اجتماعی، عامل باورهای مذهبی و التزام عملی به رفتارها و اخلاق دینی به عنوان یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار در بروز و شیوع، سیر و پیش‌آگهی و حتی درمان افسردگی و اضطراب مورد بحث و بررسی محافل مختلف علمی است (نوربالا، ۱۳۸۰). شواهد جدید حاکی از آن است که نیروهای زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی به کمک هم بر نحوه‌ای که افراد با مرگشان کنار می‌آیند، تاثیر می‌گذارند، همچنین معنویت، مذهب، فرهنگ و درک معنویت راسخ، ترس از مرگ را کاهش می‌دهد (برک، ۲۰۰۰).

با توجه به مسائل ذکر شده و از آنجایی که پیشگیری به مراتب بهتر از درمان است، لازم است به منظور جلوگیری از افزایش شیوع بیماری‌های روانی که منجر به ناتوانی گسترده می‌شوند، اقدامات پیشگیرانه شناسایی و به مورد اجرا گذاشته شود، عوامل زیادی در جهت پیشگیری از اختلالات روانی تاثیر گذارند به عنوان مثال دین می‌تواند یکی از این عوامل باشد. یکی از راه‌هایی که مذهب از طریق آن، سلامت روان را ارتقاء می‌دهد، کاهش ترس از مرگ است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، که اشتغال ذهنی با مرگ می‌تواند در برخی افراد تولید اضطراب و افسردگی نماید (مالتبی و دی، ۲۰۰۰). از زمان پیدایش و شکل‌گیری روانشناسی دین، مطالعات و پژوهش‌های متعددی درباره اثر باورهای دینی در زندگی فردی و اجتماعی انسان صورت گرفته است. یافته‌های اکثر این پژوهش‌ها رابطه‌ی مثبت بین باورهای دینی و

سلامت جسمانی و روانی و رابطه‌ی منفی بین اعتقادات دینی و علائم روانی را نشان داده‌اند. به عنوان مثال، کوینگ و همکاران (۱۹۹۸) به بررسی نقش دینداری و بهبود افسردگی در بیماران مبتلابه بیماری‌های جسمی پرداختند و نشان دادند که میزان دینداری افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی با بهبود افسردگی در این بیماران رابطه‌ی مثبت و معنادار دارد. مورفی و همکاران (۲۰۰۰) رابطه‌ی بین اعمال و اعتقادات مذهبی را با افسردگی و ناامیدی در بیماران مبتلابه افسردگی بررسی کردند و نشان دادند که بین اعمال و اعتقادات مذهبی با افسردگی و ناامیدی در بیماران مبتلابه افسردگی رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد. شریفی و همکاران (۱۳۸۵) نیز در پژوهشی به بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز پرداختند و نشان دادند که بین نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین رابطه‌ی مثبت باورهای مذهبی با سرسختی و شادکامی در پژوهش‌هایی (آزموده، شهیدی دانش، ۱۳۸۶) نشان داده شده است. از طرفی سبک و شیوه‌ی زندگی افراد از عوامل تاثیرگذار بر سلامت روان افراد است و پژوهش‌ها حاکی از تاثیر سبک زندگی ناسالم در بروز اختلالات اضطرابی و افسردگی است (بهدانی و همکاران، ۱۳۷۹).

## روش

### شرکت کنندگان و طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی چندگانه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ بود. با توجه به نظر گال و همکاران (۱۳۸۶)، در تحقیق همبستگی، معمولاً حداقل آزمودنی‌ها ۳۰ نفر است اما در پژوهش حاضر به منظور اطمینان بیشتر، تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ دختر-۵۰ پسر) از دانشجویان دانشگاه اصفهان به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام گرفت.

### ابزار

**فرم کوتاه ۲۵ سوالی پرسشنامه‌ی SCL90-R:** پرسشنامه‌ی مورد استفاده جهت اندازه‌گیری نشانه‌های مرضی در نمونه‌ی مورد مطالعه، فرم کوتاه ۲۵ سوالی پرسشنامه‌ی SCL90-R بود، که در سال ۱۳۸۲ توسط نجاریان هنجاریابی شده است. در این پرسشنامه برای همه‌ی خرده‌مقیاس‌های فرم ۹۰ سوالی SCL90-R به جز خرده‌مقیاس پرخاشگری سوالاتی در نظر گرفته شده که این ویژگی‌ها را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت و از (هیچ) = ۰ تا (خیلی شدید) = ۴ نمره گذاری شده است.

**پرسشنامه سبک زندگی:** پرسشنامه‌ی مورد استفاده جهت اندازه‌گیری سبک زندگی در نمونه‌ی مورد مطالعه، پرسشنامه‌ی سبک زندگی لگان بود که در سال ۱۹۹۹ ساخته شده و دارای ۴۳ عبارت است. این پرسشنامه توسط محقق ترجمه و در ابتدا بین نمونه‌ی آزمایشی اجرا و روایی آن توسط متخصصین خوب ارزیابی شد. همچنین در تحلیل آماری، میزان آلفای کرونباخ  $0.78$  محاسبه گردید که اندازه‌ی معتبری برای مطالعات پژوهشی است. نحوه‌ی پاسخ دهی به این پرسشنامه به این صورت است که فرد با توجه به وضعیت خود هر عبارت را با علامت "صحیح" (T) یا "غلط" (F) مشخص می‌کند و برای نمره‌گذاری به پاسخ‌های T که به عبارت‌های: ۲ و ۳ و ۷ و ۹ و ۱۰ و ۱۲ و ۱۵ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۱ و ۲۴ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰ و ۳۲ و ۳۵ و ۳۷ و ۳۸ و ۳۹ و ۴۰ داده شده است یک امتیاز تعلق می‌گیرد. در ضمن مابقی عبارات این پرسشنامه (۲۲ عبارت دیگر) به عنوان عبارات انحرافی و به منظور پنهان ماندن هدف تست تنظیم شده‌اند.

**پرسشنامه نگرش به فناپذیری:** پرسشنامه‌ی مورد استفاده جهت اندازه‌گیری نگرش به فناپذیری، پرسشنامه‌ی ۲۶ سوالی جین - لوپس بود که در سال ۱۹۸۶ ساخته شده است. این پرسشنامه توسط محقق ترجمه و در ابتدا بین نمونه‌ی آزمایشی اجرا و روایی آن توسط متخصصین ارزیابی شد و مورد تایید قرار گرفت. همچنین در تحلیل آماری، میزان آلفای کرونباخ  $0.73$  محاسبه گردید که اندازه‌ی معتبری برای مطالعات پژوهشی است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت و از (کاملاً مخالفم) = ۰ تا (کاملاً موافقم) = ۷ نمره گذاری شده است. از میان ۲۶ عبارت این پرسشنامه، عبارات شماره‌ی ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۴ و ۱۷ و ۱۹ و ۲۳ و ۲۶ به صورت معکوس یعنی (کاملاً مخالفم) = ۷ تا (کاملاً موافقم) = ۰ نمره گذاری می‌شود. شیوه‌ی گردآوری داده‌ها: محقق ضمن معرفی خود و توضیح در مورد اهداف پژوهش حاضر به طور کلی و چگونگی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، با تاکید بر اصل امانت‌داری و محرمانه بودن پاسخ‌ها از شرکت کنندگان درخواست کرد که

بدون ذکر نام، به دقت و صداقت به سؤالات پاسخ دهند. داده‌ها با نرم افزار SPSS-17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## نتایج

یافته‌های تحقیق با توجه به شاخص‌های آمار توصیفی و همچنین شاخص‌های آمار استنباطی مورد بررسی قرار گرفته است. میانگین و انحراف معیار و ضرایب همبستگی مابین متغیرها در جدول زیر آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های گرایش مرکزی ماتریس ضرایب همبستگی بین نگرش به فناپذیری با زیر مقیاس‌های نشانه‌های مرضی و ضرایب همبستگی مابین سبک زندگی با زیر مقیاس‌های نشانه‌های مرضی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	نگرش به فناپذیری (r)	سبک زندگی (r)
نگرش به فناپذیری	۱۲۲/۴	۱۹/۲	-	۰/۰۱
سبک زندگی	۹/۹۳	۳/۰۹	۰/۰۱۰	-
شکایات جسمی	۱/۱۵	۰/۷	-۰/۲۸	* ۰/۲۲
وسواس اجبار	۱/۴۵	۰/۸۲	* -۰/۳۰	۰/۱۰۳
حساسیت در روابط	۱/۳۳	۰/۷۶	** -۰/۳۶	* ۰/۲۲۵
افسردگی	۱/۲۳	۰/۹۳	** -۰/۳۵	* ۰/۲۲۵
اضطراب	۱/۴۵	۰/۷۴	* -۰/۲۲	۰/۰۶۷
ترس مرضی	۰/۸۴	۰/۶۹	* -۰/۲۲	۰/۰۷۱
افکار پارانوئید	۱/۲۸	۱/۰۷	-۰/۱۶	۰/۱۱۳
روان پریشی	۱/۰۰۴	۰/۸۲	* -۰/۲۴	۰/۰۳۲
نمره کل	۰/۵۹	۰/۵۲	** -۰/۳۵	۰/۱۰۲

\*\* $(P < 0.01)$  \* $(P < 0.05)$  N=100

نتایج نشان داد که نگرش به فناپذیری با تمام زیر مقیاس‌های نشانه‌های مرضی به جز شکایات جسمانی و افکار پارانوئیدی رابطه‌ی معنادار دارد ( $p < 0.05$ ). از بین زیر مقیاس‌های نشانه‌های مرضی، زیر مقیاس‌های شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل و افسردگی با سبک زندگی رابطه‌ی معنادار وجود دارد ( $p < 0.05$ ) در حالی که بین سبک زندگی و نگرش به فناپذیری رابطه‌ی معنادار وجود ندارد ( $p > 0.05$ ).

## بحث

نتایج حاکی از وجود رابطه‌ی معنادار بین سبک زندگی و نگرش به فناپذیری با نشانه‌های مرضی در بین دانشجویان است. بین سبک زندگی و زیر مقیاس‌های (شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی و افسردگی) مقیاس SCL-90-R رابطه‌ی معنادار وجود دارد. این داده‌ها با نتایج پژوهش بهدانی و همکاران (۱۳۷۹) همخوان می‌باشد. نگرش به فناپذیری با تمام زیر مقیاس‌های نشانه‌های مرضی به غیر از افکار پارانوئید و شکایات جسمانی رابطه‌ی معنادار دارد این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مالتبی و دی (۲۰۰۰)، آزموده و شهیدی دانش (۱۳۸۶)، محمدزاده و همکاران (۱۳۸۸)، شریفی و همکاران (۱۳۸۵)، مورفی و همکاران (۲۰۰۰)، همخوان می‌باشد و بیانگر عدم وجود رابطه‌ی معنادار بین سبک زندگی و نگرش به فناپذیری می‌باشد و علت آن ممکن است محدودیت‌هایی از جمله حجم نمونه یا جامعه‌ی

آماری که تنها دانشجویان بوده‌اند باشد. اما به طور کلی در این رابطه که دین چگونه و در چه مواردی می‌تواند با سبک زندگی پیوند داشته باشد و بر آن تاثیر گذارد، مدل "وبر" را می‌توان مدل پایه در جامعه‌شناسی دانست.

اساس این مدل تعامل منابع با تمایلات انسانی فرد را پدید می‌آورد که به الگوی حاصل از آن سبک زندگی می‌گوییم (مهدوی کنی، ۱۳۸۶). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که سبک زندگی افراد و سالم یا ناسالم بودن آن می‌تواند با ابتلا افراد به اختلال افسردگی، شکایات جسمانی و مشکلات در روابط بین فردی و حتی شاید با سایر اختلالات روانی که یافته‌های این پژوهش به علت محدودیت‌هایی ذکر شده، رابطه‌ی آن را معنادار تلقی نکرده است در ارتباط باشد. همچنین نوع نگرش افراد به فناپذیری خود نحوه‌ی کنار آمدن آنها با مسئله‌ی مرگ می‌تواند در شکل‌گیری یا پیشرفت برخی اختلالات روانی از جمله افسردگی نقش داشته باشد، به شکلی که افسردگی می‌تواند نوع نگرش افراد به فناپذیری آنها را پیش‌بینی کند. از طرفی نیز حساسیت در روابط بین فردی که به احساس عدم کفایت و حقارت فرد بالاخص در مقایسه با دیگران تاکید دارد و دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش، راحت نبودن و ناراحتی محسوس در ارتباط با دیگران از تظاهرات آن است، وضعیت خلقی، حالات اضطرابی، احساس سلامتی جسمی و داشتن تفکر سالم. می‌تواند در شکل دهی به نوع سبک زندگی افراد و نوع نگرش افراد به فناپذیرشان باشد موثر باشد. مرگ یکی از رخ دادهای زندگی و از سنت‌های قطعی در نظام آفرینش است به رغم عمومیت این پدیده، مواجهه با مرگ خود یا عزیزان برای بیشتر افراد، بسیار دردناک و منزجر کننده است. مهم‌ترین عاملی که مرگ را اضطراب‌آور و التهاب‌زا کرده، تنفر از نابودی و گرایش به بقا است بنابراین اگر افراد نگرش خود را نسبت به مرگ اصلاح کنند و این حقیقت را دریابند که مرگ فنا و نابودی نیست، بلکه بقا و استمرار حیات واقعی است؛ این نگرانی‌ها و وحشت‌زدگی‌ها، برطرف می‌شود. انسان باید به این واقعیت توجه کند که مرگ یک سنت و قانون قطعی و خلل ناپذیر حاکم بر نظام آفرینش است و همه موجودات - به جز خالق یکتا - با چنین پدیده‌ای مواجه می‌شوند؛ چنان که قرآن در این باره می‌فرماید: *كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ* ("آل عمران آیه ۱۸۵") هرنفس طمع مرگ را می‌چشد" خود این فکر موجب تسکین می‌شود (علامه جوادی آملی، تفسیر موضوعی قرآن کریم، ج ۴، ص ۲۰۲). وقتی فرد مرگ خود را از قبل تصور و پیش‌بینی کند، با فراهم آوردن شرایط و فضای روانی مناسب، خود را آماده مواجهه با آن می‌کند و از تنیدگی او کاسته می‌شود و با این پدیده سازگاری بهتری خواهد داشت (بحار الانوار، ج ۶، ص ۱۳۰). به طور کلی نگرش سازگارانه‌ی افراد به مسئله‌ی فناپذیری آنها و داشتن سبک زندگی سالم می‌تواند به عنوان عاملی در بهتر زیستن و ایجاد جامعه‌ای سالم‌تر ایفای نقش کند. بنابراین با ارائه‌ی آموزه‌هایی جهت اصلاح و ارتقاء سبک زندگی افراد و نگرش آنها به مسئله‌ی فناپذیری، می‌توان بهداشت روانی، فردی و خانوادگی را در جامعه افزایش داد و از این عوامل که به نحوی با ابتلا به بیماریهای روانی در ارتباط هستند در جهت پیشگیری و درمان بیماریهای روانی گامی موثر برداشت.

## منابع

- آزموده، پیمان؛ شهیدی، شهریار و دانش، عصمت. (۱۳۸۶). رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی، سرسختی و شادکامی در دانشجویان. *مجله روان‌شناسی*، ۴۱، ۷۴-۶۰.
- بهدانی و همکاران. (۱۳۷۹). مطالعه‌ی ارتباط سبک زندگی با افسردگی و اضطراب در دانشجویان سبزوار. *اسرار. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی سبزوار*، ۴۱، ۴۵-۳۲.
- شریفی، طیبیه؛ مهرابی‌زاده، هنرمند و شکرکن، حسین. (۱۳۸۵). رابطه‌ی نگرش دینی با افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. *مجله‌ی پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی*، ۵، ۴۴-۳۱.
- مهدوی کنی، محمد سعید. (۱۳۸۶). *دین و سبک زندگی*، تهران: دانشگاه امام صادق (ع).
- نوربالا، احمد. (۱۳۸۰). *شواهد پژوهشی در رابطه بین وابستگی مذهبی و افسردگی، ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران*.

Berk, L. E. (2000). Development. IN J. Halonen & S. Davis (Eds), the many faces of psychological research in the twenty-first century washington, DC: American

*psychological Association.*

Koenig, H. G. McCulloch, M. & Larson, D. (2000). *Handbook of Religion and Health*. NY:Oxford University press, 7-14 .

Lyons, R. & Langille, L. (2000). Healthy lifestyle: Strengthening The effectiveness of lifestyle approaches to Improve Health. *The Canadian consortium of Health promotion centres* .

Maltby, J. & Day, L. (2000a). Depressive symptom and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression. *personality and Individual Differences*. 28, 383-393 .

Murphy, P. E. Ciarrochi, J. W. Piedmont, R. L. Cheston, S. Peyrol, M. and Fitts, G. (2000). The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression, *Journal of consulting clinical psychology*, 68(6), 1102-1106.

Archive of SID