

سلامت عمومی دانشجویان تابعی از جهت‌گیری مذهبی، پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای

دکتر محسن گل پرور*

سروره خاکسار**

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی، پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای در سلامت عمومی دانشجویان می‌باشد که از نوع مطالعات هم‌بستگی (تحلیل مسیر) است. جامعه آماری پژوهش، شامل دانشجویان دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان در ترم اول سال تحصیلی ۸۷ - ۸۶ است. روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای بوده و تعداد نمونه را ۲۱۰ نفر از دانشجویان ترم‌های مختلف تشکیل داده‌اند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش، شامل فرم کوتاه (۱۲ سؤالی) GHQ، پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی پایبندی مذهبی، پرسش‌نامه ۱۴ سؤالی جهت‌گیری درونی و بیرونی مذهبی و پرسش‌نامه باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای (با ۱۰ سؤال) می‌باشد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش با استفاده از ضریب هم‌بستگی پیرسون و تحلیل مسیر مبتنی بر رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفته است. شواهد حاصل از تحلیل هم‌بستگی‌های ساده، نشانگر آن است که پایبندی مذهبی، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی، باورهای دنیای عادلانه توزیعی و باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای با سلامت عمومی دارای وحدت معناداری است ($P < 0/05$ یا $P < 0/01$)؛ اما تحلیل مسیر انجام شده، نشانگر آن است که فقط پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی قادر به تأثیر بر سلامت عمومی دانشجویان است. دو متغیر فوق‌تر به تبیین ۸/۲ درصد از واریانس سلامت عمومی دانشجویان می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت عمومی، پایبندی مذهبی، جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی، باورهای دنیای عادلانه توزیعی، باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای، دانشجویان

مقدمه

سلامت و بهداشت^۱ از جمله موضوع‌ها و پدیده‌هایی است که از طرف محققان و اندیشمندان گوناگون به صورت متفاوتی تعریف شده است. در هر کدام از تعاریفی که برای این واژه وجود دارد، به یکی از ابعاد جسمی و روانی توجه بیشتر و یا در مواردی توجه هم‌زمان صورت گرفته است. اما سلامتی در معنا و مفهوم پذیرفته‌شده، به‌ویژه در زمینه سلامت روان، چیزی فراتر از نبود بیماری و اختلال است (خاقانی‌زاده و دیگران، ۱۳۸۵، ص ۱۴۱-۱۴۸)، بدین معنا که گستره سلامت طیف متنوع و وسیعی از احساس‌های درونی تا تلاش برای شکوفاسازی توانایی‌های بالقوه را شامل می‌شود. به هر حال، در هر یک از گروه‌ها و افراد جامعه، سلامتی و بهداشت به دلایلی مورد توجه است. برای نمونه، در میان دانشجویان، به خاطر جوانی و اینکه به زودی این گروه به پیکره نیروهای سازنده و مولد در جامعه ملحق می‌شوند، سلامتی عمومی و روانی به اشکال گوناگونی مورد توجه بوده است. در عین حال، باید توجه داشت که گستره تحقیق‌های صورت گرفته، علاوه بر جستجوی راه‌های مختلف ارتقاء و افزایش سلامتی و بهداشت، به اشکال گوناگونی به دنبال عواملی بوده‌اند که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم بر سلامتی اثر می‌گذارند. در این‌باره باورها، اعتقادات و جهان‌بینی افراد، توجه‌های زیادی را به خود جلب نموده است. از این میان، نیز توجه به باورهای مذهبی و جهت‌گیری‌های مذهبی تقریباً در میان محققانی با گرایش‌های دینی مختلف (مسلمان، مسیحی، یهودی و امثال آن) تا اندازه قابل توجهی فراوان دیده می‌شود. صرف نظر از تعاریف و تأکیدی که هر یک از ادیان توحیدی بر جنبه‌های گوناگون سلامتی دارند، این ادیان در یک نکته و آن هم توجه داشتن پیروانش به سلامتی و بهداشت خود و دیگر اعضای جامعه، دارای نقطه مشترک هستند. در واقع، آن گونه که متون دینی ادیانی، مثل اسلام و مسیحیت نیز نشان می‌دهد، بندگان خداپرست اساساً از طریق آموزه‌های دینی خود سبک و روشی را در زندگی در پیش می‌گیرند که بهداشت و سلامتی در آن دیده می‌شود (مک‌آسکیل،^۲ ۲۰۰۷، ص ۲۰۳-۲۱۸ و نیز: ری،^۳ ۲۰۰۵، ص ۲۰۵-۲۱۵؛ آذر و مولت،^۴ ۲۰۰۲، ص ۱۷-۳۰؛ گالوپ و جونز،^۵ ۲۰۰۰، ص ۳۲۰).

1. health
 2. Macaskill
 3. Rye
 4. Azar & Mullet
 5. Gallup & Jones

به هر حال، یکی از موضوعات دینی و مذهبی که از طرف محققان به عنوان شاخص پیروی و یا تمایل به آموزه‌های دینی در پیشینه تحقیقات مطرح شده، پایبندی مذهبی^۱ (دینداری) و جهت‌گیری مذهبی^۲ (درونی و بیرونی) است. در حوزه روان‌شناسی، برای اولین بار آلپورت^۳ (۱۹۵۰، ص ۱۷۰) این ایده را مطرح نمود که انسان‌ها در جهت‌گیری‌های مذهبی و دینی خود دارای دو گرایش کلی هستند: یکی، کسانی که در توجه و تمایل خود به امور مذهبی اساساً دارای گرایش به لذت و رضایت درونی خویش بر مبنای یک ارتباط کاملاً شناختی و خصوصی با خداوند هستند و دیگری، گروهی که در توجه‌های خود تمایل بیشتری به دستاوردهای اجتماعی و شخصی دارند. در همان تقسیم‌بندی‌های اولیه، گروه اول به عنوان افراد دارای جهت‌گیری درونی^۴ و گروه دوم به عنوان افراد دارای جهت‌گیری بیرونی^۵ به مذهب معرفی شده‌اند (تیلیوپولوس^۶ و همکاران، ۱۹۶۷، ص ۴۳۲-۴۴۳ و نیز: آلپورت و راس^۷، ۱۹۶۷، ص ۴۳۲-۴۴۳؛ هیل و هود^۸، ۱۹۹۹، ص ۱۳۵).

در عین حال، از طرف آلپورت و محققان پس از وی، شکل کلی نظریه جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی (همان) به عنوان نظریه روان‌شناسی نیت مذهبی^۹ معرفی شد. در این نظریه، جهت‌گیری مذهبی درونی، شکل رشدیافته‌تری از نیت مذهبی محسوب می‌شود که به عنوان یک انگیزه غالب و راهنمای عمومی و همیشگی برای سبک و روشی عمل می‌نماید که فرد در زندگی در پیش می‌گیرد؛ در مقابل، جهت‌گیری مذهبی بیرونی، شکل رشدنیافته‌تر عقاید و باورهای مذهبی را در بر می‌گیرد، به این دلیل که در افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، تمایلات و گرایش‌های مذهبی را ابزاری برای دستیابی به اهداف و یا همان پدیده خدمت به خود می‌دانند. در واقع، به اعتقاد کرک پاتریک و هود^{۱۰} (۱۹۹۰ و ۱۹۹۱) افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، بیشتر این باورها را حول محور منافع شخصی‌شان شکل داده و کمتر از طریق یک نیاز درونی عمیق (که ماهیتاً ذاتی و فطری است، اما مورد غفلت قرار گرفته است) هدایت می‌شوند. تحقیقات بعدی در زمینه جهت‌گیری مذهبی با استفاده از روش‌هایی نظیر تحلیل عاملی (گورشیچ و مک فرسون^{۱۱}، ۱۹۸۹، ص ۳۴۸-۳۵۴ و نیز: پارگامنت^{۱۲}، ۱۹۹۷،

1. religiosity

3. Allport

5. extrinsic orientation

7. Allport & Ross

9. psychological theory of religious sentiment

11. Gorsuch & McPherson

2. religious orientation

4. intrinsic orientation

6. Tiliopoulos

8. Hill & Hood

10. Kirk Patrick & Hood

12. Pargament

ص ۷۹) نشان داد که جهت‌گیری مذهبی بیرونی را می‌توان در دو بعد جهت‌گیری بیرونی شخصی و جهت‌گیری بیرونی اجتماعی در نظر گرفت.

در کنار جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی، سازه پایبندی مذهبی^۱ (یا دینداری) نیز که به‌طور نسبی از جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی مستقل فرض شده، در عرصه روان‌شناسی مذهبی به خوبی مورد مطالعه قرار گرفته است. در واقع، در دینداری یا پایبندی مذهبی، فراوانی و حس التزام اعتقادی برای انجام فرایض دینی و به کار گرفتن آموزه‌های دینی در زندگی مطرح است (کارول، ۱۹۹۷^۲، ص ۸۹-۱۰۰ و نیز: هاگرن و کینگ، ۱۹۹۸^۳، ص ۸۹-۹۹). در سنجش پایبندی مذهبی یا دینداری از افراد معمولاً به جای انگیزه‌های اصلی دینی و مذهبی (که در جهت‌گیری مذهبی بیشتر ملاک است)، پرسیده می‌شود که آیا به وظایف دینی و مذهبی خود عمل می‌کنند و حس التزام و توکل به نیروی مافوق بشری (خداوند متعال) آنها در چه وضعیتی است؟ در مجموع، شواهد پژوهشی فزاینده‌ای نشانگر آن است که معنویت^۴ و حالت‌های روحانی در مقابله با بسیاری از شرایط اجتماعی و مشکلات زندگی، یاری‌دهنده و جزئی جدایی‌ناپذیر از تار و پود زندگی بشر است (میلر، ۱۹۹۷). در واقع، مبانی دینی و اعتقادی هر کس علاوه بر اینکه مجموعه رهنمودهایی برای نحوه گذران زندگی فراهم می‌کند، در عین حال نحوه نگرش انسان‌ها را به پدیده‌های گوناگون از خود متأثر می‌کند. یکی از پدیده‌هایی که در حوزه روان‌شناسی و روان‌پزشکی به‌طور جدی با نگرش‌ها و رفتارهای مذهبی مورد مطالعه قرار گرفته، سلامت روانی یا سلامت عمومی است. در واقع، به نظر محمدی و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۳۸۵، ص ۴۷-۶۴) هدف همه رشته‌ها و گرایش‌های روان‌شناسی به نوعی افزایش سلامت روان در افراد و در نهایت جامعه است. در عین حال، از مطالعاتی که در آنها تأثیرات پایبندی مذهبی و جهت‌گیری مذهبی بر سلامت افراد جامعه مورد مطالعه قرار گرفته، نتایج هماهنگی به دست نیامده است (پین^۵ و همکاران، ۱۹۹۱، ص ۱۱-۴۰ و نیز: گارتنر^۶ و همکاران، ۱۹۹۱، ص ۲۵۶).

یکی از این مطالعات گسترده مربوط به کوئینگ و لارسن^۷ (۲۰۰۱، ص ۶۷-۶۸) است که در آن، ۸۵۰ پژوهش درباره تأثیرات مذهب بر سلامت و زندگی انسان‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. این بررسی بیانگر آن است که در بیشتر این پژوهش‌ها بین

1. religiosity

3. Hackerman & King

5. Payne

7. Koing & Larson

2. Carrol

4. spirituality

6. Gartner

نگرش‌ها، رفتارها، جهت‌گیری مذهبی درونی و سلامت روانی رابطه مثبتی وجود دارد. هاکنی و ساندرز^۱ (۲۰۰۳، ص ۴۳-۵۵) با اشاره به فراتحلیلی که در مورد رابطه بین رفتارها، گرایش‌های مذهبی و سلامت روان صورت گرفته، اشاره نموده‌اند که بین پایبندی مذهبی و سلامت روان هم‌بستگی متوسط تا ضعیفی وجود دارد. در طرف دیگر، این پیوستار تحقیقاتی نیز وجود دارد (پین و همکاران، ۱۹۹۱، ص ۱۱-۴۰) که نشانگر آن است که بین مذهب‌گرایی و پیش‌گیری از اختلالات بالینی، مانند افسردگی و اضطراب، رابطه‌ای وجود ندارد. در کنار تحقیقات خارجی، تحقیقات داخلی صورت گرفته با دانشجویان بیانگر وجود رابطه بین گرایش‌های مذهبی و برخی شاخص‌های سلامت عمومی، مانند عزت نفس بالا، افسردگی پایین، اضطراب پایین، گرایش به بدگمانی و رفتارهای شبه سایکوتیک پایین است (خداپناهی و خوانین‌زاده، ۱۳۷۹، ص ۱۸۵-۲۰۴ و نیز: شریفی، ۱۳۸۱؛ مجدیان، ۱۳۸۰؛ میرهاشمیان، ۱۳۷۸، ص ۲۲-۳۴). برای نمونه، شریفی (۱۳۸۱) نگرش دینی را با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در گروهی از دانشجویان مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسید که باورهای نیرومندتر مذهبی با سلامت عمومی بالاتر، افسردگی و اضطراب پایین و رفتارهای پرخاشگرانه پایین‌تر رابطه دارد. البته روابط گزارش شده در ایران و به ویژه بر روی قشر دانشجویان، در طیف پایین تا متوسط در نوسان بوده است.

علاوه بر نگرش‌ها و رفتارهای مذهبی، طیف باورهایی که در شرایط بسیاری متأثر از باورهای دینی و مذهبی است، نیز در تعامل با باورهای مذهبی بر رفتار و سبک‌های رفتاری که افراد در زندگی خود در پیش می‌گیرند، اثر می‌گذارد. دسته‌ای از این باورها، همان باورهای معطوف به عدالت است. در واقع، ایده‌های مربوط به عدالت، شامل گستره متنوعی از باورهای معطوف به عدالت اجتماعی، سیاسی و اقتصادی می‌باشد (گل‌پرور و عریضی، ۱۳۸۳، ص ۲۹۳-۳۱۸)؛ اما شکل کلی‌تر این باورها مربوط به شرایط کلی دنیا است که قریب به چهار دهه قبل توسط لرنر^۲ (به نقل از: گل‌پرور و جوادی، ۱۳۸۵، ص ۱۰۹-۱۲۲) به عنوان باور به دنیای عادلانه^۳ مطرح شد. درون مایه این باورها که امروزه به عنوان نظریه دنیای عادلانه مطرح شده، این ایده است که آنچه انسان‌ها در زندگی به دست می‌آورند و یا تصمیماتی که برای انسان‌ها در دنیا گرفته می‌شود، ماهیتاً حاصل

1. Hackney & Sanders

2. Lerner

3. just world beliefs

شایستگی خود افراد است و نه نیک‌خواهی دنیایی که در آن زندگی می‌کنند (گل‌پرور و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۶۸-۳۹). به هر حال، شواهد داخلی و خارجی قابل توجهی نشانگر آن است که وقتی افراد به دنیای عادلانه، اعتقاد قوی داشته باشند، به جهت اینکه این باورها نوعی علیت‌گرایی را بین شایستگی، رفتار و دستاوردهای مادی و غیر مادی در دنیا برای انسان‌ها به وجود می‌آورد، عموماً در رفتارهای خود انصاف را رعایت نموده و با آینده‌نگری مثبت به رفتارهای معطوف به سلامت و بهداشت اقدام می‌کنند؛ در مقابل، وقتی که افراد یا انسان‌ها شرایط دنیا را ناعادلانه تصور می‌کنند و در واقع، به بی‌عدالتی به جای عدالت تعلق خاطر نشان می‌دهند، به همان میزان خصومت و بدگمانی نیز در آنها بالا رفته و بدین وسیله زمینه‌های خطرناکی را برای سلامتی خود و افراد جامعه فراهم می‌کنند (سجادیان و گل‌پرور، ۱۳۸۷، ص ۴۲-۳۳). تحقیقات جدیدتر بعد از سال‌های ۲۰۰۰ در حوزه باورهای دنیای عادلانه، با الهام‌گیری از نظریه‌های عدالت توزیعی^۱ و رویه‌ای^۲ در روان‌شناسی اجتماعی، دو دسته باور به دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای را مطرح نموده‌اند. در واقع، این تفکیک در باورهای دنیای عادلانه، جدیدترین بستر تحقیقی است که در سال ۲۰۰۷ زمینه طرح آن فراهم شده است. علاوه بر اینکه، چون این دو دسته باور اخیراً معرفی شده‌اند، در ایران این بستر پژوهشی کاملاً نوین و جدید است. به هر حال، در کل می‌توان گفت که عدالت توزیعی به قلمروی توزیع نتایج، پیامدها و یا دستاوردهایی مربوط است که افراد (اعم از مادی و غیر مادی) از زندگی در دنیا نصیبشان می‌شود و در مقابل، عدالت رویه‌ای به رعایت انصاف در تصمیم‌گیری در مورد انسان‌ها، اطلاع‌رسانی تصمیم‌ها به انسان‌ها و کاربرد هماهنگی تصمیم‌ها بدون سوء‌گیری در مورد تمام انسان‌ها باز می‌گردد. محورهای پژوهشی درباره این باورها، نشانگر آن است که معیارهای گوناگونی در هنگام قضاوت درباره رعایت عدالت توزیعی یا رویه‌ای توسط انسان‌ها به کار گرفته می‌شود (ر.ک: عریضی و گل‌پرور، ۱۳۸۴). به هر حال، همان‌گونه که باورهای دنیای عادلانه در قالب کلی با شاخص‌های مختلف بهداشت و سلامت روانی و عمومی ارتباط داشته (گل‌پرور و جوادی، ۱۳۸۵، ص ۱۰۹-۱۲۲)، شواهد اولیه بیانگر آن است که باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای نیز با گرایش به رفتارهای معطوف به سلامتی و بهداشت ارتباط دارند (لوکاس^۳ و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۷۱-۸۲). علاوه بر این،

1. distributive justice
2. procedural justice
3. Lucas

طیف دیگر شواهد نشانگر آن است که به‌طور نسبی باورهای دنیای عادلانه با نگرش‌ها، رفتارها و جهت‌گیری مذهبی ارتباط دارد (دالبرت و کاتونا - سالای،^۱ ۱۹۹۶، ص ۲۹۳-۳۱۴).

بنابراین، مبانی نظری و پژوهشی مربوط به پایبندی مذهبی و جهت‌گیری مذهبی از یک طرف و باورهای دنیای عادلانه از طرف دیگر، نشانگر رابطه احتمالی بین باورهای دنیای عادلانه و پایبندی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت عمومی است؛ اما تفاوت اصلی پژوهش حاضر با تحقیقات مشابه داخلی و خارجی در این است که در این پژوهش باورهای دنیای عادلانه در جدیدترین شکل خود (یعنی باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای) به‌طور هم‌زمان و در کنار مؤلفه‌های پایبندی و جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با سلامت عمومی دانشجویان مورد بررسی قرار گرفته است. علاوه بر این، در این پژوهش الگوی تأثیرهای باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای و پایبندی و جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی بر سلامت عمومی به صورت اکتشافی و در قالب تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفته است. این بحث از این نظر قابل توجه است که بخشی از خلأ دانش مربوط به تأثیرهای باورهای دنیای عادلانه را هم‌زمان با تأثیرات پایبندی و جهت‌گیری مذهبی بر سلامت عمومی دانشجویان مشخص خواهد نمود و بدین ترتیب، زمینه انجام برخی اقدامات رهنمودی و آموزشی را برای ارتقای سلامت عمومی آنان فراهم خواهد نمود.

بنابراین، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

فرضیه اول: باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای با سلامت عمومی دانشجویان دارای رابطه است.

فرضیه دوم: پایبندی مذهبی و باور به نیروی مافوق با سلامت عمومی دانشجویان دارای رابطه است.

فرضیه سوم: جهت‌گیری مذهبی (جهت‌گیری درونی، جهت‌گیری بیرونی - اجتماعی و جهت‌گیری بیرونی - شخصی) با سلامت عمومی دانشجویان دارای رابطه است.

فرضیه چهارم: باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای، پایبندی مذهبی و جهت‌گیری مذهبی به‌طور هم‌زمان با سلامت عمومی دانشجویان دارای رابطه مستقیم و یا غیر مستقیم است.

روش

پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های هم‌بستگی محسوب می‌شود که در آن ابتدا روابط هم‌بستگی ساده بین سلامت عمومی دانشجویان با پایبندی مذهبی، جهت‌گیری درونی و بیرونی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای مورد تبیین قرار گرفته، سپس از طریق تحلیل مسیر مبتنی بر تحلیل رگرسیون (منصورفر، ۱۳۸۵، ص ۱۹۵-۲۵۱) تأثیرگذارترین عوامل از بین پایبندی مذهبی، جهت‌گیری درونی و بیرونی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای (به عنوان متغیرهای پیش‌بین) بر سلامت عمومی (به عنوان متغیر ملاک) مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه آماری پژوهش حاضر را همه دانشجویان دختر و پسر دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد خوراسگان در ترم اول سال تحصیلی ۸۶-۸۷ تشکیل داده‌اند که نسبت دختران به پسران دانشجو، حدود ۸۰ به ۲۰ بوده است. نمونه‌ای به تعداد ۲۱۰ نفر (با رعایت تناسب فوق؛ تعداد ۱۶۸ دختر و ۴۲ پسر) از جامعه آماری معرفی شده، با استفاده از نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این شکل که ابتدا از بین تمامی کلاس‌های این دانشکده حدود هفت کلاس انتخاب، سپس از هر کلاس نیز با استفاده از فهرست حضور و غیاب (بر اساس شماره ترتیب) تعداد ۳۰ نفر (۲۴ نفر دختر و ۶ نفر پسر) برای پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه فوق برای جوامعی با حجم حدود ۴۵۰ تا ۵۰۰ نفر (حسن‌زاده، ۱۳۸۲، ص ۱۳۳) قابل تطبیق می‌باشد. با توجه به اینکه حجم دانشجویان در دوره پژوهش در دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی بیش از ۴۵۰ تا ۵۰۰ نفر نبوده، این تعداد نمونه انتخاب شده است.

ابزارهای اندازه‌گیری

در این پژوهش، پرسشنامه‌هایی به شرح زیر مورد استفاده قرار گرفته است:

۱. پرسشنامه سلامت عمومی فرم کوتاه (GHQ-S):^۱ این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال است و از روی فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه GHQ طرح شده که توسط گلدبرگ و ویلیامز^۲ (۱۹۸۸، ص ۱۲۰) ساخت و اعتباریابی شده است. نکته مثبت مطرح درباره GHQ، فرم

1. General Health Questionnaire - Short form

2. Goldberg & Williams

کوتاه آن است که به سرعت تصویری کلی از وضعیت سلامت عمومی فرد در حوزه‌هایی، مانند توانایی تمرکز نمودن، نگرانی، بی‌خوابی و توانایی تصمیم‌گیری و امثال آن در اختیار قرار می‌دهد. مقیاس پاسخگویی آن چهار درجه‌ای و بر اساس گزینه‌هایی نظیر بیش از حد معمول، به ندرت، هرگز و خیلی بیش از حد معمول می‌باشد. از ۱۲ سؤال آن، یک امتیاز کلی در اختیار قرار می‌گیرد که هر چه امتیازات فرد در کل پایین‌تر باشد، نشان‌دهنده ضعف‌تر بودن سلامت عمومی فرد پاسخگو است. به هر حال، اعتبار هم‌زمان فرم کوتاه GHQ با فرم ۲۸ سؤالی و ۶۰ سؤالی GHQ مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است (همان). شواهد پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر در جدول (۱) ارائه شده است.

۲. پرسشنامه پایبندی مذهبی^۱: برای اندازه‌گیری پایبندی مذهبی از پرسشنامه ۱۵ سؤالی اتکینز و هاودون^۲ (۲۰۰۷) استفاده به عمل آمد. البته برخی عبارات‌های این پرسشنامه برای استفاده در میان دانشجویان مسلمان تعدیل شده است؛ به عبارت دیگر، به جای واژه‌هایی مانند کلیسا، از واژه‌های معادل مانند مسجد و عبادتگاه استفاده شد. این پرسشنامه برای اولین بار در این پژوهش ترجمه و استفاده شده است. تحلیل عامل اکتشافی دو زیر مقیاس یا عامل موسوم به پایبندی مذهبی عمومی و باور به نیروی مافوق^۳ (خداوند متعال) به دست داده است. از میان ۱۵ سؤال این پرسشنامه، ۱۱ سؤال به پایبندی مذهبی و ۴ سؤال آن به باور به نیروی مافوق (خداوند متعال) اختصاص دارد. مقدارهای ویژه عامل اول و دوم به ترتیب ۸/۴۳ و ۱/۲۴ می‌باشد که در مجموع قادر به تبیین ۶۴/۵ درصد از واریانس کل پرسشنامه بوده است. شواهد پایایی این پرسشنامه نیز در جدول (۱) ارائه شده است.

۳. پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی^۴: برای اندازه‌گیری جهت‌گیری مذهبی از مقیاس تجدیدنظر شده درونی - بیرونی^۵ (I/E-R) از گورشچ و مک فرسون^۶ (۱۹۸۹) که دارای ۱۴ سؤال و ۳ زیر مقیاس است، استفاده شد. سه زیر مقیاس این پرسشنامه عبارت است از: جهت‌گیری درونی^۷، جهت‌گیری بیرونی - اجتماعی^۸ و جهت‌گیری بیرونی - شخصی^۹ (به ترتیب با ۸ سؤال، ۳ سؤال و ۳ سؤال). این پرسشنامه برخلاف

1. religiosity
3. higher power
5. intrinsic / extrinsic - revised scale
7. intrinsic orientation
9. personal - extrinsic orientation

2. Atkins & Howdon.
4. religious orientation
6. Gorsuch & Mc Pherson
8. social - extrinsic orientation

پرسشنامه پابندی مذهبی که میزان رفتارهای معطوف به دینداری و انجام فرایض دینی را در بر می‌گیرد، ماهیتاً شامل دلایل درونی یا بیرونی انجام فرایض دینی است. تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از چرخش اکویماکس سه عامل فوق را به دست داد. ضرایب پایایی این پرسشنامه و زیر مقیاس‌های آن نیز در جدول (۱) ارائه شده است. این پرسشنامه نیز برای اولین بار در این پژوهش ترجمه و مورد روایی و پایایی سنجی قرار گرفته است.

۴. پرسشنامه باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای:^۱ برای سنجش باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای و توزیعی از پرسشنامه ۱۰ سؤالی لوکاس و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد. به طور کلی، این پرسشنامه شامل باورهای معطوف به عدالت در راستای توزیع امکانات، نتایج و دستاوردها در دنیا، به همراه باورهای معطوف به رعایت عدالت و انصاف در رویه‌های تصمیم‌گیری در دنیا برای انسان‌ها می‌شود. این پرسشنامه از جدیدترین پرسشنامه‌ها در حوزه سنجش باورهای دنیای عادلانه محسوب می‌شود که توسط لوکاس و همکاران (۲۰۰۷) به خوبی از نظر روایی و پایایی مستند شده و برای اولین بار در این پژوهش ترجمه، روایی و پایایی سنجی شده است. در حوزه روایی سازه این پرسشنامه تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی به خوبی دو عاملی بودن آن را مستند کرد. تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش از نوع واریماکس، دو عامل با مقدارهای ویژه ۴/۶۷۷ و ۱/۵۱۰ (به ترتیب برای باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای) به دست داد که این دو عامل نیز ۶۱/۸۷ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌نمود. شواهد پایایی این پرسشنامه نیز در جدول (۱) ارائه شده است.

لازم به ذکر است که پرسشنامه‌های پابندی مذهبی و جهت‌گیری درونی - بیرونی مذهبی به صورت پنج درجه‌ای، (کاملاً در مورد من صحت دارد = ۵، تا اصلاً در مورد من صحت ندارد = ۱) و پرسشنامه باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای بر مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم = ۵، تا کاملاً مخالفم = ۱) پاسخ داده می‌شود. در عین حال، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت خود گزارش‌دهی پاسخ داده شده است. در ترجمه و آماده‌سازی پرسشنامه‌های ترجمه شده نیز دو نفر از متخصصان روان‌شناسی مسلط بر زبان انگلیسی کار تطبیق و ویرایش سؤالات را انجام داده‌اند.

1. procedural and distributive just world beliefs

جدول ۱: ضرایب پایایی پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش

ردیف	مقیاس‌ها	زیر مقیاس‌ها	تعداد سؤالات	آلفای کرونباخ
۱	سلامت عمومی	سلامت عمومی	۱۲	۰/۸۹
۲	پایبندی مذهبی	پایبندی عمومی	۱۱	۰/۸
۳		باور به نیروی برتر	۴	۰/۷۸
۴	جهت‌گیری مذهبی	جهت‌گیری درونی	۸	۰/۸۱
۵		جهت‌گیری بیرونی - اجتماعی	۳	۰/۷۷
۶		جهت‌گیری بیرونی - شخصی	۳	۰/۷۹
۷	دنیای عادلانه	دنیای عادلانه توزیعی	۵	۰/۸۱
۸		دنیای عادلانه رویه‌ای	۵	۰/۸۶

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو دسته تحلیل استفاده شد. برای بررسی روابط ساده میان سلامت عمومی با پایبندی مذهبی، جهت‌گیری درونی و بیرونی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای از ضریب هم‌بستگی پیرسون و برای تعیین اثرگذارترین متغیرها از بین ابعاد پایبندی مذهبی، جهت‌گیری مذهبی و باورهای دنیای عادلانه بر سلامت عمومی از تحلیل مسیر مبتنی بر تحلیل رگرسیون استفاده شد. عملیات آماری فوق‌الذکر با استفاده از نرم‌افزار آماری - رایانه‌ای SPSS-14 صورت گرفته است (منصورفر، ۱۳۸۴).

بر اساس متون موجود، تحلیل مسیر برای روابط غیر قابل پیش‌بینی متغیرها، خواه مستقیم و خواه غیر مستقیم باشد، مناسب است (همان، ۱۳۸۵، ص ۱۹۵). از آنجایی که در پژوهش حاضر، مجموعه متغیرهای مربوط به باورهای دنیای عادلانه، جهت‌گیری مذهبی و پایبندی مذهبی، به‌طور هم‌زمان به عنوان متغیرهای پیش‌بین برای سلامت عمومی دانشجویان مورد استفاده قرار گرفته است، از تحلیل مسیر استفاده شد تا روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پیش‌بین با سلامت عمومی مشخص شود.

یافته‌های پژوهش

در جداول (۲) تا (۵) یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها آورده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

ردیف	شاخص‌های توصیفی		میانگین	خطای استاندارد	انحراف معیار	واریانس
	متغیرهای پژوهش					
۱	سلامت عمومی		۳۴/۶۲۳	۰/۳۹۲	۶/۰۵۱	۲۶/۶۱۶
۲	پایبندی مذهبی		۴۲/۸۴۸	۰/۳۶۱	۵/۵۷۴	۳۱/۰۷۴

ردیف	شاخص‌های توصیفی		میانگین	خطای استاندارد	انحراف معیار	واریانس
	متغیرهای پژوهش					
۳	توسل به نیروی برتر (خداوند متعال)		۱۶/۴۶۶	۰/۱۷۹	۲/۷۶۹	۷/۶۶۸
۴	جهت‌گیری مذهبی درونی		۲۹/۰۲۱	۰/۲۹۲	۴/۵۱۷	۲۰/۴۰۹
۵	جهت‌گیری مذهبی بیرونی - اجتماعی		۷/۹۷۰	۰/۱۶۲	۲/۴۹۹	۶/۲۴۸
۶	جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی		۱۲/۶۳۰	۰/۱۳۵	۲/۰۸۶	۴/۳۵۲
۷	باورهای دنیای عادلانه توزیعی		۱۶/۲۳۵	۰/۲۷۷	۴/۲۸۱	۱۸/۳۳۳
۸	باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای		۱۳/۳۷۸	۰/۲۴۹	۳/۸۴۵	۱۴/۷۸۵

چنان که در جدول (۲) دیده می‌شود، به ترتیب سلامت عمومی دارای میانگین ۳۴/۶۲۳ (انحراف معیار ۶/۰۵۱)، پایبندی مذهبی دارای میانگین ۴۲/۸۴۸ (انحراف معیار ۵/۵۷۴)، توسل به نیروی برتر (خداوند متعال) دارای میانگین ۱۶/۴۶۶ (انحراف معیار ۲/۷۶۹)، جهت‌گیری مذهبی درونی دارای میانگین ۲۹/۰۲۱ (انحراف معیار ۴/۵۱۷)، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - اجتماعی دارای میانگین ۷/۹۷۰ (انحراف معیار ۲/۴۹۹)، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی دارای میانگین ۱۲/۶۳۰ (انحراف معیار ۲/۰۸۶)، باورهای دنیای عادلانه توزیعی دارای میانگین ۱۶/۲۳۵ (انحراف معیار ۴/۲۸۱) و باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای دارای میانگین ۱۳/۳۷۸ (انحراف معیار ۳/۸۴۵) است.

جدول ۳: ضرایب هم‌بستگی مرتبه صفر بین پایبندی مذهبی، جهت‌گیری مذهبی و باورهای دنیای عادلانه با سلامت عمومی

ردیف	پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه		سلامت عمومی	
	سلامت عمومی		سلامت عمومی	
	هم‌بستگی	معناداری		
۱	۰/۱۹۸**	۰/۰۰۲	پایبندی مذهبی	
۲	۰/۰۹۸	۰/۱۶۹	توسل به نیروی برتر (خداوند متعال)	
۳	۰/۱۱۷	۰/۰۷۲	جهت‌گیری مذهبی درونی	
۴	۰/۰۶۵	۰/۳۲	جهت‌گیری مذهبی بیرونی - اجتماعی	
۵	۰/۱۷۹**	۰/۰۰۶	جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی	
۶	۰/۱۹۸**	۰/۰۰۲	باورهای دنیای عادلانه توزیعی	
۷	۰/۱۳۵*	۰/۰۳۸	باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای	

** $P < ۰/۰۱$ و * $P < ۰/۰۵$

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود، از بین تمامی متغیرهای پژوهش، پایبندی مذهبی ($P < ۰/۰۱$ و $r = ۰/۱۹۸$)، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی ($P < ۰/۰۱$) و

$r=0/179$ ، باورهای دنیای عادلانه توزیعی ($P<0/01$ و $r=0/198$) و باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای ($r=0/135$ و $P<0/05$) با سلامت عمومی دارای رابطه مستقیم معنادار است. در این میان، به ترتیب پایبندی مذهبی (با $3/9$ درصد واریانس مشترک)، باورهای دنیای عادلانه توزیعی (با $3/9$ درصد واریانس مشترک)، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی (با $3/2$ درصد واریانس مشترک) و باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای (با $1/8$ درصد واریانس مشترک) دارای بالاترین رابطه با سلامت عمومی دانشجویان می‌باشد؛ اما توسل به نیروی برتر (خداوند متعال)، جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی با سلامت عمومی دانشجویان دارای رابطه معناداری نیست. در جدول چهار (۴) ضرایب مسیر بین باورهای دنیای عادلانه، پایبندی مذهبی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت عمومی دانشجویان آورده شده است.

جدول ۴: ضرایب مسیر مستقیم پایبندی مذهبی، جهت‌گیری مذهبی و باورهای دنیای عادلانه بر سلامت عمومی

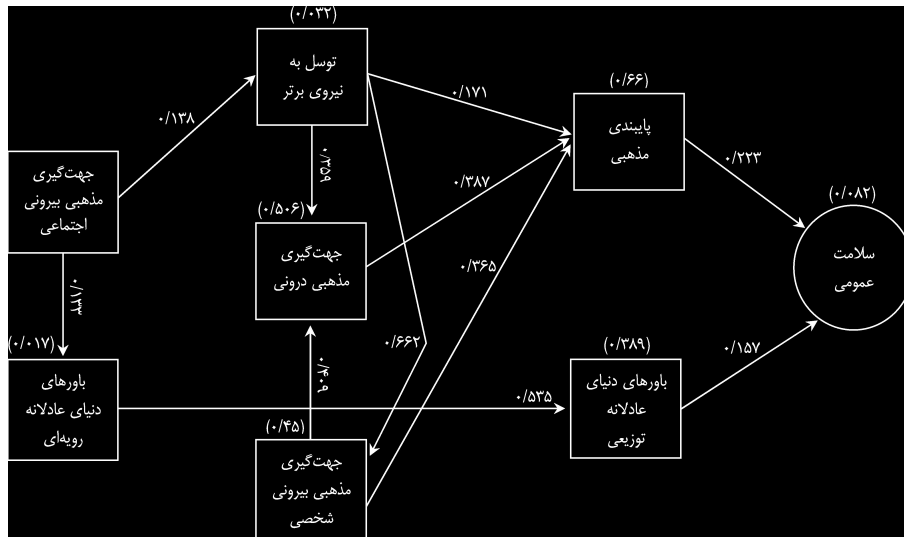
ردیف	سلامت عمومی	
	ضریب مسیر	معناداری
۱	۰/۲۲۳	۰/۰۴۱
۲	-	-
۳	-	-
۴	-	-
۵	-	-
۶	۰/۱۵۷	۰/۰۴
۷	-	-

با توجه به جدول (۴)، از بین همه متغیرهای پژوهش، فقط پایبندی مذهبی ($\beta=0/223$) و باورهای دنیای عادلانه توزیعی ($\beta=0/157$) با سلامت عمومی دارای ضریب مسیر مستقیم است. مقدار واریانس تبیین‌شده سلامت عمومی از طریق پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی $8/2$ درصد می‌باشد. از این میان، سهم پایبندی مذهبی در سلامت عمومی دانشجویان بیش از باورهای دنیای عادلانه توزیعی است. در عین حال، برای دستیابی به الگوی اکتشافی بین ابعاد پایبندی مذهبی، جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای به ترتیب برای مراحل بعدی نیز ضریب مسیر محاسبه شده که نتایج آن را در جدول (۵) ملاحظه می‌کنید.

جدول ۵: ضرایب مسیر بین متغیرهای هفت‌گانه پژوهش (ضرایب مسیر غیر مستقیم برای سلامت عمومی)

رتبه	متغیرهای پژوهش	پایبندی مذهبی		توسل به نیروی برتر		جهت‌گیری مذهبی درونی		جهت‌گیری مذهبی بیرونی / اجتماعی		جهت‌گیری مذهبی بیرونی / شخصی		باورهای دنیای عادلانه		باورهای دنیای رویه‌ای	
		معناداری	ضریب مسیر	معناداری	ضریب مسیر	معناداری	ضریب مسیر	معناداری	ضریب مسیر	معناداری	ضریب مسیر	معناداری	ضریب مسیر	معناداری	ضریب مسیر
۱	پایبندی مذهبی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۲	توسل به نیروی برتر (خداوند متعال)	۰/۱۷۱	۰/۰۰۲	-	-	۰/۳۵۹	۰/۰۰۰	-	-	۰/۶۶۲	۰/۰۰۰	-	-	-	-
۳	جهت‌گیری مذهبی درونی	۰/۳۸۷	۰/۰۰۰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۴	جهت‌گیری مذهبی بیرونی - اجتماعی	-	-	۰/۱۳۸	۰/۰۳۴	-	-	-	-	-	-	-	-	۰/۱۳۳	۰/۰۴
۵	جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی	۰/۳۶۵	۰/۰۰۰	-	-	۰/۴۰۹	۰/۰۰۰	-	-	-	-	-	-	-	-
۶	باورهای دنیای عادلانه توزیعی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۷	باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰/۵۳۵	۰/۰۰۰

چنان که در جدول (۵) ملاحظه می‌شود، بر روی پایبندی مذهبی، توسل به نیروی برتر ($\beta=0/171$)، جهت‌گیری مذهبی درونی ($\beta=0/387$) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی ($\beta=0/365$)، بر توسل به نیروی برتر، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - اجتماعی ($\beta=0/138$)، بر جهت‌گیری مذهبی درونی، توسل به نیروی برتر ($\beta=0/359$) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی ($\beta=0/409$)، بر جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی، توسل به نیروی برتر ($\beta=0/662$)، بر باورهای دنیای عادلانه توزیعی، باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای ($\beta=0/535$)، بر باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای و جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی ($\beta=0/133$) دارای ضریب مسیر معنادار ($P < 0/05$ یا $P < 0/01$) است. مسیرهای طرح شده در جداول (۴) و (۵) در نمودار (۱) ارائه شده است.



نمودار ۱: نمودار مسیر رابطه بین پایبندی مذهبی، جهت‌گیری مذهبی و باورهای دنیای عادلانه با سلامت عمومی

با توجه به نمودار مسیر (۱)، پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی به عنوان دو عامل اثرگذار بر سلامت عمومی دانشجویان قادر به تبیین ۸۲ درصد از واریانس این متغیر ($R = 0/287$) است. از این میان، سهم بیشتری به پایبندی مذهبی اختصاص دارد، تا باورهای دنیای عادلانه توزیعی. اما در مراحل بعدی سه متغیر توسل به نیروی برتر، جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی قادر به تبیین ۶۶ درصد ($R = 0/813$) از واریانس پایبندی مذهبی است. در این میان، جهت‌گیری مذهبی درونی، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی و در آخر، توسل به نیروی برتر، از نظر ترتیب سهم بیشتری در تبیین واریانس پایبندی مذهبی داشته‌اند. اما باورهای دنیای عادلانه توزیعی ۳۰/۹ درصد واریانس آن از طریق باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای قابل تبیین می‌باشد. در مرحله بعدی جهت‌گیری مذهبی درونی با توسل به نیروی برتر و جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی دارای واریانس مشترک ۵۰/۶ درصد ($R = 0/712$) است که سهم جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی از توسل به نیروی برتر در این مورد بیشتر می‌باشد. جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی نیز با توسل به نیروی برتر ۴۵ درصد واریانس مشترک و توسل به نیروی برتر هم با جهت‌گیری مذهبی بیرونی - اجتماعی دارای ۳/۲ درصد واریانس مشترک است. در پایان، نیز باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای با جهت‌گیری مذهبی بیرونی - اجتماعی دارای ۱/۷ درصد واریانس مشترک می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

عوامل گوناگونی با سلامت عمومی و بهداشت روانی انسان‌ها در مقاطع مختلف زندگی ارتباط دارد. شواهد قابل توجهی نشانگر آن است که نگرش، رفتار و جهت‌گیری مذهبی و دینی با سلامت عمومی مرتبط است. از طرف دیگر، شواهد دیگری نیز به‌طور مستقل وجود دارد که نشان می‌دهد باورهای دنیای عادلانه با شاخص‌های گوناگون سلامت روانی و عمومی در ارتباط است. این گونه شواهد از تحقیقات به نسبت مستقل در حوزه پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه به دست آمده و شاید پایبندی مذهبی، جهت‌گیری درونی و بیرونی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه به صورت هم‌زمان و طی یک پژوهش با سلامت عمومی، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. به هر حال، در این پژوهش پایبندی مذهبی در قالب دو زیر مقیاس پایبندی مذهبی و باور به نیروی برتر (خداوند متعال)، جهت‌گیری مذهبی در قالب سه زیر مقیاس جهت‌گیری درونی، جهت‌گیری بیرونی - شخصی و جهت‌گیری بیرونی - اجتماعی همراه با دو بعد باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای به‌طور هم‌زمان با سلامت عمومی در دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل هم‌بستگی (جدول ۳) نشان داد که پایبندی مذهبی، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی، باورهای دنیای عادلانه توزیعی و باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای با سلامت عمومی دارای رابطه است؛ بنابراین، فرضیه اول پژوهش به صورت کامل، فرضیه دوم در زمینه پایبندی مذهبی و نه توسل به نیروی مافوق و فرضیه سوم در حوزه جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی مورد تأیید قرار می‌گیرد. چنان که مشخص است، یک بعد از پایبندی مذهبی، همراه با یک بعد از جهت‌گیری مذهبی (بیرونی - شخصی) و دو بعد باورهای دنیای عادلانه با سلامت عمومی مرتبط است؛ بنابراین بر اساس این بخش از نتایج می‌توان نتیجه‌گیری نمود که سلامت عمومی دانشجویان هم با ابعادی از پایبندی و جهت‌گیری مذهبی و باورهای دنیای عادلانه دارای رابطه است. اما تحلیل مسیر انجام شده در راستای فرضیه چهارم پژوهش نشان داد که پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی، تأثیر مستقیم بر سلامت عمومی دانشجویان دارند. لذا تحلیل مسیر، فرضیه چهارم پژوهش را بدین شکل مورد تأیید قرار داد که باور به دنیای عادلانه توزیعی و پایبندی مذهبی با سلامت عمومی دانشجویان دارای رابطه مستقیم است، اما روابط توسل به نیروی برتر، جهت‌گیری مذهبی درونی، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی، جهت‌گیری مذهبی

بیرونی - اجتماعی و باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای با سلامت عمومی دانشجویان به صورت غیر مستقیم است. در حوزه فرضیه چهارم پژوهش همان‌طور که شواهد حاصله مشخص نمود (جدول ۴ و نمودار ۱)، پایبندی مذهبی دارای ضریب تأثیر بیشتری نسبت به باورهای دنیای عادلانه توزیعی بر سلامت عمومی می‌باشد. آن گونه که مشخص است، وقتی هم‌زمان نگرش، رفتار و جهت‌گیری مذهبی با باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای برای تعیین تأثیر بر سلامت عمومی مورد بررسی قرار می‌گیرد، ترکیبی از پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی بر سلامت عمومی مؤثر واقع می‌شود؛ بنابراین، می‌توان گفت که سلامت عمومی دانشجویان تابعی از پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی است.

تحقیقات حوزه تأثیر مذهب بر سلامت عمومی با اینکه در خارج از کشور نتایج هماهنگی ارائه نکرده است؛ با این حال، بررسی کوئینگ و لارسن (۲۰۰۱) که در آن حدود ۸۵۰ پژوهش مورد بررسی قرار گرفته، نشانگر آن است که بین مذهب و گرایش‌های مذهبی با سلامت روانی رابطه مثبتی وجود دارد. محققان دیگری نیز چون هاکنی و ساندرز (۲۰۰۳) نیز هم‌بستگی‌های متوسط تا ضعیفی را بین دینداری و سلامت عمومی گزارش نموده‌اند. در عین حال، تحقیقات داخلی مانند خدایپناهی و خوانین‌زاده (۱۳۷۹)، شریفی (۱۳۸۱) و میرهاشمیان (۱۳۷۸) نیز نشان از وجود رابطه بین نگرش و اعتقادهای دینی و مذهبی با سلامت عمومی در دانشجویان است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که نتایج این تحقیق با تحقیقات محققان فوق هم‌سویی نسبی دارد. ارتباطات به دست آمده نیز از جهات نظری قابل توجیه است. پایبندی مذهبی که در درجه نخست دارای نیرومندترین تأثیر بر سلامت روانی دانشجویان بود، مضامینی مانند نیرو گرفتن از دین و مذهب در زندگی، معنی و مفهوم بخشیده‌شدن به زندگی از طریق مسائل دینی، احساس حضور خداوند متعال در تمام لحظه‌های زندگی، استفاده از ایمان دینی به جای عقل و منطق در زندگی، حس حمایت‌شدن از طرف نیروی لایزال غیر قابل رؤیت و مضامینی، مانند ادامه حیات روح انسان پس از مرگ را در بر می‌گیرد. همان‌طور که درون مایه این موارد مشخص می‌کند؛ از یک طرف، اعتقادات دینی و مذهبی به اشخاص، امید، معنی و مفهوم می‌بخشد و از طرف دیگر، حس مورد حمایت بودن را ایجاد می‌کند. در عین حال، حس حضور خداوند در تمام لحظه‌های زندگی باعث می‌شود تا افراد بر اساس آموزه‌های گوناگون دینی که از طریق

خداوند به آنها امر شده، عمل نمایند. بخش قابل توجهی از این آموزه‌ها پیرامون محور تقوی و پرهیزکاری است که خود باعث سلامت روان و همچنین سلامت عمومی می‌شود. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که اعتقادات و باورهای دینی ماهیتاً نقش حمایتی و رهنمودی را بر عهده دارد که بدین وسیله به اتخاذ سبک و روش زندگی سالم‌تر منجر می‌شود.

از طرف دیگر، شواهد داخلی و خارجی در مورد رابطه باورهای دنیای عادلانه با سلامت روان و شاخص‌های آن نیز نشانگر وجود رابطه مثبت بین این باورها و شاخص‌های بهداشت و سلامت روانی است (برای اطلاع از تحقیقات داخلی، ر.ک: گل‌پرور و جوادی، ۱۳۸۵). نظریه‌پردازی‌های مطرح درباره کارکردهای باورهای دنیای عادلانه نشانگر آن است که در درجه اول، این باورها در مقابل حوادث و فشارهای زندگی نقش ضربه‌گیر را ایفا می‌کند؛ یعنی در حفظ سلامت روانی افراد در مقابل حوادث و فشارهای مختلف کمک می‌کند. از طرف دیگر، این باورها نقش نوعی قرارداد شخصی را بین فرد و دنیا بر عهده دارد. بدین ترتیب که فرد را ملزم می‌کند تا به گونه‌ای رفتار کند که به خوبی اعتدال، انصاف و عدالت را در رفتار خود به نمایش بگذارد. از سوی دیگر، درون مایه این باورها وجود رابطه مستقیم بین دستاوردهایی که نصیب فرد می‌شود و شایستگی وی می‌باشد. در حقیقت، هر دستاوردی که نصیب افراد می‌شود، چنان که افراد باور نیرومندی به دنیای عادلانه داشته باشند، حاصل شایستگی آنهاست، نه نیک خواهی دنیایی که بدون دلیل به آنها لطف نموده است. این امر، به ویژه در باورهای دنیای عادلانه توزیعی پنهان است، که به عنوان جدیدترین سازه مطرح در حوزه باورهای دنیای عادلانه است. باورهای دنیای عادلانه توزیعی، باورهای قلمداد می‌شود که بر مبنای آن گفته می‌شود که پاداش، تنبیه و هر دستاورد دیگری که نصیب افراد می‌شود، حاصل شایستگی و سزاواری خود آنهاست؛ بنابراین، در زمینه سلامت عمومی نیز به عنوان یک دستاورد می‌توان نتیجه گرفت که هر چه فرد به دنیای عادلانه (که در آن دستاوردها حاصل شایستگی، تلاش و استحقاق است) باور نیرومندتری داشته باشد، به همان میزان هم سلامت عمومی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن بالاتر می‌رود.

اما در نمودار مسیر ترسیم‌شده (نمودار ۱) مشخص است که اعتقادات مذهبی که در قالب پایبندی مذهبی در این پژوهش مطرح شده، تحت تأثیر توسل به نیروی برتر، جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی قرار می‌گیرد. این

سه عامل، حدود ۶۰ درصد از واریانس پایبندی مذهبی را تبیین می‌کند. در واقع، یکی از نکاتی که در تحقیقات قبلی به‌طور نسبی مورد غفلت قرار گرفته، نقش عوامل مرتبه دوم در سلامت عمومی است؛ ولی در این پژوهش بر اساس تحلیل مسیر انجام شده، مشخص است که پایبندی و جهت‌گیری مذهبی، توسل به نیروی برتر، جهت‌گیری مذهبی - درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی - شخصی از طریق افزایش پایبندی مذهبی بر سلامت عمومی دانشجویان مؤثر واقع می‌شود؛ اما در عرصه باورهای دنیای عادلانه توزیعی، صرفاً باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای حدود ۳۰ درصد از واریانس این متغیر را تبیین می‌کند و هیچ‌یک از ابعاد پایبندی و جهت‌گیری مذهبی تأثیری بر این نوع باورها ندارد؛ بنابراین، می‌توان در این سطح نتیجه گرفت که باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای از طریق افزایش باور به دنیای عادلانه توزیعی سبب ارتقای سلامت عمومی دانشجویان می‌شود. از لحاظ نظری، در مجموع می‌توان این نتیجه‌گیری احتمالی را مطرح کرد که اعتقادات و باورهای مذهبی و باورهای دنیای عادلانه (در قالب توزیعی و رویه‌ای) دو حوزه مستقل اثرگذار بر سلامت عمومی است. البته این نکته نیز لازم به ذکر است که از لحاظ کلی، باورهای معطوف به عدالت در قالب یکپارچه دارای درون‌مایه‌های دینی و مذهبی نیز می‌باشد؛ چرا که چه در سطح ارتباطی و چه در سطح محتوایی بین باورهای دینی و اعتقادی و باور به عدالت هماهنگی‌هایی مشاهده می‌شود؛ ولی وقتی این عوامل به صورت مستقل در کنار باورهای مذهبی در تحقیقات مورد استفاده قرار می‌گیرد، ماهیتاً مستقل فرض شده و لذا ارتباطات متفاوتی را به دست می‌دهد.

به هر حال، یافته‌های این پژوهش بیانگر آن است که می‌توان برای بالا بردن سطح سلامت عمومی دانشجویان به شیوه‌های گوناگون از طریق سخنرانی، بروشور و حتی مراکز مشاوره نقش اتکا، توکل و باور به نیروی لایزال الهی را برای آنها مطرح کرد که بسیار الهام‌بخش خواهد بود. در عین حال، لازم است که در تحقیقات آینده نقش رفتارهای دینی و مذهبی (و نه باورها و نگرش‌ها) و رفتارهای معطوف به عدالت را در قالب طرح‌های آزمایشی و شبه آزمایشی در سلامت عمومی دانشجویان مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- حسن‌زاده، رمضان (۱۳۸۲)، *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، چاپ اول، تهران: نشر ساوالان.
- خاقانی‌زاده، مرتضی و مسعود، سیرتی نیر؛ فتانه عبدی؛ حسین کاویانی (۱۳۸۵)، «بررسی سطح سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران»، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هشتم، ش ۳۱-۳۲، پاییز و زمستان (تیر ۸۶).
- خداپناهی، محمد و مرجان خوانین‌زاده (۱۳۷۹)، «بررسی ساخت شخصیت در جهت‌گیری مذهبی دانشجویان»، *مجله روان‌شناسی*، ش ۱۴.
- سجادیان، ایلناز و محسن گل‌پرور (۱۳۸۷)، «روابط ساده و چندگانه باورهای دنیای عادلانه و ناعادلانه با شاخص‌های وضعیت روانی»، *روان‌شناسی معاصر*، دوره سوم، ش ۱ (بهار).
- شریفی، طیبه (۱۳۸۱)، *بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز (چکیده).
- عریضی، حمیدرضا و محسن گل‌پرور (۱۳۸۴)، «رابطه بین رویکردهای عدالت اجتماعی با مؤلفه‌های برابری سیاسی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۴، ش ۱۶ (بهار).
- گل‌پرور، محسن و سارا جوادی (۱۳۸۵)، «الگوی ارتباطی بین باورهای دنیای عادلانه برای خود و دیگران با شاخص‌های بهداشت روانی: الگوی معادلات ساختاری»، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، س ۸، ش ۳۱-۳۲، پاییز و زمستان (تیر ۸۶).
- _____ و منوچهر کامکار؛ سارا جوادی (۱۳۸۶)، «رابطه باورهای دنیای عادلانه برای خود و دیگران با سلامت عمومی، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و افکار خودکار»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، س ۹، ش ۳۲ (بهار).
- _____ و حمید رضا عریضی (۱۳۸۳)، «رابطه نحوه نگرش به مدارس غیر انتفاعی با رویکردهای عدالت اجتماعی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۴، ش ۱۵ (زمستان).
- مجیدیان، محمد (۱۳۸۰)، *بررسی نگرش مذهبی دانشجویان ورودی به دانشگاه تربیت معلم و رابطه آن با میزان عزت نفس و منبع کنترل*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم (چکیده).

محمّدی، داود و مهنّاز مهربابی‌زاده هنرمند (۱۳۸۵)، «ارتباط نگرش مذهبی با مکان کنترل و نقش جنسیت»، پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره نهم، ش ۳ و ۴، (زمستان). منصورفر کریم (۱۳۸۵)، روش‌های پیشرفته آماری همراه با برنامه‌های کامپیوتری، چاپ اول، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

میرهاشمیان، حمیرا (۱۳۷۸)، تأثیر اعتقادات مذهبی در شکل‌گیری مکان کنترل و نیمرخ روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران، فصلنامه دانشگاه آزاد اسلامی.

Allport GW, & Ross JM (1967), "Personal religious orientation and prejudice".

Journal of Personality and Social Psychology.

Allport GW (1950), *The individual and his religion*, New York: Mac Millan.

Atkins RG, & Hawdon JE (2007), "Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction", *Journal of Substance Abuse Treatment*; 33.

Azar F & Mullet E (2002), "Willingness to forgive: A study of Muslim and Christian", *Journal of Peace Psychology*; 8.

Carroll MM (1997), "Spirituality, alcoholism, and recovery: An exploratory study", *Addiction Treatment Quarterly*; 15.

Dalbert C. & Kantona-Sallay H. (1996), "The belief in a just world in Hungary". *Journal of Cross - Cultural Psychology*; 27(3).

Gallup G & Jones T. (2000), *The next American spirituality: Finding God in the twenty - first century*, Colorado Springs, Co: Cook Communications.

Gartner J & Larson DB, Allen GD (1991), "Religious commitment and mental health: A review of empirical literature", *Journal of Psychology and Theology*; 19.

Goldberg D & Williams PA (1988), *A user guide to the general health questionnaire*, Windsor, NFER, Nelson.

Gorsuch RL & McPherson SE (1989), "Intrinsic / extrinsic measurement: I/E - revised and single - item scales", *Journal for the Scientific Study of Religion*; 28.

Hackerman AF & King P. (1998), "Adolescent spirituality: A foundation for recovery from drug dependency", *Addiction Treatment Quarterly*; 15.

Hackney CH & Sanders GS (2003), "Religiosity and mental health: A meta analysis of recent studies", *Journal for the Scientific Study of Religion*; 42.

- Hill PC & Hood RW (Eds.), (1999), *Measures of religiosity*, Birmingham, Al: Religious Education Press.
- Kirk Patrick LA & Hood RW (1990), "Intrinsic-extrinsic religious orientation: the boon or bane of contemporary psychology of religion?", *Journal for the Scientific Study of Religion*; 29.
- _____ (1991), "Rub - a - dub: who's in the tub?" *Journal for the Scientific Study of Religion*; 30.
- Kong HG & Larson DB (2001), "Religion and mental health: Evidence for an association", *International Review of Psychiatry*; 13.
- Lucas T & Alexander S, Firestone I, LeBreton JM (2007), "Development and initial validation of a procedural and distributive just world measure", *Personality and Individual Differences*; 43.
- Macaskill A. (2007), "Exploring religious involvement, forgiveness, trust, and cynicism", *Mental Health, Religion & Culture*; 10(3).
- Miller WR (1997), "Spiritual aspects of addictions treatment and research", *Mind / Body Medicine*; 2.
- Pargament K. (1997), *The Psychology of religion and coping: theory, research, practice*, London: Guilford Press.
- Payne IR & Bergin AE, Bielema KA, Jenkins PH (1967), "Review of religion and mental health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning", *Prevention in Human Services*, 9.
- Rye MS (2005), "The religious path towards forgiveness", *Mental Health, Religion and Culture*, 8.
- Tiliopoulos N & Bikker AP, Coxon APM, Hawkin PK (1967), "The means and ends of religiosity: A fresh look at Gordon Allport's religious orientation dimensions", *Journal of Personality and Social Psychology*, 5.