

## نقش جهت‌گیری دینی و مولفه‌های کارکرد خانواده در بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه

حسین عابدی<sup>۱</sup>

کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران اداره آموزش و پرورش شهر تهران

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی با مولفه‌های کارکرد خانواده در بین دانش‌آموزان بود. روش این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را ۳۲۰ نفر از دانش‌آموزان (۱۷۵ نفر پسر و ۱۴۵ نفر دختر) منطقه ۶ شهر تهران تشکیل داد که به صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت‌ارزیابی نیز از پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و مقیاس کارکرد خانواده استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری داده‌ها نشان داد که حل مشکل به طور معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند و اضافه شدن حل مشکل، عملکرد خانواده، ارتباط، نقش، کنترل رفتار، آمیزش عاطفی و همراهی عاطفی به معادله، قدرت پیش‌بینی را بطور معنی‌داری بالا می‌برد. همبستگی بین مولفه‌های جهت‌گیری مذهبی (جهت‌گیری مذهبی برونی، جهت‌گیری مذهبی درونی) از یک طرف و متغیر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان از طرف دیگر برابر با  $R^2 = 0.388$  محاسبه گردیده است و نشان می‌دهد که ۱۵ درصد واریانس یا تفاوت‌های فردی در بهزیستی روان‌شناختی مربوط به واریانس یا تفاوت‌های فردی در ویژگی‌های جهت‌گیری مذهبی است. بنابراین می‌توان گفت که افراد در خانواده و به ویژه والدین با عملکرد خود در چارچوب خانواده تاثیر مهمی در سلامت روان فرزندان خود می‌گذارند و سلامت روان بالاتر، جهت‌گیری مذهبی بهتری را در پی خواهد داشت.

**کلید واژه‌ها:** جهت‌گیری مذهبی؛ بهزیستی روانشناختی؛ کارکرد خانواده؛ دانش‌آموزان.

## ۱. مقدمه

دست یافتن به کمال و شکوفا شدن استعدادهای خاص بشری، مستلزم متعادل بودن کلیت روانشناختی فرد و یا به عبارتی دیگر، بهزیستی روانشناختی<sup>۱</sup> فرد است (ورتمان و لوکاس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). بعد روانی سلامتی در بسیاری از کشورهای جهان به ویژه در کشورهای در حال توسعه، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان حاکی از بحرانی بودن وضعیت سلامت روان است. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup>، بیش از ۵۰۰ میلیون نفر مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی هستند که از این تعداد، ۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات شدید روانی، ۲۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات خفیف روانی، ۱۲۰ میلیون نفر مبتلا به عقب ماندگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفر مبتلا به صرع و بالاخره ۳۰ میلیون نفر از دمانس رنج می برند. این در حالی است که این آمار در ایران نیز نگران کننده است. چراکه مطالعات در ایران نشان داده است که آمار اختلالات روانی از ۱۱/۹٪ تا ۳۰/۲٪ در نوسان است (ریاحی و علیوردی، ۱۳۸۷).

عوامل اجتماعی همانگونه که می توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقا سلامتی ایجاد کنند، در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهم بسزایی هستند. به عبارت دیگر، اگرچه که تردیدی نیست که افراد در میزان آسیب پذیری نسبت به بیماری های روانی با یکدیگر تفاوت های زیستی و فردی دارند اما مساله این است که میزان این تفاوت ها تحت تاثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهمتر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت ها دارند به مراتب بیشتر می شود (چاپل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). از آنجا که گروه های مختلف اجتماعی به دلیل ویژگی ها و مشخصه های اجتماعی خود نسبت به ابتلا بیماری های روانی با یکدیگر تفاوت دارند و برخی اقشار اجتماعی آسیب پذیری بیشتر و بعضی نیز آسیب پذیری کمتری دارند، و نیز این ویژگی های اجتماعی تا حد زیادی تعیین کننده شیوه پاسخ دهی مردم به ناراحتی ها و مشکلات روانی است و سرانجام اینکه اثر روش های گوناگون مواجهه و مقابله با عوارض ناشی از مشکلات روانی نیز تحت تاثیر ویژگی ها و مشخصه های اجتماعی افراد و اقشار مختلف خواهد بود، توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و یا عوامل مرتبط با سلامت و بهزیستی روانی، بسیار مهم است. حال، یکی از اساسی ترین عواملی که ارتباط تنگاتنگی با پدیده سلامت روان دارد، مسئله جهت گیری دینی<sup>۵</sup> و یا به تعبیری، دین داری است.

معنویت<sup>۶</sup> یا تدین یک حالت انسانی می باشد که دین، وابسته به آن است. در واقع، اطلاق لفظ دین داری هنگامی به کار می رود که مردم یا گروهی از افراد، تمام یا بخشی از تعالیم و دستورات دینی را پذیرفته باشند (موریا-المدیا و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). در تحلیل عوامل زمینه ساز نابهنجاری های روانی و یا عوامل مرتبط با آن، می توان به نقش خانواده نیز اشاره داشت. در واقع، خانواده یکی از تاثیرگذارترین نهادهای اجتماعی می باشد که شخصیت افراد را شکل داده و بر زندگی آینده آنها نیز تاثیر دارد. در واقع، شرایط روانی خانواده ها مانند روابط عاطفی والدین نسبت به کودکان و یا نسبت

- 
- 1- Psychological Well-being
  - 2- Vertman and Lucas
  - 3- World Health Organization
  - 4- Chapel
  - 5- religious orientation
  - 6- Spirituality
  - 7- Moria-Almdya et al

به یکدیگر، در ایجاد سازگاری و سلامت روانی اعضای آن خانواده تأثیری ژرفی دارد. این در حالی است که حتی یافته های پژوهش کرامتی، مرادی و کاوه (۱۳۸۴) نشان داده است که چگونه نبود پدر در خانواده های شاهد می تواند بر بهزیستی روانشناختی فرزندان آن خانواده ها تأثیر بگذارد. ریاحی و علیوردی (۱۳۸۷) نیز در پژوهشی با عنوان بررسی اثرات دینداری و جهت گیری دینی بر سلامت روان دانش آموزان دانشگاه مازندران به این نتیجه دست یافتند که جهت گیری دینی تأثیر مثبت و معنی داری بر سلامت روان دارد. چراغی و مولوی (۱۳۸۵) در تحقیق دیگری با هدف بررسی تأثیر ابعاد چهارگانه دینداری (اعتقادی<sup>۱</sup>، تجربی<sup>۲</sup>، پیامدی<sup>۳</sup> و مناسکی<sup>۴</sup>) بر سلامت روان دریافت که بین نمره دینداری بر سلامت روان در پژوهش های انجام شده خارجی نیز مورد تأیید قرار گرفته است. مضافاً یافته های پژوهش نشان داد که فرزندان شاهد که ازدواج مجدد نکرده اند از نظر سلامت روانی در وضعیت بهتری قرار دارند. پژوهش نسابه (۱۳۸۱) نشان داد که باورها و اعمال مذهبی نقش مثبت و معنی داری در پیش بینی سلامت روان دارد. کوکو، تولوانن و پولکینن<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی رابطه بین ویژگی های شخصیتی افراد و بهزیستی روانشناختی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین ویژگی های شخصیتی و بهزیستی روانشناختی ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد. بوتکوویچ، براکوویچ و براتکو<sup>۶</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی درصدد شناخت عواملی بودند که می توانند بهزیستی روانشناختی را پیش بینی کنند. آن ها دریافتند که علاوه بر ویژگی های شخصیتی، سلامت خانواده نیز می تواند به طور مثبت و معنی داری بهزیستی روانشناختی افراد را پیش بینی کند. موریلا-المدیا و همکاران (۲۰۰۶) نیز در یک فراتحلیل کیفی به بررسی شواهد موجود در این باره پرداخت. یافته های این پژوهش نشان داد که در اکثر مطالعات، رفتارهای مذهبی رابطه معناداری با سلامت روان دارد. رینتروپ و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشی دیگر با تمرکز بر بیماران به این نتیجه رسیدند که بخشش، کنار آمدن مذهبی منفی، اعمال و مناسک معنوی روزانه، حمایت مذهبی و خود ارزشیابی مذهبی - معنوی به طور مثبت و معنی داری پیش بینی کننده سلامت روان آن بیماران است. چاپل (۲۰۰۳) در پژوهشی کیفی و با روش فراتحلیل به بررسی رابطه سلامت روان و مذهب پرداخت و پس از بررسی تعداد زیادی از تحقیقات صورت گرفته در این زمینه، به این نتیجه رسید که اگرچه که مشکل است که علیت را در تأثیر مذهب بر سلامت روان ثابت کنیم اما ارتباط روشن و معنی داری بین این دو وجود دارد.

گراوند و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «بررسی تطبیقی جهت گیری دینی با سلامت روان و باورهای غیرمنطقی، به بررسی این قضیه در دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی پرداختند. نتایج پژوهش آن ها نشان داد که جهت گیری دینی درونی رابطه منفی معنی داری با خرده عمل بی مسئولیتی هیجانی دارد و نیز رابطه مثبت و معنی داری بین جهت گیری دینی درونی و بیرونی به ترتیب رابطه های مثبت و منفی معنی داری با نشانه های اضطراب داشته اند که این رابطه از طریق رگرسیون نیز قابل پیش بینی بوده است و عامل های غیرمنطقی می توانند سلامت روان دانش آموزان

1- Belief

2- empirical

3- Implications

4- ritual

5- Coco, Tolvanen and Pulkynen

6- Botkouwich, Brakwich and Bratko

7- Ryntrop

را پیش بینی کنند. مضافاً یافته های پژوهش این پژوهشگران نشان داد که تفاوت معنی داری بین دانش آموزان زن و مرد و همچنین مدارک تحصیلی متفاوت آن ها از حیث جهت گیری دینی وجود ندارد. با مروری بر یافته های بالا مشخص می شود که اکثر این پژوهش ها تنها سعی بر آن داشته اند که از طریق جهت گیری های دینی، سلامت روان را پیش بینی کنند اما کارکرد خانواده تنها در یک پژوهش مد نظر قرار داده شده است که در آنجا نیز متغیر مربوط به جهت گیری های مذهبی مورد غفلت واقع شده است. در نتیجه با مروری کلی بر پژوهش های انجام شده در این باره، مشخص می شود که اگرچه که پژوهش های چندی، رابطه ی مثبت و معناداری بین دینداری و سلامت روان را نشان داده اند اما بسیاری از یافته های پژوهش نیز ضد و نقیض بوده است و حتی ارتباط منفی و معکوسی بین این دو را نشان داده اند (ریاحی و علیوردی، ۱۳۸۷). از طرف دیگر، سایر پژوهش ها نیز صرفاً بر یکی از دو متغیر کارکرد خانواده و یا جهت گیری دینی پرداخته اند و هر دو را به صورت یکجا در یک پژوهش مورد بررسی قرار نداده اند. با این اوصاف، پژوهش حاضر درصدد است تا با اتخاذ رویکرد کمی و با تمرکز بر گروه دانش آموزان، گره از این نارسایی بگشاید و هدف اصلی آن تعیین رابطه جهت گیری دینی و کارکرد خانواده با بهزیستی روانشناختی دانش آموزان می باشد.

## ۱.۲. روش

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل دانش آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که به صورت تصادفی ساده انتخاب گردیدند. تعداد نمونه نیز ۳۲۰ نفر بر اساس فرمول کوکران انتخاب شده است. در این پژوهش از سه پرسش نامه استاندارد شده برای جمع آوری اطلاعات استفاده شده است:

(۱) پرسشنامه جهت گیری دینی آلپورت<sup>۱</sup>: آلپورت و راس در سال ۱۹۵۰ این مقیاس را برای سنجش جهت گیریهای درونی و برونی مذهب تهیه کردند. در مطالعات اولیه ای که بر این صورت گرفت، مشاهده شد که همبستگی جهت گیری برونی با درونی ۲۱٪ است (آلپورت و راس<sup>۲</sup>، ۱۹۶۷). این آزمون در سال ۱۳۷۸ ترجمه و هنجاریابی شده است و همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۷۱٪ به دست آمده و پایایی بازآزمایی آن ۷۴٪ است، همچنین روایی آزمون ۰/۷۳ گزارش شده است (مختاری و همکاران، ۱۳۸۰). در این مقیاس، گزینه های عبارت ۱ تا ۱۲ که جهتگیری مذهبی برونی را می سنجد از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق است، به این صورت که گزینه اول (الف) کاملاً مخالف، گزینه دوم (ب) تقریباً مخالف، گزینه سوم (ج) تقریباً موافق و گزینه چهارم (د) کاملاً موافق را تشکیل می دهد و ۹ ماده بعدی یعنی شماره های ۱۳ تا ۲۱ که جهتگیری مذهبی درونی را اندازه گیری می کند، پاسخها برعکس است؛ یعنی گزینه اول (الف) را کاملاً موافق، گزینه دوم (ب) را تقریباً موافق، گزینه سوم (ج) را تقریباً مخالف و گزینه چهارم (د) را کاملاً مخالف در بر می گیرد. این آزمون شامل ۲۱ جمله است و محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی اجرا می شود. (فگین<sup>۳</sup>، ۱۹۶۴). این مقیاس بر مبنای نمره گذاری لیکرت، نمره گذاری می شود که دامنه آن را کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است و به پاسخها نمره ۱ تا ۵ تعلق می گیرد به این ترتیب که گزینه الف نمره یک، گزینه ب نمره دو، گزینه ج نمره چهار و گزینه د نمره ۵ و عبارات بدون پاسخ نمره سه می گیرد. جمع امتیاز جمله های ۱ تا ۱۲ میزان جهتگیری

1- religious orientation inventory

2- Allport and Ross

3- Fegyn

مذهبی برونی آزمودنی و مجموع نمره های عبارتهای ۱۳ تا ۲۱ نمره جهتگیری مذهبی درونی او را مشخص می کند.

۲) پرسشنامه کارکرد خانواده<sup>۱</sup>: این پرسشنامه دارای ۵۳ گویه است و برای سنجیدن عملکرد خانواده بر اساس نظریه مک مستر، تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب<sup>۲</sup>، با هدف توصیف ویژگی های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه گردیده است و توانایی خانواده را در سازش با خود، وظایف خانوادگی و با یک مقیاس خود گزارش دهی مورد سنجش قرار می دهد که به صورت یک طیف لیکرت ۵ گزینه ای ( اصلا، کم، به طور متوسط، زیاد، کاملا) تنظیم شده است. پرسشنامه حاضر دارای هفت خرده مقیاس می باشد که عبارتند از: ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، عملکرد کلی، حل مشکل، همراهی عاطفی، کنترل رفتار که از جمع نمرات خرده مقیاس های هفت گانه، نمره کل FAD حاصل می شود. اعتبار و روایی ابزار سنجش عملکرد خانواده پس از تهیه توسط اپشتاین و همکارانش در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا شد. دامنه ضریب آلفای مجموعه ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ نشان دهنده همسانی درونی بالای آن است. در ایران نیز تحقیقات توسط بخاریان (۱۳۸۱)، حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه است. بخاریان (۱۳۸۱)، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های حل مساله، ابراز عواطف و کل مقیاس را در FAD به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۵، ۰/۹۳ گزارش نموده است ( به نقل از ساعتچی، کامکاری و عسکریان، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر برای این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

۳) پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف<sup>۳</sup> (RSPWB): ابزار مورد استفاده در این پژوهش، آزمون بهزیستی روان شناختی ریف نسخه (فرم کوتاه) بود که در سال ۱۹۸۰ توسط ریف طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۸ سوال است و شامل ۶ بعد ( هر بعد ۳ سوال)، که در طیف لیکرت ۶ درجه ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم نمره گذاری می شود (ریف و سینگر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). سوال های ۲، ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود، سوال های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط محیطی، سوال های ۳، ۱۱ و ۱۳ عامل رابطه مثبت با دیگران، سوال های ۵، ۱۴ و ۱۶ عامل داشتن هدف ر زندگی، سوال های ۷، ۱۵ و ۱۷ عامل رشد فردی و سوال های ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال را می سنجد. نمره گذاری سوال های ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷ با روش معکوس و بقیه با روش مستقیم انجام می شود. نمره بالا در این آزمون بیانگر بهزیستی روانشناختی بالاتری و بهتری است. همبستگی مقیاس ۱۸ سوالی با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است. همسانی درونی مقیاس سه سوالی ۰/۵۶ گزارش شده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). این آزمون در ایران توسط سفیدی (۱۳۸۷) هنجار گردیده است و آلفای کرونباخ به دست آمده برابر ۰/۷۳ گزارش شده است.

## ۲. یافته ها

در این روش پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی که از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغییره استفاده شده است. تعداد افراد نمونه از نظر جنسیت ۵۴ درصد نمونه را پسران و ۴۶ درصد نمونه را نیز دختران تشکیل دادند.

- 
- 1- Family functioning inventory
  - 2- Epstein, Baldwin and Bishop
  - ۱- Ryffs Scales of Psychological Well-being
  - 4- Reef and Singer

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات ابعاد جهت گیری مذهبی، کارکرد خانواده و بهزیستی روان شناختی دانش آموزان

مولفه های پژوهش			کارکرد خانواده	مولفه های پژوهش			جهت گیری مذهبی و بهزیستی روان شناختی	
تعداد	میانگین	انحراف		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد		
استاندارد							جهت گیری مذهبی	
۳/۶۴	۱۱/۵۵	۳۲۰	حل مشکل	۶/۹۴	۳۲/۴	۳۲۰		جهت گیری مذهبی بیرونی
۳/۴۸	۱۳/۵۹	۳۲۰	ارتباط					جهت گیری مذهبی درونی
۲/۸۳	۲۰/۸۱	۳۲۰	نقش ها	۲/۱۵	۲۱/۸۸	۳۲۰		بهزیستی روان شناختی
۳/۲	۱۶/۵۳	۳۲۰	همراهی عاطفی					
۳/۶۱	۱۷/۷۵	۳۲۰	آمیزش عاطفی	۱۰/۵۸	۶۷/۷۹	۳۲۰		
۵	۲۱/۶۹	۳۲۰	کنترل رفتار					
۴/۲	۳۵/۱۸	۳۲۰	عملکرد کلی خانواده					

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می گردد، میانگین و انحراف استاندارد مولفه های پژوهش (ابعاد آزمون عملکرد خانواده و پرسشنامه جهت گیری مذهبی و بهزیستی روان شناختی) اشاره شده است.

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین مولفه های جهت گیری دینی و کارکرد خانواده با بهزیستی روانشناختی

مولفه های پژوهش	جهت گیری مذهبی بیرونی	جهت گیری مذهبی درونی	بهزیستی روان شناختی
حل مشکل	**-.۰/۴۰۹	**۰/۳۲۳	**-.۰/۴۵۲
R2	۱۶/۷۳	۱۰/۴۳	۲۰/۴
ارتباط	**-.۰/۱۸۳	**۰/۲۵۵	**-.۰/۲۸۷
R2	۳/۳۴	۶/۵	۸/۲۴
نقش ها	۰/۱۰۵	۰/۰۱۶	-۰/۰۳۸
R2	-	-	-
همراهی عاطفی	۰/۰۵۱	۰/۱۱۲	۰/۰۱۶
R2	-	-	-
آمیزش عاطفی	**-.۰/۲۰۱	-۰/۰۶۲	-۰/۰۳۸
R2	۴/۰۴	-	-

کنترل رفتار	R	*-۰/۶۲۲	**۰/۱۵۹	**۰/۲۹۱
	R2	۳۸/۶۹	۲/۵۳	۸/۴۷
عملکرد کلی	R	۰/۰۰۸	۰/۰۸۸	**۰/۲۸۸
خانواده	R2	-	-	۸/۲۹
بهزیستی روان	R	**۰/۳۱۹	*۰/۱۲۷	۱
شناختی	R2	۱۰/۱۷	۱/۶۱	-

همبستگی بین مولفه بهزیستی روان شناختی از یک طرف و انواع مولفه های عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) به صورت جداگانه اشاره شده است. همانطور که مشاهده می شود بین مولفه بهزیستی روان شناختی و خرده مقیاس های (حل مشکل، ارتباط، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) رابطه معنی دار و معکوس وجود دارد. قابل ذکر است در پرسشنامه عملکرد خانواده نمرات کمتر نشانه عملکرد بهتر خانواده است. همچنین همبستگی بین مولفه جهت گیری مذهبی بیرونی و درونی از یک طرف و انواع مولفه های عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) به صورت جداگانه اشاره شده است. همانطور که مشاهده می شود مولفه جهت گیری مذهبی بیرونی و درونی و تمامی خرده مقیاس های عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار) رابطه معنی دار و معکوس وجود دارد. لذا جهت بررسی رابطه چندگانه از تحلیل رگرسیون استفاده شد.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون گام به گام (همبستگی چند گانه)

معنی داری	خطای استاندارد	مجذور همبستگی	همبستگی چندگانه ۰
	برآورد		
**۰/۰۰۱	۵/۷۵	۰/۶۸۸	۰/۸۳۰

همبستگی بین مولفه های عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده)، از یک طرف و متغیر بهزیستی روان شناختی دانش آموزان از طرف دیگر برابر با  $R=0/830$  محاسبه گردیده است. این همبستگی را همبستگی چندگانه می نامند و عبارت است از همبستگی بین چند متغیر مستقل و یک متغیر وابسته، اگر این ضریب بتواند دو برسد برابر با  $0/688$  می گردد و نشان می دهد که  $68/8$  درصد واریانس یا تفاوت های فردی در بهزیستی روان شناختی مربوط به واریانس یا تفاوت های فردی در ویژگی های عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) است. این همبستگی از نظر آماری معنی دار است. ( $P=0/001$ ) همچنین خطای استاندارد برآورد برابر با  $5/75$  است. همچنین مدل رگرسیونی تبیین شده نیز طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده خطی و معنادار می باشد زیرا مقدار آزمون  $F$  برای تعیین معنی داری اثر متغیرهای مستقل بر بهزیستی روان شناختی برابر  $79/756$  با سطح معنی داری  $P=0/001$  می باشد.

جدول ۴: تحلیل رگرسیون چند متغیری (گام به گام)

مدل	همبستگی چندگانه	مجذور همبستگی	معنی داری
حل مشکل	۰/۳۷۱	۰/۱۳۷	***۰/۰۰۱
عملکرد خانواده	۰/۶۸۴	۰/۴۶۸	***۰/۰۰۱
ارتباط	۰/۷۶۶	۰/۵۸۷	***۰/۰۰۱
نقش	۰/۷۸۸	۰/۶۲۱	***۰/۰۰۱
کنترل رفتار	۰/۸۰۳	۰/۶۴۵	***۰/۰۰۱
آمیزش عاطفی	۰/۸۱۲	۰/۶۵۹	***۰/۰۰۱
همراهی عاطفی	۰/۸۳۰	۰/۶۵۹	***۰/۰۰۱

این نتایج نشان می دهد که به ترتیب در مرحله اول حل مشکل و در مرحله دوم عملکرد خانواده، در مرحله سوم ارتباط، در مرحله چهارم نقش و در مراحل بعدی کنترل رفتار، آمیزش عاطفی و همراهی عاطفی وارد معادله شده است و هیچ کدام از مولفه ها، از معادله حذف نشده است. معنی دار بودن ضرایب رگرسیون نشان می دهد که حل مشکل بطور معنی داری بهزیستی روان شناختی را پیش بینی می کند و اضافه شدن حل مشکل، عملکرد خانواده، ارتباط، نقش، کنترل رفتار، آمیزش عاطفی و همراهی عاطفی به معادله، قدرت پیش بینی را بطور معنی داری بالا می برد. چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود در مرحله اول وقتی حل مشکل وارد معادله می شود مجذور همبستگی آن ۰/۱۳۷ است؛ یعنی ۱۳/۷ درصد واریانس بین حل مشکل و بهزیستی روان شناختی مشترک است. در مراحل بعدی وقتی مولفه های حل مشکل، عملکرد خانواده، ارتباط، نقش، کنترل رفتار، آمیزش عاطفی و همراهی عاطفی به معادله اضافه می گردد این میزان به ۶۵/۹ درصد افزایش پیدا می کند.

جدول ۵: ضرایب خام و استاندارد در تحلیل رگرسیون چند متغیری

مدل	ضرایب غیر استاندارد		t	معنی داری
	B	خطای انحراف معیار		
ثابت	-۲۱/۷۶۰	۵/۷۷۹	-۳/۷۶۵	***۰/۰۰۱
حل مشکل	-۳/۸۹۱	۰/۱۹۴	-۲۰/۰۶۸	***۰/۰۰۱
عملکرد خانواده	۲/۴۵۳	۰/۱۳۲	۱۸/۶۵۳	***۰/۰۰۱
ارتباط	۰/۵۱۶	۰/۲۲۹	۲/۲۴۹	۰/۰۲۵
نقش	۱/۰۱۹	۰/۱۵۴	۶/۵۹۶	***۰/۰۰۱
کنترل رفتار	۱/۱۰۷	۰/۱۵۳	۷/۲۳۰	***۰/۰۰۱
آمیزش عاطفی	-۱/۱۳۴	۰/۲۰۲	-۵/۶۲۳	***۰/۰۰۱
همراهی عاطفی	۰/۹۶۵	۰/۱۹۸	۴/۸۷۸	***۰/۰۰۱

در مجموع طبق اطلاعات جدول شماره (۵) و با توجه به ضرایب بتاهای استاندارد شده ملاحظه می شود که به ترتیب عامل حل مشکل با مقدار  $\beta = -1/389$ ، عامل عملکرد خانواده با مقدار  $\beta = 1/068$ ، عامل ارتباط با مقدار



$\beta=0/171$ ، نقش با مقدار  $\beta=0/257$ ، عامل کنترل رفتار با مقدار  $\beta=0/529$ ، عامل آمیزش عاطفی با مقدار  $\beta=0/407$  و عامل همراهی عاطفی با مقدار  $\beta=0/295$ ، بیشترین تأثیر معنادار را در تبیین تغییرات و پیش بینی بهزیستی روان شناختی داشته اند.

جدول ۶: تحلیل رگرسیون گام به گام (همبستگی چند گانه)

معنی داری	خطای استاندارد برآورد	مجذور همبستگی	همبستگی چندگانه
***/001	9/85	0/150	0/388

همبستگی بین مولفه های جهت گیری مذهبی (جهت گیری مذهبی برونی، جهت گیری مذهبی درونی) از یک طرف و متغیر بهزیستی روان شناختی دانش آموزان از طرف دیگر برابر با  $R=0/388$  محاسبه گردیده است. این همبستگی را همبستگی چندگانه می نامند و عبارت است از همبستگی بین چند متغیر مستقل و یک متغیر وابسته، اگر این ضریب بتواند دو برسد برابر با ۱۵ درصد می گردد. و نشان می دهد که ۱۵ درصد واریانس یا تفاوت های فردی در بهزیستی روان شناختی مربوط به واریانس یا تفاوت های فردی در ویژگی های جهت گیری مذهبی است. این همبستگی از نظر آماری معنی دار است. ( $P=0/001$ ) همچنین مدل رگرسیونی تبیین شده نیز طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده خطی و معنادار می باشد زیرا مقدار آزمون  $F$  برای تعیین معنی داری اثر متغیرهای مستقل بر بهزیستی روان شناختی برابر  $27/655$  با سطح معنی داری  $P=0/001$  می باشد.

جدول ۷: تحلیل رگرسیون چند متغیری (گام به گام)

معنی داری	مجذور همبستگی	همبستگی چندگانه	مدل
***/001	0/101	0/319	جهت گیری مذهبی برونی
***/001	0/150	0/388	جهت گیری مذهبی درونی

این نتایج نشان می دهد که به ترتیب در مرحله اول جهت گیری مذهبی برونی و در مرحله دوم جهت گیری مذهبی درونی وارد معادله شده است و هیچ کدام از مولفه ها، از معادله حذف نشده است. معنی دار بودن ضرایب رگرسیون نشان می دهد که جهت گیری مذهبی برونی بطور معنی داری بهزیستی روان شناختی را پیش بینی می کند و اضافه شدن جهت گیری مذهبی درونی به معادله، قدرت پیش بینی را بطور معنی داری بالا می برد. چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود در مرحله اول وقتی جهت گیری مذهبی برونی وارد معادله می شود مجذور همبستگی آن  $0/101$  است؛ یعنی  $10/1$  درصد واریانس بین جهت گیری مذهبی برونی و بهزیستی روان شناختی مشترک است. در مراحل بعدی وقتی مولفه جهت گیری مذهبی درونی به معادله اضافه می گردد این میزان به ۱۵ درصد افزایش پیدا می کند.

جدول ۸: ضرایب خام و استاندارد در تحلیل رگرسیون چند متغیری

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	معنی داری	t
	B	خطای انحراف معیار			
ثابت	۲۴/۲۰۵	۷/۰۵۵	-	***	۳/۴۳۱
جهت گیری مذهبی	۰/۵۸۰	۰/۰۸۳	۰/۳۷۸	***	۷/۰۰۵
برونی	۱/۱۳۱	۰/۲۶۷	۰/۲۲۹	***	۴/۲۳۷
جهت گیری مذهبی درونی					

در مجموع طبق اطلاعات جدول شماره (۵) و با توجه به ضرایب بتاهای استاندارد شده ملاحظه می‌شود که به ترتیب عامل جهت گیری مذهبی برونی با مقدار  $\beta = -0/378$  و عامل جهت گیری مذهبی درونی با مقدار  $\beta = 0/229$  بیشترین تأثیر معنادار را در تبیین تغییرات و پیش بینی بهزیستی روان شناختی داشته‌اند.

### ۳. نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش جهت گیری مذهبی (بیرونی و درونی) و کارکرد خانواده، بر میزان بهزیستی روانی در دانش آموزان شهر تهران انجام شده است. نتایج تحلیلی حاصل از این پژوهش نشان داد که بین مولفه های جهت گیری مذهبی و کارکرد خانواده و بهزیستی روانی تفاوت هایی معنادار وجود دارد. همسو با این یافته، در پژوهشی که توسط اصغری و همکاران (۱۳۸۶) انجام شد؛ نشان داد که بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت دانش آموزان رابطه معناداری وجود دارد. در این پژوهش بین مولفه های بهزیستی روانشناختی و خرده مقیاس های عملکرد خانواده ( حل مشکل، ارتباط، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) رابطه معنی دار و معکوس وجود دارد. این در حالی است که در پرسشنامه عملکرد خانواده نمرات کمتر نشانه عملکرد بهتر خانواده است. در واقع با افزایش عملکرد بهتر خانواده، بهزیستی روانشناختی افراد نیز بالا می رود. این یافته با پژوهش بویراز و سایگر (۲۰۱۰) که نشان دادند انسجام و عملکرد خانوادگی و سازگاری نقش بسیار موثری در بهزیستی روانی فرزندان داشته، هماهنگی دارد. همچنین از جمله عوامل تأثیر گذار در سلامت و بهزیستی روانی نوجوانان طبق پژوهش ورونیز و همکاران (۲۰۱۴) نحوه برداشت آنها از عملکرد و رضایت خانواده و محیط اجتماعی می باشد. طبق پژوهش انجام شده ۶۸/۸ درصد واریانس یا تفاوت های فردی در بهزیستی روانشناختی، مربوط به واریانس یا تفاوت های فردی در ویژگی های عملکرد خانواده است. در کل بین عملکرد کلی خانواده ها و بهزیستی روانی افراد ارتباطی مستقیم و معنادار وجود دارد (رحیمی نژاد و پاک نژاد، ۱۳۹۳). در واقع طبق این پژوهش ها هر چه عملکرد خانواده ها و کیفیت ارتباطات در افراد خانواده افزایش یابد، سلامت روانی افزایش یافته و بر عکس آسیب روانی و مشکلات اضطراب و افسردگی کاهش می یابد (سلطانی فرد و بیبا، ۱۳۸۶). بنابراین می توان گفت عملکرد منفی خانواده ها تأثیر منفی بر سلامت روانی افراد می گذارد (وین دیجک و همکاران، ۲۰۱۳؛ برنجی ۲۰۱۰؛ هاروی، ۲۰۰۵). هم چنین در این پژوهش، بین مولفه های جهت گیری مذهبی بیرونی و درونی و مولفه های عملکرد خانواده رابطه معنی دار و معکوس وجود دارد. در واقع با در نظر گرفتن این مورد که

نمره پایین در پرسشنامه، عملکرد بهتر خانواده را نشان می دهد، با افزایش عملکرد خانواده، جهت گیری مذهبی افزایش می یابد. طبق این پژوهش ۱۵ درصد واریانس یا تفاوت های فردی در بهزیستی روان شناختی، مربوط به واریانس در ویژگی های جهت گیری مذهبی است. در واقع جهت گیری مذهبی بیرونی در روش رگرسیون گام به گام، ابتدا وارد معادله می شود و تا ۱۰ درصد واریانس بین این دو متغیر را پیش بینی می کند و با وارد شدن جهت گیری مذهبی درونی، این قدرت پیش بینی به صورت معناداری افزایش می یابد. همسو با این یافته در پژوهشی مشخص شد؛ کسانی که دارای گرایش مذهبی هستند از سلامت روان بیشتر، شادمانی و خشنودی بیشتری نسبت به خودشان و سلامتی شان برخوردارند (کالک، ۲۰۱۳؛ وست، ۱۳۸۲؛ عنایت و آقاپور، ۱۳۸۹). همچنین دینداری به عنوان عامل مهم و تاثیر گذار در شادی، رضایت از زندگی، عشق به زندگی، سلامت روان، سلامت جسمی می باشد و نداشتن آن باعث اضطراب، افسردگی و روان رنجوری می شود (کالک و احمد، ۲۰۱۴؛ بولهری و همکاران، ۲۰۱۲؛ رحیمیان بوگر، ۱۳۹۱). از این رو سلامت روانی، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اهمیت سلامت روانی تا آنجا مهم است که سازمان جهانی بهداشت روانی از این مفهوم تحت عنوان انسانیت که ریشه در مفاهیم زیست شناختی دارد از جمله فرهنگ، اجتماع، جامعه و کارکرد خانواده، یاد می کند (بم و دیسایزا، ۲۰۱۴). بنابراین افراد در خانواده و به ویژه والدین با عملکرد خود در چارچوب خانواده تاثیر مهمی در سلامت روان فرزندان خود می گذارند و طبق این پژوهش سلامت روان بالاتر، جهت گیری مذهبی بهتری را در پی خواهد داشت. در واقع افرادی جهت گیری مذهبی بهتر و اعتقادات دینی قوی تر دارند، احساس آرامش و امنیت بیشتری می نمایند و افسردگی، اضطراب و مشکلات روحی و خلقی کمتری را متحمل می شوند و از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهند بود (نوابخش و پور یوسفی، ۱۳۸۵).

#### منابع:

- سلطانی فر، ع. و بینا، م. (۱۳۸۶). بررسی شیوع افسردگی کودکان دبستانی ۹ تا ۱۱ ساله در تهران و رابطه آن با عملکرد خانواده. فصلنامه اصول بهداشت روانی. شماره ۳۳ و ۳۴، بهار و تابستان.
- رحیمی نژاد، ع. و پاک نژاد، م. (۱۳۹۳). رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان شناختی با سلامت روانی نوجوانان. فصلنامه خانواده پژوهی. سال ۱۰، (۳۷)، ۹۹-۱۱۱. بهار.
- جعفری، ا؛ صدری، ج. و فتحی اقدم، ق. (۱۳۸۶). رابطه بین کارآیی خانواده و دینداری و سلامت روان و مقایسه آن بین دانش آموزان دختر و پسر. تازه ها و پژوهش های مشاوره، ۲۲(۶)، ۱۰۷-۱۱۵.
- وست، و. (۱۳۸۲). روان درمانی و معنویت. ترجمه ش. شهیدی و س. شیر افکن. تهران: انتشارات رشد.
- رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۱). مطالعه اثر بخشی آموزه های نهج البلاغه بر ارتقای سلامت روان دانش آموزان. فصلنامه پژوهش های نهج البلاغه، سال اول، ۱. بهار.
- عنایت، ح. و آقاپور، ا. (۱۳۸۹). بررسی عامل های اجتماعی- فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده (نمونه مورد مطالعه: خانواده های ساکن شهر شیراز)، فصلنامه زن و جامعه، سال اول، شماره ۲: ۲۷-۴۶.
- نوابخش، م. و پوریوسفی، ح. (۱۳۸۵). نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان. پژوهش دینی، شماره چهاردهم، زمستان
- چراغی، م و مولوی، ح. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دین داری و سلامت عمومی در دانش آموزان دانشگاه اصفهان، مجله پژوهش های تربیتی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، سال دوم، شماره ۲، ۲۲-۱.
- حسنی، ع. (۱۳۸۵). بررسی رابطه دین داری با سلامت روانی و میزان ترشح ایمونو گلوبین A در دانش آموزان دانشگاه علوم پزشکی زنجان، پایان نامه کارشناسی ارشد، زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان.

- ریاحی، م و علیوردی، ا. (۱۳۸۷). بررسی اثرات دین داری و جهت گیری دینی بر سلامت روان دانش آموزان دانشگاه مازندران. علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره ۹، شماره ۳، ۵۱-۹۰.
- ساعتچی، م؛ کامکاری، ک؛ عسکریان، م. (۱۳۸۹). آزمون های روانشناختی. تهران، نشر ویرایش.
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۸۶). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه.
- کرامتی، ه؛ مرادی، ع و کاوه، م. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه کارکرد خانواده و سیمای روانشناختی فرزندان شاهد. فصلنامه نوآوری آموزشی، شماره ۱۱، سال چهارم.
- گراوند، ه؛ قنبری هاشم آبادی، ب؛ کامکار، ز، جعفری، س. (۱۳۹۱). بررسی تطبیقی جهت گیری دینی (درونی و بیرونی) با سلامت روان و باورهای غیرمنطقی. روانشناسی و دین، سال پنجم، شماره اول، ۱۰۳-۷۹.
- مارشال، ک و راس من، گ. (۱۳۷۷). روش تحقیق کیفی. (ترجمه پارسائیان، سید علی و اعرابی، سید محمد). تهران: دفتر پژوهش های فرهنگی.
- مختاری، ع؛ عباسعلی، ا؛ رسول زاده طباطبایی، ک. (۱۳۸۰). رابطه جهت گیری مذهبی با میزان تنیدگی. فصلنامه روانشناسی، دوره ۵، سال اول، ش ۱۷: ۵۶ تا ۶۷.
- نادری، ع و سیف نراقی، م. (۱۳۸۱). روش های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی. تهران: دفتر تحقیقات و انتشارات بدر.
- نسابه، م ح. (۱۳۸۴). نقش باورها و عقاید مذهبی در سلامت روان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، شیراز، دانشگاه شیراز.
- وثوقی، م و نیک خلق، ع ا. (۱۳۸۳). مبانی جامعه شناسی. تهران: انتشارات بهینه.
- Van Dijk, Marloes P. A. , Branje, Susan. , Keijsers, Loes. , Hawk, Skyler T. , Hale III, William W. & Meeus, Wim (2013). Self-Concept Clarity Across Adolescence: Longitudinal Associations With Open Communication With Parents and Internalizing Symptoms. *Journal of youth and Adolescence*. 42(12).
- Branje, S. J. T., Hale, W. W., III, Frijns, T., & Meeus, W. H. J. (2010). Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 751-763.
- Veronese, G., Fiore, F., Castiglioni, M., & Natour, M. (2014). Family quality of life and child psychological well-being in Palestine: A pilot case study. *Journal of Social Work*, 1468017314549690.
- Bemme, D., & D'souza, N. A. (2014). Global mental health and its discontents: An inquiry into the making of global and local scale. *Transcultural psychiatry*, 51(6), 850-874.
- Abdel-Khalek, A. M. (2013). Religiosity, health and happiness: Significant relations in adolescents from Qatar. *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764013511792.
- Abdel-Khalek, A. M. (2014). Religiosity and Well-Being in a Muslim Context. In *Religion and spirituality across cultures* (pp. 71-85). Springer Netherlands.
- Bolhari, J., Ahmadkhaniha, H., Hajebi, A., Bagheri Yazdi, S. A., Naserbakht, M., Karimi-Kisomi, I., & Tahmasebi, S. (2012). Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(4), 271-278.
- Boyraz, G., & Sayger, T. V. (2010). Psychological Well-Being Among Fathers of Children With and Without Disabilities: The Role of Family Environment and Paternal Self-Efficacy. *American journal of men's health*.
- Allport, G.W. & Ross, J, M. (1967). Personal religious oriantaiton and prejudice. *Journal*
- Butkovic, A., Brkovic, I., & Bratko, D. (2012). Predicting well-being from personality in adolescents and older adults. *Journal of Happiness Studies*, 13, 455-467.

- Chapple E. P. (2003). Mental health and religion: a guide for service providers, clinical psychology review 21, 7. 989-1003.
- Creswell J. w. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative & mixed method approaches (third edition)*. Sage publications London: New Delhi.
- Creswell J. w. (2012). Educational research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research. (Fourth edition). Pearson. Boston. device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster family assessment
- Feagin, J.R. (1964). Prejudice and religious types: A focused study of Southern fundamentalists. *Journal for the Scientific study of Religion*, 4, 3-13.
- Kokko, K., Korkalainen, A., Lyyra, A.-L., & Feldt, T. (2013). Structure and continuity of well-being in mid-adulthood: A longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 14, 99–114.
- Kokko, K; Tolvanen, A and Pulkkinen, L. (2013). Associations between personality traits and psychological well-being across time in middle adulthood. *Journal of Research in Personality* 47 (2013) 748–756.
- Moreira-Almeida, at. al (2006): Religiousness and Mental Health: a review, Center for the Study of Religious and Spiritual Problems (NEPER), Department of Psychiatry, Universidad de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil. 131-119. of personality and Social Psychology, 5, 447-457.
- Pajevic, Izet, Sinanovic, Osman & Hasanovic, Mevludin (2005) Religiosity and Mental Health, *Psychiatria Danubina*, 2005; Vol. 17, No. 1–2, pp 84–89. *Psychology and Aging*, 27, 867–874.
- Rippentrop, A. Elizabeth, et al., (2005): The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population, *Pain*, 116, pp: 311–321.
- Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*. 2006;35(4):1103-19.
- Ryff, C.D., (1989). Happiness Is Everything, Or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1069–1081. Sefidi F, Farzad V. Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin university of medical science. *J Qazvin University Med Sci*. 2009;16(1):65-71. [Persian].
- Wortman, J., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2012). Stability and change in the Big Five personality domains: Evidence from a longitudinal study of Australians.