MEJDS. 2018; 8:22.
Published online 2018 Nov. **Research Article**

# Relation between Religious Orientation and Hardiness with Mental Health among Students

*Mehrnaz Azadyekta[1]

Author Address
1. PhD in psychology ,Associate professor of group of counseling and psychology ,Islamic Azad University, Islamshahr Branch ,Tehran , Iran.
***Corresponding Author Address:** Gisha street, 12 avenue, center of psychology and counseling Ravanpouyya.
***Tel**: +982188289518
***Email**: m.azadyekta@ yahoo.com

**Received:** 2015 July 21; **Accepted:** 2018 February 10

**Abstract**
**Background & Objective**: Today, Mental Health is one of the main criteria for evaluating the health of a society and undoubtedly plays a significant role in the progress and effectiveness of it with this background, the aim of this study was to examine the role of religious orientation and hardiness with mental health among students.
**Methods**: In order to evaluate the research hypotheses, 365 students of Islamic Azad University of Islamshahr Branch through the cluster random sampling were selected. Means of data collection were questionnaires of Hardiness, mental health and religious orientation questionnaire. For data analysis, methods of the Pearson correlation coefficient and stepwise multiple linear regression were used.
**Results**: The results showed there is a significant relation between internal religion orientation and mental health of students (P<0.001). There is a relation between hardiness and mental health (P<0.001). Religious orientation, and hardiness are considered as important factors in predicting students' mental health, respectively. Regression coefficient results showed that as a total these two variables predict 24% of changes in mental health. Peripheral outcomes of the study showed there is a significant difference among married and single students in terms of mental health, so that the mental health level of single students is higher than married students (P<0.001). There is a significant difference between mental health of male and female students so that the mental health level of boys is higher than girls (P<0.001).
**Conclusion**: Religious orientation, and hardiness can considered as important variables in predicting students' mental health.
**Keywords**: Religious orientation, hardiness, mental health, students.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.8.3 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۲۲.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

# رابطهٔ بین جهت‌گیری دینی و سخت‌رویی با سلامت روان در دانشجویان

*مهرناز آزادیکتا[۱]

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای روان‌شناسی، دانشیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه آزاداسلامی ، واحد اسلامشهر، تهران ، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران، گیشا، بین خیابان ۱۲ و ۱۴، پلاک ۹۳، مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره روان پویا.

***تلفن:** ۸۸۲۸۹۵۱۸

***رایانامه:** m.azadyeka@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۱۴تیرماه۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۱بهمن‌ماه۱۳۹۶

**چکیده**

**هدف:** سلامت روانی، امروزه، یکی از ملاک‌های اصلی ارزیابی سلامت جامعه است و بی‌شک نقش چشمگیری در کارآمدی و پیشرفت آن بازی می‌کند. باتوجه به اهمیت این مسئله، هدف از این تحقیق بررسی نقش جهت‌گیری دینی و سخت‌رویی با سلامت روان بوده است.

**روش‌بررسی:** در این بررسی ۳۶۵ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام‌شهر از طریق نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌های دیدگاه شخصی، سلامت روان و جهت‌گیری دینی آلپورت بود. برای تجزیه‌وتحلیل اطلاعات علاوه‌بر روش‌های آمار توصیفی از روش‌های همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی به‌روش گام‌به‌گام و آزمون تی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل نشان داد که رابطهٔ معناداری بین جهت‌گیری درونی و سلامت روان وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). رابطهٔ معناداری بین سخت‌رویی و سلامت روان وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). بین جهت‌گیری دینی بیرونی و سلامت روان رابطه وجود ندارد. درمجموع دو متغیر جهت‌گیری دینی درونی و سخت‌رویی۲۴درصد از تغییرات مربوط به سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین نتایج یافته‌های جانبی تحقیق نشان داد بین دانشجویان متأهل و مجرد و نیز دختر و پسر از نظر سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد، به‌طوری‌که دانشجویان مجرد در مقایسه با دانشجویان متأهل ($p<۰/۰۰۱$) و مذکرها در مقایسه با دانشجویان مؤنث ($p<۰/۰۵۰$) از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند.

**نتیجه‌گیری:** جهت‌گیری دینی درونی و سخت‌رویی می‌توانند به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین سلامت روان مطرح باشند.

**کلیدواژه‌ها:** جهت‌گیری دینی، سخت‌رویی، سلامت روان، دانشجویان.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.8.3 ]

## ۱ مقدمه

سلامت روان، نیازی اساسی و برای بهبود کیفیت زندگی انسان، امری حیاتی است. سلامت روان با ویژگی‌های توانمندساز درونی یا منابع قدرت، ارتباط دارد. برخورداری از این منابع درونی توانایی فرد را برای رشد سازگارانه افزایش می‌دهد. در واقع سلامت روان، همان مفهوم کلی سلامتی بوده که توانایی کامل برای ایفای نقش های اجتماعی‌روانی و جسمی، بدون وجود بیماری است (۱)

از سوی دیگر، در چرخهٔ حیات انسان، تحول پدیده‌ای دائمی و غالب است؛ ورود به دانشگاه می‌تواند یکی از مهم‌ترین مراحل تغییرات و دوره‌های گذار در زندگی جوانان باشد. افراد در این دوره با چالش‌های جدیدی در تحصیل، روابط اجتماعی و دیگر زمینه‌های ممکن مواجه می‌شوند. این تغییر و تحولات منجر به افزایش سطح تنیدگی و مشکلات سازشی و رفتاری از جمله رفتارهای پرخطر در آن‌ها می‌گردد و سلامت روانی آن‌ها را به خطر می‌اندازد. پژوهش‌هایی که بر روی دانشجویان با هدف بررسی وضعیت سلامت روان انجام گرفته نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در میان دانشجویان فراوانی بیشتری دارد. در همین رابطه یوسفی و محمدخانی (۲)، میزان اختلالات روانی را در تحقیقی که میان دانشجویان دانشگاه کردستان انجام دادند، ۴۰/۲ درصد و پرویزی‌فرد و همکاران (۳) در تحقیقی که بر روی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه کرمانشاه انجام شد؛ این رقم را ۲۸/۳ درصد برآورد کردند. انصاری و همکاران (۴) رقم ۱۲/۷۵ تا ۳۰/۴ درصد را گزارش نموده‌اند.

از طرفی، یافته‌های روزافزونی وجود دارند که نقش عوامل روان‌شناختی مثبت از قبیل خوش‌بینی، معنویت و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد را در ارتقای کیفیت سلامت جسمانی و روانی افراد اثبات کرده‌اند. در این راستا، دروتر همکاران (۵) به بررسی ارتباط نگرش های دینی و اعمال دینی در بین سلامت روان بزرگسالان پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که جهت‌گیری دینی و نگرش شناختی‌اجتماعی مثبت به دین، همبستگی مثبت معناداری با بهزیستی روان‌شناختی و همبستگی منفی معناداری با اختلالات روانی دارد. صالحی و همکاران (۶) نشان دادند که باورهای مذهبی قوی‌تر پیش‌بینی‌کنندهٔ سلامت روان بالاتر در دانشجویان است. وایلانت و همکاران (۷) در مطالعه‌ای طولی، ارتباط بین دین‌داری و سلامت روان را در ۴۲۲ دانشجوی دانشگاه هاروارد بررسی کردند. مطالعهٔ آن‌ها نشان داد که دین‌داری با بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی ها، ارتباط مثبت و معناداری دارد. پژوهش دیو و همکاران (۸)، نیز نشان داد که معنویت و باورهای دینی در دانشجویان با افسردگی کمتر رابطه دارد. از سوی دیگر، بعضی از پژوهش‌های انجام‌شده، شواهد روشنی در تأیید اثرات دین‌داری بر سلامت روان نیافته‌اند. به‌عنوان مثال داریل و همکاران (۹)، در پژوهشی با هدف بررسی رابطهٔ دین‌داری، استرس و اضطراب روان‌شناختی در بین دانشجویان دریافتند که هیچ رابطه‌ای میان نمرات براساس مقیاس نگرش به مسیحیت و مقیاس استرس، حمایت اجتماعی یا سلامت عمومی وجود ندارد. موریا المدیا و همکاران (۱۰) نیز در مطالعه‌ای کیفی و به‌صورت فراتحلیل به بررسی شواهد علمی رابطهٔ بین مذهب و سلامت روان پرداخته‌اند. یافته‌های این فراتحلیل نشان داده است که در اکثر مطالعات، رفتارهای مذهبی رابطهٔ معناداری با شاخص‌های سلامت روان، ندارد.

این تناقض بین پژوهش‌ها را شاید بتوان با بررسی دقیق‌تر متغیر دین‌داری تبیین کرد. به نظر می‌رسد کیفیت و ماهیت دین‌داری و نوع جهت‌گیری آن (درونی- بیرونی) شاید مهم‌تر از بررسی این متغیر به‌صورت کلی باشد. آلپورت (به نقل از ریاحی ۱۳۸۷) (۱۱)، نخستین‌بارجهت‌گیری مذهبی را به دو صورت درونی و بیرونی طرح کرد. «جهت‌گیری مذهبی درونی»[1] در کسانی دیده می شود که به امور مذهبی اساساً به‌دلیل کسب لذت و رضایت درونی و برمبنای ارتباطی کاملاً شناختی و خصوصی با خداوند گرایش دارند. برعکس «جهت‌گیری مذهبی بیرونی»[2] بیشتر در کسانی دیده می شود که بیشتر به دستاوردهای اجتماعی و شخصی گرایش دارند.

درزمینهٔ رابطهٔ جهت‌گیری دینی و سلامت روان نیز تحقیقاتی انجام شده است؛ جان بزرگی (۱۲)، رابطهٔ بین جهت‌گیری دینی و سلامت روان در بین دانشجویان تمامی دانشگاه‌های شهر تهران را بررسی کرد و دریافت که هرچه جهت‌گیری دینی درونی‌تر می‌شود سلامت روانی افزایش می‌یابد و هرچه جهت‌گیری فرد بیرونی‌تر می‌شود، احساس خستگی و نشانه‌های بیماری در بدن بیشتر می‌گردد. گراوند و همکاران (۱۳) نیز نشان دادند که جهت‌گیری دینی درونی با سلامت روان همبستگی مثبت و معناداری داشته و با باورهای غیرمنطقی همبستگی منفی و معناداری دارد. پیپرس و همکاران (۱۴) در پژوهشی با عنوان تفاوت‌های جنسیتی به هنگام اضطراب و مرگ و جهت‌گیری مذهبی در میان دانشجویان دانشگاه و دانش‌آموزان دبیرستان آمریکایی، نشان دادند که اضطراب در دانشجویان دختر با جهت‌گیری مذهبی بیرونی بالاتر است.

از سوی دیگر یکی از عوامل بسیار مهمی که تحت تأثیر معنویات و باورها ی مذهبی قرار می‌گیرد سخت‌رویی است. ماستن (۱۵)، معتقد است که سخت‌رویی ظرفیت مثبت روانی، در کنارآمدن با استرس و حوادث بوده و شامل توانایی برای برگشت به وضعیت تعادل پس از تجربهٔ ناآرامی و تنش است. تحقیقاتی که نیز در سخت‌رویی انجام گرفته است تأثیر مثبت این ویژگی روان‌شناختی را بر سلامت روان نشان داده است (۲۰ـ۱۶). این تحقیقات نشان می‌دهد که افراد با سخت‌رویی بالاتر در ارتباط با تنش‌زاهای محیطی، راهکارهای مقابله‌ای کارآمدتری دارند؛ در ارتباط با موانع زندگی از چالشگری بیشتری برخوردارند و تغییرات و چالش‌ها را بخش طبیعی و جدایی‌ناپذیر از زندگی می‌دانند؛ لذا این نوع نگرش می‌تواند موجب افزایش سطح سلامت روانی افراد شود. در ارتباط با پژوهش حاضر، مدی و کوباسا (۲۱)، نشان دادند که بین سخت‌رویی و دین‌داری ارتباط معناداری وجود دارد.

با توجه به آنچه گذشت این تحقیق در پی آن است که با توجه به تناقضاتی که به‌ویژه در اثر دین‌داری بر سلامت روان وجود دارد، نقش جهت‌گیری دینی و سخت‌رویی را در سلامت روان بررسی نماید.

[1] Internal religion orientation

[2] External religion orientation



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.8.3 ]

## ۲ روش بررسی

این تحقیق از نوع مقطعی بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل همهٔ دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام‌شهر در سال تحصیلی۹۳ـ۹۲ بودند. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. برای نمونه‌گیری نخست از میان دانشکده‌های دانشگاه، چهار دانشکده و از هر دانشکده یک رشتهٔ تحصیلی به‌تصادف انتخاب گردید. با درنظرگرفتن کل دانشجویان (۲۲۳۴۱ نفر) و همچنین با درنظرگرفتن نسبت دانشجویان دانشکده‌ها و همچنین با حفظ نسبت متغیرهای سال پذیرش دانشجویان و رشتهٔ تحصیلی و لحاظ جدول مورگان، نمونه‌ای به حجم ۳۷۷ نفر به‌تصادف انتخاب شد. نمونهٔ انتخابی به پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، آزمون زمینه‌یابی دیدگاه‌های شخصی، آزمون سلامت روان و آزمون جهت‌گیری دینی آلپورت پاسخ دادند. برای حفظ اصول اخلاقی پژوهش، ابتدا توضیحاتی دربارهٔ موضوع و زمینهٔ تحقیق، اهداف و نحوهٔ کامل کردن پرسشنامه‌ها داده شد. همچنین، به دانشجویان گفته شد که در همکاری با طرح کاملاً مخیّر هستند؛ نام و اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند و به هر دانشجو یک کد تعلق گرفت که در صورت تمایل می‌توانستند با آن از نتایج آزمون مطلع شوند. قابل ذکر است که ۱۲ تا از پرسشنامه‌ها به‌دلیل مخدوش‌شدن کنار گذاشته شد و در پایان ۳۶۵ پرسشنامه وارد چرخهٔ پژوهش گردید.

ابزار پژوهش: پرسشنامهٔ زمینه‌یابی دیدگاه‌های شخصی[1] (PVS): مقیاس سخت‌رویی کوباسا (۱۹۸۸) پرسشنامه‌ای ۵۰ آیتمی است که شامل خرده‌تست‌های چالش، تعهد و کنترل است که براساس مقیاس لیکرت شکل گرفته (چهار گزینه‌ای) که با دامنه‌ای از ۰ (اصلاً درست نیست) تا ۳ (کاملاً درست است) است و برای هر یک از ۳ خرده‌مقیاس نمرهٔ جداگانه ارائه می‌شود و میانگین این سه مقیاس به‌عنوان نمرهٔ کل سخت‌رویی محسوب می‌شود. آزمون سخت‌رویی (کوباسا، ۱۹۷۶) توسط قربانی (۲۲) ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده و تأیید شده است. در این تحقیق پراکندگی نمرات از ۲۲ تا ۹۴ بوده است. لذا افرادی که در سخت‌رویی نمرهٔ ۲۲-۴۶ کسب کرده‌اند، ضعیف، ۷۰ـ۴۷ متوسط و ۹۴ـ۷۱ کسب کرده‌اند جزو افراد با سخت‌رویی بالا محسوب شدند. جمهری (۱۳۸۱) میزان اعتبار این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برآورد کرده است (۲۳).

مقیاس جهت‌گیری دینی آلپورت[2]: این آزمون در سال ۱۳۷۷ در ایران توسط جان بزرگی ترجمه و هنجاریابی شده است. همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ گزارش شده است (۱۲). این مقیاس از ۲۱ گویه ساخته شده است. ۱۱ گویهٔ اول آن به اندازه‌گیری جهت‌گیری دینی بیرونی پرداخته و ۱۰ گویهٔ بعدی، جهت‌گیری دینی درونی را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری برای گویه‌های مقیاس جهت‌گیری دینی بدین شکل بوده که در بُعد جهت‌گیری بیرونی، نمرهٔ ۱ به‌منزلهٔ کاملاً مخالف و نمرهٔ ۵ کاملاً موافق در نظر گرفته شده است. این نمره‌گذاری، برای بُعد جهت‌گیری دینی درونی، کاملاً بر عکس بوده است. ازین‌رو امکان جمع دو بُعد درونی و بیرونی وجود ندارد و نمرات در هر یک از این ابعاد به‌طور جداگانه محاسبه می‌شود. مقدار حداقل و حداکثر نمرات بین ۱۱ تا ۵۵ در نوسان است. در تحقیق حاضر با توجه به پراکندگی نمرات، آزمودنی‌ها در سه طبقه جهت‌گیری درونی پایین (نمرات، ۲۲ـ۱۱) متوسط (۳۴ـ۲۳) و بالا (۳۵-۴۶) قرار گرفتند. پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است.

مقیاس اندازه گیری سلامت روان[3] (GHQ): این پرسشنامه را اولین بار گلدبرگ (۱۹۷۲) تهیه کرده و به‌طور وسیعی به‌منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده است. این پرسشنامه، پرسشنامهٔ سرندی مبتنی‌بر روش خودگزارش‌دهی بوده و دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های بدنی اضطراب و بدخوابی، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی اساسی است. از جمع نمرات یک نمرهٔ کلی به دست می‌آید. نمرهٔ زیادتر در این مقیاس نشان‌دهندهٔ علائم مرضی بیشتر و سلامت عمومی کمتر است. نمرهٔ برش آن که افراد دارای مشکل را تشخیص می‌دهد؛ ۲۳ است. در بررسی حقیقتی و همکاران (۲۴)، روایی این آزمون به‌کمک نمرهٔ کل فهرست علائم نود سؤالی بازنگری‌شدهٔ (SCL-90-R) محاسبه شد و ضریب آلفا برای چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های بدنی (۰/۸۶)، بدخوابی (۰/۸۵)، ناسازگاری اجتماعی (۰/۷۲) و افسردگی (۰/۸۲) به دست آمد (۱۶). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۳ گزارش شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (همبستگی، رگرسیون، آزمون t) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

## ۳ یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی تحقیق نشان داد که ۲۸۰ نفر (۷۷درصد) از آزمودنی‌ها دختر و ۸۵ نفر (۱۳درصد)، پسر بودند. ۱۰۳ نفر از آزمودنی (۲۸/۲درصد) شاغل و ۲۶۲ نفر (۷۱/۷درصد) غیرشاغل بودند. ۲۲۰ نفر از آزمودنی‌ها (۶۰درصد) مجرد و ۱۴۵ نفر (۴۰درصد) متأهل بوده و ۴۵ نفر از دانشجویان (۱۲/۳درصد) در مقطع کاردانی، ۲۴۰ نفر (۶۵/۷درصد) در مقطع کارشناسی و ۸۰ نفر (۲۱/۹درصد) در مقطع کارشناسی‌ارشد بودند.

جدول ۱ نشان می‌دهد که ۲۱/۲۸ درصد از آزمودنی‌ها دارای جهت‌گیری دینی بیرونی بالا و ۶/۶ درصد از آزمودنی‌ها دارای جهت‌گیری دینی درونی بالا هستند پس می‌توان گفت که بیشتر آزمودنی‌ها دارای جهت‌گیری بیرونی هستند.

[1] Personal View Survey

[2] Scale of Alport religion orientation

[3] Scale of mental health



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.8.3 ]

جدول ۱. توزیع پاسخگویان بر حسب جهت‌گیری دینی و سخت‌رویی

| متغیرهای مستقل | | پایین | | متوسط | | بالا | | جمع | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| جهت‌گیری دینی | بیرونی | ۵۹ | ۶/۲۵ | ۲۲۲ | ۶۲/۱۸ | ۷۶ | ۲۱/۲۸ | ۳۵۷ | ۱۰۰ |
| | درونی | ۱۸۶ | ۵۲/۱۰ | ۱۴۹ | ۴۱/۷۳ | ۲۲ | ۶/۶ | ۳۵۷ | ۱۰۰ |
| سخت‌رویی | | ۷۰ | ۹/۸۸ | ۱۸۹ | ۵۳/۶۹ | ۹۳ | ۲۶/۴۲ | ۳۵۲ | ۱۰۰ |

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش | میانگین | انحراف استاندارد | تعداد |
|---|---|---|---|
| سلامت روانی | ۲۴/۸۰ | ۱۷/۸۲ | ۳۶۵ |
| سخت‌رویی | ۴۹/۲۱ | ۱۷/۸۸ | ۳۵۸ |
| جهت‌گیری دینی درونی | ۲۸/۷ | ۱۷/۲۸ | ۳۶۵ |
| جهت‌گیری دینی بیرونی | ۲۱/۳ | ۱۳/۹۰ | ۳۶۵ |

همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود میانگین سلامت روان در آزمودنی‌های این پژوهش ۲۴/۸۰ بود که بیانگر آن است که آزمودنی‌های این پژوهش در معرض تهدید سلامت روانی قرار دارند. میانگین سخت‌رویی ۴۹/۲۱ بود که نشان می‌دهد آزمودنی‌ها ازنظر این متغیر در محدودهٔ متوسط قرار دارند. میانگین جهت‌گیری دینی درونی ۲۸/۷ بود که در سطح متوسط قرار دارد. جهت‌گیری دینی بیرونی ۲۱/۳ بود که در سطح پایین قرار دارد.

جدول ۳. ماتریس ضریب همبستگی به‌منظور بررسی رابطهٔ بین نمرات سلامت روان با متغیرهای پژوهش

| | سلامت روان | سخت رویی | جهت‌گیری درونی | جهت‌گیری بیرونی |
|---|---|---|---|---|
| سلامت روان | ۱ | | | |
| سخت رویی | -۰/۴۸۳** | ۱ | | |
| جهت‌گیری دینی درونی | -۰/۴۶۹** | ۰/۹۶۹*** | ۱ | |
| جهت‌گیری دینی بیرونی | -۰/۰۵۷ | ۰/۱۰۷ | ۰/۷۵ | ۱ |

**p<۰/۰۰۱ و ***p<۰/۰۰۱

از از بین متغیرها، رابطهٔ جهت‌گیری دینی بیرونی با سلامت روان معنادار نیست. بر اساس اطلاعات جدول مابقی متغیرها رابطهٔ معناداری با سلامت روان دارند، بنابراین می‌توان متغیرهای سخت‌رویی و جهت‌گیری دینی درونی را به‌عنوان متغیر پیش‌بین، وارد معادلهٔ رگرسیون نمود.

جدول ۴. نتایج رگرسیون چندگانه به‌منظور پیش‌بینی میزان سلامت روان براساس نمرات سخت‌رویی و جهت‌گیری دینی

| گام | متغیر | β | T | P | همبستگی R | مجذورR | F | مقدار P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | جهت‌گیری دینی درونی | ۰/۴۵ | ۴/۴۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۵۶ | ۰/۲۰۷ | ۱۱۲/۰۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| ۲ | جهت‌گیری دینی درونی | ۰/۳۲ | ۳/۱۱ | ۰/۰۰۰۱ | | | | |
| | سخت‌رویی | ۰/۲۶ | ۲/۶۵ | ۰/۰۰۰۱ | | | | |
| | اثر تعاملی جهت‌گیری دینی درونی سخت‌رویی | – | – | – | ۰/۴۹۲ | ۰/۲۴۲ | ۷/۲۲۰ | ۰/۰۰۷ |

در گام اول متغیر جهت‌گیری دینی درونی که دارای بیشترین ضریب همبستگی با سلامت روان بوده وارد معادله شده است. جهت‌گیری دینی درونی دارای رابطه ۰/۴۵ با سلامت روان بوده و ضریب رگرسیونی این متغیر نیز ۰/۴۵ است. مقدار t در سطح p≤۰/۰۱ معنادار بوده و حاکی از معنادار بودن ضریب رگرسیونی جهت‌گیری دینی درونی است. به این ترتیب با افزایش یک نمرهٔ استاندارد در متغیر جهت‌گیری دینی درونی، میزان سلامت روان ۰/۴۵ افزایش می‌یابد. مقدار F در سطح p≤۰/۰۱ معنادار است و مدل رگرسیونی در گام اول معنادار شد.

در گام دوم متغیر سخت‌رویی به جهت‌گیری دینی درونی اضافه شده



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.8.3 ]

است. در این گام، جهت‌گیری دینی درونی دارای ضریب رگرسیونی ۰/۳۲ با سلامت روان بوده و سخت‌رویی دارای ضریب رگرسیونی ۰/۲۶ با سلامت روان است. مقدار t در هر دو متغیر در سطح p≤۰/۰۱ معنادار بوده و حاکی از معنادار بودن ضریب رگرسیونی جهت‌گیری دینی درونی و سخت‌رویی است.

اثر تعاملی جهت‌گیری دینی درونی و سخت‌رویی بر سلامت روان ۰/۴۹ بوده و مقدار F در سطح p≤۰/۰۱ معنادار شد، بنابراین، مدل به‌دست‌آمده در گام دوم معنادار است. میانگین نمرات سلامت روان در دختران ۲۷/۴۲ و در پسران ۲۲/۹۰ بود که این تفاوت معنادار است (p≤۰/۰۵)؛ بنابراین دختران به‌لحاظ سلامت روان درمقایسه با پسران در وضعیت نامطلوبتری قرار دارند. میانگین نمرات سلامت روان در دانشجویان متأهل ۲۸/۹۱ و در دانشجویان مجرد ۱۹/۷۵ بود که تفاوت معنادار است (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین دانشجویان متأهل به‌لحاظ سلامت روان درمقایسه با دانشجویان مجرد در وضعیت نامطلوب‌تری قرار دارند.

## ۴ بحث

تحقیق نشان داد رابطهٔ بین جهت‌گیری درونی و سلامت روان معنادار است؛ در این رابطه، ریاحی، گراوند و جان بزرگی نشان دادند که جهت‌گیری دینی درونی به‌علت رهانیدن انسان از احساس تنهایی و بی‌پناهی و اتکا به نیروی ماورایی که همواره در سختی‌ها و مشکلات مددرسان است، می‌تواند یکی از پیش‌بین‌های سلامت روان باشد. جهت‌گیری مذهبی درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان‌یافته و درونی‌شده است که موجب می‌شود انسان خود را متکی به یک نیروی لایزال و قدرتمندی بداند که این نیرو در ناملایمات و سختی‌ها تأمین‌کنندهٔ سلامت روان اوست. چنین انسانی در زندگی کمتر دچار پوچی و گم‌گشتگی می‌شود و مرگ به‌عنوان پدیده‌ای وحشت‌آور و زشت در نظر گرفته نمی‌شود. این فلسفه و نگرش موجب می‌شود انسان‌ها در فرایند زندگی غایت و هدفی پیدا کنند. بدیهی است داشتن هدف و معنا در زندگی و اتکا به یک نیروی قدرتمند که بر گرفته از ایمان درونی است تا چه اندازه می‌تواند در خدمت سلامت روان باشد.

تحقیق نشان داد رابطهٔ بین جهت‌گیری بیرونی و سلامت روان معنادار نیست. نتیجهٔ این تحقیق با پژوهش جان بزرگی (۱۲) و پییرس و همکاران (۱۴) که نشان دادند جهت‌گیری دینی بیرونی با سلامت روان همبستگی مثبت و معناداری ندارد؛ همسوست. این طور نیست که تمامی افرادی که ادعای مذهبی‌بودن دارند، دارای شخصیت سالم هستند. آنجا که مذهب وسیله‌ای برای کسب مقام، رتبه و منزلت اجتماعی است نه‌تنها در خدمت سلامت روان نیست، بلکه حتی به‌علت تعارض‌های درونی می‌تواند مضر هم باشد؛ زیرا شخص انرژی روانی زیادی را برای جای‌دهی خود به‌عنوان فرد مذهبی صرف می‌کند و هرقدر فاصله بین شخصیت واقعی و شخصیتی که فرد از خود به جامعه ارائه می‌دهد؛ بیشتر باشد، سلامت روانی در معرض تهدید بیشتری قرار می‌گیرد.

تحقیق نشان داد که افراد با سخت‌رویی زیادتر از سلامت روان بیشتری برخوردارند؛ در این رابطه رمزی و همکاران، هوگ و همکاران و اکبری‌زاده وهمکاران نشان دادند که افراد سخت‌رو به‌علت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتر و چالشگری بیشتر در ارتباط با تنش‌زاهای محیطی از سلامت روان بیشتری برخوردارند و سخت‌رویی می‌تواند به‌عنوان یکی از پیش‌بین‌های سلامت روان مطرح باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ویژگی‌های روان‌شناختی سرسختی از جمله حس کنجکاوی، چالش‌گری، داشتن تجارب جالب و معنادار، ابراز وجود و این که تغییر در زندگی امری طبیعی است؛ می‌تواند در سازش فرد با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی مؤثر باشد؛ لذا این ویژگی، باعث می‌شود که وقایع فشارآور، قابل کنترل و نه‌چندان مهم به نظر برسند. افزون بر آن موجب خلق بالا و تأثیر آن بر سیستم ایمنی و کمک به حفظ سلامتی است، سخت‌رویی افراد را در برابر حوادث ناخوشایند و غیرمنتظره مقاوم‌تر می‌کند. ازآنجاکه افراد سخت‌رو هدفمند و پیشرفت‌گرا هستند، ناملایمات و تغییرات زندگی را بخش طبیعی زندگی پنداشته و لذا نگرش حل مسئله را به زندگی بر می‌گزینند و از سیستم‌های اجتماعی استفادهٔ مؤثری می‌کنند. استفاده از راهبرد مقابلهٔ فعال، افزایش اعتماد شخص به توانایی‌های خود برای مقابله با شرایط استرس‌زا، افزایش سطح عزت‌نفس و مکانیسم‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌طلبی به افزایش سلامت روانی منجر می‌شود. همچنین نتایج جانبی تحقیق نشان داد که:

میزان سلامت روان در دانشجویان مجرد بالاتر از دانشجویان متأهل است. در تبیین این یافته می‌توان به مسائلی از قبیل تداخل تکالیف درسی با تکالیف زناشویی، عدم تمکن مالی زوج، عدم پختگی و بلوغ شخصیتی و ازدواج‌های احساسی و به دور از منطق اشاره کرد که بدیهی است این‌گونه ازدواج‌ها به‌دلیل تنش‌هایی که به فرد وارد می‌آورند؛ سلامت روانی فرد را در معرض تهدید قرار می‌دهند. دیگر این‌که میزان سلامت روان در پسران بالاتر از دختران است. تحمل فشارهای اجتماعی، عدم قدرت تصمیم‌گیری و انتخاب به‌ویژه در ارتباط با زندگی زناشویی، نگرانی و ابهام بیشتر دختران به آینده، شاید تاحدودی تبیین‌کنندهٔ این مسئله باشد.

## ۵ نتیجه‌گیری

یافته‌ها بیانگر آن است که جهت‌گیری دینی درونی و سخت‌رویی می‌توانند به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین در ارتباط با سلامت روان مطرح باشند. همانگونه که نتایج این تحقیق نشان داد، دانشجویانی که دارای جهت‌گیری درونی بوده و از سخت‌رویی بیشتری برخوردار بودند، سلامت روانی بیشتری را نشان دادند. همچنین بر اساس نتایج این تحقیق دانشجویان زن و دانشجویان متأهل بیشتر در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.8.3 ]

**References**


1. Ganji H. Mental health. [Tehran]: Arasbaran;2005.[Persian][Link]
2. Yousefi F, Mohamadkhani M. Investigation of student's mental health at Kurdistan University of Medical Science and it related with age, gender and their academic courses. Medical journal of Mashhad University of medical sciences. 2014;56(6):354-61.[Persin][Link]
3. Parvisifard A, Shakeri J, Sadeqhi Kh, Ameri MR, Nezhad Jafar P. Psychiatric Disorders in First Year Students of Kermanshah University of Medical Sciences. Journal of medical science. 2006; 2: 120-129. [Link]
4. Ansari H, Bahrami L, Akbar ZL, Bakhshani NM. Assessment of general health and some related factors among students of Zahedan University of Medical Sciences. Zahedan journal of research in medical sciences (Tabib-e-Shargh). 2007;9:295-304.[Link]
5. Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. Personality and individual differences. 2006;40(4):807-18. [Link]
6. Salehi L, Soleymanizadeh L, Bagheri YS, Abbaszadeh A. The relationship between religious beliefs and locus of control with mental health. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2007;11: 50-55. [Link]
7. Vaillant G, Templeton J, Ardelt M, Meyer SE. The natural history of male mental health: Health and religious involvement. Social science & medicine. 2008;66(2):221-31.[Link]
8. Dew RE, Daniel SS, Goldston DB, McCall WV, Kuchibhatla M, Schleifer C, Triplett MF, Koenig HG. A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. Journal of affective disorders. 2010 Jan 1;120(1-3):149-57. [Link]
9. O'Connor DB, Cobb J, O'Connor RC. Religiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. Personality and Individual Differences. 2003; 34(2): 211-7. [Link]
10. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Revista brasileira de psiquiatria. 2006 Sep;28(3):242-50. [Link]
11. Riahi A, Aliverdinia A, Bani Asadi MR. The relation between religious orientation and mental health in students of Mazandaran University. Journal of social science.2008; 5 (2), 311-321. [Persian][Link]
12. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. Research in Medicine. 2007 Jul 1;31(4):345-50. [Link]
13. Geravand H, Ghanbari Hashemabadi B. Kamkar Zahervand P, Jafari S. Religious orientation with mental health and irrational beliefs. Journal of psychology & Religion. 2012;1:79-103.[Persian][Link]
14. Pierce Jr JD, Cohen AB, Chambers JA, Meade RM. Gender differences in death anxiety and religious orientation among US high school and college students. Mental Health, Religion & Culture. 2007;10(2):143-50. [Link]
15. Masten AS. Ordinary Magic: Lessons from Research on Resilience in Human Development. Education Canada. 2009;49(3):28-32. [Link]
16. Rahimian Boogar E, Asgharnejad Farid A A. The Relationship between Psychological Hardiness also Ego-resiliency and Mental Health in Adolescent and Adult Survivors of Bam Earthquake. IJPCP. 2008; 14 (1) :62-70.[Link]
17. Khavaninzhadeh M, Ezhehi J, Mazaheri M. Comparison of attachment style of students with internal and external religious orientation. Journal of psychology. 2005;9(3):223-245. [Persian][Link]
18. Hoge EA, Austin ED, Pollack MH. Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. Depression and anxiety. 2007;24(2):139-52. [Link]
19. Ramzi S, Besharat MA. The impact of hardiness on sport achievement and mental health. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010 Jan 1;5:823-6. [Link]
20. Akbarizadeh,F; Baghery ,F ; Hatamyzadeh,H & Hagyvand ,A (2011). Relationship between spiritual intelligence, hardiness and general health among nurses. Journal of medical science. 2011; 15(6):466-476. [Persian][Link]
21. Maddi SR, Khoshaba DM. Hardiness and mental health. Journal of personality Assessment. 1994 Oct 1;63(2):265-74.[Link]
22. Ghorbani N. The relationship of hardiness, type A behavior pattern and coronary disease risk behavior type B. [MS Thesis]. Tehran: Tarbiat Modarres University;1994.[Persian]




[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.8.3 ]

23. Goudarzi K, Sohrabi F, Farrokhi N, Jomehri F. The Interactional Effect of Spiritual Intelligence and Life Skills Training On University Students` Mental Health. Clinical Psychology Studies.2011:1(1):15-42.[Persian][Link]
24. Haghighati J, Attari Y, Rahimi A, Soleimani Nia L. Relationship between hardiness and its components with mental health in male students of bachelor's degree in Ahwaz. Journal of Educational Science and Psychology.1999;6(3-4):1-18.[Persian][Link]

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.8.3 ]