

بررسی ارزشهای دینی و بهداشت روانی مهاجران

مطالعه موردی شهر اسلام آباد غرب

دکتر محمد تقی ایمان و گلمراد مرادی^۱

چکیده

یکی از شرایط لازم برای دستیابی به سلامت روان در میان مهاجرانی که از یک فرهنگ متفاوت به فرهنگی دیگر وارد می شوند، برخورداری از یک نظام ارزشی منسجم می باشد. تحقیقات انجام شده عامل پیدایش بسیاری از ناسازگاریها و نابهنجاری های روانی در میان مهاجران را تضادهای ارزشی و عدم استقرار یک نظام ارزشی سازمان یافته در بین افراد مهاجر می دانند. برای مهاجرانی که به یک نظام فرهنگی متفاوت وارد می شوند، بهره مندی از یک سلسله ارزشهای شخصی و فلسفی مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمانهایی که با سعادت و تحقق خود و اطرافیان فرد پیوندی نزدیک دارد، شرط لازم برای کسب سلامت روانی در میان آنها می باشد. هدف این مقاله، بررسی رابطه بین ارزشهای دینی و بهداشت روانی مهاجران می باشد. چارچوب نظری تحقیق برگرفته از دیدگاههای روانشناسی دین با تاکید خاص بر نظریه آلپورت است. روش مورد استفاده، پیمایش و از طریق پرسشنامه ساختار یافته برای ۴۵۰ نفر مهاجر که بطور تصادفی انتخاب شدند، داده ها گردآوری شد. از روشهای آماری اعتبار معیار و اعتبار صوری برای روانی، آلفای کرونباخ برای پایایی ابزار سنجش، ضریب همبستگی پیرسون برای آزمون فرضیات، تحلیل واریانس برای آزمون مقایسه میانگین ها و رگرسیون چندمتغیره برای ارزیابی مدل تحقیق استفاده شد. براساس یافته های تحقیق، رابطه معنی داری بین متغیرهای جهت گیری مذهبی ($F=0/87$)، جهت گیری درون دینی ($F=0/68$)، جهت گیری برون دینی ($F=-0/85$)، تحصیلات ($F=0/28$) و مدت اقامت ($F=0/28$) با سلامت روانی مهاجران وجود دارد. نتایج رگرسیون چند متغیره نشان می دهد که متغیر وابسته مستقیماً تحت تاثیر متغیرهای جهت گیری مذهبی برون دینی، جهت گیری مذهبی درون دینی، تحصیلات، درآمد و مدت اقامت قرار دارد. هر پنج متغیر در مجموع توانسته اند ۷۷ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت روانی) را تبیین کنند ($R^2=0/77$).

واژگان کلیدی

مهاجرت، سلامت روانی، جهت گیریهای مذهبی، اسلام آباد غرب.

مقدمه

بهداشت روانی^۱ از موضوعات اساسی در حیطه مطالعات علوم اجتماعی و پزشکی می باشد. سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را حالتی از سلامتی می داند که در آن فرد، توانائیهای خود را می شناسد، می تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثر ثمر باشد و قادر به تصمیم گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (WHO, 2004: 10). اندیشمندان از زوایای گوناگون بر ویژگیهایی که به دستیابی و حفظ سلامت روان می انجامد، تاکید ورزیده اند. سالیوان^۲ (۱۹۵۴) در سلامت روان، بر کنش اجتماعی تاکید دارد. فروم^۳ (۱۹۴۲)، ارتباطهای فرد با محیط اجتماعی، انسانگرایی، آزادی و فردگرایی را مورد تاکید قرار می دهد. پرلز^۴ (۱۹۳۷) نیز پذیرش مسئولیت برای هدایت زندگی خود را مهم ترین ویژگی برای دستیابی به سلامت روان ذکر می کند. ونتیز^۵ (۱۹۹۵) سلامت روان را وابسته به هفت ملاک می داند که عبارتند از: رفتار اجتماعی مناسب، رهائی از نگرانی، فقدان بیماری روانی، کفایت فردی و خودمهارگری، خویشتن پذیری و خودشکوفائی، سازماندهی شخصیت و در نهایت گشاده نگری و انعطاف پذیری. راجرز^۶ (۱۹۵۱) در ارزیابی ادراکات خود واقعی و خود آرمانی، خویشتن پذیری حمایت شده را یک شاخص مهم سلامت روانی می داند. مزلو^۷ (۱۹۵۴)، بر شکوفائی توانائیهای فردی به عنوان یک سازه

1. Mental Health

2. Sullivan

3. Fromm

4. Perls

5. Ventis

6. Rogers

7. Maslow

اساسی در سلامت روانی تاکید می‌کند. الیس^۱ (۱۹۸۰)، پذیرش خود، خردپذیری و منعطف‌بودن را در سلامت روان مهم تلقی می‌کند و در نهایت هانت^۲ و اسکرودر^۳ (۱۹۶۱)، بر پیچیدگی شناختی و انعطاف‌پذیری، که خود می‌تواند ناشی از پیچیدگی بیشتر باشد، تأکید می‌ورزند.

روی^۴ داشتن فلسفه‌ای برای زیستن را یکی از شروط ضروری برای برخورداری از سلامت روانی آرمانی ذکر می‌کند و معتقد است افرادی که در زندگی واجد فلسفه‌ای مستحکم برای خود می‌باشند، دارای ویژگیهای ذیل هستند: الف) در جهانی مملو از حس تعهد و مشارکت اجتماعی فعال، زندگی می‌کنند. ب) زندگی را پدیده‌ای ارزشمند می‌دانند که این ارزشمندی را می‌توان به باورداشتن او به هر مذهبی تعبیر کرد. ج) هیچ‌کس بتنهائی نمی‌تواند زندگی کند. انسان تنها، جزیره‌ای ست که به خود منتهی می‌شود. در حقیقت، هر فرد بخش اساسی و اجتناب‌ناپذیر یک فرد دیگر به شمار می‌رود (Chaugan, 1991:2). با توجه به اختلاف دیدگاه اندیشمندان در زمینه سلامت روان، نمی‌توان با قاطعیت از ملاکهای پذیرفته شده جهانی برای سلامت روان سخن گفت. مهاجرت^۵، تنها یک نقل و انتقال جغرافیائی نیست، بلکه نوعی انتقال روانشناختی و اجتماعی هم به حساب می‌آید و می‌تواند در بسیاری موارد نوعی اندوه فرهنگی برای افراد، جامعه مبدا و جامعه مقصد باشد (Desozan, 2006: 11). امروزه این مساله در بسیاری از جوامع به شکل حاد درآمده

^۱. Ellis

^۲. Hunt

^۳. Schroder

^۴. Roy

^۵. Migration

به طوری که از حالت یک پدیده اجتماعی^۱ به صورت یک مساله اجتماعی^۲ نمودار گشته است.

مهاجرت از یک ناحیه به یک ناحیه دیگر صرفنظر از تأثیری که در شئون زندگی دارد، از نظر سلامت روانی دارای مسائلی متعدد خواهد بود و این اساساً ناشی از نحوه تطابق روانی - اجتماعی افراد در مقصد است. زمانی که مهاجران با تغییرات و چالش‌هایی چون ارزشهای دینی متفاوت، یادگیری یک زبان جدید، تفاوت‌های فرهنگی و هنجاری، از دست دادن سرزمین آبا و اجدادی روبرو می‌شوند، برای آنها فرایند سازگاری، استرس زا می‌باشد (Marta, 2001: 841). اگر این افراد در این فرایند موفق نشوند، دچار فشارهای روانی و استرس می‌شوند که خود بر سایر شیوه‌های زندگی مهاجران تأثیر می‌گذارد (Yuorenkoski, 1998: 219 & Harpham, 1994: 234). بسیاری از مسائل اجتماعی مانند افزایش سریع جمعیت شهرها، فقدان امکانات شهری مطلوب، افزایش بیماریهای پنهان شهری و حاشیه نشینی، آلودگیهای زیست محیطی، به هم خوردن ساختار جمعیتی و در نهایت بروز مشکلات روانی و بهداشتی، ناشی از عواقب ناخوشایند مهاجرتهاست (Murphy, 1997: 678). مجموع این مسائل باعث افزایش استرس و فشارهای روانی در بین مهاجران شده است.

یکی از شرایط لازم برای دستیابی به سلامت روان در میان مهاجرانی که از یک فرهنگ متفاوت به فرهنگی دیگر وارد می‌شوند، برخورداری از یک نظام ارزشی منسجم می‌باشد و تحقیقات انجام شده نیز عامل پیدایش بسیاری از ناسازگاریها و نابهنجاریهای

1. Social Phenomena

2. Social Problem

روانی در میان مهاجران را تضادهای ارزشی و عدم استقرار یک نظام ارزشی سازمان یافته در فرد مهاجر می‌دانند (Desozan, 2006:11 & Lee & et al, 2004: 400) برای مهاجرانی که به یک نظام فرهنگی متفاوت وارد می‌شوند، بهره‌مندی از یک سلسله ارزش‌های شخصی و فلسفه‌ای مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمانهایی که با سعادت و تحقق خود و اطرافیان فرد پیوندی نزدیک دارد، شرط لازم برای کسب سلامت روانی در میان آنها می‌باشد.

شناخت فرهنگ سلامتی در بین مهاجران و رابطه ارزشهای مذهبی با این بحث و نحوی انطباق افراد مهاجر با ارزشهای مذهبی و فرهنگی در جامعه مقصد، از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است. زیرا بر اثر مطالعه و تحقیق مستمر می‌توان دست به بازسازی و احیای ارزشهای حاکم بر سلامتی مهاجرین زد و بخشهای ناکارآمد و یا مخرب سلامت روانی در بین آنها را، یا اصلاح و یا حذف، نمود. شناخت فرهنگ سلامتی حاکم بر زندگی مهاجران بویژه با توجه به نقش و جایگاه ارزشهای دینی در درون جوامع و تبیین ارتباط بین این ارزشها و سلامت روانی مهاجران می‌تواند راهگشای حل و فصل بعضی از ناکارآمدیها در حوزه سلامت روانی برای مهاجرین در دوران حاضر باشد. با دستیابی به نتایج این تحقیق می‌توان نسبت به برنامه ریزی مفید اقدام نمود و علل رخدادهای فرهنگی فعلی در خصوص سلامت روان را به نحوی عمیقتر شناخت و همچنین با دستیابی به نتایج این تحقیق می‌توان نسبت به برنامه ریزی دقیق و مبتنی بر اهداف سلامتی، آنهم در بین مهاجرین اقدام نمود.

هدف کلی این مقاله این است که: بین ارزشهای دینی و سلامت روانی مهاجران چه

ارتباطی وجود دارد؟

اهداف جزئی در این تحقیق در پاسخ به سوالات ذیل آمده اند:

- آیا جهت گیری مذهبی درون دینی با سلامت روانی مهاجران ارتباط دارد؟
- آیا جهت گیری مذهبی برون دینی با سلامت روانی مهاجران ارتباط دارد؟
- آیا متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، تحصیلات، درآمد، منزلت شغلی، وضعیت مسکن، وضعیت تأهل، مدت اقامت) با سلامت روانی مهاجران ارتباط دارند؟

مروری بر تحقیقات انجام شده

در زمینه رابطه بین دین و سلامت روانی تحقیقات زیادی انجام شده، اما مطالعه این رابطه در میان مهاجران امری مهم در سازگاری و انطباق آنها با فرهنگ میزبان می باشد. به طور مثال، حسینی (۱۳۷۹)، ابولقاسمی (۱۳۷۶) و خداریحیمی (۱۳۷۸)، هرکدام به نوعی ارتباط بین نگرشهای مذهبی و سلامت روانی را مورد مطالعه قرار داده اند و همه آنها به رابطه مثبت نگرشهای مذهبی و سلامت روانی دست یافته اند. لی و همکارانش تحقیقی با عنوان "حمایت اجتماعی به عنوان مانعی در برابر استرسهای فرهنگ پذیری" به مطالعه سلامت روانی در میان دانشجویان کره در سال ۲۰۰۴ پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که این متغیر رابطه مثبتی با سلامت روانی دانشجویان دارد. همچنین استرسهای فرهنگ پذیری رابطه مثبتی با سلامت روانی دانشجویان دارد. نتایج تحقیق نشان می دهد دانشجویانی که از سطح بالایی از حمایت اجتماعی برخوردارند، فشارهای روانی و استرس فرهنگ پذیری کمتری دارند (Lee & et al, 2004: 399-414).

اسکوبر^۱ (۱۹۹۸) در مقایسه وضعیت سلامت روانی مهاجران مکزیک به نقش عواملی چون حمایت‌های اجتماعی، حفظ سنت‌های فرهنگی و ارزش‌های مذهبی اشاره می‌کند. محققانی چون برگین^۲ (۱۹۹۱)، هود و همکارانش^۳ (۱۹۹۰)، اسپیکا و دیگران^۴ (۱۹۸۵)، شی رر و کارور^۵ (۱۹۸۷)، سلیگمن^۶ (۱۹۹۱)، هر کدام طی مطالعه‌ای در مورد دینداری و سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که گرایش‌های دینی و نگرش‌های مذهبی با سلامت روانی ارتباط معنادار و مثبتی دارد. آنان به این نتیجه رسیدند که تأثیر دینداری بر روی سلامت روانی بدین صورت است که، دین می‌تواند موجب ایجاد معنا شود و به زیستن و مردن معنا ببخشد (اسپیکا و همکارانش، ۱۹۸۵)، دین امیدواری و خوشبختی افراد را افزایش می‌دهد (Scherer, 1987: 166)، دین به افراد نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند (پارگامنت و همکارانش، ۱۹۸۷)، دین نقش مهمی در رویارویی با استرس‌های زندگی دارد و می‌تواند بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند (پارگامنت و همکارانش، ۱۹۹۰). و در نهایت برگین (۱۹۹۱) معتقد است که دین نوعی سبک زندگی سالمتر را برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت روانی آنها تأثیر مثبت و معناداری می‌گذارد (Bergin, 1991: 398).

1. Escobar

2. Bergin

3. Hood

4. Spilka

5. Scherer & Carver

6. Seligman

مبانی نظری

درباره سلامت روانی مکاتب و دیدگاه‌های متفاوتی چون مکاتب رفتارگرایی^۱، انسانگرایی^۲، شبکه اجتماعی^۳ و روانشناسی^۴ بحث نموده اند. دیدگاه انسانگرایی معتقد است که سلامت روانی یعنی ارضای نیازهای اساسی و رسیدن به مرحله خودشکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح ارضای نیازهای سطوح پائین نگه دارد و مانع شکوفایی او شود، به ایجاد اختلال رفتاری خواهد انجامید (Ventis, 1995:35). مازلو در قالب دیدگاه انسانگرایی بر این باور است که نظام ارزش‌های دینی فرد واجد سلامت روان، بر پایه پذیرش فیلسوفانه حیات اجتماعی و طبیعت و واقعیت جسمانی حیات استوار است. در واقع، بخش عمده‌ای از قضاوتها و ارزش‌گذاریهای هر روزه این‌گونه افراد، از پذیرش واقعیت سرچشمه می‌گیرد (مازلو، ۱۳۶۷: ۴۳).

از دیدگاه‌های نظری دیگری که به بحث سلامت روان می‌پردازد، دیدگاه رفتارگرایی می‌باشد. بر اساس دیدگاه رفتارگرایی رفتار سازش نیافته، مانند سایر رفتارها در اثر تقویت آموخته می‌شود. از طرفی سلامت روانی هم شامل رفتارهای سازش یافته‌ای (یا سازگاری) است که آموخته می‌شود. بنابراین، دیدگاه رفتارگرایی، یادگیری معیوب را عامل اساسی اختلاف روانی می‌داند و معتقد است که سلامت روان توسط شکست در یادگیری رفتارهای سازش یافته ضروری یا ناکامی در تسلط یافتن بر موقعیتهای اجتماعی به طور موفقیت آمیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند (Ventis, 1995: 38).

1. Behaviourism
2. Humanism
3. Social Network
4. Psychology

از جمله افرادی که در قالب رویکرد رفتارگرایی به الگوهای رفتاری در رابطه با سلامت روانی تأکید دارد، چوهان^۱ است. چوهان یکی از شروط لازم برای دستیابی به سلامت روان، برخورداری از یک نظام ارزشی می داند. او معتقد است که بهره‌مندی از یک سلسله ارزش‌های شخصی و فلسفه‌ای مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمانهایی که با سعادت و تحقق خود و اطرافیان فرد پیوندی نزدیک دارد، شرط لازم برای کسب سلامت روان است (Chauhan, 1991: 2). وی پنج الگوی رفتاری را حس مسئولیت، حس اعتماد به خود، هدفمندی، فردیت و یگانگی و ارزشهای شخصی در رابطه با سلامت روانی بیان می‌کند (مطهری، ۱۳۸۰).

آلپورت^۲ بحثی با عنوان جهت‌گیری دینی درون‌گرایانه و برون‌گرایانه را مطرح کرد. وی بر این باور است که در جهت‌گیری دینی برون‌گرایانه، مذهب برای اهداف غیر مذهبی استفاده می‌شود (مانند حمایت اجتماعی و احساس امنیت)، بنابراین در جهت‌گیری برون‌دینی، دین به صورت ابزاری برای دستیابی به اهداف و ارزشهای برتر از دین انگاشته شده است، همچون مقابله با مشکلات، و یا پیشرفت زندگی. دینداری بیرونی ابعاد غیر روحانی و سکولار زندگی را برای فرد مقدم از ابعاد معنوی آن می‌نماید و برای ارزیابی ایمان نابالغانه طراحی شده است. اما در جهت‌گیری دینی درون‌گرایانه، مذهب به عنوان انگیزه غالبی در زندگی اجتماعی به کار می‌رود. به تعبیر آلپورت جهت‌گیری درون‌گرایانه، کل زندگی را غرق در انگیزش و معنا می‌کند و الهام بخش عبادت بوده است. برای اشخاص با جهت‌گیری درونی دینی، نیازهای غیر دینی هر چند مهم باشند، اهمیت غایی کمتری دارند (Dezutter, 2006: 809).

1. Chauhan

2. Allport

آلپورت ارزشهای یگانه‌ساز یا باور وحدت‌بخش را، که در شخصیت‌های سالم بیش از روان آزرده نمایان است، «جهت داشتن»^۱ نامیده است. جهت داشتن، همه زوایای زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده و با یکپارچه کردن تمایلات و انگیزه‌های فرد، وی را به سوی هدف راهبری می‌کند و به او دلیلی برای زندگی می‌دهد. آلپورت تاکید می‌کند که ارزش‌های دینی به انضمام هدف‌ها، برای پرورش فلسفه یگانه‌ساز زندگی بسیار مهم است (شولتس، ۱۳۶۸). وی همچنین استدلال می‌کند که نگرش‌های مذهبی تعیین می‌کنند که چگونه کارکردهای مذهبی به عنوان مکانیزمی برای ارزشیابی و در ارتباط با حوادث استرس‌زای زندگی به کار می‌روند. این ارزشیابی می‌تواند بین نگرش‌های مذهبی و سلامتی اتصال برقرار کند. آلپورت بر این باور است که میل و گرایش دینی یک عامل مستقل و خودمختار در شخصیت انسان بوده و تمام اجزای دیگر شخصیت را در یک سیستم واحد کلی وحدت می‌بخشد. او در بحث شخصیت انسان متوجه شد که کل زندگی انسان وابسته به ایمان اوست. به این معنا که هر چه فرد دارای دینداری درونی باشد، سلامت روانی بیشتر دارد، اما هر چه دین را در جهت رفاه و برآورده کردن نیازهای اجتماعی به کار ببرند و به اصل آن توجه نداشته باشند، از سلامت روانی پائینی برخوردارند (Allport, 1967: 433).

راگلر^۲ (۱۹۹۴) در قالب رویکرد شبکه به بحث پیرامون سازگارشدن مهاجران با ارزش‌های فرهنگی در جامعه مقصد می‌پردازد. وی براین باور است که مهاجر در جریان نقل و انتقالات فرهنگی ممکن است دچار دگرگونی در ارزش‌های فرهنگی شود، وی سه مرحله در این فرایند را از هم تفکیک می‌کند: مرحله اول، تغییر در پیوندهای بین افراد و

1. Oriented to

2. Rogler

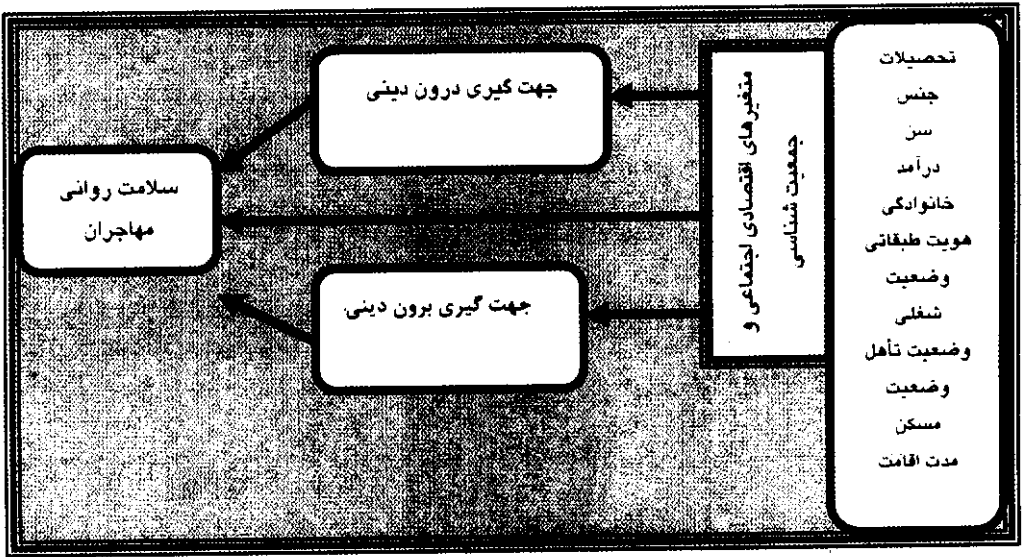
بازسازی شبکه های اجتماعی جدید است. جدائی افراد از شبکه های اجتماعی اولیه، خانوادگی و همسایگی خود و گسترش و توسعه نوعی شبکه اجتماعی جدید در جامعه میزبان می باشد، راکلر بر این باور است که هر چند حمایت اجتماعی قومی برای گروههای مهاجر سودمند است، اما در کنار شبکه های اجتماعی وجود ارزشهای دینی می توانند نقش تعیین کننده داشته باشند (Rogler, 1994: 705). مرحله دوم، خروج از یک نظام اقتصادی به نظام اقتصادی دیگر اثرات زیادی روی روابط بین شخصی و در نتیجه سلامت روانی مهاجران دارد. مهاجرانی که به جامعه مقصد وارد می شوند، ممکن است شغلی را اتخاذ کنند که پرستیژ آن نسبت به شغل آنها در مبدأ پایینتر باشد و محدودیتهای ساختاری برای آنها وجود دارد که ممکن است نتایج منفی روی سلامت روانی افراد گذارد. مرحله سوم، انتقال از یک نظام فرهنگی به نظام فرهنگی دیگر است. مهاجرانی که از یک جامعه با فرهنگی یکدست و یکپارچه و همگن به جامعه ای با ارزشها و عناصر فرهنگی متفاوت مهاجرت می کنند، در بیشتر موارد حرکت از یک جامعه جمعگرا (که اهداف افراد، بستگی به اهداف جمع و جامعه دارد) به یک جامعه فردگرا، منجر به اختلال در سلامت روانی افراد مهاجر می شود (Thompson, 2002: 683).

مدل تجربی تحقیق

بررسی نگرشهای گوناگون در ارتباط با سلامت روانی و مهاجرت، باعث شد تا چشم اندازهای تحلیلی خود را وسعت دهیم و وجوه گوناگون مساله تحقیق را آشکار سازیم و در نهایت چارچوب مناسبی برای آن برگزینیم. در این مرحله قصد داریم با

استفاده از چار چوب نظری، فرضیه های اساسی تحقیق، متغیرها و روابط میان آنها را مشخص کنیم.

مدل تجربی تحقیق



مهمترین فرضیات استفاده شده در این تحقیق عبارتند از:

- رابطه بین جهت گیری درون دینی با سلامت روانی مهاجران
- رابطه بین جهت گیری برون دینی با سلامت روانی مهاجران
- رابطه بین سن، جنس، طول مدت اقامت، هویت طبقاتی، وضعیت تأهل، تحصیلات، درآمد منزلت شغلی و وضعیت مسکن مهاجرین و سلامت روانی آنها

روش شناسی تحقیق

روش مورد استفاده در این مقاله پیمایش^۱ می باشد. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه انجام گرفته است. جامعه آماری مورد مطالعه شهر اسلام آباد غرب است، که براساس آمارهای مندرج در سرشماری سال ۱۳۷۵ جمعیت مهاجر آن برابر ۱۲۱۵۰ نفر بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۳: ۱۲). با توجه به حجم وسیع جامعه آماری و عدم امکان جمع آوری اطلاعات از تمامی افراد به منظور تسهیل و تسریع پژوهش و صرفه جویی در وقت و هزینه، ناگزیر تعدادی از جامعه آماری به عنوان نمونه معروف به شیوه تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند. در این مقاله، برای حجم نمونه از جدول لین استفاده شده است (Lin, 1974). حجم نمونه ۴۵۰ نفر در نظر گرفته شده است، که بر اساس نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند.

در پژوهش حاضر برای اندازه گیری سلامت روانی از پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی^۲ و برای سنجش جهت گیریهای مذهبی از مقیاس استاندارد شده آلپورت و راس^۳ در قالب طیف لیکرت استفاده شده است. برای پایایی^۴ ابزار سنجش از آزمون سنجی آلفا کرونباخ^۵ استفاده شده است. آلفای کرونباخ برای سلامت روانی با تعداد ۱۵ گویه برابر (α = ۰/۹۰)، جهت گیریهای مذهبی با تعداد ۲۰ گویه برابر (α = ۰/۸۶) می باشد. جهت اعتبار^۶ طیف های به کار گرفته شده در سنجش متغیرها، از اعتبار ملاک^۷

1. Survey
2. World Health Organization
3. Allport & Ross
4. Reliability
5. Alpha cronbach
6. Validity
7. Criterion validity

استفاده شده است. ضریب همبستگی به دست آمده از این آماره برای سلامت روانی ($r=0/82$) و جهت گیریهای مذهبی ($r=0/79$) معنادار و قوی می باشد. جهت اعتبار صوری^۱ نیز پس از طراحی گویه های طیفهای مربوطه در اختیار اساتید و کارشناسان دانشگاه قرار گرفت. اظهار نظر این افراد در راستای سنجش گویه های هر طیف، در نهایت به گزینش گویه های مناسب برای هر طیف منجر شد.

یافته های تحقیق

داده های تحقیق حاصل استخراج پرسشنامه هائی است که توسط ۴۵۰ نفر مهاجر مستقر در شهر اسلام آبادغرب تکمیل گردیده و اساس تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش حاضر قرار گرفته، و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند. تجزیه و تحلیل داده ها به وسیله شاخصهای آمار توصیفی، جداول متقاطع ضرایب همبستگی، تحلیل واریانس و رگرسیون چند متغیره صورت گرفت.

یکی از شاخصهای مرتبط با سلامت روانی مهاجران، سن می باشد. میانگین سنی برای افراد مورد مطالعه ۳۹/۳ سال می باشد. میانگین تحصیلات پاسخگویان برابر ۹/۷ سال می باشد. از طرفی هم، میانگین درآمد ماهیانه افراد مهاجر برابر ۲۰۷/۵۲۲ می باشد. بیشترین تعداد پاسخگویان را، طبقه متوسط تشکیل می دهند. ۵۸/۲ درصد کل پاسخگویان در این طبقه قرار دارند. از طرفی ۵۷/۶ درصد افراد مورد مطالعه در خانه های شخصی، ۳۶/۲ درصد در خانه های اجاره ای، ۵/۱ درصد در خانه های سازمانی و کمتر از ۲ درصد آنها در سایر خانه ها به سر می برند. در مورد طبقه اجتماعی بالا و پائین ۱۱/۵ درصد آنها

در طبقات بالای جامعه و ۳۰ درصد در طبقات پائین جای دارند که از این تعداد ۲ درصد طبقات بالا در خانه های اجاره ای زندگی می کنند.

یکی دیگر از شاخصها برای مهاجرین، مدت اقامت است که میانگین طول مدت اقامت برای پاسخگویان برابر ۹/۶ سال می باشد. بیشترین درصد افراد مورد مطالعه کارکنان مشاغل فنی و تخصصی می باشند، و کمترین درصد آنها مدیران عالیرتبه می باشند. از طرفی زنان دارای مشاغل ۱۳ درصد پاسخگویان را تشکیل می دهند. ۶۶/۳ درصد مهاجران مردان و ۳۲/۳ درصد آنها را زنان تشکیل می دهند. اکثریت پاسخگویان را افراد متاهل تشکیل می دهند. به طوریکه ۷۱ درصد آنها متاهل، ۲۱/۸ درصد مجرد، ۱/۸ درصد بیوه و ۵/۳ درصد هم، طلاق گرفته می باشند. از طرفی ۴۶/۹ درصد از آنان بتنهایی و ۵۲/۱ درصد کل مهاجران به همراه والدین خود به این شهر وارد شده اند.

بررسی فرضیه های تحقیق

آزمون فرضیات تحقیق با استفاده از دو تکنیک آماری، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس انجام شد. جدول شماره ۱ ضریب همبستگی پیرسون برای متغیرهای مستقلی که در سطح سنجش فاصله ای هستند، نشان می دهد. آمارهای جدول بیانگر این مطلب است که رابطه معناداری بین تمام متغیرهای مستقل فاصله ای با سلامت روانی وجود دارد. تنها متغیری که رابطه معکوس با سلامت روانی داشته است، جهت گیری مذهبی برون دینی می باشد، به این معنا که هر اندازه افراد مهاجر از جهت گیری برون گرایانه برخوردار باشند سلامت روانی آنها به مراتب پائین می آید. این فرضیه ها حداقل در سطح ۹۵ درصد، معنادار بوده اند.

جدول شماره ۱ ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل و سلامت روانی

متغیرها	جهت گیری مذهبی	جهت گیری برون دینی	جهت گیری درون دینی	درآمد	سن	تحصیلات	مدت اقامت
ضریب همبستگی	۰/۸۷	-۰/۸۵	۰/۶۸	۰/۵۲	۰/۲۱	۰/۲۸	۰/۲۸
معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

جهت آزمون فرضیه هائی که متغیرهای مستقل آنها در سطح سنجش اسمی یا ترتیبی قرار دارند، از آزمون F برای مقایسه میانگینها استفاده شده است. جدول شماره ۲ آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران بر حسب رتبه های شغلی را نشان می دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره سلامت روانی افراد در رتبه های متفاوت شغلی با هم متفاوت است. به طوری که میانگین مشاهده شده میان مشاغل سطح بالای جامعه از جمله مشاغل فنی و تخصصی، مدیران عالیرتبه اداری و کارکنان دفتری برابر ۵۵/۰۶، بالاترین نمره و میانگین نمره سلامت روانی در بین مشاغل متوسط از جمله، مشاغل بازرگانی و کشاورزی و دامداری برابر ۵۰/۸۹ و برای مشاغل سطح پائین جامعه مانند کارکنان امور خدماتی برابر ۴۱/۲۷ است، که پائینترین نمره میانگین را به خود اختصاص داده است. تفاوت مشاهده شده در بین این میانگینها بر اساس آزمون F در تحلیل واریانس برابر ۳۷/۶۰۲ و حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار است.

جدول ۲ - تحلیل واریانس میزان سلامت روانی مهاجران بر حسب رتبه های شغلی

رتبه بندی شغلی	میانگین	مقدار F	سطح معنی داری
مشاغل سطح بالای جامعه	۵۵/۰۶	۳۷/۶۰۲	۰/۰۰۰
مشاغل سطح میانی جامعه	۵۰/۸۹		
مشاغل سطح پایین جامعه	۴۱/۲۷		

جدول شماره ۳ آزمون، تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران را برحسب وضعیت تاهل افراد نمونه نشان می دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره سلامت روانی افراد متاهل برابر ۵۱/۹۱ است که بالاتر از میانگین نمره افراد مجرد ۴۳/۲۳، افراد مطلقه ۳۸/۱۲ و افراد بیوه یا همسر مرده ۳۴/۸۷ می باشد. این تفاوت بر اساس آزمون F حداقل در سطح ۹۵ درصد معنادار است.

جدول ۳: تحلیل واریانس میزان سلامت روانی مهاجران بر حسب وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	میانگین	مقدار F	سطح معنی داری
مجرد	۴۳/۲۳	۲۷/۵۶	۰/۰۰۰
متاهل	۵۱/۹۱		
طلاق گرفته	۳۸/۱۲		
همسر مرده	۳۴/۸۷		

جدول شماره ۴ آزمون، تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران را برحسب وضعیت مسکن نشان می دهد. میانگین نمره سلامت روانی افرادی که در خانه های شخصی زندگی می کنند، برابر ۵۲/۸۷ است که بالاتر از میانگین نمره سلامت روانی آنهایی است که در خانه های اجاره ای ۴۴/۱۹، سازمانی ۳۹/۰ و سایر خانه ها ۴۴/۴۴ زندگی می کنند. تفاوت مشاهده شده بین میانگینهای نمرات سلامت روانی افراد در هر طبقه بر اساس آزمون F با مقدار ۲۲/۷۵، حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار است. نتایج، بیانگر این مطلب است که کسانی که در خانه های شخصی زندگی می کنند، نسبت به افرادی که در خانه های اجاره ای، سازمانی و... زندگی می کنند، از وضعیت سلامتی بهتری برخوردارند.

جدول ۴: تحلیل واریانس میزان سلامت روانی مهاجران بر حسب وضعیت مسکن

وضعیت مسکن	میانگین	مقدار F	سطح معنی داری
شخصی	۵۲/۷۸	۲۲/۷۵	۰/۰۰۰
اجاره ای	۴۴/۱۹		
سازمانی	۳۹/۰۰		
سایر	۴۴/۴		

جدول شماره ۵ آزمون، تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران را بر حسب طبقه اجتماعی نشان می دهد. نتایج به دست آمده بر اساس آزمون F فرضیه فوق را تایید نموده و تفاوت معناداری به لحاظ آماری بین میانگینها را نشان می دهد. میانگین نمره سلامت روانی افراد در طبقه بالا برابر ۵۷/۷۵ که بالاتر از میانگین نمره سلامت روانی آنها در طبقه متوسط ۵۳/۷۰ و طبقه پائین ۳۶/۰۰۷ است، تفاوت مشاهده شده بین میانگینهای نمرات سلامت روانی افراد در هر طبقه بر اساس آزمون F با مقدار ۷۴/۷۵ حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار است. به عبارتی دیگر مهاجرانی که خود را متعلق به طبقه بالا می دانند، از سلامت روانی بهتری برخوردار می باشند.

جدول ۵: تحلیل واریانس میزان سلامت روانی مهاجران بر حسب طبقه اجتماعی

طبقه اجتماعی	میانگین	مقدار F	سطح معنی داری
طبقه بالا	۵۷/۷۵	۷۴/۷۵	۰/۰۰۰
طبقه متوسط	۵۳/۷۰		
طبقه پایین	۳۶/۰۰۷		

جدول شماره ۶ آزمون، تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران را برحسب نوع مهاجرت نشان می دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره سلامت روانی افرادی که بتنهائی مهاجرت نموده اند ۴۱/۳۱۷ با آنهائی که باوالدین خود مهاجرت نموده اند ۵۵/۵۴ تفاوت دارد. این تفاوت مشاهده شده در بین این میانگین ها بر اساس آزمون T و حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار است.

جدول ۶: آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران برحسب نوع مهاجرت افراد نمونه

نوع مهاجرت	میانگین	مقدار T	سطح معنی داری
بتنهائی	۵۵/۵۴	۱۲/۹۱	۰/۰۰۰
همراه والدین	۴۱/۳۱۷		

رگرسیون چندمتغیره

جهت آزمون مدل از رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام استفاده شده است. جدول شماره ۷، مربوط به تحلیل چندمتغیره متغیرهای مستقل جهت پیش بینی متغیر وابسته سلامت روانی می باشد. در اینجا ۵ متغیر جهت گیری برون دینی، جهت گیری درون دینی، درآمد ماهیانه، مدت اقامت و تحصیلات به ترتیب میزان اهمیت در تبیین متغیر وابسته وارد معادله شده اند. آزمون T نشان می دهد که ضریب بتا برای این ۵ متغیر حداقل در سطح ۹۵ درصد اطمینان از لحاظ آماری معنادار است. اولین متغیری که در معادله رگرسیونی وارد شده است، جهت گیری مذهبی برون دینی می باشد. با مقدار بتا برابر ۰/۵۲- بیانگر این است که هر چه افراد مهاجر در مواجهه با فرهنگ جدید از

جهت گیری مذهبی برون دینی استفاده کنند، سلامت روانی آنها به مراتب بدتر خواهد بود. در مرحله دوم متغیر جهت گیری مذهبی درون دینی با مقدار بتا برابر ۰/۲۲، در مرحله سوم متغیر تحصیلات با مقدار بتا برابر ۰/۱۲۷، در مرحله چهارم درآمد با مقدار بتا برابر ۰/۱۰ و در مرحله آخر مدت اقامت با مقدار بتا برابر ۰/۰۶۵ وارد معادله رگرسیونی شده اند. هر ه متغیر در مجموع توانسته اند ۷۷ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت روانی) را تبیین کنند ($R^2=0.77$).

جدول شماره ۷: عناصر متغیرهای درون معادله برای پیش بینی سلامت روانی مهاجران

مرحله	متغیر	ضریب B	ضریب Beta	مقدار T	معنی داری T	R ²
۱	جهت گیری برون دینی	-۱/۱۴۱	-۰/۵۲۶	-۱۰/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۷۲۲
۲	جهت گیری درون دینی	۰/۸۱	۰/۲۲۴	۵/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۷۵
۳	تحصیلات	۰/۲۷	۰/۱۲۷	۴/۱	۰/۰۰۰	۰/۷۶۸
۴	درآمد مهاجران	۷/۴۸	۰/۱۰۴	۲/۳۹	۰/۰۱۷	۰/۷۷۴
۵	مدت اقامت	-۰/۱۲۷	۰/۰۶۵	۲/۱۴	۰/۰۲۳	۰/۷۷۷

Constant=۴۶/۱۲

جدول شماره ۸، به رابطه بین دو متغیر جهت گیریهای مذهبی و سلامت روانی مهاجرین می پردازد. آمارهای جدول نشان می دهد که جهت گیریهای مذهبی توانسته است، مقدار خیلی زیادی از تغییرات درونی متغیر سلامت روانی را توضیح دهد، به این معنا که، هر اندازه مهاجران از ارزشهای مذهبی قویتری برخوردار باشند، بهتر می توانند فشارهای ناشی از عواقب مهاجرتها و ورود به جامعه دیگر را تحمل کرده و خود را با آن شرایط جدید سازگار کنند.

جدول شماره ۸: عناصر متغیرهای درون معادله برای پیش بینی سلامت روانی مهاجران

متغیر	ضریب B	ضریب Beta	مقدار T	معنی داری T	R ²
جهت گیری مذهبی	۰/۸۷	۰/۸۴	۲۸/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۷۱

نتیجه گیری

ارتقای پدیده ای به نام سلامت روانی در جامعه علی الخصوص در میان مهاجرانی که با دو نوع نظام فرهنگی متفاوت روبرو می شوند، به استحکام و رشد کیفیت زندگی مهاجران منجر می شود. از آنجا که رفع نیازهای سلامتی و کیفیت زندگی بهتر مردم هدف اساسی و محوری نظام اجتماعی ست، لذا میزان تحقق این هدف، شاخص توانمندی نظام اجتماعی به شمار می آید. این توانمندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی و کیفیت زندگی افراد جامعه مد نظر قرار می گیرد، زمانی که برنامه ریزان بتوانند بر اساس ابزار و امکانات موجود به ارتقا و کیفیت زندگی مردم مهاجر جامعه جامه عمل ببوشانند و نوعی یکپارچگی و تعادل در جامعه بین افراد مهاجر و غیرمهاجر به وجود آورند.

در این تحقیق رابطه بین ارزشهای مذهبی و سلامت روانی مهاجران سنجیده شده است. نتایج حاصل از ضریب همبستگی بین متغیرهای تحقیق، نشان می دهد که بین دو متغیر جهت گیریهای مذهبی درون دینی و برون دینی با سلامت روانی مهاجران رابطه معناداری وجود دارد. ضریب همبستگی به دست آمده برای جهت گیری درون دینی برابر ۰/۶۸ و برون دینی برابر ۰/۸۵ می باشد. یافته های این پژوهش پیش فرض نظریه آلپورت در مورد رابطه بین سلامت روانی و دینداری و ارتباط آن با سلامت روانی مهاجران را تایید می نماید. براساس یافته های تحقیق رابطه معنی داری هم بین متغیرهای زمینه ای

تحصیلات ($F=0/38$) و مدت اقامت ($F=0/28$) با سلامت روانی مهاجران وجود دارد. نتایج رگرسیون چند متغیره نشان می دهد که متغیر وابسته مستقیماً تحت تاثیر متغیرهای جهت گیری مذهبی برون دینی، جهت گیری مذهبی درون دینی، تحصیلات، درآمد و مدت اقامت قرار گرفته و این متغیرها به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر سلامت روانی داشته اند، توانسته اند وارد معادله رگرسیونی شده و در کل ۷۷ درصد از تغییرات این متغیر را برای ما توضیح داده اند ($R^2=0/77$).

از نتایج حاصل از این تحقیق/ف چنین استنباط می شود که هر چند جامعه ما وارد جریان صنعتی شدن است، اما در کنار این تغییر و تحولات، ارزشها و اعتقادات مذهبی نقش خود را حفظ کرده و به عنوان نیروئی نظارت کننده (بر اساس آنچه پارسونز بحث می کند) در جهت نظارت بر رفتار افراد جامعه ایفای نقش می کند. نتایج این تحقیق، این مساله را روشن می سازد که مهاجرانی که دارای جهت گیریهای درون دینی می باشند، از وضعیت سلامت روانی بهتری برخوردار می باشند و این با آنچه ویلیام جیمز، روانشناس عملگرا، معتقد است وجود دین مهمترین عامل در سلامت روانی افراد است، همخوانی دارد. برگین بر این باور است که این افراد سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت تری در نظر بگیرند و در نتیجه آنها را به عنوان فرصتی برای رشد و پیشرفت به شمار می آورند. بهره مندی از یک نظام ارزشی پویا و استوار برای مهاجران، وی را از روان آزرده متمایز می سازد. مهاجرانی که پایبند به هیچ ارزشی نیستند یا ارزشهای ناقص، موقت و گذرا است. در برخورد با مسائل و مشکلات احتمالی در جامعه مقصد، برخوردی غیر عقلانی خواهند داشت و زود از پای در می آیند.

براین اساس، پیشنهاد می شود در کنار بازسازی ارزشهای دینی و فرهنگی، نسبت به حذف تنگناهای فرهنگی در مورد نگرشهای افراد بومی نسبت به مهاجران، از طریق نوعی سیستم تبلیغاتی و رسانه های گروهی و همچنین تقویت پایه های مناسبات اجتماعی، نظارتهای فامیلی و همبستگی بین افراد مهاجر و غیرمهاجر جهت جلوگیری از احساس تنهایی و غریب بودن مهاجران اقدام به عمل آید.

منابع فارسی

۱. شولتس، دوآن (۱۳۶۸). روانشناسی کمال، ترجمه گیتی خوشدل، تهران، نشر نو.
۲. مرکز آمار ایران (۱۳۸۳). "سالنامه آماری استان کرمانشاه"، سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان کرمانشاه، معاونت آمار و اطلاعات.
۳. مزلو، آبراهام (۱۳۶۷). روانشناسی شخصیت سالم، ترجمه شیوا رویگریان، تهران، انتشارات گلشایی.
۴. مطهری، جمشید (۱۳۸۰). "به سوی سلامت روانی"، فصلنامه معرفت، شماره ۴۶، اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۸ فروردین سال ۱۳۸۰.

منابع انگلیسی

5. Allport, G. W & Ross, M. J. Jr.(1967). "Personal Religious Orientation and Prejudice". *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 5, pp. 432-443.
6. Bergin, A. E.(1991). "Values and religious issue in psychotherapy and mental health". *American Psychology*, Vol. 46, pp. 394-403.
7. Chauhan, S. S, (1991). *Mental Hygiene*, New Delhi, Allied publishers, P.2 .
8. Desouzan, R.(2006). "Migration and mental health". *Psychology and Development Societies*, Vol. 18, No. 10, pp. 1-14.
9. Funk, M. & et al.(2004). "Mental Health policy and plans". *International Journal of Mental Health*, Vol. 36, No. 2, pp. 4-16.
10. Harpham, T.(1994). "Urbanization and mental health in developing countries: a research role For social scientists, public health professional and social psychiatrists". *Social Science And Medicine*, Vol. 39, pp. 233-245.
11. Lee, J. S. & et al.(2004). "Social Support buffering of acculturation stress: A Study of mental health symptoms among Korean international students". *International of intercultural relations*, Vol.28, pp.399-414.
12. Lin, N.(1974). "*Foundation of Social Research*", New York: MC Graw. Hill.
13. Marta, Y. Y.(2001). "Moderators of stress in Salvadoran refugees: the role of social and personal resources". *International Migration Review*, Vol .35 , No .3, pp. 840-869.
14. Murphy, H. B.(1997). "Migration, culture and mental health". *Psycho Med*, Vol. 4, No. 7, pp. 677-684.
15. Rogler, I. H.(1994). "International migration: a framework for directing research". *American Psychology*, Vol. 49, pp. 700-708.
16. Schere, M. F.(1987). "Disposition optimism and psycal well-being". the influence of generalized outcome expectancies of health, *Journal of Personality*, Vol. 55, pp. 120-169.
17. Silvera, E. & Allebech, P.(2001). "Migration, aging and mental health: an ethnographic study on perceptions of life satisfaction, anxiety and depression in older Somali men in east London". *International Journal of Social Welfare*, Vol. 10, pp. 306-320.
18. Thompson, S. & et al.(2002). "The social and cultural context of the mental health of Filipinas in Queensland". *Australian and New Zeland Journal of Psychology*, Vol. 36, pp. 681-687.
19. Ventis, L. W.(1995). "The relationship Between religious and mental health". *Jòurnal of Social Issues*, Vol. 51, No. 2, pp. 33-48.
20. WHO.(2004). "*Promoting Mental Health: A report of the world health organization*". Department of Mental Health, University of Melbourn.
21. Yuorenkoski, M.& et al.(1998). "Long-term mental health outcome of returning migrant children and adolescents". *European Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 7, pp. 219-224.