

رابطه جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی

علی‌مراد حبیب‌وند*

چکیده

این پژوهش در میان ۳۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های آزاد و پیام نور شهرستان مرند، و به روش پژوهشی، توصیفی و از نوع همبستگی انجام شده است. برای گردآوری داده‌ها از دو پرسش‌نامه «نگرش و اعتقادات مذهبی» و پرسش‌نامه سنجش اختلالات روانی (SCL-90-R) استفاده شد و برای سنجش پیشرفت تحصیلی، آخرین معدل آنها اخذ گردید. در گردآوری داده‌ها، از آمار توصیفی (میانگین، میانه، نما، جدول و نمودار) و آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها همبستگی، و آزمون T استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش حاکی است، رابطه بین متغیر جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی در سطح $P < 0.01$ منفی است. این رابطه در کلیه خرده آزمون‌های ۹ گانه آزمون اختلالات روانی نیز منفی است. رابطه بین متغیر پیشرفت تحصیلی با جهت‌گیری مذهبی در سطح $P < 0.01$ مثبت می‌باشد. رابطه اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی نیز در سطح $P < 0.01$ منفی می‌باشد. کلیدواژه‌ها: دانشجوی، پیشرفت تحصیلی، جهت‌گیری مذهبی، اختلالات روانی.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات. دریافت: ۸۷/۶۳۰ - پذیرش: ۸۷/۹/۱۸

مقدمه

اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روان‌شناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر، باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابند. مردم جهان، امروزه بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و روان‌شناسان و روان‌پزشکان هم به طور روزافزون درمی‌یابند که در همه موارد برای درمان اختلالات روانی، استفاده از روش‌های متعارف کافی نیست. (شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۲) نیاز انسان به دین قدمتی به عمر تاریخ دارد؛ زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه‌گاهی نیرومند احساس نیاز می‌کرده است. موضوع دین مورد بحث روان‌شناسان و محققان پیشگامی همچون جیمز (۱۹۲۹)، فروید (۱۹۰۷)، یونگ (۱۸۷۵ - ۱۹۶۱) و دیگران بوده است. همچنین مطالعات و نظریه‌پردازی در زمینه‌های مختلف مذهبی به گذشته‌های دور برمی‌گردد؛ ولی مطالعه مذهب از دیدگاه روان‌شناختی از حدود ۱۰۰ سال پیش آغاز گردیده است. (بهرامی احسان، ۱۳۸۳) اعتقاد بر این است که در ایمان به خدا، نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان متدین می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی او را کمک کرده و از نگرانی و اضطرابی که بسیاری از مردم در معرض ابتلای به آن هستند دور می‌سازد. ویلیام جیمز، یکی از پیشگامان طرح این واقعیت در روان‌شناسی، معتقد است: «ایمان بدون شک مؤثرترین درمان اضطراب^۵ است؛ ایمان نیرویی است که باید برای کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد. فقدان ایمان، زنگ خطری است که ناتوانی انسان را در برابر سختی‌های زندگی اعلام می‌دارد» (به نقل از: عثمان نجاتی، ترجمه عرب، ۱۳۸۴).

ایمان، انجام دستورات مذهبی، و حضور در مراسم‌های مذهبی از عواملی هستند که می‌توانند در درمان و پیش‌گیری از ابتلا به بیماری‌های روانی اعم از

نوروزهای خفیف یا سایکوزهای^۱ شدید به کار رود (داویدیان، ۱۳۷۶). به نظر بنیامین راش «مذهب آن‌قدر برای پرورش سلامت روح اهمیت دارد که هوا برای تنفس» (به نقل از: جیمز، ۱۳۷۶). مذهب به انسان کمک می‌کند تا معطلی حواشی زندگی، بخصوص حواشی دردناک و طویل‌انگیز را بفهمد.

دین به مؤمنان و معتقدان خود می‌آموزد که چگونه با مجموعه عظیم جهان که پیش از فرد شکل گرفته و قوانین خود را بر او تحمیل می‌کند سازگاری^۱ یابد. این سازگاری، دل‌گرمی و خرسندی مطبوعی را در روان فرد ایجاد می‌کند. برخلاف عقاید گذشته که دین را مانع پیشرفت عقل می‌شناختند و آن را مانع استواری اخلاق راستین می‌دانستند، اگر دستورات دین کامل اجرا شوند، هم اخلاق راستین ایجاد می‌شود و هم نظم اجتماعی و سیاسی شکل می‌گیرد (کاسیرز^۲، ترجمه موفق، ۱۳۷۰).

«دین در عصر کنونی با چالش‌های توانمندی روبه‌رو شده و انعکاس آن تمام جهان را درنوردیده است؛ به ویژه اینکه با تسلط به طبیعت، پیشرفت زندگی و گسترش انسان‌گرایی محض، ابتدا به نظر می‌رسید که خدا و به طور کلی ماوراءالطبیعه و متافیزیک با مفهوم نیروی برتر دست نیافتنی، در حال از بین رفتن است و دین‌داری به پستوهای ذهن در زندگی رانده می‌شود؛ اما با اجلاس هزاره سران و رهبران دینی در مقر سازمان ملل متحد در نیویورک^۳ اتفاق شگفت‌انگیزی رخ داد و آن شکست طرح‌های ضد دین بود». مونت گمری، ۱۳۸۰.

بیان مسئله

بحث از دین و مذهب برای مقابله (عمدتاً پیش‌گیری) با بیماری‌ها قرن‌هاست که مطرح می‌شود؛ از زمان‌های پیش از میلاد که علت بیماری را گناه فرد می‌دانستند تا زمان بعثت پیامبر اکرم ﷺ، که عمده مردم مشکلات و ناراحتی‌های خود را با

عمل به دستورات قرآن و پیامبر، همچون آیه شریفه «كُلُوا وَ اشْرَبُوا وَ لَا تُسْرِفُوا» بر طرف می‌کردند. هرچند که اهمیت مذهب در رابطه با بیماری، به ویژه بیماری روانی، فراز و فرود بسیاری داشته است.

امروزه برخلاف چندین دهه قبل که انسان را موجودی سه بعدی متشکل از زیست، روان و اجتماع^۵ می‌دانستند، بعد چهارمی هم بدان اضافه نموده‌اند و آن بعد روح^۶ و یا معنوی است (طهماسبی و کمانگیری، ۱۳۷۵). در حقیقت، ترکیب انسان، رفتار انسان، سلامت انسان، بیماری انسان و سایر افعال و حالاتی که بر انسان حادث می‌گردد ناشی از یک بعد خاص نیست، بلکه تمام ابعاد چهارگانه با ترکیب و تأثیر متقابل بر هم، حالاتی را بر انسان حکمفرما می‌نماید. به طور کلی، وجود بیماری روانی در خانواده می‌تواند فعالیت عادی اعضا، اقتصاد خانواده و روابط انسانی خانواده را مختل نماید؛ صرف نظر از وقت و عمر زیادی که ممکن است از افراد بگیرد. اختلالات روانی، کارگر، کارمند، محصل، پزشک و استاد نمی‌شناسد و امکان ابتلا به آن برای همه افراد جامعه در تمامی زمان‌ها وجود دارد و هیچ انسانی از فشارهای روانی و اجتماعی مصون نیست و این خطری است که شدیداً نسل فعلی و آینده را تهدید می‌کند (میلانی‌فر، ۱۳۸۴).

یکی از گروه‌های در معرض خطر، دانشجویان هستند. آنها از هوشمندترین افراد جامعه و سازندگان فردای جامعه در زمینه‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی بوده و بخش قابل توجهی از جوانان را تشکیل می‌دهند. (فاضل میبیدی، ۱۳۷۵) دانشجویان در مرحله انتقال از دوره نوجوانی به بزرگسالی، علاوه بر مشکلات ناشی از زندگی جدید، باید سعی کنند تا از خانواده استقلال مالی و عاطفی پیدا کرده و یک مجموعه از ارزش‌های جدید زندگی اجتماعی را بپذیرند. (کگلند^۱ و

همکاران، ۱۹۹۷ به نقل از: عمران نسب، (۱۳۷۸) و در چنین شرایطی است که نیاز به انطباق مجدد احساس می‌شود.

افراد این گروه، فشارهای درسی و مسائل اجتماعی خاصی را تجربه می‌کنند و بدیهی است که به دلیل عدم تجربه از یک سو و شدت و فراوانی فشارهای روانی از سوی دیگر، بیش از سایر اقشار جامعه درگیر تنیدگی‌های گوناگون می‌گردند (خزائیلی، ۱۳۷۶). ناخشنودی، عدم رضایت، ناامیدی، ناکلم^۲ و خشونت^۳ روابط بین فرج^۴ ضعیف، درماندگی^۵ حالات و احساسات منفی هستند که می‌توانند عملکرد آنها را شدیداً تحت تأثیر قرار دهند (نیکجه، ۱۳۷۶). نکته بسیار مهمی که در اصول بهداشت روان^۶ باید توجه داشت، این واقعیت است که تمام آموزش‌های الهی، قوانین فطری و عقلانی هستند؛ به همین دلیل، در تمام مناطق جغرافیایی و در تمام زمان‌ها قابل استفاده می‌باشند. بر همین اساس، این اصول می‌توانند در پیش‌گیری از تظاهرات واکنشی روانی و به طور کلی، پیش‌گیری از تمام اختلالات روانی که جنبه عضوی و ارثی ندارند مفید واقع شوند (حسینی، ۱۳۸۴).

از دیدگاه اسلام، راه علاج و درمان اساسی اختلالات روانی، از جمله اضطراب و نگرانی، یاد خداوند است: «أَلَا بَدْرُ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» و اعتقاد بر این است که انسان به وسیله ایجاد ارتباط روحی و معنوی با مبدأ وجود و سرچشمه همه پاکی‌ها و نیکی‌ها به آرامش خاطر دست پیدا می‌کند. یاد خدا، انسان را با ریسمان و پیوند استواری به پروردگارش مربوط می‌سازد و او را به خیر و خوبی در دنیا و آخرت سوق می‌دهد و روان انسان را بر اساس ایشار و همیاری پرورش داده و او را به آرامش می‌رساند. چنین فردی با عبرت گرفتن از دیگران و تجربه اندوزی از گذشته، با امید به سمت آینده در حرکت است. این افراد هرگز احساس ناراحتی و تشویش در مورد حوادثی که هنوز رخ نداده‌اند به درون خود راه نمی‌دهند.

۲

۴

۲

۵

در احادیث و گفته‌های معصومان علیهم‌السلام عوامل شناختی و عاطفی و رفتاری متعددی مورد توجه قرار گرفته است. برای مثال، در مورد اختلال افسردگی، عواملی نظیر نگرش‌های نامعقول، افراط و تفریط در تمایلات و هواهای نفسانی، برآورده نشدن انتظارات، ناامیدی، شک و تردید به الطاف خداوند، نارضایتی از زندگی، کوتاهی در انجام فعالیت‌ها، سستی و تنبلی، از دست‌دادن چیزی که برای فرد مهم است و یا نرسیدن به آرزوها، حسادت نسبت به کسی، ناراحتی فکری و خیال‌پردازی، احساس ناتوانی، و فشارهای روانی از سبب‌های افسردگی دانسته شده است. (فقیهی و مطهری طشی، ۱۳۸۳)

در مورد اضطراب و آرامش روان هم به مطلبی از علامه طباطبائی اشاره می‌شود. ایشان در توضیح کلمه «سکینه»، آن را از ماده سکون به معنای آرامش دل دانسته‌اند؛ آرامشی که انسان در عزم و اراده خود دارد و هیچ‌گونه اضطراب و نگرانی به خود راه نمی‌دهد. وی شخص مؤمن را همچون کسی می‌داند که بر تکیه‌گاهی استوار و پایه‌ای ویران‌نشدنی تکیه زده و امور خود را بر معارف حقه و اعتقادات غیرقابل شک و شبهه، مبتنی ساخته است. او در کارها طبق فرمان الهی اقدام می‌کند و چیزی را متعلق به خودش نمی‌داند تا ترس از بین رفتن آن را داشته باشد. شخص مؤمن از فقدان چیزی اندوهگین نمی‌شود و برای تشخیص خیر و شر دچار اضطراب و دودلی نمی‌گردد. در ادامه، ایشان شخص بی‌ایمان را همچون افراد بی‌سرپرستی می‌داند که به کارشان رسیدگی نمی‌شود و خیالات و احساسات شوم، از هر طرف بر آنها حمله کرده، آنان را دچار اضطراب شدید می‌کند. (صفورایی پاریزی، ۱۳۸۲)

گها^۱ می‌گوید: «شک ندارم که شما با پیروی از تعلیمات مذهبی خود، هیچ‌گاه دچار افسردگی ناشی از خودملامت‌گری نخواهید شد». (به نقل از: مرتجاعی، ۱۳۷۶) این الگوی کاملی از هم‌سوایی مذهب و روان‌شناسی است. همه

مذاهب از پیروانشان می‌خواهند که انسان‌هایی شاد، بانشاط و از خود خرسند باشند و همدیگر را دوست بدارند. مذهب به انسان کمک می‌کند تا به معنای حوادث زندگی، بخصوص حوادث دردناک و اضطراب‌انگیز دست یابد. دین به معتقدان و مؤمنان خود می‌آموزد که چگونه با مجموعه عظیم جهان و قوانین آن سازگاری یابند.

آرامش روانی، گمشده انسان امروزی است و او با تمام وجود در پی دستیابی به آن است. (آذربایجانی، و موسوی اصل، ۱۳۸۵) شاید بتوان گفت: مهم‌ترین مشکل انسان، اضطراب، افسردگی^۲، اختلال در روابط بین فردی، خشونت و مانند آنها می‌باشد و بدیهی است اگر مسائل فوق در جامعه‌ای گسترده شوند پیامدهای بسیار وخیم و غیرقابل جبرانی را به بار خواهد آورد. از دیدگاه دین، مؤثرترین چیزی که می‌تواند این مشکلات را برطرف کند یاد خداست. (آذربایجانی و موسوی اصل، ۱۳۸۵)

اهداف تحقیق

اهداف این تحقیق عبارتند از:

۱. به دست آوردن رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه‌های مرنده؛
۲. به دست آوردن رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه‌های مرنده؛
۳. به دست آوردن رابطه بین اختلالات روانی با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه‌های مرنده؛
۴. مقایسه وضعیت جهت‌گیری مذهبی دانشجویان زن و مرد نسبت به همدیگر در دانشگاه‌های مرنده؛

۵. مقایسه وضعیت اختلالات روانی دانشجویان زن و مرد نسبت به همدیگر در دانشگاه‌های مرد؛
۶. مقایسه پیشرفت تحصیلی دانشجویان زن و مرد نسبت به همدیگر در دانشگاه‌های مرد.

سوالات تحقیق

این تحقیق، درصدد پاسخ‌گویی به سؤالات ذیل است:

۱. آیا بین میانگین کل جهت‌گیری مذهبی دانشجویان در دو جنس مرد و زن تفاوت معناداری وجود دارد؟
۲. آیا بین میانگین کل اختلالات روانی دانشجویان در دو جنس مرد و زن تفاوت معناداری وجود دارد؟
۳. آیا بین میانگین کل پیشرفت تحصیلی دانشجویان در دو جنس مرد و زن تفاوت معناداری وجود دارد؟

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه‌های تحقیق به قرار ذیل می‌باشند:

۱. بین جهت‌گیری مذهبی و اختلالات روانی در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد؛
۲. بین جهت‌گیری مذهبی و شکایت جسمانی^۱ در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد؛
۳. بین جهت‌گیری مذهبی و وسواس فکری عملی^۲ در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد؛
۴. بین جهت‌گیری مذهبی و حساسیت در روابط بین فردی در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد؛
۵. بین جهت‌گیری مذهبی و افسردگی در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد؛

۶. بین جهت‌گیری مذهبی و اضطراب در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد؛
۷. بین جهت‌گیری مذهبی و خشونت در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد؛
۸. بین جهت‌گیری مذهبی و توت‌مضی^۳ دانشجویان رابطه منفی وجود دارد؛
۹. بین جهت‌گیری مذهبی و تفکر پراگماتیستی^۴ دانشجویان رابطه منفی وجود دارد؛
۱۰. بین جهت‌گیری مذهبی و روان‌پریشی در دانشجویان رابطه منفی وجود

دارد؛

۱۱. بین جهت‌گیری مذهبی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان رابطه مثبتی وجود دارد؛
۱۲. بین اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

۱. جهت‌گیری مذهبی

تعریف مفهومی: میزان گرایش، باورها و آمادگی فرد برای انجام اعمال مذهبی. علامه طباطبائی* در جلد سوم تفسیر المیزان گرایش دینی را عبارت از تسلیم شدن در برابر بیانی که از مقام ربوبی در مورد اعمال و عقاید و یا در مورد معارف و احکام صادر می‌شود می‌داند.

واژه «دین» در لغت به معانی گوناگونی از جمله جزاء، اطاعت، قهر و غلبه، انقیاد، خضوع و پیروی آمده است. در قرآن کریم هم آیاتی وجود دارد که از آنها معنای جزاء، شریعت، قانون، طاعت و بندگی استنباط می‌شود. (بلالی، ۱۳۷۷) دمخدا (۱۳۵۱) دین را در لغت به معنای کیش، آیین، طریقت و شریعت و در اصطلاح، عبارت از مجموعه اصول و قواعد بنیادی و احکام و دستورهای بی‌حدا که از سوی خدا به انسان دلتام شده است. به عبارت دیگر، دین شامل گواهی‌توصیفی و تجویزی است و سه عضو اصلی دارد: شریعت، ایمان و عمل.

تعریف عملیاتی: نمره حاصل از پرسش‌نامه نگرش و اعتقادات مذهبی (خدایاری فرد، غباری بناب، نصفت و فقیهی، ۱۳۷۸) ملاک وضعیت جهت‌گیری مذهبی دانشجویان است. در تحقیق حاضر، منظور از دین، دین اسلام و منظور از مذهب، مذهب شیعه می‌باشد.

۲. اختلالات روانی

تعریف مفهومی: الگوی قابل ملاحظه بالینی که در یک فرد ظاهر می‌شود و با ناراحتی یا ناتوانی در یکی از زمینه‌های کارکردی رابطه دارد و در واکنش به **رویدادهای محیطی است که از لحاظ فرهنگی وجه و مورد انتظار نیست.** (DSM-IV)

بیشتر روان‌پزشکان زمانی فرد را بیمار روانی می‌دانند که علائم روان‌پزشکی^۲ همراه با اختلال در کارکرد را در وی مشاهده نمایند. (کاپلان و سادوک Kaplan & Sadok، ۲۰۰۳، ترجمه رفیعی، ۱۳۸۵)

روان‌پزشکی و روان‌شناسی نوین، رفتار بهنجار را معادل سلامت روانی و رفتار نابهنجار و غیر عادی را معادل بیماری روانی به کار برده است. (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، به نقل از: حسینی المدنی، ۱۳۸۶)

سلامت روانی به عنوان یکی از ابعاد سلامت نیز در نظر گرفته شده است. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامت عبارت است از: رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی. (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، به نقل از: حسینی المدنی، ۱۳۸۶)

تعریف عملیاتی: نمره حاصل از پرسش‌نامه SCL-90-R که وضعیت روانی فرد را در ۹ حوزه شکایات جسمانی، وسواس فکری-عملی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی می‌سنجد.

۳. پیشرفت تحصیلی

تعریف مفهومی: درجه موفقیت دانشجو در یادگیری مطالب درسی پیش‌بینی شده از سوی وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و نیز سازمان مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی.

تعریف عملیاتی: میانگین نمرات امتحانات دانشجو در آخرین نیم‌سال تحصیلی گذشته.

آثار و فواید دین‌داری

درباره آثار و فواید دین‌داری مطالب متعددی عنوان گردیده است.

شهید مطهری (۱۳۴۹) در این باره فایده‌های لیکن (و دین‌دلی) عنوان می‌کند:

۱. بهجت و انبساط: خوش‌بینی به جهان، روشن‌دلی، امیدواری، آرامش خاطر و لذت معنوی؛

۲. بهبودی در روابط اجتماعی: رعایت عدالت و اخلاق در روابط با دیگران در پرتو ایمان و تقوا؛

۳. کاهش ناراحتی‌ها: بالا بردن توان مقابله و مقبولیت در برابر ناملايمات زندگي. آذربایجانی و موسوی اصل (۱۳۸۵) هم، شرح کاملی بر آثار و فواید دین‌داری نوشته‌اند. آنان آثار و فواید دین‌داری را اول در دو سطح فردی و سطح اجتماعی عنوان می‌کنند و در مرحله بعد، فواید سطح فردی را به چهار بخش آرامش روان، خشنودی و رضایت از زندگی، تفسیر خوش‌بینانه از مرگ و سلامت جسمی، و فواید سطح اجتماعی را به سه بخش انسجام اجتماعی، کاهش جرم و انحراف، نوع‌دوستی و کمک به دیگران تقسیم می‌نمایند.

در ذیل، توضیح مختصری در مورد سطوح گفته شده بیان می‌گردد:

آرامش روان: در مورد آرامش روان، نتایج تحقیقات صورت گرفته مؤید این مطلب است که دیندار بودن و پای‌بندی به مبانی و احکام دین باعث افزایش

سطح سلامت روان و بالطبع کاهش اختلالات روانی است. (نمونه‌ای از این تحقیقات در قسمت «پیشینه» خواهد آمد.) علاوه بر نتیجه تحقیقات گفته شده، خود قرآن کریم هم به صراحت به تأثیر یاد خدا در ایجاد و آرامش در روان اشاره کرده است.

تفسیر خوش‌بینانه از مرگ: بسیاری از افراد از مرگ نگرانند؛ چون مرگ در نظر آنان، از دست دادن چیزهای خوب و عدم اطمینان به وقایع پس از مرگ است. در اینجا است که دین تفسیر خوش‌بینانه‌ای از مرگ به انسان می‌دهد و آن را نه نابودی، بلکه انتقال از یک نوع زندگی موقت به نوع دیگری که همیشگی و ابدی است تلقی می‌کند.

خشنودی و رضایت از زندگی: رضایت از زندگی فرایندی است بر مبنای قضاوت شناختی که به عنوان شاخصی در جهت ارزیابی کلی از کیفیت زندگی فرد مطرح شده است. رضایت، انعکاس ساده‌ای از شرایط و حوادث واقعی نیست، بلکه منعکس‌کننده ارزیابی شناختی از شرایط و رویدادهاست. بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد متدین از افراد غیرمتدین، احساس رضایت بیشتری در زندگی دارند. یکی از این بررسی‌ها توسط سلطانی‌زاده و همکاران (۱۳۸۶) انجام شد. نتیجه این تحقیق نشان داد مقوله‌های سه‌گانه نگرش‌های دینی (عمل به مناسک دینی، دوستی و بندگی خدا، اعتقاد به اصول دین) به همراه وجود بیماری جسمانی رابطه معناداری با رضایت از زندگی دارد.

سلامت جسمی: برخی از شارحان نهج‌البلاغه در شرح کلمات حضرت علی علیه السلام که فرمودند: «پرهیزگاری سبب شفای جسم شماس» متذکر شده‌اند که ارتباط تقوا با سلامت جسم به صورت غالبی است؛ زیرا عمده‌ترین سبب بیماری، پرخوری و شکم‌پرستی است. و اکثر اهل تقوا به دلیل کم‌خوری و قناعت به

دلایل چگونگی علی‌الربوبی همت. دوضمن، نتیجه تحقیقات انجام‌شده در این خصوص حکمی و تأثیر مثبت دین‌دلی و سلاقت جمعی ملت (خرائین، ۱۳۷۸)

انسجام اجتماعی: افراد دیندار معمولاً برای انجام فرایض دینی در مسجد و کلیسا جمع می‌شوند؛ خود این امر، باعث افزایش انسجام آن افراد می‌گردد. برگزاری نمازهای جمعه و جماعت نمونه‌ای از این موارد است. شاید یکی از دلایل عمده این انسجام، اشتراکات معنوی زیاد این افراد باشد.

کاهش جرم: از افراد متدین انتظار می‌رود به دلیل آموزه‌های دینی درباره زشتی و حرمت قتل، ضرب و جرح و اعمال منافی عفت، در مقایسه با غیر متدینان کمتر دچار جرم و جنایت و انحراف شوند. در آیاتی از قرآن کریم به رعایت این قوانین اشاره شده است.

نوع دوستی و کمک به دیگران: ادیان مختلف ممکن است درباره مسائلی نظیر حقیقت خداوند یا برخی آیین‌های مذهبی اختلاف نظر داشته باشند؛ ولی در مورد موضوعات اخلاقی از جمله دروغ، حسد، بخل، نوع دوستی، احترام به پیران، محبت به کودکان و مسائلی از این قبیل با همدیگر توافق کاملی دارند. در دین اسلام هم آموزه‌هایی از این دست دیده می‌شود؛ نظیر: با دیگران به نیکی رفتار کن، با مردم فروتن، نرم‌خو^۷ و مهربان باش، یا اطعام مساکین، یتیمان و اسیران در سوره «دهر» که در شأن اهل بیت حضرت علی علیه السلام می‌باشد.

مذهب و سلامت روان

روان‌شناسی بهداشت، در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نقش راهبردی مقابله و سبک زندگی افراد در وضعیت سلامت جسمانی و روانی آنها قایل شده است. شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که افراد به منظور برآوردن نیازهای خاص درونی و بیرونی به کار می‌برند.

رویکردهای مختلف، روش‌های مقابله‌ای متفاوتی را به کار می‌برند. در مقابله مذهبی از منابعی نظیر نماز، دعا، توکل به خدا و مواردی از این قبیل استفاده می‌شود. بدیهی است که استفاده از این منابع، مانع استفاده از سایر روش‌های مقابله مربوط به رویکردهای دیگر نمی‌گردد، بلکه همه اینها می‌توانند به موازات همدیگر مورد استفاده قرار گیرند تا هدف مشترک همه آنها که رسیدن به سطح مطلوبی از سلامت جسم و روان است، تحقق یابد.

روش مقابله مذهبی متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و به نظر می‌رسد از این طریق در مهار مشکلات هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امید به کمک خدا در شرایط مشکل‌زای زندگی، و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و معنوی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. نمازی که توأم با حضور و توجه باشد و پیوسته بالاترین معارف اسلام را به انسان بیاموزد، انسان را از پوچی و بی‌هدفی و ضعف می‌رهاند و افق زندگی را در چشمش روشن ساخته، به او همت، اراده و هدف می‌بخشد.

وقتی فرد نمازگزار با ایمان به قدرت لایتناهی پروردگارش در مقابل او کرنش می‌کند، خود را در مقابل هر عاملی که قصد به خطر انداختن امنیت (جسمی و روحی) وی را داشته باشد ایمن می‌یابد و ضمن تکرار باور اعتقادی خود طی نمازهای پنج‌گانه، این ایمنی را به روان خود تلقین می‌کند و سرانجام آرامش عمیق را در وجود خود حاکم می‌سازد. کاهش آمارهای جرم و جنایت و رفتارهای ضد اجتماعی، کاهش میزان مراجعه بیماران به مراکز درمانی در ماه‌های محرم، صفر و رمضان (طبق آمارهای نیروی انتظامی و اورژانس کشور) می‌تواند حاکی از تأثیر اعمال مذهبی در کاهش این رفتارها باشد.

روش تحقیق

جامعه آماری

جامعه آماری، تمام دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی و پیام نور واحد مرند می‌باشند که در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ مشغول تحصیل بودند. تعداد جامعه آماری ۷۵۰۰ نفر می‌باشد. از این تعداد ۴۵۰۰ نفر دانشجوی دانشگاه آزاد و ۳۰۰۰ نفر دانشجوی دانشگاه پیام نور شهرستان مرند می‌باشند. از ۴۵۰۰ نفر دانشجوی دانشگاه آزاد، ۲۰۰ نفر و از دانشجویان دانشگاه پیام نور، ۱۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردید. از ۲۰۰ نفر نمونه دانشگاه آزاد، ۷۰ نفر مرد و ۱۳۰ نفر زن می‌باشد. از ۱۵۰ نفر نمونه دانشگاه پیام نور، ۱۰۰ زن و ۵۰ نفر مرد می‌باشد.

تعداد نمونه و روش نمونه‌گیری

تعداد نمونه، ۲۵۰ نفر، معادل حدود ۵٪ از کل جامعه می‌باشد که به‌شبه نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌ای انتخاب گردید. برای تعیین میزان نمونه از تعداد نمونه تحقیقات مشابه (۲۴۰ نفر در تحقیق حسن زاده و لیلپور با موضوع «رابطه بین دین‌دلی با لغردگی مطرب و بلستری»، ۴۰۰ نفر در تحقیق خداینبی و خاکسار بلداجی (۱۳۶۴) با موضوع «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سادگی روان‌شناختی»، ۳۳۸ نفر در تحقیق بلداجی شجاعی زاده و کیلی (۱۳۶۹) با موضوع «بررسی رابطه میزان لغردگی و رابطه آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن»، ۴۴۹ نفر در تحقیق کریمی، روغنی‌چی، عطایی، شکی و بشلیه (۱۳۶۵) با موضوع «رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی»، استفاده شد. لازم به توضیح است که تمامی نمونه در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل هستند. روش خوشه‌ای طبقه‌ای، روش نمونه‌گیری می‌باشد.

جدول ۱: وضعیت نمونه تحقیق به تفکیک جنس و دانشگاه

تعداد کل	دانشگاه پیام نور	دانشگاه آزاد	تعداد جامعه آماری
۷۵۰۰ نفر	۳۰۰۰ نفر	۴۵۰۰ نفر	تعداد جامعه آماری
۳۵۰ نفر	۱۵۰ نفر	۲۰۰ نفر	تعداد نمونه آماری
۱۲۰ نفر	۵۰ نفر	۷۰ نفر	تعداد نمونه‌های مرد
۲۳۰ نفر	۱۰۰ نفر	۱۳۰ نفر	تعداد نمونه‌های زن

همان‌گونه که از جدول فوق استفاده می‌شود، تعداد جامعه آماری دانشگاه آزاد نسبت به دانشگاه پیام نور و تعداد نمونه‌های زن از نمونه‌های مرد بیشتر است.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱. پرسش‌نامه نگرش مذهبی

این پرسش‌نامه که توسط *خدا یاری فرد* و همکاران در خرداد ۱۳۷۸ تهیه شده است، یک نگرش‌سنجش از نوع لیکرت و مشتمل بر ۴۰ سؤال است که آزمودنی باید به هر سؤال بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» پاسخ دهد. البته در پایان، پرسش‌نامه خودسنجی کلی اضافه شده است که در آن آزمودنی میزان مذهبی بودن خود را از نظر خانواده، همکلاسی‌ها، سایر آشنایان، معلمان، افراد غریبه و خودش در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (مشابه ۴۰ سؤال اصلی) ارزیابی می‌کند.

روش نمره‌گذاری: نمره‌گذاری بر اساس پاسخ‌های آزمودنی به مواد مختلف آن و در مقیاس ۵ تایی از ۱ (برای گزینه «کاملاً مخالفم» تا ۵ (برای «کاملاً موافقم») انجام می‌شود.

سوالات ۲-۷-۱۰-۲۰-۲۳-۲۵-۲۹-۳۱-۳۴-۳۸ نمره معکوس می‌گیرند؛ یعنی ۵ برای «کاملاً مخالفم» و ۱ برای «کاملاً موافقم». تغییرات نمرات بین ۲۰۰-۴۰ قرار می‌گیرد.

پایایی و اعتبار: تهیه‌کننده پرسش‌نامه، شاخص‌های پایایی و اعتبار پرسش‌نامه را در دو مطالعه مقدماتی اول و دوم محاسبه کرده و در هر دو نوبت ضرایب شاخص‌های پایایی و اعتبار پرسش‌نامه در سطح مطلوب و بالایی گزارش شده است. (خدا یاری فرد، ۱۳۷۸، به نقل از: حسینی، ۱۳۸۰)

ضریب پایایی محاسبه شده برای پرسش‌نامه با استفاده از روش تخفیف معادل ۰/۸۷ گزارش گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه فوق، ۰/۸۳

بوده که نشان‌دهنده پایایی نسبتاً مطلوب می‌باشد. (سهراییان، ۱۳۷۹ به نقل از: بختیاری ۱۳۸۶)

۲. آزمون SCL-90-R

این پرسش‌نامه یکی از پرستفاده‌ترین پرسش‌نامه‌ها در کشور آمریکا است که برای غربالگری و ارزیابی اولیه در سراسر دنیا از آن استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه علاوه بر استفاده برای بیماران روانی، در مورد معتادان به الکل و مواد مخدر، بیماران مبتلا به ناتوانی جنسی، بیماران سرطانی، مبتلایان به نارسایی قلبی، بیماران با ناراحتی‌های شدید جسمی و افرادی که نیازمند مشاوره می‌باشند قابلیت استفاده را دارد. همچنین به عنوان وسیله غربالگری، به ویژه در مواقع استخدام، مورد استفاده قرار گرفته است. لازم به ذکر است که این پرسش‌نامه در مورد افراد دچار ضایعات عضوی مغزی و عقب‌مانده‌های ذهنی قابل استفاده نمی‌باشد و نتایج حاصل معتبر نخواهد بود.

این آزمون شامل ۹۰ سؤال می‌باشد. فرم اولیه آزمون در سال ۱۹۷۳ توسط دروگاتیس، لیپمن و کوری معرفی گردید و سپس بر اساس تجارب بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی از آن، مورد تجدیدنظر قرار گرفت و فرم نهایی آن تهیه گردید. (دروگاتیس، ریکس، راک، ۱۹۷۶)

محتوای آزمون: مواد این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجد که عبارتند از: ۱. شکایت جسمانی؛ ۲. وسواس - اجباری؛ ۳. حساسیت در روابط بین فردی؛ ۴. افسردگی؛ ۵. اضطراب؛ ۶. پرخاشگری؛ ۷. ترس مرضی؛ ۸. افکار پارانوئیدی؛ ۹. روان‌پریشی.

۳. معدل آخرین ترم تحصیلی گذشته

برای سنجش میزان پیشرفت تحصیلی از معدل آخرین ترم تحصیلی دانشجویان استفاده می‌شود.

اطلاعات مربوط به داده‌های اجرای پرسش‌نامه

در این قسمت، آمار توصیفی مربوط به متغیرهای سه‌گانه (جهت‌گیری مذهبی، اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی) در قالب جدول ۲ - ۴ ارائه می‌گردد:

جدول ۲: آمار توصیفی مربوط به متغیر جهت‌گیری مذهبی، اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی

میانگین	جهت‌گیری مذهبی	اختلالات روانی	پیشرفت تحصیلی
۱۷۰٫۶	۱۳۳٫۳۸	۱۵٫۶۵	
۱۳٫۴	۴۵٫۱۱	۱٫۶۹	
۰٫۷۳۹	۲٫۴۱	۰٫۰۹۴	
۳۲۹	۳۵۰	۳۲۳	

در جدول فوق، آمار توصیفی مربوط به متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی ارائه شده است. لازم به ذکر است که تعداد ۲۶ مورد متغیر جهت‌گیری مذهبی و ۲۷ مورد متغیر اختلالات روانی، فاقد پیش‌نمره معتبری بودند.

جدول ۳: آمار توصیفی مربوط به خرده‌آزمون‌های پرسش‌نامه اختلالات روانی

میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	دامنه تغییرات
۱۸٫۰۶	۷٫۶۳	۵۸٫۳۵	۳۹
۱۸٫۴۶	۵٫۱۲	۲۶٫۲۴	۳۱
۱۳٫۳۶	۵٫۱۶	۲۶٫۷	۲۶
۲۳٫۰۳	۹٫۴	۸۸٫۳۶	۴۱
۱۴٫۱۳	۶٫۹۴	۴۸٫۱۷	۳۷
۸٫۷۷	۴٫۴۲	۱۹٫۵۶	۲۳
۶٫۰۴	۳۴/۶	۱۳٫۲۹	۱۹
۹٫۵۶	۳٫۸۵	۱۴٫۸۶	۱۷
۱۱٫۶۳	۵٫۳۹	۲۹٫۰۹	۲۹

با توجه به جدول فوق، مشخص می‌گردد که میانگین خرده‌آزمون افسردگی بیشتر از سایر خرده‌آزمون‌ها و میانگین خرده‌آزمون ترس مرضی پایین‌تر از سایر خرده‌آزمون‌ها می‌باشد. در مورد انحراف استاندارد و واریانس خرده‌آزمون‌ها هم وضعیت مشابه میانگین می‌باشد؛ یعنی افسردگی بالاترین و ترس مرضی پایین‌ترین خرده‌آزمون از لحاظ انحراف استاندارد می‌باشد. بجز خرده‌آزمون‌های میانی این دو خرده‌آزمون که تفاوت‌هایی با همدیگر دارند. در مورد دامنه

تغییرات هم، خرده‌آزمون افسردگی بیشترین و خرده‌آزمون افکار پارانویید کمترین تغییر را دارا هستند.

تجزیه و تحلیل سؤالات و فرضیات تحقیق

برای تجزیه و تحلیل سؤالات تحقیق، از آزمون T برای دو گروه مستقل استفاده شد که نتایج آن در جداول مربوط به هر کدام آورده می‌شود.

سؤال پژوهشی ۱

آیا بین میانگین کل جهت‌گیری مذهبی دانشجویان در دو جنس مرد و زن تفاوت وجود دارد؟

جدول ۴: نتایج آزمون T در متغیر جهت‌گیری مذهبی و میانگین دانشجویان مرد و زن

میانگین دانشجویان زن	میانگین دانشجویان مرد	T-test با فرض یکسانی میانگین			متغیر
		تفاوت میانگین	درجه آزادی	t	
۱۷۰/۸	۱۷۰/۱	۱/۹	۳۲۶	-۰/۴۹۹	جهت‌گیری مذهبی

با توجه به جدول فوق، از آنجا که t به دست آمده در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است، بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت میانگین دو گروه رد می‌شود. با مقایسه میانگین‌های جهت‌گیری مذهبی دانشجویان مرد (۱۷۰/۱) و دانشجویان زن (۱۷۰/۸) می‌توان نتیجه گرفت که با ۹۵٪ اطمینان بین دانشجویان مرد و دانشجویان زن از لحاظ متغیر جهت‌گیری مذهبی تفاوت معناداری وجود ندارد.

سؤال پژوهشی ۲

آیا بین میانگین کل اختلالات روانی دانشجویان در دو جنس مرد و زن تفاوت وجود دارد؟

جدول ۵: نتایج آزمون T در متغیر اختلالات روانی و میانگین دانشجویان مرد و زن

میانگین دانشجویان زن	میانگین دانشجویان مرد	T-test با فرض یکسانی میانگین			متغیر
		تفاوت میانگین	درجه آزادی	t	
۱۴۱/۲۴	۱۱۷/۹۲	-۲۳/۳۱	۳۴۸	-۴/۷	اختلالات روانی

با توجه به جدول فوق، چون t به دست آمده در سطح $P < 0/05$ معنادار است بنابراین، فرضیه تحقیق مبنی بر تفاوت بین میانگین دو گروه نیز تأیید می‌شود. با مقایسه میانگین‌های اختلالات روانی دانشجویان مرد (۱۱۷/۹۲) و دانشجویان زن (۱۴۱/۲۴) می‌توان نتیجه گرفت که با ۹۵٪ اطمینان بین دانشجویان مرد و دانشجویان زن از لحاظ متغیر اختلالات روانی تفاوت معناداری وجود دارد.

سؤال پژوهشی ۳

آیا بین میانگین کل پیشرفت تحصیلی دانشجویان در دو جنس مرد و زن تفاوت وجود دارد؟

جدول ۶: نتایج آزمون T در متغیر پیشرفت تحصیلی و میانگین دانشجویان مرد و زن

متغیر	T-test با فرض یکسانی میانگین		
	تفاوت میانگین	درجه آزادی	t
پیشرفت تحصیلی	۰/۰۲۶۳	۳۲۱	-۰/۱۲۹
میانگین دانشجویان زن	۱۵/۶۷		
میانگین دانشجویان مرد	۱۵/۶۵		

با توجه به جدول فوق، چون t به دست آمده در سطح $P < 0/05$ معنادار است؛ بنابراین، این فرضیه تحقیق مبنی بر عدم تفاوت میانگین دو گروه نیز تأیید می‌شود. با مقایسه میانگین‌های پیشرفت تحصیلی دانشجویان مرد (۱۵/۶۷) و دانشجویان زن (۱۵/۶۵) می‌توان نتیجه گرفت که با ۹۵٪ اطمینان بین دانشجویان مرد و دانشجویان زن از لحاظ متغیر پیشرفت تحصیلی تفاوت معناداری وجود ندارد.

چون تمام متغیرهای فرضیه‌های تحقیق در مقیاس فاصله‌ای هستند برای تجزیه و تحلیل آنها از روش همبستگی استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۱: بین جهت گیری مذهبی و اختلالات روانی رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0/15$ می‌باشد که در سطح $P < 0/05$ (دو دامنه) معنادار می‌باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می‌دهد

که ۲٪ واریانس (تغییر پذیری) جهت‌گیری مذهبی دانشجویان را با اختلالات روانی آنان می‌توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی نشان می‌دهد که هرچه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلالات روانی آنها کاهش می‌یابد و بعکس. تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۲: بین جهت‌گیری مذهبی و اختلال شکایت جسمانی رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0.27$ می‌باشد که در سطح $P < 0.05$ (دو دامنه) معنای بلندی ضریب تعیین این همبستگی نشان می‌دهد که ۷٪ واریانس (تغییر پذیری) جهت‌گیری مذهبی دانشجویان را با اختلال شکایت جسمانی آنان می‌توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی نشان می‌دهد که هرچه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلال شکایت جسمانی آنها کاهش می‌یابد و بعکس. تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۳: بین جهت‌گیری مذهبی و سواس فکری - عملی رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0.31$ می‌باشد که در سطح $P < 0.05$ (دو دامنه) معنادار می‌باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می‌دهد که ۹٪ واریانس (تغییر پذیری) جهت‌گیری مذهبی دانشجویان را با اختلال سواس فکری عملی آنان می‌توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی نشان می‌دهد که هرچه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلال سواس فکری - عملی (و شخصیت سواسی) آنها کاهش می‌یابد و بالعکس.

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۴: بین جهت‌گیری مذهبی و اختلال حساسیت در روابط بین فردی رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0.18$ می‌باشد که در سطح $P < 0.05$ (دو دامنه) معنادار می‌باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می‌دهد

که ۳/۲٪ واریانس (تغییر پذیری) جهت‌گیری مذهبی دانشجویان را با اختلال حساسیت در روابط بین فردی آنان می‌توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی نشان می‌دهد که هرچه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلال حساسیت در روابط بین فردی آنها کاهش می‌یابد و بعکس.

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۵: بین جهت‌گیری مذهبی و اختلال افسردگی رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0.24$ می‌باشد که در سطح $P < 0.05$ (دو دامنه) معنادار می‌باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می‌دهد که ۵/۷٪ واریانس (تغییر پذیری) جهت‌گیری مذهبی دانشجویان را با اختلال افسردگی آنان می‌توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی نشان می‌دهد که هرچه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلال افسردگی آنها کاهش می‌یابد و بعکس.

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۶: بین جهت‌گیری مذهبی و اختلال اضطراب رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0.15$ می‌باشد که در سطح $P < 0.05$ (دو دامنه) معنادار می‌باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می‌دهد که ۲/۲٪ واریانس (تغییر پذیری) جهت‌گیری مذهبی دانشجویان را با اختلال اضطراب آنان می‌توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی نشان می‌دهد که هرچه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلال اضطراب آنها کاهش می‌یابد و بعکس.

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۷: بین جهت‌گیری مذهبی و اختلال خشونت رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به سمت آمده بین دو متغیر $r = 0/11$ - می باشد که در سطح $P < 0/05$ (دو دامنه) معنای بلندی ضریب تعیین این همبستگی شدن می دهد که $72/0$ واریانس (تغییر پذیری) جهت گیری مذهبی دانشجویان را با اختلال خشونت آنان می توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی شدن می دهد که هرچه جهت گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلال خشونت آنها کاهش می یابد و بعکس.

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۸: بین جهت گیری مذهبی و اختلال ترس مرضی رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0/68$ می باشد که در سطح $P < 0/05$ (دو دامنه) معنادار نمی باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می دهد که $46/0$ واریانس (تغییر پذیری) جهت گیری مذهبی دانشجویان را با اختلال ترس مرضی آنان می توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی به دست آمده در این مورد هرچند پایین و منفی بوده و از لحاظ آماری معنادار نمی باشد، ولی می توان عنوان کرد که هرچه جهت گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلال ترس مرضی آنها کاهش می یابد و بعکس؛ هرچند شدت این مسئله بالا نیست.

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۹: بین جهت گیری مذهبی و اختلال افکار پارانوئیدی در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0/19$ می باشد که در سطح $P < 0/05$ (دو دامنه) معنادار می باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می دهد که $3/6$ واریانس (تغییر پذیری) جهت گیری مذهبی دانشجویان را با اختلال افکار پارانوئیدی آنان می توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی نشان می دهد که هرچه جهت گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلال افکار پارانوئیدی آنها کاهش می یابد و بعکس.

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۱۰: بین جهت گیری مذهبی و اختلال روان پریشی در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0/13$ می‌باشد که در سطح $P < 0/05$ (دو دامنه) معنادار می‌باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می‌دهد که ۱/۶٪ واریانس (تغییر پذیری) جهت‌گیری مذهبی دانشجویان را با اختلال روان‌پریشی آنان می‌توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی نشان می‌دهد که هرچه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد اختلال روان‌پریشی آنها کاهش می‌یابد و بعکس.

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۱۱: بین جهت‌گیری مذهبی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان رابطه مثبتی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = 0/83$ می‌باشد که در سطح $P < 0/05$ (دو دامنه) معنادار می‌باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می‌دهد که ۵۶/۹٪ واریانس (تغییر پذیری) جهت‌گیری مذهبی دانشجویان را با پیشرفت تحصیلی آنان می‌توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی مثبت نشان می‌دهد که هرچه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان بالا باشد پیشرفت تحصیلی آنها افزایش می‌یابد و بالعکس.

تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهشی ۱۲: بین پیشرفت تحصیلی و اختلالات روانی در دانشجویان رابطه منفی وجود دارد.

ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر $r = -0/13$ می‌باشد که در سطح $P < 0/05$ (دو دامنه) معنادار می‌باشد. ضریب تعیین این همبستگی نشان می‌دهد که ۱/۶٪ واریانس (تغییر پذیری) اختلالات روانی دانشجویان را با پیشرفت تحصیلی آنان می‌توان تبیین نمود و بعکس. همبستگی منفی نشان می‌دهد که هرچه پیشرفت تحصیلی دانشجویان بالا باشد اختلالات روانی آنها کاهش می‌یابد و بالعکس.

بحث و نتیجه‌گیری

با مراجعه به تحقیقات مشابه تحقیق حاضر (رابطه مذهب و اختلال روانی و پیشرفت تحصیلی) در داخل و خارج کشور، مشخص می‌گردد که هر چند گروه‌های هدف تحقیق، بافت و فرهنگ محل تحقیق، و نیز ابزارهای تحقیق با

هم متفاوت بودند؛ ولی نتایج به دست آمده از آنها تشابه زیادی با هم داشتند و آن اینکه هرچه ابزارهای مقابله مذهبی افراد بیشتر گردد، وضعیت روانی آنان نیز بهتر می‌گردد؛ هرچند که میزان همبستگی‌ها در تحقیقات مختلف و همچنین در بین اختلالات مختلف، متفاوت بود. در تحقیق حاضر هم که در بین دانشجویان دانشگاهی آزاد و پیم‌نور شهستان مرد انجام شد، تیجلی مشابه به همت آمد.

هرچند در مطالب پیشین بر تأثیر مطلوب و مثبت مذهب بر سلامت روان تأکید شد؛ ولی گاهی اوقات دیده می‌شود که افراد مذهبی نیز دچار بیماری گردیده‌اند. شاید در این باره بتوان این گونه بحث کرد که:

۱. تأثیر مثبت مذهب در صورتی است که فرد به مذهب معتقد باشد.
۲. همان گونه که گفته شد، افراط یا تفریط می‌تواند باعث دور شدن از نتیجه واقعی این اعمال باشد.
۳. هرچند یکی از متغیرهای مهم و مؤثر در سلامت روان، مذهب و اعمال مذهبی است، چه بسا به دلیل شرایط خانوادگی، از جمله نبود یکی از والدین، طلاق، آهله وضعیت پلین قضای و موارد مشابه، تأثیر مذهب مختلط قول گیرد.
۴. تأثیر مذهب بر رفتارها و اختلالات مختلف افراد می‌تواند متفاوت باشد. برای مثال، تأثیر مذهب بر افسردگی و اضطراب بیش از تأثیر مذهب بر اختلال وسواس فکری - عملی است.
۵. تأثیر مثبت مذهب بیشتر ناظر بر پیش‌گیری است تا درمان.
۶. تأثیر مثبت مذهب بیشتر بر اختلالات روانی روان زاد است تا اختلالات روانی ارگانیک.

در یکی، بید عوفن کرد که یکی بود وضعیت سلامت روانی و همین طور وضعیت تحصیلی افراد به ویژه دانشجویان، یکی از گریه‌های مؤثر و مفید افئین جهت‌گیری مثبت افراد به سمت مذهب می‌باشد. البته شاید درکولت که جهت‌گیری مذهبی باید در حد اعتدال خود رعایت گردد و از افراط و تفریط پرهیز شود. آیه ۱۵۳ سوره «بقره» تأییدی است بر این مطلب: «و این گونه شمارا احق میانه قول دلیم»

پی‌نوشت‌ها.....

۱ Mental Disorder

۲ James

۳ Froud

۴ Yong

۵ Anxiety

۶ Neorosis

۷ Psychosis

۸ Rush

۹ Religion

۱ Adaption

۱ Sierz

۱ Newyork

۱ Mount Gomri

۱۴. اعراف: ۳۱.

۱ Biopsycosocial

۱ Spiritual

۱ Kowang

۱ Frustration

۱ Agresion

۲ Interpersonal relationship

۲ Helplessness

۲ Mental Health

۲ Prevention

۲۴. رعد: ۲۸.

۲۵. آل عمران: ۱۳۹.

۲ Houge

۲ Depression

۲ Somatization Disorder

۲ Obsession-Compulsion Disorder

۳ Phobia

۳ Paranoed Thought

۲ Psychosis

۳ Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder

۴ Psychiatry

۳۵. رعد: ۲۸ / طه: ۱۲۸.

۳۶. نهج البلاغه، خطبه ۱۹۸.

۳۷. مائده: ۳۲ و ۹۰.

۳۸. نهج البلاغه، نامه ۱۸.

۳۹. نهج البلاغه، نامه ۲۷.

۴ Ricks

۴ Rock

منابع

- قرآن کریم.
- نهج البلاغه.
- آذربایجانی، مسعود، موسوی اصل، سید مهدی، درآمدی بر روان‌شناسی دین، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی (سمت)، ۱۳۸۵.
- بهلولی احسان‌هلی، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و مطلوب و حرمت خود پلنگه ملاحت علی»، ۱۳۸۱.
- بهرامی احسان، هادی، تاشک، آنایتا، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال ۳۴، شماره ۲، ۱۳۸۳.
- بلالی، اسماعیل، سنجش گرایش دینی دانشجویان روزانه دانشگاه تبریز و بررسی نقش یادگیری اجتماعی در آن، پایان نامه کوشنلی اشد، دانشگاه تبریز، دانشگاه علوم انسانی و اجتماعی، ۱۳۷۷.
- پهلوان زاده، سعید، ارتباط بین اعتقادات مذهبی و وضعیت خلق در دانشجویان، چکیده مقالات دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان (گردآورنده: جعفر بوالهروی)، تهران، انستیتو روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۶.
- حسینی، سید ابوالقاسم، اصول بهداشت روانی. بررسی مقدماتی اصول انقلاب بهداشت روانی، روان‌درمانی و برنامه ریزی در مکتب اسلام، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۸۴.
- حسینی الممدنی، سیدعلی، بررسی رابطه بین نوع آسیب روانی و انگیزه پیشرفت در دانش آموزان مقطع متوسطه، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۶.
- خزائیلی، مهناز، «بررسی فشارهای روانی دانشجویان و چگونگی رفتارهای مواجهه با آن»، ماهنامه دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، شماره ۴۶، خرداد ۱۳۷۶.
- دلاور، علی، ملاتی قلی و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۸۳.
- دلاور، علی، تحلیل آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران، انتشارات ارسباران، ۱۳۸۴.
- نصیب، علی اکبر، «رشد تهیه پیش‌نامه در روان‌شناسی و علوم تربیتی»، تهران، انتشارات هوران، ۱۳۷۸.
- صفورایی، محمدمهدی، «ایمان به خدا و نقش آن در کاهش اضطراب»، قم، مجله معرفت ۱۷۵، ۱۳۸۶.
- فاضل‌میبودی، محمدتقی، دین چیست، دین از نگاه کتاب و سنت، قم، انتشارات حرم، ۱۳۷۵.
- فقیهی، علی نقی، مطهری طشی، جمشید، «افسردگی، رویکرد اسلامی در سبب‌شناسی و فرایند درمان»، قم، مجله معرفت ۱۴.

- کاپلان، اچ. آی، سادوک، بی. جی، خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی، ترجمه عباس رفیعی و فرزین ضلیمی، تهران، انتشارات احمد، ۱۳۶۵، (تالیف انتشارات بزرگ علی، ۲۰۰۳)
- کاسیرز، ارنست، فلسفه روشنگری، ترجمه یدالله موفق، تهران، انتشارات نیلوفر.
- کوئینگ، هارولد جی، آیا دین برای سلامت روانی شما سودمند است؟ آثار دین بر بهداشت جسم و روان، ترجمه بتول نجفی، تهران، پژوهشکده علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ۱۳۸۰.
- مرتجعی، عبدالکریم، «تالاسمی و جامعه»، فصلنامه انجمن تالاسمی ایران، شماره ۱۱، ۱۳۷۶.
- میلانی فر، بهروز، بهداشت روانی، تهران، نشر قدس، ۱۳۸۴.
- نجفی، عثمان، قرآن و روان‌شناسی، ترجمه عباس عیب، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۶۴.
- نیکجه، مجید، «بررسی میزان افسردگی در دانشجویان مؤسسات آموزش عالی ایلام»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی، شماره ۱۴، ۱۳۷۶.
- وست، ویلیام، روان‌درمانی و معنویت، ترجمه شهریار شهیدی و سلطانه‌علی شیرافکن، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۸۳.