

بررسی رابطه بین دینداری

با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد

ذبیح‌الله بهرامی چگنی*

چکیده

هدف از پژوهش بررسی رابطه بین دینداری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد می‌باشد. نمونه تحقیق ۱۷۹ نفر از دانشجویان می‌باشد که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای تحقیق مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌های دینداری^۱ و سلامت روانی^۲ می‌باشد. روشهای آماری همبستگی و رگرسیون چندگانه برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پیش‌بینی و ملاک مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که روابط معنی‌داری بین دینداری و اختلالات روانی وجود دارد. علاوه بر آن نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان دادند که بعد اعتقادی و مناسکی دینداری بیشترین نقش را در تعیین اختلالات روانی برخوردارند. کلیدواژه‌ها: دینداری، اختلالات روانی، سلامت روانی، دانشجویان.

* عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد. دریافت: ۸۹/۲/۲۲ - پذیرش: ۸۹/۵/۲۵

مقدمه

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد انجام گرفته است. اصولاً توجه به نقش عوامل دینی در بهداشت روان به هزاران سال پیش برمی‌گردد. در قرن نوزدهم، مطالعات تجربی درباره ارتباط بین عوامل دینی و بهداشت روان به تدریج رشد یافت. اواخر قرن نوزدهم دورکهایم^۳ یکی از بنیانگذاران جامعه‌شناسی نوین یادآوری کرد که میزان خودکشی بر اثر وابستگی مذهبی متفاوت است. سر ویلیام اوسلر^۴ بنیانگذار کاردیولوژی (تخصص قلب)، درباره نیروی ایمان و اعتقاد به خدا در مراقبت‌های پزشکی بیماران مطرح کرده که ایمان بیماران را به عنوان عامل شفاف‌بخش، در معالجه، به کار ببرند.^۵ همچنین به گفته فرانکل^۶، یک احساس مذهبی عمیق و ریشه دار در اعماق ضمیر همه انسان‌ها وجود دارد.

تحقیقات نشان می‌دهند که مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس صمیمیت با دیگران، آرامش هیجانی، فرصت شکوفایی، احساس راحتی، مهارت‌ها، نزدیکی به خدا، و کمک به حل مشکل مؤثر می‌باشد.^۷ دین موجب امیدواری می‌شود و خوش بینی را افزایش می‌دهد.^۸ دین نوعی احساس فراطبیعی به شخص می‌دهد که بی‌تردید تأثیر روان‌شناختی دارد.^۹

بررسی‌های علمی نشان می‌دهند، هرچه میزان معنویت و دینداری افراد زیادتر باشد، مصونیت بیشتری از بیماری‌های روانی و انحرافات رفتاری پیدا می‌کنند. اسپیلکا و همکارانش، با بهره‌گیری از پژوهش‌های روانی، به تأثیر مثبت دین بر سلامت روان و اخلاق پرداخته‌اند. باورها و رفتارهایی از قبیل توکل به خدا، صبر، دعا، زیارت و غیره می‌تواند با ایجاد امید و نگرش‌های مثبت باعث شوند فرد آرامش درونی یابد.^{۱۰} یونگ مطرح می‌کند که «کاملاً متقاعد شده‌ام که اعتقادات و مناسک دینی، دست‌کم از لحاظ بهداشت روانی اهمیت خارق‌العاده‌ای دارند».^{۱۱} آرگیل معتقدات که دین به پیروان خود سلامت جسمانی و روانی اعطا می‌کند و با شفا دادن آلام روحی ارتباط دارد. افراد متدین در جامعه مدرن امروزی، نسبت به سایر افراد سالم‌ترند؛ زیرا رفتار سالمی را در پیش می‌گیرند. همچنین بهداشت روانی با تدین ذاتی و درونی فرد ارتباط دارد.^{۱۲}

ایدلر با مطالعه ۲۸۱۱ نفر سالمند دریافت که میزان افسردگی در مردان و زنانی که به کلیسا می‌رفتند به مردانی که عبادت شخصی می‌کردند، کاهش یافت.^{۱۳} کوینینگ و همکاران مطرح کردند افرادی که همیشه از مقابله‌های مذهبی استفاده می‌کردند، از افرادی که کمتر یا گاهی از این مقابله‌ها استفاده می‌کردند، در ۹ شاخص از ۱۲ شاخص سلامت روانی، نمرات بالاتری کسب کردند.^{۱۴} لیندنتال، نشان دادند افرادی که به اعتقادات مذهبی پایبند بودند، نسبت به کسانی که به این اعتقادات پایبند نبودند، اضطراب و ناراحتی‌های روانی بسیار کمتری

را تجربه می‌کردند.^{۱۵} علاوه بر این، در مطالعاتی دربارهٔ رابطه بین مذهب و قدرت مقابله با سرطان،^{۱۶} رابطه مثبت مذهب با سلامت روانی و جسمانی در سالمندان نشان داده شده است.^{۱۷} علاوه بر این، از میان تحقیقات دیگری که حاکی از تأثیر مثبت دینداری در سلامت روانی هستند، می‌توان به نس و وینتروب،^{۱۸} براون^{۱۹} و همکاران، برگین و همکاران، لوین و مارکیدز،^{۲۰} ویلیامز^{۲۱} و همکاران، هانس برگر،^{۲۲} هاندال^{۲۳} و همکاران، پولوما و پندلتون^{۲۴} اشاره داشت.^{۲۵} این پژوهش‌ها که اثر مثبت مذهب و دینداری در سلامت روان، کاهش ناراحتی و آشفتگی را گزارش داده‌اند، از وجود رابطه مثبت بین دینداری و سلامت روانی حمایت نمودند. با توجه به این یافته‌ها، هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین نگرش مذهبی با اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد است. از جمله اهداف دیگر پژوهش، تعیین این که کدام یک از ابعاد نگرش مذهبی نقش بیشتری در تبیین سلامت روانی دارند.

فرضیات تحقیق

۱. بین نگرش مذهبی با عدم سلامت روانی و حیطة‌های آن رابطه منفی وجود دارد.
۲. بین بعد اعتقادی نگرش مذهبی با عدم سلامت روانی کلی رابطه منفی وجود دارد.
۳. بین بعد عاطفی نگرش مذهبی با عدم سلامت روانی کلی رابطه منفی وجود دارد.
۴. بین بعد پیامدی نگرش مذهبی با عدم سلامت روانی کلی رابطه منفی وجود دارد.
۵. بین بعد مناسکی نگرش با عدم سلامت روانی کلی رابطه منفی وجود دارد.

جامعه و نمونه آماری، و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری تحقیق حاضر کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد می‌باشند. در این پژوهش برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده شده است. به این مبنا که تمام دانشجویان برحسب رشته تحصیلی به سه رشته: کلی علوم انسانی (۱۰۴ نفر)، علوم پایه (۴۶ نفر) و مهندسی (۲۹ نفر) طبقه‌بندی شده و از میان این طبقات، برحسب تعداد دانشجویان هر طبقه آزمودنی‌ها انتخاب گردیده‌اند. بر این اساس، تعداد کل نمونه انتخابی ۱۷۹ نفر است.

روش تحقیق

طرح تحقیق در پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. از آنجا که محقق متغیرهای پژوهش را مورد دستکاری قرار نمی‌دهد، بنابراین مناسب‌ترین طرح، نوع همبستگی می‌باشد. در این پژوهش، ابتدا نمونه تحقیق با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب گردیده‌اند. بعد از آن، آزمودنی با استفاده از دعوت‌نامه‌ای جهت تکمیل پرسش‌نامه تحقیق دعوت به عمل آمد و داده‌ها با نرم‌افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه سنج دینداری مسلمانان

این پرسش‌نامه توسط سراج زاده^{۲۶} و براساس مدل گلاک و ستارک^{۲۷} با اسلام و بویژه اسلام شیعی تطبیق داده و متناسب شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال است و ۴ بعد دینداری را می‌سنجد که به ترتیب عبارتند از: (۱) بعد اعتقادی یا باورهای دینی، (۲) بعد عواطف دینی، (۳) بعد پیامدی یا آثار دینی، (۴) بعد مناسکی یا اعمال دینی. کلیه عبارات پرسش‌نامه، سؤالات نگرشی بوده و در طول یک طیف پنج قسمتی از نوع لیکرت ارزش‌گذاری شده‌اند: (۱) کاملاً مخالف (۲) مخالف (۳) بی‌نظر (۴) موافق (۵) کاملاً موافق. فقط عبارات معرف بعد عملی دین، سؤالات مربوط به رفتار واقعی‌اند.

لازم به یادآوری است که، رابطه بین بُعد اعمال دینی و ارزیابی از خود قوی‌تر از بقیه ابعاد بود (۰/۶۲)، در حالی که بُعد باورهای دینی، ضعیف‌ترین رابطه را با ارزیابی از خود داشت (۰/۴۲). ارزیابی از خود سنج‌های ذهنی است که به تصور پاسخگو از معیارهای دیندار بودن بستگی دارد. با این حال، وجود رابطه‌ای قوی تا متوسط بین ارزیابی افراد از میزان دینداری خود و نمره آنان در مقیاسی که بر طبق مدل گلاک و ستارک ساخته شده بود را می‌توان نشان روایی مقیاس دینداری دانست.^{۲۸} در تحقیق شریفی^{۲۹} اعتبار این آزمون از طریق همبسته کردن نمرات این آزمون با آزمون نگرش سنج مذهبی خدایاری فرد^{۳۰} محاسبه شد. ضریب اعتبار محاسبه شده برابر بوده است با ۰/۴۵ که در سطح $P/0.001 >$ معنی‌دار است.

ضرایب آلفای استاندارد چهار مقیاس مربوط به چهار بُعد دینداری بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ نوسان داشتند، به استثنای بُعد عواطف دینی، که ضریب آلفای آن ۰/۵۶ بود. سراج زاده، به منظور بررسی مقدماتی پایایی پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی (با فاصله دو هفته) بر روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان استفاده کرد. ضریب آلفای استاندارد شده ۰/۶۳ و ضریب همبستگی نمرات نوبت اول و دوم ۰/۸۰ بوده است. در اجرای نهایی پرسش‌نامه، آلفای ابعاد مختلف دینداری بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ بدست آمد. همچنین آلفای سنج کلی دینداری، که براساس نمره پاسخگویان در چهار بعد فرعی دینداری محاسبه شد، ۰/۸۳ بود.^{۳۱} ضریب اعتبار ابعاد این آزمون، از طریق محاسبه آلفای کرانباخ، در پژوهش شریفی^{۳۲} به ترتیب زیر است: بُعد اعتقادی ($\alpha = 0.62$)، بُعد عاطفی ($\alpha = 0.56$)، بُعد پیامدی ($\alpha = 0.66$)، بُعد مناسکی ($\alpha = 0.79$) و اعتبار کل ($\alpha = 0.78$).

۲. آزمون SCL۹۰۳۳

این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله آزمودنی گزارش می‌گردد. اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردیده است. فرم اولیه آزمون، توسط دراگوتیس، لیپمن و کووی^{۳۴} معرفی شد. براساس

تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی از آن، مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن تهیه گردید.^{۳۵}

پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون، در یک مقیاس پنج درجه‌ای از میزان ناراحتی از «هیچ» تا به «شدت» مشخص می‌گردد. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بُعد مختلف شامل: شکایات جسمی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون براساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی به‌دست می‌آید. مدت زمان لازم برای اجرا حدود ۱۲ الی ۱۵ دقیقه بوده، ولی افراد ممکن است آن را در ۳۰ دقیقه یا بیشتر تکمیل کنند. آزمون مذکور حالات فرد را یک هفته قبل تا زمان حال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این زمانی است که فرد برای پاسخ دادن به آن زمان رجوع می‌کند، بدیهی است که این آزمون برای بیماران سایکوتیک، افراد دچار ضایعات عضوی مغز و عقب‌مانده‌های ذهنی قابل اجرا نیست و معتبر نخواهد بود.

سنجش پایایی ابعاد ۹ گانه این آزمون، به دو روش صورت گرفته است. این دو روش عبارتند از: محاسبه پایایی درونی و پایایی به روش آزمون مجدد. برای محاسبه ثبات درونی آزمون، که بر روی ۲۱۹ نفر داوطلب در ایالات متحده جهت سنجش ثبات و یکنواختی سئوالات انجام گردید، از ضریب آلفا و کودر ریچاردسون (۲۰) استفاده شد. نتایج تعداد ضرایب به دست آمده برای ۹ بُعد کاملاً رضایت‌بخش بوده است.^{۳۶}

در ایران نیز قریشی راد ضرایب پایایی بالایی را برای این آزمون در بین جانبازان شاعل و غیرشاعل بدست آورده است که بالاترین این ضرایب از روش آلفای کرونباخ در بُعد افسردگی ۰/۹۳٪ و پایین‌ترین آن در بعد افکار پارانوئیدی ۰/۸۱٪ بوده است. همچنین به روش تنصیف بالاترین مقادیر در بعد پرخاشگری با ۰/۹۳٪ و پائین‌ترین آن در بعد افکار پارانوئیدی ۰/۸۰٪ گزارش شده است. در تحقیق حاضر نیز پایایی این آزمون از طریق محاسبه آلفای کرانباخ، ۰/۹۸ محاسبه شد.^{۳۷}

یافته‌های تحقیق

الف. یافته‌های توصیفی

در جدول شماره یک، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره ابعاد نگرش مذهبی ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی حیطه‌های نگرش مذهبی

شاخص‌ها نگرش	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
نگرش مذهبی کلی	۹۹/۸۷	۱۳/۰۵	۶۵	۱۲۷
بعد اعتقادی	۳۲/۰۵	۳/۵۸	۱۲	۳۵
بعد تجربی	۳۶/۳۰	۳/۲۶	۱۵	۲۰
بعد پیامدی	۲۰/۱۴	۵/۲۲	۸	۳۰
بعد امساک	۲۱/۲۴	۵/۰۳	۷	۲۴

در جدول شماره ۲، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره حیطة‌های عدم سلامت روانی ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی حیطة‌های عدم سلامت روانی

شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداکثر نمره
سلامت روانی کلی	۸۸/۶۱	۵۸/۰۵	۳۰۲
شکایات جسمانی	۱۳/۶۴	۱۰/۵۵	۴۵
وسواس	۱۳/۹۳	۸/۶۱	۳۹
افسردگی	۱۵/۶۹	۱۱/۱۷	۴۸
حساسیت در روابط بین فردی	۱۱/۰۴	۷/۶۰	۳۳
اضطراب	۱۲/۰۱	۹/۲۴	۴۰
پرخاشگری	۶/۲۰	۴/۸۴	۲۴
ترس مرضی	۴/۴۱	۴/۵۸	۲۷
افکار پارانوئیدی	۱۰/۰۹	۵/۵۷	۲۴
روان‌پریشی	۸/۹۹	۷/۰۲	۳۷

ب. یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

در جدول شماره ۳، یافته‌های مربوط به ارتباط بین نگرش مذهبی با عدم سلامت روانی ارائه شده است.

جدول ۳: ضرایب همبستگی بین نگرش مذهبی و عدم سلامت روانی

متغیرها	نگرش مذهبی کلی		بُعد اعتقادی		بُعد عاطفی		بُعد پیامدی		بُعد مناسکی	
	p	r	P	R	p	r	p	r	p	r
عدم سلامت روانی کلی	۰/۰۵	-۰/۱۲	۰/۰۵	-۰/۱۲	۰/۰۵	-۰/۰۵	۰/۲۲	-۰/۰۷	۰/۱۶	-۰/۱۴
شکایات جسمانی	۰/۰۱	-۰/۰۹	۰/۰۶	-۰/۰۹	۰/۰۵۹	-۰/۰۹	۰/۱۶	-۰/۰۶	۰/۱۶	-۰/۱۳
وسواس	۰/۰۳	-۰/۱۳	۰/۰۲	-۰/۱۳	۰/۱۵	-۰/۰۶	۰/۲۲	-۰/۰۲	۰/۱۹	-۰/۰۹
افسردگی	۰/۰۸	-۰/۰۹	۰/۰۸	-۰/۰۹	۰/۳۱	-۰/۰۳	۰/۱۹	-۰/۰۵	۰/۱۹	-۰/۱۰
حساسیت در روابط بین فردی	۰/۰۸	-۰/۰۵	۰/۱۳	-۰/۰۵	۰/۲۷	-۰/۰۳	۰/۲۷	-۰/۰۳	۰/۲۷	-۰/۱۰
اضطراب	۰/۰۲	-۰/۰۶	۰/۰۶	-۰/۰۶	۰/۰۷	-۰/۰۸	۰/۱۴	-۰/۰۶	۰/۱۴	-۰/۱۲
پرخاشگری	۰/۰۱	-۰/۱۶	۰/۰۰۲	-۰/۱۶	۰/۰۴	-۰/۱۰	۰/۰۷	-۰/۰۸	۰/۰۷	-۰/۰۹
ترس مرضی	۰/۰۰۷	-۰/۱۷	۰/۰۱	-۰/۱۷	۰/۱۰	-۰/۰۷	۰/۰۶	-۰/۰۹	۰/۰۶	-۰/۱۳
افکار پارانوئیدی	۰/۰۰۶	-۰/۱۴	۰/۰۱	-۰/۱۴	۰/۰۴	-۰/۱۰	۰/۰۶	-۰/۰۹	۰/۰۶	-۰/۱۴
روان‌پریشی	۰/۰۰۸	-۰/۱۰	۰/۰۳	-۰/۱۰	۰/۱۷	-۰/۰۵	۰/۱۳	-۰/۰۱	۰/۰۱	-۰/۱۵

فرضیه شماره یک، بیانگر وجود رابطه منفی بین نگرش مذهبی کلی با اختلالات روانی کلی است. نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که، ضریب همبستگی بین این دو متغیر برابر با $-۰/۱۲$ است که در سطح $۰/۰۵$ معنادار است. بر این اساس، فرضیه شماره یک مورد تأیید قرار می‌گیرد. علاوه بر آن، نگرش مذهبی کلی با شکایات جسمانی، وسواس، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی نیز رابطه معنی دار دارد.

فرضیه شماره دو، وجود رابطه منفی معنادار بین بعداعتقادی نگرش مذهبی و اختلالات روانی کلی را پیش بینی می‌کند. با استناد به نتایج موجود در جدول شماره ۳، می‌توان مشاهده کرد ضریب همبستگی این دو متغیر $0/12-$ است که در سطح $0/05$ معنادار است. معنادار بودن مقدار ضریب همبستگی بیانگر تأیید شدن فرضیه شماره ۲ می‌باشد. علاوه بر آن، بعد اعتقادی با بیشتر اختلالات روانی از جمله وسواس، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی نیز رابطه منفی دارد. مقدار ضریب همبستگی درج شده در جدول شماره ۳ برابر با $0/05-$ است که به سطح معنی دار $0/05$ نرسیده است. بر این اساس، فرضیه شماره ۳ مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. علاوه بر این، اکثر روابط بین بعد اعتقادی و اختلالات روانی نیز به سطح معنی دار نرسیده اند. این فرضیه رد می‌شود.

فرضیه شماره ۴ در خصوص وجود رابطه منفی معنادار بین بعد پیامدی و اختلالات روانی کلی مورد تأیید قرار نگرفت، به دلیل اینکه ضریب همبستگی متغیر برابر با $0/07-$ است و به سطح معناداری مورد نظر نرسیده است. این فرضیه نیز رد می‌شود.

فرضیه شماره ۵ احتمال وجود رابطه منفی معنادار بین بعد امساکي نگرش مذهبی و اختلالات کلی روانی را پیش بینی می‌کند. نتایج حاصل از روابط معنی دار ($0/02$ ، $r_s = 0/14$) بین دو متغیر می‌باشد. علاوه بر این، ضرایب اختلالات روانی با بعد امساکي معنادار می‌باشد.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه ابعاد نگرش مذهبی با اختلالات روانی

متغیرهای ملاک	متغیرهای پیش بین	رگرسیون چندگانه	ضریب تعیین	F	معناداری.
اختلالات روانی کلی	مناسکی	0/16	0/03	4/64	0/03
شکایات جسمانی	مناسکی	0/16	0/03	4/52	0/01
اضطراب	مناسکی	0/14	0/02	5/24	0/02
رفتار پارانوئیدی	مناسکی	0/17	0/03	7/27	0/001
روان پریشی	مناسکی	0/17	0/03	7/00	0/001
وسواس	اعتقادی	0/16	0/03	6/68	0/001
پرخاشگری	اعتقادی	0/19	0/04	9/37	0/001
ترس مرضی	اعتقادی	0/18	0/03	8/77	0/001

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه، که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده اند، نشان می‌دهد که بعد مناسکی بیشترین نقش را در تعیین واریانس اختلالات روانی کلی، شکایت جسمانی، اضطراب، افکار پارانوئیدی و روان پریشی برخوردار است. همچنین بعد اعتقادی بیشترین نقش را در تبیین واریانس وسواس، پرخاشگری، و ترس مرضی برخوردار است.

نتیجه گیری

در این مقاله، رابطه بین اختلالات روانی با نگرش‌های مذهبی مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داده اند که، از میان ۵ فرضیه، ۳ فرضیه مورد تأیید قرار گرفته اند. نگرش

مذهبی کلی، بعد اعتقادی، و بعد مناسکی روابط معناداری با اختلالات روانی کلی و حیطه‌های آن دارند. به علاوه، شواهد به دست آمده حاکی از آن است که بعد امساکي و اعتقادی نقش بیشتری در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی ایفا می‌کند.

نتایج به دست آمده با بسیاری از تحقیقات و پژوهش‌های مربوط در این زمینه هماهنگ است. نتایج حاصل با مطالعات نیومن و پارگامونت،^{۳۸} سلیگمن،^{۳۹} کارل و همکاران،^{۴۰} اسپیلکا و همکاران،^{۴۱} آرگیل^{۴۲} و پژوهش‌های دیگر ذکر شده هماهنگ است. فرضیه شماره ۳ وجود رابطه منفی معنادار بین بعد تجربی نگرش مذهبی و اختلالات روانی کلی را پیش‌بینی می‌کند.

بعد اعتقادی یکی از مولفه‌های دینی است که می‌تواند نقش مهمی در تأمین سلامت روحی و روانی افراد داشته باشد. ایمان به خدا، آثار نیک فراوانی دارد، از جمله تولید بهجت و انبساط، نیکو ساختن روابط اجتماعی، کاهش و رفع ناراحتی‌های روحی و دنیوی.^{۴۳} خداوند در قرآن کریم فرموده است: «اجابت کنید دعوت مرا و به من ایمان بیاورید تا رشد کنید.» (بقره: ۱۸۶) در اینجا، نتیجه ایمان به خدا و اجابت دعوت خداوند رشد، تکامل و دستیابی به سلامت روان است. انسانی که در این مسیر حرکت می‌کند، معیار ایده آل سلامت فکر را دارد.^{۴۴} زندگی قاطعانه و هدفمند احساس شایستگی و توانایی به همراه می‌آورد؛ بدین معنا که فرد از تمام نیروی خود برای رسیدن به هدف‌های زندگی استفاده می‌کند و این دیدگاه تلاش را به دنبال دارد.^{۴۵}

بعد رفتاری یا مناسکی به عنوان مجموعه‌ای از رفتارها و واکنش‌ها در سلامت روان و حفظ آن بسیار مؤثرند. اسلام به دلیل نقش و تاثیر اساسی رفتار در بهداشت روانی، اهمیت بسیاری به تصحیح رفتار و انطباق آن با اصول ساده و اسلامی می‌دهد و حتی انسان از راه شناخت صحیح تفکرات و باورهای سازنده را در خود شکل می‌دهد، بی‌شک، باید رفتار خود را به جهت آن باورها سوق دهد. قرآن کریم به روشن در بهداشت و سلامت روح را بیان فرموده است: «هرکه به خداوند یگانه ایمان بیاورد و عمل صالح انجام دهد، نه ترسی در وی است و نه غمگین خواهد شد.» (مائده: ۶۹) بنسون،^{۴۶} استاد دانشکده پزشکی هاروارد معتقد است که تکرار مکرر دعا و نیایش و تعمق روحی، می‌تواند سرچشمه تغییرات فیزیکی و روحی در بدن باشد و آرامش معنوی را بالا ببرد.^{۴۷} اشخاص با انجام یک سری مناسک مانند دعا و نماز با یادآوری صفات خداوند، توانایی‌های پروردگار را مرور می‌کنند. همین تصویر مثبت از قدرت خداوند به انسان آرامش می‌بخشد.

غزالی در این مورد می‌گوید: «از این طریق، تمامی ترس‌ها از بین می‌روند و همه ناراحتی‌ها از آدم سترده می‌شود. آن‌گاه فرد با دعا کردن به یاد خدا می‌افتد، به یقین می‌رسد که رهایی

از ناراحتی‌های درونی سهل و هموار است.^{۴۸} الکسیس کارل در این مورد گفته است: «نیایش کشتش روح است به سوی کانون غیرمادی جهان، نیروزا و نشاط آور است.»^{۴۹}

یکی دیگر از نکاتی که رابطه بین نگرش‌های مذهبی و سلامت روانی را تبیین می‌کند، احساس امیدواری است. افراد مذهبی و با ایمان از رحمت بی پایان الهی ناامید نمی‌شوند. چنانچه خداوند می‌فرماید: «از رحمت بی پایان الهی ناامید نشوید» (زمر: ۵۳) یا «از رحمت خدا مأیوس نشوید؛ زیرا از عنایت و رحمت الهی مأیوس نمی‌شوند، مگر گروه کفر پیشگان» (یوسف: ۸۷). امید نیروی زندگی پویا و چندبعدی است که به وسیله اطمینان و در عین حال، همراه با تردید، برای دست یابی به آینده خوب تعریف می‌کند.^{۵۰} در تأیید این موضوع هوکر و همکاران^{۵۱} نشان داده اند که خوش بینی و امیدواری رابطه معناداری با سلامت روانی دارند. علاوه بر این انجام اعمال مذهبی موجب ارتباط نزدیک فرد با خدای خود می‌شود. این احساس، سبب رضایت بیشتر از زندگی می‌شود و این موضوع می‌تواند همبستگی بین دینداری و سلامت عمومی را تبیین کند.

در مطالعه حاضر، روابط معناداری بین بُعد عاطفی و پیامدی نگرش مذهبی با اختلالات روانی مشاهده نگردید. این یافته‌ها نشان می‌دهند که داشتن رویکرد عاطفی به مذهب، بدون اعتقاد روانی و واقعی از قدرت کافی برای تاثیرگذاری بر سلامت روانی افراد برخوردار نیست. همچنین، رویارویی با مذهب به صرف توجه به پیامدها و آثار آن، نمی‌تواند توان افراد را برای ارتقای سلامت روحی و روانی فراهم نماید.

..... پی‌نوشت‌ها

۱. ح. سراج زاده، «مقایسه تجربی سنجه های دینداری: دلالت های روش شناسانه کاربرد سه سنجه در یک جمعیت»، *جامعه شناسی/ایران*، ش ۸ ص. ۳۷-۷۰.
- ۲ «فاصله نسلی با تاکید بر وضعیت دینداری و ارزش‌های اجتماعی مطالعه موردی شهر دهدشت در سال ۱۳۸۲»، پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان (۲) ۱۹، ۱۳۸۴، ص ۲۱-۴۰.
۳. محمدرضا احمدی، «اثر بخشی مناسک حج در سلامت روانی حجاج»، *مطالعات اسلامی دین*، ش ۲، ص ۴۷-۷۳.
۴. Osler
۵. همان.
۶. Frankl, V.E, Man's Search for Meaning.
۷. Newman, J. S & Pargamont, K. I, The Role of Religion in the Problem-Solving Process. *Review of Religions*, ۳۱, ۳۹۰-۴۰۳.
۸. Seligman, M. E, Authentic Happiness.
۹. Bergin, A.E, Religiousness and Mental Health Reconsidered, *Journal of Counseling Psychology*, ۳۴-۴۸
۱۰. Spilka, B. Hood, R.W. Hunsburger, B, The psychology of Religion. NY: Guilford Press.
۱۱. Jung, C. G, Religion and Psychology.
۱۲. Argyle, M, Psychology and Religion
۱۳. دولت‌شاهی، ب. واعظی، ا، بررسی رابطه بین به کارگیری مقابله مذهبی و سلامت روانی. مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان. ص ۴۵.
۱۴. همان، ص ۴۸.
۱۵. غباری بناب، ب. «باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان» *اندیشه و رفتار*، ش ۴، ص ۵۱.
۱۶. Acklin, M.W, The Role of Religious and Values Coping with Cancer, *Journal of Religion and Health*, ۲۲ (۴), ۲۲-۳۱.
۱۷. Backer, M.W, Trait Anxiety and Intrinsic Extrinsic Religiousness, *Journal for the Scientific Study of Religion*, ۲۱, ۷۳-۸۲.
۱۸. Ness & Wintrobo
۱۹. Brown
۲۰. Levin & Markides
۲۱. Williams
۲۲. Hunsburger
۲۳. Handal
۲۴. Poloma & Pendelton
۲۵. نوری قاسم آبادی، ر. بوالهیری، ج. بررسی مقدماتی اثر فشار اجتماعی بر گزارش افراد از نگرش مذهبی. مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، ص ۵۴.
۲۶. همان، ص ۴۲.
۲۷. Glock & Stark
۲۸. همان، ص ۳۸.
۲۹. طیبیه شریفی، بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، رساله‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ص ۶۳.
۳۰. همان منبع. ص. ۵۱.

۳۱. سراج‌زاده، ح. «مقایسه تجربی سنجه‌های دینداری: دلالت‌های روش‌شناسانه کاربرد سه سنجه در یک جمعیت»، جامعه‌شناسی ایران، ۸(۴)، ص ۳۷-۷۰.
۳۲. طبیبه شریفی، بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، رساله‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ص، ۴۸.
۳۳. Symptom Check List
۳۴. ربانی، ر. «فاصله نسلی با تأکید بر وضعیت دینداری و ارزش‌های اجتماعی مطالعه موردی شهر دهمدشت در سال ۱۳۸۲»، *علوم انسانی دانشگاه اصفهان* (۲) ۱۹، ص ۲۱-۴۰.
۳۵. همان، ص ۳۲.
۳۶. سراج‌زاده، ح. «مقایسه تجربی سنجه‌های دینداری: دلالت‌های روش‌شناسانه کاربرد سه سنجه در یک جمعیت» *جامعه‌شناسی ایران*، ۸(۴): ۳۷-۷۰.
۳۷. قریشی‌راد، ف. «اعتباریابی مقیاس مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر»، *علوم رفتاری*، ش ۱، ص ۸-۱.
۳۸. Newman, J.S, Pargamont, K.I, The Role of Religion in the Problem-Solving Process, Review of Religions, ۳۱, ۳۹۰-۴۰۳.
۳۹. Seligman, M.E, Authentic Happiness.
۴۰. Carle, E.T. Alex, H.S. Harris, D, Spirituality, Religion and Health.
۴۱. Spilka, B. Hood, R.W. Hunsburger, B, The psychology of Religion.
۴۲. Argyle, M, Psychology and Religion.
۴۳. مرتضی مطهری، بیست گفتار. ص ۱۰۷.
۴۴. سید ابوالقاسم حسینی، «مفاهیم و بهداشت روانی»، *اول بهداشت روانی*، ش ۱، ص ۳۳.
۴۵. براندن، ن، *انسان بدون خویشتن یا روانشناسی از خود بیگانگی*، ترجمه مهدی هاشمی، ص ۱۲۸.
۴۶. Benson
۴۷. ربانی، ر. «فاصله نسلی با تأکید بر وضعیت دینداری و ارزش‌های اجتماعی مطالعه موردی شهر دهمدشت در سال ۱۳۸۲»، *علوم انسانی، دانشگاه اصفهان* (۲) ۱۹، ص ۲۱-۴۰.
۴۸. قریشی‌راد، ف. «اعتباریابی مقیاس مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر»، *علوم رفتاری*، ش ۱، ص ۸-۱.
۴۹. غباری‌بناب، ب. «باورهای مذهبی و اثرات آن‌ها در بهداشت روان»، *اندیشه و رفتار*، ش ۴، ص ۵۳.
۵۰. روان محمدی، ف. *بررسی ارتباط امید و موثر بودن در مقابله با بیماری‌ها*، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، ص ۵۹.
۵۱. قریشی‌راد، ف. «اعتباریابی مقیاس مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر»، *علوم رفتاری*، ش ۱، ص ۸-۱.

منابع

- احمدی، محمدرضا، *انریختی مناسک حج در سلامت روانی حجاج*، فصل‌نامه مطالعات اسلامی دین. شماره ۲، ۱۳۸۷، ۴۷-۷۳.
- براندن، ن، *انسان بدون خویشتن یا روان‌شناسی از خود بیگانگی*، ترجمه مهدی هاشمی، تهران، شرکت سهامی انتشار، ۱۳۸۸.
- پهلوانی، ه. دولت‌شاهی، ب. واعظی، ا. بررسی رابطه بین به کارگیری مقابله مذهبی و سلامت روانی، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان. قم: دفتر نشر نوید اسلام، ۱۳۷۷.
- حسینی، سیدابوالقاسم، «مفاهیم و بهداشت روانی»، *اول بهداشت روانی*، ش ۱، ۱۳۷۸.
- خدایاری فرد، م، «بررسی مراتب دینداری در متون حدیثی»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ش ۴، ۱۳۸۶.
- ربانی، ر، «فاصله نسلی با تاکید بر وضعیت دینداری و ارزش‌های اجتماعی مطالعه موردی شهر دهمدشت در سال ۱۳۸۲»، *پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان*، (۲) ۱۹، ۱۳۸۴: صص. ۲۱-۴۰.
- روان محمدی، ف، *بررسی ارتباط امید و موثر بودن در مقابله با بیماری‌ها*، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان. قم: دفتر نشر نوید اسلام، ۱۳۷۷.
- سراج زاده، ح، «مقایسه تجربی سنج‌های دینداری: دلالت‌های روش شناسانه کاربرد سه سنج در یک جمعیت». *جامعه‌شناسی ایران*، (۴) ۸، ۱۳۸۶، صص ۳۷-۷۰.
- شریفی، طیب، *بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز*، رساله کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ۱۳۸۱.
- غباری بناب، ب، «باورهای مذهبی و اثرات آن‌ها در بهداشت روان»، *اندیشه و رفتار*، سال اول، ش ۴، ۱۳۷۴.
- قربشی راد، ف، «اعتباریابی مقیاس مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر»، *علوم رفتاری*، ش ۱، ۱۳۸۹، صص ۸-۱.
- مطهری، م، *بیست گفتار*، تهران، صدرا، ۱۳۶۸.
- نوری قاسم‌آبادی، ر. بوالهروی، ج، *بررسی مقدماتی اثر فشار اجتماعی بر گزارش افراد از نگرش مذهبی*، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان. قم: دفتر نشر نوید اسلام، ۱۳۷۷.
- Acklin, M. W, The Role of Religious and Values Coping with Cancer. *Journal of Religion and Health*, ۲۲, (۴), ۱۹۸۳, p.۲۲-۳۱.
- Argyle, M, *Psychology and Religion*, London, Rutledge, ۲۰۰۰.
- Backer, M.W, Trait Anxiety and Intrinsic Extrinsic Religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, ۲۱, ۱۹۸۲, p.۷۳-۸۲.
- Bergin, A. E, Religiousness and Mental Health Reconsidered, *Journal of Counseling Psychology*, ۱۹۹۳, p.۳۴-۴۸.
- Carle, E.T. Alex, H.S. Harris, D, *Spirituality, Religion and Health*. NY: Guilford Press, ۲۰۰۰.
- Frankl, V.E, *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press, ۱۹۷۵.
- Jung, C.G, *Religion and Psychology*. Yale University Press, ۱۹۹۶.
- Newman, J.S. Pargamont, K.I, The Role of Religion in the Problem-Solving Process. *Review of Religions*, ۳۱, ۱۹۹۰, p.۳۹۰-۴۰۳.
- Seligman, M.E, *Authentic Happiness*. NY: Free Press, ۲۰۰۲.
- The results showed that there are significant relationship between religiousness and mental disorders. In additional, the results of regression analysis showed that belief and rites dimensions of religiousness have the most roles predictions of students' mental disorders.
- Spilka, B. Hood, R. W. Hunsburger, B و The psychology of Religion. NY: Guilford Press, ۲۰۰۳