

پیش بینی علایم اختلالات روانی بر اساس باورها و رفتارهای دینی در بین دانشجویان دختر

دکتر ملیحه پورستار^۱

حسین قلی زاده^۲

دکتر نازی عبدالله پور^۳

چکیده

هدف مطالعه حاضر، پیش بینی علائم اختلالات روانی بر اساس باورها و رفتارهای دینی در بین دانشجویان بود. بدین منظور ۲۷۴ دانشجوی دختر از بین دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز به روش تصادفی خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ابزارهای مطالعه شامل پرسشنامه معبد و چک لیست علایم مرضی (SCL-90) بود. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که عمل به واجبات با تمامی علایم روانی، به غیر از اضطراب و وسواسی رابطه منفی معنادار دارد. همچنین عمل به مستحبات و دخالت دادن مذهب در تصمیم گیری و انتخاب، به غیر از بعد وسواسی، با تمامی ابعاد سلامت روانی رابطه منفی معنادار دارد و در نهایت بعد فعالیت مذهبی با ابعاد افسردگی، خودبیمارانگاری و حساسیت بین فردی رابطه منفی معنادار نشان می‌دهد. به طور کلی نمرات بیشتر در ابعاد دینداری با سلامت روانی بهتر و علایم روانی کمتر همراه می باشد.

واژه‌های کلیدی: رفتار مذهبی، باور مذهبی، علایم روانی، دانشجویان دختر

^۱ - عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه آزاد اسلامی، گروه الهیات، واحد تبریز، تبریز-ایران

- دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده رابط)

- عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه آزاد اسلامی، گروه الهیات، واحد تبریز، تبریز-ایران

مقدمه

در دهه‌های اخیر توجه فزاینده‌ای نسبت به نقش دین در سلامت روانی، هم از جنبه‌های نظری و هم از جنبه عملی شده است (کزدی^۱ و همکاران، ۲۰۱۱) و رابطه بین اعمال مذهبی و سلامت از چندین منظر و محور مختلف، مثل انجام اعمال مذهبی، مشارکت در امور دینی و نمازگزاردن و دعا کردن، مورد مطالعه قرار گرفته است (هارینگان، ۲۰۰۹). افراد در زندگی روزانه خود بر پایه باورهای شخصی و دیدگاهی که درباره دیگران، خود، جهان، و یا هر دو دارند رفتار می‌کنند. این باورها و دیدگاهها برای فرد یک سیستم معنایی شکل می‌دهند. این سیستم معنایی به فرد اجازه می‌دهد که به جهان اطراف خود معنا دهد و بر اساس این معنادهی به انتخاب هدف و سپس عمل و رفتار مبتنی بر اهداف انتخاب شده بپردازد. مذهب می‌تواند منبع عظیم و بی‌ظنیری برای سیستم معنادهی فرد باشد (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۰). باورهای مذهبی هم در نحوه تفکر درباره هستی، هم در احساسات و عواطف فرد نسبت به خود و دیگران و هم در رفتار او در برخورد با مسائلی که با آنها روبروست تأثیر غیرقابل انکاری دارد (هوغ و دوزولتا^۲، ۱۹۸۸).

در این میان، موضوع سلامتی دانشجویان به ویژه دانشجویان دختر- به خاطر آسیب پذیری‌های خاص خود- یک مسأله حیاتی است که امروزه موجب چالشهای زیادی شده است (کادیسون و دیگرونیمو^۴، ۲۰۰۴؛ اسنایدر^۵، ۲۰۰۴؛ ۷۹). با توجه به اینکه دانشجویان در دوره خاص رشد و تحول هستند و به اصطلاح در دوره "گذر" به سر می‌برند، همواره در معرض تنیدگی بوده، عوامل تنیدگی زای بی شماری را تجربه می‌کنند (تویس و کوهن^۶، به نقل از راس^۷ و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین، تغییرات مربوط به تحول، انطباق با روش جدید مطالعه و سبک زندگی، جدایی از محیط‌های آشنا و حمایت کننده، رفتار گروهی و فشارهای ناشی از آن، سبک اسناد رویدادهای مختلف کشور و فرهنگ موجود در دانشگاه، همگی دست به دست هم داده و دانشجویان را

^۱ - Kezdy

^۲ - Harrigan

^۳ - Hoge & Duzuleta

^۴ - Kadison & Digeronimo

^۵ - Snyder

^۶ - Towbes & Cohen

^۷ - Ross

تحت فرسودگی و خستگی جسمانی، روانی و اجتماعی شدید قرار می‌دهند و تمام ابعاد زندگی از جمله سلامتی آنها را به مخاطره می‌اندازند (مونک و محمود^۱، ۱۹۹۹).
 عده‌ای از دانشمندان بر این باورند که بسیاری از متغیرهای سلامتی به وسیله باورهای دینی و مذهبی تبیین می‌شوند. در واقع مذهب یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار و شناخت به شمار می‌رود (هادیانفرد، ۱۳۸۴). مذهب به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی مخصوصاً حوادثی را که دردناک و اضطراب‌انگیز هستند، بفهمد و مذهب باعث دلگرمی و خرسندی مطبوعی در روان و روحیه او بشود (سواتزکی و همکاران، ۲۰۰۵). البته باید اشاره کرد که دین در چنین حالتی بر فرآیندهای فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره فرد تأثیر می‌گذارد، به طوری که برخی پژوهشگران بر این باورند که به کمک باورهای دینی، مقابله با هیجانها و اوضاع اجتماعی تسهیل می‌گردد (دینر^۳ و همکاران، ۲۰۰۲).

در کل مذهب به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزشهای اختصاصی و تعمیم یافته، از مؤثرترین تکیه گاههای روانی بشر به شمار می‌رود که قادر است به زندگی معنا بخشیده، در مواقع خاص با فراهم سازی تکیه گاههای تبیینی، فرد را از تعلیق و بی تکلیفی نجات دهد (بهرامی احسان، به نقل از عبدی زرین و اکبریان، ۱۳۸۶). گرایش های مذهبی به طور مستقیم با مؤلفه‌های بهداشتی و روانی مرتبط اند و همچنین این گرایش ها آثار خود را از طریق سایر متغیرها از جمله رضایت از زندگی و رفتارهای مقابله‌ای سالم تسهیل و تسریع می‌کند (تورسن^۴ و همکاران، ۲۰۰۱: ۲۷۸).

اگر چه برخی از روان شناسان باورهای مذهبی را برای سلامتی مفید ندانسته، دینداری را با تفکرات غیرمنطقی و اختلالات هیجانی مرتبط دانسته‌اند (الیس، به نقل از مالتبای و دی^۵، ۲۰۰۰) اما اغلب پژوهشها تأثیرات مثبت مذهب را بر ابعاد مختلف سلامتی نشان داده اند (ماکنایز و همکاران، ۲۰۰۰؛ بارنز و همکاران، ۲۰۰۸: ۲۹). مطالعاتی که در بین جوانان انجام گرفته است نشان داده است که جوانان مذهبی سازگاری روان‌شناختی بیشتر (گود و ویلافبای^۶، ۲۰۰۶) و خطر خودکشی کمتری را

¹ - Monk & Mahmood

² - sawatzky

³ - Dinner

⁴ - Thoresen

⁵ - Maltby & Day

⁶ - Good & Willoughby

گزارش می‌کنند (دوناهو و بنسون^۱، ۱۹۹۵). همچنین مذهبی بودن با رفتارهای پرخطر مثل مصرف افراطی الکل، سوء مصرف مواد و روابط جنسی در سنین پایین در بین جوانان رابطه منفی دارد (باری و نلسون^۲، ۲۰۰۵). تحقیقات نشان داده‌اند که مذهب با افزایش کیفیت زندگی، ثبات زناشویی رابطه دارد. همچنین با اضطراب، افسردگی و سومصرف مواد رابطه منفی دارد (کوئینگ، لارسون و لارسون^۳، ۲۰۰۱). سرکلزایی و همکارانشان، (۱۳۷۹) در پژوهشی نشان دادند که هر چه میزان وقت صرف شده برای فعالیت‌های مذهبی بیشتر باشد، افسردگی، اضطراب حالتی و صفتی و احتمال سوء مصرف مواد کاهش می‌یابد. کوئینگ و همکاران (۲۰۰۴) رابطه مثبتی بین فعالیت‌های مذهبی و حمایت اجتماعی، سلامت روان‌شناختی و جسمانی گزارش کرده‌اند.

در مطالعه‌ای، جعفری و همکاران (۱۳۸۶) نشان دادند که بین عمل به باورهای دینی و سلامت روان همبستگی مثبت معناداری وجود دارد و دین به صورت معناداری می‌تواند تغییرات سلامت روان را پیش بینی کند. مطالعه معتمدی و همکاران (۱۳۸۴) حاکی از این بود که بین سالمندی موفق که نشانگر سلامتی بالا بوده و جهت‌گیری مذهبی رابطه تنگاتنگی وجود دارد. در واقع، سالمندان سالم و یا موفق، جهت‌گیری مذهبی درونی‌تر و مثبت‌تری به دین دارند و بیشتر از سالمندان غیر موفق، در اعمال دینی مشارکت می‌کنند.

به طور کلی و با توجه به مطالب گفته شده، هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین علایم روان‌شناختی با دین‌داری اسلامی (باورها و رفتارهای دینی) در بین دانشجویان دختر می‌باشد.

سؤال‌های پژوهش

- ۱- آیا بین افسردگی با ابعاد دینداری رابطه وجود دارد؟
- ۲- آیا بین خود بیمارانگاری با ابعاد دینداری رابطه وجود دارد؟
- ۳- آیا بین روان پریشی با ابعاد دینداری رابطه وجود دارد؟
- ۴- آیا بین وسواسی-اجباری با ابعاد دینداری رابطه وجود دارد؟
- ۵- آیا بین حساسیت بین فردی با ابعاد دینداری رابطه وجود دارد؟

¹ - Donahue & Benson

² - Barry & Nelson

³ - Koenig, Larson & Larson

- ۶- آیا بین اضطراب با ابعاد دینداری رابطه وجود دارد؟
 ۷- آیا بین فوبیا با ابعاد دینداری رابطه وجود دارد؟
 ۸- آیا بین خصومت با ابعاد دینداری رابطه وجود دارد؟
 ۹- آیا بین افکار پارانوئیدی با ابعاد دینداری رابطه وجود دارد؟

روش تحقیق، جامعه و نمونه آماری

طرح مطالعه حاضر از نوع توصیفی و همبستگی می باشد. جامعه آماری مطالعه حاضر را تمامی دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز تشکیل می دادند که از بین آنها ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه (براساس جدول کرجسی و مورگان) انتخاب شدند. پرسشنامه های ۲۶ نفر از آزمودنیها به دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شده، که در نهایت ۲۷۴ نفر دانشجوی دختر (با میانگین سنی $M=22/8$ ؛ $Sd=3/8$) انتخاب شدند. روش نمونه گیری مطالعه حاضر، تصادفی خوشه ای چندمرحله ای بوده است.

ابزارهای پژوهش

آزمون معبد: این آزمون در سال ۱۳۷۹ توسط گلزاری و برای سنجش عمل به باورهای دینی تهیه شده است و دارای ۲۵ آیتم می باشد (نجفی و همکاران، ۱۳۸۵). مواد آزمون در چهار حوزه عمل به مستحبات، انجام واجبات و دوری از محرمات، فعالیتهای مذهبی، در نظر گرفتن مذهب در تصمیم گیریها و انتخابهای زندگی و جنبه های اجتماعی مذهب قرار دارد. این آزمون بر روی ۸۹۴ دانشجو و ۵۰ جوان زندانی (۲۵ دختر و ۲۵ پسر) جمعاً ۹۴۴ نفر اجرا شده است. پایایی این آزمون از طریق بازآزمایی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به دست آمده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۴ می باشد. اعتبار وابسته به ملاک این آزمون از طریق مقایسه افراد مذهبی و غیر مذهبی با ضریب اعتبار ۰/۸۴ و ۰/۷۸ به دست آمده است (گلزاری، به نقل از نجفی و همکاران، ۱۳۸۵).

چک لیست علایم مرضی (SCL-90):

این ابزار برای اولین بار توسط دراگوتیس و لیپمن (به نقل از چگینی و همکاران، ۱۳۸۱) تهیه و بعدها مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این آزمون شامل ۹۰ گویه می‌باشد که ۹ مجموعه از علایم اختلالات روانی را می‌سنجد و شکایات جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را در بر می‌گیرد و بیشتر به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانی به کار می‌رود. نمره گذاری این پرسشنامه، بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای می‌باشد. پایایی این آزمون را چگینی و همکاران (۱۳۸۱) بر روی ۳۲ نفر با فاصله زمانی یک هفته ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در این مطالعه از این ابزار برای بررسی سلامت روان استفاده خواهد شد.

یافته ها

برای تعیین رابطه بین ابعاد عمل به باورهای دینی و سلامت اجتماعی از آزمون معناداری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ مندرج است.

جدول شماره ۱- ماتریس همبستگی علانم بالینی با ابعاد تست معبد

نمره کل	تصمیم گیری و انتخاب	فعالیت مذهبی	عمل به مستحبات	عمل به واجبات	
-۰/۳۶**	-۰/۴۱**	-۰/۲۵**	-۰/۲۸**	-۰/۲۴**	افسردگی
-۰/۲۸**	-۰/۳۰**	-۰/۲۲**	-۰/۲۴**	-۰/۱۹**	خودبیمار انگاری
-۰/۲۲۴**	-۰/۲۹**	-۰/۰۹	-۰/۲۴**	-۰/۱۴**	روان پریشی
-۰/۱۸**	-۰/۲۷**	-۰/۰۸	-۰/۱۹**	-۰/۰۷	اضطراب
-۰/۰۱	-۰/۰۵	۰/۰۰	-۰/۰۲	۰/۰	وسواس- اجباری
-۰/۲۶**	-۰/۲۵**	-۰/۲۰**	-۰/۲۷**	-۰/۱۹**	حساسیت بین فردی
-۰/۲۵**	-۰/۲۵**	-۰/۰۶	-۰/۲۴**	-۰/۲۹**	فوبیا
-۰/۱۴**	-۰/۱۴**	-۰/۰۴	-۰/۲۰**	-۰/۲۲**	خصومت
-۰/۱۸**	-۰/۱۹**	-۰/۰۹	-۰/۳۴**	-۰/۱۰*	افکار پارانوئیدی

* سطح معناداری ۰/۰۵ < p; ** سطح معناداری ۰/۰۱ < p

همان گونه که در جدول شماره (۱) نشان داده شده است، عمل به واجبات با تمامی ابعاد SCL-90 به غیر از ابعاد اضطراب و وسواسی رابطه منفی معنادار دارد. همچنین عمل به مستحبات و دخالت دادن مذهب در تصمیم گیری و انتخاب به غیر از بعد وسواسی، با تمامی ابعاد سلامت روانی رابطه منفی معنادار دارد و در نهایت بعد

فعالیت مذهبی با ابعاد افسردگی، خودبیمارانگاری و حساسیت بین فردی رابطه منفی معنادار نشان می‌دهد.

برای پیش بینی هریک از ابعاد سلامت روانی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. در جدول شماره (۲) نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره همزمان برای تعیین سهم ابعاد عمل به باورهای دینی در پیش بینی افسردگی نشان داده شده است.

جدول ۲- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس افسردگی بر اساس باورهای مذهبی

SE	اصلاح شده R ²	R ²	R	P	F	Ms	df	SS	
۹/۰۲	۰/۱۹	۰/۲۰	۰/۴۴	۰/۰۰۰	۳۴/۷۸	۲۸۳۲/۳۶	۳	۸۴۹۷/۰۸	رگرسیون
						۱۲۴/۹۹	۲۷۱	۳۳۸۷۴/۷۶	باقیمانده

متغیر ملاک: افسردگی

متغیر پیش بین: تصمیم، واجب و مستحب

همان گونه که جدول شماره (۲) نشان می‌دهد، میزان F محاسبه شده برای متغیرهای پیش بین (۳۴/۷۸) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار است، بنابراین باورهای دینی، یک پارچگی اجتماعی را به صورت معنادار پیش بینی می‌کند. در کل متغیرهای پیش بین، ۲۰ درصد از تغییرات واریانس مربوط به تغییرات افسردگی را به صورت معکوس تبیین می‌کنند.

جدول ۳- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس خود بیمار انگاری بر اساس

باورهای مذهبی

SE	اصلاح شده R ²	R ²	R	P	F	Ms	df	SS	
۸/۱۳	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۳۲	۰/۰۰۰	۲۳/۷۲	۱۵۷۰/۴۱	۲	۳۱۴۰/۸۲	رگرسیون
						۱۰۱/۴۷	۲۷۲	۲۷۶۰۰/۰۱	باقیمانده

متغیر ملاک: خود بیمار انگاری

متغیر پیش بین: تصمیم و مستحب

همان گونه که مندرجات جدول شماره (۳) نشان می‌دهد، متغیرهای پیش بین، ۱۰ درصد از تغییرات واریانس مربوط به تغییرات خودبیمارانگاری را به صورت معکوس تبیین می‌کنند که این میزان معنادار نیز می‌باشد ($F=۱۲/۶۱$ و $p < ۰/۰۱$).

جدول ۴- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس روانپریشی بر اساس باورهای مذهبی

SE	اصلاح شده R ²	R ²	R	P	F	Ms	df	SS	
۵/۹۵	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۳۶	۰/۰۰۰	۲۱/۳۲	۷۵۵/۸۲	۳	۲۲۶۷/۴۶	رگرسیون
						۵۴/۴۱	۳۷۱	۱۴۷۴۵/۳۸	باقیمانده

متغیر ملاک: روان پریشی

متغیر پیش بین: تصمیم، مستحب و کل

همان طور که در جدول شماره (۳) نشان داده شده است، باورهای دینی ۱۳ درصد از تغییرات واریانس مربوط به تغییرات روان پریشی را به صورت معکوس تبیین می کنند ($p < ۰/۰۱$ و $F=۲۱/۳۲$).

جدول ۵- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس اضطراب بر اساس باورهای مذهبی

SE	اصلاح شده R ²	R ²	R	P	F	Ms	df	SS	
۶/۹۵	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۳۶	۰/۰۰۰	۲۰/۸۸	۱۰۰۹/۸۴	۳	۳۰۲۹/۵۲	رگرسیون
						۷۴/۲۱	۳۷۱	۲۰۱۱۱/۱۳	باقیمانده

متغیر ملاک: اضطراب

متغیر پیش بین: تصمیم، واجب و مستحب

همانگونه که مندرجات جدول شماره (۵) نشان می دهد، باورهای دینی ۱۳ درصد از تغییرات واریانس مربوط به اضطراب را به صورت معکوس تبیین می کنند ($F=۲۰/۸۸$ و $p < ۰/۰۱$).

جدول ۶- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس حساسیت بین فردی بر

اساس باورهای مذهبی

SE	اصلاح شده R ²	R ²	R	P	F	Ms	df	SS	
۶/۱۴	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۳۰	۰/۰۰۰	۲۱/۷۳	۸۲۰/۲۷	۲	۱۶۴۰/۵۴	رگرسیون
						۵۷/۸۶	۳۷۲	۱۵۷۳۸/۸۴	باقیمانده

متغیر ملاک: حساسیت بین فردی

متغیر پیش بین: تصمیم و مستحب

بر حسب جدول شماره (۶)، باورهای دینی ۹ درصد از تغییرات واریانس مربوط به حساسیت بین فردی را به صورت معکوس تبیین می کنند ($F=۲۱/۷۳$ و $p < ۰/۰۱$).

جدول ۷- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس فوبیا بر اساس باورهای مذهبی

SE	اصلاح شده R ²	R ²	R	P	F	Ms	df	SS	
۴/۵۳	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۳۵	۰/۰۰۰	۳۰/۲۰	۶۲۲/۰۱	۲	۱۲۴۴/۰۴	رگرسیون
						۳۶/۱۴	۲۷۲	۹۸۳۰/۹۴	باقیمانده

متغیر ملاک: فوبیا

متغیر پیش بین: فعالیت و کل

همان طور که در جدول شماره (۷) آمده است، باورهای دینی ۱۲ درصد از تغییرات واریانس مربوط به فوبیا را به صورت معکوس تبیین می کنند ($F=۳۰/۲۰$ و $p < ۰/۰۱$).

جدول ۸- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس خصومت بر اساس باورهای مذهبی

SE	اصلاح شده R ²	R ²	R	P	F	Ms	df	SS	
۳/۹۵	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۳۴	۰/۰۰۰	۱۹	۲۹۶/۹۱	۳	۸۹۰/۷۴	رگرسیون
						۲۳/۹۸	۲۷۱	۶۴۹۸/۶۴	باقیمانده

متغیر ملاک: خصومت

متغیر پیش بین: فعالیت، واجب و مستحب

همان گونه که مندرجات جدول شماره (۸) نشان می دهد باورهای دینی ۱۲ درصد از تغییرات واریانس مربوط به تغییرات خصومت را به صورت معکوس تبیین می کنند ($F=۱۹$ و $p < ۰/۰۱$).

جدول ۹- خلاصه تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس پارانوئیا بر اساس باورهای مذهبی

SE	اصلاح شده R ²	R ²	R	P	F	Ms	df	SS	
۴/۳۰	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۳۴	۰/۰۰۰	۵۶/۶۰	۱۰۴۹/۵۱	۱	۱۰۴۹/۵۱	رگرسیون
						۲۸/۳۸	۲۷۳	۷۷۴۹/۸۶	باقیمانده

متغیر ملاک: پارانوئیا

متغیر پیش بین: مستحب

مطابق با جدول شماره (۹) فقط بعد عمل به مستحبات توانست ۱۱ درصد از تغییرات واریانس مربوط به تغییرات پارانوئیا را به صورت معکوس تبیین می کنند ($F=۵۶/۶۰$ و $p < ۰/۰۱$) اما دیگر ابعاد تست معبد قادر نبودند تا به صورت معنادار تغییرات در متغیر پارانوئیا را تبیین کنند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی علایم اختلالات روانی بر اساس باورها و رفتارهای دینی در بین دانشجویان دختر بود. یافته‌های پژوهش نشان دادند که، عمل به واجبات با تمامی ابعاد سیاهه چک لیست علایم، به غیر از اضطراب و وسواسی رابطه منفی معنادار دارد. همچنین عمل به مستحبات و دخالت دادن مذهب در تصمیم‌گیری و انتخاب، به غیر از بعد وسواسی، با تمامی ابعاد سلامت روانی رابطه منفی معنادار دارد و در نهایت بعد فعالیت مذهبی با ابعاد افسردگی، خودبیمارانگاری و حساسیت بین فردی رابطه منفی معنادار نشان می‌دهد. به طور خلاصه هر چقدر یک فرد در ابعاد دینداری نمرات بیشتری به دست بیاورد دارای سلامت روانی بهتر و علایم روانی کمتری می‌باشد. در کل باورهای دینی، ۲۰ درصد از واریانس مربوط به تغییرات افسردگی؛ ۱۰ درصد از واریانس مربوط به خود بیمار انگاری؛ ۱۳ درصد از واریانس مربوط به تغییرات روان‌پریشی؛ ۱۳ درصد از واریانس مربوط به اضطراب؛ ۹ درصد از واریانس مربوط به مسائل بین فردی؛ ۱۲ درصد از واریانس مربوط به فوبیا؛ ۱۲ درصد از واریانس مربوط به تغییرات خصومت و بعد عمل به مستحبات ۱۱ درصد از تغییرات واریانس مربوط به تغییرات پارانوایا را به صورت معکوس تبیین می‌کند. با توجه به اینکه همبستگی بین متغیرها منفی بوده است، پیش‌بینی نیز بر اساس عدم ابتلا به هر یک از این علایم صورت گرفته است. یافته‌های حاضر همسو با یافته‌های؛ سرگلزایی و همکاران (۱۳۷۹)؛ کوئینگ و همکاران (۲۰۰۴)؛ جعفری و همکاران (۱۳۸۶) و معتمدی و همکاران (۱۳۸۴) می‌باشد.

اما هیچ کدام از مولفه‌های دینداری رابطه معناداری با بعد وسواسی نشان ندادند. این یافته همسو با پژوهش چیا^۱ (۱۹۹۶) و زوهار^۲ و همکاران (۲۰۰۴) می‌باشد و مغایر با پژوهش‌هایی است که گرایش‌های مذهبی را با علایم وسواسی- اجباری مرتبط دانسته‌اند (برای مرور مراجعه شود به: فخاری و همکاران، ۱۳۸۷).

مذهب و دینداری از چندین طریق می‌تواند سلامت روانی انسان‌ها را افزایش دهد. گرایش‌های مذهبی نه تنها به طور مستقیم با مؤلفه‌های بهداشتی و روانی مرتبط‌اند بلکه این گرایش‌ها آثار خود را از طریق سایر متغیرها از جمله رضایت از زندگی و رفتارهای مقابله‌ای سالم تسهیل و تسریع می‌کنند (تورسن و همکاران، ۲۰۰۱: ۲۸۵).

^۱ - Chia

^۲ - Zohar

دینداری و مذهب از طریق تأثیر بر معنای زندگی نیز می‌تواند بر سلامت روانی فرد تأثیر بگذارد. همچنین مذهب می‌تواند به عنوان ضربه گیر در مقابل استرس عمل کند. برخی از تحقیقات نشان داده اند که نه تنها فعالیت های مذهبی بلکه فعالیت های ذهنی مانند دعا خواندن، نماز خواندن، خواندن کتاب های مقدس که افراد را به خدا نزدیک می‌سازد، با سلامت روانی مرتبط است (هلم و همکاران، ۲۰۰۰؛ مک کالاف، ۱۹۹۵)

افراد به هنگام انجام اعمال مذهبی و فرایض دینی، از تمرکز بالایی برخوردار می‌باشند که این تمرکز از طرفی موجب واقف بودن فرد به توانایی های خود گشته و اجازه نمی‌دهد که افکار آزار دهنده و ناخوشایند به ذهنشان خطور کند و به همین دلیل آرامش درونی کسب می‌کنند و در نهایت این مسأله منجر به کاهش حالت هایی چون خشم و ناراحتی می‌گردد که با سلامت روان همبسته می‌باشد (جعفری و همکاران، ۱۳۸۶). یکی از تبیین های احتمالی برای تأثیر مثبت دینداری بر متغیرهایی مانند افسردگی، می‌توان گفت افرادی که در فعالیت های مذهبی شرکت می‌کنند (مانند حضور در مسجد، نماز جماعت، نماز جمعه) احتمالاً دسترسی بیشتری به منابع اجتماعی و روان شناختی دارند که می‌تواند در برابر مشکلات زندگی و رخداد های تنش زا نقش ضربه گیر را داشته باشد (والاس و برگمن^۱، ۲۰۰۲).

کوئنگ (۲۰۰۴) چندین دلیل برای تبیین رابطه بین مذهب و سلامت روان ارائه می‌کند که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱- مذهب باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مثل مرگ یا بیماری یاری می‌رساند.
- ۲- مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی نشان دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود.
- ۳- افراد مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که قابل پذیرش نیستند، راحت تر سازگار می‌شوند.
- ۴- احساس کنترل در افراد مذهبی به واسطه دعا کردن ایجاد می‌شود، به این گونه که دعا کردن باعث احساس غی مستقیم کنترل بر شرایط به ظاهر غیر قابل تغییر و ناگوار می‌شود.

¹ - Wallace & Bergman

۵- افراد مذهبی از الگوی تصمیم‌گیری خاصی استفاده می‌کنند. این الگو فرد را در جهت افزایش تصمیم‌گیریهایی مفید برای اطرافیان و خود و کاهش تصمیم‌گیریهایی خود مخرب سوق می‌دهد، و این امر تا حدی از شدت استرس‌های زندگی می‌کاهد.

در کل نتایج مطالعه حاضر به این مسأله اشاره دارد که ابعاد دینداری اسلامی اعم از عمل به واجبات، عمل به مستحبات، دخالت دادن مذهب در تصمیم‌گیری و انتخاب و بعد فعالیت مذهبی با اغلب ابعاد علایم و نشانگان روانی رابطه منفی دارد. به عبارت دیگر رابطه بین دینداری با سلامت روان مثبت و معنادار می‌باشد.

محدودیتها و پیشنهادهای پژوهش

این پژوهش نیز همانند دیگر پژوهش‌ها، شامل برخی محدودیت‌ها بود که تعمیم آن را محدود می‌کند. از مهمترین آنها می‌توان به طرح مطالعه اشاره کرد که همبستگی بود و رابطه علی را بین متغیرها نمی‌سنجید. محدودیت دیگر این پژوهش این بود که با توجه به ماهیت مطالعات مذهبی، پرسشنامه به تنهایی نمی‌تواند منبع موثقی از اطلاعات باشد چرا که ممکن است رفتار افراد با گفتار و اعتقاد آنها متفاوت باشد و نیز ممکن است دانشجویان با رویکردی محافظه کارانه به پرسشنامه‌ها پاسخ داده باشند. از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی در ابزارهای اندازه‌گیری دقت بیشتری صورت بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در صورت امکان از طرح‌های آزمایشی استفاده شود.

منابع:

- جعفری، اصغر؛ صدری، جمشید؛ فتحی اقدم، قربان (۱۳۸۶)، رابطه بین کارآیی خانواده و دینداری و سلامت روان و مقایسه آن در بین دانشجویان دختر و پسر. تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره، شماره ۲۲: ۱۱۵-۱۰۷
 - چگینی، سودابه؛ نیکپور، بهمن؛ باقری یزدی، عباس (۱۳۸۱)، اپیدمیولوژی اختلالات روانی در شهر قم. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال چهارم، شماره ۳: ۵۱-۴۴
 - خدایاری فرد، محمد؛ غباری بناب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن (۱۳۸۰)، گستره پژوهشهای روانشناختی در حوزه دین. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۴: ۵۳-۴۳
 - سرگلزایی، محمدرضا و همکاران (۱۳۷۹)، تاثیر فعالیتهای مذهبی بر افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، همایش بین المللی تاثیر دینی در بهداشت روانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
 - عبدی، زرین؛ سهراب؛ اکبریان، مهدی (۱۳۸۶)، سالمندی موفق در پرتو مذهب و باورهای دینی. مجله سالمندی ایران، ۲ (۴)، ۲۹۹-۲۹۳
 - فخاری، علی؛ ایمانی، مهدی؛ قلی زاده، حسین؛ بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۸۷)، مقایسه نگرش های مذهبی و کمال گرایی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی و افراد بهنجار. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، ۳ (۱۰): ۱۰۲-۸۵
 - معتمدی، عبدالله؛ اژه ای، جواد؛ آزادفلاح، پرویز؛ کیامتش، علیرضا (۱۳۸۴)، بررسی رابطه گرایشهای مذهبی و سالمندی موفق. دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار، ۱۰: ۵۶-۴۳.
 - نجفی، محمود؛ احدی، حسن و دلاور، علی (۱۳۸۵)، بررسی رابطه کارآیی خانواده و دینداری با بحران هویت. مجله دانشور رفتار، ۱۶: ۲۶-۱۷
 - هادیانفرد، حبیب (۱۳۸۴)، احساس ذهنی بهزیستی و فعالیتهای مذهبی در گروهی از مسلمانان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۱: ۲۳۲-۲۲۴
- Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. (2008), Complementary and alternative medicine use amount adults and children: United States. CDC National Health Statistics Report
 - Barry, M. C., & Nelson, L. J. (2005), The role of religion in the transition to adulthood for young emerging adults. Journal of Youth and Adolescence, 34, 245-255
 - Chia, B.H. (1996), A Singapore study of obsessive compulsive disorder. Singapore Medical Journal 37 (4): 402-406
 - Diener, E., Lucas, R.E., & Oishi, S. (2002), Subjective Well-being: The science of happiness and life satisfaction. In R.C. Snyder., S.J.

- Lopez (Eds.). Handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press
- Donahue, M. J., & Benson, P. L. (1995), Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51, 145-160
 - Good, M., & Willoughby, T. (2006), The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 41-55
 - Harrigan, J. T. (2009), Health promoting habits of people who pray for their health. *Journal of Religion and Health*, DOI 10.1007/s10943-009-9293-3
 - Helm, H. M., Hays, J. C., Flint, E. P., Koenig, H. G., & Blazer, D. (2000), Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, 400-405
 - Hoge, D.R & Duzuleta, E. (1988), Salience as a condition for various social consequences of religious commitment. *Journal of the scientific study of Religion*, 24, 21-38
 - Kadison, R., & Digeronimo, T.F. (2004), *College of the overwhelmed: The compos mental health crisis and what to do about*. San Francisco: Jossey-Bass
 - Kezdy, A., Martos, T., Boland, V., and Horvath-Szabo, K. (2011), Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence* 34: 39-47
 - Koenig, H. G. (2004), Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97: 1194-1200
 - Koenig, H.G, Larson, D.B., & Larson, S.S. (2001), Religion and coping with serious medical illness. *Journal of Annual Pharmacotherapy*, 35: 352-359
 - Mackenzie, E. R., Rajagopal, D. E., Meibohm, M., & Lavizzo-Mourey, R. (2000), Spiritual support, psychological well-being:

- Older adults' perception of the religion, health connection. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6(6): 37–45
- Maltby, J., & Day, L. (2000), Depressive symptoms and religious orientation: examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*: 28; 383-393
 - McCullough, M. (1995), Prayer and health: Conceptual issues, research review and research agenda. *Journal of Psychology and Theology*, 23, 15–29
 - Monk, E. M., & Mahmood, Z. (1999), Student mental health: A pilot study. *Counselling Psychology Quarterly*, (12), 2: 199-210.
 - Ross, S. E. Neibling, B. C. & Heckert, T. M. (1999), Sources of stress among college students. *College Student Journal*, 33(2): 312- 317
 - Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005), A metaanalysis of relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72: 153-188
 - Snyder, M. B. (2004), Senior Student affairs officer Round Table: Hottest topics in student affairs. Session held at the annual meeting of the national association of student. *Personnel Administrators*, Denver, Colorado
 - Thoresen, C.E., Harris, A.H., & Oman, D. (2001), *Spirituality, religion and Health: Evidence, Issues, and Concerns*. New York and London: The Guilford Press
 - Wallace, K. A., & Bergeman, C. S. (2002), Spirituality and religiosity in a sample of African American elders: A life story approach. *Journal of Adult Development*, 9, 141–154
 - Zohar, A.H., Goldman, E., Calamary, R., & Mashiah, M. (2004), Religiosity and obsessive behavior in Israel Jews. *Behaviour research*, 43: 857-868

