

رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه اصفهان

دکتر محمد باقر کجیاب*

حفیظ اله رئیس پور**

چکیده

نقش متغیرهای شناختی، شخصیتی و اجتماعی در تبیین رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، اما کمتر به صورت تجربی مورد بررسی قرار گرفته است؛ بدین منظور در این پژوهش به بررسی رابطه نگرش مذهبی و سلامت روانی پرداخته شده است. هدف مطالعه حاضر، بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی بوده و فرضیه اصلی تحقیق این است که بین نگرش مذهبی و سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی رابطه وجود دارد. روش تحقیق در این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. نمونه مورد بررسی ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی که در رشته‌های مختلف علوم تجربی، علوم انسانی و ریاضی فیزیک در سال تحصیلی ۸۴-۸۵ مشغول به تحصیل بودند و به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان پنج مدرسه انتخاب گردیدند. آزمون نگرش مذهبی (دارای ۱۸ سؤال، سه گزینه‌ای) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای سنجش ملاک‌های سلامت، شامل جسمی‌سازی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به عنوان ابزار تحقیق استفاده شد و داده‌های به دست آمده با روش آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون با استفاده از نرم‌افزار (SPSS-13) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که بین نگرش مذهبی و سلامت روان ($r = -0.23$)، همچنین بین نگرش مذهبی و اضطراب ($r = -0.20$) و اختلال در کارکرد اجتماعی ($r = -0.21$) در سطح معناداری ($p < 0.05$) رابطه وجود دارد؛ اما بین جسمی‌سازی

* استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

** دستیار علمی دانشگاه پیام نور

Email: h_reeispour46@yahoo.com

و افسردگی با نگرش مذهبی رابطه معنی‌داری دیده نشد. ضرایب همبستگی منفی بدین معنی است که هرچه نگرش مذهبی بالاتر باشد، علائم بیماری کمتر و در نتیجه سلامت روان بیشتر است. به‌طور خلاصه می‌توان گفت یافته‌های این پژوهش بیانگر آن است که نگرش مذهبی با افزایش سلامت روان در رابطه است. پژوهش‌های آینده لازم است میزان تعمیم‌پذیری این یافته‌ها را بررسی کنند.

واژه‌های کلیدی: نگرش مذهبی، سلامت روانی، دانش‌آموزان دختر دبیرستانی.

مقدمه

در مورد تأثیر و اهمیت اعتقادات دینی بر سلامت روان از گذشته تاکنون بحث‌های بسیاری انجام گرفته است و در سال‌های اخیر روان‌شناسان به نقش دین در تأمین سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی توجه ویژه‌ای داشته‌اند. آنها معتقدند در ایمان به خدا و نگرش مذهبی نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی، او را کمک می‌کند و از نگرانی و اضطرابی که بسیاری از مردم زمان ما در معرض ابتلا به آن هستند دور می‌سازد.

سازمان بهداشت جهانی در آخرین بیانیه‌های خود که در دهه گذشته منتشر کرده است و بخصوص در مقدمه پروژه ۲۰۰۰ که طی آن برنامه وسیع بهداشتی برای کشورهای در حال توسعه در نظر گرفته شده، سلامتی را از چهار بُعد اساسی یعنی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی^۱ مورد بررسی قرار داده است.

تأکید بر بعد چهارم یعنی معنویت نمایانگر آگاهی مسئولین و متخصصین سلامت روان و تأکید بر اهمیت مذهب و معنویت در زندگی افراد جامعه است. در میان کسانی که به اهمیت مطالعات مذهبی اشاره کرده‌اند، می‌توان از بنیامین راش^۲ (۱۷۴۵-۱۸۱۳) پدر روان‌پزشکی آمریکا یاد کرد؛ وی اظهار کرد: «مذهب آن‌قدر برای پرورش و سلامت روح آدمی اهمیت دارد که هوا برای تنفس».

ویلیامز جیمز بنیانگذار روان‌شناسی در آمریکا و نویسنده مقاله انواع تجارب مذهبی در سال ۱۹۰۲ بیان می‌کند: ایمان بدون شک مؤثرترین درمان اضطراب است. ایمان نیرویی است که باید برای کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد و فقدان ایمان زنگ خطری است که شکست انسان را در برابر سختی‌های زندگی هشدار می‌دهد. یونگ (۱۳۵۴) دین را یکی از قدیمی‌ترین و عمومی‌ترین تظاهرات روح انسان دانست و از این رو، نمی‌توان دست‌کم اهمیت دین را به عنوان یک پدیده اجتماعی و تاریخی نادیده گرفت.

1. biopsychosociospritual

2. Benjamin Rush

پارگامنت^۱، نقش روان‌شناختی مذهبی را در کمک به مردم برای درک و کنار آمدن با رخداد‌های زندگی توصیف نموده است: مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس نزدیک بودن به دیگران، آرامش هیجانی، فرصت خودشکوفایی، احساس راحتی، مهار تکانه، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل مؤثر باشد (نیومن^۲ و پارگامنت، ۱۹۹۰). فیلیپ پنیل معتقد بود که مذهب به سلامت روانی بیماران روانی کمک می‌کند و در نهایت اینکه او فساد اخلاقی را یکی از عوامل پیدایی مسئول بیماری‌های روانی می‌داند (ریچاردسون^۳، ۱۹۷۸، به نقل از پهلوانی و دولتشاهی، ۱۳۷۵).

هیروث^۴ اظهار کرد: «فقدان باورهای مذهبی علت اصلی بیماری‌های روانی است و بیمار روانی از طریق آموزش اصول مذهبی بهتر درمان می‌شود» (به نقل از نیل من^۵ و پرساد^۶، ۱۹۵۵).

پژوهش‌های انجام شده در چند دهه گذشته نشان می‌دهد که ارتباط مثبتی بین مذهب و سلامت روان وجود دارد و روان‌شناسی مذهب حمایت‌های تجربی برای این عقیده فراهم کرده است. در یک مطالعه رابطه بین مذهبی بودن و معناداری زندگی و سلامت روانی توسط چامبر بنیانند^۷ و همکاران (۱۹۷۸) و برگین و همکارانش با فراتحلیل ۲۴ مقاله پژوهشی به بررسی رابطه بین مذهب با بهداشت روانی پرداختند؛ نتایج پژوهش‌ها نشان داد که در مجموع رابطه بین مذهب و بهداشت روانی مثبت است (خدارحیمی و جعفری، ۱۳۷۷). همچنین روی^۸ و پیترسون^۹ (۱۹۸۵) در مقاله پژوهشی خود با عنوان «جایگاه ایمان مذهبی در بهداشت روانی» نتیجه می‌گیرند که ایمان به خداوند و باور مذهبی در دوره‌های دشوار و تحمل‌ناپذیر از جمله رویارویی با بیماری‌های سخت بدنی به انسان آرامش می‌بخشد. همچنین در مطالعه‌ای پرسمن^{۱۰} و

-
1. pargament
 2. Newman
 3. Richardson
 4. Hiroth
 5. Nillman
 6. Persad
 7. Chamber Beniand
 8. Rouy
 9. Peterson
 10. Porsman

همکاران ارتباط بین باورهای مذهبی، افسردگی و بهبودی بعد از جراحی لگن را در ۳۰ زن سالمند مورد بررسی قرار دادند، این افراد همگی به علت شکستگی استخوان لگن مورد جراحی قرار گرفته بودند، نتایج نشان داد بیمارانی که باورهای مذهبی قوی‌تر داشتند و اعمال مذهبی را انجام می‌دادند نسبت به گروه دیگر کمتر افسردگی داشتند و راه طولانی‌تری را در هنگام ترخیص از بیمارستان پیماده‌روی کردند، همچنین دانستن خداوند به عنوان منشأ قدرت، آرامش و انجام فرایض دینی به صورت معنی‌داری با درجه پایین افسردگی در هنگام ترخیص از بیمارستان ارتباط داشته است (پرسمن، لیونر، لارسون، استرین، ۱۹۹۰، به نقل از غباری بناب، ۱۳۷۴). همچنین فرانسیس^۱ و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند که تفاوت در نگرش‌های مذهبی مهم‌تر از اعمال مذهبی می‌تواند سلامت روانی افراد را پیش‌بینی کند.

یکی از هدف‌های بررسی‌های اسلامی در روان‌شناسی می‌تواند دست یافتن به الگوهای اسلامی در روان‌شناسی باشد که براساس آنها بتوان علت به وجود آمدن تداوم و پیشگیری از برخی اختلال‌های روانی را تبیین کرد و به راهکارها و معیارهای سودمندی در راستای پیشگیری و درمان اختلال‌های روانی و همچنین تأمین سلامت افراد جامعه دست یافت (کلانتری، ۱۳۷۸).

این پژوهش در این راستا و با این فرض که یکی از مناسب‌ترین راههای پیشرفت روان‌شناسی ایران یاری جستن از توان عظیم فرهنگ اسلامی است، انجام شد. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه بین نگرش مذهبی (به عنوان متغیر پیش‌بین) با سلامت روانی (به عنوان متغیر ملاک) در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر اصفهان بوده است. با انجام پژوهش‌هایی در این زمینه می‌توان به مسئولین و دست‌اندرکاران فعالیت آموزشی و فرهنگی پیشنهادهای کاربردی سازنده‌ای در زمینه سلامت روانی و پیشگیری از بیماری‌های روانی ارائه نمود.

بنابراین با توجه به هدف‌های یاد شده فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت.

۱. بین نگرش مذهبی و سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی رابطه وجود دارد.

۲. بین نگرش مذهبی و علائم بدنی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی رابطه وجود دارد.
۳. بین نگرش مذهبی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دبیرستانی رابطه وجود دارد.
۴. بین نگرش مذهبی و اختلال کارکرد اجتماعی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی رابطه وجود دارد.
۵. بین نگرش مذهبی و افسردگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی رابطه وجود دارد.

روش

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ در رشته‌های علوم تجربی، علوم انسانی و ریاضی فیزیک مشغول تحصیل بودند، را دربرمی‌گرفت. نمونه این تحقیق ۱۰۰ نفر بودند که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان پنج دبیرستان دخترانه انتخاب گردیدند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۶/۲ سال بوده و آنها در گروه سنی ۱۸-۱۴ سال بودند که ۴۰ درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش در رشته ریاضی فیزیک، ۳۵ درصد در رشته علوم تجربی و ۲۵ درصد در رشته علوم انسانی مشغول تحصیل بودند. روش تحقیق در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر بهره گرفته شد.

الف) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) فرم ۲۸ سؤالی

این پرسشنامه را گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۷۹) معرفی نموده‌اند و به طور گسترده‌ای در بررسی‌های زمینه‌یابی در بسیاری از کشورها به کار برده شده است، پرسش‌های این پرسشنامه چهارگزینه‌ای است و دارای چهار مقیاس فرعی به شرح زیر می‌باشد که هر مقیاس دارای هفت پرسش است:

الف) علائم بدنی؛ ب) علائم اضطرابی؛ ج) اختلال در کارکرد اجتماعی؛ د) علائم افسردگی.

این پرسشنامه به روش لیکرت نمره‌گذاری شده است. به گزینه‌های الف تا د، به

1. General Health Questionnaire

2. Goldberg and Hillier

ترتیب نمره صفر تا سه داده می‌شود. در این آزمون برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید که چهار نمره مربوط به خرده‌مقیاس‌ها و یک نمره هم مربوط به کل آزمون است. ویلیامز، گلدبرگ و ماری^۱ (به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴) در بازنگری ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۴ گزارش نمودند. یعقوبی، نصرافهانی و شاه محمدی (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش^۲ ۲۳، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ را گزارش نمودند؛ همچنین بررسی‌های مختلف نشانگر پایایی بالای پرسشنامه GHQ و خرده‌مقیاس‌های آن می‌باشند (۰/۴۷ تا ۰/۹۳). پالاهنگ، نصرافهانی و براهنی (۱۳۷۵) پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه به روش دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۵۴، ۰/۴۴، ۰/۴۵ و ۰/۵۵ و به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۵۶، ۰/۴۱، ۰/۴۸ و ۰/۵۹ به دست آمده است.

ب) آزمون نگرش مذهبی

این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال می‌باشد، هر سؤال دارای سه گزینه است، ملاک نگرش مذهبی نمره کل پرسشنامه است. دامنه نمره کل از صفر تا ۳۶ می‌باشد و هرچه نمره کل بیشتر باشد نگرش مذهبی بیشتر است. این پرسشنامه با توجه به زمینه فرهنگی کشور و با بهره‌گیری از آیات قرآنی و روایات اسلامی و با کمک پرسشنامه‌های موجود مانند پرسشنامه گلر^۳ (۱۳۵۲)، آلپورت (۱۹۵۰) توسط کلانتری (۱۳۷۹) تهیه شده است و محورهای همچون اصل اعتقاد به توحید، نبوت و معاد را مورد سنجش قرار می‌دهد. برای تعیین روایی از نظر متخصصین روان‌شناسی و صاحب‌نظران حوزوی استفاده گردیده و همچنین این پرسشنامه بر روی ۱۰۰ نفر دانش‌آموز دختر دبیرستانی اجرا و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده (۰/۷۸) می‌باشد.

1. Marri
2. Cutoff Point
3. Golner

یافته‌ها

میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش برحسب متغیرهای سلامت عمومی و همچنین نگرش مذهبی در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول (۱): میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره شرکت‌کنندگان در پژوهش در متغیرهای سلامت عمومی و متغیر نگرش مذهبی (N=۱۰۰)

شاخص های آماری	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
متغیرها				
علائم جسمانی	۵/۹۶	۳/۸۷	۲/۰۰	۲۱/۰۰
اضطراب	۶/۶۹	۴/۱۵	۱/۰۰	۲۰/۰۰
اختلال در کارکرد اجتماعی	۸/۱۸	۳/۳۳	۱/۰۰	۱۸/۰۰
افسردگی	۴/۲۳	۴/۹۳	۰	۲/۰۰
کل	۲۵/۰۶	۱۶/۰۹	۴	۸۰
نگرش مذهبی	۲۱/۶۰	۵/۳۱	۵	۳۴

میانگین بالا در متغیر سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن به منزله برخورداری شرکت‌کنندگان در پژوهش از سلامت عمومی کمتر می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول (۱) دیده می‌شود، میانگین نمره دانش‌آموزان در آزمون نگرش مذهبی ۲۱/۶ با انحراف معیار ۵/۳۱ می‌باشد. همچنین میانگین نمره سلامت عمومی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش ۲۵/۰۶ با انحراف معیار ۱۶/۰۹ می‌باشد که در میان چهار خرده مقیاس سلامت عمومی، خرده مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی با میانگین ۸/۱۸ دارای بیشترین و خرده مقیاس افسردگی با میانگین ۴/۲۳ دارای کمترین میانگین می‌باشد.

رابطه نگرش دینی به صورت کلی (به عنوان متغیر پیش‌بین) با سلامت عمومی و چهار خرده مقیاس آن (به عنوان متغیر ملاک) مورد بررسی قرار گرفته است. در جدول (۲) یافته‌های به دست آمده از آزمون فرضیه‌های نخست پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین نگرش مذهبی و شاخص‌های سلامت عمومی و خرده مقیاس‌هایش را نشان می‌دهد.

جدول (۲): ضرایب همبستگی و سطح معنی‌داری متغیر نگرش مذهبی و سلامت عمومی همراه با خرده مقیاس‌های آن (N=۱۰۰)

متغیرهای پژوهش	r	P
علایم بدنی و نگرش مذهبی	-۰/۱۴۷	۰/۱۴۵
اضطراب و نگرش مذهبی	-۰/۲۰۲	۰/۰۴۴
اختلال در کارکرد اجتماعی و نگرش مذهبی	-۰/۲۱۳	۰/۰۳۴
افسردگی و نگرش مذهبی	-۰/۱۴۴	۰/۱۵۴
سلامت عمومی و نگرش مذهبی	-۰/۲۳۰	۰/۰۲۱

همان‌گونه که در جدول (۲) دیده می‌شود، ضریب همبستگی بین نگرش دینی و سلامت عمومی $-۰/۲۳$ است؛ بنابراین، فرضیه نخست پژوهش حاضر مورد تأیید قرار گرفت، به این معنی که بین نگرش دینی و اختلال در سلامت عمومی رابطه عکس وجود دارد؛ زیرا هرچه نگرش مذهبی بیشتر باشد، اختلال در سلامت عمومی کمتر خواهد بود.

فرضیه دوم مبنی بر وجود رابطه بین علایم بدنی و نگرش مذهبی در سطح $۰/۰۵$ رد شد ($P=۱۴۵$)، بدین معنی که رابطه معنی‌داری بین علایم بدنی و نگرش مذهبی وجود ندارد.

همچنین ضریب همبستگی بین اضطراب و نگرش مذهبی برابر با $-۰/۲۰۲$ می‌باشد که از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P<۰/۰۵$)، لذا فرض سوم مبنی بر وجود رابطه بین

نگرش مذهبی و اضطراب تأیید گردید. ضریب همبستگی منفی بدین معنی است که هرچه نگرش مذهبی فرد بالاتر باشد، میزان اختلال در سلامت روان کاهش می‌یابد. ضریب همبستگی بین اختلال و درکارکرد روابط اجتماعی و نگرش مذهبی برابر با $0/213-$ می‌باشد که از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P < 0/05$)، لذا فرض چهارم مبنی بر وجود رابطه بین نگرش مذهبی و اختلال درکارکرد اجتماعی تأیید گردید؛ در نتیجه، می‌توان دریافت که هرچه نگرش مذهبی بالاتر باشد، اختلال در عملکرد اجتماعی کمتر است.

و در نهایت فرض پنجم مبنی بر وجود رابطه بین افسردگی و نگرش مذهبی در سطح $0/05$ رد گردید، بنابراین می‌توان گفت رابطه بین نگرش مذهبی و افسردگی منفی است؛ اگرچه معنی‌دار نبوده است، به این معنی که هرچه نگرش مذهبی بیشتر باشد افسردگی کمتر است.

بحث

بر پایه یافته‌های این بررسی می‌توان گفت بین نگرش مذهبی دانش‌آموزان با اختلال در سلامت عمومی آنها رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد، بر پایه یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت افرادی که به اصول، فروع، دستورها و احکام دینی پایبندی بیشتری دارند و در عمل به این احکام و اصول نیز بیشتر تأکید می‌کنند، سلامت عمومی روانی آنها دچار اختلال کمتری است.

یافته‌های به‌دست آمده از آزمون این فرضیه با یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش‌های برگین و همکاران (۱۹۸۸)، براون و همکاران (۱۹۹۰)، ویلیامز و همکاران (۱۹۹۱)، پاولسون و همکاران (۱۹۹۸)، کونینگ (۱۹۹۸)، احمدی ابهری (۱۳۷۵)، نجفی و همکاران (۱۳۷۷)، میرزمانی و محمدی (۱۳۸۰)، غباری‌بناب و خدایاری‌فرد (۱۳۸۰)، روحی عزیزی و روحی عزیزی (۱۳۸۰)، سهرابی و سامانی (۱۳۸۰) همسو و هماهنگ می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها شاید بتوان گفت همان‌گونه که رضانی فرانی و بوالهروی (۱۳۷۴) بیان نموده‌اند یکی از عوامل کاهنده تأثیر فشارزاهای زندگی، باورهای مذهبی

و دینی است؛ کسی که قرآن را هدایت‌گر و راهنمای زندگی خویش دانسته، در تمامی شئون زندگی آن را ناظر بر زندگی خود می‌داند، به پیشواز مشکلات رفته و انتظار رخداد آن را دارد؛ همچنین خداوند می‌فرماید: انسان در رنج آفریده شده است (بلد، آیه ۴). مشکلات و ناگواری‌ها را به عنوان امتحان، خواست و صلاح‌دید الهی به شمار می‌آورد و در برابر عوامل فشارزا، امید به گشایش و حل آنها در وجودش باقی است و آینده را روشن می‌بیند، برخی از سختی‌ها را ناشی از گناهان خود دانسته و با اصلاح خویش از آنها پیشگیری می‌کند (شوری، آیه ۳۰). قرآن کریم با تشویق، تمجید و توانمندسازی روابط اجتماعی و خانوادگی مسلمانان را در برابر افراد آسیب‌پذیر جامعه همچون سالمندان، کودکان، یتیمان، اسیران و در راه ماندگان مسئول دانسته و فرمان حمایت از آنها را می‌دهد. قرآن با ارائه الگوی عملی همچون حضرت ابراهیم (ع)، حضرت ایوب (ع)، پیامبر اسلام (ص) و برخی دیگر از پیامبران و اولیاء، از مؤمنان می‌خواهد از آنها پیروی کرده و در برابر مشکلات به آنها اقتدا نمایند (انبیاء، آیات ۸۳ و ۸۵). افزون بر آن، قرآن مجید راهبردها و توصیه‌های عملی سازنده‌ای را در برخورد با فشارهای روانی به مسلمانان توصیه می‌نماید که عبارتند از: نماز (بقره، آیات ۴۵ و ۱۵۳)، توبه و ذکر (رعد، آیات ۲۸-۷)، توکل (نمل، آیه ۴)، دعا و نیایش (فرقان، آیات ۷۰ و ۷۱). قرآن انسان را به آرامش فرا می‌خواند (ابراهیم، آیه ۴۵؛ توبه، آیه ۱۰۳ و فتح، آیه ۴). شرکت در مراسم دینی و به طور کلی التزام عملی به احکام و دستورات دینی و مذهبی همه با هم باعث ایجاد امنیت و اطمینان اساسی می‌شوند که در نجات و رهایی فرد کمک می‌کنند (رمضانی فرانی و بوالهروی، ۱۳۷۴).

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود رابطه منفی بین نگرش مذهبی و اضطراب، گویای آن است که هرچه فرد از درجه ایمان بالاتری برخوردار باشد، در رویارویی با سختی‌ها، آرامش بیشتری خواهد داشت و کمتر دچار اختلالاتی همچون اضطراب خواهد شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت قرآن کریم در آیه‌های بسیاری و معصومین در احادیث بی‌شماری انسان را به ایمان استوار دعوت می‌نمایند و ایمان به خدا را باعث آرامش قلبی می‌دانند.

همچنین این یافته که بین نگرش مذهبی و اختلال در روابط اجتماعی رابطه منفی وجود دارد بیانگر آن است که آموزش‌های اسلامی در زمینه روابط بین فردی و امور اجتماعی و با توجه به توصیه‌هایی که در مورد بهداشت روانی، فردی، خانوادگی و اجتماعی و همچنین راه‌هایی که برای رویارویی با فشارهای روانی، ارائه نموده است، می‌توان این پیشنهادها را به عنوان ابزاری برای پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی به شمار آورد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی به شرح زیر روبرو بوده است: از آنجا که ابزار نگرش دینی می‌تواند در جامعه به علت حاکمیت جمهوری اسلامی و بها دادن به باورهای دینی تحت تأثیر قرار گیرد و با آنکه پرسشنامه بی‌نام بوده، این امکان وجود دارد که پاسخگویان از ابراز دقیق باورهای خود خودداری نموده باشند و یا تلاش نموده باشند که خود را مذهبی‌تر نشان دهند و این امر می‌تواند تا اندازه‌ای بر یافته‌های به دست آمده در این پژوهش تأثیر بگذارد؛ از این رو، تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط انجام شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود از شیوه‌های دیگری برای گردآوری داده‌ها مانند مصاحبه ساختاریافته و مشاهده رفتار بهره گرفته شود تا اطلاعات به دست آمده از اعتبار بالاتری برخوردار شوند.

منابع

- جیمز، ویلیام (۱۳۷۲). *دین و روان*. ترجمه مهدی قائنی، تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ غباری‌بناب، باقر و شکوهی‌یکتا، محسن (۱۳۸۰). «گستره پژوهش‌های روان‌شناختی در حوزه دین»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ص ۴۵-۵۳.
- رامشت، مریم؛ هومن، عباس (۱۳۸۵). *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*.
- شرفاوی، حسن محمد (۱۴۰۴ ق). *گامی فراسوی روان‌شناسی اسلامی*. ترجمه سید محمدباقر حجتی (۱۳۶۴). تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- شریفی، طیب؛ مهربانی‌زاده فرمند، مهناز و شکرکن، حسین (۱۳۸۳). «نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال یازدهم، شماره ۱، ص ۸۹-۹۹.
- شهیدی، شهریار؛ حمدیه، مصطفی (۱۳۸۱). *اصول و مبانی بهداشت روانی*، تهران: انتشارات سمت.
- صانعی، صفدر (۱۳۸۱). *آرامش روانی و مذهب*، اصفهان: کنکاش.
- طالقانی، نرگس؛ روغنجی، محمود و شکری، مهتاب (۱۳۸۵). *مجموعه مقالات سومین سینما سراسری بهداشت روانی دانشجویان*.
- کلانتری، مهرداد (۱۳۷۸). *طرح اندیشه اسلامی در روان‌شناسی بالینی*، مرکز تحقیقات علوم رفتاری در قلمرو اسلام، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷۶). *بهداشت روانی*، تهران: نشر قومس.
- نظیری، قاسم؛ دادفر، محبوبه و کریمی‌کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). «نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علائم وسواسی - اجباری». *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال یازدهم، شماره ۳، ص ۲۸۳-۲۸۹.

یونگ، کارل گوشاو (۱۳۵۴). *روان‌شناسی و دین*. ترجمه فواد روحانی، تهران: انتشارات فرانکلین.

Dezutter, J., & Soenens, B., Hutsebaut, D (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences* 40, p.807-818.

Maltby, John., & Day, Liza (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, p.383-393.