

مجله علوم تربیتی و روانشناسی

دانشگاه سیستان و بلوچستان

سال دوم اسفند ماه ۱۳۸۴

بررسی رابطه بین افسردگی و میزان اعتقادات مذهبی در بین دانش آموزان پایه دوم دبیرستانهای شهر زاهدان

افسانه مرزیه*، غلامحسین پناهی**

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی چگونگی رابطه بین افسردگی و میزان اعتقادات مذهبی در میان دانش آموزان دبیرستانهای شهر زاهدان می پردازد. بدین منظور با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای یک نمونه ۲۷۲ نفری از دانش آموزان سال دوم دبیرستان انتخاب شدند، ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه محقق ساخته مقیاس خودسنجی اعتقادات مذهبی می باشد. نتایج بدست آمده از پژوهش نشان میدهد که:

۱. بین میانگین نمرات افسردگی و اعتقادات مذهبی دانش آموزان همبستگی معکوس وجود دارد.
۲. بین میزان افسردگی دختران و پسران تفاوت معنی دار وجود دارد
۳. بین اعتقادات مذهبی دختران و پسران تفاوت معنی دار وجود دارد

واژه های کلیدی: التزام عملی، افسردگی و اعتقادات مذهبی

* عضو هیأت علمی دانشگاه سیستان و بلوچستان

** مدرس مراکز آموزش عالی

□ مقدمه

تأمین و حفظ سلامتی یکی از اهداف عالی انسان است که برای تحقق این هدف تمام کشورها بخش قابل توجهی از سرمایه های مادی و معنوی خود را به این امر اختصاص می دهند. از آنجا که کشور ما ایران بر پایه حکومت اسلامی اداره می شود، علاوه بر قوانین مدون ملی، در دین مقدس اسلام نیز برای نیل به این هدف، دستورات صریحی بیان شده است. مسلماً یکی از ابزارها برای توانمند کردن شخص، سلامت فکر و جسم است تا بتوانیم خود را از طریق آموزش و تعلیم و تربیت به مدارج بالای انسانی ارتقاء بدهیم. در مورد تاثیر اعتقادات دینی بر بهداشت روانی از دیرباز میان متفکران اسلامی و متخصصان روانی نظرات متفاوتی وجود داشته است. از یک سو روانکاوانی چون فروید^۱ (۱۹۳۹-۱۸۵۶) و همکاران، مذهب و اعتقادات مذهبی را یک اختلال نوروتیک تلقی کرده و دین باوری را نه تنها بر سلامت روانی موثر ندانسته اند، بلکه بر عکس برای بهداشت روانی مخاطره آمیز نیز می دانند (افروز، ۱۳۷۲). از سوی دیگر افرادی چون یونگ^۲ (۱۹۶۱-۱۸۷۵) هرگونه اعتقاد دینی، و لو آمیخته با خرافات مانند معتقدات بشر اولیه را هم مورد توجه قرار داده و برای سلامت روانی افراد ضروری دانسته اند (همان منبع: ۱۵). در این راستا در سالهای اخیر استفاده از روان درمانی مذهبی در مداوای بیماری های روانی مورد بررسی قرار گرفته است. بیان زاده (۱۳۷۵) روان درمانی مذهبی را یک اقدام سیستماتیک به منظور رفع بیماری روانی در یک رویکرد شناختی- رفتاری- مذهبی تعریف نموده و هدف از روشهای درمان مذهبی را رفع اضطراب و افسردگی از طریق جستجوی ارزشها و عقاید و سپس تغییر آنها با به کارگیری روشهای مذهبی می داند. برخی دیگر از روانشناسان مانند کلکتو و گالاتز^۳ (۱۹۹۰) معتقدند اگر بیمارانی که دچار اضطراب و افسردگی هستند همراه با دارو درمانی تحت روان درمانی مذهبی قرار بگیرند، سریعتر بهبود می یابند. به هر حال پژوهش های فوق، لزوم توجه به بعد

1- S. Freud

2-C.G.yung

3- C.B.Kalkato & L.D.Gallants

معنوی بیماران و بهره برداری از اعتقادات مذهبی آنها را به عنوان یک پتانسیل مثبت درمانی مطرح می نماید. اکنون با توجه به رواج سریع بیماری های روانی در جوامع امروزی نیاز به انجام پژوهشهای بیشتر در زمینه اعتقادات مذهبی برای درمان این افراد و در نتیجه حرکت به سوی جامعه ای سالم احساس می شود که لازم است مورد توجه مؤسسات آموزشی قرار بگیرد. در سراسر دنیا افسردگی مسأله مهمی به شمار می رود که توجه بسیاری از روان شناسان و روان پزشکان را به خود جلب نموده است. در بین افرادی که به خاطر مشکلات روان شناختی کمک می طلبند، افسردگی مشکل شایعی است. در این حالت، شخص ممکن است به شدت افسرده یا شیدا^۱ باشد و یا امکان دارد بین حالت های افسردگی و سرخوشی نوسان کند (DSM-IV، ۱۹۹۴). در زبان روزمره اصطلاح افسرده برای اشاره به یک حالت احساسی و یا واکنش به یک موقعیت و رفتار مخصوص به فرد است و به عنوان یک اختلال خلقی^۲ نام برده شده است که منظور از آن پریشانی های هیجانی یا خلقی است. امروزه اختلال خلقی را مترادف با اختلال عاطفی^۳ نیز به کار می برند. و شامل اختلال هایی است که ویژگی بارز آنها اختلال در خلق انسان است. (دادستان، ۱۳۷۶). مطالعه منابع اسلامی و نظرات دانشمندان مسلمان این نکته را روشن می کند که التزام عملی به اعتقادات مذهبی عامل بازدارنده بسیاری از بیماری ها، مخصوصاً بیماری های روانی است (غباری بناب، ۱۳۷۴) دین مقدس اسلام به عنوان آخرین و کاملترین دین از طرف خداوند، جامع ترین برنامه ها را برای رستگاری و تامین سلامت واقعی در تمام ابعاد برای انسان ها ارائه کرده است. بنا به اعتقاد علامه طباطبائی «انسان در صورت پذیرش توحید و عمل به قوانین دین، ظرفیت روانی اش گسترده تر می شود، در غیر این صورت احساس ناخوشایند و زندگی تیره و تاری خواهد داشت. (رضایی، ۱۳۷۸). بنابراین به نظر می رسد که افراد پایبند به برنامه های دین و دستورات آن به بسیاری از بیماریهای روانی مبتلا نشوند. هر چند این

1- Manic
2- Mood disorder
3- Affective disorder

نتیجه گیری از دیدگاه متفکران اسلامی کاملاً منطقی است ولی مقبولیت عام نیافته است و بعضی از مردم معتقدند که افراد غیر مذهبی، شادابتر و با نشاط تر از افراد مذهبی هستند. مشکل افسردگی با ضریب بالایی در میان کلیه اقشار جامعه به ویژه نسل جوان میدان تاخت و تاز فزاینده ای یافته و هر روز جمعی را مورد هجوم قرار می دهد (حق جو، ۱۳۷۳). از این لحاظ افسردگی با سرماخوردگی در میان ناراحتی های جسمی قابل مقایسه است (زلیگمان^۱، ۱۹۵۷). امروزه بسیاری از روان شناسان و روانپزشکان دریافته اند که دعا، نماز و داشتن ایمانی محکم می تواند نگرانی، تشویش، یاس و ترس را که موجب بسیاری از بیماری هاست را برطرف سازد. (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۴). انسان برای کاهش اضطراب و رسیدن به یک نوع آرامش روانی نیازمند عامل فوق طبیعی و بی نظیری است که با تکیه بر آن بتواند بر مسائل و مشکلات روحی و روانی خود فائق آید. شواهد موجود، نیاز انسان را، حتی در شکل احساسی آن به یک نظام مطلق، اخلاقی و روحی اثبات می کند. (پریوره، ۱۳۶۸) بررسی تاریخ ادیان به ویژه دین اسلام، نشان می دهد که ایمان به خدا، در درمان بیماری هایی همچون اضطراب، احساس عدم امنیت و انواع بیماری های روانی و نیز تحقق امنیت، کاملاً موفق بوده است. این مساله شایان توجه است که درمان، معمولاً پس از ابتلای شخص به بیماری روانی شروع می شود اما ایمان به خدا اگر از کودکی در نفس انسان استقرار یابد، نوعی مصونیت از آسیب ها و بیماری های روانی به شخص می بخشد. (نجاتی، ۱۳۶۸). امروزه عده ای از روان شناسان به این نکته توجه کرده اند که دین عامل مهمی برای سلامت روان و درمان بیماری های روانی است. یکی از نخستین کسانی که این مساله را مطرح کرده، ویلیام جیمز^۲ فیلسوف و روان شناس آمریکایی بود. او می گوید ایمان بدون شک موثرترین درمان اضطراب است. همچنین اضافه می کند: ایمان نیرویی است که باید برای کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد (جیمز، ۱۹۱۰-۱۸۴۲). آرنولد تو این بی مورخ معروف در مورد

1- M.E.P.Seligman

2- W.James

3-L.R.Propst

نیاز اروپائیان به دین چنین می گوید: بحرانی که اروپائیان در قرن حاضر دچار آن شده اند، اساساً به فقر معنوی آنان باز می گردد. او معتقد است که تنها راه درمان این فرو پاشیدگی اخلاقی که غرب از آن رنج می برد، بازگشت به دین است. در یک مطالعه درمان بالینی کنترل شده، پروپست^۱ و همکاران (۱۹۹۲)، شرکت کنندگان را برای یک برنامه درمانی با عنوان مسیحیان چگونه از عهده مقابله با افسردگی بر می آیند دعوت به همکاری کردند.

احمدی (۱۳۷۶) تحقیقی تحت عنوان بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانش آموزان سال آخر دبیرستان های اسلام شهر انجام داده، در این پژوهش ۴۷۲ نفر دختر و پسر دانش آموز با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند و با استفاده از آزمون افسردگی بک و جهت گیری مذهبی آلپورت مورد سنجش قرار گرفتند. یافته های این تحقیق نشان داد که بین میزان افسردگی و نگرش مذهبی، همبستگی منفی ($r = -0/52$) وجود دارد. و این همبستگی از لحاظ آماری معنی دار است. طهماسبی پور و کمانگیری (۱۳۷۶) برای بررسی اثر میزان نگرش مذهبی افراد بر میزان افسردگی، اضطراب و سلامت روان آنان، مطالعه ای بر روی ۵۰ نفر از بیماران بیمارستانهای ۷ تیر و مجتمع درمانی حضرت رسول اکرم (ص) انجام دادند. و نتیجه گرفتند که ضرایب همبستگی بین میزان نگرش مذهبی و اضطراب $0/46-$ نگرش مذهبی و افسردگی $0/56-$ و نگرش مذهبی و سلامت روان $0/85-$ می باشد. در تحقیقی که توسط سلطان محمدی (۱۳۷۴) تحت عنوان «نقش مذهب در کاهش مشکلات روانی دختران صورت گرفته است، محقق ۳۵ نفر از افرادی که مذهبی بودند و نیز ۳۵ نفر از کسانی که کمتر وجهه مذهبی داشتند را انتخاب کرده و بعد از اجرای پرسشنامه و تجزیه و تحلیل داده ها، مشخص نمود که دختران مذهبی در مقایسه با دختران غیر مذهبی از مشکلات روانی کمتری برخوردارند. بنابراین هدف کلی تحقیق حاضر بررسی چگونگی رابطه بین التزام عملی به اعتقادات مذهبی و افسردگی در دانش آموزان پایه دوم متوسطه شهر زاهدان می باشد. فرضیات پژوهش بشرح زیر است:

۱. بین میزان افسردگی و التزام عملی به اعتقادات مذهبی در دانش آموزان پایه دوم دوره متوسطه رابطه وجود دارد.

۲. بین میزان افسردگی دانش آموزان دختر و پسر تفاوت وجود دارد.
۳. بین میزان التزام عملی به اعتقادات مذهب دانش آموزان دختر و پسر تفاوت وجود دارد.

□ روش پژوهش

با توجه به موضوع پژوهش حاضر که بررسی ارتباط بین دو متغیر (افسردگی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی) است. از روش تحقیق همبستگی استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان های شهرستان زاهدان می باشد. نمونه آماری این پژوهش را ۲۷۲ نفر دانش آموز دختر و پسر (۱۳۶ دختر، ۱۳۶ پسر) شاغل به تحصیل در پایه دوم متوسطه شهر زاهدان تشکیل می دهد. برای انتخاب نمونه و افزایش دقت در اندازه گیری از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای استفاده شد. به این منظور از هر یک از نواحی دوگانه آموزش و پرورش شهرستان زاهدان، چهار دبیرستان و از هر دبیرستان نیز دو کلاس به طور تصادفی انتخاب شدند. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش از دو پرسشنامه ۱- مقیاس افسردگی بک به منظور اندازه گیری متغیر افسردگی ۲- مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات مذهبی برای اندازه گیری التزام عملی به اعتقادات مذهبی استفاده گردید. روایی محتوایی پرسشنامه ها توسط اساتید تایید و به منظور ارزیابی پایایی و اعتبار پرسشنامه های افسردگی بک و مقیاس خودسنجی التزام عملی روی نمونه ۲۰ نفری از دانش آموزان دختر و پسر که کاملاً تصادفی انتخاب شده بودند اجرا شد و ضریب آلفای کرانباخ محاسبه گردید که به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۶۵ بود که نشان دهنده اعتبار مطلوب این ابزارها می باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از محاسبات آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. بخش توصیفی شامل جدولهای توزیع فراوانی، محاسبه شاخص های مرکزی و پراکندگی است. در بخش استنباطی جهت بررسی فرضیه ها از آزمون t برای دو گروه مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

تجزیه و تحلیل □

جدول (۱) تعیین درصد شاخص های افسردگی در دانش آموزان

افسردگی		طبیعی	کمی افسرده	نیاز به مشورت با روانپزشک	به نسبت افسرده	افسردگی شدید	افسردگی بیش از حد
گروهها	تعداد						
دانش آموزان پسر	۱۳۶	۶۰ ۴۴/۱۱	۶۰ ۴۴/۱۱	۱۶ ۱۱/۷۶	-	-	-
دانش آموزان دختر	۱۳۶	۲ ۱۶/۱۸	۵۴ ۳۹/۷۱	۴۱ ۳۰/۱۵	۱۹ ۱۳/۹۷	-	-
کل نمونه	۲۷۲	۸۲ ۳۰/۱۵	۱۱۴ ۴۱/۹۱	۵۷ ۲۰/۹۶	۱۹ ۶/۹۹	-	-

نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که در گروه پسران تعداد ۶۰ نفر (۴۴/۱۱٪) به لحاظ روانی طبیعی، ۶۰ نفر (۴۴/۱۱٪) کمی افسرده و تنها ۱۶ نفر (۱۱/۷۶٪) برای افسردگی خود نیاز به مشورت با روانپزشک دارند. در گروه دختران تعداد ۲۲ نفر (۱۶/۱۸٪) از نظر روانی طبیعی ۵۴ نفر (۳۹/۷۱٪) کمی افسرده، ۴۱ نفر (۳۰/۱۵٪) نیاز به مشورت با روانپزشک و ۱۹ نفر (۱۳/۹۷٪) به نسبت افسرده هستند. در کل نمونه، ۸۲ نفر (۳۰/۱۵٪) از نظر روانی طبیعی هستند ۱۱۴ نفر (۴۱/۹۱٪) کمی افسرده هستند، ۵۷ نفر (۲۰/۹۶٪) نیاز به مشورت با روانپزشک و ۱۹ نفر (۶/۹۹٪) به نسبت افسرده هستند. افسردگی شدید و بیش از حد در گروه نمونه مورد پژوهش مشاهده نگردید.

جدول (۲) تعیین درصد شاخص های التزام عملی به اعتقادات مذهبی در دانش آموزان

گروهها	التزام عملی	کمی مذهبی (زیر متوسط)	متوسط	خیلی مذهبی (بالتر از متوسط)
دانش آموزان پسر	-	-	-	۱۳۶ ٪۱۰۰
دانش آموزان دختر	۱ ٪۰/۷۳	۱ ٪۰/۷۳	۱ ٪۰/۷۳	۱۳۴ ٪۹۸/۵۲
کل نمونه	۱ ٪۰/۳۶	۱ ٪۰/۳۶	۱ ٪۰/۳۶	۲۷۰ ٪۹۹/۲۶

نتایج جدول فوق نشان می دهد که در گروه پسران تعداد ۱۳۶ نفر (کل نمونه) (۱۰۰٪) نمرات التزام عملی آنها از حد متوسط بالا می باشد. در گروه دختران یک نفر (۰/۷۳٪) نمره زیر متوسط، یک نفر (۰/۷۳٪) نمره متوسط و ۱۳۴ نفر (۹۸/۵۲٪) نمره بالاتر از متوسط کسب کرده اند. در مجموع کل نمونه، ۲۷۰ نفر (۹۹/۲۶٪) نمره بالاتر از متوسط و فقط یک نفر (۰/۳۶٪) نمره متوسط و یک نفر (۰/۳۶٪) نمره پایین تر از متوسط کسب نموده است.

جدول (۳) تعیین میانگین و انحراف معیار متغیرها در دانش آموزان

تعداد	التزام عملی		افسردگی		شاخص ها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۳۶	۱۴/۲۲	۱۳۷/۷۵	۳/۸۶	۱۱/۷۷	دانش آموزان پسر
۱۳۶	۱۲/۱۵	۱۳۴/۱۸	۴/۳۸	۱۵/۵	دانش آموزان دختر
۲۷۲	۱۳/۳۲	۱۳۵/۹۶	۴/۵۲	۱۳/۶۴	کل نمونه

نتایج مندرج در جدول فوق، میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروهها را نشان میدهد. در گروه پسران میانگین افسردگی ۱۱/۷۷ و در گروه دختران ۱۵/۵ و در کل نمونه ۱۳/۶۴ می باشد. همچنین میانگین التزام عملی به اعتقادات مذهبی در گروه پسران ۱۳۷/۷۵، در گروه دختران ۱۳۴/۱۸ و در کل نمونه ۱۳۵/۹۶ می باشد. فرضیه ۱: بین میزان افسردگی و التزام عملی به اعتقادات مذهبی دانش آموزان رابطه وجود دارد.

جدول (۴) تعیین ضریب همبستگی بین افسردگی و التزام عملی

کل دانش آموزان	دانش آموزان دختر	دانش آموزان پسر	گروهها / ضریب همبستگی
-۰/۵۷	-۰/۴۷	-۰/۶۹	R (ضریب همبستگی)
۲۷۲	۱۳۶	۱۳۶	تعداد

طبق نتایج مندرج در جدول فوق، چون مقادیر ضریب همبستگی محاسبه شده بین دو متغیر افسردگی و التزام عملی به اعتقادات مذهبی در گروههای دانش آموزان پسر، دختر و کل نمونه از مقدار ضریب همبستگی جدول (۰/۲۵۴) با درجات آزادی (۲۷۰ و ۱۳۴) در

سطح ۹۹ درصد بزرگتر است ($P < 0/01$)، لذا فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین دو متغیر افسردگی و التزام عملی به اعتقادات مذهبی دانش آموزان رد می شود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات مذهبی دانش آموزان رابطه معکوس و معنی دار وجود دارد.

فرضیه ۲: بین میزان افسردگی دانش آموزان دختر و پسر تفاوت وجود دارد.

جدول (۵) مقایسه میانگین افسردگی دختران و پسران

گروه ها	N	M	df	t
دختران	۱۳۶	۱۵/۵	۲۷۰	۳/۷۲
پسران	۱۳۶	۱۱/۷۵		

طبق نتایج مندرج در جدول فوق، از آنجایی که مقدار t مشاهده شده (۳/۷۲) از مقدار t جدول (۲/۵۷) با درجه آزادی (۲۷۰) در سطح ۹۹ درصد بزرگتر است ($P < 0/01$)، بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی دختران و پسران رد می شود و می توان نتیجه گرفت بین میزان افسردگی دختران و پسران تفاوت معنی دار وجود دارد.

فرضیه ۳: بین میزان التزام عملی به اعتقادات مذهبی دانش آموزان دختر و پسر تفاوت وجود دارد.

جدول (۶): مقایسه میانگین نمره التزام عملی به اعتقادات مذهبی دختران و پسران

گروه ها	N	M	df	t
دختران	۱۳۶	۱۳۴/۱۸	۲۷۰	۳/۵۶
پسران	۱۳۶	۱۳۷/۷۵		

طبق نتایج مندرج در جدول فوق از آنجایی که مقدار t مشاهده شده (۳/۵۶) از مقدار t جدول (۲/۵۷) با درجه آزادی (۲۷۰) در سطح ۹۹ درصد بزرگتر است ($P < 0/01$)، پس فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین میانگین نمرات التزام عملی به اعتقادات مذهبی دختران و پسران رد می شود و می توان نتیجه گرفت که بین میزان التزام عملی دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود دارد.

□ نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی رابطه بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات مذهبی دانش آموزان پایه دوم متوسطه می باشد. نتایج حاصل به شرح زیر است:

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که بین میزان افسردگی دانش آموزان پایبندی آنها به اعتقادات مذهبی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. ضرایب همبستگی بدست آمده در گروه دانش آموزان دختر (۰/۴۷-)، دانش آموزان پسر (۰/۶۹-) و کل دانش آموزان (۰/۵۷-) نشان دهنده همبستگی معکوس و معنادار بین دو متغیر افسردگی و مذهب می باشد. این نتیجه باتنایج پژوهشهای پیشین در این زمینه همخوان است. میلر^۱ (۱۹۶۸) رابطه بین مذهب و عزت نفس را مثبت و رابطه بین مذهب با اضطراب و افسردگی را منفی بدست آورد. براون^۲ و همکاران (۱۹۹۰) در مطالعه خود نشان داده اند افرادی که از اعتقادات مذهبی بالایی برخوردار هستند، میزان کمتری از علائم و نشانه های افسردگی را دار می باشند. احمدی (۱۳۷۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بین میزان افسردگی و نگرش مذهبی همبستگی منفی معنی دار (۰/۵۲-) وجود دارد.

نتایج همچنین حاکی است که در گروه دانش آموزان دختر از مجموع ۱۳۶ نفر، ۲۲ نفر از نظر روانی سالم و مابقی علائم و نشانه هایی از افسردگی را دار می باشند به این ترتیب که ۵۴ نفر کمی افسرده، ۴۱ نفر نیاز به مشورت با روانپزشک و ۱۹ نفر به نسبت افسرده هستند. در گروه دانش آموزان پسر تحلیل نتایج نشان می دهد که از مجموع ۱۳۶ نفر، ۶۰ نفر از نظر روانی سالم، ۶۰ نفر کمی افسرده و ۱۶ نفر نیاز به مشورت با روانپزشک دارند. به طور کلی ۸۳/۸۲٪ دختران و ۵۵/۸۸٪ پسران درجاتی از افسردگی را دارا می باشند. میانگین نمرات افسردگی در دختران ۱۵/۵ و در پسران ۱۱/۷۷ می باشد. نتیجه حاصل از مقایسه میانگین ها نشان می دهد که تفاوت میانگین ها به لحاظ آماری معنی دار است. این نتیجه با نتایج پژوهشهای پیشین همخوان است. احمدی (۱۳۷۶) در پژوهش خود نشان داد که بین میانگین افسردگی دانش آموزان پسر (۱۵/۹) و میانگین افسردگی دانش آموزان دختر (۱۹/۷۴) تفاوت

1-A. Miller

2-L.B.Brown

معنا دار وجود دارد. نور بالا (۱۳۷۳) نیز بیان می کند که میزان افسردگی در دختران بیشتر از پسران است. بر طبق نظر لینفوردیس^۱ (۱۹۸۲) شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان است. نتایج حاصل نشان می دهد، میانگین نمره التزام عملی پسران بیشتر از میانگین نمره التزام عملی دختران می باشد. در گروه دانش آموزان دختر ۹۸/۵۲ درصد خیلی مذهبی می باشند. یعنی نمره بالاتر از متوسط کسب نموده اند، در گروه دانش آموزان پسر ۱۰۰٪ آنها نمره بالاتر از متوسط بدست آورده اند. میانگین نمره التزام عملی درباره کل نمونه برابر با ۱۳۵/۹۶ است. میانگین نمره التزام عملی دختران برابر با ۱۳۴/۱۸ و میانگین نمره پسران ۱۳۷/۷۵ می باشد. نتیجه حاصل از مقایسه میانگین ها در گروهها نشان میدهد که تفاوت میانگین دو گروه در بعد التزام عملی به اعتقادات مذهبی از نظر آماری معنا دار است.

در توجیه این تفاوت می توان به تفاوت شروع بلوغ در دختران و پسران اشاره نمود. دوره دبیرستان برای پسرها مساوی با آغاز بلوغ و شروع توجه و عمل به مسائل دینی و شرعی است، که طبعاً با شور و حال و اشتیاق بیشتری همراه می باشد، اما برای دختران دبیرستانی که چند سال از مکلف شدن آنها گذشته است، دیگر آن حرارت و شور اولیه را نمی توان سراغ گرفت. همچنین اکثر پسران تمایل دارند برتری خود را بر دختران و نیز وابستگی شان را به گروه نشان دهند. بنابراین در گروههای مذهبی، فرهنگی و سایر فعالیت های اجتماعی شرکت فعالتری دارند، و از طرفی امکان شرکت دادن دختران در فعالیت های مذهبی، با توجه به تفاوت در توانایی ها و احیاناً تعصبات نادرست خانواده ها (با توجه به وضعیت فرهنگی و اجتماعی شهر زاهدان) کمتر به چشم می خورد. به طور کلی محدودیت هایی که برای دختران در برخی خانواده ها اعمال می شود، خود می تواند عاملی برای فاصله گرفتن دختران از فعالیتهای آزاد اجتماعی و کم رنگ شدن فعالیتهای مذهبی آنان باشد.



منابع

۱. ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۷۴)، روان شناسی و تحول مذهبی در انسان، ماهنامه تربیت، دوره ۱۱، شماره ۵، ۲۹-۳۵
۲. احمدی، سید احمد (۱۳۷۶)، روان شناسی نوجوانان و جوانان، تهران: نشر ترمه
۳. افروز، غلامعلی (۱۳۷۲)، نگرشی بر مبانی روان شناختی ارزشهای مذهبی، نشریه علوم تربیتی، دوره ۱۶، شماره ۱۵-۱۱
۴. پریوره، علی (۱۳۶۸). دین و روان شناسی، تهران: انتشارات آسیا
۵. حق جو، محمدحسین (۱۳۷۳)، افسردگی (زمینه، پیشگیری و درمان در مکتب قرآن و عترت)، قم؛ چاپ نهضت
۶. دادستان، پریخ (۱۳۷۶)، روان شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، تهران: انتشارات سمت، ج ۲
۷. رضایی، مجتبی (۱۳۷۸). شفاء و درمان با قرآن، تهران: چاپ بهینه
۸. سارا سون، ایروین، جی، ساراسون، باریارا، آرا (۱۳۷۵). روان شناسی مرضی، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، تهران: انتشارات رشد.
۹. شعاری نژاد، علی (۱۳۷۳). روان شناسی رشد، تهران: انتشارات اطلاعات
۱۰. طهماسبی پور، نجف، کمانگیری، مرتضی (۱۳۷۵). بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستانهای شهدای ۷ تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص). پایان نامه دکترای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران
۱۱. غباری بناب، باقر (۱۳۷۴). باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان. نشریه اندیشه و رفتار سال اول، شماره ۴، ۴۷-۴۱.
۱۲. محمدی، سلطان (۱۳۷۴). بررسی نقش مذهب در کاهش مشکلات روانی دختران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس
13. Abramson, L.Y.Seligman, M.E.P (1975). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. Journal of Abnormal psychology, V87, 1, 49-60.
14. American psychiatric Association, (1997). *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders* (4th ed.). Washington D.C.:Author.

15. Brown, L.B. (1990), *the Psychology of Religious Belief*, New South University. Academic press.
16. Cronbach, B.L. (1991). *Religion life-styles and mental Health: A follow-up study*. Journal of Counseling and Values. V35. N3, 211-224.
17. Kalkato, C.B, Gallants, L.D. (1995). *Grief and Religious of Death- Studies*, V 17, 6,487-496.
18. Persman, L: P. (1990). *The Role of Religion in Coping with Daily Hassles*. Journal of Health and Social Behavior Washington. V 37, 3, 305-320.
19. Propst, L.Rebecca. (1992). *Comparative- Efficacy of Religious and Nonreligious Cognitive- Behavioral Therapy for the Treatment of clinical Depression in Religious Individual*. Journal of counseling and clinical Psychology. V60,1,96-103

