

بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی با سلامت روان دانشجویان^۱

جمشید نوذری*

یونس غلامی**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی با سلامت روان دانشجویان انجام شد. طرح تحقیق از نوع کمی و روش همبستگی است. جامعه آماری، دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز و گروه نمونه، ۳۴۰ نفر از دانشجویان بوده که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند. ابزارهای پژوهش؛ «سلامت روانی» (۲۸ سوالی)، «التزام عملی به اعتقادات اسلامی» و «جهت‌گیری مذهبی» بوده است. درآبزار «سلامت روانی» هرچه فرد نمره کمتری به دست آورد نشان‌دهنده سلامتی بیشتر اوست. جهت انجام تحلیل‌های آماری از روش‌های همبستگی و رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که بین «جهت‌گیری درونی» با «سلامت روان» رابطه منفی و معناداری ($p = 0.001$ و $r = -0.44$) وجود دارد. بین «جهت‌گیری بیرونی اجتماعی» با «سلامت روان» رابطه منفی و معناداری ($p = 0.001$ و $r = -0.40$) وجود دارد. بین «جهت‌گیری بیرونی فردی» با «سلامت روان» رابطه منفی و معناداری ($p = 0.001$ و $r = -0.37$) وجود دارد. بین «التزام عملی به اعتقادات اسلامی» با «سلامت روان» رابطه منفی و معناداری ($p = 0.001$ و $r = -0.50$) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که «التزام عملی به اعتقادات اسلامی» و «جهت‌گیری درونی»، ۰/۲۶ از واریانس مشترک سلامت روانی را پیش‌بینی نموده‌اند و این تبیین در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است.

واژه‌های کلیدی: جهت‌گیری مذهبی، التزام عملی به اعتقادات اسلامی، سلامت روان

۱. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی (با همین عنوان) مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز است.

** عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز

** کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز Email: yonesgholami@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۲/۱ تاریخ تأیید: ۹۰/۲/۲۲

مقدمه

رشد همه‌جانبه تکنولوژی، گسترش روابط اجتماعی فرامرزی و ایجاد فضاهای مجازی در قرن بیست و یکم هرچند مزایای عمده‌ای در پیشرفت اقتصادی و اجتماعی زندگی بشر داشته، اما نوعی ناامنی اجتماعی و اضطراب زمینه‌ای را در تمام جوامع با خود همراه داشته، که بدون شک بر سلامتی^۱ انسان‌ها بی‌تأثیر نخواهد بود.

سلامتی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی^۲ عبارت است از: حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی. در این تعریف، سخن از انسان سالمی است که در مسیر درست زندگی قرار گرفته است. برخی دیگر سلامتی را مترادف با کیفیت زندگی^۳ آورده‌اند. به نظر این روان‌شناسان، کیفیت زندگی دربرگیرنده مجموعه شرایطی است که افراد در زندگی خود دارند (اراسموس، ۱۹۹۷).^۴ عده‌ای دیگر در توضیح سلامتی طرفدار الگوی پزشکی‌اند، برخی الگوی محیطی را پذیرفته و گروهی، طرفدار الگوی کلی‌نگرند.^۵ در الگوی پزشکی، فقدان عارضه‌ای جسمانی مورد نظر است. در الگوی محیطی، سلامتی برحسب کیفیت سازش فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده و در الگوی کلی‌نگر، سلامتی بر حسب کلیت شخص و نه براساس بخش بیماری از بدن تعریف می‌گردد (هرمن و هرلز، ۱۹۹۹).^۶ لوینسون و همکاران، سلامت روان را چنین می‌دانند: احساس مثبت فرد نسبت به دنیای اطراف، محل زندگی، اطرافیان و مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در قبال دیگران دارد و چگونگی سازش وی با شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش می‌داند (عطار، ۱۳۷۴). رایف و همکاران ۱۹۹۷ به نقل از ویسینگ و فوری (۲۰۰۰)^۷ الگویی چندبُعدی از سلامت روانی^۸ را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده‌اند که شامل: پذیرش خود،^۹ رابطه مثبت با دیگران،^{۱۰} خودپیروی،^{۱۱} غلبه بر محیط،^{۱۲} هدفمندی در زندگی^{۱۳} و رشد شخصی^{۱۴} است. برخی دیگر چون کوزما، استونز و استونز (۲۰۰۰)^{۱۵} سلامت روانی را مترادف با شادی و خشنودی از زندگی در نظر گرفته‌اند. به نظر این گروه، سلامت روانی یعنی تعادل بین هیجان‌های مثبت و منفی. همچنین سلامت روانی

1. well-bing

3. quality of life

5. holistic

7. M. P. Wissing & A. Fourie

9. self-acceptance

11. autonomy

13. purpose in life

15. A. Kozma; S. Stones & M. J. Stones

2. World Health Organization (WHO)

4. R. V. Erasmus

6. D. A. Hermon & R. J. Hazler

8. mental health

10. positive relations with other

12. environmental mastery

14. personal growth

از دیدگاه فرانکل تأکید عمده بر اراده معطوف به معنا است. او انسان سالم را انسانی می‌داند که دارای اراده‌ای معطوف به معنا و هدف است و از سه جوهر، معنویت، آزادی و مسئولیت برخوردار باشد (فرانکل، ۱۳۷۵).

صرف نظر از دیدگاه‌ها و به تبع آن تعریف‌های مختلف درباره سلامت روانی، مشخص شده است که عوامل متعددی وجود دارد که می‌توانند مستقیم یا غیر مستقیم و به صورت مثبت یا منفی بر آن اثر بگذارند. از بین این عوامل می‌توان به مذهب اشاره کرد. به باور بسیاری از اندیشمندان وابسته به ادیان مختلف (اسلام، مسیحیت، یهودیت و...) انسان‌ها از همان بدو حیات در زمین، نیازی عمیق و درونی (به تعبیر ما مسلمانان یک نیاز فطری و ذاتی) برای توسل، توکل و تکیه بر نیرویی مافوق بشر داشته‌اند. سیر تکامل و تحول گرایش‌های دینی در قالب پرستش ماه، ستارگان، خورشید تا تجلی و ظهور ادیان توحیدی خود گواهی بر این مدعا است. بر همین اساس (یعنی تکیه بر نیاز فطری و ذاتی بشر به یک نیروی ناظر، راهنما و قادر مطلق) از گذشته‌های دور تاکنون، نقش جهت‌گیری مذهبی^۱ و التزام عملی به اعتقادات اسلامی^۲ مورد توجه بوده است.

از نظر تاریخی و به صورت علمی، نخستین بار آلپورت (۱۹۶۷)^۳ جهت‌گیری مذهبی را به دو گرایش درونی^۴ و بیرونی^۵ تقسیم نمود. تیلیوپولوس، باکر، کوکسون و هاوکی (۲۰۰۷)^۶ افراد دارای جهت‌گیری درونی را در دیدگاه آلپورت، کسانی می‌دانند که در تمام لحظات زندگی و در تمام رفتارها و اعمالشان باورهای مذهبی خود را انعکاس می‌دهند در حالی که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، که شکل رشدنا یافته‌تر عقاید و باورهای مذهبی دارند منافع شخصی خود را ترجیح می‌دهند و باورهای مذهبی خود را وسیله‌ای جهت دستیابی به خواسته‌های خود قرار داده‌اند.

نظریه پردازان بعدی در این حوزه با انتقاد از نظریه آلپورت که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را به عنوان دو بُعد مستقل در مقابل هم قرار داده است به طوری که یکی را هدف و دیگری را وسیله ترسیم کرده، سعی کرده‌اند تا دیدگاهی متعادل مطرح نمایند. پارگامنت (۱۹۹۷)^۷ از زمره این منتقدان است که معتقد است جهت‌گیری مذهبی را می‌توان هم به عنوان هدف و هم به عنوان وسیله براساس رویکرد مذهبی فرد به زندگی طبقه‌بندی کرد.

1. religious orientation

3. G. Alport

5. extrinsic

6. N. Tiliopoulos; B. Bikker; C. Coxon & K. Hawkin

7. K. I. Pargament

2. practical obligation to Islamic beliefs

4. intrinsic

تیلیوپولوس و همکاران (۲۰۰۷) براساس تحلیل ساختار عاملی جهت‌گیری مذهبی آلپورت (مبتنی بر انتقاد پارگامنت) را به سه طبقه جهت‌گیری درونی،^۱ جهت‌گیری بیرونی اجتماعی،^۲ جهت‌گیری بیرونی فردی^۳ تقسیم کرده‌اند.

مالتبی و دی (۲۰۰۰ و ۲۰۰۳)^۴ نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه مثبتی با سلامت روان دارد و جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارای رابطه منفی با سلامت روان است.

فرانسیس و همکاران (۲۰۰۴)^۵ گزارش نمودند که نگرش مذهبی مثبت دانشجویان نسبت به یک مذهب می‌تواند رابطه قوی با بهداشت روان آنان داشته باشد. مالتبی و دی (۲۰۰۴) نشان دادند که دینداری بیرونی رابطه مثبتی با روان‌رنجوری، داشته و همچنین دینداری درونی با روان‌پریشی رابطه منفی دارد. لذا هرچه جهت‌گیری دینی افراد درونی‌تر باشد احتمال اینکه از سلامت روانی بهتری برخوردار باشند بیشتر است. کروسبی (۲۰۰۵)^۶ در تحقیق خود نشان داده است که اعتقادات مذهبی می‌تواند علائم افسردگی را بهبود بخشد. همچنین پیوندجویی بالای مذهبی و جهت‌گیری مذهبی درونی می‌تواند با علائم افسردگی خودسنجی ارتباط معناداری داشته باشد. محققان دیگر نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند (مانند سالسمن، برون و پرچتینگ،^۷ ۲۰۰۵؛ استفن و مسترز،^۸ ۲۰۰۵). لاکور، اولود و شولتز لارسن (۲۰۰۶)^۹ معتقدند که حمایت اجتماعی مبتنی بر اعتقادات مذهبی و پیوندجویی دینی می‌تواند در کاهش خطر مرگ زودرس مؤثر باشد و این مطلب در زنان، قوی‌تر از مردان نشان داده شده است.

دزیوتر، سونسون و هیوتسبوت (۲۰۰۶)^{۱۰} در تحقیق خود نشان دادند که جهت‌گیری درونی و بیرونی با سلامت روان رابطه معناداری دارد و به ترتیب سطوح بالاتر و پایین‌تری از رفاه و سلامت روان را تبیین می‌کنند. الدریج (۲۰۰۶)^{۱۱} معتقد است مذهب پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای عقاید مربوط به قضاوت اجتماعی افراد، فعالیت‌های اجتماعی و سلامت روانی است. داک، زانیب، ناکف و هالبریچ (۲۰۰۷)^{۱۲} معتقدند که زنان به نسبت مردان بیشتر در معرض نگرانی‌ها، افسردگی‌ها و اختلالات جسمانی هستند و از باورهای مذهبی برای درمان آنها می‌توان بهره برد.

1. intrinsic religious orientation

3. extrinsic-personal religious orientation

5. L. J. Francis; M. Robbins; C. A. Lewis; C. F. Quigley & C. Wheeler

6. N. Krause

7. J. M. Salsman; T. L. Brown; E. H. Brechting & C. R. Carlson

8. P. R. Steffen & K. S. Masters

10. J. Dezutter; B. Soenens & D. Hutsebaut

12. S. Douki; S. B. Zineb; F. Nacef & U. Halbreich

2. extrinsic-social religious orientation

4. J. Maltby & L. Day

9. P. LaCour; K. Avlund & K. Schultz-Larsen

11. M. J. Eldereje

وایلن، تیمپلیتون، آردلت و می‌یر (۲۰۰۸)^۱، نشان دادند که اعتقادات مذهبی حتی بدون توجه به چگونگی سنجش آن، با بهزیستی اجتماعی و سلامت جسمی و روانی در زندگی مرتبط است و در درمان افراد افسرده نیز بسیار مؤثر است. ناوارا و جیمز (۲۰۰۵)^۲، هانگ توچن (۲۰۰۷)^۳، کلر (۲۰۰۷)^۴ هیوجین لی و همکاران (۲۰۰۸)^۵ نیز بر نقش مذهب در کاهش اختلالات روانی تأکید کرده‌اند.

به‌رغم اینکه برخی محققان و نظریه‌پردازان، از جمله فروید و ایس، مذهب را با بیماری روانی مرتبط دانسته‌اند، مطالعات و پژوهش‌های انجام‌گرفته در دهه اخیر با تمایز قائل شدن میان مذهبی که زندگی سالم به انسان عرضه می‌کند و دیگر مذاهب، نقش مؤثر و جایگاه ویژه در قلمرو بهداشت روانی و نیز کارآیی آن را در درمان بیماری‌های روانی نشان داده‌اند (برگین، ۱۹۸۳ و استارک، ۱۹۷۱، به نقل از: جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). افزون بر این، از نتایج بررسی‌های موسوی اصل و همکاران (۱۳۷۸) چنین استنباط می‌گردد که تأثیر عاطفی یاد خدا موجب آرامش زودرس در روان و جسم فرد می‌گردد.

در قرآن کریم آمده است: «هر کس از یاد خدا روی گرداند، زندگی تنگ و سختی خواهد داشت»^۶. دوری از یاد خدا زندگی را دشوار و یاد خدا آن را آسان می‌سازد. تبیین روان‌شناختی این ویژگی آن است که یاد خدا، فرد را از امیال و تکانش‌هایی که برای او تنیدگی‌زا^۷ است بازمی‌دارد و سبب می‌شود که به جای توجه صرف به لذت‌های دنیوی که معمولاً ناکامی در بهره‌گیری از آنها موجب تنیدگی است؛ به تقویت رابطه با خدا و تقرب به او بپردازد. بروز مشکلات برای چنین فردی، وی را از هدف اصلی بازمی‌دارد و چون خود را در مسیر رسیدن به مقصود احساس می‌کند، زندگی را سخت و تنیدگی‌زا تلقی نمی‌نماید. از سوی دیگر کسی که خدا را فراموش می‌کند و از یاد او غافل است، ضرورتاً به دنیا دل می‌بندد و زندگی برای او راحت و آرام نیست؛ زیرا هیچ‌گاه نسبت به آن احساس رضایت نمی‌کند و پیوسته به دنبال رفاه بیشتر است و از این‌رو دائماً در فشار و سختی به سر می‌برد. از جمله راه‌های معنوی عاطفی، یاری جستن از قدرت بی‌نهایت خداوند است (بقره، ۳۵ و ۱۳۵؛ اعراف، ۱۲۸). در انسان این گرایش وجود دارد که در سختی و فشار به قدرتی ماوراء

1. G. Vaillan; J. Templeton; M. Ardelt & S. Meyer

2. G. S. Navara & S. James

3. C. Hong tuchen

4. C. Celor

5. Huijun Li; Wei Li; Qian Liu; Aiping Zhao; Frances Prevatt & Jingjiang Yang

طبیعت پناه ببرد. در تعالیم اسلامی آمده است که وقتی انسان در سختی‌ها از همه اسباب مادی قطع امید می‌کند، متوجه وجودی ماوراء طبیعت می‌شود (یونس، ۲۲؛ عنکبوت، ۶۵). خداوند در سوره یونس آیه ۱۲ می‌فرماید: «هنگامی که به انسان آسیبی رسد، ما را در حالت‌های خواب، نشسته و ایستاده می‌خواند» و خداوند انسان را از آسیب می‌رهاند. با توجه به مطالب عنوان‌شده، هدف اصلی این پژوهش بررسی این مطلب است که: آیا جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت روان رابطه دارد؟ رابطه جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی و بیرونی فردی با سلامت روان چگونه است؟ التزام عملی به اعتقادات اسلامی با سلامت روان چه رابطه‌ای دارد؟ و کدام یک از متغیرهای ذکرشده در تبیین سلامت روان سهم بیشتری دارند؟

روش تحقیق

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری و ابزار پژوهش

این بررسی از نوع تحقیقات کمی و از طرح‌های همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز در سال ۱۳۸۹ با جمعیت ۱۹ هزار و ۳۷۹ نفر بوده است. براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از بین هفت دانشکده این دانشگاه؛ دانشکده‌های اقتصاد و مدیریت، هنر و معماری و علوم انسانی انتخاب و سپس نمونه منتخب که ۳۴۰ نفر از دانشجویان و براساس فرمول تعیین حجم نمونه کوکران به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، ابزارها را تکمیل نمودند. ابزارهای پژوهش شامل: سلامت روانی ۲۸ سؤالی، التزام عملی به اعتقادات اسلامی و جهت‌گیری مذهبی بوده است.

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی: این پرسشنامه فرم تجدیدنظرشده مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت است که از سوی گورساک و فرسون،^۱ (۱۹۸۹) تهیه گردید. این مقیاس دارای چهارده گویه است که سه بعد جهت‌گیری مذهبی درونی (۸ ماده)، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - اجتماعی (۳ ماده) و جهت‌گیری بیرونی - فردی (۳ ماده) را اندازه‌گیری می‌کند. ثبات درونی برای جهت‌گیری درونی ۰/۸۳، جهت‌گیری بیرونی - اجتماعی ۰/۵۸، جهت‌گیری بیرونی - فردی ۰/۵۷ و جهت‌گیری بیرونی (ترکیب شخصی و اجتماعی) ۰/۶۵

گزارش شده است. (گورساج و فرسون، ۱۹۸۹) ضریب آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۸۶، جهت‌گیری مذهبی بیرونی - اجتماعی ۰/۷۶ و جهت‌گیری مذهبی بیرونی - فردی ۰/۶۹ گزارش شده است که بیانگر پایایی بالای این آزمون است. (تیلیپولوس، بایکر، ساکسون و هاوکین، ۲۰۰۷). مقیاس ذکرشده در ایران، نخست از سوی محققان این پژوهش ترجمه شده و سپس با انجام یک مطالعه مقدماتی و مشورت با صاحب‌نظران متناسب با بافت فرهنگی - مذهبی و دین مبین اسلام اصلاح گردید. برای ارزیابی اعتبار این پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شد و ضریب ۰/۷۹ به دست آمد که نشان از پایایی بالای آن برای استفاده در فرهنگ اسلامی ما دارد.

مقیاس التزام عملی به اعتقادات اسلامی: این مقیاس برای اندازه‌گیری رفتارهای دینی نوجوانان و جوانان مسلمان تدوین شده است. در انتخاب جملات این مقیاس، آن دسته از اعمال و رفتارهای دینی (نظیر نماز و روزه واجب) که انجام آن از جامعه یا فرد مسلمان انتظار است، استفاده شده است و شامل همه تکلیف‌های دینی (نظیر جهاد، زکات، خمس و...) نمی‌گردد. این پرسشنامه دارای ۴۵ ماده است که در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (طیف لیکرت) نمره‌گذاری می‌گردد. در این طیف، از کاملاً موافقم نمره ۵، تا کاملاً مخالفم نمره ۱، تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره برای رفتارهای دینی ۲۲۵ و حداقل ۴۵ است. ضریب پایایی بازآزمایی گزارش شده از سوی مؤلف این مقیاس ۰/۸۱ گزارش شده است (نویدی، ۱۳۷۶).

پرسشنامه سلامت عمومی: فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه، یک پرسشنامه سرندی مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۲).^۱

این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی،^۲ اضطراب و بی‌خوابی،^۳ نارسایی در عملکرد اجتماعی^۴ و افسردگی^۵ است. از طریق این پرسشنامه، پنج نمره برای هر فرد به دست می‌آید که چهار نمره آن مربوط به خرده مقیاس‌ها و یک نمره هم از مجموع نمره‌های خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید، که نمره کلی است. نمره پانزده به بالا در هر زیر مقیاس و نمره ۴۱ به بالا در مقیاس کلی وخامت وضع آزمودنی را نشان می‌دهد (آقایی چاووشی، ۱۳۸۷). در خصوص اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی مطالعات متعددی صورت گرفته است. در یک بررسی گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸)^۶ اعتبار تصنیفی

1. D. P. Goldenberg

3. anxiety and sleep disorder

5. depression

2. somatic symptoms

4. social function

6. D. P. Goldenberg & P. A. Williams

برای این پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۹۸۵)^۱ ثبات درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش نمود. در مطالعه کی یس (۱۹۸۹)^۲ ضرایب آلفای این پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد. در مطالعه رابینسن و پرایس (۱۹۸۲)^۳ با استفاده از روش بازآزمایی، در دو نوبت به فاصله هشت ماه، ضرایب اعتبار ۰/۹۰ را به دست داد. در ایران در مطالعه تقوی (۱۳۸۰) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۷۲ گزارش شده است. پالاهنگ (۱۳۷۵) با روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز به میزان ۰/۹۱ برآورد نمود و یعقوبی (۱۳۷۴) ضرایب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضرایب خرده‌آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. همچنین جهت انجام تحلیل‌های آماری از روش‌های همبستگی و رگرسیون گام‌به‌گام متناسب با سؤال‌های پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها

با توجه به هدف این پژوهش که بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی با سلامت روان دانشجویان است در آغاز به فراوانی و درصد دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش و میانگین سلامت روانی، التزام عملی به اعتقادات اسلامی و جهت‌گیری دینی آنان پرداخته‌ایم (جدول شماره ۱ و ۲).

جدول ۱: فراوانی و درصد دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش

گروه‌ها شاخص‌ها	جنسیت			سبک زناشویی			تحصیلات				وضعیت اشتغال			
	زن	مرد	رک	زوجه	مطلقه	رک	کاردانی	کارشناسی	ارشد	کل	تعداد	نیمه‌وقت	کارمند	کل
فراوانی	۱۹۲	۱۴۸	۳۴۰	۵۴	۲۸۶	۳۴۰	۶۴	۲۶۴	۱۲	۳۴۰	۲۴۴	۶۰	۳۶	۳۴۰
درصد	۵۶/۵	۴۳/۵	۱۰۰	۱۵/۹	۸۴/۱	۱۰۰	۱۸/۸	۷۷/۶	۳/۵	۱۰۰	۷۱/۸	۱۷/۶	۱۰/۶	۱۰۰

1. D.W. Chan

2. S. Keyes

3. R.G. Robinson & T. R. Price

جدول ۲: میانگین متغیرهای پیش‌بین و ملاک دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش

شاخص‌های آماری	جنسیت		سبک زناشویی		تحصیلات			وضعیت اشتغال	
	مرد	زن	همسر	همسر ندارد	کارندانی	کارشناسی	ارشد	دیپلم/وقف	کارمند
سلامت روانی	۳۶/۳۹	۳۳/۷۵	۳۶/۳۹	۲۹/۱۴	۳۴/۳۱	۳۶/۰۶	۲۲/۳۳	۳۶/۵۶	۴۰/۱۳
علائم جسمانی	۲۲/۳۸	۲۰/۴۵	۲۱/۰۶	۲۴/۱۱	۲۱/۸۴	۲۱/۶۰	۱۸/۷۵	۲۰/۹۹	۲۳/۲۶
علائم اضطرابی	۷/۵۶	۷/۹۳	۷/۴۹	۸/۹۲	۷/۵۳	۷/۸۳	۶/۳۳	۷/۸۲	۷/۴۳
کارکرد اجتماعی	۸/۵۴	۷/۹۸	۸/۵۵	۶/۹۶	۸/۵۳	۸/۳۰	۶/۹۱	۸/۰۴	۹/۲۶
علائم افسردگی	۳/۶۱	۳/۷۱	۳/۵۹	۴	۳/۸۴	۳/۶۱	۳/۶۶	۳/۴۴	۴/۲۰
التزام عملی به اعتقادات	۱۶۶/۷۰	۱۶۷/۳۵	۱۶۴/۶۴	۱۷۹/۴۰	۱۶۶/۲۶	۱۶۶/۵۴	۱۸۰/۶۶	۱۶۵/۳۶	۱۵۶/۵۰
نماز	۳۹/۸۷	۴۳/۶۴	۴۰/۶۹	۴۵/۸۸	۴۲/۱۲	۴۱/۰۱	۴۹/۳۳	۳۹/۸۳	۴۳/۲۰
روزه	۳۲/۲۶	۳۰/۰۴	۳۱/۱۲	۳۲/۱۸	۳۰/۵۶	۳۱/۳۴	۳۴/۱۶	۳۰/۹۰	۳۰/۲۰
باورهای مذهبی	۹۴/۵۷	۹۳/۶۶	۹۲/۸۲	۱۰۱/۳۳	۹۳/۵۷	۹۴/۱۸	۹۷/۱۶	۹۴/۶۱	۸۳/۱۰
جهت‌گیری درونی	۲۵/۷۱	۲۶	۲۵/۳۷	۲۸/۲۹	۲۵/۶۵	۲۵/۷۴	۲۸/۹۱	۲۵/۴۶	۲۴/۶۶
جهت‌گیری بیرونی - اجتماعی	۱۱/۰۷	۱۱/۳۷	۱۱/۰۵	۱۲	۱۱/۱۵	۱۱/۱۴	۱۲/۹۱	۱۰/۷۷	۱۱/۵۶
جهت‌گیری بیرونی - فردی	۹/۷۵	۱۰/۶۸	۹/۹۷	۱۱/۱۴	۱۰/۳۹	۱۰/۰۱	۱۲/۰۸	۹/۸۰	۱۰/۵۰

ارائه یافته‌های استنباطی پژوهش

۱. میان جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۳: همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی و نمره سلامت روان دانشجویان

متغیرها	شاخص‌ها	سلامت روانی	علائم جسمانی	علائم اضطرابی	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی
جهت‌گیری درونی	همبستگی پیرسون	-۰/۴۴۰	-۰/۰۳۱	-۰/۱۹۷	۰/۱۲۹	-۰/۱۷۷
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷	۰/۰۰۰	۰/۰۱۷	۰/۰۰۱
	تعداد	۳۴۰	۳۴۰	۳۴۰	۳۴۰	۳۴۰
جهت‌گیری بیرونی - اجتماعی	همبستگی پیرسون	-۰/۴۰۹	-۰/۱۹۶	-۰/۲۲۵	۰/۱۶۴	-۰/۲۲۲
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۷	۰/۰۰۱
	تعداد	۳۴۰	۳۴۰	۳۴۰	۳۴۰	۳۴۰
جهت‌گیری بیرونی - فردی	همبستگی پیرسون	-۰/۳۷۰	-۰/۰۳۷	-۰/۰۹۱	۰/۰۷۷	-۰/۱۵۷
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱	۰/۰۹۴	۰/۱۵۶	۰/۰۰۴
	تعداد	۳۴۰	۳۴۰	۳۴۰	۳۴۰	۳۴۰

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و نمره سلامت روان دانشجویان رابطه منفی آماری وجود دارد، یعنی هرچه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان درونی‌تر باشد، نمره پایین‌تری در مقیاس سلامت روان به دست آورده‌اند که این به منزله تأثیر مثبت دین‌باوری درونی در سلامت روانی آنان است. باید متذکر شد که نمره پایین در مقیاس سلامت روان نشان‌دهنده سلامتی بیشتر است و رابطه منفی تأییدکننده عدم اختلال‌های روانی در دین‌باورها است. این رابطه با ضریب همبستگی $r = -0/440$ در سطح $0/001$ معنادار بوده است. رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی با ابعاد سلامت روانی شامل: علائم جسمانی ($r = -0/031$ ، $P < 0/0567$)، علائم اضطرابی ($r = -0/197$ ، $P < 0/001$)، نارساکش‌وری اجتماعی ($r = 0/129$ ، $P < 0/017$) و علائم افسردگی ($r = -0/177$ ، $P < 0/001$) بوده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد میان جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی و نمره سلامت روان دانشجویان، رابطه منفی آماری وجود دارد. این رابطه با ضریب همبستگی $r = -0/409$ در سطح $0/001$ معنادار بوده است. رابطه جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی با ابعاد سلامت روانی شامل: علائم جسمانی ($r = -0/196$ ، $P < 0/0567$)، علائم اضطرابی ($r = -0/225$ ، $P < 0/001$)، نارساکش‌وری اجتماعی ($r = 0/164$ ، $P < 0/017$) و علائم افسردگی ($r = -0/222$ ، $P < 0/001$) بوده است. جهت‌گیری مذهبی بیرونی فردی نیز با نمره سلامت روان دانشجویان رابطه منفی آماری وجود دارد. این رابطه با ضریب همبستگی $r = -0/370$ در سطح $0/001$ معنادار بوده است. رابطه جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی با ابعاد سلامت روانی شامل: علائم جسمانی ($r = -0/037$ ، $P < 0/0501$)، علائم اضطرابی ($r = -0/091$ ، $P < 0/094$)، نارساکش‌وری اجتماعی ($r = 0/077$ ، $P < 0/156$) و علائم افسردگی ($r = -0/157$ ، $P < 0/004$) بوده است.

۲. میان التزام عملی به اعتقادات اسلامی با سلامت روان رابطه وجود دارد.

جدول ۴: ماتریس همبستگی بین التزام عملی به اعتقادات اسلامی و نمره سلامت روان

متغیرها	متغیرها					
	شاخص‌ها	سلامت روانی	علائم جسمانی	علائم اضطرابی	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی
التزام عملی به اعتقادات اسلامی	همبستگی پیرسون	-0/500	-0/111	-0/192	-0/252	-0/262
	سطح معناداری	0/001	0/040	0/001	0/001	0/001
تعداد	340	340	340	340	340	340

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میان التزام عملی به اعتقادات اسلامی و نمره سلامت روان دانشجویان رابطه منفی آماری وجود دارد. این رابطه با ضریب همبستگی

۰/۵۰۰- در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است. رابطه التزام عملی به اعتقادات اسلامی با ابعاد سلامت روانی شامل؛ علائم جسمانی ($t = -0/111$ ، $P < 0/040$)، علائم اضطرابی ($t = -0/192$)، نارساکنش‌وری اجتماعی ($t = 0/252$ ، $P < 0/017$) و علائم افسردگی ($t = -0/262$)، $P < 0/001$ بوده است.

۳. سهم جهت‌گیری مذهبی درونی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی در تبیین سلامت روان چقدر است؟

برای پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان به عنوان متغیر ملاک از التزام عملی به اعتقادات اسلامی و جهت‌گیری مذهبی درونی به عنوان متغیر پیش‌بین استفاده گردید و به این منظور از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج جدول شماره ۵ تحلیل رگرسیون مربوط به بررسی سهم متغیرهای پیش‌بین در تبیین متغیر ملاک را نشان می‌دهد.

جدول ۵: تحلیل رگرسیون مربوط به سلامت روانی براساس متغیرهای پیش‌بین

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات		
۰/۰۰۱	۱۱۲/۶۱۰	۲۶۰۸۵/۰۲۷	۱	۲۶۰۸۵/۰۳	رگرسیون	التزام عملی به اعتقادات اسلامی
		۲۳۱/۶۴۰	۳۳۸	۷۸۲۹۴/۲۲	باقیمانده	
			۳۳۹	۱۰۴۳۷۹/۲	کل	
۰/۰۰۱	۵۹/۲۲۵	۱۳۵۷۳/۱۱۷	۲	۲۷۱۴۶/۲۳	رگرسیون	التزام عملی با اعتقادات اسلامی، جهت‌گیری مذهبی درونی
		۲۲۹/۱۷۸	۳۳۷	۷۷۲۳۳/۰۱	باقیمانده	
			۳۳۹	۱۰۴۳۷۹/۲	کل	

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که مقدار F مشاهده‌شده برای التزام عملی به اعتقادات اسلامی به عنوان متغیری که در گام اول وارد معادله رگرسیون گردیده، برابر ۱۱۲/۶۱۰ است که این مقدار در سطح ۰/۰۰۱ معنادار و بیانگر معنادار بودن رگرسیون است. میزان واریانس تبیین شده متغیر سلامت روانی به وسیله التزام عملی به اعتقادات اسلامی برابر ۰/۲۵ است. در گام بعدی متغیر جهت‌گیری مذهبی درونی به دلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با سلامت روان دانشجویان وارد معادله رگرسیون شده و به همراه متغیر التزام عملی به اعتقادات اسلامی مجموعاً ۰/۲۶ درصد از واریانس سلامت روان دانشجویان را تبیین کرده‌اند که با توجه به F مشاهده‌شده ۵۹/۲۲۵، این میزان واریانس تبیین شده و در نتیجه مدل تحلیل رگرسیون در گام دوم معنادار است.

جدول ۶: تحلیل ضرایب رگرسیون سلامت روانی براساس متغیرهای پیش‌بین

شاخص متغیر	ضریب b	ضریب بتا	نسبت t	سطح معناداری	R	R2
ثابت	۸۴/۰۸۶	-	۱۷/۹۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰
التزام عملی	-۰/۲۹۲	-۰/۵۰۰	-۱۰/۶۱۲	۰/۰۰۱		
ثابت	۸۹/۶۴۶	-	۱۶/۸۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۰	۰/۲۶۰
التزام عملی	-۰/۲۲۶	-۰/۳۸۷	-۵/۴۹۸	۰/۰۰۱		
جهت‌گیری درونی	-۰/۶۴۲	-۰/۱۵۱	-۲/۱۵۲	۰/۰۰۱		

نتایج جدول تحلیل ضرایب رگرسیون (جدول شماره ۶) نشان داد که متغیر التزام عملی به اعتقادات اسلامی با مقدار $t = 17/983$ بیشترین همبستگی را با متغیر ملاک داشته است. مقدار ضریب همبستگی $0/500$ و ضریب تعیین $0/250$ نشانگر آن بوده که دانشجویانی که دارای التزام عملی بیشتری به اعتقادات اسلامی بوده‌اند از سلامت روان بهتری برخوردار بوده‌اند این رابطه در سطح $0/001$ معنادار بوده است. در گام بعدی متغیر جهت‌گیری مذهبی درونی اضافه شده است که با مقدار ضریب همبستگی $0/510$ و ضریب تعیین $0/260$ به همراه متغیر التزام عملی به اعتقادات اسلامی پیش‌بینی‌کننده متغیر ملاک بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به آنکه میان جهت‌گیری مذهبی درونی و نمره سلامت روان رابطه منفی وجود داشت و این رابطه با ضریب همبستگی $-0/440$ در سطح $0/001$ معنادار بوده است. نتایج با یافته‌های خداپناهی و همکاران (۱۳۸۴)، مالتبی و دی (۲۰۰۰، ۲۰۰۳، ۲۰۰۴) و دزیوتر و همکاران (۲۰۰۶) همسو است. نتایج جدول فوق نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با علائم جسمی اختلالات روانی رابطه منفی وجود داشت، اما این رابطه با ضریب همبستگی $-0/031$ در سطح $0/567$ معنادار نبود. اما، رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی با علائم اضطرابی اختلالات روانی رابطه منفی و معناداری وجود داشت. این رابطه با ضریب همبستگی $-0/197$ در سطح $0/001$ معنادار بوده است. نتایج با یافته‌های البرزی و سامانی (۱۳۸۰)، شریفی و همکاران (۱۳۸۵) و خوانین‌زاده (۱۳۸۵) همسو بوده است. همچنین رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی با علائم نارساکنش‌وری اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. این رابطه با ضریب همبستگی $0/129$ در سطح $0/017$ معنادار بوده است نتایج با یافته‌های لاکور و همکاران (۲۰۰۶) و الدریج (۲۰۰۶) همسو است و در

پایان ملاحظه شد که رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی با علائم افسردگی اختلالات روانی رابطه منفی و معناداری وجود داشت. این رابطه با ضریب همبستگی $0/177$ - در سطح $0/001$ معنادار بوده است. نتایج با یافته‌های وایلن و همکاران (۲۰۰۸)، هیوجین لی و همکاران (۲۰۰۸) کروسی (۲۰۰۵) استفن و مسترز (۲۰۰۵) شریفی و همکاران (۱۳۸۵) همسو بوده است.

میان جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی و نمره سلامت روان، رابطه منفی وجود داشت و این رابطه با ضریب همبستگی $0/409$ - در سطح $0/001$ معنادار بوده است. نتایج با یافته‌های مالتبی (۲۰۰۰، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴) و دزیونر و همکاران (۲۰۰۶) ناهمسو است. نتایج جدول فوق نشان داد که میان جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی با علائم جسمی اختلالات روانی رابطه منفی وجود داشت و این رابطه با ضریب همبستگی $0/196$ - در سطح $0/001$ معنادار بود نتایج با داکی و همکاران (۲۰۰۷)، لاکور و همکاران (۲۰۰۶) و وایلن و همکاران (۲۰۰۸) همسو بوده است.

همچنین نتایج این تحقیق در ارتباط جهت‌گیری بیرونی فردی با سلامت روان با تحقیقات پیشین از جمله مالتبی (۲۰۰۰، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴) و دزیونر و همکاران (۲۰۰۶) ناهمسو است.

میان جهت‌گیری مذهبی بیرونی فردی و نمره سلامت روان رابطه منفی وجود داشت و این رابطه با ضریب همبستگی $0/500$ - در سطح $0/001$ معنادار بوده است. نتایج تحقیق حاضر، پیرو کلام الهی در آیات ۸۲ سوره انعام و ۲۸ سوره رعد است و با تحقیقات خدائپناهی و همکاران (۱۳۸۰)، بهرامی و تاشک (۱۳۸۳) و صولتی و همکاران (۱۳۸۰) همسو بوده است.

نتایج جدول تحلیل ضرایب رگرسیون نشان داد که متغیر التزام عملی به اعتقادات اسلامی به همراه جهت‌گیری مذهبی $0/260$ واریانس مشترک سلامت روان را پیش‌بینی نموده‌اند. نتایج با ویتور و همکاران ۱۹۸۵ به نقل از جمالی ۱۳۸۱ همسو است.

حال با توجه به نتایج تحقیق حاضر می‌توان راهکارهایی برای ارتقای سلامت روان دانشجویان برای تدوین برنامه‌های سالانه دستگاه‌های مرتبط و به‌ویژه دانشگاه‌ها تدارک دید. با توجه به ارتباط معنادار جهت‌گیری درونی، با سلامت روان، به نظر می‌رسد باید در پررنگ کردن باورهای دینی گروه هدف و توجه به ارزش‌ها و فضایل اخلاقی، روابط اجتماعی مبتنی بر شریعت، آداب اجتماعی اسلامی به جای ظواهر پرداخت و جوانان را به

جای مواجه ساختن به تظاهرهای دینی با فرهنگ معنوی و اسلامی مواجه و تقویت نمود. تقویت روان دانشجویان به ارزش‌ها و فضایل اخلاقی، تلاش برای ارتقای بهداشت روان آنان است. در مورد اهمیت بهداشت روان همین‌قدر کافی خواهد بود که قرآن مجید در چند جا باصراحت بدان اشاره کرده است:

۱. قرآن شرط رستگاری اخروی را قلب سلیم یا سلامت روان می‌داند: «يَوْمَ لَا يَنْفَعُ مَالٌ وَلَا بَنُونَ * إِلَّا مَنْ أَتَى اللَّهَ بِقَلْبٍ سَلِيمٍ» روز جزا آن روزی است که مال و فرزندان سودی نمی‌بخشند و تنها آن کس که با قلب سلیم نزد خداوند آمده باشد به حال او فایده خواهد داشت» (شعرا، ۸۸ و ۸۹). یا در آیه‌ای دیگر می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ * ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً * فَادْخُلِي فِي عِبَادِي * وَادْخُلِي جَنَّتِي»؛ ای روح آرام! به سوی پروردگار خود برگرد در حالی که راضی هستی و به جمع بندگان خاص من و به بهشت من داخل شو» (فجر، ۲۷-۳۰).

پس تلاش برای آموختن مهارت‌های زندگی و ارتباطی به دانشجویان، برای ساختن قلب‌های آرام و مملو از اعتقادات مذهبی گامی اساسی است.

۲. قرآن فلسفه ایمان و هدف آن را رشد عقلانی و عاطفی معرفی می‌کند و خلاف آن را عقب‌افتادگی عاطفی و عقلانی می‌داند. «فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ»؛ بندگان باید مرا اجابت کنند و به من ایمان بیاورند تا رشد یابند» (بقره، ۱۸۶). و در آیه‌ای دیگر می‌فرماید: «وَمَنْ يَرْغَبْ عَن مِّلَّةِ إِبْرَاهِيمَ إِلَّا مَن سَفِهَ نَفْسَهُ»؛ چه کسی از آیین ابراهیم روی‌گردان می‌شود جز آنکه جان خود را به ورطه بی‌خردی انداخته باشد» (بقره، ۱۳۰).

با تأسی از این رهنمودهای الهی می‌توان نتیجه گرفت که کلاس‌های درس ما باید از حفظ کردن محفوظات، به یادگیری تحلیل‌های مناسب در راستای خردورزی پیشرفت نماید؛ چه بسا فارغ‌التحصیلانی که اندیشه‌ورزی را نیاموخته و به حفظ و مرور اندیشه‌ها می‌پردازند. لذا بر ماست که اساتیدی را که در آموزش‌های خود به شیوه‌های متفکرانه و تحلیل‌های منطقی بها می‌دهند تشویق کنیم و رویکرد خردورزی را در بین عالمان جامعه خود گسترش دهیم و در کنار آن، مبانی دینی خود را براساس چنین رویکردی بیاموزانیم تا دانشجویان با تمام وجود آن را پذیرفته و گام در مسیر باری تعالی گذارند.

۳. سرشت انسان، الهی است و به پرستش خداوند نیاز دارد و این نیاز در طول زمان تغییر نمی‌کند، نادیده گرفتن نیازهای سرشتی نیز به سلامت روان آسیب می‌زند. از این رو فلسفه پرستش خدا، پاسخ به نیازهای سرشتی است: «فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي

فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ؛ پیوسته روی به سوی دین پاک خداوند داشته باش که انسان‌ها را بر آن سرشته است و خلقت خدا مبدل نخواهد شد» (روم، ۳۰). پس واضح است که دانشگاه باید در همه ظواهر، جوانب، مفاهیم و بیانات به گونه‌ای که آموزشی صحیح دربر داشته باشد به سرشت خدادوستانه دانشجویان پردازد و آنها را همواره به یاد خداوند اندازد و بیدار نماید.

۴. قرآن کریم، راهنمای انسان‌ها و سرشار از دستورهای زندگی برای رسیدن به آرامش روانی است: «لَقَدْ أَنْزَلْنَا إِلَيْكُمْ كِتَابًا فِيهِ ذِكْرُكُمْ أَفَلَا تَعْقِلُونَ؛ به‌واقع کتابی را به سوی شما فرورستادیم که یاد شما در آن است، آیا تعقل نمی‌کنید» (انبیاء، ۱۰). توجه به آیین، سفارش‌ها و دستورالعمل‌های انسانی موجود در قرآن فراتر از هر مکتب روان‌شناسی است. چقدر توانسته‌ایم در تولید علوم انسانی از آن سود بجوییم و چقدر توانسته‌ایم محققان این حوزه را تشویق و حمایت نماییم؟

با توجه به ارتباط معنادار جهت‌گیری بیرونی اجتماعی با سلامت روان و تناقض با تحقیقات پیشین توضیحات بیشتری را می‌طلبد. باید یادآور شویم که باطن آدمی لایه‌ای رویین و لایه‌ای زیرین دارد؛ در این بخش از تحقیق به لایه رویین نظر داریم. پس مقصود این است که ظاهر انسان دست‌اندرکار نقش‌زنی بر باطن اوست. بسیاری از حالات باطنی، سایه‌اند و صاحب سایه، دست و پا و حرکت و نگاه و صورت و صوت است و بیراه نبوده است که کسانی خواسته‌اند خنجری پولادین بر دیده‌زندان تا دل آزاد گردد. از این‌رو هرگاه نقشی بر پیکر انسان نمودار شود، شبیحی با رنگ و بوی خود در باطن خواهد افکند. شگفت‌تر آن است که اگر این نقش، با تکلف و تصنع نیز به خود بسته شود، باز طینینی درونی خواهد داشت و چنین است که تباکی، به بار بکاء می‌نشیند و تحلم به بار حلم. تباکی، نقش‌گریه را بازی کردن است و تحلم نقش بردباری را بازی کردن و این دو بازی، گاه جدی می‌شود (رُبَّ جَدِّ جَرَّهُ اللَّعْبُ؛ بسا جدیت‌ها که در پی شوخی می‌آیند). در این باب، امام علی (ع) می‌فرماید: «إِنْ لَمْ تَكُنْ حَلِيمًا فَتَحَلَّمْ فَإِنَّهُ قَلٌّ مَنْ تَشَبَهَ بِقَوْمٍ إِلَّا أَوْشَكَ أَنْ يَكُونَ مِنْهُمْ؛ اگر بردبار نیستی، خود را بردبار نشان ده، چرا که، اندک پیش می‌آید کسی خود را به گروهی شبیه سازد و از آنان نشود» (نهج‌البلاغه، حکمت ۲۰۷). هنگامی که خداوند می‌فرماید، اگر مرا نخوانید، به شما عنایتی نخواهم کرد (فرقان، ۷۷) و هنگامی که می‌فرماید: باید مرا به زبان و لفظ بخوانید (نه تنها به دل) (مزل، ۸)، اشعار به همین ویژگی تأثیر ظاهر (جهت‌گیری بیرونی) بر باطن دارد (باقری، ۱۳۷۹). نقش‌زنی ظاهر بر باطن،

اختصاص به ظواهر پسندیده ندارد، هر گاه رفتار یا گفتاری مذموم نیز بر جوارح آدمی نمودار شود، آهنگی باطنی خواهد یافت. از این رو لقمان حکیم به فرزندش توصیه کرد که «به هنگام راه رفتن بر زمین با تبختر بر زمین گام زن» (اسراء، ۳۷). تبختر و تفرعن نقش است، اما حاصل آن فرعونی شدن دل است. از آنجا که این جهت‌گیری به حضور فرد در اجتماع منجر می‌گردد، لذا براساس تعالیم قرآن باید با آموزش‌های لازم، او را به سلامت روان بهتر برسانیم، مفاهیمی نظیر: ۱. توانایی برخورد با بحران‌ها، بی‌آنکه تعادل روانی‌اش را از دست بدهد و این توانایی حاصل نمی‌شود، مگر آنکه باوری چنین در ذهن آن پدید آید که: هرچه انسان بدان دچار می‌شود به قضای الهی و در باب آزمایش و ابتلای اوست و اینکه تنها او قادر به دفع شر و ضرر است و باید به خداوند اتکا نماید، چه بسا که شر و مصیبت دریچه‌ای به سوی خیر و سعادت ابدی او باشد (بقره، ۱۵۶ و ۲۱۶). توانایی بر شکیبایی و سختی‌ها را بیاموزد. چنین فردی بر دیگران نمی‌تازد، یا دین خود را به رخ دیگران نمی‌کشد. پس بر مسئولان است که صبر و متانت را بر جهت‌گیری اجتماعی افزوده تا از آسیب‌های احتمالی آن جلوگیری نمایند. «پس سختی‌ها را ابزاری برای خروج توانمندی‌های از قوه به فعلیت می‌بیند و با این شیوه تعقل و خردش افزایش یافته و استعداد‌های نهفته‌اش آشکار می‌شود» (بقره، ۱۵۵).

بر این اساس، بر متولیان تعلیم و تربیت است که بکوشند صبر و شکیبایی در برابر سختی‌ها را به متعلمان خود بیاموزند تا آنان، با به‌کارگیری قدرت و توان خود گرفتار تزویر، دورویی و ریا برای استفاده از توان، مال و امتیازات دیگران بر نیایند.

با توجه به ارتباط معنادار جهت‌گیری بیرونی فردی با سلامت روان به نظر می‌رسد اگر دینداری مبتنی بر منافع فردی باشد، به نوعی می‌تواند سلامت روان انسان‌ها را تأمین کند، اما تأثیر آن مانند دینداری درونی نیست؛ هرچند بر مریبان تعلیم و تربیت از مدرسه تا دانشگاه تکلیف است تا با برنامه‌های آموزشی و اخلاقی لازم و با تقویت‌های اجتماعی و درونی بکوشند با درونی کردن اخلاقیات راه را بر فردی‌سازی و مادی‌گرایی در دین ببندند؛ چرا که اگر علاقه به دین صرفاً برای منافع فردی باشد، می‌تواند نتایجی به دور از انسانیت به بار آورد؛ از این رو، تشریح و ترسیم الگوی شهادت، عدالت و ارزش‌های انسانی در هر مقطع از تحصیل و در تعامل با خانواده و جامعه می‌تواند روشنگر راه گمراهان گردد. اگر بتوان مسیر فردیت در جهت‌گیری مذهبی را به مسیر استقلال، خودکفایتی و توانایی درک درست از آینده پیش برد، می‌توان اقرار کرد که کمک شایانی به افراد دارای این رویکرد

شده است. چرا که قرآن می‌فرماید فرد از راه کار و استقلال در عمل می‌تواند به اهداف حیاتی خویش دست یابد (یس، ۳۵) و یا در آیه‌ای دیگر در مورد درک درست از آینده، می‌فرماید: «إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا؛ با هر رنجی آسانی است» (انشراح، ۴).

با توجه به ارتباط معنادار التزام عملی به اعتقادات اسلامی با سلامت روان، به نظر می‌رسد نباید از نقش نماز و عبادت، به عنوان نماد التزام عملی به اعتقادات اسلامی در رشد و تعالی دانشجویان غافل بود. صرف هزینه‌های لازم برای راه‌اندازی فضاهای معنوی، در دانشگاه، خوابگاه‌ها و تدارک دیدن امکانات لازم برای اردوهای مذهبی و معنوی از جمله موارد ضروری است. گسترش فرهنگ نماز و پرشورسازی صف‌های نماز و البته شناخت نماز در میان دانشجویان، می‌تواند آثار عظیمی داشته باشد.

نماز و ایمان به خدا نتایج مهمی در روان انسان دارد، از جمله:

الف) خدا را سرپرست و مولای خود دیدن (آل عمران، ۶۸)؛

ب) نداشتن ترس از غیر او (احزاب، ۳۹)؛

ج) درک نیازمندی مطلق خود (فاطر، ۱۵)؛

د) افسوس نخوردن از گذشته و نداشتن نگرانی از خطر آینده (حدید، ۲۳)؛

ه) قدرت تشخیص صحیح (انعام، ۱۲۲).

بنابراین باید گفته شود داشتن ایمان و یقین به عنوان ارزش‌های والای زندگی و یکپارچگی در شخصیت، مقدمه جهت‌گیری دینی نسبت به بهداشت روانی انسان است که همانا مهم‌ترین هدف خلقت انسان است و این هدف اساسی بنا بر آیه قرآن، عبادت و نماز در درگاه الهی است (ذاریات، ۵۶). پس می‌توان نتیجه گرفت راه ملتزم ساختن انسان‌ها و به‌ویژه عالمان ایجاد شناخت لازم در مورد دین و مبانی اعتقادی است.

التزام عملی به اعتقادات اسلامی و جهت‌گیری درونی بیشترین همبستگی را با متغیر ملاک (سلامت روانی) داشته‌اند که بیانگر نقش بسزای این دو متغیر در برقراری تعادل روانی است. هرچند جهت‌گیری بیرونی (اجتماعی و فردی) نیز با سلامت روان مرتبط بوده اما به سبب اهمیت اجتماع و فرد به جای دستورهای خداوند و خواست الهی از اهمیت کمتری برخوردار بوده است؛ از این رو بر مسئولان است که برای رفع مشکلات دانشجویان همت گمارند و فضای معنوی لازم را برای آنان تدارک ببینند، تا از سرشت ذاتی خود دور نگردند و ضمن علاقه به مسائل و روابط اجتماعی و توجه به مصالح مادی و فردی خود، باورهای دینی و اعتقادات خداپسندانه را در رأس امور خود قرار داده و غیر خدا را به جای خداوند برنگزینند.

منابع

- قرآن کریم.
- آقایانی چاووشی، اکبر و همکاران (۱۳۸۷)، «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، مجله علوم رفتاری، دوره دوم، ش ۲، ص ۱۴۹-۱۵۶.
- البرزی، محبوبه و سیامک سامانی (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه اعتقادات مذهبی با افسردگی، اضطراب و فشار روانی در نوجوانان»، همایش دین و بهداشت روانی.
- بهرامی، احسان و آناهیتا تاشک (۱۳۸۳)، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، س ۳۴، ش ۲، ص ۴۱-۶۳.
- پالاهنگ، حسن (۱۳۷۵)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان»، فصلنامه اندیشه و رفتار، س ۲، ش ۴، ص ۱۹-۲۷.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰)، «بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی»، مجله روان‌شناسی، س ۵، ش ۲۰، ص ۳۸۱-۳۹۵.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۸)، بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت آموزش خودمهارگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی اسلامی بر مهار اضطراب و تنیدگی، پایان‌نامه دکترا، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- جمالی، فریبا (۱۳۸۱)، بررسی رابطه نگرش مذهبی، احساس معنابخش بودن و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه الزهراء.
- خداپناهی، کریم و محمدعلی خاکسار بلداجی (۱۳۸۴)، «رابطه جهت‌گیری مذهبی و سازگاری روان‌شناختی در دانشجویان»، مجله روان‌شناسی، ش ۳۵.
- خوانین‌زاده سریزدی، مرجان (۱۳۷۹)، بررسی نقش ساخت شخصیت در جهت‌گیری مذهبی دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- صولتی، سیدکمال (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه نگرش‌های مذهبی، مهارت‌های مقابله‌ای و سلامت روان در دانشجویان»، همایش دین و بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

عطار، حمید (۱۳۷۴)، بررسی رابطه استرس شغلی با خشنودی شغلی و سلامت روان کارکنان یک مجتمع صنعتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی فرانکل، ویکتور (۱۳۷۵)، انسان در جستجوی معنی، ترجمه اکبر معارفی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

موسوی اصل، سیدمهدی؛ محمدرضا سالاری‌فر؛ مسعود آذربایجانی و اکبر عباسی (۱۳۷۸)، روان‌شناسی سلامت، ج ۲، تهران: انتشارات سمت.

نویدی، احمد (۱۳۷۶)، مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات اسلامی، تهران: مؤسسه تحقیقاتی علوم رفتاری سینا.

یعقوبی، نورالله (۱۳۷۴)، بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گیلان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

Alport, Gordon (1967), *The Individual and his Religion*, New York: McMillon Company.

Celor, C. (2007), Religious Participation as a Predictor of Mental Status and Treatment Outcomes in Older Persons, *Int J. Geriatric Psychology*, 22, issue 2, pp.144-153.

Chan, D. W. (1985), "The Chinese Version of the General Health Questionnaire: Does Languages Make a Difference?", *Psychological Medicine*, no.15, pp.147-155.

Dezutter, J.; B. Soenens & D. Hutsebaut (2006), "Religiosity and Mental Health: A Further Exploration of the Relative Importance of Religiousbehaviors VS", *Religious Attitudes, Personality and Individual Differences*, 40, pp.807-818.

Douki, S.; S. B. Zineb; F. Nacef & U. Halbreich (2007), "Women's Mental Health in the Muslim World: Cultural, Religious, and Social Issues", *Journal of Affective Disorders*, 102, pp.177-189.

Eldereje, M. J. (2006), "Intrinsic and Extrinsic Religiousness: Review and Meta Analysis", *Journal of Personality & Local Psychology*, 48, pp.400-419.

Erasmus, R. V. (1997), Advance in Understanding Happiness, *Revue Quebecoise de Psychologie*, 18, pp.29-79.

Francis, L. J.; M. Robbins; C. A. Lewis; C. F. Quigley & C. Wheeler (2004), Religiosity and General Health Among Undergraduate Students: A Response to

- O_Connor, Cobb, and O_Connor (2003), *Personality and Individual Differences*, 37, pp.485-494.
- Goldenberg, D. P. & P. A. Williams (1988), *A Users Guide to the General Health Questionnaire*, U.K.: NFER Nelson.
- Goldenberg, D. P. (1972), "The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire", *Maudsley Monograph*, no.21, Oxford University.
- Hermion, D. A. & R. J. Hazler (1999), Adherence to a Wellness Model and Perception of Psychological Well-Bing, *Journal of Counseling and Development*, 77(3): 339-443.
- Hong Tu, C.; C. Karen & C. Elizabet (2007), "Religious Participation ass a Predictor of Mental Status and Treatment Outcomes in Older Persons", *Int J. Geriatric Psychology*, 22, issue 2, pp.144-153.
- Keyes, S. (1989), "Gender Stereotypes and Personal Adjustment: Employing the PAQ, TSBI and GHQ with Sample of British Adolescents", *British Journal of Social Psychology*, no.23, pp.173-180.
- Kozma, A.; S. Stones & M. J. Stones (2000), "Stability in Components and Predictors of Subjective Well-Bing (SWB), Implications for SWB Structure", *Advances in Quality of Life Theory and Research*, pp.13-30.
- Krause, N. (2005), "Exploring age Differences in the Stressbuffering Function of Social Support", *Psychological Aging*, 20(4): 714-717.
- LaCour, P.; K. Avlund & K. Schultz-Larsen (2006), "Religion and Survival in a Secular Region, A Twenty-Year Follow-up of 734 Danish Adults Born in 1914", *Social Science & Medicine*, 62(1): 157-164.
- Li, Huijun; Wei Li; Qian Liu; Aiping Zhao; Frances Prevatt & Jingjiang Yang (2008), "Variables Predicting the Mental Health Status of Chinese College Students", *Asian Journal of Psychiatry*, 1, pp.37-41.
- Maltby, J. & L. Day (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, pp.383-393.

- Maltby, J. & L. Day (2003), "Religious Orientation, Religious Coping and Appraisals of Stress", *Personality and Individual Differences*, 34, pp.1209-1224.
- Maltby, J. & L. Day (2004), "Should Never the Twain Meet? Integrating Models of Religious Personality and Religious Mental Health", *Personality and Individual Differences*, 36, pp.1275-1290.
- Navara, G. S.; S. James (2005), "Acculturative Stress of Missionaries: Does Religious Orientation Affect Religious Coping and Adjustment?", *International Journal of Intercultural Relations*.
- Pargament, K. I. (1997), "The Psychology of Religion and Coping: Theory", *Research and Practice*, London: Guilford Press.
- Robinson, R. G. & T. R. Price (1982), *Post-Stroke Depression: A Follow up Study of 103 Patients*, *Stroke*, no.13(5): 635-641.
- Salsman, J. M.; T. L. Brown; E. H. Brechting & C. R. Carlson (2005), "The Link between Religion and Spirituality and Psychological Adjustment: the Mediating Role of Optimism and Social Support", *Personality Social Psychology Bulletin*, 31(4), pp.522-535.
- Steffen, P. R. & K. S. Masters (2005), Does Compassion Mediate the Intrinsic Religion-Health Relationship?" *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3): 217-224.
- Tiliopoulos, N.; P. Annemieke; B. Bikker; P. M. Anthony; C. Coxon; Philip K. Hawkin (2007), "The Means and Ends of Religiosity: A Fresh Look at Gordon Allport's Religious Orientation Dimensions", *Personality and Individual Differences*, 42, pp.1609-1620.
- Vaillanta, G.; J. Templeton; M. Ardelt; S. Meyer (2008), "The Natural History of Male Mental Health: Health and Religious Involvement", *Social Science & Medicine*, 66, pp.221-231.
- Wissing, M. P. & A. Fourie (2000), "Spirtuality as a Component of Psychological Well-Bing", 27th, *International Congress of Psychology*, Stockholm: Sweden, pp.23-28, July.



پروفیسر شگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی