

بررسی رابطه بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی در میان دانش آموزان دوره متوسطه شهر تهران

معرفی مقاله

نوشته احد نویدی - حسین عبداللهی

التزام عملی به اعتقادات دینی به عنوان عامل بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی، به ویژه افسردگی، توجه تعدادی از روان‌شناسان و دانشمندان را به خود جلب کرده است. "مطالعه منابع اسلامی و نظرات دانشمندان مسلمان این نتیجه را به دست می‌دهد که بین التزام عملی به اعتقادات دینی و سلامتی روانی هم‌بستگی مثبت وجود دارد". با وجود این، برای نتیجه‌گیری، شواهد پژوهشی کافی وجود ندارد. پژوهش حاضر به منظور به دست آوردن شواهد پژوهشی معتبر درباره رابطه بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات دینی انجام شده است.

نویسندگان مقاله ابتدا مفهوم افسردگی، میزان شیوع و عوامل مؤثر در پیدایش آن را مورد بحث قرار داده و سپس نتایج تحقیقات ناظر بر رابطه دینداری با بیماری‌های روانی را به اختصار ذکر نموده‌اند و در بخش بعدی، طرح و روش‌شناسی پژوهش انجام شده در میان دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تهران را ارائه کرده‌اند. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که:

۱- بین افسردگی دانش‌آموزان و التزام عملی آنان به اعتقادات مذهبی هم‌بستگی منفی وجود دارد.

۲- علائم و نشانه‌های افسردگی در میان دانش‌آموزان دختر بیشتر است.

۳- میزان شیوع افسردگی در طبقات مختلف اقتصادی-اجتماعی یکسان نیست و شیوع علائم افسردگی در میان دانش‌آموزان جنوب شهر تهران بیشتر از گروه‌های متناظر آنان در شمال شهر تهران است. این مقاله حاصل پژوهشی است با همین نام از آقایان احد نویدی و حسین عبداللهی، اعضای هیأت علمی پژوهشکده تعلیم و تربیت که آن را در اختیار فصلنامه قرار داده‌اند، بدین وسیله از آنان قدردانی می‌شود.

فصلنامه



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلال‌های عاطفی است. با توجه به رواج فراوان افسردگی و آثار بسیار ناخوشایند آن، تاکنون کوشش‌های بسیاری برای پی بردن به علل این پدیده صورت گرفته اما با وجود این کوشش‌ها در زمینه پیش‌گیری از افسردگی و درمان آن نتایج موفقیت‌آمیزی حاصل نشده است.

التزام عملی به اعتقادات دینی به عنوان عامل بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی، به ویژه افسردگی، توجه تعدادی از روان‌شناسان و دانشمندان را به خود جلب کرده است. مطالعه منابع اسلامی و نظریات دانشمندان مسلمان این نتیجه را به دست می‌دهد که بین التزام عملی به اعتقادات دینی و سلامتی روانی هم‌بستگی مثبت وجود دارد. در منابع دین اسلام، یأس و ناامیدی و احساس درماندگی، آشکارا مذمت شده است. در قرآن کریم (سوره رعد، آیه ۲۸) به طور صریح بیان شده است که ذکر خدا موجب آرامش دل‌ها می‌شود. به نظر می‌رسد که در چهارچوب عمل به آیین مقدس اسلام، شرایط زندگی انسان طوری تنظیم می‌شود که عوامل افسردگی را عملاً از محیط زندگی حذف می‌گردد. با وجود این، برای این نتیجه‌گیری شواهد پژوهشی کافی وجود ندارد. پژوهش حاضر برای به دست دادن مدرک پژوهشی معتبر درباره رابطه بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات دینی طراحی و اجرا شده است.

بیان مسأله

تأمین سلامتی جسمانی و روانی افراد جامعه یکی از مهم‌ترین اهداف ملی کشورها محسوب می‌شود و بخش عمده‌ای از سرمایه‌های مادی و معنوی دولت‌ها و ملت‌ها به این امر اختصاص می‌یابد. بدیهی است کسب توفیق کامل در زمینه پیش‌گیری از بیماری‌ها و تأمین سلامتی افراد به شناخت همه جانبه عوامل موجد و متجلی شده بیماری‌ها وابسته است.

مطالعه منابع اسلامی و نظریات دانشمندان مسلمان این نتیجه را به دست می‌دهد که التزام عملی به اعتقادات مذهبی، عامل بازدارنده بسیاری از بیماری‌ها - به ویژه بیماری‌های روانی - است. شواهد پژوهشی موجود (برای مثال، گارتنر^۱ و همکاران، ۱۹۹۱ فینی^۲ و مالونی^۳، ۱۹۸۵، غباری بناب (۱) فرانسیس^۴ و همکاران، ۱۹۹۵؛ تمپلر^۵ و همکاران، ۱۹۹۵؛ اسلامی، (۲) جلیوند، (۳) طهماسبی پور و کمانگری (۴) رابرت^۱، ۱۹۶۵؛ میلر^۷، (۱۹۶۸) نشان می‌دهند که بین التزام عملی به اعتقادات دینی و سلامتی روانی هم‌بستگی مثبت وجود دارد. بنا به اعتقاد علامه طباطبائی "انسان در صورت پذیرش توحید و عمل به

قوانین دین فطری ظرفیت روانی اش گسترده تر می شود و در غیر این صورت، احساس ناخوشایند و زندگی تیره و تاری خواهد داشت". نتیجه ایمان به خدا و اجابت دعوت او، رشد و تکامل می باشد و در حقیقت، مقصود از دعوت پیامبران الهی و پذیرش آن توسط مردم دست یابی به تکامل روانی است (۵). الا بذکرالله تطمئن القلوب؛ ذکر خدا موجب آرامش دل ها می شود (سوره رعد، آیه ۲۸).

در منابع دین اسلام، یأس و ناامیدی و احساس درماندگی آشکارا مذمت شده است. یکی از پژوهش های بین فرهنگی، فراوانی بالای بیماران را در کشورهای آسیایی (که مذاهبی مانند اسلام، بودیسم، هندوئیسم رواج دارد) نشان می دهد (۶). بنا بر آنچه بیان شد، انتظار می رود افراد پای بند به برنامه دین اسلام کم تر از دیگران به افسردگی مبتلا شوند. این نتیجه گیری اگرچه از دیدگاه متفکران مسلمان کاملاً موجه به نظر می رسد، ولی مقبولیت عام نیافته است و بعضی از عوام بر این باورند که افراد غیر مذهبی شاداب تر و با نشاط تر از افراد مذهبی هستند. بنابراین، اطلاعات ما درباره چگونگی رابطه بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی کافی نیست. پژوهش حاضر به منظور مطالعه رابطه افسردگی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی در بین دانش آموزان دوره متوسطه شهر تهران طراحی و اجرا شده است.

مفهوم افسردگی

بیماری افسردگی نوعی بیماری است که خصوصیت اول و عمده آن تغییر خلق است. این تغییر خلق شامل یک احساس غمگینی است که از نومییدی خفیف تا احساس یأس شدید نوسان دارد. حالت یاد شده، نسبتاً ثابت است و روزها، هفته ها، ماه ها و حتی سال ها ادامه می یابد. همراه این تغییر خلق، تغییراتی مشخص در رفتار، نگرش، تفکر، کارایی و اعمال فیزیولوژیک ایجاد می شود (۷).

خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی، کاهش عمیق میل به فعالیت های لذت بخش روزمره مانند معاشرت، تفریح، ورزش، غذا و روابط جنسی است. این ناتوانی در کسب لذت، حالتی نافذ و پایا دارد. به طور کلی، شدت افسردگی به تعداد علائم و درجه نفوذ آن ها بستگی دارد. این پدیده در خفیف ترین شکل خود ممکن است فقط معدودی از علائم اساسی را داشته باشد. مهم ترین علامت افسردگی، ناتوانی در کسب لذت از چیزهایی است که قبلاً برای شخص لذت بخش بوده اند (۸).

میزان شیوع افسردگی

افسردگی را می‌توان شایع‌ترین اختلال عاطفی دانست. این حالت عاطفی از دیرباز مورد توجه بوده و بقراط از آن به ملانکولی تعبیر کرده است. به عقیده وی در اثر صفرا و خلط دماغی، روح فرد تیره می‌شود و ملانکولی به وجود می‌آید (۹).

افسردگی یکی از رایج‌ترین انواع ناراحتی‌های روانی است که باعث مراجعه افراد به روان‌پزشکان، روان‌شناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می‌گردد. از این لحاظ، افسردگی با سرماخوردگی - در میان ناراحتی‌های جسمی - قابل مقایسه است (۱۰).

در هر لحظه از زمان، ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه ممکن است عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان دهند. دست کم ۱۲ درصد از جمعیت کشورهای پیشرفته در طول زندگی خود برای معالجه علائم افسردگی شدید به متخصصان روانی مراجعه می‌کنند و حدس زده می‌شود که ۷۵ درصد افرادی که در مؤسسات درمان روانی بستری می‌شوند، به افسردگی دچار می‌گردند. نسبت زنان به مردان افسرده در ممالک پیشرفته صنعتی، دو بر یک است (۱۱).

عوامل مؤثر در پیدایش افسردگی

بیماری افسردگی نتیجه کش متقابل عوامل ارثی و سرشتی از یک طرف و عوامل محیطی و سایر عوامل بیرونی از طرف دیگر است. آن دسته از بیماری‌های افسردگی که عوامل ارثی - سرشتی در ایجاد آن‌ها سهم بیش‌تری دارد، معمولاً افسردگی‌های درون‌زا نامیده می‌شوند که مشخصات بارزی دارند. از جمله نوسان مشخص خلق در طول روز به این ترتیب که صبح‌ها افسردگی شدیدتر است و به تدریج در اواخر روز کاهش پیدا می‌کند. شروع این بیماری ممکن است مستقل و مجزا از شرایط نامساعد محیطی باشد. بیماری‌های افسردگی که بیش‌تر واکنشی در مقابل تأثیرات عوامل محیطی هستند، افسردگی‌های واکنشی نامیده می‌شوند. این گونه افسردگی‌ها معمولاً خفیف‌ترند و اغلب، شدت آن‌ها برحسب اوضاع و احوال محیطی نوسان می‌کند. با وجود این، در تعداد زیادی از بیماری‌های افسردگی، عوامل درونی و عوامل محیطی، هر دو مداخله دارند.

در نظریه‌های روانکاوی، افسردگی، واکنشی در مقابل فقدان تعبیر شده است. شخص افسرده در برابر فقدان - صرف نظر از نوع آن - واکنش شدیدی نشان می‌دهد؛ چون موقعیت کنونی تمام ترس‌ها و احساساتی را که با فقدان خاصی در دوران کودکی او (فقدان محبت والدین) همراه بوده‌اند، احیا می‌کند.

وقتی نیاز شخصی به محبت و مواظبت در دوران کودکی به دلایل مختلف ارضا

نشده باشد، از دست دادن چیزی در دوران بعدی زندگی سبب می شود که فرد به حالت درماندگی و افسردگی واپسروی کند؛ یعنی، به همان دورانی که فقدان اولیه صورت گرفته است. بنابراین، بخشی از رفتارهای شخص افسرده نیاز او را به محبت نشان می دهد؛ یعنی، نشانه درماندگی و تمناى محبت و ایمنی (۱۲) است.

نظریه های یادگیری درباره افسردگی، بیش تر بر شیوه های زندگی فعلی فرد تمرکز دارند تا تجارب گذشته او. در چارچوب نظریه یادگیری دو رویکرد عمده در تحلیل علل افسردگی وجود دارد: یکی از آنها بر تقویت تأکید دارد و دیگری عوامل شناختی را مورد توجه قرار می دهد.

رویکرد تقویت بر این اصل استوار است که افراد به این علت افسرده می شوند که محیط اجتماعی آنان کوچک ترین تقویت مثبتی را فراهم نمی آورد. بسیاری از رویدادهایی که موجب بروز افسردگی می شوند (مانند مرگ یکی از عزیزان، شکست در شغل و نداشتن سلامت) در عین حال، امکان تقویت های معمولی را کاهش می دهند.

رویکردهای شناختی بر دیدگاه افراد درباره خود و جهان اطراف خود تأکید دارند، نه بر اعمال افراد. طبق یکی از نظریه های شناختی، در افراد مستعد افسردگی این نگرش کلی پرورش یافته است که خود را از دیدگاهی منفی و انتقادآمیز بنگرند.

در رویکرد شناختی دیگری به افسردگی، اساس کار مفهوم درماندگی آموخته شده است. طبق این نظریه، افراد وقتی افسرده می شوند که معتقد باشند اعمال آنها هیچ گونه تأثیری در ایجاد لذت یا درد ندارد. سلیمن نخست این نظریه را پیش کشید که تجربه مکرر ناتوانی در تغییر مسیر رویدادهای مهم زندگی به افسردگی منجر می شود اما عوامل چندی سبب شد که او در نظریه خود تجدیدنظر کند. براساس نظریه جدید، میزان افسردگی شخص را نه پیامدهای غیرقابل کنترل، بلکه تبیین های علی خود آن شخص تعیین می کند (۱۳).

براساس نظریه های زیست شناختی، آمادگی برای دچار شدن به اختلال های عاطفی - به ویژه افسردگی - می تواند جنبه ارثی داشته باشد. در این مورد شواهدی از مطالعه دوقلوها به دست آمده است. براساس تحقیقات انجام شده اگر یکی از دوقلوهای یک تخمکی، افسرده تشخیص داده شود، هفتاد و دو درصد احتمال دارد که دیگری نیز دچار همین اختلال شود. این احتمال در مورد دوقلوهای دو تخمکی فقط چهارده درصد است (۱۴).

رابطه دینداری و بیماری های روانی

براساس مطالعات انجام شده، وجود باورهای مذهبی در پیش گیری از افسردگی و بیماری های روحی مؤثر است و فقدان چنین باورهایی باعث ایجاد افسردگی می شود.

باورهای مذهبی قوی سبب می‌شود که افراد کم‌تر در معرض فشارهای روانی قرار گیرند و دچار افسردگی شوند. هم‌چنین، افرادی مانند بنیامین راش، پدر روان‌پزشکی امریکا، ویلیام جیمز، یونگ، فرانکل و فروم هر کدام به نوبه خود اهمیت رفتارها و اعتقادات مذهبی را در پیش‌گیری از ناراحتی‌های روانی یادآور شده‌اند (۱۵).

تحقیقات فراوانی (برای مثال نس و ویتروپ^۱، ۱۹۸۰، براون^۲، ندبوس و گری^۳، ۱۹۹۰، ویلیامز^۴، لارسون^۵، هکمان^۶ و پیل^۷، ۱۹۹۱) انجام شده است که اثر مذهب بر سلامت روان و کاهش علائم بیماری‌های روانی را آشکار ساخته‌اند. براساس نتایج تحقیق تمپلر و همکاران (۱۹۹۵)، کسانی که اعتقادات مذهبی بیش‌تری دارند، اضطراب و افسردگی کم‌تری نشان می‌دهند.

طهماسبی‌پور و کمانگری (۱۳۷۶) برای بررسی اثر میزان نگرش مذهبی افراد بر میزان افسردگی، اضطراب و سلامت روان آنان، مطالعه‌ای بر روی ۵۰ نفر از بیماران بیمارستان‌های هفت‌تیر و مجتمع درمانی حضرت رسول اکرم (ص) انجام دادند و نتیجه گرفتند که ضریب هم‌بستگی برای میزان نگرش مذهبی و اضطراب ۰/۴۶، ضریب هم‌بستگی بین نگرش مذهبی و افسردگی ۰/۵۶ و ضریب هم‌بستگی بین نگرش مذهبی و سلامت روان ۰/۸۵۲ است.

هدف‌های تحقیق

مشخص کردن چگونگی رابطه بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه، هدف کلی تحقیق را تشکیل می‌دهد.
هدف‌های ویژه تحقیق به شرح زیر خلاصه شده‌اند:

۱- تعیین جهت (مثبت و منفی بودن) رابطه بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات مذهبی در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه.

۲- مشخص کردن مقدار هم‌بستگی بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات مذهبی.

۳- توصیف وضعیت دانش‌آموزان از لحاظ افسردگی به تفکیک جنس.

۴- توصیف وضعیت دانش‌آموزان از لحاظ التزام عملی به اعتقادات مذهبی به تفکیک جنس.

۵- مشخص کردن تفاوت دختران و پسران از لحاظ افسردگی.

۶- مشخص کردن تفاوت دختران و پسران از لحاظ میزان التزام عملی به اعتقادات مذهبی.

سؤال‌های تحقیق

- ۱- آیا بین افسردگی دانش‌آموزان دوره متوسطه و التزام عملی آنان به اعتقادات مذهبی رابطه وجود دارد؟ جهت رابطه بین دو متغیر مورد نظر چگونه است؟ میزان این رابطه چه قدر است؟
- ۲- آیا بین جنسیت دانش‌آموزان و افسردگی آنان رابطه وجود دارد؟
- ۳- آیا بین جنسیت دانش‌آموزان و التزام عملی آنان به اعتقادات مذهبی رابطه وجود دارد؟
- ۴- آیا بین افسردگی دانش‌آموزان و طبقه اجتماعی - اقتصادی آنان رابطه وجود دارد؟
- ۵- آیا بین التزام عملی دانش‌آموزان به اعتقادات اسلامی و طبقه اقتصادی - اجتماعی آنان رابطه وجود دارد؟

تعریف عملیاتی متغیرها

الف - افسردگی: در این مطالعه، افسردگی چیزی است که آزمون افسردگی بک آن را می‌سنجد. بنابراین، نمره آزمون یاد شده شاخص میزان افسردگی دانش‌آموزان است.

ب - التزام عملی به اعتقادات مذهبی: برای اندازه‌گیری التزام عملی به اعتقادات مذهبی، از یک مقیاس درجه‌بندی با عنوان مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات مذهبی استفاده شده است. این مقیاس پس از انجام مطالعه مقدماتی (مرور ادبیات مربوط، مشورت با افراد صاحب‌نظر، مصاحبه با جمعی از دبیران و تعدادی از دانش‌آموزان)، با رعایت اصول روان‌سنجی توسط محقق و همکاران ساخته شده است.

جامعه و نمونه آماری

دانش‌آموزان (دختر و پسر) شهر تهران که در سال تحصیلی ۷۷-۱۳۷۶ در دوره متوسطه به تحصیل اشتغال داشته‌اند، جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند. حجم نمونه: از جامعه آماری مورد نظر، تعداد ۲۹۴ نفر (۱۴۶ نفر دختر و ۱۴۸ نفر پسر) به شرح زیر انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند.

شیوه نمونه‌گیری: آزمودنی‌ها به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند.

انتخاب نمونه آماری به شرح زیر انجام شد:

- ۱- شهر تهران به پنج بخش (شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز) تقسیم شد.
- ۲- از هر بخش یک منطقه آموزشی به طور تصادفی انتخاب شد (مناطق ۳، ۱۷، ۱۳، ۹ و ۶).

۳- از هر منطقه آموزشی انتخاب شده یک دبیرستان دخترانه و یک دبیرستان پسرانه، به صورت تصادفی برگزیده شد.

۴- از هر واحد آموزشی منتخب، یک کلاس (بدون در نظر گرفتن رشته یا شاخه تحصیلی) به طور تصادفی انتخاب شد و افراد حاضر در کلاس به عنوان نمونه آماری تعیین شدند.

ابزارهای اندازه گیری

برای اندازه گیری متغیرهای تحقیق از دو نوع ابزار به شرح زیر استفاده شد.
الف - آزمون افسردگی بک: برای اندازه گیری متغیر افسردگی از آزمون افسردگی بک استفاده شد.

روایی آزمون: برای بررسی روایی (Validity) آزمون افسردگی بک، علاوه بر مرور پیشینه مربوط با تعدادی از استادان صاحب نظر مشورت شد. همه این افراد آزمون افسردگی بک را برای این تحقیق ابزاری مناسب دانستند و استفاده از آن را روا دیدند؛ بنابراین، بررسی روایی آزمون براساس نظر متخصصان انجام شد.

پایایی آزمون: برای بررسی پایایی (reliability) آزمون افسردگی بک، از روش بازآزمایی استفاده شد. قبل از جمع آوری داده‌های اصلی تحقیق، تعداد ۳۲ نفر از دانش آموزان منطقه ده آموزش و پرورش شهر تهران، از یک دبیرستان دخترانه انتخاب شدند و دوبار مورد آزمون قرار گرفتند. فاصله بین دو آزمون ده روز بود. ضریب پایایی به دست آمده براساس روش بازآزمایی برابر $r_{xx} = 0/79$ است؛ بنابراین، درباره پایایی ابزار اندازه گیری متغیر افسردگی اطمینان کافی وجود دارد.

ب - مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات مذهبی: برای اندازه گیری متغیر التزام عملی به اعتقادات مذهبی، از پرسش نامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسش نامه که مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات مذهبی نام گذاری شده است، بعد از انجام مطالعه مقدماتی (مرور ادبیات مربوط، مشورت با برخی استادان و صاحب نظران، مصاحبه با تعدادی از دبیران و مسؤولان واحدهای آموزشی، مصاحبه با تعدادی از دانش آموزان) تنظیم شد و پس از بررسی پایایی و روایی مورد استفاده قرار گرفت.

روایی آزمون: برای بررسی روایی ابزار اندازه گیری التزام عملی به اعتقادات مذهبی از نظر متخصصان استفاده شد. تعدادی از روحانیون، اندیشمندان مسلمان و استادان دانشگاه مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات مذهبی را ابزاری نسبتاً مناسب برای اندازه گیری التزام عملی دانش آموزان به اعتقادات مذهبی دانستند و استفاده از آن را روا دیدند.

روایی مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات مذهبی به طریق دیگری نیز بررسی شد. تعداد ۳۵ نفر از دانش آموزان در مطالعه مقدماتی به پرسش نامه مورد نظر پاسخ دادند. همین افراد در یک مصاحبه انفرادی شرکت کردند و از لحاظ میزان پای بند بودن به اعتقادات مذهبی توسط پژوهشگر در روی یک مقیاس ۲۰ درجه‌ای رتبه‌بندی شدند. دانش آموزان یاد شده از لحاظ التزام عملی به اعتقادات مذهبی نیز توسط مسؤلان واحد آموزشی در روی یک مقیاس ۲۰ درجه‌ای رتبه‌بندی شدند.

سپس، هم‌بستگی بین پاسخ‌های کتبی دانش آموزان و امتیاز مصاحبه محاسبه شد و ضریب هم‌بستگی بین امتیازی که مصاحبه‌گر به میزان پای بند بودن هر دانش آموز اختصاص داده بود و نمره‌ای که دانش آموز از طریق پاسخ دادن به پرسش‌نامه کسب کرده بود، برابر با $0/86$ به دست آمد.

هم‌چنین، ضریب هم‌بستگی بین پاسخ کتبی دانش آموزان به پرسش‌نامه موردنظر و رتبه‌بندی اولیای واحد آموزشی محاسبه شد که برابر با $0/57$ بود. بنابراین، به نظر می‌رسد که ابزار اندازه‌گیری التزام عملی به اعتقادات مذهبی از روایی کافی برخوردار است. پایایی آزمون: برای بررسی پایایی مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات مذهبی نیز از روش بازآزمایی استفاده شد. تعداد ۳۸ نفر از دانش آموزان در جریان مطالعه مقدماتی، دوبار مورد آزمون قرار گرفتند. فاصله بین دو آزمون یک هفته و ضریب پایایی به دست آمده براساس روش بازآزمایی برابر با $0/81$ $r_{xx} = 0$ بود؛ بنابراین، درباره پایایی ابزار مورد بحث، اطمینان کافی وجود دارد.

داده‌های موردنیاز و شیوه جمع‌آوری داده‌ها

پاسخ کتبی دانش آموزان به آزمون افسردگی بک و مقیاس خودسنجی التزام به اعتقادات مذهبی، داده‌های پژوهشی حاضر را تشکیل می‌دهند. پس از تعیین نمونه آماری در هر واحد آموزشی، همکاران پژوهشگر با ارائه توضیحات لازم به آزمودنی‌ها و جلب اعتماد آنان، پرسش‌نامه‌ها و پاسخ‌نامه‌ها (ابتدا پرسش‌نامه بک و سپس پرسش‌نامه التزام عملی به اعتقادات مذهبی و پاسخ‌نامه‌های مربوط) را در اختیار آنان قرار دادند و پس از تکمیل، آن‌ها را جمع‌آوری کردند. پاسخ‌نامه‌های جمع‌آوری شده نمره‌گذاری شد و برای هر آزمودنی، دو نمره (نمره افسردگی و نمره التزام عملی به اعتقادات مذهبی) به دست آمد.

شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق و تهیه پاسخ سؤال‌های پژوهشی، از روش‌های تحلیل هم‌بستگی و آزمون آماری استفاده شد. علاوه بر این روش‌ها، برای توصیف وضعیت آزمودنی‌ها از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه، بعضی از شاخص‌های آمار توصیفی (مثل درصد فراوانی) مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌های تحقیق

میانگین و انحراف معیار متغیرها

میانگین و انحراف معیار اندازه‌های مربوط به متغیرهای مورد مطالعه، به تفکیک هفت گروه دانش آموز در جدول ۱ منعکس شده است. در این جدول، شاخص‌ها با علائم آماری نشان داده شده‌اند. M نشانه میانگین و S علامت انحراف معیار است. نام متغیرها در ستون اول سمت چپ نوشته شده است. اعداد ردیف آخر جدول ۱ تعداد آزمودنی‌های هر گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۱ اطلاعات فراوان و ارزنده‌ای در اختیار ما می‌گذارد و بیش ما را درباره تفاوت دانش آموزان گروه‌های مختلف افزایش می‌دهد. با توجه به هدف تحقیق، مقایسه همه میانگین‌ها و به کار بردن آزمون آماری برای ارزش‌یابی معنادار بودن تفاوت آن‌ها ضروری نیست. با مطالعه جدول ۱ و مقایسه صوری میانگین‌ها، در می‌یابیم که میزان افسردگی در دانش آموزان دختر بیش‌تر از دانش آموزان پسر است ولی از لحاظ التزام عملی به اعتقادات مذهبی، بین دختران و پسران تفاوت اساسی وجود ندارد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار اندازه‌های متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک هفت گروه دانش آموز

گروه‌ها متغیرها	کل دانش - آموزان		پسران		دختران		پسران شمال		پسران جنوب		دختران شمال		دختران جنوب	
	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
	افسردگی	۱۵/۶۱	۱/۸	۱۳/۷	۱/۲۱	۱۸	۱/۸۳	۱۱/۹	۶/۹۹	۱۶	۱۱/۵۸	۱۷	۹	۲۰
اعتقادات	۱۶۹	۳۸/۲۰	۱۶۹/۱	۳۰	۱۶۹	۱۶	۱۵۷/۲	۳۳/۱۱	۱۸۲	۲۶	۱۶۵	۳۰	۱۷۲	۱۸
تعداد	۲۹۴		۱۴۸		۱۴۶		۵۴		۳۴		۳۳		۳۶	

به طور کلی، دانش آموزان (پسر و دختر) جنوب شهر بیش‌تر از دانش آموزان شمال شهر

افسردگی نشان می‌دهند. هم‌چنین، دانش‌آموزان (دختر و پسر) جنوب شهر بیش‌تر از دانش‌آموزان شمال شهر به اعتقادات مذهبی پای‌بندند. از این مقایسه‌ی صوری نباید چنین استنتاج شود که بین نشانگان افسردگی و پای‌بند بودن به اعتقادات مذهبی، هم‌بستگی مثبت وجود دارد. در این خصوص، برای نتیجه‌گیری قطعی به آزمون‌های آماری و تحلیل‌های دقیق‌تری نیازمندیم.

رابطه‌ی افسردگی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی

شاخص‌های هم‌بستگی متغیرهای مورد مطالعه، به تفکیک هفت گروه آزمودنی در جدول ۲ منعکس شده است.

جدول ۲- ضرایب هم‌بستگی بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی

گروه‌ها ضریب هم‌بستگی	کل دانش‌آموزان	پسران	دختران	پسران شمال‌شهر	پسران جنوب‌شهر	دختران شمال‌شهر	دختران جنوب‌شهر
	*	*	*	**	*		*
r_{xy}	-۰/۲۸	-۰/۳۳	-۰/۲۴	-۰/۲۷	-۰/۴۸	-۰/۱۲	-۰/۵۳
N	۲۹۴	۱۴۸	۱۴۶	۵۴	۳۴	۳۳	۳۶

** : $P < ۰/۰۵$

* : $P < ۰/۰۱$

پوششگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

اطلاعات خلاصه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین افسردگی دانش‌آموزان و التزام عملی آنان به اعتقادات مذهبی، هم‌بستگی منفی وجود دارد. با وجود این که مقدار هم‌بستگی درباره‌ی گروه‌های مختلف یکسان نیست، ضرایب هم‌بستگی از لحاظ آماری معنادارند. مقدار هم‌بستگی درباره‌ی کل افراد نمونه آماری برابر با $-۰/۲۸$ است که در سطح $\alpha = ۰/۰۱$ معنادار است. بیش‌ترین مقدار هم‌بستگی مربوط به دختران جنوب شهر ($r = -۰/۵۳$) و کم‌ترین مقدار آن، مربوط به دختران شمال شهر ($r = -۰/۱۲$) است. غیر از ضریب هم‌بستگی مربوط به دختران شمال شهر، سایر ضرایب هم‌بستگی از لحاظ آماری معنا دارند. ضریب هم‌بستگی مربوط به پسران شمال شهر در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ و سایر ضرایب هم‌بستگی در سطح $\alpha = ۰/۰۱$ معنادار هستند. بنابراین، بین افسردگی دانش‌آموزان و التزام عملی آنان به اعتقادات مذهبی هم‌بستگی منفی وجود دارد. به طور متوسط، ۱۰ درصد تغییرات افسردگی دانش‌آموزان از روی اندازه‌های التزام عملی آنان به

اعتقادات مذهبی قابل پیش‌بینی است. درباره دانش‌آموزان دختر شمال شهر، حدود دو درصد تغییرات افسردگی از روی اندازه‌های التزام عملی به اعتقادات مذهبی قابل پیش‌بینی است؛ در حالی که درباره دختران جنوب شهر، اندازه‌های التزام عملی به اعتقادات مذهبی می‌تواند ۲۸ درصد واریانس افسردگی را پیش‌بینی کند.

بنابر آنچه بیان شد، نتیجه می‌گیریم که بین دو متغیر مورد مطالعه هم‌بستگی وجود دارد. این هم‌بستگی منفی و مقدار آن از لحاظ آماری معنادار است.

رابطه بین افسردگی و جنسیت

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که بین جنسیت دانش‌آموزان و ابتلای آنان به علائم افسردگی رابطه وجود دارد؛ بدین معنا که دانش‌آموزان دختر بیش‌تر از دانش‌آموزان پسر افسرده‌اند. متوسط نمره افسردگی در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه برابر با ۱۸ است؛ در حالی که متوسط این نمره در بین دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه برابر با ۱۳/۷ است و تفاوت این دو میانگین از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. در تأیید این یافته‌ها بسیاری از متخصصان بهداشت روانی گزارش داده‌اند که شیوع افسردگی در بین زنان بیش‌تر از مردان است. از آمارهای به دست آمده در ممالک مختلف چنین برمی‌آید که زنان ۶۰ تا ۶۵ درصد افراد مبتلا به این عارضه را تشکیل می‌دهند. همین امر باعث شده است که عده‌ای از روان‌شناسان، عوامل هورمونی را در ایجاد این بیماری مؤثر بدانند (۱۷). بنا به نوشته لینفوردیس، شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان است (۱۸). به نظر می‌رسد که یکی از دلایل شیوع بیش‌تر افسردگی در بین زنان این است که آنان بیش‌تر از مردان آمادگی و تمایل دارند که مشکلات خود را به دیگران بازگو کنند. به علاوه، زنان در بررسی‌های بالینی علائم بیماری بیش‌تری نشان می‌دهند و نمره بیش‌تری کسب می‌کنند.

رابطه بین افسردگی و طبقه اقتصادی - اجتماعی

لینفوردیس گزارش داده است که میزان شیوع بیماری افسردگی در پایین‌ترین طبقه اجتماعی (طبقه ۵، کارگران غیرماهر) در حدود دو برابر سایر طبقات اجتماعی است (۱۹). در حمایت از این نظر، براساس نتایج پژوهش حاضر دختران و پسران جنوب شهر نسبت به گروه‌های متناظر در شمال شهر علائم افسردگی بیش‌تری نشان داده‌اند.

متوسط نمره افسردگی در بین دانش‌آموزان دختر جنوب شهر برابر با ۲۰ و در بین دانش‌آموزان دختر شمال شهر برابر با ۱۷ است. متوسط نمره افسردگی در بین پسران جنوب شهر برابر با ۱۶ و در بین پسران شمال شهر برابر با ۱۲/۹ است؛ بنابراین، به نظر

می‌رسد که بین افسردگی و طبقه اجتماعی - اقتصادی دانش‌آموزان شهر تهران رابطه مثبت وجود دارد. این نتیجه گیری موجه به نظر می‌رسد. افراد وابسته به طبقات پایین تر اجتماع محرومیت‌های بیش تری را تحمل می‌کنند و عوامل استرس‌زا، در زندگی آنان بیش تر از افراد وابسته به طبقات متوسط و بالا اثر می‌گذارد.

رابطه طبقه اجتماعی - اقتصادی و اعتقادات اسلامی

با مطالعه نتایج در جدول ۱، درمی‌یابیم که بین التزام عملی به اعتقادات مذهبی و طبقه اقتصادی - اجتماعی افراد رابطه وجود دارد. به طور کلی، دختران و پسران جنوب شهر تهران بیش تر از گروه‌های متناظر در شمال شهر به اعتقادات مذهبی پای‌بندند. میانگین نمره التزام عملی به اعتقادات مذهبی درباره دختران جنوب شهر برابر با ۱۷۴ و درباره پسران جنوب شهر برابر با ۱۸۴ است؛ در حالی که این میانگین برای دختران شمال شهر برابر با ۱۶۵ و برای پسران شمال شهر برابر با ۱۵۹ می‌باشد.

برای قضاوت نهایی درباره تفاوت بین اعتقادات دانش‌آموزان شمال و جنوب شهر از آزمون آماری t (برای دو گروه مستقل) استفاده شد. مقدار t مشاهده شده $t_{05} = ۳/۴۴$ است؛ در حالی که مقدار t بحرانی در سطح $\alpha = ۰/۰۱$ برابر با $t_{cr} = ۲/۶۶$ می‌باشد. بنابراین، احتمال این که چنین نتیجه‌ای (وجود تفاوت بین اعتقادات دانش‌آموزان شمال و جنوب شهر) در اثر تصادف به وجود آمده باشد، کم تر از یک صدم است. پس، نتیجه می‌گیریم که بین التزام عملی دانش‌آموزان دوره متوسطه به اعتقادات اسلامی و طبقه اقتصادی - اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

رابطه جنسیت و التزام عملی به اعتقادات اسلامی

نتایج منعکس شده در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره التزام عملی به اعتقاد اسلامی دختران در شمال شهر تهران ۱۶۵ و در جنوب شهر تهران ۱۷۴ و همین میانگین برای پسران در شمال تهران ۱۵۹/۳ و در جنوب تهران ۱۸۴ است. به طور کلی، میانگین نمره التزام عملی دختران ۱۶۹ و پسران ۱۶۹/۲ است که این اعداد تفاوت معناداری با هم ندارند. از طرف دیگر، نتایج نشان می‌دهد که التزام عملی پسران به اعتقادات اسلامی در شمال شهر کم تر از دختران و در جنوب شهر بیش تر از دختران است. بنابراین، رابطه چندان منظمی بین جنسیت و التزام عملی به اعتقادات اسلامی دیده نمی‌شود و برای قضاوت قطعی در این مورد به شواهد پژوهشی بیش تری نیاز مندیم. شاخص‌های مربوط به التزام عملی دانش‌آموزان، به تفکیک هفت گروه آزمودنی، در

جدول ۱ منعکس شده است. اطلاعات خلاصه شده در این جدول نشان می‌دهد که بین دختران و پسران دوره متوسطه، از لحاظ میزان التزام عملی به اعتقادات مذهبی تفاوتی وجود ندارد و دختران و پسران به طور یکسان به اعتقادات مذهبی پای‌بندند؛ بنابراین، بین جنسیت و التزام عملی به اعتقادات مذهبی رابطه‌ای وجود ندارد و التزام عملی به اعتقادات مذهبی مستقل از جنسیت افراد است.

شیوع علائم افسردگی در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه

میانگین و انحراف معیار افسردگی به تفکیک هفت گروه آزمودنی، در جدول ۱ منعکس شده است. اطلاعات مندرج در این جدول نشان می‌دهد که دانش‌آموزان دوره متوسطه دارای افسردگی خفیف هستند. با آن که مقدار افسردگی در بین گروه‌های مختلف یکسان نیست، همه گروه‌ها علائم افسردگی را نشان می‌دهند. متوسط نمره افسردگی درباره کل افراد نمونه آماری برابر با ۱۵/۶۱ است. دانش‌آموزان دختر بیش‌تر از دانش‌آموزان پسر علائم افسردگی را نشان می‌دهند. متوسط نمره افسردگی در بین دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه برابر با ۱۸ و در بین دانش‌آموزان پسر برابر با ۱۳/۷ است. دختران جنوب شهر بیش‌تر از دختران شمال شهر گرفتار افسردگی هستند. متوسط نمره افسردگی در بین دختران جنوب شهر برابر با ۲۰ و در بین دختران شمال شهر برابر با ۱۷ است. پسران جنوب شهر نیز بیش‌تر از پسران شمال شهر افسرده‌اند. متوسط نمره افسردگی در بین پسران جنوب شهر برابر با ۱۶ و در بین پسران شمال شهر برابر با ۱۲/۹ است. مقایسه صوری میانگین‌های افسردگی مربوط به دختران با میانگین‌های افسردگی مربوط به پسران این نتیجه را به دست می‌دهند که بین افسردگی و جنسیت دانش‌آموزان نوعی رابطه وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

شواهد پژوهشی موجود - برای مثال، فرانسیس و همکاران، ۱۹۹۵؛ تمپلر و همکاران، ۱۹۹۵؛ پروپست^{۱۵} (۲۰) و همکاران، ۱۹۹۲؛ اسلامی (۲۱). غباری بناب (۲۲). رابرت، ۱۹۶۵؛ میلر، ۱۹۶۸؛ پرسمن^{۱۶} و همکاران، ۱۹۹۰؛ لیندتهال^{۱۷} و همکاران، ۱۹۷۰؛ استارک^{۱۸}، ۱۹۷۱؛ گارتز و همکاران، ۱۹۹۱؛ فینی و مالونی، (۲۳) موریس^{۱۹}، ۱۹۸۲ و جلیوند (۲۴) - از یافته‌های پژوهشی حاضر مبنی بر وجود هم‌بستگی معکوس بین افسردگی و التزام عملی به اعتقادات دینی حمایت می‌کنند.

تمپلر و همکاران (۱۹۹۵) دریافتند که داشتن اعتقاد مذهبی بیش‌تر با اضطراب و افسردگی کم‌تری همراه است؛ افرادی که به اعتقادات مذهبی پای‌بندند، افسردگی و

اضطراب کم‌تری دارند (۲۵).

پژوهش فرانسوی و همکاران (۱۹۹۵) نشان داد که بین مذهبی بودن و داشتن مشکل روانی هم‌بستگی منفی وجود دارد. پروپست و همکاران (۱۹۹۲) با انجام دادن تحقیقی به این نتیجه رسیدند که روش درمان رفتاری - شناختی، در صورتی که با ارضای مذهبی همراه شود، بیش‌تر از سایر روش‌های درمانی در درمان بیماران افسرده مؤثر واقع می‌شود. (۲۶).

اسلامی (۱۳۶۸) در تحقیقی با عنوان بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با تگوش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانش‌آموزان دبیرستان‌های اسلام شهر به این نتیجه رسید که بین افسردگی دانش‌آموزان و نگرش مذهبی آنان هم‌بستگی منفی ($r = -0.52$) و معنادار وجود دارد. طهماسبی‌پور و کمانگری (۱۳۷۵) نیز به نتیجه مشابه دست یافتند. رابرت (۱۹۶۵) و میلر (۱۹۶۸) نشان دادند که رابطه مذهب با عزت‌نفس، مثبت و رابطه آن با اضطراب و افسردگی، منفی است (۲۷).

پرسمن و همکاران (۱۹۹۰) ارتباط بین باورهای مذهبی، افسردگی و بهبودی بعد از جراحی لگن را در بین ۳۰ نفر زن سالمند مورد مطالعه قرار دادند. بر مبنای نتایج این مطالعه، بیمارانی که باورهای مذهبی بیش‌تری داشتند و اعمال مذهبی را انجام می‌دادند، کم‌تر از گروه دیگر افسردگی داشتند و هنگام ترخیص از بیمارستان نیز قادر به پیاده‌روی بیش‌تری بودند. به نظر می‌رسد که باور داشتن خداوند به عنوان منشأ قدرت و آرامش و انجام دادن فرایض دینی با درجه پایین افسردگی همراه است. (پرسمن، لیونز^{۲۰}، لارسون^{۲۱} و استرین^{۲۲}، ۱۹۹۰، (۲۸).

نتایج دو تحقیق (لیندنتهال و همکاران، ۱۹۷۰؛ استارک، ۱۹۷۱) نشان می‌دهد که افراد پای‌بند به اعتقادات مذهبی کم‌تر از کسانی که به این اعتقادات پای‌بند نیستند، اضطراب و ناراحتی‌های روانی دارند (۲۹).

گارتنر و همکاران (۱۹۹۱) رابطه بین سلامتی روانی و اعتقادات مذهبی را در شش مقاله تحقیقی مورد بررسی قرار دادند. در همه این مقالات وجود رابطه مثبت بین اعتقادات مذهبی و سلامتی روانی مورد تأیید قرار گرفته است. بر پایه نتایج برخی از تحقیقات انجام شده، شرکت در مراسم مذهبی موجب کاهش نشانه‌های بیماری روانی می‌شود (۳۰).

جلیلونند (۱۳۷۶) در تحقیقی با عنوان مطالعه رابطه نماز و اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران نتیجه گرفت که بین نماز و اضطراب، هم‌بستگی معکوس و معنادار وجود دارد و اشخاص نمازخوان کم‌تر دچار اضطراب می‌شوند.

تعدادی از روان‌شناسان، وجود رابطه معکوس بین بیماری‌های روانی و اعتقادات دینی

را مورد تأکید قرار داده‌اند. ویلیام جیمز بر این باور است که ایمان مؤثرترین درمان اضطراب است و وجود آن در زندگی برای کمک به انسان لازم است. فقدان ایمان، زنگ خطر است که ناتوانی انسان را در برابر سختی‌های زندگی اعلام می‌دارد؛ همان‌طور که امواج خروشان اقیانوس نمی‌تواند آرامش ژرفای آن را بر هم زند و امنیت آن را پریشان سازد، دگرگونی‌های سطحی و موقت زندگی نیز آرامش درونی انسانی را که عمیقاً به خداوند ایمان دارد، برهم نمی‌زند؛ زیرا انسان متدین واقعی، تسلیم اضطراب نمی‌شود و توازن شخصیت خویش را حفظ می‌کند و همواره آمادهٔ مقابله با مسائل ناخوشایندی است که روزگار برایش پیش می‌آورد (۳۱).

یونگ، روان تحلیل‌گر معروف می‌گوید: "در طول سی سال گذشته، افراد زیادی از ملیت‌های مختلف جهان متمدن با من مشورت کرده‌اند و من صدها بیمار را معالجه کرده‌ام. در میان بیمارانی که در نیمهٔ دوم عمر خود به سر می‌برند، حتی یک بیمار را ندیدم که اساساً مشکلش نیاز به یک گرایش دینی در زندگی نباشد؛ به جرأت می‌توانم بگویم که تک تک این بیماران به این دلیل قربانی بیماری روانی شده بودند که آن چیزی را که ادیان موجود در هر زمانی به پیروان خود می‌دهند، فاقد بودند" (۳۲).

فرانکل (۱۹۶۹) نوشت: توکل و اعتماد به خداوند فرد را به متتها درجهٔ سلامت روان قابل تصور می‌کشاند (۳۳).

بررسی تاریخ ادیان - به ویژه دین اسلام - نشان می‌دهد که ایمان به خدا در درمان بیماری‌هایی چون اضطراب، احساس عدم امنیت و انواع بیماری‌های روانی و نیز تحقق احساس امنیت و آرامش کاملاً موفق بوده است (۳۴). شواهد موجود، نیاز انسان را حتی در شکل احساسی آن به یک نظام مطلق، اخلاقی و روحی اثبات می‌کند (۳۵). به نظر می‌رسد که انسان برای رسیدن به نوعی آرامش روانی نیازمند عامل فوق طبیعی و بی‌ظنیری است که با تکیه بر آن بر مسائل و مشکلات روانی خود فایز آید.

بسیاری از متفکران و نویسندگان مسلمان (مطهری، نجاتی، قرضاوی، ابن قیم، علامه طباطبائی و جعفری و ...) این نظر را که ایمان به خدا و پای‌بند بودن به اعتقادات اسلامی تأمین‌کنندهٔ آرامش و سلامتی روانی یا عامل بازدارندهٔ بسیاری از بیماری‌های روانی است، مورد توجه قرار داده‌اند.

در یکی از آثار مکتوب استاد مطهری (۱۳۷۵) آمده است: "از جمله آثار ایمان مذهبی، آرامش خاطر است (الابدکرالله تطمئن القلوب). انسان فطرتاً جوای سعادت خویش است، از تصور وصول به سعادت غرق در مسرت می‌گردد و از فکر یک آیندهٔ شوم و مقرون به محرومیت، لرزه بر اندامش می‌افتد [و] سخت دچار اضطراب می‌گردد. ایمان

مذهبی به حکم این که به انسان - که یک طرف معامله است - نسبت به جهان - که طرف دیگر معامله است - اعتماد و اطمینان می‌بخشد، دلهره و نگرانی نسبت به رفتار جهان را در برابر انسان زایل می‌سازد و به جای آن به او آرامش خاطر می‌دهد. "مادام که سلامت و بهنجاری اعتقادی حاصل نشود، سلامت روانی هم حاصل نمی‌شود. باید گفت که این دو صفت به طور اجمالی رفتار اسلامی فرد مقید و پای‌بند را نشان می‌دهد؛ یعنی، رفتار سالم و بهنجار در تمام معنای آن" (۳۶).

امروز که در دنیا بیماری‌های روانی زیاد شده است، در اثر این است که مردم از عبادت و پرستش رو برگردانده‌اند (۳۷).

اصولاً آرامش و استقرار امنیت نفس برای مؤمن متحقق می‌شود؛ زیرا ایمان راستینش به خداوند او را نسبت به کمک و حمایت و نظر لطف خداوندی امیدوار می‌سازد. مؤمن در عبادات و کارهایی که برای رضای خدا انجام می‌دهد، همواره به خداوند نظر دارد و به همین دلیل احساس می‌کند که خداوند همراه اوست و به او کمک می‌کند. همین احساس مؤمن که خدا یار اوست، ضامن استقرار احساس امنیت و آرامش در نفس وی می‌باشد (۳۸).

با استناد به آیات قرآن کریم (برای مثال، آیه ۲۸ سوره رعد، آیه ۸۲ سوره انعام، آیه ۳۰ سوره فُصِّلَتْ، آیه ۱۲۴ سوره طه) نیز می‌توان گفت که ایمان به خدا و پیروی از آیین اسلام، عامل بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی و تأمین‌کننده سلامتی روانی است. با این حال، این وضع درباره همه افراد و طبقات یکسان نیست و میزان شیوع بیماری‌های روانی در بین زنان و مردان و نیز طبقات اقتصادی - اجتماعی متفاوت است.

نتایج به دست آمده از بررسی رابطه بین افسردگی و جنسیت، بیانگر این است که بین جنسیت دانش‌آموزان و ابتلای آنان به علائم و نشانه‌های افسردگی رابطه وجود دارد و تفاوت بین میانگین افسردگی دانش‌آموزان دختر و پسر از لحاظ آماری معنادار است. شواهد پژوهش‌های انجام گرفته درباره شیوع بیماری‌های روانی در بین مردان و زنان نیز از یافته پژوهش حاضر حمایت می‌کنند. از آمارهای به دست آمده در کشورهای مختلف چنین برمی‌آید که ۶۰ تا ۶۵ درصد از افراد مبتلا به عارضه مانیک - دپرسیو را زنان تشکیل می‌دهند (۳۹). برخی از منابع نیز میزان شیوع افسردگی را در زنان دو برابر مردان گزارش داده‌اند (۴۰). با وجود این، درباره شیوع بیش‌تر افسردگی در بین زنان تبیین‌های مختلفی ارائه شده است و هنوز در این مورد ابهام‌هایی وجود دارد. برای روشن شدن این ابهام‌ها شواهد پژوهشی بیش‌تری مورد نیاز است.

میزان شیوع افسردگی در طبقات مختلف اقتصادی - اجتماعی هم یکسان نیست. نتایج

حاصل از بررسی رابطه افسردگی و طبقه اقتصادی - اجتماعی این پژوهش نشان می‌دهد که بین افسردگی و طبقه اجتماعی - اقتصادی دانش‌آموزان شهر تهران رابطه مثبت وجود دارد. بدین معنی که دانش‌آموزان وابسته به جنوب شهر تهران نسبت به گروه‌های متناظر در شمال شهر علائم افسردگی بیش‌تری گزارش داده‌اند.

نتایج تحقیق دو پژوهشگر به نام‌های هالینگزهد^{۲۳} و ردلیک^{۲۴} که به ترتیب جامعه‌شناس و روان‌پزشک بودند، بیانگر این واقعیت است که بین طبقات اجتماعی و بیماری روانی، رابطه مسلم و قطعی وجود دارد، از طرف دیگر به اعتقاد تعداد زیادی از محققان علوم انسانی، سهولت دسترسی طبقات مختلف به مراکز تشخیص و درمان، تفاوت‌های ظاهری بین طبقات در مورد ابتلا به بیماری روانی نمودار می‌کند. به نظر این عده، هنگامی که یک عضو طبقه پایین جامعه مریض می‌شود، بیماری او در اصل، با نابه‌نجاری فردی که متعلق به طبقه مرفه یا تحصیل‌کرده جامعه است، تفاوت عمده‌ای ندارد ولی اولاً، تسهیلات تشخیص و درمان در دسترس طبقات مختلف متفاوت است و به همین دلیل، طبقات محروم دیرتر از طبقه مرفه به تشخیص و درمان صحیح می‌رسند. ثانیاً نوع و کیفیت درمان متفاوت است و در طبقه مرفه در سطح بهتری قرار دارد تا در گروه غیر مرفه؛ مثلاً بیش‌تر طبقات مرفه می‌توانند از روان‌کاوی و روان‌درمانی - که خدمات پرهزینه‌ای هستند - استفاده کنند اما طبقات پایین بیش‌تر از دارو - آن هم در صورت امکان - بهره می‌برند. (۴۱)

بحث درباره رابطه بین جنسیت و ایمان مذهبی و نیز رابطه طبقه اجتماعی - اقتصادی و التزام علمی به اعتقادات دینی، با توجه به حساسیت موضوع و وجود شواهد پژوهشی متناقض در این مجال نمی‌گنجد. به همین دلیل، از بحث و اظهار نظر قطعی در این مورد اجتناب می‌کنیم.

پیشنهادها

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، نشانه‌های افسردگی در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر تهران رواج دارد؛ هر چند که شدت این افسردگی به حدی نیست که نیازمند مداخله متخصصان بهداشت روانی باشد. با این حال، افسردگی (ولو درجه خفیف آن) مانع رشد طبیعی انسان است؛ موفقیت در تحصیل و زندگی و به طور کلی، رشد و شکوفایی شخصیت دانش‌آموزان به نشاط و شادابی آنان وابسته است. بنابراین به کارگیری شیوه‌های مختلف برای ایجاد نشاط روانی در نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد.

بر مبنای یافته‌های حاصل، التزام عملی به اعتقادات اسلامی می‌تواند در کاهش افسردگی

دانش‌آموزان مؤثر باشد. براین اساس، تلاش نظامدار برای تقویت ایمان و اعتقادات اسلامی دانش‌آموزان وظیفه‌ای دینی و در عین حال نشانه‌ی تعهد عملی است و به همین دلیل ضرورت دارد.

وقتی دانش‌آموزان و مربیان آن‌ها بدانند که بین التزام عملی به اعتقادات اسلامی و بهداشت روانی رابطه‌ی مثبت وجود دارد، نگرش آنان نسبت به آیین مقدس اسلام مثبت‌تر می‌شود. از این رو، انتشار یافته‌های تحقیق در بین دانش‌آموزان و اولیا و مربیان آنان می‌تواند مفید باشد. شایسته است از یافته‌های این تحقیق به عنوان ابزاری برای تبلیغ شریعت اسلام استفاده شود.



پی‌نوشت‌ها

1. Gartner
2. Finny
3. Maloney
4. Francis
5. Templer
6. Robert
7. Miller
8. Manic - Depressive
8. Ness & Wintrop
9. Brown
10. Ndubus & Gray
11. Williams
12. Larson
13. Heckmann
14. Peel
15. Propst
16. Pressman
17. Lindenthal
18. Stark
19. Morris



20. Lyons
21. Larson
22. Strain
23. Hollingshead
24. Redlick



منابع

۱. غباری بناب، باقر (۱۳۷۴)؛ باورهای مذهبی و الزام آن‌ها در بهداشت روان، تهران، نشریه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴.
۲. اسلامی، احمدعلی (۱۳۶۸)؛ بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با تکرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانش آموزان سال آخر دبیرستان‌های اسلام شهر، (گزارش تحقیق)، شورای تحقیقات اداره کل آموزش و پرورش شهرستان‌های استان تهران.
۳. جلیلودن، محمد امین (۱۳۷۶)؛ رابطه نماز و اضطراب در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران، (گزارش تحقیق)، تهران، شورای تحقیقات آموزش و پرورش شهر تهران.
۴. طهماسبی پور، نجف و مرتضی، کمانگری، (۱۳۷۵)؛ بررسی ارتباط تکرش مذهبی با میزان افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستان‌های شهدای ۷ تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص) (پایان‌نامه دکرا)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران.
۵. حسینی، سیدابوالقاسم (۱۳۷۳)؛ بررسی مقدماتی اصول روان‌شناسی اسلامی (چاپ دوم)؛ تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۶. شاملو، سعید (۱۳۶۸)؛ آسیب‌شناسی روانی (چاپ دوم)، تهران، انتشارات رشد.
۷. لیتوردریس (۱۹۸۲)؛ مختصر روان‌پزشکی (ترجمه عظیم وهاب‌زاده و همکاران، تهران، مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۶۴).
۸. پورافکاری، نصرت‌اله (۱۳۷۳)؛ فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی؛ تهران، نشر فرهنگ معاصر.
۹. احمدی، سیداحمد (۱۳۶۶)؛ بررسی پراکندگی افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان، اصفهان؛ نشریه پژوهشی دانشگاه اصفهان، دوره جدید، شماره دوم.
۱۰. مهربار، امیرهوشنگ (۱۳۷۳)؛ افسردگی (بوداشت‌ها و درمان‌شناختی)، تهران، انتشارات رشد.
۱۱. همان منبع، ص ۵.
۱۲. اتکینسون، ریتال و همکاران (۱۹۸۳)؛ زمینه روان‌شناسی (ترجمه محمدنقی براهنی و همکاران) جلد دوم، تهران؛ انتشارات رشد، ۱۳۶۸.
۱۳. همان منبع، ص ۲۱۳.
۱۴. منبع شماره ۶، ص ۱۷۷.

۱۵. منبع شماره ۱، ص ۴۹
۱۶. منبع شماره ۴، ص ۵۷
۱۷. منبع شماره ۶، ص ۱۶۷
۱۸. منبع شماره ۷، ص ۲۴۷
۱۹. همان منبع، همان صفحه
20. Propst.L. Rebecca and others. (1992). Comparative Efficacy of Religious and Monreligious cognitive - Behavioral therapy for the treatment of Clinical Depression in Religious Individual. ERIC, 1992/96 (Journal of Consulting and Clinical Psychology. U.S.A. v60.n1,p96 - 103).
۲۱. منبع شماره ۲، ص ۲۵
۲۲. منبع شماره ۱، ص ۴۸
۲۳. همان منبع، ص ۵۲
۲۴. منبع شماره ۳، ص ۱۲۵
۲۵. منبع شماره ۲، ص ۲۶
۲۶. همان منبع، ص ۲۷
۲۷. جلالی تهرانی، سیدمحمد، عباسعلی الهیاری، محسن، (۱۳۷۵)؛ نقش مذهب در سلامت روان، ماهنامه تربیت، تهران؛ وزارت آموزش و پرورش، معاونت پرورشی
۲۸. منبع شماره ۱، ص ۵۲
۲۹. منبع شماره ۳، ص ۳۴
۳۰. منبع شماره ۱، ص ۵۲
۳۱. نجاتی، محمدعثمان (۱۳۶۷)؛ قرآن و روان‌شناسی (ترجمه عباس عرب)، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
۳۲. همان منبع، ص ۳۳۶
۳۳. منبع شماره ۲۷، ص ۳۷
۳۴. منبع شماره ۳۱، ص ۳۳۷
۳۵. حسینی، علی اکبر (۱۳۶۸)؛ ملاحظاتی پیرامون روان‌شناسی، بهداشت روانی و روان‌درمانی در اسلام، شیراز، نشریه اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره چهارم، شماره دوم.
۳۶. مطهری، مرتضی (۱۳۷۵)؛ انسان و ایمان (چاپ دوازدهم)، قم؛ انتشارات صدرا.
۳۷. مطهری، مرتضی (۱۳۷۴)؛ اسلام و مقتضیات زمان (جلد اول) چاپ یازدهم، قم، انتشارات صدرا
۳۸. منبع شماره ۳۱، ص ۳۳۸
۳۹. منبع شماره ۶، ص ۱۶۷
۴۰. منبع شماره ۷، ص ۲۴۷
۴۱. منبع شماره ۶، ص ۵۵