

رابطه هویت مذهبی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روان در معتکفان

ایرج شاکری‌نیا*

چکیده

به منظور بررسی رابطه «هویت دینی»، «نگرش مذهبی» و «سرسختی روان‌شناختی» با «سلامت روان» معتکفان شهر رشت، تعداد ۹۶ نفر از معتکفان مرد، در مسجد قدس و زن در مسجد امام (رضاع) در شهر رشت به شیوه تصادفی ساده برای تحقیق انتخاب شدند. معتکفان، پرسشنامه‌های هویت دینی، نگرش مذهبی، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی را به همراه پرسشنامه جمعیت‌شناختی تکمیل کردند. داده‌های استخراج شده با آزمون t یک گروهی و دو گروهی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آزمودنی‌های تحقیق از لحاظ هویت دینی، نگرش مذهبی، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی از وضعیتی مناسب‌تر از جمعیت عادی برخوردارند و در حد مطلوب قرار دارند. بین مؤلفه‌های هویت دینی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد. از بین متغیرهای تحقیق، متغیر هویت دینی توانسته است سلامت روانی آزمودنی‌های مورد مطالعه را پیش‌بینی کند. پژوهش حاضر همگام با تحقیقات زیادی که با محوریت دین انجام گرفته نشان می‌دهد که معتکفان از لحاظ ویژگی‌های مورد مطالعه در وضعیت مطلوب هستند؛ بنابراین حمایت و برنامه‌ریزی بیشتر برای اعتکاف‌جویان پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: هویت دینی، نگرش مذهبی، سرسختی روان‌شناختی، سلامت روان، اعتکاف

مقدمه

جهان‌بینی عبارت از تفکرها و باورهای فرد است که جهت‌گیری‌هایش درباره امور مختلف را تحت تأثیر قرار می‌دهد. جهان‌بینی انواع مختلفی دارد که جهان‌بینی الهی و غیر الهی، دو نمونه آشکار آن است. با توجه به تعریف ارائه‌شده، می‌توان گفت که جهان‌بینی اسلامی، نوعی نگرش اعتقادی و در زمره جهان‌بینی‌های الهی است که با ارائه دستورالعمل‌هایی، رفتارهای فردی و اجتماعی یک فرد مسلمان را تعیین می‌کند. مفهومی که در جهان‌بینی اسلامی بیش از همه به چشم می‌خورد، ایمان و اعتقادات مذهبی است. اعتقادات مذهبی، باورهایی را دربر می‌گیرد که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آن اعتقاد داشته باشند (سراج‌زاده و توکلی، ۱۳۸۰). دستغیب (۱۳۶۱)، اعتقادات مذهبی را در قالب مفهوم ایمان معرفی می‌کند و ایمان را عبارت از هر نوع اصل و راهنما، باور، یقین و گرایش می‌داند که به زندگی فرد معنا و جهت می‌دهد. امام علی (ع) در نهج‌البلاغه، ایمان را بر چهار ستون استوار می‌داند که عبارت است از: ۱. صبر و شکیبایی؛ ۲. باور و یقین؛ ۳. عدل و داد؛ ۴. جهاد و کوشش در راه دین. ایمان، مفهومی مذهبی است که به‌طور معمول توسط مذاهب معرفی شده و راه‌های دستیابی به آن توسط آنها تبلیغ و ترویج می‌شود. مذهب به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته، از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌آید که قادر است به معنای زندگی در لحظه‌لحظه‌های عمر معنا دهد و در شرایطی خاص نیز با فراهم‌سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (بهرامی احسان، ۱۳۷۸). نیاز انسان به دین و مذهب، قدمتی به عمر تاریخ دارد؛ زیرا بشر از همان ابتدای زندگی خود به حمایت‌کننده‌ای مقتدر و تکیه‌گاهی نیرومند احساس نیاز می‌کرده است. موضوع دین توسط محققان پیش‌گامی، همچون جیمز (۱۹۲۹)؛ فروید (۱۹۰۷)؛ یونگ (۱۸۷۵-۱۹۶۱) و آلپورت (۱۹۶۷) (به نقل از بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳) بحث شده است. دین به منزله یک منبع مهم آسایش و آرامش، یک حس کنترل و امید را برای افراد در رویارویی با واقعیت‌های نامساعد زندگی دنیوی، خواه اقتصادی، اجتماعی، فیزیکی یا روانی، فراهم می‌کند (وفایی بوربور، ۱۳۷۸). ونتیس^۱ (۱۹۹۵) نشان داد که به‌طور کلی، مذهب بر سلامت روانی تأثیر مثبت دارد. نتایج پژوهش استوارد و جو^۲ (۱۹۹۸) نشان داد که روحیه

1. Ventis

2. Steward & Joe

مذهبی به صورت چشمگیری با سلامت روان و سازگاری در ارتباط است و افرادی که خود را بیش از همه مذهبی می‌دانند، از دیگران سازگارترند و بالاترین عملکرد تحصیلی را دارند. نتایج تحقیق‌های یانگ و دیگران (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که معنویت به عنوان یک سازه، نقش مهمی بر سازگاری روان‌شناختی دارد و می‌توان از آن در کار بالینی همراه با مراجع‌کنندگان کمک گرفت. نیلمن، هالپرن، لئون و لیوایز^۱ (۱۹۹۷)، در مطالعه بین‌فرهنگی بزرگی که انجام داده‌اند، دریافتند که انسان‌ها هر قدر پایبندی بیشتری به مذهب داشته باشند، به همان نسبت گرایش کمتری به خودکشی دارند. جانسون^۲ (۲۰۰۴) نیز نشان داد که باورهای دینی نقش قابل ملاحظه‌ای در سلامت روان و سازگاری افراد دارد. هرچند برخی معتقدند که مطالعه درباره رابطه سلامتی و مذهب، در مراحل ابتدایی است (ویلیامز،^۳ ۱۹۹۴)؛ در عین حال، تحقیق‌های جالب توجهی درباره مذهب و سلامت روان توسط روان‌شناسان انجام گرفته است. برای مثال، تحقیق ولف^۴ (۱۹۹۷)، نشان می‌دهد که مذهب بر سلامت جسمانی، اثر مثبتی دارد. همچنین پژوهش‌های لوین و آندریپول^۵ (۱۹۸۷) نشان داده است که انواع بیماری‌های جسمانی، مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، سوءهاضمه، انواعی از سرطان‌ها و فشار خون، در افراد مذهبی شیوع کمتری دارد. فراتحلیل انجام‌شده توسط برگین و همکاران که با استفاده از ۲۴ مقاله پژوهشی انجام شده، نشان می‌دهد که بین مذهب و سلامت روان، رابطه مثبتی وجود دارد. همچنین طهماسبی‌پور و کمانگیری (۱۳۷۵)، از تحقیق خود نتیجه گرفتند که نگرش مذهبی با اضطراب و افسردگی همبستگی منفی و با سلامت روان همبستگی مثبت دارد. در همین راستا، جمالی (۱۳۸۱) دریافت که بین نگرش مذهبی و سلامت روان همبستگی مثبتی وجود دارد. تحقیق‌های الیسن^۶ (۱۹۹۴) و آدلر و کاسل^۷ (۱۹۹۵)، (به نقل از ویتن،^۸ ۱۹۹۶). نشانگر آن است که مذهبی بودن به معنای وسیع کلمه می‌تواند آثار بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند. همچنین ارتباط مثبتی بین مذهب و سلامت روان وجود دارد. فراتحلیل پین، برگین و جنکینز (۱۹۹۱) نشان می‌دهد که در ۴۷ درصد مطالعه‌های انجام‌شده، بین مذهب و سلامت روانی رابطه‌ای مثبت وجود دارد. ظهور و توکلی (۱۳۸۱)، دریافتند که داشتن اعتقادات مذهبی در پیشگیری و کاهش اختلال‌های روانی، همچنین مشکلات ناشی از آن، مانند خودکشی،

1. Neelman, Halpern, Leon & Lewis
 3. Williams
 5. Levin J. S. & Anderpool
 7. Adler & Cassel

2. Johnson
 4. Wulff
 6. Ellison
 8. Weiten

اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و اضطراب، نقش مؤثری دارد. نیلمن، هالپرن، لئون و لیوایز (۱۹۹۷)، نشان دادند که شرکت در مراسم مذهبی، اضطراب را کاهش می‌دهد. تحقیق‌های بوسینگ، استرمن و ماتیسن^۱ (۲۰۰۵)، بیانگر آن است که ارزش‌ها، عامل مهمی در سلامت جسمی و روحی افراد است. آراین (۱۳۸۰) نشان داد که بین دینداری و خشنودی، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. با در نظر گرفتن مطالب بالا محقق به دنبال پاسخگویی به سؤال‌های زیر است. در این راستا، نمونه‌ای از بین افراد معتکف در مساجد شهر رشت، انتخاب و تحقیق حاضر، انجام شد.

۱. آیا بین هویت مذهبی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی معتکفان، رابطه وجود دارد؟
۲. آیا هویت دینی، نگرش مذهبی، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی معتکفان مطلوب است؟
۳. آیا می‌توان از روی متغیرهای هویت دینی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی، سلامت روانی معتکفان را پیش‌بینی کرد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر، پس‌رویدادی (توصیفی - تحلیلی) است. جامعه تحقیق، شامل همه افرادی (تقریباً ۵۰۰ معتکف مرد) است که در مساجد قدس و خواهر امام رضا(ع) در شهر رشت مراسم اعتکاف را در سال ۱۳۸۸ به جا آوردند. برآورد حجم نمونه، براساس جامعه متناهی از فرمول کوکران برای این جامعه با ۹۶ نفر برابر بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان جامعه مورد بررسی انتخاب شدند.

ابزار

گردآوری داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های زیر انجام شد:

پرسشنامه هویت دینی: پرسشنامه هویت دینی توسط حبیبی، کرمی‌نیا، مجدیان و باری (۱۳۸۷)، ساخته و در پژوهش‌های مربوط به هویت دینی، استفاده شد. این پرسشنامه، ۲۱ سؤال دارد که براساس طیف لیکرت از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار پرسشنامه از نوع

1. Bussing, Ostermann & Matthiessen

اعتبار محتوا است که توسط متخصصان ارزیابی شد. تعیین پایایی پرسشنامه به وسیله محاسبه آلفای کرونباخ صورت گرفت که با $0/92$ برابر است. در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه از راه بررسی همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ $0/86$ به دست آمد که نشان‌دهنده مطلوبیت مناسب پرسشنامه برای پژوهش‌های مربوط به هویت دینی است.

پرسشنامه نگرش سنج مذهبی: پرسشنامه اولیه نگرش سنج مذهبی در سال ۱۳۷۸ توسط خدایاری (۱۳۷۹)، تنظیم شد. این پرسشنامه، ۴۴ ماده دارد که با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت ساخته شده است. پورشهریاری و شعاع کاظمی (۱۳۸۳)، در بررسی نگرش مذهبی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر تهران برای ارزیابی عوامل مؤثر در تقویت یا کمرنگ شدن نگرش مذهبی، سؤال‌هایی را به آن پرسشنامه افزودند و مقیاس را نیز چهارگزینه‌ای کردند. برای بررسی اعتبار پرسشنامه، از اعتبار محتوایی استفاده شده است. همچنین پایایی پرسشنامه به وسیله محاسبه آلفای کرونباخ برابر با $0/89$ به دست آمد. در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی $0/96$ به دست آمد که نشان می‌دهد این پرسشنامه برای پژوهش‌های مربوط به سنجش نگرش مذهبی مطلوب است.

پرسشنامه سرسختی اهواز: پرسشنامه سرسختی اهواز، یک مقیاس خودگزارشی مداد - کاغذی ۲۷ ماده‌ای است. دامنه نمره در این پرسشنامه، عدد ۰ تا ۸۱ است. به دست آوردن نمره بالا در این پرسشنامه، نشان‌دهنده سرسختی روان‌شناختی بالا در فرد است. در تحقیق کیامرثی (۱۳۷۶)، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها برابر با $0/76$ ، برای آزمودنی‌های مؤنث برابر با $0/74$ و برای آزمودنی‌های مذکر برابر با $0/76$ است. در تحقیق حاضر، نیز آلفای کرونباخ، $0/89$ به دست آمد که با توجه به یافته‌های بالا، ضرایب پایایی این پرسشنامه رضایت‌بخش است.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی، توسط گلدنبرگ و هیلر^۱ (۱۹۷۹) تدوین شده است. این پرسشنامه، چهار خرده‌مقیاس هفت‌ماده‌ای دارد که شامل علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی شدید است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۱). افراد مورد بررسی، نظر خود را درباره سؤال‌های پرسشنامه براساس وضعیت سلامت خود در طی ماه گذشته مشخص می‌کنند. نقطه برش این پرسشنامه، نمره ۲۲ است که در پژوهش‌های متعددی در ایران به آن استناد شده است (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵). مطالعه‌های اعتباریایی پرسشنامه سلامت عمومی، نشانگر

اعتبار و پایایی بالای آن است و نتیجه فراتحلیل ۴۳ پژوهش که به وسیله ویلیامز، مری و گلدبرگ (به نقل از خبازیان، ۱۳۸۳) انجام شده، میانگین حساسیت ۸۴٪ و متوسط ویژگی ۸۲٪ را گزارش داده است.

یافته‌ها

این تحقیق با مشارکت ۹۶ نفر از افراد مشارکت‌کننده در مراسم اعتکاف مساجد قدس و خواهر امام رضا(ع) شهر رشت انجام شد. در جدول شماره ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های سلامت روانی، سرسختی روان‌شناختی، هویت دینی و نگرش مذهبی به همراه تعداد افراد مشارکت‌کننده ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین نمره‌های سلامت روانی، هویت دینی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
سلامت روانی	دانش‌آموز	۲۰/۲۹	۰/۴۳	۶۹
	دانشجو	۲۳/۲۶	۰/۷۸	۱۲۶
	کل	۲۱/۷۷	۰/۶۰	۱۹۵
هویت دینی	دانش‌آموز	۷۶/۶۴	۰/۵۰	۶۹
	دانشجو	۷۷/۷۳	۰/۸۳	۱۲۶
	کل	۷۷/۱۸	۰/۶۶	۱۹۵
نگرش مذهبی	دانش‌آموز	۷۵/۶۱	۰/۵۵	۶۹
	دانشجو	۷۳/۳۷	۰/۷۶	۱۲۶
	کل	۷۴/۴۹	۰/۶۵	۱۹۵
سرسختی روان‌شناختی	دانش‌آموز	۷۶/۱۱	۰/۵۳	۶۹
	دانشجو	۷۸/۳۱	۰/۷۳	۱۲۶
	کل	۷۷/۲۱	۰/۶۳	۱۹۵

برای بررسی این سؤال که وضعیت هویت دینی، نگرش مذهبی، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی معتکفان چگونه است؟ از آزمون‌های t برای مقایسه میانگین‌های به‌دست‌آمده با میانگین‌های فرضی مقیاس‌ها استفاده شد. هویت دینی، ۲۱ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ را دربر می‌گیرد؛ بنابراین، دامنه نمره‌های آن بین ۲۱ تا ۱۰۵ با میانگین فرضی ۶۳ است. نگرش مذهبی، ۴۴ ماده در مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ را شامل

می‌شود؛ بنابراین، دامنه نمره‌های آن بین ۰ تا ۱۳۲ با میانگین فرضی ۶۶ است. سرسختی روان‌شناختی، ۲۷ ماده در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ را دربر می‌گیرد؛ بنابراین، دامنه نمره‌های آن بین ۰ تا ۸۱ با میانگین فرضی ۴۰/۵ است. سلامت روانی ۲۸ ماده در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ را دربر می‌گیرد، بنابراین، دامنه نمره‌های آن بین ۰ تا ۸۴ با میانگین فرضی ۴۲ است. در جدول شماره ۲ نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین‌های مشاهده‌شده و فرضی گزارش شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون t تک‌نمونه برای مقایسه میانگین‌ها در چهار متغیر پژوهش

متغیر	میانگین مشاهده‌شده	انحراف معیار	میانگین فرضی	تفاضل میانگین‌ها	t	سطح معناداری
هویت دینی	۷۷/۱۸	۰/۶۶	۶۳	۱۴/۱۸	۳۲/۱۲	۰/۰۰۰
نگرش مذهبی	۷۴/۴۹	۰/۶۵	۶۶	۸/۴۹	۱۹/۶۲	۰/۰۰۰
سرسختی روان‌شناختی	۷۷/۲۱	۰/۶۳	۴۰/۵	۳۶/۷۱	۷۸/۹۲	۰/۰۰۰
سلامت روان	۲۱/۷۷	۰/۶۰	۴۲	-۲۰/۲۳	-۴۳/۹۸	۰/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۲، به تفکیک متغیرها بیانگر آن است که در زمینه هویت دینی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی، میانگین‌های مشاهده‌شده از حد متوسط نمره‌های مقیاس بالاتر است. با توجه به آنکه t‌های مشاهده‌شده در سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار است؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که هویت دینی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی نخبگان بسیج استان گیلان از حد متوسط بالاتر است و آنها هویت دینی مطلوبی دارند. یافته‌های جدول شماره ۲، برای مقایسه میانگین‌های مشاهده‌شده و فرضی سلامت روان نشانگر آن است که در زمینه سلامت روان، میانگین مشاهده‌شده از حد متوسط نمره‌های مقیاس پایین‌تر است. با توجه به اینکه t مشاهده‌شده در سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار است؛ پس می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روان نخبگان بسیجی استان گیلان از حد متوسط پایین‌تر است و بنابراین، آنها سلامت روان مطلوبی دارند. البته با توجه به اینکه در مقیاس سلامت روان GHQ کسب نمره پایین‌تر به منزله سلامت روان بالاتر است).

به منظور بررسی رابطه هویت دینی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳: رابطه هویت دینی، نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی

متغیر	هویت دینی	نگرش مذهبی	سرسختی روان‌شناختی	سلامت روان‌شناختی
هویت دینی	ضریب همبستگی سطح معناداری تعداد	۰/۸۵** ۰/۰۰۰ ۱۹۵	۰/۵۰** ۰/۰۰۰ ۱۹۵	-۰/۷۲۳** ۰/۰۰۰ ۱۹۵
نگرش مذهبی	ضریب همبستگی سطح معناداری تعداد	۰/۸۵** ۰/۰۰۰ ۱۹۵	۰/۳۵** ۰/۰۰۰ ۱۹۵	-۰/۵۹** ۰/۰۰۰ ۱۹۵
سرسختی روان‌شناختی	ضریب همبستگی سطح معناداری تعداد	۰/۵۰** ۰/۰۰۰ ۱۹۵	۰/۳۵** ۰/۰۰۰ ۱۹۵	-۰/۳۵** ۰/۰۰۰ ۱۹۵
سلامت روان‌شناختی	ضریب همبستگی سطح معناداری تعداد	-۰/۷۲۳** ۰/۰۰۰ ۱۹۵	-۰/۳۵** ۰/۰۰۰ ۱۹۵	۱

**همبستگی در سطح $p < 0/01$ معنادار است.

همچنین برای پیش‌بینی سلامت روانی معتکفان مورد بررسی، با توجه به متغیرهای هویت دینی، نگرش مذهبی، سرسختی روان‌شناختی، از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام‌به‌گام استفاده شد، که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۴: خلاصه مدل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون هویت دینی، نگرش مذهبی، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی

مدل	R	R2
۱	۰/۷۲۳	۰/۵۲۲

جدول تحلیل واریانس

مدل	رگرسیون باقیمانده	کل	SS	درجه آزادی	MS	F	سطح معناداری
۱	۲۸۳۷/۴۱	۵۹۳۷/۱۹۴	۳۱۰۰/۲۶	۱	۳۱۰۰/۲۶	۲۱۰/۸۷	۰/۰۰۰۱
				۱۹۳	۲۶۹/۵۸		
				۱۹۴			

پیش‌بین‌ها (عدد ثابت) هویت

متغیر وابسته: سلامت روانی

ضرایب

مدل		ضرایب استاندارد B	خطای استاندارد	ضرایب غیر استاندارد Beta	t	سطح معناداری
۱	عدد ثابت	۷۵/۰۵	۳/۴۷		۲۱/۵۲	۰/۰۰۰
	هویت	-۰/۶۵۵	۰/۰۴۵	-۰/۷۲۳	-۱۴/۵۲۲	۰/۰۰۰۱

متغیر وابسته: سلامت روانی

با توجه به جدول شماره ۴، نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که از بین متغیرهای هویت دینی، نگرش‌های مذهبی و سرسختی روان‌شناختی (به عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده)، متغیر هویت دینی توانسته است واریانس مربوط به سلامت روان آزمودنی‌ها را تبیین کند؛ به گونه‌ای که ۰/۵۲ سلامت روانی توسط متغیر بالا قابل تبیین است. اما متغیرهای نگرش‌های مذهبی و سرسختی روان‌شناختی، وارد معادله نشده است؛ چرا که افزوده شدن مقدار واریانس نگرش‌های مذهبی و سرسختی روان‌شناختی به معادله، باعث افزایش معناداری نمی‌شود. نتایج تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون با میزان $F, 210/87$ ، به دست آمد که در سطح $P < 0/01$ ، معنادار بوده، نشان‌دهنده اعتبار کافی این تحلیل است؛ به گونه‌ای که در مجموع، قادر است ۵۲٪ واریانس مربوط به سلامت روانی را در معتکفان تبیین کند.

برای مقایسه میانگین مقیاس‌های نمره‌های هویت دینی، نگرش مذهبی، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی، از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد که نتیجه مقایسه این متغیرها در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول ۵: مقایسه میانگین‌های متغیرهای چهارگانه تحقیق براساس آزمون t برای گروه‌های مستقل

متغیر	میانگین	تفاوت میانگین	t	درجه آزادی	سطح معناداری
هویت دینی	دانشجو ۶۹	۱/۰۹	۱/۲۰	۱۹۳	۰/۲۳۱
	دانش‌آموز ۱۲۶				
نگرش مذهبی	دانشجو ۶۹	-۰/۲/۲۳	-۲/۴۰	۱۹۳	۰/۰۱۷
	دانش‌آموز ۱۲۶				
سرسختی روان‌شناختی	دانشجو ۶۹	۲/۱۹	۲/۳۷	۱۹۳	۰/۰۱۸
	دانش‌آموز ۱۲۶				
سلامت روانی	دانشجو ۶۹	-۲/۰۳	-۲/۴۸	۱۹۳	۰/۰۱۴
	دانش‌آموز ۱۲۶				

همان‌گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، در متغیر هویت دینی بین دانشجویان و دانش‌آموزان، تفاوت‌ها معنادار نیست؛ اما از لحاظ نگرش‌های مذهبی، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی مشاهده می‌شود که بین دانش‌آموزان و دانشجویان، تفاوت‌ها معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

اسلام برنامه انسان‌سازی است. هدف برنامه‌های انسان‌سازی در اسلام، ایجاد سلامت است. این سالم‌سازی در پرتو تسلیم در برابر مشیت الهی و اجرای دستورها و قوانین حیات‌بخش او به دست می‌آید. با دقت در قوانین، مقررات و برنامه‌های اسلام مشاهده می‌شود که این امور راه را برای آرامش خیال انسان، سلامت روانش و تحقق خلیفه‌اللهی او هموار می‌کند. امروزه کاملاً روشن است که با توجه به پیشرفت‌های علمی و صنعتی و دستاوردهای شگفت‌انگیزی که در همه علوم به وجود آمده، انسان نتوانسته مشکلات روانی، مانند اضطراب، افسردگی، فشارهای روانی، روان‌پریشی و مانند اینها را در خود درمان کند. در این راستا، توجه به مفاهیم دینی و اتکای به روش‌های مذهبی، راهکار مناسبی برای کمک به ناراحتی‌ها و آشفتگی‌های انسان معاصر است. در همین رابطه با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان موارد زیر را نتیجه گرفت:

- بین متغیرهای چهارگانه هویت دینی، نگرش‌های مذهبی، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی، رابطه برقرار است. با توجه به جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود که بین هویت دینی، نگرش‌های مذهبی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی، رابطه مثبتی وجود دارد (توجه داریم که نمره کم در مقیاس GHQ به منزله سلامت روانی مطلوب‌تر است). این نتیجه با پژوهش‌هایی که محققان انجام داده‌اند، همسو است (رحیمیان بوگر، اصغرنژاد فرید، ۱۳۸۷؛ حمید، ۱۳۷۹؛ صفری، ۱۳۸۷؛ زارع، ۱۳۸۶؛ شاکر و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین تحلیل رگرسیون نیز این رابطه را نشان می‌دهد. نتیجه این تحلیل بیانگر آن است که از بین متغیرهای هویت دینی، نگرش‌های مذهبی و سرسختی روان‌شناختی، تنها متغیر هویت دینی بر سلامت روانی معتکفان اثر می‌گذارد؛ به این معنا که با افزوده شدن مقدار واریانس نگرش‌های مذهبی و سرسختی روان‌شناختی به معادله، افزایش معناداری مشاهده نمی‌شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که احتمالاً بین متغیرهای هویت مذهبی، نگرش‌های مذهبی و سرسختی روان‌شناختی آزمودنی‌ها، همپوشی وجود

دارد؛ به همین دلیل، در تحلیل رگرسیونی فقط متغیر هویت مذهبی وارد معادله شد و متغیرهای نگرش‌های مذهبی و سرسختی روان‌شناختی که با هویت دینی، همپوشی دارند، از معادله خارج شدند. این تبیین با نتیجه تحقیق آزموده (۱۳۸۳) و زارع (۱۳۸۵) همسویی دارد. مطالعه‌های فراوانی که به بخشی از آنها در این مقاله اشاره شد، نشان می‌دهند که دین و مذهب، نقش بسیار مؤثری در ارتقای سلامت روان دارد؛ به این معنا که اگر چنانچه شرایطی فراهم شود تا فرد بتواند مذهب را در چارچوب و ساختار شناختی و عاطفی خود وارد کند و به سطح ایمان انتقال دهد، چنین ایمانی می‌تواند یکپارچگی شخصیتی فرد را تضمین کند و سلامت روانی را برای او به ارمغان آورد. بنابراین، توجه به مفاهیم عمیق مفاهیم دینی و رسوخ دادن آنها به شیوه صحیح در آرا، افکار و عقاید کودکان، نوجوانان و جوانان، از مهم‌ترین وظایف نهادهای اجتماعی است و در این راه، باید از شیوه‌های مناسب تربیتی و رفتاری کمک گرفت. همچنین با دقت در فرآیند اثرگذاری دین و مذهب بر انسان، مشاهده می‌شود که سودمندی گرایش‌های مذهبی هم تحت تأثیر آموزه‌های ارزشمندی است که در مذهب وجود دارد و امکان فراهم شدن سلامت روانی و جسمانی فرد را امکان‌پذیر می‌کند و هم تحت تأثیر مسائل جانبی رفتارهای مذهبی است، مانند حضور در اماکن مذهبی و مساجد و بهره‌مندی از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی دیگران. این مسئله، این واقعیت را روشن می‌کند که مذهب، پتانسیل فراوانی برای زندگی مؤثر و موفق دارد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت نمونه‌گیری اشاره کرد. برای پیگیری معتبرتر نتایج لازم است که گروه وسیع‌تری از افراد سنجش شوند. یافته‌های این پژوهش فقط می‌تواند راهگشای پژوهش‌های گسترده‌تر قرار گیرد. علاوه بر این، رفتار مذهبی، فعالیت پیچیده‌ای است و برای اندازه‌گیری مذهبی بودن اشخاص نمی‌توان به چند شاخص محدود بسنده کرد. هرچند که استفاده از شاخص‌هایی، همچون حضور در اماکن مذهبی و انجام مستمر شعایر و مناسک دینی، از جمله شاخص‌های رایج مورد بررسی است.

منابع

- آخوندی، محمدباقر (۱۳۷۶)، بررسی هویت ملی و مذهبی جوانان مشهدی و تأثیر روابط اجتماعی بر آن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- آرین، خدیجه (۱۳۸۰)، «رابطه دینداری و روان‌دوستی»، مقاله ارائه‌شده در اولین همایش بین‌المللی «نقش دین در بهداشت روان»، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، ص ۲۷-۳۰.
- آزموده، پیمان (۱۳۸۳)، رابطه جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۷۸)، «بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره جدید (۱)، ص ۶۷-۹۰.
- بهرامی احسان، هادی و آناهیتا تاشک (۱۳۸۳)، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، س ۲، ص ۴۱-۶۳.
- جمالی، فریبا (۱۳۸۱)، بررسی رابطه نگرش مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه الزهراء.
- حمید، نجمه (۱۳۷۹)، «بررسی رابطه میان نیایش و سرسختی با سیستم ایمنی»، مجموعه خلاصه مقالات نخستین همایش کشوری بهداشت و طب از دیدگاه امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، بسیج دانشجویی، ص ۱-۱۲.
- حیرت، عاطفه (۱۳۸۸)، «فرآیند شکل‌گیری هویت در دانشجویان»، مقاله ارائه‌شده در دومین همایش مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران.
- دستغیب، آیت الله سیدعبدالحسین (۱۳۸۱) ایمان، شیراز: انتشارات هجرت کانون تربیت.
- رحیمیان بوگر، اسحق و علی اصغر اصغر نژاد فرید (۱۳۸۷)، «رابطه سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم»، فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، س ۱۴، ش ۱ (۲۵): ۸-۱۷.

زارع، مهدی (۱۳۸۵)، «بررسی نقش جنسیت و نگرش مذهبی در تفاوت‌های سلامت روان و سخت‌رویی دانشجویان»، مقاله ارائه‌شده در همایش منطقه‌ای زن، دانش، سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد رشت).

_____ (۱۳۸۶)، «رابطه جهت‌گیری دینی و سخت‌رویی (سرسختی روان‌شناختی) با سلامت روان دانشجویان»، مقاله ارائه‌شده در دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.

سراج‌زاده، سیدحسین و مهناز توکلی (۱۳۸۰)، «بررسی عملیاتی دینداری در پژوهش‌های اجتماعی»، نامه پژوهش، ش ۲۰ و ۲۱، ص ۲۳-۳۵.

سفیری، خدیجه و معصومه، غفوری (۱۳۸۸)، «بررسی هویت دینی و ملی جوانان شهر تهران با تأکید بر تأثیر خانواده پژوهش جوانان»، فرهنگ و جامعه، ش ۲، ص ۱-۲۷.

شاکر، جلال؛ علی‌اکبر پرویزی‌فرد؛ خیرالله صادقی و رضا مرادی (۱۳۸۵)، «ویژگی‌های شخصیتی، استرس، شیوه‌های مقابله و نگرش‌های مذهبی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، س ۱۲، ش ۳، ص ۲۴۴-۲۵۰.

صفری، هاجر (۱۳۸۷)، «بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی ابعاد جهت‌گیری مذهبی بر ابعاد سلامت روانی دانشجویان»، مقاله ارائه‌شده در همایش ملی روان‌شناسی و کاربرد آن در جامعه دانشگاه آزاد اسلامی (واحد مرودشت).

طهماسبی‌پور، نجف و مجتبی کمان‌گیری (۱۳۷۵)، «بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روان گروهی از بیماران بیمارستان‌های شهدای هفتم تیر و مجتمع رسول اکرم (ص)».

ظهور، علیرضا و علی توکلی (۱۳۸۱)، «وضعیت نگرش مذهبی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۸۰»، ارمغان دانش، ش ۲۸، ص ۲۵-۳۷.

کیامرئی، آذر (۱۳۷۶)، ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی و بررسی رابطه آن با تیپ شخصیتی الف، عزت نفس، شکایات جسمانی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

وفایی بوربور، صدیقه (۱۳۷۸)، نقش جهت‌گیری دینی و مقابله‌های مذهبی شغلی دبیران زن شهرستان همدان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته تاریخ و فلسفه آموزش و پرورش، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

- Bussing, A.; T. Ostermann & P. F. Matthiessen (2005), "Role of Religion and Spirituality in Medical patients: Confirmatory Results with the SpREUK",. Questionnaire: *Health Qual Life Outcomes*, (10): pp.3-10.
- Johnson, M. A. (2004), "Faith, Prayer and Religious Observances", *Journal of Clinical Cornerstone*; 6(1): pp.17-24.
- Levin, J. S. & H. Y. Anderpool (1987), "Is Frequent Religious Attendance Really Conducive to Better health? Toward an Epidemiology of Religion", *Social Sci Med*, 24, pp.589-600.
- Neelman, J.; Halpern D.; Leon D. & Lewis G. (1997), "Tolerance of Suicide, Religion and Suicide Rates: an Ecological and Individual Study in Western Countries", *Psychol Med*, 27(5): pp.165-171.
- Payne, I. R.; A. E. Bergin; K. A. Bielmea & P. H. Jenkins (1991), "Review of Religion and Mental Health: Prevention and the Enhancement of Psychosocial Functioning", *Prevention in Human Service*, 9, pp.11-40.
- Steward, R. J. & H. Joe (1998), "Does Spirituality Influence Academic Achievement and Psychological Adjustment of African-American Urban Adolescence", *EDRS-MF/Plus Postage*.
- Ventis W. L. (1995), "The Relationships Between Religious and Mental Health", *Journal of Social Issues*, 51(2): pp.33-48.
- Weiten, W. (1996), *Stress, Coping, and Health in: Handbook of Psychology*, Brooks/Cole Company.
- Williams, D. R. (1994), *The measurement of religion in epidemiologic studies*, In: Levin J. S., ed. *Religion in aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*, Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, pp.125-148.
- Wulff, D. M. (1997), *Psychology of religion*, 2nd edition, John Wiley & Sons Inc.
- Young, J. S. et al. (2000), "The Moderating Relationship of Spirituality on Negative Life Events and Psychological Adjustment", *Journal of Counseling and Value*, 45 (1): pp.49-58.