

مقدمه

آثار به‌جا مانده از تمدن‌های کهن، به روشنی نشان می‌دهد که دین‌داری از مؤلفه‌های اصلی زندگی بشر در همه دوران بوده است. مذهب و دین عنصری جدایی‌ناپذیر از فرهنگ انسانی در تمام ادوار است (بوش (Bush) و همکاران، ۱۹۸۲، ص ۱۲). پیوند نزدیک جامعه و دین موجب می‌شود دستورات و قوانین دین بر زندگی خانوادگی، اشتغال و نحوه حکومت در جامعه تأثیر بگذارند (ویر (Weir)، ۲۰۱۰، ص ۲۲). دین‌شناسان نیز معتقدند: که دین و دین‌داری همزاد و همراه انسان بوده و هیچ جامعه‌ای، حتی جوامع کوچک و ابتدایی، بدون تعلقات دینی نبوده است (بوبر (Buber)، ۲۰۰۹، ص ۲۸). درحالی‌که در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، برخی صاحب‌نظران پیش‌بینی می‌کردند با پیشرفت علم و تکنولوژی، به تدریج دین و دین‌داری از صحنه زندگی آدمی حذف خواهد شد، اما یک‌بارہ قرن بیستم شاهد بزرگ‌ترین تحولات انسانی بر پایه دین بود. از آن جمله، می‌توان انقلاب اسلامی ایران را نام برد که در ربع چهارم قرن بیستم، به‌طور کامل بر پایه باورهای دینی شکل گرفت (فرناندز (Fernandez)، ۲۰۰۴، ص ۱۵). موضوع دین مورد بحث روان‌شناسان و محققان پیشگامی همچون جیمز (۱۹۲۹)، فروید (۱۹۰۷) و یونگ (۱۹۶۱) و برخی روان‌شناسان معاصر (از جمله اسپیلکا و هود، ۲۰۰۳، ص ۳۱) بوده است. برای دین، معانی اصطلاحی متعددی بیان شده است. در تعریف برگزیده، دین مجموعه‌ای است از باورهای قلبی و رفتارهای عملی متناسب با آن باورها (مصباح، ۱۳۸۰، ج ۳، ص ۱۰). رابطه دین‌داری و پابندی مذهبی، با متغیرهای گوناگونی مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش‌ها، رابطه مثبت و معنادار این متغیر با سلامت روان (رجایی و همکاران، ۱۳۸۸؛ بارزون (Burzun)، ۲۰۰۶، ص ۲۲)، شادکامی (آزموده و همکاران، ۱۳۸۶؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۱۳)، رضایت از زندگی (عبدالله‌پور و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۵۴)، احساس بهزیستی (هادیانفرد، ۱۳۸۴، ص ۴۹)، هوش هیجانی (توسلی و مرشدی، ۱۳۸۳، ص ۵۲)، سازش‌یافتگی (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸، ص ۷۸)، اعتماد به‌نفس (کیم و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۱۹)، هیجان مثبت مانند خوش‌خلقی، مهربانی، توجه و آرامش (پترسون و همکاران، ۲۰۱۱، ص ۵۳) و خودمهارگری و تسلط بر احساس درماندگی (پارگامنت (Pargament) و همکاران، ۲۰۱۱) را مورد تأیید قرار داده‌اند. رابطه منفی و معنادار این متغیر، با بحران هویت (رجایی و همکاران، ۱۳۸۸، ص ۲۰)، اختلال‌های روانی (بهرامی و تاشک، ۱۳۸۳)، و روان‌پریش‌خویی، نوروزگرایی (بهرامی‌احسان و پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۸) نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و تحول اخلاقی

حسن اعتصامی‌نیا / کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات ساوه، گروه روان‌شناسی، ساوه، ایران
hasanetesaminia@yahoo.com

رحیم ناروئی نصرتی / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی ❀

محمدرضا احمدی / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی ❀

دریافت: ۱۳۹۲/۸/۷ - پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۰

چکیده

هدف این پژوهش شناسایی رابطه جهت‌گیری مذهبی با تحول اخلاقی و سلامت روان می‌باشد. بدین‌منظور، به روش توصیفی-همبستگی نمونه‌ای شامل ۳۸۴ نفر (۱۹۲ پسر و ۱۹۲ دختر) با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای، از میان دانش‌آموزان دوره دبیرستان شهرستان قم در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۱ انتخاب شد. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های جهت‌گیری دینی، تحول اخلاقی و «SCL-90-R» جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS، آزمون همبستگی و رگرسیون گام‌به‌گام، تجزیه و تحلیل گردید. نتایج نشان داد که سلامت روان، رابطه مثبت و معناداری با جهت‌گیری دینی و تحول اخلاقی دارد. همچنین جهت‌گیری مذهبی، جنسیت و پایه تحصیلی می‌توانند سلامت روان را پیش‌بینی کنند. این یافته‌ها، نشان می‌دهد که با تقویت جهت‌گیری دینی و تشویق به تحصیل، می‌توان سلامت روان بیشتری برای افراد جامعه فراهم نمود.

کلیدواژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی، تحول اخلاقی، سلامت روان.

یونگ معتقد است: تمامی مذاهب و حتی انواع بدوی آن، با آیین‌ها و مراسم خود، نوعی روان‌درمانی هستند که رنج‌های روانی و جسمی انسان را بهبود می‌بخشند (آذربایجانی، ۱۳۸۹، ص ۲۲). قدرت محافظتی مذهب، که ابتدا توسط دورکهایم مطرح شد، بعدها توسط راف، جیمز، یونگ، فرانکل و فروم مورد تأیید قرار گرفت. دو مکانیسم موجود در رفتارهای مذهبی، یعنی «آرام‌سازی» و «تخلیه هیجانی» نیز از عوامل اصلی تأثیرگذار بر بهداشت روانی می‌باشد (آذربایجانی و موسوی‌اصل، ۱۳۹۱، ص ۳۲). احتمالاً تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روانی، به دلایل زیر می‌باشد: ۱. مذهب به مرگ و زندگی انسان معنا می‌بخشد؛ ۲. مذهب موجب امیدواری شده و خوش‌بینی افراد را افزایش می‌دهد؛ ۳. مذهب به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه‌خداایی دارد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند؛ ۴. مذهب نوعی سبک زندگی سالم‌تر برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامتی و بهداشت روانی تأثیر مثبت دارد (ویر، ۲۰۱۰، ص ۳۴).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را عبارت از: قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل مشکلات و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه و مناسب می‌داند (بوش و همکاران، ۱۹۸۲، ص ۲۸). امروزه برخلاف چند دهه قبل، که انسان را موجودی سه بعدی متشکل از زیست، روان و اجتماع می‌دانستند، بعد چهارمی هم بدان اضافه نموده‌اند و آن بعد روحی و یا معنوی است. در حقیقت، ترکیب انسان، رفتار انسان، سلامت انسان، بیماری انسان و سایر افعال و حالاتی که بر انسان حادث می‌گردد، ناشی از یک بعد خاص نیست، بلکه همه ابعاد چهارگانه با ترکیب و تأثیر متقابل بر هم، حالاتی را بر انسان حکم‌فرما می‌نماید (بوبر، ۲۰۰۹، ص ۳۶). آلن معتقد است: در بالا بودن سطح سلامت افراد، لازم است تمامی سطوح و ابعاد آن با یکدیگر هماهنگ و یکپارچه باشند. چاهن، سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان‌شناختی تعبیر می‌کند که عبارت است از: حداکثر اثربخشی و رضایت به‌دست‌آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می‌شود. او به پنج الگوی رفتاری درباره سلامت روان، چنین اشاره می‌کند: ۱. حس مسئولیت‌پذیری؛ ۲. حس اعتماد به خود؛ ۳. هدف‌مداری؛ ۴. ارزش‌های شخصی (فلسفه‌ای خاص، مبتنی بر اعتقادات، باورها و اهدافی که به سعادت و شادکامی خود یا اطرافیان می‌انجامد و خواهان افزایش مشارکت اجتماعی است)؛ ۵. فردیت و یگانگی (آلواردو (Alvarado) و همکاران، ۱۹۹۵).

یکی از عواملی که به‌طور روزافزون بر نقش آن در بهداشت روان و ارتقای سلامت روان تأکید می‌شود، عامل فرهنگ، و به‌ویژه جهت‌گیری مذهبی است (آذربایجانی، ۱۳۸۹، ص ۲۵). پژوهش‌های صورت‌گرفته از جمله (آلواردو و همکاران، ۱۹۹۵، ص ۱۲۰؛ آکلین (Akline)، ۱۹۹۸، ص ۲۳۸؛ بلات (Belat)، ۱۹۹۹، ص ۸۸؛ کالاپس (Calapess)، ۲۰۰۰، ص ۱۰۵)، حاکی از ارتباط و همبستگی مثبت بین ارزش‌های مذهبی با بهداشت روان در افراد است.

در عرصه اصول اخلاقی، مهم‌ترین عملکرد دین، حمایت از اخلاق است (اولسون، ۲۰۱۲، ص ۱۶). هیچ دینی نمی‌تواند مخالف عدالت، آزادی و سایر اصول اخلاقی باشد (الیاده، ۲۰۰۸، ص ۱۱). تربیت نیروهای دارای ارزش‌های درونی شده و با وجدان، یکی از عوامل اساسی پیشرفت و توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی هر جامعه است. آگاهی اخلاقی، باید به اصول و انگیزه درونی تبدیل شود، هدف نهایی، حصول به رفتار اخلاقی و ارزش‌هایی است که آگاهی اخلاقی و تفکر درباره تأثیر آن در تأمین بهداشت روانی آشکار است (بوبر، ۲۰۰۹، ص ۱۲).

بسیاری از دانشمندان و روان‌شناسان از جمله پیازه، کلبرگ، اریکسون، اوسر و آلکاینند سازه‌های روانی انسان را در چارچوب تحول بررسی کرده‌اند. بیشتر تحقیقات انجام‌شده در زمینه تحول اخلاق، از روش و نظریه‌های پیازه و کلبرگ الهام یافته است. آلن (۲۰۰۹) معتقد است: افرادی که در سطوح بالای تحول اخلاقی نظریه کلبرگ قرار دارند، نسبت به افراد سطوح پایین‌تر، خشونت کمتری نشان می‌دهند. این افراد در شرایط رقابت طبیعی برای پیروزی خویشتن‌داری، احترام متقابل و اطاعت از مقررات مرسوم، اعتدال و نرمی بیشتری از خود نشان می‌دادند، نسبت به افرادی که در مراحل پایین‌تر قرار دارند، خشونت کمتری دارند و دارای سلامت روانی بالاتری هستند (دوتران (Dutran)، ۲۰۰۹، ص ۱۹). در بررسی صاحبی (۱۳۶۹)، سطح رشد قضاوت اخلاقی در پسران عادی و تیزهوش تفاوتی نداشته و جنسیت در شرایط مساوی تعیین‌کننده نبوده است.

دین تکیه‌گاه محکمی برای اخلاق است. مرجعی اصیل برای آن به حساب می‌آید (اسپیلکا و همکاران، ۲۰۱۱، ص ۱۰). هدف نهایی، رسیدن افراد به رفتار و ارزش‌هایی است که آگاهی اخلاقی و تفکر درباره آنها در تأمین بهداشت روانی تأثیر آشکار دارد (بوبر، ۲۰۰۹، ص ۱۷). از سوی دیگر، اخلاق ریشه در شرایط اجتماعی و روان انسان داشته و از آنها ناشی می‌شود (توماس، ۲۰۱۰، ص ۱۸). سه رشته مهم روان‌شناسی شامل رشد، اجتماعی و شخصیت با مباحث کلی، چگونگی شکل‌گیری و تحول اخلاقی (نظریه کلبرگ) و آسیب‌شناسی شخصیت اخلاقی افراد و مطالعه تأثیری که تعاملات آدمی با

دیگران در نگرش و رفتار اخلاقی او دارد، هم جهت بوده، می‌توانند در گره‌گشایی از معضلات و معیارهای اخلاقی فردی و اجتماعی، به یاری علم اخلاق بیابند (گوریچ، ۲۰۰۹، ص ۲۵).

به دلیل اهمیت سطح دین‌داری و تحول اخلاقی و سلامت روان، این پژوهش به دنبال آن است که رابطه آنها را در میان دانش‌آموزان دبیرستانی در شهر قم و توان پیش‌بینی سلامت روان از روی تحول اخلاقی، جهت‌گیری مذهبی و برخی اطلاعات جمعیت‌شناختی، تفاوت متغیرها در میان دختران و پسران را مورد بررسی قرار دهد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان پسر و دختر دوره دبیرستان شهر قم در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۱ بوده‌اند. حجم نمونه بر اساس جدول کرچسی و مورگان (بیابانگرد، ۱۳۸۴، ج ۱، ص ۱۲۹)، معادل ۳۸۴ نفر می‌باشد که از میان نواحی چهارگانه شهرستان انتخاب شد. روش نمونه‌گیری، تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS همبستگی، رگرسیون گام به گام و آزمون t تجزیه و تحلیل شد.

ابزار پژوهش

الف. پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی: مقیاس جهت‌گیری مذهبی، توسط آذربایجانی (۱۳۸۲) تهیه شده است. پرسش‌نامه نهایی آن، مشتمل بر هفتاد سؤال و دارای دو زیرمقیاس عقاید-مناسک (R1) و اخلاق (R2) است. آذربایجانی (۱۳۸۲) ضریب آلفای کرونباخ R1 معادل ۰/۹۴۷، R2 معادل ۰/۷۹۳ و جهت‌گیری مذهبی کل (R) را معادل ۰/۹۳۶ گزارش نموده است. در بررسی روایی محتوای مقیاس، از راه جمع‌آوری نظرات کارشناسان اسلامی، میزان موافقت ۰/۷۷۵ به دست آمد (آذربایجانی، ۱۳۸۹، ص ۸۹).

ب. پرسش‌نامه تحول اخلاق: حداقل ۱۲ و حداکثر ۶۰ نمره دارد. متن اصلی این آزمون داستانی شبیه داستان کلبه‌گ (هاینز) است، اما به دلیل عدم هماهنگی اسامی آن با فرهنگ اسلامی-ایرانی و احتمال تأثیرگذاری بر قضاوت آزمودنی‌ها، همانند غلامی (۱۳۸۶) از داستان آشنا و قابل درک برای آزمودنی‌ها استفاده شد. از این رو، داستان «روزنامه دیواری»، که دانش‌آموزان در محیط دبیرستان‌ها با آن بسیار مواجه می‌شوند، استفاده شده است. این پرسش‌نامه از نوع لیکرت و دارای ۱۲ سؤال که سؤالات به صورت جملات خبری است و آزمودنی، باید گزینه موردنظر خویش را انتخاب کند. گزینه‌ها در طیف «خیلی کم یا اصلاً تا بسیار زیاد» قرار دارد. با توجه به تحقیقات انجام‌شده توسط مکنامی (Macnamy) (۱۹۷۸)

و بلازی (Belazy) (۱۹۸۰)، که جهت بررسی رابطه تحول اخلاقی با رفتار سازگارانه انجام شد، پایایی و روایی آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۶۳ و ۰/۷۳۴ به دست آمد. در تحقیق صفوری (۱۳۸۶)، که در شهرستان کرج در مناطق چهارگانه انجام گرفت، روایی و اعتبار آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، به ترتیب برابر ۰/۶۹ و ۰/۶۹۷ به دست آمد.

ج. پرسش‌نامه سلامت روان (SCL-90-R): شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی که فرم اولیه آن توسط -درگاتیس (Dergoties) و همکاران (۱۹۷۳)، برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی، بیماری‌های جسمی و روانی مطرح گردید. این آزمون ۹ بعد مختلف شامل شکایات جسمی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را دربر می‌گیرد.

پایایی و روایی تست، بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر، به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۷۷ توسط آنها گزارش شد. نتایج فراتحلیل ۴۳ پژوهش، که توسط ویلیامز و ماری انجام شد، میانگین «حساسیت» ۰/۸۴ و متوسط «ویژگی» ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین نتایج بررسی مقدماتی در کرمان توسط رضایی و رحمتی (۱۳۸۴)، نشان داد که حساسیت این آزمون در بهترین نمره برش ۳۴ برابر با ۰/۹۱/۵ و ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ می‌باشد. ضریب پایایی و روایی آن به روش آلفای کرونباخ در این مطالعه، به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۸ به دست آمد (توسلی و مرشدی، ۱۳۸۸، ص ۲۵).

یافته‌های پژوهش

برای بررسی رابطه میان متغیرهای پژوهش، از همبستگی پیرسون بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول (۱) قابل مشاهده است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی میان متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، تحول اخلاقی و سلامت روان

متغیر	۱	۲	۳
۱. جهت‌گیری مذهبی	۱		
۲. تحول اخلاقی	**۰/۲۲۸	۱	
۳. سلامت روان	**۰/۴۰۱	*۰/۱۶۰	۱

* p < 0.05, ** p < 0.01

چنان‌که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، همبستگی‌های میان سلامت روان، جهت‌گیری مذهبی و تحول اخلاقی، مستقیم و در دامنه $r = 0/16$ تا $r = 0/40$ معنادار ($P < 0/01$) است. به عبارت دیگر، با افزایش

نمره هر یک از متغیرها، نمره متغیرهای دیگر افزایش می‌یابد. برای پیش‌بینی سلامت روان از روی متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، تحول اخلاقی، جنسیت و پایه تحصیلی، داده‌ها با استفاده از روش رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج رگرسیون گام‌به‌گام جهت پیش‌بینی سلامت روان از روی متغیرهای مستقل

مدل	متغیرها	R	R ²	F	B	β	t	P
۱	جهت‌گیری مذهبی	۰/۴۰۱	۰/۱۶۱	۷۳/۳۱۸	۱/۰۹۳	۰/۴۰۱	۸/۵۶۳	۰/۰۰۰۱
	جهت‌گیری مذهبی	۰/۴۶۲	۰/۲۱۳	۵۱/۶۲۴	۱/۱۰۸	۰/۴۰۷	۸/۹۴۴	۰/۰۰۰۱
۳	جنسیت				۲۵/۷۰۲	۰/۲۲۹	۵/۰۲۷	۰/۰۰۰۱
	جهت‌گیری مذهبی	۰/۴۷۹	۰/۲۲۹	۳۷/۶۲۳	۱/۱۰۹	۰/۴۰۷	۹/۰۳۱	۰/۰۰۰۱
	جنسیت				۲۵/۷۰۳	۰/۲۲۹	۵/۰۷۲	۰/۰۰۰۱
	پایه تحصیلی				-۶/۳۲۱	-۰/۱۲۶	-۲/۷۹۰	۰/۰۰۰۶

در جدول ۲، ضریب تعیین و نسبت‌های تحلیل رگرسیون ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، جنسیت و پایه تحصیلی، با هم توانایی تبیین ۲۲/۹ درصد از واریانس تغییرات سلامت روان را به‌طور معنادار ($P < ۰/۰۱$) دارند. بر اساس نتایج مندرج در جدول، متغیر جهت‌گیری مذهبی، به تنهایی توانایی تبیین ۱۶/۱ درصد از واریانس سلامت روان را دارد. با اضافه شدن متغیر جنسیت، این میزان به ۲۱/۳ درصد و با اضافه شدن متغیر پایه تحصیلی به ۲۲/۹ درصد می‌رسد. بنابراین، با توجه به این نتایج، به نظر می‌رسد از میان متغیرهای مذکور، متغیر جهت‌گیری مذهبی، سهم بیشتری در پیش‌بینی سلامت روان دارد. برای بررسی معناداری تفاوت نمرات متغیرهای پژوهش در میان دانش‌آموزان دختر و پسر، از آزمون t مستقل استفاده شد که یافته‌های آن در جدول (۳) قابل مشاهده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تی جهت مقایسه میانگین نمره متغیرها بین دانش‌آموزان دختر و پسر

متغیرها	گروه	میانگین	آزمون t	
			P	t
جهت‌گیری دینی	دختر	۲۲۲/۱۰	۰/۶۵۲	۰/۴۵۱
	پسر	۲۲۱/۱۵		
تحول اخلاق	دختر	۳۵/۹۲	۰/۸۱۳	-۰/۲۳۷
	پسر	۳۶/۰۳		
سلامت روان	دختر	۳۵۴/۶۱	۰/۰۰۰۱	-۴/۳۸۹
	پسر	۳۷۹/۲۶		

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین نمرات جهت‌گیری مذهبی و تحول اخلاقی در میان دانش‌آموزان دختران و پسران معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$). اما میانگین نمره سلامت روان دانش‌آموزان دختر و پسر، با یکدیگر تفاوت معناداری دارد ($P < ۰/۰۱$)؛ بدین معنا که پسران نمرات بالاتری در متغیر سلامت روان کسب نموده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق نشان داد که میان متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، سلامت روان و تحول اخلاقی آزمودنی‌ها، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات رابرت (Robert) (۲۰۰۹)، اسمیت (Smite) و سگال (Segale) (۲۰۱۱)، توکلی (۱۳۸۳)، احمدی (۱۳۸۷)، بهرامی (۱۳۸۱)، چراغی و همکاران (۱۳۹۰)، بیکر (Bicer) و همکاران (۲۰۰۵)، فقیهی و مطهری‌طشسی (۱۳۸۷) و میرکمالی (۱۳۹۰) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: یاد خدا عاملی در جهت افزایش تحمل و مقابله افراد در برابر فشارها و سختی‌ها شده و میزان خودمهارگری و رشد اخلاقی افراد را افزایش می‌دهد. شاید بتوان گفت: با افزایش جهت‌گیری و ایمان مذهبی، فرایند خودکنترلی نیز ارتقا یافته، مانع از اثربخشی شرایط بیرونی یا جمعیت‌شناختی شده و سلامت روان حفظ می‌شود. به‌علاوه، انجام دستورات مذهبی و حضور در مراسم مذهبی، از عواملی هستند که می‌توانند در درمان و پیش‌گیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، اعم از نوروهای خفیف یا سایکوزهای شدید به کار رود (دلور، ۲۰۱۱، ص ۴۵). دین، تا حدودی به این علت که یکپارچگی شخصیت را فراهم می‌سازد، از منابع حفظ و ارتقا سلامت روان محسوب گردد. سازوکار تأثیر مذهب در حل مشکلات روان‌شناختی و سازش‌یافتگی، مبتنی بر عوامل متعددی است که می‌توان به برخی از آنها مانند: «تسهیل‌های اجتماعی»، «معنادهی به زندگی»، «ارائه الگوهای دلبستگی و جدایی»، «تشویق و تنبیه»، «آیین‌های مذهبی»، «پرورش عقلانی»، «هویت‌بخشی» و «نظم اجتماعی و فردی» اشاره کرد (آموز، ۱۹۹۹، ص ۱۵). می‌توان به این موارد، موارد دیگری مانند «وحدت‌یافتگی روانی» (طهرانی، ۱۳۸۷، ص ۴۵)، «تخلیه هیجانی در دعا»، «تقویت رفتار از طریق اعتقاد به معاد و قیامت»، «صدور رفتار از طریق عمل به احکام و انجام عبادات» (مصباح، ۱۳۷۶، ص ۱۵)، مضاعف نمودن منابع مهار رفتار شامل منبع مهار درونی (عقل) و منبع مهار بیرونی (قرآن و سنت) (جان‌بزرگی، ۱۳۷۳، ص ۸۳) را افزود. علامه طباطبایی، در توضیح کلمه «سکینه»، آن را از ماده سکون به

معنای آرامش دل دانسته‌اند؛ آرامشی که انسان در عزم و اراده خود دارد و هیچ‌گونه اضطراب و نگرانی به خود راه نمی‌دهد (طباطبایی، ۱۳۷۲، ج ۲، ص ۱۳۵). وی شخص مؤمن را همچون کسی می‌داند که بر تکیه‌گاهی استوار و پایه‌ای ویران‌نشدنی تکیه زده و امور خود را بر معارف حقّه و اعتقادات غیرقابل شک و شبهه مبتنی ساخته است. او در کارها، طبق فرمان الهی اقدام می‌کند و چیزی را متعلق به خودش نمی‌داند، تا ترس از بین رفتن آن را داشته باشد. شخص مؤمن از فقدان چیزی اندوهگین نمی‌شود و برای تشخیص خیر و شر، دچار اضطراب و دودلی نمی‌گردد. در ادامه، ایشان شخص بی‌ایمان را همچون افراد بی‌سرپرستی می‌داند که به کارشان رسیدگی نمی‌شود و خیالات و احساسات شوم، از هر سو، بر آنها حمله کرده، آنان را دچار اضطراب شدید می‌کند (صفورایی، ۱۳۸۶). دین حقیقی نیز دارای عقایدی درست و مطابق با واقع بوده، اصول و رفتارهای اخلاقی را مورد توصیه و تأکید قرار می‌دهد که از ضمانت کافی برای صحت و اجرا برخوردار بوده، سلامت و آرامش روانی برای افراد به همراه دارد (پرنگیه، ۲۰۱۱، ص ۱۹).

اخلاق، آرامشی عمومی در ابعاد جسمی و روانی به افراد می‌دهد. این امر موجب افزایش سلامت روانی آنان می‌شود (واتسون Watson) و همکاران، ۱۹۹۷). از نظر هرگنهان و السون (۱۳۸۲)، معیارهای اخلاقی از طریق تعامل با الگوها رشد می‌کند. این بدین معناست که همزمان با رشد دین‌داری، تعامل فرد با الگوهای دینی افزایش یافته و در این فرایند به تحول‌یافتگی بیشتری در حوزه اخلاق دست می‌یابد. ضمن اینکه تحول اخلاقی، سازش‌یافتگی فرد با خود، افراد پیرامون و موقعیت‌ها را ایجاد می‌کند (گلیکان Gelican)، ۱۹۹۲، ص ۵۰؛ جان (John)، ۲۰۱۰، ص ۳۵؛ رابرت، ۲۰۰۹، ص ۵۵؛ میکرز (Makers) و همکاران، ۲۰۰۵، ص ۲۵۰) و از این مسیر، سلامت روانی را تأمین می‌کند.

دومین نتیجه این تحقیق، نشان داد که جهت‌گیری مذهبی، با توان خوبی (۲۲/۹ درصد)، سلامت روانی آزمودنی‌ها را پیش‌بینی می‌کند. نتایج تحقیقات بیکر و همکاران (۲۰۰۵)، چراغی و همکاران (۱۳۹۰)، رضازاده (۱۳۸۹)، توریل (Torile) و همکاران (۲۰۰۸) و میرکمالی (۱۳۹۱) همسو با این یافته می‌باشد. برای تبیین این یافته، علاوه بر نکاتی که در تبیین یافته قبل بیان شد، می‌توان گفت: احکام و فرامین مذهبی ممکن است بر دو شکل بر سلامت روانی اثر بگذارند: رفتارهای فردی را شکل دهند و نگرش نسبت به دیگران را تغییر دهند. همچنین می‌توانند سلامت کلی را با تشویق رفتارهای سالم بهبود بخشند و به بهبود سلامت جسمی، بهبود کلی رفاه و سلامت روانی کمک کنند. در مورد جنسیت نیز می‌توان گفت: نرخ کلی اختلالات روانی برای مردان و زنان

تقریباً یکسان هستند. اما تفاوت قابل توجهی در الگوی بیماری‌های روانی می‌توان یافت؛ زنان بیشتر از مردان تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و موقعیت زندگی در معرض خطرات سلامت روانی قرار دارند. تجربه پریشانی عاطفی، خشونت جنسی، خشونت خانگی، فشارهای ایجادشده توسط نقش‌های متعدد خود و تبعیض‌های جنسی علیه زنان بیشتر است. در مورد تحصیلات نیز احتمالاً سواد کم و سطح پایین آموزش و پرورش و در نتیجه، برخورداری کم از اندوخته آگاهی و مهارت مقابله، مشکلات اجتماعی و روانی عمده‌ای به وجود می‌آورد. تحصیلات، فراتر از کسب اطلاعات، مهارت‌های خاصی را فراهم می‌کند که ریسک را کاهش داده، کیفیت زندگی را بهبود می‌دهد که منجر به سلامت روانی بیشتر می‌شود.

سومین یافته این تحقیق، حکایت از آن دارد که تنها تفاوت نمرات سلامت روان در میان دانش‌آموزان دختر و پسر معنادار است (جدول ۳). این یافته، با نتایج تحقیق نجار اصل (۱۳۹۰) ناهمسو و با نتایج پژوهش پیازه (Piage) (۱۹۳۲)، کلبگ (Cohlberg) (۱۹۸۴)، گیبس (Gibbs) و همکاران (۲۰۰۷)، چراغی (۱۳۸۳)، خانه‌کشی (۱۳۸۸)، اولسون (۲۰۱۲) و رضایی و همکاران (۱۳۸۹) همسو است. در تبیین این یافته، می‌توان گفت: زنان به علت غلبه بعد هیجانی، نسبت به مردان که تحت تأثیر غلبه بعد منطقی هستند، در موقعیت‌های تنش‌زا بیشتر آسیب می‌بینند.

محدودیت‌های پژوهش: وجود تفاوت در سطح تحصیلات، نگرش‌ها و سبک تربیتی والدین و عوامل گوناگون مؤثر بر نتایج تحقیق، همچون عوامل فرهنگی - محیطی تعمیم نتایج را با اشکال مواجه می‌سازد.

پیشنهادات: انجام پژوهش با کنترل متغیرهایی چون سطح تحصیلات، نگرش‌ها و سبک تربیتی والدین و عوامل فرهنگی - محیطی، پژوهش دقیق‌تری را عرضه خواهد نمود.

- ادلین، جونز، وولف، بیلر و یونگ، منسن، ۱۹۹۹، *کاربرد روان‌شناسی در تربیت فرزندان*، ترجمه پروین کدیور، تهران، مرکز نشر دانشگاهی.
- آمونز، جان، ۱۹۹۹، *چشم‌اندازهای نو در دین*، ترجمه رضا محمدی، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.
- احمدی، رضا، ۱۳۸۷، «مقایسه جهت‌گیری مذهبی، سلامت روانی و مراحل تحول اخلاقی در میان دختران و پسران بزه‌کار استان سیستان و بلوچستان»، چکیده مقالات دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روانی، قم، موسسه فرهنگی طه.
- آذربایجانی، مسعود و سیدمهدی موسوی اصل، ۱۳۹۱، *درآمدی بر روان‌شناسی دین*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- آذربایجانی، مسعود، ۱۳۸۹، *تهیه و ساخت آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- آزموده و همکاران، ۱۳۸۶، «بررسی ارتباط مکانیسم‌های دفاعی با سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی»، *معرفت*، ش ۴۴، ص ۷-۱۳.
- اسپیکلا و همکاران، ۲۰۱۱، *روان‌شناسی دین*، ترجمه محمد دهقانی، تهران، رشد.
- آلستون و همکاران، ۲۰۰۹، *دین و چشم‌اندازهای نو*، ترجمه احمد توکلی، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.
- آن، دیوید، ۲۰۰۹، *اخلاق*، ترجمه باوند بهپور، تهران، چشمه.
- الیاده میرچا، ۲۰۰۸، *دین پژوهی*، ترجمه بهاء‌الدین، تهران، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- اولسون، وین، ۲۰۱۲، *تجربه دینی*، ترجمه رضا یزدانی، قم، مؤسسه فرهنگی طه.
- برگسن، هانری، ۲۰۱۰، *دو سرچشمه اخلاق و دین*، ترجمه اسماعیل حبیبی، تهران، شرکت سهامی انتشار.
- بشارت، حسین و همکاران، ۱۳۸۰، *مقایسه جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) با سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روان در میان دبیران زن استان همدان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی ایران.
- بهرامی احسان، هادی و آناهیتا تاشک، ۱۳۸۳، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، سال سی و چهارم، ش ۲، ص ۲۲-۳۱.
- بهرامی احسان، هادی و مرضیه پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۸، «رابطه پایبندی به اعتقادات مذهبی با سلامت روانی و هویت‌یابی مذهبی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارجاسب»، *معرفت*، ش ۴۸، ص ۲۵-۳۲.
- بهرامی احسان، هادی، ۱۳۸۱، *رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، پایگاه اطلاعات علمی.
- بوبر، مارتین، ۲۰۰۹، *کسوف خداوند (مطالعه رابطه بین دین و فلسفه)*، ترجمه عباس کافان، تهران، فرزاد.
- بیابانگرد، اسماعیل، ۱۳۸۴، *روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، تهران، دوران.
- پترسون، ماریو و همکاران، ۲۰۱۱، *عقل و اعتقاد دینی (درآمدی بر فلسفه دین)*، ترجمه احمد نراقی و ابراهیم سلطانی، تهران، طرح نو.
- پرنگیه، ژان کلود، ۲۰۱۱، *تاریخ روان‌شناسی*، ترجمه علی محمد کاردان، تهران، نشر دانشگاهی.

- توسلی، مطهره و منصور مرشدی، ۱۳۸۸، *بررسی جایگاه معنویت در الگوهای عمده سلامت روان در میان نوجوانان و بزرگسالان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- توکلی، احمد، ۱۳۸۳، *بررسی اشتراکات اخلاقی در میان ادیان مختلف و سلامت روان پیروان آنان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشکده فلسفه و تعلیم و تربیت دانشگاه تربیت مدرس.
- توماس، لیکونا، ۲۰۱۰، *چگونه فرزندان خوب تربیت کنیم*، ترجمه مهدی قراچه‌داغی، تهران: روشن‌گران.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، *بررسی اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت «آموزش خودمهارگری» با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- چراغی، محمد و همکاران، ۱۳۹۰، *بررسی رابطه ایمان و توکل به خدا با سلامت روان و فرهنگ*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- چراغی، مونا و همکاران، ۱۳۸۳، «رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان»، *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ش ۲، ص ۱-۲۲.
- حسینی، سیدابوالقاسم، ۱۳۸۴، *اصول بهداشت روانی، بررسی مقدماتی اصول انقلاب بهداشت روانی، روان‌درمانی و برنامه‌ریزی در مکتب اسلام*، مشهد، آستان قدس رضوی.
- خانه‌کشی، علی، ۱۳۸۸، «رابطه التزام عملی به اعتقادات مذهبی با سلامت روانی و هویت‌یابی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان»، *معرفت*، ش ۴۶، ص ۴۵.
- دلور، ژاک، ۲۰۱۱، *یادگیری گنج درون*، ترجمه رضا رئوف و همکاران، تهران، تزکیه.
- دوتران، رابرت، ۲۰۰۹، *پیشرفت مدارس در پرتو تحول روش‌های آموزش و پرورش*، ترجمه محمود منصور، تهران، رشد.
- رجایی، رضا و همکاران، ۱۳۸۸، «ارتباط نگرشی مذهبی با امکان کنترل و نقش هوش هیجانی»، *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ش ۸، ص ۱۹-۲۵.
- رضازاده، حسین، ۱۳۸۹، *بررسی رابطه سلامت روان با فرهنگ، سن، جنس و تحصیلات والدین*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- رضایی، علی و همکاران، ۱۳۸۹، *بررسی رابطه دعا و نیایش سلامت روان و جنسیت در میان نوجوانان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- صاحبی، علی، ۱۳۶۹، *بررسی رابطه رشد قضاوت اخلاقی نوجوانان تیزهوش و عادی با جنسیت*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- صاحبی، علی، ۱۳۸۹، *رابطه تحول اخلاقی نوجوانان با جنسیت و نگرش‌های تربیتی والدین*، پایان‌نامه کارشناسی، روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- صفورایی، محمدمهدی، ۱۳۸۶، «ایمان به خدا و نقش آن در کاهش اضطراب و تحول اخلاق»، *معرفت*، ش ۷۵، ص ۱۱-۱۵.

- Bicer, S, & et al, 2005, "Religious commitment And Mental Health And Moral Development", *Journal Of The India Acedemy Of Applied Psychology*, v. 52, p. 66-68.
- Burzun, j, 2010, *James William, In the Encylo Pedia of Religion*, E: Mircea Eliade, Macmillian.
- Bush, Richard C, & et al, 1982, *The religious world: Communities of Faith*, New York, Macmillan Publishing co. Inc.
- Calapess, J, 2000, Alternation in immunocompetence during stress, bereavement and depression, focus on neuro endocrine regulation, *American Journal of Psychiatry*, v. 50, p. 102-117.
- Dergoties, K, & et al, 1973, Scl-90-R Outpatients PsychiatRic Rating scale Prelimnary Report, *Psyco Pharmacology Bull*, v. 15, p. 13-27.
- Fernandez, G.P, 2004, *Encyclopedia of religion and war*, New York, London, Routledge.
- Gelican, C, 1992, *In A Different Voice: Sex Difference In The Expression Of moral Judgment*, Cambridge, Mass: Harward University Press.
- Gibbs, J. C, & et al, 2007, Moral judgment development across cultures, *Developmental Review*, v. 27, p. 443-500.
- John, 2010, *The Cambridge Illustrated History of Religions*, United Kingdom: Campridge University press.
- Jung, C. G, 2009, *Modern Man In Search Of A Soul*, New York, Penguin Book.
- Kohlberg, L, 1984, *Essays on cognitive development and the psychology of moral development*, New York, Harper.
- Macnamy, F, 1978, *Moral Juvgment Related To Sample Characterisitics*, Unpublished Manuscript, University of Minnesita.
- Makers, Q. A, & et al, 2005, Delinquency and moral reasoning in adolescence and young adulthood, *International Journal of Behavioral Development*, 29, 3, p. 247-258.
- Pargament, K. L, 2011, God Help Me (L). Religious Coping Effort s As Predictors Of The Out Comes To Significant negative Life Events, *American Journal of Community Phsycology*, v. 18, p. 793-824.
- Piaget, J, 1932, *The moral judgment of the child*, New York, Free Press.
- Robert, k, & et al, 2009, Mental Health And Moral Development, *Journal Of Psychology And Thology*, v. 23, p. 52-54.
- Smite, M, & Segale, K, 2011, Religiosity And Mental Health: A Meta_Analysis of Recent Studies, *Journal For The Scientific, Study of Religion*, v. 32, p. 42- 45.
- Torile, P, & et al, 2008, *Mental Health And Mental Disorder: A Sociolpgical Approach*, U.K. London. Brad Ford, p. 626-650.
- Vinike, R, & et al, 2011, Prayer In The Lives Of Late Adolescents, *Journal Of Adolescence*, v. 34, p. 279-385.
- Watson, B, & et al, 1997, The evolution Of Happiness, *American Psychologist*, v. 55(1), p. 15-23.

- طباطبایی، سیدمحمدحسین، ۱۳۷۲، *تفسیر المیزان*، قم، مؤسسه نشر اسلامی.
- طهرانی، محمد، ۱۳۸۷، *بررسی رابطه سلامت روان با فرهنگ، مذهب، جنس و سن*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- عبدالله‌پور، فرهاد و همکاران، ۱۳۹۰، *بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با خودکنترلی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان.
- فرانکل، ویکتور، ۱۳۹۲، *انسان در جست‌وجوی معنا*، ترجمه محمدرضا خوشدل، تهران، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- فقیهی، علی‌نقی و جمشید مطهری‌طشی، ۱۳۸۷، «افسردگی، رویکرد اسلامی در سبب‌شناسی و فرایند درمان»، *معرفت*، ش ۸۴، ص ۱۸-۲۵.
- کاسیرز، ارنست، ۲۰۰۸، *فلسفه روشنگری*، ترجمه یدالله موفق، تهران، نیلوفر.
- کیم، ریچارد و همکاران، ۲۰۰۴، *تجربه دینی*، ترجمه عباس یزدانی، قم، مؤسسه فرهنگی طه.
- گوریچ، ژرژ و همکاران، ۲۰۰۹، *روان‌شناسی جمعی و روان‌شناسی اجتماعی*، ترجمه عباس کاردان، تهران، دانشگاه تهران.
- مصباح، محمدتقی، ۱۳۷۶، *راهنما و راهنماشناسی*، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- ، ۱۳۸۰، *معارف قرآن*، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- میرکمالی، محمود، ۱۳۹۱، *بررسی رابطه سلامت روان با فرهنگ، جنس و سن*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- نجار اصل، صدیقه، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه بین نگرش مذهبی با مفهوم از خویشستن و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان»، *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ش ۳، ص ۱۱.
- ویر، رابرت، ۲۰۱۰، *جهان مذهبی*، ترجمه عبدالرحیم گواهی، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- هادیانفرد، مجتبی، ۱۳۸۴، *ایمان به خدا و نقش آن در کاهش افسردگی و رشد هویت فردی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- هرگنهان، بی.آر. و متیواج. السون، ۱۳۸۲، *مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری*، ترجمه علی‌اکبر سیف، تهران، دوران.
- Akline, O, 1998, Healing From Within Spirituality And mental Health, *Advancesin Psychiatric Treatment*, v. 8, p. 235-254.
- Alvarado, K. A, & et al, 1995, The Relationship of 204 Religious Variables to Death Anxiety, *Journal of Clinical Psychology*, v. 25, p. 118-122.
- Belat, P, 1999, "Moral Development And Psychological Variables", *Journal Of Psychology And Thology*, v. 12, p. 85-92.
- Belazy, S, 1980, "Noral Cognition And Moral Action: A Theoretical Perspective", *Development Review*, v. 3, pl. 178-210.