

## فرا تحلیل رابطه گرایش مذهبی با سلامت روان

ابوالقاسم یعقوبی<sup>۱</sup>

اکبر عروتی موفق<sup>۲</sup>

علی اصغر چگینی<sup>۳</sup>

سروه محمدزاده<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۴/۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۳۱

### چکیده

مقدمه: پژوهش‌های متعدد ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان و حتی سلامت جسمی را نشان داده‌اند. روی‌آوری پژوهشگران به مذهب و تأثیرات روانشناختی آن رو به افزایش بوده است. در این خصوص فراتحلیل با یکپارچه کردن نتایج حاصل از انجام تحقیقات مختلف میزان ارتباط بین متغیرها رامشخص می‌کند. پژوهش حاضر برآن است تا با استفاده از الگوی پژوهشی فراتحلیل میزان ارتباط گرایش مذهبی با سلامت روان را مورد بررسی قرار دهد. روش: با بررسی پیشینه از میان تمام پژوهش‌های مرتبط با رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان که در نشریات علمی پژوهشی فارسی چاپ شده‌اند تعداد ۱۰ پژوهش را که از لحاظ روش شناختی مورد پذیرش بود انتخاب و فراتحلیل روی آن‌ها انجام گرفت. ابزار پژوهش عبارت از چک لیست فراتحلیل بود و از روش اندازه اثر کوهن برای دستیابی به مقدار ارتباط کلی استفاده شد. یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان اندازه اثر رابطه گرایش مذهبی با سلامت روان برابر با ۰/۴۲۸ به دست آمد که با تبدیل متوسط  $d$  به مقدار  $Z$  دریک منحنی توزیع نرمال مطابق ملاک کوهن مقدار بالایی است. بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط بالای بین گرایش مذهبی و سلامت روان می‌توان برنامه‌های متناسب با گرایش مذهبی افراد جهت ارتقای سلامت و درمان اختلالات تدوین نمود.

واژگان کلیدی: گرایش مذهبی، سلامت روان، فراتحلیل، اندازه اثر.

۱. دانشیار روانشناسی دانشگاه بوعلی سینا (نویسنده مسئول) yaghobi41@yahoo.com

۲. استادیار معارف دانشگاه بوعلی سینا همدان.

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه بوعلی سینا همدان.

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه بوعلی سینا همدان.

## مقدمه

یکی از مباحث ضروری و همواره مورد بحث پیچیده انسان که قدمتی به اندازه هستی وی دارد، مفهوم سلامتی است. با وجود آن که متخصصان، تعاریف متعددی از مفهوم سلامتی ارائه کرده‌اند، همه آن‌ها موضوع مشترکی دارند و آن "مسئولیت درقبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم" است. (مرادی، قلم کاریان، حیرت، ۲۰۱۳) تعاریف مربوط به مفهوم سلامتی از الگوهای پدید آمده‌اند که جزء اعتقادات دانشمندان مختلف بوده‌اند: الگوی پزشکی که سلامت را فقدان علائم بیماری شناختی می‌داند، الگوی محیطی که بر حسب کیفیت سازش فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است، و الگوی کلی نگر که سلامت را بر حسب کلیت شخص و نه بر اساس بخش بیماری از بدن تعریف می‌کند. رواج الگوی کلی نگر و افزایش پیروان این دیدگاه باعث شده که به مفهوم سلامت از منظری متفاوت و ابعاد گوناگون جسمانی، هیجانی، عقلی، اجتماعی، معنوی و روانشناختی نگریسته شود. هر کدام از این ابعاد دارای معنی و مفهوم متناسب با سازه‌های نظری مربوط به خود هستند (میسی، ۲۰۱۰).

سلامت روان نیز مانند مفهوم کلی سلامت دارای تعاریف متعددی است. برخی از روانشناسان مفهوم سلامت روان را " ادراک مثبت فرد از رویدادها و شرایط مختلف زندگی " دانسته‌اند. رایف<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) یک الگوی چند بعدی از سلامت روان را تعریف و تدوین کرده‌اند که شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودپروی، غلبه بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی می‌دانند. صرفنظر از دیدگاه‌ها و تعاریف به تبع مختلف از سلامت روان، مشخص شده که عوامل متعددی بر آن مؤثر، یا با آن مرتبط‌اند. یکی از این عوامل گرایش و جهت‌گیری مذهبی<sup>۲</sup> افراد است (تبرایی، فتیحی آشتیانی، رسول زاده طباطبایی، ۱۳۷۹).

مذهب به عنوان یک پدیده روانی - اجتماعی همواره مورد توجه روان‌شناسان و جامعه‌شناسان بوده است و در چند دهه اخیر با گسترش مباحث مربوط به استرس و سلامت روانی، نقش مذهب به عنوان تعدیل کننده، توجه بسیاری از روان‌شناسان را برانگیخته است (بهرامی احسان،

---

1. Ryff

2. religious orientation

(۱۳۸۱). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند<sup>۱</sup> که مذهب به صورت اختصاصی و معنویت و معناداری در زندگی با سلامت روان، تاب آوری در هنگام ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی و به عنوان یک پیش آگهی خوب برای درمان و عامل محافظت کننده در برابر عود بیماری‌ها ارتباط معنادار دارد (عقیلی و عالی نیا، ۲۰۱۲؛ خدابخشی، رحیمی کیا و جعفری، ۱۳۹۳)

اعتقاد بر این است که در ایمان به خدا، نیروی خارق العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان متدین می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک کرده و اضطراب و نگرانی او را کاهش می‌دهد. ویلیام جیمز معتقد است، ایمان بدون شک مؤثرترین درمان اضطراب و نیرویی است که باید برای کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد. فقدان ایمان، زنگ خطر است که ناتوانی انسان را در برابر سختی‌های زندگی اعلام می‌دارد (نجاتی، ۱۹۹۸).

به نظر بنیامین راش<sup>۲</sup> «مذهب آن قدر برای پرورش سلامت روح و روان اهمیت دارد که هوا برای نفس». مذهب به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی را، به خصوص حوادث دردناک و اضطراب انگیز را بفهمد. دین به مؤمنان و معتقدان خود می‌آموزد که چگونه با مجموعه عظیم جهان که پیش روی فرد شکل گرفته و قوانین خود را بر او تحمیل می‌کند سازگاری<sup>۳</sup> یابد (کاسیرز<sup>۴</sup>، ۱۹۶۲، ترجمه: موفق، ۱۳۷۰). مذهب از نظر روان‌شناسان یک عامل انگیزشی است. اکتل<sup>۵</sup> مذهب را نسبت به کشاننده‌های اساسی، یک انگیزش نوعی می‌داند. از نظر اسپیرو<sup>۶</sup> مذهب اساس نیازهای انسانی است. بسیاری از افراد پاسخ‌های مذهبی را بیش از پاسخ‌های روان‌شناسی می‌پذیرند. اصول، عقاید و سنت‌های مذهبی حائز اهمیت هستند و حقایق را در خصوص ماهیت انسان مطرح می‌کنند. شاید معلمان و دبیران مذهبی، متخصصان رشته الهیات و روحانیون از دانش و تخصصی برخوردار باشند که روان‌شناسان فاقد آن‌ها هستند. انطباق این دو از وظایف روان‌شناسی مذهب می‌باشد.

1. Rush
2. Adaption
3. Kasierz
4. kattel
5. Espiro

با وجود آن که روان‌شناسی و مذهب در معنی بخشیدن به زندگی هم سو می‌باشند؛ پاسخ‌های مذهبی برای افراد مذهبی بیش از پاسخ‌های روان‌شناسی قابل پذیرش است (بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳). پژوهش‌های مرتبط با رابطه مذهب و سلامت روان در دو دهه گذشته نشان داده‌اند افراد مذهبی در مقایسه با غیر مذهبی‌ها از سلامت روان بیشتری برخوردارند (کوئیننگ، ۲۰۱۲) و رضایت زندگی بالاتری (نونبی و جنیفر، ۲۰۰۵) دارند.

«آلپورت»<sup>۱</sup> گرایش مذهبی را به دو دسته درون‌نگرانه و برون‌نگرانه تقسیم می‌کند در مسائل مذهبی، جهت‌گیری مذهبی برون‌گرایانه روشی است که بر اساس آن فرد از نام مذهب، حرکات مذهب و در مجموع از کل مذهب به منظور ارضاء نیازهای مختلف خود استفاده می‌کند. مذهب ممکن است برای رسیدن به مقام، کسب مقبولیت در خانواده و یا جامعه، بالا بردن اعتماد به نفس یا توجیه اعمال، مورد استفاده قرار گیرد و معتقد است یکپارچگی و سلامت روانی تنها در گرو جهت‌گیری مذهبی، از نوع درون‌گرایانه است، با اتکاء به این سیستم ارزشی انسان وحدت و یکپارچگی روحی و روانی را تجربه کرده و زمینه را برای تعالی و تکامل مهیا می‌سازد، (نجم عراقی، ۱۳۷۹).

مذهب درونی با فرد زندگی می‌کند و این‌طور نیست که او از این مذهب استفاده کند. یعنی حیات و زیست و زندگی فرد در دین و مذهبش می‌باشد. مذهب برای چنین فردی ضروری نیست، مذهب برای او حتی انتخاب هم نیست، بلکه مذهب برای او جبر است؛ حیات است. اگر بخواهیم تشبیه کنیم، مثل آب است برای ماهی. فردی که جهت‌گیری مذهبی او درونی است، به جای به خدمت خود در آوردن مذهب بیشتر در صدد خدمت به مذهبش می‌باشد (همان منبع). جهت‌گیری مذهبی درونی، در واقع یک تعهد انگیزشی فراگیر است. بنابراین مذهب برای فردی با جهت‌گیری مذهبی درونی تعهدی است که برانگیزاننده و سرچشمه تمام تفکرات و حالات و رفتار خارجی اوست. به این معنا که هر کاری که فرد انجام می‌دهد و هر حال و تفکری که دارد در ارتباط با عقیده مذهبی‌اش است (نجم عراقی، ۱۳۷۹).

---

1. Alport

فرد مذهبی کسی است که دائماً در مسیر خلق یک تجربه ارزشی که او را به عالی‌ترین شکل ممکن و به طور صددرصد کامل ارضاء کند، می‌باشد. بالاترین ارزش یا کامل‌ترین ارزش برای چنین فردی وحدت است و دائماً و بدون لحظه‌ای توقف در جهتی حرکت می‌کند که وحدت را خلق کند. وحدت برای او کامل‌ترین تجربه‌ای است که خودش آن را خلق می‌کند. لذا بر طبق نظر آلپورت بالاترین سیستم ارزشی که به انسان وحدت می‌دهد، سیستم ارزشی مذهبی است. این سیستم ارزشی روی تمام وجوه زندگی اثر گذاشته و همه جهت‌گیری‌ها را تحت الشعاع قرار داده و همه جهت‌گیری‌های ارزشی را شامل می‌شود. سیستم ارزشی مذهبی، بهترین زمینه را برای یک شخصیت سالم آماده می‌کند. البته این طور نیست که تمام افرادی که ادعای مذهبی بودن دارند، سالم هستند. از دهه ۵۰ میلادی تحقیقات بیانگر تأثیر مداخلات مذهبی بر بهبود آلام روانشناختی بودند از جمله می‌توان به تأثیر نماز و "دعا درمانگری" بر کنترل اختلالات روانشناختی اشاره کرد (ولف، ۱۹۹۷). مرور تحقیقات در سال‌های بعد این تأثیر را واجد برجستگی بیشتری می‌کند. از دهه ۹۰ به دنبال ناکامی نسبی متخصصین حرفه‌ای بهداشت روانی از فنون و شیوه‌های مداخله‌ای مرسوم و به دنبال تحقیقات متعدد و نتایج آن‌ها که بیانگر تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روان بود، روی‌آوری به مذهب روز افزون گردید. در مطالعه‌ای بین فرهنگی در ۱۹ کشور غربی که بر روی ۲۸۰۸۵ نفر آزمودنی انجام شده بود دریافتند که هر چه انسان‌ها پایبندی بیشتری به مذهب دارند درجه گرایش آن‌ها به خودکشی کمتر است (نیلمن، هالپرن، لیون، لويس، ۱۹۹۷). در زمینه اضطراب به عنوان یک اختلال شایع روانی مطالعات نشان می‌دهند که شرکت در مراسم مذهبی اضطراب را کاهش می‌دهد (نیلمن و همکاران، ۱۹۹۷) برخی مطالعات نشان می‌دهند که آموزش روش‌های حل مسأله در چارچوب مذهبی، ضمن افزایش سازش یافتگی روانشناختی، اضطراب آزمودنی‌ها را کاهش می‌دهد (اسکایفر و گوروش، ۱۹۹۱) همچنین بین مذهب یا رفتار مذهبی و افسردگی مطالعاتی انجام شده است که بیانگر تأثیر مذهب در کاهش افسردگی است و بین گرایش به مذهب و افسردگی رابطه‌ای

1. Wolf
2. Neelman, Halpern, Leon & Lewis
3. Schaefer & Gorsuch

معکوس مشاهده شده است (نیلمن و همکاران، ۱۹۹۷) مطالعه مؤلفه‌های ایجاد کننده افسردگی مانند حرمت خود نیز بیانگر تأثیر مثبت مذهب بر آن است (بهرامی، ۱۳۸۴).

مذهب به طور کلی بر سلامت روانی تأثیر مثبتی دارد (هانگ، پارک، پارک و جی چو، ۲۰۱۲) در فرا تحلیلی که در زمینه مطالعات مذهبی و سلامت روانی انجام شده است، نتایج نشان داد که در ۴۷ درصد مطالعات رابطه‌ای مثبت بین مذهب و سلامت روانی وجود دارد، ۲۳ درصد رابطه‌ای منفی و در ۳۰ درصد آن‌ها رابطه‌ای دیده نشد (یوسفی، ۲۰۱۵) مطالعات متعدد نه تنها رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روان را نشان می‌دهند بلکه بیانگر تأثیر مذهب بر سلامت جسمانی نیز هستند (کوینگ، ۲۰۱۲) بیماری‌های جسمانی مانند بیماری‌های قلب و عروق، اختلال‌های هاضمه و اشکالی از سرطان و فشار خون در بین افراد مذهبی کمتر است (تراوینو، ۲۰۱۱).

درباره مکانیزم تأثیر مذهب بر سلامت انسان نیز مطالب متعددی منتشر شده است. مذهب به اعتقاد برخی پژوهشگران با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی به دو سؤال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعدادها و پاسخ می‌دهد (مسترز، ۲۰۰۷) و بدین ترتیب به وحدت یافتگی سازمان روانشناختی و معنوی و خود نظم دهی انسان کمک می‌کند. به عبارت دیگر سازش یافتگی انسان با مسایل زندگی، مستلزم پاسخ به خواسته‌های مهمی است که انسان در پی پاسخگویی به آن‌ها است. مذهب بستر مناسبی برای پاسخ به خواسته‌ها و مواضع مبهم فراهم می‌کند. از جمله این خواسته‌ها و نیازها می‌توان به مشکل انسان در رابطه با زمان و جاودانگی، اجتماعی شدن و اجتماعی ماندن، الگوی دل‌بستگی و جدایی، تشویق و تنبیه مجازات، معنادهی به فعالیت‌ها، عقل، جایگاه فرد در جهان، غلبه و معنادهی به رنج‌ها و تعارض‌های اساسی زندگی اشاره کرد (مسترز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷، کراوس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹)

در ایران هم پژوهش‌ها ارتباط گرایش مذهبی و سلامت روان را نشان می‌دهند (بدری گرگری و فرید، ۱۳۹۱) اما با بررسی پژوهش‌های انجام گرفته مشخص می‌شود که ناهمخوانی‌هایی از نظر جامعه آماری، حجم نمونه و اندازه اثر به دست آمده وجود دارد، که لزوم

---

1. Masters  
2. Krause

مطالعه جامع این پژوهش‌ها را برای رسیدن به نتیجه‌ای متقن نشان می‌دهد. تفاوت در کاربری، ابزار سنجش، روش‌ها و موقعیت‌های پژوهشی، مقایسه یافته‌ها را دشوار می‌کند. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف یکپارچه کردن نتایج پژوهش‌های پیشین و ترکیب اندازه اثرهای مختلف با استفاده از شیوه فراتحلیل انجام گرفته است.

### روش پژوهش

در این تحقیق با توجه به هدف پژوهش از روش فراتحلیل استفاده شده است. جامعه آماری عبارت بودند از تمام پژوهش‌های انجام و چاپ شده در رابطه با ارتباط گرایش مذهبی و سلامت روان در مجلات دارای درجه علمی پژوهشی داخلی که حجم نمونه مناسبی داشته، از لحاظ روش‌شناسی (فرضیه‌سازی، روش تحقیق، جامعه، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری، ابزار اندازه‌گیری، روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری، فرضیه‌های آماری، روش تحلیل آماری و صحیح بودن محاسبات آماری) شرایط لازم را داشته‌اند در این پژوهش از ۱۰ مقاله که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشته‌اند، استفاده شده است. منابع جستجو در پژوهش حاضر، عبارت بودند از: مجلات علمی-پژوهشی در حوزه روانشناسی و علوم تربیتی، بانک منابع اطلاعاتی جهاد دانشگاهی و مرکز اسناد ایران. فقط منابع فارسی و تحقیقاتی که در ایران انجام شده‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند.

روش به کار گرفته شده در این فراتحلیل، ترکیب اندازه‌های اثر، ضرایب همبستگی یا مشخصه آماری کوهن است که توسط نرم افزار CMA و meta53 اجرا شد. اندازه اثر ترکیبی در مطالعات همبستگی روشی رایج و مؤثر است (دلاور، ۱۳۸۰) چرا که محاسبه متوسط همبستگی بین دو متغیری که پرسش یا فرضیه واحدی را در بین پژوهش‌های مورد بررسی آزمون می‌کند، مهمترین شاخص ترکیب نتایج به شمار می‌آید (هومن، ۱۳۸۷). در ضمن از آن جا که در همه مطالعات مورد نظر از آماره  $r$  استفاده شده بود نیازی به تبدیل آن‌ها نبود.

جدول ۱. مشخصات تحقیقات انجام شده برای فراتحلیل

ردیف	سال	محل نشر	عنوان	پژوهشگر	ابزار	تعداد نمونه	معناداری	اندازه اثر
۱	۱۳۸۷	روانشناسی و دین	بررسی سهم تاثیر جهت گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت شناختی	تبرایی و همکاران	GHQ-28 جهت گیری مذهبی آذربایجانی	۳۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷
۲	۱۳۸۶	مجله روانشناسی	رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روانی مادران کودکان استثنایی	غباری و همکاران	Sci90-R جهت گیری مذهبی محقق ساخته	۸۳	۰/۰۱	۰/۴۳
۳	۱۳۸۵	مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات دانشگاه فردوسی	بررسی جهت گیری مذهبی و سلامت روان مهاجران بر اساس مدل آلپورت و راس	لهسایی زاده و همکاران	GHQ-28 جهت گیری مذهبی آلپورت	۲۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۹
۴	۱۳۸۹	مطالعات اسلامی و روانشناسی	بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی با سلامت روان دانشجویان	نوذری و غلامی	GHQ-28 جهت گیری مذهبی آلپورت	۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴
۵	۱۳۹۱	روانشناسی و دین	بررسی تطبیقی جهت گیری دینی (درونی و بیرونی) با	گراوند و همکاران	GHQ-28 جهت گیری مذهبی آلپورت	۲۱۶	۰/۰۱	۰/۱۵



					سلامت روان و باورهای غیر منطقی			
۰/۳۳	۰/۰۱	۳۰۰	پرسشنامه ویژگی‌ها و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی جهت‌گیری مذهبی	بدری گرگری و فرید	رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزیابی چالش برانگیز بودن	راهبرد فرهنگ	۱۳۹۱	۶
۰/۵۵	۰/۰۰۱	۴۴۹	GHQ-28 جهت‌گیری مذهبی آذربایجانی	کریمی و همکاران	بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه رازی	مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران	۱۳۸۵	۷
۰/۳۱	۰/۰۰۰۱	۱۴۰	GHQ-28 جهت‌گیری مذهبی آلپورت	جان بزرگی	جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان	پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۱۳۸۶	۸
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱۰۰	GHQ-28	بهرامی احسان و تاشک	ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و	مجله روانشناسی	۱۳۸۳	۹

				جهت گیری مذهبی محقق ساخته	سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت گیری مذهبی	و علوم تربیتی		
				Scl90-R جهت گیری مذهبی آلپورت	بررسی ارتباط جهت گیری دینی درونی و بیرونی با سلامت روان پیروان	روانشناسی دین	۱۳۷۶	۱۰
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۳۰۰						

جدول ۲. اندازه اثر حاصل از همبستگی جهت گیری مذهبی و سلامت روان

شماره پژوهش	اندازه اثر	Z	Zr
۱	۰/۳۷	۷/۲۳	۰/۳۸۸
۲	۰/۴۳	۳/۹۱	۰/۴۵۹
۳	۰/۷۹	۱۱/۱۷	۱/۰۷
۴	۰/۴۴	۸/۱۱	۰/۴۷۲
۵	۰/۱۵	۲/۲۰	۰/۱۵۱
۶	۰/۳۳	۵/۷۱	۰/۳۴۲
۷	۰/۵۵	۱۱/۶۵	۰/۶۱۸
۸	۰/۳۱	۳/۶۶	۰/۳۲۰
۹	۰/۴۷	۴/۷۰	۰/۵۱۰
۱۰	۰/۴۱	۷/۱۰	۰/۴۳۵

در جدول شماره ۲ اندازه اثرهای به دست آمده برای هر یک از پژوهش‌های مورد بررسی نشان داده شده است و همانطور که دیده می‌شود کمترین اندازه اثر مربوط به مطالعه شماره پنج (۰/۱۵) و بیشترین اندازه اثر مربوط به مطالعه شماره سه می‌باشد (۰/۷۹). همچنین  $Z$  فیشر برای هر کدام از اندازه اثرها محاسبه شد

جدول ۳. فرا تحلیل رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان با توجه به مدل ثابت

کل N	میانگین N	برآورد نقطه‌ای	حد پایین	حد بالا	میانگین وزنی اندازه اثرها	Z	Zr	p
۲۵۱۰	۲۵۱	۰/۴۴۴	۰/۳۲۲	۰/۵۵۱	۰/۴۲۸	۲۳/۸۳	۰/۵	۰/۰۰۰۱

همانگونه که مشاهده می‌شود، فرا تحلیل رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان با توجه به مدل ثابت آورده شده است. با ترکیب اندازه اثر همه مطالعات مورد بررسی و ترکیب  $Z$  فیشر به دست آمده از اندازه اثرهای تک تک پژوهش‌ها،  $Z$  فیشر کل و میانگین وزنی اندازه اثرها به دست آمد و همانطور که دیده می‌شود مقادیر محاسبه شده معنادار هستند ( $P < ۰/۰۰۱$ )

### یافته‌های پژوهش

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه گرایش مذهبی و سلامت روان با استفاده از فرا تحلیل بود. توجه به تحقیقات انجام شده میزان ارتباط بین گرایش مذهبی و سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به جدول شماره ۳ که نشان می‌دهد بیشترین ارتباط بین گرایش مذهبی و سلامت روان برابر با ۰/۷۹ و کمترین ارتباط بین این دو متغیر برابر با ۰/۱۵ بوده است، بهترین برآورد از میزان ارتباط بین گرایش مذهبی و سلامت روان برابر با ۰/۴۲۸ است و فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین گرایش مذهبی و سلامت روان با اطمینان رد می‌شود ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ) براساس جدول تفسیر اندازه اثر کوهن بالا ارزیابی می‌شود (هومن، ۱۳۸۷). براساس نتایج این فرا تحلیل بین گرایش مذهبی و سلامت روان رابطه بالا وجود داشته است.

### بحث و نتیجه گیری

اصلی ترین هدف پژوهش حاضر فراتحلیل پژوهش های انجام شده درباره رابطه گرایش مذهبی با سلامت روان بود. یافته های همخوان زیادی با پژوهش حاضر وجود دارند. پژوهش مرادی، قلمن کاریان و حیرت (۲۰۱۳) که فراتحلیلی بر پژوهش های انجام شده در رابطه با ارتباط لبین مذهب و سلامت روان و افسردگی در ایران بود نشان داد اندازه اثر رابطه بین گرایش مذهبی و سلامت روان ۰/۲۷۲، اندازه اثر رابطه بین گرایش مذهبی و افسردگی ۰/۱۷۱- و اندازه اثر بین ۰/۴۰۹- است

این یافته تأییدی بر برخی پژوهش های قبلی از جمله تبرایی، فتحعلی آشتیانی و رسول زاده طباطبایی (۱۳۸۷)، غباری بناب، لواسانی، روجلیلی (۱۳۸۶)، لهسایی زاده آذر گون، مرادی (۱۳۸۵)، نوذری و غلامی (۱۳۷۹) بدری گرگری و فرید (۱۳۹۱)، کرمی، روغنچی، عطاری، بشلیده و شکری ۱۳۸۵، جان بزرگی، ۱۳۸۶، بهرامی احسان و تاشک ۱۳۸۳ و رمضان و همکاران، ۱۳۷۹ است که اندازه اثر کم را گزارش کردند و با یافته های گراوند، قنبری هاشم آبادی، کامکار، جعفری (۱۳۹۱) ناهمخوان است که اندازه اثر کم را گزارش نمودند.

یکی از ویژگی های بارز فراتحلیل این است که امکان مقایسه رابطه بین متغیرهای مختلف را در بافت های فرهنگی گوناگون فراهم می کند. تکرار اجرای پژوهشی خاص برای بررسی ارتباط بین دو متغیر در یک فرهنگ واحد، این امکان را می دهد تا با فراتحلیل نتایج، دیدگاهی کلی تر نسبت به وجود یک الگو در یک فرهنگ خاص به دست آید؛ در این فراتحلیل نیز سعی شده است تا با یکپارچه کردن نتایج حاصل از بررسی رابطه بین گرایش مذهبی و سلامت روان میزان این ارتباط، مورد بررسی قرار داده شود.

از میان ۱۰ پژوهش انجام شده بیشترین اندازه اثر محاسبه شده مربوط به پژوهش لهسایی زاده و همکاران (۱۳۸۵) است که ۰/۷۹ مقدار اندازه اثر می باشد. در این پژوهش جهت گیری مذهبی و سلامت روان مهاجران بر اساس مدل آلپورت و راس بررسی شده بود. آلپورت و راس دو نوع جهت گیری مذهبی را متمایز کردند. منظور از جهت گیری درونی، بعد اعتقادی یا باور دینی است که مشتمل بر ایده ها و نگرش هایی که انتظار می رود پیروان یک آیین به آن اعتقاد دارند مانند

اعتقاد به خدا، بهشت و جهنم. و جهت گیری برونی همان بعد مناسک یا رفتارهای دینی است مانند نماز، روزه و حج در اسلام. نتایج این پژوهش نشان داد که بین جهت گیری درونی و بیرونی و سلامت روان در مهاجران رابطه معناداری وجود دارد. میزان همبستگی جهت گیری درون مذهبی ۰/۷۹ و برون مذهبی ۰/۷۵- بود.

مذهب می تواند موجب ایجاد معنا شود. بنابراین، مذهب به زیستن و مردن انسان معنا می بخشد، موجب امیدواری می شود و خوش بینی افراد را افزایش می دهد، به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می بخشد که ریشه خدایی دارد و می تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند، نوعی سبک زندگی سالم تر برای افراد تجویز می کند که بر سلامت روانی تأثیر مثبت تر دارد، مجموعه ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطلاعات از آن موجب تأثیر پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می شود، نوعی احساس فرا طبیعی به شخص می دهد که بدون تردید تأثیر روان شناختی دارد (الیزابت، الیزابت و جوزف، ۲۰۰۵)

از محدودیت های پژوهش حاضر تعداد اندک پژوهش های چاپ و انتشار یافته درباره متغیرهای مورد پژوهش است با توجه با این که داده های پژوهش حاضر براساس مقالات چاپ و منتشر شده در مجلات علمی پژوهشی داخلی است، بخشی از محدودیت های پژوهش حاضر نیز استفاده قابل توجه از مطالعات منتشر نشده است. بعلاوه می توان از پژوهش هایی که به صورت غیر مستقیم بر این موضوع دلالت دارند مانند پژوهش هایی که ارتباط بین دین و شدت علایم در بیماران روانپزشکی را بررسی کرده اند یا میزان گرایش دینی در بیماران روانپزشکی را بررسی کرده اند نیز استفاده کرد. پژوهشگران این فراتحلیل، سعی نمودند تا از تمامی پژوهش های انجام شده در دامنه زمانی خاصی، استفاده کنند. مطمئناً پژوهش های مختلفی در داخل و خارج از ایران وجود دارد که از نظر پژوهشگران این مطالعه، دور مانده است. همچنین به احتمال زیاد، پژوهش های مختلفی در سال های آتی در زمینه رابطه تظاهرات مختلف دین و ابعاد مختلف سلامت و بیماری روان انجام خواهد شد. لذا پیشنهاد می شود در فراتحلیل های آتی، از پژوهش هایی که در این فراتحلیل، درون گنجی نشده اند، استفاده شود.

مؤلفه ها و عوامل زیادی با سلامت روان در ارتباطند و تنها بررسی ارتباط یک متغیر با سلامت روان کافی نمی نماید و بهتر است که در زمینه سایر متغیرها با سلامت روان پژوهش های مختلف

صورت گیرد. از امتیازهای چنین فراتحلیل‌هایی این است که چون شکاف‌های موجود میان پیشینه موضوع‌های پژوهشی را بیان می‌کند، محقق را متوجه می‌کند که زمینه پژوهش‌های بعدی بهتر است چه چیزی باشد. در نهایت باید در نظر داشت که لازمه انجام فراتحلیل‌های بیشتر در زمینه‌های مختلف ضروری است؛ از محدودیت‌های انجام چنین فراتحلیل‌هایی، دسترسی به منابع و پژوهش‌هایی است که در حیطه‌ای مشخص انجام و منتشر شده‌اند لدامناسب است تا از تکرار موضوع‌های مختلف استقبال شود تا نمونه‌های بیشتر از جامعه مورد نظر بررسی شوند؛ همچنین به ندرت پیش می‌آید که همه مطالعاتی که به فراتحلیل وارد و با آن تلفیق می‌شوند، همه شاخص‌های لازم برای تحلیل‌ها را گزارش کرده باشند و این جزء محدودیت‌های اساسی در انجام فراتحلیل است. امید است با تأکید بیشتر مبنی بر لزوم گزارش کامل آماره‌های موردنیاز، گزارش سطح معناداری و نیز برآورد اندازه اثر و همچنین با رواج روز افزون رویکرد فراتحلیلی، حساسیت در چاپ کامل و دقیق یافته‌ها افزایش یابد

### منابع

- بدری گرگری و فرید. (۱۳۹۱). رابطه بین جهت گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزیابی چالش برانگیز بودن. *راهبرد فرهنگ*. شماره ۲۰. صص ۶۷-۷۲
- بهرامی احسان، هادی و تاشک؛ آناهیتا. (۱۳۸۳). ابعاد رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت گیری مذهبی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*. دوره ۳۴، شماره ۲. صص ۴۱-۶۳
- بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۱). *رابطه بین جهت گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود*، تهران: پایگاه اطلاعات علمی.
- تبرایی، رامین. متحی آشتیانی، علی. رسول زاده طباطبایی، کاظم. (۱۳۸۷). بررسی سهم تأثیر جهت گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت شناختی. *روان شناسی و دین*. سال اول، شماره ۳. صص ۳۷-۵۲

- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۸۶). جهت گیری مذهبی و سلامت روان. پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. دوره ۳۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۶، صفحات ۳۴۵ تا ۳۵۰
- خدا بخشی، شراره؛ رحیمی کیا، امین و جعفری، حسن. (۱۳۹۳). شناسایی رابطه بین هوش معنوی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان. دوره ۱۶. شماره ۱. صص ۵۸-۶۵
- دلاور، علی. (۱۳۸۸). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران: رشد
- رمضانی، ولی الله؛ نوابی نژاد، شکوه و بوالهروی، جعفر. (۱۳۷۶). بررسی ارتباط جهت گیری دینی درونی و بیرونی با سلامت روان پیروان سه دین زرتشت، مسیح و اسلام
- غباری بناب، باقر؛ غلام علی لواسانی، مسعود؛ روجلیلی، فرخ. (۱۳۸۶). رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روانی مادران کودکان استثنایی. کودکان استثنایی. شماره ۴۲. صص ۱۲۲-۱۳۴.
- کرمی، جهانگیر؛ روغنجی، محمود؛ عطاری، یوسفعلی؛ بشلیده، کیومرث و شکری، مهتاب. (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه.
- کاسیرز، ارنست. (۱۹۶۲). فلسفه روشنفکری، ترجمه یدالله موفق (۱۳۷۰). تهران: انتشارات نیلوفر.
- گراوند، هوشنگ؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ کامکار، پیمان؛ جعفری، سپیده. (۱۳۹۱). بررسی تطبیقی جهت گیری دینی (درونی و بیرونی) با سلامت روان و باورهای غیر منطقی. روانشناسی و دین. سال پنجم. شماره اول. صص ۷۹-۱۰۳
- لهسایی زاده، عبدالعلی؛ آذرگون، زهره؛ مرادی، گلمراد. (۱۳۸۵). بررسی جهت گیری مذهبی و سلامت روان مهاجران بر اساس مدل آلپورت و راس. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات دانشگاه فردوسی. شماره ۸. ۱۴۹-۱۶۹
- نجاتی، عثمان. (۱۳۸۴). قرآن و روان شناسی دین، ترجمه: عباس عرب (۱۹۹۸). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- نجم عراقی، لعیا. (۱۳۷۹). احساس و جهت گیری مذهبی انسان سالم از دیدگاه آلپورت، نشریه روان شناسی دین، سال اول، شماره اول. صص ۱۷-۲۴

نوذری، جمشید و غلامی، یونس. (۱۳۸۹). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی با سلامت روان دانشجویان. *مطالعات اسلامی و روانشناسی*. ش (۴) ۱: ۴۲-۴۳.  
 هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۷). *راهنمای عملی فراتحلیل در پژوهش علمی*. تهران: انتشارات سمت.

- Aghili, M. & Aliniya, R. (2012). The Investigation of the Relationship between Religious Orientation and Suicide Thought among Students. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2(3): 2956-2961.
- Allport, G. (1963). Behavioral science: religion and mental health. *Journal of Religion and Health*, 2:187-92.
- Elizabeth, A. R., Elizabeth, M. A. & Joseph, J. C. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and panic in a chronic pain population. *Journal of Pain*, No. 116, PP: 311-321.
- Hong, Jin Pyo. Park, s. Cho Jong, M. (2012). The Relationship between Religion and Mental Disorders in a Korean Population. *psychiatry investig Journal*. V (9). IISRN Psychiatry Volume.
- Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications.
- Krause, N. (2009) Religious involvement, gratitude, and change in depressive symptoms over time. *International Journal for the Psychology of Religion*, vol. 19, no. 3, pp. 155° 172
- Masters, K. S., & Spielmans, G. I. (2007). Prayer and health: Review, meta-analysis, and research agenda. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 329-338.
- Messay, B. (2010). The relationship between quest religious orientation, forgiveness and mental health. Master thesis, University of Dayton.
- Moradi, A., Ghalamkarian, S. M. & Heyrat, A. (2013). A Meta-Analysis about Researches on Relationship between Religious Orientation and Mental Health and Depression in Iran. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences* ISSN 2251-838X / Vol, 5(7): 829-838
- 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):165-71.
- Nooney, Jennifer, G. (2005). Religion, stress, and mental health in adolescence: Finding from add health. *Review of Religious Research*, 46 (4), 341-355.
- Schaefer CA, Gorsuch RL. (1991). Psychological adjustment and religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*; 3(4):448-61.
- Trevino, K. M., Archambault, E., Schuster, J. L., Hilgeman, M. M., & Moye, J. (2011). Religiosity and spirituality in military veteran cancer survivors: A qualitative perspective. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29, 619-635.
- Wulff, DM. (1997). *Psychology of Religion: Classic and Contemporary* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, 760 pp. First edition: 1991.



Yousefi, Ali. (2015). The Relation of Religion and Mental Health. *International Journal of Economy, Management and Social Sciences*. Vol (4), No (2). pp. 241-243

