

بررسی رابطه نگرش های دینی با سلامت هیجانی و روانشناختی دانشجومعلمان دانشگاه فرهنگیان لرستان

امین یوسفوند^۱، سعید رومانی^۲

^۱ کارشناس رشته علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان واحد لرستان

^۲ عضو هیات علمی دانشگاه فرهنگیان لرستان، دکتری برنامه ریزی درسی

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین نگرش های دینی با سلامت هیجانی - روانشناختی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان لرستان است. در خلال پژوهش از نظریات اندیشمندان حوزه های جامعه شناسی و روانشناسی مانند دورکیم، ماکس وبر، فروید، آدلر، اریکسون و ... که هر یک به بررسی و تبیین دقیق متغیرهای پژوهش پرداخته اند اشاره شده است؛ روش تحقیق پیمایش و از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. جامعه آماری، دانشجویان پردیس علامه طباطبایی لرستان را در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ شامل می شود. روش نمونه گیری مورد استفاده نمونه گیری احتمالی طبقه ای بوده است که در طی آن ۱۰۰ نفر از دانشجویان رشته های تاریخ و علوم تربیتی طبق فرمول کوکران انتخاب شد و برای آزمایش فرضیه های پژوهش، پرسشنامه های استاندارد نگرش های دینی و سلامت هیجانی-روانشناختی مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی میزان ارتباط بین متغیرهای اصلی از روش همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و آزمون تحلیل واریانس چندگانه از نرم افزار SPSS استفاده گردید؛ با توجه به نتایج مشخص گردید که نگرش های دینی با سلامت هیجانی-روانشناختی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان لرستان رابطه همبستگی معناداری وجود دارد. استدلال مقاله این است که با تقویت اعتقادات دینی در دانشجویان میزان آرامش خاطر و سلامت روحی روانی آنان افزایش و افسردگی ها و اختلال های روانی در آنان کاسته می شود. بنابراین با توجه به نتایج حاصله از پژوهش که با تقویت بنیه های نگرش های دینی سلامت هیجانی-روانشناختی دانشجویان تقویت می شود باید چشم اندازها و برنامه هایی برای تقویت این امر مهم در سه سطح کلان، میانه و خرد دانشگاه ها در نظر داشت.

واژه های کلیدی: نگرش های دینی، سلامت هیجانی-روانشناختی، سلامت اجتماعی، دانشجومعلمان

مقدمه و بیان مسئله

استانفورد^۱ (۲۰۱۲) در فلسفه ذهن مدرن، کلمه اعتقاد برای حالتی اطلاق می‌گردد که ما چیزی را راست و درست می‌دانیم؛ در این معنی، اعتقاد به چیزی نیازمند تأمل، در مورد آن چیز نیست: یک فرد بالغ و معمولی از میان تعداد زیادی از اعتقاداتش تنها به چند از آنها می‌تواند حضور ذهن داشته‌باشد. در بیان ساده، بسیاری از چیزهایی که ما به آنها اعتقاد داریم اموری کاملاً روزمره‌اند، بنابراین شکل‌گیری یک عقیده از مهمترین و اساسی‌ترین خصوصیات ذهن است و مفهوم اعتقاد نقش بسیار مهمی را در فلسفه ذهن و معرفت‌شناسی دارد. به عنوان مثال «مسئله ذهن-بدن»، که از بنیادی‌ترین مسائل فلسفه ذهن است، تا حدی به این سؤال می‌پردازد که یک موجود کاملاً فیزیکی چگونه می‌تواند اعتقاداتی داشته‌باشد. بخش بزرگی از معرفت‌شناسی حول این سؤال می‌گردد که چگونه اعتقادات ما قابل پذیرش به عنوان آگاهی‌اند.

اکثر فلاسفه معاصر اعتقاد را یک نگرش و حالت نسبت به یک گزاره می‌دانند. گزاره‌ها همان معانی جملات هستند. به عنوان مثال، اگر دو جمله معنی یکسانی داشته‌باشند مانند «برف سفید است» گزاره یکسانی را بیان می‌کنند و اگر دو جمله معانی متفاوتی داشته‌باشند گزاره‌های متفاوتی را القا می‌کنند. در نتیجه نگرش گزاره‌ای یک حالت ذهنی به صورت داشتن نگرش، و حالتی درباره‌ی یک گزاره یا شرایطی که در آن گزاره صحیح است. (راسل^۲ ۱۹۱۲) حال اگر تلنگری به دنیای کنونی خودبیاندازیم می‌بینیم که علی‌رغم پیشرفت‌های شگرف و گوناگون در تمامی زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و سایر علوم، بشر نتوانسته است مشکلات روحی روانی خود مانند اضطراب، افسردگی، فشارهای روانی و پوچ‌گرایی و بی‌معنی بودن زندگی و استرس و فشارهای عصبی را درمان کند چنین بنظر می‌رسد که انسان امروز هویت اصلی خود را از دست داده است و از خویشتن بیگانه گشته است (نوابخش و همکاران ۱۳۸۵). یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر هویت و در نتیجه مشکلات روحی روانی بی‌توجهی به مذهب و نگرشهای دینی است چراکه مذهب می‌تواند راهگشای بسیاری از مشکلات اخلاقی و روانی باشد و ازدهای علمی درمان نفس پس از شناساندن ریشه‌های بیماری‌های روانی و با استمداد او از جهانی دینی و وحی آسمانی طرح شده است که می‌تواند ما را از بسیاری از کتب جدید روان‌شناسی و سلامت روانی به میزان قابل توجهی بی‌نیاز سازد چون علم می‌خواهد از راه تفکر و استدلال و تجزیه و تحلیل به واقعیت‌هایی برسد تا زمانی که خود فرد نقش فعالی در روند سلامت روانی خود به عهده نگیرد بعضی از سیاستها در جامعه بی‌بهره است (عسگری و همکاران ۱۳۹۱). بهره‌برداری از دستگاه الوهیت و معامله با خدا حداقل یک آمادگی فردی می‌خواهد؛ یک ایمان، یک تسلیم بخصوص و علاقه و یا حتی تمرین‌ها و انجام دادن اعمالی را لازم دارد. و چه بسا که استعدادی را می‌خواهد و توفیقی هم باید یاری کند، لیکن اگر فرد با دستگاه الوهیت آشنا شد؛ اگر مردمی خدا را شناختند، اگر سران قومی با این قدرت آشنا شدند، اگر پیشوایان جماعتی خود را با این نیرو مرتبط کردند آن وقت است که هر گونه سعادت، ترقی و پیشرفتی نه تنها میسر است بلکه دوام نیز می‌یابد. روان‌شناسان معتقدند که تنها روزه‌ای که می‌تواند آرام و ناراحتی‌های حاصل را از بدن آدمی خارج سازد و یا آنها را خنثی کند ایمان به خدا و اعتقاد به یک مبدأ حقیقت و یک قدرت ما فوق انسانیت است، زیرا تنها نیروی که می‌تواند بر مشکلات فائق شود نیروی الهی است (صدری و همکاران ۱۳۸۹). چرا که اعتقادات مذهبی و توکل به خدا موجب تسکین و بهبودی سریعتر آرام و مشکلات روانی می‌شود به طوریکه در قرآن در سوره مبارکه فتح می‌خوانیم: «هو الذی انزل السکینه فی قلوب المؤمنین لیزدادوا ایمانا مع ایمانهم...» «او کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد تا ایمانی به ایمانشان بیفزایند...» (سوره فتح، ۴). اولین برداشتی که از این آیه صورت می‌گیرد این است که بدون ایمان، آرامش روحی و روانی وجود ندارد یا حداقل اینگونه می‌توان گفت که یکی از عوامل ایجاد آرامش دارا بودن ایمان به خدا می‌باشد. به تعبیر علامه طباطبایی «ظاهراً مراد از سکینت در این

^۱ Stanford^۲ Rasel

آیه آرامش و سکون نفس و اطمینان آن به عقائدی است که به آن ایمان آورده و لذا نزول سکینت را این دانسته که «لizardادوا ایمانا مع ایمانهم» تا ایمانی بر ایمان سابق بیفزایند. پس معنای آیه، این است که: «خداوند ثبات و اطمینان (راکه لازمه‌ی مرتبه‌ای از مراتب روح است) در قلب مؤمن جای داده است تا ایمانی که قبل از نزول سکینت داشته بیشتر و کاملتر شود.» (عسگری ۱۳۸۶) در آیه شریفه ۲۸ سوره رعد در قرآن کریم، آمده است که: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ؛ آگاه باشید که تنها با یاد خدا دلها آرام می‌گیرد.» هنگامی که انسان دردمند و تنها، ناامید از دیگران در کاهش دردهای جسمی، یا روانی خود راهی به جایی نمی‌یابد، هنگامی که امید بهبودی از بیمار مبتلا به اختلال روانی، یا جسمانی با سیری مزمن و پیشرونده سلب می‌شود و درمان‌های کلاسیک کمکی به او نمی‌کند، تنها راهی که برای نجات از اضطراب، افسردگی و دردهای جانکاه او باقی می‌ماند، یاری جستن از ایمان و نگرش و اعتقادات دینی است (کالابراس^۳، ۱۹۸۷) آمار نشان داده است که بسیاری از بیماری‌های شایع روانی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه زائیده‌ی عواملی هستند که خود انسان آنها را خلق می‌کند و گرفتار آن می‌شود. بیماری‌های روانی از بدو تولد پیدایش بشر وجود داشته‌اند و هیچ فردی در مقابل آن مصونیت ندارد. پیوند و ارتباط میان بهداشت روانی و نگرشهای مذهبی افراد غیر قابل انکار است دانشمندان کنونی و روان شناسان عصر حاضر معتقدند که آرام روحی و هیجانات خارجی موجب بیماری می‌شود چون زندگی روزمره کنونی با نگرانی و اضطراب توأم است و داشتن ایمان به خدا و اعتقاد به یک مبدأ حقیقت و یک قدرت مافوق و مطلق است که ما را بر مشکلات فائق می‌سازد. (مطهری، ۱۳۶۸: ۹۸). عشق به خدا، انسان را به کار و فعالیت و از خود گذشتگی وا می‌دارد و کسی که خود را در جامعه عضوی سودمند و ارزشمند بیند، سلامت روانی او تأمین می‌شود. تجربه‌های عینی و بررسی‌های اجتماعی نشان داده افرادی که با آموزش‌های راستین و منطقی و دینی و اخلاقی پرورش یافته‌اند بیشتر از آنهایی که چنین آموزشهایی را نداشتند در راه هدف‌های ارزنده اجتماعی گام برداشته و فداکاری کرده‌اند و کمتر به جامعه ستیزی و انحراف و خیانت کشیده شده‌اند، زیرا برای آنها رضای خدا بالاترین کار است (صدری، احمدی ۱۳۷۵). به همین خاطر ارتقای سلامتی افراد جامعه یکی از مهمترین مسائل اساسی هر کشور، که باید از ابعاد مختلف از جمله روانی مورد توجه قرار گیرد. بنابراین وظیفه اصلی بهداشت روانی؛ تأمین سلامت فکر و روان افراد جامعه است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی در مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقشهای اجتماعی، روانی و جسمی است. (رمضانی زین آباد، گنجی ۱۳۸۶)

پیرامون اهمیت مذهب بر سلامت روحی (هیجانی-روانشناختی) می‌توان به سخن بنیامین راش به عنوان پدر علم روانپزشکی اشاره کرد؛ او اظهار می‌دارد که نقش مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس است. (کرمی و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۴). علاوه بر موارد فوق در این راستا تحقیقات دیگری (مسی ۲۰۱۰، نلسون ۲۰۰۹، کروک ۲۰۰۸، بورگونوبی ۲۰۰۸، عسگری ۱۳۸۶، جان بزرگی ۱۳۸۶ و....) هم انجام شده است که موارد فوق را تأیید می‌کند. از سوی دیگر اگر بخواهیم سرحد موضوع را از قرآن کریم دنبال کنیم می‌بینیم که خداوند در قرآن کریم به هنگام سخن گفتن از آدمی، واژه‌ها و مفاهیم معینی را به کار می‌گیرد و اگر آیات و شواهد قرآنی که در مورد «سلامت روان» در قرآن کریم وجود دارد مورد تفحص قرار دهیم، خواهیم دید که اصطلاحات «رشد»، «قلب سلیم» و «نفس مطمئنه»، نزدیک‌ترین مفاهیم به «سلامت روان» هستند که مورد ارزیابی و مذاقه قرار گرفته‌اند. به عنوان نمونه «رشد» که در لغت، به معنای راه‌یابی، هدایت و ثبات در راه حق است و مقابل کلمه «غی» به معنای ضلالت قرار دارد در قرآن به گونه‌ای که (در آیه ۲۵۶ سوره بقره) به معنای رسیدن به راهی است که آدمی را به هدف می‌رساند (مصطفوی، ۱۳۶۰). «لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ قَدْ تَبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ فَمَنْ يَكْفُرْ بِالطَّاغُوتِ وَيُؤْمِنْ بِاللَّهِ فَقَدْ اسْتَمْسَكَ بِالْعُرْوَةِ الْوُثْقَى لَا انْفِصَامَ لَهَا وَاللَّهُ سَمِيعٌ عَلِيمٌ» (البقره، ۲۵۶). به این ترتیب در راستای مسئله تحقیق این مقاله در پی بررسی رابطه بین نگرش‌های دینی با سلامت هیجانی -روانشناختی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان لرستان است.

^۳ Kalabras

سؤالات

- (۱) آیا بین نگرش های دینی باسلامت هیجانی -روانشناختی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان لرستان رابطه وجود دارد؟
- (۲) بین میزان اعتقاد و عمل به نگرشهای دینی در دانشجویان رشته های مختلف تفاوت وجود دارد؟
- (۳) آیا سطح سلامت هیجانی -روانشناختی در دانشجویان رشته های مختلف باهم متفاوت هست؟

اهداف

- (۱) بررسی رابطه ی نگرش های دینی باسلامت هیجانی -روانشناختی دانشجویان پردیس علامه طباطبایی لرستان
- (۲) مقایسه میزان اعتقادات دینی بارشته های تحصیلی مختلف
- (۳) مقایسه سلامت هیجانی -روانشناختی دانشجویان با رشته های تحصیلی آنان

پیشینه تحقیق

جان بزرگی (۱۳۸۶) درطی پژوهشی به مطالعه ی جهت گیری دینی وسلامت روانی پرداخت که درطی نتایج نشان داد بین دینی بودن یا مذهب وافسردگی واضطراب رابطه مستقیم وجود دارد وهرچه جهت گیری دینی درونی تر می شود، افسردگی واضطراب پایین وسلامت روان بالاتر می رود. عسگری وشرف الدین (۱۳۸۷) طی تحقیقی نشان دادند که بین احساس ذهنی بهزیستی وامیدورای رابطه معنا دار وجود دارد وحمايت اجتماعي واميدواري پيش بيني کننده های مناسبی برای احساس ذهنی بهزیستی وسلامت هستند. شریفی وهمکاران (۱۳۸۸) نیز طی تحقیقی نشان دادند که بین هویت های دینی وملی باسلامت دانشجویان رابطه چند گانه وجود دارد. مسی^۴ (۲۰۱۰) درپژوهشی به بررسی جهت گیری دینی، خشنودی وسلامت روان پرداخت، نمونه شامل ۲۴۲ دانشجوی کاتولیک بود. نتایج حاکی ازآن بود جهت گیری دینی رابطه ی منفی معنی داری بامیزان افسردگی ورابطه مثبت معنا داری با بخشودگی دارد. نلسون^۵ وهمکاران (۲۰۰۹) نیز طی تحقیقاتی نشان دادند که میان دینی بودن وافسردگی وهم چنین معنویت وافسردگی رابطه ی منفی معناداری وجود دارد. کروک^۶ (۲۰۰۸) نشان داد افرادی که ازنظر مذهبی ومعنویت درسطح بالاتری قراردارند، سعی می کنند مسائلشان رابه شیوه حل مسئله وهمراه با حمايت اجتماعي مرتفع کنند. درپژوهش های انجام شده توسط بورگونووی^۷ (۲۰۰۸) نیزبه ارتباط مثبت بین فعالیت های مذهبی وسلامتی اشاره شده است. کییزوریتس^۸ (۲۰۰۷) نیزدرپژوهشی نشان داد هنگامی که هویت مذهبی افزایش می یابد حرمت انسان نیزافزایش یافته ونشانه افسردگی کاهش می یابند. پارک^۹، کوهن^{۱۰} وهرب^{۱۱} (۲۰۰۶) نیزطی بررسی های خودبه نقش تعدیل کننده مذهب

^۴ Messay, B. (۲۰۱۰)

^۵ nelson

^۶ Krok

^۷ Borgonovi, f. (۲۰۰۸)

^۸ Kyz& ritis

^۹ park

^{۱۰} kohen

^{۱۱} herb

برموقعیت های استرس زا پی بردند. همچنین طبق یافته های کال (۲۰۰۷)، بین منابع مذهبی ونحوه کارآمدن با بیماریها ارتباط وجود دارد وشکل های مختلف مقابله مذهبی با مهارتهای مقابله با مشکلات - که خود موجب سلامت معنوی است - ارتباط پیدا می کند. (عسگری وهمکاران ۱۳۸۶) به این گونه باتوجه به دیدگاهها وبررسی های دانشمندان ومتخصصان حوزه مربوطه درزمینه ی نگرشهای اعتقادی وسلامت روان فرد ونیز بااستنادبه نتایج پژوهش های قبلی مشخص می گردد که نگرشهای دینی برسالم بودن روان فرد موثراست. دراین پژوهش سعی برآن است که رابطه ومیزان تأثیر نگرشهای دینی برسالمت روان فرد موردبررسی قرار گیرد.

مبانی و چارچوب نظری

درطول تاریخ، اندیشمندان مختلفی (دورکیم ۱۸۹۷، وبر ۱۸۶۴) سعی برتعریف، تعیین صفات وتشخیص ابعاد دین داشته اند که هریک از آنان ابعادی از دین را موردبررسی قرار می دهند. دراین قسمت دیدگاههای نظری مرتبط بادین موردبررسی قرار می گیرد:

امیل دورکیم: برجسته ترین نظریه پردازجامعه شناسی و کسی که بیشترین تاثیررابرجامعه شناسی دین داشته امیل دورکیم^{۱۲} (۱۸۹۷) است. دورکیم سابقاً این واقعیت را موردتاکیدقرارمی دهد که ادیان هرگز فقط یک موضوع اعتقادی نیست. همه ادیان متضمن اعمال تشریفاتی وشعائر منظمی هستند که دراین گروهی از مومنان گردهم می آیند. درمراسم تشریفاتی جمعی، حس همبستگی گروهی تأیید و تقویت می شود. دورکیم می گوید در فرهنگ های کوچک سنتی تقریباً همه جنبه های زندگی تحت نفوذ دین است. تشریفات دینی هم اندیشه ها ومقولات فکری جدید رابوجود می آورند وهم ارزشهای موجود را مورد تأیید مجدد قرار می دهند (گیدنز، ۱۳۷۳: ۴۹۳). «دورکیم دین راجنین تعریف می کند: نظامی از معتقدات، نگرشها ومراسم ناظر برامر قدسی که انسانهارابه هم پیوند می دهد وازانها یک جامعه اخلاقی می سازد.» (آرون، ۱۳۷۷: ۳۹۴). او معتقد بود که ذات دین یک رشته از نگرش داشت ها، رویکردها، ویاعرف ها نیست، بلکه پدیده گسترده تری است. به عقیده او دین به هرصورتی که باشد، چیزی نیست جز بیان اخلاقی یک اجتماع و نگرشداشته ای دسته جمعی آنان (بیتس باپلاک، ۱۳۷۵: ۶۷۱). بنابراین ازنظراو دین امری اجتماعی وتجسم دیگری از اجتماع است. «علاق دینی، چیزی جزصور تمثیلی علایق اجتماعی و اخلاقی نیستند» وچون همه خدایان گذشته فقط تجسمی از جامعه بوده اند جامعه آینده نیز توانایی ساختن خدایان جدید را خواهد داشت. (آرون، ۱۳۷۷: ۳۹۲). دورکیم درجایی دیگر اشاره می کند که دین به صورت اعتقادبه یکدینای مقدس است دربرابریک دنیای نامقدس تعریف می شود. اصولادین درجایی پدید می آید که حدفاصل بین اشیا و امور درنظرکسی که اعتقاد به امورمقدس وپلید داردترسیم شده است. اداب، مناسک، سمبل های که درهرجامعه به خود می آید به این خصوصیات مقدس وغیرمقدس بستگی دارد (توسلی، ۱۳۶۹: ۲۲۵). بنابراین دین درنظردورکیم مبتنی برتقسیم جهان بردودسته پدیدارهای مقدس وغیرمقدس است هرگاه امور مقدس باهم روابطی از نوع هماهنگی یاتبعید داشته باشند، به نحوی که تشکیل سیستمی برخوردارازنوعی وحدت درونی ومستقل از هر سیستم دگر رابدهند، دراین صورت مجموعه نگرشهاومراسم مربوط به آنها یک دین رابوجود می آورد. دین مستلزم امر مقدس، سپس سازمان یافتن نگرشهای مربوط به امر مقدس است، سرانجام مستلزم مراسم واعمالی است که به نحوی کم وبیش منطقی مشتق ازنگرشهاهستند. (آرون، ۱۳۷۷: ۳۹۳).

ماکس وبر: به نظر وبر (۱۸۶۴) کارجامعه شناسی دین این است که پیامدهای جهت گیری های مذهبی رابرتاریخ وجامعه بشری، شیوه های زندگی، رویکردها ورفتار بشری بررسی کند (همیلتون، ۱۳۷۷: ۲۴۲). جامعه شناسی دین وبر می خواهد اثبات کند که دردین عقلانیتی وجود دارد که عقلانیت علمی نیست. منطق مابعدالطبیعی یادینی آدمیان که ازفعالیت ذهنی ایشان ناشی می شود، قیاسی است. نیمه عقلانی ونیمه روانشناختی (جلالی مقدم، ۱۳۷۲: ۱۱۵) ازنظراو دین عبارت است از نوع خاصی

^{۱۲} Emile Durkhiem

از رفتاردریک زندگی اجتماعی که باید مطالعه شود و به بررسی شرایط آن نیز پرداخت. آن گونه که وبر بیان می‌دارد، حوزه خاص فعالیت دین، تنظیم روابط قدرتهای مافوق طبیعی با انسانها را شامل می‌شود (بیرو، ۱۳۷۵: ۳۰۹). بهرام دشتکی (۱۳۸۹) در مقاله‌ای به بهترین نحو دیدگاه‌های پیرامون مذهب و معنویت را گرد آورده است. به گفته‌ی وی، نگاهی اجمالی به بازخورد روان‌شناسان برجسته نشان می‌دهد که دست‌کم در حد نظام‌های بزرگ روان‌شناختی، روان‌شناسان دیدگاهی بدبینانه به مذهب ارائه کرده‌اند. شاید این برداشت از دین، به فلسفه‌های غالب در آن زمان، حرکت افراطی علوم به‌سوی عینی‌نگری و نیز کنشگری‌های مذهب در آن زمان بازگردد. درمانگران دارای جهت‌گیری روان تحلیلگری، گرایش‌های مذهبی را نشانه‌های انحراف از سلامت می‌دانستند و تحت تأثیر فروید، معتقد بودند که پیوند با خداوند، ادامه‌ی وابستگی دوران کودکی است. بر اساس این نظریه، اعمال مذهبی، تکرار رفتارهای روان‌آزده‌وار کودکی درباره‌ی والدین است. فروید می‌گوید که تا زمانی که دنیا تهدیدآمیز و پیش‌بینی‌نشده باشد، انسان در پی پدری متعالی است تا احساس محافظت و احساس ایمنی را در خود به وجود آورد (جنیا ۱۹۹۵، به نقل از جان بزرگی ۱۳۹۵). مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت^{۱۳}، مبنای منطقی فراهم کرده است که بر طبق آن، مذهب بهتر درک می‌شود (داناهاو، ۱۹۸۵). وی مذهب را به دو صورت درونی و برونی می‌داند و معتقد است که مذهب درونی ساختار معنادهنده دارد، برحسب این‌که تمام زندگی درک شده است. همچنین، آلپورت دریافت که مذهب درونی، با انعطاف‌پذیری، تساهل، پختگی، یکپارچگی و وحدت در ارتباط است و مذهب بیرونی، مذهب آسودگی، قراردادهای اجتماعی و فردی می‌باشد و در ارتباط با طبقه‌بندی‌ها، تبعیض، استثناسازی، ناپختگی، وابستگی، دیدگاه فایده‌گرا و تدافعی است (دیلی، ۱۹۹۷).

مفهوم سلامت هیجانی-روانشناختی دیدگاه هاونظریات مربوط به آن

مفهوم سلامت و بیماری روانی در طول زمان تغییرات و دگرگونی‌های زیادی داشته‌اند. ارسطو در کتاب اخلاق می‌گوید: ((هر انسان به اندازه‌ای سالم است که توانسته کنشهای بشری را در خود توسعه دهد)). از آنجا که بشر بالاترین عملکرد هوش را دارد پس بهترین زندگی، زندگی خردمندانه است و سلامت روانی یعنی نوعی زندگی که استدلال بر آن کاملاً حکومت کند. مفهوم طبیعت گرایانه سلامت روانی توسط ارسطو، در قرون وسطی نادیده گرفته شد، از قرن هفتم و شانزدهم سلامت روان شناختی بصورت پرهیزکاری تعریف شد. پس از قرن شانزدهم مجدداً سلامت روان شناختی بصورت طبیعت گرایانه تعریف شد. همزمان با رنسانس روانپزشکی در اواخر قرن ۱۹ سلامت روان شناختی نوعاً به صورت «فقدان بیماری روانی» تعریف گردید. معمولاً سلامت روان شناختی را به ۳ شکل می‌توان تعریف کرد: نخست معنای خودآگاهی که این تعریف توسط فروید^{۱۴} (۱۸۵۶)، مک دوگال^{۱۵} (۱۸۷۱)، جورج برکلی^{۱۶} (۱۶۸۵) و بسیاری از هستی‌گرایان و نظریه پردازان نقش مانند لورنتز^{۱۷} پذیرفته شده است. تعریف دوم شامل خود شکوفایی و تحقق خود می‌شود، یعنی بالفعل ساختن تواناییهای روان شناختی ذاتی و درونی با استفاده از نوعی دگرگونی روانی میسر می‌شود. یونگ^{۱۸} (۱۸۷۵)، آلپورت^{۱۹} (۱۸۹۷)، و انسان‌گرایانی مازلو^{۲۰} (۱۹۰۸)، این دیدگاه را پذیرفته‌اند.

^{۱۳} Alport

^{۱۴} Feroid

^{۱۵} Mak dogal

^{۱۶} Jorj brokly

^{۱۷} Lorentz

^{۱۸} Yong

^{۱۹} Alport

سومین تعریف سلامت روانی حدودی است که فرد توانسته با «شبکه روابط اجتماعی پایدار» یکپارچه شود آدلر (۱۸۷۰)، و بسیاری از جامعه‌شناسان این تعریف را پذیرفته‌اند.

مفهوم سلامت هیجانی-روانشناختی در نظریه‌های روانکاوی:

دیدگاه فروید: به نظر فروید^{۲۱} (۱۸۵۶) ویژگیهای خاصی برای سلامت روان شناختی ضرورت دارد و نخستین ویژگی خود آگاهی است. یعنی هر چه که ممکن است در ناخود آگاه موجب مشکلی شود بایستی خودآگاه شود. خودآگاهی عنصر اصلی سلامت روان شناختی است. البته برای سلامت روان شناختی کفایت کننده نیست بلکه معیار نهایی سلامت روانی ویژگی دیگر از نظر فروید بیگانگی منطقی از علاقه مندی ها و اشتیاقات عمومی می‌باشد. به نظر فروید انسان متعارف کسی است که مراحل رشد روان - جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد. و در هیچ یک از مراحل بیش از حد تثبیت نشده باشد. البته دیدگاه فروید کمتر انسانی متعارف به حساب می‌آید و هر فرد به نحوی از انحاء متعارف است.

آدلر: آدلر^{۲۲} (۱۸۷۰) در نظریه روانی اجتماعی زیستی خود معتقد است که سلامت روان یعنی داشتن اهداف مشخص در زندگی، داشتن فلسفه استوار و محکم برای زیستن، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب و پایدار، مفید بودن برای هم نوعان، جرأت و شهامت، قاطعیت، کنترل داشتن بر عواطف و احساسات، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس، پذیرفتن اشکالات و کوشیدن در حد توان برای حل اشتباهات.

اریکسون: همان گونه که فروید در نظریات خود به ناخودآگاه اهمیت ویژه‌ای می‌دهد اریکسون^{۲۳} (۱۹۶۳) در این ارتباط اعتقاد زیادی به سن دارد. سلامتی روان را در ارتباط با من توصیف می‌کند و متغیرهای آن در ارتباط مقوله «من» تعریف می‌کند. به طور کلی اریکسون در ارتباط با سلامتی روان معتقد است که صفات خاصی وجود دارد که فرد دارای سلامتی روان شناختی را از کسی که فاقد این عنصر است متمایز می‌سازد. به نظر اریکسون این صفات در اجتماع معنی می‌یابد و بر این اساس فردی که در جامعه زندگی می‌کند و در صورتی دارای سلامتی روان است که از تعارض عاری می‌باشد از استعداد و توانایی بارزی استفاده کند، در کارش ماهر و استاد باشد، ابتکار نامحدود داشته باشد از انجام لحظه به لحظه حرفه‌اش پشخوراند بگیرد و در نهایت در مورد فرایند زندگی نظریه معنوی روشن و قابل درکی داشته باشد.

کورت لوین: کورت لوین^{۲۴} (۱۸۹۰) با نظریه میدانی در بین روان‌شناسان شناخته شده است. از دیدگاه لوین نظریه میدانی تنها به حیطه خاصی محدود نمی‌شود، بلکه مفاهیمی را در بر می‌گیرد که با آن می‌توان حقایق روان شناختی مختلفی را نمایش داد. اما نظر لوین در ارتباط با سلامت روان بر این است که سلامت و کمال روان شناختی موجب افتراق و تمایز یافتگی بیشتر شخص و محیط روان شناختی او می‌شود و استحکام و استواری مرزهای سیستم روانی فرد به وجود می‌آورد. بنابراین فرد سالم از نقطه نظر روان شناختی به نظر لوین کسی است که بین خودش و محیط روان شناختی خود تمایز و افتراق قائل می‌شود.

کارل راجرز: به عقیده راجرز^{۲۵} (۱۹۰۲) هر چه سلامت روان انسان بیشتر باشد آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می‌کند. از نظر راجرز انسان سالم موجودی بدون محدودیت فکر و عمل می‌باشد.

^{۲۰} Mazlo

^{۲۱} Froid

^{۲۲} Adler

^{۲۳} Erikson

^{۲۴} Kurt Louin

^{۲۵} Rajerz

نظریات مربوط به نقش مذهب در سلامت هیجانی-روانشناختی

به طور کلی در زمینه نقش مذهب در سلامت روانی و جسمانی و نیز مقابله با عوامل فشارزا نظریات و الگوهای گوناگونی ارائه شده است که در این جا به ذکر دو مورد عمده بسنده می شود:

الف: نقش مذهب در مقابله با عوامل فشارزا. پارگامنت از جمله پژوهشگرانی است که نظریه ی جامعی در زمینه نقش مذهب در مقابله با عوامل فشارزا مطرح کرده است. او به سه شیوه تأثیرگذار مذهب در جریان مقابله با فشارهای گوناگون روانی و محیطی اشاره دارد:

نخست آن که، مذهب می تواند به عنوان بخشی از فرایند مقابله تلقی شود و بر نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده شدن آن اثر گذارد.

دوم آن که، مذهب می تواند در فرایند مقابله مداخله کند. بدین معنی که در تعریف مجدد از مشکل به گونه ای قابل حل کمک کند.

سوم آن که، مذهب می تواند روی نتایج و پیامدهای حاصل از عوامل فشارزا تأثیر گذارد؛ به عبارت دیگر، تفسیر افراد از نتایج و پیامدهای مربوط به رویدادهای زندگی، تحت تأثیر نگرشهای مذهبی قرار می گیرد (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۴، به نقل از خدایاری و همکاران).

ب: تأثیر مذهب در سلامت از طریق تغییر سبک زندگی. والریت و لاری^{۲۶} (۱۹۹۵) الگویی ارائه داده اند که نگرشهای مذهبی را به دستگاه ایمنی عصبی-روانی پیوند می دهد. این پژوهشگران دیدگاهی روانی-اجتماعی را برای توجیه رابطه بین مذهب و سلامت روان پیشنهاد می کنند. آن ها سلامتی را حالتی تعریف می کنند که دربردارنده مؤلفه هایی همچون عمر طولانی، شادمانی، بهبودی بیماری های حاد و بازگشت به سطح سلامتی پیشین است. تأثیر زیادی بر رفتار و نگرش های مهم افراد از جمله برنامه ریزی، خانواده، کار، سیاست و چگونگی تفسیر رویدادهای زندگی روزانه داشته باشد (خدایاری و همکاران، ۱۳۸۰).

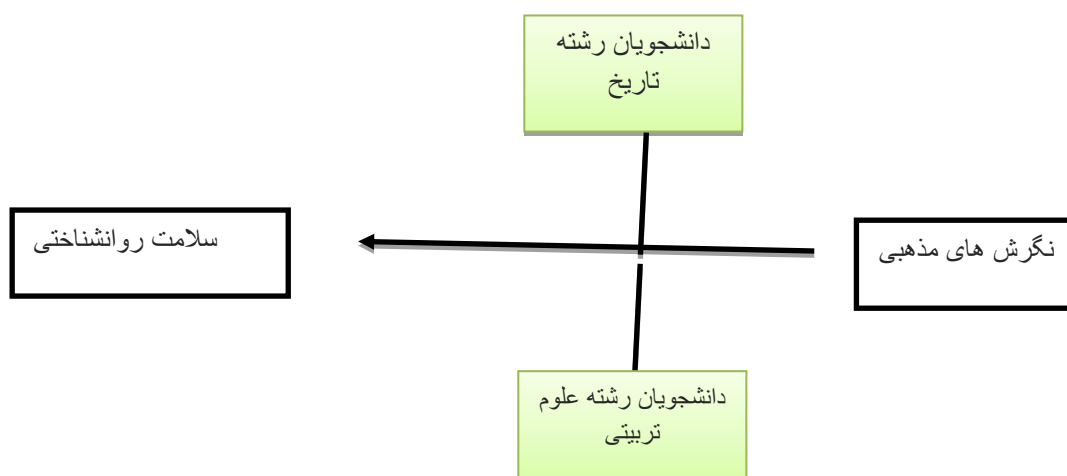
فرضیه های تحقیق

(۱) بین نگرش های دینی دانشجویان با سلامت هیجانی-روانشناختی آنان رابطه وجود دارد.

(۲) بین میزان اعتقاد به نگرشهای دینی در بین دانشجویان رشته های مختلف تفاوت وجود دارد.

(۳) بین سلامت هیجانی-روانشناختی دانشجویان رشته های مختلف تفاوت وجود دارد.

مدل



سلامت روانشناختی فرد با نگرشهای دینی او مرتبط است. به گونه ایی که نه تنها با داشتن بنیه های اعتقادی بالا سلامت روانشناختی در فرد بیشتر است، بلکه آرامش خاطر در او تقویت و به میزان از وسواسی های فکری و روانی به دور است. همان گونه که در خلال پژوهش دیده شد میزان این اثرگذاری و تاثیرات متغیر مستقل بر وابسته در گروه های مجزا از رشته های متفاوت مورد آزمایش قرار گرفت ولی بازهم مشاهده شد که در نتیجه تفاوت چندانی ندارد به این ترتیب ارتباط متغیرهای مستقل و وابسته باهم بررسی و تکلیف متغیرهای رابط و کنترل معلوم گردید.

روش شناسی پژوهش

روش تحقیق:

مراد از انتخاب روش انجام تحقیق این است که مشخص شود، چه روش تحقیقی برای بررسی موضوع خاصی لازم است. یک روش تحقیق مناسب، با اهداف و ماهیت موضوع پژوهش و امکانات اجرایی آن همگونی دارد. هدف از انتخاب روش تحقیق آن است که محقق با انتخاب شیوه و روش مناسب به صورت دقیق تر، آسان تر، سریع تر و ارزان تر به سئوالهای تحقیق مورد نظر پاسخ دهد، و بر اساس ماهیت موضوع اهداف مورد نظر پژوهش، فرض های تدوین شده، ملاحظات اخلاقی و انسانی ناظر بر موضوع تحقیق و وسعت امکانات اجرایی، روش تحقیقی متناسب با تحقیق را انتخاب نماید. (نادری و سیف نراقی، ۱۳۹۴)

این تحقیق در پی بررسی رابطه نگرش های دینی و سلامت روانشناختی دانشجویان می باشد بنابراین، روش تحقیق مناسب در پژوهش حاضر، روش همبستگی است (نادری و سیف نراقی، ۱۳۹۴).

جامعه آماری

"جامعه عبارت است از همه ی اعضای واقعی یا فرضی، که محقق علاقه مند است یافته های پژوهشی را به آنها تعمیم دهد. به عبارت دیگر جامعه به مجموعه ای از عناصر گفته می شود که دارای یک یا چند ویژگی مشترک باشند" (رمضانی، خسرو، ۱۳۸۱: ۵۳).

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دانشجومعلمانی دانشگاه فرهنگیان شهرستان خرم آباد است، که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ مشغول تحصیل هستند. طبق اطلاعات دانشگاه فرهنگیان شهرستان تعداد دانشجومعلمانی که مشغول تحصیل هستند تقریباً ۵۰۰ نفر می باشند که نمونه از بین این جامعه آماری به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شد.

نمونه آماری و روش نمونه برداری

"نمونه عبارت است از مجموعه‌ای از نشانه‌ها که از یک قسمت، یک گروه یا جامعه‌ای بزرگتر انتخاب می‌شود، به طوری که این مجموعه معرف کیفیات و ویژگیهای آن قسمت، گروه یا جامعه بزرگتر باشد." (نادری و سیف نراقی، ۱۳۹۴:۱۶۳)

"نمونه عبارت است از زیر جامعه‌ای که از کل جامعه انتخاب می‌شود و معرف آن است." (دلور، ۱۳۹۳:۵)

در این پژوهش حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (با استفاده از فرمول کوکران^{۲۷}) برآورد شده است. نمونه آماری پژوهش شامل ۱۰۰ دانشجو معلم مرد می‌باشند.

ابزار تحقیق

الف - پرسشنامه سنجش وضعیت مذهبی

پرسشنامه سنجش وضعیت مذهبی شامل ۲۱ گویه است که براساس طیف لیکرت^{۲۸} شش درجه‌ای و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف (به گونه‌ای که کاملاً مخالف برابر ۱ تا کاملاً موافق برابر ۶) امتیازبندی شده است. فقط سؤالات ۴-۶-۸-۱۰-۱۲-۱۶-۲۰-۲۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. هدف این پرسشنامه این است که وضعیت مذهبی را در دانشجویان مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد.

روایی و پایایی:

پایایی و روایی پرسشنامه سنجش وضعیت مذهبی دانشجویان توسط لطف آبادی (۱۳۸۱) در دو تحقیق ملی احراز شده است. پایایی مورد نظر با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۲ به دست آمده است. روایی آزمون مذکور از دو طریق روایی محتوا و روایی سازه معادل ۰/۷۲ به دست آمده است. در پژوهش (رستمی، ۸۴) نیز پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمده است.

ب- پرسشنامه سلامت هیجانی-روانشناختی

این پرسشنامه خودگزارشی است که عمدتاً جهت بررسی سلامت و بخصوص سلامت روان استفاده می‌شود توسط ویر و شربورن^{۲۹} (۱۹۹۲) ساخته شد و دارای ۱۶ عبارت است و سلامت روان را در فرد مورد ارزیابی قرار می‌دهد و نمره کلی مؤلفه روانی (MCS) و روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است.

^{۲۷} kokran

^{۲۸} Licert

^{۲۹} Ware JE, Sherbourne CD

نمره گذاری پرسشنامه:

شیوه نمره گذاری هر گزینه در جدول زیر ارائه گردیده است: در سؤالات ۱ و ۲ گزینه اول ۵ امتیاز و گزینه پنجم ۱ امتیاز خواهد گرفت. در سؤالات ۳ و ۴ و ۵ گزینه بلی صفر امتیاز و گزینه خیر ۱ امتیاز و در سؤالات ۶ گزینه اول ۵ امتیاز و گزینه پنجم ۱ امتیاز خواهد گرفت. و در سؤالات ۷ تا ۱۵ به شکل زیر:

هیچ وقت	مقدار کمی از اوقات	گاهی اوقات	مقدار زیادی از اوقات	بیشتر اوقات	همه اوقات	گزینه‌ها
۱	۲	۳	۴	۵	۶	امتیاز

در سؤال ۱۶ گزینه اول ۱ امتیاز و گزینه پنجم ۵ امتیاز خواهد گرفت.

روایی و پایایی:

اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵؛ اصغری و فاقهی، ۲۰۰۳) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۷۰/۰ تا ۸۵/۰ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۴۳/۰ تا ۷۹/۰ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (اصغری و فاقهی، ۲۰۰۳).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در این پژوهش برای توصیف داده‌ها از میانگین، واریانس و انحراف معیار استفاده گردید و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس و مجموع آزمونهای (POST HOC) استفاده گردید.

برای آزمون فرضیه‌های اصلی شماره ۱ از آزمون ضریب همبستگی استفاده می‌شود. برای آزمون فرضیه‌های فرعی و مقایسه دو میانگین از آزمون تحلیل واریانس و به دنبال آن برای تعقیب معناداری موجود از آزمونهای تعقیبی (شفه) استفاده می‌کنیم.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش بانمونه ۱۰۰ نفری (دانشجو مرد) پردیس علامه طباطبایی لرستان در (۵۰ نفر دانشجوی رشته علوم تربیتی و ۵۰ نفر در رشته تاریخ) شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین^{۳۰}، انحراف معیار^{۳۱} و بیشترین^{۳۲} و کمترین^{۳۳} مقدار آنها در جدول شماره ۱ ارائه داده شده است:

^{۳۰} mean

^{۳۱} Std.Deviation

^{۳۲} max

^{۳۳} min

متغیرها	تعداد کل ^{۳۴}	کمترین داده	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار
نگرش های دینی	۱۰۰	۱,۶۲	۴,۷۶	۳,۵۶	۰/۳۸۱
سلامت هیجانی - روانشناختی	۱۰۰	۱,۶۳	۴,۳۱	۲,۹۷	۰/۴۵۰

اطلاعات توصیفی متغیرها (جدول شماره ۱)

همانطور که داده‌های جدول بالا ملاحظه می‌گردد میانگین نگرش های دینی در بین دانشجویان ۳/۵۶ و میانگین سلامت روانشناختی در بین این دانشجویان برابر ۲/۹۷ می‌باشد.

جدول (۲) جهت تعیین میزان همبستگی بین متغیرهای مدنظر در این پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

متغیرها	ضریب پیرسون	سطح معناداری ^{۳۵}
نگرشهای دینی باسلامت هیجانی روانشناختی	۰/۰۸۲	۰/۱۷۵

نتایج آزمون همبستگی پیرسون (جدول ۲)

فرض‌های مدنظر در این همبستگی:

فرض خلاف: بین نگرشهای دینی و سلامت هیجانی-روانشناختی رابطه‌ی همبستگی وجود دارد.

فرض صفر: بین نگرشهای دینی و سلامت هیجانی-روانشناختی رابطه‌ی همبستگی وجود ندارد.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون با ضریب همبستگی ۰/۰۸۲ نشان می‌دهد که بین نگرشهای دینی و سلامت هیجانی-روانشناختی در دانشجویان رابطه همبستگی وجود دارد. بنابراین فرض صفر را رد می‌شود. از طرفی دیگر باتوجه به اینکه عدد معنادار محاسبه شده (۰/۱۷) از (۰/۰۵) بیشتر می‌باشد رابطه‌ی بین این دو متغیر معنادار است.

باتوجه به متغیر جمعیت شناختی ما در این پژوهش یعنی رشته تحصیلی دو متغیر اصلی سلامت هیجانی-روانشناختی و نگرشهای دینی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس ارزیابی گردید که نتایج آن در جدول شماره (۳ و ۴) در زیر آمده است.

^{۳۴} (N)

^{۳۵} Sig.

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	سطح معناداری
نگرشهای دینی دانشجویان علوم تربیتی	۵۰	۳,۴۸	۰/۲۶۲	۵/۳۱	۰/۲۳
نگرشهای دینی دانشجویان تاریخ	۵۰	۳/۶۵	۰/۴۵۸		
کل	۱۰۰	۳/۵۶	۰/۳۸۱		

جدول شماره (۳) آزمون تحلیل واریانس متغیرنگرشهای دینی نسبت به رشته‌های تحصیلی

فرض خلاف: بین نگرش های دینی دانشجویان بارشته‌ی تحصیلی مختلف تفاوت معنادار وجود دارد.

فرض صفر: بین نگرش های دینی دانشجویان بارشته‌ی تحصیلی مختلف تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس درجدول بالا (جدول شماره ۳) نشان می‌دهد که بامعناداری ۰/۲۳ که از ۰/۰۵ کمترست درنتیجه فرض صفر رد می‌شود. به این معنا که بین نگرشهای دینی دانشجویان بارشته‌ی تحصیلی آنان تفاوت معنادار وجود دارد.

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	معناداری
سلامت روانشناختی دانشجویان علوم تربیتی	۵۰	۳/۱۰	۰/۵۴	۹/۲۷	۰/۰۳
سلامت روانشناختی دانشجویان تاریخ	۵۰	۲/۸۴	۰/۲۷		
کل	۱۰۰	۲/۹۷	۰/۴۵		

آزمون تحلیل واریانس متغیرسلامت هیجانی-روانشناختی نسبت به رشته‌های تحصیلی (جدول شماره ۴)

فرض خلاف: بین متغیر سلامت هیجانی-روانشناختی دانشجویان بارشته های تحصیلی مختلف تفاوت معنادار وجود دارد.

فرض صفر: بین متغیرسلامت هیجانی-روانشناختی دانشجویان بارشته های تحصیلی مختلف تفاوت معنادار وجود ندارد.

باتوجه به جدول شماره (۴) مشخص گردید که معناداری ۰/۰۳ محاسبه شده از ۰/۰۵ کمتر است بنابراین فرض صفر رد می‌شود به این معنا که بین سلامت هیجانی-روانشناختی با رشته‌های تحصیلی مختلف تفاوت معنادار وجود دارد به همین

دلیل از آزمونهای post Hoc که یکی از مهم‌ترین آنان آزمونهای تعقیبی شفه است برای بررسی تفاوت معنادار وجود بهره می‌گیریم که در جدول شماره (۵) در زیر آمده است:

متغیر	رشته تحصیلی	مجموع مجذورات از میانگین ^{۳۶}	خطای استاندارد (میانگین مجذورات) ^{۳۷}	سطح معناداری
نگرشهای دینی	تاریخ و علوم تربیتی	۱۴/۴۳	۰/۷۴۳	۰/۲۳

جدول شماره (۵)^{۳۸}

متغیر	رشته تحصیلی	مجموع مجذورات از میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
سلامت هیجانی روانشناختی	تاریخ و علوم تربیتی	۲۰/۱۱	۱/۷۳	۰/۰۰۳

جدول (۶)^{۳۹}

نتایج آزمونهای Post Hoc ویا به عبارتی آزمون تعقیبی شفه در جداول (۵ و ۶) نشان می‌دهد که تفاوت محاسبه شده در آزمون تحلیل واریانس متغیرهای اصلی پژوهش نسبت به متغیرترتیبی رشته تحصیلی که همانطور مشاهده شد، معنادار گزارش شد؛ ناشی از تفاوت بین متغیرهای اصلی در بین دانشجویان رشته‌های تاریخ و علوم تربیتی بوده است چراکه سطح معناداری آنها به ترتیب برابر ۰/۲۳ و ۰/۰۳ شده است که هر دو از مقدار ۰/۰۵ کمتر می‌باشند و بین این دو می‌توان گفت تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس پرسش مطرح شده، این پژوهش به دنبال آن بود که مشخص نماید (آیا بین نگرشهای دینی با سلامت هیجانی-روانشناختی، رابطه وجود دارد) یا نه؟ طبق یافته‌های حاصل از این تحقیق استنتاج شد که بین نگرشهای دینی و سلامت هیجانی-روانشناختی رابطه ای مثبت معناداری با ضریب همبستگی ۰/۸۲ وجود دارد به عبارت دیگر با افزایش نگرشهای دینی و استحکام آنها در وجود فرد میزان سلامت هیجانی-روانشناختی در وی افزایش می‌یابد بنابراین فرضیه اول تأیید شد و می‌توان گفت که نتایج حاصل از اثبات این فرضیه بایافته‌های پژوهش پرویز عسگری و همکاران (۱۳۹۱) که بیان داشتند بین نگرشهای مذهبی و سلامت روان دانشجویان رابطه وجود دارد؛ همخوانی دارد. بر اساس یافته‌های حاصل از آزمون تحلیل واریانس با سطح معناداری (۰/۰۲۳)، در این پژوهش دیده شد که بین نگرشهای مذهبی دانشجویان در رشته‌های تحصیلی مختلف تفاوت وجود دارد بنابراین فرض دوم هم تأیید شد. از سوی دیگر باتوجه به سایر یافته‌ها حاصل از آزمون تحلیل واریانس با سطح معناداری (۰/۰۳) دیده شد که بین سلامت روان دانشجویان بارشته تحصیلی آنان تفاوت معناداری وجود دارد بنابراین فرض سوم هم طبق این یافته‌ها تأیید می‌شود. در تبیین و بررسی بیشتر دلیل اصلی این تفاوت‌های معنادار بین نگرشهای دینی

^{۳۶} Sum of squares

^{۳۷} Mean square

^{۳۸} در متغیر اصلی باورهای مذهبی در بین مجموع رشته‌ها ۰/۰۵ با الفای post hoc = toki+shefe+lsd+ danent نتیجه مجموع آزمونهای

^{۳۹} در متغیر اصلی سلامت روان در بین مجموع رشته‌ها ۰/۰۵ با الفای post hoc = toki+shefe+lsd+ danent نتیجه مجموع آزمونهای

وسلامت هیجانی -روانشناختی در بین دانشجویهای رشته‌های مختلف از آزمونهای تعقیبی شفه بهره گرفتیم واستنتاج شد که این تفاوت‌های معنایی ناشی از وجود تفاوت بین متغیرهای اصلی در بین دانشجویان این رشته‌ها بوده است چراکه سطح معناداری آنها درآزمون شفه به ترتیب برابر (۰/۰۲۳) و (۰/۰۰۳) شده است که نشان دهنده این تفاوت معنادارند. نتایج حاصل از فرضیه‌های دوم وسوم این پژوهش با یافته های پژوهش صدری وهمکاران (۱۳۸۹) که بیان داشتند بین میزان اعتقاد دینی وسلامت هیجانی -روانشناختی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد همخوانی وتشابه دارد. درجهان کنونی علی رغم پیشرفت‌های گسترده در تمامی زمینه‌های علمی صورت گرفته است اما تاکنون راهکاری قطعی برای درمان مشکلات روحی وروانی مانند پوچ گرایی، انواع اضطراب‌ها وافسردگی ها و.... پیدا نشده است، ازسوی دیگر اگر بخواهیم باتوجه به بررسی‌های اخیری که در زمینه های روحی وروانی صورت گرفته است تأمل ودرنگی داشته باشیم می‌بینیم که یکی ازراه های اساسی که بشر می‌تواند به کمک آن از بیماریهای روحی وروانی جلوگیری کند نیایش وعبادت است. ذکر ونام خدا هم جنبه‌ی پیشگیری دارد وهم بعد ازابتلای نفس به درمان بخش مطمئن است، ازسوی دیگر باتوجه به اینکه یکی از کانون‌ها ومحیط های اساسی در جهت پرورش مجموعه اعضای یک جامعه در عصر کنونی دانشگاه‌ها می‌باشند بنابراین برای داشتن روابطی سالم درجوامع از نظر روانی باید محیط‌ها ومحفل های دانشگاه‌ها را تا حد ممکن به سمت وسویی سوق دهیم که بنیه‌های اعتقادی دانشجویان روزه روز مستحکم‌تر گردد از جمله راهکارهایی که می‌تواند این پایه‌های مذهبی رادرمحیط های دانشگاهی تقویت بخشد می‌توان به (۱) توجه ویژه به نمازخانه‌ها وبرپایی شکوه مند نمازهای یومیه در دانشگاه‌ها (۲) برگزاری کانون‌ها و محفل‌هایی پرنشاط درجهت اشنایی دانشجویان با نگرشهای دینی (۳) تاکیدویژه برنحوه‌ی مطلوب تدریس واحدهای اخلاقی وخداشناسی ومحورهای مربوط با آن.

منابع

۱. اتکینسون، ریتال. و همکاران (۱۳۷۸). زمینه روان شناسی هیلگارد، ج ۱ ترجمه گروه مترجمان زیر نظر محمد نقی براهنی، تهران: انتشارات رشد.
۲. ارون، ریمون (۱۳۸۲). مراحل اساسی سیراندیشه درجامعه شناسی، باقرپرهم، چاپ ششم، تهران: انتشارات علمی فرهنگی.
۳. احمدی، سیدعلی (۱۳۷۵). فصلی براندیشه ورفتار، روانپزشکی بالینی، سال دوم شماره ۴
۴. ایمان، م و نوشادی، م. (۱۳۹۰). تحلیل محتوا کیفی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی. سال سوم، شماره دوم، پاییز و زمستان ۱۳۹۰
۵. بدخشانی، نعمت ا.. (۱۳۸۸). کاوش در رابطه باایمان ومعرفت فلسفی، دوره ۱۱: شماره ۳۲.
۶. بیرو، آلن (۱۳۷۵). فرهنگ علوم اجتماعی، ترجمه باقرساروخانی، چاپ اول، تهران: انتشارات کیهان.
۷. بازارگادی، م؛ خطیبیان، م و اشک تراب، ط. (۱۳۸۶). کاربرد تحلیل کیفی محتوا در تبیین حیطه‌های ارزشیابی عملکرد اعضای هیات علمی پرستار. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، دوره ۱۶، شماره ۵۹
۸. توسلی، غلامعباس (۱۳۶۹). نظریه‌های جامعه شناسی، تهران: انتشارات سمت.
۹. جان بزرگی، مسعود، نوری، ناهید (۱۳۸۲). جهت گیری مذهبی وسلامت روان، پژوهش درپزشکی، دانشگاه شهیدشوشتری، دوره ۳۱، شماره ۴.

۱۰. جلالی مقدم، مسعود (۱۳۷۹). درامدی بر جامعه شناسی دین و آرای جامعه شناسان بزرگ درباره دین، چاپ دوم، تهران: نشرمرکز.
۱۱. جان بزرگی، مسعود. همکاران (۱۳۹۵) *الگوی اسلامی روان درمانگری*، آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، مجله روانشناسی دین، شماره ۳۳
۱۲. خدایاری فرد، محمد و همکاران (۱۳۸۰). *گستره پژوهش‌های روانشناختی در حوزه دین*، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران.
۱۳. دادفر، محبوبه (۱۳۸۶). *بررسی نقش دین در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی*، منبع: خبرگزاری فارس
۱۴. دلاور، علی (۱۳۹۳). *روش‌های آماری در روانشناسی و علوم تربیتی*، تهران: پیام نور
۱۵. دلاور، علی (۱۳۷۰). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: مؤسسه نشر و ویرایش
۱۶. راسل (۱۹۱۲). *تسخیر سعادت*، ترجمه: وحیدمازندرانی
۱۷. رستمی، نادیا (۱۳۸۴). *بررسی رابطه وضعیت مذهبی با هوش هیجانی در دانش آموزان مقطع پیش دانشگاهی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۳-۸۴*. فصلنامه نوآوری‌های آموزشی. شماره ۱۰. سال سوم
۱۸. رضائی، خ (۱۳۸۱). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری و اجتماعی*، تهران: انتشارات فرهنگ.
۱۹. شاملو، سعید (۱۳۸۱). *بهداشت روانی*، تهران: انتشارات رشد.
۲۰. شریفی، طویه، شکرکن، حسین، احدی، حسن، مظاهری، محمدمهدی (۱۳۸۸) *بررسی رابطه بین هویت دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان*، فصلنامه علمی پژوهشی یافته‌های نو در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال چهارم، شماره ۱۱.
۲۱. شریعت، ک (۱۳۷۳). *بررسی رضایت شغلی و رابطه آن با عملکرد معلمان دوره ابتدایی شهر تهران*، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران.
۲۲. صدری، جمشید. جعفری، علیرضا (۱۳۸۹). *رابطه نگرشها با روان فرد*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، فصلنامه علوم رفتاری
۲۳. عسگری، پرویز، صفارزاده، سحر، مظاهری، محمدمهدی (۱۳۹۱) *رابطه نگرشهای دینی و امید به زندگی*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
۲۴. عسگری، حسن (۱۳۸۶) *راه‌های رسیدن به آرامش روانی از نگاه قرآن*، منبع: سایت باشگاه اندیشه
۲۵. عسگری، پرویز، شرف الدین، هدا (۱۳۸۷) *رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس های بهزیستی در دانشجویان*، فصلنامه علمی پژوهشی یافته‌های نو در روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد اهواز، سال چهارم، شماره ۹.
۲۶. قران مجید
۲۷. کالابراس (۱۹۸۷)

۲۸. کرمی، جهانگیر. روغنچی، محمود. عطاری، یوسفعلی. بشیده، کیومرث. شکری، مهتاب (۱۳۸۵). بررسی روابط چندگانه ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی- مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، پاییز ۸۵
۲۹. گنجی، حمزه (۱۳۸۶)- بهداشت روانی، تهران، ارسباران
۳۰. گیدنز، آنتونی (۱۳۷۳) جامعه شناسی، ترجمه منوچهر صبور، تهران: نشرنی.
۳۱. گودرزی، سعید. وهمکاران (۱۳۹۳). الگوی پیش بینی کننده خطر ابتلا به اختلالات روانی براساس نگرشهای مذهبی حمایت اجتماعی، سبک مقابله‌ای و سابقه اختلالات روانی، مجله پژوهشی در سلامت روانشناختی.
۳۲. لطف آبادی، حسین (۱۳۸۱). وضعیت و نگرش و مسائل جوانان ایران. تهران. سازمان ملی جوانان
۳۳. لطف آبادی، علی (۱۳۸۴). روان شناختی رشد: نوجوانی، جوانی، بزرگسالی، تهران: انتشارات سمت.
۳۴. مطهری، مرتضی، (۱۳۶۸)، اسلام و متقاضیان زمان (۱)، چاپ دوم، تهران، انتشارات صدرا
۳۵. مطهری، مرتضی، (۱۳۷۶)، انسان کامل، چاپ هشتم، تهران، انتشارات صدرا
۳۶. مصطفوی، حسن (۱۳۹۰). التحقيق في كلمات القرآن، تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب، ج ۴
۳۷. مهر محمدی، م. (۱۳۸۷). برنامه درسی: نظرگاه‌ها، رویکردها و چشم اندازها، تهران: انتشارات قدس رضوی.
۳۸. نادری، ع و سیف نراقی، م. (۱۳۹۴). روش‌های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی، تهران: انتشارات بدر.
۳۹. نوربخش، مهرداد، پوریوسفی، حمید (۱۳۸۵) نقش دین و مذهب بر سلامت روان، فصلنامه علمی پژوهشی دینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، شماره ۱۴.
۴۰. هومن، ح. (۱۳۸۰). اندازه گیری روانی و تربیتی، تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
۴۱. همیلتون، ملکوم (۱۳۷۷). جامعه شناسی دین، ترجمه محسن ثلاثی، چاپ اول، تهران: انتشارات تبیان.

۱-Stanford (۲۰۱۲), the metaphysics Research Lab, Center for the study of language and information, stanford university

۲-Ware JE, Sherbourne CD. The MOS ۳۶-Item Short-Form Health Survey (SF-۳۶). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. ۱۹۹۲; ۳۰: ۴۷۳

۳-Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form Health Survey (SF-۳۶): Translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. ۲۰۰۵; (۱۴): ۸۷۵-۸۲

۴-Asghari A, Faghehi S. Validation of the SF-۳۶ health survey questionnaire in two Iranian samples J Daneshvar Raftar. ۲۰۰۳; ۱۱(۱): ۱-۱۱. Persian

۵-Borgonovi, f. (۲۰۰۸). doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. social science medicine ۶۶

۶-Keys, c. l. m. Reitzes, c. (۲۰۰۷) the role of religion in identity mental health of older working and retired adults. aging mental health

- ۷- Krok,d. (۲۰۰۸) the role of spirituality in coping.
- ۸- Messay,B. (۲۰۱۰) the relationship between quest religious orientation.university of Dayton
- ۹-Park,C.Cohen, LH&Herb L(۲۰۰۶) intrinsic religiousnes and religious coping as life stress moderators.jornal of personality and social psychology.

Relationship between religious attitudes and emotional and psychological health of students of Farhangian University of Lorestan

Amin yousefvand[✉],saeed romani[✉]

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between religious attitudes and emotional-psychological health of students in Farhangian University of Lorestan. In the course of the research, we are referring to the domains of the sociology of human sciences, the authors of the study, Max Weber, Freud, Adler, and Eriksone ... each of them has studied the exact variables of the research. The survey method has been used and a questionnaire has been used. The statistical population includes the students of Allameh Tabatabai Campus in Lorestan during the academic year of ۱۹۹۶-۹۷. The sampling method was a probabilistic stratified sampling in which ۱۰۰ students of history and education sciences were selected according to Cochran formula. For testing the hypotheses, standard questionnaires were used for religious attitudes and emotional-psychological health. To determine the relationship between the main variables, Pearson correlation, independent t-test, and multiple variance analysis were used using SPSS software. According to the results, there was a significant correlation between religious attitudes and emotional-psychological aspects of students at Farhangian University of Lorestan. The article's argument is that the religious beliefs of students increase the level of relaxation and mental health of their students, and depressions and mental health problems are diminished. Therefore, according to the results of the research, which is reinforced by the strengthening of the religious attitudes of students' emotional-psychological health, there should be perspectives and programs to strengthen this imbalance in the macro, middle and university levels.

Key Words: Religious attitudes, emotional-psychological health, social health, student of science

[✉] Farhangian University- Lorestan Province: Educational Sciences:۰۹۱۶۶۳۸۱۷۳۱: y.amin۴۳۲۲@yahoo.com

[✉] Faculty Member of Farhangian University of Lorestan, PhD. Curriculum Planning