

رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان

سیف‌الله فضل‌اللهی قمشی*

منصوره ملکی توانا**

چکیده

هدف تحقیق بررسی رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم است. روش تحقیق توصیفی - پیمایشی؛ و جامعه آماری شامل کل دانشجویان علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم بود که تعداد ۱۹۸ نفر از آنان براساس جدول کرجسی و مورگان و به شیوه تصادفی طبقه‌ای به عنوان گروه نمونه آماری انتخاب شدند. از دو پرسشنامه سنجش رشد اعتقادی ۵۱ سؤالی (معنوی‌پور، ۱۳۸۲) با پایایی ۰/۷۸، و پرسشنامه سلامت روانی (GHQ) ۲۸ سؤالی گلد برگ با پایایی ۰/۸۱۶ استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی در حد میانگین، انحراف استاندارد، ضریب پراکندگی، ضریب همبستگی پیرسون و آمار استنباطی از آزمون‌های T کندال، T برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل و Z فیشر استفاده شده است. یافته‌ها نشان داد که بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد. همبستگی بین میزان رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر متفاوت است و علی‌رغم بالا بودن میانگین نمرات رشد اعتقادی در دانشجویان پسر و سلامت روانی دانشجویان دختر، تفاوت معناداری بین آنها مشاهده نشد. رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان پسر مثبت و معنادار و دانشجویان دختر مثبت است.

واژه‌های کلیدی: رشد اعتقادی، سلامت روانی، دانشجویان علوم تربیتی، روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم

Email: fazlollahi@yahoo.com

Email: malakitavana-m@yahoo.com

* عضو هیئت علمی گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم

** کارشناس و دبیر علوم تجربی ناحیه دو آموزش و پرورش استان قم

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۱۴ تاریخ تأیید: ۱۳۹۱/۶/۲۸

مقدمه

تأمین و حفظ سلامتی یکی از اهداف عالی انسان است که می‌تواند از طریق ابعاد بهداشت جسمی، روانی و اجتماعی حاصل شود؛ اما هر گاه از سلامت، سخن به میان آمده؛ بیشتر بعد جسمانی آن مد نظر قرار گرفته و به سایر ابعاد به‌ویژه بعد روان‌شناختی آن توجه کافی نشده است. سلامت روان^۱ شاخه‌ای از علم بهداشت است که با پیشگیری از اختلال‌های روانی و حفظ شیوه‌های بهینه زندگی و بهداشت عاطفی سروکار دارد (گنجی، ۱۳۷۹، ص ۱۹) سازمان بهداشت جهانی^۲ سلامت روانی را عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران در جهت تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب می‌داند (میلانی‌فر، ۱۳۷۶، ص ۱۶).

گسترش روزافزون زندگی مدرن و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن و تأثیر چشمگیر تمدن به نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی انسان‌ها، توجه به مقوله سلامت روان روزبه‌روز اهمیت بیشتری می‌یابد. افزایش رشد صنعت شهرنشینی در قرن بیستم، پتانسیل بالایی را برای بروز بیماری‌های روانی در بسیاری از جوامع پدید آورده است و در بسیاری از جوامع توسعه یافته؛ یکی از زمینه‌های خدمات بهداشت عمومی، بهداشت روانی و برخورداری از وضعیت روان‌شناختی مطلوب است (شیرازی، ۱۳۸۰، ص ۵۶). از سوی دیگر در ایران که نظام حکومتی بر مبنای اسلام پایه‌گذاری شده، نیل به بهداشت روانی که در احکام گوناگون اسلامی مورد تأکید بوده از حساسیت‌های زیادی برخوردار است. به وجود آوردن جامعه ایده‌آل اسلامی و دستیابی به زندگی مورد نظر اسلام که ترکیبی از عشق به دنیا و همزمان پارسایی است. باید از اولویت برخوردار باشد پرواضح است که دست یافتن به چنین جامعه ایده‌آل نیاز به شناخت همه‌جانبه عوامل زمینه‌ساز آن دارد. یکی از عوامل زمینه‌ساز سلامت روانی، جلوگیری از ایجاد بیماری‌های روانی است که در جوامع امروزی به‌طور چشمگیری خودنمایی می‌کند؛ براساس متون اسلامی التزام عملی به اعتقادات مذهبی می‌تواند بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی باشد (پناهی، ۱۳۷۸، ص ۲۸).

نقش اعتقادات مذهبی در کنترل آسیب‌های روانی در نظریه‌ها و پژوهش‌های روان‌شناسی نیز مورد تأکید قرار گرفته است. اسپیلکا^۳ و همراهانش (۲۰۰۳) با بهره‌گیری از پژوهش‌های روانی، به تأثیر مثبت دین بر سلامت روان و اخلاق پرداخته‌اند. باورها و رفتارهایی از قبیل

1. mental health

2. WHO

3. Spilka

توکل به خدا، صبر، دعا، زیارت و غیره می‌تواند با ایجاد امید و نگرش‌های مثبت باعث آرامش درونی فرد شوند. یونگ^۱ (۱۹۹۶) معتقد است که اعتقاد و مناسک دینی، دست‌کم از لحاظ بهداشت روانی اهمیت خارق‌العاده‌ای دارد. آرگیل^۲ (۲۰۰۰) معتقد است که دین به پیروان خود سلامت جسمانی و روانی اعطا می‌کند و با شفا دادن آلام روحی ارتباط دارد. افراد متدین نسبت به سایر افراد سالم‌ترند زیرا رفتار سالمی را در پیش می‌گیرند و بهداشت روانی با تدین ذاتی و درونی فرد ارتباط دارد.

مطالعات داگلاس^۳ (۱۹۸۳) نشان می‌دهد که نگاه ابزاری به باورهای مذهبی، اثرات پایدار در سلامت روان شناختی ندارد؛ در حالی که هدفمند بودن باورهای دینی، مؤلفه‌های سلامت روان شناختی را توسعه می‌دهد. مطالعات لوینسون^۴ (۱۹۹۳) نشان می‌دهد که داشتن تصویری مطلوب از خود و آینده، زمینه‌ساز تلاش‌های سودمند و پیشرفت‌گراست و موجب بهبود مؤلفه‌های سلامت روان شناختی می‌شود. کوئینگ^۵ (۲۰۰۱) معتقد است مذهب برای افراد، نقش سپر دفاعی در برابر عوامل مخرب، زیان‌آور و پرتنش‌زای محیطی را ایفا می‌کند. دیدوکا^۶ (۱۹۹۹) به این نتیجه رسید که نوجوان مذهبی از گروه‌های غیرمذهبی هم‌سن و سال خود، کمتر تکانشی هستند. کوئینگ^۷ و همکاران (۲۰۰۱) بیان کردند که دین، اثر مفید و مطلوبی در از بین بردن فساد و کاهش مرگ‌ومیر دارد و افرادی که در امور مذهبی شرکت می‌کنند، از نظر روحی و جسمی سالم‌تر از افرادی هستند که اعتقادات مذهبی ندارند. در ایران نیز تحقیقاتی در این زمینه انجام شده است. جمالی‌زاده (۱۳۸۲) در تحقیق خود به این نتیجه دست یافت که بین احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان، همبستگی معناداری دیده می‌شود و بین نگرش مذهبی و سلامت روان هم همبستگی معناداری وجود دارد. پژوهش بهرامی (۱۳۸۴) نشان داد که باور مذهبی بیرونی با اختلال در سلامت روان و افسردگی و باور مذهب درونی با سلامت روان رابطه دارند. طالقانی (۱۳۸۵) به این نتیجه رسید که مذهب می‌تواند به عنوان یکی از متغیرهای میانجی، اثرهای منفی عوامل استرس را تعدیل کند. کربلایی هرفته و جناآبادی (۱۳۸۶، ص ۸۱) در بررسی رابطه بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی زاهدان نشان دادند که بین سلامت روان و اعتقادات اسلامی دانشجویان دختر و پسر همبستگی مثبت وجود دارد اما تفاوت معناداری بین

1. Yong

3. Douglas

5. Koeing

7. Koeing

2. Argyle

4. Levinson

6. Didoca

دانشجویان دختر و پسر از نظر میزان اعتقادات مذهبی مشاهده نشد. افزون بر این، بین میزان سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر، تفاوت معناداری از نظر آماری وجود داشت اما تفاوت معناداری در این متغیر بین دانشجویان دانشکده‌های مختلف مشاهده نشد.

فنی اصل و رجبی (۱۳۸۷) در بررسی نقش روزه در تأمین سلامت روانی به پرسنل اداری دانشگاه نشان دادند که روزه‌داری می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی پرسنل اداری دانشگاه‌ها گردد.

برقی و علیپور (۱۳۸۸) در بررسی رابطه سلامت روان با باورهای مذهبی، منبع کنترل و خوش بینی استادان دانشگاه نشان دادند که باورهای مذهبی، منبع کنترل و خوش بینی سهم ترکیبی و تفکیکی معنادار در پیش بینی تغییرات سلامت روان شناختی دارند؛ به این معنا که هرچه نمرات باورهای مذهبی، منبع کنترل و خوش بینی افزایش می‌یابد، نمرات سلامت روان شناختی بالا می‌رود. همچنین ارتباط معناداری بین باورهای مذهبی با خوش بینی، باورهای مذهبی با منبع کنترل و خوش بینی با منبع کنترل مشاهده شد.

ظروفی (۱۳۸۸) در بررسی سلامت روانی و رابطه آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شیشتر نشان داد که بین سلامت روانی با میزان گرایش به اعمال مذهبی همبستگی مستقیم وجود دارد. در این میان قوی‌ترین رابطه مربوط به اضطراب و ضعیف‌ترین رابطه مربوط به ترس مرضی است. هر دو متغیر سلامت روانی و گرایش به اعمال مذهبی، در بین دو گروه دانشجوی دختر و پسر تفاوت‌های معناداری را نشان می‌دهند؛ اما رابطه بین دو متغیر براساس رشته و جنسیت تفاوت معناداری نشان نمی‌دهند. و هرچه میزان گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان بیشتر باشد بر میزان سلامت روانی آنها افزوده شده و احتمال ابتلای آنها به اختلالات روانی نیز کاهش می‌یابد. همچنین میزان سلامت روانی دانشجویان دختر و گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان پسر، بیشتر است.

کاظمیان مقدم و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۳۸۸) در بررسی رابطه نگرش مذهبی با شادکامی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان به این نتیجه رسیدند که بین نگرش مذهبی و شادکامی دانشجویان رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین بین نگرش مذهبی و سلامت روانی آنان رابطه مثبت معناداری مشاهده شد.

بهرامی چگینی (۱۳۸۹، ص ۹۱) در بررسی رابطه بین دینداری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد نشان داد که روابط معناداری بین دینداری و اختلالات روانی وجود دارد و بعد اعتقادی و مناسکی دینداری بیشترین نقش را در تعیین اختلالات روانی برخوردارند.

اهداف تحقیق

۱. بررسی رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی قم؛
۲. تعیین و مقایسه میزان رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر؛
۳. مقایسه همبستگی بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر؛
۴. توجه دادن متولیان تعلیم و تربیت و خانواده‌ها به ضرورت حفظ سلامت روانی از طریق اعتقادات مذهبی.

فرضیه‌ها

۱. میزان رشد اعتقادی دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر است؛
۲. بین میزان سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تفاوت معناداری وجود دارد؛
۳. بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد؛
۴. همبستگی بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر متفاوت است؛
۵. بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان پسر رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛
۶. بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر رابطه مثبت وجود دارد.

روش تحقیق

روش تحقیق از نظر اهداف کاربردی و به لحاظ جمع‌آوری اطلاعات توصیفی - پیمایشی است. و جامعه آماری شامل همه دانشجویان رشته‌های علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم است که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در سه گرایش روان‌شناسی بالینی، مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی و آموزش ابتدایی مشغول به تحصیل بودند که حدود ۸۰۰ نفر بودند، که از این تعداد ابتدا ۲۶۰ نفر (۲۰۸ دختر و ۵۲ پسر به نسبت سهم دانشجویان از نظر جنسیت) براساس جدول برآورد حجم نمونه از روی حجم جامعه کرجسی و مورگان^۱ (اقتباس از حسن‌زاده، ۱۳۸۲، ص ۱۳۳) و به شیوه تصادفی طبقه‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ که در نهایت پس از کنار گذاردن پاسخ‌های ناقص و غیر قابل استفاده، نهایتاً تعداد ۱۹۸ مورد (۱۵۸ دختر و ۳۹ پسر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه از مجموع شرکت‌کنندگان تعداد ۶۷، ۶۴ و ۶۶ نفر، به ترتیب از رشته‌های روان‌شناسی، مدیریت آموزشی و آموزش ابتدایی بودند.

1. Krejcie & Morgan

برای جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه زیر استفاده شده است:
 الف) پرسشنامه سنجش رشد اعتقادی معنوی پور (اقتباس از سالاری‌فر و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۶۰۹-۶۱۱) حاوی تعداد ۵۱ سؤال از نوع ۵ سطحی لیکرت^۱ با پایایی ۰/۷۸ که براساس مبانی نظری رشد اعتقادی و اصول و فروع دین اسلام تدوین شده است. سؤالات این آزمون ۶۴٪ واریانس نمرات رشد اعتقادی را تبیین می‌کنند و ضریب اعتبار آن براساس آلفای کرونباخ با یک نمونه ۲۰۰ نفری ۰/۸۲ به دست آمده است؛ در ضمن برای هنجاریابی، این آزمون روی ۶۰۰ دانشجوی اجرا گردیده (معنوی پور، ۱۳۸۲، ص ۱۱۴ و ۱۱۵) که با استفاده از نمرات T و Z مورد تأیید قرار گرفت.

ب) پرسشنامه سلامت روانی^۲ (GHQ) ۲۸ سؤالی گلد برگ^۳ با پایایی ۰/۸۱۶، که علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید را با تعداد هفت سؤال برای هر کدام و در قالب هر سؤال چهارگزینه‌ای «نه اصلاً»، «بله، بعضی وقت‌ها»، «بله، بیشتر وقت‌ها» و «بله، خیلی زیاد» با اختصاص دادن نمرات به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ می‌سنجد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی در حد میانگین، انحراف استاندارد، ضریب پراکندگی، ضریب همبستگی پیرسون و آمار استنباطی از آزمون‌های T کندال، T برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل و Z فیشر استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

جدول ۱: فرضیه یک (میزان رشد اعتقادی دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر است)

جنسیت / رشته تحصیلی	دختر			پسر			کل	
	میانگین	انحراف معیار	ضریب پراکندگی	میانگین	انحراف معیار	ضریب پراکندگی	انحراف معیار	ضریب پراکندگی
روان‌شناسی بالینی	۵۸/۰۳۴	۹/۶۳۴	۱۶/۶	۶۵/۵	۱۷/۳۱	۲۶/۴۳	۶۰/۰۳	۱۱/۴۰۶
مدیریت و برنامه‌ریزی	۶۷/۵۴	۱۰/۸۵۸	۱۶/۰۷۶	۷۴	۱۳/۰۰۹	۱۷/۵۸	۶۹/۳	۱۱/۶۴
آموزش ابتدایی	۶۴/۶۱۵	۱۲/۳۱۲	۱۹/۰۵۴	۶۷/۵	۱۱/۰۴۰	۱۶/۳۵	۶۵/۱۵۶	۱۱/۹۷
کل	۶۳/۱۵۲	۱۱/۵۳۵	۱۸/۲۶۵	۷۰/۱۵۷	۱۳/۱۷۵	۱۸/۷۸	۶۴/۸۸	۱۱/۸۳۵

$$T = -۲/۱۳۲$$

$$df = ۱۹۶$$

$$T_{\alpha} (۰/۰۵) = ۱/۶۴۵$$

1. Likert scoring method

2. general health questionnaire

3. Goldberg D. P.

جدول شماره ۱ نمرات رشد اعتقادی دانشجویان را به تفکیک سه رشته روان‌شناسی بالینی، مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی و آموزش ابتدایی به تفکیک دختر و پسر نشان می‌دهد. در گروه دخترها بیشترین میانگین مربوط به دختران مدیریت و برنامه‌ریزی (۶۷/۵۴) با انحراف استاندارد ۱۰/۸۵۸ و ضریب پراکندگی ۱۶/۰۷۶ است و پس از آن به ترتیب آموزش ابتدایی و روان‌شناسی بالینی در رده‌های دوم و سوم هستند. در گروه پسران بیشترین نمره رشد اعتقادی مربوط به پسران آموزش ابتدایی با میانگین (۶۷/۵)، انحراف استاندارد ۱۱/۰۴ و ضریب پراکندگی ۱۶/۳۵ است و پس از آن مدیریت و برنامه‌ریزی و روان‌شناسی بالینی قرار دارند. تحلیل نمرات رشد اعتقادی کل دانشجویان نشان می‌دهد که اولاً میانگین کل نمره رشد اعتقادی دانشجویان ۶۴/۸۸، با انحراف استاندارد ۱۸/۳۷ است؛ ثانیاً در کل بیشترین نمره رشد اعتقادی مربوط به گروه مدیریت و برنامه‌ریزی است که بالاتر از رشته‌های روان‌شناسی و آموزش ابتدایی است و رشد اعتقادی روان‌شناسی بالینی پایین‌تر از دیگر رشته‌ها است؛ ثالثاً تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها براساس آزمون T برای مقایسه میانگین رشد اعتقادی دو گروه مستقل دختران و پسران دانشجویان نشان می‌دهد که چون T محاسبه شده (۲/۱۳۲-) از T بحرانی در سطح اطمینان ۰/۹۵ و $\alpha=0/05$ (۱/۶۴۵) کوچک‌تر است پس فرضیه صفر تأیید می‌شود و با توجه به معنادار نبودن تفاوت میانگین‌ها، با اطمینان ۰/۹۵ می‌توان نتیجه گرفت که میزان رشد اعتقادی دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر نیست.

جدول ۲: فرضیه ۲ (بین میزان سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود دارد)

رشته تحصیلی	دختر			پسر			جمع کل		
	میانگین	انحراف معیار	ضریب پراکندگی	میانگین	انحراف معیار	ضریب پراکندگی	میانگین	انحراف معیار	ضریب پراکندگی
روان‌شناسی بالینی	۵۴/۶۸۹	۱۴/۰۰۵	۱۶/۵۳۶	۴۴/۲۵	۳۰/۷۷	۴۱/۴۴	۵۳/۴۲	۱۶/۵۰۳	۱۹/۷۸
مدیریت و برنامه‌ریزی	۵۷/۸۷۵	۱۲/۸۴۴	۱۴/۱۳۴	۴۸	۱۹/۷۰۴	۲۴/۳۲	۵۸/۱۸	۱۵/۳۵	۱۷/۴۱
آموزش ابتدایی	۵۳/۴۲۳	۱۰/۲۵۳	۱۰/۳۱	۴۷/۱۶۶	۱۲/۷۹۷	۱۴/۳۵	۴۷/۵	۱۱/۳	۱۱/۵۹
کل	۵۶/۴۱۸	۱۳/۸۲۲	۱۵/۱۱۹	۴۷/۱۵۷	۲۰/۱۶۹	۲۴/۵۵	۵۲/۶۲۲	۱۵/۵۷۷	۱۷/۳۸

$$T = 0/243$$

$$df = 196$$

$$T_{\alpha/2} (0/05) = 1/96$$

جدول شماره ۲ نمرات سلامت روانی دانشجویان را به تفکیک در سه رشته روان‌شناسی بالینی، مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی و آموزش ابتدایی به تفکیک دختر و پسر نشان

می‌دهد. اطلاعات نشان‌دهنده این است که بیشترین نمره سلامت روانی مربوط به دختران آموزش ابتدایی با میانگین ۵۳/۴۲۳، انحراف استاندارد ۱۰/۲۵۳ و ضریب پراکندگی ۱۰/۳۱ بوده و پس از آن به ترتیب روان‌شناسی بالینی و مدیریت و برنامه‌ریزی قرار دارند. در گروه پسران بیشترین سلامت روانی مربوط به آموزش ابتدایی با میانگین ۴۷/۱۶۶، انحراف استاندارد ۱۲/۷۹۷ و ضریب پراکندگی ۱۴/۳۵ است و پس از آن به ترتیب روان‌شناسی بالینی و مدیریت و برنامه‌ریزی قرار دارند. بنابراین تحلیل کل نمرات سلامت روانی نشان می‌دهد اولاً بیشترین نمره سلامت روانی مربوط به رشته آموزش ابتدایی است که با میانگین ۴۷/۵، انحراف استاندارد ۱۵/۵۷ و ضریب پراکندگی ۱۱/۵۹ در جایگاه اول است و رشته‌های روان‌شناسی بالینی و مدیریت و برنامه‌ریزی در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند؛ ثانیاً میانگین کل نمرات سلامت روانی دانشجویان ۵۲/۶۲۲ با انحراف استاندارد ۱۵/۵۷ به دست آمده است؛ ثالثاً تحلیل استنباطی داده‌ها براساس آزمون T نشان‌دهنده این است که چون T محاسبه شده (۰/۲۴۳) از T بحرانی در سطح اطمینان ۰/۹۵ و $\frac{\alpha}{2} = ۰/۰۵$ (۱/۹۶) کوچک‌تر است پس فرضیه صفر تأیید می‌شود و با توجه به معنادار نبودن تفاوت بین میانگین‌های دو گروه با اطمینان ۰/۹۵ می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۳: فرضیه ۳ (بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد)

شاخص‌ها متغیرها	میانگین	معیار انحراف	واریانس	همبستگی	میزان T
رشد اعتقادی	۶۴/۸۸	۱۱/۸۳۵	۱۴۰/۰۸	۰/۱۷۶	۱/۰۶۱
سلامت روانی	۵۲/۶۲	۱۵/۵۷	۲۴۲/۶۵		

$$T_{\alpha} (0/05) = 1/645$$

$$df = 196$$

جدول شماره ۳ همبستگی بین نمرات رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان را نشان می‌دهد؛ مطابق داده‌ها همبستگی بین دو متغیر رشد اعتقادی و سلامت روانی، براساس ضریب همبستگی پیرسون معادل ۰/۱۷۶ محاسبه شده است که بیانگر وجود رابطه مثبت بین دو متغیر می‌باشد؛ تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها براساس آزمون T کندال برای معنادار بودن همبستگی محاسبه شده (۱/۰۶۱) از T بحرانی در سطح اطمینان ۰/۹۵ و $\alpha = ۰/۰۵$ $df = ۱۹۶$ (۱/۶۴۵) کوچک‌تر است پس با اطمینان ۰/۹۵ می‌توان نتیجه گرفت که علی‌رغم رابطه مثبت شدت همبستگی بین دو متغیر در بین دانشجویان معنادار نیست.

جدول ۴: فرضیه ۴ (همبستگی بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر متفاوت است)

گروه دانشجویان پسر		گروه دانشجویان دختر		میزان Z
r_{XY_2}	Z_{r_2}	r_{XY_1}	Z_{r_1}	
۰/۸۳۶	۱/۲۰۴	۰/۱۶۸	۰/۱۷۲	-۳/۵۴۹

$$Z_{\frac{\alpha}{2}}(0/05) = 2/58$$

داده‌های جدول فوق همبستگی بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان در دو گروه مستقل دختران و پسران را نشان می‌دهد؛ براساس آزمون Z چون قدر مطلق Z محاسبه شده (-۳/۵۴۹) از Z بحرانی در سطح اطمینان ۰/۹۹ و $(2/58)_{\frac{\alpha}{2}} = 0/01$ بزرگ‌تر است پس فرضیه صفر رد می‌شود و با توجه به معنادار بودن تفاوت همبستگی دو گروه با اطمینان ۰/۹۹ می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دو گروه دانشجویان دختر و پسر متفاوت است.

جدول ۵: فرضیه ۵ (بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان پسر رابطه مثبت و معنادار وجود دارد)

شاخص‌ها متغیرها	میانگین	معیار انحراف	واریانس	همبستگی	میزان T
رشد اعتقادی	۷۰/۱۵۷	۱۳/۱۷۵	۱۷۳/۵۸	۰/۸۳۶	۲/۱۵۲
سلامت روانی	۴۷/۱۵۷	۲۰/۱۶۹	۴۰۶/۷۸		

$$T_{\frac{\alpha}{2}}(0/05) = 1/684$$

داده‌های جدول فوق رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان پسر را نشان می‌دهد؛ مطابق داده‌ها بین دو متغیر در پسران براساس ضریب همبستگی پیرسون معادل ۰/۸۳۶ می‌باشد و بیانگر رابطه مثبت بین متغیرها است. تجزیه و تحلیل استنباطی براساس آزمون T مشخص می‌کند که چون T محاسبه شده (۲/۱۵۲) از T بحرانی در سطح اطمینان ۰/۹۵ و ۰/۰۵ $(1/684)_{\frac{\alpha}{2}} =$ بزرگ‌تر است پس فرضیه صفر رد می‌شود و با اطمینان ۰/۹۵ می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان پسر مثبت و معنادار است.

جدول ۶: فرضیه ۶ (بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر رابطه مثبت وجود دارد)

شاخص‌ها متغیرها	میانگین	معیار انحراف	واریانس	همبستگی	میزان T
رشد اعتقادی	۶۳/۱۵۲	۱۱/۵۳۵	۱۳۳/۰۵۶	۰/۱۶۸	۱/۵
سلامت روانی	۵۶/۴۱۸	۱۳/۸۲	۱۹۰/۹۹		

$$T_{\alpha}(0/05) = 1/645$$

داده‌های جدول فوق رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر را نشان می‌دهد؛ مطابق اطلاعات بین دو متغیر براساس ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی مثبت وجود دارد و شدت آن برابر $0/168$ محاسبه شده است. تجزیه و تحلیل استنباطی اطلاعات براساس آزمون T بیانگر این است که چون T محاسبه شده ($1/5$) از T بحرانی در سطح اطمینان $0/95$ و $0/05$ $\alpha = (1/645)$ کوچک‌تر است پس فرضیه صفر رد می‌شود و با اطمینان $0/95$ می‌توان نتیجه گرفت که شدت همبستگی بین دو متغیر در دانشجویان دختر معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، بهداشت روانی آن جامعه است. سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند؛ از آنجا که دانشجویان از اقشار مستعد برگزیده جامعه و سازندگان فردای هر کشور می‌باشند بنابراین سلامت روانی آنان از اهمیت ویژه‌ای در یادگیری و افزایش آگاهی علمی برخوردار است. از ضروریات اساسی زندگی دانشجویی که توجه به آن در رشد و توسعه جامعه اثر مستقیمی دارد و پرداختن به آن شرط اساسی در بهره‌وری بهینه نیروهای کارآمد و تحصیلکرده می‌باشد، بهداشت روانی دانشجویان است. سلامت روانی یکی از ابعاد مهم سلامتی می‌باشد. سلامت ذهن عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ دیگران، اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی، به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب می‌باشد. سلامت روان نقش مهمی در تضمین کارآمدی هر جامعه‌ای و بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی دارد. در مقابل عوامل مختلفی می‌تواند در سلامت روانی دانشجویان مؤثر باشد.

در اغلب پژوهش‌ها، مذهب به صورت یک دسته از باورهای به‌خصوص و مشترک در یک گروه درباره خدا یا یک نیروی برتر و اعمالی که نشان می‌دهد چگونه این باورها اظهار می‌شود توصیف شده است؛ طبق تحقیقی که لودیگ و مایر (۲۰۰۶) در خصوص مذهب در زندگی افراد کم‌درآمد انجام دادند نشان داده شد که اگرچه فقر با چند رفتار منفی همبستگی دارد اما افرادی کم‌درآمد که دارای اعتقادات مذهبی و باورهای معنوی بیشتری نسبت به افراد با درآمد بالا بودند رفتارهای مثبت بیشتری در زندگی بروز می‌دادند که می‌تواند به عنوان منبعی برای حفظ سلامت عمومی به شمار آید (به نقل از: برغندان و قائمی خمایی، ۱۳۸۹، ص ۱۵۵).

مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، صمیمیت با دیگران، آرامش هیجانی، فرصت شکوفایی، احساس راحتی، مهارت‌تکانه‌ها، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل مؤثر باشد؛

دین موجب امیدواری می‌شود و خوش‌بینی افراد را افزایش می‌دهد. دین نوعی احساس فراطبیعی به شخص می‌دهد که بی‌تردید تأثیر روان‌شناختی دارد (بهرامی چگینی، ۱۳۸۹، ص ۹۲). از طرف دیگر بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی رابطه وجود دارد، به عبارت دیگر هرچه میزان اعتقادات مذهبی افزایش می‌یابد، فرد از شادی و نشاط درونی و آرامش خیال برخوردار بوده و به هدفمندی زندگی بیشتر پی برده و در پرتو توجه به ارزش‌ها و هدف‌هایی معنوی، نیازهای بنیادی، و عشق و علایق دینی و الهی سلامت روانی بیشتری خواهد داشت (کاظمیان مقدم و مهربابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۸، ص ۱۵۷-۱۵۹).

در این مطالعه رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان رشته علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم مورد بررسی قرار گرفت و نتایج پژوهش نشان داد که از میان شش فرضیه، اکثر فرضیه‌ها مورد تأیید قرار گرفته‌اند و بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد که این نتایج با پژوهش کاظمیان مقدم و مهربابی‌زاده هنرمند (۱۳۸۸) و ظروفی (۱۳۸۸)، جمالی‌زاده (۱۳۸۲) و بهرامی (۱۳۸۴) و کربلایی هرفته و جناآبادی (۱۳۸۶) همخوانی دارد. همچنین میزان همبستگی بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر متفاوت است. که با نتایج پژوهش کربلایی هرفته و جناآبادی (۱۳۸۶) و ظروفی (۱۳۸۸) همخوانی دارد. همچنین بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان پسر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ ولی علی‌رغم وجود رابطه مثبت بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان دختر، شدت این رابطه معنادار نبوده است. در ارتباط با تفاوت دانشجویان دختر و پسر در متغیرهای سلامت روان و اعتقادات مذهبی نتایج نشان داد که در متغیر رشد اعتقادی دانشجویان پسر میانگین بالاتری از نظر آماری دارند اما در متغیر سلامت روانی میانگین دختران بیشتر دیده می‌شود اما تفاوت آنها از نظر آماری معنادار نبوده است. همچنین بین رشد اعتقادات مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دو گروه علوم تربیتی یعنی رشته مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی و آموزش ابتدایی رابطه مثبت و معنادار مشاهده شده است. این در حالی است که علی‌رغم وجود رابطه مثبت بین رشد اعتقادی و سلامت روانی در دانشجویان رشته روان‌شناسی بالینی، شدت همبستگی معنادار نبوده که این امر شاید مربوط به ویژگی‌های شخصیتی دانشجویان علوم تربیتی و آموزش ابتدایی که اغلب از نظر سن و سال و اشتغال به فعالیت‌های تربیتی به‌ویژه اشتغال به شغل معلمی متفاوت هستند، باشد. البته شناخت دانشجویان روان‌شناسی از محتوای بحث‌های روان‌شناسی نیز می‌تواند در نتیجه مؤثر باشد.

منابع

- برغندان، سپیده و نیما قائمی خمami (۱۳۸۹)، «رابطه نگرش‌های مذهبی با سلامت عمومی و رضایتمندی زناشویی در زوجین نابارور»، فصلنامه انجمن روان‌شناسی ایران، روان‌شناسی معاصر (مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران)، دوره پنجم، ص ۱۵۴-۱۵۶.
- برقی، زیبا و علیپور، احمد (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت روان با باورهای مذهبی، منبع کنترل و خوش‌بینی استادان دانشگاه»، فصلنامه علوم انسانی، س ۱۳، ش ۳ (پیاپی ش ۴۳)، ص ۱۴۸-۱۵۹.
- بهرامی چگینی، ذبیح‌الله (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه دینداری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد»، روان‌شناسی و دین، س ۳، ش ۲، ص ۹۱-۱۰۲.
- بهرامی مشعوف، عباس (۱۳۸۴)، بررسی رابطه بین عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تهران.
- پناهی، غلامحسین (۱۳۷۸)، بررسی رابطه بین افسردگی و میزان التزام عملی به اعتقادات مذهبی در میان دانش‌آموزان پایه دوم دبیرستانهای شهر زاهدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد.
- جمالی‌زاده، فرنگیس (۱۳۸۲)، بررسی ویژگی‌های اقدام‌کنندگان به خودکشی در بندرعباس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- حسن‌زاده، رمضان (۱۳۸۲)، روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: ساوالان.
- سالاری‌فر، محمدرضا؛ مسعود آذربایجانی و عباس رحیمی‌نژاد (۱۳۸۴)، مبانی نظری مقیاس‌های دینی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و دفتر طرح‌های ملی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- شیرازی، محمود (۱۳۸۰)، بررسی شیوه‌های مقابله با تنش‌های روانی و ارتباط آن با اسنادهای علی و سلامت روانی در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی شهر زاهدان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.
- طالقانی، نرگس (۱۳۸۵)، «رابطه جهت‌گیری مذهبی (درونی - بیرونی) با سلامت روانی»، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

ظروفی، مجید (۱۳۸۸)، «بررسی سلامت روانی و رابطه آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شبستر»، روان‌شناسی و دین، س ۲، ش ۴، ص ۱۴۳-۱۵۶.

فنی اصل، عباس و سوران رجیبی (۱۳۸۷)، «نقش روزه در تأمین سلامت روانی پرستل اداری دانشگاه محقق اردبیلی»، روان‌شناسی و دانشگاه، س ۱، ش ۴، ص ۱۲۹-۱۴۲.

کاظمیان مقدم، کبری و مهناز مهربانی‌زاده هنرمند (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه نگرشی مذهبی با شادکامی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان»، روان‌شناسی و دین، س ۲، ش ۴، ص ۱۵۷-۱۷۴.

کربلایی هرفته، فاطمه صغری و حسین جناآبادی (۱۳۸۶)، «رابطه بین اعتقادات اسلامی و سلامت روان دانشجویان»، مجله مطالعات علوم تربیتی، س ۱، ش ۲، ص ۸۱-۹۰.

گنجی، حمزه (۱۳۷۹)، بهداشت روانی، تهران: ارسباران.

معنوی پور، داوود (۱۳۸۲)، چکیده مقالات همایش مبانی نظری و روان‌سنجی مقیاس‌های دینی، قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه، ص ۱۱۳ و ۱۱۴.

میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷۶)، بهداشت روانی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

Argyle, M. (2000), *Psychology and Religion*, London: Rutledge.

Didoca, D. (1999), "Assessing Schizotypal Trait in 13-18Years Old", *Journal of Personality and Individual Difference*, 27(4): 633-682.

Douglas, M. (1983), *The Effects of Modernization on Religious Change*, Boston: Beacon.

Koeing, K. G.; Mccullough & D. Blarson (2001), *Handbook of Religion and Health*, Newyork: Oxford University Press.

Levinson, P. (1993), "Age-Cohort Change in the Lifetime Occurrence of Depression and Other Mental Disorders", *Journal of Abnormal Psychelogy* 102, pp.110-120.

Spilka, B.; R. W. Hood & B. Hunsburger (2003), *The Psychology of Religion*, Ny: Guilford Press.

Yung, G. (1996), *Religion and Psychology*, Yale University Press.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی