

بررسی سلامت روانی و خودکارآمدی در بین دانش آموزان با عقاید مذهبی بالا و دانش آموزان با عقاید مذهبی پایین
(مطالعه موردی: دانش آموزان دوره ی متوسطه شهر مهریز)

مهدی حسنی *
محمد هادی یاراحمدی

چکیده

نوع نگرش و باورهای آدمی درباره زندگی و محیط پیرامون خود و نیز تعهدات ارزشی و ویژگی‌های زندگی فردی و اجتماعی انسان، در بهره مندی از سلامت روانی مطلوب بسیار اثر گذارند؛ از جمله این عوامل مهم؛ باورها و اعتقادات مذهبی هر انسانی است. از این رو تحقیق حاضر با هدف بررسی و مقایسه سلامت روانی و خودکارآمدی در بین دانش آموزان با عقاید مذهبی بالا و دانش آموزان با عقاید مذهبی پایین انجام پذیرفت. جامعه آماری شامل دانش آموزان دوره ی اول متوسطه شهر مهریز بود، که در این تحقیق تعداد ۲۵۰ نفر از دانش آموزان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مورد سنجش و بررسی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش استاندارد سلامت روانی GHQ-28 (گلدبرگ، ۱۹۷۲)، مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران (۱۹۸۲) و مقیاس باورهای مذهبی و دینی گلاک و استارک (۱۹۹۸) بود. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد پردازش و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های تحقیق نشان داد که بین میزان سلامت روانی با عقاید مذهبی دانش آموزان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین بین میزان خودکارآمدی با عقاید مذهبی دانش آموزان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بنابراین احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط استرس زای زندگی و برخورداری از حمایت روحانی منابعی هستند که افراد دیندار با استعانت از آن و در مواجهه با مشکلات آسیب کمتری را متحمل شده و از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشند.

کلیدواژه ها: مذهب؛ سلامت روان؛ خودکارآمدی؛ دانش آموز.

مقدمه

در جهان امروز، «بهداشت و سلامت روان» اهمیت بسیاری دارد، زیرا در عصری زندگی می‌کنیم، که به موازات پیشرفت‌های تکنولوژیکی، صنعتی، اقتصادی و اجتماعی، نابسامانی‌های روانی و نفسانی، در حال گسترش است. بسیاری از افراد از مشکلات روانی به شدت رنج می‌برند؛ و نه تنها خود در بحران هستند، خانواده و جامعه را نیز دچار چالش می‌کنند. انسان در کنار نیازهای فیزیولوژیک، دارای نیازهای عاطفی، اخلاقی، مذهبی، آموزشی و هدایتی است که زندگی سالم، در پرتو برآورده شدن این نیازها و ایجاد تعادل میان آن‌ها به وجود می‌آید. سلامت روانی؛ یعنی داشتن احساس آرامش و امنیت درون و به دور بودن از اضطراب، افسردگی و تعارض‌های مزمن روانی. همچنین؛ از منظر دیگر، بهداشت روانی؛ یعنی بهره‌مندی از سلامت ذهن و اندیشه و تفکر (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۸). فرد دارای سلامت روان؛ فردی است که از هر گونه اضطراب و علائم ناتوانی جدا است، و هنگامی سلامت عاطفی، اجتماعی، روانی و جسمی فرد کامل می‌شود؛ که توانایی برقراری ارتباط با دیگران، و همچنین ظرفیت مقابله با مشکلات زندگی را داشته باشد، از این رو، سلامت روانی به جنبه‌های زیر تقسیم می‌شود:

- بهبود فردی
- فقدان علائم ناتوانی،

• توانایی برقراری ارتباط با دیگران

• ظرفیت مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی (شاملو، ۱۳۹۸).

2

اتنر^۱ (۲۰۱۸) معتقد است که سلامت روان با سطح پایین احساسات منفی همچون اضطراب، افسردگی و ناامیدی و سطح پایین علائم مرضی مشخص می‌شود. خمیسا، پلتزر، الیک و الدنبرگ^۲ (۲۰۱۷) در نظریه‌های خود بیان داشته‌اند که افراد برخوردار از سلامت روانشناختی از حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی (هر سه در کنار هم) برخوردار هستند، این افراد قادر به مشارکت و همکاری با دیگران هستند و از نظر فردی و اجتماعی توانایی کسب موفقیت‌های بسیار دارند.

همچنین، خودکارآمدی از مهمترین جنبه‌های سلامت روانی محسوب می‌گردد. خودکارآمدی از نظریه شناخت اجتماعی^۳ آلبرت باندورا (۱۹۹۷) مشتق شده است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر الگوی علی سه جانبه رفتار، محیط و فرد است. این الگو به ارتباط متقابل بین رفتار، اثرات محیطی و عوامل فردی (عوامل شناختی، عاطفی و بیولوژیک) که به ادراک فرد برای توصیف کارکردهای روانشناختی اشاره دارد، تأکید می‌کند. بر اساس این نظریه، افراد در یک نظام علیت سه جانبه بر انگیزش و رفتار خود اثر می‌گذارند (رمزدن پال، ۱۳۹۵).

خودکارآمدی یک حالت انگیزشی است که عبارت است از توانایی خودکارآمدی درک فرد از توانایی‌های خود در زمینه‌ی خاصی برای انجام رفتاری خاص است. خودکارآمدی اصطلاحی است که توسط باندورا بر اساس اصطلاح خودکارآمدی، گسترش یافته است (پاجاریس و شانک، ۲۰۰۲). باورهای افراد از خودکارآمدی، رابطه‌ی تعاملی و چندگانه با انگیزش و خود تنظیمی دارد. خودکارآمدی به باورهای افراد درباره‌ی توانایی‌های خود در انجام یک تکلیف به طور موفقیت‌آمیز در سطوح مشخص اشاره دارد (بندورا، ۱۹۸۶). مطالعات نشان می‌دهند که خودکارآمدی دانش‌آموزان پیش بینی کننده‌ی عملکرد

¹ Ettner

² Khamisa, Peltzer, Ilic, & Oldenburg

³ Social cognition Theory

⁴ Bandura

تحصیلی در دروس مختلف است (فرامرزی، حاجی یخچالی و شهنی بیلاق، ۱۳۹۵). پولر^۱ و همکاران (۲۰۰۲) به نقل از بدری آذین و نجاتی، (۱۳۹۴) بیان می‌کنند که خودکارآمدی یا ادراک خودکارآمدی احساس خوشایند فرد در انجام تکالیف و امور است که به طور فراگیری با انگیزش و انجام موفقیت آمیز امور در تمامی انسان ها مرتبط است. از آنجایی که افراد دارای کارآمدی بالا در غلبه بر مشکلات، انتظار موفقیت دارند، در انجام تکالیف استقامت نموده و اغلب در سطوح بالاتری عمل می‌کنند. این افراد در مقایسه با اشخاصی که خودکارآمدی ضعیفی دارند، به توانایی‌های خود اطمینان بیشتری داشته و تردید کمی نسبت به خود دارند. آنها مشکلات را چالش می‌بینند نه تهدید، و فعالانه در جستجوی موقعیت‌های جدید هستند (لیاو، ۲۰۰۹). از دیدگاه بندورا افراد خودکارآمد هنگام مواجهه با مشکلات بیشتر از افرادی که به قابلیت خود تردید دارند از خود سخت کوشی و پشتکار نشان می‌دهند و فعالانه در فعالیت های آموزشی شرکت می‌کنند (زیممرمن، ۲۰۰۸). بنابراین، وجود خودکارآمدی برای نوجوانان و دانش آموزان از اهمیت بالایی برخوردار است و پرداختن به این موضوع در قالب پژوهش و تحقیق و شناسایی عوامل موثر بر آن نیز از جایگاه ویژه ای در تحقیقات آموزش و پرورش برخوردار است، که یکی از این عوامل باورهای مذهبی است.

مذهب می‌تواند در تمامی موقعیت‌ها، نقش مؤثری در استرس‌زدایی و ایجاد سلامت روانی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله، منابع حمایتی و... سبب کاهش گرفتاری روانی شود. بر این اساس، مدت-هاست که تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روان، ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روان شناسان مذهب، حمایت‌های تجربی بسیاری را در این زمینه جلب نموده‌اند (لوین و تایلر، ۱۹۹۸).

3

نوع نگرش و باورهای آدمی درباره زندگی و محیط پیرامون خود و نیز تعهدات ارزشی و ویژگی‌های زندگی فردی و اجتماعی انسان، در بهره مندی از سلامت روانی مطلوب بسیار اثر گذارند؛ از جمله این عوامل مهم؛ باورها و اعتقادات مذهبی هر انسانی است. رفتارها و عقاید مذهبی، تأثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت، زیارت و... می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی، معنوی و... همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (یانگ و مائو، ۲۰۰۷). باور به اینکه خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند؛ و ناظر بر بندگان است تا حد بسیاری، اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد، به طوری که اغلب افراد مؤمن، ارتباط خود را با خداوند، مانند یک دوست بسیار صمیمی، توصیف می‌کنند؛ و معتقدند می‌توان از طریق اتکا و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل نمود (فانتالکیس و همکاران، ۲۰۰۸).

یکی از مهم‌ترین مسائل دین اسلام، توجه به بهداشت و سلامت جسم و روان است. واژه «دین» در لغت؛ یعنی کیش، آیین، طریقت و شریعت و در اصطلاح «به مجموعه‌ای از بایدها و نبایدها و باورهای منطقی و عقلانی گفته می‌شود، که بر اساس ویژگی‌ها و نیازهای فطری بشر استوارند و همین مسئله، خود به عنوان اصلی‌ترین عامل تأمین بهداشت روانی و احساس خودارزشمندی است». خداوند کریم با تأکید بسیار در آیات نورانی وحی، تنها راه رستگاری و سعادت انسان را در «تزکیه» و پالایش روح و روان او می‌داند، آنجا که می‌فرماید: «قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّيْهَا؛ همانا هر که نفس خود را تزکیه کرد، رستگار

¹ puller

² Liaw

³ Zimmerman

⁴ Levin and Taylor

⁵ Yang and Mao

⁶ Fountoulakis

شده». درحقیقت، پالایش روح که قرآن کریم از آن به «تزکیه» تعبیر می‌فرماید، همان چیزی است که امروزه از آن به سلامت روان یاد می‌کنند (نجاتی، ۱۳۹۱).

شاید بتوان گفت توانایی مذهب، در کاستن غم‌های وجودی؛ و پیوند دادن انسان با نیروهای قدرتمند معنوی، بزرگ‌ترین موهبت مذهب به انسان‌هاست و برای فرد دین باور، این هدیه عبارت است از احساس امید و آرامش، ولی در سطحی گسترده‌تر و فراگیر. رفتارهای مذهبی ارزش مثبتی در پرداختن به نکات معنی دار زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، زیارت و... می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند، و از آنجایی که باور و اعتقاد ما مسلمانان بر این است که دین اسلام به عنوان یک ایدئولوژی، ارائه دهنده کامل‌ترین، متعالی‌ترین و سالم‌ترین زندگی است، و با داشتن اعتقادات و باورهای قلبی می‌توان بر بسیاری از مشکلات و چالش‌های زندگی (به ویژه مشکلات روحی) فائق آمد، لذا «مطالعه علمی» اثرات و نقش متغیرهای مذهبی در سلامت روانی و خودکارآمدی از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین، می‌توان گفت، که داشتن سلامت و بهداشت روان، به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌های صحیح برخورد روانی و عاطفی بتوانند، با محیط خود سازگار شوند، و راه‌حل‌های مطلوب‌تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند؛ و با توجه به نقش مذهب در این پدیده؛ این تحقیق، با هدف بررسی رابطه بین این دو مقوله شکل گرفت.

روش شناسی

4

روش انجام این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر اجرا توصیفی از نوع همبستگی، توصیفی و مقطعی روش انجام این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر اجرا توصیفی از نوع همبستگی، توصیفی و مقطعی بود. روش گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه (روش میدانی) و تکمیل یافته‌ها با (روش کتابخانه‌ای- اسنادی) انجام شده است. جامعه آماری این تحقیق را کلیه دانش آموزان دوره اول متوسطه شهرستان مهریز تشکیل داده اند، که بر طبق آمار ارائه شده برابر است با ۷۳۰ دانش آموز و حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۲۵۰ نفر برآورد گشت. بنابراین ۲۵۰ دانش آموز دختر و پسر دوره ی توا متوسطه ی شهرستان مهریز با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده و به پرسشنامه ی تحقیق پاسخ دادند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل: مقیاس استاندارد سلامت روانی برگرفته از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 (گلدبرگ، ۱۹۷۲) می باشد. این مقیاس در سال ۱۹۷۲ توسط دیوید گلدبرگ و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین شده است. سوالات پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته اخیر می‌پردازد، در بر گیرنده نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می باشد. گلدبرگ (۱۹۷۲) برای انتخاب سوالات بر روی چهار حوزه کار کرده است اولین حوزه افسردگی است، دومین حوزه اضطراب و احساس آشفتگی روان شناختی می باشد، سومین حوزه رفتار قابل مشاهده عینی است که سوالهای مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی در اینجا منظور شده است و چهارمین حوزه مربوط به است که دربرگیرنده طیف گسترده ای از «خود بیمار انگاری» می باشد. این خرده مقیاس ها دارای ۷ سوال می باشند؛ سوال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس نشانه های جسمانی، از سوال ۸ الی ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ الی ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ الی ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می باشند. برای نمره گذاری از گزینه الف تا د با نمره ۳، ۲، ۱، ۰، نمره گذاری شده است. در ایران در تحقیق یعقوبی (۱۳۷۴) روایی این آزمون ۸۶،۵ درصد و پایایی آن بالای ۰/۷۰ گزارش و تایید شده است.

به منظور سنجش عقاید مذهبی از مقیاس باورهای مذهبی و دینی گلاک و استارک (۱۹۹۸) استفاده شده است. پرسشنامه دینداری (گلاک و استارک، ۱۹۶۵) توسط گلاک و استارک برای سنجیدن نگرش ها و باورهای دینی و دینداری

ساخته شده است (گلاک و استارک، ۱۹۶۵). برای استاندارد کردن در کشورهای مختلف اروپا، آمریکا، آفریقا و آسیا و بر روی پیروان ادیان مسیحیت، یهودیت و اسلام اجرا گردیده (طالبان، ۱۳۷۷) و با دین اسلام هم انطباق یافته است (سراج زاده، ۱۳۷۴). این پرسشنامه دارای ۱۲ گویه می باشد و در طیف لیکرت نمره گذاری شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش آهنکوب نژاد (۱۳۸۸) به دست آمده و تایید شده است. ابعاد پرسشنامه به این شرح:

- بعد اعتقادی یا باورهای دینی عبارت است از باورهایی که انتظار می رود پیروان آن دین به آنها اعتقاد داشته باشند.
- بعد مناسکی یا اعمال دینی، شامل اعمال دینی مشخصی همچون عبادت، نماز، شرکت در آئینهای دینی خاص، روزه گرفتن و... است که انتظار می رود پیروان هر دین آنها را بجا آورند.
- بعد تجربی یا عواطف دینی، ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با جوهری ربوبی همچون خدا یا واقعیتی غایی یا اقتداری متعالی است.
- بعد فکری دین یا دانش دینی مشتمل بر اطلاعات و دانسته های مبنایی در مورد معتقدات هر دین است که پیروان باید آنها را بدانند.
- بعد پیامدی یا آثار دینی ناظر به اثرات باورها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان است (گلاک و استارک، ۱۹۶۵، نقل از سراج زاده، ۱۳۷۴).

5

همچنین، میزان خودکارآمدی نیز با مقیاس "خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران (۱۹۸۲)" استفاده می شود. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، تنظیم می شود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می گیرد. پرسشنامه خودکارآمدی عقاید فردی، توانایی فرد برای غلبه بر موقعیت های مختلف را اندازه گیری می کند. در ایران برای اولین بار این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. بختیاری براتی (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات بدست آمده از این مقیاس را با اندازه های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تایید سازه مورد نظر بود (به نقل از کرامتی و شهرآرای، ۱۳۸۳). همچنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است (شمائی زاده و عابدی، ۲۰۰۵). همچنین در پژوهش وقری (۱۳۷۹) برای بررسی پایانی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمده است. نجفی (۱۳۸۰) نیز ۳۰ نفر از آزمودنی ها را بصورت تصادفی جدا کرد و آزمون خودکارآمدی را برای آنها اجرا نمود و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ بدست آمد. و از طریق روش اسپیرمن- براون نیز ۰/۸۳ بدست آمد. در پژوهش گنجی و فراهانی (۱۳۸۸) به روش آلفای کرونباخ ضریب پایانی ۰/۸۱ بدست آمد.

داده های به دست آمده از طریق پرسشنامه؛ با استفاده از نرم افزار تحلیلی- کاربردی SPSS نسخه ۲۳ مورد پردازش و تحلیل قرار گرفت.

یافته های تحقیق:

توصیف ویژگی های متغیرهای کلیدی تحقیق:

جدول (۱): توصیف ویژگی های آماری متغیرهای اصلی تحقیق

خودکارآمدی	سلامت روان	دینداری	آماره های توصیفی
۶۲/۲۳۰	۸۵/۴۶	۵۱/۷۱	میانگین
۶۲/۰	۸۶/۰	۵۱	میانه
۶۲/۰	۸۶/۰	۵۱	مد
۱۰۳/۷۰۹	۲۰۷/۶۷۷	۴۳/۷۸	واریانس
۱۰/۱۸۳	۱۷/۵۴	۷/۶۱	انحراف معیار
۳۲	۵۲	۲۷	حداقل (<i>min</i>)
۸۳	۱۰۰	۶۰	حداکثر (<i>max</i>)
-۰/۴۲۳	۰/۵۳۱	۰/۳۴۱	چولگی
-۰/۱۱۴	۱/۳۵۴	-۰/۳۴۶	کشیدگی
۵۱	۴۸	۳۳	دامنه تغییرات (دامنه)

6

یافته ی اول: میزان سلامت روانی در بین دانش آموزان با عقاید مذهبی بالا و با عقاید مذهبی پایین، اختلاف معنی داری دارد.

جدول (۲): ضریب همبستگی بین متغیر سلامت روانی با پایبندی به عقاید مذهبی

n	sig	ضریب همبستگی	متغیر وابسته	متغیر مستقل
۲۴۸	۰/۰۰۰	۰/۴۵۹	سلامت روانی	پایبندی به عقاید مذهبی

بنابراین نتایج آزمون همبستگی برای دو متغیر سلامت روانی و عقاید مذهبی با توجه به مقدار آزمون $p < 0/05$ ، نشان داد که بین میزان سلامت روانی با عقاید مذهبی در بین دانش آموزان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. به عبارت بهتر هر چه افراد از میزان عقاید مذهبی بالاتری برخوردار باشند، از میزان سلامت روانی بالاتری نیز برخوردار هستند. فرضیه تحقیق تایید می گردد. بنابراین میزان سلامت روانی در بین دانش آموزان با عقاید مذهبی بالا و با عقاید مذهبی پایین متفاوت است و دانش آموزان دارای عقاید مذهبی بالاتر از میزان سلامت روانی بالاتری نیز برخوردار می باشند. و بالعکس.

یافته ی دوم: میزان خودکارآمدی در بین دانش آموزان با عقاید مذهبی بالا و با عقاید مذهبی پایین، اختلاف معنی داری دارد.

جدول (۳): ضریب همبستگی بین متغیر خودکارآمدی با پایبندی به عقاید مذهبی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی	sig	n
پایبندی به عقاید مذهبی	خودکارآمدی	۰/۲۴۲	۰/۰۲۳	۲۴۷

بنابراین نتایج آزمون همبستگی برای دو متغیر خودکارآمدی و عقاید مذهبی با توجه به مقدار آزمون $(p < ۰/۰۵)$ ، نشان داد که بین میزان خودکارآمدی با عقاید مذهبی در بین دانش آموزان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. به عبارت بهتر هر چه افراد از میزان عقاید مذهبی بالاتری برخوردار باشند، از میزان خودکارآمدی بالاتری نیز برخوردار هستند. فرضیه تحقیق تایید می‌گردد. بنابراین میزان خودکارآمدی در بین دانش آموزان با عقاید مذهبی بالا و با عقاید مذهبی پایین متفاوت است و دانش آموزان دارای عقاید مذهبی بالاتر از میزان خودکارآمدی بالاتری نیز برخوردار می‌باشند. و بالعکس. یافته ی سوم: بین میزان سلامت روانی و خودکارآمدی با متغیر جنسیت، رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول (۴): مقایسه میزان سلامت روانی و خودکارآمدی در بین دانش آموزان دختر و پسر

متغیر گروه بندی	متغیر وابسته	n فراوانی	M میانگین	t	sig
پسر	سلامت روانی	۱۲۳	۸۶/۱۲	۰/۵۱۵	۰/۱۱۶
دختر	سلامت روانی	۱۲۵	۸۴/۵۷		
پسر	خودکارآمدی	۱۲۲	۶۱/۴۹	۰/۱۱۸	۰/۳۴۴
دختر	خودکارآمدی	۱۲۴	۶۰/۳۷		

همانطور که نتایج نشان داد با توجه به مقدار آزمون T دو نمونه مستقل $(t_{(247)} = ۰/۵۱۵, p > ۰/۰۵)$: سلامت روانی و $(t_{(245)} = ۰/۱۱۸, p > ۰/۰۵)$: خودکارآمدی؛ اختلاف معناداری بین میزان سلامت روانی و خودکارآمدی دانش آموزان دختر و پسر وجود ندارد. به عبارت بهتر با توجه به میانگین‌های به دست آمده میزان سلامت روانی و خودکارآمدی دانش آموزان دختر و پسر تقریباً در سطح مشابهی قرار دارد. فرضیه تحقیق، رد می‌شود (sig بیش از ۰/۰۵).

بحث و نتیجه گیری

دین به افراد احساس قوت قلب و تسلی خاطر می‌بخشد، و باعث می‌گردد که ترس از امور مجهول و اضطراب از آسیب‌ها تقلیل پیدا کند. در بعضی مذاهب اعتقاد به اینکه روز جزا و دنیای دیگری هم وجود دارد، و اینکه سررشته همه امور بدست خداوند بوده و در هر بلا و مصیبتی که می‌رسد، مسلماً "صلاح و حکمتی نهفته است که در ایجاد و آرامش و تسلی خاطر معتقدان تاثیر غیرقابل انکار دارد. دین تنها بخش قابل تامل در هستی انسان نیست، بلکه مهمترین عرصه درزندگی بشری است که آدمی بدون توجه به آن دچار خسران ابدی می‌گردد. حتی اگر در سایر جنبه‌های زیستی، روانی، اجتماعی و... به شکوفایی

رسیده باشد. و با توجه به اینکه در سال ۱۹۴۸ کمیسیون مقدماتی سومین کنگره جهانی بهداشت روانی برای بهداشت روانی یک تعریف دو قسمتی ارائه داده است که:

(۱) بهداشت روانی، حالتی است که از نظر جسمی، روانی، عاطفی در حدی است که اگر با بهداشت روانی دیگران انطباق داشته باشد برای فرد مطلوبترین رشد را ممکن می سازد.

(۲) جامعه خوب، جامعه ای است که برای اعضای خود چنین رشدی را فراهم می آورد، که برای داشتن بهداشت روانی خوب، شرایطی وجود دارد: روبروشدن با واقعیت، سازگاری داشتن با تغییرات، گنجایش داشتن برای اضطرابها، کم توقع بودن، احترام قائل شدن به دیگران، دشمنی نکردن با دیگران، کمک رساندن به مردم و... و هدف بهداشت روانی، پیشگیری از وقوع ناراحتی و حفظ سلامت روانی به منظور ایجاد یک محیط فردی و اجتماعی مناسب و همچنین درمان اختلالات جزئی رفتار است.

احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط استرس زای زندگی و برخورداری از حمایت روحانی منابعی هستند که افراد دیندار با استعانت از آن و در مواجهه با مشکلات آسیب کمتری را متحمل شده و از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشند. نتایج به دست آمده با تحقیقات انجام شده توسط پارذینی و همکاران (۱۳۸۵) پیرامون رابطه مثبت بین ایمان مذهبی معنویت و وضعیت بهداشت و روان هم خوانی دارد.

همچنین یافته های تحقیق ما با برخی از تحقیقات همخوانی دارد. در تحقیق (آقایار و شریفی، ۱۳۸۶) با توجه به نتایج پژوهش، که رابطه مثبت و معنادار بین اعتقاد به آموزه های مذهبی اسلام و هوش هیجانی و سلامت روانی را نشان می دهد، افزایش اعتقادات مذهبی موجب رشد و توسعه هوش هیجانی و سلامت روانی و به عبارتی افزایش توان کنترل احساسات خود و دیگران می گردد.

در تحقیق محمدزاده و همکاران نیز رابطه مثبت بین اعتقادات بالای مذهبی و سلامت روانی تایید شده است. همچنین بین جهت گیری مذهبی و خودکارآمدی رابطه معنی دار وجود داشت، بنظر می رسد که داشتن یک جهت گیری مناسب مذهبی در زندگی مستلزم احساس کارآمدی و مثبت بودن و هدف داشتن در زندگی است. بر اساس مطالعات انجام شده نیز، بین مذهبی بودن و معنا دار بودن زندگی و سلامت روانی ارتباط نزدیکی وجود دارد. در یک بررسی که ۸۳۶ بزرگسال با میانگین ۷۳ / ۴ سال شرکت داشتند، معلوم شد که بین سه شاخص مذهبی بودن، روحیه داشتن و دلگرمی به زندگی، همبستگی مثبتی وجود دارد. به علاوه اسپیکا و همکارانش، ۳۶ مطالعه تجربی در مورد مرگ و درگیری مذهبی را مرور کردند و نتیجه گرفتند که ایمان قوی تر، یا معتقد بودن به زندگی بعد از مرگ با ترس کمتر از مرگ همبستگی دارد. همچنین افرادی که نمره بالاتری در شاخص مذهب درونی داشتند، ترس کمتری را از مرگ گزارش کردند (گزارش مرکز بهداشت ایران، ۱۳۸۷).

با این حال امروزه بیش از هر زمان دیگر نیازمند تفکر و اندیشه در باب تاثیر گذاری اعتقادات دینی بر تمامی امور انسان به ویژه مسایل عاطفی و روحی هستیم. امروزه بسیاری از اندیشمندان و صاحب نظران براین باورند که مذهب تاثیرانکارناپذیری بر سلامت روح و روان و جسم دارد و درمیان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم، روان و سایر امور... کامل ترین فرامین است. به ترتیبی که طبقه بندی رفتار از نظر اسلام متأثر از مفاهیم بهنجار و نابهنجار است. افزون بر آن، رفتار دارای دو بعد دیگر شامل بعد اعتقادی و بعد روانی است. تا زمانیکه سلامت و بهنجاری اعتقادی حاصل نشود، سلامت روانی هم حاصل نمی شود.

کارل گوستاو یونگ در جریان فعالیتهای روان درمانی خود دریافت که اعتقاد دینی میتواند موجب بالا بردن یکپارچگی و معنا دادن به شخصیت فرد گردد. وی متوجه شد که تمام افرادی که مبتلا به بیماری روانی شده اند، فاقد آن استواری و انسجام هستند که اعتقاد دینی به افراد میدهد. نیلچ هشدار می دهد که چنانچه اساس زندگی انسان صراحتاً بر ارزشهای مافوق

انسانی و متعالی قرار نگیرد، اساسی متزلزل و نالستوار خواهد یافت. الکسیس کارل ثابت کرد نماز سبب ایجاد نشاط معنوی مشخص در انسان می گردد.

روانشناسی بهداشت در سال های اخیر اهمیت زیادی برای نقش راهبردهای مقابله وسبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آن قائل شده است. شیوه های مقابله، توانائی های شناختی رفتاری هستند که فرد مضطرب به منظور کنترل نیازهای رفاهی درونی و بیرونی فشار آور به کار می گیرد. یکی از شیوه های که اخیراً روند رو به گسترش پیدا کرده است شیوه مقابله مذهبی و معنوی است که موجب آرامش و سلامت فرد می شود.

در مجموع اینک:

- ۱) دین می تواند موجب ایجاد معنا شود بنابراین دین به زیستن و مردن انسان معنا می بخشد.
- ۲) دین موجب امیدواری می شود و خوش بینی افراد را افزایش می دهد.
- ۳) دین به افراد متدین نوعی احساس کنترل و کارآمدی می بخشد که ریشه خدایی دارد و می تواند کاهش یافتن کنترل شخصی را جبران کند.
- ۴) دین نوعی سبک زندگی سالم تر برای افراد را تجویز می کند که بر سلامت و بهداشت روانی تاثیر مثبت دارد.
- ۵) دین مجموعه ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تایید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می شود.

9

۶) دین نوعی احساس فرا طبیعی به شخص می دهد که بدون تردید تاثیر روان شناختی دارد. جوانان چرخ فعالیت های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی یک جامعه را به گردش در می آورند؛ اجتماع را دچار تحول می سازند و می توانند آن را به اوج موفقیت و سربلندی برسانند و یا به انحطاط و نابودی بکشانند. بنابراین روشن است که توجه به مسائل این قشر از جامعه و تلاش در راه حل مسائل آنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اکثر تحقیقات ذکر شده در زمینه ارتباط بین مذهب و سازه های روانی، در ادیان دیگری صورت گرفته است؛ و از آنجا که دین اسلام به عنوان یک ایدئولوژی، ارایه دهنده کامل ترین و سلامت سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام آن حوزه های وسیع اخلاق فردی و اجتماعی، ارتباطات بین فردی، بهداشتی و سلامت روانی را در بر می گیرد، مطالعه علمی اثرات و نقش متغیرهای مذهبی دین مبین اسلام در سلامت روانی، یک ضرورت اساسی به نظر می رسد. این پژوهش درصدد است تا در همین راستا به بررسی رابطه اعتقادات مذهبی اسلامی و سلامت روانی و خودکارآمدی در بین دانشجویان بپردازد.

نگرش افراد که غالباً با خصایص شخصیتی آمیخته است؛ در جهت دهی باورهای دینی نقش زیادی دارد. نوع نگاه و شناخت دینی افراد برای مقابله با بحران ها و حوادث؛ در کاهش و افزایش مشکلات روانشناختی افراد بسیار موثر است. برای مثال وقتی دین در فرهنگ گروهی به عنوان ابزار و در گروه دیگر به عنوان هدف در نظر گرفته شود در شیوه های سازگاری و مقابله آنها تاثیر اساسی دارد. دین وقتی به عنوان ابزار تعریف شود جهت گیری بیرونی از دین را نشان می دهد که به عنوان ابزار برای نیل به اهداف شخصی از آن استفاده می شود، و وقتی دین به عنوان هدف وارد عمل می شود در واقع جهت گیری درونی را شکل می دهد که هدف عمده در زندگی فرد می شود و تا کنجکاوها و تردیدها و رشد شخصیتی او را تحت الشعاع قرار می دهد. در مفاهیم و آموزه های قرآن کریم و روش های حمایتی آن تعادلی میان جهت گیری بیرونی و درونی وجود دارد زیرا هم دین، به عنوان ابزاری برای آرامش و آسایش در زندگی و هم به عنوان هدفی فطری برای تعالی و یکپارچگی درونی انسان مطرح می شود.

دین و دینداری؛ حقیقتی است که به جامعه هویت و انسجام بخشیده، و در افراد آن حس همبستگی بوجود می آورد. در میان ارزشها و باورهایی که در دین وجود دارد، شکل دادن به روش زندگی افراد نقش مهمی ایفا می کند؛ و روش زندگی،

یکی از شاخص‌های مهم سلامت از جمله سلامت روان است، و از این رو دین و دینداری بطور مستقیم و غیرمستقیم، در سلامت روان و نیز خودکارآمدی دخالت دارد. ارزش‌ها و باورها و در راس آنها ایمان و معتقدات دینی، از عناصر متشکل مهم شخصیت می‌باشد. همچنین موازین و قوانین اخلاقی که در تعیین نوع رفتار و کردار اجتماعی افراد نقش بزرگی دارند، بر پایه معتقدات و دستورات دین استوارند. بدین ترتیب معتقدات و دستورات دینی در تمام شئون زندگی، در رشد و شخصیت تاثیر داشته و روابط بین فردی و اجتماعی افراد را مشخص و معین می‌کند، و حتی در درمان و پیشگیری از اختلالات روانی، نقش مهمی ایفا می‌کند.

عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان دهنده سلامت است و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت‌های خود است. نظریه‌هایی مانند نظریه خودشکوفایی مازلو، کارکرد کامل راجرز و انسان بالغ یا بالیدگی آلپورت در شکل‌بندی مفهوم سلامتی روانشناختی، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره‌جسته‌اند. مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت بخش و یک نیروی عظیم برای سلامت روان مفید و کمک کننده باشد. ارتقای سلامت روانی و خودکارآمدی افراد جامعه، یکی از مهمترین مسائل اساسی هر کشور است، که باید از ابعاد گوناگون از جمله نیاز روانی مورد توجه قرار گیرد. وظیفه اصلی بهداشت روانی، تأمین سلامت فکر و روان افراد جامعه است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی در مفهوم کلی، یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی؛ «سازگاری فرد با خودش و دیگران، قضاوت نسبتاً صحیح در برخورد با مسائل، داشتن روحیه انتقاد پذیری، و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات» از مهمترین پیامدهای وجود سلامت روانی و خودکارآمدی است و باید به عامل موثر بر آن، بیش از پیش توجه داشت.

10

فهرست منابع

- آهنکوب‌نژاد، محمد (۱۳۸۸). «مطالعه میزان پای‌بندی دینی جوانان شهر اهواز». پژوهش جوانان، فرهنگ و جامعه، ش ۳: ۲۴-۱.
- بدری آذرین یعقوب، نجاتی یاشار (۱۳۹۴). رابطه بین مدیریت دانش و خودکارآمدی در دانشجویان تربیت بدنی دانشگاه تبریز. پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز). دوره ۱۰، شماره ۳۷: ۱۸۵-۲۰۹.
- رمزدن پال (۱۳۹۵). یادگیری رهبری در آموزش عالی. ترجمه عبدالرحیم نوه ابراهیم و همکاران. دامغان: دانشگاه علوم پایه دامغان و موسسه پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی.
- سراجزاده، حمید (۱۳۷۵). بررسی رابطه دین‌داری و بزهکاری دانش‌آموزان دبیرستان‌های تهران، تهران: اداره آموزش و پرورش. شاملو، سعید (۱۳۹۸). بهداشت روانی. تهران: انتشارات رشد.
- شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۹۸). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی تهران. مرکز نشر دانشگاهی.
- شماعی‌زاده، م. و عابدی، م. ر. (۱۳۸۴). تأثیر مشاوره شغلی برافزایش خودکارآمدی کارآفرینی دانشجویان دانشگاه اصفهان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ۷(۲۳): ۲۹-۳۸.
- طالبان، محمدرضا (۱۳۷۹). بررسی تجربی دین‌داری نوجوانان کشور، گزارش پژوهشی، معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش.
- فرامرزی، حمید؛ حاجی یخچالی، علیرضا؛ و شهنی ییلاق، منیجه (۱۳۹۵). رابطه بین سرزندگی تحصیلی، هدف‌های پیشرفت و جهت‌گیری‌های انگیزشی با خودکارآمدی خلاق دانشجویان دانشگاه جندی شاپور اهواز. توسعه‌ی آموزش جندی شاپور. دوره ۷، شماره ۲: ۲۱۴-۲۲۱.

- گنجی ارجنگی، م. و فراهانی، م. ن. (۱۳۸۸). رابطه‌ی استرس شغلی و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در امدادگران حوادث گاز استان اصفهان. پژوهش در سلامت روان شناختی. ۲ (۳)، ۱۵-۲۴.
- نجاتی، محمدعثمان (۱۳۹۱). قرآن و روانشناسی. مترجم: عباس عرب. تهران: بنیاد پژوهشهای اسلامی آستان قدس رضوی.
- نجفی، م. (۱۳۸۰). بررسی خودکارآمدی ادراک شده و بازخورد بر عملکرد ریاضی دانش‌آموزان سال دوم رشته‌ی ریاضی فیزیک زنجان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد: دانشگاه تربیت معلم تهران.
- یعقوبی، حمید (۱۳۷۴). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا-گیلان ۱۳۷۴ پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freema.
- Ettner, R. (2018). Mental health evaluation for gender confirmation surgery. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 307-311
- Fountoulakis, Konstantinos N, Siamouli, Melina, Magiria Stamatia, Kaprinis George, 2008, late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly, Interpreting the data. *Medical Hypotheses*.70, 493-496
- Goldberg, D.P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press.
- Khamisa, N., Peltzer, K., Ilic, D., & Oldenburg, B. (2017). Effect of personal and work stress on burnout, job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. *Health SA Gesondheid*, 22, 252-258.
- Levin, J. S, & Taylor, R. J(1998), Panel analyses of religious involvement and well-being in African-Americans, Contemporaneous vs longitudinal effects.
- Liaw, E. C. (2009). "Teacher efficacy of pre-service teachers in taiwan: The influence of classroom teaching and group discussions", *Teaching and Teacher Education*.
- Pajares, F., & Schunk, D. H. (2002). The development of academic self-efficacy, In A. Wigfield & J. Eccles (Eds). *Development of achievement motivation* (pp.15-31). San Diego: Academic press
- Yang, Ke-Ping, Mao, Xiu-Ying(2007), "A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey", *International Journal of Nursing Studies*, vol 44.
- Zimmerman, B., J. (2008). Investigating Self-regulation and Motivation: Historical Background, Methodological Developments and Future Prospects. *American Educational Research Journal*. 45(1), 166-183.