



## تاثیر عمل به باورهای مذهب اسلام بر سازگاری روانشناختی (سلامت روان، رضایت از زندگی) دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان

سید محمد حسین موسوی نسب\*<sup>۱</sup>، مینا ارغوانی پیرسلامی<sup>۲</sup>، فاطمه مکی<sup>۳</sup>

\*<sup>۱</sup>. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان

<sup>۲</sup>. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان

<sup>۳</sup>. کارشناس روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان

\*hossein.mousavi-nasab@uk.ac.ir

### چکیده

جوامع بشری پس از پیشرفت در تکنولوژی مادی و جدا شدن از ریشه‌های عمیق دینی، در زمینه مسائل روانی، مشکلات فراوانی را تجربه می‌کنند. آیین مقدس اسلام که تمام قوانین آن مطابق طبیعت و سرشت انسان است، برای سلامت جسمانی و روانی، اهمیت قائل است و سعی دارد مسائل را به صورت بنیادی حل کرده تا انسانها راحت تر و با آرامش بیشتری زندگی کنند. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر عمل به باورهای مذهب اسلام بر سازگاری روانشناختی (سلامت روان، رضایت از زندگی) دانشجویان انجام شد. از میان جامعه آماری دانشجویان دانشگاه باهنر کرمان، ۱۰۰ دانشجو به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های معبد، سلامت روان (GHQ) و رضایت از زندگی (SWLS) روی آنان اجرا شد و افرادی که بیشتر به چهار حوزه اصلی مقیاس معبد، یعنی عمل به واجبات، عمل به مستحبات، عضویت در گروههای مذهبی و مداخله مذهب در تصمیم گیری و انتخاب عمل می‌کردند با افرادی که کمتر به این چهار حوزه اصلی عمل می‌کردند، مقایسه شدند. داده‌های این پژوهش با آزمون t مستقل مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که عمل به باورهای اسلام بر سازگاری روانشناختی (سلامت روان، رضایت از زندگی) افراد تاثیر مثبت و معناداری دارد ( $P < 0.001$ ). سپس ۴ زیر مقیاس سلامت روان، یعنی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، بین افراد دو گروه، مقایسه شدند. نتایج نشان داد که عمل به باورهای اسلام بر ۴ زیر مقیاس سلامت روان، تاثیر مثبت و معناداری دارد ( $P < 0.001$ ). بدین معنا که افراد مذهبی سلامت روان بهتر و رضایت از زندگی بالاتری نسبت به افراد با درجه اعمال مذهبی کمتر دارند. بنابراین رشد و تقویت اعتقادات و عمل به باورهای مذهب اسلام باعث سلامت روان بهتر و رضایت از زندگی بیشتر می‌شود.

کلمات کلیدی: اسلام، سلامت روان، رضایت از زندگی، دانشجویان



## مقدمه

تاریخ نشان می‌دهد که دین‌ورزی قدمتی بسیار طولانی دارد. چنانکه مطالعات باستان‌شناسان و انسان‌شناسان نشان داده‌اند، مذهب جزء جدانشدنی زندگی بشری در تمام اعصار بوده است (۱). «ویل دورانت» (Will Durant) معتقد است: دین به اندازه ای غنی، فراگیر و پیچیده است که هیچ دوره ای در تاریخ بشر خالی از اعتقاد دینی نبوده است. اینکه حتی یک انسان بی اعتقاد به دین، در شرایط نامطمئن بحران روحی و درماندگی به طورناهیسیار به خدا و نیروهای ماوراءالطبیعی می‌اندیشد و از او استمداد می‌طلبد، یک پدیده ثابت شده‌ای است. به گفته «فرانکل» (Frankel) بنیان‌گذار مکتب معنا درمانی، احساس مذهبی عمیق و واقعی، در اعماق ضمیر ناهشیار هر انسانی وجود دارد (۲).

رفتار مذهبی، جزء جدا نشدنی همه ادیان الهی است که کمتر مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. در پژوهشی که «لارسون» (Larson) و همکاران (۱۹۹۸، به نقل از: شه‌بازی، ۱۳۷۵) انجام دادند، دریافتند که کمتر از یک درصد از مقالاتی که در مجلات روانپزشکی و روانشناسی چاپ شده، پیرامون پژوهش‌های مذهبی است. «راش» (Rush) پدر روانپزشکی آمریکا اظهار نموده، مذهب همان‌قدر برای پرورش سلامت روان آدمی اهمیت دارد که هوا برای تنفس (۳). تحقیقات (الیسن، ۱۹۹۴؛ آدلر و کامل، ۱۹۹۵ به نقل از: مختاری، ۱۳۸۰) نشان داده است که مذهبی بودن به معنای وسیع کلمه می‌تواند آثار بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند و هم‌ینطور ارتباط مثبتی بین مذهب و سلامت روان وجود دارد (۴). بنابراین اعتقادات مذهبی یک موضوع مهم و جالب برای مبارزه با بیماری‌ها و مشکلات مختلف می‌باشد. ارزش‌ها به عنوان عاملی مهم در سلامت جسمی و روحی نقش ایفا می‌کنند (۵).

دین، یک پدیده گسترده، بادوام و تاثیرگذار است و به عنوان نظام اعتقادی سازمان یافته همراه با مجموعه ای از آیین‌ها و اعمال تعریف شده است که تعیین کننده شیوه پاسخدهی افراد به تجارب زندگی است. دین بر فرایندهای فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره فرد تاثیر می‌گذارد، به طوری که برخی پژوهشگران بر این باورند که به کمک باورهای دینی، مقابله با هیجان‌ها و شرایط اجتماعی تسهیل می‌گردد (۶). دانشمندان کنونی و روانشناسان عصر حاضر معتقدند که آرام روحی و هیجان‌ات خارجی موجب بیماری می‌شود، چون زندگی روزمره کنونی با نگرانی و اضطراب همراه است. داشتن ایمان به خدا و اعتقاد به یک مبدا حقیقت و یک قدرت مافوق قدرت است که ما را بر مشکلات فائق می‌سازد (۷).

سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را دو حالت سلامتی کامل فیزیکی و روانی - اجتماعی می‌داند و معتقد است که سلامتی تنها فقدان بیماری یا ناتوانی نیست (۸). بر ساس این تعریف، سلامت روان شناختی نیز در درون مفهوم کلی سلامت جای می‌گیرد. منظور از سلامت روانشناختی (روانی) درجه ای از تعادل است که فرد در مواجهه با مشکلات اجتماعی و سازگاری اجتماعی با محیط پیرامون خود، بین رفتارهای خویش برقرار می‌کند و رفتار منطقی از خود نشان می‌دهد (۹). برخی از پژوهشگران معتقدند که سلامت روانی یعنی: استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و موثر کار کردن در موقعیت‌های دشوار و انعطاف پذیر بودن، بازیابی تعادل خود و توانایی داشتن (۱۰).

عده‌ای از روانشناسان بر این باورند که نیمی از متغیرهای مربوط به سلامت روانی افراد بالغ، توسط باورهای مذهبی تبیین می‌شود. دین و دینداری به طور مستقیم و غیرمستقیم در سلامت روان دخالت دارد. مطالعه رفتارهای مذهبی، در شاخه‌ای از روانشناسی باعنوان روانشناسی دینی انجام می‌شود. روانشناسی دینی شاخه ای از روانشناسی است که رسالت آن، بررسی نقش مذهب در هستی و بهداشت روان است. پیچیدگی عصر حاضر باعث شده است انسان همیشه در برابر ناملایمات، از خود سازگاری نشان دهد اضطراب، یکی از شایع ترین اختلالاتی است که در برابر ناسازگاری‌ها بروز می‌کند. یکی از شیوه‌های کارآمد برای افزایش استعداد و ظرفیت انسان برای برخورد با این ناملایمات عنصر دین است. در این راه، همواره ایمان و اعتقاد مذهبی اهمیت داشته و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به عنوان نیروی برتر از طبیعت، پیشینه ای دیرینه در بین پیروان مذاهب گوناگون داشته است که از آن، می‌توان به مقابله مذهبی یاد کرد.



بسیاری از فرهنگ‌ها افزون بر درمان‌های پزشکی کلاسیک، روش‌های سازمان یافته‌ای برای مقابله با بیماری‌های بدنی و روانی انسان دارند. مقابله، روشی است که فکر کردن و رفتار کردن به آن به مردم کمک می‌کند تا اثرات فشار روانی زیان آور را خنثی کرده، از هیجان‌های ناشی از آن بکاهد. مقابله عبارت است از تلاش‌های فکری و رفتاری مداومی که برای بر آوردن نیازهای خاص درونی و بیرونی فرد به کار می‌رود، و در برگیرنده رویکردهای متفاوتی از جمله مقابله مذهبی می‌شود. مقابله مذهبی نیز عبارت است از انعطاف فرد عمل‌کننده به مذهب و عقاید برای کمک به کنار آمدن و مقابله با فشار روانی و بحرانی‌های زندگی. روانشناسانی چون راش، جیمز، یونک و فرام اهمیت رفتارها و باورهای مذهبی را یاد آور شده‌اند و به نقش مذهب در سلامت روان و جسم اشاره کرده‌اند (۱۱).

یکی از عوامل مهم در ارتباط با سلامت روان و مذهب، رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی، یکی از قدیمی‌ترین و پایدارترین مسائلی است که در مطالعات دوران بزرگسالی مورد بررسی قرار گرفته است و عموماً به عنوان بررسی کلی از شرایط موجود، از مقایسه خواسته‌های فرد تا دسترسی واقعی به آن‌ها بیان می‌گردد (۱۲). دینر (Diener) اعتقاد دارد رضایت فرد از زندگی، از نگرش و ارزیابی عمومی وی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه‌های زندگی مثل زندگی خانوادگی، شغلی، اوقات فراغت، درآمد و... نشأت می‌گیرد (۱۳). در واقع رضایت از زندگی بازتاب فاصله میان آرمان‌های شخص و وضعیت فعلی او است و هر چه شکاف بین آرمان‌های فرد و وضعیت فعلی شخص بیشتر شود، طبیعتاً رضایت‌مندی وی کاهش خواهد یافت (۱۴). لیوبومیرسکی (Lyubomirsky) اعتقاد دارد افرادی که از رضایت از زندگی بالاتری برخوردارند، از شیوه‌های مقابله موثر و مناسب‌تری استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و سلامت عمومی بالاتری دارند (۱۵). نتایج مطالعات متعددی در نقاط مختلف جهان، مذهب را به عنوان نیروی حمایت‌کننده در کاهش فشارهای روانی و همچنین افزایش رضایت از زندگی معرفی کرده‌اند. با توجه به مطالبی که ذکر شد، می‌توان گفت جامعه دانشجویی، یکی از عظیم‌ترین گروه‌های جامعه است و پرداختن به تامین و حفظ سلامت روان آنان یکی از اهداف اصلی هر جامعه‌ای است چرا که این گروه عظیم متضمن سازندگی و بالندگی فردای جامعه خود هستند و سلامت جسمی و روحی تک‌تک آنان، اثر بسیار مهمی در آینده آن کشور و جامعه دارد. برای تحقق این هدف، کشورها بخش قابل توجهی از سرمایه‌های مادی و معنوی خود را به این امر اختصاص می‌دهند، از آنجایی که کشور ما ایران، بر اساس حکومت اسلامی اداره می‌شود علاوه بر قوانین مدن ملی، در دین مقدس اسلام نیز برای رسیدن به این هدف، دستورات صریحی بیان شده است.

### مواد و روش‌ها

در این پژوهش به دنبال کشف تاثیر مذهب بر سلامت روان و رضایت از زندگی دانشجویان می‌باشیم. جامعه آماری در این پژوهش، کل دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان، تشکیل دادند. نمونه آماری ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر دختر و ۵۰ نفر پسر) از دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان می‌باشند. روش نمونه‌گیری به کار گرفته شده، روش تصادفی ساده است، به این معنی که از میان کل دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان ۱۰۰ نفر به صورت اتفاقی و تصادفی انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه بوده است که در اختیار دانشجویان قرار گرفته است. این پرسش‌نامه شامل: پرسش‌نامه عمل به باورهای مذهبی (معبد)، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسش‌نامه رضایت از زندگی (SWLS) است. آزمون معبد توسط گلزاری (۱۳۷۹) ساخته شده است. این آزمون دارای ۲۵ ماده است که عمل به باورهای دینی را اندازه‌گیری می‌کند. هر پرسش ۵ گزینه دارد که از صفر تا چهار اندازه‌گیری می‌شود، بدین ترتیب کمترین نمره کل (صفر) به معنای عمل نکردن به هیچ یک از باورهای دینی، بیشترین نمره (۱۰۰) نشان دهنده عمل به همه باورهای دینی، به شمار می‌آید. آزمون معبد برای ۸۹۴ دانشجو و ۵۳ جوان زندانی (جمعا ۹۴۷ نفر) اجرا شده است که مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: پایایی این آزمون از طریق باز آزمایی ۰/۷۶ و از



طریق دو نیمه کردن ۰/۹۱ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ است، هم چنین دارای اعتبار محتوی (صورت و منطقی) بالا است (۱۶).

پرسشنامه سلامت عمومی را گلدبرگ (Goldberg، ۱۹۷۲) تنظیم نمود. فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی که در پژوهش حاضر به کار برده شده است، توسط گلدبرگ و هیلر (Hiller، ۱۹۷۹) با اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن ساخته شده است. ثمره برش در این پرسشنامه نمره ۲۳ برآورد شده است. این پرسشنامه از چهار خرده مقیاس تشکیل شده است که بدین شرح است:

الف) علائم جسمانی: ۷ ماده را به خود اختصاص می دهد. سر درد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی و احساس داغی یا سردی در بدن را مورد بررسی قرار می دهد.

ب) علائم اضطراب: ۷ ماده را به خود اختصاص می دهد. اضطراب، بی خوابی، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره را مورد بررسی قرار می دهد.

ج) اختلال در کارکرد اجتماعی: ۷ ماده را به خود اختصاص می دهد. توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره زندگی را مورد بررسی قرار می دهد.

د) علائم افسردگی: ۷ ماده را به خود اختصاص می دهد. احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، احساس بی ارزش بودن زندگی، افکار خودکشی و آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها را مورد بررسی قرار می دهد (۱۷).

باید توجه داشت که نمره بالاتر در این آزمون، بیانگر سلامت عمومی کم تر می‌باشد. ویلسون و کالمن (۱۹۸۳) ضریب روایی هم زمان دو پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک را روی ۱۰۱ آزمودنی ۰/۶۹ گزارش کردند. ضریب پایایی به روش دو نیمه سازی ۰/۹۵ (۱۸) و به روش باز آزمایی با فاصله زمانی هشت ماه، ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۹).

تقوی (۱۳۸۰) در ایران ضریب پایایی پرسشنامه یاد شده را با سه روش بازآزمایی، دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. هم‌چنین، این پژوهشگر روایی هم‌زمان آن را با پرسشنامه میدلسکس (Crisp & Crown، ۱۹۶۶) ۰/۵۵ و ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل را بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ در نوسان گزارش نموده است (۲۰). تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر پایه آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمودند (۲۱).

مقیاس رضایت از زندگی را دینر (Diener)، امون (Emmon)، لارسون و گریفین (Griffin) (۱۹۸۵)، برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی ساختند. مقیاس رضایت از زندگی، یک مقیاس پنج ماده ای است و هر ماده از یک (کاملاً مخالفم) تا هفت (کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود؛ از این رو دامنه‌های این مقیاس از ۵ تا ۳۵ نوسان خواهد داشت و نمرات بالاتر بیانگر رضایت بیشتر از زندگی می‌باشد. در زمینه پایایی این مقیاس ضریب آلفا برابر ۰/۸۷ و ضریب باز-آزمایی (به فاصله دو ماه) برابر ۰/۸۲ گزارش شده است. دینر و همکاران (۱۹۸۵) به کمک آزمون اسکری و مقادیر ویژه، شمار عوامل انتزاع شده را تعیین نمودند. به کمک این ملاک تنها یک عامل انتزاع شد که ۶۶ درصد از واریانس را تشکیل می داد (۲۲).

مظفری (۱۳۸۲) نشان داد که مقیاس رضایت از زندگی در ایران از روایی و پایایی مناسب برخوردار است. وی ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس برابر ۰/۸۵ و پایایی باز آزمایی آن را به فاصله شش هفته برابر ۰/۸۴ گزارش نمود (۲۳). در زمینه همگرایی مقیاس رضایت از زندگی با مقیاس عاطفه مثبت و منفی، با عاطفه مثبت ضریب ۰/۲۷ و با عاطفه منفی ضریب ۰/۲۷ گزارش شد (۲۴).



بعد از گردآوری داده‌ها و ورود آن‌ها به نرم افزار SPSS، افرادی که بیشتر به چهار حوزه اصلی مقیاس معبد، یعنی عمل به واجبات، عمل به مستحبات، عضویت در گروه‌های مذهبی و مداخله مذهب در تصمیم‌گیری و انتخاب عمل می‌کردند با افرادی که کمتر به این چهار حوزه اصلی عمل می‌کردند، با استفاده از آمار استنباطی و آزمون t مستقل مقایسه شدند.

### نتایج و بحث

با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل، میانگین نمره‌های رضایت از زندگی گروه اول یعنی افراد با درجه کمتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=16/0750$  و  $SD=6/47040$ ) با میانگین نمره‌های رضایت از زندگی گروه سوم یعنی افراد با درجه بیشتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=20/7179$  و  $SD=5/3849$ ) مقایسه شد. بر اساس این مقایسه می‌توان گفت که تفاوت دو گروه به لحاظ آماری معنادار است، ( $P<0/001$  و  $t(77)=-3/462$ ) و افراد مذهبی رضایت از زندگی بالاتری نسبت به افراد با درجه مذهبی کمتر دارند. علاوه بر این میانگین نمره سلامت روان افرادی که کمتر به باورهای اسلامی عمل می‌کردند ( $M=12/91389$  و  $SD=56/4750$ ) با میانگین نمره‌های سلامت روان افرادی که بیشتر به باورهای اسلامی عمل می‌کردند، ( $M=50/7436$  و  $SD=13/26396$ ) مقایسه شد. بر اساس این مقایسه می‌توان گفت تفاوت دو گروه به لحاظ آماری معنادار است، ( $P<0/001$  و  $t(77)=1/946$ ) یعنی افراد با درجه بیشتر عمل به باورهای مذهب اسلام از سلامت روان بهتری نسبت به افرادی که کمتر به باورهای مذهب اسلام عمل می‌کنند، برخوردارند. در کل، افراد مذهبی سلامت روان بهتر و رضایت از زندگی بالاتری نسبت به افراد با درجه اعمال مذهبی کمتر دارند. سپس با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل، ۴ زیر مقیاس سلامت روان (GHQ)، یعنی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، بین افرادی که کمتر به باورهای اسلام عمل می‌کردند با افرادی که بیشتر به باورهای اسلام عمل می‌کردند، مقایسه شدند. میانگین نمره‌های نشانه‌های جسمانی افراد با درجه کمتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=15/175$  و  $SD=3/734$ ) با میانگین نمره‌های نشانه‌های جسمانی افراد با درجه بیشتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=14/051$  و  $SD=4/071$ ) مقایسه شد. بر اساس این مقایسه می‌توان گفت تفاوت دو گروه به لحاظ آماری معنادار است ( $P<0/001$  و  $t(77)=1/279$ ) و افراد مذهبی در نشانه‌های جسمانی وضعیت بهتری نسبت به افراد با درجه اعمال مذهبی کمتر دارند. علاوه بر این میانگین نمره‌های اضطراب افراد با درجه کمتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=14/125$  و  $SD=4/380$ ) با میانگین نمره‌های اضطراب افراد با درجه بیشتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=13/076$  و  $SD=4/698$ ) مقایسه شد. بر اساس این مقایسه می‌توان گفت که تفاوت دو گروه به لحاظ آماری معنادار است ( $P<0/001$  و  $t(77)=1/026$ ) و افراد مذهبی اضطراب کمتری نسبت به افراد کمتر مذهبی دارند. سپس میانگین نمره‌های اختلال در کارکرد اجتماعی افراد با درجه کمتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=15/450$  و  $SD=2/917$ ) با میانگین نمره‌های اختلال در کارکرد اجتماعی افراد با درجه بیشتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=14/128$  و  $SD=3/213$ ) مقایسه شد. بر اساس این مقایسه می‌توان گفت تفاوت دو گروه به لحاظ آماری معنادار است ( $P<0/001$  و  $t(77)=1/915$ ) و افرادی که بیشتر به باورهای اسلامی عمل می‌کنند، نسبت به افرادی که کمتر به باورهای اسلام عمل می‌کنند، کمتر دچار اختلال در کارکرد اجتماعی می‌شوند. در نهایت میانگین نمره‌های افسردگی افراد با درجه کمتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=11/725$  و  $SD=4/945$ ) با میانگین نمره‌های افسردگی افراد با درجه بیشتر عمل به باورهای اسلامی ( $M=9/487$  و  $SD=3/775$ ) مقایسه شد. بر اساس این مقایسه می‌توان گفت تفاوت دو گروه به لحاظ آماری معنادار است ( $P<0/001$  و  $t(77)=2/256$ ) و افراد مذهبی افسردگی کمتری نسبت به افراد با درجه اعمال مذهبی کمتر دارند. در کل افراد مذهبی در این ۴ مقیاس وضعیت بهتری نسبت به افراد با درجه اعمال مذهبی کمتر دارند.



سطح معناداری	t	df	آزمون t مستقل
۰/۰۰۱	۳/۴۶۲	۷۷	رضایت از زندگی
۰/۰۰۱	۱/۹۴۶	۷۷	سلامت روان
۰/۰۰۱	۲/۲۷۹	۷۷	نشانه های جسمانی
۰/۰۰۱	۱/۰۲۶	۷۷	اضطراب
۰/۰۰۱	۱/۹۱۵	۷۷	اختلال در کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۲/۲۵۶	۷۷	افسردگی

آزمون t مستقل برای مقایسه دو گروه افراد با اعمال مذهبی بالا و پایین در رضایت از زندگی، سلامت روان و زیر مقیاس های سلامت روان نتیجه گیری کلی

- ۱- افراد مذهبی نه تنها کمتر درگیر مسائل نفسانی، انحرافات، جرم و جنایت و یا خودکشی می شوند، بلکه به طور کلی از سلامت اخلاق و رفتار و معنویات بیشتری برخوردارند.
- ۲- افراد مذهبی از سبک و شیوه زندگی سالم تر و متعادل تری استفاده نموده و از قابلیت سازگاری و کنار آمدن بالاتری از زندگی برخوردار هستند.
- ۳- افراد مذهبی در مقایسه با افرادی که از نظر اعتقادات دینی ضعیف ترند، احساس آرامش، امنیت، و خوشبختی بیشتری می نمایند.
- ۴- ذکر و یاد خدا و عمل به باورهای اسلامی هم جنبه پیشگیری دارد و هم بعد از ابتلای نفس و روان، درمان بخش است.
- ۵- رشد و تقویت اعتقادات و عمل به باورهای مذهب اسلام باعث سلامت روان بهتر و رضایت از زندگی بیشتر می شود.
- ۶- دوستی و بندگی خداوند با ایجاد این احساس در فرد که خداوند حامی و مراقب اوست، منجر به افزایش رضایت از زندگی می شود.
- ۷- سرشت انسان، الهی است و به پرستش خداوند نیاز دارد. این نیاز در طول زمان تغییر نمی کند، نادیده گرفتن نیازهای سرشتی به سلامت روان آسیب می زند.
- ۸- دانشجویان مذهبی در مقایسه با دانشجویان با درجه کمتر مذهبی، میزان استرس منفی کمتر و در نتیجه سلامت روانی بیشتری دارند.
- ۹- هر چه فرد دیندارتر باشد و به خداوند اعتقاد محکم تری داشته باشد از سلامت روان بالاتری برخوردار است و از زندگی خود رضایت بیشتری دارد.

#### منابع

۱. خدا پناهی، م. خوانین زاده، م. ۱۳۷۹. بررسی ساخت شخصیت در جهت گیری مذهبی دانشجویان، مجله روانشناسی. صفحات ۱۸۵، ۲۰۴.
۲. احمدی نوده، خ. فتحی، ع. عرب نیا، ع. ۱۳۸۵. بررسی رابطه بین تقیدات مذهبی و سازگاری زناشویی، فصلنامه خانواده پژوهی. شماره ۵، دوره ۲، بهار، صفحات ۵۵، ۶۷.
۳. شهبازی، س. ۱۳۷۵. بررسی جهت گیری مذهبی (درونی و بیرونی) با سلامت روان، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.



۴.مختاری، ع. الهیاری، ع. ۱۳۸۰. رابطه جهت گیری های مذهبی با میزان تنیدگی، مجله روان شناسی. صفحات ۵۶، ۶۷.

5. Bussing, A. Ostermann, T. Matthiessen, P.F. 2005. Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SPREUK questionnaire. *Health Qual Life out comes*. Feb 10; 3 (1): 10.

۶. هادیان فر، ح. ۱۳۸۴. احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت های مذهبی در گروهی از مسلمانان، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). شماره ۱۱: صفحات ۲۲۴، ۲۳۲.

۷. مطهری، م. تعلیم و تربیت در اسلام. صفحه ۲۴۱.

۸. گنجی، ح. ۱۳۷۶. بهداشت روانی. انتشارات ارسباران.

۹. نوابی نژاد، ش. ۱۳۷۶. رفتار بهنجار در کودکان و نوجوانان. انتشارات اولیا و مربیان.

۱۰. قمرانی، الف. سرلک، ن. شریعتی، م. رسولیان، م. ۱۳۸۹. نقش موسیقی در افزایش سلامت روانی کودکان با ناتوانی هوشی، مجله تعلیم و تربیت استثنایی. شماره ۱۰۲: صفحه ۴۸.

۱۱. ویلیام، ج. ۱۳۸۷. دین و روان. ترجمه مهدی قائنی، انتشارات دارالفکر.

12. Bechtold, T.B. 2004. Predictors of life satisfaction among privat liberal Arts college and University of Clemson.

13. Diener, E. Pavot, M. 2003. Personality calcure and subjective well- being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual review of Psychology*. 45. Pp: 403, 425.

۱۴. زکی، م. ۱۳۸۶. اعتباریابی مقیاس چند بعدی رضایت از زندگی دانش آموزان، مجله روانپزشکی و روان شناسی ایران. شماره ۱، سال سیزدهم: صفحات ۴۹، ۵۷.

15. Lyubomirsky, S. King, L. Diener, E. 2005. The benefits of freguent Positive effect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131 (6). Pp: 803, 855.

۱۶. گلزاری، م. ۱۳۷۹. ساخت مقیاس سنجش ویژگی های افراد مذهبی و رابطه این خصوصیات با بهداشت روان، رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

17. Goldberg, D.P. Hiller, V.F. 1979. Ascale version of the General Health Questionnaire. UK: NFER NELSON.

18. Goldberg, D.P. Williams, P. 1988. Ausers guide to the General Health Questionnaire. UK: NFER NELSON.

19. Robinson, R.G. Price, T.R. 1982. Post- Stroke depressive disorders: A fallow up study of 103 Patients. *Stroke*, 13. Pp: 635, 644.

۲۰. تقوی، م. ۱۳۸۰. بررسی روایی و پایایی پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز، مجله روان شناسی. شماره ۴، سال پنجم، ۳۸۱، ۳۸۹.

21. Crown, S. Crisp, A.H. 1966. A short clinical diagnosis Self- rating scale for Psychoneurotic patients: The Middle- Sex Hospital Questionnaire (MHQ). *British Journal of Psychology*. 172. pp: 917, 923.

22. Diener, E. Emmon, R.A. Larsen, R.J. Griffin, S. 1985. The satisfaction with life scale. *Journal of Personaliy Assessment*. 49. Pp: 71, 75.

۲۳. مظفری، ش. ۱۳۸۲. همبسته های روان شناختی شادکامی ذهنی، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شیراز

24. Watson, D. Clark, L.A. Tellegan, A. 1988. Development and validation of brief measures of Positive and negative affect: The PANAS scale. *Journal of personality and social Psychology*. 54, pp: 1063, 1070