

رابطه بین عقاید دینی و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد لردگان

عمران کیانی^۱، مدینه ویسی^۲، سیده محبوبه دانیالی^۳

^۱مدرس دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد و شهرستان لردگان

^۲کارشناس آموزش ابتدایی

^۳کارشناس آموزش ابتدایی

چکیده

از نظر بهداشت و روان افراد سالم افرادی نیستند که موقعیت های تنش زائی را تجربه نکنند بلکه افراد سالم افرادی اند که در عین برخورد با این موقعیت ها هم چنان از سلامت عمومی مناسب و خوبی برخوردار باشند و از طرفی نیز سعی کنند که بهترین راه حل را برای خود انتخاب نمایند. در این پژوهش کلیه ی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد لردگان جامعه ی آماری این پژوهش را تشکیل می دهند. از بین جامعه ی آماری به تصادف ۱۰۰ نفر را (دانشجویان) به روش تصادفی ساده انتخاب نمودیم. از آن جا که هدف این پژوهش بررسی و مقایسه ی سلامت عمومی و خودکار آمدی بین دانشجویان با عقاید مذهبی بالا و دانشجویان با عقاید مذهبی پایین است، طرح پژوهش ما از نوع علی - مقایسه ای می باشد. در این پژوهش برای جمع آوری داده های مرتبط با موضوع از پرسش نامه ی نگرش مذهبی، پرسش نامه ی GHQ و پرسش نامه خود کار آمدی شرز و همکاران GSE، استفاده شده است.

واژه های کلیدی: رابطه، عقاید دینی، سلامت عمومی، بهداشت سلامت، بهداشت عمومی

مقدمه

تأمین و حفظ سلامتی یکی از اهداف عالی انسان است که برای تحقق این هدف تمام کشورها بخش قابل توجهی از سرمایه های مادی و معنوی خود را به این امر اختصاص می دهند. از آن جا که کشور ما ایران بر پایه حکومت اسلامی اداره می شود، علاوه بر قوانین مدون ملی، در دین مقدس اسلام نیز برای نیل به این هدف، دستورات صریحی بیان شده است. مسلماً یکی از ابزارها برای توان مند کردن شخص، سلامت فکر و جسم است تا بتوانیم خود را از طریق آموزش و تعلیم و تربیت به مدارج بالای انسانی ارتقاء بدهیم. در مورد تأثیر اعتقادات دینی بر بهداشت روانی از دیر باز میان متفکران اسلامی و متخصصان روانی نظرات متفاوتی وجود داشته است. از یک سو روان کاوانی چون فروید (۱۹۳۹-۱۸۵۶) و همکاران مذهبه و اعتقادات مذهبی را یک اختلال نوریتیک تلقی کرده و دین باوری را نه تنها بر سلامت روانی مؤثر ندانسته اند، بلکه برعکس برای بهداشت روانی مخاطره آمیز نیز می دانند. (افروز، ۱۳۷۲) از سوی دیگر افرادی چون یونگ (۱۹۶۱-۱۸۷۵) هر گونه اعتقاد دینی، ولو این که با خرافات مانند معتقدات بشر اولیه را هم مورد توجه قرار داده و برای سلامت روانی افراد ضروری دانسته اند. (همان منبع: ۱۵) در این راستا در سال های اخیر استفاده از روان درمانی مذهبی در مداوای بیماری های روانی مورد بررسی قرار گرفته است. (بیان زاده، ۱۳۷۵).

بیان زاده (۱۳۷۵) روان درمانی را یک اقدام سیستماتیک به منظور رفع بیماری روانی در یک رویکرد شناختی- رفتاری - مذهبی تعریف نموده و هدف از روش های درمان مذهبی را رفع اضطراب و افسردگی از طریق جست و جوی ارزش ها و عقاید و سپس تغییر آن ها با به کارگیری روش های مذهبی می داند. برخی دیگر از روان شناسان مانند کلکتو و گالانتز (۱۹۹۰) عقیده دارند اگر بیمارانی که دچار اضطراب و افسردگی اند همراه با دارو درمانی تحت روان درمانی مذهبی قرار بگیرند، سریع تر بهبود می یابند. به هر حال پژوهش های فوق، لزوم توجه به بعد معنوی بیماران و بهره برداری از اعتقادات مذهبی آن ها را به عنوان یک پتانسیل مثبت درمانی مطرح می نماید. اکنون با توجه به رواج سریع بیماری های روانی در جوامع امروزی نیاز به انجام پژوهش های بیشتر در زمینه ی اعتقادات مذهبی برای درمان این افراد و در نتیجه حرکت به سوی جامعه ای سالم احساس می شود که لازم است مورد توجه مؤسسات آموزشی قرار بگیرد. مطالعه ی منابع اسلامی و نظرات دانشمندان مسلمان این نکته را روشن می کند که التزام عملی به اعتقادات مذهبی عامل بازدارنده بسیاری از بیماری ها، مخصوصاً بیماری های روانی است. (غباری بناب، ۱۳۷۴).

بیان مسئله

در تحقیق حاضر آن چه که ذهن محقق را به خود مشغول کرده مسئله ای است که در زندگی روزمره ی امروز از اهمیت بالایی برخوردار است و با بررسی و پاسخدهی به سؤالات آن روش ها و شیوه های بهتری برای رفع مشکلات روحی و روانی انسان عصر حاضر فراهم می شود. دین از حقایقی است که در عرصه های گوناگون انسانی حضور جدی دارد و دین پژوهی نیز متناظر با این عرصه ها، شاخه های عدیده ای یافته است. روان شناسی دین، یکی از شاخه های مهم دین پژوهی است که با دین ورزی و دینداری ربط و نسبت وثیق دارد. امروزه در انجمن روان شناسی آمریکا، بخش مستقلی به روان شناسی دین اختصاص یافته است و نشریات علمی پایگاه های اینترنتی و همایش های مستقل ویژه ای به این موضوع می پردازند و توجه به آن به گونه ای افزایش یافته است که به عنوان یک درس رسمی در بسیاری از دانشگاه های معتبر دنیا جایگاه خود را یافته و حتی در برخی از مؤسسات علمی، رشته ای تخصصی به شمار می آید. (آذربایجانی، موسوی اصل ۱۳۸۵) مسئله اساسی که در این تحقیق مطرح شده به رابطه ی بین دین و دین داری و عقاید مذهبی با سلامت عمومی و خودکار آمدی افراد می پردازد. به عبارت دیگر بررسی این نکته حائز اهمیت است که آیا افرادی که عقاید دینی بالاتری دارند در زمینه بهداشت روانی هم به همین ترتیب در سطح بالایی از بهنجاری قرار دارند یا نه؟ دین مقوله ی شناخته شده ای است که در طول تاریخ همواره با

انسان بوده، حتی انسان های اولیه هم مفهومی از خدا و پرستش و در نتیجه گرایشات دین داری را از خود بر جای گذاشته اند و مستندات تاریخی و باستان شناختی این نظر را تأیید می کنند. به طور کل در تعریف دین دو روی آورد کلی وجود دارد.

الف) گاهی دین به عنوان پدیده ای مستقل از انسان در نظر گرفته می شود که برخی گزاره های اعتقادی، اخلاقی و عملی را در بر می گیرد. این معنا، با موارد کاربرد کلمه دین در فارسی (مثلاً دین اسلام، دین مسیحیت و ...) بیشتر سازگاری دارد. (دهخدا، ۱۳۷۳، معین، ۱۳۷۱). در قرآن کریم نیز هر چند کلمه دین در اصل به معنای جزا و پاداش (مانند «ملک یوم الدین» حمد، ۴) و اطاعت (مانند «امرت ان اعبدا... مخلصاً له الدین» زمر، ۱۱) است، ولی در مورد شریعت و آیین و کیش نیز بسیار به کار رفته است (مانند «لاکراه فی الدین» بقره، ۲۵۶ و نیز، «لکم دینک ولی دین» کافرون، ۶).

سؤالات پژوهشی:

(۱) آیا بین عقاید دینی افراد با سلامت عمومی آن ها رابطه وجود دارد؟

(۲) آیا بین عقاید این افراد با خود کار آمدی آن ها رابطه وجود دارد؟

اهداف پژوهشی:

(۱) تعیین رابطه بین عقاید دینی و سلامت عمومی دانشجویان.

(۲) تعیین رابطه بین عقاید دینی و خودکار آمدی دانشجویان.

فرضیه ها:

فرضیه اول: بین عقاید دینی و سلامت عمومی دانشجویان رابطه ی معنی دار وجود دارد.

فرضیه دوم: بین دانشجویان با عقاید مذهبی بالا و پایین از نظر سلامت عمومی تفاوت وجود دارد.

فرضیه سوم: بین دانشجویان با عقاید مذهبی بالا و پایین از نظر خودکارآمدی تفاوت وجود دارد.

فرضیه چهارم: دانشجویان با عقاید مذهبی بالا سلامت عمومی بهتری از گروه پایین دارند.

فرضیه پنجم: دانشجویان با عقاید مذهبی بالا خودکارآمدی بهتر و بالاتری از گروه پایین دارند.

پایه های نظری و پیشینه ی تحقیق

آیا ممکن است دین برای تندرستی خوب نباشد؟ بنا بر نظر عده ی قابل توجهی از متخصصان سلامت روانی، این دقیقاً چیزی است که رخ می دهد. استدلال شده است که دین یک اثر روان رنجوری دارد، که باعث انعطاف ناپذیری روانی، ناپایداری عاطفی و سرکوب ناسالم غرایز طبیعی می شود. در بهترین شرایط، پزشکان دین را بی ضرر می بینند، اما آن را نامربوط با تندرستی یا

مراقبت بهداشتی می دانند و لذا مسائل دینی غالباً در حین، دیدار پزشک مورد بحث قرار نمی گیرند، مگر آن که با معالجه ی پزشکی تداخل پیدا کنند. (مثلاً پیروان فرقه ای خاص، از مسیحیت، که از انتقال خون خودداری می کنند).

تقریباً ۶۰ سال پیش فروید به طور قانع کننده ای استدلال کرد که دین با روان رنجوری ارتباط دارد. او که درباره ی این موضوع دغدغه ی خاطر بسیاری داشت، بیشتر از ده سال از آخرین سال های حیاتش را درباره ی اثرات روان رنجوری دین روی سلامت روان صرف کرد. فروید در کتاب آینده ی یک توهم استدلال کرد که درین باقیمانده ی روان رنجوری عقده ی اودیپ است و درمان آن نیاز به دین را کم می کند و آن را با فرایندهای آگاهانه تر و از لحاظ عاطفی سالم تر جایگزین می سازد. بنابراین دین روان رنجوری و وسواس عمومی انسانیت است، مثل روان رنجوری وسواسی کودکان، آن از عقده ی اودیپ نشأت گرفت، در اثر رابطه ی با پدر

بقایای تاریخی به ما کمک کرده است که آموزش های دینی را، همان طور که آن ها بوده اند، به عنوان بقایای روان رنجوری ببینیم، و ما حالا ممکن است استدلال کنیم که احتمالاً وقت آن رسیده، همانطور که در معالجه ی تحلیلی انجام می دهند، آثار سرکوبی ایمان را به وسیله ی نتایج عمل معقول عقل جایگزین کنیم. (ص ص ۴۳-۴۴).

در سال ۱۹۸۶، گروه پژوهشگران، رابطه ی آسایش و دین را در یک نمونه ی ۸۳۶ نفری با سن بالای ۶۰ که در نیمه غربی امریکا زندگی می کردند مورد بررسی قرار دادند تا تعیین کنند که چگونه تدین، با روحیه و رضایت از زندگی مرتبط بود. مقیاس های خود - ارزیاب به کار رفت تا تدین (مقیاس هوگ برای تدین واقعی) و روحیه اندازه گیری کنند (مقیاس روحیه سنجی مرکز پیری شناسی فیلادلفیا). شرکت کنندگان که اغلب در کلیسا حضور می یافتند دعا می کردند، کتاب مقدس را می خواندند، یا عمیقاً متعهد به عقیده شان بودند، به میزان قابل توجهی بیش از آن ها که درگیری کمتری با دین داشتند از آسایش برخوردار بودند.

این نتیجه مستقل از جنس، سن، نژاد، سلامت جسمانی، وضعیت مالی، یا سطح حمایت اجتماعی صادق بود. در خلال کنفرانسی که اخیراً از سوی مؤسسه ی ملی سالمندی برگزار شده، اندرو و فوترمن از کالج هوی کراس گزارش دادند که از سال ۱۹۷۴ تا به حال، ۲۳ تحقیق درباره ی رابطه ی بین تدین و آسایش در بین بزرگ سالان سالمندتر انجام شده است.

در ۲۱ مورد از این مطالعات، محققان دریافتند اشخاصی که متدین بودند، آسایش بیشتری داشتند. دکتر جفری دوین و دکتر کویتوفرالیسون، تحقیقات جامعه شناختی و روان شناختی گسترده ای را در باب رابطه ی بین تعهد دینی و آسایش در تمام گروه های سنی، و نه فقط برای افراد مسن تر، مورد مطالعه قرار داده اند. به علاوه آن ها در تحقیقاتشان این رابطه را روی نمونه های تصادفی از اشخاص که در سراسر امریکا زندگی می کنند، بررسی کرده اند. در یک سلسله مقالات علمی مهم، این پژوهش ها همبستگی مثبتی را بین تعهد دینی و آسایش در افرادی از هر سن، گزارش داد، هم در بررسی خودشان و هم در بررسی محققان دیگر رشته ها. اما این یافته ها، فقط به کندی در آثار پزشکی و روان پزشکی نفوذ کرده است. عموماً متخصصان بهداشت کمتر علاقه به حالت های مثبت مغز دارند، همان قدر که علاقه مند به مطالعه ی اختلالات روانی، مانند افسردگی اضطراب و مصرف سوء الکلی یا دارو هستند. شرایطی که اثر عمده ای روی سلامت دارند و منجر به افزایش استفاده از خدمات بهداشتی می شوند.

۲-۱۳) تفسیر خوش بینانه از مرگ: بسیاری از افراد از مرگ نگرانند. اضطراب آنان به دلیل این امور است: خود مردن، از دست دادن چیزهای خوب در زندگی و اطمینان نداشتن به آن چه قرار است بعد از مرگ رخ دهد. در این جا است که دین، تفسیری خوش بینانه از مرگ به دست می دهد و آن را نه نابودی و از بین رفتن، که انتقال از یک نوع زندگی موقت به نوع دیگری از زندگی که همیشگی و ابدی است، تلقی می کنند. در انگلیس، ۵۵ درصد و در امریکا ۷۸ درصد افراد به زندگی پس از مرگ اعتقاد دارند. ۹۳ درصد کسانی هم که به این مسئله فکر می کنند، عقیده دارند این زندگی رضایت بخش و آرام است. ۲۸

درصد مردم در انگلیس و ۷۱ درصد در امریکا به جهنم اعتقاد دارند. (شاید این، بزرگ ترین اختلاف دینی میان دو ملت باشد). برای اندازه گیری و سنجش ترس از مرگ، چندین روش به کار گرفته می شود که از جمله آن ها، سؤالات مستقیم و سنجش های «ناهیشتار» نظیر واکنش های فیزیولوژیک به کلماتی که مرتبط با مرگ هستند. از برخی مطالعات معلوم می شود که بیشتر مردم ترس خود آگاهانه از مرگ، کمتر دارند، ولی این ترس در سطح ناهشیار بیشتر است.

این نوع ترس، از راه تأخیر در تداعی های کلامی کلمات مربوط به مرگ، در مقایسه با کلمات دیگر نشان داده می شود. (فیفل، ۱۹۷۴). معلوم شده است که «قبرستان» کلمه بسیار هیجان آوری است و می تواند غم و ترس ایجاد کند. (گوستاوسون، ۱۹۷۲)

در این جا این سؤال مطرح است که آیا ترس از مرگ، برای افراد مذهبی کمتر است. در یک فرا تحلیل از ۳۶ مطالعه، در ۲۴ مورد چنین ارتباطی دیده و یافت شد. (اسپیلکا، هود و همکاران، ۱۹۸۵).

اگر به انواع گوناگون دین داری توجه کنیم، در می یابیم آنان که در تدین درون سو نمره های بالایی دارند، کمتر از مرگ می ترسند (با همبستگی چهار تا پنج درصد). ولی برای افراد متدین برون سو، این نوع ترس بیشتر است. (ولف، ۱۹۹۷، به نقل از آرگیل، ۲۰۰۰، ص ۱۴۵).

هر چند در روان شناسی دین؛ آزمایش تجربی به ندرت انجام می گیرد، ولی درباره تأثیرات ترس از مرگ بر باورهای دینی، آزمایش هایی انجام گرفته است. اوسارچاک و تیت (۱۹۷۳) با انجام دادن اعمال زیر، ترس شدید از مرگ را در آزمودنی های خود ایجاد کردند: نشان دادن ۴۲ اسلاید از جنازه ی مردگان و صحنه های دیگر مربوط به مرگ، نواختن موزیک عزا و بازگویی خطرات مرگ از راه تصادف یا بیماری. برای آزمودنی هایی که از قبل به جهان دیگر اعتقاد داشتند، این آزمایش افزایش قابل ملاحظه ای در اعتقاد به جهان پس از مرگ به وجود آورد و در نتیجه، ترس از مرگ کاهش یافت و آزمودنی ها، اندیشه ی مثبت تری به جهان آخرت پیدا کردند البته این فقط در صورتی بود که آنان از قبل اعتقاد به جهان پس از مرگ داشتند. (بیت هالامی و آرگیل، ۱۹۷۷، ص ۱۹۵). برخی موقعیت های واقعی زندگی که افراد با مرگ مواجه می شوند، عبارت اند از: الف) بیماری (لا علاج ب) صحنه ی جنگ ج) سالمندی و ازدیاد سن.

فیفل (۱۹۷۴) دریافت که بیماران درمان ناپذیر متدین، تا حدودی کمتر از افراد سالم، از مرگ می ترسند (۸۱ درصد در مقابل ۷۰ درصد)، ولی میان بیماران عادی و افراد سالم تفاوتی وجود ندارد. در مطالعه ای دیگر، معلوم شد بیماران لا علاج بیشتر درگیر اجتناب و انکار مرگ هستند و کمتر قادرند درباره ی آن فکر کنند.

پژوهشگران از دانشگاه ییل میزان سکتی قلبی جدید در یک دوره شش ساله را در میان ۲/۸۱۲ نفر با سن بالای ۶۵ در ایالت کارنکتیکت بررسی کردند. آن ها سه عامل دینی را بر شمردند: دفعات حضور در مراسم دین، تدین خود ادعا کرده و این به عنوان منبع قدرت. پژوهشگران میزان کمتری از سکتی را در افرادی که لااقل هفته ای یک بار در مراسم دینی شرکت کرده بودند و اشخاصی که گزارش داده بودند که از دین به آرامش زیادی رسیده اند، یافتند. بزرگ ترین اختلاف مربوط به حضور در کلیسا بود. آن هایی که هرگز یا تقریباً هرگز به کلیسا نرفته بودند، نزدیک به دو برابر میزان سکتی را نسبت به کسانی که هفته ای یک بار به کلیسا رفته بودند، تجربه کردند. اما توجه کنید، اشخاصی که به طور نامنظم به کلیسا رفته بودند، (چند بار در ماه) بالاترین احتمال خطر را داشتند.

یکی از قدیم ترین مطالعات درباره ی ارتباط میان سلامت جسمی و رفتن به کلیسا، از سوی کامستوک و پارتیج (۱۹۷۲) با استفاده از میزان مرگ و میر در نمونه ای بزرگ انجام گرفته است. نتایج این مطالعه در جدول ذیل آمده است.

جدول شماره ۱: میزان مرگ و میر افرادی که به صورت منظم به کلیسا می روند و دیگران (در هر هزار نفر)

یک بار در هفته یا بیشتر	کمتر از یک بار در هفته	
۳۸	۸۹	بیماری قلبی (۵ سال)
۱۸	۵۲	آمفیزم (۳ سال)
۵	۲۵	سیروز (۳ سال)
۱۳	۱۷	سرطان راست روده (۵ سال)
۱۱	۲۹	خودکشی (۶ سال)

هم چنین در پژوهش دیگری، معلوم شد که رفتن به کلیسا، با کاهش مرگ ناشی از بیماری های تنفسی و گوارشی، برخی انواع سرطان و در واقع همه ی بیماری های عمده ارتباط دارد. (لوین، ۱۹۹۴) احمدی (۱۳۷۶) تحقیقی تحت عنوان بررسی میزان افسردگی و رابطه ی آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانش آموزان سال آخر دبیرستان های اسلام شهر انجام داده، در این پژوهش ۴۷۲ نفر دختر و پسر دانش آموز با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند و با استفاده از آزمون افسردگی بک و جهت گیری مذهبی آلپورت مورد سنجش قرار گرفتند. یافته های این تحقیق نشان داد که بین میزان افسردگی و نگرش مذهبی، همبستگی منفی ($r = -0.52$) وجود دارد. و این همبستگی از لحاظ آماری معنی دار است.

طهماسبی پور و کمانگیری (۱۳۷۶) برای بررسی اثر میزان نگرش مذهبی افراد بر میزان افسردگی، اضطراب و سلامت روان آنان، مطالعه ای روی ۵۰ نفر از بیماران بیمارستان های ۷ تیر و مجتمع درمانی حضرت رسول اکرم (ص) انجام دادند. و نتیجه گرفتند که ضرایب همبستگی بین میزان نگرش مذهبی و اضطراب 0.46 - نگرش مذهبی و افسردگی 0.56 - و نگرش مذهبی و سلامت روان 0.85 - می باشد. در تحقیقی که توسط سلطان محمدی (۱۳۷۴) تحت عنوان «نقش مذهب در کاهش مشکلات روانی دختران صورت گرفته است، محقق ۳۵ نفر از افرادی را که مذهبی بودند و نیز ۳۵ نفر از کسانی که کمتر وجهه ی مذهبی داشتند را انتخاب کرده و بعد از اجرای پرسش نامه و تجزیه و تحلیل داده ها، مشخص نمود که دختران مذهبی در مقایسه با دختران غیرمذهبی از مشکلات روانی کمتری برخوردارند.

جامعه آماری پژوهش:

کلیه ی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد لردگان جامعه ی آماری این پژوهش را تشکیل می دهند.

نمونه آماری و روش نمونه گیری:

از بین جامعه ی آماری به تصادف ۱۰۰ نفر را (دانشجویان) به روش تصادفی ساده انتخاب نمودیم. به صورت دقیق تر در روش نمونه گیری تصادفی ساده هر یک از اعضای جامعه دارای شانس مساوی و مستقل برای انتخاب شدن هستند.

طرح پژوهش:

از آن جا که هدف این پژوهش بررسی و مقایسه ی سلامت عمومی و خودکار آمدی بین دانشجویان با عقاید مذهبی بالا و دانشجویان با عقاید مذهبی پایین است، از نوع علی – مقایسه ای می باشد.

روش آماری:

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین ها، انحراف استاندارد و ...) استفاده شده است هم چنین در تحلیل فرضیه ها، از آزمون تی تست استفاده گردیده است که در مواقع لزوم تحلیل جانبی به کار رفته است. در تحلیل داده ها از نرم افزار آماری (spss - ۱۱/۵) استفاده شده است.

نتایج و یافته ها

- تفاوت معنی داری بین میانگین های دو گروه با عقاید مذهبی بالا و پایین وجود دارد.
- تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه با عقاید مذهبی بالا و عقاید مذهبی پایین در مقیاس سلامت عمومی وجود دارد.
- تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه با عقاید مذهبی بالا و گروه با عقاید مذهبی پایین در مقیاس خودکار آمدی وجود دارد.
- نتایج آزمون t نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه با عقاید مذهبی بالا و گروه با عقاید مذهبی پایین وجود دارد در مقیاس سلامت عمومی و این تفاوت به نفع گروه با عقاید مذهبی بالاست. و این تفاوت در سطح ۹۵٪ معنی دار است.
- به عبارت دیگر دانشجویانی که عقاید مذهبی بالایی داشته اند، وضعیت سلامت عمومی به مراتب بهتری از دانشجویان با عقاید مذهبی پایین داشته اند. سلامت عمومی که شامل وضع جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی و خودکشی می باشد در دانشجویانی که باورهای دینی بالا دارند در سطح مطلوبی قرار دارد، این نشان می دهد که مذهب و دین که به عقیده ی برخی از اندیشمندان و روان شناسان و حتی عده ای از عموم مردم، تأثیری بر سلامت انسان ندارد، دومی تأثیر منفی دارد، این عقیده رد می شود و بالعکس نتایج این تحقیق و تحقیقات دیگری که در این زمینه انجام شده بر تأثیر مثبت و افزایش دهنده ای سلامت عمومی صحه می گذارند. این مسلم است که در ادیان الهی به ویژه دین مبین اسلام خودکشی از گناهان کبیر محسوب می شود، خودکشی که از نتایج مستقیم افسردگی است، بنابراین فردی که عقاید دینی دارد حتی المقدور سعی دارد تا از افسردگی و ناامیدی برحذر باشد تا به خودکشی منجر نشود. هم چنین در سطح سلامت جسمانی هم بدین نحو دستورات دینی در جهت افزایش سلامت فرد قرار دارند. دستوراتی هم چون دوری از روابط جنسی نامشروع، عدم مصرف مشروبات الکلی و ... سعی در پاکیزگی و تمیزی، عدم خوردن نجاسات و محرّمات هم چون گوشت خوک و سگ و ... همگی تلاش در جهت افزایش سلامت جسمانی انسان ها را نشان می دهد. در زمینه ی کارکرد اجتماعی ادیان الهی و به خصوص دین اسلام توصیه به از خود گذشتگی و در نظر گرفتن حد و مرزهای دیگران می کنند هم چنین توصیه به صله رحم و دید و بازدید اقوام، توصیه به رعایت حال همسایگان، کمک به فقرا و تنگ دستان و بیماری توصیه های اخلاقی دیگری می کنند. انجام این اعمال در انسان ها کارکرد اجتماعی را افزایش می دهد و در جهت مثبت سوق می دهد. به طور کل این توصیه ها در جهت افزایش سلامت، به خصوص روانی، اثر گذارند و مانع گوشه گیری و در خود ماندگی افراد شده و آن ها را به فعالیت و می دارد که

همین فعالیت باعث سلامتی فرد می شود. از نظر اضطراب هم در ادیان الهی و دین اسلام توصیه هایی در جهت بالا بردن آرامش روانی صورت گرفته است. مانند توصیه به یاد خدا در هر لحظه که این یادآوری باعث افزایش آرامش در دل ها می شود. بنابراین به طور کلی دستورات و توصیه هایی که در ادیان الهی و دین اسلام صورت می گیرد به نفع افزایش سلامت روانی در انسان ها می باشد.

نتایج آزمون t نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه با عقاید مذهبی بالا و گروه با عقاید مذهبی پایین وجود دارد در مقیاس خودکارآمدی و این تفاوت به نفع گروه با عقاید مذهبی بالاست و این تفاوت در سطح ۹۵٪ معنی دار است. به عبارت دیگر، دانشجویانی که عقاید مذهبی بالایی داشته اند، خودکارآمدی به مراتب بهتری از دانشجویان با عقاید مذهبی پایین داشته اند. باورهای خودکارآمدی، قوی ترین پیش بینی کننده ی سطح عملکرد نهایی می باشند و افرادی که از خودکارآمدی بالاتری برخوردارند، معتقدند که می توانند، به طور مؤثر با رویدادهایی که مواجه می شوند برخورد کنند و یا اینکه ادراک کارآمدی بر توفیق در رفتارهای وابسته به سلامتی از قبیل ترک سیگار، تجربه ی درد، کنترل وزن اثر می گذارد و ادراک ناکارآمدی نقش عمده ای در ابتلاء به اضطراب و افسردگی بر عهده دارد. از طرفی خودشناسی و احساس ارزشمندی بر خودکارآمدی افراد تأثیر گذاشته و آن ها را کارآمدتر می نماید. یعنی می توان استنباط نمود آگاهی دینی یا وقوف در دین و بصیرت یافتن در امور مربوط به معادلات بشری، احساس ارزشمندی یا به تعبیری کرامت انسان را بالا برده و طبیعتاً در خودکارآمدی (اثر بخش نمودن افراد در انجام وظایف محوله) نیز اثر خواهد گذاشت. هم چنین وطن خواه (۱۳۷۹) رابطه ی معنا داری را بین میزان دینی بودن جوانان و میزان سازگاری آن ها گزارش کرده است. علمی (۱۳۸۰) در بررسی خود تحت عنوان «نقش دین و اعتقادات دینی در بهداشت روانی» چنین آورده است: مذهب با تعلیم این که طبیعت زندگی دنیوی با سختیها و آسایش کامل آخرت حاصل خواهد شد. افراد را آماده برخورد با مشکلات نموده است و با بیان این که وقوع این سختی ها حکمتی دارد و برای تکامل فردی و اجتماعی بشر لازم و گذرگاه وصول به کمالات می باشد، سازگاری با مصائب و سختی ها را تسهیل می کند و در واقع از نظر وی این گونه می توان استنباط کرد که اعتقاد دینی، خودکارآمدی فرد را در مقابله با مسائل و مشکلات افزایش داده و سبب تقویت عزت نفس فرد دین دار در برابر مصائب می شود. در کل نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که دانشجویانی که عقاید مذهبی بالاتری دارند سلامت عمومی و خودکارآمدی بالاتری هم از خود نشان می دهند و در نهایت نتیجه ی کلی که می توان استنباط نمود این است که مذهبی بودن و عقاید دینی داشتن باعث سلامتی بالا، خودکارآمدی بالا، عزت نفس بالا، روابط اجتماعی مفید و مؤثر، اضطراب و افسردگی کمتر و ده ها پیامد مثبت دیگر در انسان می شود و با داشتن چنین ویژگی هایی است که باعث پیشرفت جامعه ی بشری می شود.

پیشنهادهای:

(۱) گنجاندن واحد درسی به نام روان شناسی دین در بین دروس دانشگاهی رشته ی روان شناسی و حتی در رشته های دیگر دانشگاهها، جهت آشنایی بیشتر دانشجویان با اثرات مفید دین داری.

(۲) نهادینه کردن ارزش های معنوی در جامعه (توسط گروه مرجع)

(۳) آگاهسازی و تلاش برای افزایش شناخت دینی و تقویت باورها و اعتقادات افراد در رسانه ها و حوزه ی تعلیم و تربیت و کاهش فاصله ی بین شناخت و عمل دینی و ملتزم نمودن افراد جهت عمل به دانسته های دینی یا به جریان انداختن آموزه های دینی در رفتار و کردار افراد.

منابع و مأخذ:

- ۱) آذربایجانی، مسعود «انسان کامل از دیدگاه اسلام و روان شناسی»، فصلنامه ی حوزه و دانشگاه، ش ۹، زمستان (۱۳۷۵).
- ۲) آرین، خدیجه، «رابطه ی دین داری و روان درسی» چکیده ی مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۰.
- ۳) اسلامی، احمد علی، بررسی نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن و رابطه آن با افسردگی در دانش آموزان سال آخر دبیرستان های اسلام شهر، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات پزشکی، ۱۳۷۶.
- ۴) فصلنامه ی اندیشه و رفتار، سال دوازدهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۵، مجله ی روان پزشکی و روان شناسی بالینی.
- ۵) مسعود آذربایجانی، سید مهدی موسوی اصل؛ «درآمدی بر روان شناسی دین»، تهران، سازمان مطالعه و تدوین کتاب علوم انسانی دانشگاه ها: مرکز تحقیق و توسعه ی علوم انسانی (سمت)، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۳۸۵.
- ۶) روان شناسی و دین، ترجمه ی فؤاد روحانی، تهران، شرکت سهامی کتاب های جیبی، ۱۳۷۰.
- ۷) روان شناسی ضمیر ناخودآگاه، ترجمه ی محمد علی امیری، تهران، انتشارات آموزش و انقلاب اسلامی.