

بررسی ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان

محمد ابراهیم مداحی^{۱*}، منا صمد زاده^۲، محمد مجتبی کیخای فرزانه^۳

(۱) استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد

(۲) کارشناس ارشد روانشناسی

(۳) دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، باشگاه پژوهشگران جوان، زاهدان، ایران

*نویسنده مسئول: memaddahi@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۸۹/۱۱/۱۸ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۸۹/۱۱/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله ۹۰/۳/۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهبی (درونی/ بیرونی) با بهزیستی روانشناختی و به روش همبستگی انجام گرفته است. جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران شمال می‌باشد. نمونه‌ی آماری پژوهش به حجم ۷۱ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از دانشکده‌های مدیریت، حقوق و روانشناسی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده، از مقیاس‌های جهت‌گیری مذهبی (آپورت، ۱۹۵۰) و بهزیستی روانشناختی (PWI (کارول، ۱۹۸۸) استفاده شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی به دست آمده بین نمره‌ی جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با بهزیستی روانشناختی از نظر آماری معنادار بود. از طرفی دیگر نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که جهت‌گیری مذهبی هم از نوع درونی و هم از نوع بیرونی آن قابلیت پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی را دارد. این نتایج را این‌طور می‌توان تبیین کرد هرچه میزان جهت‌گیری مذهبی جوانان درونی‌تر باشد، بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها بیشتر خواهد بود. و هرچه میزان جهت‌گیری مذهبی جوانان بیرونی‌تر باشد، بهزیستی روانشناختی آن‌ها کمتر خواهد بود. از سوی دیگر، جهت‌گیری مذهبی قابلیت پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی را دارد.

کلید واژه‌ها: بهزیستی روانشناختی، جهت‌گیری مذهبی، دین، سلامت روان.

مقدمه

است و پس از آن اندیشمندانی نظیر آپورت^۵ به تبیین مذهب پرداخته‌اند. در سالیان اخیر رویکرد آسیب‌شناختی به مطالعه‌ی سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کند، رویکردهای جدید بر "خوب بودن"^۶ به جای "بد یا بیمار بودن"^۷ تأکید می‌کنند (ریف^۸ و

نیاز انسان به دین^۱ قدمتی به عمر تاریخ دارد. زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه‌گاهی نیرومند احساس نیاز می‌کرده است. موضوع دین، مورد بحث محققان پیشگامی همچون جیمز^۲، فروید^۳، یونگ^۴ و دیگران بوده

⁵.Allport
⁶.Wellness
⁷.Illness
⁸.Ryff

¹. Religion
².William James
³. Freud
⁴. Jung

همکاران، ۲۰۰۴، ص ۳۸۵). از این منظر، عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان‌دهنده‌ی سلامت است و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفا سازی قابلیت‌های خود است. نظریه‌هایی مانند نظریه‌ی خودشکوفایی مازلو^۱، کارکرد کامل^۲ راجرز^۳ و انسان بالغ یا بالیدگی^۴ آلپورت در شکل‌بندی مفهوم سلامتی روان‌شناختی، این فرض‌بنیادین را پذیرفته و از آن بهره‌جسته‌اند (ریان و دسی^۵، ۲۰۰۱، ص ۱۶۳).

مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت‌بخش و یک نیروی عظیم برای سلامت روان مفید و کمک‌کننده باشد. از دیدگاه آلپورت جهت‌گیری مذهبی به دو صورت «درونی»^۶ و «بیرونی»^۷ می‌باشد. در جهت‌گیری مذهبی درونی، ایمان به خودی خود به عنوان یک ارزش متعالی تلقی می‌گردد و یک تعهد انگیزش‌فراگیر، نه وسیله‌ای، برای دستیابی به اهداف در نظر گرفته می‌شود. اما در جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب امری خارجی و ابزاری برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد، به عبارت دیگر دین‌داری برای کسب امنیت و پایگاه اجتماعی است و افرادی که چنین جهت‌گیری دارند از دین به عنوان وسیله برای رسیدن به حاجات خود استفاده می‌کنند (آلپورت و راس^۸،

۱۹۶۷، ص ۴۳۹). به دنبال ظهور این نظریه‌ها و جنبش روانشناسی مثبت که در سلامتی روانی بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید داشتند، گروهی از روانشناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی^۹ از سبزیستی روان‌شناختی^{۱۰} استفاده کرده‌اند. زیرا معتقدند این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند (ریف و سینگر^{۱۱}، ۱۹۹۸، ص ۹). در این راستا، مدل‌هایی مانند مدل جاهودا^{۱۲}، مدل بهزیستی ذهنی^{۱۳} داینر^{۱۴} و مدل ۶ عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف، تدوین شده‌اند که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جای تمرکز بر بیماری و ضعف بر توانایی‌ها و داشته‌های فرد متمرکز هستند (کمپتون^{۱۵}، ۲۰۰۱، ص ۴۹۳). در دهه‌ی گذشته، ریف و کیز^{۱۶} (۱۹۹۵) الگوی بهزیستی روان‌شناختی^{۱۷} یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود^{۱۸}، رابطه‌ی مثبت با دیگران^{۱۹}، خود مختاری^{۲۰}، زندگی هدفمند^{۲۱}، رشد شخصی^{۲۲} و تسلط بر محیط^{۲۳}، این الگو به طور گسترده در

⁹ .Mental health

¹⁰ .Psychological well-being

¹¹ Ryff & Singer

¹² .Jahoda

¹³ .Mental well-being

¹⁴ .Diener

¹⁵ .Compton

¹⁶ .Ryff & Keyes

¹⁷ .Psychological

¹⁸ . Its Acceptance

¹⁹ .Positive Relationship With Others

²⁰ .Autonomy

²¹ .Purpose in Life

²² .Personal Growth

²³ .Dominate the Environments

¹ .Maslow

² .Full function

³ .Rogers

⁴ .Development

⁵ .Ryan and Deci

⁶ .Internal

⁷ .Outer

⁸ . Allport & Ross

ساندرز، ۲۰۰۳، ص ۵۴). آراین و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی نشان دادند که بین توکل به خدا و احساس آرامش روانی رابطه ی مستقیم معنی داری وجود دارد(آراین و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۴۳). اعتقادات شناختی افراد مذهبی به آنان در مقابله با فشار روانی کمک می کند. اعتقادات و رفتارهایی مانند توکل به خدا، زیارت، دعا، نماز، روزه و مانند این ها می تواند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش های مثبت موجب آرامش درونی فرد شود(شطی و همکاران، ۱۳۸۳، ص ۳). دسروسیروس و میلر^۵ (۲۰۰۷) در پژوهشی روی نمونه ۶۱۵ نفری از دختران جوان نشان دادند که کسانی که از اعتقادات مذهبی قوی تری برخوردارند نسبت به مقابله با فشارهای روانی، شخصی، تحصیلی و ... از نیروی بیشتری برخوردارند و کمتر دچار بیماری می شوند و در واقع از سلامت روان بالاتری برخوردارند (دسروسیروس و میلر، ۲۰۰۷، ص ۱۰۳۴). آی^۶ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی که به بررسی ۳۰۹ بیمار قلبی در مرکز پزشکی دانشگاه میشیگان انجام دادند، به نتایج قابل توجهی در مورد اهمیت و نقش مثبت اعتقادات معنوی دست یافتند(آی و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۸۷۰). نتایج پژوهش آن ها نشان داد که بیمارانی که اعتقادات مذهبی قوی تری دارند و در زندگی روزانه خود از روش های مقابله ای مثبت مانند عفو، بخشش، جستجو برای ارتباط معنوی با خدا، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی- اجتماعی، امید داشتن، شناخت خدا به عنوان خیرخواه و مهربان استفاده

جهان مورد توجه قرار گرفته است (چنگ و چن^۱، ۲۰۰۲، ص ۱۳۰۹).

در تعداد زیادی از پژوهش ها رابطه ی بین معنویت و بهزیستی روان شناختی بررسی شده است. حسنی و بهرامی (۱۳۸۴) در پژوهشی، رابطه ی مقابله ی معنوی و خوشبختی معنوی را با سلامت روان در نمونه ای با حجم ۱۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که بین مقابله ی مذهبی مثبت و سلامت روانی همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد (حسنی و بهرامی، ۱۳۸۴، ص ۲۵۷). کوئینگ^۲ (۲۰۰۷) در تحقیقی نشان داده است که سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه ی مثبت دارد و افراد که اعتقادات مذهبی قوی تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت های زندگی دارند(کوئینگ، ۲۰۰۷، ص ۷۳۸). فرگوسن^۳ (۱۹۹۳) در مطالعات و پژوهش های خود به این نتیجه رسید که تجربه های معنوی - مذهبی اغلب باعث جا به جایی در ارزش های اخلاقی فرد می شود. و در نتیجه، این جا به جایی در جهت دور شدن از مادی گری و به سمت یابوری و نوع دوستی و در نتیجه باعث بهزیستی روان فرد می شود (فرگوسن، ۱۹۹۳، ص ۱۳۶). هاکنی و ساندرز^۴ (۲۰۰۳) در بررسی رابطه ی معنویت با سلامت روان شناختی، دریافتند که افرادی که اعتقادات مذهبی- معنوی قوی تری دارند در آزمون های سلامت روانی و جسمانی نمره های بالاتری کسب می کنند(هاکنی و

¹. Cheng & Chan

². Koenig

³. Ferguson

⁴.Hackney & Sanders

⁵.Desrosiers & Miller

⁶. Ai

در تحقیق دیگری که برگین^۶ و همکاران (۱۹۸۸) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که دانشجویان مذهبی اغلب در دامنه‌ی بهنجار مقیاس‌های اضطراب و افسردگی، مفهوم خود، باورهای غیرمنطقی و سایر اندازه‌های عینی ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی قرار می‌گیرند. این یافته‌ها و تحقیقات دیگری که از دهه‌ی ۸۰ به بعد انجام شد نشان داده‌اند که اعتقاد مذهبی در عمل در خدمت سلامت روانی هستند (برگین و همکاران، ۱۹۸۸، ص ۹۱).

بیکر و گورساج^۷ (۱۹۸۲) در افراد سالخورده، رابطه‌ی مثبت میان سلامت جسم و روان آنها با مذهب به دست آورد (بیکر و گورساج، ۱۹۸۲، ص ۱۱۹). همچنین در تحقیق آلوارادو^۸ و همکاران (۱۹۹۵) مشاهده کردند که در سنین پیری، نگرش مذهبی قوی باعث کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از مرگ می‌شود و اثر این نگرش مذهبی از انجام اعمال مذهبی به مراتب بیشتر است (آلوارادو و همکاران، ۱۹۹۵، ص ۲۰۲).

در ایران نیز اخیراً استقبال گسترده‌ای در خصوص بررسی ابعاد، ویژگی‌ها و پیامدهای روانشناختی مذهب پدید آمده است. به طور مثال، بهرامی مشعوف^۳ (۱۳۷۳) رابطه‌ی منفی معناداری میان میزان عبادت و بروز افسردگی و اضطراب یافت (بهرامی مشعوف، ۱۳۷۳، ص ۵۶).

همچنین تحقیق اسلامی^۴ (۱۳۷۶) نیز وجود همبستگی منفی میان افسردگی و نگرش، مذهبی را تأیید کرد (اسلامی، ۱۳۷۶، ص ۶۱). با توجه به

می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و سلامت روان بالاتری دارند. وی دریافت از آن‌جا که مقابله‌های معنوی، منبع حمایت عاطفی-اجتماعی و امید هستند، افرادی که از این مقابله‌ها در زندگی روزانه خود استفاده می‌کنند افسردگی و اضطراب کمتری دارند و سریع‌تر بهبود می‌یابند.

الیس^۱ (۱۹۸۱) در گزارش‌هایی ادعا می‌کرد که افراد مذهبی دارای اغتشاش‌های هیجانی^۲ بیشتری در مقایسه با افراد غیر مذهبی‌اند و تأکید داشت که مناسب‌ترین راه‌های درمان در حل مشکلات هیجانی، فقط راه‌های غیر مذهبی است. وی معتقد بود که مذهبی بودن افراطی به طور قابل توجهی با اغتشاش‌های هیجانی رابطه دارد (الیس، ۱۹۸۱، ص ۱۵۷). در پاسخ به نظریه‌ی الیس، برگین^۳ (۱۹۸۳) به بررسی فراتحلیلی^۴ تمام پژوهش‌های انجام شده درباره‌ی نقش مذهب تا سال ۱۹۷۹ پرداخت. او درصدد بود که با این بررسی، نقش مذهبی بودن و تأثیر و ایجاد انواع اختلالات روانی^۵ را آزمون کند. وی در جمع‌بندی نهایی خود ۳۰ تأثیر به دست آورد: در ۲۳ محور تأثیر معناداری مشاهده نشد، در ۵ محور اثر مثبت مشاهده شد و در ۲ مورد اثر منفی بین مذهبی بودن و علایم آسیب‌شناختی به دست آمد. وی اعلام کرد که شواهد به دست آمده، فرضیه‌ی الیس را تأیید نمی‌کند و همچنین شواهد اندکی نیز وجود دارد که نقش مثبت مذهب در درمان را نشان دهد (برگین، ۱۹۸۳، ص ۱۹۷).

1. Ellis

2. Emotional disturbance

3. Bergin

4. Meta-analysis

5. Mental disorders

6. Bergin

7. Baker & Gorsuch

8. Alvarado

ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. منظور آلپورت از جهت‌گیری مذهبی درونی، عبارت از یک تعهد انگیزشی فراگیر که غایت و هدف است نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف فردی (جان بزرگی، ۱۳۷۸، ص ۹۳). در مطالعات اولیه‌ای که بر این مبنا صورت گرفت مشاهده شد که همبستگی جهت‌گیری بیرونی با درونی ۰/۲۱ است (آلپورت و راس، ۱۹۶۷، ص ۴۳۲). و در ایران نیز همبستگی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ است (مختاری و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۶۰) و نمره گذاری آن بر مبنای لیکرت است که دامنه‌ی آن از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است و به پاسخ‌ها نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. در این پژوهش برای آزمون فرضیه از روش تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. ضریب همبستگی پیرسون بین بهزیستی روان

شناختی و جهت‌گیری مذهبی			
متغیرها	M	SD	r
۱ بهزیستی روان شناختی	۲۱۵/۳	۱۲۱/۴۱	
۲ جهت‌گیری مذهبی درونی	۳۰/۴۶	۸/۲۹	۰/۶۹۶**
۳ جهت‌گیری بیرونی	۳۵/۶۱	۱۰/۰۰	-۰/۶۹۵**

**P < 0/001

رشد روزافزون مطالعات در زمینه‌ی بهزیستی روانشناختی در جهان و با وجود سابقه‌ی اندک این موضوع در کشور، پژوهش حاضر در صدد بررسی فرضیه زیر می‌باشد:

فرضیه: بین جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روانشناختی رابطه وجود دارد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهبی (درونی / بیرونی) با بهزیستی روانشناختی و به روش همبستگی انجام گرفته است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران شمال می‌باشد. نمونه‌ی آماری پژوهش به حجم ۷۱ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از دانشکده‌های مدیریت، حقوق و روانشناسی انتخاب شدند. ابزار پژوهش: پرسشنامه‌ی بهزیستی روانی^۱ کارول (۱۹۹۸)؛ یک مقیاس ۸۲ ماده‌ای است که ۶ جنبه‌ی مجزا از بهزیستی روانی را می‌سنجد. آزمودنی‌ها براساس یک ساخت‌شش درجه‌ای به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند که ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌ها از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (مداحی، ۱۳۸۳، ص ۷۰).

پرسشنامه‌ی جهت‌گیری مذهبی آلپورت؛ آلپورت و راس در سال ۱۹۵۰ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. و براساس نظریه‌ی آلپورت، مذهب درونی، مذهبی فراگیر و دارای اصل و سازمان یافته و درونی شده است در حالی که مذهب بیرونی، امری است خارجی و ابزاری، که برای

^۱. Psychological

سوی دیگر، ضریب همبستگی به دست آمده بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با بهزیستی روان‌شناختی ($r = -0.695$) و از نظر آماری معنادار و منفی می‌باشد که نشان می‌دهد هر چه میزان جهت‌گیری مذهبی جوانان بیرونی تر باشد بهزیستی روان‌شناختی آنها کمتر خواهد بود.

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد ضریب همبستگی به دست آمده بین نمره‌ی جهت‌گیری مذهبی درونی با بهزیستی روان‌شناختی ($r = 0.696$) از نظر آماری معنادار بود. بدین ترتیب هرچه میزان جهت‌گیری مذهبی جوانان درونی تر باشد بهزیستی روان‌شناختی آنها بیشتر خواهد بود. از

جدول ۲. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس جهت‌گیری مذهبی

خطای معیار برابر	B	β	ΔR^2	R^2	ضریب همبستگی چندگانه	F	گام
۷۸/۱۸	۶/۲۹۵	۰/۴۳۰**	۰/۵۸۵	۰/۵۹۷	۰/۷۷۳	۵۰/۴۲	اول. جهت‌گیری مذهبی بیرونی
۸۷/۷۸	-۵/۱۹۷	-۰/۴۲۸**	۰/۴۷۷	۰/۴۸۵	۰/۶۹۶	۶۴/۸۹	دوم. جهت‌گیری مذهبی درونی

** $P \leq 0/001$

کمتر از ۰/۰۰۱ معنا دار است، بنابراین امکان تبیین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی بر پایه‌ی بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد.

در جدول ۲ نیز نتایج تحلیل رگرسیون گزارش شده است. نتایج دو مدل تحلیل رگرسیون برای تبیین بهزیستی روان‌شناختی نشان داد که ضریب F مربوط به هر دو مدل از لحاظ آماری در سطح

بحث و نتیجه‌گیری

در تبیین فرضیه‌ی پژوهش حاضر می‌توان گفت در هر پژوهشی در حوزه‌ی علوم انسانی، توجه به شرایط اجتماعی و مقتضیات زمان امری لازم و قابل توجه است. امروزه یکی از مباحث اساسی در این زمینه مبحث سلامت می‌باشد و از طریق آن، می‌توان راهبردهای موفقیت‌آمیز را به کار گرفت. همین امر سبب شده که برخی سازمان‌های جهانی بهداشت، به بازنگری تعاریف موجود درباره‌ی انسان و ابعاد وجودی او بپردازند. سازمان جهانی بهداشت^۵ در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی و معنوی اشاره می‌کند.

بر اساس یافته‌های حاصل از این تحقیق بین سازگاری معنوی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان رابطه‌ی مثبت معنی‌دار وجود دارد. نتایج حاصل با یافته‌های حسنی و بهرامی (۱۳۸۴)، شطی و همکاران (۱۳۸۳)، کوئینگ^۱ (۲۰۰۷)، فرگوسن^۲ (۱۹۹۳)، آرین (۱۳۸۷)، هاکنی و ساندرز^۳ (۲۰۰۳) دسروسیروس و میلر (۲۰۰۷)، آی^۴ و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد.

1. Koenig
2. Ferguson
3. Hackney & Sanders
4. Ai

5. World Health Organization (WHO)

مورد نظر وی نمونه ای محدود بوده است. برگین به منظور رفع این اشکالات فراتحلیلی انجام داده و نشان داد که مذهب باعث به وجود آمدن اختلالات روانی مدنظر الیس، نمی شود. در تحقیقات انجام شده از دهه ی ۸۰ به بعد نیز نتایجی با نتایج پژوهش حاضر به دست آمده است که البته به صورت اختصاصی مؤلفه های مختلف روانی را مورد بررسی قرار داده اند. به طور مثال، در تحقیق برگین^۵ و همکاران (۱۹۸۸) این نتیجه به دست آمد که دانشجویان مذهبی، اغلب در دامنه ی بهنجار مقیاس های اضطراب، افسردگی و سایر مؤلفه های شخصیت و درکل سلامت روانی قرار می گیرند. این نتایج نیز در راستای تحقیقاتی نظیر تحقیق بیکر و گورساج^۶ (۱۹۸۲)؛ برگین (۱۹۸۳)؛ برگین و همکاران (۱۹۸۸) است که جهت گیری دینی و گرایش به مذهب، از بروز اختلالات و یا رفتارهای نابه هنجار پیشگیری می کند. تحقیقاتی که در ایران انجام شده نیز این رابطه را نشان می دهد. به طور مثال بهرامی احسان (۱۳۸۰) میان جهت گیری مذهبی و عزت نفس دانشجویان همبستگی مثبت به دست آورد (بهرامی احسان، ۱۳۸۰، ص ۶۷). در پژوهش های بهرامی مشعوف (۱۳۷۳)، اسلامی (۱۳۷۶) نیز وجود همبستگی میان نگرش مذهبی و مذهبی بودن، با افسردگی و اضطراب بررسی شده و نتایج، وجود رابطه ی منفی را اثبات می کنند. بنابراین، با تمام این بررسی ها می توان گفت که میان گرایش و جهت گیری مذهبی و سلامت روانی در فرهنگ ها و ادیان مختلف رابطه وجود دارد و همچنین می

کند و بعد چهارم یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می سازد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۰۰، ص ۱۸۸).

تردیدی وجود ندارد که معنویت یکی از موضوعات اساسی است و افراد در جستجوی معنا در کارشان هستند، آنها به دنبال راهی هستند که زندگی شان را با معنویت پیوند دهند. و همین پیوند و معنویت به آنها اجازه می دهد که با خداوند متعال در همه ی جوانب زندگی شان مرتبط شوند.

برای درک بهتر از یافته ها، ماهیت جهت گیری مذهبی بیشتر مورد بحث قرار می گیرد. بر اساس نظر آلپورت^۲ (۱۹۶۸) مذهب درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است، در حالی که مذهب با ملاک بیرونی، امری خارجی و ابزاری^۳ است که برای ارضای نیازهایی مثل مقام و ایمنی به کار می رود (آلپورت، ۱۹۶۸، ص ۱۵۳). آلپورت (۱۹۶۳) اظهار می دارد تنها مذهب با بعد درونی، سلامت روانی را بهبود می بخشد (آلپورت، ۱۹۶۳، ص ۱۸۸). بدین ترتیب او بر اهمیت رابطه، بین مذهب درونی و سلامت روانی تأکید می ورزد. پژوهش های متعددی این نکته ی آلپورت را برجسته ساخته اند. نتیجه ی پژوهش حاضر دقیقاً مخالف با نظر الیس^۴ (۱۹۸۱) است. وی معتقد است که افراد مذهبی دارای اغتشاش های هیجانی بیشتری هستند. دلیل این نظر می تواند به عقیده ی الیس در مورد راهکارهای درمان مرتبط باشد و اینکه نمونه ی

¹.American psychiatric Association

².Allport

³.Instrumental

⁴.Ellis

⁵.Bergin

⁶.Baker & Gorsuch

- توان نتیجه گرفت که مذهب و جهت‌گیری مذهبی در افراد نتایج مثبت و سلامت روانی را به همراه دارد. بدین ترتیب که هر چه جهت‌گیری مذهبی در افراد بالاتر باشد میزان مشکلات روانی در آنها و حتی نشانگان بدنی کاهش خواهد یافت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت نمونه‌گیری اشاره کرد. برای پیگیری معتبرتر نتایج لازم است گروه وسیع‌تری از افراد مورد سنجش قرار گیرند. نتایج این پژوهش تنها می‌تواند راهگشای پژوهش‌های بزرگتری قرار گیرد. از طرفی ابزار سنجش مذهبی نیز در پژوهش‌هایی مورد انتقاد قرار گرفته است. در این راستا به درآمیختگی تعهد مذهبی و پیامدهای مذهبی و نیز ضعیف بودن چارچوب مبدأ درونی و بیرونی که آلپورت مطرح کرده است، اشاره شده است. در مجموع می‌توان گفت به رغم بی‌توجهی روانشناسان بزرگ، مذهب می‌تواند چهارچوب معتبر و پایداری برای سلامتی روانی افراد فراهم کند. چنانچه شرایطی فراهم شود که فرد بتواند مذهب را در چارچوب و ساختار شناختی و عاطفی خود درونی کند و از سطح باور به سطح ایمان مذهبی انتقال یابد، چنین مذهبی می‌تواند وحدت‌یافتگی فرد را تضمین کرده و سلامت روانی او را فراهم کند.
- اسلامی، احمدعلی. (۱۳۷۶). *بررسی نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن و رابطه آن با افسردگی در دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان های اسلام شهر در سال ۱۳۷۵-۱۳۷۶*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.
- بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۰). *بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت‌گیری مذهبی. مجله روانشناسی و علوم تربیتی*. دوره ۶، شماره ۱، ص ۶۷-۹۷.
- بهرامی مشعوف، عباس. (۱۳۷۳). *بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تربیت معلم همدان.
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۷۸). *بررسی اثربخشی روان‌درمانی کوتاه مدت «آموزش خود‌مهارگری» با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی*. پایان‌نامه دکتری چاپ نشده. تهران. دانشگاه تربیت مدرس.
- حسنی واجاری، کتایون و بهرامی، احسان هادی. (۱۳۸۴). *نقش مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی در تبیین سلامت روان، مجله روانشناسی*. دوره ۹، شماره ۳، ۲۴۹-۲۶۰

منابع

- آرین، خدیجه؛ منصور، محمود و دلاور، علی. (۱۳۸۷). *بررسی رابطه بین دینداری و روان‌درستی ایرانیان مقیم کانادا*. رساله دکتری چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران.

- Allport, G. W. (1968). *The person in psychology: Selected essays*, Boston, MA, US: Beacon Press.
- Allport, G. W. Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.5, Iss.4, 432-443.
- Alvarado, K. A. Templer, D. I. Bresler, C. Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety, *Journal of Clinical Psychology*, Vol.51, Iss.2, 202-204.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, Text Revision, Washington, D.C.
- Baker, M. Gorsuch, R. (1982). Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol.21, No.2, 119-122.
- Bergin, Allen E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol.14, Iss.2, 170-184.
- Bergin, Allen E. Stinchfield, R. D. Gaskin, T. A. Masters, K. S. Sullivan, C. E. (1988). Religious life-styles and mental health: An exploratory study, *Journal of Counseling Psychology*, Vol.35, Iss.1, 91-98.
- Compton, William C. (2001). Toward a Tripartite Factor Structure of Mental Health: Subjective Well-Being, Personal Growth, and Religiosity, *the Journal of*
- شطی، مدینه؛ قدس بین، فریبا و زیادلو، سمانه. (۱۳۸۳). نقش دعا و مذهب در مقابله با استرس. *مجموعه مقالات ششمین سمینار سراسری بیماری های ناشی از استرس*. دانشگاه علوم پزشکی فارس. انتشارات دانشگاه.
- مختاری، عباس؛ الهیاری، عباسعلی و رسولزاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۸۰). رابطه جهت گیری مذهبی با میزان تنیدگی. *مجله روانشناسی*، سال پنجم شماره ۱۷، ۵۶-۶۷.
- مداحی، محمد ابراهیم. (۱۳۸۳). *بررسی رابطه جدایی روانشناختی والگوهای دل بستگی بر رضایتمندی روانی و اجتماعی دانشجویان سال سوم و چهارم دانشکده های علوم انسانی دانشگاه های دولتی در سطح شهر تهران*. پایان نامه دکتری چاپ نشده. دانشگاه تهران.
- Ai, Amy L. Park, Crystal L. Huang, Bu. Rodgers, Willard. Tice, Terrence N. (2007). Psychosocial Mediation of Religious Coping Styles: A Study of Short-Term Psychological Distress Following Cardiac Surgery, *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol.33, Iss. 6, 867-882.
- Allport, G. W. (1963). Behavioral science, religion, and mental health, *Journal of Religion and Health*, Vol.2, Iss.3, 187-197.

- Koenig, Harold G. (2007). Spirituality and Depression: A Look at the Evidence, *Southern Medical Journal*, Vol.100, Iss.7, 737-739.
- Ryff, Carol D. Keyes Corey Lee M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.69, Iss. 4, 719-727.
- Ryff, Carol D. Singer, B. H. (1998). The Contours of Positive Human Health, *Psychological Inquiry*, Vol.9, Iss.1, 1-28.
- Ryff, Carol D. Singer, B. H. Love, G. D. (2004). *Positive health: Connecting well-being with biology*, Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B Biological Sciences, 359, 1383-1394.
- Ryan, Richard M. Deci, Edward. L. (2001). On happiness and Human Potentials: Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being, *Annual Review of Psychology*, Vol.52, Iss.1, 141-166.
- *Psychology*, Vol.135, Iss.5, 486-500.
- Cheng, Sheung-Tak. Chan, Alfred C.M. (2002). Measuring psychological well-being in the Chinese, *Personality and Individual Differences*, Vol.38, Iss.6, 1307-1316.
- Desrosiers, A. Miller, L. (2007). Relational spirituality and depression in adolescent girls, *Journal of Clinical Psychology*, Vol.63, Iss.10, 1021-1037.
- Ellis, Albert. (1981). Science, religiosity, and rational emotive psychology, *Psychotherapy. Theory, Research & Practice*, Vol.18, Iss.2, 155-158.
- Ferguson, Duncan Sheldon. (1993). *New Age spirituality: an assessment*, USA, Westminster John Knox Press publication.
- Hackney, Charles H. Sanders, Glenn S. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies, *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol.42, Iss.1, 43-55.

Quarterly Journal of Educational Psychology
Islamic Azad University Tonekabon Branch
Vol. 2, No. 1, spring 2011, No 5

The Relationship between Religious Orientation and Psychological Well-Being among University Students

Maddahi. Mohammad Ebrahim^{*1}, Samadzadeh. Mona², Keikhayfarzaneh.
Mohammad Mojtaba³

1) Assistant professor. Department of Psychology Shahed University. Tehran. Iran

2) M.A Psychology

3) Young Researchers Club, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

*Corresponding author: memaddahi@yahoo.com

Abstract

The present study aimed to investigate the relationship between religious orientation (internal/external) and psychological well-being which has been conducted in a correlation method. The population of the study included all Islamic Azad University, North Tehran Branch. The research sample volume included 71 students selected randomly via cluster sampling from management, law and psychology colleges. The scales of religious orientation (Allport, 1950) and PWI psychological well-being (Carol, 1988) were used to collect the data of the study. Stepwise regression analysis was used to analyze the data. The results showed that there was a statistically significant relationship between the internal and external religious orientation scores and psychological well-being. On the other hand, the results obtained from stepwise regression analysis showed that both internal and external religious orientations were capable to predict psychological well-being. These results could be determined in such a way that the more internal youth's religious orientation, the more their psychological well-being and the more external youth's religious orientation, the less their psychological well-being. On the other hand, religious orientation was capable to predict the psychological well-being.

Key words: Psychological Well-Being, Religious Orientation, Religion, Mental Health.
