

بررسی رابطه نماز با جهت گیری مذهبی و سلامت روان

The relationship between prayers and religious orientation with mental health

تاریخ پذیرش: ۸۷/۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۸۶/۷/۴

Chavoshi, A. M.A, Talebian, D. M.D,
Tarkhorani, H. M.D, Sedqi-Jalal, H. B.Sc,
Azarmi, H. M.Sc, Fathi-Ashtiani, A. Ph.D.

اکبر آقاییانی چاوشی^ک، دکتر داود طالبیان^ک،
دکتر حمید طرخورانی^{ک*}، هما صدقی جلال^{ک*}،
هاله آزرمی^{ک**}، دکتر علی فتحی آشتیانی^{ک**}

Abstract

Introduction: This study was conducted to determine the correlation of attending to prayers and religious orientation with mental health among university employees and non-employees.

Methods: The study population consisted of 150 university employees and 150 non-employees, who were individually selected. All 300 participants filled out Alport's religious orientation scale and Goldberg general health questionnaire. The data were analyzed using chi square and t test.

Results: The results showed that university employees and non-employees were significantly different with regards to attending to prayers ($P < 0/01$). Furthermore, the religious orientation of the employees was more internal and that of the non-employees was more external. Also, somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and depression and in general, the mental health of the employees was better than those in non-employees.

Conclusion: With respect to the role of prayers and religious orientation in mental health, it seems cultural authorities of the society especially the ones in the university should pay special attention to and plan special programs to reinforce prayers.

Key words: Prayer, Religious orientation, Mental health.

چکیده

مقدمه: این تحقیق با هدف تعیین رابطه بین اهمیت دادن به نماز با جهت گیری مذهبی و سلامت روان در کارکنان دانشگاه و افراد غیر شاغل در دانشگاه انجام شده است.

روش: جامعه آماری این تحقیق کارکنان دانشگاه و افراد عادی غیر شاغل در دانشگاه بود. ۳۰۰ نفر (۱۵۰ نفر از کارکنان دانشگاه و ۱۵۰ نفر از افرادی که در دانشگاه شاغل نبودند) به صورت فردی و در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های جهت گیری مذهبی آلپورت و سلامت عمومی گلدبرگ را تکمیل کردند. داده‌های بدست آمده با استفاده از روشهای آماری خی دو و آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مقایسه نتایج بدست آمده بین نمونه مورد بررسی در کارکنان دانشگاه و افراد خارج از دانشگاه در رابطه با اهمیت دادن به خواندن نماز، بیانگر وجود تفاوت معنادار ($P < 0/01$) بین آنها است. بعلاوه جهت گیری مذهبی در کارکنان دانشگاه بیشتر درونی ولی در افراد خارج از دانشگاه، بیشتر بیرونی است. همچنین در کارکنان دانشگاه، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی کمتر و سلامت روانی بطور کلی بهتر از افراد خارج از دانشگاه است.

نتیجه گیری: با توجه به نقش نماز و جهت گیری مذهبی در سلامت روان، بنظر می‌رسد مسئولین فرهنگی جامعه، به ویژه مسئولین فرهنگی دانشگاه، باید به آن توجه ویژه نمایند و برنامه‌های خاصی در این راستا پیش بینی کنند.

واژه‌های کلیدی: نماز، جهت گیری مذهبی، سلامت روان

✉ **Corresponding author:** Behavioral science research center Baqiyatallah university of medical sciences.
E-mail: afa1337@yahoo.com

✉ **نویسنده مسئول:** دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، گروه معارف
* دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، گروه اطفال
** دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، مرکز تحقیقات علوم رفتاری
*** دانشگاه تربیت مدرس، گروه روان‌شناسی

مقدمه

دین وجه اصلی امتیاز بشر است. تاکنون هیچ حیوانی نشانه‌ای از وجود حیات دینی بروز نداده است و یا هیچ کاری نکرده است که بتوان آن را به عنوان تمهیدی برای زندگی پس از مرگ او به حساب آورد. برعکس در تاریخ بشر هیچ قبیله‌ای را نمی‌توان یافت که به گونه‌ای دین نداشته باشد [۱].

اسلام برنامه سالم سازی است، این سلامت در سایه تسلیم در برابر مشیت الهی و اجرای دستورات و قوانین حیات بخش او بدست می‌آید. بنابراین بدیهی است که همه قوانین، مقررات و برنامه‌های اسلام، راه را برای آرامش خیال و سلامت روان انسان و تحقق خلیفه الله بودن او، هموار و آماده می‌سازد. از این دیدگاه در بین تمام برنامه‌ها و قوانین اسلام، نماز از جایگاه والایی برخوردار است و در آیات مختلف، مستقیماً به نقش آن در آرام سازی درون، شفاف‌بخشی قلب و شادابی روح و روان اشاره شده است. از جمله در سوره طه آیه ۱۴ (اقم الصلوه لذكری) و سوره رعد آیه ۲۸ (الا بذكر الله تطمئن القلوب).

بعلاوه مطالعاتی که تاکنون انجام گرفته نیز نشان داده اند که مذهب نقش بسیار مؤثری در ارتقاء سلامت روان دارد. نتایج برخی از این تحقیقات در پی می‌آید.

نتایج پژوهش استوارد و جو [۲] در مورد ۱۲۱ دانشجوی نشان داد که روحیه مذهبی به صورت چشمگیری با سلامت روان و سازگاری در ارتباط است و افرادی که خود را بیش از همه مذهبی می‌دانند از دیگران سازگارترند و بالاترین عملکرد تحصیلی را دارند. نتایج تحقیق واتسون و همکاران [۳] این فرضیه الیس را که اظهار داشته بود، دیندار بودن میزان ناسازگاری را افزایش می‌دهد تأیید نکرد. آنها با نمونه‌ای متشکل از ۳۵۱ آزمودنی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی از نظر شناختی منطقی تر هستند، سازش یافتگی بیشتری از خود نشان می‌دهند و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

نتایج پژوهشی که توسط یانگ و همکاران [۴] بر روی ۳۰۳ نفر از فارغ‌التحصیلان رشته‌های روانشناسی صورت گرفت نشان داد که معنویت به عنوان یک سازه، نقش مهمی بر

سازگاری روانشناختی دارد و می‌توان از آن در کار بالینی با مراجعین کمک گرفت. اسکلودرمن و همکاران [۵] در پژوهشی که بر روی ۱۶۰ دانشجوی مرد و ۲۸۳ دانشجوی زن یکی از دانشکده‌های کانادا صورت گرفت نشان دادند که تعهد مذهبی با سازگاری در بین مردان و زنان دانشجوی همبستگی بسیار بالایی دارد.

مکنالتی و دیگران [۶] در پژوهش خود نشان دادند که دین تأثیر قابل ملاحظه‌ای در سازگاری افراد دارد و از آن می‌توان در کار بالینی با مراجعینی که خواهان روان‌درمانی معنوی هستند استفاده کرد. جانسون [۷] بیان می‌کند باورهای دینی نقش عمده‌ای در سلامت روان و سازگاری افراد دارد. نتایج مطالعه ناوارا و جیمز [۸] نشان داد افرادی که در مقیاس جهت‌گیری مذهبی بیرونی نمرات بالاتری را کسب کرده بودند استرس بیشتری داشتند ولی افراد که نمرات بالایی در جهت‌گیری مذهبی درونی داشتند، استرس کمتری را نشان می‌دادند.

برگین و همکاران [۹] با فراتحلیل ۲۴ مقاله پژوهشی به بررسی رابطه بین مذهب با سلامت روانی پرداختند و نشان دادند که بین مذهب و سلامت روانی رابطه مثبت وجود دارد. بدین معنا که افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی یعنی افرادی که معتقدند مذهب در ذات آنها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که جهت گیری مذهبی بیرونی دارند، یعنی مذهب را وسیله‌ای برای دستیابی به چیزهای دیگر می‌دانند، سلامت روانی مثبت‌تری دارند.

طهماسبی پور و کمانگیری [۱۰] ضمن تحقیقی که در زمینه بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روان گروهی از بیماران سه بیمارستان تهران بعمل آوردند، به این نتیجه رسیدند که نگرش مذهبی با دو مقوله اضطراب و افسردگی همبستگی منفی و با سلامت روان همبستگی مثبت دارد. بیرشک و همکاران [۱۱] به بررسی رابطه تنیدگی، افسردگی و اضطراب از یک سو و مذهب از سوی دیگر پرداختند. نتایج نشان داد که بین مذهبی بودن و اضطراب رابطه منفی وجود دارد. پژوهش جمالی [۱۲] با موضوع بررسی رابطه بین نگرش مذهبی، احساس معنابخش

۱۹۶۳ فگین Fegean یک نسخه ۲۱ ماده ای ساخت که تمام گزینه‌های پرسشنامه آلپورت در آن انتخاب شده بودند و علاوه بر آن یک گزینه دیگر نیز به آن افزود که این گزینه همبستگی بالایی (۰/۶۱) با جهت گیری بیرونی داشت و از آن به بعد این پرسشنامه، بیشتر مورد استفاده قرار گرفت [۱۴].

طبق تحقیق آلپورت، همبستگی بین ماده های جهت گیری مذهبی درونی با ماده‌های جهت گیری مذهبی بیرونی (۰/۲۱-) بود. در تعدادی از مطالعات دیگر، از جمله مطالعاتی که توسط فگین صورت گرفت، همبستگی جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی ۰/۲۰- بود. بعلاوه اعتبار پرسشنامه توسط جان بزگر [۱۵] با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و توسط مختاری و همکاران [۱۶] ۰/۷۱ گزارش شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه، یک «پرسشنامه سرندی» مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۷].

این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. از طریق این پرسشنامه، ۵ نمره برای هر فرد بدست می‌آید که ۴ نمره آن مربوط به خرده مقیاسها و یک نمره هم از مجموع نمرات خرده مقیاسها بدست می‌آید، که نمره کلی می‌باشد.

روش نمره‌گذاری مقیاس سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د، صفر، یک، دو و سه نمره تعلق می‌گیرد. برای کیفی کردن نمرات بدست آمده برای هر زیر مقیاس نمره ۰-۷ در حد پایین (هیچ)، ۸-۱۴ در حد متوسط و نمره ۱۵-۲۱ در حد بالا و برای مقیاس کلی نمره ۰-۲۲ در حد پایین، ۲۳-۴۰ در حد متوسط و ۴۱ به بعد در حد بالا می‌باشد. بنابراین نمره ۱۵ به بالا در هر زیر مقیاس و نمره ۴۱ به بالا در مقیاس کلی و خامت وضع آزمودنی را نشان می‌دهد.

بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان نشان داد که بین نگرش مذهبی و سلامت روان همبستگی مثبتی وجود دارد. نتیجه پژوهش‌هایی که در مورد اثر مذهب بر سلامت روان انجام شده است، حاکی از وجود اثر مثبت مذهب بر سازگاری، ارتقای سلامت روانی، کاهش علائم بیماری و کاهش ناراحتی و آشفتگی می‌باشد و از وجود یک رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روانی حمایت می‌کند. با این وجود این تحقیق با هدف تعیین رابطه بین اهمیت دادن به خواندن نماز با جهت گیری مذهبی و سلامت روان در کارکنان دانشگاه و افراد غیر شاغل در دانشگاه انجام شده است و در صدد پاسخگویی به این سوالها است که میزان اهمیت به نماز در کارکنان دانشگاه و در افراد خارج از دانشگاه چقدر است، آیا بین آنها در رابطه با اهمیت دادن به نماز تفاوتی وجود دارد؟ نوع جهت گیری مذهبی در کارکنان دانشگاه و در افراد خارج از دانشگاه چگونه است و آیا بین آنها از نظر جهت گیری مذهبی و سلامت روان، تفاوتی وجود دارد؟

روش

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی- همبستگی است. جامعه این تحقیق کارکنان دانشگاه و افراد عادی غیر شاغل در دانشگاه بود. ۱۵۰ نفر از کارکنان دانشگاه و ۱۵۰ نفر از افرادی که در دانشگاه شاغل نبودند ولی از نظر سن و تحصیلات با کارکنان دانشگاه جور شده بودند به صورت فردی و در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. مشخصات افراد برای ورود به تحقیق، داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل دیپلم، داشتن سلامت جسمانی و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی آشکار بود. ابزارهای مورد استفاده در این تحقیق، پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ بود.

پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت: این پرسشنامه دارای ۲۰ ماده بود که ۱۱ ماده آن مربوط به جهت گیری مذهبی بیرونی External religious orientation و ۹ ماده آن مربوط به جهت گیری مذهبی درونی Internal religious orientation بود. در سال

¹ Screening Questionnaire

دیگر، هوديامونت و همکاران [۲۷]، مقیاس موازنه عاطفی و پرسشنامه شرح حال آمستردام را اجرا نمودند و در هر مورد ضریب همبستگی ۰/۶۰ را گزارش کردند.

بعد از نمونه گیری برای ورود داده‌ها، افراد بر اساس میزان اهمیت به خواندن نماز به ۴ گروه تقسیم شدند ۱. گروهی که نماز نمی‌خوانند، ۲. گروهی که گاهی نماز می‌خوانند، ۳. گروهی که معمولاً نماز می‌خوانند ۴. گروهی که همیشه نماز می‌خوانند.

نمرات بدست آمده در هر یک از گروه‌های فوق با استفاده از روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و فراوانی و درصد برای توصیف داده‌های جمعیت شناختی و از روش‌های آمار استنباطی نظیر کای دو و آزمون t برای تجزیه و تحلیل سؤال‌های پژوهش استفاده گردید.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی در گروه‌های مورد بررسی در جدول شماره ۱ آمده است. میانگین سن در کل نمونه ۳۶/۰۸ و انحراف معیار آن ۵/۶۲ بود. میانگین سن در کارکنان دانشگاه ۳۶/۶۹ سال و انحراف معیار آن برابر با ۵/۷۶ و میانگین سن در افراد خارج از دانشگاه ۳۵/۴۸ سال و انحراف معیار آن برابر با ۵/۴۳ بود. بعلاوه در کل نمونه مورد بررسی، سن ۲۰/۲ درصد ۳۰ سال و کمتر و مابقی بالاتر از ۳۰ سال سن داشتند. ۷۰/۹ درصد مرد و ۲۹/۱ درصد زن بودند. ۸۰/۶

در خصوص اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی مطالعات متعددی صورت گرفته است. در یک بررسی، گلدبرگ و ویلیامز [۱۸]، اعتبار تنصیفی برای این پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. چان [۱۹]، ثبات درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش نمود. در مطالعه کی یس [۲۰]، ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمد. در مطالعه رابینسن و پرایس [۲۱]، با استفاده از روش بازآزمایی، در دو نوبت به فاصله ۸ ماه، ضریب اعتبار ۰/۹۰ را بدست داد.

در ایران، در مطالعه تقوی [۲۲] اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۷۲ گزارش شده است. پالاهنگ [۲۳] با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز به میزان ۰/۹۱ برآورد نمود و یعقوبی [۲۴] ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است.

همچنین به منظور برآورد روایی پرسشنامه سلامت عمومی در یک فرا تحلیل، متوسط حساسیت پرسشنامه، برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر ۰/۸۲ (بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵) گزارش شده [۲۵]. یعقوبی [۲۴] نیز حساسیت این پرسشنامه را ۰/۸۶ و ویژگی آن را ۰/۸۲ گزارش کرده است. بعلاوه در مطالعه چان و چان [۲۶]، جهت بررسی روایی همزمان با استفاده از پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه سوتا به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. در تحقیقی

جدول ۱- داده‌های جمعیت شناختی در گروه‌های مورد بررسی

متغیرها	گزینه‌ها	کل نمونه		دانشگاه		خارج دانشگاه	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	۳۰ سال و کمتر	۲۰/۲	۵۹	۱۵/۹۷	۲۳	۳۶	۲۴/۳۲
	۳۱ سال و بیشتر	۷۹/۸	۲۳۳	۸۴/۰۳	۱۲۱	۱۱۲	۷۵/۶۸
جنس	مرد	۷۰/۹	۲۰۷	۵۹/۷۲	۸۶	۱۲۱	۸۱/۷۶
	زن	۲۹/۱	۸۵	۴۰/۲۸	۵۸	۲۷	۱۸/۲۴
وضعیت تأهل	متاهل	۸۰/۶	۲۳۲	۹۰/۲۱	۱۲۹	۱۰۶	۷۱/۶۲
	مجرد	۱۹/۴	۵۶	۹/۷۹	۱۴	۴۲	۲۸/۳۸
تحصیلات	فوق دیپلم و کمتر	۲۸/۳	۸۱	۲۸/۳۷	۴۰	۴۱	۲۸/۲۸
	لیسانس و بیشتر	۷۱/۷	۲۰۵	۷۱/۶۳	۱۰۱	۱۰۴	۷۱/۷۲

معمولاً و ۶۸ درصد همیشه نماز خود را می‌خوانند. مقایسه نتایج بدست آمده بین نمونه مورد بررسی در کارکنان دانشگاه و افراد خارج از دانشگاه نشان داد در کارکنان دانشگاه ۲/۰۸ درصد بعضی اوقات، ۴/۱۷ درصد معمولاً و ۹۳/۷۵ درصد همیشه نماز واجب خود را می‌خوانند در حالی که در افراد غیر شاغل در دانشگاه، ۲۱/۹۲ درصد گزارش نموده اند که اصلاً نماز نمی‌خوانند، ۱۹/۸۶ درصد بعضی اوقات، ۱۵/۷۵ درصد معمولاً و ۴۲/۴۷ درصد همیشه نماز واجب خود را می‌خوانند. تحلیل آماری با استفاده از آزمون کای دو، بیانگر وجود تفاوت معنادار ($p < ۰/۰۱$) بین آنها است.

درصد متاهل و ۱۹/۴ درصد مجرد بودند. تحصیلات ۲۸/۳ درصد فوق دیپلم و کمتر و ۷۱/۷ درصد لیسانس و بالاتر بودند. نتایج بدست آمده از آزمون کای دو نشان دهنده عدم تفاوت معنادار بین دو گروه مورد مطالعه از نظر سن و وضعیت تحصیلات بود (جدول ۱).

نتایج بدست آمده از بررسی فراوانی افراد در کل نمونه، در کارکنان دانشگاه و در افراد خارج از دانشگاه در رابطه با اهمیت دادن به نماز، در جدول های شماره ۲ ارایه شده است. در کل نمونه مورد بررسی، ۱۱ درصد گزارش کرده اند هرگز نماز نمی‌خوانند، ۱۱ درصد بعضی اوقات، ۱۰ درصد

جدول ۲- داده‌های بدست آمده در رابطه با اهمیت دادن به خواندن

متغیرها	گزینه‌ها	کل نمونه		دانشگاه		خارج دانشگاه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خواندن نماز	هرگز	۳۲	۱۱	۰	۰	۳۲	۲۱/۹۲
	نماز	۳۲	۱۱	۳	۲/۰۸	۲۹	۱۹/۸۶
	معمولاً	۲۹	۱۰	۶	۴/۱۷	۲۳	۱۵/۷۵
	همیشه	۱۹۷	۶۸	۱۳۵	۹۳/۷۵	۶۲	۴۲/۴۷

$$df=3, P<۰/۰۰۰۱, X^2=۱۳/۹۰$$

جدول ۳ - مقایسه متغیرهای مورد بررسی در کارکنان دانشگاه و خارج از دانشگاه

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
جهت گیری بیرونی	دانشگاه	۱۴۴	۲۴/۷۱	۷/۷۴	۲۸۵	۴/۵۰	۰/۰۰۰۱
	خارج دانشگاه	۱۴۳	۲۸/۵۹	۶/۸۱			
جهت گیری درونی	دانشگاه	۱۴۴	۴۰/۲۶	۵/۳۲	۲۸۵	۸/۱۴	۰/۰۰۰۱
	خارج دانشگاه	۱۴۳	۳۴/۱۱	۷/۳۳			
نشانه‌های جسمانی	دانشگاه	۱۴۴	۴/۲۹	۳/۵۴	۲۸۸	۲/۷۵	۰/۰۰۰۶
	خارج دانشگاه	۱۴۶	۵/۳۹	۳/۲۴			
اضطراب و بی خوابی	دانشگاه	۱۴۴	۴/۴۶	۳/۸۰	۲۸۸	۵/۱۹	۰/۰۰۰۱
	خارج دانشگاه	۱۴۶	۶/۹۲	۴/۲۵			
نارسایی در عملکرد اجتماعی	دانشگاه	۱۴۴	۶/۷۶	۲/۱۸	۲۸۸	۰/۷۹	۰/۴۳
	خارج دانشگاه	۱۴۶	۷/۰۳	۳/۳۷			
افسردگی	دانشگاه	۱۴۳	۱/۵۲	۲/۹۵	۲۸۶	۵/۲۹	۰/۰۰۰۱
	خارج دانشگاه	۱۴۵	۳/۹۴	۴/۶۴			
سلامت روان به طور کلی	دانشگاه	۱۴۳	۱۷/۰۵	۹/۳۶	۲۸۶	۴/۸۸	۰/۰۰۰۱
	خارج دانشگاه	۱۴۵	۲۳/۳۰	۱۲/۱۶			

در رابطه با جهت گیری مذهبی و سلامت روانی نتایج بدست آمده (جدول ۳) نشان داد در اکثر متغیرهای مورد بررسی، تفاوت معناداری ($p < 0/01$) بین کارکنان دانشگاه و افراد خارج از دانشگاه وجود دارد. این نتایج بیانگر آن است که در کارکنان دانشگاه جهت گیری مذهبی بیشتر درونی ولی در افراد خارج از دانشگاه جهت گیری مذهبی بیشتر بیرونی است. بعلاوه در کارکنان دانشگاه، نشانه های جسمانی، اضطراب و بیخوابی و افسردگی کمتر و سلامت روانی بطور کلی بهتر از افراد خارج از دانشگاه است. از نظر عملکرد اجتماعی، وضعیت افراد غیر شاغل در دانشگاه بهتر از کارکنان دانشگاه است ولی بین آنها تفاوت معنادار وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

توجه به نتایج بدست آمده در رابطه با اهمیت به خواندن نماز در کارکنان دانشگاه و افراد غیر شاغل در دانشگاه، بیانگر وضعیت جامعه از نظر توجه و اهمیت به یکی از ارکان دین و مهمترین آن یعنی نماز است. نگاهی به نتایج بدست آمده در افراد غیر شاغل در دانشگاه (۲۱/۹۲ درصد گزارش کرده اند هرگز نماز نمی خوانند و ۱۹/۸۶ درصد بعضی اوقات نماز می خوانند، ۱۵/۷۵ درصد معمولاً نماز می خوانند و ۴۲/۴۷ درصد همیشه نماز می خوانند)، نشان دهنده عملکرد مسئولین فرهنگی جامعه از یک سو و نیاز به کار بیشتر از سوی دیگر است. ولی اینکه چرا جامعه علیرغم گذشت ۲۸ سال از انقلاب شکوهمند اسلامی و تلاش مسئولین فرهنگی در راستای تبلیغ دین مبین اسلام و عمل به دستورات، به چنین سمت و سویی گرایش پیدا کرده است دلایل مختلف و متعدد دارد و نیاز به مطالعه مستقلی است.

افزون بر آن نتایج نشان داد که در کارکنان دانشگاه جهت گیری درونی بیشتر ولی در افراد خارج از دانشگاه جهت گیری بیرونی بیشتر است. بعلاوه در کارکنان دانشگاه نشانه های جسمانی، اضطراب و بیخوابی و افسردگی کمتر و سلامت روانی بطور کلی بهتر از افراد خارج از دانشگاه است. اگر چه از نظر عملکرد اجتماعی، تفاوت معنادار بین کارکنان دانشگاه و افراد غیر شاغل در دانشگاه وجود ندارد.

اگر چه درصدی از نتایج بدست آمده در مورد کارکنان دانشگاه، ممکن است تحت تاثیر نحوه پاسخ گویی و عدم پاسخگویی صریح به سوالها باشد. با این وجود این نتیجه نشان می دهد کارکنان دانشگاه جهت گیری شان بیشتر درونی است یعنی دارای مذهبی فراگیر و با اصول سازمان یافته اند و ارزشهای مذهبی در این افراد به مثابه هدف است و ارزشها و نیازهای غیرمذهبی هر قدر هم که مهم باشند، برای آنها اهمیت کمتری دارند. ولی جهت گیری مذهبی افراد غیر شاغل در دانشگاه بیشتر بیرونی است. بدین معنا که این افراد، مذهب را برای رفع نیازها، کسب آسایش و امنیت فردی و اجتماعی و جلب نظر اجتماعی مورد توجه قرار می دهند و دوست دارند. به عبارت دیگر برای این افراد مذهب وسیله ای برای دستیابی به اهداف دیگری که برای آنها مهم است تلقی می شود.

با توجه به نوع جهت گیری مذهبی در این دو گروه، نتیجه بدست آمده در رابطه با سلامت روان با نتایج سایر تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده است از جمله نتایج تحقیقاتی که توسط برگین و همکاران ۱۹۹۱، ناوارا و جیمز ۲۰۰۵، طهماسبی پور و کمانگیری ۱۳۷۵، جمالی ۱۳۸۱ و ... همخوان می باشد و نشان دهنده آن است که افرادی که مذهب در آنها درونی است و در ذات آنها ریشه دارد در مقایسه با افرادی که مذهب را وسیله ای برای دستیابی به اهداف دیگر خود می دانند از سلامت روان بیشتری برخوردارند.

علاوه بر آن در رابطه با نتایج بدست آمده از مقایسه کارکنان دانشگاه و افراد خارج از دانشگاه از نظر سلامت روان و جهت گیری مذهبی می توان گفت:

اولا در اکثر موارد وضعیت کارکنان دانشگاه از نظر سلامت روان بهتر از افراد غیر شاغل در دانشگاه است و این مساله ارتباط زیادی با جهت گیری مذهبی ندارد. شاید وجود چنین وضعیتی مربوط باشد به دسترسی آسان کارکنان دانشگاه به متخصصین در حوزه های مختلف با صرف وقت و هزینه کم. لذا کارکنان دانشگاه اگر با مشکلی رو به رو شوند در کوتاهترین زمان و با کمترین هزینه درصدد درمان آن بر می آیند، فرصتی که در اختیار گروه محدودی از جامعه وجود دارد.

3-Watson, D. L. & Thrap, R. G. . Self- directed behavior: Self- modification for personal adjustment. Pacific Grove, California: Books Pub 1. , Comp, (1994).

4-Young, J. S. et al. The moderating relationship of spirituality on negative life events and psychological adjustment. *Journal of Counseling and Value*, 2000; 45 (1): 49-58.

6- McNulty, K. et al. Perceived uncertainly, spiritual well-being and psychological adaptation in individual with multiple sclerosis. *Journal of Family Psychology*, (2004).

7-Johnson, M. A. Faith, prayer and religious observances. *Journal of Clinical Cornerstone*, 2004; 6(1): 17-24.

8-Navara, G.S. James, S. Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment? *International Journal of Intercultural Relations*, (2005).

9-Bergin, A.E., Masters, K.S. & Richards, P. S. Religiousness and mental health reconsidered : A Study of an intrinsically religious sample .*Journal of Counseling Psychology*, 1988; 34 (2) : 197- 204.

۱۰- طهماسبی پور، نجف؛ کمانگیری، مرتضی. بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روان گروهی از بیماران بیمارستانهای شهدای هفتم تیر و مجتمع رسول اکرم (ص)، ۱۳۷۵.

۱۱- بیرشک، بهروز؛ بخشایی، نور محمد؛ بیان زاده، سیداکبر و آذربایجانی، طیبه. بررسی نقش مذهب در تجربه و رتبه بندی استرس های زندگی، افسردگی و اضطراب. چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان، ۱۳۸۰؛ سال پنجم: شماره ۱۹.

۱۲- جمالی، فریبا. بررسی رابطه نگرش مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاههای تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه الزهراء، (۱۳۸۱).

ثانیا نتیجه بدست آمده مربوط است به تفاوت اساسی موجود بین کارکنان دانشگاه و افراد خارج از دانشگاه. با توجه به اینکه کارکنان دانشگاه گلچینی از آحاد جامعه هستند و برای استخدام در دانشگاه از مراحل مختلف گزینش (سیاسی، عقیدتی، فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و...) عبور کرده اند، به طور طبیعی انتظار می رود حداقل از نظر جهت گیری مذهبی و سلامت روانی از افراد جامعه متمایز و متفاوت باشند و نتیجه بدست آمده این فرض را تایید کرده است. لذا اگر تفاوتی بین دو گروه مورد مطالعه دیده می شود با توجه به نکات فوق کاملا طبیعی می باشد و چیزی جز آن، از این گروه انتظار نمی رود.

ثالثا این نتیجه با نتایج بسیاری از تحقیقات هماهنگ است از جمله با نتایج تحقیق بیرشک و همکاران (۱۳۸۰) و جمالی (۱۳۸۱) که در این تحقیقات نشان داده شده است نگرشها، باورها و اعتقادات مذهبی با اضطراب و افسردگی رابطه منفی و با سلامت روان ارتباط مثبت وجود دارد. همچنین لوین، چاترز و تیلور (۱۹۹۵) دریافتند افرادی که التزام بیشتری به دین داشتند رضایت بیشتری هم از زندگی داشتند و یا کونینگ و فوترمن (۱۹۹۵) در بررسی ۲۳ تحقیق در یافتند، اشخاصی که متدین تر بودند از سلامت روان و آسایش بیشتری برخوردار بودند.

با توجه به نقش نماز و جهت گیری مذهبی در سلامت روان افراد، بنظر می رسد مسئولین فرهنگی جامعه، به ویژه مسئولین فرهنگی دانشگاه، باید به نقش نماز توجه ویژه نمایند و برنامه های خاصی در این راستا پیش بینی کنند.

منابع

۱- هیوم، رابرت. ادیان زنده جهان. عبدالرحیم گواهی، دفتر نشر فرهنگ اسلامی، (۱۳۶۹).

2-Steward, R. J. Joe, H. . Does spirituality influence academic achievement and psychological adjustment of Affrican-American urban adolescence. *EDRS-MF/ plus postage*, (1998).

- 25- Mari, J.J. Williams, P. . A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires in Brazil using ROC analysis. *Psychological Medicine*, 1985; 15: 651-659.
- 26- Chan, D.W. Chan, T.S.C. Reliability, validity and the structure if the General Health Questionnaire in the Chinese context. *Psychological Medicine*, 1983 13: 363-372.
- 27- Hodiamont, P. Peer, N. Syben, N. Epidemiology aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*, 1988; 14: 270-275.
- 28- Levin, J.S. Charters, L.M. Taylor, R.J. Religious effects on health status and life satisfaction among black American. *Journal of Gerontology (social Sciences)*, 1995; 50 B: S154-163.
- 29-Koenig, H.G., Futterman, A. Religion and health outcomes, a paper, presented at Conference on Methodological Approaches to the Study of Religion, National Institute on aging, 1995.
- 13- Allport, G. W. Ross, J. M. Perligious orientation and prejudice. *Journal of personality and Social Psychology*, 1967; 5:432-443.
- ۱۵- جان بزرگی، مسعود. بررسی اثربخشی روان درمانگری با و بدون جهت گیری مذهبی اسلامی بر اضطراب و تنیدگی. *مجله روانشناسی*، ۱۳۷۷؛ سال دوم، شماره ۸.
- ۱۶- مختاری. عباس، اللهیاری، عباسعلی و رسولزاده طباطبایی، سید کاظم، رابطه جهت گیری مذهبی با میزان تنیدگی. *مجله روانشناسی*. ۱۳۸۰؛ سال پنجم؛ شماره ۱۷.
- 17- Goldberg, D.P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*. 1972; No. 21. Oxford University.
- 18- Goldberg, D.P. Williams, P. A users guide to the General Health Questionnaire. U.K. : NFER Nelson, 1988.
- 19- Chan, D.W. The Chinese version of the General Health Questionnaire: Does languages make a difference? *Psychological Medicine*, 1985; 15: 147-155.
- 20- Keyes, S. Gender Stereotypes and personal adjustment: Employing the PAQ, TSBI and GHQ with sample of British adolescents. *British Journal of Social Psychology*, 1989; 23: 173-180.
- 21- Robinson, R.G. Price, T.R. Post- stroke depression disorders: A follow up study of 103 patients. *Stroke*, 1982; 13(5): 635-641.
- ۲۲- تقوی، محمد رضا، بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی*، ۱۳۸۰؛ سال پنجم شماره ۴ صفحات ۳۸۱-۳۹۵.
- ۲۳- پالاهنگ، حسن و همکاران، بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۵؛ سال دوم شماره ۴. صفحات ۲۷-۱۹.
- ۲۴- یعقوبی، نورالله، بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری وروستایی صومعه سرا گیلان پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، (۱۳۷۴).