

چکیده

هدف این پژوهش بررسی نقش نمازهای یومیه در سلامت روانی و مصرف سیگار در دانشجویان بوده است. نمونه پژوهش ۲۰۴ نفر از دانشجویان پسر ساکن در خوابگاههای دانشگاه خلیج فارس بوده است که به روش در دسترس انتخاب شدند. پس اجرای آزمون ۲۸-GHQ، پرسشنامه محقق ساخته و مشاهده رفتار مذهبی نماز خواندن نتایج نشان داد که میانگین اختلال جسمانی سازی علائم، افسردگی و به طور کلی اختلال روانی در بین دانشجویان نمازخوان به طور معنی داری کمتر از دانشجویان غیرنمازخوان بود. بین دانشجویان نمازخوان و غیر نمازخوان از نظر اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی تفاوت معنی داری بدست نیامد. نتایج آزمون خی دو نیز نشان داد که مصرف سیگار در دانشجویان نمازخوان بطور معنی داری کمتر از دانشجویان غیرنمازخوان است. این مطالعه نشان داد که انجام نمازهای واجب نقش موثری در سلامت روانی و پیشگیری از مصرف سیگار در دانشجویان دارد.

واژه های کلیدی: نماز، سلامت روانی، سیگار، دانشجو

Holding prayer as a way to deal with psychological problems and smoking among students

Alimoradi, Kh

Abstract

The purpose of this study is to investigate the role of daily prayers in mental health and smoking students. The subjects, 204 students living in the dormitories of the University of Khlych Gulf boys who were selected by convenience sampling method. After performing 28-GHQ, questionnaires and religious behavior prayer results showed that the average physical disorder symptoms, depression and general mental disorder among students prayers to Ghyrnmazkhvan students was significantly lower. Students prayers and prayers of anxiety and social dysfunction Nyamd.ntayj significant difference chi-square test showed that smoking among students Ghyrnmazkhvan students is significantly lower prayers. The study showed that the obligatory prayers role in mental health and prevention of smoking in students.

^۱ . کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه خلیج فارس

Keywords: prayer, mental health, smoking, student

۱- مقدمه

«الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» آنها به خدا ایمان آورده و دل‌هایشان به یاد خدا آرام می‌گیرد، آگاه باشید که تنها یاد خدا آرامش بخش دلهاست (سوره رعد آیه ۲۸ قرآن کریم).

نماز، تقدیم حمد و سپاس به درگاه خالق منان و کامل ترین پاسخ به عالی ترین نیاز انسان؛ یعنی کمال جویی است. پرستش، حقیقتی است که در همه موجودات عالم وجود دارد و موجودی در عالم نیست که پرستنده حق نباشد. بر اساس آیه شریفه "فطره الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله (سوره روم، آیه ۳۰)" سرشت انسان گرایش به خداشناسی و خداگرایی دارد. بنابراین برای حصول به این هدف، پرستش خداوند متعال امری ضروری و حتمی است، بطوری که در طول تاریخ حیات انسان آئینهای عبادی به صور مختلف خود را نشان داده اند. بنابر روایتی، حضرت آدم علیه السلام نخستین کسی بود که نماز صبح را خوانده است (قرائتی، ۱۳۸۸).

نماز در بیشتر ادیان الهی به عنوان برترین آیین عبادی و رکن معنویت و ارتباط با خداوند مطرح بوده است. بطور مثال در خواست حضرت ابراهیم علیه السلام در این باره از خداوند چنین است: «رَبِّ اجْعَلْنِي مُقِيمَ الصَّلَاةِ وَمِنْ ذُرِّيَّتِي؛ پروردگارا من و ذریه‌ام را برپا دارنده نماز قرار ده». (ابراهیم: ۴۰)

در آیین مقدس اسلام نماز جایگاهی بس والا دارد و عالی ترین شکل ارتباط عاشقانه با خداوند، نماز است. پیامبر (ص) فرمود: الصلوة، معراج المؤمن. نماز، معراج مؤمن است (کشف الاسرار، ج ۲، ص ۶۷۶). امام کاظم (ع) فرمود: افضل ما يتقرب به العبد الى الله بعد المعرفة به، الصلوة. بهترین چیزی که بنده بعد از شناخت خدا به وسیله آن به درگاه الهی تقرب پیدا می کند، نماز است (تحت العقول، ص ۴۵۵). امام باقر (ع) فرمود: بنی الاسلام علی خمس: الصلوة و الزکوة و الصوم و الحج و الولاية. اسلام بر روی پنج پایه بنا شده است: نماز، روزه، زکات، حج، ولایت (کافی، ج ۲، ص ۱۷).

بزرگان و اندیشمندان مختلفی نیز به نماز و نقش آن در زندگی انسان پرداخته اند. حضرت امام خمینی رضوان الله تعالی علیه در ابتداء باب نماز توضیح المسائل فرمود: نماز مهمترین اعمال دینی است که اگر قبول درگاه خداوند عالم شود، عبادتهای دیگر هم قبول می شود و اگر پذیرفته نشود اعمال دیگر هم قبول نمی شود. مطهری (۱۳۷۳) در خصوص ریشه عبادت و نیایش می نویسد: "یکی از پایدارترین و قدیمی ترین تجلیات روح آدمی و یکی از اصیل ترین ابعاد وجود آدمی، حس نیایش و پرستش است. مطالعه آثار زندگی بشری نشان می دهد هر زمان و هر کجا که بشر وجود داشته باشد، نیایش و پرستش هم وجود داشته است. چیزی که هست، شکل کار و شخص معبود متفاوت شده است" (مطهری، ۱۳۷۳، ص ۲۰). همچنین قدرت محافظتی مذهب^۱ که ابتدا توسط امیل دورکهایم^۲ در سال ۱۹۵۱ مطرح شد بعدها توسط راش، جیمز، یونگ، فرانکل و فروم اهمیت رفتارها و اعتقادات مذهبی مورد تأیید قرار گرفت (غباری بناب، ۱۳۷۴). باقری یزدی و همکاران، در بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی ۷۴-۱۳۷۳ دانشگاه تهران، نشان دادند، ۲۶/۸ درصد تحت تنش قرار داشتند و ۳۰ درصد از احساس غمگینی و افسردگی در رنج بوده‌اند و در مجموع ۷۶/۵ درصد مشکوک به داشتن اختلال روانی بوده‌اند. همچنین اهمیت و نقش فعالیتهای دینی و مذهبی در بهبودی سلامت روانی به وسیله نتایج تحقیقات صدها تن از محققان مورد تأیید قرار گرفته است (کینگ و همکاران، ۲۰۰۱). جیمز و جی (۱۹۹۳) نشان دادند که تمرینات مذهبی و نیایش موجب درونی شدن ایمان مذهبی و ارتقاء وضعیت روحانی بازماندگان از جنگ ویتنام شده است. لوین و وارنرپول (۱۹۹۱) و فرانسیس و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که فعالیت مذهبی همبستگی بالایی با سلامت روان، معاشرت، رفاقت، تعهد و الزام و

^۱ . religion's protective power

^۲ . E.Durkheim

International Conference on Psychology and Culture Life

عبادت داشته است. موشر و هندال (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای بدست می‌دهند که دانشجویانی که تعالی روحانی را انجام می‌دادند علی‌رغم تجربه مشکلات و تغییرات در زندگی، آسفتگی روانی کمتری را چه از نظر اضطراب و چه از نظر جسمانی سازی تجربه کردند. رومانوسکی^۱ (۲۰۰۲) طی پژوهشی دفاع از اجرای عبادت روزانه در مدارس را نیازی مبرم و ضروری دانسته است و عقیده دارد که در این زمینه درک نظرات کلیسا، دولت و فهم فرهنگی حایز اهمیت است. دیزاتر، سونینز، هاتس بوت (۲۰۰۲) اظهار داشته است گروهی که به صورت تیمی با هم عبادت می‌کنند، بهتر در کنار یکدیگر باقی می‌مانند. نتایج تحقیق مالت بی و دای (۲۰۰۴) نشان داد که همبستگی بین سلامت روانی و فعالیت های دینی مثبت و معنی دار می باشد. یافته های کوهن و دیگران (۲۰۰۹)، کوهن و هال (۲۰۰۹)، و کراوز (۲۰۰۹) نیز مبین آنند که مقابله مذهبی مثبت و باورهای مذهبی با سلامت روانی، احساس بهزیستی و کاهش نشانه های افسردگی پس از وقایع تنیدگی ارتباط دارد. همچنین اهمیت مذهب در احساس سلامتی و احساس خوب بودن مردم در تحقیقات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (فرانسیس و همکاران، ۱۹۹۵؛ موشر و هاندل^۲، ۱۹۹۷؛ کوینگ، مک کالو و و لارسون^۳، ۲۰۰۱؛ دیو^۴ و همکاران، ۲۰۱۰؛ وسمن^۵ و همکاران، ۲۰۱۰؛ باریرا^۶ و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند که داشتن اعتقاد مذهبی نقش مهمی در کاهش سوء مصرف مواد دارد. افرادی که اصول مذهبی را پذیرفته و نسبت به آن احساس پیوستگی می‌کنند کمتر از افرادی که مذهبی نیستند مواد مخدر مصرف می‌کنند. صرف نظر از این که فرد به چه مذهبی گرایش دارد می‌توان گفت فردی که به طور منظم اعمال مذهبی را انجام می‌دهد احتمال کمتری دارد که مواد مصرف کند تا فردی که تمایل به انجام این اعمال ندارد (محمدی و دادخواه، ۱۳۸۰).

رفتارهای پرخطر مثل مصرف الکل، مصرف سیگار و هیجان خواهی در افراد دیندار و مذهبی نسبت به افراد دیگر در سطح پایین قرار دارد. با توجه به اینکه میزان مصرف مواد مخدر و الکل در افراد مذهبی کمتر می باشد (پاین و همکاران، ۱۹۹۴)، در کشورهای اروپایی از فعالیتهای مذهبی به عنوان یکی از روشهای درمانی ترک اعتیاد استفاده می شود (پاردینی و همکاران، ۲۰۰۱). به عنوان مثال کارول (۱۹۹۳) اعتقاد داشت که فعالیتهای مذهبی به زندگی افراد معتاد معنا و مفهوم می بخشد و آنها را از بوجی و بی هدفی نجات می دهد و مانع از عود اعتیاد آنها می شود. در تحقیقی که روی ۳۰۰۰ نوجوان توسط گوچران (۱۹۹۱) انجام گرفت، مشخص شد که بین مذهبی بودن و تکرار مصرف مواد ارتباط منفی وجود دارد.

سلامت روانی جوانان و بویژه دانشجویان در هر جامعه دارای اهمیت بسیار زیادی است، زیرا دانشجویان از جمله سازندگان فردای هر جامعه‌ای هستند. وجود اختلال روانی می‌تواند باعث افت تحصیلی شده حتی در مواردی ترک تحصیل را نیز به دنبال خواهد داشت (هاشمی و نوروزی، ۱۳۸۱). بنا به اهمیت و نقش بهداشت روان به عنوان مهمترین عامل رشد و توسعه انسانها و توجه به بار جهانی بیماریها و بار قابل توجهی که اختلالات روانی دارند و با توجه به اینکه حقیقت فلسفه زندگی از دیدگاه اسلام، سلامت روان و نتیجه ایمان به خدا می‌باشد، به نظر می‌رسد که انجام اقدامات پیشگیرانه در این زمینه لازم و ضروری بوده و تأمین سلامت روانی دانشجویان، به عنوان یک اقدام مثبت اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی برای تمام ممالک از جمله کشور مانیز الزامی است. پرواضح است که انجام هرگونه اقدام پیشگیرانه مستلزم ارزیابی نوع و میزان ارتباط اعتقادات مذهبی با سلامت روانی و مصرف سیگار است چه در غیر این صورت اقدامات انجام شده نتیجه مطلوب را در بر نخواهد داشت. برای پی بردن به میزان نوع ارتباط فوق، انجام مطالعات حائز اهمیت و اولویت بالایی است. انجام چنین پژوهش‌هایی کمک خواهند کرد تا در زمینه ارائه

^۱ . Romanowski

^۲ . Mosher & Handal

^۳ . Koeing, McKullough, and Larson

^۴ . Dew

^۵ . Weisman

^۶ . Barrera

خدمات آموزشی، بهداشتی و درمانی اطلاعات مفید و مؤثری در اختیار مسئولین و دست اندرکاران بهداشتی کشور قرار گیرد و با برنامه ریزی مناسب و ارائه اطلاعات بینش به دانشجویان، گام‌های اساسی در راستای پیشگیری از این اختلالات در سطح جامعه دانشگاهی برداشته شود.

۲- روش

روش پژوهش انتخاب شده در این تحقیق از نوع علی مقایسه ای یا پس از وقوع است. در این روش پژوهشگر به دنبال کشف و بررسی روابط بین عوامل و شرایط خاص با نوع رفتار که قبلاً وجود داشته یا رخ داده از طریق مطالعه نتایج حاصل از آنها است به عبارت دیگر، پژوهشگر در پی بررسی امکان وجود روابط علت و معلولی از طریق مشاهده و مطالعه نتایج موجود و زمینه قبلی آنها به امید یافتن علت وقوع پدیده ها یا عمل است (کوهن و همکاران، ۲۰۰۱).

گروه نمونه این پژوهش شامل ۲۰۴ نفر دانشجوی پسر بود که از بین کلیه دانشجویان پسر ساکن در خوابگاههای دانشگاه خلیج فارس در سال ۱۳۹۰ به صورت در دسترس انتخاب شدند.

۱-۲. ابزار

۱-۱-۲ پرسشنامه سلامت روانی: این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) با روش تحلیل عاملی ساخته شده است و دارای چهار مقیاس می باشد. جسمانی سازی علائم، اضطراب، افسردگی و اختلال در کنش اجتماعی را می سنجد و هر مقیاس هفت سؤال دارد. مطالعات انجام شده حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه می باشد. نتایج فراتحلیل ۴۳ پژوهش که توسط ویلیامز، ماری (گلدبرگ، ۱۹۸۸) انجام شد میانگین حساسیت ۰/۸۴ و متوسط ویژگی ۰/۸۲ بدست آمد. همچنین نتایج بررسی مقدماتی در گیلان توسط یعقوبی، نصر و شاه محمدی (۱۳۷۴) نشان داد که حساسیت این آزمون در بهترین نمره برش ۲۳ برابر با ۰/۸۶/۵ و ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ می باشد. ضریب پایایی و بازآزمایی و آلفای کرونباخ در این مطالعه برابر با ۰/۸۸ بدست آمد. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت روانی (GHQ - ۲۸ و ۱۹۸۱) که سؤالات آن در بر گیرنده ۴ خرده مقیاس می باشد و هر یک از آنها دارای ۷ سؤال هستند، استفاده شده است. سؤالات هر خرده مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده به گونه ای که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس جسمانی سازی علائم، از سؤال ۸ الی ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سؤال ۱۵ الی ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ الی ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می باشند. روش نمره گذاری برای پرسشنامه های GHQ بصورت (۰ - ۱ - ۲ - ۳) نمره داده می شوند و حداقل نمره صفر و حداکثر نمره آزمودنی در این روش ۸۴ خواهد بود. نقطه برش این آزمون بر اساس روش نمره گذاری لیکرت، نمره (۲۳) می باشد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴). در این پرسشنامه آزمودنی باید با توجه به وضعیت خود از یک ماه گذشته تا زمال حال به تکمیل پرسشنامه بپردازد. نمرات بالا در این مقیاس به عدم وجود سلامت روانی کافی یا احتمال وجود اختلال روانی اشاره می کند و هر قدر نمره پایین تر باشد به وجود سلامت روانی اشاره می کند. ضریب پایایی این پرسشنامه در تحقیق کلانتر و احمدی (۱۳۵۷) در هر یک از خرده مقیاسها با روشهای آلفای کرونباخ و تنصیف بترتیب عبارتند از: ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۹۱، ۰/۸۳ و ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۸۸ و ۰/۸۹ و $(P < ۰/۰۰۱)$. همچنین اعتبار این پرسشنامه ۰/۶۷ الی ۰/۷۶ و پایایی تنصیف ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است.

در پژوهش حاضر برای سنجش همسانی درونی آزمون GHQ از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بر اساس نتایج حاصله، ضرایب آلفا برای کل نمونه ۰/۸۹ بدست آمد که در حد مطلوبی می باشد. همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه در هر یک از خرده مقیاسها با روشهای آلفای کرونباخ بترتیب عبارتند از: ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ می باشد.

International Conference on Psychology and Culture Life

۲-۱-۲. پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه که توسط پژوهشگران ساخته شده است از چند سؤال تشکیل شده است. که سن، تحصیلات، رشته تحصیلی، وضعیت تأهل، مصرف سیگار و میزان آن و انجام فریضه نماز و دفعات آن و غیره بررسی می شود.

۳-۱-۲. مشاهده: منظور از مشاهده در این پژوهش اینست که پژوهشگران با کمک پرسشگران، رفتار مذهبی (وضو گرفتن) دانشجویان را در فواصل دو اذان در طول یک روز مورد بررسی قرار دادند. لازم به ذکر است که افرادی که در زمان مشاهده وضو می گرفتند به عنوان افراد نمازخوان و افرادی که در زمان مشاهده وضو نمی گرفتند و عدم نمازخواندن آنها توسط خود آنان یا هم اتافی آنها تأیید می شد به عنوان افراد غیرنمازخوان در نظر گرفته شدند.

۲-۲. روش اجرا

پژوه شگران به مدت یک روز در خوابگاههای دانشجویی دانشگاه خلیج فارس افرادی را مبادرت به وضو گرفتن می کردند انتخاب می کردند و سپس پرسشنامه های سلامت روانی و محقق ساخته در اختیار آنان قرار می گرفت. گروه مقایسه نیز از بین دانشجویان همان خوابگاه ها انتخاب می شدند. در این مطالعه، روش های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی و درصد، و در سطح استنباطی آزمون t برای گروههای مستقل و خی دو پیروسون استفاده شده است.

۳- یافته ها

از بین ۲۰۴ نفر شرکت کننده در پژوهش حاضر، تعداد آزمودنی هایی که رفتار مذهبی نماز را انجام می دادند ۱۲۳ نفر (۶۰/۳ درصد) و آزمودنی های غیر نمازخوان، ۸۱ نفر (۳۹/۷ درصد) بودند. از نظر اختلالات روانی، ۷۰ نفر (۳۴/۳) از دانشجویان مشکوک به هیچ گونه اختلال روانی نبودند و ۱۳۴ نفر (۶۵/۷) مشکوک به اختلال روانی بودند.

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین اختلال روانی و ابعاد آن در بین دانشجویان نمازخوان و غیر نمازخوان

زیر مقیاس ها	گروه دانشجویان	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره t	سطح معنی داری
علائم جسمانی	نمازخوان	۵/۹۳	۳/۴۱	۲۰۲	-۲/۲۵	**
	غیر نمازخوان	۷/۸۱	۴/۸۵			۰/۰۱
اضطراب	نمازخوان	۵/۵۲	۳/۲۶	۲۰۲	-۱/۸۷	۰/۰۶۴
	غیر نمازخوان	۶/۴۶	۳/۹۶			
اختلال در عملکرد اجتماعی	نمازخوان	۱۲/۳۹	۳/۲۶	۲۰۲	۰/۰۲۳	۰/۹۹
	غیر نمازخوان	۱۲/۳۸	۴/۲۰			
افسردگی	نمازخوان	۳/۲۷	۳/۴۴	۲۰۲	-۵/۱۳	**
	غیر نمازخوان	۶/۳۱	۵/۰۷			۰/۰۱
اختلال روانی	نمازخوان	۲۷/۰۹	۹/۳۱	۲۰۲	-۳/۲۷	**
	غیر نمازخوان	۳۲/۹۴	۱۴/۲۸			۰/۰۱

در جدول شماره ۱ میانگین اختلال روانی و ابعاد آن در چهار سطح (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی، و افسردگی) در بین دانشجویان نمازخوان و غیر نمازخوان مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است. مشاهده t بدست آمده بیانگر آن است که تفاوت میانگین علائم جسمانی، افسردگی و اختلال روانی در بین دانشجویان نمازخوان و غیرنمازخوان در سطح (p=۰/۰۱) به نفع دانشجویان نمازخوان، معنی دار می

باشد. اما بین دانشجویان نمازخوان و غیر نمازخوان از نظر اضطراب ($P=0/064$) و اختلال در عملکرد اجتماعی ($P=0/99$) تفاوت معنی داری بدست نیامد.

جدول شماره ۲: مقایسه مصرف سیگار در دانشجویان نمازخوان و غیر نمازخوان

Pearson Chi-square _(F)	مصرف سیگار		گروه
	عدم مصرف (%)	مصرف (%)	
۳۰/۴۸	۱۱۸(۹۵/۹۳٪)	۵(۴/۰۶٪)	نمازخوان
۰/۰۰۰۱	۵۷(۷۰/۳۷٪)	۲۴(۲۹/۶۳٪)	غیر نمازخوان

جدول شماره ۲ نشان می دهد که ۴/۰۶ درصد از دانشجویان نمازخوان سیگار مصرف می کنند در حالیکه ۲۹/۶۲ درصد از دانشجویان غیر نمازخوان سیگار مصرف می کنند. نتایج خی دو پیرسون نیز نشان می دهد که بین دانشجویان نمازخوان و غیر نمازخوان از نظر میزان مصرف سیگار تفاوت معنی داری وجود دارد.

۴- بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که میانگین جسمانی سازی علائم، افسردگی و به طور کلی اختلال روانی در بین دانشجویان نمازخوان کمتر از دانشجویان غیر نمازخوان است. اما بین دانشجویان نمازخوان و غیر نمازخوان از نظر اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی تفاوتی بدست نیامد. این یافته مشابه نزدیک به نتایج مطالعات سرگلازی و همکاران، ۱۳۸۱؛ آوارادو و همکاران، ۱۹۹۵؛ لو و هاندال، ۱۹۹۵؛ مالتی، ۱۹۹۵؛ رابینز و فرانسیس، ۱۹۹۶؛ موشر و هندوال، ۱۹۹۷؛ ترنر و همکاران، ۱۹۹۸؛ پوند، ۲۰۰۰؛ دیزاتر، سونینز، هاتس بوت، ۲۰۰۲؛ مالت بی و دای، ۲۰۰۴؛ کوهن و هال، ۲۰۰۹؛ کوهن و همکاران، ۲۰۰۹؛ کراوز، ۲۰۰۹؛ دیو و همکاران، ۲۰۱۰؛ وسمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ باریرا و همکاران، ۲۰۱۱). است. در تبیین این یافته ها می توان گفت افراد مذهبی سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت تر و به شکل آزمایشهای الهی در نظر بگیرند و در نتیجه آنها را فرصتی برای رشد و پیشرفت به شمار آورند. این افراد به دلیل قابلیت هایی که دارند سعی میکنند تا از الگوهای شخصیتی مشابه سرسختی روان شناختی برای مبارزه با بحران های زندگی استفاده کنند. می دانیم که سرسختی روان شناختی دارای سه مؤلفه مشارکت، کنترل و مبارزه جویی است. به همین دلیل نیز با توجه به ویژگی های سرسختی روان شناختی و صفات مطرح شده فوق در خصوص افراد دارای مذهب درونی، این افراد توانایی بهتری برای مقابله با فشار روانی و رویدادهای زندگی دارند. افزون بر این، پژوهش نشان داده است که افراد مذهبی موقعیت آزمایشی را به صورت مذهبی توصیف می کنند. در حالی که افراد غیر مذهبی چنین موقعیتی را به شکل غیر مذهبی توصیف می نمایند. می توان به مکانیزمهای موجود در رفتارهای مذهبی یعنی آرام سازی و تخلیه هیجانی اشاره کرد. این مکانیزمها از جمله راههای مقابله ای هستند که منجر به افزایش سلامت روانی افراد می شود (کاندی و دوپک، ۱۹۹۹):

الف- آرام سازی: آرام سازی دینی اساساً شیوه ای مطلوب برای کاهش آلام و دردهای بشری است. یکی از مصادیق ایجاد کننده آرامش در فرهنگ اسلامی نماز می باشد. در احادیث و روایات فراوانی مسأله دست یابی به آرامش به کمک نماز در سیره ائمه و معصومین آورده شده است. مثلاً جریان بیرون کشیدن تیر از پای حضرت علی (ع) هنگام نماز یا زمانی که پیامبر اکرم (ص) هنگام آغاز نماز به بلال می فرمودند: ای بلال ما را به آرامش برسان، مواردی از مسأله آرام سازی می باشد. همچنین در احوال بزرگانی چون شیخ الرئیس ابوعلی سینا مطالعه می کنیم که می گویند هرگاه در حل مسأله ای فرو می ماند دو رکعت نماز به جای می آورد. نماز از جمله عباداتی است که در ایجاد حالتی از آرام سازی کامل، آرامش روان و آسودگی عقل در انسان نقشی اساسی دارد. بعلاوه شخص مؤمن پس از

همایش بین المللی روانشناسی و فرهنگ زندگی

International Conference on Psychology and Culture Life

نماز به دعا و نیایش به درگاه باری تعالی (تعقیبات نماز) می پردازد که این خود به تداوم آرامش روانی برای مدتی پس از نماز کمک می کند.

ب- تخلیه هیجانی: یکی از جنبه های ارزنده و مهم نهادهای مذهبی، وابستگی روحانی شدیدی است که پیروان یک مذهب به پایه های اصول اعتقادی آن دارند بطوری که خالصانه و آگاهانه به آن عشق ورزیده، دستورات آنرا اجرا می کنند. یکی از مصادیق این عشق و اعتقاد خالصانه را می توان در زیارتگاهها و قبور ائمه و امامزاده ها از جمله مشهد مقدس مشاهده کرد. داشتن اعتقاد، پای بند بودن به ارزشهای زندگی، در جستجوی معنی زندگانی بودن، از مفاهیم دیر آشنایی هستند که در زندگی صنعتی امروزی رنگ و بوی خود را از دست داده اند. اما صرف نظر از تأثیری که این مفاهیم در زندگی شخصی فرد دارند، اثر مثبت و سازنده آنها در سلامتی جسمی و روانی اهمیتی دوباره یافته است. به طوری که امروزه از این برداشتها به منظور بهره گیری بیشتر در درمان بیماران نیز استفاده می نمایند. ترنر و همکاران (۱۹۹۸) می نویسند: که ۶۰-۲۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد، توسط باورهای مذهبی تعیین می شود. از آنجا که انسان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی است، به طور طبیعی برای درمان بیماری های او نیز باید از تمام عوامل مؤثر بهره گرفت. از طرف دیگر شواهد قابل ملاحظه ای وجود دارند که نشان می دهند مذهب و باورهای مذهبی، از جمله عوامل فرهنگی هستند که باید در ارتقای سلامت، درمان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی مورد توجه بیشتری قرار گیرند. آشنایی صحیح با مبانی دینی، انسان را از سیر در اندیشه های نادرست و ابتلای به انحرافات و آسیب های اجتماعی باز می دارد. در مجموع احتمالاً تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روانی به دلایل زیر است:

- مذهب می تواند موجب ایجاد معنا شود بنابراین، مذهب به زیستن و مردن انسان معنا می بخشد (اسپیلکا، شاور و کیرک پاتریک، ۱۹۸۵ به نقل از خدارحیمی و جعفری، ۱۳۷۸).
- ✓ مذهب موجب امیدواری می شود و خوشبینی افراد را افزایش میدهد (شی پکارور، ۱۹۸۷، سلیگمن، ۱۹۹۱).
- ✓ مذهب به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می بخشد که ریشه خدایی دارد و می تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند (پارگامنت، ۲۰۰۲).
- ✓ مذهب نوعی سبک زندگی سالم تر برای افراد تجویز می کند که بر سلامتی و بهداشت روانی تأثیر مثبت دارد.
- ✓ مذهب مجموعه ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تایید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می شود.
- ✓ مذهب نوعی احساس فراطبیعی به شخص می دهد که بدون تردید تأثیر روان شناختی دارد. همچنین در تبیین گرایش بسیار پایین دانشجویان نمازخوان به سیگار می توان به نظریات یادگیری و کنترل اجتماعی اشاره کرد. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی اگر فرد با فعالیت های مذهبی یا شبکه ای از دوستان که مواد مصرف نمی کنند و نگرش هایشان هم مصرف مواد را تحمل نمی کند ارتباط پیدا کند، نگرش های ضد مصرف مواد در او یادگیری و تقویت می شود. همچنین با توجه به نظریه کنترل اجتماعی، می توان اظهار داشت که پای بندی مذهبی فرد را به چند طریق از مصرف مواد باز می دارد: افرادی که به مذهب وابستگی پیدا می کنند به ناچار با افراد مذهبی به ارتباط متقابل می پردازند و در صورت مصرف مواد مخدر، مورد سرزنش و طرد آنان قرار می گیرند. مشارکت در فعالیت های □□ مذهبی زمان کمی را برای تجربه مواد در فرد باقی می گذارد. همچنین یک شبکه حمایتی را فراهم می سازد که فرد را از موقعیت هایی که فرصت استفاده از مواد را پیش می آورد جدا می سازد. تعهد نسبت به مذهب و اهداف آن به زندگی فرد معنی می دهد که در این صورت مصرف مواد دیگر جذابیتهای ندارد. سیستم اعتقادی اکثر مذاهب مخالف با مصرف مواد است و آموزش □□ های □□ آنان تقویت کننده عقاید منفی در برابر مصرف مواد است.

مراجع

- [۱] ادیب حاج باقری، محسن (۱۳۸۰). نقش نماز در سلامت روانی دانشجویان. کا شان؛ دانشگاه علوم پزشکی کا شان. مجموعه مقالات برگزیده یازدهمین اجلاس سراسری نماز.
- [۲] خدارحیمی، سیامک (۱۳۷۴). مفهوم سلامت روان شناختی. (چاپ اول). مشهد، انتشارات جاودان خرد.
- [۳] دلاور، علی (۱۳۸۰). مبانی و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران؛ انتشارات رشد.
- [۴] سرگلزایی، محمدرضا؛ بهدانی، فاطمه؛ وثوقی، ایرج؛ قربانی، اسمعیل (۱۳۸۱). مطالعه همبستگی فعالیت‌های مذهبی با اضطراب افسردگی و سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه سبزوار. فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال چهارم. شماره سیزدهم و چهاردهم، صفحه ۳۰-۲۴.
- [1] Alvarado, A. K., Templer, I.D., Bresler, C., & Thoman D. S. (1995). The relationship of religious variable to death depression and death anxiety. *Journal of clinical psychology*, 51, 202-204.
- [2] Barrera, T.L., Darrell Zeno, Amy L. Bush, Catherine R. Barber, Melinda A. Stanley (2011). Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, In Press, Accepted Manuscript, Available online 23.
- [3] Bergin A.E. (1991). Values and Religious Issues in psychotherapy and Mental Health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- [4] Carson VB. (2000). "Mental Health Nursing". 2nd Ed. W B. Saunders com. 401-402.
- [5] Clay, R.A. (1996) Religion and psychology Save Ideals and Beliefs. *A.P.A. Monitor*. Vol 27, No 18, P 47.
- [6] Cohen, A. B., & Hall, D. E. (2009). Existential beliefs, social satisfaction and well-being among catholic, Jewish and protestant older adults. *International Journal for Psychology of Religion*, 19 (1), 39-54.
- [7] Cohen, L, Manion, L. & Morrison (2001) *Research Method in education*, Rutledge Flamer. ISBN: 0415368782, 9780415368780.
- [8] Cohen, D., Yoon, D. P., & Johnstone, B. (2009). Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *International Journal for the Psychology of Religion*, 19 (1), 121-138.
- [9] Dew, R.E. Daniel, S.S. Goldston, D.B., W.V. McCall, M. Kuchibhatla, C. Schleifer, M.F. Triplett, H.G. Koenig (2010). A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders*, Volume 120, 1-3, 149-157
- [10] Dezutter a.J, Soenens B, Hutsebaut. D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences* 40, 807-818
- [11] Dezutter, J & et al (2006) Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences* 40, 807-818.
- [12] Donahue, M. J., & Benson, P. J. (1995). Religion and well - being in adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 15, 29-45.
- [13] Francis Ij, Lewis Jm. Brown L and et al (1995). "Personality and Religion Among under Graduate Students in the Drifted Kingdom united stets". Australia and Canada. *Journal of Psychology* 14:280-282.
- [14] Francis Ij, Lewis Jm. Brown L and et al (1995). "Personality and Religion Amoing under Graduat Estedents in the Drieted Kipgdon united stetes". Australia and Canada. *Journal of Psychology* 14:280-282.
- [15] Francis Ij, Lewis Jm. Brown L and eTaL (1995). "personality and Religion Amoing under Graduat Estedents in The Drieted Kipgdon united stetes". Australia and Canada. *Journal of Psychology* 14:280-282.
- [16] Francis, L.J., et al. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: A response to O'Connor, Cobb, and O'Connor (2003), *Personality and Individual Differences* 37, pp. 485-494.
- [17] Hackney, C., and Sanders, G. (2007). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies, *Journal for the Scientific Study of Religion* 42, pp. 43-55.
- [18] Harold G. Koenig et al, (1997). Attendance At Religious Services, Interleukin-6, and Biological Indicators of Immune Function in older Adults. *International. Journal of psychosomatic Medicine*, 27, 233-250.
- [19] Kannedy, D. Doepke, K.J. (1999). stress Inoculation Bibliotherapy in the treatment of test Anxiety. *Education and treatment of children*, 22(2): 203-17.

International Conference on Psychology and Culture Life

- [20] Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998). Religious importance and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536±542.
- [21] Koenig, H. G., George, L. K., Meador, K. G., Blazer, D. G., & Ford, S. M. (1994). Religious practices and alcoholism in a southern adult population. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 225± 231.
- [22] Koenig, H. G., McCullough, M., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- [23] Koenig, H.G. McCullough, M. & Larson, D.B (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*, Oxford University Press, New York.
- [24] Koenig, G.H. et al (1997). "Religious coping in the nursing house: a biopsychosocial model". *Psychology in Medicine*. 27(4). 365-376.
- [25] Krause, N. (2009). Life trauma, prayer and psychological distress in late life. *International Journal for the Psychology of Religion*, 19 (1), 55-72.
- [26] Larson L.E and Goltz, J.W. (1988). Religious participation and marital commitment, *Rev Religious Res* 30, pp. 387–400.
- [27] Levin J and Varnder pool H(1991). Relations factors in physical health and the prevention of illness, "prevention in human services" 9:41-64
- [28] Maltby and L. Day (2004) Religious orientation, religious coping and appraisals of stress, *Personality and Individual Differences* 34, pp. 1209–1224.
- [29] Maltby, J., Day, L. (2004). Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mental health. *Personality and Individual Differences* 36, 1275–1290.
- [30] Moreira-Almeida, A & Koenig, H.G (2006) Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's 'A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life' (62: 6, 2005, 1486–1497). *Social Science & Medicine* 63, 843–845.
- [31] Mosher JP, Handal PJ (1997). The Relationship Between Religion and Psychological Distress in Adolescents, *Journal of Psychology and Theology*, 25(4), 449-457
- [32] Mosher JP, Handal PJ (1997). The Relationship Between Religion and Psychological Distress in Adolescents, *Journal of Psychology and Theology*, 25(4), 449-457
- [33] Mosher, J.P. And Handal, P.J. (1997). The Relationship Between Religion and Psychological Distress in Adolescents, *Journal of Psychology and Theology*, 25(4), 449-457
- [34] Nelson, P. B. (1990). Intrinsic/extrinsic religious orientation of the elderly: relationship to depression and self-esteem. *Journal of Gerontological Nursing*, 16, 29–35.
- [35] Nielsen, M.E (1995). Operationalizing religious orientation. *The Journal of Psychology*, 129 (5): 485-494.
- [36] Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2002). Spirituality. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- [37] Pardini, D.A. et al (2001). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, 347±354.
- [38] Payne, I. R., Bergin, A. E., Biellema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services*, 9, 11 ±40.
- [39] Romanowski, M. H. (2002). Is School Prayer the Answer? *Educational Forum*, Vol66, No.2, P. 154-161.
- [40] Turner, N.H., Dell, K.L., Weaver, G.D. & T.A.L. (1998). Community Role in The Promotion of Recovery of From Addiction and Prevention of Relapse Among women Ethn-Dis, winter, (8) 1 :26-35
- [41] Valeriet, D and Laurie A (1995). "A Cognitive Model of Religions Influence on Health" *Journal of Social Issues*. 51:49- 62.
- [42] Warfield, R. D., & Goldstein, M. B. (1996). Spirituality: the key to recovery from alcoholism. *Counseling and Values*, 40, 196± 205.
- [43] Weisman Amy G. Mamani, de, Naomi Tuchman, Eugenio A. Duarte (2010). Incorporating Religion/Spirituality into Treatment for Serious Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 4, 348-357.
- [44] Worthington E.L, Kurusu, T.A. McCullough, M.E & Sandage S.J (1996). Empirical Research on Religion and Psychtherapeutic processes and Outcomes: A 10- Year Review and Research Prospectus. *Psychological Bulletin*, Vol. 119, No, 3, 448-487.