

بررسی رابطه بین التزام به تعالیم اسلامی و سطح افسردگی و اضطراب در بین دانش آموزان مقطع دبیرستان

دکتر مهرناز سعادت* بتول ماندنی**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین التزام به تعالیم اسلامی، سطح افسردگی و اضطراب در بین دانش آموزان مقطع دبیرستان شهرستان تهران است. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ بود که از این جامعه تعداد ۳۰۰ دانش آموز مقطع دبیرستان به روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیل برگر و مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات اسلامی بود که روایی و پایایی این ابزارها توسط ملاک های روانسنجی احراز شد. داده های حاصله با استفاده از ضریب همبستگی و تحلیل واریانس مورد تحلیل قرار گرفت. یافته های حاصله حاکی از این است که دختران در مقایسه با پسران از اضطراب و افسردگی بیشتری برخوردار هستند ولی در التزام به تعالیم اسلامی تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده نشد. همچنین بین التزام به تعالیم اسلامی و اضطراب از لحاظ آماری رابطه معکوس و معناداری محاسبه شد همچنین بین التزام به تعالیم اسلامی و افسردگی نیز از لحاظ آماری رابطه معکوس و معناداری محاسبه شد. به این ترتیب این نتیجه حاصل شد که هر چه میزان التزام به تعالیم اسلامی در بین دانش آموزان بیشتر باشد سطح افسردگی و اضطراب در آنان کمتر است.

واژگان کلیدی: التزام به تعالیم اسلامی، افسردگی، اضطراب، دانش آموزان

فشارهای روانی ناشی از زندگی مدرن و تغییرات سریع اجتماعی، سیاسی و اقتصادی تأثیرات عمده‌ای در افراد می‌گذارد. این تأثیرات در کشورهای در حال توسعه رو به فزونی است. افراد در هر دوره‌ای از زندگی ممکن است اضطراب و افسردگی را تجربه کنند. دانش‌آموزان به عنوان منابع فکری و با ارزش جامعه نیز از فشارهای روانی مصون نخواهند بود. در دوره نوجوانی بحران‌هایی از قبیل اضطراب و افسردگی و سردرگمی شایع است. این قبیل احساسات یک احساس بنیادی است که کمتر نوجوانی با آن بیگانه است (دادستان، ۱۳۷۱). اختلالات اضطرابی و خلقی از مشکلات شایع در بین دانش‌آموزان و دانشجویان در سراسر جهان است.

اضطراب و افسردگی از مهم‌ترین موضوع‌های دانش روان‌پزشکی و اعصاب است که می‌تواند نقش مهمی در شروع اختلال‌های روانی و روان‌تنی به جا گذارد. امروزه غالب صاحب‌نظران بر این باورند که مذهب آثار مثبتی بر سلامت جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد که البته در میان ادیان الهی، دستورات اسلامی پیرامون بهداشت جسم و روح و سایر امور کامل‌ترین فرامین است. افسردگی، اضطراب و استرس سه نوع مهم عاطفه منفی‌اند که با کاهش احساس بهزیستی و سرزندگی، عدم روحیه و بی‌انگیزشی، افت عملکرد و کاهش کیفیت زندگی همراه هستند (اصغری‌مقدم و همکاران، ۱۳۸۹). برای مقابله با استرس و اضطراب، مدل‌ها و راهکارهای مختلفی به کار گرفته می‌شود و یکی از مدل‌های مطرح در مدیریت استرس، مقابله معنوی-مذهبی است (فالوت^۱، ۲۰۰۱، هافکینز^۲ ۲۰۰۰).

دین از اساسی‌ترین و مهم‌ترین نهادهایی است که جامعه بشری به خود دیده است، به‌طوری که هیچ‌گاه بشر خارج از این پدیده زندگی نکرده و همواره بدان پناه برده است و به‌عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته، از موثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود که به عنوان یک میانجی بر فرایند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی فرد تأثیر می‌گذارد و قادر است معنای زندگی را در لحظه لحظه‌های عمر فراهم سازد و در شرایط

خاص نیز با فراهم سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (بهرامی احسان، ۱۳۷۸). قرآن می‌فرماید: ان الله اصطفى لکم الدین فلا تموتن الا و انتم مسلمون (بقره، ۱۳۲) یعنی خداوند این آیین پاک را برای شما برگزیده است و شما جز بر آیین اسلام نمی‌میرید. در تفسیر آیه ۳۰ سوره روم آمده، در فطرت یعنی در آفرینش و سرشت انسان نوعی استعداد فطری وجود دارد که می‌تواند شگفتی‌های مخلوقات خدا را درک و از طریق آن بر وجود و یگانگی خدا استدلال کند و یا در تفسیر آیه ۱۷۲ سوره اعراف می‌خوانیم که در سرشت آفرینش انسان استعداد فطری، خداشناسی و یکتاپرستی وجود دارد. بنابر این اعتقاد به خداوندی خدا ریشه در فطرت انسان دارد و از ازل در اعماق روحش وجود داشته است. اما آمیخته شدن روح با جسم و سرگرم شدن انسان به خواسته‌های دنیوی باعث شد که این شناخت، آگاهی نسبت به خدا و استعداد فطری و یکتاپرستی انسان در معرض غفلت قرار گیرد و به دست فراموشی سپرده شود (نجاتی، ۱۳۸۱).

در تعلیم اسلامی، به تربیت اخلاقی که همانا پرورش استعدادهای درونی برای تثبیت صفات اخلاقی و رسیدن به فضایل اخلاقی و دور نمودن رذایل اخلاقی است اشاره شده است. بنابه اعتقاد علامه طباطبایی (به نقل از رضایی، ۱۳۷۸) انسان در صورت پذیرش توحید و عمل به قوانین دین، ظرفیت روانی‌اش گسترده‌تر می‌شود. امروزه بسیاری از روان‌شناسان و روان‌پزشکان دریافته‌اند که دعا، نماز و داشتن ایمان محکم می‌تواند نگرانی، تشویش یأس و ترس را که موجب بسیاری از بیماری‌هاست برطرف سازد.

افراد مذهبی دارای روان‌بنه‌هایی هستند که در ارزیابی آنها از رویدادها و شیوه‌های رویارویی با اتفاقات ناخوشایند تأثیر دارد. این افراد رویدادها را کمتر اضطراب‌زا تلقی کرده و در نتیجه اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند (سیف، ۱۳۸۰، بهرامی احسان، ۱۳۸۱). در احادیث و گفته‌های معصومان، عوامل متعددی از جمله عوامل شناختی، عاطفی و رفتاری به عنوان عوامل ایجادکننده اضطراب و استرس مورد توجه قرار گرفته است. از آنجا که مذهب و پایبندی به اعتقادات اسلامی به عنوان یک عامل موثر در بهداشت و سلامت روانی شناخته شده، بر این اساس می‌تواند جهت‌گیری فرد را تحت تأثیر قرار داده و نقشی تعدیل‌کننده در اثرگذاری بر موقعیت‌های استرس‌زا و

مأیوس‌کننده داشته باشد (آلپورت^۱، ۲۰۰۲).

داشتن نگرش‌های مذهبی، درک و احساس معنادار بودن زندگی به سلامت روان افراد کمک می‌کند و این موضوع بیانگر میزان اهمیت معناجویی و اعتقادات مذهبی در ایجاد و حفظ بهداشت روانی افراد جامعه است (جمالی، ۱۳۸۱). دستورات اسلامی برای پیشگیری از نابسامانی‌های روانی قابل‌ملاحظه است بدین معنی افرادی که اعتقادات دینی دارند یا اعمال مذهبی انجام می‌دهند، نسبت به افرادی که اعتقادات دینی ندارند یا اعمال مذهبی انجام نمی‌دهند از سلامت روانی و سازگاری بهتری برخوردارند (کوبینینگ^۲ و مک کالوگ^۳، ۲۰۰۱).

اعتقادات مذهبی و دینی به عنوان یک عامل، جهت آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و پایین بودن اعتقادات مذهبی در هر جامعه‌ای با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی در ارتباط است (وهاب‌زاده و همکاران، ۱۳۸۰، طهماسبی‌پور، کمانگری، ۱۳۷۵). در واقع مذهب می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در اثرگذاری بر موقعیت‌های استرس‌زا داشته باشد. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مذهبی اثر رویدادهای غیر قابل کنترل، میزان افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (پرسمن و همکاران، ۱۹۹۰).

پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد حدود ۳۰٪ از جوانان و دانشجویان از برخی علائم روان‌پزشکی به ویژه اختلالات اضطرابی و افسردگی رنج می‌برند و هرگونه اختلال روان‌شناختی می‌تواند بر عملکرد تحصیلی نوجوانان و جوانان تأثیرگذار باشد (حسینی و موسوی، ۱۳۷۹، جزایری و قهاری، ۱۳۸۲). علاوه بر این مطالعاتی که در زمینه ارتباط دین‌داری و سلامت انجام شده، نشان می‌دهد که بین سلامت روان یعنی کاهش اضطراب و افسردگی با شناخت دینی و رفتار دینی (طالقانی و همکاران، ۱۳۸۵. امیدیان و ملامعصومی، ۱۳۸۵)، عمل به آموزه‌های دینی (محقق و همکاران، ۱۳۸۷)، توکل به خدا (علی‌بخشی و همکاران، ۱۳۹۰)، جهت‌گیری مذهبی (تبرایی، ۱۳۸۷)، وجود نگرش‌های مذهبی و درک معنادار بودن زندگی (جمالی، ۱۳۸۱، بهرامی‌چگنی، ۱۳۸۹) و کاهش علائمی از قبیل اضطراب، افسردگی و اختلالات خواب (رئیس‌پور ۱۳۸۶) رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد.

1. Allport
2. Koeining
3. McCullough

اعتقادات مذهبی و دینی به عنوان یک عامل آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و پایین بودن اعتقادات مذهبی در هر جامعه‌ای با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی در ارتباط است (وهاب‌زاده و همکاران، ۱۳۸۰، طهماسبی‌پور، کمانگری، ۱۳۷۵).

انیسی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که نگرش و التزام عملی به نماز، از مبانی و اصول مهم در ارتقای سلامت و کاهش آلام انسانی، نظیر افسردگی، اضطراب و استرس است. کریم‌اللهی و آقامحمدی (۱۳۸۳) یادآور شدند میزان افسردگی و عواطف منفی و توانایی مدیریت استرس توسط اعتقادات مذهبی و عمل به آن تبیین می‌شود. پورقانع و همکاران (۱۳۸۹) ارتباطی معنادار و معکوس بین استرس و اعتقادات مذهبی دانشجویان گزارش نمودند. میلون و همکاران (۲۰۱۰) الیس^۱ (۱۹۸۸) و اوکانر^۲، کاب^۳ و اوکانر (۲۰۰۳)، برگین^۴ (۱۹۸۳) نشان دادند که مذهب و صبر رابطه‌ای منفی با افسردگی و خشم و از طرفی دیگر دارای رابطه‌ای مثبت و معنادار با حمایت اجتماعی دارند. تیرایی (۱۳۸۹) نشان داد که معنویت نقش بسیار عمده‌ای در کاهش اضطراب دارد. زارعی (۱۳۸۹) نشان داد رابطه معناداری بین تصور منفی از خدا و افسردگی وجود دارد؛ افرادی که دارای تصور منفی از خداوند هستند، از اضطراب و افسردگی بیشتر و بهداشت روانی پایین‌تری برخوردارند.

اکبری و فتحی‌آشتیانی (۱۳۸۸) دریافتند که بین دنیاگرایی و سه عامل سلامت عمومی (اختلال در علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. علاوه براین، ابعاد مناسکی و اعتقادی نقش بیشتری در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی ایفا می‌کنند. ظروفی (۱۳۸۹) در پژوهش خود دریافت که بین سلامت روانی با میزان گرایش به اعمال مذهبی همبستگی مستقیم وجود دارد. در این میان، بیشترین رابطه مربوط به اضطراب و کمترین رابطه مربوط به ترس مرضی بود. هم‌چنین حیدری‌رفعت و عنایتی‌نوفین‌فر (۱۳۸۹) در پژوهش خود یادآور

1. Ellis
2. O'Conner
3. Cobb
4. Bergin

شدند که بین نگرش دینی و شادکامی دانشجویان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. صادقی (۱۳۸۷) نیز در مطالعه خود دریافت که میزان نگرش مذهبی و سطح سلامت روان دختران بیشتر از پسران است و توجه به وضعیت اجتماعی و فرهنگی در جهت ارتقای نگرش مذهبی و سلامت روان پسران ضروری است.

با وجود مطالعات زیادی که در رابطه با نقش تربیت اسلامی در سلامت روان افراد انجام شده، مطالعات کمی در زمینه التزام به تعالیم اسلامی، سطح اضطراب و افسردگی در نوجوانان و دانش‌آموزان در ایران صورت گرفته است، لذا سؤالی که در این پژوهش مطرح است این است که آیا رابطه‌ای بین التزام به تعالیم اسلامی، سطح اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان نوجوان وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری آن دانش‌آموزان مقطع دبیرستان در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ شهر تهران است که با نمونه‌گیری چند مرحله‌ای تعداد ۳۰۰ نفر انتخاب شدند. بدین معنی که ابتدا از مناطق آموزش و پرورش شهر تهران، ۲ منطقه به‌طور تصادفی انتخاب و سپس از هر منطقه ۲ دبیرستان (۱ دخترانه و ۱ پسرانه) به‌طور تصادفی انتخاب گردید. برای تعیین حجم نمونه از فرمول: $n = Z^2 p(1-q) / d^2$ استفاده گردید که براساس سطح معناداری ۰/۰۵ و توان ۰/۹۰، حجم نمونه ۲۷۸ نفر برآورد گردید. با توجه به احتمال پاسخ‌های ناقص و سطح افت آزمودنی‌ها، تعداد به ۳۰۰ نفر افزایش یافت. جهت تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات پایه این پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات پایه شرکت‌کنندگان توسط آمار توصیفی و تجزیه و تحلیل سایر اطلاعات نیز توسط آزمون t ، آزمون تحلیل واریانس و همبستگی پیرسون انجام شد. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده شد که عبارتند از:

۱. پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال است و برای افراد

بالاتر از ۱۳ سال و دارای حداقل ۶ کلاس سواد مناسب است. این آزمون یکی از رایج‌ترین و معتبرترین آزمون‌های روانی است که در تمام اقشار و محیط‌های اجتماعی قابل اجرا است و وابسته به فرهنگ نیست (بک^۱ و همکاران، ۱۹۸۸). گرین^۲ و همکاران (۲۰۰۱) پایایی بازآزمایی آزمون افسردگی بک را براساس نوع جامعه آماری بین ۰/۴۰ تا ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند. لازم به ذکر است که فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک در ایران هنجاریابی شده است. در این مطالعه پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است.

۲. **پرسشنامه اضطراب حالت- صفتی اسپیل برگر:** از این پرسشنامه برای سنجش اضطراب در آزمودنی‌ها استفاده شد. این آزمون دارای چهل عبارت است و اضطراب را در دو حالت می‌سنجد: اضطراب حالتی و اضطراب صفتی. در پاسخگویی به مقیاس اضطراب حالتی، آزمودنی‌ها باید احساسات خود در لحظه کنونی (زمان تکمیل پرسشنامه)، را بیان کنند. اما در پاسخگویی به مقیاس اضطراب صفتی باید به احساس معمول خود در اغلب اوقات اشاره نمایند. ضریب آلفای کرانباخ مقیاس‌های اضطراب صفت و اضطراب حالت به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین ضرایب بازآزمایی مقیاس اضطراب صفت و حالت به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۶۸ به دست آمده است. مهram (۱۳۷۲) مطالعه‌ای جهت استانداردسازی آزمون اسپیل برگر انجام داد. او ضریب پایایی آزمون را در دو گروه هنجار و ملاک به طور مجزا مورد بررسی قرار داد. میزان پایایی برای گروه هنجار (۶۰۰ نفر)، در مقیاس اضطراب حالت و صفت براساس آلفای کرونباخ برای هر دو مقیاس برابر با ۰/۹۰ گزارش شده است، و این میزان در گروه ملاک (۱۳۰ نفر) برابر با ۰/۹۴ است. علاوه بر این، پایایی آزمون، از طریق نسبت واریانس نمرات حقیقی به واریانس مشاهده شده محاسبه و مقدار آن در گروه هنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. خطای استاندارد اندازه‌گیری آزمون برابر با ۴/۶۴ محاسبه شد. هم‌چنین همبستگی نمرات مشاهده شده با نمره حقیقی برابر با ۰/۹۷ و با نمرات خطا، برابر با ۰/۲۳ محاسبه گردیده است. در این مطالعه جهت مطالعه روایی آزمون، میانگین‌های اضطراب حالت و صفت و بالاخره اضطراب

1. Beck
2. Green

مجموع در دو سطح ۹۵ و ۹۹٪ به صورت مجزا محاسبه شد که نتایج محاسبه در سطح ۹۵ و ۹۹ درصد اطمینان معنادار بود. شاخص‌های هنجاری، به تفکیک مشاغل و مدارک تحصیلی مختلف، در زمینه‌های اضطراب آشکار، پنهان و اضطراب مجموع، از دیگر نتایج این پژوهش است. لازم به ذکر است که در این مطالعه پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای دو مقیاس اضطراب صفت و حالت ۹۶/۰ و ۹۷/۰ محاسبه شده است.

۳. پرسشنامه التزام به تعالیم اسلامی: از این مقیاس جهت سنجش التزام به تعالیم اسلامی استفاده شده است. این مقیاس در ایران توسط احمدی‌ابهری (۱۳۷۵) تهیه و هنجاریابی شده است. در این پرسشنامه آن دسته از اعمال و رفتارهای دینی (نظیر نماز و روزه واجب) که انجام آن از یک نوجوان یا جوان مسلمان انتظار می‌رود، در کانون توجه قرار گرفته است. این ابزار صرفاً برای مطالعه رفتارهای دینی نوجوانان و جوانان در یک جامعه اسلامی قابل استفاده است. این پرسشنامه دارای ۴۵ ماده است که براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. در این پرسشنامه حداکثر نمره ممکن برای رفتارهای دینی ۲۲۵، حداقل نمره ۴۵ و متوسط آن ۱۳۵ است. روایی پرسشنامه به صورت محتوایی توسط تعدادی از اندیشمندان مسلمان و اساتید دانشگاه ارزیابی که پس از پیشنهاد اصلاحات و انجام اصلاحات پیشنهادی توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. در این مطالعه پایایی این پرسشنامه بوسیله آلفای کرونباخ ۸۱٪ محاسبه شده است.

یافته‌ها

از جمله موضوعاتی که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفت بررسی میزان سطح اضطراب، افسردگی و التزام به تعالیم اسلامی دانش‌آموزان بود که داده‌های حاصل از آن در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات دانش آموزان دختر و پسر در مقیاس افسردگی، اضطراب و التزام به تعلیم اسلامی

مقیاس	پسران			دختران			سطح معناداری	
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی
افسردگی	۱۴۳	۱۹/۵۸	۱۱/۴۰	۱۵۷	۲۸/۵	۱۱/۲۳	۲/۸۴	۵۸
اضطراب	۱۴۳	۳۸/۴۹	۱۲/۸۶	۱۵۷	۴۸/۸۵	۱۲/۸۱	۳/۵۷	۵۸
التزام به تعلیم اسلامی	۱۴۳	۲۷/۶	۶/۹۱	۱۵۷	۲۵/۸	۵/۸۱	۰/۹۸	۵۸
p-value								

تحلیل داده‌های حاصل از جدول ۱ حاکی از این است که دختران در مقایسه با پسران از اضطراب و افسردگی بیشتری برخوردار هستند. یعنی بین دو گروه دختران و پسران به لحاظ سطح اضطراب و افسردگی اختلاف معنادار آماری وجود دارد. نکته قابل توجه این که در التزام به تعلیم اسلامی تفاوت معنادار آماری بین دختران و پسران ملاحظه نشد و تنها تفاوت عددی به چشم می‌خورد. جهت آگاهی از رابطه بین این سه متغیر از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: همبستگی بین افسردگی، اضطراب و التزام به تعلیم اسلامی

مقیاس‌ها	التزام به تعلیم اسلامی	افسردگی	اضطراب
التزام به تعلیم اسلامی	۱		
افسردگی	*-۰/۴۶۴	۱	
اضطراب	*-۰/۴۵۲	*-۰/۴۸۵	۱

*در سطح $p < ۰/۰۵$ معنادار است

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از جدول ۲ حاکی از این است که بین التزام به تعالیم اسلامی و اضطراب از لحاظ آماری رابطه معکوس و معناداری وجود دارد ($r = -0/452$ ، $p < 0/05$). همچنین داده‌های جدول فوق حاکی از این است که بین التزام به تعالیم اسلامی و افسردگی نیز از لحاظ آماری رابطه معکوس و معناداری وجود دارد ($r = -0/464$ ، $p < 0/05$). برای بررسی بیشتر رابطه بین التزام به تعالیم اسلامی و اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان، براساس میانگین و انحراف استاندارد، نمرات آنان به سه گروه پایین، متوسط و بالا تقسیم شد به طوری که یک انحراف استاندارد بالای میانگین به عنوان التزام به تعالیم اسلامی بالا و بین یک انحراف استاندارد بالا و یک استاندارد انحراف پایین میانگین به عنوان التزام به تعالیم اسلامی متوسط و یک انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین به عنوان التزام به تعالیم اسلامی پایین در نظر گرفته شده است که داده‌های حاصله از آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات دانش‌آموزان دختر و پسر در مقیاس افسردگی، اضطراب و التزام به تعالیم اسلامی

متغیر	سطوح التزام به تعالیم اسلامی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	التزام به تعالیم اسلامی بالا	۷۶	۱۰/۶۰	(۷/۹۸)
	التزام به تعالیم اسلامی متوسط	۱۵۹	۲۷/۸۵	(۱۹/۲۶)
	التزام به تعالیم اسلامی کم	۶۵	۴۴/۲۰	(۱۴/۰۹)
اضطراب	التزام به تعالیم اسلامی بالا	۷۶	۱۱/۶۸	(۱۲/۷۰)
	التزام به تعالیم اسلامی متوسط	۱۵۹	۲۹/۲۱	(۱۹/۷۱)
	التزام به تعالیم اسلامی کم	۶۵	۵۰/۵۴	(۱۵/۸۳)

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از جدول ۳، حاکی از این است که میانگین نمره افسردگی و اضطراب دانش‌آموزانی که التزام کمی به تعالیم اسلامی دارند بیشتر از میانگین نمره افسردگی و اضطراب دانش‌آموزانی است که التزام بالا و متوسطی به تعالیم اسلامی دارند. جهت آگاهی از تفاوت بین این سه گروه از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شده که داده‌های حاصل از این مقایسه در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای نمرات افسردگی و اضطراب با التزام به تعالیم اسلامی

متغیر	واریانس	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری
افسردگی	بین گروهی	۱۱۸۶۹/۵۶	۲	۵۹۳۴/۷۸	۶۱/۳۳	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۵۰۵۴۰/۰۲	۵۶۷	۸۹/۴۷		
اضطراب	بین گروهی	۱۱۴۴۲/۴	۲	۵۷۲۱/۲	۵۴/۷۰	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۶۵۰۶۹/۷۲	۵۶۷	۱۱۴/۷۶		

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از جدول ۴، حاکی از این است که تفاوت معنادار میان این سه گروه در اضطراب و افسردگی وجود دارد. جهت آگاهی بیشتر از تفاوت‌های حاصله بین گروه‌ها و دستیابی به نتایج دقیق‌تر از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای نمرات افسردگی، اضطراب و التزام به تعالیم اسلامی

متغیر	سطوح التزام به تعالیم اسلامی	سطوح التزام به تعالیم اسلامی	اختلاف میانگین	سطح معناداری
افسردگی	التزام به تعالیم اسلامی کم	التزام به تعالیم اسلامی متوسط	۱۶/۳۵	۰/۰۰۰
		التزام به تعالیم اسلامی بالا	۵/۷۵	۰/۰۰۰
	التزام به تعالیم اسلامی متوسط	التزام به تعالیم اسلامی کم	-۱۶/۳۵	۰/۰۰۰
		التزام به تعالیم اسلامی بالا	۱۷/۲۵	۰/۰۰۰
اضطراب	التزام به تعالیم اسلامی کم	التزام به تعالیم اسلامی متوسط	۲۱/۳۳	۰/۰۰۰
		التزام به تعالیم اسلامی بالا	۳۸/۸۶	۰/۰۰۰
	التزام به تعالیم اسلامی متوسط	التزام به تعالیم اسلامی کم	-۲۱/۳۳	۰/۰۰۰
		التزام به تعالیم اسلامی بالا	۱۷/۵۳	۰/۰۰۰

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از جدول ۵ حاکی از این است که نمره افسردگی و اضطراب دانش‌آموزانی که التزام به تعالیم اسلامی کمی دارند به طور معناداری بیشتر از دانش‌آموزانی است که التزام به تعالیم اسلامی متوسط یا بالایی دارند. بدین معنی که دانش‌آموزانی که التزام کمی به تعالیم اسلامی دارند از اضطراب و افسردگی بیشتری برخوردار هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین التزام به تعالیم اسلامی، سطح افسردگی و اضطراب در بین دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهر تهران بود که به روش توصیفی انجام و داده‌های حاصله با استفاده از سه پرسشنامه افسردگی بک، اضطراب حالتی- صفتی اسپیل‌برگر و مقیاس خودسنجی التزام عملی به اعتقادات اسلامی جمع‌آوری شد. یافته‌های حاصله نشان داد که میزان افسردگی و اضطراب در دختران بیشتر از پسران است. تقریباً در تمامی فرهنگ‌ها و کشورها شیوع افسردگی و اضطراب در زنان بیشتر از مردان (افسردگی زنان ۲ برابر مردان و اضطراب زنان ۲ تا ۳ برابر مردان) است. این یافته با نتایج تحقیق رئیس‌پور (۱۳۸۶)، بیانی (۱۳۸۷) و هافکینز (۲۰۰۰) هم‌سویی دارد. یافته‌های حاصل از این تحقیقات نشان داد که در سطوح مختلف اضطراب دختران بیشتر از اضطراب پسران است و علاوه بر این یافته‌های این مطالعات نشان داد که شیوع افسردگی و اضطراب در دختران بیشتر از پسران است.

گزارش مرکز سلامت روان هاروارد در سال ۱۹۹۹ نیز حاکی از این است که ایمان و اعتقادات مذهبی نقش بسزایی در کاهش افسردگی دارد. یافته‌های حاصل از پژوهش اسلامی (۱۳۷۶) نیز وجود همبستگی معنادار و منفی میان افسردگی و نگرش مذهبی را نشان داد. از طرفی یافته‌های این پژوهش با یافته‌های الیس (۱۹۸۸) و اوکانر، کاب و اوکونار (۲۰۰۳) ناهم‌هنگ است. الیس (۱۹۸۸) به نقل از بهرامی مشعوف، (۱۳۷۳) در پژوهشی اعلام کرد که افراد مذهبی دارای اختلال‌های هیجانی بیشتری در مقایسه با افراد غیر مذهبی‌اند. وی تأکید داشت که مناسب‌ترین راه‌های درمان در حل مشکلات هیجانی، راه‌های مذهبی است. در پاسخ به نظر الیس، برگین

(۱۹۸۳) به بررسی فراتحلیلی در مورد تمام پژوهش‌های انجام شده درباره نقش مذهب پرداخت. او درصدد بود که با این بررسی نقش مذهبی بودن، تأثیر آن بر انواع اختلالات روانی را آزمون کند. وی در جمع‌بندی نهایی خود ۳۰ تأثیر را به‌دست آورد: در ۲۳ محور تأثیر معناداری مشاهده شد. در ۵ محور اثر مثبت مشاهده شد و در ۲ مورد اثر منفی بین مذهبی بودن و علائم آسیب شناختی به دست آمد. وی اعلام کرد که شواهد به‌دست آمده فرضیه الیس را اثبات نمی‌کند. اوکانر، کاب و اوکونار (۲۰۰۳)، در پژوهش خود اظهار داشتند که ما نتوانستیم شواهدی را پیدا کنیم که نشان دهد مذهب اثر مثبتی بر سلامت جسمانی و روانی بر جای می‌گذارد.

از پژوهش حاضر می‌توان اثرات التزام به تعالیم اسلامی را بر بهداشت روانی دانش‌آموزان ملاحظه کرد و می‌توان چنین نتیجه گرفت که تربیت اسلامی می‌تواند به عنوان عامل پیشگیری‌کننده برای مشکلاتی از جمله افسردگی و اضطراب ایفای نقش کند و در نتیجه فرد را بسوی سلامت بیشتر روان هدایت کند. افراد با امید و ایمان به خدا و تقویت روان‌بده‌های مذهبی خود در برابر استرس‌ها و فشارهای زندگی مقاومت کرده و کمتر دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند.

از این‌رو براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود با توجه به ضرورت پرداختن به بهداشت روانی نوجوانان، بایستی برنامه‌هایی جهت تقویت ارزش‌های دینی و تربیت اسلامی تدوین گردد تا از این طریق بتوان گامی موثر در جهت پیشگیری و درمان مشکلات هیجانی نوجوانان برداشت. دیگر پیشنهاد این پژوهش انجام تحقیق بر روی سایر گروه‌های سنی و تحصیلی است که در این زمینه می‌تواند اطلاعات مناسب‌تر و کیفی‌تری در اختیار قرار دهند. با توجه به اینکه مذهب یکی از عوامل مؤثر در میزان بهداشت روانی افراد است، آنچه از این قبیل پژوهش‌ها به دست می‌آید، می‌تواند به عنوان راهکارهایی برای افزایش و ارتقای بهداشت روانی دانش‌آموزان مورد استفاده قرار گیرد. از آنجا که در جامعه ایران فرهنگ و مذهب ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و همچنین افراد جامعه دارای زمینه مذهبی مساعدی می‌باشند، می‌توان گفت راهکارهای فوق اثر مضاعفی بر سلامت روان افراد دارد. دیگر پیشنهاد پژوهشی این پژوهش استفاده از ابزارهای دیگر از جمله مصاحبه نیمه ساختار یافته در بررسی التزام عملی دانش‌آموزان به تعالیم اسلامی است که می‌تواند اطلاعات

مفیدتری را در اختیار قرار دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مطالعه رابطه بین متغیرها بر روی یک گروه دانش‌آموزی و استفاده از مقیاس خودسنجی در بررسی التزام به تعالیم اسلامی دانش‌آموزان اشاره کرد. از این رو این احتمال دارد که دانش‌آموزان التزام خود را به تعالیم اسلامی بیش از اندازه برآورد نموده‌اند. از این رو در تعمیم یافته‌های این مطالعه باید تامل نمود.

منابع

- احمدی ابهری، سیدعلی. (۱۳۷۵). نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری‌ها و معرفی سه مورد درمان با روان درمانی مذهبی. فصلنامه اندیشه و رفتار، (۲)، ۴-۱۱.
- اسلامی، احمدعلی. (۱۳۷۶). بررسی نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن و رابطه آن با افسردگی در دانش‌آموزان سال آخر دبیرستانهای اسلامشهر در سال تحصیلی ۱۳۷۵-۱۳۷۶. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.
- اصغری مقدم، محمدعلی؛ محرابیان، نرگس؛ محسن، پاک نژاد و فواد، ساعد. (۱۳۸۹). خصوصیات و روانسنجی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مزمن. مجله روانشناسی تربیتی، ۴۰ (۱)، ۱۳-۴۲.
- اکبری، الله‌رضا و فتحی‌آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). بررسی رابطه دنیاگرایی و سلامت روانی. روانشناسی و دین، ۲ (۳)، ۱۰۵-۱۴۳.
- امیدیان، مرتضی و ملامعصومی، الهام. (۱۳۸۵). بررسی رابطه ساده و چندگانه دین‌داری، بومی بودن و تاهل با سلامت روان. مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، ۳۵.
- انیسی، جعفر؛ نویدی، احد و حسینی نژاد نصرآباد، اعظم. (۱۳۸۹). ساخت و اعتباریابی مقیاس نگرش و التزام عملی به نماز. مجله علوم رفتاری، ۴ (۴)، ۳۱۳-۳۱۸.
- بهرامی احسان، هادی. (۱۳۷۸). بررسی مؤلفه‌های بنیادین سازش‌یافتگی در آزادگان ایرانی، رساله دکتری روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.
- _____ (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت مقیاس جهت‌گیری مذهبی. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۶ (۱)، ۶۷-۹۰.
- بهرامی چگنی، ذبیح‌الله. (۱۳۸۹). بررسی رابطه دین‌داری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد. روانشناسی و دین، ۳ (۲)، ۹۱-۱۰۲.
- 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.
- بیانی، علی‌اصغر. (۱۳۸۷). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان. مجله پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۱۰ (۳)، ۲۰۹-۲۱۴.
- پورقانع، پرند؛ شریف‌آذر، ابراهیم؛ فاطمه زائر ثابت و خورسندی، میترا. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط اعتقادات مذهبی و میزان استرس دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س) شرق گیلان در سال ۸۷-۸۶. فصلنامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان، ۲۰ (۶۳)، ۱-۱۵.
- تبرانی، رامین. (۱۳۸۷). بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی. روانشناسی و دین، ۱ (۳)، ۳۷-۶۲.
- _____ (۱۳۸۹). بررسی جایگاه معنویت در الگوهای عمده سلامت روان. روانشناسی و دین، ۳ (۱)، ۵-۲۹.
- جزایری، علیرضا و قهاری، شهربانو. (۱۳۸۲). رویکردی اساسی در بررسی سلامت روانی دانشجویان "مدلی برای مداخله". پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی، (۲۷ و ۲۸)، ۱۲۷-۱۵۵.
- جمالی، فریبا. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. تهران: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا.
- حسینی، سیدحمزه و موسوی، سیدابراهیم. (۱۳۷۹). بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۸-۷۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۰ (۲۸)، ۲۳-۳۲.
- حیدری رفعت، ابودر و عنایتی‌نوفین‌فر، علی. (۱۳۸۹). رابطه بین نگرش دینی و شادکامی در بین دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس. روانشناسی و دین، ۳ (۴)، ۶۱-۷۲.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۱). شکل‌گیری اضطراب در جریان تحول و بررسی تجربی آن در دوران نوجوانی. مجله دانشکده

ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تهران، ۲۹ (۱-۲)، ۱۲۵-۱۶۴.

رئیس‌پور، حفیظ‌الله. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش نگرش مذهبی بر سلامت روان دانش‌آموزان دبیرستانی شهر اصفهان. دانشگاه اصفهان: پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی.

رضایی‌جواد. (۱۳۷۸). نقش سبک زندگی اسلام محور (با تأکید بر نظام خانواده) و بیان راهکارهای آن برای افزایش صمیمیت زوجین. *مجموعه مقالات چهارمین کنفرانس ملی آسیب‌شناسی خانواده*، ۲۱۷.

زارعی، اقبال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین تصور از خدا و سلامت روان در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های پیام نور و آزاد شهر میناب. *روانشناسی و دین*، (۶)، ۱۵۷-۱۷۲.

سیف، علی‌اکبر. (۱۳۸۰). *روانشناسی پرورشی*. تهران: انتشارات آگاه.

صادقی، محمدرضا. (۱۳۸۷). وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۸۶-۸۷. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، (۷۵)، ۷۵-۷۵.

طالقانی، نرگس؛ و روغنجی، محمود و شکری، مهتاب. (۱۳۸۵). رابطه جهت‌گیری مذهبی با بهداشت روان دانشجویان دانشگاه کرمانشاه. *مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان*، ۲۵۴.

طهماسبی‌پور، نجف و کمانگری، مرضی. (۱۳۷۵). بررسی نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستانهای شهدای هفتم تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص). رساله دوره دکتری پزشکی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

ظروفی، مجید. (۱۳۸۹). بررسی سلامت روانی و رابطه آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شبستر. *روانشناسی و دین*، ۲ (۸)، ۱۴۳-۱۵۶.

علی‌بخشی، سیده زهرا؛ ممقانی، مریم و علی‌پور، احمد. (۱۳۹۰). بررسی رابطه توکل به خدا و سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور. *نشریه معرفت در دانشگاه اسلامی*، ۱۵ (۱)، ۴۷-۶۵.

قلعه‌بندی، میرفرهاد. (۱۳۷۹). *روانپزشکی بالینی*. تهران: فرهنگ‌سازان.

کریم‌اللهی، منصوره و آقامحمدی، معصومه. (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین اعتقادات مذهبی و افسردگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. *طب و تزکیه*، (۵۳)، ۶۲-۶۵.

محقق، حسین؛ یعقوبی، ابوالقاسم؛ محقق، نسرين و همدانی‌پورش، محبوبه. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین عمل به آموزه‌های دینی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا. *مجموعه مقالات چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان*، ۳۸۷.

مهرام، بهروز. (۱۳۷۲). *راهنمای آزمون اضطراب آشکار و پنهان اشنپیل برگر و دستورالعمل اجرایی و تعبیر و تفسیر براساس پژوهش هنجاریابی آزمون در شهر مشهد*. مشهد: دانشگاه علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی.

نجاتی، محمدعثمان. (۱۳۸۱). *قرآن و روانشناسی*، (ع. عرب، مترجم). مشهد: آستان قدس رضوی.

وهاب‌زاده، عبدالوهاب؛ دهقانی، نیما و خراسانی، ملیحه. (۱۳۸۰). اعتقادات دینی و تأثیر آن در کاهش اضطراب. *چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان*، ۵ (۱۹).

Allport, G. W. (2002). Personal religious and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.

Beck, A.T., Steer, A.R., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*, 8(1), 77-100.

Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis professional psychology. *Research and Practice*, 14, 170-184.

Ellis, A. (1988). Is religiosity pathological?. *Free Inquiry*, 18, 27-32.

Fallot, D. R. (2001). Spirituality and religion in psychiatry rehabilitation from mental illness. *International Review of Psychiatry*, 13, 110-116.

Green, A., Felmingham, K., Baguley, J., Slewa-Younan, S., & Simpson, S. (2001). The clinical utility of

Beck depression inventory father traumatic. *Brain Inj*, 12, 1021-1028.

Hafkins, N. J., et al. (2000). Religion and ritual: The definitional problem. *The British Journal of Sociology*, 12(2), 64-142.

Koeining, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford: 53-60.

Millon, T., Krueger, R. F. & Simonsen, E. (2010). *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York, NY: The Guilford Press.

O'Conner, D.B., Cobb, J., O'Conner, R.C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. *Pers Indiv Differ*, 34(2), 211-217.

Pressman, P., Lyons J. S., Larson D. B., & Strain, J. J. (1990). Religious belief, depression and ambulation status in elderly women with broken hips. *American Psychiatric Association*, 147, 758-760.

Tahmasebipoor, N., & Kamangari M. (1996). *Association between religious attitude and mental health patient in shohadaye haftomtir hospital and rasul akram comp lent*. Tehran, Iran University of Medical Sciences [Dissertation].

Vahhabzadeh, A., Malek, A., & Khorassani, M. (1998). Definition and tolerance of stress among religious groups. *J Andesheh VA Raftar*, 4, 55-49.