فصلنامه علمی ـ پژوهشی اندیشهٔ نوین دینی
سال سوم، شماره یازدهم، زمستان ۱۳۸۶
صفحات ۱۴۵ - ۱۷۲

ANDISHE-E-NOVIN-E-DINI
A Quarterly Research Journal
Vol. 3, No. 11, Winter 2008

بررسی رابطه اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام و هوش هیجانی دانشجویان

حسین صیادی تورانلو*

رضا جمالی**

سید حبیب‌الله میرغفوری***

چکیده:

بررسی نقش آموزه‌های مذهبی در کاهش مشکلات روحی ـ روانی جوامع در عصر حاضر موضوع تحقیقات فراوانی بوده است، اما اندکی از این مطالعات سعی در بررسی رابطه مذهب و هوش هیجانی داشته‌اند. در همین راستا این پژوهش به بررسی رابطه این دو متغیر در دانشجویان دختر مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه یزد پرداخته است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بین سطح هوش هیجانی و اعتقاد مذهبی، رابطه مثبت، مستقیم و معناداری وجود دارد، به طوری‌که رشد و تقویت اعتقادات مذهبی، باعث افزایش توان کنترل احساسات و هیجانات درونی خود و دیگران و به عبارتی، بهبود سطح هوش هیجانی جامعه می‌گردد. همچنین بیشترین ضریب همبستگی، بین بُعد حل مسأله و اعتقادات مذهبی وجود دارد.

واژگان کلیدی: اعتقادات مذهبی، بهداشت روانی، هوش هیجانی.

---

* دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت صنعتی دانشگاه یزد

**دانشجوی کارشناسی مدیریت اجرایی دانشگاه یزد

***استادیار دانشکده مدیریت، اقتصاد و حسابداری دانشگاه یزد

تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۲۹ تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۵/۲۵

طرح مسأله

رفتارها و عقاید مذهبی، تأثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت، زیارت و... می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و...، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. (Yang and Mao, 2007) باور به اینکه خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر بندگان است تا حد بسیاری، اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد، به طوری‌که اغلب افراد مؤمن، ارتباط خود را با خداوند، مانند یک دوست بسیار صمیمی، توصیف می-کنند و معتقدند می‌توان از طریق اتکا و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل نمود. (Fountoulakis etc, 2008)

مذهب می‌تواند در تمامی موقعیت‌ها، نقش مؤثری در استرس‌زدایی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله، منابع حمایتی و...، سبب کاهش گرفتاری روانی شود. بر این اساس، مدت‌هاست که تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روان، ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روان‌شناسان مذهب، حمایت‌های تجربی بسیاری را در این زمینه جلب نموده‌اند. (Levin and Taylor ، 1998.)

وایلد[1] و همکاران او نشان دادند که ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد بالغ را باورهای مذهبی تبیین می‌کنند. (Wilde and Joseph,1997) در

1. Wilde.

مطالعه دیگری، وینفیلد[1] نشان داد که در یک نمونه ۱۶۵۰ نفری با میانگین سنی ۵۰ سال، نگرش‌های مذهبی با سلامت روانی، رابطه مثبتی دارند. همچنین مذهبی بودن با رضایت زناشویی در مردان و زنان و رضایت شغلی در مردان مرتبط بود. (Winfield, 1995)

بنابراین به نظر می‌رسد که مذهبی بودن و روحیه و رفتار دینی داشتن، بخشی از ویژگی‌های شخصیتی به حساب می‌آیند و باید به مطالعه رابطه آنها با سایر سازه-های روانی پرداخته شود. از طرف دیگر، روان‌شناسانی که در حوزه سازه‌های روانی مطالعه کرده‌اند، هوش هیجانی را عاملی مهم در زندگی افراد به شمار آورده‌اند و استفاده از اصول مذهبی و اخلاقی را در رشد و پیشرفت آنان متذکر شده‌اند. (رستمی، ۱۳۸۳) همچنین گراناچر[2] معتقد است که رشد و تحول اخلاقی که در اثر أعمال مذهبی روی می‌دهد، در رشد هوش هیجانی نقش مهمی دارد و محدوده‌ای که هوش هیجانی در آن مورد استفاده قرار می‌گیرد، به حد و مرزهای اخلاقی نیاز دارد. بدون وجود یک راهنمای اخلاقی که افراد را در استفاده از استعدادهایشان راهنمایی کند، هوش هیجانی را نمی‌توان به منظور رسیدن به اهداف عالی به کار گرفت. (Granacher, 2000)

اکثر تحقیقات ذکر شده در زمینه ارتباط بین مذهب و سازه‌های روانی، در ادیان دیگری صورت گرفته است و از آنجا که دین اسلام به عنوان یک ایدئولوژی، ارایه دهنده کامل‌ترین و سلامت‌سازترین سبک زندگی بشریت است و احکام آن حوزه‌های وسیع اخلاق فردی و اجتماعی، ارتباطات بین فردی، بهداشتی و سلامت

2.Winifield.
1. Granacher

روانی را در بر می‌گیرد، مطالعه علمی اثرات و نقش متغیرهای مذهبی دین مبین اسلام در سلامت روانی، یک ضرورت اساسی به نظر می‌رسد. این پژوهش درصدد است تا در همین راستا به بررسی رابطه اعتقادات مذهبی اسلامی و هوش هیجانی به عنوان یکی از زیر مولّفه‌های سلامت روانی - در مؤسسات آموزشی - که یکی از مهم‌ترین مراکز رشد عقاید مذهبی در جوانان هستند، بپردازد. لذا در این پژوهش دانشجویان دختر مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه یزد به عنوان جامعه آماری مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

چارچوب نظری

در جهان امروز، بهداشت روانی اهمیت بسیاری دارد، زیرا در عصری زندگی می‌کنیم که به موازات پیشرفت‌های تکنولوژیکی، صنعتی، اقتصادی و اجتماعی، نابسامانی‌های روانی و نفسانی، در حال گسترش است. بسیاری از افراد از مشکلات روانی به شدت رنج می‌برند و نه تنها خود در بحران هستند، خانواده و جامعه را نیز دچار چالش می‌کنند. بهداشت روانی، علمی است در جهت بهزیستی، رفاه اجتماعی و سلامت زندگی که با تمامی دوره‌های زندگی (پیش از تولد تا مرگ) و با تمامی زوایای زندگی (محیط‌های خانواده، مدرسه، دانشگاه، کار و جامعه) ارتباط دارد. انسان در کنار نیازهای فیزیولوژیک، دارای نیازهای عاطفی، اخلاقی، مذهبی، آموزشی و هدایتی است که زندگی سالم، در پرتو برآورده شدن این نیازها و ایجاد تعادل میان آنها به وجود می‌آید. (لشگری، ۱۳۸۱)

یکی از پدیده‌هایی که در دهه اخیر، مورد استقبال فراوانی قرار گرفته، پدیده هوش عاطفی است. دلیل این امر توانایی بالای هوش عاطفی در حل بهتر مسایل و

کاستن از میزان تعارضات بین دریافت‌های فکری و احساسی است. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که هوش عاطفی می‌تواند سبب افزایش میزان سلامتی، رفاه، ثروت، موفقیت، عشق و شادی گردد. (Salovey and Mayer, 1990) گلمن[1] در تعریف هوش هیجانی، آن را نوع دیگری از هوش می‌داند که حاکی از شناخت احساسات خویشتن است و از آن برای اتخاذ تصمیم‌های مناسب در زندگی استفاده می‌شود. هوش هیجانی، توانایی اداره مطلوب خلق و خوی، وضع روانی، کنترل تکانه‌ها و عاملی است که هنگام شکست ناشی از دست نیافتن به هدف، در شخص انگیزه و امید ایجاد می‌کند. این نوع هوش، همچنین حاکی از همدلی، یعنی آگاهی یافتن از احساسات افراد پیرامون ماست. (رستمی، ۱۳۸۴)

روان‌شناسی بهداشت، در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نقش راهبردهای مذهبی و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آنها در نظر گرفته است. شیوه‌های مقابله مذهبی با مسایل، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی فشارزا به کار می‌گیرد. (King etc, 1997) در مقابله مذهبی از منابع مذهبی مثل دعا، نیایش ، توکل و توسل به خداوند و... استفاده می‌شود. یافته‌های اخیر نشان می‌دهند از آنجا که این نوع مقابله‌ها هم منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند، می‌توانند مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند؛ بنابراین به کارگیری آنها برای اکثر افراد، موجب تقویت سلامت روانی می‌شود. (Gordon and Song, 1994)

---

[1] . Daniel Golman

به طور کلی مقابله مذهبی با مشکلات روانی، متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمانی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلّق به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی، روحانی و...، همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با استفاده از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. (Ellison, 1993)

پاتریک فاگان[1]، معتقد است اعمال مذهبی در بالا بردن سطح بهداشت روانی فرد، کاهش افسردگی، به دست آوردن عزت نفس و خشنودی در روابط فردی و اجتماعی مؤثّر است. به نظر وی افزایش سطح سلامت روانی، تأثیر بسزایی در زیاد شدن طول عمر شخص و امکان بهبودی از بیماری و کاهش ابتلا به بیماری‌های کشنده دارد. (Granacher, 2000)

بر اساس دیگر مطالعات انجام شده، بین مذهبی بودن و معنادار بودن زندگی و سلامت روانی، ارتباط نزدیکی وجود دارد. در یک سنجش صورت گرفته روی افراد بزرگسال با میانگین سنی ۳۷/۴ سال، مشاهده شد که بین سه شاخص مذهبی بودن (فعالیت‌های مذهبی سازمان یافته و غیر سازمان یافته) روحیه داشتن و دلگرمی به زندگی، همبستگی مثبتی وجود دارد. (Markstrom, 1999)

اسپیلکا[2] و همکارانش، دیگر پژوهشگرانی بودند که ۳۶ مطالعه تجربی در مورد مرگ و درگیری مذهبی را مرور کردند و نتیجه گرفتند که ایمان قوی‌تر یا معتقد

1- Patrick Fagan
2. Spilka

بودن به زندگی بعد از مرگ، با ترس کمتر از مرگ همبستگی دارد. همچنین در این مطالعات، افرادی که نمره بالاتری در شاخص مذهب درونی داشتند، ترس کمتری را از مرگ گزارش کردند. (spilka etc, 1985) این امر بدان معناست که غلبه بر احساس ترس از مرگ، باعث می‌شود تا افراد، آرامش بیشتری را در زندگی خود احساس کنند و در نتیجه ناآرامی‌های درونی خویش را بهتر کنترل نمایند.

مطالعات دیگر، تأثیر آموزه‌ها و اعمال مذهبی را در کاهش اضطراب و تحمل فشارهای روانی پس از بهبودی، نشان داده‌اند. به عنوان مثال، نتایج دو بررسی نشان داد، کسانی که به اعتقادات مذهبی پای‌بند بودند، اضطراب و ناراحتی کمتری را نسبت به کسانی که به اعتقادات مذهبی پای‌بند نبودند، داشته‌اند. (Lewis etc, 1998) گارتنر[1] در زمینه سلامت روانی و اعتقادات مذهبی، شش مقاله را بررسی کرد و دریافت که در تمام این مطالعات، بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی، رابطه مثبتی وجود دارد (Ggartner,1996) هاردین[2]، سازگاری زناشویی ۶۴ زوج را بررسی کرد و نشان داد که مذهب، به طور مثبت با سازگاری و رضایت زناشویی بالاتر ارتباط دارد. او همچنین نشان داد که مذهب، یک عامل مهم در جلوگیری از طلاق است.(Hardin, 1997)

زاکرمن[3] و همکارانش در پژوهشی گزارش دادند در افراد سالمندی که نمره کمتری در شاخص مذهبی بودن به دست آورده‌اند، میزان مرگ و میر ۴۲ درصد بوده، در حالی‌که این میزان برای افراد سالمندی که نمره شاخص مذهبی بالایی

1. Gartner
2. Hardin
3. Zuckrman

داشته‌اند، ۱۹ درصد است(Zuckerman etc, 1984) در بررسی دیگری مشاهده شد افرادی که همیشه از مقابله‌های مذهبی استفاده می‌کنند نسبت به افرادی که کمتر و یا گاهی از این مقابله‌ها استفاده می‌کند، در ۹ شاخص از ۱۲ شاخص سلامت روانی، نمرات بالاتری کسب کردند. (Koenig et all, 1997)

میناردˡ نیز اثر زیارت مذهبی را روی افسردگی و اضطراب ۲۴ بیمار سالمند بررسی کرد. او دریافت که علایم بیماری آنها بعد از زیارت، کاهش زیادی داشته است و حداقل تا ده ماه بعد از برگشتن از زیارت هم این اثر ادامه دارد. (Maynard, 1997) در مطالعه دیگری، میرˢ نقش مذهب در سازگاری افراد با یک رویداد معنادار زندگی را بررسی کرد. او با ۱۲۴ پدر و مادری که کودک خود را به علت سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند مصاحبه کرد و دریافت که مذهبی بودن با پذیرش آسان‌تر این بحران، ارتباطی مستقیم دارد. همچنین مذهبی بودن با افزایش سلامت روانی و کاهش ناراحتی والدین در طی ۱۸ ماه بعد از مرگ کودکانشان، ارتباط مستقیمی داشت. (Meier, 2003)

نونیمیکرˣ، مکنیلیˠ و بلومˢ در تحقیقی که با هدف بررسی رابطه دینداری و سلامت روانی نوجوانان سامان دادند، به این نتیجه رسیدند که دینداری در برابر اعمالی مانند سیگار کشیدن، نوشیدن الکل، مصرف مواد افیونی، برقراری رابطه

1. Maynard
2. Meier
3 .Nonnemaker
4 .Mcneely
5. Blum

جنسی نامتعارف و...، از نوجوانان محافظت می‌کند. همچنین مطالعه مالتبی[1] و دی[2] نشان داد که مذهب، سطح بهداشت روانی را افزایش می‌دهد. (Nonnemaker et all, 2003)

تحقیقاتی که در ایران به بررسی رابطه اعتقاد به اصول مذهبی اسلام و بهداشت روانی- اجتماعی صورت پذیرفته است نیز نشان می‌دهد که میان نگرش مذهبی و سازگاری فردی و اجتماعی دانش‌آموزان، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. (سهرابیان، ۱۳۷۹؛ خلیلی، ۱۳۷۹) همچنین در پژوهشی که با هدف تعیین رابطه وضعیت مذهبی و هوش هیجانی در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی صورت یافت، نتایج حاکی از آن است که میان وضعیت مذهبی و هوش هیجانی، رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین مشخص شد که بین مولفه‌های وضعیت مذهبی و عمل مذهبی، همبستگی بیشتری با هوش هیجانی وجود دارد. (رستمی، ۱۳۸۳) این نتایج بیانگر آن است که مذهب و عمل مذهبی نقشی اساسی در ثبات روانی و زندگی سالم اشخاص دارند.

شیوه پژوهش

روش تحقیق در مطالعه پژوهش پیش‌رو توصیفی و از نوع همبستگی است و چون هدف محقق، تعیین میزان هماهنگی تغییرات دو متغیر اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام و سطح هوش هیجانی بوده است، روش تحقیق «همبستگی دو متغیری»

1. Blum
2. Day

انتخاب گردیده است.

گردآوری اطلاعات

با توجه به هدف‌های پژوهش و ماهیت آن، مناسب‌ترین روش برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز، استفاده از پرسش‌نامه بود و بدین منظور از دو پرسش‌نامه زیر استفاده شد.

۱. پرسش‌نامه عمل به باورهای دینی(معبد): این آزمون، عمل به باورهای دینی را اندازه می‌گیرد و دکتر گلزاری آن را تهیه کرده است. (گلزاری، ۱۳۷۹) این پرسش‌نامه جهت سنجش اعتقادات مذهبی اسلام است و در قالب بر ۲۵ سؤال تنظیم گردیده است که مقیاس اندازه‌گیری آن از نوع «لیکرت»[1] می‌باشد. مؤلّفه-های این پرسش‌نامه، طیف وسیعی از اعمال مذهبی، مانند میزان توجه به اعمال واجب و مستحب اسلامی، فعالیت در گروه‌های مذهبی، میزان نقش مذهب در پاسخ‌گویی به سؤالات اساسی زندگی و در نهایت، توجه و تأثیر آیات قرآن در زندگی شخص را در بر می‌گیرد که جمع‌بندی امتیازات این مؤلّفه‌ها، می‌تواند تصویر روشنی از تأثیر آموزه‌های مذهبی اسلام در زندگی فرد را ارایه نماید.

۲. پرسش‌نامه بار- اون: این پرسش‌نامه شامل ۹۰ سوال در پنج بُعد مختلف است که جهت سنجش میزان هوش هیجانی در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. مقیاس اندازه‌گیری در این پرسش‌نامه نیز از نوع «لیکرت» می‌باشد. مطالعات درباره اعتبار آزمون بر اساس فرم‌های همتا و محاسبه ضریب همسانی درونی، نشان می‌دهد این پرسش‌نامه از روایی و پایایی بالایی سود می‌برد. پنج بعد

1. Lickert

اصلی این پرسش‌نامه به ۱۵ مؤلّفه تقسیم‌بندی می‌شوند تا وضعیت هوش هیجانی شخص به طور دقیق سنجیده شود. در این پرسش‌نامه، بُعد درون‌فردی، توانایی‌های شخص را در آگاهی از هیجان‌ها و کنترل آن مشخص می‌کند. بُعد سازگاری بر انعطاف‌پذیری و توان حلّ مسأله و واقع‌گرایی فرد، بُعد خلق و خوی عمومی بر نشاط و خوش‌بینی فرد، بُعد میان‌فردی بر توان شخص برای سازگاری با دیگران و مهارت‌های اجتماعی و در نهایت بعد کنترل تنش‌ها بر توانایی تحمل تنش و کنترل تکانه‌ها متمرکز است. جهت درک مفاهیم مؤلّفه‌های هوش هیجانی، توضیح مختصری درباره هر یک از ۱۵ مؤلّفه هوش هیجانی ذکر می‌کنیم:

- **حل مسأله:** توانایی تشخیص و تعریف مشکلات و ایجاد و به کارگیری راه‌حل-های مؤثّر.

- **خوشبختی:** توانایی احساس رضایت از زندگی، خود و دیگران.

- **استقلال:** توانایی خودرهبری، خویشتن‌داری فکری و عملی و رهایی از وابستگی‌های هیجانی.

- **تحمل فشار روانی:** توان تحمل فرد در برابر رویدادهای ناخوشایند و شرایط تنش‌زا و هیجان‌های شدید.

- **خودشکوفایی:** توانایی تشخیص استعدادهای ذاتی و استعداد کارهایی را که شخص می‌تواند، می‌خواهد و از انجام آنها لذت می‌برد.

- **خودآگاهی:** میزان آگاهی فرد از احساسات خویش و درک و فهم این احساسات.

- **واقع‌گرایی:** توانایی ارزیابی رابطه تجربه عاطفی و عینیت‌های موجود.

– **روابط میان‌فردی:** توانایی ایجاد و حفظ روابط رضایت‌بخش متقابل.

– **خوش‌بینی:** توانایی توجه به جنبه‌های روشن‌تر زندگی و حفظ نگرش مثبت حتی در هنگام وجود احساسات.

– **عزت نفس:** توان خودآگاهی، درک و پذیرش خویش و احترام به خود.

– **کنترل تکانه‌ها:** توانایی مقاومت فرد در مقابل تنش‌ها یا وسوسه‌ها و کنترل هیجان‌های خویش.

– **انعطاف‌پذیری:** توانایی کنار آمدن با هیجان‌ها، افکار و رفتارهای فرد در شرایط و موقعیت‌های مختلف.

– **مسؤولیت‌پذیری:** توانایی فرد در معرفی خود به عنوان عضوی مفید و سازنده و دارای حس همکاری در گروه اجتماعی خویش.

– **همدلی:** توان آگاهی از احساسات دیگران و درک و تحسین آن احساسات.

– **خودابرازی:** ابراز احساسات، باورها، افکار و دفاع منطقی و مطلوب از حق و حقوق خویش. (جلالی، ۱۳۸۰)

روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها

از آنجاکه پرسش‌نامه‌های مذکور بارها مورد استفاده پژوهشگران در مطالعات گوناگون قرار گرفته است، روایی آنها خود به خود تأیید می‌گردد. جهت محاسبه پایایی ابزار گردآوری داده‌ها هم از روش‌های متفاوتی از جمله اجرای دوباره (باز آزمایی) روش موازی (همتا) روش تنصیف (دو نیمه کردن پرسش‌نامه و محاسبه

همبستگی نمرات دو دسته) و روش «آلفای کرونباخ»[1] به کمک نرم افزار (SPSS) استفاده شده است. در این روش مقدار α هر چه به ۱۰۰ درصد نزدیک‌تر باشد بیانگر قابلیت اعتماد بیشتر پرسش‌نامه است. در این تحقیق، جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه‌ها از آزمون «آلفای کرونباخ» استفاده شده است.

برای سنجش پایایی پرسش‌نامه معبد، ضریب «آلفای کرونباخ» ۰/۹۴۵ برآورد شده است که نشان‌دهنده پایایی پرسش‌نامه است. همچنین ضریب «آلفای کرونباخ» برآورد شده برای پرسش‌نامه هوش هیجانی، ۰/۹۴۸ می‌باشد که نشان‌دهنده پایایی این پرسش‌نامه است.

جامعه و نمونه آماری پژوهش

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دختر مقطع کارشناسی ارشد یزد تشکیل می‌دهند. جهت تعیین تعداد نمونه آماری، با استفاده از دستور برآورد حجم نمونه ، شمار آماری ۱۲۰ نفر به دست آمد و بدین سان تعداد ۱۲۰ پرسش‌نامه بین دانشجویان دختر دانشگاه یزد توزیع گردید که از این تعداد، ۱۱۲ عدد جمع‌آوری شد. (نرخ بازگشتی: ۹۳ درصد) پس از گردآوری اطلاعات خام و استخراج آنها جهت تجزیه و تحلیل، برای تنظیم داده‌ها و تعیین شاخص‌های مرکزی، شاخص‌های پراکندگی و ترسیم نمودارهای مختلف از آمار توصیفی و برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی (ضریب همبستگی) استفاده گردید.

فرضیه‌های پژوهشی

1. Cronbach's Alpha

با توجه به هدف تحقیق، فرضیه‌های پژوهشی مطالعه حاضر به شرح زیر می‌باشند:

فرضیه یکم: بین اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام و سطح هوش هیجانی دانشجویان، رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: بین ابعاد هوش هیجانی و اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام، رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج و یافته‌های پژوهش

۱- توصیف آماری داده‌های مربوط به هوش هیجانی

امتیاز افراد تحت بررسی از میزان هوش هیجانی به صورت میانگین، انحراف استاندارد و آمارهای توصیفی، محاسبه و در جدول (۱) ارایه شده است.

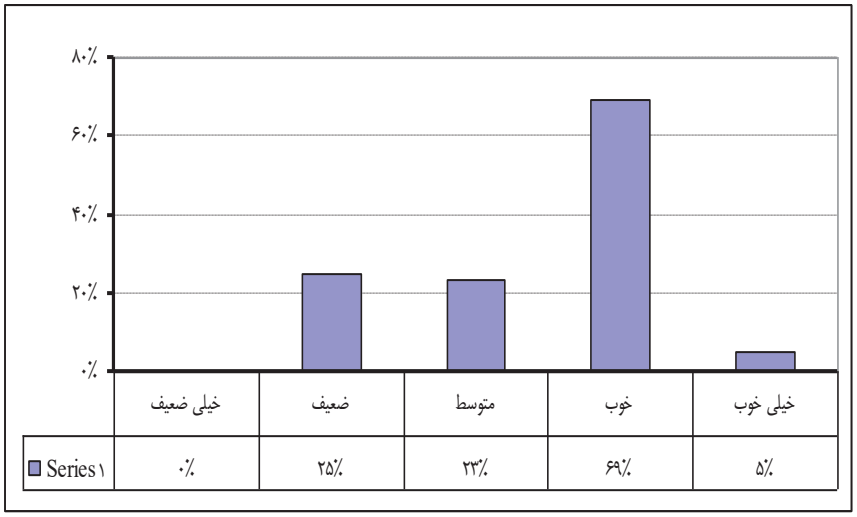
حداکثر نمره ممکن برای هوش هیجانی، ۵ است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که میانگین هوش هیجانی در ۱۲۰ نفر از افراد تحت بررسی، برابر با ۳/۷۶ با انحراف استاندارد ۰/۵۸۳ می‌باشد. حداقل امتیاز کسب شده ۲/۴۲ و حداکثر آن ۴/۵۲ بوده است. با مراجعه به جدول (۱) و نمودار (۱) درمی‌یابیم که میانگین امتیاز هوش هیجانی در جامعه تحت بررسی، خوب می‌باشد.

جدول (۱) : امتیاز هوش هیجانی در نمونه تحت بررسی

امتیاز	تفسیر	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
۱-۱/۸	خیلی ضعیف	۰	۰	۰
۱/۸-۲/۶	ضعیف	۳	۲/۵	۲/۵
۲/۶-۳/۴	متوسط	۲۸	۲۳/۳	۲۵/۸

امتیاز	تفسیر	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
۴/۲-۳/۴	خوب	۸۳	۶۹/۲	۹۵
۵-۴/۲	خیلی خوب	۶	۵	۱۰۰
میانگین	۳/۷۶			
انحراف استاندارد	۰/۵۸۳			
حداکثر نمره	۴/۵۲			
حداقل نمره	۲/۴۲			

نمودار(۱) : توزیع درصدی امتیاز هوش هیجانی در نمونه تحت بررسی



۲- توصیف آماری داده‌های مربوط به اعتقادات مذهب

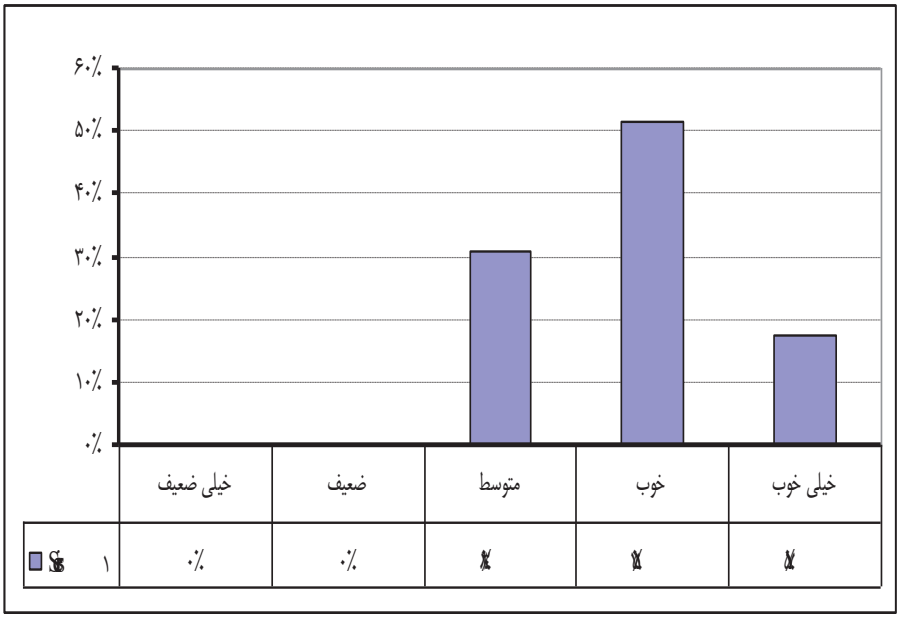
امتیازگذاری افراد تحت بررسی از میزان اعتقادات مذهبی به صورت میانگین، انحراف استاندارد و آمارهای توصیفی، محاسبه و در جدول (۲) ارایه شده است.

حداکثر نمره ممکن برای اعتقادات مذهبی ۵ است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین اعتقادات مذهبی در پاسخ‌دهندگان، برابر با ۳/۸۷ با انحراف استاندارد ۰/۶۹۵ می‌باشد. حداقل امتیاز کسب شده ۲/۶۵ و حداکثر امتیاز کسب شده ۴/۴ بوده است. با مراجعه به جدول (۲) و نمودار (۲) درمی‌یابیم که میانگین امتیاز اعتقادات مذهبی در جامعه تحت بررسی، خوب می‌باشد.

جدول (۲) : امتیاز اعتقادات مذهبی در نمونه تحت بررسی

امتیاز	تفسیر	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
۱-۱/۸	خیلی ضعیف	۰	۰	۰
۱/۸-۲/۶	ضعیف	۰	۰	۰
۲/۶-۳/۴	متوسط	۳۷	۳۰/۸	۳۰/۸
۳/۴-۴/۲	خوب	۶۲	۵۱/۷	۸۲/۵
۴/۲-۵	خیلی خوب	۲۱	۱۷/۵	۱۰۰
میانگین	۳/۸۷			
انحراف استاندارد	۰/۶۹۵			
حداکثر نمره	۴/۴			
حداقل نمره	۲/۶۵			

نمودار(۲): توزیع درصدی امتیاز اعتقادات مذهبی در نمونه تحت بررسی



آزمون فرضیه‌ها

در پژوهش حاضر برای آزمون فرضیه‌ها از ضریب همبستگی «پیرسون» جهت تعیین معناداری یا عدم معناداری استفاده شده است.

فرضیه یکم: بین اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام و سطح هوش هیجانی دانشجویان، رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج حاصل از بررسی فرضیه یکم - چنان‌که در جدول (۳) آورده شده است - نشان می‌دهد که بین اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام و سطح هوش هیجانی دانشجویان در سطح اطمینان ۹۹ درصد، رابطه معناداری وجود دارد، بدین معنا که بالا بودن وضعیت اعتقادات مذهبی در دانشجویان دختر دانشگاه یزد، موجب

افزایش سطح هوش هیجانی در آنها شده است.

جدول (۳): بررسی رابطه بین هوش هیجانی و اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام

شاخص / متغیرها	ضریب مبستگی	سطح معناداری
هوش هیجانی و آموزه‌های مذهبی اسلام	**۰/۴۴۰	۰/۰۰۵

** در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

عوامل مؤثر بر بهداشت روانی، از دیدگاه اسلام، ایمان به خدا، نماز، تفریح‌های سالم و شادمانی، سلامت خانواده و جامعه، تقوا و دوری از معصیت، شکر نعمت و قناعت هستند. (لشگری، ۱۳۸۱) بنابراین با افزایش اعتقادات مذهبی می‌توان تقویت، رشد و توسعه هوش هیجانی و به دنبال آن، بهبود بهداشت روانی جامعه را انتظار داشت. یافته‌های این پژوهش با مطالعات صورت یافته درباره بررسی رابطه سلامت روان و نگرش دینی (ملاشریفی، ۱۳۷۹؛ بهرامی مشعوف، ۱۳۷۳؛ طهماسبی‌پور و کمانگری، ۱۳۷۵) و با بررسی‌های میان نگرش مذهبی و سلامت روان و افسردگی در سالمندان (ابراهیمی و نصیری، ۱۳۷۶؛ پورحسینی، ۱۳۸۰؛ ابوالقاسمی و حجاران، ۱۳۷۵؛ آلپورت، ۱۹۶۶؛ حقیقت و همکاران، ۱۳۷۹؛ کورتنای و همکاران، ۱۹۹۲) و تحقیقات اسامان یافته در زمینه رابطه هوش هیجانی با سازگاری فردی و اجتماعی، سلامت روان و اخلاقیات (سهرابیان، ۱۳۷۹؛ خلیلی، ۱۳۷۹؛ رستمی، ۱۳۸۳؛Nonnemaker etc, 2001، altby and Day, 2004;

(Trinidad etc,2004 ؛ Stratton and Reid,2003;Moriarty etc 2003
هماهنگی دارد. کوئنیگ[1] و همکارانش در یک بررسی فراتحلیلی روی ۸۵۰ مطالعه درباره «ارتباط میان باورها و اعمال مذهبی با بهداشت روان و کارکرد اجتماعی» گزارش دادند که مذهب از طریق بالا بردن توانایی در مقابله با استرس، ایجاد فضای حمایت اجتماعی، ایجاد امید و خوش‌بینی در جهت کمک به ایجاد هیجان‌های مثبت، مثل زندگی بهتر، رضایت از زندگی و شادکامی، بر سلامت روان تأثیر می-گذارد. (Koenig etc, 1997)

گراناچر[2] هم معتقد است که اعمال مذهبی و اصول اخلاقی در استفاده و رشد هوش هیجانی نقش مهمی دارند و شواهد فراوانی نیز در این مورد وجود دارد. (Granacher, 2000) پاتریک فاگان نیز تأثیرات اعمال مذهبی بر ثبات روانی فرد را مهم می‌شمارد. (Smith, 1973) هالستید[3] رشد و پرورش هوش هیجانی را از طریق آموزش مسایل مذهبی، امکان‌پذیر می‌داند و معتقد است که هوش هیجانی برای حس سعادت و سلامت در جامعه بسیار لازم است. بنابراین با توجه به این تحقیقات، می‌توان گفت رشد و پرورش اعتقادات مذهبی در فرآیند شناسایی و کنترل هیجانات و رشد هوش هیجانی نقشی فوق‌العاده مهم دارد. (2000 (Qranacher,

فرضیه دوم: بین ابعاد هوش هیجانی و اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام، رابطه معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه - چنان‌که در جدول (۴)

---

1. Icoenig
2. Granacher
3. Halstid

آورده شده است - نشان می‌دهد که از بین ۱۵ بُعد هوش هیجانی، بین گزینه‌های حل مسأله، تحمل فشار روانی، خوش‌بینی، کنترل تکانش، مسؤولیت‌پذیری، همدلی و خودابرازی با اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام، رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج حاکی از آن است که بیشترین ضریب همبستگی، مربوط به بُعد حل مسأله و اعتقادات مذهبی می‌باشد.

جدول (۴): بررسی رابطه بین ابعاد هوش هیجانی و اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام

ابعاد هوش هیجانی	ضریب همبستگی	سطح معناداری
حل مسأله	**۰/۵۷۸	۰/۰۰۰
خوشبختی	۰/۰۷۲	/۶۶۳
استقلال	۰/۱۲۲	۰/۴۵۸
تحمل فشار روانی	*۰/۳۶۵	۰/۰۲۲
خودشکوفایی	۰/۱۹۴	۰/۲۳۷
خودآگاهی هیجانی	۰/۲۸۵	۰/۰۷۸
واقع‌گرایی	۰/۱۴۶	۰/۳۷۵
روابط بین فردی	۰/۲۶۱	۰/۱۰۸
خوش‌بینی	**۰/۴۵۲	۰/۰۰۴
عزت نفس	۰/۰۳۶	۰/۸۲۸
کنترل تکانه‌ها	*۰/۳۳۲	۰/۰۳۹
انعطاف‌پذیری	۰/۱۴۱	۰/۳۹۲
مسؤولیت‌پذیری	*۰/۴۰۳	۰/۰۱۱
همدلی	**۰/۵۵۵	۰/۰۰۰
خودابرازی	**۰/۴۲۱	۰/۰۰۸

* در سطح ۰/۰۵ معنادار است. ** در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

نتیجه

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که بر اساس ضریب همبستگی بین هوش هیجانی و اعتقادات مذهبی، تقریباً ۴۴ درصد از تغییرات هوش هیجانی را اعتقادات مذهبی تبیین می‌کنند. بر خلاف بهره‌هوشی که در طول زندگی تقریباً ثابت است، هوش هیجانی را می‌توان رشد و توسعه داد. (آقایار و شریفی، ۱۳۸۶) با توجه به نتایج پژوهش، که رابطه مثبت و معنادار بین اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام و هوش هیجانی را نشان می‌دهد، افزایش اعتقادات مذهبی موجب رشد و توسعه هوش هیجانی و به عبارتی افزایش توان کنترل احساسات خود و دیگران می‌گردد.

همچنین در این پژوهش مشخص شد که از بین ابعاد هوش هیجانی، بین گزینه‌های حل مسأله، تحمل فشار روانی، خوش‌بینی، کنترل تکانه‌ها، مسؤولیت‌پذیری، همدلی و خودابرازی با اعتقادات مذهبی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد، به طوری‌که افراد بهره‌مند از اعتقادات مذهبی بالا، در مواجهه با مسایل و مشکلات زندگی، تحمل فشار روانی بیشتری دارند. همچنین با افزایش میزان اعتقادات مذهبی در این افراد، روحیه مسؤولیت‌پذیری، همدلی و خوش‌بینی در آنها تقویت می‌شود.

هوش هیجانی، توانایی اداره مطلوب خلق و خوی، وضع روانی، کنترل تکانه‌ها[1] و عاملی است که به هنگام شکست ناشی از دست نیافتن به هدف، در شخص انگیزه و امید ایجاد می‌کند. این نوع هوش، حاکی از همدلی، یعنی آگاهی یافتن از احساسات افراد پیرامون ما نیز هست و افراد دارای هوش هیجانی بالا، هنر ارتباط با مردم و مهارت کنترل و اداره احساسات دیگران را هم دارا هستند. این مهارت‌ها،

[1] . Impulse

محبوبیت، قوه رهبری و نفوذ شخصی را تقویت می‌کنند و فرد را در هر گونه فعالیت اجتماعی و ارتباط صمیمانه با دیگران موفق می‌نماید. چنین افرادی با شناخت و بصیرت درونی که نسبت به تمایلات عاطفی خود و دیگران دارند، بهترین عملکرد را در موقعیت‌های مختلف زندگی بروز می‌دهند. نکته حایز اهمیت این است که هوش هیجانی را می‌توان به منظور اهداف عالی یا پست به کار گرفت و اینجاست که نقش مذهب و اخلاقیات، آشکار می‌شود، چرا که مذهب نقش مهمی را در آموزش و رشد اخلاقیات ایفا می‌کند. با توجه به اینکه استفاده از هوش هیجانی در هر محدوده‌ای نیازمند حد و مرزهای اخلاقی خاص خود می‌باشد، می‌توان گفت مذهب به طور غیر مستقیم، هوش هیجانی را ارتقا و حتی کنترل می‌کند. بنابراین توجه به مقوله آموزش و رشد اعتقادات مذهبی در هر گروه سنی اهمیت ویژه‌ای دارد. دانشگاه به عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز تربیت و تقویت اعتقادات مذهبی در جوانان، می‌تواند با سرمایه‌گذاری بیشتر در این زمینه، شرایط رشد اعتقادات مذهبی در دانشجویان و در نتیجه رشد و تقویت بهداشت روانی آنها را فراهم آورد.

منابع و مآخذ

۱. ابراهیمی، امرالله و نصیری، حمید، ۱۳۷۶، ***«بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکردهای دینی آنها»***، گزارش پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری در قلمرو اسلام، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

۲. ابوالقاسمی، عباس و حجاران، محمود، ۱۳۷۵، ***«بررسی نگرش سالمندان به پدیده مرگ و راهبردهای مقابله با استرس در آنان»***، ساری، سمینار سراسری روان‌پزشکی

سالمندان.

۳. بهرامی مشعوف، عباس، ۱۳۷۳، ***«بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان»***، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

٤. پورحسینی، مژگان، ۱۳۸۰، ***«مقایسه میزان اعتقاد به معاد در بین بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی»***، چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، ص ۳۵و۳٦، معاونت پژوهشی دانشگاه بین‌المللی علوم پزشکی ایران.

۵. جلالی، سید احمد، ۱۳۸۰، ***«هوش هیجانی»***، ویژه‌نامه ارزشیابی تحصیلی، فصلنامه تعلیم و تربیت، شماره ٦۹ و ۷۰.

٦. حقیقت، مریم، میرکیایی، اشرف و یعقوبی، طاهره، ۱۳۷۹، ***«بررسی مقایسه‌ای میزان تنهایی در سالمندان همراه با خانواده و سالمندان ساکن در سراهای سالمندان شهر تهران»***، مجموعه مقالات سالمندی ج ۳، ص ۱۱، تهران، گروه بانوان نیکوکار.

۷. خلیلی، ترابعلی، ۱۳۷۹، ***«بررسی رابطه نگرش مذهبی و سازش‌یافتگی اجتماعی دانش‌آموزان سال دوم متوسطه ناحیه ۲ شهرستان اراک»***، پایان‌نامه تحصیلی کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

۸. رستمی، نادیا، ۱۳۸۳، ***«بررسی رابطه وضعیت مذهبی با هوش هیجانی در دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۳ – ۸٤»***، فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، شماره ۱۰، سال سوم.

۹. سهرابیان، طاهره، ۱۳۷۹، ***«بررسی رابطه نگرش مذهبی و میزان سازگاری فردی و***

اجتماعی در دانش‌آموزان دبیرستانی استان لرستان»، پایان‌نامه تحصیلی کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا(س).

۱۰. طهماسبی‌پور، نجف و کمانگری، مرتضی، 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.

۱۱. گلزاری، محمود، ۱۳۷۹، ***«ساخت مقیاس سنجش ویژگی‌های افراد مذهبی و رابطه این خصوصیات با بهداشت روان»***، رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

۱۲. لشگری، محمد، ۱۳۸۱، ***«بهداشت روانی در اسلام»***، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی قزوین، شماره ۲٤.

۱۳. ملاشریفی، شیدا، ۱۳۷۹، ***«بررسی میزان اعتماد به نفس، سطح تحصیلی، رشد تحصیلی و محل سکونت در دو گروه دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهب درونی و برونی»***، پایان‌نامه کارشناس کودکان استثنایی دانشگاه علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی.

14. Alport, G.W, 1966 ,***Religious Context of Prejudice***.Journal for the scientific study of religion;26:447-457.

15. Courtenay, B.C, Poon, I.W and et all, 1992, ***Religiousity and adaptationin the oldest old.*** International Journal of aging and human Development; 9(1): 67-56.

16. Ellison, C. G, 1993, ***Religious involvement and self-***

perception among black Americans, Social Forces, 71, 1027–1055

17. Fountoulakis, Konstantinos N, Siamouli, Melina, Magiria Stamatia, Kaprinis George, 2008, ***late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the*** **elderly**, Interpreting the data. Medical Hypotheses.70, 493–496

18. Gartner, J, 1996, ***Religious commitment, mental health, and prosocial behavior***, A review of the empirical literature. In E. P. Shafranske (Ed.), Religion and the clinical practice of psychology. Washington, DC: American Psychological Association.

19. Gordon, E. W & Song, L. D, 1994, ***Variations in the experience of resilience***, In M. C. Wang, & E. W. Gordon (Eds.), Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

20. Granacher, JR, R. P, 2000***, Emotional intelligence and the impacts of morality***. Retrieved for world wide web. http://www.Info.com.

21. Hardin, R, 1997, ***The economics of religious belief***, Journal of Institutional and Theoretical Economics 153, 259–278

22. King, V, Elder Jr, G. H, & Whitbeck, L. B, 1997, ***Religious involvement among rural youth***, An ecological and lifecourse perspective, Journal of Research on

Adolescence, 7, 431–456
23. Koenig, H. G, Hays, J. C, George, L. K, Blazer, D. G, Larson, D. B, & Landerman, L. R, 1997, ***Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support and depressive symptoms***, American Journal of Geriatric Psychiatry, 5, 131–144
24. Levin, J. S, & Taylor, R. J, 1998***, Panel analyses of religious involvement and well-being in African-Americans,*** Contemporaneous vs longitudinal effects. Journal for the Scientific Study of Religion, 37, 695–709
25. Lewis, C. A, Shevlin, M, Lloyd, N. S. V, & Adamson, G, 1998, ***The Francis Scale of Attitude Towards Christianity*** (Short Scale), exploratory and confirmatory factor analysis among english students. Journal of Social Behavior and Personality, 13, 167–175
26. 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
27. Markstrom, C. A, 1999, ***Religious involvement and adolescent psychosocial development***, Journal of Adolescence, 22, 205–221
28. Maynard, R. A (Ed),1997, ***Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy***, Washington, DC: The Urban Institute Press.
29. Meier, A. M, 2003***, Adolescents' transition to first***

intercourse, religiosity, and attitudes about sex, Social Forces, 81, 1031–1052

30. Moriarty, N, Stough, C, Tidmarsh, P, Eger, D, & Dennison, S, 2001, ***Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending***, Journal of Adolescence, 24, 743-751.

31. Nonnemaker, J. M, McNeely, C. A, & Blum, R. W, 2003, ***Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors,*** Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Social Science & Medicine, 57, 2049-2054

32. Salovey, P, Mayer, J.D, 1990, ***Emotional Intelligence. Imagination,*** Cognition and Personality, No. 9: pp. 185–211.

33. Smith, H. C. 1973. Sensitivity training, New York, McGraw-Hill.

34. Spilka. B, Hood Jr, R. W, & Gorsuch, R. L, 1985, ***The psychology of religion: an empirical approach,*** Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

35. Stratton, C. W, & Reid, M. J, 2003, ***Treating conduct problems and strengthening social and emotional competence in young children,*** the dina dinosaur treatment program. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 3.130

36. Trinidad, D. R, Unger, J .B, Chou, C. P, & Johnson, C. A, 2004, ***The protective association of emotional***

intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents, Personality and Individual Differences, 36, 945-954

37. Wilde, Alex, & Joseph, Stephen, 1997***, Religiosity and personality in a Moslem context,*** Personality and Individual Differences, 23(5), 899– 900

38. Winfield, L. F, 1995, ***The knowledge base on resilience in African-American adolescents***, In L. J. Crockett, & A. C. Crouter (Eds.), Pathways through adolescence, Individual development in relation to social contexts. Mahway, NJ, Lawrence Erlbaum.

39. Yang, Ke-Ping, Mao, Xiu-Ying, 2007, ***A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey***, International Journal of Nursing Studies 44, 999–1010

40. Zuckerman, D. M, Kasl, S. V & Ostfeld, A. M, 1984, ***Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor***, American Journal of Epidemiology, 119, 410–423