

مقدمه

دین و مذهب یکی از اساسی‌ترین و مهم‌ترین نهادهای جامعه بشری است، به طوری که هیچ‌گاه، بشر خارج از این پدیده، زیست نکرده و دامن از آن بر نکشیده است. اگر به صحنه گیتی نظری بیفکنیم، بسیاری از اماکن را خواهیم یافت که در آنجا نه آبادی است، نه علم و نه دولت، اما هیچ جایی را نمی‌توان یافت که خدا نباشد. یاد خدا، اندیشیدن در مورد عظمت پروردگار، تفکر درباره فلسفه خلقت، تسبیح ذات حق و شکرگزاری در برابر همه نعمت‌ها موجب آرامش جان و روان است. به طوری که در آیه ۲۸ سوره رعد می‌فرماید: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ». قرآن مجید به حالت درونی انسان در هجوم فشارهای روزمره اشاره می‌کند و از حالت دعا و طلب در پیشگاه خدا پرده برمی‌دارد. به تعبیر جیمز، انسان احساس می‌کند که در وجود او یک عیب و نقص بزرگی است که موجب ناآرامی‌ها و مشکلات ماست و همچنین حس می‌کنیم که هرگاه با قدرتی مافوق خود ارتباط برقرار کنیم، می‌توانیم خود را از ناآرامی‌ها و ناراحتی‌ها نجات دهیم (نوابخش و پوریوسفی، ۱۳۸۵).

در مورد ضرورت این پژوهش، می‌توان گفت: با توجه به اینکه بیشتر گروه سنی جمعیت کشور ما را جوانان تشکیل می‌دهد، بررسی و شناسایی مشکلات آموزشی و روان‌شناختی جوانان از اهمیت فراوان برخوردار است. در این میان، لازم است به مسائل و مشکلات مهمی که به نحوی به پیشرفت تحصیلی آنان لطمه می‌زند، توجه لازم مبذول گردد. دانش‌آموزی که در عرصه‌های تحصیلی به فعالیت‌های متنوع آموزشی و مهارت‌آموزی مشغول است، بی‌شک با فشارهای روزافزون هویتی به چالش می‌افتد و چگونگی مواجهه وی با این تعارضات هویتی و از جمله هویت مذهبی، ممکن است فرایند فعالیت‌های تحصیلی او را تحت تأثیر قرار دهد. هریک از هویت‌ها (هویت شخصی، دینی، اجتماعی و مذهبی)، که بتواند انسان را از بحران‌های زندگی نجات دهد و او را از سرگردانی برهاند تا او در وجودش اختلال هویت احساس نکند، بهترین هویت است. از این رو، مهم‌ترین هویتی که مورد تأیید اندیشمندان است، هویت دینی است؛ زیرا که هویت دینی، انسان را به منبع و پشتوانه‌ای متصل می‌کند که دارای بالاترین ثبات است. علاوه بر این، به جاودانه بودن انسان اشاره دارد، جلوه‌ای زیبا به او می‌دهد و راه‌های رسیدن به کمال را برای او بیان می‌کند. مطالعه منابع اسلامی این نتیجه را به دست می‌دهد که التزام عملی به اعتقادات مذهبی، عامل بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی است (عابدی، ۱۳۸۸).

نتایج پژوهش‌های گوناگون نیز حاکی از وجود تأثیر مثبت دین بر سازگاری و بهداشت روانی افراد است. برای نمونه، پژوهش‌های گارتنر و همکاران ۱۹۹۱؛ ماتون و پارگامنت ۱۹۸۷؛ پالوما و پندلتون،

رابطه سبک‌های هویت مذهبی، ابعاد دینداری با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان

vahedi117@yahoo.com

شهرام واحدی / دانشیار روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تبریز

ریحانه احمدیان / دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تبریز

دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۰۸ - پذیرش: ۱۳۹۲/۰۳/۲۴

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، بررسی روابط ساختاری سبک‌های هویت مذهبی و ابعاد دینداری با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان است. ۶۶۷ دانشجو (۲۹۷ پسر و ۳۷۰ دختر) از چهار دانشکده علوم انسانی، فنی مهندسی، علوم پزشکی و کشاورزی دانشگاه تبریز در این پژوهش شرکت کردند. از آزمودنی‌ها خواسته شد که پرسش‌نامه‌های هویت مذهبی بل، ابعاد دینداری گلاک و استارک و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف را تکمیل کنند. داده‌های به‌دست‌آمده از طریق آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر، در تمام متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$). همچنین نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش قابل قبولی برخوردار است ($p > 0.05$). ابعاد دینداری و سبک‌های هویت مذهبی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین معنی‌داری برای بهزیستی روان‌شناختی جوانان محسوب می‌شود. ابعاد دینداری به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد.

کلیدواژه‌ها: هویت مذهبی، ابعاد دینداری، بهزیستی روان‌شناختی، دانشجویان.

تأثیر مثبت دین بر سلامت روانی، کاهش علایم بیماری، کاهش ناراحتی و آشفتگی را گزارش داده و از وجود یک رابطه مثبت بین دین و بهداشت روانی حمایت کردند (شجاعیان و زمانی‌مفرد، ۱۳۸۱).

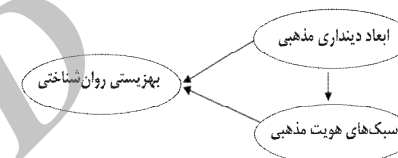
همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که میزان شرکت در مراسم مذهبی، با افسردگی رابطه منفی دارد، به‌گونه‌ای که میزان افسردگی در بین کسانی که در این‌گونه مراسم شرکت می‌کنند، تقریباً نصف میزان افرادی است که به آنجا نمی‌روند (واحدی و غنی‌زاده، ۱۳۸۸). کاپلان و همکاران نیز دریافتند که عبادت و انجام فرایض دینی، سپری ایمن در مقابل بسیاری از مسائل و مشکلات و بیماری‌هاست (صادقی، ۱۳۷۸). هاریسون (Harrison) (۲۰۰۱) نیز اثر مثبت مذهب بر سلامت روانی را تأیید کرده‌اند. نتایج پژوهش روحی‌عزیزی و روحی‌عزیزی (۱۳۸۰)، نشان داد که تقریباً ۱۰۰٪ نمازگزاران معتقد بودند که پس از انجام این فریضه الهی به حالت سکون و آرامش روحی می‌رسند؛ سختی‌ها و شداید زندگی را راحت‌تر تحمل کرده و نیروی مبارزه با مشکلات، امید و ایمان در آنها تقویت می‌گردد. با این حال، برخی از تحقیقات نتایج فوق را تأیید ننموده‌اند. برای مثال، زهروی و پهلوانی (۱۳۸۰)، در بررسی نقش مراسم عبادی روزه‌داری در سلامت روانی گزارش نمودند که بین روزه‌داری و سلامت روانی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (واحدی و غنی‌زاده، ۱۳۸۸). بی‌تردید مذهب، انسان را در مقابل هجوم اضطراب، تردید و ناامیدی نیرومند و آماده می‌سازد. ارزش هر فرد مذهبی، به میزان رشد آگاهی و بصیرت و دانایی وی بستگی دارد، و تا زمانی که شناخت اصولی از مذهب شکل نگرفته باشد، نمی‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در زندگی روبه‌رشد فرد داشته باشد (نوابخش و پوریوسفی، ۱۳۸۵). در این صورت، هویت مذهبی در او شکل می‌گیرد که در واقع اتکای فرد به یک نظام یا پایگاه اعتقادی است که بر جهت‌گیری فرد در زمینه‌های مختلف تأثیر می‌گذارد. به‌عبارت دیگر، هویت مذهبی فلسفه زندگی و حیات یک فرد را تشکیل می‌دهد. اهمیت این هویت از این جهت است که انسان از فطرت و سرشت خداجویی برخوردار است؛ یعنی گرایش به دین و مذهب در تمامی انسان‌ها وجود دارد. اگر این گرایش در مسیر خود با موانعی مواجه نشود، انسان در جهت شناخت صحیح دین حرکت خواهد کرد و هویت مذهبی باثباتی را برای خود شکل خواهد داد. ولی اگر این شکل از هویت، به درستی و با شناخت کافی شکل نگیرد، فرد را به انحراف و انحطاط و بحران می‌کشاند و بر روند فعالیت‌های روزمره زندگی مثل سلامت روانی و تحصیل تأثیر می‌گذارد (برگین و همکاران در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی یعنی افرادی که معتقدند مذهب در ذات آنها ریشه دارد و به‌صورت یک هویت درآمد، در مقایسه با

افرادی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند، یعنی مذهب را وسیله دستیابی به چیزهای دیگر می‌دانند، سلامت روانی مثبت‌تری دارند (برگین (Bergin)، ۱۹۹۱).

علاوه بر این، برخی تحقیقات نشان دادند که میزان آثار و علائم شاخص مشکل روانی در میان کسانی که تدین بیرونی است، بیش از سایر افراد است. اما کسانی که تدین درونی دارند، کمتر از سایر افراد مشکلات روانی داشتند. پس افراد متدین، به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند، از بیماری‌های روانی مصون‌تر هستند (واحدی و غنی‌زاده، ۱۳۸۸). برخی تحقیقات به بررسی رابطه بین هویت مذهبی و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی پرداختند، برای نمونه، لوستون دریافت که هویت مذهبی و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی رابطه متقابل بالقوه و پویا دارند. الیسون (Ellison) (۱۹۹۱) نیز به این نتیجه رسید که فعالیت‌های مذهبی و التزام عملی داشتن به اعتقادات مذهبی، مانند دعا کردن و قرائت کتاب مقدس با احساس آرامش بیشتری در افراد همراه است. تحقیق نونی و وودرام (Nooney & Woodrum) (۲۰۰۲) نیز نشان داد که الزام رفتن به کلیسا و انجام مراسم دعا، از عوامل مؤثر بر سلامت روانی هستند و با آن رابطه مثبت دارند. اما تحقیقات متضادی نیز در مورد نقش مذهب با سلامت روانی به دست آمده است. باتر و همکاران، در بررسی خود به این نتیجه دست یافتند که معنویت شخصی با نشانگان پایین افسردگی رابطه مستقیم دارد، اما تعداد دفعات دعا با میزان نشانگان افسردگی رابطه معناداری ندارد (رجایی و همکاران، ۱۳۸۸).

همچنین نتایج پژوهش الیسون و همکاران (۲۰۰۱)، نشان دادند که رفتن به کلیسا با احساس بهزیستی رابطه مثبت و با درماندگی رابطه منفی دارد و تعداد انجام مراسم دعا با بهزیستی رابطه ضعیف معکوس و با مضطرب بودن رابطه مثبت اندکی دارد (رجایی و همکاران، ۱۳۸۸). ولی بسیاری از یافته‌ها حکایت از این دارد که اعمال و شعائر مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت معنی‌دار دارد (لوین و چترز، ۱۹۹۸). ریف (Ryff) (۱۹۸۹) بهزیستی روان‌شناختی را شامل استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی و پذیرش خود می‌داند. به‌عبارت دیگر، تجربه استقلال، توانایی رویارویی در برابر فشارهای اجتماعی، عمل براساس راه‌حل‌های فردی و ارزیابی خود از طریق معیارهای شخصی و توانایی فرد در انتخاب یا ایجاد محیط‌هایی متناسب با شرایط روانی خود از ویژگی‌های مهم سلامت روانی است. از این‌رو، ارائه خدماتی که بهزیستی دانشجویان را تأمین می‌کند، خودش ارزشمند است؛ زیرا دانشجویان دانشگاه بخش حیاتی نیروی کار هر کشور است. از این‌رو، ارتقای شرایطی که بهزیستی آنها را بهبود بخشد، پیامدهای مثبتی برای اجتماع در پی خواهد

داشت. هدف این تحقیق ارزیابی یک مدل مفهومی ترکیبی است. در این مدل، هویت مذهبی و فعالیت مذهبی به‌عنوان متغیر پیش‌بین در ارتباط با بهزیستی روان‌شناختی (متغیر وابسته درون‌زاد) در نظر گرفته شده است. با توجه به پژوهش‌های یادشده، اکنون این سؤال مطرح است که آیا هویت مذهبی و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی دانشجویان، در بهزیستی روان‌شناختی آنان تأثیری مثبتی دارد؟



شکل ۱: مدل نظری رابطه بین سبک‌های هویت مذهبی و ابعاد دینداری با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان

براین اساس، سؤالات و فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

۱. دانشجویانی که ابعاد دینداری بیشتری دارند، سطوح بالاتری از هویت مذهبی موفق را گزارش خواهند کرد.
۲. افرادی که ابعاد دینداری بیشتری را گزارش می‌کنند، سطوح بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی برخوردارند.
۳. آیا ابعاد دینداری مستقیم و غیرمستقیم (سبک‌های هویت مذهبی)، بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر دارد؟
۴. بین دانشجویان دختر و پسر از نظر بهزیستی روان‌شناختی، ابعاد دینداری و هویت مذهبی تفاوت وجود دارد.

روش تحقیق

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف موردنظر از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی است. در مطالعات همبستگی، علاوه بر تجزیه و تحلیل توصیفی، رابطه بین متغیرها کشف و تبیین می‌شود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۰ تشکیل می‌داد ($N=15000$). پس از هماهنگی با معاونت پژوهشی دانشگاه تبریز، با استفاده از فرمول کوکران، تعداد ۶۶۷ نفر به روش خوشه‌ای تصادفی از میان دانشجویان دانشگاه تبریز و دانشکده‌های علوم انسانی، پایه، فنی و مهندسی و دامپزشکی به‌عنوان خوشه‌ها انتخاب شد. پرسش‌نامه‌های هویت مذهبی، ابعاد دینداری و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی توسط دانشجویان داوطلب تکمیل گردید. سپس، برای گردآوری نهایی به کلاس‌ها مراجعه گردید. در این پژوهش، بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر

وابسته درون‌زاد، هویت مذهبی به‌صورت متغیر مستقل درون‌زاد و فعالیت مذهبی متغیر برون‌زاد در نظر گرفته شده است.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس هویت مذهبی بل:** این مقیاس ۲۸ سؤالی دارای طیف لیکرت ۶ درجه است. این مقیاس، مؤلفه‌های توجه و دلسوزی، ایمان، برخورد دوستانه، بخشنده بودن، کمک کردن، سخت‌کوشی، صداقت و مهربانی را می‌سنجد. روایی محتوایی این مقیاس از طریق مقایسه بین چهار وضعیت هویت مذهبی (دیررس؛ جست‌وجوی صادقانه برای یافتن راه‌های مختلف و هدف وجود دارد و صرفاً گذشت زمان و اتلاف وقت مطرح نیست و فرد به بررسی و آزمون خود در تجارب مختلف می‌پردازد)، زودرس؛ (مشخصه آن پرهیز کردن فرد از اکتشاف یا جست‌وجوگری فعال و انتخاب خودمختارانه است. فرد به‌وسیله دیگران و نه به‌وسیله خود هدایت می‌شود)، موفق (افراد، دوره‌ای از جست‌وجوگری و اکتشاف فعال را پشت سر گذاشته و تعهدات روشنی ایجاد کرده‌اند) و مغشوش؛ (اصطلاح پراکندگی هویت مترادف با مفهوم سردرگمی در هویت‌یابی اریکسون است)) در بین ۶۰۰ آزمودنی به دست آمد. پایایی آن در این پژوهش، ۰/۸۰ برآورد گردید.

۲. **پرسش‌نامه ابعاد دینداری:** سراج‌زاده (۲۰۰۹) این پرسش‌نامه را براساس مدل گلاک و استارک تهیه و با اسلام، به‌ویژه اسلام شیعی تطبیق داده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۸ سؤال است و ۵ بعد دینداری را می‌سنجد که به ترتیب عبارتند از: ۱. بعد اعتقادی یا باورهای دینی، ۲. بعد عواطف دینی، ۳. بعد پیامدی یا آثار دینی، ۴. بعد مناسکی یا اعمال دینی، ۵. بعد شناختی. کلیه عبارات پرسش‌نامه، سؤالات نگرشی بوده و در طول یک طیف ۶ قسمتی از نوع طیف لیکرت ارزش‌گذاری شده‌اند. فقط عبارات معرف بعد عملی دین، سؤالات مربوط به رفتار واقعی‌اند. وجود رابطه‌ای قوی تا متوسط بین ارزیابی افراد از میزان دینداری خود و نمره آنان در مقیاسی که بر طبق مدل گلاک و استارک ساخته شده بود را می‌توان نشان روایی مقیاس دینداری دانست. در تحقیق شریفی، اعتبار این آزمون از طریق همبسته کردن نمرات این آزمون با آزمون نگرش‌سنج مذهبی خدایاری فرد محاسبه شد. ضریب اعتبار محاسبه‌شده برابر بوده است با ۰/۴۵ که در سطح $P > 0.01$ معنی‌دار است. ضرایب آلفای استاندارد چهار مقیاس مربوط به چهار بُعد دینداری بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ نوسان داشتند، به استثنای بُعد عواطف دینی، که ضریب آلفای آن ۰/۵۶ بود. سراج‌زاده، به‌منظور بررسی مقدماتی پایایی پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی، بر روی نمونه‌ای از

دانش‌آموزان استفاده کرد. ضریب آلفای استاندارد شده $0/63$ و ضریب همبستگی نمرات نوبت اول و دوم $0/80$ بوده است. در اجرای نهایی پرسش‌نامه، آلفای ابعاد مختلف دینداری بین $0/72$ تا $0/83$ به دست آمد. همچنین آلفای سنجه کلی دینداری، که براساس نمره پاسخ‌گویان در چهار بعد فرعی دینداری محاسبه شد، $0/83$ بود. ضریب اعتبار ابعاد این آزمون، از طریق محاسبه آلفای کرانباخ، در پژوهش شریفی به ترتیب زیر است: بُعد اعتقادی ($\alpha=0/62$)، بُعد عاطفی ($\alpha=0/56$)، بُعد پیامدی ($\alpha=0/66$)، بُعد مناسکی ($\alpha=0/79$) و اعتبار کل ($\alpha=0/78$) (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۷).

۳. **مقیاس بهزیستی روان‌شناختی:** این مقیاس توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی شده است که نسخه اصلی آن شامل ۶ بعد و هریک از ابعاد آن دارای ۲۰ گویه می‌باشد. ابعاد بهزیستی روان‌شناختی ریف شامل مقیاس‌های استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، روابط مثبت، هدف در زندگی و پذیرش خود می‌باشد. پاسخ به هر پرسش، با ۶ گزینه از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق مشخص می‌شود. شکری و همکاران در سال ۱۳۸۷، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های سه سؤالی را $0/21$ تا $0/35$ گزارش کردند. **وندیرنداک** (Van Dierendonck) (۲۰۰۵) نیز مقدار آلفا را به ترتیب $0/68$ ، $0/52$ ، $0/66$ ، $0/58$ ، $0/17$ و $0/53$ برآورد کرد. در پژوهش واحدی و غنی‌زاده، مقدار پایایی به روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب $0/70$ و $0/71$ محاسبه گردید (واحدی و غنی‌زاده، ۱۳۸۸).

تحلیل‌های آماری

پس از جمع‌آوری داده‌ها و ورود آنها به رایانه، از نرم‌افزارهای PASW18 و Amos 18 استفاده شد. از آنجاکه مدل‌یابی معادله ساختاری (SEM) به توزیع متغیرهای غیرنرمال می‌تواند حساس باشد، تحلیل‌های تک‌متغیره و چندمتغیره برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، خطاهای ورودی و داده‌های پرت اجرا گردید. نتایج ارزیابی تحلیل تک‌متغیره نشان داد که کجی مؤلفه‌های هویت مذهبی به ترتیب از $0/4$ تا $1/43$ و کشیدگی از $0/8$ تا $3/28$ متغیر بود. همچنین کجی و کشیدگی برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی، به ترتیب $0/6$ و $0/9$ بود. علاوه بر این، کجی و کشیدگی متغیرهای ابعاد دینداری نیز بین $0/8$ تا $9/37$ در نوسان بود. کجی و کشیدگی هیچ‌یک از متغیرها، بیشتر از نقطه برش ۱ نبودند (کلاین (Kline)، ۱۹۹۸)، که نشانگر نداشتن مشکلاتی در مورد غیرنرمال بودن تک‌متغیره می‌باشد. در نهایت، نرمال بودن چندمتغیره با استفاده از مقدار کشیدگی چندمتغیره نرمال شده مardia بررسی شد. براساس نظر بنتلن و وو (Bentler & Wu، ۱۹۹۵)، مقدار مardia در این مطالعه، بزرگتر از ۳ نبود. علاوه بر این، از روش جایگزینی میانگین برای داده‌های گمشده استفاده گردید.

SEM در دو مرحله اجرا شد: در مرحله اول، ابتدا تحلیل‌های عاملی تأییدی مورد استفاده قرار گرفت تا میزانی که هریک از پنج متغیر نهفته که به وسیله شاخص‌هایش در مدل‌های اندازه‌گیری پیشنهادی ما بازنمایی می‌شود، ارزیابی شود. در مرحله دوم، وقتی مدل اندازه‌گیری پذیرفته شد، تحلیل مسیر برای آزمون مدل ساختاری به کار گرفته شد انجام شد.

در SEM از روش بیشترین احتمال برای برآورد الگو و از برخی شاخص‌های دیگر برای بررسی برازندگی الگو استفاده شد. رایج‌ترین شاخص‌های آماری برازش مدل برازش مطلق (آماره χ^2)، شاخص‌های تصحیح ایجازی (ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب یا RMSEA)، شاخص برازش تطبیقی (CFI) ارزیابی شده‌اند: اگر مجذور کای از لحاظ آماری معنی‌دار نباشد، بر برازندگی مناسب الگو دلالت می‌کند. اما این شاخص در نمونه‌های بزرگتر معمولاً معنی‌دار است. از این‌رو، شاخص مناسبی برای برازندگی الگو تلقی نمی‌گردد. بنابراین، برای کاهش حساسیت شاخص مجذور کای به حجم نمونه، ما از مقدار χ^2/df بهره بردیم که مقادیر کمتر از ۵ دال برازش مطلوب می‌باشد (ویتون و همکاران، ۱۹۹۷). مقدار نزدیک به یک برای شاخص‌های TLI، CFI، IFI و مقدار کوچک‌تر یا مساوی $0/05$ برای شاخص‌های RMSEA بر برازندگی مناسب و مطلوب دلالت دارند (هارینگتون (Harrington)، ۲۰۰۹).

با استفاده از شاخص‌های اصلاح، تغییراتی در مدل ایجاد کردیم. بهره‌مندی از چنین شاخص‌ها برای تجدید مدل بایستی با احتیاط انجام شود (لوهلین (Loehlin)، ۱۹۹۲)، فقط تغییراتی که در مدل ایجاد شد، دارای مفهوم است. شاخص‌های اصلاح نشان داد که با همبسته کردن برخی از باقیمانده‌های بسته سؤالات درون مقیاس‌های مدل، حداکثر دو مورد برای هر متغیر، شاخص‌های برازش مدل به‌طور قابل توجهی بهبود خواهند یافت. از آنجاکه باقیمانده‌ها تأثیراتی را بازنمایی می‌کند که در مدل قرار نگرفته است، پذیرفتنی است که گویه‌های درون یک عامل به شیوه مشابه تحت تأثیر قرار گیرند (بروس و استونس (Bruce & Stevens)، ۲۰۰۱).

یافته‌های تحقیق

۳۹۰ نفر از شرکت‌کنندگان (۵۸/۵ درصد) دختر و ۲۷۳ نفر (۴۰/۹ درصد) دانشجویان پسر بودند. با توجه به جدول ۱، میانگین کلی نمرات دانشجویان دختر، در متغیر هویت مذهبی بالاتر از میانگین کلی نمرات دانشجویان پسر در همان متغیر بود. میانگین نمرات هویت مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد دینداری دانشجویان دختر بالاتر از میانگین نمرات هویت مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان پسر می‌باشد.

مطلوبی داشت. همه بارهای عاملی شاخص‌ها روی متغیرهای نهفته معنی‌دار بودند ($p < .001$)؛ بدین معناست که همه سازه‌های نهفته به خوبی به وسیله شاخص‌هایشان بیان می‌شوند.

جدول ۵: شاخص‌های برازش مدل‌های اندازه‌گیری متغیرهای مکنون

شاخص‌ها						متغیر نهفته
TLI	NFI	IFI	CFI	RMSEA	CMIN/DF	
.۹۰۵	.۹۶۰	.۹۶۴	.۹۶۴	.۱۱۱	۸/۲۶	ابعاد دینداری
.۶۱۵	.۹۵۹	.۹۶۳	.۹۶۲	.۱۳۸	۱۲/۱۴	سبک هویت مذهبی
.۹۳۸	.۹۶۳	.۹۸۶	.۹۸۵	.۰۳۱	۱/۵۵۷	بهزیستی روان‌شناختی

مدل ساختاری

پس از تأیید مدل‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش و انجام برخی اصلاحات لازم در آنها، برای بررسی حمایت از مدل فرضی ارائه‌شده در شکل ۱، از تحلیل مسیر استفاده شد که شامل مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مربوط به بهزیستی روان‌شناختی حاصل از هریک از متغیرهای ابعاد دینداری و هویت مذهبی می‌باشد. روشی که برای آزمون تناسب مدل پیشنهادی مورد استفاده قرار گرفت، برآورد بیشینه احتمال بود. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر مستقیم و غیرمستقیم ابعاد دینداری و سبک‌های هویت مذهبی بر بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان معنی‌دار است ($P < .05$).

جدول ۶: اثر مستقیم، غیرمستقیم و اثر کل استاندارد متغیرهای نهفته در مدل

اثرها	اثرات مستقیم	اثرات غیرمستقیم	اثرات کل
از ابعاد دینداری بر:			
هویت پراکنده	-.۴۱**	-	-.۴۱**
هویت تعلیقی	-.۴۴**	-	-.۴۴**
کسب هویت	.۴۴**	-	.۴۴**
هویت زودرس	.۴۵**	-	.۴۵**
بهزیستی روان‌شناختی	.۱۹**	-.۰۵*	.۱۴**
از هویت مذهبی بر بهزیستی روان‌شناختی:			
هویت پراکنده	-.۲۵**	-	-.۲۵**
هویت تعلیقی	-.۱۴**	-	-.۱۴**
کسب هویت	.۱۶**	-	.۱۶**
هویت زودرس	.۱۰**	-	.۱۰**

* $P < .05$ ** $P < .01$

شاخص‌های نیکویی برازش برای این مدل، در سطح مطلوبی است. این مدل با داده‌های تجربی و پژوهش برازش خوبی دارد؛ به طوری که مقدار شاخص برازش هنجاری NFI برابر با (۰/۹۳) برازش نسبتاً خوب مدل را نشان می‌دهد. مقدار شاخص برازش تطبیقی (CFI=۰/۹۴)، شاخص برازش افزایشی (IFI=.۹۴)، شاخص تاکر-لویس (TLI=.۸۹) و شاخص RMSEA برابر با (۰/۰۸) نزدیک به ۱ است

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی هویت مذهبی، ابعاد دینداری و بهزیستی روان‌شناختی بر حسب جنسیت

متغیرها	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار
هویت مذهبی	دختر	۳۸۴	۹۹/۲۲	۹/۱۲
	پسر	۲۷۰	۱/۰۰	۱۱/۱۵
	کل	۶۵۸	۹۹/۷۴	۱۰/۱۷
ابعاد دینداری	دختر	۳۸۵	۱/۳۰	۲۲/۸۷
	پسر	۲۷۰	۱/۱۵	۲۸/۶۶
	کل	۶۵۶	۱۵/۲۳	۲۶/۸۶
بهزیستی روان‌شناختی	دختر	۳۸۵	۱/۴۴	۱۶
	پسر	۲۷۰	۱/۴۳	۱۸/۰۸
	کل	۶۵۹	۱/۴۴	۱۷/۸۰

نتایج جدول ۲، نشان داد که ضریب همبستگی بین ابعاد دینداری (اعتقادی، تجربی، مناسک فردی و جمعی، پیامدی و شناختی) و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت وجود دارد ($p < .001$)؛ به این معنی که با افزایش این ابعاد، بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش یافت.

جدول ۲: رابطه همبستگی ابعاد دینداری با بهزیستی روان‌شناختی (N=۵۰۲)

متغیر وابسته	اعتقادی	تجربی	مناسک فردی	مناسک جمعی	پیامدی	شناختی
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۹	۰/۱۶	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۲۰
سطح معنی‌داری	۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ در مورد رابطه بین ابعاد هویت مذهبی (هویت پراکنده، تعلیقی، زودرس و موفق)، با بهزیستی روان‌شناختی نشان داد که بین همه ابعاد هویت مذهبی زودرس و موفق رابطه مثبت، ولی با هویت پراکنده، تعلیقی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($p < .01$)؛ به این معنی که با افزایش نمرات هویت موفق، حتی زودرس در دانشجویان، بهزیستی روان‌شناختی آنان نیز افزایش می‌یابد. بعکس، بهزیستی روان‌شناختی در بین دانشجویان دارای هویت پراکنده و تعلیقی پایین بود.

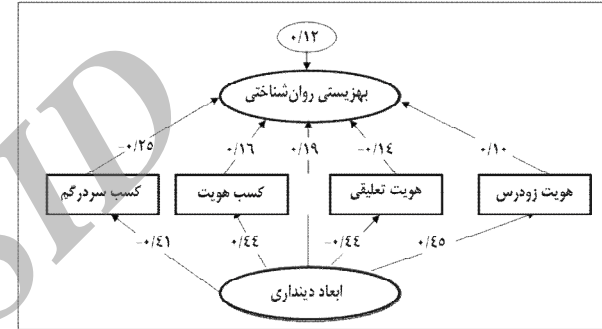
جدول ۳: رابطه همبستگی سطوح هویت مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی (N=۴۹۵)

متغیر وابسته	متغیرهای مستقل	هویت پراکنده	هویت زودرس	هویت تعلیقی	هویت موفق
بهزیستی روان‌شناختی	ضریب همبستگی	-۰/۱۶۷	۰/۱۶۹	-۰/۱۶۷	۰/۲۱۰
سطح معنی‌داری	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

مدل اندازه‌گیری

مدل اندازه‌گیری بیانگر بارهای عاملی متغیرهای مشاهده‌شده برای متغیر نهفته است. شاخص‌های نیکویی برازش را در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج جدول ۵، حاکی از این است که شاخص‌های نیکویی برازش، مدل‌های اندازه‌گیری ما با داده‌ها برازش

و از برازش خوب مدل حکایت دارد. ضرایب به‌دست‌آمده برای کلیه مسیرها و مقدار خطای متغیرها در نمودار (۱) ارائه شده است. تمامی بارهای عاملی نهفته معنی‌دار بودند ($P < ۰/۰۰۱$). ۱۲ درصد واریانس را بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان را تبیین می‌کرد.



شکل ۲: نمودار نهایی تحلیلی مسیر همراه با ضرایب استاندارد مسیرها و مقدار خطای متغیرها

برای تعیین تفاوت بین دانشجویان دختر و پسر از لحاظ متغیرهای وابسته، از روش واریانس چندمتغیره بهره گرفته شد. برای تعیین معنی‌داری اثر گروه‌ها بر متغیرهای هویت مذهبی، ابعاد دینداری و بهزیستی روان‌شناختی از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد. مقدار آن ($P < ۰/۰۱$)، $Df1=6$ و $Df2=1306$ نشان می‌دهد که بین متغیرهای هویت مذهبی، ابعاد دینداری، و بهزیستی روان‌شناختی از نظر جنسیت، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در بررسی برابری واریانس‌های متغیرهای وابسته در بین گروه‌های جنسی، نتایج آزمون لون معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۱$).

نتایج جدول ۲، حاکی از آن است که دو گروه مورد مقایسه یعنی دانشجویان دختر و پسر، از لحاظ ابعاد دینداری و هویت مذهبی و بهزیستی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند ($P < ۰/۰۰۵$). از این‌رو، می‌توان نتیجه گرفت که میزان تمام متغیرها در دانشجویان دختر بالاتر از دانشجویان پسر است.

جدول ۲: تحلیل واریانس تک متغیره برای مقایسه اثرات گروه‌های مورد مقایسه بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
هویت مذهبی	۳۱۷۹۸۸/۴۷۰	۱	۳۱۷۹۸۸/۴۷۰	۳/۰۹	۰/۰۰۱
ابعاد دینداری	۴۲۵۴۲۸/۵۴۰	۱	۴۲۵۴۲۸/۵۴۰	۶۴۲/۹۶	۰/۰۰۱
بهزیستی	۶۲۰۴۴۳/۸۱۵	۱	۶۲۰۴۴۳/۸۱۵	۱/۹۹	۰/۰۰۱

روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارند. اما به لحاظ ابعاد دینداری، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. به‌طوری‌که میزان شرکت دانشجویان دختر در فعالیت‌های مذهبی بیشتر از دانشجویان پسر است. نتایج این تحقیق در زمینه هویت مذهبی با یافته‌های زنوزیان و همکاران (۱۳۷۵)، احدی و همکاران (۱۳۸۷)، صفایی‌نژاد و فتحیان (۱۳۸۲)، همسو و با نتایج یافته‌های شیرشاهی (۱۳۷۸) و خدایاری‌فرد (۱۳۷۷) ناهمسو می‌باشد. دلیل ناهمسو بودن نتایج به‌دست‌آمده با سایر تحقیقات، به نمونه مورد بررسی آنها یعنی دانش‌آموزان مربوط می‌شود. افزون بر این، نتیجه دیگر این تحقیق مبنی بر اینکه ابعاد دینداری در دانشجویان دختر بیشتر از پسران بود، با نتایج پژوهش‌های علوی (۱۳۷۹) و گنجی (۱۳۸۳) همسو و با یافته طالبان (۱۳۷۷) ناهمسو بود. با توجه به متفاوت بودن نمونه حاضر، با نمونه‌های پژوهش‌های انجام‌یافته و همچنین همگن بودن گروه نمونه در مطالعه حاضر و طی کردن فرایند شکل‌گیری هویت و برخورداری از ساختارهای اجتماعی تقریباً یکسان، روشن است که بین دو گروه از لحاظ متغیرهای هویت مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت‌های چشمگیری مشاهده شود.

افزون بر این، نتیجه این پژوهش، نشان داد که بین ابعاد دینداری دانشجویان و هویت مذهبی موفق آنها رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش عظیمی‌یزدی (۱۳۸۱) و آقایانی چاوشی و همکاران (۱۳۸۷)، مبنی بر اینکه رفتن به محیط‌های مذهبی، با هویت آنان رابطه مثبت دارد، همسو است. بنابراین، انتظار می‌رود که در جوانان مذهبی الگوی هویت موفق را ظاهر شود؛ زیرا دین و پذیرش آن، نقش مهمی در شکل‌گیری سبک هویتی جوانان به عهده دارد. مذهب موجب احساس معنابخش بودن زندگی و به نوعی پاسخ به سؤالات جوانان در مورد هدف و معنای زندگی می‌شود که این به نوبه خود، بر هویت جوان تأثیر می‌گذارد. پس با افزایش معنابخشی زندگی و نگرش مذهبی، هویت یافتگی و سلامت روان نیز افزایش می‌یابد. این امر بیانگر میزان معناجویی و اعتقادات مذهبی در حفظ و بهداشت روانی افراد جامعه است.

از دیگر نتایج پژوهش، این است که تمام ابعاد دینداری با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنی‌داری دارد. در تأیید این فرضیه، یافته‌های زیادی به‌دست آمد: از جمله عباسی و جان‌بزرگی (۱۳۸۹)، میرز و اینگلهارت (۱۹۹۰)، هادیانفرد (۱۳۸۴)، سرگلزایی و همکاران (۱۳۸۰)، جلیلونند (۱۳۸۰)، شجاعیان و زمانی منفرد (۱۳۸۱)، صادقی و مظاهری (۱۳۸۴)، کرمی (۱۳۸۵)، پناهی (۱۳۸۲)

و زهرا کار (۱۳۸۳). نتایج همه‌این پژوهش‌ها، حاکی از این است که حضور در مکان‌های مذهبی و شرکت در فعالیت‌های مذهبی، حتی اگر فرد، اعتقادات محکم و ثابتی نداشته باشد و مذهب برایش درونی نشده باشد، باز هم تأثیر زیادی در بهزیستی روان‌شناختی او دارد.

همچنین نتایج به‌دست‌آمده حکایت از این دارد که همه‌ابعاد هویت مذهبی، با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان رابطه معنی‌داری دارند. نتایج تحلیل مسیر نیز مشخص کرد که از بین متغیرهای پیش‌بین، متغیر هویت پراکنده (۰-۳۸)، هویت موفق (۰/۲۴) و ابعاد دینداری (۰/۲۱) اثر معنی‌داری بر بهزیستی روان‌شناختی دارند؛ یعنی با افزایش هویت موفق و ابعاد دینداری، بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد. ولی درجه تأثیرگذاری هریک از آنها بر بهزیستی روان‌شناختی متفاوت است. هویت موفق بیشترین تأثیر را بر افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دارد. پس از هویت موفق، هویت زودرس در درجه دوم اهمیت قرار دارد. در این میان، ابعاد دینداری نیز در درجه بعدی اهمیت قرار دارد. این یافته با نتایج کوئینگ و فوترمن (Koenig & Futterman) (۱۹۹۵)، پارگامنت و ماهونی (۲۰۰۲)، واتسون و کلارک (Watson, D, & Clark) (۱۹۹۲)، زنوزیان و همکاران (۱۳۸۷)، طهماسبی‌پور و کمانگیری (۱۳۷۵)، جان‌بزرگی (۱۳۸۷)، سرگلزایی و همکاران (۱۳۸۰)، جلیلود (۱۳۸۰)، شجاعیان و زمانی منفرد (۱۳۸۱)، مک‌نالتی (McNulty) (۲۰۰۴)، کرمی (۱۳۸۵)، پناهی (۱۳۸۲) و زهراکار (۱۳۸۳)، همسویی دارد. درواقع، بیشتر پژوهش‌های انجام‌یافته در این مورد، این فرضیه را تأیید می‌کنند. تحقیقات متضاد در این رابطه، بیشتر به این مورد اشاره دارد که مذهب در صورتی کمترین تأثیر را بر بهزیستی روان‌شناختی دارد که فرد دارای جهت‌گیری بیرونی بوده و از دین به‌عنوان دستاویزی برای رسیدن به اهداف خود استفاده کند. ولی اگر فرد دارای جهت‌گیری دینی درونی باشد؛ یعنی مذهب در درون او شکل گرفته باشد، در این صورت، تأثیر آن بر سلامت روانی جوان دو چندان خواهد بود.

از محدودیت‌های اصلی این پژوهش، می‌توان به مشکلاتی که در بحث روان‌شناسی مذهب، به‌ویژه در ایران وجود دارد، موضوع با اهمیت آزمون‌سازی و فراهم‌سازی ابزارهای مناسب پژوهشی است. علی‌رغم آنکه در جامعه ایران، خوشبختانه اقبال چشم‌گیری در مطالعه روان‌شناسی مذهب وجود دارد، اما با جرئت می‌توان گفت که آزمون استانداردشده‌ای در این زمینه وجود ندارد.

منابع

- احمدی، حسن و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه بین هویت دینی و ملی دانشجویان با هویت دینی و ملی والدینشان»، *روزنامه آفرینش*، ش ۳۲۰۷.
- آقایانی چاوشی، طالبیان، داود، طرخورانی، حمید، صدقی جلال، هما و آزرمی، هاله و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۷)، «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *مجله علوم رفتاری*، ش ۲، ص ۱۴۹-۱۵۶.
- پناهی، علی‌احمد، ۱۳۸۲، *بررسی رابطه میزان تقید به نماز و سطح اضطراب دانش‌آموزان سال دوم دبیرستان شهرستان قم، مقطع سنی ۱۶ سال در سال تحصیلی ۸۲-۸۱*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۸۶، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *پژوهش در پزشکی*، ش ۴، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- جلیلود، محمدامین، ۱۳۸۰، «بررسی رابطه سلامت روان و پایبندی به معتقدات دینی»، در: *اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.
- خدایاری‌فرد، محمد و همکاران، ۱۳۷۷، «آماده‌سازی مقیاس نگرش مذهبی دانشجویان»، *روان‌شناسی*، ش ۱۵، ص ۲۶۸-۲۸۵.
- ریانی، رسول و فتحیان صفائی‌نژاد، ۱۳۸۴، «فاصله نسلی با تأکید بر وضعیت دینداری و ارزش‌های اجتماعی مطالعه موردی شهر دهشت»، *مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان*، ش ۲، ص ۲۱-۴۰.
- رجایی، علی و همکاران، ۱۳۸۸، «باورهای ذهنی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان»، *روان‌شناسی تحولی*، ش ۶، ص ۹۷-۱۰۷.
- روحی عزیزی، مهتاب و مریم روحی عزیزی، ۱۳۸۰، «تأثیر نماز به‌عنوان یکی از ارکان دین مبین اسلام بر سلامت جسمی- روانی نسل جوان»، در: *اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روانی*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.
- زنوزیان، سعیده و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان»، *روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ش ۳، ص ۵۹-۸۳.
- زهراکار، کیانوش، ۱۳۸۳، «بررسی رابطه دینداری و سلامت روانی»، *اندیشه شاهد*، ش ۱، ص ۲۷۹-۲۹۰.
- زهروی، طاهره و هاجر پهلوانی، ۱۳۸۰، «مطالعه نقش روزه‌داری در سلامت روانی گروهی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان»، در: *اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی*، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- سراج‌زاده، سیدحسین و محمدرضا پویافر، ۱۳۸۶، «مقایسه تجربی سنج‌های دینداری: دلالت‌های روش‌شناسانه کاربرد

سه سنجه در یک جمعیت»، *جامعه‌شناسی ایران*، ش ۸، ص ۳۷-۷۰.

سرگلزایی، محمدرضا و همکاران، ۱۳۸۰، «آیا فعالیت‌های مذهبی می‌تواند از افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد در دانشجویان پیشگیری نماید؟» در: اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.

شجاعیان، رضا و افشین زمانی منفرد، ۱۳۸۱، «ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات‌سازی»، *اندیشه و رفتار*، ش ۲، ص ۳۳-۳۹.

شیرشاهی، ذبیح‌الله، ۱۳۷۸، *بررسی نظارت شاگردان متوسطه درباره ارزش‌ها و اعتقادات مذهبی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

صادقی، منصوره‌السادات و محمدعلی مظاهری، ۱۳۸۶، «مقایسه سبک‌های دلبستگی در مادران با سابقه سقط جنین عمدی و خودبخودی و مادران بدون سابقه سقط»، *پژشکی باروری و ناباروری*، دوره ۸، ش ۱، ص ۶۰-۷۰. صادقی، محمود، ۱۳۷۸، *جایگاه دین در سلامت روانی*، تهران، طریق کمال.

طالبان، محمدرضا، ۱۳۷۷، *سنجش دینداری و گرایش جوانان دانش‌آموز نسبت به نماز*، تهران، اداره آموزش و پرورش منطقه ۵.

طهماسبی‌پور، نجف و مرتضی کمانگری، ۱۳۷۶، *بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستان‌های شهدای هفتم تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص) در نیمه اول ۱۳۷۵*، پایان‌نامه دوره دکترا پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

عابدی، ستاره، ۱۳۸۸، *بررسی رابطه سبک‌های هویتی و التزام عملی به اعتقادات مذهبی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.

عباسی، مهدی و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۹، «رابطه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با پایداری هیجانی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۳، ص ۱۸۵.

عظیمی‌یزدی، عصمت، ۱۳۸۱، *بررسی وضعیت و عوامل مرتبط با نگرش مذهبی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر کرمان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مدیریت آموزشی، کرمان، دانشگاه شهید باهنر.

علوی، سیدحمیدرضا، ۱۳۷۹، *بررسی رفتار و عملکرد دینی نوجوانان سال‌های اول، دوم و سوم دبیرستان‌های کرمان*، کرمان، اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی.

کریمی، جهانگیر و همکاران، ۱۳۸۵، «بررسی روابط چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی»، *علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران*، ش ۳، ص ۳۱-۵۲.

گنجی، محمد، ۱۳۸۳، *تبیین وضعیت دینداری دانشجویان دانشگاه اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اصفهان،

دانشگاه اصفهان.

نوابخش، مهرداد و حمید پوریوسفی، ۱۳۸۵، «نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان»، *پژوهش دینی*، ش ۱۴، ص ۷۱-۹۴.

هادیان‌فرد، حبیب، ۱۳۸۴، «احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانانی، *اندیشه و رفتار*، ش ۴۱، ص ۲۲۴-۲۳۲.

واحدی، شهرام و سمیه غنی‌زاده، ۱۳۸۸، «الگوی روابط بین انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان»، *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ش ۲، ص ۲۷-۴۲.

Bell, D. M, & et al, 2009, *Religious Identity: Conceptualization and Measurement of the Religious Self*, Dissertation, Available from URL: <http://pid.emory.edu/ark:/25593/19z1p>.

Bentler, P. M, & Wu, E. J. C, 1995, *EQS/Windows user's guide*, Multivariate Software, Encino, CA.

Bergin, A, 1991, Values and religious issues in psychotherapy and mental health, *American Psychologist*, v. 46, p. 394-403.

Bruce, J, & Stevens, J. J, 2001, Exploratory and confirmatory and factor analysis of the school level environment questionnaire (SLEQ), *Learning Environments Research*, v. 4, p. 325-344.

Ellison, C. G, 1991, Religious involvement and subjective well-being, *Journal of Health and Social Behavior*, v. 32, p. 80-99.

Ellison, C. G, & et al, 2001, Religious involvement, stress, and mental health, *Social Forces*, v. 80, p. 215-249.

Harrington, D, 2009, *Confirmatory factor*, Oxford University Press, Inc.

Harrison, M. O, 2001, Religious freedom and the challenge of modern pluralism, *International Review of Psychiatry*, v. 13, p. 86-94.

Kline, R. B, 1998, *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, Guilford Publications, New York.

Koenig, H.G, & Futterman, A, 1995, *Religion and health outcomes, a paper, presented at Conference on Methodological Approaches to the Study of Religion*, National Institute on aging.

levin, J. S, & et al, 1995, Religious effects on health status and life satisfaction among black American, *Journal of Gerontology (social Sciences)*, v. 50, p. 154-163.

Loehlin, J. C, 1992, *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis* (2nd ed), Hillsdale, NJ: Erlbaum.

McNulty, K, & et al, 2004, Perceived uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis, *Rehabilitation Psychology*, v. 49, p. 91-99.

Myers, D.G, 1992, *The Pursuit of Happiness*, New York, NY: William Morrow.

Nooney, J, & Woodrum, E, 2002, Spiritual and religious factors in substance use, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 41, p. 359-368.

- Pargament, K. L, & et al, 2002, *Handbook of positive psychology*, Oxford: Oxford University Press.
- Ryff, C. D, 1989, Happiness is everything, or it is explorations on the meaning of psychological wellbeing, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 57, p. 1069-1081.
- Van Dierendonck, D, 2005, The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being its extension with spiritual well-being, *Personality and Individual Differences*, v. 36, p. 629-643.
- Watson, D, & Clark, L. A, 1992, On trait and temperaments, *Journal of Personality*, v. 60, p. 441-476.
- Wheaton, B, & et al, 1977, Assessing Reliability and Stability in Panel Models, *Sociological Methodology*, v. 8 (1), p. 84-136.

Archive of SID