

بررسی الگوی رابطه سلامت روان و دینداری در دانشجویان شاهد و غیرشاهد

نویسنده: رقیه موسوی^{۱*}

۱. استادیار دانشگاه شاهد

* Email: mousavi@shahed.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط دینداری و سلامت روان دانشجویان شاهد و غیرشاهد و مقایسه وضعیت دینداری و سلامت روان در دو گروه انجام شد. نمونه مورد بررسی شامل ۱۰۰ نفر دانشجوی شاهد و ۱۰۰ نفر دانشجوی غیرشاهد بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی از بین دانشجویان دانشگاه تهران انتخاب گردید. در این پژوهش از مقیاس نگرش مذهبی خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۵) و پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها شاخص‌های آماری همبستگی پیرسون، آزمون Z فیشر و تحلیل واریانس چند متغیری به کار رفت. یافته‌ها نشان داد که بین سلامت عمومی و دینداری در هر دو گروه شاهد و غیرشاهد ارتباط معنادار وجود دارد؛ در بین دو گروه شاهد و غیرشاهد از نظر میزان دینداری تفاوت معناداری وجود دارد؛ ولی از نظر نمرات سلامت عمومی در بین دو گروه هیچ تفاوتی یافت نشد. بنابراین می‌توان بیان کرد تقویت باورها و رفتارهای دینداری در دانشجویان منجر به ارتقای سلامت در آنها شود.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، دینداری، دانشجوی شاهد

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

داشور
رفتار

• دریافت مقاله: ۸۸/۹/۱۸

• پذیرش مقاله: ۹۱/۴/۱۸

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.7
Autumn & Winter
2012- 2013*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم- دوره جدید

شماره ۷

پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقدمه

بررسی نمودند. مطالعه آنها نشان داد که دینداری با بهزیستی روانشناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی‌ها ارتباط مثبت معنی‌داری دارد. آنها نهایتاً از دین به عنوان بزرگترین منبع سلامت روان به ویژه در افرادی که دارای منابع شخصی و حمایت‌های اجتماعی اندکی هستند یاد می‌کنند.

در کشور ما بررسی موضوع دینداری و اثرات آن حداقل به این دلیل حایز اهمیت است که علیرغم برخی تلاش‌های موثر [۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲]، این زمینه علمی - آنچنان که شایسته آن است - مورد مطالعه قرار نگرفته است. لذا نیاز به انجام پژوهش‌های دقیق‌تر و بیشتر، در این زمینه به چشم می‌خورد. از سوی دیگر بخشی از جمعیت مورد مطالعه پژوهش حاضر شامل دانشجویان متعلق به خانواده‌های شهدا و ایثارگران است که پرداختن به مسایل مرتبط با این گروه از دانشجویان و سعی در برداشتن گامی در راستای شناخت بیشتر و حل مسایل آنان برای بسیاری از سازمان‌ها و ارگان‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

مطالعات بالینی نقش فقدان پدر را در ایجاد مشکلات سازشی کودکان نشان داده‌اند. توماس^۶ [۲۳]، تعداد ۴۸۰ کودک و نوجوان ۷ تا ۱۸ ساله فاقد پدر را با گروهی از کودکان هم‌سن و سال آنها که دارای پدر بودند، مقایسه کرد. او دریافت که کودکان فاقد پدر، برای پدران انجام فعالیت‌ها و وظایف مردانه کمتری قایل بودند و اغلب این فعالیت‌ها را منتسب به مادر می‌دانستند، در حالی که پسران گروه دارای پدر، از پدر خود به عنوان فردی که نقش معلم، مربی و حمایت‌کننده‌ای داشت یاد می‌کردند. هم‌چنین مشاهده شد که کودکان دارای پدر سازگاری شخصی و اجتماعی بالاتری را نسبت به کودکان فاقد پدر داشتند. سیمونز^۷ [۲۳] نیز براساس فرضیه تأثیر عدم حصول نقش جنسیتی به عنوان یک عامل مهم در رفتارهای اجتماعی پسران، دریافت که بین فقدان پدر در کودکی و رفتارهای ضداجتماعی کودکان در دوره

یکی از موضوعات مهم مطرح شده در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر، معنویت^۱ است. دین و تجارب معنوی یکی از عوامل موثر بر حالات پیوند روان فیزیولوژیک است [۱]. اهمیت نقش و جایگاه دین در زندگی بشر به قدری است که تمام مولفه‌های حیات روانی و جسمی وی را تحت الشعاع خود در آورده است. محققان سلامت روانی و جسمی، یافته‌های رو به رشدی پیدا کرده‌اند که حاکی از این است که زندگی معنوی انسان با بهزیستی جسمی و روانی وی رابطه دارد [۲]. افرادی که از دینداری بالایی برخوردارند سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند. میزان پایین تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند. اضطراب کمتری دارند، از مصرف مواد روان‌گردان و الکل پرهیز می‌کنند، از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. آنها به دلیل اتخاذ شیوه‌های سالم در زندگی امید به زندگی بالاتری نیز نسبت به افراد عادی دارند [۳ و ۴].

محققان اثرات مداخلات دینی در خیلی از پیامدهای روانی و جسمانی در سنین بالاتر را شناسایی کرده‌اند. بسیاری از آنها هم از نظر آماری معنا دارند و هم اثرات سودمندی در رابطه با سلامت جسمانی و روانی [۵ و ۶] و ابعاد بهداشت روانی و بیماری روانی مانند رضایت از زندگی^۲ [۷ و ۸]، نشانگان افسردگی [۹ و ۱۰ و ۱۱]، اضطراب مزمن [۳]، دلتنگی^۳ [۱۲]، شادمانی^۴ [۱۳]، و مهارت‌های مقابله‌ای دارند. [۴ و ۵]

همچنین در تحقیقات گسترده‌ای، رابطه دین و بهزیستی روانشناختی [۱۴]، افزایش تاب‌آوری در موقعیت‌های بحرانی از قبیل خشکسالی، بحران اقتصادی و تبعیض نژادی [۱۵ و ۱۶] را نشان داده‌اند. وایلانته^۵ و همکاران [۱۷] در یک مطالعه طولی ارتباط بین دینداری و سلامت روان را در ۲۲۴ دانشجوی مرد دانشگاه هاروارد

1. spirituality
2. life satisfaction
3. loneliness
4. happiness
5. Vaillant

6. Tomas

7. Simons

نوجوانی و جوانی رابطه معناداری وجود دارد.

گرین و پارکر^۱ [۲۴] در پژوهشی که روی ۶۶ پسر و ۶۰ دختر نوجوان فاقد یکی از والدین انجام دادند، پی بردند که این پسران و دختران نوجوان نسبت به دختران و پسران دارای هر دو والد پرخاشگری بالاتری را داشتند. ایشان نتیجه گرفتند که افزایش رفتارهای ضد اجتماعی در نوجوانان و جوانان به مرگ یکی از والدین بستگی دارد. همچنین مطالعات زیادی نشان داده‌اند که بین سازگاری اجتماعی افراد و عوامل محیطی، اجتماعی، تربیتی نظیر جامعه‌پذیری مذهبی، باورها و اعمال مذهبی و مقابله‌های مذهبی رابطه وجود دارد. چنان که مشاهده شده است ایمان و اعتقادات دینی، خوشحالی و سلامت روانی و سازگاری افراد را از طریق ممانعت از انجام اعمال بزهکارانه و ضداجتماعی و افزایش روحیه همدلی و مهارت‌های فرا اجتماعی و دریافت حمایت معنوی و اجتماعی، افزایش می‌دهد. در قسمت بعد به طور مختصر به این مطالعات اشاره خواهیم کرد:

ریچاردز^۲ [۲۵] دریافت بین دینداری درونی و سلامت روان شناختی این دانشجویان رابطه‌ای مستقیم وجود دارد. به این معنا که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی، دارای افسردگی، اضطراب، شرمندگی و احساس گناه پایین و بهزیستی و سلامت روانی بالا هستند. دونا هو و بنسون^۳ [۲۶] نیز دریافتند دینداری به مستقیم با رفتارها و ارزش‌های فرااجتماعی نوجوانان و جوانان رابطه دارد و این امر به طور بالقوه‌ای از درگیر شدن نوجوانان در رفتارهای منفی و سازش نایافته‌ای چون بزهکاری، مصرف مواد و الکل و برقراری روابط نامشروع جنسی پیشگیری می‌کند و از این طریق سازگاری اجتماعی آنان را تسهیل می‌کند.

هود^۴ و همکاران [۲۷] با مرور گسترده‌ای بر ادبیات پژوهش در زمینه مقابله‌های مذهبی و سازگاری شخصی و اجتماعی دریافتند که مذهب منبع مهمی برای مقابله و

سازگاری افراد است. اصفهانی اصل [۲۸] سازگاری فردی و اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر و پسر شاهد و غیرشاهد مشغول به تحصیل در سال سوم متوسطه شهر اهواز را مقایسه کرد. او دریافت که دانش‌آموزان شاهد سازگاری فردی، اجتماعی و پیشرفت تحصیلی پایین‌تری را نسبت به دانش‌آموزان غیر شاهد داشتند. گودرزی [۲۹] نیز نشان داد بین دینداری و پای‌بندی اخلاقی - اجتماعی دانش‌آموزان دختر و پسر شاهد رابطه مستقیم وجود دارد؛ بین دینداری و پرخاشگری دانش‌آموزان دختر و پسر شاهد رابطه معکوس وجود دارد؛ بین دینداری فرزندان شاهد با راستگویی، تواضع و عفو و گذشت آنان رابطه معکوس وجود دارد. در ضمن وی نتیجه گرفت که اگرچه بین میزان دینداری فرزندان دختر و پسر شاهد و شاخص‌های سازگاری اجتماعی نظیر رفتارها و ارزش‌های فرااجتماعی و عدم پرخاشگری رابطه وجود دارد، اما این رابطه در دانش‌آموزان دختر قوی‌تر از دانش‌آموزان پسر است؛ پیشرفت تحصیلی دانشجویان غیرشاهد بهتر از دانشجویان شاهد بود، به طوری که فقط ۶ درصد از دانشجویان شاهد معدل ۱۷ و بالاتر داشتند و در حدود ۶۰ درصد آنها حداقل یک بار تجربه یک ترم مشروط شدن را داشتند و ۴۳ درصد آنها برای فارغ‌التحصیل شدن نیاز به زمان بیشتری نسبت به دانشجویان غیر شاهد داشتند. بر این اساس و به دلیل مشاهده وجود تفاوت‌هایی در بین گروه‌های شاهد و غیرشاهد، پژوهش حاضر در صدد بررسی الگوی رابطه دینداری و سلامت روان در دانشجویان شاهد و غیرشاهد و مقایسه آن بین این دو گروه است.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه تهران است. به دلیل ماهیت پژوهش حاضر که از نوع همبستگی است؛ حجم گروه نمونه مطالعه حاضر ۱۰۰ نفر (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) از گروه شاهد و نیز ۱۰۰ (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) هم به عنوان گروه نمونه غیرشاهد اختیار شد. نمونه دانشجویان شاهد

1. Green & Parker

2. Richards

3. Donahue & Benson

4. Hood

دینداری را در ۴ بعد شناخت دینی، باور دینی، علایق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی تقسیم‌بندی نموده است و بر همین اساس شامل ۴ خرده مقیاس شناخت دینی، باور دینی، علایق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی است [۳۳]. روانی مقیاس بر مبنای ساختار نظری دینداری و با مراجعه به آیات، احادیث و کتب شهید مطهری و شهید صدر و نیز تایید دوازده نفر از متخصصان صاحب‌نظر در حوزه‌های روان‌شناسی، روان-سنجی و دین که سابقه انجام طرح پژوهشی در این زمینه را داشتند مورد تایید قرار گرفت. برای اندازه‌گیری اعتبار پرسشنامه از روش بازآزمایی با فاصله ۶ هفته بین دو بار اجرا و نیز آلفای کرونباخ استفاده گردید که نتایج آن نشان داد بین مولفه‌های دینداری و نیز نمره کل دینداری در اجرای اول با همه مولفه‌ها و نمره کل آن در اجرای شش هفته بعد، ضریب همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین ضرایب آلفای بدست آمده برای شناخت دینی ۰/۸۳؛ گرایش و عواطف دینی، ۰/۷۶؛ باور دینی، ۰/۹۰؛ التزام به وظایف دینی، ۰/۹۲ و دینداری کل ۰/۹۵ بوده است که نشان‌دهنده ضریب همسانی درونی بالای این مقیاس بوده است [۳۴]. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ این مولفه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ بدست آمد.

روش اجرا

در ابتدا با هماهنگی دفتر مرکزی شاهد و ایشارگر دانشگاه تهران، معرفی نامه لازم جهت مراجعه به دانشکده‌های این دانشگاه اخذ گردید. در مرحله دوم با مراجعه به دانشکده‌های مربوط و هماهنگی با مسئولین این دفاتر، از ایشان خواسته شد که دانشجویان شاهد را جهت تکمیل ابزارهای پژوهش به آزمون‌گران معرفی نماید. لازم به ذکر است که پس از توضیح اهمیت انتخاب تصادفی در پژوهش، از مسئولین دفاتر شاهد و ایشارگر خواسته شد که تا حد ممکن بدون هیچ انتخاب و گزینش، اقدام به معرفی دانشجویان نمایند.

در فرایند تکمیل پرسشنامه‌ها، پس از برقراری ارتباط با دانشجویان و شرح اهداف پژوهش و با تاکید بر این که

با روش نمونه‌گیری تصادفی از بین دانشجویان شاهد دانشگاه تهران انتخاب گردید. دانشجویان غیر شاهد نیز با مراجعه به دانشکده‌های دانشگاه تهران و با توجه به داده‌های مربوط به جنسیت، سن و رشته تحصیلی هر یک از دانشجویان شاهد، یک فرد همتا با آن شناسائی و مورد آزمون قرار گرفت.

ابزارها

الف) پرسشنامه سلامت عمومی

پرسشنامه خودگزارشی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد [۳۰]. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه داری چهار خرده‌مقیاس شامل علایم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. نمره بالا در هر یک از این خرده مقیاس‌ها نشانگر وجود مشکلات بیشتر است. تقوی [۳۱] اعتبار^۱ پرسشنامه سلامت عمومی را از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. روایی^۲ سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی، افسردگی و شاخص کلی مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۷۵، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بوده است. ضریب پایایی به روش دو نیمه کردن نیز برای زیرمقیاس‌ها و کل پرسشنامه سلامت عمومی بین ۰/۷۴ و ۰/۹۵ به دست آمد [۳۲].

ب) مقیاس نگرش مذهبی

این ابزار یک مقیاس ۱۱۳ سوالی و دارای دو فرم موازی الف و ب است. در پژوهش حاضر از فرم الف آن استفاده گردید. مبانی نظری این مقیاس، مولفه‌های

1. reliability

2. validity

۱۳/۸۰، ۹/۴۰، ۶/۹۰، ۱/۳۰، ۱/۳۰، و ۰/۶۰ درصد از این افراد نیز گروه تحصیلی خود را ذکر نموده‌اند. مقطع تحصیلی که این گروه از افراد در آن مشغول به تحصیل بودند: ۱/۹۰ درصد در مقطع کاردانی، ۶۴/۴۰ درصد در مقطع کارشناسی، ۲۳/۱۰ درصد در مقطع کارشناسی ارشد و ۹/۴۰ درصد در مقطع دکتری. ۱/۳۰ درصد نیز از ذکر مقطع تحصیلی خودداری نموده‌اند. یافته‌های توصیفی حاصل از پرسشنامه‌های دینداری و سلامت عمومی به ترتیب در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

یافته‌های ارائه شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری، میانگین گروه نمونه شاهد بالاتر از گروه نمونه غیرشاهد است و همچنین گروه شاهد پراکندگی کمتری نسبت به گروه غیرشاهد دارد. این یافته بدین معنا است که دانشجویان گروه شاهد در مقایسه با گروه غیرشاهد از شباهت بیشتری در میزان مولفه‌های دینداری برخوردار هستند. همچنین این جدول نشان می‌دهد که میانگین کلیه زیرمقیاس‌های سلامت عمومی دو گروه نمونه شاهد و غیرشاهد برابر است. انحراف استاندارد و پراکندگی نمرات این دو گروه نیز نشان می‌دهد که این دو گروه از حیث این امر نیز تقریباً "شبهه به هم هستند".

ابزارهای پژوهش بدون هیچگونه نام و نشانی تکمیل خواهد شد و از نتایج آنها هیچگونه استفاده فردی و غیرپژوهشی به عمل نخواهد آمد، پرسشنامه‌ها در اختیار ایشان قرار گرفت. علاوه بر این به منظور حذف امکان سوگیری در ارائه پاسخ‌ها، سعی شد تا حد ممکن تکمیل پرسشنامه‌ها در یک اتاق جداگانه انجام پذیرد و از دانشجویان خواسته شد که پس از تکمیل پرسشنامه‌ها آن را در میان تعدادی از پرسشنامه‌های تکمیل شده قبلی جای دهند. در مرحله بعدی و پس از تکمیل گروه نمونه شاهد، با مراجعه به دفتر آموزش هر یک از دانشکده‌های مربوط و ایجاد هماهنگی، اقدام به تکمیل گروه نمونه غیرشاهد صورت گرفت. کلیه پرسشنامه‌های گروه غیرشاهد در کتابخانه‌های دانشکده‌ها اجرا گردید.

نتایج

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد گروه نمونه ۲۲/۹۱ با انحراف استاندارد ۵/۸۹ است؛ ۸۴/۴۰ درصد مجرد، ۱۵ درصد متاهل بودند و ۰/۶۰ نیز جوابی به این سؤال نداده‌اند؛ در حدود ۹۰/۶۰ درصد از این افراد متولد شهر، ۷ درصد متولد روستا بوده و ۲/۴۰ درصد از آنها نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند؛ درصد افرادی از این گروه که به ترتیب در گروه‌های تحصیلی علوم انسانی، علوم پایه، فنی و مهندسی، پزشکی، هنر و کشاورزی مشغول به تحصیل بودند عبارتند از ۶۳/۸۰،

جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری و سلامت عمومی در گروه‌های شاهد و غیر شاهد

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
شناخت دینی	غیر شاهد	۴۵/۶۵	۶/۵۵	جسمانی	غیر شاهد	۱۴/۵۵	۳/۰۶
	شاهد	۴۷/۵۰	۵/۰۲	سازی	شاهد	۱۴/۴۸	۲/۹۴
علاقه و عواطف دینی	غیر شاهد	۶۸/۲۴	۸/۶۶	اضطراب	غیر شاهد	۱۳/۱۳	۳/۹۰
	شاهد	۷۱/۶۶	۷/۴۵		شاهد	۱۳/۴۶	۴
باور دینی	غیر شاهد	۸۱/۶۶	۹/۵۵	ناکارآمدی اجتماعی	غیر شاهد	۱۸/۴۹	۳/۰۵
	شاهد	۸۵/۸۱	۷/۴۵		شاهد	۱۸/۵۳	۴/۰۵
التزام به وظایف دینی	غیر شاهد	۱۹۱/۴۴	۳۸/۱۸	افسردگی	غیر شاهد	۱۰/۹۰	۴/۲۳
	شاهد	۲۰۹/۵۲	۳۰/۸۷		شاهد	۱۰/۴۵	۳/۴۲

جدول ۲. ماتریس معناداری ضرایب همبستگی مولفه‌های دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان شاهد و غیرشاهد

متغیر	گروه	شناخت دینی	علايق و عواطف دینی	باور دینی	التزام به وظایف دینی
جسمانی‌سازی	شاهد	-۰/۱۰	-۰/۱۰	-۰/۱۰	۰/۱۰
	غیرشاهد	-۰/۰۵	-۰/۱۰	-۰/۰۱	۰/۰۵
	آماره Z	۰/۳۵	۰	۰/۶۴	۰/۳۵
اضطراب	شاهد	-۰/۰۶	-۰/۱۳	*-۰/۱۴	*-۰/۲۲
	غیرشاهد	-۰/۰۳	-۰/۰۸	*-۰/۱۴	-۰/۱۰
	آماره Z	۰/۲۱	۰/۳۸	۰	۰/۷۸
ناکارآمدی اجتماعی	شاهد	-۰/۰۱	-۰/۰۹	-۰/۰۱	*-۰/۱۴
	غیرشاهد	۰/۰۳	-۰/۰۸	-۰/۰۲	-۰/۱۳
	آماره Z	۰/۲۸	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷
افسردگی	شاهد	*-۰/۲۴	*-۰/۲۶	*-۰/۱۷	*-۰/۲۹
	غیرشاهد	-۰/۰۶	*-۰/۲۵	*-۰/۲۵	*-۰/۳۳
	آماره Z	۱/۲۹	۰/۰۷	۰/۵۷	۰/۲۹
سلامت روان (کل)	شاهد	*-۰/۱۶	*-۰/۱۵	*-۰/۱۶	*-۰/۱۹
	غیرشاهد	-۰/۰۵	-۰/۱۰	*-۰/۲۰	*-۰/۲۰
	آماره Z	۰/۷۸	۰/۲۸	۰/۲۸	۰/۰۷

* $p < 0/05$

جدول ۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مولفه‌های پرسشنامه دینداری گروه‌های شاهد و غیرشاهد

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
شناخت دینی	۱۳۳/۳۹	۱	۱۳۳/۳۹	۳/۸۹	۰/۰۵
علايق و عواطف دینی	۴۵۶/۳۱	۱	۴۵۶/۳۱	۶/۹۶	۰/۰۰۹
باور دینی	۶۷۱/۲۰	۱	۶۷۱/۲۰	۹/۰۹	۰/۰۰۳
التزام به وظایف دینی	۱۲۷۳۴/۹۷	۱	۱۲۷۳۴/۹۷	۱۰/۵۱	۰/۰۰۱

از ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۲ نشان می‌دهد در بین دو گروه شاهد و غیرشاهد، کلیه مولفه‌های دینداری با کلیه مولفه‌های

از آنجایی که هدف اصلی پژوهش حاضر کشف تفاوت‌های احتمالی بین روابط موجود میان مولفه‌های دینداری و سلامت عمومی در گروه‌های شاهد و غیرشاهد است؛ لذا روابط مذکور در این دو گروه، با استفاده

اینکه نیمرخ دینداری دو گروه شاهد و غیر شاهد متفاوت است، بلکه میانگین تمام زیرمقیاس‌ها نیز مبین وجود تفاوت در دو گروه مذکور است. این یافته بدین معناست که دو گروه شاهد و غیر شاهد در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه تفاوت معناداری از هم دارند. این نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

به دلیل آن که گروه شاهد در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری دارای میانگین بالاتری در مقایسه با گروه غیرشاهد است؛ لذا بیان کرد که گروه شاهد به لحاظ آماری در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری وضعیت مطلوبتری در مقایسه با گروه غیرشاهد برخوردار است.

در ادامه برای بررسی تفاوت نیمرخ‌های سلامت روان این دو گروه، از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج بررسی پیش فرض عدم تفاوت کوواریانس نشان داد فرضیه صفر مربوط به عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده زیرمقیاس‌های سلامت روان در گروه‌ها رد نگردید ($F=1/95$, $p<0/07$, $M=20/03$ باکس). همچنین بررسی فرضیه‌های صفر مربوط به برابری واریانس‌های خطا نمره‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان رد نشد. زیرا در همه این موارد نسبت‌های F مشاهده در سطح معناداری $p<0/05$ معنادار نشده است. این بررسی‌ها نشان از بلامانع انجام این تحلیل با داده‌های موجود است. یافته‌های حاصل از این تحلیل داد نیمرخ کلی سلامت روان دو گروه شاهد و غیرشاهد به واسطه هیچ یک از شاخص‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری معنادار نیست ($p>0/74$) و $df=(195 و 4)$ و $F=0/50$ و $W=0/99$). جهت بررسی وجود تفاوت‌های احتمالی در بین زیرمقیاس‌های سلامت روان عمومی این دو گروه، آزمون اثر بین آزمودنی‌ها انجام یافت که نتایج جدول ۴ را در پی داشت. یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که هیچ یک از زیرمقیاس‌ها در بین دو گروه تفاوت معنادار نشان نمی‌دهد. بدین معنا که این دو گروه دارای نیمرخ‌های (تقریباً) شبیه به هم بوده و از هم تفاوت معناداری نشان نمی‌دهند.

سلامت روان رابطه معکوس دارند ولی برخی از آنها معنادار نیستند. در ضمن برای بررسی معناداری تفاوت بین ضرایب همبستگی موجود در بین مولفه‌ها در دو گروه از آزمون Z فیشر استفاده شد. همانطور که جدول نشان می‌دهد هیچ یک از این دو ضرایب همبستگی‌های متناظر با هم تفاوت معنادار آماری ندارد. لذا می‌توان بیان کرد که میزان این ضرایب همبستگی با هم برابر است.

با توجه به این که هدف دیگر مطالعه حاضر، مقایسه نیمرخ‌های دینداری و سلامت روان عمومی دو گروه شاهد و غیرشاهد بوده و هر یک از این نیمرخ‌ها دارای بیش از یک متغیر (هر کدام دارای چهار زیرمقیاس) است؛ لذا بایستی از تحلیل واریانس چند متغیری برای دستیابی به این هدف استفاده گردید. از آنجائی که انجام هر تحلیل آماری دارای پیش فرض هائی است؛ لذا قبل از انجام تحلیل، بررسی پیش فرض‌ها صورت پذیرفت. دو پیش فرض اساسی این تحلیل عبارتند از آزمون M باکس^۲ برای بررسی عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس و آزمون لون^۳ برای بررسی پیش فرض واریانس خطای نمره‌های وابسته.

نتایج بررسی‌ها پیش فرض عدم تفاوت کوواریانس نشان داد فرضیه صفر مربوط به عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس بین چهار زیرمقیاس دینداری در گروه‌ها رد نمی‌گردد ($F=2/92$, $p<0/10$, $M=30/07$ باکس). همچنین بررسی فرضیه‌های صفر مربوط به برابری واریانس‌های خطا نمره‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری رد نشد. زیرا در همه این موارد نسبت‌های F مشاهده در سطح معناداری $p<0/05$ معنادار نشده است. بنابراین پیش فرض‌های مربوط به این تحلیل برقرار بود و انجام تحلیل واریانس چندمتغیری با این داده‌ها بلامانع است. یافته‌های این تحلیل نشان داد که نیمرخ‌های دو گروه معنادار است ($p<0/05$) و $df=(191 و 4)$ و $F=3/19$ و $W=0/92$). این یافته بدین معناست که نیمرخ دو گروه تفاوت معناداری از هم دارند. ادامه تحلیل نشان داد علاوه بر

¹. Multi. Variat Analysis of Variance (MANOVA)

². M Box Test of Equality of Covariance Matrices

³. Leven's Test of Equality of Error Variance

جدول ۴. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مولفه‌های پرسشنامه سلامت عمومی گروه‌های شاهد و غیر شاهد

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۰/۱۸	۱	۰/۱۸	۰/۰۲	۰/۸۹
اضطراب	۴/۴۱	۱	۴/۴۱	۰/۲۸	۰/۶۰
ناکارآمدی اجتماعی	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۰۰۵	۰/۹۵
افسردگی	۸/۱۰	۱	۸/۱۰	۰/۵۵	۰/۴۶

بحث و نتیجه‌گیری

افراد می‌گردد. بنابراین بر اساس یافته‌های این پژوهش‌ها دین می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای آرامش‌زا و تنش‌زدا عمل نماید. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد که دین نیازهای اساسی جهت کاهش اضطراب و تنش در افراد را برآورده می‌سازد. در این بخش میزان همبستگی‌ها در گروه شاهد قوی‌تر از گروه غیر شاهد است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سامسون و همکاران [۴] و کوینینگ و همکاران [۳] همسو شده است.

ناکارآمدی اجتماعی نیز با تمامی مولفه‌های دینداری در هر دو گروه همبستگی منفی دارد؛ یعنی اینکه نمره بالا در التزام به وظایف دینی همراه با نمره پایین در ناکارآمدی اجتماعی و کم بودن مشکلات فرد در روابط و موضوعات اجتماعی است و برعکس. این رابطه تنها در گروه شاهد معنی‌دار شده است. التزام عملی به دین در واقع برقراری ارتباط معنوی با پروردگار است و برقراری ارتباط مطلوب با پروردگار در برقراری سایر روابط نیز موثر واقع شده و کیفیت روابط بین فردی و درون فردی را نیز بالا می‌برد. این یافته با نتایج پژوهش وایلان و همکاران [۱۷] هماهنگی دارد.

در بعد روابط اجتماعی دین از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی نیز موثر واقع می‌شود، به نظر می‌رسد داشتن روابط اجتماعی صمیمانه و قابل اعتماد با دیگران از عوامل اصلی سلامت باشد. مقایسه افراد با سطوح متفاوت سلامت نشان می‌دهد بعدی که در آن شادترین افراد شبیه به هم هستند روابط دوستانه با کیفیت و حمایت خانوادگی در روابط عاشقانه می‌باشد. افراد سالم دلبستگی‌های اجتماعی قوی‌تری دارند. پژوهش‌های

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در گروه شاهد، کلیه مولفه‌های دینداری با کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی رابطه معکوس دارند ولی برخی از آنها معنادار بوده و برخی معنادار نیستند. وجود رابطه معکوس بین اضطراب و تمامی مولفه‌های دینداری در گروه شاهد و غیر شاهد بدین معنی است که بالا بودن میزان مولفه‌های دینداری با پائین بودن اضطراب در این دو گروه همراه است و برعکس. برخی از این روابط غیر معنادار است ولی از موارد معنادار، رابطه اضطراب با باورهای دینی و التزام به وظایف دینی در گروه شاهد و رابطه اضطراب با باورهای دینی در گروه غیرشاهد است. تبیین احتمالی برای این یافته چنین خواهد بود که تمام ابعاد دینداری در کاهش اضطراب نقش دارند؛ ولی به نظر می‌رسد که دو بعد باورهای دینی و التزام به وظایف دینی نقش اساسی‌تری در این میان بازی می‌کنند. این موضوع با آموزه‌های دینی اسلام نیز همخوان است که ایمان و انجام اعمال دینی مایه آرامش دلهاست و مصداق آن نیز آیه شریفه «الا بذکرالله تطمئن القلوب» است.

توبین^۱ [۳۵] از منظر دیدگاه‌های روان‌پویایی و رشد به این موضوع نگاه می‌کند، او مشاهده می‌کند که دین مراحل پیوسته‌ای را در طول زندگی از طریق تاکید بر معنای ذاتی و جاودانه زندگی بوجود می‌آورد؛ به طوری که افراد احساس آمرزیده شدن توسط خدا را گسترش می‌دهند. این حس موجب کاهش تنیدگی و اضطراب در

^۱. Tobin

در افراد، از یک سو موجب پیشگیری از ابتلا به افسردگی و از سوی دیگر موجب کاهش احساس‌ها و هیجان‌های منفی در افراد می‌گردد.

افسردگی از متغیرهای اصلی و مهمی است که به دلیل نقش بنیادی آن در احساس سلامت روانی افراد در پژوهش‌های مختلفی مورد توجه قرار گرفته است. ارتباط قوی و معنادار مولفه‌های مختلف دینداری با افسردگی از یک سو حاکی از اهمیت تجارب معنوی در پیشگیری و کاهش افسردگی و از سوی دیگر حاکی از اهمیت افسردگی در میان متغیرهای مرتبط با سلامت روان است. به همین دلیل به نظر می‌رسد این متغیر باید در پژوهش‌های آتی این حوزه نیز مورد توجه قرار گیرد.

شاخص کلی سلامت عمومی نیز همانند افسردگی با کلیه مولفه‌های سلامت روان عمومی در گروه شاهد رابطه معنادار و معکوس نشان می‌دهد. این یافته نیز نشان از معکوس بودن جهت افزایش و کاهش نمرات مولفه‌های دینداری و سلامت روان عمومی است. به این ترتیب که بالا بودن مولفه‌های دینداری در افراد با حضور حداقلی علایم بالینی همراه بوده و نشان از سلامت عمومی بالا دارد. این یافته‌ها با یافته‌های متعددی [۴۰، ۲، ۴، ۱۴ و ۱۷] همسویی دارد. به این ترتیب می‌توان چنین نتیجه گرفت که دینداری می‌تواند از عوامل مهم موثر در کاهش علایم بالینی منفی و افزایش سلامت روان قلمداد گردد.

بر اساس یافته‌های پژوهش در گروه غیرشاهد از بین مولفه‌های دینداری، باورهای دینی و التزام به وظایف دینی با سلامت عمومی رابطه معکوس معنی‌دار نشان می‌دهند. همانند گروه شاهد در گروه غیر شاهد نیز قوی‌ترین روابط به ارتباط افسردگی با مولفه‌های دینداری اختصاص داشتند. این یافته‌ها هم با یافته‌های پیشین این حوزه همسویی دارد [۴۱، ۳۶، ۴، ۱۰، ۱۱ و ۱۴].

بخش مقایسه نیمرخ‌های دینداری و سلامت عمومی گروه‌های شاهد و غیرشاهد نشان داد این دو گروه در کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه دینداری تفاوت معناداری از هم دارند. این تفاوت‌ها به نحوی است که نشان از بالاتر بودن نمرات دینداری در گروه شاهد دارند. این یافته با

متعددی نشان می‌دهد که، درگیری دینی افراد موجب پرخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی می‌گردد [۳۶ و ۴]. ساسون و همکاران [۴] در پژوهشی اظهار داشتند که معنویت‌گرایی به عنوان سازه‌ای مطرح است که شامل عقاید و ارزش‌های شخصی بوده و منجر به احساس معنی پیدا کردن و وحدت فرد می‌شود. نتیجه پژوهش نشان داد که معنویت در بهبود مهارت‌های مقابله، عزت نفس، دریافت حمایت اجتماعی و القای امید نقشی اساسی دارد.

در همین راستا آیدلر^۱ [۳۷] برخی تبیین‌های جامعه‌شناختی را بیان می‌دارد و پیشنهاد می‌کند که باورهای دینی یا تمرین‌های دینی ممکن است سلامتی افراد را از طریق ایجاد یا گسترش انسجام اجتماعی افزایش دهد. مک اینتوش و اسپیلکا^۲ [۳۸] ادعا کردند که اثرات سودمند دینداری ممکن است ناشی از باورهای درونی همراه با احساس کنترل بر رفتارهایی که منجر به فقط سلامتی می‌شود باشد. باورهای دینی ممکن است بهزیستی افراد را از طریق ایجاد حمایت اجتماعی با ایجاد روابط معنی‌دار اجتماعی و شبکه‌های حمایت اجتماعی افزایش دهد. حمایت اجتماعی باعث می‌شود افراد در مقابل استرس کمتر آسیب‌پذیر باشند و برخی روش‌های مقابله را بوجود می‌آورد به طوری که کمک می‌کند که افراد با محیط‌های استرس آور و عوامل بیماری‌زا و هرگونه عاملی که منجر به مرگ و میر شود مقابله کرده و نوعی سازگاری بدست آورند [۳۹].

افسردگی تنها مولفه‌ای از سلامت عمومی است که با کلیه مولفه‌های دینداری در گروه شاهد و با سه مولفه از چهار مولفه دینداری رابطه معکوس و معنادار نشان می‌دهد. این یافته بیان می‌کند که افزایش در نمره و میزان هر یک از مولفه‌های دینداری با کاهش در نمرات و میزان افسردگی همراه است. این یافته با یافته‌های بسیاری از جمله [۹، ۱۰ و ۱۱] همسو شده است. به نظر می‌رسد ابعاد مختلف دینداری از طریق تقویت احساس‌ها و هیجان‌های مثبت (عشق، عزت نفس، امیدواری، شادمانی، خوش‌بینی)

1. Ider

2. McIntosh & Spilka

معنادار نشدن تفاوت بین دو گروه موثر باشد؛ به این معنا که دانشجویان متعلق به خانواده‌های شهدا پس از گذشت سال‌ها از جنگ تحمیلی، بنا به دلایل مختلفی از قبیل سازگار شدن با وقایع ناگوار پیش‌آمده، حمایت‌های اجتماعی مناسب‌تر از طرف نهادهای مسئول، وارد شدن در مراحل جدیدی از زندگی مانند دانشجو شدن، ازدواج، و استقلال اقتصادی توانسته‌اند بر مشکلات متعدد ناشی از تجارب ناخوشایند فقدان عزیزان غالب شده و خود را به جمعیت عادی نزدیک‌تر نمایند.

از دلایل احتمالی دیگر عدم تفاوت دو گروه شاهد و غیر شاهد در سلامت عمومی می‌توان بیان نمود که فاکتورهای دیگری در سلامت عمومی نقش دارند؛ که موجب تعدیل تاثیر دینداری در سلامت روان می‌شود. این موضوع با نظریه‌های مربوط به سلامت روان هماهنگ است که عوامل مختلفی در سلامت روان افراد نقش دارند، عواملی از قبیل وراثت، عوامل شخصیتی، عوامل خانوادگی، موقعیت اجتماعی- اقتصادی، تحصیلات، تاهل و سلامت جسمانی [۴۳]. در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان ذکر نمود که دینداری یکی از سازه‌های روانشناختی مهم و مرتبط با سلامت روان است؛ و استفاده از آن در برنامه‌ریزی‌های سلامتی و بهداشتی برای اولیای امور کمک‌کننده خواهد بود. بدین معنی که تقویت ابعاد مختلف دینداری در دانشجویان منجر به ارتقای سلامت شود. البته این برنامه‌ریزی‌ها با استفاده از نتایج حاصل از این پژوهش و توجه به مولفه‌های متفاوت دینداری که در دو گروه دانشجویان شاهد و غیرشاهد با سلامت روان رابطه دارند، می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشند.

یافته‌های خدایاری و همکاران [۳۳ و ۳۴] و گودرزی [۲۹] همسو است. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دانشجویان شاهد در مقایسه با دانشجویان غیرشاهد از میزان بالاتری از دینداری برخوردار هستند. از دلایل احتمالی این امر می‌توان به حضور و بزرگ شدن این افراد در خانواده‌های متعهد و معتقد به مذهب اشاره نمود؛ که منجر به گرایش و جهت‌گیری بیشتر این افراد به دین و آموزه‌های آن شده است. البته علاوه بر خانواده، اکثر این دانشجویان در زمان تحصیل در مدارس شاهد بوده‌اند؛ و در این مدارس نیز برنامه‌های مذهبی بیشتری در مقایسه با مدارس غیرشاهد در دسترس آنان بوده است. این امر نیز در فراگیری و بهره‌مندی این دانشجویان از مفاهیم و شرایع دینی بی‌تاثیر نیست.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بین این دو گروه در هیچ یک از زیرمقیاس‌های سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود ندارد. بخشی از این یافته‌ها با یافته‌های گرین و پارکر [۲۴]، و روشن [۴۲] ناهمسو است. گرین و پارکر [۲۴] با مروری بر ادبیات پژوهش دریافتند که کلیه پژوهش‌هایی که از نظر روش شناختی مناسب بودند، به طور معناداری اثر زیانبار فقدان پدر را بر فرزندانشان نشان می‌دادند. آن‌ها مشاهده کردند که فقدان پدر در خانواده علاوه بر آثار زیانبار بر عملکردهای روان‌شناختی فرزندان، سازگاری شخصی و اجتماعی آنان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طوری که مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی و سازگاری فرزندان تک‌والدینی ناشی از مشکلات مالی و اقتصادی، اضطراب بالا و سطوح پایین تعامل والد- کودک است. بر این اساس اعتقاد بر این است که فقدان پدر در فرزندان شاهد می‌تواند سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. اثرات شهادت پدر روی فرزندان شامل عوامل مربوط به کودک نظیر سن، جنس، هوش، خلق و خو، مکانیسم‌های سازشی است. از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌ها نشان دهنده‌ی افسردگی، اضطراب و ناسازگاری بالاتر دانشجویان شاهد نسبت به دانشجویان غیرشاهد است [۴۲] این تفاوت را می‌توان اینگونه تبیین کرد که به نظر می‌رسد گذر زمان در

منابع

12. Johnson, D. P., & Mullins, L. C. (1989). Subjective and social dimensions of religiosity and loneliness among the well elderly. *Review of Religious Research*, 31, 3-15.
13. Poloma, M. M., & Pendleton, B. E. (1990). Religious domains and general well-being. *Social Indicators Research*, 22, 255-276.
14. Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40, 807-818.
15. Meyer, K., & Lobao, L. (2003). Economic hardship, Religion and mental health during the mid western farm crisis. *Journal of Rural Studies*, 19, 139-156.
16. Bierman, A. (2008). Does Religion Buffer the Effects of Discrimination on Mental Health? Differing Effects by Race. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45(4):551-565.
17. Vaillant, G., Templeton, J., Ardel, M., & Meyer, S. E. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*, 66, 221-231.
۱۸. سراجزاده، ح. (۱۳۷۵). نگرش‌ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آن برای نظریه سکولار شدن. دانشگاه تربیت معلم.
۱۹. خدایناهی، م. و خوانین زاده س. (۱۳۷۹). بررسی نقش ساخت شخصیت در جهت‌گیری مذهبی دانشجویان. *مجله روانشناسی*، شماره ۱۴، ۲۰۴-۱۸۵.
۲۰. بهرامی احسان، ه. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود. اولین کنگره سراسری روانشناسی ایران.
۲۱. حسینی، ح. (۱۳۸۴). بررسی رابطه دینداری با سلامت روان و ترشح ایمونوگلوبولین A در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
۲۲. کایدگپ، ن. و صالحی، ج. (۱۳۸۷). نقش دینداری در احساس شادکامی دانشجویان. مجموعه مقالات چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان. ص ۸۹۴.
23. Simons, L.J. (1999). *Basic Research Method in Social Science*. New York: Randomhouse Press.
1. Childer, D., & McCarty, R. (2001). Psycho physiological correlates of spiritual experience. *Biofeedback*, 29, 13-17.
2. O'Conner, D. B., Cobb, J., & O'Conner, R. C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 34, 211-217.
3. Koenig, H. G., Moberg, D. O., & Kvale, J. N. (1988). Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 362-374.
4. Samson, T., Lloyd, C., Petchkovsky, L., & Manaia, W. (2005). Exploration of Australian and New Zealand indigenous People's spirituality and mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52:181-187.
5. Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321.
6. Marks, L. (2005). Religion and Bio-Psycho-Social Health: A Review and Conceptual Model. *Journal of Religion and Health*, Vol. 44, No. 2, 173-186.
7. Anson, O., Antonovsky, A., & Sagy, S. (1990). Religiosity and well-being among retirees: A question of causality. *Behavior, Health, and Aging*, 1, 85-97.
8. Levin, J. S., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (1995). Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S 154-S 163.
9. Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K., & Warren, R. (1990). God help me: 1. Religious coping efforts as predictors of the outcomes of significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.
10. Maltby, J., & Day, L. (2000). Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*, 28, 383-393.
11. Koenig, H.G., Georg, L. K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. *Pub Med*, 52, 554-562.

۳۴. خدایاری فرد، م.؛ غباری بناب، ب.؛ فقیهی، ع.؛ شکوهی یکتا، م. و به‌پژوه، ا. (۱۳۸۵). آماده سازی و هنجاریابی مقیاس سنجش دینداری در جامعه دانشجویی کشور. تهران: دانشگاه تهران.
35. Tobin, S. S. (1991). Preserving the self through religion. In *Personhood in advanced old age: applications for practice* (pp. 119-133). New York: Springer.
36. Koenig, H.G., & Cohen, H. (2002). The link between religion and mental health. Oxford University Press.
37. Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
38. McIntosh, D., & Spilka, B. (1990). Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 167-194.
39. House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
40. Cour, P. L., Avlund, K., & Larsen, K. S. (2006). Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of 734 Danish adults born in 1914. *Social science & Medicine*, 62:157-164.
41. Harrison, J. A. (1998). Effects of music and auditory stimuli on secretory immunoglobulin in saliva: response the manipulation of mood. *Biological Psychology*, 53, 25-35.
۴۲. روشن، ر. (۱۳۶۹). بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع افسردگی و اضطراب در دانشجویان شاهد و غیر شاهد در سطح دانشگاه‌های شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.
43. Diener, E.M., Suh, R. E., Lucas, D. & Smith L.S., (1999). Subjective well-being: Three decade of progress. *Psychological Bulletin*, Vol. 125, No. 2, 276-302.
44. Mohr, W. K. (2008). *Spiritual Issues in Psychiatric Care. Perspectives in Psychiatric Care*, 42(3).
24. Green, L.B., & Parker, H.J. (1999). Parental influence upon adolescent's occupational choice. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 28-39.
25. Richards, P.S. (1991). Religious devoutness in college students: Relations with emotional, and social adjustment and psychological well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 189-199.
26. Donahue, J. M. & Benson, H. (1995). Religious and well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51(2), 145-160.
27. Hood, R.W., Splika, B., Hunsberger, B. & Gorsuch, R. (1996). *The Psychology of Religion: an empirical approach*. New York: Guilford Press.
۲۸. اصفهانی اصل، م. (۱۳۸۱). مقایسه سازگاری فردی و اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد هدایت شده به اولویت‌های پنج‌گانه طبق برنامه هدایت تحصیلی. طرح پژوهشی اجرا شده با همکاری اداره کل بنیاد شهید انقلاب اسلامی خوزستان.
۲۹. گودرزی، ع. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین گرایش به دینداری و ویژگی‌های فردی و اجتماعی دانش‌آموزان متوسطه شاهد در استان همدان. اداره کل بنیاد شهید انقلاب اسلامی استان همدان، اداره کل پژوهش و تحقیق.
30. Goldberg, D. P. (1972). The Detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*, No. 21. Oxford: Oxford University Press.
۳۱. تقوی، م. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، مجله روان‌شناسی، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۹۴-۳۸۱.
۳۲. هومن، ع. (۱۳۷۶). استانداردسازی پرسشنامه عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی، طرح پژوهشی خاتمه یافته.
۳۳. خدایاری فرد، م.؛ غباری بناب، ب.؛ شکوهی یکتا، م. (۱۳۷۸). تهیه مقیاس اندازه‌گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف. تهران: دانشگاه صنعتی شریف.