

مجله علوم تربیتی و روانشناسی
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز ۱۳۸۵
دوره سوم، سال سیزدهم، شماره ۳
ص ص: ۳۱-۵۲

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۳/۲۰
تاریخ بررسی مقاله: ۸۵/۴/۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۳/۲۶

بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه

دکتر جهانگیر کرمی *

محمود روغنجی **

دکتر یوسفعلی عطاری ***

کیومرث بشلیده ***

مهتاب شکری ****

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴ طراحی شد. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه رازی بودند که به عنوان نمونه پژوهش تعداد ۴۴۹ نفر با استفاده از روش نمونه گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. جهت سنجش جهت گیری مذهبی از پرسشنامه جهت گیری مذهبی، که با رویکردی اسلامی تهیه شده است، استفاده شد. جهت بررسی سلامت روانی، از مقیاس سلامت روانی (GHQ-28) استفاده شد که نمره پایین در آن نشانه سلامت روانی است. نتایج نشان دادند که جهت گیری مناسبی با چهار بُعد سلامت روانی همبستگی‌های معنی‌داری دارد. ضرایب همبستگی جهت گیری پایبندی به عقاید و

* عضو هیأت علمی دانشگاه رازی کرمانشاه

** کارشناس ارشد مشاوره خانواده

*** عضو هیأت علمی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران

**** کارشناس ادبیات و زبان انگلیسی

مناسک با سلامت جسمانی $r = -0.26$ ($p < 0.0001$)، با اضطراب $r = -0.29$ ($p < 0.0001$)؛ اختلال در کارکرد اجتماعی $r = -0.26$ و ($p < 0.0001$) و با افسردگی $r = -0.39$ ($p < 0.0001$) می‌باشد. یافته‌های دیگر نشان دادند که ضرایب همبستگی بُعد جهت‌گیری پایبندی به اخلاقیات، با شکایت جسمانی $r = -0.42$ ($P < 0.0001$)، با اضطراب $r = -0.49$ ($P < 0.0001$)، با اختلال در کارکرد اجتماعی $r = -0.33$ ($P < 0.0001$) و با افسردگی $r = -0.55$ ($P < 0.0001$) به دست آمدند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای دخترها نشان دادند که جهت‌گیری پایبندی به اخلاقیات تنها متغیر قوی در تبیین واریانس سلامت روانی آزمودنیها است. نتایج تحلیل رگرسیون برای پسرها نشان دادند که اضافه کردن متغیر جهت‌گیری پایبندی به عقاید و مناسک تغییر اندک ولی معنی‌داری در معادله رگرسیون ایجاد نمود. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مناسکی برای پیش‌بینی سلامت روانی آزمودنیهای پسر با اهمیت است.

کلیدواژگان: جهت‌گیری مذهبی، سلامت روانی، اخلاقیات

مقدمه

می‌شود این است که مهمترین عامل نیک‌بختی و بهروزی انسان مربوط به درون خود اوست و نه برون او (صانعی، ۱۳۸۲). در همین راستا اریک فروم^۱ (۱۹۴۱) اندیشمند نئوفرویدین اظهار می‌دارد که هر چند انسان از آزادیهای سیاسی و اقتصادی مطلوبی برخوردار شده است اما احساس ایمنی خود را از دست داده و در مقابل معنای واقعی زندگی مبهوت مانده است. انسان عصر حاضر با جهان و مردمان اطراف خویش احساس یگانگی نمی‌کند، بیگانه‌ای است در دریای بیکران و پر مخاطره. بنابراین، به خوبی هویدا است که آزادی نوین احساسی از نایمنی، ناتوانی، شک و اضطراب به وی

انسان به عنوان کامل‌ترین موجود، دارای نیازهای متعددی است. او سراپا نیازمند آفریده شده است و همه زندگی او پیرامون نیاز می‌چرخد (آلیاتی و همایون، ۱۳۸۲). انسان به مدد به کارگیری نیروهایی که در طبیعت وجود دارد به بهترین وجه وسایل رفاه و آسایش مادی خود را فراهم کرده است. ولی آنچه مشهود است این است که تمدن ماشینی، علی‌رغم مزایا و خوبیهایش نه تنها نیک‌بختی و راحتی آدمی را تأمین نکرده است، بلکه درست به تناسب پیشرفت علوم مادی و فن‌آوری، ناراحتیهای فکری و روانی جدیدی را برای او به ارمغان آورده است. نخستین نتیجه‌ای که در این باره گرفته

1- Fromm

ارزانی داشته است (اریک فروم (۱۹۴۱)، ترجمه اسماعیلی، ۱۳۶۲).

قرن ۲۱ از سوی برخی اندیشمندان «عصر دانایی»، جامعه اطلاعاتی و از سوی دیگران عصر «بازگشت به معنویت» نام گرفته است. در عصر دانش و اطلاعات، برتری با کسانی است که به بینشهای منسجم و تعیین کننده‌ای نسبت به انسان، هستی، طبیعت و جامعه مجهز باشند، تا هدفهای انسانی را در چشم‌اندازی همه جانبه و واقع‌گرایانه بیابند. پژوهشهای مقطعی متعددی وجود دارند که نشان می‌دهند برگشت مردم به معنویت برای کسب حمایت و کنار آمدن با دردهایشان می‌باشد (ریپنتروپ، آلتمایر، چن، فاند و کفالا، ۲۰۰۵ به نقل از اشبی و لنهارت، ۱۹۹۴؛ کیف و دولان، ۳، ۱۹۸۶، کیف و دیگران، ۱۹۹۷ و روزنتیل^۴ و کیف، ۱۹۸۳).

امروزه پزشکان، پرستاران و روحانیون مشترکاً برای مراقبت از افراد در حال احتضار به فعالیت می‌پردازند. این رویکرد گروهی که اعضای خانواده و دوستان بیمار را نیز در بر می‌گیرد موجب افزایش آگاهی معنوی بیمار

می‌شود و اضطراب حالت-صفت^۵ او را کاهش می‌دهد و احساس کلی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (آلدریج^۶، ۲۰۰۱، به نقل از کنرد^۷، ۱۹۸۵؛ گریسینجر^۸، ۱۹۹۷؛ مک میلان و ویتزنر^۹، ۱۹۹۸؛ رید^{۱۰}، ۱۹۸۷؛ روچ^{۱۱}، ۱۹۸۹؛ کاکزوروسکی^{۱۲}، ۱۹۸۹).

دین به مثابه عمیق‌ترین منبعی است که موجودیت انسان در آن پرورش یافته و تمام ابعاد آن از جمله وحدت انسان با خداوند به آن وابسته است. بنا به گفته کارل لایل: «دین هر فرد واقعیت وجودی هر انسانی را مشخص می‌کند و بر جنبه‌های هویت ملی او نیز اثر می‌گذارد. اعتقادات مذهبی با سرنوشت انسان پیوند می‌خورند و جوششهای این عقاید در قلب انسان، اصول دیگر زندگی انسان را عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهند» (یوآخیم، ۱۳۸۰). پیرامون اهمیت مذهب بر سلامت روانی، می‌توان به سخن بنیامین راش^{۱۳} به عنوان پدر علم روان پزشکی اشاره کرد. او اظهار می‌دارد که نقش

5- state-trait anxiety

6- Aldridge

7- Conrad

8- Greisinger

9- McMillan and Weitzner

10- Reed

11- Roche

12- Kaczorowski

13- Benjamin Rush

1- Rippentrop, Altmaier, Chen, Found & Keffala

2- Ashby and Lenhart

3- Keefe and Dolan

4- Rosenstiel

مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس است. همچنین، روان‌شناسان برجسته دیگری همانند جیمز، یونگ، فروم و فرانکل بر نقش اعتقادات و رفتارهای مذهبی اشاره کرده و اهمیت آنها را برای بهداشت روانی مورد تأیید قرار داده‌اند (غباری بناب، ۱۳۷۴).

بنابراین، دین به طور اعم، ارتباط دائمی انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائم او، می‌تواند در ایجاد بهداشت روانی و درمان بیماریهای روانی تأثیر بسزایی داشته باشد (یونگ^۱، ۱۳۸۲).

همچنین، سلامت روانی به طرق مختلف با عوامل متعددی در ارتباط است. به سخن دیگر، سلامت روان در یک سیستم (به مفهوم گشتالتی) مطرح می‌شود که در آن فقط یک عامل تأثیر قطعی بر عامل دیگر ندارد، بلکه تغییر یک عامل (مانند سلامت روانی) در گرو تغییر عوامل متعددی (مانند حوادث غیرمترقبه، سوگ، بیماریهای فیزیولوژیکی و...) و همچنین مسائل مربوط به اعتقادات مذهبی انسان که تحت عنوان دین مطرح می‌گردد، می‌باشد (شهبازی، ۱۳۷۵).

بنابراین، پژوهش حاضر بیشترین تمرکز خود را معطوف بر این نکته داشته است که فشار روانی می‌کند.

1- Young

کمستاک و پاتریج^۳ (۱۹۷۲) در تحقیقی طولی که به مدت هشت سال و بر روی ۵۰۰۰۰ فرد بالغ، با کنترل متغیرهای نژاد، جنس، سن، استعمال دخانیات، وضعیت تأهل، انجام دادند، نتیجه گرفتند که افرادی که اغلب در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند نرخ ابتلاء به بیماریها در آنها کمتر است. آنان اضطراب و ترس از مرگ را در میان زنانی که به طور مرتب در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند، کمتر دیدند.

ایدلر^۴ (۱۹۸۷) در یک مطالعه مقطعی که بر روی نمونه‌ای به حجم ۲۷۵۶ نفر انجام گرفت، به بررسی الگوهای التزام دینی، وضعیت بهداشتی، ناتوانی کارکردی و افسردگی پرداخت. او مشاهده نمود که بین دینداری و افسردگی در زنان رابطه منفی وجود دارد. همچنین، دینداری با ناتوانی کارکردی در مردان و در زنان رابطه منفی داشت.

برگین^۵ (۱۹۸۰) در مطالعه‌ای که بر روی ۶۰ دانشجوی مسیحی انجام داد، مشاهده نمود دانشجویانی که والدین آنها خیرخواه بودند و دوران کودکی آنها بدون تعارض و

نیلمن و پرساد^۱ (۱۹۹۵) بیان می‌کنند که ۶۰-۲۰ درصد تغییرپذیری سلامت روانی افراد بالغ، توسط باورهای مذهبی تبیین می‌شود. بر این اساس، مدتهاست که تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روانی ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روان‌شناسی مذهبی حمایت‌های تجربی زیادی در این زمینه فراهم آورده است.

آلدریج (۱۹۹۱) در زمینه سلامت روانی، از طریق یافتن ارتباط‌هایی بین عقاید با فعالیتهای مذهبی و سلامت روان (افسردگی، اضطراب، سوء مصرف الکل و وابستگی دارویی) بر روی افراد بالغ بستری شده در بیمارستان، تحقیقاتی انجام داد و نتیجه گرفت که بین فعالیتهای مذهبی و متغیرهای سلامت روان همبستگی معنی‌دار وجود دارد.

نتایج پژوهش دیگری که توسط ماتون^۲ (۱۹۸۷) در مورد ارزیابی نقش حمایتی مذهب از افراد در برابر استرس که به صورت مطالعه آینده‌نگر روی ۱۶۹ نفر در طی دو مرحله انجام شد، نشان دادند که پشتوانه‌های معنوی با افسردگی رابطه منفی و با عزت نفس والدینی که در زندگی استرس‌های زیادی تجربه کرده بودند ارتباط مثبت داشت.

3- Comstock & Patridge

4- Idler

5- Bergin

1- Nealman and Persaoud

2- Maton

همراه با تجارب مذهبی (درونی) سپری شده بود، سلامت روانی بیشتری داشتند. پورشرفی و همکاران (۱۳۸۳) در تحقیقی با عنوان «طرح بررسی بهداشت روان دانشجویان ورودی جدید دانشگاههای وزارت علوم در سال تحصیلی ۸۴-۸۳، همبستگی بین سلامت روانی و اعتقادات مذهبی را مثبت و میزان آن را ۰/۱۵ گزارش نمودند.

شریفی، مهرابی زاده و شکرکن (۱۳۸۵) در تحقیقی تحت عنوان «بررسی رابطه نگرش دینی با افسردگی، اضطراب و پرخاشگری»، که بر روی ۴۰۰ نفر از دانشجویان در سال ۱۳۸۱ انجام دادند، دریافتند که بین نگرش دینی با افسردگی، اضطراب و پرخاشگری رابطه منفی و معنی دار وجود دارد.

تحقیق دیگری که توسط پالوما و پندلتون^۱ (۱۹۹۱) در مورد نقش مذهب در سلامت روان انجام شد، مشاهده گردید که اعتقادات مذهبی و نماز خواندن ارتباط قوی و مستقیمی با احساس شادی و احساس رضایت کامل از زندگی دارند.

باتلر و اتل^۲ (۱۹۸۸) به بررسی اثربخشی نیایش بر روی زوجهای مذهبی پرداختند.

آنها دریافتند که این زوجها عبادت و گرایشهای مذهبی را به عنوان یک رویداد آرامش بخش مهم قلمداد می نمایند و برای حل مشکلات سازشی خود در زندگی از عقاید مذهبی کمک می گیرند. همچنین، این زوجها اظهار داشتند که انجام عبادات مذهبی باعث کاهش احساسات خصمانه و واکنشهای هیجانی منفی می شود. از طرف دیگر، عبادات، رفتارهای ارتباطی، مشارکتی و همدلانه با دیگران را افزایش می دهد.

کریستوفر، جسون، بوردمن و ویلیامز^۳ (۱۹۹۵) اظهار می دارند که هر چند در سالهای اخیر علاقه به بررسی ارتباط میان مذهب و سلامت روانی قویاً افزایش یافته است اما هنوز اجماعی میان پژوهشگران به وجود نیامده است که کدام جنبه از گرایشهای مذهبی موجب سلامت روانی می شود. نتایج حاصل از پژوهش کریستوفر و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که میان فراوانی حضور در کلیسا با سلامت روانی همبستگی مثبت، فراوانی نماز خواندن با سلامت روانی همبستگی منفی ضعیف و اعتقاد به جاودانگی با سلامت عمومی همبستگی مثبت دارند. شایان ذکر است که کنترل متغیرهای

3- Christopher, Jason, Boardman & Williams

1- Paloma & Pendleton

2- Butler & Atal

عملکرد روانشناختی نوجوانان در سطوح مختلف حضور در مراسم کلیسا، نشانگر تأثیر اصلی معنی داری ($F < 2/98, p < 0/05$) و ($F < 3/78, p < 0/01$) برای متغیر حضور در کلیسا بود. در نهایت، مقایسه عزت نفس و عملکرد روانشناختی نوجوانان در سطوح مختلف مذهب‌گرایی در خانواده تأثیر معنی داری داشت ($F < 3/27, p < 0/01$). به عبارت دیگر، نوجوانان خانواده‌های مذهب‌گرا از عزت نفس بالاتری برخوردار بودند، اما از لحاظ عملکرد روانشناختی و فعالیت‌های جنسی تفاوت معنی داری بین نوجوانان خانواده‌های مختلف (از لحاظ میزان مذهب‌گرایی) وجود نداشت. لازم به توضیح است که در این پژوهش سواد مادران و سن نوجوانان با شیوه تحلیل کوواریانس کنترل شده بودند.

فرضیه‌های تحقیق

در این بخش فرضیه‌های عمده پژوهش مطرح می‌شوند و به منظور رعایت اختصار از بیان فرضیه‌های فرعی اجتناب می‌شود.

۱. بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی و ابعاد سلامت روانی دانشجویان رابطه ساده وجود دارد.

فشارزای اجتماعی و حمایت‌های روانی - اجتماعی منجر به کاهش ارتباط میان متغیرهای مذهبی و سلامت عمومی نمی‌شود. در پاسخ به این نیاز بنیادی که کدام جنبه از مذهب نقش اساسی‌تری در سلامت روانی ایفا می‌کند عده‌ای از پژوهشگران مطالعه‌ای را دنبال کرده‌اند که نتایج آن در اینجا بررسی می‌شود. بال، آرمیستیدو آستین^۱ (۲۰۰۳) رابطه میان ابعاد مذهب (خودگرایی مذهبی^۲، مذهب‌گرایی خانواده^۳ و نرخ حضور در مراسم کلیسا) را با عزت نفس، فعالیت‌های جنسی و کارکرد روان شناختی^۴ در بین نوجوانان مؤنث شهری آمریکائی - افریقائی به دقت مورد بررسی قرار دادند. آنها الگوئی از روابط را میان متغیرهای مذکور به شرح ذیل گزارش دادند. اول، مقایسه عزت نفس نوجوانان در سطوح مختلف خودپیروی مذهبی حاکی از یک اثر اصلی معنی‌دار ($F < 5/98, p < 0/01$)، برای متغیر خودپیروی مذهبی بود. نوجوانان در سطوح مختلف خودپیروی مذهبی از لحاظ فعالیت‌های جنسی و عملکرد روانشناختی تفاوت معنی داری نشان ندادند. دوم، مقایسه عزت نفس و

- 1- Ball, Armistead & Austin
- 2- self-religiosity
- 3- family religiosity
- 4- psychological functioning

۲. بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی (بعد اخلاقی و مناسک) و سلامت روانی دانشجویان رابطه چندگانه وجود دارد.
۳. بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی (بعد اخلاقی و مناسک) و سلامت روانی در دانشجویان دختر رابطه چندگانه وجود دارد.
۴. بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی (بعد اخلاقی و مناسک) و سلامت روانی در دانشجویان پسر رابطه چندگانه وجود دارد.

روش تحقیق

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه می‌باشند (۹۴۷۶ دانشجوی دوره روزانه و شبانه) که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۴-۸۳ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند. نمونه این تحقیق ۴۴۹ نفر می‌باشد (۲۳۴ دانشجوی دختر و ۲۱۵ دانشجوی پسر) که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند.

ابزارهای تحقیق

جهت سنجش جهت‌گیری مذهبی از پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی، که توسط آذربایجانی (۱۳۸۲) و با رویکردی اسلامی تهیه شده است، استفاده گردید. این پرسشنامه

شامل ۶۰ سؤال چهار گزینه‌ای (کاملاً موافقم، تا حدودی موافقم، تا حدودی مخالفم، کاملاً مخالفم) می‌باشد. پرسشنامه از ۳۴ سؤال مثبت و ۲۶ سؤال منفی تشکیل شده است. این پرسشنامه از دو خرده‌مقیاس تحت عنوان «عقاید و مناسک» و «اخلاقیات» تشکیل شده است (آذربایجانی، ۱۳۸۲).

جهت نمره‌گذاری پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی که چهار گزینه‌ای می‌باشد؛ به گزینه کاملاً موافقم نمره ۳، به گزینه تا حدودی موافقم نمره ۲، به گزینه تا حدودی مخالفم نمره ۱ و گزینه کاملاً مخالفم نمره صفر تعلق می‌گیرد. جهت سنجش سلامت روانی از پرسشنامه سلامت روانی که شامل ۲۸ سؤال است و توسط گلدبرگ و هیلر^۱ (۱۹۷۹) به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی، ساخته شده است، استفاده می‌شود. این پرسشنامه به صورت فرمهای ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سؤالی نیز موجود است. دارای چهار مقیاس فرعی (نشانه‌های جسمانی، علائم اضطرابی، افسردگی و کارکرد اجتماعی) است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد (هندرسون، ۱۹۹۰؛ به نقل از گلی، ۱۳۸۳).

برای نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت روانی

1- Goldberg & Hiller

به گزینه اصلاً نمره صفر، به گزینه در حد معمول ۱، به گزینه بیش از حد معمول ۲ و به گزینه خیلی بیش از حد معمول نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ بالاتر بیانگر علائم مرضی است و در مجموع نمره برش آزمون ۲۳ می‌باشد که برای جدا کردن افراد دارای اختلال از افراد سالم در نظر گرفته شده است، بدین معنی که کسب نمره‌های بالاتر از ۲۳ نشانه سلامت روانی کمتر است. برای ارزیابی اعتبار پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی از روش اعتبار محتوا استفاده شده است. بدین منظور، پس از بررسی نظرسنجی ۱۵ نفر از کارشناسان

مباحث اسلام، اعتبار محتوای آن با استفاده از روش ضریب توافق ۰/۷۷ گزارش شده است.

پایایی پرسشنامه هم بعد از اجرا، بر روی یک نمونه ۱۷۵ نفری از دانشجویان دختر و

پسر دانشگاه علم و صنعت ایران، هنر (تهران) و طلاب مدرسه حوزه علمیه قم، بر

اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه گردیده است. ضریب همبستگی هر ماده با مجموعه

پرسشنامه برای عامل خرده مقیاس اخلاقیات ۰/۱۷ تا ۰/۴۴ و برای خرده مقیاس عقاید و

مناسک ۰/۳۲ تا ۰/۷۴ محاسبه شده است (آذربایجانی، ۱۳۸۲). یعقوبی و پالاهنگ

(۱۳۷۴) در پژوهشهای مشابهی تحت عنوان «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی» در شهرهای صومعه‌سرا و کاشان، پرسشنامه سلامت روانی را جهت غربالگری بر روی افراد ۱۵ سال به بالای زن و مرد اجرا کردند. ۱۰۶ نفر از زنان بین سنین ۱۵-۲۴ سال بودند. برای بررسی ضریب پایایی^۱ آزمون از روش بازآزمایی استفاده شد و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، نشان داد که اعتبار آزمون در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. پایایی آن به وسیله روش بازآزمایی، تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ می‌باشد (تقوی، ۱۳۸۰).

ضرایب پایایی که از طریق آلفای کرونباخ برای پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی، بعد از اجراء بر روی نمونه تحقیق (۴۸۵ نفر) به دست آمد، به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۲ می‌باشند.

یافته‌های تحقیق

در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی مانند: انحراف معیار و روشهای آمار استنباطی مانند: ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده

1- reliability

گردید. نتایج توصیفی در جدول ۱ درج می‌باشد. گردیده است.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق بنا بر جدول ۱، میانگین نمره‌های پایبندی به «عقاید و مناسک» (۹۱/۹۸) و میانگین نمره‌های پایبندی به اخلاقیات (۵۵/۲۵) می‌باشد. همچنین، با توجه به نقطه برش ۶ در هر خرده مقیاس که نشانه برخورداری از سلامت روانی و بالاتر از آن یعنی داشتن علائم مرضی است، می‌توان گفت که خرده مقیاسهای کارکرد اجتماعی با میانگین ۷/۴۱، اضطراب با میانگین ۶/۵۷ و سلامت جسمانی با میانگین ۶/۵۴ بالاتر از نقطه برش می‌باشند و میانگین کل مقیاس (سلامت روانی) ۲۵/۵۴

پژوهش حاضر در ارتباط با ۴ فرضیه است. ابتدا هر فرضیه بیان می‌شود آن گاه جدول مربوط به آن ترسیم می‌شود و در نهایت بر اساس نتایج آزمونهای آماری مندرج در هر جدول، فرضیه مورد نظر تأیید یا رد می‌شود.

فرضیه اول: بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی با ابعاد سلامت روانی در دانشجویان روابط ساده وجود دارد. نتایج حاصل از بررسی روابط ساده میان متغیرهای پژوهش در

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به نمره‌های آزمودنیها در مقیاسهای جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان

تعداد	انحراف معیار	میانگین	شاخصها متغیرها
۴۴۹	۲۳/۰۳	۱۴۷/۲۳	جهت‌گیری مذهبی
۴۴۹	۱۶/۷۰	۹۱/۹۸	پایبندی به عقاید و مناسک
۴۴۹	۸/۴۸	۵۵/۲۵	پایبندی به اخلاقیات
۴۴۹	۴/۰۵	۶/۵۷	اضطراب
۴۴۹	۲/۷۴	۷/۴۱	کارکرد اجتماعی
۴۴۹	۴/۳۴	۵۰/۰۱	افسردگی
۴۴۹	۳/۶۰	۶/۵۴	سلامت جسمانی
۴۴۹	۱۲/۳۵	۲۵/۵۴	سلامت روانی

جدول ۲. نتایج همبستگی ساده میان ابعاد مذهبی و ابعاد سلامت روانی در کل نمونه (N=۴۴۹)

متغیرهای پژوهش	پایبندی به اخلاق	پایبندی به مناسک	شکایات جسمانی	اضطراب	اختلال در کارکرد اجتماعی	افسردگی
پایبندی به اخلاقیات		r=۰/۶۱ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۴۲ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۴۹ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۳۳ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۵۵ P<۰/۰۰۱
پایبندی به عقاید و مناسک			r=-۰/۲۶ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۲۹ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۲۵ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۳۸ P<۰/۰۰۱

جدول شماره ۲ آورده شده است. همان طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می شود همبستگیهای ساده میان پایبندی به اخلاقیات و ابعاد سلامت روانی به ترتیب برای شکایت جسمانی ۰/۴۲-، اضطراب ۰/۴۹-، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۳۳- و افسردگی ۰/۵۵- می باشند که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی دار هستند. همچنین، پایبندی به عقاید و مناسک با ابعاد سلامت روانی به ترتیب برای شکایت جسمانی ۰/۲۶-، اضطراب ۰/۲۹-، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۲۶- و با افسردگی ۰/۳۸- می باشند که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی دار هستند. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که تمام فرضیه های فرعی منتج از فرضیه اول مورد تأیید قرار می گیرند. لازم به توضیح است که همبستگیهای ساده بعد جهت گیری اخلاقیات با تمام ابعاد سلامت روانی از همبستگیهای ساده بعد عقاید و مناسک با ابعاد سلامت روانی بالاترند. فرضیه دوم: بین ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان رابطه چندگانه وجود دارد. جدول شماره ۳ همبستگی چندگانه ابعاد جهت گیری مذهبی (پایبندی به اخلاقیات و مناسک) را با سلامت روانی کل آزمودنیها نشان می دهد. همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود ضریب همبستگی چندگانه (دو متغیری) برای ترکیب خطی ابعاد مذهبی با سلامت روانی دانشجویان برابر با $MR = ۰/۵۵۱$ می باشد که در سطح $p > ۰/۰۰۰۱$ از لحاظ آماری معنی دار است. بنابراین فرضیه اول پژوهش که بیان می دارد میان ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان رابطه چندگانه وجود دارد

جدول ۳. ضرایب همبستگی چندمتغیری، ضرایب تعیین، نسبت‌های F، ضرایب رگرسیون و سطوح معنی‌داری مربوط به رابطه ابعاد جهت‌گیری مذهبی (پایبندی به اخلاقیات و مناسک) با سلامت روانی در کل نمونه به روش ورود

عرض از مبدا و ضرایب رگرسیون		نسبت F و سطح معنی‌داری	ضریب تعیین RS	همبستگی چندگانه MR	متغیر پیش‌بین	شاخصهای آماری / متغیر ملاک
۲	۱					
	$\beta = -0/55$ $b = -0/85$ $t = 13/9$ $p = 0/0001$ $\alpha = 73/1$	$193/4$ $(0/0001)$	۳۰۲	۰/۵۵	پایبندی به اخلاقیات	سلامت روانی
$\beta = -0/49$ $b = -0/39$ $t = -0/99$ $p = 0/32$ $\alpha = 74/16$	$\beta = -0/52$ $b = -0/805$ $t = -10/47$ $p = 0/0001$	$97/19$ $(0/0001)$	۰/۳۰۴	۰/۵۵۱	پایبندی به عقاید و مناسک	

جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان با روش گام به گام وجود ندارد و با اطمینان می‌توان استنباط کرد که شاخصهای آماری قابل حصول با روش گام به گام برای پایبندی به اخلاق و سلامت روانی، متناظر با شاخصهای است که در روش ورود حاصل شده است لذا به منظور پرهیز از تکرار، از آوردن جدول گام به گام خودداری می‌شود. به منظور بررسی فرضیه‌های سوم و چهارم که مربوط به روابط میان ابعاد مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر است. انجام تحلیل رگرسیونی مجزا برای دخترها و پسرها ضروری می‌نماید.

مورد تأیید قرار می‌گیرد. شایان ذکر است که هر چند ترکیب خطی ابعاد مذهبی با سلامت روانی معنی‌دار است اما، افزوده شدن متغیر بعد پایبندی به مناسک در معادله رگرسیون تغییر محسوسی در ضریب تعیین ایجاد نمی‌کند. همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود ضریب رگرسیون پایبندی به مناسک برابر با $\beta = -0/49$ در سطح $p < 0/32$ است که از لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

لازم به توضیح است به دلیل معنی‌دار نبودن ضریب رگرسیون پایبندی به مناسک، نیازی به بررسی بیشتر رابطه میان متغیرهای

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندمتغیری برای دانشجویان دختر با روش ورود

عرض از مبدا و ضرایب رگرسیون		بست F	ضریب تعیین RS	همبستگی چندگانه MR	متغیر پیش بین	شاخصهای آماری
۲	۱					متغیر ملاک
	$\beta = -0/052$ $b = -0/92$ $t = -9/99$ $p = 0/0001$ $\alpha = 79/21$	99/81 (0/0001)	304	0/55	پایبندی به اخلاقیات	سلامت روانی
$\beta = -0/054$ $b = -0/047$ $t = -0/72$ $p = 0/47$ $\alpha = 78/11$	$\beta = -0/088$ $b = -0/99$ $t = -7/90$ $p = 0/0001$	50/06 (0/0001)	0/306	0/55	پایبندی به عقاید و مناسک	

دوم پژوهش تأیید می‌شود، اما باید بر این نکته تصریح کرد که اضافه شدن متغیر پایبندی به عقاید و مناسک در معادله رگرسیون تغییر معنی‌داری در ضریب تعیین ایجاد نمی‌کند. به عبارت دیگر، تنها متغیر پیش بین سلامت روانی دانشجویان دختر پایبندی به اخلاقیات مذهبی است و نه عقاید و مناسک. همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود ضریب رگرسیون پایبندی به مناسک برابر با $\beta = -0/054$ است که در سطح $p = 0/47$ معنی‌دار نیست. شایان ذکر است، همانند تحلیل رگرسیون برای کل نمونه، نیازی به اجرای رگرسیون گام به گام

فرضیه سوم پژوهش: بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دختر رابطه چندگانه وجود دارد. نتایج مربوط در جدول ۴ ارائه شده‌اند.

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دختر در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

همان طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود ضریب همبستگی چندگانه ابعاد مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دختر برابر با $MR = 0/55$ می‌باشد که در سطح $p < 0/0001$ معنی‌دار است. بنابراین، فرضیه

آماري مربوط به پايبندی به اخلاقيات در روش ورود است. بنابراین در روش گام به گام، پايبندی به عقايد و مناسک مذهبی وارد معادله نمی شود.

فرضیه چهارم پژوهش: بین ابعاد

جهت گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان پسر رابطه چندگانه وجود دارد.

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون بین ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان پسر در جدول شماره ۵ ارایه شده است.

همان طور که در جدول شماره ۵ ملاحظه می گردد همبستگی چندگانه ابعاد مذهبی با سلامت روانی دانشجویان پسر برابر با $MR=0/59$ می باشد که در سطح

پسرها منجر به تغییر معنی داری در ضریب تعیین شد. به عبارت دیگر، برای پسرها ترکیب خطی ابعاد مذهبی (مناسک و اخلاق) سلامت روانی را بهتر از تک تک متغیرهای مستقل، پیش بینی می کند. ضریب رگرسیون مربوط به پايبندی به مناسک مذهبی برابر با $(\beta=-0/141)$ ، در سطح $(p<0/033)$ است که از لحاظ آماري معنی دار می باشد. شایان ذکر است که میزان افزایش همبستگی چندگانه که توسط متغیر پايبندی به مناسک تبیین می شود برابر با $(0/14)$ ، در سطح

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندمتغیری برای دانشجویان پسر با روش ورود

شاخصهای آماری متغیر ملاک	متغیر پیش بین	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین RS	بست F	عرض از مبدا و ضرایب رگرسیون	
					۱	۲
سلامت روانی	پايبندی به اخلاقيات	0/58	0/33	109/15 (0/0001)	$\beta=-0/58$ $b=-0/83$ $t=-10/44$ $p=0/0001$ $\alpha=70/10$	
	پايبندی به عقايد و مناسک	0/59	0/35	57/78 (0/0001)	$\beta=-0/14$ $b=-0/10$ $t=-2/14$ $p=0/033$ $\alpha=73/26$	$\beta=-0/50$ $b=-0/72$ $t=-7/66$ $p=0/0001$

متغیرهای ذکر شده است. بر اساس نظریه پارگامنت^۱ (۱۹۹۰) مذهب می‌تواند در مراحل ارزیابی اولیه عوامل تهدید کننده زندگی و موجودیت شخص مداخله نماید و به عنوان یک متغیر میانجی عمل کند. همچنین، در مرحله ارزیابی مجدد و پس از وقوع مشکل، می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای را داشته باشد و امیدواری و معنی جویی بیشتری را در فرد ایجاد نماید. علاوه بر آن، مذهب در مرحله تفسیر رویدادها می‌تواند بر روی نتایج و پیامدهای حاصل از عوامل استرس‌زا اثر مثبت بگذارد. کسانی که جهت گیری مذهبی درونی دارند، بهتر می‌توانند عوامل استرس را تعدیل نمایند و در نتیجه سلامت روانی بیشتری خواهند داشت. در این میان، نقش نگرش مذهبی، قوی‌تر از انجام صرف اعمال مذهبی است. از دیدگاه برگین^۲ (۱۹۹۱) مذهب تأثیر مثبتی بر سلامت روانی افراد با گرایش مذهب درونی دارد، در حالی که افراد برون مذهبی نه تنها سودی از مذهب نمی‌برند بلکه نتایج منفی دامنگیر آنها

است. میزان ۰/۰۱۴ از تفاضل ضریب تعیین متغیر پابندی به اخلاقیات و ضریب تعیین هر دو بعد مذهب با سلامت روانی حاصل شده است. بنابراین، متغیر مناسک مذهبی تنها یک و نیم درصد از واریانس متغیر سلامت روانی در دانشجویان پسر را تبیین می‌کند (البته این یک و نیم درصد سهم انحصاری پابندی به مناسک در پیش بینی سلامت روانی دانشجویان پسر است). شایان ذکر است که بعد اخلاقیات به مذهب درونی و بعد مناسکی بیشتر به شعائر و جلوه‌های بیرونی مذهب اشاره دارند.

بحث و نتیجه گیری

مذهب می‌تواند به عنوان یکی از متغیرهای میانجی، اثرهای منفی عوامل استرس‌زا را تعدیل نماید. پژوهشهای متعدد انجام شده در مورد تأثیر مذهب بر سلامت روانی نیز حاکی از وجود یک ارتباط مثبت بین این دو متغیر بوده است، به طوری که از ۵۰ مطالعه انجام شده پیرامون مذهب و سلامت روانی، ۳۶ مورد (۷۲٪) حاکی از ارتباط مثبت میان

1- Pargament

2- Bergin

می‌شود. به دلیل سبک زندگی خاصی که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی دارند، آنها رویدادها را کمتر استرس‌زا ارزیابی می‌کنند یا بعد از بروز استرس آن را به منزله فرصتی برای رشد و تقویت معنوی و روحی خود می‌دانند و یا آن را برنامه و تدبیر الهی که گریزی از آن نیست، تعبیر و تفسیر می‌نمایند. می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که باورهای دینی می‌توانند فرد را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه به سلامت روانی هدایت کنند، به گونه‌ای که فرد به طور خودانگیخته و با بصیرت و شناختی منطقی، به اعتقادات و باورهای دینی ملتزم گردد. اما، افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی به علت این که احتمال دارد گرایش ابزاری به دین در آنها رشد نماید، استرس‌های بیشتری را در مواجهه با مشکلات تجربه می‌کنند.

با توجه به نظریه ناهماهنگی شناختی (فستینگر، ۱۹۵۷) می‌توان یک توجیه احتمالی دیگر در این زمینه که چرا افراد برون مذهبی از سلامت روانی کمتری برخوردارند؛ ارائه داد. وقتی انسان مناسک دینی را در معرض دید افراد انجام می‌دهد با تقویت و پاداش‌های بیرونی زیادی مواجه می‌شود. در نتیجه نگرش درونی فرد نسبت به این مناسک ضعیف شده و افراد این اعمال را بیشتر به پیامدها (تقویت و پاداش بیرونی) نسبت خواهند داد تا به گرایشهای قلبی خودشان. حضرت علی (ع) در نهج البلاغه (کلمات قصار شماره ۲۸، ترجمه دشتی، ۱۳۷۸) می‌فرماید افضل الزهد اخفاء الزهد، برترین پرهیزگاری آن است که در پنهان انجام گیرد. مفهوم ضمنی این روایات آشکار می‌سازد که اخفاء پرهیزگاری و نیات خیر بهتر موجب رستگاری و به تبع سلامت روانی انسان می‌شود.

تفسیرهای روان‌شناختی فوق با نتایج حاصل از این پژوهش همسو می‌باشند. یافته‌های ناشی از فرضیه‌های اول (برای کل آزمودنیها) و دوم برای آزمودنیهای دختر نشان می‌دهند که پایبندی به جهت‌گیری اخلاقیات مذهبی درونی با سلامت روانی مرتبط است و پایبندی به مناسک سهم معنی‌داری در تبیین واریانس سلامت روانی آزمودنیها (کل نمونه)

و به ویژه دخترها ندارد. این یافته‌ها با دیدگاه برگین (۱۹۹۱) و ویلیام جیمز^۱ (۱۹۶۱) در خصوص مذهب بیرونی همسو می‌باشند. تلویحات نظری مهمی از این یافته‌ها می‌تواند برای رهروان مذاهب ارائه کرد. با توجه به این یافته‌ها به نظر می‌رسد که بدون شکل‌گیری اعتقادات قلبی نسبت به مذهب و خداپرستی، راه دیگری برای سلامت روانی وجود ندارد. بدین لحاظ باید تلاش کرد تا نگرشهای خالصانه به مذهب را از تأثیر منفی اجتماع محافظت کرد. البته نباید این نکته را از نظر دور داشت که یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که گرایشهای درونی مذهبی به مراتب مهمتر از گرایش به مناسک مذهبی است. معنی این حرف این نیست که گرایش به مناسک بر سلامت روانی اثر ندارد. کما اینکه با بررسی همبستگیهای ساده میان ابعاد جهت‌گیری مذهبی با ابعاد سلامت روانی، می‌توان ملاحظه کرد که پایبندی به عقاید و مناسک نیز با تمام ابعاد سلامت روانی (شکایت جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) ارتباط منفی معنی‌دار دارند. به عبارت ساده‌تر، هر چه گرایش به مناسک بیشتر باشد نمره افراد در اختلالات ذکر شده کمتر است. با توجه به تأیید فرضیه چهارم که بیانگر وجود رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و رابطه جهت‌گیری مذهبی با خرده‌مقیاسهای سلامت روانی می‌باشد، به نظر می‌رسد سازوکار مشترک دخیل در روابط فوق، ایجاد آرامش با یاد خداوند باشد. به طور کلی، کنش مهم فعالیت‌های مذهبی این است که فرد را در برابر عوامل تنیدگی‌زا توانمند می‌کند. تحت این شرایط، افراد خود را بر حسب چهره‌های والای مذهبی ارزیابی می‌کنند و از نقطه نظرهای برتر (نقش خداوند) به مسایلی خود می‌نگرند. تأثیرات مربوط به جهت‌گیری مذهبی، تا حدی با منابع روانی-اجتماعی به دست آمده از شرکت مستمر در مراسم دینی، عضویت در گروه‌های دینی، تعامل با افراد مذهبی و یا به طور کلی با کارکرد اجتماعی مرتبط می‌باشند (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۷۹).

1- William James

در پایان، از آنجایی که بعد معنوی و مذهبی چند وجهی است، بنابراین در سنجش نیز باید تمامی این ابعاد بررسی شود. در ایران بیشتر به بعد بیرونی و تظاهرات رفتاری مذهب توجه شده است و بر خلاف جوامع غربی، مذهب با سایر زمینه‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی همپوشی دارد، لذا نوع مشکلات مذهبی و تأثیر مذهب بر سایر ابعاد زندگی می‌توانند بسیار متفاوت از جوامع غربی باشند. بنابراین، ساخت و هنجاریابی آزمونهایی که با فرهنگ بومی ما بیشتر همخوانی داشته باشند لازم و ضروری می‌نماید.

به نظر می‌رسد انجام تحقیقاتی در سطح وسیع‌تر در دانشگاه‌های دیگر در زمینه تأثیر مذهب بر سلامت روانی ضرورت دارد تا نتایج قابل تعمیم‌تر باشند.

با توجه به تأثیر مذهب در سلامت روانی سعی شود که در مراکز درمانی و سایر مؤسسات از این روش درمانی در کنار سایر روشهای درمانی شناختی بهره کافی برده شود.

در تحقیقات آینده سعی شود نقش متغیرهای دیگری چون رشته تحصیلی، بومی و غیربومی بودن در سلامت روانی بررسی شود و نتایج آن با این تحقیق مقایسه گردد. گنجاندن عوامل روان‌شناختی دیگر در مطالعات بعدی حائز اهمیت است، زیرا بررسی اثرهای تعاملی احتمالی پاره‌ای عوامل شخصی با پاره‌ای عوامل دینی (مانند چگونگی تعامل ویژگیهای شخصیت خودشیفته^۱ با حضور شخص در مراسم مذهبی یا با اعتقادات یک شخص درباره خدا) در مقام پیش‌بینی سلامت روانی، ما را در جهت تبیین مناسب‌تر مشکلات یاری می‌دهد.

به پژوهشگران روان‌شناسی و حوزه‌های مرتبط توصیه می‌شود به منظور بررسی نقش علی عقاید مذهبی و ابعاد آن بر سلامت روانی، نحوه اثرگذاری متغیرهای مهم روان‌شناختی از جمله ویژگیهای شخصیتی، عزت نفس، خوش بینی، سبکهای اسنادی، سرسختی و ... را به عنوان متغیرهای

1- narcissistic personality

میانجی گر بین عقاید مذهبی و سلامت روانی مورد بررسی قرار دهند.

منابع

فارسی

- آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۲). تهیه و ساخت آزمون جهت گیری مذهبی با تکیه بر اسلام. قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- ارونسون، الیوت (۱۹۹۹). روان شناسی اجتماعی. ترجمه حسین شکرکن (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.
- اریک فروم (۱۹۴۱). گریز از آزادی. ترجمه امیر اسماعیلی (۱۳۶۲). تهران: انتشارات سوسن.
- آلیاتی، زهرا و همایون، مهین (۱۳۸۲). بررسی رابطه پایبندی به دعا با میزان اضطراب دانشجویان دانشگاه تبریز. دومین سمینار سراسری بهداشت روان دانشجویان. دانشگاه تربیت مدرس.
- پالاهنگ، حسن؛ نصرافهانی، مهدی؛ براهنی، محمدنقی و شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم شماره ۴.
- پورشریفی، حمید و همکاران (۱۳۸۳). بررسی بهداشت روان دانشجویان ورودی جدید دانشگاههای وزارت علوم. دومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه تربیت مدرس.
- شریفی، حسن پاشا و شریفی، نسترن (۱۳۸۰). روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: سخن.
- شریفی، طیب؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و شکرکن، حسین (۱۳۸۵). رابطه نگرش دینی با افسردگی، اضطراب، و پرخاشگری در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. مجله

- پژوهشهای تربیتی و روان‌شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، سال دوم، شماره اول، بهار و تابستان.
- شهبازی، آناهیتا (۱۳۷۵). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی و برونی با سلامت روان. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.
- صانعی، مهدی (۱۳۸۲). بهداشت روان در اسلام. قم: بوستان کتاب.
- غباری بناب، باقر (۱۳۷۴). باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان. مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول شماره ۴.
- گلی، رحیم (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان بنیاد شهید استان کرمانشاه. حوزه پژوهشی بنیاد شهید کرمانشاه.
- گوستاویونگ، کارل (۱۳۸۲). روانشناسی و دین. ترجمه فواد روحانی. تهران: فرهنگی و علمی.
- نهج البلاغه، کلمات قصار شماره ۲۷، ترجمه دشتی، محمد (۱۳۷۸). مؤسسه فرهنگی تحقیقاتی امیرالمومنین.
- یعقوبی، نورا...؛ نصر، مهدی و شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صعومه سرا (گیلان). مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول شماره ۴.
- یوآخیم، واخ (۱۳۸۲). جامعه‌شناسی دین. ترجمه جمشید آزادگان. نشر: سمت.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روان‌شناسی، شماره ۴، سال پنجم، ۳۹۸-۳۸۱.

لاتین

- Aldridge, D. (1991). Spirituality, healing and medicine. *British Journal of General Practice*, 41, 425-427.
- Aldridge, D. (2001). Prayer and spiritual healing in medical settings. *The International Journal of Healing and Caring*, Vol. 1.

- Ball, J., Armistead, L., & Austin, B.J. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 431-446.
- Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 95-105.
- Bergin, A.E. (1991). Values and Religious Issues in Psychotherapy and Mental health. *Journal of American Psychologist*, 4, 394-403.
- Butler, M. (1998). Not just a time out: Change dynamics of prayer for religious couples in conflict situations. *Family Process*, 37(4), 451-475.
- Christopher, G., Ellison, J. D., Boardman, D.R., Williams, J. & Jackson, S. (1995). Religious involvement, stress, and mental health: Findings from the 1995 Detroit area study. *Social Forces*, Vol. 80, No. 1, 215-249.
- Comstock, G.W., & Partridge, K.B. (1972). Church attendance and health. *Journal of Chronic Diseases*, 25, 665-672.
- Goldberg, D. P. & Hiller V. F. (1979). A scale of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
- James, W. (1961). The varieties of religious experience. A study in human nature. New York. Collier books.
- Maton, K. I., & Pargament, K. I. (1987). The roles of religion in prevention and promotion. *Prevention in Human Services*, 5, 161-205.
- Nealman, J., & Persaoud, R. (1995). Why do psychiatrists neglect religion? *British J of Medical Psychology*. 68:169-78.
- Paloma, M. M., & Pendleton, B. F. (1991). The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 71-83.
- Pargament, K. I. (1990). **God help me:** Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion research in the social scientific study of religious, 2, 195-224.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M. and Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/ spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Journal of Pain*, Vol. 116, No.3, 311-321.

Scott, R. Bergin, A.E. (1991). A spiritual strategy for counseling and psychotherapy, **American, Psychological Association (APA)**, third Edition.