

رابطه‌ی دینداری با سلامت روان در نوجوانان

دکتر مهدی قدرتی میرکوهی^۱

احسان خرمایی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی دینداری با سلامت روان بود. مشارکت کنندگان در پژوهش ۴۱۹ نوجوان (۲۰۱ دختر و ۲۱۷ پسر) که به روش تصادفی چند مرحله‌ای از میان دانش آموزان ۱۶ تا ۱۹ ساله‌ی شهرهای اصفهان و تهران انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های مقیاس سنجش دینداری و سلامت عمومی پاسخ دادند. داده‌ها به کمک ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دینداری و سلامت عمومی روابط منفی و معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های التزام دینی، باور دینی و عواطف دینی با مؤلفه‌های سلامت عمومی (شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی) رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد. تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که مؤلفه‌های التزام دینی، عواطف دینی و باورهای دینی به ترتیب پیش بینی کننده‌ی سلامت عمومی می‌باشند. ارتباط بین مؤلفه‌های دینداری با مؤلفه‌های سلامت عمومی نشانگر تأثیرگذاری دینداری بر جنبه‌های مختلف سلامت عمومی نوجوانان دارد و دینداری می‌تواند یک عامل مهم در شکل گیری سلامت عمومی باشد.

واژه‌های کلیدی:

دینداری، سلامت عمومی، نوجوانی

مقدمه

فشارهای روانی ناشی از زندگی مدرن و تغییرات سریع اجتماعی که تحت تأثیر رشد سریع زندگی صنعتی شکل می‌گیرد، تأثیرات عمده‌ای بر سلامت روان (Mental Health) انسان دارد. سلامت روان یکی از مهمترین مؤلفه‌های یک زندگی سالم است که عوامل بی شماری در شکل بندی صحیح یا ناصواب آن دخیل هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). در گستره‌ی بهداشت روانی، انسان سالم، در جستجوی معنای زندگی، سعادت، کامروایی و شادکامی است (فرانکل، ۱۹۶۷).

سلامت روان در پی آن است که احساسات منفی نظیر اضطراب، افسردگی، ناامیدی کم‌رنگ گشته و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد پیشگیری به عمل آید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ ابعاد سه گانه سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را مطرح کرد که هر سه بعد لازم و ملزوم یکدیگر است. در طول چند دهه‌ی اخیر، مساله سلامت روان به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت مورد توجه قرار گرفته است، حتی در جدیدترین پژوهش‌هایی که در کشورهای مختلف انجام شده نشان داده شده که بیماری‌های روانی بالاترین شیوع و فراوانی را دارا هستند، و بالاترین اولویت بهداشتی مربوط به بیماری‌های روانی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). با توجه به دلایل ذکر شده سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۰۱ را سال سلامت روان نامید و خاطر نشان ساخت که در این سال تمام ملل جهان وظیفه دارند که سطح بهداشت روان خود، خانواده و اجتماع شان را ارتقا دهند. در این بین متخصصان و پژوهشگران به دنبال یافتن عواملی هستند که می‌تواند بر روی سلامت روان تأثیر گذار باشد. از سویی دیگر در پهنه‌ی تحول و رشد انسان دوره نوجوانی به عنوان یکی از حساس ترین دوران رشد که شاهد تغییرات سریع در ابعاد جسمانی، عاطفی، شناختی، عاطفی و اجتماعی هستیم (سانتراک، ۲۰۰۸)، بررسی عواملی که می‌تواند بر شکل گیری سلامت روان نوجوانان نقش و تأثیر بسزایی داشته باشد بیش از پیش احساس می‌شود.

در این میان دینداری (Religiosity) از جمله‌ی عوامل تأثیر گذار بر سلامت روان نوجوانان می‌تواند باشد که نیاز به بررسی‌های بیشتر در این زمینه احساس می‌گردد.

دین (Religion) به شکل خاصی در هر فرهنگ شناخته شده‌ای وجود دارد (وولف Wulff، ۱۹۹۷). همچنین دین یک واقعیت مشخص عینی است که مورخین آن را مطالعه می‌کنند. دین را می‌توان از دیدگاه آیین‌ها، شخصیت‌های نمادین و انواع دعاها

بررسی کرد. فرد دیندار به نوعی با یک منبع آفرینش که بر زندگی بشر و امور طبیعی تأثیر دارد، ارتباط برقرار می‌کند. متاسفانه علی‌رغم اهمیت آشکار دین برای افراد و اجتماعات، روان‌شناسان، با کمال تعجب، به این موضوع کمتر توجه کرده‌اند. به عبارت دیگر در طول سال‌های تعیین‌کننده برای روان‌شناسی اگر چه دین مورد علاقه بسیاری از دانشمندان از جمله ویلیام جیمز (William James) و استانی‌هال (Stanley Hall) قرار گرفت. اما مطالعه دین مانند دیگر موضوعات سنتی مانند روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسی اجتماعی و روان‌شناسی شخصیت توجه زیادی را در میان پژوهش‌های روان‌شناسی به خود جلب نکرده است (وولف، ۱۹۹۷).

پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه، با بررسی رابطه‌ی میان ابعاد شخصیت و مذهب به شکل گسترده‌ای انجام پذیرفته است. وینک و همکاران (Wink & et al) (۲۰۰۷) نشان دادند که در اواخر نوجوانی مذهبی بودن رابطه‌ی مثبت با وظیفه‌شناسی (Conscientiousness) و سازگاری (Agreeableness) داشت و جستجوی معنویت با باز بودن برای تجربه (Openness) رابطه‌ی مثبت داشت. نوجوانانی که از ویژگی شخصیتی خوشایندی برخوردار بودند به لحاظ شخصیتی در طول زندگی مذهبی بودند و مذهبی بودن در نوجوانی با خوشایندی در طول زندگی قابل پیش‌بینی بود.

لیندرن و مور (Lindner & Moore) (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای به شکل زمینه‌یابی با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته‌ی بررسی تجارب مذهبی، پیش‌بینی‌کننده‌های مذهب در نوجوانان را به ترتیب ویژگی‌های فرهنگی، تأثیر همسالان، توانایی‌های شناختی و نیازهای روان‌پوشی (ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت هویت)، سبک‌های فرزند پروری، و حضور در مکان‌های مذهبی در نظر گرفتند.

معنویت و مذهب شامل تجارب معنوی روزانه، عفو و بخشندگی و مقابله مذهبی با میزان افسردگی پایین، به ویژه در دختران همراه بود (دسروسیرس و میلر & Desrosiers Miller) (۲۰۰۷).

گود و ویلافلای (Good & Willoughby) (۲۰۰۶) تعامل بین مذهب (بیشتر به شکل رفتاری نظیر حضور در مکان‌های مذهبی) و معنویت (به معنی اعتقادات شخصی به خداوند و یا یک نیروی برتر) بر روی سازگاری روان‌شناختی (Psychological Adjustment) نوجوانان را با طیف وسیعی از ابزارها، از جمله پرسشنامه قربانی همسالان شدن (Peer victimization) (مارینی و همکاران (Marini & et al) (۱۹۹۹)، کیفیت

دوستی (Friendship Quality) (گاوز و همکاران (Gauze & et al)، ۱۹۹۶)، پرسشنامه دل‌بستگی به والدین و همسالان (Parents and peer attachment) (ارمسدن و گرینبورگ (Armsden & Greenburg)، ۱۹۸۷)، میزان مذهبی بودن از طریق حضور در اماکن مذهبی، معنویت با پرسش در باره‌ی اعتقاد به خداوند یا یک منبع متعالی مورد مطالعه قرار دادند. نتایج به شکل برجسته‌ای حاکی از آن بود که مذهبی بودن نوجوانان با سازگاری آن‌ها رابطه‌ی مثبت معنی داری، بدون توجه به میزان معنویت آن‌ها دارد. این نتایج بدین معناست که نوجوانانی که اعمال و رفتار مذهبی انجام می‌دهند سطوح کمتری از رفتارهای پرخطر را نشان می‌دهند.

ابوتس (Abbotts & et al) و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی رابطه‌ی مذهبی بودن با سلامت روان در میان کودکان اسکاتلندی پرداختند. در این پژوهش رابطه‌ی حضور هفتگی در مراسم مذهبی کلیسا با سلامت روان کودکان مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد، کودکانی که در مراسم‌های مذهبی حضور بیشتری داشتند پرخاشگری کمتری از خود در موقعیت‌های خانه و مدرسه نشان می‌دادند، عزت نفس بالاتری داشتند و اضطراب و افسردگی کمتری در میان آن‌ها گزارش شده بود.

نانی میکر، مک نیلی و بلوم (Nonnemaker, McNeely, & Blum) (۲۰۰۶) به بررسی رابطه‌ی مذهب درونی و بیرونی با سلامت در نوجوانان پایه‌های هفتم تا دوازدهم پرداختند. معیار سنجش مذهبی بیرونی فراوانی حضور در مراسم مذهبی و شرکت در فعالیت‌های گروهی جوانان مذهبی بود. مذهب درونی نیز از طریق میزان دعا کردن و اهمیتی که فرد برای دین قائل بود مورد سنجش قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مذهبی بودن نقش محافظتی برای سلامت نوجوانان دارد. در مجموع هم مذهب درونی و هم مذهب بیرونی نوجوانان را از در معرض خطر مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا مصون می‌داشت. مذهب درونی و بیرونی همچنین با رابطه‌ی جنسی نامشروع رابطه‌ی منفی داشت. مذهب بیرونی با فشارهای هیجانی کم همبستگی مثبت داشت اما مذهب درونی این رابطه را نشان نداد. با این وجود رابطه‌ی مذهب درونی قوی‌تر از مذهب بیرونی در مجموع متغیرهای مورد مطالعه بود. در حقیقت این پژوهش نشان داد که مذهب نقش حمایتی و حفاظتی در برابر مسائل و مشکلات برای نوجوانان دارد.

فرانسیس و همکاران (Francis & et al) (۲۰۰۴) در پژوهشی بر روی ۲۴۶ دانش آموز دبیرستانی به بررسی نقش نگرش مثبت به مسیحیت (از طریق میزان حضور در کلیسا، دعا

خواندن و خواندن انجیل) بر روی سلامت عمومی پرداختند. تحلیل داده‌ها نشان داد که ارتباط مثبت و قوی بین نگرش مثبت به مسیحیت با میزان سلامت عمومی بالاتر وجود دارد.

پیکو و فیتز پاتریک (Piko, & Fitzpatrick) (۲۰۰۴) در مطالعه‌ی خود به اهمیت و نقش مذهب به عنوان عامل محافظتی در برابر سوء مصرف مواد در میان نوجوانان اشاره کرده‌اند. در این تحقیق بر روی ۱۲۴۰ نفر نوجوان مقطع راهنمایی و دبیرستانی انجام گرفت، یافته‌های پژوهشی نشان داد که مذهبی بودن با کاهش مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا در میان پسران و کاهش مصرف ماری جوانا در میان دختران رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد.

بال، آرمیستد و آیستین (Ball, Armistead, Austin) (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی رابطه‌ی مذهب و سازگاری در نوجوانان دختر آمریکایی آفریقایی تبار که بیشتر در معرض خطر ناسازگاری و بروز مشکلات سلامتی قرار داشتند، پرداختند. در این پژوهش نیز ملاحظه گردید که داشتن فعالیت‌های مذهبی با بالا بودن عزت نفس، کاهش فشارهای روانی و در مجموع سلامت روان بالاتر در میان دختران آفریقایی تبار رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد.

کیم (Kim) (۲۰۰۸) در پژوهشی به نقش و تأثیر مذهب در میزان ناسازگاری کودکان با والدین مستبد و کودکان با والدین خونگرم و مقتدر پرداخت. بدین منظور تعداد ۱۸۸ کودک والدین مستبد و ۱۹۶ کودک والدین مقتدر با فرزند پروری صحیح در محدوده‌ی سنی ۶ تا ۱۲ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میزان ناسازگاری کودکان از طریق مشاهده توسط مشاور در محیط آموزشی مورد سنجش قرار گرفت. نتایج تحلیل به طور معناداری نشان داد که مذهب نقش محافظتی بر روی رفتارهای ناسازگارانه، حتی در کودکان با والدین مستبد دارد، به طوری که بین میزان حضور در فعالیت‌های مذهبی این کودکان با کاهش نشان‌های اختلال برون ریزی (پرخاشگری، بیش‌فعالی و انزواطلبی) رابطه‌ی منفی وجود دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که مذهب کودکان به طور گسترده‌ای می‌تواند نقش مقابله‌ای در برابر استرس هم برای کودکان با تربیت غلط و هم برای کودکان با شیوه‌ی فرزند پروری صحیح داشته باشد.

کزدی و همکاران (Kézdy) (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای بر روی ۴۰۳ نفر دانش آموز و دانشجوی ۱۵ تا ۲۵ ساله‌ی مجارستانی به بررسی رابطه‌ی داشتن شک به مذهب با سلامت

روان پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که داشتن شک مذهبی همبستگی مثبت با اضطراب و افسردگی دارد، در حالی که داشتن اعتقاد مذهبی رابطه‌ی منفی با اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد.

جعفری، صدری و فتحی اقدم (۱۳۸۸) در پژوهشی بر روی ۱۲۰ دانشجوی به بررسی رابطه‌ی کارآیی خانواده و دینداری و سلامت روان پرداختند. شواهد پژوهشی نشان داد که هر چه میزان کارآیی خانواده و دینداری افراد بالاتر می‌رود از سلامت روان بالاتری برخوردار می‌شوند.

جمالی (۱۳۸۱) در مطالعه‌ی خود به بررسی رابطه‌ی بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در میان ۳۰۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های تهران پرداخت. نتایج این تحلیل نشان داد که بین احساس معنا بخش بودن زندگی و نگرش مذهبی داشتن با سلامت روان همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. همچنین در بررسی تفاوت‌های جنسی در زمینه مذهبی یافته‌ها نشان داد که زنان نگرش‌های مذهبی قوی‌تری دارند.

روغنجی (۱۳۸۴) در پژوهشی به منظور بررسی رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان، ۴۸۵ دانشجوی را در این مؤلفه‌ها مورد سنجش قرار داد. جهت سنجش جهت‌گیری مذهبی مقیاس محقق ساخته‌ای با رویکرد اسلامی که دو خرده مقیاس «عقاید و مناسک» و «اخلاقیات» داشت مورد استفاده قرار گرفت. به منظور سنجش سلامت روان نیز پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 به کار گرفته شد. نتایج نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته‌های فرعی بیانگر آن بود که بین جهت‌گیری مذهبی با شکایت‌های جسمانی، اضطراب، نارسایی در کارکردهای اجتماعی و افسردگی در سطح $p < 0.001$ رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد.

انجام چنین پژوهشی ما را در درک اهمیت دینداری در کسب هویت و سلامت روان رهنمون می‌کند. در حقیقت این پژوهش بر آن است تا نقش و سهم مذهب را در پیش‌بینی سلامت روان نوجوانان نشان دهد. یکی دیگر از مشخصه‌های پژوهش کنونی سنجش دینداری بر اساس مقیاسی است که برای جامعه‌ی ایرانی و بر اساس آموزه‌های دین اسلام ساخته شده است و لذا می‌توان با اطمینان بیشتری نسبت به یافته‌ها اظهار نظر کرد. بنابراین هدف این پژوهش، بررسی ارتباط مؤلفه‌های دینداری با مؤلفه‌های سلامت عمومی

(شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی) بود. بر اساس این هدف فرضیه و سوال ذیل مطرح می‌گردد:

۱. مؤلفه‌های دینداری با سلامت عمومی رابطه‌ی منفی و معکوسی دارد.
۲. مؤلفه‌های دینداری چه میزان از مؤلفه‌های سلامت عمومی را می‌تواند پیش بینی و تبیین نماید؟

روش پژوهش

از آن جا که پژوهش حاضر به بررسی رابطه‌ی میان متغیرها می‌پردازد و هدف آن تحلیل رگرسیون (Regression analysis) است از جمله‌ی طرح‌های پژوهش همبستگی محسوب می‌شود (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۶).

جامعه آماری طرح حاضر، شامل کلیه نوجوانان دختر و پسر شاغل به تحصیل در مقطع مدارس متوسطه شهرهای تهران و اصفهان می‌باشد. روش نمونه‌گیری مورد استفاده، نمونه‌گیری چند مرحله‌ای است که افراد جامعه با توجه به سلسله‌مراتبی (از واحدهای بزرگتر به کوچکتر) از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شوند (سرمد و همکاران، ۱۳۸۶). لذا در طرح پژوهشی حاضر با توجه به اینکه طرح از نوع همبستگی و در جهت پیش بینی می‌باشد از بین مناطق مختلف آموزش و پرورش شهرهای اصفهان و تهران ابتدا چند منطقه و از میان مناطق چند دبیرستان و پیش‌دانشگاهی و از میان آن‌ها چند کلاس انتخاب می‌شود که همه‌ی دانش‌آموزان آن کلاس به عنوان نمونه‌ی مورد مطالعه و شرکت‌کننده در پژوهش انتخاب می‌شوند. با بکار بردن نمونه‌گیری چند مرحله‌ای می‌توان یک «نمونه‌ی معرف (Representative sample)» جامعه انتخاب کرد و دقت بر آورد مورد نظر را افزایش داد. نمونه‌گیری چند مرحله‌ای در مقایسه با نمونه‌گیری خوشه‌ای از دقت بیشتری برخوردار است. با توجه به اینکه پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد و حداقل نمونه برای هر سطح از متغیرها در این نوع پژوهش‌ها ۳۰ نفر می‌باشد (سرمد و همکاران، ۱۳۸۶)، نمونه‌ای ۴۲۰ نفری از نوجوانان دختر و پسر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند.

برای اجرای پژوهش پس از انتخاب نمونه‌ی مورد نظر از میان نوجوانان (۱۶ تا ۱۹ ساله ی) شهرهای اصفهان و تهران در جلساتی حضوری و با تبیین اهمیت و ضرورت چنین پژوهشی پرسشنامه‌های دینداری و پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire) (GHQ) به نوجوانان ارائه می‌گردد تا تکمیل نمایند. برای جلب همکاری

افراد شرکت کننده در پژوهش به مراسم یادبود هدیه‌ای به آن‌ها داده شد. زمان اجرا هیچ محدودیتی نداشت و برای خنثی کردن اثرات سوگیری جنس، پرسشگر مرد برای شرکت کنندگان پسر و پرسشگر زن برای شرکت کنندگان دختر در نظر گرفته شد. داده‌ها توسط ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون با روش گام به گام تحلیل شدند.

ابزار گرد آوری داده‌ها

ابزار مورد استفاده در این طرح پژوهشی پرسشنامه‌ی ذیل می‌باشند:

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). یک پرسشنامه‌ی غربالگری مبتنی بر روش خود-گزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلد برگ، ۱۹۷۸). این پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای که دارای چهار خرده - مقیاس است: شکایت‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی وخیم. از مجموع نمرات نیز یک نمره‌ی کلی به دست می‌آید. وجود چهار خرده - مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. نمره‌ی کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار خرده - مقیاس به دست می‌آید (گلد برگ، ۱۹۷۸). محاسبات آماری پرسشنامه‌ی سلامت عمومی نشان می‌دهد که همبستگی خرده مقیاس‌ها با عامل کلی برای خرده مقیاس شکایت‌های جسمانی، ۰/۷۹؛ اضطراب، ۰/۹۰؛ ناسازگاری اجتماعی، ۰/۷۵ و افسردگی وخیم، ۰/۶۳ می‌باشد. ضریب همبستگی ۰/۹۰ برای خرده مقیاس اضطراب را می‌توان ناشی از این امر دانست که اضطراب یک پدیده‌ی بنیادی است که مخرج مشترک نشانگان اختلال‌های روانی را تشکیل می‌دهد. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی با تایید متخصصان روان شناسی و روان پزشکی، این امکان را برای پژوهشگران فراهم می‌کند تا بتوانند اطلاعاتی فراتر از آنچه از یک پرسشنامه‌ی کلی حاصل می‌شود، دست یابند، لذا پرسشنامه‌ی فوق از روایی محتوایی مطلوبی برخوردار است (گلد برگ، ۱۹۷۸).

مقیاس سنجش دینداری (خدایاری فرد، ۱۳۸۸) به منظور سنجش میزان دینداری فرد مسلمان و بر اساس هنجار جامعه‌ی ایرانی ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۰۲ سوال داشته و در مقیاس لیکرتی شش درجه‌ای (از زیاد مخالفم تا زیاد مخالفم و از هرگز تا همیشه) ساخته شده است. مقیاس سنجش دینداری بر اساس مؤلفه‌های دینداری فرد

مسلمان در سه خرده مقیاس التزام دینی، باور دینی و عواطف دینی ساخته شده است که در ذیل توضیح داده می‌شود:

مؤلفه‌ی شناخت و باور دینی: شناخت به معنای دانش اصول دین یعنی یقین به خدا، آخرت، پیامبران و آگاهی از فروع دین است. باور به معنای پذیرش، اقرار و تصدیق قلبی به اصول و شرایع دین است. باورها اغلب محوری ترین بعد دینداری محسوب می‌شوند و مذهبی بودن او را تعیین می‌کنند. باور شامل زیرمؤلفه‌های ذیل می‌باشند:

۱. پذیرش خداوند و صفات کمالیه‌ی او؛

۲. پذیرش انبیا؛

۳. پذیرش زندگی اخروی یعنی معاد و بهشت و جهنم؛

۴. پذیرش کتاب‌های آسمانی و احکام و قوانین خداوند؛

۵. پذیرش ملائکه.

مؤلفه‌ی عواطف دینی: عواطف دینی، شامل کلیه‌ی احساسات و عواطف مثبت و منفی است؛ عواطف مثبت در راستای شناخت و پذیرش قلبی نسبت به پروردگار یکتا، انبیا و اولیا، مؤمنان و تمامی دینداران، احکام دین، جهان هستی، و جهان پس از مرگ در فرد دیندار به وجود می‌آید و عواطف منفی تحت تاثیر محبت به خدا و دین خدا، نسبت به دشمنان دین الهی و پیامبران و اولیای آن مطرح می‌شود.

مؤلفه‌ی التزام و عمل به وظایف دینی: التزام به وظایف دینی، یعنی فرد دیندار در پی به وجود آمدن معرفت و احساس عاطفی نسبت به پروردگار، انبیا و اولیای دین، انجام تکالیف و احکام دینی را در حیطة‌ی شخصی، اجتماعی و اقتصادی بر خود بایسته بداند و به آنها عمل نماید. این مؤلفه از دو مؤلفه‌ی عمده‌ی عبادات و اخلاق تشکیل شده است که در پی می‌آیند:

۱. **عبادات:** منظور از عبادات، کلیه‌ی اعمالی است که در محدوده‌ی رابطه‌ی انسان با خود و خدای خود مطرح می‌شود و فرد بر حسب معارف و شرایع دینی، خود را موظف به انجام آنها می‌داند که به دو دسته‌ی فردی و جمعی تقسیم می‌شود، که مهم ترین آنها عبارتند از: نماز، روزه، ذکر، توکل، اطاعت از خدا، تقوا و اجتناب از گناه، اخلاص، سپاس و شکر، حفظ عزت نفس، تقویت اراده یا تصمیم‌گیری مناسب، رعایت بهداشت روانی و جسمی، پرورش نیروی عقلانی، پرهیز از تبعیت وهم و حدس و گمان، کسب علوم و معارف، فضیلت جویی، رفع نیازها به صورت متعادل، پرهیز از لغو و صبر.

۲. **اخلاق:** اخلاق عبارت است از کلیه‌ی اعمال و کارکردهای اجتماعی که فرد دیندار بر اساس شرایع اسلام ملزم به رعایت آنهاست که عبارتند از: تعاون و همکاری، سازگاری، وفای به عهد، سخاوتمندی، حلم، احسان، ایثار، پاسداری از شخصیت مؤمن، اطاعت از قانون، خوش اخلاقی و نیکوسازی رفتار، امر به معروف و نهی از منکر، عفو و گذشت، اصلاح بین افراد، ابراز همدردی با مؤمن، ابراز مخالفت با مفسدان، جهاد و یاری مظلوم، حج، کوشش برای برقراری حکومت دینی و پشتیبانی از حکومت صالحان و اطاعت از ولی امر.

برای تعیین روایی صوری (Face Validity) مقیاس پس از تهیه‌ی سؤالات در ابعاد سه گانه‌ی اصلی ساختار دینداری، یعنی باور دینی، عواطف و وظایف دینی، سؤالات به همه‌ی اعضای همکار و مشاوران طرح که ۱۴ نفر از متخصصان صاحب نظر در حوزه‌های روانشناسی، روان سنجی و دینی بودند و در این زمینه سابقه‌ی اجرای طرح پژوهشی داشتند، ارائه شد تا در مورد هر سؤال در ابعاد چهارگانه، نظر خود را براساس حد تناسب هر سؤال از میان چهار گزینه مشخص کنند (۴ نشان دهنده‌ی بیشترین درجه‌ی تناسب و ۱ نشان دهنده‌ی کمترین درجه‌ی تناسب). تحلیل توزیع درصدی نظر متخصصان براساس توافق ۸۰ درصدی اعضای گروه برای تناسب سؤال انتخابی موجب شد که ۱۵۴ سؤال تهیه شده با اصلاح نحوه‌ی جمله نویسی و نیز از نظر عبارت پردازی مثبت به عنوان سؤالات دارای روایی صوری انتخاب شوند.

روایی منطقی (Logical Validity) سؤالات و به عبارتی تعریف دقیق متغیرها و طرح منطقی سؤالات سطوح مهم پدیده‌ی دینداری براساس تعریف دقیق ساختار دینداری انجام شد. ساختار نظری دینداری براساس آیات، احادیث و مراجعه به کتاب‌های شهید مطهری و شهید صدر، به طور دقیق تعریف شده و براساس مؤلفه‌های اصلی این ساختار، سؤالات متناظر با آن طرح شده است.

اندازه گیری روایی ملاکی مقیاس سنجش دینداری به کمک روش همزمان و با استفاده از پرسشنامه‌ی آذربایجانی انجام گرفت. تحلیل ضرایب همبستگی نشان داد که بین پرسشنامه دینداری آذربایجانی (۱۳۸۰ به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۸۸) و مقیاس سنجش دینداری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

بر اساس نتایج به دست آمده از ضریب آلفای کرونباخ تمام خرده مقیاس‌های پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار بوده و ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های التزام دینی، باور دینی و عواطف دینی به ترتیب برابر است با: ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ

کل مقیاس نیز ۰/۹۶ می‌باشد. بنابر این پرسشنامه‌ی فوق از اعتبار مناسبی به منظور اجرای پژوهش‌ها در حیطه‌ی دینداری فرد مسلمان می‌باشد.

نتایج پژوهش

کل تعداد افراد شرکت کننده در پژوهش ۴۱۹ بودند. تعداد دختران شرکت کننده در پژوهش ۲۰۱ نفر با میانگین سنی ۱۷/۹۷، انحراف استاندارد ۰/۸۴۸، با حداقل سن ۱۶ و حداکثر سن ۱۹ سال بودند. تعداد پسران شرکت کننده در پژوهش ۲۱۷ نفر با میانگین سنی ۱۷/۵۵، انحراف استاندارد ۰/۷۸۱، با حداقل سن ۱۶ و حداکثر سن ۱۹ سال بودند.

جدول ۱. داده‌های توصیفی سن پسران

سن	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۱۶ ساله‌ها	۱۳	۶	۶
۱۷ ساله‌ها	۹۷	۴۴/۷	۵۰/۷
۱۸ ساله‌ها	۸۱	۳۷/۳	۸۸
۱۹ ساله‌ها	۲۶	۱۲	۱۰۰
کل	۲۱۷	۱۰۰	

طبق جدول ۱ بیشترین سن شرکت کنندگان پسر در پژوهش ۱۷ سال با ۴۴/۷٪ و کمترین آن ۱۶ سال با ۶٪ می‌باشد.

جدول ۲. داده‌های توصیفی سن دختران

سن	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۱۶ ساله‌ها	۴	۲	۲
۱۷ ساله‌ها	۶۳	۳۱/۳	۳۳/۳
۱۸ ساله‌ها	۶۹	۳۴/۳	۶۷/۷
۱۹ ساله‌ها	۶۵	۳۲/۳	۱۰۰
کل	۲۰۱	۱۰۰	

طبق جدول ۲ بیشترین فراوانی سن شرکت کنندگان دختر با ۶۹٪ سن ۱۸ سال بوده و کمترین آن با ۲٪ سن ۱۶ سال بوده است.

نتایج آزمون همبستگی گشتاوری پیرسون (جدول ۳) نشان داد که مؤلفه‌های دینداری یعنی التزام دینی، باور دینی و عواطف دینی همگی همبستگی منفی و معناداری ($p < 0/01$)

با مؤلفه‌های سلامت عمومی (شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی) دارد. بنابراین فرضیه‌ی پژوهش تأیید شد.

جدول ۳. ضرایب همبستگی میان متغیرهای التزام، باور و عواطف دینی با چهار متغیر شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی سلامت عمومی

متغیر	شکایت‌های جسمانی	اضطراب	افسردگی	ناسازگاری اجتماعی
التزام دینی	-۰/۵۸۷**	-۰/۵۳۵**	-۰/۵۳۷**	-۰/۵۶۰**
باور دینی	-۰/۲۶۹**	-۰/۱۸۷**	-۰/۳۴۱**	-۰/۳۱۹**
عواطف دینی	-۰/۴۶۵**	-۰/۴۴۴**	-۰/۴۵۱**	-۰/۴۶۷**

** $p < 0/01$

به منظور پیش بینی مؤلفه‌های سلامت عمومی از مؤلفه‌های دینداری تحلیل رگرسیون گام به گام به کار برده شد؛ سه عامل التزام دینی، باور دینی و عواطف دینی به عنوان متغیرهای پیش بین و چهار متغیر شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی به عنوان متغیرهای ملاک در نظر گرفته شدند (جدول ۴). نتایج نشان داد که التزام دینی ($\beta = -0/490, p = 0/005 < 0/01$) و عواطف دینی ($\beta = -0/005 < 0/01$)، $\beta = -0/153, p = 0/005 < 0/01$) در مجموع ۳۶ درصد واریانس شکایت‌های جسمانی را پیش بینی نمودند. برای مؤلفه‌ی اضطراب التزام دینی ($\beta = -0/500, p = 0/005 < 0/01$)، عواطف دینی ($\beta = -0/189, p = 0/005 < 0/01$) و باور دینی ($\beta = -0/159, p = 0/005 < 0/01$) توانستند ۳۲ درصد واریانس مؤلفه‌ی اضطراب را تبیین نمایند. التزام دینی با $\beta = -0/420, p = 0/005 < 0/01$) و عواطف دینی ($\beta = -0/183, p = 0/005 < 0/01$) ۳۰ درصد واریانس افسردگی را پیش بینی کردند. متغیرهای التزام دینی با $\beta = -0/505, p = 0/005 < 0/01$)، عواطف دینی با $\beta = -0/199, p = 0/005 < 0/01$) و باور دینی ($\beta = -0/133, p = 0/005 < 0/05$) در مجموع توانستند ۳۵ درصد واریانس ناسازگاری اجتماعی را تبیین نمایند. و برای کل مقیاس نیز مؤلفه‌های التزام دینی با $\beta = -0/254, p = 0/005 < 0/01$)، عواطف دینی ($\beta = -0/190, p = 0/005 < 0/01$) و باور دینی ($\beta = -0/073, p = 0/005 < 0/05$) در مجموع ۴۰ درصد واریانس سلامت عمومی را تبیین نمودند.

جدول ۴. تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای سلامت عمومی از روی متغیرهای دینداری

متغیرهای ملاک	متغیرهای پیش بین	مدل	SS	df	MS	F	p	R ²	B	β	t	p
شکایتهای جسمانی	التزام دینی	رگرسیون	۶۱۷۸/۴۷۵	۱	۶۱۷۸/۴۷۵	۲۰۵/۹۴۸	۰/۰۰۰	۰/۳۴	-۰/۰۶۰	-۰/۴۹۰	-۹/۳۰۲	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۱۷۳۰/۰۹۵	۳۹۱	۳۰/۰۰۰							
	عواطف دینی	رگرسیون	۶۴۲۷/۰۵۸	۲	۳۲۱۳/۵۲۹	۱۰۹/۱۵۶	۰/۰۰۰	۰/۲	-۰/۰۴۳	-۰/۱۵۳	-۲/۹۰۶	۰/۰۰۴
		باقیمانده	۱۱۴۸۱/۵۱۲	۳۹۰	۲۹/۴۴۰							
	التزام دینی	رگرسیون	۵۹۳۴/۳۴۶	۱	۵۹۳۴/۳۴۶	۱۵۶/۸۳۱	۰/۰۰۰	۰/۲۸	-۰/۰۶۶	-۰/۵۰۰	-۸/۴۵۰	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۴۷۹۵/۱۲۵	۳۹۱	۳۷/۸۳۹							
اضطراب	عواطف دینی	رگرسیون	۶۳۰۴/۳۷۳	۲	۳۱۵۲/۱۸۶	۸۵/۲۲۳	۰/۰۰۰	۰/۲	-۰/۰۵۷	-۰/۱۸۹	-۳/۴۷۰	۰/۰۰۱
		باقیمانده	۱۴۴۲۵/۰۹۸	۳۹۰	۳۶/۹۸۷							
	باور دینی	رگرسیون	۶۶۷۲/۷۵۴	۳	۲۲۲۴/۲۵۱	۶۱/۵۵۳	۰/۰۰۰	۰/۲	-۰/۰۲۴	-۰/۱۵۹	-۳/۱۹۳	۰/۰۰۲
		باقیمانده	۱۴۰۵۶/۷۱۷	۳۸۹	۳۶/۱۳۶							
	التزام دینی	رگرسیون	۵۱۹۵/۲۲۶	۱	۵۱۹۵/۲۲۶	۱۵۸/۳۳۹	۰/۰۰۰	۰/۲۸	-۰/۰۵۱	-۰/۴۲۰	-۷/۶۸۲	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۲۸۲۸/۹۹۳	۳۹۱	۳۲/۸۱۱							
افسردگی	عواطف دینی	رگرسیون	۵۵۵۲/۶۴۷	۲	۲۷۷۶/۳۲۴	۸۶/۸۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲	۰/۰۵۲	-۰/۱۸۳	-۳/۳۴۳	۰/۰۰۱
		باقیمانده	۱۲۴۷۱/۵۷۱	۳۹۰	۳۱/۹۷۸							
	التزام دینی	رگرسیون	۴۲۹۲/۴۷۴	۱	۴۲۹۲/۴۷۴	۱۷۸/۴۱۴	۰/۰۰۰	۰/۳۱	-۰/۰۵۴	-۰/۵۰۵	-۸/۶۸۱	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۹۴۰۷/۱۰۴	۳۹۱	۲۴/۰۵۹							
ناسازگاری اجتماعی	عواطف دینی	رگرسیون	۴۵۷۳/۰۲۹	۲	۲۲۸۶/۵۱۵	۹۷/۷۰۸	۰/۰۰۰	۰/۲	-۰/۰۴۹	-۰/۱۹۹	-۳/۷۱۷	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۹۱۲۶/۵۴۸	۳۹۰	۲۳/۴۰۱							
	باور دینی	رگرسیون	۴۷۴۲/۹۸۷	۳	۱۵۸۰/۹۹۶	۶۸/۶۶۵	۰/۰۰۰	۰/۲	-۰/۰۱۶	-۰/۱۳۳	-۲/۷۱۷	۰/۰۰۷
		باقیمانده	۸۹۵۶/۵۹۰	۳۸۹	۲۳/۰۲۵							
	التزام دینی	رگرسیون	۸۸۵۱۹/۷۹۰	۱	۸۸۵۱۹/۷۹۰	۲۳۰/۸۵۴	۰/۰۰۰	۰/۳۷	-۰/۲۵۴	-۰/۵۶۹	-۱۰/۲۴۳	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۴۹۹۲۶/۶۴۷	۳۹۱	۲۸۲/۴۴۴							
سلامت کل	عواطف دینی	رگرسیون	۹۲۶۶۵/۳۷۱	۲	۴۶۳۳۲/۶۸۵	۱۲۳/۹۵۱	۰/۰۰۰	۰/۲	-۰/۱۹۰	-۰/۱۸۵	-۳/۶۲۶	۰/۰۰۰
		باقیمانده	۱۴۵۷۸۱/۰۹۲	۳۹۰	۳۷۳/۹۸۸							
	باور دینی	رگرسیون	۹۶۱۵۱/۲۰۹	۳	۳۲۰۵/۴۰۳	۸۷/۶۱۸	۰/۰۰۰	۰/۱	-۰/۰۷۳	-۰/۱۴۴	-۳/۰۸۷	۰/۰۰۲
		باقیمانده	۱۴۲۳۹۵/۲۲۵	۳۸۹	۳۶۵/۷۹۸							

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر رابطه دینداری با سلامت عمومی را در چارچوب دینداری اسلامی مورد بررسی قرار داد. به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های دینداری یعنی التزام و رفتار دینی، عواطف و احساسات دینی و باورها و شناخت دینی افراد رابطه‌ی معکوس و معناداری با نشانه‌های مرضی سلامت عمومی یعنی شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی دارد. به عبارت دیگر داشتن رفتارها، باورها، نگرش و احساس‌های دینی نقش مهمی در کاهش شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در ایران (جمالی، ۱۳۸۱؛ روغنجی، ۱۳۸۴ و جعفری و همکاران، ۱۳۸۸) و کشورهای دیگر (ابوتیس و همکاران، ۲۰۰۴؛ فرانسیس و همکاران، ۲۰۰۴؛ پیکو و فیتزپاتریک، ۲۰۰۴؛ بال و همکاران، ۲۰۰۴؛ نانی میکر و همکاران، ۲۰۰۶؛ گود و ویلاقبای، ۲۰۰۶؛ دسروسیروس و میلر، ۲۰۰۷؛ کیم، ۲۰۰۸ و کزدی و همکاران، ۲۰۱۰) همسو و با مبانی نظری وولف (۱۹۹۷) هم خوان است.

بر اساس یافته‌های پژوهش مؤلفه‌های دینداری سهم قابل توجهی در پیش بینی سلامت عمومی دارند. این نتایج بدان معناست که دینداری به عنوان یک سازه‌ی مهم در زندگی بشری نقش قابل ملاحظه‌ای در بسیاری از کارکردهای انسانی و به ویژه سلامت روان دارد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر چه سهم دینداری بالاتر می‌باشد شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی کاهش می‌یابد.

به طور جزئی‌تر یافته‌های پژوهش نشان داد که از بین مؤلفه‌های دینداری، مؤلفه‌ی التزام دینی، بالاترین سهم را در پیش بینی تمام متغیرهای سلامت عمومی داشت. التزام به وظایف دینی، یعنی فرد دیندار در پی به وجود آمدن معرفت و احساس عاطفی نسبت به پروردگار، انبیا و اولیای دین، انجام تکالیف و احکام دینی را در حیطه‌ی شخصی، اجتماعی و اقتصادی بر خود بایسته بداند و به آنها عمل نماید. در حقیقت، رفتارهای دینی یک فرد مسلمان نظیر نماز خواندن، دعا خواندن و روزه گرفتن به عنوان اصلی ترین مؤلفه‌های التزام و رفتار دینی مؤلفه‌های بسیار مهمی در سلامت عمومی افراد می‌باشد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که دینداری می‌تواند عامل نیرومندی در کاهش اصلی ترین تهدید کننده‌های سلامت یعنی افسردگی، اضطراب، شکایت‌های جسمانی و ناسازگاری اجتماعی باشد.

در مجموع بر پایه یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که بررسی مفهوم دینداری با توجه به شرایط دینی و فرهنگی می‌تواند به آشکار شدن جنبه‌های بیشتری از تاثیرگذاری دین بر کارکردهای اساسی انسان داشته باشد. یکی از نکات مهم در پژوهش کنونی سنجش دینداری بر اساس ملاک‌ها و شاخص‌های دین اسلام می‌باشد که کمتر به آن توجه شده است و از سویی دیگر پژوهش در گستره‌ی نوجوانی انجام گرفته است که بر پایه نظریه‌ی روانی - اجتماعی اریکسون (۱۹۶۸) یکی از اصلی ترین دوره‌های تحول انسان می‌باشد که نوجوان با مسائل بسیاری نظیر بحران هویت مواجه می‌شود که داشتن زمینه‌های دینی قوی به عنوان یک عامل قدرتمند می‌توان نقش تسهیل کننده‌ای برای نوجوان برای گذر از این دوره‌ی خاص باشد.

این پژوهش به بررسی نقش دینداری بر یکی از اصلی ترین کارکردهای اساسی نوجوانان یعنی سلامت می‌پردازد که به نظر می‌رسد پژوهش‌های بعدی می‌توانند به بررسی نقش دینداری بر کارکردهای دیگری چون هویت یابی، سازگاری در زندگی و گرایش شغلی بپردازند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بین فرهنگی در زمینه‌ی بررسی وجوه مشترک دینی و نقش آن بر جنبه‌های مختلف تحولی انسان مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد.

سیاسگزاری

از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین برای حمایت مالی از طرح پژوهش و همچنین دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه یاد شده که صمیمانه همکاری نمودند، قدردانی می‌شود.

منابع

الف) فارسی

۱. جعفری، اصغر، صدری، جمشید و فتحی اقدم، قربان. (۱۳۸۸). **رابطه‌ی بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت روان و مقایسه‌ی آن بین دانشجویان دختر و پسر**. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. ۲۲، ۱۱۵-۱۰۷.
۲. جمالی، فریبا. (۱۳۸۱). **بررسی رابطه‌ی بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در میان دانشجویان دانشگاه‌های تهران**. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء.
۳. خدایاری فرد، محمد. (۱۳۸۸). **آماده سازی مقیاس سنجش دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقشار مختلف جامعه‌ی ایران**. طرح پژوهشی، موسسه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
۴. روغنجی، محمود. (۱۳۸۴). **رابطه‌ی جهت گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه رازی**. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۵. سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۸۶). **روش‌های تحقیق در علوم رفتاری**. تهران: انتشارات آگاه.
۶. فرانکل، ویکتور. (۱۹۶۷). **انسان در جستجوی معنی**. (ترجمه‌ی معارفی، اکبر، ۱۳۸۰). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

ب) انگلیسی

1. Abbotts, J., Williams, R., Sweeting, H., & West, P. (2004). Is going to church good or bad for you? Denomination, attendance and mental health of children in West Scotland. *Social Science & Medicine*, 58, 645-656.
2. Ball, J., Armistead, B., & Austin, B. (2004). The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 431-446.
3. Desrosiers, A. & Miller, L. (2007). Relational Spirituality and depression in adolescent girls. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 10-21.
4. Francis, L., Robbins, M., Lewis, C., Quigley, C., & Wheeler, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: a

- response to O'Connor, Cobb, and O'Connor (2003). *Personality and Individual Differences*, 37, 485–494.
5. Good, M., & Willoughby, T. (2006). The Role of Spirituality versus Religiosity in Adolescent Psychosocial Adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 41–55.
 6. Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.
 7. Kézdy, A., Martos, T., Boland, V., & Horváth-Szabó, K. (2010). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*, xxx, 1-9.
 8. Kim, J. (2008). The protective effects of religiosity on maladjustment among maltreated and no maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 32, 711–720.
 9. Lindner, M.G., & Moore, K.A. (2002). Predictors of religiosity among youth aged 17-22: A longitudinal study of the national survey of children. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 613-620.
 10. Nonnemaker, J McNeely, C, & Blum, R. (2006). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine*, 2049–2054.
 11. Piko, B, & Fitzpatrick, K. (2004). Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095–1107.
 12. Santrock, J. (2008). *Adolescence*. Twelfth edition. New York: McGraw – Hill.
 13. Wink, P., Ciciolla, L, Dillon, M., & Tracy, A. (2007). Religiousness, spiritual seeking, and personality: Finding from a longitudinal study. *Journal of Personality*, 75, 20-51.
 14. World Health Organization. (2007). Mental health: strengthening mental health promotion. www.who.org.
 15. Wulff, D.M. (1997). *Psychology of Religion: Classic and Contemporary Views*. New York: John Wiley.