

ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی

هادی بهرامی احسان

استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

آناهیتا تاشک

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

چکیده

(تاریخ دریافت: ۱۳۸۳/۲/۷ - تاریخ پذیرش: ۸۳/۹/۸)

به منظور بررسی ابعاد مختلف رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی، اختلالات روانی، عزت‌نفس، اضطراب و نیز ارزیابی توانایی تمیز و تشخیص آزمون جهت‌گیری مذهبی سلسله‌ای از پژوهش‌ها در یک برنامه دو ساله به تدریج اجرا و نتایج آن جمع بندی شد. برای این تحقیق مجموعاً ۳۱۶ نفر در ۷ گروه آزمودنی زن و مرد با تحصیلات دانشگاهی و غیردانشگاهی مورد مطالعه قرار گرفتند. به منظور بررسی ابعاد پیش گفته، از آزمون‌ها و مقیاس‌های سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲)، اضطراب حالت - صفت (اشپیل برگر، ۱۹۸۳)، عزت‌نفس (کوپر اسمیت، ۱۹۶۷)، SCL-90-R (دراگو تیس، ۱۹۷۲)، مقابله مذهبی (پارگامنت، ۱۹۹۰) و جهت‌گیری مذهبی (بهرامی احسان، ۱۳۸۱) استفاده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که جهت‌گیری مذهبی با افزایش سلامت روانی و کاهش اختلالات روانی رابطه داشته و قادر است تا بصورت مثبت سبک مقابله مذهبی مثبت را پیش بینی کند. همچنین رابطه عزت‌نفس و جهت‌گیری مذهبی مثبت است. نتایج نشان داد علاوه بر همگرایی بین دو مقیاس جهت‌گیری مذهبی و مقابله مذهبی، مقیاس جهت‌گیری مذهبی قادر است تا گروه‌های موجود با تفاوت در جهت‌گیری مذهبی را از یکدیگر تفکیک و متمایز سازد. موضوعی که به عنوان شاهدی برای روایی تمایزی این آزمون می‌توان به آن استناد کرد.

کلید واژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی. سلامت روانی. عزت‌نفس. اضطراب. مقابله مذهبی.

مقدمه

نیاز انسان به دین قدمتی به عمر تاریخ دارد. زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه‌گاهی نیرومند احساس نیاز می‌کرده است. موضوع دین مورد بحث محققان پیشگامی همچون جیمز^۱ (۱۹۲۹) فروید^۲ (۱۹۰۷)، یونگ^۳ (۱۸۷۵-۱۹۶۱) و دیگران بوده و پس از آن اندیشمندانی نظیر آلپورت^۴ (۱۹۶۷) به تبیین مذهب پرداخته‌اند. مطالعه و نظریه پردازی در زمینه‌های مختلف مذهبی، قدمتی بس طولانی دارد، اما مطالعه مذهب از دیدگاه روانشناختی از حدود تقریباً یکصد سال پیش آغاز شده است. روانشناسی مذهب به صورتی که امروز مشاهده می‌کنیم موجودیتش را مدیون مطالعات تطبیقی ادیان در قرن نوزدهم در اروپا است. گفته می‌شود که پیدایش مطالعات روانشناسی مذهب با دو رشته روان تحلیلی و روانشناسی فیزیولوژیک آغاز می‌شود (خدایاری، ۱۳۷۸). توسعه مطالعات دینی - مذهبی در حوزه روانشناسی علمی را می‌توان محصول مطالعات فروید و یونگ به عنوان روان تحلیلیگر در این زمینه دانست که هر یک دید متفاوتی نسبت به دین داشته‌اند. فروید در اغلب آثار خود، دین را پندار یا توهم تلقی می‌کند. در صورتیکه یونگ معتقد است که همه پدیده‌ها از جمله رؤیاها و توهمات، واقعیت هستند و به اعتقاد او مفاهیم دینی بهترین توضیح درباره انسان است و روانشناسی تحقق پیدا نمی‌کرد مگر با دین. استانلی هال^۵ (۱۸۸۱) نیز که از پایه‌گذاران روانشناسی فیزیولوژیک است در زمینه روانشناسی دینی به تحقیقات تجربی پرداخت. از جمله کارهایی که توسط گروه هال انجام شد. بررسی تغییر اعتقادات مذهبی با توجه به متغیرهای سن و جنس در مراجعان آنها بود (نقل در خدایاری فرد، ۱۳۷۸). سرآمد دانشمندانی که در زمینه روانشناسی دین مطالعه کرده‌اند ویلیام جیمز را می‌توان نام برد. او تلاش کرد به مذهب مفهومی کاربردی دهد (الیاده، ۱۳۷۵).

1. James

2. Freud

3. Jung

4. Allport

5. Hall, G. Stanley

از حدود یکصد سال پیش که ابتدایی‌ترین مطالعات در زمینه روانشناسی مذهب آغاز شده، روز به روز شاهد غنی‌تر شدن این مطالعات بوده و در دهه اخیر توجه بسیاری به این مقوله جلب گردیده و پژوهش‌های فراوانی انجام شده است. به‌طور کلی پژوهش‌های انجام شده در این قلمرو را می‌توان به دو گروه عمده تقسیم کرد:

۱. مطالعاتی که به بررسی اثرات مذهب در شئون فردی و اجتماعی انسان پرداخته‌اند.

۲. مطالعاتی که در زمینه روش‌شناسی^۱ مطالعه باورها و رفتارهای مذهبی انجام گرفته‌اند (خدایاری فرد، ۱۳۷۸).

از جمله پژوهش‌هایی که در گروه اول تقسیم‌بندی قرار می‌گیرند مربوط به کارهای الیس^۲ (۱۹۸۱) و برگین^۳ (۱۹۸۳) است (نقل در قیامی ۱۳۸۱). الیس در گزارش‌هایی ادعا می‌کرد که افراد مذهبی دارای اغتشاش‌های هیجانی^۴ بیشتری در مقایسه با افراد غیرمذهبی‌اند و تأکید داشت که مناسب‌ترین راه‌های درمان در حل مشکلات هیجانی، فقط راه‌های غیرمذهبی است. وی معتقد بود که مذهبی بودن افراطی به‌طور قابل توجهی با اغتشاش‌های هیجانی رابطه دارد (الیس . ۱۹۸۱). در پاسخ به نظریه الیس، برگین به بررسی فراتحلیلی^۵ در مورد تمام پژوهش‌های انجام شده تا سال ۱۹۷۹ که در آن‌ها به نقش مذهب اشاره داشتند، پرداخت. او در صدد بود که با این بررسی، نقش مذهبی بودن و تأثیر و ایجاد انواع اختلالات روانی^۶ را آزمون کند. وی در جمع‌بندی نهایی خود ۳۰ تأثیر بدست آورد: در ۲۳ محور تأثیر معناداری مشاهده نشد، در ۵ محور اثر مثبت مشاهده شد و در ۲ مورد اثر منفی بین مذهبی بودن و علائم آسیب‌شناختی به‌دست آمد. وی اعلام کرد که شواهد به‌دست آمده، فرضیه الیس را اثبات نمی‌کند و همچنین شواهد اندکی نیز وجود دارد که نقش مثبت مذهب در درمان را نشان دهد

1. Methodology

2. Ellis

3. Bergin

4. Emotional disorders

5. Meta Analysis

6. Disorders

(برگین، ۱۹۸۳).

در تحقیق دیگری که برگین و استینج فیلد^۱ (۱۹۸۸) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که دانشجویان مذهبی اغلب در دامنه بهنجار مقیاس های اضطراب^۲ و افسردگی، مفهوم خود^۳، باورهای غیر منطقی^۴ و سایر اندازه های عینی ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی قرار می‌گیرند. این یافته ها و تحقیقات دیگری که از دهه ۸۰ به بعد انجام شد نشان داده اند که اعتقاد مذهبی عملاً در خدمت سلامت روانی هستند (بهرامی احسان، ۱۳۸۰). شواهد پژوهشی به صورت روز افزون از این موضوع حمایت می‌کنند.

بیکر^۵ و گورساج^۶ (۱۹۸۲) در افراد سالخورده رابطه ای مثبت میان سلامت جسم و روان^۷ آنها با مذهب بدست آورد. همچنین در تحقیق آلوارادو^۸ و همکاران (۱۹۹۵) مشاهده کردند که در سنین پیری، نگرش مذهبی قوی باعث کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از مرگ می‌شود و اثر این نگرش مذهبی از انجام اعمال مذهبی به مراتب بیشتر است.

آکلین^۹ (۱۹۸۳)، براون^{۱۰} و موگر^{۱۱} (۱۹۸۳) در مطالعه ای که درباره بیماران سرطانی انجام دادند، مشاهده کردند که افراد مبتلا به سرطان با نگرش مذهبی، نگرش مثبتی به زندگی داشته و از انزوای طلبی پرهیز می‌کنند. در سال های بعد، جکینز^{۱۲} و پارگامنت^{۱۳} (۱۹۹۵) نشان دادند که مذهب می‌تواند کنار آمدن با بیماری را تسهیل کند. فرانسیس^{۱۴} و

1. Stinchfield

2. Anxiety

3. Self Concept

4. Irrational beliefs

5. Baker

6. Gorsuch

7. Physical & Psychological Health

8. Alvarado

9. Acklin

10. Brown

11. Mauger

12. Jekinz

13. Pargament

14. Francis

استابز^۱ (۱۹۷۸) رابطه مثبت بین گرایش به مذهب و احساس خرسندی را گزارش کردند. در تحقیق الیسون^۲ (۱۹۹۱) مشاهده شد که افراد دارای گرایش مذهبی بالا دارای خشنودی بیشتری از زندگی هستند و شادمانی و نشاط بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی، پیامدهای روانی - اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند (الیسون، ۱۹۹۱). از طرف دیگر در مطالعه شوماخر^۳ (۱۹۹۱) درباره افراد غیرمذهبی، نشان داد که این افراد از سلامت روانی ضعیفی برخوردارند (بهرامی احسان، ۱۳۸۰). در تحقیق نلسون^۴ (۱۹۸۹) درباره سفیدپوستان، سیاهپوستان، و مکزیکی‌ها این نتیجه به دست آمد که میزان افسردگی با جهت‌گیری مذهبی رابطه عکس دارد (بهرامی احسان، ۱۳۸۱)؛ و همچنین در مطالعه میتون^۵ (۱۹۸۹) نیز رابطه میان ارتباط با خدا و کاهش اثرات موقعیت‌های ضربه آمیز^۶ اساسی مثل مرگ فرزند و تأثیر مثبت بر افسردگی، میزان سازگاری^۷ و حرمت خود^۸ گزارش شده است. همچنین پارک^۹ و همکاران (۱۹۹۰) نیز به نقش تعدیل‌کننده مذهب بر موقعیت‌های استرس‌زایی بردند.

در ایران نیز اخیراً استقبال گسترده‌ای در خصوص بررسی ابعاد، ویژگی‌ها و پیامدهای روانشناختی مذهب پدید آمده است. به‌طور مثال، بهرامی مشعوف (۱۳۷۳) رابطه منفی معناداری میان میزان عبادت و نوروهای افسردگی و اضطراب یافت. همچنین تحقیق اسلامی (۱۳۷۶) نیز وجود همبستگی منفی میان افسردگی و نگرش مذهبی را تأیید کرد. در مورد منفی بودن رابطه میان مذهبی بودن و اضطراب نتایج تحقیق بیرشک و همکاران (۱۳۸۰) قابل استناد است. تحقیقات امینی و ملکشاهی (۱۳۸۰) و گله‌دار و ساکی (۱۳۸۰) که به صورت تجربی و شبه تجربی اجرا شدند نیز

1. Stubs

2. Ellison

3. Shoumakher

4. Nelson

5. Maton

6. Traumatic Events

7. Adjustment

8. Self Respectedness

9. Park

نشان دهنده اثر برخی آداب و اعمال مذهبی بر کاهش اضطراب هستند.

علی‌رغم آنکه تاکنون در خصوص مذهب و پیامدهای روانشناختی آن نتایج پژوهشی کافی منتشر شده است، هنوز تبیین ساختارهای روانشناختی مذهب و نیز چگونگی اثرگذاری مذهب بر سلامت روان و بهزیستی بسیار محدودند. همچنین دستیابی به یک مقیاس مناسب که از اعتبار و روایی قابل قبول برخوردار و همراه با فرهنگ اسلامی توسعه یافته باشد، دشوار است. مقاله حاضر درصدد است تا برخی مسایل جاری مرتبط با موضوع مذهب نظیر سلامتی و بیماری و مفاهیمی نظیر آن را بررسی کرده و از سوی دیگر به ارزیابی توانایی ابزار جهت‌گیری مذهبی (بهرامی احسان، ۱۳۸۱) برای تمایز در گروه‌های مختلف نمونه‌ای پردازد.

در مقاله حاضر نتایج چند تحقیق که با هدف ارزیابی ابعاد جهت‌گیری مذهبی انجام شده، مورد بررسی قرار گرفته است. در این تحقیقات سعی شده است که به این سؤال‌ها پاسخ داده شود:

الف. آیا میان جهت‌گیری مذهبی^۱ (که همان گرایش به مذهب را شامل می‌شود) و سلامت روانی از بعد «نشانگان بدنی^۲، اضطراب و بی‌خوابی^۳، نارسایی در کنش‌وری اجتماعی^۴ و افسردگی و خیم^۵» رابطه وجود دارد؟

ب. آیا میان جهت‌گیری مذهبی با عزت نفس^۶ و اضطراب (حالت - صفت)^۷ رابطه وجود دارد؟

ج. آیا میان جهت‌گیری مذهبی و مقابله (مذهبی)^۸ رابطه معنادار وجود دارد؟

د. آیا میان جهت‌گیری مذهبی و انواع اختلالات روانی^۹، رابطه‌ای وجود دارد؟

1. Religious Orientation
3. Anxiety & Insomnia
5. Major Depression
7. Anxiety (state-trait)
9. Mental Disorders

2. Somatization
4. Social Dysfunction
6. Self Esteem
8. Religious coping

همه آیا مقیاس جهت‌گیری مذهبی قادر است میان گروه‌هایی با گرایش مذهبی بالا و پائین تمایز ایجاد کند؟

نمونه انتخاب شده

به منظور بررسی ابعاد جهت‌گیری مذهبی و ارزیابی روابط آن با متغیرهای مختلف از جمله سلامت روان، اعتماد به نفس و اضطراب، ۳۱۶ آزمودنی در چهار مرحله جداگانه انتخاب شدند. از آنجایی که اجرای یکباره تمام آزمون‌ها بر همه آزمودنی‌ها امکان‌پذیر نبود، آزمودنی‌ها جداگانه در گروه‌های مختلف انتخاب شده و در هر نوبت دو یا سه آزمون در مورد آنها اجرا شد. شرایط عمومی آزمودنی‌ها و نیز آزمون‌های اجراشده در ذیل خواهد آمد:

الف. در مرحله نخست پژوهش که هدف آن بررسی رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و ابعاد مختلف سلامت روانی است. نمونه انتخاب شده ۱۰۰ نفر از مردان و زنان ۲۰ سال به بالا با سطوح مختلف تحصیلی (راهنمایی، دبیرستان، کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، و دکتری) ساکن شهر مشهد را در برمی‌گرفت. افراد به صورت در دسترس^۱ انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند.

ب. در مرحله دوم پژوهش که هدف از آن بررسی رابطه میان جهت‌گیری مذهبی، عزت نفس و اضطراب است. به شیوه در دسترس ۴۰ نفر از خواهران طلبه حوزه علمیه که در قم مشغول به تحصیل بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

ج. در مرحله سوم، به منظور بررسی رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و مقابله مذهبی، ۱۰۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران در مقطع کارشناسی با استفاده از روش در دسترس شرکت کردند.

د) در مرحله چهارم، به منظور بررسی رابطه میان اختلالات روانی و جهت‌گیری مذهبی و نیز بررسی توانایی تمایزی مقیاس جهت‌گیری مذهبی، ۴۰ نفر از دانشجویان

دانشکده هنر و ۳۶ نفر از دانشجویان دانشکده الهیات دانشگاه تهران مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

الف. جهت‌گیری مذهبی توسط مقیاسی^۱ به همین نام که توسط بهرامی احسان (۱۳۸۰) مطالعات مربوط به اعتباریابی آن آغاز شده است، مطالعه و ارزیابی شد. ضرایب قابلیت اعتماد^۲ این فرم بین ۰/۹۱ و ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین روایی محتوایی^۳ و سازه^۴ آن نیز بررسی و تایید شده است (بهرامی احسان، ۱۳۸۱). چارچوب اساسی این پرسشنامه مرجعیت بخشیدن به ساختار روابط و مناسبات انسان در تمام ابعاد آن در پرتو رابطه انسانی و خداست.

برای بررسی سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی^۵ (گلدبرگ، ۱۹۷۲) که مبتنی بر خود گزارش‌دهی است، استفاده شده است. این پرسشنامه ۲۸ سؤالی و هدف از اجرای آن تمایز میان بیماری روانی و سلامت است و زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و تمایل به خودکشی^۶ را می‌سنجد. اعتبار و روایی این مقیاس در ایران نیز ارزیابی شده است. ضرایب اعتبار آن براساس روش‌های به کار رفته بین ۰/۷ تا ۰/۹۳ و روایی همزمان نیز ۰/۵۵ گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰).

ب. در پژوهش دوم که هدف بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با عزت نفس و اضطراب است، از سه مقیاس استفاده شد. مقیاس جهت‌گیری مذهبی بهرامی احسان (۱۳۸۰)، مقیاس عزت نفس کوپراسمیت^۷ و پرسشنامه اضطراب (حالت - صفت)

1. Religious Orientation Scale

2. Reliability

3. Content Validity

4. Construct Validity

5. General Health Questionnaire

6. Suicidal Tendency

7. Coopersmith Self-Esteem Measurement

اسپیل برگر^۱ (۱۹۸۳). پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر بر مبنای خود گزارش دهی^۲ تنظیم گردیده و دارای ۴۰ ماده است. ۲۰ سؤال آن حالت اضطرابی و ۲۰ سؤال دیگر صفت اضطرابی را می‌سنجد. فرم تجدید نظر شده و نهایی آن دارای ضریب آلفای ۰/۹ است. ثبات و روایی مقیاس صفت اضطرابی نیز در سطح بالایی بوده و اعتبار آن نیز در تحقیقات مختلف به اثبات رسیده است (هرسن و بلاک، ۱۹۸۸، نقل در جان بزرگی، ۱۳۷۸). کوپراسمیت (۱۹۶۷) مقیاس عزت نفس خود را بر اساس تجدید نظری که بر روی مقیاس راجر و دیموند (۱۹۵۴) انجام داد، تهیه و تدوین کرد (نقل در رجیبی، ۱۳۷۷). این مقیاس برای افراد بزرگ‌تر از ۱۰ سال به کار می‌رود و شامل ۵۸ ماده است که احساسات، عقاید یا واکنش‌های فرد را توصیف می‌کند. زیر مقیاس‌های اندازه‌گیری شده شامل، مقیاس عمومی (۲۶ ماده)، مقیاس اجتماعی (۸ ماده)، مقیاس خانوادگی (۸ ماده)، مقیاس آموزشگاهی (۸ ماده) و مقیاس دروغ سنج (۸ ماده) است. نمرات زیر مقیاس‌ها و نمره کل زمینه‌ای را که در آن افراد واجد تصویر مثبتی از خود هستند مشخص می‌کند (کوپراسمیت، ۱۹۶۷). در ایران ضریب پایایی و ثبات درونی این مقیاس در روی یک نمونه دانشجویی و یک نمونه دانش آموزی اجرا و نتایج، ثبات، تکرارپذیری و دقت این مقیاس را نشان داد (قوام، نقل در رجیبی، ۱۳۷۷).

ج. در تحقیق سوم که با هدف بررسی روابط جهت‌گیری مذهبی و مقابله مذهبی است، از دو مقیاس جهت‌گیری مذهبی و آزمون مقابله مذهبی استفاده شده است. آزمون مقابله مذهبی توسط پارگامنت (۲۰۰۰) معرفی شده که دارای ۱۰۰ ماده آزمون و ۱۷ زیر مقیاس است که سبک‌های مختلف مقابله مذهبی را نشان می‌دهد. فرم کوتاه آن ۱۴ سؤال دارد و دو سبک مقابله‌ای مثبت و منفی^۳ را مشخص می‌سازد و هریک از این مقیاس‌ها دارای ۷ ماده آزمون است. اعتبار برای زیر مقیاس مذهبی ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ و برای زیر مقیاس مقابله منفی از ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (پارگامنت، ۲۰۰۰).

1. Spilberger State-Trait Anxiety Inventory 2. Self report
3. Positive & Negative Coping styles

د. در تحقیق چهارم که با هدف بررسی رابطه اختلالات روانی با جهت‌گیری مذهبی و نیز بررسی تمایزی میان گروه‌های مذهبی بالا و پایین است از پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی استفاده شده است. برای بررسی اختلالات روانی نیز از آزمون SCL-۹۰-R استفاده شده است. این آزمون SCL-۹۰-R شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است. فرم اولیه آزمون توسط دراگوتیس^۱، لیپمن^۲ و کووی^۳ (۱۹۷۳) معرفی شد و اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روانشناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردید. این آزمون ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس^۴، حساسیت در روابط متقابل^۵، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری^۶، ترس مرضی^۷، افکار پارانوییدی^۸ و روانپریشی^۹ را در برمی‌گیرد. پایایی تست در تمام ابعاد رضایت بخش و بین ۰/۷۷ تا ۰/۹ بوده است. تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که می‌توان از آن به عنوان یک وسیله تشخیص بیماری‌های روانی استفاده کرد (باقری یزدی، ۱۳۷۲).

یافته‌ها

باتوجه به نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌های موجود، یافته‌ها را می‌توان در چهار طبقه زیر سازماندهی کرد:

الف. در این پژوهش، هدف اصلی پاسخ به این سؤال بود که آیا میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی رابطه وجود دارد؟ بعد از اجرای پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی هر ۱۰۰ نفر نمونه انتخاب شده، پاسخ این افراد به مؤلفه‌های پرسشنامه سلامت عمومی تجزیه و تحلیل شد. نتایج مربوط به جهت‌گیری مذهبی و مؤلفه‌های سلامت

-
- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. Deragotis | 2. Lipman |
| 3. Covi | 4. Obsession |
| 5. Interpersonal Sensitivity | 6. Agression |
| 7. Phobia | 8. Paranoia Thoughts |
| 9. Psychosis | |

عمومی که در جدول شماره ۱ منعکس شده، بدین قرار است: میان جهت‌گیری مذهبی و زیرمقیاس نشانگان بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارساکنش وری اجتماعی، افسردگی وخیم و نمره کل حاصل از این زیرمقیاس‌ها رابطه وجود دارد. این رابطه منفی بوده و بدین معناست که هر چه جهت‌گیری مذهبی بالاتر باشد، نمره فرد در نشانگان بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارساکنش وری اجتماعی، افسردگی وخیم و مجموعه این اختلالات کاهش خواهد یافت.

جدول ۱. میزان همبستگی جهت‌گیری مذهبی با زیرمقیاس‌های سلامت روانی

جهت‌گیری مذهبی	زیرمقیاس نشانگان بدنی	زیرمقیاس اضطراب و بی‌خوابی اجتماعی	زیرمقیاس نارساکنش وری افسردگی (نمره کل)	زیرمقیاس سلامت روانی
-.۰/۲۵**	۰/۴۱**	-.۰/۴۶**	-.۰/۵۶**	-.۰/۴۷**

**P<۰/۰۱

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود جهت‌گیری مذهبی و افسردگی بیشترین همبستگی منفی را نشان می‌دهند.

ب. در پژوهش دوم رابطه میان جهت‌گیری مذهبی با عزت نفس و اضطراب بررسی شده است. در این پژوهش همبستگی میان جهت‌گیری مذهبی و عزت نفس و همچنین جهت‌گیری مذهبی و اضطراب (حالت - صفت) از طریق همبستگی پیرسون بررسی شد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که میان جهت‌گیری مذهبی و عزت نفس همبستگی معنادار مثبت وجود دارد که این همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. میان جهت‌گیری مذهبی، حالت اضطراب و صفت اضطراب رابطه معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود دارد که این رابطه به صورت همبستگی منفی ظاهر شده است.

جدول ۲. میزان همبستگی جهت‌گیری مذهبی با عزت نفس و اضطراب

عزت نفس	حالت اضطراب	صفت اضطراب
جهت‌گیری مذهبی ۰/۶۳**	-۰/۶۴**	-۰/۷**

** $P < 0.01$

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و اضطراب، منفی بوده و بسیار بالاست. این رابطه در زیر مجموعه صفت اضطراب بیشتر از حالت اضطراب بروز کرده است.

ج. در پژوهش سوم نیز هدف اصلی بررسی رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و مقابله مذهبی بود که البته جهت‌گیری مذهبی دو عامل سازمان‌یافتگی و سازمان‌نیافتگی مذهبی را شامل می‌شد و مقابله مذهبی نیز به دو بعد مقابله مثبت و مقابله منفی تقسیم شده است. براساس نتایج به‌دست آمده اکنون می‌توان دقیق‌تر درباره ابعاد رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و مقابله مذهبی داوری کرد. جهت‌گیری مذهبی که دارای سه بعد اصلی سازمان‌یافته، سازمان‌نیافته و جهت‌گیری نسبت به خداست، در حقیقت، چگونگی استقرار مذهب را در ساخت‌های روانشناختی یا عدم استقرار و سازمان‌نیافتگی مذهبی را بررسی می‌کند. سازمان‌نیافتگی به نوعی منعکس‌کننده حالت‌های تردید، دو دلی و عدم ساخت‌یافتگی مذهبی است. از سوی دیگر، در سطح مقابله نیز می‌توان از دو بعد مثبت و منفی نام برد (پارگامنت، ۱۹۹۹). مقابله مثبت نوعی از مقابله است که بر اساس آن فرد در هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، با اتکا به خداوند و امید به یاری او اقدام می‌کند، اما در مقابله منفی اجتناب از خداوند، احساس رهاشدگی و طرد و نیز اینکه حادثه محصول گناه او است، محوریت دارد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که: بین جهت‌گیری مذهبی با مقابله مذهبی در سطح حداقل $P < 0.001$ رابطه معنادار وجود دارد. میزان همبستگی جهت‌گیری مذهبی سازمان‌یافته با مقابله منفی، $r = 0.11$ است که معنادار نمی‌باشد. همچنین، میزان همبستگی میان جهت‌گیری مذهبی

سازمان نیافته با مقابله مذهبی مثبت $r=0/13$ است که این مقدار نیز معنادار نبود. میزان همبستگی میان جهت‌گیری مذهبی سازمان نیافته با مقابله مذهبی منفی $r=0/32$ که در سطح $P=0/001$ معنادار است. علاوه بر این موارد، میزان همبستگی بین مقابله مذهبی مثبت با بخش رابطه با خدا در مقیاس جهت‌گیری مذهبی معادل $r=0/56$ که در سطح حداقل $P=0/0001$ معنادار است. همچنین میزان همبستگی میان مقابله مذهبی منفی و بخش رابطه با خدا در مقیاس جهت‌گیری مذهبی معادل $r=0/15$ است که این رابطه نیز معنادار نیست.

جدول ۳. میزان همبستگی ابعاد جهت‌گیری مذهبی و مقابله مذهبی

مقابله مذهبی مثبت	مقابله مذهبی منفی	
$r=0/13$	$r=0/317^{**}$	جهت‌گیری مذهبی سازمان نیافته
$r=0/56^{**}$	$r=0/107$	جهت‌گیری مذهبی سازمان یافته
$r=0/56^{**}$	$r=0/154$	جهت‌گیری نسبت به خدا
$r=0/304^{**}$	$r=0/048$	جهت‌گیری مذهبی (کل)

** $P<0/01$

با توجه به جدول شماره ۳ می‌توان گفت که میان زیر مقیاس جهت‌گیری مذهبی سازمان یافته با مقابله مذهبی مثبت و نیز میان زیر مقیاس جهت‌گیری مذهبی سازمان نیافته با زیر مقیاس مقابله مذهبی منفی رابطه وجود دارد. در بررسی یافته‌ها وجود رابطه میان جهت‌گیری نسبت به خدا و مقابله مذهبی مثبت نیز نشان داده شده است. د. در تحقیق پایانی که مورد بررسی قرار گرفته نیز دیده شد که میان جهت‌گیری مذهبی دانشجویان دانشکده هنر و الهیات در برخی از ابعاد آزمون SCL-90-R تفاوت معنادار وجود دارد. جهت‌گیری مذهبی دانشجویان دو گروه که از طریق آزمون t به دست آمده در سطح $0/05$ تفاوت معنادار دارد و همان‌طور که انتظار می‌رفت جهت‌گیری مذهبی دانشجویان الهیات بیشتر است. به عبارت دیگر، دانشجویان دانشکده الهیات که در ظواهر و نیز علائق خود، مذهبی‌تر نشان می‌دهند، دارای نمرات بالاتری در این

آزمون هستند. از میان زیر مقیاس‌های SCL-90-R نیز در بعد افکار پارانوئیدی در دو گروه، تفاوت معنادار است ($P < 0/01$ و $t = 3/28$). میانگین این زیر مقیاس در گروه هنر بیشتر از دانشجویان الهیات است. همین طور تفاوت معنادار در بعد شکایات جسمانی در سطح $0/05$ وجود داشته که در دانشجویان هنر این بعد میانگین بیشتری به خود اختصاص داده‌اند. در بقیه ابعاد تفاوت معنادار بین دو گروه مشاهده نشد. در مورد ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی و وجود اختلال روانی در قسمت نتیجه بحث خواهد شد. جدول مربوط به ابعاد مختلف اختلال روانی بر اساس مقیاس SCL-90-R و نتایج حاصل از آزمون t در ذیل آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون t در مورد ابعاد مقیاس SCL-90-R و جهت‌گیری مذهبی در دو گروه دانشجویان الهیات و هنر

ابعاد	تعداد نمونه هنر الهیات	میانگین گروه‌ها هنر الهیات	مقدار t	درجه آزادی
شکایات جسمانی	۴۰	۱/۲۵	۲/۲۳*	۷۴
وسواس	۴۰	۱/۴۸	۱/۴۲	۷۴
حساسیت در روابط متقابل	۴۰	۱/۱۷	-۰/۳۰	۷۴
افسردگی	۴۰	۱/۳۴	۱/۷۸	۷۴
اضطراب	۴۰	۱/۱۵	۱/۳۹	۷۴
پرخاشگری	۴۰	۱/۲۵	۱/۷۵	۷۴
توس مرضی	۴۰	۰/۶۲	-۰/۷۰۴	۷۴
افکار پارانوئید	۴۰	۱/۶۵	۳/۲۷***	۷۴
روان‌پریشی	۴۰	۱/۰	۱/۷۳	۷۴
سوالات اضافی	۴۰	۱/۲۰	۱/۴۷	۷۴
ضرب کلی	۴۰	۱/۲۱	۱/۸	۷۴
علائم مرضی	۴۰	۱/۹۲	۲/۱	۷۴
جهت‌گیری مذهبی	۴۰	۱/۹۲	-۲/۰۵*	۷۴

* $P < 0/05$

** $P < 0/01$

*** $P < 0/001$

به منظور جمع بندی، نهایی نتایج به دست آمده از چند بررسی، جدول شماره ۵ طراحی شده است.

جدول ۵. ارتباط جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی، عزت نفس، اضطراب، و مقابله مذهبی

جهت‌گیری مذهبی	سلامت روانی	عزت نفس	اضطراب	مقابله مذهبی مثبت	مقابله مذهبی منفی
	$r=0/47^{***}$	$r=0/63^{***}$	$r=-0/8^{**}$	$r=-0/304^*$	$r=-0/048$
	$P<0/0001$	$P<0/0001$	$P<0/001$	$P<0/002$	$P<0/03$
		$***P<0/001$		$**P<0/01$	$*P<0/05$

طبق جدول شماره ۵ ملاحظه می شود که میان سلامت روانی، عزت نفس و مقابله مذهبی مثبت با جهت‌گیری مذهبی همبستگی مثبت وجود دارد و این بدان معناست که جهت‌گیری مذهبی بالا با بروز اختلالات روانی، اضطراب و مقابله مذهبی منفی رابطه معکوس داشته و با عزت نفس و مقابله مذهبی مثبت ارتباط مستقیم دارد. هر چه جهت‌گیری مذهبی قوی‌تر باشد، فرد اختلالات روانی و اضطراب کمتری نشان داده و دارای عزت نفس بالایی خواهد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهشی که به بررسی رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان پرداخته است، میان جهت‌گیری مذهبی و اختلالات روانی، همبستگی منفی وجود دارد. این نتیجه دقیقاً مخالف با نظر الیس (۱۹۸۱) است. وی معتقد است که افراد مذهبی دارای اغتشاش‌های هیجانی بیشتری هستند. دلیل این نظر می‌تواند به عقیده الیس در مورد راهکارهای درمانی مرتبط باشد و اینکه نمونه مورد نظر وی نمونه‌ای محدود بوده است. برگین به منظور رفع این اشکالات فرا تحلیلی انجام داده و نشان داد که مذهب باعث به وجود آمدن اختلالات روانی مد نظر الیس، نمی‌شود. در تحقیقات انجام شده از

دهه ۸۰ به بعد نیز نتایجی مطابق با نتایج پژوهش حاضر به دست آمده است که البته به صورت اختصاصی مؤلفه‌های مختلف روانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. به طور مثال، در تحقیق برگین و استینچ فیلد (۱۹۸۸) این نتیجه به دست آمد که دانشجویان مذهبی اغلب در دامنه بهنجار مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و سایر مؤلفه‌های شخصیت و کلاً سلامت روانی قرار می‌گیرند. قابل ذکر است که چنین تحقیقاتی درباره نمونه‌های مختلف از نظر سنی، نژادی، سطح تحصیلات و... انجام شده است و با وجود این تفاوت‌ها همه آنها به این نتیجه - وجود رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی - دست یافته‌اند. این شباهت بین نتایج نشان می‌دهد که با وجود تفاوت فرهنگی و تفاوت در تعریف از مذهب در فرهنگ‌ها و نژادهای مختلف، باز هم میان‌گرایی به مذهب و کاهش اختلالات روانی یا وجود سلامت روان رابطه وجود دارد.

تحقیقاتی که در ایران نیز انجام شده این رابطه را نشان می‌دهد. به طور مثال، در پژوهش‌های بهرامی مشعوف (۱۳۷۳)، اسلامی (۱۳۷۵)، و بیرشک و همکاران (۱۳۸۰) نیز وجود همبستگی میان نگرش مذهبی و مذهبی بودن، با افسردگی و اضطراب بررسی شده و نتایج وجود رابطه منفی را اثبات می‌کنند. بنابراین، با تمام این بررسی‌ها می‌توان گفت که میان‌گرایی و جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی در فرهنگ‌ها و ادیان مختلف رابطه وجود دارد و همچنین می‌توان نتیجه گرفت که مذهب و جهت‌گیری مذهبی در افراد نتایج مثبت و سلامت روانی را به همراه دارد. بدین ترتیب که هر چه جهت‌گیری مذهبی در افراد بالاتر باشد میزان مشکلات روانی در آنها و حتی نشانگان بدنی کاهش خواهد یافت.

در تحقیقی که درباره خواهان طلبه انجام شد و رابطه میان جهت‌گیری مذهبی با عزت نفس و اضطراب مورد بررسی قرار گرفت نیز نتایجی قابل پیش‌بینی بدست آمد. در مورد ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی با اضطراب در پژوهش قبل نیز توضیح داده شد، اما باید توجه داشت که در آن پژوهش عدم اضطراب به عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت روان در نظر گرفته شد، اما در تحقیق دوم، اضطراب در دو بعد حالت - صفت و در مورد نمونه‌ای متفاوت (خواهران طلبه) بررسی شده است. همان‌طور که مشاهده

گردید میان جهت‌گیری مذهبی و اضطراب همبستگی منفی معناداری وجود دارد، یعنی هر چه جهت‌گیری مذهبی قوی‌تر باشد، اضطراب در فرد کاهش می‌یابد. این تحقیق در راستای نتایج به‌دست آمده از تحقیق بیرشک و همکاران (۱۳۸۰) و تحقیق بهرامی احسان (۱۳۸۰) است. علاوه بر تحقیقات ذکر شده، تحقیقاتی نیز در ایران در مورد اعمال مذهبی و کاهش اضطراب قابل ذکر است. از جمله، تحقیق واعظی و همکاران (۱۳۸۰) که در مورد نوجوانان و جوانان مقطع متوسطه انجام شده و بررسی رابطه میان دعا و اضطراب حالت - صفت نشان داد که دعا در کاهش اضطراب تأثیر مثبت دارد. البته تحقیقات گله دار و ساکی (۱۳۸۰)، امینی و ملکشاهی (۱۳۸۰) نیز در این راستا و با نتایج مشابه همراه بوده است. در تحقیق وهاب زاده و همکاران (۱۳۸۰) که در مورد ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تهران انجام شد نیز این نتیجه به دست آمد که گروهی که نمره اعتقادات مذهبی آنها بالاتر بود میانگین نمره اضطرابشان نیز نسبت به گروه دیگر (با اعتقاد مذهبی پایین) پایین‌تر قرار می‌گرفت. مؤلفه دیگر در این تحقیق عزت نفس و ارتباط آن با جهت‌گیری مذهبی بود که در این پژوهش رابطه مثبت میان این دو نشان داده شد، این نتیجه با نتایج به‌دست آمده از تحقیقات پیشین همخوانی دارد. از جمله، پژوهشی در سال ۱۹۹۷ درباره دانش‌آموزان ۱۳ تا ۱۵ ساله در کانادا نشان داد که دانش‌آموزانی که در مدارس مذهبی تحصیل می‌کنند از سطح بالاتری از عزت نفس برخوردارند. در پژوهش دیگر در سال ۱۹۹۶ این نتیجه به دست آمد که میان جهت‌گیری مذهبی و متغیرهای سازگاری روانی، عزت نفس و سلامت روانی ارتباط معناداری وجود دارد و نیز این نتیجه که نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ ساله کمتر از گروه‌های سنی بالاتر مذهبی هستند گزارش شده است. همچنین این پژوهش نشان داد افرادی که از نظر مذهبی در سطح پایینی قرار دارند، احساس بی‌هدفی، بیگانگی نسبت به خود و اجتماع و عدم عزت نفس، میان آنان متداول‌تر است (باگلی و همکاران، ۱۹۹۷، نقل در میرهاشمیان، ۱۳۷۸). تایلور^۱ (۱۹۸۳) نیز که در مورد افرادی که با حوادث سخت درگیر

1. Taylor

بوده‌اند بررسی کرده، به این نتیجه رسیده که یکی از روش‌های سازش یافتگی این افراد، تلاش برای ارزنده سازی خود و بازسازی عزت نفس است. مذهب در این دیدگاه نظامی از اعتقادات است که به زندگی معنا می‌دهد و یکی از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌آید.

در تحقیقی که در ایران در همین راستا انجام شده، بهرامی احسان (۱۳۸۰) میان جهت‌گیری مذهبی و عزت نفس دانشجویان همبستگی مثبت بدست آورده است، اگر چه میزان ضریب همبستگی به دست آمده از این تحقیق با همبستگی به دست آمده از پژوهش حاضر کمتر است. با توجه به اینکه نمونه انتخاب شده در پژوهش حاضر خواهران طلبه هستند و فرض بر آن است که آنها بیشتر از افراد دیگر تحت تعالیم دینی و مذهبی قرار می‌گیرند، به نظر می‌رسد وجود این رابطه مستحکم‌تر می‌شود.

باید توجه داشت که مؤلفه‌های عزت نفس و اضطراب نیز با یکدیگر ارتباط دارند (هر چند در این تحقیق این مورد بررسی نشده است). به نظر می‌رسد شخص با عزت نفس بالا در موقعیت‌های تهدیدآمیز رویکردی واقعه داشته و بر آنها غلبه می‌کند. فرنچ^۱ (۱۹۶۸) و وارگو^۲ (۱۹۷۲) از عزت نفس به عنوان سپر فرهنگی در مقابل اضطراب یاد کرده‌اند (نقل در بیابانگرد، ۱۳۸۰). نتایج تحقیقات فراوان نشان داده شده است که در صورت احیاء عزت نفس، احساس توانمندی و ارزشمندی در فرد، افزایش تلاش برای لذت بردن از روابط با دیگران، اعتماد به نفس، بلند همت بودن، تمایل به داشتن سلامت روانی بیشتر و عدم اضطراب، آرامش بیشتر و پیش‌بینی مثبت نسبت به موفقیت‌های بعدی در فرد پدیدار می‌شود (بیابانگرد، ۱۳۸۰).

در پژوهش سوم نیز میان جهت‌گیری مذهبی و مقابله مذهبی مثبت و منفی رابطه معنادار دیده شد. علاوه بر تحقیقاتی که در این زمینه در ایران انجام شده و نتایج مشابهی به دست آمده است، در خارج نیز کوشش‌هایی توسط یارگامنت (۲۰۰۰) در حال انجام است. وی مقابله مذهبی را صورت بندی کرده و آن را روشی می‌داند که فرد در مواجهه

1. French

2. Wargo

با حوادث منفی زندگی با کمک مذهب در پیش می‌گیرد. در زمینه سبک‌های مقابله مذهبی و رابطه آن با جهت‌گیری مذهبی یا سازمان‌یافتگی مذهبی، متناسب با تعریفی که در این مقاله ارائه شده است، سابقه پژوهشی وجود ندارد. نتیجه مربوط به این پژوهش را می‌توان این‌گونه توضیح داد: به‌صورت طبیعی افرادی که از نظر مذهبی استقرار نیافته‌اند با بهره‌گیری از سبک‌های مقابله‌ای نه‌چندان کارآمد و منفی از مذهب با حوادث و رویدادهای زندگی مواجه می‌گردند و برعکس افرادی که جهت‌گیری مذهبی نیرومندتری دارند با استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مثبت مذهبی با حوادث و رویدادهای زندگی مواجه خواهند شد.

نکته قابل توجه در این پژوهش این است که با وجود تفاوت‌های فرهنگی در تهیه آزمون مقابله مذهبی در برخی زمینه‌ها که این اختلاف فرهنگی نمود کمتری دارد میزان همبستگی میان دو آزمون به‌صورت چشمگیری بالا است. به‌طور مثال، مؤلفه ارتباط با خدا که جزء مواد آزمون جهت‌گیری مذهبی است، با مقابله مذهبی مثبت همبستگی بالایی دارد. این رابطه در سطح $0/0001$ معنادار است و این نتیجه نشان می‌دهد که با وجود تفاوت‌های فرهنگی، دیدگاه‌های مشترکی در اصل ارتباط با خداوند وجود دارد. در پژوهش آخر دو گروه از دانشجویان که فرض می‌شود بر اساس رشته تحصیلی شان از جهت‌گرایی مذهبی نیز متفاوتند، در تست SCL-90-R مورد بررسی قرار گرفتند. همان‌طور که ذکر شد و قابل پیش‌بینی نیز بود، این دو گروه از نظر دینداری و جهت‌گیری مذهبی تفاوت معناداری داشتند و جهت‌گیری مذهبی دانشجویان الهیات بالاتر بود. همچنین در مؤلفه‌های رفتارهای پارانویاگونه و شکایات جسمانی تفاوت معنادار مشاهده شد و در این دو مورد دانشجویان گروه هنر نمرات بالاتری به دست آوردند. این نتایج نیز در راستای تحقیقاتی نظیر تحقیق بیکر و گورساج (۱۹۸۲)؛ برگین (۱۹۸۳)؛ برگین و استینج فیلد (۱۹۸۸) است که جهت‌گیری دینی و گرایش به مذهب از بروز اختلالات و یا رفتارهای ناهنجار پیشگیری می‌کند.

مروری بر یافته‌های این مجموعه پژوهش که در طی سال‌های ۸۱ و ۸۲ به انجام رسیده است نشان می‌دهد که عموماً جهت‌گیری مذهبی با بهبود عملکرد روانی -

اجتماعی و جسمانی فرد مرتبط بوده و آزمون جهت‌گیری مذهبی نیز هم در بر آورد رابطه با مقیاس‌های مشابه از قابلیت اعتماد بر خوردار است و هم می‌تواند به صورت واقعی به متمایز ساختن گروه‌های سازمان یافته و سازمان نایافته مذهبی بپردازد. این دو مورد را می‌توان به عنوان روایی همزمان و قدرت تشخیص مقیاس جهت‌گیری مذهبی ارزیابی کرد.

مآخذ

- اسلامی، احمد علی (۱۳۷۶). "بررسی نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن و رابطه آن با افسردگی در دانش آموزان سال آخر دبیرستانهای اسلام شهر در سال تحصیلی ۷۶ - ۱۳۷۵". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.
- امینی، فریبا و ملکشاهی، فرید (۱۳۸۰). "بررسی تاثیر دعا بر کاهش اضطراب قبل از امتحان در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد در سال ۱۳۷۹". چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان، سال پنجم، شماره ۱۹.
- الیاده، میرچا (۱۹۸۷). دین پژوهی، جلد اول. ترجمه بهاء‌الدین خرمشاهی (۱۳۷۵). تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۲). "بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق میبد یزد". پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۰). "بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت‌گیری مذهبی". مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال ششم، شماره ۱، صفحه ۶۷-۹۰.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۱). "رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود". مجله روانشناسی، ۲۴، سال ششم، شماره ۴.
- بهرامی احسان، هادی و قیامی، زهرا (۱۳۸۱). "رابطه درونی مقیاسهای مقابله مذهبی و جهت‌گیری مذهبی" (در دست انتشار).
- بهرامی مشعوف، عباس (۱۳۷۳). "بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۰). "بررسی رابطه بین مفاهیم کنترل، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان سال سوم دبیرستان های شهر تهران در سال تحصیلی ۷۰ - ۱۳۶۹". مجله تعلیم و تربیت، سال هشتم، شماره ۲.

بیابانگرد، اسماعیل، (۱۳۸۰). "روش های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان". انتشارات انجمن اولیاء و مربیان، چاپ ششم.

بیرشک، بهروز و همکاران (۱۳۸۰). "بررسی نقش مذهب در تجربه و رتبه بندی استرس های زندگی، افسردگی و اضطراب". چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. سال پنجم، شماره ۱۹. تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). "بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)". مجله روانشناسی، ۲۰، سال پنجم، شماره ۴.

جان بزرگی، مسعود (۱۳۷۸). "بررسی اثر بخشی روان درمانگری کوتاه مدت آموزش خودمهاذگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی در سطح دانشجویان دانشگاه تهران". رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.

جیمز، ویلیام (۱۹۲۹). دین در روانشناسی، ترجمه محمد قاضی. انتشارات آموزش و پرورش. خداریحیمی، سیامک و جعفری، غلامعلی (۱۳۷۹). "روان درمانی و مذهب". مجله دانشگاه اسلامی (ویژه اسلام و طب). سال چهارم، شماره ۱۲ و ۱۳.

خدایاری فرد، محمد؛ غباری بناب، باقر؛ نصفت، مرتضی و شمشیری، بابک (۱۳۷۸). "تهیه مقیاس اندازه‌گیری اعتقادات و نگرش مذهبی در دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف". گزارش نهایی طرح پژوهشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

رجیبی، بتول (۱۳۷۷). "مقایسه رابطه عزت نفس و سبک‌های اسناد در زنان و مردان". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

غباری بناب، باقر؛ خدایاری فرد، محمد؛ شکوهی یکتا، حسن و فقیهی، علی نقی (۱۳۸۰). "رابطه توکل با خدا با اضطراب و صبر و امیدواری در شرایط ناگوار در دانشجویان دانشگاه تهران". چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. سال پنجم، شماره ۱۹.

غباری بناب، باقر (۱۳۷۴). "باورهای مذهبی و اثرات آن در بهداشت روانی". فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول،

- گله‌دار، مزین و ساکی، ماندانا (۱۳۸۰). "تأثیر قرآن بر کاهش اضطراب پیش از آزمون دانشجویان". چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. سال پنجم، شماره ۱۹.
- میرهاشمیان، حمیرا (۱۳۷۷). "تأثیر اعتقادات مذهبی در شکل‌گیری منبع کنترل". پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.
- واعظی، سید احمد؛ قدمی، صهبا و فراغتی، مریم (۱۳۸۰). "بررسی رابطه دعا و اضطراب". چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. سال پنجم، شماره ۱۹.
- وهاب‌زاده، عبدالوهاب؛ ولایی، دهقانی، نیما؛ و خراسانی، ملیحه (۱۳۸۰). "اعتقادات دینی و تأثیر آن در کاهش اضطراب". چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. سال پنجم، شماره ۱۹.

Acklin, MW.; Brown, EC.; & Mauger, PA.(1983)."The role of religious values in coping with cancer".

Journal of Religious Health, 22(4), 322-333.

Alvarado, K.A.; Templer, D. I.; Bresler, C.; & Thomas-Dobson, S. (1995)."The relationship of religious variables to death depression and death anxiety". *Journal of Clinical Psychology*, 51 (2),

202-204.

Baker, M., & Gorsuch, R.(1982)."Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness". *Journal for the Scientific Study of Religion*, 21, 119-122.

Bergin, A.E. (1983)."Religiosity and mental Health: A critical reevaluation and meta analysis".

Professional Psychology: Research and Practice, 14, 170-184.

Bergin, A.E.; Stinchfield, R. D.; Gaskin, T. A.; Masters, K. S.; & Sullivan, C. E. (1988)."Religious life styles and mental health: An exploratory study". *Journal of Counselling Psychology*, 35, 91-98.

Ellis, A.(1981)."Religiosity and rational emotive psychotherapy". *Theory Research and Practice*, 18,

155-159.

Ellison, C.G. (1991)."Religious involvement and subjective well-being". *Journal of Mental Health and*

Social Coping: An introduction (2nd ed). New York. Columbia University Press.

Francis, L. J., & Stubbs. M.T. (1987)."Measuring attitudes towards christianity: From childhood to

- adulthood". *Personality and Individual Differences*, 8, 741-743.
- James, W. (1985). *The Variations of Religious Experience*. New York: Mentor Books..
- Jekins, R.A., & Pargament, K. I. (1995). "Religion and spirituality as resources for coping with cancer". *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1/2), 51-74.
- Maton, K. I. (1989). "The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations". *Journal for the Scientific Study of Religion*. 28, 310-323.
- Nelson, P.B. (1989). "Ethnic differences in intrinsic religious orientation and depression in the elderly". *Archives of psychiatric Nursing*, 3(4), 199-204.
- Park, C., Cohen, L. H. & Herb, L. (1990). "Intrinsic religious coping as life stress moderators for catholics versus protestants". *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 562-574.
- Pargament, K. (1990). "God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events". *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G & Perez, L. M. (2000). "The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE". *Journal of Clinical psychology*, 56-519-543.
- Schumacher, J. F. (1991). "The adaptive value of suggestibility and dissociation". In J.F. Schumacher (ed), *Human Suggestibility*, New York: Routledge.
- Taylor, S. E. (1983). "Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation". *American Psychologist*, 38, 1161-1173.