



بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی بر ابعاد سلامت روانی

هاجر صفری، پروانه دودمان، دکتر علی عدالتی، لیلا صیامی

اعضای هیات علمی دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور صندوق پستی، ۱۹۳۹۵-۳۶۹۷ تهران، ایران

Email: fdoodman@gmail.com

چکیده

آرمان و آرزوی هر انسانی است که یک زندگی مملو از خوشبختی، نشاط، سلامتی، عشق و امید را تجربه نماید و به کمال و خودشکوفایی دست پیدا نماید، از طرفی پژوهشهای انجام گرفته در عرصه روانشناسی دین موید آن است که معنویت، عشق و معرفت به خداوند نقش مهم و کلیدی در زندگی انسانها از جمله: شادمانی، آرامش روحی و روانی، خوشبختی و سلامتی جسمی و روانی ایفا می نماید. لذا هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین ابعاد جهت گیری مذهبی (جهت گیری اختصاصی، سازمان نیافتگی، ارزنده سازی مذهبی و کامجویی) و سلامت روانی (علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی) در گروهی از دانشجویان دانشگاه پیام نور بود. برای این منظور نمونه ای متشکل از ۵۲۴ آزمودنی (۳۸۶ نفر دختر، ۱۳۸ نفر پسر پرسشنامه جهت گیری مذهبی (بهرامی، ۱۳۸۱ و پرسشنامه سلامت روانی (گلدبرگ، ۱۹۷۹ اجرا شد. به منظور بررسی پایایی و روایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ، روایی سازه و محتوا استفاده شد. نتایج نشان داد که همه ی ابزارها دارای پایایی و روایی مطلوبی برای استفاده در فرهنگ ایرانی هستند. تحلیل داده ها با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داد که کلیه ابعاد جهت گیری مذهبی پیش بینی های خوبی برای سلامت روانی دانشجویان می باشند و دو بعد کامجویی و سازمان نیافتگی سهم بیشتری در پیش بینی سلامت روانی دانشجویان داشتند. علاوه بر این نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که جهت گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری دارد و همچنین جهت گیری مذهبی با دو بعد اضطراب و افسردگی رابطه منفی و معنادار دارد. بدین معنی که هرچه فرد جهت گیری مذهبی مطلوبتری داشته باشد به همان میزان اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می نماید و در مجموع از نظر روانی سالمتر و شادابتر می باشد.

واژه های کلیدی: جهت گیری مذهبی، سلامتی روان، دانشجویان



مقدمه:

پژوهشهای انجام گرفته در سالهای اخیر، در حوزه روانشناسی مذهب، نشان دهنده آن است که معنویت، عشق و معرفت به خداوند نقش مهمی در زندگی انسانها از جمله: شادمانی، رضایت از زندگی، آرامش روحی و روانی، خوشبختی، فعالیت‌های اجتماعی و سلامتی روانی ایفای نماید (کراس،^۱ ۲۰۰۶؛ مایرز و دینر،^۲ ۱۹۹۵؛ کوئینگ و همکاران،^۳ ۲۰۰۱؛ البریج،^۴ ۲۰۰۶؛ دون سان،^۵ ۱۹۹۹؛ تایلر،^۶ ۲۰۰۱؛ پرسمن و همکاران،^۷ ۱۹۹۰؛ آرین،^۸ ۱۳۷۸؛ صولتی و همکاران،^۹ ۱۳۸۰؛ البرزی و سامانی،^{۱۰} ۱۳۸۰) از طرفی دیگر روانشناسی بهداشت، در سالهای اخیر برای نقش راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آنها قائل است. شیوه‌های مقابله، تواناییهای شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی فشارآور به کار می‌گیرد. یکی از شیوه‌هایی که اخیراً روند رو به گسترش پیدا کرده است شیوه‌های مقابله‌های مذهبی و معنوی است. رفتارهای مذهبی ارزش مثبتی در پرداختن به نکات معنی‌دار زندگی دارند رفتارهای از قبیل توکل به خدا، دعا، زیارت و درددل با خداوند در هنگام مشکلات می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش مثبت موجب آرامش درونی در فرد شوند. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند که این نوع مقابله‌ها هم منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و می‌توانند مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند. بنابراین به کارگیری آنها برای اکثر افراد، منجر به سلامتی و امیدواری بیشتر آنان می‌شود (اکوچکیان، ۱۳۸۲، حسینیان و همکاران، ۱۳۸۳، زرنیدی، ۱۳۸۱، به نقل از پاکیزه^{۱۱}، ۱۳۸۷). مذهب بدون تردید و کمترین شک و انکاری از کهن‌ترین و با سابقه‌ترین و همچنین جامع‌ترین مظاهر روح انسان است، به گفته فرانکل بنیانگذار مکتب معنادرمانی در واقع یک احساس مذهبی عمیق و ریشه‌دار در اعماق ضمیر انسان وجود دارد حتی یک انسان بی اعتقاد به دین در شرایط نامطمئن و بحران روحی و در زندگی به صورت ناهشیار به خدا و نیروهای ماورائالطبیعه می‌اندیشد و از او استمداد می‌طلبد، یک پدیده شناخته شده است (فرانکل،^{۱۲} ۱۳۷۵). ویلیام جیمز در کتاب تنوع تجربی ادیان که قسمتی از آن تحت عنوان «دین و روان» ترجمه شده است، دین را عبارت از نظم نامرئی موجود در جهان می‌داند که



وظیفه انسان هماهنگی با این نظم است او در بررسیهای خود چیز مشترکی را در ادیان مختلف مشترک یافت که آن رهایی از ناراحتی و دست یابی به آرامش بود. مطهری^۱ (۱۳۶۶) در قالب ایمان مذهبی، دین را پیوندی دوستانه میان انسان و جهان می داند که در واقع نوعی هماهنگی است میان انسان و آرمانهای کلی جهان. برای سلامت روان تعاریف گوناگونی ارائه شده است. طبق تعریف فرهنگ روانشناسی آرتور، واژه سلامت روانی برای افرادی به کار میرود که عملکردشان در سطح بالای سازگاری هیجانی و رفتاری است، نه در مورد افرادی که صرفاً بیماری روانی ندارند. فرهنگ روانپزشکی کمپبل این اصطلاح را احساس رضایت و بهبودی روانی و تطابق کافی اجتماعی با موازین مورد قبول جامعه تعریف کرده است (پورافکاری، ۱۳۷۳)

پیشینه تحقیقاتی

پژوهشهای بیشماری در زمینه تاثیر باورها و جهت گیری مذهبی بر سلامت روانی و جسمانی صورت پذیرفته است که در آنها بطور بدیع و روشن اشاره به وجود روابطی میان جهت گیری مذهبی افراد و سلامت روانی و جسمانی افراد دارد از جمله وگریدر نشان داد که در یک نمونه ۶۵۰ نفری با میانگین ۵۰ نگرشهای مذهبی با سلامت روانی رابطه جنسیتی دارد (جمالی،^۲ ۱۳۸۱) و پرسمن و همکاران (۱۹۹۰) بین باورها و اعتقادات مذهبی و افسردگی رابطه معکوس بدست آوردند، به این صورت که اعتقاد به خداوند به عنوان منشأ قدرت و آرامش و انجام فرایض بصورت معنی داری با درجه پایین افسردگی رابطه مثبت داشت (پرسمن و همکاران، ۱۹۹۰)، در تحقیق دیگری توسط تایلر (۲۰۰۱) انجام شده است، مشاهده شده است که نماز و اعتقاد به خدا در درمان شناختی کاربرد دارد و در بهبودی بیماران شدید روانی که واقعا رنج می بردند موثر واقع شده است همچنین البریج (۲۰۰۶) به بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی، عقاید مذهبی و قضاوت اجتماعی که در بین ۲۹۶ آزمودنی که هر هفته حداقل یکبار در یک کلیسا حضور می یافتند پرداخت، نتایج حاکی از آن بود که افرادی که در کلیسا حضور می یافتند بطور معنی داری در متغیرها مورد بررسی تفاوت چشمگیری داشتند و جهت گیری مذهبی پیش بینی کننده مناسبی برای عقاید مربوط به قضاوت اجتماعی افراد و فعالیتها اجتماعی آنها بود. و دون سان (۱۹۹۹) در بررسی رابطه بین وقایع پرفشار زندگی، سبک مقابله ای، جهت گیری مذهبی و نشانه های افسردگی در بین دانشجویان امریکایی - آفریقایی دانشگاه های وارد آمریکا که بر روی ۲۵۱ نفر دانشجوی (۱۸۰ زن و ۷۱ مرد) صورت پذیرفت، نتایج حاکی از آن بود که رابطه معکوسی میان جهت گیری مذهبی درون و افسردگی وجود داشت و افسردگی دانشجویان رابطه معناداری با راهبردهای اسنادی در دانشجویان داشت. همچنین خوانین زاده^۳ (۱۳۸۳) به مقایسه سبک دلبستگی دانشجویان دارای جهت



گیری مذهبی درونی و بیرونی پرداخت. نتایج نشان داد دل‌بستگی ایمن در دانشجویان که دارای جهت گیری مذهبی درونی هستند بیش از دانشجویان دارای جهت گیری مذهبی بیرونی است و سبک دل‌بستگی دو سوگرایه در جهت گیری مذهبی بیرونی بطور معناداری بیش از گروهی است که جهت گیری مذهبی درونی دارند و افرادی که جهت گیری مذهبی درونی دارند نسبت به افرادی که جهت گیری مذهبی بیرونی دارند از اضطراب کمتری برخوردارند. جمالی (۱۳۸۱) به بررسی رابطه بین نگرش های مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاههای تهران پرداخت نتایج نشان دادند که بین احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد و بین نگرش مذهبی و سلامت روان هم رابطه معنی داری مشاهده گردید و نیز دو متغیر نگرش مذهبی و احساس معنابخش بودن زندگی رابطه معناداری را نشان دادند و زنان از مردان نگرش مذهبی قوی تر را نشان می دهد. در این راستا با توجه به پژوهشهای انجام گرفته و با در نظر گرفتن قشر غنی جوانان جامعه دانشگاهی بعنوان آینده سازان جامعه، سعی در بررسی روابط میان جهت گیری مذهبی و ابعاد سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور در مراکز استان فارس را دارد تا بتواند ضمن بررسی و شناسایی وضعیت موجود متغیرهای مورد نظر در جامعه دانشگاهی دانشگاه پیام نور، زمینه ارتقاء وضعیت سلامت روانی دانشجویان را فراهم نماید.

روش

به منظور تعیین گروه نمونه از روش تصادفی طبقه ای استفاده شده است. به این ترتیب که در مرحله اول از میان مراکز دانشگاهی دانشگاه پیام نور استان فارس، چهار مرکز بصورت تصادفی انتخاب شده است، سپس افراد گروه نمونه با رعایت نسبت جنسیت، رشته تحصیلی و تعداد افراد هر رشته تعیین گردیدند. در این پژوهش از دو مقیاس جهت گیری مذهبی (بهرامی^۱، ۱۳۸۱) و مقیاس سلامت روانی (گلدبرگ و هیلر^۲، ۱۹۷۹) استفاده شد. مقیاس جهت گیری مذهبی توسط بهرامی در سال ۱۳۷۸ طراحی شده است و دارای ۶۸ گویه می باشد. اعتبار این آزمون در بررسی های انجام گرفته بالاست و مقدار ثبات درونی که با آلفای کرانباخ محاسبه شده است بین ۰/۹۵ تا ۰/۸۵ گزارش گردیده است. روایی این مقیاس با تاکید بر روایی سازه و روایی محتوایی بررسی شده و این دو نوع روایی تامین شده است (بهرامی، ۱۳۸۱). و مقیاس سلامت روان توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ساخته شده است. همچنین مطالعات مختلف نشانگر پایایی بالای پرسشنامه می باشد. یعقوبی^۳ (۱۳۷۴) ضریب پایایی کل این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده آزمون ها را بین ۰/۸۱ تا ۰/۵۰ گزارش کرده است.



یافته ها

در این قسمت به منظور بررسی فرضیه های پژوهشی هر یک از فرضیه های ارائه شده در تحقیق مورد نظر را ارائه و به بررسی و تجزیه و تحلیل هر یک از آنها می پردازیم.
فرضیه اول: دانشجویانی که دارای جهت گیری مذهبی مطلوبی هستند از سلامت روان مطلوبی برخوردارند. جهت بررسی این فرضیه با توجه به ماهیت مقیاس های متغیرهای مورد بررسی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۱ ارائه می گردد:

جدول (۱): بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و سلامت روان

متغیرها	میزان ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
سلامت روان و جهت گیری مذهبی	-۰/۹۶	۰/۰۵۹	۴۹۵

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول (۱) همانگونه که مشاهده می شود بین سلامت روان و جهت گیری مذهبی دانشجویان ضریب همبستگی برابر با -۰/۹۶- که در سطح معناداری ۰/۴۹ قرار گرفته است. دانشجویانی که دارای جهت گیری مذهبی مطلوبی هستند از سلامت روان مطلوبی نیز برخوردارند. وجود رابطه منفی میان دو متغیر مورد نظر مربوط به ماهیت نمره گذاری ابزار اندازه گیری سلامت روان می باشد؛ بدلیل اینکه نمره گذاری سلامت روان بگونه ای است که هرچه میزان نمره بیشتر باشد نشان دهنده وضعیت نامطلوب فرد در سلامت روان است لذا هر چه میزان نمره اکتسابی افراد کمتر باشد نشان دهنده وضعیت مطلوب تر سلامت روانی دانشجویان می باشد لذا هرچه دانشجویان نمرات کمتری در سلامت روان بدست آوردند وضعیت سلامت روان بهتری دارند بنابراین دانشجویانی که جهت گیری مذهبی مطلوب تری برخوردارند و نمره بیشتری را در آن اخذ نموده اند در سلامت روان نمره کمتری را کسب نموده اند که نشان دهنده وضعیت سلامت روان مطلوب آنها می باشد.

فرضیه دوم: دانشجویانی که دارای جهت گیری مذهبی مطلوبی هستند در تمامی ابعاد سلامت روان از وضعیت مطلوب ترین نسبت دانشجویانی که جهت گیری نامطلوبی دارند، برخوردار هستند. جهت بررسی این فرضیه با توجه به ماهیت مقیاس های متغیرهای مورد بررسی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردیده است که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه می گردد:



جدول (۲): بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و ابعاد سلامت روان

تعداد	سطح معناداری	میزان ضریب همبستگی	جهت گیری مذهبی آماره ها
۴۹۵	۰/۲۸۹	-۰/۰۴۸	علایم جسمانی
۴۹۵	۰/۰۴۵	-۰/۹۵۳	اضطراب
۴۹۵	۰/۲۴۲	-۰/۰۵۳	عملکرد اجتماعی
۴۹۵	۰/۰۰۷	-۰/۱۲۱	افسردگی

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول (۲) همانگونه که مشاهده می شود در میان چهار بعد از ابعاد سلامت روان تنها دو بعد یعنی اضطراب و افسردگی دارای همبستگی معناداری با جهت گیری مذهبی می باشند، یعنی هرچه جهت گیری مذهبی فرد بیشتر باشد افسردگی و اضطراب کمتری را در زندگی تجربه می نماید. و در ابعاد دیگر یعنی علایم جسمانی و عملکرد اجتماعی همبستگی معناداری مشاهده نگردید.

فرضیه سوم: سهم مولفه های سازمان نیافتگی و کامجویی از سایر مولفه ها در تبیین سلامت روان دانشجویان بیشتر است. جهت بررسی این فرضیه از مدل رگرسیون با روش اینتر استفاده گردید و نتایج آن در جداول زیر ارائه گردیده است.

جدول (۳) میزان تبیین سلامت روان توسط هر یک از متغیرهای جهت گیری مذهبی در مدل

رگرسیون

مدل	R	R مجذور شده	خطای استاندارد پیش بینی
۱	۰/۵۷۰	۰/۵۱	۱۳/۲۲

نتایج جدول (۳) حاکی از آن است که مولفه های جهت گیری مذهبی در مجموعه حدود ۰/۴۹ از واریانس سلامت روان را تبیین می کند. بعبارت دیگر اینگونه می توان مطرح کرد که از کل واریانس سلامت روان ۰/۴۹ آن توسط چهار مولفه جهت گیری مذهبی تبیین می شود.

جدول (۴) وزن های خالص هر یک مولفه های جهت گیری مذهبی

مدل	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	<input type="checkbox"/> مشاهده شده	سطح معنی داری
-----	---------------------	-----------------	-------------------------------------	---------------



			خطای استاندارد	B	
۰/۰۰۰	۸/۲۶۷		۷/۶۱۷	۶۲/۹۶۷	عدد ثابت
۰/۰۲۳	-۱/۶۳۵	-۰/۱۰۸	۰/۶۴	-۰/۲۰۵	جهت گیری اختصاصی
۰/۰۰۰	-۵/۵۳۶	-۰/۲۵۹	۰/۰۶۶	-۰/۳۶۴	سازمان نیافتگی
۰/۰۱۹	۲/۳۴۴	۰/۱۱۶	۰/۱۱۹	۰/۲۸۰	ارزنده سازی مذهبی
۰/۰۰۵	۲/۸۳۰	۰/۱۳۴	۰/۱۲۴	۰/۳۵۱	کامجویی

با توجه به نتایج جدول ۴ ملاحظه می شود که سازمان نیافتگی با میزان ($B=۰/۳۶۴$) و بعد از آن جهت گیری اختصاصی با ($B=۰/۲۰۵$) بیشترین سهم را در پیش بینی سلامت روانی دانشجویان دارد.

نتیجه گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین ابعاد جهت گیری مذهبی و سلامت روانی در گروهی از دانشجویان دانشگاه پیام نور بود. در این راستا نتایج نشان داد که بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان دانشجویان رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. این نتیجه با نتایج البریج (۲۰۰۶)، آرین (۱۳۷۸)، ابراهیمی^۱ (۱۳۷۶)، البرزی و سامان (۱۳۸۰)، صولتی و همکاران (۱۳۸۰)، خوانین زاده (۱۳۸۳)، تریز و همکاران (۱۹۹۸) همسو بوده و بطور کلی مطالعات انجام شده بیشماری در خصوص ارتباط زمینه های مختلف اعتقادات مذهبی و فاکتورهای مختلف سلامت روان، اکثر موارد نشان دهنده وجود ارتباط معنی دار میان این دو متغیر بوده است. در تبیین این نتایج می توان چنین عنوان نمود که مذهب بدلیل اینکه ریشه در فطرت انسان دارد و قابلیت انسان ها را در تمامی ابعاد زندگی گسترش می دهد می تواند در مواجهه با مشکلات و معضلات زندگی از جمله معضلات روانی و فشارهای مربوط به آن افراد را یاری دهد و سازگاری با مصائب و سختی ها را تسهیل نماید.

همچنین یکی دیگر از نتایج این پژوهش حکایت از آن داشت که میان جهت گیری مذهبی و دو بعد افسردگی و اضطراب رابطه معناداری وجود دارد. این نتایج با نتایج بدست آمده توسط برسلر و تومان (۱۹۹۵)، پارک کوهن و هرب (۱۹۹۰) و خدایار فرد (۱۳۷۹) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان چنین عنوان نمود که بدلیل اینکه اکثر تأثیرات مذهب و جهت گیری آن بصورت فردی در افراد جامعه روی می دهد و سپس در اجتماع نمود می یابد، می توان به وجود رابطه معناداری میان افسردگی و اضطراب اشاره داشت، زیرا افسردگی و اضطراب اغلب فردی تلقی می گردند. از جمله نتایج دیگر این



پژوهش نشان داد که در مجموع کلیه مولفه های جهت گیری مذهبی ۰/۴۹ از کل واریانس مربوط به سلامت روان را تبیین می کنند و دو مولفه سازمان نیافتگی و کامجویی بیشترین سهم را در پیش بینی سلامتی روانی دانشجویان داشتند و این نتایج با نتایج تحقیقات ترنر و همکاران (۱۹۹۸) همسو است. همچنین از جمله محدودیت های پژوهش حاضر آن بود که آزمودنی های مورد پژوهش تنها دانشجویان دانشگاه های پیام نور استان فارس بود به همین جهت در تعمیم نتایج به کلیه دانشجویان ایرانی باید احتیاط نمود و نیز در تعمیم نتایج به کل جامعه دانشگاهی کشور و جوامع غیر دانشگاهی باید جوانب احتیاط را در نظر گرفت. همچنین ممکن است آزمون سلامت روان ، ۲۸ سئوالی بهترین آزمون ممکن در حوزه سلامت روان نباشد و بهتر بود از آزمونها با تعداد سئوالات بیشتر استفاده می گردد که بدلیل محدودیت در تعداد سئوالات چنین امری برای پژوهشگران ممکن نبود. استفاده از گروه سنی دانشجویان، تعمیم نتایج را به سایر اقشار اجتماعی و نیز سنین دیگر دچار مشکل می نماید. با توجه به فضای فرهنگی خاص در کشور ما ممکن است پاسخ های ارائه شده به سئوالات مذهبی صادقانه و به طور واقعی نباشد، از اینرو مطالعات انجام شده در حوزه این با نوعی محدودیت مواجه اند. طبق یافته های تحقیق، ۰/۴۹ از تغییرات صورت گرفته در سلامت روان را می توان بواسطه مولفه های جهت گیری مذهبی تبیین نمود، لذا پیشنهاد می گردد، مسئولان امر ارتقای وضعیت مولفه های جهت گیری مذهبی با ارائه کارگاه های آموزشی، سمپوزیم ها و ... زمینه ارتقا آنها را در جامعه دانشگاهی فراهم نمایند. طبق یافته های تحقیق و جنسیت پسران در جهت گیری مذهبی بسیار نامطلوب تر از دختران است، لذا به مسئولان امر پیشنهاد می گردد جهت ارتقای وضعیت جهت گیری مذهبی پسران دانشجو، همایش ها، کارگاههای آموزشی و کنگره هایی را در سطح دانشگاه مد نظر قرار دهند تا این قشر از وضعیت مطلوب تری برخوردار شوند. به لحاظ وضعیت نامساعد دانشجویان در سلامت روانی به طور کلی، طبق یافته های تحقیق، به مسئولان امر پیشنهاد می گردد در سرفصل های دروس دانشگاهی، دروسی همچون بهداشت و سلامت روان، راههای کاهش استرس و افسردگی به آنها ارائه گردد تا بتوان بواسطه آموزش، زمینه ارتقای وضعیت سلامت روان آنها را فراهم نمود. با توجه به اهمیت بافت فرهنگی و اجتماعی خانواده ها، در ارتقای وضعیت سلامت روان و جهت گیری مذهبی، پیشنهاد می شود برنامه هایی جهت آموزش خانواده ها و مهارت های ارتباطی با آنها بخصوص با خانواده های پسران دانشجو تدوین گردد.

منابع

- 1- Krause, N. (2006). Religious Doubt And Psychological well-Being: longitudinal Investigation. *Review of Religious Research*, 47(3), 287-302.
- 2- Myers, D. G., & Diener, D. (1995). *Who is happy?* Psychological Science 6(1), 10-19.



- 3-Koenig, H. G., Mccullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford university press.
- 4-Elbridge, Rebecca (2006). Relationship between religious orientation, religious beliefs and social justice. *A Dissertation submitted in partial fulfillment of Requirement for the doctor of psychology degree*. Southern Illinois University Carbondale.
- 4- Duncan, R. L(1999). The relationship of Stressful life events, Coping Styles, Religious orientation and self reported Depressive Symptomatology in African and American College students. *A Dissertation Submitted to the faculty of graduate school of arts and science of Hayward University*.
- 5- Taylor, N (2001). Religious schemes to cope with mental illness. *Journal of religion and health*, Vol40, No 3.
6. Pressman, Lyones, and et al (1990). Religions beliefs and depression and ambulation status in elderly woman whit broken hips. *American Journal of psychiatry* .147, PP: 758-766.
- 7- آراین ، سید خدیجه (۱۳۷۸) بررسی رابطه بین دینداری و روان سلامتی ایرانیان مقیم کانادا، پایان نامه دکتری دانشگاه علامه طباطبایی.
- 8 - صولتی، سید کمال و همکاران (۱۳۸۰) بررسی رابطه بین نگرشهای مذهبی مهارت‌های مقابله و سلامت روان در دانشجویان. همایش دین و بهداشت روان.
- 9- البرزی، محبوبه و سامانی، سیامک (۱۳۸۰) بررسی رابطه اعتقادات مذهبی با افسردگی، اضطراب و فشار روانی در نوجوانان . همایش دین و بهداشت روانی.
- 10- پاکیزه، علی (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای سلامت روان دانشجویان و تاثیر فعال سازی مفهوم معنویت بر آن. چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شیراز.
- 11- فرانکل ، ویکتور (۱۳۷۵) . *خدا در ناخداگاه* ، ترجمه ابراهیم یزدی ، موسسه ی خدمات فرهنگی رسا .
- 12- مطهری ، مرتضی (۱۳۶۶) . *انسان و ایمان* ، قم : صدرا .
- 13- جمالی، فریما (۱۳۸۱) بررسی رابطه بین نگرش های مذهبی احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاههای تهران: تهران پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا.
- 14 - خوانین زاده ، مرجان (۱۳۸۳) مقایسه سبک دلبستگی دانشجویان دارای جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.



15- بهرامی احسان ، هادی (۱۳۸۱) . رابطه ی بین جهت گیری مذهبی ، اضطراب و حرمت خود، مجله ی روانشناسی ، سال ششم ، شماره ی ۴ .

16- Goldberg, D. P., Hiller, V. F. (1979). A scale version of the Goldberg & Hillier Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9- 139-145.

17- یعقوبی ، نورالله ، (۱۳۷۴) . بررسی همه گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا ، گیلان ، پایان نامه ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران .

18- ابراهیمی، حمید (۱۳۷۶) بررسی رابطه بین میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکردهای دینی آنها. سازمان بهزیستی و علوم پزشکی اصفهان، همایش دین و سلامت روان.

Archive of SID