

بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت روان دانشجویان تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان

زهرة مشکاتی^۱، رخساره بادامی^{۲*}

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، اصفهان، ایران

۲- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، اصفهان، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه دینداری و سلامت روان در بین دانشجویان تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان انجام شده است. این پژوهش به روش پیمایشی و با استفاده از ابزار پرسشنامه انجام و داده‌ها از یک نمونه ۴۰۰ نفری از دانشجویان سه مقطع تحصیلی دانشگاهی گردآوری شده است. در این پژوهش نظریاتی برای تبیین دینداری و سلامت روان ارایه شده است. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داده که ارتباط معناداری بین ابعاد دینداری کل و سلامت روان دانشجویان وجود دارد. با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری برای هر یک از متغیرهای مستقل تمامی روابط با احتمال ۹۹ درصد، به جز بعد مناسکی با احتمال ۹۵ درصد، مورد تأیید پژوهش واقع می‌شود.

واژه‌های کلیدی: دینداری، دین. سلامت روان، دانشجویان تربیت بدنی.

مقدمه و بیان مسأله

دینداری اتکای روانی فرد به منبعی لایزال است و فرد دیندار از منبع آرامش اعتمادآمیزی برخوردار می‌شود که خود را در تمام امور به آن مقید می‌داند. دینداری یکی از موضوع‌های مهم مطالعات جامعه‌شناختی و موضوع دین به عنوان یک مجموعه از قواعد رفتار و هنجارهاست که در کنار سایر نهادهای اجتماعی، دارای تأثیر ویژه‌ای در عرصه‌های گوناگون زندگی اجتماعی است. اهمیت این مسأله تا جایی است که از دین به عنوان یکی از مهمترین نهادها که در طول تاریخ سرگذشت پرفراز و نشیبی را پشت سر گذاشته است، یاد می‌شود. همچنین، دین یکی از پدیده‌های مؤثر در شناخت همه جانبه فرهنگ یک جامعه است. دین یک پدیده جدید نیست، بلکه مسأله لای کاملاً قدیمی بوده و از روزی که بشریت پا به عرصه وجود گذاشت دین همواره با او بوده است. در اثر کشفیاتی که باستان‌شناسان از اشیاء و دفینه‌های گذشتگان انجام داده‌اند و همچنین از نقش‌لهایی که روی دیوار غارها بدست آمده است، همگی حکایت از آن دارد که در زمان‌های خیلی دور هم، مردان و زنان موجود در کرده زمین نوعی تجربه و آگاهی دینی داشته‌اند و اینکه دین همواره جزو جدایی‌ناپذیر حیات جوامع بوده است (ویر، ۱۳۷۴: ۶).

دین^۱ در لغت به معنای اعتقاد به وجود خدا و فعالیت‌هایی که در ارتباط با پرستش و عبادت اوست آمده است و دین عبارت از برنامه‌های الهی است که انسان در اعتقادات به سوی حق راهنمایی و در رفتارها به سوی خیر و شیوه عمل ارشاد می‌کند (علوی و رنجبرشورآبادی، ۱۳۸۹: ۹۶). تاریخ بشریت نشان داده که انسان دین‌ورز قدمتی دیرینه دارد. آنچنان که از مطالعات باستانشناسی و انسانشناسی از اعصار دور برمی‌آید، دین به عنوان جزو لاینفک زندگی بشری در تمامی اعصار بوده است (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۵: ۲) و سال‌های زیادی است که نقش دین، مذهب و مناسک و مراسم مذهبی در زندگی فردی و اجتماعی مورد توجه متخصصان اجتماعی، روانشناسان و حتی متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته به طوری که تحقیقات در زمینه‌های مختلف مذهبی از جمله میزان مذهبی بودن، نیاز به مذهب، تأثیر

مذهب بر سلامت جسمی و روانی و غیره به میزان قابل توجهی فزونی یافته است (کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲).

یونگ^۱ اعتقاد دارد که کاملاً متقاعد شده است که اعتقادات و مناسک دینی، دست کم از لحاظ بهداشت روانی اهمیت خارق‌العاده‌ای دارند (یونگ، ۱۹۷۰: ۱۱). همچنین از دیدگاه روان‌شناختی نیز به دین و دینداری بخصوص کارکردهای بهداشت روانی و روان‌درمانی دین توجه ویژه‌ای صورت گرفته است (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۳). نتایج بسیاری از کارهای پژوهشی نشان می‌دهد که هر چه میزان معنویت و دینداری افراد زیادتر باشد، مصونیت بیشتری از بیماری‌های روانی و انحرافات رفتاری پیدا می‌کنند. هوود^۲ و همکارانش در نتایج تحلیل روانشناسی دین به تأثیر مثبت دین بر سلامت روان و اخلاق تأکید کرده‌اند و باورها و رفتارهایی از قبیل توکل به خدا، صبر، دعا، زیارت را عامل امید بخش و نگرشی مثبت در آرامش درونی فرد معرفی می‌کنند (هوود و همکاران، ۲۰۰۳). دین ایجاد یک رابطه معنوی با دنیایی نامحسوس به عنوان روح عالم خلقت است که این ایجاد رابطه در عالم تنهایی و دور از همه وابستگی‌ها صورت گرفته و به ادراک نظم نامرئی در میان پدیده‌های جهان هستی و رسیدن به یک اطمینان و آرامش باطنی که آثار ظاهری آن نیکویی و احسان بی دریغ است، منجر خواهد شد (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۳)، لذا آثار و پیامدهای مذهبی در زندگی باعث کاهش پریشانی افراد شده و به سازگاری آنان با هنجارهای اجتماعی کمک می‌کند (کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲). آرگیل^۳ معتقد است که دین به پیروان خود سلامت جسمانی و روانی اعطا می‌کند و با شفا دادن آلام روحی ارتباط دارد. افراد متدین در جامعه مدرن امروزی، نسبت به سایر افراد سالم‌تر هستند، زیرا رفتار سالمی را در پیش می‌گیرند. همچنین بهداشت روانی با تدین ذاتی و درونی فرد ارتباط دارد (آرگیل، ۱۹۹۷: ۲۳۴). همچنین در بسیاری از جنبه‌های مذهب از یک سو به امید، خوش بینی، همدلی، عفو و بخشش تأکید شده و از سوی دیگر، پرهیز از تجاوز و رفتارهای ضد اجتماعی مانند دروغ، دزدی، حسادت و تهمت در آن سفارش شده است (کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲). به نظر می‌رسد

1 Jung

2 Hood

3 Argyle

هر دو جنبه مذهب، یعنی پرداختن به فعالیت‌های مثبت و دوری از فعالیت‌های منفی باعث پدید آمدن سلامت روان^۱ در افراد می‌شود که به هر میزان افراد ارزش‌های دینی را برای خود درونی کنند، متعاقباً از سلامت روان بیشتری برخوردار خواهند شد. همچنین یکی از مهمترین عواملی که تحت تأثیر معنویات و باورهای مذهبی قرار می‌گیرد، سلامت روان است.

واژه سلامت روان تعریف‌های مختلفی دارد و از مباحث اساسی، در حیطه علوم اجتماعی و روانشناسی است که توجه بسیاری از نهادهای بین‌المللی، از جمله سازمان بهداشت جهانی^۲ را به خود معطوف ساخته است. همچنین موضوعی اساسی است که روانشناسان، جامعه‌شناسان، انسان‌شناسان، جمعیت‌شناسان و بسیاری از صاحب‌نظران علوم مختلف، هر کدام با دید خاصی به این موضوع توجه نموده و برای ارتقای کیفیت سلامت روانی در بین جوامع بشری برنامه‌ها و راهکارهایی ارائه داده‌اند. بحث سلامت روانی، از جنبه‌های متفاوتی تعریف شده است. فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس سلامت روانی را، استعداد روان برای هماهنگی، خوشایندی و مؤثر کارکردن در موقعیت‌های دشوار، انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن، تعریف می‌کند (حسینی، ۱۳۷۸: ۵). سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را بر خورداری کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند و معتقد است سلامتی صرفاً نبود بیماری و ضعف بدنی نیست (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴: ۱۰). از منظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی بخش بسیار مهمی در حیطه سلامت است که ارتقا و برنامه‌ریزی در جهت بالا بردن آن مؤثر است. این سازمان سلامت روانی را بدین صورت تعریف می‌کند: سلامت روان، حالتی از سلامتی است که در آن فرد، توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمر ثمر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴: ۱۰).

چاهن^۳ (۱۹۹۱) سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روانشناختی تعبیر می‌کند که عبارتست از: حداکثر اثربخشی و رضایت بدست آمده در تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و

1 mental health

2 World Health Organization

3 Chauhen

بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می‌شود (ویتنایز^۱، ۱۹۹۵: ۳۶) و بروکینگتون^۲، سلامت روانی را احساس حالات شادابی، جسمی، فکری و روحی همراه با ذخیره قدرت بر اساس عملکرد عادی بافت‌ها و هماهنگی و تطبیق جسمی و روحی که موجب فراهم گردیدن وسایل زندگی سرشار از نشاط برای انجام خدمات و کارهای عادی است، تعریف می‌کند (محسنی، ۱۳۷۹: ۴۴). طبق این تعاریف می‌توان سلامت روانی را در رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها، ارضای نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعدادهای فطری تعریف کرد. بسیاری از محققان رابطه معناداری را برای دینداری و سلامت روانی ترسیم کرده‌اند. در داخل کشور مطالعاتی هم به نوعی به بحث سلامت روانی پرداخته‌اند. به طور مثال حسینی (۱۳۷۹)، ابولقاسمی (۱۳۷۶) و خداجیمی (۱۳۷۸) هر کدام به نوعی ارتباط بین نگرش‌های مذهبی و سلامت روانی را مورد مطالعه قرار داده‌اند و همه آنها به رابطه مثبت نگرش‌های مذهبی و سلامت روانی دست یافته‌اند. در خارج از کشور نیز محققانی چون برگین^۳ (۱۹۹۱)، هود و همکارانش^۴ (۱۹۹۰)، اسپیکا و همکاران^۵ (۱۹۸۵)، شی‌یر و کارو^۶ (۱۹۸۷)، سلیگمن^۷ (۱۹۹۱)، پارگامنت^۸ و همکارانش (۱۹۸۷ و ۱۹۹۰)، هر کدام طی مطالعه‌ای در مورد دینداری و سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که گرایش‌های دینی و نگرش‌های مذهبی با سلامت روانی ارتباط معنادار و مثبتی دارد. اینها به این نتیجه رسیدند که تاثیر دینداری بر روی سلامت روانی بدین صورت است که، دین می‌تواند موجب ایجاد معنی شود و به زیستن و مردن معنی ببخشد (اسپیکا و همکارانش، ۱۹۸۵)، دین امیدواری و خوشبختی افراد را افزایش می‌دهد (شی‌یر، ۱۹۸۷: ۱۶۶) و دین به افراد نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند (پارگامنت و همکارانش، ۱۹۸۷)، دین نقش مهمی در رویارویی با

1 Venties

2 Brokington

3 Bergin

4 Hood

5 Spilka

6 Scheier & Carver

7 Seligman

8 Pargament

استرس‌های زندگی دارد و می‌تواند بحرانهای شدید زندگی را تعدیل کند (پارگامنت و همکارانش، ۱۹۹۰). و در نهایت برگین^۱ (۱۹۹۱) معتقد است که دین نوعی سبک زندگی سالم تر را برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت روانی آنها تاثیر مثبت و معناداری می‌گذارد (برگین، ۱۹۹۱: ۳۹۸). از آنجایی که سلامت روانی چرخ محرک اجتماع و ارتباطات اجتماعی جامعه است، لازم و ضروری به نظر می‌رسد که به عوامل شتاب دهنده آن توجه بیشتری کرد. هرچند خود مقوله دینداری در جامعه دین‌مداری مانند ایران، یک ارزش ذاتی تلقی می‌شود، اما نقش آن در مقوله‌های حیاتی و مهم جامعه مانند سلامت غیرقابل انکار است. همانطور که بیان شد پژوهش‌های زیادی به اثرگذاری این ارتباط تأکید داشته‌اند و به همین دلیل تأکید مجدد بر این ارتباط در قشرهای مختلف جامعه ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر در پی کشف مؤلفه‌های دینداری و سطوح دینداری و ارتباط آن با میزان سلامت روانی دانشجویان تربیت بدنی است، که به صورت پیمایشی انجام شده است.

پیشینه پژوهش

اژدری‌فر و همکارانش (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «بررسی تاثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان» به بررسی تاثیر آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روانی دانش‌آموزان دختر پایه سوم دبیرستان منطقه ۱۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۷ پرداخته‌اند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ28) استفاده شد و نتایج تحقیق نشان داد که آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان تاثیر دارد.

قدرتی‌میرکوهی و خرمایی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «رابطه دینداری با سلامت روان در نوجوانان» به بررسی کمی رابطه دینداری و سلامت روان پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که بین مولفه‌های التزام دینی، باور دینی و عواطف دینی با مقوله‌های شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج حاصل

از تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که مولفه‌های التزام دینی، عواطف دینی و باورهای دینی به ترتیب پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی هستند و ارتباط بین مولفه‌های دینداری با مولفه‌های سلامت عمومی نشانگر تاثیرگذاری دینداری بر جنبه‌های مختلف سلامت عمومی نوجوانان دارد و دینداری می‌تواند یک عامل مهم در شکل‌گیری سلامت عمومی باشد.

باقری و همکارانش (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «رابطه دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان شهرستان رودان» با هدف نشان دادن رابطه دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان شهرستان رودان به روش توصیفی - همبستگی بررسی کمی انجام داده‌اند. بدین منظور ۲۷۴ نفر از معلمان، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی متناسب با حجم طبقات (برحسب جنس و مقطع تدریس) انتخاب شدند. نتایج نشان داد که دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان رابطه دارند. به طوری که روان رنجورخویی پایین، و دینداری و برون‌گرایی و توافق و وجدانی بودن بالا، با سلامت روان بالاتر معلمان رابطه مثبت داشتند. همچنین متغیرهایی از قبیل جنسیت، محل زندگی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و مقطع تدریس معلمان نیز در بعضی از این روابط مؤثر بودند.

مهرابی‌زاده‌هنرمند و همکارانش (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر درمان چند وجهی اسلامی بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان» به بررسی رابطه بین دینداری و سلامت روان در بین دانشجویان پرداخته‌اند. نتایج نشان می‌دهد که درمان با رویکرد چندوجهی اسلامی به شیوه گروهی می‌تواند در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس دانشجویان مؤثر باشد. داده‌های حاصل از پژوهش به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل و بررسی شده که یافته‌ها بیانگر این است که درمان چند وجهی اسلامی به شیوه گروهی توانسته در کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، مؤثر واقع شود.

کیمیایی و همکارانش (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «حفظ قرآن و تاثیر آن بر مولفه‌های سلامت روان» تعداد ۹۰ نفر از زنان حافظ قرآن کریم از مرکز جامعه القرآن خواهران مشهد و ۹۲ نفر از زنان غیرحافظ به عنوان نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت روان GHQ-28 استفاده شد. نتایج نشان داد که در مقیاس‌های اضطراب و

اختلال خواب، افسردگی و کارکرد اجتماعی، حافظان قرآن از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند. از سوی دیگر، نتایج نشان دادند که در بین حافظان نیز کسانی که تعداد جزوهای بیشتری از قرآن را حفظ بودند، از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند.

بال^۱ و همکارانش (۲۰۰۳) در پژوهشی با عنوان «دینداری و عزت نفس در بین زنان بزرگسال شهری» به تحلیل دینداری و مقوله‌های روانی افراد پرداخته‌اند. در این پژوهش تمرکز روی تداعی بین دینداری و عزت نفس و کارکرد روان شناختی عمومی صورت گرفته و همه جا دینداری بزرگترین همبستگی را با عزت نفس بیشتر و کارکردهای روان شناختی بهتر داشته است. در کل نتایج نشان دهنده همبستگی معناداری بین دینداری و عزت نفس و کارکردهای روان شناختی است.

فرانسیس^۲ و همکارانش (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان «دینداری و سلامت کلی» به تحلیل سلامت عمومی و دینداری پرداختند. این پژوهش 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 است. تحلیل داده‌ها نشان داد که ارتباط مثبت و قوی بین نگرش مثبت به مسیحیت با میزان سلامت عمومی بالاتر وجود دارد.

آمبر^۳ (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان «دینداری و سلامت روان در بین آمریکایی‌های مسلمان» که از طریق پیمایش بر روی مسلمانان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ۹۵ درصد از مردم آمریکا به خدا باور دارند و هویت خود را در ارتباط با مذهب تعریف می‌کنند و کسانی که میزان دینداری بیشتری دارند افرادی هستند که از سلامت روان بهتری برخوردارند.

1 Ball

2 Francis

3 Amber

چارچوب نظری پژوهش الف) دینداری

دین در لغت به معنی قید و بند، التزام، تعهد، تکریم، تقدس، شریعت در فرهنگ عمید این گونه معنا شده مذهب، ورع، پاداش انقیاد، خضوع، پیروی، تسلیم و جزاست و در اصطلاح عبارت از احساس اعتقاد به قوای لاهوتی و ماورای طبیعی و رعایت یک سلسله قواعد اخلاقی در زمینه ارتباط با خود، سایر بندگان خدا و انجام مناسک عبادی در جهت کسب تقرب خالق و جلب رضایت او به منظور تعالی روح است (کتابی و همکاران، ۱۳۸۳: ۱۷۵-۱۷۶). رویکردهای جامعه‌شناختی نسبت به دین هنوز شدیداً تحت تاثیر اندیشه‌های سه نظریه پرداز کلاسیک جامعه‌شناسی، یعنی مارکس، دورکهایم و وبر است (گیدنز، ۱۳۸۷: ۵۰۲).

یکی از مهمترین نظریه‌های جامعه‌شناسی در حوزه دین نظریه جامعه‌شناسی شناخت برگر و لاکمن است. در رهیافت نظری آنها دین به مثابه دیالکتیکی بین واقعیت‌های عینی و معنای ذهنی نگریسته می‌شود؛ یعنی تعاملی دو سویه بین آن چه به عنوان واقعیتی بیرونی تجربه می‌شود و آنچه به عنوان آگاهی درونی فرد به فهم در می‌آید. این رهیافت به تبعیت از جامعه‌شناسی آلفرد شوئس و فلسفه ادموند هوسرل، آگاهی را مفهوم مرکزی خود قرار داده است و واقعیت تام اجتماعی را دارای مؤلفه اساسی آگاهی می‌داند (برگر و همکاران، ۱۳۸۱: ۲۵). از نظر آنها در هر جامعه‌ای لازم است فرآیندهایی وجود داشته باشد که بتوان به معانی که قبلاً درون نهاد‌های مختلف جامعه به وجود آمده‌اند، در نظمی وسیع‌تر وحدت بخشند و آن معانی را یگانه کنند (برگر و لاکمن، ۱۳۸۵: ۱۲۹) که این وظیفه بر عهده ادیان بوده است. عقاید دینی در جامعه جنبه عمومی دارند و اگر وقتی فردی متوجه می‌شود ابراز کردن عقاید و باورهایش مورد تأیید دیگران قرار نمی‌گیرد و حتی ممکن است موجبات تمسخر یا کشمکش با دیگران را فراهم کند، اولین واکنش وی این خواهد بود که عقاید و باورهایش را در عرصه عمومی و اجتماع بروز ندهد. با افزایش تعداد افرادی که چنین رویکردی را در پیش می‌گیرند، دین گام به گام از عرصه عمومی جامعه رخت بر می‌بندد، یعنی نه تنها نمادها و تعاریف دینی از واقعیت در عرصه عمومی جامعه کمتر مطرح می‌شوند، بلکه اساساً در مورد آنها کمتر بحث

می‌شود. این وضعیت به کاهش نفوذ دین در جامعه منجر می‌شود و در نهایت دین تسلط خود را بر جامعه از دست می‌دهد و عرصه عمومی تحت سیطره عقاید و ایدئولوژی‌هایی در می‌آید که فاقد محتوای دینی هستند یا غالباً اشاره‌ای مبهم به دین دارند. در این وضعیت دین نه تنها دیگر قادر به یکپارچه کردن بخش‌های مختلف جامعه نیست، بلکه از یکپارچه کردن تجربیات افراد، به ویژه آن دسته از افراد که در ارتباط با عرصه عمومی جامعه است باز می‌ماند (توسلی و مرشدی، ۱۳۸۵: ۱۰۱). به عقیده برگر دین نظم اجتماعی را مشروع می‌کند و مفاهیم دینی جهان را با یک رشته فرایندهای خاصی که به تعبیر برگر «ساختار موجه‌نمایی» را می‌سازند اعتبارشان را حفظ و تحکیم می‌کنند. اینها همان فرایندهایی هستند که عقاید مذهبی از طریق آنها تقویت، ترویج، دفاعی فرض می‌شوند. اگر این ساختار موجه‌نمایی تضعیف شود یا از بین برود، تسلط اعتقادات دینی بر اذهان انسان‌ها به آسانی از دست می‌رود (توسلی و مرشدی، ۱۳۸۵: ۲۷۴).

از دیگر رویکردهای نظری الگوی دینداری گلاک و استارک است. آنها بر این عقیده بودند که به رغم آنکه ادیان جهانی در جزئیات بسیار متفاوتند، اما دارای حوزه‌های کلی هستند که دینداری در آن حوزه‌ها و یا آن ابعاد جلوه‌گر می‌شود (احمدی، ۱۳۸۸: ۲۷). آنها برای دینداری چهار بعد اصلی عمل، باور، تجربه، دانش یا معرفت را با عنوان ابعاد عمومی الزام دینی مطرح کرده‌اند. این ابعاد چهار گانه، در سطح مقیاس‌های اولیه به پنج شاخص یا مقیاس تقسیم شده‌اند که افزایش آن، ناشی از تفکیک بعد عمل به دو بخش شاخص مناسکی و عبادی است. در مقیاس ثانویه، شاخص‌ها در نهایت به هشت عدد افزایش یافته است که شاخص‌های ناظر بر روابط اجتماعی دینداران هم به آن اضافه شده است (گنجی، ۱۳۸۳: ۱۱۵).

ب) سلامت روانی

در ارتباط با سلامت روان نیز دیدگاه‌های متعددی وجود دارد که می‌توان در دو دیدگاه کلی رفتارگرایی^۱ و نوسازی قابل تبیین هستند. اساس دیدگاه رفتارگرایی درباره سلامت روانی، بر سازگاری فرد با محیط است. بر اساس دیدگاه رفتارگرایی رفتار سازش‌نا یافته مانند

سایر رفتارها در اثر تقویت آموخته می‌شود. از طرفی سلامت روانی هم شامل رفتارهای سازش یافته‌ای (یا سازگاری) است که آموخته می‌شود. بنابراین دیدگاه رفتارگرایی، یادگیری معیوب را عامل اساسی اختلاف روانی می‌داند و معتقد است که سلامت روان توسط شکست در یادگیری رفتارهای سازش یافته ضروری یا ناکامی در تسلط یافتن بر موقعیت‌های اجتماعی به طور موفقیت آمیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند (ونتایز^۱، ۱۹۹۵: ۳۵). از جمله افرادی که به الگوهای رفتاری در رابطه با سلامت روانی تأکید دارد، چاهن^۲ است. او معتقد است که سلامت روانی وضعیتی از بلوغ روانشناختی است که از حداکثر اثربخشی و رضایت بدست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به دیگران و خود می‌شود. دیدگاه دیگر دیدگاه نوسازی^۳ است. نوسازی روانی یا تجدد روان مفهومی است که به فرایندهای تغییر در سطوح ارزش‌ها، سبک‌های شناختی، ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روانی اطلاق می‌شود که در سایه تجاری چون مهاجرت و اقامت در جامعه‌ای دیگر، رفتن به مدرسه، تماس با فرهنگ‌های دیگر و استخدام در بنگاه‌های مدرن به دست می‌آید که خود به رفتارهایی منجر می‌شود که موجب بروز حالات متفاوت در افراد می‌شود. این دسته از نظریه پردازان، روانشناسانی هستند که نقطه شروع نوسازی را در انسان و نظام شخصیتی و روانی او می‌بینند و معتقدند که با تحقق نوسازی و نو شدن انسان، سایر جنبه‌های نوسازی، یعنی نوسازی اقتصادی، اجتماعی و سیاسی-فرهنگی او ظهور پیدا می‌کند (شارع‌پور، ۱۳۸۰: ۷۹). این نظریه، در واقع توسعه را در سطح فرد، مطرح می‌کند. طرفداران این نظریه به عوامل درونی مانند ارزش‌ها و انگیزه‌ها، بیش از عوامل بیرونی در توسعه سلامتی بها می‌دهند. از معروفترین نظریه پردازان نوسازی که در این قالب جای می‌گیرد، راجرز^۴ است. از نظر وی تغییر جز اندیشه و نظری نیست، که فرد آن را جدید و نو می‌پندارد و شیوع به معنای فرایندی است، که اندیشه و نظر نو از منبعی منتشر و اشاعه می‌یابد و قبول یک اندیشه به معنای تصمیم به تحقق بخشیدن کامل آن است. علاوه بر رویکردهای نظری راجرز می‌توان اشاره‌ای به نظریه جهت‌گیری‌های

1 Ventis

2 Chauhan

3 Mental Reconstructive

4 Rogers

آلپورت^۱ در رابطه بین باورهای دینی و سلامت روانی داشت. آلپورت (۱۹۶۶) بحثی با عنوان جهت گیری دینی درون گرایانه^۲ و برون گرایانه^۳ را مطرح کرد. وی بر این باور است که در جهت گیری دینی برون گرایانه، مذهب برای اهداف غیر مذهبی استفاده می شود. او بر این باور است که افراد با جهت گیری دینی بیرونی به لحاظ درونی دارای باورهای درونی هستند که فقط اهداف ابزاری دارند و دین به صورت ابزاری برای دستیابی به اهداف و ارزش های برتر از دین همچون مقابله با مشکلات و یا پیشرفت زندگی انگاشته شده است. به تعبیر آلپورت جهت گیری درون گرایانه، کل زندگی را غرق در انگیزش و معنا می کند و الهام بخش عبادت بوده است. برای اشخاص با جهت گیری درونی دینی، نیازهای غیر دینی هر چند مهم باشند، اهمیت غایی کمتری دارند (دزوت^۴، ۲۰۰۶: ۸۰۹). آلپورت استدلال می کند که نگرش های مذهبی تعیین می کنند که چگونه کارکردهای مذهبی به عنوان مکانیزمی برای ارزشیابی و در ارتباط با حوادث استرس زای زندگی به کار می روند. این ارزشیابی می تواند بین نگرش های مذهبی و سلامتی اتصال برقرار کند. همچنین او بر این باور است که میل و گرایش دینی یک عامل مستقل و خودمختار را در شخصیت انسان بوده و تمام اجزای دیگر شخصیت را در یک سیستم واحد کلی وحدت می بخشد.

فرضیه های پژوهش

- بین بعد اعتقادی دینداری و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- بین بعد عاطفی دینداری و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- بین بعد مناسکی دینداری و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- بین بعد پیامدی دینداری و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- بین دینداری کل و سلامت روان رابطه وجود دارد.

1 Allport

2 Intrinsic Orientation

3 Extrinsic Orientation

4 Dezzutter

روش پژوهش

روش این پژوهش پیمایش بوده و واحد تحلیل در آن فرد است. جامعه آماری این مطالعه بنا بر ضرورت موضوع و مسأله شامل دانشجویان رشته تربیت‌بدنی در سه مقطع کارشناسی، ارشد و دکتری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان است. با استفاده از فرمول کوکران، تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. شیوه نمونه‌گیری بر اساس طبقه‌بندی سهمیه‌ای است. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه سلامت روان و دینداری استفاده شده است.

برای سنجش سلامت روانی از مقیاس سلامت جهانی استفاده شده است، این مقیاس در سال ۱۹۷۰ توسط گولدبرگ^۱ و همکارانش ابداع شد. اصل این پرسشنامه ۶۰ گویه دارد و توسط پژوهشگران زیادی در کشورهای مختلف دنیا سنجیده شده و به طور وسیعی در محیط‌های متفاوت و فرهنگ‌های گوناگون آزمایش شده است و اعتبار و روایی آن به دست آمده است. این پرسشنامه در فرم ۱۲ سوالی در سال ۲۰۰۳ در تهران توسط منتظری و همکارانش روی ۷۴۸ جوان در سنین ۱۸ تا ۲۵ سالگی انجام شده است، مطالعه یافته‌های آنها نشان می‌دهد که سنجش این پرسشنامه در ایران دارای ویژگی ساختاری خوبی برخوردار و روایی و پایایی آن می‌تواند برای سنجش سلامت روانی در ایران مفید باشد. همچنین برای سنجش سطح دینداری از پرسشنامه ۳۳ سوالی خدایاری فرد و همکارانش (۱۳۸۵) استفاده شده است که روایی آن بارها توسط محققان این عرصه آزموده شده است. در کل روایی این پرسشنامه‌ها، روایی صوری^۲ بوده است و برای اطمینان یافتن از پایایی بخش‌های آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج گویای آن است که ضریب آلفای کرونباخ برای بعد اعتقادی، عاطفی، مناسکی، پیامدی و دینداری کل به ترتیب برابر با ۰/۹۶۷، ۰/۷۳۱، ۰/۷۴۸، ۰/۶۵۶ و ۰/۸۷۸ بوده است. در ادامه همانگونه که ملاحظه می‌شود متغیر سلامت روان با ۱۲ گویه دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ است. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم افزار

1 Goldberg

2 Face Validity

SPSS با توجه به سطوح سنجش، در دو سطح توصیف (توزیع درصد و فراوانی) و تبیین (رگرسیون تک متغیره) پردازش شده است.

جدول (۱) توزیع درصدی دینداری و ابعاد چهارگانه آن و سلامت روانی و ضریب آلفای کرونباخ آنان

متغیر وابسته و متغیرهای مستقل	ضریب آلفای کرونباخ	تعداد گویه‌ها	پایین	متوسط	بالا
بعد اعتقادی دینداری	۰/۶۹۷	۱۰	۱۵/۲	۷۳/۲	۱۱/۷
بعد عاطفی دینداری	۰/۷۳۱	۶	۱۳/۰	۸۷/۰	۰
بعد مناسکی دینداری	۰/۷۴۸	۹	۱۸/۲	۶۶/۸	۱۵/۰
بعد پیامدی دینداری	۰/۶۵۶	۸	۱۷/۲	۶۳/۳	۱۹/۵
دینداری کل	۰/۸۷۸	۳۳	۱۷/۲	۶۷/۰	۱۵/۸
سلامت روانی	۰/۸۲	۱۰	۱۶/۳	۶۹/۲	۱۴/۵

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

اکثریت دانشجویان پاسخگوی این پژوهش در رده سنی ۲۵-۲۰ سال و دارای میانگین ۲۳ سال هستند و بیشترین فراوانی ۴۳ درصد در مقطع لیسانس هستند. ۷۲/۲ درصد از این افراد فقط در حال تحصیل و بقیه در سمت‌های گوناگون شاغل هستند. نوع شغل اکثریت افراد پاسخگو کارمند بیان شده است. میانگین درآمدی پاسخگویان بسیار پایین عنوان شده و همچنین قابل ذکر است که ۳۴ درصد از پاسخگویان این پژوهش زن و مابقی مرد هستند که در بین همه آنها فقط ۲۹ درصد متأهل و مابقی مجرد هستند. محل تولد اکثریت آنان شهر اصفهان و قومیت شان فارس بیان شده است. همچنین ۴۹/۳ درصد افراد خود را از طبقه متوسط جامعه می‌دانند.

یافته‌های استنباطی

در جدول ۲ به آزمون رگرسیون تک متغیره رابطه میان ابعاد دینداری و سلامت روان پرداخته شده است. همانگونه که ملاحظه می‌شود ستون R میزان همبستگی متغیر مستقل و ابعاد آن (دینداری) با سلامت روان را نشان می‌دهد، مقادیر ضریب تعیین (دومین و سومین ستون) میزان قدرت تبیین کنندگی متغیر مستقل و متغیر وابسته به ترتیب در جمعیت نمونه و جامعه آماری را به نمایش گذاشته است. مقادیر مثبت بتا در تمامی ابعاد دینداری بیانگر رابطه مستقیم بین این متغیر و متغیر سلامت روان است؛ به عبارتی با افزایش میزان ابعاد اعتقادی، احساسی، مناسکی، پیامدی و به طور کلی دینداری به اندازه بتای هر یک از متغیرها به سلامت روان افزوده می‌گردد. با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری برای هر یک از متغیرهای مستقل تمامی روابط با احتمال ۹۹ درصد، به جز بعد مناسکی با احتمال ۹۵ درصد، مورد تأیید پژوهش واقع می‌گردد و بنابراین فرضیه وجود رابطه بین دینداری افراد با میزان سلامت روان آنان تأیید می‌شود. در جدول ۲ به آزمون رگرسیون تک متغیره رابطه میان ابعاد دینداری کل و سلامت روان پرداخته شده است.

جدول (۲) به آزمون رگرسیون تک متغیره رابطه میان ابعاد دینداری کل و سلامت

روان

Sig	F	Beta	B	Std.E	R ² .Ad	R ²	R	عزت نفس
.000	14.821	.156	.251	.065	.023	.024	.023	بعد اعتقادی
.002	10.026	.128	.309	.097	.015	.016	.128	بعد احساسی
.005	7.855	.114	.131	.047	.011	.013	.114	بعد مناسکی
.000	17.612	.058	.245	.058	.027	.029	.169	بعد پیامدی
.000	18.362	.173	.081	.019	.028	.030	.173	دینداری به طور کلی

بحث و نتیجه گیری

سلامت روان مقوله‌ای سازنده در ارتباطات اجتماعی افراد است. جوامعی که سطح بالایی از سلامت روان را تجربه کرده‌اند، عموماً تجربه کمی از آسیب‌های اجتماعی دارند، سلامت روان پدیده‌ای است که از دیر باز مورد توجه مشاوران، روان‌شناسان و روان‌پزشکان بوده و متاثر از مجموعه‌ای از عوامل جسمی، اجتماعی و شناختی است. بر اساس معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را در بر نمی‌گیرد، به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشان‌های از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود، تعریف کرده است. در همین راستا سطح دینداری نیز به تنهایی تضمین‌کننده بخش عمده‌ای از آسیب‌های اجتماعی است. نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده که چگونه کارکردهای مذهبی به عنوان مکانیزمی برای ارزشیابی و در ارتباط با حوادث استرس‌زای زندگی به کار می‌روند. این ارزشیابی می‌تواند بین نگرش‌های مذهبی و سلامتی اتصال برقرار کند. همچنین بسیاری بر این باورند که میل و گرایش دینی یک عامل مستقل و خودمختار را در شخصیت انسان بوده و تمام ابعاد سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همانطور که در بخش نظری عنوان شد، اکثر اندیشمندان بر این باورند که مذهب امید و خوش‌بینی را فراهم می‌آورد و هنجارهای مثبت فردی و اجتماعی را ایجاد می‌کند. آموزه‌های مذهب ثابت می‌کنند که تفکر و بینش فرد قطعاً بر نگرش‌های عینی او به مسایل زندگی و نیز رفتار، عواطف و احساساتش تأثیر گذارند. مطهری (۱۳۸۰) بر این باور است که انسان با ایجاد ارتباط با خداوند و نگرش‌های دینی، نیروی محدود خویش را با توسل به منبع نامحدودی چون قدرت خداوند افزایش می‌دهد و این احساس، سبب ایجاد آرامش و سلامت جسمی و روانی و افزایش عزت نفس انسان می‌گردد. بر این اساس، مدت‌هاست که تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روان ارتباط مثبتی وجود دارد و بتازگی نیز روان‌شناسی مذهب، اهمیت زیادی را برای نقش راهبردهای مقابله‌ای و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آنها قایل شده است. در واقع مذهب با ایجاد تفاهم، وحدت و حمایت اجتماعی از فرد بر میزان سازگاری، عزت نفس و خودباوری او که از عوامل مهم حیاتی در بهداشت روانی محسوب می‌شود، مؤثر است. رابطه بین سلامت روان به عنوان یکی

از شاخص‌های برخورداری از مثبت‌گرایی با مذهبی بودن در افراد نیز پژوهش‌هایی را به خود جلب کرده است. نتایج این پژوهش نیز نشان داد دینداری سهم بالایی در سلامت روان افراد جامعه دارد و این مساله به طور اختصاصی در بین دانشجویان رشته تربیت بدنی به مراتب بهتر بوده است و حتی می‌توان گفت که سلامت جسمانی به عنوان پیش‌نیاز سلامت روان شدیداً برای دانشجویان تربیت بدنی لازم بوده و نیاز است به ابعاد دینداری به عنوان افزایشده سطح سلامت جسم و روان بیشتر تاکید شود.

منابع

- ۱- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۷۶). «نقش گرایش‌های مذهبی در اتخاذ شیوه‌های مقابله با استرس در سالمندان تهرانی»، اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران: ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۲- اژدری فر، پری‌سیما؛ قاضی، قاسم؛ نورانی‌پور، رحمت‌الله (۱۳۸۹). «بررسی تاثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان»، اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی سال پنجم بهار، ۱۳۸۹، شماره ۲ (پیاپی ۱۸).
- ۳- باقری، مسعود؛ بنی‌اسدی، حسن؛ داوری، صفورا. (۱۳۹۰). «رابطه دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان شهرستان رودان»، نشریه مطالعات اسلام و روانشناسی سال پنجم پاییز و زمستان ۱۳۹۰ شماره ۹.
- ۴- برگر، پیتر؛ برگر، بریجیت؛ کلنر، هانسفرید. (۱۳۸۱). «ذهن بی‌خانمان (نوسازی و آگاهی)»، ترجمه محمد ساوجی، تهران: نی.
- ۵- برگر، پیتر و لاکمن، تامس. (۱۳۸۵). «ساخت اجتماعی واقعیت: رساله‌ای در جامعه‌شناسی شناخت»، مترجم: فربرز محمدی. تهران: علمی و فرهنگی.
- ۶- توسلی، غلامعباس و مرشدی، ابوالفضل. (۱۳۸۵). «بررسی سطح دینداری و گرایش‌های دینی دانشجویان امیرکبیر». نامه جامعه‌شناسی ایران. دوره هفتم. شماره ۴. زمستان.
- ۷- حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۷۸). «مشکلات مربوط به سلامت روانی، فصلنامه اصول بهداشت روانی». سال اول، شماره اول، صص ۴-۶.

- ۸- حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۷۹). «مکانیزم بروز اضطراب در دیدگاه روانشناسی اسلامی»، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۷ و ۸، سال دوم، صص ۵۸-۶۴.
- ۹- خداحیمی، سیامک (۱۳۷۸). «نقش مذهب بر بهداشت روانی»، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۸، سال اول، صص ۱۸۵-۱۹۷.
- ۱۰- شارع پور، محمود (۱۳۸۰). «فرسایش سرمایه اجتماعی و پیامدهای آن»، نامه انجمن جامعه‌شناسی ایران، شماره ۳، سال ۱۳۸۰.
- ۱۱- علوی، سید حمیدرضا؛ رنجبر شورآبادی، زهرا. (۱۳۸۹). «تأثیر دیانت بر شادی دانش‌آموزان مدارس دخترانه مقاطع راهنمایی و دبیرستان ناحیه ۲ شهر کرمان»، فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی سال چهارم پاییز و زمستان ۱۳۸۹ شماره ۷.
- ۱۲- قدرتی میرکوهی مهدی، خرمایی، احسان (۱۳۸۹). «رابطه دینداری با سلامت روان در نوجوانان»، فصلنامه علوم رفتاری، پاییز ۱۳۸۹، دوره ۲، شماره ۵، ۱۱۵ تا ۱۳۱.
- کیمیایی، سید علی؛ خادمیان، حسین؛ فرهادی، حسن (۱۳۹۰). «حفظ قرآن و تاثیر آن بر مولفه‌های سلامت روان»، نشریه زن و جامعه (جامعه‌شناسی زنان سابق) سال دوم زمستان ۱۳۹۰ شماره ۴ (پیاپی ۸).
- ۱۳- کتابی، محمود و دیگران (۱۳۸۳). «دین، سرمایه اجتماعی و توسعه اجتماعی فرهنگی»، مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان، جلد هفدهم، شماره ۲، صص ۱۶۹-۱۹۲.
- ۱۴- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۷). «راه سوم و بازسازی سوسیال دموکراسی»، ترجمه، منوچهر محسنی، تهران: نشر تیرازه.
- ۱۵- محسنی، منوچهر (۱۳۷۹). «جامعه‌شناسی پزشکی»، تهران: انتشارات طهوری.
- ۱۶- مطهری، جمشید (۱۳۸۰). «به سوی سلامت روانی»، فصلنامه معرفت، شماره ۴۶، اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران: ۲۸ فروردین سال ۱۳۸۰.
- ۱۷- مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ هاشمی، سید اسماعیل؛ بساک نژاد، سودابه (۱۳۹۰). «بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان»، فصلنامه روانشناسی و دین سال چهارم پاییز ۱۳۹۰ شماره ۳ (پیاپی ۱۵).

۱۸- ویر، رابرت، (۱۳۷۴). «جهان مذهبی: ادیان در جوامع امروز»، ترجمه عبدالرحیم گواهی، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

- 19- Amber, Haque (2004). Religion and Mental Health: The Case of American Muslims, *Journal of Religion and Health*, Vol. 43, No. 1 (Spring, 2004), pp. 45-58
- 20- Argyle, Michael. (1997). *The Psychology of Religious Behaviour, Belief and Experience*, Editors, Benjamin Beit-Hallahmi, Michael Argyle, Taylor & Francis, ISBN 0415123305, 9780415123303.
- 21- 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.
- 22- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issue in psychotherapy and mental health. *American Psychology*, Vol. 46, pp. 394-403.
- 23- Dezutter, J. & Huotsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: a further exploration of the relative importance of religious behavior vs. religious attitudes. *Personality And Individual Differences*, Vol. 40, pp. 807-818.
- 24- Francis LJ, Robbins M, Lewis CA, Quigley CF, Wheeler C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students, *Personality and Individual Differences*, 37, 485-494.
- 25- Hood, R.W., Spilka, B., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. L. (2003). *The psychology of religion: An empirical approach*. 2nd Edit., New York: Guilford
- 26- Jung, Carl (1970b). *Psychology and Religion: West and East*. The Collected Works of Carl G. Jung, tr. R.F.C. Hull 11. Princeton University Press. ISBN 9780691097725.
- 27- Pargament, K. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 195-224.
- 28- Pargament, K., et al. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes of significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.
- 29- Pargament, K., Habib, M., & Antibee, D. (1978). Community participation in mental health: Problems and processes. *Social Casework*, 597-604.
- 30- Sakiara, I. & et al. (2002). Mental health of two communities of Japanese-Brazilians: a comparative study in Japan in Brazil. *Psychiatry And Clinical Neurosciences* Vol. 56, pp. 55-64.
- 31- Schere, M. F. (1987). Disposition optimism and psycal well-being. The influence of generalized outcome expectancies of health, *Journal of Personality*, Vol. 55, pp. 120-169.

- 32- Spilka, B., Hood, R. W. Jr., and Gorsuch, R. L. (1985). The psychology of religion: An empirical approach. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- 33- Ventis, L. W.(1995). The relationship Between religious and mental health Journal of Social Issues, Vol. 51, No. 2, pp. 33-48.
- 34- WHO.(2004). Promoting Mental Health: A report of the world health organization . Department of Mental Health, University of Mbouren.

