

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۵ بهار ۱۳۹۶

## نقش تعدیل‌کنندگی جهت‌گیری مذهبی در ارتباط بین سلامت اجتماعی و ابعاد گذشته خوب و بد چشم‌انداز زمان

سوسن علیزاده فرد<sup>۱</sup>

### چکیده

با توجه به تعریف چندبعدی سلامت، مطالعه عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی، مستلزم رویکردی بین‌رشته‌ای و تلفیق دیدگاه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی است. چشم‌انداز زمان از جمله دیدگاه‌هایی روان‌شناختی است که افراد را بر حسب تمرکز شناختی نسبت به زمان، دارای ویژگی‌ها و ابعاد مختلفی قلمداد می‌کند. از این‌رو هدف از پژوهش حاضر مطالعه ارتباط دو بُعد گذشته خوب و گذشته بد با سلامت اجتماعی؛ و بررسی نقش تعدیل‌کنندگی جهت‌گیری مذهبی بین آنها است. به این منظور نمونه‌ای شامل ۱۰۴ زن و مرد دانشجو از دانشگاه‌های شهر تهران با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و توسط پرسش‌نامه چشم‌انداز زمان (زیمباردو و بوید، ۱۹۹۹)، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴) و پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی (بهرامی احسان، ۱۳۸۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که ابعاد گذشته خوب و بد چشم‌انداز زمان به‌ترتیب به‌صورت مثبت و منفی تبیین‌کننده سلامت اجتماعی بوده و متغیر جهت‌گیری مذهبی در این ارتباط نقش تعدیل‌کننده و میانجی دارد. این یافته دارای تلویحات کاربردی در تدوین مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی خواهد بود.

**واژگان کلیدی:** سلامت اجتماعی؛ چشم‌انداز زمان؛ جهت‌گیری مذهبی

## مقدمه

امروزه سلامتی مفهومی میان رشته‌ای است که تعریف، انواع و حتی راهکارهای دستیابی به آن به حوزه‌های مختلفی ارتباط دارد. از این رو برای تحقیق و بررسی در این حیطه لازم است تا رویکردی میان رشته‌ای را اتخاذ نمود. سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>۱</sup>، سلامت را به صورت رفاه کامل جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی تعریف می‌کند به گونه‌ای که شخص با آن بتواند یک زندگی با نشاط و پربار داشته باشد (گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). همچنین در تازه‌ترین تعریف سلامت را توانایی سازگاری و مدیریت چالش‌های جسمانی، هیجانی و اجتماعی زندگی دانسته‌اند (هوبر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). بر اساس این تعاریف سلامت دارای ابعاد مختلفی است که تنها یکی از آنها بعد جسمی بوده و شاید ابعاد دیگر در بسیاری اوقات از سلامت جسمی هم مهم‌تر باشند. اگرچه سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۶۴ میلادی در تعریف سلامت ابعاد دیگری را به سلامت زیستی اضافه کرده، اما در بیشتر کشورها سایر ابعاد بخصوص بعد اجتماعی و معنوی سلامت تا حد زیادی به‌وسیله متولیان سامانه سلامت و حاکمان کشورها نادیده گرفته شده است (نوربالا، ۱۳۹۰).

از میان این ابعاد سلامت اجتماعی موضوع جالبی است که توجه صاحب‌نظران رشته‌های مختلف را بخود جلب نموده است. سلامت اجتماعی از مفاهیمی است که تعریف دقیق آن کار دشواری بوده و تنوع تعاریف موجود سبب شده تا تعریف رسمی و هماهنگی از آن وجود نداشته باشد (امینی‌رانی، موسوی و رفیعی، ۱۳۹۰). از آنجا که مفهوم سلامت اجتماعی در بستر اجتماع و روابط بین افراد نمود و ظهور می‌یابد، می‌توان گفت که شرایط اجتماعی، روانشناختی، اقتصادی، فرهنگی و حتی سیاسی در آن نقش اساسی ایفا کرده و به تبع آن با تأکید بر شاخص‌های متفاوت، تعاریف مختلفی به‌دست می‌آید. مجموعه تعاریف مطرح شده درباره این بعد را می‌توان در سه رویکرد قرار داد (زاهدی‌اصل و پیلهور، ۱۳۹۳): ۱- سلامت اجتماعی به معنای جامعه سالم، ۲- سلامت

1- World Health Organization

2- Huber

اجتماعی به معنای شرایط اجتماعی سلامت‌بخش و ۳- سلامت اجتماعی به معنای جنبه‌ای از سلامت فرد. در همین رویکرد اخیر صاحب‌نظرانی مانند کیز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸ و ۲۰۰۴) بر ارتباط سلامت روان و سلامت اجتماعی تمرکز نموده و سلامت روان فرد را در پیوستاری طراحی می‌نمایند که نقطه صفر آن عدم وجود بیماری‌های روانی است. در این نقطه اگرچه فرد بیمار نیست اما فرد سالم را دارای سلامت روانی، هیجانی و اجتماعی میدانند. بر همین اساس توجه به سلامت روان و عوامل موثر بر آن در سلامت اجتماعی اجتناب‌ناپذیر است.

مفاهیم گوناگونی درباره عوامل مؤثر بر آسیب‌شناسی روانی انسان مطرح گشته و مفهوم چشم‌انداز زمان<sup>۲</sup> یکی از این مفاهیم جدید دهه‌های اخیر در ادبیات روانشناسی شناختی و شخصیت بوده که تحقیقات زیادی را به خود معطوف داشته است. چشم‌انداز زمان به‌عنوان یک بعد اساسی در ساختار روانشناسی شناختی زمان توسط زیمباردو<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) مطرح شد که فرایندهای شناختی تجارب انسان را بر حسب زمان گذشته، حال و آینده تفکیک می‌کند. در این نظریه بیان می‌شود که افراد نسبت به زمان دارای جهت‌گیری‌های روانشناختی هستند.

زیمباردو و بوید<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) این مفهوم را به‌صورت ارائه ۵ فاکتور اصلی پیشنهاد کردند. این فاکتورها عبارتند از جهت‌گیری منفی نسبت به گذشته، جهت‌گیری مثبت نسبت به گذشته، جهت‌گیری متمرکز بر آینده، جهت‌گیری منفعل نسبت به زمان حال و جهت‌گیری لذت‌جویی از زمان حال.

در این معنا بازتاب‌های گذشته منفی به‌صورت آسیب، درد و پشیمانی موجب جهت‌گیری منفی نسبت به گذشته شده و بازتاب‌های گذشته مثبت به شکل احساس خونگرمی و نگرش‌های عاطفی به سمت گذشته بازنمایی می‌شوند. بازتاب‌های لذت‌جویی در زمان حال شامل لذت‌جویی و گرایش‌های هیجان‌خواهی و تنوع‌طلبی می‌باشد

1- Keyes

2- time perspective

3- Zimbardo

4- Zimbardo &amp; Boyd

و فردی با چنین ویژگی‌هایی اساساً در زمان حال زندگی می‌کند و تأمل، برنامه‌ریزی و نگرانی اندکی برای پیامد رفتارهایش دارد. بازتاب‌های حال منفعل نیز به صورت درماندگی، پذیرش افراطی شرایط و ناامیدی در زندگی آشکار می‌شود. این همه در حالی است که بعد آینده چشم انداز زمان شامل بازنمایی‌های ذهنی از پیامدهای آینده و اهمیت آنها، نگرانی، مسئولیت‌پذیری، برنامه‌ریزی و کوشش برای رسیدن به اهداف آینده و پاداش‌های آن است.

رابطه مفهوم چشم‌انداز زمان به‌عنوان یک صفت شخصیتی با سلامت روان توسط تحقیقات تجربی فراوانی حمایت شده است اما از میان همه ابعاد پنج‌گانه، دو بعد گذشته خوب و گذشته بد بیشترین پشتوانه پژوهشی را در اثرگذاری بر سلامت روان دارا هستند. نتایج تحقیقات پژوهش نشان می‌دهند که گذشته بد ارتباط مستقیمی با افسردگی، اضطراب، پرخاشگری (زیمباردو و بوید، ۱۹۹۹؛ دسمیتر و درات، ۲۰۱۲) و معناجویی در زندگی (هورست منشاف و زایمیتات، ۲۰۰۷)، مشکلات سلامت روان (لاگی، باوکو، دآلسیو و گوریری، ۲۰۰۹؛ سیرکووا و میتینا، ۲۰۰۸؛ وون بیک، برگویس، کرکهوف و بیکن، ۲۰۱۱؛ سیما، سیرکووا و بالتین، ۲۰۱۴ و زیمباردو و بوید، ۱۹۹۹) دارد. هم‌چنین نمرات بالا در این شاخص ارتباط منفی با رضایت از زندگی (بانی وول، اوسین، لینلی و ایوانچنکو، ۲۰۱۰، شیب، ادواردز و لمبرت، ۲۰۰۹؛ دسمیتر و درات، ۲۰۱۲ و سیلر، روزنبرگ، آلنیا، گمبل، گارلین آرچر و گارسیا، ۲۰۱۴) و ارتباط برقرار کردن با دیگران (هولمن و زیمباردو، ۲۰۰۹؛ سیرکووا و میتینا، ۲۰۰۸) دارد.

در مقابل گذشته مثبت با اعتماد به نفس و بهزیستی روانشناختی (زیمباردو و بوید، ۱۹۹۹)، توجه به سلامتی و تغذیه و رشد فردی (هامیلتون، کیوز، میکفسکی و گریس، ۲۰۰۳)، رضایت از زندگی (دسمیتر و درات، ۲۰۱۲؛ سیلر و همکاران، ۲۰۱۴)، خلق

1- Desmyter &amp; De Raedt

3- Laghi, Baiocco, D'Alessio &amp; Gurrieri

5- Van Beek, Berghuis, Kerkhof &amp; Beekman

7- Boniwell, Osin, Linley &amp; Ivanchenko

9- Sailer, Rosenberg, Al Nima, Gamble,

G'arling, Archer &amp; Garcia

2- Horstmanshof &amp; Zimitat

4- Sircova &amp; Mitina

6- Seema, Sircova &amp; Baltin

8- Shipp, Edwards &amp; Lambert

10- Holman &amp; Zimbardo

11- Hamilton, Kives, Micevski &amp; Grace

مثبت، عزت نفس و بهزیستی روانی (سیما، سیرکووا و بالتین، ۲۰۱۴) رابطه داشته ولی با افسردگی، پرخاشگری و اضطراب (زیمباردو و بوید، ۱۹۹۹) رابطه منفی دارد.

با عنایت به جذابیت موضوع چشم انداز زمان از یک سو و اهمیت بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی از سوی دیگر، هدف اصلی این پژوهش بررسی چگونگی رابطه بین این دو مقوله است. یعنی در نخستین مرحله فرض بر این است که ابعاد گذشته خوب و بد چشم‌انداز زمان بر روی سلامت اجتماعی اثر مستقیم و معنی‌داری دارند.

معهدنا ماهیت میان رشته‌ای مفهوم سلامت نشان می‌دهند که این اثر به واسطه تأثیر متغیرهای میانجی صورت می‌پذیرد که از جمله مهم‌ترین این متغیرها باید از سلامت معنوی نام برد. نیاز انسان به معنویت قدمتی به عمر تاریخ دارد. معنویت به‌طور عام و دین و مذهب به‌طور خاص از ارکان اصلی فرهنگ بشمار می‌آیند. مذهب به‌عنوان یک پدیده روانی-اجتماعی همواره مورد توجه روانشناسان و جامعه‌شناسان بوده و محور مطالعات میان رشته‌ای بسیاری قرار گرفته است. از دیدگاه روان‌شناسی، مذهب چیزی بیش از یک تجربه ذهنی صرف بوده و در واقع یک فعالیت شناختی، هیجانی و خودآگاهانه و ارادی است (امین‌پور و زارع، ۱۳۹۲). مذهب با مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نظام ارزشی اختصاصی و تعمیم یافته خود، به‌صورت یک تکیه‌گاه تبیینی فرد را از بی‌معنایی نجات می‌دهد (بهرامی احسان، ۱۳۷۸).

پژوهش‌های فراوانی ارتباط مذهب با سلامت روان را بررسی نموده‌اند که نتیجه اکثر آنها نشان‌دهنده تأثیر مثبت آن بر سلامت روان است (آقاپور و حاتمی، ۱۳۸۹؛ بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳؛ حاجی‌زاده‌میمندی و برغمندی، ۱۳۸۹؛ خداینایی و خاکسار بلداجی، ۱۳۸۴؛ عارفی و محسن‌زاده، ۱۳۹۰؛ کرمی و همکاران، ۱۳۸۵ و نوابخش و پوریوسفی، ۱۳۸۵).

برای مثال مشخص شده است که مذهب‌گرایی درون‌زاد با بهداشت‌روانی مثبت، جایگاه مهار درونی، صفات انگیزشی ذاتی، جامعه‌گرایی، احساس بهزیستی، مسئولیت، کنترل خویشتن، توانایی تحمل، گرایش به برداشت و تفسیر خوب و مثبت رویدادها و

کارآمدی عقلی و پیشرفت از طریق هم‌نوایی در ارتباط است. به‌طور کلی مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، احساس کنترل، سبک زندگی سالم‌تر، پذیرفته شدن از سوی دیگران و ایجاد حمایت اجتماعی می‌شود (خدارحیمی، ۱۳۷۷)

همچنین مطالعات جدید نشان داده که عقاید مذهبی قوی‌تر باعث ایجاد یک اثر مثبت روانی می‌شود که در ارتقا بهداشت روانی مؤثر است. اعتقادات مذهبی باعث افزایش سلامت افراد شده و رابطه مستقیمی بین مذهب و قدرت انطباق با محیط وجود دارد، از سوی دیگر یافته‌های گوناگونی در مورد ارتباط بین مذهب و طول مدت درمان اختلالات روانی گزارش شده است (کنگرلو، ۱۳۷۸).

جهت‌گیری مذهبی ساختار روابط و مناسبات انسانی در تمام ابعاد آن با خداست، و اینکه فرد تا چه اندازه در مناسبات و روابط خود از آموزه‌ها و توصیه‌های دینی تبعیت می‌کند (بهرامی احسان، ۱۳۸۰). جهت‌گیری مذهبی می‌تواند نقش مهمی را در کمک به افراد در درک و مقابله با حوادث و استرس‌های زندگی ایفا کند و از طریق ارائه راهکار و حمایت گروهی، در آنان ایجاد امید و تغییر مثبت بنماید (پارگامنت و نیلسون، ۱۹۹۸).

با توجه به مطالب فوق، هدف اصلی این پژوهش بررسی چگونگی رابطه بین ابعاد گذشته بد و گذشته خوب چشم‌انداز زمان با سلامت اجتماعی با توجه به نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده است.

## مواد و روش‌ها

این تحقیق از نظر روش جزء پژوهش‌های همبستگی - اکتشافی است. زیرا از یک سو به مطالعه رابطه و همبستگی بین متغیرها پرداخته و از دیگر سو به اکتشاف الگوهای ارتباط بین آنها می‌پردازد.

1-<sup>1</sup> Pargament & Nielsen

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان زن و مرد مسلمان شیعه، ۲۰ تا ۵۰ ساله دانشگاه‌های شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود. از آنجا که در چنین پژوهش‌هایی تعداد ۱۰۰ نفر نمونه کافی است (فراهانی و عریضی، ۱۳۸۸) و با در نظر داشتن احتمال پاسخ‌های نادرست، از جامعه مورد نظر تعداد ۱۱۰ نفر به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند؛ بدین شکل که ابتدا از بین کلیه دانشگاه‌های دولتی، پیام نور و آزاد شهر تهران بر حسب دانشکده یا مرکز-واحد، ۱۰ مورد به صورت تصادفی انتخاب شدند (مانند دانشکده شیمی دانشگاه علم و صنعت یا دانشگاه پیام نور مرکز تهران شرق). سپس از هر مورد ۱۱ نفر به صورت در دسترس انتخاب و بر اساس معیارهای ورود در گروه نمونه قرار گرفتند. معیارهای ورود به گروه نمونه شامل سکونت در شهر تهران در زمان اجرای پژوهش، مسلمان و دارای مذهب تشیع، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به بیماری روانشناختی حاد و تحت درمان، عدم ابتلا به بیماری جسمانی حاد و تحت درمان، و داشتن حداقل سواد دیپلم بود.

بعد از حذف پرسشنامه‌های ناقص یا مخدوش، تعداد ۱۰۴ نمونه صحیح به دست آمد که میانگین سنی آنها ۳۷/۶۲ سال با انحراف معیار ۴/۰۵ بود. همچنین ۵۵/۷۶ درصد زن (۵۸ نفر) و ۴۴/۲۳ درصد مرد (۴۶ نفر) بودند. از این تعداد ۱۹/۲۳ درصد (۲۰ نفر) دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم، ۶۲/۵ درصد (۶۵ نفر) دارای مدرک کارشناسی و ۱۸/۲۶ درصد (۱۹ نفر) دارای مدرک کارشناسی ارشد یا دکتری بوده‌اند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

در پژوهش حاضر با توجه به متغیرهای موجود از ۳ ابزار استفاده شد.

**پرسشنامه چشم‌انداز زمان (ZTPI):**<sup>۱</sup> این پرسشنامه توسط زیمباردو و بوید (۱۹۹۹) طراحی و ساخته شده است. ZTPI پرسشنامه‌ای با ۳۶ عبارت است که در طیف لیکرت

1- Zimbardo Time Perspective Inventory

پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (اصلاً مطابق خصوصیات من نیست =۱ تا کاملاً مطابق خصوصیات من است =۵). بر این اساس شرکت‌کنندگان بر حسب توافقی که با عبارات و یا گویه‌ها دارند، نمره‌ای از یک تا پنج می‌دهند. این پرسشنامه پنج زیرمقیاس دارد که شامل گذشته منفی PN<sup>۱</sup> (مانند گذشته خاطرات ناخوشایند زیادی با خود دارد و من ترجیح می‌دهم درباره آنها فکر نکنم) لذت‌گرا در زمان حال PH<sup>۲</sup> (مانند تلاش می‌کنم که هر ساعت از روزهای زندگی‌ام را تا جایی که ممکن است به بهترین وجه بگذرانم)، آینده‌نگر F<sup>۳</sup> (مانند با استفاده از برنامه‌های منظم، کارهایم را به‌موقع تمام می‌کنم)، گذشته مثبت PP<sup>۴</sup> (مانند فکر کردن درباره گذشته برایم لذت‌بخش است) و منفعل در زمان حال PF<sup>۵</sup> (مانند زندگی را قسمت و سرنوشت تعیین کرده است) می‌باشد. نتایج تحقیقات عزیزاده فرد (۱۳۹۴) نشان داد که این پرسشنامه برای جامعه ایرانی نیز از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است. در این بررسی ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۱ برای کل آزمون است. همچنین نتایج نشان داد که عامل‌های مقیاس چشم‌انداز زمان با ویژگی‌های شخصیتی نئو فرم کوتاه رابطه معنی‌دار دارند. تحلیل عاملی اکتشافی نیز بیانگر وجود ۵ عامل بود. ضریب بازآزمایی پس از دو هفته نیز ۰/۹۲ بوده است. در پژوهش حاضر تنها از سوالات مربوط به زیرمقیاس گذشته خوب و گذشته بد استفاده شد که آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۹ برای گذشته خوب، ۰/۸۱ برای گذشته بد، به‌دست آمد.

**پرسشنامه سلامت اجتماعی:** این پرسشنامه ابتدا توسط کیز در سال ۱۹۹۸ بر اساس مدل نظری وی از سازه بهزیستی اجتماعی طراحی شده و سپس مورد تجدیدنظر قرار گرفت (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴) که معمولاً به‌عنوان مقیاس عمومی در روان‌شناسی سلامت اجتماعی به‌کار می‌رود. این آزمون دارای ۳۳ گویه (مانند معتقدم سایر افراد جامعه برای من به‌عنوان یک فرد ارزش‌قایل هستند) است که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (اصلاً مطابق خصوصیات من نیست =۱ تا کاملاً مطابق خصوصیات من

1- Past Negative  
3- Future  
5- Present Fatalistic

2- Present Hedonistic  
4- Past Positive  
6- Keyes & Shapiro

است (=۵). بر این اساس شرکت‌کنندگان بر حسب توافقی که با عبارات و یا گویه‌ها دارند، نمره‌ای از یک تا پنج می‌دهند. این پرسشنامه دارای ۵ خرده‌مقیاس است که شامل همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است. روایی و اعتبار این آزمون در ایران مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن از طریق روایی محتوی و تحلیل عاملی تأیید شد. هم‌چنین پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست آمد که مقدار رضایت‌بخشی است (صفاری‌نیا، تدریس‌تبریزی، علی‌اکبری دهکردی؛ ۱۳۹۳).

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی: این پرسشنامه توسط بهرامی احسان در سال ۱۳۸۰ و با هدف فراهم‌سازی آزمون بومی و متناسب با مبانی اعتقادی اسلام و ویژگی‌های مذهبی در ایران ساخته شد. چارچوب اساسی این آزمون مرجعیت بخشیدن به ساختار روابط و مناسبات انسان در تمام ابعاد آن در پرتو رابطه انسان و خداست. این آزمون دارای ۴۵ گویه است که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (اصلاً مطابق خصوصیات من نیست =۱ تا کاملاً مطابق خصوصیات من است =۵). بر این اساس شرکت‌کنندگان بر حسب توافقی که با عبارات و یا گویه‌ها دارند، نمره‌ای از یک تا پنج می‌دهند. این پرسشنامه دو زیر مقیاس دارد که شامل روی‌آوری به مذهب با ۱۹ گویه (مانند من معمولاً در شرایط سخت، خود را با دعا تسکین میدهم) و رویگردانی از مذهب یا سازمان‌نیافتگی مذهبی با ۲۶ گویه (مانند برای من دشوار است که مراقب افکار و اعمالم باشم) است. روایی این آزمون با استفاده از روش روایی سازه و محتوی تأیید شده و اعتبار آن نیز با روش دو نیمه کردن و اسپیرمن براون ۰/۹۱ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است (بهرامی احسان، ۱۳۸۰).

### روش تحلیل نتایج

افراد نمونه که بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شده بودند، ابتدا با اهداف پژوهش آشنا شده و با ذکر اهمیت درستی پاسخ‌های آنان و به نقش آن در نتایج پژوهش اشاره شد. سپس پرسشنامه‌های چشم‌انداز زمان، سلامت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی را در یک

مجموعه و به صورت انفرادی تکمیل کردند. نهایتاً ۱۰۴ پاسخنامه صحیح کامل به دست آمد. نتایج نمره‌گذاری پاسخنامه‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل رگرسیون مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

پس از جمع‌آوری اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌های تکمیل شده، این نمرات ابتدا براساس متغیرهای جمعیت شناختی بررسی شدند که خلاصه گزارش آن در بخش پیش ذکر شد. سپس آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای گذشته خوب، گذشته بد، جهت‌گیری مذهبی و سلامت اجتماعی استخراج گردید که در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر گذشته خوب، گذشته بد، جهت‌گیری مذهبی و سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	جهت‌گیری مذهبی	گذشته بد	گذشته خوب	میانگین
۹۸/۳۶	۱۶۸/۰۳	۲۴/۴۵	۲۷/۰۷	
۶/۲۲۴	۱۱/۴	۷/۱۲	۵/۷۱	انحراف معیار

در ادامه جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول (۲) آمده است.

جدول (۲) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱ سلامت اجتماعی	۱			
۲ گذشته خوب	**۰/۵۳۵	۱		
۳ گذشته بد	**۰/۳۸۶-	۰/۱۳۴-	۱	
۴ جهت‌گیری مذهبی	**۰/۶۵۱	*۰/۳۰۴	*۰/۲۱۸-	۱

مقدار همبستگی \*\* در سطح ۹۹ درصد و \* در سطح ۹۵ درصد معنادار است

همان‌گونه که در جدول (۲) نیز مشخص است بین متغیرهای سلامت اجتماعی با گذشته خوب، گذشته بد و جهت‌گیری مذهبی با حداقل ۹۵ درصد اطمینان همبستگی وجود دارد.

جهت بررسی دقیق‌تر و تعیین نقش این متغیرها، روش آماری تحلیل رگرسیون چند متغیری با شیوه گام‌به‌گام مورد استفاده قرار گرفت. این تحلیل یک‌بار برای متغیر گذشته خوب و بار دیگر برای متغیر گذشته بد به اجرا درآمد که نتایج آن به ترتیب در جدول (۳) و (۴) به نمایش درآمده است. در گام اول این تحلیل، سلامت اجتماعی متغیر ملاک و گذشته خوب، گذشته بد به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و در گام دوم سلامت اجتماعی متغیر ملاک و گذشته خوب، گذشته بد و جهت‌گیری مذهبی متغیرهای پیش‌بین محسوب شده‌اند. این اطلاعات کمک می‌کنند تا رابطه سلامت اجتماعی با گذشته خوب و بد ابتدا به‌طور مستقل و سپس با همراهی و تعامل با متغیر جهت‌گیری مذهبی بررسی و تعیین شود.

جدول (۳) نتایج تحلیل رگرسیون متغیرها برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی (توسط متغیر گذشته خوب)

متغیر	R <sup>2</sup>	F	P	B	β	سطح معناداری
گام اول	۰/۵۷۳	۹۸/۱۳۱	۰/۰۰۰			
گذشته خوب				۱/۸۹۸	۰/۵۶۹	۰/۰۰۰
گام دوم	۰/۶۴۵	۹۰/۱۶	۰/۰۰۰			
گذشته خوب				۱/۲۳۶	۰/۲۸۴	۰/۰۰
جهت‌گیری مذهبی				۱/۵۶۴	۰/۳۰۱	۰/۰۰

همان‌طور که مندرجات جدول (۳) مشخص می‌کند نتایج گام اول تأیید می‌کنند که بین متغیر وابسته گذشته خوب و متغیر مستقل سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و گذشته خوب ۵۷ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را موجب می‌شود، به‌طوری که افزایش یک انحراف استاندارد در نمرات گذشته خوب منجر به افزایش سلامت اجتماعی به اندازه ۰/۵۶ انحراف استاندارد خواهد شد. در گام دوم گذشته خوب و جهت‌گیری

مذهبی، مدل پیش‌بینی مناسب و معناداری را شکل می‌دهند که ۶۴ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را به حساب می‌آورد. طبق این مدل افزایش یک انحراف استاندارد در نمره گذشته خوب منجر به افزایش سلامت اجتماعی به اندازه ۰/۲۸ انحراف استاندارد و افزایش یک انحراف استاندارد در جهت‌گیری مذهبی منجر به افزایش سلامت اجتماعی به اندازه ۰/۳۰ انحراف استاندارد خواهد شد. همانطور که مشخص است با ورود متغیر واسطه جهت‌گیری مذهبی، رابطه بین گذشته خوب و سلامت اجتماعی کاهش می‌یابد.

جدول (۴) نتایج تحلیل رگرسیون متغیرها برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی (توسط متغیر گذشته بد)

متغیر	R <sup>2</sup>	F	P	B	β	سطح معناداری
گام اول	۰/۴۸۰	۱۱۲/۰۴۶	۰/۰۰۰			
گذشته بد				-۱/۵۷۶	-۰/۴۷۳	۰/۰۰۰
گام دوم						
گذشته بد	۰/۵۸۱	۹۴/۰۱۹	۰/۰۰۰	۱/۰۷۵	۰/۲۱۹	۰/۰۰
جهت‌گیری مذهبی				۱/۵۵۲	۰/۲۹۷	۰/۰۰

همانطور که مندرجات جدول (۴) مشخص می‌کند نتایج گام اول تأیید می‌کنند که بین متغیر وابسته گذشته بد و متغیر مستقل سلامت اجتماعی رابطه معناداری منفی وجود دارد و گذشته بد ۴۸ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را موجب می‌شود، به طوری که افزایش یک انحراف استاندارد در نمرات گذشته بد منجر به کاهش سلامت اجتماعی به اندازه ۰/۴۷ انحراف استاندارد خواهد شد. در گام دوم گذشته بد و جهت‌گیری مذهبی، مدل پیش‌بینی مناسب و معناداری را شکل می‌دهند که ۵۸ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را به حساب می‌آورد. طبق این مدل افزایش یک انحراف استاندارد در نمره گذشته بد منجر به کاهش سلامت اجتماعی به اندازه ۰/۲۱ انحراف استاندارد و افزایش یک انحراف استاندارد در جهت‌گیری مذهبی منجر به افزایش سلامت اجتماعی به اندازه ۰/۲۹ انحراف استاندارد خواهد شد. همانطور که مشخص است با ورود متغیر واسطه جهت‌گیری مذهبی، رابطه بین گذشته بد و سلامت اجتماعی کاهش می‌یابد.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر رابطه بین ابعاد گذشته بد و گذشته خوب چشم‌انداز زمان با سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت و نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده تایید شد.

نتایج نشان داد که گذشته خوب و گذشته بد با سلامت اجتماعی کلی و همچنین تمام زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی همبستگی معنادار دارند، به‌طوری که گذشته خوب دارای رابطه مثبت معنادار و گذشته بد دارای رابطه منفی معنادار است. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نیز تأیید کردند که گذشته خوب و گذشته بد به ترتیب ۵۷ و ۴۸ درصد از واریانس سلامت اجتماعی را تعیین می‌کنند.

در تبیین این یافته می‌توان رابطه سلامت اجتماعی و ابعاد چشم‌انداز زمان را بواسطه عامل سلامت روان با هر دو دانست. بر اساس پژوهش‌های زیباردو و بوید (۱۹۹۹)، دسمیتر و درات (۲۰۱۲) لاگی و همکاران (۲۰۰۹)، سیرکووا و میتینا (۲۰۰۸)، وون بیک و همکاران (۲۰۱۱) و سیمما، سیرکووا و بالتین (۲۰۱۴) بین ابعاد گذشته خوب و بد با سلامت روان رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین مطابق با نظرات کیز (۱۹۹۸)، کاسوپو و همکاران (۲۰۱۰) و مرندی (۱۳۸۵) نیز سلامت روان در ارتباط نزدیک با سلامت اجتماعی است. بنابراین چگونگی مفهوم چشم‌انداز زمان بر سلامت روان تأثیر گذاشته و سلامت روان نیز بر سلامت اجتماعی اثر گذاشته است.

از سوی دیگر می‌توان این ارتباط را با مفهوم رضایت از زندگی تبیین نمود. واترمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) سلامت اجتماعی را از دو دیدگاه لذت‌جویانه و کارکردگرایانه بررسی نموده و در دیدگاه لذت‌جویی سلامت اجتماعی را معادل با رضایت از زندگی و حس مثبت از آن دانسته و در دیدی کارکردی، به اهمیت شخصی، معناداری زندگی و آمادگی برای ایفای نقش اجتماعی تأکید می‌کند. وی در مجموع کارکرد مثبت فردی و سلامت عاطفی را عامل مهم سلامت اجتماعی تلقی می‌نماید (واترمن، شوارتز، زامبونگا، لاورت، ویلیامز،

1- Waterman

آگوچا و دونلان<sup>۱</sup>؛ ۲۰۱۰). در همین راستا نتایج تحقیقات دسمیتر و درات (۲۰۱۲) و سیلر و همکاران (۲۰۱۴) نیز تأیید می‌کنند که گذشته خوب و بد، هر دو با مفهوم رضایت از زندگی ارتباط دارند و جهت‌گیری مثبت نسبت به گذشته موجب معنا و برداشتی مثبت از کل زندگی شده و برعکس جهت‌گیری منفی به ایجاد حس عدم رضایت و معنای نامطلوب از زندگی می‌انجامد. بنابر این مفهوم گذشته با اثرگذاری بر رضایت از زندگی توانسته بر سلامت اجتماعی تأثیرگذار باشد.

به‌علاوه کیز و ریف<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) فردی را دارای سلامت اجتماعی قلمداد می‌کند که علاوه بر رضایت از زندگی، آن را هدفدار دیده، بر زندگی خود تسلط داشته، مرتب در حال رشد و تغییر بوده و خود را حاکم بر زندگی و نه قربانی آن ببیند. به‌زعم وی فردی دارای سلامت اجتماعی است که هم خود را می‌پذیرد، هم جامعه و مردم را بخوبی می‌پذیرد و هم معتقد است که جامعه برای او ارزش قائل است. چنین شخصی خود را توانایی‌های بالقوه رشد دانسته و رشد خود را همگام با رشد جامعه تصور می‌کند (زاهدی اصل و پيله‌وری، ۱۳۹۳).

زیمباردو (۱۹۹۹) نیز معتقد است که گذشته بد یا خوب به معنی تمرکز روانی فرد بر خاطرات بد و ناگوار یا خوب و خوشایند گذشته است که میتواند ساختارهای شناختی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. در نتیجه بُعد گذشته بر ادراک کیفیت و شیوه ارزیابی فرد از خود، محیط پیرامون (جامعه) و ارتباط خود با آن اثر گذاشته و در معنایی دیگر موجب تأثیر بر سلامت اجتماعی خواهد شد. جهت‌گیری ما نسبت به گذشته با اینکه امروز خود را تا چه حد مسلط بر زندگی ببینیم، رابطه دارد. وجود گذشته‌ای منفی موجب می‌شود تا ما خود را قربانی زندگی و ناتوان ارزیابی کنیم و ادامه مسیر را هم با همین شیوه مقایسه نماییم. در مقابل وجود خاطرات خوب و تأییدکننده، از یک طرف موجب افزایش اعتماد به نفس ما نسبت خود و به توانایی‌هایمان شده؛ و از سوی دیگر موجب اعتماد به محیط اطراف و جامعه شده و احساس تعلق اجتماعی را پدید می‌آورد.

1- Waterman, Schwartz, Zamboanga, Ravert, Williams, Agocha & Donnellan  
2- Ryff

در ادامه بررسی‌های تحلیل رگرسیون، نتایج نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده و میانجی بر رابطه ابعاد گذشته خوب و بد چشم‌انداز زمان با سلامت اجتماعی تاثیرگذار است. به شکلی که جهت‌گیری مذهبی موجب کاهش تاثیر منفی گذشته بد و افزایش اثرات مثبت گذشته خوب بر سلامت اجتماعی خواهد شد.

این مسئله را از چند منظر می‌توان تبیین نمود. با توجه به مباحث مطرح در حوزه ارتباط روانشناسی و دین، تحقیقات نشان می‌دهند که جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان دارای رابطه مثبتی است و این نقش میانجی می‌تواند ناشی از اثربخشی بر متغیر سلامت روان باشد که هم با جهت‌گیری مذهبی و هم با ابعاد چشم‌انداز زمان و سلامت اجتماعی مرتبط است. این اثر با نتایج پژوهش‌های موجود مانند آقاپور و حاتمی (۱۳۸۹)، بهرامی احسان و تاشک (۱۳۸۳)، حاجی‌زاده‌میمندی و برغمندی (۱۳۸۹)، خدائاهی و خاکسار بلداجی (۱۳۸۴)، عارفی و محسن‌زاده (۱۳۹۰)، کرمی و همکاران (۱۳۸۵)، نوابخش و پوریوسفی (۱۳۸۵)، خداریحیمی (۱۳۷۷) و کنگرلو (۱۳۷۸) در تایید رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان، با تحقیقات زی‌باردو و بوید (۱۹۹۹)، دسمیتر و درات (۲۰۱۲) لاگی و همکاران (۲۰۰۹)، سیرکوا، اسکولوا و میتینا (۲۰۰۸)، وون بیک و همکاران (۲۰۱۱) و سیم، سیرکوا و بالتین (۲۰۱۴) در تایید ارتباط بین ابعاد گذشته خوب و بد با سلامت روان و مطابق با نظرات کیز (۱۹۹۸)، کاسیوپو (۲۰۰۳) و مرنندی (۱۳۸۵) در ارتباط سلامت روان و سلامت اجتماعی با یکدیگر؛ همسو و تأییدکننده است. از این منظر، ابعاد چشم‌انداز زمان با اثرگذاری بر سلامت روان، موجب تأثیر بر سلامت اجتماعی شده‌اند.

اعتقادات، باورها و انگیزه دینی، خود یک مجموعه و ساختار شناختی قوی است که تمام روابط و مناسبات انسان را در حوزه رفتارهای فردی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد. جهت‌گیری مذهبی موجب می‌شود که فرد در معنا بخشیدن و هدف‌گزینی برای زندگی خود، متفاوت از کسانی عمل کند که فاقد این باورها و اعتقادات دینی هستند. به‌عبارت دیگر مناسبات دینی موجب می‌شود که فرد، معنا و هدف مشخص و متعالی در

زندگی داشته باشد که همانا حرکت در مسیر ارتباط انسان با خداست. زندگی دینی یک مسیر پویا و رو به شکوفایی است که در هر مرحله انسان را به ادامه و رسیدن به تعالی ترغیب می‌کند (دوناهو<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵). در این مسیر، گذشته و خاطرات خوب یا بد آن نقش تعیین‌کننده‌ای در ادامه مسیر ندارند. طبق باورهای دینی، گذشته خوب یا بد تنها موجب تشویق فرد در تداوم یا اصلاح مسیر می‌شوند، چراکه در این دیدگاه، رویدادهای زندگی نقش تعیین‌کننده نداشته و آنچه اساس زندگی فرد است همانا تعالیم و اصول دینی است (آذربایجانی، ۱۳۸۵).

به‌علاوه مذهب تأمین‌کننده مجموعه‌ای از شناخت‌های اجتماعی است که اساسی‌ترین نهاد اجتماعی را شکل می‌دهد. این شناخت اجتماعی دینی سبب می‌شود تا فرد خود را متعلق به جامعه دینی دانسته و با برخورداری از حمایت اجتماعی متقابل، در راه اعتلای جامعه دینی و شکوفایی خود و جامعه تلاش نماید (بهرامی احسان، ۱۳۸۰).

بنابراین مشخص می‌شود که دینداری و جهت‌گیری مذهبی به‌صورت میانجی بر گذشته خوب یا بد اثر گذاشته؛ اثر مخرب گذشته بد را بهبود بخشیده و اثر مثبت گذشته خوب را تشدید می‌نماید. در مجموع یافته‌های مطالعه حاضر، دلالت بر نقش تبیینی ابعاد گذشته چشم‌انداز زمان و نقش تعدیلی مذهب در سلامت اجتماعی دارد.

با توجه به محدودیت‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا این مطالعه با سایر ابعاد چشم‌انداز زمان و پیروان سایر ادیان الهی نیز در جمعیتی با نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۶

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۰

## منابع

- آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۵). تهیه و ساخت آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- آقاپور، اسلام و علی حاتمی (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با بهداشت روانی خانواده، پژوهشنامه زنان، سال اول، شماره اول، صص ۱۸-۱.
- امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر و حسن رفیعی (۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ۱۱، شماره ۴۲، صص ۲۲۸-۲۰۳.
- امین‌پور، حسن و حسین زارع (۱۳۹۲). کاربرد آزمون‌های روانی، تهران: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.
- بهرامی احسان، هادی. (۱۳۷۸). بررسی مولفه‌های سازش یافتگی در آزادگان ایرانی، پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۰). بررسی مقدماتی میزات اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت‌گیری مذهبی، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال ششم، شماره ۱، صص ۹۰-۶۷.
- بهرامی احسان، هادی و آناییتا تاشک (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال ۳۴، شماره ۲، صص ۶۳-۴۱.
- حاجی‌زاده میمندی، مسعود و مهدی برغمندی (۱۳۸۹). رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان، مجله سالمند، سال ۵، شماره ۱۵، صص ۹۴-۸۷.
- خدایپناهی، محمدکریم و محمدعلی خاکسار بلداجی (۱۳۸۴). رابطه جهت‌گیری مذهبی و سازگاری روانشناختی در دانشجویان، مجله روانشناسی، سال نهم، شماره ۳، صص ۳۳۰-۳۱۰.
- خدارحیمی، سیامک و سیدغلامعلی جعفری (۱۳۷۷). روان‌درمانی مذهب (نقش مذهب بر فرآیندهای بهداشت روانی و روان‌درمانی در روانشناسی بالینی)، تازه‌های روان‌درمانی، شماره ۷ و ۸، صص ۲۷-۴.
- زاهدی اصل، محمد؛ پیلهوری، اعظم (۱۳۹۳). فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی، فصلنامه برنامه‌ریزی و توسعه اجتماعی، شماره ۱۹، صص ۱۰۷-۷۱.

- صفاری‌نیا، مجید؛ تدریس تبریزی، معصومه و مهناز علی‌اکبری دهکردی (۱۳۹۳). رواسازی و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی در زنان و مردان ساکن شهر تهران، فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، سال ۵، شماره ۱۸، صص ۱۳۲-۱۱۵.
- عارفی، مختار و فرشاد محسن‌زاده (۱۳۹۰). ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی، سلامت روان و جنسیت، فصلنامه زن، حقوق و توسعه، سال ۵، شماره ۳، صص ۱۴۱-۱۲۶.
- علیزاده‌فرد، سوسن؛ محتشمی، طیبه و زیمباردو، فیلیپ، ج. (۱۳۹۴). بررسی خصوصیات روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه چشم‌انداز زمان در جمعیت بزرگسالان شهر تهران، (در دست انتشار).
- فراهانی، حجت‌الله و عریضی، حمیدرضا (۱۳۸۸). روش‌های پیشرفته پژوهش در علوم انسانی (رویکردی کاربردی)، انتشارات: جهاد دانشگاهی دانشگاه اصفهان.
- کرمی، جهانگیر؛ روغنجی، محمود؛ عطاری، یوسفعلی؛ بشلیده، کیومرث و مهتاب شگری (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال ۱۳، شماره ۳، صص ۵۲-۳۱.
- کنگرلو، مریم (۱۳۸۷). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبائی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- مردنی، سیدعلیرضا (۱۳۸۵). عوامل اجتماعی سلامت، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- نوابخش، مهرداد و حمید پوریوسفی (۱۳۸۵). نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان، پژوهش دینی، شماره ۱۴، صص ۹۴-۷۱.
- نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۰). سلامت روانی- اجتماعی و راهکارهای بهبود آن، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲، صص ۱۵۶-۱۵۱.
- Boniwell, I., Osin, E., Linley, P.A., & Ivanchenko, G. (2010). Aquestion of balance: Examining relationships between time perspective and measures of well-being in the British and Russian student samples, *Journal of Positive Psychology*, 5, PP.24-40.
- Cacioppo, J.T., & Hawkley, L.C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms, *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, PP.39-52

- 
- Cacioppo, J.T., Berntson, G.G., & Decety, J. (2010). Social neuroscience and its relationship to social psychology. *Social Cognition*, 28, PP.675-685.
- Desmyter, F. & De Raedt, R. (2012). The relationship between time perspective and subjective well-being of older adults, *Psychologica Belgica*, 52, 1, PP.19-38.
- Donahue, M.J. (1985). Intrinsic and extrinsic religious orientation prejudice, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.5, PP.432-443.
- Hamilton, J., Kives, K., Micevski, V., & Grace, S. (2003). Time perspective and health promoting behavior in a cardiac rehabilitation population, *Behavioral Medicine*, 28, PP.132-139.
- Holman, E.A., & Zimbardo, P.G. (2009). The social language of time: The time perspective-social network connection, *Basic and Applied Social Psychology*, 31, PP.136-147.
- Horstmanshof, L., & Zimitat, C. (2007). Future time orientation predicts academic engagement among first-year university students, *British Journal of Educational Psychology*, 77 (3), PP.703-718
- Huber, M.A.S. (2014). Towards a new, dynamic concept of health, A PhD thesis of Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University.
- Keyes, C.M. (1998). Social well-being, *Social psychology quarterly*, 2, PP.121-140.
- Keyes, C. M., & Ryff, C. D. (2000). Subjective change and mental health: a self-concept theory, *Social psychology quarterly*, 63, 264-279.
- Keyes, C.M. & Shapiro, A. (2004). *Social Well-being in U.S.A. descriptive epidemiology*, In Orville Brim, Carol D.
- Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., & Gurrieri, G. (2009). (Suicidal ideation and time perspective in high school students. *European Psychiatry*, 24, PP.41-46.
- Pargament, K.I. & Nielson, J. (1998). Religion and the problem solving process: Three style of coping, *Journal for the scientific study of religion*, 27, (1), PP.90-104.
- Sailer, U., Rosenberg, P., Al Nima, A., Gamble, A., G'arling, T., Archer. T. & Garcia, D. (2014). A happier and less sinister past, a more hedonistic

- and less fatalistic present and a more structured future: time perspective and well-being, *PeerJ*, DOI 10.7717/peerj.303, PP.14-32.
- Seema, R., Sircova, A. & Baltin, A. (2014). Transcendental future- Is it a healthy belief or a time perspective? The transcendental- future time perspective inventory (TTPI) in Estonian, *Trames*, 18(68/63), 1, PP.57-75.
- Shipp, A.J., Edwards, J.R., & Lambert, L.S. (2009). Conceptualization and measurement of temporal focus: The subjective experience of the past, present, and future, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 110, PP.1-22.
- Sircova, A., & Mitina, O. V. (2008). Developmental dynamics of time orientations. *Voprosi Psikhologii*, 2, PP.41-54.
- Van Beek, W., Berghuis, H., Kerkhof, A.J.F.M., & Beekman, A.T.F. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry, *Time & Society*, 20, PP.364-374.
- Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness and hedonic enjoyment, *Journal of personality and social psychology*, 64, PP.678-691.
- Waterman, A.S., Schwartz, S.J., Zamboanga, B.L., Ravert, R.D., Williams, M.K., Agocha, B. & Donnellan, M.B. (2010). The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity, *Journal of Positive Psychology*, 6, PP.41-61.
- World Health Organization Report (2001). *Mental health: New understanding, new hope*, Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Time perspective: A valid, reliable individual differences metric, *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, PP.1271-1288.