

عمل به باورهای دینی و نقش آن در شادکامی و سلامت روانی

زینت‌السادات الحسینی / کارشناس ارشد فلسفه تعلیم و تربیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک alhosseini@chmail.ir

فائزه ناطقی / استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک f-nateghi@iau-arak.ac.ir

دریافت: ۹۵/۹/۲ پذیرش: ۹۶/۲/۲۹

چکیده

هدف، بررسی «نقش عمل به باورهای دینی در شادکامی و سلامت روانی دانشجویان علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک» است. روش تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی است و جامعه آماری ۱۴۴ دانشجوی دختر شاغل به تحصیل رشته علوم تربیتی در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا. نمونه آماری، ۱۰۵ نفر از دانشجویان می‌باشند که بر اساس جدول مورگان و به شیوه تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات، از سه پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد، سلامت عمومی و پرسش‌نامه مذهبی به ترتیب با پایایی، ۰.۹۴۳، ۰.۹۰۵ و ۰.۸۶۳. براساس آلفای کرونباخ استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، علاوه بر روش‌های آمار توصیفی، از آمار استنباطی؛ در حد آزمون‌های «واریانس یک طرفه» (ANOVA) ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندمتغیره و تی مستقل استفاده شده است. نتایج نشان داد: بین عمل به باورهای دینی با میزان شادکامی و سلامت روانی دانشجویان رابطه معنی‌دار وجود دارد و عمل به باورهای دینی و شادکامی پیش‌بینی‌کننده سلامت روان دانشجویان می‌باشند. التزام و عمل به باورهای دینی تبیین‌کننده بخش عمده‌ای از شادکامی و سلامت روانی است.

کلیدواژه‌ها: عمل به باورهای دینی، شادکامی، سلامت روانی.

مقدمه

درحالی‌که شاخص‌های مقابله مذهبی منفی و انگیزش مذهبی بیرونی به طور مثبتی با نشانه‌های افسردگی مرتبط است (کاظمیان مقدم و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۸، ص ۹۱). نیز توانایی سازگاری با محیط، انعطاف‌پذیری، قضاوت عادلانه و منطقی در مواجهه با محرومیت‌ها و فشارهای روانی، از معیارهای سلامت روانی است. همچنین این توانمندی‌ها افراد را در برابر مشکلات و آسیب‌های روانی - اجتماعی از جمله بزهکاری، سوء‌مصرف مواد و... مقاوم می‌سازند (قائدی و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۳۴۷). این نوع کارکرد دین یا تأثیر دین‌داری، تنها مخصوص دین اسلام نیست؛ زیرا به گزارش دانشمندان علوم اجتماعی، هیچ جامعه‌ای را نمی‌توان پیدا کرد که دین در آن نقش مهمی نداشته باشد. دین نه تنها به جهان معنا می‌بخشد، بلکه الگویی برای جهان به گونه‌ای رمزی فراهم می‌سازد؛ یعنی طرحی از آنچه که جهان باید باشد به دست می‌دهد. از همین روست که دین می‌تواند راهنمایی برای رفتار بشر، از روابط خانوادگی گرفته تا ایدئولوژی‌های گروه‌های اجتماعی و حاکم، فراهم سازد و این کار را نیز غالباً انجام می‌دهد (سرمدی، ۱۳۸۵، ص ۶۵-۶۶). باتلر و دیگران (۲۰۰۴، ص ۲۰) نشان داده‌اند که عبادت و نیایش موجب همدلی، درک، تعهد، انعطاف‌پذیری در روابط، احساس مسئولیت و استفاده از فن خودمداخله‌ای برای حل تعارض می‌شود. پژوهش‌های انجام‌شده دیگری نیز عموماً حاکی از آن هستند که ایمان و باورهای مذهبی، رفتار افراد را عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهند. ریپنتروپ، آلتمایر، چن، فوند و کفالا (۲۰۰۵)، مطالعه‌ای به منظور بررسی ارتباط بین مذهب / معنویت و سلامت جسمانی و روانی و درد در میان جمعیت دارای دردهای مزمن انجام داده است. اطلاعات به‌دست‌آمده از این پژوهش با استفاده از تحلیل رگرسیون نشان داده است که بین اجزای مختلف مذهب / معنویت و سلامت روانی و جسمانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و کسانی که برای

از ویژگی‌های روانی انسان، میل فطری و غریزی به شناخت حقایق و واقعیت‌هاست. این حس کنجکاوی یا فطرت خداجویی، نخستین عاملی است که انسان را برای بررسی همه مسائل، از جمله مسائل دینی و شناخت دین، برمی‌انگیزاند (کوشا، ۱۳۷۶، ص ۱۲). دین و دین‌داری نیاز همیشگی و همه‌جایی انسان است. تا جایی که تحقیقات و مطالعات تاریخی و باستان‌شناسی نشان می‌دهد، در هیچ دوره‌ای از تاریخ بشر و در هیچ گوشه‌ای از جهان، گروه یا اجتماعی از انسان‌ها دیده نشده که فاقد نوعی حیات دینی باشد (کسینگ، ۱۳۵۳، ص ۵۱). تحقیقات و مطالعات گوناگون، گواه آن است که نیایش و دعا یک واقعیت موجود در جهان هستی است که از بدو خلقت انسان مطرح بوده و مردم برای نیل به کمال از آن استفاده می‌کرده‌اند. امروزه روان‌شناسان دریافته‌اند که دعا، نماز و داشتن ایمان محکم، تشویش، نگرانی، یأس و ترس را برطرف می‌سازد و سلامت روان را تضمین می‌کند (کاظمیان مقدم و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۸، ص ۳۹). قرآن کریم می‌فرماید: «با ذکر و یاد خدا، دل‌های شما آرامش می‌یابد» (رعد: ۲۸). دین از نظر روان‌شناختی، پیچیده و شامل مجموعه‌ای از مقوله‌های روان‌شناختی، از جمله هیجانات، باورها، ارزش‌ها، رفتارها و محیط اجتماعی است. به‌طورکلی، دین مجموعه‌ای از اعتقادات، احساسات و اعمال فردی یا جمعی است که حول مفهوم حقیقت‌غایی یا امر مقدس سازمان یافته است (قمری، ۱۳۹۰، ص ۹۰). آنچه مسلم است، دین تأثیرات عمیق و گسترده‌ای در تبلور شخصیت افراد و اخلاق و رفتار فردی و اجتماعی ایشان دارد و می‌تواند در آرامش روانی انسان‌ها و سلامت عمومی و شادکامی آنان نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد؛ همچنان‌که اسمیت، مک‌کالو و پول (۲۰۰۳، ص ۶۱۴) دریافته‌اند: مذهبی بودن با میزان پایین نشانه‌های افسردگی مرتبط است. افزون بر این، برخی شاخص‌های مذهبی بودن حتی ارتباط منفی قوی‌تری با نشانه‌های افسردگی دارد؛

سلامتی جسمانی، ارزش بالایی قایل هستند، احتمالاً بیشتر به فعالیت‌های مذهبی خصوصی می‌پردازند و این ممکن است به عنوان یک راه مقابله با سلامت ضعیفشان باشد. کیم و همکاران (۲۰۰۴، ص ۱۱۹) به این نتیجه رسیده‌اند که دین با هیجان‌ات مثبت، مثل خوش‌خلقی، مهربانی، اعتماد به نفس، توجه و آرامش رابطه مثبت دارد. مورفی و همکاران (۲۰۰۰، ص ۱۱۰۲) باور و اعمال مذهبی را با سطوح پایین افسردگی و افرادی که تحت شرایط فشارزایی روانی هستند، مرتبط دانسته‌اند. نتایج تحقیق پارگامنت و همکاران (۲۰۰۵) نشان می‌دهد: افرادی که به طور مکرر دعا می‌کنند، کمتر از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند. با توجه به مطالب یادشده، دغدغه محققان این بود که وضعیت رابطه بین عمل به باورهای دینی با شادکامی و سلامت روانی دانشجویان دختر علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی اراک چگونه است؟ و آیا عمل به باورهای دینی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای شادکامی و سلامت روانی دانشجویان است؟ براین اساس، هدف این تحقیق تعیین وضعیت رابطه بین عمل به باورهای دینی با شادکامی و سلامت روانی دانشجویان است.

۱۳۹۰، ص ۹۰). هیک (۱۳۷۲) دین را پاسخی به ندای الهی معرفی می‌کند. مانسون (۱۹۹۸) با مرور جامعی از بررسی‌ها، دعا را یکی از رفتارهای مذهبی مرتبط با سلامت و تندرستی می‌داند (شریفی، ۱۳۸۱، ص ۲۱۴). کانت نیز می‌گوید: دین قانون وجود ماست، در حدی که سلطه‌اش بر ما از قانونگذار و داوری ناشی می‌شود. دین اعمال اخلاق در قلمرو معرفت باری تعالی است؛ اگر دین با اخلاق پیوندی نداشته باشد، تنها به کوششی برای جذب حمایت تبدیل می‌شود (سرمدی، ۱۳۸۵، ص ۶۰-۶۱). دین عبارت است از «شناسایی یک قدرت نامرئی برتر که بر سرنوشت انسان تسلط داشته و واجب‌الاحترام و اطاعت است.» اریک فروم دین را هر نظام فکری یا عملی مشترک بین یک گروه که الگوی جهت‌گیری و مرجع اعتقاد و ایمان افراد آن گروه باشد می‌داند (حسینی، ۱۳۷۴، ص ۱۲۹). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که آنچه انسان امروزی را بیشتر رنج می‌دهد خلأ وجودی و احساس بی‌هدفی و بی‌معنایی در زندگی است (علمی، ۱۳۸۰، ص ۲۹). از مباحثی که در سال‌های اخیر در رویکرد روان‌شناسی مثبت مورد توجه قرار گرفته است، مبحث «شادی» است. واژه «شادی» مفهومی روان‌شناختی است که دارای تعاریف و ابعاد مختلفی می‌باشد. در واژه‌نامه‌ها شادی با واژه‌هایی همچون خوشحالی، شادکامی، خوشی و نشاط هم‌معنا دانسته شده است. در مباحث روان‌شناختی، شادی به عنوان یکی از هیجان‌ات مثبت طبقه‌بندی شده است که انسان‌ها در فعالیت‌های روزمره خود آن را تجربه می‌کنند. شادی افزایش‌دهنده آگاهی، خلاقیت و فعالیت فرد است، تسهیل‌گر روابط اجتماعی است و موجب حفظ سلامت و افزایش طول عمر افراد می‌گردد (نشاط‌دوست و همکاران، ۲۰۰۲). فرد شادکام فردی سالم، فرهیخته، برون‌گرا، مذهبی و خوش‌بین است (داینر و لوکاس، ۲۰۰۰).

به عقیده ارسطو، دست‌کم سه نوع شادی وجود دارد: در پایین‌ترین سطح، نظریه مردم عادی است که شادی را همان لذت می‌دانند؛ در سطح بالاتر از آن، مردمی با فرهنگ بالاتر

ادبیات تحقیق

در سال‌های اخیر، دین به عنوان یکی از عمده‌ترین متغیرهای مؤثر بر رفتار و حالات روانی مورد توجه بسیاری از متخصصان و روان‌شناسان قرار گرفته است. ویلیام جیمز در تعریف روان‌شناختی، دین را شامل احساسات، اعمال، تجربیات افراد در هنگام تنهایی «آن‌گاه که خود را در برابر هر آنچه که الهی می‌نامند» می‌داند (سرمدی، ۱۳۸۵، ص ۶۰). در تعریف دیگری، تالکوت پارسونز آن را مجموعه‌ای از باورها، اعمال، شعائر و نهادهای دینی که افراد بشر در جوامع مختلف بنا کرده‌اند می‌داند. جیمز و پرات، دین را شناخت، عاطفه و رفتاری که بر اساس آگاهی یا تعامل ادراک‌شده با هستی ماوراءالطبیعه صورت می‌گیرد و فرض می‌شود در امور انسان، نقش مهمی بازی می‌کند، تعریف می‌کنند (قمری،

محیط، مقابله مؤثر و افزایش سطح سلامت روانی، گزارش نموده‌اند (خسروپور، ۱۳۸۰). بهداشت روانی بر اساس معرف‌های امسیدواری، رضایت‌خاطر، اعتماد به نفس، انعطاف‌پذیری، عدالت‌خواهی، خیرخواهی، دوران‌دیشی و جمع‌گرایی سنجیده می‌شود. در گستره بهداشت روانی، انسان سالم، در جست‌وجوی معنای زندگی، سعادت، کام‌روایی و شادکامی است (فرانکل، ۱۹۶۷). لونسون و همکارانش در سال ۱۹۶۲ سلامت روان را این‌گونه تعریف کرده‌اند: «سلامت روان عبارت است از اینکه فرد احساس مثبتی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی، اطرافیان، بخصوص با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد، داشته باشد؛ همچنین چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویشتن» (میلانی‌فر، ۱۳۷۲). سلامت روان در پی آن است که احساسات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی کم‌رنگ گشته و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد پیش‌گیری به عمل آید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ ابعاد سه‌گانه سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را مطرح کرد که هر سه بعد لازم و ملزوم یکدیگرند.

از آنجاکه نتایج تحقیقات نشانگر تأثیر باورهای دینی بر سلامت و بهزیستی افراد است، همچنین با توجه به اینکه جامعه ایران یک جامعه اسلامی و دینی و دارای حکومت اسلامی است، بررسی میزان دین‌داری و رابطه آن با ابعاد مختلف زندگی امری مهم می‌باشد و این مهم، در ارتباط با دانشجویان که از اقشار برگزیده هر جامعه و آینده‌سازان فردای کشورند از اهمیت دوچندان برخوردار است.

یکی از مسائلی که جوانان دانشجوی ایرانی با آن روبه‌رو هستند، آینده مبهم آنهاست؛ ابهام در امکان به‌کارگیری دانش و مهارت‌های کسب‌شده در آینده، امکان دستیابی به شغلی مرتبط با سطح تحصیلات و به‌تبع آن، توان تشکیل زندگی. اینها از جمله ابهاماتی است که می‌تواند بر روی سلامت روان و شادکامی دانشجویان اثرگذار باشد.

معتقدند شادی همان موفقیت و کامیابی است. نوع سوم شادی، به‌زعم ارسطو، شادی ناشی از معنویت است (آیزنک، ۱۹۹۰). ارسطو شادی را زندگی معنوی می‌داند (آیزنک، ۱۹۹۰؛ میرشاه جعفری و همکاران، ۱۳۸۱). «نشاط و سرور از آن کسی است که دارای روانی امن و آرام باشد. انسان وقتی به این امنیت و اطمینان نفس می‌رسد که، ترنم نام خدا بر لب و یاد او، بر قلب و جاننش طنین انداخته باشد و چنان دلبستگی و وابستگی به خدا پیدا کرده باشد که ذکر او سراسر اندیشه، عاطفه و رفتار را گرفته باشد و ذکر خدا جاننش را زنده و آباد نموده باشد» (قمی، ۱۳۵۲، دعای کمیل).

یکی از موارد مؤثر بر شادکامی، که به عنوان حمایت‌کننده عاطفی و وسیله‌ای برای تفسیر مثبت رویدادهای زندگی می‌باشد، نگرش دینی است. افراد با‌گرایش دینی و این عقیده که در جهان مقصد والایی وجود دارد، می‌توانند شادکامی خود را ارتقا بخشند (داینر و دیگران، ۱۹۹۷). همچنین یکی از عوامل مؤثر در ایجاد شادمانی اعتقادات مذهبی است. از آنجاکه فرد با ایمان دارای ارتباطات و اعتقادات معنوی است، کمتر احساس رهاشدگی، پوچی و تنهایی می‌کند. مایرز (۲۰۰۰) معتقد است: ایمان مذهبی تأثیر زیادی بر میزان شادمانی دارد. ایمان موردنظر مایرز، ایمانی است که حمایت اجتماعی، هدفمندی، احساس پذیرفته شدن و امیدواری را برای فرد به ارمغان می‌آورد.

افراد دارای گرایش بالای دینی، خشنودی بیشتری از زندگی دارند، شادمانی بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی پیامدهای روانی - اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند (الیسون، ۱۹۹۱). افراد با‌گرایش دینی و با این عقیده که در جهان مقصد والایی وجود دارد، می‌توانند شادکامی خود را ارتقا بخشند (داینر و همکاران، ۱۹۹۷).

از نظر گریلی (۱۹۶۰) فعالیت‌های مذهبی کارکردهایی دارند که در نهایت موجب افزایش شادمانی فرد می‌گردند (میرشاه‌جعفری و همکاران، ۱۳۸۱). کساتن و همکاران (۱۹۹۸) رابطه مستقیمی بین نگرش دینی و قدرت انطباق با

شادی و لذت در دانشجویان» نتایج نشان داد که بین نگرش مذهبی و سلامت روان با شادی ارتباط مستقیمی وجود ندارد، اما بین سلامت روان با شادی و لذت، رابطه مستقیم وجود دارد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش، بین سلامت روان، شادی و لذت در دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

منظری توکلی و عراقی پور (۱۳۹۰)، در «بررسی رابطه بین دین‌داری و شادکامی در بین دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان» نشان دادند ضریب همبستگی بین رفتار دینی و شادکامی معادل $0/67$ می‌باشد و مقدار p - هر دو کوچکتر از سطح معنی‌دار $0/05$ است.

رجبی، صارمی و بیاضی (۱۳۹۰)، در «ارتباط بین الگوهای مقابله دینی با سلامت روانی و شادکامی» نشان دادند: الگوی مقابله دینی منفی با عدم سلامت روانی همبستگی مثبت معنادار، الگوی مقابله دینی مثبت با شادکامی همبستگی مثبت معنادار، الگوی مقابله دینی منفی با شادکامی همبستگی منفی معنی‌دار و شادکامی با سلامت روانی همبستگی منفی معنی‌دار داشتند. افزون بر آن، دانشجویان بیشتر از مقابله‌های دینی مثبت استفاده می‌کردند. الگوهای مقابله دینی، شادکامی و سلامت روانی بر حسب جنس نیز تفاوت معنی‌دار نشان دادند.

صادقی، باقرزاده لاداری و حقیق‌شناس (۱۳۸۹)، در «وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان» در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران، نشان دادند که میزان نگرش مذهبی و سطح سلامت روان دختران بیشتر از پسران است و توجه به وضعیت اجتماعی و فرهنگی در جهت ارتقای نگرش مذهبی و سلامت روان پسران ضروری است.

کاظمیان مقدم و مهربابی زاده هنرمند (۱۳۸۸)، در «مقایسه نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان» نشان دادند: بین نگرش مذهبی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنا که نگرش مذهبی در دانشجویان مؤنث قوی‌تر

در جدیدترین پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، بار اختلال افسردگی از سال ۲۰۰۲ به سال ۲۰۳۰ میلادی در کشورهای توسعه‌یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم، پس از هپاتیت و ایدز می‌رسد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷). در ایران، بار بیماری‌های روانی و اختلال‌های روانی - رفتاری پس از حوادث عمدی و غیرعمدی، رتبه دوم را در سال ۱۳۸۲ به دست آورده است (نقوی، ۲۰۰۷). این پیش‌بینی‌ها از اهمیت توجه جهانی به سلامت روان در عصر حاضر حکایت می‌کند. بنا بر آنچه گفته شد، از آنجاکه سلامت روان بر رشد فرد و جامعه تأثیر بس شگرف بر جا می‌گذارد، ارائه راه‌کارهایی برای مقابله با اختلال‌های روانی ضرورتی غیرقابل اجتناب است.

یکی از این راه‌کارها و مهم‌ترین آن، به‌ویژه در کشورهای دین‌مدار مثل ایران، برگشت به آموزه‌ها و باورهای دینی و عمل به آنهاست؛ چراکه اعتقاد به باورهای دینی، قدرت تحمل ناکامی‌ها را در فرد بالا می‌برد و بدین ترتیب، به حفظ سلامت جسم و روان کمک نموده و از پیدایش بیماری‌های جسمی و روانی پیشگیری می‌کند و موجب بروز شادکامی در میان افراد می‌شود. از این رو، انجام تحقیقاتی که بتوانند نقش دین در ایجاد شادکامی و سلامت روان را به خوبی تبیین نمایند، ضروری است. مسئله اساسی در این پژوهش این است که وضعیت رابطه بین عمل به باورهای دینی با میزان شادابی و سطح سلامت روانی در بین دانشجویان دختر رشته علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی اراک چگونه است؟

پیشینه تحقیق

در ذیل، به برخی از تحقیقات داخلی و خارجی انجام‌شده در این زمینه، که دربرگیرنده رابطه بین تأثیر باورهای دینی بر شادکامی و سلامت روان است، اشاره می‌شود:

نتایج تحقیق احمدی فروشانی و یزدان خواستنی (۱۳۹۲)، با عنوان «رابطه بین نگرش مذهبی، سلامت روان،

جسمانی و شادکامی رابطه مثبت وجود دارد (عاصمی، ۱۳۸۵).
 بالتر (۲۰۰۲) در بررسی نقش مذهب بر سلامت روان، نشان داد که نگرش مذهبی با خودپنداره رابطه مثبت دارد؛ دانشجویانی که اعتقادات مذهبی قوی تری داشتند، از دیگران انعطاف پذیرتر، خودباورتر و سازش یافته تر بودند و عملکرد تحصیلی نسبتاً بالا، هیجانانگیز مثبت و دوستان متعهدی داشتند (عاصمی، ۱۳۸۵).

فرانسیس رایبیز (۲۰۰۰) نشان داد که اثر نگرش مذهبی به مراتب از رفتار مذهبی در کاهش دادن اضطراب و افسردگی بیشتر است و رابطه منفی معناداری بین عبادت و افسردگی و اضطراب وجود دارد (بهرامی، ۱۳۷۳).

تحلیل واقع بینانه پیشینه ها بیانگر این است که علی رغم تحقیقات فراوانی که در ارتباط با نقش دین داری در سلامت عمومی و مؤلفه های آن، از جمله شادکامی، در محیط های مختلف دانشگاهی و غیر آن انجام شده است، ولی تحقیقات مستقیم و مرتبط با موضوع با سه متغیر عمل به باورهای دینی، شادکامی و سلامت روانی، آن هم در محیط دانشگاهی و بخصوص دانشگاه آزاد اسلامی که دارای ویژگی های منحصر به خود است، انجام نشده است. به عبارت دیگر، از ویژگی های متمایز این تحقیق این است که در شکل، قالب، محیط و متغیرهای منحصر به فرد آن پیشینه مستقیم وجود ندارد و انجام این تحقیق را اجتناب ناپذیر می نماید.

فرضیه های تحقیق

۱. بین عمل به باورهای دینی با سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
۲. بین عمل به باورهای دینی با شادکامی دانشجویان رابطه وجود دارد.
۳. میزان شادکامی دانشجویان دوره های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا متفاوت است.
۴. میزان عمل به باورهای دینی دانشجویان دوره های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا متفاوت است.

است. ولی بین سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان تفاوت معناداری مشاهده نشد.

علی محمدی و جان بزرگی (۱۳۸۷) در «بررسی رابطه میان شادکامی با جهت گیری مذهبی و شادکامی - روان شناختی و افسردگی در دانش پژوهان مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره) قم در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۶»، به این نتیجه رسیدند که میان شادکامی دینی با شادکامی روان شناختی رابطه مثبت معنی دار وجود دارد.

امیدیان (۱۳۸۶)، در «بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد» به این نتیجه رسید که دانشجویان دختر و پسر از نظر میانگین نمره در اختلال کلی و شاخه های فرعی آزمون سلامت روانی و نمرات آزمون شادکامی با هم تفاوت معنی داری ندارند.

عاصمی (۱۳۸۵) در «تأثیر مذهب در بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام» نشان داد بین التزام عملی به اعتقادات مذهبی و بهداشت روانی افراد در هر دو جنس رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

دسروسیرس و میلر (۲۰۰۷) نشان دادند: کسانی که اعتقادات مذهبی قوی تری دارند، نسبت به مقابله با فشارزاهای روانی، شخصی، تحصیلی و... از نیروی بیشتری برخوردارند و کمتر در اثر رویارویی با این عوامل فشارزا دچار افسردگی و دیگر بیماری ها می شوند و در واقع، از سلامت روان بیشتری برخوردارند.

کوئینگ (۲۰۰۷) نشان داد که سلامت روانی و جسمی انسان با زندگی معنوی او رابطه مثبت دارد. افرادی که اعتقادات مذهبی قوی تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت های استرس دارند. هنگام بیماری سریع تر از افراد غیر مذهبی بهبود پیدا می کنند، میزان پایین تری از هیجانانگیز منفی و افسردگی را تجربه می کنند، اضطراب کمتری دارند و از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

براساس نتایج تحقیق بارون (۲۰۰۶)، میان دین داری و اضطراب رابطه منفی و بین دین داری و سلامت روانی -

نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی از چهار زیرمقیاس تشکیل شده است که هر کدام از آنها هفت ماده دارد. ماده‌های ۱ تا ۷ آن مربوط به زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، ماده‌های ۸ تا ۱۴ آن مربوط به زیرمقیاس اضطراب و بی‌خوابی، ماده‌های ۱۵ تا ۲۱ آن مربوط به زیرمقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از ماده ۲۲ تا ۲۸ مربوط به زیرمقیاس افسردگی است. نمره کمتر در این آزمون بیانگر بهداشت روانی بهتر است.

ب) پرسشنامه شادکامی آکسفورد: این پرسشنامه را آرجیل و لو (۱۹۹۰) تهیه کرده‌اند. این آزمون، توسط علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) در ایران ترجمه شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه، پایایی پرسشنامه معادل ۰.۹۴۳ براساس آلفای کراباخ محاسبه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۹ گویه و پنج مؤلفه رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت می‌باشد.

ج) پرسشنامه مذهبی: این پرسشنامه با ۳۸ سؤال و با هدف بررسی میزان اعتقادات مذهبی افراد تهیه و تدوین شده است. طبقات پنج‌گانه پاسخ در این پرسشنامه عبارتند از: کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم. این پرسشنامه محقق ساخته با استاندارد پرسشنامه نگرش سنج مذهب در دو قسمت طراحی شده است؛ بدین‌گونه که تعداد ۱۶ سؤال ابتدای پرسشنامه برگرفته از پرسشنامه نگرش سنج مذهب است و بقیه سؤالات توسط محقق به پرسشنامه اضافه شده که پایایی آن معادل ۰.۸۶۳ براساس آلفای کراباخ محاسبه شده است.

شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، علاوه بر روش‌های آمار توصیفی، از آزمون همبستگی پیرسون، آزمون T برای معنی‌داری رابطه دو متغیر، آزمون T برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل، آزمون لون برای تعیین یکسانی واریانس‌ها، رگرسیون و تحلیل واریانس یکراه در قالب نرم‌افزار SPSS استفاده شده است.

۵. میزان سلامت روانی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا متفاوت است.

۶. عمل به باورهای دینی و شادکامی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روانی دانشجویان می‌باشند.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دختر مشغول به تحصیل رشته علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی اراک در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ به تعداد ۱۴۴ نفر (۳۷ نفر دانشجوی دکترا، ۶۲ نفر ارشد و ۴۵ نفر کارشناسی ناپیوسته) تشکیل داد که از میان آنها، با کمک جدول مورگان و به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم هر نمونه در جامعه، افراد نمونه به تصادف انتخاب شدند (جمعاً ۱۰۵ نفر: ۲۷ نفر دانشجوی دکترا، ۴۵ نفر ارشد و ۳۳ نفر کارشناسی ناپیوسته).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

در این پژوهش، از سه پرسشنامه به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است:

الف) پرسشنامه سلامت روانی (GHQ/۲۸): گلدبرگ (۱۹۷۲) اولین بار پرسشنامه سلامت عمومی را تنظیم نمود. پرسشنامه اصلی شصت ماده دارد. گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه را اولین بار از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن، طراحی کردند (تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه GHQ با پایایی معادل ۰.۹۰۵ براساس آلفای کراباخ استفاده شده است. این پرسشنامه تاکنون به ۳۸ زبان مختلف دنیا ترجمه شده و تحقیقات مختلفی توسط آن در ۷۰ کشور به انجام رسیده است. این فرم از ۴ خرده‌آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای ۷ سؤال هستند. علاوه بر نمره کل، دارای مؤلفه‌های کارکرد جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی است. مواد این پرسشنامه به بررسی وضعیت سلامت فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد و شامل

یافته‌ها

در این بخش، یافته‌ها به براساس و به ترتیب فرضیه‌ها در قالب جداول زیر ارائه شده است:
فرضیه ۱: بین عمل به باورهای دینی با سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۱: جدول ضریب همبستگی عمل به باورهای دینی و سلامت روان

عمل به باورهای دینی	عمل به باورهای دینی	سلامت روان
ضریب همبستگی پیرسون	۱	۰.۲۱۹
سطح معنی‌دار	-	۰.۰۲۵
تعداد	-	۱۰۵
ضریب همبستگی پیرسون	۰.۲۱۹	۱
سطح معنی‌دار	۰.۰۲۵	-
تعداد	۱۰۵	۱۰۵

جدول (۱) رابطه دو متغیر عمل به باورهای دینی و سلامت روان را با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، مقدار $r < 0.219$ و $\text{sig} = 0.025 < 0.05$ می‌باشد؛ پس فرض عدم رابطه بین عمل به باورهای دینی و سلامت روان دانشجویان رد، و فرضیه محقق تأیید می‌شود. به عبارت دیگر، در سطح اطمینان $0.95/0$ بین عمل به باورهای دینی با سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
فرضیه ۲: بین عمل به باورهای دینی با شادکامی دانشجویان رابطه وجود دارد.

جدول ۲: جدول ضریب همبستگی عمل به باورهای دینی و شادکامی

عمل به باورهای دینی	عمل به باورهای دینی	شادکامی
ضریب همبستگی پیرسون	۱	۰.۲۵۵
سطح معنی‌دار	-	۰.۰۰۹
تعداد	-	۱۰۵
ضریب همبستگی پیرسون	۰.۲۵۵	۱
سطح معنی‌دار	۰.۰۰۹	-
تعداد	۱۰۵	۱۰۵

جدول (۲) رابطه دو متغیر عمل به باورهای دینی و شادکامی را با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، مقدار $r = 0.255$ و $\text{sig} = 0.009 < 0.05$ می‌باشد؛ پس فرض عدم رابطه بین عمل به باورهای دینی و شادکامی دانشجویان رد، و فرضیه محقق تأیید می‌شود. به عبارت دیگر، با اطمینان $0.99/0$ بین عمل به باورهای دینی با شادکامی دانشجویان رابطه وجود دارد.
فرضیه ۳: میزان شادکامی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا متفاوت است.

جدول ۲: آزمون t مستقل برای شادکامی دانشجویان علوم تربیتی

آزمون t با فرض برابری میانگین			آزمون برابری واریانس			شادکامی
تفاوت میانگین	سطح معنی دار	درجه آزادی	t	سطح معنی دار	f	
-۰.۱۹۳	۰.۰۷۵	۱۰۳	-۱.۷۹۸	۰.۶۸۲	۰.۱۶۸	با فرض برابری واریانس
-۰.۱۹۳	۰.۰۶۰	۷۲.۱۲۲	-۱.۹۰۸			با فرض نابرابری واریانس

با توجه به آزمون t مستقل با فرض برابری میانگین $t = -1.798$, $sig = 0.075 > 0.05$ نشان دهنده این است که تفاوت معنی داری بین میانگین شادکامی دختران در بین دانشجویان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکترا وجود ندارد. به عبارت دیگر، با اطمینان ۰/۹۵ میزان شادکامی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا متفاوت نیست.

فرضیه ۴: میزان عمل به باورهای دینی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا متفاوت است.

جدول ۴: آزمون t مستقل برای عمل به باورهای دینی دانشجویان علوم تربیتی

آزمون t با فرض برابری میانگین			آزمون برابری واریانس			باور دینی
تفاوت میانگین	سطح معنی دار	درجه آزادی	t	سطح معنی دار	f	
-۰.۰۷۸۸	۰.۲۵۷	۱۰۳	-۱.۱۴۰	۰.۰۵۳	۳.۸۱۸	با فرض برابری واریانس
-۰.۰۷۸۸	۰.۳۰۹	۴۹.۲۹۴	-۱.۰۲۸			با فرض نابرابری واریانس

با توجه به آزمون t مستقل با فرض برابری میانگین $t = -1.140$, $sig = 0.257 > 0.05$ نشان دهنده این است که تفاوت معنی داری بین میانگین عمل به باورهای دینی دختران در بین دانشجویان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکترا وجود ندارد. به عبارت دیگر، با اطمینان ۰/۹۵ میزان عمل به باورهای دینی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا متفاوت نیست.

فرضیه ۵: میزان سلامت روانی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا متفاوت است.

جدول ۵: آزمون t مستقل برای سطح سلامت روان دانشجویان علوم تربیتی

آزمون t با فرض برابری میانگین			آزمون برابری واریانس			سلامت روان
تفاوت میانگین	سطح معنی دار	درجه آزادی	t	سطح معنی دار	f	
-۰.۱۷۹	۰.۰۴۹	۱۰۳	-۱.۹۹۴	۰.۴۷۳	۰.۵۱۹	با فرض برابری واریانس
-۰.۱۷۹	۰.۰۴۷	۶۴.۷۶۵	-۲.۰۲۷			با فرض نابرابری واریانس

با توجه به آزمون t مستقل با فرض برابری میانگین $t = -1.994$, $sig = 0.04 < 0.05$ نشان دهنده این است که تفاوت معنی داری بین میانگین سطح سلامت روان دختران در بین دانشجویان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکترا وجود دارد. به عبارت دیگر، با اطمینان ۰/۹۵ میزان سلامت روانی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا متفاوت است.

فرضیه ۶: عمل به باورهای دینی و شادکامی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روان دانشجویان می‌باشند.

خط رگرسیون مربوط به این فرضیه به صورت زیر می‌باشد:

$$Y = a + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \epsilon$$

Y: سلامت روان

عمل به باورهای دینی

X_1 : عمل به باورهای دینی

X_2 : شادکامی

جدول زیر حاوی تحلیل واریانس رگرسیون به منظور بررسی قطعیت وجود رابطه خطی بین دو متغیر است. فرضیه‌های آماری آزمون معنی‌داری کل مدل رگرسیون به صورت زیر می‌باشد:

H_0 : رابطه خطی بین متغیرها وجود ندارد.

H_1 : رابطه خطی بین متغیرها وجود دارد.

جدول ۶: تحلیل واریانس آزمون رگرسیون با متغیر وابسته سلامت روان

مدل	Sum of Square	درجه آزادی	Mean Square	آماره (F)	سطح معنی‌داری
میزان تغییرات متغیر وابسته از طریق متغیر مستقل	۷۸۹۴	۲	۳.۹۷۴	۳۴.۳۹۳	۰.۰۰۰
میزان تغییرات متغیر وابسته از طریق عوامل تصادفی	۱۱.۷۰۶	۱۰۲	۰.۱۱۵		
جمع	۱۹.۶۰۰	۱۰۴			

در جدول ANOVA مقدار $Sig=0.00$ و کمتر از ۵ درصد می‌باشد ($P\text{-value} < 0.05$)، پس فرض خطی بودن رگرسیون جامعه باشد، آزمون فرض‌ها را برای این دو می‌توان به صورت زیر نوشت:

$$H_0: \beta = 0$$

$$H_1: \beta \neq 0$$

نتیجه فرضیه: بر اساس نتایج فوق، الگو به صورت زیر نشان داده می‌شود:

$$Y = 2.064 + 0.616X_1 + 0.562X_2$$

با توجه به سطح معنی‌داری برای ضریب رگرسیونی متغیر سلامت روان ($sig=0.00 < 0.05$) فرض صفر مبنی بر صفر بودن مقدار این ضریب رد خواهد شد؛ در نتیجه، می‌توان گفت: به ازای یک واحد افزایش در شادکامی، سلامت روان به اندازه ۰.۶۱۶ واحد افزایش پیدا خواهد کرد (به دلیل مثبت بودن ضریب رگرسیون) و به ازای یک واحد افزایش در عمل به باورهای دینی، سلامت روان به اندازه ۰.۵۶۲ واحد افزایش پیدا خواهد کرد (به دلیل مثبت بودن ضریب رگرسیون) و با توجه به اینکه ضریب رگرسیونی معنی‌دار خواهد بود، پس عمل به باورهای دینی و شادکامی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روان دانشجویان است که با سطح اطمینان ۹۵٪ فرضیه تأیید می‌شود.

در جدول ANOVA مقدار $Sig=0.00$ و کمتر از ۵ درصد می‌باشد ($P\text{-value} < 0.05$)، پس فرض خطی بودن رابطه متغیر وابسته با متغیرهای مستقل تأیید می‌شود.

جدول ۷: ضرایب معادله رگرسیونی آزمون رگرسیون با متغیر وابسته سلامت روان

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	آماره (t)	سطح معنی‌داری
	B	Std. Error			
مقدار ثابت	۲.۰۶۴	۰.۴۴۴		۴.۶۴۴	۰.۰۰۰
شادکامی	۰.۵۱۸	۰.۰۶۷	۰.۶۱۶	۷.۷۸۴	۰.۰۰۰
باور دینی	۰.۳۸۲	۰.۱۰۴	۰.۵۶۲	۳.۷۸۴	۰.۰۰۰

در جدول coefficients در ستون B، بتا به ترتیب مقدار ثابت و ضریب متغیر مستقل ارائه شده است. جدول ضرایب شامل دو دسته ضرایب استاندارد شده بتا و استاندارد نشده بتا است. در ضرایب استاندارد نشده بتا مقیاس متغیرها با یکدیگر یکسان نیست، در صورتی که در ضرایب استاندارد شده بتا مقیاس متغیرها یکسان شده و امکان مقایسه متغیرها وجود دارد. بنابراین، جهت مقایسه اثر متغیر مستقل بر روی متغیر وابسته از ضرایب استاندارد شده استفاده می‌شود.

حال اگر α و β به ترتیب مقدار ثابت و شیب خط

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق با هدف بررسی رابطه عمل به باورهای دینی با شادکامی و سلامت روانی دانشجویان دختر رشته علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، نشان داد:

۱. بین میزان عمل به باورهای دینی با سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد. در همین رابطه، توکلی و عراقی‌پور (۱۳۹۰)، صحرائیان، غلامی و امیدوار (۱۳۸۹)، عاصمی (۱۳۸۵)، صولتی، نجفی و نوری قاسم‌آبادی (۱۳۸۰)، نجفی و همکاران (۱۳۷۷)، آنو و اسکن سلز (۲۰۰۵)، باک و دیگران (۲۰۰۹)، ماسکلو کابزانسکی (۲۰۰۶)، کوئینگ (۲۰۰۷) تحقیقات مشابهی انجام داده‌اند که نتایج مشابهی به دست آمده است.

۲. بین میزان عمل به باورهای دینی با شادکامی دانشجویان رابطه وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های عناصری (۱۳۸۸)، منظری توکلی و عراقی‌پور (۱۳۹۰)، یزدانی و آزاد (۱۳۸۲) همخوانی دارد.

۳. تفاوت معنی‌داری بین میانگین شادکامی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا وجود ندارد. از آنجاکه در تحقیقات پیشین تاکنون چنین فرضیه‌ای مطرح نبوده است، نتایجی که قابل قیاس با نتایج آزمون فرضیه فوق باشد در دسترس نبود.

۴. تفاوت معنی‌داری بین میزان عمل به باورهای دینی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا وجود ندارد. از آنجاکه در تحقیقات پیشین تاکنون چنین فرضیه‌ای مطرح نبوده است، نتایجی که قابل قیاس با نتایج آزمون فرضیه فوق باشد در دسترس نبود.

۵. تفاوت معنی‌داری بین میزان سلامت روانی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا وجود دارد. بنابراین، سطح تحصیلات در سلامت روانی دانشجویان مؤثر بوده است. از آنجاکه در تحقیقات پیشین تاکنون چنین فرضیه‌ای مطرح نبوده است، نتایجی که قابل قیاس با نتایج آزمون فرضیه فوق باشد در دسترس نبود.

۶. عمل به باورهای دینی و شادکامی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روان دانشجویان می‌باشند و فرضیه با سطح اطمینان ۹۵٪ تأیید می‌شود. این یافته‌ها با یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش‌های مختلفی که پیش از این انجام شده‌اند، همچون علی‌محمدی و جان‌بزرگی (۱۳۸۷)، احمدی فروشانی و یزدان‌خواستی (۱۳۹۲) و بارون (۲۰۰۶) همسو می‌باشد.

پیشنهادها

۱. با توجه به نتایج تحقیق مبنی بر وجود رابطه بین عمل به باورهای دینی با شادکامی و سلامت روانی دانشجویان، بجاست دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی برای داشتن دانشجویانی شاد و با نشاط (معنوی) و برخوردار از سلامت روانی، به دین‌داری و عمل به باورهای دینی در محیط دانشگاه‌ها بیشتر توجه نموده، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های مناسبی را در راستای عمل به باورهای دینی در برنامه‌های درسی آشکار و پنهان اتخاذ نمایند.

۲. فرهنگ‌سازی در جامعه بخصوص در دانشگاه‌ها در جهت شناساندن هرچه بهتر و مفهومی‌تر دین و ابعاد و اهمیت آن در سلامت روان تمامی افراد، به‌ویژه دانشجویان و فرهیختگان و نقش آن در ارتقای سطح کیفیت زندگی فردی یک امر اجتناب‌ناپذیر می‌نماید.

۳. با در نظر گرفتن اینکه بین شادکامی و سلامت روان رابطه مستقیم وجود دارد، در صورتی که در فردی شادکامی ایجاد شود، خواه ناخواه موجب سلامت روان او خواهد شد؛ بنابراین، کار عمل به باورهای دینی ایجاد شادکامی معنوی (رضایت معنوی و درونی) است. احساس شادکامی درونی و بیرونی از طریق متغیرهای گوناگون، از جمله متغیر مذهبی و سلامت روان حاصل می‌شود که باید مورد تأکید مراکز آموزشی و خانواده‌ها قرار گیرد.

منابع

آیزنک، مایکل دلیو، ۱۹۹۰، همیشه شاد باشید، ترجمه زهرا چلونگر، تهران، نسل نواندیش.

احمدی فروشانی، سیدحبیب‌الله و فریبا یزدخواستی، ۱۳۹۲، «رابطه بین نگرش مذهبی، سلامت روان، شادی و لذت در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز»، *دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*، ش ۱، ص ۱۲۳-۱۳۸.

امیدیان، مرتضی، ۱۳۸۶، «بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد»، ش ۳۵، ص ۱۰۱-۱۱۶.

بهرامی، هادی، ۱۳۷۳، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود»، *انجمن روان‌شناسی*، سال ششم، ش ۴، ص ۲۸-۲۹.

حسینی، سیدابولقاسم، ۱۳۷۴، *اصول بهداشت روانی*، مشهد، آستان قدس رضوی.

خسروپور، فرشید و غلامرضا ساردویی، ۱۳۸۰، *بررسی تأثیر ارزش‌های مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی*، ارائه‌شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

رجبی، محمد، علی‌اکبر صارمی و محمدحسین بیاضی، ۱۳۹۰، «ارتباط بین الگوهای مقابله دینی با سلامت روان و شادکامی»، *روان‌شناسی تحولی*، ش ۳۲، ص ۳۶۳-۳۷۲.

سرمندی، محمود، ۱۳۸۵، «بررسی رابطه میان دین‌داری با بازده‌های تربیتی دانش‌آموزان متوسطه شهر قم»، ش ۲، ص ۵۷-۶۸.

شریفی، طیبیه، ۱۳۸۱، *بررسی رابطه نگرش مذهبی با افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، سلامت عمومی و شکمیایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی.

صادقی، محمدرضا و همکاران، ۱۳۸۹، «وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ش ۷۵، ص ۷۱-۷۵.

صحرائیان، علی، عبدالله غلامی و بنفشه امیدوار، ۱۳۸۹، *رابطه نگرش مذهبی و شادکامی در دانشجویان پزشکی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

صولتی، کمال، مصطفی نجفی و ربابه نوری قاسم‌آبادی، ۱۳۸۰، *آموزش رابطه بین نگرش مذهبی، مهارت‌های مقابله و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

عاصمی، زهرا، ۱۳۸۵، *تأثیر مذهب در بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.

علمی، قربان، ۱۳۸۰، *نقش دین و اعتقادات دینی در بهداشت روان*، مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

علی‌محمدی، کاظم و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه میان شادکامی با جهت‌گیری مذهبی و شادکامی - روان‌شناختی و افسردگی در دانش‌پژوهان مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره) قم در سال تحصیلی ۸۵-۸۶»، *روان‌شناسی در تعامل با دین*، ش ۱، ص ۱۴۷-۱۶۴.

عنصری، زهرا، ۱۳۸۵، *تأثیر مذهب در بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی، تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی.

فرانکل، ویکتور، ۱۹۶۷، *انسان در جست‌وجوی معنی*، ترجمه اکبر معارفی، تهران، دانشگاه تهران.

قائدی و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر»، *ارمغان دانش*، ش ۲، ص ۶۹-۸۱.

قمری، محمد، ۱۳۹۰، «رابطه دین‌داری و حمایت اجتماعی در دانشجویان»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۱، ص ۸۹-۱۰۴.

قمی، شیخ عباس، ۱۳۵۲، *مفاتیح‌الجنان*، تهران، مؤسسه فرهنگی رجاء کاظمیان‌مقدم، کبری و مهناز مهربانی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۸، *مقایسه نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان.

کوشا، محمدعلی، ۱۳۷۶، *پایه‌شناسی دین*، قم، پارسیان.

کینگ، ساموئل، ۱۳۵۳، *جامعه‌شناسی*، ترجمه مشفق همدانی، ج چهارم، تهران، امیرکبیر.

منظری توکلی، علیرضا و نجمه عراقی‌پور، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه بین دین‌داری و شادکامی در بین دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸»، *روان‌شناسی تربیتی*، ش ۱۹، ص ۱۹-۴۵.

میرشاه‌جعفری، ابراهیم و همکاران، ۱۳۸۱، «شادمانی و عوامل مؤثر بر آن»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال چهارم، ش ۱۵، ص ۵۰-۸۵.

میلاتی‌فر، بهروز، ۱۳۷۲، *بهداشت روان*، تهران، ویرایش.

نشاط‌دوست، طاهر و همکاران، ۲۰۰۲، «تعیین عوامل مؤثر در شادکامی

- from the Uk General Social Survey", *Social Science & Medicine*, N. 62, p. 2848-2860.
- Moore, A, Carrier, 2002, *Fath does affect behavior, Religious & ethics*, desert news. com.
- Murphy, P. E & et al., 2000, "Loyola College in Maryland Fitchett, G, Ruch-Presbyterian-St. Lukes Medical center", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, V. 68, p. 1102-1106.
- Myers, D. G., 2000, *The Friends and Faith of Happy people American Psychologist*, N. 55, p. 56-57.
- Pargamnet K. et al, 2005, "Patterns of Positive and Negative Religious Coping with major life Stressors", *Journal for the Scientific of Religion*, V. 37.
- کارکنان شرکت فولاد مبارکه»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ش ۲۰، ص ۱۱۸-۱۰۵.
- نقوی، محسن، ۲۰۰۷، *مطالعه ملی بار بیماری و آسیب در ایران در سال ۲۰۰۳*، تهران، معاونت سلامت وزارت بهداشت.
- یزدانی، فضل‌الله و حسین آزاد، ۱۳۸۲، «بررسی رابطه نگرش دینی، سبک‌های مقابله‌ای و شادکامی در دختران و پسران دبیرستانی اصفهان در سال تحصیلی ۸۱-۸۲»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ش ۲۹، ص ۴۶-۱۷.
- Ano, G. G A & E. B. Sconcelles, 2005, "Riligious Coping and Psychological adjustment to stress", *Journal of Clinical Psychology*, N. 61, p. 614-680.
- Baroun, K.A., 2006, "Relations among Religiosity, Health, Happiness, and Anxiety for Kawaiti Adolescents", *Psychol Rep*, N. 99, p. 717-722.
- Bulter, L., 2002, "Self-Concept as a Predictor of College freshman academic, Relational spirituality and depression", in *adolescent girl adjustment college student Journal*, N. 36, p. 234-246.
- Desrosiers, A. & L. Miller, 2007, *Clin psychol*, N. 63, p. 1021-1037.
- Diener, E., 1997, Frequently asked questions (FAGS) about subjective well-being (Happiness and life satisfaction), A primer for Reporters and new Comers.
- Ellison, C. G., 1991, "Religious involvement and subjective well-being", *Journal of Health and Social Behavior*, N. 32, p. 80-99.
- Francis, L. J., S. H. Jones & C. Wilcox, 2000, "Religiosity and Happiness: during adolescence, young asulthood and later life", *Journal of Psychology and Christian*, N. 19, p. 245-257.
- Kim, Y. M. & Others, 2004, "Sprituality and after: A function of changes in religious affiliation", *Journal of family psychology*, v. 13.
- Koening, H. G., 2007, "Spirituality and depression", *Southern medical Journal*, N. 7, p. 737-937.
- Maselko, J. & L. D. Kubzansky, 2006, "Gender differences in religious practices, spiritual experience and health: Results