

## الگوی ساختاری رابطه جهت‌گیری مذهبی و نشانه‌های سلامت روانی با میانجی‌گری خوش‌بینی

کلیه علی حسینی مهر / استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تاکستان، گروه علوم تربیتی، تاکستان، ایران hosseinimehrali@yahoo.com  
 آرزو عظیم‌زاده پارسی / مربی دانشگاه پیام‌نور تاکستان  
 عذرا رحمانی / استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تاکستان، گروه علوم تربیتی، تاکستان، ایران edu rahmani@yahoo.com  
 دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۱۵ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۲۳

### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین رابطه متغیرهای جهت‌گیری مذهبی و نشانه‌های سلامت روانی با واسطه‌گری خوش‌بینی انجام شده، که از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ ماهیت و شیوه اجرا، روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی به کار برده است. در این پژوهش، متغیر جهت‌گیری مذهبی به‌عنوان متغیر پیش‌بین سلامت روان و خوش‌بینی نیز به‌عنوان متغیر میانجی رابطه بین این دو متغیر در نظر گرفته شده است. از میان جامعه آماری پژوهش که شامل کلیه دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در مراکز دانشگاهی دولتی، غیردولتی و غیرانتفاعی، آزاد اسلامی و پیام‌نور استان قزوین بودند، تعداد ۳۸۰ نفر زن به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به‌عنوان نمونه آماری گزینش شدند. خوش‌بینی، سلامت عمومی و جهت‌گیری مذهبی، به‌ترتیب با پرسش‌نامه‌های جهت‌گیری زندگی (LOT-R)، سلامت روانی (GHQ) و جهت‌گیری مذهبی آلپورت ارزیابی شدند. پایایی پرسش‌نامه‌ها بر اساس آلفای کرونباخ به‌ترتیب، ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۳ محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و الگویابی معادله‌های ساختاری (SEM) پردازش آماری گردید. نتایج نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و خوش‌بینی رابطه مثبت معناداری و همچنین رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و مؤلفه‌های سلامت روان (علائم اضطرابی و افسردگی)، منفی معنادار می‌باشد همچنین مسیر جهت‌گیری مذهبی تنها به‌طور غیرمستقیم از طریق خوش‌بینی کاهش‌دهنده اضطراب، افسردگی، و جسمانی‌سازی است. نکته قابل توجه عدم معناداری مسیر بین جهت‌گیری مذهبی با مؤلفه‌های سلامت روانی می‌باشد، که حاکی از فرایند واسطه‌گری خوش‌بینی است. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مذهبی به‌طور مستقیم بر کاهش سلامت روان تأثیر نمی‌گذارد؛ بلکه از طریق افزایش خوش‌بینی در جهت کاهش اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی پیش می‌رود.

**کلیدواژه‌ها:** خوش‌بینی، سلامت روان، جهت‌گیری مذهبی.

ورود جوانان به دانشگاه، مقطع بسیار حساس و خطیری در زندگی آنان تلقی می‌شود و غالباً با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی آنان همراه است. زندگی دانشجویی، بر حسب اینکه موقعیت تازه‌ای به حساب می‌آید، می‌تواند زمینه‌ساز انواع استرس‌ها برای دانشجویان باشد. هنجارهای اجتماعی، شبکه‌ی دوستان جدید و الزامات زندگی خارج از خانواده و انتظارات ایجاد شده، عواملی هستند که سازگاری دانشجویان را برهم می‌زند و سلامت آنها را به مخاطره می‌اندازند (پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۱۹۵). تحقیقات نشان از وجود اختلالات در دانشجویان دارد. شیوع افسردگی در دانشجویان در پژوهش‌های عابدینی و همکاران (۱۳۸۶) ۶۰-۴۶/۵٪، محمدزاده (۱۳۹۰) ۶۷/۱٪، حسن‌زاده طاهری و همکاران (۱۳۹۰) ۲۱/۱٪ و شیوع اضطراب در دانشجویان در پژوهش‌های لبافی‌نژاد و بساق‌زاده (۱۳۹۱) ۲۸/۳٪، نورعلیزاده میانجی و جان‌بزرگی (۱۳۸۹) ۴۷/۹٪، سلطانی‌فر و همکاران (۱۳۸۹) ۴۵/۶٪ گزارش شده است. این در حالی است که برخی داده‌های جدید همه‌گیرشناسی حاکی از افزایش اختلال افسردگی در دانشجویان است (سادوک و سادوک (Sadvk & Sadvk)، ۱۳۸۲).

وجود اضطراب و افسردگی می‌تواند علاوه بر کندی در فعالیت‌های روزمره، باعث بروز سایر اختلالات روانی، مشکلات تطابقی و ارتکاب به جرم گردد (کیتامورا (Kitamura) و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۲۸۱). از طرفی، امروزه غالب صاحب‌نظران بر این باورند که مذهب آثار مفیدی بر سلامت جسم، روان و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد که البته در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم و روح و امور دیگر، کامل‌ترین فرامین است و از نظر روان‌شناسان، مسلم و قطعی است که بیشتر بیماری‌های روانی - که ناشی از ناراحتی‌های روحی و تلخی‌های زندگی است - در میان افراد غیرمذهبی دیده می‌شود (سلطانی‌فر و همکاران، ۱۳۸۹). امروزه آثار و پیامدهای دینداری در حیات فردی و اجتماعی، در روان‌شناسی دین مطالعه قرار می‌گردد (آذربایجانی، ۱۳۸۷، ص ۳).

مطالعه‌ی مذهب از دیدگاه روان‌شناختی، از حدود یکصد سال پیش آغاز شده است (محمدی و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۵). در این زمینه دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. تأثیر ایمان و معنویت بر احساس امنیت و آرامش روانی انسان در آثار جیمز (James) (۱۹۵۸)، کانت (Kant) (۱۷۸۲)، یونگ (Young) (۱۹۶۵) و/اریکسون (Erikson) (۱۹۸۳) مشهود است (یوسفی، ۱۳۹۱، ص ۱۳۷). این در حالی است که برخی دیگر از روان‌شناسان، مانند الیس (Ellis) (۱۹۸۱) و فروید (Freud) (۱۸۵۶) اظهار داشتند که تدین با تفکر غیرعقلانی و اختلالات عاطفی همراه است. فرگین (Fehring) و همکاران (۱۹۹۸) با استفاده از شواهد مؤید، همراهی تدین با آسیب‌شناسی روانی را رد می‌کنند (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). آلپورت (۱۹۵۰) بر حسب جهت‌گیری دینی، افراد را با دو جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی تقسیم‌بندی کرد. از نظر او، افراد مذهبی با جهت‌گیری درونی ضمن درونی‌سازی ارزش‌های دینی، مذهب را به‌مثابه هدف در نظر می‌گیرند؛ درحالی‌که افراد با جهت‌گیری بیرونی، دین را صرفاً وسیله‌ای برای نیل به اهداف دیگر در نظر دارند. اخیراً نظریه‌ی آلپورت در زمینه جهت‌گیری دینی بیرونی به دو مقوله

اجتماعی و شخصی بسط یافته است. طبق این تقسیم‌بندی، افراد دارای جهت‌گیری دینی بیرونی اجتماعی، از مذهب برای دستیابی به اهداف اجتماعی سود می‌جویند؛ درحالی‌که در جهت‌گیری مذهبی درونی، افراد از مذهب برای کسب امنیت فردی استفاده می‌کنند (بدری گرگری و فرید، ۱۳۹۱).

مکنالتی (McNulty) (۲۰۰۴)، جانسون (Johnson) (۲۰۰۴) و ناوارا (Navara) و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیقات خود رابطه سازگاری، سلامت روان و فشار روانی کمتر با باورهای مذهبی را تأیید کردند. به‌طور کلی، رویکردهایی که معتقدند مذهب یکی از مؤلفه‌های اساسی در سلامت است، از سه دیدگاه مختلف ناشی شده‌اند: نخست اینکه بسیاری از جوامع مذهبی رفتارهایی را تقویت می‌کنند که سلامتی را افزایش می‌دهند؛ و از سوی دیگر، رفتارهای مخرب و غیرسازنده را نهی می‌کنند. این دیدگاه قدمت بسیار زیادی دارد و پژوهش‌های تجربی فراوانی از آن حمایت می‌کنند (علیلو و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۲۵). دیدگاه دوم مربوط به مراقبه و نقش مؤثر آن در سلامت جسم و روان است. برخی شواهد تحقیقی نشان می‌دهند مراقبه - که یکی از عناصر کلیدی در آیین‌های مذهبی است - بر سیستم‌های فیزیولوژیک تأثیر می‌گذارد و استرس را کاهش می‌دهند. در نهایت، دیدگاه سوم معتقد است که جنبه‌های اجتماعی دینداری، از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی و افزایش کارآمدی افراد در مقابله با استرس‌های زندگی، می‌توانند سلامتی را بهبود بخشند.

یگر (Yeager) و همکاران (۲۰۰۹)، در پژوهش خود به ارتباط رفتار مذهبی با سلامت و کاهش مرگ‌ومیر اشاره می‌کنند. عقاید دینی، امید و احساس تسلط بر سرنوشت شخص را فراهم می‌کند. شخص می‌تواند در هر زمان و مکان با خالق توانا صحبت کند و قادر است بر آنچه خدا می‌کند، اثر بگذارد؛ و اگر بر فعل خدا تأثیر کند، آن‌گاه می‌تواند قدرتی را به دست آورد که با هر سختی‌ای که پیش آید، مقابله نماید. مرگ بر فردی که اعتقاد دارد روحش جاودان است، غالب نیست. هیچ‌گاه یا اشتباهی در زندگی یافت نمی‌شود که نتواند اقرار و بخشوده شود. چنین عقایدی احتمالاً نتایج روان‌شناختی قدرتمندی دارد و در واقع ممکن است برای آنهایی که تنها، مضطرب و مأیوس‌اند و یا احساس بی‌ثباتی می‌کنند، آرامش بیاورد.

شرکت فعال در جامعه دینی، مردم را در تماس با دیگر همسالان که علایق مشترک دارند و برقراری روابط اجتماعی با آنها عملی است، قرار می‌دهد. عقاید دینی، از طریق تشویق نگرش اجتماعی مثبت و از خودگذشتگی، تعامل اجتماعی را نیز تحریک می‌کند. این حمایت اجتماعی، به نوبه خود با میزان پایین‌تری از افسردگی، اضطراب، تنهایی و مسائل دیگر سلامت روان مرتبط است. در واقع، حمایت عاطفی دیگران، یک وسیله درمانی عمده است که در همه انواع مشاوره استفاده می‌شود.

همچنین آموزش‌های دینی بر احترام به سلامت جسمانی شخص تأکید دارند؛ مثلاً بر طبق آموزش‌های مسیحیت، بدن‌های افراد، معابد روح‌القدس هستند. براین اساس، افراد متدین ممکن است از طریق تشخیص زودتر و بهتر بیماری‌های بدنی، روی سلامت خودشان تأثیر بگذارند. در ایمان به خدا نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که

نوعی قدرت معنوی به انسان متدین می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک می‌کند و او را از نگرانی و اضطراب دور می‌سازد. ایمان به خدا، اگر از کودکی در نفس انسان استقرار یابد، نوعی مصونیت و پیشگیری از آسیب‌های بیماری‌های روانی به شخص می‌بخشد. مؤمن در عبادت و کارهایی که برای رضای خدا انجام می‌دهد، همواره به خداوند نظر دارد و به همین دلیل احساس می‌کند که خداوند همواره با اوست و به او کمک می‌کند. این احساس، ضامن استقرار امنیت و آرامش در نفس اوست. فرد متدینی که به خدا ایمان دارد، از هیچ چیز در این دنیا نمی‌هراسد؛ چون می‌داند تا خدا نخواهد، هیچ شر و آزاری به او نمی‌رسد و هیچ انسان یا قدرتی در دنیا قادر نیست به او ضرری برساند یا خیری را از او منع کند. اعتراف فرد مذهبی به گناه و توبه به درگاه خداوند، مانع سرکوب ناخودآگاه احساس گناه می‌شود و او را از کوشش برای دور نگه داشتن فکر گناه از ذهن، به‌منظور رهایی از ناراحتی روانی ناشی از احساس گناه بازمی‌دارد.

خواندن نماز، بهترین برنامه‌تمرین آرام‌سازی است که می‌تواند از تشنجات عصبی ناشی از فشارها و گرفتاری‌های زندگی بکاهد و سبب ایجاد نشاط معنوی در انسان شود. همین حالت است که احتمالاً به شفای سریع برخی از بیماران در زیارتگاه‌ها و معابد می‌انجامد. در همین زمینه، نماز جماعت نیز تأثیر درمانی مهمی دارد؛ زیرا روابط اجتماعی دوستانه و مودت‌آمیز با دیگران، مانع از ایجاد احساس تنهایی، انزوا و عدم تعلق به گروه می‌شود (جان‌بزرگی، ۱۳۸۷، ص ۸). فرم‌هایی *فراهانی* و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی بیان می‌کنند افرادی که به‌طور منظم در مکان‌های عبادی حاضر می‌شوند و فعالیت دارند و همچنین کسانی که معنویت را قویاً احساس می‌کنند، سالم‌ترند و توانایی بیشتری در بهبودی نشان می‌دهند.

در مباحث دینی، آنچه به‌طور مستقیم نیروی خودمهارگری را تقویت و توسعه می‌دهد، آموزه‌های اخلاقی است و آموزه‌های اعتقادی به‌طور غیرمستقیم به مبحث خودمهارگری می‌پردازد. به عبارت دیگر، پایبندی به آموزه‌های اخلاقی دین بیش از پایبندی به آموزه‌های اعتقادی با خودمهارگری رابطه دارد. در همین زمینه، *جان‌بزرگی* (۱۳۸۷) در مطالعات خود به مطالعه اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت آموزش خودمهارگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی پرداخت و مؤثر بودن روان‌درمانی با جهت‌گیری مذهبی را نشان داد.

سرانجام اینکه فرد، اگر مقام پروردگار خود را بشناسد، به یاد او باشد و او را فراموش نکند، یقین می‌کند که نزد پروردگار خود زندگی‌ای دارد که آمیخته با مرگ نیست؛ ملکی دارد که زوال‌پذیر نیست؛ عزتی دارد که آسوده به ذلت نیست؛ فرح و سرور و رفعت و کرامتی دارد که هیچ مقیاسی نتواند اندازه‌اش را تعیین کند یا سرآمدی آن را به آخر برساند؛ و نیز یقین می‌کند که دنیا دار مجاز است و حیات و زندگی دنیا در برابر آخرت پشیزی بیش نیست. اگر او این را بشناسد، دلش به آنچه خدا تقدیرش کرده، قانع می‌شود و معیشتش هرچه باشد، برایش فراخ می‌گردد و دیگر روی تنگی را نمی‌بیند.

همه این آثار و نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده، مهار هیجانی خود در برخورد با موقعیت از راه معناجویی،

و تأثیر بر پیامدهای عوامل تنیدگی‌زا، از راه تفسیر ویژه‌ای است که دین در اختیار فرد می‌گذارد. وقتی که خدا در همه چیز دیده شود و هنگامی که همه چیز از او دانسته شود، در پست‌ترین چیزها عالی‌ترین حقایق و معانی یافت خواهد شد. دین راهی برای پایان دادن به دلهره و اضطراب یا آشوب درونی است. در بحران وجودی، تنها پناهگاه ایمن، دین است. در این پناهگاه، شخص می‌تواند با خداوند لایزال ارتباط برقرار کند. یونگ تأکید می‌کند که دینداری و ارتباط با لایتناهی است که انسان را از بیهودگی‌ها نجات می‌بخشد؛ امبال و حالات او را دگرگون می‌سازد و بیماری‌های روانی را درمان می‌کند. از نظر فر/نکل، مذهب دربرگیرنده معنایی نهایی است و از ویژگی‌های مهم معنادرمانی، توجه به ناهشیار معنوی است. از نظر او، سرکوب احساس مذهبی، عامل روان‌آزردگی است. راه درمان خلأ وجودی نیز هشیار کردن احساس‌های سرکوب‌شده مذهبی است؛ و وظیفه معنادرمانگر این است که به بیمار کمک کند تا هسته معنوی شخصی خود را به یاد بیاورد (نورعلیزاده و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹).

در بسیاری از مطالعات، خوش‌بینی با بهزیستی روانی ارتباط مثبت و با فشار روانی ارتباط منفی دارد (چانگ (Chang)، ۱۹۹۸). خوش‌بینی، سلامت روانی (نشانگان وسواس بی‌اختیاری، افسردگی و خصومت) و سلامت جسمانی (اختلال‌های خواب و پرتنش) را پیش‌بینی می‌کند. خوش‌بینی با اضطراب نیز رابطه منفی دارد و افراد بدبین بیشتر دچار اضطراب می‌شوند. داشتن سبک تبیین خوش‌بینانه در آغاز بزرگسالی، سلامت کلی را در میان‌سالی پیش‌بینی می‌کند. بررسی طولی نشان می‌دهد که خوش‌بینی سرشتی، طول عمر را در افراد خوش‌بین افزایش می‌دهد (نوری و سقایی بی‌ریا، ۱۳۸۸). خوش‌بین بودن با روش‌های مقابله‌ای مفید و عادت‌های سلامت‌مدار نیز ارتباط دارد. خوش‌بین‌ها آدم‌های اهل مقابله فعال‌اند که بیشتر برای حل مشکلات تلاش می‌کنند تا پرهیز از آن. خوش‌بین‌ها علاوه بر این، در برقراری ارتباط با دیگران موفق‌ترند و در نتیجه حمایت اجتماعی بیشتری جلب می‌کنند. از آنجاکه حمایت‌های اجتماعی از احتمال بیمار شدن می‌کاهد و در بازیابی سلامت مؤثر است، بنابراین چنین افرادی می‌توانند برای مقابله با فشارها و بیماری‌ها از این منبع بهره ببرند. در نهایت اینکه خوش‌بینی موجب شاد زیستن، سلامت و بهبود بیشتر می‌شود (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۵۱۷-۵۱۸).

در منابع اسلامی شواهد گوناگون نشان می‌دهند که سه مؤلفه می‌تواند شکل‌دهنده مفهوم خوش‌بینی باشد. این سه مؤلفه عبارتند از: الف. توجه به جنبه‌های مثبت زندگی؛ ب. تفسیر مثبت رویدادها و مؤلفه؛ ج. انتظار مثبت درباره آینده. مؤلفه اول می‌تواند شامل ده زیرمؤلفه باشد که عبارتند از: توجه به ویژگی‌های خداوند؛ توجه به زیبایی‌های جهان؛ توجه به امکانات و فرصت‌ها؛ توجه به استعدادها و توانایی‌های خود؛ توجه به موفقیت‌های گذشته خود؛ توجه به صفات مثبت دیگران؛ توجه به رفتار مثبت دیگران؛ توجه به گفتار مثبت دیگران؛ توجه به اندیشه‌های مثبت و توجه به پیامد اعمال. برای مؤلفه دوم نیز می‌توان شش زیرمؤلفه مطرح کرد که عبارتند از: دارای حکمت دانستن سختی‌ها؛ موقت دانستن مشکلات؛ قابل حل دانستن مشکلات؛ نقش خدا، خود و دیگران در وقوع رویدادها؛ سپاسگزاری از خداوند و دیگران و عدم شکایت از مشکلات. مؤلفه سوم نیز می‌تواند دارای پنج

زیرمؤلفه باشد که عبارتند از: انتظار کمک از خداوند؛ انتظار وقوع رویدادهای خوشایند؛ انتظار کار درست از سوی دیگران؛ اعتماد به دیگران و کمک به دیگران (نوری و سقایی بی‌ریا، ۱۳۸۸).

ریاحی و همکاران (۱۳۸۷) به «بررسی اثرات دینداری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران» پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد که حدود ۶۰ درصد از دانشجویان دارای سطوح بالایی از دینداری بودند و جهت‌گیری دینی اکثریت آنها بیرونی بوده است. در ضمن، میانگین نمره سلامت روان دانشجویان بر حسب میزان دینداری، جهت‌گیری دینی درونی، میزان خوش‌بینی و حمایت اجتماعی تفاوت معناداری داشته است. حسینی و همکاران (۱۳۸۹)، پژوهش دیگری تحت عنوان «پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس جهت‌گیری مذهبی در میان دانشجویان دانشگاه شیراز» انجام دادند که نتایج آن حاکی از آن است که جهت‌گیری مذهبی درونی، سؤال سبک‌های هویتی اطلاعاتی و هویتی هنجاری را به‌صورت مثبت و سؤال سبک هویتی سردرگمی - اجتنابی را به‌صورت منفی پیش‌بینی می‌کند.

بری‌گرگی و فرید (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی تحت عنوان «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزیابی چالش‌برانگیز بودن» به این نتایج دست یافتند که اثر مستقیم جهت‌گیری مذهبی درونی بر سلامت روانی، جسمی و معنوی، معنادار نیست؛ اما اثر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق ارزیابی اولیه چالش‌برانگیز موقعیت‌ها بر سلامت روانی، معنوی و جسمی، معنادار است.

نتایج پژوهش دیگری که ملکی و همکاران (۱۳۹۲) تحت عنوان «رابطه صفات شخصیت، جهت‌گیری مذهبی و شادکامی با سلامت عمومی دانشجویان پرستاری» انجام دادند، از آن است که روان‌رنجورخویی با سلامت عمومی رابطه منفی و معنادار و برون‌گرایی، سازگاری، وظیفه‌شناسی، جهت‌گیری مذهبی درونی و شادکامی با سلامت عمومی رابطه مثبت معنادار دارد. در الگوی پیشنهادی، صرفاً روان‌رنجورخویی، جهت‌گیری مذهبی درونی، شادکامی و برون‌گرایی توانستند ۳۷ درصد از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند که سهم متغیر روان‌رنجورخویی بیش از دیگر متغیرها بود.

شریفی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به «بررسی رابطه بین هویت‌های دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان» پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد که هویت دینی و ملی با سلامت روانی و اغلب خرده‌مقیاس‌های آن رابطه معنادار منفی دارد.

«رابطه جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی و هوش معنوی با سلامت معنوی مریبان قرآن»، عنوان پژوهش دیگری است که عاشوری و همکاران، (۱۳۹۳) انجام داده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی و هوش معنوی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار داشتند. در یک الگوی پیشنهادی، صرفاً هوش معنوی، جهت‌گیری مذهبی و خوش‌بینی توانسته‌اند ۵۹ درصد از واریانس سلامت معنوی را پیش‌بینی کنند. «پیش‌بینی اضطراب امتحان بر اساس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی

مدارس دولتی شهر تهران»، عنوان پژوهش دیگری است که/حقر (۱۳۹۳) انجام داده است و یافته‌های آن نشان می‌دهد که بین اضطراب امتحان در مؤلفه‌های نگرانی و هیجان‌پذیری تفاوت معناداری وجود دارد و همچنین دانش‌آموزان با جهت‌گیری مذهبی درونی، اضطراب کمتری را در امتحان تجربه می‌کنند.

محمدی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «پیش‌بینی امیدواری بر اساس جهت‌گیری مذهبی و چشم‌انداز زمان»، بیان کردند از میان ابعاد جهت‌گیری مذهبی، بُعد مذهب درونی ( $\beta=0/199$ ,  $P=0/001$ )، و نیز از میان ابعاد چشم‌انداز زمان، بُعد حال لذت‌گرا ( $\beta=0/173$ ,  $P=0/001$ )، آینده ( $\beta=0/366$ ,  $P=0/001$ ) می‌توانند امیدواری را به صورت مثبت و گذشته منفی ( $\beta=-0/205$ ,  $P=0/001$ ) و حال جبرنگر ( $\beta=-0/263$ ,  $P=0/001$ ) می‌توانند امیدواری را به صورت منفی، پیش‌بینی کنند ولی جهت‌گیری مذهبی بیرونی ( $\beta=0/30$ ,  $P=0/412$ ) و گذشته مثبت ( $\beta=0/27$ ,  $P=0/479$ ) قادر به پیش‌بینی امیدواری نیستند.

«پیش‌بینی سلامت روان بر اساس باورهای غیرمنطقی معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی شهرستان یزد»، عنوان پژوهش برزگر بفرویی و گنجی (۱۳۹۵) است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که باورهای غیرمنطقی (تأیید و حمایت از جانب دیگران، تمایل به سرزنش و اجتناب از مشکلات) توان پیش‌بینی سلامت روان معلمان مدارس عادی و کمال‌گرایی توان پیش‌بینی سلامت روان معلمان استثنایی را دارد.

فرینگ (Fehring) و همکاران (۱۹۹۸) رابطه سلامت معنوی، مذهب، امیدواری، افسردگی و دیگر حالات خلقی با سازگاری سالمندان مبتلا به سرطان را بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین دینداری درونی و سلامت معنوی و امیدواری و دیگر حالات خلقی، رابطه مثبت و بین دینداری درونی، افسردگی و دیگر حالات خلقی، رابطه منفی وجود دارد.

گبلر (Gabler) (۲۰۰۴) به بررسی رابطه عبادت و مذهب درونی با سلامت روانی و معنوی پرداخت. نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد که بین سلامت وجودی و سلامت مذهبی آزمودنی‌ها رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین بین سلامت معنوی و انگیزه‌های درونی مذهبی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

میزر (Mays) و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی رابطه معنویت و مذهب با خوش‌بینی، درک حالت‌های سلامتی و رشد (HIV) در بین مردان آمریکایی - آفریقایی تبار پرداختند. نتایج نشان داد افرادی که معنویت بالاتری داشتند، نسبت به آنهایی که معنویت کمتری داشتند، سلامتی بهتری را گزارش می‌دادند و به درمان‌شان خوش‌بین‌تر بودند.

مورگان (Morgan) و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای سلامت معنوی، سازگاری مذهبی و کیفیت زندگی زنان آمریکایی - آفریقایی تبار را که در مرحله درمان سرطان سینه قرار داشتند، بررسی کردند. تحلیل داده‌ها نشان می‌داد که این زنان سازگاری مذهبی مثبت‌تری داشتند و بین سلامت معنوی و حوزه‌های کیفیت زندگی جسمانی - هیجانی و سلامت عملکرد، رابطه معناداری وجود دارد.

کال (Call) (۲۰۰۷)، پژوهشی تحت عنوان «بررسی ارتباط بین منابع مذهبی و نحوه کنار آمدن با بیماری‌ها» انجام داده که نتایج آن حاکی از وجود ارتباط بین شکل‌های مختلف منابع مذهبی و مهارت‌های مقابله با مشکلات است. مک‌فارلند (Mc Farland) (۲۰۰۹) مذهب و سلامت روان را در میان سالمندان بررسی کرده است. بر اساس نتایج پژوهش او، مردانی که سلامت روان بیشتری داشتند، بیش از زنان از اشتغالات مذهبی بهره‌مند می‌شدند. زنانی که در سطوح بالاتری از اشتغالات مذهبی بودند، مشابه آنهایی بودند که به‌طور متوسط یا پایین به فعالیت‌های مذهبی اشتغال داشتند و مردانی که سطوح بالایی از فعالیت‌های مذهبی سازمان‌یافته را انجام می‌دادند، از همهٔ مردان دیگر سلامت روانی بیشتری داشتند.

کوشاها (Kushwaha) و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی نقش تقویت هویت مذهبی بر حرمت خود و نشانه‌های افسردگی در کارگران مسن و بازنشسته پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که با افزایش هویت مذهبی، حرمت خود نیز افزایش می‌یابد و نشانه‌های افسردگی کمتر می‌شود. بدین ترتیب، پرسش اصلی در این پژوهش این است که آیا متغیرهای جهت‌گیری مذهبی با واسطه‌گری خوش‌بینی بر سلامت روانی دانشجویان دختر تأثیر دارد؟

## روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و همچنین الگویابی معادله‌های ساختاری (SEM) است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان زن مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در مراکز دانشگاهی دولتی، غیردولتی، غیرانتفاعی، آزاد و پیام‌نور استان قزوین است که تعداد آنها حدود ۳۴۰۰۰ نفر می‌باشد و از این جامعه تعداد ۳۸۰ نفر دانشجوی زن با استفاده از جدول مورگان به‌عنوان گروه نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. شیوه اجرا به این شکل بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و با رعایت نسبت جامعه و نمونه، نمونه آماری انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ها از طریق همکاران آموزش‌دیده در اختیار دانشجویانی که بر اساس نمونه‌گیری مشخص شده بودند، قرار گرفت و توضیح لازم برای نحوه پاسخگویی و محرمانه بودن اطلاعات داده شد و پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، در همان روز جمع‌آوری گردید.

## ابزار پژوهش

پرسش‌نامه خوش‌بینی (LOT-R)؛ این پرسش‌نامه به‌منظور ارزیابی خوش‌بینی سرشتی، اولین بار توسط شیپر و کارور (۱۹۸۵) تدوین شد و مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه که یک فرم خودگزارشی است، دارای ده گویه است. گویه‌های ۸، ۶، ۵ و ۲ انحرافی هستند و نمره‌ای به آنها تعلق نمی‌گیرد. در گویه‌های ۱۰، ۴ و ۱ به گزینه‌ها نمره‌های چهار تا صفر تعلق می‌گیرد. در گویه‌های ۹، ۷ و ۳ نمره‌گذاری معکوس است. بنابراین، دامنه نمرات این آزمون بین صفر تا ۲۴ متغیر است. باقیانی مقدم و همکاران (۱۳۹۲) اعتبار این پرسش‌نامه را تأیید کرده‌اند. پرسش‌نامه سلامت روانی: این پرسش‌نامه با هدف غربالگری کسانی که احتمالاً دارای اختلال روانی‌اند استفاده می‌شود.



هدف از کاربرد آن، دستیابی به یک تشخیص خالص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست؛ بلکه منظور اصلی، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. این پرسش‌نامه فرم‌های مختلفی دارد. فرم ۲۸ ماده‌ای آن این مزیت را دارد که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی، و افسردگی وخیم. سؤال‌های این پرسش‌نامه چهار گزینه‌ای هستند که به هر پاسخ آزمودنی نمره صفر تا سه داده می‌شود و نمره کلی هر فرد که از حاصل جمع نمره‌های چهار زیرمقیاس به دست می‌آید، سلامت عمومی او را نشان می‌دهد. ضریب پایایی از طریق روش بازآزمایی، برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲ و برای خرده‌آزمون‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی و افسردگی، به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ گزارش شده است. ضریب پایایی به روش دونیمه‌ای برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌های یادشده به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود. در بررسی اعتبار این پرسش‌نامه، همبستگی بین خرده‌آزمون‌های GHQ-28 و کل پرسش‌نامه، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ به دست آمد (سپهوند و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۴۶).

آپورت و راس در سال ۱۹۵۰ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. این آزمون از ۲۱ ماده تشکیل شده است که گزینه‌های ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و گزینه‌های ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجد. نمره‌گذاری به شکل لیکرت و از یک تا پنج است. این مقیاس پس از ترجمه بر روی دانشجویان دانشگاه تهران اجرا و اعتبار آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه گردید (ر.ک: جان‌بزرگی، ۱۳۷۸).

## یافته‌های پژوهش

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

خرده‌مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
جهت‌گیری درونی	۲۴/۳۶	۱۱/۶۹
جهت‌گیری بیرونی	۲۵/۶۸	۱۲/۰۰
خوش‌بینی	۱۳/۲۷	۶/۴۳
اضطراب	۶/۸۱	۵/۱۸
افسردگی	۷/۰۶	۵/۵۸
جسمانی‌سازی	۳/۷۷	۱/۷۱

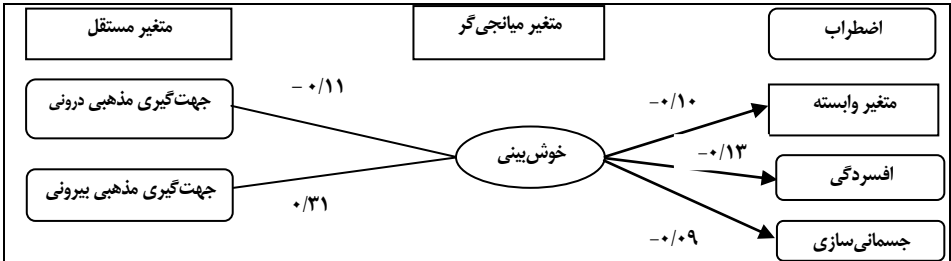
طبق داده‌های جدول ۱، متغیر سلامت روانی با سه خرده‌مقیاس اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی و همچنین متغیر جهت‌گیری مذهبی با دو خرده‌مقیاس درونی و بیرونی منظور شده است.

فرضیه پژوهش: متغیر جهت‌گیری مذهبی با واسطه‌گری خوش‌بینی، با سلامت روانی دانشجویان ارتباط دارد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶
جهت‌گیری درونی	۱					
جهت‌گیری بیرونی	۰/۱۱۲*	۱				
خوش‌بینی	۰/۴۴۹*	۰/۰۴۲	۱			
اضطراب	۰/۴۲۰*	۰/۰۴۷	۰/۰۷۳*	۱		
افسردگی	۰/۴۷۳*	۰/۰۶۱	۰/۰۴۳*	۰/۱۰۹*	۱	
جسمانی‌سازی	۰/۰۱۱	۰/۱۰۷*	۰/۳۲۴*	۰/۲۱۱*	۰/۲۸۱*	۱

جدول ۲ بیانگر همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و حجم نمونه ۳۸۰ نفر است.



شکل ۱. ضرایب مسیر مدل پیشنهادی در پژوهش

بر اساس داده‌های جدول ۳، نسبت کای دو به درجه آزادی برابر ۲/۸۱ می‌باشد. مقدار RMSEA نیز برابر با ۰/۰۷۶ می‌باشد. حد مجاز RMSEA، ۰/۱ است. شاخص‌های AGFI، GFI و NFI به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۹۳ و ۰/۹۱ می‌باشد که نشان دهنده برازشی بسیار مناسب است.

جدول ۳. شاخص برازش مدل پیشنهادی

مقدار به دست آمده	مقدار استاندارد	شاخص
۲/۸۱	کمتر از ۳	X <sup>2</sup> /DF
۰/۰۷۶	کمتر از ۰/۱	RMSEA
۰/۸۱	بیشتر از ۰/۸	AGFI
۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹	GFI
۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹	NFI

همان‌طور که در شکل ۱ دیده می‌شود، مسیر جهت‌گیری مذهبی تنها به‌طور غیرمستقیم از طریق خوش‌بینی  $\beta = -0/11$ ، کاهش دهنده اضطراب، افسردگی، و جسمانی‌سازی است (به ترتیب  $\beta = -0/10$ ،  $\beta = -0/13$ ،  $\beta = -0/09$ ). نکته قابل توجه، عدم معناداری مسیر بین جهت‌گیری مذهبی و مؤلفه‌های سلامت روانی می‌باشد که حاکی از فرایند واسطه‌گری خوش‌بینی است. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مذهبی به‌طور مستقیم بر کاهش سلامت روان تأثیر نمی‌گذارد؛ بلکه از طریق افزایش خوش‌بینی در جهت کاهش اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی پیش می‌رود.

## بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، مطالعه علمی دین و بررسی رابطه آن با متغیرهای روان‌شناختی، کانون توجه پژوهشگران مختلف بوده است. در واقع، دین یک نیروی روان‌شناختی است که می‌تواند بر روی نتایج زندگی انسانی تأثیر بگذارد. گستردگی این نتایج در سه حیطه بهداشت، بهزیستی روانی و رفتار اجتماعی را می‌توان به‌وضوح از مطالعات پژوهشگران دریافت (رفیعی‌هنر و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹). همچنین پژوهش‌های بسیاری تأثیر مثبت دینداری و عوامل مذهبی بر بهبودی بیماری‌های روانی و جسمی، مقاوم کردن افراد در برابر تنیدگی، اضطراب و افسردگی، و ایجاد آرامش، امید، معناداری و

شادکامی را به دست آورده‌اند (نورعلیزاده و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹). آلپورت به دو جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی اشاره می‌کند و معتقد است در جهت‌گیری مذهبی درونی، ایمان به‌خودی‌خود یک ارزش متعالی تلقی می‌شود؛ درحالی‌که در جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب امری خارجی و ابزاری برای ارضای نیازهای فردی، از قبیل مقام و امنیت است. هرچه مذهب درونی‌تر شود، سلامت روان بالاتری محقق می‌گردد (بدری گرگری و فرید، ۱۳۹۱).

نتایج تحقیق نشان‌دهنده ارتباط معنادار بین متغیرهای پژوهش (جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی و سلامت روانی) می‌باشد؛ به‌ویژه جهت‌گیری مذهبی درونی که پیش‌بینی‌کننده خوش‌بینی است. هماهنگ با این نتایج، مطالعات قبلی نشان داده است که خوش‌بینی با بهزیستی روانی در شرایط سخت زندگی مرتبط است. همچنین افراد خوش‌بین، بیشتر از مقابله‌های مواجهه‌ای و کمتر اجتنابی استفاده می‌کنند. آنان پرانرژی و دارای سلامت فیزیکی بالاتری هستند. خوش‌بین‌ها، تکلیف‌مدارند و این مسئله باعث ایجاد منافع اجتماعی و اقتصادی برای آنان می‌شود (کارور و همکاران، ۲۰۱۰). هو و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند: خوش‌بینی و معناییابی در زندگی، با ابعاد چندگانه رضایت زندگی ارتباط مثبت و با مشکلات روانی، اجتماعی ارتباط منفی دارد و باعث ایجاد حمایت اجتماعی برای فرد می‌شود (کاراداماس و همکاران، ۲۰۰۶).

بر اساس دیدگاه فراشناخت، مدیریت توجه در ایجاد خوش‌بینی در افراد نقش دارد که همین مسئله نقطه اتصال اندیشه‌های اسلامی با خوش‌بینی است. از یک سو، در منابع اسلامی آموزه‌های متعددی وجود دارد که انسان را برمی‌انگیزد که به صورت آگاهانه و هشیارانه توجه خود را مدیریت کند. توجه نکردن به برخی امور، مورد تأکید اسلام است. برای مثال، در منابع اسلامی بر نادیده گرفتن خطاهای دیگران، بی‌توجهی به عیوب دیگران، توجه نکردن به کاستی‌های زندگی، عدم توجه بصری به نامحرم و مانند آنها تأکید شده است. همچنین به توجه کردن به برخی امور، مثل توجه به نعمت‌های خداوند، توجه به امکانات، توانمندی‌ها، صفات و خصایص مثبت دیگران و توجه به حضور خداوند و نشانه‌های او در عالم خلقت، توصیه شده است. آیات و روایات تأکید دارند که افراد آگاهانه به این امور و مانند آن توجه کنند (نوری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۲) که این اصول می‌تواند با سازه خوش‌بینی در اسلام مرتبط باشد.

مطالعه حاضر، همچنین بیان‌کننده وجود رابطه و قابلیت پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روان (اضطراب و افسردگی) از طریق جهت‌گیری مذهبی بود. این نتایج با بسیاری از تحقیقات گذشته همخوان است. پاسل و همکاران (۲۰۱۱)، بهرامی و تاشک (۱۳۸۳) و ماسلکو (Maselko) و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیق خود نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی درونی، رابطه منفی با افسردگی در بزرگسالان دارد؛ و نیز جهت‌گیری مذهبی با افزایش سلامت روانی و کاهش اختلالات روانی رابطه دارد و قادر است تا به‌صورت مثبت سبک مقابله مذهبی مثبت را پیش‌بینی کند. همچنین در تحقیق بیابانی و همکاران (۱۳۸۷) بین جهت‌گیری مذهبی دانشجویان و اضطراب و افسردگی آنان رابطه معکوس و معناداری از لحاظ آماری وجود داشت و با افزایش جهت‌گیری مذهبی دانشجویان، افسردگی و اضطراب آنها کاهش یافته است.

در تحقیق شهیدی و دانش‌عصمت (۱۳۸۶)، افراد دارای جهت‌گیری مذهب درونی نسبت به افراد دارای جهت‌گیری مذهب بیرونی از تعهد، مهار و مبارزه‌جویی بیشتری برخوردار بودند. نورعلیزاده و جان‌نزرگی (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان دادند که احتمال زنده ماندن افراد با سطح دینداری بالاتر، در هر موقعیت بیش از دیگران است و حضور مکرر در شعائر دینی با کاهش مرگ‌ومیر همراه است. هیل (Hill) و همکاران (۲۰۰۶) رفتار منظم مذهبی، مثلاً به شکل هفتگی را با رفتارهای سلامت‌جویانه، نظیر مراقبت پیشگیرانه از بیمار شدن، استفاده از ویتامین، بستن کمربند ایمنی، انجام پیاده‌روی، ورزش مداوم، خواب سالم و عدم استعمال دخانیات مرتبط دانسته‌اند.

موئلر (Mueller) و همکاران (۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود نشان داده‌اند که تعلقات مذهبی و روحانی با سطح سلامتی بالاتر، طول عمر بیشتر و افسردگی و خودکشی کمتر، ارتباط دارد. او معتقد است مشخص‌سازی نیازهای روحانی بیماران، بهبودی در آنها را تسریع می‌کند. در تبیین ارتباط جهت‌گیری مذهبی با سلامت می‌توان گفت: بسیاری از جوامع مذهبی رفتارهایی را تقویت می‌کنند که سلامتی را افزایش می‌دهند؛ و از سوی دیگر، رفتارهای مخرب و غیرسازنده را نهی می‌کنند (علیلو و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۲۵؛ فرمپینی فراهانی و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۱۹).

دعا و مراقبه - که یکی از عناصر کلیدی در آیین‌های مذهبی است - بر سیستم‌های فیزیولوژیک تأثیر می‌گذارند و استرس را کاهش می‌دهند. حمید و ویسی (۱۳۹۱) در تحقیق خود بر روی سی نفر از زنان دارای اختلال افسردگی، نشان دادند که معنادرمانی همراه با تلاوت قرآن و دعا باعث تقویت سلول T / کمکی (CD4+) و کاهش افسردگی می‌شود. بدری‌گرگری و فرید (۱۳۹۰) اشاره می‌کنند که جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق ارزیابی اولیه، چالش‌برانگیز بودن استرس‌ها را تعدیل می‌کند. به عبارت دیگر، افرادی که باورهای مذهبی درونی دارند، قادرند حوادث و رخدادهای فشارزای زندگی را به‌منزله فرصت‌هایی برای رشد مثبت خود ببینند و این ارزیابی تأثیر مثبتی بر رفتارهای مرتبط با سلامت دارد. همچنین باورهای مذهبی از طریق معنادهی به جریان‌ها و اتفاق‌های زندگی، هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهند و از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی و افزایش کارآمدی افراد در مقابله با استرس‌های زندگی، سلامتی را بهبود می‌بخشند (علیلو و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۲۵).

حمید و ویسی (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که معنادرمانی بر بهبود وضعیت جسمانی و کاهش نشانه‌های درد مؤثر است. در تبیین ارتباط جهت‌گیری مذهبی بیرونی با متغیر تحقیق، می‌توان این‌گونه اظهار کرد که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، از مذهب برای دستیابی به اهداف، احساس امنیت و حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند (بدری‌گرگری و فرید، ۱۳۹۱؛ رضایی و همکاران، ۱۳۹۱). این امور به فرد کمک می‌کنند که از انفعال و ناتوانی خارج شود و مانع از جسمانی‌سازی شود (کوشوواها (Kushwaha)، ۲۰۱۴، ص ۵۶). این نتایج با یافته اخیر این پژوهش هماهنگ است.

## پیشنهادات

به‌منظور کنترل بهتر، مطلوب است متغیرهای زمینه‌ای نظیر جنسیت، سن، وضعیت تحصیلی و غیره نیز در یک پژوهش مجزا به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده وارد تحقیق شود.

به‌منظور ارزشیابی مؤثرتر سلامت روانی، علاوه بر پرسش‌نامه و در کنار آن، بهتر است از مصاحبه نیز استفاده شود و در راستای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، دانشجویان دیگر استان‌های کشور نیز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و مطالعه شوند.

با توجه به اینکه آرامش و رضایت انسان در گرو پیوند بُعد معنوی و ساختار روانی اوست و در صورت وجود اختلال در این رابطه، درمان واقعی او صورت نمی‌گیرد، استفاده از مشاوره‌های مذهبی کارشناسانه و معنویت‌درمانی در مراکز مشاوره دانشجویی پیشنهاد می‌شود.

تشویق مراجعان به حس دعا و فراتر رفتن از خود، بحث کردن درباره مفاهیم کلامی و مذهبی، ارجاع ایشان به قرآن و احادیث و نوشته‌های عارفان، استفاده از تنش‌زدایی معنوی و تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی، تشویق افراد به استفاده از روش‌های گذشت‌درمانی، خودافشاسازی معنوی (اعتراف برای خود)، تقویت ارتباط از طریق انجام مناسک دینی، و مشورت با مشاوران زبده مذهبی، از جمله راهکارهای پیشنهادی این مطالعه به روان‌درمانگرانی است که دانشجویان مخاطبین آنها باشند.

## منابع

- انکینسون، ریتا ال و همکاران، ۱۳۸۵، *زمینه روان‌شناسی هیپنکار، ترجمه محمدتقی برهانی و همکاران*، تهران، رشد.
- احقر، قدسی، ۱۳۹۳، «پیش‌بینی اضطراب امتحان بر اساس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی مدارس دولتی شهر تهران»، *علوم تربیتی از دیدگاه اسلام*، سال دوم، ش ۲، ص ۱۸-۲۷.
- آذربایجانی، مسعود، ۱۳۸۷، *روان‌شناسی دین از دیدگاه ویلیام جیمز*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- باقیانی مقدم، محمدحسین و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی خوش‌بینی با سلامت عمومی در دانشجویان»، *طلوع بهداشت*، دوره دوازدهم، ش ۲، ص ۸۹-۱۰۱.
- بدری گرگری، رحیم و ابوالفضل فرید، ۱۳۹۱، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزیابی چالش برانگیز بودن»، *راهبرد فرهنگ*، ش ۲۰، ص ۶۷-۸۲.
- بزرگر بفرویی، کاظم و زهرا گنجی، ۱۳۹۵، «پیش‌بینی سلامت روان بر اساس باورهای غیرمنطقی معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی شهرستان بید»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، دوره هفدهم، ش ۲، پایانی ۶۴ ص ۸۸-۹۷.
- بهرامی احسان، هادی و آهیتا تاشک، ۱۳۸۳، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، دوره سی و چهارم، ش ۲، ص ۴۱-۶۳.
- بیانی، علی اصغر و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی رابط جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان»، *اصول بهداشت روانی*، سال دهم، ش ۳، ص ۲۰۹-۲۱۴.
- پورشریفی، حمید و همکاران، ۱۳۸۹، «مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان: مطالعه مقدماتی»، مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، دانشگاه شهید بهشتی.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، *خود اثربخشی روان در مانگوری کوتاه مدت آموزش خود مهارگری، با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تئیدیگی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- حسن‌زاده طاهری، محمدمهدی و همکاران، ۱۳۹۰، «شیوع افسردگی در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی بیرجند»، *دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، دوره هجدهم، ش ۲، ص ۱۰۹-۱۱۶.
- حسینی، فریده‌سادات و همکاران، ۱۳۸۹، «پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس جهت‌گیری مذهبی در میان دانشجویان دانشگاه شیراز»، *اندیشه‌های نوین تربیتی دانشگاه الزهراء*، دوره ششم، ش ۱، ص ۵۳-۷۱.
- حمید، نجمه و شوبو ویسی، ۱۳۹۱، «اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول / T کمکی (CD4+)»، *پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآن کریم*، سال سوم، ش ۲، ص ۲۷-۳۸.
- رضایی، امیرموسی و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی اصفهان»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره دهم، ش ۶، پایانی ۲۷، ص ۵۰۹-۵۱۹.
- رفیعی هنر، حمید و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۹، «رابطه جهت‌گیری مذهبی و خود مهارگری»، *روان‌شناسی و دین*، سال سوم، ش ۱، ص ۳۱-۴۲.
- ریاحی، محمداسماعیل و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی اثرات دینداری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران»، *علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد*، سال پنجم، ش ۲، ص ۵۱-۹۰.
- سادوک، ویرجینیا و بنیامین سادوک، ۱۳۸۲، *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی*، ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی، تهران، ارجمند.
- سپهوند، تورج و همکاران، ۱۳۸۵، «رابطه سبک‌های اسناد با رخدادهای استرس‌زای زندگی و سلامت عمومی»، *پژوهش‌های*

روان‌شناختی، ش ۱۸، ص ۳۳-۴۶.

سلطانی‌فر، عاطفه و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی نشانه‌های اضطراب در دانشجویان دختر رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد»، *سلامت و بهداشت اردبیل*، سال اول، ش ۱، ص ۷-۱۳.

شریفی، طیبه و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی رابطه بین هویت‌های دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ص ۱۲۵-۱۴۲.

شهیدی، پیمان و شه‌ریار دانش عصمت، ۱۳۸۶، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی در دانشجویان»، *روان‌شناسی بهار*، دوره یازدهم، ش ۱، ص ۴۷-۶۰.

عابدینی، سمیره و همکاران، ۱۳۸۶، «شیوع افسردگی در دانشجویان پرستاری و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان»، *مجله پزشکی هرمزگان*، دوره یازدهم، ش ۲، ص ۱۳۹-۱۴۵.

عاشوری، جمال و همکاران، ۱۳۹۳، «رابطه جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی و هوش معنوی با سلامت معنوی مریبان قرآن»، *روان‌شناسی و دین*، سال هفتم، ش ۲، ص ۱۲۵-۱۳۶.

علیلو، مجید محمود و همکاران، ۱۳۹۰، «ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس چندبُعدی بهزیسی مذهبی - معنوی»، *روان‌شناسی معاصر*، دوره ششم، ش ۱، ص ۲۳-۳۶.

فرمبهنی‌فراهانی، مولود و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر دعا بر سلامت روان دانشجویان سال اول دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک»، *طب مکمل*، دوره دوم، ش ۲، پیاپی ۳، ص ۱۳۵-۱۴۸.

لبافی‌نژاد، یاسر و آسیه بساق‌زاده، ۱۳۹۱، «بررسی شیوع اضطراب و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دختر رشته پزشکی عمومی»، *سلامت کار ایران*، ش ۳، ص ۳۲-۳۸.

محمدزاده، جهان‌شاه، ۱۳۹۰، «بررسی میزان شیوع افسردگی و علائم آن در دانشجویان دانشگاه ایلام»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره نوزدهم، ش ۲، ص ۷۱-۷۶.

محمدی، سیدداود و مهناز مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۵، «ارتباط نگرش مذهبی با مکان کنترل و نقش جنسیت»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره نهم، ش ۳، ص ۴۱-۴۹.

محمدی، مهسا و همکاران، ۱۳۹۵، «پیش‌بینی امیدواری بر اساس جهت‌گیری مذهبی و چشم‌انداز زمان»، *روان‌شناسی کاربردی*، سال دهم، ش ۲، ص ۱۵۷-۱۷۴.

ملکی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۲، «رابطه صفات شخصیت، جهت‌گیری مذهبی و شادکامی با سلامت عمومی دانشجویان پرستاری»، *پرستاری ایران*، دوره بیست و ششم، ش ۸۶، ص ۹۰-۱۰۰.

نورعلیزاده میانجی، مسعود و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۹، «رابطه اضطراب وجودی و اضطراب مرضی و مقایسه آنها در سه گروه افراد بزهکار، عادی و مذهبی»، *روان‌شناسی و دین*، سال سوم، ش ۲، ص ۲۹-۴۴.

نوری، نجیب‌الله و محمدناصر سقایی‌بی‌ریا، ۱۳۸۸، «بررسی رابطه بین خوش‌بینی سرشتی و خوش‌بینی از دیدگاه اسلام با رضایت‌مندی از زندگی»، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۳، ص ۲۹-۶۸.

نوری، نجیب‌الله و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۹۲، «رابطه خوش‌بینی از دیدگاه اسلام با افکار اضطرابی و افکار فراشناختی نگرانی (فرانگرانی)»، *روان‌شناسی دین*، ش ۲۴، ص ۶۳-۷۹.

یوسفی، ناصر، ۱۳۹۱، «تأثیر شناخت درمانی مذهب‌محور و معنادارنگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، دوره سوم، ش ۱۰، ص ۱۳۷-۱۵۸.

*Pastoral Care & Counseling*, No. 57(2), P. 211-240.

- Chang, Edward C, 1998, Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being? *a preliminary investigation*, No. 25(2), P. 233-240.
- Charver, et al, 2010, Optimism, *Clinical Psychology Review*, No. 30(7), 879-889.
- Fehring, RJ, et al, 1998, Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. Marquette University in Milwaukee, WI, USA. available from: <http://www.pubmed.gov>.
- Gabler, W.M, 2004, The Relationship of Prayer and Internal Religiosity to Mental and Spiritual Well-being. Master thesis, University of Wisconsin-Stout.
- Hill, et al, 2006, Religious attendance and the health behaviors of Texas adults, *Preventive*, No. 42(4), p. 309-312.
- Ho, et al, 2010, The rol of meaning in life and optimism in promoting well-being, *Personality and Individual Differences*, No. 48(5), p. 658-663.
- Johnson, M. A, & Faith, 2004, prayer and religious observances, *Journal of Clinical Cornerstone*, No. 6(1), p. 17-24.
- Karademas, et al, 2006, Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism, *Personality and Individual Differences*, No. 40(6), p. 1281-1290.
- Kitamura T, et al, 2004, Factor structure of the Zung Self-rating Depression Scale in first-year university students in Japan, *Psychiatry Res*, No. 128(3), p. 281-287.
- Kushwaha, V, et al, 2014, A study of disability and its correlates in somatization disorder, *Asian Journal of Psychiatry*, n. 8, p. 56-58.
- Maselko, et al, 2006, Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey, *Social Science & Medicine*, No. 62(11), p. 2848-2860.
- Mays V.M, et al, 2004, The relationship of religion/spirituality to optimism, perceived health status and HIV progression in seropositive African American men who have sex with men. International Conference on AIDS, University of California, School of Public Health, Los Angeles, United States.
- McFarland, M. J, 2009, Religion and Mental Health Among Older Adults: Do the Effects of Religious Involvement Vary by Gender? Department of Sociology, University of Texas, Austin, TX 78705.
- McNulty, K, et al, 2004, Perceived uncertainly, spiritual well-being and psychological adaptation in individual with multiple sclerosis, *Journal of Family Psychology*, No. 5(1), p. 27-33.
- Morgan. P.D, et al, 2006, Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. Department of Nursing, Fayetteville State University, No. 17(2), p. 73-77.
- Mueller, et al, 2011, Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice, *Mayo Clinic Proceeding*, No. 76 (12), p. 1225-1235.
- Navara, G.S, et al, 2005, Does religious orientation affect religious coping and adjustment? *International Journal of Intercultural Relations*, No. 9(3), p. 101-110.
- Possel, et al, 2011, Bidirectional relations of religious orientation and depressive symptoms in adolescents: A short-term longitudinal study, *Psychology of Religion and Spirituality*, No. 3(1), p. 24-38.
- Yeager, D.M, et al, 2006, Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan, *Social Science & Medicine*, No. 63(8), p. 2228-2241.