

بررسی اثرات دین داری و جهت گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران

دکتر محمد اسماعیل ریاحی* (استادیارگروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران)
m.riahi@umz.ac.ir

دکتر اکبر علیوردی نیا (دانشیارگروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران)
محمدرضا بنی اسدی (دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه مازندران)
gbaniasadi@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر به دنبال توصیف و تبیین رابطه دین با سلامت روان می باشد. بدین منظور سعی شده تا با به کارگیری برخی از نظریه های اجتماعی-روانی، رابطه بین میزان دین داری، نوع جهت گیری دینی، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، و میزان خوش بینی با میزان سلامت روان مورد بررسی قرار گیرد. پژوهش حاضر به صورت پیمایشی صورت گرفته و داده های مورد نیاز با استفاده از پرسش نامه خود اجرا گردآوری شده است. نمونه آماری تحقیق شامل ۴۰۵ نفر از دانشجویان بوده اند که از بین ۷۰۸۳ نفر از دانشجویان دانشگاه مازندران به روش تصادفی طبقه ای متناسب انتخاب شده اند. نتایج توصیفی تحقیق حاکی از آن است که بر اساس مقیاس سلامت عمومی (GHQ-28)، ۵۵٪ از دانشجویان سالم تشخیص داده شده اند. همچنین حدود ۶۰٪ از دانشجویان دارای سطوح بالایی از دین داری بوده و جهت گیری دینی اکثریت آنها، جهت گیری بیرونی بوده است. ضمن آنکه دو سوم دانشجویان از خوش بینی متوسط و بیش از نیمی از آنان از حمایت اجتماعی زیاد برخوردار بوده اند. آزمون تفاوت میانگین ها نشان داد که میانگین نمره سلامت روان دانشجویان بر حسب میزان دین داری، جهت گیری دینی درونی، میزان خوش بینی و میزان حمایت اجتماعی تفاوت معناداری داشته است. با این حال، تحلیل رگرسیونی داده ها حاکی از آن بوده است که به ترتیب متغیرهای میزان حمایت اجتماعی، میزان خوش بینی،

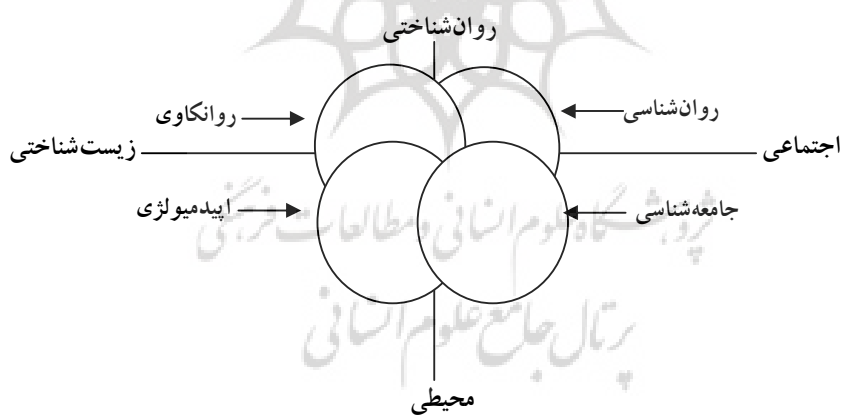
* نویسنده مسؤول

و جهت گیری دینی درونی (به شکل مستقیم و معنادار)، و جهت گیری دینی بیرونی و میزان دین داری (به شکل غیر مستقیم از طریق تأثیر بر حمایت اجتماعی و خوش بینی) بر میزان سلامت روان دانشجویان تأثیر داشته اند. از دلالت های تحقیق حاضر این است که جهت گیری دینی درونی در مقایسه با میزان دین داری و نیز جهت گیری دینی بیرونی، عامل مؤثرتری برای بهبود و افزایش سلامت روان محسوب می گردد.

کلیدواژه ها: سلامت روان، میزان دین داری، جهت گیری دینی درونی، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، میزان خوش بینی.

مقدمه

با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده ای از عوامل زیستی، روانی-اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی، و محیطی باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی دیگر تنها دغدغه دست اندر کاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی، به ویژه جامعه شناسان و روان شناسان، به بررسی آن علاقمند می گردند.



شکل شماره ۱- مهم ترین حوزه های علمی علاقمند به موضوعات سلامت روان
سویتزر و همکاران (۱۹۹۹)

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بر این باورند که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری های روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت انعطاف پذیر و معنی دار است (صالحی و دیگران، ۱۳۸۶: ۲). بعد روانی سلامتی در بسیاری از کشورهای جهان (به ویژه کشورهای جهان سوم)، به دلیل توجه اصلی به سایر اولویت های بهداشتی، از جمله بیماری های واگیردار عفونی در گذشته و یا بیماری های مزمن در عصر حاضر، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، حاکی از بحرانی بودن وضعیت سلامت روان است. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی هستند که از این عده ۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات شدید روانی، ۲۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات خفیف روانی، ۱۲۰ میلیون نفر مبتلا به عقب ماندگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفر مبتلا به صرع بوده، و ۳۰ میلیون نفر از دمانس رنج می برند (مهربانی، ۱۳۸۵: ۸). نتایج مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان می دهد که میزان شیوع اختلالات روانی، کمتر از سایر کشورها نیست (خسروی، ۱۳۸۱: ۳۲)، به طوری که مطالعات همه گیرشناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران، دلالت بر متغیر بودن شیوع این اختلالات از ۱۱/۹٪ تا ۳۰/۲٪ را دارند (محمدی، ۱۳۸۲: ۹).

جامعه شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست شناختی و یا روان شناختی نیستند، بلکه به طور هم زمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز می باشند. عوامل اجتماعی، همان گونه که می توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقاء سلامتی ایفاء نمایند در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی اند. به دیگر سخن، گرچه تردیدی نیست که افراد در میزان آسیب پذیری نسبت به بیماری های روانی با یکدیگر تفاوت های زیستی و فردی دارند، اما مسأله این است که میزان این تفاوت ها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهم تر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند به مراتب بیشتر می شود. از آنجا که گروه های مختلف اجتماعی به دلیل ویژگی ها و مشخصه های اجتماعی خود نسبت به ابتلا به بیماری های روانی با یکدیگر تفاوت دارند و برخی اقشار اجتماعی آسیب پذیری بیشتر و بعضی آسیب پذیری کمتری دارند، و نیز این ویژگی های اجتماعی تا حد زیادی تعیین

کننده شیوه پاسخ دهی مردم به ناراحتی‌ها و مشکلات روانی است و سرانجام اینکه اثر روش‌های گوناگون مواجهه و مقابله با عوارض ناشی از مشکلات روانی نیز تحت تأثیر ویژگی‌ها و مشخصه‌های اجتماعی افراد و اقشار مختلف خواهد بود، توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی بسیار مهم است (کوکرین، ۱۳۷۶: ۴). یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با سلامت روان که در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، دین‌داری (تعلق، تقید و جهت‌گیری دینی) بوده است.

دین‌داری یا تدین حالت انسان است که دین، متعلق به آن به شمار می‌رود. در واقع اطلاق لفظ دین‌داری هنگامی به کار می‌رود که مردم یا گروهی از افراد، تمام یا بخشی از تعالیم و دستورات دینی (اعم از عقاید، اخلاقیات و احکام) را پذیرفته باشند. بنابراین در مقام تعریف، می‌توان اظهار نمود که دین‌داری عبارت است از التزام فرد به دین مورد قبول خویش. این التزام در مجموعه‌ای از اعتقادات، احساسات و اعمال فردی و جمعی که حول خداوند (امر قدسی) و رابطه ایمانی با او دور می‌زند، سامان می‌پذیرد (طالبان، ۱۳۸۰: ۱۱). روند گرایش به دین و معنویت و نیز آثار و پیامدهای دین‌داری بر جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی و فردی، توسط پژوهش‌های متعددی در جوامع مختلف جهان، مورد بررسی قرار گرفته است. تجربه جوامع غربی، نشان داده است که مادی‌گرایی، در ایجاد شادی و احساس خوشبختی، کاملاً موفق نبوده است. افرادی که توجه بیشتری به ثروت، ظاهر شخصی و شهرت دارند، بیشتر دچار افسردگی، کاهش انگیزه برای زیستن و دردهای جسمانی می‌شوند. تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که مادی‌گرایی، باعث به خطر افتادن سلامت روانی و جسمی افراد می‌شود. بنا بر این، امروزه دین‌داری و معنویت برای جمعیت قابل توجهی از مردم جهان مهم و حیاتی شده است، حتی در جوامع صنعتی و فرامدرن نیز بر خلاف انتظار، گرایش به معنویت و دین‌داری فزونی یافته است (چراغی، ۱۳۸۵: ۳).

شمار زیادی از پژوهشگران در حوزه‌های علوم اجتماعی، علوم رفتاری و علوم پزشکی، علایق‌شان را برای مطالعه تأثیرات دین‌داری بر سلامت روان، نشان داده‌اند. برخی از مطالعات انجام شده، رابطه مثبتی بین دین‌داری با سلامت روان یافته‌اند، در حالی که یافته‌های دیگری وجود دارند که اعتقاد دارند که بین دین‌داری و سلامت روان رابطه‌ای وجود ندارد یا حتی، این رابطه منفی و معکوس می‌باشد.

البته، برخی از محققان معتقدند که عدم وجود رابطه بین دین داری و سلامت روان، به علت تفاوت در مقیاس ها و شیوه اندازه گیری دین داری و سلامت روان است (دزوتر، ۲۰۰۵: ۸۰۸).

نظر به نتایج نسبتاً متفاوت و گاه متناقض حاصله از پژوهش های تجربی در زمینه رابطه بین دین داری و سلامت روان در کشور های خارجی و حتی در ایران، و نیز به علت نقصان پژوهش های تجربی مبتنی بر رهیافت های نظری در این زمینه، به ویژه در بین دانشجویان دانشگاه ها، این پژوهش قصد دارد تا رابطه بین دو متغیر دین داری و سلامت روان را از منظر اجتماعی مورد بررسی قرار دهد. از این رو، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سئوالات اساسی است که چه نوع رابطه ای بین میزان دین داری و به ویژه نوع جهت گیری دینی (بیرونی - درونی) با میزان سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران وجود دارد؟ و خوش بینی و حمایت اجتماعی (به عنوان متغیر های واسطه ای)، چگونه موجب تأثیر گذاری دین داری بر سلامت روان می گردند؟

پیشینه پژوهش

پژوهش های داخلی و خارجی فراوانی راجع به رابطه دین داری و سلامت روان انجام شده است. بخش اعظم این مطالعات حاکی از اثرات مثبت دین داری بر سلامت روان بوده اند. از آن جمله می توان به پژوهش نسابه (۱۳۸۱) اشاره کرد که با هدف بررسی نقش باور ها و اعمال مذهبی در پیش بینی سلامت روان، دریافت که همبستگی معنا داری بین باور های مذهبی و سلامت روانی وجود دارد. حسنی (۱۳۸۵) نیز در تحقیقی با هدف بررسی رابطه دین داری با سلامت روان در بین دانشجویان، به این نتیجه رسید که بین دین داری و سلامت روان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. بدین معنی که دین داری با ایجاد سبک های رفتاری سالم، افزایش هیجانات مثبت و خوش بینی، کاهش احتمال بروز اختلالات روانی، و افزایش حمایت اجتماعی، سلامت روانی و کارکرد سیستم ایمنی را ارتقاء می بخشد. همچنین، چراغی (۱۳۸۵) در تحقیقی با هدف بررسی تأثیر ابعاد چهار گانه دین داری (اعتقادی، تجربی، پیامدی، مناسکی) بر سلامت عمومی دریافت که بین نمره دین داری کلی و سلامت عمومی رابطه مستقیم و معنا داری وجود دارد. این تأثیر گذاری دین داری بر سلامت روان در پژوهش های انجام شده خارجی نیز مورد تأیید قرار گرفته است. به عنوان نمونه، چاپل (۲۰۰۳) در پژوهشی کیفی و با روش فرا تحلیل به بررسی

رابطه سلامت روان و مذهب پرداخت و پس از بررسی تعداد زیادی از تحقیقات صورت گرفته در این زمینه، به این نتیجه رسید که گرچه مشکل است که علیت را در تأثیر مذهب بر سلامت روان، ثابت کنیم با این حال پیوند آشکار و مسلمی بین مذهب و سلامت روانی وجود دارد. ریپتروپ و همکاران (۲۰۰۵)، در پژوهشی به منظور فهم رابطه بین مذهب و معنویت با سلامت جسمی و روانی در بین بیماران، به این نتیجه رسیدند که بخشش، کنار آمدن مذهبی منفی، اعمال و مناسک معنوی روزانه، حمایت مذهبی، و خود ارزشیابی مذهبی - معنوی به شدت و به طور معناداری پیش بینی کننده سلامت روان بیماران مورد بررسی بوده اند. همچنین، یافته های پژوهش انجام شده توسط پاچویچ و همکاران (۲۰۰۵) با هدف بررسی پیامد های مذهب و رابطه آن با سلامت روان، حاکی از آن بوده است که اطاعت، فرمانبرداری و عبادت خالصانه برای خدا، به شخص یک قدرت باور نکردنی و عجیب و منبعی از انرژی اخلاقی و عاطفی و روحی می دهد که در مقابله با افسردگی های روانی ناشی از فشار های محیطی به او کمک می کند. دین داری تمایل به انجام رفتارهای پرخطر را کاهش می دهد. همچنین مذهب تمایل به انجام رفتار های پارانوئیدی، و سایکوپاتیک را کاهش داده و بر افسردگی، بیماری اسکیزوئید، و تضاد های عاطفی غلبه می کند. موری-المدیا و همکاران (۲۰۰۶) نیز در مطالعه ای کیفی و به صورت فراتحلیل، به بررسی شواهد علمی رابطه بین مذهب و سلامت روان پرداخته اند. یافته های این فراتحلیل نشان داده است که در اکثر مطالعات، رفتار های مذهبی رابطه معناداری با شاخص های سلامت روان (از جمله رضایت از زندگی، خشنودی، احساس مثبت، روحیه بالا) داشته اند. علاوه بر این اثرات رفتار های مذهبی بر سلامت روان، معمولاً در میان افرادی که در موقعیت های پر استرس دوره زندگی قرار دارند (مثل سالخوردگان و افرادی که در مقابل بیماری ها ناتوان و ضعیف هستند)، تأثیر گذارتر بوده است.

با این حال، برخی از پژوهش های انجام شده شواهد روشنی در تأیید اثرات دین داری بر سلامت روان نیافته اند. به عنوان مثال، داریل و دیگران (۲۰۰۳) در پژوهشی با هدف بررسی رابطه بین دین داری، استرس واضطراب روان شناختی در بین دانشجویان، دریافتند که هیچ رابطه ای میان نمرات بر اساس مقیاس نگرش به مسیحیت و مقیاس استرس، حمایت اجتماعی یا پرسش نامه سلامت عمومی، یافت نشد. فقط استرس و حمایت اجتماعی متغیرهایی بودند که به طور معناداری با سلامت عمومی در رابطه بودند. در مجموع، نتیجه حاصل شده از این پژوهش به این نکته اشاره دارد که هیچ رابطه ای بین میان دین داری

و اختلال روانی وجود ندارد. او کونرا و دیگران (۲۰۰۳) نیز در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه متقابل بین دین داری، استرس و افسردگی روان شناختی در بین دانشجویان، ارتباط معناداری بین دین داری با استرس و افسردگی روان شناختی نیافته اند.

علاوه بر مطالعه اثرات دین داری بر سلامت روان، بخش دیگری از پژوهش ها در این حوزه، تأکید زیادی بر بررسی اثرات انواع جهت گیری های دینی (بیرونی - درونی) بر سلامت روان داشته اند. این دسته از پژوهش ها که عمده مبتنی بر نظریه آپورت در زمینه تقسیم بندی جهت گیری دینی به دو نوع بیرونی و درونی می باشند، به این نتیجه رسیده اند که تنها جهت گیری دینی درونی (دین درونی شده) است که می تواند به بهبود سلامت روان منجر شود، در حالی که جهت گیری دینی بیرونی یا با سلامت روان رابطه مثبتی ندارد، و یا حتی ممکن است با اختلالات روانی همبستگی مثبتی داشته باشد. به عنوان نمونه شهزادی و دلاور (۱۳۷۶) در تحقیقی با هدف بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان در بین دانشجویان پسر شهر تهران، نتیجه گرفتند که بین جهت گیری مذهبی درونی و سلامت روان رابطه مستقیم، و بین جهت گیری مذهبی بیرونی و سلامت روان رابطه معکوس وجود داشته است. نسابه (۱۳۸۱) در بررسی نقش باور ها و اعمال مذهبی در پیش بینی سلامت روان، دریافت که جهت گیری دینی درونی با سلامت روانی رابطه معناداری داشته است، در حالی که برای جهت گیری دینی بیرونی رابطه معنی داری، به دست نیامده است. همچنین، نتایج تحقیق روغنجی (۱۳۸۴) در زمینه بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه نشان داد که تنها بین جهت گیری مذهبی درونی و سلامت روان دانشجویان، رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد. پژوهش بهرامی و رمضانی فرانی (۱۳۸۴) در بررسی نقش جهت گیری مذهبی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان مقیم مراکز بهزیستی و مقیم جامعه، نیز حاکی از رابطه مستقیم و معنادار بین باورهای مذهبی بیرونی با اختلال روان و افسردگی، و رابطه مستقیم و معنادار بین باورهای مذهبی درونی با سلامت روان بوده است. یافته های تحقیق خلیلی دوآبی (۱۳۸۴) در بررسی رابطه جهت گیری دینی با سلامت روان دانش آموزان دختر دبیرستان های شهر اهواز نشان داد که بین جهت گیری بیرونی دینی و سلامت روان رابطه معناداری وجود ندارد، اما بین جهت گیری درونی و برخی مؤلفه های اختلال روان (حساسیت در روابط فردی، افسردگی، اضطراب، ترس، روان پریشی) همبستگی منفی وجود دارد. جان بزرگی (۱۳۸۶) نیز در بررسی

رابطه بین جهت گیری دینی و سلامت روان در بین دانشجویان تمامی دانشگاه های دولتی شهر تهران، دریافت که هرچه جهت گیری دینی درونی تر می شود سلامت روانی بالاتر می رود. هر چه جهت گیری فرد در زمینه دینی بیرونی تر می شود، احساس خستگی و نشانه های بیماری در بدن بیشتر شده و میزان بی خوابی فرد بیشتر می شود. هرچه جهت گیری مذهبی بیرونی تر می شود، احساس افسردگی و گرایش به خودکشی نیز بیشتر می شود. نتیجه نهایی این پژوهش حاکی از آن است که مذهب درونی شده، به عنوان یک عامل کلیدی برای سلامت روانی نقش ایفا می کند. در نهایت، نتایج پژوهش لهسایی زاده و دیگران (۱۳۸۷) در زمینه بررسی جهت گیری مذهبی و سلامت روانی مهاجران، نشان داده است که ضریب همبستگی به دست آمده برای جهت گیری دینی درونی با سلامت روان مهاجران برابر با ۰/۷۹ و برای جهت گیری دینی بیرونی برابر با ۰/۷۵- می باشد. دیزوتر و همکاران (۲۰۰۶) نیز که به بررسی رابطه نگرش ها و رفتار های مذهبی در رابطه با سلامت روان پرداخته بودند، به این نتیجه رسیدند که جهت گیری دینی و رویکرد های شناختی- مذهبی در رابطه با مذهب (یعنی نگرش مذهبی) رابطه معناداری با وضعیت آسایش و سلامتی افراد داشتند، در حالی که بین مناسک مذهبی (انجام اعمال و رفتارهای مذهبی) با سلامتی رابطه معناداری مشاهده نشد.

همچنین، راجع به نقش واسطه ای متغیرهای حمایت اجتماعی و خوش بینی در ارتباط با دین داری و اثرات ترکیبی آن ها بر سلامت روان، پژوهش های اندکی صورت گرفته است. پژوهش پور حسین (۱۳۸۷) در بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه مازندران، نشان داد که دین داری هم به صورت مستقیم و هم از طریق افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، موجب افزایش و بهبود سلامت روان دانشجویان شده است. کوریگن و دیگران (۲۰۰۳)، در بررسی نقش مذهب و معنویت در زندگی افرادی که دارای بیماری روانی شدید هستند، دریافتند که مذهب، حمایت اجتماعی جوامع مذهبی را برای شخص مبتلا به اختلالات روانی فراهم می کند. همچنین، اوکونرا و دیگران (۲۰۰۳) گرچه در بررسی رابطه متقابل بین دین داری، استرس و افسردگی روان شناختی در بین دانشجویان، ارتباط معناداری بین دین داری با استرس و افسردگی روان شناختی نیافته اند؛ اما در عوض، دریافتند که متغیری مانند حمایت اجتماعی تأثیر زیادی در سلامت روان دانشجویان داشته است؛ بدین معنی که برخورداری از حمایت اجتماعی بالاتر موجب کاهش استرس و افسردگی روان شناختی شده

است. شهنی ییلاق و دیگران (۱۳۸۳) در تحقیقی با هدف بررسی برآزش مدل رابطه بین چهار متغیر نگرش‌های مذهبی، خوش‌بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در بین دانشجویان، دریافتند که مسیرهای مستقیم از نگرش‌های مذهبی به خوش‌بینی، از خوش‌بینی به سلامت روانی و از سلامت روانی به سلامت جسمانی معنا دار بوده است، در حالی که مسیرهای غیرمستقیم از نگرش‌های مذهبی به سلامت روانی و جسمانی و از خوش‌بینی به سلامت جسمانی معنا دار نبود.

مروری گذرا بر پژوهش‌های خارجی و داخلی انجام شده در زمینه دین داری و سلامت روان نشان می‌دهد که علی‌رغم کثرت تحقیقات انجام شده در سایر کشورها، به ویژه کشورهای غربی، پذیرش بی‌قید و شرط نتایج و تعمیم یافته‌های حاصله، به عللی نظیر نتایج متفاوت و گاه متضاد پژوهش‌های انجام شده در زمینه رابطه دین داری و سلامت روان، و نیز تفاوت‌های اجتماعی-فرهنگی فضای این کشورها با ایران، می‌تواند اقدامی غیرعلمی و حتی گمراه‌کننده محسوب گردد. از سوی دیگر، کمیت پژوهش‌های داخلی انجام شده در زمینه رابطه دین داری و سلامت روان، در مقایسه با پژوهش‌های خارجی اندک بوده و به لحاظ کیفی نیز بخش اعظم آن‌ها از منظر روان‌شناسی و یا پزشکی صورت گرفته و عمدتاً به صورت توصیفی انجام شده‌اند. از این رو، پژوهش حاضر سعی دارد تا رابطه بین دین داری و سلامت روان را با نگاه عمیق‌تری به نوع جهت‌گیری دینی (بیرونی-درونی)، و با تکیه بر برخی از متغیرهای اجتماعی-روانی نظیر حمایت اجتماعی و خوش‌بینی در بین دانشجویان مورد بررسی قرار دهد.

مبانی نظری

چهار سبک اندیشه جامعه‌شناختی راجع به اختلال روانی وجود دارد: (۱) سبک سبب‌شناختی،^۱ تعریف رایج از بیماری روانی را می‌پذیرد و علل اجتماعی آشفتگی‌های روانی در افراد را جستجو می‌کند، (۲) سبک روان‌شناسی جامعه‌شناختی،^۲ این مطلب را مورد بررسی قرار می‌دهد که چگونه نشانه‌های اختلال روانی، محصولات فرهنگی بافت‌های تاریخی و اجتماعی خاص هستند، (۳) سبک پاسخ اجتماعی،^۳ شاخص‌های سنتی بیماری روانی را به عنوان یک مبنای پذیرفته شده به کار می‌برد و تغییرات

1 . Etiological

2 . Sociological Psychology

3 . Social Response

اجتماعی در واکنش به این نشانه‌ها را مطالعه می‌کند، (۴) رویکرد تفسیرگرایی اجتماعی،^۱ به اختلال روانی، جدا از ساختارهای فرهنگی و کنش‌گران اهمیت نمی‌دهد. در این منظر، اختلالات روانی در واقع تعاریف اجتماعی هستند. در یک مقایسه کلی، می‌توان گفت که ابعاد سبب‌شناختی و روان‌شناسی جامعه‌شناختی، به مطالعه این موضوع می‌پردازند که چگونه اختلالات روانی در افراد خاص ظاهر می‌گردد. در مقابل، مکاتب پاسخ اجتماعی و تفسیرگرایی اجتماعی به تبیین شیوه‌هایی می‌پردازند که گروه اجتماعی برای پاسخ و واکنش نسبت به نشانه‌های روانی تعریف می‌کنند (هورویتر، ۱۹۹۹: ۶۰-۵۷).

جنبه جامعه‌شناختی رویکرد سبب‌شناختی آن است که نشانه‌ها و حالات روانی، از موقعیت‌های افراد در ساختار اجتماعی ناشی می‌شوند. این رویکرد بر نقش سبب‌شناختی فشارهای مزمن (نظیر فقر یا زندگی در خانواده‌های تک‌والد)، حوادث حاد زندگی (نظیر بیکاری یا فسخ زناشویی)، جنبه‌هایی از نقش‌های اجتماعی (نظیر تعارض نقش، گرانباری نقش، یا فشار نقش)، و میزان حمایت اجتماعی به هنگام درگیری با عوامل تنش‌زا، تأکید دارد. مطالعات جامعه‌شناختی، همچنین بیشتر به دنبال بررسی میزان‌های متفاوت اختلال روانی در میان مکان‌ها (ملت‌ها، شهرها، مناطق) یا گروه‌های اجتماعی متفاوت (طبقه اجتماعی، گروه اجتماعی، منزلت اجتماعی، جنسیت و سن) هستند تا اینکه چرا افراد خاص، نشانه‌های بیماری‌های روانی را تجربه می‌کنند. در چهارچوب سبک سبب‌شناختی در این پژوهش از ترکیبی از نظریات دورکیم، آلپورت، کونینگ، و آیدلر-کامل جهت بررسی رابطه دین‌داری و سلامت روان استفاده شده است.

نظریات انسجام اجتماعی و جامعه‌شناسی دینی دورکیم

همبستگی یا انسجام اجتماعی، نقش مهمی در نظریه‌های امیل دورکیم دارد. او چنین استدلال می‌کند که مشخصه جوامع ما قبل صنعتی، ادغام اجتماعی چنان شدیدی است که فرد‌گرایی در آن مستحیل است. با پیدایش صنعتی شدن و تقسیم کار، شکل ادغام اجتماعی تضعیف شد و تغییر نمود. دورکیم، نظریه انسجام اجتماعی خود را در بررسی آنچه که او آن را کنش‌نهایی فرد، یعنی خودکشی می‌دانست، به کار برد (آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۶۱). او چنین استدلال کرده است که خودکشی، به رغم ماهیت به ظاهر

فردی اش، مبتنی بر فرآیندهای بنیادی اجتماعی است. دورکیم، تبیین های روان‌شناختی ارائه شده در مورد خودکشی را رد می‌کند و خودکشی را نتیجه عوامل گوناگونی از جمله تضعیف شدن نقش حمایتی نهاد های اجتماعی مثل خانواده و مذهب و...، در هم ریختن و از هم پاشیدگی نظام اجتماعی و احساس تنهایی و مطرود بودن فرد می‌داند. بنابراین همان عوامل اجتماعی که پدید آورنده جریان های خودکشی زاهستند، آمادگی روانی را برای این عمل نیز به وجود می‌آورند (گیدنز، ۱۳۶۳: ۳۷-۳۸). از آنجا که خودکشی، واضح‌ترین شکل از ناسلامتی است که در نهایت، به مرگ افراد منجر می‌گردد، نظریه پردازان متأخر سعی کرده اند تبیین دورکیم راجع به اثرات انسجام اجتماعی بر خودکشی را به بحث اختلافات روانی نیز تعمیم دهند. پژوهشگران کنونی با استفاده از فرضیه های دورکیم، کوشیده اند تا رابطه بین حمایت اجتماعی و بیماری را بیابند. استدلال آن‌ها از این قرار است که اگر یگانگی و انسجام اجتماعی در جامعه ای ضعیف باشد در این صورت، افراد از حمایت اجتماعی بی بهره اند و از همین رو، بیشتر در معرض بیماری (جسمی و روانی) قرار می‌گیرند. برعکس، حمایت اجتماعی (ناشی از انسجام و یگانگی اجتماعی قوی)، افراد را از بیماری (جسمی و روانی) در امان نگه می‌دارد (آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۶۱). در واقع، انسجام اجتماعی از طریق فراهم آوردن حمایت اجتماعی مناسب، شرایطی را فراهم می‌کند که می‌تواند به سلامت روان افراد منجر گردد. کوشش‌های انجام شده برای اندازه گیری کیفیت روابط حمایت کننده منجر به این اندیشه شد که شاید این کیفیت، به شکل رابطه واقعی وجود ندارد، بلکه در ادراکات و توقعات شخصی که مورد حمایت قرار می‌گیرد، نهفته است. اگر حمایت اجتماعی صرفاً عبارت از عقیده به وجود آن باشد، در این صورت افرادی که شدیداً به آن اعتقاد دارند باید بیش از آنهایی که فاقد چنین اعتقادی هستند، از بیماری محافظت شوند. نمونه این پدیده، اعتقاد مذهبی است که ضمن آن شخص از حمایت ادراک شده خداوند برخوردار است و هم از حمایت جامعه مذهبی ای که به آن تعلق دارد. علاوه بر این، مذهب می‌تواند از لحاظ پرورش نگرش‌هایی که به فرد، دیدگاهی کمک کننده در روپرو شدن با وضعیت‌هایی پرتنش می‌بخشد، مفید باشد. این امر با نظریه دورکیم که معتقد است خودکشی‌ها در میان گروه‌های مذهبی ای که بر احساس همبستگی خود تأکید می‌کنند کمتر متداول است، مطابقت دارد (همان: ۶۴).

علاوه بر این، به نظر دور کیم دین یک پدیده سراسر جمعی، و وسیله ای است که انسان ها را به همدیگر پیوند می دهد. به اعتقاد او، دین تنها یک نظام عقاید نیست. دین قبل از هر چیز نظامی از نیروهاست. انسانی که زندگی مذهبی دارد، قبل از هر چیز کسی است که قدرتی را احساس می کند که به طور معمول، خود فاقد آن است و وقتی که در حالت مذهبی نیست، احساسش نمی کند. انسانی که حیات مذهبی دارد، باور دارد که در نیروی مسلط بر خویش مشارکت می کند، نیرویی که در عین حال حمایتش می کند و او را به فراسوی خود می خواند. با تکیه بر همین نیروهاست که به نظرش می رسد می تواند بهتر با ابتلائات و مشکلات زندگی مواجه شود و حتی می تواند طبیعت را در برابر خود به زانو در آورد (دور کیم، ۱۳۸۱: ۲۰۵). به عقیده دور کیم آیین های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت کنندگان به یکدیگر، باعث همبستگی جامعه می شود. کارکرد دین در جامعه، یک پارچه کردن و انسجام آن است (استونز، ۱۳۷۹: ۸۵-۸۴).

هاری آلپر^۱، پژوهشگر دور کیمی، چهار کارکرد عمده را برای دین به عنوان نیروهای اجتماعی از نظر دور کیم چنین بر می شمرد: ۱- انضباط بخشی (آماده سازی انسان ها برای زندگی اجتماعی از طریق تحمیل انضباط بر نفس و خویشن داری)، ۲- انسجام بخشی (تحکیم همبستگی اجتماعی از طریق گردهم آوردن مردم در مراسم مذهبی و تصدیق مجدد پیوندهای مشترک)، ۳- حیات بخشی (احیاء و ابقاء میراث اجتماعی گروه از طریق اجرای مراسم دینی و انتقال ارزش های پایدار آن به نسل های آینده)، و ۴- خوشبختی بخشی (مقابله با احساس ناکامی و فقدان ایمان با برانگیختن احساس خوشبختی در میان مؤمنان و احساس اطمینان به حقانیت جهان اخلاقی شان) (کوزر، ۱۳۸۵: ۲۰۰). جامعه شناسان نوین، افکار امیل دور کیم را تکمیل کرده کارکرد های اجتماعی متعددی برای مذهب تشخیص داده اند: از جمله همبستگی اجتماعی، دادن معنی به زندگی، کنترل اجتماعی، و حمایت روانی (مذهب افراد را در دنیای ناامنی ها، به ویژه ناامنی های روانی مورد حمایت عاطفی قرار می دهد و آن ها را در حوادث مهم زندگی یاری می دهد) (رابرتسون، ۱۳۷۲: ۳۳۷-۳۳۶).

1 -Harry Alpert

نظریه جهت گیری دینی آلپورت

گوردون آلپورت^۱ نخستین فردی است که به تفکیک تصور (جهت گیری) بیرونی از تصور (جهت گیری) درونی دین، همت گمارد. وی معتقد است، تدین بیرونی (جهت گیری دینی بیرونی) یک نوع نگرش دینی است که فایده نگرانه، در خدمت شخص، و حافظ منافع او است. این افراد مستعدند که از دین برای اهداف خود استفاده کنند. ارزش های آنها، ابزاری و فایده نگرانه است. این اشخاص ممکن است دین را به صورت های مختلف برای رسیدن به منافع خود، از جمله: برای فراهم آوردن امنیت و سکون خاطر، معاشرت و سرگرمی، شأن و حیث اجتماعی و خود را بر حق جلوه دادن و ... به کار ببرند. اینان یا به عقاید دین خود اعتقاد راسخ ندارند یا آنها را متناسب با نیازهای دلخواه خود، گزینش کرده و شکل می دهند. آنها رو به خدا می کنند بدون اینکه از خود روی بگردانند. این در حالی است که تدین درونی (جهت گیری دینی درونی) خصیصه کسانی است که کل عقاید دین خود را، بی قید و شرط، در ذهن و ضمیر خود رسوخ داده اند و از آنچه ناظر به هم نوع دوستی و خدمت به انسان ها است، دریغ نمی کنند. اینان بیشتر عزم جزم کرده اند که به دین خدمت کنند، نه اینکه دین را به خدمت خود در آورند. انگیزه اصلی شان تدین است و نیازهای دیگرشان را، هر چه قدر هم شدید و زور آور باشند، دارای اهمیت نهایی کمتری می دانند و این نیازها را، با عقاید و احکام دینی هماهنگ می سازند. پس از پذیرفتن عقاید دین خود، می کوشند تا آنها را ملکه ذهن و ضمیر خود کنند و از آنها تبعیت کامل داشته باشند. درونی بودن، یک جهت گیری دینی پخته است که با سازگاری عاطفی و اجتماعی پیوند مثبت برقرار نموده است، در حالی که انطباق دینی بیرونی و ناپخته، با سازگاری و سلامت روان، همبستگی منفی برقرار کرده است. آلپورت معتقد است که برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت بالغ و سالم، یک دین داری عمیق (درونی) لازم است (روغنچی، ۱۳۸۴: ۵۷).

نظریه آیدلر و کامل

بر اساس اظهارات آیدلر و کامل (۱۹۹۲)، سازوکارهای علی پیوند دهنده مذهب با سلامتی را روی هم رفته، می توان در سه دسته به شرح زیر جای داد:

1- Gordon Alport

۱- گروه‌های مذهبی دارای کارکرد نظم بخشی و انتظام‌دهی به رفتار اعضایشان هستند و بر این اساس رفتارهای مربوط به سلامتی و بهداشت آن‌ها (نظیر استعمال دخانیات، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و تحرک جسمی، و نوشیدن مشروبات الکلی) را به دو دسته رفتارهای تجویز شده و رفتارهای تحریم شده تقسیم‌بندی می‌نمایند.

۲- تعهد و تقید مذهبی، سبب تعلق افراد به شبکه‌ای از اشخاص هم عقیده می‌گردد که می‌توانند در مواقع مورد نیاز به همدیگر کمک کنند. بدین ترتیب با افزایش یافتن داشته‌های مشترک فردی^۱ و میزان حمایت اجتماعی^۲ مخاطرات بهداشتی به حداقل کاهش می‌یابد.

۳- تعهد و تقید مذهبی به افراد کمک می‌کند تا چشم انداز مثبت و خوش بینانه‌ای راجع به زندگی داشته باشند، که به این ترتیب سلامت روانی آن‌ها به حداکثر ممکن افزایش می‌یابد. بنابراین تأثیرات مذهب بر روی سلامتی و بهزیستی افراد را می‌توان شامل تأثیر شبکه‌های اجتماعی^۳، حمایت اجتماعی و مشارکت در مراسم و شعایر سازمان یافته‌ای دانست که به زندگی افراد معنا می‌دهد (وازرمن و تروواتو، ۱۹۹۶: ۵۶-۴۳).

نظریه هارولد کوئینگ

هارولد کوئینگ، مذهب و عبادت را چیزی فراتر از کلمات و پاسخ‌های فیزیولوژیکی می‌داند. تحقیقات او به خوبی نشان می‌دهد که افراد مذهبی زندگی سالم تری دارند و به طور کلی احساس خوشبختی بیشتری می‌نمایند، کمتر بیمار شده و یا دچار افسردگی می‌شوند و اگر چنانچه دچار این گونه مشکلات شوند سریع‌تر بهبود می‌یابند (نوابخش و پوریوسفی، ۱۳۸۵: ۹۰). کوئینگ، ده سازوکار برای تبیین رابطه بین مذهب و سلامت روان، به شرح زیر ارائه می‌کند:

(۱) مذهب باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویداد های ناگوار زندگی مثل فقدان یا بیماری یاری می‌رساند. (۲) مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی نشان دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود. (۳) افراد

1- Individual's Pool Resources

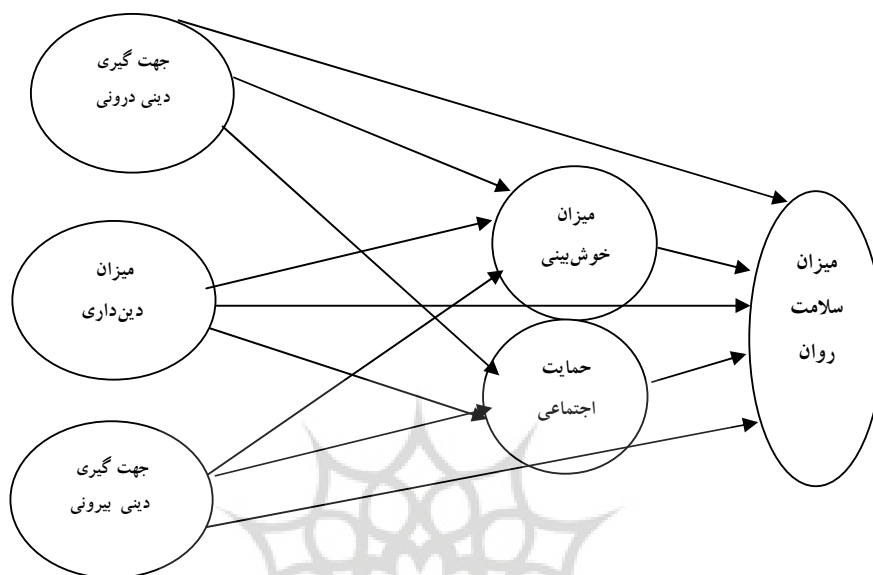
2- Social Support

3- Social Networks

مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که قابل پذیرش نیستند، راحت تر سازگار می شوند. (۴) مذهب باعث ایجاد امید شده و امید، باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می شود که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می کند. (۵) افراد مذهبی احساس آزادی شخصی بیشتری نسبت به دیگران می کنند. آن‌ها وابستگی عاطفی کمتری به اطرافیان دارند. (۶) احساس کنترل در افراد مذهبی به واسطه دعا کردن ایجاد می شود، به این گونه که دعا کردن باعث احساس کنترل غیر مستقیم بر شرایط به ظاهر غیر قابل تغییر و ناگوار می شود. (۷) افراد مذهبی از شخصیت های دینی که رنج بسیار کشیده اند، الگو برداری می کنند و این مسئله باعث افزایش تحمل و پذیرش موقعیت های غیر قابل تغییر و ناگوار می شود. (۸) افراد مذهبی از الگوی تصمیم گیری خاصی استفاده می کنند. این الگو، فرد را در جهت افزایش تصمیم گیری های مفید برای خود و اطرافیان، و کاهش تصمیم گیری های خود مخرب سوق می دهد. این امر تا حدی از شدت استرس های زندگی می کاهد. (۹) مذهب تنها منبع پاسخ گو به سئوالات نهایی است، به ویژه در موارد اضطراری که علم قادر نیست به فرد کمک کند. این مسئله به خصوص در موارد جدی مثل بیماری های لاعلاج از اهمیت خاصی برخوردار است و (۱۰) مذهب باعث برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بیشتر می شود. این امر به سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی، روحانیون و حتی خداوند ایجاد می شود (چراغی، ۱۳۸۵: ۳۵).

با عنایت به اهداف تحقیق و نیز چهارچوب نظری مورد استفاده، فرضیات پژوهش به شکل زیر طراحی شده است:

- ۱- به نظر می رسد تفاوت معنی داری در میزان سلامت روان دانشجویان بر حسب میزان دین داری آن‌ها وجود دارد.
- ۲- به نظر می رسد تفاوت معنی داری در میزان سلامت روان دانشجویان بر حسب نوع جهت گیری دینی (بیرونی - درونی) آن‌ها وجود دارد.
- ۳- به نظر می رسد تفاوت معنی داری در میزان سلامت روان دانشجویان بر حسب میزان حمایت اجتماعی ادراک شده آن‌ها وجود دارد.
- ۴- به نظر می رسد تفاوت معنی داری در میزان سلامت روان دانشجویان بر حسب میزان خوش بینی آن‌ها وجود دارد.
- ۵- به نظر می رسد تفاوت معنی داری در میزان خوش بینی دانشجویان بر حسب میزان دین داری آن‌ها وجود دارد.



۶- به نظر می رسد تفاوت معنی داری در میزان خوش بینی دانشجویان بر حسب نوع جهت گیری دینی (بیرونی - درونی) آن‌ها وجود دارد.

۷- به نظر می رسد تفاوت معنی داری در میزان خوش بینی دانشجویان بر حسب میزان حمایت اجتماعی ادراک شده آن‌ها وجود دارد.

۸- به نظر می رسد تفاوت معنی داری در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده دانشجویان بر حسب میزان دین داری آن‌ها وجود دارد.

۹- به نظر می رسد تفاوت معنی داری در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده دانشجویان بر حسب نوع جهت گیری دینی (بیرونی - درونی) آن‌ها وجود دارد.

روش پژوهش

در این تحقیق، از روش پیمایش - که امکان دستیابی به نتایج تعمیم پذیر به کل جامعه آماری را از طریق مطالعه ی نمونه ای معرف فراهم می آورد، استفاده شده است.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر را تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه مازندران (پرديس دانشگاه) تشکیل می دادند که تعداد آنها بنا بر گزارش معاونت آموزشی دانشگاه در بهار سال ۱۳۸۷، برابر با ۷۰۸۳ نفر بوده است. بر اساس فرمول نمونه گیری کوکران و با احتمال خطای ۵٪ (دواس، ۱۳۷۶: ۷۸)، تعداد ۴۰۵ نفر از دانشجویان مذکور به عنوان نمونه تحقیق انتخاب گردیدند. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب^۱، ابتدا جامعه آماری بر حسب متغیرهای جنسیت و دانشکده- رشته به طبقات گوناگونی تقسیم شده و سپس از هر طبقه، متناسب با حجم هر طبقه، تعداد نمونه‌های مورد نیاز انتخاب شده است.

ابزار گردآوری داده ها

داده های تحقیق حاضر از طریق پرسش نامه خود اجرا^۲ گرد آوری گردید. این پرسش نامه دارای سه بخش اصلی به شرح زیر بود:

بخش اول: ویژگی های اجتماعی - جمعیتی پاسخ گویان (نظیر سن، جنس، رشته تحصیلی، وضع تأهل، دانشکده، رشته، و دوره تحصیلی)

بخش دوم: متغیرهای مستقل تحقیق شامل دین داری، جهت گیری دینی، خوش بینی و حمایت اجتماعی

بخش سوم: متغیر وابسته تحقیق (سلامت روان)

متغیرهای مستقل و وابسته

متغیر وابسته تحقیق، میزان سلامت روان دانشجویان است. این پژوهش قصد دارد تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق (یعنی میزان دین داری، نوع جهت گیری دینی، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و میزان خوش بینی) را بر نوسانات و تغییرات میزان سلامت روان مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد. به طور مشخص، متغیرهای دین داری و حمایت اجتماعی از نظریات دور کیم و آیدلر-کامل، نوع جهت گیری

1 - Proportional Stratified Random Sampling

2. Self-administered Questionnaire

دینی از نظریه آلپورت، و میزان خوش بینی از نظریات آیدلر-کامل و کوئینگ مشتق شده اند. تمام متغیرهای مستقل و وابسته در سطح سنجش فاصله ای سنجیده شده اند.

تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم

سلامت روان: بنا بر تعریف کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب می باشد. سلامت روان، تنها نداشتن بیماری های روانی نیست بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی دار است (صالحی و دیگران، ۱۳۸۶: ۲). به منظور عملیاتی کردن مفهوم سلامت روان، در این پژوهش از مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) استفاده شده است. این مقیاس دارای ابعاد چهارگانه: اضطراب و اختلال در خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی، افسردگی، و علایم جسمانی می باشد. روش نمره گذاری در هر یک از گویه های این مقیاس به این صورت است که کسانی که طی یک ماه گذشته در زمینه های مورد نظر هیچ گاه احساس ناراحتی نکرده اند، نمره صفر می گیرند و کسانی که احساس ناراحتی داشته اند، برای هر ماده نمره ۳ می گیرند. این مقیاس، در مجموع شامل ۲۸ گویه می باشد، که نقطه برش، برای کل مقیاس نمره ۲۳ (و برای هر یک از ابعاد ۱۴) می باشد، به این معنی که نمره کمتر از ۲۳ نشان دهنده سلامت روان و نمرات بالاتر از ۲۳ نشان دهنده ناسلامتی روانی (مشکوک به اختلال روانی) می باشد.

گلدبرگ (۱۹۸۰) همبستگی نمرات GHQ و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات روانی را ۰/۸۰ گزارش نمود. خزاییلی (۱۳۷۵) می نویسد «به نظر گلدبرگ فرم های مختلف GHQ» دارای روایی و کارایی بالایی هستند (به نقل از کرمی، ۱۳۸۰: ۳). اما در مورد پایایی در داخل کشور نیز تحقیقات متعددی روی جمعیت های مختلف آماری دانشجویان، دانش آموزان و کارمندان به عمل آمده است که در این تحقیقات میزان پایایی بالایی (آلفا حدود ۰/۸۲ درصد) گزارش شده است. در این تحقیق، ضریب پایایی^۱ محاسبه شده برای مقیاس GHQ-28 براساس ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹۱۰ بوده است که

بیانگر همسازی درونی^۱ بسیار مناسب بین گویه های طرح شده در مقیاس مذکور می باشد (جدول شماره یک).

میزان دین داری: دین داری یا تدین عبارت است از التزام فرد به دین مورد قبول خویش. این التزام در مجموعه ای از اعتقادات، احساسات و اعمال فردی و جمعی که حول خداوند (امر قدسی) و رابطه ایمانی با او دور می زند، سامان می پذیرد (طالبان، ۱۳۸۰: ۹). در این پژوهش، برای عملیاتی کردن و سنجش میزان دین داری از مدل سراج زاده (۱۳۷۷) استفاده شده است. این مدل، مستخرج از مدل گلاک و استارک در مورد میزان دین داری است و با قواعد دین اسلام منطبق شده است. مدل مذکور، دارای ابعاد چهار گانه؛ اعتقادی، مناسکی، عاطفی و پیامدی است. دامنه نمرات در هر یک از ابعاد دین داری، از ۱ (به منزله عدم اعتقاد) تا ۵ (اعتقاد کامل) می باشد. میزان دین داری، حاصل ترکیب ابعاد چهار گانه مذکور است. مقدار حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس می توانست بین ۲۶ (عدم اعتقاد به تمامی گویه های ۲۶ گانه) تا ۱۳۰ (اعتقاد کامل به تمامی گویه ها) باشد که به طور واقعی در این تحقیق نمرات ۱۳۰-۴۲ به دست آمده است. سپس این نمرات (در سطح سنجش فاصله ای)، در سه مقوله دین داری ضعیف (نمرات ۷۱-۴۲)، متوسط (نمرات ۱۰۰-۷۱)، و قوی (نمرات ۱۳۰-۱۰۱) دسته بندی گردیدند. پایایی مقیاس دین داری به تفکیک ابعاد دین داری، در تحقیقات زیادی از جمله در تحقیق سراج زاده (بعد اعتقادی = $0/81$ ، تجربی = $0/75$ ، پیامدی = $0/72$ ، و مناسکی = $0/83$) به دست آمده است. در این تحقیق، ضریب پایایی محاسبه شده برای مقیاس دین داری بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، برابر با $0/86$ بوده است که بیانگر همسازی درونی بسیار مناسب بین گویه های طرح شده در مقیاس مذکور می باشد (جدول شماره یک).

جهت گیری دینی: جهت گیری دینی، عبارت است از روی آورد کلی شخص که از دین یا مذهب اتخاذ شده است. یعنی در ارتباط با موجودی متعالی (قدسی) مجموعه ای از اعتقادات، اعمال و تشریفات خاص را در زندگی دارد (آذربایجانی، ۱۳۸۲: ۲۵). آپورت به دو نوع جهت گیری بیرونی و درونی اشاره می کند. جهت گیری دینی بیرونی، یک نوع نگرش دینی است که فایده نگرانه، در خدمت شخص و حافظ منافع او است. جهت گیری دینی درونی خصیصه کسانی است که کل عقاید دین خود را، بی قید و شرط، در ذهن و ضمیر خود رسوخ داده اند (روغنچی، ۱۳۸۴: ۵۷). در پژوهش حاضر، برای عملیاتی

کردن مفهوم جهت گیری دینی، از مقیاس جهت گیری دینی (درونی- بیرونی) آلپورت استفاده شده است. این مقیاس از ۲۱ گویه ساخته شده است. ۱۱ گویه اول آن به اندازه گیری جهت گیری دینی بیرونی پرداخته و ۱۰ گویه بعدی، جهت گیری دینی درونی را مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره گذاری برای گویه های مقیاس جهت گیری دینی بدین شکل بوده که در بعد جهت گیری دینی بیرونی، نمره ۱ به منزله کاملاً مخالف و نمره ۵ کاملاً موافق در نظر گرفته شده است. این نمره گذاری، برای بعد جهت گیری دینی درونی، کاملاً برعکس بوده است. از این رو، امکان جمع کردن دو بعد بیرونی و درونی وجود ندارد و نمرات هر یک از ابعاد به طور جداگانه محاسبه می شود. مقدار حداقل و حداکثر نمرات بعد جهت گیری دینی بیرونی می توانست بین ۱۱ (کاملاً مخالف با تمام گویه های ۱۱ گانه) تا ۵۵ (کاملاً موافق با تمام گویه ها) باشد که به طور واقعی در این تحقیق، نمرات ۴۶-۱۲ به دست آمده است. سپس این نمرات، در سه مقوله جهت گیری دینی بیرونی پایین (نمرات ۲۳-۱۲)، متوسط (نمرات ۳۵-۲۴)، و بالا (نمرات ۴۶-۳۶) دسته بندی گردیدند. همچنین، مقدار حداقل و حداکثر نمرات بعد جهت گیری دینی درونی می توانست بین ۱۰ (کاملاً موافق با تمام گویه های ۱۰ گانه) تا ۵۰ (کاملاً مخالف با تمام گویه ها) باشد که به طور واقعی در این تحقیق، نمرات ۴۷-۱۰ به دست آمده است. سپس این نمرات، در سه مقوله جهت گیری دینی درونی پایین (نمرات ۴۷-۳۶)، متوسط (نمرات ۳۵-۲۳)، و بالا (نمرات ۲۲-۱۰) دسته بندی گردیدند. پایایی این مقیاس توسط مختاری در بین دانشجویان دانشگاه تهران، بر اساس آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۱ بود (مختاری، ۱۳۷۹). در این تحقیق، ضریب پایایی محاسبه شده برای مقیاس جهت گیری دینی آلپورت بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۶۹۰ بوده است که بیانگر همسازی درونی نسبتاً مناسب بین گویه های طرح شده در مقیاس مذکور می باشد (جدول شماره یک).

خوش بینی: خوش بینی یکی از خصوصیات مثبت انسان است و به جهت گزینی ای اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند و این پیامدهای مثبت به عنوان عوامل ثابت، کلی، و درونی در نظر گرفته می شوند (پیترسون، ۲۰۰۰، به نقل از شهنی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۳: ۲۰). به منظور عملیاتی کردن مفهوم خوش بینی، از آزمون جهت گیری زندگی (lot) شیرر و کارور^۲ (۱۹۸۵) استفاده شده

1. Life Orientation Test (lot)
2-Scheier and Carver

است. این مقیاس دارای دارای دو بعد انتظارات (با سه گویه) و نگرش به آینده (با سه گویه) می باشد. در مجموع، در این مقیاس نمره ۱ به خوش بین نبودن و نمره ۵ به معنای خوش بینی بالای فرد پاسخ گو است. مقدار حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس می توانست بین ۶ (کاملاً مخالف با تمامی گویه های ۶ گانه یعنی کاملاً بدبین) تا ۳۰ (کاملاً موافق با تمامی گویه های ۶ گانه یعنی کاملاً خوش بین) باشد که به طور واقعی در این تحقیق نمرات ۳۰-۱۰ به دست آمده است. سپس این نمرات، در سه مقوله خوش بینی کم (نمرات ۱۰-۱۶)، متوسط (نمرات ۱۷-۲۳)، و زیاد (نمرات ۲۴-۳۰) دسته بندی گردیدند. اعتبار بالای این مقیاس توسط شیرر و کارور و متخصصان دیگر مورد تأیید قرار گرفته است (کار، ۱۳۸۵: ۱۷۱-۱۷۰). در این تحقیق، ضریب پایایی محاسبه شده برای مقیاس جهت گیری زندگی (خوش بینی) بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۵۶۰ بوده است که بیانگر همسازی درونی نسبتاً مناسب بین گویه های طرح شده در مقیاس مذکور می باشد (جدول شماره یک).

میزان حمایت اجتماعی ادراک شده: حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قایلند و اینکه او به یک شبکه اجتماعی متعلق است (گاجل و دیگران، ۱۳۷۷؛ ۱۰۷). همچنین، حمایت اجتماعی را می توان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرد (سارافینو، ۱۹۹۸). برای سنجش حمایت اجتماعی، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۱ که توسط زیمت^۲ و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده، مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس ۱۲ گویه ای دارای سه بعد حمایت از سوی خانواده، دوستان، و دیگران مهم (که هر یک به طور مساوی دارای ۴ گویه بوده اند) می باشد. حاصل ضرب ۱۲ گویه که دامنه آن از رقم ۱۲ (کاملاً مخالف با تمام گویه ها) تا ۶۰ (کاملاً موافق با تمام گویه ها) بود، به عنوان مقیاس حمایت اجتماعی تعیین گردید. به طور واقعی در این تحقیق، نمرات مقیاس حمایت اجتماعی بین ۶۰-۲۱ به دست آمد و سپس این نمرات، در سه مقوله حمایت اجتماعی کم (نمرات ۳۳-۲۱)، متوسط (نمرات ۳۴-۴۷)، و زیاد (نمرات ۴۸-۶۰) دسته بندی گردیدند. ضریب پایایی محاسبه شده برای مقیاس حمایت اجتماعی بر اساس آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۵۱ بوده است که در حد بسیار بالا و

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

2. Zimet

قابل قبولی بوده و بیانگر همبستگی درونی بسیار شدید، بین گویه‌های طرح شده در مقیاس مذکور می‌باشد (جدول شماره یک).

جدول شماره ۱- ضریب پایایی میزان مقیاس‌های استفاده شده در تحقیق بر اساس آلفای کرونباخ

آلفای ابعاد	تعداد گویه‌ها	ابعاد هر یک از مقیاس‌ها	تعداد گویه‌ها	آلفای کل مقیاس	مقیاس‌ها
۰/۸۳	۷	بعد جسمانی	۲۸	۰/۹۱	مقیاس سلامت روان (GHQ-28)
۰/۸۲	۷	اضطراب و اختلال در خواب			
۰/۷۹	۷	اختلال در کار کردهای -			
۰/۸۷	۷	افسردگی			
۰/۸۳	۷	اعتقادی	۲۶	۰/۸۶	مقیاس دین‌داری
۰/۸۳	۶	تجربی			
۰/۸۲	۷	مناسکی			
۰/۶۹	۶	پیامدی			
۰/۶۸	۱۱	جهت‌گیری بیرونی	۲۱	۰/۶۹	مقیاس جهت‌گیری دینی آپورت
۰/۶۸	۱۰	جهت‌گیری درونی			
۰/۸۳	۴	خانواده	۱۲	۰/۸۵	مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت
۰/۸۵	۴	دوستان			
۰/۸۲	۴	دیگران مهم			
۰/۵۲	۳	انتظارات	۶	۰/۵۶	مقیاس خوش‌بینی
۰/۵۳	۳	نگرش به آینده			

یافته های تحقیق

توصیف داده ها

توصیف ویژگی های اجتماعی - جمعیتی پاسخ گویان

بررسی توصیفی داده ها نشان می دهد که تعداد ۲۴۸ نفر از دانشجویان (۶۲/۳٪) مؤنث بوده و نزدیک به نیمی از آنان (۴۸/۷٪) در گروه سنی ۲۳-۲۱ سال قرار داشته اند (میانگین سنی ۲۰/۹ سال).

جدول شماره ۲- توزیع پاسخگویان بر حسب ویژگی های اجتماعی - جمعیتی

درصد	تعداد	ویژگی های اجتماعی - جمعیتی پاسخ گویان		درصد	تعداد	ویژگی های اجتماعی - جمعیتی پاسخگویان	
۴۴/۷	۱۸۰	محل سکونت	خوابگاه دانشجویی	۳۷/۷	۱۵۰	جنسیت	مرد
			خانواده پداری				زن
			رهن و اجاره				جمع کل
۶۱/۹	۲۴۰	دوره تحصیلی	روزانه	۴۳/۹	۱۷۲	سن	۱۸-۲۰ سال
۳۸/۱	۱۴۸		شبانه	۴۸/۷	۱۹۱		۲۱-۲۳ سال
۲۸/۳	۱۰۷	دانشکده	علوم پایه	۷/۴	۲۹	وضع تأهل	۲۴ سال و بیشتر
			علوم انسانی				مجرد
۲۵/۹	۹۸	محل سکونت اصلی	علوم اقتصادی	۹۰/۳	۳۵۷	محل سکونت اصلی	متأهل
۲۰/۹	۷۹		هنر و معماری	۹/۷	۳۸		مناطق شهری
۹/۳	۳۵		حقوق	۷۸/۱	۳۱۳		مناطق روستایی
۹/۰	۳۴		تربیت بدنی	۲۱/۹	۸۸		اول
۵۹/۶	۱۳۶	پایگاه اجتماعی - اقتصادی والدین	پایین	۳۰/۶	۱۲۲	سال تحصیلی	دوم
			متوسط				سوم
			بالا				۲۱/۳
۲۹/۸	۶۸			۱۸/۹	۷۵		

بیش از ۹۰٪ دانشجویان هنوز ازدواج نکرده و محل سکونت اصلی اکثریت آن‌ها (۷۸/۱٪)، مناطق شهری بوده است؛ گرچه در حال حاضر درصد زیادی از آن‌ها (۴۴/۷٪) در خوابگاه‌های دانشجویی

سکونت داشته اند. سهم دانشجویان سال اول و دوم بیش از ۶۰٪ بوده و ۶۱/۹٪ از آن‌ها در دوره روزانه تحصیل می کرده اند. نزدیک به ۶۰٪ از دانشجویان متعلق به خانواده هایی با پایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین بوده اند، در حالی که تنها حدود یک دهم آن‌ها در خانواده هایی زندگی می کردند که از پایگاه بالایی برخوردار بوده اند.

توزیع میزان سلامت روان

مطابق داده های جدول شماره ۳ و بر اساس مقیاس سلامت عمومی (GHQ-28)، در مجموع ۴۴/۳٪ از دانشجویان مورد بررسی در دانشگاه مازندران مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده شده اند (با نقطه برش ۲۳ برای کل مقیاس)، در حالی که اکثریت آن‌ها (۵۵/۷٪) از سلامت روان مطلوب برخوردار بودند. در بین ابعاد چهارگانه مقیاس سلامت عمومی، بیشترین و کمترین درصد دانشجویان مشکوک به اختلال روانی (با نقطه برش ۱۴ برای هر بعد) به ترتیب در ابعاد کارکرد اجتماعی (۷/۲٪) و اضطراب (۵٪) مشاهده شده اند.

جدول شماره ۳- توزیع درصدی پاسخ گویان بر حسب میزان سلامت روان

وضعیت سلامت روان	سالم	ناسالم (مشکوک به اختلال روان)
بعد افسردگی (<۱۴)	۹۳/۴	۶/۶
بعد جسمانی (<۱۴)	۹۴/۴	۵/۶
بعد اضطرابی و اختلال خواب (<۱۴)	۹۵/۰	۵/۰
بعد کارکرد اجتماعی (<۱۴)	۹۲/۸	۷/۲
میزان سلامت روان کلی (<۲۳)	۵۵/۷	۴۴/۳

توزیع میزان دین داری

نگاهی به داده های جدول شماره ۴ حاکی از آن است که میزان دین داری نزدیک به سه پنجم دانشجویان (۵۹/۱٪) در سطح قوی گزارش شده است در حالی که تنها ۲/۸٪ از آن‌ها در سطح ضعیفی از دین داری طبقه بندی شده اند. با این حال، قوی ترین بعد دین داری دانشجویان، بعد اعتقادی (۸۷/۷٪)

و ضعیف ترین بعد، مربوط به بعد مناسکی (۲۶/۱٪) دین داری بوده است که حاکی از قوت اعتقادات و باورهای مذهبی در بین دانشجویان (اعتقاد به وجود خدا، نبوت، معاد، شیطان و...) در مقابل ضعف عمل به مناسک و اعمال دینی (نظیر نماز، روزه و قرائت قرآن و...) می باشد.

جدول شماره ۴- توزیع پاسخ گویان بر حسب میزان دین داری به تفکیک ابعاد

میانگین	قوی		متوسط		ضعیف		میزان دین داری ابعاد دین داری
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۰/۹	۸۷/۷	۳۴۸	۱۱/۱	۴۴	۱/۳	۵	بعد اعتقادی
۲۵/۶	۷۹/۸	۳۰۹	۱۹/۱	۷۴	۱/۰	۴	بعد تجربی
۲۳/۶	۷۱/۰	۲۷۶	۲۸/۳	۱۱۰	۰/۸	۳	بعد پیامدی
۲۱/۹	۲۶/۱	۱۰۳	۵۷/۶	۲۲۷	۱۶/۲	۶۴	بعد مناسکی
۱۰۲/۴	۵۹/۱	۲۱۴	۳۸/۱	۱۳۸	۲/۸	۱۰	جمع کل دین داری

توزیع جهت گیری دینی، حمایت اجتماعی، و خوش بینی:

مطابق داده های جدول شماره ۵ و بر اساس میانگین نمرات، دانشجویان دانشگاه مازندران عمده داری جهت گیری دینی بیرونی (۲۹/۶) بوده اند تا جهت گیری دینی درونی (۲۲/۳). نگاهی به توزیع دقیق تر داده ها نیز حاکی از آن است که ۲۰/۴٪ از دانشجویان دارای جهت گیری دینی بیرونی قوی بوده اند، در حالی که این رقم برای دانشجویان با جهت گیری دینی درونی تنها ۳/۵٪ گزارش شده است.

جدول شماره ۵- توزیع پاسخ گویان بر حسب جهت گیری دینی (بیرونی و درونی)

میانگین	شدت متغیرها متغیرهای اجتماعی								
	جمع		بالا		متوسط		پایین		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۹/۶	۱۰۰	۳۴۳	۲۰/۴	۷۰	۶۰/۳	۲۰۷	۱۹/۲	۶۶	جهت گیری دینی بیرونی
۲۲/۳	۱۰۰	۳۴۴	۳/۵	۱۲	۳۹/۰	۱۳۴	۵۷/۶	۱۹۸	درونی
۴۵/۷	۱۰۰	۳۷۱	۵۲/۸	۱۹۶	۴۲/۹	۱۵۹	۴/۳	۱۶	میزان حمایت اجتماعی
۲۰/۸	۱۰۰	۳۸۵	۱۷/۱	۶۶	۷۵/۹	۲۹۲	۷/۰	۲۷	میزان خوش بینی

توزیع دانشجویان بر حسب میزان خوش بینی در جدول شماره ۵ نیز حاکی از آن است که اندکی بیش از دو سوم از دانشجویان (۷۵/۹٪) از سطح متوسطی از خوش بینی برخوردار بوده اند. این در حالی است که میزان خوش بینی زیاد و کم به ترتیب برابر با ۱۷/۱٪ و ۷٪ گزارش شده است. همچنین، بیش از نیمی از دانشجویان (۵۲/۸٪) میزان زیادی از حمایت اجتماعی ادراک شده را گزارش نمودند. این در حالی است که میزان حمایت اجتماعی متوسط و کم به ترتیب برابر با ۴۲/۹٪ و ۴/۳٪ گزارش شده است.

تجزیه و تحلیل داده ها

آزمون تفاوت میانگین ها

به منظور کشف ارتباط بین میزان سلامت روان دانشجویان با متغیرهای مستقل تحقیق، از آزمون های تفاوت میانگین در جداول شماره ۶ تا ۸ استفاده شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه^۱ (F) نشان می دهد که تفاوت معناداری در میزان سلامت روان دانشجویان بر حسب تمامی متغیرهای مستقل تحقیق (به غیر از جهت گیری دینی بیرونی) وجود داشته است. به عنوان مثال، تفاوت معناداری در میزان سلامت روان دانشجویانی که اندازه های متفاوتی از حمایت اجتماعی را ادراک می کرده اند، وجود دارد، بدین معنی که با افزایش میزان حمایت اجتماعی بر میزان سلامت روان دانشجویان افزوده شده است؛ به طوری که میانگین سلامت روان دانشجویانی که از حمایت اجتماعی زیاد برخوردار بوده اند (۲۰/۴) بالاتر از این میانگین در دانشجویان برخوردار از حمایت اجتماعی کم (۴۳/۱) بوده است^۲.

1 . Analysis of Variance

۲- لازم به ذکر است که مطابق سیستم نمره گذاری مقیاس GHQ-28 برای سنجش سلامت روان که در این تحقیق به کار رفته است، نمرات پایین تر نشان دهنده سلامت روانی بالاتر و بهتر می باشند و بالعکس.

جدول شماره ۶- آزمون تفاوت میانگین سلامت روان بر حسب متغیرهای مستقل تحقیق

سطح معناداری	آزمون F (ANOVA)	انحراف معیار	میانگین سلامت روان*	متغیرهای مستقل	
۰/۰۰۰	۱۰/۲	۱۶/۱	۲۷/۴	میزان دین داری	
		۱۳/۴	۲۸/۱	ضعیف	
		۱۱/۷	۲۱/۷	متوسط	
۰/۳۲۸	۱/۱۲	۱۲/۶	۲۱/۹	جهت گیری دینی بیرونی	
		۱۳/۰	۲۴/۵	پایین	
		۱۱/۸	۲۴/۹	متوسط	
۰/۰۰۰	۱۱/۸	۱۱/۳	۳۳/۴	جهت گیری دینی درونی	
		۱۳/۷	۲۷/۲	پایین	
		۱۵/۹	۲۱/۳	متوسط	
۰/۰۰۰	۳۲/۵	۲۰/۵	۴۳/۱	حمایت اجتماعی ادراک شده	
		۱۲/۰	۲۷/۲	کم	
		۱۰/۷	۲۰/۴	متوسط	
۰/۰۰۰	۱۲/۵	۱۲/۵	۳۴/۱	میزان خوش بینی	
		۱۲/۷	۲۴/۷	کم	
		۱۲/۲	۱۹/۳	متوسط	
				زیاد	

* نمرات پایین تو، نشان دهنده سلامت روانی بالاتر می باشند.

همچنین، تفاوت معناداری در میزان سلامت روان دانشجویانی که دارای سطوح مختلفی از دین داری بوده اند، مشاهده شده است؛ بدین معنی که با افزایش میزان دین داری بر میزان سلامت روان دانشجویان افزوده شده است؛ به طوری که میانگین سلامت روان دانشجویانی که دارای سطوح قوی تر دین داری بودند (۲۱/۷) بالاتر از این میانگین در بین دانشجویانی بود که به لحاظ دین داری در سطح ضعیف تر طبقه بندی شده بودند (۲۷/۴). در مجموع، آن دسته از دانشجویانی که دین دارتر بوده اند، جهت گیری دینی

درونی داشته اند، حمایت اجتماعی بیشتری را ادراک و تصور کرده بودند و از میزان‌های بالاتری از خوش بینی برخوردار بوده اند، سلامت روان بالاتر و بهتری نیز داشته اند.

جدول شماره ۷ - آزمون تفاوت میانگین خوش بینی بر حسب متغیرهای مستقل تحقیق

سطح معناداری	آزمون F (ANOVA)	انحراف معیار	میانگین خوش بینی	متغیرهای مستقل	
۰/۰۳۲	۳/۶۲	۲/۸۸	۱۹/۱	ضعیف	میزان دین داری
		۳/۳۷	۲۰/۵	متوسط	
		۲/۹۴	۲۱/۶	قوی	
۰/۰۴۸	۳/۰۵	۳/۰۷	۲۱/۵	پایین	جهت گیری دینی بیرونی
		۳/۰۰	۲۰/۷	متوسط	
		۲/۹۷	۲۰/۲	بالا	
۰/۰۱۴	۴/۳۰	۲/۸۱	۱۹/۲	پایین	جهت گیری دینی درونی
		۳/۰۷	۲۰/۳	متوسط	
		۲/۸۲	۲۱/۱	بالا	
۰/۰۰۰	۹/۸۸	۴/۳۲	۱۸/۵	کم	حمایت اجتماعی ادراک شده
		۳/۰۰	۲۰/۳	متوسط	
		۲/۷۳	۲۱/۴	زیاد	

همچنین، آزمون‌های تفاوت میانگین میزان خوش بینی دانشجویان در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در میزان خوش بینی دانشجویان بر حسب میزان دین داری، جهت گیری دینی (بیرونی و درونی)، و میزان حمایت اجتماعی ادراک شده وجود دارد. به عبارت واضح‌تر، ارقام میانگین خوش بینی دانشجویان، حاکی از آن است که دانشجویانی که دارای میزان‌های بالاتری از دین داری بودند، خوش بینی بیشتری را نیز گزارش کرده بودند؛ به طوری که میانگین خوش بینی در بین دانشجویان با دین داری قوی (۲۱/۶) بیشتر از این رقم در بین دانشجویان با دین داری ضعیف (۱۹/۱) بوده است و این تفاوت میانگین به لحاظ آماری معنادار می‌باشد (Sig.=۰/۰۳۲). مقایسه وضعیت دانشجویان دارای

جهت گیری دینی درونی بالا (۲۱/۱) در مقایسه با همتایان دارای جهت گیری دینی درونی پایین (۱۹/۲) نیز حاکی از میزان بالاتر خوش بینی در بین دانشجویان دارای جهت گیری دینی درونی بالاتر می باشد. این در حالی است که میزان خوش بینی در بین دانشجویان با جهت گیری دینی بیرونی بالا (۲۰/۲) کمتر از همتایان دارای جهت گیری بیرونی پایین (۲۱/۵) گزارش شده است. بدین ترتیب، در حالی که میزان های بالاتر جهت گیری دینی درونی با میزان های بالاتر خوش بینی در ارتباط بوده است، میزان های بالاتر جهت گیری دینی بیرونی با میزان های کمتری از خوش بینی هم خوانی داشته است. در نهایت، دارندگان حمایت اجتماعی بالاتر (۲۱/۴) نیز خوش بینی بیشتری از دارندگان حمایت اجتماعی کمتر (۱۸/۵) گزارش کرده بودند. در مجموع، آن دسته از دانشجویانی که دین دارتر بوده اند، جهت گیری دینی درونی تری داشته اند، و حمایت اجتماعی بالاتری را ادراک کرده بودند، خوش بین تر از بقیه دانشجویان بوده اند.

جدول شماره ۸- آزمون تفاوت میانگین حمایت اجتماعی بر حسب متغیرهای مستقل تحقیق

سطح معناداری	آزمون F (ANOVA)	انحراف معیار	میانگین حمایت اجتماعی	متغیرهای مستقل	
۰/۰۰۳	۵/۸۶	۱۰/۹	۴۲/۲	ضعیف	میزان دین داری
		۷/۶۰	۴۶/۴	متوسط	
		۷/۱۵	۴۸/۶	قوی	
۰/۵۹۰	۰/۵۲۹	۸/۲۱	۴۸/۳	پایین	جهت گیری دینی بیرونی
		۷/۰۵	۴۷/۲	متوسط	
		۸/۳۵	۴۷/۹	بالا	
۰/۰۰۸	۴/۹۳	۷/۱۲	۴۲/۹	پایین	جهت گیری دینی درونی
		۷/۵۳	۴۷/۱	متوسط	
		۹/۴۴	۴۸/۸	بالا	

همچنین، آزمون های تفاوت میانگین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان در جدول شماره ۸ نشان می دهد که تفاوت معنا داری در میزان حمایت اجتماعی دانشجویان بر حسب میزان دین داری و نیز جهت گیری دینی درونی وجود دارد. به عبارت واضح تر، ارقام میانگین حمایت اجتماعی گزارش شده توسط دانشجویان، حاکی از آن است که دانشجویان با سطوح دین داری بالاتر (۴۸/۶)،

حمایت اجتماعی بالاتری از همتایان با سطوح دین داری پایین تر (۴۲/۲) ادراک و گزارش نموده اند. مقایسه وضعیت دانشجویان با جهت گیری دینی درونی بالا (۴۸/۸) در مقایسه با همتایان دارای جهت گیری دینی درونی پایین (۴۲/۹) نیز حاکی از میزان بالاتر حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان دارای جهت گیری دینی درونی بالاتر می باشد. با این حال، تفاوت معنا داری بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده بین دانشجویان در سطوح مختلف جهت گیری دینی بیرونی مشاهده نشده است. در مجموع، دانشجویان دین دارتر و دارای جهت گیری دینی درونی تر، از میزان های بالاتری از حمایت اجتماعی برخوردار بوده اند.

تحلیل رگرسیونی

به منظور فهم دقیق تر عوامل مؤثر بر میزان سلامت روان دانشجویان، از تحلیل رگرسیون چند متغیره^۱ (به روش جبری^۲) استفاده شده است.

جدول شماره ۹- خلاصه مدل رگرسیون چند متغیره میزان سلامت روان دانشجویان

<i>R</i>	<i>R-square</i>	<i>Adjusted R-square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
۰/۵۰۱	۰/۲۵۱	۰/۲۳۶	۱۶/۳۴	۰/۰۰۰

داده های جدول شماره ۹ در زمینه ضریب همبستگی چند گانه (*R*)، بیانگر آن است که متغیرهای میزان دین داری، جهت گیری دینی درونی، میزان خوش بینی، و میزان حمایت اجتماعی به طور هم زمان به مقدار ۰/۵۰۱ با میزان سلامت روان دانشجویان همبستگی داشته اند. هم چنین، مقدار ضریب تعیین^۳ نشان می دهد که ۲۵/۱٪ از تغییرات در میزان سلامت روان، از طریق چهار متغیر مستقل مذکور قابل توضیح است. نسبت *F* مشاهده شده ($F=16/34$) حاکی از معنا دار بودن ($Sig.=0/000$) همبستگی محاسبه شده

1- Multiple Regression Analysis

2- Enter

3- R-Square

می باشد. جهت کشف شدت و جهت تأثیرات هر یک از متغیرهای مستقل در تبیین و پیش بینی میزان سلامت روان، جدول شماره ۱۰ ترسیم شده است.

جدول شماره ۱۰- ضرایب تأثیر در مدل نهایی تبیین کننده میزان سلامت روان*

متغیرهای مستقل	B	Beta	t	Sig.	Correlations			Collinearity statistics	
					Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
میزان حمایت اجتماعی	-.0547	-.317	-5.32	.000	-.423	-.323	-.295	.1865	1/156
میزان خوش بینی	-.0870	-.195	-3.30	.001	-.332	-.207	-.183	.1880	1/136
جهت گیری دینی درونی	-.0355	-.155	2.22	.027	-.295	-.141	-.123	.630	1/586
جهت گیری دینی بیرونی	.047	.24	4.24	.000	.077	.27	.24	.979	1/022
میزان دین داری	-.021	-.020	-.298	.766	-.213	-.019	-.017	.656	1/524

* منفی بودن جهت روابط، به خاطر شیوه نمره گذاری مقیاس سلامت روان است که در آن نمرات کمتر به معنای سلامت روان بالاتر می باشد.

** همبستگی مرتبه صفر^۱ بیانگر همبستگی میان متغیر مستقل (X1) و متغیر وابسته (Y) بدون کنترل سایر متغیرهای مستقل (X2, X3, ...) می باشد. همبستگی جزئی یا نیمه تفکیکی^۲، محاسبه همبستگی بین متغیر مستقل (X1) و متغیر وابسته (Y) تنها با کنترل تأثیر سایر متغیرهای مستقل (X2, X3, ...) بر متغیر مستقل (X1) می باشد. همبستگی تفکیکی^۳، به عنوان دقیق ترین نوع همبستگی، محاسبه همبستگی بین متغیر مستقل (X1) و متغیر وابسته (Y) با کنترل تأثیر سایر متغیرهای مستقل (X2, X3, ...)، هم بر متغیر مستقل (X1) و هم بر متغیر وابسته (Y) به طور هم زمان می باشد.

ضریب تأثیر استاندارد (Beta) گویای جهت و به ویژه شدت تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر

میزان سلامت روان است. با مقایسه ضرایب رگرسیونی استاندارد بتا (Beta)، مشخص می شود که در بین

1- Zero-order correlation

2- Part- correlation

3- Partial Correlation

تمامی متغیرهای مستقل، میزان حمایت اجتماعی متغیری است که بهتر می‌تواند تغییرات متغیر وابسته را تبیین کند؛ به طوری که با افزایش یک واحد انحراف استاندارد در میزان حمایت اجتماعی، ۰/۳۱۷ واحد انحراف استاندارد در متغیر میزان سلامت روان افزایش می‌یابد. بر این اساس، متغیر میزان حمایت اجتماعی، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده میزان سلامت روان دانشجویان است. به عبارت واضح‌تر، هر چه دانشجویان میزانهای بالاتری از حمایت اجتماعی را ادراک و تصور نمایند، میزان سلامت روان آنها نیز افزایش خواهد یافت. در مرتبه دوم، متغیر میزان خوش‌بینی، با بتای معادل ۰/۱۹۵- قرار گرفته است که حاکی از بالاتر بودن میزان سلامت روان دانشجویان دارای میزانهای بالاتر خوش‌بینی در مقایسه با سایر دانشجویان می‌باشد. در مرتبه سوم، متغیر جهت‌گیری دینی درونی با ضریب تأثیری معادل ۰/۱۵۵- قرار گرفته است که حاکی از سلامت روان بالاتر در بین دانشجویان با میزانهای بالاتر جهت‌گیری دینی درونی می‌باشد. قرار گرفتن متغیرهای جهت‌گیری دینی بیرونی با ضریب تأثیری معادل ۰/۰۲۴ و میزان دین‌داری با ضریب تأثیری معادل ۰/۰۲۰ در رده‌های چهارم و پنجم تأثیرگذاری حاکی از آن است که دانشجویان با جهت‌گیری بیرونی کمتر و نیز دانشجویان دین‌دارتر به لحاظ سلامت روان، مضعیت مطلوب‌تری نسبت به دیگر دانشجویان داشته‌اند؛ اما بر اساس مقدار آزمون تی محاسبه شده و سطوح معناداری، این دو متغیر اثرات معناداری بر میزان سلامت روان دانشجویان نداشته‌اند. بنا بر این، بر مبنای ضرایب بتا، می‌توان معادله رگرسیونی استاندارد را به شرح زیر نوشت:

میزان سلامت روان دانشجویان = (میزان حمایت اجتماعی ادراک شده) ۰/۳۱۷- (میزان خوش‌بینی) ۰/۱۹۵- (جهت‌گیری دینی درونی) ۰/۱۵۵-

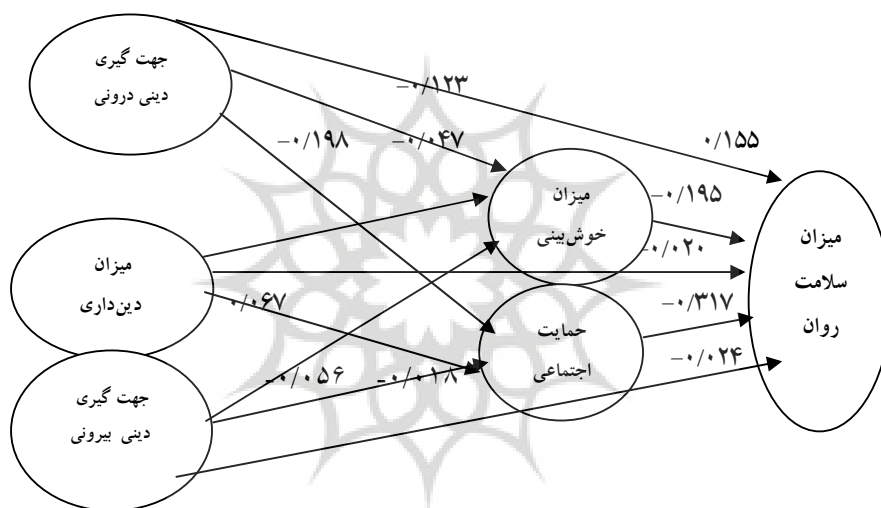
تحلیل مسیر

تحلیل مسیر برای آزمون مدل‌های علی به کار می‌رود و مستلزم تنظیم مدلی به صورت نمودار علی است و به ما کمک می‌کند تا ببینیم در پی چه چیزی هستیم. در تحلیل مسیر، می‌توان میزان مناسب بودن مدل را ارزیابی کرد و با استفاده از وزن بتا (ضریب تأثیر استاندارد) که در تحلیل مسیر، ضریب مسیر^۱

1 . Path co-efficient

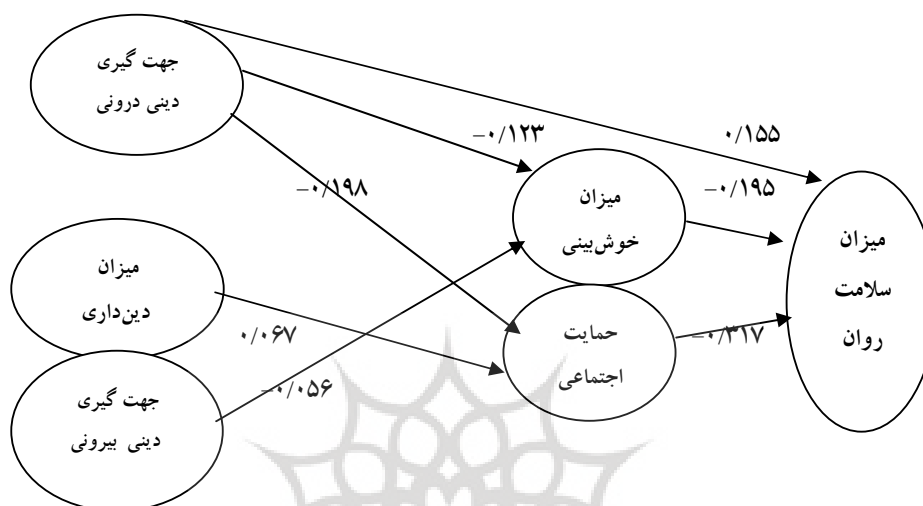
نامیده می شود، مقدار اثر هر متغیر را تعیین کرد. علاوه بر این، تحلیل مسیر ما را قادر می سازد به سازوکار اثر متغیرها بر یکدیگر پی ببریم. تحلیل مسیر مشخص می کند اثر هر متغیر تا چه حد مستقیم است و تا چه حد غیرمستقیم (دواس، ۱۳۷۶؛ ۲۲۲). نمودار شماره یک، تحلیل مسیر مدل تحلیلی تحقیق حاضر را نشان می دهد:

شکل شماره ۲- مدل تحلیلی اولیه بر اساس چهارچوب نظری و مطالعات پیشین (قبل از اصلاح)



ملاک حذف مسیرهای مدل تحلیلی، ضریب های مسیر (ضریب های بتا) است. به این صورت که ضریب های مسیر کوچک تر از 0.05 غیر معنی دار تلقی می گردد (کرلینجر و پدهاوز، ۱۳۷۶؛ ۴۲۰). بر این اساس، مسیرهای مستقیم از سمت میزان دین داری و جهت گیری دینی بیرونی به سوی میزان سلامت روان، و مسیرهای غیر مستقیم از دین داری به خوش بینی، و از جهت گیری دینی بیرونی به حمایت اجتماعی، از مدل تحلیلی اولیه حذف گردید و مدل تحلیلی نهایی به شکل زیر ترسیم شد.

شکل شماره ۳- نمودار تحلیل مسیر تبیین میزان سلامت روان (بعد از اصلاح)



پس از حذف این مسیرها از مدل، ضرایب مسیر محاسبه شده به شکل آثار کلی، مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر سلامت روان در جدول شماره ۱۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱۱- آثار مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مدل تحلیلی بر میزان سلامت روان

دانشجویان

متغیرهای مستقل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
میزان حمایت اجتماعی	-۰/۳۱۷	—	-۰/۳۱۷
جهت گیری دینی درونی	۰/۱۵۵	۰/۰۸۷	۰/۲۴۲
میزان خوش بینی	-۰/۱۹۵	—	-۰/۱۹۵
میزان دین داری	—	-۰/۰۲۱	-۰/۰۲۱
جهت گیری دینی بیرونی	—	۰/۰۱۱	۰/۰۱۱

جدول مذکور نشان دهنده تأثیرات مستقیم^۱، غیرمستقیم^۲ و تأثیرات کل^۳ هر یک از متغیرهای مدل تحلیلی تحقیق می‌باشد. با توجه به داده‌های جدول در زمینه تأثیرات کلی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، مشخص می‌شود که متغیر میزان حمایت اجتماعی (۰/۳۱۷-)، قوی‌ترین و مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده میزان سلامت روان دانشجویان می‌باشد. پس از این متغیر، متغیرهای جهت‌گیری دینی درونی (۰/۲۴۲)، میزان خوش‌بینی (۰/۱۹۵-)، میزان دین‌داری (۰/۰۲۱-)، و جهت‌گیری دینی بیرونی (۰/۰۱۱) به ترتیب در رده‌های بعدی، بیشترین تأثیر را بر میزان سلامت روان دانشجویان داشته‌اند.

جمع بندی و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین میزان دین‌داری و جهت‌گیری دینی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران انجام شده است. نتایج تحلیلی حاصل از آزمون‌های تفاوت میانگین نشان داده است که میزان سلامت روان دانشجویان بر حسب میزان دین‌داری، جهت‌گیری دینی درونی، میزان خوش‌بینی و میزان حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی‌داری داشته است. بدین معنی که میزان سلامت روان دانشجویان دین‌دارتر، خوش‌بین‌تر، دارای حمایت اجتماعی بیشتر، و برخوردار از جهت‌گیری دینی درونی تر نسبت به سایر دانشجویان، به طور معناداری بالاتر بوده است. با این حال، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره حاکی از آن بوده است که میزان سلامت روان دانشجویان، به طور مستقیم تحت تأثیر متغیرهای میزان حمایت اجتماعی، میزان خوش‌بینی، و جهت‌گیری دینی درونی می‌باشد، در حالی که آثار متغیرهای دین‌داری و جهت‌گیری دینی بیرونی بر سلامت روان معنادار نبوده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که گرچه تفاوت معناداری در میانگین سلامت روان دانشجویان بر حسب میزان دین‌داری وجود دارد، اما به سبب تأثیرگذاری سایر متغیرهای مستقل در تحلیل رگرسیونی چندمتغیره، رابطه مذکور محو شده است. در توضیح این وضعیت شاید بتوان گفت که جهت‌گیری دینی اکثریت دانشجویانی که خودشان را دین‌دار معرفی کرده بودند، از نوع بیرونی بوده است که مطابق نظریه آلپورت، جهت‌گیری دینی بیرونی نمی‌تواند تضمین‌کننده سلامت روان باشد. این در حالی است که

1. Direct Effects
2. Indirect Effects
3. Total Effects

مطابق یافته های تحقیق، اکثریت دانشجویانی که جهت گیری درونی دینی قوی داشته اند از سلامت روان بالایی نیز برخوردار بوده اند. بر اساس نظریه آلپورت، یک دین داری عمیق (درونی)، برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت بالغ و سالم، لازم است. به تعبیر دیگر، داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبع والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی و در نتیجه خوش بین بودن در این شرایط، برخورداری از حمایت های اجتماعی به ویژه حمایت گروه مذهبی و حمایت های روحانی و... از جمله منابعی هستند که افراد دین دار با جهت گیری دینی درونی با برخورداری از آنها می توانند در مواجهه با حوادث فشار زای زندگی، آسیب روانی کمتری را متحمل شوند.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر، تأیید رابطه مستقیم و معنادار بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و میزان سلامت روان دانشجویان بوده است؛ به این معنی که دانشجویانی که میزان های بالاتری از حمایت اجتماعی را ادراک و تصور می کردند، از سلامت روان مطلوب تری نیز برخوردار بوده اند. این نتیجه نیز مطابق با نظریه انسجام اجتماعی و حمایت اجتماعی دور کیم می باشد. انسجام اجتماعی، از طریق فراهم آوردن حمایت اجتماعی مناسب، شرایطی را فراهم می کند که به سلامت روان افراد منجر می گردد. رابطه بین میزان خوش بینی و میزان سلامت روان نیز در این تحقیق مورد تأیید قرار گرفته است؛ بدین معنی که اکثریت دانشجویانی که از سطوح بالاتری از میزان خوش بینی برخوردار بوده اند، سلامت روان مطلوب تری نیز داشته اند. این یافته نیز مطابق با نظریات آیدلر و کامل، و کوئینگ می باشد که مطابق آنها، تقید و تعهد مذهبی به افراد کمک می کند تا چشم انداز مثبت و خوش بینانه ای راجع به زندگی داشته باشند و از این طریق، سلامت روانی آنها به حداکثر ممکن افزایش می یابد.

به نظر می رسد مهم ترین نتیجه تحقیق حاضر در این یافته باشد که گرچه بر اساس آزمون تفاوت میانگین، تفاوت معناداری در میزان خوش بینی و حمایت اجتماعی دانشجویان برحسب میزان دین داری آنان وجود دارد، اما در تحلیل رگرسیونی، این روابط محو می شوند و در عوض، تنها جهت گیری دینی درونی است که منجر به میزان های بالاتر خوش بینی و حمایت اجتماعی می گردد. این نکته اهمیت باور های دینی ریشه ای و درونی را نشان داده و حاکی از آن است که به کار گیری دین به عنوان ابزاری برای دستیابی به اهداف، نمی تواند تضمین کننده سلامت روان باشد در حالی که استفاده از معنویت نهفته در

دین برای سلامت روان، مفید و سلامتی بخش می باشد. به عبارت واضح تر، دیندار بودن افراد زمانی می تواند با سلامت روانی مطلوب در ارتباط باشد که جهت گیری دینی شان از نوع درونی باشد.

فهرست منابع

- استونز، راب (۱۳۷۹): متفکران بزرگ جامعه شناسی، ترجمه مهرداد میردامادی، تهران، نشر مرکز.
- آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۴): تهیه و ساخت آزمون های جهت گیری مذهبی با تکیه بر اسلام، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، جلد اول، چاپ دوم.
- آرمسترانگ، دیوید و توکل، محمد (۱۳۷۲): جامعه شناسی پزشکی، ترجمه احمد خزاعی، تهران، مؤسسه انتشارات علمی دانشگاه صنعتی شریف.
- باقری یزدی، سید عباس و همکاران (۱۳۷۱): بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد، مجله اندیشه و رفتار، سال اول، شماره یک، صص ۴۲-۳۲.
- بهرامی، فاضل، و رمضان فرانی، عباس (۱۳۸۴): نقش باورهای و عقاید مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان، مجله توانبخشی، دوره ششم، شماره مسلسل ۲۰، صص ۴۷-۴۴.
- بیابانگرد، اسماعیل و جوادی، فاطمه (۱۳۸۳): سلامت روان شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران، فصل نامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، صص ۱۲۷-۱۴۴.
- پور حسین، سیده زینب (۱۳۸۷): بررسی جامعه شناختی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روانی دانشجویان دانشگاه مازندران، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی، بابلسر، دانشگاه مازندران.
- جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۶): جهت گیری مذهبی و سلامت روان، پژوهش و پزشکی، دوره ۳۱، شماره ۴، زمستان، صص: ۳۴۵-۳۵.
- جوشن لو، محمد رضا (۱۳۸۵): حضور یا غیاب بیماری، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال دهم، شماره ۲ (پی در پی ۲۲)، صص: ۱۰-۱.
- چراغی، مونا و مولوی، حسین (۱۳۸۵): رابطه بین ابعاد مختلف دین داری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، مجله پژوهش های تربیتی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، سال دوم، شماره ۲، صص: ۲۲-۱.
- حسینی (۱۳۸۵): بررسی رابطه دین داری با سلامت روانی و میزان ترشح ایمونو گلوبولین A در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان، پایان نامه کارشناسی ارشد، زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان.

- خسروی، شمسعلی (۱۳۸۱): بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال شهری و روستایی شهرستان بروجن، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، دوره چهارم، شماره ۴، صص: ۳۹-۳۱.
- خلیلی دوآبی، مهشید (۱۳۸۴): *رابطه جهت گیری درونی و بیرونی دینی با سلامت روان*، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- دواس، دی. ای (۱۳۷۶): *پیمایش در تحقیقات اجتماعی*، ترجمه هوشنگ نایی، تهران، نشر نی.
- دورکیم، امیل (۱۳۸۱): *صور بنیانی حیات دینی*، ترجمه باقر پرهام، تهران، نشر مرکز.
- رابرتسون، یان (۱۳۷۲): *درآمدی بر جامعه*، ترجمه حسین بهروان، مشهد، موسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.
- روغنجی، محمود (۱۳۸۴): *رابطه جهت گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه رازی*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بهزیستی و توانبخشی.
- سراج زاده، سید حسین (۱۳۷۷): *نگرش ها و رفتار های دینی نوجوانان تهرانی و دلالت های آن برای نظریه سکولار شدن*، نمایه پژوهش، شماره ۱۰ و ۱۱، صص ۱۲۷-۱۰۵.
- سراج زاده، سید حسین (۱۳۸۰): *بررسی تعریف عملیاتی دین داری در پژوهش های اجتماعی*، نامه پژوهش، سال پنجم، شماره ۲۱-۲۰، بهار و تابستان.
- شریعتی، محمد و همکاران (۱۳۸۱): *بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران*، فصلنامه پایش، سال اول، شماره سوم، صص: ۳۷-۲۹.
- شریفی، طیبه و همکاران (۱۳۸۱): *نگرش دینی، سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز*، *مجله اندیشه و رفتار*، سال یازدهم، شماره ۱، صص ۹۹-۸۹.
- شهنی ییلاق، منیژه، موحد، احمد، و شکر کن، حسین (۱۳۸۳): *رابطه علی بین نگرش های مذهبی، خوش بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز*، *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید*
- چمران، دوره سوم، سال یازدهم، شماره ۲، صص ۳۴-۱۹.
- صالحی، لیلی و همکاران (۱۳۸۶): *رابطه بین اعتقاد های مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان*، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، سال یازدهم، شماره ۱ (پی در پی ۴۲)، صص: ۱۰-۱.
- طالبان، محمد رضا (۱۳۸۰): *تعهد مذهبی و تعلق سیاسی*، نامه پژوهش، سال پنجم، شماره ۲۱ و ۲۰، صص ۲۲-۳.

- عکاشه، گودرز (۱۳۷۹): بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان، *مجله اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۴، صص ۱۶-۱۱.
- کار، آلان (۱۳۸۵): *روان شناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندیهای انسانی*، ترجمه حسن شریفی و همکاران، تهران، انتشارات سخن، چاپ اول.
- کریمی، ابولفضل (۱۳۸۰): *پرسش نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر ۱۹۷۹*، تهران، کتابخانه دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- کوکرین، ریموند (۱۳۷۶): *میانی اجتماعی بیماریهای روانی*، ترجمه فریده براتی و بهمن نجاریان، تهران: انتشارات رشد.
- کرلینجر، پدهاورز (۱۳۶۶): *رگرسیون چندمتغیری در پژوهش رفتاری*، ترجمه حسین سرایی، تهران، نشر مرکز دانشگاهی.
- کوزر، لیویس (۱۳۸۵): *زندگی و اندیشه بزرگان جامعه شناسی*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران، انتشارات علمی.
- گاجل، رابرت. جی و دیگران (۱۳۷۷): *زمینه روان شناسی تندرستی*، ترجمه دکتر غلامرضا خوی نژاد، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۸): *سیاست، جامعه شناسی و نظریه اجتماعی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران، نشر نی.
- لهسایی زاده، عبدالعلی، آذرگون، زهره، و مرادی، گل مراد (۱۳۸۷): *بررسی جهت گیری مذهبی و سلامت روانی مهاجران بر اساس مدل آلپورت و راس: نمونه مورد مطالعه قصر شیرین*، *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، بهار و تابستان، صص: ۱۶۹-۱۴۹.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۶): *جامعه شناسی پزشکی*، تهران، انتشارات طهوری.
- مختاری، عباس (۱۳۷۹): *بررسی رابطه بین جهت گیری دینی و میزان تنیدگی در دانشجویان دانشگاه تهران*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- مهربانی، پیام (۱۳۸۵): *بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی و فنی مهندسی بابل در سال ۱۳۸۳*، پایان نامه کارشناسی رشته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل، دانشکده پزشکی.
- نسابه، محمد حسین (۱۳۸۴): *نقش باورها و عقاید مذهبی در سلامت روان*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، شیراز، دانشگاه شیراز.
- نوابخش، مهرداد و پور یوسفی، حمید (۱۳۸۵): *نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان*، *مجله پژوهش دینی*، شماره چهاردهم، صص: ۹۴-۷۱.

نوربالا، احمد علی و همکاران (۱۳۸۱): بررسی وضعیت سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران، مجله پژوهشی حکیم، دوره پنجم، شماره اول، صص: ۱۰-۱.

Chapple E. Paul (2003): Mental Health and Religion: A Guide for Service Providers, **Clinical Psychology Review** 21 (7) 989-1003.

Corrigan P, McCorkle B, Schell B, (2003): Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. **Community Mental Health Journal**; 39: 487-499

Daryl B. O'Connor, Joanna Cobb, Rory C. O'Connor (2003): "Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students", **Personality and Individual Differences** 34, pp 211-217

Dezutter, Jessie, Bart, Soenens, & Dirk Hutsebaut (2006): Religiosity and Mental Health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes, **Personality and Individual Differences**, 40, 807-818.

Horwitz, A. (1999): **The Sociological Study of Mental Illness: A Critique and Synthesis of Four Perspectives** In: Handbook of Sociology of Mental health, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp: 57-74

Moreira-Almeida, et al (2006): **Religiousness and Mental Health: a review**, Center for the Study of Religious and Spiritual Problems (NEPER), Department of Psychiatry, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil: 131-119

O'Connor, D.B. et al. (2003): "Religiosity, Stress and Psychological Distress: no Evidence for an Association among undergraduate Students", **Personality and Individual Differences**; Vol 34; PP: 211-217

Pajević, Izet, Sinanović, Osman & Hasanović, Mevludin (2005) Religiosity and Mental Health, **Psychiatria Danubina**, 2005; Vol. 17, No. 1-2, pp 84-89.

Rippentrop, A. Elizabeth, et al., (2005): The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population, **Pain**, 116, pp 311-321.

Sarafino, Edward. P (1998): **Health Psychology**, Third Edition, New York, John Wiley & Sons.

Switzer, Galen E. et al., (1999): **Issues in mental health assessment**, IN: Carol S. Aneshensel and Jo C. Phelan. **Handbook of the Sociology of Mental Health**, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp 81-104.

Wasserman, Ira & Trovato, Frank. (1996): The Influence of Religion on Smoking and Alcohol Consumption (Alberta Case Study), **International Review of Modern Sociology**, Vol. 26 (autumn): NO 2: 43-56.

Zimet, G.D., et al. (1988): The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. **Journal of Personality Assessment**, 52, 30-41.