

Relationship between Religious Identity and Mental Health among Azād University Students

Maryam Aljāni, M.A.
Department of Psychology, Azād University of South Tehrān

rahanc@yahoo.com

رابطه‌ی بین هویت دینی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی

مریم علیجانی
عضو هیئت علمی دانشکده‌ی تربیت معلم، دانشگاه آزاد تهران جنوب

Abstract

Study of religions history has shown that belief in God is effective in treatment of psychological disorders, also security, and peace in mind and preventing from anxiety and consequent disorders. The purpose of this research was to investigate the relationship between religious identity and mental health. 500 students, boys and girls between 20 to 30, randomly selected from different faculties of Islamic Azad University (Tehran South Branch). The samples were tested by two questionnaires: Religious Identity, and Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ). The obtained results show that: There was a relationship between Religious Identity and mental health. Those students, who had "Achievement identity", had successful social interaction, and suffered less from anxiety and depression. Those who had "diffused and moratorium Identity" suffered more from anxiety and depression and their social interaction was unsuccessful. On the other hand those who had "foreclosure identity", were not face to such psychological problem in this research

Keywords: Mental Health; Achievement Identity; Foreclosure; Identity; Diffusion Identity; Moratorium;

چکیده

بررسی تاریخ ادیان نشان داد که اعتقاد به خدا در درمان بیماری‌های روانی و تحقق احساس امنیت و آرامش و پیشگیری از اضطراب و بیماری‌های روانی ناشی از آن موفق است. هدف از پژوهش حاضر نیز بررسی نوع هویت دینی (کلیشه‌ای، موفق، آشفته، و دیررس) و ارتباط آن با سلامت روان جوانان بود بر این اساس تعداد ۵۰۰ دانشجوی دختر و پسر ۲۰ تا ۳۰ سال از کلیه دانشکده‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب با توجه به تعداد دانشجویان هر دانشکده و تعداد نمونه‌ی موردنظر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به وسیله‌ی دو پرسش‌نامه‌ی هویت دینی و سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که بین هویت دینی و سلامت روان رابطه وجود داشت. افراد دارای هویت دینی موفق، از تعاملات و کنش اجتماعی موفق برخوردار و سطح اضطراب و افسردگی آنان پایین بود. افراد دارای هویت دینی آشفته و دیررس، دارای سطح اضطراب و افسردگی بالا و از لحاظ کنش اجتماعی افرادی ناموفق بودند. از طرف دیگر افراد دارای هویت دینی کلیشه‌ای از مشکلات مسائل روان‌شناختی مورد بررسی پژوهش حاضر برکنار بودند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان؛ هویت دینی موفق؛ هویت دینی کلیشه‌ای؛ هویت دینی آشفته؛ هویت دینی دیررس؛

مقدمه

برتری انسان به برکت تفکر و اندیشه بر سایر جانداران محرز و آشکار است، بدین معنا که او براساس همین توانایی قادر است از گذشته عبرت بگیرد، آینده را پیش‌بینی کند و با وضعیت کنونی، خویش را سازگار و زندگی خود را در مسیر دلخواه هدایت کند. ولی گاه آدمی تحت تاثیر عوامل درونی مانند اختلال‌های بیوشیمیایی و یا فشارهای خارجی و اجتماعی، سازگاری خود را از دست می‌دهد و به درمان نیاز پیدا می‌کند.

مطالعات انجام شده بر روی شخصیت سالم نشان می‌دهد که توحید و یکپارچگی شخصیت بنیان و اساس شخصیت سالم است و توحید و یکپارچگی فرآیندی است که در برگرفته‌ی تمایل فرد به سازمان دادن به رفتار به منظور جستجوی اهداف است و این رفتار هدف‌جویی سازمان یافته در وهله اول با اهداف جسمانی و مادی و تحقق و ارضای آنها مرتبط است و در شخصیت رشد یافته و بالغ با اهداف ایدئولوژیکی و ارضا و تحقق آنها مرتبط است.

تلیچ^۱ (۱۹۵۷؛ به نقل از تهرانی، و الله‌یاری، ۳۷:۱۳۸۰) می‌نویسد: «در توحید و یکپارچگی شخصیت، جهت‌گیری مذهبی امری اساسی و بنیادی است. سوابق مطالعاتی نیز نشان داده‌است که ارزش‌ها بنیان و اساس یکپارچگی شخصیت سالم‌اند.»

اسپرانگر^۲ (۱۹۲۸) شش جهت‌گیری ارزشی را مطرح نمود: (۱) زیباشناختی^۳؛ (۲) سیاسی^۴؛ (۳) نظری (علمی)^۵؛ (۴) اجتماعی^۶؛ (۵) اقتصادی^۷؛ و (۶) مذهبی^۸. وی ارزش‌های مذهبی را در مقایسه با سایر مقوله‌های ارزشی مورد مطالعه قرارداد و نتیجه گرفت که شخص مذهبی، کسی است که کل ساختار روانیش دائماً به سوی عالی‌ترین وجود و رضایت و خشنودی مطلق او جهت یافته است. از طرف دیگر ارزش‌های مذهبی در مقایسه با سایر مقولات ارزشی، جامع‌ترین بودند. چرا که عالی‌ترین وحدت و یکپارچگی خویشتن در خویشتن اخلاقی مذهبی، که کنترل تمام تجارب و هدایت و راهنمایی تمام ابعاد زندگی فرد را برعهده داشته و متعالی‌ترین معنا را به زندگی فرد می‌دهد، یافت می‌شود. یکی از مفاهیم روان‌شناختی شخصیت، هویت است که در دوره‌ی نوجوانی شکل می‌گیرد. سنی که در آستانه‌ی زندگی بزرگسالانه، فرد خود را ناگهان در یک انقلاب هورمونی واقعی غوطه‌ور می‌بیند، انقلابی که بر اثر رشد و نمو شدید و رسیدگی بلوغ به وجود آمده است.

1. Tillich, P.
2. Springer, E.
3. Aesthetic
4. Political
5. Theoretical
6. Social
7. Economical
8. Religious

بر اساس نظریه‌ی اریکسون^۱ (۱۹۵۶) اگر هویت نوجوان در طی زمان و براساس تجربیات حاصل از برخورد درست اجتماعی شکل گیرد و نوجوان بتواند خود را بشناسد و از دیگران جداسازد، تعادل روانی وی تضمین می‌گردد. به دنبال اریکسون، ماریا^۲ (۱۹۸۹) نیز با تعریف و توصیف هویت، نوجوانی را دوره‌ای می‌داند که در آن نوجوان با یک بحران هویت روبرو می‌شود. ماریا با استفاده از دو بعد سرمایه‌گذاری روانی^۳ و تجربه‌ی بحران هویت به ارائه‌ی چهار حالت هویت پرداخت. این چهار حالت عبارتند از:

۱- هویت کسب‌شده یا موفق^۴- بعضی از نوجوانان بحران هویت را با موفقیت پشت سر گذاشته و نسبت به اهداف معینی تعهدات لازم را پیدا کرده‌اند. این گروه، انعطاف‌پذیر هستند و با فکر و درایت عمل می‌کنند، اعتماد به نفس بالایی دارند و تحت شرایط فشارزا مقاومت خوبی نشان می‌دهند. آنها افرادی نسبتاً خودمختارند و در روابط اجتماعی، علاوه برداشتن اعتماد به نفس، شوخ طبع بوده و ظرفیت فراوانی برای ایجاد روابط صمیمی با دیگران دارند.

۲- هویت کلیشه‌ای^۵- این گروه بدون داشتن تجربه‌ی بحران نوجوانی، نسبت به اهداف خاصی احساس تعهد پیدا کرده‌اند. اکثر آنها در چهارچوب برنامه‌هایی که دیگران و به ویژه والدین از قبل برای آنان تدارک دیده‌اند، اهداف خاصی را پذیرفته‌اند. این نوجوانان باورهای قوی مذهبی دارند، به نظم و قانون اعتقاد راسخ دارند و از مراجع قدرت پیروی می‌کنند. به عبارتی این افراد یک مجموعه‌ی اعتقادی و یا شغلی را برای خود انتخاب کرده‌اند بدون اینکه خود در این انتخاب نقش فعالی داشته باشند.

۳- آشفتگی هویت یا هویت معشوش^۶- این گروه شامل نوجوانانی است که هیچ نوع بحرانی را سپری نکرده و در عین حال به اهداف خاصی هم احساس تعهد نمی‌کنند. آنها به ظاهر، افرادی «بی‌خیالند» و تمایل به انتخاب اهداف خاصی ندارند. روی هم رفته افراد سطحی، ناخرسند و تنها هستند و توان برقراری روابط صمیمی و خالص را با اطرافیان خود ندارند.

۴- هویت دیررس یا افراد جستجوگر^۷- این افراد هنوز در جهت کسب هویت تلاش می‌کنند و همواره در حالتی دوگانه به سر می‌برند، اما هنوز تعهدی کسب نکرده‌اند. این افراد فعالانه تلاش می‌کنند تا به شناخت عمیق‌تری از خود برسند و هدف اساسی آنها آماده شدن برای تعهد و کسب مسئولیت است.

1. Erikson, E. H.
2. Marcia, J. E.
3. Commitment
4. Achievement Identity
5. Foreclosure Identity
6. Diffusion Identity
7. Moratorium

رابطه‌ی آدمی و دین و نسبتی که با آن پیدا می‌کند، در مقوله‌ی «هویت دینی» قابل تبیین و توضیح است. بدیهی است از پیامدهای تکوین هویت دینی، احساس تعهد و مسئولیت در قبال ارزش‌ها و باورهای آن مکتب می‌باشد. هویت دینی توانایی آن را دارد که فلسفه‌ی ارضاکننده‌ی حیاتی برای بشر تنظیم، تدوین و ارائه کند (شرفی، ۱۳۸۰).

در پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است که از آموزش‌ها و برنامه‌های مذهبی می‌توان به بهترین شکل به عنوان وسیله‌ای برای پیشگیری از بروز اختلال‌های روانی استفاده کرد. سبک زندگی مذهبی به خوبی می‌تواند آرامش فردی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری همراه داشته باشد.

دیوکا و ژوزف^۱ (۱۹۹۹) در بررسی خود در مورد دختران و پسران نوجوان به این نتیجه رسیدند که نوجوانان مذهبی از گروه‌های غیرمذهبی هم سن و سال خود کمتر تکانشی^۲ هستند و قدرت سازگاری^۳ بالاتری دارند. در پسران عقاید مذهبی قوی‌تر و محکم‌تر با میزان پایین‌تر تفکر جادویی^۴ و بدکارکردی عضو شناختی^۵ همراه است.

کوئینگ و همکاران^۶ (۱۹۹۲) در نتیجه‌ی تحقیقات خود بیان می‌کنند که دین اثر مفید و مطلوبی در از بین بردن فساد و کاهش مرگ و میر دارد و افرادی که در امور مذهبی شرکت می‌کنند از نظر روحی و جسمی سالم‌تر از افرادی هستند که اعتقادات مذهبی ندارند. جمالی (۱۳۷۵) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی رابطه‌ی بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه‌های تهران به این نتیجه دست یافت که بین احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان همبستگی ($P < 0.001$) معناداری دیده می‌شود و بین نگرش مذهبی و سلامت روان هم همبستگی ($P < 0.001$) معناداری دیده می‌شود. همچنین دو متغیر نگرش مذهبی و احساس معنابخش بودن زندگی، همبستگی ($P < 0.05$) معناداری را نشان دادند. به طور کلی پژوهش حاضر نشان می‌دهد با افزایش میزان احساس معنابخشی زندگی و نگرش مذهبی، سلامت روان نیز افزایش می‌یابد.

شهبازی (۱۳۷۶) به بررسی رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در دانشجویان شهر تهران پرداخته‌اند. نتایج نشان داده است که بین جهت‌گیری مذهبی و نوروهای هیپوکندریا، افسردگی و ضعف روانی ارتباط معناداری وجود دارد. یعنی آزمودنی‌هایی که دارای جهت‌گیری برونی مذهبی بوده و از دین به عنوان دستاویزی برای رسیدن به اهداف خود

1. DiDuca, D., & Joseph, S.

2. Impulsive

3. Conformity

4. Magical Ideation

5. Cognitive Disorder

6. Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Pieper, C., Meador, K. G., Shelp, F., Goli, V., & DiPasquale, B.

استفاده می‌کنند (گروه مذهبی ضعیف) تمایل و گرایش بیشتری به طرف نوروهای هیپوکندریا، افسردگی و اضطراب از خود نشان داده‌اند.

مطالعات در مورد سلامتی و مذهب ما را به این نتیجه می‌رساند که حضور قلب و ایمان در زندگی روزانه‌ی ما نقش دارد. بدیهی است که نمی‌توان از ایمان و اعتقادات مذهبی صرف‌نظر کرد و اثر آن را نادیده گرفت. مذهب حالت حمایت‌گونه اساسی و ممتازی در سلامتی روحی و نیز دستیابی به تندرستی دارد. هدف از پژوهش حاضر نیز بررسی نوع هویت دینی (کلیشه‌ای، موفق، آشفته و دیررس) و ارتباط آن با سلامت روان جوانان می‌باشد. با توجه به اهمیت این مقوله، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا بین هویت دینی و سلامت روان دانشجویان (جوانان) رابطه وجود دارد؟

فرضیه‌ی پژوهش

فرضیه‌ی اصلی

- بین هویت دینی و سلامت روان دانشجویان (جوانان) رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

- ۱- بین هویت دینی موفق و سلامت روان دانشجویان، رابطه وجود دارد.
- ۲- بین هویت دینی آشفته و سلامت روان دانشجویان، رابطه وجود دارد.
- ۳- بین هویت دینی کلیشه‌ای و سلامت روان دانشجویان، رابطه وجود دارد.
- ۴- بین هویت دینی دیررس و سلامت روان دانشجویان، رابطه وجود دارد.

روش تحقیق

در این پژوهش، روش تحقیق از نوع همبستگی است. یک گروه از دانشجویان از لحاظ دو متغیر سلامت روان و هویت دینی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش را تعداد ۵۰۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب تشکیل داده‌اند. برای انتخاب نمونه‌ی مورد نیاز، روش نمونه‌گیری تصادفی ساده مورد نظر قرار گرفت. بدین صورت که ابتدا تعداد دانشجویان در

حال تحصیل در سال ۸۴-۱۳۸۳، ۵ دانشکده‌ی واحد تهران جنوب (دانشکده‌ی فنی، علوم انسانی، مدیریت و حسابداری، تربیت معلم، و تحصیلات تکمیلی) مشخص گردید و سپس با توجه به تعداد دانشجویان هر دانشکده و با توجه به تعداد نمونه مورد نظر (۵۰۰ نفر) برای هر دانشکده نمونه‌ای مشخص و در روزهای مختلف در هفته، به طور تصادفی از هر دانشکده تعداد دانشجوی موردنظر پرسش‌نامه را تکمیل و اطلاعات جمع‌آوری گردید.

ابزار اندازه‌گیری

ابزار اندازه‌گیری شامل ۲ پرسش‌نامه جهت سنجش سلامت روان و هویت دینی است:

الف) پرسش‌نامه‌ی هویت دینی

این پرسش‌نامه در سال ۸۱-۱۳۸۰ (با توجه به مبنای نظری هویت‌یابی از دیدگاه ماریا) توسط کراسکیان موجیماری (۱۳۸۱) به منظور تدوین و هنجاریابی برای دانش‌آموزان دوره‌ی دبیرستان، تعیین نمره‌ی متوسط افراد، تعیین میزان اعتبار و روایی و تهیه‌ی جداول هنجار برای آن طراحی گردید. به این صورت که در ابتدا برای هر کدام از هویت‌های پنج‌گانه، با توجه به تعاریف و ویژگی‌های شخصیتی افراد دارای این هویت‌ها، مجموعه‌ای از سؤال‌ها در ارتباط با مسائل و موضوعات دینی و مذهبی طرح گردید. سؤال‌های طرح شده با استفاده از طیف لیکرت (کاملاً موافق؛ موافق؛ نظری نداریم؛ مخالف؛ کاملاً مخالف)، از یک تا پنج نمره‌گذاری شد. نمره‌ی پنج متعلق به پاسخ کاملاً موافق و نمره یک متعلق به پاسخ کاملاً مخالف بود.

پرسش‌نامه‌ی تدوین شده روی نمونه‌ی نهایی موردنظر اجرا و نمره‌گذاری گردید و سؤال‌های نامناسب حذف شد. در نهایت ۵۰ سؤال باقی ماند که شامل ۵ عامل منطبق بر پنج حالت هویت دینی بود.

- سؤال‌های عامل اول: هویت دینی منع شده: شامل سؤال‌های ۴ و ۹ و ۱۰ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۶ و ۲۷ و ۳۱ و ۳۵ و ۳۶ و ۳۹ و ۴۵ (۱۲ سؤال).
- سؤال‌های عامل دوم: هویت دینی دیررس: شامل سؤال‌های ۳ و ۵ و ۱۱ و ۱۲ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۳ و ۴۶ (۱۰ سؤال).
- سؤال‌های عامل سوم: هویت دینی موفق: شامل سؤال‌های ۱ و ۱۵ و ۱۶ و ۲۴ و ۲۵ و ۳۳ و ۳۴ و ۳۸ و ۴۱ و ۴۲ و ۴۸ و ۴۹ و ۵۰ (۱۳ سؤال).
- سؤال‌های عامل چهارم: هویت دینی کلیشه‌ای: شامل سؤال‌های ۶ و ۸ و ۱۳ و ۱۷ و ۲۰ و ۲۲ و ۲۷ و ۳۷ و ۴۰ و ۴۴ و ۴۷ (۱۰ سؤال).

- سؤال‌های عامل پنجم: هویت دینی آشفته: شامل سؤال‌های ۲ و ۷ و ۱۴ و ۲۲ و ۲۳ (۵ سؤال).

برای بررسی روایی پرسش‌نامه‌ی هویت دینی از روش تحلیل عاملی استفاده شده است. به منظور پاسخ به این پرسش که این پرسش‌نامه از چه عواملی اشباع است، از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۱ (PC) استفاده شده است. به منظور تعیین پاسخی نهایی و تشخیص عامل یا عامل‌هایی که احتمالاً زیر بنای این پرسش‌نامه را تشکیل می‌دهد و همچنین به منظور تعیین ساختار ساده‌ی آن از روش چرخش واریماکس^۲ استفاده شده است. اندازه KMO همراه با نتیجه‌ی اجرای آزمون کرویت بارتل^۳ در جدول ۱ نشان داده شده است. مقدار ۰/۸۷۹ که در جدول ملاحظه می‌شود بیانگر کفایت نمونه برداری می‌باشد.

جدول ۱- اندازه‌ی آزمون KMO و آزمون کرویت بارتل ماتریس همبستگی سؤال‌ها

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0.879
Bartlett's Test of Approx. Chi-Square	12203.815
Sphericity df	3160
Sig	0.000

مقدار شاخص آماری آزمون بارتل نیز برابر با 12203.815 و سطح معنادار بودن آن کوچک‌تر از 0.001 است. بدین ترتیب علاوه بر کفایت نمونه برداری، اجرای تحلیل بر پایه‌ی ماتریس‌های همبستگی بین مواد پرسش‌نامه نیز قابل توجیه است. تحلیل عاملی مواد تشکیل دهنده پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PC) نشان داد که: ارزش ویژه‌ی ۲۲ عامل بزرگ‌تر از یک است و درصد پوشش واریانس مشترک بین مواد پرسش‌نامه برای این عامل‌ها به ترتیب از $15/58$ شروع و به کمترین مقدار $1/26$ می‌رسد. ترکیب این ۲۲ عامل بر روی هم $58/38$ درصد کل واریانس مواد پرسش‌نامه را تبیین می‌کند. بدین ترتیب چنانچه از مجموعه مواد پرسش‌نامه‌ی مورد مطالعه فقط ۲۲ عامل استخراج شود به میزان $15/58 + 58/38$ یعنی در حدود $0/27$ واریانس مشترک به وسیله‌ی عامل نخست، $5/27 + 58/38$ یعنی در حدود $0/09$ واریانس مشترک به وسیله‌ی عامل دوم، $4/65 + 58/38$ یعنی در حدود $0/08$ واریانس مشترک به وسیله‌ی عامل سوم، $3/21 + 58/38$ یعنی در حدود $0/05$ واریانس مشترک به وسیله‌ی عامل چهارم و بالاخره $2/50 + 58/38$ یعنی در حدود $0/04$ واریانس مشترک به وسیله‌ی عامل پنجم تبیین می‌شود. علاوه بر این در طرح Scree پرسش‌نامه‌ی هویت دینی نوجوانان نیز می‌توان

استنباط کرد که سهم عامل اول تا پنجم (عامل اول: هویت دینی منح شده؛ عامل دوم: هویت دینی دیررس؛ عامل سوم: هویت دینی موفق؛ عامل چهارم: هویت دینی کلیشه‌ای؛ و عامل پنجم: هویت دینی آشفته) در واریانس کل مواد پرسش‌نامه چشمگیر و از سهم بقیه عامل‌ها کاملاً متمایز است. همچنین کمترین میزان اشتراک مواد هشتادگانه با استخراج ۲۲ عامل به دست آمده برابر با ۰/۴۴۱ و متعلق به ماده ۳۱ و بزرگ‌ترین میزان اشتراک متعلق به ماده ۱۲ و برابر با ۰/۷ است.

نکته‌ی مهم آن است که میزان اشتراک مواد پرسش‌نامه، قابل ملاحظه و مقدار آن برای ۷۶ ماده از ۸۰ ماده بالاتر از ۰/۵ است. این امر نشان‌دهنده‌ی قابلیت اعتماد مجموعه‌ی پرسش‌هاست.

برای برآورد اعتبار پرسش‌نامه‌ی هویت دینی از روش محاسبه الفای کرونباخ استفاده شد. ضریب اعتبار پرسش‌نامه‌ی هویت دینی برای تمام سؤال‌ها و همچنین عوامل تشکیل دهنده‌ی پرسش‌نامه محاسبه گردید که به شرح زیر می باشد:

عامل اول: هویت دینی منح شده: ۱۲ سؤال و ضریب اعتبار الفای کرونباخ ۰/۸۳؛
عامل دوم: هویت دینی دیررس: ۱۰ سؤال ضریب اعتبار ۰/۸۲؛ عامل سوم: هویت دینی موفق: ۱۳ سؤال با ضریب اعتبار ۰/۷۴؛ عامل چهارم: هویت دینی کلیشه‌ای: ۱۰ سؤال با ضریب اعتبار ۰/۷۸؛ عامل پنجم: هویت دینی آشفته: ۵ سؤال با ضریب اعتبار ۰/۳۵.

ب) پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ)

گلدبرگ^۲ (۱۹۷۲) پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی را برای تشخیص اختلالات روانی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه طراحی و تدوین نموده است. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۴ مقیاس فرعی است که در هر یک از آنها ۷ سؤال قرار دارد. عناوین مقیاس فرعی این پرسش‌نامه عبارت است از: ۱) علائم جسمانی؛ ۲) علائم اضطراب و اختلال خواب؛ ۳) کنش اجتماعی؛ ۴) علائم افسردگی.

گلدبرگ (۱۹۷۲) همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای دو پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و چک لیست علائم روانی (SCL^۳) بر روی ۲۴۴ نفر آزمودنی را به میزان ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند.

1. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Goldberg, D. P.

3. Symptom Checklist

اعتباریابی و تحلیل آماری مواد نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی بر مبنای نمره‌گذاری ساده لیکرت با استفاده از بسته نرم‌افزار کامپیوتری SPSS انجام گرفته و خلاصه‌ی نتایج آن عبارت است از:

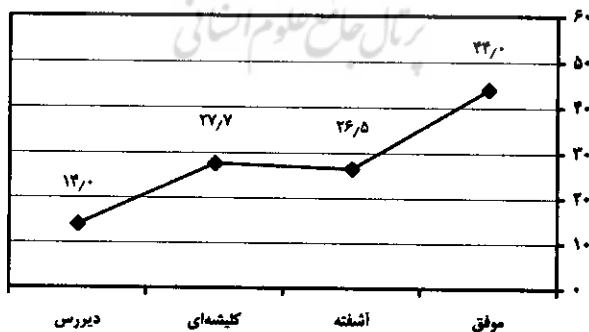
ضریب همبستگی درونی مربوط به نمرات خام و استاندارد شده‌ی مقیاس ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی بر مبنای فرمول آلفای کرونباخ، به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۳ برآورد گردیده است.

نتایج

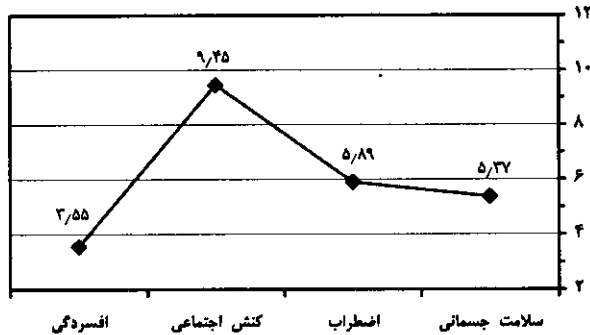
به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری استفاده گردید. نتایج در جدول‌ها و نمودارهایی منعکس گردیده است.

جدول ۲- شاخص‌های آماری مربوط به نمرات دانشجویان
در هر یک از مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی هویت دینی و سلامت عمومی

سلامت روانی		هویت دینی					پرسش‌نامه	
افسردگی	کنش اجتماعی	اختراب	سلامت جسمانی	دیررس	کلیشه‌ای	آشفته	موفق	مقیاس‌ها
۳/۵۵	۹/۴۵	۵/۸۹	۵/۲۷	۱۴/۰۳	۳۷/۷	۲۶/۵	۴۴/۰	\bar{X}
۴/۶۰	۴/۲۷	۴/۷۳	۴/۲۰	۲/۴	۷/۷	۷/۷	۶/۹	S



نمودار ۱- میانگین نمرات دانشجویان در هر یک از مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی هویت دینی



نمودار ۲- میانگین نمرات دانشجویان در هریک از مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی

جدول ۳- ضرایب همبستگی بین مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی هویت دینی
با مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ)

افسردگی	کنش اجتماعی	اضطراب	سلامت جسمانی	مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی	مقیاس‌های پرسش‌نامه هویت دینی
-۰٫۱۷۱**	-۰٫۱۹۹**	-۰٫۱۰۵*	-۰٫۳۴۰	موفق	موفق
-۰٫۱۵۲**	-۰٫۱۰۸*	-۰٫۰۸۶*	۰٫۰۶۲	آشفته	آشفته
-۰٫۰۱۴	۰٫۰۱۸	۰٫۰۲۲	۰٫۰۶۴	کلیشه‌ای	کلیشه‌ای
-۰٫۳۸۴**	-۰٫۲۸۱**	۰٫۳۳۰**	۰٫۲۹۵**	دیپرس	دیپرس

* $P < 0.05$

** $P < 0.01$

نتایج نشان داد که ضرایب همبستگی بین مقیاس هویت دینی موفق با مقیاس‌های اضطراب، کنش اجتماعی و افسردگی بر ترتیب 0.105 ، 0.199 ، 0.171 برآورد شده که همگی در سطح 0.05 و 0.01 معنادار است. اما ضریب همبستگی محاسبه شده بین مقیاس هویت دینی موفق با مقیاس سلامت جسمانی 0.340 است که حتی در سطح 0.05 نیز معنادار نیست. بنابراین می‌توان چنین عنوان نمود که هویت دینی موفق با اضطراب و افسردگی همبستگی منفی و معکوس و با کنش اجتماعی همبستگی مثبت دارد. بدین معنا که با شکل‌گیری هویت دینی موفق در دانشجویان، اضطراب و افسردگی آنان کاهش یافته و کنش اجتماعی آنان بهبود می‌یابد.

در مورد هویت دینی آشفته نتایج نشان می‌دهد که ضرایب همبستگی بین مقیاس هویت دینی آشفته با مقیاس اضطراب $۰/۰۸۶$ ، با مقیاس کنش اجتماعی $-۰/۱۰۸$ ، و با مقیاس افسردگی $۰/۱۵۲$ برآورد شده که همگی در سطح $۰/۰۵$ و $۰/۰۱$ معنادار است. اما ضریب همبستگی محاسبه شده بین مقیاس هویت دینی آشفته با مقیاس سلامت جسمانی $۰/۰۶۲$ است که حتی در سطح $۰/۰۵$ نیز معنادار نیست. بنابراین می‌توان چنین عنوان نمود که هویت دینی آشفته با مقیاس‌های اضطراب و افسردگی همبستگی مثبت و با مقیاس کنش اجتماعی همبستگی منفی و معکوس دارد. بدین معنا که با شکل‌گیری هویت دینی آشفته در دانشجویان اضطراب و افسردگی آنان افزایش یافته و سطح کنش اجتماعی آنها پایین می‌آید.

در مورد هویت دینی کلیشه‌ای نتایج نشان می‌دهد که ضرایب همبستگی بین مقیاس هویت دینی کلیشه‌ای با مقیاس سلامت جسمانی $۰/۰۶۴$ ، با مقیاس اضطراب $۰/۰۲۲$ ، با مقیاس کنش اجتماعی $۰/۰۱۸$ ، و با مقیاس افسردگی $-۰/۰۱۴$ برآورد شده که هیچ یک در سطح $۰/۰۵$ معنادار نیست. بنابراین می‌توان چنین عنوان نمود که هویت دینی کلیشه‌ای با هیچ یک از مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی همبستگی معناداری ندارد.

نتایج در مورد هویت دینی دیررس نشان می‌دهد که ضرایب همبستگی بین مقیاس هویت دینی دیررس با مقیاس سلامت جسمانی $۰/۲۹۵$ ، با مقیاس اضطراب $۰/۳۳۰$ ، با مقیاس کنش اجتماعی $-۰/۲۸۱$ ، و با مقیاس افسردگی $۰/۲۸۴$ برآورد شده که همگی در سطح $۰/۰۱$ معنادار است. بنابراین می‌توان چنین عنوان نمود که هویت دینی دیررس با مقیاس‌های سلامت جسمانی، اضطراب و افسردگی همبستگی مثبت و با کنش اجتماعی همبستگی منفی و معکوس دارد. بدین معنا که با شکل‌گیری هویت دینی دیررس در دانشجویان، سلامت جسمانی، اضطراب و افسردگی آنان افزایش یافته و سطح کنش اجتماعی آنها پایین می‌آید.

جدول ۴- ضریب همبستگی چندمتغیره بین مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی هویت دینی با مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی

خطای استاندارد برآورد	۳	۲	مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی هویت دینی
۶/۷۶	۰/۰۶	۰/۲۳۴	موفق
۳/۲۳	۰/۰۳	۰/۱۶۲	آشفته
۷/۷۵	۰/۰۰۷	۰/۰۸۴	کلیشه‌ای
۷/۰۹	۰/۱۸۳	۰/۴۲۸	دیررس

ضریب همبستگی چند متغیره بین مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی هویت دینی با مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نشان داد که ۶۰ درصد از واریانس هویت دینی موفق، ۳ درصد از واریانس هویت دینی آشفته، ۰/۷ درصد از واریانس هویت دینی کلیشه‌ای، و ۱۸ درصد از واریانس هویت دینی دیررس توسط متغیرهای پیش‌بینی مانند سلامت جسمانی، اضطراب، کنش اجتماعی و افسردگی تبیین می‌شود. در واقع در صد کمی از تغییرات متغیر وابسته (در هر بار یکی از مقیاس‌های هویت دینی) توسط متغیرهای پیش‌بینی (مقیاس‌های سلامت عمومی) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به این که ارزش‌های مذهبی از جامع‌ترین ارزش‌ها بوده و عالی‌ترین وحدت و یکپارچگی خویشتن در اخلاق مذهبی یافت می‌شود، فقدان چنین اصل ناب و وحدت‌بخشی، فرد را به سوی انواع از هم پاشیدگی‌های شخصیت سوق می‌دهد و این از هم پاشیدگی در هنگام رویارویی با جهان مملو از تنوعات نامحدود و همین‌طور در حرکت درونی روان و ذهن انسان نمایان است.

تحقیقاتی که تاکنون در مورد رابطه‌ی مذهب با سلامت روان انجام شده نتایج مشابهی داشته است، چنانچه گالاتر^۱ (۱۹۸۲)، برگین^۲ (۱۹۹۱)، و نجفی و همکاران (۱۳۷۶) در پژوهش‌های خود نشان دادند که مذهب با سلامت روان همبستگی مثبت دارد.

کوئینگ و همکاران (۱۹۹۲) در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که در افراد دارای اعتقادات مذهبی، افسردگی، نگرانی و همچنین شیوع اعتیاد به الکل کمتر است.

برگین (۱۹۹۱) در مطالعه‌ای که بر روی ۶۰ دانشجوی انجام داد نشان داد که دانشجویان دارای سلامت روانی، کسانی بودند که والدین آنها نیک‌خواه، دوران کودکی آنها بدون تعارض و تجارت مذهبی آنها حقیقی بود. آنها در دوران نوجوانی، سرکشی کمتر و عواطف مذهبی واقعی را گزارش کرده بودند.

لوئیس و مالتبی^۳ (۱۹۹۵) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی در مقایسه با افراد دارای جهت‌گیری مذهبی برونی از سازگاری روانی^۴ بالاتری برخوردارند.

1. Galanter, M.

2. Bergin, A. E.

3. Lewis, C. A., & Maltby, J.

4. Psychological Adjustment

کینگ، اسپیک، و توماس^۱ (۱۹۹۹) اثر سودمند مذهب را در بهبود بیماری‌های حاد دریافتند و نشان دادند که اعتقادات قوی مذهبی با بهبود بیماری‌های لاعلاج نیز پیوند دارد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نیز نشان داد که بین هویت دینی موفق و اضطراب و افسردگی همبستگی منفی و معنادار و بین هویت دینی موفق و سلامت جسمانی رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد. در تبیین این نتیجه پژوهش، ماریسا اظهار می‌دارد که افراد دارای هویت موفق تمهدهات لازم نسبت به اهداف معینی را پیدا نموده‌اند. آنان به طور فعال وقت زیادی را صرف حل و فصل مسائل مهم زندگی کرده‌اند. این گروه انعطاف‌پذیر هستند و با فکر و درایت عمل می‌کنند، اعتماد به نفس بالایی دارند و تحت شرایط فشارزا مقاومت خوبی نشان می‌دهند.

آلپورت^۲ (۱۹۶۶) نیز افراد دارای دین رشد یافته یا دین درونی را افرادی می‌داند که به دلیل داشتن تفکر بازتابی انگیزه‌ی اصلی‌شان هدایت زندگی است. آنان در اموری که مربوط به انسان‌هاست باز و صادقانه برخورد می‌کنند.

آیدلر^۳ (۱۹۸۷) نیز در زمینه تعامل سلامت روان و مذهب اظهار می‌دارد فعالیت‌های مذهبی می‌تواند رفتارهای پرخطرمانند سیگار کشیدن، نوشیدن مشروبات الکلی و فعالیت‌های نامشروع جنسی را کاهش دهد. و نیز درک فعالیت و شیوه‌های مذهبی به وسیله‌ی شخص، تغییر درک فرد از رنج‌های مربوط به دردهای فیزیکی و روانی را به دنبال دارد و به آنها امکان می‌دهد که با مشکلات، مواجهه‌ی فعال داشته باشند. به این ترتیب ارائه‌ی مواردی از جانب صاحب‌نظران چون، انعطاف‌پذیری، عمل کردن بر مبنای فکر و درایت، مواجهه‌ی فعال با موقعیت‌های فشارزا، توانایی در برقراری روابط صمیمی، داشتن اعتماد به نفس بالا که همه و همه از ویژگی‌های هویت دینی موفق است دلایل محکمی در مورد پایین بودن میزان افسردگی و اضطراب و نیز کنش اجتماعی مطلوب این افراد است. اما به نظر می‌رسد که شکل‌گیری هویت موفق در افراد تأثیر چندانی بر سلامت جسمانی دانشجویان ندارد و به این ترتیب فرضیه‌ی ۱ پژوهش مبنی بر وجود رابطه‌ی بین هویت دینی موفق و سلامت روان تأیید می‌گردد.

نتایج حاصله از فرضیه‌ی دوم نشان داد که بین هویت دینی آشفته و اضطراب و افسردگی همبستگی مثبت و معنادار و بین هویت دینی آشفته و کنش اجتماعی همبستگی منفی و معنادار از لحاظ آماری وجود دارد، اما بین هویت دینی آشفته و سلامت جسمانی رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد. در تبیین این نتیجه پژوهش ماریسا اظهار می‌دارد که افراد

1. King, M., Speak, P., & Thomas, A.

2. Allport, G. W.

3. Idler, E. L.

دارای هویت آشفته هیچ نوع بحرانی را سپری نکرده و در عین حال به اهداف خاص هم احساس تعهد نمی‌کنند. آنها به ظاهر افرادی بی‌خیالند و تمایل به انتخاب اهداف خاصی ندارند. روی هم رفته افراد سطحی، ناخرسند و تنها هستند و توان برقراری روابط صمیمی و خالص را با اطرافیان خود ندارند. /ریکسون نیز اظهار نموده که روان نوجوان، روانی است عقیدتی که در جستجوی وحدت بخشیدن به ایده‌ها و عقاید مختلف است. به عقیده‌ی او زمانی که نوجوان قادر به یافتن ارزش‌های پایدار و مثبت در خانواده و فرهنگ خود نباشد و ایدئولوژی منسجم و قابل قبولی به او ارائه نشود، دچار درهم‌ریختگی عقیدتی می‌گردد و هویت آشفته پیدا می‌کند. ایدئولوژی برای نوجوان وسیله‌ای است که تصویر معینی از احساس هویت فردی و جمعی فراهم می‌کند و با کسب یک هویت مذهبی به یک فلسفه‌ی زندگی دست پیدا می‌کند. بنابراین، سطحی و ناخرسند بودن، عدم تمایل به انتخاب هدفی خاص، عدم توانایی در برقراری روابط صمیمی و خالص با اطرافیان، عدم تمایل به انتخاب هدفی خاص، عدم کسب ایدئولوژی منسجم و قابل قبول جهت شکل‌گیری هویت دینی که همه و همه از ویژگی‌های هویت دینی آشفته است، دلایل محکمی در مورد بالا بودن میزان افسردگی و اضطراب و همچنین پایین بودن کنش اجتماعی این افراد است، اما به نظر می‌رسد که شکل‌گیری هویت آشفته در افراد تأثیری بر سلامت جسمانی آنها ندارد و بیشتر مسائل روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نتایج حاصله از بررسی فرضیه‌ی سوم پژوهش نشان داد که بین هویت دینی کلیشه‌ای و سلامت جسمانی، اضطراب، افسردگی و کنش اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد و به این ترتیب فرضیه‌ی سوم پژوهش رد می‌شود. در این زمینه، ماریسا اظهار می‌دارد که افراد دارای هویت کلیشه‌ای بدون داشتن تجربه‌ی بحران نوجوانی نسبت به اهداف خاص احساس تعهد پیدا کرده‌اند. اکثر آنان در چهارچوب برنامه‌هایی که دیگران و به ویژه والدین از قبل برای آنان تدارک دیده‌اند، اهداف خاصی را پذیرفته‌اند. آنان انعطاف‌پذیرند و در زندگی احساس رضایت می‌کنند و به شدت به خانواده‌های خود وابسته‌اند. به نظم و قانون اعتقاد راسخ دارند و از مراجع قدرت پیروی می‌کنند. علاوه بر این یک مجموعه‌ی اعتقادی یا شغلی را برای خود انتخاب کرده‌اند بدون اینکه خود نقش فعالی داشته باشند. /ریکسون نیز در این زمینه عنوان می‌کند زمانی که نوجوان دچار بحران نمی‌شود و مجموعه‌ی اعتقادی خود را بدون داشتن نقش فعالانه می‌پذیرد، تلاشی جهت شناسایی خود و همچنین مبارزه برای استقلال و اثبات خود انجام نمی‌دهد. بنابراین حالتی چون ابهام در نقش، دودلی در تصمیم‌گیری، احساس جدایی و پوچی درونی، ناتوانی فزاینده

در برقراری ارتباط با دیگران را که به عقیده‌ی *اریکسون* از حالات بحران هویت و هویت‌یابی است، تجربه نموده و همچنین در مراحل بعدی زندگی نیز تقریباً این وضعیت خود را حفظ می‌نمایند. بنابراین به نظر می‌رسد که افراد دچار هویت کلیشه‌ای به دلیل داشتن نقش منفعل در مجموعه‌ی باورها و اعتقادات مذهبی خود و عدم تلاش در جهت تغییر آنها و موارد عنوان شده، نگرانی و افسردگی را در حد مرضی تجربه ننموده و وضعیت سلامت جسمانی و کنش اجتماعی آنان نیز چندان تحت تأثیر هویت دینی آنان قرار نمی‌گیرد و بر این اساس، فرضیه‌ی سوم پژوهش مبنی بر رابطه‌ی بین هویت دینی کلیشه‌ای و سلامت روان رد می‌شود.

در بررسی فرضیه‌ی چهارم، نتایج نشان داد که بین هویت دینی دیررس و سلامت جسمانی، اضطراب و افسردگی همبستگی مثبت و معنادار و بین هویت دینی دیررس و کنش اجتماعی همبستگی منفی و معنادار از لحاظ آماری وجود دارد. *مارسیا* اظهار می‌دارد که افراد دارای هویت دیررس، هنوز در جهت کسب هویت تلاش می‌کنند و همواره در حالتی دوگانه به سر می‌برند، اما هنوز تعهدی کسب نکرده‌اند. این افراد به طور فعالانه تلاش می‌کنند تا به شناخت عمیق‌تری از خود برسند. هدف اساسی آنها آماده شدن برای تعهد و کسب مسئولیت است. آنها افرادی رقابت طلب، مضطرب، زنده دل، پرحرف و در عین حال دستخوش تعارض هستند. غالباً افرادی هستند که مایلند با دیگران نیز روابط صمیمی برقرار کنند، اما در بسیاری از آنان این خواسته تحقق پیدا نمی‌کند. در پژوهش حاضر نیز مشخص شد که افراد با هویت دینی دیررس اضطراب و افسردگی بالا و کنش اجتماعی پایینی دارند، اما برخلاف مسائل روان شناختی از سلامت جسمانی برخوردارند. گر چه *مارسیا* اظهار می‌دارد که افراد با هویت دینی دیررس زنده دل و پرتلاش هستند، اما اگر مفهوم هویت یافتگی از بعد هویت دینی بررسی شود، عدم شکل‌گیری هویت دینی موفق که به عقیده *هانتینگتون*^۱ مهمترین دستاورد آن پاسخ‌گویی به پرسش‌های بنیادین و عمیق آدمی و ایجاد احساس تعهد و مسئولیت در قبال ارزش‌هاست، بر سلامت روان فرد از جنبه‌های مختلف تأثیر می‌گذارد. به این ترتیب فرضیه‌ی چهارم پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین هویت دینی و سلامت روان تأیید می‌گردد.

در کل، نتایج نشان داد که بین هویت دینی و سلامت روان رابطه وجود دارد. به عقیده‌ی *فورااستیه*^۲ هویت دینی توانایی آن را دارد که فلسفه‌ی ارضاکنده‌ی حیاتی برای بشر، تنظیم، تدوین و ارائه کند و به عقیده‌ی بسیاری از صاحب‌نظران عالی‌ترین وحدت و

1. Huntington, Samuel P.

2. Forestier, Jean

یکپارچگی خویشتن در اخلاق مذهبی است که کنترل تمام تجارب و هدایت و راهنمایی تمام ابعاد زندگی فرد را به عهده داشته و متعالی‌ترین معنا را به زندگی می‌دهد (اسپرانگر، ۱۹۶۸).



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- جلالی تهرانی، س. م. ح.، و الهیاری، ع. ع. (۱۳۸۰). نقش مذهب در سلامت روان. تربیت، ۱۱(۹)، ۲۵-۴۱.
- جمالی، ف. (۱۳۷۵). بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی، و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه‌های تهران [پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد]. تهران: دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا.
- شهبازی، آ. (۱۳۷۶). بررسی جهت‌گیری مذهبی (درونی-برونی) با سلامت روان [پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد]. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.
- شرفی، م. ر. (۱۳۸۰). جوان و بحران هویت. تهران: سروش.
- کراسکیان مومجباری، آ. (۱۳۸۱). تدوین و هنجاریابی پرسش‌نامه‌ی هویت دینی برای دانش‌آموزان دوره‌ی دبیرستان [پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.
- نجفی، م.، صولتی، ک.، نوری، ر.، و رواقی، ک. (۱۳۷۶). بررسی رابطه‌ی بین نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد. در مجموعه‌ی مقالات دومین کنگره‌ی روان‌پزشکی فرهنگی-اجتماعی (صص. ۱۳-۸). تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.
- یونگ، ک. گ. (۱۳۷۰). روان‌شناسی و دین. ترجمه م. ح. سروری. تهران: سخن.
- Allport, G. W. (1966). The Religious context of prejudice. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 5, 447-457.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46(4), 394-403.
- DiDuca, D., & Joseph, S. (1999). Assessing schizotypal traits in 13-18 year olds: Revising the JSS. *Personality and Individual Differences*, 27(4), 673-682.
- Elkind, D. (1964). Piaget's semi-clinical interview and the study of spontaneous Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 4(1), 40-47.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(1), 56-121.
- Galanter, M. (1982). Charismatic religious sects and psychiatry: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1539-1548.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. (1997). Religious commitment and mental health. A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 6-25.
- Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London, UK: Oxford University Press.
- Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66(1), 226-238.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(6), S306-S316.
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Pieper, C., Meador, K. G., Shelp, F., Goli, V., & DiPasquale, B. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1693-1700.
- King, M., Speak, P., & Thomas, A. (1999). The effect of Spiritual beliefs on outcome from illness. *Social Science and Medicine*, 48(9), 1291-1299.

- Lewis, C. A., & Maltby, J. (1995). Religiosity and Personality among US adults. *Personality and Individual Differences, 18*(2), 293-295.
- Marcia, J. E. (1989). Identity diffusion differentiated. In M. A. Luszcz, & T. Nettelbeck (Eds.), *Psychological Development, Perspectives across Life-Span* (pp. 289-295). Amsterdam: Elsevier Science Publisher.
- Spranger, E. (1928). *Types of Men: The Psychology and Ethics of Personality*. Translated by P. J. W. Pigors. Halle: Max Niemeyer.
- Stagner, R. (1961). *Psychology of Personality*. New York: McGraw Hill.
- Stein, D., Witztum, E., Brom, D., DeNour, A. K., Elizur, A. (1992). The association between adolescents' attitudes toward suicide and their psychosocial background and suicidal tendencies. *Adolescence, 27*(108), 949-959.
- Townsend, M., Kladder, V., Ayle, H., & Mulligan, T. (2002). Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *Southern Medical Journal, 95*(12), 1429-1434.
- Wilson, W., & Miller, H. L. (1968). Fear, anxiety, and religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion, 7*, 111.

