

رابطه آخرت‌نگری با سلامت در دانشجویان دانشگاه تهران و طلاب علوم دینی حوزه علمیه قم

ابوالفضل ابراهیمی* / هادی بهرامی احسان**

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه آخرت‌نگری با سلامت است. با توجه به هدف پژوهش، ۲۵۹ نفر از طلاب حوزه علمیه قم و دانشجویان دانشگاه تهران انتخاب شده و دو مقیاس آخرت‌نگری و مقیاس چهار بعدی سنجش سلامت اجرا گردید. داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون معناداری ضریب همبستگی پیرسون و آزمون ضریب رگرسیون) تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان می‌دهد که همبستگی مثبت و معناداری بین نمره کل مقیاس آخرت‌نگری با نمره کل مقیاس سلامت، و نیز بین نمره کل آخرت‌نگری با زیرمقیاس سلامت روان، وجود دارد. به نظر می‌رسد آخرت‌نگری به‌عنوان جهت‌گیری فرد در پذیرش زندگی پس از مرگ و تلاش برای فراهم‌سازی مقدمات برای این زندگی منطبق با دستورات الهی، در همین دنیا در تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی پیامدهای مثبتی داشته و کارکردهای مطلوب‌تر این ابعاد را فراهم می‌سازد.

کلید واژه‌ها: سلامت، سلامت روان، آخرت‌نگری و رویکرد چند وجهی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

مجمع علمای دینی

ebrahim228@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۰/۲/۱۲ - پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۱۶

* کارشناس ارشد روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی *

** دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران.

مقدمه

موضوع سلامت در همه دوران زندگی بشری از مسائل مطرح بوده، چرا که یکی از پایه‌های اصلی زندگی مطلوب انسانی، سلامت است. هرچند از دیدگاه اسلام هدف نهایی برای انسان سعادت اخروی است، ولی همین زندگی دنیوی، بستر تحقق این هدف است و هیچ راهی غیر از این برای رسیدن به آن هدف عالی وجود ندارد. بر این اساس، اگر زندگی این دنیا بستر تکامل و مقدمه آخرت باشد، سلامت انسان‌ها هم شرط این تکامل خواهد بود و از همین جاست که در منابع دینی نیز سلامت، برترین نعمت‌ها^۱ دانسته شده است.

رویکردهای اولیه به سلامت عمدتاً سلامت جسمانی را مد نظر داشته، از این‌رو بررسی‌های روان‌شناختی و دینی در آنها جایگاه کمتری را به خود اختصاص داده است. البته در سال‌های اخیر، موضوع سلامت در گستره‌ای وسیع‌تر بررسی شده و روان‌شناسان و متخصصان به ابعاد مختلفی از سلامت توجه کرده‌اند. جورج انگل^۲ مدل زیستی-روانی-اجتماعی^۳ را مدلی کل‌نگر و جایگزین مدل‌های زیستی-پزشکی^۴ کاهش‌گرا^۵ در دوره خود ارائه کرد^۶. این مدل از این بحث می‌کند که بیماری و سلامت، نتیجه تعامل بین جنبه‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است.

کارآمدی این نظریه را پژوهش‌های متعددی تأیید کرده‌اند. هرچند با افزایش شواهد در تأثیر دین و معنویت بر رفتار سالم، نشانگان جسمانی و هیجانی و کیفیت زندگی، اوناگر^۷ و استرلینگ^۸ پیشنهاد کردند که مدل انگل نیازمند یک بازنگری است تا جنبه معنوی نیز به آن اضافه شود. این رویکرد به ساخت پرسش‌نامه سنجش سلامت زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی^۹ منجر شد.^{۱۰}

رویکرد جامع به سلامت به افزایش پژوهش‌ها در حوزه‌های مختلف منجر شده و در این میان، تحقیقات مرتبط با دین و دین‌داری، از جمله تأثیر مذهب و سبک زندگی دینی بر سلامت، مقابله‌های مذهبی^{۱۱}، نقش مذهب در مقابله با فشارهای روانی و نقش مذهب در معنای زندگی افزایش بسیار چشم‌گیری داشته است.^{۱۲}

یافته‌های پژوهش ابراهیمی و دیگران (۱۳۸۱) نشان داده است که مذهبی بودن خانواده و داشتن زندگی توأم با ارزش‌های معنوی در مراحل رشد، رابطه معناداری با سلامت

رفتاری و اجتماعی دارد.^{۱۳} یافته‌های لستر^{۱۴} (۱۹۹۷م) بر این مدل صحنه می‌گذارد که تجارب تجارب و سبک زندگی معنوی با شاخص‌های آسیب‌شناسی اجتماعی در گروه‌های مختلف ارتباط دارد.^{۱۵} در این راستا نقش آخرت‌نگری به عنوان پشتوانه اجرایی بسیاری از تعالیم دین، برجسته‌تر خواهد بود، چرا که انسان مؤمن بسیاری از رفتارهای مطلوب دین را به سبب پاداشی که در آخرت به او داده خواهد شد، انجام می‌دهد، همچنان‌که همین انگیزه در ترک رفتارهای نامطلوب نیز نقش محوری دارد.

دومین موضوع عمده در حوزه تأثیر دین و دین‌داری بر سلامت، بررسی تأثیرات ناشی از فشار روانی، هیجانانگیز و عوامل روانی مرتبط با آنها، بر رشد اختلال‌هاست. فشار روانی به عنوان راه‌انداز هیجان‌های منفی، ترس و بیماری‌های بدنی و روانی شناخته شده می‌شود.^{۱۶} تأثیرات فشارهای روانی و فرایندهای روان‌شناختی مربوط به آنها، به طور گسترده، بررسی شده و در دو حوزه کلی، یعنی تأثیرات فشار روانی بر دستگاه قلبی - عروقی^{۱۷} و بر دستگاه ایمنی بدن^{۱۸} به بهترین شیوه، قابل شناسایی هستند.

به نظر می‌رسد که افراد متدین و غیرمتدین میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می‌کنند، ولی افراد متدین بهتر می‌توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشارزای روانی مقابله کنند.^{۱۹} باورهای مذهبی مانند یک سپر در برابر استرس‌های زندگی عمل می‌کنند و از این طریق به راهبردهای مقابله‌ای فرد کمک می‌کنند. بنابراین، آخرت‌نگری از این نظر نیز می‌تواند در سلامت مؤثر باشد، چرا که یکی از علل بی‌تابی در برابر سختی‌ها این است که انسان بهره دنیا را بسیار زیاد و مهم بشمارد که در این صورت به سبب به دست نیاوردن یا از دست دادن آن به شدت اندوهگین یا هیجان زده می‌گردد. علی‌علیه می‌فرمایند:

تمام زهد بین دو کلمه از قرآن است که خدای سبحان فرمود: بر آنچه از دست شما رفته، حسرت نخورید و به آنچه به شما رسیده، شادمان باشید. کسی که بر گذشته افسوس نخورد و بر آینده، شادمان نباشد، همه جوانب زهد را رعایت کرده است.^{۲۰}

باور به زندگی پس از مرگ کمک می‌کند تا فرد تجارب زندگی را در فضای گسترده‌تری بنگرد و زندگی را بخش کوچکی از آن زندگی گسترده ببیند، از این رو اعتقاد به زندگی پس از مرگ، معنای رنج و سختی این جهان را تغییر داده و نیرو و مقاومت انسان را در برابر سختی‌ها و مشکلات افزایش می‌دهد، زیرا انسان مؤمن به معاد یقین دارد و می‌داند که اعمال خوب و بد او در دستگاه آفرینش دقیقاً محاسبه می‌شود: «پس هر که هم‌وزن ذره‌ای

نیکی کند [نتیجه] آن را خواهد دید، و هر که هم وزن ذره‌ای بدی کند، نتیجه آن را خواهد دید» (زلزال: ۷ و ۸) و اینکه هیچ کدام بی‌پاداش نمی‌ماند: «خدا پاداش نیکوکاران را ضایع نمی‌کند» (توبه: ۱۲۰) و حتی اگر فردی کار خوبی کرد چندین برابر پاداش خواهد دید: «هر کس کار نیکی بیاورد ده برابر آن [پاداش] خواهد داشت و هر کس کار بدی بیاورد جز مانند آن جزا نیابد و بر آنان ستم نرود». (انعام: ۱۶۰) از طرفی انسانی که به معاد اعتقاد دارد، به امور دنیوی به اندازه ارزش آنها توجه دارد، و از آنجا که هیچ یک از سختی‌های دنیا در مقابل پاداش‌های آخرت ارزش زیادی ندارند، در صورت دادن چیزی یا ابتلا به مصیبتی، راحت‌تر از فردی که چنین اعتقادی ندارد، سازش می‌یابد.

پهلوانی، دولت‌شاهی و واعظی (۱۳۷۶)، در پژوهشی رابطه بین به کارگیری مقابله‌های دینی و سلامت روانی را بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهش آنها نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین به کارگیری مقابله‌های دینی و سلامت روانی وجود دارد؛ یعنی افرادی که از مقابله‌های دینی بیشتر استفاده می‌کنند سلامت روانی بیشتر، و افرادی که از این نوع مقابله‌ها کمتر استفاده می‌کنند، سلامت روانی پایین‌تری دارند.^{۲۱} اسپیلکا و همکارانش (۲۰۰۳م) علاوه بر قائل شدن به نقش محوری برای مناسک و تکالیف مذهبی در دین، کنش‌های بسیاری را نیز به آنها نسبت داده‌اند که یکی از آنها کمک به تداوم مهار خود و جهان شخصی در زمان‌های فشار است. همچنین آنها اعتقاد دارند که مناسک و آیین‌های دینی، در افراد برای غلبه بر مشکلات، احساس توان‌مندی ایجاد می‌کنند.^{۲۲}

مکین تاش (۱۹۹۲م) نقش دین را در سازگاری افراد با یک رویداد منفی زندگی بررسی کرده است. او با ۱۲۴ پدر و مادری که کودک خود را به علت سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند، مصاحبه کرده و پی‌برده که متدین بودن با یافتن معنا در مرگ، ارتباط مثبتی دارد. علاوه بر این، متدین بودن با افزایش سلامت روانی و کاهش ناراحتی در بین والدین طی هجده ماه پس از مرگ کودکانشان، ارتباط داشته است.^{۲۳}

علاوه بر تأثیر ایمان بر اعمال و رفتارهای بهداشتی، ایمان دینی می‌تواند با فراهم ساختن شالوده‌ای برای معناداری زندگی، بر سلامت اثر بگذارد. دین‌داری و معنویت، این احساس اطمینان بخش را نیز فراهم می‌آورد که زندگی، منسجم، منظم و هدفمند است. پارک و فولکمن (۱۹۹۷م) از این جهان بینی‌های تلویحی یا باورهای ضمنی نسبت به زندگی، به عنوان معنادهی کلی^{۲۴} به جهان سخن به میان می‌آورند.^{۲۵} همچنین التزام دینی و

معنوی، ممکن است شاکله تفسیری برای درک شرایط خاصی، مانند مصیبت و درد و رنج در اختیار بگذارند.^{۲۶}

در این راستا یکی از آثار ارزشمند ایمان و اعتقاد به معاد، نجات انسان از سردرگمی در زندگی دنیاست. کسانی که حیات انسان را در زندگی دنیا خلاصه می‌کنند در واقع، انگیزه و تفسیری برای زندگی دنیا به جز کارهایی، چون خوردن، خوابیدن و کار کردن ندارند و به عبارتی زندگی می‌کنند تا کار کنند. همین امر باعث می‌شود احساس پوچی کرده و حتی در مواردی برای نجات از زندگی تکراری، و رهایی از درد و رنج و مشکلاتشان، دست به خودکشی زده و آن را بهترین راه برای پایان دادن به سختی‌ها بدانند. اما کسانی که به حیات پس از مرگ اعتقاد دارند، تلخی و مشکلات زندگی دنیا را برای رسیدن به اهداف عالی‌تر و حیات جاوید، با جان و دل می‌پذیرند. اینان بر این باور و اعتقادند که ثمره و محصول عبادت و بندگی را در عالم پس از مرگ دریافت خواهند کرد، از این‌رو، زندگی را هدف‌دار، و هدف را خیر و سعادت اخروی انسان می‌دانند، به همین دلیل زندگی‌شان معنا و مفهوم می‌یابد و از پوچی نجات می‌یابند، چرا که همه وقایع و تحولات را در مسیر هدفی متعالی می‌بینند که ارزش‌والایی دارد و به تمام حرکات و رفتارهای فرد در این دنیا ارزش می‌دهد.

با وجود آنکه درباره رابطه دین‌داری و سلامت و همبسته‌های آن، مطالعات بسیاری انجام شده، ولی از آنجا که علوم انسانی بر پیش‌فرض‌های انسان‌شناختی خاصی استوارند که زیر بنای تحقیقات را فراهم می‌آورند، نظریه‌هایی که در این حوزه پیشنهاد می‌شوند نیز به طور مستقیم و آگاهانه یا به طور غیر مستقیم و ناآگاهانه تحت تأثیر این پیش‌فرض‌ها واقع می‌شوند.^{۲۷} بر این اساس، بیشتر مطالعاتی که در جوامع غربی و با گرایش مسیحی صورت گرفته است، هم از نظر ابزارهای سنجش و هم موضوعات مطرح شده، متأثر از فرهنگ و ارزش‌های جامعه مسیحی است. دین مقدس اسلام به‌عنوان تنها دین کامل و تحریف نشده، جهان‌بینی و انسان‌شناسی متفاوتی با ادیان دیگر دارد، از این‌رو، انجام مطالعاتی که در بردارنده چهارچوب‌های دینی از دیدگاه اسلام باشد، می‌تواند افق‌های جدیدی را به روی روان‌شناسی و به طور کل علوم انسانی بگشاید.

یکی از مسائلی که در انسان‌شناسی مطرح است این است که آیا انسان هویتی نامحدود دارد یا موجودی محدود و متناهی است؟ انسان‌شناسی اسلامی، حیات جاویدان برای

آدمی قائل بوده، از این رو مسیر و غایت او را نیز نامتناهی می‌داند.^{۲۸} از دیدگاه دین اسلام زندگی اخروی برای بشر اصالت دارد. در این اندیشه، نگاه استقلالی به دنیا و جهت‌گیری رفتارها در این جهت نمی‌تواند بشر را به سرمزمل مقصود برساند، بلکه هنگامی سعادت انسان دست یافتنی خواهد بود که جهت‌گیری تمام افکار و اندیشه‌ها و رفتارها و عواطف او در این دنیا، در جهت رسیدن به تکامل اخروی باشد: «و هر که آخرت را طلب نماید و برای رسیدن به آن تمام تلاش خود را انجام دهد در حالی که ایمان داشته باشد، البته تلاش این افراد مورد قبول الهی است.» (اسراء: ۱۹)

از دیدگاه دینی، دنیا نه همه هستی است و نه همه حیات انسان محدود به این دنیاست، بلکه دنیا تنها قطعه‌ای از حیات، آن هم مقدمه و زمینه‌ساز حیات اصیل و پایدار است: «و زندگی دنیا جز بازی و سرگرمی نیست و قطعاً سرای بازپسین برای کسانی که پرهیزکاری می‌کنند بهتر است آیا نمی‌اندیشید.» (انعام: ۳۲) همچنین رسول اکرم ﷺ می‌فرماید: «دنیا کشتزار آخرت است.»^{۲۹}

بر اساس این دیدگاه، دنیا و مواهب آن، پاسخی است به نیازهای مادی و دنیوی، و آخرت و حقایقش پاسخی به نیازهای اصیل و ابدی انسان. قرآن کریم علاوه بر اشاره به اصل معاد و زندگی ابدی انسان در آیات متعدد، سعی دارد که انسان‌ها این حقیقت را در دنیا به عنوان یکی از محورهای اصلی جهت‌گیری‌های خود در نظر داشته باشند. در این راستا به شکل‌های مختلفی سعی شده که این مطلب به انسان منتقل شود. قرآن کریم بر اصل مرگ و مفهوم آن اشاره می‌کند و بر این حقیقت، تکیه می‌کند که مرگ نیستی و فنا نیست، بلکه انتقال از جهانی به جهان دیگر و از نشئه‌ای به نشئه دیگر است که در آن، حیات و زندگی انسان به گونه‌ای دیگر ادامه می‌یابد: «هر جانداري چشنده [طعم] مرگ است و همانا روز رستاخیز پاداش‌هایتان به طور کامل به شما داده می‌شود.» (آل عمران: ۱۸۵)

البته مطالعات روان‌شناختی عموماً از این اصل غفلت کرده و با تبعیت از رویکرد مادی و نگرش محدود به انسان، نقش آن را در زندگی انسان نادیده گرفته‌اند، حال آنکه اصل اعتقاد به آخرت و زندگی پس از مرگ، مهم‌ترین اصل دینی پس از مسئله توحید است تا جایی که در دوازده آیه از قرآن کریم پس از مسئله ایمان به خدا مطرح شده^{۳۰} و حدود یک سوم آیات قرآن مرتبط به معاد و مسائل مربوط به آن است.

نگاه نامحدود به انسان در حوزه‌های مختلف بررسی‌های انسانی، در عوامل ایجاد سلامت، نگرش ما به مذهب و حتی برداشت ما از انسان سالم اثرگذار خواهد بود، از این رو لازم است بررسی‌های روان‌شناختی دین‌داری با توجه به انسان‌شناسی و جهان‌بینی صحیح اسلامی صورت گیرد و جایگاه خود را در این چهارچوب بیابد. پژوهش حاضر با موضوع «رابطه آخرت‌نگری با سلامت در دانشجویان دانشگاه تهران و طلاب علوم دینی حوزه علمیه قم» در این راستا صورت گرفته است.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه‌های این پژوهش عبارت‌اند از:

۱. بین آخرت‌نگری و سلامت کلی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.
۲. رابطه بین آخرت‌نگری و زیر مقیاس سلامت روان، مثبت و معنادار است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به صورت یک طرح غیر آزمایشی و از نوع همبستگی انجام شده است. نمونه مورد بررسی پژوهش حاضر را ۲۵۹ نفر از طلاب حوزه علمیه قم و دانشجویان دانشگاه تهران مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ تشکیل می‌دهند که از میان آنها ۱۰۷ نفر طلبه و ۱۵۲ نفر دانشجو هستند. همچنین ۳۰ نفر از نمونه مورد مطالعه، زن و بقیه مرد هستند. از مجموع ۲۵۹ آزمودنی، بیشترین دامنه سنی را گروه ۲۵ - ۳۰ و کمترین آنها را ۳۶ سال به بالا تشکیل می‌دهد. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۴/۸ و انحراف استاندارد آن ۳/۹۳ می‌باشد. در پژوهش حاضر، حجم نمونه بر اساس مطالعات کوهن (۱۹۸۶م) انتخاب شده است. بر اساس دیدگاه کوهن به ازای هر متغیر پیش بین دست کم پانزده آزمودنی انتخاب می‌شود.^{۳۱}

روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع نمونه‌گیری خوشه‌ای است. در پژوهش حاضر در حوزه علمیه قم تعداد نه کلاس به عنوان خوشه‌ها به طور تصادفی در دسترس انتخاب شده و پرسش‌نامه‌ها روی تمامی شرکت‌کنندگان در کلاس‌ها اجرا گردید و در دانشجویان نیز پرسش‌نامه‌ها به صورت تصادفی در دسترس اجرا شده است.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسش‌نامه آخرت‌نگری

محتوای مقیاس

آزمون آخرت‌نگری ۴۴ سؤال دارد که با استفاده از منابع اسلامی تهیه شده است. این آزمون از پنج خرده مقیاس تشکیل یافته است که عبارت‌اند از: خرده مقیاس تکلیف‌گریزی (ده سؤال)، خرده مقیاس آمادگی (هشت سؤال)، خرده مقیاس آخرت‌محوری (دوازده سؤال)، خرده مقیاس تعالی (هفت سؤال) و خرده مقیاس لذت‌جویی (هفت سؤال).^{۳۳}

این آزمون، مقیاسی پنج گزینه‌ای است که از پنج درجه تشکیل شده است و از پاسخ مثبت کاملاً موافقم شروع می‌شود و به سمت پاسخ منفی کاملاً مخالفم پیش می‌رود. برای نمره‌گذاری این آزمون ابتدا به هر عبارت که نشانه‌ای از درجه‌بندی فرد درباره خودش هست یک نمره ۰ - ۴ تعلق می‌گیرد. چگونگی نمره‌دهی از سمت چپ به راست و از کم به زیاد است. البته به غیر از سؤال‌هایی که به صورت عکس، سازه آخرت‌نگری را مورد سنجش قرار می‌دهند که عبارت‌اند از: پرسش‌های: ۲، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۶، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۴۰، ۴۲، ۴۳ و ۴۴.

آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۵ گزارش شده است که نشان از همسانی درونی مورد قبول است. در برآورد اعتبار آن از طریق دو نیمه‌سازی، همبستگی بین نیمه اول با نیمه دوم ۰/۸۶ به دست آمد. اعتبار زیر مقیاس‌ها نیز به شرح زیر بوده است: تکلیف‌گریزی ۰/۵۲، آمادگی ۰/۷۲، آخرت‌محوری ۰/۷۹، تعالی ۰/۶۵ و لذت‌جویی ۰/۶۷.^{۳۳}

ب) پرسش‌نامه سلامت (BioPSSI)

این پرسش‌نامه با استفاده از مدل کل‌نگر در سلامت ساخته شده است که بیماری و سلامت را نتیجه تعامل بین جنبه‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی و معنوی می‌دانند، و در آن چهار بعد بدنی، روانی، اجتماعی و معنوی سلامت، سنجش می‌شود. قسمت پایانی آن نیز جنبه عملکردی فرد را در همین چهار بعد می‌سنجد. برای هر سؤال، شش گزینه وجود دارد که فرد بر اساس اینکه چه مقدار آن را تجربه کرده از صفر (هیچ وقت) تا پنج (همیشه) به آن نمره می‌دهد. در جنبه عملکردی نیز از آزمودنی خواسته می‌شود تا گزارش دهد که فعالیت مذکور چه مقدار با محدودیت روبه‌رو شده است؟ پاسخ به این قسمت نیز می‌تواند از صفر (هیچ وقت) تا پنج (همیشه) متغیر باشد.

در هر مقیاس، نمره پایین نشان دهنده نشانه‌ها و محدودیت‌های منفی یا نبود نشانه‌های مثبت است. تمام مقیاس‌های پنج‌گانه از اعتبار هم‌زمان خوب و از همسانی درونی بالا (آلفا بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۷) برخوردارند^{۳۴}. ده سؤال اول مقیاس که نشانه‌های زیستی را می‌سنجد، نشانگان غیر اختصاصی عمومی شده را در بر می‌گیرد (درد، ضعف و ناراحتی در تنفس). چهار سؤال بعدی مقیاس، نشانگان روانی و درباره اضطراب و افسردگی است. هشت سؤال بعدی درباره مقیاس اجتماعی بوده و بر تعاملات اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی، متمرکز است. هفت سؤال نشانگان معنوی نیز در بردارنده صلح، هماهنگی و هدف‌داری است. دوازده سؤال هم حالت معیوب عملکردی را در هر چهار بعد می‌سنجد. این مقیاس با چهار مقیاس دیگر به طور معناداری همبسته است ($r = 0/69$)^{۳۵}.

نتایج

داده‌های توصیفی حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌ها

در این قسمت ابتدا به بررسی ویژگی‌های توصیفی داده‌های کلی حاصل از اجرای نهایی دو آزمون آخرت‌نگری و سلامت می‌پردازیم:

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	ردیف	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
۱	آخرت‌نگری «کل»	۱۳۰/۲۰	۱۳/۴۶	۷	سلامت «کل»	۱۴۳/۷۰	۱۵/۸۴
۲	تکلیف‌گریزی	۱۳/۳۸	۴/۳۷	۸	سلامت زیستی	۴۳/۳۲	۴/۱۹
۳	آمادگی	۲۴/۴۵	۴/۴۵	۹	سلامت روانی	۱۴	۲/۴۳
۴	آخرت‌محوری	۳۹/۲۰	۴/۳۷	۱۰	سلامت اجتماعی	۱۶/۲۷	۵/۳۱
۵	تعالی	۲۰/۹۶	۳/۱۳	۱۱	سلامت معنوی	۲۱/۴۰	۵/۰۳
۶	لذت‌جویی	۷/۷۳	۳/۳۷	۱۲	عملکردی	۴۸/۶۸	۸/۸۴

در جدول (۱) ویژگی‌های توصیفی از قبیل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش برای زیرمؤلفه‌های آخرت‌نگری و سلامت ارائه شده است.

نتایج آزمون همبستگی متغیرهای پژوهش

بر اساس نتایج جدول (۲) همبستگی مثبت و معنادار ($r = 0/58$ و $p < 0/01$) بین نمره کل مقیاس آخرت‌نگری با نمره کل مقیاس سلامت وجود دارد. این بدان معناست که هرچه نمره افراد در مقیاس آخرت‌نگری بیشتر باشد، نمره سلامت بیشتر خواهد بود. همچنین نمره کل آخرت‌نگری با زیرمقیاس سلامت روان از همبستگی مثبت و معنادار $0/31$ ، در سطح معناداری $p < 0/01$ برخوردار است. این بدان معناست که هرچه نمره افراد در مقیاس آخرت‌نگری بیشتر باشد، نمره سلامت روان نیز بیشتر خواهد بود.

همبستگی مثبت و معنادار بین آخرت‌نگری و زیرمقیاس سلامت عملکردی ($r = 0/57$) و ($p < 0/01$) و همبستگی مثبت و معنادار بین زیرمقیاس آمادگی با سلامت کل ($r = 0/54$) و ($p < 0/01$) و با سلامت عملکرد ($r = 0/58$) و ($p < 0/01$) نیز مشاهده می‌شود. بین زیرمقیاس‌های تکلیف‌گریزی با سلامت همبستگی منفی و معنادار ($r = -0/48$) و ($p < 0/01$) و بین زیرمقیاس لذت‌جویی با سلامت نیز ارتباط منفی معنادار ($r = -0/21$) و ($p < 0/01$) وجود دارد. به عبارت دیگر، هرچه نمره فرد در زیرمقیاس تکلیف‌گریزی و لذت‌جویی بالا برود سلامت او کمتر خواهد شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل همبستگی داده‌های پژوهش

زیرمقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱ آخرت‌نگری کل	۱											
۲ تکلیف‌گریزی	-۰/۷۲**	۱										
۳ آمادگی	۰/۸۱**	-۰/۴۵**	۱									
۴ آخرت‌محوری	۰/۶۱**	۰/۱۷**	۰/۴۲**	۱								
۵ تعالی	۰/۶۳**	-۰/۳۷**	۰/۴۶**	۰/۲۸**	۱							
۶ لذت‌جویی	-۰/۴۵**	۰/۳۷**	-۰/۱۳*	۰/۰۳	۰/۲۱**	۱						
۷ سلامت کل	۰/۵۸**	-۰/۴۸**	۰/۵۴**	۰/۲۵**	-۰/۳۳**	-۰/۲۱**	۱					
۸ بند زینتی	۰/۳۶**	-۰/۳۰**	۰/۱۸**	۰/۰۴	۰/۱۷**	-۰/۱۶**	۰/۵۷**	۱				
۹ بند روانی	۰/۳۶**	-۰/۳۵**	۰/۳۰**	۰/۰۲	۰/۱۶*	-۰/۱۱	۰/۴۸**	۰/۴۶**	۱			
۱۰ بند اجتماعی	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۱۰	۰/۰۷	-۰/۰۵	۰/۴۵**	-۰/۰۱	-۰/۰۷	۱		
۱۱ بند معنوی	۰/۳۳**	-۰/۱۸**	۰/۳۰**	۰/۲۹**	۰/۲۸**	-۰/۱۸**	۰/۶۰**	۰/۱۴*	۰/۰۳	۰/۳۵**	۱	
۱۲ بند عملکردی	۰/۵۷**	-۰/۵۳**	۰/۵۸**	۰/۱۹**	۰/۲۷**	-۰/۱۳*	۰/۷۸**	۰/۳۴**	۰/۳۹**	۰/۰۲	۰/۲۱**	۱

* $p < 0/05$

** $p < 0/01$

تحلیل رگرسیون آخرت‌نگری و زیرمؤلفه‌های آن با سلامت کل و سلامت روان

به منظور بررسی نقش ابعاد آخرت‌نگری در تبیین و پیش‌بینی سلامت از رگرسیون استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون همراه با ضرایب استاندارد و غیر استاندارد متغیرهای پیش‌بین در جدول‌های (۳) و (۴) گزارش شده است.

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون تعالی، لذت‌جویی، آخرت‌محوری و تکلیف‌گریزی، آمادگی بر سلامت کل

مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مغناداری	ضریب همبستگی	مجزور R	مجزور تعدیل شده R	خطای معیار برآورد
۲۳۹۸۰/۵۷	۵	۴۷۹۶/۱۱	۲۹/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱	۰/۳۷	۰/۳۶	۱۲/۷۲
۴۱۱۳۵/۶۵	۲۵۴	۱۶۱/۹۵						
۶۵۱۱۶/۲۲	۲۵۹							

(a) پیش‌بینی کننده‌ها (ثابت): تعالی، لذت‌جویی، آخرت‌محوری، تکلیف‌گریزی، آمادگی

(b) متغیر وابسته: سلامت

جدول ۴: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد متغیرهای موجود در رگرسیون

سطح معناداری	t	بتا	خطای استاندارد B	ضریب رگرسیون	
۰/۰۰۰	۱۲/۱۳۶		۹/۴۹۵	۱۱۵/۲۲۹	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	-۴/۴۸	-۰/۲۷	۰/۲۲	-۰/۹۷	تکلیف‌گریزی
۰/۰۰۰	۵/۴۳	۰/۳۵	۰/۲۳	۱/۲۷	آمادگی
۰/۲۳۳	-۰/۱۰	-۰/۰۵	۰/۲۵	-۰/۲۴	لذت‌جویی
۰/۶۴	۰/۴۷	۰/۰۳	۰/۲۰	۰/۰۹	آخرت‌محوری
۰/۱۵	۱/۴۴	۰/۰۸	۰/۲۹	۰/۴۲	تعالی

متغیر ملاک: سلامت

بر اساس نتایج جدول (۳) مدل تحلیل رگرسیون بر اساس میزان پیش‌بینی متغیرهای تعالی، لذت‌جویی، آخرت‌محوری، تکلیف‌گریزی، آمادگی بر سلامت کل با مقدار $(F=۲۹/۶۱ و p<۰/۰۰۰)$ معنادار است. مقدار R معادل $۰/۶۱$ و مقدار R^2 برابر با $۰/۳۷$ است. این بدان معناست که ۳۷ درصد از تغییرات متغیر سلامت توسط ابعاد آخرت‌نگری قابل پیش‌بینی و تبیین است.

بر اساس جدول (۴) نتایج β از میان پنج مؤلفه آخرت‌نگری، تکلیف‌گریزی با مقدار $(\beta = -۰/۲۷)$ و آمادگی با مقدار $(\beta = ۰/۳۵)$ معنادار است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که تکلیف‌گریزی با رابطه‌ای معکوس قادر است سلامت را پیش‌بینی کند. این در حالی است که رابطه آمادگی با سلامت مثبت است. بر اساس این نتایج هر یک واحد افزایش در میزان تکلیف‌گریزی، به ۲۷ واحد کاهش در سلامت منجر خواهد شد و بالعکس افزایش یک واحد در آمادگی، به افزایش ۳۵ واحدی در سلامت منجر خواهد شد. با این توصیف بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون و با استناد به عوامل آخرت‌نگری می‌توان معادله پیش‌بین را به صورت ذیل تنظیم کرد:

سلامت کل = مقدار ثابت (۱۱۵/۲۲۹) + تکلیف‌گریزی (-۰/۲۷) + آمادگی (۰/۳۵)

(تکلیف‌گریزی) (-۰/۲۷) + (آمادگی) (۰/۳۵) + (عدد ثابت) (۱۱۵/۲۲۹) = سلامت

در مرحله بعدی تحلیل، به منظور تعیین سطح پیش‌بینی زیرمقیاس‌های تعالی، لذت‌جویی، آخرت‌محوری، تکلیف‌گریزی، آمادگی بر سلامت روانی تحلیل رگرسیون صورت گرفت:

جدول ۵: خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون تعالی، لذت‌جویی، آخرت‌محوری،

تکلیف‌گریزی، آمادگی بر سلامت روانی

خطای استاندارد	مجدور تعدیل شده R	مجدور R	ضریب همبستگی R	معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۲/۳۲	۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۴۰	۰/۰۰۰	۹/۷۸	۵۲/۷۷	۵	۲۶۳/۸۸	رگرسیون
						۵/۳۹	۲۵۴	۱۳۷۰/۲۰	باقیمانده
							۲۵۹	۱۶۳۴/۰۷	کل

(a) پیش‌بینی کننده‌ها (ثابت): تعالی، لذت‌جویی، آخرت‌محوری، تکلیف‌گریزی، آمادگی

(b) سلامت روانی

جدول ۶: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد متغیرهای موجود در رگرسیون

سطح معناداری	t	بتا	خطای استاندارد B	ضریب رگرسیون	
۰/۰۰۰	۹/۰۲۹		۱/۶۸۴	۱۵/۲۰۷	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	-۳/۷۲	-۰/۲۶	۰/۰۴	-۰/۱۵	تکلیف‌گریزی
۰/۰۰۳	۲/۹۵۵	۰/۲۲	۰/۰۴	۰/۱۳	آمادگی
۰/۸۸	۰/۱۶	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۰۷	لذت‌جویی
۰/۵۷	۰/۵۶	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۳	تعالی
۰/۰۸	-۱/۷۴	-۰/۱۱	۰/۰۴	-۰/۰۶	آخرت‌محوری

بر اساس نتایج جدول (۵) مدل تحلیل رگرسیون بر اساس میزان پیش‌بینی متغیرهای تعالی، لذت‌جویی، آخرت‌محوری، تکلیف‌گریزی، آمادگی بر سلامت روانی با مقدار $p < ۰/۰۰۰$ و $F=۹/۷۸$ معنادار است. مقدار R معادل ۰/۴۰ و مقدار R^2 برابر با ۰/۱۶ است. این بدان معناست که ۱۶ درصد از تغییرات متغیر سلامت روانی توسط ابعاد آخرت‌نگری قابل پیش‌بینی و تبیین است.

بر اساس جدول (۶) نتایج β از میان پنج مؤلفه آخرت‌نگری، تکلیف‌گریزی با مقدار $(\beta = -۰/۲۶)$ و آمادگی با مقدار $(\beta = ۰/۲۲)$ معنادار است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که تکلیف‌گریزی با رابطه‌ای معکوس قادر است سلامت روان را پیش‌بینی کند. این در حالی است که رابطه آمادگی با زیر مقیاس سلامت روان مثبت است. بر اساس این نتایج، یک واحد افزایش در میزان تکلیف‌گریزی به ۲۶ واحد کاهش در سلامت روان منجر خواهد شد و برعکس، افزایش یک واحد آمادگی به افزایش ۲۲ واحدی در سلامت روان منجر خواهد شد. بنابراین، بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون و با استناد به عوامل آخرت‌نگری می‌توان تغییرات سلامت روانی را به گونه زیر، پیش‌بینی کرد:

سلامت روانی = مقدار ثابت (۱۵/۲۰۷) + آمادگی (۰/۲۲) + تکلیف‌گریزی (-۰/۲۶)

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش، به طور کلی موافق با پژوهش‌های متعددی است که تاکنون درباره موضوع عام‌تر دین و دین‌داری، صورت گرفته است. نتایج پژوهش‌های متعددی حاکی از آن است که التزام دینی به گونه‌ای امیدبخش با سنجه‌های سلامت جسمانی، مثل فشارخون (لوین و وندرپول، ۱۹۸۹م)،^{۳۶} سرطان (جارویس و نورث کات، ۱۹۸۷م)،^{۳۷} بیماری قلبی (فریدلندر، کرک، و استاین، ۱۹۸۶م)،^{۳۸} سکت (کولا نتونیو، کسل، و اُستفیلد، ۱۹۹۲م)^{۳۹} در ارتباط است. در پژوهش زهرا کار (۱۳۸۴) نتایج به دست آمده نشان داده است که میزان رابطه بین دین‌داری و علائم جسمانی، دین‌داری و اضطراب و اختلال خواب، دین‌داری و اختلال در کارکردهای اجتماعی، دین‌داری و افسردگی، منفی و معنادار بوده و رابطه دین‌داری و سلامت کلی، مثبت و معنادار بوده است.^{۴۰}

مالشی معتقد است هر چه اعتقادات مذهبی و رفتارهای مذهبی گروهی در فرد بیشتر باشد سطح سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد.^{۴۱} در پژوهشی که آریین (۱۳۸۰) ارائه کرده است مشخص شده که بین دین‌داری با رضامندی و خشنودی که از مؤلفه‌های روان‌درستی محسوب می‌شوند نیز همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و همچنین دین‌داری با افسردگی، همبستگی منفی و معنادار دارد.^{۴۲}

هرچند پژوهش‌های کمی درباره ارتباط سازه آخرت و اعتقاد به زندگی پس از مرگ به‌عنوان یکی از مفاهیم اصلی دین‌داری، با سلامت و ابعاد آن صورت گرفته است، و پژوهش‌های انجام شده نیز بیشتر به بررسی یک بعد (باور) پرداخته‌اند، ولی در این مطالعات نیز نتایج مثبتی به دست آمده است. در مطالعه فلانلی و همکارانش (۲۰۰۸م) که در آن رابطه بین باور خوشایند به زندگی پس از مرگ و برخی اختلال‌های روان‌پزشکی بررسی شده است، نتایج نشان می‌دهد که بین باور به زندگی پس از مرگ با افسردگی و اضطراب و وسواس، رابطه منفی معنادار وجود دارد.^{۴۳} در مطالعه اسداللهی و قاسمی (۱۹۹۸م)، نتایج نشان می‌دهد که ۵۹ درصد بیماران افسرده‌خو، باور کم به اصل معاد داشته و در ۳۹ درصد هم این باور ضعیف بوده است. اکبری (۱۳۸۲) نیز در بررسی رابطه بین دنیاگرایی و سلامت عمومی به این نتایج دست یافت: بین دنیاگرایی و علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی و آخرت‌گریزی با اضطراب و افسردگی و همچنین بین عدم گرایش به عبودیت با علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.^{۴۴}

در آموزه‌های معصومین علیهم‌السلام نیز رابطه بی‌رغبتی و زهد نسبت به دنیا با سلامت روح و جسم مورد توجه قرار گرفته است و به فرموده امیرمؤمنان علیه‌السلام: «میل به آخرت، سبب بشارت و آسایش است، اما میل به دنیا باعث غم و اندوه است».^{۴۵} این به دلیل آن است که فراز و فرود و فقدان از ویژگی‌ها و واقعیت‌های دنیاست و این می‌تواند موجب تنیدگی در انسان شود. اما اگر انسان رابطه عاطفی و روانی خود را با این عامل پر فراز و فرود قطع کند و دل‌بسته آن نشود از فراز و فرود آن نیز رها گشته، هر چند از مواهب آن نیز بی بهره نخواهد بود. رسول خدا صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم می‌فرماید: «زهد در دنیا قلب و بدن انسان را آسوده می‌کند».^{۴۶} و باز به فرموده رسول خدا صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم: «هر کس به دنیا بی‌رغبت شود مصیبت‌ها بر او آسان می‌گردد».^{۴۷} آخرت‌نگری از این جنبه نیز می‌تواند در سلامت روان مؤثر باشد، از این‌رو، علی علیه‌السلام می‌فرماید: «چگونه به دنیا بی‌رغبت می‌شود کسی که ارزش آخرت را نمی‌داند».^{۴۸} از نظر استاک^{۴۹} و واسرمن^{۵۰} به نقل از هود، اسپیلکا و دیگران (۲۰۰۹م)^{۵۱} ایمان، مانع خودکشی افراد مسن می‌شود. وی سه احتمال را در این زمینه ذکر می‌کند: ۱. دین باعث رشد احساس یک‌پارچگی اجتماعی می‌شود که در مقابل خودکشی است، ۲. دیدگاه‌های خاص دینی، مثل باور به زندگی پس از مرگ باعث از بین رفتن تکانه‌های خود تخریب‌گر می‌شود، ۳. مؤسسه‌های دینی باعث ایجاد شبکه‌های اجتماعی و تقویت حمایت‌های اجتماعی می‌شوند.

در پایان با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش می‌توان ادعا کرد که آخرت‌نگری به‌عنوان جهت‌گیری فرد در پذیرش زندگی پس از مرگ و تلاش برای فراهم سازی مقدمات برای این زندگی منطبق با دستورات الهی، در همین دنیا در بعد سلامت کلی و سلامت روانی، پیامدهای مثبت داشته و کارکردهای مطلوب‌تر این ابعاد را فراهم می‌سازد. اما از آنجا که مفهوم زندگی پس از مرگ و تأثیرات روان‌شناختی آن در روان‌شناسی امروزی جایگاه مطلوبی ندارد، پیشنهاد می‌شود که متخصصان در این حوزه وارد شده و نظریه‌پردازی و مدل‌سازی نمایند، زیرا انسان‌شناسی دینی در چهارچوب مبدأ و معاد معنا می‌یابد و عدم توجه به این مسئله، ما را در رسیدن به روان‌شناسی دینی با اشکال روبه رو می‌کند.

پی‌نوشت‌ها

۱. قال علی علیه السلام: الصَّحَّةُ اَفْضَلُ النِّعَمِ. «سلامتی و صحت برترین نعمت‌هاست»؛ عبدالواحد تمیمی آمدی، تصنیف *غرر الحکم و درر الکلم* ص ۴۸۳.
2. Engel G.
3. Biopsychosocial
4. Biomedical
5. Reductionistic
6. D. Katernahl & D. Oyiriaru, "Assessing the Biopsychosociospiritual Model in primary care: development of the BioPsychoSocioSpiritual Inventory (BioPSSI)", *International Journal of Psychiatry Med*, v 37(4), p 393.
7. Onarecker, CD.
8. Sterling, BC.
9. BIOPsychoSocioSpiritual Inventory (BioPSSI)
10. D. Katernahl & D. Oyiriaru, "Assessing the Biopsychosociospiritual Model in primary care: development of the BioPsychoSocioSpiritual Inventory (BioPSSI)", *International Journal of Psychiatry Med*, v 37(4): p. 393.
11. Religious coping
12. E. Barkan, & F. Greenwood, "Religious attendance and subjective well-being among older Americans: Evidence from the general social survey", *Review of Religious Research*, v 45(2), p 116; E. Crawford et al. , "The Relationship between Religion and Mental Health/Distress", *Review of Religious Research*, v 31, p 16; G. Nooney, "Religion, Stress, and Mental Health in Adolescence", *Review of Religious Research*, v 46(4), p 341.
۱۳. امرالله ابراهیمی و دیگران، «بررسی نقش تاریخیچه تجارب مذهبی-معنوی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری-اجتماعی دختران»، *چکیده مقالات سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی*، ص ۱۱۴.
14. Lester D.
۱۵. به نقل از همان ص ۱۱۴
۱۶. محمد کریم خدا پناهی، *روانشناسی فیزیولوژیک*، ص ۲۸۹.
17. A. Rozanski et al. , "Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy", *Circulation*, v 99, p 2192.
18. S. C. Segerstrom & G. E. Miller, "Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry", *Psychol Bull*, v 130(4), p 601.
۱۹. محبوبه دادفر، «بررسی نقش دین در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی»، *فصلنامه نقد و نظر*، ش ۳۶-۳۵، ص ۹۲.
۲۰. *نهج البلاغه*، ترجمه محمد دشتی، حکمت ۴۳۹ ص ۵۵۴.
۲۱. هاجر پهلوانی و همکاران، «بررسی رابطه بین به کارگیری مقابله‌های مذهبی و سلامت روانی»، *مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی*، ص ۷۸.
۲۲. رامین تهرانی، *بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در معلمان شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، ص ۶۸.
۲۳. محبوبه دادفر، «بررسی نقش دین در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی»، *فصلنامه نقد و نظر*، شماره ۳۶-۳۵، صفحه ۹۳.
24. global meaning
25. C. L. Park & S. Folkman, "Meaning in the context of stress and coping", *Review of General Psychology*, v 1, p 115.
26. Ibid
۲۷. احمد واعظی، *انسان از دیدگاه اسلام*، ص ۱۴.
۲۸. عبدالحسین خسرو پناه، *قلمرو دین*، ص ۱۳۵.
۲۹. محمد محمدی ری‌شهری، *میزان الحکمه*، ح ۵۷۴۷، ص ۱۶۹۰.

۳۰. مرتضی مطهری، مقدمه‌ای بر جهان‌بینی اسلامی، ج ۶ حیات اخروی، ص ۲.
۳۱. میرنادر میری و هادی بهرامی احسان، «رابطه مذهب‌گرایی و عوامل جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد در دانشجویان»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۱۲، ص ۱۰۹.
۳۲. ابوالفضل ابراهیمی، *رابطه آخرت‌نگری با سلامت در دانشجویان و طلاب علوم دینی و ساخت مقیاس آخرت‌نگری*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، ص ۷۲.
۳۳. همان.
34. D. Katernahl, D. Oyiriaru, "Assessing the Biopsychosociospiritual Model in primary care: development of the BioPsychoSocioSpiritual Inventory (BioPSSI)", *International Journal of Psychiatry Med.*, v 37(4), p 393.
35. Ibid
36. J. S. Levin & H. Y. Vanderpool, "Is religion therapeutically significant for hypertension?", *Social Science & Medicine*, v 29, p 69.
37. G. K. Jarvis & G. C. Northcott, "Religion and differences in morbidity and mortality", *Social Science & Medicine*, v 25, p 813.
38. Y. Friedlander et al., "Religious orthodoxy and myocardial infraction in jerusalem: A case-control study", *International Journal of Cardiology*, v 10, p 33.
39. A. Colantonio, "Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly", *American Journal of Epidemiology*, v 136, p 884.
۴۰. کیانوش زهراکار، «بررسی رابطه دینداری و سلامت روانی»، *مجله اندیشه شاهد*، ش ۱، ص ۲۷۹.
۴۱. زهره خسروی و مریم اربابی، «بررسی تأثیر نماز بر میزان اختلالات روانی نوجوانان»، *چکیده مقالات اولین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی*، ص ۲۹۱.
۴۲. خدیجه آرین، «رابطه دینداری و روان‌درستی»، *مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان*، ص ۱.
43. J. Flannelly et al., "beliefs about life after death, psychiatric symptomology and cognitive theories of psychopathology", *Journal of Psychology and Theology*, v 36(2), p 94.
۴۴. الله‌رضا اکبری، *رابطه دنیاگرایی و سلامت روان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی، ص ۱۶۷.
۴۵. حسن دیلمی، *ارشادالقلوب الی الصواب*، ج ۱، ص ۱۹.
۴۶. ابو القاسم پاینده، *نهج الفصاحه مجموعه کلمات قصار حضرت رسول صلی الله علیه*، ص ۵۱۳.
۴۷. همان، ص ۷۲۷.
۴۸. عبدالواحد تمیمی آمدی، *تصنیف غررالاحکم ودررالکلم*، ج ۲، ص ۲۶۵۲، ص ۱۴۶.
49. Stack, S.
50. Wasserman, I.
51. W. Hood Spilka & JR. B. G. Hunsberger, *The Psychology of Religion*, p 197.

منابع

- آرین، خدیجه، «رابطه دین‌داری و روان‌درستی»، مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۰.
- ابراهیمی، ابوالفضل، *رابطه آخرت‌نگری با سلامت در دانشجویان و طلاب علوم دینی و ساخت مقیاس آخرت‌نگری*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، ۱۳۸۹.
- ابراهیمی، ام‌الله و دیگران، «بررسی نقش تاریخی تجارب مذهبی-معنوی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری-اجتماعی دختران»، چکیده مقالات سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی، چ اول، قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه، ۱۳۸۱.
- اکبری، الله‌رضا، *رابطه دنیاگرایی و سلامت روان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، ۱۳۸۲.
- پاینده، ابو القاسم، *نهج الفصاحه مجموعه کلمات قصار حضرت رسول (ص)*، چ چهارم، تهران، دنیای دانش، ۱۳۸۲.
- پسندیده، عباس، *رضایت از زندگی*، چ پنجم، قم، انتشارات دار الحدیث، ۱۳۸۶.
- پهلوانی، هاجر و دیگران، *بررسی رابطه بین به کارگیری مقابله‌های مذهبی و سلامت روانی*، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۶.
- تبرائی، رامین، *بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در معلمان شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، ۱۳۸۷.
- تیمی آمدی، عبدالواحد، *تصنیف غررالحکم و دررالکلم*، چ اول، قم، انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی، ۱۳۶۶.
- خدا پناهی، محمد کریم، *روان‌شناسی فیزیولوژیک*، چ اول، تهران، سازمان تهیه و تدوین کتب علوم اسلامی (سمت)، ۱۳۸۰.
- خسرو پناه، عبدالحسین، *قلمرو دین*، چ اول، قم، مرکز مطالعات و پژوهش‌های فرهنگی حوزه علمیه قم، ۱۳۸۱.
- خسروی، زهره، اربابی، مریم، «بررسی تأثیر نماز بر میزان اختلالات روانی نوجوانان»، چکیده مقالات اولین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی، چ اول، قم، انتشارات معارف، ۱۳۷۹.
- دادفر، محبوبه، «بررسی نقش دین در بهداشت روانی و فرآیندهای روان‌درمانی»، فصلنامه نقد و نظر، ش ۳۶-۳۵، پاییز و زمستان ۱۳۸۳، ص ۸۴-۱۲۱.
- نهج البلاغه*، ترجمه محمد دشتی، قم، انتشارات مشهور، چ اول ۱۳۷۹.
- دیلمی، حسن، *إرشاد القلوب إلى الصواب*، ج ۲، چ اول، قم، انتشارات شریف رضی، ۱۴۱۲ق.
- زهراکار، کیانوش، «بررسی رابطه دین‌داری و سلامت روانی»، *مجله اندیشه شاهد*، ش ۱، ۱۳۸۴، ص ۲۹۰-۲۷۹.
- محمدی ری‌شهری، محمد، *میزان الحکمه*، چ چهارم، قم، انتشارات دارالحدیث، ۱۳۸۳.
- مطهری، مرتضی، *مقدمه‌ای بر جهان‌بینی اسلامی*، ج ۶ حیات اخروی، چ بیستم، تهران، انتشارات صدرا، ۱۳۸۴.
- میری، میرنادر، بهرامی احسان، هادی، «رابطه مذهب‌گرایی و عوامل جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد در

دانشجویان»، روان‌شناسی و دین، ش ۱۲، زمستان ۱۳۸۹، ص ۱۰۹-۱۲۶.

واعظی، احمد، انسان از دیدگاه اسلام، چ هفتم، تهران، انتشارات سمت، ۱۳۸۵.

- Assadulahi, GH. , Ghassemi,GH. R. , "Belief in Resurrection: dysthymics versus normal", *Journal of Islamic Academy of Sciences*, v 11(4), 1998, p 149-151.
- Barkan, E. , Greenwood, F. , "Religious attendance and subjective well-being among older Americans: Evidence from the general social survey", *Review of Religious Research*, v 45(2), Dec 2003, p116-129.
- Crawford, E. et al. , "The Relationship between Religion and Mental Health/Distress", *Review of Religious Research*, v 31(1), Sep 1989, p 16-22.
- Colantonio, A. et al. , "Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly", *American Journal of Epidemiology*, v 136, 1992, p 884-894.
- Flannelly, J. , et al. , "beliefs about life after death, psychiatric symptomology and cognitive theories of psychopathology", *Journal of Psychology and Theology*, v 36(2), 2008, p 94-103.
- Friedlander, Y. et al. , "Religious orthodoxy and myocardial infraction in jerusalem: A case-control study", *International Journal of Cardiology*, v 10, 1986, p 33-41.
- Hood, R. W. Jr. et al. , *The Psychology of Religion: An Empirical Approach (4th ed.)*, New York, Guilford, 2009.
- Jarvis, G. K. , Northcott, G. C. , "Religion and differences in morbidity and mortality", *Social Science & Medicine*, v 25, 1987, p 813-824.
- Katernahl, D. , Oyiriaru, D. , "Assessing the Biopsychosociospiritual Model in primary care: development of the BioPsychoSocioSpiritual Inventory (BioPSSI)", *International journal of Psychiatry Med*, v 37(4), 2007, p 393-414.
- Koenig, H. G. , *Aging and God: Spiritual Pathways to Mental Health in Midlife and Later Years*, New York, London Haworth Press, 1994.
- Levin, J. S. , Vanderpool, H. Y. , "Is religion therapeutically significant for hypertension?", *Social Science & Medicine*, v 29, 1989, p 69-78.
- Nooney, G. , "Religion, Stress, and Mental Health in Adolescence", *Review of Religious Research*, v 46(4), Jun 2005, p 341-354.
- Park, C. L. , Folkman, S. , "Meaning in the context of stress and coping", *Review of General Psychology*, v 1, 1997, p 115-144.
- Rozanski, A. et al. , "Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy", *Circulation*, v 99, 1999, p 2192-2217.
- Seegerstrom, S. C., Miller, G. E., "Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry", *Psychol Bull*, July 2004; v 130(4), p 601-630.
- Simoni, M. et al. , "Spirituality and psychological adaptation among women with HIV: implication for Counseling", *Journal of Counseling Psychology*, v 49(2), 2002, p 139-147.
- Spilka, Hood, W. , Hunsberger, JR. B. G. , *The Psychology of Religion*, United states of America, the Guilford press, 2003.