

بررسی جامعه‌شناختی اثرات دینداری بر سلامت روان با استفاده از مدل فرایند استرس؛ مطالعه دانشجویان و طلاب شهر قم

محمد اسماعیل ریاحی (دانشیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران، نویسنده
مسئول)

m.riahi@umz.ac.ir

رحمت‌الله معمار (استادیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران)

r.memar@yahoo.com

مهدی رحیمی راد (دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران)

mehdi.rahimirad@yahoo.com

چکیده

متخصصان علوم پزشکی و رفتاری دیر زمانی است که به نقش دینداری در سلامت توجه داشته‌اند، با این حال رابطه دینداری و سلامت در جامعه‌شناسی کمتر مورد توجه بوده است. پژوهش حاضر بر آن است تا به مطالعه اثرات دینداری بر سلامت روان بپردازد. در همین راستا، با به‌کارگیری مدل فرایند استرس پیرلین، اثرات دینداری متأثر از نقش اجتماعی (دانشجویی/طلبگی) و با میانجی‌گری استرس و حمایت اجتماعی بر سلامت روان، مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش حاضر به صورت پیمایشی صورت گرفته و داده‌های مورد نیاز با استفاده از پرسش‌نامه خود اجراء گردآوری شده است. نمونه آماری تحقیق شامل ۴۰۰ نفر از دانشجویان و طلاب است که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نامتناسب، از دانشگاه‌ها و حوزه‌های علمی شهر قم انتخاب شده‌اند. براساس نتایج توصیفی، ۶۰/۹ درصد از پاسخگویان مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده شده‌اند (۶۹/۹ درصد دانشجویان و ۵۲/۶ درصد طلاب) و ۵۹/۹ درصد آن‌ها دارای سطوح بالایی از دینداری هستند (۳۶/۷ درصد دانشجویان و ۸۱/۸ درصد طلاب). نتایج تحلیل مسیر با استفاده از ضرایب رگرسیونی حاکی از آن است که به ترتیب متغیرهای استرس (ضریب

بتای (۰/۶۴۳)، نقش اجتماعی دانشجویی/طلبگی (۰/۲۶۱-)، حمایت اجتماعی (۰/۱۴۶-) و دینداری (۰/۰۷۷-) بیشترین اثر کل (مجموع اثرات مستقیم و غیرمستقیم) را بر میزان سلامت روان داشته‌اند. بدین ترتیب می‌توان پیش‌بینی کرد که بیشترین میزان سلامت روان در پاسخگویانی مشاهده شده است که استرس کمتری داشته‌اند، نقش اجتماعی «طلبگی» داشته‌اند، حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کرده‌اند و از دینداری بالاتری برخوردار بوده‌اند. همچنین، مشخص شد که اثرات استرس ناشی از ایفای نقش‌های دانشجویی/طلبگی بر سلامت روان، از طریق متغیرهای میانجی (دینداری و حمایت اجتماعی) تعدیل شده و کاهش یافته است.

کلیدواژه‌ها: سلامت (اختلال) روان، دین‌داری، حمایت اجتماعی، استرس، مدل فرایند

استرس

۱. مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را مرکب از دو بعد مثبت و منفی می‌داند که بعد منفی سلامت روان دلالت بر عدم وجود نشانه‌های اختلالات روانی دارد و بعد مثبت سلامت روان، در برگیرنده هیجان‌ات و ویژگی‌های مثبت است. متخصصان حوزه سلامت روان، توافق کاملی بر سر تعریف مفاهیم مربوط به سلامت، اختلال و بیماری روانی ندارند؛ با این حال، مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان حالتی فراتر از نبود نشانه‌های اختلال و بیماری روانی است و باید با برخی ویژگی‌های مثبت نظیر؛ توانایی دوست‌داشتن دیگران و کسب احترام از آنان، ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی؛ حل تعارض‌ها و کنترل تمایلات به‌طور عادلانه، منطقی و مناسب همراه باشد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۴، ص. ۶۵). مطابق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری طبقه‌بندی اختلالات روانی؛ اختلال روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی دارای اهمیت بالینی است که توأم با ناراحتی (مثلاً داشتن یک نشانه دردناک) یا ناتوانی (مثلاً بروز اختلال در یک یا چند کارکرد مهم) و یا افزایش خطر درد،

مرگ، رنج، ناتوانی و یا از دست رفتن آزادی است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). با این حال، اصطلاح اختلال روان^۱ را می‌توان عمدتاً به‌عنوان مشکلات عاطفی و روان‌شناختی مربوط به ذهن (در حیطه علوم رفتاری) دانست، در حالی که بیماری روانی^۲، مربوط به آسیب‌های زیستی مربوط به مغز و اعصاب (در حیطه علوم پزشکی) می‌باشد. به گفته کاکرهام (۲۰۰۶) واژه اختلال روان، با صحت و دقت بیشتری می‌تواند علایق جامعه‌شناختی در حوزه سلامت روان را منعکس نماید. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر، صرفاً بعد منفی سلامت روان (عدم ابتلای به نشانه‌های اختلالات روانی) را مورد مطالعه قرار داده است. براساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی بیش از پانصد میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی هستند. همچنین، بیش از ۱/۵ میلیارد نفر از جمعیت جهان از اختلالات عصبی‌روانی و روانی اجتماعی رنج می‌برند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹) براساس نتایج پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۸۹-۱۳۹۰) ۲۳/۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی در یک‌سال قبل از بررسی بوده‌اند. در جدیدترین آمار اعلام شده توسط سخنگوی وزارت بهداشت، ۲۳/۴ درصد از افراد بالای ۱۵ سال (۲۷/۶ درصد زنان و ۱۹/۴ درصد مردان) مبتلا به یکی از انواع اختلالات روان‌پزشکی بوده‌اند (مشرق نیوز، ۱۳۹۷/۱/۲۷).

وجه تمایز سنت جامعه‌شناختی و روان‌شناختی مطالعه سلامت روان، تلاش جامعه‌شناسان برای کشف الگوهای اجتماعی تولید و توزیع سلامت و اختلال روانی است. به این معنا، سلامت و اختلال روان، صرفاً پدیده‌های فردی (زیستی و روانی) محسوب نمی‌شوند، بلکه به‌طور هم‌زمان دارای بعد اجتماعی نیز می‌باشند. لذا، جامعه‌شناسی نیز همانند روان‌شناسی و روان‌پزشکی، دارای صلاحیت مطالعه علمی سلامت و اختلال روانی می‌باشد. جامعه‌شناسان در تکمیل رویکردهای زیستی و روانی نسبت به سلامت و بیماری روانی، بر این باورند که

1. Mental Disorder
2. Mental Illness

«نحوه سلامت روان یا علل بیماری روانی در شیوه سازمان‌یافتگی جوامع و نه فقط خصوصیات زیست‌شناختی و روان‌شناختی فرد، قابل تبیین است. از نظر جامعه‌شناسان ساختار جامعه نیز به‌طور حتم مانند وراثت و خصوصیات زیستی رفتار فرد را محدود می‌کند (تاسیگ و دیگران، ۱۳۸۶، ص. ۱۳). به‌عنوان نمونه‌ای از تأثیرگذاری ساختارهای اجتماعی بر وضعیت سلامت و اختلال روانی افراد، می‌توان به اهمیت منزلت‌ها و نقش‌های اجتماعی در رویارویی و آسیب‌پذیری فرد در مقابل رویدادها و شرایط استرس‌زای جاری، اشاره کرد (تاسیگ و دیگران، ۱۳۸۶، ص. ۱۶۳). جامعه‌شناسان برای فهم اثرات عوامل اجتماعی بر سلامت و اختلال روانی، به شیوه سازمان‌یافتگی جامعه (ساختار اجتماعی نابرابری‌ها)، جایگاه اجتماعی افراد (نقش و پایگاه اجتماعی) و عضویت‌های گروهی آنان (کنش‌های متقابل اجتماعی بین فردی) توجهی ویژه دارند. بدین ترتیب، مهم‌ترین پرسش جامعه‌شناختی با نتایج کاربردی، آن است که چه نوع از سامانه‌ها و ساختارهای اجتماعی قادرند تا شادی، خوشبختی و سلامت روانی افراد را به حداکثر برسانند و درمقابل، آشفتگی‌ها و اختلالات روانی را به حداقل تنزل دهند؟

از منظر جامعه‌شناختی، عوامل اجتماعی متعددی همچون جنسیت، نابرابری‌های اجتماعی، طبقه اجتماعی، سرمایه اجتماعی، شبکه روابط اجتماعی، ساختار خانوادگی، منزلت اجتماعی، نقش اجتماعی، حمایت اجتماعی، دینداری و ... در سلامت و اختلال روان افراد دخیل هستند. در این میان، میزان و نوع دینداری یکی از مهمترین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و اختلال روان محسوب می‌گردد. پژوهش‌های مروری (فرا تحلیل) متعددی در زمینه رابطه دینداری و سلامت روان انجام شده است که نشان‌دهنده یافته‌های متفاوت و گاه متناقضی از جهت و شدت اثرگذاری دینداری بر سلامت و اختلال روانی می‌باشند (برگین، ۱۹۸۳؛ لارسن و همکاران، ۱۹۹۲؛ کوئینگ و لارسن، ۲۰۰۱؛ لیک، ۲۰۱۲). این مطالعات فراتحلیلی، به‌طور همزمان و گاه متناقض، نشان‌دهنده اثرات مثبت، خنثی و منفی دینداری بر سلامت روان می‌باشند، گرچه در مجموع، بخش اعظم پژوهش‌های مرور شده، نشان‌دهنده

اثرات مثبت دینداری بر سلامت روان بوده‌اند. اکثر پژوهشگران در تبیین این نتایج متناقض، بر تفاوت‌های روش‌شناختی تأکید کرده‌اند؛ استفاده از مفاهیم متعدد در حوزه مذهب و سلامت روان؛ وجود ابعاد گوناگون در مفاهیم دینداری و نیز سلامت روان؛ استفاده از مقیاس‌های گوناگون برای سنجش دینداری و سلامت روان و به‌کارگیری شاخص‌های گوناگون و ناهمسان برای اندازه‌گیری میزان مذهبی‌بودن و برخورداری از سلامت روان از مهم‌ترین مشکلات روش‌شناختی در این زمینه محسوب می‌گردند. به این فهرست می‌توان تفاوت بافت‌های فرهنگی و تاریخی مناطق مورد مطالعه و نیز منزلت و جایگاه اجتماعی افراد در نظام قشربندی اجتماعی جامعه را نیز اضافه نمود که می‌تواند موجب ارائه تعاریف متفاوتی از معانی و اهداف دینداری (مذهبی‌بودن) و سلامت (اختلال) روان توسط افراد گردد.

عصاره مطالعه جامعه‌شناختی سلامت و اختلال روانی، فهم این نکته است که امکان بروز انواع و میزان‌های مشابهی از سلامت و اختلال روان در میان افرادی که در معرض موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی یکسانی قرار دارند، عهده‌دار ایفای نقش‌های مشابه هستند و خاستگاه‌های اجتماعی مشترکی دارند، وجود دارد. به‌همین دلیل است که جامعه‌شناسی به آن دسته از مشکلات سلامت روان و واکنش‌های اجتماعی به این مشکلات، که به‌طور تصادفی و بدون پیروی از الگوی توزیع اجتماعی در جامعه مشاهده می‌شوند، توجه اندکی معطوف می‌کند (ریاحی و رهبری، ۱۳۹۳، ص. ۵۴). به عقیده پیرلین، بسیاری از تجربیات استرس‌زای منجر به اختلال روان، در خلأ ظاهر نمی‌شوند، بلکه می‌توان آن‌ها را به ساختارهای اجتماعی اطراف فرد و جایگاهی نسبت داد که در این ساختار اشغال کرده است. شاید بتوان این ساختارهای اجتماعی را در دو دسته کلی گنجانند: نظام قشربندی اجتماعی (طبقه، نژاد، جنسیت، قومیت، سن) و نهادهای اجتماعی (پایگاه‌ها و نقش‌های اجتماعی) (پیرلین، ۱۹۸۹، ص. ۲۴۲). از این‌رو می‌توان انتظار داشت که دارا بودن یک منزلت اجتماعی معین و نیز ایفای نقش‌های اجتماعی متعلق به آن منزلت، به‌عنوان یک متغیر ساختاری

جامعه‌شناختی بتواند میزان سلامت و اختلال روانی افراد را تبیین نماید. این اثرگذاری منزلت و نقش اجتماعی بر سلامت و بیماری روانی می‌تواند از دو طریق رخ دهد: ۱. ایفای نقش‌های اجتماعی درون هر منزلت اجتماعی، می‌تواند افراد را در معرض انواع فشارها و استرسورها قرار دهد. در واقع، میزان استرس‌زایی منزلت‌ها و نقش‌های اجتماعی توزیع شده در جامعه (نقش‌های سنی، جنسیتی، شغلی، تحصیلی و ...) یکسان نمی‌باشد؛ ۲. دارندگان منزلت‌های اجتماعی بر حسب جایگاه آن منزلت در جامعه، به‌طور نابرابری به منابع مقابله با فشارها و استرسورهای ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی دسترسی دارند. در واقع، دارندگان منزلت‌های اجتماعی برتر، ممکن است از منابع بیشتری برای سالم‌ماندن (پول، تحصیلات، پرستیژ، سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و ...) برخوردار باشند (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶، ص. ۱۸-۲۰). در این راستا بررسی منزلت و نقش اجتماعی دانشجویان و طلاب به‌عنوان دو قشر اجتماعی مهم و تأثیرگذار جامعه، به‌منظور شناسایی اثرات آن بر وضعیت سلامت و اختلال روان آنان، موضوع جامعه‌شناختی مهمی محسوب می‌شود.

ایران به‌عنوان کشوری جوان، دارای جمعیت دانشجویی قابل توجهی است. مطابق آخرین آمارهای منتشر شده توسط مرکز آمار ایران در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ تعداد کل دانشجویان کشور بیش از چهار میلیون نفر بوده است. با عنایت به منزلت و نقش اجتماعی «دانشجو بودن» در ساختار اجتماعی جامعه ایرانی و حقوق و تکالیف (نقش) مورد انتظار در این منزلت، می‌توان انتظار داشت که دانشجویان در طی دوران تحصیل در دانشگاه با شرایطی روبرو شوند که آنان را در معرض، تنش، فشار و استرس قرار دهد. ورود به دانشگاه تغییرات عمده‌ای در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد ایجاد می‌کند. یکی از این تغییرات مهم، انتظارات و نقش‌های جدیدی است که همزمان با ورود به دانشگاه شکل می‌گیرد و دانشجویان باید با آن سازگار شوند. قرارگرفتن در چنین شرایطی، غالباً می‌تواند موجب فشار و نگرانی و اضطراب بوده، عملکرد و بازدهی زیستی، ذهنی و اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. برخی از مهم‌ترین استرسورها در این مقطع عبارتند از: جدایی از

خانواده، دوری از دوستان قدیمی، مشکلات رفت و آمد به دانشگاه، نحوه تأمین هزینه‌های تحصیلی و اقامتی، عدم آشنایی با محیط و نیاز به سازگاری با شرایط زندگی در یک شهر و فرهنگ جدید، تکالیف درسی جدید و سنگین، سازگاردن با زندگی در محیط دانشگاهی و خوابگاه، پیدا کردن شیوه صحیح تعامل با جنس مخالف، بی‌علاقگی به رشته تحصیلی، ناامیدی نسبت به آینده شغلی، امکانات تحصیلی و رفاهی نامناسب و ضعیف در برخی دانشگاه‌ها، ناهم‌خوانی بین تصور آنان از محیط دانشگاه در قبل و بعد از ورود و غیره.

علاوه بر دانشجویان، یکی دیگر از گروه‌های جوان در حال تحصیل در کشور، طلاب هستند که در حوزه‌های علمیه و مدارس دینی مشغول یادگیری علوم دینی می‌باشند. آن‌ها نیز همانند دانشجویان، به دلیل قرار گرفتن در منزلت و نقش «طلبه‌بودن» ممکن است در معرض انواع استرس‌زها قرار بگیرند، از جمله؛ دوری از خانواده، مسائل مربوط به ارتباط با جنس مخالف و ازدواج و تشکیل خانواده، مشکلات معیشتی و رفاهی، مشکلات تحصیلی (ناآشنایی با زبان عربی، نامشخص بودن زمان پایان تحصیل در حوزه در مقایسه با نظام دانشگاهی، مشکل انتخاب رشته تخصصی، مشکل انتخاب هم‌مباحثه‌ای و...) و....

بدین ترتیب، قرار گرفتن در نقش دانشجویی و طلبگی، می‌تواند هر دو گروه را در معرض استرس‌ورهایی قرار دهد که ممکن است منجر به اختلالات جدی جسمی و روانی برای آن‌ها گردد. با عنایت به این که رویدادهای پر استرس زندگی، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بسیاری از علائم و نشانه‌های اختلالات و بیماری‌های روانی باشند، زندگی دانشجویی و طلبگی که با استرس‌زهای فراوان اجتماعی همراه است، می‌تواند موضوع مناسبی جهت مطالعه جامعه‌شناختی وضعیت سلامت و اختلال روانی جوانان محسوب گردد.

علی‌رغم وجود شباهت‌هایی در عوامل و شرایط استرس‌زا برای طلاب و دانشجویان به‌عنوان سرمایه‌های انسانی و گروه‌های مرجع جامعه، به نظر می‌رسد با توجه به زمینه‌های تحصیلی آنان در حوزه‌ها (علوم دینی) و دانشگاه‌ها (علوم غیردینی)، مقایسه نقش و اهمیت دین و میزان دینداری این دو گروه از جوانان مشغول به تحصیل، می‌تواند فرصت مناسبی

برای مشاهده علمی اثرات مستقیم و غیرمستقیم دینداری به عنوان یک متغیر اجتماعی بر تعدیل استرسورها و در نهایت وضعیت سلامت و اختلالات روانی آنان فراهم آورد. این امر با توجه به این که بخش عمده‌ای از عواطف و احساسات، افکار و نگرش‌ها و رفتارها و کنش‌های فردی و اجتماعی ایرانیان، مستقیم یا غیرمستقیم متأثر از آموزه‌ها و باورهای دینی بوده و اغلب با آن نیز ارزیابی می‌شود، اهمیت مضاعف می‌یابد. با عنایت به نتایج متفاوت و گاه متناقض مطالعات انجام شده در زمینه میزان، جهت و سازوکارهای تأثیرگذاری دینداری بر سلامت و اختلال روانی در فضای اجتماعی فرهنگی داخل و خارج از کشور از یک سو و کمبود مطالعات جامعه‌شناختی در این زمینه، به ویژه در خصوص قشر طلبه و روحانی و مقایسه آن با قشر دانشجویی از سوی دیگر، پژوهش حاضر قصد دارد تا ضمن بررسی اثرات مستقیم میزان دینداری بر اختلالات روانی در بین دارندگان منزلت‌های اجتماعی دانشجویی و طلبگی به صورت تطبیقی، نقش غیرمستقیم دینداری بر این اختلالات، از طریق متغیرهای حمایت اجتماعی و استرس را نیز مورد بررسی قرار دهد.

۲. پیشینه پژوهش و چارچوب نظری

بلاسی (۲۰۱۱) ضمن بررسی ادبیات تجربی حوزه دینداری و سلامت روان، سه نقص اساسی در این مطالعات تشخیص داده است: ۱. اکثر این مطالعات، مفهوم‌سازی ناقص و مبهمی از دینداری ارائه داده‌اند؛ ۲. عمدتاً مبتنی بر مطالعات بالینی و یا در بین افراد بیمار هستند و ۳. غالباً با استفاده از مطالعات مقطعی و نه طولی، انجام شده‌اند.

بخش اعظم مطالعات انجام شده در زمینه رابطه دینداری و سلامت روان در کشور، در حوزه‌های علوم پزشکی و علوم رفتاری انجام شده است و سهم مطالعات جامعه‌شناختی در این زمینه، حتی در خارج از کشور نیز اندک می‌باشد. در مجموع، عمده مطالعات داخلی اثرات مستقیم و غیرمستقیم دینداری (با شاخص‌های مختلفی نظیر نگرش دینی، هویت دینی، آخرت‌نگری، گرایش مذهبی، اعتقادات و باورهای دینی، ...) بر سلامت روان (با شاخص‌های

گونگونگی نظیر سلامت عمومی، اختلال روانی، بهزیستی ذهنی، اضطراب، افسردگی، ... را تأیید کرده‌اند که به‌عنوان نمونه می‌توان به پژوهش‌های انجام شده توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۵)، صالحی و همکاران (۱۳۸۶)، ریاحی و همکاران (۱۳۸۷)، علیان‌سب (۱۳۸۹)، ریاحی و همکاران (۱۳۸۹)، بهرامی چگنی (۱۳۸۹)، ابراهیمی و بهرامی احسان (۱۳۹۰)، خیدانی (۱۳۹۰)، سراج زاده و همکاران (۱۳۹۲)، فیروزی و همکاران (۱۳۹۲)، یعقوبی و همکاران (۱۳۹۴)، فیروز راد (۱۳۹۴)، کلانتری و حسینی‌زاده آرانسی (۱۳۹۴)، ابراهیمی سیریزی و همکاران (۱۳۹۷) اشاره نمود.

اگرچه تعداد نسبتاً قابل توجهی پژوهش در زمینه اثرات دینداری بر سلامت روان دانشجویان صورت گرفته است، اما پژوهش‌های انجام شده در این زمینه در بین گروه طلاب و یا به‌صورت تطبیقی بین دانشجویان و طلاب، بسیار نادر است (علیان‌سب، ۱۳۸۹؛ ابراهیمی و بهرامی احسان، ۱۳۹۰) و در عمل، هیچ مقایسه‌ای بین دو گروه انجام نشده است. همچنین، تعداد مطالعات انجام شده با روش فراتحلیل نیز بسیار نادر است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۴) و نشان‌دهنده ارتباط قوی بین گرایش مذهبی با سلامت روان است.

بر خلاف مطالعات اندک داخلی در زمینه تحلیل علمی و علی رابطه دینداری و سلامت روان، مطالعات خارجی فراوانی در این زمینه وجود دارد که انجام فراتحلیل‌های متعدد توسط پژوهشگران خارجی، فرصت بیشتری برای فهم این رابطه فراهم می‌کند. برخی از فراتحلیل‌ها به کلیت مذهبی بودن توجه داشته‌اند و برخی دیگر بر بعد خاصی از دینداری متمرکز شده‌اند. به‌عنوان نمونه، برگین (۱۹۸۳) فراتحلیلی از مطالعات انجام شده طی سه دهه انجام داد و به بررسی مطالعاتی پرداخت که حداقل یک متغیر مربوط به دینداری و یک متغیر مربوط به آسیب روانی بالینی را بررسی کرده بودند. وی نتیجه گرفت که در ۴۷ درصد از پژوهش‌های انجام‌شده، رابطه دینداری و سلامت روان مثبت بوده است در حالی که ۲۳ درصد آن‌ها رابطه منفی و ۳۰ درصد نیز رابطه خنثی را نشان داده‌اند. همچنین، گارتنر و همکاران (۱۹۹۱) به بررسی حدود ۲۰۰ پژوهش در این زمینه پرداخته و نتیجه گرفتند که رابطه

سودمند بین دینداری و عملکرد مثبت در برخی زمینه‌های روانی نشان داده شده است با این حال، روابط بین مذهبی بودن با اضطراب، اختلالات جنسی، سایکوز، عزت نفس و هوش، روابط مبهم و ناپایداری بوده است. لارسن و همکاران (۱۹۹۲) در مطالعه مروری دیگری با بررسی ۵۰ پژوهش چاپ شده در دو مجله معتبر علمی دریافتند که گرچه ۷۲ درصد از مطالعات، رابطه مثبتی بین مذهب و سلامت روان گزارش کرده بودند، اما ۱۶ درصد رابطه منفی و ۱۲ درصد رابطه خنثی نیز مشاهده شده است. کوئینگ و لارسن (۲۰۰۱) با مرور ۸۵۰ مطالعه علمی در زمینه دینداری و سلامت روان دریافتند که تقریباً دوسوم از مطالعات انجام شده، میزان‌های کمتری از افسردگی و یا اضطراب را در بین افراد مذهبی تر یافته بودند و لذا در کل، رابطه مثبتی بین دینداری و سلامت روان وجود دارد.

یکی از مهم‌ترین فراتحلیل‌های انجام شده در این زمینه، کارهاکنی و ساندرز (۲۰۰۳) است. به نظر آن‌ها نتایج متفاوت درباره دینداری و سلامت روان، تابعی از نحوه عملیاتی کردن مفاهیم است. به عقیده آن‌ها سه نوع متفاوت دینداری وجود دارد: ۱. دینداری ایدئولوژیکی (تأکید بر باورها و نگرش‌های منجر به انجام رفتارها و مناسک مذهبی)؛ ۲. دینداری نهادی (تأکید بر ابعاد اجتماعی دینداری نظیر دینداری بیرونی و مشارکت در مراسم مذهبی) و ۳. دینداری شخصی یا خصوصی (تأکید بر وقف و خودسپاری شخصی و درونی به مذهب نظیر دینداری درونی و دل‌بستگی عاطفی به خدا). به نظر آنان، دینداری نهادی با سطوح بالاتری از اختلال روانی در ارتباط بوده است در حالی که خودسپاری شخصی و دینداری درونی، با سطوح پایین‌تری از اختلال روانی همبستگی داشته است. همچنین، دینداری ایدئولوژیکی ارتباط معناداری با سطوح اختلالات روانی نداشته است. از این‌رو، روابط بین دینداری با سلامت/اختلال روان تابعی از قلمروهای مورد علاقه و بررسی و نحوه عملیاتی کردن مفاهیم می‌باشد.

لوین (۲۰۱۰) با بررسی پیشینه تجربی دو دهه گذشته در زمینه رابطه دینداری و سلامت روان، نتیجه گرفت که شواهد تجربی، اثرات حفاظت‌کننده مشارکت و تقید مذهبی، از

ابتلای به اختلال و آشفتگی روانی را تأیید کرده‌اند. با این حال همانند تمامی یافته‌های اپیدمیولوژیکی، استثنایی وجود دارد. اما در مجموع، این یافته‌ها به لحاظ آماری معنادار و پرتکرار بوده و شدت متوسطی دارند (لوین، ۲۰۱۰، ص. ۱۱). همچنین، نتایج حاصل از بیش از ۳۰۰۰ مطالعه انجام شده در مورد رابطه بین میزان مشارکت مذهبی (بعد مناسکی و فعالیت‌های مذهبی دسته جمعی) و سلامت روان حاکی از آن است که در اکثر مطالعات، افرادی که بیشتر در فعالیت‌های دسته جمعی مذهبی و معنوی شرکت می‌کنند، در مجموع سالم‌تر بوده، سبک زندگی سالم‌تری داشته و نیاز کمتری به خدمات درمانی و بهداشتی دارند (لیک، ۲۰۱۲، ص. ۳۶).

سالزمن و همکاران (۲۰۱۵) با استفاده از روش فراتحلیل، به مرور نظام‌مند ۱۴۸ پژوهش انجام شده در زمینه رابطه بین مذهبی‌بودن/معنوی‌بودن با سلامت روان پرداخته‌اند و دریافتند که گرچه جهت کلی این رابطه، مثبت بوده است اما شدت رابطه در حد متوسط گزارش شده است و عمدتاً تابعی از ابعاد و شاخص‌های به کار رفته برای سنجش مذهبی/معنوی‌بودن و سلامت روان بوده است. عبدالایاتی و همکاران (۲۰۱۶) در یک مرور سیستماتیک بر ۷۴ مقاله انگلیسی و عربی دریافتند که مطابق نتایج یافته‌های پژوهش‌های، مذهب می‌تواند نقش مهمی در بسیاری از موقعیت‌ها بازی کند چرا که باورها و نقش‌های مذهبی، بر زندگی و مراقبت‌های بهداشتی مؤمنان تأثیر می‌گذارند. به عقیده آنان، بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در این حوزه، رابطه معناداری بین باورها و اعمال مذهبی با سلامت روان گزارش کرده‌اند.

با مروری گذرا بر پژوهش‌های انجام شده داخلی و خارجی، می‌توان دریافت که ۱. رویکردهای پزشکی و روان‌شناختی در زمینه رابطه دینداری و سلامت/اختلال روان به‌عنوان رویکردهای علمی غالب و مسلط محسوب می‌شوند و اکثراً در بین جمعیت بیمار و به‌صورت بالینی صورت گرفته‌اند. مطالعات جامعه‌شناختی و بررسی جمعیت عمومی با روش پیمایش در این زمینه، اندک است. این امر، به‌طور ویژه در مطالعات داخلی به چشم

می‌خورد؛ ۲. اگرچه نتایج اکثر پژوهش‌های انجام شده حاکی از رابطه مثبت بین دینداری و سلامت روان می‌باشد، اما به‌ویژه در مطالعات خارجی رابطه منفی نیز گزارش شده است. به‌عبارت دیگر، نتایج در این زمینه، پایدار و هم‌جهت نیستند که این تناقض در یافته‌ها را شاید هم عقیده با پژوهشگران (دونا هو، ۱۹۸۵؛ پاین و همکاران، ۱۹۹۱؛ گارتنر و همکاران، ۱۹۹۱؛ لارسن و همکاران، ۱۹۹۲؛ هکنی و ساندرز، ۲۰۰۳؛ بلاسی، ۲۰۱۱؛ سالزمن و همکاران، ۲۰۱۵) بتوان عمدتاً تابعی از مسائل روش‌شناختی، نظیر ماهیت چندوجهی مذهب و سلامت روان، تعاریف عملیاتی متفاوت از این مفاهیم، طولی یا مقطعی بودن پژوهش، پیمایشی یا بالینی بودن پژوهش و ... دانست، ۳. یافته‌های پژوهش‌های داخلی، تقریباً به‌طور کامل از اثرات مثبت دینداری بر سلامت روان حمایت می‌کنند، در حالی که در مطالعات خارجی، مطالعات قابل ملاحظه‌ای به اثرات منفی و یا رابطه خنثی بین دینداری و سلامت روان اشاره کرده‌اند. این امر را شاید بتوان به نقش و جایگاه متفاوت دین در ایران و سایر جوامع، تفاوت‌های دین اسلام با سایر ادیان زمینی و آسمانی و شاخص‌های متفاوت برای عملیاتی کردن دینداری و سلامت روان نسبت داد؛ ۴. در نمونه‌های داخلی، عمدتاً به بررسی رابطه دینداری و سلامت روان در بین دانشجویان پرداخته شده است، اما هیچ مطالعه مستقلی به بررسی این موضوع در بین طلاب علوم دینی پرداخته و مطالعات تطبیقی در این زمینه نیز بسیار نادر و قدیمی می‌باشند.

با عنایت به تفاوت بافت اجتماعی فرهنگی ایران با سایر کشورها و جایگاه دین در ایران و نقش و اهمیت دینداری در باورها و رفتارهای مردم، کمبود مطالعات جامعه‌شناختی داخلی در زمینه رابطه دینداری و سلامت/اختلال روان و فقدان مطالعات تطبیقی بین دانشجویان و طلاب در این خصوص، پژوهش حاضر سعی دارد تا از منظری جامعه‌شناختی و با به‌کارگیری نظریه فرایند استرس لئونارد پیرلین، به بررسی مقایسه‌ای اثرات مستقیم و غیرمستقیم دینداری بر میزان اختلالات روانی در بین دو قشر دانشجو (مشغول به تحصیلات غیردینی) و طلبه (مشغول به تحصیل علوم دینی) بپردازد.

مدل نظری مورد استفاده در تحقیق حاضر، مدل فرایند استرس لئونارد پیرلین می‌باشد. این مدل نظری در چارچوب مطالعات جامعه‌شناختی سلامت روان، در تلاش است تا علل بروز و شیوع اختلالات روانی ناشی از استرس را که متأثر از محیط اجتماعی است توصیف و تبیین کند (ریاحی و رهبری، ۱۳۹۳، ص. ۵۳). مشخصه اصلی مطالعه جامعه‌شناختی استرس، علاقه‌مندی به بررسی الگویی از توزیع اجتماعی مؤلفه‌ها و عناصر فرایند استرس است، یعنی تنش‌ها یا عوامل استرس‌زا، میانجی‌ها یا تعدیل‌کننده‌های اثرات عوامل استرس‌زا و نتایج یا پیامدهای استرس (پیرلین، ۱۹۸۹، ص. ۲۴۲). این رویکرد قادر است نشان دهد که چگونه و چرا تنش‌زاهای بیرونی در محیط اجتماعی، به مشکلات و اختلالات روانی درونی در فرد تبدیل می‌شوند. در مقدمه مقاله کلاسیک پیرلین و همکاران (۱۹۸۱) درباره فرایند استرس چنین آمده است: «فرایند استرس اجتماعی می‌تواند ترکیبی از سه قلمرو مفهومی اصلی در نظر گرفته شود: ۱. منابع استرس^۱ (نظیر حوادث زندگی، فشارهای مزمن زندگی)؛ ۲. میانجی‌ها^۲ و تعدیل‌کننده‌های استرس (نظیر حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله) و ۳. تجلی‌ها و پیامدهای استرس^۳ (از لایه‌های میکروبیولوژی استرس تا تجلیات عاطفی و رفتاری بیرونی) (پیرلین و همکاران، ۱۹۸۱، ص. ۳۳۷). در واقع، پیرلین سعی کرد نقش عوامل اجتماعی را در سه حوزه اساسی تولید استرس، تنظیم و تعدیل استرس و واکنش به استرس برجسته کند. در مجموعه مقالات بعدی، پیرلین (۱۹۸۹-۱۹۹۹) به تکمیل نظریه استرس اجتماعی خود پرداخت تا بتواند «بافت اجتماعی‌ای» را که فرایند استرس در آن رخ می‌دهد نیز در مدل خود بگنجانند (ریاحی و رهبری، ۱۳۹۳، ص. ۵۶). توضیح مختصر هریک از عناصر چهارگانه این نظریه، به فهم دقیق آن کمک خواهد کرد:

1. Sources of Stress
2. Mediators of stress
3. Manifestation of Stress
4. Social Context

۱. منابع استرس: در یک دسته‌بندی کلی، منابع استرس‌زا را به دو دسته حوادث یا رخداد‌های تغییر زندگی^۱ در مقابل استرس‌زاهای مزمن^۲ تقسیم می‌کنند. رخداد‌های استرس‌زا وقایع عینی‌اند که مهم‌ترین مشخصه آن‌ها، مقطعی بودن و مشخص بودن آغاز و پایان وقوع یک حادثه به لحاظ زمانی است (طلاق، ازدست‌دادن شغل، مرگ همسر و ...). در مقابل، استرس‌زاهای مزمن تنش‌زایی هستند که ضرورتاً به مثابه حادثه آغاز نمی‌شوند، بلکه به صورت آهسته و پیوسته و به شکل مشکلاتی در محیط اجتماعی یا نقش‌های روزمره خود را نشان می‌دهند و به تدریج، در نقش عامل استرس‌زای مزمن و ماندگار خود را بر فرد تحمیل می‌کنند (ویتون و منتظر، ۲۰۱۰، ص. ۱۷۹). ویتون (۱۹۹۷) هفت نوع از مشکلات را استرس‌زاهای مزمن برشمرده است: تهدیدها، مطالبات و انتظارات، فشارها و محدودیت‌های ساختاری، محرومیت و کم‌پاداشی، پیچیدگی نقش‌ها، ابهام و عدم اطمینان، تضاد و تعارض (همان، ص. ۱۸۰).

۲. میانجی‌ها و تعدیل‌کننده‌های استرس: دومین عنصر از مدل فرایند استرس، میانجی‌ها یا تعدیل‌کننده‌ها هستند. فرض بر این است که میانجی‌ها یا عوامل تعدیل‌کننده مسیرهایی هستند که قرارگرفتن در معرض استرس را به پیامدها و نتایج استرس (واکنش به استرس) متصل می‌کنند. میانجی‌ها عواملی هستند که می‌توانند رابطه میان تنش‌زاهای اولیه و نمایش بیرونی استرس را تحت تأثیر قرار دهند. وجود این عوامل می‌تواند موجب اثر کاهنده یا فراینده بر فرایند استرس باشد (آنشنسل و فلان، ۱۹۹۹). عوامل میانجی را می‌توان به دو دسته منابع اجتماعی و منابع فردی مقابله با استرس تقسیم‌بندی نمود. به عبارت دیگر، این عوامل می‌توانند درونی (ویژگی‌های روان‌شناختی فردی اکتسابی یا ذاتی) یا بیرونی (عوامل محیطی و اجتماعی) باشند (باترز، ۲۰۰۱، ص. ۳۳). منابع میانجی و تعدیل‌کننده‌ای که بیشترین توجه را در ادبیات جامعه‌شناسی به‌خود معطوف کرده‌اند، حمایت اجتماعی و

-
1. Life changes events
 2. Chronic Stressors

استراتژی‌های مقابله فردی (مانند حس کنترل بر زندگی)^۱ هستند (مک‌لئود و لایولی، ۲۰۰۷، ص. ۲۷۷). در پژوهش حاضر، حمایت اجتماعی و نیز دینداری به‌عنوان میانجی و تعدیل‌کننده استرس ناشی از نقش دانشجویی و طلبگی در نظر گرفته شده‌اند.

برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، دو مدل نظری مطرح شده است: مدل تأثیر مستقیم^۲ یا تأثیر کلی و مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر^۳. مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی بیان می‌کند که حمایت اجتماعی صرف‌نظر از اینکه فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این اثرات سودمندی بر سلامتی دارد (سارافینو، ۱۹۹۸، ص. ۱۰۳). این درحالی است که براساس مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر، حمایت اجتماعی صرفاً برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حال، حمایت اجتماعی همانند سپری درمقابل ضربه‌های ناشی از استرس عمل می‌کند و نقش تعدیل‌کننده آثار منفی حوادث استرس‌زا را ایفا می‌کند.

همچنین، دینداری به‌عنوان شاخصی از پایگاه اجتماعی، می‌تواند افراد را در معرض استرسورهای مختلفی قرار داده و نیز منابع مختلفی را برای مقابله با عوامل استرس‌زاها برایشان فراهم کند؛ یعنی هم به‌عنوان یک منبع برای در معرض استرس قرارگرفتن و هم به‌عنوان یک عامل میانجی و تعدیل‌کننده عوامل استرس‌زا عمل می‌کند. یکی از عمومی‌ترین فرضیه‌ها درباره سودمندی دین آن است که برای دین‌داران، ایجاد راحتی و آسایش می‌کند در واقع دین از طریق سازوکارهایی که در خود دارد می‌تواند شرایط و رویدادهای استرس‌زای زندگی را تعدیل و قابل فهم و تحمل نماید. به عقیده پیرلین، ارتباط دین، استرس و سلامت روان می‌تواند به اشکال مختلف برقرار گردد که نتایج آن افزایش یا کاهش در میزان استرس و نیز سلامت روان می‌باشد. در واقع فرد دین‌دار از شبکه حمایتی برخوردار

1. Mastery

2. Main Effects

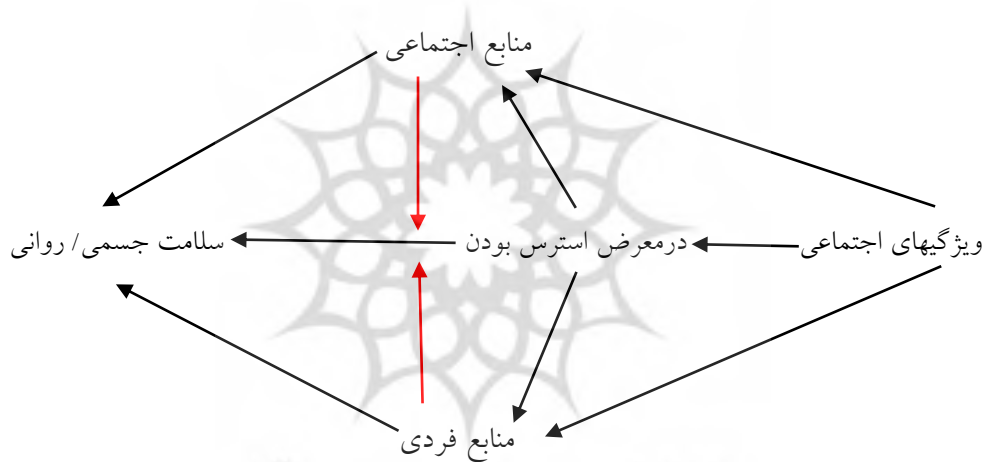
3. Buffering Effects

می‌شود که در مواقع مواجهه با مشکلات و مسائل این شبکه اجتماعی وی را حمایت می‌کند. دین، فرد دین‌دار را در حمایت خود قرار می‌دهد و مسائل سخت زندگی را برایش بامعنا و آسان جلوه می‌دهد (اسچیمن و همکاران، ۲۰۱۱، ص. ۴۵). در مدل فرایند استرس پیرلین گزاره اساسی این است که استرس‌زها در میان افرادی که باور دینی قوی دارند کمتر مضر و مشکل‌آفرین هستند و برعکس، در میان افرادی که باور دینی ضعیفی دارند، استرس‌زها بیشتر مضر و خطرناک هستند. در واقع استرس‌زها نه تهدیدآمیزند و نه قابل عبور. بلکه می‌توان با متغیرها و عواملی چون حمایت اجتماعی و دینداری (پنداشت این نکته که حکمت و برنامه‌ای در پس مشکلات است) استرس‌زها را حل نمود. با توجه به نقش متغیرهای دینی بر سلامت روان، محققان بر آزمون نقش عوامل دینی و معنوی در کاهش سطوح استرس اجتماعی، تسهیل در انباشت منابع روانی و اجتماعی، افزایش سازگاری و تقویت کارایی منابع فردی در فائق آمدن بر استرس‌ها پرداخته‌اند (اسچیمن و همکاران، ۲۰۱۱، ص. ۵۹).

۳. تجلیات و پیامدهای استرس: جامعه‌شناسان غالباً به اثرات استرس بر بروز نشانه‌های بیماری‌های افسرده‌کننده، اختلالات تشخیص‌پذیر جسمی و روانی، مصرف الکل و بیماری‌های جسمی به مثابه مهم‌ترین نشانه‌ها و پیامدهای استرس اشاره می‌کنند. گرچه روان‌شناسان و روان‌پزشکان به بررسی آسیب‌های روانی‌ای علاقه‌مندند که ریشه‌های ژنتیکی و زیستی قدرتمندی دارند (نظیر اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی)، محققان اجتماعی و جامعه‌شناسان سعی در شناسایی اختلالاتی دارند که با علت‌شناسی اجتماعی تبیین‌پذیر باشند (نظیر اضطراب و افسردگی) (پیرلین، ۱۹۸۹، ص. ۲۵۳). جامعه‌شناسان استرس باید به مسائلی توجه کنند که از طریق مشاهده مستقیم، اسناد و مدارک ثبت شده یا داده‌های ثانویه و گزارش‌های شخصی^۱ افراد قابل دست‌یابی باشند (همان).

1. Self-report data

۴. **بافت اجتماعی:** تعامل بین منابع استرس، میانجی‌ها و پیامدهای استرس، همگی در یک بافت اجتماعی رخ می‌دهد که برحسب نقش‌ها و پایگاه‌های اجتماعی و اقتصادی اشغال‌شده توسط فرد تعریف می‌شود. برای پیرلین، وجه مشخصه مطالعه جامعه‌شناختی استرس، توجه به اثرات پایگاه‌ها و نقش‌ها در نظام نابرابری اجتماعی بر بروز استرس است. جایگاه فرد در ساختار جامعه، از طریق میزان قرارگرفتن در معرض استرس و نیز برخورداری از منابع تعدیل‌کننده استرس، بر سلامتی تأثیر می‌گذارد (آویسون و توماس، ۲۰۱۰، ص. ۲۴۵). مدل نظری فرایند استرس در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱. مدل نظری فرایند استرس پیرلین (اقتباس از ترنر، ۲۰۱۰، ص. ۵)

در باب اثرات عوامل ساختاری و نقش بافت اجتماعی به‌عنوان منابع تولید استرس، می‌توان افزود که هم نوع عامل تنش‌زایی که فرد با آن مواجه می‌شود و هم ادراک فرد از آن عامل به‌عنوان واقعه‌ای خوشایند یا ناخوشایند، عموماً در چارچوب بافت اجتماعی زندگی هر فردی معنادار و قابل توضیح است. به پیروی از پیرلین (۱۹۸۹)، می‌توان نقش بافت و زمینه اجتماعی در تولید، توزیع و واکنش به استرس را در دو محور اصلی طبقه‌بندی کرد: ساختارهای اجتماعی (نظام‌های قشربندی، نظیر طبقه، نژاد، قومیت، جنسیت، سن) و

نهادهای اجتماعی (پایگاه‌ها و نقش‌های اجتماعی). نظام‌های قشربندی تبلور و نمودی از توزیع نابرابر منابع، فرصت‌ها و ارزش‌ها در جامعه هستند. قرارگرفتن در برخی از این بخش‌ها می‌تواند به خودی خود منبع دریافت استرس اجتماعی باشد (پیرلین، ۱۹۸۹، ص. ۲۴۲). یک زمینه ساختاری مهم دیگر، نهادهای اجتماعی و جای‌گیری افراد در پایگاه‌ها و نقش‌های اجتماعی است. از الزامات ایفای یک نقش نهادین، احتمال مواجهه مداوم با موقعیت‌ها و انتظارات متعدد و گاه متناقض است. زمانی که نقش‌ها تهدیدآمیز و مشکل‌زا باشند، فرد ایفاگر نقش در موقعیت استرس‌زا قرار می‌گیرد. شواهد بسیاری وجود دارد مبنی بر اینکه این نوع عوامل استرس‌زا به‌وفور در نقش‌های شغلی و خانوادگی یافت می‌شوند؛ به‌ویژه هنگامی که بین الزامات و انتظارات این دو نقش تعارضی وجود داشته باشد (پیرلین، ۱۹۸۹، ص. ۲۴۳).

در راستای به‌کارگیری نظریه فرایند استرس پیرلین در پژوهش حاضر، می‌توان گفت که هر فرد در ساخت اجتماعی جامعه دارای تعدادی منزلت (پایگاه) اجتماعی است (نظیر؛ سن، جنسیت، وضعیت تأهل، نژاد، قومیت، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و...) که در هر یک از این منزلت‌های اجتماعی، نقش‌هایی را نیز ایفاء می‌نماید (دارای حقوق و تکالیفی اجتماعی است). مطابق نظریه فرایند استرس، جایگاه افراد در ساخت اجتماعی (پایگاه و نقش اجتماعی) با سطوح مختلف استرس‌زاهای، منابع مقابله با استرس و پیامدهای استرس در ارتباط هستند. به‌عبارت دیگر، دانشجویان و طلاب در تحقیق حاضر به دلیل اشغال پایگاه‌های دانشجویی و طلبگی و نیز ایفای نقش‌های مرتبط با این پایگاه‌ها، می‌توانند در معرض استرس‌زاهای مختلف قرار گرفته و متحمل سطوح مختلفی از استرس شوند (منابع استرس) که این امر، به نوبه خود می‌تواند موجب ابتلای آن‌ها به انواع اختلالات روانی و کاهش سطح سلامت روان گردد (پیامدهای استرس). با این حال، این استرس‌زاهای مرتبط با پایگاه و نقش دانشجویی / طلبگی را می‌توان از طریق عوامل میانجی (تعديل‌کننده‌ها یا منابع مقابله با استرس) تعديل نمود. در این پژوهش، دینداری و حمایت اجتماعی به‌عنوان عوامل

میانجی و تعدیل‌کننده اثرات حاصل از استرس جایگاه «دانشجویی/طلبگی» بر سلامت روان مورد بررسی و آزمون قرار گرفته است. با عنایت به اهداف تحقیق و نیز چهارچوب نظری مورد استفاده، فرضیات به شکل زیر طراحی شده است:

- میزان دینداری پاسخگویان بر حسب پایگاه اجتماعی دانشجویی/طلبگی متفاوت است.
- میزان حمایت اجتماعی پاسخگویان بر حسب پایگاه اجتماعی دانشجویی/طلبگی متفاوت است.
- میزان در معرض استرس قرارگرفتن پاسخگویان بر حسب پایگاه اجتماعی دانشجویی/طلبگی متفاوت است.
- میزان سلامت روان پاسخگویان بر حسب پایگاه اجتماعی دانشجویی/طلبگی متفاوت است.
- میزان سلامت روان دانشجویان/طلاب، تابعی مستقیم از میزان دینداری آنها می‌باشد.
- میزان سلامت روان دانشجویان/طلاب، تابعی مستقیم از میزان حمایت اجتماعی آنها می‌باشد.
- میزان سلامت روان دانشجویان/طلاب، تابعی معکوس از میزان در معرض استرس قرارگرفتن آنها می‌باشد.
- افزایش میزان حمایت اجتماعی، موجب کاهش اثرات استرس بر سلامت روان می‌گردد.
- افزایش میزان دینداری، موجب کاهش اثرات استرس بر سلامت روان می‌گردد.

۳. روش پژوهش

پژوهش حاضر در زمره مطالعات کمی قرار می‌گیرد که با روش پیمایش و به صورت یک مطالعه مقطعی انجام شده است. جامعه آماری تحقیق، شامل تمامی دانشجویان (کارشناسی و

بالاتر) رشته‌های مختلف علوم انسانی در دانشگاه‌های دولتی، آزاد و پیام‌نور شهر قم، به‌علاوه طلاب (سطح دو و بالاتر) حوزه‌های علمیه و مدارس دینی این شهر می‌باشد که تعداد کل آن‌ها برابر با ۵۶۲۳۷ نفر بوده است. با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران، تعداد نمونه آماری مورد نیاز برابر با ۳۸۲ نفر برآورد گردید که جهت افزایش دقت نمونه‌گیری، این تعداد در نهایت به ۴۰۰ نفر افزایش یافت. جهت افزایش معنادارتر شدن مقایسه دو گروه دانشجویان و طلاب در زمینه متغیرهای مستقل، میانجی و وابسته، به تعداد برابر (۲۰۰ نفر) از هر دو گروه نمونه انتخاب گردید. لذا شیوه نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده نامتناسب با حجم مورد استفاده قرار گرفت. به منظور انتخاب پاسخگویان، با تهیه برنامه هفتگی کلاسی و انتخاب چند کلاس درس به صورت تصادفی، به کلاس‌های درس مراجعه گردید و ضمن ارائه توضیحات لازم، از دانشجویان و طلاب مایل به همکاری، تقاضا گردید تا نسبت به تکمیل پرسش‌نامه اقدام نمایند.

تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم تحقیق

میزان سلامت روان (عدم اختلال روان)، براساس تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اختلال روانی یک نشانگان یا الگوی روانی یا رفتاری بالینی در یک فرد است که همراه با آشفتگی روانی، یا ناتوانی و از کارافتادگی یا افزایش قابل ملاحظه خطر مرگ، درد، ناتوانی و یا از دست‌دادن کنترل است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به منظور عملیاتی‌کردن اختلال روانی در پژوهش حاضر، از مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) استفاده شده است. این پرسش‌نامه از جمله شناخته‌شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است. فرم ۲۸ سوالی پرسش‌نامه سلامت عمومی در برگیرنده چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷، ص. ۴۸). این پرسش‌نامه مبتنی بر روش خود گزارشی است که در مجموعه بالینی، با هدف ارزیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. (آشتیانی، ۱۳۹۱، ص.

۳۰۹). هر خرده مقیاس دارای ۷ گویه می‌باشد و نقطه برش هر خرده مقیاس ۶ و کل مقیاس ۲۳ می‌باشد. کسب نمرات بالاتر از ۶ در هر بعد و ۲۳ در کل مقیاس، حاکی از میزان‌های بالاتر اختلالات روانی می‌باشد (کسب نمرات پایین‌تر در این مقیاس، نشان‌دهنده سلامت روان بالاتر می‌باشد).

میزان دین‌داری: 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 و رابطه ایمانی با او دور می‌زند، سامان می‌پذیرد (ریاحی و دیگران، ۱۳۸۷، ص. ۵۴). در این تحقیق برای عملیاتی‌کردن و سنجش میزان دینداری از مدل سراج‌زاده (۱۳۷۷) که بر پایه مدل گلاک و استارک، با اسلام، به‌ویژه اسلام شیعی، تطبیق داده شد، استفاده گردیده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ پرسش است و چهار بعد دین‌داری، شامل؛ ابعاد اعتقادی، مناسکی، عاطفی و پیامدی را مورد سنجش قرار می‌دهد. برای سنجش بعد مناسکی، از هفت گویه (خواندن نماز به تنهایی یا به جماعت، قرائت قرآن، روزه‌داری، حضور در و یا همکاری با مساجد و مراکز مذهبی و ...) استفاده شده است. برای سنجش بعد عاطفی، تعداد شش گویه (احساس نزدیکی به و ترس از خدا، ترسیدن از مرگ، احساس معنویت عمیق در مکان‌های مذهبی، احساس توبه و ...) به‌کار گرفته شده است. دینداری اعتقادی پاسخگویان با استفاده از هفت گویه (اعتقاد به وجود خدا، قیامت، قرآن، فرشتگان، شیطان و ...) اندازه‌گیری شده است. همچنین، نگرش منفی نسبت به انجام اعمال خلاف شرع، نشانه‌ای از اثر دینداری در زندگی روزمره یا معرف بعد پیامدی در نظر گرفته شد و با شش گویه (احساس عذاب وجدان پس از ارتکاب گناه، پرهیز از حرام‌خواری، مواظبت بر لقمه حلال، عدم انجام رفتارهای گناه آمیز و ...) مورد سنجش قرار گرفت. لازم به‌ذکر است که تمام گویه‌های ۲۶ گانه مقیاس دین‌داری، برحسب طیف لیکرت سنجیده شده‌اند و در نهایت، کسب نمرات بالاتر در این مقیاس، به معنای میزان دینداری بیشتر بوده است.

میزان حمایت اجتماعی ادراک شده: حمایت اجتماعی به میزان برخوردارگی از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد و همچنین همراهی گروه‌ها و نهادها و سازمان‌ها با یک فرد، تعریف شده است در مجموع، حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و او به یک شبکه اجتماعی متعلق است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹، ص. ۸۸ به نقل از سارافینو، ۱۹۹۸ و گاجل و دیگران، ۱۳۷۷). در پژوهش حاضر، حمایت اجتماعی ادراک شده مورد سنجش قرار گرفته است و برای عملیاتی کردن آن از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۱ زیمت^۲ و همکاران (۱۹۸۸) استفاده شده است. این مقیاس ۱۲ گویه‌ای دارای سه بعد خانواده، دوستان و دیگران مهم (هر کدام چهار گویه) می‌باشد. مواردی نظیر دریافت امکان کمک از خانواده در مواقع مورد نیاز، امکان صحبت کردن با اعضای خانواده و دوستان درباره مشکلات، تقسیم غم و شادی با دوستان و اشخاص خاص در زندگی، وجود شخص خاصی در زندگی به عنوان منبع آرامش و... در این مقیاس مورد پرسش قرار می‌گیرند و کسب نمرات بالاتر، به منزله برخوردارگی از حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر می‌باشد. میزان استرس ادراک شده: تجربه استرس که میزان آن برحسب منزلت و نقش اجتماعی تعیین می‌شود، می‌تواند ناشی از وجود عوامل استرس‌زا (زیستی، روانی و اجتماعی) باشد. در واقع، استرس‌زا یک حالت تهدید، تقاضا یا فشار ساختاری‌ای است که رخ می‌دهد یا وجود دارد و عملکرد یکپارچه ارگانیسم را به چالش و مخاطره می‌اندازد. تهدید اشاره دارد به امکان یا انتظار مواجه شدن با سختی‌های بالقوه؛ تقاضا به معنی تحمل سختی‌ها و احساس تحت فشاربودن توسط شرایط ناگوار زندگی روزانه است. همچنین، فشار ساختاری بر کاهش فرصت انتخاب یا انتخاب راه‌حل‌های جایگزین در شرایط سخت زندگی دلالت دارد. چون صحبت از ساختار اجتماعی و عناصرش است پس استرس می‌تواند ناشی از جایگاه و نقش اجتماعی افراد باشد (ویتون،

1. Multidimensional Perceived Social Support
2. Zimet

۱۹۹۹، ص. ۲۸۹). برای تعریف عملیاتی متغیر میزان استرس، از پرسش‌نامه استرس زندگی^۱ استفاده شده است. این مقیاس به سنجش میزان استرس در پنج بعد دغدغه‌های زناشویی (مسائل جنسی، ازدواج، رابطه با همسر)، فعالیت‌های خارج از خانه (اوقات فراغت، تفریح و...) خود و خانواده (رابطه با فرزندان و بستگان، وضعیت مالی، سلامت جسمی، سبک زندگی بهداشتی و...)، دغدغه‌های شغلی (استخدام، مدیریت زمان و...) و رضایت از زندگی (انتظارات از آینده، خوش‌بینی) می‌پردازد و دارای ۱۸ گویه می‌باشد (توماس و دیگران، ۱۹۹۳، ص. ۱۶۸). کسب نمرات بالاتر به منزله مواجهه بیشتر با عوامل استرس‌زا می‌باشد. تمامی مقیاس‌های مورد استفاده در تحقیق، به‌صورت استاندارد بوده و پیش از این در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال، به منظور انطباق محتوای مقیاس‌ها با شرایط فرهنگی و بومی، برای اندازه‌گیری اعتبار مقیاس‌های مورد استفاده در پرسش‌نامه، از روش اعتبار محتوا استفاده شده است که طی آن تعدادی از متخصصان جامعه‌شناسی گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران، مقیاس‌ها را مورد بازبینی قرار داده و سعی شد تا ضمن وفاداری به مفاد اصلی مقیاس‌های استاندارد، تغییرات لازم در آن‌ها اعمال گردد. همچنین به منظور اندازه‌گیری میزان پایایی مقیاس‌ها، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج آن به شرح جدول ۱ است:

جدول ۱. ضرایب پایایی متغیرهای مستقل و وابسته بر حسب آلفای کرونباخ

متغیرها	تعداد گویه‌ها	مقدار آلفا	متغیرها	تعداد گویه‌ها	مقدار آلفا
سلامت روان	۲۸	۰/۸۴	استرس	۱۸	۰/۹۳
دینداری	۲۶	۰/۷۲	حمایت اجتماعی	۱۲	۰/۸۷

1. Life Distress Inventory

۴. یافته‌های تحقیق

پاسخگویان تحقیق حاضر را تعداد ۴۰۰ نفر از طلاب و دانشجویان شهر قم تشکیل داده‌اند (زنان ۴۲/۵ درصد). میانگین سنی پاسخگویان برابر با ۲۸/۴ سال (طلاب ۳۲/۵ و دانشجویان ۲۴/۲ سال) بوده است. ۷۸/۳ درصد از پاسخگویان در مقطع کارشناسی و یا سطح دو حوزه مشغول به تحصیل بوده‌اند. همچنین ۷۹/۶ درصد از پاسخگویان غیرشاغل بوده (۸۲/۷ درصد از طلاب و ۷۶/۷ درصد از دانشجویان) و ۷۸/۷ درصد از آن‌ها متعلق به خانواده‌هایی با درآمد پایین بوده‌اند (۸۸/۳ درصد طلاب و ۶۹/۸ درصد دانشجویان).

جدول ۲. توزیع درصدی پاسخگویان برحسب میزان سلامت روان

کل پاسخگویان		طلاب		دانشجویان		میزان سلامت روان
مشکوک به اختلال	سالم	مشکوک به اختلال	سالم	مشکوک به اختلال	سالم	ابعاد سلامت روان
۳۷/۰	۶۳/۰	۳۱/۰	۶۹/۰	۴۳/۱	۵۶/۹	علایم جسمانی
۹۳/۳	۶/۷	۹۵/۹	۴/۱	۹۰/۵	۹/۵	کارکرد اجتماعی
۴۰/۷	۵۹/۳	۳۱/۸	۶۸/۲	۴۹/۷	۵۰/۳	اضطراب و اختلال خواب
۲۱/۶	۷۸/۴	۱۳/۳	۸۶/۷	۳۰/۲	۶۹/۸	افسردگی
۶۰/۹	۳۹/۱	۵۲/۶	۴۷/۴	۶۹/۹	۳۰/۱	میزان کلی اختلال روان
۲۸		۲۵/۵		۳۰/۷		میانگین اختلال روان (حداکثر ۸۴)

براساس داده‌های جدول فوق، در مجموع ۶۰/۹ درصد از پاسخگویان مشکوک به ابتلای به نشانه‌های اختلال روان بوده‌اند. نگاهی تطبیقی به وضعیت سلامت روان دانشجویان و طلاب، حاکی از بالاتر بودن این میزان در بین طلاب (۴۷/۴ درصد) در مقایسه با دانشجویان (۳۰/۷ درصد) می‌باشد. میانگین سلامت روان نیز حاکی از بالاتر بودن این میزان در بین طلاب

(۲۵/۵) نسبت به دانشجویان (۳۰/۷) می‌باشد^۱. همچنین، بالاترین میزان اختلال روان به ترتیب مربوط به ابعاد کارکرد اجتماعی، اضطراب، علایم جسمانی و افسردگی بوده است.

جدول ۳. توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب میزان دینداری

کل			طلاب			دانشجویان			میزان دینداری ابعاد دینداری
قوی	متوسط	ضعیف	قوی	متوسط	ضعیف	قوی	متوسط	ضعیف	
۸۹/۷	۹/۰	۱/۳	۹۱/۴	۶/۶	۲/۰	۸۴/۳	۱۳/۶	۲/۱	بعد اعتقادی
۷۶/۵	۲۲/۰	۱/۵	۸۴/۲	۱۴/۸	۱/۰	۶۸/۷	۲۷/۲	۴/۱	بعد تجربی
۴۹/۴	۴۲/۸	۷/۸	۷۱/۸	۲۵/۰	۳/۲	۲۷/۶	۶۲/۱	۱۰/۳	بعد مناسکی
۶۸/۸	۲۷/۵	۳/۶	۸۱/۳	۱۵/۰	۷/۳	۵۶/۰	۳۵/۷	۸/۲	بعد پیامدی
۵۹/۹	۳۶/۰	۴/۱	۸۱/۸	۱۶/۵	۱/۷	۳۶/۷	۵۶/۶	۶/۶	دینداری کلی
۹۷/۷			۱۰۱/۳			۹۳/۹			میانگین (حداکثر ۱۱۵)

براساس داده‌های جدول سه، میزان دینداری کل در بین نزدیک به دوسوم کل پاسخگویان (۵۹/۹ درصد) در سطح قوی بوده است، در حالی که تنها ۴/۱ درصد آنان از این لحاظ، در سطح ضعیف ارزیابی شده‌اند. با این حال، مقایسه میزان دینداری دانشجویان و طلاب حاکی از بالاتر بودن میزان دینداری قوی در بین طلاب (۸۱/۸ درصد) نسبت به دانشجویان (۳۶/۷ درصد) است (بیش از دو برابر). از سوی دیگر، سهم دانشجویان دارای دینداری متوسط و ضعیف (۶۳/۲ درصد) بیش از سه برابر آن در بین طلاب (۱۸/۲ درصد) می‌باشد. این تفاوت میزان دینداری در بین دانشجویان و طلاب براساس میانگین میزان دینداری نیز مشهود است. علاوه بر این، قوی‌ترین بعد دینداری مربوط به بعد اعتقادی (۸۹/۷ درصد) و ضعیف‌ترین آن مربوط به بعد مناسکی (۴۹/۴ درصد) بوده است. این الگو به‌طور مشابهی در بین دانشجویان

۱. نحوه کدگذاری مقیاس سلامت روان مورد استفاده در تحقیق، به‌گونه‌ای است که اعداد کمتر، به منزله سلامت روان بالاتر (اختلال روانی کمتر) و بالعکس می‌باشد.

و طلاب مشاهده شده است؛ با این حال فاصله دینداری دانشجویان با طلاب در ابعاد مناسبی و سپس پیامدی قابل توجه می‌باشد.

مروری بر داده‌های جدول چهار حاکی از میزان‌های متوسط و بالای حمایت اجتماعی ادراک شده، و میزان‌های متوسط و پایین استرس از سوی دیگر در بین کل پاسخگویان می‌باشد. بیش از نیمی از پاسخگویان دارای حمایت اجتماعی متوسط بوده‌اند (۵۴/۲ درصد دانشجویان و ۵۴/۵ درصد طلاب)؛ در حالی که میزان استرس در بین بیش از نیمی از پاسخگویان، در حد پائین گزارش شده است (۵۰ درصد دانشجویان و ۵۷ درصد طلاب). ارقام میانگین نیز نشان می‌دهد که دانشجویان و طلاب در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده وضعیت مشابهی دارند، گرچه میزان استرس دانشجویان بیشتر از طلاب می‌باشد.

جدول ۴. توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب میزان حمایت اجتماعی و میزان استرس

کل			طلاب			دانشجویان			
بالا	متوسط	پایین	بالا	متوسط	پایین	بالا	متوسط	پایین	
۴۱/۱	۵۴/۳	۴/۶	۴۱/۹	۵۴/۵	۳/۷	۴۰/۲	۵۴/۲	۵/۶	میزان حمایت اجتماعی
۳۴/۰			۳۴/۴			۳۳/۷			میانگین (حداکثر ۴۸)
۵/۸	۳۸/۷	۵۵/۵	۳/۷	۳۹/۳	۵۷/۰	۱۳/۲	۳۶/۸	۵۰/۰	میزان استرس
۳۶/۳			۳۴/۸			۴۱/۵			میانگین (حداکثر ۸۳)

جهت فهم تفاوت میانگین متغیرهای تحقیق بر حسب نقش اجتماعی (دانشجویی/ طلبگی)، از آزمون تی استیودنت به شرح جدول شماره پنج استفاده شده است.

جدول ۵. میانگین متغیرهای تحقیق بر حسب پایگاه اجتماعی دانشجویی/طلبگی

متغیرها	پایگاه اجتماعی	تعداد	میانگین	مقدار تی	معناداری
دینداری	دانشجو	۱۶۶	۹۳/۸	-۸/۵۲	۰/۰۰۰
	طلبه	۱۷۶	۱۰۱/۳		
حمایت اجتماعی	دانشجو	۱۷۹	۳۳/۶	-۰/۸۴۵	۰/۳۹۹

ادامه جدول ۵

متغیرها	پایگاه اجتماعی	تعداد	میانگین	مقدار تی	معناداری
حمایت اجتماعی	طلبه	۱۹۱	۳۴/۴		
استرس	دانشجو	۱۷۲	۴۱/۵	۲/۵۳	۰/۰۱۲
	طلبه	۱۸۵	۳۴/۸		
سلامت روان	دانشجو	۱۷۶	۳۰/۷	۴/۹۱	۰/۰۰۰
	طلبه	۱۹۰	۲۵/۵		

بر این اساس، مشخص شده است که تفاوت معناداری در میزان‌های دینداری، استرس و سلامت روان پاسخگویان بر حسب نقش اجتماعی آنها وجود داشته است؛ بدین معنی که طلاب در مقایسه با دانشجویان، دارای میزان‌های دینداری و سلامت روان بالاتری بوده‌اند. این در حالی است که میزان استرس دانشجویان از طلاب بیشتر بوده و تفاوت معناداری در میزان حمایت اجتماعی دو گروه مشاهده نشده است.

آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق در جدول شماره شش، نشان می‌دهد که متغیرهای میزان استرس، حمایت اجتماعی و دینداری به ترتیب بالاترین میزان همبستگی را با سلامت روان داشته‌اند گرچه این همبستگی بین دینداری و سلامت روان، معنادار نبوده است. همچنین، متغیرهای حمایت اجتماعی و دینداری (به‌عنوان متغیرهای میانجی)، هر دو به‌طور معناداری همبستگی معکوسی با میزان استرس داشته‌اند.

جدول ۶. ضرایب همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

متغیر وابسته: سلامت روان			متغیرهای مستقل
کل پاسخگویان	طلاب	دانشجویان	
۰/۶۳۰**	۰/۶۱۳**	۰/۶۱۵**	میزان استرس
-۰/۱۳۲*	-۰/۱۱۵	-۰/۱۳۹	میزان حمایت اجتماعی
-۰/۱۰۷	۰/۰۰۶	۰/۰۱۸	میزان دینداری
متغیر وابسته: میزان استرس			

ادامه جدول ۶

متغیر وابسته: سلامت روان			متغیرهای مستقل
کل پاسخگویان	طلاب	دانشجویان	
* -۰/۱۷۴	-۰/۱۴۸	-۰/۳۲۰	حمایت اجتماعی
** -۰/۲۴۴	-۰/۱۶۷	-۰/۱۹۰	دینداری

** معناداری در سطح ۹۹ درصد

* معناداری در سطح ۹۵ درصد

به منظور فهم متغیرهای پیش‌بینی‌کننده میزان سلامت روان پاسخگویان، از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به شرح جدول شماره هفت استفاده شده است. متغیرهای چهارگانه میزان استرس، نقش دانشجویی/طلبگی، میزان حمایت اجتماعی و میزان دینداری به‌طور همزمان برابر با ۰/۶۶۲ واحد با میزان سلامت روان پاسخگویان همبستگی داشته‌اند و براساس مقدار ضریب تعیین، این سه متغیر توانسته‌اند ۴۳/۹ درصد از تغییرات اختلال روان را تبیین نمایند. مقدار (F) به دست آمده و سطح معناداری آن (۰/۰۰۰)، حاکی از معنادار بودن این معادله رگرسیونی است. همچنین، مشاهده می‌شود که از بین چهار متغیر وارد شده به مدل، تنها رابطه بین استرس با سلامت روان در سطح ۹۹ درصد معنادار بوده است.

جدول ۷. خلاصه مدل رگرسیونی سلامت روان و ضرایب رگرسیونی استاندارد (بتا)

خلاصه مدل رگرسیونی		ضرایب بتا	متغیرهای مستقل
۰/۶۶۲	همبستگی چندگانه (R)	۴/۸۱	مقدار ثابت
۰/۴۳۹	ضریب تعیین (R ²)	** ۰/۶۴۳	میزان استرس
۲۷/۴	مقدار F	-۰/۱۱۶	نقش دانشجویی/طلبگی ^۱
۰/۰۰۰	سطح معناداری (Sig.)	-۰/۰۵۱	میزان حمایت اجتماعی
		-۰/۰۴۲	میزان دینداری

۱. با توجه به اینکه متغیر نقش اجتماعی پاسخگویان به دو دسته دانشجویی و طلبگی تقسیم شده بود، با اختصاص کد صفر به دانشجویان و کد یک به طلاب، متغیر ظاهری (Dummy Variable) ساخته شد و وارد معادله رگرسیونی گردید (دواس، دی. ای، ۱۳۹۴، ص. ۲۱۸).

همچنین، داده‌های جدول هشت نشان می‌دهند که در معادله رگرسیونی، متغیرهای سه گانه نقش دانشجویی/طلبگی، میزان حمایت اجتماعی و میزان دینداری به‌طور همزمان برابر با ۰/۲۸۶ واحد با میزان استرس پاسخگویان همبستگی داشته‌اند و براساس مقدار ضریب تعیین، این سه متغیر توانسته‌اند ۸/۲ درصد از تغییرات میزان استرس را تبیین نمایند.

جدول ۸. خلاصه مدل رگرسیونی میزان استرس و ضرایب رگرسیونی استاندارد (بتا)

متغیرهای مستقل	ضرایب بتا	خلاصه مدل رگرسیونی
مقدار ثابت	۷۱/۷	همبستگی چندگانه (R)
نقش دانشجویی/طلبگی	-۰/۱۶۸	ضریب تعیین (R ²)
میزان حمایت اجتماعی	-۰/۱۴۸	مقدار F
میزان دینداری	-۰/۱۱۷	سطح معناداری (Sig.)

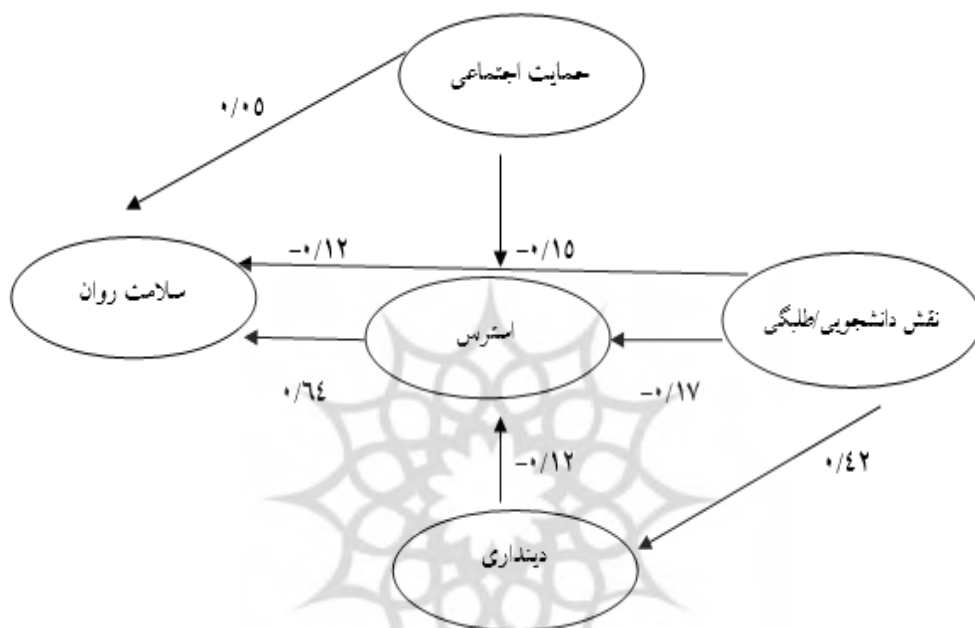
جدول ۹. مقایسه ضرایب رگرسیونی استاندارد (بتا) بر اساس رگرسیون دومتغیره

نقش دانشجویی/طلبگی (مستقل) - میزان حمایت اجتماعی (وابسته)		
ضریب بتا	مقدار تی	سطح معناداری
۰/۰۴۴	۰/۸۴۵	۰/۳۹۹
نقش دانشجویی/طلبگی (مستقل) - میزان دینداری (وابسته)		
۰/۴۲۰	۸/۵۲	۰/۰۰۰

به منظور آزمون تجربی مدل تحلیلی تحقیق و اجرای تحلیل مسیر، در جدول شماره ۸ و با استفاده از رگرسیون دوگانه، اثرات سایر متغیرهای ذکر نشده در جداول رگرسیونی قبلی در جدول شماره ۹، محاسبه گردیده است.

یکی از کاربردهای سودمند روش تحلیل مسیر، آزمودن مدل تحلیلی تحقیق است که برآیند چارچوب نظری پژوهش است (ساعی، ۱۳۸۱، ص. ۲۱۷). ملاک حذف ضرایب مسیر (که معادل ضرایب بتا است) در مدل تحلیلی، به این صورت که است ضرایب‌های مسیر

کوچک‌تر از ۰/۰۵ غیر معنی دار تلقی می‌گردد (کرلینجر و پدهازور، ۱۳۹۵) و از مدل حذف می‌شوند.



نمودار ۲. نمودار تحلیل مسیر میزان اختلال روان (کل پاسخگویان)

با نگاهی به مدل تحلیل مسیر و براساس داده‌های جدول ۱۰ می‌توان گفت به ترتیب متغیرهای استرس (۰/۶۴۳)، نقش اجتماعی (-۰/۱۲۰) و حمایت اجتماعی (-۰/۰۵) قوی‌ترین تأثیرات مستقیم را بر سلامت روان داشته‌اند و دین‌داری، اثر مستقیمی بر سلامت روان نداشته است. از سوی دیگر نگاهی به تأثیرات غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر میزان سلامت روان حاکی از آن است که به ترتیب متغیرهای نقش اجتماعی، حمایت اجتماعی و دینداری بیشترین اثرات غیرمستقیم بر سلامت روان را داشته‌اند.

جدول ۱۰. آثار مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مدل تحلیلی بر میزان اختلال روان

متغیرهای مستقل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
استرس	۰/۶۴۳	-----	۰/۶۴۳
نقش دانشجویی/طلبگی	-۰/۱۲۰	-۰/۱۴۱	-۰/۲۶۱
دین‌داری	-----	-۰/۰۷۷	-۰/۰۷۷
حمایت اجتماعی	-۰/۰۵	-۰/۰۹۶	-۰/۱۴۶

در نهایت بررسی اثرات کل، حاکی از آن است که قویترین تأثیر (به صورت افزایش دهنده اختلال روان و کاهش سلامت روان)، مربوط به میزان استرس بوده است. این در حالی است که پس از استرس، متغیر نقش اجتماعی (طلبه بودن)، حمایت اجتماعی و در نهایت دینداری، در رده‌های بعدی اثرگذاری بر میزان سلامت روان (به صورت کاهش دهنده اختلال روان) قرار داشته‌اند. بر این اساس می‌توان پیش بینی کرد که بیشترین میزان سلامت روان (کمترین میزان اختلال روان) در بین پاسخگویانی که در معرض استرس کمتری بوده‌اند، نقش اجتماعی طلبگی را ایفاء می‌کردند، از میزان‌های بالاتری از حمایت اجتماعی و دینداری برخوردار بوده‌اند مشاهده می‌شود.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر از منظری جامعه‌شناختی و با استفاده از مدل فرایند استرس لئونارد پیرلین، تلاش نمود تا اثرات ساختار اجتماعی (به شکل منزلت و نقش‌های اجتماعی دانشجویی / طلبگی) بر تجربه استرس کنشگران و در نهایت اثرات آن بر سلامت روان آنان، با میانجی‌گری منابع مقابله (دینداری و حمایت اجتماعی) را مورد بررسی قرار دهد.

بر اساس نتایج به دست آمده، میزان دینداری پاسخگویان، همانند سایر پژوهش‌های انجام شده (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۷؛ علیزاده، ۱۳۹۶؛ میرزایی، ۱۳۹۰؛ ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹) در حد متوسط رو به بالا برآورد شده است؛ گرچه این میزان در بین طلاب به طور معناداری

بالاتر از دانشجویان بوده است (موحد و دیگران، ۱۳۸۷؛ رسولی و سلطانی گرد، ۱۳۹۱). این امر می‌تواند به دلایلی نظیر؛ انتخاب کردن مدارس دینی برای ادامه تحصیل توسط طلاب به منزله شاخصی از گرایش‌ها و باورهای دینی، محتوای دروس دینی در حوزه‌های علمیه، فضا و سبک زندگی طلاب و انتظارات اجتماعی از آنان به‌عنوان مبلغان و مروجان دین قابل فهم و انتظار باشد. نکته قابل تأمل در مقایسه ابعاد دینداری بین دانشجویان و طلاب، سهم سه برابری طلاب در بعد مناسکی نسبت به دانشجویان بوده است که گویای حضور و مشارکت بیشتر آنان در مراسم و مناسک دینی و پایبندی بیشتر به عبادات می‌باشد.

یکی دیگر از یافته‌های مهم تحقیق، میزان‌های بالاتر استرس در بین دانشجویان نسبت به طلاب بوده است. تحقیقات پیشین نیز مقادیر بالای استرس در بین دانشجویان را گزارش کرده‌اند (نیک انجام و همکاران، ۱۳۹۴؛ ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹؛ ریاحی و همکاران، ۱۳۸۷؛ پورقانع و همکاران، ۱۳۸۹). با این حال، شاید بتوان این تفاوت را ناشی از منزلت و نقش اجتماعی طلبگی در مقایسه با منزلت و نقش دانشجویی دانست. فضا و سبک زندگی متفاوت دانشجویان و طلاب، انتظارات اجتماعی متفاوت از آن‌ها، میزان بالاتر امید به آینده شغلی و سهم بالای متاهلین در بین طلاب، برخی از عوامل ساختاری مرتبط با نقش اجتماعی هستند که با فراهم آوردن حقوق و تکالیفی متفاوت برای طلاب و دانشجویان، می‌توانند این تفاوت در میزان استرس دریافتی را توضیح دهند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر به میزان‌های نسبتاً مشابه حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان و طلاب اشاره دارد که نشان می‌دهد هر دو گروه به لحاظ در اختیار داشتن این منبع اجتماعی برای مقابله با استرس به‌عنوان یک میانجی بین استرس و سلامت روان، از وضعیت نسبتاً مشابهی برخوردارند. این یافته در راستای پژوهش‌های پیشین است که نشان‌دهنده برخورداری جوانان دانشجو از میزان نسبتاً بالای حمایت اجتماعی می‌باشد (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹؛ پیروی و همکاران، ۱۳۸۹؛ علیزاده، ۱۳۹۶). همچنین مشخص شده است که حمایت اجتماعی می‌تواند از دو مسیر مستقیم و غیرمستقیم (کاهش میزان

استرس) موجب بهبود سلامت روان گردد (هرندی فصیحی و دیگران، ۲۰۱۷؛ تروشتینسون و دیگران، ۲۰۱۳؛ حسام و همکاران، ۱۳۹۰؛ بزرگپوری، ۱۳۹۶؛ قاسمی پور و جهانبخش گنجه، ۱۳۸۹؛ مذهب دارقشقای و همکاران، ۱۳۹۲؛ آزادی و آزاد، ۱۳۹۲؛ پیروی و دیگران، ۱۳۸۹). این یافته‌ها می‌تواند از یک سو حاکی از قوت نسبی روابط جوانان دانشجوی و طلبه در کشورمان با خانواده و گروه‌های دوستان باشد؛ و از سوی دیگر قدرت شبکه‌های روابط اجتماعی حمایت‌کننده در سلامت روان را مورد تأکید قرار دهد.

نتایج به‌دست آمده در زمینه میزان سلامت روان دانشجویان و طلاب مورد بررسی، حاکی از بالابودن میزان نشانه‌های اختلال روانی در بین کل پاسخگویان (حدود ۶۱ درصد) و به‌طور خاص، دانشجویان (حدود ۷۰ درصد) بوده است. بالابودن میزان نشانه‌های اختلال روانی در بین دانشجویان، در راستای نتایج پژوهش‌های پیشین بوده است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۷؛ علیزاده، ۱۳۹۶؛ ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۰؛ مذهب دارقشقای و همکاران، ۱۳۹۲)، گرچه پژوهشی در زمینه سلامت روان طلاب، جهت مقایسه در دسترس نبوده است.

مطابق فرضیه اصلی پژوهش حاضر مبتنی بر نظریه فرایند استرس پیرلین، اشغال منزلت‌های اجتماعی دانشجویی/طلبگی و ایفای نقش‌های اجتماعی مرتبط با این منزلت‌ها، می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم (از طریق متغیرهای میانجی و تعدیل‌کننده) موجب تفاوت در میزان سلامت روان آنان گردد. نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر که نشان دهنده تفاوت میزان سلامت روان پاسخگویان بوده و سلامت روان بهتری را برای طلاب در مقایسه با دانشجویان نشان می‌دهد، مؤید نظریه فرایند استرس می‌باشد که افراد (طلاب در مقایسه با دانشجویان) به هنگام ایفای نقش‌های اجتماعی مرتبط با منزلت اجتماعی خود، اولاً در معرض میزان‌های کمتری از عوامل استرس‌زا قرار گیرند و ثانیاً به میزان‌های متفاوتی از منابع برای مقابله با فشارهای روانی (حمایت اجتماعی و به‌ویژه دین‌داری) دسترسی دارند. این شرایط، یعنی دریافت استرس کمتر از یک سو و برخورداری از منابع مقابله بیشتر با

استرس از سوی دیگر، موجب گردیده است تا میزان آسیب‌پذیری طلاب در برابر فشارهای روانی نسبت به دانشجویان، کاهش یافته و درنهایت به افزایش میزان سلامت روان آنان منجر گردد.

علی‌رغم تأیید فرضیه اصلی تحقیق، برخی یافته‌ها در این پژوهش نیاز به بررسی‌های بیشتر جهت فهم دقیق دارند. از جمله این یافته‌ها عدم وجود ارتباط مستقیم بین دینداری و سلامت روان دانشجویان و طلاب است. اگرچه میزان دینداری طلاب بالاتر از دانشجویان گزارش شده است، اما حتی در بین طلاب نیز دین‌داری، تنها از طریق تأثیرگذاری بر کاهش میزان استرس و از مسیری غیرمستقیم، موجب کاهش اختلالات روانی می‌گردد. این در حالی است که در اکثر پژوهش‌های پیشین (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۴؛ ریاحی و همکاران، ۱۳۸۷؛ چراغی و مولوی، ۱۳۸۵؛ بهرامی چگنی، ۱۳۸۹؛ خیدانی، ۱۳۹۰؛ رضاپور و همکاران، ۱۳۸۹؛ لونگو و همکاران، ۲۰۱۳)، رابطه مستقیم دینداری و سلامت روان مورد تأیید قرار گرفته است. این تفاوت در نتایج، می‌تواند تا حدودی ناشی از تفاوت در مقیاس‌های مورد استفاده برای سنجش دینداری و سلامت روان در پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین باشد.

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر که برای نخستین بار وضعیت سلامت روان دانشجویان و طلاب کشور را در یک قاب مقایسه‌ای مورد بررسی قرار داده و اثرات متغیرهای مهمی نظیر دین‌داری، حمایت اجتماعی و استرس را بر آن مطالعه نموده است، می‌تواند دلالت‌های مهمی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی فرهنگی و اجتماعی در دانشگاه‌ها و حوزه‌های علمیه جهت افزایش میزان سلامت روان دانشجویان و طلاب به‌همراه داشته باشد. سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها می‌تواند در راستای: ۱. بهبود و اصلاح منزلت و نقش اجتماعی دانشجویی / طلبگی (از جمله؛ ارتقای منزلت‌های اجتماعی دانشجویی / طلبگی در شرایط فعلی کشور، فراهم‌آوردن زمینه‌های ایفای نقش‌های اجتماعی مورد انتظار در این منزلت‌ها، افزایش امیدواری به آینده شغلی، از بین بردن زمینه‌های تعارض و فشار نقش و ...)، ۲. ارتقای میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به‌صورت رسمی (توسط سازمان‌های

دانشگاه و حوزه) و غیررسمی (خانواده، دوستان، هم‌کلاسی‌ها و ...)، ۳. کاستن از عوامل فشارزای زندگی دانشجویی و طلبگی و ۴. تقویت دینداری پیامدی و عملی دانشجویان و طلاب از طریق معرفی الگوهای واقعی «دین‌داران سالم» در جامعه صورت گیرد تا در نهایت بتوان میزان سلامت روان دو گروه اجتماعی بسیار مهم و تأثیرگذار در آینده کشور را بهبود بخشید.

کتابنامه

۱. ابراهیمی، ا.، و بهرامی احسان، ه. (۱۳۹۰) «رابطه آخرت‌نگری با سلامت درمیان دانشجویان دانشگاه تهران و طلاب علوم دینی حوزه علمیه قم. *روانشناسی و دین*، ۴(۲)، ۶۲-۴۵.
۲. ابراهیمی، سیریزی، پ.، حسنی درمیان، غ.، و کرمانی، م. (۱۳۹۶). بررسی رابطه دینداری با سلامت عمومی (مطالعه موردی ساکنان شهر مشهد). *مجله علوم اجتماعی*، ۱۴(۲)، ۲۹۶-۲۵۵.
۳. آزادی، س.، و آزاد، ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام. *مجله طب جانباز*، ۳(۱۲)، ۵۸-۴۸.
۴. آشتیانی، ع. (۱۳۹۱). *آزمون‌های روانشناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)*. تهران: بعثت.
۵. بزرگپوری، م. (۱۳۹۶). بررسی رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت روابط با سلامت روان دانشجویان آزاد اسلامی مرودشت. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۲(۱۱)، ۷۷-۷۰.
۶. بهرامی چگنی، ذ. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین دینداری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد. *روانشناسی و دین*، ۳(۲)، ۹۱-۱۰۲.
۷. پورقانع، پ.، شریف‌آذر، ا.، زائرثابت، ف.، و خورسندی، م. (۱۳۸۹). بررسی اعتقادات مذهبی و میزان استرس دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س) شرق گیلان در سال ۸۷-۸۶. *پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۰(۶۳)، ۱۵-۱۰.
۸. پیروی، ح.، حاجبی، ا.، و پناغی، ل. (۱۳۸۹). ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران. *تحقیقات نظام سلامت*، ۶(۲)، ۳۰۷-۳۰۱.
۹. تاسیگ، م.، میکلو، ج.، و سوبدی، س. (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی*. ترجمه احمد عبدالهی. تهران: سمت.

۱۰. چراغی، م.، و مولوی، ح. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. *مجله پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی دانشگاه اصفهان*، ۲(۲)، ۱-۲۲.
۱۱. حسام، م.، آسایش، ح.، قربانی، م.، شریعتی، ع. ر.، و نصیری، ح. (۱۳۹۰). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سلامت روان و رضایت از زندگی در دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های دولتی شهر گرگان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان*، ۱(۱)، ۳۴-۴۱.
- خیدانی، ل. (۱۳۹۰). بررسی نقش مذهب بر سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های استان ایلام. *فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، ۶(۳)، ۶۳-۸۲.
۱۲. حسینی، ح.، صادقی، ا.، رجب زاده، ر.، رضا زاده، ج.، نبوی، ح.، رعنائی، م.، و الماسی، ا. (۱۳۹۰). سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳(۲)، ۲۳-۲۸.
۱۳. حسینی‌زاده آرانی، س.، و کلانتری، ع. (۱۳۹۴). دین، سلامت روان و احساس تنهایی: بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی). *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۶(۴)، ۲۵-۴۴.
۱۴. دواس، د. (۱۳۹۴). پیمایش در تحقیقات اجتماعی. ترجمه هوشنگ ناییبی. تهران: نی.
۱۵. راد، ف.، محمدزاده، ف.، و محمدزاده، ح. (۱۳۹۴). بررسی رابطه دینداری با سلامت اجتماعی. *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۲(۱۲)، ۱۳۷-۱۶۸.
۱۶. رسولی، ر.، و سلطانی گرد فرامرزی، س. (۱۳۹۱). مقایسه و بررسی رابطه جهتگیری مذهبی و عمل به باورهای دینی با سازگاری زناشویی در طلاب و دانشجویان. *خانواده پژوهی*، ۱(۳۲)، ۴۲۷-۴۳۹.
۱۷. رضاپور، ی.، فتحی، آ.، سردار، م.، و شیرعلی پور، ا. (۱۳۸۹). بررسی رابطه دینداری و وضعیت اقتصادی- اجتماعی دانشجویان با رضایت از زندگی: با تعدیل گری مؤلفه‌های سلامت روانی. *فصلنامه دانشگاه تبریز*، ۵(۱۹)، ۶۹-۸۹.
۱۸. ریاحی، م.، ا.، علیوردی نیا، ا.، و بنی‌اسدی، م. ر. (۱۳۸۷). بررسی اثرات دینداری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران. *مجله علوم اجتماعی*، ۵(۲)، ۵۱-۹۰.

۱۹. ریاحی، م. ا.، علیوردی نیا، ا.، و پورحسین، ز. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۰(۳۹)، ۸۵-۱۲۱.
۲۰. ریاحی، م. ا.، و رهبری، ل. (۱۳۹۳). رویکرد فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت روان. مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۸(۱)، ۸۵-۴۹.
۲۱. ساعی، ع. (۱۳۸۱). تحلیل آماری در علوم اجتماعی. تهران: کیان مهر.
۲۲. سراج‌زاده س. ح.، جواهری، ف.، و ولایتی، خ. س. (۱۳۹۲). اثر دینداری بر سلامت روان در میان نمونه‌ای از دانشجویان. جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۴(۱)، ۷۷-۵۵.
۲۳. شریفی، ط.، شکرکن، ح.، و مهربانی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۸۵). بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی و شکیبایی و دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار) دانشگاه ایران، ۱۱(۱)، ۸۹-۹۹.
۲۴. صالحی، ل.، سلیمانی‌زاده، ل.، باقری یزدی، س. ع.، و عباس‌زاده، ع. (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان با دانشجویان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۱(۱)، ۵۵-۴۹.
۲۵. علیاناسب، س. ح. (۱۳۸۹). بررسی رابطه دینداری و اضطراب مرگ در بین دانشجویان و طلاب شهر قم. روانشناسی و دین، ۳(۱)، ۶۷-۵۵.
۲۶. علیزاده، ع. (۱۳۹۶). بررسی جامعه‌شناختی اثرات دینداری بر میزان اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه مازندران: آزمون تجربی مدل فرایند استرس پیرلین (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه مازندران.
۲۷. فیروزی، ا.، امینی، م.، اصغری، ز.، و مقیمی دهکردی، ب. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط باورهای مذهبی و سلامت روان دانش‌آموزان متوسطه شهر درگز در سال تحصیلی ۹۰-۱۹. مجله بهداشت و توسعه، ۲(۲)، ۱۴۸-۱۳۸.
۲۸. قاسمی‌پور، م.، و جهانبخش گنجه، س. (۱۳۸۹). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۸۸. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان (یافته)، ۱۲(۱)، ۶۴-۵۷.
۲۹. کرلینجر، ف. ن.، و پدهازور، ا. (۱۳۹۵). رگرسیون چندمتغیری در پژوهش رفتاری. تهران: سمت.

۳۰. مذهب دار قشقائی، ه.، حسینی ذیجود، م.، و زاهدی اصل، م. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹. *پژوهان*، ۱۲(۲)، ۵۵-۶۳.
۳۱. مشرق نیوز. (۱۳۹۷، ۲۷ فروردین). از هر ۴ ایرانی یک نفر دچار اختلالات روانی. برگرفته از: <https://www.mashreghnews.ir/news/847346>
۳۲. موحد، م.، عنایت، ح.، و کایدان بدیع، م. (۱۳۸۷). دینداری و نگرش مدرن در میان زنان طلبه و دانشجو. *مطالعات اجتماعی-روانشناختی زنان*، ۶(۳)، ۷-۳۰.
۳۳. موسوی، س. غ.، موسوی، س. ح.، و حاجیان، ا. ر. (۱۳۹۴). چه کسی از سلامت روان برخوردار است؟ اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اصفهان.
۳۴. میرزایی، م. (۱۳۹۰). بررسی جامعه‌شناختی میزان دینداری دانشجویان دانشگاه افسری امام علی (ع) با استفاده از یک مدل بومی. *فصلنامه مدیریت نظامی*، ۱۱(۴۲)، ۱۸۱-۲۱۲.
۳۵. نوربالا، ا. ع. (۱۳۹۰). سلامت روانی-اجتماعی و راهکارهای بهبود آن. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۵۱-۱۵۶.
۳۶. نوربالا، ا. ع.، باقری یزدی، س. ع.، و کاظم، م. (۱۳۸۷). اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان پزشکی در شهر تهران. *حکیم*، ۱۱(۴)، ۴۷-۵۳.
۳۷. نیک‌انجام، ر.، براتی، م.، بشیریان، س.، بابامیری، م.، فتاحی، ع.، و سلطانیان، ع. ر. (۱۳۹۴). میزان استرس زندگی دانشجویی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۹۴. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۲(۴)، ۵۷-۶۴.
۳۸. یعقوبی، ا.، عروتی موفق، ا.، چگینی، ع. ا.، و محمدزاده، س. (۱۳۹۴). فراتحلیل رابطه گرایش مذهبی با سلامت روان، *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۶(۲۱)، ۱۱۳-۱۳۰.

39. AbdAleati, N. S., Zaharim, N. M., & Mydin, Y.O. (2016). Religiousness and mental health: Systematic review study. *Journal of Religion and Health*, 55(6), 1929-1937.
40. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington. D.C., U.S: APA.
41. Aneshensel, C. S., & Phelan, J.C. (1999) *Handbook of the sociology of mental health*. New York, NY: Springer.

42. Avison W. R, & Thomas S. S. (2010). Stress. In W. C. Cockerham (Ed.), *Medical sociology*, (pp.242-267). London, England: Wiley-Black Well.
43. Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(2), 170-184.
44. Blasi. A. (2011). *Toward a sociological theory of religion and health*. Boston: Brill.
45. Butters, E. J. (2001) Understanding Adolescent Cannabis Use: A Stress Process Model Application, unpublished PhD thesis in Sociology, University of Toronto.
46. Cockerham, W. C. (2006). *Sociology of mental disorder*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
47. Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(2), 415-429.
48. Fasihi Harandi, T., Taghinasab, M. M., & Dehghan Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 25(9), 5212-5222.
49. Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 6-25.
50. Hackney, C., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43-55.
51. Koeing, H. G. & Larson, D. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 67-78.
52. Lake, J. (2012). Spirituality and religion in mental health: A concise review of the evidence, *Psychiatric Times*, 3, 34-38.
53. Larson, D.B., Sherrill, K.A., Lyons, J.S., Craigie, F.C., Thielman, S.B., Greenwold, M. A., & Larson, S. S. (1992). Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry 1978-1989. *American Journal of Psychiatry*, 149(4), 557-559.
54. Levin, J. (2010). *Religion and mental health: theory and research*. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies banner*, 7(2), 102-115.
55. Longo, G.S., & Jungmeen, K.S. (2013) Homesickness in college students: The role of religion in combating depression. *Mental Health, Religion & Culture*, 16 (5), 489-500.

56. MacLeod, J. D., & Lively, J. K. (2007). Social psychology and stress research. In W. A. Avison, J. MacLeod & B. A. Pescosolido (Eds.). *Mental health, social mirror* (pp. 275-303). New York, NY: Springer.
57. Payne, I. R., Bergin, A. E., Bielema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health. *Journal Prevention in Human Services*, 9(2), 11-40.
58. Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 241-256.
59. Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., & Menaghan, E. G. & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356.
60. Salsman, J. M., Pustejovsky, J. E., Jim, H. S., Munoz, A. R., Merluzzi, T. V., George, L., ... & Fitchett, G. (2015). A meta analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 121(21), 3769-3778.
61. Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology*. New York, U.S.: John Wiley & Sons.
62. Schieman, S., & Bierman, A. (2011). The role of divine beliefs in stress processes, In A. Blasi (Ed.). *Toward a sociological theory of religion and health* (pp. 45-68). Boston: Brill.
63. Thomas, E.J., Yashioka, M.K., & Ager, R.D. (1993). Life distress inventory. In Fischer, J., & Corcoran, K. (Eds.), *Measures of clinical practice: A sourcebook*. New York, U.S.: Free Press.
64. Thorsteinsson, E. B., Ryan, S. M., & Sveinbjornsdottir, S. (2013). The Mediating Effects of Social Support and Coping on the Stress-Depression Relationship in Rural and Urban Adolescents. *Open Journal of Depression*, 2 (1), 1-6.
65. Turner, R. J. (2010). Understanding health disparities: The promise of the stress process model. In W. R. Avison et al. (Ed.), *Advances in the conceptualization of the stress process* (pp. 3-21). New York, NY: Springer.
66. Wheaton, B. (1999). Social stress. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of sociology of mental health* (pp. 286-309). New York, NY: Plenum.
67. Wheaton, B., Montazer, S. (2010). Stressors, stress, and distress. In T. L. Scheid, & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health* (pp. 171-199). Cambridge England: Cambridge University Press.
68. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.