

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۱۰ تابستان ۱۳۸۷

بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان

بنفشه غرابی - دکترای روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران

افشین احمدوند - روانپزشک عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

اشرف اکبری دهقی - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران

سعیده زوزیان - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران

چکیده

با توجه اهمیت نقش باورهای مذهبی در سلامت روان پژوهش حاضر جهت بررسی ارتباط نوع اعتقادات مذهبی با انواع مشکلات در سلامت روان اجرا گردیده است. در همین راستا تعداد ۱۰۳۲ نفر آزمودنی که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از شهر کاشان انتخاب گردیده شده بودند به وسیله ابزارهای مذهب درونی و بیرونی آلپورت و GHQ مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج بیانگر آن بود که بین مذهب درونی با سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد ولی این ارتباط در مذهب بیرونی مشاهده نگردید. همچنین بین دو جنس از لحاظ نوع مذهب تفاوت معنادار وجود نداشت. در رابطه با مقایسه هر یک از زیر گروه‌های تست GHQ با مذهب درونی نیز کلیه این مقیاس‌ها با مذهب درونی رابطه معناداری داشته و کاهش مذهب درونی موجب افزایش نمرات در این مقیاس‌ها می‌گردید. ولی مذهب بیرونی صرفاً با نمرات مقیاس افسردگی و خیم ارتباط معنادار داشت بدین معنا که با افزایش مذهب بیرونی میزان افسردگی افراد افزایش می‌یابد. همچنین مذهب بیرونی هرچند نه در سطح معنادار باعث کاهش میزان نارسا کنش‌وری اجتماعی می‌گردد. براساس یافته‌های موجود و باتوجه به اهمیت مذهب درونی در سلامت روان و همچنین هر یک از زیر گروه‌های آن می‌توان با ارائه طرح‌های درمانی و خصوصاً طرح‌های پیشگیری در این زمینه در کشورمان که بافت مذهبی بسیار غنی دارد گامی مهم در جهت ارتقاء بهداشت روان برداشت.

واژه‌های کلیدی: بهداشت روان، مذهب درونی و بیرونی، HQ، دینداری، جنسیت، کاشان.

در قرن حاضر موضوع سلامت روان یکی از مهم‌ترین زمینه‌های پژوهشی است. با توجه به بحران‌های روانی ناشی از شرایط شهرنشینی و تکنولوژی که روزانه استرس زیادی را بر افراد جوامع تحمیل می‌کند، توجه به پژوهش‌های حیطه مذهبی نیز افزایش یافته است چرا که بسیاری از دانشمندان ناراحتی‌ها، بخصوص مشکلات روانشناختی را در ارتباط با دورافتادگی انسان‌ها از مذهب و دین می‌دانند. در واقع تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که مذهبی بودن می‌تواند اثر بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند.

در حال حاضر پژوهشگران و مردم نیز از موضوع نقش مذهب در کارکردهای مختلف روانی و اجتماعی در حیطه‌های سلامتی، بیماری و داغدیدگی، درد جسمانی و... استقبال می‌کنند (بهرامی احسان، ۱۳۸۴).

افراد بسیاری به نظریه‌پردازی روانشناختی در خصوص دین پرداخته‌اند (بطور مثال: فروید، ویلیام جیمز، یونگ، آلپورت، مزلو، آدلر و پیاژه) یکی از افراد سرشناس در این زمینه گوردون آلپورت است که سهم مهمی در روانشناسی شخصیت داشته است. او دین را تعریف و تقسیم‌بندی کرد و براساس آن مقیاس جهت‌گیری دینی را نیز ابداع کرد.

آلپورت معتقد است که دین ماهیتی صرفاً عقلانی ندارد بلکه بیشتر تلفیقی از احساس و تفکر است. در واقع دینداری یک فلسفه زندگی به فرد ارائه می‌دهد که نه تنها ماهیتی عقلانی دارد بلکه از لحاظ احساسی و هیجانی نیز ارضا کننده است.

آلپورت دین را هم عامل تحول شخصیت و هم عامل بازدارنده آن می‌داند (آرین، ۱۳۷۸) پس از اینکه آلپورت بین دین رشدیافته و رشدنا یافته تفکیک قائل شد، شروع به ساختن وسیله سنجش تجربی در این زمینه نمود که ماحصل آن مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی-بیرونی بود و به‌کمک راس در سال ۱۹۵۹ این مقیاس را ارائه داد.

کسانی که دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی هستند، تعهدهای مذهبی خود را به عنوان وسیله‌ای برای کسب مقام، قدرت و یا امنیت و به‌طور کلی نوعی مصلحت‌اندیشی به‌کار می‌گیرند. از طرف دیگر، افرادی که دارای جهت‌گیری درونی هستند، باورهای خود را درونی کرده‌اند و با آنها زندگی می‌کنند هرچند نشانه‌های بحران بیرونی در آنها دیده می‌شود. به‌عبارت دیگر به‌رغم تعارض‌های ظاهری آنها در محیط، به‌دلیل انسجام درونی و درونی کردن ارزش‌ها از وحدت‌یافتگی بیشتری در عمل، احساس و تفکر برخوردارند. رویکردهای تحولی بر این نکته تأکید دارند که دین در مراحل مختلف زندگی به شکلی خاص و متناسب با تحول روانشناختی درک می‌شود. بنابراین کودک در خلال تحول در معرض مفهوم زندگی، مرگ و نیز تحول مفهوم خداوند قرار می‌گیرند (جان بزرگی، ۱۳۷۸).

برگین^۱ و همکارانش (۱۹۸۷) دریافتند که جهت‌گیری مذهبی درونی همبستگی متوسطی با خونگرمی، تندرستی، مسئولیت‌پذیری، مهار خود و موفقیت دارد. نتایج تحقیقات پارک و کوهن نشان داد که مذهب تأثیر مثبت بر سلامت روان افراد واجد جهت‌گیری درونی دارد. افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی ارتباط مثبتی (۰/۴۷- -۰/۳۰) با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت روان، عزت‌نفس، بردباری و کانون کنترل دارد (بیکر^۲، گرساچ^۳، ۱۹۸۲). در مقابل جهت‌گیری بیرونی رابطه مثبت با اضطراب بیشتر (کوجنین^۴ و همکاران، ۱۹۸۷)، افسردگی (جینا^۵، شاو^۶، ۱۹۹۱ و پارک، ۱۹۹۸) و ارتباط معکوس با کانون کنترل درونی (استریکلند^۷ و شافر^۸، ۱۹۷۱) مسئولیت‌پذیری (کاهو^۹، ۱۹۷۴) عزت‌نفس (واسن و همکاران، ۱۹۸۵) دارند (به نقل از سراجی، ۱۳۸۱).

1- Bergin

3- Gorsuch

5- Genia

7- Strickland

9- Kahoe

2- Backer

4- Kojenin

6- Shaw

8- Shaffer

براساس مباحث مطرح شده در بالا و از آنجا که شهر کاشان به عنوان دارالمومنین نام گرفته و پیشینه مذهبی طولانی مدتی در تاریخ این شهر ذکر شده است، هدف مطالعه حاضر بررسی این فرضیه است که اختلالات روانی در کدام گروه از افراد با اعتقادات مذهبی بیشتر دیده می‌شود و اینکه آیا می‌توان تداوم و پیشگیری از برخی از اختلالات روانی را با وجود دینداری تبیین کرد تا از این طریق بتوان به راهکارهای مفید در جهت پیشگیری و درمان اختلالات روانی دست‌یابی پیدا کرد.

هدف کلی این پژوهش عبارت است از بررسی ارتباط بین مذهب درونی و بیرونی با بهداشت روان در شهر کاشان.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی می‌باشد و محیط اجرای آن شهر کاشان در استان اصفهان است. جامعه آماری این پژوهش را افراد بالای ۱۸ سال شهر کاشان تشکیل می‌دادند و نمونه‌ها بعد از تعیین تعداد مورد نظر از این شهر انتخاب گردیدند. لازم به ذکر است که با توجه به اینکه این پژوهش قسمتی از پژوهش بررسی شیوع اختلالات روانی در شهر کاشان بود لذا حجم نمونه براساس مطالعات شیوع‌شناسی محاسبه گردید. بر این اساس ابتدا با استفاده از فرمول $N = Z^2 pq / d^2$ حجم نمونه تعیین گردید که تعداد اولیه ۱۸۰۰ نفر بود که به‌صورت تصادفی طبقه‌ای برگزیده شدند. از این تعداد در این پژوهش ۱۱۰۰ نفر معیارهای ورود را داشته و حاضر به همکاری شدند که ۱۰۳۱ نفر از آنها پرسشنامه‌های مربوطه را به‌طور کامل تکمیل نمودند. لازم به ذکر است که تعدادی از پرسشنامه‌ها به دلیل مخدوش بودن مشخصات جمعیت‌شناختی و یا عدم پاسخ به تمامی سوالات از نمونه مورد مطالعه حذف گردید.

روش انتخاب نمونه‌ها به این صورت بود که ابتدا از مراکز بهداشتی لیستی از خانوارها تهیه و افراد ۱۸ سال و بالاتر که در این مراکز پرونده داشتند مشخص گردید و سپس از بین این افراد به‌طور تصادفی نمونه‌ها انتخاب شدند. پس از تعیین افراد نمونه،

ابتدا با این افراد تماس گرفته و از آنها خواسته می‌شد که به مراکز بهداشت جهت تکمیل پرسشنامه‌ها مراجعه نمایند. افرادی که به هر دلیل از آمدن به مراکز معذور بودند که عمدتاً شامل مردانی می‌شد که در آن ساعات در محل کار خود بودند، پرسشگران پس از گرفتن آدرس به درب منازل یا محل کار آنها جهت تکمیل پرسشنامه مراجعه می‌کردند. با توجه به اینکه در این پژوهش اعتقادات مذهبی افراد سنجیده می‌شد و این امکان وجود داشت که افراد برای بیان آن احساس نگرانی داشته باشند، پرسشگران آموزش‌دیده، ابتدا برای کلیه نمونه‌های انتخاب شده توضیحاتی در زمینه پژوهش مورد نظر داده و همچنین این که همکاری با این طرح کاملاً اختیاری می‌باشد و مشخصات آنها به صورت فردی در هیچ کجای گزارش‌های مربوط به این پژوهش ارائه نخواهد شد.

به منظور گردآوری داده‌های پژوهشی از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)^۱ و پرسشنامه نگرش مذهبی EIR^۲ آلپورت استفاده شد. پرسشنامه GHQ-28: پرسشنامه GHQ-28 که توسط گلدبرگ^۳ (۱۹۷۲) تدوین گردیده است از جمله ابزارهای مورد استفاده در بررسی سلامت روانی افراد جامعه و مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی می‌باشد. این پرسشنامه از جمله مهم‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر بسزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روانپزشکی داشته است (یعقوبی، ۱۳۷۴). این پرسشنامه خودگزارش گر با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند تهیه شده است (گلدبرگ، ۱۹۷۲). هدف اصلی تمایز بین بیماری روانی و سلامت است نه تشخیص روانپزشکی. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس نشانه‌های بدنی (A)، اضطراب و بدخواهی (B)، نارسی کنش‌وری اجتماعی (C) و افسردگی و خیم (D) است که از مجموع آنها یک نمره کل به‌دست می‌دهد. ویلیامز^۴، گلدبرگ و ماری^۵ (۱۹۸۸)، به‌نقل از شمس‌علیزاده و همکاران،

1- General Health Questionair

3- Goldberg

5- Marry

2- Extrinsic and Intrinsic religion

4- Williams

۱۳۸۰) در تحلیل ۴۳ بررسی، حساسیت این پرسشنامه را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ را گزارش نمودند. پایایی فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه توسط پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) ۰/۹۱ محاسبه شده است و بهترین نقطه برش این پرسشنامه ۲۳، حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۱۶ گزارش نمودند.

ضریب پایایی و بازآزمایی آلفای کرونباخ در مطالعه یعقوبی، نصر و شاه محمدی (۱۳۷۴) برابر با ۰/۸۸ به دست آمد. این پرسشنامه به چندین زبان نیز به کار برده می‌شود (چان، ۱۹۹۳؛ چیونگ و پیرز، ۱۹۹۴؛ گورج و بیکویا، ۱۹۹۰؛ به نقل از مجاهد و بیرشک، ۱۳۸۲).

مقیاس‌گیری مذهبی آلپورت: مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی / بیرونی آلپورت بر مبنای کوشش‌های نظری آلپورت در ساختن مقیاسی برای اندازه‌گیری جهت‌گیری مذهبی تهیه گردید. وی در سال ۱۹۵۰ یک مقیاس ۲۰ گزینه‌ای ساخت که ۱۱ گزینه آن به جهت‌گیری بیرونی اشاره می‌کردند و ۹ گزینه به جهت‌گیری درونی اشاره داشتند. طبق تحقیقات آلپورت همبستگی بین گزینه‌های جهت‌گیری مذهبی درونی با گزینه‌های جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۲۱ بود. در تعدادی از مطالعات دیگر همبستگی ۰/۲۰ محاسبه شده که بسیار نزدیک به همبستگی محاسبه شده توسط آلپورت است (به نقل از مختاری، ۱۳۷۹). برای سنجش روایی این آزمون در ایران مقیاس فگین به فارسی ترجمه شد و صحت آن با بازخوانی توسط متخصصین دیگر و ترجمه دوباره آن به انگلیسی تصحیح گردید و سپس با بازنویسی‌های متعدد سعی در متناسب نمودن آن با بافت فرهنگی مذهبی ایرانی گردید و گزینه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت تنظیم شد.

اعتبار مقیاس توسط جانبزرگی (۱۳۷۸) در یک گروه نمونه ۲۳۵ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های استان تهران با اعتبار ۰/۷۳ براساس آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفته است.

در پژوهش دیگری که مختاری (۱۳۷۹) در یک نمونه ۱۱۲ نفری در دانشگاه تهران انجام داد نیز اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضریب آلفا معادل ۰/۷۱/۲ بدست آمد.

یافته‌ها

در این بررسی از لحاظ مشخصات جمعیت شناختی، اکثر نمونه مورد مطالعه در دامنه سنی ۲۶ تا ۴۰ سال (۴۵/۷٪) و کمترین فراوانی در دامنه سنی ۶۵ به بالا (۵/۵٪) قرار داشت. از نظر وضعیت شغلی نیز اکثریت نمونه مورد مطالعه را غیر از سایر مشاغل (۵۹/۳٪)، شغل آزاد (۱۶٪) تشکیل می دادند.

در رابطه با وضعیت تحصیلی نمونه مورد مطالعه اکثر این افراد دارای تحصیلات در حد پنجم دبستان (۳۸٪) و کمترین میزان متعلق به تحصیلات بالای دیپلم (۹/۵٪) بود. در رابطه با وضعیت تأهل اکثر افراد مورد مطالعه را متأهلین (۹۲/۴٪) تشکیل می دادند.

قبل از ارائه یافته‌ها، لازم به ذکر است که مذهب درونی به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد که نمرات بالاتر در این مقیاس بیانگر مذهب درونی کمتر است ولی این مسأله در رابطه با نمرات مذهب بیرونی صدق نمی‌کند.

در پاسخ به این سوال که آیا بین بهداشت روانی و نوع اعتقادات مذهبی در شهر کاشان رابطه وجود دارد؟

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد نتایج این تحقیق بیانگر آن است که بین بهداشت روانی و نگرش مذهبی درونی رابطه معنادار وجود دارد. اما بین بهداشت روانی و مذهب بیرونی رابطه معناداری وجود ندارد.

جدول (۱) ارتباط مذهب درونی و بیرونی با نمرات GHQ

متغیرها	همبستگی	سطح معناداری
نمرات GHQ با مذهب درونی	۰،۱۳۲	۰،۰۱
نمرات GHQ با مذهب بیرونی	۰،۰۴۰	N.S

و همچنین در پاسخ به سؤال این تحقیق که آیا بین بهداشت روان و نوع اعتقادات مذهبی در زنان و مردان تفاوت وجود دارد؟ نمرات کلی نگرش مذهبی در زنان و مردان با روش تی برای گروه‌های مستقل با یکدیگر مقایسه گردید و همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، تفاوت معناداری بین زنان و مردان در نمره کل نگرش مذهبی وجود ندارد.

جدول (۲) تفاوت نمرات نگرش مذهبی بر اساس جنسیت

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معناداری
زن	۶۰۰	۵۰،۴۲	۱۷،۷۲	۰،۵۹۰	۰،۴۴۳
مرد	۴۳۰	۴۹،۶۶	۸،۵۲		

همچنین نمرات افراد در نگرش بیرونی و درونی در دو جنس مورد بررسی قرار گرفت که در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول (۳) تفاوت نمرات نگرش بیرونی در دو جنس

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	T	سطح معناداری
زن	۶۰۰	۳۵،۵۲	۷،۱۷	۰،۵۱۹	۰،۱۱۳
مرد	۴۳۱	۳۵،۶۴	۹،۷۸		

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال سوم شماره ۱۰، تابستان ۱۳۸۷

جدول (۴) تفاوت نمرات نگرش درونی در دو جنس

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	T	سطح معناداری
زن	۶۰۰	۱۴،۴۴	۵،۷۹	۰،۰۰۶	۰،۹۳۹
مرد	۴۳۱	۱۴،۵۸	۴،۴۳		

همانطور که مشاهده می‌گردد در هیچ‌یک از این موارد نیز تفاوت معنادار مشاهده نگردید.

همچنین ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و سپس ارتباط آن با مذهب بیرونی در مردان و زنان بطور جداگانه با روش همبستگی بررسی و نتایج آن در جداول ۵ و ۶ ارائه گردیده است

جدول (۵) ارتباط نمرات GHQ با مذهب درونی و بیرونی در مردان

متغیر	همبستگی	سطح معناداری
مذهب درونی	۰،۱۳۰	۰،۰۱
مذهب بیرونی	-۰،۰۰۴	N.S

همانطور که مشاهده می‌گردد سلامت روان با مذهب درونی در مردان ارتباط معنادار داشته ولی با مذهب بیرونی هرچند که همبستگی منفی وجود داشت ولی این ارتباط معنادار نبود.

جدول (۶) ارتباط نمرات GHQ با مذهب درونی و بیرونی در زنان

متغیر	همبستگی	سطح معناداری
مذهب درونی	۰،۱۴۱	۰،۰۱
مذهب بیرونی	۰،۰۸۵	۰،۰۵

همانطور که مشاهده می‌گردد سلامت روان با مذهب درونی در زنان در سطح ۰،۰۱ ارتباط معنادار داشته ولی افزایش نمرات GHQ با مذهب بیرونی در سطح ۰،۰۵ ارتباط معنادار دارد. و این بدان معنا است که افزایش مذهب بیرونی در زنان منجر به کاهش بهداشت روان آنها می‌گردد

و بالاخره در پاسخ به این سوال که آیا بین انواع اختلالات روانی و نوع اعتقادات مذهبی در شهر کاشان ارتباط وجود دارد؟

بدین منظور مقیاس‌های مختلف تست GHQ با نگرش درونی و بیرونی مقایسه گردید که نتایج آن در جداول زیر ارائه می‌گردد.

جدول (۷) همبستگی مقیاس‌های مختلف GHQ با مذهب بیرونی

متغیرها	همبستگی	سطح معنا داری
مقیاس A	۰،۱۴	N.S
مقیاس B	۰،۰۵۱	N.S
مقیاس C	-۰،۰۰۱	N.S
مقیاس D	۰،۱۸۱	۰،۰۱

جدول (۱۰) همبستگی مقیاس‌های مختلف GHQ با مذهب درونی

متغیرها	همبستگی	سطح معنا داری
مقیاس A	۰،۰۸۴	۰،۰۱
مقیاس B	۰،۱۰۳	۰،۰۱
مقیاس C	۰،۱۱۲	۰،۰۱
مقیاس D	۰،۱۵۲	۰،۰۱

در اینجا هم چون نمرات بالا در مذهب درونی به معنای پایین بودن و ضعف در مذهب درونی و نمرات بالا در مذهب بیرونی به معنای بالاتر بودن مذهب بیرونی و همچنین بالا بودن نمرات GHQ به معنای میزان مشکلات روانی بیشتر است لذا همانطور که مشاهده می گردد مذهب بیرونی صرفاً با مقیاس D و مذهب درونی با کلیه مقیاس‌ها همبستگی معنادار وجود دارد. که این بدان معنا است که با افزایش میزان مذهب درونی کلیه مقیاس‌های GHQ به‌طور معناداری کاهش می‌یابد و لی این مسئله در مذهب درونی دیده نمی‌شود و حتی افزایش مذهب درونی با سطح بالاتر نمرات در مقیاس D همراه است. و فقط یک رابطه منفی بین مذهب بیرونی و مقیاس C دیده می شود هر چند که این رابطه در سطح معنادار نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که مطرح شد در پاسخ به این سوال که آیا بین بهداشت روانی و نوع اعتقادات مذهبی در شهر کاشان ارتباط وجود دارد؟ نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که بین بهداشت روان و مذهب درونی ارتباط معنادار وجود دارد ولی این رابطه با مذهب بیرونی مشاهده نشد. این نتایج کاملاً همسو با تحقیقات دیگر در این زمینه می‌باشد. آلپورت (۱۹۶۳) اظهار می‌دارد که تنها مذهب با مبدأ درونی سلامت روانی را بهبود می‌بخشد. اسپیلکا و همکارانش (۱۹۸۵) بین سلامت روانی و جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه‌ای پیدا کرده‌اند. نتایج تحقیقات پارک و کوهن (به نقل از سراجی، ۱۳۸۱) نشان داد که مذهب تأثیر مثبت بر سلامت روان افراد واجد جهت‌گیری درونی دارد. در پژوهشی که توسط سراجی (۱۳۸۱) بر روی ۱۳۰۰ دانشجو انجام شد نیز بین جهت‌گیری مذهبی درونی و میزان سلامت روان مردان ارتباط معناداری به‌دست آمد. همچنین بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش نوایی‌نژاد (۱۳۸۰) بین مذهبی بودن و سلامت روانی عمومی همبستگی بالایی وجود دارد. وی عنوان نمود که این یافته‌ها با بیشتر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه (رابرتز و همکاران، ۱۹۹۲؛ کنت

گری و همکاران، ۱۹۹۲؛ برگن، ۱۹۸۸ و ساچمن، ۱۹۸۸ و شالر و گلبرگ، ۱۹۹۱) همخوانی دارد (نوابی نژاد، ۱۳۸۰). یافتن ارتباط مثبت بین بهداشت روان و مذهب درونی دور از ذهن نمی‌باشد زیرا همانطور که مطرح شد کسانی که دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی هستند، تعهدهای مذهبی خود را به‌عنوان وسیله‌ای برای کسب مقام، قدرت و یا امنیت و بطور کلی نوعی مصلحت‌اندیشی بکار می‌گیرند. ولی افرادی که دارای جهت‌گیری درونی هستند، باورهای خود را درونی کرده‌اند و با آنها زندگی می‌کنند هر چند نشانه‌های بحران بیرونی در آنها دیده می‌شود. به عبارت دیگر به‌رغم تعارض‌های ظاهری آنها در محیط، به دلیل انسجام درونی و درونی کردن ارزش‌ها از وحدت یافتگی بیشتری در عمل، احساس و تفکر برخوردارند (جان بزرگی، ۱۳۷۸). آلپورت (۱۹۵۰) جهت‌گیری مذهبی درونی را چنین توضیح می‌دهد؛ این افراد انگیزه اصلی اعتقادات خود را به صورت انتزاعی از مذهب می‌دانند، نیازهای دیگر این افراد که در درجه دوم اهمیت است عقاید و مذهب آنها را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. برآورده شدن این نیازها را هم در ضمن اعتقادات مذهبی ممکن می‌دانند. افراد مذهبی با این ویژگی سعی دارند که مذهب مورد اعتقاد خود را درونی سازند و آن را در زندگی خود به کمال برسانند و دستورهای مذهبی را هم هرچه کامل‌تر انجام دهند. اینها افرادی هستند که با الگوی رفتاری و اعتقادی مذهبشان زندگی می‌کنند. براساس نظریه آلپورت، مذهب درونی مذهبی فراگیر، درونی و دارای اصول سازمان یافته است. در حالی که مذهب بیرونی، امری خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهای فرد از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد (آلپورت و راس، ۱۹۶۷؛ به نقل از آرین، ۱۳۷۸).

در رابطه با اینکه آیا بین بهداشت روانی و اعتقادات مذهبی در مردان و زنان شهر کاشان تفاوت وجود دارد؟ نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین زنان و مردان در نمره کل نگرش مذهبی وجود ندارد. همچنین وقتی نمرات افراد در نگرش بیرونی و درونی در دو جنس مورد بررسی قرار گرفت، در هیچ‌یک از این موارد نیز تفاوت معنادار

مشاهده نگردید. همچنین سلامت روان با مذهب درونی در مردان ارتباط معنادار داشته ولی با مذهب بیرونی هرچند که همبستگی منفی وجود داشت ولی این ارتباط معنادار نبود. سلامت روان با مذهب درونی در زنان در سطح ۰،۰۱ ارتباط معنادار داشته ولی با مذهب بیرونی نیز در سطح ۰،۰۵ ارتباط معنادار دارد.

نتایج بسیار متفاوتی در مورد رابطه جنسیت و مذهب ارائه شده است بطوری که در رابطه با جنسیت و مذهب آیسنک (۱۹۷۵)، به نقل از آیسنک و ویلسون، (۱۳۷۶) بیان می‌دارد که بطور کلی زنان بیشتر از مردان به دین اعتقاد دارند و اضافه می‌کند که دلیل این امر کاملاً روشن نیست، ولی اطاعت و فرمانبرداری بیشتر و پیشنهادپذیری آنها ممکن است دلیلی بر این تفاوت باشد. نتایج تحقیق جان بزرگی و محفوظی (۱۳۷۷) در سطح شهر تهران با گروه ۸۰۰ نفری در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال، نشان می‌دهد که بین گرایش به ارزش‌های مذهبی و جنسیت رابطه‌ای معنادار وجود دارد. به‌صورتی که زنان در مقایسه با مردان گرایش بیشتری به ارزش‌های مذهبی دارند. در بررسی رابرتز (۱۹۸۴)، به نقل از کاظمی (۱۳۷۱) دیده شد که در سال ۱۹۵۲، مذهب برای ۶۸ درصد مردان و ۷۹ درصد از زنان و در سال ۱۹۸۶ برای ۴۵ درصد مردان و ۶۴ درصد زنان با اهمیت بوده است و میزان مشارکت مذهبی در مردان ۵۰ درصد و در زنان ۶۵ درصد بوده است و این امر که عموماً زنان بیشتر از مردان گرایش به مذهب داشته در هر دو شاخه کاتولیک و پروتستان مشاهده گردید. روانشناسان دانشگاه شفیلد هم در خصوص این که چه جنبه‌هایی از اعمال مذهبی به طور خاص بر سلامت روانی تاثیر گذارند، تحقیقی انجام داده که نتایج آن نشان داد عبادات فردی نسبت به عباداتی که به دلایل اجتماعی به شکل دسته جمعی در کلیسا برگزار می‌شوند اثرات مثبت بیشتری دارند. آنها ۲۵۱ مرد و ۲۲۳ زن را در فواصل سنی ۱۸ تا ۲۹ سال مورد بررسی قرار دادند و مواردی مانند دلایل آنها برای داشتن اعتقادات مذهبی، تعداد دفعات حضور در کلیسا و گرایش به افسردگی در آنها سنجیده شد. در این مطالعه زنان به مراتب مذهبی‌تر از مردان بودند (پارگمنت، ۱۹۹۹).

شریفی (۱۳۸۱) دریافت که میانگین نمرات دینداری در نمونه مذکر بیشتر از میانگین این نمره در نمونه مونث می باشد. این یافته های مربوط به اختلاف دینداری بین دو جنس با یافته های قبلی چه در داخل و چه در خارج از کشور همسویی ندارند. اکثر تحقیقات خارجی حاکی از آن است که زنان دیندار تر از مردان هستند. همچنین اکثر تحقیقات داخلی برخلاف تحقیقات خارجی حاکی از آن است که بین دو جنس تفاوت معناداری وجود ندارد (برای نمونه آرین، ۱۳۷۸، جلیلود، ۱۳۸۰، هادیان فرد، ۱۳۸۰) البته بعضی از تحقیقات نشان دادند که زنان نسبت به مردان دیندارتر هستند و این تفاوت معنا دار گزارش شده است (برای نمونه نجفی و همکاران، ۱۳۷۷). جانسون و اسپیلکا (۱۹۹۱) در مطالعه بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان گزارش دادند که نقش مذهب و فعالیت های مذهبی در زنان مبتلا به این بیماری قابل توجه است و ۸۵ درصد از زنان گزارش کردند که مذهب سطح مقابله آنها را با بیماریشان افزایش می دهد. احمدیان (۱۳۷۷) در یک بررسی دریافت که تفاوت معناداری بین مقابله مذهبی مردان با زنان مبتلا به بیماری غیر قالب علاج وجود ندارد. همچنین وی تفاوت معناداری بین نگرش مذهبی آنان نیز نیافت.

بر اساس موضوعات مطرح شده در بالا، نتایج این تحقیق از این نظر جالب می باشد که همانطور که مشاهده گردید هرچند که بین دو جنس تفاوت معناداری در ارتباط بین سلامت روان و مذهب مشاهده نگردید و لی نتایج بیانگر آن است که در هر دو جنس ارتباط معنادار بیشتری بین سلامت روان و مذهب درونی وجود دارد ولی در رابطه با مذهب بیرونی نتایج متفاوت است. زیرا در مردان رابطه بهداشت روان و مذهب بیرونی معنادار نبوده ولی در زنان به صورت مثبت ولی در سطح ۰،۰۵ معنادار بوده است یعنی اینکه افزایش مذهب بیرونی منجر به کاهش سلامت روان در زنان می گردد که این مسأله نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه را طلب می کند.

و بالاخره در مورد آخرین سوال این تحقیق که آیا بین انواع اختلالات روانی و نوع اعتقادات مذهبی در شهر کاشان ارتباط وجود دارد؟

مشاهده گردید که مذهب بیرونی با هیچی-ک از مقیاسه-ا به جز مقیاس افسردگی وخیم (D) ارتباط معنادار نداشته و حتی با مقیاس نارسا کنش‌وری اجتماعی (C) رابطه منفی هرچند معنادار نبوده، داشته است. ولی مذهب درونی با همه این مقیاس‌ها ارتباط معنادار داشته است. نتایج این تحقیق همسو با تحقیقات انجام شده در این زمینه می‌باشد زیرا همان‌طور که پارگامنت می‌گوید مذهب نوعی فرایند مقابله می‌باشد و بر نحوه ارزیابی فرد از عوامل تهدیدکننده و شدت آنها مؤثر است. مذهب تعریف مجددی از مشکل را ارائه می‌دهد که آنرا قابل حل جلوه می‌دهد. و بر تفسیر نتایج و پیامدهای حاصل از عوامل فشارزا مؤثر است (به نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۰). و اینها عواملی است که می‌تواند در پیشگیری از بیماری‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی مهم باشد. باتسون، اسکونراد و ونتیس (۱۹۹۳) ادبیات تجربی مربوط به جهت‌گیری‌های مذهبی را تا سال ۱۹۸۱ مرور کردند و گزارش دادند که جهت‌گیری مذهبی درونی با رهایی از احساس گناه، نگرانی، کنترل، صلاحیت و کفایت شخصی همبستگی مثبت معناداری دارد. برعکس جهت‌گیری مذهبی بیرونی با چنین متغیرهایی همبستگی منفی دارد (سراجی، ۱۳۸۱).

نتایج تحقیقات پارک و کوهن نشان داد که مذهب تأثیر مثبت بر سلامت روان افراد واجد جهت‌گیری درونی دارد. افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی ارتباط مثبتی (۰/۴۷ - ۰/۳۰) با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت روان، عزت‌نفس، بردباری و کانون کنترل بیرونی دارد (بیکر، گرساچ، ۱۹۸۲). در مقابل جهت‌گیری بیرونی رابطه مثبت با اضطراب بیشتر (کوجنین و همکاران، ۱۹۸۷)، افسردگی (جینا، شاو، ۱۹۹۱ و پارک، ۱۹۹۸) و ارتباط معکوس با کانون کنترل درونی (استریکلند و شافر، ۱۹۷۱) مسولیت‌پذیری (کاهو، ۱۹۷۴) عزت‌نفس (واسن و همکاران، ۱۹۸۵) دارند (به نقل از سراجی، ۱۳۸۱). بررسی‌های صورت گرفته بر روی بیش از ۸۰ تحقیق منتشر شده در

طول ۱۰۰ سال اخیر نشان می‌دهد که عوامل مذهبی با میزان پایین افسردگی ارتباط دارد (کوئینگ، ۲۰۰۰). در پژوهش سردارپور گودرزی و زرنندی (۱۳۸۱) در ماه رمضان، نتایج نشان داد که نمرات آزمودنی‌های روزه‌دار در مقیاس SCL-90-R یک ماه پس از رمضان کاهش قابل ملاحظه‌ای در تمام مقیاس‌ها داشته است و تا یک ماه بعد از آن نیز ادامه داشته است. روزه‌داری در ماه رمضان باعث کاهش معنادار در میانگین نمره مقیاس افکار پارانوئیدی گردید. در پژوهش شجاعیان و زمانی منفرد (۱۳۸۱) نتایج نشان داد که بهره‌گیری از دعا با سلامت روانی آزمودنی‌ها رابطه معنی‌داری دارد و افزایش بکارگیری دعا با کاهش نمرات اضطراب و افسردگی همراه بوده است. پژوهش بوالهروی و همکاران (۱۳۷۹) نشان داد که با بالا رفتن نمرات در پرسشنامه توکل، نمرات افراد در پرسشنامه نشانگان استرس کاهش یافته است.

در پژوهش ابراهیمی و نصیری (۱۳۷۶) مشخص شد که بین میزان افسردگی و نگرش و عملکرد دینی سالمندان ارتباط معنی دار معکوس وجود دارد. همچنین اسکندری (۱۳۸۰) دریافت که اثر دارو درمانی همراه با مشاوره مذهبی در بیماران دارای اختلال وسواس-اجبار بیش از دارودرمانی به تنهایی است. براساس پژوهش پورحسینی (۱۳۸۰) رابطه معکوس بین اختلال افسرده خویی و اعتقاد به معاد یافت شد.

در پژوهش سلیمانی (۱۳۸۰) در زمینه بررسی رابطه بین متغیرهای مذهبی با میزان اضطراب و افسردگی در بیماران خودسوزی‌کننده، این نتیجه حاصل شد که گروه خودسوزی‌کننده در اعتقادات مذهبی نمرات کمتر و در آزمون‌های اضطراب کتل و افسردگی بک نمرات بالاتری را نسبت به گروه کنترل و گروه بیماران روانی بدون اقدام به خودسوزی بدست آورده‌اند.

حتی افرادی که اعتقادات مذهبی بیشتری دارند و تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، نسبت به گروهی که دارای اعتقادات مذهبی کمتری هستند، قبل از عمل جراحی اضطراب کمتری دارند (سلیمانی، ۱۳۸۰).

در پژوهش بیغم (۱۳۷۹) پژوهش مشخص شد که بین ابتلا به OCD و نگرش مذهبی از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

در انتها مجدداً اشاره می‌گردد که یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی کشورهای جهان، تأمین سلامتی یا بهداشت می‌باشد و ارتقاء سطح بهداشت عمومی از جمله بهداشت روان از مهم‌ترین افتخارات برای یک کشور محسوب می‌شود. بنابراین برداشتن هر گامی در جهت ارتقاء بهداشت روان کشور بسیار مهم می‌باشد. همانطور که نتایج این تحقیق همسو با تحقیقات دیگر در این زمینه نشان می‌دهد داشتن اعتقادات مذهبی خصوصاً به صورت مذهب درونی رابطه مثبتی با کاهش علائم و اختلالات روانپزشکی و افزایش بهداشت روان افراد دارد. لذا به نظر می‌رسد که در برنامه‌های پیشگیری و درمان این مسأله باید مد نظر قرار گرفته و بر این اساس برنامه‌ریزی شود.

بالطبع این پژوهش نیز مانند بررسی‌های دیگر خصوصاً در علوم رفتاری دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

این تحقیق به صورت پرسشنامه‌ای اجرا گردیده است و به نظر می‌رسد در صورتی که کسب اطلاعات از روش‌های دیگر نظیر مصاحبه نیز انجام می‌شد می‌توانست اطلاعات غنی‌تری را در اختیار قرار دهد. همچنین پیشنهاد می‌گردد با توجه به نتیجه‌ای که در خصوص تفاوت زنان و مردان در ارتباط با نوع مذهب آنها (درونی یا بیرونی) و بهداشت روان به دست آمد به نظر می‌رسد که تحقیقات بیشتر در این زمینه خصوصاً با توجه به بافت فرهنگی جامعه ما بسیار مهم است و مطمئناً از نتایج آن می‌توان دستاوردهایی را در خصوص برنامه‌ریزی‌های متفاوت برای زنان و مردان در جهت ارتقا بهداشت روان از طریق اعتقادات مذهبی و همچنین توجه خاص به عوامل زیربنایی آن داشت.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله : ۸۷/۰۲/۰۶

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۸۷/۰۳/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۰۴/۱۲

Reference

منابع

- ابراهیمی، امرالله؛ نصیری، حمید. (۱۳۷۶). بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکردهای دینی آنها. چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان ۲۷ لغایت ۳۰ فروردین ۳۸۰.
- آذربایجانی، مسعود. (۱۳۸۰). آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام، فصلنامه علوم انسانی، اجتماعی، علمی، تخصصی حوزه و دانشگاه، سال هفتم، شماره ۲۹.
- آرین، سیده‌خدیجه. (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین دینداری و روان‌درستی ایرانیان مقیم کانادا. پایان‌نامه دکترای روانشناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبایی.
- احمدیان، مهرداد. (۱۳۷۷). بررسی شیوه‌های مقابله مذهبی و نگرش مذهبی در افراد مبتلا به بیماری غیر قابل‌علاج در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و امام خمینی (ره). پایان‌نامه دکترای پزشکی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- اسکندری، محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی مقایسه‌ای تأثیر دارو درمانی و دارودرمانی همراه با مشاوره مذهبی در بیماران دارای اختلال وسواس-اجبار. اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- آیسنک، اچ جی و ویلسون، گلن. (۱۳۷۶). خودشناسی. ترجمه شهاب‌الدین قهرمان. تهران: نشر شباویز
- بوالهری، جعفر؛ احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسمی، عیسی. (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار ۲۱، سال ششم، شماره ۱.
- بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۲). روانشناسی و مذهب از چالش‌های نظری تا تحولات روش-شناختی. چکیده مقالات همایش مبانی نظری و روانسنجی مقیاس‌های دینی. موسسه پژوهشی حوزه و دانشگاه.

- ▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
▶ سال سوم شماره ۱۰، تابستان ۱۳۸۷
-

بیغم، حسین. (۱۳۷۹). بررسی همه گیرشناسی اختلال وسواس - جبری در دانش‌آموزان سطح متوسطه شهر کاشان در سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ و ارتباط آن با شیوه‌های فرزند پروری و نگرش مذهبی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛ شاه محمدی، داود. (۱۳۷۵). بررسی همه-گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۹، ۴-۲۷.

پترسون، م. و دیگران. (۱۳۷۶). *عقل و اعتقاد دینی، در آمدی بر فلسفه دین*. ترجمه احمد نراقی و ابراهیم سلطانی. تهران: طرح نو.

پورحسینی، مژگان. (۱۳۸۰). مقایسه میزان اعتقاد به معاد در بین بیماران مبتلا به افسرده خویی. *اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۷۸). بررسی اثر بخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت "آموزش خود مهارگری" با و بدون جهت گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی در سطح دانشجویان دانشگاه های تهران. پایان نامه دکترا روانشناسی. دانشگاه تربیت مدرس.

جلیلوند، محمد امین. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سلامت روان و پایداری به تقیدات دینی (نماز) در دانشجویان پزشکی. چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان ۲۷ لغایت ۳۰ فروردین ۱۳۸۰.

خداپناهی، محمد کریم و خوانین‌زاده سریزدی، مرجان. (۱۳۷۹). بررسی نقش ساخت شخصیت در جهت گیری مذهبی دانشجویان، *مجله روانشناسی*، شماره ۱۴، ۱۸۵-۲۰۴.

خدا رحیمی، سیامک. (۱۳۷۴). *مفهوم سلامت روان شناختی*. تهران - انتشارات جاودان خرد.

خدایاری فرد، محمد، غباری بناب، باقر، شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۸۰). گستره پژوهش‌های روانشناختی در حوزه دین. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال ششم. شماره ۴. ۴۵-۵۳.

◀ بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی...

◀ بنفشه غزایی و دیگران

سامانی، سیامک. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر اعتقاد به ارزش‌های مذهبی و جمع‌گرایی بر خودکنترلی هیجانی. **اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان**. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

سردار پورگودرزی، شاهرخ و سلطانی زرنندی، احمد (۱۳۸۱). روزه داری در ماه مبارک رمضان و سلامت روانی، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۳۰، سال هشتم، شماره ۲.

سراجی، پروین سادات (۱۳۸۱). **بررسی رابطه اعتقادات مذهبی جهت‌گیری درونی-بیرونی با سلامت روان**. پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی.

سلیمانی، فریده (۱۳۸۰). بررسی متغیرهای مذهبی با میزان اضطراب و افسردگی در بیماران خودسوزی‌کننده، مرکز سوانح و سوختگی توحید. **اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان**. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

شجاعیان، رضا و زمانی منفرد، افشین (۱۳۸۱). ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات‌سازی. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۳۰، سال هشتم، شماره ۲.

شریفی، طیبه. (۱۳۸۱). **بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز**. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

شمس‌علیزاده، نرگس؛ بوالهری، جعفر؛ شاه‌محمدی، داوود. (۱۳۸۰). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در یک روستای استان تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۲۱، صفحه ۱۹-۲۶.

فرام، اریک. (۱۳۵۴). **روانکاوی و دین**، ترجمه آرسن نظریان، تهران چاپار.

فوردهام، فریدا (۱۳۴۶). **مقدمه‌ای بر روانشناسی یونگ**. ترجمه مسعود میربهاء. تهران: انتشارات اشرفی.

- ▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 - ▶ سال سوم شماره ۱۰، تابستان ۱۳۸۷
-

کاظمی، سید علی اصغر (۱۳۷۱). بحران جامعه مدرن زوال فرهنگ و اخلاق در فرایند نوگرایی. تهران: نشر فرهنگ اسلامی.

گنجعلی بنجار، علیرضا. (۱۳۸۳). بررسی اثر بخشی مداخلات روانی-تربیتی بر هوش هیجانی و سلامت روان دانش آموزان مقطع متوسطه شهر زاهدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران.

لطف آبادی، حسین (۱۳۸۰). روانشناسی رشد اخلاقی، ارزشی و دینی در نوجوانی و جوانی. فصلنامه علوم انسانی - اجتماعی، علمی - تخصصی حوزه دانشگاه، سال هفتم، شماره ۲۹.

مجموعه مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان، جلد دوم. به اهتمام نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه علوم پزشکی ایران. پژوهشکده فرهنگ و معارف (۱۳۸۲).

- محمدی مسعود. (۱۳۷۷). بررسی اثر بخشی ادغام برنامه بهداشت روان با مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بیماران پسیکوتیک و صرعی شهرستان مرودشت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجاهد، عزیزاله؛ بیرشک، بهروز. (۱۳۸۲) وضعیت رفتاری کودکان و سلامت روانی والدین در خانواده‌های چند همسری. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۶۷، ۳-۶۰.

مختاری، عباس. (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین مذهب درونی-برونی با میزان تنیدگی، رساله کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس.

منصور، محمود؛ دادستان، پریخ. (۱۳۷۴). دیدگاه پیاژه در گستره تحول روانی. تهران: انتشارات ژرف.

نجفی، مصطفی؛ صولتی دهکردی، سیدکمال؛ نوری قاسم‌آبادی، ربابه. (۱۳۷۷). بررسی رابطه نگرش مذهبی، پاسخ‌های مقابله‌ای و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۰). رابطه بین بهداشت روان و مذهبی بودن والدین و فرزندان نوجوان آنها. اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران.

نوربالا، احمدعلی؛ محمدکاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمد تقی (۱۳۸۰). *نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران*. ناشر: مؤلف.

هادیانفرد، حبیب (۱۳۸۴). احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت های مذهبی در گروهی از مسلمانان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال یازدهم، شماره ۲، ۲۲۴-۲۳۲.

هیوم، ر.ا. (۱۳۶۹). *ادیان زنده جهان*. ترجمه عبدالرحیم گواهی. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

یعقوبی، نوراله؛ نصر، مهدی؛ شاهمحمدی، داود. (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلال های روانی در مناطق روستایی شهرستان صومعه سرا. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴، ۶۴-۵۵.

Adams, G.R; Gullotta, T. P; Markstorm-Adams, G; (1994). *Adolescent Life Experience* ;(3rd.ED) brooks /cole. p; USA.

Allport, G. (1937). *Personality; A Psychological Interpretation*, New york. Henry Holt.

Allport, G. (1950); *The Individual and his Religion*; New York: MacMillan.

Allport, G. (1963); Behavioral Science, Religion and Mental Health. *Journal of Religion and Health*, 2; 182-192.

Allport, G.W. (1968). *The Person in Psychology*, Boston, Beacon press.

Allport, G.W. & Ross, J.M. (1967). Personal Orientation and Prejudice Religious. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5,432-443.

Baker, My Gorsuch, R. (1982). Trait Anxiety and Intrinsic Extrinsic Religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*.

Bandura, Albert (1977). *Social Learning Theory* /Englewood Clifs: Prentice-Hall.

- Batson, C.D; Schoenrade, P; & Ventis, W.L. (1993). *Religion and the Individual. A Social Psychological Perspective*, New York: Oxford University press.
- Bergin, A.E; Master S.K.S; Richards, P. S. (1987). Religousness and Mental Health Reconsidered; *Journal of counselling*; Vol 34(2), 197-204.
- Brammer, Lawrence, M. & Abrego, P. Shostrom, E.L; (1993); *Therapeutic Counseling and Psychotherapy*; (6th.Ed); Prentice Hall.
- Brown, L.B. (1987). *The Psychology of Religion on Belief*. London: Academic.
- Corsini, R.J. (1999). *The Dictionary of Psychology*. London: Brunner / Mazel.
- Donahave, M.J. (1985). Intrinsic and Extrinsic Religiousness: Review and Meta-analysis; *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 400-419.
- Goldberg, D.P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gorsuch, R.L, & Bulter, M. C. (1967). Initial Drug Abuse: A Review of Predisposing. *Social Paycological Balletin*, 3, 120-137.
- Gorsuch, R. L. (1995); Religious Aspects of Substance Abuse and Recovery; *Journal of Social Issues*; Vol. 51(2) 65-83.
- Hanna, F.J., Myer, R.A. & Ottens, A.J. (1994). The Effects of Early Religious Training Implications for Counseling and Development. *Journal of Counseling and Values*. 30, 32-41.
- Johnson, S.C.; Spilka. B., (1991). Coping with Breast Cancer. The Role of Clergy and Faith. *Journal of Religion and Health*. 30 (1):21-33
- Jones. J.W. (1996); *Religion and Psychology*; Yale University Press.
- Koenig, H.G. et al. (1997). Religious Coping in the Nursing House: Biopsychosocial Model. *Psychology in Medicine*, Vol. 27, N.4, PP. 365-376.A
- Koenig, H.G., McGullough, M. & Larson, D. (2000). *Handbook of Religion and Health*. New York, NY: Oxford University Press: 2000: 7-14.

- Koenig, H. G, Morberg, D. O. & Karle, J.N. (1988). Religious Activities and Attitudes of Older Adults in a Geriatric Assessment Clinic. *Journal of American Geriatric Society*, 36, 362-374.
- Levin, Jeffrey. S., (1996); Religion in Aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers; ASAGE, Pub, Inc.
- Nielson (1998). *Nielson's Psychology of Religion*. Retrieved April 15, 1999. from world wid web:<http://www>.
- Pargament. K. I.; Smith. B.W; Koinig. H.G. & Perezel. L. (1999). Positive and Negative Religious Coping with Major life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Park, C.L., Cohen, L.H., (1990); Religious & Nonreligious Coping with the Death Offriend. *Journal of Cognitive Therapy & Research*, 17.
- Richards, P.S. & Bergin, A. E., (2002). *Casebook for a Spirital Strategy in Coonseling and Psychotherapy*; American Psychological Associate Washington, D.C.
- Spero, M.L. (1996); *Psychotherapy of the Religious Patient*; Jason Aronsonic.
- Spilka, B. & Hood, R. & Gorsuch, K. (1985); *Psychology of Religion: An Empirical Approach*; Englewood Cliffs, NI: Prentice-hall.
- Umberson, D. (1987); Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimention of Social Integration; *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 306-319.
- Weber, M. (1964); *The Sociology of Religion*; Boston Beacan press.
- WHO. (1998). The Mental Health Programme of the World Health Organization. Geneva; WHO.
- Wulf, D.M. (1991). *Psychology of Religion*, New York, John Wiley.