

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دفتر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری امور پژوهشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری پس از بررسی مستندات کنگره، با توجه به جایگاه علمی برگزارکنندگان و کارگروه مربوط به آن، سطح علمی و پژوهشی چهارمین کنگره بین‌المللی علوم انسانی اسلامی را تایید کرد. این موضوع طی نامه‌ای به شماره ۱۳۹۵۶۸ مورخ ۱۳۹۵/۰۷/۰۳ به اطلاع شورای سیاست‌گذاری کنگره رسیده است.



**مجموعه مقالات
چهارمین کنگره بین المللی
علوم انسانی اسلامی**

کمیسیون تخصصی روان شناسی اسلامی

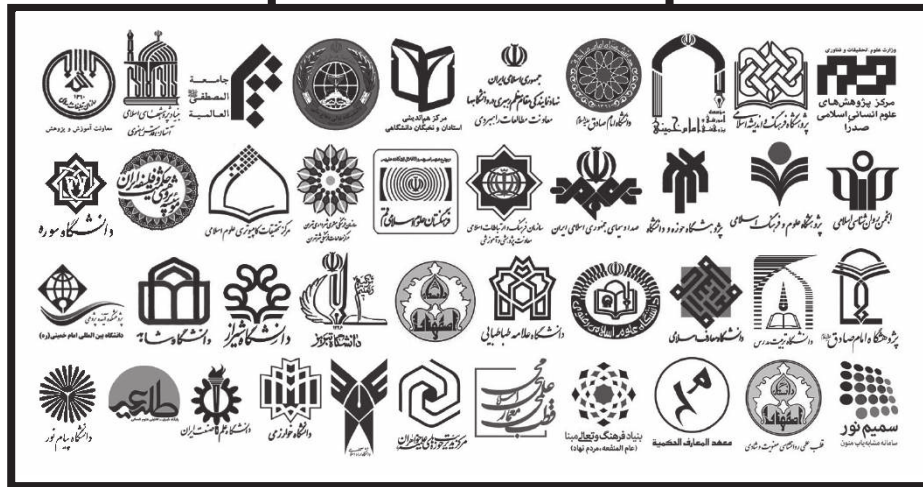
اسامی هیئت داوران

کمیسیون «روان شناسی اسلامی» رئیس کمیسیون: دکتر مهرداد کلاتری

اسامی داوران به ترتیب حروف الفبا:

- حسن انصاری: دکترای روان شناسی - استادیار
- ناصر آقابابایی: استادیار پژوهشگرده تحقیق و توسعه علوم انسانی (سمت)
- عباس آینه‌چی: عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات زن و خانواده
- محمدرضا پتیبانی: دانشجوی دکتری روان شناسی
- رامین تیرائی: دکترای روان شناسی
- جعفر جدیری: دکترای روان شناسی
- مجتبی حیدری: دکترای روان شناسی
- سید مهدی خطیب: دانشجوی دکتری روان شناسی
- محمود خلیلیان: عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات زن و خانواده
- عبدالوحد داودی: دکترای روان شناسی
- محمد دولت خواه: استادیار موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)
- حمید رفیعی هنر: استادیار پژوهشگرده علوم و فرهنگ اسلامی
- محمد زارعی توپخانه: دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی پژوهشگرده حوزه و دانشگاه
- محمدرضا سالاری فر: استادیار گروه روان شناسی پژوهشگرده حوزه و دانشگاه
- مرضیه السادات سجادی نژاد: عضو هیئت علمی دانشگرده علوم انسانی دانشگاه اراک
- محمدناصر سقایی بی‌ریا: دانشیار موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)
- محمدصادق شجاعی: هیئت علمی جامعه المصطفی العالمیه
- مبین صالحی: دکترای روان شناسی، پژوهشگرده حوزه و دانشگاه
- نصیر عابدینی: دکترای روان شناسی
- مهدی عباسی: دکترای روان شناسی بالینی
- حمزه عبدی: دکترای روان شناسی، عضو پژوهشگرده اخلاق و روان شناسی پژوهشگرده قرآن و حدیث
- علیرضا فاضلی مهرآبادی: دانشجوی دکتری روان شناسی
- محمد کاویانی آرائی: دانشیار گروه روان شناسی پژوهشگرده حوزه و دانشگاه
- مهرداد کلاتری: استادیار روان شناسی دانشگاه اصفهان
- علی محمدی: دانشجوی دکتری روان شناسی
- حمید مهدی زاده: دانشجوی دکتری روان شناسی
- رضا مهکام: استادیار موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)
- سید هانی موسوی: کارشناس ارشد روان شناسی
- رحیم نارویی نصرتی: استادیار موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)
- فاطمه نصرتی: استادیار دانشگرده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
- مسعود نورعلیزاده: دکترای روان شناسی
- فرح اله هدایت نیا: دانشیار گروه فقه و حقوق پژوهشگرده نظام‌های اسلامی پژوهشگرده فرهنگ و اندیشه اسلامی

حامیان برگزاری کنگره



سرشناسه	کنگره بین‌المللی علوم انسانی اسلامی (چهارمین : ۱۳۹۶ : تهران)
عنوان و نام پدیدآور	International Conference on Islamic Humanities (4th : 2017 : Tehran)
در چهارمین کنگره بین‌المللی علوم انسانی اسلامی : حامیان برگزاری کنگره مرکز پژوهش‌های علوم انسانی اسلامی صدرا ... (و دیگران) :	مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی علوم انسانی اسلامی نویسندگان جمعی از نویسندگان مقاله ویراستار مرتضی طباطبایی.
مشخصات نشر	تهران: آفتاب توسعه، ۱۳۹۸ -
مشخصات ظاهری	ج ۱۰ :
شابک	دوره: ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۶۸۹ : ج ۱۰ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۰۲۱ : ج ۱۰ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۱۹ : ج ۲ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۲۶ : ج ۳ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۳۳ : ج ۴ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۴۰ : ج ۵ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۵۷ : ج ۶ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۶۴ : ج ۷ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۷۱ : ج ۸ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۸۸ : ج ۹ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۷۹۵ : ج ۱۰ : ۹۷۸۹۶۴۷۸۶۷۸۰۲
وضعیت فهرست نویسی	فیا :
یادداشت	کتابنامه .
مندرجات	۱. کمیسیون تخصصی تعلیم و تربیت اسلامی. - ج. ۲. کمیسیون تخصصی فلسفه و روش‌شناسی علوم انسانی اسلامی. - ج. ۳. کمیسیون تخصصی مدیریت اسلامی. - ج. ۴. کمیسیون تخصصی علوم سیاسی اسلامی. - ج. ۵. کمیسیون تخصصی اقتصاد اسلامی. - ج. ۶. مقالات کمیسیون تخصصی تمدن نوین اسلامی. - ج. ۷. مقالات کمیسیون تخصصی روان‌شناسی اسلامی. - ج. ۸. مقالات کمیسیون تخصصی هنر و معماری اسلامی اسلامی. - ج. ۹. مقالات کمیسیون تخصصی فقه و حقوق اسلامی. - ج. ۱۰. مقالات کمیسیون تخصصی ارتباطات و جامعه‌شناسی اسلامی. -
موضوع	علوم انسانی(اسلام) -- کنگره‌ها
موضوع	Humanities (Islam) -- Congresses :
موضوع	علوم انسانی -- کنگره‌ها
موضوع	Humanities -- Congresses :
شناسه افزوده	مرکز پژوهش‌های علوم انسانی اسلامی صدرا
رده بندی کنگره	BP۲۲۲ :
رده بندی دیویی	۲۹۷/۴۸۵ :
شماره کتابشناسی ملی	۵۹۴۰۳۹۸ :

مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی علوم انسانی اسلامی

جلد هفتم | کمیسیون تخصصی روان‌شناسی اسلامی

ناشر: انتشارات آفتاب توسعه (ناشر آثار مرکز پژوهش‌های علوم انسانی اسلامی صدرا)

نویسندگان: جمعی از نویسندگان مقاله در چهارمین کنگره بین‌المللی علوم انسانی اسلامی

ویراستار: مرتضی طباطبایی

طراحی جلد: سید ایمان نوری نجفی

صفحه آرای: یوسف بهرخ

نوبت و سال انتشار: نخست، بهار ۱۳۹۸

شمارگان: ۵۰۰ دوره

شابک دوره: ۹۷۸-۹۶۴-۷۸۶۷-۶۸-۹

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۷۸۶۷-۷۶-۴

حق چاپ برای ناشر محفوظ است

نشانی ناشر: تهران، خیابان جمهوری اسلامی، خیابان کشور دوست، کوچه نوشیروان،

پلاک ۲۶، طبقه چهارم، مرکز پژوهش‌های علوم انسانی اسلامی صدرا

کد پستی: ۱۳۱۶۷۳۴۴۵۸

تلفکس: ۰۹۰۵۶۰۶۶۴

www.sccsr.ac.ir

پایگاه اینترنتی:

info@sccsr.ac.ir

رایانامه:

فهرست مطالب

کمیسیون تخصصی روان شناسی اسلامی

- | | |
|-----|--|
| ۹ | مدل امید بر اساس منابع اسلامی و طراحی پروتکل درمانی بر اساس آن
مبین صالحی، عباس پسندیده، مسعود جان بزرگی، سیدکاظم رسولزاده طباطبائی |
| ۴۱ | بازتیین سبک زندگی در گستره روان شناسی، جامعه شناسی و اسلام
حمید مهدی زاده |
| ۷۷ | تبیین ارتباط نفس و بدن بر اساس منابع اسلامی (با تأکید بر نظر ملاصدرا)
بیان رویکردها و تحلیل روان شناختی
رحیم ناروئی نصرتی |
| ۹۹ | ساخت و اعتباریابی پرسشنامه اولیه سلامت هیجانی بر اساس منابع اسلامی
احمد تمسکی، محمود اصفهانیان |
| ۱۲۳ | رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی، رضایت از زندگی و افسردگی در زنان خانه دار شهر اصفهان
مهدی شریفی رنانی، محمدرضا احمدی |
| ۱۴۱ | نقش عوامل شخصیتی و جنسیت در رابطه بین جهت گیری دینی و رضایت از زندگی
در دو گروه طلاب و دانشجویان شهر قم
امین رحمتی، جواد مصلحی، محمد فرحوش، حسین رضاییان بیلوندی، محمدسعید نصر اصفهانی |

- ۱۶۳ اصول و معیارهای اعتبارشناختی فهم علمی از متون اسلامی در علوم انسانی
مسعود نورعلی زاده میانجی، احد فرامرز قراملکی، عباس پسندیده، حسین خنیفر
- ۱۸۳ رابطه نگرش دینی، مهارت‌های ارتباط بین فردی با تاب‌آوری در سربازان
سعید سالاری مقدم، محمدرضا احمدی، علیرضا رنجبر، محمد سعید نصر اصفهانی
- ۱۹۹ بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون سبک زندگی اسلامی در نوجوانان دبیرستانی
جعفر بوالهروی، حمید مهدی‌زاده، محمدرضا فلسفی نژاد
- ۲۲۷ تحلیل هویت نوجوانی با توجه به دین‌داری، سبک‌های دل‌بستگی و عوامل شخصیتی
محمد شمس
- ۲۵۱ نقش واسطه‌گری امید در رابطه دل‌بستگی به خدا با خودمهارگری
احمد عرفانی، محمد فرهوش، امین رحمتی
- ۲۷۱ نقش همانندی / ناهمانندی ویژگی شخصیتی درون‌گرایی / برون‌گرایی و پایبندی مذهبی
زوجین در پیش‌بینی رضایت زناشویی
جواد مصلحی، امین رحمتی، حسین رضائیان بی‌لندی
- ۲۹۹ اعتباریابی و رواسازی آزمون جهت‌گیری مذهبی در دانش‌آموزان دبیرستانی
حمید مهدی‌زاده، حسن تقیان، مسعود آذربایجانی
- ۳۲۷ بررسی الگوی تحلیل مسیر ابعاد دین‌داری و سلامت روانی
سوسن علیزاده فرد
- ۳۵۱ بررسی فقهی - روان‌شناختی توصیه به زدن زنان در قرآن کریم
محمود اصفهانیان، احمدرضا فامیل دردشتی

بررسی الگوی تحلیل مسیر ابعاد دین‌داری و سلامت روانی

سوسن علیزاده فرد

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، ایران، تهران

Salizadehfard@gmail.com

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی سلامت روان و ابعاد دین‌داری (شناخت، باور، عواطف و التزام به وظایف دینی) و طراحی مدل علی بین آنهاست. به این منظور گروه نمونه ۱۵۰۰ نفری از دانشجویان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. اطلاعات با استفاده از آزمون سنجش دین‌داری خدایاری فرد و آزمون سلامت روان GHQ گردآوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دین‌داری و سلامت روان ارتباط مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بررسی مدل ارتباطی نشان می‌دهد که شناخت دینی به طور مستقیم با سلامت روان ارتباط ندارد، اما باور دینی هم به طور مستقیم و هم با میانجیگری وظایف و عواطف دینی با سلامت روان مرتبط است. این مدل، برآزش مناسبی دارد و طبق آن مهم‌ترین معرف متغیر مکنون دین‌داری، باور است و پس از آن به ترتیب التزام به وظایف دینی، عواطف و شناخت قرار دارند. از مجموع یافته‌ها می‌توان نقش ابعاد

مختلف دین‌داری بر سلامت روان را نتیجه گرفت؛ به شکلی که باور دینی بیشترین تأثیر و شناخت دینی کمترین اثر را بر سلامت روان می‌گذارند که این امر دارای تلوئیحات کاربردی برای متخصصان و روان‌شناسان در تدوین مداخلات سلامت روان خواهد بود.

کلیدواژگان: ابعاد دین‌داری، سلامت روانی، تحلیل مسیر، باور دینی، التزام به وظایف دینی، عواطف دینی، شناخت دینی.

مقدمه

نیاز انسان به معنویت قدمتی به عمر تاریخ دارد. معنویت به طور عام و دین و مذهب به طور خاص از ارکان اصلی فرهنگ به شمار می‌آیند. مذهب به عنوان پدیده‌ای روانی - اجتماعی همواره مورد توجه روان‌شناسان و جامعه‌شناسان بوده و محور مطالعات میان‌رشته‌ای بسیاری قرار گرفته است. از دیدگاه روان‌شناسی، دین چیزی بیش از یک تجربه ذهنی صرف است و در واقع یک فعالیت شناختی، هیجانی، خودآگاهانه و ارادی است (امین‌پور و زارع، ۱۳۹۲). دین با مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نظام ارزشی اختصاصی و تعمیم‌یافته خود، به صورت یک تکیه‌گاه تبیینی فرد را از بی‌معنایی نجات می‌دهد (بهرامی، ۱۳۷۸). در معنایی دیگر روی آورد کلی شخص در ارتباط با وجودی متعالی است و عبارت است از مجموعه‌ای اعتقادات، اعمال و تشریفات خاص در زندگی که بر نگرش و رفتارهای فرد تأثیر می‌گذارد و در نتیجه سبک زندگی را متأثر می‌سازد (آذربایجانی، ۱۳۸۵). ارزش‌های مذهبی در مقایسه با دیگر مقولات ارزشی از جامعیت و اهمیت ویژه‌ای برخوردارند؛ چراکه عالی‌ترین وحدت و یکپارچگی در خویشتن را معرفی می‌کند که کنترل تمام تجارب و هدایت تمام ابعاد زندگی فرد را به عهده دارد (عارفی و محسن‌زاده، ۱۳۹۰). دین مجموعه باورها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و در نهایت، رفتارهای فردی و اجتماعی افراد است (ذکایی، ۱۳۸۵) که به افراد جامعه یک هویت خاص تحت عنوان هویت دینی می‌بخشد و به معنای اتکای فرد به نظام یا پایگاهی اعتقادی است که در جهت‌گیری‌های مختلف اثر می‌گذارد (آروک و نزبیت، ۲۰۱۰^۱). از این‌رو دین از مهم‌ترین ابعاد زندگی انسان به شمار می‌آید و آثارش بر زندگی و سلامت انسان همواره مورد توجه و بررسی متفکران و محققان قرار گرفته است.

امروزه سلامتی مفهومی است که تعریف، انواع و حتی راهکارهای دستیابی به آن به

1. Arweck, E. & Nesbitt, E.

حوزه‌های مختلفی ارتباط دارد. سازمان بهداشت جهانی سلامت را به صورت رفاه کامل جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی تعریف می‌کند؛ به گونه‌ای که شخص با آن بتواند یک زندگی با نشاط و پربار داشته باشد (گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). به عبارت دیگر سلامتی فقط فقدان معلولیت یا بیماری نیست. بر اساس این تعریف سلامت دارای ابعاد مختلفی است که تنها یکی از آنها بعد جسمی است و شاید ابعاد دیگر در بسیاری اوقات از سلامت جسمی هم مهم‌تر باشند. از این رو پژوهش‌های مختلفی در پی بررسی اثر دین و دین‌داری بر جنبه‌های مختلف سلامت انجام شده است. از جمله این تحقیقات می‌توان از پژوهش‌های فراوان در حوزه ارتباط دین با سلامت روان نام برد که نتیجه اکثر آنها نشان‌دهنده تأثیر مثبت دین‌داری بر سلامت روان است. برای مثال مشخص شده است که مذهب‌گرایی درون‌زاد با بهداشت روانی مثبت، جایگاه مهار درونی، صفات انگیزشی ذاتی، جامعه‌گرایی، احساس بهزیستی، مسئولیت، کنترل خویشتن، توانایی تحمل، گرایش به برداشت و تفسیر خوب و مثبت رویدادها و کارآمدی عقلی و پیشرفت از طریق همنوایی در ارتباط است. به طور کلی مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، احساس کنترل، سبک زندگی سالم‌تر، پذیرفته شدن از سوی دیگران و ایجاد حمایت اجتماعی می‌شود (خدارحیمی، ۱۳۷۷). همچنین مطالعات نشان داده که عقاید دینی قوی‌تر موجب ایجاد یک اثر مثبت روانی می‌شود که در ارتقای بهداشت روانی مؤثر است. اعتقادات مذهبی موجب افزایش سلامت افراد می‌شود و رابطه مستقیمی بین مذهب و قدرت انطباق با محیط وجود دارد. از سوی دیگر یافته‌های گوناگونی درباره ارتباط بین مذهب و طول مدت درمان اختلالات روانی گزارش شده است (کنگرلو، ۱۳۷۸).

اگرچه این پژوهش‌ها مؤید اثر مثبت دین بر سلامت روان هستند، اما پرسشی که در این مرحله شکل می‌گیرد، این است که کدام شکل یا بعد دین‌داری اثر (یا بیشترین اثر) را بر سلامت روان دارد؟ برای بررسی این پرسش لازم است تا رویکردها و مدل‌های دین‌داری معرفی و بررسی شوند. به رغم تنوع و فراوانی مطالعات و پژوهش‌های مربوط به حوزه دین، دو رویکرد کلی در این پژوهش‌ها دیده می‌شود: رویکرد نخست که بیشتر به دوره اولیه مطالعات در باب سنجش دین‌داری بازمی‌گردد، بر تک‌بعدی بودن دین‌داری قائل است. اگرچه ابتدا این مفهوم به دوگونه ساده دین‌داری - بی‌دینی به نظر می‌رسد، اما واقعیت آن است که در عمل گونه‌ها، سطوح یا ابعاد مختلفی از دین‌داری و جهت‌گیری نسبت به دین وجود دارد. بنابراین در رویکرد دوم که رویکرد غالب است، دین‌داری به مثابه مفهومی چندبعدی تعریف عملیاتی می‌شود. در تاریخچه پژوهش‌های مدل غربی، لنسکی

را نخستین کسی دانسته‌اند که رهیافتی چندبعدی به دین‌داری داشته و در معرفی این ابعاد بر حسب تعریفش از دین تلاش شایانی کرده است؛ اما تحقیقات درباره چندبعدی بودن دین با ساخت و اجرای پرسشنامه چندبعدی دین‌داری کامل شد. از مهم‌ترین مدل‌های ابعاد دین‌داری در غرب می‌توان به موارد زیر اشاره کرد (شجاعی‌زند، ۱۳۸۴):

۱. آگوست کنت^۱ (۱۸۵۷-۱۷۹۷): عقاید، عواطف و عمل؛
۲. امیل دورکیم^۲ (۱۸۵۸-۱۹۱۷): عقیدتی، مناسکی، اجتماعی؛
۳. فوکویاما^۳ (۱۹۶۱): شناختی، آیینی، عقیدتی و عبادی؛
۴. استارک و گلاک^۴ (۱۹۷۰): باور، عمل، تجربه، دانش و پیامد؛
۵. بوی^۵ (۲۰۰۰): عقیدتی، تجربه دینی، مناسکی، سازمانی، اخلاقی، اسطوره‌ای، مادی، سیاسی و اقتصادی.

بر همین روال برخی متفکران غربی (مسلمان و غیرمسلمان) درباره ابعاد دین‌داری در اسلام نیز به طور خاص مطالعه کرده‌اند. برای مثال وایلد و جوزف^۶ (۱۹۹۷) سه عامل کمک فردی، دیدگاه مسلمین و اعمال مسلمین را معرفی نموده‌اند. ابوریاض^۷ (۲۰۰۶) ابعاد باورهای اسلامی، مفاهیم اخلاقی اسلامی، شبهات دینی، وظایف و محرمات اسلامی، مقابله‌های دینی مثبت، ارزیابی عقوبت الهی و ایمان‌آوری به اسلام را قابل قبول برشمرد (خدایاری‌فرد، سماواتی و زردخانه، ۱۳۸۸). المنور^۸ (۲۰۱۴) پنج بعد اعتقادات دینی، اعمال و وظایف دینی، تجربیات دینی، دانش و شناخت دینی و تعصب و قیودات دینی را بر اساس روش تحلیل عاملی استنتاج کرد.

اما در نظام اعتقادی اسلام، هدف کمال و رستگاری انسان بوده و از این رو به تمامی ابعاد وجودی انسان توجه شده است. بنابراین لازم است تا رابطه انسان با خدا در قالب مفهوم دین‌داری، ابعاد گسترده‌ای را دربرگیرد. ابعاد دین‌داری در نظر علمای اسلامی از آیات قرآن کریم و روایات

1. Comte, Auguste
2. Durkheim, David Émile
3. Fukuyama
4. Stark & Glock
5. Bowie
6. Wilde & Joseph
7. Abu Raiya
8. El-Menouar, Yasemin

رسول اکرم ﷺ و ائمه اطهار علیهم‌السلام نشئت گرفته و عموماً شامل سه بعد اعتقادات، احکام و اخلاق، یا پنج بعد عقیده، ایمان، عبادات، اخلاق و شریعت است (مطهری، ۱۳۷۷). محققان مسلمان نیز بر پایه همین اصول، ابعاد مختلف جزئی‌تری را معرفی کرده‌اند. بسیاری از محققان با استفاده از آیات قرآن و روایات پیامبر ﷺ و ائمه معصومین علیهم‌السلام، در معرفی این ابعاد کوشیده و با ساخت و اجرای پرسشنامه چندبعدی دین‌داری به معرفی مدل دین‌داری پرداخته‌اند. از مهم‌ترین این مدل‌های ابعاد دین‌داری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

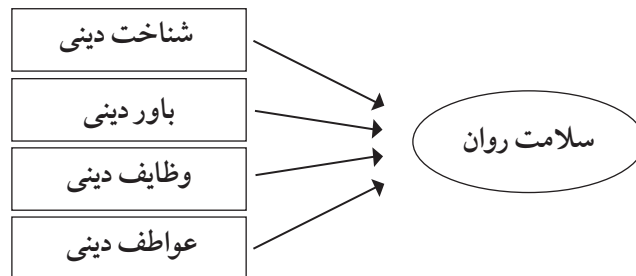
۱. بهرامی احسان (۱۳۸۰): سازمان نیافتگی مذهبی و روی‌آوری به مذهب؛
۲. آذربایجانی (۱۳۸۲): عقاید و مناسک، اخلاق و جهت‌گیری مذهبی؛
۳. معنوی‌پور و شریفی (۱۳۸۳): عواطف دینی، باورهای دینی، دانش دینی، آثار دینی و اعمال دینی؛
۴. خدایاری‌فرد و همکاران (۱۳۸۹): شناخت دینی، عواطف دینی، باور دینی و وظایف دینی؛
۵. شهیدی و فرج‌نیا (۱۳۹۱): نگرش معنوی، توانایی معنوی؛
۶. زارع و امین‌پور (۱۳۹۲): مشارکت دینی، پایبندی به اعتقادات دینی و رعایت مسائل شرعی.

در این میان مدل خدایاری‌فرد و همکاران از نقاط قوتی برخوردار است که سبب می‌شود این مدل در پژوهش‌های بسیاری مد نظر قرار گیرد. این مدل که نتیجه یک طرح پژوهشی ملی است، با همکاری چهارده نفر از برجستگان و اساتید حوزه علوم دینی، روان‌شناسی و روان‌سنجی به انجام رسیده است. ساختار نظری این مدل بر اساس آیات قرآن، روایات و احادیث در درجه اول و نتایج پژوهش‌های مرتبط در داخل و خارج کشور شکل گرفته و سپس با استفاده از روش‌های معتبر آماری اعتباریابی شده است. این طرح در دو مرحله مطالعه اسنادی و دو مرحله هنجاریابی و با گروه نمونه شامل ۴۱۳۱ نفر از بزرگ‌ترین طرح‌های پژوهشی در این حوزه بوده است. در مجموع این مزایا سبب شد تا در پژوهش حاضر نیز از این مدل استفاده شود.

در این مدل شناخت دینی به معنای آشنایی و دانش درباره اصول دین یعنی خدا، عدالت الهی، وجود آخرت و معاد، پیامبران (ختم نبوت حضرت محمد ﷺ)، امامت ائمه معصومین علیهم‌السلام و آگاهی درباره فروع دین است. باور دینی به معنای تصدیق و اقرار قلبی به اصول و شرایع دین است و عموماً محوری‌ترین بعد دین‌داری به شمار می‌آید. عواطف دین شامل کلیه احساسات و هیجان‌هایی است که تحت تأثیر محبت به خدا و دین خدا و اولیای خدا، و نسبت به دشمنان آنها شکل گرفته است.

وظایف دینی نیز به معنای التزام به رعایت تکالیف و احکام دینی در تمامی حوزه‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی است که مشتمل بر عبادات و اخلاقیات می‌شود (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۹).
با توجه به مطالب یادشده، در پژوهش حاضر نیز این مدل مد نظر قرار گرفته و مدل ارتباطی اولیه به شکل زیر پیشنهاد می‌شود:

شکل ۱. مدل پیشنهادی ارتباط ابعاد دین‌داری و سلامت روانی



در این مدل فرض بر آن است که دین‌داری به طور کلی بر سلامت روان اثر دارد که این امر در پژوهش‌های بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است (آقاپور و حاتمی، ۱۳۸۹؛ بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳؛ حاجی‌زاده میمندی و برغمندی، ۱۳۸۹؛ خدایاری و خاکسار بلداجی، ۱۳۸۴؛ عارفی و محسن‌زاده، ۱۳۹۰؛ کرمی و همکاران، ۱۳۸۵؛ نوبخش و پوریوسفی، ۱۳۸۵؛ پاراکاش^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). در تبیین ارتباط دین‌داری به طور کلی با سلامت روان، ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که دین نظامی همه‌جانبه و چندبعدی است که بر جنبه‌های مختلف انسان تأثیر می‌گذارد. برای مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دین‌داری موجب افزایش رضایت از زندگی، شادکامی و عواطف مثبت می‌گردد (یوسف الساحیل و نورعینی، ۲۰۱۶^۲؛ موری‌المدیا، تتو و کوینگ، ۲۰۰۶^۳). همچنین دین می‌تواند موجب معنابخشی به کل زندگی شود. در واقع آموزه‌های دین در زمینه مبدأ و مقصد زندگی، به زیستن و مردن انسان معنا می‌بخشد و انسان دینی هرگز با پوچی و سردرگمی مواجه نمی‌شود و همین امر موجب سلامت روان وی خواهد شد (زکیر حسین و کبیر ریزوی،^۴

1. Prakash
2. Youssef Al-Seheel, A. & Noraini M. N.
3. Moreira-Almeida A1, Neto FL, Koenig HG.
4. Zakir Hossain, M. & Kabir Rizvi, M. A.

۲۰۱۶). به علاوه سبک زندگی دینی دارای شبکه اجتماعی منسجم و حمایت‌کننده‌ای است که موجب بالارفتن حمایت اجتماعی ادراک شده می‌گردد (هاوی، هورتادو، مورالس و سلیگمن،^۱ ۲۰۱۴). از دیگر عوامل مهمی که در زمینه ارتباط بین سلامت روان و دین‌داری مؤثر است، می‌توان به افزایش توانایی کنترل تکانه (گارتنر، لارسون و آلن،^۲ ۱۹۹۱)، ثبات وضعیت هیجانی (سایمون، کوک، پاول و ایگر،^۳ ۲۰۱۰) و تصویر ذهنی مثبت (مایان نگار، بارکر و لوتان،^۴ ۲۰۱۶) و بالا بودن عزت نفس و خودقوی (هومان،^۵ ۲۰۱۴) اشاره کرد. به اعتقاد بسیاری از محققان انجام وظایف عبادی و احساس مسئولیت دینی مانند یک روش مراقبه عمل می‌کند و مشابه روش‌های ذهن‌آگاهی موجب افزایش خودکنترلی شناختی موجب افزایش سلامت روان می‌شود (فردریک و وایت،^۶ ۲۰۱۴) که از این منظر می‌توان ارتقای سلامت روان را ناشی از افزایش این متغیرها دید. اگرچه تحقیقات یادشده نشان‌دهنده پشتوانه تجربی برای تبیین این نتایج خواهند بود، اما گفتنی است که این نتایج بر اساس آموزه‌های دینی و اعتقادی برآمده از قرآن و روایات پیامبر ﷺ و ائمه معصومین علیهم‌السلام نیز قابل تبیین است. در همین راستا می‌توان گفت از جمله آثار ایمان دینی، آرامش خاطر است. ایمان دینی به واسطه ایجاد رابطه‌ای دوطرفه بین بنده و خالق، و اطمینان و اتکای کامل بنده بر خالق موجب آرامش و سکینه درونی می‌شود که بر سلامت روان تأثیر بسزایی دارد؛ چنان‌که در سوره مبارکه فتح می‌خوانیم: «هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيَرُدُّوا أَيْمَانًا مَعَ أَيْمَانِهِمْ»؛ «او کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد تا ایمانی به ایمانشان بیفزایند». در آیه ۲۸ سوره رعد نیز آمده است: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ»؛ «آگاه باشید که تنها با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد». همچنین می‌توان به آیه ۱۱۲ سوره مبارکه بقره اشاره کرد: «بَلَى مَنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَلَهُ أَجْرُهُ عِنْدَ رَبِّهِ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ»؛ «آری هرکس که تسلیم حکم خدا گردید و نیکوکار گشت، اجرش نزد خدا خواهد بود و آنان را هیچ خوف و اندیشه و هیچ اندوهی نخواهد بود».

ارتباط انسان با خداوند بر پایه اعتقاد و باور به قدرت و توانایی فراگیر بی‌اندازه خداوندی

1. Hovey JD1, Hurtado G, Morales LR, Seligman LD.
2. Gartner, Larson & Allen
3. Simon, D., Cook, C. C. H., Powell A., Eagger S.
4. Maayan Nagar, O. N., Barker, Y. & Lotan, D.
5. Homan, K. J.
6. Frederick, T & White, K. M.

شکل می‌گیرد که این باور به صورت توکل به خواست و اراده خدا که منبع خیر مطلق است موجب رضایت و عدم استری و اضطراب در امور می‌گردد؛ چنان‌که در برخی آیات قرآن به این معنا اشاره شده است: «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ إِنَّ اللَّهَ بَالِغُ أَمْرِهِ» (طلاق: ۳)؛ «و هر کس بر خدا توکل کند، پس او برایش کافی است؛ در حقیقت، خدا کارش را (به انجام) می‌رساند». در برخی روایات نیز به این معنا اشاره شده است. پیامبر ﷺ از جبرئیل پرسید: توکل بر خداوند چیست؟ جبرئیل پاسخ داد: فهمیدن این مطلب که مخلوقات نه می‌توانند به انسان ضرری بزنند یا نفعی برسانند، نه می‌توانند به انسان چیزی اعطا کنند و نه می‌توانند خیری را از انسان منع نمایند؛ از این رو انسان از خلق و مردم مأیوس می‌گردد و اگر بنده این چنین شد، برای غیر خدا کار نمی‌کند و به غیر از خداوند امید ندارد و از غیر او نمی‌ترسد و به احدی غیر از خداوند طمع نمی‌کند. این است معنای توکل (مجلسی، ۱۴۰۴ق، ج ۶۸، ص ۱۴۳). در حدیث دیگری می‌خوانیم که از امام معصوم پرسیدند: توکل چیست؟ فرمودند: «لا تخاف سواه»؛ توکل آن است که از غیر خدا ترسی (همان، ص ۱۳۸). از آنجاکه انسان موجودی اجتماعی آفریده شده، مشخص است که آرامش، آسایش و سلامت او در رابطه مستقیم با سلامت روابط اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی است. برخی آیات و روایات به این اثرگذاری مؤمن بر جامعه و دیگر مؤمنان اشاره دارند. در روایات آمده است: «إِنَّ الْمُؤْمِنَ لِيَسْكُنَ إِلَى الْمُؤْمِنِ كَمَا يَسْكُنُ الظَّمَانُ إِلَى الْمَاءِ الْبَارِدِ»؛ مؤمن با مؤمن دیگر آرامش می‌یابد، همان‌گونه که تشنه با آب سرد آرامش می‌یابد» (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۲، ص ۲۴۷). همچنین در روایت دیگری آمده است که پیامبر ﷺ فرمود: مؤمنان خدمتگزار یکدیگرند. پرسیده شد: چگونه خدمتگزار یکدیگرند؟ فرمود: برای هم سودمندند (احسان‌بخش، ۱۳۷۷). در مجموع کسی که خدا را باور دارد و او را بر همه چیز قادر و حکیم می‌داند (انعام: ۱۸)، به هیچ روی احساس ناامنی، اضطراب، نوسیدی و ضعف نمی‌کند و دچار ناهنجاری‌ها نمی‌شود و همیشه بر او توکل می‌کند؛ زیرا خداوند است که مهمات زندگی انسان را کفایت و او را از شر دشمنان حفظ می‌کند (نساء: ۴۵).

با توجه به این مطالب، می‌توان بر ارتباط دین‌داری به طور کلی بر سلامت روان تأکید ورزید. حال مجدداً پرسش پژوهش مطرح می‌گردد که طبق مدل پیشنهادی کدام‌یک از ابعاد دین‌داری بر سلامت روان اثر دارد و این ارتباط چگونه است؟ برای بررسی این مسئله و پاسخ به این پرسش، پژوهش حاضر با عنوان بررسی الگوی تحلیل مسیر ابعاد دین‌داری و سلامت روانی طرح‌ریزی و اجرا گردید.

۱. روش

این پژوهش بر اساس هدف، بنیادی و از نظر روش تحقیق جزو پژوهش‌های توصیفی-همبستگی است؛ زیرا از سویی به توصیف شرایط و وضعیت متغیرها و از سوی دیگر به مطالعه همبستگی و معناداری مسیر ارتباطی بین متغیرها می‌پردازد. بدین منظور از روش آماری تحلیل مسیر استفاده شده است. تحلیل مسیر نخستین بار توسط رایت^۱ در سال ۱۹۳۴ به کار گرفته شد (سرمد، ۱۳۸۵). هدف این روش به دست آوردن برآوردهای کمی روابط علی بین مجموعه‌ای از متغیرهاست که در یک جهت جریان می‌یابند و به عنوان مسیرهای متمایز در نظر گرفته می‌شوند. مفاهیم تحلیل مسیر به صورت نمودار مسیر تبیین می‌شود که در آن پیوندهای علی احتمالی بین متغیرها نمایان می‌گردد.

۱-۱. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های دولتی، آزاد و پیام نور شهر تهران است که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۶-۹۵ شاغل به تحصیل بودند. حجم نمونه بر اساس جدول لین^۲ با احتساب خطای نمونه‌گیری ۰/۰۵ و به نسبت ۵۰ به ۵۰ تعداد ۱۴۶۳ نفر محاسبه شد که با پیش‌بینی پرسشنامه‌های ناقص یا مخدوش و برای افزایش اعتبار بیرونی، تعداد ۱۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد. سپس این تعداد با روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای (اول خوشه‌ای چند مرحله‌ای و دوم نمونه‌گیری در دسترس) انتخاب شدند. مرحله اول روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود؛ به این صورت که ابتدا از بین خوشه‌های اصلی (دانشگاه‌های دولتی، مراکز و واحدهای دانشگاه آزاد و مراکز و واحدهای دانشگاه پیام نور شهر تهران)، ده دانشگاه و سپس از هر خوشه اصلی، پنج خوشه فرعی (دانشکده) به طور تصادفی انتخاب شدند. در مرحله دوم نیز از هر دانشکده سی دانشجوی به صورت در دسترس به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص یا مخدوش، تعداد ۱۴۷۶ نمونه صحیح به دست آمد که ۵۷/۷۲ درصد (۸۵۲ نفر) زن و ۴۲/۲۷ درصد (۶۲۴ نفر) مرد، و ۲/۵۷ درصد (۳۸ نفر) دانشجوی کاردانی، ۹۱/۱۹ درصد (۱۳۴۶ نفر) دانشجوی کارشناسی و کارشناسی ارشد و ۶/۲۳ درصد (۹۲ نفر) دانشجوی دکتری بودند. همچنین میانگین سن آنها ۲۷/۳۱۱ سال بود.

1. Wright

2. Line

۱-۲. ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر با توجه به متغیرهای موجود از دو ابزار و در مجموع ۱۴۱ گویه استفاده شد.

۱-۳. آزمون سنجش دین‌داری

این آزمون به منظور سنجش میزان دین‌داری افراد مسلمان و بر اساس جامعه ایرانی توسط خدایاری فرد و همکاران در سال ۱۳۸۵ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۱۳ سؤال ۵ گزینه‌ای است که بر اساس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (کاملاً موافقم در پرسش‌های ۱-۴۸) و همیشه در پرسش‌های ۴۹-۱۱۳) تا ۵ (کاملاً مخالفم در پرسش‌های ۱-۴۸) و هرگز در پرسش‌های ۴۹-۱۱۳) نمره‌گذاری می‌شود. آزمون دارای چهار خرده‌مقیاس شناخت دینی (۱۳ پرسش)، عواطف دینی (۲۰ پرسش)، باورهای دینی (۲۵ پرسش) و وظایف دینی (۵۵ پرسش) است. اعتبار این آزمون توسط سازندگان مناسب ارزیابی شده و میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۵ برای کل آزمون و ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ برای خرده‌مقیاس‌ها به دست آمده است. همچنین سازندگان روایی آن را با چهار روش روایی صوری، منطقی، ملاکی و سازه تفکیکی بررسی و تأیید کرده‌اند.

۱-۴. آزمون سلامت روان عمومی^۱ (GHQ)

این آزمون یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی با هدف شناسایی و غربال‌گری کسانی است که دارای اختلالات روان‌شناختی هستند. فرم ۲۸ پرسشی آن توسط گلدبرگ و هیلر^۲ در سال ۱۹۷۲ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۸ پرسش چهارگزینه‌ای است که بر اساس درجه‌بندی لیکرت از صفر (اصلاً) تا ۳ (خیلی بیش از حد معمول) نمره‌گذاری می‌شود. آزمون دارای چهار عامل علائم جسمانی (پرسش ۱ تا ۷)، علائم اضطرابی و اختلال در خواب (پرسش ۸ تا ۱۴)، علائم اختلال در کارکرد اجتماعی (پرسش ۱۵ تا ۲۱) و علائم افسردگی (پرسش ۲۲ تا ۲۸) است. چان (۱۹۸۵) و گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) میزان آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ گزارش کردند. نقوی (۱۳۷۹) اعتبار این آزمون را در جامعه ایرانی بررسی کرده و ضریب بازآزمایی ۰/۷۰، ضریب همبستگی دو نیمه کردن ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را به دست آورد. همچنین روایی سازه آن توسط بهمنی و عسگری (۱۳۸۵) مورد بررسی و تأیید چهارعاملی قرار گرفت.

1. general health questionnaire

2. Goldberg & Hillier

۵-۱. روش آماری

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار شاخص‌های گرایش مرکز و پراکندگی و آمار استنباطی ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده شد.

۲. یافته‌ها

پس از بررسی نمرات ابتدا نتایج آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرها استخراج گردید که در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	
سلامت روان	۲۱/۵۸	۳/۱۸	
ابعاد دین‌داری	شناخت دینی	۵۲/۳۷	۶/۲۲
	باورهای دینی	۸۸/۴۳	۴/۷۷
	عواطف دینی	۷۴/۲۰	۵/۴۷
	وظایف دینی	۱۳۷/۰۹	۹/۰۴

همان‌گونه که در جدول مشخص است، میانگین نمره سلامت روان افراد گروه نمونه ۲۱/۵۸ و کمتر از نمره برش ۲۳ است. از آنجاکه در آزمون GHQ نمره کمتر نشان سلامت روان بیشتر است، می‌توان نتیجه گرفت که میانگین گروه نمونه در محدوده سلامت روان قرار دارند. در ادامه همبستگی بین متغیرهای پژوهش بررسی شد که نتایج آن در جدول ۲ مشخص است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در کل آزمودنی‌ها

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱ سلامت روان	-	-	-	-	-
۲ شناخت دینی	-۰/۱۶۰	-	-	-	-

۳	باورهای دینی	***۰/۴۹۱	*۰/۲۹	-	-	-
۴	عواطف دینی	*-۰/۲۵	*۰/۱۷۷	**۰/۴۱۸	-	-
۵	وظایف دینی	**۰/۳۱۸	۰/۱۲۲	**۰/۳۲۵	*۰/۲۳۰	-

* در سطح $p < 0/01$ و ** در سطح $p < 0/001$ معنادار است

با توجه به جدول شماره ۲ مشخص می‌شود که سلامت روان با بعد شناخت دینی همبستگی ندارد، ولی با دیگر ابعاد همبستگی معناداری دارد. مجدداً یادآور می‌شود که منفی بودن ضریب همبستگی به سبب ویژگی نمره‌گذاری آزمون است (نمره کمتر، نشان سلامت روان بیشتر).
به منظور فهم دقیق عوامل مؤثر بر پیش‌بینی میزان سلامت روان، از روش آماری تحلیل رگرسیون چندمتغیره هم‌زمان استفاده شد. در این بررسی متغیر ملاک میزان سلامت روان و متغیرهای پیش‌بین شامل شناخت دینی، باورهای دینی، عواطف دینی و عمل به وظایف دینی بود. نتایج خلاصه مدل رگرسیون در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون چندمتغیره جهت پیش‌بینی سلامت روان

سطح معناداری	F	R ^۲	R
۰/۰۰۰	۲۹/۵۳	۰/۲۵	۰/۵۰۷

مندرجات جدول شماره ۳ بیانگر آن است که متغیرهای شناخت دینی، باورهای دینی، عواطف دینی و عمل به وظایف دینی مدل پیش‌بینی مناسب و معناداری ($P < 0/0001$) را شکل می‌دهند که از طریق تأثیر همه آنها با هم می‌توان ۲۵ درصد از تغییرات سلامت روان را تبیین کرد. در ادامه برای بررسی شدت و جهت تأثیر هر کدام از متغیرهای پیش‌بین بر سلامت روان، ضرایب رگرسیونی آنها محاسبه شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۴. ضرایب تأثیر رگرسیونی متغیرهای پیش‌بین برای متغیر سلامت روان

متغیر پیش‌بین	B	β	t	سطح معناداری
شناخت دینی	-۰/۰۱۷	-۰/۰۲۱	۰/۶۴۲	۰/۷۱۸
باورهای دینی	-۰/۶۲۳	-۰/۳۳۸	۵/۱۴	۰/۰۰۱
عواطف دینی	-۰/۲۱۱	-۰/۱۸۷	۲/۱۸	۰/۰۱
وظایف دینی	-۰/۴۷۵	-۰/۲۱۶	۴/۸۸	۰/۰۰۱

بر اساس جدول شماره ۴ می‌توان نتیجه گرفت که میزان تأثیر متغیر شناخت دینی بر سلامت روان معنادار نیست، اما متغیر باور دینی، عمل به وظایف دینی و عواطف دینی به ترتیب بر سلامت روان تأثیر معنادار داشته، افزایش یک انحراف استاندارد در هر یک از این سه متغیر، به ترتیب منجر به افزایش ۰/۳۳، ۰/۲۱ و ۰/۱۸ انحراف استاندارد در متغیر سلامت روان خواهد شد (مجدداً یادآور می‌شود که علامت منفی به سبب خصوصیت نمره‌گذاری آزمون است).

در انتها به منظور تدوین و بررسی مدل ارتباط ابعاد دین‌داری با سلامت روان از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در تحلیل مسیر مدل علی بین متغیرها رسم شده و می‌توان با استفاده از ضرایب تأثیر استاندارد، مقدار اثر هر متغیر را تعیین کرد. در ضمن، تحلیل مسیر نشان می‌دهد که اثر هر متغیر تا چه حد مستقیم و تا چه میزان غیر مستقیم است.

گفتنی است که یکی از پیش فرض‌های آماری انجام تحلیل مسیر، طبیعی یا بهنجار بودن توزیع متغیرهاست. برای بررسی فرض طبیعی بودن متغیرها، آزمون کولموگروف اسمیرنوف انجام شد و نتایج نشان داد که توزیع نمره‌های به‌دست‌آمده از اندازه‌گیری متغیرها، طبیعی است. یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل مسیر، فرض خطی بودن رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه و همچنین همگنی واریانس‌هاست. به همین منظور رابطه بین متغیرهای موجود با استفاده از نمودار پراکنش متغیرها با خط رگرسیون و نمودار پراکنش ویرایش‌شده باقی‌مانده‌های استاندارد شده در مقابل مقادیر پیش‌بینی شده استاندارد شد و در نهایت ماتریس نمودار پراکنش بررسی گردید. از جمله پیش فرض‌های دیگر تحلیل مسیر، پراکندگی مناسب داده‌ها یعنی میانگین بیش از ۲ و انحراف معیار بیش از ۳ است و نیز شرط عدم وجود چند هم‌خطی بین متغیرهای مستقل است که در این مورد اخیر همبستگی زیاد بین متغیرها و معمولاً بیش از ۰/۸ نشانگر وجود چند هم‌خطی است. نتایج این بررسی‌ها نشان داد که همه پیش فرض‌های انجام تحلیل مسیر برقرار است.

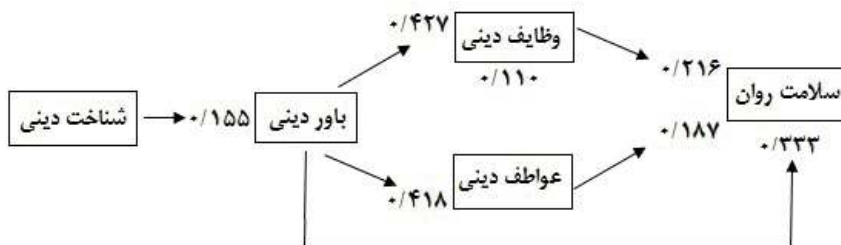
در ادامه با استفاده از آزمون KMO به محاسبه توان آماری و تأیید کفایت حجم نمونه قبل از بررسی مدل اقدام شد. مقدار این آزمون بین ۰ تا ۱ نوسان دارد؛ به طوری که اگر مقدار آن ۰/۷ و بالاتر باشد، با تأیید کفایت حجم نمونه و توان آماری، انجام تحلیل عاملی پیشنهاد می‌شود (حبیب پور و صفری، ۱۳۹۱). مقدار این شاخص برای متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول شماره ۵. اندازه شاخص KMO برای متغیرهای پژوهش

نتیجه	KMO	ابعاد
توان آماری و کفایت نمونه تأیید می‌شود	۰/۷۷۹	سلامت روان
توان آماری و کفایت نمونه تأیید می‌شود	۰/۷۱۸	شناخت دینی
توان آماری و کفایت نمونه تأیید می‌شود	۰/۸۰۴	باورهای دینی
توان آماری و کفایت نمونه تأیید می‌شود	۰/۷۵۳	عواطف دینی
توان آماری و کفایت نمونه تأیید می‌شود	۰/۷۹۰	وظایف دینی

نتیجه آزمون KMO در جدول فوق نشان می‌دهد که این مقدار برای همه مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۷ است. بنابراین حجم نمونه از کفایت خوبی برخوردار است و با توان آماری مناسبی می‌توان از تحلیل مسیر استفاده کرد. در این مرحله با حذف مسیرهای غیر معنادار (ضرایب کوچک‌تر از ۰/۰۵) و رسم مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم مدل تحلیل مسیر به صورت زیر (شکل شماره ۲) ترسیم شد.

شکل ۲. مدل ارتباطی ابعاد دین‌داری و سلامت روانی



جهت بررسی این مدل، ابتدا شاخص‌های برازش مدل محاسبه شدند که نتایج در جدول شماره ۶ آمده است.

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل ساختاری پژوهش

شاخص	حد مطلوب	مدل ساختاری
RMSEA	کوچک‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۸۲
PCFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۶۸۹
PNFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۶۱۷
PRATIO	۰/۵ و بالاتر	۰/۶۷۱
CFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۱
TLI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۴۹
IFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۶۱
RFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۶
NFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۰۸
AGFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۶۷
GFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۶
RMR	نزدیک به صفر	۰/۰۶۵
df/X ^۲	۳ و کمتر	۲/۴۶

نتایج شاخص‌های فوق در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که مدل ساختاری پژوهش از برازش مناسبی برخوردار است. بنابراین می‌توان بر اساس ضرایب رگرسیونی به‌دست‌آمده، مدل پژوهش را مورد آزمون قرار داد. جدول شماره ۷ ضرایب رگرسیونی اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش بر سلامت روان را نشان می‌دهد.

جدول ۷. آثار مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر سلامت روان در مدل نهایی

متغیرهای مستقل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	کل اثر
شناخت دینی	-	-۰/۰۱۹	-۰/۰۱۹
باورهای دینی	-۰/۳۳۸	-۰/۰۶۵	-۰/۳۷۴
عواطف دینی	-۰/۱۸۷	-۰/۰۲۳	-۰/۲۱۱
عمل به وظایف دینی	-۰/۲۱۶	-	-۰/۲۱۶

نتایج حاصل در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که سه بعد دین‌داری شامل باورهای دینی، عواطف دینی و عمل به وظایف دینی به طور مستقیم بر متغیر سلامت روان تأثیر می‌گذارند و باورهای دینی دارای بیشترین اثر مستقیم در مقایسه با دو بعد دیگرند. همچنین متغیر شناخت دینی تنها به طور غیرمستقیم و از طریق اثر بر متغیر باورهای دینی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارند. به‌علاوه متغیر باورهای دینی از طریق عواطف دینی و عمل به وظایف دینی هم بر سلامت روان به طور غیرمستقیم اثرگذار است. عواطف دینی نیز از طریق عمل به وظایف دینی و به طور غیرمستقیم بر سلامت روان اثر دارد؛ اما عمل به وظایف دینی اثر غیرمستقیم ندارد. در مجموع متغیر باورهای دینی دارای بیشترین اثر کلی (مستقیم و غیرمستقیم) با ضریب $0/374$ - بوده و شناخت دینی کمترین اثر را با ضریب $0/019$ - بر سلامت روان دارا هستند.

۳. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با عنوان بررسی الگوی تحلیل مسیر ابعاد دین‌داری و سلامت روانی طرح‌ریزی و اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که اولاً که سلامت روان با تمام ابعاد دین‌داری (شناخت دینی، باور دینی، عواطف دینی و وظایف دینی)، رابطه مثبت و معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های آقاپور و حاتمی، 1389 ؛ بهرامی احسان و تاشک، 1383 ؛ حاجی‌زاده‌میمندی و برغمندی، 1389 ؛ خداپناهی و خاکسار بلداجی، 1384 ؛ عارفی و محسن‌زاده، 1390 ؛ کرمی و همکاران، 1385 ؛ نوابخش و پوریوسفی، 1385 ؛ خدارحیمی، 1377 و کنگرلو، 1378 همسوسست و مجدداً ارتباط دین‌داری و ابعاد آن را با سلامت روان تأیید می‌کند.

در ادامه بررسی نتایج پژوهش حاضر مشخص می‌گردد که اگرچه به طور کلی دین‌داری موجب افزایش سلامت روان می‌شود، اما در مقایسه ابعاد مختلف دین‌داری، باورهای دینی از بیشترین اثر برخوردارند و پس از آن عواطف دینی و عمل به وظایف دینی تأثیر مستقیم دارند. این در حالی است که شناخت دین اثر معنادار مستقیمی بر سلامت روان نشان نداده است. به‌علاوه شناخت دینی بر باورهای دینی؛ باورهای دینی بر عواطف و وظایف دینی؛ و عواطف دینی نیز بر وظایف دینی اثر مستقیم دارند.

در تبیین این نتایج باید اشاره کرد که اساساً در نظر اسلام نیز آنچه واجد اهمیت و اصالت است، باور دینی است. در واقع شناخت و معرفت نسبت به امور اعتقادی دین نخستین (پایین‌ترین) مرتبه دین‌داری است که بنا بر آیات قران و روایات معصومین علیهم‌السلام برای نجات و کمال انسان که

هدف دین‌داری است، کفایت نمی‌کند و حتی لزوماً به رستگاری نمی‌انجامد. پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله می‌فرماید: «ایمان، به آراستن (ظاهر) و آرزواندیشی نیست، بلکه ایمان، آن است که خالصانه در قلب باشد و اعمال نیز آن را تصدیق کنند» (مجلسی، ۱۴۰۴ق، ج ۶۹، ص ۷۲). شناخت و معرفت دینی همان یقین عقلی است (عالی، ۱۳۹۵). یقین دورکن دارد: یقین عقلی و یقین قلبی. یقین عقلی پس از شناخت و معرفت حاصل می‌شود، اما کافی نیست و زمانی که با کوشش و خواست فرد درونی و قلبی شود واجد ارزش است. قرآن درباره فرعون و یارانش می‌فرماید: «وَجَحَدُوا بِهَا وَاسْتَيْقَنَتْهَا أَنفُسُهُمْ ظُلْمًا وَعُلُوًّا فَانظُرْ كَيْفَ كَانَ عَاقِبَةُ الْمُفْسِدِينَ» (نمل: ۱۴)؛ «و با آنکه دل‌نمل: (۱۴) مقایسه با دو بعد دیگروم پرسیدند هایشان بدان آیات خدا یقین داشت از روی ظلم و تکبر آن را انکار کردند. پس بین فرجام فسادگران چگونه است». درواقع قوم فرعون اگرچه به شناخت و یقین قلبی درباره حقانیت حضرت موسی صلی الله علیه و آله رسیده بودند (برای مثال جادوگران دربار فرعون بیش از همه دریافته بودند که اعمال حضرت موسی صلی الله علیه و آله معجزه‌ای فراتر از سحر و جادوست)، اما چون یقین قلبی (باور) نداشتند همه را انکار کردند و از مفسدان شدند. نمونه دیگر شیطان است که اگرچه به خداوند یقین (شناخت و معرفت) دارد، اما از گمراهان و کافران است. همچنین در سوره بقره بیان می‌شود که اگرچه عالمان و پیشگویان یهود می‌دانستند که حضرت محمد صلی الله علیه و آله پیامبر آخرالزمان است اما کفر ورزیدند: «يَعْرِفُونَهُ كَمَا يَعْرِفُونَ آبْنَاءَهُمْ فَلَمَّا جَاءَهُمْ مَا عَرَفُوا كَفَرُوا بِهِ»؛ «او را مانند فرزندان‌شان می‌شناختند؛ اما وقتی او را که می‌شناختند آمد، به او کفر ورزیدند». بنابراین مرحله شناخت دینی از کمترین آثار مثبت دین‌داری بر ابعاد وجودی انسان بوده و این امر مبین نتایج پژوهش حاضر است.

معرفت و شناخت دینی لزوماً به رستگاری نمی‌انجامد؛ یعنی شرط کافی برای رستگاری به حساب نیامده است: «مَنْ تَابَ وَءَامَنَ وَعَمِلَ صَالِحاً فَعَسَى أَنْ يَكُونَ مِنَ الْمُفْلِحِينَ» (قصص: ۶۷). مؤمن به رستگاری امیدوار است، اما تضمینی در این زمینه وجود ندارد. در واقع مرحله دوم دین‌داری باور است و در بسیاری از منابع باور را به جای ایمان به کار برده‌اند: «وَقَالَ الَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ وَالْإِيمَانَ...» (روم: ۵۶). در این آیه علم چیزی است که در کنار ایمان به عده‌ای عطا شده است. علم شناخت و ایمان همان باور است. بیشتر علمای اسلامی مانند شیخ طوسی و علمای متأخر مانند علامه طباطبائی نیز ایمان را تصدیق و باور قلبی دانسته‌اند که غیر از علم است. علامه طباطبائی رحمته الله علیه صرف علم به حقانیت چیزی را در ایمان آوردن به آن کافی نمی‌داند و حتی در این مرحله عمل را نیز لازمه ایمان نمی‌داند (طباطبائی، ۱۳۹۳). درواقع اهمیت نقش باور دینی تا به

آن حد است که آن را معادل ایمان دانسته‌اند. بنابراین مشخص است که باور دینی دارای بیشترین آثار مثبت دین‌داری بر ابعاد وجودی انسان مانند سلامت روان بوده، این امر مبین نتایج پژوهش حاضر است.

مرتبه بعدی دین‌داری، عواطف دینی است. یکی از عوامل مؤثر و انگیزشی در انسان، احساسات و عواطف است که از راه تنظیم احساسات و جهت‌دهی به آن، می‌توان مسیر حرکت انسان را تحت تأثیر قرار داد. معرفت خداوند و شناخت عقلانی نسبت به ذات و صفات او نخستین مرتبه از مراتب کمال نظری انسان است. وقتی عقل انسان وجود خدای خالق قادر سبحان را بپذیرد نخستین شرط حرکت به سوی او را به دست آورده است؛ ولی هر حرکتی علاوه بر شناخت، نیازمند انگیزه است. شناخت به تنهایی نمی‌تواند انسان را به حرکت آورد؛ به ویژه اگر حرکت در جهت و مسیر خاصی دشوار باشد. شناختی می‌تواند انسان را به حرکت آورد که شوق‌انگیز باشد و اشتیاق انسان وقتی برانگیخته می‌شود که نتیجه حرکت خود را لذت‌آور، سعادت‌بخش و کمال‌آفرین بیابد. امام صادق علیه السلام با تأکید و صراحت می‌فرمایند: «آیا دین جز محبت است؟!» (صدوق، ۳۱۱-۳۸۱، ۲۱، ۷۴). عواطف مثبت و منفی دینی موجب جهت‌دهی به رفتار انسان شده و به نوعی یک سیستم خودکنترلی درونی را برای انجام رفتار دینی فراهم می‌آورد. امام علی علیه السلام می‌فرمایند: «هر کس جهان باقی را دوست داشته باشد لذت‌ها را به فراموشی می‌سپارد» (محمدی ری‌شهری، ۱۳۶۳) و یا «هر کس شوق بهشت داشته باشد شهوت‌ها را ترک می‌کند و هر کس از دوزخ می‌ترسد از انجام گناهان باز می‌گردد» (صدوق، ۳۱۱-۳۸۱، ۲۳۱، ۷۴) و همچنین «هر کس از عقاب خدا بترسد از انجام گناهان منصرف خواهد شد» (لیثی، قرن ۶ ق.، ص ۴۶). بنابراین عواطف دینی از یک سو از باورهای دینی نشئت گرفته و از سویی دیگر بر رعایت و انجام اعمال دینی اثرگذار است و این امر مبین نتایج پژوهش حاضر است.

مرحله بعدی دین‌داری انجام وظایف و اعمال دینی است. در احادیث فراوانی ایمان به سه جزء تقسیم شده: جزء قلبی، جزء زبانی و جزء عملی. امام رضا علیه السلام می‌فرمایند: «ایمان عقد قلبی، لفظی بر زبان و عمل جوارح است.» (صدوق، ۱۳۷۳، ص ۱۸۰) و در واقع ایمان را امری ملازم با عمل دانسته‌اند. ایمان بی‌عمل بهره‌ای از حقیقت ندارد. از پیامبر گرامی اسلام نقل شده: «ایمان و عمل برادر و شریک نزدیک‌اند که خداوند هیچ‌یک را بدون دیگری نمی‌پذیرد» (المتقی الهندی، ۱۳۷۹ ق، ص ۵۹). عمل به وظایف دینی هم از باور دینی ناشی شده و هم عاملی مؤثر در دوام و استحکام ایمان (باور دینی) است. در قرآن کریم عملی که ناشی از باور و ایمان نباشد، نفاق تلقی شده و مذموم است: «فَأَعْقَبَهُمْ نِفَاقًا فِي قُلُوبِهِمْ إِلَى

يَوْمَ يَلْقَوْنَهُ بِمَا أَخْلَفُوا اللَّهَ مَا وَعَدُوهُ وَبِمَا كَانُوا يَكْذِبُونَ؛ «نفاقى را در دل هایشان به دنبال آورد تا روزى که خدا را ملاقات کنند، در اثر خلف وعده‌ای که با خدا کردند و در اثر اینکه دروغ می‌گفتند» (سوره توبه، آیه ۹). در مقابل عمل به وظایف دینی در سایه باور (ایمان) موجب رستگاری می‌گردد. این مطلب در آیات فراوانی مورد توجه قرار گرفته است. برای مثال در سوره‌های العصر (آیات ۱ تا ۳) و بقره (آیه ۶۲)، در کنار ایمان، انجام عمل صالح متضمن پاداش الهی قلمداد شده است. عمل دینی از آثار خارجی ایمان است؛ یعنی اگر کسی مؤمن باشد، عمل صالح از او سر می‌زند؛ چنان‌که در سوره مومنون، آیات ۱ تا ۸، صفاتی و به‌ویژه اعمالی آورده شده که متضمن و از اوصاف مؤمن است، یعنی فرد بدون عمل به آنها جزو مؤمنین قرار نمی‌گیرد.

از مجموعه آیات فوق چنین بر می‌آید که اگر کسی ادعای ایمان کند و مانعی هم برای عمل نداشته باشد، اگر به وظایف دینی خود عمل نکند، در واقع ایمان ندارد؛ زیرا لازمه وجود ایمان در قلب انسان، بروز آن در اعمال اوست. به عبارت دیگر رفتار دینی یا عمل به وظایف دینی اولاً از ایمان و باور دینی ریشه داشته (وگرنه نفاق است)، و ثانیاً به واسطه عواطف دینی تهییج و انگیزه‌دهنده می‌شود. از آن گذشته، عمل به وظایف دینی خود به طور مستقیم با سلامت روان ارتباط دارد. برای مثال می‌توان به آیه ۲۷۷ سوره بقره اشاره کرد: «إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ وَأَقَامُوا الصَّلَاةَ وَآتَوُا الزَّكَاةَ لَهُمْ أَجْرُهُمْ عِنْدَ رَبِّهِمْ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ؛ «همانا کسانی که ایمان آوردند و کارهای شایسته انجام دادند، نماز را بپا داشتند و زکات پرداختند، مزدشان نزد خداوند محفوظ است و بر آنان نه بیمی خواهد بود و نه اندوهگین می‌شوند». در نتیجه وظایف دینی نیز دارای آثار مثبت دین‌داری بر ابعاد وجودی انسان مانند سلامت روان هستند و این امر مبین نتایج پژوهش حاضر است.

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، بررسی ابعاد دین‌داری تنها بر اساس نظر خدایاری فرد و همکاران است، که پیشنهاد می‌شود تا مدل ارتباط سلامت روان با ابعاد دین‌داری در سایر نظریات نیز مورد بررسی قرار گیرد. به‌علاوه این مطالعه تنها در جمعیت آماری افراد مسلمان شیعه (ایرانی) انجام شد که پیشنهاد می‌شود تأثیر دین بر سلامت روان در میان پیروان دیگر ادیان یا مذاهب نیز در جمعیتی با نمونه بیشتر بررسی شود.

منابع

۱. قرآن کریم.
۲. نهج البلاغه.
۳. آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۲). آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام، فصلنامه حوزه و دانشگاه. ۲۹: ۲۵-۶۰.
۴. احسان‌بخش، صادق (۱۳۷۷). آثار الصادقین. قم: انتشارات دارالعلم. چاپ چهارم.
۵. آقاپور، اسلام، و حاتمی، علی (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با بهداشت روانی خانواده، پژوهشنامه زنان. ۱(۱): ۱-۱۸.
۶. امین‌پور، حسن، و زارع، حسین (۱۳۹۲). کاربرد آزمون‌های روانی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.
۷. بهرامی احسان، هادی (۱۳۷۸). بررسی مؤلفه‌های سازش‌یافتگی در آزادگان ایرانی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
۸. بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۰). بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت‌گیری مذهبی، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی. ۶(۱): ۶۷-۹۰.
۹. بهرامی احسان، هادی، و تاشک، آناهیتا (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی. ۲(۲): ۴۱-۶۳.
۱۰. بهمنی، ب. و عسگری، ع (۱۳۸۵). هنجاریابی ملی و ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای دانشجویان علوم پزشکی ایران. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ایران.
۱۱. تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، مجله روان‌شناسی. ۵ (۴): ۳۸۱-۳۹۸.
۱۲. حاجی‌زاده میمندی، مسعود و برغمندی، مهدی (۱۳۸۹). رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان، مجله سالمند. ۱۵: ۸۷-۹۴.
۱۳. خداپناهی، محمدکریم و خاکسار بلداجی، محمدعلی (۱۳۸۴). رابطه جهت‌گیری مذهبی و سازگاری روان‌شناختی در دانشجویان، مجله روان‌شناسی. ۹ (۳): ۳۱۰-۳۲۰.
۱۴. خدارحیمی، سیامک و جعفری، سیدغلامعلی (۱۳۷۷). روان‌درمانی مذهب (نقش مذهب

- ۸: ۴-۲۷. بر فرایندهای بهداشت روانی و روان‌درمانی در روان‌شناسی بالینی)، تازه‌های روان‌درمانی. ۷ و
۱۵. خدایاری فرد، محمد و همکاران (۱۳۸۸). آماده‌سازی مقیاس نگرش مذهبی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران، اندیشه‌های نوین تربیتی. ۵(۴): ۱۰۷-۱۲۷.
۱۶. خدایاری فرد، محمد و همکاران (۱۳۸۹). مدل سنجش دین‌داری و ساخت مقیاس آن در سطح ملی، مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی. ۱(۱): ۱-۲۴.
۱۷. ذکایی، محمدسعید و خطیبی، فاخره (۱۳۸۵). بررسی رابطه حضور در فضای مجازی و هویت مدرن در بین کاربران اینترنتی جوان ایرانی، فصلنامه علوم اجتماعی. ۳۳: ۱۱۱-۱۵۳.
۱۸. سرمد، زهره، و همکاران (۱۳۸۵)/ روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه.
۱۹. شجاعی‌زند، علیرضا (۱۳۸۴). مدلی برای سنجش دین‌داری در ایران، مجله جامعه‌شناسی ایران. ۶(۱): ۳۴-۶۶.
۲۰. شهیدی، شهریار و فرج‌نیا، سعیده (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سنجش نگرش معنوی، فصلنامه روان‌شناسی و دین. ۵(۳): ۹۷-۱۱۵.
۲۱. صدوق، ابوجعفر محمدبن‌علی بن‌الحسین بن‌بابویه القمی (۱۳۶۲). خصال. تصحیح علی‌اکبر غفاری. تهران: دفتر انتشارات اسلامی.
۲۲. صدوق، ابوجعفر محمدبن‌علی بن‌الحسین بن‌بابویه القمی (۱۳۷۳). عیون اخبار الرضا^{علیه السلام}. ترجمه حمیدرضا مستفید و علی‌اکبر غفاری. تهران: نشر صدوق.
۲۳. طباطبائی، سیدمحمدحسین (۱۳۹۳ق). المیزان فی تفسیر القرآن. بیروت: مؤسسه الاعلمی للمطبوعات.
۲۴. عارفی، مختار و محسن‌زاده، فرشاد (۱۳۹۰). ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی، سلامت روان و جنسیت، فصلنامه زن، حقوق و توسعه، ۵(۳): ۱۲۶-۱۴۱.
۲۵. کرمی، جهانگیر و همکاران (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. ۱۳(۳): ۳۱-۵۲.
۲۶. کنگرلو، مریم (۱۳۸۷). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبائی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی. تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
۲۷. لیشی واسطی، علی بن محمد (۱۳۲۱). عیون الحکم والمواعظ. تحقیق حسین حسینی بیرجندی.

اصفهان: مؤسسه تحقیقات و نشر معارف اهل‌البيت.

۲۸. کلینی، محمد بن یعقوب (۱۳۶۵). الکافی. تهران: دارالکتب الاسلامیه. چاپ چهارم.
۲۹. متقی‌الهندی، علاء‌الدین علی بن حسام‌الدین (۱۳۷۹ق). کنز العمال فی سنن الاقوال و الافعال. تصحیح صفوه السقا. بیروت: مکتبه التراث الاسلامی.
۳۰. محمدی ری‌شهری، محمد (۱۳۶۳). میزان الحکمه. جلد ۴. قم: دفتر تبلیغات اسلامی.
۳۱. مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴ق). بحارالانوار. بیروت: مؤسسه الوفاء.
۳۲. مطهری، مرتضی (۱۳۷۷). مجموعه آثار. تهران: انتشارات صدرا. چاپ هفتم.
۳۳. معنوی‌پور، داود و شریفی، حسن پاشا (۱۳۸۳). ساخت و هنجاریابی مقیاس سنجش رشد اعتقادی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر تهران، فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، ۹: ۱۲۰-۱۳۷.
۳۴. نوابخشی، مهرداد و پوریوسفی، حمید (۱۳۸۵). نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان، پژوهش دینی. ۱۴: ۷۱-۹۴.
۳۵. نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۰). سلامت روانی-اجتماعی و راهکارهای بهبود آن، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۱۷ (۲). ۱۵۱-۱۵۶.

1. Arweck ,E & Nesbitt ,E .(2010) Young people's identity formation in mixed-faith families :continuity or discontinuity of religious traditions? *Journal of Contemporary Religion*.67-87 ,25 ,
2. El- menouar, Y. (2014). The Five Dimensions of Muslim Religiosity. Results of an Empirical Study. *Methods, data, analyses*, 8(1), 53-78.
3. Frederick, T & White, K. M (2014). Mindfulness, Christian Devotion Meditation, surrender, and worry. *Mental Health, Religion and Culture*, 10, 17, 850-858.
4. 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, 6-25.
5. Goldberg, D. P. & Hillier, V. F (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *The Journal of Psychological Medical*, 9, 131-145.
6. Homan, K. J (2014). A mediation model linking attachment to God, self-compassion, and mental health. *Mental Health, Religion and Culture*, 10,

- 17, 977-989.
7. Hovey JD¹, Hurtado G, Morales LR, Seligman LD (2014). Religion-based emotional social support mediates the relationship between intrinsic religiosity and mental health. *Arch Suicide Res.* 18(4):376-91.
 8. Maayan Nagar, O. N., Barker, Y. & Lotan, D (2016). The association between religiosity and alcohol use: the mediating role of meaning in life and media exposure. *Mental Health, Religion and Culture*, 19, 7, 574-586.
 9. Moreira-Almeida A¹, Neto FL, Koenig HG (2006). Religiosity and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 28(3):242-50.
 10. Prakash B. Behere, Anweshak Das, Richa Yadav, and Aniruddh P. Behere (2013). Religion and mental health. *Indian J Psychiatry*, 55, 187-194.
 11. Pargament, K.I. & Nielson, J (1998). Religion and the problem solving process: Three style of coping. *Journal for the scientific study of religion.* 27, (1), 90-104.
 12. Repko, A (2007). Integrating interdisciplinarity, *Issues in Integrative Studies*, 25, 1-31.
 13. Simon, D., Cook, C. C. H., Powell A., Eagger S., Religion, spirituality and mental health. *The Psychiatrist Online.* 34:63-4.
 14. Wilde, A. & Joseph, S (1997). Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences*, 23, 899-900.
 15. World Health Organization Report (2001). *Mental health: New understanding, new hope.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.
 16. Youssef Al-Seheel, A. & Noraini M. N (2016). Effects of an Islamic-based gratitude strategy on Muslim students' level of happiness. *Mental Health, Religion and Culture*, 19,7, 686-703.
 17. Zakir Hossain, M. & Kabir Rizvi, M. A (2016). Relationship between religious belief and happiness in Oman: a statistical analysis. *Mental Health, Religion and Culture*, 19,7, 781-790.

