

رابطه بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی، سلامت روانی و اختلالات روانشناختی

The Relationship Between Dimensions of Religious Orientation, Mental Health and Psychological Disorders

Hadi Bahrami Ehsan, PhD

Tehran University

Sheema Tamanaefar

Postgraduate Student

University of Social

Welfare and Rehabilitation Sciences

شیما تمنای فر

دانشجوی کارشناسی ارشد

دانشگاه علوم بهزیستی

و توانبخشی

دکتر هادی بهرامی احسان

دانشگاه تهران

Zainab Bahrami Ehsan

Postgraduate Student

Gillan University

زینب بهرامی احسان

دانشجوی کارشناسی ارشد

دانشگاه گیلان

Abstract

In order to study the relationship between religious orientation and mental health, 120 randomly selected Tehran University undergraduate students answered the Religious Orientation Scale (ROS), and the Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R). The Religious Orientation Scale measured four dimensions of religiosity including: religious orientation, disorganized religious orientation, valuing religious orientation, and hedonistic religious orientation. The SCL-90-R measured nine symptoms, including somatization, obsession, sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobia, paranoia, and psychosis. Data showed that the four religious dimensions decrease the symptoms and improve the mental health.

Key words : religious orientation, psychological disorder, mental health.

چکیده

به منظور بررسی رابطه بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی و ابعاد سلامت - اختلال روانی، ۱۲۰ دانشجوی پسر و دختر از دانشگاه تهران با شیوه نمونه‌برداری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. جهت‌گیری مذهبی با استفاده از مقیاس امکان ارزشیابی چهار بُعد مرتبط با مذهب (جهت‌گیری مذهبی، سازمان‌نیافتگی مذهبی، ارزش‌سازی مذهبی و کامجویی) و ابعاد سلامت - اختلال روانی با به کارگیری مقیاس ۹۰ بُعدی بازبینی شده فهرست نشانه‌ها (SCL-90-R) دروگاتیس که به ارزشیابی مشکلات بدنی شکل، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، هراس، افکار پارانوییدی و روان‌گسستگی می‌پردازد، ارزیابی شدند. نتایج نشان دادند که از بین ابعاد مختلف جهت‌گیری مذهبی در مجموع، کامجویی، سازمان‌نیافتگی مذهبی و ارزش‌سازی، الگوی منسجمی را برای تبیین شاخص کلی اختلالات روانی مطرح می‌سازند.

واژه‌های کلیدی : جهت‌گیری مذهبی، اختلالات روانی، سلامت روانی.

Address for correspondence : Department of Psychology, Tehran University. e-mail:hbahrami@ut.ac.ir

مقدمه

دیدگاه‌های متفاوتی در ادبیات نظری و تجربی در زمینه تأثیر مذهب بر سلامت روانی وجود دارند. با بررسی ۱۳۹ پژوهش که در فاصله سالهای ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۹ در مجله روانپزشکی آمریکا و آرشیوهای روانپزشکی عمومی انتشار یافته بودند، محققان (لارسون، شریل، لیون، کرایجی، تیل من، گرین وود و لارسون، ۱۹۹۲) توانستند وجود ارتباط مثبت بین التزام دینی و بهداشت روانی را تأیید کنند. پژوهش ابراهیمی، سموعی، آرمان و میرزایی (۱۳۸۱) نیز با بررسی اثر اندیشه و عملکرد دینی - معنوی خانواده در دوره‌های مختلف تحول، یکی از عوامل اساسی پیشگیری از انحرافهای روانی - اجتماعی را مطرح ساختند و نشان دادند که سست شدن پایه‌های معنوی خانواده و ضعف اندیشه و رفتار دینی در مراحل تحول با شیوع رفتار بزهکارانه رابطه دارد. همچنین برخی از پژوهشها (مانند کهن، ۱۹۹۰) این نکته را برجسته کرده‌اند که مذهب می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در اثرگذاری بر موقعیتهای تنیدگی^۱ داشته باشد. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مذهبی درونی^۲ اثر رویدادهای غیرقابل کنترل، میزان اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد. بررسی ارتباط تنیدگی^۳، افسردگی و اضطراب با مذهب نیز نشان داده است که بین مذهبی‌بودن و اضطراب رابطه منفی وجود دارد (پرسمن، لیونز، لارسون و استرین، ۱۹۹۰؛ کوئینگ، ۱۹۹۷).

نخستین بار آلپورت و راس (۱۹۶۷) با طرح دو نوع جهت‌گیری مذهبی بیرونی^۴ و درونی رفتارهای متمایز مذهبی را توصیف کردند. بر مبنای این نظریه، در الگوی درونی، مذهب در چهارچوب خود مذهب مورد توجه قرار می‌گیرد، در حالی که در الگوی بیرونی، بر مذهب به دلیل دستاوردهای مذهبی‌بودن تأکید می‌شود. بررسیها نشان داده‌اند که افراد دارای مذهب بیرونی در مقایسه با افراد دارای مذهب درونی بیشتر احساس گناه می‌کنند (فیشر و ریچاردز، ۱۹۹۸).

بررسی ارتباط بین افسردگی و مذهب درونی نیز حاکی

از وجود ارتباط منفی بین این دو عامل بود، اما مذهب بیرونی با افسردگی ارتباط معنادار نداشت (برگین، ۱۹۸۳). علاوه بر پژوهشهای انجام شده در زمینه ارتباط اضطراب و افسردگی با مذهب درونی، ارتباط بین مذهب درونی و حرمت خود^۵ نیز نشان‌دهنده وجود ارتباط منفی بین این دو عامل بود و مذهب بیرونی با حرمت خود ارتباط نداشت (استک، ۱۹۸۳؛ مالتبی، لوپس و دی، ۱۹۹۹).

بنابراین به نظر می‌رسد که با وجود عقاید متفاوت درباره مکانیزمهای احتمالی مرتبط‌کننده دین و سلامت، بین این دو عامل ارتباط مثبت وجود دارد. دین از طریق رفتار فرد در ارتباط با دیگران و نیز از راه ارزشی که ادیان برای ارتباطها قائل‌اند، بر سلامتی تأثیر مثبت می‌گذارد (ترسن، ۱۹۹۹).

در این بین خانواده نیز یکی از ارکان تأثیرگذار بر سلامت روانی است. اندیشه و عملکرد دینی - معنوی خانواده در دوره‌های مختلف تحول می‌تواند یکی از عوامل اساسی پیشگیری از انحرافهای روانی - اجتماعی باشد و سست شدن پایه‌های معنوی خانواده، ضعف اندیشه و رفتار دینی در مراحل تحول با شیوع رفتار بزهکارانه ارتباط دارد (ابراهیمی، سموعی، آرمان و میرزایی، ۱۳۸۱). با این حال کماکان برای درک چگونگی تأثیر مذهب بر سلامت روانی باید مطالعه کرد. به نظر می‌رسد مناسبات مذهب و سلامتی، واجد ملاحظاتی پیچیده و چند بُعدی است و باید بتدریج نظریه‌های موجود در این زمینه را وسعت بخشید. با این توصیف برای درک بهتر مناسبات سلامت و جهت‌گیری مذهبی متناسب با شرایط خاص فرهنگی ایران، پژوهش حاضر با تأکید بر بررسی وجود ارتباط بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی و ابعاد اختلالات روانی شکل گرفته است.

روش

نمونه آماری این پژوهش متشکل از ۱۲۰ دانشجوی دانشگاه تهران در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ بودند و برای

1. stressor

2. intrinsic religious orientation

3. stress

4. extrinsic religious orientation

5. self esteem

تفسیر شخصی از دستورات مذهبی و لذت‌جویی را مشخص می‌سازد.

اعتبار این مقیاس که مراحل هنجاریابی آن از ۱۳۸۱ آغاز شده از طریق بررسی میزان همگرایی و واگرایی با مقیاس‌های مشابه و نیز توانایی ایجاد تمایز بین گروه‌های مذهبی و گروه‌هایی با تمایلات مذهبی کمتر تعیین شده است. قابلیت اعتماد^۶ این مقیاس نیز از طریق بررسی میزان ثبات درونی^۷ ارزیابی شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل نخست ۰/۹۳، برای عامل دوم ۰/۸۶، برای عامل سوم ۰/۷۹ و برای عامل چهارم ۰/۵۷ بود. این نتایج به استثنای آلفای عامل چهارم که در حد متوسط است، در سایر عوامل بالا بوده و حاکی از قابلیت اعتماد مناسب این مقیاس است. همچنین نتایج حاصل از روش دو نیمه‌سازی (P < ۰/۰۰۰ و r = ۰/۸۸) گزارش شده است. برای نمره‌گذاری این مقیاس، شیوه‌ای مبتنی بر تبدیل نمره‌های خام به استاندارد طراحی شده که با توجه به تفاوت نمره‌های آزمودنیها بر اساس سن و جنس، نمره فرد در هر عامل و نیز در کل مقیاس محاسبه می‌شود.

• فرم تجدیدنظر شده فهرست نشانه‌ها (دروگاتیس، ۱۹۷۷) برای بررسی بُعد سلامت - اختلال روانی استفاده شد. این آزمون دارای ۹۰ پرسش است و حالت‌های روانی را در ۹ بُعد شکایت‌های جسمانی^۸، وسواس - بی‌اختیاری^۹، حساسیت بین فردی^{۱۰}، افسردگی^{۱۱}، اضطراب^{۱۲}، خصومت^{۱۳}، هراس^{۱۴}، افکار پارانویید^{۱۵} و روان‌گسستگی^{۱۶} می‌سنجد. بر مبنای میانگین نمره‌های پرسشنامه نیز شاخص شدت کلی نشانه‌ها^{۱۷} (GSI) مشخص می‌شود. این آزمون از سالها پیش در ایران ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. در ایران برای این آزمون در نقطه برش ۰/۴، قابلیت اعتماد ۰/۹۷، حساسیت^{۱۸} ۰/۹۴ و کارایی^{۱۹} ۰/۹۶ را گزارش کرده‌اند (میرزایی، ۱۳۵۹؛ اسماعیلی، ۱۳۷۷). برای هر ماده پرسشنامه ۵ گزینه هیچ (۰) تا به

نمونه‌گیری از روش تصادفی در دسترس استفاده شد. ملاک انتخاب تعداد نمونه، تضمین خطای نوع اول (α) بود که در طرح‌های همبستگی با نمونه‌ای با ۱۰۰ عضو می‌توان پارامترها را بدون تورش برآورد کرد. با توجه به تفاوت‌های موجود در دانشجویان دو دانشکده الهیات و هنرهای زیبا در گرایش‌های مذهبی، این دو دانشکده به عنوان مرجع نمونه‌برداری انتخاب شدند. به منظور بررسی ابعاد جهت‌گیری مذهبی و نیز ابعاد سلامت - اختلال روانی، از دو مقیاس استفاده شده است:

• مقیاس جهت‌گیری مذهبی^۱ (بهرامی احسان، ۱۳۸۳) برای ارزیابی جهت‌گیری مذهبی مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس مبانی این مقیاس، جهت‌گیری مذهبی فرد نسبت به خود، انسان‌های دیگر و سایر پدیده‌های هستی معطوف است. این مقیاس دارای ۴ زیر مقیاس است:

عامل نخست متشکل از عبارتهایی است که به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم رابطه عمیق و قلبی با خدا، رابطه مردم بر اساس آموزه‌های دینی، اتخاذ رفتارهای توصیه شده دینی، عاقبت‌گرایی و توجه به آخرت را نشان می‌دهند. این عامل که مذهب‌گرایی یا جهت‌گیری مذهبی^۲ نام دارد، دارای ۲۸ ماده است.

عامل دوم، استقرار نایافتگی یا سازمان نایافتگی مذهبی^۳ از ۱۹ ماده تشکیل شده است که ویژگی عمومی آن تردید، دودلی، ناخشنودی از زندگی و پریشانی خاطر است.

سومین عامل این مقیاس که ارزنده سازی مذهبی^۴ نامیده می‌شود، به ارزیابی مثبت و قیده‌های جدی در مناسک مذهبی می‌پردازد. در این عامل ارزیابی‌های انعطاف‌ناپذیر از مذهب و رفتارهای مذهبی بررسی می‌شود و مشتمل بر ۹ ماده است.

عامل چهارم با ۸ ماده تحت عنوان کامجویی^۵ لذت‌طلبی و ترجیح آن، عدم اعتقاد عمومی به مذهب،

1. Religious Orientation Scale (ROS)	6. reliability	11. depression	16. psychosis
2. religious orientation	7. internal consistency	12. anxiety	17. general symptom index
3. disorganized religious orientation	8. somatoform	13. hostility	18. sensitivity
4. valuing religious orientation	9. obsessive - compulsive	14. phobia	19. efficiency
5. hedonistic religious orientation	10. interpersonal sensitivity	15. paranoid thought	

- شدت نشانه‌های مثبت: میانگین تعداد علایمی که آزمودنی مثبت گزارش می‌کند (۰-۴).

یافته‌ها

به منظور بررسی روابط بین ابعاد اختلالات روانی - سلامت و ابعاد جهت‌گیری مذهبی، همبستگی بین زیر مقیاسهای SCL-90-R و زیر مقیاسهای جهت‌گیری مذهبی محاسبه شد. نتایج در ماتریس همبستگی بین این ابعاد آمده است (جدول ۱).

شدت (۴) وجود دارد و پاسخ‌دهندگان می‌بایست با در نظر گرفتن تجربه‌های هفته گذشته، میزان مشکلات مطرح شده‌ای را که تجربه کرده‌اند، بر مبنای یکی از پنج گزینه مشخص کنند. این پرسشنامه دارای سه شاخص است:

- شاخص کلی بیماری: که نمره آن میانگین نمره‌های تمام پرسشهاست (۰-۴)؛
- تعداد نشانه‌های مثبت: تعداد علایمی که آزمودنی مثبت گزارش می‌کند (۰-۹)؛

جدول ۱: میزان همبستگی بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی و انواع اختلالات روانی

کامجویی	ارزنده‌سازی مذهبی	سازمان نیافتگی	جهت‌گیری مذهبی	
۰/۲۷۸**	۰/۱۰۴	۰/۱۶۱	۰/۱۰۶	مشکلات بدنی شکل
۰/۰۰۴	۰/۲۹۶	۰/۱۰۱	۰/۳۱۴	
۰/۳۷۹**	۰/۱۰۱	۰/۱۵۹	۰/۱۲۴	وسواس - بی‌اختیاری
۰/۰۰۰	۰/۳۱۲	۰/۱۰۶	۰/۲۳۷	
۰/۳۴۵**	-۰/۰۲۱	۰/۲۴۱*	-۰/۰۳۵	حساسیت در روابط بین فردی
۰/۰۰۰	۰/۸۳۶	۰/۰۱۳	۰/۷۴۲	
۰/۳۸۷**	۰/۲۲۳*	۰/۱۱۰	۰/۲	افسردگی
۰/۰۰۰	۰/۰۲۴	۰/۲۶۳	۰/۰۵۶	
۰/۳۲۹**	۰/۱۰	۰/۲۱۸*	۰/۲۲۹*	اضطراب
۰/۰۰۱	۰/۳۱۹	۰/۰۲۶	۰/۰۲۸	
۰/۲۰۹*	۰/۱۷۶	۰/۱۲۶	۰/۱۹۸	خصوصیت
۰/۰۳۲	۰/۰۷۶	۰/۲۰۱	۰/۰۵۸	
۰/۰۶۹	-۰/۰۰۴	۰/۱۸۶	۰/۱۲۴	هراس
۰/۴۸۱	۰/۹۶۵	۰/۰۵۷	۰/۲۳۹	
۰/۳۵۵**	۰/۲۲۹*	۰/۲۶۷**	۰/۱۷۷	افکار پارانوئید
۰/۰۰۰	۰/۰۲۱	۰/۰۰۶	۰/۰۹۲	
۰/۲۰۱*	۰/۰۶۹	۰/۲۰۵*	۰/۱۵۵	روان‌گسستگی
۰/۰۳۹	۰/۴۹۲	۰/۰۳۶	۰/۱۴۱	
۰/۰۸۹	۰/۱۸۶	۰/۲۵۳**	۰/۱۷۵	نمره‌های اضافی
۰/۳۶۶	۰/۰۶۱	۰/۰۰۹	۰/۰۹۵	
۰/۳۴۱**	۰/۱۵۳	۰/۲۴۶*	۰/۱۸۹	شاخص کلی بیماری
۰/۰۰۰	۰/۱۲۶	۰/۰۱۱	۰/۰۷۲	

* P < ۰/۰۵

** P < ۰/۰۱

حالی که بین سازمان‌نیافتگی مذهبی و چهار شاخص اختلال رابطه معنادار دیده می‌شود. این شاخصها عبارتند از: روان‌گسستگی، افکار پارانوئید، اضطراب و حساسیت

بر اساس یافته‌های پژوهش از مجموع ۹ شاخص مطرح شده در SCL_90_R تنها یکی از شاخصهای اختلال (اضطراب) با جهت‌گیری مذهبی ارتباط دارد. در

شکل همبستگی مثبت دارد. بنابراین، با افزایش کامجویی، نشانه‌های خصومت، روان‌گسستگی، پارانوئید، اضطراب، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، وسواس و مشکلات بدنی شکل نیز افزایش می‌یابد.

با توجه به نتایج جدول ۱، به بررسی چگونگی روابط بین ابعاد مختلف جهت‌گیری مذهبی و شاخص عمومی اختلالها (GSI) بر اساس یک الگوی ترکیبی پرداخته شد. بررسی نتایج در این سطح امکان ارائه یک تفسیر منسجم را فراهم ساخت.

در روابط بین فردی. به عبارت دیگر، با افزایش سازمان‌نیافتگی مذهبی، نشانه‌های روان‌گسستگی، افکار پارانوئید، حساسیت در روابط بین فردی و اضطراب افزایش می‌یابد.

بین ارزنده‌سازی مذهبی و دو اختلال پارانوئید و افسردگی نیز همبستگی معنادار وجود دارد. یعنی با افزایش میزان نارزنده‌سازی مذهبی، نشانه‌های افکار پارانوئید و افسردگی افزایش می‌یابد. کامجویی نیز با خصومت، روان‌گسستگی، افکار پارانوئید، اضطراب، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، وسواس و مشکلات بدنی

جدول ۲: نتایج تحلیل مجموعه متغیرهای پیش‌بین برای برآورد بهترین الگوی پیش‌بین از طریق آماره CP مالو

متغیرهای مشمول	آماره CP	مجذور تعدیل شده R	مجذور R	میانگین مجذورات خطا
BCEF	۳/۸۴	۱۴/۹۵	۱۸/۰۷	۰/۲۵
BCDEF	۵/۲۳	۱۴/۶۴	۱۸/۵۶	۰/۲۴
ABCEF	۵/۶۲	۱۴/۳۲	۱۸/۲۵	۰/۲۴
ABCDEF	۷/۰۰	۱۴/۰۰	۱۸/۷۳	۰/۲۴
ABCF	۷/۸۱	۱۱/۷۰	۱۴/۹۳	۰/۲۴
ABEF	۸/۷۰	۱۰/۹۷	۱۴/۲۴	۰/۲۵
BCF	۷/۸۲	۱۰/۹۰	۱۳/۳۵	۰/۲۵
ABCDF	۹/۷۵	۱۰/۹۰	۱۴/۹۹	۰/۲۵
BCDF	۹/۱۴	۱۰/۶۱	۱۳/۸۹	۰/۲۵
BEF	۸/۳۰	۱۰/۵۱	۱۲/۹۷	۰/۲۵
ABDF	۱۰/۳۳	۱۰/۴۲	۱۴/۵۳	۰/۲۵
BCDE	۹/۴۵	۱۰/۳۵	۱۳/۶۴	۰/۲۵
BCE	۸/۵۱	۱۰/۳۴	۱۳/۸۱	۰/۲۵
ABCDE	۱۱/۳۰	۹/۶۲	۱۳/۷۷	۰/۲۶
ABC	۱۰/۱۱	۹/۰۵	۱۱/۵۵	۰/۲۶
BF	۱۰/۷۵	۷/۷۷	۹/۴۶	۰/۲۶
BDF	۱۲/۱۳	۷/۴۰	۹/۹۵	۰/۲۶
BC	۱۱/۴۸	۷/۱۹	۸/۸۹	۰/۲۶
BE	۱۲/۴۰	۶/۴۵	۸/۱۶	۰/۲۶
CF	۱۴/۰۰	۵/۱۶	۶/۹۰	۰/۲۷
B	۱۴/۰۶	۴/۴۰	۵/۲۷	۰/۲۷
AC	۱۴/۹۵	۴/۳۹	۶/۱۵	۰/۲۷
F	۱۵/۹۲	۲/۹۲	۳/۸۱	۰/۲۸
C	۱۷/۰۹	۱/۹۸	۲/۸۸	۰/۲۸
E	۱۸/۵۵	۰/۸۲	۱/۷۳	۰/۲۸
A	۱۹/۰۷	۰/۴۱	۱/۳۲	۰/۲۸
	۱۸/۷۴	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۲۸

همچنین می توان ضرایب متغیرهای پیش بین را در تبیین مقادیر تغییر متغیر وابسته با استفاده از جدول ۵ استخراج کرد. صرف نظر از جنس که در مدل دارای وزن و جایگاه معناداری نیست، هر سه متغیر سازمان نیافتگی مذهبی، ارزشه سازی مذهبی و کامجویی قادرند شاخص عمومی اختلالها را به نحو معناداری را پیش بینی کنند.

جدول ۵: ضرایب تحلیل رگرسیون چندگانه

الگو	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	بتا	t	
(ثابت)	۰/۶۰۲	۰/۴۵۶		۱/۳۲۲	۰/۱۸۹
سازمان نیافتگی	۲/۴۱۸	۰/۰۰۶	۰/۳۶۹	۴/۱۷۳	۰/۰۰۰
ارزشه سازی مذهبی	۲/۳۷۸	۰/۰۰۶	۰/۳۳۴	۳/۸۳۱	۰/۰۰۰
کامجویی	۵/۲۶۴	۰/۰۱۲	۰/۳۳۳	۴/۲۳۱	۰/۰۰۰
جنس	۰/۱۵۵	۰/۰۸۵	۰/۱۵۷	۱/۸۲۲	۰/۰۷۱

بر اساس نتایج به دست آمده معادله پیش بین را می توان چنین خلاصه کرد:

$$+ (۲/۳۸) \times (\text{ارزشه سازی مذهبی}) + (۵/۲۶) \times (\text{کامجویی}) = \text{شاخص اختلالهای روانی} \\ + ۰/۶ + (۲/۴۱) \times (\text{سازمان نیافتگی مذهبی})$$

بحث

نتایج این پژوهش نشان می دهند که از مجموعه مؤلفه های مذهبی، بالاترین مقدار همخوانی با نشانه های اختلال، به ترتیب در بُعد کامجویی، سازمان نیافتگی و ارزشه سازی مذهبی مشاهده می شود. نشانه های کامجویی می توانند مؤید پایداری اندک فرد به آموزه های دینی باشند. فرد کامجو به دنبال کامیابی های فوری بدون توجه به اصول مذهبی است. عدم دستیابی به الگوی استقرار یافته و اطمینان بخش مذهبی که بر مبنای بُعد سازمان نیافتگی مشخص می شود، احتمال بروز اختلال در فرد را به دلیل کاهش احساس ایمنی افزایش می دهد. ارزشه سازی نیز مبین سود جستن فرد از رفتارهای مذهبی برای کسب وجهه اجتماعی مورد تأیید و یا غلبه

به منظور بررسی روابط بین همه متغیرهای پیش بین، ابعاد مختلف جهت گیری مذهبی و شاخص عمومی اختلالها، ابتدا از الگوی تحلیلی و آماره مالو CP استفاده شد. این آماره با توجه به مجموعه ای از معادله های ممکن از یک ردیف متغیر، بهترین الگوی قابل استفاده از متغیرهای پیش بین را معرفی می کند. برای کسب حداکثر توان تبیین، متغیرهای جهت گیری مذهبی، سازمان نیافتگی مذهبی، ارزشه سازی مذهبی و کامجویی و از متغیرهای جمعیت شناختی، جنس و نوع دانشکده نیز مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل مالو در جدول ۲ آمده است.

تحلیل مالو ابتدا تک تک متغیرها و سپس دو به دو و در نهایت همه انواع ترکیبهای متغیرهای پیش بین را برای تبیین متغیر وابسته، آزمایش می کند. بر اساس این جدول، می توان الگوی را انتخاب کرد که واجد حداکثر مجذور R، حداقل میانگین مجذورات خطا (MSE) و حداقل مقدار CP باشد. با در نظر گرفتن این ملاکها از مجموعه متغیرهای پیش بین، متغیرهای سازمان نیافتگی مذهبی (B)، کامجویی (C)، ارزشه سازی مذهبی (E) و جنس (F) بالاترین توان را برای تبیین متغیر وابسته (GSI) نشان دادند. بدین ترتیب تحلیل رگرسیون تنها با استفاده از الگوی پیشنهادی مالو اجرا شد. بر مبنای تحلیل های انجام شده، رگرسیون در سطح $P < ۰/۰۰۰$ معنادار است (جدولهای ۳ و ۴).

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره

الگو	رگرسیون	مجذور رگرسیون	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۵۳۲	۰/۲۸۳	۰/۴۲۵

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس

الگو	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	F	معناداری
رگرسیون	۴	۱/۷۲۸	۶/۹۱۱	۹/۵۷۶	۰/۰۰۰
باقیمانده	۹۷	۰/۱۸۰	۱۷/۵۰۱		
کل	۱۰۱		۲۴/۴۱۲		

• مذهب به عنوان یک پدیده اجتماعی، واجد کهن‌ترین شبکه اجتماعی حمایت خویش است. آموزه‌های مذهبی در خصوص ایثار، مهر و محبت، کمک و یاری واجد الگوهای کارآمد و اصیل هستند. از این منظر، مذهب می‌تواند به عنوان گروه حمایتگر ایفای نقش کند. در چنین شرایطی البته دریافت حمایت از گروه‌های مرجع مذهبی هنگام مواجهه با مشکلات کاملاً طبیعی خواهد بود. الگوی پیشنهادی هریس، ترسن، مک کالاف و لارسون (۱۹۹۹) از این جمله است.

با این توصیف به نظر می‌رسد، اثر مذهب بر سلامت روانی محصول سه فرایند متمایز و در عین حال مکمل یکدیگر است. اکتساب مهارت‌های مقابله مذهبی، درونی‌سازی ویژگیها و خصایص بر آمده از آموزه‌های مذهب در سطح شخصیت و در نهایت قرار گرفتن در شبکه حمایت‌های اجتماعی مذهبی.

با این حال تبیین مکانیزم‌های اساسی تأثیر مذهب نیازمند بحث و پژوهش‌های بیشتر است. اگرچه پژوهش حاضر به درک روابط مذهب و سلامت روانی یاری می‌کند، اما ابعاد و چگونگی این تأثیر نیازمند بررسی‌های طولی است. بررسی‌های مقطعی تنها برشهایی از واقعیت را مسجل می‌سازند و برای دریافت عمیقتر، بررسی درازمدت تأثیر مذهب ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- ابراهیمی، ا.، سموعی، ر.، آرمان، س. و میرزایی، ف. (۱۳۸۱). بررسی نقش تاریخچه و تجارب مذهبی / معنوی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری - اجتماعی دختران جوان. اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان ایران.
- اسمعیلی، غ. (۱۳۷۷). *هنجاریابی آزمون SCL-90-R و مقایسه سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران به منظور ارزیابی خدمات مشاوره*. پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- بهرامی احسان، ه. (۱۳۸۳). *هنجاریابی آزمون جهت‌گیری مذهبی*. گزارش پژوهش، دانشگاه تهران.

بر تعارض‌های درونی است. بدین ترتیب در این بُعد، میزان ابتلای فرد به اختلال‌های روانی با احراز هویت اجتماعی مورد تأیید و کسب توانمندی در مقابله با تعارضها تغییر می‌کند. این یافته‌ها با روند کلی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه هماهنگ‌اند و نشان می‌دهند که التزام دینی و درون‌سازی مذهبی واجد کنش مثبت همراه با سلامت روانی است (کوهن، ۱۹۹۰؛ لارسون شریل، لیون، کرایجی، تیل من، گرین وود و لارسون، ۱۹۹۲؛ ابراهیمی، سموعی، آرمان و میرزایی، ۱۳۸۱؛ بهرامی احسان، ۱۳۸۳).

اما فراتر از توافق کلی پژوهشها، بحث اساسی این است که چگونه مذهب می‌تواند در خدمت سلامت روانی قرار گیرد. آیا آموزه‌های مذهبی با مهار کردن رفتارهای موقعیتی افراد و با کاهش تنیدگی، سلامت روانی فرد را تضمین می‌کنند؟ آیا مذهب در طول اکتساب و درونی‌سازی خود، منجر به شکل‌گیری شخصیت سالم می‌شود؟ آیا مذهب شبکه‌ای از حمایتها را فراهم می‌سازد؟ اگرچه پاسخ دادن به هر یک از این پرسشها نیازمند یک پژوهش جداگانه است، اما می‌توان برآیند تحول اکتساب مذهب را در محورهای زیر خلاصه کرد:

• مذهب به عنوان یک الگوی عملیاتی رفتار، قادر است تا اصول رهنموددهنده‌ای را برای مواجهه با پدیده‌ها ارائه دهد و موجب شود تا فرد مذهبی با تمرین و تکرار این اصول، به الگویی کارآمد برای مقابله با رویدادها و حوادث دست یابد. در تبیین این دیدگاه می‌توان به نظریه پارگامنت، کوئینگ و پرز (۲۰۰۰) استناد کرد.

• مذهب می‌تواند در فرایند اکتساب و درونی‌سازی، به ساختارهای شخصیتی سالمتر و مطلوبتر منجر شود. در این زمینه چهارچوب‌های مذهبی، الگویی را ارائه می‌دهند که منجر به شکل‌گیری خصیصه‌ها یا ویژگی‌های تعدیل‌یافته‌تر شخصیتی می‌شود و یا آموزه‌های مذهبی امکان شکل‌گیری الگوی شخصیتی تکامل‌یافته‌تری را فراهم می‌آورند. نمونه این تبیین را می‌توان در دیدگاه مک‌کر (۱۹۹۹) در خصوص غلبه بر احساس‌های کینه‌توزانه و ایجاد خلق‌های شخصیتی جدید یافت.

- C. JR., 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, 557-559.
- Maltby, J., Lewis, C. A., & Day, L. (1999).** Religious orientations and psychological well-being : The role of the frequency of personal prayer. *British Journal of Health Psychology*, 4, 363-368.
- McCare, R. R. (1999).** Mainstream personality psychology and the study of religion. *Journal of Personality*, 67, 1209-1218.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000).** The many methods of religious coping : Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pressman, P., Lyons J. S., Larson D. B., & Strain. J. J. (1990).** Religious belief, depression and ambulation status in elderly women with broken hips. *American Psychiatric Association*, 147, 758-760.
- Stack, S. (1983).** The effect of religious commitment on suicide : A cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 362-374.
- Thoresen, C. E. (1999).** Spirituality and health : Is there a relationship? The rule of spiritual and religious factors in health. *Journal of Health Psychology*, 4, 291-300.
- میرزایی، ر. (۱۳۵۹).** ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967).** Persons religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432 – 443.
- Bergin, A. E. (1983).** Religiosity and mental Health : A critical reevaluation and meta-analysis. *Research and Practice*, 14, 170-184.
- Cohen, J. (1990).** Things I have learned (so far). *American Psychologist*, 45, 1304-1312.
- Derogatis, L. (1977).** *SCL-90-R administration, scoring and procedures manual*. Baltimore, MD : John Hopkins University Press.
- Fischer, L., & Richards, P. S. (1998).** *Protecting the sacred and expressions of rituality : Findings between religious orientation and guilt*. Retrieved April 23, 2005 From : <http://www.le.ac.uk/psychology/jm148/paptrap>.
- Harris, A. H. S., Thoresen, C. E., McCullough. M. E., & Larson, D. B. (1999).** Spiritually and religiously oriented health interventions. *Journal of Health Psychology*, 4, 413-433.
- Koenig, H. G. (1997).** *Is religious for your health? : Effects of religious on mental and physical Health*. Binghamton, New York : Haworth Pastoral Press.
- Larson, D. B., Sherril, K. A., Lyons, J. S., Craigie, F.**