

دین و سلامت؛ فراتحلیلی بر مطالعات و پژوهش‌های دین‌داری و سلامت روان در ایران (مورد مطالعه: پژوهش‌های انجام شده در دهه ۸۰ و نیمه اول دهه ۹۰)

محسن نیازی^۱، * سید سعید حسینی‌زاده آرانی^۲، فاطمه یعقوبی^۳، ایوب سخایی^۴، سیده مهدیه امیری دشتی^۵

۱. استاد گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان.

۲. مدرس دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات فرهنگی، دانشگاه کاشان.

۴. دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه کاشان.

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات فرهنگی، دانشگاه کاشان.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۴/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۲/۲۰)

Religion and Health; Meta-analysis on Studies and Research on Religiosity and Mental Health in Iran (Case Study: Research in the 80's and the first half of the 90's)

Mohsen Niazi¹, * Seyyed Saied Hoseynizadeh Arani², Fatemeh Yaghoubi³, Ayoub Sakhaei⁴, Seyyed Mahdiah Amiri Dashti⁵

1. Professor in Social Sciences, University of Kashan.

2. Teacher of Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. Master student of Cultural Studies, University of Kashan.

4. Ph.D. in Sociology, University of Kashan.

5. Master student of Cultural Studies, University of Kashan.

(Received: Jul. 03, 2018 - Accepted: May. 10, 2019)

Abstract

Objective: Today, psychological problems are rising dramatically in all societies, and it is expected that mental disorders will turn into the world's worst health problem by 2020. In this regard, one of the important factors in the prevention of psychological problems is religion and religiosity. Therefore, the purpose of this study is to provide a meta-analysis of studies and research on religiosity and mental health in Iran. **Method:** The method of this research is quantitative and its main approach is meta-analysis. The statistical population of this study was the studies carried out in the form of various scientific articles in the field of social sciences in the years 2001 and the first half of the nineties of which 16 cases were selected according to screening criteria. **Results:** Statistical studies of these studies showed that the size of the effect of studies was heterogeneous and there was no bias in the publication of the studies under study with a confidence level of 99 percent. In the analytical dimension, the coefficient of effect size and the role of gender variable adjustment were evaluated using the second version of CMA software. The results showed that the size of effect or coefficient of religiosity effect on mental health was equal to 11/0 which according to Cohen's interpretative system, is slightly evaluated. This coefficient was also evaluated for men (14/0) above women (07/0). **Conclusion:** The level of religiosity of the community at a lower level can explain their mental health level.

Keywords: Religiosity Studies, Gender, Mental Health, Meta-analysis.

چکیده

مقدمه: امروزه مشکلات روحی و روانی در جوامع مختلف افزایش چشمگیری یافته و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ اختلالات روانی به یکی از بزرگ‌ترین مشکل سلامتی در جهان تبدیل شود. در این زمینه، یکی از عوامل مهم در پیشگیری از مسائل و مشکلات روانی، دین و دین‌داری است. لذا هدف از پژوهش حاضر، فراتحلیلی بر مطالعات و پژوهش‌های دین‌داری و سلامت روان در ایران می‌باشد. روش: روش این پژوهش کمی و رویکرد اصلی آن، فراتحلیل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، مطالعات به انجام رسیده در قالب انواع مقالات علمی حوزه علوم اجتماعی و در سال‌های ۱۳۸۰ و نیمه اول دهه نود است که از بین آن‌ها، ۱۶ مورد با توجه به ملاک‌های غربالگری گزینش شده‌اند. یافته‌ها: بررسی‌های آماری این پژوهش‌ها نشان داد که اندازه اثر مطالعات ناهمگن بوده و سوگیری در انتشار مطالعات مورد بررسی با ضریب اطمینان ۹۹ درصد وجود نداشته است. در بعد تحلیلی، ضریب اندازه اثر و نقش تعدیل‌کنندگی متغیر جنسیت با به‌کارگیری نسخه دوم نرم‌افزار CMA مورد ارزیابی قرار گرفتند، نتایج حاصله نشان دادند که اندازه اثر یا ضریب تأثیر دین‌داری بر سلامت روان معادل ۱۱/۰ می‌باشد که برحسب نظام تفسیری کوهن، در حد اندکی ارزیابی می‌شود. همچنین این ضریب برای مردان (۱۴/۰) بالاتر از زنان (۰۷/۰) ارزیابی شد. نتیجه‌گیری: میزان دین‌داری افراد جامعه در حد کمی می‌تواند سطح سلامت روان آن‌ها را تبیین کند.

واژگان کلیدی: پژوهش‌های دین‌داری، جنسیت، سلامت روان، فراتحلیل.

* نویسنده مسئول: سید سعید حسینی‌زاده آرانی

* Corresponding Author: Seyyed Saied Hoseynizadeh Arani

Email: Hoseynizadeh69@ut.ac.ir

مقدمه

همکاران، ۱۳۹۷). به طور کلی، سلامت روان یعنی اینکه فرد بتواند عملکرد موفق و عالی از نظر تفکر، خلق و خو و رفتار داشته باشد. همچنین روابط مثبتی با دیگران برقرار کند، با مشکلات و استرس‌ها و ناملايمات زندگی کنار آید و توانایی کمک به دیگران را هم داشته باشد (باورصاد و همکاران، ۱۳۹۳).

طی چندین دهه اخیر، بعد روانی سلامت در بسیاری از کشورهای جهان (به‌ویژه کشورهای جهان سوم)، به دلیل توجه اصلی به سایر اولویت‌های بهداشتی از جمله بیماری‌های واگیردار عفونی در گذشته و یا بیماری‌های مزمن در عصر حاضر، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، نیم‌نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، حاکی از بحرانی بودن وضعیت سلامت روان است، به طوری که در حدود ۹۱۹ میلیون نفر در جهان از اختلال‌های روان پزشکی رنج می‌برند. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، از هر چهار نفر در جهان، در طول زندگی به یکی از اختلال‌های روان پزشکی مبتلا خواهد شد و در هر زمان، حدود ۱۹ درصد از جمعیت بزرگسالان به اختلال‌های روانی مبتلا هستند. در بررسی سال ۲۰۱۲ سازمان بهداشت جهانی، شیوع اختلال روانی مادام‌العمر، در میان بیش از یک سوم پاسخ‌دهندگان در پنج کشور (کلمبیا، فرانسه، نیوزلند، اوکراین و آمریکا) و بیش از یک چهارم در شش کشور (بلژیک، آلمان، لبنان، مکزیک، هلند

قرن بیستم بیش از تمام تاریخ بشریت، دستخوش دگرگونی‌های متعدد از نظر شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی و مسائل بهداشتی شده است. تلاش شتاب‌زده برای صنعتی شدن و گسترش شهرنشینی و زندگی ماشینی که لازمه آن قبول شیوه‌های نوین برای زندگی است، اثر معکوسی بر زندگی انسان گذاشته و مسائل بهداشتی جدیدی را به بار آورده است (پن‌دین و کاکوجویباری، ۱۳۹۲). از این حیث، مسئله سلامت به ویژه در ابعاد ذهنی و روانی آن در کانون توجه بسیاری از مجامع علمی قرار گرفته است. مفهوم سلامت روان، در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت و حالت خاصی از روان است که سبب بهبود، رشد و کمال شخصیت انسان می‌گردد و به فرد کمک می‌کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد. آدلر (۲۰۱۲) سلامت روان را داشتن اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به هم‌نوعان و کنترل عواطف و احساسات خود می‌داند (سورانی، ۱۳۹۷). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) در تعریف از سلامت روان، تأکید می‌کند داشتن سلامت روانی به فقدان اختلالات روانی منجر نیست، بلکه وضعیتی از بهزیستی و رفاه است که بر اساس آن، فرد بتواند توانایی‌ها و استعداد خود را محقق سازد و قابلیت سازگاری با فشارهای طبیعی زندگی روزمره را داشته باشد و با فعالیت‌های سودمند و مفید، در جامعه خود بتواند تأثیر داشته باشد (بهروزی و

جامعه - شناسان در تجزیه و تحلیل این مسئله فراگیر، اذعان داشته‌اند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیتی زیست‌شناختی و یا روان‌شناختی نیستند، بلکه به‌طور هم‌زمان، دارای ابعاد و ماهیتی اجتماعی نیز می‌باشند. عوامل اجتماعی همان‌گونه که می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقاء سلامتی ایفا نمایند، در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی‌اند. به سخن دیگر، گرچه تردیدی نیست که افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند، اما مسئله این است که میزان این تفاوت‌ها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهم‌تر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند، به مراتب بیشتر می‌شود» (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹). از این رو توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان اهمیت بسیار زیادی می‌یابد که یکی از مهم‌ترین این عوامل، میزان دین‌داری (تدین، معنویت، جهت‌گیری دینی و رفتارهای مذهبی) افراد هست.

از نظر جامعه‌شناسی و مردم‌شناسی، دین واقعیتی تاریخی - اجتماعی و نهادی اولیه است که به‌عنوان یک نظام معرفتی و فرهنگی مهم، در دوره‌های مختلف تاریخی حضوری فعال داشته است. دین، سنگ بنای سامان اجتماعی است و منبعی برای ارزش‌های اجتماعی بوده، تجلی روح جمعی است و عامل همبستگی و یکپارچگی جامعه محسوب می‌شود (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۵). اندیشمندان حوزه جامعه‌شناسی دین از جمله وبر و دورکیم،

و آفریقای جنوبی) و بیش از یک ششم در چهار کشور (اسرائیل، ایتالیا، ژاپن و اسپانیا) یافت شد (نوربالا و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران نیز نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی، کمتر از سایر کشورها نیست، به‌طوری‌که در پژوهش یعقوبی و همکاران (۱۳۹۳) علائم اختلال‌های روانی در ۴۳/۷ درصد از دانشجویان مورد بررسی قابل مشاهده بود. همچنین بر اساس آنچه مطالعات رسمی سیمای سلامت ایرانیان خوانده می‌شود، در میان ۸۰ میلیون ایرانی، حدود ۱۲ و نیم میلیون نفر نشانه‌هایی از اختلالات روانی دارند که از این میان حداقل ۲/۲ میلیون در سال ۹۵ به مراکز روانشناسی مراجعه و درمان شده‌اند. این آمار میزان ابتلا به اختلالات روانی را در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور ۲۳/۶ درصد می‌داند که نسبت آن در مردام کمتر از زنان است. همچنین با استناد به آمار موسسه گالوپ در سال ۲۰۱۷ که کشورها را بر اساس میزان پرخاشگری افراد جامعه دسته‌بندی کرده و ایران در رتبه نخست قرار گرفته، درباره شرایط نگران‌کننده جامعه ایرانی در زمینه اختلالات روانی هشدار داده شده است (دانشنامه روانشناسی مردمی، ۱۳۹۷). بدین لحاظ «مشکلات روحی و روانی در جوامع امروزی افزایش چشمگیری یافته و حدوداً از هر ۶ نفر یک نفر این اختلالات را تجربه کرده است و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ اختلالات روانی به بزرگ‌ترین مشکل سلامتی در جهان تبدیل شود» (باورصاد و همکاران، ۱۳۹۳). بسیاری از

تأثیرات دین‌داری بر سلامت روان نشان داده‌اند. کوئینگ^۱ (۲۰۰۴) بیان می‌کند که تا قبل از سال ۲۰۰۰ بیش از ۷۰۰ تحقیق کمی در حیطه رابطه بین معنویت و مذهب با سلامت روان صورت گرفته است که نزدیک به ۵۰۰ مورد از آن‌ها وجود رابطه بین دین‌داری با سلامت روان را تأیید کرده‌اند (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵: ۶). با این وجود، یافته‌های این مطالعات در برخی موارد به وضوح ارتباط مابین دین و سلامت روانی را نشان نمی‌دهند؛ به طوری که بعضی از این مطالعات هیچ‌گونه رابطه معنی‌داری بین این دو پدیده نمی‌بینند و یا اینکه بر این باورند که این دو قضیه هیچ ارتباطی باهم ندارند. به عنوان مثال، در پژوهش‌های فیروزی و همکاران (۱۳۹۲)، رابطه معنی‌داری میان دینداری و برخی شاخصه‌های سلامت روان نظیر افسردگی وجود نداشته و نتایج پژوهش صدری و جعفری (۱۳۸۹) نیز نشان داده است که رابطه معنی‌داری میان باورهای دینی و مذهبی با سلامت روان وجود ندارد. در پژوهش چراغی و مولوی (۱۳۸۵) میزان دینداری افراد مورد بررسی در بعد پیامدی تأثیری بر سلامت روان آنان نداشت. بدین لحاظ گستردگی و پراکندگی مطالعات در این حوزه و رواج رویکردهای متعدد، لزوم انجام پژوهشی منسجم جهت نیل به تصویری جامع‌تر از وضع موجود موضوع و نیل به نقایص و کاستی‌های حوزه پژوهش و ارائه تصویر و چشم‌اندازی یکپارچه از یافته‌های

معتقدند که مذهب و اعتقادات دینی افراد بر رفتارهای دیگر آنان از جمله رفتارهای اقتصادی، اخلاقی و اجتماعی و نیز سلامت انسان‌ها تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، آنچه انسان‌ها از دینشان درک می‌کنند ممکن است به طور مستقیم در تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای بیرونی آن‌ها در اجتماع نمود پیدا کند و در واقع، اینکه ما پیرو دینی باشیم در شکل‌گیری افراد و رفتارها و کنش‌های ما تأثیرگذار است (قاضی‌نیا و اکبرنژاد، ۱۳۹۷). دین چهره جهان را در نزد فرد دین‌دار دگرگون می‌سازد و فرد دین‌دار خود را تحت حمایت و لطف همه‌جانبه خداوند می‌بیند و بدین ترتیب احساس آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط استرس‌زای زندگی، برخورداری از حمایت اجتماعی و غیره، همگی از جمله منابعی هستند که افراد دین‌دار با استعانت از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شده و از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشند. همچنین، گرایش به فعالیت‌های مذهبی در کاهش افکار خودکشی و اقدام به آن، رفتارهای جنسی پیش از موعد و بزهکاری اثر مثبت دارد (محمودصالحی و همکاران، ۱۳۹۴). بدین ترتیب، پیرو اهمیتی و نقشی که عنصر تدین و دین‌داری در کاهش اختلالات روانی دارد، شمار زیادی از پژوهشگران در حوزه‌های علوم اجتماعی، علوم رفتاری و پزشکی، علایقشان را برای مطالعات

علمی در این حوزه را ایجا ب کرده است. با توجه به این مسئله، تلاش شده است تا در این پژوهش با به کارگیری روش شناسی فرا تحلیل، به بررسی ارتباط میان دین داری و سلامت روان در جامعه آماری پژوهش های صورت گرفته در داخل کشور پرداخته شود.

مبانی نظری: در این قسمت، نخست مفاهیم دین داری و سلامت روان و آراء متفکران اصلی هر حوزه به مورد بحث و بررسی گذاشته شده و سپس ارتباط این دو مفهوم در قالب نظریه ها و رویکردهای موجود تشریح می شود.

۱. **دین و دین داری:** مطالعه دین و دین داری از دیدگاه جامعه شناسی با تاریخی طولانی و مناقشات فراوان همراه بوده و همواره ارائه تعریفی از دین و دین داری کاری سخت و بحث برانگیز به شمار رفته است. در این زمینه، عمدتاً مذهب به عنوان عامل به وجود آورنده هویت مشخص برای معتقدانش و دین داری نیز به عنوان احساس تعلق و تعهد به دین و جامعه دینی از گذشته تاکنون وجود داشته است و همواره راهنمای مسیر زندگی افراد دین دار بوده است (میرفردی و همکاران، ۱۳۹۶). به طور کلی، منظور از دین داری یا تدین، عبارت است از التزام به دین مورد قبول خویش. این التزام مجموعه ای از اعتقادات، احساسات و اعمال فردی و جمعی است که حول خداوند (امر قدسی) و رابطه ایمانی با او دور می زند (تقوی و اصلانی، ۱۳۹۶). اغلب جامعه شناسان در وهله اول در تفکر اجتماعی خود، دین و نقش

اجتماعی آن را مورد نظریه پردازی قرار داده اند. سن سیمون دین را برای حفظ حیات اجتماعی و معنی ضروری دانسته و در نظر پیروان وی، دین عامل پیوندی برای جامعه تلقی گشته است (شجاعی زند، ۱۳۹۱). کُنت به ابعاد سه گانه دین یعنی عقاید، عواطف و عمل بر حسب ابعاد سه گانه وجودی انسان اشاره کرده است. وی دین را زمینه ساز گسستن اختلافات فردی در جهت غلبه بر تمایلات فردگرایانه انسان ها، عامل ایجاد نوع دوستی، مشروعیت بخشی و ثبات در هر حکومت و تنظیم کننده رابطه فرماندهی و فرمان بری در هر قدرت اجتماعی محسوب می کند (همیلتون^۱، ۱۳۹۷). نزد دورکیم^۲ (۱۹۶۸) دین بیان ارزش های اخلاقی یک اجتماع و باور داشت های دسته جمعی آنان است: نظامی از عقاید و اعمال منتسب به اشیاء و امور مقدس که همه مؤمنان را در یک اجتماع معنوی واحد (ملت یا کلیسا) یا یک تشکیلات دینی گرد هم می آورد. دورکیم بر این باور است که دین از طریق مناسک و مراسم مذهبی، همبستگی و انسجام اجتماعی را ایجاد و حفظ می کند (گیدنز^۳، ۱۳۹۷). نزد ماکس وبر دین عبارت است از نوع خاصی از رفتار در یک زندگی اجتماعی که باید به مطالعه و بررسی شرایط و نیز آثار آن پرداخت و آلپورت^۴ (۱۹۵۰) میان دو نوع نهادی شده دین و درونی شده دینی تمایز می گذارد تا ارتباط گرایش های مختلف را به این دو مقوله نشان می دهد (گنجی

1. Hamilton
2. Dourkeim
3. Gidenz
4. Alport

و هلالی ستوده، ۱۳۹۰). علیرقم کارکردهای اجتماعی دین، روانشناسان دین بر نقش دین در تسکین آلام و کاهش ناامیدی بشر در زندگی اجتماعی، افزایش تحمل پذیری، تمکین توأم با آرامش و سرسپردگی و بالاخره دستیابی به نوعی تشقی روانی، ایجاد شخصیت همساز و غیرمنزوی تأکید کرده‌اند.

موضوع مهم در تبیین دین، یک‌بعدی یا چندبعدی دانستن آن است. تحقیقات اخیر نشان‌دهنده این موضوع است که اغلب پژوهشگران به سمت چندبعدی دین گرایش یافته‌اند. واج^۱ (۱۹۵۱) برای نخستین بار این نکته را مطرح کرد که تجربه دینی ادیان دارای سه بعد است که عبارت است از بعد مفهومی یا نظری، آیینی یا عملی و جامعه‌شناختی یا جمع، اما گلارک و استارک توجه پژوهشگران را به سوی تعریف چندبعدی از دین جلب کرد (همان، ۱۰۲). بر اساس مدلی که این دو محقق ارائه دادند، در همه ادیان دنیا به‌رغم تفاوت‌های موجود در جزئیات، ابعاد مشترکی وجود دارد. این ابعاد شامل ابعاد اعتقادی، تجربی، پیامدی، مناسکی و فکری هستند. بعد اعتقادی یا باورهای دینی عبارت است از باورهایی که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آن‌ها اعتقاد داشته باشند. بعد تجربی یا عواطف دینی ناظر بر عواطف، تصور و احساسات مربوط به داشتن رابطه با خدا یا واقعیتی غایی است. بعد مناسکی یا اعمال دینی شامل عبادات و اعمال مورد تأکید دین است. بعد فکری یا دانش دینی

مشمول بر اطلاعات و دانستنی‌های مبنایی معتقدات هر دین است که مورد انتظار است پیروان هر دین آن‌ها را بدانند. بعد پیامدی یا آثار دینی شامل انعکاس چهار بعد مذکور در زندگی روزمره پیروان آن است.

۲. سلامت روان: در زندگی امروز بیش از هر زمان دیگری شاهد تجارت تنش زایی هستیم که بهداشت و سلامت روان افراد را به مخاطره می‌اندازد. سلامت روان نوعی وضعیت ذهنی است که با شماری از متغیرهای درونی و بیرونی در ارتباط هست و از فقدان بیماری تا احساس رضایت و لذت بردن از زندگی را در برمی‌گیرد. دی مائو^۲ (۱۳۷۸) سلامت روان را عبارت از قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خود، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله موفق با فشارهای روانی می‌داند (گروسی و شبستری، ۱۳۹۰). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) در تعریف از سلامت روان، تأکید می‌کند داشتن سلامت روانی به فقدان اختلالات روانی منجصر نیست، بلکه وضعیتی از بهزیستی و رفاه است که بر اساس آن، فرد بتواند توانایی‌ها و استعداد خود را محقق سازد و قابلیت سازگاری با فشارهای طبیعی زندگی روزمره را داشته باشد و با فعالیت‌های سودمند و مفید، در جامعه خود بتواند تأثیر داشته باشد (بهریزی و همکاران، ۱۳۹۷). این مفهوم تا مدت‌ها با اتکا به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف شده است. اما امروزه با تغییر رویکرد

بیماری انگار و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامت فقط روی یک محور که یک سوی آن بیماری و نهایتاً مرگ و در دیگر سو، سلامت افراد قرار داشته باشد، در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه از نظر کورتیس مفهوم سلامت، حال کامل، آسایش، کامیابی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی را در بر می‌گیرد و صرف فقدان بیماری یا معلولیت نیست (صفاری و همکاران، ۱۳۹۳).

بدین لحاظ سلامت روان تنها شامل نداشتن بیماری روانی نیست بلکه شامل توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به صورت تقابل انعطاف و معنی‌دار است. تاکنون دیدگاه‌های متعددی پیرامون تشریح وضعیت سلامت روان افراد جامعه و عوامل معین آن شکل پذیرفته است. به عنوان مثال «رویکرد رفتارگرایی، بر این استدلال است که بهداشت روانی و سلامت، بر محرک‌ها و محیط وابسته است. آنچه در سایر مکاتب بیماری روانی محسوب می‌شود، از دیدگاه رفتارگرایان، رفتاری قلمداد می‌گردد که مانند سایر رفتارها آموخته می‌شود. کسی که دارای سلامت روانی است رفتارش با محیطی معین و نوعی بهنجاری رفتاری سازگاری دارد. از دیدگاه انسان‌گرایی، سلامت روانی یعنی ارضای نیازهای سطوح پایین و رسیدن به سطح شکوفایی، هر عاملی که فرد را در سطح نیازهای سطوح پایین نگه دارد و از خودشکوفایی او جلوگیری کند، اختلال رفتاری به وجود خواهد آورد و سلامت فرد را با مشکل مواجه خواهد ساخت. در برخی

نظریه‌های شخصیت، سلامت روان تحت عنوان «شخصیت سالم» مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. در این نظریه‌ها، ویژگی‌های افراد سالم و ملاک‌های سلامت روانی مشخص گردیده است. بر مبنای نظریه شخصیت سالم راجرز، اساسی‌ترین انگیزه رفتار آدمی، خودشکوفایی و مهم‌ترین مفهوم نظریه وی خویشتن است. راجرز خویشتن را شامل خویشتن واقعی و آرمانی می‌داند. فاصله زیاد میان خود واقعی و آرمانی به نارضایتی منجر می‌شود. به نظر راجرز، شخص سالم می‌تواند در دگرگونی جدی شرایط محیطی، سازگاری بیشتری نشان دهد. در نظریه شخصیت سالم آلپورت، افراد برخوردار از سلامت روانی به عنوان انسان بالغ در نظر گرفته شده‌اند. به نظر وی فردی که با فعالیت‌ها و اندیشه‌های متنوع تری در ارتباط باشد، سلامت روانی بهتری دارد (شولتز^۱، ۱۳۹۷). کارل هورنای^۲ از صاحب نظران مکتب روان‌کاوی، انسان برخوردار از سلامت روانی را دارای این ویژگی‌ها می‌داند: ۱. احساس امنیت می‌کند از این رو فاقد پرخاشگری و خود شیفتگی است. ۲. به دلیل آگاهی از خود واقعی و استعداد نهفته خویش، تسلیم محض محیط اجتماعی و فرهنگی نیست بلکه ابتکار و شخصیت خودش را برعهده دارد و خودشناسی و کوشش برای تحقق استعدادهای فکری و ذاتی، وظیفه اخلاقی و امتیاز معنوی شخصیت سالم بوده و هدف او کمال است. ۳. انسان سالم خودآگاهی دارد و از

1. Schoultz

2. Horney

خود واقعی و استعدادهایش کم و بیش آگاه است. از این رو به دیگران وابستگی ندارد و بسیاری از مشکلات زندگی را خود حل می‌کند (خدارحیمی، ۱۳۷۵). فرانکل^۱، داشتن معنایی برای زندگی را به‌عنوان معیاری برای سنجش سلامت روان فرد می‌داند و افراد سالم همواره برای رسیدن به این معنا تلاش می‌کنند. در نهایت اریک فروم، تصویر روشنی از شخصیت سالم به دست می‌دهد. چنین انسانی عمیقاً عشق می‌ورزد، آفریننده است، قوه عقلش را کاملاً پرورانده است، جهان و خود را به طور عینی ادراک می‌کند، حس هویت پایداری دارد، با جهان در پیوند است و در آن ریشه دارد و حاکم و عامل خود و سرنوشت خویش است. فروم شخصیت سالم را دارای جهت‌گیری بارور می‌داند؛ بارور بودن و به کار بستن همه قدرت‌ها و استعدادهای بالقوه خویش. چهار جنبه شخصیت سالم در روشن ساختن مراد فروم از جهت‌گیری بارور مؤثر است این چهار جنبه عبارت‌اند از: عشق بارور، تفکر بارور، خوشبختی و وجدان اخلاقی (گنجی، ۱۳۹۳). به طور کلی تمامی صفات مطرح در نظریه‌های مذکور، مکمل یکدیگر بوده و وجود آن‌ها عزت‌نفس و در نتیجه سلامت روان را در میان افراد و روابط و پیوندهایشان افزایش می‌دهد. همچنین افراد دارای سلامت روان واجد ویژگی‌هایی نظیر پذیرش خود و دوست داشتن خویش، برقراری روابط با دیگران، مقابله با نیازهای زندگی و بروز مناسب هیجان‌ها هستند.

افزون بر این، جهت سنجش سلامت روان ابعاد و شاخص‌های متعددی تدوین شده است. در این زمینه گلدبرگ، مقیاس چهاربعدی سلامت روانی را ارائه داده است: ۱. بعد نخست شامل مواردی پیرامون احساس افراد در مورد وضع سلامت خود و احساس خستگی هست و نشانه‌های بدنی را دربر می‌گیرد. این بعد اغلب با برانگیختگی هیجانی همراه هستند. ۲. بعد دوم شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط‌اند. ۳. بعد سوم گستره توانایی افراد را در مقابل خاسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره را می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی را آشکار می‌کند. ۴. چهارمین بعد دربرگیرنده مواردی است که با افسردگی و خیم و گرایش به خودکشی مرتبط‌اند.

۳. دین‌داری و سلامت روان: در مورد تأثیر

و اهمیت دین‌داری و اعتقادات دینی بر سلامت روان از گذشته تا به حال مباحث بسیاری صورت گرفته است و در سال‌های اخیر صاحب‌نظران علوم اجتماعی به نقش دین و دین‌داری در تأمین سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی توجه ویژه‌ای داشته‌اند که در این میان آراء روان‌شناسان و جامعه‌شناسان دین، از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است.

۳.۱. رویکرد روان‌شناختی: ویلیام جیمز^۲

بینان‌گذار روانشناسی در آمریکا (۱۹۰۲) بیان می‌کند که ایمان، بدون شک مؤثرترین درمان اضطراب است. ایمان نیرویی است که باید برای

شوند، سریعتر بهبود می‌یابند. وی ۱۰ دلیل برای تبیین رابطه بین مذهب و سلامت روان ارائه می‌کند که به شرح زیر هستند: ۱- مذهب باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مثل فقدان یا بیماری یاری می‌رساند. ۲- مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی نشان‌دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌شود. ۳- افراد مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که قابل‌پذیرش نیستند، راحت‌تر سازگار می‌شوند. ۴- مذهب باعث ایجاد امید در فرد می‌شود. امید باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می‌شود که او را در بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند. ۵- افراد مذهبی احساس آزادی شخصی بیشتری نسبت به دیگران می‌کنند و وابستگی کمتری به اطرافیان دارند. ۶- احساس کنترل در افراد مذهبی به واسطه دعا کردن ایجاد می‌شود. ۷- افراد مذهبی از شخصیت‌های دینی که بسیار رنج‌کشیده‌اند، الگوبرداری کرده و این مسئله باعث افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیرقابل‌تغییر در آن‌ها می‌شود. ۸- افراد مذهبی از الگوی تصمیم‌گیری خاصی استفاده می‌کنند که این الگو فرد را در جهت افزایش تصمیم‌گیری‌های مفید برای اطرافیان و خود و کاهش تصمیم‌گیری‌های خود مخرب سوق می‌دهد و این امر تاحدی از شدت استرس‌های زندگی می‌کاهد. مذهب تنها منبع پاسخگو به سؤالات نهایی است به‌ویژه در موارد اضطراری که قادر

کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد و فقدان ایمان زنگ خطری است که شکست انسان را در برابر سختی‌های زندگی هشدار می‌دهد. پارگامنت^۱، نقش روان‌شناختی مذهب را در کمک به مردم برای درک و کنار آمدن با رخداد‌های زندگی توصیف نموده است: مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس نزدیک بودن به دیگران، آرامش هیجانی، فرصت خود شکوفایی، احساس راحتی، مهارت‌تکانه، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل مؤثر باشد. بنیامین راش، پدر علم روانپزشکی آمریکا، در این باره اظهار کرده است که نقش مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس است و تحقیقات انجام شده به خصوص در زمینه‌های روان‌درمانی نیز حاکی از اهمیت و ضرورت دین در بهداشت روانی و روان‌درمانی بوده‌اند. در حقیقت اعتقاد بر این است که در ایمان به خدا، نیرویی خارق‌العاده وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی او را کمک کرده و از نگرانی و اضطرابی که بسیاری از مردم در معرض ابتلای به آن هستند، دور می‌سازد (ربانی و همکاران، ۱۳۹۴). کوئینگ (۲۰۰۴)، مذهب و عبادات را چیزی فراتر از کلمات و پاسخ‌های فیزیولوژیکی می‌داند. مطالعات وی نشان می‌دهد که افراد مذهبی زندگی سالم‌تری دارند و به‌طورکلی احساس خوشبختی بیشتری می‌نمایند، کمتر بیمار شده و یا دچار افسردگی می‌شوند و اگر چنانچه دچار این‌گونه مشکلات

نیست به فرد کمک کند. ۱۰- مذهب باعث برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود. این امر به سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی، روحانیون و حتی خداوند ایجاد می‌شود (فتحی و امرانی، ۱۳۹۵). بدین ترتیب دین‌داری با ایجاد سبک‌های رفتاری سالم، افزایش هیجانات مثبت و خوش‌بینی، کاهش احتمال بروز اختلالات روانی و افزایش حمایت اجتماعی، سلامت روانی و کارکرد سیستم ایمنی را ارتقاء می‌بخشد.

۳.۲. رویکرد جامعه‌شناختی: در حوزه

اندیشه‌های جامعه‌شناختی، نظریه انسجام اجتماعی دورکیم از اهمیت خاصی برخوردار است. دورکیم در اثر کلاسیک خویش، «خودکشی»، بدین نتیجه دست می‌یابد که همان عوامل اجتماعی که پدیدآورنده جریان‌های خودکشی‌زا هستند، آمادگی روانی را برای این عمل به وجود می‌آورند. از آنجاکه خودکشی واضح‌ترین شکل از ناسلامتی است که در نهایت به مرگ افراد منجر می‌گردد، نظریه‌پردازان متأخر سعی کرده‌اند تبیین دورکیم راجع به اثرات انسجام اجتماعی بر خودکشی را به بحث اختلالات روانی نیز تعمیم دهند. استدلال آن‌ها این است که اگر یگانگی و انسجام اجتماعی در جامعه‌ای ضعیف باشد در این صورت افراد از حمایت اجتماعی بی‌بهره‌اند و از این رو بیشتر در معرض بیماری‌های جسمی و روانی قرار می‌گیرند. برعکس حمایت اجتماعی ناشی از انسجام و یگانگی اجتماعی قوی، افراد را از بیماری‌های روانی در امان نگه می‌دارد. در واقع

انسجام اجتماعی از طریق فراهم کردن حمایت اجتماعی مناسب، شرایطی را فراهم می‌کند که می‌تواند به سلامت روان افراد منجر گردد. انضباط بخشی، انسجام‌بخشی، حیات‌بخشی، خوشبختی بخشی، همبستگی اجتماعی، معنی دادن به زندگی، کنترل زندگی و حمایت روانی (به زعم آرمسترانگ مذهب افراد را در دنیای ناامنی‌ها، به ویژه ناامنی‌های روانی مورد حمایت عاطفی قرار می‌دهد و آن‌ها را در حوادث مهم زندگی یاری می‌دهد) (آرمسترانگ^۱، ۱۳۹۱). در همین راستا آیدلر^۲ برخی تبیین‌های جامعه‌شناختی را بیان می‌دارد و پیشنهاد می‌کند که باورهای دینی یا تمرین‌های دینی ممکن است سلامتی افراد را از طریق ایجاد یا گسترش انسجام اجتماعی و باواسطه سازوکارهای ذیل افزایش دهد: ۱. گروه‌های مذهبی دارای کارکرد نظم‌بخشی و انتظام‌دهی به رفتار اعضایشان هستند و بر این اساس رفتارهای مربوط به سلامتی و بهداشت آن‌ها را به دودسته رفتارهای تجویز شده و رفتارهای تحریم شده تقسیم بندی می‌نمایند. ۲. تعهد و تقید مذهبی، سبب تعلق افراد به شبکه‌ای از اشخاص هم‌عقیده می‌گردد که می‌توانند در مواقع موردنیاز به همدیگر کمک کنند. بدین ترتیب با افزایش داشته‌های مشترک فردی و میزان حمایت اجتماعی، مخاطرات بهداشتی به حداقل کاهش می‌یابد. ۳. تعهد و ترید مذهبی به افراد کمک می‌کند تا چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینانه‌ای راجع به زندگی داشته

1. Armestrang

2. Aydler

باشند که به این ترتیب سلامت روانی آن‌ها به حداکثر ممکن افزایش می‌یابد (همان: ۶۴). علاوه بر رویکردهای فوق‌الذکر، می‌توان به نظریه جهت‌گیری‌های آلپورت در رابطه بین باورهای دینی و سلامت روانی داشت. آلپورت و راس در سال ۱۹۶۷ بحثی با عنوان «جهت‌گیری دینی درون‌گرایانه و برون‌گرایانه» را مطرح کردند. ایشان بر این باور بودند که در جهت‌گیری دینی برون‌گرایانه، مذهب برای اهداف غیرمذهبی استفاده می‌شود مانند حمایت اجتماعی و احساس امنیت و نیز افراد با جهت‌گیری دینی بیرونی به لحاظ درونی دارای باورهای درونی هستند که فقط اهداف ابزاری دارند و دین به صورت ابزاری برای دستیابی به اهداف و ارزش‌های برتر از دین انگاشته شده است. اما در جهت‌گیری داخلی، مذهب به عنوان انگیزه غالبی در زندگی اجتماعی به کار می‌رود. به تعبیر آلپورت جهت‌گیری درون‌گرایانه، کل زندگی را غرق در انگیزش و معنا می‌کند و الهام‌بخش عبادت بوده است. برای اشخاص با جهت‌گیری درونی دینی، نیازهای غیردینی هرچند مهم باشند، اهمیت غایی کمتری دارند. آلپورت و راس استدلال می‌کنند که نگرش‌های مذهبی تعیین می‌کنند که چگونه کارکردهای مذهبی به عنوان مکانیزمی برای ارزش‌یابی و در ارتباط با حوادث استرس‌زای زندگی به کار می‌روند. این ارزش‌یابی می‌تواند بین نگرش‌های مذهبی و سلامتی اتصال برقرار کند. آن‌ها بر این باورند که میل و گرایش دینی یک عامل مستقل و خودمختار در شخصیت

انسان بوده و تمام اجزای دیگر شخصیت را در یک سیستم واحد کلی، وحدت می‌بخشند. آنان در بحث شخصیت انسان متوجه شدند که کل زندگی انسان وابسته به ایمان اوست. به این معنا که هرچه فرد دارای دین‌داری درونی باشد، سلامت روانی بیشتر دارد اما هرچه دین را در جهت رفاه و برآوردن نیازهای اجتماعی به کار ببرد و به اصل آن توجه نداشته باشد، از سلامت روانی پایینی برخوردار است (آلپورت و راس^۱، ۱۹۶۷). بر این اساس نظریه آلپورت نشان می‌دهد که یک دین‌داری درونی و عمیق برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت سالم، لازم است. مک‌ایتوش و اسپیلکا^۲ (۲۰۱۴) نیز مدعی بودند که اثرات سودمند دین‌داری ممکن است ناشی از باورهای درونی همراه با احساس کنترل بر رفتارهایی که منجر به فقط سلامتی می‌شود، باشد (اسپیلکا و همکاران، ۲۰۱۴). باورهای دینی ممکن است بهزیستی افراد را از طریق ایجاد حمایت اجتماعی با ایجاد روابط معنی‌دار اجتماعی و شبکه‌های حمایت اجتماعی افزایش دهد. حمایت اجتماعی باعث می‌شود افراد در مقابل استرس کمتر آسیب‌پذیر باشند و برخی روش‌های مقابله را به وجود می‌آورند به طوری که کمک می‌کند که افراد با محیط‌های استرس‌آور و عوامل بیماری‌زا و هرگونه عاملی که منجر به مرگ و میر می‌شود مقابله کرده و نوعی سازگاری به دست آورند.

1. Ross

2. McIntosh & spilka

روش

پژوهش حاضر از نوع فراتحلیل است. در پژوهش فراتحلیل، محقق با ثبت ویژگی‌ها و یافته‌های توده‌ای از تحقیقات در قالب مفاهیم کمی، آن‌ها را آماده استفاده از روش‌های نیرومند آماری می‌کند و نتایج جدید و منسجم را با استفاده از روش‌های نیرومند آماری استخراج می‌کند. روش مذکور خود مرکب از چند مرحله است:

۱- تعریف موضوع پژوهش: موضوع پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان دین‌داری (متغیر مستقل) با سلامت روان (متغیر وابسته) است.

۲- جمع‌آوری نظام‌مند مطالعات انجام‌شده در زمینه موضوع مدنظر: جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه پژوهش‌های انجام‌شده در ایران در دهه ۸۰ و نیمه نخست دهه ۹۰ با موضوع مشابه تحقیق حاضر است که در یکی از پایگاه‌های اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات نشریات کشور، مجلات تخصصی نورمگز و مرکز اسناد و مدارک علمی ایران نمایه شده باشند. این پژوهش‌ها تا قبل از مرحله غربال، ۲۵ پژوهش را شامل می‌شد.

۳- غربال مطالعات و گزینش مطالعات مناسب: برای غربال‌گری و نمونه‌گیری از جامعه یادشده، ۱۶ سند پژوهشی که حائز شرایط و ملاک‌های اولیه همچون داشتن ضریب همبستگی، سطح معناداری و مشخص بودن حجم نمونه و نیز رعایت معیارهای علمی در تدوین پژوهش، دارا بودن چهارچوب و رویکرد نظری مناسب و روشمند بودند، گزینش و برای

ترکیب کمی نتایج و به دست آوردن نتیجه احصاء شدند.

۴- گردآوری اطلاعات لازم از هر یک از مطالعات: فهرست اطلاعاتی که از مطالعات مذکور استخراج شده است شامل موارد زیر است: اطلاعات مربوط به متغیرهای پژوهش (ضریب همبستگی و سطح معناداری) و حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری. در این مرحله علاوه بر گردآوری داده‌ها، هر یک از مطالعات کدبندی شده و برای مرحله بعدی در نرم‌افزار CMA وارد شد.

۵- محاسبه اندازه اثر: روش اصلی فراتحلیل مبتنی بر ترکیب نتایج است که معمولاً پس از تبدیل آماره‌ها به شاخص (r) و برآورد اندازه اثر مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای تحلیل استنباطی داده‌ها نیز ابتدا به بررسی مفروضات فراتحلیل پرداخته شده است، به نحوی که به کمک نمودار کیفی و روش رگرسیون خطی اگر و N ایمن از خطا به بررسی خطای انتشار و با آزمون Q به بررسی ناهمگونی مطالعات پرداخته شد، سپس با توجه به ناهمگونی بین مطالعات موردبررسی مدل اثرات تصادفی برای ترکیب نتایج و رسیدن به اندازه اثر به کار گرفته شد. در جدول ۱ خلاصه اطلاعات مربوط به مطالعات مختلف پیرامون رابطه بین دین‌داری و سلامت روان نمایش داده شده است

جدول ۱. خلاصه پژوهش‌های گزینش شده برای فراتحلیل

| محقق و سال | حجم نمونه | جامعه آماری | ضریب همبستگی | شیوه نمونه‌گیری |
|-----------------------------|-----------|-------------|--------------|-----------------|
| چراغی و مولوی (۱۳۸۵) | ۵۰ | دانشجویان | -۰/۳۶ | تصادفی |
| کجباف و رئیس پور (۱۳۸۷) | ۱۰۰ | دانش آموزان | -۰/۲۳ | طبقه‌ای |
| جعفری و همکاران (۱۳۸۶) | ۱۲۰ | دانشجویان | -۰/۸۲ | خوشه‌ای |
| سودانی و همکاران (۱۳۸۹) | ۱۵۰ | دانشجویان | -۰/۲۰۲ | تصادفی ساده |
| شریفی و همکاران (۱۳۸۹) | ۴۰۰ | دانشجویان | -۰/۱۱۲ | تصادفی ساده |
| صدری و جعفری (۱۳۸۹) | ۴۰۰ | دانشجویان | ۰/۱۷ | تصادفی ساده |
| چگنی (۱۳۸۹) | ۱۷۹ | دانشجویان | -۱/۲۰ | طبقه‌ای |
| کریمی و شعیری (۱۳۸۹) | ۳۶۳ | کارمندان زن | -۰/۲۲ | طبقه‌ای |
| باقری و همکاران (۱۳۹۰) | ۲۷۴ | معلمان | -۰/۱۵۴ | خوشه‌ای |
| صولتی و همکاران (۱۳۹۰) | ۲۰۰ | دانشجویان | -۰/۲۹ | تصادفی |
| فیروزی و همکاران (۱۳۹۲) | ۱۵۷ | دانشجویان | -۰/۱۷۵ | خوشه‌ای |
| مقدم و چگنی (۱۳۹۳) | ۵۰ | زنان | ۰/۴۳ | تصادفی ساده |
| باورصاد و همکاران (۱۳۹۳) | ۳۲۷ | دانشجویان | ۰/۵۰۴ | طبقه‌ای |
| کلانتری و حسینی زاده (۱۳۹۴) | ۳۸۴ | شهروندان | ۰/۱۱۷ | تصادفی ساده |
| کوشه و مرسلی (۱۳۹۴) | ۱۲۰ | دانش آموزان | -۰/۵۵ | تصادفی |
| محمدی و همکاران (۱۳۹۴) | ۱۸۳ | دانشجویان | ۰/۴۸ | تصادفی |

یافته‌ها

در جدول شماره ۲ ضمن برآورد اندازه اثر تفکیکی پژوهش‌های برگزیده مبتنی بر یک مقیاس مشترک، اثرات ترکیبی ثابت و تصادفی کلی نیز مشخص شد. بر طبق جدول ۲ در تمامی ۱۶ مطالعه مورد بررسی، ارتباط میان دین‌داری و سلامت روان با اطمینان ۹۹٪ معنادار بوده و بزرگ‌ترین مقدار اندازه اثر مربوط به مطالعات جعفری و همکاران (۱۳۸۶) و کوشه و مرسلی (۱۳۹۴) و کوچک‌ترین مقدار اندازه اثر مربوط به مطالعه شریفی و همکاران (۱۳۸۹) و

کلانتری و حسینی زاده (۱۳۸۹) هست. هم چنین هر دو اثرات ثابت و اثرات تصادفی در سطح ۱٪ معنادار می‌باشند.

در مطالعات مبتنی بر فراتحلیل، می‌بایست به بررسی مهم‌ترین پیش‌فرض‌های این روش پژوهشی یعنی همگن بودن پژوهش‌های صورت گرفته و بررسی خطای انتشار، پرداخته شود.

۱. بررسی مفروضه همگنی مطالعات انجام‌شده:

یکی از مفروضات اصلی فراتحلیل، آزمون همگنی مطالعات است که به منظور بررسی این

مفروضه آزمون Q به کارگرفته می‌شود. نتایج حاصل از بررسی این آزمون در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه اطلاعات مربوط به فراتحلیل بر روی پژوهش‌های نمونه

| محقق و سال | اندازه اثر | حد پائین | حد بالا | Z-Value | P-Value |
|----------------------------|------------|----------|---------|---------|---------|
| چراغی و مولوی (۱۳۸۵) | -۰/۳۶۰ | -۰/۵۸۰ | -۰/۰۹۱ | -۲/۵۸۴ | ۰/۰۱۰ |
| کجباف و رئیس پور (۱۳۸۶) | -۰/۲۳۰ | -۰/۴۰۸ | -۰/۰۳۵ | -۲/۳۰۶ | ۰/۰۲۱ |
| جعفری و همکاران (۱۳۸۶) | -۰/۸۲۰ | -۰/۸۷۱ | -۰/۷۵۱ | -۱۲/۵۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| سودانی و همکاران (۱۳۸۹) | -۰/۲۰۲ | -۰/۳۵۱ | -۰/۰۴۳ | -۲/۴۸۳ | ۰/۰۱۳ |
| شریفی و همکاران (۱۳۸۹) | -۰/۱۱۲ | -۰/۲۰۸ | -۰/۰۱۴ | -۲/۲۴۱ | ۰/۰۲۵ |
| صدری و جعفری (۱۳۸۹) | ۰/۱۷۰ | ۰/۰۷۳ | ۰/۲۶۴ | ۳/۴۲۰ | ۰/۰۰۱ |
| چگنی (۱۳۸۹) | -۰/۱۲۰ | -۰/۲۶۲ | ۰/۰۲۷ | -۱/۶۰۰ | ۰/۰۰۳ |
| کریمی و شعیری (۱۳۸۹) | -۰/۲۲۰ | -۰/۳۱۶ | -۰/۱۲۰ | -۲/۲۴۴ | ۰/۰۰۱ |
| باقری و همکاران (۱۳۹۰) | -۰/۱۵۴ | -۰/۲۶۸ | -۰/۰۳۶ | -۲/۵۵۵ | ۰/۰۱۱ |
| صولتی و همکاران (۱۳۹۰) | -۰/۲۹۰ | -۰/۴۱۲ | -۰/۱۵۸ | -۴/۱۹۱ | ۰/۰۰۱ |
| فیروزی و همکاران (۱۳۹۲) | -۰/۱۷۵ | -۰/۳۲۳ | -۰/۰۱۹ | -۲/۱۹۴ | ۰/۰۲۸ |
| مقدم و چگنی (۱۳۹۳) | ۰/۴۳۰ | ۰/۱۷۲ | ۰/۶۳۳ | ۳/۱۵۳ | ۰/۰۰۲ |
| باورصاد و همکاران (۱۳۹۳) | ۰/۵۰۴ | ۰/۴۱۸ | ۰/۵۸۱ | ۹/۹۸۴ | ۰/۰۰۱ |
| کلاتری و حسینی زاده (۱۳۹۴) | ۰/۱۱۷ | ۰/۰۱۷ | ۰/۲۱۵ | ۲/۲۹۴ | ۰/۰۲۲ |
| کوشه و مرسلی (۱۳۹۴) | -۰/۵۵۰ | -۰/۶۶۴ | -۰/۴۱۱ | -۶/۶۸۹ | ۰/۰۰۱ |
| محمدی و همکاران (۱۳۹۴) | ۰/۴۸۰ | ۰/۳۶۰ | ۰/۵۸۴ | ۷/۰۱۷ | ۰/۰۰۱ |
| اثرات ترکیبی ثابت | -۰/۰۴۲ | -۰/۰۷۶ | -۰/۰۰۹ | -۲/۴۷۲ | ۰/۰۱۳ |
| اثرات ترکیبی تصادفی | -۰/۱۱۴ | -۰/۲۹۱ | ۰/۰۷۲ | -۳/۲۰۳ | ۰/۰۰۲ |

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون Q

| مقدار آزمون (Q) | درجه آزادی (Df) | سطح معنی‌داری (P-Value) | I^2 (I-Squared) |
|-----------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| ۴۴۳/۶۷۰ | ۱۵ | ۰/۰۱۳ | ۹۶/۶۱ |

نشان‌دهنده وجود ناهمگنی در اندازه اثر پژوهش‌های اولیه است. با توجه به نتیجه آزمون Q، تلفیق اندازه اثر پژوهش‌ها با مدل آثار ثابت موجه نیست و باید از مدل آثار تصادفی به منظور ترکیب نتایج استفاده کرد. در واقع این

با توجه به نتایج حاصل از آزمون Q می‌توان بیان داشت که با اطمینان ۹۹ درصد، فرض صفر مبنی بر همگن بودن مطالعات انجام‌شده، رد و فرض ناهمگونی میان پژوهش‌ها تأیید می‌شود. به بیانی دیگر، معنادار بودن شاخص Q

مفروضه از نمودار کیفی و روش رگرسیونی اگر استفاده شده است.

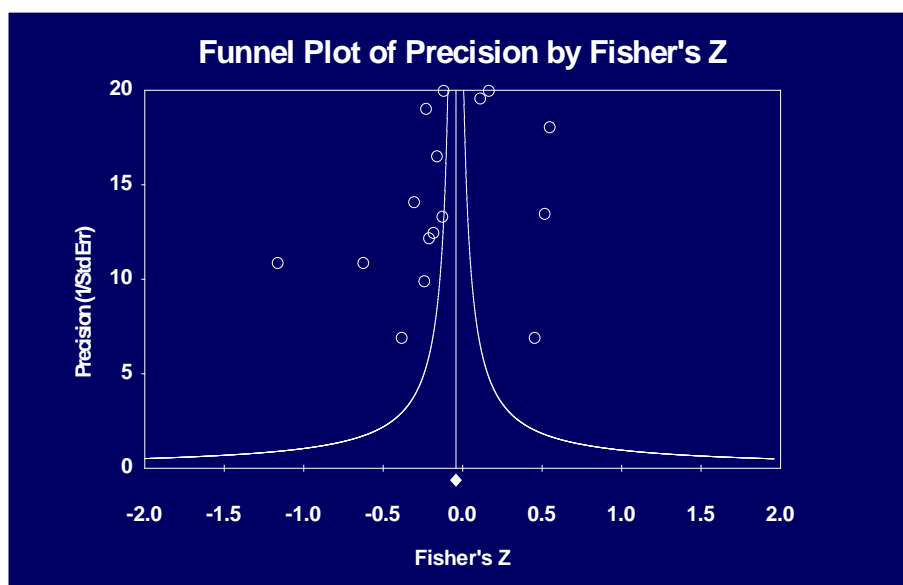
نمودار کیفی: نمودار کیفی مطالعات گردآوری شده به منظور بررسی خطای انتشار در قالب شکل ۱ ارائه شده است.

با توجه به شکل ۱، خطای انتشار در مطالعه حاضر وجود دارد همچنین در راستای اطمینان نسبت به خطای انتشار از روش رگرسیونی خطی اگر هم استفاده می شود. در این روش فرض صفر (H_0) بیانگر متقارن بودن نمودار و عدم سوگیری انتشار و فرض خلاف (H_1) بیانگر عدم تقارن نمودار کیفی و سوگیری انتشار است.

آزمون به ما می گوید که رابطه بین دین داری و سلامت روان، به شدت به لحاظ ویژگی ها و مشخصات مطالعات متفاوت است و در این وضعیت باید از متغیرهای تعدیل گر برای مشخص کردن واریانس و محل این تفاوت ها استفاده شود.

۲. بررسی مفروضه خطای انتشار:

یکی دیگر از مفروضات اصلی فراتحلیل، خطای انتشار است که ناشی از انتشار پژوهش های چاپ شده و عدم انتشار پژوهش های چاپ نشده و انواع خطاها می باشد. به منظور بررسی این



شکل ۱. نمودار کیفی مبتنی بر خطای انتشار

۲. رگرسیون خطی اگر:

در نبود سوگیری انتشار، انتظار می رود در تحقیقات کوچک اثر استاندارد کوچک و در تحقیقات بزرگ، اثر استاندارد بزرگ مشاهده شود. این امر حالت خط رگرسیونی را ایجاد می کند که برشی از خط رگرسیون اصلی است.

اگر برش خط رگرسیونی با سطح مورد انتظار تفاوت داشته باشد، علت آن ممکن است سوگیری انتشار باشد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۴ بیان شده است.

محسن نیازی و همکاران: دین و سلامت؛ فراتحلیلی بر مطالعات و پژوهش‌های دین‌داری و سلامت روان...

بر اساس نتایج رگرسیون خطی اگر، برش برابر با $(-6/00078)$ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد برابر با $1/32864$ است. از آنجاکه مقدار سطح معناداری یک دامنه $0/102$ و دودامنه $0/205$ می‌باشد، بنابراین بیانگر این مطلب است که فرض صفر مبنی بر متقارن بودن نمودار کیفی و عدم سوگیری انتشار تأیید می‌شود.

جدول ۴. نتایج حاصل از بررسی روش رگرسیون خطی اگر

| سطح معنی‌داری | | t-Value | خطای استاندارد (SE) | برش (B) |
|---------------|----------|---------|---------------------|---------|
| یک‌دامنه | یک‌دامنه | | | |
| ۰/۲۰۵ | ۰/۱۰۲ | ۱/۳۲۸ | ۴/۵۱۶ | -۶/۰۰۰ |

ضریب اثر:

با توجه به اینکه پس از بررسی مفروضات فراتحلیل این نتیجه حاصل شده که باید از مدل اثر تصادفی به منظور ترکیب نتایج برای گزارش اندازه اثر استفاده شود، بنابراین در جدول شماره ۵ گزارش اندازه اثر مطالعات انجام شده در مدل تصادفی ارائه شده است.

جدول ۵. اندازه اثر مطالعات رابطه بین دین‌داری و سلامت روان

| P-Value | Z-Value | حد بالا | حد پائین | اندازه اثر (r) | تعداد مطالعات | دین‌داری و سلامت روان |
|---------|---------|---------|----------|----------------|---------------|-----------------------|
| ۰/۰۰۱ | -۴/۲۰۳ | ۰/۰۷۲ | -۰/۲۹۱ | -۰/۱۱۴ | ۱۶ | دین‌داری و سلامت روان |

محاسبات آماری بیانگر این مطلب هستند که میانگین اندازه اثر دین‌داری (اثرات ترکیبی تصادفی) بر سلامت روان در نمونه موردپژوهش معادل $0/11$ - است. از آنجایی که اندازه برآورد شده در محدوده اطمینان است، بنابراین باید اذعان داشت که تأثیر دین‌داری بر سلامت روان تأیید می‌شود. لازم به ذکر است برآورد نقطه‌ای به دست آمده $(-0/114)$ بر مبنای معیار تفسیری کوهن، حاکی از اثر در حد کم است. به عبارتی، دین‌داری تأثیر کمی بر سلامت روان دارد.

جدول ۶. نظام تفسیر اندازه اثر کوهن

| d | R | اندازه اثر |
|-----|-----|------------|
| ۰/۲ | ۰/۱ | کم |
| ۰/۵ | ۰/۳ | متوسط |
| ۰/۸ | ۰/۵ | زیاد |

اندازه اثرهای کوچک است، نیز موردسنجش قرار گیرد. در این پژوهش متغیر جنسیت به عنوان متغیر تعدیل کننده در نظر گرفته شده است.

بررسی نقش تعدیل گر متغیر جنسیت:

نتایج حاصل از بررسی متغیر جنسیت به عنوان متغیر تعدیل کننده میان دین داری و سلامت روان (زنان ۸ و مردان ۸) در دو مدل اثرات ثابت و اثرات تصادفی، به شرح جدول ۷ است.

حال با توجه به نتایج حاصل از ناهمگونی مطالعات و تصدیق مفروضات فراتحلیل سعی بر این است که در راستای مشخص کردن این ناهمگنی از متغیر تعدیل کننده استفاده شود تا از این طریق بتوان به تعیین واریانس بین مطالعات پرداخت، چراکه فراتحلیل تنها به تعیین اندازه اثر نمی پردازند، بلکه تلاش می شود تا آن دسته از ویژگی های پژوهش که باعث ایجاد اندازه اثر بزرگ و نیز ویژگی هایی می شود که علت

جدول ۷. نتایج اندازه های اثر ترکیبی مربوط به رابطه دین داری و سلامت روان به تفکیک جنسیت

| جنسیت | تعداد | مدل اثرات ثابت | | | مدل اثرات تصادفی | | |
|-------|-------|----------------|---------|---------|------------------|---------|---------|
| | | اندازه ترکیبی | Z-Value | P-Value | اندازه ترکیبی | Z-Value | P-Value |
| زنان | ۸ | -۰/۰۸۷ | -۳/۲۷۹ | ۰/۰۰۱ | -۰/۰۷۹ | -۲/۲۱۲ | ۰/۰۱۱ |
| مردان | ۸ | -۰/۰۱۰ | ۲/۴۶۵ | ۰/۰۰۱ | -۰/۱۴۹ | -۳/۹۵۴ | ۰/۰۰۱ |
| کل | ۱۶ | -۰/۰۴۲ | ۲/۴۷۲ | ۰/۰۱۳ | -۰/۰۹۶ | -۲/۲۴۵ | ۰/۰۱۰ |

متأثر از دین داری آن ها هست.

نتیجه گیری و بحث

در جهان امروز علی رغم پیشرفت های علمی و صنعتی و دستاوردهای شگفت آوری که در همه زمینه ها و علوم به ویژه پزشکی و روان شناسی رقم خورده است، انسان نتوانسته مشکلات روحی روانی خود مانند اضطراب، افسردگی، فشارهای روانی، روان پریشی، فشارهای عصبی، پوچ گرائی و بی معنا بودن زندگی، نداشتن امید به زندگی، میل به عزلت و تنهایی و ... را درمان بخشد. گویا انسان امروز هویت واقعی خود را

نتایج مندرج در جدول ۷ که اندازه های اثر ترکیبی مدل اثرات ثابت و تصادفی مربوط به رابطه بین دین داری و سلامت روان را به تفکیک جنسیت ارائه می دهد، حاکی از این است که در بین زنان اندازه اثر در مدل تصادفی $-۰/۰۷۹$ و در گروه مردان اندازه اثر با مدل تصادفی $-۰/۱۴۹$ هست که هر دو در سطح $۰/۰۱$ معنادار است. همچنین به طور کلی اندازه اثر در هر دو گروه مردان و زنان $۰/۰۹۶$ هست. به بیانی دیگر، دین داری مردان تأثیر بیشتری بر سلامت روان آن ها به نسبت زنان داشته است. در واقع می توان گفت سلامت روان مردان بیشتر از زنان

همکاران، ۱۳۹۴)، همبستگی‌های ضعیف و قوی و یافته‌های معقول و نامعقول حاصل از مطالعات در حوزه موضوعی و ارتباطی میان دین‌داری و سلامت روان، زمینه‌ساز تدوین فراتحلیل حاضر در راستای نیل به یک اثر معین بین متغیرهای مذکور شده است. در این راستا، ۱۶ مطالعه در سال‌ها ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵ جهت پژوهش فراتحلیل، برگزیده شده و بررسی مفروضات همگنی آن‌ها نشان داد که فرض ناهمگونی اندازه اثر پژوهش‌ها مورد تأیید می‌باشد. بر این مبنا، رابطه میان دین‌داری و سلامت روان از منظر ویژگی‌ها و مختصات مطالعات، به شدت متفاوت و متغیر بوده و این امر لزوم توجه به متغیر تبدیل‌گر را پررنگ‌تر جلوه می‌دهد. ارزیابی مفروضه خطای انتشار نیز نشان داد که فرضیه صفر مبنی بر متقارن بودن نمودار کیفی و عدم سوگیری انتشار، تأیید شده است. بررسی‌های استنباطی این فراتحلیل که مبتنی بر شاخص اندازه اثر می‌باشد، حاکی از این بودند که میانگین اندازه اثر دین‌داری بر مبنای مدل اثرات ترکیبی تصادفی بر سلامت روان، معادل $0/11-$ می‌باشد، این مسئله نشان‌دهنده تأیید تأثیر دین‌داری بر سلامت روان است. این میزان اندازه اثر بر مبنای معیار تفسیری کوهن، حاکی از اثر در حد کم می‌باشد. به عبارتی، دین‌داری تأثیر اندک اما معنی‌داری بر سلامت روان دارد. همچنین شواهد نشان دادند که دین‌داری مردان تأثیر بیشتری بر سلامت روان آن‌ها به نسبت زنان داشته است. در واقع می‌توان گفت سلامت

از دست داده و خویشتن خویش را گم کرده است، به طوری که برخی از روانشناسان و روانکاوان معاصر، این عصر را عصر اضطراب نامیده‌اند (عزیزی و براتی، ۱۳۹۳)، اضطرابی که هسته مرکزی بسیاری از بیماری‌های روحی و روانی تلقی می‌شود و هر روز آمار بیماری‌های روانی و جنون و مصرف دارو و قرص‌های اعصاب زیاد می‌شوند. بررسی اخیر نشان می‌دهد یکی از راه‌های اساسی که بشر می‌تواند به کمک آن از بیماری‌های روحی روانی جلوگیری کند، نیایش، عبادت و به عبارتی بهبود وضعیت دینی و میزان دین‌داری است. به عبارتی، دین‌باوری و تعهد دینی می‌تواند در انسجام‌بخشی، تسهیل فرایند جامعه‌پذیری، تعریف ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی، تحکیم عواطف مشترک، تقویت پایه‌های کنترل اجتماعی، تقویت روحیه گروهی، همکاری و تعاون، برقراری کنش‌های اجتماعی مبتنی بر اعتماد و صداقت، تثبیت احساس تعهد و التزام، گسترش و تقویت مشارکت فعالانه، افزایش آرامش خاطر (افشانی و همکاران، ۱۳۹۰)، تسکین آلام و کاهش نومیدی در زندگی، افزایش تحمل‌پذیری و دستیابی به نوعی تشقی روانی و نظایر آن نقش مؤثر و تعیین‌کننده ای ایفا کنند (کلانتری و حسینی زاده، ۱۳۹۴).

با این حال، نتایج متشابه (کججاف و رئیسی‌پور، ۱۳۸۶؛ سودانی و همکاران، ۱۳۸۹؛ کرمی و شعیری، ۱۳۸۹) و بعضاً متناقض (باورصاد و همکاران، ۱۳۹۳؛ مقدم و چگنی، ۱۳۹۳؛ محمدی و

و یهود در برخی از جنبه‌ها تعهدات دینی کمتری برای زنان نسبت به مردان قائل‌اند. برای مثال، یهود به نمازگزاردن زنان با جماعت تأکیدی ندارد و زنان مسلمان در دوران قاعدگی خود نمی‌توانند به مسجد داخل شوند. بنابراین، انتظار می‌رود زنان در این ادیان به مکان عبادت خود توجه کمتری داشته باشند و در برخی فعالیت‌های مذهبی، زنان یهود و مسلمان ممکن است کمتر از مردان ظاهر شوند. برخلاف ایشان، در نمونه‌های مورد مطالعه در مسیحیان و هندوها زنان فعالیت‌های دینی بیشتری نسبت به مردان دارند. زنان هندو بیش از مردان به بیشتر بودن معابد اعتقاد دارند و احتمالاً مردان مسلمان و یهودی فعالیت‌های دینی بیشتری از زنان دارند و این امر در میان مسیحیان و هندوها برعکس است. به گفته لونتال، این تفاوت‌ها ما را هدایت می‌کند به اینکه تأثیرات متفاوت جنسیتی را میان مسیحیان، مسلمانان و یهودیان انتظار داشته باشیم. لونتال از بررسی تجربی خود نتیجه می‌گیرد اگرچه به طور کلی زنان از مردان دیندارترند، اما فعالیت‌های دینی کمتری نسبت به مردان دارند، در مسیحیان زنان از مردان دیندارترند و در هندوها، مسلمانان و یهودیان مردان از زنان دیندارترند (مدیری و آزادارمکی، ۱۳۹۲). لونتال این تفاوت‌ها را به سنت‌ها و هنجارهای فرهنگی این ادیان ربط می‌دهد و بنابراین، دین‌دار بودن زنان نسبت به مردان را به عنوان یک قاعده کلی نفی می‌کند. به‌طور کلی، افراد مذهبی و دین‌دار، کمتر دچار افسردگی، اضطراب و اختلالات روحی- روانی،

روان مردان بیشتر از زنان متأثر از دین‌داری آن‌ها هست. این مسئله برخلاف نتایج بسیاری از مطالعات است که نشان می‌دهد زنان بیشتر از مردان به سمت مذهب جذب می‌شوند (آقاپور و مصری، ۱۳۹۰؛ شارع پور و همکاران، ۱۳۹۳) چراکه بسیاری از صفات ارزشی زنان در قالب مذهب تبلور پیدا می‌کند. همچنین دین به عنوان یک روش مقابله با تهدیدها در زندگی اجتماعی مورد توجه زنان است. زنان نسبت به مردان به لحاظ عاطفی و رفتاری تمایل به مناسبات اجتماعی بیشتر و بالطبع آن نیاز به حمایت‌های اجتماعی بیشتری در خود احساس می‌کنند و شرکت در برنامه‌های دینی و حضور در اماکن مذهبی در این بین کمک‌کننده خواهد بود (فیروزی و همکاران، ۱۳۹۲). لذا با توجه به میزان دینداری بالاتر زنان نسبت به مردان که در قالب مطالعات و پژوهش‌های متعددی نظیر سراج‌زاده (۱۳۷۷)، ابراهیمی (۱۳۹۷)، وهایی و همکاران (۱۳۹۷) و غیره نشان داده شده است، انتظار می‌رفت که تأثیر دینداری زنان نسبت به مردان بر سلامت روان آنها بیشتر باشد که عکس این مسئله در این پژوهش صادق است. در این زمینه، لونتال^۱ (۲۰۰۱) بیان داشته است که اگرچه به طور کلی از مردان دیندارترند، این تفاوت‌ها بسته به فرهنگ و سنت هر دین متفاوت است. او معتقد است سنت‌های مذهبی در هر دین یا مذهب، میان مردان و زنان در تعهدات و وظایف دینی مانند نماز خواندن تفاوت‌هایی ایجاد می‌کند؛ آن‌چنان‌که مثلاً اسلام

1. Loewenthal

روابط دوستانه با کیفیت و حمایت خانوادگی می‌باشد. افراد سالم، دل‌بستگی‌های اجتماعی قوی‌تری دارند و پژوهش‌ها در این زمینه نشان می‌دهد که درگیری‌های دینی افراد موجب برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی می‌گردد (موسوی، ۱۳۹۱). همچنین یکی از مهم‌ترین علت‌های این تأثیرات، حمایت‌های اجتماعی ایجادشده توسط گروه‌های مذهبی می‌باشد که باعث فراهم کردن انواع کمک‌های عاطفی و عملی برای افراد می‌شود. تغییر در باورها و نگرش‌های افراد و ایجاد معنا و هدف در زندگی جاری و پس از مرگ، از جمله تأثیرات دیگر مذهبی بودن می‌باشد. رابطه داشتن و وصل بودن به خداوند که در تجربه‌های مذهبی و عبادت تجربه می‌شود به عنوان نوعی رابطه اجتماعی، حمایت و ایجاد امنیت و آرامش برای افراد عمل می‌کنند. تشریفات و مناسک مذهبی احساس اتحاد و همبستگی با دیگران را برای افراد فراهم می‌کند (دباغی، ۱۳۸۸). بر اساس نظریه آلپورت، یک دین‌داری عمیق و درونی، برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت بالغ و سالم، لازم است. به تعبیر دیگر، داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبع والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی و در نتیجه خوش‌بین بودن در این شرایط، برخورداری از حمایت اجتماعی به ویژه حمایت گروه‌های مذهبی و حمایت‌های روحانی و ... از جمله منابعی هستند که افراد دین‌دار با جهت‌گیری دینی با برخورداری از

عاطفی و خلقی شده و نه تنها کمتر درگیر مسائل نفسانی، انحرافات و جرم و جنایت و یا خودکشی می‌شوند، بلکه از سلامت اخلاق، رفتار و معنویات بیشتری برخوردارند. همچنین از سبک و شیوه زندگی سالم‌تر و متعادل‌تری استفاده نموده و از قابلیت سازگاری و کنار آمدن بالاتری از زندگی برخوردار هستند و در مقایسه با افرادی که از نظر اعتقادات دینی ضعیف‌ترند، احساس آرامش، امنیت و خوشبختی بیشتری می‌نمایند (فیروزی و همکاران، ۱۳۹۲). توبین^۱ (۱۹۹۱) از منظر دیدگاه‌های روان‌پویایی و رشد به این مسئله نگاه کرده و اذعان می‌داد که دین مراحل پیوسته‌ای را در طول زندگی از طریق تأکید بر معانی ذاتی و جاودانه زندگی به وجود می‌آورد، به طوری که افراد احساس آمرزیده شدن توسط خدا را گسترش می‌دهند. این حس خوب موجب کاهش تنیدگی و اضطراب در افراد می‌گردد. بدین لحاظ دین یکی از عوامل آرامش‌زا و تنش‌زدا عمل نماید. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد که دین نیازهای اساسی جهت کاهش اضطراب و تنش در افراد را برآورده می‌سازد. از طرفی دین و دین‌داری از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی نیز مؤثر واقع شده و به نظر می‌رسد داشتن روابط اجتماعی صمیمی و قابل‌اعتماد نزد افراد دین‌دار از عوامل اصلی سلامت روان آن‌ها می‌باشد. مقایسه افراد با سطوح متفاوت سلامت نشان می‌دهد، بعدی که در آن شادترین افراد شبیه به هم هستند،

1. Tobin

استفاده از آن در برنامه‌ریزی‌های سلامتی و بهداشتی برای اولیای امور کمک‌کننده خواهد بود. به عبارتی، با اتخاذ باورها، ارزش‌ها و اصول دینی و پایبندی هرچه بیشتر افراد جامعه به دین و افزایش میزان التزامات دینی آن‌ها، آرامش روان و سلامت افراد جامعه تاحدودی تأمین می‌شود. با این وجود، نمی‌توان از سایر عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت روان افراد غافل ماند چراکه درصد بالایی از سلامت افراد جامعه، توسط سایر عوامل تبیین می‌شود. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا در سازمان‌ها و نهادهای دولتی - غیردولتی خدمات مشاوره دینی و مداخلات دینی به‌ویژه مشاوره‌های گروهی به منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکلات در جهت رفع مسائل معنوی و رشد دینی شهروندان ارائه گردد. از دیگر پیشنهادها، می‌توان به آگاه‌سازی رسانه‌ای در خصوص عوامل استرس‌زای دینی در طی مراحل زندگی و آموزش نحوه مقابله با آن‌ها اشاره کرد که منجر به کاهش استرس و فشار روانی می‌گردد. همچنین با توجه به تأثیر انکارناپذیر مذهب بر سلامت روان، سیاست‌گذاران اجتماعی و مسئولین خدمات بهداشتی و درمانی می‌توانند از راهبردهای مذهبی در برنامه‌ریزی‌های سلامت روانی جامعه استفاده نمایند و از اعتقادات و باورهای افراد در جهت کمک به آن‌ها استفاده نمود و باورهای مذهبی و دینی افراد را تقویت بخشند. عمده‌ترین محدودیت این پژوهش عبارت است از دشواری دسترسی به سایر منابع علمی مطرح

آن‌هایی‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب روانی کمتری متحمل شوند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۸).

در دستگاه فکری دورکیم، بینگر و آدی نیز دین عاملی برای آرامش بخشیدن به انسان تعبیر شده که با شناساندن هدف زندگی به انسان، مسیر حرکت و الگوی رفتاری خاصی به او می‌دهد که این امر به زندگی انسانی معنی بخشیده و این کارکرد در نهایت آرامش روانی را در خانواده، گروه و جامعه به همراه دارد (کلانتری و حسینی زاده، ۱۳۹۴). دین چهره جهان را در نزد فرد دین‌دار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد، فرد دین‌دار خود را تحت حمایت و لطف همه‌جانبه‌ی خداوند می‌بیند و بدین ترتیب احساس آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. آلوین در تبیین رابطه دین‌داری و سلامت روان اظهار می‌کند که مذهب، ارتباط دائمی انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائمی او در لحظه‌های حساس بوده و تأثیر بسزایی در ایجاد بهداشت روانی سالم و درمان بی

ماری‌های جسمی و روحی دارد (رضاپور و همکاران، ۱۳۸۹). آیدلر (۱۹۸۷) نیز برخی تبیین‌های جامعه‌شناختی را بیان می‌دارد و پیشنهاد می‌کند که باورهای دینی یا تمرین‌های دینی ممکن است سلامتی افراد را از طریق ایجاد یا گسترش انسجام اجتماعی افزایش دهد. بدین ترتیب دین‌داری یکی از سازه‌های روانی اجتماعی مهم و مرتبط با سلامت روان است و

سپاسگزاری

در پایان از تمامی افرادی که ما را در این پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌گردد.

در حوزه موضوعی این پژوهش در قالب طرح‌ها و پایان‌نامه‌های پژوهشی اشاره کرد.

منابع

- آقاپور، ا، مصری، م (۱۳۹۰). رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی خانواده، فصلنامه قرآن و طب، ۱ (۱)، ۳۹-۴۵.
- آرمسترانگ، د (۱۳۹۱). جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه محمد توکل، چاپ سوم، تهران: انتشارات حقوقی.ر.
- ابراهیمی، ق (۱۳۹۰). دین و بزهکاری جوانان، پژوهش دین (www.pajohe.ir)، معاونت پژوهشی و آموزشی، ۱۶/۱۱/۱۳۹۷.
- افشانی، ع؛ فاضل نجف‌آبادی، س؛ حیدری، م؛ نوریان نجف‌آبادی، م (۱۳۸۹). پژوهشی در باب رابطه دینداری و اعتماد اجتماعی، فصلنامه علوم اجتماعی، ۴۹، ۱۸۵-۲۱۷.
- باقری، م؛ بنی اسدی، ح؛ داوری، ص (۱۳۹۰). رابطه دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان شهرستان رودان (۱۳۹۰)، دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۵ (۹)، ۳۲-۷.
- بهروزی، ن؛ محمدی، ف؛ امیدیان، م (۱۳۹۷). مقایسه حمایت اجتماعی، باورهای فراشناختی، سلامت روان و سرزندگی در نوجوانان پسر عادی و بزهکار مقیم کانون
- باورصاد، ب؛ گوشکی، س؛ محمدی، م (۱۳۹۳). بررسی رابطه میان دینداری و سلامت روان منابع انسانی سازمان (مورد مطالعه: دانشگاه شهید چمران اهواز)، فصلنامه توسعه اجتماعی، ۹ (۲)، ۲۱۷-۲۳۸.
- پندیدن، ن؛ کاکوجویباری، ع ا (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت‌درمانی در ارتقاء سطح سلامت روان پرستاران شاغل در مراکز توانبخشی کودکان استثنایی، فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۲ (۴)، ۸۳-۹۲.
- تقوی، م؛ اصلانی، ش (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین مصرف رسانه، دینداری و ارزش‌های خانواده: مطالعه موردی شهر سمنان، دوفصلنامه پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده، ۵ (۲)، ۱۸۱-۲۰۵.
- جعفری، ا؛ صدری، ج؛ فتحی‌اقدم، ق (۱۳۸۶). رابطه بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت روان و مقایسه آن بین دانشجویان دختر و پسر، پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و

- پژوهش های مشاوره)، ۶ (۲۲)، ۱۰۷-۱۱۵.
- ۱۰ (۳۹)، ۸۵-۱۲۱.
- چگنی، ذ (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین دینداری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد، روان شناسی و دین، ۳ (۲)، ۹۱ - ۱۰۲.
- رضاپور، ی؛ فتحی، ا؛ سرداری، م؛ شیرعلی پور، ا (۱۳۸۹). بررسی رابطه دینداری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی دانشجویان با رضایت از زندگی: با تعدیل گری مولفه های سلامت روانی، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۵ (۱۹)، ۶۹-۸۹.
- چراغی، م؛ مولوی، ح (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، مجله پژوهش های تربیتی و روانشناختی، ۲ (۶)، ۱-۲۲.
- خدارحیمی، س (۱۳۷۵). مفهوم سلامت روانشناختی، مشهد: انتشارات جاودان خرد.
- سراج زاده، ح (۱۳۷۷). نگرش ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی، نمایه پژوهش، ۲ (۸۷).
- دباغی، پ (۱۳۸۸). بررسی نقش معنویت و مذهب در سلامت، مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، ۴ (۶)، ۱-۴.
- سورانی، ر (۱۳۹۷). تأثیر هوش معنوی بر سلامت روان معلمان مدارس، پژوهش در نظام های آموزشی، ویژه نامه، ۱۲ (۶۶) ۱۲۰۱-۱۲۱۱.
- ریاحی، م؛ علیوردی نیا، ا؛ بنی اسدی، م (۱۳۸۸). بررسی اثرات دین داری و جهت گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه - مازندران، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، ۵۱-۹۰.
- سودانی، م؛ محمدی، ک؛ احیاءکننده، م؛ جلال فر، م (۱۳۸۹). بررسی رابطه نگرش مذهبی و سلامت روان با افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه اسلامی واحد اهواز، اولین همایش منطقه ای آسیب شناسی روانی، اجتماعی و حقوقی زنان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رامهرمز.
- دانشنامه روانشناسی مردمی (۱۳۹۷). روان شناسی مرضی، www.Public-psychology.ir، ۱۳۹۷/۱۱/۱۶.
- شجاعی زند، ع (۱۳۹۱). جامعه شناسی دین، تهران: نشر نی.
- روان، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی،

- شارع‌پور، م.؛ ریاحی، م.؛ آرمان، ف (۱۳۹۳). بررسی تأثیر مؤلفه های سرمایه اجتماعی بر سلامت روان مطالعه شهروندان ساکن تهران، *دوفصلنامه مسائل اجتماعی ایران*، ۵ (۱)، ۷۹-۱۰۰.
- دهکردی، ب (۱۳۹۲). بررسی ارتباط باورهای مذهبی و سلامت روان دانش آموزان متوسطه شهر درگز در سال تحصیلی ۹۰-۸۹، *مجله بهداشت و توسعه*، ۲ (۲)، ۱۳۸-۱۴۸.
- فتحی، ا.؛ امرانی، ا (۱۳۹۵). نقش و کارکرد دین و معنویت در سلامت روانی، بصیرت و تربیت اسلامی، ۱۳ (۳۷)، ۴۵-۶۶.
- قاضی نژاد، م.؛ اکبرنیا، ا (۱۳۹۶). دینداری: مدارای اجتماعی یا فاصله اجتماعی (پیمایشی در میان مسلمانان و مسیحیان شهر تهران)، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۶ (۱)، ۳۱-۴۰.
- کج‌باف، م.؛ رئیس پور، ح (۱۳۸۷). رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در بین دانش آموزان دبیرستان های دخترانه اصفهان، *درفصلنامه مطالعات اسلام و روان شناسی*، ۱ (۲)، ۳۱-۴۴.
- کلانتری، ع.؛ حسینی زاده، س (۱۳۹۴). دین، سلامت روان و احساس تنهایی بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی)، *جامعه شناسی کاربردی*، سال ۲۶، شماره ۶۰، ص ۴۴-۲۵.
- کوشه، ط.؛ مرسلی، م (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین دینداری و سلامت روانی در بین دانش آموزان پسر، *کنفرانس بین المللی علوم انسانی*، روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران: مرکز همایش های بین المللی صدا و سیما.
- شولتز، دوان (۱۳۹۷). روانشناسی کمال: الگوهای شخصیت سالم، ترجمه گیتی خوشدل، تهران: نشر نی.
- صولتی، ک.؛ ربیعی، م.؛ شریعتی، م (۱۳۹۰). رابطه بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۵ (۳)، ۴۲-۴۸.
- صفاری، ز.؛ محمودی زمان، م.؛ امیرسرداری، ل.؛ حبیبی، ع (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین میزان قدردانی و شادکامی با سلامت زنان خانواده های نظامی، *فصلنامه ابن سینا*، ۱۶ (۲۱)، ۶۱-۶۷.
- صدری، ج.؛ جعفری، ع (۱۳۸۹). بررسی رابطه باورهای مذهبی با سلامت روان (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)، *فصلنامه علوم رفتاری*، ۲ (۳)، ۱۲۳-۱۳۸.
- عزیزی، م.؛ براتی، م (۱۳۹۳). مروری بر اختلالات اضطرابی و اقدامات پرستاری آن، *مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۹ (۱)، ۵۴-۵۸.
- فیروزی، ا.؛ امینی، م.؛ اصغری، ز.؛ مقیمی

- کرمی، ج.؛ شعیری، م (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین دینداری و سلامت روان زنان شاغل بخش دولتی شهر کرمانشاه.
- گیدنز، ا (۱۳۹۷). جامعه شناسی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- گروسی، س.؛ شبستری، ش (۱۳۹۰). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان، مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۵ (۱).
- گنجی، ح (۱۳۷۹). بهداشت روانی، تهران: نشر ارسباران.
- گنجی، م.؛ هلالی ستوده، م (۱۳۹۰). رابطه گونه های دینداری و سرمایه اجتماعی (رویکردی نظری و تجربی در بین مردم شهرستان کاشان)، جامعه شناسی کاربردی، ۲۳ (۴۲)، ۹۵-۱۲۰.
- مدیری، ف.؛ آزادارمکی، ت (۱۳۹۲). جنسیت و دینداری، جامعه شناسی کاربردی، ۲۴ (۵۱)، ۱۴-۱.
- محمودصالحی، ح.؛ افلاک سیر، ع.؛ محمدی، ن (۱۳۹۴). بررسی نقش پیش بین دین داری در گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر با واسطه گری نظم بخشی هیجانی، فصلنامه روانشناسی سلامت، ۴ (۳)، ۸۷-۱۰۰.
- موسوی، ر (۱۳۹۱). بررسی الگوی رابطه سلامت روان و دینداری در دانشجویان شاهد و غیر شاهد، دو فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد، ۱۹ (۷)، ۶۵-۷۶.
- میرفردی، ا.؛ مختاری، م.؛ ولی نژاد، ع (۱۳۹۶). میزان دینداری و ارتباط آن با استفاده از شبکه های اجتماعی اینترنتی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه یاسوج)، جامعه شناسی کاربردی، ۲۸ (۶۶)، ۱-۱۶.
- مقدم، ر.؛ چگنی، م (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین باورهای دینی، خویشتنداری و سلامت معنوی در بین خواهران بسیجی شهرستان شوش، مجله پژوهش در دین و سلامت، ۱ (۱)، ۴۰-۴۷.
- محمدی، ج.؛ غلامرضایی، س.؛ عزیزی، ا (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی با سلامت روان پرستاران زن شاغل در بیمارستان های دولتی تبریز در سال ۱۳۹۳، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۲ (۶)، ۱۰۸۰-۱۰۸۷.
- نوربالا، ا.؛ دماری، ب.؛ ریاضی اصفهانی، س (۱۳۹۳). بررسی روند شیوع اختلال های روانی در ایران، دانشور پزشکی، دوماهنامه

- کهنانی، ش.؛ عابدی، م.؛ قشلاقی، ق (۱۳۹۳). شیوع شناسی اختلالات روانی و عوامل جمعیت شناختی مؤثر بر آن در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران، *مجله روان شناسی بالینی*، ۶ (۲۲)، ۹۹-۱۰۴.
- همیلتون، م (۱۳۹۷). *جامعه شناسی دین*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: نشر تبیان.
- Allport, G. W., Ross, M.J.Jr (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, vol 5, pp. 432-443.
- Idler E L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
- علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد، ۲۱ (۱۱۲)، ۱۱-۱.
- وهابی، ا؛ بعقوبی، م؛ وهابی، ب، صیادی؛ م، آزادی، ن (۱۳۹۷). بررسی رابطه دینداری با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۹۴، *مجله علوم پزشکی زانکو*، ۱۹ (۶۰)، ۷۱-۸۲.
- یعقوبی، ح؛ کریمی، م؛ امیدی، ع؛ مصباح، ن؛ Tobin S S. (1991). Preserving the self through religion. In *Personhood in advanced old age: applications for practice* (pp. 119- 133). New York: Springer.
- Spilka B, Kevin L, Mcintosh D, Milmo S. (2014). The content of religious experience: the roles of expectancy and desirability, department of psychology, university of Denver.