

## بررسی تطبیقی جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی)

### با سلامت روان و باورهای غیرمنطقی

هوشنگ گراوند\* / بهرام علی قنبری هاشم آبادی\*\* / پیمان کامکار زاهروند\*\*\* / سپیده جعفری\*\*\*\*

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تطبیقی جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) با سلامت روان و باورهای غیرمنطقی انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی بوده‌اند. نمونه‌ای به حجم ۲۱۶ نفر به پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی، باورهای غیرمنطقی اهواز و جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) آپورت پاسخ داده‌اند. داده‌ها با شاخص‌های آماری، چون میانگین، انحراف معیار، همبستگی، رگرسیون، و تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که جهت‌گیری دینی درونی رابطه منفی و معناداری با خرده‌عامل بی‌مسئولیتی هیجانی دارد و نیز رابطه مثبت و معناداری بین جهت‌گیری دینی درونی و سلامت روان وجود دارد که این دو رابطه قادر به پیش‌بینی هستند. همچنین جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی به ترتیب رابطه‌های مثبت و منفی معناداری با نشانه‌های اضطراب داشته که این رابطه قابل پیش‌بینی است و عامل‌های باورهای غیرمنطقی می‌توانند سلامت روان دانشجویان را پیش‌بینی کنند. آزمون مانووا نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین دانشجویان زن و مرد، کارشناسی و کارشناسی ارشد از لحاظ جهت‌گیری دینی وجود ندارد. در مجموع می‌توان گفت تنها جهت‌گیری دینی درونی می‌تواند سلامت روان و باورهای غیرمنطقی را بهبود بخشد. کلیدواژه‌ها: دین درونی، دین بیرونی، سلامت روان و باورهای غیرمنطقی.

---

\*دانشجوی کارشناسی ارشد رشته تحقیقات آموزشی دانشگاه فردوسی مشهد. hoshanggaravand@gmail.com

gbanbarih@um.ac.ir

\*\*دانشیارگروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

\*\*\*دانشجوی کارشناسی ارشد رشته تکنولوژی آموزشی.

دریافت: ۹۰/۱۰/۱۷ - پذیرش: ۹۱/۲/۲

\*\*\*\*دانشجوی رشته کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی.

## مقدمه

یکی از موضوعاتی که از دیرباز در حوزه مطالعات و تحقیقات روان‌شناسی درباره هیجانات منفی و فراهم آوردن سلامت روان مطرح بوده، بررسی تأثیر دین‌داری و معنویت‌گرایی است و در حال حاضر، مطالعات نسبتاً قابل توجهی وجود دارد که چگونگی تأثیر دین‌داری و معنویت را بر سلامت جسمی و روانی مد نظر قرار می‌دهند.<sup>۱</sup> در اولین تحقیقات نظام‌مند آماری در حوزه روان‌شناسی دین، فرانسیس گالتون مشهورترین کار خود را درباره تأثیر عینی نیایش حاجت‌مندان انجام داد. از این پس، تحقیقات در حوزه دین‌داری و موضوعات همبسته با دین ادامه یافت و به تولید نظریه‌های بسیار و احیاناً با نتایج متفاوت منجر شد.<sup>۲</sup>

روبرت آمونز (۱۹۹۹م) معتقد است که دین تا حدودی به این علت که یک پارچگی شخصیت را فراهم می‌سازد، موجب افزایش بهزیستی می‌شود.<sup>۳</sup> نوغانی و همکاران (۱۳۸۳) از آموزش مجموعه معارف و فرائض دینی (نماز، روزه و مناجات) و تأثیر آن در جهت تسکین افسردگی بهره برده و به این نتیجه رسیده‌اند که ۵۵ درصد از افرادی که در این بررسی شرکت کرده‌اند، پس از انجام عبادت‌ها احساس آرامش بهتری داشته‌اند.<sup>۴</sup> یافته‌های دیگری حاکی از ارتباط معنادار بین مذهب و سلامت روان هستند.<sup>۵</sup> با وجود این، پژوهش‌های دیگری نیز وجود دارند که بر عدم رابطه بین مذهب و سلامت جسمانی و روانی یا رابطه منفی مذهب با متغیرهای یاد شده تأکید کرده‌اند.<sup>۶</sup>

با توجه به اینکه در تحقیقات مختلف، آثار مثبت نگرش مذهبی بر سلامت جسمانی و روانی تأیید شده و در موارد دیگر چنین آثاری یافت نشده و حتی بر آثار منفی آن نیز تأکید شده است، در خصوص ناهمسانی این یافته‌ها یک فرضیه این است که عوامل متفاوتی به چگونگی تأثیر دین‌داری و بهزیستی روانی کمک می‌کند. بنابراین، یافته‌های ناهمسان ضرورتاً ارتباط میان بهزیستی و دین‌داری را نفی نمی‌کنند، بلکه موقعیت‌هایی را مشخص می‌کنند که ارتباطات در آنها قوی‌تر است. از جمله باید بین نوعی از جهت‌گیری دینی که به سلامت روانی کمک می‌کند و نوعی که با بهزیستی کمتر رابطه دارد یا ندارد، تفاوت قائل شد.<sup>۷</sup> این مسئله محققان دیگر را بر آن داشته تا تأثیر انواع مذهب را بررسی کرده و مذهب درونی را از مذهب بیرونی تفکیک کنند.<sup>۸</sup> برای مثال، باتسون و همکارانش

یافته‌های ۱۱۵ مطالعه در مورد همبستگی میان دین‌داری و بهداشت روانی را تجزیه و تحلیل کرده و دریافته‌اند که ۳۷ مورد از این مطالعات، نشان‌دهنده همبستگی مثبت میان دین‌داری و بهداشت روانی، و ۴۷ مورد نشان‌دهنده ارتباط منفی است و ۳۱ مورد نیز هیچ‌گونه همبستگی نشان نداده‌اند. این پژوهشگران، نتایج این مطالعات را به صورت جداگانه بر دین‌داری درونی و برونی تحلیل کرده‌اند. نتایج تحلیل ۱۱۵ مطالعه باتسون و همکاران بر دین‌داری درونی و بیرونی نشان می‌دهد که جهت‌گیری مذهبی درونی، همبستگی مثبت با بهداشت روانی دارد، اما جهت‌گیری مذهبی برونی غالباً همبستگی منفی با بهداشت روانی دارد.<sup>۹</sup>

برخی از محققان<sup>۱۰</sup> در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند که مذهب می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در اثرگذاری بر موقعیت‌های تنیدگی‌زا داشته باشد. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مذهبی درونی اثر رویدادهای غیرقابل کنترل، میزان اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد. بررسی ارتباط تنیدگی، افسردگی و اضطراب با مذهب نیز نشان داده است که رابطه منفی بین مذهبی بودن و اضطراب وجود دارد.<sup>۱۱</sup> در پژوهش جعفری<sup>۱۲</sup> در بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با شیوه‌های مقابله مشخص شده است که دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهبی درونی بیش از دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، از شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور استفاده کرده‌اند. همچنین دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی بیش از دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهبی درونی از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌محور استفاده کرده‌اند.<sup>۱۳</sup> غرایبی و همکاران<sup>۱۴</sup> در پژوهشی درباره ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی به این نتیجه رسیده‌اند که رابطه معناداری بین مذهب درونی با سلامت روان وجود دارد، ولی این ارتباط در مذهب بیرونی مشاهده نشده است. همچنین تفاوت معناداری بین دو جنس از لحاظ نوع مذهب مشاهده نشده است. درخصوص مقایسه هریک از زیرگروه‌های مقیاس سلامت روان با مذهب درونی نیز کلیه این مقیاس‌ها رابطه معناداری با مذهب درونی داشته، ولی مذهب بیرونی صرفاً با نمره‌های مقیاس افسردگی و خیم، ارتباط داشته است.<sup>۱۵</sup> بهرامی و رضائی‌فرانی<sup>۱۶</sup> نیز در پژوهشی درباره نقش جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) بر سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان به این نتیجه رسیده‌اند که رابطه همبستگی معناداری بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و

افسردگی سالمندان وجود دارد؛ بدین معنا که هرچه نمره‌های جهت‌گیری مذهبی به جهت بیرونی افزایش می‌یابد، نمره‌های اختلال در سلامت روان و افسردگی بالا می‌رود و هرچه نمره‌ها به سمت جهت‌گیری مذهب درونی تمایل می‌یابد، نمره‌های اختلال در سلامت روان و افسردگی کاهش می‌یابد.<sup>۱۷</sup> لهسایی‌زاده و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی مهاجران براساس مدل آلپورت و راس» به این نتیجه رسیده‌اند که ضریب همبستگی بین جهت‌گیری درون‌دینی با سلامت روان ۰/۷۹ و برون‌دینی ۰/۷۵- است و یافته‌های پژوهش آنها پیش‌فرض نظریه آلپورت در مورد رابطه بین سلامت روانی و دین‌داری و ارتباط آن با سلامت روانی مهاجران را تأیید می‌کند.<sup>۱۸</sup>

محور دوم پژوهش حاضر را نقش جهت‌گیری دینی در باورهای غیرمنطقی و نقش این باورها در سلامت روان تشکیل می‌دهند. همان‌طور که گفته شد، در بسیاری از تحقیقات، رابطه بین جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) با سلامت روان به اثبات رسیده و همچنین در تحقیقات دیگری نیز مشخص شده است که باورهای غیرمنطقی بر سلامت روان تأثیر منفی می‌گذارند. برای مثال، گردی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «رابطه سلامت روانی با تفکر غیرمنطقی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی» به این نتیجه دست یافته‌اند که سطح سلامت روانی آزمودنی‌ها با میزان تفکرات غیرمنطقی آنها به‌طور کلی، و با انواع توقع تأیید از دیگران، انتظار بیش از حد از خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی، بیش‌دلواپسی اضطرابی، اجتناب از مشکل، و درماندگی برای تغییر معکوس و با کمال‌گرایی معنادار بوده است.<sup>۱۹</sup> همچنین نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که حالت و میزان بالای اضطرابی که دانشجویان احساس می‌کنند، در موقعیت‌های همراه با فشار روانی بیشتر، با باورهای غیرمنطقی آنها مرتبط است.<sup>۲۰</sup> در پژوهش دیگری که روی دانشجویان انجام شده، نشان می‌دهد که باورهای غیرمنطقی برای کنار آمدن با مسائل، به افزایش فشار روانی و پیامدهای منفی منجر می‌شود.<sup>۲۱</sup> از آنجا که دین‌داری تأثیر بسیاری بر بالا رفتن سلامت روان افراد دارد و باورهای غیرمنطقی هم یکی از مهم‌ترین عامل‌های پایین بودن سلامت روان است، می‌توان اینچنین استنباط کرد که دین‌داری می‌تواند باورهای غیرمنطقی را به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد. بنابراین، شناسایی عوامل تأثیرگذار بر باورهای

غیرمنطقی و سلامت روان و ارتباط این دو مقوله مهم روان‌شناختی با یکدیگر حائز اهمیت است، زیرا سلامت روانی در قالب پدیده‌ای روانی - اجتماعی مستلزم درک و تفسیر درست از امور مرتبط بوده و هر فرهنگی هم براساس معیارهای خاص خود در پی سلامت روانی است.

اخیراً در روان‌شناسی و روان‌پزشکی «شناخت» جایگاه ویژه‌ای در سبب‌شناسی و درمان اختلالات هیجانی به خود اختصاص داده است و گفته می‌شود که روان‌شناسی دوباره به نقطه آغازین خود بازگشته است.<sup>۲۲</sup> روان‌شناسی شناختی برخلاف رفتارگرا معتقد است که رویدادهای ذهنی صرفاً پدیده‌های همایند نیستند، بلکه فرآیندهای شناختی، بر رفتار تأثیر دارند. نظریه بک در مورد اختلالات هیجانی بیانگر آن است که اولین مؤلفه در این‌گونه اختلالات، حضور افکار منفی خودکار است. به عقیده بک آنچه بیشتر موجب ناخشنودی افراد می‌شود محتوای فکر آنهاست.<sup>۲۳</sup> همچنین فلدمن<sup>۲۴</sup> معتقد است که ایس ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلالات رفتاری و روانی انسان را در انواع عقاید و باورهای غیرمنطقی که در مورد جهان پیرامون خود دارد، می‌داند.<sup>۲۵</sup> نظریه عقلانی - عاطفی - رفتاری آلبرت ایس یکی از نظریه‌های شناختی است. این نظریه، انواع باورهای غیرمنطقی را عامل اصلی مشکلات انسانی معرفی می‌کند. باورهای غیرمنطقی باورهایی هستند که بر روان فرد سلطه داشته و عامل تعیین‌کننده چگونگی تعبیر و تفسیر و معنا دادن به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند. باورهای غیرمنطقی حقیقت نداشته و با واقعیت منطبق نبوده، باید و حکم برای فرد می‌آورند، تعادل فرد را از بین برده، از ایجاد نظم جلوگیری کرده و از مواجهه موفقیت‌آمیز با حوادث تحریک‌کننده جلوگیری می‌کنند.<sup>۲۶</sup>

بنابراین، با مرور پیشینه پژوهشی، پژوهشی که به بررسی نقش باورهای غیرمنطقی بر جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) پرداخته باشد، یافت نشد، ولی همان‌طور که بیان شد، پژوهش‌هایی در مورد نقش جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) بر سلامت روان انجام شده است. گزارش یافته‌های متفاوت درباره نقش مذهب بر سلامت روان و یافت نشدن پژوهشی در مورد نقش جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) بر باورهای غیرمنطقی، سبب شد تا تحقیق حاضر انجام گیرد.

## سؤال‌ها و فرضیه‌های پژوهش

آیا رابطه معناداری بین جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) با باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن وجود دارد؟

رابطه معناداری بین جهت‌گیری دینی با سلامت روان و عامل‌های آن، وجود دارد.

رابطه منفی و معناداری بین سلامت روان و باورهای غیرمنطقی وجود دارد.

آیا تفاوت معناداری بین جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) در دانشجویان زن و مرد وجود دارد؟

آیا تفاوت معناداری بین جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) در دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد وجود دارد؟

## روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع تحقیق توصیفی - همبستگی است.

## جامعه و نمونه

جامعه آماری در این پژوهش دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی بوده که تعداد همه آنها حدود پانزده هزار نفر است. از جامعه یادشده، نمونه‌ای به حجم ۲۵۰ نفر انتخاب و ۲۵۰ پرسش‌نامه توزیع شده است. اما نمونه نهایی شامل ۲۱۶ نفر است، از این‌رو، نرخ تکمیل ۸۶ درصد است. با توجه به نوع تحقیق و وقت‌گیر بودن اجرای پرسش‌نامه، مقدار نمونه مناسب است. ۹۶ نفر مرد (۴۴٪) و ۱۲۰ نفر آنها زن (۵۶٪) بوده‌اند. ۱۱۰ نفر (۵۱٪) دانشجوی کارشناسی (۳۷ مرد و ۷۳ زن) و ۱۰۶ نفر (۴۹٪) دانشجوی کارشناسی ارشد (۵۹ مرد و ۴۷ زن) بوده‌اند.

## ابزار جمع‌آوری داده‌ها

برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی، سلامت روان و پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) استفاده شده است.

پرسش‌نامه چهارعاملی باورهای غیرمنطقی اهواز (A - IBT) : عبادی و معتمدین<sup>۳۷</sup> پرسش‌نامه چهارعاملی باورهای غیرمنطقی اهواز (A - IBT) 4 را که چهل سؤال دارد براساس پرسش‌نامه ده‌عاملی باورهای غیرمنطقی جونز به روش تحلیل عوامل

ساخته‌اند. روش نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) است. عبادی و معتمدین<sup>۲۸</sup> برای بررسی دقیق‌تر پایایی ضریب آزمون، از ضریب آلفای کرونباخ و روش تنصیف استفاده کرده‌اند که به ترتیب برای کل مقیاس، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و خرده‌عامل‌های درماندگی برابر تغییر، ۰/۸۰ و ۰/۸۲؛ توقع تأیید دیگران، ۰/۸۱ و ۰/۸۴، اجتناب از مشکل، ۰/۷۳ و ۰/۷۴؛ بی‌مسئولیتی هیجانی، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمده است. عامل درماندگی برابر تغییر، شامل سؤال‌های (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵)، توقع تأیید دیگران (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵)، اجتناب از مشکل (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰) و بی‌مسئولیتی هیجانی (۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰) است.<sup>۲۹</sup>

**پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ - 28):** پرسش‌نامه سلامت عمومی، شناخته‌شده‌ترین ابزار غربال‌گری در روان‌پزشکی<sup>۳۰</sup> است که برای غربال‌گری بیماری‌های روانی به کار می‌رود.<sup>۳۱</sup> پرسش‌نامه سلامت عمومی، ناراحتی‌هایی با طول مدت کمتر از دو هفته را شناسایی می‌کند و به بیماری‌های گذرا که ممکن است بدون درمان شفا یابند، حساس است. نسخه ارائه شده در این پژوهش، ۲۸ سؤال است.<sup>۳۲</sup> در این پژوهش، نمره بالا بیانگر داشتن سلامت عمومی، و نمره پایین بیانگر وجود بیماری است. این پرسش‌نامه از چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. نظام نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، براساس مقیاس لیکرت است که به هریک از مقیاس‌های چهارگانه، نمره (۰-۱-۲-۳) داده می‌شود.<sup>۳۳</sup> چگونگی و اسپیرز<sup>۳۴</sup> ضریب پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی به روش بازآزمایی را ۰/۴۷ گزارش کرده‌اند که در سطح  $p < ۰/۰۵$  عادی معنادار است. علاوه بر این، ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی (هفت سؤال اول)، اضطراب (هفت سؤال دوم)، بدکارکردی اجتماعی (هفت سؤال سوم) و افسردگی (هفت سؤال آخر) به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۷۹ و ۰/۸۵ گزارش شده است.<sup>۳۵</sup> مولوی اعتبار و پایایی بازآزمایی این آزمون را ۰/۸۶ گزارش کرده است.<sup>۳۶</sup> پژوهشگران بارها اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی را تأیید و گلدبرگ و هیلیر<sup>۳۷</sup> اعتبار این پرسش‌نامه را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

**مقیاس جهت‌گیری دینی آلپورت:** آلپورت و راس در سال ۱۹۵۰م این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی دین تهیه کرده‌اند. در مطالعه اولیه‌ای که بر این

مبنا صورت گرفته، مشاهده شده که همبستگی جهت‌گیری برونی با درونی ۰/۲۱ است<sup>۳۸</sup>. این آزمون در سال ۱۳۷۸ ترجمه و هنجاریابی شده است. همسانی درونی آن توسط جان‌بزرگی و با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ، ۰/۷۱، و پایایی آن ۰/۷۴ به دست آمده است.<sup>۳۹</sup> در این مقیاس ۲۱ سؤالی، عبارت‌های ۱ - ۱۲ جهت‌گیری بیرونی دین، و عبارت‌های ۱۳ - ۲۱ جهت‌گیری درونی دین را می‌سنجند و براساس طیف لیکرت نمره‌گذاری شده‌اند که دامنه آن از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. به پاسخ‌ها نمره ۱ - ۵ تعلق می‌گیرد؛ به این ترتیب که گزینه الف نمره یک، گزینه ب نمره دو، گزینه ج نمره چهار و گزینه د نمره پنج و عبارت‌های بدون پاسخ، نمره سه می‌گیرند.

### تجزیه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، همبستگی و رگرسیون) و روش‌های آمار استنباطی (آزمون MANOVA) استفاده شده است. همچنین برای تحلیل داده‌های فوق، نرم‌افزار spss به کار رفته است.

### یافته‌ها

#### یافته‌های توصیفی

یافته‌های توصیفی این پژوهش، شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای مورد مطالعه و عامل‌های استخراج شده است.

تعداد کل دانشجویان ۲۱۶ نفر می‌باشد که میانگین و انحراف معیار آنها در کل مقیاس باورهای غیرمنطقی به ترتیب برابر (۱۰۸/۴۷ و ۲۳/۹۰) است. همچنین میانگین و انحراف معیار خرده‌مؤلفه‌های آن عبارت است از: درماندگی برای تغییر (۳۸/۶۷ و ۱۰/۴۸)، توقع تأیید دیگران (۳۰/۰۵ و ۶/۴۱)، اجتناب از مشکل (۱۲/۷۹ و ۳/۲۳) بی‌مسئولیتی هیجانی (۶/۷۶ و ۲۴/۶۲). این دو مورد در کل مقیاس سلامت روان به ترتیب برابر (۵۶/۶۸ و ۱۳/۰۷) و در خرده‌مؤلفه‌های آن عبارت است از: نشانه‌های جسمانی (۱۳/۷۰ و ۳/۸۴)، نشانه‌های اضطراب (۱۴/۹۰ و ۴/۴۴)، بدکارکردی اجتماعی (۱۱/۰۲ و ۳/۳۵) و نشانه‌های افسردگی (۱۷/۱۴ و ۴/۵۸) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار کل آزمودنی‌ها در جهت‌گیری دینی درونی (۳۲/۷۵ و ۳/۷۸) و جهت‌گیری دینی بیرونی



(۲۹/۳۵ و ۴/۷۰) است. در این پژوهش تعداد دانشجویان پسر ۹۶ نفر می‌باشد که میانگین و انحراف معیار آنها در کل مقیاس باورهای غیرمنطقی به ترتیب برابر (۱۸/۳۰ و ۱۰۸/۲۱). همچنین در خرده‌مؤلفه‌های درماندگی برای تغییر (۳۹/۰۱ و ۸/۹۱)، توقع تأیید دیگران (۳۰/۷۲ و ۵/۵۲)، اجتناب از مشکل (۱۲/۶۴ و ۲/۹۸)، بی‌مسئولیتی هیجانی (۲۵/۸۳ و ۵/۸۰) و در کل مقیاس، سلامت روان به ترتیب برابر (۵۷/۷۹ و ۱۲/۴۹) می‌باشد. همچنین در خرده‌مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی (۱۴/۴۱ و ۳/۷۰)، نشانه‌های اضطراب (۱۵/۵۶ و ۳/۸۴)، بدکارکردی اجتماعی (۱/۹۹ و ۳/۲۴) و نشانه‌های افسردگی (۱۶/۸۲ و ۴/۹۰) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار آنها در جهت‌گیری دینی درونی (۳۲/۴۳ و ۴/۰۱) و جهت‌گیری دینی بیرونی (۲۹/۵۹ و ۴/۸۸) است. تعداد دانشجویان دختر ۱۲۰ نفر می‌باشد که میانگین و انحراف معیار آنها در کل مقیاس باورهای غیرمنطقی به ترتیب برابر (۱۰۵/۰۳ و ۲۷/۶۹). همچنین در خرده‌مؤلفه‌های درماندگی برای تغییر (۳۸/۴۰ و ۱۱/۶۵)، توقع تأیید دیگران (۳۱/۳۲ و ۷/۰۸)، اجتناب از مشکل (۱۲/۸۷ و ۳/۴۴) بی‌مسئولیتی هیجانی (۲۳/۶۱ و ۷/۳۵) و در کل مقیاس سلامت روان به ترتیب برابر (۵۵/۷۶ و ۱۳/۵۲). همچنین در خرده‌مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی (۱۳/۱۰ و ۳/۸۷)، نشانه‌های اضطراب (۱۴/۳۴ و ۴/۸۲)، بدکارکردی اجتماعی (۱۱/۰۵ و ۳/۴۴) و نشانه‌های افسردگی (۱۷/۴۱ و ۴/۲۹) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار آنها در جهت‌گیری دینی درونی (۳۳ و ۳/۵۹) و جهت‌گیری دینی بیرونی (۲۹/۱۶ و ۴/۵۵) است.

### بررسی سؤال‌ها و فرضیه‌های پژوهش

۱. آیا رابطه معناداری بین جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) با باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن، وجود دارد؟

جدول ۱: همبستگی بین باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن با جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی)

متغیرها	باورهای غیرمنطقی	درماندگی برای تغییر	توقع تأیید دیگران	اجتناب از مشکل	بی‌مسئولیتی هیجانی
مذهب درونی	-۰/۰۹	-۰/۱۳	-۰/۰۱	-۰/۰۳	-۰/۱۴*
مذهب بیرونی	۰/۰۲	۰/۰۰۸	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۰۲

\*همبستگی در سطح  $(p < ۰/۰۵)$

با توجه به جدول یک مشاهده می‌شود که از بین همبستگی‌های ممکن، رابطه منفی و

معناداری بین باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن با جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) فقط خرده‌عامل بی‌مسئولیتی هیجانی با جهت‌گیری دینی درونی، وجود دارد. این نکته می‌تواند بیانگر این باشد که می‌توان از نمره جهت‌گیری دینی درونی برای پیش‌بینی بی‌مسئولیتی هیجانی دانشجویان استفاده کرد.

جدول ۲: نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون ساده برای پیش‌بینی بی‌مسئولیتی هیجانی از طریق جهت‌گیری دینی درونی

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
رگرسیون	۱۷۸/۲۳	۱	۱۷۸/۲۳	۳/۹۴	۰/۰۴۸
خطا	۹۳۰۲/۵۱	۲۰۶	۴۵/۱۵		
کل	۹۴۸۰/۷۵	۲۰۷			

متغیر پیش‌بین: جهت‌گیری دینی درونی      متغیر وابسته: بی‌مسئولیتی هیجانی

مقدار  $R^2$  برابر ۰/۰۱ می‌باشد؛ یعنی یک درصد از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیر پیش‌بین تبیین می‌شود. همچنین با توجه به اینکه در جدول تحلیل واریانس رگرسیون مقدار F معنادار است ( $F_{(1,206)} = 3/94, p < 0/048$ ) می‌توان گفت که خرده‌مؤلفه بی‌مسئولیتی هیجانی از طریق جهت‌گیری دینی درونی قابل پیش‌بینی است.

۲. آیا رابطه معناداری بین جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) با سلامت روان و

عامل‌های آن، وجود دارد؟

جدول ۳: همبستگی بین باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن با مقیاس سلامت روان

متغیرها	سلامت روان	نشانه‌های جسمانی	نشانه‌های اضطراب	بدکارکردی اجتماعی	نشانه‌های افسردگی
دین درونی	* ۰/۱۵	۰/۰۴	** ۰/۱۸	۰/۰۷	۰/۱۲
دین بیرونی	- ۰/۰۹	- ۰/۰۸	* - ۰/۱۴	- ۰/۰۰۹	- ۰/۰۸

\* همبستگی در سطح ( $p < 0/05$ )      \*\* همبستگی در سطح ( $p < 0/01$ )

با توجه به جدول سه مشاهده می‌شود که از بین همبستگی‌های ممکن بین سلامت روان و عامل‌های آن با جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) بین مقیاس کلی سلامت روان و جهت‌گیری دینی درونی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و همچنین از بین خرده‌عامل‌های سلامت روان، فقط خرده‌عامل نشانه‌های اضطراب با جهت‌گیری دینی درونی رابطه مثبت و معناداری و با جهت‌گیری دینی بیرونی رابطه منفی و معناداری دارد. این نکته می‌تواند بیانگر این باشد که می‌توان از نمره جهت‌گیری دینی درونی کل مقیاس سلامت روان و از طریق جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی با هم، خرده‌عامل نشانه‌های اضطراب را پیش‌بینی کرد.

جدول ۴: نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون ساده برای پیش‌بینی سلامت روان از طریق جهت‌گیری دینی درونی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
رگرسیون	۷۶۲/۹۰	۱	۷۶۲/۹۰	۴/۵۴	۰/۰۳۴
خطا	۳۵۱۲۲/۴۵	۲۰۹	۱۶۸/۰۵		
کل	۳۵۸۸۵/۳۵	۲۱۰			

متغیر پیش‌بین: جهت‌گیری دینی درونی      متغیر وابسته: سلامت روان

مقدار  $R^2$  برابر ۰/۰۲ می‌باشد، یعنی دو درصد از تغییرات متغیر وابسته به‌وسیله متغیر پیش‌بین تبیین می‌شود و همچنین با توجه به اینکه در جدول تحلیل واریانس رگرسیون مقدار F آن معنادار است ( $F_{(1,209)} = 4/54, p < 0/034$ ) می‌توان گفت که سلامت روان از طریق جهت‌گیری دینی درونی قابل پیش‌بینی است.

جدول ۵: نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب از طریق جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی)

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
رگرسیون	۱۸۵/۸۹	۲	۹۲/۹۴	۴/۸۸	۰/۰۰۸
خطا	۳۹۵۵/۰۲	۲۰۸	۱۹/۰۱		
کل	۴۱۴۰/۹۱	۲۱۰			

متغیرهای پیش‌بین: جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی      متغیر وابسته: نشانه‌های اضطراب

مقدار  $R^2$  برابر ۰/۰۴ است؛ یعنی چهار درصد از تغییرات متغیر وابسته به‌وسیله متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود و همچنین با توجه به اینکه در جدول تحلیل واریانس رگرسیون مقدار F آن معنادار است ( $F_{(2,208)} = 4/88, p < 0/008$ ) می‌توان گفت که نشانه‌های اضطراب از طریق جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی قابل پیش‌بینی است که با توجه به ضرایب بتا جهت‌گیری دینی درونی نقش بارزتری درخصوص جهت‌گیری دینی بیرونی دارد.

۳. رابطه معناداری بین سلامت روان و باورهای غیرمنطقی وجود دارد.

جدول ۶: همبستگی بین باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن با مقیاس سلامت روان

متغیرها	باورهای غیرمنطقی	درماندگی برای تغییر	توقع تأیید دیگران	توقع تأیید مشکل	بی‌مسئولیتی هیجانی	سلامت روان
باورهای غیرمنطقی	۱					
درماندگی برای تغییر	**۰/۹۱	۱				
توقع تأیید دیگران	**۰/۷۳	**۰/۴۷	۱			
اجتناب از مشکل	**۰/۷۳	**۰/۵۵	*۰/۵۲	۱		
بی‌مسئولیتی هیجانی	**۰/۸۵	**۰/۷۱	**۰/۴۵	**۰/۶۰	۱	
سلامت روان	**۰/۵۱	**۰/۵۳	**۰/۲۶	**۰/۳۷	**۰/۵۵	۱

\* همبستگی در سطح ( $p < 0/05$ )      \*\* همبستگی در سطح ( $p < 0/01$ )

با توجه به جدول شش مشاهده می‌شود که همه همبستگی‌های ممکن بین باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن با سلامت روان، معنادار هستند و این نکته می‌تواند بیانگر این باشد که می‌توان از نمره کلی باورهای غیرمنطقی و خرده‌عامل‌های آن برای پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان استفاده کرد.

جدول ۷: نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی سلامت روان از طریق باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
رگرسیون	۱۲۱۸۷/۷۷	۴	۳۰۴۶/۹۴	۲۸/۱۰	۰/۰۰۰۰
خطا	۲۱۶۸۴/۱۴	۲۰۰	۱۰۸/۴۲		
کل	۳۳۸۷۱/۹۲	۲۰۴			

متغیرهای پیش‌بین: درماندگی برای تغییر، توقع تأیید دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی

### متغیر وابسته: سلامت روان

مقدار  $R^2$  برابر  $۰/۳۴$  می‌باشد؛ یعنی ۳۴ درصد از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود. همچنین با توجه به اینکه در جدول آنالیز واریانس رگرسیون مقدار  $F$  آن معنادار است ( $F_{(4,200)} = 28/10, p < 0/0000$ ) می‌توان گفت که سلامت روان از طریق باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن قابل پیش‌بینی است. با توجه به وزن‌های بتا درماندگی برای تغییر و بی‌مسئولیتی هیجانی به ترتیب، مهم‌ترین نقش را در میزان نمره سلامت روان دارند.

۴. آیا تفاوت معناداری بین جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) در دانشجویان زن و مرد وجود دارد؟

در ادامه برای اینکه بدانیم که آیا بین میانگین جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی دانشجویان زن و مرد تفاوت معناداری وجود دارد، آزمون MANOVA انجام شده است. در این پژوهش، آزمون پیلائی تریس برابر  $۰/۰۰۶$  معنادار نیست ( $F_{(2,213)} = 0/70, p = 0/50$ ) که نشان می‌دهد می‌توان فرضیه مشابه بودن میانگین‌های جامعه را براساس متغیرهای وابسته برای دانشجویان زن و مرد تأیید کرد.

۵. آیا تفاوت معناداری بین جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) در دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد وجود دارد؟

در ادامه برای اینکه بدانیم آیا تفاوت معناداری بین میانگین جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد وجود دارد MANOVA انجام شده است.

در این پژوهش، آزمون پیلاپی تریس برابر  $0.2/0$  معنادار نیست ( $F_{(2, 213)} = 1/77$ ,  $p = 0/17$ ) که نشان می‌دهد می‌توان فرضیه مشابه بودن میانگین‌های جامعه را براساس متغیرهای وابسته برای دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد تائید کرد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج اولین سؤال پژوهش نشان می‌دهد که بین باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن با جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی فقط خرده‌عامل بی‌مسئولیتی رابطه منفی و معناداری با جهت‌گیری دینی درونی دارد. در ادامه، نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که جهت‌گیری دینی درونی می‌تواند بی‌مسئولیتی هیجانی دانشجویان را پیش‌بینی کند. به نظر می‌رسد که این یافته با اظهار نظرهای الیس<sup>۴</sup> که معتقد بود دین با غیرمنطقی بودن در ارتباط است، افراد مذهبی نوعی تفکرات و رفتارهای جزمی دارند که موجب نابسامانی وضع روانی آنها می‌شود و افراد مذهبی بهداشت روانی ضعیف‌تری دارند، تنها از جهت دینی بیرونی هماهنگ است، اما از جهت دینی درونی متفاوت است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که جهت‌گیری دینی درونی دارند؛ یعنی معتقدند که دین در ذات آنها ریشه دارد، طبیعی می‌نماید که در مقایسه با افرادی که دین بیرونی دارند؛ یعنی دین را وسیله‌ای برای دستیابی به چیز دیگری می‌دانند، مسئول هیجان‌ات و عواطف خود باشند. از مهم‌ترین ویژگی‌های افرادی که جهت‌گیری دینی درونی دارند این است که آنها در کارها و اعمال روزمره خود فرافکنی نمی‌کنند و واقعیت‌ها را قبول می‌کنند، زیرا بی‌مسئولیتی هیجانی ناظر بر این موارد می‌باشد که باعث ایجاد خشم و ناراحتی در درون هر انسانی، دیگران هستند. به عبارت دیگر، عامل بدبختی هرکس خودش نیست، بلکه دیگران هستند؛ معمولاً واقعیت‌ها را آنچنان که اتفاق می‌افتد آرام و بی‌سر و صدا نباید پذیرفت. بنابراین، با توجه به آنچه در مورد ویژگی‌های جهت‌گیری دینی درونی و بی‌مسئولیتی هیجان گفته شد، می‌توان گفت که جهت‌گیری دینی درونی می‌تواند بی‌مسئولیتی هیجانی را کاهش دهد.

نتایج دومین فرضیه پژوهش نیز نشان می‌دهد که رابطه مثبت معناداری بین سلامت روان با جهت‌گیری دینی درونی وجود دارد و همچنین رابطه منفی بین سلامت روان و جهت‌گیری دینی بیرونی وجود دارد که این رابطه به لحاظ آماری معنادار نیست. در ادامه نتایج، تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که سلامت روان از طریق جهت‌گیری دینی درونی

قابل پیش‌بینی است. این یافته کاملاً با نتایج دیگر تحقیقات همسوست. غرابی و همکاران<sup>۴۱</sup> در پژوهشی درباره ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی به این نتیجه رسیده‌اند که رابطه معناداری بین مذهب درونی با سلامت روان وجود دارد، ولی این ارتباط در مذهب بیرونی مشاهده نشده است. بهرامی و رضائی فرانی<sup>۴۲</sup> نیز در پژوهشی درباره نقش جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان به این نتیجه رسیده‌اند که رابطه همبستگی معناداری بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و افسردگی سالمندان وجود دارد. لهسایی‌زاده و همکاران<sup>۴۳</sup> در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی مهاجران براساس مدل آلپورت و راس» به این نتیجه رسیده‌اند که ضریب همبستگی بین جهت‌گیری درون‌دینی با سلامت روان ۰/۷۹ و برون‌دینی ۰/۷۵- است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که یافتن ارتباط مثبت بین سلامت روان و جهت‌گیری دینی درونی، دور از ذهن نیست، زیرا کسانی که جهت‌گیری دینی بیرونی دارند، تعهدهای دینی خود را وسیله‌ای برای کسب مقام، قدرت یا امنیت به‌طور کلی نوعی مصلحت‌اندیشی به کار می‌گیرند، ولی افرادی که جهت‌گیری دینی درونی دارند، باورهای خود را درونی کرده‌اند و با آنها زندگی می‌کنند، هرچند نشانه‌های بحران بیرونی در آنها دیده می‌شود. به عبارت دیگر، به زعم تعارض‌های ظاهری آنها در محیط، به سبب انسجام درونی و درونی کردن ارزش‌ها از وحدت‌یافتگی بیشتری در عمل، احساس و تفکر بهره‌مندند.<sup>۴۴</sup> آلپورت<sup>۴۵</sup> جهت‌گیری دینی درونی را چنین توضیح می‌دهد که این افراد، انگیزه اصلی اعتقادات خود را به صورت انتزاعی از مذهب می‌دانند و نیازهای دیگر این افراد که در درجه دوم اهمیت است، عقاید و مذهب آنها را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد و برآورده شدن این نیازها را هم ضمن اعتقادات دینی ممکن می‌دانند. افراد دینی با این ویژگی سعی دارند که دین مورد اعتقاد خود را درونی ساخته و آن را در زندگی خود به کمال رسانده و دستورهای دینی را هم هرچه کامل‌تر انجام دهند. اینها افرادی هستند که با الگوی رفتاری و اعتقادی دینی‌شان زندگی می‌کنند.

همچنین از بین خرده‌عامل‌های سلامت روان، فقط خرده‌عامل نشانه‌های اضطراب با جهت‌گیری دینی درونی رابطه مثبت و معنادار و با جهت‌گیری دینی بیرونی رابطه منفی و معنادار دارد که نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد نشانه‌های اضطراب از طریق

جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی قابل پیش‌بینی است که با توجه به ضرایب بتا جهت‌گیری دینی درونی نقش قابل ملاحظه‌تری در مقایسه با جهت‌گیری دینی بیرونی دارد. این یافته از جهتی با یافته‌های غرابی و همکاران<sup>۴۶</sup> هماهنگ است، زیرا آنها در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که بین خرده‌مؤلفه اضطراب و جهت‌گیری دینی درونی ارتباط وجود دارد و از جهتی دیگر، چون در این پژوهش بین خرده‌مؤلفه‌های دیگر سلامت روان (نشانه‌های جسمانی، بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های افسردگی) با جهت‌گیری دینی درونی رابطه‌ای یافت نشد، با تحقیق غرابی و همکاران ناهماهنگ است، زیرا آنها در پژوهش خود رابطه معناداری بین این خرده‌مؤلفه‌ها و مذهب درونی یافته‌اند. همچنین در این تحقیق، رابطه منفی و معناداری بین جهت‌گیری دینی بیرونی و خرده‌مؤلفه اضطراب یافت شده (شایان ذکر است که منفی بودن رابطه به سبب آن است که در این پژوهش، نمره بالا گرفتن در پرسش‌نامه سلامت روان، نشانه سلامت روان بالاتر می‌باشد) که این یافته با یافته‌های غرابی و همکاران ناهماهنگ است، زیرا آنها در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که مذهب بیرونی صرفاً با نمره‌های مقیاس افسردگی و خیم ارتباط داشته و با مؤلفه‌های نشانه‌های اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های جسمانی ارتباط ندارد. افراد با جهت‌گیری دینی درونی، ارتباط مثبتی با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت روان، عزت نفس، بردباری و کانون کنترل بیرونی دارند.<sup>۴۷</sup> در مقابل، جهت‌گیری بیرونی رابطه مثبتی با اضطراب بیشتر دارد. بررسی‌های صورت‌گرفته روی بیش از هشتاد تحقیق منتشر شده در طول صد سال اخیر نشان می‌دهد که عوامل مذهبی با میزان پایین افسردگی ارتباط دارد.<sup>۴۸</sup> به‌طور کلی جهت‌گیری دینی، بر باورها و فعالیت‌های دینی تکیه داشته و از این طریق در کنترل اضطراب‌ها و بی‌مسئولیتی‌های هیجانی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، حمایت روحانی و... همگی از جمله منابعی است که افراد دین‌دار با بهره‌مندی از آنها می‌توانند در رویارویی با حوادث مشکل‌زای زندگی، آسیب کمتری را از لحاظ روانی متحمل شوند. مذهب می‌تواند در تمامی عوامل، نقش مؤثری در اضطراب‌زایی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله‌ای، منابع حمایتی و... سبب

کاهش گرفتاری روانی شود. بر این اساس، مدت‌هاست که تصور می‌شود ارتباط مثبتی میان دین و سلامت روانی وجود دارد و اخیراً نیز روان‌شناسی دین، حمایت‌های تجربی زیادی را در این زمینه فراهم آورده است.

نتایج این تحقیق این مسئله را روشن می‌سازد که دانشجویانی که جهت‌گیری دین درونی داشته، از وضعیت سلامت روان بهتری بهره‌مندند. آنچه نتایج نشان می‌دهد این است که دانشجویانی که دین را در جهت رفع نیازهای اجتماعی خود نمی‌خواهند و به اصل آن توجه دارند، از سلامت روانی بهره‌مند بوده و اضطراب و بی‌مسئولیتی هیجانی کمتری را در زندگی خود احساس می‌کنند. اما دانشجویانی که دین را در جهت رفع نیازهای اجتماعی خود می‌خواهند و به اصل آن توجه ندارند، از لحاظ سلامت روان، اضطراب بیشتری در زندگی خود احساس می‌کنند.

در مجموع باید گفت همان‌طور که آلپورت اظهار می‌دارد تنها دین با بعد درونی، سلامت روانی را بهبود می‌بخشد و افراطی‌گری نیز بیشتر در افرادی دیده می‌شود که جهت‌گیری دینی آنها بیرونی است و شاید این مسئله بتواند توجیه‌کننده نتیجه پژوهش حاضر و سایر مطالعاتی باشد که به نوعی، آثار منفی جهت‌گیری دینی را بر سلامت روان گزارش کرده‌اند.

نتایج سومین فرضیه پژوهش نشان می‌دهد که همه همبستگی‌های ممکن بین باورهای غیرمنطقی و عامل‌های آن با سلامت روان معنادار هستند و در ادامه، نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که ۰/۳۴ از تغییرات سلامت روان به وسیله عامل‌های درماندگی برای تغییر، توقع تأیید دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی قابل تبیین است. این نتیجه با نتایج تحقیق باقری<sup>۴۹</sup>، گردی و همکاران، مالوف، شوت و مک‌کلیند<sup>۵۰</sup> و تراستر، گاند لاج و پاپ<sup>۵۱</sup> همسوست. البته این نتیجه، مؤید اعتقاد ایلس است که اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه طرز تفکر غیرمنطقی و غیرعقلانی می‌داند.<sup>۵۲</sup> همچنین این نتیجه در برخی مؤلفه‌ها در راستای پژوهش‌های کش است که نشان می‌دهد تفکرات غیرمنطقی تأیید دیگران، انتظار بیش از حد، واکنش به ناکامی، بیش‌دلوپسی اضطرابی، اجتناب از مشکل درماندگی برای تغییر، نقش عمده‌ای در آشفته‌گی‌های عاطفی، به ویژه افسردگی بازی می‌کنند.<sup>۵۳</sup> نتایج تحقیق وودز<sup>۵۴</sup> نیز حاکی از آن است که چهار نوع تفکر غیرمنطقی انتظار بیش از حد،



بیش‌دلواپسی اضطرابی، واکنش درماندگی، و تأیید دیگران، به ترتیب نقش عمده‌ای در هر دو نوع آشفتگی عاطفی ایفا می‌کنند.<sup>۵۵</sup>

در تبیین این یافته می‌توان گفت که سلامت روانی در قالب پدیده‌ای روانی - اجتماعی مستلزم درک و تفسیر درست از امور مرتبط است و همچنین به اعتقاد الیس<sup>۵۶</sup> هیچ رویدادی ذاتاً نمی‌تواند در انسان ایجاد آشفتگی روانی کند، زیرا تمام محرک‌ها و رویدادها در ذهن معنا و تفسیر می‌شوند و بر این اساس، سازش نیافتگی‌ها و مشکلات هیجانی در واقع، ناشی از چگونگی تعبیر، تفسیر و پردازش اطلاعات حاصل از محرک‌ها و رویدادهایی است که افکار و باورهای ناکارآمد در زیربنای آنها قرار دارد. الیس معتقد است که باورهای غیرمنطقی به مشکلات روانی بیشتر می‌انجامد، در حالی که باورهای منطقی نقش ویژه‌ای در موفقیت افراد دارند.<sup>۵۷</sup>

همچنین نتایج آزمون مانووا برای چهارمین و پنجمین سؤال پژوهش نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین دانشجویان زن و مرد و دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد از لحاظ جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی) وجود ندارد. تربیت دینی یکی از زیرمجموعه‌های نظام تعلیم و تربیت است که جوامع از دیرباز به آن توجه داشته تا بر مبنای آن گام‌هایی در جهت پرورش افراد متدین و مذهبی برداشته شود.<sup>۵۸</sup> تربیت دینی در جوامع به دو شکل رسمی و غیررسمی صورت می‌پذیرد. منظور از تربیت دینی رسمی، آموزش‌هایی است که به‌طور سیستماتیک در محیط‌هایی مخصوص، مانند مدارس، دانشگاه‌ها و سایر مراکز آموزشی بر مبنای برنامه‌ریزی منظمی انجام می‌گیرد. برنامه‌ریزان آموزشی در دانشگاه برای تحقق اهداف تربیت دینی، شامل پرورش اعتقادات و باورهای دینی در دانشجویان، درس‌های معارف اسلامی را در دوره کارشناسی برای تمامی رشته‌ها در نظر گرفته‌اند که رسالت اصلی این دروس، انسان‌سازی و تعمیق باورهای دینی است و دانشجویان ملزم به گذراندن این دروس هستند. اما در دوره کارشناسی ارشد چنین دروسی در برنامه درسی آنها گنجانده نشده است، پس با توجه به آنچه گفته شد، در تبیین این یافته می‌توان گفت که اگر دانشجویان در طول تحصیل در دانشگاه تغییری از لحاظ جهت‌گیری دینی داشته باشند، به دوره کارشناسی آنها بر می‌گردد.

این یافته که بین دانشجویان زن و مرد تفاوت معناداری وجود ندارد با یافته‌های غرابی و همکاران که در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که تفاوت معناداری بین دو جنس از لحاظ نوع جهت‌گیری دینی وجود ندارد، هماهنگ است. هرچند به لحاظ آماری تفاوت معناداری بین دانشجویان دختر و پسر مشاهده نشد، اما باز هم دانشجویان دختر از لحاظ جهت‌گیری دینی درونی میانگین بیشتری در مقایسه با دانشجویان پسر و از لحاظ جهت‌گیری دینی بیرونی، میانگین کمتری دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در واقع این احتمال وجود دارد که مردان در مقایسه با زنان، بیشتر از منافع جهت‌گیری دینی بیرونی، همانند حمایت اجتماعی و به دست آوردن مقام و موقعیت در محیط‌های اجتماعی و شغلی، به وسیله دین استفاده می‌برند، چراکه آنها بیشتر درگیر مسائل اقتصادی و کاری خانواده هستند. اما زنان در مقایسه با مردان، بیشتر از منافع جهت‌گیری دینی درونی، همانند آرامش درونی ایجاد شده به وسیله دین لذت می‌برند، چراکه آنها به سبب شرایط اجتماعی و فرهنگی خاص، برای مثال، خطرپذیری بیشتر در مقابل طلاق و فروپاشی خانواده، بیشتر به دعا و باورهای دینی درونی گرایش دارند.

در پایان یادآوری می‌شود که یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی کشورهای جهان، تأمین سلامتی یا بهداشت است. بنابراین، برداشتن هر گامی در جهت ارتقای بهداشت روان کشور بسیار مهم است. همان‌طور که نتایج این تحقیق همسو با تحقیقات دیگر در این زمینه نشان می‌دهد، داشتن اعتقادات دینی، خصوصاً به صورت جهت‌گیری دینی درونی، رابطه مثبتی با کاهش علائم و اختلالات روان‌پزشکی و افزایش بهداشت روان افراد دارد، از این رو، به نظر می‌رسد که این مسئله باید در برنامه‌های پیشگیری و درمان مد نظر قرار گرفته و براساس آن برنامه‌ریزی شود. اگر چه پژوهش حاضر به درک روابط جهت‌گیری دینی (درونی و بیرونی)، سلامت روان و باورهای غیرمنطقی یاری می‌کند، اما ابعاد و چگونگی این تأثیر نیازمند بررسی‌های طولی است، چراکه بررسی‌های مقطعی تنها برش‌هایی از واقعیت را مسجل می‌سازند و برای دریافت عمیق‌تر، بررسی درازمدت تأثیر دین، ضروری به نظر می‌رسد.

۱. هادی بهرامی احسان و دیگران، «رابطه بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی، سلامت روانی و اختلالهای روان‌شناختی»، *روانشناسان ایرانی*، دوره دوم، ش ۵، ۱۳۸۴، ص ۴۲-۳۵.
۲. هادی بهرامی احسان و آنهیتا تاشک، «ابعاد رابطه جهت‌گیری مذهبی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *روانشناسی و علوم تربیتی*، سال سی و چهارم، ش ۲، ۱۳۸۳، ص ۶۳-۴۱.
۳. مسعود جان‌بزرگی، «بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی»، *پایان‌نامه دکتری*.
۴. فاطمه نوغانی، و دیگران، «تاثیر آموزش فرهنگ دینداری بر میزان افسردگی» *فصلنامه حیات*، سال دهم، ش ۲۳، ۱۳۸۳، ص ۵۶-۴۹.
5. H.G. Koenig & et al, "Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms" *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997; . J. Neeleman & et al, "Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries" *Psychological medicine*, 27(05),1997, 1165-1171; C.E. Thoresen & A.H.S. Harris, "Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?", *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1),2002, 3-13; R.F. Palmer & et al, "A randomized trial of the effects of remote intercessory prayer: interactions with personal beliefs on problem-specific outcomes and functional status", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(3), 2004, 438-448; M. Parker & et al, "Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults" *Aging & Mental Health*, 7(5), 2003, 390-397.
- هادی بهرامی احسان و دیگران، «رابطه بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی، سلامت روانی و اختلالهای روان‌شناختی»، *روانشناسان ایرانی*، دوره دوم، ش ۵، ۱۳۸۴، ص ۴۲-۳۵؛ مسعود جان‌بزرگی، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *پژوهش در پزشکی*، دوره سی و یک، ش چهارم، ۱۳۸۶ ص ۳۵۰-۳۴۵.
6. P.Dalgalarondo, "Religious affiliation and mental health in Brazil" *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, 40(4), 1994, 325; D.B.O'Connor & et al, "Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students", *Personality and individual differences*, 34(2), 2003, 211-217; A.K. Shreve-Neiger & B.A. Edelstein, "Religion and anxiety: a critical review of the literature", *Clinical Psychology Review*, 24(4), 2004, 379-397.
۷. مهدی عباسی، و مسعود جان‌بزرگی، «رابطه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با پایداری هیجانی»، *روانشناسی دین*، سال سوم، ش سوم، ۱۳۸۹، ص ۱۸-۵.
8. G. Allport, "The person in psychology: Selected essays, 1968, p. 87-95.
۹. مسعود آذربایجانی، مهدی موسوی اصل، *درآمدی بر روانشناسی دین*، ۱۵۳.
۱۰. بهرامی احسان، هادی و دیگران، «رابطه بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی، سلامت روانی و اختلالهای روان‌شناختی»، *مجله روانشناسان ایرانی*، دوره دوم، شماره ۵، ۱۳۸۴، ص ۴۲-۳۵.
11. Pressman & et al, "Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips" *The American journal of psychiatry* 1990.
۱۲. علیرضا جعفری، «رابطه جهت‌گیری مذهبی (درونی- بیرونی) با شیوه‌های مقابله با استرس در دانشجویان»، *فصلنامه علوم رفتاری*، ۱(۱)، ۱۳۸۴، ص ۹۱-۱۱۴.

۱۴. بنفشه غرابی و همکاران « بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان»، فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال سوم، شماره دهم، ۱۳۸۷، ص ۶۵-۸۱.
۱۵. همان
۱۶. فاضل بهرامی و عباس رضائی فرانی، «نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان»، مقالات پژوهشی، دوره ششم، شماره ۱، ۱۳۸۴، ص ۴۷-۴۲.
۱۷. همان
۱۸. عبدالعلی لهسایی زاده و دیگران، «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی مهاجران بر اساس مدل آلپورت و راس: نمونه مورد مطالعه قصر شیرین»، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال سوم، ۱۳۸۵، ص ۱۴۹-۱۶۹.
۱۹. فلور گردی و دیگران، «رابطه سلامت روانی با تفکر غیرمنطقی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی»، پژوهش های روانشناختی، دوره ۸، ش ۳ و ۴، ۱۳۸۴، ص ۶۱-۴۵.
۲۰. همان
۲۱. نادر صادقی، «بررسی و مقایسه تحریفات شناختی و تفکرات ناکارآمد در مردان معتاد به مواد مخدر و افراد بهنجار»، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد.
۲۲. اتکینسون، ریتال و همکاران، زمینه روانشناسی مترجم، محمد تقی براهنی،
۲۳. ریچارد پی. هال جین و سوزان کراس ویتبورن، آسیب شناسی روانی، مترجم، یحیی سید محمدی، ج دوم،
24. Feldman, R.S, " *Understanding Psychology*" New York: Mc Graze Hill.
25. R.S. Feldman, " *Understanding Psychology*" New York: Mc Graze Hill, 1987.
26. A. Ellis, " Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT)" Journal of Rational-Emotive and Cognitive *behavioral Therapy Psychotherapy*, 13: 1995, 85-89.
۲۷. غلام حسین عبادی، و مختار معتمدین، « بررسی ساختار عاملی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز در شهر اهواز»، دانش و پژوهش در روانشناسی، سال هفتم، ۱۳۸۴، ص ۹۲-۷۳.
۲۸. غلام حسین عبادی، و مختار معتمدین، همان
۲۹. همان.
۳۰. مریم اوتادی، «تاثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسرانشان»، پایان نامه کارشناسی ارشد.
۳۱. همان
۳۲. حسین کاویانی، و دیگران، مصاحبه و آزمونهای روانی
33. D.P. Goldberg & V.F. Hillier, "A scaled version of general health questionnaire", *psychological Medicine*; 9: 1979, 131-145
34. Cheung, P. & Spears, G, "Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire" *Social psychiatry psychiatric and epidemiology*, 95-99.
35. P. Cheung & G. Spears, "Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire" *Social psychiatry psychiatric and epidemiology*, 1994, 95-99.

۳۶. حسین مولوی، «روایی ساختاری ملی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان ایرانی»، *مجله*

*پژوهشهای روان‌شناختی پاکستان*، ج ۱۷، ش ۳ و ۴، ۱۳۸۳

37. Goldberg, D.P. & Hillier, V.F, "A scaled version of general health questionnaire", *psychological Medicine*; 9: 131-145

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

۳۹. عباس مختاری، «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و مولفه‌های خودپنداشت با میزان تنیدگی در دانشجویان دانشگاه تهران و تربیت مدرس»، *پایان نامه کارشناسی ارشد*،

۴۰. سیامک خداحیمی و غلام رضا جعفری، «نقش مذهب بر بهداشت روانی، روان درمانی و روانشناسی بالینی»، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ش چهارم، سال اول، ۱۳۷۸، ص ۱۸۵-۱۹۷.

۴۱. بنفشه غرابی و همکاران، همان

۴۲. فاضل بهرامی و عباس رضانی فرانی، همان

۴۳. عبدالعلی لهسایی زاده و دیگران، همان

۴۴. مسعود جان‌بزرگی، «بررسی اثربخشی روان درمانگری کوتاه مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی»، *پایان نامه دکتری*

۴۵. بنفشه غرابی و همکاران، همان، به نقل از آپورت

۴۶. همان

47. M. Baker & R. Gorsuch, " Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness" *Journal for the scientific Study of Religion*, 1982, 119-122.

۴۸. بنفشه غرابی و دیگران « بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان»، *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال سوم، شماره دهم، ۱۳۸۷، ص ۶۵-۸۸.

۴۹. نوبه باقری، « بررسی رابطه میان باورهای غیرمنطقی و سلامت روان معلمان مقطع راهنمایی و ابتدایی شهرستان چالوس در سال تحصیلی ۸۰ - ۸۱»، *پایان نامه کارشناسی ارشد*،

۵۰. فلور گردی و همکاران، همان

۵۱. نادر صادقی، «بررسی و مقایسه تحریفات شناختی و تفکرات ناکارآمد در مردان معتاد به مواد مخدر و افراد بهنجار»، *پایان نامه دوره کارشناسی ارشد*،

۵۲. عبدالله شفیع آبادی و غلام رضا ناصری، *نظریه‌های مشاوره و روان درمانی*،

53. T.F.Cash, " The Irrational Beliefs Test: Its relationship with cognitivebehavioral trait and depression", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 40, No.6, 1984, pp.1399-1405.

54. Woods, P.J," Irrationality, profiles for anger and anxiety", *Journal of Rational-Emotive Therapy*, vol. 3, No. 2,

55. P.J.Woods, " Irrationality, profiles for anger and anxiety", *Journal of Rational-Emotive Therapy*, vol. 3, No. 2, 1985.

56. *Ellis, A*, Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors. Amherst, NY: Prometheus Books,

57. *Ibid*

۵۸. مرتضی مطهری، « مقدمه ای بر جهان بینی اسلامی "انسان و ایمان" »، ج اول، تهران، صدرا، ۱۳۷۹.

## منابع

- اوتادی، مریم، «تاثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسرانشان»، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، ۱۳۸۰.
- بهرامی احسان، هادی و تاشک، آناهیتا، «ابعاد رابطه جهت‌گیری مذهبی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *روانشناسی و علوم تربیتی*، سال سی و چهارم، شماره ۲، ۱۳۸۳، ص ۶۳-۴۱.
- بهرامی احسان، هادی و دیگران، «رابطه بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی، سلامت روانی و اختلال‌های روان‌شناختی»، *مجله روانشناسان ایرانی*، دوره دوم، شماره ۵، ۱۳۸۴، ص ۴۲-۳۵.
- بهرامی، فاضل و رمضانی فرانی، عباس «نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان»، *مقالات پژوهشی*، دوره ششم، شماره ۱، ۱۳۸۴، ص ۴۷-۴۲.
- بیانی، علی اصغر، و دیگران، «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان»، *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، سال دهم، شماره سوم (پیاپی، ۳۹)، ۱۳۸۹، ۲۱۱۴-۲۰۹.
- جان‌بزرگی، مسعود، «بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی»، *پایان نامه دکتری*، تهران دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸.
- جان‌بزرگی، مسعود، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *پژوهش در پزشکی*، دوره سی و یک، شماره چهارم، ۱۳۸۶ ص ۳۴۵-۳۵۰.
- جعفری، علیرضا، «رابطه جهت‌گیری مذهبی (درونی - بیرونی) با شیوه‌های مقابله با استرس در دانشجویان»، *فصلنامه علوم رفتاری*، ۱ (۱)، ۱۳۸۴، ص ۹۱-۱۱۴.
- خدارحیمی، سیامک و جعفری، غلام رضا، «نقش مذهب بر بهداشت روانی، روان‌درمانی و روانشناسی بالینی»، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، شماره چهارم، سال اول، ۱۳۷۸، ص ۱۸۵-۱۹۷.
- عبادی، غلام حسین و معتمدین، مختار، «بررسی ساختار عاملی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز در شهر اهواز»، *دانش و پژوهش در روانشناسی*، سال هفتم، ۱۳۸۴، ص ۹۲-۷۳.
- عباسی، مهدی و جان‌بزرگی، مسعود، «رابطه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با پایداری هیجانی»، *روانشناسی دین*، سال سوم، شماره سوم، ۱۳۸۹، ص ۱۸-۵.
- غزایی، بنفشه و دیگران «بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان»، *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال سوم، شماره دهم، ۱۳۸۷، ص ۸۸-۶۵.
- کاوایانی، حسین و دیگران، «مصاحبه و آزمون‌های روانی»، تهران: انتشارات سنا، ۱۳۸۰.
- کجباف، محمدباقر و رئیس پور، حفیظ اله، «رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روان در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه اصفهان»، *دوفصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی*، سال اول، شماره دوم، ۱۳۸۷، ص ۴۳-۳۱.
- لهسایی زاده، عبدالعلی و دیگران، «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی مهاجران براساس مدل

- آپورت و راس: نمونه مورد مطالعه قصر شیرین»، *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، سال سوم، ۱۳۸۵، ص ۱۴۹-۱۶۹.
- مختاری، عباس، «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و مولفه‌های خودپنداشت با میزان تنیدگی در دانشجویان دانشگاه تهران و تربیت مدرس»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۹.
- مظهری، مرتضی، «مقدمه‌ای بر جهان‌بینی اسلامی "انسان و ایمان"»، جلد اول، تهران: انتشارات صدرا، ۱۳۷۹.
- مولوی، حسین، «روایی ساختاری ملی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان ایرانی»، *مجله پژوهش‌های روان‌شناختی پاکستان*، جلد ۱۷، شماره ۳ و ۴، ۱۳۸۳.
- نوغانی، فاطمه و دیگران، «تاثیر آموزش فرهنگ دینداری بر میزان افسردگی» *فصلنامه حیات*، سال دهم، شماره ۲۳، ۱۳۸۳، ص ۵۶-۴۹.
- باقری، نوبه، «بررسی رابطه میان باورهای غیرمنطقی و سلامت روان معلمان مقطع راهنمایی و ابتدایی شهرستان چالوس در سال تحصیلی ۸۰-۸۱»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه تربیت معلم دانشکده روانشناسی، ۱۳۸۰.
- شفیع آبادی، عبدالله، و ناصری، غلام رضا، *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، تهران، مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۷۸.
- گردی، فلور، و دیگران، «رابطه سلامت روانی با تفکر غیرمنطقی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره ۸، شماره ۳ و ۴، ۱۳۸۴، ص ۶۱-۴۵.
- صادقی، نادر، «بررسی و مقایسه تحریفات شناختی و تفکرات ناکارآمد در مردان معتاد به مواد مخدر و افراد بهنجار»، *پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد*، دانشگاه تربیت معلم، ۱۳۸۰.
- اتکینسون، ریتال و همکاران، *زمینه روانشناسی*، مترجم، محمد تقی برهانی، انتشارات رشد، تهران، ۱۳۸۱.
- ریچارد پی. هال جین و سوزان کراس ویتبورن، *آسیب‌شناسی روانی*، مترجم، یحیی سید محمدی (۱۳۸۴)، جلد دوم، انتشارات نشر روان، تهران، ۲۰۰۳.
- Allport, G. "Behavioral Science: Religion and Mental Health", *Journal of Religion and Health*; 2: 1963, 187-92.
- Allport, G.W., & Ross J.M. (1967). Personal Religious Orientation Prejudic, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 5. 432-443
- Alves, R. R. N., Alves, H. N., Barboza, R. R. D., & Souto, W. M. S, "The influence of religiosity on health" *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2010, 2105-2111.
- Baker, M., & Gorsuch, R., " Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness" *Journal for the scientific Study of Religion*, 1982, 119-122.
- Cheung, P. & Spears, G, "Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire" *Social psychiatry psychiatric and epidemiology*, 1994, 95-99.
- Dalgalarrondo, P, "Religious affiliation and mental health in Brazil" *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, 40(4), 1994, 325.
- Dew, R., Daniel, S., Goldston, D., McCall, W., Kuchibhatla, M., Schleifer, C., et al, "A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients" *Journal of affective disorders*, 120(1-3), 2010, 149-157.
- Ellis, A, " Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT)" *Journal of Rational-Emotive and Cognitive behavioral Therapy Psychotherapy*, 13: 1995, 85-89.
- Feldman, R.S, " *Understanding Psychology*" New York: Mc Graze Hill, 1987.
- Goldberg, D.P. & Hillier, V.F, "A scaled version of general health questionnaire", *psychological Medicine*; 9: 1979, 131-145
- Hasanović, M., & Pajević, I, " Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans

- suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity", *Psychiatria Danubina*, 22(2), 2010, 203-210.
- Koenig, H. G., Hays, J. C., George, L. K., Blazer, D. G., Larson, D. B., & Landerman, L. R, "Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms" *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997.
- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D., & Lewis, G, " Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries" *Psychological medicine*, 27(05),1997, 1165-1171.
- O'Connor, D. B., Cobb, J., & O'Connor, R. C, " Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students", *Personality and individual differences*, 34(2), 2003, 211-217.
- Palmer, R. F., Katerndahl, D., & Morgan-Kidd, J, " A randomized trial of the effects of remote intercessory prayer: interactions with personal beliefs on problem-specific outcomes and functional status", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(3), 2004, 438-448.
- Parker, M., Roff, L. L., Klemmack, D. L., Koenig, H. G., Baker, P., & Allman, R. M, " Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults" *Ageing & Mental Health*, 7(5), 2003, 390-397.
- Pressman, P., Lyons, J. S., Larson, D. B., & Strain, J. J, " Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips" *The American journal of psychiatry*, 1990.
- Shreve-Neiger, A. K., & Edelstein, B. A, "Religion and anxiety: a critical review of the literature", *Clinical Psychology Review*, 24(4), 2004, 379-397.
- Thoresen, C. E., & Harris, A. H. S, "Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?", *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1),2002, 3-13.
- Woods, P.J," Irrationality, profiles for anger and anxiety", *Journal of Rational-Emotive Therapy*, vol. 3, No. 2, 1985.
- Cash, T.F," The Irrational Beliefs Test: Its relationship with cognitive-behavioral trait and depression", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 40, No.6,1984, pp.1399-1405.
- Ellis, A,"Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors", Amherst, NY: Prometheus Books, 2001.