

بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با بحران هویت و سلامت عمومی در نوجوانان

معصومه کفیلی یوسف‌آباد / کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه الزهراء (ع)

sh.pajouhinia@yahoo.com

شیمیا پژوهی‌نیا / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

bikaran_hf@yahoo.com

سیدمحمدحسن فاطمی اردستانی / کارشناس ارشد علوم قرآن و حدیث دانشکده اصول‌الدین تهران

محمود اسلامی / کارشناس ارشد مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی تهران جنوب.

دریافت: ۱۳۹۴/۰۷/۰۲ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۰۹

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با میزان بحران هویت و سلامت عمومی در نوجوانان شهر تبریز انجام شده است. بدین منظور، نمونه‌ای با حجم ۲۰۰ نفر و به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از بین کلیه دانش‌آموزان دختر پایه سوم دبیرستان ساکن شهر تبریز در سال ۹۲-۹۳ انتخاب گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه سبک زندگی اسلامی کاپیانی، پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و پرسش‌نامه بحران هویت احمدی استفاده شد. داده‌های به‌دست‌آمده، با شاخص‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد، بین سبک زندگی اسلامی با بحران هویت و وجود نشانگان مرضی، در نوجوانان، رابطه معکوس معنادار وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که سبک زندگی اسلامی، می‌تواند میزان بحران هویت و سلامت عمومی را در نوجوانان تبیین کند.

کلیدواژه‌ها: سبک زندگی اسلامی، بحران هویت، سلامت عمومی، نوجوانان.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای انتقالی و فصل مشترک کودکی و بزرگسالی است. مهم‌ترین جنبه‌های رشد جسمانی، شناختی و روانی-اجتماعی، حاصل این دوره است. نظریه‌پردازان رشد، هریک از منظر خاصی به این دوره نگریده‌اند. به عقیده/اریکسون، یکی از عمده‌ترین و مهم‌ترین مسائل و تکالیف تحولی‌ای که نوجوان با آن روبرو می‌شود، مسئلهٔ تکوین هویت شخصی است؛ به این معنی که باید به پرسش‌هایی نظیر من کیستم؟ و مقصدم کجاست؟ پاسخ دهد (برمن و همکاران، ۲۰۱۱؛ بنگ و مونتگمری، ۲۰۱۲). وی هویت را سازمان‌دهی پویا و خودجوش از سائق‌ها، توانایی‌ها، باورها و تاریخچهٔ شخصی به صورت یک «خود» منسجم و مستقل، که هدایت‌کنندهٔ مسیر در حال رشد زندگی فرد است، تعریف می‌کند (مونتگمری، ۲۰۰۵). او معتقد است: این مرحله، مرحلهٔ هویت در مقابل سردرگمی نقش نام دارد و شامل انتقال از باورها و ارزش‌های والدین به سمت جست‌وجوی مذهب، سیاست، شغل و ایدئولوژی‌هایی است که نوجوانان خود انتخاب می‌کنند (گبلت و همکاران، ۲۰۰۹). نیومن (۱۹۸۷) نوجوانی را به‌عنوان دوره‌ای توصیف می‌کند که نظرات افراد دربارهٔ خود و جامعه به صورت افراطی دچار تغییر می‌شود. ماریسا نیز معتقد است: دو متغیر در فرایند هویت‌یابی نقش دارند: بحران و تعهد. این دو، انتخاب شغل، مذهب و دیدگاه افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و معتقد است نوجوانانی که بحران هویت را با موفقیت حل می‌کنند، در بزرگسالی نیز این توانایی را دارند که با موفقیت بحران‌ها را پشت سر بگذارند (بنگ و مونتگمری، ۲۰۱۲).

اصطلاح «بحران هویت» اولین بار توسط *اریکسون* مطرح شد. (۱۹۸۶) وجود بحران را یک شرط اساسی برای تشکیل هویت می‌داند که پس از شکل‌گیری هویت برطرف می‌شود. بحران هویت، باید در اوایل یا اواسط دههٔ سوم عمر حل شود تا فرد بتواند به مسائل زندگی بپردازد. بحران هویت، ممکن است در هر دوره‌ای بروز کند، اما احتمال به وجود آمدن آن در دورهٔ نوجوانی بیشتر است. بحران هویت عبارت است از: عدم موفقیت یک نوجوان در شکل‌دادن به هویت فردی خود، اعم از اینکه به علت تجارب نامطلوب کودکی و یا شرایط نامساعد فعلی باشد، بحرانی ایجاد می‌کند که بحران هویت یا گمگشتگی نام دارد (شاملو، ۱۳۹۰، ص ۴۸).

بی‌تردید یکی از مسائل عمده‌ای که در سال‌های اخیر مطرح شده، مسئلهٔ بحران هویت است. این بحران، که نتیجهٔ تلاقی سه فرهنگ ایرانی، اسلامی و غربی و تقابل آنها در برابر یکدیگر طی سده‌های متمادی است، چالش‌ها و آسیب‌های جدی را در شکل‌گیری هویت اسلامی-ایرانی به وجود آورده است. از یک سو، هویت افراد در زندگی اجتماعی شکل می‌گیرد و از طریق سبک زندگی، هویت خود را نمایش می‌دهند (مهدوی‌کنی، ۱۳۸۶). سبک زندگی نیز راه‌های گوناگون زندگی فرد یا گروه است که شامل الگوها، اعتقادات، سلیقه‌ها، ارزش‌ها و هنجارهایی است که در زندگی روزمره به کار می‌رود (تنهایی و خرمی، ۱۳۸۹). سبک زندگی، با کار روزانه و اوقات فراغت، که دربردارندهٔ مواردی چون فعالیت‌ها، نگرش‌ها، علایق، اندیشه‌ها، ارزش‌ها و درآمد است، تعبیر می‌شود

(سالموایراگو- بلوچر و همکاران، ۲۰۱۱). گیلندر نیز سبک زندگی را شامل مجموعه‌ای از رفتارها می‌داند که فرد آنها را به کار می‌گیرد تا نه فقط نیازهای جاری خود را برآورد، بلکه روایت خاصی را که وی برای هویت شخصی خود برگزیده، در برابر دیگران مجسم سازد (گیلندر، ۱۳۹۲، ص ۱۲۰).

از بین روان‌شناسان، اولین بار *آلفرد آدلر* سبک زندگی را مطرح کرد. آنان در مورد سبک زندگی، شکل‌گیری آن در دوران کودکی، نگرش‌های اصلی سبک زندگی، وظایف اصلی زندگی و تعامل آنها با یکدیگر، به تفصیل بحث کرده و آن را در قالب درخت سبک زندگی نشان داده، مفاهیم ارزشی و انسان‌شناختی و فلسفی را مطرح کرده و تمام زندگی را به صورت یکپارچه به تصویر کشیدند (کاوایانی، ۱۳۹۰). از دیدگاه روان‌شناسی، سبک زندگی به روش زندگی فرد با توجه به توانایی‌هایش اشاره دارد. اما به دلیل نقش پر اهمیت این مسئله در بهداشت و سلامت فرد و جامعه، به معنای انتخاب بهترین شیوه بهبود جنبه‌های بهداشتی در زندگی است. با وجودی که سبک زندگی، ریشه در رفتارهای فرد و جامعه دارد، با آموزه‌های مذهبی نیز بسیار مرتبط است (میری و همکاران، ۱۳۹۲). شریفی نیز بر اساس رویکرد دین‌شناسانه، سبک زندگی را ناظر بر رفتارها و نمودهای ظاهری و بیرونی هویت انسان می‌داند (شریفی، ۱۳۹۱).

هر مکتب و مذهبی، سبک زندگی برای بشریت ارائه می‌دهد و مدعی است، جامعه مطلوب و زندگی سالم در نتیجه پیروی از روش زندگی‌ای است که آنان ارائه می‌دهند. اسلام نیز یکی از ابزارهای سازنده سبک زندگی انسان می‌باشد (رجب‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱). سبک زندگی اسلامی، شامل مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری در حوزه‌های گوناگون حیات بشری است. سبکی که از دل اصول کشف شده از مبانی تربیتی، یعنی هستی‌ها و دارایی‌های آدمی برمی‌خیزد و ضمن ایجاد روابط پایدار میان افراد خانواده و یکسان‌سازی رویه‌ها در جامعه، نقش بسزایی در تزکیه روانی، پرورش صفات کمالی، نیل به سعادت و رشد ارزش‌های انسانی دارد (کاوایانی، ۱۳۹۱، ص ۱۶). مهم‌ترین نوآوری سبک زندگی اسلامی این است که به آموزه‌های اسلامی و نیز کلیت اسلام نگاه شده است. سبک زندگی اسلامی، با تمام زندگی افراد و ابعاد آن مرتبط است (کجباف و همکاران، ۱۳۹۰).

معنویت از دیدگاه بسیاری از نظریه‌پردازان، (مانند: برزوسکی، ۱۹۸۹؛ اریکسون، ۱۹۶۳، ۱۹۶۸؛ کروگر، ۲۰۰۰؛ مارسیا، ۱۹۶۶)، به‌عنوان بخش مهمی از فرایند هویت نگریسته می‌شود (گبلت و همکاران، ۲۰۰۹). به‌عنوان نمونه، اریکسون بر این باور است که مذهب از طریق نهادهای دینی یا خانواده، می‌تواند در به دست آوردن هویت فردی و جمعی نوجوانان کمک‌کننده و پاسخ‌گوی پرسش‌های اساسی آنان باشد (بروس و همکاران، ۲۰۰۱؛ هانسبرگر و همکاران، ۲۰۰۱؛ اپنگ، ۲۰۱۳). *ماکروز* و *مک‌کیب* نیز معتقدند: خانواده، فرهنگ و مذهب، نقش مهمی در احراز هویت نوجوانان ایفا می‌کنند (ماکروز و مک‌کیب، ۲۰۰۱). یکی از دلایل عمده گرایش به دین، از نظر بسیاری از روان‌شناسان و فلاسفه اگزیستانسیالیست، معناجویی برای زندگی است. آنها معتقدند: علت عمده نابسامانی‌های

روانی ما نشأت گرفته از بی‌معنا بودن زندگی است. ویکتور فرانکل، پایه‌گذار مکتب اصالت معنا می‌گوید: «ما اگر ندانیم چرا باید زندگی کنیم، آنگاه در حقیقت زندگی نمی‌کنیم، فقط به حیات بیولوژیک خود ادامه می‌دهیم» (ملکیان، ۱۳۸۰). انتظار آدمیان از دین این است که آنان را از وضع و حال موجود نامطلوب، به وضع و حال مطلوب برساند، از این راه که به زندگی معنا ببخشد و عدم مطلوبیت آن را بزاید (همان). از منظر اسلام، دستیابی به حقیقت شخص، که همان هویت انسانی است، با خودشناسی محقق می‌گردد. این شناخت، برترین معرفت‌ها و حکمت‌هاست. چنان‌که در سخنان امیرمؤمنان علیه السلام نیز آمده است: «برترین معرفت، شناخت و معرفت انسان بر خویشتن خود است» (دلشاد تهرانی، ۱۳۹۳، ص ۶۴). موضوعاتی که در دین و آموزه‌های دینی تحت عناوینی همچون خودشناسی، خداشناسی، معرفت نفس، خودیابی و غیره آورده شده‌اند، همگی به نوعی با مسئله هویت و هویت‌یابی در ارتباط می‌باشند (سیدنژاد، ۱۳۸۱).

گسست میان مبانی عقیدتی و روش زندگی، ممکن است فرد و جامعه را به سمت بی‌هویتی، بلکه بی‌دینی سوق دهد (فیضی، ۱۳۹۲). بنابراین، زمانی که فرد یا جامعه از عناصر هویت‌ساز خویش مانند: دین، زبان، نژاد، قومیت و فرهنگ آگاهی نداشته باشد و یا عناصر هویتی جایگاه خود را به‌عنوان شاخص‌های شناخت یک جامعه از دست بدهد و عناصر دیگر نیز به جای آنها شناخته نشده باشد، فرد یا جامعه با بحران هویتی مواجه می‌شود. با این اوصاف، فرد برای خروج از این بحران بایستی به یافتن ارزش‌های مثبت و پایدار در فرهنگ، مذهب یا ایدئولوژی خود بگردد تا از درهم‌ریختگی و اختلال هویت، که دائماً در رنج و عذاب است، رها شود و هویت اصیل خویش را باز یابد (معمار و همکاران، ۱۳۹۱).

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که مذهب، نقش مهمی در هویت‌یابی نوجوانان ایفا می‌کند (دوریز، ۲۰۰۴؛ مک‌کینی و مک‌کینی، ۱۹۹۹؛ فیشرمن، ۲۰۰۴؛ گیلت و همکاران، ۲۰۰۹). از جمله، فیشرمن در پژوهش خود نشان داد، نوجوانانی که باورهای مذهبی قوی‌تری داشتند، هدف، تعهد، معنا و اصالت بیشتری را در زندگی‌شان گزارش کردند (فیشرمن، ۲۰۰۴). *فالتن* در سال ۱۹۹۷، در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که بین جهت‌گیری درونی مذهبی و احراز هویت، رابطه مثبت وجود دارد. درحالی‌که رابطه متغیرهای یادشده با پراکندگی نقش منفی بود (فالتن، ۱۹۹۷). کینگ معتقد است: نهادهای مذهبی بافتی را ایجاد می‌کنند که با ارائه جهان‌بینی‌های ایدئولوژیک و دستورالعمل‌های خاص می‌تواند آثار بسیار معناداری (مثبت و منفی) را در فرایند تحول هویت به جای بگذارد (کینگ، ۲۰۰۳). *اندرو* (۲۰۰۰) معتقد است: دین تأثیر بسیاری در زندگی و همچنین حالت‌های هیجانی، روانی و مشکلات رفتاری افراد دارد. به‌طوری‌که والدین می‌توانند همسو با عقاید خود از وجود روحانیون به‌عنوان فرصتی جهت کمک به نوجوانان، به منظور یافتن هویت صحیح بهره‌گیرند (رجایی و همکاران، ۱۳۸۸). *رول* (۲۰۰۸) نیز با بررسی رشد معنوی در مدارس عمومی و مذهبی، به ارتباط بین معنویت با عواملی مانند: جامعه، هویت و شخصیت دست یافت.

در مطالعات انجام شده در ایران نیز پژوهش رجایی و همکاران (۱۳۸۸)، که بر روی دانشجویان انجام شد، نشان داد افرادی که نمره‌های بالایی در باورهای مذهبی اساسی داشتند، در بحران هویت نمره‌های کمتر و در سلامت عمومی نمره‌های بیشتری کسب کردند. در مطالعه محسنی تبریزی و بابایی‌فرد (۱۳۹۱)، که به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر بحران هویت در میان دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تهران پرداختند، بی‌هنجاری مذهبی یکی از مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر بحران هویت بود. نتایج پژوهش دهشیری و فلاح نیز حاکی از آن بود که بین دینداری و بحران هویت در دانش‌آموزان دبیرستانی، رابطه معکوس و معناداری وجود دارد (دهشیری و فلاح، ۱۳۸۳).

در رابطه با سلامت روان نیز در حال حاضر، مطالعات نسبتاً قابل توجهی وجود دارد که چگونگی تأثیر دینداری و معنویت را بر سلامت جسمی و روانی مدنظر قرار می‌دهند. بسیاری از یافته‌ها، حاکی از ارتباط معنادار بین دین و مذهب با سلامت روان هستند (از جمله ظروفی، ۱۳۸۸؛ قهرمانی و نادری، ۱۳۹۱؛ فالانلی و گلک، ۲۰۱۰؛ هابر و ژاکوب، ۲۰۰۷؛ مزیدی و استوار، ۲۰۰۶). 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 (مانند، دالگولاروندو، ۱۹۹۴؛ اُکانر و همکاران، ۲۰۰۳؛ شرونیگر و ادلستین، ۲۰۰۴).

در بررسی مطالعات انجام شده بر سبک زندگی اسلامی و مرتبط با این پژوهش نیز، یافته‌های پژوهش صمیمی و همکاران (۱۳۸۵)، نشان می‌دهد که ابعاد مختلف سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان، رابطه معناداری دارد. پولادفر و احمدی (۱۳۸۵)، در پژوهش خود که رابطه بین سبک زندگی و اختلالات روان‌شناختی را در دبیران دوره متوسطه بررسی کردند، به این نتیجه رسیدند که بین این دو متغیر، رابطه معناداری وجود دارد. طغیانی و همکاران، پژوهشی را به منظور سنجش رابطه سبک زندگی اسلامی با نگرش‌های ناکارآمد در دانشجویان انجام دادند، نتایج نشان داد بین سبک زندگی اسلامی و نگرش‌های ناکارآمد، رابطه منفی معناداری وجود دارد (طغیانی و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج پژوهش کجباف و همکاران (۱۳۹۰)، نشان داد که سبک زندگی اسلامی و شادکامی با میزان رضایت از زندگی در دانشجویان رابطه معناداری دارد. در مطالعه طولی و همکاران که بر روی جوانان شهر مشهد انجام شد، نتایج حاکی از این بود که سبک زندگی اسلامی اثر مثبت و معناداری بر عزت نفس و خودکارآمدی دارد، و عزت نفس و خودکارآمدی، اثر مثبت و معناداری بر سازگاری اجتماعی جوانان داشت (طولابی و همکاران، ۱۳۹۲).

بنابراین، بسیار مهم است که پیش‌بینی‌کننده‌ها، همبسته‌ها، متغیرها و عوامل مؤثر بر میزان بحران هویت و سلامت روانی نوجوانان، شناسایی، اندازه‌گیری و کنترل شوند تا در نتیجه به کاهش آثار منفی ناشی از آن کمک شود. از سوی دیگر، مطالعات انجام شده در خصوص رابطه مذهب و دین با سلامت روان نیز با چالش‌هایی روبرو است،

به گونه‌ای که برخی آن را به صورت مثبت و برخی به صورت منفی تصور می‌کنند. با توجه به این شرایط، انجام چنین پژوهشی ضرورت می‌یابد. با توجه به اینکه تاکنون هیچ پژوهشی، رابطه بین سبک زندگی اسلامی با بحران هویت و سلامت روان را مورد مطالعه قرار نداده است، محققان بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با این اهداف در نوجوانان اجرا نمایند. این پژوهش به بررسی این سؤالات می‌پردازد:

- آیا بین سبک زندگی اسلامی، با بحران هویت در نوجوانان همبستگی وجود دارد؟

- آیا بین سبک زندگی اسلامی، با سلامت روان در نوجوانان همبستگی وجود دارد؟

- با توجه به شاخص‌های سبک زندگی اسلامی، آیا می‌توان میزان بحران هویت و سلامت روان را در نوجوانان پیش‌بینی نمود؟

روش پژوهش

تحقیق حاضر از نوع توصیفی - همبستگی و جامعه آماری مورد نظر، کلیه دانش‌آموزان دختر پایه سوم دبیرستان‌های دولتی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ می‌باشد. حجم نمونه مورد نظر، ۲۰۰ نفر می‌باشد که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. مطالعات نشان می‌دهد که در پژوهش‌های همبستگی، این حجم نمونه بسنده می‌باشد (معدنی‌پور و همکاران، ۱۳۹۰). بدین منظور، ابتدا از بین نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش تبریز، ۳ ناحیه (۱، ۴ و ۵) و از میان این سه ناحیه، ۶ مدرسه دخترانه و در هر یک از مدارس نیز با احتساب احتمال ریزش، ۴۰ نفر به طور تصادفی از بین دانش‌آموزان پایه سوم انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه سبک زندگی اسلامی (فرم کوتاه): این آزمون توسط کاولانی (۱۳۸۸) ساخته شده و محقق نیز روایی آن را تأیید کرده است. این پرسش‌نامه ۷۵ آیتم دارد که پاسخ‌گویان باید با توجه به وضعیت فعلی زندگی خود، در یک طیف چهار درجه‌ای «از خیلی کم تا خیلی زیاد» به سؤالات پاسخ دهند. نمره کل آزمودنی، حداقل ۱۴۱ و حداکثر ۵۷۰ خواهد بود. این آزمون، تمام وظایف زندگی را پوشش می‌دهد که به اختصار به هر کدام از شاخص‌های آن اشاره می‌شود:

۱. شاخص اجتماعی: به وظایفی اشاره دارد که فرد در ارتباط با دیگران، فراتر از خود و خانواده هسته‌ای خود، انجام می‌دهد؛

۲. شاخص عبادی: به وظایفی اشاره دارد که رابطه بین فرد و خداوند را به‌عنوان عبد و مولا نشان می‌دهد؛

۳. شاخص باورها: به مفاهیم درونی شده‌ای اشاره دارد که به‌طور مستقیم وظایف رفتاری زندگی نیستند، اما در لایه‌های زیرین عاطفی و شناختی، حضور دارند؛

۴. شاخص اخلاق: به صفات و رفتارهای نهادینه شده فرد گفته می‌شود که وظیفه رسمی و قانونی او شمرده نمی‌شود، و با ترک یا انجام آن، کسی او را مؤاخذه یا تشویق نمی‌کند. در اینجا به بُعد فردی و اجتماعی اخلاق نظر می‌شود (بُعد الهی آن در شاخص باورها ملاحظه شده است):

۵. شاخص مالی: به رفتارهایی از فرد اشاره دارد که مستقیم یا غیرمستقیم، به امور اقتصادی و مادی زندگی مربوط می‌شود؛

۶. شاخص خانواده: به رفتارها و روابط فرد به‌عنوان عضوی از یک خانواده هسته‌ای، اشاره دارد؛

۷. شاخص سلامت: به اموری نظر دارد که در سلامت جسمانی و روانی فرد ایفای نقش می‌کنند؛

۸. شاخص تفکر و علم: به وظایف شناختی فرد، اعم از شناخت‌های موجود و تلاش برای افزایش شناخت‌های خود، جایگاهی که فرد برای علم و تفکر قائل است؛

۹. شاخص دفاعی-امنیتی: به وظایفی اشاره دارد که به صورت فردی یا اجتماعی، با امنیت افراد و جامعه مربوط می‌شود؛

۱۰. شاخص زمان‌شناسی: به وظایف فرد در خصوص استفاده بهینه از زمان مربوط می‌شود (کاپوانی، ۱۳۹۰).

ضریب پایایی کل این آزمون، ۷۱ درصد است. نتایج تحلیل عوامل نیز روایی و ساختار عاملی مناسبی را برای آن نشان داده است. روایی همزمان آن، با آزمون جهت‌گیری مذهبی، ۶۴ درصد به‌دست آمده است (همان).

پرسش‌نامه بحران هویت: در این پژوهش، برای ارزشیابی هویت از آزمون هویت احمدی استفاده گردید. وی ابتدا در ساختن آزمون، معیارهای تشخیص بحران هویت را از کتاب‌های تشخیص، نظیر DSM-IV مشخص نمود. این معیارها عبارتند از: ۱. اشکال در اهداف بلندمدت؛ ۲. تردید در انتخاب شغل؛ ۳. نداشتن الگوی مناسب برای رفتار؛ ۴. نامناسب بودن رفتار جنسی؛ ۵. اشکال در شناخت و معرفت دینی؛ ۶. عدم توجه به ارزش‌های اخلاقی؛ ۷. رعایت نکردن تعهد گروهی؛ ۸. اختلال در تنظیم وقت؛ ۹. نداشتن الگوی مناسب برای تشکیل خانواده؛ ۱۰. داشتن دید منفی نسبت به خود. سپس، برای هر معیار سؤالی دارای درجات کم تا زیاد طرح نمود.

نمره‌گذاری آزمون به این صورت است که انتخاب گزینه اول هر سؤال، نمره صفر و نشانه نبودن اشکال هویتی، انتخاب گزینه دوم با نمره ۱، گزینه سوم با نمره ۲ و گزینه چهارم با نمره ۳ نشانه درجات ضعیف تا شدید بحران هویت در فرد می‌باشد. نمره فرد با جمع نمرات علامت زده شده به دست می‌آید. حداکثر نمرات آزمون، که بیانگر بالاترین میزان بحران هویت است، برابر با ۳۰ و حداقل نمره بحران هویت ۹ می‌باشد. پایین‌تر از نمره ۹، نشانه نداشتن «بحران هویت» است. حداقل نمره بحران هویت (نمره ۹)، به این دلیل است که بر اساس DSM-IV، نشان بحران هویت دارا بودن، حداقل سه سؤال است که با احتساب نمره هر سؤال (۳ نمره)، حداقل نمره ۹ محسوب می‌شود. در مجموع، ۱۰ سؤال در این آزمون مطرح شده است.

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسش‌نامه ۲۸ ماده‌ای، از جمله شناخته‌ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که توسط گلدبرگ و هیلر، با روش تحلیل عاملی ساخته شده و دارای چهار خرده‌مقیاس می‌باشد. این

پرسش‌نامه علایم جسمانی (A)، اضطراب و بی‌خوابی (B)، اختلال در کنش‌وری اجتماعی (C) و افسردگی (D) را می‌سنجد. هر مقیاس شامل هفت سؤال است. این آزمون پنج نمره‌ای است که ۴ نمره آن مربوط به خرده‌مقیاس‌ها و یک نمره نیز از مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به‌دست‌آمده که نمره کلی می‌باشد. متوسط حساسیت پرسش‌نامه، برابر با ۸۴ درصد (بین ۷۷ تا ۸۹ درصد) و متوسط ویژگی آن، برابر ۸۲ درصد (بین ۷۸ تا ۸۵ درصد) است. ضریب اعتبار نسخه فارسی ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی با روش بازآزمایی به میزان ۹۱ درصد برآورد شده است (پالا‌هنگ، ۱۳۷۴). علاوه بر این، ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر ۸۸ درصد و برای خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب، ۶۶، ۷۲، ۷۹ و ۸۵ درصد گزارش شده است. در مطالعه نوربالا و همکاران، نتایج نشان داد با استفاده از روش نمره‌گذاری سنتی، برش برای نمونه مورد مطالعه، نمره ۶ می‌باشد. بهترین نمره برش با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرت، برای افراد مورد مطالعه نمره ۲۳ به دست آمد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷). در توضیح این پرسش‌نامه، باید گفت: نمره بالا به‌منزله وجود نشانگان مرضی بوده و نمره پایین، سلامت روانی بیشتر را گزارش می‌نماید.

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. نتایج تحلیل همبستگی میان متغیر سلامت و بحران هویت با شاخص‌های سبک زندگی اسلامی

نمره کل سبک زندگی اسلامی	اجتماعی	باورها	عبادی	اخلاق	مالی	خانواده	سلامت	تفکر	امنیت	زمان	شاخص‌ها	
-.۰/۳۷۴**	-.۰/۲۰۲*	-.۰/۳۳۵**	-.۰/۰۱۵	-.۰/۳۷۹**	-.۰/۲۶۸**	-.۰/۳۳۸**	-.۰/۱۷۳*	-.۰/۰۲۲	-.۰/۱۹۳*	-.۰/۲۲۱*	ضریب همبستگی	سلامت روان
۱۱۴	۱۵۰	۱۵۸	۱۵۹	۱۵۳	۱۵۱	۱۵۳	۱۵۷	۱۵۹	۱۵۸	۱۶۲	فراوانی	
-.۰/۶۵۳**	-.۰/۴۶۳**	-.۰/۴۴۸**	-.۰/۲۳۶**	-.۰/۵۷۵**	-.۰/۵۲۶**	-.۰/۴۵۵**	-.۰/۲۷۷**	-.۰/۳۷۸**	-.۰/۲۶۲**	-.۰/۴۶۶**	ضریب همبستگی	بحران هویت روان
۱۳۱	۱۶۲	۱۷۱	۱۷۰	۱۶۵	۱۶۲	۱۶۶	۱۶۸	۱۷۲	۱۶۹	۱۷۴	فراوانی	

** در سطح ۰/۰۱ معنادار است، * در سطح ۰/۰۵ معنادار است

با توجه به جدول ۱، می‌توان گفت: ضریب همبستگی به‌دست‌آمده از نمره کل سبک زندگی اسلامی، با سلامت روان در بین دانش‌آموزان برابر با $r = -.۰/۳۷۴$ است. این امر نشان می‌دهد، هر چه میزان سبک زندگی اسلامی در دانش‌آموزان بیشتر باشد، از سلامت روانی بیشتر و از اختلالات روانی کمتری برخوردار خواهند بود. از سوی دیگر، ضرایب همبستگی شاخص‌های سبک زندگی و سلامت روان نشان می‌دهد که به غیر از شاخص‌های عبادی و

تفکر، همه شاخص‌های دیگر از جمله: زمان، خانواده، مالی، اخلاق، باورها در سطح (۰/۰۱) و خرده‌مقیاس‌های اجتماعی، سلامت و امنیت در سطح (۰/۰۵) همبستگی معکوس و معناداری دارند.

همچنین، ضریب همبستگی به‌دست‌آمده از نمره کل سبک زندگی اسلامی، با بحران هویت در بین دانش‌آموزان برابر با $r = -0.653$ است. این امر نشان می‌دهد، هر چه میزان سبک زندگی اسلامی در دانش‌آموزان بیشتر باشد، از بحران هویت کمتری برخوردار خواهند بود. با توجه به سطح معناداری به‌دست‌آمده برای متغیر بحران و شاخص‌های سبک زندگی اسلامی، می‌توان گفت: میان همه شاخص‌های سبک زندگی اسلامی و متغیر بحران هویت رابطه خطی معناداری وجود دارد. از یک سو، با توجه به منفی بودن علامت ضریب همبستگی‌ها، می‌توان گفت: که میان این شاخص‌ها و متغیر بحران هویت رابطه معکوسی وجود دارد. از سوی دیگر، در این جدول ضرایب همبستگی ده خرده‌مقیاس سبک زندگی اسلامی و بحران هویت ارائه گردیده است که نشان می‌دهد همه خرده‌مقیاس‌ها در سطح (۰/۰۱) همبستگی معکوس و معناداری دارند.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش‌بینی سلامت از روی شاخص‌های سبک زندگی اسلامی

ضریب تعیین (R^2)	معناداری	آماره t	ضرایب استاندارد (Beta)	ضرایب غیراستاندارد		مدل	
				انحراف معیار	B		
۰/۴۰۶	۰/۰۰۰*	۱۲/۹۷۳	-	۰/۲۶۵	۳/۴۴۳	ضریب ثابت	مدل ۱
	۰/۰۰۰*	-۴/۹۱۱	-۰/۴۰۶	۰/۰۸۷	-۰/۴۲۷	اخلاق	
۰/۵۳۲	۰/۰۰۰*	۱۲/۳۲۸	-	۰/۲۶۹	۳/۲۸۶	ضریب ثابت	مدل ۲
	۰/۰۰۰*	-۵/۵۳۸	-۰/۵۰۸	۰/۰۹۶	-۰/۵۲۴	اخلاق	
	۰/۰۰۰*	-۳/۶۶۲	-۰/۳۴۰	۰/۰۹۴	-۰/۳۳۳	زمان	

* آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار است

طبق جدول ۲، نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که برای پیش‌بینی متغیر سلامت از روی شاخص‌های سبک زندگی اسلامی، تنها شاخص‌های اخلاق، زمان و همچنین ضریب ثابت وارد معادله رگرسیونی شده‌اند. سایر متغیرهای مستقل از معادله خارج و غیر مؤثر تلقی شدند. در مجموع، این متغیرها توانستند ۵۳/۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده و توضیح دهند ($R^2 = 0.532$).

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه جهت پیش‌بینی بحران هویت از روی شاخص‌های سبک زندگی اسلامی

ضریب تعیین (R^2)	معناداری	آماره t	ضرایب استاندارد (Beta)	ضرایب غیراستاندارد		مدل
				انحراف معیار	B	
۰/۳۲۶	۰/۰۰۰*	۹/۰۱۳	-	۰/۳۹۶	۳/۵۷۱	ضریب ثابت
	۰/۰۰۴*	۲/۰۷۷	۰/۱۸۶	۰/۰۹۴	۰/۱۹۴	عبادی
	۰/۰۰۱*	۳/۵۸۳	۰/۴۰۱	۰/۱۱۸	۰/۴۲۲	اخلاق
	۰/۰۰۱*	۲/۲۵۸	۰/۳۴۰	۰/۱۰۵	۰/۳۳۳	خانواده
	۰/۰۰۴*	۲/۹۴۶	۰/۳۰۶	۰/۰۸۰	۰/۲۲۵	تفکر

* آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار است

بر اساس جدول ۳ می‌توان گفت: برای پیش‌بینی متغیر بحران هویت از روی شاخص‌های سبک زندگی اسلامی، تنها شاخص‌های عبادی، اخلاق، خانواده، تفکر و همچنین ضریب ثابت وارد معادله رگرسیونی شده‌اند. سایر متغیرهای مستقل از معادله خارج و غیر مؤثر تلقی شدند. در مجموع، این متغیرها توانستند ۳۲/۶ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده و توضیح دهند که می‌توان گفت: شاخص خوبی برای تبیین به‌شمار می‌آیند ($R^2=0/۳۲۶$).

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون خطی جهت پیش‌بینی بحران هویت و سلامت از روی سبک زندگی اسلامی

ضریب تعیین (R^2)	معناداری	آماره t	ضرایب استاندارد (Beta)	ضرایب غیراستاندارد		مدل	
				انحراف	B		
۰/۴۲۶	۰/۰۰۰*	۱۴/۸۵۹	-	۰/۳۵۰	۵/۱۹۴	ضریب ثابت	بحران هویت
	۰/۰۰۰*	-۹/۷۸۱	-۰/۶۵۳	۰/۱۱۹	-۱/۱۶۸	سبک زندگی	
۰/۱۴۰	۰/۰۰۰*	۱۰/۲۵۱	-	۰/۳۷۰	۳/۷۹۵	ضریب ثابت	سلامت روان
	۰/۰۰۰*	۴/۴۵۹	۰/۳۷۴	۰/۱۲۶	۰/۵۶۳	سبک زندگی	

* آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار است

همچنین نتایج تحلیل رگرسیون جدول ۴ نشان داد که برای پیش‌بینی متغیر سلامت روان و بحران هویت، نمره کلی سبک زندگی اسلامی و ضریب ثابت در معادله رگرسیونی تأثیرگذارند. متغیر سبک زندگی اسلامی، توانست ۱۴ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند ($R^2=0/۱۴$). همچنین متغیر سبک زندگی اسلامی، توانست ۴۲/۶ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند ($R^2=0/۴۲۶$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین سبک زندگی اسلامی با بحران هویت و سلامت در بین نوجوانان می‌باشد. نتایج این پژوهش، گویای این است که بین سبک زندگی اسلامی و شاخص‌های آن، با بحران هویت و سلامت ارتباط منفی معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت: هر چه نوجوانان سبک زندگی اسلامی تری داشته باشند، میزان بحران هویت و علائم مرضی در آنها کمتر و سلامت روان بیشتر خواهد بود.

شاخص‌های عبادی و تفکر با سلامت روان، رابطه منفی ($-0/۰۱۵$ و $-0/۰۲۲$) داشته، اما از نظر آماری معنادار نمی‌باشند. شاید بتوان این‌گونه تبیین کرد که سلامت روان، امری بسیار پیچیده و تحت تأثیر عوامل مختلفی است. عوامل روانی، اجتماعی، زیستی، فرهنگی و محیطی، می‌تواند در سلامت روان دخیل بوده و آن را کاهش یا افزایش دهد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲). در این تحقیق، تنها به دو عامل که بر سلامت روان تأثیر دارد، اشاره شده و سایر عوامل کنترل نگردیده است. بدیهی است، سایر عوامل مؤثر بر سلامت روان، می‌تواند نقش بسزایی در شکل‌گیری آن داشته باشد. برای نمونه، جهت‌گیری مذهبی درونی یا بیرونی یکی از عواملی است که می‌تواند بر

این رابطه تأثیر داشته باشد. از آنجاکه نمونه آماری تحقیق پیش‌رو دارای بیشترین بحران‌های زندگی در گروه‌های سنی مختلف می‌باشد، بحران‌های جسمی، جنسی، روانی، شناختی و اجتماعی می‌تواند سلامت روان را دچار نوسان و تغییر کند، و ممکن است در دو بعد عبادی و تفکر، بخصوص در کشورهایی که دین نقش فعالانه‌ای در اجتماع دارد، منجر به اتخاذ جهت‌گیری مذهبی بیرونی گردد. در نتیجه این جهت‌گیری، همان‌طور که آلپورت (۱۹۶۳) بیان می‌کند، می‌تواند کاهش سلامت روان را در پی داشته باشد؛ چرا که بر اساس نظر آلپورت مذهب درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان‌یافته و درونی‌شده است. درحالی‌که مذهب با ملاک بیرونی، امری خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهایی مثل مقام و ایمنی به کار می‌رود. همچنین می‌توان گفت: در بین شاخص‌های سبک زندگی اسلامی، این مؤلفه‌ها نقش کمتری در سلامت روان ایفا می‌کنند. البته، ارائه نظر قطعی در این زمینه، منوط به انجام پژوهش‌های بیشتر است.

همچنین، سبک زندگی اسلامی و شاخص‌های آن، پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای بحران هویت و سلامت روان در نوجوانان بودند. سبک زندگی اسلامی، در مجموع توانست ۶۰ درصد از تغییرات بحران هویت و ۳۵ درصد از تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی نماید. هر چند پژوهشی مستقیم درباره رابطه سبک زندگی اسلامی با بحران هویت و سلامت روان در نوجوانان مشاهده نگردید، اما با توجه به آنچه در بخش پیشینه‌های نظری آورده شد، می‌توان گفت: رابطه‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش، با نتایج تحقیقات، رجایی و همکاران (۱۳۸۸)، دهشیری و فلاح (۱۳۸۳)، فیشرمن (۲۰۰۴)، رول (۲۰۰۸) و گلبت و همکاران (۲۰۰۹)، که به بررسی رابطه دینداری و مذهب با بحران هویت پرداخته‌اند، همسو می‌باشد. همچنین، رابطه سبک زندگی با سلامت روان نیز با پژوهش‌های ظروفی (۱۳۸۸)، قهرمانی و نادری (۱۳۹۱)، فالانلی و گالک (۲۰۱۰)، هابر و همکاران (۲۰۰۷) و مزیدی و استوار (۲۰۰۶) همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت: این یافته‌ها با مفاهیم نظریه شناختی-هیجانی مذهبی (رجایی، ۲۰۰۸) همخوانی دارد؛ زیرا بر اساس این نظریه، انسان‌ها در زندگی خویش با سؤال‌های اساسی روبرو هستند که بدون پاسخ به آنها، زندگی آنان پوچ و بی‌هدف خواهد شد و از بحران هویت در رنج خواهند بود. باورهای مذهبی می‌توانند به انسان‌ها در یافتن زندگی خویش و رهایی از بحران هویت کمک کنند. به عقیده/ریکسون، زمانی که نوجوان قادر به یافتن ارزش‌های پایدار و مثبت در خانواده و فرهنگ نباشد و ایدئولوژی منسجم و قابل قبولی ارائه نگردد، دچار درهم‌ریختگی عقیدتی می‌شود و هویتی از هم پاشیده پیدا می‌کند. در سایه باورهای دینی و تعالیم آن، زندگی انسان معنا پیدا می‌کند. مارکستروم - آدامز و هوفسترا معتقدند: دین به‌عنوان یک عامل اجتماعی در شکل‌گیری هویت در دوره نوجوانی تأثیر قابل توجهی دارد؛ چرا که پاسخگوی بسیاری از سؤالات نوجوانان است.

بدین ترتیب، نوجوانان به آسانی می‌توانند خود را دریابند و هویتی پایدار و منسجم برای خود بنا کنند (مارکستروم-آدامز و هوفسترا، ۱۹۹۴).

اولین و مهم‌ترین کارکرد دین و در نتیجه، سبک زندگی اسلامی، «معنابخشی» به زندگی است. دین، زندگی را معنادار و هدف‌دار می‌کند، به گونه‌ای که انسان بدون آنکه زندگی را به‌عنوان یک هدف اصلی بنگرد، از زندگی لذت برده و آن را وسیلهٔ تقرب به سعادت قرار می‌دهد. دین، انسان را از سردرگمی و رنج، که همواره گریبان‌گیر انسان است، نجات می‌دهد. دین انسان‌ساز اسلام از توانمندی لازم برای بازشناسایی هویت برخوردار است. دین الهی به بشر می‌آموزد که کیست و انسانیت چیست؟ بدین‌گونه انسان را متوجه ارزش و کرامت ذاتی خود کرده و با دور نمودن از پوچ‌گرایی، وی را به ادامهٔ زندگی امیدوار می‌سازد (علمی و چنگی آشتیانی، ۱۳۹۲)؛ یعنی سبک زندگی اسلامی می‌تواند موجب معنابخش بودن زندگی و به نوعی پاسخ‌گویی به سؤالات نوجوانان شود.

در تبیین رابطهٔ بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان می‌توان گفت: کیفیات و عناصر خاص معنویت، احتمالاً اثرات مثبتی بر مکانیزم‌های فیزیولوژیکی دارند. هیجاناتی مثل امیدواری، قناعت، عشق و گذشت به واسطهٔ تأثیر بر مسیرهای نورونی، سیستم درون‌ریز و سیستم ایمنی، ممکن است تأثیر خود را در بهبود سلامت اعمال کنند (سپیل و هیل، ۲۰۰۱). از سوی دیگر، بافت مذهبی جامعه با تأکید بر صبور و مقاوم بودن افراد در برابر مشکلات و نیز ترغیب ایشان به جست‌وجوی معنا و هدف در زندگی، موجب افزایش حس تسلط، خوش‌بینی و امیدواری در آنها شده و در نهایت، ارتقای سلامت را در پی خواهد داشت. مذهب و معنویت به‌عنوان منابع حمایتی و منابع مقابله‌ای فرد و با مداخله آثار ناشی از آنها، مانند افزایش هیجانات مثبت، احساس معنا و هدف، ارزش نسبت به خود، جهان‌بینی مثبت، امید و خوش‌بینی، و کاهش تنهایی و انزوای اجتماعی، می‌تواند آثار بسیار سودمندی بر سلامت روانی و جسمانی داشته باشد (کرگ و همکاران، ۲۰۱۳).

یافته‌های این پژوهش، می‌تواند زمینهٔ مناسبی برای استفاده روان‌شناسان و مشاوران از مفاهیم معنوی و نیز استفاده از سبک زندگی اسلامی و کاربرد آن در تبیین رفتار انسان و درمان اختلال‌های روان‌شناختی را فراهم آورد. متخصصان نیز باید در مداخلاتشان در امر درمان و پیشگیری، اصلاح سبک زندگی افراد را مدنظر قرار دهند.

این پژوهش، مانند سایر پژوهش‌ها، با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از جمله، محدود بودن نمونه به دانش‌آموزان دختر. بنابراین، باید در تعمیم یافته‌ها احتیاط شود. در این زمینه، لازم است با وسیع نمودن جامعهٔ پژوهش به نتایج قابل تعمیمی رسید. از سوی دیگر، در کنار پرسش‌نامه، می‌توان از طریق مصاحبه با نوجوانان به داده‌های عمیق و جامع‌تری دست یافت.

منابع

- پالاهنگ، حسن، ۱۳۴۴، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در کاشان»، *اندیشه و رفتار*، ش ۴، ص ۱۹-۲۷.
- پولادفر، راضیه و سیداحمد احمدی، ۱۳۸۵، «رابطه بین سبک زندگی و اختلالات روان‌شناختی دبیران دوره متوسطه شهر اصفهان»، *مطالعات روانشناختی*، ش ۱، ص ۷-۱۸.
- تنهایی، حسین ابوالحسن و شمسی خرمی، ۱۳۸۹، «بررسی رابطه جامعه‌شناختی باورهای دینی و سبک زندگی بر اساس نظریه و روش گافمن»، *پژوهش اجتماعی*، ش ۶ ص ۱۹-۴۱.
- دلاور، علی، ۱۳۹۳، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، چ سیزدهم، تهران، رشد.
- دلشاد تهرانی، مصطفی، ۱۳۹۳، *سبوری در تربیت اسلامی*، چ پانزدهم، تهران، دریا.
- دهشیری، غلامرضا و محمود فلاح، ۱۳۸۳، «بررسی رابطه بین دینداری و بحران هویت در بین دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان یزد»، *فرهنگ یزد*، ش ۸۲ ص ۱۱-۱۷.
- رجایی، علیرضا و همکاران، ۱۳۸۸، «باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان»، *روان‌شناسی تحولی*، ش ۲۲ ص ۹۷-۱۰۷.
- رجب‌نژاد، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی سبک زندگی اسلامی از منظر حیات طیبه در قرآن»، *نشریه علمی و پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*، ش ۱، ص ۹-۲۹.
- سیدنژاد، سیدصادق، ۱۳۸۱، «جوان و جست‌وجوی هویت»، *دیدار آتنا*، ش ۲۳، ص ۱۴-۱۵.
- شاملو، سعید، ۱۳۹۰، *مکتبها و نظریه‌ها در روان‌شناسی شخصیت*، چ دهم، تهران، رشد.
- شریفی، احمدحسن، ۱۳۹۱، «سبک زندگی به‌عنوان شاخصی برای ارزیابی سطح ایمان»، *معرفت فرهنگی اجتماعی*، ش ۱۱، ص ۴۹-۶۲.
- صمیمی، رقیه و همکاران، ۱۳۸۵، «ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان»، *پرستاری ایران*، ش ۴۸، ص ۸۳-۹۳.
- طغیان و همکاران، ۱۳۹۲، «رابطه سبک زندگی اسلامی با نگرش‌های ناکارآمد در دانشجویان»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ش ۵۴، ص ۳۵-۴۳.
- طولابی، زینب و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی نقش میانجی عزت نفس و خودکارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی و سازگاری جوانان شهر مشهد»، *مطالعات جامعه‌شناختی جوانان*، ش ۹، ص ۱۱۵-۱۳۲.
- ظروفی، مجید، ۱۳۸۸، «بررسی سلامت روانی و رابطه آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شبستر»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۴، ص ۱۴۳-۱۵۶.
- علمی، قربان و مریم چنگی آشتیانی، ۱۳۹۲، «بررسی کارکرد معنابخشی دین در اندیشه علامه طباطبایی»، *انسان پژوهی دینی*، ش ۳۰، ص ۵-۲۵.
- فیضی، مجتبی، ۱۳۹۲، «درآمدی بر سبک زندگی»، *معرفت*، ش ۱۸۵، ص ۲۷-۴۲.
- قهرمانی، نسرين و محمدعلی نادی، ۱۳۹۱، «رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز»، *نشریه پرستاری ایران*، ش ۷۹، ص ۱-۱۱.
- کلوپانی، محمد، ۱۳۹۰، «کمی‌سازی و سنجش سبک زندگی اسلامی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۲، ص ۲۷-۴۴.
- _____، ۱۳۹۱، *سبک زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

- کججاف، محمدباقر و همکاران، ۱۳۹۰، «رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی در رضایت از زندگی دانشجویان شهر اصفهان»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۴، ص ۷۶-۶۱.
- گیدنز، آنتونی، ۱۳۹۲، *تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید*، ترجمه ناصر موفقیان، چ هشتم، تهران، نی.
- محسنی تبریزی، علیرضا و اسدالله بابایی فرد، ۱۳۹۱، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر بحران هویت در میان دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تهران»، *پژوهش‌نامه جامعه‌شناسی جوانان*، ش ۲، ص ۱۳۱-۱۵۶.
- معدنی پور، کبری و همکاران، ۱۳۹۰، «رابطه سبک دلبستگی با خوش‌بینی و احساس تنهایی در دانش‌آموزان»، *سلامت و روان‌شناسی*، ش ۱، ص ۹۳-۱۱۰.
- معمار، ثریا و همکاران، ۱۳۹۱، «شبکه‌های اجتماعی مجازی و بحران هویت: با تأکید بر بحران هویتی ایران»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ش ۴، ص ۱۵۵-۱۷۶.
- ملکیان، مصطفی، ۱۳۸۰، «تأثیر دین در منش آدمی»، *فصل‌نامه علامه*، ش ۳، ص ۱۰۷-۱۱۲.
- مهدوی کنی، محمدسعید، ۱۳۸۶، «مفهوم سبک زندگی در علوم اجتماعی»، *تحقیقات فرهنگی*، ش ۱، ص ۲۳۰-۱۹۹.
- میری، سیدمحمد و همکاران، ۱۳۹۲، «اهمیت مطالعه پیرامون سبک زندگی؛ بررسی کمی مقالات موجود در زمینه سبک زندگی»، *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ش ۲، ص ۱۸-۱۴.
- نوربالا، احمدعلی و همکاران، ۱۳۸۷، «اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به‌عنوان ابزار غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران»، *پژوهشی حکیم*، ش ۴، ص ۴۷-۵۳.
- Allport, G, 1963, Behavioral Science: Religion and Mental Health, *Journal of Religion and Health*, n. 2, p. 92-187.
- Bang, H, & Montgomery, D, 2012, wisdom and ego-identity for Korean and American late adolescents, *Journal of cross-cultural psychology*, v. 44 (5), p. 807-831.
- Berman, S. L, et al, 2011, Identity Exploration, Commitment, and Distress: A cross National Investigation in China, Taiwan, Japan, and the United states, *Child youth Care Forum*, n. 40, p. 65-75.
- Bruce, H, et al, 2001, Adolescent identity Formation: Religious exploration and commitment, *Journal of Theory and Research*, v. 1 (4), p. 385-397.
- Cheung, P, & Spears, G, 1994, Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire, *Social psychiatry and epidemiology*, p. 95-99.
- Craig, F, et al, 2013, Religion and spirituality as important components of men's health and wellness, *American Journal of Lifestyle Medicine*, v. 7 (1), p. 27-37.
- Dalgarrondo, P, 1994, Religious affiliation and mental health in Brazil, *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, v. 40 (4), p. 325.
- Duriez, B, et al, 2004, Personality, identity styles, and religiosity: An integrative study among late adolescents in Flanders (Belgium), *Journal of Personality*, v. 72, p. 877-910.
- Fisherman, S, 2004, Ego identity and spiritual identity in religiously observant adolescents in Israel, *Religious Education*, v. 99, p. 371-384.
- Flannelly, K.J, & Galek K, 2010, Religion, evolution, and mental health: attachment theory and ETAS theory, *Journal of Religion and Health*, v. 49 (3), p. 337-350.
- Fulton, A.S, 1997, Identity status, Religious orientation, and prejudice, *Journal of Youth and adolescence*, v. 26, p. 1-11.
- Gebelt, J.L, et al, 2009, Identity style and Spirituality in a Collegiate Context, *Journal of theory and Research*, v. 9, p. 219-232.

- Haber, J.R, & Jacob, T, 2007, Dimensions of religion/spirituality and relevance to health research, *International Journal Psychology Religion*, v. 17 (4), p. 265-288.
- Hunsberger, B, et al, 2001, Adolescent identity formation: Religious exploration and commitment, *Journal of Theory and Research*, v. 1 (4), p. 365-386.
- King, P, 2003, Religion and identity: The role of ideological, social and spiritual contexts, *Applied Developmental Science*, v. 7, p. 197-204.
- Mckinney, J.P, & Mckinney, K.G, 1999, Prayer in the Lives of Late adolescents, *Journal of Adolescence*, v. 22, p. 279-290.
- Macros, J, & McCabe, M, 2001, Relationships between identity and self Representation during adolescence, *Journal of Youth and Adolescence*, v. 30 (5), p. 706-830.
- Markstrom -Adams, C, & Hofstra, G, 1994, The ego – virtue of Fidelity: A case for study of Religion and identity Formation in adolescence, *Journal of Youth & adolescence*, v. 23 (4), p. 453-469.
- Mazidi, M, & Ostovar, S, 2006, Effects of religion and type of religious internalization on the mental health of Iranian adolescents, *Perceptual and Motor Skills*, v. 103 (1), p. 301-306.
- Montgomery, M. J, 2005, Psychological intimacy and identity: From early adolescence to emerging adulthood, *Journal of Adolescent Research*, v. 20 (3), p. 346- 374.
- O'Connor, D. B, et al, 2003, Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students, *Personality and individual differences*, v. 34 (2), p. 211-217.
- Oppong, S.H, 2013, Religion and Identity, *American International Journal of Contemporary Research*, v. 3 (6), p. 10-16.
- Rajaei, A.R, 2008, Religious Cognitive-Emotional Therapy (RCET), The 5th congress for psychotherapy, *Beijing, China*, 12-15 October.
- Revell, L, 2008, Spiritual development in public and religious schools: A case study, *Religious Education*, v. 103, p. 102-118.
- Salmoirago-Blotcher E, & et al, 2011, Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women: the women's health initiative, *Journal of Behavioral Medicine*, v. 34 (5), p. 360-371.
- Seybold K.S, & Hill P.C, 2001, The role of religion and spirituality in mental and physical health, *Current Direction in Psychological Science*, v. 10 (1), p. 21-24.
- Shreve-Neiger, A.K, & Edelstein, B.A, 2004, Religion and anxiety: a critical review of the literature, *Clinical Psychology Review*, v. 24 (4), p. 379-397.
- World Health Organization (WHO). (2012, August). Risks Mental Health: An Overview of Vulnerability and Risk Factors. www.who.int/about/copyright.