

باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان

Basic Religious Beliefs, Identity Crisis, and General Health in Young Adults

Ali Reza Rajaei, PhD
Islamic Azad University
Torbat-e-Jam Branch

Mohammad Hossein Bayazi
Islamic Azad University
Torbat-e-Jam Branch

محمدحسین بیاضی
مربی دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تربت جام

دکتر علی رضا رجایی
استادیار دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تربت جام

Hamid Habibipour
Islamic Azad University
Torbat-e-Jam Branch

حمید حبیبی پور
مربی دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تربت جام

چکیده

نمونه‌ای از ۴۴۰ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد پرسشنامه‌های باورهای اساسی مذهبی (رجایی و دیگران، ۱۳۸۷)، بحران هویت (رجایی و دیگران، ۱۳۸۷)، و سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) را تکمیل کردند. نتایج نشان دادند افرادی که نمره‌های بالایی در باورهای مذهبی اساسی داشتند، در بحران هویت نمره‌های کمتر و در سلامت عمومی نمره‌های بیشتری کسب کردند. بین بحران هویت و سلامت عمومی نیز همبستگی منفی معنادار به دست آمد. تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که باورهای مذهبی اساسی، واریانس اندکی از بحران هویت ($R^2=0.094$) و سلامت عمومی ($R^2=0.023$) را در جوانان تبیین می‌کنند. یافته‌ها براساس نظریه‌های شناختی و هیجانی مورد بحث قرار گرفت.

واژه‌های کلیدی: باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت، سلامت عمومی.

Abstract

A sample of 440 students in Mashhad Islamic Azad University completed the Basic Religious Beliefs Questionnaire (Rajaei et al., 2008), Identity Crisis Questionnaire (Rajaei et al., 2008), and the General Health Questionnaire (Goldberg, 1972). The results showed the persons with high scores on basic religious beliefs had low scores in identity crisis and more general health. A significant negative correlation was found between the identity crisis and general health. Multiple regression analysis showed that basic religious beliefs explained variance of identity crisis ($R^2=0.094$) and general health ($R^2=0.023$) among young adults. The results were discussed based on cognitive and emotional theories.

Key words: basic religious beliefs, identity crisis, general health.

مقدمه

دین یکی از ابعاد مهم فرهنگی است. از سوی دیگر روان‌شناسان از جهت اخلاقی نیاز دارند که به مسایل فرهنگی حساس باشند (شفرنسکی و مالونی، ۱۹۹۶). روان‌شناسان معروفی از جمله جیمز (۱۹۸۵)، آلپورت (۱۹۵۰) و یونگ (۱۹۶۹) به نقش و تأثیر مثبت مذهب بر زندگی افراد پرداخته‌اند و آن را مهم می‌دانند. اخیراً پژوهش‌های متعددی در مورد اثر مذهب بر سلامت روانی انجام شده است و نتایج حاصل از این تحقیقات نشان‌دهنده اثر مثبت مذهب بر سازگاری و بهداشت روانی و اثر کاهنده آن بر نشانه‌های بیماری بوده است (سیف و نیکوی، ۱۳۸۳). به اعتقاد هاریسون (۲۰۰۱) با وجود اینکه مدت‌هاست تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روانی^۱ ارتباط مثبتی وجود دارد اما اخیراً روان‌شناسی مذهبی^۲، شواهد تجربی بسیاری را در این زمینه فراهم کرده است.

بیش از دو دهه است که کاربرد، کیفیت و ادبیات دینی و معنوی در روان‌درمانگری^۳ افزایش یافته است. آگاهیها در این زمینه در طی دو دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ توسعه پیدا کرده است و به همین دلیل روان‌درمانگری ذاتاً پُر-بارتر و ارزشمندتر شده است (جانسون و سانداچ، ۱۹۹۹). رابطه بین مذهب و سلامت در بسیاری از پژوهش‌ها تأیید شده است. شریفی، مهرابی‌زاده‌هنرمند و شکرکن (۱۳۸۲) در بررسی خود نشان دادند که بازخورد مذهبی با اختلال در سلامت عمومی رابطه منفی و با شکیبایی رابطه مثبت و معنادار دارد. خدایپناهی و خاکسار بلداجی (۱۳۸۴) طی پژوهشی با عنوان «رابطه جهت‌گیری مذهبی و سازگاری روان‌شناختی در دانشجویان» دریافتند که بین جهت‌گیری مذهبی و سازگاری رابطه معناداری وجود دارد. در پژوهش بهرامی احسان و تاشک (۱۳۸۳) بین جهت‌گیری مذهبی با افزایش سلامت روانی و کاهش اختلال‌های روانی به رابطه مثبت معنادار و توانایی پیش-بینی سبک مقابله مذهبی مثبت توسط جهت‌گیری مذهبی مثبت دست یافتند. در این پژوهش بین حرمت خود و

جهت‌گیری مذهبی نیز رابطه معنادار مثبت به دست آمد. شجاعیان و زمانی منفرد (۱۳۸۱) با «بررسی ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات‌سازی» دریافتند که بهره‌گیری از دعا با سلامت روانی آزمودنیها رابطه معنادار دارد و با افزایش استفاده از دعا، سلامت روانی افراد نیز افزایش می‌یابد. همچنین استفاده از دعا با زیرمقیاسهای اضطراب و افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی رابطه معنادار منفی داشت، به بیان دیگر افزایش استفاده از دعا با کاهش نمره‌های اضطراب و افسردگی همراه بود. یافته‌های پژوهش عمران نسب (۱۳۷۸) نیز مبین آن بود که ارتباط معناداری بین متغیرهای اعتقادات مذهبی و سلامت روانی وجود دارد. در واقع، مقابله مذهبی^۴ به عنوان یک میانجی^۵ می‌تواند عمل کند. برای مثال دینداری هنگام تجربه تنیدگی نقش یک میانجی را ایفا می‌کند و رابطه بین عوامل تنیدگی‌زا با سلامت روانی را دگرگون می‌سازد (فابریکاتور، ۲۰۰۴).

باتر، لارسن، مارکوکس، باون و گریفین (۲۰۰۲) در بررسی خود به این نتیجه دست یافتند که اعتقاد به مذهب و انجام اعمال مذهبی در افراد الکلی، آنها را در مقابل برگشت دوباره نشانگان محافظت می‌کند. همچنین معنویت شخصی^۶ با نشانگان پائین افسردگی رابطه مستقیم دارد، اما تعداد دفعات انجام دعا با میزان نشانگان افسردگی رابطه معناداری ندارد.

تحقیق نونی و وودرام (۲۰۰۲) نیز نشان داد الزام رفتن به کلیسا و حمایت اجتماعی ایجاد شده در اثر حضور در کلیسا و انجام مراسم دعا از عوامل مؤثر بر سلامت روانی‌اند و با آن رابطه مثبت دارند. همچنین الیسون، بردمن، ویلیامز و جکسون (۲۰۰۱) در یافته‌هایشان به این نتیجه دست یافتند که رفتن به کلیسا با احساس بهزیستی^۷ رابطه مثبت و با درماندگی^۸ رابطه منفی دارد و تعداد انجام مراسم دعا با احساس بهزیستی رابطه ضعیف معکوس و با مضطرب‌بودن رابطه مثبت اندکی دارد. ضمناً حمایت

1. mental health
2. religious psychology
3. psychotherapy

4. religious coping
5. mediating
6. private spirituality

7. well-being
8. distress

آنان را در مقابله با بیماری یا در زندگی به طور کلی کمک کرده است، ۷۳/۴ درصد اظهار داشتند که از مذهب و اعمال مذهبی به صورت برنامه مقابله‌ای بهره می‌گیرند. همچنین کونینگ، وایز، پیترسون، می دور و کیف (۱۹۹۷) تعداد ۱۱۵ نفر از بیمارانی را که به مدت طولانی تحت مراقبت بودند، بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که ۵۹/۱ درصد آنها از دین به صورت گسترده برای مقابله با مشکلات بهره می‌گیرند و ۳۴/۵ درصد از دین به صورت بهترین برنامه مقابله یاد می‌کنند. در تحقیق دیگری، کونینگ (۱۹۹۶) مشخص کرد که بخش بزرگی از جمعیت آمریکا معتقدند که دین یکی از مهم‌ترین عواملی است که آنها را قادر می‌سازد تا با شرایط تنیدگی‌زا مقابله کنند.

همچنین بسیاری از پژوهشها از رابطه دین با احساسها و عواطف مثبت‌تر در زندگی حکایت دارند. برای مثال از میان صد تحقیق و پژوهش بررسی شده که حاوی اطلاعات آماری درباره ارتباط التزام دینی و رفاه - اصطلاح وسیعی که در برگیرنده اموری مانند خوشبختی، رضایت از زندگی، اثر مثبت، خوش‌بینی و امیدواری بودند ۷۹ پژوهش، مبین وجود ارتباط مثبت بین آنها بود و تنها یک تحقیق ارتباط آنها را منفی نشان داد (کونینگ، مک کولگ^۳ و لارسون^۴، ۲۰۰۱ نقل از فونتانا، ۲۰۰۳/۱۳۸۵).

مایرز (۲۰۰۰) نیز در بررسی خود به این نتیجه دست یافت که افراد معنوی‌تر از شادابی بیش‌تری برخوردارند و شرکت در مناسک مذهبی رابطه مثبتی با احساس خوب بودن آنها دارد. پارگامنت، کول، وندرکریک، بلاویچ، برنت و پرز (۱۹۹۹) نقش مذهب را در دستیابی به حس مهار شخصی و تسلط بر احساس درماندگی، آسیب‌پذیری و حرمت خود پایین در موقعیتهای دشوار مطالعه کردند. برای این منظور آنان از ۱۵۰ نفر از اعضای خانواده‌هایی که منتظر نتیجه عمل جراحی قلب در بیمارستان بودند، خواستند تا در یک زمینه‌یابی درباره شیوه مقابله با تنیدگی شرکت کنند. همان طور که پیش‌بینی می‌شد، روشهای مقابله مذهبی و از جمله اعتقاد به وجود خدا پیامدهای

اجتماعی ناشی از حضور در کلیسا میزان پریشانی فرد را کاهش داده و تأثرات ناشی از تنیدگیهای وی را محدود می‌کند.

پارگامنت و ماهونی (۲۰۰۲) مهم‌ترین عامل در شادکامی روان‌شناختی را انتخاب داوطلبانه مذهب می‌دانند. به اعتقاد آنان نقش مذهب در سلامت روانی نمی‌تواند جدای از زمینه کلی زندگی مورد توجه قرار گیرد. پژوهش کوهن، یون و جانستون (۲۰۰۹) در مورد ۱۶۸ بیمار مبتلا به اختلالهای جسمانی مختلف نشان داد که به طور کلی سلامت روانی با مقابله معنوی مثبت رابطه مثبت و با مقابله معنوی منفی رابطه منفی دارد. اما رابطه‌ای بین اعمال دینی خصوصی (مانند دعاکردن) و سلامت روانی دیده نشد. کوهن و هال (۲۰۰۹) نیز با بررسی ۱۰۰۰ فرد سالخورده دریافتند که بعضی از باورهای وجودی^۱ (ترس از خداوند، اضطراب مرگ، باور مربوط به زندگی پس از مرگ) با احساس بهزیستی رابطه دارد و این رابطه در بین افراد با مذهب پروتستان نسبت به کاتولیکها و یهودیها بیشتر است. کروس (۲۰۰۹) در بررسی دیگری این مسئله را مطرح کرد که رابطه بین وقایع آسیب‌زا^۲ و نشانه‌های افسردگی در افراد سالخورده‌ای که معتقدند فقط خداوند بهتر می‌داند چه وقت به نیایش آنها پاسخ دهد، کاهش می‌یابد.

لویتن، کورولین و فونتن (۱۹۹۸) در پژوهشی که به ارتباط بین مذهب و سلامت روانی اختصاص داشت به تشخیص بین شرم و گناه پرداختند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که دین می‌تواند در بعضی موارد اثر ناهنجار بر روی عملکردهای درون‌شخصی و برون‌شخصی فرد داشته باشد و شرم و گناه می‌توانند به عنوان متغیرهای میانجی مهمی در ارتباط بین مذهب و سلامت روانی مورد ملاحظه قرار گیرند.

کونینگ (۱۹۹۸) نقش مقابله‌های مذهبی و میزان استفاده از آنها را در یک گروه ۴۵۵ نفری از بیماران که در بیمارستان بستری شده بودند، مورد مطالعه قرار داد. ۴۲/۳ درصد تصریح کردند که یک یا چند عامل مذهبی

1. existential beliefs
2. traumatic events

3. McCullough, M. E.
4. Larson, D. B.

بهتری در زمینه سازگاری، احساس مهار و حرمت خود آنها داشت.

یافته‌های دیگری نشان می‌دهند که می‌توان از باورهای مذهبی جهت تربیت فرزندان و کسب احساس هویت و افزایش حرمت خود آنان سود جست. برای مثال اندرو (۲۰۰۰) معتقد است که دین تأثیر قدرتمندی در زندگی و همچنین حالتهای هیجانی، روانی و مشکلات رفتاری افراد دارد، به طوری که والدین می‌توانند همسو با عقاید خود از وجود روحانیون به عنوان فرصتی جهت کمک به نوجوانان به منظور یافتن هویت صحیح بهره گیرند.

ارشدخرگودی (۱۳۸۱) در بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر بحران هویت دانشجویان دریافت که برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر بحران هویت عبارتند از: ضعف ارزشهای مذهبی، ضعف ارزشهای فرهنگی و ضعف حرمت خود.

رول (۲۰۰۸) با بررسی رشد معنوی در مدارس عمومی و مذهبی به ارتباط بین معنویت با عواملی مانند جامعه، هویت و شخصیت دست یافت. او معتقد است دانش‌آموزان دارای ابعاد دینی و معنوی متفاوتی هستند که نیازمند رشد و پرورش این ابعادند و این وظیفه معلمان است که از طریق روشهای تدریس خود این ابعاد را پرورش داده و سازماندهی کنند.

کیز و ریتزس (۲۰۰۷) نیز در پژوهش دیگری نقش تقویت هویت مذهبی را بر حرمت خود و نشانه‌های افسردگی در کارگران مسن و بازنشسته، را برجسته ساختند. نتیجه به دست آمده از این بررسی نشان داد هنگامی که هویت مذهبی افزایش می‌یابد، حرمت خود افزایش یافته و نشانه‌های افسردگی کاهش می‌یابند. مزیدی و استوار (۲۰۰۶) نیز در بررسی اثر دین اسلام و مسیحیت بر سلامت روانی جوانان ایرانی تأثیر معنادار هر دو دین بر بعد نشانه‌های مرضی جسمانی^۱ را گزارش کردند. کرک پاتریک (۱۹۹۹) براساس نظریهٔ دلبستگی مسئله

اعتقادات و باورهای مذهبی را مورد بررسی قرار داد. وی معتقد است افرادی که خداوند را پناهگاه امن^۲ و تکیه‌گاه مطمئنی^۳ برای خود می‌دانند و معتقدند که خداوند در آن واحد می‌تواند همه جا باشد^۴، به همه چیز علم دارد^۵ و قادر مطلق^۶ است، بهتر آمادگی دارند به خدا تکیه و اعتماد کنند و کارهای خود را به او واگذارند. با توجه به این که شناخت و تصور افراد از خداوند، در ایجاد رابطه با خدا و دلبستگی و توکل افراد به خداوند نقش اساسی را ایفا می‌کند در تمام ادیان تلاش شده تا تصویری مثبت و درست از خداوند برای افراد ارائه شود.

اما استفاده از دین در روان‌درمانگری از جمله مهمترین موضوعهایی است که تا به حال پژوهشهای زیادی در مورد آن انجام شده است الیسون و دیگران (۲۰۰۱) نیز بر این باورند که اخیراً تلاشها برای برقراری ارتباط بین دین و سلامت روانی افزایش یافته است. در واقع پژوهشگران به دنبال این هستند تا جوانی از مذهب را که می‌تواند بر روی سلامت روانی تأثیر بگذارد را دریابند. به طوری که شاید بتوان با استفاده از عوامل دینی، سلامت روانی را با مکانیزمهای خاصی تحت تأثیر قرار داد. پژوهش ازهارت و دهراب (۱۹۹۴) نیز تأثیر مثبت دخالت دین را در معالجه بیماران مسلمانی که دچار اختلالهای ناشی از اضطراب بودند، نشان داده است.

بیتل و دیگران (۲۰۰۷) در بررسی تأثیر ارزشهای مرتبط با دین بر مداخله‌های درمانگری با هدف افزایش انگیزش در درمان HIV^۷ و پیشگیری از اعتیاد، آنها دریافتند که ارزشهای مرتبط با معنویت در مداخله‌های درمانی از طریق افزایش انگیزش افراد، در درمان HIV و پیشگیری از اعتیاد اثر مثبت دارد.

ورتینگتون و سانداچ (۲۰۰۱) پنج نمونه و مثال مشترک از راههای گوناگون مداخله‌های دین و معنویت را در درمان به شرح زیر عنوان کردند :

۱- بعضی مراجعین دوست دارند به‌طور دقیق درمانگری مذهبی داشته باشند و ممکن است از درمانگر

1. physical symptoms
2. haven of safety
3. secure of base

4. omnipresent
5. omniscient
6. omnipotent

7. Human Immunodeficiency Virus

درمانگرانی با ارزشهای مشابه‌اند، ب) انتظاراتی از قبل برای درمان دارند، ج) براساس عقاید و ارزشهای خود به رفتارهای دیگران عکس‌العمل نشان می‌دهند، د) از درمانگران ادراک خاصی دارند.

اخیراً نیز رجایی (۱۳۸۷) نظریه جدیدی را با عنوان نظریه درمانگری شناختی - مذهبی^۱ (RCET) مطرح کرده است. نظریه شناختی - هیجانی مذهبی، اساساً یک نظریه شناختی با روی‌آورد معنوی است. در این نظریه به بعد فیزیولوژیک^۲، شناختی^۳ و معنوی^۴ در درمانگری اختلالهای روان‌شناختی توجه شده است. براساس نظریه شناختی - هیجانی مذهبی، انسانها به دنبال پاسخ به سؤالهای اساسی در زندگی خود هستند؛ اینکه من چه کسی هستم؟ از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت؟ هستی چیست و چگونه خلق شده است؟ چه کسی من و هستی را خلق کرده است؟ و بسیاری از سؤالهای اساسی دیگری که به دنبال پاسخ - دادن به آنها به عبارت دیگر آنها به دنبال یافتن معنای زندگی‌اند و چنانچه نتوانند پاسخ مناسبی برای این سؤالهای خود بیابند دچار بحران هویت^۵ خواهند شد.

براساس نظریه شناختی-هیجانی مذهبی، بدون باورهای اساسی دینی انسانها نمی‌توانند معنای زندگی را دریابند. در این نظریه سه نوع باور اساسی مذهبی در رابطه با خداوند، هستی و انسان مطرح شده است که می‌تواند در درمان اختلالهای روان‌شناختی، به کار گرفته شود (رجایی، ۲۰۰۸).

براساس مطالعات و پژوهشهای ذکر شده این پژوهش به بررسی فرضیه‌های زیر پرداخته است :

۱- باورهای اساسی مذهبی با بحران هویت رابطه منفی و با سلامت عمومی رابطه مثبت دارد.

۲- باورهای اساسی مذهبی بحران هویت و سلامت عمومی جوانان را تبیین می‌کند.

این پژوهش تلاش دارد تا شواهدی علمی برای نظریه شناختی - هیجانی مذهبی (رجایی، ۱۳۸۷) فراهم آورد.

درباره عقاید مذهبی و ارزشهای وی سؤال کنند. اگر درمانگر با این اعتقادات آشنا نباشد ممکن است عصبانی و مضطرب شوند و حالت دفاعی به خود گیرند.

۲- برخی ممکن است با آثار دین مخالف باشند آنها اصرار دارند که مذهب از حیطة درمانگری خارج شود.

۳- اگر روش و دیدگاه درمانگر نسبت به دین یا معنویت روشن نباشد ممکن است بین مراجع و درمانگر تعارض به وجود آید، و تضاد در عقاید اساسی ممکن است به جریان درمانگری لطمه زند و ایجاد مزاحمت کند.

۴- دین و معنویت جنبه‌های یک فرهنگ‌اند و با فرهنگ‌پذیری افراد تعامل دارند. برای مثال یک چینی که در آمریکا متولد شده است ممکن است والدین بودایی داشته باشد اما ممکن است خودش مسیحی شده باشد. بنابراین وی ممکن است هر دو مذهب و فرهنگ را در نظر داشته باشد.

۵- عقاید مراجعین معمولاً بخشی از یک سیستم رابطه‌ای‌اند، حتی هنگامی که برای مثال یک زن به تنهایی برای درمانگری مراجعه می‌کند، بخشی از تعامل مناسب او با همسرش ممکن است ناشی از تفاوت‌های مذهبی آنها باشد. هنگامی که همسر او مذهبی‌تر است یا معنویت بیشتری دارد، تعامل بین آنها نیز ممکن است بیشتر باشد.

ازهارت و دهراب (۱۹۹۴) و پروپست، استروم، واتکینز، دین و مشبورن (۱۹۹۲) دریافتند که واردشدن در مقوله افسردگی و اختلالهای ناشی از اضطراب، به صورتی که مذهب را با روان‌درمانگری تلفیق کنند، بهبودی سریعتری در بیماران نسبت به سایر فنون دارد. الیسون (۱۹۹۱) نیز دریافت که فعالیتهای مذهبی فردی، مانند دعاکردن و قرائت کتاب مقدس با آرامش بیشتری در افراد همراه است. ورتینگتون (۱۹۸۸) الگویی را برای فهم ارزشهای افراد مذهبی در سطح بالا مطرح کرد. به اعتقاد وی این افراد نسبت به غیرمذهبیها به دنیا نگاه متفاوتی دارند و برخی از شواهد از این الگو حمایت می‌کنند. افراد مذهبی در سطح بالا پیش‌بینی می‌شود که الف) به دنبال

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و نمونه آماری شامل ۴۴۰ دانشجوی (بین ۱۸ تا ۳۰ سال) دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد بود که از طریق روش نمونه برداری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل سه پرسشنامه باورهای مذهبی اساسی مذهبی^۱ (BRBQ، رجایی، بیاضی و حبیبی پور، ۳۸۷ الف)، پرسشنامه بحران هویت^۲ (ICQ، رجایی، بیاضی و حبیبی پور، ۱۳۸۷ ب) که براساس نظریه درمانگری شناختی - هیجانی مذهبی (RCET) تهیه و تدوین شده است و فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی^۳ GHQ-28 (گلدبرگ، ۱۹۷۲) بود.

● **پرسشنامه باورهای مذهبی اساسی (BRBQ) با ۵۰** گویه، سه دسته باور مذهبی اساسی را در مورد خداوند، انسان و هستی، در قالب ۱۰ مؤلفه مورد بررسی قرار می‌دهد. برخی از این مؤلفه‌ها عبارتند از: خداوند تنها مالک جهان و هستی است، خداوند دانا و توانا است، خداوند بخشنده و مهربان است، انسان عالی‌ترین موجود و نماینده خدا بر روی زمین است، انسان آفریده‌ای صاحب اراده و عقل است، وظیفه انسان در جهان هستی رسیدن به تعالی و کمال است، زندگی انسان با مرگ فنا نمی‌پذیرد، هستی با مقصود و هدف آفریده شده است، هستی با نظم و ترتیب و قانونمند است، هستی پیچیده و شگفت‌انگیز خلق شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۶ محاسبه شد که بیانگر همسانی درونی بالای این آزمون است (رجایی و دیگران، ۱۳۸۷ الف).

● **پرسشنامه بحران هویت (ICQ) شامل ۵۰ سؤال** است که در مجموع ۱۰ نشانه بحران هویت را براساس نظریه RCET که شامل: بی‌هدفی، پوچی، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، بی‌ارزشی، ناراضی‌تی از زندگی، اضطراب، غمگینی، پرخاشگری، عصبانیت است، می‌سنجد. روایی این پرسشنامه نیز توسط استادان و متخصصان این زمینه مورد تأیید قرار گرفته است. علاوه بر آن برای محاسبه

همسانی درونی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و برابر با ۰/۹۳ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی بالای این آزمون است (رجایی و دیگران، ۱۳۸۷ ب).

● پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ، گلدبرگ، ۱۹۷۲)

یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف غربالگری کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه برای تمامی افراد قابل اجراست و به عنوان یک ابزار سرندی می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارسی کنش‌وری اجتماعی و افسردگی است و بر مبنای مجموع نمره‌ها نیز یک نمره کلی به دست می‌دهد (گلدبرگ، ۱۹۷۲). در این پرسشنامه نمره بالاتر به منزله سلامت عمومی کمتر است. اعتبار فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی توسط پالاهانگ (۱۳۷۵)، برابر با ۰/۹۱ و در پژوهش رجایی، نجات و هاشمیان (۱۳۸۵) برابر با ۰/۹۳ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

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

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد ضریب همبستگی به دست آمده بین نمره (کل) باورهای مذهبی اساسی با بحران هویت در جوانان ($r = -0/307$) از نظر آماری معنادار بود. بدین ترتیب هر چه میزان باورهای اساسی جوانان بیشتر باشد بحران هویت در آنان کمتر خواهد بود. از سوی دیگر، باورهای مذهبی اساسی مربوط به خداوند، هستی و انسان به ترتیب با ضرایب همبستگی $-0/272$ ، $-0/327$ و $-0/258$ با بحران هویت رابطه منفی معنادار داشتند.

1. Basic Religious Beliefs Questionnaire (BRBQ)
2. Identity Crisis Questionnaire (ICQ)

3. General Health Questionnaire (GHQ)

باورهای مذهبی اساسی یعنی خداوند، هستی و انسان نیز به ترتیب برابر با $-0/14$ ، $-0/14$ ، $-0/15$ و دست کم در سطح کمتر از $0/05$ معنادار به دست آمد.

ضریب همبستگی بین نمره کل باورهای مذهبی اساسی با سلامت عمومی جوانان بیانگر آن است که با افزایش میزان باورهای مذهبی اساسی جوانان میزان اختلالهای روان شناختی آنها کاهش می یابد. این رابطه درباره هر

جدول ۱. شاخصهای توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
۱ کل باورها	۲۰۸/۷۹	۲۳/۷۸					
۲ خداوند	۶۳/۲۳	۷/۷۹	۰/۹**				
۳ هستی	۶۱/۷	۷/۸۲	۰/۹۱**	۰/۷۷**			
۴ انسان	۸۳/۸۹	۱۰/۰۶	۰/۸۹**	۰/۷۶**	۰/۷۵**		
۵ بحران هویت	۱۰۸/۷۹	۲۲/۲۷	-۰/۳۱**	-۰/۲۷**	-۰/۳۳**	-۰/۲۶**	
۶ سلامت عمومی (نشانه های مرضی)	۱۲/۷۲	۹/۴۵	-۰/۱۳**	-۰/۱۴*	-۰/۱۴*	-۰/۱۵**	-۰/۱۷**

* $P < 0/01$. ** $P < 0/001$.

سلامت عمومی برابر با $0/023$ بود. در مدل دوم مشخص شد که تنها باورهای اساسی مربوط به هستی، در تبیین بحران هویت و مؤلفه انسان در تبیین سلامت عمومی وزن معناداری دارند.

همچنین نتایج جدول ۱ نشان می دهند که بین بحران هویت و سلامت عمومی (نشانه های مرضی) رابطه مثبت ($r = 0/17$ و $P < 0/01$) معنادار وجود دارد. این مسئله مبین این امر است که هر چه بحران هویت جوانان بیشتر باشند اختلالهای روانی بیشتری هم خواهند داشت.

جدول ۲. خلاصه تحلیل رگرسیون برای تبیین سلامت عمومی و بحران هویت براساس نمره کل باورهای مذهبی اساسی

متغیرهای ملاک	R	R ²	B	β
سلامت عمومی	0/152	0/033	-0/06	-0/15**
بحران هویت	0/307	0/094	0/287	0/31

** $P < 0/01$.

در جدول ۲ و ۳ نیز نتایج تحلیل رگرسیون گزارش شده است. نتایج دو مدل تحلیل رگرسیون برای تبیین بحران هویت و سلامت عمومی براساس نمره کل باورهای مذهبی اساسی (جدول ۲) و نیز سه عامل باورهای مذهبی اساسی (جدول ۳) نشان دادند که ضریب F مربوط به هر دو مدل از لحاظ آماری در سطح کمتر از $0/01$ معنادار است، بنابراین، امکان تبیین بحران هویت و سلامت عمومی بر پایه باورهای مذهبی اساسی وجود دارد. مقدار واریانس تبیین شده برای بحران هویت برابر با $0/094$ و برای

جدول ۳. خلاصه تحلیل رگرسیون برای تبیین بحران هویت و سلامت عمومی براساس باورهای مذهبی اساسی

متغیرها	سلامت عمومی				بحران هویت			
	R	R ²	B	β	R	R ²	B	β
	0/152	0/023			0/307	0/094		
هستی			-0/046	-0/03			-0/874	-0/307**
خدا			-0/067	-0/096			-0/091	-0/158
انسان			-0/14	-0/15**			-0/11	-0/086

** $P < 0/01$.

بحث

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش، شواهد نشان‌دهنده آن است که بین باورهای مذهبی اساسی (خداوند، هستی و انسان) با بحران هویت در جوانان ارتباط منفی معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که هر چه میزان باورهای مذهبی اساسی در جوانان بالاتر و قویتر باشد، میزان بحران هویت در آنها کمتر خواهد بود. همچنین، باورهای مذهبی اساسی پیش‌بینی کننده مناسبی برای بحران هویت‌اند. به عبارت دیگر می‌توان از میزان باورهای مذهبی اساسی در جوانان به عنوان یک پیش‌بینی کننده بحران هویت استفاده کرد.

این یافته‌ها با مفاهیم نظریه شناختی - هیجانی مذهبی همخوانی دارد، زیرا براساس 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 اساسی می‌توانند به انسانها در یافتن زندگی خویش و رهایی از بحران هویت کمک کنند (رجایی، ۲۰۰۸).

نتایج این پژوهش با تحقیق ارشدخردی (۱۳۸۱) که در آن ضعف ارزشهای مذهبی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر بحران هویت مطرح شده است همسو است.

همچنین نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات خارجی، کیز و ریتزس (۲۰۰۷)، باتز و دیگران (۲۰۰۲)، الیسون و دیگران (۲۰۰۱)، مایرز (۲۰۰۰)، اندرو (۲۰۰۰)، کونینگ و دیگران (۱۹۹۷)، ازهارت و هراپ (۱۹۹۴)، پروپست و دیگران (۱۹۹۲) نیز هماهنگ و همسو است.

از سوی دیگر یافته‌ها نشان دادند که بین باورهای اساسی مذهبی (خداوند، هستی و انسان) با سلامت عمومی در جوانان نیز ارتباط معنادار مثبت وجود دارد. هر چه میزان باورهای مذهبی اساسی در جوانان بالاتر و قویتر باشد، نشانه‌های مرضی در آنها کمتر خواهد شد. باورهای مذهبی اساسی پیش‌بینی کننده مناسبی برای سلامت عمومی (نشانه‌های مرضی) خواهد بود. افزون بر آن یافته‌ها از نظریه RCET نیز حمایت کردند. زیرا براساس نظریه RCET، کسانی که دچار بحران هویت‌اند زندگی آنها

بی‌معنا، پوچ و بی‌هدف است و احساس ناامیدی و گم‌گشتگی می‌کنند. چنین افرادی از اختلالهای روان-شناختی از جمله افسردگی و اضطراب در رنج‌اند. در حالی که باورهای مذهبی اساسی می‌توانند باعث احساس امیدواری، هدفمندی و آرامش در افراد شوند (رجایی، ۲۰۰۸).

بر مبنای پیشینه‌های پژوهشی در زمینه رابطه دینداری و سلامت عمومی می‌توان نتایج حاصل از این بررسی را با یافته‌های پژوهش شریفی و دیگران (۱۳۸۲)، بهرامی احسان و تاشک (۱۳۸۳)، شجاعیان و زمانی منفرد (۱۳۸۱)، عمران‌نسب (۱۳۷۸) همسو دانست که بین مذهب با اختلال در سلامت عمومی یک رابطه معنادار منفی به دست آورده‌اند.

سیف و نیکوی (۱۳۸۳)، هاریسون (۲۰۰۱) نیز اثر مثبت مذهب بر بهداشت روانی را تأیید کرده‌اند که همسو با نتایج این پژوهش است. همچنین مطالعه پارگامنت و ماهونی (۲۰۰۲) نیز نشان داد که دینداری با شادکامی در افراد ارتباط دارد. همچنین یافته‌های کوهن و دیگران، (۲۰۰۹)، کوهن و هال (۲۰۰۹) و کراوز (۲۰۰۹) نیز مبین آنند که مقابله مذهبی مثبت و باورهای مذهبی با سلامت روانی، احساس بهزیستی و کاهش نشانه‌های افسردگی پس از وقایع تنیدگی ارتباط دارد و با یافته‌های این پژوهش همسو‌اند.

نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات نونی و ودرام (۲۰۰۲)، ورتینگتون و سانداچ (۲۰۰۱)، کونینگ (۱۹۹۸)، کونینگ و دیگران (۱۹۹۷)، الیسون (۱۹۹۱) در مورد ارتباط بین مذهب و سلامت نیز هماهنگ و همسو است.

به طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد که بین بحران هویت و سلامت عمومی (نشانه‌های مرضی) رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این مسئله نشان می‌دهد افرادی که دچار بحران هویت هستند از نظر سلامت عمومی و نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نشانه‌های بدنی و کنشهای اجتماعی دچار مشکل‌اند و با پیش‌بینی نظریه RCET نیز مطابقت دارد.

از یافته‌های این پژوهش می‌توان در گسترش نظریه‌های روان‌شناختی به ویژه نظریه شناختی - هیجانی مذهبی و

آزاد اسلامی اهواز. اندیشه و رفتار، ۱، ۹۹-۸۹.

عمران نسب، م. (۱۳۷۸). بررسی ارتباط بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی در دانشجویان سال آخر کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران سال ۱۳۷۷. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران.

فونتانا، د. (۱۳۸۵). روان‌شناسی دین و معنویت. ترجمه الف. ساوار. قم: ادیان (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion: A psychological interpretation*. New York: Macmillan .

Andrew, W. (2000). *Spirituality and education*. London : Routledge Falmer.

Azhar, M. A. V., & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.

Baetz, M., Larson, D. B., Marcoux, G., Bowen, R., & Griffin, R. (2002). Religion in psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 159-168.

Beitel, M., Genova, M., Schuman, O., Zev, A., Ruth, A., Kelly, S., & Margolin, A. (2007). Reflections by inner-city drug users on a buddhist-based spirituality-focused therapy: A qualitative study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (1), 1-9.

Cohen, A. B., & Hall, D. E. (2009). Existential beliefs, social satisfaction and well-being among catholic, jewish and protestant older adults. *International Journal for Psychology of Religion*, 19 (1), 39-54.

Cohen, D., Yoon, D. P., & Johnstone, B. (2009). Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *International Journal for the Psychology of Religion*, 19 (1), 121-138.

Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social*

کاربرد آن در تبیین رفتار انسان و درمان اختلالات روان-شناختی سود برد. همچنین زمینه مناسبی را برای استفاده خلاقانه روان‌شناسان و مشاورین از مفاهیم معنوی در روان‌شناسی فراهم آورد.

منابع

ارشدخرگودی، م. ر. (۱۳۸۱). عوامل اجتماعی مؤثر بر بحران هویت در بین دانشجویان کارشناسی دانشگاه تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه تبریز.

بهرامی احسان، ه. و تاشک، آ. (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی. فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۲، ۶۳-۴۱.

پالاهنگ، ح. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیر شناختی اختلالات روانی در شهر کاشان. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی ایران.

خدایپناهی، م. ک. و خاکسار بلداجی، م. ع. (۱۳۸۴). رابطه جهت‌گیری مذهبی و سازگاری روان‌شناختی در دانشجویان. فصلنامه روان‌شناسی، ۹ (۳)، ۳۲۰-۳۱۰.

رجایی، ع. ر. (۱۳۸۷). درمان شناختی هیجانی - دینی. چکیده مقالات همایش منطقه‌ای شیوه‌های نوین ارتقای سلامت روانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، ۱۹-۱۷.

رجایی، ع. ر.، بیاضی م. ح. و حبیبی پور، ح. (۱۳۸۷ الف). پرسشنامه باورهای اساسی دینی. تربت جام: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.

رجایی، ع. ر.، نجات، ح. و هاشمیان، م. ع. (۱۳۸۵). رابطه بین هوش هیجانی با سلامت روانی در معلمان. فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، ۲ (۱)، ۷۲-۶۱.

رجایی، ع. ر.، بیاضی، م. ح. و حبیبی پور، ح. (۱۳۸۷ ب). پرسشنامه بحران هویت. تربت جام: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.

سیف، س. و نیکوی، م. (۱۳۸۳). بررسی رابطه دینداری با رضایتمندی زناشویی. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۱۳، ۷۹-۶۱.

شجاعیان، ر. و زمانی منفرد، ا. (۱۳۸۱). ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات‌سازی. روان-پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۳۰، ۴۰-۳۳.

شریفی، ط.، مهرابی زاده هنرمند، م. و شکرکن، ح. (۱۳۸۲). نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه

- cial support, and depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 131-144.
- Koenig, H. G. (1998).** Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (4), 213-224.
- Koenig, H. G., Weiner, D. K., Peterson, B. L., Meador, K. G., & Keefe, F. G. (1997).** Religious coping in the nursing home: A bio-psychosocial model. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27 (4), 365- 376.
- Krause, N. (2009).** Life trauma, prayer and psychological distress in late life. *International Journal for the Psychology of Religion*, 19 (1), 55-72.
- Luyten, P., Corveleyn, J., & Fontaine, R. J. (1998).** The relationship between religiosity and mental health: Distinguishing between shame and guilt. *Mental Health, Religion & Culture*, 1, 165-184.
- Mazidi, M., & Ostovar, S. (2006).** Religion and spirituality. *Perceptual & Motor Skills*, 103, 301-306.
- Myers, D. G. (2000).** The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-57.
- Nooney, J., & Woodrum, E. (2002).** Spiritual and religious factors in substance use. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 359-368.
- Pargament, K. I., Cole, B., Vandercreek, L., Belavich, T., Brant, C., & Perez, L. (1999).** The vigil: Religious and search for control in the hospital waiting room. *Journal of Health Psychology*, 4 (3), 327-341.
- Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2002).** Spirituality. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992).** Comparative efficacy of *Behavior*, 32, 80-99.
- Ellison, C. G., Boardman, J. D., Williams, D. R., & Jackson, J. S. (2001).** Religious involvement, stress, and mental health. *Social Forces*, 80, 215-249.
- Fabricatore, A. N. (2004).** Stress, religion, and mental health: Religious coping in mediating and moderating roles. *International Journal for the Psychology of Religion*, 14, 91-108.
- Goldberg, D. P. (1972).** *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. London: Oxford University Press.
- Harrison, M. O. (2001).** Religious freedom and the challenge of modern pluralism. *International Review of Psychiatry*, 13, 86-94.
- James, W. (1985).** *The varieties of religious experience: A case study in human nature*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Johnson, E. L., & Sandage, S. J. (1999).** A postmodern reconstruction of psychotherapy: Orienteering, religion, and the healing of the soul. *Psychotherapy*, 36, 1-15.
- Jung, C. G. (1969).** Psychology and religion, in *collected works*. Princeton, N. J. Princeton University Press.
- Keyes, C. L. M., & Reitzes, D. C. (2007).** The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults. *Aging & Mental Health*, 11, 434-443.
- Kirkpatrick, L. A. (1999).** Attachment and religious representation and behavior. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research* (PP. 803-822). New York: Guilford.
- Koenig, H. G. (1996).** Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, so-

case for inclusion. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 561-586). Washington, D. C.: American Psychological Association.

Worthington, E. L. (1988). Understanding the values of religious clients: A model and its application to counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 166-174.

Worthington, L., & Sandage, S. J. (2001). Empirical research on religion and counseling. Religion and spirituality. *Theory, Research, Practice, Training, 38* (4), 473-478.

religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 94-103.

Rajaei, A. R. (2008). *Religious Cognitive-Emotional Therapy (RCET)*. The 5th congress for psychotherapy, Beijing, China, 12-15 October 2008.

Revell, L. (2008). Spiritual development in public and religious schools: A case study. *Religious Education, 103*, 102-118.

Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1996). Religion and the clinical practice of psychology: A