

## بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با بهداشت روانی خانواده؛ مطالعه موردی: خانواده‌های ساکن شهر شیراز

اسلام آقاپور\*  
علی حاتمی\*\*

### چکیده

**هدف:** هدف اصلی این مقاله بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با بهداشت روانی خانواده در میان خانواده‌های ساکن شهر شیراز می‌باشد.

**روش تحقیق:** این تحقیق با روش کمی و تکنیک پیمایش و با استفاده از ابزار پرسشنامه انجام گرفته است. جامعه آماری این تحقیق شامل خانواده‌های ساکن شهر شیراز در سال ۱۳۸۷ می‌باشند که در آن‌ها زن و شوهر در قید حیات بوده و با هم زندگی می‌کنند. براساس نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی منظم، ۳۸۶ خانواده انتخاب شده‌اند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که رابطه معنی‌داری میان متغیرهای سن، جنسیت، درآمد، تحصیلات، جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی با بهداشت روانی خانواده وجود دارد. براساس نتایج معادله رگرسیون چند متغیره، از میان کل متغیرهای مورد بررسی، متغیرهای جهت‌گیری مذهبی دینی درونی، درآمد، جهت‌گیری مذهبی بیرونی و تحصیلات حدود ۶۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌نمایند. براساس مدل تحلیل مسیر، از میان این متغیرها، جهت‌گیری مذهبی درونی بالاترین تاثیر را بر متغیر وابسته داشته است.

**کلیدواژه‌ها:** خانواده، سلامت روانی، جهت‌گیری مذهبی درونی، جهت‌گیری مذهبی بیرونی.

\*کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی Es\_aghapour@yahoo.com

\*\*کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی و مربی پژوهشی مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران (ایسپا)

Alihatami80@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۲/۴، تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۶/۱۰

## مقدمه

نهاد خانواده یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی است، چرا که سلامت و یا عدم سلامت جامعه را در دست دارد و در بنای جامعه و حفظ سنت‌ها، ارزش‌ها، روابط خویشاوندی، پرورش کودک، تعادل روانی و عاطفی او نقش مهمی دارد. خانواده زمانی مشکل‌زا می‌شود که نتواند به اهدافش جامه‌ی عمل بپوشاند، به‌خصوص، زمانی که از هدف اصلی آن، یعنی گروه اولیه بودن دور شود. شکل طبیعی خانواده آن است که هر یک از اعضا از لحاظ عاطفی حمایت شوند؛ این یک حالت ایده‌آل خانواده است. زمانی که وضعیت عینی از این الگو تبعیت نکند کیفیت روانی پایین می‌آید (Lauer, 1998).

بحث خانواده از ابتدای تفکر جامعه‌شناختی، در میان اولین جامعه‌شناسان مطرح بوده است، اما این موضوع برحسب دوره‌های تاریخی، به اشکال گوناگون طرح‌شده است (سیف، ۱۳۶۸). خانواده مهم‌ترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی است که تکوین و پرورش شخصیت افراد در آن شکل می‌گیرد (فرجاد، ۱۳۷۷). برای اینکه خانواده بتواند کارکردهای اصلی خود را به‌خوبی ایفا نماید، لازم است امنیت و آرامش در کانون آن رخنه کند. واقعیت این است که در فرآیند چرخه زندگی خانواده، مسایل و مشکلاتی به‌وجود می‌آید که آرامش آن را برای مدت کوتاهی سلب می‌کند. این مسائل در سطح خرد مربوط به ساختارها و کارکردهای نهاد خانواده و در سطح کلان مربوط به ساختارهای اجتماعی است (Ritzer, 2004).

بدون شک، خانواده نخستین و مهم‌ترین بستر رشد همه جانبه انسان محسوب می‌شود و از دیرباز مورد توجه انسان‌شناسان، جامعه‌شناسان و متخصصان تعلیم و تربیت بوده است (به‌پژوه، ۱۳۸۳). خانواده در طول تاریخ تحت تأثیر تحولات گوناگون اقتصادی و اجتماعی دگرگون‌شده است (عنایت و موحد، ۱۳۸۳). بخش عمده‌ای از ادبیات جامعه‌شناسی معاصر، بر مطالعه روابط میان تغییرات اجتماعی ناشی از فرآیند صنعتی‌شدن و گسترش شهرنشینی از یک طرف و دگرگونی فرهنگ و خانواده از طرف دیگر، اختصاص یافته است. در نتیجه، خانواده بسیاری از عملکردهای خود را از دست داده و آن‌ها را به سایر نهادها واگذار کرده است و تنها کارکرد مهمی که باقی مانده، فراهم‌آوردن عوامل جامعه‌پذیری کودکان و برتر از همه، شرایط کسب تعادل و سلامت روانی اعضای خانواده است (Segalen, 1370).

سلامت روانی (Mental Health) از مباحث اساسی، در حیطه علوم اجتماعی و روان‌شناسی است که توجه بسیاری از نهادهای بین‌المللی، از جمله سازمان بهداشت جهانی

(World Health Organization) را به خود معطوف ساخته است. همچنین موضوعی اساسی است که روان‌شناسان، جامعه‌شناسان، انسان‌شناسان، جمعیت‌شناسان و بسیاری از صاحب‌نظران علوم مختلف، هر کدام با دید خاصی به این موضوع توجه نموده و برای ارتقاء کیفیت سلامت روانی در میان جوامع بشری برنامه‌ها و راهکارهایی ارائه داده‌اند. مشکلات بهداشت روانی یکی از گرفتاری‌های مهم رو به افزایش خانواده‌ها و جوامع است. هدف از بهداشت روان، پیشگیری از ابتلاء و کاهش شیوع و جلوگیری از عوارض اختلالات و بیماری‌های روانی است. از منظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی بخش بسیار مهمی در حیطه سلامت است که ارتقاء و برنامه‌ریزی در جهت بالابردن آن مؤثر می‌باشد. این سازمان، سلامت روانی را این‌گونه تعریف می‌کند: سلامت روان، حالتی از سلامتی است که در آن فرد، توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمر ثمر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (World Health Organization, 2004).

روی (Roy)، داشتن فلسفه‌ای برای زیستن را یکی از شروط ضروری برای برخورداری از سلامت روانی آرمانی ذکر می‌کند و معتقد است افرادی که در زندگی واجد فلسفه‌ای مستحکم برای خود می‌باشند، سه ویژگی دارند: ۱- در جهانی مملو از حس تعهد و مشارکت اجتماعی فعال زندگی می‌کنند؛ ۲- زندگی را پدیده‌ای ارزشمند می‌دانند که این ارزشمندی را می‌توان به باورداشتن او به هر مذهبی تعبیر کرد؛ ۳- هیچ‌کس به تنهایی نمی‌تواند زندگی کند. انسان تنها، جزیره‌ای است که به خود منتهی می‌شود. در حقیقت، هر فرد بخش اساسی و اجتناب‌ناپذیر یک فرد دیگر به شمار می‌رود (Chaugan, 1991). به اعتقاد برخی پژوهشگران، مذهب با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی به دو سوال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعدادها و پاسخ می‌دهد (Berammer, 1993). و بدین ترتیب، به وحدت‌یافتگی سازمان روان‌شناختی و معنوی و خود نظم‌دهی انسان کمک می‌کند. به عبارت دیگر، سازش‌یافتگی انسان با مسائل زندگی، مستلزم پاسخ به خواسته‌های مهمی است که انسان در پی پاسخ‌گویی به آن‌هاست. مذهب بستر مناسبی برای پاسخ به خواسته‌ها و مواضع مبهم فراهم می‌کند. از جمله این خواسته‌ها و نیازها می‌توان به مشکل انسان در رابطه با زمان و جاودانگی، اجتماعی‌شدن و اجتماعی‌ماندن، الگوی دل‌بستگی و جدایی، تشویق و تنبیه، معنادگی به فعالیت‌ها، عقل، جایگاه فرد در جهان، غلبه و معنادگی به رنج‌ها و تعارض‌های اساسی زندگی اشاره کرد (Levin, 1996).

یکی از شرایط لازم برای دستیابی به سلامت روان در میان خانواده‌ها، برخورداری از یک نظام ارزشی منسجم می‌باشد و تحقیقات انجام‌شده نیز عامل پیدایش بسیاری از ناسازگاری‌ها و نابهنجاری‌های روانی را، تضادهای ارزشی و عدم استقرار یک نظام ارزشی سازمان‌یافته در فرد می‌دانند (Desozan, 2006). برای اعضای خانواده، بهره‌مندی از یک سلسله ارزش‌های شخصی و فلسفه‌ای مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمان‌هایی که با سعادت و تحقق خود و اطرافیان فرد پیوندی نزدیک دارد و شرط لازم برای کسب سلامت روانی در میان آن‌ها می‌باشد. شناخت فرهنگ سلامتی در میان خانواده‌ها و رابطه ارزش‌های مذهبی با این بحث و نحوه انطباق خانواده‌ها با ارزش‌های مذهبی و فرهنگی در جامعه از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است. زیرا بر اثر مطالعه و تحقیق مستمر می‌توان دست به بازسازی و احیای ارزش‌های حاکم بر سلامتی خانواده‌ها زد و بخش‌های ناکارآمد و یا مخرب سلامت روانی در میان آن‌ها را اصلاح و یا حذف نمود. شناخت فرهنگ سلامتی حاکم بر خانواده‌ها، به‌ویژه، با توجه به نقش و جایگاه ارزش‌های دینی در درون جوامع و تبیین ارتباط بین این ارزش‌ها و بهداشت روانی خانواده‌ها می‌تواند راه‌گشای حل و فصل بعضی از ناکارآمدی‌ها در حوزه سلامت روانی برای خانواده‌ها در دوران حاضر باشد. با دستیابی به نتایج این تحقیق می‌توان نسبت به برنامه‌ریزی مفید اقدام نمود و علل رخدادهای فرهنگی فعلی در خصوص سلامت روان را به نحوی عمیق‌تر شناخت و همچنین با دستیابی به نتایج این تحقیق می‌توان نسبت به برنامه‌ریزی دقیق و مبتنی بر اهداف سلامتی، آن هم در میان خانواده‌ها اقدام نمود.

## هدف کلی

بررسی این مطلب است که چه ارتباطی بین ارزش‌های دینی و بهداشت روانی خانواده وجود دارد؟

- همچنین اهداف جزئی در این تحقیق در پاسخ به سؤالات ذیل آمده‌اند:
- آیا جهت‌گیری مذهبی درون‌دینی با بهداشت روانی خانواده ارتباط دارد؟
- آیا جهت‌گیری مذهبی برون‌دینی با بهداشت روانی خانواده ارتباط دارد؟
- آیا متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات، درآمد، منزلت شغلی، وضعیت مسکن، وضعیت تأهل، مدت اقامت) با بهداشت روانی خانواده ارتباط دارند؟

## پیشینه و مبانی نظری تحقیق

در زمینه رابطه بین دین و سلامت روانی تحقیقات زیادی انجام شده، اما مطالعه این رابطه در میان خانواده‌ها امری مهم در جامعه می‌باشد. برای مثال، حسینی (۱۳۷۹)، ابوالقاسمی (۱۳۷۶) و خداحیمی (۱۳۷۸)، هر کدام به نوعی، ارتباط بین نگرش‌های مذهبی و سلامت روانی را مورد مطالعه قرار داده‌اند و همه آن‌ها به رابطه مثبت نگرش‌های مذهبی و سلامت روانی دست یافته‌اند. آلدریچ (Aldrich, 1991) در زمینه سلامت روانی، از طریق یافتن ارتباط‌هایی بین «فعالیت‌های مذهبی و سلامت روان بر روی افراد بالغ بستری شده در بیمارستان»، تحقیقاتی انجام داد و نتیجه گرفت که بین فعالیت‌های مذهبی و سلامت روانی هم‌بستگی معنی‌داری وجود دارد. برگین (Bergin, 1991) معتقد است که دین نوعی سبک زندگی سالم‌تر را برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر مثبت و معناداری می‌گذارد. محققانی چون برگین (همان)، هود (Hood, 1990) و همکارانش، اسپیکا (Spilka, 1985) و دیگران، شی‌یر و کارور (Scheier & Carver, 1987)، سلیگمن (Seligman, 1991)، هر کدام طی مطالعه‌ای در مورد دین‌داری و سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که گرایش‌های دینی و نگرش‌های مذهبی با سلامت روانی ارتباط معنادار و مثبتی دارند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که تأثیر دین‌داری بر روی سلامت روانی بدین صورت است که، دین می‌تواند موجب ایجاد معنا شود و به زیستن و مردن معنابخش. دین امیدواری و خوشبختی افراد را افزایش می‌دهد (Scherer, 1989).

درباره سلامت روانی در دیدگاه‌های متفاوتی بحث شده است. دیدگاه انسان‌گرایی معتقد است که سلامت روانی، یعنی ارضای نیازهای اساسی و رسیدن به مرحله خود شکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح ارضای نیازهای سطوح پایین نگه دارد و مانع شکوفایی او شود، به اختلال رفتاری در فرد خواهد انجامید (Ventis, 1995). مازلو در قالب دیدگاه انسان‌گرایی بر این باور است که نظام ارزش‌های دینی فرد واجد سلامت روان، بر پایه پذیرش فیلسوفانه حیات اجتماعی و طبیعت و واقعیت جسمانی حیات استوار است (مازلو، ۱۳۶۷). در واقع، بخش عمده‌ای از قضاوت‌ها و ارزش‌گذاری‌های زندگی روزمره این‌گونه افراد، از پذیرش واقعیت سرچشمه می‌گیرد (Maslow, 1970).

بر اساس دیدگاه رفتارگرایی رفتار سازش‌نا یافته مانند سایر رفتارها در اثر تقویت آموخته می‌شود. از طرفی سلامت روانی هم شامل رفتارهای سازش‌یافته‌ای (یا سازگاری)

است که آموخته می‌شود. بنابراین، دیدگاه رفتارگرایی، یادگیری معیوب را عامل اساسی اختلاف روانی می‌داند و معتقد است که سلامت روان تحت تأثیر، شکست در یادگیری رفتارهای سازش‌یافته ضروری یا ناکامی در تسلط‌یافتن بر موقعیت‌های اجتماعی به طور موفقیت‌آمیز می‌باشد (Ventis, 1995).

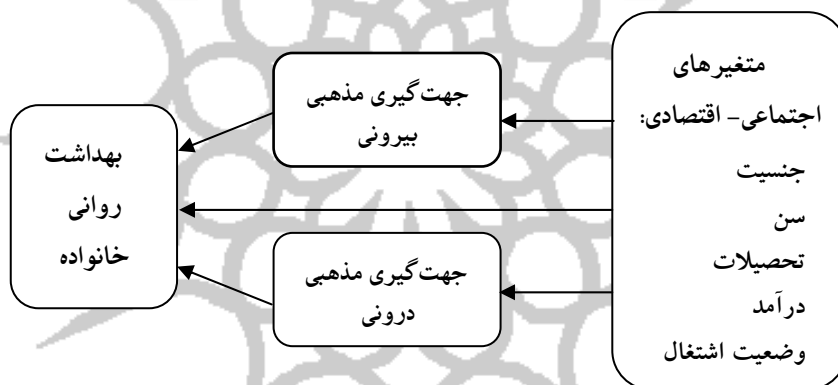
از جمله افرادی که در قالب رویکرد رفتارگرایی به الگوهای رفتاری در رابطه با سلامت روانی تأکید دارد، چاهن (Chauhen) است. چاهن یکی از شروط لازم برای دستیابی به سلامت روان را برخورداری از یک نظام ارزشی می‌داند. او معتقد است که بهره‌مندی از یک سلسله ارزش‌های شخصی مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمان‌هایی که با سعادت و تحقق خود و اطرافیان فرد پیوندی نزدیک دارد، شرط لازم برای کسب سلامت روان است. چاهن (1991) سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان‌شناختی تعبیر می‌کند که عبارت است از: حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده در تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می‌شود (Ventis, 1995).

آلپورت (Allport, 1967)، بحثی با عنوان جهت‌گیری دینی درون‌گرایانه و برون‌گرایانه را مطرح کرد. وی بر این باور است که در جهت‌گیری دینی برون‌گرایانه، مذهب برای اهداف غیرمذهبی استفاده می‌شود (مانند حمایت اجتماعی و احساس امنیت)، بنابراین در جهت‌گیری برون‌دینی، دین به صورت ابزاری برای دستیابی به اهداف و ارزش‌های برتر از دین انگاشته شده است، همچون مقابله با مشکلات و یا پیشرفت زندگی. دینداری بیرونی ابعاد غیر روحانی و سکولار (Secular) زندگی را برای فرد، مقدم از ابعاد معنوی آن می‌نماید و برای ارزیابی ایمان نابالغانه طراحی شده است. اما در جهت‌گیری دینی درون‌گرایانه، مذهب به عنوان انگیزه غالبی در زندگی اجتماعی به کار می‌رود. به تعبیر آلپورت جهت‌گیری درون‌گرایانه، کل زندگی را غرق در انگیزش و معنا می‌کند و الهام‌بخش عبادت است. برای اشخاص با جهت‌گیری درونی دینی، نیازهای غیردینی هر چند مهم باشند ولی اهمیت غایی کم‌تری دارند.

آلپورت ارزش‌های یگانه‌ساز یا باور وحدت‌بخش را، که در شخصیت‌های سالم بیش از روان‌آزرده نمایان است، «جهت‌داشتن» نامیده است. جهت‌داشتن، همه زوایای زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و با یکپارچه کردن تمایلات و انگیزه‌های فرد، وی را به سوی هدف راهبری می‌کند و به او دلیلی برای زندگی می‌دهد. آلپورت تأکید می‌کند که ارزش‌های دینی به انضمام هدف‌ها، برای پرورش فلسفه یگانه‌ساز زندگی بسیار مهم است (شوئس، ۱۳۶۸).

وی همچنین استدلال می‌کند که نگرش‌های مذهبی تعیین می‌کنند که چگونه کارکردهای مذهبی به عنوان مکانیزمی برای ارزشیابی و در ارتباط با حوادث استرس‌زای زندگی به کار می‌روند. این ارزشیابی می‌تواند بین نگرش‌های مذهبی و سلامتی اتصال برقرار کند. آلپورت بر این باور است که میل و گرایش دینی یک عامل مستقل و خودمختار در شخصیت انسان بوده و تمام اجزاء دیگر شخصیت را در یک سیستم واحد کلی وحدت می‌بخشد. او در بحث شخصیت انسان متوجه شد که کل زندگی انسان وابسته به ایمان اوست. به این معنا که هر چه فرد دینداری درونی داشته باشد، سلامت روانی بیشتر دارد، اما هر چه دین را در جهت رفاه و برآورده کردن نیازهای اجتماعی به کار ببرد و به اصل آن توجه نداشته باشد، سلامت روانی پایینی خواهد داشت (Allport, 1967: 433).

### مدل تجربی تحقیق



### فرضیه‌های تحقیق

- ۱- بین سن و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد.
- ۲- بین درآمد خانواده و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد.
- ۳- بین تحصیلات و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد.
- ۴- بین جنسیت و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد.
- ۵- بین وضعیت اشتغال و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد.
- ۶- بین جهت‌گیری مذهبی درونی با بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد.
- ۷- بین جهت‌گیری مذهبی بیرون‌دینی با بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد.

## روش‌شناسی تحقیق

در این تحقیق از روش کمی با استفاده از تکنیک پیمایش استفاده شده است. ابزار سنجش در این پژوهش پرسش‌نامه است که اعتبار یا روایی گویه‌های هر کدام از طیف‌ها از طریق مشورت با اساتید رشته جامعه‌شناسی و تطبیق گویه‌های طیف‌ها با مفاهیم اساسی نظریه‌هایی که در چارچوب نظری تحقیق مورد استفاده قرار گرفته‌اند، تعیین شد.

## جامعه آماری و حجم نمونه

جامعه‌ی آماری این تحقیق شامل خانواده‌های ساکن در شهر شیراز می‌باشد که در آن‌ها زن و شوهر در قید حیات بوده و با هم زندگی می‌کنند. با توجه به حجم وسیع جامعه آماری و عدم امکان جمع‌آوری اطلاعات از تمامی افراد به منظور تسهیل و تسریع پژوهش و صرفه‌جویی در وقت و هزینه، ناگزیر تعدادی از جامعه آماری به عنوان نمونه معرف به شیوه طبقه‌ای تصادفی منظم برای مطالعه انتخاب شدند. بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ در شهر شیراز تعداد ۳۳۶۲۲۱ خانوار وجود داشته است. در این تحقیق از فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه استفاده شده است. این فرمول بر اساس جمعیت کل (جامعه آماری) و سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد، حجم نمونه را برآورد می‌کند (رفیعی‌پور، ۱۳۷۴). بر این اساس حجم نمونه در این تحقیق بر اساس فرمول کوکران برابر با ۳۸۶ نفر می‌باشد.

## شیوه نمونه‌گیری

با توجه به تقسیم‌بندی شهر شیراز به شش منطقه از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان فارس، برای اینکه از همه‌ی گروه‌ها و طبقات اجتماعی در نمونه انتخاب‌شده‌ی ما قرار گیرند، شیوه‌ی نمونه‌گیری، طبقه‌ای تصادفی منظم صورت گرفت. با استفاده از نقشه‌های شش منطقه شیراز از هر منطقه چند حوزه به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر حوزه یک یا چند بلوک به صورت تصادفی انتخاب‌شده و انتخاب منازل در هر بلوک نیز به صورت تصادفی ساده بوده است.

## ابزار گرد آوری داده‌ها

در واقع، پیمایش، تکنیکی در تحقیقات اجتماعی است که عمدتاً از طریق پرسش‌نامه به



جمع‌آوری اطلاعات می‌پردازد. اما فنون دیگری از قبیل: مصاحبه عمیق و مصاحبه ساخت‌مند، مشاهده، تحلیل محتوا نیز در این زمینه به کار می‌روند (دواس، ۱۳۷۶: ۱۳). در این تحقیق از تکنیک پیمایش بهره گرفته شده و اطلاعات لازم از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری شده است.

در اعتبار یابی پرسش‌نامه حاضر از اعتبار صوری استفاده شده و برای سنجش پایایی ابزار سنجش (پرسش‌نامه)، ضریب آلفای کرونباخ (Alpha cronbach) محاسبه گردیده است. جهت اندازه‌گیری متغیرهای اصلی تحقیق، یعنی جهت‌گیری مذهبی درون‌دینی، جهت‌گیری مذهبی برون‌دینی، و سلامت روانی پرسش‌نامه‌ای براساس مقیاس لیکرت طراحی گردید. در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری سلامت روانی از پرسش‌نامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) و برای سنجش جهت‌گیری‌های مذهبی از مقیاس استاندارد شده آلپورت و راس (Allport & Ross, 1967) در قالب مقیاس لیکرت استفاده گردید. برای پایایی (Reliability) ابزار سنجش مزبور ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد. گویه‌ها از مطالعات انجام‌شده در کشورهای دیگر و همچنین مطالعاتی که در داخل کشور انجام شده اقتباس شده‌اند و پس از تغییرات و سازگار نمودن آن‌ها با وضعیت ایران، گویه‌های مناسب انتخاب شده‌اند.

جدول شماره ۱: میزان آلفای کرونباخ گویه‌های هر طیف

| طیف‌ها     | سلامت روانی | جهت‌گیری مذهبی بیرونی | جهت‌گیری مذهبی درونی |
|------------|-------------|-----------------------|----------------------|
| تعداد گویه | ۱۵          | ۱۰                    | ۱۰                   |
| ضریب آلفا  | ۰/۹۲        | ۰/۷۷                  | ۰/۸۳                 |

از آنجا که سلامت روانی به‌عنوان متغیر وابسته عبارت است از: استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کارکردن، در موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود؛ در این تحقیق سلامت روانی در توانایی اخذ تصمیمات درست، احساس مسئولیت در برابر محیط انسانی و مالی، کنترل هیجان و اضطراب، عدم اختلال در نقش‌های اجتماعی و نداشتن علائم جسمانی در نظر گرفته می‌شود (World Health Organization, 2004). سلامت عمومی با استفاده از ۱۵ گویه بر مبنای مقیاس لیکرت سنجیده می‌شود. در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری سلامت روانی از پرسش‌نامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ برای گویه‌های سلامت روانی برابر ۰/۹۲ به‌دست آمد.

## شیوه اجرا، گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های تحقیق حاصل استخراج پرسشنامه‌هایی است که توسط ۳۸۶ خانواده مستقر در شهر شیراز تکمیل گردیده و اساس تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر قرار گرفته و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند و شیوه آماری، رگرسیون چند متغیره بوده است. لازم به ذکر است با توجه به احتمال پاسخ‌ندادن و عدم همکاری بعضی از شهروندان، با رعایت جانب احتیاط و لحاظ نسبت‌های حاصل از روش نمونه‌گیری برای اینکه حجم نمونه محاسبه‌شده از طریق پرسشنامه‌های تکمیل‌شده پوشش داده شود، حدود ۴۰۰ پرسش‌نامه توزیع‌شد که در نهایت بعد از حذف پرسش‌نامه‌های ناقص و مخدوش تعداد ۳۸۶ پرسش‌نامه تکمیل‌شده، تحلیل گردید.

بر اساس نتایج به‌دست آمده در این مطالعه ۵۱ درصد نمونه آماری را زنان تشکیل داده‌اند که از این تعداد ۲۰ درصد آن‌ها در گروه سنی ۲۵-۲۲ قرار دارند. همچنین، مردان ۴۹ درصد از نمونه آماری را به خود اختصاص داده‌اند که از این تعداد ۱۷ درصد آن‌ها در گروه سنی ۲۹-۲۶ ساله قرار دارند. بیشترین تعداد پاسخگویان مربوط به افراد شاغل و غیرشاغل با تحصیلات ۹-۱۲ کلاس می‌باشد که ۴۸ درصد از پاسخگویان را تشکیل می‌دهند که ۲۵ درصد مربوط به افراد شاغل و ۲۳ درصد مربوط به افراد غیرشاغل می‌باشد. همچنین، ۲۳ درصد از افراد شاغل در رده تحصیلی فوق دیپلم و لیسانس قرار دارند.

## یافته‌های تحقیق و آزمون فرضیه‌ها

### بررسی فرضیات

**فرضیه اول: بین سن و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد**

نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده این است که رابطه مثبت و معنی‌داری بین دو متغیر وجود دارد، به این معنا که با افزایش سن، بر میزان بهداشت روانی افزوده می‌شود. با توجه به سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰) و ضریب پیرسون به‌دست آمده معادل ۰/۲۲، این فرضیه در سطح حداقل ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار است.

**فرضیه دوم: بین درآمد و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد**

آماره‌های جدول ۲ بیانگر این مطلب است که بین درآمد و بهداشت روانی خانواده

رابطه معناداری در سطح ۹۵ درصد وجود دارد. هر چه خانواده از درآمد بالاتری برخوردار باشد میزان بهداشت روانی بالاتری را تجربه خواهد کرد. با توجه به سطح معنی داری ۰/۰۰۱ و ضریب پی‌رسون ۰/۱۳ این فرضیه مورد تایید می‌باشد.

#### فرضیه سوم: بین تحصیلات و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد

آماره‌های مندرج در جدول ۲ نشان‌دهنده آزمون هم‌بستگی بین تحصیلات و بهداشت روانی پاسخ‌گو می‌باشد. ضریب به‌دست آمده برای این متغیر برابر ۰/۱۶ با سطح معنی داری ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد که فرضیه در سطح حداقل ۹۵ درصد اطمینان معنادار است. به این معنی که هر چه میزان تحصیلات افراد بالاتر رود از میزان سلامت روانی بالایی برخوردار می‌باشند.

جدول ۲: ضریب همبستگی بین متغیرهای اصلی تحقیق و بهداشت روانی پاسخ‌گویان

| متغیر وابسته  | متغیر مستقل | سن    | درآمد | تحصیلات |
|---------------|-------------|-------|-------|---------|
| بهداشت روانی  | ۰/۲۲        | ۰/۱۳  | ۰/۱۶  |         |
| سطح معنی داری | ۰/۰۰۰       | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |         |

#### فرضیه چهارم: بین جنسیت و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد

جدول شماره ۳ آزمون تفاوت میانگین بهداشت روانی بر حسب جنسیت افراد نمونه را نشان می‌دهد. با توجه به آماره‌های موجود در این جدول میانگین نمره بهداشت روانی زنان ۸۸/۳۹ بیشتر از میانگین نمره بهداشت روانی مردان ۸۳/۲۴ می‌باشد؛ یعنی، زنان از بهداشت روانی بالاتری نسبت به مردان برخوردار می‌باشند. تفاوت میانگین مشاهده‌شده بر اساس آزمون T که برابر ۴/۰۱ می‌باشد در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است.

جدول ۳: آزمون تفاوت میانگین بهداشت روانی بر حسب جنس افراد نمونه

| جنسیت | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | مقدار T | سطح معنی داری |
|-------|---------|---------|--------------|---------|---------------|
| زن    | ۱۹۸     | ۸۸/۳۹   | ۷/۹۵         | ۴/۰۱    | ۰/۰۰۰         |
| مرد   | ۱۸۸     | ۸۳/۲۴   | ۹/۳۲         |         |               |

#### فرضیه پنجم: بین وضعیت اشتغال و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد

جدول شماره ۴ آزمون تفاوت میانگین بهداشت روانی پاسخ‌گویان بر حسب وضعیت

اشتغال افراد نمونه را نشان می‌دهد. با توجه به آماره‌های موجود در این جدول، میانگین نمره افراد شاغل و غیرشاغل در این فرضیه تفاوت چندانی با هم ندارند، به طوری که میانگین نمره مشاهده شده بهداشت روانی برای افراد شاغل و غیرشاغل به ترتیب ۸۳/۲۱ و ۸۲/۱۱ می‌باشد، لذا با توجه به سطح معنی‌داری (۰/۷۸۱) می‌توان گفت که اختلاف میانگین ملاحظه شده در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار نیست.

جدول ۴: آزمون تفاوت میانگین بهداشت روانی بر حسب وضعیت اشتغال افراد نمونه

| وضعیت اشتغال | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | مقدار T | سطح معنی‌داری |
|--------------|---------|---------|--------------|---------|---------------|
| شاغل         | ۲۰۸     | ۸۳/۲۱   | ۸/۸۹         | ۰/۳۸    | ۰/۷۸۱         |
| غیرشاغل      | ۱۷۸     | ۸۲/۱۱   | ۸/۷۴         |         |               |

**فرضیه ششم: بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد**  
 نتایج جدول شماره ۵ نشان‌دهنده این است که رابطه مثبت و معنی‌داری بین دو متغیر ذکر شده وجود دارد. با توجه به سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰) و ضریب پیرسون به دست آمده (۰/۶۷)، می‌توان گفت فرضیه فوق قابل قبول می‌باشد. به این معنی که با افزایش نگرش‌های مذهبی درونی افراد، میزان بهداشت روانی آن‌ها بالاتر می‌رود.

**فرضیه هفتم: بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و بهداشت روانی خانواده رابطه وجود دارد**  
 نتایج جدول شماره ۵ نشانگر این است که رابطه منفی و معنی‌داری بین دو متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی و بهداشت روانی خانواده وجود دارد. به این معنا که با افزایش میزان جهت‌گیری مذهبی بیرونی بین افراد، میزان بهداشت روانی آن‌ها به مراتب کمتر خواهد شد. با توجه به سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰) و ضریب هم‌بستگی پیرسون (۰/۵۲)، این فرضیه در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار است.

جدول ۵: ضریب هم‌بستگی بین متغیرهای اصلی تحقیق و بهداشت روانی پاسخگویان

| جهت‌گیری مذهبی بیرونی | جهت‌گیری مذهبی درونی | متغیر مستقل   |
|-----------------------|----------------------|---------------|
|                       |                      | متغیر وابسته  |
| -۰/۵۲                 | ۰/۶۷                 | بهداشت روانی  |
| ۰/۰۰۰                 | ۰/۰۰۰                | سطح معنی‌داری |

### رگرسیون چند متغیره

بر اساس نتایج به دست آمده از معادله رگرسیونی مربوط به تحلیل چند متغیره متغیرهای مستقل جهت پیش بینی متغیر وابسته (بهداشت روانی خانواده) مدل پیش بینی رگرسیون دارای چهار مرحله می باشد. در این تحلیل کل متغیرهای مستقل زمینه ای و مستقل واسطه ای به شیوه گام به گام وارد معادله شده اند و متغیرهای جهت گیری مذهبی درونی، درآمد، جهت گیری مذهبی بیرونی و تحصیلات به ترتیب میزان اهمیت در تبیین متغیر وابسته، وارد معادله شده اند. ضریب بتا ( $\beta$ ) برای هر سه متغیر اولی حداقل در سطح ۹۹ درصد اطمینان و برای متغیر آخر حداقل در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار است. اولین متغیری که وارد معادله شده است جهت گیری دینی درونی می باشد. نتایج نشان می دهد که بین این متغیر و بهداشت روانی هم بستگی بالایی وجود دارد، به این معنا که هرچه جهت گیری دینی درونی افراد بیشتر باشد میزان بهداشت روانی آنها بیشتر خواهد بود. در مرحله دوم، درآمد وارد معادله شده است. مقدار T برای این متغیر ۹/۵۱ و ضریب معنی داری (۰/۰۰۰) می باشد. نتایج حاصله نشان می دهد که هرچه درآمد افراد بیشتر باشد، بهداشت روانی آنها نیز بیشتر خواهد بود. در مرحله سوم، جهت گیری مذهبی بیرونی وارد معادله شده است. مقدار T برای این متغیر ۵/۷۱- و ضریب معنی داری (۰/۰۰۰) می باشد. در مرحله چهارم، متغیر تحصیلات وارد معادله شده است. مقدار T برای این متغیر ۵/۰۳ و ضریب معنی داری (۰/۰۰۳) می باشد. هر ۴ متغیر در مجموع توانسته اند حدود ۶۶ درصد از واریانس متغیر وابسته بهداشت روانی خانواده را تبیین کنند.

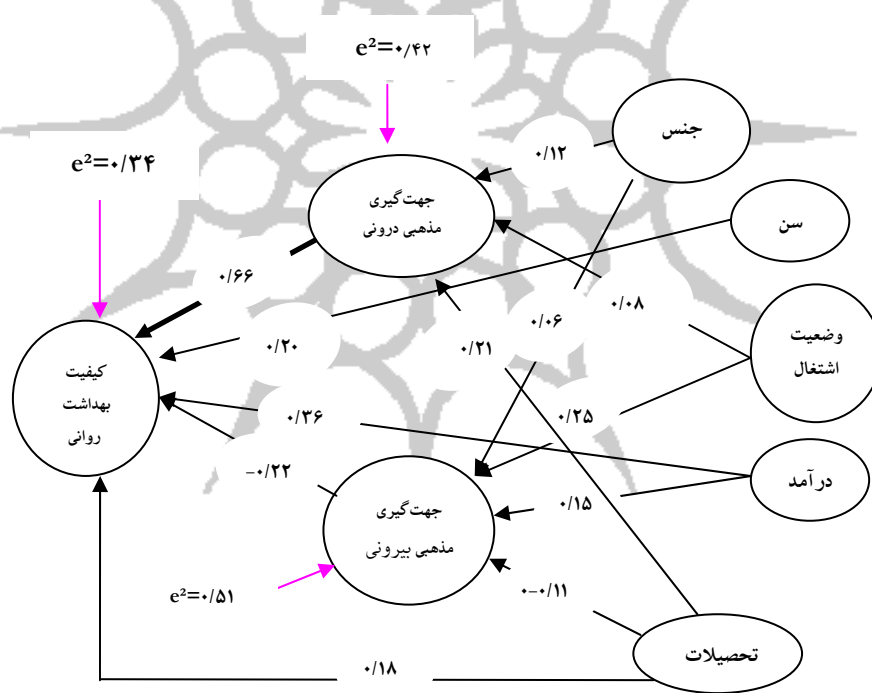
جدول ۶: عناصر متغیرهای مستقل و زمینه ای درون معادله ای برای پیش بینی بهداشت روانی

| ردیف | نام متغیرها           | B     | Beta  | آزمون T | R <sup>2</sup> | sig   |
|------|-----------------------|-------|-------|---------|----------------|-------|
| ۱    | جهت گیری مذهبی درونی  | ۰/۸۹  | ۰/۶۶  | ۱۶/۴۲   | ۰/۴۸           | ۰/۰۰۰ |
| ۲    | درآمد                 | ۰/۷۷  | ۰/۳۶  | ۹/۵۱    | ۰/۵۸           | ۰/۰۰۰ |
| ۳    | جهت گیری مذهبی بیرونی | -۱/۲۴ | -۰/۲۲ | -۵/۷۱   | ۰/۶۲           | ۰/۰۰۰ |
| ۴    | تحصیلات               | ۰/۳۵  | ۰/۱۸  | ۵/۰۳    | ۰/۶۶           | ۰/۰۰۳ |

### مدل ساختاری رابطه بین متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته

مدل تجربی تحقیق یک مدل علی از نوع تحلیل مسیر (Path Analysis) است. نکته حائز اهمیت در مدل‌های تحلیل مسیر آن است که با استفاده از این مدل‌ها می‌توان به حجم عظیمی از اطلاعات که، می‌تواند روابط علی ارزشمندی را بیان کند، دست یافت. برای رسم مدل مسیر از ضرایب بتای متغیرهایی استفاده شده است، که مقدار T آن‌ها در سطح معنی‌داری قرار دارد. ضریب بتا در این مدل نماینده شدت رابطه بین دو متغیر با ثابت نگه‌داشتن اثر متغیرهای دیگر موجود در مدل است. در ضمن پیکان‌های اضافی که از بیرون به متغیرها هدایت شده‌اند، مقداری از واریانس توضیح‌داده نشده برای هر متغیر را بیان می‌کند، که کنترل آن‌ها از توان محققین خارج بوده است.

### مدل تحلیل مسیر



با توجه به مدل تحلیل مسیر می‌توان گفت در میان شاخص‌های گنجانده شده در مدل، بیشترین تأثیر مستقیم بر بهداشت روانی توسط متغیر اصلی جهت‌گیری مذهبی درونی

مشخص شده است. وزن بتا برای این متغیر در مرحله ورود مستقیم برابر  $(\text{Beta}=0/66)$  بوده است که بیشترین درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کند. از متغیرهایی که به صورت مستقیم تأثیر بر بهداشت روانی داشته‌اند، به ترتیب: درآمد  $(\text{Beta}=0/36)$ ، جهت‌گیری مذهبی بیرونی  $(\text{Beta}=-0/22)$  و تحصیلات  $(\text{Beta}=0/18)$  می‌باشد.

## نتیجه‌گیری

خانواده مهم‌ترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی است که تکوین و پرورش شخصیت افراد در آن شکل می‌گیرد. هدف اصلی این مقاله بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با بهداشت روانی خانواده، در میان خانواده‌های شهر شیراز می‌باشد. ارتقاء پدیده‌ای به نام سلامت روانی در جامعه علی‌الخصوص، در میان خانواده‌ها، به استحکام و رشد کیفیت زندگی خانواده‌ها منجر می‌شود. از آنجا که رفع نیازهای سلامتی و کیفیت زندگی بهتر مردم هدف اساسی و محوری نظام اجتماعی است، لذا میزان تحقق این هدف شاخص توانمندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید. این توانمندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی و کیفیت زندگی افراد جامعه مد نظر قرار می‌گیرد، زمانی که برنامه‌ریزان بتوانند بر اساس ابزار و امکانات موجود به ارتقاء و کیفیت زندگی خانواده، جامعه عمل ببوشانند، در آن صورت می‌توانیم به توسعه و پیشرفت در کشور امیدوار باشیم. در این تحقیق رابطه بین ارزش‌های مذهبی و بهداشت روانی خانواده سنجیده شده است. یافته‌های حاصل از این تحقیق بر اساس ضرایب هم‌بستگی و معادله‌های رگرسیون، حکایت از آن داشت که میان متغیرهای سن، جنسیت، درآمد، تحصیلات، وضعیت اشتغال، جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی با بهداشت روانی خانواده رابطه معنی‌داری وجود دارد.

نتایج به دست آمده تقریباً با نتایجی که در تحقیقات پیشین به دست آمده همخوانی دارند. حسینی (۱۳۷۹)، ابوالقاسمی (۱۳۷۶) و خدارحیمی (۱۳۷۸)، هر کدام به نوعی ارتباط بین نگرش‌های مذهبی و سلامت روانی را مورد مطالعه قرار داده‌اند و همه آن‌ها به رابطه مثبت نگرش‌های مذهبی و سلامت روانی دست یافته‌اند. آلدریچ (1991)، نتیجه گرفت که بین فعالیت‌های مذهبی و سلامت روانی هم‌بستگی معنی‌داری وجود دارد. برگین (1991) معتقد است که دین نوعی سبک زندگی سالم‌تر را برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر مثبت و معنی‌داری می‌گذارد. محققانی چون برگین (همان)، هود و همکارانش (1990)، اسپیکا و دیگران (1985)، شی‌یر و کارور (1987)، سلیگمن (1991)، هر کدام طی

مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که گرایش‌های دینی و نگرش‌های مذهبی با سلامت روانی ارتباط معنی‌دار و مثبتی دارد. نتایج آماری در مورد رابطه جنسیت و بهداشت روانی نشان داد که بین این دو متغیر رابطه وجود دارد و البته زنان بهداشت روانی بالاتری نسبت به مردان دارند. نتایج بیانگر این است که رابطه مثبت و معنی‌داری بین دو متغیر سن و بهداشت روانی وجود دارد، به این معنا که با افزایش سن، بر میزان کیفیت روانی افزوده می‌شود. این موضوع شاید به این علت باشد که افراد مسن‌تر در مقایسه با افراد کم‌سن و سال با مشکلات به راحتی کنار می‌آیند و انطباق‌پذیری بیشتری با فشارهای روانی و اجتماعی دارند. درآمد، متغیر دیگری بود که با کیفیت بهداشت روانی رابطه معنی‌داری دارد. هرچه خانواده از درآمد بالاتری برخوردار باشد میزان کیفیت بهداشت روانی بالاتری را تجربه خواهد کرد. افراد با داشتن درآمد کافی تا حدی می‌توانند با مشکلات وارده از نظر اقتصادی مقابله کنند و اجازه ندهند که این عامل باعث اختلالات روانی در زندگی آن‌ها شود. متغیر دیگر، تحصیلات بوده که تأثیر آن بر بهداشت روانی سنجیده و مشخص گردید که بین این متغیر و بهداشت روانی رابطه وجود دارد. بنابراین، می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین منابع والدین در برخورد با مسائل و مشکلات روانی خانواده تحصیلات می‌باشد.

نتایج حاصل از ضریب هم‌بستگی میان متغیرهای تحقیق نشان می‌دهد که بین متغیر جهت‌گیری‌های مذهبی درون‌دینی و برون‌دینی با بهداشت روانی خانواده رابطه معناداری وجود دارد. ضریب هم‌بستگی به دست آمده برای جهت‌گیری درون‌دینی برابر ۰/۶۷ و برون‌دینی برابر ۰/۵۲- می‌باشد. یافته‌های این پژوهش پیش‌فرض نظریه آلپورت در مورد رابطه بین سلامت روانی و دینداری و ارتباط آن با بهداشت روانی خانواده را تأیید می‌نماید. هر چند جامعه ما وارد جریان صنعتی شدن شده است، اما در کنار این تغییر و تحولات، اعتقادات و ارزش‌های مذهبی نقش خود را حفظ کرده و به عنوان نیروی نظارت‌کننده در جهت نظارت بر رفتار افراد جامعه ایفای نقش می‌کند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که افرادی که دارای جهت‌گیری دینی درونی قوی‌تری می‌باشند از بهداشت روانی بیشتری نیز برخوردارند. پس دین یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر نگرش‌ها و رفتار افراد در خانواده و فراگرد اجتماعی شدن است.

بر اساس رگرسیون چند متغیر متغیرهای جهت‌گیری مذهبی درونی، درآمد، جهت‌گیری مذهبی بیرونی و تحصیلات در مجموع حدود ۶۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. براساس مدل تحلیل مسیر مشخص شد که جهت‌گیری مذهبی



درونی بالاترین تاثیر را بر متغیر وابسته داشته و به تنهایی حدود ۴۸ درصد از تغییرات متغیر وابسته (بهداشت روانی خانواده) را تبیین می‌کند.  
بر این اساس پیشنهاد می‌شود در کنار اشاعه، تقویت و بازسازی ارزش‌های دینی و فرهنگی، نسبت به از بین بردن مشکلات مادی و بالا بردن درآمد و سطح تحصیلات خانواده‌ها اقدام شود تا خانواده‌ها از بهداشت روانی بالاتری برخوردار باشند و از این طریق شاهد آسیب‌های اجتماعی کمتری چه در سطح خانواده و چه در سطح جامعه باشیم.

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس ۱۳۷۶. «نقش گرایش‌های مذهبی در اتخاذ شیوه‌های مقابله با استرس در سالمندان تهرانی»، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران: ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی تهران.  
به پژوه، احمد ۱۳۸۳. آسیب‌شناسی خانواده و پیگیری از ستیزه‌های خانوادگی در: استادان طرح جامع آموزش خانواده، خانواده و فرزندان در دوره پیش دبستان، تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.  
حسینی، ابوالقاسم ۱۳۷۹. «مکانیزم بروز اضطراب در دیدگاه روانشناسی اسلامی»، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال دوم، شماره ۷، صص ۵۸-۶۴.  
خدارحیمی، سیامک ۱۳۷۸. «نقش مذهب بر بهداشت روانی»، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال اول، شماره ۸، صص ۱۸۵-۱۹۷.  
دواس، دی. ای ۱۳۷۶. پیمایش در تحقیقات اجتماعی، ترجمه هوشنگ ناییبی، تهران: نشرنی.  
رفیع پور، فرامرز ۱۳۷۴. کندوکاوها و پنداشته‌ها، تهران: شرکت سهامی انتشار.  
سگالان، مارتین ۱۳۷۰. جامعه‌شناسی تاریخی خانواده، ترجمه حمید الیاسی، تهران: نشر مرکز.  
سیف، سوسن ۱۳۶۸. تئوری رشد خانواده، تهران: انتشارات دانشگاه الزهرا.  
شولتس، دوآن ۱۳۶۸. روان‌شناسی کمال، ترجمه گیتی خوشدل، تهران: نشرنو.  
عنایت، حلیمه و مجید موحد ۱۳۸۳. «زنان و تحولات ساختاری خانواده در عصر جهانی‌شدن»، پژوهش زنان، دوره ۲، شماره ۲، صص ۱۶۶-۱۵۳.  
فرجاد، محمد حسین ۱۳۷۷. بررسی مسایل اجتماعی ایران، تهران: نشر اساطیر.  
مازلو، آبراهام ۱۳۶۷. روان‌شناسی شخصیت سالم، ترجمه شیوا رویگریان، تهران: انتشارات گلشایی.

Aldridge, D. 1991. "Spirituality, Healing and Medicine", *British Journal of General Practice*, Vol 41, pp. 425-427.

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

Berammer, L. M., Abrego, P & Shostrom, E. L.(eds) 1993. *Therapeutic and Psychotherapy*, 6 editions. Prentice Hall.

- Bergin, A. E. 1991. "Values and Religious Issue in psychotherapy and mental health", *American Psychology*, Vol. 46, pp. 394-403.
- Chaugan, S. 1991. *Mental Hygiene*, New Delhi: Allied Publishers.
- Desouzan, R. 2006. "Migration and Mental Health", *Psychology and Development Societies*, Vol. 18, No. 10, pp. 1-14.
- Lauer, Ropert, H. 1998. *Social Problems and the Quality of Life*, New York: Mcgraw-Hill.
- Levin, J. S. 1996. *Religion in Aging and Health, Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*, Sage Publications.
- Maslow, A. H. 1970. *Motivation and Personality*, New York: Harper and Row.
- Ritzer, G. 2004. *Handbook of Social Problems: A Comparative International Perspective*, Sage Publications.
- Schere, M. F. 1987. "Disposition Ooptimism and Psycal Well-being", The Influence of Generalized Outcome Expectancies of Health, *Journal of Personality*, Vol. 55, pp. 120-169.
- Ventis, L. W. 1995. "The Relationship between Religious and Mental Health", *Journal of Social Issues*, Vol. 51, No. 2, pp. 33-48.
- WHO, 2004. "Promoting Mental Health: A Report of the World Health Organization", *Department of Mental Health*, University of Melbourn.

