

تحلیل جامعه‌شناختی رابطه دین‌داری با سلامت روان

(پژوهشی در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان)*

زهیر مصطفی بلوردی^۱

طیبه بلوردی^۲

مهديه غیوری^۳

چکیده:

این نوشتار تلاش دارد با تأکید بر زمینه دینی جامعه ایران و نقد برداشت مسلطی که آسیب‌های روانی را پیامد محتوم مدرنیته می‌داند؛ با رویکرد تلفیقی جامعه‌شناسانه و روان‌شناسانه به مبحث سلامت روانی جوانان بپردازد. در این راستا با برساختن ابعاد ذهنی (اعتقادی و عاطفی) و عینی (مناسکی و پیامدی) دین‌داری و توجه ویژه به عامل شخصی شدن روابط اجتماعی - متغیر انزوای اجتماعی - نقش این عوامل را به واکاوی کشد. پژوهش مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بر روی نمونه ۳۴۵ نفری از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان است. یافته‌ها حکایت از مطلوب نبودن سلامت روانی در بین دانشجویان می‌کند. علاوه بر این، نتایج بیانگر تأثیر مثبت و معنادار ابعاد ذهنی بر خلاف ابعاد ظاهری دین‌داری بر سلامت روان است. در کنار آن عوامل دیگری همانند انزوای اجتماعی، جنس و وضعیت تأهل بر سلامت روانی تأثیر داشته‌اند.

کلید واژه: سلامت روان، انزوای اجتماعی، ابعاد دین‌داری اعتقادی، عاطفی، مناسکی، پیامدی.

* تاریخ وصول: ۹۱/۳/۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۱۰

^۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی بررسی مسائل دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان mostafa.balvardi@gmail.com

^۲. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، گروه معارف t_balvardi90@yahoo.com

^۳. کارشناس ارشد ریاضی کاربردی mahdieh.ghauri@gmail.com

۱- مقدمه

سنت علم جامعه‌شناسی، جامعه را مجموعه‌ای از افراد مستقل نمی‌داند که به طور مجزا برای رسیدن به اهداف فردی تلاش کنند. بلکه با عنایت به رابطه فرد با زمینه اجتماعی سخن از اثرات متقابل فرد و جامعه بر یکدیگر دارد. به اعتقاد جمیز کلمن زمانی که یک تحقیق اجتماعی افراد را به عنوان موجوداتی بیرون از زمینه اجتماعی مورد بحث قرار می‌دهد، احتمال تحلیل و تفسیرهای نادرست افزایش می‌یابد (اربرینگ و یونگ^۱، ۱۹۷۹، ۳۹۷). چراکه انسان با محیط خود ارتباط منسجم دارد و همزمان مقید به تعامل ضروری با محیط طبیعی (شامل مواهب زیستی خود) و اجتماعی (شامل سایر مردم، فرهنگ، اجتماع، قواعد، سلوک و غیره) خویش است. البته فقط جامعه‌شناسان در صدد تبیین رفتارهای افراد بر حسب نهادها و ساختارهای اجتماعی نیستند؛ بلکه روان‌شناسانی نیز که رشد و تحول انسان را به واکاوی نهادها، شخصیت انسان را تحت تأثیر محیط و زمینه اجتماعی یافته‌اند. بر این مبنای پژوهش‌های مرتبط با آسیب‌شناسی رابطه فرد با جامعه، عمیقاً در حوزه مشترک اندیشمندان علوم رفتاری و اجتماعی قرار می‌گیرد. پیش‌شرط قرائت کلی آن است که تعامل فرد با زمینه‌های اجتماعی سامانی بهنجار ندارد و انتقال مشکلات و پیامدها آسیب‌های فردی به زمینه اجتماعی، می‌تواند در جهت بی‌محتوای کردن روند توسعه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جامعه گام بردارد. بی‌شک جامعه ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست؛ چراکه قرار گرفتن در تقابل دوگانه «سنت/تجدد»، بر شدت تهدیدات و تعارضات روابط فرد و جامعه افزوده است. تزلزل ارزش‌ها و باورهای پیشین جامعه و عدم شکل‌گیری نظم و ارزش‌های جدید (منطقی، ۱۳۸۳)، زمینه ساز حادث شدن مشکلاتی چون سلامت روان مابین کنشگران جوان جامعه است. علی‌رغم نبود آمار جامع و معتبر، سازمان جهانی بهداشت وجود اختلالات روانی را در ۲۰ درصد از ایرانیان تأیید نموده و پیش‌بینی این مشکل را طی بیست سال آینده، چشمگیرتر دانسته (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴؛ نقل از توکل و همکاران، ۱۳۹۰، ۱۷۰). حال از آنجا که در جهان معاصر، یکی از شاخص‌های پیشرفت و رفاه اجتماعی، سلامت‌روان به حساب می‌آید (گروسی و شبستری، ۱۳۹۰)؛ دستیابی بدین مقصود، زمینه‌ها و الزاماتی دارد که از آن جمله می‌توان به زمینه‌های تقویت‌کننده آن پرداخت.

۲- بیان مسأله

دانشجویان دانشگاه گستره وسیعی از رفتاری‌ها و مشکلات احساسی و بیماری‌های خفیف روانی را تجربه می‌کنند. چالش‌های مهمی نظیر ارتباط با دیگران، ادامه تحصیل، دوری از خانواده، پیدا نمودن حرفه مورد علاقه و مسأله ازدواج، بیان‌گر آن است که این قشر مستعد تجربه سطوح بالایی از آسیب‌های روانی-

اند. بدین‌روی، نقش برجسته و منحصر به فرد دانشجویان به عنوان سازندگان آینده هر جامعه، بازگو کننده ضرورت تأمین سلامت‌روانی این قشر و نیز شناسایی عوامل مرتبط و تقویت‌کننده آن است. چرا که یکی از مهمترین هدف‌های هر بررسی در آموزش عالی، شناخت دانشجویان به عنوان یکی از مهمترین ابعاد و اجزای نظام آموزش عالی از وجوه و جنبه‌های مختلف است. دستیابی به منابعی تجربی درباره انگیزش‌ها و رفتارهای جامعه دانشجویان تنها برنامه ریزان را در طراحی برنامه‌های معطوف به آموزش عالی یاری می‌دهد؛ بلکه کاستی‌ها، مشکلات و نارسایی‌های محیط‌های آموزشی را در سطح دانشجویان، تعریف، تبیین و بر ساخته می‌سازد. در واقع محیط اجتماعی دانشگاه چون هر محیط آموزشی به مثابه نهادی اجتماعی کننده، نقشی عمده در انتقال فرهنگ، انسجام و همبستگی اجتماعی دارد. اما آنچه که در جامعه در حال گذار ما قابل مشاهده است گستره وسیعی از گرفتاری‌ها، مشکلات احساسی و بیماری‌های خفیف روانی است (خرمایی، ۱۳۷۱؛ رجب زاده، ۱۳۸۱؛ مباشرمقدم، ۱۳۸۴). برخی به غلط این آسیب‌ها را در زمره‌ی پیامدهای محتوم و غیر محتوم و غیرقابل اجتناب مدرنیته و توسعه جای می‌دهند. درست است که هر تغییر عوارضی دارد و برای توسعه هزینه پرداخت می‌شود، ولی این بدان معنی نیست که هر نوع تغییری را توسعه بدانیم و برای آن هر نوع هزینه‌ای بپردازیم (عبداللهی، ۱۳۸۷: ۱۷).

به واقع، طرز تلقی ما از چگونگی فرمول بندی تئوری‌ها اهمیت فوق‌العاده ای دارد. چنین برداشتی چیزی از واقعیات اجتماعی را برای ما بازگو نمی‌کند و ما را در موضع امتناع از علوم اجتماعی قرار می‌دهد. این نوع آسیب‌ها که به معنی کژکارکردهای واحدهای جمعی و فردی‌اند، نه تنها شاخص توسعه نیستند بلکه نشانه‌های بحران‌اند. بر این اساس، هر چه بر میزان آسیب‌های روانی افزوده شود، شدت بحران هم بیشتر خواهد شد. پس از این گفتار طولانی، روشن است که میزان موفقیت هر جامعه‌ای در پیشگیری از آسیب‌ها را معرف کارایی نظام اجتماعی غالب در آن جامعه بدانیم. خوشبختانه ایران امروز در محافل علمی، جامعه‌ای مذهبی شناخته شده و تقریباً تمام پژوهش‌های اجتماعی صورت گرفته برای سنجش دین‌داری ایرانیان مؤید این مدعا است. به نظر می‌رسد با توجه به اهمیت یافتن «نقش‌های راهبردی مقابله‌ای» در سال‌های اخیر در جهت کمک به آشفته‌گی‌های فردی استفاده از شیوه‌ی مقابله دینی- مذهبی، افق دیگری به روی ما باز خواهد کرد. چراکه از منظر اندیشمندان معاصر غربی مشکل انسان معاصر اساساً به نیاز وی به دین و ارزش‌های معنوی باز می‌گردد. به باور «توین بی» بحرانی که اروپائیان در قرن بیستم دچار آن شده‌اند وابسته به فقر معنوی آنان است و تنها راه درمان این فروپاشیدگی اخلاقی بازگشت به دین می‌باشد (کوشان و واقعی، ۱۳۷۸: ۱۲۲). با عنایت به این‌که تحقیقات صورت پذیرفته در کشور ما در خصوص سلامت روانی جوانان عمدتاً معطوف به توصیف وضع روانی و شناسایی عوامل مرتبط با سلامت‌روانی آنان بوده و تاکنون بررسی‌های تجربی جامعی در خصوص تأثیر مداخلات بر افزایش سلامت روانی انسان‌ها صورت نپذیرفته است. به نظر می‌رسد جای خالی پژوهش‌هایی که معطوف به تأثیر مداخلاتی بر

سلامت‌روانی افراد است، احساس می‌شود. لذا ما در این مقاله تلاش خواهیم نمود نقش پتانسیل‌های اجتماعی جامعه ایران، به ویژه دین، بر سلامت روانی دانشجویان را به سنجش کشیم.

۳- ملاحظات نظری

در این بخش ابتدا به ابعاد مفهومی سلامت روان و دیدگاه‌های متفاوت و گاهی متناقض می‌پردازیم و سپس با جستجو و استمداد از نظریات و پژوهش‌های ارائه شده، چارچوب مفهومی مورد نظرمان را فرمول بندی می‌کنیم. سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف نموده است. همچنین کاپلان سلامت روانی را شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تقاضاهای درونی و الزامات محیط در حال تغییر می‌داند (کاپلان^۱، ۱۹۷۱، ۱۰۵). آن‌گونه که از تعاریف استنباط می‌شود، شخصی که بتواند با محیط خود به شکلی مطلوب همنا گردد، از نظر سلامت روانی بهنجار است. از این رو شاید بتوان سلامت روان را حفاظت روان از آسیب‌های روانی دانست. در بررسی فرایند تحول و شکل‌گیری نابسامانی‌های روانی، جامعه‌شناسان و روان‌شناسان رویکردهای تقریباً مشترکی به موضوع داشته‌اند. «ملوین سیمن» با رویکرد روان‌شناختی اجتماعی کوشیده با نگاهی منظم و منسجم سلامت روانی را به مفهوم کشد. در دید وی ساختار دیوان سالارانه جامعه مدرن شرایطی را بر ساخته که در آن افراد قادر به فراگیری نحوه و چگونگی کنترل عواقب و نتایج اعمال و رفتارهای خویش نیستند. یکی از انواع تظاهرات این گونه اعمال و رفتارها، «احساس انزوای اجتماعی» است (محسنی تبریزی، ۱۳۸۱، ۱۴۴). براساس خوانش جامعه‌شناسانی نظیر «تونیس» و «زیمل»، فرد در جوامع سنتی در شبکه‌ای از روابط محکم دینی قرار گرفته که در مواقع لازم حمایت‌های مقتضی را از او به عمل می‌آورد. لذا در جوامع سنتی، دین عمده‌ترین نقش را در حمایت و پشتیبانی مردمان عهده دار است و سایبانی از نمادها و کنش‌هایی را به منظور یکپارچه نمودن بخش‌های مختلف جامعه و تجربیات مختلف افراد گسترانیده (برگر^۲ و دیگران، ۱۳۸۱، ۸۷). اما در جوامع جدید با تقسیم کار گسترده و تمایزات ساختاری، وظیفه سنتی دین مورد تهدید جدی است. اولین پیامد این وضعیت خصوصی شدن حوزه دین است؛ بدین طریق که فرد متوجه عدم تأیید جمع در صورت ابراز عقاید می‌گردد. بنابراین، اولین واکنش، بروز ندادن عقاید و باورها در عرصه عمومی است. در این وضعیت «نمادها، عقاید و نهادهایی که پیش از این مقبول بودند، اعتبار و نفوذ خود را از دست می‌دهند» (سراج زاده، ۱۳۸۴، ۲۲) و دیگر قادر به یکپارچه نمودن بخش‌های مختلف جامعه نخواهند بود. تحولات مذکور روابط اولیه را به

1- Kaplan

2 -Berger

روابطی غیر شخصی و گذرا تبدیل خواهد کرد و افراد بجای این که به هم بسته باشند، به گونه‌ای سست به یکدیگر متصل‌اند. سرانجام این وضعیت، کاهش مبادله و دلبستگی اجتماعی (فیگوئرا، ۲۰۰۰، ۲۰) و تضعیف روابط گفتمانی (چلبی، ۱۳۷۵، ۱۵۸) است. توافقی عام وجود دارد که نتیجه‌ی موارد یاد شده پیامدهای مختلفی از جمله میل به اضطراب درونی و بیرونی، بی‌اعتمادی بین شخصی و تعمیم‌یافته و ناامیدی و یأس (چلبی، ۱۳۸۱، ۱۰۰) را در پی خواهد داشت. در ابتدای دوران پرداخت‌های نظری، متفکرین اجتماعی، ناسامانی‌ها و آشفتگی‌های اجتماعی - روانی انسان قرن بیستم را نتیجه محتوم پیامدهای مدرنیته می‌دانستند که فرد در شبکه شخصی خود دچار نوعی انزوای اجتماعی و به ناچار فاقد منابع اجتماعی می‌گردد. «پیتر برگر» در دوره اول نظریه‌پردازی خود، انسان را تنها و فاقد حمایت می‌یابد. وی دین در جهان مدرن را نابود یافته می‌داند (برگر، ۱۹۶۷، ۱۷۱-۱۰۵). در دوره دوم تکامل نظری برگر با چرخشی قابل تأمل معتقد به ادامه حیات و پویایی دین در دنیای جدید می‌شود (برگر، ۱۳۸۰، ۱۸).

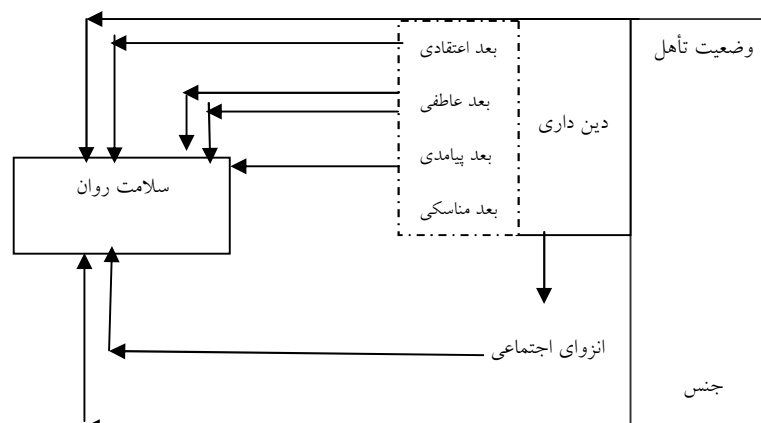
البته شرایط جامعه ایران گونه‌ای دیگر است؛ هنوز در جامعه ما نهادهای مدرن کاملاً تثبیت نشده‌اند و نمی‌توان سخن از رخت بر بستن دین از عرصه عمومی به میان آورد. البته می‌توان انتظار داشت که تا حدودی با این پدیده رو به رو شویم. دین همچنان جایگاه مهم خود را در زندگی خصوصی حفظ کرده، زیرا هم نقش مشروعیت بخشی به نهادهای خصوصی جامعه (به ویژه خانواده) را بر عهده دارد؛ و هم تجربیات افراد را در حوزه‌های خصوصی معنی‌دار و یکپارچه می‌کند. لذا می‌توان از این پتانسیل، حتی در جوامع غربی، جهت سلامت روانی افراد استفاده نمود. چه که بینش و ارتقاء انسان به دین در بهبود سیر بیماری و افزایش منبع حمایت عاطفی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (سردارپور و سلطانی، ۱۳۸۱؛ آکوچکیان، ۱۳۸۲؛ حسینیان و همکاران، ۱۳۸۳؛ شفیعی و همکاران، ۱۳۸۶؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۰؛ وارهام و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوک و همکاران، ۲۰۱۰). بر این بنیاد، می‌توان مطالعات انجام شده در مورد تعریف دین داری را مبتنی بر دو سنت جامعه‌شناختی یا جمعی - اجتماعی و سنت روان‌شناختی یا ذهنی - فردی (سراج زاده به نقل از روف^۱، ۱۳۸۴: ۵۹) تقسیم‌بندی نمود.

مقایسه دو سنت فوق‌ناظر بر آن است که رویکرد اول حکایت از عرضه نوعی سنخ‌شناسی توصیفی از پایبندی دینی که بر ویژگی‌های تعامل اجتماعی فرد استوار است، می‌کند. در حالی که در رویکرد دوم بر انگیزه فرد معتقد در کنار گرایش او به نوعی باور دینی استوار است. با این تفاسیر، تعریف دین داری در ادبیات علوم اجتماعی در حوزه روان‌شناسی اجتماعی دنبال می‌شود (همان: ۶۲). از این رو، بهترین شیوه برای بررسی نقش دین در سلامت روان در ابتدا تقسیم‌کنش دینی با چشم انداز تلفیقی جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در ابعادی چندگانه و سپس بررسی شواهد پژوهشی موجود خواهد بود. به واقع هدف اصلی

1-Figueira

2-Roof

این پژوهش سنجش میزان تأثیر مولفه‌های دین‌داری در سلامت روانی جوانان است. ضمن این که متغیر «انزوای اجتماعی» به عنوان عامل منبث شده از عرفی شدن دین، به همراه متغیرهای زمینه‌ای همچون «وضعیت تأهل» و «جنس» مد نظر است. با عنایت به مبانی نظری ارائه شده، ترکیب یا برابری عوامل مذکور در مدل فرضی، پرسش و فرضیه‌های ذیل قابل نمایش است.



شمایی ساده از مباحث نظری مطرح شده

فرضیه اصلی این است که میزان سلامت روانی جوانان به طور احتمال با عوامل مورد توجه در این پژوهش چون مؤلفه‌های چهارگانه دین‌داری شامل «بعد اعتقادی»، «بعد عاطفی»، «بعد پیامدی» و «بعد مناسکی» همچنین متغیر انزوای اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای وضعیت تأهل و جنس رابطه دارد، به طوری که می‌توان گفت:

- سلامت روان تابعی از متغیرهای زمینه‌ای است.
- هر چه جوانان در ابعاد چهارگانه دین‌داری در سطح بالایی باشند؛ از سلامت‌روان بیشتری برخوردارند.
- هر چه انزوای اجتماعی جوانان بیشتر باشد؛ سلامت‌روان آنان پایین تر می‌آید.

۴- روش شناسی

۴-۱- جامعه آماری و حجم نمونه

جمعیت آماری پژوهش که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی سیرجان می‌باشد؛ متشکل از دانشجویان مشغول به تحصیل این واحد آموزشی است. حجم نمونه با خطای نمونه گیری ۵ درصد با فاصله اطمینان (۰/۹۵) با توجه به جایگزینی اعداد در فرمول کوکران با روش نمونه‌گیری تصادفی تقریباً

۳۴۹ نفر تعیین شد که پس از تکمیل پرسش نامه‌ها تعداد ۴ نفر پرسشنامه به دلیل نقص، از فرایند محاسبه خارج شد. در نهایت ۳۴۵ پرسشنامه مبنای عمل واقع گردید.

۲-۴- تعاریف مفاهیم

سلامت روانی از مفاهیم کلیدی این پژوهش است که از پیچیدگی مفهومی برخوردار است. علی‌رغم تلاش‌های بسیار برای تعریف این مفهوم، تعریف ساده و دقیق آن نزد متفکران متفاوت است. فرنچ (۱۹۷۶)، به چهار بعد انطباق عینی و ذهنی فرد با محیط، انطباق واقعی و قابلیت شناخت و دسترسی به خود اشاره دارد. کامثو (۱۹۹۲)، فردی را بهره‌مند از سلامت روانی می‌داند که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور باشد و بتواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار نماید و نیز قادر به مقابله با فشارهای زندگی گردد. با این تفاسیر، سلامت روانی را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، حل تضادها و تمایلات شخصی و مقابله با فشارهای زندگی دانسته‌ایم. برای ساخت این شاخص از مقیاس کامثو که در بردارنده شاخص‌های فقدان اضطراب، فقدان نشانه‌های ناتوانی، ظرفیت برقراری رابطه با دیگران و ظرفیت مقابله با فشارهای زندگی استمداد جسته‌ایم. این مقیاس شامل ۵۰ گویه با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۷) در طیف لیکرت با سنجش گردیده که با ترکیب شاخص‌ها، مقیاسی برای میزان بهداشت روانی در سه سطح بالا، بینابین و پایین بر ساخته شده است.

۱-۲-۴- دین‌داری

دین‌داری یا التزام دینی یکی از مفاهیمی است که تعاریف عملیاتی آن معمولاً به طور منطقی متکی بر تعریف اسمی آن است. در این پژوهش به منظور بررسی تمام ابعاد دین‌داری بر روی بهداشت روانی جوانان تعریفی جامع از آن مورد توجه است. در این تعریف، اشکال نهادی و غیرنهادی شده باورها و رفتارها (مثل آیین‌ها و ادیان سنتی، هرگونه باور فردی به عالم معنوی و نیز اصول اخلاقی متعالی) مدنظر است. از میان همه تعاریف عملیاتی این مفهوم، الگوی گلاک و استارک^۱ با پنج بعد اعتقادی، مناسکی، عاطفی، دانش دینی و پیامدی استفاده می‌شود. از آن جا که، بعد دانش دینی جزء اطلاعات مبانی و پایه‌ای اطلاعاتی ایمان به شمار می‌رود و تقریباً همه پیروان، این اطلاعات را به خاطر می‌سپارند. در نتیجه نتیجه مناسبی برای دین‌داری نخواهد بود (سراج زاده، ۱۳۸۴، ۷۵). با این وجود ابعاد چهارگانه دیگر الگویی مناسب و به کار بستنی است. تمامی ابعاد بر روی یک طیف ۵ قسمتی از نوع لیکرت قرار دارند. بعد اعتقادی شامل ۷ گویه با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۲)، بعد مناسکی شامل ۷ گویه با ضریب آلفای

کروناخ(۰/۸۷)، بعد عاطفی شامل ۶ گویه با ضریب آلفای کروناخ(۰/۶۹) و بعد پیامدی با ۶ گویه و ضریب آلفای کروناخ(۰/۷۰) سنجیده شده است.

۴-۲-۲- انزوای اجتماعی

حالی است که در آن شخص فاقد پیوندها، منابع و حمایت اجتماعی مورد نیاز(محسنی و دیگران، ۱۳۸۵، ۸۳) خود است. برای انزوای اجتماعی دو بعد، شامل بعد شبکه اجتماعی و میزان حمایت شبکه از فرد مشخص شده است. بنابراین برای سنجش این متغیر، تنوع و میزان حمایت نهفته در شبکه اجتماعی فرد(همان، ۸۸) مدنظر است.

جدول شماره ۱. ابعاد و معرف های انزوای اجتماعی

| مفهوم | ابعاد | معرف ها | |
|----------------|---------------------------|---|--------------------------------------|
| انزوای اجتماعی | دامنه شبکه اجتماعی فرد | تنوع دوستان از حیث جنسیت، تحصیلات، مذهب و ... | |
| | میزان منابع موجود در شبکه | حمایت مالی | همدلی و همدردی زمان پیش آمدن ناراحتی |
| | | اطلاعات و مشورت دادن | کمک در تصمیم گیری و ارائه راهنمایی |
| | | کمک مالی | قرض دادن پول زمان نیاز |
| | | همراهی و معاشرت | بیرون رفتن برای گشت و گذار |
| | خدمات کوچک و بزرگ | قرض دادن وسیله نقلیه هنگام نیاز | |

در سنجش تنوع شبکه اجتماعی تفاوت‌های جنسی، تحصیلی، قومی، مذهبی و اقتصادی فرد با دوستان وی مورد سؤال قرار گرفته و برای سنجش بعد حمایت اجتماعی نهفته در شبکه اجتماعی فرد ۱۰ گویه بر روی طیف ۵ قسمتی لیکرت در نظر گرفته شده است. حاصل جمع امتیاز این مقیاس از حداقل ۱۵ تا حداکثر ۷۵ متغیر است و درجات آن در سه مقوله بالا، بینابین و کم دسته بندی می‌شود.

۵- یافته‌های تحقیق

۵-۱- یافته‌های توصیفی

ویژگی جنسی پرسش‌شوندگان حکایت از جمعیت ۲۳۱ نفری(۶۷درصد) دختر و ۱۱۴ نفری(۳۲ درصد) پسر دارد. ۶۴/۰۵ درصد از جمعیت نمونه را افراد مجرد و ۳۵/۹۵ درصد از پرسش‌شوندگان را افراد متأهل تشکیل می‌دهند. بخش عمده پاسخگویان، دختران (۶۲/۴ درصد) و پسران (۶۵/۷ درصد) مجرد هستند. داده‌های بدست آمده ناظر بر آن است که دانشجویان نسبت به برخی از شاخص‌های سلامت روانی گرایش‌های متفاوتی دارند؛ به گونه‌ای که شاخص فقدان نشانه‌های ناتوانی از تلاش در

جهت بهبود در رفتار، افکار و اعمال در بین دانشجویان حکایت دارد. از نظر فقدان اضطراب سطح پایینی در رفتار شخصی آنان نهفته است. دانشجویان نسبت به ظرفیت برقراری رابطه با دیگران توانایی نسبی و بینابینی دارند و در مورد ظرفیت مقابله با فشارهای زندگی توانایی بالایی از خویشتن بروز نداده‌اند. در جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که میزان سلامت روانی نیمی از پاسخگویان با ۵۳/۳ درصد در سطح پایینی است. یافته‌های حاصل از جدول شماره ۲ بازگوی آن است که نمرات کلی دین‌داری دانشجویان در سطح بالایی قرار دارد. در حالی که نمرات دین‌داری گروه کوچکی (۷/۵ درصد) پایین است. نمرات ۳۵/۸ درصد متوسط و بیشتر از نیمی از پاسخگویان (۵۶/۷ درصد) دارای نمرات بالایی هستند. میانگین نمره دین‌داری کل هم ۳/۵۹ از ۵ است. نمرات دین‌داری پاسخ‌گویان در ابعاد مختلف دین‌داری کاملاً متفاوت است، التزام پرسش‌شوندگان در بعد اعتقادی قوی‌تر از سایر ابعاد می‌باشد و پس از آن عواطف دین‌داری قرار دارد. در این دو بعد تقریباً همه پرسش‌شوندگان یا در گروه بالا (۸۴ درصد و ۸۱ درصد) و یا در گروه متوسط (۱۱/۴ درصد و ۱۵/۳ درصد) جای دارند.

جدول شماره ۲. سنجه دین‌داری به تفکیک ابعاد

| میانگین | پایین | متوسط | بالا | |
|---------|-------|-------|------|--------------|
| ۳/۵۹ | ۷/۵ | ۳۵/۸ | ۵۶/۷ | دین‌داری کلی |
| ۴/۲۷ | ۴/۴ | ۱۱/۴ | ۸۴/۲ | بعد اعتقادی |
| ۳/۱۱ | ۱۰/۴ | ۵۵/۴ | ۳۴/۲ | بعد مناسکی |
| ۴/۲۱ | ۳/۲ | ۱۵/۳ | ۸۱/۵ | بعد عاطفی |
| ۲/۶۳ | ۱۳/۸ | ۴۰/۶ | ۴۵/۶ | بعد پیامدی |

تفاوت نمره پرسش‌شوندگان در ابعاد چهارگانه دین‌داری را می‌توان با مقایسه میانگین نمره آنان به خوبی دریافت. میانگین نمره در بعد اعتقادی و عاطفی به ترتیب ۴/۲۷ و ۴/۲۱ از ۵ است، در حالی که میانگین بعد پیامدی و مناسکی ۲/۶۳ و ۳/۱۱ می‌باشد. در متغیر انزوای اجتماعی، به منظور بررسی اندازه شبکه اجتماعی فرد از پاسخ‌گویان تعداد دوستان آنها سؤال قرار گرفت که بنابر پاسخ ۳۱ درصد بین ۱ تا ۹ دوست، ۲۸ درصد بین ۱۱ تا ۱۹ دوست، ۱۴ درصد بین ۲۰ تا ۲۹ دوست، ۱۳ درصد بین ۳۰ تا ۳۹ دوست، ۹ درصد بین ۴۰ تا ۴۹ دوست و ۵ درصد ۵۰ دوست به بالا داشته‌اند. جهت سنجش تنوع شبکه اجتماعی فرد، بیش از نیمی از توزیع میان «برخی از دوستان» است. بیشترین حمایت عاطفی، اطلاعات و مشورت دادن، همراهی و معاشرت و خدمات کوچک و بزرگ در ستون «متوسط» جای دارند.

۵-۲- یافته‌های استنباطی

داده‌های جدول شماره ۴ مبین آن است که جنسیت بر سلامت روانی و مؤلفه‌های آن اثر دارد. به طوری که ظرفیت مقابله با فشارهای زندگی، فقدان نشانه‌های ناتوانی و ظرفیت برقراری رابطه با دیگران

در بین دانشجویان پسر بیش از دانشجویان دختر است. در حالی که تفاوتی بین دختران دانشجو و پسران دانشجو در فقدان اضطراب مشاهده نمی‌شود. دانشجویان متأهل در تمام زمینه‌ها به جزء فقدان اضطراب از مجردین در جایگاه مناسب‌تری قرار دارند. این یافته‌ها می‌تواند مؤید این واقعیت باشد که جوامع پدر سالار، کلیشه‌های جنسیتی تلقین شده، تفاوت‌ها در توانایی‌های اجتماعی زن و مرد را کاملاً طبیعی قلمداد می‌کند و به دلیل همین قالب‌های جنسیتی، زنان هویت خویش را فرو دست‌تر از مردان می‌یابند و توانایی‌های مقابل با مشکلات را به تنهایی در خود نمی‌بینند. در این احوال است که تلقین مقابل به‌تر با مشکلات به همراه یک پشتیبان به لحاظ روانی، متأهلین را در وضعیت بهتری قرار می‌دهد.

جدول شماره ۴. مقایسه میانگین نمرات بر حسب جنس و وضعیت تأهل در متغیر سلامت روانی

| وضعیت تأهل | | | جنس | | | | |
|------------|-------|-------|------|------|--------|---------------------|--------------------|
| t | sig | متأهل | مجرد | t | sig | دختران (میانگین) | پسران (میانگین) |
| ۲ | ۰/۰۴۴ | ۷/۴ | ۶/۵ | ۲/۱۸ | ۰/۰۳ | ۵/۵ | ۶/۷ |
| ۱/۸ | ۰/۰۷۶ | ۸/۶ | ۷/۴ | ۲/۳۸ | ۰/۰۱۸ | ۱۵ | ۱۷ |
| ۰/۶۶ | ۰/۵۰۷ | ۳/۷ | ۴ | ۱/۸ | ۰/۰۷۶ | ۸ | ۸/۶ |
| ۲/۱۸ | ۰/۰۳ | ۶/۵ | ۵/۷ | ۲ | ۰/۰۰۱ | ۷/۴ | ۸/۲ |
| ۳/۳ | ۰/۰۰۱ | ۹/۶ | ۸ | ۳/۳ | ۰/۰۰۴۵ | ۸/۲ | ۹/۸ |

نتایج آزمون آماری سنجش رابطه میزان سلامت روانی با متغیرهای مستقل مورد توجه در پژوهش گواه بر آن است که میان بعد اعتقادی دین‌داری و میزان سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد. به عبارتی، دانشجویانی که دارای باورهای دینی بالایی بوده‌اند؛ میزان سلامت روانی آن‌ها بالا ذکر شده است. بعد مناسکی تأثیری در میزان سلامت روانی دانشجویان ندارد.

لذا نمی‌توان ادعا کرد که هر چه افراد اعمال دینی و مناسکی بیشتری داشته باشند میزان سلامت-روانی‌شان بالاتر و هر چه میزان بعد مناسکی پایین‌تر باشد، سلامت کمی دارند.

همچنین احساس داشتن رابطه با جوهری ربوی همچون خدا و واقعیتی غایی یا همان بعد عاطفی در چگونگی سلامت روانی افراد مؤثر است؛ به گونه‌ای که دانشجویان مورد بررسی با داشتن بعد عاطفی بالا در وضعیت مطلوبی از نظر سلامت روانی قرار دارند.

بعد پیامدی رتبه‌ای نازل میان دیگر ابعاد دین‌داری دارد؛ بر این مبنا انتظار می‌رفت بین بعد پیامدی و سلامت روانی دانشجویان رابطه‌ای نباشد که عدم وجود رابطه میان این دو متغیر مؤید این موضوع است. مطالعات نشان می‌دهد دلگرمی و تأیید احساسی شکلی از حمایت اجتماعی است. هر قدر در سطوح مختلف، روابط اجتماعی بیشتر باشد به همان نسبت میزان یأس و انزوا کاهش می‌یابد و سلامت روانی فزونی می‌یابد.

جدول شماره ۵. خلاصه نتایج آزمون‌های آماری سنجش رابطه میزان بهداشت روانی با متغیرهای مستقل

| نتایج آزمون‌های آماری در سطح اندازه‌گیری ترتیبی | | | متغیرهای مستقل |
|---|------------|---------|----------------------|
| سطح معناداری (sig) | گاما Gamma | سامرز d | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۷۸۶ | ۰/۵۵۶ | بعد اعتقادی دین داری |
| ۰/۵۹۰ | ۰/۰۴۶ | -۰/۰۲۵ | بعد مناسکی دین داری |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۴۲۰ | ۰/۲۶۰ | بعد عاطفی دین داری |
| ۰/۵۳ | ۰/۱۴۱ | ۰/۰۸۵ | بعد پیامدی دین داری |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۳۹۵ | ۰/۲۴۳ | انزوای اجتماعی |

برای کنترل آماری روابطی که در سطح تحلیل‌های دو متغیری بین متغیر وابسته (میزان سلامت روان) و هر یک از متغیرهای اصلی مورد توجه پژوهش، به دست آمده بود، از تحلیل چند متغیری (رگرسیون) استفاده شده. با انجام این تحلیل در بین متغیرهای مورد نظر، متغیر بعد اعتقادی دین داری، انزوای اجتماعی و بعد عاطفی دین داری بیشترین تأثیر را داشته‌اند، به طوری که توانسته‌اند در بین متغیرهای مستقل مورد توجه در این پژوهش بالاترین سهم در تغییرات متغیر وابسته یعنی میزان سلامت روانی در میان دانشجویان به خود اختصاص دهند.

جدول شماره ۶. تحلیل چند متغیره: همبستگی رگرسیونی متغیرهای تحقیق

| نام متغیر | B | Beta | t | سطح معناداری |
|----------------------|------------------------------|---------|-----------------|--------------------|
| بعد اعتقادی دین داری | ۰/۵۹۴ | ۰/۵۴۲ | ۸/۹۷۴ | ۰/۰۰۰ |
| بعد مناسکی دین داری | -۰/۶۲۶ | -۰/۲۱۵ | -۳/۸۶۵ | ۰/۰۰۰ |
| بعد عاطفی دین داری | +۰/۱۴۲ | +۰/۱۱۲ | -۲/۰۰۲ | ۰/۰۴۶ |
| بعد پیامدی دین داری | -۰/۲۸۸ | -۰/۱۴۷ | -۲/۶۸۹ | ۰/۰۰۸ |
| انزوای اجتماعی | ۰/۶۹۱ | ۰/۳۳۵ | ۴/۹۵۶ | ۰/۰۰۰ |
| میزان همبستگی (R) | ضریب تعیین (R ²) | مقدار F | درجه آزادی (df) | سطح معناداری (sig) |
| ۰/۶۵۶ | ۰/۴۳۰ | ۳۷/۰۴۱ | ۷ | ۰/۰۰۰ |

۶- بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله کوشش گردید تا با بررسی داده‌های تجربی جمع‌آوری شده، خوانشی از سلامت روان مورد آزمون قرار گیرد که بر اساس وضعیت فضای دانشگاهی به عنوان نماد تحولات مدرن، شمرده می‌شود. بدین ترتیب با عنایت به سنجش‌های متفاوت موضوع، طرح مفهومی سلامت روان را بر ساخته نمودیم. اگرچه مؤلفه‌های دین داری به عنوان پیش شرط سلامت روان زمینه را برای پیوند و اتصال کنش‌گران اجتماعی فراهم می‌آورند و موجب دوری از انزوا و تثبیت همبستگی جامعه می‌شوند؛ با این حال نهادها

همواره قادر نیستند تا کنش‌های متقابل اجتماعی اعضایشان را به صورت پیوسته به سمت هدفی خاص هدایت نموده و انسجام گروهی خویشان را حفظ نمایند. چراکه به علت متکثر شدن دامنه روابط اجتماعی، افراد هر چه بیشتر اجازه بازنگری در باورهایشان را یافته‌اند. ارائه این رویکرد عام و استفاده از این منطق در توجیه جامعه ایران، کمک چندانی به ما نمی‌کند. در واقع، وضعیتی که ما در آن قرار داریم؛ «برزخ دوگانه ی سنت و مدرنیته» است. حالتی که در سطوح خرد و کلان آن، صورهای نابهنجار به وفور رخ می‌دهد. زیرا نهادهای موجود از جای دادن و پاسخ گفتن به همه تغییرات در درون کلیت نمادی خود تا حدودی بازمانده‌اند. گاهی پیامد این وضعیت نیز برای افراد آشفتگی‌ها، نابسامانی‌ها و اضطراب‌های فردی در میان انتخاب شقوق یکی از این باورها است. از این رو است که در هر پژوهش مرتبط با سلامت روان، هدف پاسخ بدین سؤال است که عوامل مؤثر و مرتبط با این پدیده کدامند؟

یافته‌های برآمده از تحقیق با استناد به فرضیه‌های موجود، چنین بر می‌آید که دانشجویان از وضعیت سلامت روانی مطلوبی برخوردار نیستند. این وضعیت می‌تواند انعکاسی از واقعیت اجتماعی عدم شکل‌گیری عرصه‌ی عمومی و غفلت از توجه به مکانیزم‌های درونی آن باشد که هرگونه سخن گفتن از سلامت روانی را نادقیق می‌کند. چراکه نتیجه اصلی این پژوهش در تحلیل چرایی پایین بودن سلامت روانی دانشجویان، این است که افراد به جای سوق یافتن به سمت عرصه‌های عمومی، راه حوزه‌های شخصی و خصوصی را در پیش گرفته‌اند. این موضوع با توجه به وضعیت سلامت روانی بسیار معنادار است. معنادار به این جهت که تأثیر متغیر انزوای اجتماعی قابل ردیابی است. رابطه مثبت انزوای اجتماعی معرف آن است که هر چه انزوای اجتماعی میان پاسخگویان کمتر باشد متغیر سلامت روانی آن‌ها نیز بالاتر است. انزوای اجتماعی از تبادل پایدار و روانی افکار جلوگیری می‌کند (دورکیم^۱، ۱۳۷۸: ۲۴۲)، از احساس مشارکت در روابط گرم و صمیمی و انسانی می‌کاهد. این یافته همراستای دیدگاه‌های متفکرینی چون زیمل، دورکیم، برگر، سیمن و تأییدکننده یافته‌های احمدی و همکاران (۱۳۹۰) نیز می‌باشد.

میزان بالای ابعاد اعتقادی و عاطفی دین داری- جنبه فردی دین داری- نسبت به دو بعد دیگر دین داری قابل توجه است. هر چند بعد اعتقادی و عاطفی دانشجویان کمتر دستخوش تغییر شده؛ اما نوع نگرش پرسش‌شوندگان به اعمال و مناسک و تجلی اعتقادات در زندگی در حال تغییر است. دانشجویان با برخورد گزینشی در ابعاد دین داری مناسکی و تاحدودی هم بعد پیامدی، شکل دین داری خود را تغییر داده‌اند. در پرداخت تحلیلی مطلب، می‌توان سخن از اثرگذاری بیشتر ابعاد ذهنی دین داری (اعتقادی و عاطفی) به نسبت ابعاد ظاهری آن در بهداشت روانی به میان آورد. از این رو است که به باور برخی از متفکرین چون برگر، امروزه چگونگی باور دینی در میان جوانان تغییر نموده اما چیستی دین تغییری ننموده است. مطلب فوق نشان دهنده سهم و جایگاه ویژه آراء روان‌شناسان اجتماعی در تحلیل سلامت

روانی است. اشاره به ترکیب و تلفیق تأثیرگذاری ساختار اجتماعی از یک طرف و عاملیت انسانی از سوی دیگر در پروسه بهداشت روانی در این شاخه از علم تجلی می‌یابد. در نهایت ارائه هر گونه راهکار بدون توجه به این دو عامل محکوم به شکست خواهد بود. این نتایج ناظر بر همسانی با مطالعات تجربی دیگران (آکوچکیان، ۱۳۸۲؛ حسینیان و همکاران، ۱۳۸۳؛ لطیفیان و بشاش، ۱۳۸۳؛ واثق و محمدی، ۲۰۰۷؛ وارهام و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوک و همکاران، ۲۰۱۰ و احمدی همکاران، ۱۳۹۰) نیز هست. با این وجود به عنوان جمع‌بندی نهایی از مباحث و با عطف توجه به نتایج می‌توان به ذکر پیشنهادهایی در این باب دست زد. یافته‌ها از یک طرف حکایت از مقبولیت و عمومیت باورها و عواطف دینی در بین جوانان دارد و از زاویه-ی دیگر نمایانگر گسترش تمایلات شخصی نسبت به دین است. تبلور یافته براینکه این دو عامل را می‌توان در «انزوای اجتماعی» نیز مشاهده کرد. برای حل این مسأله باید شرایطی فراهم آید تا با توسعه جامعه مدنی، افراد بتوانند در گروه‌های اجتماعی بیشتری عضویت یابند و روابط و شبکه‌های شخصی خود را گسترش دهند. این فرصت‌ها به افراد اجازه می‌دهد تا بیشتر با جامعه هم‌ذات‌پنداری کنند و علاوه بر جلوگیری از انزوای اجتماعی، مشارکت خود را در جامعه افزایش دهند. البته با توجه به چالش‌کشیدن نهادهای سنتی، مسؤولین امر باید مراقب جوانب این جریان باشند، آنها بایستی این مطلب را نیز درک نمایند که وضعیت کنونی سبک‌های رفتاری جدیدی را می‌طلبد. از سوی دیگر نسل جوان نیز باید بدون تعمق و تفکر، گذشته خویش را فراموش ننمایند و این مطلب را مدنظر داشته باشد که راه مطلوب سلامت و توسعه، علاوه بر درک مدرنیته، شناخت مطلوب سنت را هم در خود نهفته دارد. البته با توجه به زمینه دینی جامعه ایران و با عنایت به این که اخیراً روش‌های دینی در درمان بیماری‌های روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ باورها و اعتقادات دینی می‌تواند در امر درمان و پیش‌گیری از اختلالات روانی به نحوی مؤثر به کار افتد؛ به شرط آنکه موارد و روش بکار گرفته شده آموخته شود. نکته حائز اهمیت این است که افراد از لحاظ درجه ایمان و میزان دین‌داری تفاوت فاحشی با یکدیگر دارند و برخورد آنها با مسائل دینی متفاوت و انتظارات‌شان از دین یکسان نیست. بدین ترتیب، بهبود شرایط روانی می‌تواند با استفاده از رویکردهای مشاوره‌ای انسان‌گرایانه، که اسلام نیز بدان سفارش نموده، و توجه به مکانیزم‌های درونی جامعه و در نظر گرفتن باورهای افراد استوار باشد.

فهرست منابع

۱. آکوچکیان، شهلا، (۱۳۸۵)، مسؤولیت دینی و بحران هویت نوجوان، جوان و آرامش روان، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، چاپ دوم، صص ۳۲۱-۳۱۸.

۲. احمدی، حبیب، مرزبان، مریم و علی روحانی، (۱۳۹۰)، بررسی عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز، فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، سال اول، ش ۱، صص ۳۵-۹.
۳. برگر، پیتر، (۱۳۸۰)، افول سکولاریسم، ترجمه امیر افشاری، تهران، نشر پیکان.
۴. برگر، پیتر، برگر، بریجیت و هانسفرید کلنر، (۱۳۸۱)، ذهن بی‌خانمان: آگاهی و نوسازی، ترجمه محمد ساوجی، تهران، نشر نی.
۵. توکل، محمد، معیدفر، سعید و سوده مقصودی، (۱۳۹۰)، بررسی جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در زوجین شهر کرمان، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال دوم، ش ۶۵، صص ۱۹۴-۱۶۹.
۶. چلبی، مسعود، (۱۳۷۵)، جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی، تهران، نشر نی.
۷. چلبی، مسعود، (۱۳۸۱)، بررسی تجربی نظام شخصیت در ایران، تهران، مؤسسه پژوهشی فرهنگ، هنر و ارتباطات، چاپ اول.
۸. حسینیان، سیمین، منوچهری، کاترین و زهرا علوی، (۱۳۸۳)، بررسی و مقایسه رابطه سلامت روانی و احساس معناجویی در دانشجویان دختر خوابگاهی مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا، مقاله ارائه شده به دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
۹. خرمایی، فرهاد، (۱۳۷۱)، بهداشت روانی و پیشگیری از مشکلات روانشناسی، مجله اطلاعات علمی، تهران، دوره هفتم، ش ۱، صص ۲۵-۲۲.
۱۰. دورکیم، امیل، (۱۳۷۸)، خودکشی، ترجمه نادر سالار زاده امیری، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۱. رجب زاده، اکبر، (۱۳۸۱)، بررسی و مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و ارتباط آن با سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، کرج، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.
۱۲. ریگی، جورج و کریستیان، تزر، (۱۳۸۳)، مشاوره: نظریه‌ها و کاربرد، ترجمه رضا فلاحی و محسن حاجیلو، تهران، انتشارات رشد، چاپ چهارم.
۱۳. سراج زاده، حسین، (۱۳۸۴)، چالش‌های دین و مدرنیته. تهران، انتشارات طرح نو، چاپ دوم.
۱۴. سردارپور، شاهرخ و سلطانی، احمد، (۱۳۸۱)، روزه‌داری در ماه رمضان و سلامت روانی، تهران، اندیشه رفتار، ش ۲، صص ۳۲-۲۶.

۱۵. شفیعی، نعمت‌الله، الله توکلی، محمد، فوزیه رفعتی و مجید کاظمی، (۱۳۸۶)، تأثیر روزه بر بهداشت روان دانشجویان دانشکده پرستاری جیرفت در سال ۱۳۸۲، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ششم، صص ۷۸-۷۳.
۱۶. عبداللهی، محمد، (۱۳۸۷)، آسیب‌های اجتماعی و روند تحول آن در ایران، تهران، انتشارات آگه، چاپ دوم.
۱۷. کوشان‌م، واقعی.س، (۱۳۷۸)، روان پرستاری، سبزواری، انتشارات انتظار، جلد اول.
۱۸. گروسی، سعیده، شبستری، شیما، (۱۳۹۰)، بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و رضایت زناشویی در زوجین شهر کرمان، مجله مطالعات اجتماعی ایران، تهران، دوره پنجم، ش ۱، صص ۲۳-۹۹.
۱۹. لطیفیان، مرتضی، بشاش، لعیا، (۱۳۸۳)، قدرت پیش‌بینی‌کنندگی نشانه‌های ناراحتی روانی دانشجویان توسط انواع ایمان مذهبی، مقاله ارائه شده به دومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس.
۲۰. مباشرمقدم، نیلوفر، (۱۳۸۲)، بررسی رابطه بین اشتغال دانشجویان متأهل و غیرمتأهل دانشگاه الزهرا با سلامت روانی آنان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء.
۲۱. محسنی تبریزی، علی رضا، (۱۳۸۱)، آسیب‌شناسی بیگانگی اجتماعی - فرهنگی؛ بررسی انزوای ارزشی در دانشگاه‌های دولتی، فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی، تهران، ش ۲۶، صص ۱۸۲-۱۱۹.
۲۲. محسنی، منوچهر، دوران، بهزاد و محمد هادی سهرابی، (۱۳۸۵)، بررسی اثرات اینترنت بر انزوای اجتماعی کاربران اینترنت، مجله انجمن جامعه‌شناسی ایران، تهران، دوره هفتم، ش ۴، صص ۹۵-۷۲.
۲۳. منطقی، مرتضی، (۱۳۸۳)، مبانی نظری هویت و بحران هویت؛ مراتب و مؤلفه‌های هویت، تهران: پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی جهاد دانشگاهی.
24. Berger, peter (1967). Sacred canopy; Elements of a sociological Theory of Religion, Anchor Boks Doubleday.
25. Cook, Nathan. E, Trevor.H, Barese and Frank Dicataldo (2010). The Confluence of Mental Health and Psychopatic Traits and adolescent female offenders, Criminal Justice and Behavior, Vol.37, N.1, pp119-135.
26. Ebring, Lutz and Alice A. Young (1979). Individuals and structure: Contextual effects as endogenous feed back, Annu. Rev. social. 2004, 30:409-25.
27. Kaplan, L (1971), Education and mental health, New York, Harper and Row.
28. Figueira, M, Josefina (2001). Community analysis and praxis, Brunner Routledge.

29. Kamau, cw. Bournout(1992). Locus of control and mental health of teachers in eastern province of Kenya, unpublished PhD. Thesis in Education submitted in Punjab university, chandigarh.
30. Meadows, Sarah(2010). The Association Between Perceptions of Social Support and Maternal Mental Health, Journal of family jssues, Vol.2,pp1-28.
31. Vasegh S, Mohammadi MR(2007). Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical student. Int psychiatry Med.:37(2):213-27.
32. Wareham, Jennifer and Denise Paquette Boots(2010). Gender Differences in Mental Health problems and Violence Among Chicago Youth, youth violence and juvenile justice, Vol.3, N.2,pp 1-20.