

پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری (علمی- پژوهشی)

سال ششم، شماره اول، پیاپی (۱۰)، بهار و تابستان ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۵

صص: ۷۷-۹۰

## ارتباط سبک‌های هویت و جهت‌گیری مذهبی با سلامت عمومی دانشجویان

عاطفه حسین شرقی<sup>۱</sup>، مالک میرهاشمی<sup>۲\*</sup>

۱- دانش‌آموخته گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

at\_shargh@yahoo.com

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

mirhashemi@riau.ac.ir

### چکیده

هدف اساسی این تحقیق، بررسی ارتباط سبک‌های هویت و جهت‌گیری مذهبی با سلامت عمومی دانشجویان بود. گروه نمونه مورد مطالعه (N=325) به روش تصادفی چند مرحله‌ای و طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی گلدبرگ، پرسشنامه سبک‌های هویت برزونسکی و آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین هویت اطلاعاتی ( $p < 0.05$ ) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی ( $p < 0.01$ ) با نشانه‌های کژکاری اجتماعی به‌طور همزمان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. در عین حال، بین هویت هنجاری و نشانه‌های جسمانی رابطه مثبت و معنادار مشاهده شد ( $p < 0.05$ ). یافته‌های این مطالعه گویای این است که مذهب و هویت به‌عنوان دو مؤلفه مهم از زندگی شخصی و اجتماعی می‌توانند برخی جنبه‌های زندگی جسمانی و روان‌شناختی افراد را تحت‌تأثیر قرار دهند و براساس آن‌ها می‌توان سلامت روانی و جسمانی را پیش‌بینی کرد. بنابراین، توجه به نحوه شکل‌گیری و رشد آن‌ها اهمیت فراوانی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** سبک‌های هویت، جهت‌گیری مذهبی، سلامت عمومی، دین.

## مقدمه

می‌شود و از راهبردهای ضعیف اسنادی و شناختی دوری می‌کنند (برزونسکی، ۲۰۰۲).

مذهب بخش مهمی از هویت شخص است و با در اختیار قرار دادن چارچوب و مبانی ارزشی به فرد کمک می‌کند به زندگی خود معنا و مفهوم ببخشد. نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد نوجوانانی که سبک هویت اطلاعاتی دارند، محتوای مذهب را به شکل عمیق و معنادار پردازش کرده، مطابقت محتوای مذهب را با معیارهای شخصی خود منتقدانه بررسی می‌کنند؛ ولی نوجوانان دارای سبک هویت نامتمایز اجتنابی محتوای مذهب را به صورت سطحی تعبیر می‌کنند؛ زیرا احتمالاً این گروه توانایی پایینی در نظم‌دهی هیجانی دارند و از پرسش‌های شخصی و دشوار درباره مذهب پرهیز می‌کنند. نوجوانان دارای سبک هویت هنجاری، مذهبی‌ترند و به یک باور ثابت مذهبی تعهد دارند (برزونسکی، ۲۰۰۳).

اخیراً پژوهش‌های متعددی درباره اثر مذهب بر سلامت 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 (خدایی و همکاران، ۱۳۸۷). به اعتقاد هاریسون<sup>۵</sup> (۲۰۰۱)؛ نقل از رجایی و همکاران، (۱۳۸۷) با اینکه مدت‌هاست تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روانی ارتباط مثبتی وجود دارد؛ اما اخیراً روان‌شناسی مذهب<sup>۶</sup>، شواهد تجربی بسیاری را در این زمینه فراهم کرده است.

برزونسکی<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) با توجه به فضای باز پسامدرنیسم، سازماندهی منتقدانه نظام باورها را از تکالیف نوجوانان می‌داند و در تلاش برای مفهوم‌سازی تفاوت‌های فردی در تحول هویت به روش فرایندی - سه سبک پردازش هویت را بیان می‌کند. به نظر او، این سبک‌های هویت، در واقع روش‌های پردازش اطلاعات و رویارویی با مسائل هستند که از بحران‌های هویت ریشه می‌گیرند.

این سبک‌ها، به‌عنوان نوعی شناخت اجتماعی و روش نظریه‌پردازی درباره خود قلمداد می‌شوند که واقعیت به کمک آن‌ها ادراک و پردازش می‌شود: ۱- نوجوانان دارای سبک هویت اطلاعاتی<sup>۲</sup> درگیر فرایند خودکاو‌نگری فعال هستند و به جستجو، پردازش و ارزیابی اطلاعات مربوط به خود می‌پردازند. این افراد نیاز بالایی به شناخت و پیچیدگی شناختی احساس می‌کنند، کمتر در جستجوی تأیید و تصدیق دیگران هستند، به‌قضاوت‌های خود اعتماد دارند و در برخورد با موقعیت‌های مبهم و افراد جدید، پردازش بالایی دارند؛ ۲- نوجوانان دارای کسب هویت هنجاری<sup>۳</sup> به‌شیوه جزئی و هنجاری عمل می‌کنند، همواره باتجارب و گروه‌های مرجع (مانند یک مکتب مذهبی خاص) تمایل دارند و ۳- نوجوانان دارای سبک هویت نامتمایز (اجتنابی)<sup>۴</sup> تا حد امکان از رویارویی با مسائل مربوط به هویت دوری می‌کنند، رفتارشان برپایه عوامل موقعیتی و لحظه‌ای تنظیم

<sup>1</sup> Berzonsky

<sup>2</sup> informative

<sup>3</sup> normative

<sup>4</sup> avoidant

<sup>5</sup> Harison

<sup>6</sup> mental health

<sup>7</sup> religious psychology

به‌طور کلی، نتایج بسیاری از تحقیقات نشان داده است که گرایش‌های مذهبی، اعتقاد به خدا و جنبه‌های معنوی دین، نقش معناداری در سلامت عمومی افراد دارد (برای نمونه، کرمی و همکاران، ۱۳۸۵؛ کروس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹؛ کوهن و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹؛ کیز و فیتزس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). و ناوارا و جیمز<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) دریافتند افرادی که در مقیاس جهت‌گیری مذهبی بیرونی نمرات بالاتری را کسب کرده بودند، استرس بیشتری داشتند؛ ولی افرادی که نمرات بالایی در جهت‌گیری مذهبی درونی داشتند، استرس کمتری را نشان دادند.

در فراتحلیل کوئینگ و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۰۶) در مورد نزدیک به ۱۰۰ پژوهش درباره ارتباط بین رفتار و اعمال مذهبی و شاخص‌های سلامت روان‌شناختی (مثل رضایت از زندگی، شادی، عاطفه مثبت و اخلاقیات عالی‌تر)، در ۷۹ پژوهش حداقل یک ارتباط مثبت بین این متغیرها را گزارش کردند. تنها یک پژوهش که یک نمونه کوچک و غیرتصادفی دانشجویان را شامل می‌شد، ارتباط منفی یافت.

نتایج مطالعات انجام شده در مورد ارتباط هویت و جنبه‌های مختلف آن از دیدگاه‌های متفاوت، با سلامت عمومی گویای ارتباط معنادار بین آن‌ها هستند. برای نمونه، کلنسی و دالینجر<sup>۹</sup> (۱۹۹۳) نشان دادند که افراد دارای پایگاه هویت موفق، روان‌رنجورخوبی پایین و وجدان‌گرایی بالایی داشتند و پایگاه هویت سردرگم و تعلیق رابطه

آلپورت<sup>۱</sup> به نوع جهت‌گیری مذهبی اشاره می‌کند (آلپورت، ۱۹۶۸؛ به نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۸۶). از نظر او، مذهب طیفی است که از یک سو برای افراد معنایی ابزاری دارد و از سوی دیگر، نوعی معنایابی است که خود انگیزه اصلی زندگی است و ارزش درونی دارد.

به‌رغم نگاه بدبینانه روان‌شناسان در سطح برخی نظام‌های کلی به مذهب، از همان ابتدای شکل‌گیری روان‌شناسی کاربردی، تحقیقات در زمینه رابطه مذهب و سلامت، اغلب بیانگر رابطه‌ای مثبت بین این دو متغیر بوده است. از دهه ۵۰ میلادی نتایج تحقیقات بیانگر تأثیر مداخله‌های مذهبی بر بهبود مشکلات روان‌شناختی بوده‌اند؛ از جمله می‌توان به تأثیر نماز و دعا در مانگری بر کنترل اختلال‌های روان‌شناختی اشاره کرد (جان بزرگی، ۱۳۸۶). گرایش به مذهب از یک سو بر شکل‌گیری هویت "من" تأثیر دارد (اریکسون<sup>۲</sup>، ۱۹۶۸) و از سوی دیگر، با شاخص‌های سلامت روانی رابطه مثبت دارد. اگرچه، غالب روان‌شناسان در نیمه اول قرن بیستم چندان توجهی به مسأله مذهب نداشتند؛ بعدها، برخی روان‌شناسان برای مذهب جایگاه ویژه‌ای قائل شده و در نظریه‌های خود به‌طور مستقل به آن پرداخته‌اند؛ برای مثال، موضع‌گیری کتل<sup>۳</sup> در سال ۱۹۷۵ این است که گرایش به مذهب می‌تواند کشاننده‌های اساسی انسان را زیر تأثیر خود قرار دهد و آلپورت با تقسیم‌بندی جهت‌گیری درونی و بیرونی در سال ۱۹۵۰ به مطالعات روان‌شناسی مذهبی غنای بیشتری بخشیده است (رحیمی‌نژاد و منصور، ۱۳۸۰).

<sup>4</sup> Krause

<sup>5</sup> Cohen et al

<sup>6</sup> Keyes & Reitzes

<sup>7</sup> Navara & James

<sup>8</sup> Koenig et al

<sup>9</sup> Clancy & Dallinger

<sup>1</sup> Allport

<sup>2</sup> Erickson

<sup>3</sup> Cattell

دارد. بین سبک هویت سردرگم/اجتنابی با خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. بین سبک هویت اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم/اجتنابی، سلامت عمومی و مسؤلیت‌پذیری در زنان و مردان همبستگی معنادار یافت نشد و افراد دارای سبک هویت اطلاعاتی در بین سبک‌های دیگر از پایین‌ترین سطح سلامت عمومی و مسؤلیت‌پذیری برخوردار بودند.

با توجه به مطالب ذکر شده و همچنین، وضعیت دین و مذاهب و نگرش‌های متناقض درباره آن با در نظر گرفتن ظهور و رشد گروه‌های افراطی مذهبی و مسایلی که در برداشت این چینی از دین در پی دارد و راه را بر بروز برداشت‌های توأم با تأثیر مثبت دین و مذهب بر بسیاری از جنبه‌های انسانی؛ از جمله جسم و روان می‌بندد، ایجاب می‌کند که تحقیقاتی از این دست به‌طور فراگیر به انجام رسد و از این راه است که نقش مثبت و رحمانی دین روشن خواهد شد. علاوه بر این، ادغام هویت‌ها، پیچیدگی‌های مرتبط با آن و نقش‌های احتمالی آن در متغیرهای مختلف روان‌شناختی لزوم تحقیق درباره آن را بیش از پیش آشکار می‌سازد. بنابراین، از زاویه دیدگاه‌های روان‌شناختی، سؤال اساسی مطرح شده در این تحقیق این است که آیا بین هویت و جهت‌گیری مذهبی دانشجویان و سلامت عمومی آن‌ها رابطه وجود دارد؟ هدف اساسی این تحقیق نیز بررسی ارتباط سبک‌های هویتی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت عمومی دانشجویان و پیش‌بینی سلامت عمومی براساس متغیرهای پیش‌بین سبک‌های هویتی و جهت‌گیری مذهبی بود.

مثبتی با روان‌رنجورخویی داشت. پالکین و رونک<sup>۱</sup> رونک<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) با بررسی ۱۴۲ زن و ۱۴۵ مرد نشان نشان دادند که بین پایگاه هویت موفق و سلامت روان‌شناختی ارتباط قوی وجود دارد. آدامز و فیچ<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) نیز در مطالعه‌ای با عنوان رابطه بین پایگاه‌های هویت و تمایل، نگرانی و عواطف منفی کمترین تمایل به نگرانی را در پایگاه هویت موفق گزارش کردند. مئوس<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) اظهار داشته است که پایگاه هویت تأثیرات عمده‌ای بر افسردگی و اختلال روان‌شناختی دارد. با بزرگ‌تر شدن نوجوانان تأثیر پایگاه هویت بر سلامت عمومی بیشتر می‌شود.

بروزنسکی (۲۰۰۳) به بررسی ارتباط بین سبک‌های هویت و سطح سلامت عمومی در دانشجویان پرداخت. نتایج نشان داد که افراد دارای سبک هویت اطلاعاتی بالاترین تعهد و سطح سلامت عمومی را در بین دو گروه دیگر داشتند. در افراد دارای سبک هویت هنجاری، سطح تعهد بالا؛ اما سطح سلامت عمومی متوسط بود. افراد دارای سبک هویت سردرگم/اجتنابی از پایین‌ترین سطح تعهد و سلامت عمومی برخوردار بودند؛ هر چند، در این تحقیق تفاوت معناداری بین زنان و مردان در اکتساب هویت و برخورداری از سلامت عمومی مشاهده نشد. سعادت‌ی شاهیر (۱۳۸۲) در پژوهشی نشان داد که بین سبک‌های هویت اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم/اجتنابی با سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنادار و بین سبک اطلاعاتی و هنجاری با افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و عملکرد اجتماعی همبستگی منفی و معنادار وجود

<sup>1</sup> Pulkkinen & Rönkä,

<sup>2</sup> Adams & Fitch

<sup>3</sup> Meeus

**جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری**

جامعه آماری متشکل از کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن (۱۹۵۷۲ نفر) مشغول به تحصیل نیمسال اول در سال تحصیلی ۹۰ - ۱۳۸۹ بود. بر اساس فرمول برآورد حجم نمونه از یک جامعه محدود، حجم نمونه ۳۲۵ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن ریزش نمونه ۳۴۰ نفر در نظر گرفته شدند. مراحل محاسبه به قرار زیر بود:

$$\frac{19572 \times (1.64)^2 \times (14)^2}{19571 \times (42 \times 0.03)^2 + (1.65)^2 \times (14)^2} = 325$$

از جامعه مورد مطالعه ۳۴۰ نفر به روش تصادفی چندمرحله‌ای و طبقه‌ای متناسب (جنس به‌عنوان طبقه) انتخاب شدند؛ به این صورت که ابتدا فهرست دانشجویان از معاونت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن معلوم کرد که ۹۰۴۸ نفر (۴۷ درصد) آنان را دختران و ۱۰۵۲۴ نفر (۵۳ درصد) آنان را پسران تشکیل می‌دهند. پس از آن، از بین رشته‌های دوره کارشناسی به‌طور تصادفی ساده، دانشجویان چهار رشته زیست‌شناسی عمومی، مهندسی معماری، علوم اقتصادی و دبیری زبان انگلیسی با در نظر گرفتن نسبت جنسیت انتخاب شدند. در نهایت، پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش، داده‌های ۳۲۵ نفر تحلیل شد.

تعداد نمونه مورد نیاز دختران:

$$340 \times 0.47 = 160$$

تعداد نمونه مورد نیاز پسران:

$$340 \times 0.53 = 180$$

با توجه به هدف تحقیق، فرضیه‌های مطرح شده در این مطالعه عبارت بودند از:

فرضیه ۱: براساس سبک‌های هویت (هویت اطلاعاتی، هویت هنجاری و هویت سردرگم) و جهت‌گیری‌های مذهبی (جهت‌گیری بیرونی و درونی) می‌توان مؤلفه نشانه‌های جسمانی دانشجویان را پیش‌بینی کرد.

فرضیه ۲: براساس سبک‌های هویت (هویت اطلاعاتی، هویت هنجاری و هویت سردرگم) و جهت‌گیری‌های مذهبی (جهت‌گیری بیرونی و درونی) می‌توان مؤلفه اضطراب دانشجویان را پیش‌بینی کرد.

فرضیه ۳: براساس سبک‌های هویت (هویت اطلاعاتی، هویت هنجاری و هویت سردرگم) و جهت‌گیری‌های مذهبی (جهت‌گیری بیرونی و درونی) می‌توان مؤلفه کژکاری اجتماعی دانشجویان را پیش‌بینی کرد.

فرضیه ۴: براساس سبک‌های هویت (هویت اطلاعاتی، هویت هنجاری و هویت سردرگم) و جهت‌گیری‌های مذهبی (جهت‌گیری بیرونی و درونی) می‌توان مؤلفه افسردگی دانشجویان را پیش‌بینی کرد.

**روش**

این پژوهش از لحاظ کنترل متغیرها غیرآزمایشی از نوع مقطعی یا همبستگی بود که طی آن به بررسی رابطه متغیرهای پیش‌بین سبک‌های هویتی و جهت‌گیری مذهبی با متغیر ملاک؛ یعنی سلامت عمومی پرداخته شد. داده‌ها نیز به روش میدانی با جرای پرسشنامه مرتبط با متغیرهای پیش‌بین و ملاک جمع‌آوری شدند.

## ابزار اندازه‌گیری

## الف- پرسشنامه سلامت عمومی (GHO-28):

پرسشنامه سلامت عمومی یک «پرسشنامه سرندی» مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، استفاده می‌شود (گلدبرگ<sup>۱</sup>، ۱۹۷۲). در این پرسشنامه، به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود، ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری «سالم» و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس است: مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی، و افسردگی. مدت زمان اجرای این آزمون به‌طور متوسط حدود ۱۰ تا ۲۰ دقیقه است. از این آزمون برای هر فرد یک نمره کل و چهار نمره مربوط به خرده‌مقیاس‌ها به‌دست می‌آید. چهار زیرمقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) به‌دست آمده است. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به‌طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات چهار زیرمقیاس را جمع کرده و نمره کلی محاسبه می‌شود. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت عمومی بهتر است.

در بررسی چان<sup>۲</sup> و چان (۱۹۸۳)، نقل از بهمنی و عسگری، (۱۳۸۵) برای بررسی روایی همزمان از پرسشنامه چندجنبه‌ای مینه سوتا استفاده نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. میزان اعتبار این پرسشنامه به‌شیوه همسانی درونی و آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های علائم جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بیخوابی ۰/۷۸، اختلال در عملکرد

اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی شدید ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست آمده است.

## ب- مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت:

آلپورت و راس<sup>۳</sup> در سال ۱۹۶۷ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهبی تهیه کردند. بر اساس نظریه آلپورت مذهب درونی، مذهبی فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده است؛ در حالی که مذهب بیرونی امری است خارجی و ابزاری که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقامت و امنیت استفاده می‌شود (جان بزرگی، ۱۳۷۸). در مطالعات اولیه‌ای که بر این مبنا صورت گرفت، مشاهده شد که همبستگی جهت‌گیری بیرونی یا درونی ۰/۲۱- است. این پرسشنامه دارای ۲۰ ماده بوده که ۱۱ ماده آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی بیرونی و ۹ ماده آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی درونی بود. در سال ۱۹۶۴، فیگن<sup>۴</sup> یک نسخه ۲۱ ماده‌ای ساخت که تمام گزینه‌های پرسشنامه آلپورت در آن انتخاب شده بود و علاوه بر آن، یک گزینه دیگر نیز به آن افزود که این گزینه همبستگی بالایی (۰/۶۱) با جهت‌گیری مذهبی بیرونی داشت و از آن پس، این پرسشنامه بیشتر استفاده شد. این آزمون شامل ۲۱ جمله است، محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی اجرا می‌شود.

این مقیاس بر مبنای نمره‌گذاری انجام می‌شود که دامنه آن از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است و به پاسخ‌ها نمره ۱ تا ۴ تعلق می‌گیرد. جمع امتیاز عبارات ۱ تا ۲۱ میزان جهت‌گیری مذهبی بیرونی و مجموع نمرات عبارات‌های ۱۳ تا ۲۱ نمره

<sup>3</sup> Ross<sup>4</sup> Feagin<sup>1</sup> Goldberg<sup>2</sup> Chan

به‌شکل طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که شامل کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵ است. برزونسکی (۱۹۹۲) پایایی درونی (ضریب آلفا) مقیاس اطلاعاتی را ۰/۶۲، مقیاس هنجاری ۰/۶۶ و مقیاس سردرگم یا اجتنابی را ۰/۷۳ گزارش کرده است (غضنفری، ۱۳۸۲). وایت و همکاران<sup>۲</sup> (از طریق توافق بین فرم اصلی ISI و فرم ISI-6G) روایی همگرا را بررسی و مشاهده کردند که نمرات خام هر دو مقیاس بسیار به هم شبیه است. ضریب همبستگی این دو فرم نیز بالا و سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار بود (اطلاعاتی = ۰/۸۱، هنجاری = ۰/۸۵ و سردرگم یا اجتنابی = ۰/۸۵) (غضنفری، ۱۳۸۳).

#### یافته‌ها

در این تحقیق، برای آزمودن فرضیه‌های تحقیق، با توجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین (۵ متغیر) و تعداد متغیرهای وابسته (۴ متغیر) از تحلیل همبستگی متعارف<sup>۳</sup> که به‌عنوان رگرسیون چندگانه چندمتغیری<sup>۴</sup> نامیده می‌شود، استفاده شد. تحلیل همبستگی متعارف یک آزمون آماری است که رابطه بین دو مجموعه از متغیرهای اندازه‌گیری شده پیوسته را می‌سنجد. در این روش می‌توان یک مجموعه را به‌عنوان متغیر مرکب پیش‌بین و مجموعه دیگر را متغیر مرکب ملاک، وابسته در نظر گرفت.

جهت‌گیری مذهبی درونی او را مشخص می‌کند. در تعدادی از مطالعات دیگر، از جمله مطالعاتی که فیگن (۱۹۶۴) انجام داد، همبستگی جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی (۰/۲۰-) بود. بعلاوه، اعتبار پرسشنامه توسط مسعود جان بزرگی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ (جان بزرگی، ۱۳۷۸) و توسط مختاری (۱۳۷۹) ۰/۷۱ گزارش شده است. در این مطالعه با تحلیل داده‌های ۵۰ نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه مقدماتی از طریق برآورد همسانی درونی بین سؤال‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ عبارت‌های مربوط به جهت‌گیری بیرونی ۰/۸۵۳ و عبارت‌های مربوط به جهت‌گیری درونی ۰/۷۳۲ به‌دست آمد.

#### پ) پرسشنامه سبک هویت (ISI,6G)

پرسشنامه سبک هویت<sup>۱</sup> (ISL) (برزونسکی، ۱۹۹۲) برای نشان‌دادن جنبه‌ای از بحران هویت؛ یعنی فرایندهای شناختی درگیر در مقابله و حل مسأله میان افراد در مراحل گوناگون بحران هویت طراحی شده است. پرسشنامه سبک هویت تمام آزمودنی‌ها را در یکی از سه سبک هویتی اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم یا اجتنابی قرار می‌دهد. پرسشنامه سبک هویت، یک مقیاس ۴۰ سؤالی است که ۱۱ سؤال آن مربوط به مقیاس اطلاعاتی، ۹ سؤال آن مربوط به مقیاس هنجاری و ۱۰ سؤال آن مربوط به مقیاس سردرگم یا اجتنابی و ۱۰ سؤال دیگر مربوط به مقیاس تعهد است که برای تحلیل ثانویه استفاده می‌شود و یک سبک هویتی محسوب نمی‌شود (در این مطالعه این سبک در تحلیل شرکت داده نشد). پاسخ آزمودنی‌ها به سؤال‌ها

<sup>2</sup> White et al

<sup>3</sup> canonical correlation analysis

<sup>4</sup> multivariate multiple regression

<sup>1</sup> Identity Style Questionnaire

جدول ۱. خلاصه آزمون‌های چندمتغیری به تفکیک هویت اطلاعاتی، هویت هنجاری، هویت سردرگم، جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی

مجدور ایتا	Sig	درجه آزادی خطا	درجه آزادی	F	ویلکز لامبدا	اثر
۰/۰۱۴	۰/۳۵۸	۳۱۵	۴	۱/۰۹۷	۰/۹۸۶	هویت اطلاعاتی
۰/۰۲۲	۰/۱۳۸	۳۱۵	۴	۱/۷۵۵	۰/۹۸۷	هویت هنجاری
۰/۰۲۰	۰/۱۷۳	۳۱۵	۴	۱/۶۰۵	۰/۹۸۰	هویت سردرگم
۰/۰۴۵	۰/۰۰۶	۳۱۵	۴	۳/۷۲۵**	۰/۹۵۵	جهت‌گیری مذهبی بیرونی
۰/۰۱۷	۰/۲۴۲	۳۱۵	۴	۱/۳۷۶	۰/۹۸۳	جهت‌گیری مذهبی درونی

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی به‌طور همزمان با چهار مؤلفه سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکردهای اجتماعی و افسردگی) رابطه معنادار وجود دارد. اندازه اثر با توجه به مقدار مجدور ایتای متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی (۰/۰۴۵) در حد ضعیف است.

همان‌طورکه در جدول (۱) مشاهده می‌شود براساس مقادیر آزمون‌های ویلکز لامبدا و نسبت‌های F محاسبه شده با درجه آزادی ۴ و ۳۱۴ می‌توان فرض صفر را تنها در مورد متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی ( $p < 0/01$ ) رد کرد. به‌عبارت دیگر، بین نمره‌های گروه مورد مطالعه در

جدول ۲. خلاصه آزمون برآورد پارامترها (متغیر وابسته: نشانه‌های جسمانی)

مجدور ایتا	Sig	t	B	پارامترها (متغیرهای پیش‌بین)	متغیر وابسته
۰/۱۴۵	۰/۰۰۰	۷/۳۳۱**	۱۲/۹۱۸	عدد ثابت	نشانه‌های جسمانی
۰/۰۰۲	۰/۳۹۲	۰/۸۵۷	۰/۰۳۱	هویت اطلاعاتی	
۰/۰۱۶	۰/۰۲۳	-۲/۲۸۵*	-۰/۰۴۱	هویت هنجاری	
۰/۰۰۱	۰/۶۷۸	۰/۴۱۶	۰/۰۱۵	هویت سردرگم	
۰/۰۰۷	۰/۱۳۵	۱/۵۰۰	۰/۰۲۷	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	
۰/۰۰۸	۰/۱۱۴	-۱/۵۸۵	-۰/۰۳۴	جهت‌گیری مذهبی درونی	

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱؛ \* معنادار در سطح ۰/۰۵

رابطه منفی و معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ ). بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه اول کافی است. علاوه بر این، مقدار مجدور ایتا نشانه‌های کارکردهای اجتماعی (۰/۰۱۶) که نشان‌دهنده اندازه اثر است، در حد بسیار ضعیف است.

براساس اطلاعات جدول (۲)، با توجه به نتایج به‌دست آمده در خصوص ضرایب B و شاخص‌های محاسبه شده (مقادیر t و احتمال معناداری آن‌ها) می‌توان نتیجه گرفت که در بین متغیرهای پیش‌بین تنها متغیر هویت هنجاری با نمره نشانه‌های کارکردهای اجتماعی به‌طور همزمان



جدول ۳. خلاصه آزمون برآورد پارامترها (متغیر وابسته: نشانه‌های اضطراب)

متغیر وابسته	پارامترها (متغیرهای پیش‌بین)	B	t	Sig	مجذور ایتا
نشانه‌های اضطراب	عدد ثابت	۱۳/۸۴۵	۸/۰۷۵**	۰/۰۰۰	۰/۱۷۰
	هویت اطلاعاتی	۰/۰۳۲	۰/۹۰۹	۰/۳۶۴	۰/۰۰۳
	هویت هنجاری	-۰/۰۲۱	-۱/۲۰۶	۰/۲۲۹	۰/۰۰۵
	هویت سردرگم	۰/۰۲۹	۰/۷۹۳	۰/۴۲۸	۰/۰۰۲
	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۰/۰۰۶	۰/۳۳۷	۰/۷۳۶	۰/۰۰۰
	جهت‌گیری مذهبی درونی	-۰/۰۲۲	-۱/۰۷۵	۰/۲۸۳	۰/۰۰۴

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

متغیرهای پیش‌بین با نمره نشانه‌های اضطراب به‌طور همزمان رابطه معنادار وجود ندارد. بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه دوم کافی نیست.

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، با توجه به نتایج به‌دست آمده در خصوص ضرایب B و شاخص‌های محاسبه شده (مقادیر t و احتمال معناداری آن‌ها) می‌توان نتیجه گرفت که بین

جدول ۴. خلاصه آزمون برآورد پارامترها (متغیر وابسته: نشانه‌های کارکردهای اجتماعی)

متغیر وابسته	پارامترها (متغیرهای پیش‌بین)	B	t	Sig	مجذور ایتا
نشانه‌های کژکاری اجتماعی	عدد ثابت	۱۱/۲۰۰	۵/۱۳۱**	۰/۰۰۰	۰/۰۷۶
	هویت اطلاعاتی	۰/۰۹۰	۲/۰۱۲*	۰/۰۴۵	۰/۰۱۳
	هویت هنجاری	-۰/۰۳۷	-۱/۶۵۷	۰/۰۹۸	۰/۰۰۹
	هویت سردرگم	۰/۰۴۰	۰/۸۷۲	۰/۳۸۴	۰/۰۰۲
	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۰/۰۶۶	۲/۹۸۷**	۰/۰۰۳	۰/۰۲۷
	جهت‌گیری مذهبی درونی	-۰/۰۳۹	-۱/۴۷۵	۰/۱۴۱	۰/۰۰۷

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱؛ \* معنادار در سطح ۰/۰۵

رابطه مثبت و معنادار دارند. بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه سوم کافی است؛ هرچند، احتمال معناداری مربوط به هویت هنجاری در حد قابل ملاحظه‌ای است (Sig=۰/۰۹۸). مقادیر مجذور ایتا به ترتیب ۰/۰۱۳ و ۰/۰۲۷ که نشان‌دهنده اندازه اثر هستند، در حد بسیار ضعیف هستند.

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، براساس نتایج به‌دست آمده در خصوص ضرایب B و شاخص‌های محاسبه شده (مقادیر t و احتمال معناداری آن‌ها) می‌توان نتیجه گرفت که در بین متغیرهای پیش‌بین، تنها متغیر هویت اطلاعاتی ( $p < ۰/۰۱$ ) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی ( $p < ۰/۰۵$ ) با نمره نشانه‌های کژکاری اجتماعی به‌طور همزمان

جدول ۵. خلاصه آزمون برآورد پارامترها (متغیر وابسته: نشانه‌های افسردگی)

متغیر وابسته	پارامترها (متغیرهای پیش‌بین)	B	t	Sig	مجذور ایتا
نشانه‌های افسردگی	عدد ثابت	۱۴/۱۰۴	۶/۵۸۳**	۰/۰۰۰	۰/۱۲۰
	هویت اطلاعاتی	۰/۰۷۹	۱/۷۸۵	۰/۰۷۵	۰/۰۱۰
	هویت هنجاری	-۰/۰۳۶	-۱/۶۴۰	۰/۱۰۲	۰/۰۰۸
	هویت سردرگم	۰/۰۵۲	۱/۱۵۰	۰/۲۵۱	۰/۰۰۴
	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۰/۰۲۸	۱/۲۹۹	۰/۱۹۵	۰/۰۰۵
	جهت‌گیری مذهبی درونی	-۰/۰۰۷	-۰/۲۵۹	۰/۷۹۶	۰/۰۰۰

\*\*معنادار در سطح ۰/۰۱

جسمانی به‌طور همزمان رابطه منفی و معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ )؛ یعنی افراد دارای سبک هویت هنجاری نسبت به وضع سلامتی خود احساس بهتری دارند. این یافته با نتایج پژوهش عثمان و مانوویتز<sup>۱</sup> (۱۹۷۴؛ به نقل از مئوس، ۱۹۹۶)، جونز و هارتون<sup>۲</sup> (۱۹۸۸)، برزونسکی (۲۰۰۲؛ ۲۰۰۳)، سعادت‌ی شاهیر (۱۳۸۲) و مکوند حسینی (۱۳۸۶) همسوست.

اما، با توجه به ضرایب B و شاخص‌های محاسبه شده (مقادیر t و احتمال معناداری آن‌ها) معلوم شد که بین متغیرهای پیش‌بین با نمره نشانه‌های اضطراب به‌طور همزمان رابطه معنادار وجود ندارد و هیچ کدام از متغیرهای پیش‌بین نشانه‌های اضطراب را پیش‌بینی نمی‌کنند. در رابطه با نشانه‌های کارکردهای اجتماعی با توجه به نتایج به‌دست آمده ضرایب B و شاخص‌های محاسبه شده (مقادیر t و احتمال معناداری آن‌ها) این نتیجه به‌دست آمد که در بین متغیرهای پیش‌بین تنها متغیر هویت اطلاعاتی ( $p < 0/05$ ) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی ( $p < 0/01$ ) با نمره نشانه‌های کارکردهای اجتماعی به‌طور همزمان رابطه منفی و معنادار

براساس اطلاعات جدول (۵)، با توجه به نتایج به‌دست آمده درخصوص ضرایب B و شاخص‌های محاسبه شده (مقادیر t و احتمال معناداری آن‌ها) می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای پیش‌بین با نمره نشانه‌های افسردگی به‌طور همزمان رابطه معنادار وجود ندارد. بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه چهارم کافی نیست؛ هرچند، احتمال معناداری مربوط به هویت اطلاعاتی در حد قابل ملاحظه‌ای است ( $Sig = 0/075$ ).

#### بحث

نخستین یافته تحقیق نشان داد که می‌توان فرض صفر را تنها در مورد متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی ( $p < 0/01$ ) رد کرد. به‌عبارت دیگر، بین نمره‌های گروه مورد مطالعه در متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی به‌طور همزمان با چهار مؤلفه سلامت عمومی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کژکاری اجتماعی و افسردگی) رابطه معنادار وجود دارد. در مورد نشانه‌های کژکاری اجتماعی، با توجه به نتایج به‌دست آمده درخصوص ضرایب B و شاخص‌های محاسبه شده (مقادیر t و احتمال معناداری آن‌ها) می‌توان نتیجه گرفت که در بین متغیرهای پیش‌بین تنها متغیر هویت هنجاری با نمره نشانه‌های

<sup>1</sup> Osman & Manowitz

<sup>2</sup> Jones & Harton

رابطه با سبک هویت اطلاعاتی، شاید این یافته به این علت باشد که آن‌ها در مورد ساختار «خود» تردید داشته و به طور فعال اطلاعات مرتبط با خود را جستجو و ساخت‌های خود را آزمون می‌کنند و همین یکی از دغدغه‌های آنهاست که باعث افت سلامت عمومی این افراد می‌گردد. این یافته، با نتایج تحقیق سعادت‌ی شاهیر (۱۳۸۲)، جونز و هارتون (۱۹۹۸) همسو بوده، رابطه منفی هویت هنجاری با سلامت عمومی که شاید به خاطر خودپندارهای پایدار و عدم تمایل به بررسی اطلاعات ناهماهنگ با ارزش‌ها و باورها در این افراد و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی باشد، مشابه نتیجه جونز و هارتون (۱۹۸۸)، برزونسکی (۲۰۰۲)، برزونسکی (۲۰۰۳)، سعادت‌ی شاهیر (۱۳۸۲)، کلنسی و دالینجر (۱۹۹۳) و مکوند حسینی (۱۳۸۶) است. ارتباط مثبت جهت‌گیری مذهبی بیرونی با نمره سلامت عمومی (نشانه‌های کژکاری اجتماعی) مشابه نتایج پژوهش ناوارا و جیمز (۲۰۰۵)، آزموده و همکاران (۱۳۸۶)، پالکیتن و رونک (۱۹۹۴)، آدامز و فیچ (۱۹۸۲) و مئوس (۱۹۹۶) است. این نتیجه شاید به این خاطر است که این اشخاص به دلایل متعددی مثل ایجاد امنیت و آرامش به سمت مذهب می‌روند و در واقع، انگیزه‌های اصلی خود را در مذهب نمی‌بینند.

با توجه به نتایج به دست آمده، باز هم اهمیت و نقش دین و مذهب در زندگی واقعی و جنبه‌های جسمانی و روانی افراد مشخص می‌شود. بنابراین، نتایج این تحقیق در کنار یافته‌های سایر محققان در نشان دادن اهمیت نگرش‌های دینی و همچنین، سبک‌های هویت می‌تواند راهگشای بسیاری از مسایل آسیب‌شناسی روانی باشد.

دارند؛ هرچند احتمال معناداری مربوط به هویت هنجاری در حد قابل ملاحظه‌ای است (Sig=۰/۰۹۸).

پس این گونه استنباط می‌شود که افراد دارای سبک هویت اطلاعاتی و افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مسائل و موقعیت‌های متداول زندگی بهتر کنار می‌آیند. در مورد سبک هویت اطلاعاتی، شاید استقلال در قضاوت، بازبودن در تجارب و پیچیدگی شناخت این افراد، علت این نتیجه باشد. این یافته با نتیجه پژوهش پالکیتن و رونک (۱۹۹۴)، برزونسکی (۲۰۰۳)، ادبی (۱۳۷۹)، سعادت‌ی شاهیر (۱۳۸۲) همسوست؛ اما در مورد جهت‌گیری مذهبی بیرونی این یافته با مطالعه لویتن و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) همسوست که نشان داد دین می‌تواند در بعضی موارد اثر ناهنجار بر روی عملکردهای فرد داشته باشد و شرم و گناه می‌تواند به عنوان متغیرهای میانجی مهمی در ارتباط بین مذهب و سلامت عمومی بررسی شوند.

با توجه به ضرایب B و شاخص‌های محاسبه شده (مقادیر t و احتمال معناداری آن‌ها) می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای پیش‌بین با نمره نشانه‌های افسردگی به‌طور همزمان رابطه معنادار وجود ندارد؛ هرچند احتمال معناداری مربوط به هویت اطلاعاتی در حد قابل ملاحظه‌ای است (Sig=۰/۰۷۵). در نتیجه، شواهد موجود برای پذیرش فرضیه اول کافی است.

افراد با جهت‌گیری مذهبی بیرونی و افراد با سبک هویت اطلاعاتی، سلامت عمومی کمتری دارند؛ اما افراد با سبک هویتی هنجاری از نظر بهداشت روانی در وضعیت مطلوبتری هستند. در

<sup>۱</sup> Luyten

ادبی، ر. (۱۳۷۹). بررسی رابطه پایگاه هویت و سلامت روانی در اوایل، اواسط نوجوانی. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

جان‌بزرگی، م. (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی روان‌درمانگری و بدون جهت‌گیری مذهبی اسلامی بر اضطراب و تنیدگی. پایان نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی، تهران.

جان بزرگی، م. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. مجله پژوهش در پزشکی، سال اول، ش ۳۵۰، ص ۲۴۴-۲۴۵.

خدایی، ع؛ شکری، ا؛ کروسیتی، ای. و گراوند، ف. (۱۳۸۷). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های هویت. مجله تازه‌های علوم شناختی، سال یازدهم، ش ۱، ص ۴۰-۴۸.

رجایی، ع. ر؛ بیاضی، م. ح. و حبیبی‌پور، ح. (۱۳۸۸). باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان. فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال ششم، ش ۲۲، ص ۹۷-۱۰۷.

رحیمی‌نژاد، ع. و منصور، م. (۱۳۸۰). بررسی تحول هویت و رابطه آن با حرمت خود و حالت اضطراب در دانشجویان دوره کارشناسی. مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تهران، تابستان، دوره و شماره ۱۵۹-۱۵۸، ص ۴۷۷-۵۰۰.

سعادت‌شاهی، ا. (۱۳۸۲). بررسی ارتباط بین سبک‌های هویت با سلامت روان و

بدون شک، این مطالعه نیز با برخی محدودیت‌ها از جمله مقطعی بودن، استفاده صرف از پرسشنامه به دلیل محدودیت زمانی و مکانی برای استفاده از ابزار دیگر مانند مصاحبه و روش‌های کیفی، عدم امکان کنترل وضعیت اجتماعی، فرهنگی و بویژه وضعیت دینی و مذهبی شرکت‌کنندگان به‌عنوان متغیرهای مؤثر احتمالی و همچنین، عدم کنترل نوع دین و گرایش‌های مذهبی مسلط آزمودنی‌ها، و ماهیت احتمالا توأم با سوگیری ناشی از فشارهای اجتماعی و فرهنگی در پاسخ دادن به ابزار سنجش گرایش‌های دینی و مذهبی در جامعه و در نهایت، کاهش اعتبار بیرونی این تحقیق در ارتباط با محدودیت در انتخاب نمونه معرف کل جامعه، می‌تواند به‌عنوان محدودیت شمرده شود. براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که در مورد نقش دین در کمک به سلامت و تحکیم جنبه‌های روان شناختی مثبت از جمله احساسات مثبت، نشاط و امیدواری و دور شدن از مشکلات روان شناختی از طریق رسانه های گروهی، نهادهای عمومی و ... آموزش های لازم ارائه شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در مورد رویایی و مقابله با مشکلات روان‌شناختی بر اهمیت آموزش‌های دینی و کیفیت رشد هویت به ویژه در دوران نوجوانی و جوانی تاکید شود.

## منابع

آزموده، پ؛ شهیدی، ش. و دانش، ع. (۱۳۸۶). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی در دانشجویان. مجله روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی، سال یازدهم، ش ۱، ص ۶۰-۷۴.

- Personality and Social Psychology*, 43 (3), 570-583.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 4, 432-443.
- Berzonsky, M. (1992). Identity style and coping strategies. *Journal of Personality*, 60 (4), 771-788.
- Berzonsky, M. D., & Salivan, C. (1992). Social cognitive aspects of identity style: Need for cognitive, experiential openness and introspection. *Journal of Adolescent Research*, Vol. 7, No. 2 140-155. 10.1177/074355489272002
- Berzonsky, M. D. (2002). *Identity processing styles, self-construction, and personal epistemic assumption: A social cognitive perspective*. Paper presented in workshop social cognition in adolescence: Its developmental significance. Groningen Netherland.
- Berzonsky, M. D. (2003). *The structure of identity comment of Jane Krogers view of identity status transition*. State University of New York Cortlandy.
- Clancy, S. M., & Dollinger, S. W. (1993). Identity self and personality special issue. late adolescence and the transition to adulthood. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 43-53.
- Cohen, B., Yoon, B. 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.
- Erikson, Erik H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W. W. Norton Company.
- Feagin, J. R. (1964). Prejudice and religious types: a focused study of Southern Fundamentalists. *Journal for the Scientific Study of Religion* 4 (1), 3-13
- Goldberg P. D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press: London.
- مسئولیت‌پذیری دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، روانشناسی تربیتی دانشگاه تربیت معلم.
- غضنفری، ا. (۱۳۸۳). اعتباریابی و هنجاریابی پرسشنامه سبک هویت. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، سال پنجم، ش ۱، ص ۸۱-۹۴.
- کرمی، ج.؛ روغنجی، م.؛ عطاری، ی.؛ بشلیده، ک. و شکری، م. (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، سال سیزدهم، ش ۳، ص ۳۱-۵۲.
- مختاری، ع. (۱۳۷۹). بررسی رابطه جهت‌گیری دینی و میزان تنیدگی در دانشجویان دانشگاه تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- مکوند حسینی، ش. (۱۳۸۶). بررسی رابطه هویت‌یابی و سلامت روانی نوجوانان شاهد. مجله روانشناسی، سال یازدهم، ش ۲، ص ۱۶۷-۱۸۴.
- بهمنی، ب. و عسگری، ع. (۱۳۸۵). هنجاریابی ملی و ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای دانشجویان علوم پزشکی ایران، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ایران، ص ۶۲۱-۶۶۷.
- Adams, G. R., & Fitch, S. A. (1982). Ego stge and identity status development. A cross-sequential analysis. *Journal of*

- Meeus, W. (1996). Studies on identity development in adolescence: An overview of perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 25 (5), 569-598.
- Navara, G. S., & James, S. (2005). Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious, coping and adjustment? *International Journal of Intercultural Relations*, 29 (1), 39-58.
- Pulkkinen, L., & Rönkä, A. (1994). Personal control over development, Identity formation and future: Orientation as components of life orientation. *Developmental Psychology*, 30 (2), 260-270. doi: 10.1037/0012-1649.30.2.260
- White, J. M., Montgomery, M. J., Wampler, R.S., & Fischer, J. L. (2003). Recovery from alcohol or drug abuse: The relationship between identity styles and recovery behaviors. *Identity*, 3 (4), 325-345. doi.org/10.1207/S1532706XID0304\_0.
- Jones, R. M., & Harton, B. R. (1988). Ego identity use during adolescence. *Unpublished manuscript*. University of Arizona.
- Krause, N. (2009). Life trauma, prayer and psychological distress in late life. *International Journal for The Psychology of Religion*, 19 (1), 35-72.
- Keyes, C. L. M., & Reitzes, D. C. (2007). The role of religious identity in mental health of older working and retired adults. *Aging & Mental Health*, 11 (4), 434-443
- Koenig, G., Harold, Moreira-Almeida, A., & Lotufo Neto, F. (2006). Religiousness and Mental Health. *Review Psychiatry*, 28 (3), 242-250.
- Luyten, P. Corveleyn, J., & Fontaine, R. J. (1998). The relationship between religiosity and mental health: Distinguishing between shame and guilt. *Mental Health, Religion & Culture*, 69 (1), 165-184.

## **The Correlation Identity Styles and Religious Orientation with University Students' General Health**

**A. Hoseinsharghi**

Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

**\*M. Mirhashemi**

Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

### **Abstract:**

The main objective this research was to investigate relationship identity styles and religious orientation religious orientation with university students' general health. The sample of the study (N=325) was chosen through applying multistage and stratified random sampling methods. The research instruments included GHQ-28, Identity Style Questionnaire, and Religious Orientation Questionnaire. The data analysis indicated that there was a positive and significant relationship between informative identity ( $p<0.05$ ) and external religious orientation ( $p<0.01$ ) with social malfunctioning. Also, there was a negative and significant relationship between normative identity and physical symptoms ( $p<0.01$ ). Specially, the findings of this study suggested that religion and identity as two important personal and social components can influence some aspects of physical and psychological life of people, and based on them physical and psychological health can be predicted. Thus, paying attention to their formation and development is very important.

**Keywords:** identity styles, religious orientation, general health, religion.