

The Role of Perceived Stress and Positive Affect as Mediators in the Relationship between Religious Orientation and Mental Health

Najmeh Hamid*

Maryam Khorasani Dehshotoran**

Kiumars Beshlideh***

Seyed Ali Marashi****

Abstract

The present research aimed to examine the role of perceived stress and positive affect as mediators in the relationship between religious orientation and mental health among students. This correlational research applied the structural equation modeling, and its population was the students of Shahid Chamran University of Ahvaz in the academic year 2021-2022. By the multistage sampling, 311 students were selected. The questionnaires of religious orientation (Maltby, 1999), mental health (1972), and perceived stress (1983) were used. According to the findings, there is a relationship between religious orientation and perceived stress, and between perceived stress and mental health. In addition, there is not a relationship between religious orientation and mental health with the mediation of perceived stress. It is confirmed that there is a relationship between religious orientation and positive affect, and between positive affect and mental health. Positive affect explains the relationship between religious orientation and mental health. There is no significant difference between the two mediating variables. In order to increase students' mental health, it is suggested that internal religious orientation be strengthened and some supportive and educational programs be designed for managing students' stress and increasing their positive affect.

Keywords: religious orientation, positive affect, perceived stress, mental health.

* Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran, Corresponding Author, n.hamid@scu.ac.ir.

** Ph.D. Student in Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran, khorasani75@yahoo.com.

*** Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran, k.beshlideh@scu.ac.ir.

**** Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran, sayedalimarashi@scu.ac.ir.

نقش میانجی‌گری استرس ادراک شده و عاطفه مثبت در ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان

نجمه حمید*

مریم خراسانی ده‌شتران**

کیومرث بشلیده***

سیدعلی مرعشی****

چکیده

هدف پژوهش پیش‌رو بررسی نقش میانجی‌گری استرس ادراک شده و عاطفه مثبت در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در میان دانشجویان است. طرح پژوهش حاضر همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری و جامعه آماری آن دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای ۳۱۱ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز انتخاب شدند و ابزارهای جهت‌گیری مذهبی بای مالت (۱۹۹۹) و سلامت روان (۱۹۷۲) و استراس ادراک شده (۱۹۸۳) به کار رفت. یافته‌ها نشان داد جهت‌گیری مذهبی با استرس ادراک شده و نیز استرس ادراک شده با سلامت روان رابطه دارد؛ همچنین یافته‌ها گویای آن است که جهت‌گیری مذهبی از راه استرس ادراک شده با سلامت روان رابطه ندارد. ارتباط جهت‌گیری مذهبی با عاطفه مثبت و ارتباط عاطفه مثبت با سلامت روان تأیید شد. عاطفه مثبت رابطه میان جهت‌گیری مذهبی را با سلامت روان تبیین می‌کند. بین متغیرهای میانجی تفاوت معناداری دیده نشد. پیشنهاد می‌شود جهت افزایش سلامت روان در دانشجویان جهت‌گیری مذهبی درونی تقویت و برنامه‌های حمایتی و آموزشی جهت مدیریت استرس در دانشجویان و افزایش عواطف مثبت در آنها طراحی شود.

واژگان کلیدی: جهت‌گیری مذهبی، عاطفه مثبت، استرس ادراک شده، سلامت روان.

n.hamid@scu.ac.ir

Khorasani75@yahoo.com

K.beshlidedh@scu.ac.ir

Sayedalimarashi@scu.ac.ir

* استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

** دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

*** استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

**** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

تاریخ تأیید: ۱۴۰۱/۹/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۵/۱۰

مقدمه

استرس بخشی از زندگی روزانه ماست، اما مردم علاقه دارند که سطح بالاتری از استرس را در تغییرات اصلی زندگی تجربه کنند. ورود به دانشگاه یک دوره پراسترس است. زمانی که مرحله گذر اصلی زندگی در بلوغ اتفاق می‌افتد، استقلال جوانان با خروج از خانه والدینشان و مسئولیت‌پذیری بیشتر برای برنامه‌های آنان افزایش می‌یابد. در سال‌های دانشگاه که افراد استرس مزمن مربوط به شرایط جدید زندگی را نشان می‌دهند، استرس مربوط به مرحله گذر به دانشگاه زندگی با بی‌کفایتی مدیریت می‌شود؛ شاید افراد مشکلات تطبیق را تجربه کنند و در نتیجه رضایت از زندگی کاهش یابد، ولی همه افراد در این مرحله گذار مشکلات تطبیقی یا تجارب نارضایتی زندگی را تجربه نمی‌کنند. برخی افراد می‌آموزند مادامی که سطوح بالای رضایت از زندگی را حفظ کنند؛ با وجود افزایش سطح استرس با موفقیت با مرحله گذار سازگار شوند (لی^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

درباره مذهب و اثرهای آن بر زندگی افراد دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد؛ از نظر دیدگاه‌های متفاوت مذهب می‌تواند از راه‌های مختلف سلامت روانی را به ارمغان آورد. یک دیدگاه مطرح می‌کند که مذهب راهکارهای مختلفی به افراد می‌دهد و موجب سلامت روانی می‌شود و دیدگاه دیگری بیان می‌کند که مذهب ادراک استرس را کاهش می‌دهد و سلامت روانی را در پی دارد و دیگر دیدگاه معتقد است مذهب با عواطف مثبت سبب افزایش سلامت روانی در افراد می‌شود؛ به عبارتی پژوهشگران در تلاشند تا روشن کنند کدامیک از این دیدگاه‌های نظری توان تبیین‌کنندگی بیشتری دارند. در این مقاله قصد داریم دو متغیر از متغیرهای میانجی را بررسی و مقایسه کنیم و نشان دهیم کدام یک از متغیرها تأثیر بیشتری دارد.

مذهب تعاریف گوناگونی دارد؛ از نظر برخی روان‌شناسان مذهب تأثیر احساسات و رویدادهایی است که برای هر انسانی در عالم تنهایی و دور از وابستگی اتفاق می‌افتد، به گونه‌ای که بین او و چیزی که او آن را امر خدایی می‌داند، ارتباط برقرار می‌کند که این ارتباط از راه قلب یا عقل یا اجرای مراسم و اعمال مذهبی پدید می‌آید. گوردون آلپورت برای بررسی کاربرد دین در زندگی افراد مفهوم جهت‌گیری مذهبی دورنی و بیرونی را مطرح کرده است. افرادی که جهت‌گیری مذهبی دورنی دارند با مذهب خود زندگی می‌کنند و هدف اصلی زندگی و معنای زندگی را در مذهب می‌یابند، اما افرادی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند؛ از مذهب در رسیدن به اهداف خویش استفاده می‌کنند (صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۶). باورهای مذهبی عوامل حمایتی هستند که با امید دادن و معنا بخشیدن به زندگی از استرس‌های زندگی کاسته، سلامت روانی را

1. Lee, J.

افزایش می‌دهند؛ در واقع احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امید داشتن به یاری خداوند در شرایط استرس‌زای زندگی در ارزیابی فرد تأثیر می‌گذارد و موجب می‌شود فرد با مذهب درونی در مواجهه با مشکلات آسیب کمتری را متحمل گردد و سلامت روانی بیشتری را تجربه کند (بهادری خسروشاهی و همکاران، ۱۳۹۰).

رویکردهایی که اعتقاد دارند مذهب یکی از مؤلفه‌های اساسی سلامت است، برخاسته از سه نظریه هستند: ۱. بسیاری از جوامع مذهبی رفتارهایی را تقویت می‌کنند که سلامتی را ارتقا می‌دهد و از رفتارهای غیرسازنده و مخرب نهی می‌کند. این دیدگاه قدمت زیادی دارد و در پژوهش‌های تجربی بسیاری تایید شده است؛ ۲. مراقبه و نقش آن در سلامت جسم و روان دیدگاه دوم را تشکیل می‌دهد. یکی از عناصر کلیدی در آیین‌های مذهبی مراقبه است که بر سیستم فیزیولوژیک تأثیر می‌گذارد و استرس را کاهش می‌دهد؛ ۳. دیدگاه سوم اعتقاد دارد جنبه‌های اجتماعی مذهب با فراهم کردن حمایت اجتماعی و افزایش کارآمدی افراد در مواجهه با استرس‌های زندگی می‌تواند سلامتی را بهبود بخشد (حسینی مهر و همکاران، ۱۳۹۹). جدای از مذهب، همه ما از مدت‌ها پیش می‌دانستیم که رفتارها، احساسات و روابط اجتماعی ما عوامل تعیین‌کننده مهمی برای سلامتی هستند. سلامت جسمی و روانی - به کمک تشخیص عینی و سلامتی رتبه‌بندی شده از سوی خود فرد- و درجه ناخوشی روانی از نظر گروه‌های متغیرهای رفتاری و روان‌شناسی اجتماعی بسیار متفاوتند و استرس، حمایت اجتماعی، رفتارها و برداشت‌ها و احساسات مرتبط با سلامتی را در بر می‌گیرند.

تعهد به یک سیستم باور مذهبی تا ارتقای رفتارهای سالم و در نتیجه ایجاد حس خوب برای سلامت روانی سودمند است. حضور در تجمعات افراد همفکر، فرد را در شبکه‌های اجتماعی رسمی یا غیررسمی قرار می‌دهد که دریافت حمایت عاطفی و ملموس را تسهیل می‌کند. پرستش یا نماز جماعت و فردی می‌توانند به عواطف سودمندی با تأثیرات درمانی یا پیشگیرانه بینجامند (قدرشناسی، فروتنی، متانت، بخشش و عشق). باورهای مذهبی (در مورد خداوند، موجودیت انسان، هدف زندگی، زندگی پس از مرگ، انتخاب آزادانه و اختیار، ماهیت شیطان و مسئولیت‌های انسان) می‌توانند با باورهای همراه باشند که روش‌های مراقبت پیشگیرانه از سلامتی را ارتقا می‌دهند. ایمان یا اعتقادات مذهبی می‌تواند به انتظارات مثبتی بینجامد که با تلقین امید و خوش‌بینی از اضطراب پیشگیری کند و یا آن را کاهش دهد. محققان بنا بر کارکردها و قلمروهای مختلف روان انسان، میانجی‌های احتمالی بی‌شماری برای ارتباطات مشاهده‌شده سلامت روان مذهب ارائه کرده‌اند. این موارد به ما کمک می‌کنند تا چگونگی تأثیرگذاری ایمان یا یک مسیر معنوی بر سلامت روانی را درک کنیم (لوین، ۲۰۱۰).

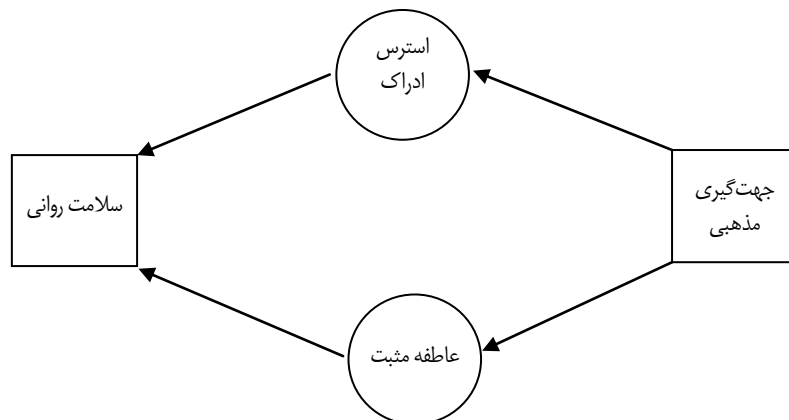
یکی از متغیرهای میانجی رابطه مذهب و سلامت روانی، «ادراک استرس» است. استرس واکنشی است نسبت به تهدید ادراک شده خیالی یا واقعی که یک سلسله پاسخ‌ها و واکنش‌های سازگاری فیزیولوژیک را ایجاد می‌کند. برخی محققان اعتقاد دارند تفسیر رویدادهای استرس‌زا از خود رویداد مهم‌تر است که این امر به توانایی فرد در واکنش و مقابله با استرس کمک می‌کند (موحدی و همکاران، ۱۳۹۷). براساس نظریه استرس و مقابله لازاروس و فولکمن^۱ (۱۹۸۴)، استرس تنها اتفاقاتی نیست که پاسخ‌های هیجانی منفی را راه‌اندازی می‌کند، بلکه یک فرایند متقابل است که افراد با محیط خود تعامل دارند؛ به عبارت دیگر استرس می‌تواند بر بهزیستی یا عملکرد افراد اثر گذارد، زمانی که افراد موقعیت را استرس‌زا دریافت می‌کنند و منابع آنها ناکافی است تا محرک‌های اطراف را کنترل کنند (مثل بیماری، طلاق، از دست دادن عشق، شکست مالی). لازاروس و فولکمن ارزیابی مفاهیم شناختی را نیز مطرح کردند. ارزیابی اولیه و ارزیابی ثانویه تا اینکه تفاوت‌های افراد را در مقابله با اتفاقات استرس‌زای زندگی و روابط آن با بهزیستی و عملکرد افراد توضیح دهند. ارزیابی اولیه فرایندی است که افراد موقعیت را به‌عنوان تهدیدآمیز، خنثی-مثبت یا بی‌ربط ارزیابی می‌کنند؛ درحالی‌که در ارزیابی ثانویه موقعیت به‌عنوان فرایندی است که منابع مقابله افراد در پاسخ به سنجش ارزیابی توضیح داده می‌شود. بسته به اینکه افراد چگونه سطح تهدید محرک محیطی را دریافت می‌کنند (ارزیابی اولیه)؛ افراد منابع مقابله‌شان را سازگار یا ناسازگار تعیین می‌کنند (ارزیابی ثانویه) و این ارزیابی ثانویه در نتیجه بهزیستی افراد تأثیر دارد (لی و همکاران، ۲۰۱۶).

کیم و سیدلیتز^۲ (۲۰۰۲) بیان می‌کنند که معنویت به‌عنوان یک مهارت مقابله‌ای از اثرهای مختلف استرس و فشار روانی بر سلامت افراد از راه تأثیر بر چهار حیطه شناختی، هیجانی، رفتاری و تعالی محافظت می‌کند. باورهای معنوی و مذهبی اعتمادبه‌نفس افراد را افزایش می‌دهد و یک دیدگاه اسنادی سازنده برای افراد فراهم می‌کند که در یافتن معنا و هدف در زندگی به افراد یاری می‌رساند. باور به زندگی پس از مرگ به زندگی معنا و جهت می‌دهد و احساس خوش‌بینی و امید را در انسان‌ها زنده می‌کند. در حیطه هیجانی، رفتارهای معنوی با ارضای نیازهای ذاتی افراد به وابستگی و ارتباط، عاطفه منفی مانند اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد و احساس امنیت را برای افراد فراهم می‌کند. در حیطه رفتاری، رفتارهای مذهبی و معنوی مانند دعا، نیایش و عبادت اثرهای آسیب‌زای استرس را از راه شبکه‌های حمایتی و ارتقای رفتارهای سلامت تعدیل می‌کنند.

1. Lazarus & Folkman

2. Kim & Seidlitz

معنویت و باورهای مذهبی مقابله با مشکلات و استرس را از راه درک موقتی بودن ناراحتی‌های روان‌شناختی یا رنج‌های زندگی تسهیل می‌کند و سبب احساس کنترل بر موقعیت می‌شود. همه آداب و رسوم معنوی مذاهب مختلف با دستورهای سلبی و ایجابی، پیروان خود را در ایجاد سبک زندگی سالم و رفتارهای ارتقادهنده یاری می‌دهند، مثلاً در بیشتر مذاهب مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر نهی شده و رفتارهایی مانند تغذیه سالم، ورزش و رفتارهای اخلاقی توصیه شده است. با درونی شدن این رفتارها و ایجاد سبک زندگی سالم، کاهش مصرف مواد و افزایش سلامت روانی و جسمانی تقویت می‌شود (دباغی، ۱۳۸۸).



نمودار ۱. الگوی مفهومی پژوهش

«عواطف» یکی دیگر از متغیرهایی است که رابطه بین مذهب و سلامت روانی را میانجی‌گری می‌کند. عواطف بخش اساسی نظام پویای شخصیت انسان است. چگونگی برقراری ارتباط عاطفی و ویژگی‌ها و تغییرات عاطفی و درک و تفسیر عواطف دیگران نقش مهمی در رشد و سازمان شخصیت و روابط اجتماعی و تحول اخلاقی و شکل‌گیری هویت و مفهوم خود دارد. عواطف به دو بعد عاطفه مثبت و منفی تقسیم می‌شوند؛ عاطفه مثبت حالتی از انرژی فعال، اشتغال به کار لذت‌بخش و تمرکز زیاد می‌باشد و طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت مانند احساس توانمندی، علاقه، تمایل، شادی، شور و شوق و اعتماد به نفس است؛ درحقیقت عاطفه مثبت الگوهای تفکر و رفتاری خلاقانه و انعطاف‌پذیر را تولید می‌کند و راهبردهای انطباقی را از راه افزایش منابع شخصی فرد ارتقا می‌دهد. در واقع عاطفه مثبت بالا با سطوح آشفستگی پایین، نشانگان افسردگی کمتر، فعالیت‌های روزمره بیشتر و سطوح بالای سلامت روانی و جسمانی همراه است (میری و همکاران، ۱۳۹۴).

روش

طرح پژوهش حاضر، طرح همبستگی با الگویایی معادلات ساختاری^۱ می‌باشد که یک روش همبستگی چندمتغیری است. به کمک این روش اثرهای مستقیم و غیرمستقیم متغیرها در الگوی یاد شده بررسی می‌شود.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران اهواز مشغول به تحصیل در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ است. با توجه به قانون سرانگشتی تعداد ۱۰-۱۵ نفر برای هر پارامتر قابل برآورد در مدل (بشلیده، ۱۳۹۶/۲۰۱۷)، تعداد ۳۱۱ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. در مرحله نخست، تعداد ۱۰ دانشکده از دانشگاه شهید چمران اهواز برگزیده شده و در مرحله دوم از هر دانشکده یک رشته تحصیلی را انتخاب و در مرحله سوم در آن رشته تعدادی از دانشجویان به‌عنوان شرکت‌کننده در نظر گرفته شدند. با همکاری اساتید از راه شبکه‌های مجازی و فناوری‌های ارتباطی مجازی لینک پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و همکاری آنها جهت شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه جلب شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه‌هایی که در این پژوهش به کار رفت؛ عبارت بودند از:

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی:^۲ در این پژوهش برای ارزیابی جهت‌گیری مذهبی از پرسشنامه مالت بای (۱۹۹۹) استفاده شد. این پرسشنامه سه نوع جهت‌گیری مذهبی درونی، بیرونی شخصی و بیرونی اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. در این ابزار برای اندازه‌گیری جهت‌گیری درونی (۸گویه)، جهت‌گیری بیرونی شخصی (۴گویه) و جهت‌گیری بیرونی اجتماعی (۳گویه) وجود دارد. بدری گرگری و همکاران (۱۳۹۱) روایی سازه این ابزار را محاسبه کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد مقدار شاخص‌های TLI و CFI برابر با ۰/۹۲ و نشان‌دهنده برازندگی کامل مدل بوده است و نیز پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد (بدری گرگری، ۱۳۹۳). در این پژوهش پایایی پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد.

مقیاس استرس ادراک شده:^۳ کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ پرسشنامه استرس ادراک شده را تهیه کردند که دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک

1. Structural Equation Modeling (SEM)

2. The Age – Universal L-E Scale

3. Perceived Stress Scale

شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را می‌سنجد؛ همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این مقیاس براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز (۰) تا بسیاری از اوقات (۴) نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره کسب شده ۰ و بیشترین نمره ۲۸ است. نمره بالاتر گویای استرس ادراک شده بیشتر است. در این پژوهش از هفت سؤال منفی برای سنجش استرس استفاده شده است. کوهن و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی مقیاس را در سه گروه از آزمودنی‌ها، دو گروه دانشجوی و یک گروه نامتجانس دیگر بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند (نظامی و عزیزی، ۱۳۹۴). این نسخه با فرم کوتاه «مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش» و خرده‌مقیاس‌های آن همبستگی مثبت معنادار داشت که بیانگر روایی همگرایی مقیاس بود (معروفی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۳). در این پژوهش از پنج گویه این پرسشنامه (عامل منفی) استفاده شد؛ همچنین پایایی پرسشنامه استرس ادراک شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید.

مقیاس PANAS:^۱ این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۲۰ آئمی می‌باشد که برای ارزیابی ابعاد متمایز عاطفه مثبت و عاطفه منفی طراحی شده است. در مقیاس عاطفه مثبت و منفی از پاسخ‌دهندگان درخواست می‌شود براساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از به هیچ وجه (۱) تا بسیار زیاد (۵) نظر خود را بیان کنند (مرز^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). نمره عاطفه مثبت با جمع نمرات آئیم‌های ۱-۳-۵-۹-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۷-۱۹ به دست می‌آید. مقیاس عاطفه مثبت اشتیاق، انرژی و پویایی و مقیاس عاطفه منفی خشم، ترس، تقصیر و ناآرامی را می‌سنجد (برتلوت^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). میزان پایایی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های عاطفه مثبت ۰/۸۸ به دست آمد (شاگری‌فرد و همکاران، ۲۰۱۹). پیراسته مطلق و همکارانش (۱۳۹۵) پایایی این مقیاس در بعد عاطفه مثبت را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش پایایی پرسشنامه عاطفه مثبت با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس سلامت روانی:^۴ گلدنبرگ این پرسشنامه را در سال ۱۹۷۲ در کشور انگلیس ساخت. نسخه اولیه آن دارای ۶۰ سؤال است، ولی در طول زمان نسخ ۱۲، ۲۰، ۲۸ و ۳۰ سؤالی نیز از ابزار

1. Positive affect & negative affect scale

2. Merz

3. Berthelot

4. mental health scale

مزبور اقتباس شده است. مقیاس سلامت روان جهت بررسی وضعیت توانایی تمرکز، بی‌خوابی، احساس مفید بودن، توانایی تصمیم‌گیری، احساس فشار، ناتوانی در غلبه بر سختی‌ها، لذت بردن از فعالیت‌های روزمره، توانایی رویارویی با مشکلات، احساس غمگینی و افسردگی، از دست دادن اعتماد به نفس، احساس بی‌ارزش بودن و احساس خوشحالی منطقی در چهار هفته است که براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ ابزار در پژوهش شریفی و همکاران (۱۳۹۳) ۰/۷۹ محاسبه و ضریب پایایی آن با روش آزمون مجدد در حد عالی گزارش شد که روش همبستگی هر سؤال با نمره کل، پایایی ابزار را تأیید کرد. اعتبار سازه پرسشنامه از راه بررسی همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و با نمره کل محاسبه شد که همگی دارای همبستگی معنادار با شدت قوی بودند (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). در این پژوهش پایایی پرسشنامه سلامت روان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر با کمک توزیع پرسشنامه‌های الکترونیکی در میان نمونه پژوهش انجام شد. در ابتدای فرم پرسشنامه‌های الکترونیکی، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح و رضایت آنها برای شرکت در پژوهش جلب شد. روشن است که نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به‌صورت انفرادی بوده و پس از آن داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است.

یافته‌ها

نتایج مربوط به میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد ماده‌ها	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
جهت‌گیری مذهبی	۴	۴	۲۰	۱۵/۰۵	۴/۳۲
عاطفه مثبت	۶	۱۱	۳۰	۲۱/۶۲	۴/۰۵
استرس ادراک شده	۵	۰	۲۰	۱۰/۴۳	۴/۰۱
سلامت روان	۶	۶	۳۰	۱۹/۶۲	۵/۵۰

جدول ۱، نتایج همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. جهت‌گیری مذهبی	۱			
۲. عاطفه مثبت	۰/۱۷۰**	۱		
۳. استرس ادراک شده	-۰/۱۲۴*	-۰/۴۵۱**	۱	
۴. سلامت روان	۰/۱۹۴**	۰/۵۲۵**	-۰/۶۵۱**	۱

جدول ۳، پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. الگوی ساختاری، پارامترهای اندازه‌گیری مسیرها و روابط مستقیم متغیرها

مسیر	برآورد استاندارد (β)	برآورد غیراستاندارد (B)	خطای استاندارد	نسبت بحرانی (CR)	سطح معناداری
جهت‌گیری مذهبی ← عاطفه مثبت	۰/۲۱۷	۰/۱۱۶	۰/۰۳۶	۳/۲۳۳	۰/۰۰۰
جهت‌گیری مذهبی ← استرس ادراک‌شده	-۰/۱۶۵	-۰/۱۱۶	۰/۰۴۵	-۲/۵۵۲	۰/۰۱۱
عاطفه مثبت ← سلامت روان	۰/۲۹۵	۰/۴۱۰	۰/۰۹۴	۴/۳۵۵	۰/۰۰۱
استرس ادراک‌شده ← سلامت روان	-۰/۵۹۷	-۰/۶۳۰	۰/۰۸۲	-۷/۶۶۲	۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۳، ضریب استاندارد جهت‌گیری مذهبی با استرس ادراک‌شده $\beta = -0/165$ و در سطح $p < 0/05$ معنادار می‌باشد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

با توجه به مندرجات جدول ۳، ضریب استاندارد استرس ادراک‌شده با سلامت روان $\beta = -0/597$ و در سطح $p < 0/001$ معنادار است؛ پس فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

با توجه به مندرجات جدول ۳، ضریب استاندارد جهت‌گیری مذهبی با عاطفه مثبت $\beta = 0/217$ و در سطح $p < 0/001$ معنادار می‌باشد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

با توجه به مندرجات جدول ۳، ضریب استاندارد عاطفه مثبت با سلامت روان $\beta = 0/295$ و در سطح $p < 0/001$ معنادار است؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۴ یافته‌های به‌دست آمده برای بررسی فرضیه غیرمستقیم را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج بوت استرپ مربوط به روابط غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش

مسیر	شاخص‌های اندازه‌گیری			
	اندازه اثر استاندارد	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا
جهت‌گیری مذهبی ← عواطف مثبت ← سلامت روان	۰/۰۳۷	۰/۰۲۱	۰/۰۰۳	۰/۰۹۰
جهت‌گیری مذهبی ← استرس ادراک‌شده ← سلامت روان	۰/۰۴۱	۰/۰۳۷	-۰/۰۲۵	۰/۱۱۸

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، حد پایین (۰/۰۰۳) و حد بالا (۰/۰۹۰) رابطه غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان از راه عواطف مثبت، صفر را دربر نمی‌گیرد که نشان‌دهنده معنادار بودن این رابطه غیرمستقیم است؛ بنابراین فرضیه پژوهش دال بر اثر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان از راه عواطف مثبت تأیید می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، حد پایین (-۰/۰۲۵) و حد بالا (۰/۱۱۸) رابطه غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان از طریق استرس ادراک‌شده، صفر را دربر نمی‌گیرد که عدم معناداری اثر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان از طریق استرس ادراک‌شده را نشان می‌دهد؛ بنابراین فرضیه پژوهش دال بر اثر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان از راه استرس ادراک‌شده تأیید نمی‌شود.

جدول ۵. مقایسه زوجی نقش متغیرهای میانجی بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان

مسیر	متغیر میانجی ۱	متغیر میانجی ۲	حد پایین	حد بالا	P
جهت‌گیری مذهبی ← سلامت روان	عاطفه مثبت	استرس ادراک‌شده	-۰/۰۹۴	۰/۰۴۹	۰/۵۵۵

جدول ۵ مقایسه زوجی بین نقش متغیرهای میانجی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان را نشان می‌دهد؛ بر اساس اطلاعات این جدول، بین نقش میانجی متغیرهای مختلف در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان با نقش میانجی‌گری عاطفه مثبت و استرس ادراک‌شده انجام شد. نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی با عاطفه مثبت و عاطفه مثبت با سلامت روانی رابطه دارد. رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی از راه عاطفه مثبت تأیید شد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هالت و همکاران (۲۰۱۱)، زبردست و شفیع‌تبار (۱۳۹۸)، خوش‌طینت (۱۳۹۳)، کاظمی‌زهرانی و همکاران (۱۳۹۶) و پازرلو و همکاران (۱۳۹۸)، همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت سلامت روان به حالت سازگاری نسبتاً خوب، دور بودن از اختلالات و بیماری‌های روانی، تعادل میان فرد و محیط در رسیدن به خودشکوفایی، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، سازگاری با مشکلات زندگی، شوخ‌طبعی، احساس امنیت عاطفی و برداشت واقع‌گرایانه از استعدادها و خود تعریف کرده‌اند.

گرایش ذاتی افراد به تجربه حالت‌های هیجانی خوشایند، شادی، برانگیختگی و شادابی عاطفه مثبت گفته می‌شود. عاطفه مثبت نشان‌دهنده این است که فرد تا چه اندازه احساس هیجان‌زدگی، قوی بودن، فعال بودن و الهام دارد. عواطف مثبت که عبارتند از لذت، علاقه، اعتماد و هشیاری بخشی از سیستم رفتاری تسهیلی هستند که ارگانیسم را به سمت محرک‌های لذت‌بخش هدایت می‌کنند و منبع روان‌شناختی بسیار مهمی هستند که به افراد کمک می‌کنند در برابر فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثر استفاده کنند (شریفی، ۱۳۹۵)؛ بنابراین عواطف مثبت به سلامت روانی بیشتر می‌انجامد.

در تبیین رابطه غیرمستقیم مذهب با سلامت روانی از راه عاطفه مثبت می‌توان گفت از لحاظ کارکردی برای هیجان جنبه‌های مثبت و منفی مختلفی در نظر گرفته شده؛ این حالت‌های مثبت یا منفی به عنوان دو عامل و ساختار باثبات هیجانی دانسته شده‌اند، معمولاً عاطفه مثبت و منفی به عنوان دو بعد مجزا تقسیم‌بندی و اندازه‌گیری می‌شوند. عاطفه مثبت گرایش به تجربه احساسات خوشایند، تمرکز زیاد، داشتن انرژی فعال و اشتغال به کار لذت‌بخش است. این نوع عاطفه شامل طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت مانند شادی، احساس توانمندی، شور و شوق و توانمندی، علاقه، تمایل و اعتماد به نفس است. اختلالات عاطفی از عوامل مهم و رو به افزایش ناتوانی و کاهش عملکرد در حیطه‌های شخصی، تحصیلی، اجتماعی و بین‌فردی در تمام جوامع هستند (غضنفریان‌پور و چلبیانلو، ۱۴۰۰). افرادی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارند؛ با عمل به دستورهای دین و با اعتقادات دینی عواطف مثبت بیشتری را تجربه کرده، از عواطف منفی درامان مانده‌اند و در نتیجه سلامت روان بالاتری دارند.

همچنین جهت‌گیری مذهبی با استرس ادراک‌شده و سلامت روان با استرس ادراک‌شده رابطه دارد. نقش میانجی‌گری استرس ادراک‌شده در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان ثابت نشد. نتایج پژوهش با نتایج پژوهش لی^۱ و همکاران (۲۰۲۲)، لیندهولت^۲ و همکاران (۲۰۲۲)، لارا - کبررا^۳ و همکاران (۲۰۲۱)، وانگ^۴ و همکاران (۲۰۱۹)، بنزاده و همکاران (۲۰۱۹)، فکور و همکاران (۱۳۹۶)، اعتصامی‌نیا و همکاران (۱۳۹۴) همسو بود.

در تبیین رابطه مثبت جهت‌گیری مذهبی با استرس ادراک‌شده می‌توان گفت استرس ناشی از تغییراتی است که در زندگی برای هر کس رخ می‌دهد. مذهب استرس کم را برای افراد مفید

1. Li

2. Lindholdt

3. Lara-Cabrera

4. Wang

می‌داند، زیرا نه تنها ضعف و سستی را از بین می‌برد و سبب تهییج قوا و نیروهای نهفته انسان می‌شود؛ در حکم نیروی محرک سازمان روانی فرد است و موجب رشد معنوی و تقویت اعتماد به نفس نیز می‌شود. پس مذهب با تغییر نگرش افراد نسبت به سختی‌ها و مشکلات، ادراک افراد از استرس را تغییر می‌دهد و مشکلات را تحفه الهی می‌داند که زمینه رشد معنوی افراد را فراهم می‌کند و معتقد است افراد هرگاه با سختی‌ها و تغییرات روبه‌رو می‌شوند و با آنها دست و پنجه نرم می‌کنند؛ به مرور مقاوم‌تر می‌شود و سختی‌ها و استرس ناشی از آن می‌تواند کارکرد مثبت داشته باشد (آذربایجانی و شجاعی، ۱۳۹۵).

تنها اتفاقات محیطی نیستند که تأثیرگذارند، نحوه تفسیر فرد از اتفاقات و ادراک وی از استرس بر سلامتی افراد تأثیر دارد. عواملی مانند ظرفیت جسمانی، نحوه برداشت، واکنش‌پذیری و تجارب پیشین افراد در چگونگی پاسخ‌دهی آنان به استرس نقش دارد. برخی افراد موقعیتی را تنش‌زا می‌دانند؛ درحالی‌که عده‌ای دیگر آن موقعیت را متفاوت ارزیابی می‌کنند. پس نحوه ارزیابی و چگونگی ادراک شخص از موقعیت در بروز عوارض استرس تعیین‌کننده به شمار می‌رود (نظامی و عزیزی، ۱۳۹۴). بین تعداد رویدادهای فشارزای زندگی با سلامت جسمانی و روانی رابطه وجود دارد و عوارض فشار روانی می‌تواند ناشی از واکنش بین وقایع استرس‌زا و درک فرد از موقعیت استرس‌زا بوده، مقدار فشار روانی تجربه شده ممکن است برای سازگاری ثمربخش فرد با وقایع استرس‌زا مؤثر باشد؛ در واقع یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت روانی افراد، فشار روانی زیاد و تحمل کم افراد است و به باور دیدگاه‌های شناختی رفتاری وقتی فرد با فشار روانی روبه‌رو می‌شود؛ از سه مرحله هشدار، مقاومت و فروپاشی عبور می‌کند و فردی که توانایی رویارویی مناسب با انواع عوامل استرس‌زا را ندارد، شاید تا سرحد آشفتگی و فروپاشی در سلامت روانی و جسمانی پیش رود (شادمهر و همکاران، ۱۳۹۹). افرادی که استرس کمتری را درک می‌کنند، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

فرضیه غیرمستقیم پژوهش: رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان با میانجی‌گری استرس ادراک شده تأیید نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت احتمالاً متغیرهای میانجی دیگری مانند شیوه‌های مقابله با استرس، عواطف و... ممکن است این رابطه را تبیین کنند. جهت‌گیری مذهبی از راه‌های دیگری بر سلامت روان تأثیرگذار است. براساس آیه ۴ سوره بلد که می‌فرماید: «لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ؛ زندگی انسان را در سختی قرار دادیم»؛ درحقیقت به دلیل اینکه همه افراد استرس‌هایی در زندگی دارند، اما شیوه‌های مقابله افراد با استرس و نحوه تفسیر آنها از وقایع در ادراک استرس مؤثر است. پس مذهب از راه‌هایی مانند مقابله مذهبی بر سلامت روان تأثیر

دارد. نتایج این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری متأثر از محدودیت‌هایی بود که به مواردی از آنها اشاره می‌شود.

نمونه پژوهش و تعمیم نتایج: از آنجاکه این پژوهش روی قشر محدودی از جامعه (دانشجویان دانشگاه چمران) اجرا شد و به دلیل نمونه محدود به یک دانشگاه خاص، تعمیم نتایج به سایر افراد جامعه می‌بایست با احتیاط صورت گیرد.

شیوه تجزیه و تحلیل: در این پژوهش از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد که نتیجه‌گیری به صورت علت و معلولی می‌بایست با احتیاط صورت گیرد.

با توجه به محدودیت‌های پژوهشی پیشنهاد می‌شود: ۱. پژوهش در جوامع آماری متفاوت انجام شود تا هم تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر با دقت بیشتری صورت گیرد و هم سایر متغیرهای مرتبط با مذهب مشخص شود؛ ۲. بهتر است در مطالعات آتی در سازمان‌ها، ارگان‌ها و یا دانشگاه‌های مختلف صورت گیرد تا مشکلات و پیامدهای منفی حاصل از آن بررسی شود؛ ۳. توصیه می‌گردد در مطالعات بعدی تعدیل‌گری متغیرهای دیگری از جمله شخصیت (ویژگی‌های پنج‌گانه بزرگ)، هوش هیجانی، تاب‌آوری و عوامل روان‌شناختی دیگری لحاظ شود.

منابع

۱. آذربایجانی، مسعود و محمدصادق شجاعی (۱۳۹۵)، روان‌شناسی در نهج‌البلاغه (مفاهیم و آموزه‌ها)، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۲. اعتصامی‌نیا، حسن؛ رحیم ناروئی نصرتی و محمدرضا احمدی (۱۳۹۴)، «رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و تحول اخلاقی»، روان‌شناسی دین، س ۸، ش ۱، ص ۱۱۵-۱۲۸.
۳. بدری گرگری، رحیم (۱۳۹۳)، «تأثیر جهت‌گیری‌های مذهبی و روش‌های مقابله مذهبی بر اعتیادپذیری دانشجویان دانشگاه تبریز»، راهبرد فرهنگ، ش ۲۸، ص ۱۵۳-۱۷۵.
۴. بدری گرگری، رحیم؛ شهروز نعمتی و نادر محمدی (۱۳۹۹)، «نقش میانجی عاطفه منفی در رابطه بین گرایش به بخشش خود و تعلل‌ورزی عمومی و تصمیم‌گیری دانشجویان پسر دانشگاه تبریز: الگوی معادلات ساختاری»، مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱۳، ش ۱، ص ۱۷-۲۵.
۵. بشلیده، کیومرث (۱۳۹۶)، روش‌های پژوهش و تحلیل آماری مثال‌های پژوهشی با SPSS و AMOS، اهواز: انتشارات دانشگاه شهید چمران اهواز.
۶. بهادری خسروشاهی، جعفر؛ تورج هاشمی نصرت‌آباد و جلیل باباپور خیرالدین (۱۳۹۰)، «مقایسه نگرش مذهبی، ادراک استرس و سلامت روان در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری»، فصلنامه سلامت و روان‌شناسی، دوره ۱، ش ۳، ص ۱۱۷-۱۳۳.
۷. پیراسته‌مطلق، علی‌اکبر؛ گلباد حکمتی‌اصل؛ علی تقوایی‌نیا و علی درخش (۱۳۹۵)، «نقش معنویت و عاطفه مثبت در نگرش نسبت به مرگ سالمندان شهر یاسوج»، نشریه سالمندشناسی، ش ۱، دوره ۳، ص ۱۱-۲۰.
۸. تقریبی، زهرا؛ خدیجه شریفی و زهرا سوکی (۱۳۹۳)، «روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه دوازده سؤال سلامت عمومی با سبک نمره دهی C-GHQ در زنان»، مجله مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی، دوره ۴، ش ۲، ص ۶۶-۸۰.
۹. حسینی‌مهر، علی؛ آرزو عظیم‌زاده پارسی و عدرا رحمانی (۱۳۹۹)، «الگوی ساختاری رابطه جهت‌گیری مذهبی و نشانه‌های سلامت روانی با میانجی‌گری خوش‌بینی»، روان‌شناسی و دین، س ۱۳، ش ۱، ص ۹۵-۱۱۰.

۱۰. خوش‌طینت، ولی‌اله (۱۳۹۳)، «بررسی سبک مقابله مذهبی در دانشجویان دانشگاه پیام نور با تأکید بر تعالی معنوی»، فصلنامه اخلاق پزشکی، ۸ (۳۰).
۱۱. دباغی، پرویز (۱۳۸۸)، «بررسی نقش معنویت و مذهب در سلامت»، مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، س ۴، ش ۱، ص ۱-۴.
۱۲. زبردست، عذرا و مهدیه شفیعی تبار (۱۳۹۸)، «راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در دختران مبتلا به سردرد میگرنی»، فصلنامه سلامت روان کودک، دوره ۶، ش ۲، ص ۱۸۰-۱۹۳.
۱۳. شادمهر، مرضیه؛ ناهید رامک و علیرضا سنگانی (۱۳۹۹)، «بررسی نقش میزان فشار روانی ادراک شده در سلامت افراد مشکوک به بیماری کوید-۱۹»، مجله طب نظامی، دوره ۲۲، ش ۲، ص ۱۱۵-۱۲۱.
۱۴. صدری دمیرچی، اسماعیل؛ نسیم محمدی، مینا فیاضی و ابراهیم افسر (۱۳۹۶)، «بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی با جهت‌گیری مذهبی و بخشش در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی»، مجله پژوهش در دین و سلامت، س ۳، ش ۲، ص ۲۰-۳۰.
۱۵. غضنفریان‌پور، سمیرا؛ و غلامرضا چلبیانلو (۱۴۰۰)، «اثربخشی مداخله کوتاه‌مدت شفقت به خود بر عاطفه مثبت و منفی و رضایت از زندگی»، رویش روان‌شناسی، ۱۰ (۳).
۱۶. فکور، احسان؛ سیدزین العابدین صفوی، بهرام رستمی، سقراط فقیه‌زاده، فضل‌اله آیت‌الهی و کاظم سرابی (۱۳۹۶)، «رابطه جهت‌گیری مذهبی بیرونی با خودکارآمدی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان»، مجله توسعه آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱۰، ش ۲۶، ص ۴۹-۵۹.
۱۷. کاظمی زهرانی، حمید؛ فاطمه آقاسی کرمانی و معصومه سادات کاظمی (۱۳۹۶)، «بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهبی، تجربه عواطف مثبت و منفی و بهزیستی روان‌شناختی با ابعاد کیفیت زندگی در دانشجویان»، مجله مدیریت فراگیر، س ۳، ش ۴، ص ۱-۹.
۱۸. معروفی‌زاده، سامان؛ آرمین زارعیان و ناصح سیگاری (۱۳۹۳)، «خصوصیات روان‌سنجی نسخه‌های ۱۰، ۱۴ و ۴ عبارتی «مقیاس تنش درک شده» در بیماران مبتلا به آسم»، نشریه پایش، س ۱۳، ش ۴، ص ۴۵۷-۴۶۵.
۱۹. موحدی، معصومه؛ شهرام محمدخانی، جعفر حسنی و مریم مقدسین (۱۳۹۷)، «رابطه استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه»، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره ۲۰، ص ۱۰۰-۱۰۹.

۲۰. میری، انور؛ عدالت کریمیان و فتاح استوار (۱۳۹۴)، «نقش عاطفه مثبت و منفی و سبک‌های مسئله‌گشایی در پیش‌بینی رضایت از زندگی در افراد مبتلا به دیابت»، فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل، دوره ۳، ش ۳، ص ۷۵-۸۷.
۲۱. نظامی، لطیفه و مرتضی عزیزی (۱۳۹۴)، «پیش‌بینی و میزان شیوع افسردگی بعد از زایمان بر اساس استرس ادراک شده دوران بارداری در زنان شهر تبریز»، زن و مطالعات خانواده، س ۸، ش ۳۰، ص ۱۱۳-۱۲۵.
۲۲. یازرلو، محمدتقی؛ نظام هاشمی، رابعه باشقره، زهرا ممشلو (۱۳۹۸)، «نقش قدردانی و بخشش در سلامت روان‌شناختی کارکنان یک واحد انتظامی»، فصلنامه روان‌شناسی نظامی، دوره ۱۰، ش ۳۹.
۲۳. یعقوبی، حمید؛ معصومه کریمی، عبدالله امید، عصمت باروتی و میلاد عابدی (۱۳۹۱)، «اعتباریابی و ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) در دانشجویان»، مجله علوم رفتاری، دوره ۶، ش ۲، ص ۱۵۳-۱۶۰.
24. Banazadeh, N., Sabahi, A., Ziaadini, H., Jalali-Khalilabadi, A. & Banazadeh, M. (2019), The relationship between extrinsic and intrinsic religious orientation with perceived stress and cigarette addiction among university students. *Addiction & Health, 11*(2), 73.
25. Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J, Drouin-Maziade, C., Martel, É., & Maziade, M. (2020), Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 99*(7), 848-855.
26. Holt, C. L., Wang, M. Q., Caplan, L., Schulz, E., Blake, V. & Southward, V. L. (2011), Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: Testing a mediational model. *Journal of behavioral medicine, 34*(6), 437-448.
27. Kim, Y., & Seidlitz, L. (2002), Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual differences, 32*(8), 1377-1390.
28. Lara-Cabrera, M. L., Betancort, M., Muñoz-Rubilar, C. A., Rodríguez Novo, N. & De las Cuevas, C. (2021), The mediating role of resilience in the relationship between perceived stress and mental health. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(18), 9762.

29. Lee, J., Kim, E. & Wachholtz, A. (2016), The effect of perceived stress on life satisfaction: The mediating effect of self-efficacy, *Ch'ongsonyonghak yongu*, 23(10), 29.
30. Levin, J. (2010), Religion and mental health: Theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 102–115.
31. Li, R., Kajanoja, J., Lindblom, J., Korja, R., Karlsson, L., Karlsson, H, ... & Karukivi, M. (2022), The role of alexithymia and perceived stress in mental health responses to COVID-19: A conditional process model, *Journal of Affective Disorders*, 306, 9–18.
32. Lindholdt, L., Labriola, M., Andersen, J. H., Kjeldsen, M. M. Z., Obel, C. & Lund, T. (2022), Perceived stress among adolescents as a marker for future mental disorders: A prospective cohort study, *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(3), 412–417.
33. Merz, E. L., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Ko, C. M., Emerson, M., Roma, V. G., & Sadler, G. R. (2013), Psychometric properties of Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) original and short forms in an African American community sample. *Journal of affective disorders*, 151(3), 942–949.
34. Shakerifard, M., Mohamadzadeh Ebrahimi, A. & Rahimi Pordanjani, T. (2019), Effect of Gratitude on Mental Health with Mediating Role of Positive and Negative Affect. *J Educ Community Health*, 6(2), 87–93.
35. Wang, L., Xu, B., Gu, Y., Zhu, J. & Liang, Y. (2019), The mediating and moderating effects of resilience on the relationship between perceived stress and depression in heroin addicts, *Journal of Community Psychology*, 47(3), 495–503.