

نقش روزه

در تأمین سلامت روانی پرسنل اداری دانشگاه

عباس فنی اصل* / سوران رجیبی**

چکیده

هدف از این مقاله، که به بررسی نقش روزه در تأمین سلامت روانی می‌پردازد بررسی تأثیر روزه ماه رمضان بر سلامت روانی در میان پرسنل اداری دانشگاه محقق اردبیلی در شهرستان اردبیل در نیمسال اول ۸۸ - ۱۳۸۷ می‌باشد. روش نمونه‌گیری پژوهش به روش کل شماری، تعداد ۲۰۶ نفر کارمند انتخاب شدند. نتایج مطالعه نشان داد که، تفاوت معناداری بین پیش آزمون و پس آزمون در مؤلفه علایم جسمانی، اضطراب و افسردگی وجود دارد و به طور کلی، تفاوت معناداری بین پیش آزمون و پس آزمون در پرسش‌نامه سلامت روانی وجود دارد. این مطالعه نشان داد که، روزه‌داری می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی پرسنل اداری دانشگاه‌ها گردد.

کلید واژه‌ها: سلامت روانی، روزه داری، پرسنل، روزه افسردگی، اضطراب.

* عضو هیأت علمی دانشگاه محقق اردبیلی. / ** دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی.

دریافت: ۱۳۸۷/۱۱/۱۹ - پذیرش: ۱۳۸۷/۱۲/۱۳

مقدمه

یکی از مباحث مهمی که توجه بسیاری از مدیران و مسئولان مختلف را در سال‌های اخیر به خود جلب کرده است، مفهوم بهره‌وری است. روشن است که برای دستیابی به این مهم، توجه به مسائل گوناگون منابع انسانی ضروری است. دانشگاه نیز سازمانی گسترده است، که بیش‌ترین نیروی انسانی جوان را نسبت به سایر سازمان‌ها در اختیار دارد. رشد و شکوفایی هر سازمانی در گرو بهره‌وری پرسنل اداری آن سازمان می‌باشد. این بهره‌وری ناشی از عوامل گوناگونی است که سلامت روانی پرسنل یکی از عوامل اصلی به شمار می‌آید. سلامت روانی نیز خود ناشی از عواملی است که رفتارها و مناسک دینی از جمله این عوامل است.

در طول تاریخ بشر، دین به عنوان مهم‌ترین نیاز انسانی مورد تأکید بوده است. امروزه، این نیاز انسانی بیش از زمان‌های دیگر احساس می‌شود. در سال‌های اخیر استفاده از مذهب و اعتقادات دینی، بویژه اعتقادات اسلامی توسط سیاست‌گذاران و تدوین‌کنندگان راهبردهای بهداشت جامع نگر، در سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱ نیز مورد توجه قرار گرفته است. این سازمان، بخشی از انتشارات خود را از سال ۱۹۹۲ میلادی به آموزش بهداشت از طریق مذهب به عنوان راهکار زندگی سالم اختصاص داده است. همچنین اندیشمندانی به نقش مذهب در سلامت جسم و روان اشاره کرده‌اند. «قدرت محافظتی مذهب»،^۲ که ابتدا توسط امیل دورکهایم در سال ۱۹۵۱ مطرح شد، بعدها توسط راش^۳، جیمز^۴، یونگ^۵، فرانکل^۶ و فروم^۷ اهمیت رفتارها و اعتقادات مذهبی مورد تأیید قرار گرفت. ویلیام جیمز معتقد است، عشق و نیروی مذهبی به وقار، سنگینی، صبر، شکیبایی، اعتقاد و اطمینان در فرد منجر می‌شود و احساسات مذهبی منجر به تلاش زیاد و زندگی هدفمند می‌شود.

از نظر روان‌شناسان آرامش روانی واحساس رضایت از زندگی، از ویژگی‌های اساسی در افراد سالم و بهنجار است. بررسی حالات و روحیات فرد با ایمان نیز حاکی از آرامش خاطر و صفای درونی‌شان است. و درون فرد مؤمن روشن از نور حقیقت و سرشار از لذات معنوی است. آیات قرآن کریم نیز بر این نکته صحه می‌گذارند. به عنوان مثال، در قرآن کریم آمده است: «آنها به خدا ایمان آورده و دل‌هایشان به یاد خدا آرام می‌گیرد، آگاه باشید که تنها یاد خدا آرامش بخش دل‌هاست» (رعد: ۲۸). همچنین اهمیت و نقش فعالیت‌های دینی و مذهبی در بهبود سلامت روانی به وسیله نتایج تحقیقات صدها تن از محققان مورد تأیید قرار گرفته است. جیمز و جی^۸ (۱۹۹۳) نشان دادند که، تمرینات مذهبی و نیایش موجب درونی شدن ایمان مذهبی و ارتقای وضعیت روحانی بازماندگان از جنگ ویتنام شده است. جلیلوندر در تحقیق خود درباره بررسی تأثیر نماز بر اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران مشاهده کرد که، آن دسته از دانش‌آموزانی که نماز می‌خوانند و مقید به تکالیف مذهبی هستند، از اضطراب کمتری رنج می‌برند. لوین و وارن‌دریول^۹ (۱۹۹۱) و فرانسیس^{۱۰} و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند فعالیت مذهبی همبستگی بالایی با سلامت روان، معاشرت، رفاقت، تعهد و الزام و عبادت دارد. موشر و هندال^{۱۱} (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که دانشجویانی که تعالی روحانی را انجام می‌دادند، علی‌رغم تجربه مشکلات و تغییرات در زندگی، آشفتگی روانی^{۱۲} کمتری از نظر اضطراب و جسمانی سازی^{۱۳} تجربه کردند. نتایج تحقیق مالت بی و دای^{۱۴} (۲۰۰۴) نشان داد که، همبستگی بین سلامت روانی و فعالیت‌های دینی مثبت و معنادار می‌باشد. عمل به باورهای دینی و مذهبی از عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی و بهزیستی در جوانان می‌باشد.

نتایج تحقیقات محققان به پایین بودن میزان افسردگی، اضطراب و نگرانی، خودکشی، شدت بیماری قلبی در افراد مذهبی اشاره می‌کنند. همچنین پایین^{۱۵} (۱۹۹۱) بر این باور بود که، میزان عزت نفس و سازگاری بین فرد

و رضایت از زندگی در افراد دیندار بالاتر می‌باشد. افرادی که فعالیت مذهبی درونی دارند، نسبت به افراد ظاهر ساز از سلامت روانی بالایی برخوردار هستند.

صادقی و مظاهری (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای به بررسی آثار روزه داری بر سلامت روان پرداختند. ۱۶۲ نفر دانشجو (۱۰۲ دختر و ۶۰ پسر)، به عنوان نمونه در دسترس، انتخاب و یک تا دو هفته پیش و پس از ماه مبارک رمضان، «پرسش‌نامه سلامت روان GHQ-28» را به عنوان پیش و پس آزمون تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که، روزه ماه رمضان در تمامی خرده مؤلفه‌ها و نمره کل «سلامت روان» مؤثر بوده است. بدین صورت که، این تفاوت معنادار در زیر مقیاس‌های «نشانه‌های بدنی»، «اضطراب و بی‌خوابی»، «نارسایی کنش وری اجتماعی»، «افسردگی» و در نهایت نمره کلی «پرسشنامه سلامت روان» برای گروه‌هایی که در «ماه رمضان تمام روزه‌های خود را گرفته‌اند» و یا «به‌طور تفننی تعداد محدودی از روزها را روزه گرفته‌اند»، حاکی از بهبود وضعیت سلامت عمومی در پس از ماه رمضان و برای گروه‌هایی که «به دلیل عذر شرعی یا پزشکی روزه نگرفته‌اند» و یا «اصلاً روزه نگرفته‌اند» حاکی از کاهش سطح سلامت روان پس از ماه رمضان می‌باشد. بنا بر اهمیت و نقش بهداشت روان، به عنوان مهم‌ترین عامل رشد و توسعه انسان‌ها و نقش بیماری‌ها و اختلالات روانی در انسان‌ها و با توجه به اینکه، حقیقت فلسفه زندگی از دیدگاه اسلام، سلامت روان و نتیجه ایمان به خدا می‌باشد، به نظر می‌رسد انجام اقدامات پیش‌گیرانه در این زمینه لازم و ضروری است. روشن است که، انجام هرگونه اقدام پیش‌گیرانه، مستلزم ارزیابی تأثیر عوامل گوناگون بر ارتقای سلامت روانی پرسنل اداری دانشگاه می‌باشد. از عواملی که می‌تواند در این زمینه نقش بارزی ایفا کند، انجام مناسک الهی و روزه داری در ماه مبارک رمضان است. بنابراین، سؤال اصلی این پژوهش این است که

آیا روزه داری در ماه مبارک رمضان، بر سلامت روانی پرسنل اداری دانشگاه محقق اردبیلی تأثیر مثبت دارد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان این تأثیر چقدر است؟

روش

در این مطالعه، به دلیل استفاده از یک گروه برای بررسی تأثیر روزه داری بر سلامت روانی و عدم بهره‌گیری از گروه مقایسه و نیز چون اعمال متغیر مستقل در اختیار محقق نبوده است، از روش شبه آزمایشی استفاده شده است. طرح پژوهش نیز پیش آزمون-پس آزمون برای یک گروه بود. جامعه آماری مورد نظر، کلیه پرسنل اداری دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشند که در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۸۸ در دانشگاه فوق مشغول به خدمت می‌باشند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، به صورت کل شماری می‌باشد. با توجه به اینکه، تعداد پرسنل اداری محدود می‌باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده، نماینده واقعی جامعه باشد و نتایج تحقیق از اعتبار بیرونی بالایی برخوردار باشد، کلیه اعضا پرسنل اداری دانشگاه به عنوان نمونه انتخاب شدند. در پایان، ۲۰۶ نفر به عنوان نمونه آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار اندازه‌گیری

روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل مصاحبه نیمه ساختمند، پرسش‌نامه محقق ساخته، آزمون ۲۸-GHQ و مقیاس رفتار مذهبی و ایمان^{۱۶} می‌باشد.

الف. مصاحبه نیمه ساختمند

این مصاحبه با راهنمایی استادان گروه معارف اسلامی و روان‌شناسی و با الگو گرفتن از پرسش‌نامه‌های نگرش سنج مذهبی ساخته تدوین گردید. پرسش‌نامه از طریق سؤالات باز پاسخ و بسته پاسخ، نگرش افراد را در مورد روزه‌داری در ماه مبارک رمضان شامل شناخت، احساس و آمادگی رفتاری فرد برای انجام روزه

مورد بررسی قرار داد. مدت زمان لازم برای انجام این مصاحبه ۳۰ دقیقه بود. روایی صوری و محتوایی این مصاحبه از طریق استادان گروه معارف اسلامی و روان شناسی سنجیده شد که در سطح مطلوبی بود.

ب. پرسشنامه سلامت روانی

این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده است که توسط گلدبرگ و هیلر^{۱۷} (۱۹۷۹) با روش تحلیل عاملی ساخته شده و دارای چهار مقیاس می باشد که جسمانی سازی علائم، اضطراب، افسردگی و اختلال در کنش اجتماعی را مورد سنجش قرار می دهد. نتایج فراتحلیل ۴۳ پژوهش، که توسط ویلیامز، ماری^{۱۸} و گلدبرگ (۱۹۸۸) انجام شد، میانگین «حساسیت» ۰/۸۴ و متوسط «ویژگی» ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین نتایج بررسی مقدماتی در گیلان توسط یعقوبی، نصر و شاه محمدی (۱۳۷۴) نشان داد که حساسیت این آزمون در بهترین نمره برش ۲۳ برابر با ۰/۸۶/۵ و ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ می باشد. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ در این مطالعه، برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

ب. یافته‌های تحقیق

جدول شماره ۱: نتایج تحلیل واریانس یک عاملی با توجه به میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه GHQ و ابعاد آن در کارمندان زن و مرد روزه دار دانشگاه محقق اردبیلی

متغیر	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	sig
سلامت روانی	بین گروهی	۷۶۸/۱۷	۳/۲۶	* ۰/۰۲
	درون گروهی	۱۵۸۵۶/۰۷		
	کل	۱۶۶۲۴/۲۳۰		
جسمانی سازی علایم	بین گروهی	۱۷۶/۳	۴/۳۲	** ۰/۰۰۶
	درون گروهی	۲۷۴۵/۸۰		
	کل	۲۹۲۱/۹۶		
اضطراب	بین گروهی	۱۱۰/۶۰	۴/۷۵	** ۰/۰۰۳
	درون گروهی	۱۵۶۵/۸۴		
	کل	۱۶۷۶/۴۱		

۰/۳۵	۱/۱۰	۴/۶۸ ۴/۳۹	۱۴/۰۳ ۸۹۷/۹۲ ۹۱۲/۲۹	بین گروهی	اختلال در کنش اجتماعی
				درون گروهی	
				کل	
** ۰/۰۰۶	۴/۲۸	۲۶/۶۸ ۶/۳۹	۸۰/۰۳ ۱۲۵۹/۹۲ ۱۳۳۹/۲۹	بین گروهی	افسردگی
				درون گروهی	
				کل	
علامت دوستاره وجود اختلاف معنی داری در سطح ۰/۰۱ را نشان میدهد و علامت سه ستاره وجود اختلاف معنی داری در سطح ۰/۰۰۱ را نشان میدهد.					

نتایج موجود در جدول شماره یک نشان می‌دهد که، میان کارمندان زن و مرد روزه دار از نظر میزان سلامت روانی تفاوت وجود دارد و F به دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که، میان کارمندان زن و مرد روزه‌دار از نظر جسمانی سازی علایم، اضطراب و افسردگی تفاوت وجود دارد و F به دست آمده در سطح ۰/۰۱ معنی دار است؛ به این معنی که حداقل بین دو گروه از نظر میانگین نمره متغیرهای فوق تفاوت وجود دارد. اما از نظر میزان اختلال در کنش اجتماعی تفاوتی به دست نیامد. همچنین برای بررسی فرضیه‌های فرعی از آزمون LSD استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره دو آورده شده است.

جدول شماره ۲: نتایج آزمون LSD برای مقایسه دو به دوی میانگین گروهها در سلامت روانی و ابعاد آن

متغیر وابسته	گروهها	پیش آزمون نمره کارمندان زن	پس آزمون نمره کارمندان مرد	پس آزمون نمره کارمندان زن
جسمانی سازی علایم	۱. پیش آزمون نمره کارمندان مرد	-	۱/۷۱ **	-
	۲. پیش آزمون نمره کارمندان زن	-	۲/۱۲ *	۱/۹۸ **
	۳. پس آزمون نمره کارمندان مرد	-	-	-
	۴. پس آزمون نمره کارمندان زن	-	-	-
اضطراب	۱. پیش آزمون نمره کارمندان مرد	-	۱/۵۷ **	۱/۹۰ **
	۲. پیش آزمون نمره کارمندان زن	-	-	۲/۶۳ **
	۳. پس آزمون نمره کارمندان مرد	-	-	-
	۴. پس آزمون نمره کارمندان زن	-	-	-

-	۱/۱۲ *	-	۱. پیش آزمون نمره کارمندان مرد	
۱/۶۳ **	۱/۲۰ *	-	۲. پیش آزمون نمره کارمندان زن	افسردگی
-	-	-	۳. پس آزمون نمره کارمندان مرد	
-	-	-	۴. پس آزمون نمره کارمندان زن	
-۳/۴۰ **	-۳/۶۶ **	-	۱. پیش آزمون نمره کارمندان مرد	
-۳/۵۱ **	-	-	۲. پیش آزمون نمره کارمندان زن	سلامت روانی
-	-	-	۳. پس آزمون نمره کارمندان مرد	
-	-	-	۴. پس آزمون نمره کارمندان زن	

نتایج جدول شماره دو نشان می‌دهد که، در متغیر جسمانی سازی علائم، اضطراب و افسردگی میان میانگین نمره پیش آزمون کارمندان مرد با میانگین نمره پس آزمون نمره کارمندان مرد تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که در پس آزمون از میزان جسمانی سازی علائم، اضطراب و افسردگی کاسته شده است. این امر نشان‌دهنده تأثیر روزه داری می‌باشد. همچنین میان میانگین نمره پیش آزمون کارمندان زن با میانگین نمره پس آزمون نمره کارمندان زن تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که در پس آزمون از میزان جسمانی سازی علائم، اضطراب و افسردگی آنان نیز کاسته شده است. میان دو گروه زن و مرد از نظر میزان اثرگذاری روزه داری تفاوتی به دست نیامده است. همچنین در متغیر سلامت روانی میان میانگین نمره پیش آزمون کارمندان مرد با میانگین نمره پس آزمون نمره کارمندان مرد تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که در پس آزمون میزان سلامت روانی افزایش یافته است. این امر نشان‌دهنده تأثیر روزه داری است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بین کارمندان زن و مرد روزه دار از نظر میزان سلامت روانی تفاوت وجود دارد. همچنین نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد که، میان کارمندان زن و مرد روزه دار از نظر جسمانی سازی علایم، اضطراب و افسردگی تفاوت وجود دارد؛ بدین معنی که روزه داری موجب کاهش علایم جسمانی، اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت روانی پرسنل اداری دانشگاه محقق اردبیلی شده است. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های لارسون و کلتز، ۱۹۸۸؛ کوینک و همکاران، ۲۰۰۱؛ موریسا و کوینک، ۲۰۰۶؛ فرانسیکو، ۱۹۹۵؛ لوین و واندرپول، ۱۹۹۱؛ موشر و هندال، ۱۹۹۷؛ مالت بی و دای، ۲۰۰۴؛ دیزتر و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوینک و همکاران، ۱۹۹۸؛ لوین و واندرپول، ۱۹۸۹؛ دوناهی و بنسون، ۱۹۹۵؛ کولدبورت و همکاران، ۱۹۹۳؛ پاین و همکاران، ۱۹۹۱؛ بارکر و کورساج، ۱۹۸۲؛ باتسون و همکاران، ۱۹۹۳؛ لویشال، ۱۹۹۵؛ مالت بی، ۱۹۹۹؛ نیلسون، ۱۹۹۰؛ واتسون، ۱۹۸۹؛ شاکری نیا، ۱۳۸۰؛ احمدی، ۱۳۷۴؛ قائنی، ۱۳۷۲؛ مطهری، ۱۳۷۳ مشابه و هماهنگ می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: افراد دارای مذهب درونی سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت تر و به شکل آزمایش‌های الهی در نظر بگیرند و در نتیجه، آنها را فرصتی برای رشد و پیشرفت به شمار آورند. این افراد، به دلیل قابلیت‌هایی که دارند، سعی می‌کنند از الگوهای شخصیتی مشابه چون سرسختی روان‌شناختی برای مبارزه با بحران‌های زندگی استفاده کنند. از آنجایی که، سرسختی روان‌شناختی دارای سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی است و نیز با توجه به ویژگی‌های سرسختی روان‌شناختی و صفات مطرح شده فوق در خصوص افراد دارای مذهب درونی، این افراد توانایی بهتری برای مقابله با فشار روانی و رویدادهای زندگی دارند. افزون بر این، پژوهش نشان داده است که افراد

دارای مذهب درون زاد، موقعیت آزمایشی را به صورت مذهبی توصیف می‌کنند. در حالی که، افراد غیر مذهبی چنین موقعیتی را به شکل غیر مذهبی توصیف می‌نمایند. دو مکانیزم موجود در رفتارهای مذهبی یعنی «آرام سازی» و «تخلیه هیجانی» نیز از عوامل اصلی تأثیرگذار بر بهداشت روانی می‌باشد. در مجموع، احتمالاً تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روانی به دلایل زیر می‌باشد:

۱. مذهب به مرگ و زندگی انسان معنا می‌بخشد.
۲. مذهب موجب امیدواری می‌شود و خوشبینی افراد را افزایش می‌دهد.
۳. مذهب به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه خدایی دارد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند.
۴. مذهب نوعی سبک زندگی سالم تر برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامتی و بهداشت روانی تأثیر مثبت دارد.

مذهب مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تایید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می‌شود. مذهب نوعی احساس فراطبیعی به شخص می‌دهد که بدون تردید تأثیر روان‌شناختی دارد.



پی‌نوشت‌ها

1. World Health Organization
2. religion's protective power
3. Rosh
4. Jamies
5. Jung
6. Forum
7. From
8. Jamies & Jay
9. Levin & Varnderpool
10. Francis
11. Mosher & Handal
12. Psychological distress
13. Somatization
14. Maltby & Day
15. Payne
16. Nealsen, 1995.
17. Goldberg & Hiller
18. Williams & Mary



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

منابع

- احمدی، علی، *روانشناسی شخصیت از دیدگاه اسلامی*، تهران، چاپخانه، ۱۳۷۴.
- جلیوند، محمدمین، «بررسی رابطه نماز با اضطراب» *دانشگاه اسلامی*، سال دوم، شماره هشتم، ۱۳۷۸.
- جیمز، ویلیام، *دین و روان*، ترجمه مهدی قائی، تهران، انتشارات آموزش و انقلاب اسلامی، چ دوم ۱۳۷۲.
- خسروی، زهره، «بررسی تأثیر نماز بر اختلالات روانی نوجوانان»، *دانشگاه اسلامی*، سال دوم شماره هشتم، ۱۳۷۸.
- دلاور، علی، *مبانی و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، تهران، رشد، ۱۳۸۰.
- شاکری‌نیا، ایرج، «تأثیر باورهای مذهبی بر سلامت روانی انسان»، *ماهنامه آموزشی - تربیتی پیوند*، شماره ۲۵۷، ۱۳۸۰.
- غباری، باقر، «باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول شماره ۴.
- محمدی، محمد علی و دادخواه، بهروز، «نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد»، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال سوم، شماره نهم و دهم، صفحه ۳۴ - ۲۷، ۱۳۸۰.
- مطهری مرتضی، *طهارت روح*، تهران، ستاد اقامه نماز، ۱۳۷۵.
- _____، *مقدمه بر جهان بینی اسلامی*، جلد اول، انسان و ایمان، تهران، صدرا، ۱۳۷۳، چ دهم.
- Baker, M., & Gorsuch, R. (1982). Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 21, 119-122.
- Batson, C. D., Schoenrade, P., & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: a Social Psychological Perspective*. London: Oxford University Press.
- Carroll, S. (1993). Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 297± 301.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1991). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones, & D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships*, vol. 1(pp. 37± 67). Greenwich, CT: JAI Press.
- Dezutter, J. & et al (2006) Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences* 40, 807-818.

- Donahue, M. J., & Benson, P. J. (1995). Religion and well - being in adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 15, 29±45.
- Ellis, A., & Schoenfeld, E. (1990). Divine treatment and the treatment of chemical dependency. *Journal of Substance Abuse*, 2, 459±468.
- Francis Ij, Lewis Jm. Brown L et al (1995). “Personality and Religion Among under Graduate Students in the Drifted Kingdom United Stets”. *Australia and Canada. Journal of Psychology* 14:280-282.
- Goldbourt, U., Yaari, S., & Medale, J. H. (1993). Factors predictive of long - term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees: A 23- Year Mortality follow - up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study. *Cardiology*, 82, 100± 121.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998). Religious importance and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536±542.
- Koenig, H. G., George, L. K., Meador, K. G., Blazer, D. G., & Ford, S. M. (1994). Religious practices and alcoholism in a southern adult population. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 225± 231.
- Koenig, H. G., McCullough, M., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health: A century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Larson L.E and Goltz, J.W. (1988). Religious participation and marital commitment, *Rev Religious Rees* 30, pp. 387–400.
- Levin J. and Varnder pool, H (1991). Relations factors in physical health and the prevention of illness, “*Prevention in Human Services*” 9:41-64
- Levin, J. S., & Varnderpool, H. Y. (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? *Social Science Medicine*, 29, 69± 78.
- Loewenthal, K. M. (1995). *Mental health and religion*. London: Chapman Hall.
- Maltby and L. Day (2004) Religious orientation, religious coping and appraisals of stress, *Personality and Individual Differences* 34, pp. 1209–1224.
- Maltby, J. (1999). The internal structure of a derived, revised, and amended measure of the religious orientation scale: the ‘Age-

Universal' I-E Scale-12. *Social Behavior and Personality*, 27, 407–412.

Moreira-Almeida, A & Koenig, H.G (2006) *Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's' A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life''* (62: 6, 2005, 1486–1497). *Social Science & Medicine* 63, 843–845.

Mosher JP, Handal PJ (1997). *The Relationship Between Religion and Psychological Distress in Adolescents*, *Journal of Psychology and Theology*, 25(4), 449-457

- Nelson, P. B. (1990). Intrinsic/extrinsic religious orientation of the elderly: relationship to depression and self-esteem. *Journal of Gerontological Nursing*, 16, 29–35.

- Oleckno, W. A., & Blacconiere, M. J. (1991). Relationship of religious importance to wellness and other health - related behaviors and outcomes. *Psychology Report*, 68, 819± 829.

- Pardini, D.A. et al (2001). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, 347±354.

- Payne, I. R., Bergin, A. E., Biellema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services*, 9, 11 ±40.

- Warfield, R. D., & Goldstein, M. B. (1996). Spirituality: the key to recovery from alcoholism. *Counseling and Values*, 40, 196± 205.

- Watson, P. J., Morris, R. J., & Hood, R. W. (1989). Sin and self-functioning: depression, assertiveness and religious commitments. *Journal of Psychology and Theology*, 17, 44–48.

- Rowden, R. W. (2000). The relationship between charismatic leadership behaviours and organizational commitment. *The Leadership and Organizational Development Journal*, 21(1), 30-35.