

بررسی رابطه میزان عمل به احکام دین با بهداشت روانی معلمان ابتدایی

ایراندخت فیاض^۱

آرش ترابی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۳/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی رابطه میزان عمل به احکام دین با بهداشت روانی معلمان ابتدایی در سال تحصیلی ۹۱_۹۲ پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معلمان ابتدایی شهرستان فرابند است و نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از معلم ابتدایی (۵۰ نفر معلم زن، ۵۰ نفر معلم مرد) است که به شیوه تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت بودند از پرسشنامه معبد گلزاری برای اندازه‌گیری میزان عمل به احکام دین و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای سنجش بهداشت روانی. روش مورد استفاده در این پژوهش، روش همبستگی بود. در این پژوهش مشخص شد بین میزان عمل به احکام دین با بهداشت روانی معلمان رابطه مثبت وجود دارد و بین میزان عمل به احکام دین با علائم جسمانی رابطه معنی داری وجود ندارد. همچنین بین میزان عمل به احکام دین با اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی رابطه معکوس وجود دارد. همچنین میزان عمل به احکام دین بین معلمان زن و مرد یکسان می‌باشد.

واژگان کلیدی: عمل به احکام دین، بهداشت روانی، معلمان ابتدایی

۱. عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی iranfayyaz@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

دین از حقایقی است که در عرصه‌های گوناگون زندگی انسانی حضور جدی دارد و دین پژوهی نیز متناظر با این عرصه، یکی از شاخه‌ها مهم این حوزه محسوب می‌شود. روانشناسی دین یکی از شاخه‌های مهم دین پژوهی است که با دین‌ورزی و دینداری ربط و نسبت وثیق دارد. روانشناسی، از همه توان‌مند و اندوخته علمی خود در بررسی دینداری بهره می‌برد و با استفاده روش‌های پژوهش پیشرفته، پدیده‌های دینی را زیر ذره بین علمی قرار می‌دهد (آذربایجانی و موسوی اصل، ۱۳۸۷، ص ۱). تأمین حفظ و سلامتی یکی از اهداف عالی انسان است که می‌تواند از طریق توجه به ابعاد بهداشت جسمی، روانی و اجتماعی حاصل می‌شود؛ اما هر گاه از سلامت، سخن به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی آن مد نظر قرار گرفته است و به سایر ابعاد به ویژه بعد روانشناختی آن توجه کافی نشده است (گنجی، ۱۳۷۹، ص ۱۹). بهداشت روانی عبات است از مجموعه عواملی که در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی احساسی و رفتاری در انسان نقش موثر دارند. بهداشت روان در مفهوم کلی یعنی سلامت فکر و تعادل روانی و دارا بودن خصوصیات مثبت روانی، توانایی سازگاری با ویژگی‌های خود به دیگران و رویارویی با مشکلات روزمره زندگی و داشتن احساس خود توانمندی و کفایت (فوادجی، ۱۳۸۶، ص ۵).

گسترش روز افزون زندگی مدرن و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن و تأثیر چشم‌گیر تمدن به نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی انسان‌ها، توجه به مقوله سلامت روان روز به روز اهمیت بیشتری می‌یابد. افزایش رشد صنعت شهرنشینی در قرن بیستم، پتانسیل بالایی را برای بروز بیماری‌های روانی در بسیاری از جوامع پدید آورده است و در بسیاری از جوامع توسعه یافته؛ یکی از زمینه‌های خدمات بهداشتی عمومی، بهداشت روانی و برخورداری از وضعیت روان‌شناختی مطلوب است (شیرازی، ۱۳۸۰، ص ۵۶). مهم‌ترین مشکل انسان، به ویژه در عصر کنونی، اضطراب و افسردگی و به عبارت عام‌تر، عدم وجود آرامش روانی و اطمینان قلبی است. از دیدگاه دین‌یگانه چیزی که می‌تواند این نیاز را برآورده

کند، یاد خداست (آذربایجانی و موسوی اصل، ۱۳۸۷، ص ۱۵۱).

از سوی دیگر در ایران که نظام حکومتی بر مبنای اسلام پایه گذاری شده نیل به بهداشت روانی که در احکام گوناگون اسلامی مورد تأکید بوده و از حساسیت های زیادی برخوردار است. به وجود آوردن جامعه ایده آل و دست یابی به زندگی مورد نظر اسلام که ترکیبی از توجه به زندگی دنیا و هم زمان پارسایی است. باید از اولویت برخوردار باشد، پر واضح است که دست یافتن به چنین جامعه ایده آل نیاز به شناخت همه جانبه عوامل زمینه ساز آن دارد. یکی از عوامل زمینه ساز سلامت روانی، جلوگیری از ایجاد بیماری های روانی است که در جوامع امروزی به طور چشم گیری خود نمایی می کند؛ بر اساس متون اسلامی التزام عملی به اعتقادات مذهبی می تواند بازدارنده بسیاری از بیماری های روانی باشد (پناهی، ۱۳۸۷، ص ۲۸). بهداشت روانی اگر چه، به عنوان یک رشته علمی از غرب و عمدتاً با تلاشهای روانشناسان شروع شد و توسعه و تحول یافت، ولی متون مقدس ادیان الهی خصوصاً آیات قران و آموزه های اولیای دین اسلام نشان می دهد که مفاهیم بهداشت روانی به نحوه کاملتری در آموزه های دینی ما وجود دارد. تاثیر این مباحث در بهداشت روانی انسان چنان با اهمیت و حیاتی است که خداوند آن را مهمترین هدف بعثت انبیا قرار داده است.^۱ نقش اعتقادات مذهبی در کنترل آسیب های روانی در نظریه ها و پژوهش های روان شناسی نیز مورد تأکید قرار گرفته است. باورها و رفتارهایی از قبیل توکل به خدا، صبر، دعا، زیارت و غیره می تواند با ایجاد امید و نگرش های مثبت باعث آرامش درونی فرد شوند (سالاری فر و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۱۶).

از آنجا که معلمان به عنوان مجری برنامه های اصلی آموزش و پرورش هستند نبود بهداشت روانی می تواند کارایی معلمان را کاهش دهد و هزینه ها و خسارات جبران ناپذیری بر دانش آموزان و جامعه تحمیل کند. امروزه عدم بهداشت روانی در کشورهای در حال توسعه و کشورهای جهان سوم از جمله ایران افزایش یافته و اثرات مخرب آن مانند: اختلالات جسمانی،

اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی در افراد است. مدارس از جمله سازمان‌هایی هستند که تعداد کثیری از نیروهای فعال جامعه را به عنوان قشر فرهنگی در خود جای داده که در تعلیم و تربیت جامعه نقش بسزایی دارند و تحقق اهداف تعلیم و تربیت بدون توجه از سلامت روانی آنان امری دست نیافتنی است.

در دنیای متحول امروز، تمام کشورها به مربیان و معلمان کارآمده و با انگیزه‌ای نیاز دارند تا با بهداشت روان و انگیزه بالا، بیشترین کارآیی را در نظام آموزشی داشته باشند و بدیهی است که به خطر افتادن سلامت و بهداشت روانی آنان باعث ایجاد نارضایتی از شغل خویش و حتی زندگی خویش و بالطبع عملکرد ضعیف‌شان در محیط کار می‌گردد، وظیفه همه متخصصان این است که هر چه در توان دارند جهت کاهش ناراحتی‌های روحی و بهزیستی روانی که از ارکان تعلیم و تربیت است بکار گیرند. دلیل این مهم نتایج تحقیقاتی است که حاکی از شیوع بالای اختلالات روانی در ایران و جهان است به طوری که تعداد بسیاری زیاد از افراد در مشاغل گوناگون از اختلالات روحی و روانی رنج می‌برند که این امر بر کارآیی و اثربخشی آنان بیشترین تأثیر را می‌گذارد. تدریس و معلمی نیز به دلیل اهمیت و انتظارات زیادی که از معلمان می‌رود اساساً کار پر تنش و پرفشاری است. فونتاناو آبوسیری با استفاده از یک نمونه معلمان ابتدایی و متوسطه انگلستان نشان دادند که بیش از ۷۲ درصد معلمان به طور خفیف و ۲۳ درصد به طور جدی فشارهای روانی ناشی از کار را تجربه می‌کنند (فونتاناو آبوسیری، ترجمه فروغان، ۱۳۸۲، ص ۵۳۸).

بر این اساس می‌توان به اهمیت و ضرورت بهداشت روان در معلمان پی برد. چرا که معلمانی که از بهداشت روان برخوردار باشند می‌توانند اثربخشی بیشتری داشته و نقش مهم تری در تربیت دانش‌آموزان به ویژه در مقطع حساس ابتدایی ایفا نمایند. زیرا دانش‌آموزان بیشترین تأثیر را از معلمان خود می‌گیرند. با توجه به همسانی اهداف آموزش و پرورش و بهداشت روانی که مقصود هر دو ساختن انسانی‌هایی سالم و مفید و خوشبخت است ضرورت چنین بررسی‌هایی در آموزش و پرورش مهم تلقی می‌شود. اگر وضعیت سلامت روانی معلمان

ویرا^۱ و مارخام^۲ (۲۰۰۹)، ۹ عنصر رویکرد کلی مدرسه‌ای برای سلامت روانی مشخص کرد که شامل:

- ۱- الگوی کل‌نگری سلامتی
- ۲- ارتباط جنبه‌های متعدد مدرسه‌ای
- ۳- در نظر گرفتن تعیین‌کننده‌های محیطی
- ۴- کار با تمام قسمت‌های مرتبط باهم و در تمام سطوح
- ۵- در نظر گرفتن مراقبان (معلمان و والدین) و هم‌چنین دانش‌آموزان
- ۶- نشان دادن هماهنگی بین قسمت‌های مختلف
- ۷- ترویج همبستگی، کارگروهی، تفکر جمعی، کار حرفه‌ای چندگانه
- ۸- تمرکز روی فرایندها و نیز محتوا و پیام‌ها
- ۹- آسان کردن یادگیری انواع مختلف مهارت‌ها

تحقیقات نشان می‌دهد که برنامه‌های مدرسه‌محور که سلامت روانی را ترویج می‌دهند در امر تربیت مؤثرتراند، به ویژه اگر رویکردهایی که از سلامت مدرسه استفاده می‌کنند را اجرا و گسترش دهند: درگیری کل مدرسه، تغییر در محیط روانی اجتماعی مدرسه، رشد مهارت‌های شخصی، درگیری وسیع والدین و اجتماع و اجرای رویکرد برای مدت طولانی‌تر (استوارت^۳ - براون^۴، ۲۰۰۶) از این جمله است.

سلیگمن^۵ (۱۹۹۵) نشان داد که کیفیت معلم، بخش اصلی در کیفیت دانش‌آموز و علائق، اهداف و رویاهای دانش‌آموزان به عنوان یک نقطه آغاز یادگیری، انگیزه برای یادگیری و هم‌چنین تقویت یادگیری است. فعالیت برای افزایش ارتباطات از جمله ساختن روابط مراقبتی شخصی، ساختارهای مراقبت رفاهی / معنوی و تکالیف مدرسه که هم دانش‌آموزان و هم

1. Weare
2. Markham
3. Stewart
4. Brown
5. Seligman

معلمان مدرسه را در بر می‌گیرد بوسیله پژوهش مورد حمایت قرار گرفتند که اهمیت حضور معلمان را برای ارتباط دادن افراد جوان با مدرسه نشان می‌دهد (رسنیک^۱ و همکاران، ۱۹۹۷). هندرسون^۲ و میلستین^۳ (۱۹۹۶)، ۶ شرط را در مدرسه‌ها شناسایی کردند که باعث پیشرفت جهش وار می‌شود. مدارسی وجود داشت که فرصت‌هایی برای مشارکت معنادار فراهم کردند که تعهد اجتماعی را افزایش می‌دهند و مرزهای مستمر واضحی را وضع می‌کنند، مهارت‌های زندگی را یاد می‌دهند، حمایت و مراقبت فراهم می‌کنند و مجموعه انتظارات مرتبط را شناسایی می‌کند. این شرایط نوجوانان را برای کسب مهارت‌ها سوق می‌دهد و شامل ویژگی‌های محیطی است که می‌تواند افراد جوان را حمایت کند.

براون^۴ (۲۰۰۴)، شواهدی را از مطالعات مربوط به برنامه تحولی کودکان آمریکا ذکر کرد که انتظارات از ساختارهای مداخله‌ای پیشرفتی را نشان می‌دهد که یک رویکرد کلی مدرسه را در نظر گرفت (شامل معلمان، مدیران، مشاوران و جامعه). این پژوهش‌ها روی مدرسه مرتبط با نگرش‌ها نشان دادند (مدرسه منسجم)، نگرش‌های اجتماعی و مهارت‌ها و ارزش‌ها (ارتباط با دیگران) و پیشرفت‌های تحصیلی، اثربخشی مثبتی را نشان دادند.

به عنوان نمونه از پژوهش‌هایی که در مورد رابطه مذهب و سلامت روان انجام شده فلنلی^۵ و همکارانش (۲۰۰۶) پژوهشی را با عنوان بررسی رابطه اعتقاد به زندگی پس از مرگ و سلامت روان انجام دادند، که هدف از این مطالعه بررسی منظم رابطه بین اعتقاد به زندگی پس از مرگ و نشانه‌های اختلالات روانی می‌باشد. نتایج از یک پیمایش ملی که انجام شده است به دست آمد، در نتیجه نشان داده شد که عبادت رابطه مستقیمی با سلامت روان دارد.

وایلنت^۶ و همکارانش (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان تاریخ طبیعی سلامت روان مردان:

-
1. Resnick
 2. Henderson
 3. Milstein
 4. Brown
 5. Flannelly
 6. Vaillant

سلامتی و مشغولیت مذهبی به بررسی ارتباط بین مشغولیت مذهبی و سلامتی مردان با کنترل بهتر پرداختند، در نتیجه نشان داده شد مشغولیت مذهبی با وضعیت جسمانی و سلامت روانی و اجتماعی افراد رابطه مستقیم دارد.

آنتراینر^۱ و همکارانش (۲۰۱۰) در پژوهشی با بررسی رابطه بین سلامت دینی معنوی با سلامت روانی یافته‌ها نشان داد که بین هردو همبستگی وجود دارد. همچنین کوین^۲ و پیتر^۳ (۲۰۰۱) در پژوهش‌های خود نشان دادند که دین و معنویت در بهداشت روانی و جسمانی نقش مؤثر دارد. در پژوهشی آدلر نشان داد که نوجوانانی که به کلیسا می‌روند کمتر دچار افسردگی می‌شوند (پلاتو^۴، ۲۰۰۴).

کوئینگ^۵، هایس و همکاران (۱۹۹۷) الگوهای روابط بین فعالیت‌های مذهبی، سلامت جسمانی، حمایت اجتماعی و نشانه‌های افسردگی را در یک گروه نمونه متشکل از ۴۰۰۰ تن از افراد ۶۵ ساله و بزرگتر مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها فعالیت‌های مذهبی را نخست به عنوان یک مفهوم منفرد مورد بررسی قرار دادند و سپس آن‌ها را به سه متغیر تقسیم کردند و این متغیرها را در هر یک از افراد بررسی کردند و متوجه شدند فعالیت‌های مذهبی به عنوان یک سازه منفرد هم با حمایت اجتماعی و هم با سلامت جسمانی متناسب همبستگی مثبت دارد، ام با افسردگی ارتباط ندارد. آن‌ها دریافتند فراوانی شرکت در مراسم کلیسا با سلامت جسمانی همبستگی مثبت و با افسردگی همبستگی منفی داشت. احتمال بروز افسردگی در بین کسانی که مرتباً به کلیسا می‌رفتند تقریباً ۵۰ درصد کمتر از دیگران بود (حسینی، ۱۳۸۱).

مک اینتاش^۶ و همکاران (۱۹۹۳) ۱۴۴ تن، که مرگ ناگهانی فرزند را تجربه کرده بودند، مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند کسانی که مرتباً به کلیسا می‌روند حمایت اجتماعی بیشتری را

-
1. Unterrainer
 2. Kevin
 3. Peter
 4. Plato
 5. Koeing
 6. Mc.Intash

گزارش می‌کنند و اینکه در مرگ فرزند خود معنای بیشتری می‌یابند. کسانی که اظهار داشتند مذهب برای آنها مهم است نیز در این فقدان (مرگ فرزند) معنایی یافتند (حسینی، ۱۳۸۱). کوئینگ، پارگامنت^۱ و نیلسن^۲ (۱۹۹۸) با مطالعه بر روی ۵۷۷ بیمار روانی که ۵۵ سال یا بیشتر داشتند و در بیمارستان بستری بودند، رابطه بین ۲۱ نوع مختلف کنار آمدن مذهبی و سلامت جسمانی و روانی را در آنها بررسی کردند. آنه به این نتیجه رسیدند که از ۲۱ رفتار کنار آمدن مذهبی، ۱۶ رفتار به گونه‌ای معنادار با رشد روانی بیشتر، ۱۵ رفتار با داشتن حس همکاری بیشتر و ۱۶ رفتار با رشد معنوی بیشتر ارتباط داشتند (حسینی، ۱۳۸۱). دزوتر^۳، سوئتز^۴ و هاتسه‌بات^۵ (۲۰۰۶، ص ۸۱۶)، با اجرای پرسشنامه روی ۴۷۲ بزرگسال به رابطه مثبت معناداری میان جهت‌گیری مذهبی درونی با رضایتمندی و هدف در زندگی و رابطه منفی معناداری میان جهت‌گیری مذهبی بیرونی با خودشکوفایی و شادکامی دست یافتند. مارتوس^۶، کانکلی تیج^۷ و استیگر^۸ (۲۰۱۰، ص ۸۶۳ و ۸۶۶)، دو گروه به تعداد (۳۳۰ و ۴۳۷) (۴۳۷) نفری را بررسی کردند به رابطه مثبت معناداری میان دین‌داری و معناداری زندگی دست یافتند. در بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با افسردگی و اضطراب یافته‌ها نشان داده شده است که رابطه منفی بین جهت‌گیری مذهبی با افسردگی و اضطراب وجود دارد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). علاوه بر این در بررسی رابطه بین بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی با سلامت روان یافته‌ها وجود رابطه مثبت بین آن را نشان دادند (پیروی و عابدیان، ۱۳۸۶). موسوی (۱۳۸۲)، رابطه بین نحوه به پاداری نماز با اختلال افسردگی مقایسه نموده و نتیجه می‌گیرد کسانی که نماز خوان هستند کمتر به افسردگی دچار می‌شوند. رادفر (۱۳۸۲)، نقش

-
1. Pargament
 2. Nielsen
 3. Dezzutter
 4. Soenens
 5. Hutsebaut
 6. Martus
 7. Konkoly Thege
 8. Steger

نماز را در شیوع اضطراب بررسی کرده و به این نتیجه می‌رسد نماز خواندن اضطراب را کم می‌کند و بیشتر بیماری‌های روانی ناشی از ناراحتی روحی و ناکامی‌های زندگی در میان افراد غیر مذهبی بیشتر دیده می‌شود. در بررسی رابطه بین دینداری کلی با سلامت روان یافته‌ها نشان داد رابطه مثبت بین دینداری کلی با سلامت روان وجود دارد (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵).

در پژوهشی با عنوان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان انجام شده که هدف این پژوهش بررسی رابطه بین جهت‌گیری دینی و سلامت روان بوده است. که نتیجه نهایی نشان دهنده این است که مذهب درونی شده به عنوان یک عامل کلیدی برای سلامت روانی نقش ایفا می‌کند. توجه به مذهب درونی در مداخله پیش‌گیرانه و درمانی می‌تواند عامل مؤثری در سلامت روانی به حساب آید (جان بزرگی، ۱۳۸۶).

در پژوهشی که گل پرور و خاکسار (۱۳۸۸) با هدف بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی، پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای در سلامت عمومی دانشجویان می‌باشد که از نوع مطالعات همبستگی است نتایج نشان داد که پایبندی مذهبی، جهت‌گیری مذهبی بیرونی-شخصی، باورهای دنیای عادلانه توزیعی و باورهای دنیای عادلانه رویه‌ای با سلامت عمومی دارای وحدت معنا داری است.

در پژوهش دیگر که با بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با عمل به باورهای دینی انجام شد نتایج نشانگر آن است که بین توافق‌گرایی و وجدان‌گرایی با عمل به باورهای دینی ارتباط مثبت و معناداری داری وجود دارد، اما رابطه بین برون‌گرایی با عمل به باورهای دینی معنا دار نبود. هم‌چنین روان‌رنجوری و انعطاف‌پذیری با عمل به باورهای دینی، ارتباط منفی و معنا دار وجود دارد (کشاورز و همکاران، ۱۳۸۸).

در پژوهشی با هدف بررسی مدل چند وجهی اسلامی در درمان افسردگی و مقایسه آن با مدل درمانی شناختی بک نشان داد هر دو مدل مؤثر بودند، اما تفاوت‌های عمده‌ای از کاربرد آنها مشاهده گردید. مقایسه نمره‌های انفرادی و گروهی نشان داد که مدل چند وجهی اسلامی در کاهش علائم افسرده‌خویی بیش از شناخت درمانی بک مؤثر بوده است. هم‌چنین این مدل

سوی دیگر همان طور که در پژوهش‌های ذکر شده آمده است ارتباط و نقش آموزه‌ها و اعتقادات مذهبی در محیط مدرسه که شامل مدیران و دانش آموزان و مربیان می‌باشد صورت گرفته است. اما از آنجا که معلمان به عنوان یکی از رکن‌های اساسی در آموزش و پرورش هستند و در داخل کشور چنین موضوعی بر روی معلمان صورت نگرفته است. محقق در صدد بررسی تعیین رابطه میزان عمل به احکام دین با بهداشت روانی معلمان ابتدایی است.

روش پژوهش

روش و گردآوری داده‌های تحقیق حاضر از تحقیقات توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. هدف از تحقیق همبستگی مطالعه حدود تغییرات یک متغیر در رابطه با تغییرات یک یا چند متغیر دیگر بر اساس ضریب همبستگی است (دلاور، ۱۳۹۰). جامه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی معلمان زن و مرد مقطع ابتدایی شهرستان فراشبند در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ می‌باشد که مشغول به خدمت بوده‌اند. نمونه آماری در این پژوهش عبارت است از ۱۰۰ نفر از معلمان ابتدایی شهرستان فراشبند که به شیوه تصادفی ۵۰ نفر معلم مرد و ۵۰ نفر معلم زن انتخاب گردید. در این پژوهش ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهرستان فراشبند، معرفی نامه از دانشگاه جهت اجرای پرسشنامه در مدارس ارائه شد سپس با موافقت آموزش و پرورش جهت اجراء با ارائه مجوز به مدیران مدارس ابتدایی، به هر کدام از معلمان یک پرسشنامه عمل به احکام دین و یک پرسشنامه سلامت عمومی GHQ داده شد و پرسشنامه‌های متعلق به هر کدام از معلمان مورد مقایسه قرار گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات

در این پژوهش از دو ابزار: آزمون معبد گلزاری و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شده است.

پرسشنامه عمل به احکام دینی: آزمون معبد توسط گلزاری (۱۳۷۷) ساخته شد، این آزمون در آخرین فرم خود دارای ۶۵ سوال است که عمل (نه اعتقاد و انگیزش) به احکام دینی اسلام را

اندازه گیری می کند. مواد آزمون در چهار حوزه عمل به واجبات، مستحبات، فعالیت های مذ-هبی (عضویت در گروه های مذهبی و...) و در نظر گرفتن مذهب در تصمیم گیری ها و انتخاب های زندگی قرار دارد، سوالات آزمون با توجه به رفتارهای دینی رایج در جوانان متدین به اسلام انتخاب شده است. کمترین نمره در آزمون صفر به معنی هیچ گونه عمل به باورهای دینی قلمداد می شود و بیشترین نمره ۴۰۰ است که نشان دهنده عمل به همه باورهای دینی محسوب می شود.

ضریب پایایی باز آزمون مقیاس برای دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف ۸۹/ و دانشجویان علوم پزشکی قزوین ۸۸/ و دانشجویان تربیت معلم نسیمیه ۷۵/ و برای دانشجویان تربیت معلم شهید شرافت ۶۷/ می باشد. روایی صوری: از آنجا که برای آزمودنی ها تمام مواد آزمون (در زمان اعتبار یابی) قابل فهم بوده است و تمامی آزمودنی ها درک کرده اند که آزمون مربوط به سنجش مسائل دینی و مذهبی بوده است، آزمون از روایی صوری برخوردار است. روایی ملاک آزمون از طریق اجرا های متعدد نسبتا بالا بوده است. ضرایب همبستگی محاسبه در اجراهای مختلف به شرح زیر است: دانشجویان الزهرا ۸۴/، دانشجویان تربیت معلم نسیمیه ۸۱/، دانشجویان دانشگاه آزاد قم ۷۸/ برای تعیین روایی سازه معلوم شد که بین نمره های آزمون دانشجویان پسر قم به عنوان گروه مذهبی و پسران واقع در بند جوانان زندان اوین (افراد کمتر مذهبی) در سطح ۹۵ درصد اطمینان تفاوت معنادار به دست آمده است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرانباخ این مقیاس، ۸۳/ به دست آمده است.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این فرم پرسشنامه سلامت عمومی، بر اساس روش تحلیل عاملی از فرم ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی سال ۱۹۷۲ گلدبرگ، توسط گلدبرگ و هیلر استخراج شد. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای ۷ سؤال می باشد. سؤالهای هر خرده آزمون به ترتیب پشت سر هم آمده است، به نحوی که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه های جسمانی، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون

اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی می باشد. پاسخ آزمودنی‌ها به هریک از پرسشنامه‌ها در یک چهار درجه ای، صفر، کمی، زیاد، خیلی زیاد، یا بیشتر از همیشه مشخص می شود و در همه گزینه‌ها درجات پایین نشان دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی و وجود ناراحتی در فرد است. در یک بررسی گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸)، اعتبار تنصیفی برای این پرسشنامه که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود را ۰/۹۵ گزارش کردند. چان^۱ (۱۹۸۵)، پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ ثبات درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش نمود. در مطالعه کی یس^۲ (۱۹۸۴)، که ۱۲۹ دانش آموز در انگلستان در آن شرکت نمودند، ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمد. مطالعه ای مشابه بر روی ۲۱۵۰ دانش آموز در هنگ کنگ انجام شد که ضریب آلفای معادل ۰/۸۸ گزارش شد (شک^۳، ۱۹۸۷). در این پژوهش، ضریب آلفای کرانباخ این مقیاس، ۰/۸۱. به دست آمده است.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در قسمت استنباطی به تعیین ارتباط و شدت و جهت ارتباط بین نظرات آزمودنی‌ها در مورد هر یک از ابعاد پرداخته می شود. جهت انجام این کار بر اساس نرم افزار SPSS آزمون ضریب رگرسیون خطی ساده استفاده شده که هم وجود ارتباط و هم شدت و جهت ارتباط را به خوبی نشان می دهد، و از آزمون مستقل برای مقایسه میانگین میزان عمل به احکام دین در بین دو گروه معلمان زن و مرد استفاده شد.

1. Chan
2. Kieys
3. Shek

با توجه به جدول ۱ از مقدار ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰.۱۰۶ نتیجه می‌شود ۱۰.۶ درصد از تغییرات بین مشاهدات به وسیله مدل رگرسیون خطی شامل متغیر عمل به احکام دین بیان شده است. با توجه به جدول ۲ از مقدار $P(Sig.)$ - مقدار برابر با ۰.۰۰۳ نتیجه می‌شود که رگرسیون بین عمل به احکام دین و سلامت عمومی در سطح ۰.۰۵ معنی‌دار بوده است در نتیجه عمل کردن به احکام دین با سلامت عمومی افراد رابطه دارد و با توجه به مقدار ضریب عمل به احکام دین برابر با ۰.۱۱۸ (جدول ۳ مشاهده شود) نتیجه می‌شود که این رابطه در جهت مثبت بوده است.

فرضیه یک: عمل به احکام دین با علائم جسمانی رابطه معنی‌دار دارد. برای این منظور خط رگرسیون بین این دو متغیر با استفاده از نرم افزار SPSS برازش شده است. جدول ۴ جدول خلاصه مدل، جدول ۵ جدول آنالیز واریانس و جدول ۶ جدول ضرایب است.

جدول ۴. خلاصه‌ی مدل مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و علائم جسمانی

خطای	استاندارد	پراورد	ضریب تعیین	ضریب تعیین	مدل
			اصلاح شده		
	۳/۵۵۲		۰/۰۰۳	۰/۰۱۵	۰/۱۲۳
					۱

جدول ۵. جدول آنالیز واریانس مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و علائم جسمانی

میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع تغییرات
۱۵/۷۲۵	۱	۱۵/۷۲۵	رگرسیون
۱۲/۶۱۴	۸۱	۱۰۲۱/۶۹۶	خطا
	۸۲	۱۰۳۲/۴۲۲	کل

جدول ۶. جدول ضرایب مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و علائم جسمانی

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده		
ثابت	۱۰/۸۸۵	۲/۱۱۱	۰/۰۳۸	
عمل به احکام دین	۰/۰۱۸	۰/۱۲۳	۱/۱۱۷	۰/۲۶۷

با توجه به جدول ۴ از مقدار ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰.۰۱۵ نتیجه می‌شود تنها ۱.۵ درصد از تغییرات بین مشاهدات به وسیله مدل رگرسیون خطی شامل متغیر عمل به احکام دین بیان شده است. با توجه به جدول ۵-۴ از مقدار $P(Sig.)$ مقدار برابر با ۰.۲۶۷ نتیجه می‌شود که رگرسیون بین عمل به احکام دین و علائم جسمانی در سطح ۰.۰۵ معنی‌دار نبوده است یعنی دلیلی برای رد فرضیه‌ی صفر ($H_0: R^2 = 0$) وجود ندارد، در نتیجه عمل کردن به احکام دین با علائم جسمانی افراد رابطه معنی‌داری ندارد. با توجه به جدول ۶-۴ از مقادیر $P(Sig.)$ برابر با ۰.۰۳۸ برای ضریب ثابت و ۰.۲۶۷ برای ضریب عمل به احکام دین، نتیجه می‌شود که در سطح ۰.۰۵ ضریب ثابت معنی‌دار بوده ولی ضریب عمل به احکام دین در سطح ۰.۰۵ معنی‌دار نبوده که بیانگر معنی‌دار نبودن رگرسیون بین عمل به احکام دین و علائم جسمانی است.

فرضیه دوم: عمل به احکام دین با اضطراب و اختلال خواب رابطه معنی‌دار دارد. برازش خط رگرسیون بین این دو متغیر با استفاده از نرم افزار SPSS بررسی شده است. جدول ۷ جدول خلاصه مدل، جدول ۸ جدول آنالیز واریانس و جدول ۹ جدول ضرایب است.

جدول ۷. خلاصه‌ی مدل مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و اضطراب و اختلال خواب

خطای	استاندارد	برآورد	ضریب تعیین	ضریب تعیین اصلاح شده	مدل
۳/۳۴۹	۰/۰۹۲	۰/۱۰۳	۰/۳۲۱	۱	

جدول ۸. جدول آنالیز واریانس مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و اضطراب و اختلال خواب

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات		
رگرسیون	۱۰۴/۶۵۹		۱۰۴/۶۵۹		
خطا	۹۰۸/۲۳۳		۱۱/۲۱۳	۹/۳۳۴	۰/۰۰۳
کل	۱۰۱۲/۸۹۲	۸۲			

جدول ۹. جدول ضرایب مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و اضطراب و اختلال خواب

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده		
ثابت	۱/۲۲۳		۰/۲۵۲	۰/۰۰۰
عمل به احکام دین	-۰/۰۴۵	-۰/۳۲۱	-۳/۰۵۵	۰/۰۰۳

با توجه به جدول ۷ از مقدار ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰.۱۰۳ نتیجه می‌شود ۱۰.۳ درصد از تغییرات بین مشاهدات به وسیله مدل رگرسیون خطی شامل متغیر عمل به احکام دین بیان شده است. با توجه به جدول ۸-۴ از مقدار $P(Sig.)$ مقدار برابر با ۰.۰۰۳ نتیجه می‌شود که رگرسیون بین عمل به احکام دین و اضطراب و اختلال خواب در سطح ۰.۰۵ معنی‌دار بوده است در نتیجه عمل کردن به احکام دین با اضطراب و اختلال خواب افراد رابطه دارد و با توجه به مقدار ضریب عمل به احکام دین برابر با -۰/۰۴۵ (جدول ۹-۴ مشاهده شود) نتیجه می‌شود که این رابطه در جهت معکوس بوده است یعنی هر چه فرد در عمل به احکام دین ممارست نماید از اضطراب و اختلال خواب آن کاسته می‌شود.

فرضیه سوم: عمل به احکام دین با اختلال در کارکردهای اجتماعی رابطه معنی‌دار دارد.

جدول ۱۰ جدول خلاصه مدل، جدول ۱۱ جدول آنالیز واریانس و جدول ۱۲ جدول

ضرایب است.

جدول ۱۰. خلاصه‌ی مدل مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و اختلال در کارکردهای اجتماعی

مدل	ضریب تعیین	ضریب تعیین اصلاح شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۲۰۷	۰/۰۴۳	۰/۰۳۱

جدول ۱۱. جدول آنالیز واریانس مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و اختلال در کارکردهای

اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات		
رگرسیون	۳۰/۸۷۴		۳۰/۸۷۴		
خطا	۶۹۱/۹۲۱		۸/۵۴۲	۳/۶۱۴	۰/۰۶۱
کل	۷۲۲/۷۹۵				

جدول ۱۲. جدول ضرایب مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و اختلال در کارکردهای اجتماعی

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده		
ثابت	۶/۸۳۴		۱/۶۱۰	۰/۱۱۱
عمل به احکام دین	-۰/۰۲۵	۰/۲۰۷	۱/۹۰۱	۰/۰۶۱

با توجه به جدول ۱۰-۴ از مقدار ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰.۰۴۳ نتیجه می‌شود ۴.۳ درصد از تغییرات بین مشاهدات به وسیله مدل رگرسیون خطی شامل متغیر عمل به احکام دین بیان شده است. با توجه به جدول ۱۱-۴ از مقدار $P(Sig.)$ مقدار برابر با ۰.۰۶۱ نتیجه می‌شود که رگرسیون بین عمل به احکام دین و اختلال در کارکردهای اجتماعی در سطح ۰.۰۵ معنی‌دار نبوده است اما از آنجایی که مقدار P - مقدار بین ۰.۰۵ و ۰.۱ بوده، می‌توان فرضیه‌ی صفر ($H_0: R^2 = 0$) را در سطح ۰.۱ رد کرد. (در چنین مواقعی می‌گوییم فرض صفر به نفع فرض یک رد شده است.) بنابراین در سطح ۰.۱ رگرسیون بین عمل به احکام دین و اختلال در کارکردهای اجتماعی معنی‌دار بوده است در نتیجه عمل کردن به احکام دین با اختلال در کارکردهای اجتماعی افراد رابطه دارد و با توجه به مقدار ضریب عمل به احکام دین برابر با -0.025 (جدول ۱۲-۴ مشاهده شود) نتیجه می‌شود که این رابطه در جهت معکوس بوده است یعنی هر چه فرد در عمل به احکام دین ممارست نماید از اختلال در کارکرد اجتماعی آن کاسته می‌شود.

فرضیه چهارم: عمل به احکام دین با افسردگی رابطه معنی‌دار دارد.

جدول ۱۳ جدول خلاصه مدل، جدول ۱۴ جدول آنالیز واریانس و جدول ۱۵ جدول ضرایب است.

جدول ۱۳. خلاصه‌ی مدل مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و افسردگی

مدل	ضریب تعیین	ضریب تعیین اصلاح شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۲۴۹	۰/۰۶۲	۲/۹۶۰۱۸

جدول ۱۴. جدول آنالیز واریانس مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و افسردگی

میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع تغییرات
۴۷/۰۹۰		۴۷/۰۹۰	رگرسیون
۵/۳۷۴	۸/۷۶۳	۷۰۹/۷۷۸	خطا
		۷۵۶/۸۶۷	کل

جدول ۱۵. جدول ضرایب مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و افسردگی

مدل	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده	ثابت
۰/۰۰۹	۲/۶۹۶	۱۱/۵۸۷	ثابت
۰/۰۲۳	-۲/۳۱۸	-۰/۴۲۹	عمل به احکام دین

با توجه به جدول ۱۳-۱۴ از مقدار ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰.۰۶۲ نتیجه می‌شود ۶.۲ درصد از تغییرات بین مشاهدات به وسیله مدل رگرسیون خطی شامل متغیر عمل به احکام دین بیان شده است. با توجه به جدول ۱۴-۴ از مقدار $P(Sig.)$ مقدار برابر با ۰.۰۲۳ نتیجه می‌شود که رگرسیون بین عمل به احکام دین و افسردگی در سطح ۰.۰۵ معنی‌دار بوده است در نتیجه عمل کردن به احکام دین با افسردگی افراد رابطه دارد و با توجه به مقدار ضریب عمل به احکام دین برابر با ۰/۰۳۱- (جدول ۱۵-۴ مشاهده شود) نتیجه می‌شود که این رابطه در جهت معکوس بوده است یعنی هر چه فرد در عمل به احکام دین ممارست نماید از افسردگی آن کاسته می‌شود.

فرضیه پنج: عمل به احکام دین در بین معلمان زن و مرد یکسان است.

برای انجام آزمون برابری عمل به احکام دین در بین زنان و مردان از نرم افزار SPSS استفاده شده است جدول ۱۶ جدول خلاصه اطلاعات و جدول ۱۷ جدول آزمون برابری میانگین ها است.

جدول ۱۶. جدول خلاصه اطلاعات مربوط به آزمون برابری عمل به احکام دین در بین زنان و مردان

جنسیت	تعداد مشاهدات	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
۰	۵۰	۳۲۴.۸۹		
۱	۵۰	۳۲۶.۵۶		

جدول ۱۷. جدول آزمون برابری میانگین عمل به احکام دین در بین زنان و مردان

فرض	تعداد مشاهدات	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد	P (Sig.)
با فرض برابری واریانس	۰/۰۷۹	۰/۷۸	-۰/۳۰۵	۸۱	۰/۷۶۱
بدون فرض برابری واریانس			-۰/۳۰۳	۷۵/۷۱	۰/۷۶۳

با توجه به $P(Sig.)$ مقدار، هم با فرض برابری واریانس ها و هم بدون فرض برابری واریانس ها نتیجه می شود که فرض برابری میانگین عمل به احکام دین در زنان و مردان در سطح ۰.۰۵ پذیرفته می شود. توجه شود که برابری در آمار با برابری در ریاضی تفاوت دارد در نتیجه ممکن است میانگین ها از لحاظ ریاضی باهم برابر نباشند ولی از لحاظ آماری باهم برابر باشند

بحث و نتیجه گیری

نتیجه آزمون فرضیه های پژوهش حاضر با روش ضریب همبستگی رگرسیون نشان داد بین عمل به احکام دین با بهداشت روان معلمان رابطه مثبت معنی دار بوده است. این نتیجه مبنی بر رابطه مثبت عمل به احکام دین و بهداشت روانی معلمان با یافته های باقری و همکاران (۱۳۹۰)، استانلی و یولیز (۲۰۱۰)، حمیدی و همکاران (۲۰۱۰)، جان بزرگی (۱۳۸۶)، حسینی (۱۳۸۱)، فضل الهی قمشی و ملکی توانا (۱۳۹۱)، گل پرور و خاکسار (۱۳۸۸)، چراغی و مولوی (۱۳۸۵)، فلنلی و همکاران (۲۰۰۶)، آنتراینر و همکاران (۲۰۱۰)، وایلت و همکاران (۲۰۰۸)،

کونین و پیتر (۲۰۰۱)، کویینگ، پارگامنت و نیلسن (۱۹۹۸)، حمید و عابدیان (۱۳۸۶) همسو است. در تبیین نتیجه فوق می‌توان بیان کرد یکی از عوامل زمینه ساز سلامت روانی، بر اساس متون اسلامی التزام عملی به اعتقادات مذهبی است که می‌تواند بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی باشد، نقش اعتقادات مذهبی در کنترل آسیب‌های روانی در نظریه‌ها و پژوهش‌های روان‌شناسی نیز مورد تأکید قرار گرفته است. باورها و رفتارهایی از قبیل توکل به خدا، صبر، دعا، زیارت و غیره می‌تواند با ایجاد امید و نگرش‌های مثبت باعث آرامش درونی فرد شوند. پژوهش‌های تجربی نیز از ارتباط رفتارهای مذهبی و افزایش سلامت روان حمایت کرده است و در نتیجه بسیاری از روانشناسان، طرفدار توجه بیشتر به نقش دین در سلامت روان هستند. در فرضیه اول نتیجه می‌شود که عمل کردن به احکام دین با علائم جسمانی معلمان رابطه معنی‌داری ندارد این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های کونین و پیتر (۲۰۰۱)، وایلنت و همکاران (۲۰۰۸)، کویینگ، هایس و همکاران (۱۹۹۷)، حسینی (۱۳۸۱) همسو نیست. در تبیین فرضیه فوق شاید علت رد این فرضیه را بتوان دخالت عوامل بسیاری در سلامت جسمانی مثل عوامل بهداشتی و محیطی، ارثی، شرایط اجتماعی، اقتصادی و شرایط کاری که به نظر می‌رسد رابطه منطقی با دین و مسایل مذهبی ندارند داشته باشند.

در فرضیه دوم نتیجه می‌شود که عمل کردن به احکام دین با اضطراب و اختلال خواب معلمان رابطه معکوس دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پرزگر بفرئی و همکاران (۱۳۹۱)، بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، حسینی (۱۳۸۱)، خادمیان (۱۳۹۱)، کشاورز و همکاران (۱۳۸۸)، همسو است. در تبیین فرضیه فوق می‌توان بیان کرد از آنجا که اعمال دینی مثل نماز، دعا و توکل در ایجاد حالتی از آرام سازی کامل، آرامش روان و آسوگی عقل در انسان نقش دارد و اسلام به آن توجه بسیار کرده است و آشکار کردن مسائل و مشکلات در درگاه و طلب یاری از خداوند در کاهش اضطراب و ناراحتی فرد بسیار مؤثر است، چرا که روان‌شناسان معتقدند یادآوری و بازگویی مشکلات به وسیله شخص موجب کاهش شدت اضطراب و تخفیف ناراحتی‌ها و مشکلات می‌شود.

منابع

- آذریباجانی، مسعود. موسوی اصل، مهدی. (۱۳۸۷). *درآمدی بر روان‌شناسی دین*. تهران: سمت، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- باقری، مسعود؛ بنی‌اسدی، حسن. داوری، صفورا. (۱۳۹۰). رابطه دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان شهرستان رودان. *فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۷-۳۲.
- برزگر بفرولی، مرتضی. جان بزرگی، مسعود. بهشته، نیوشا. (۱۳۹۱). بررسی رابطه پابندی به مذهب و جنسیت در اضطراب امتحان. *فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۶، ش ۱۰، ص ۴۳-۶۱.
- بیانی علی اصغر. حسینی، گودرزی، بیانی، علی. محمد کوچکی، عاشور. (۱۳۸۷). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان. *مجله علمی-پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۳، ش ۳، ص ۲۰۹-۲۱۴.
- پناهی، غلامحسین. (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین افسردگی و میزان التزام عملی به اعتقادات مذهبی در میان دانش‌آموزان پایه دوم دبیرستانهای شهر زاهدان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد*.
- پیروی، حمید. عابدیان، احمد. (۱۳۸۶). سلامت روانی و حمایت اجتماعی. *تازه‌های روان‌درمانی*، ص ۶۷-۸۷.
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان. *پژوهش و پزشکی*، ۴، زمستان ۱۳۸۶، ص ۳۵-۴۵.
- چراغی، مونا. مولوی، حسین. (۱۳۸۵). رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. *مجله پژوهش‌های تربیتی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان*، ۲، ش ۲، ص ۱-۲۲.
- حسینی، سید رضا. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در دانشجویان پسر کوی دانشگاه تهران. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی*، ۱۳۸۱.
- خادمیان، حسین. (۱۳۹۱). تأثیر قرائت قرآن بر تنیدگی‌های روانی و راهبرد های مقابله‌ای. *فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۶، ش ۱۰، ص ۶۳-۸۴.
- دلاور، علی. (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی اجتماعی. چاپ نهم ۱۳۹۰.

- Flannelly kj, Koenig HG, (2006), Belief in life after death and mental health: findings from a national survey. *J Nervment Dis*; 194: 524_529.
- Henderson, N. and Milstein, M. (1996), *Resiliency in Schools*, Corwin Press, Thousand Oaks, CA.
- Kevin s. Seybold and Peter c. Hill (2001). "The role of Religion and Spirituality in mental and Physical Health" *current Directions in Psychological Science* 2001 10:21.
- Martos, T.; B. K. Konkoly Thege & M. F. Steger (2010), "It's Not Only what You Hold, it's How You Hold it: Dimensions of Religiosity and Meaning in Life, *Personality and Individual Differences* 49, pp.863-868.
- Plato. R. (2004). Religion and optimism midels of the relationship student *journal of psychology*.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bearinger, L., Harris, K.M., Jones, J., Shew, M. and Ireland, M. (1997), "Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 278, pp. 823-32.
- Stanley F. Yolles. (2010). "The Role of Religion in the Mental Health Program" *journal of Religion and Health*. pp.302-308.
- Unterrainer, H. F. ;K. H. Ladenhauf; M. L. Moazedi; S. J. Wallner-liebmann & A. Fink (2010), "Dimensions of Religious/spiritual Well-Being and Their Relation to personality and Psychological Well-being", *Personlity and Individual Differences*.
- Vaillant, George, _at. Al. (2008), "The natural history of male mental health: Health and religious involvement" *social science & Medicine* 66, page: 221_231.
- Weare, K. and Markham, W. (2005), "What do we know about promoting mental health through schools?", *Promotion and Education*, Vol. XII Nos 3-4, pp. 118-22.
- Wells, J., Barlow, J. and Stewart-Brown, S. (2003), "A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools", *Health Education Journal*, Vol. 103 No. 4, pp. 197-220.