

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

ایراندخت فیاض^۱

آرش ترابی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۱۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱/۳

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی رابطه میزان عمل به احکام دین با بهداشت روانی معلمان ابتدایی در سال تحصیلی ۹۲_۹۱ 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 می باشد.

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

۱. استادیار دانشگاه علامه طباطبائی iranfayyaz@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی

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

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

حاکمی 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

شناسایی گردد و به منظور بهبود سلامت روانی آنان برنامه‌ریزی شود نه تنها عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان نیز بهتر شده و با کاهش نرخ افت تحصیلی دانش‌آموزان، کمک شایانی به اقتصاد آموزش و پرورش خواهد شد (فونتانا و آبوسیری، ترجمه فروغان، ۱۳۸۲، ص ۵۳۹).

در پژوهشی باقری و همکاران (۱۳۹۰) انجام دادند نشان دادند که دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان رابطه دارند. به طوری که روان رنجور خوبی پایین، و دینداری و برون‌گرایی و توافق و وجدانی بودن بالا، با سلامت روان بالاتر معلمان رابطه مثبت دارند.

در پژوهشی با عنوان نقش تربیت اسلامی در بهداشت روان، انجام دادند به این نتیجه دست یافتند هر چه مؤلفه‌های تربیت اسلامی بیشتر باشد و افراد این مؤلفه‌ها را چه در حیطه دانش و چه در حیطه نگرش داشته باشند اثر مثبتی بر بهداشت روان دارند (حمیدی و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهشی که استانلی^۱ و یولیز^۲ (۲۰۱۰) با عنوان نقش مذهب در برنامه‌های بهداشت روان صورت گرفته است، بیان می‌دارد که هر چه مریدان مراکز آموزشی در زندگی فردی و اجتماعی خود آموزه‌های مذهبی بیشتر وجود داشته باشد از لحاظ بهداشت روان امتیاز بالاتری به دست آورده‌اند.

شواهدی برای یک رویکرد جامع درباره سلامت مدرسه طی سال ۱۹۹۰ با پیشنهادی برای این رویکرد که بطور مستمری بعد از آن هم ادامه می‌یابد تشخیص داده شد. بازنگری‌های منظم با مقیاس‌های بزرگ شامل پژوهش‌های ابتکاری بدون ابهام بود که جنبه‌ای از مفاهیم، فرصت‌ها، رویکردها و عواملی را که کارایی بیشتری نسبت به رویکردهای محدود داشت را و نیز رویکردهای ابعادی که تلاش می‌کرد تا از عهده حل سلامت روانی بر آیند را شامل می‌شود (ولز^۳ و همکاران ۲۰۰۳).

1. Stanley
2. Yolles
3. Wells

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 می گیرد بوسیله پژوهش مورد حمایت قرار گرفتند که اهمیت حضور معلمان را برای ارتباط دادن افراد جوان با مدرسه نشان می دهد (رسنیک^۱ و همکاران، ۱۹۹۷). هندرسون^۲ و میلستین^۳ (۱۹۹۶)، ۶ شرط را در مدرسه ها شناسایی کردند که باعث پیشرفت جهش وار می شود. مدارسی وجود داشت که فرصت هایی برای مشارکت معنادار فراهم کردند که تعهد اجتماعی را افزایش می دهند و مرزهای مستمر واضحی را وضع می کنند، مهارت های زندگی را یاد می دهند، حمایت و مراقبت فراهم میکنند و مجموعه انتظارات مرتبط را شناسایی می کند. این شرایط نوجوانان را برای کسب مهارت ها سوق می دهد و شامل ویژگی های محیطی است که می تواند افراد جوان را حمایت کند.

براون^۴ (۲۰۰۴)، شواهدی را از مطالعات مربوط به برنامه تحولی کودکان آمریکا ذکر کرد که انتظارات از ساختارهای مداخله ای پیشرفتی را نشان می دهد که یک رویکرد کلی مدرسه را در نظر گرفت (شامل معلمان، مدیران، مشاوران و جامعه). این پژوهش ها روی مدرسه مرتبط با نگرش ها نشان دادند (مدرسه منسجم)، نگرش های اجتماعی و مهارت ها و ارزش ها (ارتباط با دیگران) و پیشرفت های تحصیلی، اثربخشی مثبتی را نشان دادند.

به عنوان نمونه از پژوهش هایی 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 نشانه های اختلالات روانی می باشد. 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 هر دو همبستگی وجود دارد. همچنین کوین^۲ و پتر^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). کوئینک، 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) 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. Dezutter
 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 گل‌پرور 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

بر خلاف مدل شناختی بک که تنها به فرایندهای شناختی مراجعان می پردازد، به جنبه های شخصیتی_رفتاری و معنوی مراجعان نیز می پردازد. مدل اسلامی بر خلاف مدل شناختی در درمان افرادی که گرایش مذهبی دارند، بیشتر مؤثر واقع شد و در مورد افرادی که افسردگی معنایی یا وجودی دارند مفیدتر بود. در مدل چند وجهی اعتقادات مذهبی با مذهب مطابقت داده شده ولی در مدل شناختی، اعتقادات کنار گذاشته می شود. این مورد باعث تمایز چند وجهی در درمان افسردگی از روش بک گردیده است (فقیهی و همکاران، ۱۳۸۶).

حسینی (۱۳۸۱)، در بررسی رابطه بین سنجش نگرش مذهبی با سلامت روان در دانشجویان پسر کوی دانشگاه تهران به رابطه مثبت بین نگرش مذهبی با سلامت روان دست یافت و هم چنین به رابطه معکوس بین مذهب با علائم جسمانی و اضطراب و اختلال خواب و افسردگی دست یافت.

در بررسی رابطه پایبندی مذهبی و جنسیت در اضطراب امتحان یافته ها نشان داد بین پایبندی مذهبی و اضطراب امتحان رابطه منفی معنا دار وجود دارد (برزگر بفر و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش با بررسی تأثیر قرائت قران بر تنیدگی های روانی و راهبرد های مقابله ای در بین دانشجویان یافته ها نشان داد بین دو گروه مورد مطالعه از نظر میزان تنیدگی زهای روانی و راهبرد های مقابله ای تفاوت معنا داری وجود دارد (خادمیان، ۱۳۹۱).

در پژوهش با بررسی رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم انجام شده بود، یافته ها نشان داد رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان پسر مثبت و معنا دار و دانشجویان دختر مثبت است (فضل الهی قمشی و ملکی توانا، ۱۳۹۱).

باتوجه به پژوهش های انجام شده متوجه می شویم که اکثر این پژوهش ها بر روی نقش اعتقاد دینی بر سلامت روان انجام شده است اگر چه این پژوهش به نوعی با پژوهش های انجام شده مرتبط است، اما نکته جدید در این پژوهش این است که از جنبه اعتقاد فراتر رفته و بیشتر جنبه عینی و عملی مذهب پرداخته است و از این لحاظ پژوهشی جدید محسوب می شود، از

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 ۸۹/۰ و دانشجویان علوم پزشکی قزوین ۸۸/۰ و دانشجویان تربیت معلم نسیه ۷۵/۰ و برای دانشجویان تربیت معلم شهید شرافت ۶۷/۰ 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 ۸۴/۰، دانشجویان تربیت معلم نسیه ۸۱/۰، دانشجویان دانشگاه آزاد قم ۷۸/۰ 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، ۸۳/۰ به دست آمده است.

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

یافته‌های پژوهش

برای بررسی رابطه‌ی بین عمل به احکام دین و سلامت عمومی از رگرسیون خطی ساده استفاده شده است که در آن متغیر وابسته سلامت عمومی و متغیر مستقل عمل به احکام دین است. در واقع تحقیق در صدد بود که معین نماید آیا عمل به احکام دین به طور قابل توجه‌ای در سلامت عمومی افراد تاثیری دارد و اگر داشته این تاثیرگذاری به چه صورت بوده است. برای این منظور خط رگرسیون بین این دو متغیر با استفاده از نرم افزار SPSS برازش شده است. جدول ۱ جدول خلاصه مدل، جدول ۲ جدول آنالیز واریانس و جدول ۳ جدول ضرایب است.

جدول ۱. خلاصه‌ی مدل مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و سلامت عمومی

مدل	R	ضریب تعیین اصلاح شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۳۲۵	۰/۰۹۴	۸/۶۰۹

جدول ۲. جدول آنالیز واریانس مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و سلامت عمومی

	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع تغییرات
رگرسیون	۹.۵۵۷	۷۰۸.۳۲۸	۱	۷۰۸.۳۲۸	رگرسیون
خطا		۷۴.۱۲	۸۱	۶۰۰۳.۶۹۶	خطا
کل			۸۲	۶۷۱۲.۰۲۴	کل

جدول ۳. جدول ضرایب مربوط به رگرسیون بین عمل به احکام دین و سلامت عمومی

مدل	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده
ثابت	۲.۲۶۸		۲۸.۳۵۵
عمل به احکام دین	۳.۰۹۱	۰.۳۲۵	۰.۱۱۸

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 برآورد	ضریب تعیین اصلاح شده	ضریب تعیین	R	مدل
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

Sig.	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع تغییرات
۰/۲۶۷	۱/۲۴۷	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

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

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 معنی دار نبوده است یعنی دلیلی برای رد فرضیه صفر ($H_0: R^2 = 0$) وجود ندارد، در نتیجه عمل کردن به احکام دین با علائم جسمانی افراد رابطه معنی داری ندارد. با توجه به جدول ۶-۴ از مقادیر - مقدار $P(Sig.)$ برابر با ۰,۰۳۸ برای ضریب ثابت و ۰,۲۶۷ برای ضریب عمل به احکام دین، نتیجه می شود که در سطح ۰,۰۵ ضریب ثابت معنی دار بوده ولی ضریب عمل به احکام دین در سطح ۰,۰۵ معنی دار نبوده که بیانگر معنی دار نبودن رگرسیون بین عمل به احکام دین و علائم جسمانی است.

فرضیه دوم: عمل به احکام دین با اضطراب و اختلال خواب رابطه معنی دار 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

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

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	F	Sig.
رگرسیون	۱۰۴/۶۵۹	۱	۱۰۴/۶۵۹	۹/۳۳۴	۰/۰۰۳
خطا	۹۰۸/۲۳۳	۸۱	۱۱/۲۱۳		
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	t	Sig.
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	R	ضریب تعیین	ضریب تعیین اصلاح شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۲۰۷	۰/۰۴۳	۰/۰۳۱	۲/۹۲۳

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

اجتماعی					
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	Sig.
رگرسیون	۳۰/۸۷۴	۱	۳۰/۸۷۴	۳/۶۱۴	۰/۰۶۱
خطا	۶۹۱/۹۲۱	۸۱	۸/۵۴۲		
کل	۷۲۲/۷۹۵	۸۲			

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

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

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

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	t	Sig.
ثابت	۱۱/۵۸۷		۲/۶۹۶	۰/۰۰۹
عمل به احکام دین	-۰/۰۳۱	-۰/۴۲۹	-۲/۳۱۸	۰/۰۲۳

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 میانگین‌ها 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	۲۳,۲۱۷	۳,۵
۱	۵۰	۳۲۶,۵۶	۲۶,۸۲۹	۴,۲۹۶

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

	F	Sig.	t	df	Sig. (2 - tailed)
با فرض برابری واریانس	۰/۰۷۹	۰/۷۸	-۰/۳۰۵	۸۱	۰/۷۶۱
بدون فرض برابری واریانس			-۰/۳۰۳	۷۵/۷۱	۰/۷۶۳

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 برزگر بفرئی و همکاران (۱۳۹۱)، بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، حسینی (۱۳۸۱)، خادیمان (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.

در فرضیه سوم نتیجه می‌شود عمل کردن به احکام دین با اختلال در کارکردهای اجتماعی معلمان رابطه معکوس دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های وایلت و همکاران (۲۰۰۸)، کویننگ، هایس و همکاران (۱۹۹۷)، مک اینتاش . همکاران (۱۹۹۳)، کویننگ، پارگامنت و نیلسن (۱۹۹۸)، حسینی (۱۳۸۱) همسو است. در تبیین فرضیه فوق اگر به شعایر و آموزه‌های دینی دقت کنیم این نکته به صورت واضح قابل درک است؛ زیرا مثلاً می‌بینیم پیامبران و ادیان آسمانی برای همبستگی جوامع گوناگون از عامل فرا مادی (دین و معنویت) استفاده کرده‌اند. اجرای شعایر مذهبی در عبادتگاه، عامل وحدت و اشتراک گروه‌ها و طیف‌های مختلفی از هر زبان و قوم و نژاد و ملیت شده است و افراد به جای توجه به منافع شخصی خود به منافع هم‌کیشان و مومنان دیگر توجه می‌کنند.

در فرضیه چهارم نتیجه می‌شود که عمل کردن به احکام دین با افسردگی معلمان رابطه معکوس دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، فقیهی و همکاران

(۱۳۸۶)، حسینی (۱۳۸۱)، پلاتو (۲۰۰۴)، کویینگ، هایس و همکاران (۱۹۹۷) همسو است. در تبیین فرضیه فوق می‌توان بیان کرد از آن‌جا که در منابع اسلامی با استفاده از قرآن و روایات می‌توان شرایط بهداشت روانی را فراهم آورد که در چنین شرایطی به طور طبیعی افراد دچار خلق افسرده نمی‌شوند و از مفاهیمی که در توصیه‌های اسلامی بسیار مشاهده می‌شود مثل نماز، دعا و توسل به پیامبر و ائمه معصوم در صورت بروز مشکل روانی از جمله افسردگی، می‌تواند در بهبود فرد نقش به‌سزایی داشته باشد.

در فرضیه پنجم در مقایسه عمل به احکام دین در بین معلمان زن و مرد با توجه به جدول ۱۷ هم با فرض برابری واریانس‌ها و هم بدون فرض برابری واریانس‌ها نتیجه می‌شود که فرض برابری میانگین عمل به احکام دین در زنان و مردان در سطح ۰,۰۵ پذیرفته می‌شود. با توجه به یافته‌های کلی این پژوهش به رابطه مثبت عمل به احکام دین با بهداشت روان معلمان پیشنهاد می‌شود با بیان آثار علمی عمل کردن به دین، در معلمان عمل به احکام دین تقویت شود.

منابع

- آذربایجانی، 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 بفر وئی، مرتضی. جان بزرگی، مسعود. بهشته، نبوشا. (۱۳۹۱). بررسی رابطه پایبندی 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 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، ش 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*، س 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، س ۶، ش ۱۰، ص ۶۳-۸۴.

دلاور، علی (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی اجتماعی. چاپ نهم ۱۳۹۰. رادفر، شکوفه. عروجی، زهرا (۱۳۸۲). بررسی نقش نماز در میزان شیوع اضطراب در دختران دانش‌آموز. اسلام و بهداشت روان. جلد اول تهران پژوهشکده فرهنگ معارف.

شیرازی، محمود. (۱۳۸۰). بررسی شیوه‌های مقابله با تنش‌های روانی و ارتباط آن با اسناد علی و سلامت روانی در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی شهر زاهدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران. فضل‌الهی، قمشی، سیف‌الله، ملکی توانا، منصوره (۱۳۹۱). رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی. *فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی*، س ۶، ش ۱۰، ص ۱۰۵-۱۱۷.

فقیهی، علی نقی. غباری بناب، باقر. قاسمی پور، یدالله (۱۳۹۱). مقایسه مدل چندوجهی اسلامی در درمان افسردگی با مدل درمانی شناختی بک. فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی، س ۱، ش ۱، پاییز و زمستان ۱۳۸۶، ص ۶۹-۸۶.

فوادجی، محمد. (۱۳۸۶). دروس روان‌شناسی و بهداشت روانی در حج. مشهد: کارگزاران حج عمره.

فونتانا، د. آبوسیری (۱۳۸۲). روانشناسی برای معلمان. (ترجمه فروغان، م). تهران: ارجمند (آگه).

کشاوری، امیر. شاه نظری، مهدی. کلانتری، مهرداد. (۱۳۸۸). رابطه بین ویژگی های شخصیتی با عمل به باورهای دینی در دانشجویان. فصلنامه مطالعات اسلام و روان شناسی، ۸۳-۹۶.

گل پرور، محسن. خاکساری، سروره. (۱۳۸۸). سلامت عمومی دانشجویان تابعی از جهت گیری مذهبی، پابندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه ای. فصلنامه مطالعات اسلام و روان شناسی، ۴۳-۶۴.

گنجی، حمزه. (۱۳۷۹). بهداشت روانی. تهران: ارسباران.

موسوی، سیدغفور (۱۳۸۲). رابطه نحوه به پاداری نماز با اختلال افسردگی، اسلام و بهداشت روان (مجموعه مقالات). جلد اول. مرکز نشر معارف.

- Brown, J.H. (2004), "Resilience: emerging social constructions", in Waxman, H.C., Padron, Y.N. and Gray, J.P. (Eds), Educational Resilience. Student, Teacher and School Perspectives, Information Age Publishing, Greenwich, CT, pp. 3-10.
- Dezutter, J.; B. Soenens & D. Hutsebaut (2006), "Religiosity and Mental Health: A Further Exploration of the Relative Importance of Religious Behaviors VS. Religious Attitudes", *Personality and Individual Differences* 40, pp.807-818.
- Farideh Hmidi, Zohreh Bagherzadeh, Sobhan Gafarzadeh.(2010)."The Role of Islamic Education in Mental Health", *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5 (2010) 1991-1996.
- 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.