

«فصلنامه علوم تربیتی»

سال پنجم - شماره ۱۹ - پاییز ۱۳۹۱

ص.ص. ۷۵-۹۰

بررسی مقایسه‌ای سخت‌رویی و سلامت روان در سطوح مختلف دینداری در فرهنگیان شهرستان خوی

دکتر منصور بیرامی^۱

دکتر خلیل اسماعیل‌پور^۲

زینب رضائی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۹/۱۵

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۷/۰۸

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی میزان سخت‌رویی و سلامت روان در سطوح مختلف دینداری در فرهنگیان شهرستان خوی انجام شده است. نمونه شامل ۳۵۰ معلم مدارس ابتدایی، راهنمایی و متوسطه (۱۷۸ نفر مرد و ۱۷۲ زن) بود. روش تحقیق علی-مقایسه‌ای بود و برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸)، زمینه‌یابی دیدگاه‌های شخصی کوباسا و پرسشنامه معبد‌گزارای استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری و تحلیل واریانس دو راهه تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که سخت‌رویی و مؤلفه‌های آن (به غیر از چالش) در افراد دارای سطوح مختلف دینداری متفاوت است. افراد دارای دینداری سطح بالا نمره بالایی در کنترل و افراد دارای سطوح دینداری متوسط و بالا نمره بالایی در سخت‌رویی و مؤلفه تعهد داشتند. میزان سلامت روانی و مؤلفه‌های آن (افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و اختلال در کارکردهای اجتماعی) نیز در سطوح مختلف دینداری متفاوت بود. افراد دارای دینداری سطح بالا در علائم جسمانی، و افراد دارای سطح دینداری متوسط و بالا در افسردگی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی نمره پایینی داشتند. نتایج این تحقیق بر کارکرد دین در ارتقای بهداشت روانی تأکید و اشارات ضمنی بر نقش مفاهیم دینی در ارتقای سلامت روانی کارکنان و روان درمانی دارد.

واژگان کلیدی: سخت‌رویی، سلامت روان، دینداری، فرهنگیان.

۱. دانشیار دانشگاه تبریز.

۲. استادیار دانشگاه تبریز.

۳. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، تبریز، ایران.

مقدمه

در جهان امروز، سلامت روانی اهمیت بسیاری دارد، زیرا در عصری زندگی می‌کنیم که به موازات پیشرفت‌های صنعتی و اقتصادی-اجتماعی، نابسامانی‌های روانی در حال گسترش است. یکی از معضلات اساسی که طی چندین دهه اخیر، با روی آوردن تدریجی جوامع به سمت زندگی به سبک مدرن، گریبانگیر جوامع بشری شده است، پدیده «استرس» می‌باشد (عقیلی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۶). پیامدهای استرس، می‌تواند به شکل نشانه‌های جسمانی، اختلالات روانی (مانند افسردگی، خشم و...) و مشکلات رفتاری (مانند غیبت و افت کاری...) ظاهر شود (راسل^۱، الیتمر^۲ و ونولزن^۳، ۱۹۸۷). به طور کلی، بالا بودن سلامت روانی و واکنش عاطفی مناسب افراد، کیفیت کار آنها را بالا می‌برد (گرین‌هاو^۴، ۱۹۷۵). هر حرفه با تنیدگی همراه است، اما تنیدگی برخی مشاغل بالاست. حرفه معلمی و تدریس، به لحاظ نوع وظایف و مسئولیت‌ها از جمله مشاغل پرتنش است و با توجه به تأثیرگذاری زیادی که فرهنگیان بر مخاطبان خودشان دارند، این امر اهمیت بیشتری می‌یابد.

با گسترش توجه به موضوع تنیدگی در روان‌شناسی، کوباسا بر مبنای نظر سلیه^۵ این فرضیه را بررسی کرد که اشخاصی که درجه بالایی از فشار روانی را بدون بیماری تجربه می‌کنند، ساختار شخصیتی متفاوتی از افرادی دارند که در شرایط فشارزا بیمار می‌شوند. کوباسا در این مطالعه نشان داد که تمایز شخصیتی در ساختاری به نام سخت‌رویی منعکس است (مختاری و همکاران، ۱۳۸۰). سخت‌رویی مفهوم روان‌شناختی است که به شیوه‌ی خاص و باثبات فرد در واکنش به رویدادهای زندگی اشاره دارد، که شخص صاحب آن به جای کنارکشیدن، احساس تعهد و به جای احساس ناتوانی، احساس کنترل می‌کند و مشکلات را چالش می‌داند نه تهدید. این ویژگی شخصیتی از سه مؤلفه به هم بسته‌ی کنترل^۶، تعهد^۷ و چالش^۸ تشکیل شده است و در عین حال، یک ساختار واحد است که از عمل یکپارچه و هماهنگ این سه مؤلفه‌ی مرتبط با هم سرچشمه می‌گیرد و می‌تواند به عنوان سپری در برابر استرس مقاومت کرده و از اثرات مخرب آن به سلامتی افراد جلوگیری کند (کوباسا، ۱۹۷۹).

«دینداری»^۹ نیز به عنوان یکی از راهکارهای مقابله با استرس شناخته می‌شود. دین وجه اصلی امتیاز بشر (آذربایجانی، ۱۳۸۵) و یک نظام عملی مبتنی بر اعتقادات است که در قلمرو ابعاد فردی و اجتماعی، از جانب پروردگار برای هدایت انسان‌ها در مسیر رشد و کمال الهی ارسال گردیده و شامل عقاید، باورها،

1. Russel
2. Alitmaier
3. Vanvelzen
4. Greenhave
5. Seliye
6. Control
7. Commitment
8. Challenge
9. Religiosity

نگرش‌ها و رفتارهایی است که با هم پیوند داشته و یک احساس جامعیت را برای فرد تدارک می‌بیند و میزان پایبندی و تعهد افراد به این عقاید، باورها و نگرش‌ها، دینداری نامیده می‌شود (آرین، ۱۳۷۸). از طرف دیگر، بعد معنوی یکی از ابعاد سلامت روانی است و داشتن ارتباطات معنوی از شاخص‌های مهم سلامت روان محسوب می‌شود (نوری، ۱۳۸۸). روان‌شناسان پژوهش‌های وسیعی درباره نقش مذهب و اعتقادات دینی در اعتلای سلامتی، خوب زیستن و بهداشت روانی انجام و نشان داده‌اند که افراد مذهبی کمتر دچار اختلالات روانی می‌شوند. افراد مذهبی نه تنها کمتر درگیر انحرافات، جرم و جنایت و یا خودکشی می‌شوند، بلکه به طور کلی از سلامت اخلاق و رفتار و معنویات بیشتری برخوردارند و در مقایسه با افرادی که از نظر اعتقادات دینی ضعیف شوند، احساس آرامش، امنیت و خوشبختی بیشتری می‌نمایند (نوابخش و پوریوسفی، ۱۳۸۵). تحقیقات نشان می‌دهد که افرادی که اعتقادات مذهبی، انسانی و اخلاقی دارند از نظر بهداشت روانی در درجات بالاتر قرار دارند و دیرتر در مقابل سختی‌های زندگی از پای در می‌آیند (نوری، ۱۳۸۸).

تحقیقات رابطه سخت رویی بالا با کاهش پریشانی‌های روانی و نیز ارزیابی مثبت‌تر از محیط کار (هاربیسون^۱، نقل از مک‌کلیستر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶)، شادکامی و سلامت روان (خلیلی‌جاوید هریس، ۱۳۸۷؛ آتری، شارما و کاترل، ۲۰۰۷) نشان داده‌اند. تحقیق آتری، شارما و کاترل (۲۰۰۷) نشان داد که حمایت اجتماعی و سرسختی هر دو پیش‌بینی‌کننده شادکامی و سلامت روانی در دانش‌آموزان است. همچنین دو بعد تعهد و کنترل به میزان بیشتری قدرت پیش‌بینی‌کنندگی شادکامی و سلامت روان را داشت. در تحقیقات داخلی نیز رابطه سرسختی با سلامت روان و کاهش نشانه‌های جسمانی، اضطراب، و افسردگی نشان داده شده است (زهراکار، ۱۳۸۳؛ حسن‌شاهی و دارایی، ۱۳۸۴). کوباسا در تحقیقی که در سال ۱۹۸۳ انجام داد بین سخت رویی و مذهبی بودن - براساس فراوانی حضور در کلیسا - ارتباط منفی به دست آورد (نقل از قربانی، ۱۳۷۷). اما اکثر پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص دینداری حاکی از رابطه مثبت بین دین‌داری و سلامت روانی است، برای مثال سانا^۳ (۱۹۶۹) با بررسی پژوهش‌های مختلف نتیجه می‌گیرد که پژوهش‌ها عمدتاً از رابطه مثبت میان دینداری و بیماری‌های روانی حکایت می‌کنند. در پژوهشی دیگر استارک^۴ (۱۹۷۱) در یک بررسی انتقادی تلاش کرد تا رابطه‌ی میان دینداری و سلامت روانی را کشف کند. وی در بررسی خود به این نتیجه دست یافت که دینداری تنها با بیماری روانی مرتبط نیست، بلکه جنبه‌هایی از دینداری به سلامت روانی نیز مرتبط می‌باشد. برگین^۵ (۱۹۸۳) نیز در یک بررسی جامع، ادبیات حوزه دینداری را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و به این

1. Harrison
2. Maccalister
3. Sanua
4. Stark
5. Bergin

نتیجه دست یافت که ادعای ارتباط دینداری با بیماری‌های روانی کاملاً نادرست است. اما وی نیز در خصوص رابطه میان دینداری و سلامت روانی به نتایج امیدوار کننده‌ای دست نیافت. این در حالی است که آپورت دو جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی را مطرح می‌کند. اشخاص با جهت‌گیری درونی، انگیزه‌های اصلی خود را در خود دین می‌یابند و سعی می‌کند آن را درونی ساخته و به طور کامل دنبال کند. اشخاص با این جهت‌گیری به ایمان به منزله یک ارزش متعالی می‌نگرند و عامل به اعمال و مناسک و پایبند به اعتقادات دینی خود می‌باشند. اما افراد با جهت‌گیری بیرونی دارای باورهای دینی هستند که فقط اهدافی ابزاری دارند. به عبارت دیگر نمایشی از رفتار دینی از خود بروز می‌دهند (دوناو، ۱۹۸۵). تأمل در متون دینی و عرفانی مسلمانان، بر امکان به کارگیری مفهوم سازی های آپورت در روان شناسی دین اسلام صحه می‌گذارد. برای مثال سخنان پیامبر (ص) و امام علی (ع) در خصوص انواع عبادت با جهت‌گیری های دینی آپورت همسو است. ایشان عبادت را به سه سنخ تقسیم می‌کنند: ۱- عبادت ناشی از ترس ۲- عبادت ناشی از کسب ۳- عبادت ناشی از میل به سپاس (نیکوی و سیف، ۱۳۸۴). گروهی خدا را به امید بخشش می‌پرستند و این پرستش بازرگانان است. گروهی او را از روی ترس عبادت می‌کنند و این عبادت بردگان است و گروهی او را برای سپاس می‌پرستند و این پرستش آزادگان است (نهج‌البلاغه، سیدرضی، ص ۱۰۰).

همانگونه که ملاحظه می‌شود در تحقیقات درمورد رابطه سلامت روان و دینداری نتایج مغایری نیز گزارش شده است، این در حالی است که از دین به عنوان سپری مقاوم یاد می‌شود. البته در خصوص دینداری در کشور ما پژوهش‌های اندکی صورت پذیرفته است و خیلی کمتر به این موضوع از دیدگاه روان‌شناختی و جامعه‌شناختی پرداخته شده‌است. لذا با توجه به نقش دینداری و سخت رویی در سلامت روان، این پژوهش درصدد است مقایسه بیشتری در خصوص میزان سخت رویی (و مؤلفه های آن) و سلامت روانی در سطوح سه گانه‌ی دینداری انجام دهد. لذا فرضیه های تحقیق حاضر عبارتند از:

۱- میزان سخت رویی در سطوح مختلف دینداری متفاوت است.

۲- میزان سلامت روانی در سطوح مختلف دینداری متفاوت است.

روش پژوهش

جامعه آماری و روش نمونه گیری

طرح پژوهش حاضر یک طرح علی-مقایسه ای است. جامعه آماری پژوهش را همه فرهنگیان زن و مرد شاغل در مدارس ابتدایی، راهنمایی و متوسطه شهرستان خوی تشکیل می‌داد. پس از اخذ آمار دقیق از آموزش و پرورش شهرستان خوی، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و فرمول تصحیح حجم نمونه (به نقل از شریفی و شریفی، ۱۳۸۰)، ۳۲۰ نفر برآورد شده بود، که تعداد ۳۵۰ نفر با روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شد. انتخاب افراد نمونه از هر یک از دوره‌های تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و

متوسطه متناسب با تعداد معلمان شاغل در این دوره‌ها و جنسیت افراد انجام شد، و مجموعاً تعداد ۱۷۸ نفر مرد و ۱۷۲ زن انتخاب شد. تقسیم بندی دینداری به سه سطح بالا، متوسط و پایین بر اساس نقطه ۳۳/۳ درصدی انجام شد. بدین ترتیب، افرادی که در نمرات دینداری جزء ۳۳/۳ در صد بالای نمونه بودند به عنوان دینداری بالا، افرادی که در نمرات دینداری جزء ۳۳/۳ درصد متوسط نمونه بودند به عنوان دینداری متوسط و افرادی که در نمرات جزء ۳۳/۳ در صد پایین نمونه بودند به عنوان دینداری پایین در نظر گرفته شدند.

ابزارها

به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-۲۸)^۱، زمینه‌یابی دیدگاه‌های شخصی و پرسشنامه‌ی معبد گلزاری استفاده شد.

پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲): پرسش‌نامه سلامت عمومی یک «پرسشنامه سرندی» مبتنی بر روش خودگزارشی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ، نقل از استورا، ۱۳۸۶). پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ جهت تفکیک موارد ابتلا به اختلالات روانی ساخته شده است و می‌تواند احتمال وجود یک اختلال را در فرد تعیین کند (حسینی، ۱۳۸۷). رایج‌ترین روش نمره گذاری آن طیف لیکرت است. مطالعات روان‌سنجی نسخه‌های مختلف آزمون سلامت عمومی نشان می‌دهد نسخه ۲۸ سؤالی نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶). این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. وجود چهار زیرمقیاس بر اساس تحلیل آماری ثابت شده است (استورا، ۱۳۸۶). تقوی (۱۳۸۰) ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی GHQ-۲۸ را با نمونه ۹۲ نفری دانشجویان دانشگاه شیراز انجام داد و ضرایب اعتبار بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرانباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آورد. ضرایب روایی همزمان با پرسشنامه میدلکس ۰/۵۵ و روایی سازه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ محاسبه شد. همچنین وی با تحلیل عوامل چهار عامل افسردگی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و جسمانی را استخراج نمود که ۵۸٪ واریانس توسط این چهار عامل تبیین گردید.

زمینه‌یابی دیدگاه‌های شخصی (کوباسا، ۱۹۹۴): این مقیاس یک پرسشنامه ۵۰ ماده‌ای است که شامل خرده مقیاس‌های چالش (۱۷ سؤال)، تعهد (۱۶ سؤال) و کنترل (۱۷ سؤال) می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت (چهارگزینه‌ای) شکل گرفته و دارای دامنه‌ای از نمره صفر (اصلاً درست نیست) تا ۳ (کاملاً درست است) می‌باشد. این مقیاس توسط قربانی در سال ۱۳۷۱ ترجمه و روایی صوری و محتوایی

آن محاسبه شده و در موارد ضروری اصلاحات لازم به عمل آمده است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سخت رویی یعنی کنترل، تعهد، چالش، به ترتیب از ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ برخوردارند و این ضریب برای کل صفت سخت رویی ۰/۷۵ محاسبه شده است (نقل از قمری، ۱۳۸۶).

آزمون معبد (گلزاری، ۱۳۷۹): این آزمون دارای ۲۵ سؤال است که عمل (نه اعتقاد و نگرش) به باورهای دینی را اندازه گیری می‌کند. هر سؤال ۵ گزینه دارد و از صفر تا چهار نمره گذاری می‌شود. بدین ترتیب کمترین نمره کل صفر، به معنی عمل نکردن به هیچ یک از باورهای دینی و بیشترین نمره کل، یعنی ۱۰۰ نشان دهنده عمل به همه باورهای دینی به حساب می‌آید. مواد آزمون در چهار حوزه عمل به واجبات، عمل به مستحبات، فعالیت‌های دینی (عضویت در گروه‌های دینی و...) و در نظر گرفتن دین در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی قرار دارد. این آزمون بر روی ۸۹۴ دانشجوی (۶۲۱ دختر و ۲۷۳ پسر) و ۵۲ جوان زندانی (۲۶ دختر و ۲۶ پسر) جمعاً ۹۴۶ نفر اجرا شده است (نجفی، احدی و دلاور، ۱۳۸۵). پایایی این آزمون از طریق بازآزمایی ۰/۷۶، از طریق دونیمه کردن ۰/۹۱ و از طریق ضریب آلفای کرانباخ ۰/۹۴ گزارش شده است. این آزمون دارای اعتبارمحتوی صوری و منطقی بالاست و اعتبار وابسته به ملاک آن از طریق مقایسه افراد دینی و غیردینی با ضرایب اعتبار ۰/۸۴ و ۰/۷۸ و اعتبار سازه تفاوت ویژگی‌های شخصیتی در آزمون با توجه به پژوهش‌های انجام یافته در این زمینه معنی‌دار به دست آمده است (گلزاری، ۱۳۷۹).

یافته‌ها

داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای سخت رویی و مؤلفه‌های آن (تعهد، کنترل، چالش)، همچنین سلامت روانی و مؤلفه‌های مربوطه (افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی، علائم جسمانی) در سطوح مختلف دینداری در جدول ۱، روند ظاهری افزایش نمرات مؤلفه‌های سخت رویی و روند کاهش نمرات سلامت روان را در بین سطوح دینداری نشان می‌دهد.

جدول ۱: توصیف مؤلفه‌های سخت‌رویی و سلامت روان در سطوح مختلف دینداری (n=۳۵۰)

متغیرها	سطوح دینداری	سطح بالا	سطح متوسط	سطح پایین	کل*
۱- سخت رویی	۸۸/۰۸	۹۴/۳۵	۹۸/۱۰	۹۳/۵۰ (۱۵/۳۲)	
۱-۱ تعهد	۳۱/۱۶	۳۴/۴۵	۳۵/۸۶	۳۳/۸۳ (۶/۸۳)	
۱-۲ کنترل	۳۳/۶۱	۳۵/۴۱	۳۷/۲۲	۳۵/۴۰ (۶/۲۶)	
۱-۳ چالش	۲۳/۳۱	۲۴/۴۸	۲۵/۰۱	۲۴/۲۷ (۶/۱۲)	
۲- سلامت روانی	۲۳/۸۵	۱۸/۸۴	۱۵/۲۳	۱۹/۳۳ (۱۰/۶۴)	
۲-۱ افسردگی	۳/۶۸	۱/۹۸	۱/۳۲	۲/۳۳ (۳/۳۴)	
۲-۲ اضطراب	۶/۷۳	۵/۵۵	۴/۲۴	۵/۵۲ (۳/۷۱)	
۲-۳ اختلال در کارکردهای اجتماعی	۷/۳۸	۶/۱۵	۵/۴۸	۶/۳۴ (۲/۸۱)	
۲-۴ علائم جسمانی	۶/۰۶	۵/۱۶	۴/۱۸	۵/۱۴ (۳/۳۳)	
۳- دینداری	۵۸/۱۷	۷۴/۹۲	۸۶/۴۶	۷۳/۱۳ (۱۳/۵۱)	

* mean (SD)

برای بررسی مؤلفه‌های سخت‌رویی در سطوح مختلف دینداری از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. نتیجه تفاوت معنی‌داری بین سطوح مختلف دینداری در متغیر وابسته ترکیبی نشان داد ($p < 0/001$; $F(690,6) = 5/428$; $F(347,2) = 9/847$; $p < 0/001$) و $F(347,2) = 15/323$; $p < 0/001$) مشخص شد که از نظر کنترل ($F(347,2) = 9/847$; $p < 0/001$) و تعهد ($F(347,2) = 15/323$; $p < 0/001$) در سطوح مختلف دینداری تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما از نظر چالش در بین سطوح دینداری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($F(347,2) = 2/309$; $p = 0/101$). بررسی مقایسه‌های دو به دو سطوح دینداری با استفاده از آزمون تعقیبی توکی (جدول ۲) نشان می‌دهد که افراد دارای سطح دینداری بالا و سطح دینداری پایین از نظر مؤلفه کنترل تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند و افراد دارای سطح دینداری بالا از این نظر در سطح بالاتری قرار دارند. در مورد تعهد، افراد دارای سطح دینداری متوسط و بالا به طور معنی‌داری بالاتر از افراد دارای سطح دینداری پایین هستند.

بررسی اثر جنسیت و اثر تعامل جنسیت با سطوح دینداری در سخت رویی با استفاده از تحلیل واریانس دوراهه نتیجه نشان داد که اثر جنسیت ($F(344,1) = 1/672$; $p = 0/197$) و اثر تعامل جنسیت با سطوح دینداری ($F(344,2) = 0/374$; $p = 0/689$) معنی‌دار نیست. تنها تاثیر عامل دینداری بر روی سخت‌رویی معنی‌دار بود ($F(344,2) = 11/934$; $p < 0/001$). نتیجه آزمون تعقیبی توکی (جدول ۲) نشان می‌دهد که افراد دارای سطح دینداری پایین، در مقایسه با افراد دارای سطوح دینداری متوسط و بالا، به طور معنی‌داری از نظر سخت رویی پایین‌تر هستند. اما بین گروه‌های دارای سطوح دینداری متوسط و بالا از نظر میزان سخت رویی تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود.

جدول ۲: آزمون تعقیبی توکی در مورد میزان کنترل و تعهد در سطوح دینداری

متغیر	سطوح دینداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
سخت‌رویی	پایین	متوسط	۰/۰۰۳
	متوسط	بالا	۰/۰۰۰
	بالا	متوسط	۰/۱۲۸
کنترل	پایین	متوسط	۰/۰۶۰
	متوسط	بالا	۰/۰۰۰
	بالا	متوسط	۰/۰۶۱
تعهد	پایین	متوسط	۰/۰۰۰
	متوسط	بالا	۰/۰۰۰
	بالا	متوسط	۰/۲۲۴

تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مؤلفه‌های سلامت روان نیز نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین سطوح مختلف دینداری در متغیر وابسته ترکیبی وجود دارد ($p < 0/001$; $F(688,8) = 5/687$; $F(347,2) = 16/433$; $F(347,2) = 16/433$) در بررسی هر یک از مؤلفه‌ها مشخص شد که از نظر افسردگی

اضطراب ($F(3,47,2) = 13/510$)، علائم جسمانی ($F(3,47,2) = 9/330$) و اختلال در کارکردهای اجتماعی ($F(3,47,2) = 14/327$) در سطوح مختلف دینداری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). بررسی مقایسه‌های دو به دو سطوح دینداری با استفاده از آزمون تعقیبی توکی (جدول ۳) نشان داد که افراد دارای سطح پایین دینداری در مقایسه با افراد سطح دینداری متوسط و بالا نشانه‌های افسردگی بیشتر و اختلال بیشتری در کارکرد اجتماعی دارند. افراد دارای سطح دینداری پایین در مقایسه با افراد دارای سطح دینداری بالا علائم جسمانی بیشتری دارند. در مورد اضطراب بین هر سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد دارای سطح دینداری پایین در مقایسه با افراد دارای سطح دینداری متوسط و بالا اضطراب بیشتری دارند. همچنین اضطراب افراد دارای سطح دینداری متوسط بیشتر از افراد دارای سطح دینداری بالاست.

جدول شماره ۳: آزمون تعقیبی توکی در مورد سلامت روان و مؤلفه‌های آن در سطوح دینداری

متغیر	سطوح دینداری	تفاوت میانگینها	سطح معنی‌داری
افسردگی	پایین	متوسط	۰/۰۰۰
	بالا	۱/۷۱*	۰/۰۰۰
	متوسط	۲/۳۶*	۰/۲۶۴
اضطراب	پایین	متوسط	۰/۰۳۱
	بالا	۱/۱۸*	۰/۰۰۰
	متوسط	۲/۴۸*	۰/۰۱۵
علائم جسمانی	پایین	متوسط	۰/۰۸۷
	بالا	۰/۸۹	۰/۰۰۰
	متوسط	۱/۸۷*	۰/۰۵۶
اختلال در کارکردهای اجتماعی	پایین	متوسط	۰/۰۰۲
	بالا	۱/۲۳*	۰/۰۰۰
	متوسط	۱/۹۰*	۰/۱۳۷

برای بررسی اثر جنسیت و اثر تعامل جنسیت با سطوح دینداری در سلامت روان از تحلیل واریانس دوره‌ای استفاده شد. نتیجه نشان داد که اثر جنسیت ($F(3,44,1) = 0/735$; $p = 0/392$) و اثر تعامل جنسیت با سطوح دینداری ($F(3,44,2) = 0/357$; $p = 0/700$) معنی‌دار نیست، اما تأثیر عامل دینداری بر سلامت روان معنی‌دار است ($F(3,44,2) = 20/246$; $p < 0/001$). نتیجه آزمون تعقیبی توکی نشان داد که افراد دارای سطوح دینداری پایین به طور معنی‌داری بیشتر از افراد دارای سطوح متوسط و بالای دینداری از نشانه‌های مرضی رنج می‌برند. به عبارت دیگر از آنجایی که نمره بالا در پرسشنامه سلامت روانی نشان دهنده علائم مرضی بالاست، با افزایش سطح دینداری، علائم مرضی کم شده و در نتیجه علائم سلامتی افراد بالا می‌رود.

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف بررسی میزان سخت رویی و سلامت روان در سطوح مختلف دینداری انجام شد. در این تحقیق مشخص شد که افراد دارای سطوح دینداری متوسط و بالا از سخت رویی بالاتری برخوردارند و روشن شد افراد دارای سطح دینداری بالا (در مقایسه با افراد دارای سطح دینداری پایین) اعتقاد دارند که می‌توانند رویدادهای زندگی را بیشتر کنترل و پیش‌بینی کنند، همچنین افراد دارای سطح دینداری متوسط و بالا (در مقایسه با افراد دارای سطح دینداری پایین) احساس تعهد بیشتری به اعمال و رفتارهای خود دارند. این نتایج با یافته‌های پژوهش مدی و همکاران (۲۰۰۲)، آزموده، شهیدی و دانش (۱۳۸۶) و هاتلر و کوهن (۱۹۹۸) همسو می‌باشد، اما با نتیجه پژوهش کوباسا (نقل از قربانی، ۱۳۷۷) که بین سخت رویی و مذهبی بودن - براساس فراوانی حضور در کلیسا - ارتباط منفی به دست آورد، مغایر می‌باشد. این درحالی است که دیواس^۱ (نقل از عمید، ۱۳۸۰) چهار بعد برای دین در نظر می‌گیرد که عبارتند از: ۱- حضور در کلیسا، مسجد و...، ۲- اعتقادات، ۳- تعهد یا اهمیت دین در زندگی ۴- الهام. بنابراین، اگر این نتایج را با توجه به ابعاد دینداری و در کنار تحقیقاتی که رابطه معنی‌داری بین جهت‌گیری مذهبی درونی و سخت رویی پیدا کرده‌اند (آزموده، شهیدی و دانش، ۱۳۸۶؛ هاتلر و کوهن، ۱۹۹۸) مورد تحلیل قرار دهیم، روشن می‌شود که فراوانی حضور در کلیسا تنها یک بعد و شاید (در برخی افراد) بخشی از جهت‌گیری مذهبی بیرونی را نشان می‌دهد. البته، آپورت مذهب درونی را به صورت رسش یافته مذهب می‌داند که می‌تواند سپری در برابر تنیدگی باشد. جان‌بزرگی (۱۳۸۶) نیز عنوان می‌کند مذهب درونی شده به عنوان یک عامل کلیدی برای سلامت روانی نقش ایفا می‌کند. در واقع می‌توان گفت که این مفهوم می‌تواند همان سخت‌رویی بوده یا به مفهوم سخت رویی نزدیک باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که آموزه‌های دینی با تأکید بر توکل، امید، توسل و مفاهیمی مثل آن، در کنار اعتقاد به قدرت مافوق بشری در تدبیر امور، در افراد معتقد و مذهبی آمادگی بیشتری برای رویارویی با رویدادهای زندگی فراهم می‌سازد. این اعتقاد عمیق می‌تواند نگرانی از آینده را در افراد مؤمن کاهش دهد. همان طوری که احدی و همکاران (۱۳۸۷) بیان کرده‌اند، به اعتقاد افرادی که در مؤلفه کنترل (نقطه مقابل ناتوانی) قوی هستند، رویدادهای زندگی را می‌توان پیش‌بینی و کنترل کرد و بر این باور هستند که قادرند با تلاش آن چه را که در اطرافشان رخ می‌دهد تحت تأثیر قرار دهند. این امر همان چیزی است که در آموزه‌های دینی با «لیس للانسان الا ما سعی» (سوره نجم، ۳۹) بیان می‌شود. افراد دیندار اوج دینداری را تعهد به اعمال و رفتار، و گفته‌های خویش می‌دانند، همان مفهومی که از نظر مؤلفه‌های سخت رویی با عنوان تعهد شناخته می‌شود. از نظر کوباسا (۱۹۷۹) تعهد به عنوان سیستم اعتقادی توصیف شده که تهدید ادراک شده زندگی را به حداقل می‌رساند، مفهومی که اعتقاد به اهمیت، جالب بودن و معنی‌داری فعالیت‌های زندگی را می‌رساند، و همین مفهوم معنی‌داری زندگی، از مفاهیم

بالای دینداری است. به لحاظ نظری و عملی چنین اعتقاداتی نقش حمایت کننده دارند، چراکه میزان استرس را بودن یک واقعه را کاهش داده و توان بالقوه عوامل استرس‌زای مخرب سلامتی را کاهش می‌دهند. همان‌گونه که علامه طباطبایی (۱۳۸۲) در تفسیر المیزان نوشته‌اند، دین‌داری و اعتقاد به خداوند متعال با ایجاد عوامل کنترل رفتار در انسان و آن هم از درون، منجر به اصلاح فرد و جامعه و بهزیستی در اجتماع می‌شود. خلاصه این که، افراد دیندار که حد اعتدال امور را رعایت می‌کنند و اعتقادات عمیقی به آموزه‌های دینی دارند، زندگی را معنادار و جالب می‌دانند و نسبت به اهمیت و جالب بودن و معنی‌داری فعالیت‌های زندگی متعهد هستند. به نظر فرد مذهبی همه چیز به سوی خدا در حال شدن، تحول و تکامل است. اگر بتوانیم برای زندگی خود معنا و مفهوم پربراری بیابیم، قدرت مبارزه با مشکلات را پیدا خواهیم کرد، اما اگر زندگی ما از معنا تهی شد با یک ضربه کوچک از هم می‌پاشد. اگر انسان دنیا را صحنه آزمایش و امتحان ببیند انتظار یک زندگی آرام و یکنواخت را نخواهد داشت. بنابراین، از دید مکتب اسلام، زندگی جریانی جهت‌مند و غایت‌مند است. انسان در طول زندگی خود ممکن است با مشکلات زیادی روبرو شود پس باید خود را آماده رویارویی با مسائل بکند. و همان طوری که ناظمیان (۱۳۶۹) نوشته‌اند دین عامل ثبات در برابر سختی‌هاست و اعتقاد به قدرت بی پایان الهی در پیروان ادیان، مهمترین تکیه‌گاه معنوی در برابر حوادث سخت زندگی است. لذا می‌توان گفت دین ویژگی‌ای در انسان ایجاد می‌کند که همچون مؤلفه‌های سخت‌رویی عامل تعدیل کننده استرس‌ها می‌باشد.

این تحقیق نشان داد که افراد دارای سطح پایین دینداری نشانه‌های افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و اختلال بیشتری در کارکردهای اجتماعی دارند. این یافته با نتایج تحقیقاتی که بین دینداری با بهداشت روانی و سازگاری (استوارد و جو، ۱۹۹۸؛ مالتبی و دی، نقل از بهنام‌مقدم، ۱۳۸۸؛ هالتر و کوهن (۱۹۹۸)، روان‌درستی (آرین، ۱۳۷۸) و کاهش اختلالات نوروتیک (محمدزاده، صادقی‌موحد و احدی، ۱۳۸۴) رابطه مثبت نشان داده‌اند، همسو است. همچنین با نتایج تحقیقاتی که رابطه جهت‌گیری مذهبی با کاهش افسردگی اساسی (بهرامی‌احسان و تاشک، ۱۳۸۳؛ بیانی و همکاران، ۱۳۸۷؛ پارکر و همکاران، نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۸۷)، کاهش اضطراب (بهرامی‌احسان، ۱۳۸۱)، یا رابطه منفی دینداری با اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی را نشان داده‌اند (زهراکار، ۱۳۸۳)، همسو می‌باشد. از آن جمله، تحقیق کویینگ و همکاران (نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۸۷) نشان داد که میزان افسردگی افرادی که در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند، نصف افرادی است که کمتر شرکت می‌کنند و تحقیق ناوارا و جیمز (۲۰۰۵) نشان داد افرادی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند، نسبت به افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی، استرس بیشتری دارند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که، تحقیقات روانشناسی نقش موفق دین را در ارتقای بهداشت روانی افراد و اصلاح روابط بین فردی، (که از هدف‌های اساسی ادیان است) روشن‌تر ساخته‌اند. به عبارت دیگر، مشخص شده که سبک زندگی مذهبی، به خوبی می‌تواند آرامش فردی و اجتماعی بسیاری به همراه داشته باشد. دعاها و مراسم مذهبی

مساجد، و کلیساها و زیارتگاه‌های مذهبی در مقالات مختلف علمی به عنوان عوامل شناخته شده و تأمین کننده بهداشت روانی مناسب در جوامع مذهبی معرفی شده است (نوغانی وهمکاران، ۱۳۸۳). در متن تعالیم اسلامی، روش‌هایی برای سلامت روانی و مقابله با تنیدگی و سازگاری با سختی‌ها ذکر شده است. برخی از آن‌ها عبارتند از ایمان به خدا، پاداش اخروی و توکل به خدا (دیماتو، ۱۳۷۸). علاوه بر این، اعتقادات مذهبی می‌تواند آرامش و اطمینان قلبی عمیقی در افراد ایجاد کند. به طور کلی، دینداری عامل مهمی در کاهش اضطراب می‌باشد؛ اضطراب که به عنوان یکی از نشانگان اختلالات روانی و زیربنای بسیاری از بیماری‌هاست، در سایه نگرش‌ها و اعمال مذهبی، و شرکت در مراسم مذهبی کاهش می‌یابد (پارگامنت، نقل از ابراهیمی‌قوام، ۱۳۷۴). در آموزه‌های دینی، گفتگوهای تنهایی ما، که به نیایش تعبیر می‌شود، دریچه‌ای را به عالم امنیت و آرامش روانی می‌گشاید. هر زمان فشارهای عصبی بخواهند ما را از پا درآورند در یک رابطه پرسوز و گداز با خداوند تسکین پیدا می‌کنیم. همان‌طوری که آذربایجانی (۱۳۸۵) گفته است کنش دین در کاهش اضطراب و مقابله با استرس یا تنیدگی، از طریق نحوه ارزیابی فرد از طریق معناجویی و تاثیر بر پیامدهای عوامل تنیدگی‌زا با تفسیر ویژه‌ای که مذهب در اختیار فرد می‌گذارد، میسر است.

رابطه دینداری با کاهش نشانه‌های جسمانی در تحقیقات قبلی (شهنی‌بیلاق، موحدی و شکرکن، ۱۳۸۳؛ بهرامی‌احسان و تاشک، ۱۳۸۳) نیز نشان داده شده است. همان‌گونه که ماتیس (۱۹۹۷) نیز با بازبینی بیش از ۲۰۰ بررسی مربوط به ارتباط میان باورهای مذهبی و سلامتی، نشان داده است، دعا در سلامتی جسم و روان موثر می‌باشد. وی دریافت افرادی که دعا می‌کنند، کمتر بیمار می‌شوند و بهتر می‌توانند با بیماری‌شان کنار بیایند. خلاصه، افراد دیندار در برابر مشکلات از تدابیری چون توکل، دعا، امید به بهبودی و... برخوردارند. همچنین دینداری از طریق ایجاد آرامش در پیشگیری از نشانگان روان‌تنی نیز مؤثر است. یکی از مهمترین نقش‌های روانی دین، آرامش است. ژوسوالوت^۱ (نقل از بهشتی، ۱۳۵۰) معتقد است که دین و مذهب در زندگی، به انسان اطمینان و تنکیه‌گاه روحی می‌بخشد. ایمان مذهبی به قلب انسان اطمینان می‌دهد و روان انسان را از نگرانی نجات می‌دهد. ایمان به خدا، ارزش انسان و معنای زندگی را به انسان می‌فهماند. ایمان به خدا از طریق ایمان به زندگی آخرت و جاودانگی در آن، انسان را از وحشت می‌رهاند.

در مورد نقش دین در کارکرد اجتماعی باید گفت که اختلال در کارکرد اجتماعی مواردی مثل احساس عدم کفایت فرد در مقایسه با دیگران یا دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران را در بر می‌گیرد (ناصری، ۱۳۸۱). یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی همسو می‌باشد. برای مثال نتایج پژوهش بهرامی‌احسان و تاشک (۱۳۸۳) نشان داد جهت‌گیری مذهبی با عملکرد روانی- اجتماعی و جسمانی فرد مرتبط بوده و هر چه

جهت‌گیری مذهبی بالاتر باشد، نمره فرد اختلال در کارکرد اجتماعی کاهش می‌یابد. جانسون (نقل از آقایانی‌چاوشی و همکاران، ۱۳۷۸) بیان می‌دارد که باورهای دینی نقش عمده‌ای در سلامت روان و سازگاری افراد دارد که عدم اختلال در کارکردهای اجتماعی نمودی از سازگاری افراد می‌باشد. بنابراین، با توجه به یافته‌های این پژوهش و یافته‌های پژوهش‌های همسو، می‌توان این تبیین را ارائه کرد که دینداری بالا باعث می‌شود فرد خود را در مقایسه با دیگران دست کم نگیرد و با اعتقاد به کرامت انسانی، در جریان ارتباط با دیگران ناراحتی و احساس عدم کفایت نداشته باشد و احساس آرامش کند، که این امر نقش اساسی در سازگاری اجتماعی افراد خواهد داشت. علاوه بر این، دین با ترغیب افراد به رعایت اصول اخلاقی، نقش مهمی در بهبود روابط انسانی افراد و کارکرد اجتماعی دارد.

در این تحقیق در مواردی سطح بالای دینداری و در مواردی سطح متوسط دینداری تمایز افراد را نشان داد. به عبارت دیگر، سطح بالای دینداری تمایز معنی‌دار افراد در مؤلفه کنترل مربوط به سخت رویی و کاهش علائم جسمانی نشان داد، و این امر شاید بیانگر این موضوع باشد که تنها ایمان عمیق قلبی می‌تواند اعتقاد به توانایی کنترل و پیش‌بینی رویدادهای زندگی را ایجاد کند، و افراد در سطوح متوسط دینداری نیز معمولاً ناتوانی‌ها و درماندگی‌هایی نشان خواهند داد، همچنین تنها ایمان قلبی عمیق می‌تواند به افراد در پیشگیری (تحمل و رهایی از) نشانگان جسمی کمک کند. این در حالی است که در مورد مؤلفه تعهد مربوط به سخت رویی و کاهش افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی سطح متوسط دینداری تمایز ایجاد می‌کند. جالب این که بین سطح متوسط و بالای دینداری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، و این امر می‌تواند بیانگر کفایت سطح دینداری متوسط برای کارآمدی افراد در این زمینه‌ها باشد. در حالی که براساس نتیجه این تحقیق و با جمع‌بندی تحقیقات قبلی به نظر می‌رسد که رابطه بین دینداری و اضطراب خطی است و هر میزان اعتقاد و باور دینی، به همان میزان در کاهش اضطراب مؤثر خواهد بود.

با توجه به نتایج این تحقیق که کارآمدی دینداری را در سخت رویی و سلامت روانی نشان داد، می‌توان گفت که ترغیب افراد به توجه به کارکردهای دین مؤثر باشد. لذا پیشنهاد می‌شود جلساتی با حضور صاحب‌نظران اسلامی، مشاوران و روان‌شناسان با هدف ارتقای سطح دینداری افراد و به کارگیری مفاهیم دینی در فرایند مشاوره و روان‌درمانی برگزار شود. متخصصان بهداشت روانی و خانواده‌ها باید متوجه تاثیر عامل دینداری در سلامت روان افراد باشند و با تشویق افراد به انجام امور دینی، گرایش و روحیه معنوی آن‌ها را تقویت نمایند و از این طریق به سلامت روانی افراد کمک کنند. از آنجا که سخت رویی یک مؤلفه مفید شخصیتی جهت مقابله با استرس و یکی از جنبه‌های مهم سلامت روانی تلقی شده و طبق شواهد موجود بخش عظیمی از این ویژگی اکتسابی است، با کمک پیشینه نظری می‌توان در دوران کودکی و حتی در محیط کار در جهت پرورش این صفت اقداماتی انجام داد. با توجه به نقش مهم سخت‌روی در تعدیل استرس، ایجاد دوره‌های آموزشی در جهت ارتقای سطح آن امری ضروری به نظر

می‌رسد. بدیهی است ترغیب افراد به اتخاذ شیوه‌های مقابله‌ای صحیح در رویارویی با رویدادهای زندگی و توجه و تفکر در مورد معنای زندگی علاوه بر ارتقای سطح بهداشت روانی، می‌تواند باعث ارتقای رضایت شغلی فرهنگیان و سایر کارکنان گردد.

این تحقیقات همانند همه تحقیقات محدودیت‌هایی دارد. در این تحقیق از ابزارهای خودگزارشی استفاده شد، که این امر می‌تواند در وانمودسازی از سوی شرکت‌کنندگان نقش داشته باشد، البته این محدودیت در مورد متغیر دینداری جدی‌تر خواهد بود؛ هر چند که با توضیح اهداف تحقیق به شرکت‌کنندگان، تلاش بر این بود که زمینه اعتماد هر چه بیشتر آن‌ها فراهم شود. همچنین این تحقیق فقط در یک شهر انجام شده است لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم مد نظر قرار گیرد.

منابع

قرآن کریم

نهج البلاغه

آرین، خدیجه (۱۳۷۸). **بررسی رابطه بین دینداری و روان‌درستی ایرانیان مقیم کانادا**، رساله دکترای روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

آزموده، پیمان، شهیدی، شهریار و دانش، عصمت (۱۳۸۶)، رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی در دانشجویان، **مجله روان‌شناسی**، سال ۱۱، شماره ۱، ص ۷۴-۶۰.

آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۵)، **تهیه و ساخت آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام**، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

آقایانی‌چاوشی، اکبر، طالبیان، داود، طرخورانی، حمید، صدقی، هما، آزرمی، هاله و آشتیانی، علی (۱۳۸۷)، بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان، **تحقیقات علوم رفتاری**، دوره ۲، شماره ۲، ص ۱۵۶-۱۴۹.

ابراهیمی، ام‌الله، مولوی، حسین، موسوی، غفور، برنامش، علی‌رضا و یعقوبی، محمد (۱۳۸۶)، ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطه‌برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، **تحقیقات علوم رفتاری**، دوره ۵، شماره ۱، ص ۵-۱۲.

ابراهیمی‌قوام، صغری (۱۳۷۴)، روان‌شناسی و تحول مذهبی در انسان، **مجله تربیت**، شماره ۱۰۵، ص ۳۹-۳۴. احدی، مرورید، کاربخش، مژگان، بنی‌جمالی، شکوه‌السادات و حکیمی‌راد، الهام (۱۳۸۷)، بررسی میزان سخت‌رویی در دستیاران تخصصی پزشکی، **مطالعات روان‌شناختی**، دوره ۴، شماره ۴، ص ۹۵-۱۱۲.

استورا، اچ. بی. (۱۳۸۶)، **تنیدگی یا استرس**، ترجمه پریخ دادستان، تهران، انتشارات رشد.

بهرامی‌احسان، هادی (۱۳۸۱)، رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود، **مجله روانشناسی**، سال ۶، شماره ۳، ص ۳۴۷-۳۳۶.

بهرامی‌احسان، هادی و تاشک، آناهیتا (۱۳۸۳)، ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی، **مجله روانشناسی و علوم تربیتی**، سال ۳۴، شماره ۲، ص ۶۳-۴۱.

- بهشتی، احمد (۱۳۵۰)، **انسان و مذهب**، قم، چاپ حکمت.
- بهنام مقدم، عزیز (۱۳۸۸)، **مقایسه و پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس باورهای دینی، هوش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در جانبازان و معلولین جسمی شهر تبریز**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه تبریز.
- بیانی، علی‌اصغر، گودرزی، حسنیه، بیانی، علی و کوچکی، عاشورمحمد (۱۳۸۷)، بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان، **اصول بهداشت روانی**، سال ۱۰، شماره ۳، ص ۲۱۴-۲۰۹.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰)، بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، **مجله روانشناسی**، سال ۵، شماره ۴، ص ۳۹۸-۳۸۱.
- جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۶)، جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان، **پژوهش در پزشکی**، دوره ۳۱، شماره ۴، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- حسن شاهی، محمدمهدی و دارایی، مریم (۱۳۸۴)، تأثیر راهبردهای مقابله با استرس بر سلامت روان دانشجویان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی روان‌شناختی، **دانش و پژوهش در روان‌شناسی**، شماره ۲۶، ص ۹۸-۷۷.
- حسینی، نرگس (۱۳۸۷)، **پرسش‌نامه‌های پژوهشی در زمینه روان‌شناسی، مشاوره، علوم تربیتی و جامعه‌شناسی**، تهران، انتشارات سخن.
- خلیلی جاوید هریس، فریبا (۱۳۸۷)، **رابطه سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی با احساس شاد کامی دانش‌آموزان مقطع متوسطه**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز.
- دیماتو، ام. رابین (۱۳۷۸)، **روان‌شناسی سلامت**، ترجمه پژوهشکده حوزه و دانشگاه، ج ۲، تهران، سمت.
- زهراکار، کیانوش (۱۳۸۳)، **بررسی رابطه بین میزان دین‌داری و سلامت روانی - جسمانی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شاهد استان تهران**، طرح پژوهشی بنیاد شهید استان تهران.
- سید رضی، ابوالحسن محمدبن الحسین الموسوی (۱۳۶۸)، **نهج البلاغه**، ترجمه شهیدی، جعفر، تهران، مولف.
- شهنی بیلاق، منیحه، موحدی، احمدرضا و شکرکن، حسین (۱۳۸۳)، رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوش بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، **مجله علوم تربیتی و روانشناسی**، دوره ۳، سال ۱۱، شماره‌های ۲ و ۱، ص ۳۴-۱۹.
- شریفی، خلیل، عربی، حمیدرضا و نامدار، کورش (۱۳۸۴)، بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و سرسختی روان‌شناختی در دانش‌آموزان، **مجله علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد**، سال دوازدهم، شماره ۱۰، ص ۹۴-۸۵.
- طباطبایی، سیدمحمدحسین (۱۳۸۲)، **تفسیر المیزان**، ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی، جلد ۳، قم، دفتر انتشارات اسلامی.
- عقیلی نژاد، ماشاءاله، محمدی، صابر، افکاری، محمداسحق و عباس زاده، رضا (۱۳۸۶)، بررسی رابطه استرس شغلی با سلامت روانی، تیپ شخصیتی و رویدادهای استرس‌زای زندگی در ماموران راهنمایی و رانندگی تهران بزرگ، **مجله علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی**، دوره ۳۱، شماره ۴، ص ۳۶۰-۳۵۵.
- عمید، علی‌اکبر (۱۳۸۰)، **بررسی مسائل اجتماعی دانش‌آموزان دبیرستانی استان گلستان**، طرح پژوهشی پژوهشکده تعلیم و تربیت استان گلستان.

کلزاری، محمد (۱۳۷۹)، **ساخت مقیاس سنجش و ویژگیهای افراد مذهبی و رابطه این خصوصیات با بهداشت روانی آنها**، رساله دکترای روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
 قربانی، نیما (۱۳۷۷)، روانشناسی دین یک روی آورد علمی چند تباری، **مجله قیسات**، سال ۳، شماره ۲ و ۳، ص ۲۳-۴۵.

قمری، محمد (۱۳۸۶)، مقایسه سخت‌رویی و رضایت شغلی و رابطه این متغیرها در میان اعضای هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی و دبیران آموزش و پرورش ابهر، **تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره**، جلد ۶، شماره ۲۱، ص ۱۴۲-۱۲۷.

محمدزاده، لیلا، صادقی‌موحد، فریبا و احدی، عزیز (۱۳۸۴)، بررسی تاثیر ایمان بر شخصیت دانشجویان علوم پزشکی اردبیل، **مجله طب و تزکیه**، سال ۱۴، شماره ۲، ص ۳۴-۳۰.

مختاری، عباس، اللهیاری، عباسعلی و رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۸۰)، **بررسی جایگاه دین در ساختار فکری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز.

ناصری، حسین (۱۳۸۱)، **بررسی رابطه خود اثربخشی با سلامت روانی در دانش‌آموزان موفق و ناموفق مراکز متوسطه شبانه روزی پسرانه در سال تحصیلی ۸۱-۸۰**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه تبریز.

ناظمیان، رضا (۱۳۶۹)، **انسان و دین**، تهران، سازمان تبلیغات اسلامی.

نجفی، محمود؛ احدی، حسن ودلاور، علی (۱۳۸۵)، **بررسی رابطه کارایی خانواده و دینداری با بحران هویت**، دانشور رفتار، سال ۱۳، شماره ۱۶، ص ۲۶-۱۷.

نوابخش، مهرداد و پوریوسفی، حمید (۱۳۸۵)، نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان، **پژوهش‌های دینی**، شماره ۱۴، ص ۹۴-۷۱.

نوری، ربابه (۱۳۸۸)، **بهداشت روانی**، تهران، شرکت چاپ کتاب درسی نهج البلاغه.

نوغانی، فاطمه، محتشمی، جمیله، واثق رحیم پرور، فاطمه و بابایی، غلام‌رضا، (۱۳۸۳)، **تأثیر آموزش فرهنگ دینداری بر افسردگی**، **فصلنامه حیات**، سال ۱۰، شماره ۲۳، ص ۵۶-۴۹.

نیکوی، مریم و سیف، سوسن (۱۳۸۴)، **بررسی رابطه دینداری با رضایت‌مندی زناشویی**، **تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره**، جلد ۲، شماره ۱۲، ص ۷۹-۶۱.

Atri, A., sharma, M. & Cottrel, R. (2007). **Role of social support ,hardiness, and acculturation and predictors of mental health among international students of Asian Indian origin**. University of cincinnati, ohio.

Bergin, A.E. (1983). **Religiosity and mental health: A critical reevaluation and Meta-analysis**. Journal of Research and Practice, 14: 110-184.

Donahue, N.J. (1985). **Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis**. Journal of Psychology and Social Psychology, 48: 400-419.

Greenhave, J. H.(1975). **Mental health performance**. Journal of psychology, 59: 722-723.

Hattler, T.R. & Cohen, L.H. (1998). **Intrinsic religiousness as a stress-moderator for adult protestant churchgoers**. Journal of community psychology, 26: 597-609.

Kobasa, S.C. (1979). **Stressful life events, personality and health**, Journal of personality and social psychology, 37: 1-11.

- McCalister, K.T. Dolbier, C.L., Webster, J.A. Mallon, M.W. & Steinhardt M.A. (2006). **Hardiness and support at work as predictors of work stress.** Journal of Health Promotion, 20(3): 183-191.
- Maddi. S.R., Khoshaba, D. M., prsico, M., LU, M., Harrey, R., Felicia, B. (2002). **The personality construct of hardiness, relationship with comprehensive tests of personality and psychopathology.** Journal of Research in Personality, 36: 72- 85.
- Mathews, D.A. (1997). **Religion and sprituality in primary care. Mind/Body, medicine,** 2: 9-19.
- Navara, G.S. James, S. (1998). **Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment?** International journal of intercultural Relations, 29(1): 39-58.
- Russel D.W., Altmaier, E. & Vanvelzen, D. (1987). **Job related stress, Social support and burnout among classroom teachers.** Journal of Applied Psychology, 72: 206-274.
- Sanua, V.D. (1969). **Religion, mental health and personality. A review of empirical studies.** American Journal of psychiatry, 125(2): 1203-1213.
- Stark, R. (1971). **Psychopathology and religious commitment.** Journal of Review of Religious Research, 12: 165-176.
- Steward. R.J. Joe. H. (1998). **Does spirituality influence academic achievement and psychological adjustment of African-American urban adolescence?** EDRS ME/Plus Postage.