

## نماز، سلامت روان و تاب آوری در نوجوانان

سمیرا طلاوسی<sup>۱\*</sup>، علی حسینعلی بیگی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین نماز با سلامت روان و تاب آوری نوجوانان بود. از میان دانش آموزان دوره متوسطه دوم شهرستان قدس ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر دختر و ۵۰ نفر پسر) به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. مقیاس سلامت روان GHQ28 گلدبرگ و هیلر و پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون و همچنین پرسشنامه محقق ساخته جهت بررسی انجام فریضه نماز اندازه گیری شدند. نتایج نشان داد که نماز با سلامت روان و تاب آوری رابطه معناداری ندارد. به نظر می رسد لازم است متغیرهای دیگر مرتبط با نماز در این سن مورد بررسی قرار گیرد و راهکارهایی جهت ایجاد تاثیر مثبت نماز بر سلامت روان نوجوانان به کار گرفته شود.

**کلیدواژه ها:** نماز؛ سلامت روان؛ تاب آوری؛ نوجوانان

### مقدمه

نوجوانان به واسطه تجربه بلوغ، مواجهه با رویدادهای استرسزا، تعارضات با والدین، هویت یابی و ویژگی های هیجان طلبی افراطی در معرض انواع فشارهای جسمی و روانی قرار دارند که می تواند بر سلامت روان اثرات منفی داشته باشد. سلامت روان برای نوجوانان جنبه های مختلفی را شامل می شود؛ برای مثال، سلامت روان در نوجوانی شامل رشد جسمانی، شناختی، عاطفی و معنوی، احساس خوب بودن، ایجاد روابط بین فردی رضایت بخش، توانایی درک درست و نادرست و یادگیری مهارت حل مساله است (مک لارلین و کلارک، ۲۰۱۰). سلامت روان به معنای نداشتن بیماری نیست؛ بلکه، می توان سلامت روان را به معنای توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت انعطاف پذیر و معنادار در نظر گرفت (سلیمانی، ۱۳۹۵). سلامت روان به صورت استعداد روان برای هماهنگی، کار کردن خوب و موثر، انعطاف پذیری در موقعیت های دشوار و ارزیابی در مورد تعادل خود تعریف می شود (ایران مهر، شفیع آبادی و نعیمی، ۱۳۹۷). از این رو توجه به تاب آوری به عنوان یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان در افراد در نظر گرفته می شود که رابطه تنگاتنگی نیز با اعتقادات مذهبی و فرامعنوی دارد (حسین زاده، صدیقی ارفعی، یزدخواستی و نورمحمدی نجف آبادی، ۱۳۹۵). بسیاری از صاحب نظران از معنویت به عنوان بعد چهارم سلامت نام برده اند. مایکلسون، کینگ، اینچلی، کور، بروکس و پیکت (۲۰۱۹) معنویت را دارای چهار جنبه ارتباطی دانسته اند که عبارتند از: ارتباط با خود، ارتباط با دیگران، ارتباط با طبیعت و ارتباط با یک وجود متعالی (۲۰۱۹). در روانشناسی با رویکرد اسلامی، سلامت معنوی انسان از طریق اعتقاد به نیرویی برتر تامین می شود که در زندگی از او حمایت می کند. در این رویکرد دستیابی به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی نیاز اصلی هر انسان است و نماز از جمله راه های ارتباط با خدا و بهترین روش این ارتباط است (موسوی و موحدی نیا، ۱۳۹۰).

پژوهش های متعددی رابطه بین نماز، سلامت روان و تاب آوری را مورد بررسی قرار دادند. برای مثال، حشمتی و هادوی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان داد که بین نماز خواندن یا نخواندن و میزان افسردگی رابطه معنی داری وجود دارد. شریف نیا و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که دعا و نماز می تواند بر روی سلامت جسمی به عنوان یکی از ابعاد سلامت روان تاثیر مثبت داشته باشد. نتایج پژوهش آقایانی چاوشی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که در بعد سلامت روان، بین کسانی که به نماز خواندن اهمیت می دهند و نماز می خوانند با کسانی که اهمیتی به نماز نداده و نماز نمی خوانند تفاوت معنی داری وجود دارد. حسین زاده و همکاران (۱۳۹۳) نیز گزارش کردند که بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب آوری دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد. سلیمانی (۱۳۹۵) نیز نشان داد که

\* پست الکترونیک نویسنده مسئول: tavoosi.s.61@gmail.com

بین دو گروه نمازگزار و غیرنمازگزار تفاوت معنی‌داری در دو بعد افسردگی و اضطراب سلامت روان وجود دارد. نتیجه پژوهش شجاعی (۱۳۹۷) نشان داد که بین نگرش و التزام عملی به نماز و میزان شادکامی دانشجویان رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. جمشیدی و همکاران (۱۳۹۳) نیز گزارش کردند که همه ابعاد دینداری رابطه مستقیم و معنی‌داری با تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر و پسر دارد.

با وجود این که مفهوم نماز در ادبیات پژوهشی اسلامی و کشورهای غربی متفاوت است و کلمه pray در ادبیات پژوهشی خارج از دنیای اسلام به معنی هر نوع دعا و مراقبه به کار می‌رود؛ اما، بعضی پژوهش‌ها تعریف گفتگو و ارتباط با خدا را برای عبارت معنویت و عبادت به کار برده‌اند و در زمینه ارتباط spirituality religious یا praying و سلامت روان به نتایج مهمی دست یافتند. برای مثال، پیدرمن و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه مثبت و بین سلامت معنوی و افسردگی سالمندان رابطه منفی وجود دارد. یو و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند که همبستگی معنی‌داری بین انجام اعمال دینی و سلامت روان وجود دارد. گریف و لابس (۲۰۰۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که معنویت یکی از منابع قوی برای مقابله با بحران در خانواده‌ها محسوب می‌شود. بانرجی و پیلس (۲۰۰۴) گزارش کردند که افراد با تکیه بر قدرت معنوی و انجام فعالیت‌های معنوی همچون نماز خواندن توانایی بیشتری در خودمراقبتی و مقابله با مشکلات به دست آوردند. همچنین، هریس و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که نماز و دعا با سطح بالایی بهبود پس از سانحه در ارتباط است.

اهمیت توجه به تاثیر معنویت و نماز در سلامت روان به حدی است که دیون و همکاران (۲۰۱۰) در مقاله خود با عنوان مذهب، معنویت و سلامت روان به متخصصان بالینی توصیه می‌کنند که برای انجام یک مداخله بالینی کارآمد باید اهمیت مذهب و معنویت را نه به عنوان یک موضوع جانبی؛ بلکه، به عنوان بخش مهم در سلامت روان مراجع در نظر بگیرند. فریز و وانک (۲۰۱۴) نشان دادند افرادی که نماز می‌خوانند و دعا می‌کنند در کنترل هیجانات خود موفق‌تر هستند. بولنس و همکاران (۲۰۱۲) گزارش دادند که افسردگی و اضطراب در افرادی که فعالیت مذهبی مانند دعا و نماز انجام می‌دهند به طور معنی‌داری کمتر از سطح پایه و خوش‌بینی و سلامت معنوی به صورت معنی‌داری بیشتر بود.

از سوی دیگر، پژوهش‌های معدودی به فشار باورهای مذهبی سخت و تاثیر آن بر سلامت روان اشاره کرده‌اند. برای مثال، ویلیامز و استرنال (۲۰۰۷) در پژوهش خود با عنوان معنویت، دین و سلامت به این موضوع اشاره می‌کنند که احساس گناه مذهبی و عدم تحقق انتظارات مذهبی یا مقابله با ترس‌های مذهبی می‌تواند به بیماری فرد کمک کند. همچنین مستر و اسپیلمن (۲۰۰۷) در فرا تحلیلی نشان دادند که اگر افراد در موقعیت‌های استرس‌زا در هنگام دعا تمرکز بیشتری بر جنبه‌های استرس‌زای شرایط فعلی خود داشته باشند، ممکن است دعا و نماز ترس و برانگیختگی بیشتری ایجاد کند. همچنین ال و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی که با عنوان دعا، حمایت معنوی و نگرش مثبت در کنار آمدن با بحران ملی یازده سپتامبر بر روی افراد بازمانده از حادثه یازده سپتامبر انجام دادند به این موضوع اشاره می‌کنند که برخی از مطالعات نشان می‌دهد که دعا با کاهش سلامت جسمی همراه با افزایش اجتناب، احساسات منفی، کاهش سطح رضایت از زندگی و کاهش بهزیستی همراه است. همچنین دیون و همکاران (۲۰۱۲) در مقاله خود به این موضوع اشاره می‌کنند که مطالعات مختلف نشان دهنده نتایج متفاوتی در مورد ارتباط دینداری و اضطراب است. با توجه به تناقض نتایج در پژوهش‌های صورت گرفته و این-که کمتر پژوهشی به بررسی رابطه نماز و سلامت روان و تاب‌آوری در نوجوانان پرداخته است، پژوهش حاضر را با هدف بررسی رابطه بین انجام فریضه نماز با سلامت روان و تاب‌آوری نوجوانان مقطع متوسطه دوم انجام دادیم.

## روش

### شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در آن رابطه بین انجام فریضه نماز با سلامت روان و تاب‌آوری در نوجوانان مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش شامل تمام نوجوانان مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دوم در سال ۹۹-۹۸ شهرستان قدس است که نمونه‌ای به تعداد ۱۰۰ نفر شامل ۵۰ دختر و ۵۰ پسر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از آن انتخاب شدند.

### ابزار

پرسشنامه سلامت روان (GHQ 28): پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ساخته شد و هدف از طراحی آن شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیتهای مختلف بوده است. GHQ از شناخته شده ترین و پر کاربردترین ابزارها برای غربالگری مشکلات روانی متداول است. این پرسشنامه ۲۸ سوال دارد و سوال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی طراحی شده که در برگیرنده چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی است (نوربالا، باقری یزدی و محمد، ۱۳۸۰). هر مقیاس

هفت سوال دارد و هر سوال چهار گزینه دارد. پایایی این پرسشنامه در تحقیقات زیادی مورد سنجش قرار گرفته است که تمام تحقیقات روایی و پایایی این ابزار را به اثبات رسانده‌اند. طبق تحقیقات مختلف پایایی نسخه فارسی GHQ به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۶۲، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین گلدبرگ همبستگی نمرات این پرسشنامه و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۰/۸۰ گزارش کرده است.

**پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون:** مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون (۲۰۰۳) شامل ۲۵ سوال است که جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است و دارای پنج مولفه شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییرات/ روابط ایمن، کنترل و معنویت است. نتایج مطالعات مقدماتی روایی و پایایی این مقیاس را تایید کرده‌اند. ضریب پایایی همسانی درونی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب پایایی باز آزمایی این مقیاس ۰/۸۱ به‌دست آمده است (اندامی خشک، گلزاری و اسماعیلی نسب، ۱۳۹۲).

**پرسشنامه نماز:** برای بررسی وضعیت انجام فریضه نماز در افراد حاضر در این پژوهش پرسش نامه تک سوالی و سه گزینه ای توسط محقق ساخته شد که دارای گزینه های همیشه نماز می خوانم، گاهی نماز می خوانم و نماز نمی خوانم بود و شرکت کنندگان با انتخاب یکی از گزینه ها به سوال نماز پاسخ دادند. کمترین نمره در این مقیاس ۱ بود که نشان دهنده نماز نخواندن فرد و بیشترین نمره ۳، نشان دهنده این بود که فرد همیشه نماز می خواند.

## شیوه اجرا

در این پژوهش پس از انتخاب افراد نمونه در دبیرستان دخترانه و پسرانه و فراخوان آنها به نمازخانه مدرسه، از آنها خواسته شد در صورت تمایل برای شرکت در این پژوهش به سوالات پرسشنامه‌های تاب‌آوری و سلامت روان و نماز پاسخ دهند. به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که پاسخ واقعی آنها می تواند تاثیر خوبی در یافته‌های علمی در مورد سلامت روان نوجوانان داشته باشد بنابراین تا جای ممکن پاسخی را که به وضعیت آنها نزدیک‌تر است انتخاب نمایند و سوالی را بدون پاسخ نگذارند.

## نتایج

شاخص تاب‌آوری، نمره بین ۲۵ تا ۵۰ در حد پایین، نمره بین ۵۰ تا ۷۵ در حد متوسط، نمرات بالاتر از ۷۵ در حد بالا است. شاخص سلامت روان، نمره بین ۲۷ تا ۴۰ در حد پایین، نمره بین ۴۰ تا ۶۷ در حد متوسط، نمرات بالاتر از ۶۷ در حد بالا است. شاخص نماز خواندن نمره بین ۱ تا ۱،۵ در حد پایین، نمره بین ۱،۵ تا ۲ در حد متوسط، نمرات بالاتر از ۲ در حد بالا می‌باشد. در جدول ۱ شاخص فراوانی گزارش شده است. نتایج نشان داد که ۵۱ درصد نوجوانان بین ۱۵ تا ۱۶ سال دارند و ۴۹ درصد آنها بین ۱۷ تا ۱۸ سال دارند.

جدول ۱

توزیع فراوانی سن اعضای نمونه

سن	فراوانی	درصد
۱۵ تا ۱۶ سال	۵۱	۵۱
۱۷ تا ۱۸ سال	۴۹	۴۹
کل	۱۰۰	۱۰۰

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری، سلامت روان و نماز گزارش شده است. میانگین تاب‌آوری نشان داد که تاب‌آوری این دانش‌آموزان در حد متوسط، میانگین نمره سلامت روان نشان داد که سلامت روان این دانش‌آموزان در حد بالا و میانگین نمره نماز در این پژوهش نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان این پژوهش نمره متوسط در نماز خواندن را به‌دست آوردند.

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری، سلامت روان و نماز

تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
۱۰۰	۶۹،۶۰	۲۴،۹۷	۳۴	۱۱۲
۱۰۰	۷۰،۱۰	۲۷،۳۱	۲۵	۱۱۳
۱۰۰	۲/۰۲	۰/۶۳۵	۱	۳

ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت روان و تاب‌آوری با نماز گزارش شده است. نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین نماز و سلامت روان نوجوانان وجود ندارد. نتایج ضریب همبستگی در نشان داد که نماز با تاب آوری نوجوان ارتباط معنی‌داری ندارد (جدول ۳).

جدول ۳

ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش با نماز

متغیر	نماز	
	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
سلامت روان	۰/۱۲۶	۰/۲۱۳
تاب آوری	۰/۱۲۶	۰/۲۱۲

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین انجام فریضه نماز با سلامت روان و تاب آوری بود. نتایج نشان داد که نماز با سلامت روان و تاب آوری در نوجوانان رابطه‌ای ندارد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های ویلیامز و استرنال (۲۰۰۷)، مستر و اسپیلمن (۲۰۰۷) و ال و همکاران (۲۰۰۵) همخوان است. رد شدن فرضیه‌های پژوهش حاضر مبنی بر رابطه بین نماز خواندن و سلامت روان و تاب‌آوری، از دو منظر قابل تامل است. اول از باب تربیت دینی و دوم از باب تحلیل گفتمان دینی غالب بر جامعه. درخصوص تربیت دینی، به نظر می‌رسد که ما با یک سوء تفاهم هستی‌شناسانه و معرفت‌شناختی نسبت به امر تربیت مواجه هستیم و به همین سبب شاهد گسست بین آنچه که انجام می‌دهیم و انتظار داریم، با آنچه که حاصل می‌شود هستیم. به‌واقع، با تعریف و تفسیر نادرستی که از تربیت دینی در دست داریم، نهایتاً محصول تربیتی ما نیز انسان‌هایی دین‌گریز، دین‌زده و یا غیراصیل خواهند بود. فرق تربیت و صنعت در همین است که در صنعت، صنایع براساس طرح خودساخته خویش از شیء مورد نظر همان چیزی را می‌سازد که نقشه‌اش را در ذهن خود کشیده است؛ اما، در تربیت به سبک فطرت، ما باید تابع طرحِ نوشت فطریفرد باشیم و نه طرحِ نوشت صنعتی‌گران (کریمی، ۱۳۹۳).

مشکل اصلی در تربیت دینی از همین جا آغاز و شدت می‌گیرد که برخی از مریبان یا والدین با دلسوزی بیش از حد در پی آن هستند که به جای زمینه‌سازی برای شکوفایی استعداد دینی، به تحمیل و تزریق مطالب دینی از بیرون مبادرت ورزند. از همین رو، ناخواسته موجب دین‌گریزی و سپس دین‌ستیزی نوجوانان می‌شوند؛ زیرا آن‌ها روش "دین‌دهی" را جایگزین روش دین‌یابی کرده‌اند. در این روش تربیتی بنا نیست چیزی از درون بر متری افزوده شود؛ بلکه، باید درون مایه‌های فطری او در تعامل با عوامل مهیاکننده شکوفا شود. چراکه، باور اصلی این است که هر انسانی منابع لازم برای رشد را خودش در اختیار دارد و مربی باید به اکتشاف و استخراج این منابع مبادرت ورزد و نه اینکه یک سری منابع رشدی قالبی را در وی به عاریت بگذارد. با توضیح مقدماتی بالا، نتیجه این می‌شود که ما با خوانش نادرستی که از تربیت دینی در دست داریم، به تربیت کودکان خود می‌پردازیم و نقابی دست‌ساز و هویتی عاریه‌ای از دین به آن‌ها می‌بخشیم و از آنجایی که هویت این کودکان غیراصیل و عاریه‌ای است، به‌سرعت پایه‌های عقیدتی و ایمانی فرد متزلزل شده و دچار اضطراب می‌شود و یا در خوشبینانه‌ترین حالت، نمی‌تواند ارتباطی بین آنچه که بدان باور دارد و آنچه که انجام می‌دهد برقرار کند. در این حالت ما با یک انضباط بیرونی و پوسته‌ظاهری از تربیت دینی مواجه هستیم و نه یک خلق درونی و پایدار و از این هویت مصنوع و ناجسته، نمی‌توان انتظار آثار تربیتی داشت و نتیجه آن می‌شود که روح و جوهره عبادات در حد یک سری اعمال تکراری و غالباً کسالت‌بار تقلیل می‌یابد و نه تنها نمی‌تواند رشد فرد را تسهیل کند، بلکه، در یک بافت مذهبی می‌تواند فشار و احساس گناه را نیز برای فرد به-همراه داشته باشد. به هر حال، آنچه که اهمیت دارد این است که نوعی امکانیت عملی و تجلی باورها در زندگی روزانه و تجربیات افراد با چالش مواجه شده است و این امر مستلزم ورود جدی و پرداخت عمیق و دقیق به مسئله است.

از منظر تحلیل گفتمان دینی غالب بر جامعه، می‌توان چنین استدلال کرد که در بافت کنونی جامعه، گفتمان دینی و دینداری، گفتمانی به حاشیه رانده شده است و تا حدودی از استیلا و هژمونی فاصله گرفته است. درواقع، شبکه معنایی باثبات و صورت‌بندی هژمونیک را در گفتمان دینی مشاهده نمی‌کنیم و غالباً عناصر این گفتمان، از هم گسیخته و حتی در برخی موارد متناقض هستند. حیات یک گفتمان تا حد زیادی به فاعلان آن گفتمان وابسته است و چنانچه فاعلان گفتمانی کنش‌هایی برخلاف دال‌های مرکزی گفتمان خود اتخاذ کنند، نوعی خودزنی گفتمانی و واگرایی گفتمانی به‌وقوع خواهد پیوست. با این توضیح، تکرار رفتارهای متضاد با گفتمان دینی توسط فاعلان این گفتمان (دینداران و یا افراد متصدی امور دینی)، به مرور هویت گفتمانی را متزلزل کرده و جوهره ارزشی آن گفتمان را مخدوش می‌کند. در این حالت نیز آنچه که باقی می‌ماند، پوسته‌ای از یک گفتمان ضعیف است که در هژمون کردن ارزش‌ها و معانی خود

بر گفتمان‌های جامعه شکست خورده است. بنابراین فاعلان این گفتمان نیز نمی‌توانند پیوندی بین معنا و عمل خویش برقرار کنند و در حالتی از تردید و از جاشدگی قرار می‌گیرند. طبیعتاً نوجوانان به عنوان آماده‌ترین گروه برای جذب و یا دفع یک گفتمان، بیشتر در خطر تردید در هویت حاصل از گفتمان رایج قرار دارند و به همین سبب بیشترین تغییرات را در رفتارها و کنش‌های خود به نمایش می‌گذارند. با توجه به آنچه مطرح شد، به نظر می‌رسد که پرداختن دقیق‌تر و عمیق‌تر نسبت به این موضوع، نیازمند پژوهش‌های کیفی با عمق مطالعاتی بالا باشد و به همین جهت، طرح‌ریزی مطالعاتی برای کاوش بیشتر ابعاد پژوهش، پیشنهاد می‌شود.

## منابع

- آقایانی چاوشی، اکبر؛ طالبیان، داود؛ طرخورانی، حمید؛ صدق جلالی، هما؛ آزر می، هاله؛ فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۷). بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. *مجله علوم رفتاری*، ۲، ۱۴۹-۱۵۶.
- اندامی خشک، علیرضا؛ گلزاری، محمود؛ اسماعیلی نسب، مریم (۱۳۹۲). نقش راهبردهای نه‌گانه‌ی تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی تاب‌آوری. *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۷، ۵۷-۶۶.
- ایران‌مهر، مسلم؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ نعیمی، ابراهیم (۱۳۹۷). بررسی کیفی آسیب‌شناسی شبکه‌های اجتماعی مجازی بر سلامت روان دانش‌آموزان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره روان درمانی دانشگاه علامه طباطبائی*، ۹، ۴۳-۷۲.
- بنی‌اسد، علی و فولادیان، احمد (۱۳۹۵). *دانستنی‌هایی درباره بلوغ نوجوانی*. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- جمشیدی سولکلو، بهنام؛ عرب‌مقدم، نرگس؛ درخواه، فریده (۱۳۹۳). رابطه‌ی دین‌داری و تاب‌آوری در دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان شهر شیراز. *مجله اندیشه‌های نوین تربیتی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء*، ۱۰، ۱۴۴-۱۶۳.
- حشمتی، محمدرضا؛ هادوی، اصغر (۱۳۹۵). بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه شاهد تهران. *کنگره ملی نماز و سلامت روان*. تهران: دانشگاه تهران.
- حسین‌زاده، علی؛ صدیقی‌ارفعی، فریبرز؛ یزدخواستی، علی؛ نورمحمدی نجف‌آبادی، محمد (۱۳۹۵). رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان. *مجله روان‌شناسی دین*، ۹، ۸۵-۱۰۶.
- سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۵). بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان. *مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۶، ۵۶۵-۵۸۴.
- شاملو، سعید (۱۳۹۴). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات رشد.
- شجاعی، احمد (۱۳۹۷). بررسی ارتباط نگرش و التزام عملی به نماز با میزان شادکامی دانشجویان. *مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۸، ۷۶-۸۱.
- شریف‌نیا، حمید؛ حجتی، حمید؛ نظری، رقیه؛ قربانی، مصطفی؛ آخوندزاده، گلپار (۱۳۹۱). تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیز. *مجله پرستاری مراقبت ویژه*، ۵، ۲۹-۳۴.
- فیست، جس؛ فیست، گریگوری جی؛ رابرتس، تامی آن (۲۰۱۳). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۶). تهران: نشر روان.
- کلانتری‌هرمزی، آتوسا؛ عسلی طالکویی، سکینه؛ مرادی‌لیاوی، قاسم (۱۳۹۴). پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی بر اساس میزان پیاپندگی مذهبی در زنان متأهل. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۵، ۱۱۹-۱۳۸.
- موسوی، سیدرضا؛ موحدی‌نیا، عطاءالله (۱۳۹۰). مطالعه رابطه بین نماز و سلامت عمومی در بین دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرمان. *روانشناسی دین*، ۴، ۱۰۵-۱۲۰.
- نوربالا، احمدعلی؛ باقری‌یزدی، سیدعباس؛ محمد، کاظم (۱۳۸۰). اعتبار یابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانپزشکی در شهر تهران. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱، ۴۷-۵۳.
- Ai, A. L., Tice, T. N., Peterson, C., & Huang, B. (2005). Prayers, spiritual support, and positive attitudes in coping with the September 11 national crisis. *Journal of Personality*, 73, 763-792.
- Banerjee, M. M., & Pyles, L. (2004). Spirituality: A source of resilience for African American women in the era of welfare reform. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 13, 45-70.
- Boelens, P. A., Reeves, R. R., Replogle, W. H., & Koenig, H. G. (2012). The effect of prayer on depression and anxiety: maintenance of positive influence one year after prayer intervention. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43, 85-98.
- Dein, S., Cook, C. C., & Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *The Journal of nervous and mental disease*, 200, 852-855.
- Dein, S., Cook, C. C., Powell, A., & Eagger, S. (2010). Religion, spirituality and mental health. *The psychiatrist*, 34, 63-64.

- Friese, M., & Wänke, M. (2014). Personal prayer buffers self-control depletion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 56-59.
- Greeff, A. P., & Loubser, K. (2008). Spirituality as a resiliency quality in Xhosa-speaking families in South Africa. *Journal of Religion and Health*, 47, 288-301.
- Harris, J. I., Erbes, C. R., Engdahl, B. E., Tedeschi, R. G., Olson, R. H., Winkowski, A. M. M., & McMahon, J. (2010). Coping functions of prayer and posttraumatic growth. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20, 26-38.
- Masters, K. S., & Spielmann, G. I. (2007). Prayer and health: Review, meta-analysis, and research agenda. *Journal of behavioral medicine*, 30, 329-338.
- Michaelson, V., King, N., Inchley, J., Currie, D., Brooks, F., & Pickett, W. (2019). Domains of spirituality and their associations with positive mental health: a study of adolescents in Canada, England and Scotland. *Preventive medicine*, 125, 12-18.
- McLaughlin, C., & Clarke, B. (2010). Relational matters: A review of the impact of school experience on mental health in early adolescence. *Educational and Child Psychology*, 27, 91-103.
- Piderman, K. M., Lapid, M. I., Stevens, S. R., Ryan, S. M., Somers, K. J., Kronberg, M. T., ... & Rummans, T. A. (2011). Spiritual well-being and spiritual practices in elderly depressed psychiatric inpatients. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 65, 1-11.
- Reis, L. A. D., & Menezes, T. M. D. O. (2017). Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Revista brasileira de enfermagem*, 70, 761-766.
- Williams, D. R., & Sternthal, M. J. (2007). Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Spirituality & Health*, 186, 47-50.
- You, S., Yoo, J. E., & Koh, Y. (2019). Religious practices and mental health outcomes among Korean adults. *Personality and Individual Differences*, 142, 7-12.