# مقایسه سلامت روانی و عزت نفس در افراد نماز خوان و عادی

## وحید احمدی

## گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام

## الهام علی زاده

## دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام

## محمدرضا فاطمی

## گروه ادبیات، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام

چکیده

سال هاا ست كه نقش دين، مذهب و مناسك و مراسم مذهبي در زندگي فردي و اجتماعي مورد توجه متخصصان بهداشت رواني قرار گرفته و بر اين باورند كه آثار و پيامدهاي مذهبي در زندگي باعث كاهش پريشاني افراد شده و به سازگاري آنان با هنجارهاي اجتماعي كمك مي­كند. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت روانی و عزت نفس در افرادی که به طور پیوسته نماز می­خوانند و افراد عادی می باشد. به منظور انجام این پژوهش تعداد 60 نفر از افراد شرکت کننده در کلاس­های فوق برنامه سازمان تبلیغات اسلامی شهرستان ایوان و 60 نفر از افراد عادی به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسش نامه های سلامت عمومی (GHQ) و پرسش نامه عزت نفس کوپر اسمیت را کامل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تی تست گروه­های مستقل با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش 16 استفاده گردید. نتایج نشان داد که در مقیاس­های افسردگی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و عزت نفس در بین دو گروه تفاوت معنی­داری وجود داشت، به عبارتی افراد نماز خوان از سلامت روانی و سطح عزت نفس بیش تری برخوردار بودند، اما از نظر نشانه های جسمانی بین دو گروه تفاوت معنی­داری وجود نداشت. نتایج مطالعه ی حاضر با یافته های پژوهش های پیشین همسو است. با توجه به نقش کلیدی نماز و پایبندی به تعالیم اسلامی در زندگی افراد جامعه ی ما به عنوان یک جامعه ی اسلامی بایستی فعالان حوزه ی بهداشت روانی از درمان ها و آموزش های مذهب محور جهت ارتقای سلامت روانی جامعه بهره جویند و هم چنین مسئولان عرصه فرهنگی نیز بر بسط و توسعه ی آموزش تعالیم مذهبی و فرهنگ نماز خوانی همت گمارند.

واژه های کلیدی: سلامت روانی، عزت نفس، افسردگی، اضطراب، نماز، عملکرد اجتماعی، نشانه های جسمانی.

مقدمه

سال ها است كه نقش دين، مذهب و مناسك و مراسم مذهبي در زندگي فردي و اجتماعي مورد توجه متخصصان بهداشت رواني قرار گرفته و بر اين باورند كه آثار و پيامدهاي مذهبي در زندگي باعث كاهش پريشاني افراد شده و به سازگاري آنان با هنجارهاي اجتماعي كمك مي­كند (احمدی، 1388). در مورد تأثير و اهميت اعتقادات ديني بر سلامت روان از گذشته تاکنون بحث­هاي بسياري انجام گرفته است و در سال­هاي اخير روان­شناسان به نقش دين در تأمين سلامت روان و درمان بيماري­هاي رواني توجه ويژه­اي داشته­اند. آنها معتقدند در ايمان به خدا و نگرش مذهبي نيروي خارق­العاده­اي وجود دارد که نوعي قدرت معنوي به انسان مي­بخشد و در تحمل سختي­هاي زندگي، او را کمک مي­کند و از نگراني و اضطرابي که بسياري از مردم زمان ما در معرض ابتلا به آن هستند، دور مي سازد (کج باف و رئیس پور، 1387). باور به اینكه خدایی هست كه موقعیت­ها را كنترل می­كند و ناظر بر بندگان است تا حد بسیاری، اضطراب مرتبط با موقعیت را كاهش می‌دهد، به طوری‌كه اغلب افراد مؤمن، ارتباط خود را با خداوند، مانند یك دوست بسیار صمیمی، توصیف می­كنند و معتقدند می­توان از طریق اتكا و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های غیر قابل كنترل را به طریقی كنترل نمود (فانتاولایک[[1]](#footnote-1)، 2008). در سال­هاي اخير، رابطه­ي بين خدا و داشتن نگرشي مذهبي و رابطه­ي آن با سلامت رواني، گستره­اي از پژوهش­ها را شامل شده است و نشان داده شده است كه اعتقاد و نگرش مثبت به نيرويي فراتر از تمام نيروهاي هستي، اضطراب، افسردگي، ترس و... را از انسان دور و نشاط، سلامت جسم و روان، شادكامي و نيك بختي را به جاي آن مي­نشاند. پژوهش­هاي انجام شده در چند دهة گذشته نشان مي­دهد که ارتباط مثبتي بين مذهب و سلامت روان وجود دارد و روان­شناسي مذهب حمايت­هاي تجربي براي اين عقيده فراهم کرده است. در مطالعه ای پرسمن و همکاران ارتباط بين باورهاي مذهبي، افسردگي و بهبودي بعد از جراحي لگن را در ۳۰ زن سالمند مورد بررسي قرار دادند، اين افراد همگي به علت شکستگي استخوان لگن مورد جراحي قرار گرفته بودند، نتايج نشان داد بيماراني که باورهاي مذهبي قوي­تر داشتند و اعمال مذهبي را انجام مي­دادند نسبت به گروه ديگر کم تر افسردگي داشتند و راه طولاني­تري را در هنگام ترخيص از بيمارستان پياده­روي کردند، همچنين دانستن خداوند به عنوان منشأ قدرت، آرامش و انجام فرايض ديني به صورت معني­داري با درجة پايين افسردگي در هنگام ترخيص از بيمارستان ارتباط داشته است (پرسمن، ليونر، لارسون، استرين، ۱۹۹۰، به نقل از غباري بناب، ۱۳۷۴). كالابرس (1987) براين اعتقاد است كه هرگاه انسان دردمند از ديگران براي درمان و تسكين دردهاي بدني يا رواني خويش مأيوس مي‌گردد، و درمان‌ها‌ي كلاسيك نمي‌توانند به او بهبودي ببخشند، كمك خواستن از ايمان و باور ديني، تنها راهي است كه براي رهايي از اضطراب، افسردگي و دردهاي جانكاه براي وي باقي مي‌ماند. در مطالعه­ی بهرامی مشعوف (1373) در رابطه با نگرشی مذهبی و سلامت روان، رابطه منفی معنی داری بین میزان عبادت و نوروزهای افسردگی و اضطراب به دست آمد. اسلامي (1376) نيز به بررسي رابطة بين افسردگي و نگرشي مذهبي در دانش‌آموزان پرداخت. نتايج تحقيق او نيز مؤيد وجود رابطة معکوس بين شدت افسردگي و نمرات آزمون نگرشي مذهبي بود. هم چنین نتایج تحقیق کیت، موتلیا و هویا (2009) نشان داد بین اعتقادات مذهبی با اضطزاب و افسردگی رابطه منفی وجود دارد و حضور در مراسم مذهبی نقش موثری در حفاظت افراد در برابر افسردگی دارد. پژوهش پیکو و کواک (2009) نشان داد جوانان مذهبی کم تر تحت تاثیر نشانه شناسی افسردگی قرار دارند. در حالی که جوانانی که خودشان را به عنوان مذهبی معرفی کرده بودند و کسانی که در مراسم مذهبی شرکت می کردند خودشان را در سلامت بهتر درک می­کردند و از زندگی­شان بیش تر راضی بودند. از دیگر پیامدهای نگرش مذهبی می توان به افزایش سطح عزت نفس افراد و یا حفظ عزت نفس در سطح بالا اشاره نمود. رابطة بين افزايش عزت نفس و مذهب در تعدادي از پژوهش­هاي اخير (سینها، 2007؛ بال و همکاران، 2003) تأييد شده است. نتايج اين پژوهش­ها نشان داد كه افزايش عزت نفس با مشاركت فعالانه در فعاليت­هاي مذهبي شامل توجه به كليسا، مشاركت در گروه­هاي اخلاقي و با حفظ باورهاي مذهبي رابطه دارد؛ به علاوه، افراد با ايمان بالا به حفظ سطوح بالاي عزت نفس گرايش دارند (پلنت و همکاران، 1997، به نقل از هدایتی، فاتحی زاده و آکوچکیان، 1387). سينها به نقل از اسميت و فاريس در سال ۲۰۰۲ بيان كردند كه مذهب در ۱۲ مدرسه آمريكا معناداري بالايي با عزت نفس داشته است و در كل نگرش مثبت­تري به زندگي نسبت به همتايان كم مذهب­ترشان داشتند؛ بنابراين، ارزش­هاي مذهبي و مشاركت در يك گروه مذهبي ممكن است عزت نفس مثبت و خودكارآمدي را افزايش دهد، يا ممكن است باعث رفع عزت نفس پايين يا كاهش رفتارهاي خطرناك از طريق شكل­گيري هنجارهاي جامعه­پسند و قبول نقش و اجتناب از محيط­هاي خطرناك شود (سینها، 2007). نگرش مذهبی، سلامت روان و عزت نفس مقوله­هایی هستند که تحقیقات زیادی را در دنیا به خود اختصاص داده­اند اگر چه در داخل کشور در زمینه­های مربوط به سلامت روان دانشجویان مطالعاتی انجام شده است اما در مقوله نگرش مذهبی و رابطه­ی آن با سلامت روان و عزت نفس یافته­های کمی به چشم می­خورد(صادقی، باقرزاده لداری، حق شناس، 1389). به لحاظ اهمیت موضوع تحقیق، بررسی مقوله­های فوق در کنار هم از اهمیت برخوردار می­باشد. لذا هدف از انجام این مطالعه مقایسه سلامت روانی و عزت نفس افراد نماز خوان و عادی می­باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نحقیقات توصیفی می­باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه­ی دانش آموزان پسر دبیرستان­های شهرستان ایوان غرب در سال تحصیلی 90-91 بود. به منظور انجام این پژوهش تعداد 60 نفر از دانش آموزان شرکت­کننده در کلاس­های فوق برنامه سازمان تبلیغات اسلامی شهرستان ایوان و 60 نفر از دانش­آموزان عادی به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. به منظور جمع­آوری داده­ها و آزمودن فرضیه­ها از پرسش­نامه­های سلامت عمومی(GHQ) و عزت نفس کوپر اسمیت استفاده گردید که در ادامه توضیح داده می­شوند.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): اين پرسشنامه توسط گلدبرگ و هيلر[[2]](#footnote-2) در سال 1979 تهيه شده که داراي 28 ماده مي باشد. پرسش­هاي اين پرسشنامه جهت سنجش وضعيت رواني فرد در يک ماهه اخير مي­باشد و بر نشانه­هايي مانند افکار واحساسات نابهنجارتأکيد دارد. پرسشنامه سلامت عمومی شامل چهار خرده مقياس است که هرکدام از آنها شامل 7 سؤال مي­باشد. سؤال ها به ترتيب از 1 تا 7 مربوط به خرده مقياس نشانه­هاي جسمانی، از سؤال 8 تا 14 مربوط به خرده مقياس اضطراب و بي­خوابي، سؤال 15 تا 21 مربوط به خرده مقياس اختلال درکارکرد اجتماعي و از سؤال 22 تا 28 مربوط به خرده مقياس افسردگي مي­باشد. گزينه­هاي پرسشنامه سلامت عمومي به صورت ليکرت است که بصورت 0-1-2-3 مي باشد. در نتيجه حداقل و حداکثر نمره از«0» تا”48” در نوسان است. به عبارت ديگر در اين پرسشنامه نمره پايين تر حاکي از بهداشت عمومي يا بهداشت روان بهتر است و به هر يک از حيطه­هاي چهارگانه اين پرسشنامه يک نمره و به کل آن نيز يک نمره تعلق مي­گيرد و لذا از اين مقياس 5 نمره جداگانه بـه دست مي­آيد. جهت سنجش روایی پرسشنامه نمرات آن با نمره فهرست تجديد نظر شده علائم روانيSCL90-R اعتباريابي شده است. و ضرايب اعتباري براي حيطه­هاي چهارگانه به ترتيب 86/0، 85/0، 72/0 و 82/0 و سطح اطمينان 001/. > P بوده است. گلدبرگ و ويليامز (1988، به نقل از نظری، 1387) پايايي تنصيف 95/0 و جان (1985) ثبات دروني پرسشنامه سلامت عمومي را با استفاده از آلفاي کرونباخ 90/0 گزارش نمودند. تقوي (1380) ضريب پايايي بازآزمايي GHQ را به فاصله 3 تا 4 هفته براي کل پرسشنامه 72/0 و براي نشانه­هاي جسماني60/0، اضطراب و بي­خوابي 68/0، اختلال در کارکرد اجتماعي 57/0 و افسردگي 58/0 به دست آورد. او ضريب پايايي تنصيف و آلفاي کرونباخ براي کل پرسشنامه 93/0 و براي خرده مقياس­هاي آن در طیفی از 65/0 تا 88/0 محاسبه نمود.

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: این پرسشنامه در سال 1967 توسط کوپر اسمیت به منظور سنجش میزان ارزشمندی دانش آموزان و دانشجویان در زمینه های اجتماعی و تحصیلی ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر پنج موضوع است که عبارتند از انجام تکالیف آموزشی، روابط اجتماعی، خانواده، خود و آینده و دارای چهار خرده مقیاس است که شامل عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی (همسالان)، عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی (آموزشی) است. این آزمون دارای 58 سوال دو گزینه ای با گزینه های "بله" و "خیر" است. شیوه نمره گذاری آن به صورت صفر و یک است. هشت سوال این آزمون دروغ سنج بوده و در محاسبه ی نمره ی کل، نمره ی این هشت سوال منظور نمی شود. اعتبار این آزمون توسط مطالعات متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (کوپر اسمیت، 1967، به نقل از ذوالفقاری، 1375). پورشافعی (1371) با استفاده از روش دونیمه کردن ضریب 83/0 و فلسفی نژاد (1372) و گلبرگی (1373) با استفاده از روش بازآزمایی ضریب اعتبار معادل 80/0 گزارش نموده اند. هم چنین پژوهش اکبری (1371) نشان داد که میان آزمون عزت نفس کوپر اسمیت و عزت نفس آلیس پوپ ضریب همبستگی 65/0 وجود دارد که این نتیجه را می توان به عنوان روایی همگرایی آزمون عزت نفس کوپر اسمیت در نظر گرفت. پایایی این آزمون در پژوهش حاضر نیز به شیوه های آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب 83/0 و 79/0 محاسبه شد (شریف، ابوالحسنی، جهانگیرپور و خسرو جاوید، 1391).

یافته­ها

میانگین و انحراف معیار نمره های شرکت­کنندگان در پژوهش به صورت مجزا بر حسب متغیرهای سلامت روان (و ابعاد آن) و عزت نفس و هم چنین نتایج آزمون تی گروه های مستقل در جدول 1 نشان داده شده است.

**جدول 1. میانگین و انحراف معیار شرکت کنندگان بر حسب متغیرهای پژوهش و نتایج آزمون t گروه های مستقل**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **متغیر** | **گروه** | **میانگین** | **انحراف معیار** | **T** | **سطح معنی داری** |
| علایم جسمانی | نماز خوان | 46/6 | 71/4 | 66/1- | 101/0 |
| عادی | 28/7 | 91/4 |
| اضطراب | نماز خوان | 77/5 | 26/3 | 68/2- | 021/0 |
| عادی | 05/7 | 57/3 |
| کژکاری عملکرد اجتماعی | نماز خوان | 20/5 | 98/2 | 65/7- | 001/0 |
| عادی | 17/8 | 32/3 |
| افسردگی | نماز خوان | 60/3 | 37/3 | 05/3- | 01/0 |
| عادی | 20/5 | 96/4 |
| نمره کل سلامت روان | نماز خوان | 94/17 | 34/10 | 29/8- | 001/0 |
| عادی | 26.31 | 23/11 |
| عزت نفس | نماز خوان | 45/39 | 73/4 | 03/16 | 001/0 |
| عادی | 30/29 | 51/7 |

همان طور که در جدول 1 مشاهده می­شود، میانگین علایم جسمانی در افراد نماز خوان و عادی به ترتیب 46/6 و 28/7 به دست آمد که با توجه به مقدار 66/1-=t و 58=df و سطح معنی­داری 10/0=P، علایم جسمانی در افراد نماز خوان و عادی تفاوت معنی­داری وجود ندارد. میانگین اضطراب در افراد نماز خوان و عادی به ترتیب 77/5 و 05/7 به دست آمد که با توجه به مقدار 68/2-=t و 58= dfو سطح معنی داری 02/0>P، اضطراب در افراد نماز خوان و عادی دارای تفاوت معنی داری است و در گروه نماز خوان در سطح پایین تری است. میانگین کژکاری عملکرد اجتماعی در افراد نماز خوان و عادی به ترتیب 20/5 و 17/8 به دست آمد که با توجه به مقدار 65/7-=t و 58= dfو سطح معنی داری 001/0>P، کژکاری عملکرد اجتماعی در افراد نماز خوان و عادی دارای تفاوت معنی داری است و در گروه نماز خوان در سطح پایین­تری می­باشد. میانگین افسردگی در افراد نماز خوان و عادی به ترتیب 60/3 و 20/5 به دست آمد که با توجه به مقدار 05/3-=t و 58= dfو سطح معنی داری 01/0>P، افسردگی در افراد نماز خوان و عادی دارای تفاوت معنی­داری است و در گروه نماز خوان در سطح پایین­تری است. میانگین سلامت روانی در افراد نماز خوان و عادی به ترتیب 94/17 و 31/26 به دست آمد که با توجه به مقدار 29/8-=t و 58= dfو سطح معنی داری 001/0>P، سلامت روانی در افراد نماز خوان و عادی دارای تفاوت معنی­داری است و در گروه نماز خوان در سطح بالاتری­تری است. البته در این جا توجه به این نکته حائز اهمیت است که در پرسشنامه سلامت روانی کسب نمره ی پایین تر به معنی سلامت روان بیش تر است. میانگین عزت نفس در افراد نماز خوان و عادی به ترتیب 45/39 و 30/29 به دست آمد که با توجه به مقدار 03/16=t و 58= dfو سطح معنی داری 001/0>P، عزت نفس در افراد نماز خوان و عادی دارای تفاوت معنی­داری است و در گروه نماز خوان در سطح بالاتری است.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت روانی و عزت نفس در افراد نماز خوان و افراد عادی در شهرستان ایوان غرب بود. نتایج این پژوهش نشان می­دهد که بین نمره کل سلامت روان و ابعاد (اضطراب، افسردگی و کژکاری عملکرد اجتماعی) در بین افراد نماز خوان و عادی تفاوت معنی­داری وجود دارد اما در بعد نشانه­های جسمانی در افراد نماز خوان و عادی تفاوت معنی­داری وجود ندارد. این یافته­ها با نتایج مطالعات کیت و همکاران (2009)، پیکو و کواک (2009)، طهماسبی و امینی (1385، به نقل از احمدی، 1388)، شریفی (1384، به نقل از احمدی، 1388) و اسلامی (1376) همسو است. آنها طی مطالعاتشان دریافتند که بین نگرشی مذهبی و سلامت روانی رابطه معنی­داری وجود دارد به این معنی که هر چه فرد دارای نگرش مذهبی بالاتری باشد از نظر سلامت روانی نیز در سطح بالاتری قرار دارد. همان طور که كالابرس (1987، به نقل از احمدی، 1388) بیان کرده، هرگاه انسان دردمند از ديگران براي درمان و تسكين دردهاي بدني يا رواني خويش مأيوس مي‌گردد، و درمان‌ها‌ي كلاسيك نمي‌توانند به او بهبودي ببخشند، كمك خواستن از ايمان و باور ديني، تنها راهي است كه براي رهايي از اضطراب، افسردگي و دردهاي جانكاه براي وي باقي مي‌ماند. لذا با توجه به فرهنگ اسلامی حاکم در جامعه ی ما و بر اساس تعالیم موجود در جوامع مذهبی، زمانی که انسان با مشکلی مواجه می­شود یا دچار تشویش و اضطراب می­گردد به دنبال منبعی و یا تکیه گاهی برای آرامش می­گردد. لذا زمانی که فرد به وجود خدا اعتقاد دارد این باور و ایمان او باعث می­شود که انسجام شخصیتی خویش را حفظ کرده و دچار تزلزل و آسیب های روانی نگردد. اعتقاد و نگرش مثبت به نيرويي فراتر از تمام نيروهاي هستي، اضطراب، افسردگي، ترس و... را از انسان دور و نشاط، سلامت جسم و روان، شادكامي و نيك بختي را به جاي آن مي­نشاند. این يافته­ پژوهش حاضر مبني بر وجود رابطة منفي بين نگرش مذهبي و اضطراب، گوياي آن است که هرچه فرد از درجة ايمان بالاتري برخوردار باشد، در رويارويي با سختي­ها، آرامش بيشتري خواهد داشت و کم تر دچار اختلالاتي همچون اضطراب خواهد شد. هم چنین قرآن کريم در آيه­هاي بسياري و معصومين در احاديث بي­شماري انسان را به ايمان استوار دعوت مي­نمايند و ايمان به خدا را باعث آرامش قلبي مي­دانند. از دیگر يافته های پژوهش حاضر اینست که بين نگرش مذهبي و اختلال در روابط اجتماعي رابطة منفي وجود دارد این یافته بيانگر آن است که آموزش­هاي اسلامي در زمينة روابط بين­فردي و امور اجتماعي نقش بسیاری در تعاملات اجتماعی افراد در جوامع اسلامی دارند و با توجه به توصيه­هايي که آموزش های اسلامی در مورد بهداشت رواني، فردي، خانوادگي و اجتماعي و همچنين راه­هايي که براي رويارويي با فشارهاي رواني، ارائه نموده است، مي­توان اين پيشنهادها را به عنوان ابزاري براي پيشگيري و درمان بيماري­هاي رواني به شمار آورد. از دیگر نتایج پژوهش حاضر اینست که بین دو گروه افراد نماز خوان و عادی از نظر عزت نفس تفاوت معنی داری وجود دارد. این یافته با مطالعات سینها (2007) و بال و همکاران (2003) همسو است در تبیین این یافته با توجه به مطالعات صورت گرفته در این زمینه می­توان بیان داشت که افزایش عزت نفس با مشارکت فعالانه در فعالیت های مذهبی و مشارکت در گروه­های اخلاقی رابطه دارد. لذا با توجه به اینکه در تعلیمات دینی و هم چنین فرهنگ اسلامی، توجه ویژه ای به عزت نفس انسان شده است و از آن جا که اساس تعلیم و تربیت اسلامی بر مسئولیت فردی، تکالیف شخصی و اعتماد به نفس استوار است لذا یکی از روش های تقویت عزت نفس روی آوردن به مذهب (از جمله اسلام) است (هدایتی و همکاران، 1387). ذکر این نکته حائز اهمیت است که انجام پژوهش حاضر با محدودیت­هایی مواجه بود از جمله اینکه این پژوهش روی دانش آموران شهرستان ایوان غرب صورت گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج به افراد دیگر باید دقت کافی مبذول شود. در نهایت نیز با توجه به این که حجم نمونه در این مطالعه کم بود پیشنهاد می­شود برای انجام تحقیقات دقیق­تر در آینده از حجم نمونه بیش تر استفاده شود.

نتیجه­گیری

با توجه به این امر که یکی از عوامل کلیدی در حفظ و ارتقای سلامت روانی افراد و بهبود عملکردشان نگرش ها و باورهای مذهبی است، و هم چنین به دلیل تاکید فراوان در تعالیم اسلامی بر نقش تعیین کننده ی مذهب در پیشگیری از انحرافات و اختلالات روانی در جامعه، در راستای نتایج حاصل از پژوهش حاضر مسئولان بایستی برنامه ای مدون جهت ارتقای سلامت و بهداشت روانی افراد جامعه بر محور مذهب و تعالیم اسلامی بنیان نهند تا بتوانند با بهره گرفتن از راهبردهای متناسب با فرهنگ و جامعه ی ما در جهت تعالی هر چه بیش تر جامعه گام بردارند.

منابع

احمدی، وحید (1388). بررسی رابطه بین نگرش های مذهبی و سلامت روان دانشجویان. پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

اسلامی، احمدعلی (1376). بررسی نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن و رابطه ی آن با افسردگی در دانش آموزان سال آخر دبیرستان های اسلام شهر در سال تحصیلی 76-1375. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.

بهرامی مشعوف، عباس (1373). بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران.

تقوي، سيد محمد رضا (1380). بررسي روايي و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومـيGHQ)) در دانشجويان دانشگاه شيراز، مجله روانشناسي، 5 (4)، 20-34.

غباری بناب، باقر (1374). باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان. فصل نامة اندیشه و رفتار، 1 (4)، 43-49.

صادقی، محمدرضا، باقرزاده لداری، رحیم و حق شناس، محمدرضا (1389). وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، 75(20)، 71-75.

شریف، میرعماد، ابوالحسنی، زینب، جهانگیرپور، مهسا و خسروجاوید، مهناز (1391). حجاب، عزت نفس و سلامت روان بر اساس نظریه استاد مطهری در دانشجویان دختر، ششمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، 524-526

کج باف، محمدباقر، رئیس پور، حفیظ اله (1387). رابطه بین نگرش های مذهبی و سلامت روان در بین دانش آموزان دبیرستان های دخترانه اصفهان، مطالعات اسلام و روانشناسی، 1 (2)، 31-35.

نظری، احسان (1387). مقایسه سرسختی روان شناختی، ویژگی های شخصیتی تیپ الف و سلامت روان در بین افراد اقدام کننده و غیراقدام کننده خودکشی شهرستان دهلران. پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی

هدایتی، بنت الهدی، فاتحی زاده، مریم السادات، آکوچکیان، احمد (1387). بررسی تأثیر آموزش اسلام محور به والدین بر عزت نفس نوجوانان. دوفصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی، 1 (2)، 117-138.

Ball J, Armistead l, Austin, B.J. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African – American, females, urban adolescents, Journal of adolescence, 26. pp. 431-446.

 Fountoulakis, Konstantinos N, Siamouli, Melina, Magiria Stamatia, Kaprinis George, (2008), Late-life depression, religiosity, cereber vascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly, Interpreting the data. Medical Hypotheses.70, 493–496

Kate, L.J., Motleya, R., & Hoveya, J. (2009). Anxiety, depression and students religiosity: Department of psychology, University of Toledo, Toledo, OH, USA.

Piko B, Kovacs E (2009). Is religiosity a protective factor? Journal Article, English Abstract.

 Sinha. J. Canaan. A, Gulles. Richard J. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: Finding from a national study. Journal of adolescence 30. pp. 231-249.

1. Fountoulakis etc [↑](#footnote-ref-1)
2. -Goldberg & Hiller [↑](#footnote-ref-2)