

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال ششم، شماره بیست و سوم، تابستان ۱۳۹۳

ص ص ۹۹-۱۱۴

بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی با رشد

اعتقادی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر آموزش و پرورش تبریز^۱

علیرضا اقدمی‌باهر^۲

نادر مقدم دیزج هریک^۳

حمید عباسیان^۴

دکتر غلامرضا گل محمدنژاد^۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۲

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی با رشد اعتقادی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه نواحی ۱ و ۵ آموزش و پرورش تبریز در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ انجام پذیرفت. به همین منظور ۳۷۷ نفر با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های رشد اعتقادی، سلامت عمومی (GHQ-28) و پنج عاملی شخصیت (NEO-FFI) توسط آن‌ها پاسخ داده شد. نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیری نشان داد که از بین چهار مولفه سلامت عمومی، تنها مولفه افسردگی رابطه معنی‌دار با رشد اعتقادی دارد، در حالی که سایر مولفه‌ها پیش‌بین معنی‌دار برای متغیر رشد اعتقادی نبودند. آزمون همبستگی نیز نشان داد که با افزایش رشد اعتقادی، تمامی مولفه‌های سلامت عمومی و نمره کل آن افزایش می‌یابد، یعنی رشد اعتقادی بالامتجر به افزایش سلامت عمومی می‌شود. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون برای ویژگی‌های شخصیتی نشان داد که بین برون‌گرایی، موافق بودن و با وجدان بودن با رشد اعتقادی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد، در حالی که بین ویژگی شخصیتی گشودگی با رشد اعتقادی، رابطه منفی و معنی‌دار وجود داشت. در نهایت، نتایج آزمون همبستگی، حاکی از وجود رابطه منفی و معنی‌دار بین ویژگی شخصیتی روان‌آزردگی با رشد اعتقادی بود، در صورتی که رابطه ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، موافق بودن و با وجدان بودن با رشد اعتقادی مثبت و معنی‌دار به دست آمد.

واژگان کلیدی: رشد اعتقادی، سلامت عمومی، ویژگی‌های شخصیتی و دانش‌آموزان متوسطه.

۱. این مقاله از طرح پژوهشی و با حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز استخراج شده است.

۲. گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز- ایران.

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی و دانشجوی دکتری مدیریت بحران پژوهشگاه شاخص پژوه اصفهان- ایران.

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی صنعتی و مدرس دانشگاه پیام نور شهرستان نقده- ایران.

۵. دانشگاه تربیت معلم شهید مدنی، آذرشهر- ایران.

مقدمه

دین بزرگ‌ترین موهبتی است که خداوند بر بندگان خود ارزانی داشته است. اکنون که این موهبت بزرگ در اختیار بشر قرار داده شده است، بنابراین خرد و عقل حکم می‌کند که از این هدیه خداوند آن‌گونه که شایسته است مراقبت و پاسداری شود.

یکی از قدیمی‌ترین، جامع‌ترین، پایدارترین و موثرترین ابعاد شکل‌دهنده وجود انسان دین است؛ چرا که جزء یکی از مهم‌ترین ابعاد فرهنگی است که مردم‌شناسان و دیگر علمای اجتماعی، آن را مطالعه و بررسی نموده‌اند. دین و اعتقادات دینی، نه تنها در تمام جوامع انسانی شناخته شده حضور دارد، بلکه به نحو برجسته‌ای با دیگر نهادهای فرهنگی، کنش متقابل دارد (علمی، ۱۳۸۱). در دین اسلام آموزه‌های زیادی وجود دارد که به افراد سفارش می‌کنند توجه خود را به صورت آگاهانه و اختیاری بر موضوعاتی متمرکز ساخته و از موضوعاتی دیگر منصرف سازد. خداوند در قرآن کریم می‌فرماید: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید ... خدا را فراوان یاد کنید تا رستگار شوید.» در آیه دیگری می‌فرماید: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید، خدا را بسیار یاد کنید.» امروزه توجه و گرایش به سمت معنویت و دین، به طور عام و دعا به طور خاص، و ارتباط دایمی انسان با خداوند یگانه، و اعتقاد به وجود دایمی او در لحظه‌های حساس، تاثیر به سزایی در ایجاد بهداشت روانی سالم و درمان بیماری‌های جسمانی و روانی می‌تواند داشته باشد (الوین، ۲۰۰۱). از نماز به مثابه تکیه‌گاهی نیرومند که انسان را به مبدایی از رحمت نامحدود و بی‌انتها مرتبط می‌سازد، یاد شده است که با اتکا به آن می‌توان با روحی مطمئن و آرام، امواج سهمگین را در هم شکست (وفایی بوروبور، ۱۳۷۸؛ به نقل از سید موسوی و دیگری، ۱۳۸۸).

در دین‌داری، سه بعد مهم وجود دارد که سبب رضایت از زندگی می‌گردد: ۱. حمایت اجتماعی: گروه‌های مذهبی یکی از منابع مهم حمایت اجتماعی به شمار می‌روند. متدینانی که در فعالیتهای اجتماعی دینی مشارکت دارند، شبکه‌های فعالی را به وجود می‌آورند که هنگام گرفتاری‌ها و ناراحتی‌ها از آنان حمایت می‌کنند؛ ۲. تقرب به خداوند: احساس تقرب به خداوند یکی از منابع مهم رضایت از زندگی است. تقرب به خداوند صرف نظر از حضور در اماکن مذهبی، با رضایت و خشنودی از زندگی همبستگی دارد؛ ۳. باورهای راسخ و محکم: وجود این‌گونه باورها در فرد، صرف نظر از عبادت و شبکه اجتماعی، سبب رضایت از زندگی می‌گردد (نوری و دیگری، ۱۳۸۸). یکی از اموری که در اسلام بر آن تاکید شده است، اهتمام به نعماتی است که خداوند در اختیار بشر قرار داده است. قرآن می‌فرماید: «نعمت خدا را بر خود، کتاب آسمانی و حکمتی را که خدا بر شما نازل کرده به خاطر داشته باشید.» در آیه دیگری آمده است:

۱. سوره انفال، آیه ۴۵

۲. سوره احزاب، آیه ۴۱

۳. سوره بقره، آیه ۲۳۱

«پس نعمت‌های خدا را یاد کنید، شاید که رستگار شوید.» یاد کردن نعمت‌ها، نیازمند توجه حسی و قلب به این نعمت‌ها است. کسی که به نعمت‌ها و امکانات زندگی خود توجه دارد، احتمالاً رضایت بیشتری از زندگی خود خواهد داشت (نوری و دیگری، ۱۳۸۸).

از نعمت‌های مهمی که به بسیاری از انسان‌ها اعطا شده است، سلامت است. سلامت از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار نقش حیاتی دارد. اگر چه در ابتدا فقط به سلامت جسم به عنوان سلامتی توجه می‌شد، اما با پیشرفت علم و رسیدن به سطحی قابل قبول از سلامت جسمانی و مبارزه علیه بسیاری از بیماری‌ها، بشر به جنبه‌های دیگر سلامت، از جمله سلامت روان توجه کرده است (عبدی‌ماسوله و همکاران، ۱۳۸۶). طبق تحقیقات انجام شده، میزان شیوع اختلال‌های روانی در کشورهای در حال رشد رو به افزایش است. شاید بتوان دلیل این فزونی را تا اندازه‌ای به رشد روزافزون جمعیت، دگرگونی‌های اجتماعی، گسترش شهرنشینی، زندگی در خانواده‌های ناکارآمد و مشکلات اقتصادی نسبت داد (علیزاده و دیگری، ۱۳۸۰). مطالعات انجام شده بر روی اختلالات روانی نشان‌دهنده آن است که آمار اختلال‌های روانی در اکثر جوامع در حال افزایش است، به طوری که سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی نموده است که تا سال ۲۰۲۰ اختلال‌های خلقی دومین طبقه از بیماری‌های شایع در جهان خواهد بود (به نقل از صادقیان و همکاران، ۱۳۸۸). یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، بهداشت روانی آن جامعه است (ساکی و دیگری، ۱۳۸۱). علت این همه توجه به بهداشت روان این است که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، لازمه رشد و شکوفایی انسان‌ها می‌باشد (احمدی و همکاران، ۱۳۸۶). بهداشت روانی، هنر توسعه و سلامتی روان است که تاکید بر سطح بالای سازگاری احساسی - عاطفی در رفتار فرد با جهان اطراف و خلق راه‌های انعطاف‌پذیر و پخته با استفاده از استعدادها و ظرفیت‌ها دارد. به عبارت دیگر، بهداشت روانی عبارت است از توان مقابله و سازگاری و ایجاد ارتباط منطقی در سه فضای زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی. بهداشت روانی، امری نسبی است، زیرا افراد جامعه با هم متفاوت هستند؛ ارزش‌ها، نیازها و مسائل‌شان در شرایط و موقعیت‌های زمانی و مکانی و موقعیت‌های مختلف، تغییر و تحول پیدا می‌کند. ولی آن چه از همه مهم‌تر است، سطح بالای سازگاری و انطباق با محیط و شرایط است (نوابخش و دیگری، ۱۳۸۵). سلامت روانی، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند (ساکی و دیگری، ۱۳۸۱). به اعتقاد لاپسلی (۱۹۸۹) سلامت روان به معنای اجرای موفقیت‌آمیز عملکرد روانی است که منجر به فعالیت‌های سازنده، برقراری ارتباط با سایر افراد جامعه و توانایی تطبیق با تغییرات یادگیری و اعتماد به نفس می‌شود (به نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۸۶). سلامت روان عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن‌ها و شکوفایی استعدادهای فطری خویش (اسدی‌نوقایی و دیگری، ۱۳۷۹). مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب

بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و ... است. سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلال‌های روانی است و آنچه مسلم است این است که حفظ سلامت روان نیز مانند سلامت جسم حائز اهمیت است (عبدی‌ماسوله و همکاران، ۱۳۸۶). نتایج تحقیق کندلر (۲۰۰۳) نشان داد که نگرش منفی افراد نسبت به زندگی که در اثر نداشتن باورهای مذهبی به وجود می‌آید موجب افزایش ریسک ایجاد بیماری‌های روانی می‌شود و به طور کلی زنان و مردان مذهبی کم‌تر دچار اضطراب و اختلال‌های اضطرابی می‌شوند (به نقل از گنجی و دیگری، ۱۳۸۹).

یکی دیگر از موضوعاتی که می‌تواند با دین‌دار بودن افراد در ارتباط باشد شخصیت است. مدی^۲ شخصیت را مجموعه‌ای با ثبات از تمایلات و ویژگی‌ها می‌داند که مشترکات و تفاوت‌های رفتاری روان-شناختی (افکار، احساسات و اعمال) افراد را تعیین می‌کند و ممکن است به آسانی، به عنوان نتیجه فشارهای زیست‌شناختی و اجتماعی زمان قابل درک نباشد (مدی، ۱۹۸۹). صفات شخصیت، اولین راهنمای تشخیص وضعیت شناختی و عاطفی افراد هستند و بر نقش‌های اجتماعی-عاطفی و رفتارهای بین‌فردی یا شغلی افراد تاثیر می‌گذارند (موینی‌هان^۳ و دیگری، ۲۰۰۱). آپورت معتقد است که نظام ارزشی دینی به تنهایی قادر است که شخصیت را سازماندهی کند. عملکرد یک نظام ارزشی، وحدت بخشی به شخصیت و ساختن آن است. به عقیده آپورت همه نظام‌های ارزشی (علم و دانش، ارزش‌های سیاسی، ارزش‌های زیبایی‌شناختی، ارزش‌های اقتصادی، ارزش‌های اجتماعی و نظام ارزشی دینی) قادر به یکپارچه‌سازی شخصیت نیستند. وی معتقد است نظام ارزشی دینی تنها نظامی است که می‌تواند به صورت کامل و مستمر به شخصیت، وحدت و یکپارچگی ببخشد (راس، ۱۳۷۳). همه انسان‌ها از حیث داشتن شخصیت، به معنای وسیع کلمه روان‌شناسی، با هم همانند هستند؛ یعنی هر کسی شخصیتی دارد. ولی این شخصیت یا خویشتن، در همه یکسان نیست، بلکه در هر کسی به صورت خاصی می‌باشد که او را از دیگران متمایز می‌سازد. تفاوت‌هایی که افراد با هم دارند به حدی است که نمی‌توان از میان آن‌ها حتی دو نفر را یافت که از هر لحاظ شبیه یکدیگر باشند (قرباغی، ۱۳۸۲).

به اعتقاد هاریسون (۲۰۰۱) با وجود این که مدت‌هاست تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روانی ارتباط مثبتی وجود دارد، اخیراً روان‌شناسی مذهبی، شواهد تجربی بسیاری را در این زمینه فراهم کرده است (به نقل از رجایی و همکاران، ۱۳۸۸). در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

در یک پژوهش توسط مک کولاف^۴ و دیگری (۲۰۰۵) که به بررسی رابطه دین‌داری و عوامل رشدی مربوط به تغییرات خودسنجی سلامتی در طی بزرگسالی (۲۰ تا ۹۴ سال) می‌پرداخت، نتایج نشان داد که

1. Kendler

2. Madi

3. Moynihan

4. Mc Cullough

حتی بعد از کنترل رفتارهای سلامتی، حمایت اجتماعی/ فعالیت اجتماعی و چهار مورد از پنج ویژگی شخصیتی بزرگ، زنانی که در دهه ۱۹۴۰، بسیار دین‌دار بودند در طول زندگی، میانگین خودسنجی سلامتی‌شان بالا بود و نرخ اُفت کم‌تری داشتند. اما در مورد مردان، ارتباط بین دین‌داری با عوامل رشدی مربوط به گزارش سلامتی خود، معنی‌دار نبود. مارتین^۱ و همکاران (۲۰۰۳) در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که کسانی که به طور منظم به کلیسا می‌روند سبک زندگی سالم‌تری دارند، بیشتر ورزش می‌کنند، کمتر سیگاری هستند و در دبیرستان در آزمون‌های مربوط به زبان، مهارت بیشتری از خود نشان می‌دادند. همچنین شواهد نشان داد که عاطفه منفی، یعنی داشتن نمره بالا در مقیاس مشکلات اجتماعی، در بین افرادی که به کلیسا می‌روند بیشتر بود. تحقیق نونی و وودرام (۲۰۰۲) نشان داد الزام رفتن به کلیسا و حمایت اجتماعی ایجاد شده در اثر حضور در کلیسا و انجام مراسم دعا، از عوامل موثر بر سلامت روانی هستند و با آن رابطه مثبت دارند (به نقل از رجایی و همکاران، ۱۳۸۸). مایرز (۲۰۰۰) نیز در بررسی خود به این نتیجه دست یافت که افراد معنوی‌تر، از شادابی بیشتری برخوردارند و شرکت در مناسک مذهبی، رابطه مثبتی با احساس خوب بودن آن‌ها دارد (به نقل از همان منبع). در یک مطالعه بر روی ۱۰۴۰ بزرگسال (۴۳۶ مرد و ۶۰۴ زن) نتایج نشان داد که بین گرایش به روان‌پریشی با جهت‌گیری مذهبی، رابطه منفی وجود دارد. همچنین بین ویژگی‌های شخصیت و سواسی با جهت‌گیری مذهبی، ارتباط مثبت اما متوسط وجود داشت (مالتبی^۲، ۱۹۹۹). در بررسی فضل‌الهی قمشی و دیگری (۱۳۹۱) نتایج نشان‌دهنده این بود که بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان ارتباط مثبت وجود دارد. در این مطالعه، رابطه بین سلامت روانی و رشد اعتقادی دانشجویان پسر مثبت و معنادار و دانشجویان دختر مثبت بود. در مطالعه تکلوی ورنیاب و دیگری (۱۳۸۹) نتایج تحقیق نشان داد که اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، رابطه منفی معناداری با عمل به باورهای دینی دارند. یعنی با افزایش اعمال دینی، از میزان اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی افراد کاسته می‌شود. در بررسی دیگری، یافته‌ها بیانگر این بود که بین باورهای مذهبی با میزان اضطراب آزمودنی‌ها ارتباط منفی معنادار وجود دارد؛ یعنی با افزایش باورهای مذهبی، از میزان اضطراب افراد کاسته می‌شود (گنجی و دیگری، ۱۳۸۹). در بررسی شجاعیان و دیگری (۱۳۸۱) آن‌ها دریافتند که بهره‌گیری از دعا با سلامت روانی آزمودنی‌ها رابطه معنادار دارد و با افزایش استفاده از دعا، سلامت روانی افراد نیز افزایش می‌یابد. همچنین استفاده از دعا با زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی، رابطه معنادار منفی داشت. به عبارت دیگر، افزایش استفاده از دعا با کاهش نمره‌های اضطراب و افسردگی همراه بود.

در پژوهش هنینگزگارد^۳ و دیگری (۲۰۰۸) که به بررسی رابطه بین دین‌داری، معنویت و شخصیت در یک سطح و چند سطح می‌پرداخت، یافته‌ها نشان داد که در سطح یک متغیره، بین تمام متغیرهای

1. Martin

2. Maltby

3. Henningsgaard

دین‌داری و معنویت (به جز جهت‌گیری بیرونی) با پنج ویژگی شخصیتی ارتباط معناداری وجود دارد. با این حال در سطح چند متغیره نیز جهت‌گیری بیرونی و جهت‌گیری جستجوی وجودی و جهت‌گیری درونی، ارتباط معناداری با پنج ویژگی شخصیتی داشتند. در بررسی دیگری که توسط جانستون^۱ و دیگری (۲۰۰۸) انجام شد و به مطالعه ارتباط ویژگی‌های شخصیتی اسکیزوتایپال و نگرش مذهبی در بین مسلمانان می‌پرداخت، یافته‌ها بیانگر این بود که بین نگرش نسبت به اسلام، انجام فریضه نماز و حضور در مسجد همبستگی بالایی وجود دارد، اما بین این ویژگی‌ها و صفات اسکیزوتایپال، رابطه منفی ضعیفی وجود داشت. در ضمن، متغیرهای سن و محبوبیت اجتماعی بر رابطه مذهبی بودن و ویژگی‌های اسکیزوتایپی تأثیری نداشتند اما متغیر جنسیت نقش تعدیل‌کننده بر ارتباط آن‌ها داشت. رول (۲۰۰۸) با بررسی رشد معنوی در مدارس عمومی و مذهبی، به ارتباط بین معنویت با عواملی مانند جامعه، هویت و شخصیت دست یافت. او معتقد است دانش-آموزان دارای ابعاد دینی و معنوی متفاوتی هستند که نیازمند رشد و پرورش این ابعاد هستند و این وظیفه معلمان است که از طریق روش‌های تدریس خود این ابعاد را پرورش داده و سازماندهی کنند. در مطالعه هیلز^۳ و همکاران (۲۰۰۴) پژوهشگران به بررسی رابطه عوامل شخصیتی اولیه آیزنک و جنبه‌های گوناگون جهت‌گیری و عمل دینی پرداختند. نتایج نشان داد که بین تمام متغیرهای دینی با روان‌پریشی، همبستگی منفی وجود دارد. در بررسی مک کولاف و همکاران (۲۰۰۳) رابطه پنج ویژگی شخصیتی با دین‌داری در بزرگسالی، در نمونه‌ای متشکل از ۴۹۲ نوجوان ۱۲ تا ۱۸ سال و به مدت ۱۹ سال بررسی شد. مشخص شد که در میان پنج ویژگی، با وجدان‌بودن ارتباط زیادی با دین‌داری در اوایل بزرگسالی دارد. در بین نوجوانان دارای ثبات هیجانی، در مقایسه با نوجوانان دارای ثبات هیجانی پایین، ارتباط بین تربیت دینی در کودکی و دین‌داری در بزرگسالی ضعیف بود. به عبارت دیگر نوجوانان دارای ثبات هیجانی پایین به احتمال بیشتری از نظر دین‌داری به والدین خود شبیه بودند. لوئیس^۴ و دیگری (۱۹۹۴) طی پژوهشی به بررسی رابطه نگرش‌های مذهبی و ویژگی‌های شخصیت و سواسی در نمونه‌ای از بزرگسالان انگلیسی شامل ۱۴ نفر مرد و ۸۵ نفر زن پرداختند و رابطه معناداری بین مقیاس نگرش به مسیحیت و مقیاس ویژگی‌های و سواسی به دست آوردند (کلاتتری، ۱۳۷۸؛ به نقل از احمدی و دیگری، ۱۳۸۱).

در مطالعه‌ی اونتراینرا^۵ و همکاران (۲۰۱۰) رابطه بین سلامت دینی/ معنوی، شاخص‌های سلامت روان‌شناختی (دین‌داری کلی، سلسله مراتب نیازها و احساس انسجام) و پنج ویژگی شخصیتی بررسی شد. یافته‌ها بیانگر این بود که سلامت دینی/ معنوی همبستگی معناداری با جنبه‌های گوناگون سلامت روان‌شناختی و شخصیت دارد (مثلاً برون‌گرایی، روان‌رنجوری و گشودگی). به طور کلی یافته‌های تحقیق

1. Johnstone

2. Revell

3. Hills

4. Luis

5. Unterrainer

از ایده کارکرد سلامتی‌زای دین‌داری / معنویت حمایت می‌کرد. شریفی و همکاران (۱۳۸۲) در بررسی خود نشان دادند که بازخورد مذهبی با اختلال در سلامت عمومی رابطه منفی و با شکیبایی رابطه مثبت و معنادار دارد. در پژوهش رجایی و همکاران (۱۳۸۸) نتایج نشان داد، افرادی که نمره‌های بالایی در باورهای مذهبی اساسی داشتند، در بحران هویت، نمره‌های کمتر و در سلامت عمومی، نمره‌های بیشتری کسب کردند. در بررسی حبیب‌وند (۱۳۸۸) یافته‌ها بیانگر این بود که رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با اختلال - های روانی منفی و معنی‌دار و ارتباط جهت‌گیری مذهبی با پیشرفت تحصیلی مثبت و معنی‌دار است. یعنی با افزایش جهت‌گیری مذهبی، از میزان اختلال‌ها کاسته شده و پیشرفت تحصیلی دانشجویان افزایش می‌یابد. با این تفصیل، پژوهش حاضر در صدد بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی با رشد اعتقادی در بین دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه نواحی ۱ و ۵ آموزش و پرورش تبریز در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ می‌باشد.

روش پژوهش

طرح پژوهش از نوع طرح‌های همبستگی است. جامعه پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقاطع اول، دوم و سوم متوسطه نواحی ۱ و ۵ آموزش و پرورش شهرستان تبریز در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. با توجه به جدول کرجسی و دیگری (۱۹۷۰) و با در نظر داشتن تعداد افراد جامعه پژوهش، تعداد ۳۷۷ نفر به عنوان آزمودنی برای اجرای پژوهش حاضر نیاز بود. این تعداد آزمودنی با توجه به جنسیت و مقطع تحصیلی آن‌ها و با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است و به بررسی وضعیت روحی و روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد و نوع علائم و نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی را بررسی می‌کند. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به این ترتیب است که از گزینه الف تا د، نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نجفی و همکاران (۱۳۷۹) پایایی آن را با روش آزمون - آزمون مجدد ۰/۸۹ به دست آورده‌اند. بهمنی و دیگری (۱۳۸۵) نیز پایایی کل پرسشنامه را ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ به دست آورده‌اند.

پرسشنامه سنجش رشد اعتقادی (SBD): این پرسشنامه دارای ۵۱ گویه بوده و توسط معنوی‌پور و دیگری (۱۳۸۳) ساخته و هنجاریابی شده است. پرسشنامه پنج عامل عواطف دینی، باورهای دینی، دانش دینی، آثار دینی و اعمال دینی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری آن به روش لیکرت بوده و پس از تعیین جهت سوال‌ها، صورت می‌پذیرد. ضریب اعتبار نهایی آزمون ۰/۹۱ گزارش شده است که نشان‌دهنده اعتبار قابل قبول پرسشنامه می‌باشد (همان).

پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیت (NEO-FFI): این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال است که برای نخستین بار در سال ۱۹۸۵ ساخته شده و در سال ۱۹۹۱ مورد بررسی مجدد قرار گرفته است. این پرسشنامه از پنج عامل شخصیت، شامل انعطاف‌پذیری (O)، روان‌رنجوری (N)، برون‌گرایی (E)، دلپذیربودن یا گشودگی (A)، و با وجدان‌بودن (C) تشکیل شده است. پرسشنامه از لحاظ ساختاری و گزاره‌ها از نوع پنج درجه‌ای لیکرت است که مقوله‌های پاسخ آن یکسان است. این پرسشنامه به صورت پرسش‌های ماتریسی، سازمان‌دهی شده است و در شمار پرسش‌های پاسخ بسته به شمار می‌آید. پرسشنامه از اعتبار و قابلیت لازمی برخوردار است. در یک بررسی، آلفای محاسبه شده بر روی ۴۰ نفر از کارشناسان وزارت جهاد کشاورزی برابر ۰/۷۴ به دست آمده است. در ضمن ضریب قابل اعتماد برای هر یک از عوامل، ۰/۸۵ برای روان‌رنجوری، ۰/۷۰ برای برون‌گرایی، ۰/۶۸ برای انعطاف‌پذیری، ۰/۵۴ برای گشودگی و ۰/۸۲ برای با وجدان‌بودن گزارش شده است (به نقل از حجازی و دیگری، ۱۳۸۱).

لازم به یادآوری است که به منظور بررسی وضعیت رشد اعتقادی، با در نظر گرفتن متغیرهای جنسیت و پایگاه اقتصادی (به ویژه پایگاه اقتصادی) نمونه‌های تحقیق از دو ناحیه ۱ و ۵ آموزش و پرورش انتخاب شد. بافت اقتصادی این دو ناحیه امکان اعمال بیشترین دستکاری متغیر مستقل را برای بررسی تاثیر سطوح آن در متغیر وابسته یعنی رشد اعتقادی فراهم می‌کند. اصلی که «کرلینجر» در کنترل واریانس متغیر وابسته از آن با عنوان اصل حداکثر یاد می‌کند (شریفی و دیگری، ۱۳۸۵).

یافته‌ها

فرضیه اول پژوهش رابطه بین مولفه‌های سلامت عمومی و رشد اعتقادی را مورد بررسی قرار می‌داد. برای بررسی فرضیه اول از آزمون رگرسیون چندمتغیری استفاده گردید. نتایج به شرح جدول زیر است.

جدول شماره (۱): خلاصه آماره‌های آزمون رگرسیون

| مقدار R ² | مقدار R | ANOVA | | | | مقدار t | مقدار بتا | رگرسیون (همزمان) |
|-------------------------|------------|-------|-------------------|------------|-----------------|------------|--------------|---------------------|
| | معنی‌داری | F | میانگین مختصات | درجه آزادی | مجموع مختصات | | | |
| ۰/۱۱۳ | ۰/۰۰۰ | ۱۱/۸۹ | ۴۹۱۲/۰۷ | ۴ | ۱۹۳۴/۲۹ | رگرسیون | ۰/۹۷۱ | شکایات جسمانی |
| ۰/۳۳۵ | | | | | | | -۰/۳۲۷ | |
| | | | | | | | -۰/۰۰۳ | |

| | | | | | | | |
|------------------------|--------|--------|-------|-----------|----------|-----|-------|
| اضطراب و بیخوابی | ۷۰/۰ | ۶۳/۳ | ۰/۱۷۰ | باقیمانده | ۱۱۸۸۶۳۹۱ | ۳۸۲ | ۷۵۶۱۳ |
| نارساکش‌وری اجتماعی | ۵۷/۰ | ۱۴/۱ | ۶۱/۰ | کل | ۶۸۱۶۳۸۱ | ۳۷۶ | |
| افسردگی | -۰/۳۰۴ | -۴/۱۹۲ | ۰/۰۰۰ | | | | |

متغیر وابسته: رشد اعتقادی (نمره کل)

نتایج نشان می‌دهد که از بین چهار مولفه سلامت عمومی، تنها مولفه افسردگی، پیش‌بین معنی‌دار برای متغیر رشد اعتقادی و در سطح اطمینان ۹۹ درصد است. مقدار مجزورات نیز نشان می‌دهد که ۱۱ درصد از واریانس متغیر وابسته (رشد اعتقادی) از طریق مولفه‌های سلامت عمومی قابل پیش‌بینی است. با توجه به علامت مقدار بتای اصلاح شده (-۴/۱۹۲) برای مولفه افسردگی و همچنین در نظر گرفتن این مطلب که در آزمون سلامت عمومی، بالا بودن نمرات به معنای بیشتر بودن مشکلات مربوط به سلامت عمومی است، می‌توان اظهار داشت که با افزایش رشد اعتقادی میزان افسردگی کاهش می‌یابد. برای بررسی رابطه تک‌تک مولفه‌های سلامت عمومی و همچنین نمره کل سلامت عمومی با رشد اعتقادی، از آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. ماتریس همبستگی برای فرضیه‌های فوق به شرح زیر است:

جدول شماره (۲): خلاصه آماره‌های آزمون معنی‌داری ضرایب همبستگی

| شکایات جسمانی | اضطراب و بیخوابی | اجتماعی | نارساکش‌وری | افسردگی | (نمره کل) | سلامت عمومی |
|---------------|---------------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| مقدار ضریب | مقدار ضریب | مقدار ضریب | مقدار ضریب | مقدار ضریب | مقدار ضریب | مقدار ضریب |
| ۰/۰۰۰ | -۰/۳۶۳ | ۰/۰۰۰ | -۰/۱۷۹ | -۰/۳۲۵ | ۰/۰۰۰ | -۰/۳۸۹ |

رشد اعتقادی (نمره کل)

نتایج نشان می‌دهد که هر چهار مولفه سلامت عمومی و نمره کل آن با متغیر رشد اعتقادی رابطه معنی‌دار دارد. برای تمامی مقادیر، ضرایب به دست آمده با بیش از ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار است. همچنین ملاحظه می‌شود که علامت ضرایب به دست آمده منفی است؛ پس با توجه به این که در آزمون سلامت عمومی، بالا بودن نمره آزمودنی حاکی از بالا بودن مشکلات مربوط به سلامت عمومی است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که رشد اعتقادی بالا منجر به کاهش مشکلات سلامت عمومی در افراد می‌شود. فرضیه سوم پژوهش رابطه ویژگی‌های شخصیتی با رشد اعتقادی را مورد بررسی قرار می‌داد. برای بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون چندمتغیری استفاده گردید. نتایج به شرح جدول زیر است:

جدول شماره (۳): خلاصه آماره‌های آزمون رگرسیون

| مقدار R^2 | مقدار R | ANOVA | | | معنی‌داری | مقدار t | مقدار بنا | رگرسیون (همزمان) |
|-------------|-----------|-----------|-------|-----------------|------------|---------------|------------|------------------|
| | | معنی‌داری | F | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | | |
| ۰/۱۵۱ | ۰/۳۸۸ | ۰/۰۰۰ | ۱۳/۱۷ | ۵۲۲۶۶۳ | ۵ | ۳۳۳۳۳/۱۷۴ | رگرسیون | دوران‌آوردگی |
| | | | | ۳۹۹/۶۸ | ۳۷۱ | ۱۴۸۷۳/۷۲۱ | باقی‌مانده | برون‌گرایی |
| | | | | | ۳۷۶ | ۱۷۴۱۶/۴۰۳ | کل | گسودگی |
| | | | | | | | ۰/۰۱۱ | موافق بودن |
| | | | | | | | ۲/۵۵۲ | باوجدان بودن |
| | | | | | | | ۰/۰۰۱ | |
| | | | | | | | ۳/۳۱۴ | |
| | | | | | | | ۰/۲۰۸ | |

متغیر وابسته: رشد اعتقادی (نمره کل)

نتایج نشان می‌دهد که از بین پنج مولفه ویژگی‌های شخصیتی، تنها مولفه روان‌آزردگی پیش‌بین معنی‌دار برای متغیر رشد اعتقادی نمی‌باشد، در حالی که سایر مولفه‌ها پیش‌بین معنی‌دار برای متغیر رشد اعتقادی هستند. مقدار مجزورات نیز نشان می‌دهد که ۱۵ درصد از واریانس متغیر وابسته (رشد اعتقادی) از طریق مولفه‌های ویژگی‌های شخصیت قابل پیش‌بینی است. با توجه به علامت مقادیر بتای اصلاح شده می‌توان گفت بین برون‌گرایی، موافق بودن و باوجدان بودن با رشد اعتقادی، رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد، در حالی که بین ویژگی شخصیتی گشودگی با رشد اعتقادی رابطه منفی و معنی‌دار است. همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد مولفه‌های گشودگی و باوجدان بودن با بیش از ۹۹ درصد سطح اطمینان، پیش‌بین‌های معنی‌دار برای متغیر رشد اعتقادی هستند، در حالی که مولفه‌های برون‌گرایی و موافق بودن با بیش از ۹۵ درصد سطح اطمینان، پیش‌بین‌های معنی‌دار برای رشد اعتقادی محسوب می‌شوند.

برای بررسی رابطه تک‌تک ویژگی‌های شخصیت با رشد اعتقادی، از آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. ماتریس همبستگی برای فرضیه‌های فوق به شرح زیر است:

جدول شماره (۴): خلاصه آماره‌های آزمون معنی‌داری ضرایب همبستگی

| روان‌آزردگی | | برون‌گرایی | | گشودگی | | موافق بودن | | باوجدان بودن | | رشد اعتقادی (نمره کل) |
|-------------|-------|------------|-------|--------|-------|------------|-------|--------------|-------|--------------------------|
| مقدار | معنی | مقدار | معنی | مقدار | معنی | مقدار | معنی | مقدار | معنی | |
| ۰/۱۹۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۳۸ | ۰/۰۰۰ | -۰/۰۸۳ | ۰/۱۰۸ | ۰/۲۷۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۲۴ | ۰/۰۰۰ | |

نتایج نشان می‌دهد که رابطه ویژگی شخصیتی روان‌آزردگی با رشد اعتقادی منفی و مقدار آن از لحاظ آماری معنی‌دار است (با بیش از ۹۹ درصد سطح اطمینان)؛ بدین معنی که رشد اعتقادی پایین با بالا بودن روان‌آزردگی همراه است. رابطه ویژگی شخصیتی برون‌گرایی، موافق بودن و باوجدان بودن با رشد اعتقادی، مثبت و مقدار آن از لحاظ آماری و در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار است؛ بدین معنی که رشد اعتقادی بالا با بالا بودن برون‌گرایی، باوجدان بودن و موافق بودن همراه است. رابطه ویژگی شخصیتی گشودگی با رشد اعتقادی، منفی است ولی مقدار آن از لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

اولین یافته پژوهش این بود که از بین چهار مولفه سلامت عمومی، تنها مولفه افسردگی پیش‌بین معنی‌دار برای رشد اعتقادی است. در حالی که سایر مولفه‌ها پیش‌بین معنی‌دار برای متغیر رشد اعتقادی نبودند. با توجه به یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که بالا بودن رشد اعتقادی منجر به کاهش میزان افسردگی می‌شود. این یافته با نتیجه بررسی تکلوی ورنیاب و دیگری (۱۳۸۹) مبنی بر کاهش افسردگی با افزایش رشد اعتقادی افراد هم‌راستا است. این یافته پاسخ محکمی است برای منتقدانی که معتقدند که دین اسلام به طور کل و مذهب تشیع به طور خاص، غمگینی و به عبارتی افسردگی را در بین مردم رواج می‌دهد. به

عنوان مثال کلین من و گود در پژوهش خود به این موضوع اشاره کرده‌اند که نشانه‌های افسردگی مانند غم، ناامیدی، ناخشنودی، لذت نبردن از رویدادها در زندگی و در روابط اجتماعی و در جوامع مختلف، معانی بسیار متفاوتی دارند. برای مسلمانان شیعه در ایران، اندوه، تجربه‌ای مذهبی است که با پیامدهای مصیبت‌بار زندگی کردن به حق در دنیای ناعادلانه، ارتباط دارد؛ بنابراین توانایی تجربه کردن کامل اندوه، علامت عمق شخصیت و آگاهی است (کلین من و گود؛ به نقل از باچر و همکاران، ۱۳۹۲). پس با توجه به دیدگاه کلین من و گود، می‌توان این‌گونه اظهار داشت که چون در مذهب تشیع، غمگین بودن و افسردگی به نوعی مطلوب و موجه در نظر گرفته می‌شود، لذا افرادی که رشد اعتقادی بیشتری دارند از میزان افسردگی بالاتری نیز برخوردار خواهند بود؛ اما یافته‌های پژوهش حاضر این موضوع را تایید نمی‌کند. بنابراین، یکی از راه‌های کاهش افسردگی در جامعه، ترویج دین و عمل نمودن خالصانه به فرامین الهی توسط افراد می‌تواند باشد.

بررسی رابطه تک‌تک مولفه‌های سلامت عمومی و نمره کل متغیر سلامت عمومی با رشد اعتقادی نشان داد که هر چهار مولفه سلامت عمومی و نیز نمره کل سلامت عمومی با متغیر رشد اعتقادی رابطه معنی‌دار دارند. با توجه به این یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که رشد اعتقادی بالا منجر به افزایش سلامت عمومی افراد می‌شود و با آن رابطه مستقیم دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اونتراینر و همکاران (۲۰۱۰)، مک‌کولاف و دیگری (۲۰۰۵)، مارتین و همکاران (۲۰۰۳)، نونی و دیگری (۲۰۰۲)، مایرز (۲۰۰۰)، مالتبی (۱۹۹۹)، فضل‌الهی قمشی و دیگری (۱۳۹۱)، تکلوی ورنیاب و دیگری (۱۳۸۹)، گنجی و دیگری (۱۳۸۹)، رجایی و همکاران (۱۳۸۸)، حبیب‌وند (۱۳۸۸)، شریفی و همکاران (۱۳۸۲) و شجاعیان و دیگری (۱۳۸۱) هماهنگ است. بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان اظهار داشت افرادی که مقید به مبانی اعتقادی و دینی خود هستند از لحاظ سلامت عمومی در وضعیت بهتری قرار خواهند داشت. شاید یکی از دلایل این امر توجه دین و اعمال دینی بر رعایت اصول بهداشت روان و نیز تاکید بر موضوعات اجتماعی چون صلح ارحام است. همچنین می‌توان گفت که دین اسلحه‌ای است که هر فردی آن را داشته باشد در برابر هجوم اضطراب، ترس، ناامیدی و تردید می‌تواند از خویشتن خویش به خوبی دفاع کند.

یافته دیگر پژوهش این بود که از بین پنج مولفه ویژگی‌های شخصیتی، تنها مولفه روان‌آزردگی پیش‌بین معنی‌دار برای متغیر رشد اعتقادی نیست. در حالی که سایر مولفه‌ها پیش‌بین معنی‌دار برای متغیر رشد اعتقادی بودند. یافته‌ها بیانگر این بود که بین برون‌گرایی، موافق بودن و باوجدان بودن با رشد اعتقادی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد، در حالی که بین ویژگی شخصیتی گشودگی با رشد اعتقادی، رابطه منفی و معنی‌دار بود. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش اونتراینر و همکاران (۲۰۱۰)، هنینگز گارد و دیگری (۲۰۰۸)، جانستون و دیگری (۲۰۰۸)، رول (۲۰۰۸)، هیلز و همکاران (۲۰۰۴)، مک‌کولاف و همکاران (۲۰۰۳) و لوپس و دیگری (۱۹۹۹) در یک راستا است. با توجه به این که برون‌گراها افرادی

اجتماعی هستند، دیگران را دوست دارند، تمایل به شرکت در اجتماعات دارند، در عمل قاطع و فعال هستند و به موفقیت در آینده امیدوارند؛ و افرادی که در شاخص موافق‌بودن، نمره بالایی می‌گیرند از جمله ویژگی‌های‌شان، نوع دوستی، همدردی با دیگران، کمک به دیگران و عدم خودمحوری است، لذا در تفسیر نتایج به دست آمده می‌توان این گونه اظهار داشت که رشد اعتقادی، صفات مثبت انسانی و بشر دوستانه را در افراد تقویت می‌کند. این موضوع موقعی آشکارتر می‌شود که مطلع باشیم، افراد موافق، اعتقاد دارند که دیگران نیز با آنان همان‌گونه رفتار می‌کنند که او با آنان رفتار می‌کند و به عبارتی دیگر، از حسن نیت زیادی برخوردار هستند و به اطرافیان خود نگرش منفی ندارند. یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی که با رشد اعتقادی رابطه مثبت و معنی‌دار دارد، باوجدان بودن است. افرادی که در این شاخص نمره بالایی می‌گیرند، دقیق، وقت‌شناس، پایبند به اصول اخلاقی، توان‌مند در اداره کردن کوشش‌ها و نیازهای خود و قابل اعتماد هستند. بنابراین در جمع‌بندی از نتایج ارتباط این سه شاخص شخصیتی با رشد اعتقادی می‌توان گفت افرادی که از رشد اعتقادی بالایی برخوردار هستند، در مجموع افرادی انسان دوست، منظم، اجتماعی و دقیق هستند و اصول اخلاقی برای آن‌ها مهم است. یکی دیگر از یافته‌ها ارتباط منفی بین گشودگی و رشد اعتقادی بود. افراد دارای گشودگی بالا، افراد تجربه‌پذیری هستند که در باروری تجارب درونی و دنیای اطراف، کنجکاو بوده و زندگی سرشار از تجربه را می‌پسندند، آن‌ها از نظریه‌های جدید استقبال کرده و طالب ارزش‌های غیرمتعارف هستند و به آزادی در زمینه امور اخلاقی و اجتماعی تمایل دارند. با توجه به این که پذیرش دستورات دینی، بدون قید و شرط بوده و نمی‌توان به فرامین الهی و چرایی آن‌ها شک نمود، لذا طبیعی به نظر می‌رسد افرادی که در شاخص گشودگی شخصیتی، نمره پایینی می‌گیرند از رشد اعتقادی بالایی برخوردار باشند.

بررسی رابطه تک‌تک ویژگی‌های شخصیتی با رشد اعتقادی نشان داد که رابطه ویژگی شخصیتی روان‌آزردگی با رشد اعتقادی منفی و معنی‌دار است؛ بدین معنی که رشد اعتقادی پایین با بالا بودن روان‌آزردگی همراه است. رابطه ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، موافق بودن و باوجدان بودن با رشد اعتقادی مثبت و معنی‌دار به دست آمد. بنابراین، می‌توان اظهار داشت که رشد اعتقادی بالا با بالا بودن برون‌گرایی، موافق بودن و باوجدان بودن همراه است. یافته دیگر این بود که رابطه ویژگی شخصیتی گشودگی با رشد اعتقادی منفی است، ولی مقدار آن از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. همان‌گونه که در بند قبلی اشاره شده است در اکثر پژوهش‌ها بین ویژگی‌های شخصیتی و رشد اعتقادی، ارتباط معنی‌داری مشاهده شده است. با توجه به این که در فرضیه قبلی تفسیر نتایج مربوط به تمام شاخص‌ها بررسی شده است لذا با توجه به نتایج به دست آمده در این فرضیه، به بررسی ارتباط شاخص روان‌رنجوری با رشد اعتقادی پرداخته می‌شود. با توجه به این که افرادی که در شاخص روان‌رنجوری نمره بالایی می‌گیرند دارای احساسات منفی مانند ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه، احساس کلافگی دایمی و فراگیر هستند، لذا می‌توان اظهار کرد افرادی که از رشد اعتقادی بالایی برخوردار هستند از نظر عاطفی

باثبات می‌باشند، آرام هستند، خُلق یکنواختی دارند، و به راحتی می‌توانند بدون این که آشفته شوند یا رفتارهای نامناسب نشان دهند، با شرایط استرس‌زا به صورت مناسبی رو به رو شوند. در پایان پیشنهاد می‌شود که خانواده‌ها و به ویژه مسئولین آموزش و پرورش کشور با ایجاد شرایط مناسب و بهتر از پیش، ارتباط صمیمانه و آزاد با کودکان و نوجوانان برقرار نمایند، و مباحثه در مورد موضوعاتی که موجبات تفکر سطح عالی آن‌ها در مورد موضوع‌های دینی را ترغیب نماید، آغاز نمایند یا تداوم بخشند. همچنین با ایجاد فرصت‌هایی برای مشارکت در فعالیت‌های فوق برنامه و برنامه‌های آموزش دینی، موجبات رشد اعتقادی کودکان و نوجوانان را بیش از پیش فراهم آورند تا آن‌ها در برابر تاثیرهای مخرب شیخون فرهنگی مصون بمانند. همچنین با توجه به این که سلامت عمومی از جمله متغیرهایی است که در طول زمان می‌تواند به شدت تغییر یابد، مطالعه آن در سنین و مراحل مختلف تحصیل می‌تواند نتایج جالبی را فراهم نموده و به سوال‌های متعددی در ارتباط با آهنگ تغییرات آن در سنین مختلف پاسخ دهد. لذا شایسته است که به موضوع سلامت عمومی در قالب پژوهش‌های طولی نیز پرداخته شود.

منابع

- احمدی، ز؛ و دیگران. (۱۳۸۶). بررسی سلامت روان دانشجویان پرستاری و غیرپرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود و مقایسه آن‌ها با یکدیگر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. ۱۷، ۲، صص ۱۱۱-۱۰۷.
- احمدی، غ؛ و دیگری. (۱۳۸۱). *بررسی پاره‌ای از ویژگی‌های شخصیتی، خانوادگی و آموزشی دانش‌آموزان نمازگزار پسر دوره راهنمایی منطقه جی شهر اصفهان*. علوم انسانی الزهراء. ۱۲، ۴۲، صص ۱۲-۱.
- اسدی‌نوقایی، ا. ع؛ و دیگری. (۱۳۷۹). *روان پرستاری - بهداشت روان (۱)*. تهران: نشر و تبلیغ بشری.
- باچر، ج؛ و دیگران. (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه: ی، سیدمحمدی. تهران: ارسباران.
- بهمنی، ب؛ و دیگری. (۱۳۸۵). *هنجاریابی ملی و ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان علوم پزشکی ایران*. *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ایران*. صص ۶۷-۶۲.
- تکلی ورنیاب، س؛ و دیگری. (۱۳۸۹). *بررسی رابطه عمل به باورهای دینی و سلامت روان در بین دانشجویان دختر دانشگاه محقق اردبیلی*. *اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت*.
- حبیب‌وند، ع. (۱۳۸۸). *رابطه جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی*. *روان‌شناسی و دین*. شماره ۳، صص ۴۵-۳۸.
- حجازی، ی؛ و دیگری. (۱۳۸۲). *رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد شغلی*. *فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ۳۲، ۲، صص ۶۷-۵۵.
- راس، آ. (۱۳۷۳). *روان‌شناسی شخصیت*. ترجمه: س، جمالفر. تهران: بعثت.
- رجایی، ع؛ و دیگران. (۱۳۸۸). *باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان*. *روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)*. ۶ (۲۲)، صص ۱۰۷-۹۷.
- ساک، ک؛ و دیگری. (۱۳۸۱). *بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان علوم پزشکی ایلام*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۱۰، ۳۴-۳۵، صص ۲۵-۱۱.
- سیدموسوی، پ؛ و دیگری. (۱۳۸۸). *ارزیابی روایی افزوده مقابله مذهبی در پیش‌بینی تعالی پس‌ضربه‌ای و درماندگی در دانشجویان ایرانی*. *فصلنامه روان‌شناسی و دین*. ۲، ۳، صص ۱۷۸-۱۵۷.

شجاعیان، ر؛ و دیگری. (۱۳۸۱). ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات سازی. **روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران**. ۳۰، صص ۳۳-۴۰.

شریفی، ح؛ و دیگری. (۱۳۸۵). **روش‌های تحقیق در علوم رفتار**. تهران: سخن.

شریفی، ط؛ و دیگران. (۱۳۸۲). نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، **اندیشه و رفتار**. ۱، صص ۸۹-۹۹.

صادقیان، ع؛ و دیگران. (۱۳۸۸). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۸۵. **مجله تحول و توسعه آموزش پزشکی**. ۱، ۱، صص ۵۲-۴۴.

عبدی‌ماسوله، ف؛ و دیگران. (۱۳۸۶). بررسی رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان: یک مطالعه در ۲۰۰ پرستار. **مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران**. ۶۵، ۶، صص ۶۵-۷۵.

علمی، ق. (۱۳۸۱). نظریه دینی اوآنس پریچارد. **مقالات و بررسی‌ها**. ۳۵، صص ۲۵۸-۲۴۳.

علیزاده، ش؛ و دیگری. (۱۳۸۰). بررسی همه‌گیری شناسی اختلال‌های روانی در یک روستای استان تهران. **فصلنامه اندیشه و رفتار**. ۷، ۱ و ۲.

فضل‌اللهی قمشی، س؛ و دیگری. (۱۳۹۱). رابطه بین رشد اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان. **مطالعات اسلام و روان‌شناسی**، ۶، ۱۰، صص ۱۱۷-۱۰۵.

قرباغی، ح. (۱۳۸۲). **رابطه بین عوامل (صفات) شخصیتی و رضایت شغلی کارکنان کارخانه تراکتورسازی ایران**. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تبریز.

قرآن مجید.

گنجی، ط؛ و دیگری. (۱۳۸۹). باورهای مذهبی دانشجویان پرستاری کارشناسی و ارتباط آن با میزان اضطراب آنان. **نشریه دانشکده پرستاری و مامایی**. دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۲۳(۶۴)، صص ۵۱-۴۴.

معنوی‌پور، د؛ و دیگری. (۱۳۸۳). ساخت و هنجاریابی مقیاس سنجش رشد اعتقادی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران. **فصلنامه نوآوری‌های آموزشی**. ۹، ۳، صص ۱۳۷-۱۲۰.

نجفی، م؛ و دیگران. (۱۳۷۹). رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان در بین کارکنان مرکز تحقیقات و تولید سوخت هسته‌ای اصفهان. **مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد**. سال ۲، شماره ۲، صص ۴۳-۴۱.

نوابخش، م؛ و دیگری. (۱۳۸۵). نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان. **پژوهش دینی**. ۱۴، صص ۹۴-۷۱.

نوری، ن؛ و دیگری. (۱۳۸۸). بررسی رابطه خوش‌بینی سرشتی و خوش‌بینی از دیدگاه اسلام با رضایت‌مندی از زندگی. **فصلنامه روان‌شناسی و دین**. ۲، ۳، صص ۶۸-۲۹.

Elvin, J. (2001). Religions vole involve in healing confirmed. **Journal of Insight**. P.p: 18-83.

Henningsgaard, J. M. & Arnu, R. C. (2008). Relationships between religiosity, spirituality, and personality: **A multivariate analysis, Personality and Individual Differences**. 45, 8. P.p: 703-708.

Hills, P. Francis, L. J. Argyle, M., & Jackson, C. J. (2004). **Primary personality trait correlates of religious practice and orientation, Personality and Individual Differences**. 36, 1. P.p: 61-73.

Johnstone, J. & Tiliopoulos, N. (2008). **Exploring the relationship between Schizotypal personality traits and religious attitude in an International Muslim sample**. Archive for the psychology of religious. 30, 1. P.p: 241- 253.

Krejcie, R. V., & Morgan. D. W. (1970). **Determining sample size for research**. Activities Educational and Psychological Measurement, 30:608.

Maddi, Salvator. R. (1989). **Personality theories**. Wadsworth. Inc.

- Maltby, J. (1999). The internal structure of a derived, revised, and amended measure of the religious orientation scale: The age universal I-E scale-12. **Social Behaviour and Personality**. 27. P.p: 407-412.
- Martin, T., Kirkcaldy, B. D. & Siefen, G. (2003). Religiosity and health among German adolescents. **Journal of Managerial Psychology**. 18(5), P.p: 453-470.
- McCullough, M. E. & Laurenceau, J. P. (2005). Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood. **Personality and Social Psychology Bulletin**. 31, 560-573.
- McCullough, M. E., Tsang, J., & Brion, S. (2003). Personality traits in adolescence as predictors of religiousness in early adulthood: Findings from the Terman Longitudinal Study. **Personality and Social Psychology Bulletin**. 29, P.p: 980-991.
- Moynihan, L. M. & Peterson, R. S. (2001). A contingent Configuration approach to understanding the role of personality in organizational groups. **Research in Organizational Psychology**. 23, P.p: 327-328.
- Revell, L. (2008). Spiritual development in public and religious schools: **A case study, Religious, Education**. 103, P.p: 102-118.
- Unterrainer, H. F., Ladenhaufc, K. H., Moazedie, M. L., Wallner-Liebmannb, S. J., & Fink. A. (2010). **Dimensions of Religious/Spiritual Well-Being and their relation to Personality and Psychological Well-Being, Personality and Individual Differences**. 49, 3, P.p: 192-197.