

رابطه «دینداری» و «ابعاد شخصیت» با «سلامت روان» معلمان شهرستان رودان

دکتر مسعود باقری*

دکتر حسن بنی‌اسدی**

صفورا داوری***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف نشان دادن رابطه دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان شهرستان رودان به روش توصیفی - همبستگی انجام گرفت. بدین منظور ۲۷۴ نفر از معلمان، با روش نمونه‌گیری خوشای تصادفی متناسب با حجم طبقات (برحسب جنس و مقطع تدریس) انتخاب شدند، و به پرسشنامه‌های دینداری خدایاری‌فرد و همکاران، شخصیت "NEO-FFI" مک‌کری و کاستا و سلامت عمومی گلدبیرگ و هیلیر "GHQ-28" پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری میانگین، درصد، فراوانی، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون ساده و گامبه‌گام، آزمون t^4 مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه در نرم‌افزار "SPSS" انجام شد. نتایج نشان دادند که دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان رابطه دارند. به‌طوری که روان‌نجرخوبی پایین، و دینداری و برون‌گرایی و توافق و وجودانی بودن بالا، با سلامت روان بالاتر معلمان رابطه مثبت داشتند. همچنین متغیرهایی از قبیل جنسیت، محل زندگی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و مقطع تدریس معلمان نیز در بعضی از این روابط مؤثر بودند.

واژه‌های کلیدی: دینداری، روان‌نجرخوبی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، توافق، وجودانی بودن، سلامت روان

Email: mbibagheri@yahoo.com
Email: baneasadi44@gmail.com
Email: davarisafoora51@yahoo.com

* استادیار و عضو هیئت علمی بخش روان‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان
** استادیار و عضو هیئت علمی بخش روان‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان
*** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی
تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۲۸ تاریخ تأیید: ۹۰/۰۳/۱۷

مقدمه

آموزش و پرورش، دین و سلامت سه حوزه بسیار مهم جوامع انسانی محسوب می‌شوند ولی از آنجایی که تعلیم و تربیت نسل آینده بر عهده آموزش و پرورش است (محمدی، ۱۳۸۶، ص ۲۶۹)، این نهاد اهمیت افزون‌تری پیدا می‌کند چرا که با توجه به نوع مسئولیت‌های آن، رسیدن به اهداف دو حوزه دیگر نیز در گرو تحقق اهداف آموزش و پرورش است. عوامل زیادی در راه رسیدن این نهاد به اهداف مورد نظر دخالت دارند، اما معلمان به عنوان اجراکننده‌های اصلی برنامه‌های آموزش و پرورش، در این مورد نقشی بسیار اساسی ایفا می‌کنند و بیشترین تأثیر را در تحقق اهداف آموزش و پرورش در همه حوزه‌ها بر عهده دارند. یکی از این اهداف بسیار مهم، پرورش و تربیت نسلی مؤمن و آگاه است که رسیدن به این هدف، در گروی دینداری و تعهد خود معلمان می‌باشد؛ چرا که در تعالیم اسلامی برای اینکه شخصی به شایستگی ارشاد و اصلاح افراد و جامعه برسد باید قبل از هر چیز، خود را اصلاح کرده و متدين شود؛ به طوری که هر گونه کوتاهی در نیت و اعمال شخص، می‌تواند آموزش او را بی‌اثر سازد (صدری؛ غباری بناب و کجبا، ۱۳۸۴، ص ۹۹). بنابراین اهمیت دینداری معلمان و به تبع آن پژوهش در این مورد، بیشتر از سایر اشاره‌جامعة است چرا که دینداری معلم از تأثیر بر خود او فراتر رفته و بر دانش آموzan نیز می‌تواند مؤثر باشد.

علاوه بر دینداری معلمان، مفهوم دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد شخصیت است که، همه جنبه‌های باتبات یک فرد (از قبیل: الگوهای تفکر، عواطف و رفتار) را دربر گرفته (پروین و جان، ۱۳۸۶، ص ۳)، و «کلیت روان‌شناختی مشخص کننده فرد» (مایلی،^۱ ترجمه منصور، ۱۳۸۰؛ به نقل از: کیومرثی، ۱۳۸۲، ص ۶۱) را نشان می‌دهد. مبنای بررسی شخصیت در این پژوهش، نظریه پنج عاملی شخصیت (روان‌زنگرخوی،^۲ برون‌گرایی،^۳ باز بودن به تجربه،^۴ توافق^۵ و وجودانی بودن)^۶ است که، توسط مک‌کری^۷ و کاستا^۸ در اواخر دهه ۸۰ میلادی ارائه شده و در میان روان‌شناسان اعتبار مناسبی دارد (حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۹).

مفهوم مورد نظر دیگر سلامت روان افراد جامعه است که در این راستا مسئله سلامت روان معلمان با توجه به ارتباط نزدیک آنها با دانش آموzan (کاوه و همکاران، ۱۳۸۱، ص ۳)

1. Millie

2. neuroticism

3. extraversion

4. openness to experience

5. agreeableness

6. conscientiousness

7. McCrae

8. Costa

اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. خصوصاً اینکه پژوهش‌ها نیز، وجود مشکلات سلامت روان در جامعه معلمان را تأیید می‌کنند. مثلاً پژوهش بختیارپور (۱۳۸۲، ص ۸۰ و ۹۳)، آراسته (۱۳۸۶، ص ۵۳ و ۵۸) و بیانی، کوچکی و کوچکی (۱۳۸۶، ص ۳۹، ۴۱ و ۴۳) شیوع عدم سلامت روان در میان معلمان، را به ترتیب $18/9$ ، $33/5$ ، $22/65$ درصد گزارش کرده‌اند، که در دو مورد حتی از شیوع عدم سلامت روان جمعیت عمومی کشور، یعنی ۲۱ درصد (آراسته، ۱۳۸۶؛ به نقل از: نوریالا و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۵۸) نیز بیشتر است.

همچنین با توجه به اینکه سلامت روان، نگرش‌هایی (از قبیل: تسلط هیجانی، علاقه به دوستی، همدلی، همدردی، پذیرش مسئولیت و توانایی تصمیم‌گیری) (ساجدی، ۱۳۸۷، ص ۵۷) که صفات شخصیت زیرینای آنها است را، دربر می‌گیرد. اخیراً شخصیت نیز به عنوان یک موضوع مهم مرتبط با سلامت روان، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است و شواهد زیادی از نقش مهم صفات شخصیت در ایجاد، کاهش و یا از بین بردن اختلالات روانی حمایت کرده است (وایدیگر^۱ و سیدلیتز^۲؛ وایدیگر، ۲۰۰۵؛ به نقل از: گروسوی فرشی و صوفیانی، ۱۳۸۷، ص ۴۸). بنابراین دینداری نیز با توجه به ارتباط دوسویه‌ای که با شخصیت و صفات آن دارد (گوتیرز^۳ و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از: کشاورز؛ شاونظری و کلانتری، ۱۳۸۸، ص ۸۴ و ۸۵)، می‌تواند یکی از عوامل مهم بر سلامت روان باشد، چراکه نه تنها به طور مستقیم بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد، بلکه می‌تواند از طریق تقویت ویژگی‌های فضلیت‌پرور از قبیل: وظیفه‌شناسی، صمیمیت، همدلی، نوع دوستی، تواضع و وظیفه‌شناسی و... (ورثینگتون^۴ و بربی، ۱۳۸۳؛ و بری، ۲۶۳ و ۲۶۴) نیز در تقویت سلامت روان مؤثر باشد.

به طوری که در سال‌های اخیر روان‌شناسان به دین به عنوان یک نیروی خارقالعاده‌ای که به انسان قدرت معنوی می‌بخشد و او را در برابر سختی‌ها و شداید حفظ کرده و از اضطراب و نگرانی دور می‌سازد نگریسته‌اند. و این بیشتر به این خاطر بوده است که پژوهش‌های تجربی نیز از ارتباط رفتارهای مذهبی و افزایش سلامت روان حمایت کرده است (کجاف‌نژاد و اعتباری، ۱۳۸۴، ص ۱۳۲ و کوثری، ۱۳۸۵، ص ۱۱۱). و درنتیجه بسیاری از روان‌شناسان، طرفدار توجه بیشتر به نقش دین در سلامت روان هستند.

1. Widiger

2. Seidlitz

3. Gutierrez

4. Worthington

5. Berry

شواهد نظری و تجربی زیادی از رابطه میان دین (مذهب، نگرش‌های مذهبی، جهت‌گیری مذهبی، اعمال و مناسک مذهبی، معنویت، هویت دینی، سلامت دینی و...) و ابعاد شخصیت با سلامت روان، و تأثیر متغیرهایی از قبیل سن، جنسیت، تأهل، سطح تحصیلات و محل زندگی در این روابط حمایت می‌کنند. بعضی از این پژوهش‌ها رابطه صفات شخصیت و دینداری را با هم بر سلامت روان سنجیده‌اند، که از آن جمله می‌توان به رابطه صفات شخصیت و دینداری - معنویت با سلامت روان بیماران ایدزی (لوکن‌ها؛^۱ ایرنسن؛^۲ اوکلیرایگ^۳ و کاستا، ۲۰۰۹)، همبستگی سلامت روانی با سلامت دینی معنوی (آنتراینر^۴ و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۱۹۲)، رابطه مثبت دینداری درونی و کنار‌آمدن دینی مثبت و کنار‌آمدن کمر روان پریشی (در ترکیب با هم)، و رابطه منفی دینداری بیرونی و کنار‌آمدن دینی منفی و کنار‌آمدن روان‌نجرخویی با سلامت روان (مالت بای^۵ و دی، ۲۰۰۴، ص ۱۲۷۶ و ۱۲۸۵)، اشاره کرد.

به علاوه پژوهش‌های زیادی نیز، رابطه دینداری و ابعاد شخصیت را به‌طور جداگانه، با سلامت روان بررسی کرده‌اند، که رابطه مثبت پایبندی مذهبی با سلامت روان (گلپرور و خاکسار، ۱۳۸۸، ص ۵۸)، رابطه مثبت نگرش مذهبی و سلامت روان (حمید، ۱۳۸۸، ص ۷۳)، رابطه مثبت دینداری کلی و سلامت روان (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵، ص ۱ و ۱۴)، رابطه منفی ابعاد اعتقادی و مناسکی دینی با اختلالات روانی (بهرامی چگنی، ۱۳۸۹، ص ۹۹)، رابطه مثبت بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی با سلامت روان (پیروی و عابدیان، ۱۳۸۶، ص ۷۹)، رابطه منفی جهت‌گیری مذهبی با افسردگی و اضطراب (بیانی؛ گودرزی؛ بیانی و کوچکی، ۱۳۸۷، ص ۲۱۳)، رابطه مثبت جهت‌گیری مذهبی بالا و سلامت روان (بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳، ص ۵۵)، و رابطه دینداری با کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی (зорیدا^۶ و احمد، ۲۰۰۷، ص ۱۲-۱۴)، نمونه‌هایی از این پژوهش‌ها هستند.

لازم به ذکر است که با وجود همه این شواهد نمی‌توان رابطه دینداری و سلامت روان را رابطه‌ای یک‌طرفه و بدون تأثیر عوامل دیگر در نظر گرفت؛ چراکه پژوهش‌های زیادی نقش میانجی عوامل دیگر را، در رابطه دینداری و سلامت روان نشان داده‌اند. مثلاً لوئیس،^۷ مالت بای و دی (۲۰۰۵، ص ۱۱۹۳، ۱۱۹۹ و ۱۲۰۰) رابطه معنادار مثبتی بین دینداری (جهت‌گیری

1. Lockenhoff

2. Ironson

3. O'cleirigh

4. Unterrainer

5. Maltby

6. Zuraida

7. Ahmad

8. Lewis

دینی درونی و کنار آمدن دینی مثبت) با شادکامی، و دزوتر،^۱ سوئنز^۲ و هاتسهبات^۳ (۲۰۰۶)، ص ۸۱۶) رابطه مثبت معناداری میان جهتگیری مذهبی درونی با رضایتمندی و هدف در زندگی و رابطه منفی معناداری میان جهتگیری مذهبی بیرونی با خودشکوفایی و شادکامی، و مارتوس،^۴ کانکلی تیچ^۵ و استیگر^۶ (۲۰۱۰، ص ۸۶۳ و ۸۶۶) رابطه مثبت معناداری میان دینداری و تجربه ذهنی معناداری زندگی (هرچه دینداری بازتر و پیچیده‌تر زندگی پرمعنا‌تر)، واوکانز؛^۷ کاب^۸ و اوکانز (۲۰۰۳، ص ۲۱۱) و پیروی و عابدیان (۱۳۸۶) رابطه مثبت معناداری میان میزان حمایت اجتماعی با سلامت روان، و علیجانی (۱۳۸۵، ص ۸۹) رابطه مثبت معناداری میان هویت دینی موفق با سلامت روان، و استیفن^۹ و مسترز^{۱۰} (۲۰۰۵، ص ۲۱۷) نقش میانجی بخاشایش در رابطه دینداری و سلامت روان، و مالت بای، دی و باربر^{۱۱} (۲۰۰۴، ص ۱۶۲۹) رابطه مثبت میان بخاشایش با سلامت روان را گزارش کرده‌اند.

علاوه بر این، رابطه ابعاد شخصیت با سلامت روان نیز توسط محققان زیادی بررسی شده است، و در پژوهش‌های آنها رابطه‌ای مثبت، میان برون‌گرایی و رابطه‌ای منفی میان روان‌رنجورخویی (محمدی، ۱۳۸۶، ص ۲۶۹ و ۲۷۶؛ مغانلو و اگیلار-وفایی، ۱۳۸۸، ص ۲۹۰؛ تابع بردباز؛ کاظمی و رنجبران، ۱۳۸۹، ص ۲۱؛ جعفرنژاد و همکاران، ۱۳۸۳، ص ۶۵ و ۶۷؛ گروسی فرشی و صوفیانی، ۱۳۸۷، ص ۵۳)، و رابطه‌ای مثبت میان وجودانی بودن (تابع بردباز؛ کاظمی و رنجبران، ۱۳۸۹؛ گروسی فرشی و صوفیانی، ۱۳۸۷) و بازبودن به تجربه (جعفرنژاد و همکاران، ۱۳۸۳، ص ۶۱) با سلامت روان گزارش شده است.

همچنین تعدادی از محققان نیز، نقش متغیرهای دیگری از قبیل: سن، جنس، محل زندگی، تأهل و میزان تحصیلات را در رابطه دینداری و ابعاد شخصیت و سلامت روان بررسی کرده‌اند که: مطالعات مربوط به تأثیر غیر مستقیم جنسیت در سلامت روان (شکری و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۲۸۳)، رابطه جنسیت با سلامت روان (عبدی؛ باباپور خیرالدین و صادری اسکویی، ۱۳۸۷، ص ۲۸۵)، رابطه جنسیت با مقیاس‌های بهزیستی ذهنی و ابعاد شخصیت (شکری؛ کدیور و دانشوریبور، ۱۳۸۶، ص ۲۸۳)، رابطه سن و جنسیت و میزان

1. Dezutter

2. Soenens

3. Hutsebaut

4. Martos

5. Konkoly Thege

6. Steger

7. O'Connor

8. Cobb

9. Steffen

10. Masters

11. Barber

تحصیلات و تأهل (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۸، ص ۲۵۵ و ۲۵۶؛ مهدوی، ادريسی و رحمانی خلیلی، ۱۳۸۹، ص ۱۶۰ و ۱۶۱) و محل زندگی (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۸) با دینداری و یا رابطه جنسیت با نگرش مذهبی و مؤلفه‌های آن (محمدی و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۵، ص ۴۷) از آن جمله‌اند.

با وجود همه پژوهش‌های ذکر شده، پژوهشی که رابطه دینداری را به تنها بی و یا همراه با ابعاد شخصیت، با سلامت روان معلمان بسنجد یافت نشد. بنابراین با توجه به اهمیت شناسایی همه عوامل مؤثر بر سلامت روان معلمان، این پژوهش در صدد بررسی این فرضیه‌ها می‌باشد: ۱. بین دینداری، روان‌رنجورخوبی و سلامت روان معلمان رابطه وجود دارد؛ ۲. بین دینداری، بروگرایی و سلامت روان معلمان رابطه وجود دارد؛ ۳. بین دینداری، باز بودن به تجربه و سلامت روان معلمان رابطه وجود دارد؛ ۴. بین دینداری، توافق و سلامت روان معلمان رابطه وجود دارد؛ ۵. بین دینداری، وجود بودن و سلامت روان معلمان رابطه وجود دارد و علاوه بر بررسی این فرضیه‌ها، در پی تعیین میزان نقش تبیین‌کننده دینداری و هر یک از ابعاد شخصیت در سلامت روان، برای هر یک از این فرضیه‌ها به طور جداگانه نیز می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و به روش همبستگی است. و جامعه آماری آن کلیه معلمان رسمی یا پیمانی شهرستان رودان در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ می‌باشد که طبق آمار ۹۲۰ نفر هستند. نمونه آماری مورد نظر با توجه به جدول کوچی مارجی و با احتساب افت نمونه ۲۹۰ نفر در نظر گرفته شد که، به روش نمونه‌گیری خوش‌های طبقه‌ای (طبقات به نسبت جنسیت و مقطع تدریس معلمان) انتخاب شدند، و بعد از کتاب گذاشتن پرسشنامه‌های بی‌اعتبار و ناقص درنهایت داده‌های ۲۷۴ نفر به عنوان نمونه آماری این پژوهش، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل اطلاعاتی از قبیل: جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مقطع تدریس، محل تولد، محل زندگی و پایگاه اقتصادی اجتماعی معلمان مورد پژوهش است.

ب) پرسشنامه دینداری خدایاری فرد و همکاران: این آزمون یک مقیاس استاندار دشده برای سنجش دینداری جامعه ایران به عنوان یک جامعه دیندار و مذهبی است که براساس تعالیم اسلام ساخته شده است. واژه دو پرسشنامه شماره ۱ و ۲ خدایاری فرد و همکاران استخراج شده و مشکل از ۹۷ عبارت سنجش دینداری در سه مؤلفه باور دینی، عواطف دینی و التزام و عمل به وظایف دینی و ۵ عبارت مربوط به وانمود اجتماعی و درمجموع ۱۰۲ سؤال است. مقیاس اندازه‌گیری و پاسخگویی به هر یک از عبارت‌ها طیف لیکرت شش درجه‌ای است که برای سؤالات توافقی از زیاد موافق تا زیاد مخالف و برای سؤالات درجه‌بندی از همیشه تا هرگز است. نمره هر مؤلفه از جمع نمرات عبارت‌های مربوط به آن و نمره دینداری کلی از جمع نمرات سه مؤلفه با هم به دست می‌آید. لازم به ذکر است که نمره عبارت‌های وانمود اجتماعی در جمع نمرات دینداری کلی و مؤلفه‌های آن تأثیری ندارد و فقط افرادی که از این مقیاس نمره ۳۰ دریافت کنند به علت بی‌اعتباری نمرات از فهرست اعضای نمونه حذف می‌شوند (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۸، ص ۲۵۱ و ۲۸۶).

روایی صوری این پرسشنامه از طریق انتخاب سؤالات مورد توافق ۸۰ درصد اعضای متخصص طرح و روایی سازه‌ای آن از روش تحلیل عاملی با انتخاب سؤالاتی با بار عاملی بیش از ۰/۴۰ کنترل شده و روایی ملاکی آن نیز با استفاده از پرسشنامه آذربایجانی انجام گرفت که با آن همبستگی مثبت و معناداری نشان داد. ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه شماره ۱ و ۲ (منبع ساخت این پرسشنامه) بعد از اجرا بر روی ۴۴۰۳ نفر در سطح کشور به ترتیب، ۰/۹۷ و ۰/۹۶ گزارش شده است. اجرای نهایی این پرسشنامه در جمعیت ۱۵۳۸۶ در سطح کشور نیز روایی سازه‌ای و ملاکی، و پایایی بازآزمایی آن را تأیید کرد (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۸، ص ۱۸۹، ۱۹۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴ و ۲۸۶). در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس دینداری کلی به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۹۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی خیلی خوب این پرسشنامه است.

ج) پرسشنامه شخصیتی "NEO-FFI": این پرسشنامه، نوع ۶۰ جمله‌ای آزمون "NEO" است که در سال ۱۹۸۵ م توسط مک‌کری و کاستا ارائه شد و در سال ۱۹۹۳ م مورد تجدید نظر قرار گرفت. و با نام "NEO-PI-R" ارائه شد که پنج عامل اصلی و شش ویژگی هر عامل را می‌سنجد. در این فرم شرکت‌کنندگان در هر عبارت نمره‌ای از ۰ تا ۴ را دریافت می‌کنند و هر ۱۲ سؤال یکی از عوامل مقیاس را دربر می‌گیرد، در پایان آزمون یا پاسخ‌نامه آن نیز سه عبارت مربوط به پاسخگویی به همه سؤالات و پاسخگویی صادقانه و درج پاسخ در محل

صحیح قرار داده شده است که اگر پاسخ آنها منفی باشد نباید پرسشنامه را نمره‌گذاری کرد (حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۱۵، ۲۸ و ۱۲۷).

با اینکه اعتبار این فرم به اندازه آزمون اصلی نیست (بیشتر برای اهداف پژوهشی مناسب است) ولی ابعاد آن همبستگی خوبی (از ۷۵٪ برای وجودان بودن تا ۸۹٪ برای روان‌نجرخوبی) با ابعاد آزمون اصلی نشان داده‌اند (حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۱۲۸ و ۱۳۰) و زیرمقیاس‌های آن نیز همسانی درونی خوبی را نشان داده‌اند به طوری که مک‌کری و کاستا در سال ۱۹۹۲ م ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ برای موافق بودن تا ۰/۸۶ برای روان‌نجرخوبی را برای آن گزارش کردند (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۴۹).

این آزمون در ایران در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۲ توسط حق‌شناس اجرا و هنجاریابی شده است که ضرایب آلفای کرونباخ آن در مطالعه نمونه ۵۱۲ نفری، به ترتیب برای روان‌نجرخوبی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، توافق و وجودان بودن ۰/۸۰، ۰/۶۰، ۰/۵۱، ۰/۵۴ و ۰/۶۷ گزارش شده است (حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۱۴۲). در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برای روان‌نجرخوبی و ۰/۶۲ برای برون‌گرایی و ۰/۵۰ برای باز بودن به تجربه و ۰/۶۰ برای توافق و ۰/۸۴ برای وجودان بودن به دست آمده است که تقریباً مشابه ضرایب آلفای پژوهش حق‌شناس در سال ۱۳۸۲ می‌باشد.

د) پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28): این فرم پرسشنامه سلامت عمومی، در سال ۱۹۷۹ براساس روش تحلیل عاملی از فرم ^۱ عوّالی پرسشنامه سلامت عمومی سال ۱۹۷۲ گلدبرگ،^۱ توسط گلدبرگ و هیلیر^۲ استخراج شد (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹؛ به نقل از: نوربالا؛ باقرقی یزدی و محمد، ۱۳۸۷، ص ۴۹) که در بین نسخه‌های مختلف سلامت سلامت عمومی بیشترین میزان اعتبار و حساسیت را نشان داده است (بنلز، ۱۹۸۳^۳؛ به نقل از: ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۶) و برای تمام افراد جامعه مناسب می‌باشد (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۳۱۰).

این پرسشنامه به ترتیب چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری (اختلال) اجتماعی و افسردگی را دربر می‌گیرد، و سؤالات وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر را می‌سنجند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۷). در هر سؤال از گزینه‌های تا ۳ تعلق می‌گیرد و مجموع نمره هر ۷ سؤال، به ترتیب نمره یک خرد مقیاس، و مجموع نمرات چهار خرد مقیاس، نمره کلی سلامت روان را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که هرچه نمره فرد در این آزمون و خرد مقیاس‌های آن پایین‌تر

1. Goldberg

2. Hillier

3. Banles

باشد شخص از سلامت روان بهتری برخوردار است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۳۱۰-۳۱۲)، بنابراین در تفسیر نتایج و همبستگی‌ها باید به این موضوع مهم توجه شود. بهمنی و عسکری (۱۳۸۵؛ به نقل از: فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۳۱۳) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۸۰ را به ترتیب، برای نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روان کلی در این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. برطبق؛ کاظمی و رنجبران (۱۳۸۹، ص ۱۶) نیز ضریب آلفای ۰/۸۲ را برای سلامت روان کلی در نمونه‌ای از معلمان گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز برای سلامت روان کلی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۷۵ به دست آمد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی معلمان شرکت‌کننده در پژوهش نشان می‌دهد که ۷/۵۴٪ مرد و ۳/۴۵٪ زن، و ۱/۸۱٪ ساکن شهر و ۱/۱۹٪ ساکن روستا، و ۳/۸۴٪ متاهل و ۹/۱۳٪ مجرد و ۴/۰٪ نمطلقه و ۵/۱٪ بیوہ هستند. میزان تحصیلات ۱/۵٪، ۴/۴۳٪، ۰/۰۵٪ و ۱/۱٪ آنها به ترتیب دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد و حوزوی است. مقطع تدریس ۶/۴۵٪ ابتدایی، ۴/۳۱٪ راهنمایی و ۲۳/۲٪ دبیرستان است و میانگین سن کل نمونه ۴۱/۳۴ با انحراف معیار ۲/۲۵ می‌باشد. همچنین بررسی آمار توصیفی متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که به طور متوسط نمرات دینداری، روان‌رنجورخوبی، بروونگرایی، بازبودن به تجربه، توافق، وجودانی بودن و سلامت روان معلمان به ترتیب ۵۷/۰۸، ۴۴/۴۱، ۱۸/۶۳، ۸/۴۹، ۶۷/۶۶، ۴۵/۷۳ و ۵۷/۲۰ از ۱۰۰ می‌باشد (دقیق شود کسب نمره کمتر برای سلامت روان نشانه بالاتر بودن سلامت روان است).

جهت بررسی وجود رابطه میان دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان، ابتدا ضریب همبستگی پیرسون میان این متغیرها اندازه‌گیری شد. و نتایج حاصل از این ضریب همبستگی (جدول ۱) نشان داد که، روان‌رنجورخوبی، بروونگرایی، توافق (سازگاری) و وجودانی بودن در سطح $P < 0/01$ و دینداری در سطح $P < 0/05$ با سلامت روان همبستگی معناداری دارند؛ به طوری که بین روان‌رنجورخوبی و سلامت روان رابطه مثبت معنادار ($r = 0/563$ ، بین بروونگرایی و سلامت روان رابطه منفی معنادار ($r = -0/022$ ، $r = -0/522$)، بین توافق و سلامت روان رابطه منفی معنادار ($r = -0/308$ ، بین وجودانی بودن و سلامت روان رابطه منفی معنادار ($r = -0/312$) و بین دینداری و سلامت روان رابطه منفی معناداری ($r = -0/154$)

وجود دارد. البته با توجه به اینکه، نمره پایین در سلامت روان نشان‌دهنده سلامت روان بهتر است، این ضرایب همبستگی نشان می‌دهند که افزایش بروونگرایی، توافق، وجودانی بودن و دینداری و کاهش روان‌نجورخوبی، با بهبود سلامت روان مرتبط هستند.

جدول ۱: همبستگی پیرسون میان سلامت روان، دینداری و ابعاد شخصیت معلمان

وجودانی بودن	توافق (سازگاری)	باز بودن به تجربه	برونگرایی	روان‌نجورخوبی	دینداری	سلامت روان	پیرسون
-۰/۳۱۲**	-۰/۳۰۸**	۰/۰۰۳	-۰/۰۵۲۲**	۰/۰۵۶۳**	-۰/۰۱۵۴*	۱	ضریب همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۱		سلامت روان سطح معناداری
۰/۳۴۹**	۰/۳۱۷**	۰/۰۸۱	۰/۰۳۱۶**	-۰/۱۴۹*	۱	-۰/۰۱۵۴*	ضریب همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۸۳	۰/۰۰۰	۰/۰۱۳		۰/۰۱۱	دینداری سطح معناداری
-۰/۰۳۶**	-۰/۰۴۲۱**	-۰/۰۰۸۹	-۰/۰۰۵۹**	۱	-۰/۰۱۴۹*	۰/۰۵۶۲**	ضریب همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۴۱	۰/۰۰۰		۰/۰۱۳	۰/۰۰۰	روان‌نجورخوبی سطح معناداری
۰/۰۳۷**	۰/۰۴۳۶**	۰/۰۱۳۵*	۱	-۰/۰۰۵۹**	۰/۰۳۱۶**	-۰/۰۵۲۲**	ضریب همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲۵		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	برونگرایی سطح معناداری
۰/۰۷۱	۰/۰۰۲۴	۱	۰/۰۵۶۳**	-۰/۰۰۸۹	-۰/۰۰۸۱	۰/۰۰۳	باز بودن به تجربه
۰/۰۴۲	۰/۰۶۹۲		۰/۰۰۲۵	۰/۰۱۴۱	۰/۰۱۸۳	۰/۰۹۶۳	سلحفاً معناداری
۰/۰۵۱۲**	۱	۰/۰۰۲۴	۰/۰۴۳۶**	-۰/۰۰۴۲۱**	۰/۰۳۱۷**	-۰/۰۰۳۰۸**	ضریب همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۶۹۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	توافق (سازگاری)
۱	۰/۰۱۲**	۰/۰۰۷۱	۰/۰۵۳۳**	۰/۰۳۶**	۰/۰۳۴۹**	-۰/۰۰۳۱۲**	ضریب همبستگی
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	وجودانی بودن سطح معناداری

P<0/01 ** P<0/05 *

بعد از به دست آوردن ضریب همبستگی، جهت بررسی دقیق تر ارتباط و تعیین میزان نقش پیش‌بینی‌کننده هر متغیر بر سلامت روان، تحلیل آماری رگرسیون گام‌به‌گام برای همه فرضیه‌های پژوهش به طور جداگانه انجام شد.

طبق یافته‌های این تحلیل (جدول ۲) فرضیه اول پژوهش در سطح معناداری $P < 0.01$ (با توجه معناداری "F" در سطح $1 = 0.01$) پذیرفته می‌شود. اما از آنجایی که فقط متغیر روان‌نجرخوبی (به علت داشتن بیشترین همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل شده و متغیر دینداری (به علت نداشتن همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل نشده است، این مدل تنها یک گام دارد. در اینجا ضریب تعیین به دست آمده نیز نشان می‌دهد که روان‌نجرخوبی 31.3% از سلامت روان معلمان را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۲: رابطه رگرسیونی میان سلامت روان با دینداری و روان‌نجرخوبی

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R ²	F آزمون		t آزمون		β	مدل ۱	گام
		P-Value	آماره	P-Value	آماره			
تأثید	.317	.000	126/3**	.012	1/6	2/253	ثابت	۱
				.000	11/3**	0/755	روان‌نجرخوبی	

$P < 0.01$ **

همچنین فرضیه دوم پژوهش (جدول ۳) نیز، در سطح معناداری $P < 0.01$ (با توجه معناداری "F" در سطح $1 = 0.01$) پذیرفته شده و نشان می‌دهد که بین دینداری، بروون‌گرایی و سلامت روان معلمان شهرستان رودان رابطه وجود دارد. مشابه مدل ۱، در این مدل هم فقط متغیر بروون‌گرایی (به علت داشتن بیشترین همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل شده و متغیر دینداری (به علت نداشتن همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل نشده است، درنتیجه این مدل نیز تنها یک گام دارد. همچنین با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، مشخص است که بروون‌گرایی $27/3\%$ از سلامت روان معلمان را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۳: رابطه رگرسیونی میان سلامت روان با دینداری و بروون‌گرایی

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R ²	F آزمون		t آزمون		β	مدل ۲	گام
		P-Value	آماره	P-Value	آماره			
تأثید	.273	.000	102/1**	.000	16/1**	45/158	ثابت	۱
				.000	-10/1**	-0/919	برون‌گرایی	

$P < 0.01$ **

اما فرضیه سوم پژوهش (جدول ۴) در سطح معناداری $P < 0.05$ (با توجه معناداری "F" در سطح $1 = 0.01$) پذیرفته می‌شود و در این سطح بین دینداری، باز بودن به تجربه و سلامت

روان معلمان شهرستان رودان رابطه وجود دارد. در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام، متغیر دینداری (به علت داشتن بیشترین همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل شده و متغیر باز بودن به تجربه (به علت نداشتن همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل نمی‌شود، درنتیجه این مدل نیز تنها یک گام دارد. همچنین با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، مشخص است که دینداری ۲/۵٪ از سلامت روان معلمان را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۴: رابطه رگرسیونی میان سلامت روان با دینداری و باز بودن به تجربه

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R ²	F آزمون		t آزمون		β	۳ مدل	گام
		P-Value	آماره	P-Value	آماره			
تأیید	۰/۰۲۴	۰/۰۱۱	۶/۶*	۰/۰۰۰	۴/۴**	۴۰/۹۷۲	ثابت	۱
				۰/۰۱۱	-۲/۶*	-۰/۰۴۶	دینداری	

P<0/05 *

فرضیه چهارم پژوهش (جدول ۵) نیز در سطح معناداری ۱/۰<P (با توجه معناداری "F" در سطح ۱/۰=α) پذیرفته می‌شود و بین دینداری، توافق و سلامت روان معلمان شهرستان رودان رابطه وجود دارد. همان‌طور که در جدول مشخص است، در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز فقط، متغیر توافق (به علت داشتن بیشترین همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل شده و متغیر دینداری (به علت نداشتن همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل نشده است، و درنتیجه این مدل نیز مشابه مدل‌های دیگر تنها یک گام دارد. همچنین با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، مشخص است که توافق، ۹/۵٪ از سلامت روان معلمان را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۵: رابطه رگرسیونی میان سلامت روان با دینداری و توافق

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R ²	F آزمون		t آزمون		β	۴ مدل	گام
		P-Value	آماره	P-Value	آماره			
تأیید	۰/۰۹۵	۰/۰۰۰	۲۸/۴**	۰/۰۰۰	۹/۸**	۳۷/۳۷۵	ثابت	۱
				۰/۰۰۰	-۵/۳**	-۰/۶۲۸	توافق	

P<0/01 **

جدول ۶ نیز نشان می‌دهد که فرضیه پنجم پژوهش در سطح معناداری ۱/۰<P (با توجه معناداری "F" در سطح ۱/۰=α) پذیرفته شده و بین دینداری، وجود و سلامت روان معلمان شهرستان رودان رابطه وجود دارد. همان‌طور که در جدول مشخص است، در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز فقط، متغیر وجود و جدانی بودن (به علت داشتن بیشترین همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل شده و متغیر دینداری (به علت نداشتن همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل نشده است، درنتیجه مدل ۵ هم تنها یک گام دارد. همچنین با توجه به ضریب

تعیین به دست آمده، مشخص است که وجود این بودن ۷/۹٪ از سلامت روان معلمان را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۶: رابطه رگرسیونی میان سلامت روان با دینداری وجود این بودن

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R2	F آزمون		t آزمون [†]		β	مدل ۵	گام
		P-Value	آماره	P-Value	آماره			
تأیید	۰/۰۹۷	۰/۰۰۰	۲۹/۳**	۰/۰۰۰	۱۱/۳**	۳۲/۵۹۲	ثابت	۱
				۰/۰۰۰	-۵/۴**	-۰/۴۳۴	وجود این بودن	

P<0/01 **

در ادامه پژوهش رابطه رگرسیونی میان دینداری و ابعاد شخصیت و سلامت روان به طور کلی بررسی شد که طبق جدول ۷ در سطح معناداری $P<0/01$ (با توجه معناداری "F" در سطح $1-\alpha = 0/05$) بین دینداری، ابعاد شخصیت و سلامت روان معلمان رابطه وجود دارد.

و همان‌طور که در جدول ۷ مشخص است در گام اول، متغیر روان‌رنجورخوبی به علت دارا بودن بیشترین همبستگی جزئی معنادار، و در گام دوم متغیر برون‌گرایی که همبستگی جزئی آن در رتبه دوم قرار دارد وارد مدل شده‌اند و بقیه متغیرها به علت نداشتن همبستگی جزئی معنادار وارد مدل نشده‌اند. همچنین با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، در گام اول متغیر روان‌رنجورخوبی ۳۱/۳٪ از پیش‌بینی سلامت روان را تبیین می‌کند و با وارد شدن متغیر برون‌گرایی در گام دوم این پیش‌بینی بهبود یافته و به ۳۸/۵٪ افزایش می‌یابد.

جدول ۷: رابطه رگرسیونی میان دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R2	F آزمون		t آزمون		β	مدل Model	گام
		P-Value	آماره	P-Value	آماره			
تأیید	۰/۳۱۷	۰/۰۰۰	۱۲۶/۳**	۰/۱۱۲	۱/۶	۲/۲۵۳	ثابت	۱
				۰/۰۰۰	۱۱/۲**	۰/۷۵۵	روان‌رنجورخوبی	
تأیید	۰/۳۵۸	۰/۰۰۰	۸۴/۷**	۰/۰۰۰	۵/۷**	۲۳/۱۵۶	ثابت	۲
				۰/۰۰۰	۷/۰۲**	۰/۵۳۳	روان‌رنجورخوبی	
				۰/۰۰۰	-۵/۵**	-۰/۵۴۳	برون‌گرایی	

P<0/01*** P<0/05 *

جهت تعیین روابط و یا تأثیر متغیرهای دیگر در روابط متغیرهای مستقل و وابسته، بعضی از این متغیرها از قبیل جنسیت، محل زندگی، مقطع تدریس و... نیز به طور جانبی مورد بررسی قرار گرفتند که یافته‌های پژوهش در مورد تعدادی از آنها ارائه می‌شود.

در این پژوهش از آزمون "t" مستقل جهت بررسی تأثیر جنسیت معلمان بر متغیرهای پژوهش استفاده شد و نتایج آن (جدول ۸) نشان داد که در سطح $P<0/05$ روان‌رنجورخوبی

معلمان زن بیشتر و بروونگرایی و سلامت روان آنها، کمتر از معلمان مرد است. و در سطح $P < 0.05$ نیز، توافق آنها کمتر از معلمان مرد است.

جدول ۸: آزمون "t" مستقل جهت مقایسه متغیرهای پژوهش برای معلمان زن و مرد

متغیر	جنسیت	میانگین (Mean)	انحراف معیار (S.D.)	t مقدار آماره (t-Value)	درجه آزادی (df)	سطح معناداری یک طرفه (P-Value.1-tailed)
دینداری کلی	مرد	۵۱۵/۲	۳۳/۹	-۰/۲	۲۶۹/۴	$P = .435$
	زن	۵۱۵/۸	۲۵/۳			
روان‌نじورخوبی	مرد	۱۸/۵	۶/۲	-۳/۹**	۲۷۲	$P = .000$
	زن	۲۱/۶	۶/۹			
برونگرایی	مرد	۳۱/۳	۵/۱	۳/۴**	۲۷۲	$P = .0005$
	زن	۲۹/۲	۵			
باز بودن به تجربه	مرد	۲۴	۴/۱	.۰/۴	۲۷۲	$P = .330$
	زن	۲۳/۸	۳/۷			
توافق (سازگاری)	مرد	۲۳/۴	۴/۵	۱/۸*	۲۷۲	$P = .035$
	زن	۳۱/۵	۴/۳			
و جدایی بودن	مرد	۳۵/۷	۶/۶	۱/۲	۲۷۲	$P = .109$
	زن	۳۴/۷	۶/۳			
سلامت روان	مرد	۱۵/۸	۹/۴	-۲/۹**	۲۷۲	$P = .001$
	زن	۱۹/۰۴	۸/۳			

$P < 0.01** \quad P < 0.05 *$

همچنین برای بررسی رابطه محل زندگی معلمان با متغیرهای مورد پژوهش، از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. و نتایج ضریب همبستگی نشان داد که، در سطح $P < 0.01$ رابطه منفی معناداری میان روان‌نじورخوبی، و رابطه مثبت معناداری میان بروونگرایی، توافق (سازگاری) و وجودایی بودن با سلامت روان معلمان ساکن شهر وجود دارد. و در تکمیل آن تحلیل رگرسیون (جدول ۹) نیز نشان داد که، سلامت روان معلمان ساکن شهر فقط با استفاده از ویژگی‌های شخصیتی (روان‌نじورخوبی، بروونگرایی، توافق، وجودایی بودن) آنها و بدون نقش دینداری تبیین می‌شود. اما در مورد معلمان ساکن روستا، ضرایب همبستگی نشان دادند که در سطح $P < 0.01$ ، رابطه میان سلامت روان و دینداری معلمان ساکن روستا معنادار و مثبت، و رابطه میان روان‌نじورخوبی و سلامت روان آنها معنادار و منفی می‌باشد. تحلیل رگرسیون (جدول ۱۰) نیز نشان داد که به غیر از مدل رگرسیونی فرضیه ۱ که روان‌نじورخوبی به علت داشتن ضریب همبستگی جزئی معنادار

وارد مدل رگرسیونی شده و ۳۳/۳٪ از پیش‌بینی سلامت روان معلمان ساکن روستا را تبیین می‌کرد و دینداری وارد این مدل نمی‌شد، در بقیه مدل‌های رگرسیونی (مربوط به فرضیه‌های ۲ تا ۵) فقط دینداری وارد مدل شده و ۱۹/۱٪ از پیش‌بینی سلامت روان آنها را تبیین می‌کرد.

جدول ۹: رابطه رگرسیونی میان سلامت روان با دینداری و ابعاد شخصیت معلمان ساکن شهر

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R ²	F آزمون		t آزمون		β	مدل
		P-Value	آماره	P-Value	آماره		
تأیید	۰/۳۳۵	۰/۰۰۰	۱۱۰/۸**	۰/۱۷۵	۱/۴	۲/۱۴	ثابت
				۰/۰۰۰	۱۰/۵**	۰/۷۷	روان‌رنجورخوبی
تأیید	۰/۳۰۷	۰/۰۰۰	۹۷/۶**	۰/۰۰۰	۱۵/۵**	۵۹/۴۷	ثابت
				۰/۰۰۰	-۹/۹**	-۰/۹۹۲	برون‌گرایی
تأیید	۰/۰۹۸	۰/۰۰۰	۲۲/۲**	۰/۰۰۰	۱/۹**	۳۸/۴۲۳	ثابت
				۰/۰۰۰	-۴/۹**	-۰/۶۴۷	توافق
تأیید	۰/۱۲۳	۰/۰۰۰	۳۰/۹**	۰/۰۰۰	۱۰/۹**	۳۵/۴۹۴	ثابت
				۰/۰۰۰	-۵/۶**	-۰/۰۰۳	وچنانی بودن

P<0/01 **

جدول ۱۰: رابطه رگرسیونی میان سلامت روان با دینداری و ابعاد شخصیت معلمان ساکن روستا

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R ²	F آزمون		t آزمون		β	مدل
		P-Value	آماره	P-Value	آماره		
تأیید	۰/۳۳۳	۰/۰۰۰	۱۲/۲**	۰/۰۰۰	۳/۸**	۵۱/۰۵۴	ثابت
				۰/۰۰۱	-۳/۶**	-۰/۰۸۹	دینداری
				۰/۰۰۲	۳/۲**	۰/۵۴۳	روان‌رنجورخوبی
تأیید	۰/۱۹۱	۰/۰۰۱	۱۱/۸**	۰/۰۰۰	۴/۵**	۶۳/۱۹۱	ثابت
				۰/۰۰۱	-۳/۴**	-۰/۰۹۳	دینداری
تأیید	۰/۱۹۱	۰/۰۰۱	۱۱/۸**	۰/۰۰۰	۴/۵**	۶۳/۱۹۱	ثابت
				۰/۰۰۱	-۳/۴**	-۰/۰۹۳	دینداری
تأیید	۰/۱۹۱	۰/۰۰۱	۱۱/۸**	۰/۰۰۰	۴/۵**	۶۳/۱۹۱	ثابت
				۰/۰۰۱	۳/۴**	-۰/۰۹۳	دینداری
تأیید	۰/۱۹۱	۰/۰۰۱	۱۱/۸**	۰/۰۰۰	۴/۵**	۶۳/۱۹۱	ثابت
				۰/۰۰۱	-۳/۴**	-۰/۰۹۳	دینداری

P<0/01 **

همچنین برای بررسی تأثیر سطح تحصیلات معلمان بر متغیرهای پژوهش، از تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد و نتایج حاصل (جدول ۱۱) نشان داد که، تحصیلات معلمان

در سطح $P < 0.05$ بردینداری آنها و در سطح $P < 0.01$ بازبودن به تجربه آنها تأثیرگذار می‌باشد و پس از اجرای آزمون تعقیبی توکی نیز مشخص شد که دینداری معلمان دارای تحصیلات کارданی بیشتر از معلمان دارای تحصیلات کارشناسی، و بازبودن به تجربه در معلمان با تحصیلات کارشناسی بیشتر از معلمان با تحصیلات دیپلم است.

جدول ۱۱: تحلیل واریانس یک‌طرفه، مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش براساس تحصیلات

سطح معناداری (P-Value)	مقدار آماره F	تحصیلات				میانگین متغیر
		کارشناسی ارشد	کارشناسی	کاردانی	دیپلم	
$P = 0.005$	۴/۴**	۴۸۹	۵۰/۱	۵۲۲/۱	۵۱۷/۳	دینداری
$P = 0.420$	۰/۹	۱۷/۳	۱۹/۳	۲۰/۶	۲۰/۶	روان‌نگرخویی
$P = 0.182$	۱/۶	۲۸/۳	۳۰/۱	۳۰/۹	۲۸/۱	برون‌گرایی
$P = 0.020$	۳/۷**	۲۳/۷	۲۴/۵	۲۳/۵	۲۱/۶	بازبودن به تجربه
$P = 0.981$	۰/۰۶	۲۳/۳	۳۲	۳۲/۱	۳۱/۶	توافق (سازگاری)
$P = 0.889$	۰/۲	۳۶/۳	۳۵/۱	۳۵/۶	۴۳/۴	وجدانی بودن
$P = 0.181$	۱/۶	۱۳/۳	۱۷/۲	۱۶/۹	۲۲/۱	سلامت روان

 $P < 0.01^{***}$ $P < 0.05 ^*$

در همین راستا تحلیل واریانس یک‌طرفه برای بررسی تأثیر مقطع تدریس معلمان، بر متغیرهای پژوهش نیز نشان داد که مقطع تدریس معلمان در سطح $P < 0.05$ بردینداری آنها تأثیرگذار است (جدول ۱۲) و آزمون تعقیبی توکی نیز دینداری معلمان مقطع ابتدایی را بیشتر از معلمان مقطع متوسطه نشان داد.

جدول ۱۲: تحلیل واریانس یک‌طرفه، مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش براساس مقطع تدریس

سطح معناداری (P-Value)	مقدار آماره F	مقطع تدریس				میانگین متغیر
		متوسطه	راهنمايی	ابتدایی		
$P = 0.021$	۳/۹**	۵۰۶/۳	۵۱۷/۱	۵۱۸/۹		دینداری
$P = 0.080$	۲/۵	۱۹/۲	۱۸/۹	۲۰/۹		روان‌نگرخویی
$P = 0.995$	۰/۰۰۵	۳۰/۳	۳۰/۳	۳۰/۴		برون‌گرایی
$P = 0.718$	۱/۳	۲۴/۱	۲۴/۰۵	۲۳/۷		بازبودن به تجربه
$P = 0.136$	۲/۰۱	۳۲/۸	۳۲/۲	۳۱/۵		توافق (سازگاری)
$P = 0.776$	۰/۳	۳۴/۷	۳۵/۴	۳۵/۴		وجدانی بودن
$P = 0.465$	۰/۸	۱۷/۵	۱۶/۳	۷۱/۹		سلامت روان

همچنین نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه میان ابعاد شخصیت معلمان با سن آنها نیز نشان داد که در سطح $P < 0.05$ رابطه میان سن با بازبودن به تجربه و

توافق (سازگاری) معنادار است. و با توجه به اینکه ضریب همبستگی پیرسون میان سن و باز بودن به تجربه $-0.121 = 0.139$ به دست آمد می‌توان گفت که هرچه سن معلمان بیشتر باشد باز بودن به تجربه آنها کمتر، و توافق (سازگاری) آنها بیشتر است. تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که $1/5$ از پیش‌بینی باز بودن به تجربه و $1/9$ از پیش‌بینی توافق (سازگاری) معلمان، با استفاده از سن آنها تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه آزمون فرضیه‌های پژوهش حاضر با روش همبستگی پیرسون نشان داد که بین دینداری با سلامت روان بالا رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته همسو با تمام یا بخشی از نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط گلپرور و خاکسار (۱۳۸۸)، حمید (۱۳۸۸)، کجاف‌نژاد و اعتباری (۱۳۸۴)، چراغی و مولوی (۱۳۸۵)، بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، بهرامی چگنی (۱۳۸۹)، بهرامی احسان و تاشک (۱۳۸۳)، علیجانی (۱۳۸۵)، پیروی و عابدیان (۱۳۸۶)، لوکن هاف و همکاران (۲۰۰۹)، مالت بای و دی (۲۰۰۴)، دزوتر؛ سوئنزو و هاتسه بات (۲۰۰۶) و زوریدا و احمد (۲۰۰۷) است که، رابطه‌ای مثبت، میان دینداری (جهت‌گیری مذهبی، نگرش مذهبی، بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی)، سلامت دینی معنوی و هویت دینی موفق) و سلامت روان، یا رابطه‌ای منفی میان دینداری و عدم سلامت روان (درمان‌لگی روان‌شناختی، نارساکنش‌وری، اندیشه‌پردازی و اقدام به خودکشی، روان‌رنجورخوبی بالا و افسردگی و اضطراب) را گزارش کرده‌اند.

در تبیین این رابطه می‌توان گفت که، دینداری با ایجاد حمایت اجتماعی، ترغیب ویژگی‌های فضیلت‌پرور و برخورد کارآمدتر فرد با فشار روحی (ورثینگتون و بری، ۱۳۸۳)، ایجاد معنی در زندگی (مارتوس؛ کانکلی‌تیج و استیگر، ۲۰۱۰) و کاهش اختلالات روانی مربوط به پوچ بودن و یهودگی زندگی، با سلامت روان بالاتر ارتباط پیدا می‌کند. از طرف دیگر دینداری با ایجاد اعتقاد به عدالت خداوند و اهمیت زندگی، یک عامل محافظ در برابر خطر اندیشه‌پردازی و یا اقدام به خودکشی است (پیروی و عابدیان، ۱۳۸۶؛ زوریدا و احمد، ۲۰۰۷) و همچنین با توجه به همبستگی بخشایش با سلامت روان بهتر (مالت بای؛ دی و باربر، ۲۰۰۴) دینداری از طریق عامل بخشایش نیز می‌تواند با سلامت روان بهتر ارتباط داشته باشد (استیفن و مسترز، ۲۰۰۵).

نتیجه دیگر حاکی از رابطه منفی میان روان‌رنجورخوبی و رابطه مثبت میان برونگرایی و سلامت روان است که، با پژوهش‌های جعفرنژاد و همکاران (۱۳۸۳)، شکری و همکاران

(۱۳۸۴)، محمدی (۱۳۸۶)، گروسی فرشی و صوفیانی (۱۳۸۷)، مغانلو و اگیلار-وفایی (۱۳۸۸)، تابع بردبار؛ کاظمی و رنجبران (۱۳۸۹) و لوکن هاف و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. در تبیین رابطه منفی میان روان‌رنجورخوبی و سلامت روان می‌توان گفت که روان‌رنجورخوبی با دربرگیری احساسات منفی از قبیل: نگرانی، اضطراب، غمگینی، بدخلقی، تحریک‌پذیری، ناامنی، عصبیت (پروین و جان، ۱۳۸۶، ص ۲۱۸؛ حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۱۷؛ فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۴۰)، نه تنها خودش بر سلامت جسمانی فرد تأثیر می‌گذارد و باعث اختلال در سلامت عمومی او می‌شود، بلکه همچنین می‌تواند با ایجاد الگوهای رفتاری نامناسب و به تبع آن کاهش حمایت اجتماعی از فرد، با کاهش سلامت روان مرتبط شود (پیروی و عابدیان، ۱۳۸۶؛ اوکانر؛ کاب و اوکانر، ۲۰۰۳).

برون‌گرایی نیز با دربرگیری ویژگی‌هایی از قبیل: فعال و پرانرژی بودن، اجتماعی و اهل معاشرت بودن، شاد و خوش‌بین و مهربان بودن (پروین و جان، ۱۳۸۶؛ حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۱۹؛ فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۴۲)، از یکسو به دلیل خوشایند بودن افراد و دریافت سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سلامت روان رابطه پیدا می‌کند (پیروی و عابدیان، ۱۳۸۶؛ اوکانر؛ کاب و اوکانر، ۲۰۰۳)، و از سوی دیگر نیز، ممکن است روحیه شاد و خوش‌بینی این افراد باعث شود که نه تنها در بسیاری از موقعیت‌ها، پاسخ‌هایی با تنیدگی کمتر بدنهند، بلکه همچنین باعث شود که، آنها از سلامت روان خود ارزیابی بهتری داشته باشند و از این طریق نیز با سلامت روان بهتر مرتبط شود. تأثیر ابعاد شخصیت بر سلامت روان از این دو طریق در پژوهش چلبیانلو و گروسی فرشی (۱۳۸۹) نیز بیان شده است.

عدم وجود رابطه میان بازبودن به تجربه و سلامت روان با پژوهش‌های شکری و همکاران (۱۳۸۴)، محمدی (۱۳۸۶)، گروسی فرشی و صوفیانی (۱۳۸۷)، مغانلو و اگیلار-وفایی (۱۳۸۸) و تابع بردبار؛ کاظمی و رنجبران (۱۳۸۹) همخوانی داشت. اما با پژوهش‌های جعفرنژاد و همکاران (۱۳۸۳) و لوکن هاف و همکاران (۲۰۰۹) مطابقت نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، بازبودن به تجربه با دربرگیری ویژگی‌هایی از قبیل کنجدکاوی، خلاقیت، ابتکار، استقلال، شجاعت، درک مثبت هیجان‌ها، علائق متنوع و زیپاسندی (پروین و جان، ۱۳۸۶؛ حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۲۰؛ فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۴۳) همانگ با پیشنهاد مک‌کری و کاستا (۱۹۸۶؛ به نقل از: شکری و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۳۵) «فرد را به تجربه حالت‌های هیجانی مثبت و منفی هدایت می‌کند بنابراین هیچ ارتباط مستقیمی بین این عامل و سلامت روانی نمی‌توان انتظار داشت».

نتیجه حاصل از رابطه مثبت و معنادار توافق (سازگاری) با سلامت روان، با پژوهش لوکن هاف و همکاران (۲۰۰۹) مطابقت داشت، اما با پژوهش‌های محمدی (۱۳۸۶)، مغانلو و اگیلار-وفایی (۱۳۸۸)، تابع بردباز؛ کاظمی و رنجبران (۱۳۸۹) و گروسی فرشی و صوفیانی (۱۳۸۷) همخوانی نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که توافق با دربرگیری ویژگی‌هایی از قبیل: خوش قلبی، خوش خلقی، گذشت، بخشش، دلسوزی، همدلی و ادب و تواضع به سمت جنبه‌های مثبت اجتماعی و سلامت روان بالاتر سوق دارد (پروین و جان، ۱۳۸۶؛ حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۲۲؛ فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۴۴) و احتمال دارد که ویژگی‌هایی از قبیل خوش خلقی و بخشایش که در تضاد با احساساتی از قبیل خشم و نفرت و رنجش و کینه هستند مسئول این رابطه باشند.

رابطه مثبت معنادار میان وجودانی بودن و سلامت روان بالاتر با پژوهش‌های شکری و همکاران (۱۳۸۴)، گروسی فرشی و صوفیانی (۱۳۸۷)، تابع بردباز؛ کاظمی و رنجبران (۱۳۸۹) و لوکن هاف و همکاران (۲۰۰۹) همسو بود، اما با پژوهش‌های محمدی (۱۳۸۶)، مغانلو و اگیلار-وفایی (۱۳۸۸) و جعفرنژاد و همکاران (۱۳۸۳) همخوانی نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که وجودانی بودن با دربرگیری ویژگی‌هایی از قبیل: نظم، آراستگی، تمیزی، کفایت، پاییندی به اصول اخلاقی، تفکر دقیق، تأمل در کار و احساس مسئولیت (پروین و جان، ۱۳۸۶، حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۲۲ و فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۴۶) از یکسو به علت وجود نظم و احساس مسئولیت و پاییندی زیاد به اصول اخلاقی، احتمالاً باعث می‌شود که افراد سبک زندگی سالم‌تری را در پیش بگیرند و از سوی دیگر مشابه تبیین شکری و همکاران (۱۳۸۴) به علت تأمل و تفکر در کار، باعث استفاده افراد از سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار هنگام مواجه شدن با یک موقعیت آسیب‌زا می‌شود و درنتیجه با سلامت روان بالاتر همبسته می‌شود.

یافته‌های جانبی این پژوهش در مورد تأثیر جنسیت در سلامت روان و بیشتر بودن سلامت روان مردان نسبت به زنان با پژوهش‌های بختیارپور (۱۳۸۲)، بیانی، گودرزی و کوچکی (۱۳۸۶)، شکری و همکاران (۱۳۸۴) و عبدی؛ باباپور خیرالدین و صادری اسکویی (۱۳۸۷) مطابقت داشت. اما با پژوهش آراسته (۱۳۸۶) همخوانی نداشت که ممکن است، مربوط به همان نمونه خاص باشد. همچنین یافته‌های مربوط به بیشتر بودن روان‌نجرخوبی زنان و برون‌گرایی مردان با پژوهش شکری، کدیور و دانشورپور (۱۳۸۶) مطابقت داشت و مورد انتظار بود، اما این یافته که سازگاری معلمان مرد بیشتر از زنان بود، با آن پژوهش همخوانی نداشت.

وحتی به نوعی غیر قابل انتظار هم بود، اما با توجه به اینکه شغل معلمی را فقط مردانی با روحیه خاص انتخاب می‌کنند، شاید این یافته قابل تبیین باشد.

یافته جانبی جالب توجه دیگر، تفاوت رابطه دینداری، ابعاد شخصیت و سلامت روان معلمان ساکن شهر و روستا است. به طوری که دینداری با سلامت روان معلمان ساکن شهر رابطه معناداری نداشت و فقط چهار بعد شخصیتی روان‌رنجورخوبی، بروونگرایی، توافق و وجودانی بودن با آن رابطه معناداری داشته، و سلامت روان آنها را تبیین می‌کردند. اما دینداری با سلامت روان معلمان روستا رابطه معناداری داشت و از ابعاد شخصیت نیز فقط یک عامل روان‌رنجورخوبی با سلامت روان آنها مرتبط بود؛ به طوری که دینداری ۱۹/۱ درصد و روان‌رنجورخوبی ۳۳/۳ درصد از سلامت روان آنها را تبیین می‌کرد. که شاید مربوط به تفاوت این دو گروه در مؤلفه‌های دینداری و یا حتی صداقت در ابزارهای خودگزارش دهی باشد، البته پژوهش خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۸) تفاوت در میزان دینداری افراد شهر و روستا و بیشتر بودن میزان دینداری روستاییان را قبل‌گزارش کرده بود.

یافته‌های جانبی مربوط به بیشتر بودن میزان دینداری افراد متأهل نسبت به مجرد، و کمتر بودن دینداری افراد با تحصیلات بالاتر که توسط پژوهش خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۸) نیز تأیید شده بود، می‌تواند مربوط به کاهش خودخواهی و افزایش عواطف افراد متأهل باشد. اما کمتر بودن دینداری افراد با تحصیلات بالاتر از یک طرف ممکن است مربوط به صداقت بیشتر آنها در پر کردن ابزار خودگزارش دهی دینداری باشد، و یا از طرف دیگر مربوط به گستردگی تجارب آنها و یا حتی رواج این تفکر باشد، که دینداری با علم و دانش منافات دارد. همچنین یافته بیشتر بودن دینداری معلمان مقطع ابتدایی نسبت به دیگران ممکن است مربوط به تأثیر محیط و دانش‌آموzan و حتی رشته تحصیلی نیز باشد.

یافته‌های دیگر در مورد بیشتر بودن روان‌رنجورخوبی معلمان بیوه نسبت به متأهل، و بیشتر بودن بازی به تجربه معلمان مجرد و جوان‌تر ممکن است به شرایط خاص زندگی آنها مربوط باشد. و همچنین این یافته که سن با باز بودن به تجربه رابطه منفی و با توافق رابطه مشبت دارد قابل انتظار بود چراکه، با افزایش سن از یک طرف بر تجربه افزوده شده و از طرف دیگر از روحیه ماجراجویی و خطرپذیری افراد کاسته می‌شود و درنتیجه با افزایش سازگاری و کم شدن گشودگی به تجربه مرتبط می‌شود.

با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش می‌توان گفت که صفات شخصیت با تبیین درصد خیلی بالاتر سلامت روان معلمان نسبت به دینداری در پیش‌بینی سلامت روان آنها

اهمیت بیشتری دارند، اما با توجه به تبیین ۱۹/۱ درصدی سلامت روان معلمان روستا توسط دینداری آنها و نقش پیش‌بینی کنندگی فقط یک بعد از ابعاد شخصیت در تبیین سلامت روان آنها، به نظر می‌رسد که مشابه عقیده حسین^۱ (۱۹۳، ص ۲۰۱۱) توجه به موقعیت‌ها، نمونه‌ها، سنجش‌ها و متغیرهای دیگر در مورد رابطه دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان بسیار اهمیت دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که جهت روشن شدن همه ابعاد و زوایای این روابط، در مطالعات آینده از جامعه‌های آماری بزرگ‌تر و نمونه‌ها و روش‌های پژوهشی متفاوت دیگری نیز استفاده شود. همچنین با توجه به محدودیت ذاتی ابزارهای این پژوهش (خودگزارش‌دهی) پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده تا آنجا که امکان دارد همراه با این ابزارها از روش‌هایی دیگری مثل مصاحبه و ارزیابی همسالان نیز استفاده شود. به علاوه مورد بسیار مهم دیگری که باید مد نظر محققان آینده قرار بگیرد این است که با وجود ابزارهای مختلف (با روایی و پایایی مناسب) غربی برای سنجش سلامت روان، از آنجایی که مفهوم سلامت روان با توجه به زمینه دینی و فرهنگی ما، با مفهوم آن در اندیشه‌ها و فرهنگ غربی تا حدودی متفاوت است، شایسته و بجا است که انجام پژوهشی در سطح ملی (با توجه به نظرات اسلام و زمینه‌های فرهنگی کشورمان) برای ساخت یک ابزار مناسب برای سنجش سلامت روان خاص ایرانیان، در اولویت‌های پژوهشی آنها قرار گیرد.

1. Hussain

منابع

- آراسته، مدبر (۱۳۸۶)، «بررسی وضعیت سلامت روان عوامل مرتبط با آن در میان دبیران دبیرستان‌های شهرهای سنتنج و بیجار»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان ۴، ص ۵۳-۶۲.
- ابراهیمی، امرالله؛ حسین مولوی، غفور موسوی؛ علیرضا برنامش و محمد یعقوبی (۱۳۸۶)، «ویژگی‌های روان‌سنگی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی»، تحقیقات علوم رفتاری ۱، ص ۵-۱۲.
- بختیارپور، پروین (۱۳۸۲)، «بررسی وضعیت بهداشت روانی معلمان استان اصفهان در سال تحصیلی ۷۹-۸۰»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان اصفهان ۱۶، ص ۷۹-۹۸.
- بهرامی احسان، هادی و آناهیتا تاشک (۱۳۸۳)، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی ۲، ص ۴۱-۶۳.
- بهرامی چگنی، ذیبح‌الله (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه بین دین‌داری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد»، روان‌شناسی و دین ۲، ص ۹۱-۱۰۲.
- بیانی، علی‌اصغر؛ عاشرور محمد کوچکی و قربان محمد کوچکی (۱۳۸۶)، «تعیین وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان با استفاده از چک لیست‌نشانگان روانی (SCL 90.R) در سال‌های ۸۴-۱۳۸۳»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان ۲، ص ۳۹-۴۴.
- بیانی، علی‌اصغر؛ حسینیه گودرزی؛ علی بیانی و عاشرور محمد کوچکی (۱۳۸۷)، «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان»، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی ۳، ص ۹۰-۲۱۴.
- پروین، لورنس ای و جان الیور پی (۲۰۰۱)، شخصیت نظریه و پژوهش، ترجمه محمد جعفر جوادی و پروین کدیور، تهران: آیش.
- پیروی، حمید و احمد عابدیان (۱۳۸۶)، «سلامت روانی و حمایت اجتماعی»، تازه‌های روان‌درمانی ۴۴ و ۴۳، ص ۶۷-۸۷.

- تابع بردبار، فریبا؛ سلطانعلی کاظمی و جبار رنجبران (۱۳۸۹)، «رابطه سلامت روان و عملکرد شغلی براساس ویژگی شخصیتی معلمان در راستای پیشنهاد یک مدل علیّ»، *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی* ۲، ص ۱۳-۲۳.
- جعفرنژاد، پروین؛ ولی‌الله فرزاد؛ علیرضا مرادی و امید شکری (۱۳۸۳)، «بررسی رابطه میان پنج عامل بزرگ شخصیت، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در دانشجویان کارشناسی»، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی* ۱، ص ۵۱-۷۴.
- چراغی، مونا و حسین مولوی (۱۳۸۵)، «رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان»، *مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان* ۲، ص ۱-۲۲.
- چلبیانو، غلامرضا و میرتقی گروسی فرشی (۱۳۸۹)، «رابطه آزمون شخصیت پنج عاملی SCL-90-R با آزمون NEO-PI-R»، *نگاهی به قابلیت آزمون نئو در ارزیابی سلامت روانی*، *مجله علوم رفتاری* ۱، ص ۵۱-۵۸.
- حق‌شناس، حسن (۱۳۸۸)، *روان‌شناسی شخصیت*، شیراز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.
- حیدری، نجمه (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن (سلول‌های T) کمکی سلول‌های T "مهاری / انهدامی و سلول‌های ضد سرطانی "NK"»، *مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناختی دانشگاه الزهرا*، (س) ۱۸، ص ۷۳-۸۹.
- خدایاری‌فرد و همکاران (۱۳۸۸)، «آماده‌سازی مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقشار مختلف جامعه ایران (مراکز استان‌ها)» (گزارش نهایی طرح پژوهشی)، دانشگاه تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- ساجدی، ابوالفضل (۱۳۸۷)، «دین و بهداشت روان (۱)»، *فصلنامه علمی - تخصصی روان‌شناسی در تعامل با دین* ۱، ص ۵۵-۸۶.
- شکری، امید؛ پروین کدیور و زهرا دانشورپور (۱۳۸۶)، «تفاوت‌های جنسیتی در بهزیستی ذهنی: نقش ویژگی‌های شخصیت»، *مجله روان‌پژوهی و روان‌شناسی بالینی ایران* ۳، ص ۲۸۰-۲۸۹.
- شکری، امید؛ علیرضا مرادی؛ ولی‌الله فرزاد؛ علی‌اکبر سنگری؛ زیبا غنایی و اکبر رضایی (۱۳۸۴)، «نقش صفات شخصیت و سبک‌های مقابله در سلامت روانی دانشجویان: ارائه مدل‌های علیّ»، *تازه‌های علوم‌شناختی* ۱، ص ۲۸-۳۸.

- صدری، محمدرضا؛ باقر غباری بناب و محمدباقر کجاف (۱۳۸۴)، «نقش دین (توکل به خدا) در بهداشت روانی»، فصلنامه تازه‌های روان‌دramانی ۳۷ و ۳۸ ص ۹۰-۹۱.
- عبدی، سلمان؛ جلیل باباپور خیرالدین والله صادری اسکویی (۱۳۸۷)، «رابطه ویژگی‌های شخصیت و سلامت روان‌شناختی با "توجه آگاهانه به حال" در دانشجویان»، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی ۴، ص ۲۸۱-۲۸۸.
- علیجانی، مریم (۱۳۸۵)، «رابطه بین هویت دینی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی»، مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناختی دانشگاه الزهراء (س) ۸، ص ۸۹-۱۰۶.
- فتحی آشتیانی، علی و محبویه داستانی (۱۳۸۹)، آزمون‌های روان‌شناختی ارزیابی شخصیت و سلامت روان، تهران: بعثت.
- کاوه، محمدحسین؛ داوود شجاعی‌زاده؛ داوود شاه‌محمدی؛ حسن افتخار اردبیلی؛ عباس رحیمی و جعفر بواله‌ری (۱۳۸۱)، «ارزیابی نقش معلمان در ارائه خدمات سلامت روان»، مجله دانشکده بهداشت و انسیتو تحقیقات بهداشتی ۴، ص ۱-۱۴.
- کجاف‌نژاد، هادی و صدیقه اعتباری (۱۳۸۴)، «بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان»، دانشگاه اسلامی ۲۷، ص ۱۳۱-۱۴۰.
- کشاورز، امیر؛ مهدی شاه‌نظری و مهرداد کلانتری (۱۳۸۸)، «رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با عمل به باروهای دینی در دانشجویان»، دوفصلنامه علمی - تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی ۳، ص ۸۳-۹۳.
- کوثری، یدالله (۱۳۸۵)، «نقش باورهای دینی در بهداشت روانی»، مریبان ۱۹، ص ۴۱-۶۳.
- کیومرثی، محمدرضا (۱۳۸۲)، «رابطه جهت‌گیری مذهبی با عوامل شخصیت»، معرفت ۵۷، ص ۵۹-۷۷.
- گروسی فرشی، میرتقی و حکیمه صوفیانی (۱۳۸۷)، «بررسی روابط بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تبریز»، دوفصلنامه مطالعات تربیتی روان‌شناسی ۱۹، ص ۴۱-۶۳.
- گل‌پرور، محسن و سروره خاکسار (۱۳۸۸)، «سلامت عمومی دانشجویان تابعی از جهت‌گیری مذهبی، پاییندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای»، دوفصلنامه علمی - تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی ۴، ص ۴۳-۶۴.

- محمدی، سیدداود و مهناز مهرابی‌زاده هنرمند (۱۳۸۵)، «ارتباط نگرش مذهبی با مکان کنترل و نقش جنسیت»، پژوهش‌ها روان‌شناسی ۳، ۴، ص ۴۷-۶۴.
- محمدی، شهناز (۱۳۸۶)، «ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی دیبران مرد و زن شهر تهران»، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی ۲۶۹، ۲۸۳-۲۸۳.
- مغانلو، مهناز و مریم اگیلار-وفایی (۱۳۸۸)، «رابطه عوامل و وجوده الگوی پنج عاملی شخصیت با شادکامی و سلامت روانی و جسمانی»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران ۲۹۰، ۲۹۹-۲۹۹.
- مهدوی، سیدمحمدصادق؛ افسانه ادریسی و احسان رحمانی خلیلی (۱۳۸۹)، «شناسایی میزان دینداری و مقایسه آن در گروه‌های متفاوت شهروندان تهرانی»، نامه پژوهش فرهنگی ۱۱، ۱۳۹-۱۶۵.
- نوربالا، احمدعلی؛ سیدعباس باقری یزدی و کاظم محمد (۱۳۸۷)، «اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران - ۱۳۸۰»، مجله پژوهشی حکیم ۴، ۴۷-۵۳.
- ورثینگتون؛ ال. اورت و جک دابلیو بری (۲۰۰۱)، «کینه‌توزی، گذشت، دین و سلامتی»، نقد و نظر ۱ و ۲، ترجمه مجتبی حیدری، ص ۲۴۸-۲۹۲.
- Dezutter, J.; B. Soenens & D. Hutsebaut (2006), "Religiosity and Mental Health: A Further Exploration of the Relative Importance of Religious Behaviors VS. Religious Attitudes", *Personality and Individual Differences* 40, pp.807-818.
- Hussain, D. (2011), "Spirituality, Religion, and Health: Reflections and Issues", *Europe's Journal of Psychology* 1, pp.187-197.
- Lewis, C. A.; J. Maltby & L. Day (2005), "Religious Orention, Coping and Happiness Among Uk Adults", *Personality and Individual Differences* 38, pp.1193-1202.
- Locknhoff, C. E.; G. Ironson; C. O'Cleirigh & P. T. Costa (2009), "Five-Factor Model Personality Traits, Spirituality/Religiousness, and Mental Health Among People Living with HIV", *Journal of Personality* 5, pp. 1411-1436.
- Maltaby, J. & L. Day (2004), "Should Never the Twain Meet? Integrating Models of Religious Personality and Religious Mental Health", *Personality and Individual Differences* 36, pp. 1275-1290.

- Maltbby, J.; L. Day & L. Barber (2004), "Forgiveness and Mental Health Variables: Interpreting the Relationship Using an Adaptional-Continuum Model of Personality and Coping", *Personality and Individual Differences* 37, pp.1629-1641.
- Martos, T.; B. K. Konkoly Thege & M. F. Steger (2010), "It's Not Only what You Hold, it's How You Hold it: Dimensions of Religiosity and Meaning in Life, *Personality and Individual Differences* 49, pp.863-868.
- O'connor, D. B.; J. Cobb & R. C. O'connor (2003), "Religiosity, Stress and Psychological Distress: no Evidence for an Association Among Undergraduate Students", *Personality and Individual Differences* 34, pp.211-217.
- Steffen, P. R. & K. S. Masters (2005), "Does Compassion Mediat the Intrinsic Religion-Health Relationship?", *Annals of Behavioral Medicine* 3, pp.217-224.
- Unterrainer, H. F.; K. H. Ladenhauf; M. L. Moazedi; S. J. Wallner-Liebmann & A. Fink (2010), "Dimensions of Religious/Spiritual Well-Being and Their Relation to Personality and Psychological Well-Being", *Personality and Individual Differences*.
- Zuraida, N. Z. & H. S. Ahmad (2007), "Religiosity and Suicide Ideation in Clinically Depressed Patients", *Malaysian Journal of Psychiatry* 1, pp.12-15.