

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 خوشه‌ای تصادفی متناسب با حجم طبقات (برحسب جنس و مقطع تدریس) انتخاب شدند، و به پرسشنامه‌های دینداری خدایاری فرد و همکاران، شخصیت "NEO-FFI" مک‌کری و کاستا و سلامت عمومی گلدبرگ 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" مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه در نرم‌افزار "SPSS" انجام شد. نتایج نشان دادند که دینداری و ابعاد شخصیت با سلامت روان معلمان رابطه دارند. به طوری که روان‌رنجورخویی پایین، و دینداری و برون‌گرایی و توافق و وجدانی 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، روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، توافق، وجدانی 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: ۹۰/۰۳/۱۷ تاریخ تأیید: ۹۰/۱۰/۲۸

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 افزون تری 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 متدین شود؛ به طوری که هر گونه کوتاهی در نیت و اعمال شخص، می‌تواند آموزش او را بی‌اثر سازد (صدری؛ غباری بناب و کجباغ، ۱۳۸۴، ص ۹۹). بنابراین اهمیت دینداری معلمان و به تبع آن پژوهش در این مورد، بیشتر از سایر اقشار جامعه است چرا که دینداری معلم از تأثیر بر خود او فراتر رفته و بر دانش‌آموزان نیز می‌تواند مؤثر باشد.

علاوه بر دینداری معلمان، مفهوم دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد شخصیت است که، همه جنبه‌های باثبات یک فرد (از قبیل: الگوهای تفکر، عواطف و رفتار) را دربر گرفته (پروین و جان، ۱۳۸۶، ص ۳)، و «کلّیت 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 پنج‌عاملی شخصیت (روان‌رنجورخویی،^۲ برون‌گرایی،^۳ باز بودن به تجربه،^۴ توافق^۵ و وجدانی 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 دانش‌آموزان (کاو و همکاران، ۱۳۸۱، ص ۳)

1. Millie

3. extraversion

5. agreeableness

7. McCrae

2. neuroticism

4. openness to experience

6. conscientiousness

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 ۲۲/۶۵، ۳۳/۵، ۱۸/۹ درصد گزارش کرده‌اند، که در دو مورد حتی از شیوع عدم سلامت روان جمعیت عمومی کشور، یعنی ۲۱ درصد (آراسته، ۱۳۸۶؛ به نقل از: نوربالا 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 زیربنای 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، ۲۰۰۲؛ وایدیگر، ۲۰۰۵؛ به نقل از: گروسی 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؛ شاه‌نظری و کلانتری، ۱۳۸۸، ص ۸۴ و ۸۵)، می‌تواند یکی از عوامل مهم بر سلامت روان باشد، چرا که نه تنها به‌طور مستقیم بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد، بلکه می‌تواند از طریق تقویت ویژگی‌های فضیلت‌پرور از قبیل: وظیفه‌شناسی، صمیمیت، همدلی، نوع‌دوستی، تواضع و وظیفه‌شناسی و... (ورثینگتون^۴ و بری، ۱۳۸۳، ص ۲۶۳ و ۲۶۴) نیز در تقویت سلامت روان مؤثر باشد.

به‌طوری 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 (کجباف‌نژاد و اعتباری، ۱۳۸۴، ص ۱۳۲ و کوثری، ۱۳۸۵، ص ۱۱۱). و در نتیجه 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 (لوکن هاف؛^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 کنار آمدن دینی مثبت و کنار آمدن کم‌روان‌پریشی (در ترکیب با هم)، و رابطه منفی دینداری بیرونی و کنار آمدن دینی منفی و کنار آمدن روان‌رنجورخویی 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 (زوریدا^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؛ چرا که پژوهش‌های زیادی نقش میانجی عوامل دیگر را، در رابطه دینداری و سلامت روان نشان داده‌اند. مثلاً لوئیس^۸، مالت بای و دی (۲۰۰۵، ص ۱۱۹۳، ۱۱۹۹ و ۱۲۰۰) رابطه معنادار مثبتی بین دینداری (جهت‌گیری

1. Lockenhoff
3. O'cleirigh
5. Maltby
7. Ahmad

2. Ironson
4. Unterrainer
6. Zuraida
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 تیج^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)، و اوکانر؛^۷ کاب^۸ و اوکانر (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 بخشایش در رابطه دینداری و سلامت روان، و مالت بای، دی و باربر^{۱۱} (۲۰۰۴، ص ۱۶۲۹) رابطه مثبت میان بخشایش 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 بردبار؛ 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 وجدانی بودن (تابع بردبار؛ کاظمی و رنجبران، ۱۳۸۹؛ گروسی فرشی و صوفیانی، ۱۳۸۷) و باز بودن 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 دانشورپور، ۱۳۸۶، ص ۲۸۳)، رابطه سن و جنسیت و میزان

1. Dezutter

3. Hutsebaut

5. Konkoly Thege

7. O'Connor

9. Steffen

11. Barber

2. Soenens

4. Martos

6. Steger

8. Cobb

10. Masters

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

با وجود همه پژوهش‌های ذکرشده، پژوهشی که رابطه دینداری را به تنهایی 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 درصدد بررسی این فرضیه‌ها می‌باشد: ۱. بین دینداری، روان‌رنجورخویی و سلامت روان معلمان رابطه وجود دارد؛ ۲. بین دینداری، برون‌گرایی 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، وجدانی 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 به‌طور 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 ۹۰-۸۹ می‌باشند که طبق آمار ۹۲۰ نفر هستند. نمونه آماری مورد نظر با توجه به جدول کوچی مارچی 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 کنار گذاشتن پرسشنامه‌های بی‌اعتبار و ناقص در نهایت 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 استاندارد شده برای سنجش دینداری جامعه ایران به عنوان یک جامعه دیندار و مذهبی است که براساس تعالیم اسلام ساخته شده است. و از دو پرسشنامه شماره ۱ و ۲ خدایاری فرد و همکاران استخراج شده و متشکل 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 در مجموع ۱۰۲ سؤال است. مقیاس اندازه گیری و پاسخگویی به هر یک از عبارت ها طیف لیکرت شش درجه ای است که برای سؤالات توافقی از زیاد موافقم تا زیاد مخالفم و برای سؤالات درجه بندی از همیشه تا هرگز است. نمره هر مؤلفه از جمع نمرات عبارت های مربوط به آن و نمره دینداری کلی از جمع نمرات سه مؤلفه با هم به دست می آید. لازم به ذکر است که نمره عبارت های وانمود اجتماعی در جمع نمرات دینداری کلی و مؤلفه های آن تأثیری ندارد و فقط افرادی که از این مقیاس نمره ۳۰ دریافت کنند به علت بی اعتباری نمرات از فهرست اعضای نمونه حذف می شوند (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 سازه ای 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 سازه ای 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 نشان دهنده پایایی خیلی خوب این پرسشنامه است.

ج) پرسشنامه شخصیتی "NEO-FFI": این پرسشنامه، نوع ۶۰ جمله ای آزمون "NEO" است که در سال ۱۹۸۵م توسط مک کری و کاستا ارائه شد و در سال ۱۹۹۳م مورد تجدید نظر قرار گرفت. و با نام "NEO-PI-R" ارائه شد که پنج عامل اصلی و شش ویژگی هر عامل را می سنجد. در این فرم شرکت کنندگان در هر عبارت نمره ای از ۰ تا ۴ را دریافت می کنند و هر ۱۲ سؤال یکی از عوامل مقیاس را دربر می گیرد، 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، ۳۸، ۱۲۷ و ۱۲۹).

با اینکه اعتبار این فرم به اندازه آزمون اصلی نیست (بیشتر برای اهداف پژوهشی مناسب است) ولی ابعاد آن همبستگی خوبی (از ۰/۷۵ برای وجدانی بودن تا ۰/۸۹ برای روان‌رنجورخویی) 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 ۱۹۹۲م ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ برای موافق بودن تا ۰/۸۶ برای روان‌رنجورخویی را برای آن گزارش کرده‌اند (فتیحی آشتیانی 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 روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، توافق و وجدانی 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 روان‌رنجورخویی و ۰/۶۲ برای برون‌گرایی و ۰/۵۰ برای باز بودن به تجربه و ۰/۶۰ برای توافق و ۰/۸۴ برای وجدانی 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 ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی سال ۱۹۷۲ گلدبرگ،^۱ توسط گلدبرگ و هیلیر^۲ استخراج شد (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹؛ به نقل از: نوربالا؛ باقری یزدی و محمد، ۱۳۸۷، ص ۴۹) که در بین نسخه‌های مختلف سلامت عمومی بیشترین میزان اعتبار و حساسیت را نشان داده است (بنلز،^۳ ۱۹۸۳؛ به نقل از: ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۶) و برای تمام افراد جامعه مناسب می‌باشد (فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۳۱۰).

این پرسشنامه به ترتیب چهار خرده‌مقیاس 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 گزینه الف تا د به ترتیب نمره‌هایی از ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد و مجموع نمره هر ۷ سؤال، به ترتیب نمره یک خرده‌مقیاس، و مجموع نمرات چهار خرده‌مقیاس، نمره کلی سلامت روان را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که هرچه نمره فرد در این آزمون و خرده‌مقیاس‌های 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 $0/85$ ، $0/78$ ، $0/79$ ، $0/91$ و $0/85$ را به ترتیب، برای نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روان کلی در این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. بردبار؛ کاظمی و رنجبران (۱۳۸۹، ص ۱۶) نیز ضریب آلفای $0/82$ 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 $0/89$ ، $0/75$ ، $0/79$ و $0/80$ به دست آمد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی معلمان شرکت‌کننده در پژوهش نشان می‌دهد که $54/7\%$ مرد و $45/3\%$ زن، و 81% ساکن شهر و 19% ساکن روستا، و $84/3\%$ متاهل و $13/9\%$ مجرد و $0/4\%$ مطلقه و $1/5\%$ بیوه هستند. میزان تحصیلات $5/1\%$ ، $43/4\%$ ، 50% ، $1/1\%$ و $0/4\%$ آنها به ترتیب دیپلم، کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و حوزوی است. مقطع تدریس $45/6\%$ ابتدایی، $31/4\%$ راهنمایی و 23% دبیرستان است و میانگین سن کل نمونه $34/41$ با انحراف معیار $6/25$ می‌باشد. همچنین بررسی آمار توصیفی متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که به‌طور متوسط نمرات دینداری، روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، توافق، وجدانی بودن و سلامت روان معلمان به ترتیب $88/57$ ، $41/44$ ، $63/18$ ، $49/8$ ، $66/67$ ، $73/45$ و $20/57$ از 100 می‌باشد (دقت 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، روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق (سازگاری) و وجدانی بودن در سطح $P < 0/01$ و دینداری در سطح $P < 0/05$ با سلامت روان همبستگی معناداری دارند؛ به‌طوری که بین روان‌رنجورخویی و سلامت روان رابطه مثبت معنادار ($r = 0/563$)، بین برون‌گرایی و سلامت روان رابطه منفی معنادار ($r = -0/522$)، بین توافق و سلامت روان رابطه منفی معنادار ($r = -0/308$)، بین وجدانی 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 برون‌گرایی، توافق، وجدانی بودن و دینداری و کاهش روان‌رنجورخویی، با بهبود سلامت روان مرتبط هستند.

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

وجدانی بودن	توافق (سازگاری)	باز بودن به تجربه	برون‌گرایی	روان‌رنجورخویی	دینداری	سلامت روان	پیرسون	
							ضریب همبستگی	سطح معناداری
-۰/۳۱۲**	-۰/۳۰۸**	۰/۰۰۳	-۰/۵۲۲**	۰/۵۶۳**	-۰/۱۵۴*	۱	ضریب همبستگی	سلامت روان
							سطح معناداری	
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۱		ضریب همبستگی	دینداری
							سطح معناداری	
۰/۳۴۹**	۰/۳۱۷**	-۰/۰۸۱	۰/۳۱۶**	-۰/۱۴۹*	۱	-۰/۱۵۴*	ضریب همبستگی	روان‌رنجورخویی
							سطح معناداری	
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۰/۱۸۳	۰/۰۰۰	۰/۰۱۳	۰/۰۱۱		ضریب همبستگی	برون‌گرایی
							سطح معناداری	
-۰/۳۶**	-۰/۴۲۱**	-۰/۰۸۹	-۰/۵۳۹**	۱	-۰/۱۴۹*	۰/۵۶۳**	ضریب همبستگی	باز بودن به تجربه
							سطح معناداری	
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۴۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۳	۰/۰۰۰	ضریب همبستگی	توافق (سازگاری)
							سطح معناداری	
۰/۵۳۳**	۰/۴۳۶**	-۰/۱۳۵*	۱	-۰/۵۳۹**	۰/۳۱۶**	-۰/۵۲۲**	ضریب همبستگی	وجدانی بودن
							سطح معناداری	
۰/۰۷۱	۰/۰۲۴	۱	۰/۵۶۳**	-۰/۰۸۹	-۰/۰۸۱	۰/۰۰۳	ضریب همبستگی	توافق (سازگاری)
							سطح معناداری	
۰/۲۴۲	۰/۶۹۲		-۰/۰۲۵	۰/۱۴۱	۰/۱۸۳	۰/۹۶۳	ضریب همبستگی	وجدانی بودن
							سطح معناداری	
-۰/۵۱۳**	۱	-۰/۰۲۴	۰/۴۳۶**	-۰/۴۲۱**	۰/۳۱۷**	-۰/۳۰۸**	ضریب همبستگی	وجدانی بودن
							سطح معناداری	
۱	۰/۵۱۳**	-۰/۰۷۱	۰/۵۳۳**	۰/۳۶**	۰/۳۴۹**	-۰/۳۱۲**	ضریب همبستگی	وجدانی بودن
							سطح معناداری	
	۰/۰۰۰	-۰/۲۴۲	-۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	ضریب همبستگی	وجدانی 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 پیش بینی کننده هر متغیر بر سلامت روان، تحلیل آماری رگرسیون گام به گام برای همه فرضیه های پژوهش به طور جداگانه انجام شد.

طبق یافته های این تحلیل (جدول ۲) فرضیه اول پژوهش در سطح معناداری $P < 0/01$ (با توجه معناداری "F" در سطح $\alpha = 0/01$) پذیرفته می شود. اما از آنجایی که فقط متغیر روان رنجورخویی (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 می دهد که روان رنجورخویی ۳۱/۷٪ از سلامت روان معلمان را پیش بینی می کند.

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

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R2	آزمون F		آزمون t		β	مدل 1	گام
		P-Value	آماره	P-Value	آماره			
تأیید	۰/۳۱۷	۰/۰۰۰	۱۲۶/۳**	۰/۱۱۲	۱/۶	۲/۲۵۳	ثابت	۱
				۰/۰۰۰	۱۱/۳**	۰/۷۵۵	روان رنجورخویی	

$P < 0/01$ **

همچنین فرضیه دوم پژوهش (جدول ۳) نیز، در سطح معناداری $P < 0/01$ (با توجه معناداری "F" در سطح $\alpha = 0/01$) پذیرفته شده و نشان می دهد که بین دینداری، برون گرایی و سلامت روان معلمان شهرستان رودان رابطه وجود دارد. مشابه مدل ۱، در این مدل هم فقط متغیر برون گرایی (به علت داشتن بیشترین همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل شده و متغیر دینداری (به علت نداشتن همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل نشده است، در نتیجه این مدل نیز تنها یک گام دارد. همچنین با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، مشخص است که برون گرایی ۲۷/۳٪ از سلامت روان معلمان را پیش بینی می کند.

جدول ۳: رابطه رگرسیونی میان سلامت روان با دینداری و برون گرایی

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R2	آزمون F		آزمون t		β	مدل ۲	گام
		P-Value	آماره	P-Value	آماره			
تأیید	۰/۲۷۳	۰/۰۰۰	۱۰۲/۱**	۰/۰۰۰	۱۶/۱**	۴۵/۱۵۸	ثابت	۱
				۰/۰۰۰	-۱۰/۱**	-۰/۹۱۹	برون گرایی	

$P < 0/01$ **

اما فرضیه سوم پژوهش (جدول ۴) در سطح معناداری $P < 0/05$ (با توجه معناداری "F" در سطح $\alpha = 0/01$) پذیرفته می شود و در این سطح بین دینداری، باز بودن به تجربه و سلامت

روان معلمان شهرستان رودان رابطه وجود دارد. در تحلیل رگرسیون گام به گام، 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، در نتیجه 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 R2	آزمون F		آزمون t		β	مدل ۳	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 $P<0/01$ (با توجه معناداری "F" در سطح $\alpha = 0/01$) پذیرفته می‌شود و بین دینداری، توافق و سلامت روان معلمان شهرستان رودان رابطه وجود دارد. همان‌طور که در جدول مشخص است، در تحلیل رگرسیون گام به گام 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 در نتیجه 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 R2	آزمون F		آزمون t		β	مدل ۴	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 $P<0/01$ (با توجه معناداری "F" در سطح $\alpha = 0/01$) پذیرفته شده و بین دینداری، وجدانی بودن و سلامت روان معلمان شهرستان رودان رابطه وجود دارد. همان‌طور که در جدول مشخص است، در تحلیل رگرسیون گام به گام نیز فقط، متغیر وجدانی بودن (به علت داشتن بیشترین همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل شده و متغیر دینداری (به علت نداشتن همبستگی جزئی معنادار) وارد مدل نشده است، در نتیجه مدل ۵ هم تنها یک گام دارد. همچنین با توجه به ضریب

تعیین به دست آمده، مشخص است که وجدانی بودن ۹/۷٪ از سلامت روان معلمان را پیش بینی می کند.

جدول ۶: رابطه رگرسیونی میان سلامت روان با دینداری و وجدانی بودن

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R2	آزمون F		آزمون t		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	وجدانی 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 $\alpha = 0/01$) بین دینداری، ابعاد شخصیت و سلامت روان معلمان رابطه وجود دارد. و همان طور که در جدول ۷ مشخص است در گام اول، متغیر روان رنجورخویی به علت دارا بودن بیشترین همبستگی جزئی معنادار، و در گام دوم متغیر برون گرایی که همبستگی جزئی آن در رتبه دوم قرار دارد وارد مدل شده اند و بقیه متغیرها به علت نداشتن همبستگی جزئی معنادار وارد مدل نشده اند. همچنین با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، در گام اول متغیر روان رنجورخویی ۳۱/۷٪ از پیش بینی سلامت روان را تبیین می کند و با وارد شدن متغیر برون گرایی در گام دوم این پیش بینی بهبود یافته و به ۳۸/۵٪ افزایش می یابد.

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

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R2	آزمون F		آزمون t		β	مدل Model	گام
		P-Value	آماره	P-Value	آماره			
تأیید	۰/۳۱۷	۰/۰۰۰	۱۲۶/۳**	۰/۱۱۲	۱/۶	۲/۲۵۳	ثابت Constant	۱
				۰/۰۰۰	۱۱/۲**	۰/۷۵۵	روان رنجورخویی	
تأیید	۰/۳۵۸	۰/۰۰۰	۸۴/۷**	۰/۰۰۰	۵/۷**	۲۳/۱۵۶	ثابت Constant	۲
				۰/۰۰۰	۷/۰۲**	۰/۵۳۲	روان رنجورخویی	
				۰/۰۰۰	-۵/۵**	-۰/۵۴۳	برون گرایی	

** 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 یافته های پژوهش در مورد تعدادی از آنها ارائه می شود. 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 $P<0/01$ روان رنجورخویی

معلمان زن بیشتر و برون‌گرایی 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)	مقدار آماره t (t-Value)	درجه آزادی (df)	سطح معناداری یک‌طرفه (P-Value, 1-tailed)
دینداری کلی	مرد	۵۱۵/۲	۳۳/۹	-۰/۲	۲۶۹/۴	P=۰/۴۳۵
	زن	۵۱۵/۸	۲۵/۳			
روان‌رنجورخویی	مرد	۱۸/۵	۶/۲	-۳/۹**	۲۷۲	P=۰/۰۰۰
	زن	۲۱/۶	۶/۹			
برون‌گرایی	مرد	۳۱/۳	۵/۱	۳/۴**	۲۷۲	P=۰/۰۰۰۵
	زن	۲۹/۲	۵			
باز بودن به تجربه	مرد	۲۴	۴/۱	۰/۴	۲۷۲	P=۰/۳۳۰
	زن	۲۳/۸	۳/۷			
توافق (سازگاری)	مرد	۳۳/۴	۴/۵	۱/۸*	۲۷۲	P=۳/۰۳۵
	زن	۳۱/۵	۴/۳			
وجدانی بودن	مرد	۳۵/۷	۶/۶	۱/۲	۲۷۲	P=۰/۱۰۹
	زن	۳۴/۷	۶/۳			
سلامت روان	مرد	۱۵/۸	۹/۴	-۲/۹**	۲۷۲	P=۰/۰۰۱
	زن	۱۹/۰۴	۸/۳			

P<0/01** 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 روان‌رنجورخویی، و رابطه مثبت معناداری میان برون‌گرایی، توافق (سازگاری) و وجدانی 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 (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق، وجدانی 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 روان‌رنجورخویی و سلامت روان آنها معنادار و منفی می‌باشد. تحلیل رگرسیون (جدول ۱۰) نیز نشان داد که به غیر از مدل رگرسیونی فرضیه ۱ که روان‌رنجورخویی 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 R2	آزمون F		آزمون t		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	۲۳/۹**	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**	-۰/۵۰۳	وجدانی بودن

** P<0/01

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

نتیجه آزمون	ضریب تعیین R2	آزمون F		آزمون t		β	مدل
		P-Value	آماره	P-Value	آماره		
تأیید	۰/۳۳۳	۰/۰۰۰	۱۲/۳**	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 $P < 0/01$ بر دینداری آنها و در سطح $P < 0/05$ بر باز بودن به تجربه آنها تأثیرگذار می‌باشد و پس از اجرای آزمون تعقیبی توکی نیز مشخص شد که دینداری معلمان دارای تحصیلات کاردانی بیشتر از معلمان دارای تحصیلات کارشناسی، و باز بودن 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	
$P = 0/005$	$4/4^{**}$	۴۸۹	۵۱۰/۱	۵۲۲/۱	۵۱۷/۳	دینداری
$P = 0/420$	$0/9$	۱۷/۳	۱۹/۳	۲۰/۶	۲۰/۶	روان رنجور خوبی
$P = 0/182$	$1/6$	۲۸/۳	۳۰/۱	۳۰/۹	۲۸/۱	برون‌گرایی
$P = 0/020$	$3/3^{**}$	۲۳/۷	۲۴/۵	۲۳/۵	۲۱/۶	باز بودن به تجربه
$P = 0/981$	$0/06$	۲۳/۳	۳۲	۳۲/۱	۳۱/۶	توافق (سازگاری)
$P = 0/889$	$0/2$	۳۶/۳	۳۵/۱	۳۵/۶	۴۳/۴	وجدانی بودن
$P = 0/181$	$1/6$	۱۳/۳	۱۷/۲	۱۶/۹	۲۲/۱	سلامت روان

$P < 0/01^{**}$ $P < 0/05^*$

در همین راستا تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی تأثیر مقطع تدریس معلمان، بر متغیرهای پژوهش نیز نشان داد که مقطع تدریس معلمان در سطح $P < 0/05$ بر دینداری 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	راهنمایی	ابتدایی	
$P = 0/021$	$3/9^{**}$	۵۰۶/۳	۵۱۷/۱	۵۱۸/۹	دینداری
$P = 0/080$	$2/5$	۱۹/۲	۱۸/۹	۲۰/۹	روان رنجور خوبی
$P = 0/995$	$0/005$	۳۰/۳	۳۰/۳	۳۰/۴	برون‌گرایی
$P = 0/718$	$1/3$	۲۴/۱	۲۴/۰۵	۲۳/۷	باز بودن به تجربه
$P = 0/136$	$2/01$	۳۲/۸	۳۲/۲	۳۱/۵	توافق (سازگاری)
$P = 0/776$	$0/3$	۳۴/۷	۳۵/۴	۳۵/۴	وجدانی بودن
$P = 0/465$	$0/8$	۱۷/۵	۱۶/۳	۱۶/۹	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 باز بودن به تجربه و

توافق (سازگاری) معنادار است. و با توجه به اینکه ضریب همبستگی پیرسون میان سن و باز بودن به تجربه $r = -0/121$ ، سن و توافق $r = 0/139$ 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)، کجباف‌نژاد 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؛ سوئز 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 (درماندگی روان‌شناختی، نارساکنش‌وری، اندیشه‌پردازی و اقدام به خودکشی، روان‌رنجورخویی 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؛ کانکلی تیچ و استیگر، ۲۰۱۰) و کاهش اختلالات روانی مربوط به پوچ بودن و بیهودگی 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 روان‌رنجورخویی 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 روان‌رنجورخویی و سلامت روان می‌توان گفت که روان‌رنجورخویی 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 بدهند، 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 باز بودن به تجربه و سلامت روان با پژوهش‌های شگری 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، باز بودن به تجربه با دربرگیری ویژگی‌هایی از قبیل کنجکاوی، خلاقیت، ابتکار، استقلال، شجاعت، درک مثبت هیجان‌ها، علایق متنوع و زیباپسندی (پروین و جان، ۱۳۸۶؛ حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۲۰؛ فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۴۳) هماهنگ با پیشنهاد مک‌کری و کاستا (۱۹۸۶)؛ به نقل از: شگری 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 بردبار؛ 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 وجدانی بودن و سلامت روان بالاتر با پژوهش‌های شگری و همکاران (۱۳۸۴)، گروسی فرشی و صوفیانی (۱۳۸۷)، تابع بردبار؛ 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 وجدانی بودن با دربرگیری ویژگی‌هایی از قبیل: نظم، آراستگی، تمیزی، کفایت، پایبندی به اصول اخلاقی، تفکر دقیق، تأمل در کار و احساس مسئولیت (پروین و جان، ۱۳۸۶، حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۲۳ و فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۹، ص ۴۶) از یک سو به علت وجود نظم و احساس مسئولیت و پایبندی زیاد به اصول اخلاقی، احتمالاً باعث می‌شود که افراد سبک زندگی سالم‌تری را در پیش بگیرند و از سوی دیگر مشابه تبیین شگری 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 در نتیجه 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)، شگری 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 روان‌رنجورخویی زنان و برون‌گرایی مردان با پژوهش شگری، کدیور و دانش‌پور (۱۳۸۶) مطابقت داشت و مورد انتظار بود، اما این یافته که سازگاری معلمان مرد بیشتر از زنان بود، با آن پژوهش همخوانی نداشت.

و حتی 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 بُعد شخصیتی روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق و وجدانی 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 روان‌رنجورخویی با سلامت روان آنها مرتبط بود؛ به طوری که دینداری ۱۹/۱ درصد و روان‌رنجورخویی 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 خودگزارش‌دهی باشد، البته پژوهش خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۸) تفاوت در میزان دینداری افراد شهر و روستا و بیشتر بودن میزان دینداری روستاییان را قبلاً گزارش 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 خودگزارش‌دهی 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 دبیرستان ممکن است مربوط به تأثیر محیط و دانش‌آموزان و حتی رشته تحصیلی نیز باشد.

یافته‌های دیگر در مورد بیشتر بودن روان‌رنجورخویی 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 مثبت دارد قابل انتظار بود چرا که، با افزایش سن از یک طرف بر تجربه افزوده شده و از طرف دیگر از روحیه ماجراجویی و خطرپذیری افراد کاسته می‌شود و در نتیجه 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 پیش‌بینی‌کنندگی فقط یک بُعد از ابعاد شخصیت در تبیین سلامت روان آنها، به نظر می‌رسد که مشابه عقیده حسین^۱ (۲۰۱۱، ص ۱۹۳) 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 مدنظر 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.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- آراسته، مدبر (۱۳۸۶)، «بررسی وضعیت سلامت روان عوامل مرتبط با آن در میان دبیران دبیرستان‌های شهرهای سنندج 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 روان‌سنجی، 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 خوراسگان 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، ذبیح‌الله (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه بین دین‌داری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد»، روان‌شناسی و دین ۲، ص ۹۱-۱۰۲.
- بیانی، علی‌اصغر؛ عاشور محمد کوچکی و قربان محمد کوچکی (۱۳۸۶)، «تعیین وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان با استفاده از چک لیست نشانگان روانی (SCL. 90.R) در سال‌های ۸۴-۱۳۸۳»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان ۲، ص ۳۹-۴۴.
- بیانی، علی‌اصغر؛ حسنیه گودرزی؛ علی بیانی و عاشور محمد کوچکی (۱۳۸۷)، «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان»، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی ۳، ص ۲۰۹-۲۱۴.
- پروین، لورنس ای و جان الیور پی (۲۰۰۱)، شخصیت نظریه و پژوهش، ترجمه محمدجعفر جوادی و پروین کدیور، تهران: آبیژ.
- پیروی، حمید و احمد عابدیان (۱۳۸۶)، «سلامت روانی و حمایت اجتماعی»، تازه‌های روان‌درمانی ۴۳ و ۴۴، ص ۶۷-۸۷.

- تابع بردبار، فریبا؛ سلطانه‌علی کاظمی و جبار رنجبران (۱۳۸۹)، «رابطه سلامت روان و عملکرد شغلی براساس ویژگی شخصیتی معلمان در راستای پیشنهاد یک مدل علی»، 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 پنج‌عاملی NEO-PI-R با آزمون SCL-90-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.
- حمید، 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 الزهراء، (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 روان‌پزشکی 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 علی». تازه‌های علوم شناختی ۱، ص ۲۸-۳۸.

- صدری، محمدرضا؛ باقر غباری بناب و محمدباقر کجباف (۱۳۸۴)، «نقش دین (توکل به خدا) در بهداشت روانی»، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی ۳۷ و ۳۸، ص ۹۰-۱۰۹.
- عبدی، سلمان؛ جلیل باباپور خیرالدین و الهه 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) ۱، ص ۸۹-۱۰۶.
- فتحی آشتیانی، علی و محبوبه داستانی (۱۳۸۹)، آزمون‌های روان‌شناختی ارزیابی شخصیت و سلامت روان، تهران: بعثت.
- کاوه، محمدحسین؛ داوود شجاعی‌زاده؛ داوود شاه‌محمدی؛ حسن افتخار اردبیلی؛ عباس رحیمی و جعفر بوالهروی (۱۳۸۱)، «ارزیابی نقش معلمان در ارائه خدمات سلامت روان»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ۴، ص ۱-۱۴.
- کجباف‌نژاد، 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.
- کشاوری، امیر؛ مهدی شاه‌نظری و مهرداد کلانتری (۱۳۸۸)، «رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با عمل به باورهای 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 ۷۵، 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، پایبندی مذهبی و باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای»، دوفصلنامه علمی - تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی ۴، ص ۴۳-۶۴.

- محمدی، سیدداوود و مهناز مهربابی زاده هنرمند (۱۳۸۵)، «ارتباط نگرش مذهبی با مکان کنترل و نقش جنسیت»، پژوهش‌ها روان‌شناختی ۳ و ۴، ص ۴۷-۶۴.
- محمدی، مهناز (۱۳۸۶)، «ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی دبیران مرد و زن شهر تهران»، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی ۳، ص ۲۶۹-۲۸۳.
- مغانلو، مهناز و مریم اگیلار-وفایی (۱۳۸۸)، «رابطه عوامل و وجوه الگوی پنج‌عاملی شخصیت با شادکامی و سلامت روانی و جسمانی»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران ۳، ص ۲۹۰-۲۹۹.
- مهدوی، سیدمحمدصادق؛ افسانه ادیسی و احسان رحمانی خلیلی (۱۳۸۹)، «شناسایی میزان دینداری و مقایسه آن در گروه‌های متفاوت شهروندان تهرانی»، نامه پژوهش فرهنگی ۱۱، ص ۱۳۹-۱۶۵.
- نوریالا، 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، ص 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.