

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۶/۲۸

تاریخ تصویب مقاله: ۹۶/۱۰/۱

اثربخشی مراسم معنوی اعتکاف در افزایش سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان (مطالعه موردی دانش آموزان مقطع متوسطه اردبیل)

دکتر احمد شجاعی*، پرویز پرزور**

چکیده

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی مراسم معنوی اعتکاف در افزایش سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان (مطالعه موردی دانش آموزان مقطع متوسطه اردبیل) بود. روش پژوهش، شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را، دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ تشکیل می دادند. نمونه ی پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از شرکت کنندگان در اعتکاف و ۱۰۰ نفر از دانش آموزانی که در این مراسم شرکت نداشتند (ضمن کنترل یکسانی شرایط سنی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی) بودند، که از بین جامعه آماری به صورت تصادفی ساده در نظر گرفته شدند. دانش آموزان شرکت کننده با تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 و پرسشنامه شادکامی آکسفورد یک بار قبل و یک بار بعد از مراسم اعتکاف

* دانشیار گروه معارف اسلامی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

** دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی p.porzoor@gmail.com

مورد بررسی قرار گرفتند. بعد از جمع برای آوری داده ها، نتایج توسط نرم افزار آماری SPSS-17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده ها از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس استفاده گردید. نتایج نشان داد که مراسم اعتکاف باعث بهبود سلامت روانی دانش آموزان در گروه مداخله شده و در کاهش علائم اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی تأثیر بسزایی می‌گذارد و شادکامی را نیز به طور معنی داری افزایش می‌دهد. با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه، می‌توان گفت شرکت در مراسم اعتکاف و مناسک مذهبی و معنوی مشابه، باعث بهبود سلامت روانی و افزایش نشاط و شادابی نوجوانان می‌شود که فراگیر شدن آن برنامه ریزی دقیق مسئولان را می‌طلبد.

واژه های کلیدی: اعتکاف، سلامت روانی، شادکامی، دانش آموزان.

مقدمه

امروزه علی رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی در شیوه های زندگی، بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی های لازم و اساسی اند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب پذیر نموده است. ارزیابی ها نشان داده است که امکان مدارا با فشارهای موجود زندگی به طور محسوسی در مقایسه با دو دهه پیش کشور و نیز در مقایسه با سایر کشورهای توسعه یافته، کاهش پیدا کرده است. همین امر، باعث شده است تا به مباحث سلامت و بهداشت روان توجه روز افزونی شود و برنامه های مربوط به پیشگیری و ارتقاء سلامت و بهداشت روان جزو سیاست های مهم کشور قرار گیرد (نیک پرور، ۱۳۸۳). در این بین یکی از این گروه های در معرض آسیب های اجتماعی، دانش آموزان می باشند. میزان بالای مشکلات رفتاری و هیجانی در بین دانش آموزان کشورهای مختلف بیانگر این است که دانش آموزان با چالش های جدی در زمینه سلامت روانی مواجه هستند.

یکی از متغیرهای قابل توجه و تأثیرگذار در مسأله ای که به آن اشاره شد، سلامت روانی^۱ است. سلامت روانی بخش جدایی ناپذیر از بهداشت عمومی است که فرد را از عناصر شناختی - عاطفی و همچنین از توانایی های خود در ایجاد رابطه با دیگران آگاه می گرداند (پورقاز و رقیبی، ۱۳۸۴). سلامت روانی یکی از حالات بهزیستی هیجانی است که بوسیله آن افراد به راحتی در درون جامعه خود به ایفای نقش می پردازد و پیشرفت ها و خصوصیات شخصی برایشان رضایت بخش می شود. بر اساس تعریف سلامت روانی، فردی دارای سلامت روان است که توانمندی های خود را بشناسد و توانایی مقابله با استرس های روزمره را داشته باشد و به شکل مفید و موثری در جامعه مشارکت و فعالیت داشته باشد. سلامت روان شامل سلامت عاطفی، روانی و اجتماعی است و تأثیر آن بر چگونگی تفکر، احساس و عمل فرد می باشد (خیدانی، ۱۳۹۰). سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۰۸) سلامت روان را فقط فقدان اختلال روانی نمی داند، بلکه آن را حالتی از رفاه و آسایش می داند که طبق آن هر شخصی خودش را توانا و با استعداد می داند و می تواند با استرس های طبیعی زندگی کنار آید، بطور مفید و موفقیت آمیزی کار کند و در اجتماع مشارکت داشته باشد.

متغیر دیگری که در پیشگیری از آسیب های اجتماعی در بین دانش آموزان و ارتقای سلامت عمومی آنان قابل توجه به نظر می رسد، شادکامی می باشد. شادکامی نیز بخش مهمی از کیفیت زندگی به شمار می رود (وینهون^۳، ۲۰۱۰). شادکامی ترکیبی از وجود

1. mental health

2. World Health Organization

3. Veenhoven

عاطفه مثبت و فقدان عاطفه منفی و رضایت از زندگی است (آرجیل^۱، ۲۰۰۱؛ آرجیل و مارتین^۲، ۱۹۹۵). فردی که از شادکامی بیشتری برخوردار است، آرامش و احساس امنیت بیشتر، تصمیم‌گیری راحت‌تر، میزان کار مطلوب و مشارکت بیشتر، زندگی سالم و پر انرژی و در نهایت زندگی رضایتمندانه‌ای دارد (پریسمن و کوهن^۳، ۲۰۰۵). شادکامی به میزان ارزشی که فرد برای زندگی اکنون خود بصورت کلی و یکپارچه قائل است، گفته می‌شود. شادکامی که یکی از مفاهیم بنیادی مثبت‌درمانی است، یک واژه عامیانه است برای توصیف «خوبی»، که حاصل سلامت و سعادت ادراک شده‌ی فرد است (دیئر^۴، ۱۹۹۹). سعادت و سلامتی که از سوی فرد، به دو شکل شناختی و عاطفی ارزیابی می‌گردد. سعادت ادراک شده یک تجربه درونی است که تنها از دیدگاه خود فرد قابل تعیین و ارزیابی است. از سوی دیگر سعادت ادراک شده، برخلاف خلق، یک حالت درازمدت است نه لحظه‌ای و گذرا. شادمانی، به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کل زندگی اش اطلاق می‌شود (چلبی و موسوی، ۱۳۸۷). شاد بودن مساله‌ای است که ضرورت و نیز دنیای امروز می‌باشد، چون انسانهای غمگین، افسرده و مایوس نمی‌توانند خود را کنترل کنند و به خودباوری برسند و ویژگی‌های مثبت و توانمندی‌های خود را بروز دهند، راه منفعل بودن و منزوی شدن را در پیش می‌گیرند و در واقع آنها دوران طلایی جوانی خود را بیهوده و بدون اینکه قدر آن را بدانند هدر می‌دهند، لذا شاد بودن نیروی محرکه‌ای است که باعث انگیزه و حرکت می‌شود و انسان را در مسئولیت و تلاش برای موفقیت فعال می‌سازد (استادیان، قنواتی و کجباف، ۱۳۹۰).

دین به عنوان یکی از عمده‌ترین متغیرهای مؤثر بر رفتار و حالات روانی افراد مورد توجه بسیاری از متخصصین علوم رفتاری قرار گرفته است تا جایی که برخی دین را

^۱. Argyle

^۲. Martin

^۳. Pressman & Cohen

^۴. Diener

عامل اساسی در بهداشت فردی و اجتماعی معرفی کرده‌اند (سلطانی، ۱۳۸۷). روان‌شناسان معروفی از جمله جیمز^۱ (۱۹۸۵)، آلپورت^۲ (۱۹۵۰) و یونگ^۳ (۱۹۶۹) به نقش و تأثیر مثبت مذهب بر زندگی افراد پرداخته‌اند و آن را مهم می‌دانند. پژوهش‌های متعددی در مورد اثر مذهب بر سلامت روانی انجام شده است و نتایج حاصل از این تحقیقات نشان می‌دهد که متغیرهای مذهبی باعث افزایش سازگاری و بهداشت روانی افراد می‌شود (نیکویی و سیف، ۱۳۸۴). هاریسون^۴ (۲۰۰۱) معتقد است که بین مذهب و سلامت روانی ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً روان‌شناسی مذهبی^۵، شواهد تجربی بسیاری را در این زمینه فراهم کرده است. در مورد تأثیر و اهمیت اعتقادات دینی بر سلامت روان از گذشته تاکنون بحث‌های بسیاری انجام گرفته است و در سال‌های اخیر روان‌شناسان به نقش دین در تأمین سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی توجه ویژه‌ای داشته‌اند (به نقل از کجباف و رئیس پور، ۱۳۸۷). انسان در طول زندگی همواره درگیر مسائل بسیاری است که برای از بین بردن یا کاهش آنها ابزارها و مکانیسم‌های مختلفی را به کار می‌برد. از جمله راهکارهایی که همواره برای انسان مطرح بوده پناه بردن به اعتقادات و باورهای دینی بوده است. برخی نظریه پردازان رسیدن به سلامت روانی و شادکامی را در پرتو توجه به ارزش‌ها و اهداف معنوی، نیازهای بنیادی، معنادار بودن و هدفمندی زندگی، و عشق و علائق دینی والا می‌دانند (حیدری رفعت و عنایتی نوین فر، ۱۳۸۹).

رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت، زیارت، اعتکاف و غیره می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت موجب آرامش درونی و شادکامی فرد شوند (میرغفوری، ابویی و دره زرشکی، ۱۳۹۰). تنوع عبادت‌ها در اسلام نیز دقیقاً به

1. James

2. Allport

3. Jung

4. Harrison

5. Religious psychology

دلیل نیازهای گوناگون انسان است. هر عبادتی بخش معینی از نیازهای روح را برآورده می‌کند. لذا با توجه به تأکید ویژه آموزه‌های دین به راز و نیاز با پروردگار عالم و علی‌رغم اینکه حضور انسان‌ها در اجتماع و فعالیت‌های اجتماعی آنان از منظر دین ضروری و لازم است، بر ایجاد فرصت‌هایی برای خلوت کردن انسان‌ها با خداوند سبحان نیز تأکید شده است. یکی از این فرصت‌ها اعتکاف است که به معنی اقامت گزیدن در جایی می‌باشد، به طوری که فرد معتکف خود را محبوس و ملتزم به آن مکان بداند و این التزام ناشی از عظمت و اهمیت آن موضع باشد. اعتکاف عبارت است از: حبس و توقف طولانی. «عکوف» یعنی روی آوردن بر شیء و ملازمت داشتن بر آن بر سبیل تعظیم و بزرگداشت آن و «عکفته علی هذا» یعنی «حبسته علیه». در تعریف اصطلاحی، اعتکاف به اقامت سه روز و بیشتر از آن در مسجد جامع برای عبادت خدای متعال گفته می‌شود (امام خمینی، ۱۴۰۳؛ به نقل از نصیری، زارع بهرام آبادی، احمد بوکانی و ولی زاده، ۱۳۹۵). در متون دینی، اعتکاف شرعی به معنی محبوس کردن خویش در مسجد آمده است که به نیت عبادت و تقرب به خداوند صورت گیرد. مراسم مذهبی اعتکاف را می‌توان آمیزه‌ای از چند عبادت یا فضیلت دانست؛ از جمله: نماز، روزه، محاسبه نفس و سایر اعمال مذهبی - معنوی (نصیری و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج تحقیقات مختلف بیانگر تأثیر روزه در کاهش نشانه‌های بدنی، اضطراب، بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، افسردگی، افکار پارانوئیدی و وسواس و اجبار است (رحمانی بیدختی، صادقی خراشاد و بیجاری، ۱۳۹۳). بنابر این، انجام اعمال مذهبی نظیر روزه در ریتم‌های زمانی تکرار شونده، با متوجه کردن افراد به سوی خداوند، باعث ایجاد نوعی آرامش روحی و روانی در انسان شده و می‌تواند در خودسازی، روشهای مقابله با استرس، کاهش اختلالات روانی و در نتیجه، افزایش معنادار سلامت روانی مؤثر باشد (موسی رضایی و همکاران، ۱۳۹۱؛ شفیعی، توکلی، رحمتی و کاظمی، ۱۳۸۶). همچنین پژوهش‌های انصاری جابری، راوری و کاظمی (۱۳۸۰) به ترتیب حاکی از تأثیر مثبت

روزه در ارتقای میزان عزت نفس و کاهش نرخ منازعه اند. مطالعاتی که به بررسی رابطه سلامت روان و نماز پرداخته اند نیز ارتباط مثبت معناداری را بین نماز و جهت گیری مذهبی درونی با سلامت روان گزارش کرده اند (عسکری، درکه، رضایی و محمدی، ۱۳۹۰). نتایج تحقیقات میلر^۱ و همکاران (۲۰۱۲) از اهمیت مذهب شخصی در برابر عود افسردگی به عنوان اثری حفاظتی حکایت دارد و تمرینهای معنوی و مذهبی با فیزیولوژیک و مورفولوژیک مرتبط است و تغییرات آن در مغز، از جمله افزایش سروتونین، یکی دیگر از اهداف بالقوه برای تحقیقات آینده است. همچنین نتایج بررسی ها نشان می دهد که مشارکت بیشتر در فعالیت های دینی، به طور معناداری با بهزیستی بیشتر و میزان کمتر بزهکاری، مصرف الکل، سوء مصرف مواد و دیگر مشکلات اجتماعی مرتبط است (باگرا^۲، ۲۰۱۰؛ هاکنی و ساندرز^۳، ۲۰۰۳؛ کروز^۴، ۲۰۰۳؛ نانی^۵، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه پژوهشی در خصوص نقش و تأثیر عمل معنوی اعتکاف بر ابعاد مختلف رفتاری و روحی دانش آموزان صورت نگرفته است. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مراسم معنوی اعتکاف در افزایش سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان (مطالعه موردی دانش آموزان مقطع متوسطه اردبیل) است.

روش

روش پژوهش حاضر با توجه به موضوع آن، که به دنبال بررسی اثربخشی مراسم معنوی اعتکاف در افزایش سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان می باشد، شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود.

1. Miller

2. Bhugra

3. Hackney & Sanderes

4. Krause

5. Nooney

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری پژوهش، دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ بودند که از بین آنها ۲۰۰ نفر به طور تصادفی ساده (ضمن کنترل یکسانی شرایط سنی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی) در نظر گرفته شدند (۱۰۰ نفر از شرکت کنندگان در اعتکاف و ۱۰۰ نفر از دانش آموزانی که در این مراسم شرکت نداشتند). پس از توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری آنان، دانش آموزان شرکت کننده با تکمیل «پرسشنامه های سلامت عمومی و شادکامی» یک بار قبل و یک بار بعد از مراسم اعتکاف در این پژوهش شرکت کردند. برای دانش آموزان غیر معتکف، پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد. ملاک های ورود و خروج در پژوهش حاضر، شامل شرکت کننده در مراسم اعتکاف، داشتن سطح تحصیلات در مقطع متوسطه، تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک خروج شامل عدم تمایل برای شرکت در پژوهش بود. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه را گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) معرفی نمودند و به طور گسترده ای در بررسی های زمینه یابی در بسیاری از کشورها به کار برده شده است. سؤالات این پرسشنامه چهارگزینه ای است و دارای ۴ مقیاس فرعی به شرح ذیل می باشد که هر مقیاس دارای ۷ پرسش است: الف) علائم بدنی، ب) علائم اضطرابی، ج) اختلال در کارکرد اجتماعی و د) علائم افسردگی. این پرسشنامه به روش لیکرت نمره گذاری شده است. به گزینه های الف تا د، به ترتیب نمره صفر تا سه داده می شود. در این آزمون برای هر فرد، ۵ نمره به دست می آید که چهار نمره مربوط به خرده مقیاس ها و یک نمره مربوط به کل آزمون است. امتیاز ۰ تا ۲۷ نشانه ی سلامت عمومی مطلوب، ۲۸ تا ۵۵ نشانه ی سلامت عمومی متوسط، ۵۶ تا ۸۴ نشانه ی سلامت عمومی در حد نامطلوب است. ضریب پایایی این پرسشنامه توسط پالاهنگ و همکاران (۱۹۹۷) ۰/۹۱ گزارش شده است. تقوی در روش آزمون - آزمون مجدد، ضریب پایایی کلی این پرسشنامه را ۰/۷۳ و ضریب

پایایی خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۸ به دست آورد (تقوی، ۱۳۸۱). با توجه به اینکه نمرات بالا در مؤلفه های این پرسشنامه نشانگر سلامت روانی پایین است، نمره کل سلامت روان شناختی در این پرسشنامه به صورت معکوس نمره گذاری شد. به طوری که نمره کل بالای این پرسشنامه در پژوهش عطادخت، پرزور، بشرپور و معاضدی (۱۳۹۴) نشان دهنده ی سلامت عمومی بالا بود.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: مقیاس شادکامی آکسفورد در سال ۱۹۸۹ توسط آرچیل و لو تهیه شده است. در ابتدا آیت‌ها برعکس آیت‌های مقیاس افسردگی بک بود که حاوی ۲۱ ماده بود ولی بعداً ۱۱ ماده دیگر اضافه شد و در آخر با کمک نظر ۸ معلم درباره روایی صوری پرسش‌ها، ۳ ماده حذف شد و فرم نهایی استفاده شده در این تحقیق ۲۹ ماده دارد. طراحان ابتدایی، پایایی درونی پرسشنامه شادکامی آکسفورد را ۰/۹۰ گزارش کردند و پایایی باز آزمایی را در طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کردند. آرچیل و لو (۱۹۹۰) پایایی باز آزمایی را بعد از ۴ ماه ۰/۸۱ و پایایی باز آزمایی را بعد از ۶ هفته ۰/۸۳ گزارش کردند. سایر مطالعات نیز به طور مشابهی ضریب باز آزمایی را بالا گزارش کردند که از ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ بسط می‌یابد (لویس و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از حسین ثابت، ۱۳۸۶). در پژوهشی پایایی پرسشنامه در دانشجویان انگلیسی، آمریکایی، استرالیایی و کانادایی با استفاده از ضریب آلفا بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ برآورد شده که این میزان، نشان‌دهنده مطلوب بودن پایایی پرسشنامه است (عابدی، میرشاه جعفری و لیاقتدار، ۱۳۸۵).

روش اجرا: پرسشنامه‌ها، براساس رضایت دانش آموزان و توجیه آنان برای شرکت در این تحقیق، در میان آنان توزیع شد. پس از شناسایی و مشخص شدن گروه مداخله (شرکت کننده در مراسم اعتکاف)، نمونه دانش آموزان غیرشرکت کننده نیز براساس گروه مداخله، به گونه‌ای که از نظر سن و وضعیت اجتماعی-اقتصادی و غیره یکسان باشد، از بین دانش آموزان انتخاب و با مشخص کردن کد و اطلاع زمان پس‌آزمون به آن‌ها

پرسشنامه‌ها تکمیل شدند. پس از پایان مراسم اعتکاف نیز پس‌آزمون گروه مداخله و کنترل اجرا و نتایج تحلیل آماری شد. هرگونه ابهام موجود، حین تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگران رفع می‌گردید. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آنها با استفاده از نرم افزار SPSS 17 انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده است.

نتایج

در این مطالعه، ۱۴/۵ درصد دانش‌آموزان (۲۹ نفر) ۱۶ ساله، ۳۰/۵ درصد دانش‌آموزان (۷۰ نفر) ۱۷ ساله، ۵۰/۵ درصد (۱۰۱ نفر) در ۱۸ سال و بالاتر قرار دارند. از میان دانش‌آموزان نمونه مورد مطالعه ۳۵ نفر (۱۷/۵ درصد) پایه دهم، ۶۷ نفر (۳۳/۵ درصد) پایه یازدهم و ۹۸ نفر (۴۹ درصد) در پایه دوازدهم دوره متوسطه بودند. همچنین از بین دانش‌آموزان نمونه مورد مطالعه ۱۱ درصد (۲۲ نفر) دارای وضعیت اقتصادی ضعیف، ۶۶/۵ درصد (۱۳۳ نفر) وضعیت اقتصادی متوسط و ۲۲/۵ درصد (۴۵ نفر) دارای وضعیت اقتصادی خوبی بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های سلامت روانی و شادکامی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	گروه معتکف		گروه کنترل		
	SD	M	SD	M	
علائم جسمانی	۰/۷۷	۵/۰۶	۰/۹۶	۴/۸۰	پیش‌آزمون
	۰/۷۹	۵/۱۳	۱/۰۶	۴/۰۶	پس‌آزمون
علائم افسردگی	۱/۳۳	۵/۷۳	۱/۴۸	۶/۰۶	پیش‌آزمون
	۱/۲۹	۵/۸۰	۱/۵۶	۴/۳۳	پس‌آزمون
علائم اضطراب	۰/۸۴	۵/۸۶	۱/۲۴	۶/۵۳	پیش‌آزمون
	۰/۸۴	۶/۰۰	۱/۱۳	۵/۰۰	پس‌آزمون
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱/۱۸	۵/۴۰	۱/۳۵	۵/۸۶	پیش‌آزمون
	۰/۸۰	۵/۷۳	۱/۴۸	۴/۳۳	پس‌آزمون
شادکامی	۴/۷۵	۶۰/۲۰	۵/۷۵	۵۹/۰۴	پیش‌آزمون
	۴/۸۹	۶۳/۲۲	۶/۲۳	۷۳/۶۶	پس‌آزمون

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) پس‌آزمون دانش‌آموزان معتکف در مولفه‌های سلامت روانی شامل علائم جسمانی $(۰/۷۷)$ ، علائم افسردگی $(۱/۲۹)$ ، علائم اضطراب $(۰/۸۴)$ ، اختلال در عملکرد اجتماعی $(۰/۸۰)$ و متغیر شادکامی $(۴/۸۹)$ می‌باشد.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین جهت همسانی واریانس‌ها بین ابعاد سلامت روانی و متغیر شادکامی

اندازه‌ها	F	df 1	df 2	P
علائم جسمانی	۰/۲۱۹	۱	۲۸	۰/۶۴
علائم افسردگی	۰/۸۶	۱	۲۸	۰/۳۶
علائم اضطراب	۳/۱۵	۱	۲۸	۰/۱۰
اختلال عملکرد اجتماعی	۱/۸۷	۱	۲۸	۰/۱۸
شادکامی	۳/۲۵	۱	۲۸	۰/۱۰

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می گردد سطح آماره (F) برای اندازه های علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی و متغیر شادکامی معنی دار نیست ($P \geq 0/05$) و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی ها (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار ام باکس معنی دار نیست ($P=0/70$ و $F=0/78$ و $BOX=14/53$) و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کواریانس ها برقرار است.

جدول ۳. نتایج شاخص های اعتباری آزمون معناداری تحلیل کواریانس بر روی متغیرها

منبع	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	Eta
گروه	اثر پیلایی	۰/۵۵۸	۶/۰۶۵	۵/۰۰	۲۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
	لامبدا ویلکز	۰/۴۴۲	۶/۰۶۵	۵/۰۰	۲۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
	اثر هتلینگ	۱/۲۶۳	۶/۰۶۵	۵/۰۰	۲۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
	بزرگترین ریشه خطا	۱/۲۶۳	۶/۰۶۵	۵/۰۰	۲۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که سطوح معناداری همه آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهد که در بین دو گروه شرکت کننده در اعتکاف و گروه کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام مولفه های سلامت روانی و متغیر شادکامی نسبت به گروه کنترل متفاوت است از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده است که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس (MANCOVA) تأثیر مراسم اعتکاف در ابعاد

سلامت روانی و شادکامی

منبع	متغیر وابسته	SS	d f	MS	F	P	Eta
گروه	علائم جسمانی	۸/۵۳۳	۱	۸/۵۳۳	۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۵
	علائم افسردگی	۸/۵۳۳	۱	۸/۵۳۳	۴/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۱۳
	علائم اضطراب	۷/۵۰۰	۱	۷/۵۰۰	۷/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۱
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۴/۷۰	۱	۱۴/۷۰	۹/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵
	شادکامی	۲۲۴/۱۳	۱	۲۲۴/۱۳	۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۵

همانطوری که در جدول ۴ ملاحظه می گردد بین دانش آموزان گروه های آزمایش و گروه کنترل در مولفه های علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و متغیر شادکامی تفاوت معناداری در سطح ($P \leq 0/001$) وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و شادکامی در گروه آزمایش بعد از شرکت در مراسم معنوی اعتکاف متفاوت از گروه کنترل است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مراسم معنوی اعتکاف در افزایش سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان بود. یافته های پژوهش نشان می دهد که اضطراب گروه مداخله، که مراسم اعتکاف را پشت سر گذاشته اند، در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. این نتایج در مورد اضطراب، در خصوص علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و شادکامی نیز معنی دار بود. نتایج به دست آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش محمودی، مرعشی، افشاری، منصوری نژاد و نادری تزنگی (۱۳۹۶)، ثمری و محمودی (۱۳۸۵)، میرغفوری و همکاران (۱۳۹۰)، ابوالقاسمی و حجاران (۱۳۷۶)، کاویانی، حاتمی

و شفیع آبادی (۱۳۸۷)، ساغروانی (۱۳۸۷)، موسوی (۱۳۸۶)، فینشتاین^۱ (۲۰۰۲) و رابرتس^۲ (۱۹۹۲) همخوانی دارد. بسیاری از پژوهشگران علوم رفتاری و روان‌درمانگران معتقدند که این باورها و رفتارها در پیشگیری از بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی و بهبود آن‌ها نقش اساسی دارند (نیل من و پرساد^۳، ۱۹۹۵). به گونه‌ای که برخی فقدان باورهای دینی را علت بیماری‌های روانی دانسته و توصیه به درمان اختلالات از طریق آموزش‌های دینی می‌کنند. پژوهش‌های زیادی که در این زمینه صورت گرفته است رابطه مثبت بین باورها و نگرش‌ها و عملکردهای دینی با شاخص بهداشت روانی و حتی جسمانی را به اثبات رسانیده‌اند (ویلتزوکریدر، ۱۹۹۲؛ به نقل از کوئینگ^۴ و همکاران، ۱۹۹۲).

اعتکاف عبادتی پرفضیلت است که تعبد و اخلاص از ارکان اصلی آن به شمار می‌آید. این عمل در ادیان گذشته نیز سابقه داشته است و در منابع اسلامی فضایل فراوانی برای آن برشمرده‌اند. روح این عبادت در همه ادیان دوری از مظاهر دنیا و قرارگرفتن در مکانی محدود به منظور عبادت خالصانه پروردگار است. حتی مشرکان نیز در کنار بت‌های خود به قصد تقرب به آن‌ها معتکف می‌شدند و گاهی آن را به واسطه نذر بر خود لازم می‌کردند. آیه ۱۲۵ سوره بقره چند ویژگی را برای اعتکاف برشمرده است: ۱. انتخاب شریف‌ترین مکان برای اعتکاف، ۲. انجام اعتکاف در مکانی پاک، ۳. خدمت به معتکفان^۵ مقامی بزرگ و ۴. اعتکاف، هم‌سطح محبوب‌ترین عبادات (حسنی، ۱۳۹۱).

کارشناسان علوم رفتاری و روان‌شناسان معتقدند که سبک زندگی در سلامت روان و جسم افراد تأثیر زیادی می‌گذارد و هرچه فرد به انجام آموزه‌های دینی متعهدتر باشد، آرامش بیشتری پیدا می‌کند. شادکامی، امید، خوشبختی و هوش هیجانی هیجان‌های مثبت و اصلی به شمار می‌آیند و خرد، شجاعت، انسانیت، عدالت، میانه‌روی و معنویت شش

1. Feinstein

2. Roberts

3. Neelman & Persaud

4. Koening

فضیلت انسانی هستند که بیست و چهار توانمندی منش از آن‌ها سرچشمه می‌گیرند. در بین هیجان‌های مثبت، شادکامی بیش از همه اهمیت دارد، به طوری که در آغاز جنبش روان‌شناسی مثبت برخی پیشنهاد کردند نام این رشته یا رویکرد را شادی‌شناسی بگذارند (گلزاری، ۱۳۸۹). در واقع، فرد دیندار با پذیرش دستورات و آموزه‌های دینی و عمل کردن به آن‌ها نوعی سبک زندگی را می‌پذیرد که تأمین‌کننده سلامت جسم و روان اوست. از این رو آموزه‌های دینی، در حکم اساسی‌ترین مؤلفه مؤثر در رفتار، مورد توجه بسیاری از جمله روان‌شناسان قرار گرفته است (غباری، ۱۳۸۸). عقاید دینی و به‌خصوص دعا کردن، که در واقع باور به وجود ارزش‌های والا و قدرت برتر است، با ایجاد امیدواری و انگیزه به افراد بیمار کمک می‌کند. حتی در مطالعات جدید مشخص شده است که بیماران مبتلا به ایدزی که در مراسم دینی شرکت می‌کنند عمر بیشتری می‌کنند و از سلامت بیشتری برخوردار هستند. دعا، مناجات و شرکت در مجالس مذهبی، علاوه بر افزایش انگیزه در افراد، باعث ارتقای روابط اجتماعی آنان می‌شود و افسردگی را کاهش می‌دهد و از انزوای بیماران جلوگیری می‌کند. همچنین اقامه نماز جمعه و نماز جماعت، گزاردن حج، برگزاری مراسم مذهبی مانند اعتکاف، اعیاد، عزاداری، زیارت مکان‌های مقدس، انجام کار خیر و غیره باعث تحکیم پیوند اجتماعی افراد می‌شود (ازخوش، ۱۳۸۷). قرآن کریم نیز شفای جسم و جان معرفی شده است و تمثیل طبیب، که برای پیامبران خدا به کار می‌رود، بیانگر رسالت آن بزرگواران در تحقق سلامت و شفای جسم و روان انسان است (سهرابی، ۱۳۸۵).

از سوی دیگر به نظر می‌رسد رسیدن به سلامت و آرامش روانی در پرتو ادیان الهی، به ویژه اسلام، بر راه‌های غیر دینی آن ترجیح دارد؛ زیرا از نظر اسلام، رفتارهایی که انسان در ارتباط معنوی با خدای متعال انجام می‌دهد و نیز حالاتی که در همین رابطه در روان انسان پدید می‌آید، ناشی از معرفتی است که به خدای متعال دارد؛ یعنی به دنبال خداشناسی، توجهات و کیفیات نفسانی خاصی در انسان پدید می‌آید که به مقتضای این

حالات مخصوص و توجهاتی که نسبت به صفات الهی می یابد، در چارچوب شرایط محیطی رفتارهایی همسو با مخصوص و توجهاتی که نسبت به صفات الهی می یابد، در چارچوب شرایط محیطی رفتارهایی همسو با هدف شادکامی و آرامش روان شکل خواهد گرفت (مصباح یزدی، ۱۳۹۱). همچنین دین با تأکید بر عبادت و پرستش نیز، انسان را به فضای معنویت عمیق و اصیلی دعوت می کند که ریشه در فطرت وی دارد. در سایه معنویت دینی، یکی از نیازهای اصیل روحی انسان که نیاز به ارتباط با موجود قادر مطلق و اتکا بر وی است، برآورده می شود. از مجرای عبادت و بندگی، مایه های فطری در روح انسان، به صورت احساسات و عواطف و کیفیات نفسانی تبلور می یابند و بخشی از آنها، همانهایی اند که جنبه متعالی دارند و رفتارهای انسان را نیز تنظیم می کنند. اگر نیازهای اساسی انسان به طور مناسب تأمین نشود، نه تنها سلامت روانی تحقق نمی یابد، بلکه زمینه آسیب های دیگری نیز فراهم می شود. از این رو، ارتباط معنوی انسان با خدا به منزله قادر مطلق، از راه عبادت و پرستش، مبنایی محکم و اطمینان بخش دارد؛ یعنی معرفتی که انسان نسبت به خدا پیدا می کند، به تناسب عمق و کمال آن و مقدار توجهی که انسان نسبت به معرفت خویش دارد، حالات خاصی را در او به وجود می آورد که منشأ رفتارهای ویژه و همسو با سلامت روانی است (ساجدی، ۱۳۸۷). بنابراین نتایج، رابطه اعتکاف با ابعاد مختلف سلامت روانی دور از ذهن نبود.

نتایج این مطالعه نشان داد که مراسم اعتکاف باعث بهبود سلامت روانی دانش آموزان در گروه مداخله شده و در کاهش علائم اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی تأثیر بسزایی می گذارد و شادکامی را نیز به طور معنی داری افزایش می دهد. با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه، می توان گفت شرکت در مراسم مذکور و مناسک مذهبی و معنوی مشابه، باعث بهبود سلامت روانی و افزایش نشاط و شادابی نوجوانان می شود که فراگیر شدن آن برنامه ریزی دقیق مسئولان را می طلبد. با توجه به پیشینه تحقیق، در مورد تأثیر اعتکاف بر سلامت روان شناختی در بین دانش

آموزان و نوجوانان به صورت اثربخشی، تاکنون مطالعه ای صورت نگرفته بود. لذا نوآوری و حسن انجام این تحقیق بر مطالعات قبلی این است که به صورت اختصاصی به بحث اعتکاف بر سلامت روانی و شادکامی دانش آموزان پرداخته است. لذا با توجه به تازگی موضوع می تواند از بعد افزایشی، علم روان شناسی اسلامی را تقویت کند و مسئله تأثیر دین و مذهب و توجه به تکلیف دینی را در برخورداری سلامت روحی - روانی بهبود بخشد. پژوهش حاضر فقط بر روی دانش آموزان شهر اردبیل صورت گرفته بنابراین در تعمیم پذیری یافته این تحقیق به سایر دانش آموزان باید احتیاط نمود. همچنین این پژوهش فقط بر روی دانش آموزان پسر انجام شده است که در تعمیم نتایج به دختران می بایست احتیاط کرد. با توجه به اینکه در این پژوهش نمونه مختص به شهر اردبیل می باشد، لذا پیشنهاد می شود در این راستا پژوهش های دیگری در شهر های مختلف انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می شود ارتباط و تأثیر نماز و اعتکاف بر دیگر شاخصه های دیگر سلامت روان در دانش آموزان در پژوهش های آتی با حجم نمونه بالاتر مورد ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می شود همه مشاوران مدارس و دانشگاهها که خدمات مشاوره ای را به قشر نوجوان و دانشجو ارائه می دهند، در تشخیص سبب شناسی و درمان اختلالات روانی و رفتار آنها تأثیر سلامت روانی و نقش مذهب و اعمال مذهبی را مدنظر داشته باشند و با دخالت دادن آن، اثربخشی خدمات و فرایند مشاوره خود را ارتقا دهند. نهایتاً پیشنهاد می شود متولیان امور تربیتی و فرهنگی در نقش دادن نوجوانان و دانش آموزان نسبت به شرکت در مراسم معنوی اعتکاف تلاش و مساعدت بیشتری نمایند.

منابع

- ۱- ابوالقاسمی، عباس و محمود، حجاریان (۱۳۷۶). نقش گرایش‌های دینی در اتخاذ شیوه‌های مقابله با استرس در سالمندان تهرانی. مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۲- انصاری جابری، علی؛ راوری، علی و کاظمی، مجید (۱۳۸۰). تاثیر روزه رمضان بر عزت نفس دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی، ۲۶، ۶۳-۶۸.
- ۳- استادیان، مریم؛ فنواتی، بهمن و کجیاف نژاد، هادی (۱۳۹۰). بررسی رابطه شادکامی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان. فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۱۵(۲۹)، ۱۴۷-۱۳۷.
- ۴- ازخوش، منوچهر (۱۳۸۷)، کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی، تهران: روان.
- ۵- پورقاز، عبدالوهاب و رقیبی، مهوش (۱۳۸۴). بررسی مقایسه ای سلامت روان دانش آموزان مقطه متوسطه شهر زاهدان. علوم تربیتی و روانشناسی (دانشگاه سیستان و بلوچستان)، ۳، ۶۹-۸۴.
- ۶- شمیری، علی اکبر؛ محمودی، عاطفه (۱۳۸۵). بررسی تأثیر شرکت در مراسم اعتکاف بر عزت نفس و پذیرش اجتماعی دانشجویان. پژوهش نامه تربیتی، ۳(۹)، ۱-۱۸.
- ۷- رحمانی بیدختی، ناهید؛ محمود صادقی خراشاد و بیتا بیجاری (۱۳۹۳). مقایسه شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی، در سالهای اول و آخر دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۱(۲)، ۲۲۸-۲۳۴.
- ۸- حیدری رفعت، ابوذر و علی عنایتی نوین فر (۱۳۸۹)، «رابطه بین نگرش دینی و شادکامی در بین دانشجویان»، روانشناسی و دین، ۴، ۶۱-۷۲.
- ۹- حسینی، محمدجواد (۱۳۹۱). نگاهی نوبه فضیلت اعتکاف از دیدگاه قرآن و اهل بیت، حدیث حوزه، ۴(۴)، ۱۲۲-۱۴۶.
- ۱۰- خمینی، سید روح الله (۱۴۰۳ ق). تحریر الوسیله. تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام

نحیمینی

- ۱۱- خیدانی، لیلی (۱۳۹۰). بررسی نقش مذهب بر سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های استان ایلام. اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، ۶(۳)، ۶۴-۸۰.
- ۱۲- چلبی، مسعود؛ موسوی، سیده‌محسن. (۱۳۸۷)، بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر شادمانی در سطوح خرد و کلان، مجله جامعه‌شناسی ایران، ۹(۲ و ۱)، ۳۴-۵۷.
- ۱۳- ساجدی، ابوالفضل (۱۳۸۷). دین و بهداشت روان. فصلنامه روان‌شناسی و دین، ۱، ۶۸-۷۹.
- ۱۴- ساغروانی، سیما (۱۳۸۸)، هوش معنوی، بعد ناشناخته بشر، مشهد: آهنگ قلم.
- ۱۵- سلطانی، اکبر (۱۳۸۷). بررسی میزان گرایش دانش‌آموزان به مسائل معنوی و رابطه آن با سلامت روانی. طرح پژوهشی اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی.
- ۱۶- سهرابی، فرامرز (۱۳۸۵)، «درآمدی بر هوش معنوی»، فصلنامه معنا، ویژه‌نامه روانشناسی دین، ۲، ۱۱۴-۱۱۹.
- ۱۷- شفیعی، نعمت‌الله؛ توکلی، محمدالله؛ فوزیه، رحمتی و کاظمی، مجید (۱۳۸۶). تأثیر روزه و رمضان بر بهداشت روان دانشجویان دانشکده پرستاری جیرفت در سال ۱۳۸۲. مجله علوم پزشکی رفسنجان، ۶، ۷۳-۷۸.
- ۱۸- کاویانی، حسین و ندا حاتمی و عبدالله شفیع‌آبادی (۱۳۸۷)، «اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده»، فصلنامه تازه‌های علوم‌شناختی، ۴۰، ۳۹-۴۸.
- ۱۹- کجباف، محمدباقر (۱۳۸۷). رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه اصفهان. فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱(۲)، ۳۳-۴۵.
- ۲۰- عطادخت، اکبر؛ پرزور، پرویز؛ بشرپور، سجاد و معاضدی، کاظم (۱۳۹۳). مقایسه نقش باورهای فراشناختی در پیش‌بینی سلامت عمومی حافظان قرآن و افراد عادی. سلامت و بهداشت، ۵(۴)، ۳۰۹-۳۰۰.
- ۲۱- عابدی، محمدرضا، میرشاه‌جعفری، سیدابراهیم و لیاقتدار، محمدجواد (۱۳۸۵).

- هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۴۵، ۹۵-۱۰۰.
- ۲۲- عسکری، سعید؛ درکه، محسن؛ رضایی، حسن و محمدی، جواد (۱۳۹۰). تأثیر روزه بر سلامت روانی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه. فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۱(۲)، ۱۳۸-۱۴۸.
- ۲۳- غباری بناب، باقر و همکاران (۱۳۸۶). هوش معنوی. فصلنامه علمی پژوهشی اندیشه نوین دینی، ۳(۱۰)، ۱۲۵-۱۴۷.
- ۲۴- میرغفوری، سیدحبیب‌الله؛ ابویی، فاطمه و دره زرشکی، نعیمه (۱۳۹۰). «تأثیر دعا و نیایش بر میزان شادکامی» (مطالعه موردی: زنان شرکت‌کننده در مراسم اعتکاف استان یزد)، دوفصلنامه علمی-ترویجی بانوان شیعه، ۷(۲۶)، ۷-۳۱.
- ۲۵- محمودی، طیبه؛ مرعشی، سید علی؛ افشاری، هاجر؛ منصوری‌نژاد، راضیه؛ نادری‌تزنکی، مجتبی (۱۳۹۵). اثربخشی شرکت در مراسم اعتکاف بر مؤلفه‌های هوش معنوی، افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پژوهشنامه روان شناسی اسلامی، ۲(۲)، ۷۷-۶۱.
- ۲۶- موسی رضایی، امیر و همکاران (۱۳۹۱). ارتباط التزام و اولویت به فریضه نماز با میزان شیوع افسردگی و برخی پارامترهای جمعیت شناختی دانشجویان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۶)، ۴۴۱-۴۵۲.
- ۲۷- موسوی، غفور و همکاران (۱۳۸۶). نگرش توحیدی و پیشگیری از افسردگی، دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، ۵(۲)، ۱۳۹-۱۴۴.
- ۲۸- مصباح یزدی، محمدتقی (۱۳۹۱). اخلاق در قرآن. قم: موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی(ره). ج ۱: ۳۴۱.
- ۲۹- نیک پرور، ریحانه (۱۳۸۳). آشنایی با برنامه های آموزش مهارت های زندگی. تهران: انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- ۳۰- نیکویی، مریم و سیف، سوسن (۱۳۸۴). بررسی رابطه دینداری با رضایت زناشویی.

فصلنامه علمی پژوهشی تازه های مشاوره، ۴(۱۳)، ۶۱-۷۵.

۳۱-نصیری، کبری؛ زارع بهرام آبادی، مهدی؛ احمد بوکانی، سلیمان و ولیزاده، سمیه (۱۳۹۵). بررسی نقش اعتکاف در بهزیستی روان شناختی دانشجویان. فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۲(۱۹)، ۱۷۳-۱۹۰.

32-Argyle, M., Martin LU, L.(1995). *The happiness extraverts personality and individual difference*. 77(20), 1011-1017.

33-Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. London: Methuen.

34-Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion: A psychological interpretation*. New York: Macmillan.

35-Bhugra, D. (2010). "Commentary: Religion, Religious Attitudes and Suicide". *International Journal of Epidemiology*, 39(6): 1496-1498.

36-Diener, E. (1999). *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index*. *American psychologist*. 55:34-43.

37-Jung, C. G. (1969). *Psychology and religion, in collected works*. Princeton, N. J. Princeton University Press.

38-James, W. (1985). *The varieties of religious experience: A case study in human nature*. Cambridge Mass: Harvard University Press.

39-Feinstein, A. (October 1999), "The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis", *multiple sclerosis journal*, 5, 5, 323-326.

40-Hackney, C.H. & G.S. Sanderes (2003). "Religiosity and Mental Health". *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42: 43-55.

41-Goldberg DP, Hillier VF. *A scaled version of the General Health Questionnaire*. *Psychol Med*. 1979; 9(1): 139-145

42-Koenig, H. G. (1992), *Religion and Prevention of illness in later life*, In K. I. Pargament K. I. Maton & Hess, R. E. (Eds), *Religion and Prevention in mental health*, Research Division and action Haworth Press Inc.

43-Koenig, H. G. (1992), *Religion and Prevention of illness in later life*, In K. I. Pargament K. I. Maton & Hess, R. E. (Eds),

Religion and Prevention in mental health, Research Division and action Haworth Press Inc.

44-Krause, N. (2003). "Religious Meaning and Subjective Well-being in Late Life". *Journals of Gerontology*, 58(3): 160-170.

45-Miller, L.; P. Wickramaratne, M.J. Gameroff, M. Sage, C.E. Tenke & M.M. Weissman (2012). "Religiosity and Major Depression in adults at High Risk: a Ten-year Prospective Study". *American Journal of Psychiatry*, 169(1): 89-94.

46-Nooney, G. (2005). "Religion Stress, and Mental Health in Adolescence". *Review of Religious Research*, 46(4): 341-355.

47-Nealman, P. & Persaud, R. (1995), "Why do psychiatrists neglect religion", *British Journal of Medical Psychology*, 68, 169-178.

48-Palahang H, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental illness in Kashancity. *Andisheh va Raftar Journal*. 1996; 4(2):19-27. [In Persian]

49-Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does Positive Affect Influence Health? *Psychological bulletin*, 131(6), 925-971.

50-Roberts, K. A. (1992), "A sociological overview: Mental health implications of religio-cultural megatrends in the United States", *Prevention in Human Services*, 9: pp. 113-135.

51-Taghavi M. Assessment of the Validity and Reliability of the General Health Questionnaire. *J Psychology*. 2001; 5(3): 381-398.

World Health Organization.(2007). *World on-Tobacco Alert*. London: Oxford University Press.

52-Veenhoven R (2010) How universal is happiness. In: Diener E, Kahnemann D, Helliwell JF (eds).