



مقایسه ی ابعاد بهزیستی روان شناختی در دانش آموزان نماز گزار و غیرنماز گزار

پرویز پرزور^۱، مریم شفائی^۲، کاظم معاضدی^۳ و فاطمه مجد^۴

چکیده

با توجه به تأثیر تقیدات دینی بر امور روانی، این پژوهش با هدف مقایسه ی ابعاد بهزیستی روان شناختی در افراد نماز گزار و غیرنماز گزار انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان مقطع متوسطه در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود که با استفاده از روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای، نمونه ای به تعداد ۱۶۰ نفر انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه ی محقق ساخته در مورد انجام فریضه ی نماز و پرسشنامه ی بهزیستی روان شناختی ریف استفاده شد. نتایج با استفاده از شاخص های آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین دو گروه افراد نماز گزار و غیرنماز گزار در ابعاد بهزیستی روان شناختی از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین می توان گفت، انجام اعمال عبادی (نماز) با فراهم نمودن بستری مناسب در جهت پاسخ گویی به پرسش های اساسی انسان و ارائه ی معنای زندگی و آرامش بخشی، به بهزیستی روان شناختی افراد کمک می کند. بطوریکه می توان به کارکرد مهم نماز به عنوان هسته دین و مهم ترین شکل عملی دینداری در انسجام روان شناختی دانش آموزان اشاره نمود.

کلیدواژه‌ها: نماز، بهزیستی روان شناختی، سلامت روانی، دانش آموزان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول) p.porzoor@gmail.com

۲. کارشناس ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

۳. مربی گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۴. کارشناس ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی



مقدمه

نهادهای فرهنگی و آموزشی به عنوان مهم ترین سازوکار جامعه برای تعلیم و تربیت نسل آتی، باید بتوانند در ایجاد دانش، بینش و نگرش نسبت به آموزه های دینی و ارزش های اسلامی و ساخت فکری و فرهنگی آنان اثربخشی مناسبی داشته باشند. در این بین، مدرسه به عنوان مرکز فراگیری می تواند به کنترل و درمان نابسامانی های دانش آموزان پردازد و به نوعی سلامت روحی و روان شناختی آنها را تأمین نماید.

سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان بودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در برمی گیرد. یکی از مفاهیم مثبت در حوزه ی سلامت روان شناختی، بهزیستی روانشناختی است (بیانی، گودرزی و کوچکی، ۱۳۸۷). بهزیستی روان شناختی از ۶ عامل تشکیل می شود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (ریف، ۱۹۸۹).

بسیاری از اندیشمندان و صاحب نظران بر این باورند که مذهب تأثیرانکارناپذیری بر سلامت روان، جسم و سایر ابعاد زندگی بشر دارد. در میان ادیان الهی، دستورات اسلام در مورد بهداشت جسم، روان و سایر امور کامل ترین است (مطهری، ۱۳۷۵). این سلامت در سایه تسلیم در برابر مشیت الهی و اجرای دستورات و قوانین حیات بخش اسلام، به عنوان برنامه سالم سازی به دست می آید. بنابراین، روشن است که همه قوانین، مقررات و برنامه های اسلام، راه را برای آرامش خیال، سلامت روان انسان و تحقق خلیفه الله بودن او هموار می سازد. از این منظر، در بین تمام برنامه ها و قوانین اسلام، نماز از جایگاه والایی برخوردار است. در بسیاری از آیات، به نقش نماز در آرام سازی درون، شفا بخشی قلب و شادابی روح و روان اشاره شده است. از جمله می فرماید: «أَقِمِ الصَّلَاةَ لِدِكْرِي» (طه: ۱۴)؛ «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد: ۲۸) (آقایانی چاوشی و دیگران، ۱۳۸۷). «نماز» به عنوان هسته دین و مهم ترین شکل عملی دینداری، یکی از مؤثرترین اعمال شفا بخش محسوب می شود که نقش به سزایی در تأمین و تقویت بهداشت جسمانی و روانی دارد. چنانکه حضرت علی (ع) نماز خواندن را برای ایجاد شادی و نشاط و برطرف کردن غم و اندوه مفید دانسته اند (نهج البلاغه، ح ۲۹۹). همچنین رهبر معظم انقلاب اسلامی معتقدند: نماز و نیایش ارتباط صمیمانه ای است میان انسان و خدا، آفریده و آفریدگار، تسلی بخش و آرامش گر دل های مضطرب، خسته و به ستوه آمده، مایه صفای باطن و روشنی بخش روان است. نماز برنامه ای است برای بازیافتن و آگاه ساختن خویش و کوتاه سخن رابطه و استفاضه ای مداوم است با سرچشمه و پدید آورنده همه نیکی ها یعنی خدا (خامنه ای، ۱۳۷۴).



آقایانی چاوشی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با موضوع «بررسی رابطه نماز با جهت گیری مذهبی و سلامت روانی»، نشان دادند که افراد نمازگزار با جهت گیری مذهبی درونی در شاخص‌هایی مانند اضطراب، بی‌خوابی، افسردگی و به طور کلی، سلامت روانی از وضعیت بهتری برخوردارند. دادخواه و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای بر روی ۴۰۹ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل گزارش کردند، میزان افسردگی در بین افرادی که نگرش مثبت به نماز داشتند، کمتر بود. ولی رابطه معناداری بین نگرش به نماز با میزان افسردگی مشاهده نشد. نتایج مطالعه محتشمی‌پور و همکاران (۱۳۸۲) نشان داد، در افرادی که نگرش مثبت نسبت به نماز داشتند و کسانی که مرتب نماز می‌خواندند، میانگین نمره افسردگی پایین‌تر از افرادی است که به اقامه نماز چندان اهمیت نمی‌دادند. نتایج پژوهشی با عنوان «آثار عبادت و تجارب آن بر بهزیستی عمومی»، در مطالعه ۵۶۰ خانواده نشان داد که بهترین پیش‌بینی کننده بهزیستی افراد، فراوانی عبادت و تجارب ناشی از آن است (بشلیده و همکاران، ۱۳۸۲). نتایج پژوهش مک کلاف (۱۹۹۵) نشان داد که عبادت آرام‌سازی را تسهیل کرده و به خلق بهتر، سلامت ذهنی و احساس آرامش منجر می‌شود. همچنین عبادت منجر به راحتی، خوشحالی و انگیزه می‌شود که خلق را بالا برده و انگیزش و احساس هدفمندی را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش‌های مشابه‌ای بیانگر وجود ارتباط قوی میان انجام اعمال و رفتارهای مذهبی با سلامت روان‌شناختی است (ویلیامز، ۲۰۱۰). کوئینگ (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی نشان داد که، سلامت روان‌شناختی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه‌ای مثبت دارد؛ افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، در سازش‌یافتگی با موقعیت‌های زندگی دارای موفقیت بیشتری می‌باشند.

با توجه به مطالب فوق و با عنایت به شواهد پژوهشی ذکر شده، همچنین با مشاهده و اعتقاد به این که اعتقادات مذهبی و انجام اعمال و فرایض دینی اثربخشی بالایی بر پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی دارد و با توجه به این که مطالعات پژوهشی محدودی در زمینه تأثیر نماز بر روی قشر جوان انجام شده است، هدف این پژوهش مقایسه‌ی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان نمازگزار و غیرنمازگزار می‌باشد.

روش

نوع و طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است.

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان مقطع متوسطه اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود که با استفاده از روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای، تعداد ۱۶۰ نفر انتخاب شدند. بدین ترتیب که از بین کلیه مدارس اردبیل ۴ مدرسه (۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه) و از هر مدرسه نیز ۴ کلاس، و از هر کلاس ۱۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند.



ابزار پژوهش: برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه محقق ساخته در مورد انجام فریضه ی نماز و همچنین از پرسشنامه بهزیستی روانی ریف استفاده شد. این ابزار، یک مقیاس ۸۴ ماده‌ای است که شش جنبه مجزا از بهزیستی روانی را می‌سنجد. مقیاس های بهزیستی روان شناختی دارای ۶ خرده آزمون پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. شرکت کنندگان براساس یک ساخت شش درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤال ها پاسخ می‌دهند. در پژوهش چمت و ریف (۱۹۹۷)، همسانی درونی خرده‌مقیاس ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران، بیانی و همکاران (۱۳۸۷) همسانی درونی پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ و روایی مقیاس را نیز مناسب گزارش نمودند.

روش تجزیه و تحلیل و داده‌ها: در پژوهش حاضر برای بررسی داده‌های جمع‌آوری‌شده، از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و همچنین از آمار استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیری، آزمون T مستقل) استفاده شد.

نتایج

بررسی شاخص های توصیفی نمونه نشان داد که ۵۱/۲۳ افراد نمونه همیشه یا اکثر اوقات، نمازهای واجب را می‌خواندند، که این افراد پژوهش حاضر، به‌عنوان گروه نمازگزار در نظر گرفته شدند. ۴۸/۷۷ از افراد نیز به‌ندرت نماز می‌خواندند یا هرگز نمازهای واجب خود را به پا می‌داشتند، که این گروه در پژوهش حاضر، به‌عنوان افراد غیرنمازگزار مشخص شدند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه ها در ابعاد بهزیستی روان شناختی

غیر نمازگزار		نمازگزار		متغیر
SD	M	SD	M	
۸/۱۳	۴۵/۱۲	۶/۳۱	۴۶/۸۷	خودمختاری
۱/۲۲	۴۰/۳۷	۳/۹۲	۴۸/۷۵	ارتباط مثبت با دیگران
۳/۳۲	۳۹/۸۷	۴/۲۵	۴۷/۳۷	زندگی هدفمند
۲/۷۴	۴۱/۷۵	۴/۳۸	۴۷/۰۰	رشد شخصی
۳/۳۷	۴۲/۲۵	۲/۶۰	۴۸/۱۲	تسلط بر محیط
۹/۰۱	۲۸۴/۵۶	۱/۳۴	۵۱/۷۵	پذیرش خود

در جدول ۱ شاخص های توصیفی ابعاد بهزیستی روان شناختی دو گروه افراد نمازگزار و غیرنمازگزار مشاهده می‌شود. میانگین (و انحراف معیار) بهزیستی روان شناختی افراد نمازگزار (۲۹۶/۱۸ و ۱۴/۵۵) و افراد غیرنمازگزار (۲۸۴/۵۶ و



۹/۰۱) است. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، جهت رعایت فرض های آن، از آزمون باکس و لوین استفاده شد و شرط همگنی ماتریسهای واریانس / کواریانس رعایت شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنادار نبود، در نتیجه استفاده از آزمونهای پارامتریک بلامانع است. سطوح معناداری تمامی آزمونها قابلیت استفاده از تحلیل چند واریانس متغیری (مانوا) را مجاز می شماردند.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری ابعاد بهزیستی روان شناختی در افراد نماز گزار و غیرنماز گزار

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P
خودمختاری	۲۴/۵۰	۱	۲۴/۵۰	۰/۴۶۲	۰/۵
ارتباط مثبت با دیگران	۵۶۱/۱۲	۱	۵۶۱/۱۲	۶۹/۳۴	۰/۰۰۱
زندگی هدفمند	۴۵۰/۰۰	۱	۴۵۰/۰۰	۳۰/۸۵	۰/۰۰۱
رشد شخصی	۲۲۰/۵۰	۱	۲۲۰/۵۰	۱۶/۴۹	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط	۲۷۶/۱۲	۱	۲۷۶/۱۲	۳۰/۳۷	۰/۰۰۱
پذیرش خود	۵۷۸/۰۰	۱	۵۷۸/۰۰	۵۷/۴۱	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، نتایج تحلیل واریانس نشان داد که میانگین نمرات ابعاد بهزیستی روان شناختی، شامل ارتباط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط و پذیرش خود، به طور معناداری در افراد نماز گزار از افراد غیرنماز گزار بالاتر است ($p < ۰/۰۰۱$). ولی در خرده مقیاس خودمختاری تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. جهت بررسی نمره کل بهزیستی روان شناختی در افراد نماز گزار و غیرنماز گزار، از آزمون T مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون T مستقل جهت بررسی بهزیستی روان شناختی در افراد نماز گزار و غیرنماز گزار

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	T	F	sig
بهزیستی روان شناختی	نماز گزار	۲۹۶/۱۸	۱۴/۵۵	۲/۹۵	۷/۶۸	۰/۰۰۱
	غیر نماز گزار	۲۸۴/۵۶	۹/۰۱			

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون T مستقل، تفاوت مشاهده شده در نمره کل بهزیستی روان شناختی در بین دو گروه از افراد نماز گزار و غیرنماز گزار از لحاظ آماری معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش، با هدف بررسی و بهزیستی روان شناختی در بین دو گروه از افراد نماز گزار و غیرنماز گزار انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمرات ابعاد بهزیستی روان شناختی - به جز خودمختاری - در بین افرادی که همیشه و یا بیشتر



اوقات نمازهای واجب خود را می خوانند، نسبت به افرادی که نمازهای واجب خود را نمی خوانند و یا به ندرت و بنا به اجبار اجتماعی، در برخی موارد نماز واجب می خوانند، از لحاظ آماری معنادار است. به عبارت دیگر افراد نماز گزار در ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط و پذیرش خود عملکرد و توانایی بهتری دارند. همچنین نتایج آزمون T مستقل نشان داد که تفاوت معنادار آماری در سازه بهزیستی روان شناختی بین افراد دو گروه وجود دارد. به طوری که افراد گروه نماز گزار، دارای بهزیستی روان شناختی بالاتری هستند.

یافته های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات متعددی همچون نیوتن و مکین تاش (۲۰۱۰)، ویلیامز (۲۰۱۰)، کزدی و همکاران (۲۰۱۰)، رودریگز و هندرسن (۲۰۱۰)، مک کالوگ و ویلوگیای (۲۰۰۹)، یگانه و حسین خانزاده (۱۳۹۲)، مداحی و همکاران (۱۳۹۰)، همتی مسلک پاک و همکاران (۱۳۸۹)، اژدری فرد و همکاران (۱۳۸۹)، دادخواه و همکاران (۱۳۸۸) و آقایانی چاوشی و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی دارد.

قرآن کریم راه دستیابی به بهزیستی روان شناختی و ابعاد آن را، از طریق اعمالی مانند ایمان به خدا، معاد و نیکوکاری (بقره: ۶۰)، اطاعت از خداوند متعال (بقره: ۳۸)، نماز خواندن و صدقه دادن (بقره: ۲۷۷)، دعا و نیایش (فرقان: ۷۰ و ۷۱)، توکل (نحل: ۴)، آرامش بخشی (ابراهیم: ۴۵؛ توبه: ۱۰۳؛ فتح: ۴) و در میان دوستان خدا بودن (یونس: ۶۲) می داند.

با توجه به شواهد پژوهشی، رفتارها و عقاید برخاسته از مذهب، تأثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی دارند. مکانیسم ایجاد آرامش درونی از طریق مذهب به این صورت است که رفتارهایی مانند توکل به خداوند و عبادت، قادرند با ایجاد امید، ترغیب و تشویق به نگرش های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. کارکرد مذهب در برخورد با موقعیت های دشوار زندگی از طریق داشتن احساس تعلق به منبع بی کران قدرت، امیدواری به یاری خداوند، بهره مندی از حمایت های اجتماعی، معنوی و داشتن معنا و هدف در زندگی میسر می گردید (یانگ و مائو، ۲۰۰۷). بنابراین، دین با کارکردهای مهمی در زندگی افراد، مانند آرامش بخشی، امیددهی، تولید شادابی، ارائه معنای زندگی و رضایت باطن در جهت دستیابی و یا ارتقاء بهزیستی روان شناختی مثمر ثمر واقع می شود (حاتمی و دیگران، ۱۳۸۸).

در مجموع، می توان گفت: انجام اعمال مذهبی با فراهم نمودن بستری مناسب در جهت پاسخ گویی به پرسش های اساسی انسان، مانند هویت، انتخاب روش زندگی در جهت کمال، به بهزیستی روان شناختی افراد کمک می کند. زمانی که افراد به دنبال انجام اعمال مذهبی مانند نماز، به احساس لذت ناشی از برقراری ارتباط با منبع کمال و تعالی دست می یابند، خود برای رسیدن به کمال نیز دارای انگیزه می باشند؛ انگیزه ای که آنان را ترغیب به صحیح و شایسته زیستن می کند. قرآن می فرماید: «کسانی که معتقد شدند که پروردگاری جز خدای یکتا ندارند و بر این اندیشه استقامت ورزیدند، ملائکه رحمت بر آنها نازل می شوند، با نجات آنها از عقده ها و اندیشه در باب رفتارهای ناشایست گذشته، آنها را از اضطراب



می‌رهانند و با امید دادن به آینده‌ای شاد و فرح‌بخش، ناامیدی از دنیای آینده را به امید و شادی بدل می‌کنند» (فصلت: ۳۰).

با توجه به اینکه در این مقطع از زمان، روش‌های درمان معنوی و مذهبی، به جایگاه علمی خاص خود آن‌طور که شایسته است دست نیافته‌اند، انجام پژوهش‌هایی از این دست همچنان به‌عنوان یک ضرورت مطرح است. علاوه بر اینکه، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، به سنجش سازه‌های روان‌شناختی دیگر، در بین هر دو گروه نمازگزار و غیر نمازگزار پرداخته شود.

منابع

- آقابانی چاوشی، اکبر و دیگران، «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، (۱۳۸۷)، علوم رفتاری، ش ۲، ص ۱۴۹-۱۵۶.
- اژدری فرد، سیما و دیگران، «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان»، (۱۳۸۹)، اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، ش ۵، ص ۱۰۵-۱۲۵.
- بیانی، علی‌اصغر و دیگران، «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف»، (۱۳۸۷)، روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ش ۱۴، ص ۱۵۱-۱۴۶.
- حاتمی، حمیدرضا و دیگران، «بررسی تأثیر میزان دینداری بر رضایت زناشویی»، (۱۳۸۸)، روان‌شناسی نظامی، ش ۱، ص ۱۳-۲۲.
- خامنه‌ای، سیدعلی (رهبر معظم انقلاب اسلامی) (۱۳۷۴)، از ژرفای نماز، چ سیزدهم، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- دادخواه، بهروز و دیگران، «بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل»، (۱۳۸۸)، طب و تزکیه، ش ۷۵، ص ۲۳-۲۷.
- محتمشی‌پور، عفت و دیگران، «بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد»، (۱۳۸۲)، افق دانش (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گناباد)، ش ۹، ص ۷۶-۸۱.
- مداحی، ابراهیم و دیگران، «بررسی ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان»، (۱۳۹۰)، روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ش ۲، ص ۵۳-۶۳.
- مطهری، مرتضی (۱۳۷۵)، بیست گفتار، تهران، صدرا.
- همتی مسلک پاک، معصومه و دیگران، «اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت»، (۱۳۸۹)، کومش، ش ۱۲، ص ۷۴-۱۰۲.
- یگانه، طیبه و حسین خانزاده، عباسعلی، «مقایسه سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه افراد نمازگزار و غیرنمازگزار»، (۱۳۹۲)، مجله روان‌شناسی و دین، ش ۱، ص ۴۵-۵۸.



Koenig, Harold G. (2007). Spirituality and Depression: A Look at the Evidence, *Southern Medical Journal*; 100, 7, 737-739. doi: 10.1097/SMJ.0b013e318073c68c.

MacGregor, C. A. (2008). Religious socialization and children's prayer as cultural object: Boundary work in children's 19th century Sunday school books. *Poetics*; 36, 435-449. DOI: 10.1016/j.poetic.2008.06.012.

McCullough ME. (1995). Prayer and health: Conceptual issues, research review, and research agenda. *Journal of Psychology and Theology*; v 23, p. 15-29. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-40185-001>.

McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. B. (2009). Religion, self-regulation, self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological Bulletin*, 135, 69-63. doi: 10.1037/a0014213.

Newton, A.T., & McIntosh, D.N. (2010). Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *International Journal for the Psychology of Religion*; 20, 1, 39-58. doi: 10.1080/10508610903418129.

Rodriguez, C.M., & Henderson, R.C. (2010). Who spares the road? Religious orientation, social conformity, and child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 34, 84-94. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.07.002.

Schmutte, p. S., & Ryff, C. D., (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meaning. *Journal of personality and social psychology*, v 73, p. 549-559. doi: 10.1037/0022-3514.73.3.549

Ryff, Carol D. & Keyes Corey Lee M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, v 69, p. 719-727. <http://www.aging.wisc.edu/midus/findings/pdfs/830.pdf>

Williams, A. (2010). Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada. *Social Science & Medicine*; v 70, p. 1633-160. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.012>.

Yang, Ke-Ping, Mao, Xiu-Ying, (2007). A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*; v 44, p. 999- 1010.