

رابطه بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان

سید کمال صولتی^۱، محمد ربیعی^۲، مریم شریعتی^۳

^۱استادیار روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران.

^۲استادیار مشاوره، دانشکده ادبیات، دانشگاه شهر کرد، شهر کرد، ایران.

^۳دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نقش مذهب در رابطه با بهداشت و شفا از قرون بسیار دور شناخته شده است. برخی پژوهش ها اثرات مثبت و برخی دیگر اثرات منفی باورهای مذهبی را روی سلامت روان گزارش کرده اند. با توجه به نتایج متفاوت تحقیقات در این خصوص، این مطالعه بر آن شد تا رابطه بین جهت گیری مذهبی با سلامت روان گروهی از دانشجویان را مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه آماری را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد تشکیل می دادند. در این بررسی ۲۰۰ نفر از دانشجویان به عنوان نمونه پژوهش به شیوه نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند و ابزارهای پژوهشی روی آنها اجرا گردید. جهت گردآوری داده های پژوهشی از پرسشنامه های سلامت عمومی (GHQ-28) و نگرش سنج مذهب (گلریز و براهنی) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده های پژوهشی از طریق آمار توصیفی و همبستگی صورت گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان همبستگی معنی داری وجود دارد. همچنین طبق نتایج، هرچه میزان جهت گیری مذهبی بالاتر می رود، همبستگی آن با سلامت روان در آزمودنی ها بیشتر می شود، اما این همبستگی تا سطح معینی (۳/۷۵-۲/۵۱) پایدار است و از این سطح به بالا (۳/۷۶-) نتیجه معکوس می شود که نشان از عدم همبستگی بین نگرش مذهبی و سلامت روان دارد.

نتیجه گیری: در مجموع می توان گفت تنها مذهب با بعد درونی، سلامت روانی را بهبود می بخشد، و افراطی گری بیشتر در افرادی مشاهده می شود که جهت گیری مذهبی آنها بیرونی است و شاید این مسئله بتواند آخرین نتیجه پژوهش حاضر و سایر تحقیقاتی که به نوعی اثرات منفی جهت گیری مذهبی و سلامتی روان را گزارش کرده اند، توجیه نماید.

کلید واژه ها: مذهب؛ سلامت روان؛ مقابله مذهبی؛ دانشجویان.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: kamal_solati@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۰/۲۲

مقدمه

نقش مذهب در رابطه با بهداشت و شفا از قرون بسیار دور شناخته شده است. در طول هزاران سال مذهب و پزشکی در مداوا و کاهش رنج های انسان شریک یکدیگر بوده اند (۱). با وجود قدمت باورهای دینی، صاحب نظران در حوزه روانشناسی مذهب در سطح نظری درباره اثرات اعتقادات دینی بر بهداشت روانی، دیدگاه های ضد و نقیضی را مورد بحث قرار داده اند (۲). Conner و همکارانش در پژوهش خود اظهار داشتند نمی توان شواهدی را

یافت که نشان دهنده اثر مثبت مذهب بر سلامت روانی باشد (۳). در مطالعه دیگری با بررسی عوامل مرتبط با اضطراب بر روی ۷۶۰ زن شهری مشخص گردید که نمرات زنان کاتولیک در اضطراب به طور معنی داری بیشتر از سایرین است (۴). همچنین تحقیقی که در کشور برزیل صورت گرفت نشان داد بین واکنش های سایکوتیک و طولانی تر شدن زمان بستری در بیمارستان با وابستگی مذهبی ارتباط وجود دارد (۵). در مطالعه دیگری که در فنلاند بر روی اقدام کنندگان موفق به خودکشی صورت گرفت،

ارزیابی های کالبدشکافی روانشناختی نشان داد اختلالات روانی عمیق و تاریخچه ای از درمان بیماری روانی، سایکوتیک و اختلال افسردگی در میان خودکشی کنندگان مذهبی نسبت به خودکشی کنندگان غیر مذهبی بیشتر است (۶). از طرفی دیگر، بسیاری از پژوهش ها نشان می دهد اصول مذهبی ارتباط مثبت و معنی داری با سلامت جسمی و روانی افراد دارد (۷). همچنین در یک مطالعه آینده نگر، با بررسی نقش مذهب و معنویت روی علائم افسردگی بیماران نوجوان مبتلا به اختلالات روانی مشخص گردید از دست دادن ایمان و اعتقاد مذهبی بعد از ۶ ماه، عدم بهبود علائم افسردگی را در پی دارد (۸). Harris و Thoresen نیز در مطالعات خود اظهار داشتند عقاید و باورهای مذهبی بر سلامت جسمی، روانی بزرگسالان اثر مثبتی داشته است (۹). در برخی از این پژوهش ها، گزارش گردید آزمودنی هایی که از جهت گیری مذهبی بالاتری برخوردارند و در فعالیت های مذهبی شرکت می کنند، دچار افسردگی کمتری می باشند (۱۰، ۱۱). همچنین یک مطالعه بین فرهنگی که در ۱۹ کشور غربی بر روی ۲۸۰۸۵ آزمودنی صورت گرفت نشان داد اعتقاد و پایبندی به مذهب احتمال گرایش به خودکشی را کاهش می دهد (۱۲). در تحقیق دیگری، گروهی از آزمودنی ها که از دعا و نیایش استفاده کرده بودند نسبت به گروه کنترل از عملکرد فیزیکی بهتری برخوردار بوده و در حل کردن مشکلات خود عملکرد بهتری داشتند (۱۳). در یک مطالعه دوسوکور، دعادرمانی توأم با موسیقی درمانی، تصویرسازی ذهنی و لمس جسمی بر روی بیماران قلبی با مذاهب سنتی مسیحی، یهودی، مسلمان و بودایی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت که نتایج نشان داد مداخلات فوق در کاهش علائم بیماری و کاهش مرگ و میر بیماران حتی مذهب بودا که اعتقادی به خداوند ندارند؛ مؤثر بوده است. همچنین هیچ گونه تفاوت معنی داری بین چهار گروه مذهبی در این زمینه وجود نداشت (۱۴). در پژوهش دیگری توسط Pajevic و Hasanovic نقش باورهای اخلاقی و مذهبی به عنوان عوامل محافظت کننده سلامت روانی بر روی سربازان قدیمی جنگ بوسنی و هرزه گوین بررسی گردید. نتایج این پژوهش بر روی ۱۵۲ سرباز قدیمی نشان داد بین باورهای اخلاقی و مذهبی با علائم شدید اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب و سوءمصرف الکل و توتون، همبستگی منفی معنی داری وجود دارد، به عبارت دیگر، با افزایش

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی از نوع همبستگی، بر روی تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد انجام شد. ۲۰۰ نفر از دانشجویان به شیوه نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها از ۳ پرسشنامه استفاده گردید:

الف) آزمون مقابله مذهبی (خودساخته): این آزمون دارای ۲۱ سؤال است که آزمودنی را در مقابل مسائلی همچون بیماری، بحران سوگ، فشار شدید مالی، مشکلات شدید خانوادگی، مشکلات شدید زناشویی، مشکلات تحصیلی و حوادث ناگوار قرار داده و در آن از فرد خواسته می شود تا نوع مقابله خود را به صورت مکتوب (حداقل ۳ نوع مقابله) قید نماید. پس از جمع آوری نتایج این آزمون، نوع مقابله به کار رفته طبقه بندی می شود. در این مطالعه، گروهی از آزمودنی ها از مقابله های غیرمذهبی و گروهی دیگر از مقابله های مذهبی استفاده کردند که نوع مقابله های گروه دوم (مذهبی) به ترتیب شامل توکل و استعانت از خداوند، صبر کردن، دعا کردن، توسل به پیامبر و ائمه، قرآن خواندن، نماز خواندن و مغفرت از خداوند بود. روایی صوری (Face Validity) این پرسشنامه نیز مورد تأیید چند متخصص مسائل

بود. (۲۶). این پرسشنامه در سالهای اخیر مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت که پایایی آن با استفاده از روش اسپرمن- براون برابر با ۰/۶۳ و اعتبار آن برابر با ۰/۲۴۸ به دست آمد که نشانگر اعتماد به نتایج حاصل از این آزمون است (۲۸).

یافته‌ها

در این مطالعه از کل نمونه‌های مورد بررسی، ۱۰۵ نفر دختر (۵۲/۵٪)، ۹۵ نفر پسر (۴۷/۵٪)، ۱۶۲ نفر مجرد (۸۱٪) و ۳۸ نفر متأهل (۱۹٪) بودند. فاصله سنی نمونه‌ها بین ۱۸-۳۶ سال بود که بالاترین میزان آن در سن ۲۰ سالگی (۴۵٪ کل نمونه) را تشکیل می‌داد. میانگین سنی نمونه ۲۱/۷۴ سال برآورد شد. همچنین بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان، همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت (۲۹/۰- r). همبستگی در زیر مقیاس‌های افسردگی برابر با ۰/۳۴- r ، کارکرد اجتماعی ۰/۲۸- r ، اضطراب ۰/۳۷- r و علائم جسمانی ۰/۰۸۱- r به دست آمد که به استثنای علائم جسمانی در سایر مقیاس‌ها، همبستگی در سطح (۰/۰۵<math>p) معنی‌دار بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: همبستگی بین جهت گیری و سلامت روان
شاخص‌های آماری همبستگی سطح معنی‌داری

متغیرها	شاخص‌های آماری	همبستگی	سطح معنی‌داری
افسردگی	۰/۳۴ ^۰	-۰/۳۴	۰/۰۱۴
کارکرد اجتماعی	۰/۲۸	-۰/۲۸	۰/۰۳۱
اضطراب	۰/۳۷	-۰/۳۷	۰/۰۰۱
علائم جسمی	۰/۰۸۱	۰/۰۸۱	۰/۱۵۲
GHQ	۰/۲۹	-۰/۲۹	۰/۰۱۷

با توجه به اینکه نمره در آزمون GHQ در جهت عدم سلامتی است، بنابراین همبستگی به دست آمده بین جهت گیری مذهبی و زیرمقیاس‌های این آزمون منفی بوده است. به عبارت دیگر، هرچه نمره فرد در آزمون GHQ بیشتر باشد؛ نشان از عدم سلامت او و کاهش باورهای مذهبی فرد است و برعکس. در این بررسی از تعداد کل نمونه‌ها، تعداد ۱۳۲ نفر (۶۶٪) در مقابل استرس‌ها و مشکلات شدید زندگی از مقابله‌های مذهبی مانند توکل و استعانت از خداوند، توسل به پیامبر و ائمه، دعا کردن، مغفرت از خداوند، قرآن خواندن، نماز خواندن و صبر کردن استفاده نمودند (جدول شماره ۲).

مذهبی قرار گرفت. جهت به دست آوردن پایایی (Reliability) این پرسشنامه از روش پایایی ارزیاب‌ها (Interrater Reliability) استفاده گردید (۲۴). بر این اساس در یک مطالعه مقدماتی، ۳۰ دانشجو به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه فوق بر روی آنها اجرا گردید. در ادامه، آزمون‌ها در اختیار دو گروه ۳ نفره از کارشناسان و متخصصان مسائل مذهبی قرار گرفت، و از آنها خواسته شد تا به طور جداگانه در خصوص طبقه‌بندی و تشخیص انواع سبک‌های مقابله مذهبی اقدام نمایند، سپس ضریب توافق ارزیاب‌ها با استفاده از شاخص آماری کاپا کوهن برابر با ۰/۸۲ به دست آمد که نشان از پایایی بالای این آزمون می‌باشد.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه اولین بار توسط Hillier، Goldberg، متشکل از ۲۸ سؤال و ۴ مقیاس ساخته شد که هر مقیاس شامل ۷ سؤال بود. این مقیاس‌ها شامل: ۱- علائم جسمانی (Somatic symptoms)، ۲- علائم اضطراب (Anxiety symptoms)، ۳- کارکرد اجتماعی (Social Function)، ۴- علائم افسردگی (Depression symptoms) بودند.

این پرسشنامه به روش لیکرت نمره گذاری شده است. Goldberg و Hillier در بازنگری ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۴ گزارش نمودند (۲۵). در پژوهشی با نقطه برش (Cut Off) ۲۳، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین بررسی‌های مختلف نشانگر پایایی بالای پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن از ۰/۹۳-۰/۴۷ می‌باشد (۲۶).

ج) پرسشنامه نگرش سنج مذهب (کلریز و براهنی، سال ۱۳۵۳): این آزمون دارای ۲۵ سؤال و ۲ آیت است که هر کدام از آیت‌ها بار خاصی دارد و بعد از نمره گذاری، جهت گیری مذهبی فرد اندازه گیری می‌شود. در این مقیاس بالاترین نمره ۵ بوده که نشانگر اعتقادات مذهبی بالا و کمترین نمره صفر می‌باشد که عدم اعتقادات مذهبی در فرد را نشان می‌دهد (۲۷). این آزمون در این پژوهش بر مبنای نمره گذاری به ۴ سطح تقسیم گردید، سطح نمرات بین ۰-۱/۲۵ سطح اول، ۲/۵-۱/۲۶ سطح دوم، ۳/۷۵-۲/۵۱ سطح سوم و ۵-۳/۷۶ سطح چهارم را نشان می‌داد.

اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت، ورنون و لیندزی برابر با ۰/۸ به دست آمد. همچنین در اعتباریابی این پرسشنامه از طریق روش گروه‌های شناخته‌شده نیز استفاده گردید که تفاوت میانگین بین دو گروه عادی و مذهبی معنی‌دار

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و نوع مقابله مذهبی برخی آزمودنی‌ها در مقابل رویدادهای استرس‌زا

شاخص‌های آماری	مقابله‌های مذهبی						
	توسل به پیامبر و ائمه	دعا کردن	مغفرت از خداوند	قرآن خواندن	نماز خواندن	صبر کردن	جمع
فراوانی	۶۴	۲۶	۲۱	۷	۵	۴	۱۳۲
درصد	۳۲	۱۳	۱۰/۵	۳/۵	۲/۵	۲	۶۶

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد توکل و استعانت از خداوند، بالاترین فراوانی مقابله مذهبی مورد استفاده آزمودنی‌ها در مقابل مشکلات و استرس‌های زندگی در بین سایر مقابله‌های زندگی بوده است (۳۲٪)، پس از آن توسل به پیامبر، ائمه و دعا کردن به ترتیب ۱۳٪ و ۱۰/۵٪ رتبه‌های بعدی را به خود اختصاص داده‌اند.

همچنین طبق جدول شماره ۳، همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در آزمودنی‌هایی که نمره آزمون GHQ در آنها کمتر

از ۲۲ می‌باشد، برابر با $r = -0.37$ به دست آمده که در سطح ($p > 0.05$) معنی‌دار می‌باشد. در صورتی که این نتیجه در آزمودنی‌هایی که GHQ در آنها بیشتر از ۲۲ بود، برابر با ($r = 0.07$) به دست آمد که در سطح ($p > 0.05$) معنی‌دار نبود. به عبارت دیگر، آزمودنی‌هایی که جهت‌گیری مذهبی بالاتری داشتند، از سلامت روان بیشتری برخوردار بوده و آزمودنی‌ها با نگرش مذهبی ضعیف‌تر، سلامت روانی کمتری داشتند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات جهت‌گیری مذهبی و همبستگی مذهب و سلامت روان در آزمودنی‌هایی با نمره GHQ بیشتر یا کمتر از ۲۲

برش	متغیر نقطه پژوهش						
	x	SD	افسردگی	کارکرد اجتماعی	اضطراب	علائم جسمانی	کل سطح معنی‌داری
سلامت روان	۲/۱۲	۰/۵۹	۰/۱	۰/۰۸	-۰/۱۸	۰/۰۴۱	۰/۱۴
(GHQ)	۳/۴۴	۰/۴۳	-۰/۴۱	-۰/۳۲	-۰/۴۳	-۰/۱۲	۰/۰۰۱

جدول شماره ۴: همبستگی نگرش مذهبی و سلامت روان براساس سطوح مختلف نمره نگرش سنج مذهبی

سطوح نمرات جهت‌گیری مذهبی	فراوانی	درصد	همبستگی	سطح معنی‌داری
۰-۱/۲۵	۶	۰/۰۳	-۰/۱۰	۰/۰۴
۱/۲۶-۲/۵	۵۲	۲۶	-۰/۲۲	۰/۰۲
۲/۵۱-۳/۷۵	۱۲۱	۶۰/۵	-۰/۳۸	۰/۰۰۱
۳/۷۶-۵	۲۱	۱۰/۵	۰/۱	۰/۱۴

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان همبستگی معنی‌داری وجود دارد که با تحقیقات ذکر شده در مقدمه مطابقت داشت (۲۰، ۱۵، ۱۱، ۱۰). در این پژوهش، بین جهت‌گیری مذهبی و افسردگی همبستگی منفی معنی‌داری

یکی از نتایج مهم که از این پژوهش به دست آمد همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان براساس سطح‌بندی نمرات جهت‌گیری مذهبی بود. در این مطالعه، تقسیم‌بندی نمره نگرش سنج مذهبی آزمودنی‌ها از پایین‌ترین سطح (نمره صفر) تا بالاترین سطح (نمره ۵) صورت گرفت، و همبستگی هر کدام از این سطوح با سلامت روان بررسی گردید که نشان داد هرچه میزان جهت‌گیری مذهبی بالاتر رود، همبستگی آن با سلامت روان در آزمودنی‌ها بیشتر می‌شود، اما این همبستگی تا سطح معینی (۳/۷۶-۵/۱) پایدار بود و از این سطح به بالا (۵-۳/۷۶) نتیجه معکوس داشت که عدم همبستگی بین نگرش مذهبی و سلامت روان را نشان می‌داد (جدول شماره ۴).

مشاهده گردید که با نتایج مطالعات Koenig و همکارانش (۱۰)، Neelman و همکارانش (۱۲)، Meltby و همکارانش (۱۸) همخوانی داشت و مشخص نمود که اعتقادات مذهبی می تواند در کاهش افسردگی افراد مؤثر باشد. در یک تحقیق دیگر، Pressman و همکارانش (۲۹) به این نتیجه دست یافتند که بین مذهبی بودن و اضطراب رابطه منفی وجود دارد. همچنین Koenig (۳۰) نیز با انجام پژوهشی در همین رابطه، نتایج مشابهی به دست آورد که با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر همبستگی منفی بین جهت گیری مذهبی و اضطراب همخوانی داشت. در قسمت دیگری از پژوهش نتایج نشان داد بین جهت گیری مذهبی و علائم جسمانی همبستگی وجود ندارد که با مطالعات Alves و همکارانش (۷)، Thoresen (۹)، Levin (۳۱) که طی تحقیقات جداگانه ای بین جهت گیری مذهبی و مشکلات جسمانی از جمله بیماری های قلب و عروق، مشکلات گوارشی (سوء هاضمه)، اشکالی از سرطان و فشارخون همبستگی منفی معنی داری به دست آورده بودند، تطبیق نداشت، اما با نتایج پژوهش O.Conner (۳) همخوانی داشت. شاید یکی از دلایل اختلاف در تحقیقات فوق را بتوان به جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی افراد نسبت داد؛ به طوری که Baker و Groush (۱۹) طی پژوهشی نشان دادند بین جهت گیری درونی و اضطراب همبستگی منفی معنی دار وجود دارد، در حالی که بین جهت گیری مذهبی بیرونی و اضطراب، همبستگی مثبت معنی دار است. در مطالعه حاضر، بیشتر آزمودنی ها در مقابل استرس ها و مشکلات سخت زندگی از مقابله های مذهبی استفاده می کردند که شایع ترین این مقابله توکل و توسل به خداوند، ائمه و دعا کردن بود. O.Conner و همکارانش (۳۲) در مطالعه ای نشان دادند ۴۷٪ بیماران برای سلامت خود به دعا و نیایش متوسل شده و ۹۰٪ آنها باور داشتند که دعا می تواند در بهبود سلامت آنها مؤثر واقع شود. همچنین Palmer و همکارانش (۱۳)، نقش دعا و نیایش را در کاهش درد و بهبود عملکرد فیزیکی بیماران مورد تأیید قرار دادند که با پژوهش حاضر همخوانی داشت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد همبستگی و ارتباط معنی دار بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان تا سطح معینی از

نگرش مذهبی بالا می باشد، ولی بیشتر از آن در سطح (۵-۳/۷۶) هیچ گونه ارتباط و همبستگی بین دو مقوله فوق به دست نیامد. این نتیجه به این معنی نیست که افراد با عقاید و جهت گیری مذهبی بالاتر، از سلامت روان کمتری برخوردارند؛ بلکه بیان کننده این مسئله می باشد که افراطی نگری ممکن است تفکر منطقی را از فرد دور و عملکرد او را مختل کند. برخی پژوهش ها نیز نشان می دهند مذاهبی که فاقد انعطاف لازم بوده و از کمال گرایی افراطی (Perfectionism) برخوردارند، با برخی اختلالات روانی مانند وسواس بی اختیاری، هسته ای شدن احساسات مانند شرم و گناه همراه می باشند. برای مثال، در بررسی ها مشخص گردید والدین یهودی ارتدوکس، افرادی کمال گرا بوده و گرایش به مذهب بیرونی دارند و فرزندان خود را بیشتر با مبدأ بیرونی تربیت می کنند (۳۳). بنابراین چه برداشت غیرقابل انعطاف از مذهب و چه مذهب غیرقابل انعطاف می تواند گرایش به جهت گیری بیرونی را افزایش دهد (۲۲). در مجموع باید گفت همان طور که Allport (۳۴) اظهار می دارد تنها مذهب با بعد درونی سلامت روانی را بهبود می بخشد؛ افراطی گری نیز بیشتر در افرادی مشاهده می شود که جهت گیری مذهبی آنها بیرونی است و شاید این مسئله بتواند توجیه کننده آخرین نتیجه پژوهش حاضر و سایر مطالعاتی باشد که به نوعی اثرات منفی جهت گیری مذهبی بر سلامت روان را گزارش کرده اند.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد تقویت نگرش ها و جهت گیری مذهبی درونی به جای جهت گیری مذهبی بیرونی می تواند تا حد زیادی تضمین کننده بهداشت روانی افراد باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد (براساس قرارداد کد ۶۶ مورخ ۸۶/۱۲/۱۷) که در تأمین هزینه های این طرح ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

References:

1. Suchman, AI, Matheews DA. What Maks the Doctor-Patient Relationship Therapeutic: Exploring the Comexional Dimention of Patient Care. Annals of Internal Medical 1955;108:125-130.

2. Maltby J, Day L. Depressive Symptoms and Religious Orientation: Examining the Relationship Between Religiosity and Depression Within the Context of Other Correlates of Depression. *Pers Invid Differ* 2000;28(2):383-93.
3. O'Conner DB, Cobb J, O'Connar RC. Riligiosity, Stress and Psychological Distress: No Evidence for an Association Among Undergraduate Students. *Per Indiv Differ* 2003;34(2):211-7.
4. Shreve-Neiger AK, Edelstein BA. Religion and Anxiety: A Critical Review of the Literature. *Clin Psychol Rev* 2004;24(4):379-97.
5. Dalgulaoondo P. Religious Affiliation and Mental Health in Brazil. *Acta Psiquatrpicol Al-lat* 1999 Dec; 10(1):325-9.
6. Sorri H, Henriksson M, Lonnqwist J. Religiosityand Suicide. *Crisis* 1996;17(3):123-7.
7. Alves RR, Alves Hda N, Barboza RR, Souto Wde M. The Influence of Religiosity on Health. *Cien Saude Colet* 2010 Jul; 15(4):2105-11.
8. Dew RE, Daniel SS, Goldston DB, McCall WV, Kuchibhatla M, Schleifer C, Triplett MF, Koenig HG. A Prospective Study of Religion/Spirituality and Depressive Symptoms Among Adolescent Psychiatry Patients. *J Affect Disord* 2010 Jan; 120(1-3):149-57.
9. Thoresen CE, Harris HS. Spirituality and Health: What's the Evidence and What's Needed? *Ann Behav Med* 2002;24(1):3-13.
10. Koenig HG, Hays JC, Georgelk Blazer DG, Larson DB, Landerman LR. Modeling the Crosssectional Relationships between Religion, Physical, Social Support, and Depressives. *Am J Geriatr Psychiatr* 1997;5(2):131-43.
11. Parker M, Lee Roff L, Klemmack DL, Keeing HG, Baker P, Allman RM. Religiosity and Mental Health in Southern, Community-Dwelling Older Adults. *Aging Mental Health* 2003;7(5):390-7.
12. Neelman J, Halpern D, Leon D, Lewis G. Tolerance of Suicide, Religion and Suicide Rates: an Ecological and Individual Study in Western Countries. *Psychol Med* 1997;27(5):165-71.
13. Palmer RF, Katerndahl D, Morgan-Kidd J. A Randomized Trial of the Effects of Remote Intercessory Prayer: Interactions with Personal Beliefs on Problem-Specific Outcomes and Functional Status. *J Alt Compl Med* 2004;10:438-448.
14. Krucoff MW, et al. Music, Imagery, Touch, and Prayer as Adjuncts to Interventional Cardiac Care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II Randomised Study. *Lancet* 2005;366:211-217.
15. Hasanovic M, Pajevic L. Religious Moral Beliefs as Mental Health Protective Factor of War Veterans Suffering from PTSD, Depressiveness, Anxiety, Tobacco and Alcohol Abuse in Comorbidity. *Psychiatr Danub* 2010 Jun; 22(2):203-10.
16. Allport G, editor. *The Person in Psychology*. 2nd ed. Boston: Beacon Press; 1968. p. 87-95.
17. Bergin AE. Religiosity and Mental Health: A Critical Reevaluation and Meta-Analysis. *Research and Practice* 1983;14:170-184.
18. Maltby J, Lewis CA, Day L. Religious Orientations and Psychological Well-being: The Role of the Frequency of Personal Prayer. *British Journal of Health Psychology* 1999;4:363-368.
19. Baker M, Groush R. Trait Anxiety and Intrinsic-Extrinsic Religiousness. *J Sci Stud Relig* 1982;21(2):119-22.
۲۰. بیانی ع ا، گودرزی ح، بیانی ع، کوچکی آ. بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی* ۱۳۸۷؛ ۱۰(۳):۲۱۴-۲۰۹.
۲۱. بهرامی ه، تمنائی فرش، بهرامی ز. رابطه بین ابعاد جهت گیری مذهبی، سلامت روانی و اختلال های روانشناختی. *روانشناسان ایرانی* ۱۳۸۴؛ ۵(۵):۴۲-۳۵.
۲۲. جان بزرگی م. جهت گیری مذهبی و سلامت روان. *پژوهش در پزشکی* ۱۳۸۶؛ ۳۱(۴): ۳۴۵-۳۵۰.
۲۳. کجیاف م ب، رئیس پور ح. رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روان در بین دانش آموزان دبیرستان های دخترانه اصفهان. *دو فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی* ۱۳۸۷؛ ۱۱(۲):۴۳-۳۱.

24. Gwet, Kilem L. Hand Book of Intr-Rater Reliability. 2nd ed. Gaithersburg: Advanced Analytics; 2010.
25. Goldberg DP, Hiller V. A Scaled Version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9:131-145.
۲۶. یعقوبی ن، نصر م، شاه محمدی د. همه گیرشناسی اختلال های روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا-گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۴؛ ۱(۴):۶۵-۵۵.
۲۷. گلریز گ. پژوهشی برای تهیه نگرش مذهبی و بررسی رابطه نگرش مذهبی با سایر بازخوردها و خصوصیات شخصی، پایان نامه کارشناسی روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه تهران؛ ۱۳۵۳.
۲۸. نوری قاسم آبادی ر، بوالهروی ج. بررسی مقدماتی اثر فشار اجتماعی بر گزارش افراد از نگرش مذهبی، همایش نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۲۷-۲۴ آذرماه ۱۳۷۶. ص. ۷۵.
29. Pressman P, Lyons JS, Larson DB, Strain JJ. Religious Belief, Depression and Ambulation Status in Elderly Women with Broken Hips. *American Psychiatric Association* 1995;147:758-760.
30. Koenig, HG. Is Religious for Your Health? Effects of Religious on Mental and Physical Health. Binghamton, New York: Haworth Pastoral Press; 1997.
31. Levin JS, Anderpool HY. Is Frequent Religious Attendance Really Conducive to Better Health? Toward an Epidemiology of Religion. *Social Sci Med* 1987;24:589-600.
32. O'Connor PJ, Pronk NP, Tan A, Whitebird RP. Characteristics of Adults Who Use Prayer as an Alternative Therapy. *Am J Health Promot* 2005;19:369-375.
33. Sorotzkin B. Understanding and Treating Perfectionism in Religious Adolescents. *Psychotherapy* 1998;35:87-95.
34. Allport G. Behavioral Science: Religion and Mental Health. *Journal of Religion and Health* 1963;2:187-92.