

Determination of the relationship between Religious commitment and mental health among engineering students of Bonab University

Hossein Mohammadi^{1*}, Mohammad Amin Mortazavi¹, Mohammad Reza Mousavi¹, Qolamhossein Javanmard², Alireza Monfaredi³

1- Department of Clinical Psychology, Medical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Psychology, University of Payam Noor, Tabriz, Iran.

3- Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Abstract

Background and Objectives: Religious beliefs play an important role in the social and psychological life, Students as the spiritual resources of society and Social capacities, are selective in terms of talent, creativity and perseverance. Having comfort and peace of mind in all aspects are essential for academic achievement and successful life, as well as attention to other interventions affecting the learning environment. This study from the psychological point of view has explored the relationship between religious beliefs and mental health of students.

Materials and Methods: Method of this study was Descriptive-Correlation to examine the relationship between religious beliefs and mental health among students. The sample consisted of 183 students (88 men and 95 women) which were selected using random sampling among engineering students of Bonab University. Data collection techniques for Practical Commitment to Religious Beliefs and mental health are Golzari 2- Mabad Questionnaire and General Health questionnaire (GHQ- 28), respectively. Data using were analyzed using SPSS (Version 22) software and descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Pearson correlation).

Results: The data showed a negative significant correlation between Religious commitment and physical and mental disorders. Linear regression analysis was confirmed predictive role of religious commitment in mental health and its components ($P < 0.05$), so that the practice of religious beliefs was explained 23% of the variance in mental health, and 23% of the variance in somatization, 19% of the variance in anxiety and insomnia, 27% of the variance in social dysfunction, and 2% of the variance in depression.

Conclusion: Religious commitment result in promotion of mental health in students. With regard to the positive impact of religious beliefs and practices in mental health, the use of this capacities are recommended for planning mental health activities, particularly for the students.

Keywords: Religious Commitment, Mental Health, Students

*Corresponding Author: HosseinMohammadi; Email: denisly0097@yahoo.com

تعیین رابطه‌ی عمل به باورهای دینی و سلامت روان، در دانشجویان مهندسی دانشگاه بناب

حسین محمدی^{*}، محمد امین مرتضوی^۱، محمدرضا موسوی^۱، غلامحسین جوانمرد^۲، علیرضا منفردی^۳

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تبریز، ایران.

۳- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: باورهای دینی در زندگی اجتماعی و روان‌شناختی نقش مهمی برعهده دارند. دانشجویان جزو منابع معنوی جامعه و ظرفیت‌های اجتماعی هستند و از نظر استعداد، خلاقیت و پشتکار، نیروهایی برگزیده به شمار می‌روند؛ و لازمه‌ی پیشرفت تحصیلی و زندگی موفقیت‌آمیز آنان، برخورداری از آرامش و امنیت خاطر در همه‌ی بُعدها و همچنین بذل توجه به دیگر مداخله‌های تأثیرگذار در محیط یادگیری است. این تحقیق با نگاهی روان‌شناختی، به مطالعه‌ی رابطه‌ی بین عمل به باورهای دینی و سلامت روان در دانشجویان پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی-همبستگی، به بررسی رابطه‌ی بین عمل به باورهای دینی و سلامت روان در میان دانشجویان پرداخته است. نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۸۳ دانشجو (۸۸ مرد و ۹۵ زن) بوده است که به روش نمونه‌گیری تصادفی از میان دانشجویان مهندسی دانشگاه بناب انتخاب شدند. برای سنجش میزان عمل به باورهای دینی، از آزمون معبد - دو گلزاری؛ و برای سنجش سلامت روان، از آزمون GHQ-28 استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS (نسخه‌ی ۲۲) و با اجرای تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که عمل به باورهای دینی، با اختلال‌های جسمانی و روانی، رابطه‌ی منفی معناداری دارد. نتیجه‌های تحلیل رگرسیون خطی، نقش پیش‌بینی‌کنندگی عمل به باورهای دینی در سلامت روان کل و مؤلفه‌های آن را تأیید کرد ($P < 0.05$)؛ به طوری که عمل به باورهای دینی، ۲۳٪ از واریانس سلامت روان کل؛ و ۲۳٪ از واریانس جسمانی‌سازی، ۱۹٪ از واریانس اضطراب و بی‌خوابی، ۲۷٪ از واریانس بدکارکردی اجتماعی؛ و نیز ۲٪ از واریانس افسردگی، را تبیین می‌کرد.

نتیجه‌گیری: عمل کردن به باورهای دینی باعث ارتقای سلامت روانی دانشجویان می‌شود. با توجه به تأثیر مثبت باورها و عمل‌های مذهبی در سلامت روان، استفاده از این ظرفیت‌ها در برنامه‌ریزی فعالیت‌های بهداشت روانی، به ویژه درباره‌ی دانشجویان، توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: عمل به باورهای دینی، سلامت روان، دانشجویان

مقدمه

بالقوه و سازندگان آینده‌ی هر جامعه به شمار می‌روند، ضرورت تأمین سلامت روانی آنان و نیز شناسایی و حذف عامل‌های منفی مؤثر بر سلامت روانی این قشر را ضروری می‌نماید. بهداشت و سلامت روانی، یکی از نیازهای اجتماعی است، چراکه عملکرد مطلوب یک جامعه مستلزم برخورداری از

سلامت روان، لازمه‌ی یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است؛ و سلامت روان افراد یک جامعه، به ویژه قشرهای مؤثر و سازنده‌ی آن، لازمه‌ی پویایی و بالندگی آن جامعه است. نقش برجسته و منحصر به فرد دانشجویان، که مدیران

* نویسنده‌ی مسئول مکاتبات: حسین محمدی؛ پست الکترونیک: denisly0097@yahoo.com

حامی خویش می‌داند. فرد دین‌دار با هم‌نوعان و اطرافیان خود رابطه‌ی خوب و مبتنی بر محبت و احترام متقابل برقرار می‌کند (۶). سال‌ها است که نقش دین، مذهب و مناسک و مراسم مذهبی در زندگی فردی و اجتماعی مورد توجه متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته است؛ آنان بر این باورند که اثرها و پیامدهای مذهبی در زندگی، سبب کاهش پریشانی افراد می‌شود و به سازگاری آنان با هنجارهای اجتماعی کمک می‌کند. همچنین اسلام، فراگیری مجموعه‌ی معرفت‌های بنیادین مذهبی مؤثر در سلامت فکر و روان را واجب کرده است. این معرفت‌های بنیادی، هم عامل امنیت و بهداشت روان و هم عامل تصحیح و هنجارگرایی در رفتار می‌شود (۷). در این میان، پژوهش‌های زیادی در این باره انجام شده است؛ از جمله کونینگ در تبیین وجود ارتباط بین معنویت و سلامت جسمانی؛ می‌گوید که معنویات، می‌تواند هیجان‌ها و کارکردهای اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد، که این نیز به نوبه‌ی خود، سیستم ایمنی و غدد درون‌ریز فرد را متأثر می‌سازد. بنابراین، باورها و اعمال معنوی، با رفتارهای سالم، کارکردهای ایمنی قوی‌تر و شرایط قلبی و عروقی بهتر و عمر طولانی‌تر همراه است (۸).

یانگ و همکاران، رابطه‌ی بین میزان افسردگی و نگرش مذهبی و عملکرد دینی را در سالمندان مورد بررسی قرار دارند. تحلیل داده‌های آنان حاکی از آن بود که بین آن دو متغیر، همبستگی معنی‌داری وجود دارد (۹). آلپورت رابطه‌ی اعتقادات مذهبی و اضطراب و فشار روانی در افراد را سنجید و به این نتیجه رسید که با افزایش نگرش مذهبی، میزان اضطراب و فشار روانی در افراد کاهش می‌یابد (۱۰). در تحقیقی، الیسون رابطه‌ی بین دین‌داری و سلامت روان را سنجید و نتیجه گرفت که عقاید مذهبی در بیماران روانی می‌تواند در کاهش طول مدت درمان مؤثر باشد (۱۱). هامیلتون و همکاران نیز در مطالعه‌ی طولی، رابطه‌ی بین دین‌داری و سلامت روان را در ۲۲۴ دانشجوی مرد دانشگاه هاروارد بررسی کردند. مطالعه‌ی آنان نشان داد که دین‌داری با بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی‌ها، رابطه‌ی مثبت معنی‌داری دارد (۱۲). آنان در نهایت دین را بزرگ‌ترین منبع سلامت روان، به ویژه در افرادی که منابع شخصی و حمایت‌های اجتماعی اندکی دارند، معرفی کرده‌اند. کرول و همکاران به بررسی ارتباط نگرش‌ها و اعمال دینی در پیش‌بینی سلامت روان بزرگسالان پرداختند. نتیجه‌ی پژوهش آنان نشان داد که جهت‌گیری دینی و نگرش شناختی-اجتماعی به دین، همبستگی مثبت معنی‌داری با بهزیستی

افراد است که از نظر سلامت و بهداشت روانی در وضعیت مطلوبی قرار داشته باشند (۱). سلامت روان، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های زندگی سالم به حساب می‌آید و در پی آن است که احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی را کم-رنگ کند و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد پیشگیری نماید. سازمان بهداشت جهانی بُعدهای سه‌گانه‌ی سلامت، یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را مطرح کرده که هر سه، لازم و ملزوم یکدیگر است (۲).

توجه به وضعیت تحصیلی دانشجویان، گامی به سوی توسعه‌ی پایدار است که در سال‌های اخیر در کشورهای مختلف مورد توجه روزافزون قرار گرفته است. دوره‌ی تحصیلی دانشگاه به سبب وجود عوامل متعدد، می‌تواند دوره‌ی فشارزا باشد. به عبارتی دیگر، ورود به دانشگاه، مقطعی بسیار حساس در زندگی نیروهای کارآمد و فعال هر کشوری است و به‌طور غالب با تغییرهای عمده‌ی در زندگی افراد، به ویژه در رابطه‌های اجتماعی و انسانی آنان همراه است. قرار گرفتن در چنین شرایطی، به‌طور معمول با فشارها، نگرانی‌ها و هیجان‌های خاص این دوره، همراه است؛ و عملکرد و بازدهی افراد و در نهایت، سلامت روانی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به تشدید درجه‌ی استرس در دوره‌ی تحصیلات دانشگاهی، می‌توان انتظار داشت که درصدی از دانشجویان، در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های روانی خاص قرار گیرند. افزایش مراجعه‌ی دانشجویان به مراکزهای مشاوره‌ی دانشجویی در سال‌های اخیر، تأییدگر وجود مشکل‌های روزافزون آنان است و نیاز به مداخله و دادن خدمات را طلب می‌کند. بنابراین، ضرورت توجه به سلامت روان در این قشر از جامعه، بیش از گذشته احساس می‌شود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عمل به باورهای دینی می‌تواند در ایجاد حس امید، احساس صمیمیت با دیگران، آرامش هیجانی، فرصت شکوفایی و حل مشکل‌ها مؤثر باشد (۳). باورها و رفتارهایی مانند توکل به خدا، دعا و نیایش، صبر و انجام مناسک دینی، می‌تواند با ایجاد امید و نگرش‌های مثبت، منجر به افزایش سلامت روان گردد (۴). دین، از عوامل مهم و تأثیرگذار در سلامت روان است. دین، چهره‌ی جهان را در نظر فرد دین‌دار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامونش تغییر می‌دهد (۵). فرد دین‌دار خود را تحت حمایت و لطف همه جانبه‌ی خداوند می‌بیند و بدین ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. چنین فردی به سبب سختی‌ها و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی‌شود، زیرا خداوند را

است (۲۴). بولهری، در بررسی رابطه‌ی بین عامل‌های تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی، گزارش داد که با بالا رفتن نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسش-نامه‌های توکل، نمره‌های آنان در پرسش‌نامه‌ی استرس کاهش یافته است (۲۵). شجاعیان و سعیدی در تحقیق خود نشان دادند، بین داشتن هدف و معنا در زندگی و احساس افسردگی دانش‌آموزان، رابطه‌ی معناداری وجود دارد؛ یعنی کسانی که هدف و معنایی برای زندگی خویش یافته‌اند، احساس افسردگی کمتری دارند (۲۶). در تحقیقی دیگر، میزان همبستگی بین احساس معنا بخش بودن زندگی و افسردگی در دانش‌آموزان، محاسبه شد. نتیجه نشان داد که هرچه میزان احساس معنا بالاتر باشد، میزان افسردگی دانش‌آموزان پایین می‌آید و بین این دو متغیر، رابطه‌ی معکوس وجود دارد (۲۷).

یافته‌های پژوهش ابوتس و همکاران نشان داد، کودکانی که در مراسم مذهبی حضور بیش‌تری داشتند، پرخاشگری کم‌تری از خود در موقعیت‌های خانه و مدرسه نشان می‌دادند و نیز عزت نفس بالاتری داشتند و اضطراب و افسردگی کم‌تری در میان آنان گزارش شده بود (۲۸). پژوهش‌های این محققان نشان می‌دهد که ایمان مبتنی بر فهم مسائل مذهبی و علاقه‌ی قلبی به این مسائل (ایمان باطنی)، سبب کاهش ناراحتی‌های روانی می‌شود. بال، آرمیستد و همکاران در پژوهشی نشان دادند که داشتن فعالیت‌های مذهبی، با بالا بودن عزت نفس و کاهش فشارهای روانی و در مجموع، سلامت روان بالاتر در میان دختران آفریقایی تبار، رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد (۲۹). محققان از مدت‌ها پیش یادآور شده‌اند که دین، منبعی برای آرامش است و برای انسان، هدفمندی و احساس کنترل شخصی به ارمغان می‌آورد. بخش عمده‌ی از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که افراد هنگام مواجهه با بحران و سختی‌ها، از راه حل‌های مذهبی استفاده می‌کنند. با توجه به آنچه یاد شد، هدف این پژوهش؛ تعیین رابطه‌ی بین عمل به باورهای دینی و سلامت روان، در دانشجویان دانشگاه بناب است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، از نوع مطالعه‌های توصیفی است، به روش همبستگی (رگرسیون). جامعه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش، کل دانشگاه‌های شهر تبریز در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری هم از نوع نمونه‌گیری در دسترس بوده است؛ بدین صورت که، از بین کل دانشگاه‌های شهر تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب برای مطالعه انتخاب شد. نمونه‌ی پژوهش

روان‌شناختی؛ و همبستگی منفی معنی‌داری با اختلال‌های روانی دارد. در حالی که نگرش سطحی به دین، با بهزیستی روان‌شناختی، رابطه‌ی معکوس؛ و با آشفتگی، رابطه‌ی مستقیم دارد (۱۳).

پارگامنت و همکاران، نشان داده‌اند که بین روش‌های مقابله‌ی مذهبی و سلامت روانی، رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد؛ زیرا افرادی که فعالیت مذهبی دارند، از سلامت روانی بالایی نسبت به دیگر افراد برخوردارند (۱۴). در بیماران مبتلا به ویروس HIV دارای رفتارهای مذهبی، میزان اضطراب، استرس و افسردگی کم‌تر از مبتلایانی است که رفتارهای مذهبی ندارند. طبق بررسی‌ها مشخص شد که مردم آمریکا بعد از حادثه‌ی ۱۱ سپتامبر، اغلب از رفتارهای مذهبی برای کاهش میزان استرس خودشان استفاده می‌کرده‌اند (۱۵). نتیجه‌های تحقیق مالتبی و همکاران نشان داد که همبستگی بین سلامت روانی و فعالیت‌های دینی، مثبت است (۱۶).

همچنین در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده، عمل به باورهای دینی و مذهبی از عامل‌های پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روانی و بهزیستی جوانان است (۱۷). رفتارهای مذهبی همچنین موجب کاهش استرس روانی و بالا رفتن سرعت بهبودی اختلال‌های هیجانی و خلقی می‌شود (۱۸). نتیجه‌ی ۶۱ مطالعه از ۱۰۱ مطالعه‌ی انجام شده، نشان داد که میزان افسردگی افرادی که به باورهای دینی عمل می‌کنند، کم‌تر از دیگر گروه‌ها است، که در ضمن سرعت بهبودی افسردگی آن‌ها نیز بیش‌تر از سایر گروه‌ها بوده است (۱۹). به دلیل پایین بودن میزان استرس در افراد دارای رفتارهای مذهبی، آنان کم‌تر به بیماری‌های روان‌تنی مبتلا می‌شوند (۲۰). همچنین آقاجانی و همکاران اعتقاد داشته‌اند که میزان عزت نفس و سازگاری بین فردی و رضایت از زندگی، در افراد دین‌دار بالاتر است (۲۱). نتیجه‌ی مطالعه‌ی لارسون و همکاران، نشان داد که از نظر سلامت روانی و میزان استرس، تفاوت بسیاری بین افراد مذهبی و غیرمذهبی وجود ندارد (۲۲). همچنین در پژوهشی، بین عمل به باورهای دینی و میزان استرس دانشجویان پزشکی کشور آمریکا، رابطه‌ی دیده نشد (۲۳).

پژوهش صدری نشان می‌دهد که بین راهبرد مذهبی احساس آرامش در توکل و بُعدهای مختلف سلامت روان، رابطه‌ی منفی معنی‌دار وجود دارد؛ بدین‌گونه که هرچه در فرد، مقابله‌ی مذهبی آرامش افزایش یابد، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، وسواس، شکایت‌های جسمانی، حساسیت در رابطه‌های متقابل و فکرهای سوءظن‌دار، کاهش می‌یابد؛ و این، نشانگر بالا رفتن سطح بهداشت و سلامت روانی افراد

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ): پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی را گلدبرگ و هیلر تهیه کرده‌اند؛ که به‌طور گسترده در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسش‌نامه، یکی از شناخته شده‌ترین ابزارهای غربالگری در پژوهش‌های مربوط به سلامت روانی است (۳۲). گلدبرگ و همکارانش ابتدا این پرسش‌نامه را برای غربالگری اختلال‌های روان‌شناختی غیرسایکوتیک، در مرکزهای درمانی و دیگر جوامع طراحی و تدوین کردند. فرم اصلی و اولیه‌ی این پرسش‌نامه دارای ۶۰ سؤال بوده، که متن پرسش‌ها درباره‌ی وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به‌طور کلی سلامت عمومی او، با تأکید بر مسئله‌های روان‌شناختی و اجتماعی در زمان حال است. بعدها فرم‌های کوتاه‌تری نیز از این پرسش‌نامه، با ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده تهیه شد، که در پژوهش حاضر، از فرم ۲۸ سئوالی استفاده شده است.

این پرسش‌نامه افزون بر استخراج نمره‌ی کلی وضعیت سلامت روان افراد، چهار زیرمقیاس نیز دارد که هر کدام از آن‌ها دارای هفت سؤال است. چهار زیرمقیاس این پرسش‌نامه عبارت است از: علائم جسمانی‌سازی، علائم اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی. سؤال‌های هر زیرمقیاس هم به ترتیب پشت سر هم آمده است، به‌گونه‌ی که از سؤال یک تا هفت، مربوط به زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی است؛ سؤال‌های هشت تا ۱۴ مربوط به زیرمقیاس اضطراب می‌شود؛ از سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به زیرمقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی است و سؤال‌های ۲۲ تا ۲۸ هم مربوط است به زیرمقیاس افسردگی. نمره‌گذاری آزمون نیز بر اساس مقیاس چهار درجه‌ی لیکرت است (۰-۳)، که در آن، برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید؛ چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسش‌نامه مربوط می‌شود. در نتیجه، نمره‌ی کل یک فرد، از ۰-۸۴ و نمره‌ی هر زیرمقیاس، از ۰-۲۱ متغیر خواهد بود، که نمره‌ی بیش‌تر در هر مقیاس، نشانگر وضعیت نامطلوب آزمودنی؛ و نمره‌ی کم‌تر، بیانگر میزان سلامت روان بالاتر است (۳۳).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان تحقیق، ۱۸۳ دانشجوی (۸۸ مرد و ۹۵ زن) با میانگین سنی ۲۲/۷ سال و انحراف استاندارد ۳/۷ سال بودند. جدول شماره‌ی ۱، برخی آماره‌های توصیفی عمل به باورهای دینی و سلامت روان و زیرمؤلفه‌های آن را نشان می‌دهد.

شامل ۱۸۳ دانشجوی (۸۸ مرد و ۹۵ زن) بود که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از تعیین نمونه‌ی پژوهش، با هماهنگی مسئولان دانشگاه، با مراجعه به کلاس‌های درس، به کسانی که داوطلبانه تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، توضیح‌های لازم درباره‌ی هدف‌های پژوهش، رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شخصی داده شد و از آنان خواسته شد که صادقانه و با دقت کامل به مقیاس‌های عمل به باورهای دینی (معبد دو) و سلامت روان (GHQ - 28) پاسخ دهند. داده‌ها نیز با نرم‌افزار SPSS (نسخه‌ی ۲۲) و با تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون (خطی)، تجزیه و تحلیل شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: نداشتن اختلال‌های بارز روان‌پزشکی، به گزارش خود شرکت‌کنندگان در پژوهش؛ نداشتن سوء مصرف مواد مخدر؛ و ابراز رضایت کامل برای شرکت در پژوهش.

ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: داشتن سابقه‌ی مصرف داروهای روان‌پزشکی؛ داشتن بیماری‌های جسمی؛ داشتن اختلال ارگانیک مغزی، به گزارش خود شرکت‌کنندگان در مطالعه؛ و داشتن سابقه‌ی فکر کردن جدی به خودکشی.

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسش‌نامه اطلاعات فردی: پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی، شامل این‌ها بوده است: سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل (مطلقه یا بیوه بودن)، سابقه‌ی بیماری جسمانی، سابقه‌ی بیماری عصبی و روانی، سابقه‌ی استفاده از داروهای غیرنسخه شده و سابقه‌ی مصرف الکل و مواد مخدر.

مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد دو): این مقیاس را گلزاری در سال ۱۳۸۰ ساخته است. فرم اولیه‌ی آن، ۸۱ سؤال بود که پس از انجام تمامی مرحله‌های آزمون‌سازی، به ۶۵ سؤال تقلیل یافت (۳۰). آخرین نسخه‌ی این آزمون، ۲۵ سؤال بوده که بر اساس مقیاس پنج درجه‌ی لیکرت (۰-۴) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه، شش زمینه‌ی عمل به واجبات، دوری از محرمات، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات، انجام فعالیت‌های مذهبی و تصمیم‌ها و انتخاب‌های رایج میان مسلمانان را می‌سنجد. اعتبار آزمون معبد دو، با روش محاسبه‌ی آلفای کرونباخ، معادل ۰/۹۷؛ و با شیوه‌ی بازآزمایی، معادل ۰/۷۶؛ و با دو نیمه کردن آزمون، معادل ۰/۹۲ گزارش شده، که حاکی از پایایی و روایی خوب آن است (۳۱).

جدول ۱. آماره‌های توصیفی و ماتریس ضریب‌های همبستگی (n=183)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶
عمل به باور دینی	۱۷۳/۲۱	۲۶/۶	۱					
سلامت روان	۲۰/۹۶	۱۰/۰۳	** -۰/۴۸	۱				
جسمانی سازی	۵/۴۴	۳/۰۲	** -۰/۴۸	** ۰/۷۹	۱			
اضطراب و بی‌خوابی	۶/۳۰	۳/۳۲	** -۰/۴۳	** ۰/۸۲	** ۰/۵۷	۱		
بدکار کردی اجتماعی	۶/۳۶	۲/۶۲	** ۰/۵۲	** ۰/۷۹	** ۰/۵۵	** ۰/۵۶	۱	
افسردگی	۲/۸۶	۳/۶۰	* ۰/۱۵	** ۰/۷۸	** ۰/۴۴	** ۰/۴۸	** ۰/۵۱	۱

* . P < 0/05 , ** . P < 0/01

و زیرمؤلفه‌های آن، تحلیل رگرسیون خطی ساده انجام گرفت (جدول شماره ۲).

طبق نتیجه‌های نشان داده شده در جدول شماره ۱، همه‌ی متغیرهای پژوهش با یکدیگر رابطه‌ی معناداری دارند ($P < 0.05$). برای پیش‌بینی تغییرهای سلامت روان، بر اساس سلامت روان

جدول ۲. رگرسیون خطی ساده‌ی پیش‌بینی تغییرهای سلامت روان و زیرمؤلفه‌های آن، بر اساس نمره‌ی عمل به باورهای دینی (n=183)

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	r	r ²	B	SEB	Beta	آماره‌ی t
عمل به باورهای دینی	سلامت روان	۰/۴۸	۰/۲۳	-۰/۱۸	۰/۰۲۵	-۰/۴۸	-۷/۳**
عمل به باورهای دینی	جسمانی‌سازی	۰/۴۸	۰/۲۳	-۰/۰۵۴	۰/۰۰۷	-۰/۴۷۶	-۷/۲۸**
عمل به باورهای دینی	اضطراب و بی‌خوابی	۰/۴۳	۰/۱۹	-۰/۰۵۴	۰/۰۰۸	-۰/۴۳	-۶/۴**
عمل به باورهای دینی	بدکار کردی اجتماعی	۰/۵۲	۰/۲۷	-۰/۰۵۲	۰/۰۰۶	-۰/۵۲	-۸/۲۹**
عمل به باورهای دینی	افسردگی	۰/۱۵	۰/۰۲	-۰/۰۲	۰/۰۱	-۰/۱۵	-۲/۰۵*

* P < 0/05, ** . P < 0/01

می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که دین، نظام باور منسجمی ایجاد می‌کند که موجب می‌شود افراد برای زندگی خود معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند. سامانه‌ها و نظام‌های باورهای دینی به افراد امکان می‌دهد که به سختی‌ها، فشارهای روانی و کمبودهای گریزناپذیری که در روند چرخه‌ی زندگی رخ می‌دهد، معنا ببخشند و نسبت به زندگی امیدواری بیشتری داشته باشند. افزون بر این، حضور مرتب در امور مذهبی و شرکت در برنامه‌های دینی، برای افراد حمایت اجتماعی ایجاد می‌کند؛ که این، خود بر خوشحالی و روحیه و خُلق بالای افراد اثر دارد. در تأیید این تبیین، تیلور بیان کرده که اعتقادات دینی ممکن است از طریق انتظارات خوش‌بینانه و امیدوارانه، مبنی بر اینکه خدا به پارسایی و ایمان افراد از طریق بهبود سلامتی و بهزیستی آنان پاداش می‌دهد، بر سلامت روانی افراد اثر بگذارد (۳۴).

نتیجه‌ی یافته‌ها نشان می‌دهد که عمل به باورهای دینی، با زیرمقیاس بدکار کردی اجتماعی رابطه‌ی منفی دارد (-۸/۲۹). در حوزه‌ی کلی دین‌داری، در پژوهش‌های بسیاری به رابطه‌ی نزدیک دین‌داری و کنش اجتماعی تأکید شده است؛ برای مثال، خدایاری و همکاران رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین

بنابر نتیجه‌های به دست آمده از اجرای تحلیل رگرسیون خطی در جدول شماره ۲، نقش پیش‌بینی‌کنندگی عمل به باورهای دینی در سلامت روان کل و مؤلفه‌های آن، تأیید می‌شود ($P < 0.05$). عمل به باورهای دینی، ۲۳٪ از واریانس سلامت روان؛ ۲۳٪ از واریانس جسمانی‌سازی؛ ۱۹٪ از واریانس اضطراب و بی‌خوابی؛ ۲۷٪ از واریانس بدکار کردی اجتماعی؛ و ۲٪ از واریانس افسردگی، را تبیین می‌کند. همچنین، با توجه به ضریب‌های رگرسیون استاندارد (Beta)، پیش‌بینی می‌شود با تغییر یک واحدی در عمل به باورهای دینی، سلامت روان حدود ۰/۴۸ واحد، جسمانی‌سازی حدود ۰/۴۸ واحد، اضطراب و بی‌خوابی حدود ۰/۴۳ واحد، بدکار کردی اجتماعی حدود ۰/۵۲ واحد و افسردگی حدود ۰/۱۵ واحد، افزایش یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه‌های این پژوهش نشان داد که سلامت روان، با عمل به باورهای دینی، رابطه‌ی معناداری دارد. همچنین یافته‌های تحلیل رگرسیون نشان داد که تغییرهای سلامت روان در دانشجویان، با میزان عمل به باورهای دینی پیش‌بینی می‌شود، به‌گونه‌ی که حدود ۴۸ درصد از واریانس تغییرهای سلامت روان دانشجویان، با عمل کردن به باورهای دینی پیش‌بینی

شاخص سلامت روان‌شناختی نیز، نمره‌های بالاتری کسب می‌کردند (۴۱). پژوهش‌های دیگری نیز درباره‌ی رابطه‌ی بین مقابله‌های دینی و سلامت روان انجام شده که بر وجود رابطه‌ی بی‌مثبت بین مقابله‌های دینی و سلامت روانی صحنه گذارده است.

در نهایت، رابطه‌ی منفی معنادار بین عمل به باورهای دینی و افسردگی (۲/۰۵-) به دست آمد. در تحقیق علی‌بخشی و همکاران؛ و باقری و همکاران، رابطه‌ی معکوس معنی‌داری بین عمل به باورهای دینی و افسردگی پیدا شده که با مطالعه‌ی ما نیز همسو است (۴۲). به نظر می‌رسد بُعدهای مختلف دین‌داری، از طریق تقویت احساس‌ها و هیجان‌های مثبت (عشق، عزت نفس، امیدواری، شادمانی و خوش‌بینی) در افراد، از یک سو موجب پیشگیری از ابتلا به افسردگی؛ و از سوی دیگر، موجب کاهش احساس‌ها و هیجان‌های منفی در افراد می‌شود.

اتکینسون، معمولی‌ترین پاسخ افراد به فشار روانی را، اضطراب و افسردگی می‌داند. وی معتقد است که با آموزش صبر و کسب مهارت‌های بردباری در برابر موقعیت‌های گوناگون، افراد می‌آموزند که به سادگی تسلیم مشکل‌ها نشوند، بلکه برای رفع آن تلاش نمایند (۴۳). همچنین در بسیاری از آموزه‌های قرآن، می‌بینیم که با متوجه کردن افراد به سوی خداوند، نوعی آرامش جایگزین نگرانی و درماندگی می‌شود. جانسون بیان می‌کند که باورهای دینی نقش عمده‌ی در سلامت روان و سازگاری افراد دارد (۴۴). امروزه بسیاری از روان‌شناسان و روان‌پزشکان دریافته‌اند که دعا، نماز و داشتن ایمان محکم می‌تواند نگرانی، تشویش، یأس و ترس را که موجب بسیاری از بیماری‌ها است، برطرف سازد (۴۵). همچنین دعا و نیایش باعث تقرب فرد به خدا و ارتباط با آن قادر متعال می‌گردد و سبب می‌شود که فرد از رذیله‌های اخلاقی که آفت سلامت روان است، به دور باشد (۴۶). رفتارهای دینی از طریق ایجاد امید و نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد می‌شود (۴۷). بنابراین، نتیجه‌ی پژوهش‌هایی که درباره‌ی اثر مذهب بر سلامت روان انجام شده، حاکی از وجود تأثیر مثبت مذهب در سازگاری، ارتقای سلامت روانی، کاهش علائم بیماری و نیز کاهش ناراحتی و آشفتگی است؛ و از وجود رابطه‌ی مثبت بین مذهب و سلامت روانی حمایت می‌کند (۴۸).

به اعتقاد آلپورت، جهت‌گیری مذهبی می‌تواند دو نوع بیرونی و درونی باشد. جهت‌گیری بیرونی بر مبنای جلب منفعت‌ها و عواید مادی از جامعه، استوار است؛ ولی جهت-

سازگاری اجتماعی دانشجویان با دین‌داری، نگرش سیاسی- اجتماعی و پیشرفت تحصیلی آنان به دست آوردند (۳۵). ریچاردز نیز نشان داد که دین‌داری درونی با سازگاری هیجانی، اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر، رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارد (۳۶). لوین و همکاران هم مشاهده کردند که دین‌داری درونی، مهم‌ترین پیش‌بینی-کننده‌ی سازگاری شخصی و اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر است (۳۷). به عقیده‌ی وایلانت و همکاران نیز، دین در بعد رابطه‌های اجتماعی، از طریق فراهم کردن حمایت اجتماعی نیز مؤثر واقع می‌شود (۳۸). به نظر می‌رسد داشتن رابطه‌های اجتماعی صمیمانه و اعتمادپذیر با دیگران، از عامل-های اصلی سلامت باشد. افراد سالم، دلبستگی‌های اجتماعی قوی‌تری دارند. پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که، درگیری دینی افراد، موجب برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی می‌شود.

با توجه به جدول شماره‌ی ۲، مشاهده می‌کنیم که عمل به باورهای دینی، با متغیرهای جسمانی‌سازی و اضطراب و بی‌خوابی، رابطه‌ی منفی معنی‌داری (به ترتیب ۷/۲۸- و ۶/۴-) دارد. در تبیین این یافته‌ها، می‌توانیم بگوییم که شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری است که فرد در معرض استرس، آن‌ها را برای کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی، که فشارآور بوده‌اند و فراتر از منابع فردی‌اند، به کار می‌گیرد (۳۹). در همین جهت، مقابله‌ی دینی را، روشی معرفی کرده‌اند که از منابع دینی (مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند و ...) برای مقابله استفاده می‌کند. چون این نوع مقابله‌ها، هم منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ی برای تفسیر مثبت حادثه‌های زندگی است و می‌تواند به کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل نماید، از این رو به کارگیری آن‌ها برای بیش‌تر افراد مفید است (۴۰). به‌طور کلی مقابله‌ی دینی متکی بر باورها و فعالیت‌های دینی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و روحانی و ... همگی از جمله منابعی است که افراد متدین با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در رویارویی با حادثه‌های فشارزای زندگی، آسیب کم‌تری را متحمل شوند.

کوئینگ و همکاران دریافتند، افرادی که همیشه از مقابله‌های دینی استفاده می‌کردند، نسبت به افرادی که کم‌تر و گاهی از این مقابله‌ها استفاده می‌کردند، در ۹ شاخص از ۱۲

قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از تمامی افرادی که در این پژوهش مشارکت داشتند، به عمل می‌آورند. در ضمن از مدیر مرکز مطالعات دین و سلامت، حاج آقای عبدالجباری؛ دبیر محترم، جناب آقای دکتر رضایی طاویرانی؛ کارشناس مسئول، سرکار خانم کرمخانی؛ و همچنین سرکار خانم دولتشاهی، کمال تشکر و قدردانی اعلام می‌گردد.

References

1. Pakizeh A. Comparison of students' mental health and the impact of spirituality on its activation. Proceedings of the Fourth Seminar on mental health;2008.P:76-9.(Full Text in Persian)
2. Akashe G. The survey of mental health students Kashan University 1996.Andishe Journal. 2000; 1 (1): 11-20. (Full Text in Persian)
3. Saki K, Kikhaoni S. The survey of mental health students in the Ilam University of Medical Science.2002; 10(34-35): 5-11. (Full Text in Persian)
4. Milanifar B. Mental health. Tehran: Ghooms Publication; 2003. P:5-40. (Full Text in Persian)
5. Jahani-Hashemi H, Mirmohamzade- mahale S,Ghafelebashi H, Sarichloo M.E. Investigating the mental health of the first- and last-year students of QUMS (2005). The Journal of Qazvin University of Medical Science. 2008; 12(2):41-9. (Full Text in Persian)
6. Bakhshipourrudsari A, Peyravi H, Abedian A. Investigating relationship between satisfaction with life and social support with mental health among freshman students of Tehran University. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2005; 27-28(7): 145-52. (Full Text in Persian)
7. Gartner J, Larson D.B, Allen G. Religion commitment and mental health:A review of the empirical literature. Journal of Psychology and Theology. 1991;19(1):6-25.
8. Crane J. R, Perlman S, Meredith K. L, Jeffe D.B, Fraser V.J, Lucas A.M, Mundy L.M.Women with HIV: conflicts and synergy of prayer within the realm of medical care. AIDS Education and Prevention. 2000; 12(6):532-43.
9. Yeganeh T. Role of Religious Orientations in Determination of Hope and Psychological Well-being in Female Patients with Breast Cancer.Iranian Journal of Breast Disease. 2013;6(3):47-56. (Full Text in Persian)
10. Allport G. W, Ross G. M. Personal religious and prejudice. Journal of Personality and Social Psychology.1967; 2 (4): 432-43.
11. Ellison C.G. Religiuos involvement and subjective well- being. Journal of Health and Social Behavior.

گیری بیرونی، معنویت و ایمانی درونی است. نتیجه‌ی طبیعی داشتن جهت‌گیری مذهبی درونی، مراقبت، نگهداری و حفظ سلامت روانی است(۴۹). ایمان، نیرویی است که باید برای کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد و نبود ایمان، زنگ خطری است که شکست انسان را در برابر سختی‌های زندگی هشدار می‌دهد(۵۰). در کل باید اظهار کرد که پیچیدگی‌های عصر حاضر سبب شده که انسان به‌طور مداوم در برابر سختی‌ها، از خود ناسازگاری نشان دهد؛ از این‌رو باید در جستجوی راه‌هایی برای از بین بردن این ناکامی‌ها بود که در این میان، با توجه به پژوهش حاضر و دیگر پژوهش‌های مطرح شده، تقویت باورها و عقاید مذهبی در تمام مرحله‌های زندگی، اقدامی پیشگیری کننده و حتی درمان کننده برای کاهش و از بین بردن اختلال‌های روانی است. همچنین، از شیوه‌های مؤثر برای افزایش استعداد و ظرفیت انسان در برخورد با استرس‌ها و مشکل‌های زندگی، عنصر دین است؛ پس در این میان، همواره ایمان و اعتقاد مذهبی دارای اهمیت است. با توجه به تأثیر مثبت باورها و اعمال مذهبی در سلامت روان، استفاده از این ظرفیت‌ها در برنامه‌ریزی اقدام‌های بهداشت روانی، به ویژه درباره‌ی دانشجویان، توصیه می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش

علی‌رغم توضیح‌های لازم درباره‌ی هدف‌های پژوهش، ممکن است مشارکت‌کنندگان عمل به باورهای دینی خود را بالاتر از حد واقعی گزارش کنند. همچنین به دلیل نوع نمونه‌گیری(در دسترس؛ داوطلبانه)، احتمال وجود سوگیری در افراد نمونه افزایش می‌یابد و قابلیت تعمیم‌دهی کاهش می‌یابد، که تمام این موارد، روایی داخلی و اعتبار بیرونی نتیجه‌های پژوهش را با مشکل مواجه می‌سازد.

پیشنهادها

در پژوهش‌های آتی، پیشنهاد می‌شود نمونه‌های با حجم و شمار بیش‌تر از این پژوهش انجام گیرد. از این‌رو لازم است پژوهشگران دیگر، این پژوهش را در شهرهای مختلف با فرهنگ‌ها، عقاید و آداب و رسوم مختلف تکرار کنند تا قابلیت تعمیم‌پذیری بیش‌تر شود. پیشنهاد می‌شود از پرسش‌نامه‌های دیگری هم استفاده شود تا نتیجه‌های همسو با این مطالعه مشخص شود. همچنین توصیه می‌شود متغیرهای جمعیت-شناختی(سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و ...) در پیش‌بینی سلامت روان، بر اساس عمل به باورهای دینی وارد مطالعه شود تا نتیجه‌های مطمئن‌تری به دست آید.

1995. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012; 200(10): 856–62.
12. Hamilton J.B, Pouer B.D, pollard A.B, Lee K.J, Felton A.M. Spirituality among African American cancer survivors. Having personal relation ship with God. *Journal of Cancer Nurse*. 2007;30(4):309-16.
13. Kroll J, Sheehan W. Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. *The American Journal of Psychiatry*. 1989; 146(1) :67–72.
14. Pargament K.I, Koenig H.G, Perez L.M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*. 2000; 56(4):519–43.
15. Woods T.E, Antoni M.H, Ironson G.H, Kling D.W. Religiosity is associated with affective status in symptomatic HIV-infected African-American women. *Journal of Health Psychol*. 1999; 4(3): 371-26.
16. Maltby J, Day L. Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mentalhealth. *Personality and Individual Differences* .2004; 36(6): 1275-90.
17. Schuster M.A, Stein B.D, Jaycox L, Collins R.L, Marshall G.N, Elliott M.N, et al. A national survey of stressreactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *The New England Journal of Medicine*. 2001; 345(20): 1507-12.
18. Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importanceof religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40(4): 807-18.
19. Koenig H.G. Religion and depression in older medical inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007; 15(4): 282-91.
20. Koenig H.G. *Religious Practices and Health: Overview*. House of Representatives; 2008.
21. Aghajani S, Rajabi S, Ganji M, Ghafari M. Religion and psychological health. Ardabil: BaghRezwvan; 2008. (Full Text in Persian)
22. Van Ness P.H, Larson D.B. Religion, senescence, and mental health: the end of life is not the end of hope. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002; 10(4): 386-97
23. Perez J.E, Chartier M, Koopman C, Vosvick M, Gore-Felton C, Spiegel D. Spiritual striving, acceptance coping, and depressive symptoms among adults living with HIV/AIDS. *Journal Health Psychol*. 2009; 14(1): 88-97.
24. Sadri M, Kajbaf M.R, Ghoobaribonab B. The role of faith (trust in God) on mental health. *Journal of Mental Health News*. 2005; 29(37,38):90-109 .(Full Text in Persian)
25. Bolhary J. Investigate the relationship between stress, the level of trust in God and stress symptoms among medical students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1999; 6(1). 20-5. (Full Text in Persian)
26. Shojaeian M, Sodani M, Moradi F. The effectiveness of group logo therapy on the increase of life expectancy in retired men of the retirement center of Mamasani, Armaghane Danes Journal Next to EmamSagad Hospital, Yasuj University of Medical Sciences Yasuj, Iran. 2014; 19(6): 497- 506. (Full Text in Persian)
27. Aliasgharpoor M, Eybpoosh S. Quality of sleep and its correlating factors in residents of Kahrizak Nursing home. *journal nursing and mid urmia university of medical sciences*. 2011; 5(9):374-83. (Full Text in Persian)
28. Abbotts J, Williams R, Sweeting H, West P. Poor but healthy? The youngest generation of Irish Catholics in West Scotland. *Health Bulletin*. 2004; 59 (6): 373-80.
29. Ball J, Armistead L, Austin B.J. The relationship between religiosity and adjustment among African-American female, urban adolescents. *Journal of Adolescent*. 2003; 17(2): 74-80.
30. Golzari M. Making scale specification of religious people and relationship with their mental health. (Doctoral dissertation). AllameTabatabatabai University ; 2000. (Full Text in Persian)
31. Fallah R, Glozary M, Dastani M, Zahiruddin A.R, Moosavi S.M, Akbari M.S. Effectiveness of spiritual interventions to promote mental health in women with breast cancer. *Andishe & Raftar Quarterly Journal*. 2011; 5(19). 69-80. (Full Text in Persian)
32. Goldberg D.P, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*. 1988; 32(2): 137–44.
33. Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Social Science & Medicine Journal*. 1998; 46(4-5): 559–65.
34. Taylor E. J, Outlaw F. H, Bernardo T. R, Roy A. Spiritual conflicts associated with praying about cancer. *Psycho-Oncology*. 1999; 8(5): 386–94.
35. Khodayarifard M, Shokohi-yekta M, Ghoobaribonab B. Preparations scale Religious attitude of students. *Journal of Psychology* . 2005; 27-28(7): 145-52. (Full Text in Persian)
36. Richards P.S. *Hardman R.K, Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*. Washington: American Psychological Association; 2007.
37. Levine E. G, Aviv C, Yoo G, Ewing C, Au A. The benefits of prayer on mood and well-being of breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2009; 17(3): 295–306.
38. Vaillant G , Templeton J, Ardelt M , Meyer S.E. *The Natural History, of Male Mental Health: Health*

- and Religious Involvement. *Journal of Social Science & Medicine*; 2008. 66(2) .221–31.
39. Robatmili S, Sohrabi F, Shahrak M.A, Talepasand S, Nokani M, Hasani M. The Effect of Group Logotherapy on Meaning in Life and Depression Levels of Iranian Students. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2014; 4(11): 1-9.
40. Ebrahimi N, Bahari F, Zare-Bahramabadi M. The Effectiveness of Group Logo Therapy on the Hope among the Leukemic Patients. *Iranian Journal cancer prevention*. 2014; 7(1): 9. (Full Text in Persian)
41. Koenig H. G. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1998;13(4):213–24.
42. Ali- Bakhshi Z, Mamaghanieh M, Alipoor A. The Relation Between Trust in God and Mental Health Among Payame-Noor University Students. *Islamic University*; 2011(1):66-47. (Full text in Persian)
43. Atkinson J.W, Litwin G.H. Achievement motive and test anxiety conceived as motive to approach success and motive to avoid failu. *Journal of Abnormal Psychology*. 1960;60 (1) : 52-63.
44. Johnson M. A. Faith, Prayer and religiousobservances. *Journal of Clinical Cornerstone*. 2004; 6(1): 17-24.
45. Mohammadi F, Fard F.D, Heidari H. Effectiveness of Logo Therapy in Hope of Life in the Women Depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;159: 643-646.
46. Poloma M. M, Lee M. T. From prayer activities to receptive prayer: godly love and the knowledge that surpasses understanding. *Journal of Psychology and Theology*. 2011;39(2):143–54.
47. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2008;14(2):90-7.
48. Farahbakhsh S, Gholamrezaei S, Nikpay I. The survey of students' mental health in relation to academic factors. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2007;33-34(9): 61-6. (Full Text in Persian)
49. Lagman R. A, Yoo G. J, Levine E. G, Donnell K. A, Lim H. R. 'Leaving it to God' religion and spirituality among Filipina immigrant breast cancer survivors. *Journal of Religion and Health*. 2014; 53(2):449–60.
50. BagheriYazdi S.A, Bolhari J, Peyravi H. Mental health status of newly admitted students to Tehran University at 1994-95 academic year. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh & Raftar)*. 1995; 4(1): 30-9. (Full Text in Persian)