

2007 رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان

لیلی صالحی* لاله سلیمانی زاده** سید عباس باقری یزدی*** دکتر عباس عباس زاده****

The relationship between religious beliefs and locus of control with mental health

L Salehi L Solimanizadeh* SA BagheriYazdi A Abbaszadeh

دریافت: ۸۴/۶/۲۸ پذیرش: ۸۵/۶/۲۱

Abstract*Background:** Prevention of mental disorders is considered to be the major aim of mental health. Preventive attempts to strengthen religious beliefs and ideas are among the approaches to help reducing mental disorders.**Objective:** To study the relationship between religious beliefs and locus of control with mental health in female students.**Methods:** This was a descriptive-analytic study performed on 80 female students of Bandar Abbas University of Medical Sciences in 2000. Random clustering method was used for selection of samples. The data were collected using 3 different questionnaires named as Julian Rater Locus of Control, Symptom-Check List-90-Revised questionnaire, and Islamic Act Screening Scale.**Findings:** The data analysis showed a direct and positive effect of religion on mental health and locus of control, although the relationship between religious beliefs and symptom-check list-90-revised scale was significantly reversed.**Conclusion:** Regarding the positive effects of religious beliefs and practices on mental health, the use of this potential in community health planning specially when dealing with young adults is recommended.**Keywords:** Mental Health, Religion, Medical Students*** چکیده****زمینه:** هدف اصلی بهداشت روانی پیشگیری از وقوع ناراحتی‌ها و حفظ سلامت روانی است. تقویت باورها و عقاید مذهبی در تمام مراحل زندگی یک اقدام پیش‌گیری کننده جهت کاهش اختلال‌های روانی است.**هدف:** مطالعه به منظور تعیین رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی بندر عباس انجام شد.**مواد و روش‌ها:** این مطالعه تحلیلی بر روی ۸۰ دانشجوی دختر دانشکده‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی بندر عباس در سال ۱۳۸۱ انجام شد که به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گرد آوری داده‌ها سه پرسش‌نامه منبع کنترل جولیان راتر، برگه ارزیابی علائم مرضی و مقیاس عمل سنجی اسلامی بود. داده‌ها با آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.**یافته‌ها:** عملکرد مذهبی بر سلامت روان و منبع کنترل درونی تأثیر مثبت و مستقیم داشت، هر چند که رابطه بین عملکرد مذهبی و مقیاس‌های ارزیابی علائم مرضی معنی‌دار و معکوس بود.**نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر مثبت باورها و اعمال مذهبی در سلامت روان، استفاده از این ظرفیت‌ها در برنامه ریزی اقدام‌های بهداشت روانی به خصوص در مورد جوانان توصیه می‌شود.**کلید واژه‌ها:** بهداشت روانی، دین، دانشجویان پزشکی

* کارشناس ارشد مامایی و مربی آموزشی دانشکده پرستاری - مامایی بندر عباس

** مربی پرستاری و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

*** کارشناس ارشد بهداشت روان، اداره سلامت روان وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی

**** استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان مطهری، خیابان میر عماد، کوچه هفتم، پلاک ۱۴، طبقه دوم، تلفن: ۰۹۱۳۳۴۳۹۲۵۳

*E.mail: lsolaimani@yahoo.com

***مقدمه :**

بر منبع کنترل اشاره کرد. مفهوم منبع کنترل، به توانایی انسان در کنترل شرایط و رویدادهای محیطی معطوف می‌گردد و بر اساس این تئوری، افراد به دو دسته تقسیم می‌شوند: یکی، افراد دارای منبع کنترل درونی که خود را بر احساسات، رفتار و شرایط زندگی خود مسلط دانسته و در تغییر و اصلاح آن فعالانه می‌کوشند و موفقیت‌ها و شکست‌های خود را به عوامل درونی خود نسبت می‌دهند. این افراد در مقابل رویدادهای زندگی از موضع برتر و فعالانه‌تری برخوردارند و دارای اعتماد به نفس بیشتری هستند. دوم، افراد دارای منبع کنترل بیرونی که خود را مسلط بر شرایط و رویدادهای زندگی ندانسته و حوادث زندگی خود را به عوامل بیرونی از قبیل شانس، سرنوشت و قدرت دیگران نسبت می‌دهند. به نظر می‌رسد که این افراد به توانمندی‌ها و تلاش‌های خود متکی نیستند و از اعتماد به نفس پایین‌تر و در مقابل رویدادهای زندگی از موضعی انفعال‌پذیرتر برخوردارند. چگونگی تعبیر و تفسیر یک واقعه و این‌که فرد آن را ناشی از عمل خود یا نیروهای بیرونی و خارج از کنترل بداند، موضوع بحث منبع کنترل است. از آنجا که بررسی ارتباط بین منبع کنترل (درونی و بیرونی) و سلامت روان با ویژگی‌های مثبت شخصیتی همراه است.^(۶) این مطالعه به تعیین رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان افراد می‌پردازد.

*** مواد و روش‌ها :**

این مطالعه تحلیلی بر روی ۸۰ نفر از دانشجویان زن دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس انجام شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای و واحد نمونه‌گیری کلاس درس دانشجویان بود؛ یعنی ابتدا از میان دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس به طور تصادفی ۴ دانشکده و از هر دانشکده ۲ کلاس و از بین افراد حاضر در کلاس‌های دانشکده ۲۰ نفر به شیوه تصادفی انتخاب شدند. دانشکده‌های پرستاری، بهداشت، پزشکی و پیراپزشکی به عنوان جامعه آماری این مطالعه بودند.

اختلال‌های روانی در جوامع انسانی بسیار مشهود است و بسیاری از افراد در زندگی، امکان ابتلا به ناراحتی‌های روانی را دارند و به عبارت دیگر، کمتر کسی وجود دارد که در برابر بیماری‌های روانی مصونیت داشته باشد. هدف اصلی بهداشت روانی، پیشگیری از وقوع ناراحتی‌ها و حفظ سلامت روانی به منظور ایجاد یک محیط فردی و اجتماعی سالم و مناسب و همچنین درمان اختلال‌های روانی و پیشگیری از مزمن شدن بیماری در افراد است.^(۱) کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت فکر و روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب عنوان می‌کنند و معتقدند سلامت روان تنها نداشتن بیماری‌های روانی نیست بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی‌دار است.^(۲) از جمله عواملی که می‌تواند در پیشگیری و کاهش اختلال‌های روانی و همچنین مشکلات ناشی از آن از جمله خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی، اضطراب و غیره نقش موثری داشته باشد، داشتن اعتقادهای مذهبی است.^(۳) تقویت باورها و عقاید مذهبی در تمامی مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری کننده جهت کاهش اختلال‌های روانی است.^(۴) اعمال مذهبی، اعمالی هستند که بر روی عملکرد انسان تاثیر مثبتی دارند بدین طریق اعمال مذهبی گاه به‌عنوان تخفیف دهنده اضطراب، احساس گناه، افسردگی، رفع تعرض و ناامنی و غیره به کار می‌روند.^(۵)

مطالعات نشان می‌دهند که عملکردهای مذهبی نظیر حضور در اماکن مذهبی، خواندن کتب مقدس مانند قرآن، انجیل، تورات و دیگر نوشته‌های مذهبی و شرکت در فعالیت‌های دینی با بهداشت روانی همبستگی مثبت دارد.^(۷) اعتقادهای مذهبی علاوه بر تأثیر بر بهداشت روان، می‌توانند زمینه‌ساز برخی ویژگی‌های شخصیتی و خلقی در افراد باشند که از جمله آنها می‌توان به تأثیر آن

*** یافته ها :**

همه آزمودنی‌ها دختران دانشجو با میانگین سنی ۲۲/۸ سال بودند و در رشته‌های مختلف پرستاری، مامائی، اطاق عمل، هوشبری، پزشکی و بهداشت خانواده تحصیل می‌کردند. همه دانشجویان مورد مطالعه مسلمان و دارای مذهب شیعه و ساکن خوابگاه بودند. ۴۵ درصد نمونه‌های پژوهش نماز می‌خوانند و متوسط سن شروع نماز خواندن در گروه نمازخوان ۱۱/۵ سال بود.

بین سلامت روان و منبع کنترل رابطه مستقیمی وجود داشت. در ارتباط با مقیاس‌های بالینی سلامت روان، مشخص شد که شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب و خصومت با منبع کنترل رابطه عکس داشتند. در حالی که بین منبع کنترل با افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی و ترس مرضی رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود نداشت. بین عملکرد مذهبی با سلامت روان نیز رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود داشت؛ در واقع عملکرد مذهبی با شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی و اضطراب، خصومت، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی رابطه معکوس و معنی‌دار داشت و تنها در مورد ترس مرضی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱). در بررسی تأثیر عملکرد مذهبی بر منبع کنترل، نتایج نشان دهنده نقش مثبت عملکرد مذهبی بر منبع کنترل درونی بود ($r=0/1135$ ، $P=0/0001$).

ابزار گرد آوری داده‌های پژوهش، پرسش‌نامه منبع کنترل جولیان راتر، برگه ارزیابی علائم مرضی و پرسش‌نامه مقیاس عمل سنجش اسلامی بود که پس از ارائه توضیح لازم به افراد در یک جلسه، از آنان خواسته شد با اطمینان و اعتماد به این که نتایج این تحقیق فقط جنبه تحقیقاتی دارد، به پرسش‌نامه پاسخ دهند.

پرسش‌نامه منبع کنترل جولیان راتر ۲۹ سوال دارد و نمره برش برای این مقیاس ۸ است. بنابراین، همه آزمودنی‌هایی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند دارای منبع کنترل درونی و کسانی که نمره کمتر از ۹ بگیرند دارای منبع کنترل بیرونی هستند. ضریب روایی این مقیاس در نمونه‌های ایرانی با روش کودر- ریچاردسون ۰/۷ بوده است.^(۷)

دومین پرسش‌نامه مورد استفاده، برگه ارزیابی علائم مرضی بود. این آزمون دارای ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانی است. بررسی روایی و پایایی آزمون در مطالعات مختلف انجام گرفته در ایران، نشان‌دهنده توان بالای پرسش‌نامه در غربالگری و تعیین وضعیت سلامت روان است.^(۸) سومین پرسش‌نامه مورد استفاده، مقیاس عمل سنجش اسلامی بود که شاخص پایایی آن با ضریب کرونباخ برابر ۰/۹۵ محاسبه شد.^(۹)

جهت توصیف داده‌ها از آمار توصیفی و به‌منظور مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات افراد در مقیاس‌های آزمون‌ها از آمار استنباطی و جهت بررسی ارتباط بین عوامل، از آزمون همبستگی استفاده شد.

جدول ۱- ارتباط بین مقیاس‌های بالینی سلامت روان (SCL-90-R) با منبع کنترل و عملکرد مذهبی

مقیاس‌های سلامت روان	شکایت جسمانی	وسواس	حساسیت در روابط متقابل	افسردگی	اضطراب	پرخاشگری	افکار پارانوئیدی	روان‌پریشی	ترس مرضی
منبع کنترل	$r= -0/1248$ $P= 0/2701$	$r= -0/0906$ $P= 0/4241$	$r= -0/1709$ $P= 0/1296$	$r= -0/3498$ $P= 0/0015$	$r= -0/451$ $P= 0/0001$	$r= -0/2420$ $P= 0/306$	$r= 0/3287$ $P= 0/0029$	$r= 0/12118$ $P= 0/0593$	$r= 0/1120$ $P= 0/3225$
عملکرد مذهبی	$r= -0/2546$ $P= 0/0227$	$r= -0/02836$ $P= 0/8028$	$r= 0/9496$ $P= 0/4021$	$r= -0/1007$ $P= 0/3741$	$r= -0/1309$ $P= 0/2473$	$r= -0/2197$ $P= 0/0053$	$r= -0/1175$ $P= 0/1186$	$r= -0/3026$ $P= 0/0064$	$r= 0/9379$ $P= 0/4079$

***بحث و نتیجه‌گیری:**

این پژوهش نشان داد که بین میزان پابندی به اصول مذهبی بودن با منبع کنترل در دانشجویان مورد بررسی ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی با درونی شدن منبع کنترل، سلامت روان افزایش می‌یابد. فروغی‌پور در مطالعه خود بدین نتیجه دست یافت که شناخت منبع کنترل و عزت نفس از ویژگی‌های شخصیتی هستند که هر دو در یک طیف قرار دارند و با افزایش میزان عزت نفس افراد، منبع کنترل آنان دورنی خواهد شد.^(۱۰) گورل معتقد است که هرچه عزت نفس پایین‌تر باشد منبع کنترل فرد بیرونی‌تر خواهد بود.^(۱۱) تحقیقات غضنفری نیز گویای این مطلب است که با افزایش یا کاهش در یکی از دو متغیر منبع کنترل و افسردگی، در دیگری نیز تغییراتی حاصل می‌شود؛ به‌عنوان مثال با افزایش منبع کنترل درونی از میزان افسردگی کاسته می‌شود.^(۱۲) این نتیجه توسط براندون و لوفتین نیز مطرح شده است که با افزایش سطح افسردگی، کنترل بیرونی آزمودنی‌ها بیشتر می‌شود.^(۱۳) منبع کنترل نه تنها با سلامت روان، بلکه با سلامت جسمی نیز در ارتباط است. این موضوع توسط کشتی‌دار نیز مطرح شد.^(۱۴) ارتباط بین منبع کنترل، پیشرفت تحصیلی و ورزش نیز توسط فروغی‌پور مورد مطالعه قرار گرفت.^(۱۰) در پژوهش دیگری نشان داده شد که افراد با منبع کنترل درونی، در مقیاس‌های بالینی پارانوئید، اضطراب و پرخاشگری علائم را به میزان بیشتری نسبت به افراد با منبع کنترل بیرونی نشان می‌دهند.^(۶)

نتایج این پژوهش نشان داد که افراد با عملکرد مذهبی بالاتر، از سلامت روان بیشتری برخوردارند. به طوری که با افزایش عملکرد مذهبی میزان معیارهای بالینی پرسش‌نامه SCL90 کاهش می‌یابند که مشابه نتایج تحقیقات میر هاشمیان در سال ۱۳۷۸ است. وی در تحقیق خود نشان داد که بین عملکرد مذهبی و معیارهای بالینی شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، افکار

پارانوئیدی و روان‌پریشی رابطه عکس وجود دارد.^(۶) در تحقیق صورت گرفته توسط ابراهیمی و نصیری در سال ۱۳۷۵ نیز نشان داده شد که پابندی به نگرش‌های مذهبی بر پاداری نماز (مانند توحید، معاد و...) در حفظ و تعادل روانی و استمرار امیدواری و عزت نفس انسان‌ها مؤثرند.^(۱۵) نتیجه بررسی‌های عظیمی و نوغانی در سال ۱۳۷۹، عمران‌نسب و روشن‌نژاد در سال ۱۳۷۹، شجاعی‌زاده و اسلامی در سال ۱۳۷۹ و پرسمن در سال ۱۹۹۰ نیز گویای نقش مثبت عملکرد مذهبی بر معیارهای سلامت روان می‌باشد.^(۱۶، ۱۷ و ۱۸) سردارپور و همکارانش نیز در مطالعه‌ای که با هدف تعیین نقش روزه داری بر سلامت روان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که روزه داری باعث کاهش میانگین نمره تمامی مقیاس‌ها و عدم روزه داری با افزایش در میانگین نمره مقیاس‌ها بجز در مقیاس‌های ترس مرضی، حساسیت در روابط متقابل و روان‌پریشی همراه می‌باشد.^(۱۹) گله‌دار و جوادی نیز در مطالعه خود، نتایج مشابهی را در ارتباط با تأثیر آوای قرآن کریم بر کاهش اضطراب نشان دادند.^(۲۰) تایسن و همکارانش در تحقیقی که بر روی ۹۰۱ دانشجوی پزشکی زن انجام دادند به این نتیجه رسیدند که استفاده از الکل با کاهش فعالیت‌های دینی در ارتباط است.^(۲۱) در همین رابطه پرسمن و همکارانش در بررسی دیگری بر روی بیماران بستری در بیمارستان نشان دادند، افرادی که باورهای مذهبی قوی‌تری داشتند و اعمال مذهبی را انجام می‌دادند نسبت به سایرین سریع‌تر درمان شده‌اند.^(۱۸) نتایج این بررسی حاکی از تأثیر مثبت عملکرد مذهبی بر منبع کنترل است.

راش معتقد است که مذهب آن‌قدر برای پرورش سلامت روح آدمی اهمیت دارد که هوا برای تنفس.^(۲۲) آلوده نیز در تحقیقی تحت عنوان ارتباط بین تغییر مذهبی و از بین رفتن افسردگی و اضطراب می‌نویسد که از ۵۰ مطالعه انجام شده ۳۶ مورد (۷۲ درصد) نشان دهنده ارتباط مثبت بین اعتقادات مذهبی و بهداشت روانی هستند.^(۲۳)

۶. میر هاشمیان ح. تأثیر اعتقادات مذهبی در شکل‌گیری منبع کنترل و نیم‌رخ روانی دانشجویان دانشگاه تهران. دانشگاه اسلامی، ۱۳۷۸؛ ۸: ۶۹-۷۹

۷. ابراهیمی قوام ص. اندازه‌گیری روایی و اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران. پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی علامه طباطبایی تهران، ۱۳۷۱. ۱-۳۰

۸. نور بالا ا، محمد ک، باقری یزدی ع، یاسمی م. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران. مجله حکیم، ۱۳۸۰؛ ۵: (۱): ۱-۱۰

۹. خدایاری فرد م. گزارش طرح پژوهشی تهیه و مقیاس اندازه‌گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان دانشکده روان‌پزشکی و علوم تربیتی دانشگاه تهران: همایش نقش دین در بهداشت روان، ۱۳۷۸. ۸-۱۳۶

۱۰. فروغی پور م. مقایسه منبع کنترل، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان ورزشکار و غیر ورزشکار پسر سال دوم دبیرستان‌های دولتی منطقه ۶ شهر تهران. پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد تربیت بدنی. دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۵

11. Garroll JL, burhrow M. Concurrent validity of the culture free self-esteem inventory and physical heal in college students. J Psychiatr Res 1994; 74(2): 553-4

۱۲. غضنفری ا. مقایسه منبع کنترل و میزان افسردگی گروه جانبازان معلولین و افراد عادی. پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد تربیت بدنی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۴

13. Brandon L. Relationships between physical activity and heath-promoting behaviors in mid-life women. J Adv Nurs 1991; 253

۱۴. کشتی‌دار م. تأثیرات تمرینات هوازی بر منبع کنترل و میزان افسردگی جانبازان ضایعه نخاعی استان خراسان.

با توجه به تأثیر انکارناپذیر مذهب بر سلامت روان، دست‌اندرکاران و مسؤولین خدمات بهداشتی-درمانی می‌توانند از راهبردهای مذهبی به نحو شایسته‌ای در برنامه ریزی‌های بهداشت روانی جامعه استفاده نمایند و از روان‌درمان‌گران انتظار می‌رود از اعتقادات و باورهای افراد در جهت کمک به آنها استفاده نموده و باورهای مذهبی و دینی افراد را تقویت بخشند و به اولیاء تعلیم و تربیت و دست‌اندرکاران امر تربیت توصیه می‌شود که به فراگیران خود بیاموزند چگونه در مواجهه با وقایع ناگوار زندگی، شکست‌ها، از دست دادن‌ها، پیروزی‌ها و موفقیت‌ها، از مواضع صحیح و واقع‌گرایانه برخوردار باشند و بر توانایی‌های خود و اعتماد به نفس خویش در مواجهه با مسائل گوناگون تکیه کرده و از نسبت دادن موضوعات زندگی به عواملی از قبیل بدشانسی، دشمنی دیگران و فرافکنی بپرهیزند.

* مراجع :

۱. حاجی آقاجانی س، اسدی نوقانی ا. روان‌پرستاری بهداشت روان. تهران: ۱۳۷۸؛ ۱۵ [جلد ۱]

۲. حسینی آهق م. تأثیر نماز در سلامت روان و پیشگیری از انزوا و افسردگی در سالمندان. طب و تزکیه ۱۳۷۸؛ ۳۵: ۹-۱۷

۳. عظیمی دولتی ح، نوغانی م. بررسی میزان اضطراب و تطابق مذهبی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران. همایش سراسری اصول پیشگیری در پرستاری-مامایی؛ ۱۷ و ۱۸ خرداد ماه ۱۳۷۹؛ ساری. ۳۶

۴. یعقوبیان م، یعقوبی ط، روانبخش ا. نقش اعتقادات مذهبی در پیشگیری از اختلالات روانی. همایش سراسری اصول پیشگیری در پرستاری-مامایی؛ ۱۷ و ۱۸ خرداد ماه ۱۳۷۹؛ ساری. ۲۲

۵. واعظی س، کاظم‌زاده م. نقش نیایش در سلامت روانی. طب و تزکیه ۱۳۷۴؛ ۱۷: ۵-۸۱

1990; 147: 758-60

۱۹. سردار پور گودرزی ش، سلطانی ا. تأثیر روزه‌داری در ماه مبارک رمضان بر سلامت روانی. همایش تحقیقات علوم پزشکی در اسلام؛ ۱۳۷۹؛ کرمان. ۲۵

۲۰. گله‌دار ن، جوادی ط. تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب پیش از آزمون دانشجویان. همایش تحقیقات علوم پزشکی در اسلام؛ ۳ الی ۵ آبان‌ماه ۱۳۷۵؛ کرمان. ۴۵

21. Tyssen R. Use of alcohol to cope with tension and HS relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of nation-wide Norwegian samples of medical student. *addiction*. 1998; 93 (3): 1341-90

۲۲. جیمز ویلیام. دین و روان. ترجمه مهدی قائن. تهران: انتشارات انقلاب اسلامی؛ ۱۳۷۲. ۸-۴۷

23. Alvarado KA. The relationship of religions variable to death depression and death. *J Clin Psychiatry*. 1995; 51(2): 202-4

پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد تربیت بدنی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۴، ۸۵

۱۵. ابراهیمی ا، نصیری ح. بررسی رابطه بین دین و افسردگی در آسایشگاه‌های سالمندان اصفهان. اصفهان: مرکز تحقیقات علوم رفتاری در اسلام؛ ۱۳۷۵. ۸-۱

۱۶. عمران نسب م، روشن‌نژاد م. بررسی ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان در دانشجویان سال آخر کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۷۷. همایش تحقیقات علوم پزشکی در اسلام؛ ۱۳۷۹؛ کرمان. ۳۸

۱۷. شجاعی زاده د، اسلامی ا. بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانش آموزان سال آخر دبیرستان‌های اسلامشهر در سال تحصیلی ۷۶-۷۵. همایش تحقیقات علوم پزشکی در اسلام؛ ۱۳۷۹؛ کرمان. ۳۰

18. Pressman HA. Religious belief depression and ambulation status in elderly women with broken hips. *Am J Psychiatry*