

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روان و تاب‌آوری در زنان

محمود جاجرمی

خلاصه

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف رابطه نگرش مذهبی با سلامت روان و تاب‌آوری در زنان انجام شد.

*الهه پوراکیبران

روش کار: روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه دانشجویان زن متاهل دانشگاه فردوسی مشهد تشکیل می‌دهند که از این میان تعداد ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش، از سه پرسشنامه تاب‌آوری کانرو دیویدسون، سنجش نگرش‌های مذهبی و پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ و هیلر استفاده شده است.

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، تربت حیدریه، ایران

یافته‌ها: بین نگرش مذهبی و سلامت روان ($P < 0/01$) و بین نگرش‌های مذهبی و تاب‌آوری نیز رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد ($P < 0/01$).

*مؤلف مسئول:

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که نگرش مذهبی می‌تواند در افزایش سلامت روان و تاب‌آوری زنان، موثر باشد.

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
تاریخ وصول: ۹۵/۱۱/۲۵
تاریخ تایید: ۹۵/۱۲/۲۵

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، سلامت روان، زنان، نگرش مذهبی

مقدمه

با توجه به اهمیتی که جوامع امروزی برای تداوم و بقاء خانواده و سلامت بهداشت روانی افراد جامعه قائل است، بررسی مشکلات و عواملی که منجر به زوال خانواده و روابط نامناسب زن و شوهر می‌گردد ضروری به نظر می‌رسد و همانطور که تحقیقات نشان می‌دهد عوامل متعددی در تداوم نظام خانواده موثر است که یکی از مهمترین آنها نگرش مذهبی می‌باشد، و در این میان زنان به عنوان پایه محکم برای حفظ این نهاد مقدس از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشند. طبق تحقیقاتی که رابطه مذهب و خانواده را بررسی کرده‌اند گفته شده که این دو نهاد یک پارچه هستند و باعث افزایش سلامت می‌شوند (۱). دیدگاه اخلاقی و مذهبی هر فرد می‌تواند نحوه و مشکل سازگاری آن فرد را مشخص کند و انسانی که معتقد به اصول اخلاقی و مذهبی است روش‌های سازگاری خاص خود را دارد که از ویژگی‌های آن، قدرت تحمل بالا، صبر، مقاومت و توکل به خداوند هنگام مواجهه با مشکلات و بلایا است و هیچ کس نمی‌تواند تاثیر نگرش مذهبی را در بهبود روابط انسانی و سازگاری در زندگی اجتماعی بشر نادیده بگیرد (۲).

امروزه بیش از هر زمان دیگر میل به کنکاش و چالش گرفتن مذهب در حل بسیاری از معضلات اخلاقی اجتماعی انسان بوجود آمده است و هیچ کس نیست که بتواند نقش مذهب را انکار نماید. مذهب آثار نیک فراوان دارد که یکی از آن‌ها کاهش و رفع ناراحتی‌ها و کاهش بیماری‌ها و افزایش سطح سازگاری در انسان است و پیروان همه ادیان، عقیده دارند که علت ماندگاری مذهب این است که هم جزء خواسته‌های فطری و عاطفی بشر است و هم برخی از نیازهای اساسی انسان را به صورت منحصر به فرد تامین می‌کند (۳).

انسان‌ها به آرامش و سلامت روانی نیاز دارند، زیرا در سایه آرامش می‌توانند به رشد و کمال، اهداف عالی و سجایای اخلاقی برسند. از سویی دیگر، سلامت روانی در گرو جلوگیری از علل و عوامل شرایط تنش‌زا نهفته است. اکنون

دیدگاه «زیستی، روانی و اجتماعی» دیدگاه نظری برجسته‌ای است که فرض اساسی آن تأثیر متقابل عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی در تعیین سلامت و بیماری است. این الگو، محور زمینه رو به رشد روان‌شناسی سلامت و دین است که بر مراقبت از سلامت با تأکید بر انجام فرایض دینی تمرکز کرده است (۴).

نیاز انسان به دین قدمتی به عمر تاریخ دارد، زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی و مقتدر و تکیه‌گاه قدرتمند احساس نیاز می‌کرده است. مذهب، سیستم سازمان یافته‌ای از باورها شامل مشارکت، سنت، ارزش‌های اخلاقی، رسومات، مشارکت در یک جامعه دینی برای اعتقاد راسخ‌تر به خدا یا یک قدرت برتر است (۵). تحقیقات درباره مذهب نشان می‌دهد که تداوم باورهای مذهبی بر رفتارهای افراد مذهبی تأثیر می‌گذارد. از ۱۹۸۰ میلادی به رابطه مذهب و خانواده با علاقه به موضوعاتی، مانند تأثیر مذهب و سلامت فردی توجه بیشتری شد. همچنین باورهای مذهبی بر تاب‌آوری تاثیر دارند. مطالعه نقش باورهای مذهبی بر تاب‌آوری در برابر ضربه‌ها و آسیب‌ها می‌تواند فهم ما را از انطباق مثبت با حوادث افزایش دهد. از طریق مذهب است که انسان درمی‌یابد که بین او و وجود متعالی و برتر مطلق، رابطه وجود دارد و این رابطه یا از راه قلب، یا از راه عقل و یا به وسیله اجرای مراسم و اعمال مذهبی برقرار می‌شود (۶).

تاب‌آوری پاسخ فرد به حوادث استرس‌زای زندگی و عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک نموده و آن‌ها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند (۷).

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که آنچه انسان امروزی را بیشتر رنج می‌دهد خلأ وجودی و احساس بی‌هدفی و بی‌معنایی در زندگی است (۸). رشد پژوهش در روانشناسی دینی منجر به درک بیشتر تاثیر متغیرهای مذهبی در سلامت روان می‌شود (۹)، تحقیقات در زمینه‌های مختلف

مذهبی، از جمله میزان مذهبی بودن، نیاز به مذهب، جهت گیری مذهبی رفتارهای دینی، تاثیر آن بر سلامت جسمی و روانی، مقابله با اضطراب و استرس در سطوح مختلف سنی، مراقبت های بهداشتی، سلامت روانی و اجتماعی به میزان قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. به طوری که امروزه دهها کتاب و مجله در زمینه دین و کاربرد آن در زندگی انسان منتشر می شود که بیانگر اهمیت روزافزون مذهب در زندگی بشر امروزی است (۱۰). مذهب به عنوان یک الگوی عملیاتی رفتار، قادر است تا اصول رهنمود دهنده ای را برای مواجهه با پدیده ها ارائه دهد و موجب شود تا فرد مذهبی با تمرین و تکرار این اصول، به الگوی کارآمد برای مقابله با رویدادها و حوادث دست یابد و همین طور مذهب به عنوان یک پدیده اجتماعی، واجد کهن ترین شبکه اجتماعی حمایت خویش است. آموزه های مذهبی در خصوص ایثار، مهر و محبت، کمک و یاری واجد الگوهای کارآمد و اصیل هستند (۱۱).

روان شناسی در گذشته و در اوایل تکامل خود به عنوان یک علم، بر بیماری بیشتر از سلامت تکیه داشت و روانشناسان تاکید چندانی بر کمک به مردم برای شادتر بودن، تکامل یافته تر بودن، نوع دوست بودن، امیدوارتر بودن، عاشق تر و خوشبین تر بودن نداشته اند (۱۲). امروز و در مقابل این روند، رویکرد روان شناسی مثبت نگر ظهور کرده که نقاط قوت و کمال انسانی را بررسی می کند (۱۳). هدف نهایی در این رویکرد، شناسایی شیوه هایی است که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو، عواملی که سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی را تبیین کنند، بنیادی ترین سازه های مورد پژوهش هستند (۱۴). سازه هایی از جمله تاب آوری در این میان مهم به شمار می رود (۱۵) البته تاب آوری تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است (۱۶).

مطالعات تاریخی گواه آن است که نیایش و دعا بعنوان یک واقعیت موجود در جهان هستی از بدو خلقت انسان مطرح

بوده است و مردم برای نیل به کمال از آن استفاده می کرده اند. امروزه روان شناسان دریافته اند که دعا، نماز و داشتن ایمان محکم، تشویش، نگرانی، یأس و ترس را برطرف می سازد (۱۷) و در تحقیقی دریافتند میزان افسردگی آزمودنی هایی که در فعالیت های مذهبی شرکت می نمایند، نصف آزمودنی هایی است که کمتر در این فعالیتها شرکت می کنند. پارکر، رف، کنگ، باکر و آلمان^۱ گزارش داده اند آزمودنی هایی که از جهت گیری مذهبی بالاتری برخوردارند افسردگی کمتری را از خود نشان داده اند. بررسی های نیز (۱۸) حاکی از رابطه منفی و معنی دار جهت گیری با افسردگی است.

تأثیر ارزش ها و عقاید مذهبی در سلامت روانی افراد در پژوهش های گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است. در یک مطالعه نشان داده شد که عقاید مذهبی قوی تر باعث ایجاد یک اثر مثبت روانی می شود که در ارتقای بهداشت روان مؤثر است. همچنین اعتقادات مذهبی باعث افزایش سلامت افراد شده و رابطه مستقیمی بین مذهب و قدرت انطباق با محیط وجود دارد (۱۹).

نتایج تحقیقات مختلف نشان می دهد، مذهبی بودن و معنویت تاثیر زیادی بر سلامت روان و جسمانی افراد دارد (۲۰). نتایج تحقیقات دیگری نشان می دهد مذهبی بودن و معنویت با کاهش فشار خون، افزایش وضعیت سلامت عمومی، افزایش طول عمر، افزایش مهارت های مقابله ای و کاهش و کنترل استرس رابطه دارند (۲۱). همچنین در تحقیقی نشان داده شد بین جهت گیری مذهبی با سلامت روان و افسردگی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد (۲۲).

همچنین بین جهت گیری مذهبی و افسردگی رابطه منفی وجود دارد به طوری که آزمودنی هایی که از جهت گیری مذهبی بالاتری برخوردارند افسردگی کمتری را از خود نشان می دادند. همچنین طبق پژوهشی بین جهت گیری

مذهبی درونی و اضطراب، یک همبستگی منفی معنادار و بین جهت گیری مذهبی بیرونی و اضطراب، همبستگی مثبت معنادار وجود دارد (۲۳).

با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش به بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و تاب آوری با سلامت روانی در زنان پرداخته است.

روش کار

روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت از کلیه دانشجویان زن متاهل دانشگاه فردوسی مشهد بود.

نمونه تحقیق حاضر به روش در دسترس انتخاب شد. بر اساس نظر کرلینجر (۱۹۸۶) در تحقیقات همبستگی به ازای هر متغیر پیش بین نمونه ای به حجم ۲۰-۴۰ نفر نیاز است که در تحقیق حاضر به ازای هر متغیر پیش بین ۳۰ نفر انتخاب شد. بنابراین به عنوان نمونه تحقیق ۱۵۰ نفر از دانشجویان زن متاهل دانشگاه فردوسی مشهد انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل محدوده سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن اختلال جسمانی و روانپزشکی، نبود اتفاق تنش زای عمده در سه ماه اخیر، تاهل (در حال حاضر با همسر خود زندگی می کنند) و داشتن تحصیلات دانشگاهی کاردانی و بالاتر و طبقه اقتصادی متوسط بود.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات ایشان محرمانه باقی خواهد ماند.

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون: این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس در ۶ گروه جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه، انجام شده است. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین (۰، کاملاً نادرست) و (۵، همیشه درست) نمره گذاری می شود. حداکثر نمره، ۱۰۰ و حداقل، ۰ می باشد. این مقیاس

در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ بدست آمد.

ب- پرسشنامه نگرش مذهبی: پرسشنامه سنجش نگرش های مذهبی مسلمانان توسط سراج زاده (۱۳۷۷) و بر اساس مدل گلاک و ستارک^۱ (۱۹۶۵) با اسلام به ویژه اسلام شیعی تطبیق داده و متناسب شده است. این پرسشنامه شامل ۲۶ عبارت است که ۴ بعد (زیر مقیاس) دینداری را می سنجد. در نمره گذاری این پرسشنامه، نمره ی کل، نشانگر شدت نگرش های مذهبی مجموع نمرات فرد در ابعاد بالا است. برای نمره گذاری عبارات از اولین گزینه (کاملاً موافق) تا آخرین گزینه (کاملاً مخالف) به ترتیب عدد ۴ تا ۰ را اختصاص می دهیم. نمره گذاری عبارات ۲۰ تا ۲۶ هم به همین شیوه انجام می شود ولی نمره گذاری عبارات ۷، ۱۴، ۱۶، ۱۷ و ۱۹ برعکس انجام می شود (۰ تا ۴). هرچقدر نمره ی فرد در بعدی بالاتر باشد، شدت نگرش مذهبی فرد در آن بعد خاص بیشتر است. همین تفسیر در مورد نمره ی در شاخص نمره ی کل نیز صدق می کند. ضریب پایایی این پرسشنامه در مطالعه سراج زاده (۱۳۷۷) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین روایی این ابزار قابل قبول گزارش شده است.

ب- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ساخته شده و راجع به وضع کسالت، ناراحتی ها و سلامت عمومی فرد با تأکید بر مسائل روان شناختی، جسمانی و اجتماعی در زمان حال است. فرم اصلی آن ۶۰ سؤالی است و با توجه به تجدید نظرهای مکرر جهت تناسب با شرایط و فرهنگ های مختلف فرم های کوتاه ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۳ سؤالی از آن تهیه شده است. فرم مورد استفاده در تحقیق حاضر نسخه ۲۸ سؤالی است که توسط

¹Glock and Stark

²General Health Questionnaire

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از روش همبستگی و رگرسیون استفاده شده است.

نتایج

بر اساس نتایج میانگین سن زنان مورد مطالعه ۲۸/۸ سال بود. و نمونه‌ها از طبقه اقتصادی متوسط بوده و فقط ۲۲٪ از آن‌ها دارای درآمد مستقل از همسر بودند و همه نمونه‌ها ازدواج اولشان بوده و در حال حاضر در حال زندگی با همسر می‌باشند و هیچکدام مطلقه یا در حال متارکه نبودند. توصیف متغیرهای تحقیق بر روی ۱۵۰ نمونه زنان دانشجوی دانشگاه فردوسی مشهد در ادامه آورده شده است. نتایج در جداول ۱ تا ۵ آمده است.

جدول ۱- نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها مربوط به گروه تحصیلی

توزیع دانشگاه	فراوانی	درصد
علوم انسانی	۴۵	۳۰٪
علوم پزشکی	۳۰	۲۰٪
فنی و مهندسی	۴۵	۳۰٪
کشاورزی و دامپزشکی	۳۰	۲۰٪
جمع کل	۱۵۰	۱۰۰٪

جدول ۲- بررسی میزان نگرش مذهبی در شرکت کنندگان

میزان	عالی	خوب	متوسط	پایین
نمره	۱۵	۳۵	۷۵	۲۵

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار در هریک از متغیرهای نگرش مذهبی، تاب‌آوری، سلامت روان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	۳۷/۲۸	۱۴/۴۵
سلامت روان	۲۱/۱۱	۱۰/۸۹
نگرش مذهبی	۳۲/۱۵	۱۲/۸۵

جدول ۴- تجزیه و تحلیل آزمون کروسکال والیس در رابطه با نگرش مذهبی و سلامت روان

تعداد	مجدور خی	P	سطح معناداری	df
۱۵۰	۳۶/۵	۰/۰۰۰۵	٪۵	۰/۳

-۱

جدول ۵- توصیف آماری و ماتریس همبستگی متغیرهای تحقیق

تاب‌آوری	نگرش مذهبی	سلامت روان	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۰/۳۶	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۳۲

				۵/۰۵	۱۱/۹۳	بعد
			1			اعتقادی
				۴/۸۲	۹/۹۶	بعد
	۱	**۰/۷۶۷				تجربه ای
				۵/۰۴	۱۰/۴۷	بعد
	۱	**۰/۶۰۷	**۰/۷۰۳			پیامدی
				۵/۸۲	۱۰/۴۹	بعد
	۱	**۰/۴۱۸	**۰/۸۱۰	**۰/۷۰۴		مناسک

**P< ۰/۰۱*P< ۰/۰۵

زندگی به کار می‌روند. این ارزشیابی می‌تواند بین نگرش‌های مذهبی و سلامتی اتصال برقرار کند. آن‌ها بر این باورند که میل و گرایش دینی یک عامل مستقل و خودمختار در شخصیت انسان بوده و تمام اجزاء دیگر، شخصیت را در یک سیستم واحد کلی، وحدت می‌بخشد. به این معنا که هر چه فرد دارای دینداری درونی باشد، سلامت روانی بیشتری دارد، اما هر چه دین را در جهت رفاه و برآورده کردن نیازهای اجتماعی به کار ببرد و به اصل آن توجه نداشته باشد، از سلامت روانی پایینی برخوردار است (۲۵).

در اکثر تحقیقات روانشناختی، بر روی تأثیرات نگرش مذهبی و جهت‌گیری مذهبی در سلامت روانی تأکید شده است و تحقیقات زیادی در زمینه‌ی ارتباط مذهب با سلامت روانی موجود است. در فراتحلیلی که در زمینه‌ی مطالعات مذهبی و سلامت روانی انجام شده است، نتایج نشان داد که ۴۷٪ مطالعات، رابطه‌ی مثبت بین مذهب و سلامت روانی وجود دارد. ۲۳٪ رابطه‌ی منفی و در ۳۰٪ آنها رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشده است (۲۶).

در تبیین نتیجه بدست آمده می‌توان گفت مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس صمیمیت با دیگران، آرامش هیجانی، فرصت شکوفایی، احساس راحتی، مهارت‌تکانه‌ها، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل مؤثر می‌باشد.

نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه گرفت که نگرش مذهبی می‌تواند در افزایش سلامت روان و تاب‌آوری زنان، مؤثر باشد.

آزمون همبستگی بین نگرش مذهبی با میزان تاب‌آوری و سلامت روان پاسخگویان نشان داد که ضریب همبستگی بین نگرش مذهبی و تاب‌آوری پاسخگویان ۰/۱۹ و میزان همبستگی بین نگرش مذهبی با سلامت روان ۰/۳۳ و با توجه به اینکه در هر دو موقعیت سطح معنی‌داری در سطح $p < ۰/۰۵$ بنابراین رابطه معنی‌داری بین نگرش با تاب‌آوری و سلامت روان وجود دارد.

بر اساس نتایج، بین نگرش مذهبی و تاب‌آوری، همچنین بین نگرش مذهبی و سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد. قابل ذکر است که نمرات بالا در نگرش مذهبی و ابعاد آن نشانگر شدت نگرش مذهبی است.

بحث

با توجه به نقش و اهمیت مذهب در زندگی افراد پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روان و تاب‌آوری در زنان انجام شد. نتایج نشان داد ضریب همبستگی بین نگرش مذهبی و تاب‌آوری پاسخگویان ۰/۱۹ و میزان همبستگی بین نگرش مذهبی با سلامت روان ۰/۳۳ می‌باشد و رابطه معنی‌داری بین نگرش مذهبی با تاب‌آوری و سلامت روان وجود دارد.

طبق نظر پژوهشگران (۲۴) کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند در برابر تنش و فشار مصونیت بیشتر و سلامت بالاتری دارند.

آلپورت و راس استدلال می‌کنند که نگرش‌های مذهبی تعیین می‌کنند که چگونه کارکردهای مذهبی به عنوان مکانیسمی برای ارزشیابی و در ارتباط با حوادث استرس‌زای

References

1. Pargament KI. Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred. New York: Guilford; 2009.
2. Rabinson RDV. Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training program. *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 525-46.
3. Cohen D, Yoon DP, Johnstone B. Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *Int J Psychol Relig* 2009; 19(1): 121-38.
4. Afrooz G. [Breeding methods in prayer religious feeling]. Tehran: PTA; 2005. (Persian)
5. Valsh HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxford: Oxford University; 2009.
6. Kumpfer KL. Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: Glantz MD, Johnson JL. (editors). Resilience and development: Positive life adaptations. New York: Kluwer; 1999: 179-224.
7. Perkinzjons L. Prayer and medical science. *Arch Int Med* 2010; 160: 1135-8.
8. Jafari E, Hajloo N, Mohammadzadeh A. [The relationship between religious beliefs and spiritual well-being general health and coping strategies in soldiers]. *Journal of military medicine* 2015; 16(4): 191-6. (Persian)
9. Stirling-Wiley E. Locus of control and spiritual meaning as mediators of relations among religious orientation and anxious symptomatology and depressive symptomatology. Ph.D. Dissertation. Office of Graduate Studies of Texas A&M University, 2006.
10. Koenig Karold G, Cohen Harvey J. The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor. Oxford: Oxford University; 2011.
11. Bahrami E. [Relationship between religiosity and mental health and psychological disorders]. *Iranian psychological journal* 2005; 2(5): 35-42. (Persian)
12. Seligman MEP. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder CR, Lopez SJ. (editors). Handbook of positive psychology. New York: Oxford University; 2002: 3-9.
13. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Am Psychologist* 2000; 55: 5-14.
14. Samani S, Jokar B, Sahragard N. [Effects of resilience on mental health and life satisfaction]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2007; 13(3): 290-5 (Persian)
15. Campbell-Sills L, Cohan LS, Stein BM. Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther* 2006; 44: 585-99.
16. Garmzi PS, Hardman RK, Berrett M. Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders. Washington: American Psychological Association; 2007.
17. Kazemiyani Moghaddam K, Mehrabi Zadeh Honarmand M. [Comparing religious attitude and mental health of male and female students of Islamic Azad University]. *Journal of psychology and religion* 2009; 2(2): 174. (Persian)
18. Sodestrom KE, Martinson IM. Patients' spiritual coping strategies: a study of nurse and patient perspectives. *Oncol Nurs Forum* 1987; 14(2): 41-6.
19. Kiani AR, Farahbakhsh K, Asadi M, Sher Ali Pour A. [Dimensions of religious orientation and the boundaries of family communication, a canonical correlation]. *Psychology and religion* 2010; 3(3): 93-106. (Persian)
20. Dabaghi P. [Explore the role of spirituality and religion on health]. *Journal of Faculty of Paramedical Sciences of IRI Military* 2009; 4(1): 1-4. (Persian)
21. Kim Y, Seidlitz L. Spirituality moderates the effect stress on emotional and physical adjustment. *Pers Individ Dif* 2002; 32: 377-90.
22. Ramezani V. [Evaluate the relationship between internal and external religious orientation and mental health of men and women 25 to 55 years old Zoroastrian, Christian and Muslim in Tehran]. Dissertation. Teacher Training University, Faculty of Educational Sciences; 2005. (Persian)

23. Parker A, Kirs CH. Psychosocial issues, outcomes and quality of life. In: Otto SE. (editor). *Oncology nursing*. 4th ed. St Louis: Mosby; 2014.
24. Geraham Felaner B, Hood RW, Hunsberger B, Gorsuch RL. *The psychology of religion: An empirical approach*. 3rd ed. New York: Guilford; 2013.
25. Lahsayyzadeh A, Azargoon Z, Moradi G. [Assess religious orientation and mental health]. *Iranian journal of nursing* 2006; 23: 44-51. (Persian)
26. Hadianfard H. [Subjective well-being and religious activities in a group of Muslims]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2010; 11: 224-32. (Persian)