



Examining the Relationship between Islamic-Religious Beliefs and Mental Health-Oriented Style

Taha Ashayeri^{1*} , Elham abbasi² , Amrollah keshaverz³

1. Department of History and Sociology, Faculty of Social Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2. Assistant professor. Department of social science. payame noor university, Tehran, iran

3. Assistant professor. Department of social science. payame noor university, Tehran, iran

Corresponding Author E-mail: t.ashayeri@uma.ac.ir; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8210-8899>

Received: 28/02/2025, Revised: 30/04/2025, Accepted: 20/07/2025

Abstract

Mental health refers to an individual's psychological-mental well-being, self-efficacy, independence, autonomy, sense of empowerment, self-actualization, self-esteem, and psychological confidence. Accordingly, the main objective of this research is to study Islamic-religious beliefs and a mental health-oriented lifestyle between 2006 and 2024. The research method is based on a quantitative meta-analysis and systematic review of domestic empirical studies from scientific sources such as Noormags, Magiran, and Irandoc. From the collected statistical population of 69 documents, 42 documents were selected as the sample size using a non-probability purposive sampling method based on inclusion and exclusion criteria and entered into the CMA2 software. Finally, Cohen's and Fisher's effect sizes indicated a positive and direct impact of the level of Islamic-religious beliefs on a mental health-oriented lifestyle, with a final coefficient of 0.452. It should be noted that Islamic-religious teachings, as a transcendent matter and in the sense of Islamic beliefs, practices, rituals, and lifestyle, have the main goal of providing happiness, health, peace, and reducing risky human behaviors through social control, creating social capital, developing close friendship networks, establishing collective commitments, and ultimately enhancing human capacity for better coping with negative reality and everyday human events. This means coping, accepting reality, and patience when facing everyday hardships and crises, along with faith and effort to reduce the level of individual-social risks in the future.

Keywords: Islamic-religious teachings, mental health, risky behaviors, social acceptance and adaptation.

How to Cite: Ashayeri, T.; abbasi, E. & keshaverz, A. (2025). Examining the Relationship between Islamic-Religious Beliefs and Mental Health-Oriented Style. *Journal of Sociology of Lifestyle*, 10(3), 1-26. In Persian.



Extended Abstract

Background and Purpose

Attending religious ceremonies, having a religious family, religious friends, and studying religious texts, along with psychological support, social satisfaction, and reduced worries and concerns, are considered as supportive and protective factors for the individual. Religious beliefs and religious practices, by confronting feelings of guilt and fear and reducing anxiety and stress, lead the individual toward peace and tolerance. Health attitudes including diet, smoking, and drug use in society are influenced by religious thoughts and behaviors. The religion of Islam has significantly emphasized important health habits including avoiding the use/abuse of alcohol, drugs, and smoking; avoiding risky social behaviors and habits; adhering to diet and lifestyle; and maintaining mental health. Based on this, religiosity, as a psychosocial supporter of the individual, leads to the promotion of their mental health level. In this regard, documents and empirical research have been conducted in the period from 1385 to 1402 (2006-2024). Given the numerous studies and the lack of theoretical-empirical coherence, the present study intends to analyze the above studies using a meta-analysis and systematic review approach with CMA2 software, estimate the final effect size on mental health, and answer the following question: Have Islamic-religious beliefs and a health-oriented (psychological) lifestyle had a significant impact?

Materials and Methods

In this research, quantitative meta-analysis was used. Meta-analysis is the estimation of the effect size of studies in a main unit, which is evaluated by referring to published articles, the year of research, and significant dependent variables. In this applied method, which has a retrospective nature, the researcher performs a type of estimation or effect from the sum of studies conducted within a fixed time frame. Usually, the correlation coefficient, sample size, and significance level are the most important tools. Obtaining information in this research is a type of inverse questionnaire that has been indexed in reputable scientific research websites and has high validity and content validity. In the first step, after presenting the topic and identifying the range of independent and dependent variables in accordance with the objectives and questions, scientific documents from domestic websites were collected. As a result, the independent variable (religiosity and religious beliefs) and the dependent variable (mental health) were identified and summarized. The validity and reliability of the research were measured based on methodological criteria, theoretical criteria, conceptual-operational definitions, and the type of test depending on the level of the variable being measured. Two criteria, inclusion criteria and exclusion criteria, were used for screening articles. To obtain and collect articles from the websites Noormags, Civilica, IranDoc, and Magiran with the keyword “religiosity and mental health” in the time frame of 1385 to 1403 (2006-2024), 69 studies were identified with a sample size of 69. After controlling for methodology, validity, reliability, and scientific findings, 42 scientific documents were entered into the software, and the final effect size of each study and the overall final effect were estimated using the Fisher and Cohen formulas.

Discussion

According to the research results, the main goal of religion is to provide guidance and policy-making for human behavior so that individuals can move toward a healthy life, a healthy society, normal collective life, and a virtuous society. The structure of a healthy society is its mental health. The better the mental health of society, the further it will be from abnormalities and social harms. Among the effective components in forming such a society with a high mental health structure is attention to religious policies related to life



patterns, which indicates the impact of Islamic-religious beliefs on improving life satisfaction; more meaning in life; lower prevalence of anxiety and depression; and reduced tendency toward suicide and substance abuse. Religious organizations, groups, and individuals are often the first to provide compassionate care to mentally ill patients, and religion plays an important role in the first form of psychiatric care, known as "moral treatment." As such, the development of religious-Islamic beliefs leads to coping with life's adversities and daily individual problems, and the individual acquires the necessary moral-psychological skills to manage stress and problems.

Conclusion

According to the overall analysis of secondary data between 1385 and 1403 (2006-2024), more than 42 scientific surveys showed that Islamic religion and spirituality are very useful and effective for accepting social reality and coping with stressful situations and symptoms, natural disasters, diseases, and various undesirable situations of life, mourning, and end-of-life (death) conditions. The control of some behaviors, biological and social events is beyond the individual's control, and the individual's encounter with them may lead to increased mental and psychological suffering and pain. Such natural and social events can be prevented and managed by relying on religious patterns, religious life politics, and moral interpretations regarding how to accept, understand, and deal with them. For many elderly people, patients, grieving families, and those socially affected by disasters, in addition to using modern health and medical laws, referring to religious beliefs can be important sources of resilience. These beliefs can help with health and social healthcare and reduce psycho-behavioral harm and improve self-control.

Accordingly, it should be said that religion deals with the external functions and behavioral systems of individuals and addresses the inner dimensions of personality such as finding peace with nature or surroundings and with God, as well as discovering the meaning and motivations of life. Important aspects of spirituality are the love and peace that individuals gain from relationships with God. When a person becomes ill and experiences stress from life changes, they eventually look for obvious reasons or solutions for treatment. When the medical system fails to do so, the patient begins to look to spirituality for healing in other ways. Those who were not previously religious may turn to religion for comfort and find it as a new way to cope. If patients communicate with God in the hope of healing and peace, they show less psychological distress. The strength and peace derived from spiritual beliefs help maintain mental health and adopt preventive patterns through prayer, supplication, hope, and resistance.

Funding

This research received no specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' Contributions

- Conceptualization, Supervision, Methodology, Writing – Original Draft.
- Data Curation, Formal Analysis, Validation.
- Investigation, Resources, Writing – Review & Editing.

All authors reviewed and approved the final manuscript.

Conflicts of Interest



Copyright ©The authors Publisher: University of Tabriz, Tabriz, Iran

This is an open access article under the CC BY-NC 4.0 License(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>)

The authors declare no conflict of interest regarding the publication of this study

Acknowledgement

We also thank the anonymous reviewers for their constructive feedback





SLS فصلنامه جامعه‌شناسی سبک زندگی

جامعه‌شناسی سبک زندگی



نوع مقاله: پژوهشی

آزمون رابطه باورهای اسلامی - دینی و سبک سلامت‌محور روانی

طاها عشایری^{1*}، الهام عباسی²، امراله کشاورز³

1. استادیار گروه تاریخ و جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

2. استادیار و عضو هیات علمی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

3. استادیار و عضو هیات علمی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول: t.ashayeri@uma.ac.ir؛ ارکید: <https://orcid.org/0000-0001-8210-8899>

تاریخ دریافت: 1403/12/10 تاریخ اصلاح: 1404/02/10 تاریخ پذیرش: 1404/04/29

چکیده

سلامت روانی، اشاره به بهزیستی روانی-ذهنی، خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، احساس توانمندی، خودشکوفایی، عزت‌نفس و اعتماد روانی فرد دارد. بر این اساس، هدف اصلی تحقیق، پژوهشی پیرامون باورهای اسلامی-دینی و سبک سلامت‌محور روانی در فاصله زمانی سال 1385 الی 1403 است. روش پژوهش مبتنی بر فراتحلیل کمی و مرور سیستماتیک مطالعات تجربی داخلی از منابع علمی نورمگز، مگ ایران و ایران‌داک است. از جامعه آماری جمع‌آوری شده 69 سند، 42 سند به‌عنوان حجم نمونه با روش غیراحتمالی هدفمند طبق ملاک ورود و خروج، تعیین و وارد نرم‌افزار CMA2 شدند. در نهایت مشخص شد که اندازه اثر کوهن و فیشر، بیانگر وجود تأثیر مثبت و مستقیم میزان باورهای اسلامی-دینی بر سبک زندگی سلامت‌محور (روانی) بوده و ضریب نهایی آن برابر با 0/452 است. باید گفت که آموزه‌های اسلامی-دینی به‌مثابه امر متعالی و به معنای باورها، اعمال، مناسک و سبک زندگی اسلامی است که هدف اصلی آن تأمین سعادت، سلامت، آرامش و کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز انسانی از طریق کنترل اجتماعی، خلق سرمایه اجتماعی، توسعه شبکه‌های دوستی صمیمی، ایجاد تعهدات جمعی و در نهایت ارتقای توانمندی انسانی برای مقابله بهتر با واقعیت منفی و رخدادهای روزمره بشری است. این به معنای کنار آمدن، پذیرش واقعیت و بردباری در هنگام مواجهه با مصائب و بحران‌های روزمره، همراه با ایمان و کوشش برای کاهش میزانی از مخاطره‌های فردی-اجتماعی در آینده است.

کلیدواژه‌ها: آموزه‌های اسلامی-دینی، سلامت روانی، رفتارهای مخاطره‌آمیز، پذیرش و سازگاری اجتماعی

استناد به این مقاله: عشایری، طاها؛ عباسی، الهام و کشاورز، امراله (1404). آزمون رابطه باورهای اسلامی-دینی و سبک سلامت محور (روانی)، فصلنامه جامعه‌شناسی سبک زندگی، 1404، 10(3)، 1-26.



Copyright ©The authors Publisher: University of Tabriz, Tabriz, Iran

This is an open access article under the CC BY-NC 4.0 License(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

مقدمه

قدمت دین در جهان به اندازه تاریخ خلق انسان‌هاست. انسان‌های بدوی دارای ادیان بدوی بودند و عناصر طبیعت مانند خورشید، زمین، هوا، آب و غیره را جهت تأمین آرامش می‌پرستیدند. با پیشرفت تمدن، ادیان در جامعه اهمیت بیشتری یافتند. مهم‌ترین ویژگی مشترک همه ادیان انسانی، وجود اعتقادی راسخ و مستحکم به یک قدرت کنترلی بالاتر و پنهان بوده و این امر دین را برای بشر به یک ضرورت روانی تبدیل کرد (پراکش و همکاران، 2019). دین‌داری یک اصطلاح جامعه‌شناختی است که اشاره به ابعاد مختلفی از فعالیت‌های دینی و باورهای اعتقادی فرد دارد (ویلندر، 2014). امروزه سه مؤلفه دین‌داری، معنویت و سلامت روان، به‌طور فزاینده‌ای توجه سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی را به‌سوی خود جلب نموده است (پارکر و همکاران، 2023).

بررسی‌ها نشان داده است که باورها و اعمال مذهبی فرد با سطح پایین‌تری از افسردگی، اضطراب و آشفتگی روانی، و دین‌داری بالاتر با عاطفه مثبت بیشتری همراه هستند (عبدالخالک، 2007). این آیین و نهاد، به‌عنوان اعتقاد به یک قدرت برتر، «پایبندی به اصول یک سیستم اعتقادی تجویز شده» و مشارکت در اعمال عبادی مرتبط با آن نظام اعتقادی تعریف می‌شود (ماتیس و ماتیس، 2011: 126) که کارکردهای اجتماعی دارد و کارکرد اصلی آن در جامعه، حفظ سلامتی، دوری از افسردگی، اضطراب و بیماری‌های روانی از طریق تقویت استحکام روابط اجتماعی و پیوندهای گروهی است. امروزه علی‌رغم اینکه مدرنیته دین را به حاشیه برده است، به‌عنوان بخش یکپارچه‌ای از زندگی فردی و اجتماعی باقی‌مانده است (اندرسون، 2015) و برای عده زیادی، مذهب، مترادف با نوعی از سبک زندگی است (سونسون و همکاران، 2020) که زیست دینی را ایجاد کرده است. زیست دینی به اصول، رفتار و الگوهای زیست فردی - جمعی مرتبط با دین گفته می‌شود که در پی کسب آرامش، امنیت و دوری از مشکلات و آسیب‌هاست. افرادی که به خدا و اصول مذهبی باور دارند، مشکلات خود را به‌راحتی حل می‌کنند. زیرا خداوند را کمک‌کننده و یاری‌دهنده مسائل فردی و زندگی خود تلقی می‌کنند. بر این مبنا که خداوند آن‌ها را برای دستیابی به هدف و عبور از مشکلات حمایت می‌کند (برت و لنمن، 2008). جهت‌گیری مذهبی و دین‌داری، مانع از پرخاشگری، عصبانیت، اضطراب و افسردگی و به‌طور کلی مانع از بیماری‌های روانی می‌شود (کیل و همکاران، 2012).

بیشتر تحقیقات در مورد سلامت جسمانی نشان داده‌اند که دین‌داری با سطوح پایین‌تر بستری شدن در بیمارستان و درد، بقای بیشتر و وضعیت عملکرد بهتر قلب و عروق مرتبط است (بتز و بوون، 2008). و در این میان کسانی که به خدای تنبیه‌کننده اعتقاد دارند، نسبت به کسانی که به خدای مهربان و حامی اعتقاد دارند، سلامت روانی ضعیف‌تری دارند (لویس و کوزر، 2006).

بر این اساس، روابط معنی‌داری بین سطوح دین‌داری با اختلالات افسردگی، استرس زندگی و رفتارهای خودکشی وجود داشته و به‌ازای افزایش میزانی از باورهای مذهبی، از شدت پریشانی اجتماعی و افسردگی کاسته می‌شود و فرد در برابر شرایط اجتماعی، پایداری و تاب‌آوری خود را حفظ می‌کند. حضور در مراسم مذهبی، خانواده دین‌دار، دوستان مذهبی



و مطالعه متون دینی، با حمایت روانی، رضایت اجتماعی و کاهش دغدغه و نگرانی همراه است و این‌ها به مثابه امری حمایتگر و دفاع‌کننده از فرد قلمداد می‌شوند. اعتقادات مذهبی، اعمال دینی از طریق مقابله با احساس گناه و ترس، کاهش اضطراب و استرس، فرد را به آرامش و مدارا سوق می‌دهد و نگرش‌های سلامتی از جمله رژیم غذایی، سیگار کشیدن و مصرف مواد مخدر در جامعه نیز تحت تأثیر اندیشه‌ها و رفتارهای مذهبی است. دین اسلام به‌طور قابل‌توجهی بر عادات بهداشتی مهم از جمله دوری از استفاده/سوء مصرف الکل، مواد مخدر و سیگار، اجتناب از رفتارها و عادت‌های پرخطر اجتماعی، رعایت رژیم و سبک غذایی و حفظ سلامت روانی تأکید کرده است. بر این اساس، دین‌داری به‌عنوان حمایت‌کننده روانی - اجتماعی فرد، به ارتقای سطح سلامت روانی او منجر می‌شود. البته در این زمینه اسناد و پژوهش‌های تجربی در بازه زمانی 1385 تا 1402 صورت گرفته است، اما با توجه به پژوهش‌های متعدد و فقدان یک انسجام نظری - تجربی، پژوهش حاضر قصد دارد با رویکرد فراتحلیل و مرور سیستماتیک، پژوهش‌های فوق را با نرم‌افزار cma2 تحلیل کند و اندازه اثر نهایی آن را بر سلامت روان برآورد نموده و به پرسش زیر پاسخ دهد:

- آیا باورهای اسلامی-دینی بر سبک سلامت‌محور(روانی) تأثیر معنی‌داری داشته است؟

ادبیات پژوهش

دین‌داری

مذهب را نظامی سازمان‌یافته از باورها، اعمال، عادات و رسوم و نهادها می‌دانند که برای تسهیل و رفع نیازها زیر نظر قدرتی برتر طراحی شده است(مکینون، 2002). به عقیده آلپورت، دین‌داری امری است که فلسفه زندگی را منسجم و یکپارچه می‌کند. مذهب، نظامی از ارزش‌هاست که شرایط را برای سلامت شخصیت و روان فرد مهیا می‌کند(فونگ و همکاران، 2020). مذهب نوعی از تجارب، تفکر، احساس و فعالیت فردی است که در آن فرد تلاش می‌کند تا خود را با آنچه مقدس و الهی می‌داند ارتباط دهد(جنتیل، 2004). باورهای مذهبی و معنوی می‌تواند برای کسانی که با چالش‌های بهداشتی کنار می‌آیند، حمایت و معنی ارائه دهد(مارکز و همکاران، 2022).

سلامت روانی

سلامت روانی به وضعیت ذهن و فرآیندهای شناختی فرد اشاره دارد و شامل عواملی مانند عملکرد شناختی، فرآیندهای ذهنی و رفتارهایی است که بر نحوه درک، تفسیر و واکنش افراد به دنیای اطراف خود تأثیر می‌گذارد. سلامت روانی به نحوه تفکر، احساس و رفتار مردم اشاره داشته و دارای ابعادی مختلفی است:

الف. سلامت جسمانی: به وضعیت بدن و توانایی آن برای عملکرد بهینه، منظم و درست اشاره دارد و جنبه‌های مختلفی مانند تغذیه مناسب، ورزش منظم، خواب کافی و دوری از مواد مضر را شامل می‌شود.

ب. سلامت عاطفی: به توانایی یک فرد برای درک، بیان و مدیریت مؤثر احساسات خود مربوط می‌شود و شامل آگاهی از احساسات، مدیریت استرس، ایجاد انعطاف‌پذیری و ایجاد روابط سالم است.



ج. سلامت معنوی: به احساس هدف و معنا در زندگی و ارتباط با چیزی بالاتر از خود اشاره دارد و شامل بررسی ارزش‌ها و باورهای شخصی و پرورش حس آرامش و رضایت درونی است. معنویت شامل احساس معنا، هدف و ارتباط با چیزی فراتر از خود بوده و بر رشد شخصی، آرامش درونی و کاوش در تجارب متعالی تمرکز دارد.

چارچوب نظری پژوهش

تأثیر باورهای دینی، معنوی و مذهبی بر سبک سلامت‌محور

تأثیر باورهای مذهبی و دینی بر سلامت روان از دو بعد بررسی شده است:

الف. نگرش دین اسلام به سبک زندگی سلامت‌محور

خداوند در قرآن مجید، با تأکید بسیار، تنها راه رستگاری و سعادت انسان را در «تزکیه» و پالایش روح و روان آدمی^۱ می‌داند. در تعالیم اسلامی، بر اهمیت بهداشت و سلامتی جسم و جان آدمی بسیار تأکید شده است. امام علی (علیه‌السلام) می‌فرماید: سلامتی یکی از نعمت‌های بزرگ الهی است و مانند هر نعمت دیگر تا از دست نرود قدرش شناخته نشود. بنیان اجتماعی اسلام با اندیشه دینی گره خورده که جامعه سازمان‌یافته و انتظارات از آن را بیان می‌کند. این اندیشه دین را با زندگی درمی‌آمیزد و حکمرانی بهتر را از آن خداوند بلندمرتبه می‌داند. دین اسلام تأکید بسیار بر اعمال و فرایضی دارد که به سلامت و دوری از مسائل منفی مرتبط است. این دین نظریه‌ای درباره اعمال و فرایض اجتماعی است. بر مبنای قرآن کریم، کتاب الهی دین اسلام، عمل واجب گرد پنج ستون، یعنی اقرار به خدای یکتا، نماز (خضوع ژرف رو به مشرق، پنج مرتبه در روز)، زکات، روزه‌داری در ماه رمضان و زیارت شهر مکه (دست‌کم یک‌بار در طول زندگی فرد) ساختاریافته است. این قوانین بر زندگی مسلمانان حاکم بوده و احکام آن باید از قرآن استخراج شود (ایساف، 1400: 201). شادی و نشاط، از عوامل مهم و مؤثر بر سلامت روان تلقی شده، به‌طوری‌که امام علی (ع)، چنین فرموده است: «شادی مؤمن در چهره اوست و غم و اندوهش در دل^۲». و این نشانگر اهمیت نشاط و تعامل مثبت افراد با دیگران در اجتماع و حفظ سلامت روانی است؛ به‌طوری‌که در برخوردهای اجتماعی با گشاده‌رویی دیگران را در شادی خود سهیم می‌نمایند. همچنین ایشان صبر و استقامت را ملاک تعیین سلامت نفس و روان دانسته می‌داند و می‌فرماید: «صبر برای ایمان، همانند سر است برای انسان. بدنی که سر ندارد، فایده‌ای ندارد؛ همان‌گونه که در ایمان بدون صبر چیزی نیست^۳» (دشتی، 1384: 367). دین اسلام، منبع غنی و عظیم برای ارتقای سلامت روانی افراد محسوب می‌شود و از دست ندادن ایمان، امید و انگیزه اجتماعی را معیار اصلی در مواجهه با مشکلات و سختی‌های روزمره می‌داند. بنابراین «نفس مطمئنه، همان الگویی است که انسان مسلمان می‌کوشد، به آن دست یابد و حالتی است که فرد در آن، بیماری حیرت و شک، شهوت و فریب و گمراهی را نمی‌شناسد و الگوی کاملی برای دستیابی به سلامت روان است. از این‌رو، روی آوردن انسان مسلمان به خداوند متعال و روز آخرت و ذکر

1. وَ نَزَّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَ رَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَ لَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا (اسراء: ۸۲)

2. المؤمن بشره فی وجهه و حزنه فی قلبه

3. و علیکم بالصبر فان الصبر من الايمان كالراس من الجسد و لاخیر فی جسد لا راس معه و لا فی ایمان لا صبر معه



و دعا و التماس و توبه با تضرع و زاری به درگاه خدا، موجب آرامش روانی او می‌شود و انسان به دلیل استعداد و آمادگی و رضایت و عقیده‌ای راسخ که پیدا کرده و امید به واسطهٔ زندگانی پاکیزه‌ای که خداوند به مؤمنان توبه‌کننده صالح خودش وعده داده است، از بیماری‌اش شفا می‌یابد قرآن کریم می‌فرماید: و هر کس به دیدار پروردگارش امید دارد، باید کار نیک انجام دهد...^۱. در ادامه آمده است: «و هر کس بر خدا توکل کند، پس او برایش کافی است^۲». باید گفت که تقویت شکیبایی و بردباری، قدرت تحمل انسان را در برابر دشواری‌های زندگی افزایش داده و اعتدال روانی او را حفظ می‌کند. قرآن مجید همگان را به این مهم فرامی‌خواند و می‌فرماید: «از صبر و نماز کمک بجوید^۳». اندیشه و آموزه‌های اسلام، جهت پیشگیری از رفتارهای مخاطره‌آمیز و درنهایت رسیدن به سلامت روانی، رستگاری و آسایش است: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید! شراب و قمار و بت‌ها و چوب‌های شرط‌بندی، فقط پلیدند [و] از کارهای شیطان‌اند. پس از آن [ها] دوری کنید، باشد که شما رستگار شوید^۴». همچنین اسلام معیار برتری انسان‌ها در جامعه را صرفاً تقوا، پاک‌دامنی و عفت قرار داده است: «پلید و پاک مساوی نیستند، هرچند فزونی پلید تو را به شگفتی اندازد. پس ای خردمندان! خودتان را از [عذاب] خدا ننگه دارید، باشد که شما رستگار شوید^۵».

ب. نگرش مطالعات خارجی نسبت به تعامل دین و سبک زندگی سلامت‌محور

نظریهٔ کارکردگرایی، بهداشت مناسب و مراقبت‌های پزشکی مؤثر را برای کارکرد مناسب جامعه، امری ضروری می‌داند. دین از این منظر دارای کارکردهای اجتماعی است که برای حفظ سلامت، تعادل و پویایی اجتماعی لازم است (انتشارات دانشگاه مینه‌سوتا، 1401: 580). رابطهٔ بین دین و سلامت روانی و جسمی به دوران باستان برمی‌گردد. با این حال، در قرن 19 و 20، دین به‌ویژه در زمینهٔ روان‌پزشکی، مشارکت مذهبی، امری منفی، و عامل پیامدهای بدتری مانند هیستری و روان‌رنجوری، جنون، دیوانگی و تفکرات خرافاتی، تلقی می‌شد. این امر باعث ایجاد جدایی بین دین و پزشکی شد و منجر به رواج نگرش منفی نسبت به پرداختن به باورهای معنوی و مذهبی در عمل بالینی گردید. اما در دهه‌های 1970 و 80، پژوهش‌های متعددی منتشر شد که نشان می‌داد باورهای دینی عموماً با سلامت روانی بهتری همراه بود. و بعد از آن بود برنامه‌های دستیاری روان‌پزشکی، شروع به گنجاندن این موضوع در برنامه‌های درسی خود کردند (لوکتی و همکاران، 2021) و به‌مرور آموزش و مطالعه دربارهٔ اهمیت تأثیر دین‌داری بر سلامت روان افزایش یافت (موریرا-آلمیدا و همکاران، 2016: 87).

بر این اساس می‌توان گفت که دین می‌تواند به زندگی و مرگ انسان‌ها معنا ببخشد و از این طریق احساس بیهودگی، بحران و یأس فردی از بین ببرد و امید اجتماعی را تقویت کند. سلامت معنوی با آرامش ناشی از باور و سازگاری روحی، همچنین تجارب فرد در یک فرآیند منحصربه‌فرد و پویا که منعکس‌کنندهٔ ایمان به خدا و قدرت بیکران است، ارتباطی

1. فمن كان يرجوا لقاء ربه فليعمل عملاً صالحاً؛ (كهف/ سوره ۱۸، آیه ۱۱۰)

2. وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ...؛ (طلاق/ 3)

3. وَاسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ

4. يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رَجْسٌ مِنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ؛ (مائده/ 90)

5. قُلْ لَا يَسْتَوِي الْخَبِيثُ وَالطَّيِّبُ وَلَوْ أَعْجَبَكَ كَثْرَةُ الْخَبِيثِ فَاتَّقُوا اللَّهَ يَا أُولِي الْأَلْبَابِ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ؛ (مائده/ 100)



عمیق دارد. امروزه «معنویت» و «ارزش‌های متعالی» در آموزش علوم پزشکی به‌ویژه آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های زندگی معنوی و افراد جامعه، امری الزامی است (خاکی و صادقی حبیب‌آباد، 2021). طبق نظریه سلامت روان، دین رهنمودهای بسیار مهمی را در مورد پایداری سلامت روان ارائه می‌دهد که می‌تواند به افراد کمک کند تا مسیر و چشم‌اندازی را برای زندگی خود ترسیم کنند و بنابراین این رهنمودها، حالتی نجات‌بخش و امیدوارکننده دارد و از این طریق استرس، فشارها و نیز عدم قطعیت‌های زندگی برای مؤمنان قابل‌تحمل‌تر خواهد بود (پراکش و همکاران، 2019).

یکی از مهم‌ترین و ضروری‌ترین مسائل برای تعیین سلامت روانی، دین‌داری است و دین در زندگی مردم نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. به‌طوری‌که تعهد مذهبی، عادت و رسوم‌های مرتبط با آن می‌تواند مهم‌ترین عامل در حفظ کیفیت زیستی و آرامش روانی فرد باشد (مالیناکوا و همکاران، 2020). تحقیقات قابل‌توجهی نشان می‌دهند که مذهب و معنویت برای بسیاری از افراد معنا، هویت، عزت‌نفس و حمایت اجتماعی را فراهم می‌کند (آنتونوفسکی، 1987). دین‌داری ارتباط مثبتی با بهزیستی جسمی و روانی دارد (هاکنی و سندرز، 2003). دعا در بزرگسالان، رابطه منفی با پریشانی روان‌شناختی و ارتباط مثبتی با سلامت روان آن‌ها دارد، اما رابطه معنی‌داری با سلامت جسمانی ندارد (بیسلر و لد، 2009).

علاوه بر این دین‌داری و وابستگی مذهبی، معنا و هدف و احساس تعلق را در فرد ایجاد می‌کند. نیز معنویت و ایمان با بهبود نتایج سلامت روان مرتبط است (رودریگز و همکاران، 2021). افرادی که اعتقادات مذهبی را مهم می‌دانند، برای حل مشکلات خود کمتر از درمانگران غیردینی کمک می‌گیرند. رهبران مذهبی و معنوی در سنت‌های مختلف، نقش حیاتی در مراقبت برای رفاه معنوی، عاطفی و فیزیکی اعضای خود بازی می‌کنند. این الگوهای مرجع دینی مهم، با ایجاد زمینه و شبکه‌های حمایتی، اعضا را منسجم نگه می‌دارند و آن‌ها را در برابر مسائل منفی محافظت می‌کنند (اوبنگ بوتنگ و همکاران، 2023).

در میان جوانان دین‌دار، پرخاشگری و رفتار مخاطره‌آمیز، کمتر است. مذهب، معنویت و نهادهای مذهبی، تسهیل‌کننده مراقبت‌های بهداشت روانی و سلامت روان هستند (پلنی و همکاران، 2019). دین از طریق پنداشت و درک مشترک، ارتباط جمعی را ممکن می‌سازد و افراد را نسبت به سرنوشت همدیگر متعهدتر و مسئولیت‌پذیرتر می‌کند (ماتیس و متیس: 125). دین‌داری به‌طور متوسط با رفاه بیشتر، و میزان پایین‌تر افسردگی، اضطراب و رفتارهای خودکشی همراه است (پارکر، 2010). در نهایت دین‌داری با بهبود طیف وسیعی از بیماری‌های روانی، از جمله افسردگی، اسکیزوفرنی و اختلال مصرف مواد همراه است (ابراهیم و وایتلی، 2020). دین‌داری از طریق رهنمودهای اجتماعی، سازوکارهای ارتقای سلامت روانی و دوری از آسیب‌های فردی و اجتماعی را ارائه می‌دهد. فرد معتقد به دین و مذهب، و تنظیم رفتارهای اجتماعی و جهان‌بینی خود، آشفستگی، بحران‌های روانی و اضطراب اجتماعی را از مسیرهای زندگی خود دور می‌کند و با ایجاد امید، آینده‌نگری، یقین و اطمینان از انجام کردارهای خوب و پیامدهای آن، باعث ارتقای سلامت روانی می‌شود و در نتیجه از گرایش به رفتارهای خطرناک اجتناب می‌کند.

پیشینه تجربی پژوهش

مطالعات صورت گرفته درباره تأثیر باورهای دینی- مذهبی بر سلامت روانی به طور خلاصه جهت انجام تحلیل در جدول شماره 1 گزارش شده‌اند.

جدول 1: پیشینه تجربی

نویسنده (سال)	قومیت	حجم نمونه	شیوه نمونه‌گیری	روش	استان	گروه مورد مطالعه
لهسایی‌زاده و همکاران (2006)	کرد	200	تصادفی ساده	پیمایش+ کمی	قصر شیرین	مهاجران
تبرایی و همکاران (2008)	فارس	382	دسترس	پیمایش+ کمی	تهران	دو مرکز بازآموزی معلمان شهر تهران
کجباف و رئیس‌پور (2008)	فارس	100	تصادفی ساده	پیمایش+ کمی	اصفهان	دانش‌آموزان دختر دبیرستانی
نوذری و غلامی (2010)	فارس	340	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	پیمایش+ کمی	شیراز	دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز
نام‌آوری (2010)	فارس	210	خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی	پیمایش+ کمی	شیراز	دانش‌آموزان دختر متوسطه شهر شیراز
باقری و همکاران (2011)	فارس (رودانی)	274	خوشه‌ای	پیمایش+ کمی	رودان	معلمان شهرستان رودان
صولتی و همکاران (2011)	کرد	200	تصادفی	پیمایش+ کمی	شهرکرد	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
آقاپور و مصری (2011)	فارس	386	تصادفی سیستماتیک	پیمایش+ کمی	کرج	خانواده‌های شهرک
خوبچین (2011)	ترک	300	خوشه‌ای طبقه‌ای تصادفی	پیمایش+ کمی	زنجان	دانش‌آموزان سال چهارم دبیرستان ناحیه یک زنجان
موسوی (2012)	فارس	200	تصادفی	پیمایش+ کمی	تهران	دانشجویان دانشگاه
محمدی (2012)	فارس	317	تصادفی طبقه‌ای نسبی	پیمایش+ کمی	تهران	دانشجویان دوره کارشناسی
تقی‌پور قزلبه و فتحی (2013)	فارس	120	تصادفی	پیمایش+ کمی	شیراز	نوجوان خانه گریز دختر و پسر
فیروزی و همکاران (2013)	ترک	157	خوشه‌ای دومرحله‌ای	پیمایش+ کمی	درگز (خراسان رضوی)	دانش‌آموزان پایه سوم دبیرستان
احمدبوکانی و همکاران (2013)	کرد	278	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	پیمایش+ کمی	بوکان	دانش‌آموز مقطع متوسطه
باور صاد و همکاران (2014)	عرب	327	طبقه‌ای تصادفی	پیمایش+ کمی	اهواز	کارکنان دانشگاه شهید چمران اهواز
میری و همکاران (2014)	فارس	389	چندمرحله‌ای	پیمایش+ کمی	بیرجند	سالمندان شهرستان بیرجند
احمدی‌پور (2014)	کرد	360	تصادفی چندمرحله‌ای	پیمایش+ کمی	کرمانشاه	دانش‌آموزان 16 تا 18 ساله شهر کرمانشاه
ربانی و همکاران (2014)	فارس	286	خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی	پیمایش+ کمی	سمنان	دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه سمنان
محمدی و همکاران (2014)	ترک	180	تصادفی طبقه‌ای	پیمایش+ کمی	تبریز	کلیه پرستاران زن شاغل



پرمی (2014)	فارس	200	تصادفی ساده	پیمایش+ کمی	دامغان	دانشجویان شهرستان دامغان
مشکاتی و بادامی (2015)	فارس	400	طبقه‌بندی سهمیه‌ای	پیمایش+ کمی	اصفهان	دانشجویان تربیت‌بدنی
طاهری خرامه و همکاران (2015)	فارس	158	تصادفی	پیمایش+ کمی	قم	دانشجویان دانشگاه
ابراهیمی و همکاران (2015)	فارس	148	تصادفی	پیمایش+ کمی	اصفهان	دانشجویان دانشگاه اصفهان
زند (2015)	فارس	200	دسترس	پیمایش+ کمی	شیراز	معتادان معتاد به مواد روان‌گردان
برزگر بغروی و همکاران (2016)	فارس	324	سهمیه‌ای	پیمایش+ کمی	یزد	دانشجو معلمان دانشگاه فرهنگیان
جاجرمی و پوراکبران (2016)	فارس	150	تصادفی	پیمایش+ کمی	مشهد	دانشجویان زن متأهل دانشگاه فردوسی مشهد
پروندی و همکاران (2016)	ترک	150	تصادفی	پیمایش+ کمی	سنقر	زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره)
عبدی زرین و همکاران (2017)	فارس	556	خوشه‌ای	پیمایش+ کمی	قم	دانشجویان دانشگاه قم
رومانی و همکاران (2017)	لر	100	تصادفی طبقه‌ای	پیمایش+ کمی	لرستان	دانشجویان رشته علوم تربیتی
کاظمی و فتحعلی‌زاده (2017)	فارس	300	هدفمند و تصادفی ساده	پیمایش+ کمی	تهران	دانشجویان متأهل زن دانشگاه
بشیریان و همکاران (2017)	فارس	700	طبقه‌بندی تصادفی	پیمایش+ کمی	همدان	دانشجویان دانشگاه‌های همدان
عزیزی و سلیمانی (2017)	کرد	248	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	پیمایش+ کمی	سقز	دانش آموزان سال چهارم
دارابی و همکاران (2017)	فارس	200	تصادفی خوشه‌ای	پیمایش+ کمی	تهران	دانشجویان مقطع کارشناسی
نواح و همکاران (2018)	عرب	373	طبقه‌ای متناسب	پیمایش+ کمی	اهواز	دانشجویان چمران اهواز
سلیمی و حیدریان (2018)	کرد	360	تصادفی چندمرحله‌ای	پیمایش+ کمی	کرمانشاه	دانش آموزان دختر
گوهری انصاف (2021)	فارس	120	تصادفی	پیمایش+ کمی	همدان	دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه
فداکار گبلو و همکاران (2022)	فارس	374	خوشه‌ای	پیمایش+ کمی	کرج	دانش آموزان
داودی (2022)	مازنی	354	طبقه‌ای	پیمایش+ کمی	بهشهر	دانش آموزان متوسطه دوم
شکوهی فرد و همکاران (2023)	فارس	213	دسترس	پیمایش+ کمی	تهران	کاربران شبکه اجتماعی
علایی و هاشم‌پور ملک‌شاه (2024)	مازنی	217	تصادفی	پیمایش+ کمی	بهشهر	دانشجویان دانشگاه پیام نور
ثقه‌الاسلام و همکاران (2024)	فارس	384	دسترس	پیمایش+ کمی	کل کشور	کاربران اینترنت
رشکوئی و سهرابی (2024)	فارس	283	تصادفی	پیمایش+ کمی	یزد	دانشجویان دانشگاه

نقد و نوآوری تحقیق

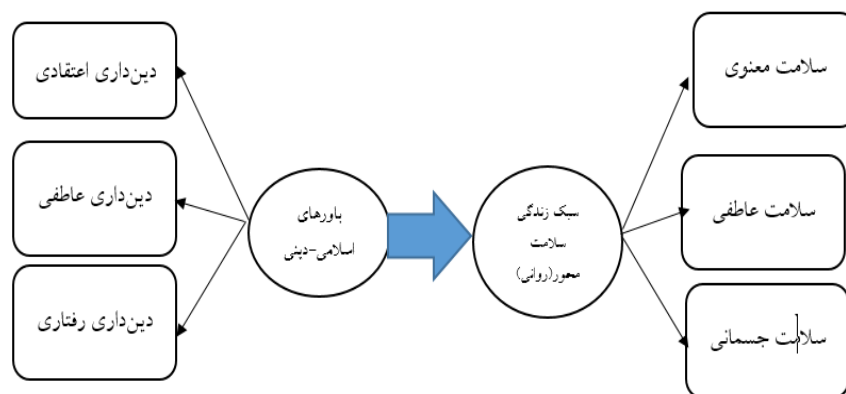
سلامت روان از مسائل مهم حال حاضر جامعه ایرانی محسوب می‌شود. در این امر خصوص یکی از مهم‌ترین عوامل در ارتقای کیفیت زیستی، حفظ نشاط مدنی و ارتقای بهزیستی روانی شهروندان تلقی می‌شود. پژوهش‌ها درباره اثرگذاری باورهای معنوی- دینی نسبت به وضعیت سلامت روانی به کرات در مطالعات داخلی مورد بحث و بررسی بوده است، با توجه به انباشت حجم زیادی از پژوهش‌های تجربی، تحقیق حاضر جهت جمع‌بندی و ترکیب کلی یافته‌ها در یک فاصله زمانی



1385 الی 1403، با روش نمونه‌گیری و الگوی غربالگری، 43 تحقیق را بررسی و نتایج آن را گزارش نموده است.

الگوی نظری پژوهش

بر این اساس با استفاده از دیدگاه نظری، پیشینه و مبانی تحقیق در مدل زیر تدوین شده است:



شکل 1: الگوی نظری پژوهش

فرضیه پژوهش

الف. فرضیه اصلی

- بین باورهای اسلامی-دینی و سبک زندگی سلامت‌محور(روانی) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

ب. فرضیه‌های فرعی

- بین دین‌داری اعتقادی و سبک زندگی سلامت‌محور(روانی) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

- بین دین‌داری عاطفی و سبک زندگی سلامت‌محور(روانی) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

- بین دین‌داری رفتاری و سبک زندگی سلامت‌محور(روانی) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

در این تحقیق از فراتحلیل کمی بهره گرفته شده است. فراتحلیل برآورد اندازه اثر مطالعات در یک واحد اصلی است که با ارجاع به مقالات منتشره، سال پژوهش، متغیرهای معنی‌دار با وابسته ارزیابی می‌شود. در این روش که کاربردی است و حالتی گذشته‌نگر دارد، محقق یک نوع برآورد یا اثری از مجموع مطالعات انجام گرفته در یک بازه زمانی ثابت انجام می‌دهد. در این روش معمولاً ضریب همبستگی، حجم نمونه و سطح معنی‌داری، به عنوان مهم‌ترین ابزار کار هستند. کسب اطلاعات در این تحقیق، نوعی پرسش‌نامه معکوس است که در سایت‌های معتبر علمی پژوهشی نمایه علمی شده‌اند و دارای اعتبار و سطح روایی محتوایی بالایی هستند. در گام اول بعد از طرح موضوع، شناسایی دامنه متغیرهای مستقل و وابسته، متناسب با



اهداف و سؤالات، اسناد علمی از سایت‌های داخلی، گردآوری شد و در نتیجه متغیر مستقل (دین‌داری و باورهای مذهبی) بر وابسته (سلامت روانی)، شناسایی و جمع‌بندی شدند. سطح روایی و اعتبار تحقیق برحسب ملاک روشی، نظری، تعریف مفهومی-عملیاتی، نوع آزمون بسته به سطح متغیر مورد اندازه‌گیری قرار گرفته و از دو ملاک ورود (معیارهای ورود) و ملاک خروج (معیارهای خروج) برای غربالگری مقالات استفاده شده است. برای دریافت و جمع‌آوری مقالات از سایت نورمگز، سیویلیکا، ایران‌داک و مگ‌ایران با کلیدواژه «دینداری و سلامت روانی» در بازه زمانی 1385 الی 1403، با حجم نمونه 69 تحقیق، شناسایی و بعد از کنترل از حیث روشی، اعتبار، روایی و یافته‌های علمی، 42 سند علمی وارد نرم‌افزار شده و اندازه اثر نهایی هر پژوهش و اثر نهایی کل به‌وسیله فرمول فیشر و کوهن برآورد شده است.

یافته‌های پژوهش

الف. توصیفی

54 درصد از مقالات در حوزه روان‌شناسی، 8 درصد علوم اجتماعی، 3 درصد حقوق، 13 درصد علوم تربیتی، 14 درصد علوم بهداشتی، 3 درصد علوم ورزشی و 5 درصد رشته مدیریت است.

32 درصد از پژوهش‌ها به لحاظ روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی ساده، 47 درصد تصادفی خوشه‌ای، 10 درصد طبقه‌ای، 5 درصد به روش دسترس؛ 3 درصد سهمیه‌ای و 3 درصد هدفمند است.

جامعه آماری تحقیق‌ها به لحاظ جنسیت 67 درصد مردان و 33 درصد زنان هستند.

به لحاظ جامعه آماری، 32 درصد کارکنان آموزش و پرورش، 3 درصد مهاجران، 2 درصد سالمندان، 46 درصد دانشجویان، 4 درصد معتادان و 6 درصد کارکنان دولتی و 7 درصد شهروندان عمومی هستند.

به لحاظ قومیت 16 درصد کرد، 11 درصد ترک، 65 درصد فارس، 5 درصد عرب و 3 درصد لر هستند.

19 درصد پژوهش‌ها رساله ارشد و دکتری و 81 درصد مقاله علمی پژوهشی بوده است.

ب. نتایج استنباطی

تأثیر باورهای اسلامی- دینی بر سلامت روانی در تک‌تک مطالعات

جدول 2: نتایج پژوهش‌های میان سال‌های 1385 الی 1403

گزارش آماری					نویسندگان و سال
sig	Z	upper	Lower	Effect size	
۰/۰۰۰	۱۵/۰۳۸	۰/۸۳۷	۰/۷۳۱	۰/۷۹۰	لهسایی‌زاده و همکاران (2006)
۰/۰۰۶	۲/۷۶۳	۰/۲۳۸	۰/۰۴۱	۰/۱۴۱	تبرایی و همکاران (2008)
۰/۰۲۱	۲/۳۰۶	۰/۴۰۸	۰/۰۳۵	۰/۲۳۰	کجباف و رئیس‌پور (2008)
۰/۰۰۰	۸/۶۶۹	۰/۵۲۲	۰/۳۵۰	۰/۴۴۰	نوذری و غلامی (2010)



نام‌آوری (2010)	۰/۱۷۰	۰/۰۳۵	۰/۲۹۹	۲/۴۷۰	۰/۰۱۴
باقری و همکاران (2011)	۰/۱۵۴	۰/۰۳۶	۰/۲۶۸	۲/۵۵۵	۰/۰۱۱
صولتی و همکاران (2011)	۰/۱۰۰	۰/۰۳۹-	۰/۲۳۵	۱/۴۰۸	۰/۱۵۹
آقاپور و مصری (2011)	۰/۶۷۰	۰/۶۱۱	۰/۷۲۲	۱۵/۸۶۷	۰/۰۰۰
خوبچین (2011)	۰/۳۵۰	۰/۲۴۷	۰/۴۴۶	۶/۲۹۸	۰/۰۰۰
موسوی (2012)	۰/۷۸۰	۰/۷۱۹	۰/۸۲۹	۱۴/۶۷۲	۰/۰۰۰
محمدی (2012)	۰/۲۲۰	۰/۱۱۳	۰/۳۲۲	۳/۹۶۳	۰/۰۰۰
تقی‌پور قزلجه و فتحی (2013)	۰/۱۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۸	۱/۹۶۸	۰/۰۴۹
فیروزی و همکاران (2013)	۰/۱۷۵	۰/۰۱۹	۰/۳۲۳	۲/۱۹۴	۰/۰۲۸
احمدبوکانی و همکاران (2013)	۰/۳۳۰	۰/۲۲۱	۰/۴۳۱	۵/۶۸۵	۰/۰۰۰
باور صاد و همکاران (2014)	۰/۵۰۴	۰/۴۱۸	۰/۵۸۱	۹/۹۸۴	۰/۰۰۰
میری و همکاران (2014)	۰/۵۸۹	۰/۵۲۰	۰/۶۵۰	۱۳/۲۸۴	۰/۰۰۰
احمدی‌پور (2014)	۰/۶۷۰	۰/۶۰۹	۰/۷۲۳	۱۵/۳۱۹	۰/۰۰۰
ربانی و همکاران (2014)	۰/۱۳۰	۰/۰۱۴	۰/۲۴۲	۲/۱۹۹	۰/۰۲۸
محمدی و همکاران (2014)	۰/۳۹۵	۰/۲۶۵	۰/۵۱۲	۵/۵۵۷	۰/۰۰۰
پریمی (2014)	۰/۰۴۵	۰/۰۹۴-	۰/۱۸۳	۰/۶۳۲	۰/۵۲۷
مشکاتی و بادامی (2015)	۰/۱۷۳	۰/۰۷۶	۰/۲۶۷	۳/۴۸۲	۰/۰۰۰
طاہری خرامه و همکاران (2015)	۰/۵۲۰	۰/۳۹۲	۰/۶۲۹	۶/۹۴۰	۰/۰۰۰
ابراهیمی و همکاران (2015)	۰/۵۲۰	۰/۳۹۲	۰/۶۲۹	۶/۹۴۰	۰/۰۰۰
زندى (2015)	۰/۶۶۱	۰/۵۷۵	۰/۷۳۳	۱۱/۱۵۳	۰/۰۰۰
برزگر بفرویی و همکاران (2016)	۰/۲۸۰	۰/۱۷۶	۰/۳۷۷	۵/۱۵۴	۰/۰۰۰
جاجرمی و پوراکیبران (2016)	۰/۳۳۰	۰/۱۷۹	۰/۴۶۶	۴/۱۵۷	۰/۰۰۰
پروندی و همکاران (2016)	۰/۳۸۴	۰/۲۳۸	۰/۵۱۳	۴/۹۰۷	۰/۰۰۰
عبدی زرین و همکاران (2017)	۰/۲۴۰	۰/۱۶۰	۰/۳۱۷	۵/۷۵۶	۰/۰۰۰
رومانی و همکاران (2017)	۰/۸۲۰	۰/۷۴۳	۰/۸۷۵	۱۱/۳۹۳	۰/۰۰۰
کاظمی و فتحعلی‌زاده (2017)	۰/۷۱۱	۰/۶۵۰	۰/۷۶۳	۱۵/۳۲۴	۰/۰۰۰
بشیریان و همکاران (2017)	۰/۳۳۰	۰/۲۶۲	۰/۳۹۴	۹/۰۵۱	۰/۰۰۰
عزیزی و سلیمانی (2017)	۰/۲۴۸	۰/۱۲۷	۰/۳۶۱	۳/۹۶۴	۰/۰۰۰
دارابی و همکاران (2017)	۰/۱۰۵	۰/۰۳۴-	۰/۲۴۰	۱/۴۷۹	۰/۱۳۹
نواح و همکاران (2018)	۰/۲۰۷	۰/۱۰۸	۰/۳۰۲	۴/۰۴۰	۰/۰۰۰
سلیمی و حیدریان (2018)	۰/۵۵۰	۰/۴۷۴	۰/۶۱۸	۱۱/۶۸۴	۰/۰۰۰
گوهری انصاف (2021)	۰/۴۳۸	۰/۳۵۵	۰/۵۱۴	۹/۳۶۰	۰/۰۰۰
فداکار گبلو و همکاران (2022)	۰/۷۳۰	۰/۶۳۴	۰/۸۰۴	۱۰/۰۴۶	۰/۰۰۰



داودی (2022)	0/261	0/101	0/702	6/173	0/000
شکوهی فرد و همکاران (2023)	0/378	0/281	0/401	18/521	0/000
علایی و هاشم پور (2024)	0/401	0/018	0/210	15/709	0/000
ثقه الاسلام و همکاران (2024)	0/178	0/320	0/639	8/220	0/000
رشکوثیه و سهرابی (2024)	0/291	0/116	0/279	3/190	0/000

نتایج نشان می‌دهد که در تمامی 42 پژوهش مورد بررسی به جز پژوهش صولتی و همکاران (2011)، داری و همکاران (2017) و پریمی (2014) رابطه میان میزان باورهای اسلامی - دینی و سلامت روان با اطمینان 99 درصد معنی دار بوده است. به این معنی که با افزایش میزان دین‌داری ایرانیان، سطح سلامت روانی آن‌ها بهتر شده است.

تأثیر شاخص کلی دینداری بر سلامت روانی

جدول 3: اثر کلی شاخص کلی دین‌داری بر سلامت روانی

گزارش آماری				
sig	Z	upper	lower	Effect size
0/000	6/924	0/571	0/314	0/452

نتایج نشان می‌دهد که میزان دین‌داری به عنوان متغیر مستقل در 42 پژوهش، تأثیر معنی‌داری بر سلامت روانی افراد داشته و مقدار اثر نهایی آن برابر با 0/452 است. با افزایش سطح دین‌داری، سلامت روانی شهروندان نیز ارتقا می‌یابد.

تأثیر مؤلفه‌های دینداری بر سلامت روانی

جدول 4: اثر کلی مؤلفه‌های دین‌داری بر سلامت روانی

گزارش آماری					ابعاد و مؤلفه دینداری
sig	Z	upper	lower	Effect size	
0/000	13/047	0/391	0/238	0/426	دین‌داری اعتقادی
0/000	27/356	0/166	0/052	0/388	دین‌داری عاطفی
0/000	4/087	0/205	0/148	0/366	دین‌داری رفتاری

همچنین بین مؤلفه‌های دین‌داری با سلامت روان، رابطه معنی‌داری وجود داشته است. به‌طوری‌که دین‌داری اعتقادی (0/426)، دین‌داری عاطفی (0/388) و دین‌داری رفتاری (0/366) تأثیر معنی‌داری بر سطح سلامت روانی داشته است.

تأثیر جنسیت بر سلامت روانی

جدول 5: تأثیر جنسیت بر سلامت روانی

جنسیت	تصادفی		
	اندازه ترکیبی	z-value	sig
زنان	0/480	14/052	0/000
مردان	0/376	14/189	0/000
اثر کل	0/351	20/166	0/000

بین جنسیت و سلامت روان، رابطه معنی‌داری وجود داشته و مقدار اثر آن برابر با 0/351 است. به لحاظ جنسیت، میزان دین‌داری در میان زنان با مقدار ضریب 0/480 بیشتر از مردان با ضریب 0/376 بر سلامت روان آن‌ها تأثیر داشته است.

تأثیر وضع تأهل بر سلامت روانی

جدول 6: تأثیر وضع تأهل بر سلامت روانی

وضع تأهل	تصادفی		
	اندازه ترکیبی	z-value	sig
مجرد	0/156	4/102	0/000
متأهل	0/203	9/176	0/000
اثر کل	0/189	3/801	0/000

بین وضع تأهل و سلامت روان، رابطه معنی‌داری وجود داشته و مقدار اثر آن برابر با 0/189 است. به لحاظ نوع تأهل، میزان دین‌داری در میان متأهل‌ها با مقدار ضریب 0/203 بیشتر از مجردها با ضریب 0/156 بر سلامت روان آن‌ها تأثیر داشته است.

تأثیر نوع گروه مورد مطالعه بر سلامت روانی

جدول 7: تأثیر نوع گروه مورد مطالعه بر سلامت روانی

نوع گروه	تصادفی		
	اندازه ترکیبی	z-value	Sig
شهروندان عمومی	0/276	5/228	0/000
دانشجویان	0/189	5/176	0/000
کارمندان دولتی	0/160	11/224	0/000
اثر کل	0/201	10/065	0/000

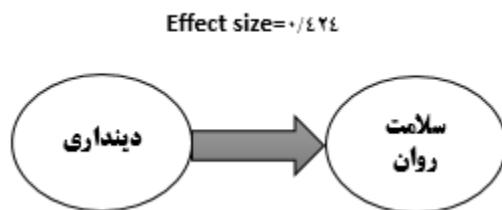


بین نوع گروه و سلامت روان، رابطه معنی‌داری وجود داشته و مقدار اثر آن برابر با 0/201 است. به لحاظ نوع گروه، میزان دین‌داری در میان شهروندان عمومی با مقدار ضریب 0/276 بیشتر از دانشجویان 0/189 و کارمندان دولتی 0/160 بر سلامت روان آن‌ها تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

در تاریخ، همه فرهنگ‌های جهان چه در دوران باستان و چه دوران معاصر، به مراقبت از روح (معنوی) و بدن (مادی)، تأکید داشته‌اند. توجه بر نیازهای جسمانی و روحانی از اولویت‌های ادیان و ملل بوده است. به‌طوری‌که هیچ‌گونه دوگانگی بین نیازهای بدن و نیازهای روح وجود نداشته است. وجود شخصیت‌های مذهبی تحت عنوان شفادهنده، نشانگر تلاش بشر برای استفاده از نمادهای دینی جهت حفظ سلامت روانی و جسمانی بوده است. به‌طوری‌که دین به مجموعه‌ای ساختاریافته از باورها یا اعمال اشاره داشته و اغلب شامل تاریخ، سنت‌ها، متون مقدس، عبادت، موسیقی، آیین‌های مقدس، آموزه‌ها، آیین‌ها، قوانین اخلاقی و نهادهایی است که بشریت را با عناصر معنوی یا ماوراء طبیعی مرتبط می‌کنند. باورهای دینی به عقاید و اعمال مذهبی یک فرد یا گروه مربوط در مورد امر الهی اشاره دارد. دین‌داری به‌عنوان ادراک فردی یا جمعی از امر متعالی (الهی) یا روشی منظم برای پذیرش باور دینی مجموعه‌ای از کنش‌های روانی- روحی است که به‌وسیله آن‌ها شخص حقیقت دینی و همچنین معنای زندگی را از طریق «مناسک، دعا و احکام» جستجو می‌کند. در نهایت معنویت به‌عنوان «جستجوی امر مقدس» و سفری در جستجوی حقیقت و همچنین به قصد معنا بخشیدن به زندگی، داشتن احساس ارتباط با دیگران و با خود و/یا با قدرتی بالاتر از خود و همچنین گشودن و تعالی‌طلبی به‌مثابه تعادل‌بخشی به سلامت روان و روح است. با توجه به مباحث فوق، پژوهش حاضر با روش فراتحلیل و مرور پژوهش‌های سابق در ایران نشان داد که:

- بین میزان باورهای اسلامی- دینی و سلامت روانی شهروندان، رابطه معنی‌داری وجود دارد و مقدار تأثیر آن در مدل برابر با 0/424 بوده و این رابطه مستقیم و معنی‌داری است. دین به مجموعه اصول، باورها، اعتقالات و نظامی از ارزش‌های الهی اطلاق می‌شود که مرتبط با اجتماع و زندگی بشری بوده و افراد را از سبک زندگی پرخطر محافظت می‌کند.



شکل 2: تأثیر دین‌داری بر سلامت روانی

مطابق نتایج تحقیق، هدف اصلی دین، ارائه رهنمود و سیاست‌گذاری برای رفتارهای انسانی است تا در سایه مسیر زیست سالم، اجتماع سالم، زندگی جمعی بهنجار و اجتماع فاضله قدم بردارند. ملاک جامعه سالم، سلامت روانی آن است. هرچه میزان سلامت روانی جامعه بهتر باشد، به همان میزان، افراد آن جامعه از ناهنجاری‌ها و آسیب‌های اجتماعی دور

خواهند شد. از مؤلفه‌های مؤثر در تشکیل اجتماعی با ساختار سلامت روانی بالا، توجه به سیاست‌های دینی در ارتباط با الگوهای زیستی است و این امر نشان‌دهنده تأثیر باورهای اسلامی-دینی در ارتقای رضایت از زندگی، معنای زندگی، شیوع کمتر اضطراب و افسردگی، کاهش تمایل به خودکشی و سوءمصرف مواد اعتیادآور است. سازمان‌های مذهبی، گروه و افراد مذهبی، اغلب اولین کسانی هستند که مراقبت‌های دلسوزانه را به بیماران روانی ارائه می‌دهند و بنابراین مذهب نقش مهمی در اولین شکل مراقبت‌های روان‌پزشکی، معروف به «درمان اخلاقی» ایفا می‌کند. به‌طوری‌که توسعه باورهای دینی-اسلامی منجر به کنار آمدن با ناملایماتی زندگی و مشکلات روزمره فردی شده و فرد مهارت‌های اخلاقی-روانی لازم جهت مدیریت استرس و مشکلات را کسب می‌کند.

مطابق تحلیل کلی داده‌های ثانویه 42 پیمایش علمی در میان سال‌های 1385 الی 1403 نشان داد که دین و معنویت اسلامی برای پذیرش واقعیت اجتماعی و کنار آمدن با موقعیت‌ها و علائم استرس‌زا، بلایای طبیعی و بیماری‌ها و موقعیت‌های نامطلوب مختلف زندگی، سوگواری و شرایط پایان زندگی (مرگ) بسیار مفید و کارساز است. برخی از رفتارها، رخدادهای زیستی و اجتماعی از کنترل فرد، خارج بوده و مواجهه فرد با آن ممکن است منجر به افزایش رنج و دردهای روحی و روانی برای او گردد. چنین پیشامدهای طبیعی و اجتماعی، با تکیه بر الگوهای مذهبی، سیاست زیست دینی و تفاسیر اخلاقی نسبت به نحوه پذیرش، درک و برخورد با آن، قابل پیشگیری و مدیریت است. برای بسیاری از افراد مسن، بیماران، خانواده‌های داغدار و آسیب‌دیده اجتماعی در حوادث، در کنار استفاده از قوانین مدرن سلامت و پزشکی، رجوع به باورهای مذهبی نیز می‌تواند منبع مهم تقویت تاب‌آوری باشد و این باورها می‌توانند بر سلامت و مراقبت‌های بهداشت اجتماعی و کاهش آسیب‌های روانی-رفتاری و خودکنترلی بیشتر کمک نماید. همچنین بین مؤلفه‌های باورهای اسلامی-دینی با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه معنی‌داری وجود دارد:

بین دین‌داری اعتقادی (0/426) و ارتقای سلامت روانی، رابطه معنی‌داری وجود دارد. با افزایش میزان دین‌داری اعتقادی، کیفیت زیستی، بهداشت روان و سلامت روانی نیز ارتقا یافته و بهبود می‌یابد.

بین دین‌داری عاطفی (0/388) و افزایش سلامت روانی، رابطه معنی‌داری وجود داشته و افزایش زمینه‌های دینداری عاطفی، بسترهای بهبود سلامت روانی و کاهش اضطراب، افسردگی و نگرانی‌های روحی-روانی را تحت کنترل خود درمی‌آورد.

هرچه میزان و شدت دین‌داری رفتاری (0/366) بیشتر باشد، به همان میزان سطح سلامت روانی شهروندان نیز ارتقا می‌یابد.

بر این اساس باید گفت که دین با کارکردهای بیرونی و نظام رفتاری افراد سروکار داشته و به ابعاد باطنی شخصیت مانند یافتن آرامش در طبیعت و با خدا و همچنین کشف معنا و انگیزه‌های زندگی می‌پردازد. جنبه‌های مهم معنویت، عشق و آرامش است که افراد از رابطه با خدا به دست می‌آورند. زمانی که فرد بیمار شده و استرس ناشی از تغییرات زندگی را تجربه می‌کند، در نهایت به دنبال راه‌حل‌های آشکار برای درمان می‌گردد و زمانی که سیستم پزشکی قادر به انجام این کار



نباشد، بیمار برای شفا از بیماری به معنویت و دین روی می‌آورد. کسانی که قبلاً مذهبی نبودند، ممکن است برای آرامش به دین روی بیاورند و آن را به‌عنوان روشی جدید برای مقابله با مشکلات و ناآرامی‌های زندگی اتخاذ کنند. اگر بیمار به امید شفا و آرامش با خدا ارتباط برقرار کند، ناراحتی روانی کمتری نشان می‌دهد و قدرت و آرامش ناشی از باورهای معنوی، باعث حفظ سلامت روانی و اتخاذ الگوهای پیشگیرانه از طریق دعا، نیایش، امید و مقاومت می‌گردد.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

سپاسگزاری

از تمامی اساتید، همکاران و نهادهایی که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاریم.



References

- Abdel-Khalek, A(2007). Religiosity, happiness, health, and psychopathology in a probability sample of Muslim adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 10, 571–583.
- Abdizarin, S; Naghi-Faghihi, A and Zamiri, M (2018). The role of religiosity in mental health; Identity and social security of Qom University students, *Quarterly Journal of National Studies*, 3(19), 99-122. [In Persian]
- Aghapour, Is and Masri, M (2011). The Relationship between Religious Orientation and Mental Health in the Family, *Quran and Medicine Journal*, No. 1, 1-39. [In Persian]
- Aghayan Ch, Akbar; T, Davud; T, Hamid; J, Sedghi; Fathi, A and Azarmi, H (2008). A Study of the Relationship between Prayer and Religious Orientation and Mental Health, *International Journal of Behavioral Sciences*, 2(2), 149. [In Persian]
- Ahmadboukani, S; Khodabakhsh, Mohammad Reza; Etemadi, Ahmad and Kiani, Fariba.G (2013). The predictive role of religious orientation and parenting styles in the mental health of secondary school students in Bukan city in 2013, *Journal of Community Health*, 2(7), 20-28. [In Persian]
- Ahmadipour, E (2014). The relationship between religiosity and religious attitude with the mental health of female adolescents in Kermanshah city in 2014, Master's thesis, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Faculty of Literature and Humanitie. [In Persian]
- Alaei, Sh and Hashempour, S (2014). Study of the relationship between general health, self-efficacy and religiosity among male students of Payam Noor University in Behshahr, *Journal of Applied Research in Management and Humanities*, Volume 14, 63-70. [In Persian]
- Anderson, J. R.(2015). The Social Psychology of Religion. Using scientific methodologies to understand religion. *Construction of social psychology: Advances in psychology and psychological trends series*, 173-185.
- Antonovsky, Aaron. 1987. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Azizi, N and Soleimani, J (2018). Studying the role of religious orientation in the mental health of secondary school students, *Journal of Comparative Studies in Jurisprudence and Principles of Religions*, 1(1), 17-31. [In Persian]
- Baesler, E. James, and Kevin Ladd. 2009. “Exploring Prayer Contexts and Health Outcomes: From the Chair to the Pew.” *Journal of Communication & Religion* 32(2): 347–74.
- Baetz M, Bowen R. Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. *Pain Res Manag*. 2008;13:383–388.
- Bagheri, M; Bani-Sadi, H and Davari, S (2011). The relationship between religiosity and personality dimensions with the mental health of teachers in Rudan city, *Journal of Islamic and Psychological Studies*, 9(5), 7-32. [In Persian]
- Barrett, J. L. & Lanman, J. A.(2008). The science of religious beliefs. *Religion*, 38(2), 109-124.
- Barzegar-Fafroei, K; Barzegar-Fafroei, M; Dehghan-Manshadi, M and Kian, M (2017). The role of spiritual intelligence and practicing religious beliefs in the mental health of student teachers at



Farhangian University, Journal of Applied Ethics Studies, 26(7), 135-157. [In Persian]

- Bashirian, S; Saati, M; Barati, M; Shokri, Z; Emadi, Sh and Fallah, F (2018). The relationship between religious attitudes and mental health of university students in Hamadan, Journal of Torbat-e Heydariyeh University of Medical Sciences, 6(1), 37-45. [In Persian]
- Bavar-Sad, B; Shamsi, S and Mohammadi, S (2014). Investigating the relationship between religiosity and the mental health of human resources of the organization(case study: Shahid Chamran University of Ahvaz), Quarterly Journal of Social Development, 2(9), 217-238. [In Persian]
- Dadavi, A (2012). The relationship between religious beliefs and mental health of second-year high school students, Journal of Applied Research in Management and Humanities, 6(1) 17-25. [In Persian]
- Darabi, N (2018). Investigating the relationship between national, religious and individual identity and mental health in undergraduate students at Allameh Tabatabaei University, Master's degree, Allameh Tabatabaei University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. [In Persian]
- Ebrahimi, F; Kianejad, Se and Farahmand, H (2016). Structural model of the relationship between religious beliefs, psychological pleasure and mental health in students, Journal of Psychology Development, 5(3), 121-134. [In Persian]
- Fadakar G, Parviz; Ahi, Soleiman; Bashirgonbadi, Sepideh and Molaei, Mehdi (2014). Assessment of mental health based on parenting styles and religiosity of parents with the mediating role of religiosity, Quarterly Journal of Psychology and Religion, 3(15), 167-181. [In Persian]
- Firouzi, A and Amini, M and Asghari, Z and Moghimi Dehkordi, B (2013). Study of the relationship between religious beliefs and mental health of high school students in Dargaz in the academic year-2014-2015, Journal of Health and Development, 2(2), 138-148. [In Persian]
- Foong, H. F. Hamid, T. A. Ibrahim, R. & Haron, S. A. (2020). The association between religious orientation and life satisfaction in older adults living with morbidity and multimorbidity: a gender perspective in Malaysia. Psychogeriatrics, 20(6), 891-899.
- Gentile, E.(2004). Fascism, totalitarianism and political religion: definitions and critical reflections on criticism of an interpretation. Totalitarian Movements and Political Religions, 5(3), 326-375
- Gohari Ensaf, Z (2011). Studying the relationship between religiosity and life satisfaction and mental health among undergraduate students at Bu Ali Sina University and second-level students at Al-Zahra and Akhund in Hamadan, Master's thesis, Payam Noor University of Hamadan Province, Payam Noor Center in Hamadan. [In Persian]
- Hackney, Charles H. and Glenn S. Sanders. (2003). "Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies." Journal for the Scientific Study of Religion 42(1): 43- 55.
- Heydari, S; Hashemi, Z and Naqsh, Z(2017). The role of parental religiosity on resilience and mental health of students(the mediating role of religious rationality), Quarterly Journal of Culture in Islamic University, 7(4), 447-446. [In Persian]
- Ibrahim, Ahmed and Rob Whitley(2020). Religion and mental health: a narrative review with a focus on Muslims in English-speaking countries, Cambridge University:Cambridge University Press.
- Isaf, F (2021). Key Thoughts in the History of Social Thought, translated by Ehsan Shah-Qasemi, Tehran: Daily Life. [In Persian]



- Jajarmi, M and Pourakbaran, E (2017). Investigating the relationship between religious attitudes and mental health and resilience in women, *Journal of Principles of Mental Health*, 19(3), 327-334. [In Persian]
- Kajbaf, M and Raispour, H (2008). The relationship between religious attitude and mental health among high school girls in Isfahan, *Journal of Islamic and Psychological Studies*, 2(2), 31-34. [In Persian]
- Khaki, A. Sadeghi Habibabad, A. Investigating the Effect of Religious and Islamic Teachings on the Calmness and Mental Health in Educational Spaces. *J Relig Health* 60, 2632–2645 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01022-7>.
- Khobchin, J (2011). The relationship between religious orientation and mental health of fourth-year high school students in the first district of Zanjan, Master's thesis, University of Zanjan, Faculty of Literature and Humanities. [In Persian]
- Kuyel, N. Cesur, S. & Ellison, C. G. (2012). Religious orientation and mental health: A study with Turkish uni - versity students. *Psychological reports*, 110(2), 535-546
- Lewis, C.A. & Cruise, S.M. (2006). Religion and happiness: Consensus, contradictions, comments and concerns. *Mental Health, Religion & Culture*, 9, 213-225.
- Lohsaizadeh, A; Azargoon, Z and Moradi, G (2006). Studying religious orientation and mental health of immigrants based on the Allport and Ross model(case study of Qasr Shirin), *Journal of Social Sciences*, 2(3), 149-169. [In Persian]
- Lucchetti, Giancarlo, Harold G Koenig, and Alessandra Lamas Granero Lucchetti (2021). Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence, *World J Clin Cases*. 2021 Sep 16; 9(26): 7620–7631. Published online 2021 Sep 16. doi: 10.12998/wjcc.v9.i26.7620.
- Malinakova, K. Tavel, P. Meier, Z. van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. (2020). Religiosity and mental health: A contribution to understanding the heterogeneity of research findings. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 494-499.
- Marks A, Brazier LJ, Singer D, Kirch M, Solway E, Roberts S, Smith E, Hutchens L, Malani P, Kullgren J. Religious and Spiritual Beliefs and Health Care. University of Michigan National Poll on Healthy Aging. December 2022. Available at: <https://dx.doi.org/10.7302/6642>
- Mattis, J. S. & Mattis, J. H. (2011). Religiosity and spirituality in the lives of African American children. In N. E. Hill, T. L. Mann, & H. E. Fitzgerald(Eds.), *African American children and mental health*, Vols. 1 and 2: Development and context, Prevention and social policy(pp. 125–149). Praeger/ABC-CLIO.
- McKinnon, A. (2002). Sociological definitions, language games, and the” essence” of religion. *Method & Theory in the study of Religion*, 14(1), 61-83.
- Meshkati, Zohreh and Badami, Rokhsareh (2016). Study of the relationship between religiosity and mental health of physical education and sports science students of Islamic Azad University, Isfahan Branch, *Quarterly Journal of Social Sciences*, 32(10), 261-280. [In Persian]
- Miri, M (2014). Study of the relationship between religious orientation and mental health in the elderly, *Journal of Medical History*, 82-102. [In Persian]
- Mohammadi, J; Gholamrezaei, S and Azizi, A (2015). Study of the relationship between religious orientation and mental health of female nurses working in Tabriz government hospitals in 2014, *Journal*



- of Sabzevar University of Medical Sciences, 2(22), 1080-1087. [In Persian]
- Mohammadi, M (2012). Study of the relationship between religiosity and mental health among undergraduate students of the Faculty of Literature and Humanities, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Master's thesis, Bu-Ali Sina University, Faculty of Humanities. [In Persian]
 - Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:87-88.
 - Mousavi, R (2012). Study of the pattern of relationship between mental health and religiosity in witness and non-witness students, *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 2(10), 65-76. [In Persian]
 - Naghipour Ghezeljeh, M and Fathi, R (2013). Study of the relationship between family flexibility and religiosity and mental health among runaway and normal adolescents, *Cultural-Educational Journal of Women and Family*, 24(8), 96-109. [In Persian]
 - Namaveri, M (2010). The relationship between religious beliefs and mental health and aggression in female high school students in Shiraz, Master's thesis, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Faculty of Educational Sciences and Psychology. [In Persian]
 - Navah, A; Meltafat; H and Gholichi, M(2019), Investigating the relationship between religiosity and social support with mental health(case study: students of Shahid Chamran University of Ahvaz), *Quarterly Journal of Strategic Studies of Sports and Youth*, Volume 46(18), .288-265 [In Persian]
 - Nozari, J and Gholami, Y (2010). Investigating the relationship between religious orientation and practical commitment to Islamic beliefs with students' mental health, *Journal of Islamic and Psychology Studies*, 7(4), 21-41. [In Persian]
 - Obeng Boateng, Augustine Cassis, Joshua Sebu, Ruby Lekwauwa, Katherine C. Britt, Hayoung Oh, and Benjamin Doolittle (2023). Religiosity & mental health seeking behaviors among U.S. adults, *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 2023, 0(0) 1-17. DOI: 10.1177/00912174231187841.
 - Parker, J. S. Purvis, L. & Williams, B.(2023). Religious/spiritual struggles and mental health among Black adolescents and emerging adults: A meta-synthesis. *Journal of Black Psychology*, 49(2), 153-199. <https://doi.org/10.1177/00957984221136800>.
 - Parker, S.(2010). Research in Fowler's faith development theory:A review article. *Review of Religious Research*, 51(3), 233-252. <http://www.jstor.org/stable/20697343>.
 - Parwandi, A; Moradi, As and Arefi, M (2017). Predicting mental health based on hope and religious orientation in female heads of households, *Journal of Religion and Health*, 2(5), 13-22. [In Persian]
 - Planey, A. M. Smith, S. M. N. Moore, S. & Walker, T. D.(2019). Barriers and facilitators to mental health help-seeking among African American youth and their families: A systematic review study. *Children and Youth Services Review*, 101, 190-200. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.001>.
 - Prakash B. Behere, Anweshak Das, Richa Yadav, and Aniruddh P. Behere (2019),Religion and mental health, *Indian J Psychiatry*. 2013 Jan; 55(Suppl 2): S187-S194. doi: 10.4103/0019-5545.105526.
 - Premi, Z (2015). Explaining the relationship between religious orientation and identity styles with students' mental health, Master's thesis, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Faculty of Humanities. [In Persian]



- Rabbani, Z (2015). The relationship between religion and mental health: The mediating role of shame and guilt, *Journal of Clinical and Counseling Psychology Research*, 1(5), 134-145. [In Persian]
- Riahi, M; Memar, R and Rahimi-Rad, M (2018). Sociological study of the effects of religiosity on mental health using the stress process model; A study of students and scholars in Qom, *Journal of Social Sciences*, 2(15), 133-172. [In Persian]
- Rodriguez, D. X. Hill, J. & McDaniel, P. N.(2021). A scoping review of literature about mental health and well-being among immigrant communities in the United States. *Health Promotion Practice*, 22(2), 181–192. <https://doi.org/10.1177/1524839920942511>.
- Romani, S; Malekfar, Z; Mehrabi, Z and Kordalivand, P (2018). Studying the relationship between religious beliefs and mental health of students at Farhangian University of Lorestan, *Journal of New Advances in Psychology, Educational Sciences and Education*, 6(1), 25-33. [In Persian]
- Salimi, N, and Vahidarian, M (2019). The relationship between religious orientation and mental health in students of Kermanshah city, *Journal of Islamic Studies in the Field of Health*, 3(3), 93-99. [In Persian]
- Shoa Kazemi, M and Fathalizadeh, M (2018). The relationship between personality dimensions, religious orientation in predicting mental health of married students of Tehran universities, *Journal of Sociology of Education*, 1(4) 85-106. [In Persian]
- Shokoofard, R, Tabik, M and Hassanzadeh, M (2013). Predicting mental health based on religiosity and attachment with the mediation of psychological coherence, *Journal of Islamic Psychology*, 9(19), 87-115. [In Persian]
- Solati, S; Rabiei, M and Shariati, M (2011). The relationship between religious orientation and mental health, *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 3(5), 1-42. [In Persian]
- Svensson, N. H. Hvidt, N. C. Nissen, S. P. Storsveen, M. M. Hvidt, E. A. Søndergaard, J. & Thilsing, T. (2020). Religiosity and Health-Related Risk Behaviours in a Secular Culture—Is there a Correlation? *Journal of religion and health*, 59(5), 2381-2396.
- Tabrai, R; Fathi, A and Rasoulzadeh, S (2008). Investigating the contribution of religious orientation to mental health compared to demographic factors, *Quarterly Journal of Psychology and Religion*, (3), 37-62. [In Persian]
- Taheri-Kharameh, Z; Sharififard, F; Alizadeh, M; Vahidaei, V; Mir-Hosseini, H and Omid, R (2016). Investigating the correlation between spiritual-religious well-being components and mental health in students, *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 10(4), 102-109. [In Persian]
- Tajbakhsh, Gh; Sharifi, E and Al-Kathir, S (2012). Analyzing the relationship between religiosity and women's social health, *Journal of Islamic Studies of Women and Family*, 1(9), 75-98. [In Persian]
- Thaqe-ol-Islam, T; Yazdian, F and Habil, H (2014). The role of spiritual-religious behaviors and beliefs in reducing stress, anxiety and increasing spiritual-mental health among a group of Iranian women during the Corona period, *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, Year 3, 2(10), 49-58. [In Persian]
- University of Minnesota Press (2022). *Social Issues: Continuity and Change*, translated by Abdolreza Navah and Siavosh Khodayari, Tehran: Sociologists' Publications. [In Persian]
- Willander, E. (2014). What counts as religion in sociology? the problem of religiosity in sociological methodology. *Sociologiska institutionen*.



- Yazdkhasti, F; Ahmadi, Y and Erezi, H (2015). Causal model of the relationship between religious attitude, happiness, pleasure and mental health in students, Journal of Educational Psychology Studies, 22(12), 157-176. [In Persian]
- Zandi, F (2016). The relationship between religious beliefs and social support with the mental health of drug addicts in Ostad Moharreri Hospital, Master's thesis, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Faculty of Educational Sciences and Psychology. [In Persian]
- Zare-Shekouieh, S and Sohrabi, Z (2014). The role of religious beliefs in students' mental health, Journal of Sociological Studies in Sports, 4(4), 141-160. [In Persian]

