



بررسی رابطه باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان سال ۱۳۹۳

جهانگیر میرزاوندی^۱، نورالهدی حکیم نیا^۲، الناز زرین فر^۳، ساناز زرین فر^۴

۱- عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک

۲- کارشناس روانشناسی عمومی

۳- دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی

۴- دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی

چکیده:

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان می باشد. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۵۰ سالمند که ۷۵ نفر مرد و ۷۵ نفر زن بوده که به شیوه در دسترس انتخاب شده اند. برای اندازه گیری میزان باورهای مذهبی از مقیاس آلپورت، برای اندازه گیری میزان سلامت روان از مقیاس کلدبرگ و برای اندازه گیری میزان اضطراب مرگ از مقیاس تمپلر استفاده شد. داده های بدست آمده با استفاده از آزمون ضریب همبستگی رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین باورهای مذهبی و سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد، همچنین مشخص گردید که بین سلامت روان و اضطراب مرگ نیز رابطه ی معنادار وجود دارد. در ادامه مشخص گردید که بین اضطراب مرگ و باورهای مذهبی نیز مانند دیگر یافته ها بدست آمده رابطه ی معنادار مثبت بین دو متغیر وجود دارد و رابطه معناداری یافت گردید.

کلید واژه: باورهای مذهبی، سلامت روان، اضطراب مرگ، سالمندان

مقدمه

جمعیت جهان در حال پیرشدن است، پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۲۵ موسوم افراد بالای ۶۵ سال در کشورهای در حال توسعه ساکن باشند. در ایران طبق سرشماری سال ۱۳۷۵، جمعیت را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل داده و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۰۰ این رقم به ۱۰٪ افزایش یابد و در سال ۲۰۵۰ میلادی سالمندان ایران به بیش از ۲۶ میلیون نفر برسد. مشکلات روانی در دوران سالمندی متعدداست و حدود ۲۵-۱۵ درصد افراد مسن مسائل روانی مهم دارند.

بیماری های روانی از زمان پیدایش بشر وجود داشته است و هیچ فردی در مقابل آن مصونیت ندارد. پیوند و ارتباط میان بهداشت روانی و باورهای مذهبی افراد غیر قابل قبول انکار است. بهداشت و سلامت روانی به عنوان یکی از رشته های اساسی مورد توجه سازمان بهداشت جهانی است و یک



بخش تخصصی دارد که نقش آن ایجاد تحرک و هماهنگی در تحقیقات بهداشت روانی در سطح جهان است و سعی در آن دارد تا میزان انگیزش بهداشت، تاثیر انگیزش و اعتقادات مذهبی و سلامت روانی مشخص کند تا به این اثبات برسد که با ارتباط دادن انسان به منبع و سرچشمه خود که یک منبع کنترل درونی قوی است و استعداد از او بر قدرت روحی و روانی انسان افزوده شده و بر مشکلات کنونی غلبه نماید و به پیشرفت های محسوسی در سلامت روانی که متضمن بهداشت جسمانی است دست یابد.

باورهای مذهبی قدرت تحمل ناکامی ها را بالا می برد و بدین ترتیب به حفظ سلامت جسم و روان کمک می نماید و از پیدایش بیماریهای جسمی و روانی پیشگیری می کند از جمله متغیرهایی که با جهت گیری مذهبی همبستگی معنی دار دارد اضطراب مرگ می باشد.

اضطراب مرگ احساسی از نداشتن زندگی خوشایند در زندگی می باشد و افرادی که از اضطراب مرگ رنج می برد زندگی برای او لذت بخش نبوده و احساس بی معنی بودن می کند. اضطراب یا هراس از مرگ واکنش هیجانی مشتمل بر احساسات و نگرانی های ذهنی ناخوشایند ناشی از تفکر در خصوص مرگ است.

روان شناسان معتقدند که تنها روزنه ای که می تواند آرام ناراحتی های حاصل را از آدمی خارج کند و یا آنها را خنثی کند داشتن ایمان به خدا و اعتقاد به یک مبدا حقیقت است و یک قدرت مافوق انسانیت است زیرا تنها نیرویی که می تواند بر مشکلات فائق شود نیروی الهی است. دین و مذهب از ارکان اصلی فرهنگ هر ملتی است و روش زندگی که یکی از شاخص های مهم سلامت روان است. دین و دینداری چه بطور مستقیم و چه بطور غیرمستقیم در سلامت روان دخالت دارند. ارزش های دینی و ایمان و معتقدات دینی و مذهبی از عناصر متشکل مهم شخصیت است (رشدپور، ۱۳۷۱). پرورش مذهب درحقیقت مجموعه دگرگونی هایی است که در فکر و عقیده فرد به منظور ایجاد نوعی خاص از عمل و رفتار که متکی بر ضوابط مذهب باشد انجام می شود.

برخی از دانشمندان علوم اجتماعی، دین داری یا وابستگی به مذهب را دارای حداقل دو بعد «اجرای فرایض مذهبی» و «اعتقادات مذهبی» دانسته که اجرای فرایض مذهبی مثل نماز، روزه و ... به وسیله ی مشاهدات علمی آشکار خواهد شد و اعتقادات مذهبی، از راه پاسخ به پرسش های عقیدتی، مکشوف خواهد شد.

ازمنظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی بخش بسیار مهمی درحیطه سلامت است که ارتقاء و برنامه ریزی درجهت بالابردن آن مؤثر می باشد. سلامت روان حالتی از سلامتی است که در آن فرد تواناییهای خود را می شناسد، می تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمر باشد و قادر به تصمیم گیری و مشارکت جمعی باشد. براین اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است.

سالمندی بیماری نیست، اما وقتی اشخاص پیر می شوند خطر اینکه با مشکلات و بیماری روبرو شوند و فرایند سالمندی به دشواری بکشد وجود دارد. در جامعه آمریکا، در دهه های اخیر متوسط طول عمر افزایش یافته است اما بیماریهای عمده بیماریهای قلبی و عروقی، سکنه مغزی و سرطان مدتها قبل از اینکه اشخاص را هلاک کنند آنها را معلول و زمین گیر میکنند. از جمله ورم مفاصل یکی از عوامل مهم ناتوان سازی است اما مشکلاتی از گونه از دست رفتن شنوایی و بینایی، افسردگی و بیماری آلزایمر و اختلالات مرتبط با آنان، فشار خون بالا و بیماری قند همه بر کیفیت زندگی در سالهای بعدی عمر اثر می گذارند. این ناراحتیها از دوران سالمندی تجربه ای تلخ می سازند. از آنجایی که سالمندان در آن واحد از چند ناراحتی رنج



می برند و داروهای مختلف مصرف میکنند مراقبت پزشکی صحیح از آنها ممکن است به اقدامات هماهنگ چند متخصص نیاز داشته باشد و این اقدامی است که باید صورت دهید .

اریکسون^۱ (۱۹۵۰) اصطلاح زاینده‌گی را انتخاب کرد تا هر چیز ایجاد شده ای را که به دوام بیشتر خود کمک کند و تداوم و پیشرفت جامعه را تضمین نماید در بر گیرد : فرزندان ، دیدگاهها ، دستاوردها ، آثار هنری .

از جنبه فردی افراد میانسال احساس میکنند که احتیاج دارند دیگران به آنها نیاز داشته باشند . آنها میخواهند به فناپذیری نمادی دست یابند یعنی خدمتی بکنند که بعد از مرگشان باقی بماند .

پیامد منفی این مرحله رکود است . اریکسون معتقد بود که وقتی افراد به هدف های زندگی خاصی می رسند ، مانند ازدواج ، فرزندان ، موفقیت شغلی ، امکان دارد که خودمحور و تن پرور شوند . زاینده‌گی در میانسالی افزایش می یابد .

تعارض روان شناختی میانسالی در نظریه اریکسون ، زاینده‌گی در برابر رکود نامیده می شود . زاینده‌گی مستلزم به فکر دیگران بودن در صورت هدایت کردن نسل بعدی است . زاینده‌گی در این میان به مقدار زیاد گسترش می یابد ، یعنی هنگامی که احساس تعهد از خویشتن و شریک زندگی فراتر رفته و گروه بزرگتر خانواده و جامعه را در بر می گیرد.

بنا به تعریف واژه نامه بزرگسالی به معنی فرد کاملاً " رشد یافته و بالغ است (موریس ۱۳۷۶ ، ص ۱۸) . بنابراین می توان رشد بزرگسالان را به منزله عبارت مرکب از متناقضی دانست به طوری که با این تعریف متناقض هوشمندانه تصور می کنیم مرحله ی رشد پایان پذیر است و بزرگسالی شروع شده است اما استفاده ی مکرر از این عبارت در مجامع علمی و معنای آن را از بین برده است و در عرض تمایل بر این است که فکر کنیم رشد بزرگسال به نوعی همان تداوم رشد در دوران کودکی منتها پس از تحصیلات دانشگاه است .

افراد مسن معمولاً " گرفتار مشکلات و عامل خاصی هستند . یکی از این مشکلات عدم فعالیت و قدرت انرژی جوانی است اغلب مردان پیر از کار خود بازنشسته شده اند و یا اینکه قدرت ارائه ی کار را ندارند . بنابراین اکثراً " احساس نالایمی و تنهایی و ازدست دادن مقام اجتماعی می کنند آنها این تصور را دارند که کسی بوجود آنها احتیاج ندارد و دیگران برایشان اهمیتی قائل نیستند و واقعیت آنها خیلی شبیه کودکی است که اولیایش او را خرد کرده است . زنان بویژه زن های خانه دار از این جهت خوشبخت ترند زیرا می توانند به کارهای منزل ادامه دهند و بسیاری از اوقات نیز از نوه های خود مراقبت کنند شاید این امر یکی از دلایل طول عمر زنان باشند زیرا فعالیت هایی که مورد علاقه ی آنان است در سن ۷۰ تا ۶۰ سالگی خاتمه پیدا نمی کند . برای افراد سن مهم است که احساس کنند دیگران هنوز به وجود آنان محتاج اند و قادرند که به فعالیت روزانه ی خود و البته در حد امکان ادامه دهند . اگر آنها تا این درجه احساس اهمیت و ایمنی کنند به احتمال زیاد در معرض ابتلای به امراض روانی و جسمی که در این سنین خیلی شایع است قرار نخواهند گرفت . مارگارت واگر در این مورد چنین می نویسد : " بعضی ها فکر می کنند که رفتار طبیعی عادی افراد مسن مانند بی اعتنا بودن به لباس و غذا ، خودخواهی و کم حوصلگی و متکی بودن به گذشته ، رفتارهای غیرعادی است در صورتی که این گونه رفتارها اغلب در بی توجهی اطرافیان بوجود می آید .



از جمله متغیرهایی که با جهت گیری مذهبی همبستگی معنی دار دارد، اضطراب مرگ می باشد. علاوه بر سیر نزولی فرایندهای زیست شناختی و افزایش کمی و کیفی استرس های دوران سالمندی، مواجهه با مرگ اجتناب ناپذیر و اضطراب همراه با آن نیز در ایجاد اختلالات روانی از جمله متغیرهایی که با جهت گیری مذهبی همبستگی معنی دار دارد، اضطراب مرگ می باشد.

اضطراب مرگ احساسی از نداشتن زندگی خوشایند و در زندگی می باشد و فردی که از اضطراب مرگ رنج می برد زندگی برای او لذت بخش نبوده و احساس بی معنی بودن می کند (فروم ۱۹۷۶). یکی از راههای کاهش اضطراب و ترس از مرگ روی آوردن به مذهب و گرایشات مذهبی می باشد و نشان داده شده که گرایشات منفی نسبت به مذهب، ترس از مرگ را افزایش می دهد.

اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیر عادی و بزرگ از مرگ همواره با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر به فرایند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می دهند تعریف می شود. اضطراب مرگ تهدید قابل ملاحظه ای برای بهزیستی روانی می تواند به شمار رود. این امر به ویژه در افراد جوانتر واقعیت بیشتری می تواند داشته باشد. چرا که ترس از مرگ در این گروه بسیار قوی تر از بزرگسالان است. جوانان در مقایسه با بزرگسالان با توجه به پیش بینی های مبهمی که در خصوص مرگ دارند واکنش های شدیدتری در مقایسه با بزرگسالان نشان می دهند. همچنین مطالعات نشان داده است که زنان نسبت به مردان نمرات بیشتری در تست های اضطراب مرگ کسب میکنند. زنان احتمالاً احساس های آزار دهنده مربوط به مرگ و میر را بیشتر می پذیرند و مردان بیشتر از آن اجتناب می کنند، توجهی که با بیانگری هیجانی بیشتر زنان در طول عمر هماهنگ است. اضطراب مرگ مشتمل بر افکار، ترس ها، هیجانات مرتبط با پایان زندگی می باشد.

این نوع اضطراب مفهومی چند بعدی است، در همین راستا هالتر و هالتر^۲ (۱۹۸۷)، به نقل از فرر، والکر و استین^۳ (۲۰۰۷)، هشت بعد برای آن در نظر گرفته اند: - هراس از فرایند مردن - هراس از مرگ زود هنگام - هراس از مرگ افراد مورد علاقه - هراس بیمار گونه از مرگ - هراس از تباه - هراس از بدن پس از مرگ - هراس از ناشناخته بودن مرگ - هراس از مرده

پژوهش های صورت پذیرفته حاکی از آن هستند که این نوع اضطراب پدیده ای شایع است. کاستنبا^۴ (۲۰۰۰). با مروری اجمالی بر تحقیقات انجام شده در جمعیت غیر بالینی نشان داد که اضطراب مرگ در میان جمعیت عمومی پدیده ای شایع است. در همین راستا آگراس و همکاران (۱۹۶۹) گزارش کردند که ۱۶٪ مردم اضطراب مرگ دارند و ۳٪ دارای اضطراب مرضی در این خصوص می باشند. زنان نسبت به مردان سطح بالاتری از اضطراب مرگ را گزارش می کنند. سطح تحصیلی، اقتصادی، اجتماعی بالاتر با سطح پایین تر اضطراب مرگ همراه است و سطح بالای باورهای مذهبی و مشارکت در فعالیت های دینی لزوماً با سطح پایین اضطراب مرگ همراه نیست. البته این یافته ها در سایر پژوهش ها مورد تایید قرار نگرفته اند.

علی رغم اهمیت اضطراب مرگ، این موضوع در کشور ما به مثاب یک تابو در نظر گرفته و با واپس زنی و مقاومت روبرو شده به گونه ای که تاکنون پژوهشی در این زمینه در کشور ما صورت نپذیرفته است. در واقع همان طور که فروید (۱۹۱۵) نوشت:

^۲ Halter and Halter.

^۳ Farer, Walker and Astine.

^۴ Kastenbam.



ناهشیاری ما به مرگ خودمان اعتقادی ندارد و به گونه ای عمل می کند که گویی ما جاویدان هستیم. وی در ادامه می نویسد حتی زمانیکه ریاکارانه واقعیت مرگ را می پذیریم. در ناهشیاری اعتقاد به مرگ خود نداریم (به نقل از فروید^۵ و والکر. ۲۰۰۸). پژوهشگران بیان کرده اند که بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی با اضطراب مرگ و رضایت از زندگی و اعتقاد به زندگی بعد از مرگ رابطه معنی دار وجود دارد (کوهن^۶ و همکاران، ۲۰۰۵). مارک و پاول^۷ (۲۰۰۳) نشان دادند که بین اعتقاد به جهان بعد از مرگ و جهت گیری مذهبی درونی رابطه معنی دار وجود دارد.

باکر و گارسوخ^۸ (۱۹۸۲) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که بین جهت گیری مذهبی بیرونی و اضطراب همبستگی منفی و بین جهت گیری مذهبی درونی و اضطراب همبستگی مثبت وجود دارد. در مطالعه نلسون^۹ (۱۹۸۰) نشان داده شد که اعمال مذهبی بیشتر از اعتقاد ذهنی به مذهب روی اضطراب مرگ تاثیر دارد. در مطالعه کراف^{۱۰} (۱۹۸۷) نشان داده شد که اضطراب مرگ بالا با ابراز وجود پایین ارتباط مثبت دارد. نلسون (۱۹۸۰) بین ترس از مرگ و انگیزش مذهبی ارتباط منفی بدست آورد و اعمال مذهبی را به عنوان یک پاسخگوی مناسب از اضطراب مرگ پایین تر و سلامت روانی بهتر مطرح کرد (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵). در مطالعات سیرلی^{۱۱} (۲۰۰۲) نشان داده شد که اعتقاد به زندگی بعد از مرگ و گرایشات مذهبی با ترس از مرگ ارتباط منفی دارد. تحقیقات پاهیون^{۱۲} (۲۰۱۰) با عنوان رابطه مذهب و اضطراب مرگ بر روی ۱۶۵ نفر تایوانی نشانگر رابطه جهت گیری مذهبی درونی با اضطراب پس از مرگ می باشد.

مفهوم سلامت روان جنبه ای از مفهوم کلی سلامت جسمی، روانی، اجتماعی است که علی رغم تلاشهایی که از سوی پیشگامان سلامت روانی در جهان به منظور تامین هرچه بستر سلامتی انسان ها به عمل آمده است. هنوز معیار قاطعی در زمینه تعریف و مصداق کامل سلامتی روانی در افراد وجود ندارد. سلامت روانی علاوه بر بدن سالم به محیط و شرایط زندگی سالم نیاز دارد. اینکه محیط و عوامل مختلف آن چگونه بر ساختار روانی فرد و سلامت روانی او تاثیر می گذارند و فرد با چه شیوه ای به کشمکش های محیطی مبارزه میکند موضوعی است که رویکردهای مختلف روان شناسی هر کدام با توجه به دیدگاه اختصاصی خود پیرامون ماهیت انسان و نیروی انگیزشی از سلامت روانی انسان را به شیوه ای خاص تعیین کرده است.

از دیدگاه آدلر سلامت روان یعنی داشتن اهداف مشخص در زندگی، داشتن فلسفه استوار و محکم برای زیستن در روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب پایدار، مفید بودن برای هم نوعان، جرات و شهامت، قاطعیت، کنترل داشتن به عواطف و احساسات، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس، نه پذیرفتن اشکالات و کوشیدن در حد توان برای حل اشتباهات (خدا رحیمی ۱۳۷۳). همان گونه که فروید در نظریات خود به ناخودآگاه اهمیت ویژه ای می دهد اریکسون در این ارتباط اعتقاد زیادی به سن دارد، سلامتی روان را در ارتباط با من توصیف می کند و متغیرهای آن در ارتباط مقوله ی من تعریف می کند. کورت لوین با نظریه میدانی در بین روان شناسان شناخته شده است. از دیدگاه لوین نظریه میدانی تنها به حیطه ی خاصی محدود نمی شود بلکه مفاهیمی را در بر می گیرد که با آن می تواند حقایق روان شناختی مختلفی را نمایش داد. به عقیده ی راجرز هرچه

Feroid .^۵

Cohen .^۶

Mark and Pawell .^۷

Backer and Gasworks .^۸

Nelson .^۹

Keraf .^{۱۰}

Siserly .^{۱۱}

Phaethon .^{۱۲}



سلامت روان انسان بیشتر باشد آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می کند. از نظر راجرز انسان سالم موجودی بدون محدودیت فکر و عمل می باشد.

دین و مذهب از ارکان اصلی فرهنگ هر ملتی است و روش زندگی که یکی از شاخص های مهم سلامت روانی است. دین و دین داری چه به طور مستقیم و چه به طور غیر مستقیم در سلامت روان دخالت دارند. ارزشهای دینی و ایمان و معتقدات دینی و مذهبی از عناصر متشکل مهم شخصیت است.

تحقیقات روی جمعیت کلی آمریکا نشان می دهد که ۹۵ درصد مردم معتقد به خداوند هستند و اکثریت آنها خودشان را با مذهبشان می شناسند (یونگ^{۱۳}، ۱۹۹۶). بنابراین، مذهب بالاترین قابلیت را برای ایجاد وحدت شخصیت است. وحدت شخصیت و یگانگی روان انسان مظهر و نماینده بارز توحید ذات مقدس خالق است. روان شناسان مشهوری از جمله فروید (۱۹۲۸)، آلپورت (۱۹۵۰)، مازلو (۱۹۶۴) و فروم (به نقل از تریدوی، ۱۹۹۶)، تلاشهای زیادی در این زمینه انجام داده اند و به خصوص رابطه آن را با سلامت روانی بررسی کرده اند. در طی بیش از دو قرن اخیر و با گسترش مباحث مربوط به روان شناسی مذهب در سالم سازی انسان و ایجاد جامعه ای سالم و رو به رشد، توجه بسیاری از روان شناسان را برانگیخته است. ویلیام جیمز که لقب پدر روان شناسی را به خود گرفته معتقد است: "عشق و نیروی مذهبی منجر به وقار و سنگینی و صبر و شکیبایی و اعتقاد و اطمینان در فرد می شود و احساسات مذهبی در نزد هر کس که باشد نیروی روزافزون در کار و زندگی او وارد می سازد و هنگامی که در نبرد زندگی همه امیدها بر باد می رود و دنیا به آدمی پشت کند احساسات مذهبی دست به کار شده در درون فرد هیجان و شور زندگی را زنده نگه می دارد" (احمدی، ۱۳۷۴). پژوهشهای روان شناسان نشان می دهد که اساسی ترین و مهمترین مسئله در شخصیت سالم وحدت روانی است و در بین سیستم های ارزشی، مذهب بالاترین قابلیت را برای ایجاد این وحدت دارا است. این وحدت شخصیت در وضعیت قوا و استعدادهای مختلف روان نمود پیدا میکند. در پژوهشهای مختلف نشان داده شده است که مذهب و اعتقادات مذهبی باعث سیستم ایمنی سالم و سلامت روانی بهتر در افراد می شود.

آمار نشان داده است که بسیاری از بیماری های شایع روانی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه زائیده عواملی هستند که خود انسان آنها را خلق میکند و گرفتار آن می شود. پیوند و ارتباط میان بهداشت روانی و باورهای مذهبی افراد غیرقابل انکار است. دین و مذهب از ارکان اصلی فرهنگ هر ملتی است و روش زندگی که یکی از شاخص های مهم سلامت روانی است.

به نظر فروید منشاء دین نا توانی انسانی در مقابله با نیروهای طبیعت در بیرون از خود و نیروهای غریزی درون خویش است. به نظر او دین در مراحل ابتدایی و اولیه تکامل انسان بوجود می آید. یعنی زمانی که هنوز بشر از عقل و دانش کافی برخوردار نبوده و قادر به استفاده از خود در مقابل این نیروهای بیرونی و درونی نبوده است. در نتیجه بجای مقابله با آنها و استفاده از خود از ضد انفعالات و دیگر نیروهای احساسی و عاطفی کمک گرفته و در این فراگرد چیزی را در خویش پرورش می دهد که فروید آن را یک توهم می نامد. بنابراین دین به عقیده فروید تکرار تجربه کودکی است.

^{۱۳} Young.



روش :

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان شهر اندیمشک می باشد. روش تحقیق از نوع همبستگی است. به منظور انتخاب نمونه از روش خوشه ای استفاده گردیده است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۱۵۰ سالمند که ۷۵ نفر زن و ۷۵ نفر مرد در شهرستان اندیمشک می باشند. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده گردیده است. پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر که این پرسشنامه شامل ۱۵ سوال است که نگرشهای آزمودنی را نسبت به مرگ مطرح می کند. پرسشنامه سلامت روان کلببرگ که از چهار خرده مقیاس : نشانه های جسمانی ، اضطراب ، بدکارکردی اجتماعی ، افسردگی تشکیل شده است. پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت که در این مقیاس ۲۱ سوالی عبارتهای ۱- ۱۲ جهت گیری بیرونی دینی و عبارتهای ۱۳- ۲۱ جهت گیری درونی دین را می سنجد. شیوه تجزیه و تحلیل داده در پژوهش حاضر توصیفی و استنباطی می باشد و از روش رگرسیون استفاده شده است. از آمار توصیفی به منظور نشان دادن میانگین ها، انحراف معیار و ... و از روش رگرسیون به منظور رد یا تأیید فرضیه های پژوهشی استفاده شده است.

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر:

این مقیاس توسط محققان به فارسی ترجمه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۵ سوال است که نگرشهای آزمودنی را نسبت به مرگ مطرح می کند. آزمودنی پاسخ خود را به هر سوال با گزینه های بلی یا خیر مشخص می کند که پاسخ بلی نشانه وجود اضطراب در فرد است. بدین ترتیب نمرات این مقیاس می تواند بین صفر تا پانزده متغیر باشد که نمره بالا معرف میزان بالای اضطراب مرگ در افراد است. ساجینو. کلاین (۱۹۹۶)، ضرایب آلفای کرونباخ را برای عاملهای سه گانه ای که با روش تحلیل عوامل ویرایش ایتالیایی این مقیاس را بدست آوردند به ترتیب ۰.۶۸، ۰.۴۹، ۰.۶۰، گزارش کرده اند. تمپلر (۱۹۷۰)، ضریب باز آزمایی مقیاس را ۰.۸۳ بدست آورده است. کونتی و نیروپلاچیک (۱۹۸۲)، اعتبار تصنیف مقیاس اضطراب مرگ را ۰.۷۶ و همبستگی هر سوال با نمره کل را از ۰.۳۰ تا ۰.۷۴ با میانگین ۰.۵۱ برای افراد سالخورده و ۰.۴۴ برای گروه دانشجویان گزارش کرده اند.

مقیاس سلامت روان کلدبرگ :

این پرسشنامه یک مقیاس تک عاملی است که سلامت روان را می سنجد. یک ابزار خود گزارشی است که بر روی پیوستاری از ۱ (هیچ) تا ۴ (به شدت) می باشد. در پژوهشی که عسگری (۱۳۸۶) انجام داد ضرایب پایایی این مقیاس به روشهای آلفای کرونباخ و اسپیرمن - براون و گاتمن محاسبه گردید. این ضرایب به ترتیب برابر ۰.۹۲، ۰.۸۸، ۰.۸۷، بودند که نمایانگر پایایی خوب آزمون هستند. نسخه ارائه شده در این پژوهش ۲۸ سوال است. در این پژوهش نمره بالا بیانگر داشتن سلامت روان، نمره پایین بیانگر وجود بیماری است. این پرسشنامه از چهار خرده مقیاس : نشانه های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، افسردگی تشکیل شده است. نظام نمره گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت است که به هریک از مقیاس های چهار گانه نمره (۰ - ۱ - ۲ - ۳) داده میشود. چیونگ و اسپیرز ضریب پایایی (۹۹ - ۹۵) پرسش نامه سلامت روان به روش باز آزمایی را ۰.۴۷ گزارش کرده اند که در سطح ۰/۰۵ < عادی معنادار است. ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر ۰.۸۸ و برای خرده مقیاس های نشانه



های جسمانی (هفت سوال اول) ، اضطراب (هفت سوال دوم) ، بد کارکردی اجتماعی (هفت سوال سوم) ، افسردگی (هفت سوال اخر) ، به ترتیب ۶۶٪ ، ۷۲٪ ، ۷۹٪ ، ۸۵٪ ، گزارش شده است .

مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت :

در این مقیاس ۲۱ سوالی عبارتهای ۱- ۱۲ جهت گیری بیرونی دینی و عبارتهای ۱۳- ۲۱ جهت گیری درونی دین را می سنجد و براساس طیف لیکرت نمره ، گزینه ج نمره چهار و گزینه د نمره پنج و عبارتهای بدون پاسخ نمره سه می گیرند . در پژوهش یرخی (۱۳۸۰) پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضریب آلفایی معادل ۰/۷۱۹ بدست آمد. در پژوهش (۱۳۸۲) باز گیر نیز ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ و تصنیف که بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران بیمارستان سوانح سوختگی اهواز انجام گردید . به ترتیب ۶۵٪ ، و ۵۶٪ ، بدست آمد .

روش اجرا :

بعد از هماهنگی لازم با استاد جهت توزیع پرسشنامه ها و عدم همکاری مراکز بازنشته به دلیل عدم مراجعه و بی حوصلگی افراد مسن پرسشنامه ها در میان افراد سالمند بالای ۶۰ سال که به صورت تصادفی از میان همسایگان ، دوستان و آشنایان به صورت گروهی (جمعی از افراد در کنار هم) و فردی انتخاب گردید و توزیع شدند . همچنین در میان این افراد مورد بررسی افراد باسواد و بی سواد حضور داشتند که افراد با سواد هیچ گونه مشکلی در پر کردن پرسشنامه نداشتند ، افراد بی سواد با حضور یک فرد جوان در کنار آنها و خواندن سوالات و گزینه ها یکی از گزینه ها را انتخاب و فرد باسواد آن را علامت میزد .

نتایج :

این نتایج همسو با یافته های عسگری و همکاران (۱۳۸۸) ، صالحی و همکاران (۱۳۸۶) ، صدری و جعفری (۱۳۸۹) ، منصورنژاد و همکاران (۱۳۸۹) ، آقاجانی، رئیسی و حیدری (۱۳۹۱) ، قربانی و همکاران (۱۳۹۲) ، شریفی، مهرابی زاده هنرمند و شکرکن (۱۳۸۲) ، آقایی و همکاران (۱۳۸۷) ، داینر اینلیسس (۲۰۰۲) ، جاشی و کوماری (۱۳۹۰) ، ناوارا و جیمز (۲۰۰۵) ، جانسون (۲۰۰۴) و تابت و همکاران (۲۰۱۳) می باشد.

با توجه شاخص های آماری رگرسیون مولفه های سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان ضریب تاثیر سلامت روان $B = ۰/۰۳۶$ با توجه به آماره t نشان می دهد که سلامت روان می تواند با ۰/۹۹ تغییرات مربوط به اضطراب مرگ در سالمندان را پیش بینی کند ، یعنی افزایش سلامت روان باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان و کاهش سلامت روان باعث افزایش اضطراب مرگ در سالمندان می گردد. در نتیجه فرضیه ددوم در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است و می توان با ۹۵٪ اطمینان نتیجه گیری کرد که رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و سلامت روان در سالمندان زن و مرد وجود دارد. در نتیجه فرضیه سوم در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است و می توان با ۹۵٪ اطمینان نتیجه گیری کرد که رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و اضطراب مرگ در سالمندان زن و مرد وجود دارد. در فرضیه چهارم افزایش سلامت روان باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان و کاهش سلامت روان باعث افزایش اضطراب مرگ در سالمندان می گردد. که در صورت تعمیم وزن این متغیر برابر با $Beta = ۰/۲۴۱$ می



باشد. در نتیجه فرضیه پنجم در سطح $P < 0/05$ معنادار است و می توان با ۹۵٪ اطمینان نتیجه گیری کرد که رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و سلامت روان در سالمندان مرد وجود دارد. در نتیجه فرضیه ششم در سطح $P < 0/05$ معنادار است و می توان با ۹۵٪ اطمینان نتیجه گیری کرد که رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و اضطراب مرگ در سالمندان مرد وجود دارد. در نتیجه فرضیه هفتم افزایش سلامت روان باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان و کاهش سلامت روان باعث افزایش اضطراب مرگ در سالمندان می گردد. که در صورت تعمیم وزن این متغیر برابر با $(\text{Beta} = 0/311)$ می باشد. در نتیجه فرضیه هشتم در سطح $P < 0/05$ معنادار است و می توان با ۹۵٪ اطمینان نتیجه گیری کرد که رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و سلامت روان در سالمندان زن وجود دارد. نتیجه فرضیه نهم در سطح $P < 0/05$ معنادار است و می توان با ۹۵٪ اطمینان نتیجه گیری کرد که رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و اضطراب مرگ در سالمندان زن وجود دارد.

(نلمان ۱۹۹۹-۲۹) با توجه به اینکه این پژوهش با هدف بررسی ارتباط باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان انجام گردید، پس از تجزیه و تحلیل داده این یافته ها بدست آمد: بین باورهای مذهبی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد، همچنین مشخص گردید که بین سلامت روان و اضطراب مرگ نیز رابطه ای معنادار وجود دارد. در ادامه مشخص گردید که بین اضطراب مرگ و باورهای مذهبی نیز مانند دیگر یافته ها بدست آمده رابطه ای معنادار بین دو متغیر وجود دارد. همچنین باورهای مذهبی می تواند با ۹۹٪ اطمینان تغییرات مربوط به اضطراب مرگ در سالمندان را پیش بینی کند، یعنی افزایش باورهای مذهبی باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان می گردد. در پایان این بخش می توان گفت که ارتباط دو متغیر باورهای مذهبی و سلامت روان می تواند تغییرات مربوط به اضطراب مرگ در سالمندان را تبیین نماید. در ادامه مشخص گردید افزایش سلامت روان باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان و کاهش سلامت روان باعث افزایش اضطراب مرگ در سالمندان می گردد. همچنین مشخص گردید رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و سلامت روان در سالمندان زن و مرد وجود دارد، نتیجه نهایی به این مطلب اشاره دارد که مولفه باورهای مذهبی می تواند تاثیر موثری در افزایش سلامت روان در سالمندان زن و مرد داشته باشد. و نیز رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و اضطراب مرگ در سالمندان زن و مرد وجود دارد، در ادامه می توان گفت باورهای مذهبی می تواند با ۹۹٪ اطمینان تغییرات مربوط به اضطراب مرگ در سالمندان مرد را پیش بینی کند، یعنی افزایش باورهای مذهبی باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان مرد و کاهش باورهای مذهبی باعث افزایش اضطراب مرگ در سالمندان مرد می گردد. نتیجه نهایی به این مطلب اشاره دارد که مولفه باورهای مذهبی می تواند تاثیر موثری در افزایش سلامت روان در سالمندان مرد داشته باشد. و نیز می توان نتیجه گیری کرد که رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و اضطراب مرگ در سالمندان مرد وجود دارد، نتیجه نهایی به این مطلب اشاره دارد که مولفه باورهای مذهبی می تواند تاثیر موثری در کاهش اضطراب مرگ در سالمندان مرد داشته باشد. در ادامه یافته ها نشان می دهد که باورهای مذهبی می تواند با ۹۹٪ اطمینان تغییرات مربوط به اضطراب مرگ در سالمندان زن را پیش بینی کند، یعنی افزایش باورهای مذهبی باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان زن و کاهش باورهای مذهبی باعث افزایش اضطراب مرگ در سالمندان زن می گردد. همچنین ارتباط دو متغیر باورهای مذهبی و سلامت روان می تواند تغییرات مربوط به اضطراب مرگ در سالمندان زن را تبیین نماید. در ادامه یافته ها نشان می دهد که سلامت روان می تواند با ۹۹٪ تغییرات مربوط به اضطراب مرگ در سالمندان را پیش بینی کند، یعنی افزایش سلامت روان باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان و کاهش سلامت روان باعث افزایش اضطراب مرگ در سالمندان می گردد. همچنین می توان نتیجه گیری کرد که رابطه معناداری بین دو متغیر باورهای مذهبی و سلامت روان در سالمندان زن وجود دارد، نتیجه نهایی به این مطلب اشاره دارد که مولفه باورهای مذهبی می تواند تاثیر موثری در افزایش سلامت روان سالمندان زن داشته باشد. این نتایج همسو با یافته های عسگری و همکاران (۱۳۸۸)، صالحی و همکاران (۱۳۸۶)، صدیقی و جعفری (۱۳۸۹)،



منصورنژاد و همکاران (۱۳۸۹)، آقاجانی، رئیسی و حیدری (۱۳۹۱)، قربانی و همکاران (۱۳۹۲)، شریفی، مهربانی زاده هنرمند و شکرکن (۱۳۸۲)، آقایی و همکاران (۱۳۸۷)، دایر اینلیسیس (۲۰۰۲)، جاشی و کوماری (۱۳۹۰)، ناوارا و جیمز (۲۰۰۵)، جانسون (۲۰۰۴) و تابت و همکاران (۲۰۱۳) می باشد.

در جدول ۴ - ۴ : خلاصه تحلیل واریانس و مدل رگرسیون رابطه مولفه های باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان مشخص گردیده است . در نتایج حاصله مشخص گردید ، که با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص های آماری رگرسیون باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان میزان F بدست آمده معنادار ($F = ۱/۴۹۸$ و $P < ۰/۰۳۱$) است که نشان می دهد که ارتباط دو متغیر باورهای مذهبی و سلامت روان می تواند تغییرات مربوط به اضطراب مرگ در سالمندان را تبیین نماید. همچنین با توجه به نتایج مشاهده می گردد که رگرسیون باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان معنادار می باشد ($F = ۱/۴۹۸$ و $P < ۰/۰۳۱$). همچنین باورهای مذهبی و سلامت روان رابطه معناداری داشته ($R = ۰/۲۷۳$) و در مجموع $۰/۷۴۵$ از تغییرات اضطراب مرگ در سالمندان را تبیین می کند. ($R^2 = ۰/۷۴۵$). همچنین در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز باورهای مذهبی و سلامت روان قادر به تبیین $۰/۰۲۲$ از واریانس اضطراب مرگ در سالمندان باشد. ($R^2 \text{ Adj} = ۰/۰۲۲$)

جدول ۴ - ۴ : خلاصه تحلیل واریانس و مدل رگرسیون رابطه مولفه های باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان								
شاخص مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	R^2	$R^2 \text{ Adj}$
رگرسیون	۰/۷۳۲	۲	۰/۳۶۶					
باقیمانده		۶۸	۰/۲۴۳	۱/۴۹۸	۰/۰۳۱	۰/۲۷۳	۰/۷۴۵	۰/۰۲۲
کل	۱۳/۸۵۱							

						۷۰	۱۴/۵۸۳	
--	--	--	--	--	--	----	--------	--

در جدول ۱۰ - ۴ نتایج حاصله مشخص گردید ، که با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص های آماری رگرسیون باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان مرد میزان F بدست آمده معنادار ($F = ۲/۰۴۵$ و $P < ۰/۰۴۲$) است که نشان می دهد که ارتباط دو متغیر باورهای مذهبی و سلامت روان می توانند تغییرات مربوط به اضطراب مرگ در سالمندان مرد را تبیین نماید. همچنین با توجه به نتایج مشاهده می گردد که رگرسیون باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان مرد معنادار می باشد ($F = ۲/۰۴۵$ و $P < ۰/۰۴۲$). همچنین باورهای مذهبی و سلامت روان رابطه معناداری داشته ($R = ۰/۲۳۶$) و در مجموع $۰/۶۸۴$ از تغییرات اضطراب مرگ در سالمندان مرد را تبیین می کند. ($R^2 = ۰/۶۸۴$) . همچنین در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز باورهای مذهبی و سلامت روان قادر به تبیین $۰/۰۳۴$ از واریانس اضطراب مرگ در سالمندان مرد باشد. ($R^2 \text{ Adj} = ۰/۰۳۴$)

جدول ۱۰ - ۴: خلاصه تحلیل واریانس و مدل رگرسیون رابطه مولفه های باورهای مذهبی و سلامت روان با اضطراب مرگ در سالمندان مرد								
شاخص مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	R^2	$R^2 \text{ Adj}$
رگرسیون	۰/۲۴۲	۲	۰/۳۱۴					
باقیمانده	۷/۳۱۲	۶۸	۰/۲۳۱	۲/۰۴۵	۰/۰۴۲	۰/۲۳۶	۰/۶۸۴	۰/۰۳۴



					۰/۳۱۹	۲	۱/۵۶۲	رگرسیون
۰/۰۳۶	۰/۵۹۴	۰/۲۳۱	۰/۰۲۴	۱/۷۸۴	۰/۲۸۱			باقیمانده
						۶۸	۹/۸۳۴	
						۷۰		کل
							۱۱/۳۹۶	

محدودیت‌های موضوع تحقیق :

- (۱) عدم دسترسی به پرسشنامه های مناسب .
- (۲) عدم دسترسی به پرونده های افراد نمونه (سالمندان) .
- (۳) نداشتن منابع کافی برای پژوهش مورد نظر.
- (۴) عدم همکاری مراکز .
- (۵) نداشتن زمان کافی برای انجام تحقیق .
- (۶) مشکل دوری مسافت برای رفتن به مراکز مختلف.
- (۷) عدم همکاری مسئولین مراکز که نمونه از آنها انتخاب گردیده بود.

پیشنهاد حاصل از نتایج تحقیق :

امید است نتایج این پژوهش بتواند، الگویی از چگونگی توجه به تاثیر باورهای مذهبی و سلامت روان در کاهش اضطراب مرگ در سالمندان ایجاد کند. همچنین با توجه به اینکه باورهای مذهبی و سلامت روان در کاهش اضطراب مرگ در سالمندان تاثیر مثبتی دارند مشخص کننده این مطلب



است که افزایش باورهای مذهبی و سلامت روان پیش بینی کننده مهمی در کاهش اضطراب مرگ در سالمندان است ، امید است یافته های این تحقیق بتواند مسئولین را در یاری رساندن به این قشر کمک نماید .

پیشنهادهای پژوهشی :

- ۱) انجام پژوهش های مشابه در سایر نمونه های آماری .
- ۲) انجام پژوهش های مشابه در جامعه آماری بزرگتر .
- ۳) انجام پژوهش های مشابه در اقشار دیگر جامعه .
- ۴) بررسی متغیرهای دیگر در سالمندان .
- ۵) انجام این پژوهش در سایر نمونه های دارای اختلالات مختلف .
- ۶) با برپایی سمینارهای آموزشی، آگاهی خانوادهها را در مورد متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش را ارتقاء داده و آنها را با نقش تاثیر گذار این متغیرها آشنا کنند.
- ۷) ارائه یک برنامه منسجم برای افزایش سلامت روان سالمندان .

منابع :

- ۱- آقاجانی - محمد ، رئیسی - مرضیه ، حیدری - فائزه . (۱۳۹۱). بررسی ارتباط انس با قرآن و باورهای مذهبی با میزان اضطراب مرگ در بیماران قلبی. ویژه نامه سومین همایش استانی قرآن و سلامت / اسفند ۱۳۹۱.
- ۲- آقایانی چاوشی . اکبر ، طالبیان . داود ، طرخورانی . حمید ، صدقی جلال - هما ، آزرمی . هاله ، فتحی آشتیانی . علی . (۱۳۸۷). ن بررسی رابطه نماز با جهت گیری مذهبی و سلامت روان. مجله علوم رفتاری دوره ۲ ، شماره ۲ ، تابستان ۱۳۸۷.
- ۳- احمدی ابهری ، سید علی . ۱۳۷۵ . فصلی بر اندیشه و رفتار . روان پزشکی بالینی . سال دوم شماره ۴
- ۴- ادوارد پ ، سارافینو . (۱۳۸۷)، روانشناسی سلامت . ترجمه میرزایی . الهه، تهران ؛ رشد.
- ۵- برک، لورا ای . روانشناسی رشد (از نوجوانی تا پایان زندگی) . مولف : لورا ای . برک . مترجم : سید یحیی محمدی ، تهران . نشر ارسباران . ۱۳۸۵ .



- 6- شریفی، طیبه، مهربانی زاده هنرمند، مهناز، شکرکن، حسین (۱۳۸۲). نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۱، ۸۹-۹۹.
- 7- صادقی، محمود. جایگاه دین در سلامت روان. انتشارات از طریق کمال، ۱۳۷۸.
- 8- صالحی، لیلی، سلیمانی زاده، لاله، باقری یزدی. سید عباس، عباس زاده. عباس. (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال یازدهم، شماره ۱ (پی در پی ۴۲)، بهار ۱۳۸۶.
- 9- صدری، جمشید، جعفری، علیرضا. (۱۳۸۹). بررسی رابطه ی باورهای مذهبی با سلامت روان (مطالعه ی موردی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر). مقالات جهاد دانشگاهی.
- 10- عسگری، پرویز، روشنی، حدیجه، مهری آدریانی، مریم. (۱۳۸۸). رابطه اعتقادات مذهبی و خوش بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. یافته ها
- 11- فیسکی، راستکو. (۱۳۸۱). زندگی نوین، ترجمه‌هاضغر زاده، نازلی. چاپ اول مهر. تهران. شادان. ی. نو در روانشناسی، ۱۳۸۸.
- 12- قربانی، الهه، سعادت‌مند، سعید، سپهریان آذر، فیروزه، اسدنی، سعید، فیضی پور، هایده. (۱۳۹۲). رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان دانشجویان. مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره هشتم، ص ۶۱۶-۶۰۷، آبان ۱۳۹۲.
- 1- and Vostanis P.thabet AA, Tawahina AA, Sarraj EE (2013). Death Anxiety, PTSD, Trauma, Grief, and Mental Health of Palestinians Victims of War on Gaza. *Healthcare current reviews* 2013, 1:2.
- 2-Diner Enlaces RE, Aisha S. Subjective Well- Being. In: Snyder RC, Lopez SJ (Eds). *Hand book of Positive Psychology*. Oxford: Oxford Univac site Press; 2002.
- 3-Johnson, M. A. Faith, prayer and religious observances. *Journal of Clinical Cornerstone*, 2004; 6(1): 17-2.
- 4-Shobhna Joshi, Shilpa Kumari. (2011). *Religious Belief and Mental Health: An Empirical Review*. DELHI PSYCHIATRY JOURNAL Vol. 14 No.1, April 2011.
- 5-Navara,G.S. James, S. Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment? *International Journal of Intercultural Relations*, (2005).
- 6-WHO.(20۱۱). *Promoting Mental Health: A report of the world health organization*. Department of Mental Health, University of Melbourne.