

تأثیر آموزش فرهنگ دینداری بر میزان افسردگی

فاطمه نوغانی* (کارشناس ارشد پرستاری) - جمیله محتشمی** (کارشناس ارشد پرستاری) - فاطمه واثق رحیم پرور***
(کارشناس ارشد مامایی) - دکتر غلامرضا بابایی**** (دانشیار)

** عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ورامین - پیشوا

*** عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**** عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه حیات

سال دهم شماره ۲۳ زمستان ۱۳۸۳ صص ۵۶-۴۹

تاریخ دریافت مقاله: تیر ماه ۱۳۸۳

تاریخ پذیرش مقاله: شهریور ماه ۱۳۸۳

چکیده

مقدمه: از اهداف اساسی مذاهب الهی ارتقای سطح بهداشت روانی جامعه و اصلاح روابط بین فردی است. تحقیقات نشان داده‌اند در صورتی که برای تقویت بُعد که پیشگیری در بهداشت روانی (اولیه و یا ثانویه) از برنامه‌های مذهبی و آموزش آنها کمک گرفته شود معلمین به عنوان یکی از گروه‌های تأثیرگذار و تأثیرپذیر در جامعه می‌توانند با استفاده از راهبردهای فرهنگی و مذهبی با افسردگی مقابله نمایند.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است. جامعه مورد پژوهش شامل معلمان مدارس راهنمایی تحصیلی دخترانه شهر تهران بود. ۴۰ نفر معلم مؤنث ساکن تهران، دارای تحصیلات لیسانس در سنین ۲۰ تا ۴۰ سال با تشخیص افسردگی بدون مصرف دارو در طول تحقیق با کسب اجازه از پزشک مربوطه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه، شامل پرسشنامه هامیلتون دارای ۲۴ سؤال مربوط به اختلالات خلق (بعد افسردگی) و پرسشنامه محقق ساخته جهت بررسی مشخصات فردی و تغییرات خلق از نظر افسردگی و اقدامات غیردارویی برای کاهش میزان افسردگی بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ۹۰ درصد از واحدهای مورد پژوهش از به کار بردن روش‌های غیر دارویی (مذهبی) از قبیل انجام فرایض دینی (نماز، روزه، مناجات) جهت تسکین (کاهش) افسردگی راضی بودند. ۹۲/۵ درصد از آموزش منظم فرهنگ دینداری رضایت داشتند. ۸۰ درصد آموزش استاد خاص را عامل مؤثر در گرایش به فرهنگ دینداری می‌دانستند. ۵۵ درصد پس از انجام عبادت‌ها احساس آرامش بهتری داشتند. پس از شرکت در کلاس‌های ویژه آموزش فرهنگ دینداری بین میانگین نمرات پیش آزمون ($\bar{X} = 21/41$) و میانگین نمرات پس آزمون ($\bar{X} = 10/05$) اختلاف معنادار مشاهده شد ($p = 0/000$).

نتیجه‌گیری: با نتایج این پژوهش تأثیر آموزش فرهنگ دینداری بر التیام حالاتی نظیر دل‌شوره، غمگینی، ناامیدی، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و همچنین افسردگی ثابت شد. بنابراین با انجام برخی فرایض دینی نظیر نماز خواندن، نوعی از آرام‌سازی و یا حس خوب در نزد فرد تقویت می‌شود.

واژه‌های کلیدی: تأثیر آموزش، افسردگی، فرهنگ دینداری، معلم

* نویسنده مسؤول مقاله: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن و نمابر: ۶۶۹۳۳۶۰۰

E-mail: Fnoughani@yahoo.com

مقدمه

از دیرباز، پرستاری در آمیخته با دین و سرچشمه دوستی، محبت و مراقبت کردن بوده است. فلورانس نایتینگل^۱ که خود فردی بسیار مذهبی و معنویت‌گرا بوده است معتقد بود که بیماری موجب رشد دین و معنویت می‌شود (۱).

چندین گروه از محققین با مرور بر مطالعات نتیجه گرفته‌اند که اعتقادات دینی و عمل به آن تأثیر مثبتی بر وضعیت سلامت روحی و جسمی افراد داشته است (۵-۲).

در اوایل قرن ۲۰، فروید و الیز^۲ به اثر مذهب بر بهداشت روان شک داشته‌اند (۶). حال آن که امروزه تحقیقات نشان داده است که در بین عموم مردم، آنانی که بیشتر مذهبی هستند و به دستورالعمل‌های مذهبی توجه دارند عمر طولانی‌تری دارند (۹-۷) و کمتر درگیر عوارض ناشی از استرس‌ها در رخدادهای زندگی می‌شوند (۱۰ و ۱۱) و در نتیجه وضعیت روانی بهتر داشته (۱۲)، به رفتارهای عادی مخاطره‌آمیز کمتر دچار می‌شوند (۱۳).

در مورد مذهب و افسردگی تاکنون صدها تحقیق انجام شده است (۱۴). دو سوم مطالعات مشاهده‌ای و آینده‌نگر کوهورت^۳ نشان از کاهش علایم افسردگی یا بیماری در افراد بسیار مذهبی دارند (۱۵).

شاملو می‌نویسد امروزه بحران افسردگی جوامع مختلف را در بر گرفته است و از این رو سالیانه هزینه‌های زیادی صرف تحقیق، درمان و نگهداری این بیماران می‌گردد. به عنوان مثال در ایران بنا بر تحقیقی که در یکی از

بیمارستان‌های روانی دولتی به عمل آمده مبین آن است که در سال ۱۳۶۳ شمسی برای نگهداری و درمان بیماران بستری ۲۲۰ میلیون ریال پیش‌بینی شده است که اگر با شرایط کنونی برآورد شود این رقم به چند برابر افزایش می‌یابد. لذا ضروری است که درباره‌ی روش‌های درمانی و پیشگیری از بیماری‌های روانی تحقیقات بیشتری انجام شود تا از صدمات مادی و معنوی به جامعه جلوگیری گردد (۱۶).

بررسی‌هایی که برای شناسایی مشاغل آسیب‌زا انجام گرفته نشان می‌دهد که شغل معلمی با فشارهای محیطی فراوانی همراه است. از سوی دیگر بعد از سال‌ها تدریس خستگی کار و مسایل جنبی بر فشارهای محیطی می‌افزاید لذا این قشر از افراد جامعه در معرض ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات رفتاری و روانی قرار دارند (۱۷).

از سوی دیگر مانیتی^۴ اظهار داشته که فشار روانی در بین معلمان افزایش یافته است و این نکته باید مورد توجه مدیران آموزشی و گروه معلمان قرار گیرد زیرا افسردگی در این قشر به دلیل فشار روانی محیط کار بیش از سایر مشاغل است (۱۸).

تحقیقات مختلف نشان داده که در پیشگیری و ارتقای بهداشت روانی (اولیه و یا ثانویه) می‌توان به بهترین شکل از آموزش‌ها و همچنین برنامه‌های مذهبی بهره‌مند گردید.

از آنجا که یکی از هدف‌های اساسی مذاهب، ارتقای سطح بهداشت روانی جامعه و اصلاح روابط بین فردی است، تحقیقات روان‌شناسی درجه موفقیت مذاهب مختلف را در این مورد نشان می‌دهد. امروزه مشخص

1 - Florence Nightingale

2 - Freud and Ellis

3 - observational and prospective cohort studies

4 - Manity

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است. جامعه مورد پژوهش شامل معلمانی است که در مدارس راهنمایی تحصیلی دخترانه شهر تهران در سال ۱۳۷۸ مشغول به تدریس بودند. در این بررسی ۴۰ نفر از میان معلمان شاغل مؤنث، ساکن تهران، دارای تحصیلات لیسانس، در سنین ۳۰ تا ۴۰ سال مبتلا به افسردگی بستری در بیمارستان‌های منتخب با کسب اجازه از پزشک مربوطه بدون هیچگونه مصرف دارویی (در طول مدت تحقیق) انتخاب شدند.

محیط پژوهش شامل بیمارستان‌های آموزشی درمانی و کلینیک‌های روانی منتخب وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و بقیه الله الاعظم بودند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل دو پرسشنامه بود: پرسشنامه هامیلتون دارای ۲۴ سؤال مربوط به اختلالات خلق (بعد افسردگی) و یک پرسشنامه محقق ساخته دارای ۳۴ سؤال مربوط به مشخصات فردی (سؤالات ۱ تا ۶)، تغییرات خلق از نظر افسردگی و افتراقاتی که به منظور رفع این حالت به واحد پژوهش کمک می‌نمایند (سؤالات ۶ تا ۱۷) و اقدامات غیردارویی برای کاهش میزان افسردگی معلمین (سؤالات ۱۷ تا ۳۴) مورد پژوهش اختصاص یافته است. در این سؤالات به آگاهی واحدهای پژوهش از فرهنگ دینداری و چگونگی کسب این آگاهی و همچنین مسایل مربوط به فرهنگ دینداری نظری و فرهنگ دینداری عملی (نماز - روزه - مستحبات و غیره) و تأثیر آن بر احساس افسردگی واحدهای پژوهش اشاره شده است. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوی

شده که سبک زندگی مذهبی، به خوبی می‌تواند آرامش فردی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری را همراه داشته باشد. دعاها و مراسم مذهبی، مساجد و کلیسا و زیارت‌گاههای مذهبی در مقالات مختلف علمی به عنوان عوامل شناخته شده و تأمین‌کننده بهداشت روانی مناسب در جوامع مذهبی معرفی شده‌اند. درمان و حمایت نیز امروزه جایگاه خود را به خوبی در فرآیند درمان اختلالات روان‌پزشکی و مشکلات روانی اجتماعی نظیر اعتیاد، بزهکاری و بحران‌های نوجوانی نشان داده است.

درمان‌های شناختی با گرایش‌های مذهبی، لگوتراپی^۱، روان‌درمانی‌های حمایتی و بصیرتی با تکیه بر تحلیل‌های روانی مذهبی، درمان‌های گروهی در فضا و مکان و گروه‌های مذهبی، شفا گرفتن، پناه بردن به مکان‌های مذهبی یا شرکت در دعاها و مراسم مذهبی و بالاخره آموزش، مشاوره و راهنمایی با تکیه بر سنت‌ها و ارزش‌های مذهبی، تعدادی از موضوعات زمینه‌های پژوهشی است که به یافته‌های با ارزشی دست یافته است (۱۹).

از آنجایی که جامعه ما کشوری اسلامی است و در سایه فرامین الهی می‌توان بر بسیاری از امراض غلبه نمود؛ آموزش فرهنگ دینداری نیز می‌تواند کمک مؤثری تلقی گردد چرا که انسان از طریق برقراری ارتباط بهینه با خداوند قادر خواهد بود که بر دشواری‌های مسیر زندگی فایق آید و در کل ثمربخشی مناسبی برای جامعه به ارمغان آورد. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا تأثیر آموزش فرهنگ دینداری بر افسردگی یکی از اقشار زحمتکش جامعه یعنی معلمان را مورد بررسی قرار دهند.

بودند. ۹۲/۵ درصد از آموزش منظم فرهنگ دینداری رضایت داشتند و ۵۵ درصد پس از انجام عبادت‌ها احساس آرامش بهتری داشتند (جدول شماره ۱).

همچنین نتایج نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۹۵ درصد) دچار احساس ناراحتی بودند و ۶۷/۵ درصد دچار احساس عدم لذت، ۸۷/۵ درصد دچار بی‌اشتهایی، ۸۰ درصد دچار بی‌خوابی، ۸۵ درصد دچار ناامیدی، ۷۷/۵ درصد دچار دل‌شوره بودند (جدول شماره ۲).

بررسی عوامل مؤثر در گرایش به فرهنگ دینداری نشان داد که از بین عواملی نظیر والدین، معلمین، استاد خاص، کتب مذهبی و رسانه‌های گروهی، ۹۷/۵ درصد استاد خاص را عامل مؤثر در گرایش به فرهنگ دینداری ذکر کرده‌اند (جدول شماره ۳).

یافته‌ها نشان داد بین میانگین نمرات افسردگی بیش از نمرات با میانگین نمرات افسردگی پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (جدول شماره ۴).

استفاده گردید و جهت تعیین اعتماد علمی پرسشنامه محقق ساخته سنجش فرهنگ دینداری از آزمون مجدد استفاده شد.

پس از مراجعه به مراکز درمانی منتخب، آزمودنی‌ها توسط معیار هامیلتون مورد ارزیابی قرار گرفتند. بر اساس این آزمون نمرات ۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، ۱۸ تا ۲۹ افسردگی متوسط و نمرات بالاتر از ۲۹ افسردگی شدید در نظر گرفته شدند. در تحقیق حاضر تنها افرادی که افسردگی ضعیف و متوسط داشتند انتخاب شدند. نمونه‌ها به مدت شش ماه هر هفته ۱/۵ ساعت در محل حضور یافته و آموزش حضوری انجام شده است. مواد درسی تحت عنوان فرهنگ دینداری نظری مراتب تربیت، تزکیه و سلامت و تعادل روانی و عملی بوده است.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS و از آمار استنباطی شامل تی مستقل و زوج، مجذور کای، ضریب همبستگی پیرسون^۱ و تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد ۵۵ درصد از واحدها در محدوده سنی ۳۰-۳۵ سال بودند و ۶۲ درصد از آنان ۴-۲ سال سابقه‌ی کار داشتند؛ ۷۷/۵ درصد متأهل و ۵۲/۵ درصد دارای ۲ فرزند و ۷۰ درصد دچار مشکلات روحی بودند.

۱۷/۵ درصد سابقه ۱ سال مصرف دارو داشته، ۱۲/۵ درصد از تأثیر دارو راضی بودند و ۹۰ درصد از به کار بردن روش‌های دیگر جهت تسکین (کاهش) افسردگی از قبیل انجام فرایض دینی (نماز، روزه، مناجات) راضی

جدول شماره ۱ - فراوانی مشخصات فردی معلمان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های روانی شهر تهران سال

۱۳۷۸

درصد	تعداد	مشخصات فردی واحدها
۵۵	۲۲	سن (۳۰-۳۵ سال)
۶۲	۲۵	مدت اشتغال (۴-۲ سال)
۷۷/۵	۳۱	متأهل
۵۲/۵	۲۱	دارای ۲ فرزند
۷۰	۲۸	وجود مشکلات روحی
۱۷/۵	۷	سابقه یک سال مصرف دارو
۱۲/۵	۵	تأثیر مصرف دارو در کاهش افسردگی
۹۰	۳۶	تأثیر روش‌های غیر دارویی مثل انجام فرایض دینی (نماز، روزه، مناجات)
۵۵	۲۲	احساس آرامش بعد از انجام فرایض دینی
۹۲/۵	۳۷	آموزش منظم فرهنگ دینداری

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی حالات ناراحت کننده معلمان شهر تهران بر حسب مدت ابتلا مراجعه‌کننده به

بیمارستان‌ها و کلینیک‌های روانی سال ۱۳۷۸

احساس عدم لذت	بی‌اشتهایی		بی‌خوابی		نامیدی		غمگینی		دلشوره		علایم فراوانی (مدت سال)	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۷/۵	۷	۷/۵	۳	۱۲/۵	۵	۲	۷/۵	۳	۵	۲	۱/۲ سال	
۱۲/۵	۵	۲/۵	۱	۵	۲	۵	۱۲/۵	۵	۱۵	۶	۱ سال	
۲/۵	۱	۲/۵	۱	۲/۵	۱	۵	۲/۵	۱	۲/۵	۱	بیشتر از ۱ سال	
۶۷/۵	۲۷	۸۷/۵	۳۵	۸۰	۳۲	۸۵	۳۴	۷۷/۵	۲۱	۷۷/۵	۳۱	ندارد
۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	جمع

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های روانی بر حسب

تأثیر عوامل مؤثر در گرایش به فرهنگ دینداری سال ۱۳۷۸

جمع	بدون جواب		خیر		بلی		پاسخ فراوانی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۰۰	۴۰	۲۰	۸	۵۵	۲۲	۲۵	۱۰	والدین
۱۰۰	۴۰	۲۰	۸	۵۵	۲۲	۲۵	۱۰	معلمین
۹۷/۵	۳۹	۱۵	۶	۲/۵	۱	۸۰	۳۲	استاد خاص
۱۰۰	۴۰	۱۷/۵	۷	۲۵	۱۰	۵۷/۵	۲۳	کتاب مذهبی
۱۰۰	۴۰	۷/۵	۳	۸۲/۵	۳۳	۱۰	۴	رسانه‌های گروهی
۱۰۰	۴۰	۲/۵	۱	۷۲/۵	۲۹	۲۵	۱۰	دوستان
۱۰۰	۴۰	۱۷/۵	۷	۱۵	۶	۶۷/۵	۲۷	احساس فردی

جدول شماره ۴ - مقایسه میانگین نمرات افسردگی قبل و بعد از آموزش فرهنگ دینداری سال ۱۳۷۸

سطح معناداری	بعد از آموزش	قبل از آموزش	گروه مورد مطالعه
$t=7/5$ $p=0/000$	$\bar{X}=10/05$ $S=4/82$	$\bar{X}=28/48$ $S=7/71$	نتایج آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر آموزش فرهنگ دینداری نظری و عملی (نماز، روزه و مناجات) بر کاهش افسردگی معلمان شاغل در مدارس راهنمایی دخترانه شهر تهران مؤثر بوده است. آموزش فرهنگ دینداری موجب گردید حالاتی نظیر دلشوره، غمگینی، ناامیدی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی از نمرات کمتری در افسردگی برخوردار شود. عبادتی نظیر نماز خواندن که خود نوعی آرام‌سازی است حس خوب بودن را در فرد ایجاد می‌کند (۲۰). این روش آرام‌سازی در سوره عنکبوت آیه ۴۵ و همچنین در روایات بسیاری قید شده است (۲۱). امروزه شناخت درمانی بر سایر اشکال روان‌درمانی جهت افراد افسرده ارجحیت دارد. شناخت درمانی، متکی بر اصلاح و تغییر در تفکر است، که در افسردگی به احساس درماندگی و ناامیدی در مورد خود، آینده و گذشته منجر گردیده است (۲۲). به علاوه مشخص شد که استاد خاص بیشترین تأثیر را در آموزش فرهنگ دینداری دارد.

منظور از فرهنگ دینداری، وسیع نمودن میزان شناخت ذهن فرد است که این شناخت با پیوستگی به منبع عظیم خالق جهان و ماورای آن، انسان را از پیوستگی مادی به سوی پیوستگی غیر مادی سوق داده و به این ترتیب آرامش و سکون در قلب صورت می‌گیرد (۲۳). در مطالعه‌ای بر روی ۴۱۳۲ نفر ۶۵ ساله و بالاتر از آن در کانادا که به طور مداوم عبادت می‌کردند و به تجمعات مذهبی می‌پیوستند معلوم شد این افراد کمتر دچار افسردگی می‌شدند، در حالی که رابطه‌ای بین افسردگی و عبادت فردی آنان دیده نشد. سطح افسردگی بیشتر مربوط به کسانی بوده که از رادیو و تلویزیون مذهبی به تنهایی استفاده

می‌کردند (۱۴). با پیوستن مداوم به تجمعات مذهبی فرد ممکن است احساس اعتماد و حمایت کند و بیشتر تحت تأثیر تقویت اعتقادات و انجام اعمال مذهبی قرار گیرد (۲۴).

حسینی به نقل از یونگ^۱ اظهار می‌دارد: «در طی سی سال اخیر مردمانی از تمام کشورهای متمدن جهان به من مراجعه کرده‌اند. من صدها بیمار را معالجه نموده‌ام. در بین تمام بیماران که نیمه دوم حیات یعنی سنین بالاتر از سی و پنج سال را می‌گذرانیدند، یکی پیدا نشده است که مشکلش بالاخره مربوط به پیدا کردن یک عقیده دینی نسبت به زندگی نباشد. با اطمینان خاطر می‌توانم بگویم که هر یک از آنها از آن جهت بیمار شده بودند که آنچه را ادیان زنده عصر حاضر به پیروان خود اعطا کرده‌اند، از دست داده بودند و آنهایی که عقیده دینی خود را بازنیافتند، هیچ‌کدام به طور واقعی درمان نشدند» (۲۵).

ذکر خدا یکی دیگر از شیوه‌هایی است که همراه با درمان‌های کمکی آرامش واقعی را به بیماران می‌دهد.

در پژوهش دیگر تحت عنوان انطباق مذهبی و افسردگی در بین مردان سالخورده بستری در بیمارستان نتایج نشان داد که عقاید و رفتارهای مذهبی در این گروه از سالمندان بیمار به عنوان تدبیری برای تنیدگی کاربرد دارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که اعتقاد یا ایمان به خداوند یا نیایش، خواندن انجیل و ارتباط محکم با کلیسا به بیماران احساس آرامش و آسایش می‌دهد (۲۶).

پرستاران که با افراد گوناگون در وضعیت سلامت و بیماری سر و کار دارند با بهره‌گیری از فرهنگ دینداری می‌توانند بر روی

پرستاری و پژوهش پرستاری و به طور کلی در ارتقای سطح بهداشت روان افراد در حرف گوناگون استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و کلیه معلمین گرامی که در این پژوهش ما را یاری رساندند تشکر به عمل می‌آید.

منابع

- 1 - Barnum BS. Spirituality in nursing: everything old is new again. *Nursing Leadership Forum*. 1995; 1: 24-30.
- 2 - Gundersen L. Faith and healing. *Ann Intern Med*. 2000 Jan 18; 132(2):169-72.
- 3 - Levin JS. Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science and Medicine*. 1994; 38: 1475-1482.
- 4 - Levin JS, Larson DB, Puchalski CM. Religion and spirituality in medicine: research and education. *JAMA*. 1997 Sep 3; 278(9): 792-3.
- 5 - Mathews DA, McCullough ME, Larson DB, Koenig HG, Swyers JP, Milano MG. Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine. *Arch Fam Med*. 1998 Mar-Apr; 7(2): 118-24.
- 6 - Batson CD, Schoenrade P, Ventis WL. Mental health or sickness? In *Religion and the Individual: A Social – Psychological Perspective*. New York: Oxford University Press; 1993.
- 7 - Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001.

بیماران به ویژه کسانی که علاوه بر مشکلات جسمانی از آلام روحی نیز رنج می‌برند، مؤثر باشند. علاوه بر علم و دانشی که کسب نموده‌اند با توسل به این فرهنگ اثربخشی خود را دو چندان سازند. در امر آموزش پرستاری از نتایج این تحقیق می‌توان در تدریس بهداشت روان برای دانشجویان پرستاری مطالبی را مطرح نمود که آنان را در رسیدن به آرامش و نیز آرایه مراقبت‌های بهتر به مددجویان کمک کند هم‌چنین از نتایج این پژوهش می‌توان در حیطه‌های گوناگون خدمات پرستاری، آموزش

- 8 - Oman D, Reed D. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *Am J Public Health*. 1998 Oct; 88(10): 1469-75.
- 9 - Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD, Kaplan GA. Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Ann Behav Med*. 2001 Winter; 23(1): 68-74.
- 10 - Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*. 1999 May; 36(2): 273-85.
- 11 - McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol*. 2000 May; 19(3):211-22.
- 12 - Ellison CG, Levin JS. The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Health Educ Behav*. 1998 Dec; 25(6): 700-20.
- 13 - Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Religion, psychopathology, and substance use and abuse; a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *Am J Psychiatry*. 1997 Mar; 154(3): 322-9.

- 14 - Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health: Evidence for an association. *Int Rev Psychiatry*. 2001; 13: 67-78.
- 15 - Baetz M, Griffin R, Bowen R, Koenig HG, Marcoux E. The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Dec; 192(12): 818-22.
- ۱۶ - شاملو سعید. آسیب شناسی روانی. انتشارات رشد. چاپ دهم. ۱۳۷۲.
- 17 - Beck CK, Williams SR. Mental health psychiatric nursing. Toronto: C. V. Mosby Co; 1993.
- 18 - Galloway D, Panckhurst F, Boswell K, Boswell C, Green K. Mental health, absences from work, stress and satisfaction in a sample of New Zealand primary school teachers. *Aust N Z J Psychiatry*. 1984 Dec; 18(4): 359-63.
- ۱۹ - میرصدراپی مهین. بررسی و مقایسه میزان شیوع افسردگی واکنشی بین مربیان پرستاری و دبیران زن شهر مشهد. پایان نامه فوق لیسانس دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۶۷.
- 20 - Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatr Scand*. 1995 Apr; 91(4): 233-5.
- ۲۱ - قرآن کریم، سوره عنکبوت، آیه ۴۵.
- 22 - Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *J Clin Psychol*. 1995 Mar; 51(2): 202-4.
- ۲۳ - بینا محسن. سراج الصعود لمعاريج الشهود. چاپخانه مروی، ۱۳۷۱.
- 24 - Ellison CG. Religious involvement, social ties and social support in a Southeastern community. *J Sci Study Relig*. 1994; 33: 46-61.
- ۲۵ - حسینی ابوالقاسم. بررسی مکتب اسلام به عنوان فرهنگ جامعه. مجله دارو و درمان. سال دهم. شماره ۱۰۹ بهمن ۷۱.
- 26 - Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Pieper C, Meador KG, Shelp F, Goli V, DiPasquale B. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry*. 1992 Dec; 149(12): 1693-700.