نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال چهارم، شماره چهارم، زمستان ۹۹، صفحات ۵۱۰ تا ۵۲۰

پژوهشی

دینداری، معنویت و سلامت ــ سازوکارها و شواهد علمی

عبدالله معتمدی[۱]، مهدی خانجانی[۲]

چکیده

زمینه و هدف: امروزه به واسطه مفهوم معنویت در تعریف سلامت، مطالعات مختلفی در ارتباط با این مفهوم و رابطه آن با پریشانی‌های روان‌شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی و استرس و بیماری‌های جسمانی نظیر درد مزمن یا بیماری‌های صعب‌العلاج مانند سرطان انجام گرفته است. مطالعه حاضر با هدف تحلیل مفهوم سلامت و نقش معنویت و دینداری در سلامت جسمی‌و روانی انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر به صورت توصیفی- تحلیلی با استفاده از روش اسنادی و از طریق بررسی ادبیات نظری، کتاب‌های تخصصی و پژوهش‌های انجام گرفته در مفهوم سلامت و رابطه آن با ابعاد مختلف بیماری جسمانی و سلامت روان در افراد، انجام شده است.

یافته‌ها: اکثر مطالعات و پژوهش‌های انجام گرفته، حکایت از رابطه و اثر معنویت و دینداری در کاهش آلام و پریشانی‌های افراد و ارتقا سطح سلامت روانی دارد. علاوه بر آن در پژوهش‌های صورت گرفته اثر محافظتی معنویت و دینداری در پیشگیری از بروز افسردگی، اضطراب و مصرف یا سوء مصرف مواد در زمینه‌های مختلف فرهنگی نشان داده شده است.

نتیجه‌گیری: اعتقاد و باورمندی به خدا، ارزش‌ها و رفتارهای دینی و معنوی از طریق ایجاد هدف و معنا در زندگی، اتخاذ سبک و شیوه زندگی سالم، ایجاد شبکه‌های قوی از حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله مذهبی و منبع کنترل می‌تواند در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات جسمانی و روانی و تأمین و ارتقای سلامت در همه ابعاد آن به انسان کمک نماید.

کلیدواژه‌ها: معنویت، دینداری، سلامت معنوی، سلامت روان، سلامتی

مقدمه

یکی از پیامدهای فهم نادرست از مفهوم بدن(جسم) و روح تحت تأثیر برخی عقاید تحریف شده مسیحیت، و القا دوگانگی بین این دو و تقدیس روح و مذمت جسم، منجر به واکنش غیرمعقول جهان غرب نسبت به محدود کردن سلامت بر بدن و نادیده گرفتن جنبه‌های دیگر وجود آدمی‌شد (۱). این دیدگاه بیانگر محدودسازی مراقبت‌های زیست پزشکی غربی برای مراقبت از بدن در بیماری یا درد بوده است، و گاهی اوقات باعث غفلت از کل فرد در درک معنوی و فرهنگی وی از درد و رنج و بهبودی و شفا می‌شود. بنا به اعتقاد کوئنیگ (۲) تمرکز صرف پزشکیِ زیستی بر فقط بعد جسمانی و غفلت از سایر ابعاد وجودی فرد باعث شده است که بسیاری از افراد از نظر جسمانی بهبود یابند؛ اما خود را از نظر هیجانی، ارتباطی و معنوی، نارحت و رنجور ببینند. اقبال به بسیاری از اشکال بهبودی مبتنی بر مذهب و معنویت، شاهدی بر عدم موفقیت درمان‌های مبتنی بر دارو، علیرغم افزایش ظرفیت این نوع درمان است.

ضرورت بحث از سلامت معنوی، زمانی پررنگ‌تر می‌شود که علت بسیاری از بیماری‌های روانی و حتی مشکلات جسمی‌و بدنی، به نبود سلامت معنوی مربوط می‌شود. به عبارت دیگر بر اساس نتایج مطالعات مختلف، یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها و مشکلا روانی و عوارض جسمانی و اجتماعی مرتبط با آن به احساس پوچی و بیهودگی که افراد در زندگی تجربه می‌کنند، بستگی دارد و این تجربه ناشی از فقدان بعد معنوی سلامت در زندگی افراد است (۳).

در تعریف اولیه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) از سلامت، بر جنبه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی تأکید شده: سلامت به عنوان وضعیتی کامل تعریف شده است که نه تنها متضمن عدم بیماری، بلکه همچنین متضمن وجود امری مثبت و حالت کامل بهزیستی جسمی، روانی، اجتماعی نیز هست (۴).

در سال‌های اخیر تحت تأثیر مطالعات جدید، جنبه معنوی بهزیستی و سلامت معنوی جزئی از تعریف سلامت دانسته شده است (۵) این تغییر

۱. استاد دانشگاه علامه طباطبایی
۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

پارادایم در تحقیقات سلامت، به برخی متخصصان سلامت اجازه داد تا حتی پیشنهاد گنجاندن معنویت در تعریف سلامت را مطرح کنند (۵، ۶، ۷) و مفهوم سلامت را به حالت سلامت کامل فیزیکی، روانی، اجتماعی و معنوی گسترش دادند و نه تنها عدم وجود بیماری یا ضعف. علاوه بر این، پس از این پیشنهاد، گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، یک مقیاس فرعی از پرسشنامه WHOQOL را توسعه داد و معنویت را به عنوان مؤلفه اصلی کیفیت زندگی پیشنهاد کرد (۸). از آن به بعد مطالعات مختلفی حول این مفهوم و در ارتباط با ابعاد مختلف سلامت معنوی در رابطه با سلامت جسمی‌و روانی، انجام پذیرفته است (۹، ۱۰، ۱۱). دین اسلام نیز بهترین شاخصه‌ها را برای سعادت دینوی و اخروی انسان‌ها بازگو کرده است و شاخصه‌هایی که در قرآن مجید برای سلامتی ذکر شده، به تمام ابعاد وجودی انسان از جمله سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی و سلامت روانی توجه شده است است (۱۲). مطالعات مختلف حاکی از رشد روزافزون توجه عمومی‌به نقش مذهب و معنویت در مقابله و مواجهه با بیماری‌ها است و از مذهب و معنویت به عنوان عامل مهمی برای کنار آمدن و غلبه (coping) استفاده می‌شود (۱۰).

تعریف مذهب و معنویت

مذهب در گذشته به مکتب‌های فکری درون یک دین(مانند مذاهب پنجگانه فقه اسلامی) اطلاق می‌شد. در زبان انگلیسی، واژه religion به معنای مکتب‌های درون یک دین و خود دین به کار می‌رود. در کشور ما نیز درسال‌های اخیر، کلمه مذهب به هر دو معنا به کار می‌رود (۱۳) علامه طباطبایی(۱۴). در موارد گوناگونی در المیزان، دین را به روش سنت اجتماعی تعریف می‌کند؛ از جمله گفته شده است:« دین راه زندگی است که آدمی در دنیا به ناچار آن را می‌پیماید. جوادی آملی(۱۵). معتقد است: دین مجموعه عقاید، اخلاق، قوانین و مقرراتی است که برای اداره جامعه انسانی و پرورش انسان‌ها باشد. بنابراین می‌توان مفهوم دین و مذهب را به طور مترادف در نظر گرفت؛ لذا در اینجا نیز هرگاه صحبت از رابطه مذهب با سلامت می‌شود؛ مفهوم عام و کلی آن که مترادف با دین است مدنظر است.

کینگ و کوئنیگ (۱۶)، مذهب را نظامی‌سازمان‌یافته از عقاید، اعمال، رسوم و نشانه‌های طراحی شده می‌دانند که قرب به یک موجود مقدس و متعالی را (خدا، قدرت برتر یا حقیقت مطلق) تسهیل کرده و فهمی‌را از ارتباط فرد و مسئولیت‌های او نسبت به دیگران در زندگی در قالب یک جامعه مرتبط پرورش می‌دهد. همچنین گفته شده است معنویت یک جنبه پویا و درونی انسان است که از آن طریق شخص در جستجوی معنای غایی، هدف و تعالی رفته و ارتباط با خود، خانواده، دیگران، اجتماع، طبیعت و امور مقدس و مهم را تجربه می‌کند (۱۷). علامه طباطبایی (ره)(۱۸) براساس تقسیم دین بر دو وجه غیرالهی و الهی آن را تعریف نموده است. از نظر ایشان مراد از دین غیرالهی مجموعه قوانین و مقرراتی است که انسان برای دستیابی به خوش‌بختی در زندگی اجتماعی، از آن پیروی می‌کند. ادیان الهی از منظر ایشان نیز این گونه تعریف می‌شود: «دین مجموعه‌ای مرکب از معارف درباره مبدا و معاد و قوانین اجتماعی از عبادات و معاملات است که از طریق وحی و نبوت گرفته شده باشد». علامه محمد تقی جعفری (ره) نیز دین از منظر اسلام را شامل سه رکن اصلی یک: اعتقاد به وجود خداوند یکتا و نظاره و سلطه او به جهان هستی و دادگری مطلق او که هیچ هوی و هوسی ندارد و جامع همه صفات کمالیه است. دو: قوانی و برنامه عملی حرکت در زندگی قابل توجیه به سوی هدف اعلای حیات که احکام و تکالیف و حقوق نامیده می‌شود و سوم: موضوعاتی که شامل همه واقعیات و پدیده‌های بر پادارنده زندگی است، می‌دانند (۱۹).

براساس فرهنگ لغت آکسفورد، کلمه "spirt" از واژه لاتین spiritus گرفته شده است ، که معنای مختلفی دارد ، مانند "دمیدن" ، "دمیدن خدا" ، "الهام بخشیدن ، دمیدن به زندگی" ، "اصل حیاتی در انسان و حیوانات "یا" موجود غیر مادی فوق طبیعی" (۲۰). همچنین واژه spirituality از کلمه لاتین spiritualitas آمده است همانگونه که صفت spiritual معادل است با spiritualis در التین. این دو واژه لاتین از کلمه یونانی pneuma به معنای spirit و صفت یونانی pneumatikos آمده اند (۲۱). واژه «معنویت» در زبان عربی، مصدر صناعی از صفت «معنوی» است که خود، کلمه‌ای منسوب است یعنی آنچه با «معنا» نسبتی دارد. بر این اساس، «معنویت»، معنوی بودن است یعنی برقراری نسبتی با «معنا». معنای زندگی و جهان را می‌توان ارزش یا هدف آن دانست، همواره اموری وجود دارند که معناداری جهان و زندگی را تهدید می‌کنند همچون مرگ، بیماری، ناتوانی و بلایا و در مجموع، اموری که مرزهای وجودی انسان هستند (۲۱). مفهوم معنویت به‌طور لزوم منطبق بر مفهوم مذهب نیست هرچند معنویت در قلب مذهب و در تمام آموزه‌ها، دستورات، رفتارها و مناسک مذهبی وجود دارد اما در دنیای امروز رویکردهای غیرمذهبی نیز بدون پیوند معنویت با مذهب بر معنویت با تعریف متفاوتی که از آن می‌دهند تاکید می‌ورزند. "معنویت جنبه ای پویا و ذاتی از بشریت است که از طریق آن افراد به دنبال معنای نهایی، هدف و تعالی می‌روند و رابطه ای با خود، خانواده، دیگران، جامعه، طبیعت و چیزهای مهم یا مقدس را تجربه می‌کنند. معنویت از طریق اعتقادات، ارزش‌ها، سنت‌ها و اعمال تظاهر پیدا می‌کند. (۱۵). از منظر شهید مطهری، معنویت نوعی گرایش و احساس ذاتی انسان نسبت به امور غیر مادی مانند علم و دانایی، خیر اخلاقی، جمال و زیبایی، تقدس و پرستش است که وجه تمایز انسان از سایر موجودات محسوب می‌شود (۲۲). در دین اسلام، معنویت پیوند قوی و مستحکم با نیت و پایبندی در سطح رفتار به باورهای مذهبی دارد و بر دلبستگی، توکل، امید به لطف و مدد خداومند متعال تاکید دارد (۲۳).

در خصوص سلامت معنوی، توجه به تفاوت معنویت و نوع تلقی از آن

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

در فرهنگ‌های مختلف ضروری است چرا که تعریف واحدی از سلامت معنوی ارائه نشده است.. به طور نمونه سه تلقی از مفهوم معنویت وجود دارد. در اندیشه سکولار، معنویت مفهومی‌هستی شناختی مربوط به انسان و تکامل بخش اوست. در اندیشه غرب و مسیحیت مراد از معنویت، توجه به ارتباط انسان و ماوراء و و نیرویی فراتر از انسان است و در مکتب اسلام به عنوان کامل‌ترین مکاتب دینی، معنویت به عنوان وجه ارتباطی انسان و خداوند متعال به عنوان اولین گام حیات معنوی تلقی می‌شود. از دیدگاه معنویت اسلامی، وجود سلامت جسمی، روحی و معنوی از مقدمات رسیدن به مقام انسان کامل است (۲۴). بر اساس آیات و روایات در حوزه اعتقادی، ایمان، تقوا، توکل بر خدا و معاد باوری و در حوزه عملی، ذکر خدا، اقامه نماز، تلاوت قرآن، دعا، توسل و ازدواج از راه‌های دست‌یابی و ارتقاء سطح سلامت وعنوی درانسان محسوب می‌شود (۳).

در اسلام شاخص اصلی سلامت معنوی، اتصال و ارتباط با خداوند است که در چهار جنبه شامل «ارتباط انسان با خدا» از طریق ایمان توحیدی، تقوی، دعا، عبادت، اطاعت از فرامین الهی، کمک خواستن از خداوند، باور به معاد و وارستگی، رفتار معنوی و شکرگذاری؛ «ارتباط انسان با خود» از طریق احساس هدفمندی، احساس رضایت و امید به زندگی، خودشناسی، تفکر و اندیشه در اعمال و رفتار خود و دیگران، محاسبه و مراقبت نفس و انتخاب چارچوب جهت‌گیری مناسب؛ «ارتباط انسان با دیگران» از طریق داشتن ارتباط حسنه، نیکی، محب و مهربانی، نظر خواستن و راهنمایی کردن، صله ارحام، همیاری و مساعدت به دیگران، دوست داشتن دیگران و رعایت حقوق دیگران و « ارتباط انسان با طبیعت» از طریق احترام به طبیعت، آباد کردن طبیعت، احترام بر حق حیات و پاسداشت طبیعت، عبرت آموزی از طبیعت و محافظت از طبیعت، تجلی می‌یابد (۲۵).

بیماری و ناخوشی

در راستای بررسی تأثیر مذهب و معنویت بر بیماریهای مختلف لازم است تفاوت بین disease و illness گفته شود، disease (بیماری) مربوط به شرایط پزشکی است، که فرد با آن مواجه شده و همراه با علامت و نشانه است به عبارت دیگر، هر نوعی از شرایط پزشکی همراه با نشانه‌هایی که منجر به درد و پریشانی برای فرد شود، به عنوان یک بیماری شناخته می‌شود. بیماری مشخصا با اختلال در عملکرد طبیعی فرد یا آسیب به قسمتی از بدن یا جسم فرد شناخته می‌شود. این یک اصطلاح کلی است که شامل تمام اختلالات، عفونت‌ها، ناتوانی‌ها، ناهنجاری‌ها و غیره است که می‌تواند وجود انسان را آزار دهد. Illness (ناخوشی) احساسی از سطح پایین سلامت بوده و عمدتا یک حالت است. به عبارت دیگر، ناخوشی، احساسی از سطح پایین سلامت است. گرچه معمول است که افراد حالت ناخوشی خودشان را با رنجی که از یک بیماری می‌برند، مرتبط می‌دانند. ناخوشی، بیشتر از آنکه یک حالت پاتولوژیک باشد، وضعیتی است که سطح سلامت فرد پایین است یا از درد و ناراحتی رنج می‌برد. یک شخص حتی در صورت عدم وجود شرایط پزشکی می‌تواند ناخوش احوال باشد. در حالیکه بیماری یک حالت پاتولوژیک است که علائم و نشانه‌هایی دارد و در نتیجه حمله ویروس‌ها ، باکتری‌ها، قارچ‌ها یا سایر میکروارگانیسم‌ها است. در نهایت می‌توان گفت: ناخوشی چیزی است که باید مدیریت شود مانند احساس درد، ناراحتی، پریشانی، ضعف، خستگی و غیره و بیماری چیزی است که باید درمان شود، مانند عفونت، آسیب، قرار گرفتن در معرض سم، تخریب سلول و غیره.

با این مقدمه به نقش مؤلفه‌های مذهب و معنویت در احساس و حالتی که فرد از بیماری دارد پرداخته شده است.

روش

روش مورد استفاده در این پژوهش، روش توصیفی- تحلیلی است. بدین منظور تعدادی از مطالعات جدید و داخلی و خارجی مرتبط با موضوع پژوهش، مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن مطالعات در باب رابطه و نقش معنویت ودینداری بر سلامت جسمانی و روانی، تحلیل شده است.

یافته‌ها

رابطه و نقش معنویت و دینداری در پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمی

مکانیسم‌های بالقوه که معمولا برای توضیح (حداقل تا حدی) اثرات معنویت و دینداری بر سلامت مطرح می‌شوند عبارتند از: تشویق رفتارهای سالمی‌نظیر تنظیم و رعایت عادات غذایی، پرهیز از مصرف مواد، روابط جنسی در چارچوب قانونی و شرعی، پرورش فرزند بر اساس نظام باورهای خانواده و غیره؛ حمایت اجتماعی از سوی جامعه مذهبی؛ نظام باور (معنابخشی به زندگی و رنج) ؛ مکانیسم‌های مقابله؛ ویژگی‌های شخصیتی؛ و گذرگاه‌های هورمونی عصبی و ایمنی شناسی عصبی مانند کورتیزول، شکل بگیرد (۲۶). همچنین معنویت و دینداری ممکن است سلامت جسمانی را با بهبود رفتارهای بهداشتی، فراهم کردن منابع اجتماعی، یا تغییر پاسخ‌های روانی، به ویژه هنگام مقابله با استرس تحت تأثیر قرار دهند. (۲۷).

در یک مطالعه مروری منظم، از ۱۰۰ تحقیق، ۷۹ درصد ارتباطات مثبت و معنی‌داری را بین درگیری‌های مذهبی و بهزیستی بهتر نشان می‌داد. همچنین از بین ۱۰ مطالعه آینده‌نگر در ۹ مورد نشان داده شده است که اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی بیشتر بهزیستی بالاتری را در طول زمان پیش‌بینی می‌کند (۲۸). محققان معتقدند که تعهدات مذهبی به معتدل کردن فشارخون و تعدیل تنیدگی کمک می‌کند و حضور در مراسم مذهبی با کاهش در تنیدگی مرتبط است.

سنت و فرهنگ دینی پر از داستان‌هایی درباره درد جسمانی در برابر قدرت ایمان و حتی غلبه بر آن است. حتی تنها با نیروی ایمان مذهبی مغلوب شده بود. این دیدگاهی است که همچنان جایگاه قابل‌توجهی در

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

میان مومنان معاصر دارد. شواهد پژوهشی متقنی اثربخشی معنویت و مذهب در تسکین درد در بیماران را نشان داده‌اند (۲۹،۳۰). ریپونتروپ و همکاران (۳۱)، در پژوهشی رابطه بین مذهب و معنویت را روی ۱۲۲ بیمار مبتلا به درد مزمن انجام دادند. یافته‌های آنان حاکی از این بود که رابطه منفی و معنی‌داری بین مؤلفه‌های دین و معنویت و سلامت جسمی و درد مزمن وجود داشت. کسانی که از سلامت جسمی بدتر و درد بیشتری برخوردار بودند؛ رفتارهای مذهبی بیشتری از قبیل دعا، مراقبه و مطالعه کتاب‌های مذهبی را گزارش کرده بودند. همچنین، نتایج یک نظرسنجی انجام شده در سال ۲۰۰۵ در آمریکا نشان می‌دهد حدود ۸۵ درصد از افراد برای تسکین درد خود دست به دعا برداشته‌اند. از این تعداد بیش از نیمی هم اظهار داشته که دعا به اندازه داروهای تجویز شده بسیار مؤثر بوده است. در مطالعه ویچ، فاریاس، کانه، شاکل، ویبکه و همکاران (۳۲) با استفاده از تصویربرداری FMRI دو گروه از افراد معتقد و غیرمعتقد را مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد در گروه معتقد هنگام تفکر درباره یک چهره مذهبی درد کمتری را نسبت به گروه دیگر گزارش کردند. همچنین فعالیت بیشتری در ناحیه قشر پیش پیشانی سمت راست مغز VLPFC را نشان دادند به طوریکه هرچقدر درد ذهنی کمتر باشد این ناحیه فعالتر است. این موضوع نقش روان‌شناختی باور مذهبی در تعدیل درد را نشان می‌دهد. در ایران نیز خیاطان مصطفوی، آقایی و گل‌پرور(۳۳) اثربخشی آموزش مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی بر کاهش شدت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژی را نشان دادند. در کنار شواهد مربوط به تأثیر باورهای مذهبی و معنویست در کاهش درد، شواهدی هم مبنی بر اثر این باورها بر دیگر مشکلات جسمانی وجود دارد. به‌طور مثال پژوهش گریل، وانگ، چنگ و لیون (۳۴) نشان داد اعتقاد یا شرکت در مراسم مذهبی به طور کلی با سطوح پایینتر میزان روابط پرخطر جنسی و ابتلا به ویروس HIV و مصرف مواد مخدر تزریقی دارد. کوبینگ، کینگ و کارسون(۳۵) مجموعه شواهدی در خصوص ارتباط بین دینداری و معنویت و نرخ ابتلا به انواع عفونت را نشان داد. از ۱۳ مطالعه ۹ مورد از مطالعه‌ها ارتباط بالای بین دینداری و معنویت با میزان عفونت و ویروس را نشان دادند. درمجموع مطالعات، بین میزان تجربه دینی در سطح باورها، رفتار و عواطف و نگرش افراد و میزان پایبندی آنها به درمان در بیماران HIV را نشان داده‌اند.

رابطه و نقش معنویت و دینداری در پیشگیری و درمان اختلالات روان‌شناختی و ارتقای سلامت روانی

در چند دهه گذشته، اتخاذ رویکرد جامع نسبت به درک انسان راه را برای پژوهش در حوزه معنویت به عنوان یک بعد از جنبه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری، بین فردی و روانی هموار کرده‌است. اگرچه ارتباط بین معنویت و سلامت روان در ایدئولوژی‌های شرقی (مانند اسلام و بودیسم) برای سال‌های زیادی شناخته شده‌است اما شکاف تاریخی بین مذهب و علم به‌ویژه در غرب منجر به علاقه نسبتا اخیر به این حوزه شده‌است. این علاقه به رابطه بین معنویت و سلامت روانی به چند روش در حال بررسی است. محققان در طیفی از رشته‌ها، از جمله روان‌شناسی، روان‌پزشکی، الهیات، پرستاری و هستی‌شناسی، در حال بررسی ارتباط بین عناصر مختلف این دو حوزه از وجود انسان هستند.

شواهد گسترده و قوی طی تحقیقات چند دهه اخیر نشان می‌دهد که بین مشارکت در امور مذهبی و سلامت روانی رابطه وجود دارد (۳۶). به طور مثال دو بررسی نظام‌مند دانشگاهی بیش از ۳۰۰۰ مطالعه تجربی در مورد رابطه معنویت و دینداری و سلامت را شناسایی کرده‌اند (۳۵). به‌طورکلی، افرادی که میزان معنویت و دینداری بالاتری دارند، نسبت به افرادی که معنویت و دینداری کمتری دارند، افسردگی، رفتار خودکشی و مصرف یا سو مصرف مواد کمتری دارند. علاوه بر این، کیفیت زندگی بهتر، خوش‌بینی، بهزیستی، سلامت عمومی بالاتر، و بهبود سریع‌تر علائم افسردگی را در مقایسه با گروه دیگر، تجربه می‌کنند. (۳۷، ۳۶، ۳۸).

بیشتر تحقیقات مربوط به رابطه یا اثر معنویت و دینداری بر سلامت روانی در مورد برخی اختلالات نظیر اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، خودکشی و اسکیزوفرنی انجام شده است که در ادامه به برخی شواهد مربوط به آن ارائه می‌شود.

اضطراب یک احساس ناخوشایند ترس و هراس است که با تنش یا ناراحتی ناشی از پیش‌بینی خطر، از چیزی ناشناخته یا عجیب مشخص می‌شود. وقتی شدید، مکرر و یا درد و رنج زیادی ایجاد می‌کند، می‌تواند مشکلات جدی برای سلامت روانی و عمومی‌ایجاد کند. اختلال اضطراب عمومی، اختلال هراس و فوبیاس شایع‌ترین اختلالات اضطرابی هستند(۳۹). ۱۹ مطالعه طولی انجام شده توسط کوئینگ، کینگ و کارسون (۳۵) گزارش کرده‌اند که معنویت و دینداری با سطوح پایین تر اضطراب در طول زمان رابطه دارد. در یک فراتحلیل گانکالوز، لوچتی، منزس و والادا (۴۰) با هدف سنجش تأثیر مداخلات مبتنی بر معنویت و دینداری نشان داد که مداخلات مبتنی بر معنویت و دینداری تأثیر قابل‌توجهی در کاهش اضطراب داشته است. به نظر می‌رسد که برخی از انواع درمان‌های مکمل و یکپارچه (براساس شیوه‌های معنوی مانند ذهن آگاهی و مدیتیشن) نشانه‌های اضطراب را کاهش می‌دهند (۴۱، ۴۲، ۴۳).

رابطه بین معنویت و دینداری و روان‌پریشی برای مدت طولانی مورد بحث قرار گرفته‌است. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که هذیان مذهبی در بیماران روان‌پریش شایع است (صداهایی با نیروهای شیطانی، پیام‌هایی از خدا یا شیطان) (۴۴). یک سؤال مهم در این زمینه این است که آیا چنین رابطه‌ایی یک رابطه علی است (ایجاد روان‌پریشی توسط معنویت و دینداری) ، یا افرادی که از علائم روان‌پریشی رنج می‌برند به دنبال تجارب مذهبی برای مقابله با این علائم هستند، یا اینکه محتوای این توهمات مذهبی به سادگی زمینه‌های فرهنگی بیماران را منعکس

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

می‌کند. در بررسی کوئینگ، کینگ و کارسون (۳۵) ۴۳ مطالعه در مورد رابطه اختلالات روان‌پریشی و معنویت و دینداری را شناسایی کردند. ۱۴ مورد از این مطالعات رابطه معکوس بین علائم روان‌پریشی و معنویت ودینداری را نشان دادند.

نقش معنویت و دینداری در درمان افسردگی نیز در تحقیقات مختلفی نشان داده شده است. در فراتحلیل کوئینگ، مککالـه و لارسون (۴۵) از ۹۶ مطالعه منتشر شده در ارتباط با افسردگی و معنویت و دینداری، ۶۱ مورد همبستگی معکوس را بین این دو نشان داده است. علاوه بر این ۱۷۰ مقاله از ۳۳۹ مقاله منتشر شده بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ نیز نرخ افسردگی کم‌تر و علائم افسردگی کمتری را در میان کسانی که معنویت و دینداری بالاتری داشتند، نشان دادند. مشارکت، میزان پایین‌تر افسردگی را در طول زمان پیش‌بینی کرد(۳۵). فراتحلیلی با ۱۴۷ مطالعه با مجموع ۹۸،۹۷۵ نفر، رابطه معکوس قابل‌توجهی را بین دینداری و افسردگی نشان داد. چنین نتایجی توسط جنسیت، سن، یا قومیت تعدیل نشدند، اما این ارتباط در مطالعاتی که شامل افرادی بود که موقعیت‌های استرس زای اخیر را تجربه می‌کردند، قوی‌تر بود. از سوی دیگر، نتایج با نوع سنجش مذهبی مورد استفاده در مطالعه تعدیل شد؛ دینداری بیرونی و مقابله مذهبی منفی (سرزنش خدا به خاطر مشکلات) با سطوح بالاتری از علائم افسردگی همراه بودند (۴۶). یک مطالعه طولی یک ساله با ۴۷۹۱ نوجوان آمریکایی نشان داد که مشارکت در فعالیت‌های مذهبی، مانع از شروع دوره‌های افسردگی می‌شود (۴۷). همچنین یک مطالعه پی‌گیری ۱۰ ساله روی ۱۱۴ کودک آمریکایی نشان داد که کسانی که در سن ۱۰ سالگی معنویت و دینداری را در زندگی مهم تلقی کرده بودند؛ در فاصله ۱۰ تا ۲۰ سال بعد از آن، میزان افسردگی آنان حدود یک چهارم کسانی است معنویت و دینداری را در زندگی آنان مهم تلقی نشده است (۴۸). مروری نظام‌مند بر کارآزمایی‌های بالینی تصادفی ارزیابی مداخلات مبتنی بر معنویت و دینداری، نشان داد که این مداخلات علائم افسردگی را کاهش داده‌اند (۴۰). مطالعات دیگری نیز نشان داد که گنجاندن عناصر معنویت و دینداری در مداخلات روان‌درمانی ممکن است برای بیماران با انواع مختلف مشکلات روانی، از جمله افسردگی مفید باشد (۵۰،۴۹). فراتحلیل دیگری از کارآزمایی‌های بالینی تصادفی نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایمان (F – CBT) در مقایسه با گروه کنترل، اثربخشی بیشتری از درمان شناختی رفتاری استاندارد در کاهش نمرات افسردگی ایجاد می‌کند (۵۱). در یک مطالعه آصفی، علیپور و صفاری‌نیا (۵۲) اثربخشی معنویت درمانی و طرحواره‌درمانی در دانشجویان افسرده را مورد مقایسه قرار دادند. یافته‌های نشان داد که هر دو درمان موجب بهبودی افسردگی دردانشجویان شده است. همچنین نتیجه این مقایسه نشان داد معنویت درمانی درمقایسه با طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری در کاهش معنویت داشته است. در پژوهش باقری، چگنی، مه‌نگار (۵۳) و بولهری، نظیری و زمانیان (۵۴)نیز به ترتیب اثربخشی روان‌درمانی معنوی-مذهبی را بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای همسر معتاد و زنان مبتلا به سرطان سینه را نشان داده است. در پژوهشی دیگر در ایران، نوغانی، محتشمی، رحیم پرور و بابایی (۵۵) اثربخشی آموزش فرهنگ دینداری بر کاهش افسردگی گروهی از معلمان دبیرستان‌های دخترانه را نشان داده‌اند.

خودکشی یکی از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی در جهان است. این بیماری مسئول بیش از ۸۰۰،۰۰۰ مرگ در سال است و در میان سه علت اصلی مرگ افراد ۴۴ - ۱۵ ساله قرار دارد (۵۶). علل خودکشی شامل عوامل روان‌شناختی مانند افسردگی، خشم و تکانشگری است. عوامل اجتماعی مانند اختلالات خانوادگی، فقدان حمایت اجتماعی و احساس تنهایی؛ عوامل رفتاری مانند مصرف الکل و مواد مخدر و وابستگی؛ علل بیولوژیک، از جمله عوارض جانبی داروها؛ شرایط پزشکی مانند بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده؛ دلایل ژنتیکی و علل رشدی مانند خشونت خانگی و جنسی، سو استفاده جسمی یا عاطفی از جمله علل اصلی خودکشی افراد در جهان است (۳۵). مرور نظام‌مند ۱۴۱ مطالعه رابطه بین معنویت و دینداری و افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل را بررسی کرد. از این مطالعات، ۱۰۶ نفر (۷۵ درصد) افکار خودکشی و رفتار کمتری را در میان کسانی یافتند که مذهبی‌تر بودند (۳۵). در یک فراتحلیل نه مطالعه از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵، تعداد ۲۳۶۹ مورد خودکشی کامل و ۵۲۵۲ مورد (با مرگ طبیعی) مقایسه و تحلیل شد. نتایج این مطالعه اثر حفاظتی معنویت و دینداری در برابر خودکشی کامل را نشان داد (۵۶). یک مطالعه پیگیری ۱۶ ساله بر روی یک نمونه ۲۰۰۱۴ نفری از جمعیت آمریکایی نشان داد که کسانی که به طور منظم در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند در مقایسه با کسانی که در این‌گونه مراسم‌ها حضور نداشتند سه برابر کم‌تر خودکشی می‌کردند (۵۷). در یک مطالعه در برزیل (۱۱۰ نفر که اقدام به خودکشی کرده بودند و ۱۱۴ نفر که هیچ سابقه اقدام به خودکشی نداشتند) ، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد مذهب پس از کنترل سایر عوامل خطر مرتبط حدود ۵۰ درصد خطر اقدام به خودکشی را کاهش داده است (۵۸). در یک مطالعه طولی ۱۴ ساله دیگر ۷۰۸،۸۹ زن آمریکایی، پس از تعدیل متغیرهای جمعیت شناختی، عوامل مربوط به سبک زندگی، سابقه پزشکی و علائم افسردگی، نشان داد حضور هفتگی در مراسم مذهبی با هفت برابر نرخ خودکشی کم‌تر در مقایسه با کسانی که هرگز در آن شرکت نکرده بودند، همراه بوده است (۵۹). مطالعات متعددی نیز در ایران رابطه بین دین و معنویت در پیش‌بینی میزان خودکشی یا افکار خودکشی را نشان داده‌اند. به طور مثال، چین‌آوه و طباطبایی (۶۰) در پژوهش خود نشان دادند نگرش مذهبی و توکل به خدا به صورت منفی افکار خودکشی را پیش‌بینی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

می‌کند. علاوه بر آن نتایج نشان داد توکل به خدا در مقایسه با نگرش منفی از قدرت بیشتری در جهت پیش‌بینی منفی افکار خودکشی دردانشجویان عمل می‌کند. مصطفایی و اشرفی (۶۱) نیز در پژوهش خود رابطه منفی هوش معنوی با افکار خودکشی در گروهی از سربازان را نشان داده‌اند. همچنین میکائیلی و صمدی‌فر (۶۲) نیز در پژوهش خود نقش سلامت معنوی در پیش‌بینی افکار خودکشی در نوجوانان دختر را گزارش کرده‌اند.

این مطالعات بیشتر نقش باورها و اعمال و مناسک معنوی و دینی را به عنوان عوامل حفاظتی مهم در برابر اقدام به خودکشی و مرگ و میر نشان‌داده شده‌است. با این حال، جای خالی مطالعات کنترل‌شده و آزمایش‌ها بالینی احساس می‌شود که آیا مداخلات مبتنی بر دین و معنویت می‌تواند به کاهش رفتار خودکشی و کنترل عوامل خطر کمک کند.

در خصوص سوء مصرف مواد به خصوص الکل نیز مطالعات متنوعی در کشورهای مختلف انجام گرفته که نشان دهند نقش یا رابطه میزان معنویت و دینداری فرد در کاهش مصرف یا پیشگیری از مصرف مواد یا الکل در بین افراد دارد. در پژوهش درابل، تروچی و کلینجر (۶۳) روی ۱۱۱۶۹ زن در آمریکا نشان داده شد گرایش بالا به مذهب با پرهیز از مصرف الکل در طول زندگی در ارتباط بود. یک بررسی بزرگ در آمریکای مرکزی رابطه بین مذهب و سو مصرف مواد را در یک نمونه تصادفی از ۱۷۲۱۵ دانش‌آموز دبیرستانی بین سنین ۱۲ تا ۲۰ سال در پاناما، کاستاریکا و گواتمالا مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد باورهای نوجوانان به خدا با احتمال کمتری از مستی مرتبط بوه است (۶۴). مروری بر ۲۷۸ مطالعه کمی‌توسط کوئینگ، کینگ و کارسون (۳۵) که رابطه بین معنویت و دینداری و مصرف الکل را مورد بررسی قرار دادند، دریافتند که ۲۴۰ مطالعه مصرف یا سوء مصرف الکل کمتری را در میان افراد مذهبی گزارش کرده‌اند. بررسی این محققان در خصوص مواد مخدر نیز نتایج مشابهی در پی داشته است به‌طوری‌که از ۱۸۵ مطالعه بررسی شده، تعداد ۱۵۵ مطالعه رابطه معکوس بین معنویت و دینداری و مصرف یا سوء مصرف مواد مخدر را نشان داده‌اند. شواهدی وجود دارد که استفاده از دارو در دوران کودکی و بلوغ با خطر بالاتر وابستگی بیشتر نسبت به زمانی که استفاده در بزرگسالی آغاز می‌شود، مرتبط است (۶۵). این موضوع از این جهت مهم است که از ۳۵ مطالعه گروهی آینده‌نگر، نشان داده شد که معنویت و دینداری، مصرف یا سوء مصرف کمتر مواد مخدر را در آینده پیش‌بنی می‌کند و ۷۰ درصد از این مطالعات بر روی نوجوانان و دانشجویان دانشگاه انجام شده است.

در ایران نیز با توجه به بافت دینی و فرهنگی آن حرمت مصرف الکل در پرهیز از مصرف و سوء مصرف عامل مهمی در پیشگیری و حفاظت از افراد در برابر مصرف تلقی می‌شود. در پژوهش‌های مختلفی نقش باورهای دینی، معنویت و بار به خدا در پیشگیری از گرایش به مصرف مواد نشان داده شده است. به طور مثال بهامین، داوری‌فرد و صادقی‌فرد (۶۶) نقش واسطه‌ایی معنویت در رابطه بین سلامت روان و گرایش به مواد مخدر را در بین دانشجویان نمونه پژوهش نشان داده اند. همچنین مکارم و زنجانی (۶۵) و امیرپور، احمدیان، عنابستانی و احمدیان (۶۸) نیز رابطه منفی دینداری فرد و خانواده را در میزان مصرف مواد مخدر نشان داده‌اند.

واقعیت آن است که مطالعات انجام شده برای بررسی نقش مذهب و معنویت بر سلامت در سال‌های اخیر بسیار گسترده و متنوع بوده است. نتیجه این مطالعات انتشار صدها عنوان کتاب تخصصی و صدها عنوان مجله علمی‌معتبر در سراسر دنیا بوده است. در این مطالعات از روش‌های مختلف تحقیق اعم از تحقیقات مقطعی، طولی؛ همبستگی، آزمایشی، انواع تحقیقات کمی، انواع تحقیقات کیفی، فراتحلیل‌ها و ... استفاده شده است و بنابراین آنچه در این بین مهم است نحوه عمل و تأثیر معنویت و دینداری یا به عبارت دیگر مکانیسم اثر باورها، اعتقادات، نگرش‌هاو رفتارها و اعمال مذهبی بر سلامت جسمی و روانی افراد است. توجه به مکانیسم‌های فعال در این رابطه یا اثربخشی افق بازتری در برابر درمان‌گران، متولیان تأمین بهداشت و سلامت در مقابله مؤثرتر با بیمارها و اختلالات مختلف جسمی و روانی خواهد گشود. در بخش بعدی این مکانیسم‌ها بحث خواهد شد.

سازوکارها و تبیین روابط

اگرچه رابطه معنویت و دینداری و سلامت به خوبی براساس هزاران مطالعه مشخص شده‌است، ولیکن مکانیسم‌های این ارتباط یکی از چالش برانگیزترین مسائل برای تحقیق و تئوری باقی مانده‌است (۶۹). مکانیسم‌های بالقوه که معمولا برای توضیح (حداقل تا حدی) اثرات معنویت و دینداری بر سلامت مطرح می‌شوند عبارتند از: تشویق رفتارهای سالمی نظیر تنظیم و رعایت عادات غذایی، پرهیز از مصرف مواد، روابط جنسی در چارچوب قانونی و شرعی، پرورش فرزند بر اساس نظام باورهای خانواده و غیره؛ حمایت اجتماعی از سوی جامعه مذهبی؛ نظام باور (معنابخشی به زندگی و رنج)؛ مکانیسم‌های مقابله؛ ویژگی‌های شخصیتی؛ و متغیرهای فیزیولوژی مانند نوروهورمونی، نوروایمونولوژی و یا عملکرد قلبی عروقی نیز به عنوان میانجی بالقوه مطرح هستند. برخی محققان (۷۰) استدلال کرده‌اند که حالات خاص یا عناصر معنویت ممکن است به‌طور مثبت بر مکانیسم‌های فیزیولوژی مختلف درگیر در سلامت تأثیر بگذارد. در بسیاری از سنت‌های معنوی احساسات و عواطف خاصی، از جمله امید، خرسندی، عشق و بخشش، تشویق می‌شوند و می‌توانند با تأثیر بر مسیرهای عصبی که به سیستم غدد درون‌ریز و ایمنی مرتبط

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

هستند، به فرد خدمت کنند. در مقابل، وجود هیجانات منفی مانند خشم، ترس و احساس گناه باعث آزاد شدن نور اپی نفرین انتقال‌دهنده عصبی و هورمون غدد درون‌ریز کورتیزول می‌شوند. سطوح پایدار این عوامل می‌تواند منجر به مهار سیستم ایمنی، افزایش خطر عفونت، افزایش فشار خون و افزایش خطر سکته مغزی و بیماری‌های قلبی عروقی شود. (۷۱). نماز و دعا و مراقبه می‌تواند است سطح نوراپی نفرین و کورتیزول را کاهش دهد در نتیجه استرس و مشکلات سلامت روان مرتبط با آن را کاهش می‌دهد(۷۲). این احتمال با تحقیقاتی که ارتباط بین فعالیت یوگا و بهبود استرس، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و نیازهای پزشکی مربوط به استرس را نشان می‌دهد، حمایت می‌شود در یک شرایط کار استرس زای ناشی از کار با کامپیوتر، مذهب با واکنش‌پذیری کم‌تر کورتیزول در دانشجویان کارشناسی و در مردان با فشار خون پایین‌تر مرتبط بود (۷۱). علاوه بر این موراموتو (۷۲) نشان داد فعالیت مذهبی به طور خاص در قشر پیش‌پیشانی متمرکز شده است که با تشخیص خطا، نظارت و پیروی از هنجارهای اجتماعی درگیر است. یک قشر پیش‌پیشانی با عملکرد سالم با پیروی از هنجارها، همدلی و شفقت نشان داده خواهد شد؛ در عین حال یک قشر پیش‌پیشانی با عملکرد بالا با سازگاری سخت و شاید تفسیر هذیانی از خدا مشخص می‌شود. یک قشر پیش‌پیشانی کم‌کار نیز، فقدان خود کنترلی و بی‌تفاوتی را نشان می‌دهد. مطالعاتی نیز نقش عوامل ژنتیکی را نیز درخصوص رابطه معنویت و دینداری و سلامت روانی را نشان داده‌اند. به طور مثال موراموتو (۷۲) یک نقش محیطی قوی برای باورها و رفتارهای مربوط به معنویت و دینداری خانوادگی یافتند اما همچنین دریافتند که عوامل ژنتیکی مسئول ۲۹ درصد از واریانس مربوط به تعهد شخصی هستند ترکیبی از برجستگی باورهای مذهبی، حضور در کلیسا، دعا خواندن به صورت خصوصی و جستجوی آرامش معنوی.

در خصوص افسردگی، مشارکت مذهبی و معنوی ممکن است از شروع افسردگی با تقویت و ایجاد رفتارهای مقابله‌ایی سالم برای مواجهه با عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی جلوگیری کند. اگر افسردگی وارد شود، معنویت و دینداری ممکن است معنایی را برای فراهم کند. یکی از موضوعات اصلی در این ارتباط اهمیت داشتن معنا یا هدف در زندگی است. یکی از ویژگی‌های تعیین‌کننده افسردگی می‌تواند از دست دادن موقتی یا پایدار این جنبه زندگی فرد باشد. این فقدان و کشف مجدد آن دو جنبه اصلی ارتباط بین افسردگی و هم معنویت هستند. در حالت شروع افسردگی، دینداری و معنویت از طریق حمایت اجتماعی، سازگاری سریع‌تر با عوامل استرس‌زا، امکان ایجاد وتقویت معنا در زندگی را فراهم می‌کند(۳۵). افسردگی همچنین می‌تواند منجر به این شود که فرد هر چیزی را که در گذشته در آن احساس امنیت کرده بود زیر سؤال ببرد. در اینگونه موارد، شک و تردید در مورد چیزهایی ایجاد می‌شود که قبلاً به فرد معنا و هدف خود را داده‌اند. اینها عناصر کلیدی زندگی هستند که در طول دوره‌های افسردگی تمایل به ناپدید شدن دارند. بسیاری از سنت‌های مذهبی و معنوی ادعای ارائه معنا و هدف به افراد را دارند. بنابراین، یکی از مشارکت‌های کلیدی معنویت در زندگی این افراد، ممکن است قدرتی باشد که برای بازگرداندن معنا، هدف و امید به زندگی آن‌ها ارائه می‌دهد (۸۵). باورهای مذهبی به عنوان یک طرحواره یا یک مدل ذهنی برای هدایت ارزیابی رویدادهای زندگی فراهم می‌کنند و در خود تنظیمی فرآیندهای تفکر، مهم هستند. اسنادهای مذهبی نیز می‌تواند برای رویدادهای زندگی یک حس معنا، کنترل ادراک شده، و قابل‌پیش‌بینی بودن را به ویژه در زمان استرس بالا فراهم کند (۷۵). علاوه بر این یکی دیگر از روش‌های ایجاد معنا در زندگی از طریق معنویت برای افراد مبتلا به افسردگی درک و همدلی است اینها ابزارهای اصلی هستند که از طریق آن‌ها می‌توان پریشانی افسردگی را کاهش داد (۵۹). همچنین ذکر این نکته نیز مهم است که مذهبی بودن، زمانی که به صورت تنبیهی به عنوان "مجازات الهی" دیده می‌شود، می‌تواند سطوح اضطراب، افسردگی و حتی مرگ‌ومیر را افزایش دهد (۷۴).

در خصوص مکانیزم‌های موثر در ارتباط بین معنویت و دینداری و خودکشی نیز ممکن است شامل مقابله مذهبی در طول دوره‌های استرس‌زا، ایجاد و تقویت معنا در زندگی و گسترش شبکه‌های اجتماعی و حمایتی از طریق حضور در یک جمع مذهبی، یا اتخاذ استانداردهای رفتاری و نگرشی و ارزش‌های خاص زندگی باشد (۵۶). همه مذاهب اصلی دنیا خودکشی را ممنوع کرده‌اند، که این ممنوعیت را به عنوان یک عامل بازدارنده در نظر می‌گیرد (۵۷).

با توجه به مصرف/سو مصرف مواد، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه عمدتا گروه‌های خودیاری که دارای یک مؤلفه معنوی قوی هستند، با افزایش میزان معنویت و دینداری با تمرکز بر توسعه شبکه اجتماعی جدید، به فرآیند بازیابی از وابستگی به الکل کمک می‌کنند (۷۵). علاوه بر این، برخی مطالعات نشان داده است که "بیداری معنوی" در طول برنامه‌های مداخله‌ایی، پیش‌بینی‌کننده بهبود بهتر در میان بیماران وابسته به مواد است (۷۶).

یک مدل جامع توسط کوئینگ، کینگ و کارسون (۳۵) برای نشان دادن چگونگی تأثیر معنویت و دینداری بر سلامت روانی را پیشنهاد کرده‌اند. دراین مدل باور و ارتباط با خدا در نقش معنویت و دینداری و در قالب مقابله‌های مذهبی، تجارب دینی، تعهد دینی از طریق متغیرهای میانجی نظیر صبر، شاکر بودن، نوع دوستی، گذشت و بخشش، درست‌کاری و صداقت، سخت‌کوشی و توکل و در کنار نقش تعدیل‌کننده خلق‌خو، متغیرهای ژنتیکی، و شخصیت، تجارب زندگی و متغیرهای محیطی منجر

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

به یک ارزیابی‌شناختی و رفتارهای مقابله‌ایی در فرد می‌شود که منجر بـه دو نوع سلامت روانی مثبت و منفی می‌شود. که در حالت سلامت روانی مثبـت معنویت و دینداری منجـر بـه صـلح و آرامـش، تطـابق‌پـذیری، بهزیسـتی، شادکامی و لذت، امیدواری و خوش‌بینی، هدف و قصدمندی و قدرت مقابله و سازگاری در زندگی برای فرد می‌شود. و در مقابل عـدم وجـود معنویـت و دینداری یا وجود آن با توجه به نقش متغیرهای میانجی یا تعدیل‌گـری کـه بیان شد منجر به سلامت روانی پایین یا منفی نظیر افسـردگی، خودکشـی، اضطراب، روان‌پریشی، اختلال شخصیت، مصرف و سوء مصرف مواد و الکـل و بزه‌کاری خواهد شد.

در پژوهش‌های مختلف، متغیرهای مختلفی به عنوان میانجی معنویت و دینداری و سلامت در افراد مشخص شده است. برخی از مهمترین ایـن متغیرها عبارتند از سبک‌های مقابله، منبع کنتـرل، حمایـت اجتمـاعی و شبکه اجتماعی است.

مقابله مذهبی به عنوان یک میانجی برای در نظر گرفتن رابطه بـین معنویـت و سـلامت روانـی، بـه ویـژه در زمـان اسـترس مفهوم‌سازی شده‌است. پولنر (۷۷)، پیشنهاد می‌کند که رابطه یک فرد با یک "دیگری" الهی یا خیـالی مـی‌توانـد تـأثیر مهمـی بـر توانایی‌های مقابله فرد داشته باشد.

منبـع کنتـرل و سـبک اسـنادها هـم بـه عنـوان یکـی دیگـر از میانجی‌گرهای مهـم در رابطـه بـین سـلامت و معنویـت و دینـداری شناخته شده است. یکی از روش‌هایی که یک فرد با آن دنیـا را درک می‌کند، روشی است که در آن رویدادها یا تجربیات را تفسـیر و معنـا می‌بخشد. دلایل یا اسناد رویدادها به عنـوان میـانجی مهـم سـلامت روان در نظر گرفته شده است (۷۸، ۷۹) و تحقیـق در مـورد ارتبـاط بین سبک اسنادی و مشکلات مختلف سلامت روان هنوز هم در حال رشد است. نسبت دادن رویداده‌ای منفی به صـورت اسـناد بیرونـی و رویدادهای مثبت به صورت درونی به طور گسترده‌ای به عنـوان یـک سبک اسنادی "خوش‌بینانه" در نظر گرفته می‌شود و به طور کلی بـا سلامت روانی بهتر در مقایسه با افراد با سبک اسنادی بدبینانه همراه است (۸۰، ۷۹). به طور مشابه، یـک منبـع کنتـرل درونـی - کـه بـه موجب آن یک فرد باور دارد که بر یک پیامد مشخص مقداری کنترل دارد - معمولا با سلامت روانی بهتری نسبت به منبع کنتـرل بیرونـی همراه است (۸۱). باورهای مذهبی ممکن است به فرد ایـن امکـان را بدهد که رویدادهایی را که به عنوان کنترل نشده دیده می‌شـوند، بـه شکلی که آن‌ها را کم‌استرس تر یا پر معنا تر کنـد یـا تفسـیر مجـدد کند (۴۱). به عنوان مثال، افراد مذهبی که به مفهـوم خـدا بـا تمـام وجود اعتقاد دارند، چنانچه در کاری موفق نشوند یا به نتیجه دلخـواه دست نیابند، با تفسیر مجدد این موضوع به این صورت کـه خواسـت خداوند نبود، از ناامیدی و استرس ناشـی از آن رهـا مـی‌شـوند. یـک مطالعه نشان داد که هر چه باورهای مذهبی یک فرد اساسی‌تر باشد، احتمال اینکه آن‌ها "خوش‌بین" باشند بیشتر است (۸۲).

حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی افراد مذهبی و نهادها و فعالیـت‌هـای مـذهبی یـا از طـرف رهبـران و روحـانیون بـه طـور گسترده‌ای به عنوان یکی از واسـطه‌هـای کلیـدی بـین معنویـت و سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود (۸۳). همانند دیگر شکل‌هـای حمایـت اجتمـاعی، حمایـت معنـوی یـا مـذهبی مـی‌توانـد منبـع ارزشمندی از عزت‌نفس، اطلاعات، همراهی و کمک عملی باشد که مردم را قادر می‌سازد تا با استرس و رویدادهای منفی زندگی مقابله کنند و یا اثرات اصلی خود را اعمال کنند (۸۴). حمایت از افراد در برابر انزوای اجتماعی، فراهم آوردن و تقویت خانواده و شـبکه‌هـای اجتماعی، فراهم آوردن حس تعلق و اعتمادبه‌نفس و ارائـه حمایـت معنوی در مواقع سختی و تنگدستی برای افراد. برخی از جنبه‌های این حمایت محسوب می‌شود. نکته مهمی که در این زمینـه وجـود دارد این است که ماهیت و کیفیت نوع حمایـت اجتمـاعی دریافـت شده از طرف نهادهای مـذهبی و دینـی حمایـت مفیـدتری فـراهم نماید. برخلاف دیگر حمایت‌ها از سـایر شـبکه‌هـای اجتمـاعی کـه ممکن است گذار و موقتی باشد و در طول زمان تغییر کند، حمایت اجتماعی دریافت شده از نهادهای مذهبی و دینی حتی ممکن است از تولد تا مرگ فرد را هم شامل شود. (۸۳).

نتیجه‌گیری

همانطور که در مطالب بالا به آن اشـاره شـد مطالعـات زیـادی درخصـوص معنویـت و دینـداری و رابطـه آن بـا سـلامت در ابعـاد جسـمانی و روانـی انجـام شـده اسـت. اکثـر مطالعـات نیـز از نـوع همبستگی یا رابطه سنجی است. یافته‌ها نشان مـی‌دهنـد کـه بـین معنویت و دینداری رابطه مثبتی وجود دارد و کسانی کـه باورهـای مذهبی قوی دارند یا در مراسم مذهبی مشارکت دارند و همچنـین در سطح نگرش و رفتار نیز علاوه بر اتخـاذ سـبک زنـدگی سـالم و انجام مناسک دینی و مذهبی مثل دعا کردن و نماز خواند یا رفـتن به مسجد و کلیسا را نیز انجام می‌دهند، در سطوح مختلف سـلامت جسم و روان از کسانی که این باورها را ندارند یا در مراسم مذهبی شرکت ندارند. بیشتر است. مکانیسم اثر ایـن روابـط نیـز بیشـتر از طریق سبک‌های مقابله مؤثر، حمایت اجتماعی، منبـع کنتـرل و از طریق مفـاهیمی‌همچـون خـوش‌بینـی و امیـدواری، نـوع دوسـتی، سازگاری منجر به ارتقای سلامت روان در افراد می‌شود. در مجموع می‌توان گفت با ارتقای زمینه‌های باورمندی به خدا، وارد کردن دین و معنویت در زنـدگی افـراد بسـیاری از مشـکلات و پریشـانی‌هـای روزمره زندگی حال و آینده برطرف خواهد شد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

Original

Religiosity, Spirituality and Health - Scientific Mechanisms and Evidence

Abdollah Motamedi[1], Mahdi Khanjani[2]

Abstract

Background: Today, due to the concept of spirituality in the definition of health, various studies have been conducted in connection with this concept and its relationship with psychological distress such as anxiety, depression and stress and physical ailments such as chronic pain or incurable diseases such as cancer. The aim of this study was to analyze the concept of health and the role of spirituality and religiosity in physical and mental health.

Methods: The present study is a descriptive-analytical study using documentary method and by reviewing theoretical literature, specialized books and research on the concept of health and its relationship with various dimensions of physical illness and mental health in individuals.

Results: Most of the studies and researches indicate the relationship and effect of spirituality and religiosity in reducing the pain and anxiety of individuals and promoting the level of mental health. In addition, research has shown the protective effect of spirituality and religiosity in preventing depression, anxiety and substance use or abuse in various cultural contexts.

Conclusion Belief in God, religious and spiritual values and behaviors through creating a purpose and meaning in life, adopting a healthy lifestyle and lifestyle, creating strong networks of social support, religious coping styles and locus of control can prevent and treat physical disorders and Mental health and providing and promoting health in all its dimensions to help human beings.

Keywords: Health, Mental Health, Religious Missions, Spirituality, Spiritual Health

منابع

1. Stoltzfus Michael J, Green R, Schumm, D. Chronic Illness, Spirituality, and Healing : Diverse Disciplinary, Religious, and Cultural Perspectives.New York: Palgrave Macmillan; 2013.
2. Koenig H. G. Spirituality in patient care: Why, how, when, and what – 3rd ed. Philadelphia: Templeton Press; 2013.
3. Ryff C. D, Singer B. Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), Flourishing: Positive psychology and the life well-lived. Washington, DC: American Psychological Association; 2003, 15-36.
4. Maaref M, Asadi F. Factors of achieving spiritual health from the perspective of Quran and Hadith. Islamic Insight and Education 2017; 14(41): 9-40. [In Persian]
5. Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: It's time to review the current WHO's health definition? Journal of Health and Social Sciences. 2016; 1(1): 11–16.
6. Larson J. S. The world health organization's definition of health: Social versus spiritual health. Soc Indic Res 1996; 38(2): 181–192.
7. Bormann J. E, Gifford A. L, Shively M, et al. Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: A randomized controlled trial. J Behav Med 2006; 29: 359–376.
8. WHOQOL-SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Social Science and Medicine 2006; 62: 1486–1497.
9. Damiano R.F, Peres M.F, Sena M.A. Conceptualizing Spirituality and Religiousness. In Lucchetti, Giancarlo; Peres Prieto, Mario Fernando and Damiano, Rodolfo Furlan (Editors), Spirituality, Religiousness and Health-From Research to Clinical Practice. Springer Nature Switzerland AG; 2019.
10. Koenig H. G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012.
11. Lucchetti G., Lucchetti A. L. G. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999–2013). Int J Psychiatry Med 2014; 48(3): 199–215.
12. Shamsae M, Tabei Z. Ibn Sina's View on Spiritual Health. Iranian Journal of Culture and health promotion 2020; 3(4): 399-406. [In Persian]
13. Motamedi A. Psychology of Aging. Tehran: Samt; 2018. [In Persian]
14. Tabatabaei MH. Almizan.. Tehran: Dar al-Kitab al-Islamiyyah; 1994. Vol.8.p 134.Vol. 2. p. 134. Vol.2.p.132.Vol.4.p.122. [In Persian]
15. Javadi Amoli A. Shari'a in the mirror of knowledge. Qom: Asra Publication; 2009.p.92. [In Persian]
16. King M. B, Koenig H. G. Conceptualizing spirituality for medical research and health service provision. BMC Health Services Research; 2009.
17. Puchalski C. M., Vitillo R., Hull S. K., Reller N. Improving the spiritual dimension of the whole person care: Reaching national and international consensus. Journal of PalliativeMedicine 2014; 17(6): 642–656.
18. Tabatabaei MH. Tafsir Al Mizan. Translated by Mohammad Bagher Mousavi. Tehran: Raja Cultural Publishing Center; 2000. [In Persian]
19. Jafari MT. Translation and Interpretation of Nahj al-Balaghah. Tehran: Islamic Culture Publishing Office; 1999. Vol. 25.p 69-73. [In Persian]

1. Professor of Allame Tabataba'I University
2. Assistant professor of Allame Tabataba'I University

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

20. Online Etymology Dictionary. Available at: http://www. etymonline. com. Accessed 18 Feb 2021.
21. Hamidieh B. A Probe about the Nuances between Spirituality and Religion. Journal of Religious Studies 2018; 11(22): 79-106. [In Persian]
22. Motahari M. An Introduction to the Islamic Worldview . Tehran: Sadra; 1994. [In Persian]
23. Ebrahimi Dinani G. Rationality and spirituality in Islam. Tehran: Institute for Research and Development of Humanities; 2005. [In Persian]
24. Marandi A, Rostami M, Larijani B, Farhanzadeh AM. Strategies for Promoting Islamic Spiritual Health. Iranian Journal of Culture and health promotion 2020; 3(2): 186-193. [In Persian]
25. Mohagheghi MA, Azizi F, Eynollahi B, Kalantar Motamedi MR, Tabei Z, Shojaee Zadeh D, et al. Inspirational Role Models of Islamic Spiritual Health.. Iranian Journal of Culture and health promotion 2019; 3 (2) :131-138. [In Persian]
26. Lucchetti G, Peres M, Fernando P, Damiano RF. Spirituality, Religiousness and Health-From Research to Clinical Practice. Springer Nature Switzerland AG; 2019.
27. Park C. L, Aldwin C. M, Choun S. Spiritual peace predicts 5-year mortality in congestive heart failure patients. Health Psychology 2016; 35(3): 203.
28. Koenig H. G., Cohen H. J. The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor. Oxford University Press; 2002.
29. Wachholtz AB, Keefe FJ. What physicians should know about spirituality and chronic pain. South Med J 2006; 99(10):1174-5.
30. Alexandra Ferreira-Valente, Cátia Damião, José Pais-Ribeiro, Mark P Jensen, The Role of Spirituality in Pain, Function, and Coping in Individuals with Chronic Pain. Pain Medicine 2002; 21: 448-457.
31. Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain 2005; 116(3): 311-321.
32. Wiech K, Farias M, Kahane G., Shackel N, Wiebke T, Tracey I. An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. Pain 2008; 139(2): 467–476.
33. Khayatan Mostafavi S, Aghaei A, Golparvar M. Effectiveness of Spiritual-based Stress Management Training on Severity of Pain in Women with Fibromyalgia. JRH 2019; 6 (2) :1-10. [In Persian]
34. Grill K. B, Wang J, Cheng Y. I, Lyon M. E. The role of religiousness and spirituality in health-related quality of life of persons living with HIV: A latent class analysis. Psycholog Relig Spiritual 2020; 12(4): 494–504.
35. Koenig H. King D, Carson V. B. Handbook of religion and health (2nd ed.). New York: Oxford University Press; 2012.
36. Moreira-Almeida A, Koenig H. G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" 2006; 63: 843-845.
37. Koenig H. G, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. Religions 2010; 1: 78–85.
38. Bonelli R. M, Koenig H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990–2010: A systematic evidence-based review. Journal of Religion and Health 2013; 52(2): 657–673.
39. Araújo A. C, Lotufo Neto A. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. Jornal de psicanálise 2013; 46(suppl. 85): 99–116.
40. Gonçalves J. P. B, Lucchetti G, Menezes P. R, Vallada H. Religiouness and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Psychological Medicine 2015; 45: 2937–2949.
41. Thrane S. Effectiveness of integrative modalities for pain and anxiety in children and adolescents with cancer: A systematic review. Journal of Pediatric Oncology Nursing 2013; 30: 320–332.
42. Sankhe A, Dalal K, Save D, Sarve P. Evaluation of the effect of Spiritual care on patients with generalized anxiety and depression: a randomized controlled study. Psychol Health Med. 2017 ;22(10):1186-1191.
43. Kiran U, Ladha S, Makhija N, Kapoor P. M, Choudhury M, Das S, et al. The role of raj yoga meditation for modulation of anxiety and serum cortisol in patients undergoing coronary artery bypass surgery: A prospective randomized control study. Ann Card Anaesth 2017; 20: 158–162.
44. Rose C, Jones N, Longden E, Chase K. A, Shatell M, Melbourne J. K, et al. Exploring the intersections of trauma, structural adversity, and psychosis among a primarily african-american sample: A mixed-methods analysis. Front Psychiatry 2017; 8: 57.
45. Koenig H. G, McCullough M, Larson D. B. Handbook of religion and health: A century of research reviewed. New York: Oxford University Press; 2001.
46. Smith T. B, McCullough M. E, Poll J. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. Psychol Bull 2003; 129(4): 614–636.
47. Van Voorhees B. W, Paunesku D, Kuwabara S. A, Basu A, Gollan J, Hankin B. L, et al. Protective and vulnerability factors predicting new-onset depressive episode in a representative of U.S. adolescents. The Journal of Adolescent Health 2008; 42: 605–616.
48. Miller L, Wickramaratne P, Gameroff M. J, Sage M, Tenke C. E, Weissman M. Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. The American Journal of Psychiatry 2012; 169(1): 89–94.
49. Hook J. N, Worthington E. L. Jr, Davis D. E, Jennings D. J, Gartner A. L, Hook J. P. Empirically supported religions and spiritual therapies. J Clin Psychol 2010; 66: 46–72.
50. Worthington E. L, Hook J. N, Davis D. E, McDaniel M. A. Religion and spirituality. J Clin Psychol 2011; 67: 204–214.
51. Anderson N, Heywood-Everett S, Siddiqi N, Wright J, Meredith J, McMilla D. Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2015; 176: 183–196.
52. Asefi R, Alipor A, Safarinia M. A Comparative Study of the Effectiveness of Spiritual- Therapy and Schema -Therapy on Student's Depression. Psychology and Religion 2017; 2(9): 27-42. [In Persian]
53. Marzieh B, Mehri Esmaeil C, Mah Negar F. Reviews of the effectiveness of religious, spiritual and mental therapy on stress reduction, anxiety and depression in women with addicted spouse in Ilam city. Journal of Research on Religion and Health 2016; 1(3):19-24. [In Persian]
54. Bolhari J, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of Spiritual Group Therapy in Reducing Depression, Anxiety, and Stress of Women with Breast Cancer. Quarterly Journal of Women and Society 2012;

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]

3(9): 87-117. [In Persian]
55. Noghani F, Mohtashemi J, Vasegh Rahimparvar F, Babaei G. Effect of education of religious values on the rate of depression. Journal of Hayat. 2005; 10 (4) :49-56. [In Persian]
56. Wu A, Wang J. Y, Jia C. X. Religion and completed suicide: A meta-analysis. PLoSOne 2015; 10(6): e0131715.
57. Kleiman E. M, Liu R. T. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: Religious service attendance as a protective factor. The British Journal of Psychiatry 2014; 204: 262–266.
58. Caribé A. C, Nunez R, Montal D, Ribeiro L, Sarmento S, Quarantini L. C, et al. Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: A case-control study. The Journal of Nervous and Mental Disease 2012; 200: 863–867.
59. VanderWeele T. J, Li, S., Tsai A. L, Kawachi, I. Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. JAMA Psychiatry 2016; 73(8): 845–851.
60. Chinaveh M, Tabatabaee F. Prediction of Suicide Thinking Based on Religion Attitude and Trust in God . Culture in Islamic University 2016; 6(18): 81-96. [In Persian]
61. Mostafaei A, Ashrafi H. Investigation the relationship between quality of life and spiritual intelligence with suicidal thoughts among soldiers (Case study: Sardasht city). J Mil Med. 2019; 21 (3) :282-289. [In Persian]
62. Mikaeili N, Samadifard HR. The Prediction of Suicidal Thoughts Based on Happiness, Self-esteem and Spiritual Health among Female Teenagers. Journal of Pizhuhish dar din va salāmat 2019; 5(3): 59-71. [In Persian]
63. Drabble L, Trocki K. F, Klinger J. L. Religiosity as a protective factor for hazardous drinking and drug use among sexual minority and heterosexual women: Findings from the National Alcohol Survey. Drug Alcohol Depend 2016; 161: 127–134.
64. Kliewer W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected central American countries. The Journal of Adolescent Health 2007; 40(5): 448–455.
65. Nappo S. A, Carlini E. L. A, Araújo M. D, Moreira L. F. S. M. Prescription of anoretic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences 2010; 46(2): 297–303.
66. Bahamin Gh, DavariFard F, SadeghiFard Yz. Mediatory role of spirituality in mental health and tendency toward drug use. J Res Relig Health 2018; 4(4): 69- 79.
67. Makarem S, Zanjani Z. The relationship between individual and family religiosity with substance abuse. etiadpajohi 2014; 7 (28) :75-88. [In Persian]
68. Amirpour M, Ahmadian E, Anabestani M,Ahmadian E. The role of religious teachings and spiritual intelligence in the prevention of addiction. Islamic Azad University, Torbat Jam Branch., Silent Invasion Conference; 2013. [In Persian]
69. Moreira-Almeida A. Religion, and health: The more we know the more we need to know. World Psychiatry 2013; 12(1): 37–38.
70. Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. Can J Psychiatry 2009; 54(5):292-301.
71. Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. J Health Psychol 2005;10:753–766.
72. Muramoto O. The role of the medial prefrontal cortex in human religious activity. Med Hypotheses 2004;62:479–485.
73. James A, Wells A. Religion and mental health: towards a cognitive-behavioural framework. Br J Health Psychol 2003;8:359–376.
74. Pargament K. I, Koenig H. G, Tarakeshwar N. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. Arch Intern Med 2001,161(15), 1881–1885.
75. Kelly J. F., Hoeppner B., Stout R. L.,Pagano M. Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within alcoholics anonymous: A multiple mediator analysis. Addiction 2012, 107(2), 289–299.
76. Kelly JF., Stout R. L, Magill M., Tonigan J. S.,Pagano ME. Spirituality in recovery: A lagged meditational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. Alcohol Clin Exp Res 2011,35(3), 454–463.
77. Pollner M.Divine relations, social relations, and well-being: Journal of Health and Social Behaviour 1989;30: 92-104.
78. Abela J. R, Brozina K, Seligman M. E, A test of integration of the activation hypothesis and the diathesis-stress componentof the hopelessness theory of depression: Br.J.Clin.Psychol. 2004; 43(2): 111-128.
79. Seligman M. E, Optimism, pessimism, and mortality: Mayo Clin.Proc 2000; 75(2): 133-134.
80. Seybold K. S, Hill P. C, The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health: Current Directions in Psychological Science 2001; 10(1): 21-24.
81. Peterson C, Schwartz S. M, Seligman M. E, Self-blame and depressive symptoms: J.Pers.Soc.Psychol 1981; 41(2): 253-259.
82. Sethi S, Seligman M. E. P, Optimism and fundamentalism: Psychological Science 1993; 4: 256-300.
83. Hill P. C, Pargament K. I, .Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research: Am.Psychol 2003; 58(1): 64-74.
84. Cohen S, Wills T. A, Stress, social support, and the buffering hypothesis: Psychol.Bull 1985; 98(2): 310-357.
85. Cornah deburah. The impact of spirituality upon mental health. A review of the literature. Mental health foundation..2021. Available at: https://www.mentalhealth.org.uk/ 19 Feb 2021.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-06]