

## *Relationship of adherence to prayer and mental health at Iran Khodro Co employees in west of Tehran*

Reza Ali Akbarimoallem\*

Ministry of Cooperatives,  
Labor and Social Welfare,  
Tehran

**\*Corresponding Author:**  
Reza Ali Akbarimoallem  
Azadi Street, Corner of  
Behboudi, the Headquarters  
of the Ministry of  
Cooperatives, Labour and  
Social Welfare, Tehran, Iran

**E-mail:**  
[akbarimoallem@gmail.com](mailto:akbarimoallem@gmail.com)

**Received:** 27 Sep 2014  
**Revised:** 4 Feb 2015  
**Accepted:** 22 Feb 2015

### **Abstract**

**Background & Purpose:** Religious teachings indicate that adherence to prayer is the best way to provide mental health and some researches confirm the fact. This study investigated the relationship of adherence to prayer and mental health at Iran Khodro Co employees in west of Tehran.

**Materials and Methods:** In this study, 205 people at Iran Khodro Co. employees in west of Tehran in 2009 were evaluated. The instruments were a general information questionnaire, adherence to prayer researcher-made questionnaire and a general health questionnaire. For evaluation and data analysis, statistical descriptive and inferential methods were used.

**Results:** The results showed that there is negative correlation between the adherence to prayer and mental health. The significance of this hypothesis is proved at the level of less than  $p < 0.001$  and  $r = -0.367$ ; between adherence to prayer with the somatic symptoms ( $p < 0.005$  and  $r = -0.338$ ); between adherence to prayer and anxiety and insomnia ( $p < 0.001$  and  $r = -0.311$ ); between adherence to prayer and social dysfunction ( $p < 0.001$  and  $r = -0.287$ ) and between adherence to prayer and depression ( $p < 0.001$  and  $r = -0.340$ ) was a significant relationship. The results also showed that the rate and amount of adherence to prayer and mental health is equal between married and singles. Education was not effective to the adherence to prayer while it was effective on mental health. The results also showed that years of service has no effect to adherence of prayer and mental health.

**Conclusion:** Based on the findings of this study it is concluded that the adherence to prayer can predict the extent of mental health. So custodians of culture can improve psychological health by extending the religious belief and attendance to prayer in the studied social group and other similar society.

**Keywords:** prayer, adherence, mental health, employees, Iran Khodro Co.

## رابطه پایبندی به نماز و سلامت روان در کارکنان شرکت ایران خودرو در غرب تهران

رضاعلی اکبری معلم<sup>۱\*</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** آموزه‌های دینی نشان می‌دهد که پایبندی به نماز بهترین وسیله در جهت تامین سلامت روانی فرد محسوب می‌شود و برخی پژوهش‌های صورت گرفته این واقعیت را تأیید می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه پایبندی به نماز و سلامت روان در کارکنان شرکت ایران خودرو واقع در غرب شهر تهران بوده است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه ۲۰۵ نفر از کارکنان شرکت ایران خودرو واقع در غرب تهران در سال ۱۳۸۸، مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزار سنجش مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه اطلاعات کلی، پرسشنامه پایبندی به نماز و پرسشنامه سلامت روان بوده است و جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل نشان داد که بین پایبندی به نماز و سلامت روان همبستگی معنادار منفی وجود دارد و این فرضیه در سطح کمتر از  $(p < 0/001)$  و  $T = -0/367$  تأیید شد. بین پایبندی به نماز با نشانگان جسمانی  $(p < 0/005)$  و  $T = -0/338$ ؛ بین پایبندی به نماز و اضطراب و بی‌خوابی  $(p < 0/001)$  و  $T = -0/311$ ؛ بین پایبندی به نماز با نارسا کنش‌وری اجتماعی  $(p < 0/001)$  و  $T = -0/287$ ؛ و بین پایبندی به نماز با افسردگی  $(p < 0/001)$  و  $T = -0/340$  رابطه معنادار وجود داشت. هم‌چنین نتایج نشان داد که میزان پایبندی به نماز و نیز میزان سلامت روان افراد متأهل و مجرد یکسان است؛ میزان تحصیلات بر پایبندی به نماز مؤثر نیست در حالی که میزان تحصیلات بر سلامت روان مؤثر است و سابقه کاری تأثیری بر پایبندی به نماز و سلامت روان نداشته است.

**استنتاج:** بر اساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که میزان پایبندی به نماز می‌تواند میزان سلامت روان را پیش‌بینی نماید. بنابراین با برنامه‌ریزی در راستای گسترش باورهای دینی و التزام عملی به این فریضه الهی می‌توان به سلامت روان جامعه مورد مطالعه و موارد مانند آن کمک کرد.

**کلیدواژه‌ها:** نماز، پایبندی، سلامت روان، کارکنان، ایران خودرو

کارشناس وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی - تهران

\*مؤلف مسئول: رضاعلی اکبری معلم  
خیابان آزادی، نبش بهبودی،  
ساختمان مرکزی وزارت تعاون، کار  
و رفاه اجتماعی، تهران، ایران  
کد پستی ۱۴۵۷۹۹۴۸۶۱

Email:  
akbarimoallem@gmail.com

دریافت: ۵ مهر ۱۳۹۳  
اصلاحات: ۱۵ بهمن ۱۳۹۳  
پذیرش: ۳ اسفند ۱۳۹۳

## مقدمه

و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد، ضمن این که سلامتی نیز یک روند پویا است و مفهوم آن با گذشت زمان تغییر خواهد

در دانش روان‌شناسی، تعاریف متعددی از سلامت روان با رویکردهای متکثر ارائه شده است. سلامت روان مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی

کرد. قدیمی‌ترین تعریفی که از سلامت شده است عبارت است از «بیمار نبودن» (۱).

در روشی مشابه، سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی بلکه سطح عملکرد را هم در نظر می‌گیرد. در واقع تصور بر این است که باید بر زندگی مسلط شد و تنها در چنین حالتی است که می‌توانیم آن بخش‌هایی را که در باره خودمان یا زندگی‌مان مسأله‌ساز است تغییر دهیم (۲). برخی از صاحب‌نظران در تعریف سلامت روان سه الگوی زیر را برگزیده اند: ۱- الگوی پزشکی: عقیده کلی این الگو این است که سلامت یعنی فقدان یک یا چند مورد از مرگ، بیماری، ناراحتی، ناتوانی و نارضایتی. ۲- الگوی محیطی: این الگو از تحلیل نوین اکو سیستم و خطرات محیطی به سلامت انسان پدید می‌آید. ۳- الگوی کلی‌نگر: این الگو سلامت را برحسب کلیت شخص و نه بر اساس بخش بیماری از بدن تعریف می‌کند (۳).

ونتیس (۱۹۹۵) به نقل از نیکوگفتار (۴)، سلامت روان را، وابسته به هفت ملاک می‌داند که عبارتند از: ۱- فقدان بیماری، ۲- رفتار اجتماعی مناسب، ۳- رهایی از نگرانی و گناه، ۴- کفایت فردی و خود مهارگری، ۵- خویش‌ن پذیر و خودشکوفایی، ۶- توحید یافتگی و سازمان‌دهی شخصیت، ۷- گشاده‌نگری و انعطاف‌پذیری.

سلامت روان را این‌طور تعریف کرده است: «حالت بهبود کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو» (۵).

با توجه به وضعیت موجود نمی‌توان با قاطعیت از ملاک‌های پذیرفته شده جهانی برای سلامت روان سخن گفت. اما بر اساس شواهد موجود (هایلند، ۲۰۰۳؛ چاهن، ۲۰۰۰) شاید بتوان گفت یکی از شرایط لازم برای دستیابی به سلامت روان، برخورداری از یک نظام ارزشی است (۶). تعاریف مربوط به سلامت روان روی هم رفته تعاریف دقیقی نیستند. زیرا دارای برخی عناصر نسبتاً پیچیده و غیر دقیق می‌باشند (۷).

بر اساس آیه: «وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُنِي» (۸) هدف خلقت انسان‌ها عبادت پروردگار معرفی شده است. منظور از عبادت ایجاد نوعی رابطه

خاضعانه و ستایشگرانه انسان با خالق هستی بوده و بارزترین مصادیق آن نماز می‌باشد (۹). نماز یاد خدا و پیوند با اوست (۱۰). اولین و مهم‌ترین فریضه‌ای است که هر انسان مسلمان مکلفی ناگزیر به انجام آن است و فریضه‌ای است که تا هنگام مرگ از او ساقط نمی‌شود (۱).

در اسلام نماز از جایگاه والایی برخوردار است و در آیات گوناگون مستقیماً به نقش آن در آرام‌سازی درون و شادابی روح و روان اشاره شده است (۱۲). از جمله در سوره طه (۱۳) و سوره رعد (۱۴). علت تأکید فراوان بر این فریضه و برجسته بودن آن، بدان جهت است که نماز تمام آن حضور انسان است در پیشگاه خدا (۱۵). مفهومی که امروزه از کلمه نماز در زبان فارسی می‌فهمیم همین فریضه معلوم و معین است که به قصد قرب پروردگار اداء می‌شود که اول آن تکبیره الاحرام و آخر آن سلام باشد (۱۶). نماز معادل صلوه از نظر لغوی به معنای سر فرودآوری برای تعظیم تعریف شده است (۱۷)، از نظر اصطلاحی نماز عبارت است از: «عبادت مخصوص مسلمانان که به طور وجوب پنج بار در شبانه روز ادا کنند» (۱۸) و از نظر فقهی عبارت است: «عبادت مخصوص در شریعت اسلامی که با نیت و تکبیر و قرائت و رکوع و سجود و تشهد همراه است» (۱۹).

خداوند در قرآن کریم اقامه نماز را وظیفه ثابت و لایتغیر هر انسانی می‌داند (۲۰). تا آن‌جا که تقریباً در یکصد و چهارده مورد کلمه صلوه با مشتقاتش آورده شده و در پانزده مورد امر به آن شده است (۲۱). هم‌چنین بیش از ۱۲۲ آیه در قرآن پیرامون نماز نازل شده که نشان دهنده اهمیت و منزلت نماز نزد خداوند است (۲۲).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد دارای اعتقادات دینی و پایبند به نماز از سلامت روان بیشتری نیز برخوردارند (۲۳-۲۹). از سوی دیگر پایبندی دینی با اضطراب مرتبط است (۳۰-۳۲). هم‌چنین پایبندی دینی با افسردگی دارای رابطه معناداری است (۳۳-۳۵). برخی پژوهش‌ها نیز حاکی از آنند که رابطه معناداری بین پایبندی به نماز و نارساکنش‌وری اجتماعی و نشانگان جسمانی وجود دارد (۳۶، ۳۷). نارساکنش‌وری اجتماعی بر گسترش

انتخابی ۲۰۵ نفر در نظر گرفته شد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

#### ۱- پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی.

۲- پرسشنامه پایبندی به نماز: این مقیاس یک ابزار خود گزارشی برای سنجش میزان پایبندی فرد به نماز است. با الگوگیری از مقیاس لیکرت رای هر عبارت پنج درجه تعیین گردید که افراد مورد آزمون باید یک گزینه را علامت بزنند. جهت نمره‌گذاری به روش لیکرتی عمل شده است. بدین صورت که پس از هر اظهار نظر، پنج درجه موافقت ارائه شد و از پاسخ دهندگان خواسته شد که یکی از آن‌ها را علامت بزنند. بدین ترتیب هر جا جهت جمله موافق با موضوع بود به گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ و برای عبارتهای منفی نمره معکوس منظور گردید. نمره کلی هر آزمودنی برابر با مجموع نمره‌های مثبت و منفی گزینه‌ها است. بنابراین، نمره هر فرد بین ۱ تا ۱۲۵ متغیر خواهد بود. برای تفسیر نمره هر آزمودنی، باید نمره او را با میانگین مقیاس مقایسه کرد؛ اگر نمره آزمودنی بیشتر از میانگین باشد نشان دهنده پایبندی بیشتر او به نماز است.

به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد. به منظور سنجش این همسانی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. همسانی درونی یا پایایی این آزمون ۸۰٪ به دست آمد. به منظور رواسازی از روش روایی محتوایی استفاده شده است. به این منظور پرسشنامه در اختیار تعدادی از افراد و اهل فن (در امور مذهبی، روان‌سنجی، روان‌شناسی و تعدادی از جامعه آماری) قرار گرفت و از نظرات آن‌ها استفاده شد. بدین ترتیب روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت.

#### ۳- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-2): این

پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر معرفی شده (۴۱) و شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است (۴۲) همراه با چهار زیر مقیاس: علائم جسمانی؛ علائم اضطراب و بی‌خوابی؛ علائم نارسانکشنوری اجتماعی؛ علائم افسردگی (۴۳). در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرتی استفاده شده است که گزینه‌ها به

توانایی افراد برای مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای، مسائل روزمره زندگی و احساسات آن‌ها درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی بر می‌گردد. از طرف دیگر، نتایج برخی پژوهش‌ها حکایت از رابطه معنادار بین پایبندی به نماز و سلامت روان و ویژگی‌های جمعیت شناختی از قبیل سن، مدت اشتغال، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل دارد (۳۸-۴۰).

با وجود اختلاف روش‌ها، محیط‌ها و موضوع‌های مورد بررسی، تقریباً همه این پژوهش‌ها تأیید می‌کنند که در محیط‌های مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی در آن‌ها بیشتر است میزان اختلال‌های روانی به طور محسوس کمتر است و افراد مذهبی به طور کلی در مقایسه با دیگران از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

این پژوهش با هدف بررسی رابطه پایبندی به نماز با سلامت روان در کارکنان شرکت ایران خودرو واقع در غرب تهران انجام شده و کوشیده است پاسخگوی پرسش‌های زیر باشد:

- ۱- آیا بین پایبندی به نماز و سلامت روان رابطه وجود دارد؟
- ۲- آیا بین پایبندی به نماز و نشانگان جسمانی رابطه وجود دارد؟
- ۳- آیا بین پایبندی به نماز و اضطراب و بی‌خوابی رابطه وجود دارد؟
- ۴- آیا بین پایبندی به نماز و نارسانکشنوری اجتماعی رابطه وجود دارد؟
- ۵- آیا بین پایبندی به نماز و افسردگی رابطه وجود دارد؟
- ۶- آیا ارتباطی میان ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن، مدت اشتغال، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با پایبندی به نماز وجود دارد؟
- ۷- آیا ارتباطی میان ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن، مدت اشتغال، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با سلامت روان وجود دارد؟

## مواد و روش‌ها

طرح کلی پژوهش، توصیفی (غیر آزمایشی) از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه کارکنان زن و مرد شرکت ایران خودرو واقع در غرب شهر تهران در سال ۱۳۸۸ بود. در این پژوهش، انتخاب نمونه بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی انجام و حجم نمونه

همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. روش همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلکس (MHQ) انجام گرفت که ضریب همبستگی ۵۵٪ حاصل آن بوده است (۴۸). در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی از قبیل فراوانی، درصد، نمودار و ضریب همبستگی و آمار استنباطی از قبیل آزمون کروسکال والیس استفاده شد.

### یافته‌ها

در ابتدا به مرور ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهش پرداخته می‌شود.

صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده شده (۴۴) و نمره هر فرد با این روش بین صفر تا هشتاد و چهار متغیر خواهد بود. در مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف و در ایران با روش نمره‌گذاری لیکرتی نمره برش بیست و سه در نظر گرفته شده (۴۵) و در این پژوهش نیز از این روش استفاده شده است. ویلیامز، گلدبرگ و ماری (۴۶) متوسط حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش کردند. همین‌طور مطالعه ماری و گلدبرگ (۱۹۸۹) نشان داد که حساسیت و ویژگی پرسشنامه به ترتیب ۷۷٪ و ۷۵٪ و پایایی این پرسشنامه توسط مسعود جان بزرگی (۴۷) ۹۴٪ محاسبه گردید. به لحاظ روایی محتوا، از سه روش همزمان،

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

متغیرها	سطوح متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت	زنان	۲	۱
	مردان	۲۰۰	۹۷/۶
سن	نامشخص	۳	۱/۵
	۲۰-۳۰	۸۹	۴۳/۴
	۳۱-۴۰	۹۹	۴۸/۳
	۴۱-۵۰	۱۱	۵/۴
وضعیت تأهل	۵۱-۶۰	۱	۰/۵
	نامشخص	۴	۲
	متأهل	۱۸۱	۸۸/۳
	مجرد	۱۸	۸/۸
وضعیت اشتغال	طلاق گرفته یا جدا شده	۱	۰/۵
	بیوه	۱	۰/۵
	نامشخص	۴	۲
	۱-۵	۲۴	۱۱/۷
سطح تحصیلات	۶-۱۰	۱۱۶	۵۶/۶
	۱۱-۱۵	۳۵	۱۷/۱
	۱۶-۲۰	۱۸	۸/۸
	۲۱-۲۵	۱	۰/۵
	۲۶ سال و بیشتر	۲	۱
	نا مشخص	۹	۴/۴
وضعیت اشتغال	ابتدایی	۲	۱
	راهتمایی	۱۵	۷/۳
	دیپلم	۱۱۶	۵۶/۶
	فوق دیپلم	۴۸	۲۳/۴
	لیسانس	۱۸	۸/۸
	فوق لیسانس	۴	۲
نا مشخص	۲	۱	

## جدول ۲: ماتریس همبستگی میانگین نمره های گروه نمونه در پرسشنامه های پایبندی به نماز و سلامت روان

مقیاس ها پایبندی به نماز سلامت روان نشانگان جسمانی اضطراب و بی خوابی نارسانا کنش وری اجتماعی افسردگی تحصیلات	
پایبندی به نماز	-
سلامت روان	*-۰/۳۶۷
نشانگان جسمانی	*-۰/۳۳۸
اضطراب و بی خوابی	*-۰/۳۱۱
نارسانا کنش وری اجتماعی	*-۰/۲۸۴
افسردگی	*-۰/۳۴۰
میزان تحصیلات	*-۰/۱۷۴**

p&gt;0/05.\*\*

p&lt;0/05\*

پایبندی به نماز، اضطراب و بی خوابی کاهش می یابد و رابطه بین پایبندی به نماز و اضطراب و بی خوابی در کارکنان تأیید می گردد. هم چنین در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $p<0/05$ ) با آزمون دو دامنه، بین میانگین نمره نارسانا کنش وری اجتماعی و میانگین نمره پایبندی به نماز همبستگی معنادار منفی وجود داشته و رابطه بین پایبندی به نماز و نارسانا کنش وری اجتماعی در کارکنان تأیید می گردد و با افزایش میزان پایبندی به نماز، میزان نارسانا کنش وری اجتماعی کاهش می یابد. هم چنین در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $p<0/05$ ) با آزمون دو دامنه، بین میانگین نمره افسردگی و میانگین نمره پایبندی به نماز رابطه معنادار منفی وجود دارد. بنابراین، رابطه بین پایبندی به نماز و افسردگی در کارکنان تأیید می گردد در نتیجه با افزایش میزان پایبندی به نماز میزان افسردگی کاهش می یابد. با توجه به مقدار  $0/156$  دو دامنه بزرگ تر از  $0/05$  بین میانگین نمره پایبندی به نماز و میزان تحصیلات همبستگی معناداری به دست نیامد در نتیجه میزان پایبندی به نماز برای سطوح مختلف تحصیلی کارکنان یکسان می باشد. با توجه به مقدار  $0/013$  دو دامنه با سطح معناداری  $0/05$  بین میانگین نمره سلامت روان و میزان تحصیلات همبستگی معنادار مثبت وجود دارد در نتیجه هر چه تحصیلات افزایش یابد سلامت روان کارکنان نیز افزایش می یابد.

بر اساس جدول ۱ اکثر افراد را مردان تشکیل داده اند با  $97/6$  درصد، که  $87/8$  درصد متعلق به مردان متأهل و  $48/3$  درصد از افراد در فاصله سنی بین  $31-40$  سال قرار دارند. دامنه تحصیلات از ابتدایی تا فوق لیسانس بود و اکثر افراد  $56/6$  درصد نمونه با تحصیلات دیپلم بوده اند. همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، با آزمون دو دامنه در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $p<0/05$ )، بین میانگین نمره سلامت روان با میانگین نمره پایبندی به نماز، رابطه معنادار منفی وجود دارد. یعنی هر چه نمره پایبندی به نماز بالاتر باشد نمره سلامت روان کمتر است و در نتیجه وضعیت سلامت روان بهتر خواهد بود. بنابراین، رابطه بین پایبندی به نماز و سلامت روان در کارکنان شرکت ایران خودرو تأیید گردید. هم چنین در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $p<0/05$ ) آزمون دو دامنه، بین میانگین نمره نشانگان جسمانی و میانگین نمره پایبندی به نماز، رابطه معنادار منفی وجود دارد. یعنی هر چه سطح پایبندی به نماز بالاتر باشد میزان وضعیت نشانگان جسمانی کاهش می یابد. همین طور در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $p<0/05$ ) با آزمون دو دامنه، بین میانگین نمره اضطراب و بی خوابی و میانگین نمره پایبندی به نماز، رابطه معنادار منفی یا معکوس وجود دارد. به عبارت دیگر تفاوت قابل ملاحظه ای بین میانگین نمره پایبندی به نماز و میانگین نمره اضطراب و بی خوابی وجود دارد و نتیجه گرفته می شود با افزایش میزان

جدول ۳: نتایج آزمون کروسکال والیس متغیرهای پژوهش

متغیرها	پایبندی به نماز و تأهل	سلامت روان و تأهل	پایبندی به نماز و ردهی سابقه	سلامت روان و ردهی سابقه	پایبندی به نماز و گروهی سنی	سلامت روان و گروهی سنی
کای دو	۶/۰۲۷	۸/۱۶۳	۶/۳۹۶	۶/۵۹۸	۱۰/۱۱۵	۳/۲۰۱
درجه آزادی	۴	۴	۶	۶	۵	۵
سطح معناداری	۰/۱۹۷	۰/۰۸۶	۰/۳۸۰	۰/۳۶۰	۰/۰۷۲	۰/۶۶۹

همان‌طور که مشاهده می‌شود سطح معناداری به دست آمده (۰/۱۹۷) از ۰/۰۵ بیشتر است، پس فرضیه صفر پذیرفته می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین میزان پایبندی به نماز افراد متأهل و مجرد رابطه معناداری مشاهده نگردید. هم‌چنین سطح معناداری به دست آمده (۰/۰۸۶) از ۰/۰۵ درصد بیشتر است، پس بین دو متغیر سلامت روان و وضعیت تأهل رابطه معناداری وجود ندارد. بنابراین وضعیت تأهل تأثیری در میزان سلامت روان کارکنان شرکت ایران خودرو نداشته است.

هم‌چنین سطح معناداری به دست آمده (۰/۳۸۰) بزرگ تر از ۰/۰۵ است در نتیجه بین دو متغیر پایبندی به نماز و سابقه کاری رابطه معناداری وجود ندارد. همین‌طور سطح معناداری به دست آمده (۰/۳۶۰) بزرگتر از ۰/۰۵ است در نتیجه بین میزان سلامت روان و سابقه کاری رابطه معناداری وجود ندارد. در نتیجه تفاوت سابقه کاری تأثیری در میزان سلامت روان کارکنان شرکت ایران خودرو نداشته است.

سطح معناداری به دست آمده (۰/۰۷۲) بزرگ تر از ۰/۰۵ است در نتیجه فرض صفر پذیرفته می‌شود. یعنی بین میزان پایبندی به نماز و سنین مختلف رابطه معناداری وجود ندارد و اختلاف سن تأثیری در میزان پایبندی به نماز کارکنان نداشته است. از آن‌جا که سطح معناداری به دست آمده (۰/۶۶۹) بزرگتر از ۰/۰۵ است فرض صفر پذیرفته می‌شود. در نتیجه بین میزان سلامت روان و سنین مختلف رابطه معناداری وجود ندارد. بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود اختلاف سن تأثیری در میزان سلامت روان کارکنان شرکت ایران خودرو نداشته است.

### بحث

با توجه به یافته‌ها معلوم شد که با افزایش میزان نمره پایبندی به نماز، سطح سلامت روان افراد افزایش می‌یابد.

این یافته با نتایج آقایان چاوشی و همکاران (۴۹)؛ جلیلود (۵۰)؛ متقی (۵۱) همخوان است، در حالی که با یافته‌های کینگ و همکاران (۵۲) مغایر می‌باشد. همسو با یافته‌های این پژوهش برخی از مطالعات نشان می‌دهد که بین پایبندی دینی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد (برای مثال، جیمز و ولز (۵۳)؛ هاکنی و ساندرز (۵۴)؛ رضانی (۵۵)؛ بهرامی و رضانی فرانی (۵۶)؛ جعفری و همکاران (۵۷)؛ معتمدی و همکاران (۵۸)؛ نسابه (۵۹)؛ فصیح (۶۰)؛ شهبازی و دلاور (۶۱)؛ مولوی (۶۲)؛ کرمی (۶۳). به طوری که با افزایش عملکرد اعمال دینی هم چون نماز، میزان معیارهای بالینی پرسشنامه سلامت روان کاهش می‌یابد. یعنی هر اندازه اشخاص پایبندی بیشتری به نماز داشته باشند از سلامت روان بیشتری برخوردارند. بدین معنا که شرکت کنندگانی که میزان پایبندی به نماز آن‌ها کمتر بوده تمایل بیشتری به طرف افسردگی، اضطراب، نشانگان جسمانی و نارسایی در کارکرد اجتماعی نشان دادند. به عبارت دیگر افرادی که پایبندی کمتری به نماز دارند نمره سلامت روان آن‌ها بیشتر از گروه دیگر است. بنابراین باورهای دینی و اعمال دینی می‌توانند فرد را به سوی تعالی و در نتیجه سلامت روانی هدایت کنند به گونه‌ای که فرد به طور خود انگیزه و با شناخت منطقی به اعتقادات دینی ملتزم گردد. اما افرادی که پایبندی کمتری نسبت به اعمال دینی از جمله نماز دارند، اختلال‌های بیشتری در زندگی تجربه می‌کنند. نکته قابل بحث، ساز و کار تأثیر اعمال دینی نظیر نماز بر سلامت روانی است. آیا نماز به عنوان یک ساز و کار مقابله‌ای عمل می‌کند؟ و یا چارچوبی را از نظر معنوی فراهم می‌کند که باعث وحدت یافتگی درونی افراد می‌گردد و به لحاظ وحدت یافتگی سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ واقعیت این است که چنین رابطه‌ای پیچیده و قابل بررسی است.

در پژوهش حاضر بین پایبندی به نماز و نارساکنش‌وری اجتماعی رابطه‌ی معنادار منفی به دست آمد. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام گرفته همخوان است. پژوهش‌های چاوشی (۷۷)؛ جان بزرگی (۷۸)؛ قهرمانی و همکاران (۷۹) نشان داده است که بین عبادت و نارساکنش‌وری اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. یعنی افرادی که نماز خواندن در ذات آن‌ها ریشه دارد در مقایسه با افراد دیگر که نماز خواندن را وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف دیگر خود می‌دانند از کارکرد اجتماعی بیشتری برخوردارند.

هم‌چنین یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که بین پایبندی به نماز و افسردگی رابطه‌ی معنادار منفی وجود دارد. محتشمی پور و همکاران (۸۰)؛ صالحی و همکاران (۸۱)؛ سیف (۸۲)؛ بهرامی مشعوف (۸۳)؛ اسلامی (۸۴)؛ حبیبی و همکاران (۸۵) نیز در مطالعه خود این یافته را مورد حمایت قرار می‌دهند. با توجه به این که افسردگی یکی از مشکلات جامعه کارکنان به شمار می‌رود و درمان‌های گوناگونی برای مقابله با آن به کار گرفته شده است در سایه فرامین الهی می‌توان از بروز افسردگی و بسیاری از اختلال‌های روانی پیشگیری نمود. هم‌چنان که میدور (۱۹۹۲) بیان می‌دارد که وابستگی دینی می‌تواند هم چون جانشینی برای سایر متغیرهایی که بر سلامت روان انسان اثر می‌گذارند، مانند وضعیت اقتصادی و یا حمایت‌های اجتماعی، عمل نماید و منجر به کاهش شیوع افسردگی گردد (۸۶).

در این بررسی دیده شد که میزان پایبندی به نماز افراد متأهل و مجرد یکسان است. این یافته با مطالعه آلیانی (۸۷) همسو ولی با یافته روغنچی (۸۸) مغایر می‌باشد. یافته‌های قبلی نشان می‌دهد که افراد متأهل از نظر پایبندی به نماز و دینداری از افراد مجرد بالاتر هستند. یکی از عواملی که این محققان برای یافته‌های خود ارائه می‌دهند این است که محدودیت‌های خانوادگی به طور کلی با محدودیت‌هایی که دین برای انسان مشخص می‌کند همپوشی و همگرایی دارد. دیگر آن که برخی نیازهای زیستی مانند غریزه جنسی در محیط

در این پژوهش بین پایبندی به نماز و نشانگان جسمانی رابطه‌ی معنادار منفی به دست آمد. در این مورد یافته‌ها بیانگر آن هستند که پایبندی به نماز با نشانگان جسمانی رابطه وجود دارد. برای مثال، لوین و آندریپول (۶۴)؛ صادقی و مظاهری (۶۵)؛ روغنچی (۶۶)؛ جان بزرگی (۶۷)؛ روحی عزیز و روحی عزیز (۶۸) گزارش داده‌اند که افرادی که از پایبندی دینی بیشتری برخوردارند از نشانگان جسمانی کمتری برخوردار هستند. نتایج حاصل از این مطالعه و مطالعات دیگر در این زمینه تأثیر جسمی-روانی فرایندهای دینی را بر روی انسان نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد ساز و کارهای مشترک در همه فرایندهای فوق ایجاد آرامش در اثر "یاد خدا" باشد. می‌توان گفت از آنجا که دین می‌تواند در کاهش اختلال‌های روانی مؤثر باشد، از این رو قادر است نقش تعیین‌کننده‌ای هم در کاهش مشکلات جسمانی و هم نقش مثبتی را در امر شفابخشی و درمان بیماری‌های جسمی ایفا نماید. در نتیجه می‌توان از آن به عنوان متغیری تأثیرگذار در آرامش روانی افراد و هم‌چنین سلامت جسمانی آنان یاد کرد.

در این بررسی دیده شد بین پایبندی به نماز و اضطراب و بی‌خوابی رابطه وجود دارد. پناهی (۶۹)؛ آزاد حیایی (۷۰)؛ روغنچی (۷۱)؛ آلیانی (۷۲)؛ بیرشک و همکاران (۷۳)؛ البرزی و سامانی (۷۴)؛ عظیمی و ضرغامی (۷۵) نیز در مطالعه خود رابطه معناداری را بین این دو متغیر یافتند. اما قاسمی و شیرینی (۷۶) ارتباطی بین ارزش‌های مذهبی و اضطراب نیافتند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که کنش مهم فعالیت‌های دینی فرد را در برابر عوامل اضطراب‌زا توانمند می‌سازد. بنابراین، نتایج این پژوهش و پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهند افرادی که میزان پایبندی به نمازشان بیشتر است، اضطرابشان در حد پایین‌تری است و با توجه به نتیجه پژوهش‌های انجام گرفته، این افراد از سلامت روان بالاتری نسبت به افراد دارای پایبندی کمتر، برخوردار خواهند بود. لذا می‌توان نتیجه گرفت که اعمال دینی افراد تا حدود زیادی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی آن‌ها باشد.

تحت تأثیر سابقه کاری قرار گیرند.

از دیگر نکات قابل ذکر این است که سن افراد تأثیری در میزان پایبندی به نماز و سلامت روان نداشت. این یافته با یافته های عمران نسب (۹۵)؛ یاری (۹۶)؛ هاشمی نظری (۶۷)؛ بیابانگرد و جوادی (۹۸) مغایر می باشد. در همین راستا برمن و همکاران (۹۹) نشان داده اند که هر چه سن افزایش یابد اعتقادات مذهبی نیز قوی تر می شود. در تبیین این نتیجه می توان گفت که پایبندی به نماز و استمرار آن باعث ایجاد حالت آرامش در ساختار شخصیتی فرد چه در سنین بالا و چه در سنین پایین می شود.

یافته های پژوهش حاضر به طور کلی حاکی از آن است که، افرادی که پایبندی بالاتری نسبت به نماز دارند از سلامت روان بیشتر و در نتیجه از اختلال های روانی کمتری، در مقایسه با افراد دارای پایبندی کمتر، برخوردارند و این موضوع ارتباطی با وضعیت تأهل، سن و طول مدت اشتغال ندارد. این مسأله می تواند مؤید کارکرد عمومی پایبندی به نماز باشد. هنگامی که فرد با خدای خود ارتباط معنوی برقرار می کند از آرامش بالایی برخوردار شده نگرانی ها و تشویش ها را با این ارتباط تعدیل می کند و به سبب پیوند با آن بی کرانه رحمت و عظمت به اطمینان و آسایش می رسد. مجموعه نتایج به دست آمده می تواند موید این باشد که پایبندی عملی به نماز بر میزان آرامش روانی و کاهش اختلال های روانی افراد تأثیر دارد. هر چه افراد انس و الفت بیشتری با نماز داشته باشند و به اوقات نماز اهمیت دهند از سلامت روان بیشتری برخوردار خواهند بود.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود، از جمله نبود آزمون های استاندارد شده در سطح جامعه برای بررسی پایبندی به نماز. سوء ظن و بدگمانی نسبت به آزمون های روان شناختی و عقیدتی. به علت کنترل کمتر متغیرها نسبت به پژوهش های آزمایشی همبستگی ممکن است به دستیابی یک همبستگی ساختگی که فاقد اعتبار و پایایی است منجر شود و در برخی موارد ممکن است همبستگی های به دست آمده مصنوعی و مبهم به

خانواده برای افراد متأهل پاسخ داده می شود و از این رو، افراد متأهل دستورهای دینی را در مقابل نیازهای خود نمی بینند و این برای آن ها قابل قبول تر است. نکته سوم آن که عامل تأهل شاید خود متأثر از عامل دیگری به نام مذهبی بودن باشد. بنابراین، پایبندی بیشتر به نماز در افراد متأهل شاید ناشی از دل بستگی و علائق دینی آن ها باشد و نه وضعیت تأهل.

یافته های دیگر این پژوهش حاکی است که میزان سلامت روان افراد متأهل و مجرد یکسان است. این یافته با مطالعات هاشمی نظری و همکاران (۸۹) همسو می باشد، اما بیابانگرد و جوادی (۹۰) نتیجه گرفتند که سلامت روان افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل می باشد. در تبیین این یافته می توان نتیجه گیری کرد که کارکنان متأهل هر چند در معرض تنش ها و مشکلات بیشتری از قبیل: مسکن، تربیت فرزندان، کنار آمدن با همسر، اقتصادی، امنیت شغلی، کنار آمدن با محیط کاری قرار دارند ولی با یاد خداوند و روی آوردن به نماز و دعا بر این مشکلات فائق آمده و در نتیجه به اندازه کارکنان مجرد از سلامت روان برخوردارند.

یافته های این پژوهش نشان داد که سطوح تحصیلات بر پایبندی به نماز مؤثر نیست. این یافته هماهنگ با یافته زارع و همکاران (۹۱)؛ عظیمی و ضرغامی (۹۲) می باشد. برای این تبیین چنین می توان تفسیر کرد که موضوع نماز خواندن که یک مبحث عبادی است و ریشه در اعتقادات دارد ارتباطی با میزان تحصیلات ندارد و در بین تمام سطوح تحصیلی به یک نحو می باشد و این بر می گردد به گرایش دینی یکسان و هماهنگ در بین تمام سطوح در بین کارکنان شرکت ایران خودرو.

یافته ها نشان داد که سابقه شغلی بر پایبندی به نماز و سلامت روان مؤثر نیست. این یافته همسو با یافته فرهادی و همکاران (۹۳)؛ قهرمانی و همکاران (۹۴) می باشد. در نتیجه امور مهمی هم چون پایبندی به نماز ارتباطی با وضعیت اشتغال و مدت آن ندارد. اعتقادات دینی و فرایض مرتبط با آن ریشه دارتر از آن هستند که

به منظور تشویق به نماز بررسی شود. پژوهش‌هایی به منظور سنجش روایی و پایایی بیشتر پرسشنامه‌ی پایبندی به نماز انجام گیرد.

نظر برسد. پیشنهاد می‌شود ارتباط متغیرهای موجود در این پژوهش روی جمعیت‌های بالینی و مقایسه آن با افراد عادی با توجه به جنسیت انجام گیرد. راهبرد های اجرایی

## References

- Seyyednozadi M. Master Book Public Health. 3ed. Vol 1 . Tehran: Ministry of Health; 2008: P.46-50 (Persian).
- Monshitosi H. Theory and practice of counseling and mental health. Herschensohn D, Paver Bal W. 1ed. Mashhad: AstanE qudsE razavi; 1995: P.23-25 (Persian).
- Salyani L. [Study Mental Health in Tehran University\_MA students on the basis of comprehensive models Keys]. MA dissertation, Tehran University, 2007. (Persian)
- Nikogoftar M. The relationship between the hierarchies of values public health. Journal of psychological researches. 2007; 10 (1-2):79-92 (Persian).
- Hashemian. K, et al. Health Psychology. Dimato M R. Tehran: Research organizations and universities to develop humanities books (Samt); 2012: 192. (Persian)
- Nikogoftar M. The relationship between the hierarchy of values public health. Journal of psychological researches. 2007; 10 (1-2):79-92 (Persian)
- Hashemian. K., et al. Health Psychology. Dimato M R. Tehran: Research organizations and universities to develop humanities books (Samt); 2012:192 (Persian).
- Holy Qur'an, Trans: Mehdi Elahi Qomshehei, Taban press, Tehran, 2007: Zaryat: 56.
- Gheraati M. Radiosensitivity of Secrets of Prayer. 17 ed. Tehran: Lessons from the Qur'an Cultural Center; 1996:79 - 81 (Persian).
- Sobhani J. Prayer and refine Inside. 2th Proceedings of Session of Prayer: 1992: 21-32: Qom, Iran. (Persian)
- Mosaviradlahiji SH. Prayers from Quran and Hadith. 16<sup>th</sup>, Islamic Publications Office; Qom: 2001:19 (Persian).
- Ahmadi Q, Amiri S. Study Some of personality characteristics Family and Education Students Bring Son Help paced courses Area Jay City of Isfahan. Journal of Human Sciences University of Azzahra. 2002; 12(42):1-12 (Persian).
- Holy Qur'an, Taha: 14
- Ibid, Raad: 28
- Nuormofidi SK. Importance of prayer. 2th Proceedings of Session of Prayer, Qom, Iran: 1992:15-20 (Persian).
- Davati S. And prayer namely leadership. 1ed, Setade eghameh namz, Qom;; 1995:13 (Persian).
- Dehkhoda A, Dehkhoda Dictionary. Vol14, Tehran University; Tehran: 1998:22731-22732 (Persian).
- Moein M. Persian culture specific. Vol 4, 19ed, Tehran: Amir Kabir; 2002:48-10 (Persian).
- Masaheb G. Persian Encyclopedia. Vol 1, Tehran: Amir Kabir; 1995:3052 (Persian).
- Holy Qur'an, Zaryat: 56
- Fahari S. Flying in the Kingdom including customs Alslvh Ruhollah Khomeini. Vol 1, Tehran: Muslim Women's Movement; 1980: 9-22 (Persian).
- Bashalideh K., et al. Study Influencing factors within schools to attract high school students to pray the Khuzestan province. Journal of Education and Psychology. 2003; 3 (3-4):63-90 (Persian).
- Omrannasab M. Study the relationship between religiosity and mental health among last year undergraduate students of the Iran University of Medical Sciences and Health Services. MA Dissertation, Iran University of Medical Sciences and Health Services, 2008 (Persian).
- Ramazani V. Study the relationship Internal and external religious orientation and mental health in men and women 25 to 55 years of Zoroastrian, Christian and Muslim in Tehran. MA Dissertation, Teacher Training University, Tehran: 1996 (Persian).
- BahramiEhsan H, Tashak A. dimensions of the relationship between religious orientation and mental health and Assessment Religious Orientation Scale. Journal of Psychology and Education. 2004; 2: 41-63 (Persian).

26. Bahrami F, Ramazani A. The role of intrinsic and extrinsic religious beliefs in mental health and depression among the elderly. *Journal of Rehabilitation*. 2005; 6(1): 42-47 (Persian).
27. Jafari A, et al. The relationship between religiosity and mental health and family function and comparison male and female students. *Journal of News and Research Consultation*. 2007; 22: 107-115. (Persian)
28. James A, Wells A. Religion and mental health: towards a cognitive-behavioral framework. *Journal of Health Psychology*. 2003; 8(3): 359-376.
29. Hackney CH, Sanders JS. Religiosity and mental health: a mental-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2003; 42(1): 43-55.
30. Azad Hayaei D. Study the relationship between religiosity and anxiety among students of Islamic Azad University of Tehran Medical. MD Dissertation, Azad University Tehran Medical, 2007(Persian).
31. Panahi A. Study the relationship between adherence to prayer and anxiety leve Qom city Second year High School students the age of 16 in 1381 and 1382. MA Dissertation, Imam Khomeini Education and Research Institute Qom, 2005 (Persian).
32. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Journal of Research in Medicine*. 2007; 31(4): 345-350 (Persian).
33. Habibi S, Rahmani L, KiyaniAnboh F. Study prevalence of depression among high school girls Alvand City and industrial City of Qazvin and its relation to religious adherence. MD Dissertation, Qazvin University of Medical Sciences and Health Services, 1999 (Persian).
34. Nassabeh M. The role of religious beliefs in mental health. MA Dissertation, Shiraz University, 2005 (Persian).
35. Taheri Z. Study the relationship between religious orientation and mental health by moderating role of individualism-collectivism. MA Dissertation, Tehran of University, 2007(Persian).
36. Shehniyeilagh M, et al. The causal relationship between religious attitudes, optimism, mental health and physical health in students of Shahid Chamran University. *Journal of Educational Sciences and Psychology* shahid Chamran University. 2004; 3 (1- 2): 19-34 (Persian).
37. Roghanchi M. The relationship between religious orientation and mental health Razi University. MA Dissertation, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, 2005 (Persian).
38. Islami A. Study Individual attitude toward religious And its relationship to depression in final year high school students in the academic year 1375-76 Islamshahr. MA Dissertation, University Tehran Medical, 1997(Persian).
39. Jamali F. Study the relationship between Religious attitudes a sense of meaning in life and mental health of university students in Tehran. MA Dissertation, University of Azzahra, 2002 (Persian).
40. Yari J. Study Factors influencing adherence to religious youth (school and university students' city of Tehran). MA Dissertation, Shahid Beheshti University, 2005 (Persian).
41. Shamsalizadeh N, Bolhari J, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental disorders in a village province of Tehran. *Journal of Thought and Behavior*. 2001; 7(1-2): 19-26 (Persian).
42. Yaghobi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Study Epidemiology of mental disorders in urban and rural areas in Guilan Somehsara city. *Journal of Thought and behavior*. 1995; 4: 55-64 (Persian).
43. Dadsetan P. Stress (Diseases new Civilization) Stora. J.B. Tehran: Roshd; 1998: 180 (Persian).
44. Hasheminazari S, et al. Study Mental health employees fire companies using the General Health Questionnaire 28-item health in 1384. *Journal of Hakim Research*. 2007; 2: 56-64 (Persian).
45. Habibi S, Shirazi M. Employee job satisfaction and mental health in a general hospital. *Journal of Thought and behavior*. 2003; 4: 64-73 (Persian).
46. Shamsalizadeh B, Bolhari J, Shahmohammadi D. Study of epidemiological study of mental disorders in a village province of Tehran. *Journal of Behavior and Thought*. 2001; (1-2): 19-26 (persian).
47. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Journal of Research in Medicine*. 2007; 31(4): 345-350 (Persian).

48. Taghavi S. Study Validity and reliability of the GHQ. *Journal of Psychology*. 2001; 5(4): 381-398 (Persian).
49. Agayanichavoshi A., et al. Study the relationship between prayer with religious orientation and mental health. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 2(2): 149-156 (Persian).
50. Jalilvand M. Study the relationship mental health with religious adherence (prayer) in medical students. National Research Center of Medical Sciences Ministry of Health. 2001: 22-34 (Persian).
51. Mottaghi S. Study relationship Religious behavior and attitudes of high school students with mental health Kerman. MA Dissertation, Bahonar University of Kerman, 2006 (Persian).
52. King M, et al. mental health and ethnicity. *Empiric: Anational Survey of England. Journal of Mental health*. 2006; 15(2): 153-162.
53. James A, Wells A. Religion and mental health: towards a cognitive-behavioral framework. *Journal of Health Psychology*. 2003; 8(3): 359-376.
54. Hackney CH, Sanders JS. Religiosity and mental health: a mental-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2003; 42(1): 43-55.
55. Ramzani V. Study the relationship Internal and external religious orientation and mental health in men and women 25 to 55 years of Zoroastrian, Christian and Muslim in Tehran. MA Dissertation, Teacher Training University, 1996 (Persian).
56. Bahrami F, Ramzani A. The role of intrinsic and extrinsic religious beliefs in mental health and depression among the elderly. *Journal of Rehabilitation*. 2005; 6(1): 42-47 (Persian).
57. Jafari A, et al. The relationship between religiosity and mental health and family function and comparison male and female students. *Journal of News and Research Consultation*. 2007; 22: 107-115 (Persian).
58. Motamedi A, et al. Study relationship between religiosity successful agings. *Journal of Behavior Scholar Shahed University*. 2005; 10: 43-56 (Persian).
59. Nassabeh M. The role of religious beliefs in mental health. MA Dissertation, Shiraz University, 2005 (Persian).
60. Fasih T. Study of relationship between religious attitude and general health among medical students entering the academic year 1381-82 University Ahwaz Medical Sciences. MD Dissertation, Ahwaz University of Medical Sciences and Health Services, 2002 (Persian).
61. Shahbazi A, Delavar A. Study of Religious Orientation (Internal-external) with Mental Health. Conference on the role of religion in mental health: 1997: Tehran, Iran (Persian).
62. Molavi H. The relationship between dimensions of religiosity and mental health of Isfahan. *Journal of Educational Sciences Isfahan University*. 2006; 2(6): 1-22 (Persian).
63. Karami J. Study Simple Relations and multiple dimensions of religious orientation and mental health in Kermanshah Razi University. *Journal of Psychology and Education*. 2006; 13(3): 31-52 (Persian).
64. Levin JS, Anderpool HY. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Science and Medicine*. 1987; 24(7): 589-600.
65. Sadeghi M, Mazaheri M. The effect of fasting on mental health. *Journal of Psychology*. 2005; 9(3): 292-309 (persian).
66. Roghanchi M. the relationship between religious orientation and mental health Razi University. MA Dissertation, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, 2005 (Persian).
67. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Journal of Research in Medicine*. 2007; 31(4): 345-350 (Persian).
68. Rohiazizi M, Rohiazizi M. Effects of prayer as one of the pillars of Islam on mental and physical health of young generation. 1th international conference the role of religion in mental health: 2002: Tehran, Iran (Persian).
69. Panahi A. Study the relationship between adherence to prayer and anxiety leve Qom city Second year High School students the age of 16 in 1381 and 1382. MA Dissertation, Imam Khomeini Education and Research Institute Qom, 2005 (Persian).
70. Azadhayaei D. Study the relationship between religiosity and anxiety among

- students of Islamic Azad University of Tehran Medical. MD Dissertation, Azad University Tehran Medical, 2007 (Persian).
71. Roghanchi M. The relationship between religious orientation and mental health Razi University. MA Dissertation, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, 2005 (Persian).
  72. Aliyani Z. Study the relationship adherence to pray with the anxiety of students. MA Dissertation, University of Tabriz, 2003 (Persian).
  73. Birashk B, et al. Study role of religion in life stress experience and rank, depression and anxiety. 1th international conference the role of religion in mental health: 2002: Tehran, Iran (Persian).
  74. Alborzi M, Samani S. Study the relationship Religious belief with depression, anxiety and stress in adolescents. 1th international conference the role of religion in mental health: 2002: Tehran, Iran. (Persian).
  75. Azimi H, Zarghami M. Study of Religious coping and anxiety in students of Mazandaran Medical Science University in the academic year 78-79. Journal of Mazandaran Medical Science University. 2002; 34: 37-46 (Persian).
  76. Ghasemi A, Shiri A. Study of relationship between religious values and anxiety in Kermanshah University of Medical Sciences in 1384. MD Dissertation, Medicine Kermanshah University of Medical Sciences, 2005 (Persian).
  77. Agayanichavoshi A, et al. Study the relationship between prayer with religious orientation and mental health. Journal of Behavioral Sciences. 2008; 2(2): 149-156 (Persian).
  78. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. Journal of Research in Medicine. 2007; 31(4): 345-350. (Persian)
  79. Gharamani M, et al. Study effect of fasting on the mental health. Journal of Gonabad medical and health services. 2000; 1:3-13 (Persian).
  80. Motahshamipour E, et al. Study relationship Prayer with depression in Students the Faculty of Health and Allied Medical Sciences. Journal of Horizons of Knowledge. 2003; 9(1): 76-81 (Persian).
  81. Salehi L, et al. The relationship between religious beliefs and locus of control with mental health of students. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2007; 1: 50-55 (Persian).
  82. Saif S. Religion and human health. 1th international conference the role of religion in mental health: 2002: Tehran, Iran (Persian).
  83. Bahrami M. Study the relationship between worship and mental health among male students of the teacher training center in Hamadan. MA Dissertation, Teacher Training University of Tehran, 1994 (Persian).
  84. Islami A. Study Individual attitude toward religious And its relationship to depression in final year high school students in the academic year 1375-76 Islamshahr. MA Dissertation, University Tehran Medical, 1997 (Persian).
  85. Habibi S, Rahmani L, Kiyani Anboh F. [Study prevalence of depression among high school girls Alvand City and industrial City of Qazvin and its relation to religious adherencel. MD Dissertation, Qazvin University of Medical Sciences and Health Services, 1999 (Persian).
  86. Roghanchi M. [The relationship between religious orientation and mental health Razi University]. MA Dissertation, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, 2005 (Persian).
  87. Aliyani Z. Study the relationship adherence to prayer with the anxiety of students. MA Dissertation, University of Tabriz, 2003 (Persian).
  88. Roghanchi M. The relationship between religious orientation and mental health Razi University. MA Dissertation, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, 2005 (Persian).
  89. Hasheminazari S, et al. Study Mental health employees' fire companies using the General Health Questionnaire 28-item health in 1384. Journal of Hakim Research. 2007; 2: 56-64 (Persian).
  90. Byanbangard E, Javadi F. Psychological health of adolescents and youth in Tehran. Journal of Welfare. 2004; 4(14): 127-144 (Persian).
  91. Zareh N, et al. The relationship between school performance and general health and

- self-esteem in students of Shiraz University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Sciences. 2007; 7 (1): 59-67 (Persian).
92. Azimi H, Zarghami M. Study of Religious coping and anxiety in students of Mazandaran Medical Science University in the academic year 78-79. Journal of Mazandaran Medical Science University. 2002; 34: 37-46 (Persian).
93. Farhadi Y, et al. Study Mental Health Status. Journal of Gonabad medical and health services. 2005; 1: 3-13 (Persian).
94. Gharamani M, et al. Study effect of fasting on the mental health. Journal of Gonabad medical and health services. 2000; 1: 3-13 (Persian).
95. Omrannasab M. Study the relationship between religiosity and mental health among last year undergraduate students of the Iran University of Medical Sciences and Health Services. MA Dissertation, Iran University of Medical Sciences and Health Services, 2008. (Persian).
96. Yari J. Study Factors influencing adherence to religious youth (school and university students' city of Tehran). MA Dissertation, Shahid Beheshti University, 2005. (Persian).
97. Hasheminazari S, et al. Study Mental health employees fire companies using the General Health Questionnaire 28-item health in 1384. Journal of Hakim Research. 2007; 2: 56-64. (Persian).
98. Byanbangard E, Javadi F. Psychological health of adolescents and youth in Tehran. Journal of Welfare. 2004; 4(14): 127-144. (Persian).
99. Berman E. et al. Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life, and adherence American. Journal of Kidney Diseases. 2004; 44( 3): 488-497.