

Differentiating between psychologically healthy and at-risk individuals with a focus on frequency of prayer, religious orientation, and psychological distress among students

Mohammad Mehdi Shamsi^{1*} , Masoumeh Azmoudeh²

¹Department of Theology and Islamic Studies, Farhangian University, P.O. Box 889-14665, Tehran, Iran.

²Faculty Member, Department of Psychology and Counseling, Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 11 Aug 2025

Accepted: 10 Jan 2026

ePublished: 14 Mar 2026

Keywords:

- Psychological distress
- General health
- Religious orientation
- Prayer frequency
- Exploratory factor analysis

Abstract

Objective: The primary aim of this study was to explore the relationships between prayer frequency, religious orientation, and psychological distress. Additionally, the study sought to assess how these variables contribute to distinguishing between mentally healthy individuals and those at psychological risk. Specifically, the study examined the potential of prayer frequency and religious orientation as significant indicators for identifying psychological vulnerabilities and risks related to mental health.

Methods: This research adopted a descriptive-analytical approach, utilizing a correlational design to establish relationships between the key variables. The sample consisted of 300 valid responses, which were collected through research questionnaires, with two incomplete questionnaires excluded from the final analysis. To analyze the data, Exploratory Factor Analysis (EFA) was performed using SPSS version 26. The study also employed several standardized instruments to measure the key constructs, including the General Health Questionnaire (GHQ-28), the Prayer Questionnaire, the Religious Orientation Questionnaire, and the Distress Tolerance Questionnaire. These instruments were used to assess psychological health, religious behaviors, and distress tolerance.

Results: The analysis revealed significant and direct relationships between prayer frequency, religious orientation, and psychological distress. More importantly, these variables demonstrated a strong ability to differentiate between the group of individuals with healthy psychological profiles and those at high risk for psychological distress. The results suggest that individuals who engage in regular prayer and possess strong religious orientations tend to report lower levels of psychological distress, while those with minimal religious engagement exhibit higher distress levels.

Conclusion: The findings emphasize the critical role of religious and spiritual dimensions in promoting mental health and alleviating psychological distress. This study suggests that spiritual practices, such as prayer, can serve as important protective factors in mental health and may be used as indicators for early identification of individuals at risk of psychological issues. The results also highlight the need for further research into the potential benefits of religious engagement in the prevention and management of psychological distress, particularly as it relates to developing mental health interventions.

How to cite this article: Shamsi M, Azmoudeh M. Differentiating between psychologically healthy and at-risk individuals with a focus on frequency of prayer, religious orientation, and psychological distress among students. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2025;3(2):126-139. doi: 10.34172/srhs.2025.012 (Persian)

Extended Abstract

Background

The primary objective of this study was to explore the relationships between prayer frequency, religious

orientation, and psychological distress. Furthermore, the study aimed to assess the capacity of these variables to differentiate between mentally healthy individuals and

* Corresponding author; Email: m.shamsi@cfu.ac.ir

2025 ©The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

those at psychological risk. Specifically, it examined the potential of prayer frequency and religious orientation as significant indicators for identifying psychological vulnerabilities related to mental health.

Methods

This research employed a descriptive-analytical approach with a correlational design. The sample consisted of 300 undergraduate students from the Faculty of Educational Sciences at Islamic Azad University, Tabriz branch, selected through convenience sampling. Data were collected using the General Health Questionnaire (GHQ-28), a Prayer Questionnaire, the Allport Religious Orientation Scale, and the Distress Tolerance Scale (DTS). After excluding two incomplete questionnaires, data from 300 participants were analyzed. Exploratory Factor Analysis (EFA) was conducted using SPSS version 26 to validate the factor structure of the prayer questionnaire and to explore the relationships among the core study variables. The KMO test and Bartlett's test of sphericity confirmed the adequacy of the sample for factor analysis.

Results

The findings confirmed that the Prayer Questionnaire has a robust multi-factorial structure. EFA extracted four primary factors, which together accounted for 72% of the total variance. These factors were labeled as: "The importance and effect of prayer," "Fulfillment of prayer," "Psychological effects of prayer," and "Community encouragement for prayer." The reliability of the entire prayer questionnaire was excellent, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.91, and the subscales also demonstrated high internal consistency (α ranging from

0.86 to 0.91). The results indicated a significant and direct relationship between the core variables. Most importantly, the study found that prayer frequency and religious orientation possess a strong and significant ability to differentiate between the group of individuals with healthy psychological profiles and those at high risk for psychological distress. The findings suggest that individuals who engage in regular prayer and possess a strong, intrinsic religious orientation tend to report lower levels of psychological distress, while those with minimal religious engagement exhibit higher distress levels.

Conclusion

The findings underscore the critical role of religious and spiritual dimensions in promoting mental health and alleviating psychological distress. This study suggests that spiritual practices, such as prayer, can serve as important protective factors for mental health. The distinct factor structure of the prayer questionnaire, with its strong reliability, confirms its utility as a valid instrument for assessing various dimensions of prayer in research. The ability of prayer frequency and religious orientation to distinguish between healthy and at-risk individuals highlights their potential as valuable indicators for the early identification of psychological vulnerabilities. These results advocate for the integration of spiritual dimensions into mental health prevention and intervention programs. Further research is recommended to explore the causal mechanisms through which prayer and religious orientation influence mental health and to examine the efficacy of spiritually-integrated interventions in clinical settings.

تمایز گذاری افراد سالم و در معرض خطر از لحاظ روان شناختی با محوریت فراوانی دعا، جهت گیری مذهبی و پریشانی روان شناختی در بین دانشجویان

محمد مهدی شمسی^{۱*}، معصومه آموزده^۲

^۱گروه الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پستی ۱۴۶۶۵-۸۸۹ تهران، ایران
^۲عضو هیئت علمی، گروه روان شناسی و مشاوره، روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. بررسی رابطه میان فراوانی دعا، جهت گیری مذهبی و پریشانی روان شناختی، و ارزیابی قدرت تمایز گذاری این متغیرها در تفکیک افراد سالم از افراد در معرض خطر روان شناختی.
روش کار. این پژوهش از نظر روش، توصیفی-تحلیلی با رویکرد همبستگی بود. جامعه آماری شامل شرکت کنندگانی بود که پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند. پس از حذف ۲ پرسشنامه ناقص، ۳۰۰ پرسشنامه معتبر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. ابزارهای مورداستفاده شامل: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، پرسشنامه دعا، پرسشنامه جهت گیری مذهبی و پرسشنامه تحمل پریشانی بود.
یافته ها. نتایج نشان داد که بین متغیرهای پژوهش (فراوانی دعا، جهت گیری مذهبی و پریشانی روان شناختی) رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد. مهم تر آنکه، این مؤلفه ها دارای قابلیت تمایز گذاری معنادار بین گروه افراد سالم و گروه در معرض خطر روان شناختی هستند
نتیجه گیری. یافته ها بر اهمیت ابعاد مذهبی و معنوی در حفظ سلامت روان و تعدیل پریشانی تأکید دارد و نشان می دهد که رفتارهای معنوی می توانند به عنوان نشانگرهای مهمی در غربالگری آسیب پذیری های روان شناختی مورد استفاده قرار گیرند.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۵/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۲۰

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

کلیدواژه ها:

- سلامت روانی
- دعا
- جهت گیری مذهبی
- پریشانی روان شناختی

مقدمه

سلامت روان است. افراد سالم معمولاً از تعادل روانی و هیجانی برخوردارند، توانایی مدیریت استرس و حل مسئله را دارند، و روابط اجتماعی و عملکرد شغلی آن ها پایدار است. این افراد قادر به تنظیم هیجانها خود هستند و از انعطاف پذیری روانی بالایی برخوردارند.^۳ در مقابل، افرادی که در معرض خطر روان شناختی قرار دارند، ممکن است علائمی مانند اضطراب مداوم، افسردگی، تحریک پذیری، اختلال در خواب، یا کاهش عملکرد در زندگی روزمره را تجربه کنند.^۴ این افراد ممکن است در مواجهه با استرس های زندگی دچار ناتوانی شده و از مکانیسم های مقابله ای ناسالم استفاده کنند.^۵ از منظر علمی، ابزارهای ارزیابی روان شناختی مانند پرسشنامه ها، مصاحبه های بالینی، و تست های روانسنجی نقش مهمی در تشخیص این تمایز ایفا می کنند.^۶ همچنین، عوامل خطرزای محیطی مانند سابقه خانوادگی اختلالات روانی،^۷ تجربه تروما،^۸ یا فقدان حمایت اجتماعی^۹ نیز

سلامت افراد در هر جامعه ای، پایه گذار توسعه و پیشرفت آن است. توجه به سلامت روانی اعضای جامعه نه تنها باعث کاهش هزینه های درمانی می شود، بلکه افرادی سالم را پرورش می دهد که موتور محرکه توسعه جامعه خواهند بود. بهداشت روان، به عنوان یکی از شاخص های اصلی سنجش سلامت جوامع، نقش کلیدی در تضمین پویایی و کارایی جامعه دارد.^۱ در سال ۲۰۲۲، سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) (WHO)، تعریف جدیدی از سلامت روان ارائه داد که بر این باور استوار است که سلامت روان وضعیت است که در آن افراد قادرند با فشارهای زندگی کنار بیایند، توانمندی های خود را شناسایی کنند، به خوبی یاد بگیرند و کار کنند و به جامعه خود کمک نمایند.^۲ تمایز گذاری بین افراد سالم و افرادی که در معرض خطر روان شناختی قرار دارند، یکی از چالش های مهم در حوزه

* نویسنده مسؤول: ایمیل: m.shamsi@cfu.ac.ir

دعا با کاهش احساس تنهایی، تقویت امید و تسلیم در برابر اراده الهی، اضطراب و نگرانی را کاهش داده و توکل به خدا را افزایش می دهد. همچنین، آیاتی مانند آیه ۲۸ سوره رعد («أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ») نشان می دهند که یاد خدا و مناجات با او، مایه آرامش روان است. بنابراین، از دیدگاه قرآن، دعا نه تنها یک عبادت، بلکه عاملی مؤثر در ایجاد تعادل عاطفی و تقویت مقاومت روانی در برابر مشکلات زندگی است.

در همین راستا Roberts L, Ahmed I & Hall^{۱۶} اعتقاد دارند که دعا و نیایش يك مداخله سنتي و فراگیر برای تسکین بیماری و پیشبرد سلامتی است که به صورت دسته جمعی و یا فردی انجام می شود و ممکن است توسط خود فرد از روی ایمان قلبی، و یا توسط افراد مؤمن دیگر انجام شود. دعای واسطه ای زمانی است که يك فرد ثاني یا گروهی به نیابت از بیمار یا فرد حاجتمند، با خدا ارتباط برقرار کرده و در جهت شفای بیمار یا رفع حاجت او نیایش می کنند. اعمال مستحبی از جمله نماز حاجت و دعا ارتباط صمیمانه ای بین انسان و خدا است، به طوریکه وقوف خاشعانه و خاضعانه ي انسان در نماز، در برابر خداوند متعال به او نیرویی معنوی می بخشد که حس صفای روحی و آرامش قلبی و سلامت روانی را در او پدید می آورد. تأثیر مهم نماز در کاهش اضطراب و افسردگی و ایجاد سلامت روانی، شبیه تأثیر روان درمانی برخی از روان پزشکان برای درمان اضطراب و افسردگی است.^{۱۷} پرواضح است که وجه تشابه میان روش روان درمانی و اثر درمانی منتج از نمازهای مستحبی و دعا، بسیار مشهود است. انسان بلافاصله پس از نماز به ذکر، دعا و تسبیح می پردازد و چون ذکر و وابسته شدن به ریسمان الهی که پیوندی قوی و ناگسستنی با حقیقت وجود و زندگی دارد، انسان را به وادی امن می رساند و فکر اتصال به نیرویی مافوق تمام نیروی طبیعی خوف و بیم را از دل و ذهن انسان می راند و به عقیده ي روان شناسان این قوی ترین داروی ضد اضطراب است.^{۱۸}

در همین راستا Upenieks^{۱۹} اقدام به بررسی رابطه بین دعا و نماز و اضطراب پرداخت. نتایج حاکی از این بود که نماز عبادی (حمد و ستایش خداوند)، دعا و انتظارات نماز با اضطراب کمتر در جمعیت آمریکا همراه است. همچنین Lekhak, Bhatta, Kahana & Zauszniewski^{۲۰} در پژوهش خود با عنوان دعا و سلامت روان: نقش عواطف مثبت اعلام نمودند که دعا به عنوان یک منبع مقابله ای برای کاهش تأثیرات نامطلوب موقعیت های استرس زا زندگی بر سلامت روان استفاده می شود. یافته ها به دست آمده از این پژوهش نشان می دهد شرکت کنندگانی که

در شناسایی افراد در معرض خطر مؤثر هستند. با این حال، تشخیص دقیق نیازمند رویکردی جامع است که شامل بررسی تاریخچه فردی، ارزیابی بالینی، و توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی فرد باشد. این تمایزگذاری نه تنها برای پیشگیری از تشدید مشکلات روانی، بلکه برای طراحی مداخلات درمانی مؤثر نیز حیاتی است.

بررسی پژوهش های انجام یافته حاکی از این است که مکاتب مختلف روان شناسی، نگرش های متفاوتی در مورد ماهیت انگیزه های اساسی رفتار، ماهیت انسان و عوامل اضطراب زا دارند که موجب ایجاد شیوه های روان درمانی متفاوتی شده است. از آنجا که این مکاتب، از دیدگاه معین خود شان و به طور محدودی به انسان می نگرند، مسلماً نمی توانند همه جوانب انسان را در نظر بگیرند. این موضوع علاوه بر برانگیختن انتقادات، سبب عدم موفقیت یا کارایی پایین بعضی از آنها در درمان و پیشگیری از ارتقای سلامت روان شده است. بنابراین اخیراً برخی از درمانگران حوزه سلامت روان به نقش مذهب و مراقبت های معنوی در پیشگیری و درمان مشکلات بهداشت روانی و اختلالات روانی، توجه مضاعفی نموده اند.^{۲۱-۲۰} معنویت بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می برد وحدت در هستی به وسیله افراد معنوی مشاهده می شود.^{۲۳} یکی از جلوه های معنویت که با بهداشتی روانی ارتباط دارد دعا می باشد و بیشتر از سایر مناسک دیگر مورد استفاده قرار می گیرد.^{۲۴} دعا، نماز و اتصال با روح عالم خلقت کارکردهای زیادی دارند و منجر به نتایج شگفت انگیزی میشوند. دعا مقاومت و پایداری خاصی را به روح انسان می بخشد و به امور زندگی او ارزش و معنا می دهد؛ زیرا اتصال به قدرت لایزال الهی تنها منبع کسب انرژی و تجدید قوای روحی از دست رفته انسان است.^{۲۴}

اگر به آیات و روایات رجوع کنیم می بینیم که در تمام ادیان الهی به دعا سفارش شده زیرا دعا تنها همنشینی هست که تنهایی را به انس و الفت تبدیل می کند و لذت زندگی را افزایش می دهد و نشاط را در قلب انسان به وجود آورده و انسان، امیدوار به وعده های خدایی در دنیا و آخرت می شود.^{۲۵} خداوند در آیات متعددی مانند آیه ۱۸۶ سوره بقره («وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ») بر نزدیکی خود به بندگان و استجاب دعا تأکید می کند، که این اطمینان به حضور و پاسخگویی پروردگار، آرامش عمیقی به قلب مؤمن می بخشد.

اجتماعی و معنوی بیشتری برخوردار هستند که این عوامل به بهبود سلامت روان آن‌ها کمک می‌کند.^{۱۷} از دیگر عوامل مرتبط با سلامت روان مسئله جهت‌گیری مذهبی است. Allport & Ross جهت‌گیری مذهبی را که به ابعاد درونی و بیرونی تقسیم می‌شود، مفهوم سازی کرده‌اند. جهت‌گیری مذهبی درونی با منبع کنترل درونی، خودانگیزگی حساسیت هیجانی همبستگی بالایی دارد.^{۲۵} آنها نگاه کردن به دین، به عنوان یک هدف و اینکه می‌تواند شکل زندگی ما را بسازد؛ جهت‌گیری مذهبی درونی نامیده‌اند و سعی برای به دست آوردن پاداش‌های بیرونی به واسطه عملکردهای دینی را جهت‌گیری مذهبی بیرونی نامگذاری کرده‌اند.^{۲۶} فردی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارد با مذهبش زندگی می‌کند، انگیزه‌های اصلی خود را در بطن مذهب می‌یابد و در برابر مذهب نیازهای دیگرش از اهمیت کمتری برخوردارند، اما فردی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارد؛ از مذهب استفاده ابزاری می‌کند و برای دستیابی به اهداف و ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام، امنیت و آرامش خود از آن بهره می‌گیرد.^{۲۷} مطالعات مختلف نشان داده است که جهت‌گیری مذهبی به افراد کمک می‌کند هیجان‌ات منفی خود را کاهش دهند و از تنش و اضطراب خود بکاهند و بهتر بتوانند مشکلات زندگی خویش را مدیریت کنند. همچنین به افراد کمک می‌کند از راهبردهای مناسب‌تری برای کاهش استرس و اضطراب استفاده کنند و از این طریق سلامت روان خود را حفظ کنند.^{۲۸،۲۹}

جهت‌گیری مذهبی به عنوان یکی از عوامل مؤثر در سلامت روان، می‌تواند نقش مهمی در تمایزگذاری افراد دارای سلامت روان و در معرض خطر مشکلات روان شناختی ایفا کند. تحقیقات نشان داده‌اند که افراد با جهت‌گیری مذهبی مثبت و درونی‌شده، معمولاً از سطوح پایین‌تری از اضطراب، افسردگی و استرس رنج می‌برند. این افراد تمایل دارند از مکانیسم‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری مانند دعا، مدیتیشن و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی استفاده کنند که به آن‌ها کمک می‌کند تا با چالش‌های زندگی به شیوه‌ای سالم‌تر مواجه شوند.^{۳۰} در مقابل، افرادی که جهت‌گیری مذهبی منفی یا بیرونی دارند، ممکن است بیشتر در معرض خطر روان‌شناختی قرار بگیرند. این افراد ممکن است از احساس گناه، ترس از تنبیه الهی یا تعارض‌های مذهبی رنج ببرند که می‌تواند به افزایش سطح استرس و کاهش سلامت روان منجر شود.^{۳۱} مطالعات نشان داده‌اند که افراد با جهت‌گیری مذهبی مثبت، معمولاً از شبکه‌های اجتماعی قوی‌تر و حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردار هستند که این عوامل به

نماز می‌خواندند به طور قابل توجهی احساسات بیشتری از دوست داشتن و علائم افسردگی کمتری داشتند. عشق مشفقانه به طور قابل توجهی تأثیر دعا را بر علائم افسردگی و اضطراب واسطه کرد. این یافته‌ها اهمیت دعا را در تقویت احساسات مثبت و بهزیستی در زندگی برجسته می‌کند. Del Castillo, Darro, B. Del Castillo & Koenig^{۳۱} در بررسی خود در زمینه ارتباط بین دعا و سلامت روان در میان جوانان مسیحی نشان دادند که به طور کلی، دعا برای ابراز قدردانی، درخواست چیزی، راهنمایی طلبی، استغفار یا آرامش روانی استفاده می‌شد. در بیشتر موارد، شرکت‌کنندگان زمانی که احساس ناراحتی یا ناراحتی می‌کردند، دعا می‌کردند. اکثر پاسخ‌دهندگان هنگام دعا احساس آرامش و آرامش می‌کردند. بسیاری از شرکت‌کنندگان همچنین خاطرنشان کردند که گفتگوی آنها با خدا باعث آرامش، اطمینان و تسکین می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که دعا بسیاری از پاسخ‌دهندگان را در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی خود راهنمایی می‌کند. دعا همچنین ممکن است فضایل انسانی مانند شکرگزاری، صبر و صداقت را برانگیزد. برای بسیاری، دعا برای ارزیابی شناختی آنها از رویدادهای استرس‌زا حیاتی است و به عنوان یک منبع مقابله‌ای عمل می‌کند.

فراوانی دعا به عنوان یکی از رفتارهای مذهبی، می‌تواند شاخصی مهم در تمایزگذاری بین افراد سالم و افرادی که در معرض خطر روان شناختی قرار دارند، باشد. تحقیقات نشان داده‌اند که دعا، به ویژه زمانی که با نیت مثبت و درونی انجام شود، می‌تواند به کاهش سطح استرس، اضطراب و افسردگی کمک کند.^{۳۲} افرادی که به طور منظم و با انگیزه‌های درونی دعا می‌کنند، معمولاً از احساس آرامش، امید و ارتباط معنوی قوی‌تری برخوردار هستند. این عوامل می‌توانند به عنوان محافظه‌هایی در برابر اختلالات روانی عمل کنند و به افراد کمک کنند تا با چالش‌های زندگی به شیوه‌ای سازگارانه‌تر مواجه شوند.^{۳۳} در مقابل، افرادی که به ندرت دعا می‌کنند یا دعای آن‌ها با احساس گناه، ترس یا اجبار همراه است، ممکن است بیشتر در معرض خطر روان شناختی قرار بگیرند. از منظر تشخیصی، فراوانی دعا می‌تواند به عنوان یک ابزار مفید در شناسایی افراد در معرض خطر روان شناختی مورد استفاده قرار گیرد.^{۳۴} مطالعات نشان داده‌اند که کاهش ناگهانی در فراوانی دعا یا تغییر در کیفیت آن (مانند دعا‌های همراه با احساس منفی) می‌تواند نشان‌دهنده افزایش سطح استرس یا وجود اختلالات روانی مانند افسردگی یا اضطراب باشد. از سوی دیگر، افرادی که به طور منظم و با نیت مثبت دعا می‌کنند، معمولاً از حمایت‌های

نقش دعا، جهت گیری مذهبی و پریشانی روان شناختی در سلامت روان شناختی موجب شد تا مطالعه حاضر باهدف تمایز گذاری افراد سالم و در معرض خطر از لحاظ روان شناختی با محوریت فراوانی دعا، جهت گیری مذهبی و پریشانی روان شناختی در بین دانشجویان صورت پذیرد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مقطعی و همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز به تعداد ۱۴۰۰ بود که به روش نمونه گیری در دسترس و با مراجعه به جدول مورگان تعداد ۳۰۲ نمونه های پژوهشی انتخاب گردیدند. ابتدا درباره ماهیت پژوهش، حفظ حریم خصوصی و کلیات پرسشنامه به شرکت کنندگان توضیح داده شد، سپس جهت انتخاب گروه نمونه در معرض خطر روان شناختی، پرسشنامه GHQ-28 در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و سپس پرسشنامه های دعا، جهت گیری مذهبی و تحمل پریشانی در بین شرکت کنندگان توزیع گردید و بعد از حذف ۲ پرسشنامه ناقص، تعداد ۳۰۰ پرسشنامه جهت ارزیابی نهایی وارد شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل عاملی اکتشافی به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه دعا: این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که شامل چهار زیر مقیاس تجارب دعا، تاثیر دعا، دعا و جامعه و اسلام و معنویت می باشد. عبارات این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه ای (کاملاً موافق، اندکی موافق، نه موافق نه مخالف، اندکی مخالف و کاملاً مخالف) نمره گذاری می شوند که هر یک از گزینه ها از ۱ تا ۵ امتیاز دارند.

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (DTS): مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس شامل: تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی می باشد. عبارات این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه ای (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) نمره گذاری می شوند که هر یک از گزینه ها از ۱ تا ۵ امتیاز دارند. نمرات بالا در این مقیاس نشاگر تحمل پریشانی بالاست. سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش

عنوان محافظه‌هایی در برابر اختلالات روانی عمل می‌کنند. در حالی که افراد با جهت‌گیری مذهبی منفی ممکن است از انزوای احساس تنهایی و عدم حمایت اجتماعی رنج ببرند که این عوامل می‌توانند خطر ابتلا به اختلالات روانی را افزایش دهند.^{۳۳،۳۲}

یکی دیگر از عوامل موثر بر آشفتگی های روانی، پریشانی روان شناختی است. پریشانی روان شناختی اصطلاحی است که برای توصیف کلی روان پزشکی در یک فرد با ترکیبی از علائم افسردگی اضطراب و استرس استفاده می شود و به عنوان عامل آسیب شناختی در انواع متعدد اختلالات روانی شناخته شده است.^{۳۴} همچنین پریشانی به طور گسترده ای به عنوان یک حالت در پاسخ به عوامل استرس زا و با ناراحتی ادراک شده مشخص می شود.^{۳۵} پریشانی روان شناختی همچنان که یک اولویت برای بهداشت عمومی در نظر گرفته می شود، به دنبال عوامل استرس زا و ناراحتی های مشاهده شده به وجود می آید^{۳۵} و می تواند طور گسترده ای به عملکرد و کیفیت زندگی آسیب برساند.^{۳۶}

بررسی سوابق پژوهشی نشان می دهد که افراد دارای تحمل پریشانی کم، اضطراب را غیرقابل تحمل می دانند و نمی توانند به آشفتگی و پریشانی شان رسیدگی نمایند. این افراد وجود اضطراب را نمی پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می کنند؛ زیرا توانایی مقابله ای خود با هیجانات را دست کم می گیرند. اگر این افراد قادر به تسکین هیجانات و اضطراب نباشند، تمام توجه شان جلب این هیجان و اضطراب آشفته کننده می شود و عملکردشان کاهش می یابد.^{۳۷،۳۸} همچنین نتایج این پژوهش ها نشان می دهد که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از اضطراب و تجربه هیجان های منفی تأثیرگذار است، به گونه ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کمتری دارند، واکنشی شدیدتر به استرس و اضطراب نشان می دهند. افزون بر این، این افراد توانایی های مقابله ای ضعیف تری در برابر پریشانی از خود نشان داده و در نتیجه تلاش می کنند تا با به کارگیری استراتژی هایی که هدف آنها کاهش حالت های هیجانی منفی است، از این گونه هیجان ها اجتناب کنند.^{۳۹} در همین راستا نتایج پژوهش Jihun Woo, Erum, Whyne & Steinhart نشان داد که پریشانی روان شناختی احتمال افزایش اختلالات روانی را در آینده پیش بینی می کند.

به عنایت به اینکه سلامت روان شناختی از ابعاد مهم سلامت انسان و از مهم ترین مراتب آن به شمار می آید، که امروزه از اهمیت ویژه ای برخوردار است و دایره شمول موضوعات آن هرروز فراگیرتر می شود. از سویی با توجه به

پرسشنامه اصلی شامل ۶۰ سؤال است، اما نسخه‌های کوتاه‌شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند. به نظر پژوهشگران، انواع مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و پایایی بالایی برخوردارند و کارایی نسخه ۲۸ سؤالی تقریباً معادل نسخه ۶۰ سؤالی است. گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ پایایی به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵/۰ گزارش کردند. تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳/۰، ۰/۷۰/۰ و ۰/۹۰/۰ را به دست آورد. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت روانی از روش‌های روایی همزمان و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵/۰ گزارش شده است (۴۵).

یافته‌های پژوهش

قبل از استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی لازم بود که از برآورده شدن پیش فرض‌های آن اطمینان حاصل شود:
حجم نمونه مکفی: گورسوج (۱۹۸۳) تعداد نمونه لازم برای تحلیل عاملی حداقل ۱۰۰ آزمودنی و یک نسبت حداقل ۵ آزمودنی برای هر متغیر را بیان کرده است که حجم نمونه این پژوهش (۳۰۰ نفر) با توجه به این ملاک (۲۰۰ نفر) کافی است.
وجود همبستگی بین متغیرها: با توجه به این که تحلیل عاملی اساساً بر همبستگی بالای بین متغیرها متکی است؛ اساساً تمام متغیرها تا حدی بایستی باهم همبستگی دارند (هو، ۲۰۰۶).
 تابچینگ و فیدل (۲۰۰۱) تعداد زیاد همبستگی‌های بالای ۰/۳ در ماتریس همبستگی متغیرها را نشان دهنده برآورده شدن این پیش فرض می‌دانند؛ که مشاهده ماتریس همبستگی نشانگر این موضوع بود. همچنین مقدار بالای ۰/۶ (تابچینگ و فیدل، ۲۰۰۱) آماره کایزر-مایر-اولکین Kaiser - Meyer - Olkin (۰/۹۲) و نتایج معنادار ($P \leq 0.001$) آزمون کرویت بارتلت Bartlett's test of sphericity نشان دهنده همبستگی قابل قبول بین متغیرها است (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج آزمون‌های KMO و کرویت بارتلت برای کفایت نمونه‌گیری

آزمون KMO	آزمون کرویت بارتلت	درجه آزادی	سطح معنی داری
۰/۸۴	$\chi^2 = 448.7$	۲۱۰	۰/۰۰۱

کرده‌اند. آنها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است.^{۴۱} محمود پور و همکاران طی پژوهشی اقدام به بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تحمل‌پریشانی نمودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی، علاوه بر عامل کلی تحمل‌پریشانی، چهار عامل (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) را برای پرسشنامه تحمل‌پریشانی تأیید کرد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی عاملی آن از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که پرسشنامه از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است و ضرایب پایایی عامل‌های پرسشنامه تحمل‌پریشانی بین ۰/۶۴/۰ تا ۰/۸۲/۰ است. همچنین ضریب کل پایایی پرسشنامه برابر با ۰/۸۹/۰ است. همچنین برای تعیین روایی عاملی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که نتایج تحلیل عاملی تأییدی مؤید این است که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد و کلیه شاخص‌های نیکویی برازش، مدل را تأیید می‌کنند.^{۴۲}

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت: پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت، شامل ۲۱ جمله است که به آزمودنی ارائه می‌شود. این پرسشنامه دارای دو بعد جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی می‌باشد. آزمودنی به هر یک از عبارات را با علامت زدن و انتخاب یکی از گزینه‌ها مشخص نماید. سوالات آزمون دارای چهار گزینه: الف- کاملاً مخالفم، ب- تقریباً مخالفم، ج- تقریباً موافقم، د- کاملاً موافقم می‌باشد، بر همین اساس این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه نقطه برش ندارد و هر چه آزمودنی‌ها در مقیاس‌های مورد بررسی نمرات بیشتری بدست آورند بیشتر دارای آن صفت می‌باشند. آلپورت و راس در سال ۱۹۵۰ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. در مطالعات اولیه‌ای که بر مبنای صورت‌گرفت، مشاهده شد که همبستگی جهت‌گیری بیرونی با درونی ۰/۲۱/۰ است.^{۴۳} برای بررسی روایی در پژوهش شفيعی و همکاران، از تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش ابلیمین استفاده شد و ساختار ساده‌ی دو عاملی به دست آمد که می‌توانست به ترتیب ۱۴/۰۲ و ۲۸/۰۶ از واریانس جهت‌گیری مذهبی را بیان کند. در بررسی پایایی مقیاس یاد شده، آلفای کرونباخ جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۷۱/۰ و جهت‌گیری درونی ۰/۶۲/۰ به دست آمد.^{۴۴}

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی نخستین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) طراحی شد.

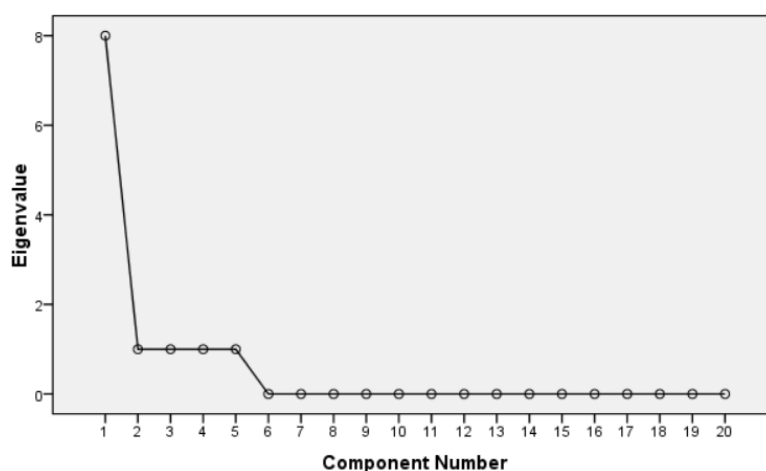
۳ عامل‌های استخراج شده به همراه مقدار ویژه، درصد واریانس تبیین شده و واریانس تراکمی cumulative variance تبیین شده به وسیله هر کدام از این عامل‌ها نشان داده شده است. همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تحلیل عاملی نهایی به استخراج پنج عامل منجر گردید که این عامل‌ها مجموعاً ۷۲٪ از واریانس کل پرسشنامه را تبیین کردند. در این تحلیل نیز به منظور دستیابی به ساختار عاملی ساده تر، داده‌ها به روش واریماکس و ابلیمین، چرخش داده شدند که ماتریس‌های عاملی حاصل از این دو نوع چرخش یکسان بودند. در جدول ۴ بارهای عاملی هر کدام از گویه‌های مقیاس بر روی پنج مؤلفه استخراج شده، مشخص است. بارهای عاملی ۰/۵۰ و بالاتر جهت اختصاص هر سؤال به یک مؤلفه در نظر گرفته شد. با توجه به این که عامل پنجم فقط یک گویه را شامل می‌شد این عامل حذف و پرسشنامه دعا به عنوان مقیاس چهار عاملی تعریف شد. پس از تعیین گویه‌های عوامل استخراج شده هر کدام از عوامل با توجه به اشتراکات آنها نام گذاری شدند. در جدول شماره ۵ عناوین اختصاص داده شده به این عوامل به همراه تعداد سؤال‌های مرتبط ارائه شده است. همچنین در این جدول ضرایب آلفای کرانباخ Cronbach α coefficient که برای بررسی پایایی نمرات آزمون‌های فرعی به کار رفت، ارائه شده است. همان گونه که مشاهده می‌شود مقادیر تمام آزمون‌های فرعی در سطح بالایی است. لازم به ذکر است که برای کل پرسشنامه نیز مقدار ضریب آلفای ۰/۹۱ محاسبه شد.

خطی بودن روابط بین متغیرها: برای بررسی این پیش فرض نمودار پراکنش متغیرها به صورت دو به دو بررسی خطی شد. اما با توجه به تعداد ۳۵ متغیر و در نتیجه تعدد نمودارهای پراکنش امکان بررسی تمام آنها مقدور نبود از پیشنهاد نمونه سنجی spot check تاچینک و فیدل استفاده شد. بررسی نمودارهای تعدادی از متغیرها با هم نشانگر خطی بودن روابط بین آنها بود. همچنین با توجه به این که تمام متغیرها در دامنه ۱ تا ۵ قرار داشتند هیچ داده پرتی شناسایی نشد.

پس از اطمینان از این پیش فرض‌ها، تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی و با استفاده از چرخش واریماکس بر روی پاسخ‌های آزمودنی‌ها به ۲۰ سؤال پرسشنامه انجام شد. پس از مشاهده نتایج اولیه، برای استخراج عامل‌ها از ملاک‌های کایزر (مقادیر ویژه بالاتر از یک)، حداکثر واریانس تبیینی، نمودار صخره ای scree plot و ملاک تحلیل موازی هورنبرای تشخیص تعداد عامل‌های استخراجی استفاده شد. نتایج اولین تحلیل عاملی که بر روی کل سؤال‌ها انجام گرفت، منجر به استخراج پنج عامل دارای مقدار ویژه ای بالاتر از یک شد. این پنج عامل بر روی هم ۷۲٪ از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کردند. پس از این تحلیل عاملی به منظور دستیابی به ساختار ساده تر از روش چرخش متعامد واریماکس و چرخش متمایل ابلیمین obilmin rotation استفاده شد که نتایج چرخش واریماکس دارای ساختار عاملی ساده تر بود.

نمودار صخره ای در شکل ۱ نشان می‌دهد که در تحلیل عاملی دوم پنج عامل، مقدار ویژه بالاتر از یک دارند. در جدول

Scree Plot



شکل ۱. نمودار اسکری کتل مؤلفه‌های استخراجی پرسشنامه دعا

جدول ۳. مؤلفه‌های استخراج شده تحلیل عاملی نهایی پرسشنامه دعا

استخراج اولیه			استخراج بعد از چرخش واریماکس			مؤلفه
کل	درصد واریماکس	درصد تراکمی	کل	درصد واریماکس	درصد تراکمی	
۸/۸۸	۴۴/۴۴	۴۴/۴۴	۳/۳۷	۱۷/۳۶	۱۷/۳۶	اول
۱/۶	۸	۵۲/۴۳	۳/۲	۱۶/۰۲	۳۳/۳۸	دوم
۱/۵۳	۷/۶۳	۶۰/۰۶	۳	۱۵/۰۴	۴۸/۴۲	سوم
۱/۳۷	۶/۸۶	۶۶/۹۲	۲/۶۷	۱۳/۳۵	۶۱/۷۷	چهارم
۱/۱۲	۵/۵۹	۷۲/۵	۲/۱۵	۱۰/۷۳	۷۲/۵	پنجم

جدول ۴. ضرایب بارهای عاملی سؤال های پرسشنامه دعا بر روی مؤلفه های استخراج شده

مؤلفه ۱		مؤلفه ۲		مؤلفه ۳		مؤلفه ۴	
شماره	بار عاملی	شماره	بار عاملی	شماره	بار عاملی	شماره	بار عاملی
۵	۰/۸۵	۲	-۰/۷۸	۱۷	-۰/۸۳	۶	۰/۷۵
۱۱	۰/۷۶	۴	۰/۶۷	۱۹	-۰/۷۷	۸	-۰/۷۲
۷	-۰/۶۸	۱۸	۰/۶۶	۲۰	۰/۶۱		
۱۰	۰/۶۸	۱۵	-۰/۶۳	۱۴	۰/۵۹		
۹	۰/۶۴	۳	۰/۵۸				
۱۳	۰/۶۳	۱	۰/۵۵				

جدول ۵. نام گذاری مقیاس های فرعی پرسشنامه دعا و ضرایب آلفای کرانباخ

مؤلفه	ویژگی مورد سنجش	تعداد سؤال	ضریب آلفای کرانباخ
اول	اهمیت و تاثیر دعا	۶	۰/۸۶
دوم	برآورده شدن دعا	۶	۰/۸۹
سوم	آثار روانی دعا	۴	۰/۹۱
چهارم	تشویق اجتماع به دعا	۲	۰/۸۷

بحث

در تبیین یافته فوق می توان اظهار داشت که تقویت باورها و جهت گیری مذهبی موجب ارتقای توانایی خودتنظیمی می گردد که این امر بدون تأثیرپذیری از عوامل محیطی یا ویژگی های جمعیت شناختی، به حفظ و ارتقای سلامت روانی منجر می شود. همچنین، پایبندی به احکام دینی و مشارکت فعال در آیین های مذهبی از جمله عواملی محسوب می شوند که در زمینه پیشگیری و درمان طیف وسیعی از اختلالات روانی - ناراحتی های روان شناختی خفیف تا اختلالات شدید روان پریشانه - نقش درمانی ایفا می کنند (۴۸). همچنین تحقیقات نشان می دهد افرادی که دارای جهت گیری مذهبی درونی هستند، از ویژگی های روان شناختی ممتازی برخوردارند. این گروه باور دارند که موفقیت ها و شکست هایشان ناشی از عملکرد و تلاش های خودشان است که نشان دهنده منبع کنترل درونی در آنان می باشد. چنین افرادی معمولاً از مهارت های حل مسئله پیشرفته، انعطاف پذیری شناختی، عزت نفس بالا و روابط اجتماعی پایدار بهره مند هستند. همچنین مسئولیت پذیری فردی و سازگاری اجتماعی مطلوب از دیگر ویژگی های بارز این افراد

محسوب می شود که در نهایت منجر به توانایی بهتر در تنظیم هیجانات و واکنش های عاطفی در مواجهه با رویدادهای مختلف و همچنین بهبود سلامت روان در زندگی می گردد (۴۹). در مقابل، افرادی با گرایش مذهبی بیرونی، موفقیت ها و شکست های خود را متأثر از عوامل خارجی مانند تقدیر، تصادف، نفوذ افراد صاحب قدرت و شرایط محیطی غیرقابل پیش بینی می دانند. این نگرش با پیامدهای منفی روان شناختی از جمله افزایش سطح استرس، ابتلا به افسردگی، احساس درماندگی و ضعف در مدیریت هیجانات هنگام مواجهه با چالش های زندگی همراه است (۵۰).

جهت گیری مذهبی به عنوان یک عامل مهم در تمایز بین افراد با سلامت روانی مطلوب و افراد در معرض خطر روان شناختی عمل می کند. مطالعات نشان می دهند افرادی با جهت گیری مذهبی درونی که باورها و ارزش های دینی را به صورت عمیق و شخصی پذیرفته اند، معمولاً از سطوح بالاتری از سرسختی روان شناختی، عزت نفس و مدیریت هیجانی برخوردارند. در مقابل، افراد با جهت گیری مذهبی بیرونی که به صورت ابزاری و برای دستیابی به اهداف اجتماعی یا عاطفی از مذهب استفاده می کنند، بیشتر در معرض پریشانی های

استفاده از شیوه خود گزارش دهی و شرکت داوطلبانه افراد در پژوهش نیز می‌تواند منجر به بروز سوگیری‌هایی در پاسخ‌های شرکت‌کنندگان شود. همچنین به دلیل عدم کنترل متغیرهایی از جمله عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی باید در تعمیم یافته‌های حاصل از آن جانب احتیاط را رعایت نمود. لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده در جوامع متعدد انجام شود. یافته‌های این مطالعه بر ضرورت ادغام مباحث معنوی مانند دعا در برنامه‌های پیشگیری و درمان اختلالات روان‌شناختی تأکید دارد. با توجه به نقش تمایزبخش دعا در سلامت روان، می‌توان از آن به عنوان یک ابزار غربالگری اولیه در محیط‌های بالینی استفاده کرد. برای نمونه، افرادی که از دعا به عنوان یک راهبرد مقابل‌ای استفاده نمی‌کنند، ممکن است نیازمند ارزیابی‌های عمیق‌تر روان‌شناختی باشند. پژوهش‌های آینده می‌توانند با بررسی طولی تأثیر دعا بر نشانگرهای عصب‌زیست‌شناختی، به درک بهتری از چگونگی تأثیر این عمل معنوی بر تمایز بین افراد سالم و افراد در معرض خطر روان‌شناختی دست یابند. این امر می‌تواند به توسعه مداخلات یکپارچه روان‌شناختی-معنوی منجر شود که برای جمعیت‌های مختلف کارایی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد که فراوانی دعا قابلیت تمایزگذاری بین افراد سالم و در معرض خطر از لحاظ روان‌شناختی را دارد. یافته فوق با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های پیشین در این زمینه نظیر پژوهش‌های رابرتز و همکاران (۲۰۰۹) (۱۶)، اپکینز (۲۰۲۳) (۱۹) و ل خاک و همکاران (۲۰۲۳) (۲۰) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که یکی از اصول تربیتی در اسلام، اهمیت دعا و مناجات است که در آن، فرد با تمام وجود به سوی پروردگارش روی می‌آورد و با راز و نیاز، پیوندی عمیق با او برقرار می‌کند. این ارتباط روحانی، آرامش درونی را به ارمغان می‌آورد و تأثیر مثبتی بر سلامت جسمانی انسان دارد. از آنجا که زندگی هر فردی با دشواری‌ها و چالش‌هایی همراه است، تنها از طریق دعا و اتکا به خداوند می‌توان این مشکلات را پشت سر گذاشت. انسان با توسل به پروردگار، به او پناه می‌برد و این کار موجب تقویت عزت‌نفس و احساس ارزشمندی نزد خالقش می‌شود (۱۸). هنگامی که بنده از خداوند متعال، که سرچشمه تمام خوبی‌هاست، حاجتی را طلب می‌کند، شادی و نشاط درون قلبش جاری می‌شود و این آرامش، او را به سمت موفقیت

روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی قرار دارند. این تمایز نشان‌دهنده نقش محوری نوع جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی سلامت روانی افراد است (۳۱). از سوی دیگر می‌توان گفت که جهت‌گیری مذهبی از طریق چندین مکانیسم روان‌شناختی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد. جهت‌گیری درونی با تقویت معنایابی وجودی، ایجاد حمایت اجتماعی و ارائه چهارچوبی برای تفسیر رویدادهای استرس‌زا، به عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند. در حالی که جهت‌گیری بیرونی با ایجاد وابستگی به عوامل خارجی، کاهش احساس کنترل شخصی و تقویت درماندگی آموخته‌شده، می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روان‌شناختی آسیب‌پذیر کند. این تفاوت در مکانیسم‌های مقابل‌ای، توضیح می‌دهد که چرا نوع جهت‌گیری مذهبی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای پیامدهای روان‌شناختی باشد (۳۳).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که پریشانی روان‌شناختی قابلیت تمایزگذاری بین افراد سالم و در معرض خطر از لحاظ روان‌شناختی را دارد. یافته فوق با نتایج پیشین در این زمینه نظیر پژوهش جیهون وو و همکاران (۲۰۲۴) (۴۰) و گراوند (۱۴۰۱) (۳۸) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که پریشانی روان‌شناختی می‌تواند به عنوان یک نشانگر کلیدی در تمایز بین افراد با سلامت روانی مطلوب و افراد در معرض خطر اختلالات روان‌شناختی عمل کند. مطالعات نشان می‌دهند سطوح بالای پریشانی روان‌شناختی که خود را در قالب علائمی مانند اضطراب مداوم، خلق افسرده و تحریک‌پذیری نشان می‌دهد، غالباً پیش‌درآمد بروز اختلالات روانی بالینی است. در مقابل، افراد سالم از نظر روان‌شناختی معمولاً توانایی بهتری در مدیریت استرس‌های روزمره و حفظ تعادل هیجانی دارند. این تمایز نشان‌دهنده آن است که پایش مستمر نشانه‌های پریشانی می‌تواند در شناسایی زود هنگام افراد آسیب‌پذیر مؤثر باشد (۳۴). بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد پریشانی روان‌شناختی از طریق مکانیسم‌های پیچیده‌ای بر عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد. در سطح نورویبولوژیک، افزایش فعالیت محور HPA و اختلال در سیستم‌های انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند سروتونین و دوپامین مشاهده می‌شود. از منظر روان‌اجتماعی، پریشانی با نقص در عملکردهای شناختی، کاهش تاب‌آوری و اختلال در روابط بین‌فردی همراه است. این تغییرات در کنار هم می‌توانند چرخه معیوبی ایجاد کنند که فرد را به سمت اختلالات روانی سوق دهد (۳۶).

تنظیم هیجانی، کاهش استرس ادراک شده و افزایش احساس کنترل درونی، می‌تواند به عنوان یک عامل محافظ در برابر اختلالات روان‌شناختی عمل کند (۲۱). مطالعات نشان داده‌اند که دعا‌های منظم با کاهش سطح کورتیزول و افزایش ترشح اندورفین‌ها همراه است که این امر منجر به بهبود خلق و کاهش علائم اضطراب می‌شود. در افراد سالم، این فرآیندها به صورت خودکار تقویت می‌شوند، در حالی که افراد در معرض خطر روان‌شناختی ممکن است به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط معنوی مؤثر، نتوانند از این مزایا بهره‌مند شوند. از این رو، دعا می‌تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی غیررسمی در شناسایی افرادی که نیازمند مداخلات روان‌شناختی هستند، مورد استفاده قرار گیرد (۲۲).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که جهت‌گیری مذهبی قابلیت تمایزگذاری بین افراد سالم و در معرض خطر از لحاظ روان‌شناختی را دارد. یافته فوق با نتایج پیشین در این زمینه نظیر پژوهش کریمی و همکاران (۲۸) (۱۳۹۹) و طباطبایی و همکاران (۲۹) (۱۴۰۲) همسو می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی علمی همچون رازداری و رضایت آگاهانه رعایت شده است.

سپاس‌گزاری

نویسندگان این مقاله از تمامی بزرگوارانی که پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را دارد.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی را گزارش ننمودند.

References

- Galderisi S. The need for a consensual definition of mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2024;23(1):52-3. doi: 10.1002/wps.21150.
- Organization WH. World mental health report: Transforming mental health for all: World Health Organization; 2022.
- Pescosolido BA, Green HD. Who has mental health problems? Comparing individual, social and psychiatric constructions of mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2024;59(3):443-53. doi: 10.1007/s00127-023-02474-4.
- Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Siva Kumar FD, Chua BY, Sambasivam R, et al. Understanding the relationships between mental disorders, self-reported health outcomes and positive mental health: findings from a national survey. *Health and quality of life outcomes*. 2020;18.55(1). doi: 10.1186/s0-01308-020-12955.
- Fried EI. Studying Mental Health Problems as Systems, Not Syndromes. *Current Directions in Psychological Science*. 2022;31(6):500-8. doi: 10.1177/09637214221114089.

6. Shields RE, Korol S, Carleton RN, McElheran M, Stelnicki AM, Groll D, et al. Brief Mental Health Disorder Screening Questionnaires and Use with Public Safety Personnel: A Review. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(7). doi:10.3390/ijerph18073645.
7. Ali F, Sreeraj VS, Nadella RK, Holla B, Mahadevan J, Ithal D, et al. Estimating the familial risk of psychiatric illnesses: A review of family history scores. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021;56:102551. doi:10.1016/j.ajp.2020.102551.
8. Valladares-Garrido MJ, León-Figueroa DA, Dawson FM, Burga-Cachay SC, Fernandez-Canani MA, Failoc-Rojas VE, et al. Association between childhood trauma and mental health disorders in adolescents during the second pandemic wave of COVID-19, Chiclayo-Peru. *Frontiers in psychiatry*. 2023;14:1169247. doi: 10.3389/fpsy.2023.1169247.
9. Acoba EF. Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in psychology*. 2024;1330720:15. doi: 10.3389/fpsy.2024.1330720.
10. Pastwa-Wojciechowska B, Grzegorzewska I, Wojciechowska M. The Role of Religious Values and Beliefs in Shaping Mental Health and Disorders. *Religions*. 2021;12(10):840. doi: 10.3390/re11200840.
11. Vitorino LM, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MFP. The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific Reports*. 2018;8(1):17233. doi:10.1038/s35363-018-41598-w.
12. Brečka TA, Ptáček R, Sebalo I, Anders M, Sebalo Vňuková M. Impact of religion and spirituality on the incidence of depression and mental health among young adults in the Czech Republic. *Frontiers in psychology*. 2024;15. doi: 10.3389/fpsy.2024.1320931.
13. Samiei L, Shojaa Nahand H, Hosseinpour M, Samiei S, Samiei R. Effectiveness of Group Spirituality Therapy on Psychological Well-Being and Self-Compassion of Substance Dependent People Undergoing Maintenance Treatment. *journal of Psychology new Ideas*. 2024;20(24):1-13.
14. Siavoshi M, Darrudi M, Novruzich S, Jamali Nik M, Bordbar R. Effects of Prayer on the Spiritual Health of Patients with Chronic Heart Failure. *mazujrh*. 2018. 29-36:6(1).
15. Mohseni Elaheh TA, Hamed Masoumeh, Hashemi Samaneh., editor The effect of prayer on mental health and prevention of depression. First International Conference and Fourth National Conference on Management, Psychology and Behavioral Sciences; 2023; University of Tehran.
16. Roberts L, Ahmed I, Hall S, Davison A. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009; 2009(2): Cd000368. doi: 10.1002/14651858.CD000368.pub3.
17. Rezaei M, Mirbagher-Ajorpaz N. The effect of Hajat prayer on the mental health of patients with multiple sclerosis. *Fez Medical Sciences Journal*. 2020;23(7):706-13.
18. Siavoshi M, Bordbar R, Jamalinik M. Effects of prayer on the Spiritual Health of Patients with Chronic Heart Failure. *Journal of Religion and Health*. 2018;6:29_36.
19. Upenieks L. Unpacking the Relationship Between Prayer and Anxiety: A Consideration of Prayer Types and Expectations in the United States. *J Relig Health*. 2023;62(3):1810-31.
20. Lekhak N, Bhatta TR, Kahana E, Zauszniewski JA . Prayer and Mental Health in Later Life: The Role of Positive Emotions. *Issues in mental health nursing*. 2023;44(7):639-48.
21. Del Castillo FA, Del Castillo CDB, Koenig HG. Associations between Prayer and Mental Health among Christian Youth in the Philippines. *Religions*. 2023;14(6):806. doi:10.3390/re114060806.
22. Lowe GB, Wang DC, Chin EG. Experiential Avoidance Mediates the Relationship between Prayer Type and Mental Health before and through the COVID-19 Pandemic. *Religions*. 2022;13(7):652. doi: 10.3390/re113070652.
23. W. I say a little prayer for my singlehood: exploring the role of prayer for single adults' mental health. *Journal of Beliefs & Values*. 1-20.
24. damczyk K, Trepanowski R, Ewa Łyś A, Rogowski. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World journal of clinical cases*. 2021;9(26):7620-31.
25. Kianimoghadam AS, Bakhtiari M, Esmaelifard F, Boulaghi Y, Mousavi E, Salek-Ebrahimi L. The Relationship between Mental Health and Religious Orientation with Emotional Cognitive Strategies among Trainee Medical Students of Shahid Beheshti University of Medical 2021.
26. Yadegari Roohollah YAM, HAYATI MOJGAN, EBRAHIMI LOGHMAN. . The Relationship of Religious Orientation with Psychological Wellbeing in Elderly People: The Mediating Role of Spiritual

- Health. ISLAMIC LIFE STYLE CENTERED ON HEALTH. 2021;5(3):85-94.
27. Tabeie ST, Sara. The role of Religious Orientation in Predicting Social Health through the Mediation of Emotion Regulation. SLAMIC LIFE STYLE CENTERED ON HEALTH. 2023;7(2):320-7.
 28. Karimi A, Karsazi H, Fazeli Mehrabadi A. Role of Depression, Anxiety, and Stress Symptoms in Adolescent Psychological Well-being: Moderating Effect of Religious Orientation. Pajouhan Scientific Journal. 2021;19(2):58-65.
 29. Tabatabaee SH, Jarareh J, Jafari A. The Mediating Role of Religious Orientation in the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Corona Anxiety. Journal of Psychological Studies. 2023;19(2):117-30.
 30. Forouhari S, Hosseini Teshnizi S, Ehrampoush MH, Mazloomi Mahmoodabad SS, Fallahzadeh H, Tabei SZ, et al. Relationship between Religious Orientation, Anxiety, and Depression among College Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iranian journal of public health. 2019;48. doi: 10.18502/ijph.v48i1.760.
 31. You S, Lim SA. Religious Orientation and Subjective Well-being: The Mediating Role of Meaning in Life. Journal of Psychology and Theology. 2019;47(1):34-47
 32. Bawono AS, Yudi; Indrawan, Imam Wahyudi. Intention to use Crowdfunding-Waqf Model (CWM) among Muslim Gen-Z in Indonesia: Role of Religious Orientation using Extended UTAUT2. Journal of Economic Cooperation & Development;. 2023;44(1):1-19.
 33. Ababio AG, Osei-Fosu A, Buabeng E. Religious orientation and poverty in Ghana: associations and explanations. Journal of Social and Economic Development. 2021;23(2):377-96.
 34. Mazzer K, Boersma K, Linton SJ. A longitudinal view of rumination, poor sleep and psychological distress in adolescents. Journal of affective disorders. 2019;245:686-96. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.075.
 35. Margo-Dermer E, Dépelteau A, Girard A, Hudon C. Psychological distress in frequent users of primary health care and emergency departments: a scoping review. Public health. 2019;172:1-7. doi: 10.1016/j.puhe.2019.02.013.
 36. Xiong A, Lai X, Wu S, Yuan X, Tang J, Chen J, et al. Relationship Between Cognitive Fusion, Experiential Avoidance, and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. Frontiers in psychology. 2021;12:655154. doi: 10.3389/fpsyg.2021.655154.
 37. Williams AD, Thompson J, Andrews G. The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. Behaviour research and therapy. 2013;51(8):469-75. doi: 10.1016/j.brat.2013.04.004.
 38. Garavand H. The Mediating Role of Psychological Distress in the Relationship Between Health Locus of Control and Corona Anxiety in Students. Journal of Modern Psychological Researches. 2022;17(66):251-61.
 39. Del Giacco AC, Jones SA, Hernandez KO, Barnes SJ, Nagel BJ. Heightened adolescent emotional reactivity in the brain is associated with lower future distress tolerance and higher depressive symptoms. Psychiatry research Neuroimaging. 2023;333:111659.
 40. Woo J, Whyne EZ, Steinhardt MA. Psychological distress and self-reported mental disorders: the partially mediating role of coping strategies. Anxiety, Stress, & Coping. 2024;37(2):180-91.
 41. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. Motivation and Emotion. 2005;29(2):83-102.
 42. Mahmoudpour A, Shariatmadar A, Borjali A, Shafiabadi A. Psychometric Properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the Elderly. Quarterly of Educational Measurement. 2021;12(46):49-64.
 43. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. Journal of Personality and Social Psychology. 1967;5(4):432-43.
 44. yaghoobi a. Meta-analysis of the relationship between religious orientation and mental health. Quarterly of Educational Measurement. 2015;6(21):113-30.
 45. Nourbala a. The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. Hakim-Journal. 2009;11(4):47-53.
 46. Nazari F ,Soheili M, Hosseini S, Shaygannejad V. A comparison of the effects of reflexology and relaxation on pain in women with multiple sclerosis. Journal of complementary & integrative medicine. 2016;13(1):65-71.
 47. Nsamenang SA, Hirsch JK, Topciu R, Goodman AD , Duberstein PR. The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis. Journal of behavioral medicine. 2016;39(2):355-63. doi: 10.1007/s3-9696-015-10865.
 48. Parker M, Lee Roff L, Klemmack DL, Koenig HG, Baker P ,Allman RM. Religiosity and mental health

- in southern, community-dwelling older adults. *Aging & mental health*. 2003;7(5):390-7.
49. bayramy m, zeinali s, asfoori m, esfahani a. Efficacy of Group Logo Therapy on Coping Strategies with Stress and Adjustment to Illness in Leukemia Patients. *Journal of Nursing Education*. 2017;4(5):22-8.
50. shahverdi a, Mirzabeigi a, azizi h, razani m. Managing Nurses' Marital Conflicts in Relation to Sexual Function and Emotion Regulation. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2020;9(3):33-42.