

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه‌ی نگرش مذهبی و علایم اختلال استرس پس از سانحه در زلزله‌زدگان شهرستان بم

خلاصه

مقدمه: مضامین دینی حاکی از این است که انسان به هنگام برخورد با شرایط تهدیدکننده، خدا را می‌خواند. تحقیقات آسیب‌شناسی روانی نیز نشان داده است که وقایع تکان‌دهنده و تهدیدکننده ممکن است در برخی از افراد مستعد، علایم اختلال استرس پس از سانحه را ایجاد نماید. لذا هدف این تحقیق، بررسی رابطه‌ی بین نگرش مذهبی و علایم اختلال استرس پس از سانحه در افرادی بود که در زلزله‌ی بم حضور داشتند.

روش کار: تحقیق حاضر از نوع همبستگی و پس‌رویدادی است. آزمودنی‌ها شامل ۱۱۷ نفر (۷۰ مرد و ۴۷ زن) از مردم شهرستان بم بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین افرادی که در حادثه‌ی زلزله حضور داشتند، انتخاب شدند. آزمودنی‌ها دو مقیاس نگرش مذهبی و اختلال استرس پس از سانحه‌ی می‌سی‌سی‌پی (اشل) را به صورت فردی تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون گام به گام و آزمون تی استفاده شد.

یافته‌ها: نگرش مذهبی تنها قادر بود مولفه‌های ناتوانی در مهار عاطفی و افسردگی مقیاس اشل را به صورت معکوس پیش‌بینی کند. همچنین، آزمودنی‌های دارای علایم خفیف در مقایسه با آزمودنی‌های دارای علایم شدید، نگرش مذهبی برتری نشان دادند ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نگرش مذهبی می‌تواند در کاهش علایم عاطفی اختلال استرس پس از سانحه موثر باشد ولی بر علایم خودآیند آن تأثیری ندارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، زلزله، عاطفه، کنترل

*محمدعلی گودرزی

دانشیار روان‌شناسی بسالینی و مرکز

جمعیت‌شناسی، دانشگاه شیراز

فائزه شفیع

کارشناسی روان‌شناسی بالینی

علی‌رضا تاریخی

کارشناسی روان‌شناسی بالینی

*مؤلف مسئول:

ایران، شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده‌ی

روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه

روان‌شناسی بالینی

تلفن: ۰۷۱۱۶۱۳۴۶۵۱

mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

تاریخ وصول: ۸۹/۷/۱۸

تاریخ تایید: ۹۰/۳/۱

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه شیراز انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است.

Original Article

The relationship between religious attitude and the symptoms of post traumatic stress disorder in people who experienced the Bam earthquake

Abstract

Introduction: Religious contents indicate that the human being recalls God in threatening conditions. Research in psychopathology also has shown that traumatic and threatening events could cause symptoms of post traumatic stress disorder (PTSD) in some vulnerable people. So the aim of this study was to examine the relationship between religious attitude and symptoms of post traumatic stress disorder in people who experienced the Bam earthquake (Iran).

Materials and Methods: In this correlational and ex post facto study, 117 participants (70 men and 47 women) randomly selected from those Bam people who were present in the Bam earthquake. The participants completed personally the Religious Attitude Scale and the Mississippi Post Traumatic Stress Disorder Scale (Eshel). Pearson correlation coefficient, stepwise regression and t-test were used to statistical analysis.

Results: there was a relationship between religious attitude and "difficulty in emotional control" and "depression" components of the Eshel scale inversely. Also, people with mild symptoms compared to those with severe symptoms showed superior religious attitude ($P < 0.001$).

Conclusion: Religious attitude is related to a decrease in the intensity of PTSD affective symptoms, but has no effect on automatic features of the PTSD.

Keywords: Control, Depression, Earthquake, Emotion, Post traumatic stress disorder

**Mohammad-Ali Goodarzi*

Associate professor of clinical psychology and Population Studies Center, Shiraz University

Faezeh Shafiei

MS.c. in clinical psychology

Ali-Reza Tarikhi

MS.c. in clinical psychology

*Corresponding Author:

Department of clinical psychology, Faculty of psychology and educational sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Tel: +987116134651

mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

Received: Oct. 10, 2010

Accepted: May. 22, 2011

Acknowledgement:

This study was approved and financially supported by the research committee of Vice Chancellor of Shiraz University. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Goodarzi MA, Shafiei F, Tarikhi AR. The relationship between religious attitude and the symptoms of post traumatic stress disorder in people who experienced the Bam earthquake. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(2): 182-93.

مقدمه

گاهی افراد، سوانح تکان‌دهنده‌ای را تجربه می‌کنند که شدت آن برای هر کسی آسیب‌رسان است و در نتیجه‌ی آن، علائمی مانند زنده‌شدن سانحه در رویا یا خیالات هنگام بیداری، برانگیختگی فزاینده، اجتناب مستمر از یادآوری سانحه و کرختی پاسخگری به چنین یادآوری‌هایی را بارز می‌سازند. موارد یاد شده در چهارمین نسخه‌ی راهنمای طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (۱) در طبقه‌ی تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه قرار می‌گیرند. سوانح تکان‌دهنده شامل تجارب جبهه‌ی جنگ، سوانح طبیعی (سیل، زلزله)، مورد حمله یا تجاوز به عنف واقع شدن و تصادفات شدید (رانندگی و در حین کار) می‌شود. نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که سوانح تکان‌دهنده تمام سطوح وجودی فرد اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۲). یکی از سطوح وجودی فرد که تحت تاثیر سانحه قرار می‌گیرد، معنویت^۲ او است. معنویت، شامل یک انرژی وحدت بخش است که همه‌ی ابعاد وجودی فرد را به هم متصل نموده و به واسطه‌ی آن، فرد حیات را تجربه می‌کند. یک بعد معنویت، دینداری است. دینداری یک طریق شخصی بیان معنویت از طریق شرکت در مراسم، آیین‌ها و اعمالی است که مبتنی بر شریعت می‌باشد (۳).

دینداری نقش عمده‌ای در زندگی و فرهنگ مردم ایران بازی می‌کند. در قرآن کریم در آیات متعددی اشاره شده است وقتی انسان در شرایط خطرآفرین و آسیب‌رسان قرار می‌گیرد که مرگ او را تهدید می‌کند، خدا را می‌خواند و از او کمک و یاری می‌طلبد. مثلاً آیه‌ی ۶۷ سوره‌ی الاسراء مطرح می‌کند: «و چون در دریابه شما صدمه‌ای برسد هر که را جز او می‌خوانید ناپدید می‌گردد و چون خدا شما را به سوی خشکی رهناید روی گردان می‌شوید و انسان همواره ناسپاس است».

گزارش‌هایی که پس از سانحه‌ی ۱۱ سپتامبر در آمریکا ارایه شده است، حاکی از این است که بلافاصله پس از سانحه، میزان حضور مردم در مراسم مذهبی در کلیسا افزایش یافته

است (۲). آیه‌ی ۱۵۶ سوره‌ی بقره نیز به این نکته اشاره می‌کند که وقتی فرد مومن کسی را از دست می‌دهد یا به او مصیبتی وارد می‌آید، مصیبت وارده را با جهان‌بینی الهی خود تفسیر می‌کند و به خود می‌گوید ما از خداییم و بازگشت همه‌ی ما نیز به سوی اوست: «آن‌ها که هرگاه مصیبتی به ایشان می‌رسد می‌گویند ما از خداییم و به سوی او بازمی‌گردیم. بر ایشان درودها و رحمتی از پروردگارشان باد و ایشان راه‌یافتگان‌اند». در آیه‌ی ۲۸ سوره‌ی رعد به این امر اشاره شده است که قلوب افراد مومن با یاد خدا آرام می‌گیرد و بنا بر این یاد خدا باعث می‌شود که اضطراب و تنش وارد به قلب مومن کاهش یابد: «همان کسانی که ایمان آورده‌اند و دل‌های‌شان به یاد خدا آرام می‌گیرد. آگاه باش که با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد».

تحقیقات متعددی در کشورهای دیگر نشان داده است که افرادی که اعتقادات دینی دارند یا اعمال مذهبی انجام می‌دهند نسبت به افرادی که اعتقادات دینی ندارند یا اعمال مذهبی انجام نمی‌دهند از سلامت روانی و سازگاری بهتری برخوردارند (۵،۴) و در شاخص‌هایی مانند افسردگی، اضطراب، آشفتگی روان‌شناختی و آسیب روان‌شناختی نمرات کمتری را کسب می‌کنند (۶-۱۲). تحقیقاتی که در جامعه‌ی اسلامی ایران انجام گرفته است، به طور کلی حاکی از این است که سلامت روانی و اعتقادات یا اعمال مذهبی با یکدیگر رابطه‌ی مثبتی را نشان می‌دهند (۱۸-۱۳). تعدادی از مطالعات، اثرات دینداری را در تحمل تنش و آسیب، مورد بررسی قرار داده‌اند. نونی^۳ گزارش داد که مذهب با فراهم آوردن منابع اجتماعی و روان‌شناختی در سازگار شدن افراد با تنش موثر است (۱۹). صیادی‌تورانلو، جمالی و میرغفوری رابطه‌ی مثبتی را بین سطح هوش هیجانی و اعتقادات مذهبی گزارش دادند به طوری که افزایش اعتقادات مذهبی با افزایش توان کنترل احساسات و هیجانات درونی خود و دیگران همراه بوده است (۲۰). تاجری و بحیرایی گزارش داده‌اند که مادران واجد نگرش‌های مذهبی در کنار آمدن با تنش‌های ناشی از تولد یک کودک کم‌توان ذهنی بهتر عمل می‌کنند (۲۱). معتمدی، اژه‌ای، فلاح و کیامنش گزارش داده‌اند که سالمندان موفق که

³Nooney¹Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV²Spirituality

تنش‌های ناشی از سالمندی را بهتر تحمل و اداره می‌کنند نسبت به سالمندان غیر موفق، گرایش‌های مذهبی بیشتری دارند (۲۲). اکلین، براون و موگر^۱ و چومانوا، وانات، بارت و کوپمن^۲ گزارش دادند که نگرش مذهبی در مبتلایان به بیماری سرطان می‌تواند به سازگاری و افزایش طول عمر این بیماران منجر شود (۲۴، ۲۳).

بررسی‌های متعدد در مورد تفاوت افراد دیندار و غیر دیندار حاکی از این است که افراد دیندار، حمایت اجتماعی گسترده‌تری را دریافت می‌کنند، عادات رفتاری مثبتی را اتخاذ نموده، به نیروی نظم‌دهنده‌ی فراگیر اعتقاد دارند و رابطه‌ای خصوصی را با خدا برقرار می‌کنند که این تفاوت‌ها نیز می‌تواند در انطباق افراد دیندار با شرایط تنش‌آمیز و بحرانی کمک کند.

پارگامت و هان^۳ در مطالعه‌ی خود روی ۱۲۴ دانشجوی دیندار دوره‌ی کارشناسی نتیجه گرفتند که مذهب در جریان حل مسئله به ویژه در جریان دوره‌های تنش‌آمیز برای فرد، حمایت عاطفی فراهم می‌کند. آزمودنی‌هایی که در این مطالعه شرکت کرده بودند از خدا می‌پرسیدند که چرا این فاجعه اتفاق افتاد و دعا می‌کردند که خداوند نیروی لازم را برای مقابله به آن‌ها بدهد (۲۵). وارثینگتون^۴ که مقاله‌ای تحت عنوان «ایمان مذهبی در طول زندگی: دلالت‌ها برای مشاوره و تحقیق» نوشته است نتیجه‌گیری کرده است که دینداری ممکن است به فرد کمک نماید تا مسئله را بازتعریف کند به طوری که قابل حل شود و ممکن است از طریق فراهم ساختن معنا و امید دادن به فرد کمک کند تا در حین رویارویی با موقعیت تنش‌آمیز، خود را از لحاظ عاطفی مستحکم نگاه دارد (۲۶). لازاروس و فولکمن^۵ معتقدند ارزش‌های مذهبی به فرد کمک می‌کنند که موقعیتی را کمتر تهدید کننده قلمداد کند و احساسش را برای رویارویی با آن تقویت کند (۲۷). الموتاوا^۶ در بررسی تاثیر مذهب در ایجاد اختلال استرس پس از سانحه در بین زندانیان کویتی جنگ، گزارش داد که رابطه‌ای بین مذهبی بودن و

اختلال استرس پس از سانحه وجود ندارد، ولی اعمال مذهبی «متوسط» اثرات مثبتی در تطبیق با شوک ناشی از حادثه‌ی آسیب‌زا دارد (۲۸). تونی‌بویل، استی‌گال، کشتگر و نیومن^۷ در مرور مطالعات انجام گرفته بر روی مفید یا مضر بودن مقابله‌ی مذهبی یا معنوی با سرطان، اشاره کرده‌اند که مذهب از طریق فراهم آوردن معنا و هدف و آرامش عاطفی و احساس امید و حفظ عزت نفس بیماران به سازگاری آن‌ها با بیماری سرطان کمک می‌کند (۲۹). هاف، جوهانسن هنری، راس، هیویت و جوهانسن^۸ در مرور بر مطالعاتی که در مورد کاهش خطر سرطان در بین افراد مذهبی انجام دادند، نتیجه‌گیری کردند که عامل کاهش‌دهنده‌ی خطر سرطان در بین افراد مذهبی، سبک زندگی سالمی است که در اعمال مذهبی آن‌ها وجود دارد (۳۰). با وجود این، در تحقیقات ذکر شده به دلیل عدم کنترل متغیرهایی مانند مرحله یا سطح بیماری و حمایت اجتماعی ادراک شده نمی‌توان با قطعیت در مورد اثرات مثبت مقابله‌ی مذهبی سخن گفت (۲۹). در حقیقت بررسی رابطه‌ی بین نگرش مذهبی و شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بدون در نظر گرفتن نقش عواملی که در شدت این نشانه‌ها تاثیر گذارند، امکان‌پذیر نمی‌باشد. نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که به طور کلی زنان نسبت به مردان پس از حوادث تکان‌دهنده علائم بیشتری را بروز می‌دهند (۳۱-۳۴). دو متغیر دیگری که کنترل اثر آن‌ها لازم است، وضعیت تاهل و تحصیلات می‌باشد. تحقیقات گذشته نشان داده است که اختلال استرس پس از سانحه در افراد مجرد، بیوه و مطلقه بیشتر از افراد متاهل مشاهده می‌شود (۳۵) و میزان تحصیلات با شدت اختلال استرس پس از سانحه رابطه‌ی معکوس دارد (۳۶).

با وجود یافته‌های متعدد در مورد اثرات مثبت دینداری بر روی تحمل تنش‌های روانی و آیات صریح قرآنی در مورد این که انسان‌ها در شرایط دشوار به خدا پناه می‌برند، تاکنون مطالعات اندکی به بررسی رابطه‌ی دینداری با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه که یکی از پیامدهای مواجهه با حوادث تنش‌زا

¹Acklin, Brown and Mauger²Choumanova, Wanat, Barrett and Koopman³Pargament and Hahn⁴Worthington⁵Lazarus and Folkman⁶Al-Mutawa⁷Thune-Boyle, Stygall, Keshtgar and Newman⁸Hoff, Johannessen-Henry, Ross, Hvidt and Johansen

است، پرداخته‌اند. هدف تحقیق حاضر این است که رابطه‌ی نگرش مذهبی و شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را در ساکنان شهر زلزله‌زده‌ی بم مورد بررسی قرار دهد.

روش کار

روش تحقیق از نوع همبستگی و پس‌رویدادی است. در این تحقیق نگرش مذهبی یا مولفه‌های آن به عنوان متغیر پیش‌بین و شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به عنوان متغیر ملاک مورد بررسی قرار می‌گیرد. متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تاهل نیز به عنوان متغیرهای مداخله‌گر می‌باشند. این متغیرها نیز همراه با متغیرهای پیش‌بین و ملاک وارد معادله رگرسیون می‌شوند و از این طریق، اثر آن‌ها بر متغیر پیش‌بین، کنترل می‌شود. نمونه‌ی این تحقیق شامل ۱۱۷ نفر از مردم شهر بم بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین تمام کارمندان آموزش و پرورش، کارمندان شهرداری و بازاریان و مغازه‌داران شهر بم انتخاب شدند و در هنگام وقوع زلزله در بم حضور داشتند. به منظور اندازه‌گیری نگرش مذهبی از مقیاس نگرش مذهبی^۱ استفاده شد. این مقیاس که اولین بار در ایران توسط خدایاری فرد، غباری بناب و شکوهی یکتا بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه صنعتی و طلاب حوزه‌ی علمیه‌ی قم اجرا شده، حاوی ۴۰ سؤال پنج گزینه‌ای است که جهان‌بینی و ایدئولوژی را اندازه می‌گیرد. گزینه‌ها شامل کاملاً موافقم، تا حدی موافقم، بینابین، تا حدی مخالفم و کاملاً مخالفم می‌باشد. برخی از سؤالات پرسش‌نامه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بر اساس گزارش خدایاری و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر ۰/۹۵ بوده است. هم‌چنین، محققین فوق توانسته‌اند با استفاده از این مقیاس بین دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف و طلاب حوزه‌ی علمیه‌ی قم و دانشجویان سهمیه‌ی شاهد و غیر شاهد از لحاظ میانگین نمرات کسب شده، تفاوت آماری معنی‌داری را پیدا کنند. توانایی افتراق فوق می‌تواند به عنوان مدرکی برای روایی مقیاس نگرش مذهبی تلقی شود (۳۷). به نقل از مطالعه‌ی گودرزی برای اندازه‌گیری علائم اختلال استرس پس از سانحه از مقیاس اشل استفاده شد. این مقیاس برگرفته از مقیاس

اختلال استرس پس از سانحه‌ی می‌سی‌سی‌پی^۲ است که اولین بار توسط کینی، کرل و تیلور^۳ ساخته شد. فرم ایرانی این مقیاس توسط گودرزی با فرهنگ ایرانی انطباق یافته و شامل ۳۹ سؤال است که در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره-گذاری می‌شود. ده تا از سؤالات این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. همسانی درونی مقیاس اشل برحسب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی آن برابر ۰/۹۱ گزارش شده است. تحلیل عاملی مقیاس چهار عامل زیر را آشکار ساخته است: خاطرات رخنه‌کننده، ناتوانی در ارتباطات بین فردی، مشکل در مهار عاطفی و افسردگی (۳۸). دو مقیاس نگرش مذهبی و اشل به همراه چند سؤال دیگر که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها را می‌سنجد بر روی گروه نمونه اجرا شد. نحوه‌ی اجرا به این صورت بود که با مراجعه‌ی تصادفی به آزمودنی‌ها و کسب رضایت شفاهی آن‌ها برای شرکت در تحقیق، ابتدا توضیحاتی در مورد پژوهش و نحوه‌ی پاسخگویی به سؤالات داده می‌شد و آن‌گاه پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت و در صورت امکان در همان زمان و در صورت عدم امکان در وقت مقتضی پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری می‌شد. هیچ محدودیت زمانی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها وجود نداشت. برای ارایه‌ی داده‌های توصیفی از روش‌های آماری میانگین و انحراف معیار و به منظور بررسی ارتباط ساده بین نگرش مذهبی و مولفه‌های مقیاس اشل از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. علاوه بر این، به منظور ثابت نگاه داشتن اثر متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل و تحصیلات و به این ترتیب حذف اثر آن‌ها بر متغیر وابسته‌ی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه از روش آماری رگرسیون گام به گام استفاده شد. برای مقایسه‌ی گروه‌ها در متغیرهای وابسته نیز آزمون تی به کار رفت. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نسخه‌ی ۱۱/۵ نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه به شرح زیر بود: ۷۰ نفر مرد، ۴۷ نفر زن؛ ۷۸ نفر متاهل، ۲۹ نفر مجرد؛ تحصیلات

^۲Mississippi Post Traumatic Stress Scale

^۳Keane, Wolfe and Taylor

^۱Religious Attitude Scale

به همین دلیل، به منظور مطالعه و کنترل متغیرهای موثر بر رابطه‌ی بین خرده‌مقیاس‌های اشل و مقیاس نگرش مذهبی و همین طور تعیین سهم متغیر نگرش مذهبی در پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه، اثر متغیرهای جنس، سن، تحصیلات، وضعیت تاهل (متغیرهای کنترل) بر نگرش مذهبی (متغیر پیش‌بین) با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام برای چهار خرده‌مقیاس اشل (متغیرهای وابسته) در چهار معادله‌ی جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۲- همبستگی نمرات خرده‌مقیاس‌های اشل و مقیاس

نگرش مذهبی	
خرده‌مقیاس‌های اشل	مقیاس نگرش مذهبی
خاطرات رخنه‌کننده	-0.187^*
مشکل در ارتباطات بین فردی	-0.02
ناتوانی در مهار عاطفی	-0.20^*
افسردگی	0.328^{**}

$$P > 0.01^{***}, P < 0.05^*$$

معادله‌ی ۱ در جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات خرده‌مقیاس خاطرات رخنه‌کننده به ترتیب از طریق متغیرهای تحصیلات، جنس و وضعیت تاهل، قابل پیش‌بینی است. برای مولفه‌ی خاطرات رخنه‌کننده، ضرایب رگرسیون (B) متغیرهای پیش‌بین جنسیت و وضعیت تاهل مثبت و برای تحصیلات، منفی و هر سه از لحاظ آماری معنی‌دار بوده‌اند. این به آن معنا است که میانگین نمرات آزمودنی‌های زن در مولفه‌ی خاطرات رخنه‌کننده ($M=16/4$, $SD=4/89$, $n=47$) نسبت به میانگین آزمودنی‌های مرد ($M=14/34$, $SD=4/14$, $n=70$) از لحاظ آماری به طور معنی‌داری بالاتر بوده است.

هم‌چنین، میانگین نمرات آزمودنی‌های مجرد در این خرده‌مقیاس ($M=16/2$, $SD=4/4$, $n=39$) نسبت به میانگین آزمودنی‌های متاهل ($M=14/6$, $SD=4/6$, $n=78$) از لحاظ آماری به طور معنی‌داری بالاتر بوده است.

میانگین نمرات مولفه‌ی خاطرات رخنه‌کننده در آزمودنی‌هایی نیز که تحصیلات زیر دیپلم داشته‌اند ($n=15$, $SD=5$) نسبت به آزمودنی‌هایی که تحصیلات بالاتر از دیپلم داشته‌اند ($n=102$, $SD=4/31$, $M=14/7$) از لحاظ آماری

۱۵ نفر زیر دیپلم و تحصیلات ۱۰۲ نفر بین دیپلم تا کارشناسی و شغل ۵۶ نفر آزاد و ۶۱ نفر دولتی بود. میانگین سن آزمودنی‌ها برابر ۳۰/۴۸ سال و انحراف معیار آن برابر ۸/۴۰ سال بود. به منظور ترسیم چهارچوب کلی داده‌ها میانگین و انحراف معیار نمرات گروه نمونه در مولفه‌های مقیاس‌های اشل و نگرش مذهبی محاسبه گردید (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار گروه نمونه در خرده

مقیاس‌های اشل و مقیاس نگرش مذهبی

خرده‌مقیاس‌های اشل	زن		مرد	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خاطرات رخنه‌کننده	۱۶/۳۸	۴/۸۸	۱۴/۳۴	۴/۱۴
مشکل در ارتباطات بین فردی	۷/۰۲	۱/۹۷	۷/۱	۱/۷۵
ناتوانی در مهار عاطفی	۱۸/۰۲	۲/۷۱	۱۷/۷۵	۲/۹۲
افسردگی	۱۲/۱۴	۵/۱۱	۹/۶۹	۴/۰۸
مقیاس نگرش مذهبی	۱۵۸/۴	۱۹/۲۰	۱۶۴	۲۰/۷

برای بررسی رابطه‌ی مقیاس نگرش مذهبی و خرده‌مقیاس‌های اشل، ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون بین نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس اشل و نمرات آن‌ها در مقیاس نگرش مذهبی محاسبه شد. جدول ۲ نتایج تحلیل‌های همبستگی را نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقیاس نگرش مذهبی با تمام خرده‌مقیاس‌های اشل همبستگی منفی داشته است. با وجود این، تنها همبستگی مقیاس نگرش مذهبی با سه خرده‌مقیاس خاطرات رخنه‌کننده، ناتوانی در مهار عاطفی و افسردگی از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است که به این معنی است که با افزایش نگرش مذهبی، خاطرات رخنه‌کننده، ناتوانی در مهار عاطفی و افسردگی که از مولفه‌های سه‌گانه‌ی اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند، کاهش می‌یابد. بیشترین شدت همبستگی بین خرده‌مقیاس افسردگی و نگرش مذهبی بوده است. به عبارت دیگر، هر چه گرایش مذهبی بیشتر بوده، میزان افسردگی کاهش یافته است. این یافته‌ها فرضیه‌ی اصلی تحقیق را تایید می‌کنند.

با توجه به این که در روش تحلیل همبستگی سهم سایر متغیرهای موثر مورد بررسی قرار نمی‌گیرد، نمی‌توان نتیجه گرفت که رابطه‌ی به دست آمده بین مقیاس نگرش مذهبی و خرده‌مقیاس‌های اشل از متغیرهای دیگری تاثیر نپذیرفته باشد.

معادله‌ی ۲ در جدول ۳ نشان می‌دهد که هیچ کدام از متغیرهای تعدیل‌کننده و پیش‌بین نتوانسته‌اند نمرات خرده‌مقیاس مشکل در ارتباطات بین فردی را پیش‌بینی کنند. نتیجه‌ی اخیر با نتیجه‌ی به دست آمده از تحلیل همبستگی هماهنگی دارد.

معادله‌ی ۳ در جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات مولفه‌ی ناتوانی در مهار عاطفی به ترتیب از طریق متغیرهای وضعیت تاهل، نگرش مذهبی و سن، قابل پیش‌بینی بوده است. در سطور زیر معنای روابط فوق شرح داده می‌شود: میانگین نمرات آزمودنی‌های مجرد در خرده‌مقیاس ناتوانی در مهار عاطفی $(M=19/12, SD=2/58, n=39)$ نسبت به میانگین نمرات آزمودنی‌های متأهل $(M=17/23, SD=2/74, n=78)$ از لحاظ آماری به طور معنی‌داری بالاتر بوده است. علاوه بر این، ضریب رگرسیون (B) متغیر پیش‌بین مولفه‌ی ناتوانی در مهار عاطفی برای متغیرهای سن و نگرش مذهبی به ترتیب $0/077$ و $-0/032$ بوده است. این امر به این معنا است که با افزایش یک نمره در متغیر سن، به طور متوسط میزان ناتوانی در مهار عاطفی $0/077$ افزایش می‌یابد و با افزایش یک نمره در نگرش مذهبی به طور متوسط میزان ناتوانی در مهار عاطفی $0/032$ کاهش می‌یابد. معادله‌ی ۴ در جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات خرده‌مقیاس افسردگی به ترتیب از طریق متغیرهای جنسیت، تحصیلات و نگرش مذهبی قابل پیش‌بینی بوده است.

میانگین نمرات افسردگی آزمودنی‌های زن $(M=5/1, SD=5/1, n=47)$ نسبت به میانگین آزمودنی‌های مرد $(M=12/15, SD=4/14, n=70)$ از لحاظ آماری به طور معنی‌داری بالاتر بوده است. میانگین مولفه‌ی افسردگی در آزمودنی‌هایی که تحصیلات زیر دیپلم داشته‌اند $(M=13/47, SD=4/6, n=15)$ نسبت به آزمودنی‌هایی که تحصیلات بالاتر از دیپلم داشته‌اند $(M=10/27, SD=4/55, n=102)$ از لحاظ آماری به طور معنی‌داری بالاتر بوده است. علاوه بر این، ضریب رگرسیون (B) متغیر پیش‌بین مولفه‌ی افسردگی برای متغیر نگرش مذهبی $-0/074$ بوده است. این مسئله به آن معنا است که با افزایش یک نمره در متغیر نگرش مذهبی به طور متوسط میزان افسردگی $0/074$ کاهش می‌یابد. به منظور بررسی قدرت پیش‌بینی متغیر نگرش مذهبی مقادیر R^2 در جدول ۳ درج شده

به طور معنی‌داری بالاتر بوده است. با وجود این، نتایج نشان می‌دهد که با کنترل متغیرهای سن، تاهل، جنس و تحصیلات رابطه‌ی نگرش مذهبی با خرده‌مقیاس خاطرات رخنه‌کننده از بین رفته است. به عبارت دیگر، احتمالاً همبستگی به دست آمده بین دو متغیر فوق به واسطه‌ی متغیرهای دیگر ایجاد شده است.

جدول ۳- نتایج رگرسیون گام به گام متغیر نگرش مذهبی بر

علائم (خرده‌مقیاس‌های) اختلال استرس پس از سانحه با کنترل

جنس، سن، تحصیلات و وضعیت تاهل

متغیرهای پیش‌بین	معادله‌ی ۱ خاطرات رخنه‌کننده	معادله‌ی ۲ مشکل در ارتباطات بین فردی	معادله‌ی ۳ ناتوانی در مهار عاطفی	معادله‌ی ۴ افسردگی
جنس (مرد=۱، زن=۰)	۱/۹۰*			۱/۹۷
	(-۰/۲۱)			(-۰/۲۱)
	{-۲/۳۵}			{-۲/۴۴}
	[۰/۰۲]			[۰/۰۱۶]
	"۰/۰۳۸"			"۰/۰۴۳"
تاهل (مجرد=۱، متأهل=۰)	۱/۸۲	۲/۷۳		
	(۰/۱۹)	(۰/۴۶)		
	{۲/۱۷}	{۴/۳}		
	[۰/۰۳]	[۰/۰۰۱]		
	"۰/۰۳۵"	"۰/۰۰۱"		
تحصیلات	-۳/۴۹	-۲/۹۶		
	(-۰/۲۶)	(-۰/۲۰)		
	{-۲/۹۴}	{-۲/۳۹}		
	[۰/۰۰۳]	[۰/۰۴۹]		
	"۰/۰۷۲"	"۰/۰۵۵"		
سن		۰/۰۷۷		
		(۰/۲۲۷)		
		{۲/۱۵}		
		[۰/۰۳۴]		
		"۰/۰۳۴"		
نگرش مذهبی		-۰/۰۳۲	-۰/۰۷۴	
		(-۰/۲۱)	(-۰/۳۰)	
		{-۲/۴۲}	{-۳/۴۱}	
		[۰/۰۱۷]	[۰/۰۰۱]	
		"۰/۰۳۷"	"۰/۰۹۵"	
df	df=(۳، ۱۱۳)	df=(۳، ۱۱۳)	df=(۳، ۱۱۳)	df=(۳، ۱۱۳)
F	F=۶/۴۱	F=۷/۸۲	F=۸/۹۸	F=۸/۹۸
R ^۲	۰/۱۴۵	۰/۱۷۲	۰/۱۹۳	۰/۱۹۳

*B، (Beta)، t، []، **خانه‌های خالی حاکی از خارج شدن متغیر از معادله‌ی رگرسیون می‌باشد.

است (این مقادیر برای سایر متغیرهای کنترل نیز در جدول ۳ موجود است). همان گونه که ملاحظه می‌شود، نگرش مذهبی توانسته است به ترتیب ۰/۰۳۷ و ۰/۰۹۵ درصد واریانس‌های مربوط به دو مولفه‌ی ناتوانی در مهار عاطفی و افسردگی را تبیین کنند. علاوه بر تحلیل‌های فوق، نگرش مذهبی در آزمودنی‌ها با نمرات بالاتر (علایم شدیدتر) و پایین‌تر (علایم خفیف‌تر) از نقطه‌ی برش مقیاس اشل برای اختلال استرس پس از سانحه با استفاده از آزمون تی مورد مقایسه قرار گرفت.

برای تعیین گروه افراد با نمرات بالاتر و پایین‌تر از نقطه‌ی برش مقیاس اشل برای اختلال استرس پس از سانحه از نمره‌ی برش ۱۰۷ استفاده شد. در پژوهشی که گودرزی انجام داد بر اساس نقطه‌ی برش ۱۰۷ حساسیت و ویژگی آزمون اشل برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه به ترتیب ۶۹ درصد و ۷۴ درصد گزارش شد (۳۸).

مقایسه‌ی نمرات نگرش مذهبی دو گروه با استفاده از آزمون تی برای گروه‌های مستقل نشان داد که میانگین نگرش مذهبی در گروه با نمرات بالاتر از نقطه‌ی برش اختلال استرس پس از سانحه به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه با نمرات پایین‌تر از نقطه‌ی برش بود (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه‌ی نمرات نگرش مذهبی افراد با نمره‌ی بالاتر و پایین‌تر از نقطه‌ی برش مقیاس اشل (۱۰۷) برای اختلال استرس پس از سانحه با آزمون تی در شرایط عدم تساوی واریانس‌ها

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	t	P
گروه با نمره‌ی پایین‌تر از نقطه‌ی برش	۹۳	۱۵۴/۳۳	۱۵	۲۷/۹۱۵	۳/۰۲	۰/۰۰۱
گروه با نمره‌ی بالاتر	۲۴	۱۳۸/۹	۲۳/۸			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این تحقیق بررسی رابطه‌ی بین نگرش مذهبی و علایم اختلال استرس پس از سانحه و تعیین قدرت نگرش مذهبی برای پیش‌بینی علایم اختلال استرس پس از سانحه بود. علاوه بر این، در تحقیق حاضر نگرش مذهبی در افرادی که در مقیاس اشل برای اختلال استرس پس از سانحه، نمره‌ای بالاتر از نقطه‌ی برش به دست آورده بودند با افرادی که نمره‌ای

پایین‌تر از نقطه‌ی برش به دست آورده بودند، مقایسه شد. نتایج حاکی از این بود که بین نگرش مذهبی و دو مولفه‌ی ناتوانی در مهار عاطفی و افسردگی همبستگی منفی وجود دارد و وقتی نگرش مذهبی افزایش می‌یابد، ناتوانی در مهار عاطفی و افسردگی در افرادی که در زلزله‌ی بم حضور داشته‌اند کاهش می‌یابد. خرده‌مقیاس ناتوانی در مهار عاطفی شامل سئوالاتی مانند اگر کسی زیاد سر به سر من بگذارد احتمال دارد که شدیداً خشمگین شوم (۳)، در تمرکز روی کارها مشکل دارم (۲۰)، در شب به راحتی به خواب می‌روم (۲۴، معکوس) و خرده‌مقیاس افسردگی نیز شامل سئوالاتی مانند هنگامی که در مورد زلزله‌ی بم فکر می‌کنم آرزو می‌کنم که ای کاش می‌مردم (۸)، به نظر می‌رسد که گویی هیچ حسی ندارم (۹)، اخیراً میل به خودکشی پیدا کرده‌ام (۱۰)، حیرانم در حالی که دیگران مرده‌اند چرا من هنوز زنده‌ام (۱۲) می‌باشد. این نتایج، با یافته‌های لازاروس و فولکمن در مورد تاثیر ارزش‌های مذهبی بر ادراک و قدرت رویارویی فرد در مقابل موقعیت‌های تهدیدکننده (۲۷) و با نتایج الموتوا در مورد اثرات مثبت اعمال مذهبی در تطبیق با شوک ناشی از حادثه‌ی آسیب‌زا (۲۸) و با نتیجه‌گیری تونی بویل، استی گال، کشتگر و نیومن در مورد اثر مثبت نگرش مذهبی بر سازگاری بیماران سرطانی هماهنگ است (۲۹) و نشان می‌دهد نگرش‌های مذهبی می‌توانند افراد را در کنار آمدن با عواطف منفی و افسردگی حاصل از حضور در موقعیت‌های تکان‌دهنده کمک کند. از سوی دیگر، قدرت پیش‌بینی نگرش مذهبی برای دو مولفه‌ی ناتوانی در مهار عاطفی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۰۳۷ و ۰/۰۹۵ درصد بوده است. این اعداد نشان می‌دهند که نگرش مذهبی فقط در حدود کمتر از ۱ درصد می‌تواند واریانس متغیرهای ناتوانی در مهار عاطفی و افسردگی را تبیین کند. علاوه بر این، نتایج حاکی از این بود که افرادی که در مقیاس اشل نمره‌ای بالاتر از نقطه‌ی برش اختلال استرس پس از سانحه کسب کرده بودند نسبت به افراد دارای نمره‌ی کمتر از نقطه‌ی برش، نگرش مذهبی ضعیف‌تری دارند.

نتایج این تحقیق نشان داد که بین نگرش مذهبی و خرده‌مقیاس‌های خاطرات رخنه‌کننده و مشکل در ارتباطات بین فردی، رابطه‌ی

خاصی مشاهده نمی‌شود. هر چند در محاسبه‌ی ضریب همبستگی خرده‌مقیاس خاطرات رخنه‌کننده با نگرش مذهبی رابطه‌ای منفی به دست آمد، کنترل‌های آماری نشان داد که این یافته ناشی از اثرات تعدیل‌کننده‌ی متغیرهای جنس، تاهل و تحصیلات بوده است. خرده‌مقیاس خاطرات رخنه‌کننده شامل سوالاتی مانند اگر چیزی اتفاق بیفتد و مرا به یاد زلزله بیندازد، به شدت پریشان و آشفته می‌شوم، از زلزله‌ی بم کابوس‌های وحشت‌آوری دارم، بودن در موقعیت‌های خاصی این احساس را در من به وجود می‌آورد که گویی دوباره دارد زلزله‌ی بم تکرار می‌شود، می‌باشد. این گونه‌ی سوالات بیشتر علامت زنده شدن سانحه در خواب یا خیالات بیداری را نشان می‌دهد. در تفسیر این یافته باید اشاره کرد که برخی یافته‌ها نشان داده است که خاطرات رخنه‌کننده در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به صورت خودآیند بروز می‌کنند (۳۹). فرآیندهای خودآیند در مراحل اولیه‌ی پردازش اطلاعات رخ می‌دهند و به صورت سریع، موازی و با ظرفیت نامحدود اتفاق می‌افتند و فرد کنترل اندکی بر آن‌ها دارد (۴۰). آشکار است که بروز این فرآیندهای خودآیند می‌تواند ارتباط بیشتری با متغیرهای زیستی مانند سن و جنس داشته باشد. این نتیجه‌گیری را داده‌های پژوهش حاضر نیز تایید می‌کنند. از سوی دیگر، فرد اعتقادات مذهبی را به اختیار خود برمی‌گزیند و قادر است بر آن‌ها کنترل کافی داشته باشد. به همین دلیل، احتمالاً اعتقادات مذهبی که فرآیندی کنترل شده است، خاطرات رخنه‌کننده را که به نظر می‌رسد فرآیندی خودآیند است تحت تاثیر قرار نمی‌دهد. عدم ارتباط بین خرده‌مقیاس مشکل در ارتباطات بین فردی و اعتقادات مذهبی حاکی از این است که اعتقادات مذهبی اثری بر مشکلاتی که افراد دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه به دلیل علائم بیماری در ارتباطشان با افراد دیگر پیدا می‌کنند، ندارد. خرده‌مقیاس مشکل در ارتباطات بین فردی شامل این دو سوال زیر بوده است که من قادرم از لحاظ عاطفی به دیگران نزدیک شوم و از همراهی دیگران لذت می‌برم. فرد در صورتی در این خرده‌مقیاس نمره‌ی بالایی اخذ می‌کند که به سوالات آن برعکس پاسخ دهد. عدم ارتباط این متغیر را شاید بتوان به محدودیت‌های مقیاس نگرش مذهبی در

سنجش ارتباطات فرد با دیگران از نگاه مذهبی نسبت داد. سوالات مقیاس نگرش مذهبی بیشتر بر محور دخیل دانستن جهان‌بینی الهی در اتخاذ تصمیمات و انجام اعمال می‌باشد و هیچ سوالی در مورد روابط فرد با دیگران از دیدگاه مذهبی ندارد. بنا بر این، فردی که در نگرش مذهبی نمره‌ی بالاتری اتخاذ می‌کند، فردی است که رابطه‌ی ویژه‌ای با خدا دارد و کسب نمره‌ی بالا در این رابطه لزوماً به معنای داشتن رابطه‌ی مثبت یا منفی با افراد دیگر نیست. بنا بر این احتمال دارد با افزودن جنبه‌های بین فردی دینداری به مقیاس نگرش مذهبی، رابطه‌ی بین خرده‌مقیاس مشکل در ارتباطات بین فردی و نگرش مذهبی آشکارتر شود.

یافته‌ی دیگری که در این تحقیق به دست آمد برتری نمرات زنان نسبت به مردان در دو خرده‌مقیاس خاطرات رخنه‌کننده و افسردگی بود. این یافته با نتایج مطالعات مختلف که نشان داده‌اند به طور کلی زنان نسبت به مردان پس از حوادث تکان دهنده، علائم بیشتری را بروز می‌دهند، هماهنگ است (۳۴-۳۱). دلیل برتری میزان خاطرات رخنه‌کننده و افسردگی که از علائم اصلی اختلال استرس پس از سانحه است در زنان می‌تواند به کمتر بودن حمایت اجتماعی برای زن‌ها پس از حادثه‌ی تکان‌دهنده و آسیب‌پذیری ژنتیکی و زیست‌شناختی آن‌ها مربوط باشد (۴۱).

هم‌چنین نتایج این تحقیق نشان داد که شدت نشانه‌های خاطرات رخنه‌کننده و ناتوانی در مهار عاطفی در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل است. علاوه بر این، نشانه‌های خاطرات رخنه‌کننده و افسردگی در افراد با تحصیلات پایین‌تر بیشتر از افراد با تحصیلات بالاتر بود. این نتایج به ترتیب با یافته‌های گزارش‌های قبلی در مورد بالاتر بودن میزان اختلالات استرس پس از سانحه در افراد مجرد نسبت به افراد متأهل و با نتایج مطالعه‌ی یهودا^۱ که رابطه‌ی معکوس تحصیلات با اختلال استرس پس از سانحه در طول عمر را گزارش نموده، هماهنگ است (۳۶، ۳۷).

به طور خلاصه، نتایج، حاکی از این است که رابطه‌ی معکوسی بین نگرش مذهبی و دو مولفه‌ی ناتوانی در مهار عاطفی و

^۱Yehuda

افسردگی وجود دارد. این رابطه به این معنا است که افراد واجد نگرش مذهبی کمتر از افراد فاقد نگرش مذهبی پس از تجربه‌ی شرایط آسیب‌رسان، ناتوانی در مهار عاطفی و افسردگی را که از مولفه‌های اختلال استرس پس از سانحه است، تجربه می‌کنند و بنا بر این کنترل عاطفی بیشتری دارند. با وجود این، رابطه‌ای بین نگرش مذهبی و خاطرات رخنه کننده که تحت تاثیر فرآیندهای خودآیند هستند نشان داده نشد. باید توجه داشت که روابط به دست آمده در این تحقیق به مفهوم آن نیست که نگرش مذهبی می‌تواند به صورت علی موجب تخفیف علایم اختلال استرس پس از سانحه شود. هر چند این حالت می‌تواند یکی از احتمالاتی باشد که قابل بررسی است ولی ممکن است متغیر دیگری باشد که عامل

اصلی روابط به دست آمده در فوق باشد. همان گونه که در مقدمه‌ی این تحقیق بیان شد، تحقیقات گذشته نشان داده است که نگرش مذهبی می‌تواند از طریق فراهم آوردن شبکه‌های حمایت اجتماعی، ایجاد امیدواری و عزت نفس و فراهم آوردن آرامش عاطفی و روانی به سازگاری بهتر برای مقابله با استرس کمک کند (۲۶). هم‌چنین، این نتایج با مضمون آیه‌ی ۲۸ سوره رعد که بیان می‌کند با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد هماهنگی دارد. با توجه به فقدان رابطه‌ی نگرش مذهبی و خاطرات رخنه کننده در تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی رابطه‌ی بین اعتقادات مذهبی با فرآیندهای خودآیند و کنترل شده به صورت نظام یافته‌تری مورد بررسی قرار گیرد.

References

- 1- American Psychiatric Association. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)]. 4th ed. Naenian MA, Madahi MA, Allahyari A, Biabangard A. (translators). Tehran: Shahed; 1994: 47-8. (Persian)
- 2- Corales TA. Trends in posttraumatic stress disorder research. Hauppauge, NY: Nova Science; 2005: 9-10.
- 3- Matthews DA, Clark C. [The faith factor: Proof of the healing power of the prayer]. New York: Penguin Books; 1998: 59-60.
- 4- Koenig HG, McCulloch ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford; 2001: 53-60.
- 5- Vaillant G, Templeton J, Ardel M, Meyer S. The natural history of male mental health: Health and religious involvement. Soc Sci Med 2008; 66: 221-31.
- 6- Lindenthal JJ, Myers JK, Pepper MP, Stern MS. Mental status and religious behavior. J Sci Study Relig 1970; 9: 143-9.
- 7- Hadaway CK. Life satisfaction and religion: A reanalysis. Soc Forces 1978; 57: 637-43.
- 8- Hannay DR. Religion and health. Soc Sci Med 1980; 14: 683-5.

- 9- Stack S. The effect of religious commitment on suicide: A cross-national sample. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 362-74.
- 10- Stark R, Doyle DP, Rushing JL. Beyond Durkheim: Religion and suicide. *J Sci Study Relig* 1983; 22: 120-31.
- 11- Koenig HG. Religion and older men in prison. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994; 10: 219-30.
- 12- Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 536-42.
- 13- Ghahremani M, Neughabi AD, Tavakolizadeh J. [The effect of fasting on mental health]. *Proceeding of the 1st International Congress on Religion and Mental Health*; 2001; April 16-19, Tehran, Iran. (Persian)
- 14- Ghobari B, Khodayarifard M, Shokohiyekta M, Faghihi AN. [The relationship between trust on God, anxiety, patient and hope in disaster conditions in college students]. *Journal of Naghd Va Nazar* 2002; 35-36: 84-121. (Persian)
- 15- Alborzi M, Samani S. A Study of relationship between religious beliefs and well-being. *Proceeding of the 1st International Congress on Religion and Mental Health*; 2001: 22; April 16-19, Tehran, Iran. (Persian)
- 16- Eslami AA, Shojaeizadeh AA, Vakili M. [The study of depression rate and its relationship with religious attitude among medical students of Gorgan University]. *Journal of Teb Va Tazkyeh* 2002; 43: 39-45. (Persian)
- 17- Sargolzaei MR, Behdani F, Ghorbani E. [Can religious activities prevent depression, anxiety and drug abuse in college students]. *Proceeding of the 1st International Congress on Religion and Mental Health*; 2001; April 16-19, Tehran, Iran. (Persian)
- 18- Karimelahi M, Aghamohammadi M. [The relationship between religious beliefs and depression in Ardabil Medical Sciences University students]. *Journal of Teb Va Tazkyeh* 2005; 53: 62-5. (Persian)
- 19- Nooney JG. Religion, stress, and mental health in adolescence: Findings from Add Health. The annual meeting of the American Sociological Association. Atlanta, Hilton Hotel, Atlanta, GA, 2003. Available from: URL; http://www.allacademic.com/meta/p106431_index.html
- 20- Sayadi Touranlou H, Jamali R, Mirghafouri HA. [A case study on university student's excitatory intelligence]. *Andishe-e-Novine-e-Dini* 2008; 3: 145-72. (Persian)
- 21- Tajeri B, Bohayraei AR. [The association of parenting stress, religious attitude and knowledge with maternal acceptance for sons with mental retardation]. *Research on Exceptional Children* 2008; 8: 205-25. (Persian)
- 22- Moatamedi A, Ejei J, Azadfallah P. [The relationship between religious tendency and successful aging]. *Daneshvar Raftar* 2005; 10: 43-56. (Persian)
- 23- Acklin MW, Brown EC, Mauger PA. The role of religious values in coping with cancer. *J Relig Health* 1983; 22: 322-33.
- 24- Choumanova I, Wanat S, Barrett R, Koopman C. Religion and Spirituality in coping with breast cancer: Perspectives of children women. *Breast J* 2006; 12: 349-52.
- 25- Pargament KI, Hahn J. God and the just world: Causal and coping attributions in health situations. *J Sci Study Relig* 1986; 25: 193-207.
- 26- Worthington EL. Religious faith across the life span: Implications for counseling and research. *Couns Psychologist* 1989; 17: 555-612.
- 27- Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984: 77.
- 28- Al-Mutawa NA. The influence of religion upon the development of post traumatic stress disorder among Kuwaiti prisoners of war. Ph.D. Dissertation. Long Island University, Conolly College, 2004: 3.
- 29- Thune-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med* 2006; 63: 151-64.
- 30- Hoff A, Johannessen-Henry CT, Ross L, Hvidt NC, Johansen C. Religion and reduced cancer risk- what is the explanation? A review. *Eur J Cancer* 2008; 44: 2573-9.
- 31- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-60.
- 32- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1044-8.
- 33- Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1114-9.

- 34- Moser JS, Hajcak G, Simons RF, Foa EB. Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *J Anxiety Disord* 2007; 21: 1039-49.
- 35- Kaplan HI, Sadock BJ. [Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry]. 7th ed. Pourafkari N. (translator). Tehran: Shahre Ab; 1994: 351. (Persian)
- 36- Yehuda R. Risk factors for post traumatic stress disorder. USA: American Psychiatric; 1999: 42.
- 37- Khodayarifard M, Shokouhi Yekta M, Ghobari Bobab B. Preparing a scale measure religious attitudes of college students. *J Psychol* 2000; 4: 268-85. (Persian)
- 38- Goodarzi MA. [Evaluating reliability and validity of the Mississippi scale for post traumatic stress disorder in Shiraz city]. *Journal of psychology* 2003; 2: 153-78. (Persian)
- 39- Buckley TC, Blanchard EB, Neill WT. Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 1041-65.
- 40- Shiffrin RM, Schneider W. Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychol Rev* 1977; 84: 127-90.
- 41- Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayber HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *J Psychiatric Res* 2006; 40: 1-21.