

بررسی رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان

*دکتر علی اصغر بیانی^۱، حسنیه گودرزی^۲، علی بیانی^۳، عاشور محمد کوچکی^۴

^۱استادیار علوم تربیتی، ^۲مربی روان‌شناسی، ^۳مربی جامعه‌شناسی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر

خلاصه

مقدمه: گرایش انسان به دین با تاریخ بشر مقارن است. پژوهش‌های تجربی حاکی از عدم هماهنگی یافته‌ها در خصوص رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی و بهداشت روانی است. هدف اصلی مطالعه‌ی حاضر بررسی رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان بود.

روش کار: روش غالب بر این پژوهش روش توصیفی-همبستگی بود. ۵۷۱ دانشجو از بین ۳۵۰۰ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر به طور تصادفی انتخاب شدند. آزمودنی‌ها ۳۲۴ نفر زن و ۲۴۷ نفر مرد با میانگین سنی ۲۲ سال بودند که به پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی محقق ساخته، آزمون افسردگی بک، مقیاس جهت‌گیری مذهبی و پرسش‌نامه‌ی صفت-حالت اسپیل برگر پاسخ دهند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و در سطح توصیفی و استنباطی و با آزمون تحلیل واریانس و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین جهت‌گیری مذهبی دانشجویان با اضطراب و افسردگی آن‌ها رابطه‌ی معکوس و معناداری از لحاظ آماری وجود داشته و با افزایش جهت‌گیری مذهبی دانشجویان، افسردگی و اضطراب آن‌ها کاهش یافت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی دانشجویان و اضطراب و افسردگی آنان رابطه‌ی تنگاتنگی وجود دارد لذا به نظر می‌رسد تقویت و درونی‌سازی ارزش‌های دینی می‌تواند منجر به افزایش سطح سلامت روانی دانشجویان گردد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، دانشجویان، مذهب

مقدمه

انسانی و تاریخ تمدن‌ها، همواره با رگه‌هایی از دین و باورهای دینی مواجه می‌شویم (۲). هیچ دوره‌ای از تاریخ بشر خالی از اعتقاد دینی نبوده است (۳). با وجود قدمت باورهای دینی، صاحب‌نظران در حوزه‌ی روان‌شناسی مذهب در سطح نظری درباره‌ی اثرات اعتقادات دینی بر بهداشت روانی دیدگاه‌های ضد و نقیضی را مورد بحث قرار داده‌اند (۴)، مثلاً فروید و ایس نوعی ارزیابی منفی از نقش و تاثیر مذهب بر سلامت روانی داشته‌اند اما افرادی چون جیمز، یونگ، آلپورت، مازلو، آدلر و فرام با نگرشی مثبت از پیامدهای جهت‌گیری مذهبی بر بهداشت روانی سخن گفته‌اند (۵). مرور پژوهش‌های تجربی نیز حاکی از عدم هماهنگی یافته‌ها در خصوص

افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است به گونه‌ای که تقریباً ۳۳۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند و سالانه ۸۰۰ هزار خودکشی ناشی از افسردگی اتفاق می‌افتد (۱). گرچه اضطراب پدیده‌ی شایع عصر ما تلقی می‌گردد، در عین حال از پیشینه‌ی ای به طول تمامی تاریخ بشر برخوردار است. در عین حال تاریخ بشر نشان داده است انسان "دین‌ورز" قدمتی دیرینه دارد. گواه این مطلب این است که با مطالعه‌ی جوامع

^۱آدرس مولف مسئول: ایران، آزادشهر، خیابان شهید رجایی،

دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر

تلفن تماس: ۰۱۷۴-۶۷۲۴۰۰۳ Email: aabayani@yahoo.com

تاریخ تایید: ۸۷/۲/۹

تاریخ وصول: ۸۶/۹/۱۰

پترسن و رو رابطه ی بین اضطراب و تدین را بر روی یک نمونه مسیحی مورد مطالعه قرار دادند. آن ها نتیجه گرفتند که جهت گیری مذهبی یک عامل مهم در کاهش اضطراب است (۱۸). هرتر گارد و لایت در پژوهشی عوامل مرتبط با اضطراب را بر ۷۶۰ زن شهری مورد مطالعه قرار دادند. آن ها گزارش دادند که نمرات زنان کاتولیک در اضطراب به طور معناداری بیش تر از سایرین است (۱۹).

با توجه به نتایج ضد و نقیضی که در مورد اثرات جهت گیری مذهبی بر بهداشت روان گزارش شده است، این مطالعه بر آن شد تا رابطه ی جهت گیری مذهبی با افسردگی و اضطراب را در یک گروه از دانشجویان مسلمان ایرانی مورد مطالعه قرار دهد.

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه ی آماری را دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ به تعداد ۳۵۰۰ نفر تشکیل می دادند. ۵۷۱ دانشجو از طریق روش نمونه گیری تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند که ۳۲۴ نفر زن (۵۶/۷ درصد) و ۲۴۷ نفر مرد (۴۳/۳ درصد) بودند. ۵۰۳ نفر (۸۷/۱ درصد) شیعه، ۶۵ نفر (۱۱/۴ درصد) سنی و ۳ نفر (۰/۵ درصد) از سایر مذاهب، ۴۱۲ نفر (۷۲/۷ درصد) در مقطع کارشناسی و ۱۵۹ نفر (۲۷/۸ درصد) در مقطع کاردانی مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی آن ها ۲۲ سال بود. پس از جمع آوری داده ها، همبستگی پیرسون بین متغیرها با استفاده از نسخه ی ۱۳ نرم افزار SPSS محاسبه شد و دانشجویان با جهت گیری های مختلف مذهبی با آزمون تحلیل واریانس یک طرفه از لحاظ اضطراب و افسردگی مورد مقایسه قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

از آزمودنی ها درخواست شد در صورت تمایل در این مطالعه شرکت کرده و بدون ذکر نام و نام خانوادگی به سئوالات کتابچه ای جواب دهند که شامل ابزارهای ذیل بود:

الف- پرسش نامه ی جمعیت شناختی محقق ساخته: این پرسش نامه از تعدادی سؤال تشکیل می شد که متغیرهایی چون

رابطه ی بین جهت گیری مذهبی و بهداشت روانی است. الیس اظهار داشت که تدین با تفکر غیر عقلانی و اختلالات عاطفی همراه است (۶). در حالی که برگین با استفاده از شواهد موید، همراهی تدین با آسیب شناسی روانی را رد می کند (۷). کوپینگ و همکاران به شواهدی اشاره می کنند که به نظر متخصصان بهداشت روانی و پزشکان بیانگر رابطه ی مثبت بین مذهب و بهداشت روانی و سلامت جسمانی است (۱). کالدستاد رابطه ی تجربی مثبت بین ابزارهای اندازه گیری مذهب و بهداشت روانی را گزارش داده است (۸). تورسن و هریس در پژوهش های خود اظهار داشته اند که عقاید و باورهای مذهبی بر سلامت جسمی و روانی بزرگسالان اثر مثبتی دارد (۹). پارک، کوهن و هرب نشان دادند که در بین پیروان مذهب پروتستان هر قدر که میزان جهت گیری درونی مذهبی بالاتر باشد، احتمال ابتلا به افسردگی کمتر است (۱۰).

فرانسیس و همکاران بیان داشتند که جهت گیری مثبت به مذهب مسیحیت همراه با سطح نمرات بالاتر در پرسش نامه ی سلامت عمومی است (۱۱). کونور و همکاران در پژوهش خود اظهار داشتند که ما نتوانستیم شواهدی را پیدا کنیم که نشان دهد مذهب اثر مثبتی بر روی سلامت جسمانی بر جای می گذارد (۱۲).

بکر و گروهش گزارش داده اند که بین جهت گیری مذهبی درونی و اضطراب یک همبستگی منفی معنی دار و بین جهت گیری مذهبی بیرونی و اضطراب همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد (۱۳). کوپینگ و همکاران دریافتند میزان افسردگی آزمودنی هایی که در فعالیت های مذهبی شرکت می نمایند، نصف آزمودنی هایی است که کمتر شرکت می کنند (۱۴). پارکر و همکاران گزارش داده اند آزمودنی هایی که از جهت گیری مذهبی بالاتری برخوردارند افسردگی کمتری را از خود نشان داده اند (۱۵).

بررسی های اسمیت، مک کالج و پال نیز حاکی از رابطه ی منفی و معنی دار جهت گیری مذهبی با افسردگی است (۱۶). لوئیس و مالت بی در مطالعه ای بر روی ۱۶۴ نفر از بزرگسالان آمریکایی نشان دادند که دینداری با نمره های پایین تر در روان پریشی همبسته می باشد (۱۷).

اضطراب صفت و اضطراب حالت است. در اولی از آزمودنی خواسته می شود که هنگام پاسخ دادن، احساس های عمومی خود را در نظر بگیرد (اضطراب به عنوان یک ویژگی) و در دومی از وی خواسته می شود که مطابق احساس فعلی خود پاسخ دهد (اضطراب به عنوان یک حالت). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس های اضطراب صفت و اضطراب حالت را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش کرده اند. هم چنین ضرایب بازآزمایی مقیاس اضطراب صفت و حالت به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۶۸ به دست آمده است (۲۶).

د- مقیاس جهت گیری مذهبی: این آزمون دارای ۴۵ سؤال است که در بررسی های اولیه دو عامل اساسی را متمایز ساخته است. عامل نخست جهت گیری مبتنی بر سازمان یافتگی مذهبی و عامل دوم عدم سازمان یافتگی مذهبی را منعکس می سازد. پایایی این مقیاس از طریق بررسی میزان همسانی درونی بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. هم چنین نتایج حاصل از روش دو نیمه سازی ۰/۸۸ به دست آمده است (۲۷).

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد نمرات دانشجویان در مقیاس های افسردگی، اضطراب و جهت گیری مذهبی به تفکیک جنسیت در جدول شماره (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات دانشجویان زن و مرد در مقیاس افسردگی، اضطراب و جهت گیری مذهبی

مقیاس	مردان		زنان		کل	
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار
افسردگی	۲۴۷	۱۴/۷۵	۱۰/۲۲	۳۲۴	۱۷/۶۵	۱۰/۴۰
اضطراب	۲۴۷	۴۰/۵۵	۱۱/۷۳	۳۲۴	۴۵/۲۵	۱۱/۲۴
جهت گیری مذهبی	۲۴۷	۲۵/۸	۶/۸۱	۳۲۴	۲۴/۹۵	۵/۶

معکوس و معناداری از لحاظ آماری وجود داشت ($P < 0/05$) و $(I=0/459)$. لذا هر چه میزان جهت گیری مذهبی دانشجویان بیشتر، افسردگی آن ها نیز کمتر بوده است (جدول شماره ۲).

جدول ۲- همبستگی بین جهت گیری مذهبی، اضطراب و افسردگی

مقیاس ها	جهت گیری مذهبی	افسردگی	اضطراب
جهت گیری مذهبی	۱	-۰/۴۵۹*	-۰/۴۴۲*
افسردگی	-۰/۴۵۹*	۱	۰/۴۹۶*
اضطراب	-۰/۴۴۲*	۰/۴۹۶*	۱

*در سطح $P < 0/05$ معنی دار است

سن، جنس، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، محل سکونت و دین را اندازه گیری می کرد.

ب- آزمون افسردگی بک (BDI): آزمون افسردگی بک یکی از متداول ترین مقیاس های اندازه گیری افسردگی است که توسط آرون بک و همکارانش در سال ۱۹۶۱ منتشر شد (۲۰) و دارای دو فرم بلند و کوتاه است که فرم بلند دارای ۲۱ ماده و فرم کوتاه از ۱۳ ماده تشکیل می شود. در مطالعه ی حاضر از فرم بلند استفاده گردید. پایایی و روایی آزمون افسردگی بک در موارد متعددی گزارش شده است. بک، استر و گارین همسانی درونی این مقیاس را بین ۰/۷۳ تا ۰/۶۲ یافته اند (۲۱). آن ها پایایی مشابهی را برای فرم کوتاه گزارش داده اند.

گروث- مارنات پایایی بازآزمایی آزمون افسردگی بک را بر اساس نوع جامعه ی آماری بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ یافته است (۲۲). گرین و همکاران ضریب آلفا ۰/۹۲ را گزارش داده اند (۲۳). فرم کوتاه آزمون افسردگی بک توسط دادستان و منصور در ایران هنجاریابی شده است (۲۴).

ج- پرسش نامه ی صفت- حالت اشپیل برگر (STAI): این پرسش نامه توسط اشپیل برگر به منظور اندازه گیری دو نوع اضطراب تهیه گردید (۲۵) و دارای ۴۰ ماده و دو مقیاس

داده ها حاکی از این بود که دانشجویان زن در مقایسه با دانشجویان مرد از اضطراب و افسردگی بیشتری برخوردار بودند، ولی در جهت گیری مذهبی تفاوت معناداری بین زنان و مردان وجود نداشت. یافته ها نشان داد که بین جهت گیری مذهبی دانشجویان و اضطراب آنان رابطه معکوس و معناداری از لحاظ آماری وجود داشت ($I=0/442, P < 0/05$).

به این ترتیب هر چه میزان جهت گیری مذهبی دانشجویان بیشتر، میزان اضطراب آنان کمتر بوده است. داده ها نشان داد که بین جهت گیری مذهبی دانشجویان و افسردگی آنان رابطه

میانگین به عنوان جهت گیری مذهبی متوسط و یک انحراف استاندارد پایین میانگین هم به عنوان جهت گیری مذهبی پایین در نظر گرفته شد. نمرات بالای ۳۱/۴۸ در گروه بالا، نمرات پایین تر از ۱۹/۱۶ در گروه پایین و نمرات بین این دو در گروه متوسط قرار گرفتند. سپس با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) افسردگی و اضطراب آن ها مقایسه گردید. در جدول شماره (۳) میانگین و انحراف استاندارد نمره ی افسردگی و اضطراب دانشجویان با جهت گیری مذهبی مختلف را نشان می دهد.

یافته ها هم چنین بیانگر رابطه ی مثبت و معنادار بین افسردگی و اضطراب بود ($P < 0/05$ و $t = 0/496$). دانشجویانی که از سطح افسردگی بیشتری برخوردار بودند، سطح اضطراب بیشتری را تجربه کرده اند.

به منظور بررسی بیشتر رابطه ی جهت گیری مذهبی دانشجویان و اضطراب و افسردگی آن ها، دانشجویان بر اساس میانگین و انحراف استاندارد نمره ی آن ها در جهت گیری مذهبی به سه گروه کم، متوسط و زیاد تقسیم شدند، به طوری که یک انحراف استاندارد بالای میانگین به عنوان جهت گیری بالا و بین یک انحراف استاندارد بالا و پایین

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و اضطراب دانشجویان با جهت گیری مذهبی مختلف

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
۹۸	۲۴/۴۷	۱۰/۵۶
۳۷۲	۱۶/۰۴	۹/۸۳
۸۹	۹/۵۴	۶/۰۷
۹۸	۵۱/۶۷	۱۲/۰۹
۳۷۲	۴۲/۹۴	۱۰/۸۳
۸۹	۳۵/۵۵	۱۳/۸

مذهبی متوسط دارند از میانگین نمره ی افسردگی و اضطراب دانشجویانی که جهت گیری مذهبی زیاد دارند، بیشتر است. برای اطمینان بیشتر از اختلاف نمرات، از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره (۴) نشان داده شده است.

ملاحظه می شود که میانگین نمره ی افسردگی و اضطراب دانشجویانی که جهت گیری مذهبی کم دارند بیشتر از میانگین نمره ی افسردگی و اضطراب دانشجویانی است که جهت گیری مذهبی متوسط و زیاد دارند. هم چنین میانگین نمره ی افسردگی و اضطراب دانشجویانی که جهت گیری

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای نمرات افسردگی و اضطراب دانشجویان با جهت گیری مذهبی مختلف

مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معنی داری
۱۰۹۷۵/۵۶	۲	۵۴۸۷/۷۸	۶۱/۳۳	۰/۰۰
۵۰۶۴۰/۰۲	۵۶۷	۸۹/۴۷		
۱۲۵۵۶/۶	۲	۶۲۷۸/۳۱	۵۴/۷۰	۰/۰۰
۶۵۰۶۹/۷۲	۵۶۷	۱۱۴/۷۶		

دانشجویانی که جهت گیری مذهبی پایین تری دارند به طور معنی داری بیشتر از دانشجویانی است که جهت گیری مذهبی آن ها متوسط و زیاد است و نمره ی افسردگی و اضطراب دانشجویانی که جهت گیری مذهبی متوسط دارند به طور معنی داری بیشتر از دانشجویانی است که جهت گیری مذهبی آن ها زیاد است.

معناداری F در سطح $P < 0/001$ نشان دهنده ی وجود تفاوت معنادار میان این سه گروه در اضطراب و افسردگی است. برای این که مشخص شود دقیقاً بین کدام گروه ها اختلاف معنادار وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره (۵) نشان داده شده است. نتایج آزمون تعقیبی توکی به صراحت نشان می دهد که نمره ی افسردگی و اضطراب

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای نمره ی افسردگی و اضطراب دانشجویان با جهت گیری مذهبی مختلف

سطح معنی داری	اختلاف میانگین		
۰/۰۰	۸/۴۳۴۵	جهت گیری مذهبی متوسط	جهت گیری مذهبی کم
۰/۰۰	۱۵/۰۲۲۱	جهت گیری مذهبی زیاد	افسردگی
۰/۰۰	-۸/۴۳۴۵	جهت گیری مذهبی کم	
۰/۰۰	۶/۵۸۷۶	جهت گیری مذهبی زیاد	
۰/۰۰	۸/۷۲۶۴	جهت گیری مذهبی متوسط	جهت گیری مذهبی کم
۰/۰۰	۱۶/۱۲۰۳	جهت گیری مذهبی زیاد	اضطراب
۰/۰۰	-۸/۷۲۶۴	جهت گیری مذهبی کم	
۰/۰۰	۷/۳۹۳۹	جهت گیری مذهبی زیاد	

بحث و نتیجه گیری

این یافته با نتایج گزارش شده توسط زیمرمن و همکاران سازگار است (۳۰). این مطالعه نشان داده است که بین افزایش جهت گیری مذهبی و کاهش میزان اضطراب و افسردگی رابطه ی تنگاتنگی وجود دارد. با افزایش میزان جهت گیری مذهبی دانشجویان میزان افسردگی و اضطراب آن ها کاهش قابل ملاحظه ای می یابد. از یافته های این پژوهش می توان این تبیین را ارائه کرد که تعالیم و باورهای دینی قادر است فرد را به سوی کمال و رشد و در نتیجه سلامت روان هدایت کند. ایمان به خدا چنان توانی را در فرد ایجاد می کند که زمینه های بروز اضطراب و افسردگی را در او از بین می برد. هم چنین با توجه به اهمیت بهداشت روان دانشجویان، جامعه و دانشگاه ها باید برنامه هایی در جهت تقویت ارزش های دینی دانشجویان اجرا کنند. از جمله محدودیت های این تحقیق می توان به مطالعه ی رابطه بین متغیرها بر روی یک گروه دانشجویی اشاره کرد. توصیه می شود این بررسی بر روی سایر گروه های سنی، تحصیلی و قومی نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

از دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر که بودجه اجرای این طرح را فراهم نمود تقدیر و تشکر می گردد.

هدف این مطالعه بررسی رابطه ی بین جهت گیری مذهبی و اضطراب و افسردگی در دانشجویان بوده است. نتایج نشان داد که بین جهت گیری مذهبی و افسردگی و اضطراب رابطه ی معناداری وجود داشت. با افزایش میزان جهت گیری مذهبی دانشجویان اضطراب و افسردگی آن ها کاهش یافت ($P < 0/05$). این یافته با نتایج پژوهش گوینگ، کالدستاد، تورسن، هریس، پارک، فرانسیس، باکر، پارک، اسمیت، لوپس و پترسن هماهنگ است (۸-۱۱، ۱۸-۱۳) داده های این پژوهش با یافته های الیس، کونور و هرترگارد و همکاران ناهماهنگ است (۱۲، ۱۹). آن ها گزارش دادند که گرایش های مذهبی اثر مثبتی بر روی بهداشت روانی ندارد، در حالی که داده های مطالعه ی حاضر حاکی از اثرات مثبت جهت گیری مذهبی بر بهداشت روانی دانشجویان و تفاوت معنی دار در میزان افسردگی و اضطراب دانشجویان زن و مرد بود ($P < 0/05$)، به طوری که میزان افسردگی و اضطراب زنان از مردان بیشتر گزارش شد. این یافته با نتایج پژوهش های میسرا و همکاران و بینگتون سازگاری دارد (۲۸، ۲۹). یافته ها حاکی از رابطه ی معنادار افسردگی با اضطراب در بین دانشجویان است ($P < 0/05$). دانشجویانی که میزان بیشتری افسردگی را تجربه کرده اند از اضطراب بالاتری نیز برخوردار بوده اند.

References

1. Koeing GH, McCullough EM, Larson BD. Hand book of religion and health, 1st ed. USA: Oxford University; 2001: 1118-20.
2. Jalali M. [Introduction to religion sociology]. 1st ed. Tehran: Markazi; 1999: 1. (Persian)
3. Sadeghi Jahanbaniyan M, Najm Araghi L. [Analysis of religion psychology]. 1st ed. Tehran: Tarigh Shomali; 1998: 80. (Persian)

4. Maltby J, Day L. Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Pers Indiv Differ* 2000; 28(2): 383-93.
5. Moatamedi A, Azadfallah P, Kyamanesh AR. [The relationship between religious tendency and successful aging]. *Daneshvar Raftar* 2005; 10(12): 43-56. (Persian)
6. Ellis A. Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's psychotherapy and religious values. *J Consult Clin Psychol* 1980; 48(1): 635-9.
7. Bergin A. Religiosity and psychological well-being: A critical evaluation and meta-analysis. *Prof Psychol Res Pract* 1983; 14(2): 170-84.
8. Kaldestad E. The empirical between standardized measures of religiosity and personality mental health. *Scand J Psychol* 1996; 32(2): 205-20.
9. Thoresen CE, Harris HS. Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Ann Behav Med* 2002; 24(1): 3-13.
10. Khodayarifard M, Ghoobaribonab B, Shokohiyekta M. [Span of psychological research in religion]. *Taught and behavior* 2000; 6(4): 45-53. (Persian)
11. Francis LJ, Robbins M, Lewis CA, Quigley CF, Wheeler C. Religiosity and general health among undergraduate students: A response to O'Connor (2003). *Pers Indiv Differ* 2004; 37(3): 485-94.
12. O'Connor DB, Cobb J, O'Connor RC. Religiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. *Pers Indiv Differ* 2003; 34(2): 211-7.
13. Baker M, Groush R. Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *J Sci Stud Relig* 1982; 21(2): 119-22.
14. Koenig HG, Hays JC, Georgerk Blazer DG, Larson DB, Landerman LR. Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical, social support, and depressives. *Am J Geriatr Psychiatr* 1997; 5(2): 131-43.
15. Parker M, Lee Roff L, Klemmack DL, Keeing HG, Baker P, Allman RM. Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging Mental Health* 2003; 7(5): 390-7.
16. Smith BT, McCullough EM, Pool J. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003; 129(4): 614-36.
17. Shehni Yeylagh M, Movahhed A, Shokrkon H. [Relationships between religious attitudes, well being, physical and mental health among students of Shahid Chamran university of Ahvaz]. *Journal of psychological and educational science* 2002; 11(1-2): 19-34. (Persian)
18. Petersen LR, Roy A. Religiosity, anxiety, and meaning and purpose: Religion's consequence for psychological well-being. *Rew Relig Res* 1985; 27(1): 49- 62.
19. Shreve-Neiger AK, Edelstein BA. Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(4): 379-97.
20. Beck AT, Steer AR, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8(1): 77-100.
21. Beck AT, Steer AR, Garbin G. Analysis of the psychometric parties of the Spanish version of the Beck depression inventory in Argentina. *Psychiatr Rev* 1988; 79(3): 275-85.
22. Groth-Marnat G. *The handbook of psychological assessment*. 4th ed. New York: John Wiley and sons; 1990: 158.
23. Green A, Felmingham K, Baguley IJ, Slewa-Younan S, Simpson S. The clinical utility of Beck depression inventory father traumatic. *Brain Inj* 2001; 12: 1021-8.
24. Mansour M, Dadsetan P. [Mental Disorders]. 2nd ed. Tehran: Zharf; 1988: Appendix. (Persian)
25. Hormozinezhad M, Shehni Yeylagh M, Najarian B. [Simple and multiple relationships of self esteem, social anxiety, perfectionism and self- assertiveness among students of Shahid Chamran university of Ahvaz]. *Journal of psychological and educational science* 1999; 7(3-4): 29-50. (Persian)
26. Pasha Sharifi H. [Theory and application of intelligence and personality tests]. 1st ed. Tehran: Sokhan; 1999: 376-7. (Persian)
27. Bahrami EH. [Preliminary study of validity and reliability of religious orientation scale]. *Journal of psychological and educational science* 2000; 3(2): 67-90. (Persian).
28. Misra R, McKean M. College student's academic stresses its relation to their anxiety, time management and leisure satisfaction. *Am J Health Stud* 2000; 16(4): 14-50.
29. Bebbington P. The origins of sex differences in depressive disorder: Bridging the gap. *Int Rev Psychiatr* 1996; 8(4): 295-332.
30. Zimmeran M, McDermut W, Mattia J. Frequency of anxiety in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157(8): 1337-40.