

A Meta-analysis of the Effect of Religiosity and Spirituality on Treatment of Psychotic-clinical Disorders (2003-2013)

Maryam Safara^{1*} , Najme Balali-Dehkordi² , Samane Sadat Sadidpour³ 

1- Women's Research Center, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

2- Department of Consulting, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Esfahan, Esfahan, Iran.

3- Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Ms Maryam Safara; Email: m.safara@alzahra.ac.ir

Article Info

Received: May 29, 2019

Received in revised form:

Aug 3, 2019

Accepted: Aug 13, 2019

Available Online: Sep 23, 2019

Keywords:


Mental Health

Meta-Analysis

Religion

Spirituality



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i3.20907>

Abstract

Background and Objective: Although in the 20th century religion was regarded as an obstacle in front of modernizing human societies and was a symbol of old-fashioned ideas, it leads to serenity and spiritual enjoyment for a religious person who believes that God is supporting them in all walks of life. Therefore, the question is whether religion is able to improve people's mental health given the existing differences in individuals' views in this regard. The current study aimed to conduct a meta-analysis on the association between mental health and religiosity.

Methods: The method of this study is meta-analysis. This study is among documentary researches that are based on systematic review. Systematic review pursues settlement and combination of researches and evidences that focus in special question. Statistical population of this study included papers published in peer reviewed journals that were connected to the topic and were published during 1380-1395. At first we did a primary study and gathered data. Validity of elected papers was appropriate (0.99). Validity of the Iranian papers was a bit higher than that of English papers. The researchers declared no conflict of interests.

Results: Mental health, happiness and satisfaction of life were the most repeatedly mentioned subjects in Iranian papers and heterogeneity of variables were relatively low. In English studies, the majority of studies had focused on the effect of religiosity on health, quality of life and depression. Diversity of variables in English papers was higher than that of Iranian papers. Overall, according to the results of the reviewed papers, 34% of the findings reported a weak effect of religiosity on mental health, 34.4% indicated a strong impact and 31.4% showed a medium influence.

Conclusion: The effect size of religiosity has been studied more frequently in Iranian papers. The similarity in the low and high effect sizes in Iranian papers indicate that further studies are required in this regard.

Please cite this article as: Safara M, Balali-Dehkordi N, Sadidpour SS. A Meta-analysis of the Effect of Religiosity and Spirituality on Treatment of Psychotic-clinical Disorders (2003-2013). Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2019;5(3):124-136. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i3.20907>

Summary

Background and Objective

Religion is a systematic system of beliefs, practices and designed symbols for facilitating nearness to transcendent existence and educating a true perception from relationship and responsibility for others in living

with each other in society (1). Religion evolves the face of the word in front of person's view and changes his attitude about himself, creation and events that happen around him (2). Religious person feels safe under God support and mercy and has confidence, serenity and deep pleasure. Indeed, spirituality is an inseparable part of morality and human values and it is important especially in monotheism religions. It is

Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat

(i.e., Research on Religion & Health)

Vol. 5, No. 3, Autumn 2019

This work is distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

important to know spirituality and religion are different both in meaning and act. When we consider spirituality, we should make a distinction between religiosity and spirituality. Spirituality is an inseparable part of human existence and we cannot have permanent happiness. So for avoiding chronic disaffection as "spiritual deficit syndrome", we need enough spirituality. With respect to spirituality, Jung says, "spirituality strengthens faith, trust and hope in a person and reinforces moral and spiritually features in a person and also it is an important base in front of problems, disasters and privations of life" (3). It seems that people who are mentally healthy can easily communicate with religion and are at high levels of spirituality. These individuals can properly get along with people around them based on mutual respect. At the same time, they can suitably express their feelings to others. According to research findings on the relationship between religiosity and mental health and physical health, one can conclude that religion attitudes among people and mental-physical health have a relation (4). In general, the results of researches show that doing a religious practice, having faith and participating in religious ceremonies can play an effective role in prevention of mental problems in people and their treatment and also in promoting health and well-being among people (5). On the other hand, spirituality affects mental health and promotes it through some mechanisms such as cooperative coping style, internal control, and creation of a supportive network in stressful situations. In recent years, psychologists have begun to consider religion as an extraordinary force that gives spiritual power to humans, protects them against difficulties and complications and reduces anxiety and stress (6, 7).

Spirituality affects mental health through some mechanisms like participatory coping with style, internal control and enjoying supportive network in stressful situations and cause to Nowadays in most of the society, life of people in all dimension change fast and rapidly. Reflex of this changes in individual and social life is very sensible. Based on research findings, Comer (8) believes that, in comparison with non-religious individuals and those who believe God does not pay any attention to them, religious people feel less lonely and are less likely to suffer from pessimism, depression and anxiety. Such people are better equipped to deal with major life stressors like diseases and war and are less likely to commit suicide (6). In the current study, the researchers focused on the research projects conducted in the realm of the association between religiosity and spirituality by carrying out a meta-analysis and presenting the results in the form of a comprehensive picture.

Methods

Meta-analysis helps the researchers avoid depending on the results of a single study or traditional and narrative non-quantitative reviews. It provides the opportunity to find similarities and differences in the research methodology of various studies and, through adopting a focused viewpoint, presents a general

picture of a research activity. In meta-analysis, the researcher concentrates on a single subject covered in different studies. The current study sought to conduct a meta-analysis based on studies focusing on the association between health and religiosity. To do so, documents and evidence from Irondoc, technology bank, noormags, English peer reviewed journals available in Alzahra University library, etc. were retrieved. The study aimed at investigating research projects on the relationship between religiosity and mental health. This meta-analysis can enhance our understanding of the similarities and differences in such research findings. During the research process, first each study was explored individually and, based on the effect size, the final results of the study were determined and implications were suggested.

This meta-analysis aimed to compare and combine the results of studies on the association between health and religiosity. The observation unit comprised theses and papers related to the effect of religiosity. Statistical population of this study included papers published in peer reviewed journals that were about spirituality and religiosity. During data analysis and exploration of the effect size, two factors were taken into account: (1) the study should present quantitative data and (2) it should focus on factors affecting health and religiosity. After screening the studies, the required statistics were extracted. In the next stage, necessary conversions were made in light of effect size and correlation coefficient formulas.

Results

Mental health, happiness and satisfaction of life were the most repeatedly mentioned subjects in Iranian papers and heterogeneity of variables were relatively low. In English studies, the majority of studies had focused on the effect of religiosity on health, quality of life and depression. Diversity of variables in English papers was higher than that of Iranian papers. Overall, 69.5% of Iranian studies had found medium or large effect sizes for the impact of religiosity on mental health. In English studies, however, 54.6% had reported medium to large effect sizes. In fact, the effect sizes reported in Iranian studies were larger than those of English studies. Most of the studies focused on religion and religiosity and only 7% of them concentrated on interventions. Out of the 43 studies journals, 31 (71.5%) had reported positive association between religiosity/spirituality and reduced mental disorders, 8 (18.6%) journals had found inconsistent results (both positive and negative correlations), and 2 journals (4.7%) had reported negative correlations between religiosity and mental disorder.

Conclusion

Because daily life is accompanied by anxiety, believing in God and a true source can enhance people's tolerance of these difficulties. The major limitation of this study has to do with the way the results were presented in the studies. Some of the reviewed papers/theses, had not presented detailed information about the findings. Rather, they had only offered general pictures. Thus, the way they had reported their

findings was not consistent and standard. Some other studies had only reported the results of t-test, F value, or correlation. Thus, a lot of papers were discarded. Moreover, in some regions, no particular study had been conducted or the carried out studies were not reliable enough.

Acknowledgements

We express our gratitude to Al-Zahra University Research Deputy for providing us with this opportunity.

Funding

According to the authors, this research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Authors' contributions

Research Background, Theoretical Basis, and Explanation of Discussion and Conclusion: First and Second Authors; and Data Analysis: Third Author.

References

1. Koenig HG. Spirituality, Wellness, and Quality of Life. *Sexuality, Reproduction and Menopause*. 2004; 2(2): 76-82.
2. Krause N. Religious Meaning and Subjective Well-being in Late Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Science*. 2003; 58(3), S160-70.
3. West W. *Psychotherapy & Spirituality: Crossing the Line between Therapy and Religion*: Sage; 2000.
4. Cheraghi M, Molavi H. The Relationship between Different Dimensions of Religiosity and General Health in Students of Isfahan University. *J Educ Psychol Res Edu Psychol Univ Isfahan*. 2007;2(2):1-22. (Full Text in Persian)
5. Hills P, Francis LJ, Argyle M, Jackson CJ. Primary Personality Trait Correlates of Religious Practice and Orientation. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36(1): 61-73.
6. KajbafNejad H, Etebari S. The Relationship between Religious Attitude and Mental Health of Islamic Azad University, Behbahan Branch, Islamic University. 2005; 27: 131-40. (Full Text in Persian)
7. Kowsari Y. *Behdasht-e Ravani-ye Khanevadeh. Qom: Zamzam-e Hedayat (Vabast-e be Pajooheshkade-ye Oloom-e Islami Imam Sadeq)*; 2011. (Full Text in Persian)
8. Comer RJ. *Abnormal Psychology*. Macmillan; 2010.

التحليل التلوي لمدى تأثير الدين والمعنوية في علاج الاضطرابات النفسية والسريرية خلال الأعوام ٢٠٠٣ الى ٢٠١٣

مريم صفآرا*^١، نجمة بلالي دهكردى^٢، سماعة سادات سديدبور^٣

١- مركز دراسات المرأة، قسم علم النفس، جامعة الزهراء، طهران، ايران.
 ٢- قسم الارشاد والاستشارة النفسية، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة اصفهان، اصفهان، ايران.
 ٣- قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة خوارزمي، طهران، ايران.
 *المراسلات الموجهة إلى السيدة مريم صفآرا؛ البريد الإلكتروني: m.safara@alzahra.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ٢٤ رمضان ١٤٤٠
 وصول النص النهائي: ١ ذى الحجة ١٤٤٠
 القبول: ١١ ذى الحجة ١٤٤٠
 النشر الإلكتروني: ٢٣ محرم ١٤٤١

الكلمات الرئيسية:

التحليل التلوي
 الدين
 الصحة العقلية
 المعنوية

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: بالرغم من أن الدين كان يعتبر في القرن السابق عقبة أمام تقدم المجتمعات البشرية وهو يدل على التمسك بالعصور القديمة بيد أنه بشكل عام يجد الشخص المتدين الذي يرى الله في جميع اركان حياته، الشعور بالطمأنينة والراحة المعنوية العميقة. ولهذا فإن السؤال الذي يطرح نفسه هو أنه على الرغم من الاختلاف في وجهات النظر، هل يمكن للدين أن يكون مؤثراً بالفعل في تعزيز الصحة العقلية؟ يسعى هذا البحث الى جانب دراسة العلاقة بين الصحة العقلية والتدين، أن يقوم بدراسة تشتت الاتساع لهذه النتائج البحثية.

منهجية البحث: اجريت الدراسة بطريقة التحليل التلوي وأدرجت ضمن المجموعة البحثية التي تعتمد على المراجعة المنهجية. تسعى المراجعة البحثية الى استقرار وتركيب الدراسات والشواهد التي تركز على سؤال محدد. اشتمل المجتمع الإحصائي لهذا البحث على المقالات العلمية والبحثية المرتبطة بالموضوع والتي تم نشرها خلال فترة زمنية بين عام ٢٠٠١ حتى بداية عام ٢٠١٦. وفي البداية تمت الدراسات المبدئية ومن بعد ذلك تم جمع البيانات. كانت الدراسات المختارة تتسم بموثوقية جيدة (٠/٩٩)؛ وبالطبع كانت الموثوقية في الدراسات الايرانية أكثر من الدراسات اللاتينية بنسبة ضئيلة. إن مؤلفي البحث لم يشاروا الى اي تضارب في المصالح.

الكشوفات: إن الصحة العقلية والفرح والقناعة بالحياة كانت من المواضيع التي تكررت في المقالات الايرانية كثيرا وكان عدم تجانس المتغيرات منخفض نسبياً. في الدراسات اللاتينية تمت دراسة تأثير التدين على الصحة وجودة الحياة والاكتمال أكثر من المواضيع الاخرى وكان التباين في المتغيرات في الدراسات اللاتينية أكثر من الدراسات الايرانية. اظهرت الكشوفات أن ٣٤% من كل المقالات قدّرت حجم التأثير بنسبة قليلة و ٣/٣٤% منها قدرته بنسبة كثيرة وكذلك ٣١% بنسبة متوسطة.

الاستنتاج: تم تقييم شدة تأثير التدين في المقالات الايرانية أكثر من مثيلاتها اللاتينية. وبدل التشابه في شدة الفعالية القليلة والكثيرة في الدراسات الايرانية على أنه لازلتا بحاجة الى مزيد من الدراسات المتنوعة في هذا المجال.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Safara M, Balali-Dehkordi N, Sadidpour SS. A Meta-analysis of the Effect of Religiosity and Spirituality on Treatment of Psychotic-clinical Disorders (2003-2013). Journal of Pizhühish dar dīn va salāmat. 2019;5(3):124-136. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i3.20907>

فرا تحلیل اثربخشی دین داری و معنویت در درمان اختلالات روانی - بالینی طی سال ۲۰۰۳-۲۰۱۳

مریم صف‌آرا^{۱*}، نجمه بلالی دهکردی^۲، سمانه سادات سدیدپور^۳

۱- پژوهشکده‌ی زنان، گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- گروه جامعه‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

* مکاتبات خطاب به خانم مریم صف‌آرا؛ رایانامه: m.safara@alzahra.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۸ خرداد ۱۳۹۸

دریافت متن نهایی: ۱۲ مرداد ۱۳۹۸

پذیرش: ۲۲ مرداد ۱۳۹۸

نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۳۹۸

واژگان کلیدی:

دین

سلامت روان

فرا تحلیل

معنویت

چکیده

سابقه و هدف: اگرچه دین در قرن بیستم مانعی برای پیشرفت جوامع بشری و نشانه‌ی کهنه‌پرستی محسوب می‌شد؛ به‌طور کلی، برای فرد دین‌داری که خود را در حمایت همه‌جانبه‌ی خداوند می‌بیند، احساس آرامش و لذت معنوی عمیق به همراه دارد. از این رو، سؤالی که مطرح می‌شود این است که با توجه به تفاوت نگرش‌های موجود، آیا به‌واقع دین می‌تواند در تقویت سلامت روان افراد مؤثر باشد؟ هدف پژوهش حاضر این بود که ضمن مطالعه‌ی رابطه‌ی سلامت روان و دین‌داری، گستره‌ی پراکنده‌ی نتایج مطالعات این حوزه را نیز بررسی کند.

روش کار: روش این پژوهش فرا تحلیل بود و در گروه پژوهش‌هایی قرار دارد که بر بازنگری سامانمند تکیه می‌کند. بازنگری سامانمند در پی استقرار و ترکیب پژوهش‌ها و شواهدی است که بر پرسش خاصی تمرکز دارد. جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر، مقالات علمی-پژوهشی مرتبط با موضوع بود که در فاصله‌ی زمانی سال‌های ۱۳۸۰ تا اوایل سال ۱۳۹۵ منتشر شده بود. ابتدا مطالعه‌ی مقدماتی انجام و بعد از آن داده‌ها گردآوری شد. اعتبار پژوهش‌های منتخب نیز بسیار مطلوب به دست آمد (۰/۹۹)؛ البته اعتبار در مطالعات ایرانی به میزان بسیار کم، از مطالعات لاتین بیشتر بود. مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: سلامت روان، شادی و رضایت از زندگی، از جمله موضوعاتی هستند که در مقالات ایرانی بسیار تکرار شده‌اند و ناهمگنی متغیرها به‌نسبت پایین است. در پژوهش‌های لاتین تأثیر دین‌داری بیش از همه بر سلامت، کیفیت زندگی و افسردگی مطالعه شده است. تغییر و تنوع متغیرها در مطالعات لاتین بیشتر از مطالعات ایرانی است. یافته‌ها نشان می‌دهد حدود ۳۴ درصد از کل مقالات، شدت تأثیر را کم، ۳۴/۳ درصد زیاد و ۳۱/۴ درصد نیز آن را متوسط برآورد کرده‌اند.

نتیجه‌گیری: شدت تأثیر دین‌داری در مقالات ایرانی بیشتر ارزیابی شده است. یکسان بودن شدت تأثیر کم و زیاد در پژوهش‌های ایرانی نشان می‌دهد هنوز در این زمینه نیازمند پژوهش‌های متنوع‌تری هستیم.

استناد مقاله به این صورت است:

Safara M, Balali-Dehkordi N, Sadidpour SS. A Meta-analysis of the Effect of Religiosity and Spirituality on Treatment of Psychotic-clinical Disorders (2003-2013). Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2019;5(3):124-136. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i3.20907>

مقدمه

کنترل درونی و بهره‌مندی از یک شبکه‌ی حمایتی، در مواقع استرس‌زا بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد و موجب افزایش آن می‌شود.

امروزه در بیشتر جوامع، زندگی انسان‌ها در تمامی ابعاد دستخوش تغییرات سریع و شگرفی است که بازتاب آن در زندگی فردی و اجتماعی بسیار محسوس است (۷). ارتباط بین روان‌شناسی و دین‌داری از موضوعات بسیار مهم است و تعدادی از روان‌شناسان درباره‌ی ارزش دین‌داری سؤالاتی را مطرح و از آن انتقاد کرده‌اند (۸، ۹). همچنین تعدادی دیگر نیز نگاهی مثبت و امیدوارکننده به دین‌داری داشته‌اند (۱۰، ۱۱). در طول سال‌های بسیار، بیشتر روان‌شناسان نگرش مثبتی به روان‌شناسی دین داشته‌اند و آن را در زندگی افراد، ارزشمند دانسته‌اند (۱۲).

کوئنیگ^۲ که تحقیقات بسیاری درباره‌ی رابطه‌ی بین معنویت و مذهب با سلامت روان انجام داده، معتقد است که همیشه باورهای مذهبی با سلامت روان همراه نیست. گاهی متخصصان بالینی با مراجع‌کننده‌ی مذهبی برخورد می‌کنند که دچار احساس گناه، نشخوارهای فکری، نگرانی و احساس طردشدگی است که این امر می‌تواند به دلیل باورهای دینی وی باشد.

در قرن بیستم اعتقاد بیشتر دانشمندان بالینی این بود که دین عاملی منفی در بهداشت روانی و یا حداکثر عاملی خنثی است. ریشه‌ی این اعتقاد در افکار فروید است. به نظر وی اعتقادات مذهبی نوعی سازوکار دفاعی است که زائیده‌ی نیاز فرد به تحمل‌پذیر کردن تنهایی او است. نظریه‌پردازان بالینی نیز معتقدند افراد دارای عقاید مذهبی قوی بدگمان‌تر، غیرمنطقی‌تر، بی‌ثبات‌تر و دارای احساس گناه بیشتری نسبت به دیگران هستند و توانایی کمتری برای مقابله با مشکلات زندگی دارند (۱۳، ۱۴). در سال‌های اخیر، روان‌شناسان دین را نیرویی خارق‌العاده که به انسان قدرت معنوی می‌بخشد و او را در برابر سختی‌ها و مشکلات حفظ می‌کند و از اضطراب و نگرانی دور می‌سازد، تعریف کرده‌اند. این مطلب را بیشتر، پژوهش‌های تجربی که از ارتباط رفتارهای مذهبی و افزایش سلامت روان حمایت می‌کنند، تقویت کرده است (۱۵، ۱۶). در نتیجه بسیاری از روان‌شناسان طرفدار توجه بیشتر به نقش دین در سلامت روان هستند. کامر^۳ به پژوهش‌هایی استناد کرده است و بیان می‌کند که افراد مذهبی در مقایسه با افراد

از آنجاکه رفتار انسان بسیار پیچیده است، نظریه‌های بسیاری برای تبیین آن وجود دارد. عوامل زیادی در یک رفتار خاص نقش دارند و به‌طور کل رفتار، زندگی فرد را چه در ارتباط با دیگران، چه در ارتباط با خودش شکل می‌دهد. مذهب نظامی سازمان‌یافته از اعتقادات، اعمال و نمادهای طراحی‌شده برای نزدیکی به وجودی متعالی و پرورش درک درست از رابطه و مسئولیت در قبال دیگران است (۱). دین چهره‌ی جهان را در نظر فرد دین‌دار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد. فرد دین‌دار خود را در حمایت و لطف همه‌جانبه‌ی خداوند، بزرگ‌ترین نیروی موجود، می‌بیند و به‌این‌ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. چنین فردی به دلیل ناملایمات و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی‌شود؛ زیرا خدا را حامی خویش می‌داند (۲). یونگ^۱ درباره‌ی معنویت می‌گوید: «معنویت ایمان، اطمینان و امید را در شخص تقویت می‌کند و به ویژگی‌های اخلاقی و معنوی در فرد و اجتماع ثبات می‌بخشد و برای انسان پایگاه بسیار مهمی در مقابل مشکلات، مصائب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند» (۳). دانشمندان در پژوهش‌های خود به این نکته دست یافته‌اند که روان‌رنجوری، بیشتر علت اجتماعی-روانی دارد. در روان‌رنجوری تشخیص واقعیت از بین نمی‌رود و بیمار ضمن آگاهی از خود و مشکلات، فعالانه کمک می‌طلبد، ولی رفتارش در حدی که جامعه بتواند آن را تحمل کند، اثرگذار است (۴).

با توجه به تحقیقات انجام‌شده درباره‌ی ارتباط دین‌داری و سلامت روانی و جسمانی می‌توان چنین نتیجه گرفت که بین گرایش‌های دینی افراد و سلامت جسمانی و روانی رابطه وجود دارد. از طرفی موفقیت‌آمیز بودن نمایش اختلال‌های روانی مبتنی بر مذهب نیز مؤید وجود رابطه‌ی معکوس بین اختلالات روانی و دین‌داری است (۵). در مجموع، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که انجام اعمال مذهبی، ایمان و شرکت در مراسم مذهبی می‌تواند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به مشکلات روانی افراد و درمان آن داشته باشد و موجب ارتقای سطح سلامتی و بهزیستی آنان شود (۶). معنویت از طریق برخی سازوکارها همچون سبک مقابله‌ی مشارکتی،

^۲ Koenig

^۳ Comer

^۱ Jung

نتایج نهایی تحقیقات تعیین و سپس راهکارها و پیشنهاد‌های کاربردی آنها ارائه شود.

فرضیه‌ی اصلی پژوهش: به نظر می‌رسد رابطه‌ی دین‌داری و سلامت روان رابطه‌ی معنادار است.

روش کار

روش این پژوهش فراتحلیل است و در گروه پژوهش‌هایی قرار دارد که بر بازنگری سامانمند تکیه می‌کند. بازنگری سامانمند در پی استقرار (قراردهی) و ترکیب پژوهش‌ها و شواهدی است که بر پرسش خاصی متمرکز است. در فراتحلیل کمی، محقق پس از شناسایی منابع، اطلاعات مورد نیاز خود را بر حسب اهدافی که در نظر دارد، استخراج می‌کند و آنها را وارد گردونه‌ی تحلیل ثانویه می‌کند. در فراتحلیل کمی آنچه اهمیت دارد دسترسی به سطح معناداری و اندازه‌ی اثر است. در صورتی که این اطلاعات در منابع مورد نظر موجود نباشد، محقق می‌تواند با توجه به حجم نمونه آنها را برآورد کند. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر مقالات علمی-پژوهشی مرتبط با موضوع بود که در فاصله‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۱ تا اوایل سال ۲۰۱۶ منتشر شده است.

معیارهای ورود به پژوهش و خروج از آن: در پژوهش حاضر بر اساس معیارهای مورد نظر فراتحلیل، مطالعات مرتبط دارای کلیدواژه‌هایی چون «معنویت و دین‌داری» بررسی شدند. مقالات علمی-پژوهشی لاتین نیز همین روند گردآوری را گذراندند، با این تفاوت که جستجو در وبگاه‌های علمی با واژه‌های Religiosity و Spirituality انجام شد. در نهایت برخی از مطالعات دارای داده‌های کمی، نظیر F، T، P برای بخش کمی تشخیص داده شد و وارد تحلیل شد، اما مطالعات کیفی و مطالعاتی که نتایج را به صورت کلی، بدون ارائه‌ی جدول‌ها و داده‌های مذکور ارائه داده بود و مطالعاتی که این محور مطالعاتی را نداشت از بررسی کنار گذاشته شد. در نهایت ۲۳ مطالعه‌ی فارسی و ۱۱ مطالعه‌ی لاتین مناسب ورود به بررسی تشخیص داده شد.

در پژوهش حاضر بر اساس معیارهای مورد نظر در فراتحلیل با مطالعه‌ی اجمالی، یک فرم جمع‌آوری اطلاعات تهیه و تدوین و اطلاعات مورد نظر در آن، در مرحله‌ی بعد با استفاده از این فرم جمع‌آوری شد. انتخاب مطالعات واجد شرایط، نکته‌ی حائز اهمیت مطالعات فراتحلیل است. مطالعات واجد شرایط برای قرار گرفتن در تحقیق انتخاب شدند. در

غیرمذهبی و کسانی که به توجه و حمایت خداوند اعتقادی ندارند کمتر احساس تنهایی می‌کنند و کمتر به بدبینی، افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. آنها در برابر استرس‌های عمده‌ی زندگی از بیماری گرفته تا جنگ، بهتر مقابله و کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند (۵، ۱۳). اما سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که با توجه به تفاوت نگرش‌های موجود، آیا به‌واقع دین می‌تواند در تقویت سلامت روان افراد مؤثر باشد؟

اهمیت فراتحلیل آنجا است که می‌تواند گزارش‌های گوناگون و متنوع پژوهشی، نوشته‌های بلا تکلیف و بدون استفاده‌ی مراکز پژوهشی سازمان‌ها و دانشگاه‌ها را از سرگردانی نجات دهد. فراتحلیل پژوهشگر را از اتکا به نتایج یک مطالعه‌ی انفرادی، یا اتکا به بازنگری‌های غیرکمی سنتی و روایتی مصون می‌دارد و فرصتی ارزنده برای او فراهم می‌کند تا بتواند تشابهات و تفاوت‌های روش‌شناختی را در نتایج چندین مطالعه درک کند و با دیدی تراکمی، تصویری کلی از یک فعالیت پژوهشی ارائه دهد.

دلیل انتشار روزافزون مقالات، طرح‌های پژوهشی و پایان‌نامه‌های دانشگاهی را می‌توان شرایط موجود در جوامع علمی دانست؛ اما آنچه مهم است، نداشتن امکان مطالعه‌ی تمامی این پژوهش‌ها و استخراج اطلاعات از آنها است. به این ترتیب به ابزارها و راهکارهایی نیاز است که بتواند بر این شرایط غلبه کند. تفاوت در حجم نمونه، ابزارهای اندازه‌گیری، روش‌ها و موقعیت‌های پژوهشی مقایسه‌ی یافته‌ها را دشوارتر می‌کند. بنابراین، کاربرد نتایج متناقض پژوهش‌ها، انتشار، تفسیر و ارزیابی آنها نیازمند راه‌حلی است که بر بازنگری و تحلیل صحیح پیشینه‌های مطالعاتی، به‌کارگیری شواهد و استفاده از یک روش ترکیبی، تمرکز داشته باشد. در فراتحلیل که در واقع ترکیبی کمی از گزارش‌های تجربی مشابه است، مطالعات پژوهشی گردآوری، کدگذاری و با روش‌های آماری تفسیر می‌شود. به بیان دیگر فراتحلیل به ما امکان می‌دهد که داده‌های حاصل از چندین بررسی و مطالعه را با هم ترکیب کنیم و به نتایج واحدی دست یابیم.

با توجه به گستره‌ی مطالعاتی در زمینه‌ی دین‌داری و معنویت و ارتباط آنها با سلامت روان لازم است در این باره فراتحلیل صورت گیرد، تا نتایج را در یک قالب انسجام بخشد. هدف اصلی این پژوهش بررسی تحقیقات انجام‌شده در زمینه‌ی دین‌داری و سلامت روان بود. در این فرایند سعی شد ابتدا مطالعات به‌تنهایی بررسی و با کمک شاخص اندازه‌ی اثر،

به‌دست‌آوردن نتیجه‌ی کلی و نزدیک به واقع بود. واحد مشاهده نیز پژوهش‌های مرتبط با تأثیر دین‌داری اعم از پایان‌نامه‌ها و مقالات بود.

در این پژوهش اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد که متغیر توضیحی با عامل تا چه اندازه بر متغیر وابسته یا پاسخ اثر داشته است. با توجه به اینکه کلید انجام فراتحلیل، اندازه‌ی اثر است، در مرحله‌ی سوم، اندازه‌ی اثر و نتایج آن با استفاده از جدول ذیل، که به جدول کوهن شهرت دارد، تفسیر شد.

جدول (۱) جدول کوهن

مقدار r	مقدار d	تفسیر اندازه‌ی اثر
۰/۳	کمتر	اندازه‌ی اثر کم است.
۰/۳	۰/۵	اندازه‌ی اثر در حد متوسط است.
۰/۵	بالاتر	میزان اندازه‌ی اثر زیاد است.

روایی و اعتبار پژوهش

در مطالعات مربوط به فراتحلیل، از روایی اثربخش استفاده می‌شود. این روایی به‌منظور اجتناب از ارتکاب برخی تورش‌ها و خطاهای اندازه‌گیری از جمله تورش‌های مربوط به خطای اندازه‌گیری تصادفی در برآورد انجام می‌شود. به‌این‌منظور از فرمول مشهور چارلز اسپرمن و ویلیام براون استفاده شد

$$R = \frac{n\bar{r}}{1+(n-1)\bar{r}}$$

جدول (۲) اعتبار پژوهش

ارزیابی	اعتبار	مخرج کسر	صورت کسر	مجموع حجم نمونه	میانگین همبستگی	اعتبار مطالعات ایرانی
بسیار بالا	۰/۹۹۹۹۰۰	۲۱۴۸/۲۰	۲۱۴۸	۶۷۱۱	۰/۳۲	
بسیار بالا	۰/۹۹۹۵۰۰	۱۷۵۶/۱۸۴	۱۷۵۶	۲۹۷۷	۰/۵۹	اعتبار مطالعات لاتین
بسیار بالا	۰/۹۹۹۹۰	۴۹۴۱/۳۷	۴۹۴۱	۹۶۸۸	۰/۵۱	اعتبار مطالعات در مجموع

خانواده و سخت‌رویی روان‌شناختی بیشترین تکرار را در مقالات ایرانی داشته‌اند.

$$IQV = K(1002 - \Sigma Pct^2) / 1002(K - 1)$$

$$IQV = ۰/۱$$

در این شاخص صفر به معنای نداشتن تغییر و همگنی کامل و ۱ به معنی بیشترین تغییر و ناهمگنی است که نشان می‌دهد ناهمگنی به‌نسبت پایین است.

جدول (۳) بررسی فراوانی متغیرهای مستقل استفاده‌شده در مطالعات انجام‌شده در ایران

فراوانی درصد	فراوانی تجمعی درصد	اضطراب	سخت‌رویی روان‌شناختی
۳	۱	۳	۱
۱۰	۳	۶	۲

یافته‌ها

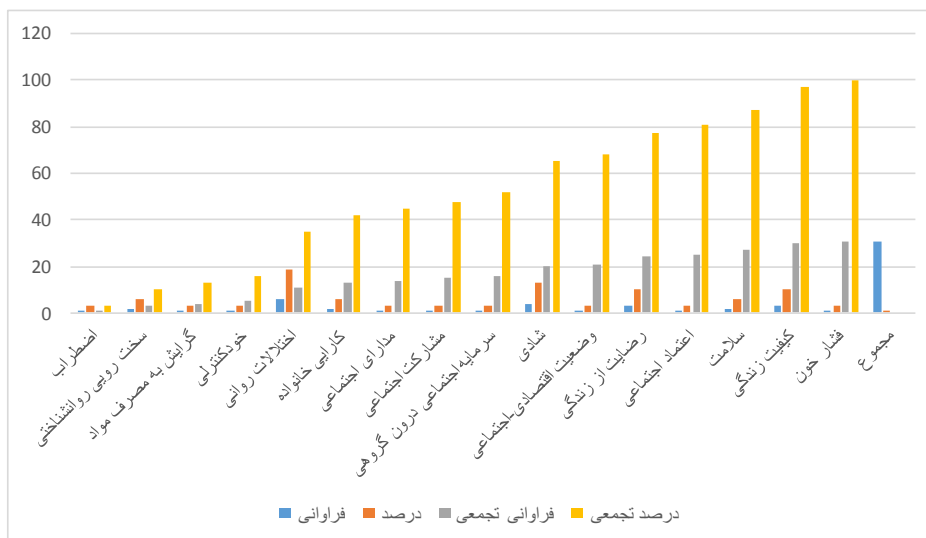
الف) بررسی فراوانی متغیرهای مستقل استفاده‌شده در مطالعات انجام‌شده در ایران

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، اختلال روان-سلامت؛ روان-شادی؛ رضایت از زندگی؛ کیفیت زندگی؛ سلامت؛ کارایی

بخش مربوط به محاسبه‌ی اندازه‌ی اثر به دو عامل توجه شد؛ نخست اینکه مطالعات در بخش داده‌ها، آمار کمی ارائه داده باشند و دوم اینکه به عوامل مؤثر بر سلامت و دین‌داری اهمیت داده باشند.

پژوهشگران برای استخراج داده‌ها عنوان و خلاصه‌ی مطالعات مشخص‌شده را از طریق جستجو در بانک‌های اطلاعاتی الکترونیکی و فهرست منابع به‌طور مستقل بررسی کردند. پس از کنترل مطالعات، بررسی متن کامل مقالات انجام شد. ضرایب همبستگی، میانگین، آزمون تی، آزمون اف و سطح معناداری، همچنین حجم نمونه و مکان مطالعه از جامعه‌ی مورد مطالعه به‌تشریح، از هر یک از مطالعات استخراج شد. در مرحله‌ی بعد، آماره‌های مورد نظر از پژوهش‌های انتخاب‌شده، استخراج شد و تبدیل‌های مورد نیاز با کمک فرمول‌های اندازه‌ی اثر و ضرایب همبستگی انجام شد. در فراتحلیل، واحد تحلیل، مطالعات انجام‌شده در یک موضوع مشترک است. این پژوهش در صدد فراتحلیل یا بازنگری تحقیقات انجام‌شده در زمینه‌ی سلامت و دین‌داری بود و واحد تحلیل آن از اسناد و مدارک بانک‌های اطلاعاتی ایران‌داک، بانک اطلاعات و فناوری، نورمگز، بانک اطلاعات داده‌های علمی-پژوهشی لاتین قابل دسترس از طریق وبگاه کتابخانه‌ی دانشگاه الزهرا (س) و غیره به دست آمده است. هدف از این فراتحلیل مقایسه و ترکیب نتایج مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی سلامت و دین‌داری به‌منظور

گرایش به مصرف مواد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
گرایش به مصرف مواد	۱	۳	۴	۱۳
خودکنترلی	۱	۳	۵	۱۶
اختلالات روانی	۶	۱۹	۱۱	۳۵
کارایی خانواده	۲	۶	۱۳	۴۲
مدارای اجتماعی	۱	۳	۱۴	۴۵
مشارکت اجتماعی	۱	۳	۱۵	۴۸
سرمایه‌ی اجتماعی درون‌گروهی	۱	۳	۱۶	۵۲
شادی	۴	۱۳	۲۰	۶۵
وضعیت اقتصادی-اجتماعی	۱	۳	۲۱	۶۸
رضایت از زندگی	۳	۱۰	۲۴	۷۷
اعتماد اجتماعی	۱	۳	۲۵	۸۱
سلامت	۲	۶	۲۷	۸۷
کیفیت زندگی	۳	۱۰	۳۰	۹۷
فشارخون	۱	۳	۳۱	۱۰۰
مجموع	۳۱	۱		



نمودار ۱) فراوانی فرضیه در مطالعات ایرانی

$$IQV = K(1002 - \Sigma Pct^2) / 1002(K - 1)$$

$$IQV = 0.4$$

در این شاخص صفر به معنای نداشتن تغییر و همگنی کامل و ۱ به معنی بیشترین تغییر و ناهمگنی است که نشان می‌دهد تغییر و تنوع در مطالعات لاتین بیشتر از مطالعات ایرانی است.

ب) بررسی فراوانی متغیرهای مستقل استفاده‌شده در مطالعات لاتین

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در پژوهش‌های لاتین تأثیر دین‌داری بیش از همه بر سلامت، کیفیت زندگی و افسردگی مطالعه شده است.

جدول ۴) بررسی فراوانی متغیرهای مستقل استفاده‌شده در مطالعات لاتین

گرایش به مصرف مواد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اضطراب پیش از تولد	۱	۳	۱	۳
افسردگی	۸	۲۴	۹	۲۷
استفاده از هروئین	۱	۳	۱۰	۳۰

فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی	درصد تجمعی
۴	۱۲	۱۴	۴۲
۱	۳	۱۵	۴۵
۱	۳	۱۶	۴۸
۱	۳	۱۷	۵۲
۸	۲۴	۲۵	۷۶
۱	۳	۲۶	۷۹
۱	۳	۲۷	۸۲
۱	۳	۲۸	۸۵
۱	۳	۲۹	۸۸
۱	۳	۳۰	۹۱
۱	۳	۳۱	۹۴
۱	۳	۳۲	۹۷
۱	۳	۳۳	۱۰۰

ج) دامنه‌ی شدت تأثیر

(۱) بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات انجام‌شده در ایران

جدول ۵) بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات انجام‌شده در ایران

نویسندگان	سال	حجم نمونه	P-value	r
۱ بهرامی چگنی	۱۳۸۹	۱۷۹	۰/۰۵	-۰/۱۲
۲ چراغی و مولوی	۱۳۸۵	۵۰	۰/۰۱	۰/۰۵
۳ جعفری، صدیقی و فتحی اقدم	۱۳۸۶	۱۲۰	۰/۰۱	۰/۹۰
۴ سراج‌زاده، شریعتی مزینانی و صابر	۱۳۸۳	۳۴۶	۰/۰۰	-۰/۶۳
۵ مهدوی و رحمانی خلیلی	۱۳۸۷	۳۹۱	۰/۰۱	۰/۴۲
۶ قاسمی و امیری اسفرجانی	۱۳۹۰	۳۸۴	۰/۰۰	۰/۳۸
۷ عابدی، شواخی و تاجی	۱۳۸۷	۲۴۰	۰/۰۰	۰/۴۷
۸ بیرامی و همکاران	۱۳۹۰	۳۷۲	۰/۰۱	-۰/۲۴
۹ باقری، بنی اسدی و داوری	۱۳۹۰	۲۹۰	۰/۰۱	-۰/۱۵
۱۰ منظری توکلی و عراقی‌پور	۱۳۹۰	۱۸۹	۰/۰۰	۰/۶۷
۱۱ خدایاری فرد، شهبابی و اکبری زردخانه	۱۳۸۸	۳۸۶	۰/۰۱	-۰/۲۲
۱۲ رضاپور و همکاران	۱۳۸۹	۴۹۵	۰/۰۱	۰/۲۴
۱۳ مهدوی، ادریسی و رحمان خلیلی	۱۳۹۰	۳۹۱	۰/۰۰	۰/۳۴
۱۴ خواجه‌نوری، ریاحی و مساوات	۱۳۹۰	۳۸۴	۰/۰۰	۰/۳۰
۱۵ سراج‌زاده، جواهری و ولایتی خواجه	۱۳۹۲	۳۳۱	۰/۰۱	۰/۳۶
۱۶ قربانعلی‌پور، مرندی و زارعی	۱۳۸۹	۲۰۰	۰/۰۱	۰/۶۰
۱۷ عبدالله‌پور و همکاران	۱۳۹۰	۴۰۰	۰/۰۰	۰/۴۸
۱۸ حاجی‌زاده میمند و همکاران	۱۳۹۱	۲۶۵	۰/۰۴	۱/۰۴
۱۹ مهدی‌زاده و زارع غیاث‌آبادی	۱۳۹۳	۳۸۴	۰/۰۱	۰/۲۸
۲۰ اژدری فرد، قاضی و نورانی‌پور	۱۳۸۹	۱۲۰	۰/۰۰	۰/۸۲
۲۱ غباری بناب، متولی‌پور و حبیبی عسگرآباد	۱۳۸۸	۳۰۴	۰/۰۰	-۰/۲۵
۲۲ کلهرنیا گلکار و همکاران	۱۳۹۳	۳۰	۰/۰۰	۰/۹۶
۲۳ موحدی و همکاران	۱۳۹۳	۴۶۰	۰/۰۰	۰/۶۰

۲) بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات لاتین

جدول ۶) بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات لاتین

نویسندگان	سال	حجم نمونه	P-value	r
Mann et al	۲۰۰۸	۳۴۴	۰/۰۸	۰/۰۰
Nelson, Bhaskaran, Roth	۲۰۰۹	۳۶۷	-۰/۲۳	۰/۰۱
Conner, et al.	۲۰۰۸	۳۱۵	۰/۱۴	۰/۰۱
Ekas, Whitman	۲۰۰۹	۳۱۱	-۰/۴۳	۰/۰۰
Cotton et al	۲۰۱۲	۱۵۱	۱/۶۰	
Rippentrop, Altmaier, Burns	۲۰۰۶	۶۱	۰/۷۲	۰/۰۱
Stratta et al.	۲۰۱۳	۹۰۱	۰/۸۰	۰/۰۱
Mohr, et al.	۲۰۱۰	۱۱۵	۰/۴۰	۰/۰۵
Krumrei, Pirutinsky, Rosmarin	۲۰۱۳	۲۰۸	۳/۰۵	۰/۰۱
Markos	۲۰۰۳	۱۰۱	۰/۲۵	۰/۰۱
Laubmeier, Zakowski, Bair	۲۰۰۴	۱۰۳	۰/۱۱	۰/۰۵

بر اساس جدول شماره‌ی ۷، در انتها، شدت تأثیر بنا بر جدول کوهن در سه گروه شدت تأثیر زیر ۰/۳ (کم)، شدت تأثیر بین ۰/۳ تا ۰/۵ (متوسط) و شدت تأثیر ۰/۵ و بالاتر (زیاد) دسته‌بندی شد.

جدول ۷) توزیع فراوانی شدت تأثیر بررسی دامنه‌ی شدت تأثیر در مطالعات انجام‌شده در ایران

شدت تأثیر	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شدت تأثیر ۰/۳ (کم)	۱۲	۳۴/۳	۷	۳۰/۴	۵	۴۵/۵
شدت تأثیر ۰/۳ تا ۰/۵ (متوسط)	۱۱	۳۱/۴	۹	۳۹/۱	۲	۱۸/۲
شدت تأثیر ۰/۵ و بالاتر (زیاد)	۱۲	۳۴/۳	۷	۳۰/۴	۴	۳۶/۴
کل	۳۵	۱۰۰	۲۳	۱۰۰	۱۱	۱۰۰

یک موضوع مشترک بود. روایی مطالعه به‌منظور اجتناب از ارتکاب برخی تورش‌ها و خطاهای اندازه‌گیری از جمله تورش‌های مربوط به خطای اندازه‌گیری تصادفی در برآورد، انجام شد. اعتبار مطالعات ایرانی ۰/۹۹۹۹۰۰، اعتبار مطالعات لاتین ۰/۹۹۹۵۰۰ و اعتبار مطالعات در مجموع ۰/۹۹۹۹۰۰ بسیار بالا بود.

سلامت روان، شادی و رضایت از زندگی از جمله موضوعاتی هستند که در مقالات ایرانی بسیار تکرار شده‌اند و ناهمگنی متغیرها به‌نسبت پایین است. در پژوهش‌های لاتین تأثیر دین‌داری بیش از همه بر سلامت، کیفیت زندگی و افسردگی مطالعه شده است. تغییر و تنوع متغیرها در مطالعات لاتین بیشتر از مطالعات ایرانی است. در مطالعات انجام‌شده در ایران حدود ۳۴ درصد از کل مقالات شدت تأثیر را کم، ۳۴/۳ درصد زیاد و ۳۱/۴ درصد نیز شدت تأثیر را متوسط برآورد کرده‌اند. در مقالات ایرانی ۶۹/۵ درصد و در مقالات لاتین ۵۴/۶ درصد از مقالات شدت تأثیر دین‌داری را متوسط و زیاد ارزیابی

بحث

فراتحلیل؛ تحلیل آماری مجموعه‌ی بزرگی از نتایج مطالعات منفرد است که با هدف یکپارچه کردن یافته‌ها انجام می‌شود. جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر مقالات علمی-پژوهشی مرتبط با موضوع است که در فاصله‌ی «معنویت و دین‌داری» و «Religiosity و Spirituality» انجام شده است. مطالعات واجد شرایط برای قرار گرفتن در تحقیق انتخاب شدند. در بخش مربوط به محاسبه‌ی اندازه‌ی اثر به دو عامل توجه شد؛ نخست اینکه مطالعات در بخش داده‌ها، آمار کمی ارائه داده باشند و دوم اینکه به عوامل مؤثر در سلامت و دین‌داری اهمیت داده باشند.

پس از کنترل مطالعات، آماره‌های موردنظر استخراج و در مرحله‌ی بعد، از پژوهش‌های انتخاب‌شده، استخراج شد و تبدیل‌های مورد نیاز با کمک فرمول‌های اندازه‌ی اثر و ضرایب همبستگی انجام گرفت. واحد تحلیل مطالعات انجام‌شده در

داندند؛ به همین دلیل تعداد زیادی از مقالات کنار گذاشته شد. در برخی مناطق نیز مطالعه‌ی خاصی صورت نگرفته است یا دارای دقت کافی نبود.

پیشنهادهای پژوهش

از آنجاکه بر اساس فراتحلیل انجام‌شده نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه‌ی تأثیر مداخلات درمانی مبتنی بر معنویت و دین بر اختلالات روانی تأکید شده، توصیه می‌شود پژوهشگران نسبت به این مهم اقدام کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران پروتکل‌های درمانی مبتنی بر معنویت را علاوه بر آسیب‌های روانی، برای آسیب‌های اجتماعی نیز به کار برند.

قردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه الزهرا به سبب فراهم نمودن این فرصت پژوهشی قردانی می‌شود.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، دانشگاه الزهرا حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشته است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی دربارهی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

پیشینه‌ی پژوهش، مبانی نظری و تبیین بحث و نتیجه‌گیری: مؤلفان اول و دوم؛ و تحلیل داده‌ها: مؤلف سوم.

References

1. Koenig HG. Spirituality, Wellness, and Quality of life. *Sexuality, Reproduction and Menopause*. 2004; 2(2): 76-82.
2. Krause N. Religious Meaning and Subjective Well-being in Late Life. *The Journals of Gerontology Series*

کرده‌اند، به عبارتی شدت تأثیر دین‌داری در مقالات ایرانی بیشتر ارزیابی شده است. یکسان بودن شدت تأثیر کم و زیاد در پژوهش‌های ایرانی نشان می‌دهد هنوز در این زمینه نیازمند پژوهش‌های متنوع‌تری هستیم و بی‌شک همان‌طور که الکینز^۱ (۱۷) و وبر^۲ (۱۸) معتقدند، در واقع فرایند معنادهی به رویدادهای زندگی و ارتباط هم‌زمان با خداوند، همگی می‌توانند در تصور فرد از خدا تأثیرگذار باشند. همچنین نتایج فراتحلیل بونلی^۳ و کوئینگ در سال ۲۰۱۳ (۱۹)، در این زمینه تأیید می‌شود. نتایج به این شرح است که پژوهشگران تحقیقات اصلی درباره‌ی دین، دین‌داری، معنویت و واژه‌های مرتبط منتشرشده در بیش از ۲۵ درصد مجلات روان‌پزشکی و عصب‌شناسی را بر اساس مجلات آی.اس.آی ۲۰۱۰ بررسی کرده‌اند که اغلب مطالعات بر دین یا دین‌داری متمرکز است و فقط ۷ درصد آنها شامل مداخلات است. از میان ۴۳ نشریه که این معیارها را در نظر دارد، ۳۱ نشریه (۷۱/۵ درصد) رابطه‌ی بین سطحی از وجود دین‌داری/معنویت و اختلال روانی پایین (مثبت)؛ هشت نشریه (۱۸/۶ درصد) نتایج مختلط (مثبت و منفی) و دو نشریه (۴/۷ درصد) اختلال روانی (منفی) بیشتری گزارش کرده‌اند.

نتیجه‌گیری

پژوهش‌های صورت‌گرفته‌ی مرتبط با بررسی رابطه‌ی دین‌داری و سلامت عمومی فرد و جامعه، حدوداً عمری بیست‌ساله دارد. روان‌شناسان معاصر معتقدند که ناراحتی‌های روانی موجب بیماری می‌شود؛ زیرا زندگی روزمره‌ی کنونی با نگرانی و اضطراب همراه است و داشتن ایمان به خدا و اعتقاد به مبدأ حقیقی می‌تواند تحمل افراد را در برابر مشکلات بیشتر کند.

محدودیت‌های پژوهش

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش مربوط به نحوه‌ی ارائه‌ی یافته‌ها در مقالات است که برخی از مقالات داده‌های مربوط به تفکیک ارائه ندادند و تنها به ارائه‌ی داده‌های کلی بسنده کردند. شیوه‌ی گزارش‌دهی مقالات نیز به صورت یکسان و استاندارد نبود (تعداد دیگری از مقالات نیز تنها داده‌های مربوط به آزمون تی، برخی اف و برخی همبستگی را ارائه

^۱) Elkins

^۲) Weber

^۳) Bonelli

- B: Psychological Sciences and Social Science. 2003; 58(3):160-70.
3. West W. *Psychotherapy & Spirituality: Crossing the Line between Therapy and Religion*: Sage; 2000.
 4. Arizi F, Rabbani R, Farahmand M. Barresi-ye Avamel-e Ejtemaee-ye Ekhtelal-e Ravani (Afsordegi) dar Shahr-e Esfahan (Sal-e 1381). *Fasname-ye Farhang-e Esfahan*. 2004; 27(28): 100-6. (Full Text in Persian)
 5. Cheraghi M, Molavi H. The Relationship between Different Dimensions of Religiosity and General Health in Students of Isfahan University. *J Educ Psychol Res Edu Psychol Univ Isfahan*. 2007;2(2):1-22. (Full Text in Persian)
 6. Hills P, Francis LJ, Argyle M, Jackson CJ. Primary Personality Trait Correlates of Religious Practice and Orientation. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36(1): 61-73.
 7. Jones E. Developments in the milan-systemic therapies. *Family systems therapy* (pp. 1-30). New York: John Wiley; 1994.
 8. Freud S, Strachey JE. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 1964.
 9. Skinner BF. *Science and Human Behavior*. Simon and Schuster; 1965.
 10. James W. *The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature*. New York: Penguin; 1902.
 11. Jung CG. Concerning the archetypes, with special reference to the anima concept. *Collected works*. 1959;9(Part I):54-72.
 12. Shafranske EP. *Religion and the Clinical Practice of Psychology*. American Psychological Association; 1996
 13. Comer RJ. *Abnormal Psychology*. Macmillan; 2010.
 14. Miller G. *Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique*. John Wiley & Sons; 2003.
 15. KajbafNejad H, Etebari S. The Relationship between Religious Attitude and Mental Health of Islamic Azad University, Behbahan Branch, Islamic University. 2005; 27: 131-40. (Full Text in Persian)
 16. Kowsari Y. *Behdasht-e Ravani-ye Khanevadeh*. Qom: Zamzam-e Hedayat (Vabast-e be Pajooeshkade-ye Oloom-e Islami Imam Sadeq); 2011. (Full Text in Persian)
 17. Elkins DN. *Beyond religion: A Personal Program for Building a Spiritual Life Outside the Walls of Traditional Religion*. Quest Books; 2013.
 18. Weber M. *The Religion of Power and Society*. Din, Qodrat, Jame'eh; Translation by Ahmad Tadayon. Tehran: Sherkat-e Nashr-e Ketab-e Hermes; 2005. (Full Text in Persian)
 19. Bonelli RM, Koenig HG. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-based Review. *Journal of religion and health*. 2013; 52(2):657-73