

# Predicting Distress and Psychological Health Based on Religious Health-Oriented Behaviors with the Mediation of Forgiveness

Seyedeh Asma Hosseini<sup>\*</sup> , Zahra Mozafari-Vanani 

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

\*Correspondence should be addressed to Ms Seyedeh Asma Hosseini; Email: S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir

## Article Info

Received: Apr 29, 2024

Received in revised form:

Jul 10, 2024

Accepted: Sep 16, 2024

Available Online: Dec 21, 2024

## Keywords:

Forgiveness

Psychological distress

Psychological health

Religious health behaviors



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i4.43908>

## Abstract

**Background and Objective:** Psychological health is related to increasing well-being, preventing mental problems, and rehabilitating individuals with mental disorders. Therefore, investigating factors affecting psychological health and preventing psychological distress are important. The present study was conducted with the aim of predicting distress and psychological health based on religious health-oriented behaviors with the mediation of forgiveness.

**Methods:** The method used in the present study was cross-sectional (descriptive-correlational). The statistical population included all adults in Tehran in the first six months of 1401. The final sample consisted of 296 individuals (246 women and 50 men), who were selected by available sampling method. The instruments used for data collection included demographic information questionnaire, religious health promoting behavior questionnaire (Bashart et al, 2014), psychological health questionnaire (Bashart, 2018), anxiety, depression, stress questionnaire (Loviband et al, 1995) and Heartland's forgiveness questionnaire (Thompson et al, 2005). Descriptive data was analyzed on SPSS version 21 software and structural equation modeling was conducted on AMOS software version 21.

**Results:** The results of structural equation modeling indicated a good fit for the proposed structural model based on the research hypotheses. Religious health behaviors have a direct and significant effect on psychological health and forgiveness and an inverse and significant effect on psychological distress. Also, the effect of forgiveness on psychological health was positive and significant. Finally, the mediating role of forgiveness in the relationship between religious health-oriented behaviors and psychological health was confirmed.

**Conclusion:** This study demonstrated that health and psychological distress can be predicted by religious health-oriented behaviors through the mediation of forgiveness. Therefore, it is necessary to pay attention to the important role of religious health-oriented behaviors and forgiveness in the implementation of interventions and methods to reduce psychological distress and promote psychological health.

Please cite this article as: Hosseini SA, Mozafari-Vanani Z. Predicting Distress and Psychological Health Based on Religious Health-Oriented Behaviors with the Mediation of Forgiveness. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2024;10(4):88-99. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i4.43908>

## Summary

### Background and Objective

Psychological health refers to a state of optimal well-being in which an individual possesses a clear understanding of their inherent capabilities, possesses effective coping mechanisms to handle the typical pressures and challenges of life, and is

able to maintain a high level of productivity in their personal and professional endeavors (1, 2). Conversely, negative psychological health encompasses conditions such as depression, chronic stress, and anxiety (1, 2), and is characterized by psychological distress. The mentioned levels of psychological distress have significant detrimental consequences on psychological stability (4-7). Studies have demonstrated a significant correlation between health behaviors and psychological well-being, with health behaviors being able to predict psychological health (14, 15). Health-related religious behaviors refer to a set of actions and practices that are influenced by religious beliefs and teachings and are incorporated into one's daily life (17). Furthermore, forgiveness appears to play a significant role in individuals' psychological well-being. In this case, the individual gives up any desire or feelings of seeking revenge, harboring anger, or displaying hatred towards someone who has caused them harm and instead focuses on nurturing feelings of love, compassion, and generosity (31). Several studies have examined the associations between religion and psychological well-being, and the findings consistently demonstrate a robust association (23, 43, 44). In fact, engaging in religious activities promotes inner peace and lessens negative emotions (48). Therefore, it is imperative to address health-related religious behaviors—behaviors that stem from an individual's lifestyle and degree of religiosity. However, despite the conviction in the beneficial effects of the Islamic lifestyle and its related practices on increasing quality of life, these behaviors have not received enough attention from society.

However, it appears that forgiveness can also significantly influence health-related religious behaviors. Despite that, based on the researcher's investigation, this relationship has not been explored in any previous research. Thus, there is a recognized research gap in this field that emphasizes the importance of considering forgiveness as a mediating variable.

## Methods

**Compliance with ethical guidelines:** One of the ethical principles taken into account in this study was the voluntary nature of the study and obtaining informed consent from the participating individuals. Furthermore, the participants were given an assurance that their data would be kept confidential by the researcher.

This study was conducted as a cross-sectional (descriptive-correlation) research in the first six

months of 2022. All the students in the field of Psychology (undergraduate, graduate, and doctoral) from universities in Tehran were included as the statistical population. To be eligible for the study, participants had to meet certain criteria. These criteria included being between 18 and 60 years old, having access to a smart device to complete the online questionnaire, not having any psychological issues, and providing informed consent to participate in the study. In addition, the participants who did not provide informed consent or failed to complete the questionnaire were considered eligible and excluded from the study.

To gather information from the target population, we coordinated with the relevant departments in Tehran universities and obtained permission from the university. We then received a list of psychology students along with their phone numbers. We sent them the research description and a link to the questionnaire online. The sampling method was random. Ultimately, a total of 296 individuals, consisting of 246 women and 50 men, who had successfully filled out the questionnaires, were selected for the study. The research questionnaire was divided into five sections. The initial section consisted of demographic information, followed by the Religious Health Promoting Behaviour scale. Subsequently, the psychological health scale was administered, followed by the Anxiety, Depression, Stress Questionnaire. Lastly, the Heartland Forgiveness Scale was included.

## Results

The structural equation modeling results indicate that the proposed structural model, which is based on the research hypotheses, demonstrates a strong fit. Health-related religious behaviors have a negative and substantial impact on psychological distress as well as a direct and significant impact on psychological well-being and forgiveness. The research also found that forgiveness had a significant positive effect on mental well-being. Moreover, the study confirmed that forgiveness mediated the link between health-related religious behaviors and psychological health.

## Conclusion

This study aimed to examine the role of forgiveness as a mediator in predicting distress and psychological health based on health-related religious behaviors. The initial finding indicated that engaging in health-related religious behaviors positively and significantly impacts psychological well-being. This finding is consistent with the

studies conducted by Hosseini (59) and Besharat et al. (15), which demonstrate a positive association between health-related religious behaviors and psychological well-being. Religious beliefs and practices enhance an individual's psychological well-being by instilling a sense of purpose and hope (25). Additionally, the research revealed that engaging in religious health behaviors had a significant inverse effect on psychological distress. This finding is consistent with that of the study conducted by Kimhi et al. (24), which examined the relationship between religiosity and psychological distress. Religious beliefs and practices have a negative relationship with psychological distress. This implies that individuals with stronger religious beliefs and a closer connection to God are less prone to experiencing mental issues such as anxiety and depression (51). Furthermore, the findings indicated that engaging in health-related religious behaviors positively and significantly affected forgiveness. This finding was confirmed by Plante (42), Mullet et al. (52), Mirmehdi et al. (30), Rye (49), and Hendricks et al. (50), who examined the correlation between religiosity and forgiveness in their studies. Religiosity and forgiveness are strongly correlated. Therefore, a strong adherence to religious beliefs is linked to an increased capacity for forgiveness, resulting in less psychological distress and improved psychological well-being. Additionally, the research revealed that forgiveness mediates the relationship between religious health-related behaviors and psychological well-being. Health-related religious behaviors stemming from religious teachings aimed at improving one's life have the potential to enhance individuals' psychological well-being. On the other hand, engaging in health-related religious behaviors positively affects one's ability to forgive. Consequently, based on the research related to these findings, it is evident that engaging in health-related religious behaviors enhances individuals' physical and psychological well-being.

### **Acknowledgements**

We are grateful to all the participants in this research.

### **Ethical considerations**

This research has no special ethical considerations and all participants participated in the research with full consent.

### **Funding**

The present study was not sponsored by any organization or individual.

### **Conflict of interest**

The authors declared no conflict of interest with any person or organization.

### **Authors' contribution**

All authors were actively involved in writing and data collection at every stage.

## توقع الإضطراب والصحة النفسية إستناداً إلى السلوك السليم من منظور الدين ودور التسامح الوسيط

سيدة أسماء حسيني<sup>ID</sup>، زهراء مظفري واناني<sup>ID</sup>

قسم علم النفس التربوي، فرع بيرجند، جامعة آزاد الإسلامية، بيرجند، إيران.

\* المراسلات الموجهة إلى سيدة أسماء حسيني؛ البريد الإلكتروني: S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir

### معلومات المادة

الوصول: ٢٠ شوال ١٤٤٥

وصول النص النهائي: ٤ محرم ١٤٤٦

القبول: ١٢ ربيع الأول ١٤٤٦

النشر الإلكتروني: ١٩ جمادى الثاني ١٤٤٦

### الملخص

**خلفية البحث وأهدافه:** لا شك أنّ الصحة النفسية لها علاقة وثيقة بتحسين مستوى الحياة، وتفادي المشاكل النفسية والوقاية منها؛ كما لها علاقة بإعادة تأهيل الأفراد الذين يعانون من إضطرابات نفسية. لهذا تسعى هذه الدراسة للتنبؤ بمخاطر الإضطراب والقلق والصحة النفسية إستناداً إلى السلوك السليم من منظور الدين مع التركيز على دور التسامح الوسيط.

**منهجية البحث:** المنهج الذي اعتمدت عليه الدراسة هو منهج الدراسة المستعرضة (المنهج الوصفي-الإرتباطي). اما الجمعية الإحصائية الأولى فقد شملت جميع كبار السن في مدينة طهران في النصف الأول من عام ٢٠٢٢م. وفي الخطوة التالية اختير ٢٩٤ مشاركاً (٢٤٦ امرأة و ٥٠ رجلاً) عبر منهج أخذ العينات المتاحة. اما الإستبيانات فقد شملت استبيان المعلومات الديموقرافية، واستبيان السلوك المعزز للسلامة الدينية (بشارة والزملاء، ٢٠١٥)، واستبيان السلامة النفسية (بشارة، ٢٠٠٩) واستبيان الإضطراب النفسي (لوبياندا والزملاء، ١٩٩٥)، واستبيان التسامح (تامبسون والزملاء، ٢٠٠٥). ولتحليل المعطيات اعتمد الباحثون على تطبيق SPSS الإصدار ٢١ ونمذجة المعادلات الهيكلية من خلال تطبيق AMOS الإصدار ٢١.

**المعطيات:** اظهرت نتائج نمذجة المعادلات الهيكلية أنّ النموذج الهيكلية المقترح إستناداً إلى الفرضيات الدراسة يتمتع بصلاحيّة عالية. كما أنّ السلوك الصحي من منظور ديني يؤثر مباشرة وبدلالة إحصائية واضحة على الصحة النفسية والتسامح، ويؤثر بصورة معاكسة وذات دلالة إحصائية واضحة على الإضطراب النفسي. كما أنّ تأثير التسامح على الصحة النفسية تأثير إيجابي وذو دلالة إحصائية واضحة. وأخيراً توصل الباحثون إلى دور التسامح الوسيط في العلاقة بين السلوك الصحي الديني والسلامة النفسية.

**الاستنتاج:** اظهرت نتائج البحث أنّ السلوك الصحي من منظور ديني مع دور التسامح الوسيط يمكن أن يساعد على التنبؤ بالسلامة والقلق النفسيين. إذن، يجب الإهتمام بدور السلوك الصحي من منظور ديني والإهتمام بالنصائح الدينية المتعلقة بالسلامة والتسامح عند تنفيذ المداخلات والمناهج المعنية بتقليص القلق النفسي وتحسين مستوى السلامة النفسية.

### الكلمات الرئيسية:

التسامح

القلق النفسي

السلامة النفسية

السلوك النفسي من منظور ديني

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Hosseini SA, Mozafari-Vanani Z. Predicting Distress and Psychological Health Based on Religious Health-Oriented Behaviors with the Mediation of Forgiveness. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2024;10(4):88-99. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i4.43908>

## پیش‌بینی پریشانی و سلامت روان‌شناختی بر اساس رفتارهای سلامت‌محور دینی با میانجی‌بخشش

سیده اسماء حسینی\* , زهرا مظفری وانانی 

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.  
 \*مکاتبات خطاب به خانم سیده اسماء حسینی؛ رایانامه: [S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir](mailto:S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir)

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۰ اردیبهشت ۱۴۰۳  
 دریافت متن نهایی: ۲۰ تیر ۱۴۰۳  
 پذیرش: ۲۶ شهریور ۱۴۰۳  
 نشر الکترونیکی: ۱ دی ۱۴۰۳

### چکیده

**سابقه و هدف:** سلامت روان‌شناختی به افزایش بهزیستی، پیش‌گیری از مشکلات روانی و همچنین بازتوانی افرادی که با اختلالات روانی درگیر هستند، مربوط است. بنابراین، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روان‌شناختی و پیش‌گیری از پریشانی روان‌شناختی اهمیت دارد. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی پریشانی و سلامت روان‌شناختی بر اساس رفتارهای سلامت‌محور دینی با میانجی‌بخشش انجام شده است.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر مقطعی (توصیفی-هم‌بستگی)، و جامعه آماری، شامل تمامی بزرگسالان شهر تهران در شش ماهه اول سال ۱۴۰۱ بود. نمونه‌ی نهایی شامل ۲۹۶ نفر (۲۴۶ خانم و ۵۰ آقا) بود، که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی (بشارت و همکاران، ۱۳۹۴)، پرسش‌نامه سلامت روان‌شناختی (بشارت، ۱۳۸۸)، پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی (لوویباند و همکاران، ۱۹۹۵) و پرسش‌نامه بخشش هارتلند (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۵) بود. داده‌های توصیفی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و مدل‌سازی معادلات ساختاری، با نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۱ انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج مدل معادلات ساختاری نشان داد که مدل ساختاری پیشنهادشده براساس فرضیه‌های تحقیق، از برازش مناسبی برخوردار است. رفتارهای سلامت‌محور دینی، اثر مستقیم و معنی‌دار بر سلامت روان‌شناختی؛ و بخشش، اثر معکوس و معنی‌دار بر پریشانی روان‌شناختی دارد. همچنین، اثر بخشش بر سلامت روان‌شناختی مثبت و معنی‌دار شد. در نهایت، نقش میانجی‌گر بخشش در رابطه بین رفتارهای سلامت‌محور دینی و سلامت روان‌شناختی تأیید شد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتارهای سلامت‌محور دینی با میانجی‌بخشش می‌توانند سلامت و پریشانی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند. بنابراین، لازم است در اجرای مداخلات و روش‌های کاهش پریشانی روان‌شناختی و ارتقای سلامت روان‌شناختی، به نقش حائز اهمیت رفتارهای سلامت‌محور دینی و بخشش توجه شود.

استناد مقاله به این صورت است:

Hosseini SA, Mozafari-Vanani Z. Predicting Distress and Psychological Health Based on Religious Health-Oriented Behaviors with the Mediation of Forgiveness. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2024;10(4):88-99. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i4.43908>

## مقدمه

(۸، ۹).

تحقیقات نشان داده است که رفتارهای سلامت نیز با سلامت روان‌شناختی رابطه مستحکمی دارند و آن را پیش‌بینی می‌کنند (۱۴، ۱۵). در واقع، روشی که فرد برای زندگی انتخاب می‌کند، می‌تواند بر سلامت روان‌شناختی او اثرگذار باشد. از طرفی، رفتارهای سلامت که به‌عنوان بخش مهمی از سبک زندگی تلقی می‌شوند، تحت‌تأثیر ارزش‌ها و باورهای افراد قرار دارند (۱۶). بنابراین، رفتارهای سلامت‌محور دینی، به‌عنوان بخش مهمی از سبک زندگی اسلامی مطرح می‌شوند. رفتارهای سلامت‌محور دینی، مجموعه‌ای از رفتارها و عادت‌های متکی بر اعتقادات و آموزه‌های دینی‌اند که در زندگی روزمره جاری هستند (۱۷).

این رفتارها موارد زیر را شامل می‌شود:

(۱) حفظ سلامتی؛

(۲) عوامل کمک‌کننده به سلامت: کنترل غذا خوردن، رعایت بهداشت و نکات پزشکی، سفر، شب‌زنده‌داری، سکوت و پرهیز از پرحرفی، استراحت کافی، پرهیز از آسیب رساندن به بدن، صدقه دادن و گناه نکردن؛

(۳) دارو و درمان (تحمل درد در حد امکان، لزوم درمان و برخی از شیوه‌های درمان)؛

(۴) عوامل شادایی و شکوفایی؛

(۵) آداب خوردن و آشامیدن؛

(۶) تفریحات سالم و ورزش.

این رفتارها اهمیت بسیار بالایی در سبک زندگی، افزایش سلامت روان‌شناختی و در نتیجه، کاهش پریشانی روان‌شناختی افراد دارند (۱۸). این اعمال مذهبی، با جنبه‌های مختلف سلامتی مانند مدت مقابله با بیماری و نگرش مثبت به موقعیت‌های سخت مانند شرایط مربوط به سلامتی رابطه دارند (۱۹). براساس مطالعات انجام‌شده، برخی رفتارهای دینی مانند حضور در مراسم مذهبی، با علائم اضطراب (۲۰) و اختلال هراس، اختلال هراس اجتماعی کمتر (۲۱)، خودمهارگری بالاتر (۲۲)، توان بیشتر برای مقابله با استرس (۲۳، ۲۴) و سلامت جسمی و روانی بیشتر (۲۵، ۲۶) همراه است. به‌علاوه، دین‌داری با هیجانات مثبت بیشتر نیز همراه است (۲۷).

همچنین به نظر می‌رسد که بخشش، نقش مؤثری در سلامت روان‌شناختی افراد داشته باشد. در واقع، بخشش یکی از موضوعات مورد توجه همه ادیان بزرگ جهان است که تنها در ۳۰ سال گذشته، مطالعه علمی آن به‌عنوان یک سازه

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان‌شناختی<sup>۱</sup> را این‌چنین تعریف می‌کند: «حالتی از رفاه که در آن فرد توانایی‌های بالقوه خود را درک می‌کند، می‌تواند با استرس‌های عادی زندگی کنار بیاید و به‌طور مؤلّد و ثمربخش کار کند» (۱، ۲). سلامت روان‌شناختی، شامل برقراری تعادل میان فعالیت‌های زندگی و کوشش برای رسیدن به تاب‌آوری روان‌شناختی است (۳). در نتیجه، سلامت روان‌شناختی مثبت چندوجهی است و ممکن است با احساس خوش‌بینی، هدف‌مندی، قدردانی، انعطاف‌پذیری، عاطفه مثبت و شادی مشخص شود.

از طرفی، سلامت روان‌شناختی منفی شامل افسردگی، استرس مزمن و اضطراب است (۱، ۲)، و به پریشانی روان‌شناختی<sup>۲</sup> اشاره دارد. به عبارت دیگر، پریشانی روان‌شناختی بیانگر سلامت روان‌شناختی پایین است که از طریق مجموعه‌ای از علائم روانی دردناک مانند، افسردگی و اضطراب منتقل می‌شود (۴-۷). بنابراین، سطوح پریشانی روان‌شناختی شامل: استرس، افسردگی و اضطراب است. این سطوح، شرایط روانی هستند که اثرات نامطلوب شدیدی بر ثبات روانی دارند و زندگی عادی روزمره فرد را بر هم می‌زنند (۴-۷). اضطراب، یک حالت روانی است و توسط احساساتی مانند کسالت، نگرانی و ترس ایجاد می‌شود، (۸، ۹) که یک احساس ناخوشایند همراه با ناراحتی در مورد رویدادهای آینده، یا ترس درباره شرایط فعلی پدید می‌آورد (۱۰).

استرس، نتیجه روان‌شناختی عدم تعادل، بین ادراکات خواسته‌های بیرونی و منابع درونی موجود برای ارضای آن خواسته‌ها است (۱۱). در واقع، استرس بیماری شایع قرن بیست‌ویکم است که انسان را به اشکال مختلف تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۲) و همچنین، خطر ابتلا به بیماری را بالا می‌برد (۱۰). در نهایت، سومین و شدیدترین مرحله یک اختلال روانی افسردگی<sup>۳</sup> است، که می‌تواند اثرات نامطلوب طولانی‌مدتی را بر سلامت روان‌شناختی و جسمی فرد نشان دهد (۱۳). افسردگی به‌عنوان یک اختلال خلقی طبقه‌بندی می‌شود که عملکرد روزانه را مختل می‌کند، با علائم غم و اندوه مداوم، احساس گناه، سرخوردگی و از دست دادن علاقه همراه است (۱۰)، و بر خلق و خوی معمول افراد تأثیر می‌گذارد

<sup>1</sup>. Psychological health

<sup>2</sup>. Psychological distress

<sup>3</sup>. Depression

انجام فعالیت‌های ثمربخش می‌شود (۳۹). در نتیجه، در تضمین سلامت و کارآمدی افراد نقش مهمی ایفا می‌کند. در مقابل، افرادی که سلامت روان‌شناختی پایین‌تری دارند، هیجانات منفی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند. همچنین، احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در آنان بیشتر است (۴۰). بنابراین، پریشانی روان‌شناختی اثرات منفی بر سلامت روان‌شناختی افراد دارد و موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۴۱). همچنین، میزان ابتلا به اضطراب، استرس و افسردگی به‌عنوان شاخص‌های تعیین‌کننده پریشانی روان‌شناختی، همراه با سوءمصرف مواد و سایر چالش‌های سلامت روان‌شناختی در سال‌های اخیر افزایش یافته است (۴۲). در نتیجه، با توجه به تأثیر سلامت و پریشانی روان‌شناختی بر زندگی افراد، پرداختن به مؤلفه‌های اثرگذار بر آن‌ها دارای اهمیت است.

در این راستا، پژوهش‌های مختلفی به بررسی رابطه دین و سلامت روان‌شناختی پرداخته‌اند و نتایج، حاکی از وجود یک رابطه مستحکم است (۲۳، ۴۳، ۴۴). دین‌داری و رفتارهای نشأت‌گرفته از آن، باعث افزایش سلامت روان‌شناختی می‌شود (۴۵-۴۷). در واقع، انجام اعمال مذهبی، عواطف منفی را کاهش می‌دهد و آرامش درونی را فراهم می‌کند (۴۸). بنابراین، پرداختن به رفتارهایی که برگرفته از سبک زندگی و میزان دین‌داری افراد است؛ یعنی رفتارهای سلامت‌محور دینی ضرورت دارد. اما پرداختن به این رفتارها، علی‌رغم باور جامعه به اثرگذاری سبک زندگی اسلامی و رفتارهای برگرفته از آن در بهبود کیفیت زندگی، مورد غفلت واقع شده است. در نتیجه، پژوهش‌های فراوانی برای بررسی میزان و نحوه اثرگذاری رفتارهای سلامت‌محور دینی بر سلامت و پریشانی روان‌شناختی لازم است.

ازطرفی، بخشش نیز یکی از رفتارهای مرتبط با دین‌داری است (۴۹-۵۲) و با توجه به تأثیری که بر سلامت روان‌شناختی دارد (۵۳)، به نظر می‌رسد که می‌تواند در نحوه اثرگذاری رفتارهای سلامت‌محور دینی نقش مهمی ایفا کند. بااین‌حال، تا آنجایی که محقق بررسی کرده است، این رابطه در پژوهشی بررسی نشده است. بنابراین، نوع خلأ موضوعی در این زمینه احساس می‌شود که لزوم پرداختن به بخشش، به‌عنوان یک متغیر میانجی‌گر را برجسته می‌کند. در نتیجه، ما در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش هستیم که آیا بخشش می‌تواند در پیش‌بینی پریشانی و سلامت روان‌شناختی براساس رفتارهای سلامت‌محور دینی، نقش میانجی‌گر را ایفا

روان‌شناختی افزایش یافته است (۲۸). بخشش یک ویژگی اجتماعی است، که به تغییر مثبت در نگرش‌ها و رفتارها نسبت به یک متجاوز اشاره دارد (۲۹، ۳۰). در این حالت، فرد انگیزه‌ها و احساسات انتقام‌جویی، رنجش یا خصومت نسبت به یک فرد با تجربیات منفی را کنار می‌گذارد و عشق، شفقت و سخاوت را پرورش می‌دهد (۳۱). در واقع، بخشش یک پاسخ روان‌شناختی مثبت به آسیب بین‌فردی است و نشان می‌دهد که یک فرد مایل است در برابر شخصی که به او آسیب رسانده تلافی نکند (۳۱-۳۴).

مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند که بخشش، یکی از عوامل اثرگذار بر سلامت روان‌شناختی افراد است (۳۵، ۳۶). در این زمینه، نتایج پژوهش اختر و بارلو<sup>۱</sup> (۳۱) نشان داد که بخشش‌درمانی، مشکلات رایج سلامت روان‌شناختی مانند افسردگی، استرس و پریشانی را کاهش می‌دهد و باعث افزایش سلامت روان‌شناختی می‌شود (۳۷). همچنین در آیات و روایات به اهمیت بخشش پرداخته شده است. خداوند مَنان در قرآن با جملاتی سرشار از محبت، عواطف مؤمنان را مخاطب قرار داده و فرموده است: «وَيُذِقُوا وَلِيصْفَحُوا أَلَّا يُجِبُوا أَنْ يَغْفِرَ اللَّهُ لَكُمْ وَاللَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ» (آیا دوست ندارید خداوند شما را ببخشد؟ پس شما نیز از خطای دیگران درگذرید). همچنین در آیات ۲۰۰ تا ۲۰۲ سوره بقره این‌چنین آورده شده است: «فردی که برادرش را عفو کند، بنده‌ای است که بر تمایلاتش غلبه کرده و صفات نیک در روحش، بر صفات ناپسند پیروز شده است. و کسی که صفت عفو را در موردش به کار نبرد، نفسش او را به عفو (یعنی درستی و خشونت در گفتار و حرکات که از نتایج خشم است) وادار می‌کند. در آیه دیگری می‌فرماید: «فِيمَا رَحِمَةٍ مِنَ اللَّهِ لَنْتَ لَهُمْ وَلَوْ كُنْتَ فَظًّا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانْفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ فَاعْفُ عَنْهُمْ وَاسْتَغْفِرْ لَهُمْ وَشَاوِرْهُمْ فِي الْأَمْرِ فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ»<sup>۲</sup>. یعنی: رحمت خداست که تو با آنان این چنین خوش‌خوی و مهربان هستی و اگر تندخو و سخت‌دل بودی، از گرد تو پراکنده می‌شدند. پس بر آن‌ها ببخشای و برایشان آموزش بخواه و در کارها با ایشان مشورت کن. و چون قصد کاری را کردی بر خدای توکل کن که خدا توکل‌کنندگان را دوست دارد» (۳۸).

به‌طور کلی، سلامت روان‌شناختی موجب افزایش روابط رضایت‌بخش با دیگران، سازگاری بیشتر با شرایط دشوار و

<sup>۱</sup>. Akhtar & Barlow

<sup>۲</sup>. نور (۲۴، ۲۲)

<sup>۳</sup>. آل‌عمران (۱۵۹)

کند؟

## روش کار

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** از جمله اصول اخلاقی مورد توجه در این مطالعه این بود که برای شرکت افراد در این پژوهش هیچ اجباری وجود نداشت و با رضایت آگاهانه شرکت کردند. همچنین، این اطمینان به آن‌ها داده شد که اطلاعات آن‌ها نزد پژوهشگر محرمانه می‌ماند.

مطالعه حاضر به صورت یک پژوهش مقطعی (توصیفی-هم‌بستگی) در شش ماهه اول سال ۱۴۰۱ اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان روان‌شناسی (در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا) دانشگاه‌های تهران بودند. معیار ورود به مطالعه، شامل قرار گرفتن در بازه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن یک ابزار هوشمند برای پر کردن پرسش‌نامه آنلاین، نداشتن مشکلات روحی و روانی، و رضایت از شرکت در مطالعه بود. همچنین، معیار خروج از مطالعه، شامل عدم رضایت از شرکت در مطالعه و عدم تکمیل بودن پرسش‌نامه در نظر گرفته شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات، جامعه هدف پس از هماهنگی و دریافت مجوز از دانشگاه، از طریق آموزش دانشگاه‌های شهر تهران، و دریافت فهرست و شماره تلفن دانشجویان رشته روان‌شناسی اقدام شد، و توضیحات تحقیق و لینک پرسش‌نامه به صورت مجازی برای ایشان ارسال گردید. روش نمونه‌گیری نیز به صورت تصادفی تعیین شد. در نهایت، ۲۹۶ نفر شامل ۲۴۶ خانم و ۵۰ آقا که پرسش‌نامه‌ها را دقیق تکمیل کرده بودند، وارد مطالعه شدند.

## ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

پرسش‌نامه تحقیق شامل پنج قسمت بود. قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک، قسمت دوم شامل پرسش‌نامه مقیاس «رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی»، قسمت سوم شامل مقیاس «سلامت روان‌شناختی»، قسمت چهارم شامل پرسش‌نامه «اضطراب، افسردگی و استرس» و قسمت پنجم شامل مقیاس «بخشش هارتلند» بود.

۱. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسش‌نامه شامل اطلاعاتی مانند سن، جنسیت، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت تأهل و اشتغال بود.

## ۲. مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی

(RHPBI)<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط بشارت و حسینی (۱۳۹۴) ساخته شده است. همچنین، دو مؤلفه دین‌داری را با سؤالات ۱ تا ۷، و رفتارهای سلامت‌محور دینی را با سؤالات ۸ تا ۱۶ مورد بررسی قرار می‌دهد. این مقیاس ۱۶ گویه‌ای، عادت‌های افراد را در اندازه‌های هفت‌درجه‌ای از صفر (کمترین میزان عادت) تا ۶ (بیشترین میزان عادت) می‌سنجد. همچنین، حداقل و حداکثر نمره، از صفر تا ۹۶ محاسبه می‌شود. آلفای کرونباخ برای پرسش‌های مقیاس در مطالعه اولیه بشارت و حسینی (۱۳۹۴) در یک نمونه ۹۳ نفری ۰/۸۸ شد، که مؤید همسانی درونی مقیاس است. روایی محتوایی توسط پانل خبرگان ۸ نفر ارزیابی شد، و مقادیر CVR پرسش‌نامه در دامنه ۱ تا ۷۳/۳ به دست آمد، که از حداقل مقدار جدول لاوشه (۰/۴۹) بیشتر بود. همچنین شاخص CVI کل پرسش‌نامه ۰/۹۰ به دست آمد. روایی صوری نیز به صورت کیفی و توسط پانل خبرگان تأیید شد. روایی همگرا و تشخیصی مقیاس، با اجرای هم‌زمان مقیاس بهزیستی معنوی<sup>۲</sup> (SWBS؛ بافورد و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲)، و مقیاس سلامت روان‌شناختی (MHI؛ بشارت، ۱۳۸۸) در همان نمونه محاسبه شد. ضرایب هم‌بستگی پیرسون نشان داد که نمره آزمودنی‌ها در این مقیاس با بهزیستی معنوی و بهزیستی روان‌شناختی هم‌بستگی مثبت معنادار از ۰/۳۷ تا ۰/۴۹ ( $p < ۰/۰۰۱$ )، و با درماندگی روان‌شناختی هم‌بستگی منفی معنادار ۰/۳۳- ( $p < ۰/۰۰۱$ ) دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی این مقیاس را تأیید می‌کنند (۱۶). در مطالعه حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای رفتار دینی ۰/۹۱ و برای دین‌داری ۰/۷۹ محاسبه شد.

۳. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱)<sup>۴</sup>: مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، توسط لویبوند و لویبوند<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) ساخته شده است (۵۴). این مقیاس دارای دو نسخه ۴۲ و ۲۱ سؤالی است. در نسخه ۲۱ سؤالی، هر ۷ سؤال یک مؤلفه را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین، هر آیتم در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۳ (تقریباً همیشه) رتبه‌بندی، و نمره کل با جمع کردن مقادیر پاسخ هر یک از آیتم‌ها محاسبه می‌شود. بنابراین، دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده سطوح شدیدتر علائم

<sup>۱</sup> Religious Health Promoting Behaviors Inventory

<sup>۲</sup> Spiritual Well-Being Scale (SWSB)

<sup>۳</sup> Bufford

<sup>۴</sup> Mental Health Inventory (MHI)

<sup>۵</sup> Depression Anxiety Stress Scale

<sup>۶</sup> Lovibond & Lovibond

افسردگی، اضطراب و استرس؛ و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده سطوح پایین یا نبود علائم افسردگی، اضطراب و استرس است (۵۵).

لوویباند و لوویباند (۱۹۹۵) در یک نمونه غیربالینی این مقیاس را اجرا کردند و ضریب آلفای کرونباخ را برای سه خرده‌مقیاس در اضطراب، استرس و افسردگی، به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ به دست آوردند. آن‌ها همچنین، در یک نمونه ۱۷۷ نفری از دانشجویان، هم‌بستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه «افسردگی بک» را ۰/۷۴ به دست آوردند (۵۶). اعتبار این مقیاس در ایران، توسط صاحبی و همکارانش در سال ۱۳۸۴ تأیید شد. همسانی درونی زیرمقیاس‌ها در نسخه فارسی برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین هم‌بستگی بین زیرمقیاس افسردگی و آزمون «افسردگی بک» ۰/۷۰، زیرمقیاس «اضطراب» و آزمون «اضطراب زانگ» ۰/۶۷، و زیرمقیاس «استرس» با آزمون «تئیدیگی ادراک‌شده» ۰/۴۹ به دست آمد (۵۷). اصغری و همکاران نیز در سال ۲۰۰۸، آلفای کرونباخ را برای نمره کل ۰/۹۴ گزارش کردند (۵۴). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۴۷ به دست آمد.

۴. **مقیاس سلامت روان‌شناختی (MHI-۲۸):** یک آزمون ۲۸ سؤالی است که به‌دست بشارت (۱۳۸۸) ساخته شده. دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۱۴ و ۷۰ است. نمرات پایین‌تر، نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی کمتر، و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی بیشتر است. مطالعه این مقیاس توسط بشارت (۱۳۸۸)، در نمونه‌ای متشکل از ۷۶۰ نفر در دو گروه بیمار و بهنجار بررسی شد. آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای افراد بهنجار ۰/۹۴ و ۰/۹۱، و برای افراد بیمار ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. همچنین، پایایی بازآزمایی با سنجش هم‌بستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار (n=۹۲) و بیمار (n=۷۶)، در دو نوبت با فاصله دو هفته رضایت‌بخش بود. روایی هم‌زمان این مقیاس با اجرای هم‌زمان پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> (گلدبرگ، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) برای آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. ضرایب هم‌بستگی پیرسون

بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی هم‌بستگی منفی معنادار (r=-۰/۸۷, p<۰/۰۰۱) و با زیرمقیاس درماندگی روان‌شناختی هم‌بستگی مثبت معنادار (r=۰/۸۹, p<۰/۰۰۱) نشان داد. در نتیجه، روایی هم‌زمان مقیاس تأیید شد. روایی تفکیکی<sup>۲</sup> نیز از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی دو گروه بیمار و بهنجار تأیید شد (۵۸). آلفای کرونباخ پژوهش حاضر برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی ۰/۸۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد.

۵. **مقیاس بخشش هارتلند (HFS):** این مقیاس توسط تامپسون و همکاران (۲۰۰۵) ساخته شده، که دارای ۱۸ گویه است و سه زیرمقیاس بخشش خود<sup>۴</sup> (گویه‌های ۱ تا ۶)، بخشش دیگران<sup>۵</sup> (گویه‌های ۷ تا ۱۲) و بخشش موقعیت<sup>۶</sup> (گویه‌های ۱۳ تا ۱۸) را بر روی مقیاس ۷ درجه‌ای از ۱ (تقریباً همیشه برای من غلط است) تا ۷ (تقریباً همیشه برای من درست است) می‌سنجد. نمره بخشش کلی از مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس، به ترتیب ۱۸ و ۲۶ است، و نمره بالاتر نشان‌دهنده تمایل بیشتر به بخشش در شرکت‌کننده. در این مقیاس، گویه‌های ۲، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵ و ۱۷ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نتیجه آلفای کرونباخ سه پژوهش تامپسون و همکاران (۲۰۰۵)، برای زیرمقیاس‌ها و بخشش کل، بالاتر از ۰/۷ شد، که حاکی از همسانی درونی خوب مقیاس مقبول بود. همچنین نتایج بازآزمایی هر زیرمقیاس در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار، و نشانه پایایی بازآزمایی خوب مقیاس بود (۴۳). نتایج روایی این مقیاس در مطالعه تامپسون و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان داد که میان این مقیاس و دیگر مقیاس‌های بخشش، از جمله پرسش‌نامه «بخشش خود و دیگران» ماگر و همکاران (r=۰/۶۲)، و پرسش‌نامه «بخشش چندبعدی» (MFI) (r=۰/۴۷) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه نیز در پژوهشی داخلی برای زیرمقیاس‌ها و مقیاس کل بالاتر از ۰/۷ به دست آمد (۵۹). در پژوهش بساک‌نژاد و همکاران سال ۱۳۹۲ روایی سازه و روایی هم‌گرای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۴۴ گزارش شده است (۶۰). ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس در پژوهش حاضر

2. discriminant

3. Hartland Forgiveness Scale

4. Forgiveness of Self

5. Forgiveness of Others

6. Forgiveness of Situation

1. General Health Questionnaire

توزیع نرمال می‌باشند. مفروضه دیگر عدم وجود داده‌های پرت و نامشخص است. پیش‌از محاسبات آماری، تمامی داده‌ها پیش‌پردازش، و مقادیر پرت و نامشخص اصلاح یا حذف شده‌اند. خطی بودن ارتباط بین متغیرهای مستقل، وابسته و میانجی دیگر مفروضه اصلی در معادلات ساختاری است. این مفروضه، توسط آزمون هم‌بستگی پیرسون ارزیابی، و وجود ارتباط خطی بین متغیرها ثابت شد. در نهایت حجم نمونه مطلوب نسبت به تعداد متغیرهای مطالعه نیز از مفروضات مدل است. با توجه به تعداد متغیرهای مدل، حجم نمونه تعیین‌شده براساس نظر کلاین (۶۱)، برای این مطالعه مناسب بود.

شاخص‌های برازش مدل تحقیق نشان می‌دهد که شاخص‌های CFI، GFI و NFI بزرگتر از ۰/۹، و شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۸ می‌باشد که به معنای برازش مطلوب مدل است. بررسی ارتباطات بین متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که رفتارهای سلامت‌محور دینی، اثر مستقیم و معنی‌داری بر سلامت روان‌شناختی ( $P=0/002$  و  $Beta=0/66$ ) و بخشش ( $P<0/001$  و  $Beta=0/47$ ) و اثر معکوس و معنی‌دار با پریشانی روان‌شناختی ( $P<0/001$  و  $Beta=-0/54$ ) دارد. بررسی اثر میانجی بخشش بر رابطه رفتارهای سلامت‌محور دینی و سلامت روان‌شناختی ( $P=0/021$  و  $Sobel=2/30$ ) نیز نشان می‌دهد که بخشش می‌تواند اثر میانجی بر رابطه رفتارهای سلامت‌محور دینی و سلامت روان‌شناختی داشته باشد. اما اثر متغیر میانجی نسبت به اثر مستقیم بسیار کمتر، و تنها ۱۵/۳٪ بر این رابطه مؤثر است. همچنین بررسی اثر بخشش بر سلامت روان‌شناختی ( $P=0/002$  و  $Beta=0/26$ ) مثبت و معنی‌دار است.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که رفتارهای سلامت‌محور دینی، بر سلامتی روان‌شناختی؛ رفتارهای سلامت‌محور دینی بر بخشش، و بخشش بر سلامت روان‌شناختی اثر مستقیم و معنی‌داری دارند ( $P<0/05$ ). همچنین، اثر رفتارهای سلامت‌محور دینی بر پریشانی روان‌شناختی، معکوس و معنی‌دار است ( $P<0/001$ ). نیز، رفتارهای سلامت‌محور دینی، بر سلامت روان‌شناختی (با میانجی‌گری بخشش) اثر غیرمستقیم، مثبت و معنی‌دار دارد ( $P<0/05$ ).

برای بخشش خود، دیگران، موقعیت‌ها و کل مقیاس، به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۱، ۰/۸۶ و ۰/۷۲ محاسبه شد.

در این مطالعه، برای توصیف متغیرهای کیفی از شاخص‌های فراوانی و درصد، و برای متغیرهای کمی از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار استفاده شد. به دلیل نرمال بودن توزیع نرمات پرسش‌نامه‌ها، از تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری<sup>۱</sup>، و برای بررسی اثر میانجی در مدل، از آزمون سوپل<sup>۲</sup> استفاده شد. جداول توصیفی توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و مدل‌سازی معادلات ساختاری نیز توسط نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۱ تهیه، و سطح معنی‌داری آماری در این مطالعه به میزان ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

مطالعه حاضر با شرکت ۲۹۶ نفر اجرا شد. ۲۴۶ خانم (۸۳/۱٪) و ۵۰ آقا (۱۶/۹٪)، با میانگین سنی ۲۳/۵۷، و انحراف معیار ۷/۴۶، در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۷ سال شرکت کردند. تحصیلات ۲۴۵ نفر (۸۲/۸٪) کارشناسی، ۴۸ نفر (۱۶/۲٪) کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۱/۰٪) دکتری بود. وضعیت تأهل ۲۲۸ نفر (۷۷/۰٪) مجرد، و ۶۸ نفر (۲۳/۰٪) متأهل بود، و در بین شرکت‌کنندگان ۲۶۰ نفر (۸۷/۸٪) بدون فرزند و ۳۶ نفر (۱۲/۲٪) دارای فرزند بودند.

در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسش‌نامه «رفتارهای سلامت‌محور دینی»  $66/88 \pm 12/23$  در دامنه ۲۱ تا ۹۳، نمره کل پرسش‌نامه «بخشش»  $80/78 \pm 12/96$  در دامنه ۴۶ تا ۱۲۶، نمره کل پرسش‌نامه «افسردگی، اضطراب و استرس»  $7/95 \pm 7/44$  در دامنه ۰ تا ۴۸، نمره بهزیستی روان‌شناختی  $51/98 \pm 9/98$  در دامنه ۱۹ تا ۷۹، و نمره درماندگی روان‌شناختی  $33/97 \pm 11/24$  در دامنه ۱۴ تا ۶۷ تغییر می‌کنند. تمامی متغیرهای مطالعه دارای چولگی و کشیدگی مطلوب هستند، و بررسی نرمال بودن توزیع آن‌ها نیز نشان می‌دهد که توزیع نرمال ( $P>0/05$ ) دارند (جدول ۱).

اجرای مدل مورد بررسی در این تحقیق، نیازمند بررسی مفروضات اجرای مدل‌سازی معادلات ساختاری است و مهم‌ترین مفروضه، نرمال بودن توزیع هر یک از متغیرهاست. در جدول ۲، توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاخص‌های چولگی و کشیدگی، نشان داده شد که تمامی متغیرها دارای

<sup>۱</sup>. Structural Equation Modeling

<sup>۲</sup>. Sobel Test

جدول (۱) خلاصه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

معنی‌داری P <sup>۱</sup>	کشدگی	چولگی	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	انحراف معیار	میانگین	
۰/۳۰۸	۰/۲۲	۰/۱۴	۴۲	۳	۸/۱۴	۳۲/۶۰	دین‌داری
۰/۳۱۰	۰/۲۷	۰/۱۴	۵۱	۱۲	۷/۸۰	۳۴/۲۷	رفتارهای سلامت‌محور دینی
۰/۲۸۱	۰/۳۷	۰/۲۵	۹۳	۲۱	۱۲/۲۳	۶۶/۸۸	رفتارهای سلامت‌محور دینی (نمره کل پرسش‌نامه)
۰/۳۵۴	۰/۱۲	۰/۱۱	۴۲	۱۳	۴/۷۳	۲۶/۷۱	بخشش خود
۰/۳۹۸	۰/۴۸	۰/۰۸	۴۲	۸	۵/۹۶	۲۶/۶۰	بخشش دیگران
۰/۲۳۵	۰/۱۹	۰/۲۸	۴۲	۱۴	۵/۳۰	۲۷/۴۰	بخشش موقعیت
۰/۱۶۷	۰/۱۷	۰/۴۳	۱۲۶	۴۶	۱۲/۹۶	۸۰/۷۸	بخشش (نمره کل پرسش‌نامه)
۰/۲۹۳	۰/۱۸	۰/۲۴	۷۹	۱۹	۹/۹۸	۵۱/۹۸	بهبودی روان‌شناختی
۰/۱۸۴	۰/۳۶	۰/۳۲	۶۷	۱۴	۱۱/۲۴	۳۳/۹۷	درماندگی روان‌شناختی
۰/۳۴۲	۰/۲۱	۰/۱۳	۱۲۷	۳۴	۱۰/۶۶	۸۵/۹۴	سلامتی روان‌شناختی (نمره کل پرسش‌نامه)
۰/۱۰۱	۰/۵۴	۰/۵۸	۴۸	۰	۷/۴۴	۷/۹۵	پریشانی روان‌شناختی

1. Kolmogorov-Smirnov Test of Normality

جدول (۲) خلاصه نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری

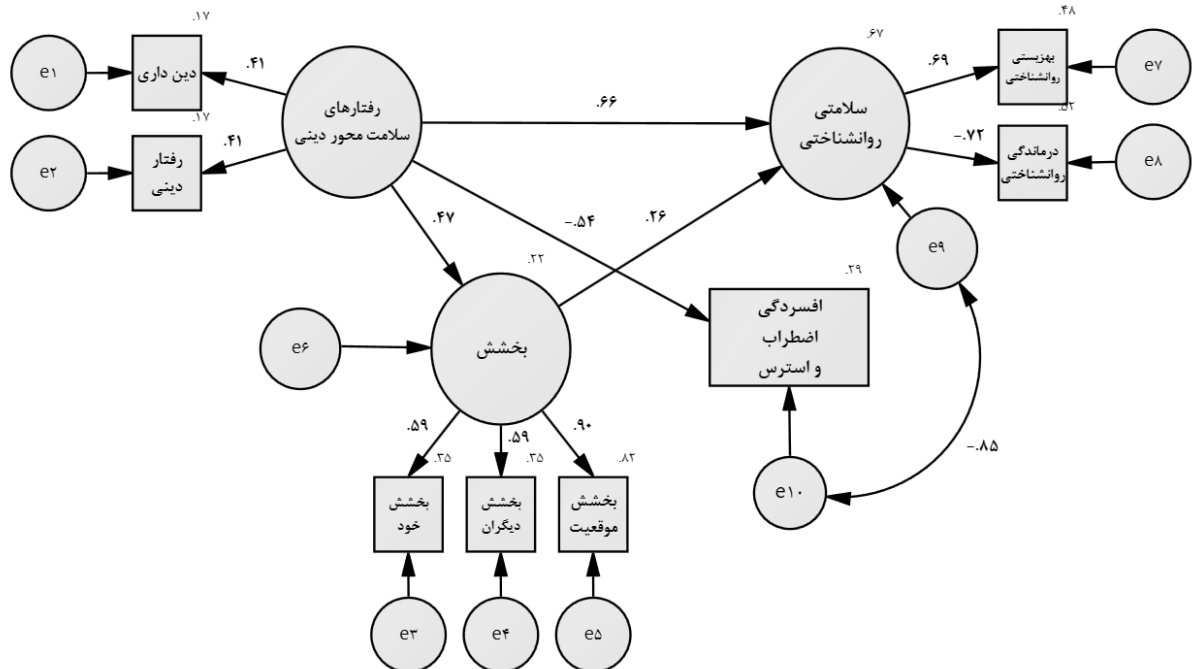
معنی‌داری P-value	انحراف استاندارد S.E.	ضریب مدل B	ضریب استاندارد شده Beta	مسیر
<۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۷۰	۰/۴۷	سلامت‌محور دینی بر بخشش
۰/۰۰۲	۰/۴۶	۱/۴۳	۰/۶۶	سلامت‌محور دینی بر سلامت روان‌شناختی
۰/۰۰۲	۰/۱۲	۰/۳۷	۰/۲۶	بخشش بر سلامت روان‌شناختی
		۱/۰۰	۰/۴۱	سلامت‌محور دینی بر رفتار دینی
<۰/۰۰۱	۰/۲۸	۱/۰۴	۰/۴۱	سلامت‌محور دینی بر دین‌داری
		۱/۰۰	۰/۶۹	سلامت روان‌شناختی بر بهبودی روان‌شناختی
<۰/۰۰۱	۰/۱۱	-۱/۱۸	-۰/۷۲	سلامت روان‌شناختی بر درماندگی روان‌شناختی
		۱/۰۰	۰/۹۱	بخشش بر بخشش موقعیت
<۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۷۴	۰/۵۹	بخشش بر بخشش دیگران
<۰/۰۰۱	۰/۰۷	۰/۵۸	۰/۵۹	بخشش بر بخشش خود
<۰/۰۰۱	۰/۳۵	-۱/۲۶	-۰/۵۴	سلامت روان‌شناختی بر پریشانی روان‌شناختی
معنی‌داری P	انحراف استاندارد S.E.	کواریانس Covariance	هم‌بستگی Correlation	
<۰/۰۰۱	۵/۶۱	-۲۱/۱۶	-۰/۸۵۴	سلامت روان‌شناختی و پریشانی روان‌شناختی

Chi-Sq.=25/748 , df.=16 , P=0/057 , Chi-sq./df.=1/611 , GFI=0/982 , NFI=0/958 , CFI=0/989 , RMSEA=0/041

جدول (۳) جدول اثرات مستقیم و غیرمستقیم مدل

معنی‌داری P-value	انحراف استاندارد	اندازه اثر	نوع اثر	مسیر
۰/۰۰۲	۰/۴۶	۱/۴۳	مستقیم	رفتارهای سلامت‌محور دینی بر سلامت روان‌شناختی
<۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۷۰	مستقیم	رفتارهای سلامت‌محور دینی بر بخشش

بخشش بر سلامت روان‌شناختی		
مستقیم	۰/۳۷	۰/۱۲
غیرمستقیم	۰/۲۶	-
رفتارهای سلامت‌محور دینی بر سلامت روان‌شناختی (میانجی‌گری بخشش)		
مستقیم	-۱/۲۶	۰/۳۵
رفتارهای سلامت‌محور دینی بر پریشانی روان‌شناختی		
آزمون سوبل: Sobel Test=۲/۳۰		



نمودار ۱. مدل ساختاری (ضرایب استاندارد شده)

می‌دهند که رفتارها و باورهای مذهبی، تأثیر مثبتی بر سلامت روان‌شناختی دارند. بنابراین رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روان‌شناختی در پژوهش‌های فراوانی تأیید شده است (۲۲، ۴۷).

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که رفتارهای سلامت‌محور دینی، شامل موضوعات حفظ سلامتی، عوامل سلامت، دارو و درمان، عوامل شادابی و شکوفایی، آداب خوردن و آشامیدن، پرخوری و تفریحات سالم و ورزش بود، که همه برگرفته از آیات و روایات و منبع اصلی آن کتاب مفاتیح الحیات است (۱۶). در واقع، این باورها و اعمال معنوی/مذهبی، می‌توانند از طریق مسیرهای شناختی یا رفتاری، بر سلامت روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارند (۲۳). بنابراین، باورها و اعمال مذهبی، با القای هدفمندی و امید، سلامت روان‌شناختی را در زندگی فرد افزایش می‌دهند (۲۵). همچنین، در افراد مذهبی، عملکرد روان‌شناختی بهتر گزارش شده است (۲۶)؛ زیرا اعمال مذهبی (مانند مشارکت در فعالیت‌های مذهبی از جمله نماز)، با پیامدهای سلامت روان‌شناختی، از جمله داشتن سطوح بالاتر رضایت از زندگی

میزان اثر دو مؤلفه دین‌داری و رفتار دینی، بر شاخص رفتارهای سلامت‌محور دینی، به یک میزان و معنی‌دار است. همچنین مؤلفه بخشش موقعیت، اثر معنی‌دار بیشتری بر شاخص بخشش نشان می‌دهد و مؤلفه‌های بخشش دیگران و بخشش خود، به میزان یکسانی مؤثر بوده‌اند. مؤلفه بهبودی روان‌شناختی، اثر مثبت و معنی‌دار، و مؤلفه درماندگی روان‌شناختی، اثر منفی و معنی‌دار بر شاخص سلامت روان‌شناختی نشان می‌دهند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی‌گر بخشش در پیش‌بینی پریشانی و سلامت روان‌شناختی بر اساس رفتارهای سلامت‌محور دینی بود. یافته اول نشان داد که رفتارهای سلامت‌محور دینی، اثر مثبت و معنی‌داری بر سلامت روان‌شناختی دارد. این یافته با پژوهش‌های حسینی (۵۹) و بشارت و همکاران (۱۵) - که بیان‌گر ارتباط مثبت میان رفتارهای سلامت‌محور دینی و سلامت روان‌شناختی است - هم‌سو بود. از طرفی پژوهش‌های دیگری (۴۳، ۴۵) نشان

(۶۲)، هیجان‌ناث مثبت (۲۷) و سطوح پایین‌تر افسردگی (۶۲) همراه است. دعا نیز به‌طور قابل توجهی سطوح استرس را کاهش می‌دهد و آرامش روانی را فراهم می‌کند (۶۲، ۴۶). به‌طور کلی، مذهب و معنویت (و در معنای کلی‌تر دین‌داری)، برنامه‌ای برای زندگی افراد تعیین می‌کند. این برنامه، حتی در جزئی‌ترین رفتارهای یک فرد مانند آداب خوردن و آشامیدن نیز دستوراتی دارد، که باعث افزایش سلامت روان‌شناختی می‌شود. به‌عنوان مثال، در بهداشت رفتار خوردن، امام حسن مجتبی (علیه‌السلام) می‌فرماید: «رعایت چند اصل از جمله بسم‌الله گفتن، شستن دست‌ها قبل از غذا، کوچک گرفتن لقمه، جویدن زیاد، کمتر نگاه کردن به‌صورت اطرافیان، راضی بودن، شکرگزاری و خوردن غذا از آنچه نزد توست مهم است.» همچنین، در رابطه با آداب خواب، پوشش، نظافت، تعامل با دیگران، تفکر و... نیز دستوراتی بیان شده است. از طرفی، هدف از این دستورات که همان تقرب به خدا و در نهایت داشتن زندگی بهتر اخروی و دنیوی است، بیان شده است. بنابراین، همه این عوامل و موارد دیگر، احساس انگیزه، امید، هدفمندی و میل به پیشرفت و داشتن سعادت دنیایی و آخرتی را افزایش می‌دهند، و در نهایت، باعث افزایش سلامت روان‌شناختی افراد می‌شوند. بنابراین رفتارهای سلامت‌محور دینی که برگرفته از میزان دین‌داری و معنویت افراد است، بر سلامت روان‌شناختی مؤثر است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که رفتارهای سلامت‌محور دینی، اثر معکوس و معنی‌دار بر پریشانی روان‌شناختی دارد. این یافته با پژوهش کیمی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۴) که به بررسی دین‌داری و پریشانی روان‌شناختی پرداخته، هم‌سو می‌باشد. با توجه به افزایش استرس در زمان کنونی، تقاضا برای خدمات بهداشت روانی افزایش یافته است. از طرفی دین‌داری دستورالعمل‌هایی برای چگونگی بهترین زندگی ارائه می‌دهد (۴۲). در واقع باورهای مذهبی که منجر به اعمال مذهبی می‌شوند، با پریشانی روانی ارتباط منفی دارند؛ به این معنی که هرچه اعتقادات مذهبی افراد، و ارتباط با خدای متعال قوی‌تر باشد، احتمال ابتلا به مشکلات روانی (از جمله اضطراب و افسردگی) کمتر می‌شود (51). همچنین، در این افراد خطر خودکشی، علائم اضطرابی و سطح استرس پایین‌تر است (۴۴). این یافته را شاید بتوان این‌گونه تبیین کرد که افراد مبتلا به پریشانی روان‌شناختی مانند اضطراب، استرس و افسردگی، معمولاً در سبک زندگی‌شان اشکالات و تغییراتی ایجاد شده

است. از طرفی، اصلاح سبک زندگی به‌عنوان هدف اولیه در درمان این افراد به کار می‌رود. بنابراین، رفتارهای سلامت‌محور دینی که موضوعات مختلفی از جمله بهداشت خواب، خوراک، پوشش، نظافت، نحوه تعامل اجتماعی و... را شامل می‌شود، می‌تواند در کاهش پریشانی روان‌شناختی این افراد مؤثر باشد. به‌عنوان مثال، در رابطه با آداب خوابیدن نیز توصیه می‌شود که به مکان، زمان و میزان آن توجه شود. در نتیجه، از بسیاری از زمان‌ها و شرایطی که خوابیدن باعث افزایش افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود، مانند خواب بین‌الطلوعین اجتناب شود. همچنین، در رابطه با سبک پوشش به‌عنوان یکی دیگر از برنامه‌های اصلاح سبک زندگی - که معمولاً برای افراد مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی توصیه می‌شود- آدابی ذکر شده است. این آداب، وقت گذاشتن برای رسیدگی به ظاهر، پوشیدن لباس‌های آراسته، نظافت آن‌ها و دوری از برخی پوشش‌ها در برخی محیط‌ها را شامل می‌شود. بنابراین، سبک پوشش که ممکن است در افراد دارای پریشانی روان‌شناختی مورد غفلت قرار گیرد، به‌عنوان یک عامل مهم و اثرگذار در افزایش سلامت روان‌شناختی، و کاهش پریشانی روان‌شناختی در نظر گرفته شده است. در نتیجه این یافته روشن شد که رفتارهای سلامت‌محور دینی، باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی می‌شود.

همچنین، نتایج نشان داد که رفتارهای سلامت‌محور دینی، اثر مثبت و معنی‌دار بر بخشش دارد. این یافته توسط پلانته<sup>۲</sup> (۴۲)، مولت<sup>۳</sup> و همکاران (۵۲)، میرمهدی و همکاران (۳۰)، ریه<sup>۴</sup> (۴۹) و هندریکس<sup>۵</sup> و همکاران (۵۰) - که در پژوهش خود به بررسی ارتباط دین‌داری و بخشش پرداخته‌اند- تأیید می‌شود. میان دین‌داری و بخشش، رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد و هرچه فرد دین‌دارتر باشد میل بیشتری به بخشش دارد (۵۲). به‌طور کلی، سنت‌های مذهبی و معنوی ارزش فضایل مختلفی را برجسته می‌کنند، که شامل بخشش، مهربانی، شفقت و غیره است. بنابراین، دین‌داری بالا با بخشش بیشتر همراه است که به‌نوبه خود موجب پریشانی روان‌شناختی کمتر و سلامت روان‌شناختی بیشتر می‌شود. در نتیجه، افرادی که سلامت روان‌شناختی پایین‌تری دارند، بخشندگی کمتری نسبت به افراد عادی دارند. از طرفی، افرادی که عفو و گذشت بالاتری در بُعد رفتاری دارند، در مقایسه با

<sup>2</sup>. Plante

<sup>3</sup>. Mullet

<sup>4</sup>. Rye

<sup>5</sup>. Hendricks

<sup>1</sup>. Kimhi

سلامت روان‌شناختی این افراد نمایان است (۳۶). بنابراین، این عوامل بر یکدیگر اثرگذارند و این اثرات را تشدید می‌کنند. در نهایت، این یافته روشن شد که بخشش، نقش میانجی را در رابطه بین رفتارهای سلامت‌محور دینی با سلامت روان‌شناختی ایفا می‌کند.

به‌طور کلی، این پژوهش با بررسی رفتارهای سلامت‌محور دینی، توانست گامی کوچک برای تبیین اهمیت این رفتارها و نقش آن‌ها در افزایش سلامت روان‌شناختی و کاهش پریشانی روان‌شناختی بردارد. همچنین، پرداختن به مفهوم بخشش نیز نشان داد که این مفهوم، نقش مهمی در سلامت روان‌شناختی دارد، و این نقش هم به‌صورت مستقیم و هم از طریق اثر میانجی بیان شد.

### محدودیت‌های پژوهش

از جمله مهم‌ترین محدودیت این پژوهش استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی بود. از طرفی، متغیرهای دینی نیازمند بررسی چندجانبه است، بنابراین بهتر است در پژوهش‌های آتی از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته برای سنجش بهتر آن‌ها استفاده شود.

### پیشنهاد‌های پژوهش

به پژوهشگران بعدی توصیه می‌شود:

۱) این پژوهش را در شهرهایی که بافت مذهبی قوی‌تری دارند، نیز انجام دهند؛ زیرا پژوهش فعلی در میان افراد شهر تهران انجام شده است. بنابراین، برای سنجش بهتر متغیرهای دینی و دریافت نتایج دقیق‌تر، استفاده از محیط‌های غنی‌تر دینی توصیه می‌شود.

۲) با توجه به اینکه ترویج رفتارهای سلامت‌محور دینی، یکی از قدم‌های درمان برخی از مشکلات روانی (خصوصاً افسردگی) است، توصیه می‌شود که پژوهشگران این حوزه، به بررسی این متغیر در افراد دارای افسردگی بپردازند. همچنین، در برنامه‌های درمانی خود از آن استفاده کنند و نتایج حاصل‌شده را گزارش دهند.

۳) از آنجایی که رفتارهای سلامت‌محور دینی، نقش پیشگیرانه نیز دارند، بهتر است که متخصصان بهداشت روانی، برنامه‌هایی تدوین کنند تا عموم مردم با این رفتارها آشنا شوند. همچنین، نحوه پیاده‌سازی آن‌ها را در زندگی روزمره فرا بگیرند.

۴) به دلیل تأثیر بسیار زیادی که بخشش در آسیب‌های

دیگران از افسردگی، اضطراب و مشکلات بین‌فردی کمتری برخوردارند. در واقع، زمانی که افراد دیگران را می‌بخشند، تغییراتی از جمله آرامش، رهایی از کینه و نفرت، و تبدیل افکار منفی به مثبت در آن‌ها ایجاد می‌شود. بنابراین، بخشش با جهت دادن مجدد به افکار، هیجانات و اعمال نسبت به فرد متخلف، به‌عنوان راهبردی مثبت برای کنار آمدن با تخلف استفاده می‌شود (۵۳).

در تبیین این فرضیه، این‌طور می‌توان بیان کرد که تعامل با دیگران، یکی دیگر از رفتارهای سلامت‌محور دینی است که دین برای آن دستوراتی قرار داده است. این توصیه‌ها، نیکی به والدین، همسر و غیره تا نحوه تعامل با دشمنان را شامل می‌شود. در نتیجه، یکی از رفتارهایی که در تعامل با دوستان و در برخی موارد در تعامل با دشمنان توصیه می‌شود، بخشش است؛ زیرا، هنگام بخشش، فرد ابتدا از هیجانات منفی (مانند خشم، ناامیدی) و نشخوارهای فکری در درون خودش رها می‌شود. در ادامه، این رفتار محبت‌آمیز باعث ایجاد همدلی نسبت به فرد خاطی می‌شود. در نهایت، همین عامل، زمینه‌دوری از رفتارهای اجتماعی ناسازگار را نیز فراهم می‌کند. افرادی که به توصیه‌های دین عمل کنند و رفتارهای سلامت‌محور دینی را در ابعاد مختلف زندگی‌شان به کار ببرند، زمانی که نیاز به بخشش و گذشت باشد، این رفتار دینی را نیز محور قرار می‌دهند. بنابراین، رفتارهای سلامت‌محور دینی، به‌صورت مثبت بر بخشش اثرگذار است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بخشش در رابطه بین رفتارهای سلامت‌محور دینی با سلامت روان‌شناختی، نقش میانجی دارد. این یافته به‌صورت مستقیم در پژوهش‌های پیشین بیان نشده است؛ اما با توجه به آنچه تاکنون گفته شد، رفتارهای سلامت‌محور دینی که برگرفته از دستورات دین، برای زندگی بهتر و ایده‌آل است، می‌تواند سلامت روان‌شناختی افراد را افزایش دهد. از طرفی، رفتارهای سلامت‌محور دینی، اثر مثبتی بر بخشش دارد. بنابراین، از پژوهش‌های مربوط به این یافته‌ها این‌گونه برداشت می‌شود که رفتارهای سلامت‌محور دینی، سلامت جسمی و روان‌شناختی افراد را افزایش می‌دهد. در نتیجه، فردی که سلامت روان‌شناختی بالاتری داشته باشد از بسیاری از هیجانات، افکار و رفتارهای منفی که موجب عدم‌بخشش می‌شود، فاصله دارد. در نهایت، هنگامی که در موقعیت‌هایی قرار گیرد که نیاز به از خودگذشتگی و بخشش باشد، آمادگی بیشتری دارد. متقابلاً پیامد این بخشش بیشتر، در افزایش

conflict and psychological distress? American Journal of Men's Health. 2018;12(4):688-95.

5. Di Blasi M, Salerno L, Albano G, Caci B, Esposito G, Salcuni S, et al. A three-wave panel study on longitudinal relations between problematic social media use and psychological distress during the COVID-19 pandemic. Addictive Behaviors. 2022;134:107430.

6. Singh A, Kumar D. Computer Assisted identification of Stress, Anxiety, Depression (SAD) in Students: A State-of-the-art review. Medical Engineering & Physics. 2022:103900.

7. Wuthrich VM, Belcher J, Kilby C, Jagiello T, Lowe C. Tracking stress, depression, and anxiety across the final year of secondary school: A longitudinal study. Journal of school psychology. 2021;88:18-30.

8. Sağmen SB YŞ, Baykan H, Özdemir M, Ceyhan BB. The effects of anxiety and depression on asthma control and their association with strategies for coping with stress and social acceptance. Retour au numéro. 2020;60(5):401-406.

9. Das B MK, Mahajan G, Sahoo RN. Spectroscopy based novel spectral indices, PCA-and PLSR-coupled machine learning models for salinity stress phenotyping of rice. Spectrochimica Acta Part A: Molecular and Biomolecular Spectroscopy. 2020;229:117983.

10. Weerakoon BS, Chandrasiri NR. Anxiety, depression, and stress among radiography undergraduates during the COVID-19 pandemic. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences. 2023;54(2):S29-S37.

11. Muhamad Robat R, Mohd Fauzi MF, Mat Saruan NA, Mohd Yusoff H, Harith AA. Why so stressed? A comparative study on stressors and stress between hospital and non-hospital nurses. BMC nursing. 2021;20(1):1-10.

12. Mirzaei A, Mozaffari N, Soola AH. Occupational stress and its relationship with spiritual coping among emergency department nurses and emergency medical services staff. International Emergency Nursing. 2022;62:101170.

13. Truong PT, Khong C-M, Pasipanodya E, Dirlikov B, Held M, Shem K. Characterizing Life Stress and Psychological Distress During Acute SCI: A Mixed Methods Analysis of Tele-CBT Notes. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022; 103(3): e20-e1.

14. Kushlev K DD, Diener E. Subjective well-being and Health behaviors in 2.5 million Americans. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2020;12(1):166-87.

15. Besharat MA HS, Jahed HA, Bahrami Ehsan H, Dortaj F. Introduce a new intervention model based on Islamic lifestyle for decreasing the risk of

اجتماعی و نحوه مواجهه با آن‌ها دارد، پیشنهاد ما این است که فعالان حوزه آسیب‌ها، این متغیر را در بافت افراد آسیب‌دیده مورد بررسی قرار دهند، موانع بخشش را استخراج کنند، و در نهایت در روش‌های درمانی با تمرکز بر این موانع به تسهیل بخشش بپردازند.

### قدردانی

نویسندگان مقاله، از کلیه شرکت‌کنندگان در اجرای پژوهش، کمال تشکر را دارند.

### ملاحظات اخلاقی

این پژوهش ملاحظات اخلاقی خاصی ندارد و همه شرکت‌کنندگان با رضایت کامل در اجرای آن مشارکت داشتند.

### حامی مالی

این پژوهش هیچ حامی مالی نداشته و هزینه آن توسط نویسنده اول تأمین شده است.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ تضاد منافی برای این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

### مشارکت مؤلفان

همه مؤلفان در نگارش و جمع‌آوری دیتا، و همه مراحل مشارکت فعال داشتند.

### References

1. Levine GN CB, Commodore-Mensah Y, Fleury J, Huffman JC, Khalid U, et al. Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2021;143(10):763-783.
2. Organization WH. Mental health: strengthening our response. 2018.
3. Hurley J, Lakeman R, Cashin A, Ryan T. The remarkable (Disappearing Act of the) mental health nurse psychotherapist. International Journal of Mental Health Nursing. 2020;29(4):652-60.
4. Spindelw JS, Joubert HE. Does experiential avoidance mediate the relationship between gender role

- cardiovascular disease in people at risk: A comparative study. *Journal of Religion and Health*. 2021;60(2):736-51.
16. Besharat M HS, Ehsan HB, Jahid H, Pajouh AN. Intervention model based on Islamic lifestyle and heart health. *Culture in Islamic University*. 2015; 2(17): 467-492. (Full Text in Persian)
17. Besharat M, Hosseini, SA. Psychometric Properties of the Religious Health Promoting Behaviors Inventory-16 among the Students of Tehran. *Religion and Health*. 2023;10(2):54-65. (Full Text in Persian)
18. Hosseini SA. Tarahy va azmon asarbakhshy modakhele fan khodakhahy dar moghable khodkhahy dar ertegha raftarha salamat dinei. *Culture in The Islamic University*. 2021;10(4):567-94. (Full text in persian)
19. Albers G EM, De Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Linden MH, Deliens L. Content and spiritual items of quality-of-life instruments appropriate for use in palliative care: A review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 40:290-300.
20. Ng GC, Mohamed S, Sulaiman AH, Zainal NZ. Anxiety and depression in cancer patients: the association with religiosity and religious coping. *Journal of religion and health*. 2017;56:575-90.
21. Baetz M, Bowen R, Jones G, Koru-Sengul T. How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2006;51(10):654-61.
22. Ellison CG, Burdette AM. Religion and the sense of control among US adults. *Sociology of Religion*. 2012;73(1):1-22.
23. Flannelly KJ, Ellison CG, Galek K, Koenig HG. Beliefs about life-after-death, psychiatric symptomology and cognitive theories of psychopathology. *Journal of Psychology and Theology*. 2008;36(2):94-103.
24. Kimhi S, Eshel Y, Marciano H, Adini B, Bonanno GA. Trajectories of depression and anxiety during COVID-19 associations with religion, income, and economic difficulties. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;144:389-96.
25. Sternthal MJ, Williams DR, Musick MA, Buck AC. Depression, anxiety, and religious life: A search for mediators. *Journal of health and social behavior*. 2010;51(3):343-59.
26. Al Zaben F KD, Sehlo MG, Al Shohaib S, Binzaqr SA, Badreg AM, et al. Religious involvement and health in dialysis patients in Saudi Arabia. *Journal of religion and health*. 2015;54:713-30.
27. Van Cappellen P, Edwards ME, Fredrickson BL. Upward spirals of positive emotions and religious behaviors. *Current Opinion in Psychology*. 2021;40:92-8.
28. Altmaier EM. Promoting positive processes after trauma: Academic Press; 2019.
29. Xie X, Tang X, Rapp H, Tong D, Wang P. Does forgiveness alleviate depression after being phubbed for emerging adults? The mediating role of self-esteem. *Comput Hum Behav*. 2020;109:106362.
30. Mirmehdi R KA, Moqtadaei K, Salamat M. The role of spirituality and forgiveness in psychological symptoms of patients with coronary heart disease. *Positive psychology research paper*. 2019;5(1):17-28. (Full Text in Persian)
31. Akhtar S, Barlow J. Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2018;19(1):107-22.
32. Cerci D, Colucci E. Forgiveness in PTSD after man-made traumatic events: A systematic review. *Traumatology*. 2018;24(1):47.
33. Kshtriya S, Kalayjian A, Lowe SR, Diakonova-Curtis D, Toussaint L. Exploring the association between forgiveness, meaning-making, and post-traumatic stress symptoms: The case of Hurricane Maria in Puerto Rico. *International Journal of Educational Research*. 2022;115:102020.
34. Gao F, Li Y, Bai X. Forgiveness and subjective well-being: A meta-analysis review. *Personality and Individual Differences*. 2022;186:111350.
35. Kaleta K, Mróz J. Forgiveness and life satisfaction across different age groups in adults. *Personality and Individual Differences*. 2018;120:17-23.
36. Demirchi AS MN, Fayazi M, Afsar A. Investigating the relationship between psychological well-being and religious orientation and forgiveness in students of Mohaghegh Ardabili University. *Research in religion and health*. 2017;3(2):20-30. (Full Text in Persian)
37. Wai ST, Yip T. Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: Implication for interpersonal theory of depression. *Personality and Individual Differences*. 2009;46(3):365-8.
38. Tabatabaei M. Tafsir almizan. Motarjem: Mohama Bagher Mosavei. Qom: Daftar entesharat eslamei. 2003. (Full Text in Persian)
39. Spoorthy MS PS, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. 51: 102-119.
40. Solhjo R NS, Almardani some S. Barassy naghsh amalkard khanevade va behzisty ravanshenakhty. Fasname ravanshenasi va olome raftary Iran. 2020;23(5):146-56. (Full Text in Persian)
41. Xiong A LX, Wu S, Yuan X, Tang J, Chen J, Liu Y, Hu M. Relationship between cognitive fusion,

experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:655154.

42. Plante TG. Five spiritually based tools for clinical practice during challenging s, and apocalyptic times. *Spirituality in Clinical Practice*. 2022;9(4):1-16.

43. Papaleontiou-Louca E. Effects of religion and faith on mental health. *New ideas in psychology*. 2021;60:100833.

44. Koenig HG. Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2001;31(1):97-109.

45. Alagheband M MMS, Yassini Ardekani SM, Fallahzadeh H, Rezaei MR, Yavari MR, et al. The impact of religious cognitive behavioural therapy (RCBT) on general health among Iranians. *Mental Health, Religion & Culture*. 2019;22(1):73-81.

46. Lucchese FA KHR, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 2013;28(1):103-28.

47. Del Castillo FA DCC, Koenig HG. Associations between Prayer and Mental Health among Christian Youth in the Philippines. *Religions*. 2023;14(6):1-16.

48. Houshian N MS, Bagherzadeh-Homaei N, Solhjou H. The Effectiveness of Spiritual-Religious Interventions in Emotions, Resentment and Forgiveness in Women with Experience of Emotional Abuse by the Spouse. *Research on religion & health*. 2022;8(1):53-64. (full text in persian)

49. Rye MS. Transforming suffering through forgiveness: A religious coping approach. *Spirituality in Clinical Practice*. 2022;9(1):20.

50. Hendricks JJ, Chelladurai JM, Marks LD, Dollahite DC, Kelley HH, Rose AH. Exploring personal and relational motivations and processes of forgiveness in religious families. *Family Relations*. 2023;72(3):1014-31.

51. Abdollahpur M KA, Bakhtiari M, Masjedi-Arani A, Khesali M. The Relationship of Spiritual Well-Being with Depression, and Anxiety among General Population, Hospital Staff, and Health Center Staff during the Coronavirus Pandemic. *Research on religion & health*. 2022;8(Supplement):88-99.

52. Mullet E, Barros J, Veronica Usaï LF, Neto F, Rivièrè Shafighi S. Religious involvement and the forgiving personality. *Journal of personality*. 2003;71(1):1-19.

53. khojaste kashani a, bakhshi mohebi m. Study of forgiveness in Islam and its Relationship with Mental Health. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2018;7(9):213-28.

54. Pourafshari R, Rezapour T, Rafei P, Hatami J. The role of depression, anxiety, and stress in problematic smartphone use among a large sample of iranian population. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2022;10:100436.

55. Carrà G CC, Bartoli F, Riboldi I, Sampogna G, Luciano M, et al. Were anxiety, depression and psychological distress associated with local mortality rates during COVID-19 outbreak in Italy? Findings from the COMET study. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;152:242-249.

56. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-43.

57. Sahibi A AM, Salari Res. Validation of Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) for Iranian population. *Transformational psychology: Iranian psychologists*. 2005;1(4):36-54. (Full Text in Persian)

58. Besharat M. Reliability and validity of the 28-question mental health scale in the Iranian population. *Journal of Forensic Medicine of Iran*. 2009;15(2):87-91. (Full Text in Persian)

59. Kashanaki H, Besharat MA. Quality of Interpersonal Relationships Based on Self-Forgiveness, Other-Forgiveness and Position-Forgiveness. *Journal of Psychological Science*. 2018;17(68):409-17.

60. Siadatian Arani SH AM, faramarzi S, norouzi G & Spencer LJ. The Effect of Training Based on the Flourishing Psychological Model on Forgiveness in Mothers of Students with Hearing Loss. *Journal of Family Research*. 2023;19(2):255-270. (Full text in persian)

61. Kline B. Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.). Guilford Press. 2016.

62. You S, Yoo JE, Koh Y. Religious practices and mental health outcomes among Korean adults. *Personality and Individual Differences*. 2019;142:7-12