



Investigating the role of religiosity on general health components among Young women in Tehran

Atefeh ShakibaRad¹ 

1. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: atefeh.shakibarad@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 01 January 2025

Received in revised form 29 January 2025

Accepted 05 March 2025

Published Online 26 December 2025

Keywords:

religiosity,
general health,
physical complaints,
anxiety,
depression,
social incompatibility

ABSTRACT

Background: General health, encompassing physical, mental, and social dimensions, is vital for individual and societal well-being. Its improvement in young women holds amplified importance given their pivotal role in society. In this context, religious adherence, as a predictor variable, can influence general health components. However, comprehensive studies precisely examining this relationship and its underlying mechanisms among young women in Tehran are limited.

Aims: The present study aimed to investigate the role of religious adherence on components of general health among young women in Tehran.

Methods: This was an applied, descriptive-correlational study. The statistical population comprised young women (18-35 years old) residing in Districts 2 and 16 of Tehran in 2024. A sample of 384 participants was selected using multi-stage cluster sampling followed by simple random sampling. Data were collected using the Five Dimensions of Religiosity Questionnaire (Glock & Stark, 1974) and the General Health Questionnaire (Goldberg, 1972). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Pearson correlation and multiple regression) in SPSS version 26 at a significance level of 0.05.

Results: The results indicated that religiosity had a negative correlation with general health components, including somatic symptoms, anxiety, depression, and social dysfunction. Furthermore, multiple regression analysis revealed that the four dimensions of religiosity (belief, emotional, consequential, and ritualistic) collectively had a significant effect on young women's general health ($p < 0.002$). These dimensions were able to explain 11.7% of the variance in the general health of young women in Tehran.

Conclusion: Religiosity is positively associated with promoting women's general health. Accordingly, by strengthening religiosity, it can be utilized as a calming factor and a reducer of anxiety and depression. Therefore, it is suggested that policymakers and mental health professionals design and implement intervention programs and educational courses based on religious values to comprehensively promote the mental health of young women.

Citation: ShakibaRad, A. (2025). Investigating the role of religiosity on general health components among Young women in Tehran. *Journal of Psychological Science*, 24(155), 113-127. [10.61186/jps.24.155.8](https://doi.org/10.61186/jps.24.155.8)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 155, 2025

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.24.155.8](https://doi.org/10.61186/jps.24.155.8)



✉ **Corresponding Author:** Atefeh ShakibaRad, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: atefeh.shakibarad@iau.ac.ir, Tel: (+98) 9123265365

Extended Abstract

Introduction

The health and well-being of youth, particularly women, are of fundamental importance due to their pivotal roles in family and society (Suarez et al., 2025; Hallam et al., 2022). However, young women in Iranian society face specific challenges, including patriarchal structures that predispose them to violence and depression (Sharifi Saei & Azadarmaki, 2021), gender-biased perspectives in culture and media (Short & Zacker, 2022), and the confinement of social roles to domestic affairs (Burgess et al., 2022). These factors contribute to higher stress levels and increased prevalence of depression and anxiety among women (Klemendi & Gemini-Gashi, 2022). Consequently, attention to individuals' health, in line with the UN Millennium Development Goals (Lily et al., 2023) and the principles of the Constitution of the Islamic Republic of Iran (Abbasi et al., 2014), is a primary concern for policymakers.

The concept of health has evolved from a mere absence of disease to a comprehensive and continuous spectrum that necessitates active cultivation and collective participation, emphasizing protective social, economic, and cultural factors (Sofizadeh et al., 2022; Vanderlinden & Schrijver, 2022; Hill-Briggs et al., 2020). General health, as a key component of this concept, encompasses physical, mental, and social dimensions, focusing on reducing negative emotions and preventing pathological symptoms (Oskrami, 2023; Kirkbride et al., 2024). Alongside numerous factors influencing health, religiosity, defined as a set of beliefs and practices related to supernatural forces (Abdulkhalik et al., 2024; Iwu et al., 2024; Kolman et al., 2018; Abdullah, 2018), has consistently been a focus of researchers as a predictive variable.

Numerous domestic and international studies emphasize the positive impact of religiosity on general and mental health, including the promotion of physical and mental well-being, increased life satisfaction, and enhanced stress coping abilities in women (Ali & Salem, 2024; Hajiyousef & Bulut, 2021; Abdollahpour et al., 2025; Sharifiani & Alavi Nia, 2024). However, some studies have yielded

divergent results; for instance, the absence of a significant correlation between general health and religious attitude (Kashfi et al., 2015), or the distinction between extrinsic religiosity (positively correlated with anxiety) and intrinsic belief (negatively correlated with anxiety and depression) (Kezdi et al., 2010), as well as the varying impact of religiosity on individuals' health depending on their experiences (Speed, 2017). These contradictions highlight the necessity for a more comprehensive and localized investigation into the role of various dimensions of religious adherence on general health components, particularly among young women in Tehran, considering their unique cultural and social characteristics. Therefore, the present study aimed to examine this relationship.

Method

The present study was applied in terms of purpose and descriptive-correlational in nature. The statistical population consisted of all young women (18-35 years old) residing in Districts 2 and 16 of Tehran in 2024. A sample size of 384 participants was determined using Cochran's formula for increased assurance. Multi-stage cluster sampling was employed, involving the random selection of neighborhoods and blocks, followed by simple random sampling of eligible individuals based on inclusion criteria (age, residency, informed consent, and ability to respond). Exclusion criteria included unwillingness to cooperate, self-reported history of severe psychiatric disorders, and incomplete questionnaires. Collected data were analyzed using SPSS version 26, employing descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency) and inferential statistics (Kolmogorov-Smirnov test for normality, Pearson correlation coefficient for relationship assessment, and multiple regression analysis for prediction) at a significance level of 0.05.

Data were collected using the General Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg, 1972) and the Five Dimensions of Religiosity Scale (Glock & Stark, 1974). The GHQ-28 is a 28-item questionnaire assessing somatic symptoms, anxiety, sleep, and social dysfunction, scored on a 4-point Likert scale (0-3), with total scores from 0-84 (higher scores indicating better mental health). Its reliability was

0.81 (Cronbach's alpha) in the current study, consistent with previous high reliability reports. The 26-item Five Dimensions of Religiosity Scale measures belief, emotional, ritualistic, and consequential dimensions using a 5-point Likert scale (0-4), with total scores from 0-104 (categorized as low, moderate, or high religiosity). This scale demonstrated appropriate validity in the current study, with Cronbach's alpha above 0.70 for all dimensions, aligning with its established psychometric properties.

Results

Among the 384 young female respondents, the majority (76.3%) were aged between 23 and 28 years. Religiosity results indicated that 60.5% of women scored high in religiosity, while 33.2% showed moderate levels. The overall mean religiosity score

was 3.22 (on a 0-4 Likert scale), with dimensional means ranging from 3.23 (belief) to 3.51 (consequential), suggesting an above-average religiosity status across all dimensions among young women in Tehran's Districts 2 and 16. Regarding general health, the overall mean was 21.21 with a standard deviation of 8.25. Subscale means were 6.45 for somatic symptoms, 6.21 for anxiety and sleep disturbance, 5.61 for social dysfunction, and 5.46 for severe depression. Considering a cutoff score of 6 for pathological symptoms, young women showed appropriate levels in social dysfunction and severe depression. However, their status concerning somatic complaints, anxiety, and insomnia was evaluated as unfavorable. Overall, the general health of young women in these districts, with a mean of 21.22 ($p < 0.01$) and a cutoff point of 22, was estimated to be unfavorable and below the community average.

Table 1. Matrix of Correlation Coefficients Between Research Variables (Religiosity with General Health Variables)

Variable		Somatic Symptoms	Anxiety	Depression	Social Dysfunction	Total General Health
Religiosity Variables	Belief	-0/105	-0/124	-0/098	-0/087	-0/231
	Emotional	-0/201	-0/175	-0/034	-0/106	-0/222
	Consequential	-0/057	-0/184	-0/037	-0/064	-0/117
	Ritualistic	-0/105	-0/124	-0/098	-0/087	-0/231
	Total Religiosity	-0/221	-0/231	-0/248	-0/121	-0/249

Based on the results presented in Table 1, religiosity showed a negative correlation with components of general health, including somatic symptoms, anxiety, depression, and social dysfunction. The matrix of correlation coefficients between the research variables is provided below. Overall, the results indicate a positive and significant relationship

between the religiosity variable and general health. Furthermore, the dimensions of religiosity, including belief, emotional, consequential, and ritualistic, demonstrated significant correlations with general health. Conversely, the dimensions of general health also showed significant correlations with religiosity.

Table 2. Statistics of Multiple Regression Analysis for General Health

Variable	B	Beta	t	Sig.	F	sig
Belief	0/142	0/216	3/25	0/001	5/673	0/002
Emotional	0/158	0/245	4/65	0/001		
Consequential	0/171	0/210	3/48	0/001		
Ritualistic	0/189	0/243	4/21	0/001		
Multiple Correlation Coefficient				-0.249		
Adjusted R-squared				0/001		

The results from Table 2 indicate that, collectively, the four dimensions of religiosity (belief, emotional, consequential, and ritualistic) had a significant effect on general health. Ultimately, the regression analysis demonstrated that 11.7% of the variance in the general health of young women in Tehran could be

explained by the religiosity variable (belief, emotional, consequential, and ritualistic dimensions).

Conclusion

The present study aimed to investigate the relationship between religious commitment and general health among young women in Districts 2 and

16 of Tehran. Findings revealed that despite a favorable level of religious commitment among the majority of participants, their overall general health status was not considered optimal; specifically, indicators of somatic complaints, anxiety, and insomnia were reported as unfavorable. Nevertheless, analyses confirmed an inverse and significant relationship between religious commitment (including behavioral, emotional, and cognitive dimensions) and general health symptoms, explaining 11.7% of the variance in general health. These overall findings, indicating a positive and inverse relationship between religiosity and general health symptoms, are largely consistent with a significant portion of national and international research, including Kashfi et al. (2015), Hajiyousef and Bulut (2021), and Abdulkhalik et al. (2024), who have highlighted the role of religiosity as a protective resource in promoting mental health.

From a theoretical explanatory perspective, these results can be understood by emphasizing the role of religiosity in fostering family well-being (Sharifani & Alavi-Nia, 2024) and increasing social support (Sofizad et al., 2022). Furthermore, as a calming and stress-reducing factor, religion provides peace and hope by instilling purpose and meaning in life and enhancing trust in God (Evo et al., 2024), which significantly contributes to individual and social health. These explanations, consistent with the present study's findings, affirm the role of religiosity in reducing depression and improving general health. However, it is crucial to note that despite the observed optimal level of religiosity, indicators for somatic complaints, anxiety, and insomnia remained unfavorable. This finding may stem from the complex interplay of religiosity with other environmental and individual factors, such as social stigma surrounding mental health issues (Ali & Saleem, 2024; Hajiyousef & Bulut, 2021) and the stresses arising from multiple roles and gendered perceptions among young women in Tehran (Sharifi Saei & Azadarmiaki, 2021). This research emphasizes religion as a comprehensive value system and a powerful support for individual

and social health, aligning with national laws (Abbasi et al., 2014) and UN Sustainable Development Goals (Lilly et al., 2023) (Abdollahpour et al., 2025). Given the correlational nature of the research and reliance on self-reported data, it is suggested that, in addition to correlational studies, religious enrichment courses and interventions based on religious values be designed and implemented for young women to leverage religion's potential in comprehensively improving the health of this vital demographic.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: Throughout all stages of this research, principles of originality, honesty, and integrity were strictly observed..

Funding: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contribution: The sole author approved the final manuscript and agrees with all aspects of the work.

Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Acknowledgments: The author extends sincere gratitude to all individuals who participated in this research.



بررسی نقش پابندی دینی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی در بین زنان جوان شهر تهران

عاطفه شکیباراد[✉]

۱. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۲

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۵

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۰/۰۵

کلیدواژه‌ها:

پابندی دینی،

سلامت عمومی،

شکایت جسمانی،

اضطراب،

افسردگی،

ناسازگاری اجتماعی

زمینه: سلامت عمومی، که ابعادی چون سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد، برای رفاه فردی و اجتماعی حیاتی است و بهبود آن در زنان جوان، با توجه به نقش کلیدی‌شان در جامعه، اهمیت مضاعفی دارد. در این راستا، پابندی دینی به عنوان یک متغیر پیش‌بین، می‌تواند بر مؤلفه‌های سلامت عمومی تأثیرگذار باشد، اما مطالعات جامعی که به بررسی دقیق این رابطه و سازوکارهای آن در میان زنان جوان شهر تهران پرداخته‌اند، محدود است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پابندی دینی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی در بین زنان جوان شهر تهران انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با ماهیت توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل زنان جوان (۱۸-۳۵ سال) مناطق ۲ و ۱۶ تهران در سال ۱۴۰۳ بودند که از میان آن‌ها نمونه‌ای ۳۸۴ نفری با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و سپس تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ابعاد پنجگانه دینداری (گلاک و استارک، ۱۹۷۴) و پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) در SPSS نسخه ۲۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که دینداری همبستگی منفی با مؤلفه‌های سلامت عمومی شامل شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره حاکی از آن بود که ابعاد چهارگانه دینداری (اعتقادی، عاطفی، پیامدی و مناسکی) در مجموع تأثیر معنی‌داری بر سلامت عمومی زنان جوان داشته‌اند ($p < 0/002$). این ابعاد قادر به تبیین ۱۱/۷ درصد از واریانس سلامت عمومی زنان جوان تهرانی بودند.

نتیجه‌گیری: دینداری ارتباط مثبتی با ارتقای سلامت عمومی زنان دارد. بر این اساس، با تقویت دینداری می‌توان از آن به عنوان عاملی آرامش‌زا و کاهش‌دهنده اضطراب و افسردگی بهره گرفت. لذا، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و متخصصان سلامت روان، برنامه‌های مداخله‌ای و دوره‌های آموزشی مبتنی بر ارزش‌های دینی را برای ارتقای جامع سلامت روان زنان جوان طراحی و اجرا نمایند.

استناد: شکیباراد، عاطفه (۱۴۰۴). بررسی نقش پابندی دینی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی در بین زنان جوان شهر تهران. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۵، ۱۱۳-۱۲۷.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۵، ۱۴۰۴. DOI: [10.61186/jps.24.155.8](https://doi.org/10.61186/jps.24.155.8)



© نویسنده‌گان.

مقدمه

سلامت و رفاه جوانان در هر جامعه‌ای از اهمیت بنیادین برخوردار است، چرا که این قشر، سرمایه انسانی حال و آینده کشور محسوب می‌شوند (سوارز و همکاران، ۲۰۲۵). در این میان، زنان به دلیل نقش‌های چندگانه و حیاتی خود در خانواده و جامعه، از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند. آن‌ها نه تنها پرورش‌دهنده نسل آینده و انتقال‌دهنده ارزش‌های اجتماعی و خانوادگی هستند، بلکه به دلیل مواجهه با چالش‌های خاص فرهنگی و اجتماعی، نیازمند توجه مضاعف به سلامت عمومی‌شان هستند (هلام و همکاران، ۲۰۲۲). ساختار سنتی خانواده‌های ایرانی که گاه بر آموزه‌های پدرسالاری استوار است، می‌تواند زنان را در معرض خشونت قرار داده و آن‌ها را سه تا چهار برابر بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی قرار دهد (شریفی ساعی و آزادارمکی، ۱۴۰۰). علاوه بر این، نگاه‌های جنسیت‌زده در فرهنگ و رسانه‌ها، همراه با روابط همسالان، می‌تواند به کاهش شاخص‌های سلامت عمومی زنان منجر شود (شورت و زاکر، ۲۰۲۲). سنت دیرینه‌ای که نقش اجتماعی زنان را انکار کرده و آن‌ها را صرفاً به خانه، همسراری و پرورش فرزند محدود می‌کند، عاملی مخرب بر سلامت عمومی آن‌هاست (بارگس و همکاران، ۲۰۲۲). هرچند تغییراتی در نقش‌های جنسیتی ایجاد شده و مردان نیز در تربیت و مراقبت از کودکان و کارهای خانه مشارکت بیشتری دارند، اما زنان همچنان با میزان قابل توجهی از استرس بیشتر نسبت به مردان مواجه هستند که منجر به افسردگی و حملات اضطرابی می‌شود (کلمندی و جمینی-گاشی، ۲۰۲۲).

توجه به سلامت افراد، از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در سطوح ملی و بین‌المللی است. اهمیت این موضوع تا بدان حد است که چهار هدف از اهداف هزاره سوم سازمان ملل (تصویب شده در سال ۲۰۰۰) به طور مستقیم و دو هدف به طور غیر مستقیم به سلامتی افراد ارتباط دارد (للی و همکاران، ۲۰۲۳). در سطح ملی نیز، مطابق اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از تأمین اجتماعی و خصوصاً خدمات بهداشت و درمان و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه، حق همگانی شمرده شده و تأمین آن بر عهده دولت گذاشته شده است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳).

مفهوم "سلامت"^۱ که تا مدت‌ها صرفاً با اتکا به نقطه مقابل خود، یعنی بیماری تعریف می‌شد، امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌انگار و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، پیوستاری جامع را شامل می‌شود (سوفی زاده و همکاران، ۲۰۲۲). این تعریف جدید بر سه اصل کلیدی استوار است: اولاً، سلامت حالتی انفعالی نبوده و نیازمند پرورش است؛ ثانیاً، افراد، گروه‌ها، اجتماعات، محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم باشند؛ و ثالثاً، با رویکردی کلان‌نگر، به نقش شاخص‌ها و عوامل محافظت‌کننده در سلامت توجه خاص شود (واندرلیدن و اسکرایمر، ۲۰۲۲). با این تعریف، میزان سلامت ارتباط تنگاتنگی با روابط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی محیط اطراف زندگی افراد پیدا می‌کند (هیل-بریگز و همکاران، ۲۰۲۰). سلامت عمومی^۲، به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های یک زندگی سالم، شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است که عوامل بی‌شماری در شکل‌دهی صحیح یا ناصواب آن دخیل هستند (اسکرمی، ۲۰۲۳). شاخص‌های سلامت عمومی بیش از همه به سلامت روانی افراد توجه دارد؛ به گونه‌ای که سلامت روان در پی آن است که احساسات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی کم‌رنگ گشته و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد پیشگیری به عمل آید (کرکبراید و همکاران، ۲۰۲۴).

در کنار عوامل متعدد مؤثر بر سلامت عمومی، دینداری^۳ به عنوان یک متغیر پیش‌بین، همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است (عبدخالق و همکاران، ۲۰۲۴). دین، مجموعه‌ای از عقاید، اخلاق، قوانین و مقررات برای اداره امور جامعه انسانی و پرورش انسان‌ها است از منظر لغوی، دین^۴ بر پیوند پایدار و نزدیک با نیروهای فوق طبیعی دلالت می‌کند (ایو و همکاران، ۲۰۲۴). گرایش دینی دربرگیرنده تمایل عمقی به باورهای دینی و عمل به آن در چهارچوب هنجارهای رایج و پذیرفته‌شده در جامعه است؛ به عبارتی، آمادگی‌های ذهنی و جسمی شهروندان برای مشارکت در برگزاری و اجرای مناسک و شعایر دینی است (کولمان و همکاران، ۲۰۱۸). فرد دیندار با یک منبع آفرینش که بر زندگی بشر و امور طبیعی تأثیر دارد، ارتباط برقرار می‌کند (عبداله، ۲۰۱۸).

چگونگی ارتباط میان دین و سلامت روان در قالب مدل‌های نظری متعددی چارچوب‌بندی شده است (سیلور، ۲۰۱۹؛ کونینگ، ۲۰۱۳؛ هس، ۲۰۱۴؛

³. Religiosity

⁴. Religare

¹. Health

². General Health

شیمین و همکاران، ۲۰۱۲). این مدل‌ها بر فرآیندهای روانشناختی و اجتماعی به‌عنوان عوامل تبیین‌کننده این رابطه تأکید دارند (جورج و همکاران، ۲۰۰۲). از منظر اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های دینی، به‌ویژه حضور در مراسم عبادی، از طریق تقویت منابعی چون حمایت اجتماعی، انسجام گروهی و گسترش شبکه‌های تعاملی، به بهبود سلامت روان کمک می‌کند (هیوارد و کراوس، ۲۰۱۴). در سطح روانشناختی، باورها و اعمال دینی از چند طریق ایفای نقش می‌کنند: این باورها به افراد در ارزیابی و مقابله مؤثر با استرس‌های زندگی یاری می‌رسانند (جیمز و ولز، ۲۰۰۳؛ پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۸) و از طریق سازوکارهایی چون معنابخشی به زندگی، تقویت باور به کنترل، و تسهیل خودتنظیمی، تأثیرات مثبتی بر سلامت روان دارند (استگر و فریزر، ۲۰۰۵). افزون بر این، ترویج سبک زندگی و رفتارهای سالم نیز به عنوان یکی دیگر از مسیرهای تأثیرگذاری دین بر سلامت روان شناخته می‌شود (لوین و چترز، ۱۹۹۸).

پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی بر تأثیر میزان دینداری بر سلامت عمومی و روانی تأکید نموده‌اند (علی و سالم، ۲۰۲۴؛ حاجیوسف و بولوت، ۲۰۲۱؛ عبدالله پور و همکاران، ۱۴۰۴؛ شریفیانی و علوی نیا، ۱۴۰۳). نتایج پژوهش شریفیانی و علوی نیا (۱۴۰۳) نشان می‌دهد دینداری زنان با مؤلفه‌های اخلاقی و معنوی، ارتقاء سلامت جسمی و روانی، افزایش رضایت از زندگی و توانایی مقابله با استرس همراه می‌باشد. با این حال، برخی مطالعات نیز نتایج متفاوتی را ارائه داده‌اند. برای مثال، کشفی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود بین نمره سلامت عمومی و نگرش مذهبی دانشجویان ارتباط معنی‌داری به دست نیاوردند. همچنین، کزیدی و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند داشتن شکل مذهبی (ظاهری) همبستگی مثبت با اضطراب و افسردگی دارد، در حالی که داشتن اعتقاد مذهبی (باطنی) رابطه منفی با اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد. اسپید (۲۰۱۷) نیز بیان می‌کند که دینداری تأثیر یکسانی بر سلامتی همه افراد ندارد و میزان ارتباط آن با سلامت عمومی افراد با تجربیات، آموخته‌ها و میزان ایمان آنان متفاوت است. در یک پژوهش طولی گسترده که به مدت ۹ سال به طول انجامید، پراتی (۲۰۲۴) با استفاده از داده‌های یک نمونه بزرگ از بزرگسالان آلمانی و با بهره‌گیری از مدل آماری پیشرفته پانلی متقاطع-تأخیری (RI-CLPM)، به بررسی رابطه علی و دوسویه میان ابعاد مختلف دینداری و سلامت روان پرداخت. نتایج این مطالعه، برخلاف بسیاری از

پژوهش‌های مقطعی، شواهد قابل توجهی برای اثرات تأخیری دینداری بر بهبود شاخص‌های سلامت روان (شامل علائم افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی) در طول زمان پیدا نکرد. همچنین، تأثیر سلامت روان بر تغییرات بعدی در میزان دینداری نیز بسیار محدود بود. با این حال، تحلیل‌ها در سطح بین-فردی نشان داد که یک همبستگی پایدار و خصیصه‌مانند میان دینداری و سلامت روان وجود دارد؛ به این معنا که افرادی که دیندارتر هستند، به طور کلی از نظر سلامت روان نیز با دیگران تفاوت دارند، اما این ارتباط لزوماً یک رابطه علی و طولی را نشان نمی‌دهد. این یافته‌های متناقض، لزوم بررسی دقیق‌تر و بومی‌تر این رابطه را ضروری می‌سازد.

بنابراین بهبود سلامت عمومی زنان جوان شهر تهران، با توجه به نقش محوری آن‌ها در خانواده و جامعه و مواجهه با استرس‌های ناشی از نقش‌های چندگانه و دیدگاه‌های جنسیت‌زده، از اهمیت بالایی برخوردار است. در این میان، پابندی دینی می‌تواند به عنوان یک عامل مداخله‌گر و محافظت‌کننده، به تعادل نقش‌های خانوادگی و اجتماعی و ارتقای سلامت عمومی و روانی این قشر کمک کند، چرا که سلامت مادران مستقیماً بر سلامت خانواده و نسل آینده تأثیرگذار است. با وجود پژوهش‌های متعدد در زمینه رابطه دینداری و سلامت، خلاء پژوهشی در بررسی جامع و عمیق نقش ابعاد مختلف پابندی دینی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی به صورت خاص در بین زنان جوان شهر تهران، با در نظر گرفتن ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی منحصربه‌فرد این جمعیت، همچنان مشهود است. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش پابندی دینی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی در بین زنان جوان شهر تهران بود.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این پژوهش از نظر هدف، یک مطالعه کاربردی و از نظر ماهیت، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان جوان (۱۸ تا ۳۵ سال) ساکن مناطق ۲ و ۱۶ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بوده و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و برای اطمینان بیشتر، ۳۸۴ نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد که طی آن ابتدا محلات و بلوک‌ها به صورت تصادفی و سپس افراد واجد شرایط (بر اساس معیارهای ورود شامل سن، سکونت در مناطق هدف، رضایت آگاهانه، و توانایی پاسخگویی) با روش

تصادفی ساده انتخاب شدند؛ معیارهای خروج شامل عدم تمایل به همکاری، سابقه اختلالات روان‌پزشکی شدید (خوداظهاری) و عدم تکمیل پرسشنامه بود. داده‌های جمع‌آوری شده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶، با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن، ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه و تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

ب) ابزار

مقیاس سلامت عمومی (GHQ)^۱: این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ معرفی شده و ۲۸ سؤال دارد. این پرسشنامه از چهار مقیاس ۷ سؤالی، علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال، اختلال در خواب و عملکرد اجتماعی تشکیل شده است. نمره گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۴ درجه ای (۰، ۱، ۲، ۳) می باشد و در نتیجه دامنه نمره فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود که نمره بالاتر نشان دهنده بهداشت روانی بهتر و نمره پایین تر بالعکس است. در بررسی گلدبرگ ضریب پایایی دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شده است. همسانی درونی این ابزار در نسخه‌های مختلف، به ویژه GHQ-12 و GHQ-28، بسیار خوب گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای GHQ-12 معمولاً در مطالعات مختلف و فرهنگ‌های گوناگون بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ قرار دارد، که نشان‌دهنده همبستگی بالابین آیت‌های پرسشنامه و سنجش یک سازه واحد است (ایپ و مارتین، ۲۰۰۶). در ایران میرخشتی (به نقل از محمدپور و همکاران، ۱۴۰۳) در مطالعه ای ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمد.

مقیاس ابعاد پنجگانه دینداری^۲: پرسشنامه ابعاد پنج‌گانه دینداری توسط گلاک و استارک (۱۹۷۴) برای سنجیدن نگرش‌ها، باورهای دینی و دین‌داری توسعه یافته است. این پرسشنامه ۲۶ گویه دارد و برای استاندارد کردن در کشورهای مختلف اروپا، آمریکا، آفریقا و آسیا و بر روی پیروان ادیان مسیحیت، یهودیت و اسلام اجرا گردیده و با دین اسلام هم انطباق یافته است. مقیاس اندازه‌گیری مورد استفاده در این سنجش لیکرت ۵ درجه‌ای

است (کاملاً مخالفم=۰ تا کاملاً موافقم=۴). بنابراین نمره هر فرد بین ۰ تا ۱۰۴ در نوسان است. در این پرسشنامه گویه‌های ۱ تا ۷ مربوط به بعد اعتقادی، گویه شماره ۸ تا ۱۳ به بعد عاطفی، گویه ۱۴ تا ۱۹ مربوط به بعد مناسکی و گویه‌های ۲۰ الی ۲۶ مربوط به بعد پیامدی می باشد. گویه‌های شماره ۲۶، ۲۳، ۲۲، ۲۰، ۱۸، ۱۷، ۱۵، ۵، ۴ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. در تعیین میزان دینداری سه طبقه فرض می شود که نمرات ۲۵ درصد بالا و پایین، میزان دینداری قوی و ضعیف را نشان می دهد و ۵۰ درصد نمرات بین دو کرانه نشانگر دینداری متوسط می باشند. لذت نمرات ۲۶-۰ بیانگر دینداری ضعیف، نمرات ۲۶-۷۸ بیانگر دینداری متوسط و اندازه‌های ۷۸-۱۰۴ مبین دینداری بالا می باشند. نتایج پژوهش گلاک و استارک (۱۹۷۴) نشان داد که این پرسشنامه معیارهای مقیاس‌گذاری گاتمن را به خوبی برآورده می کنند، که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب آن‌ها است. همچنین ضریب اعتبار این پرسشنامه مطلوب ارزیابی شد. در اجرای ایرانی میزان اعتبار این پرسشنامه در مطالعات مختلف بر روی نمونه‌های متفاوت تعیین گردیده که حاکی از اعتبار بالای آن در ابعاد مختلف هست. در آخرین اجرای این آزمون بر روی دانشجویان آلفای کلی پرسشنامه ۰/۸۳ بوده است. پایایی سازه دین‌داری نیز در مجموع (۰/۹۱) و در ابعاد احساس دینی ۰/۹۲، اعتقاد دینی ۰/۹۰، مناسک دینی ۰/۸۴ و پیامد دینی ۰/۷۷ است، که نشان می دهد مقیاس طراحی شده از سازگاری درونی قابل قبولی برخوردار است (جمشیدی سولکلو و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر روایی ابعاد مختلف این مقیاس به روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ بود که نشان‌دهنده روایی مناسب متغیرها است.

یافته‌ها

از میان ۳۸۴ نفر پاسخگو، ۱۶/۱ درصد در دامنه سنی ۲۰ تا ۲۲ سال، ۳۹/۹ درصد در دامنه ۲۳ تا ۲۵ سال، ۳۶/۴ درصد در دامنه سنی ۲۶ تا ۲۸ سالگی و ۱۱/۵ درصد در دامنه سنی ۲۹ تا ۳۱ سال بودند. در جدول زیر میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش شامل دینداری و سلامت عمومی خلاصه شده است.

^۱. General Health Questionnaire

^۲. The five dimensions of religiosity

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
اعتقادی	۳/۲۳	۰/۲۱	۰/۱۶۹	-۰/۶۳۱
عاطفی	۳/۲۶	۰/۳۲۱	۰/۳۰۰	-۰/۶۳۵
پیامدی	۳/۵۱	۰/۱۱	-۰/۲۹۶	-۰/۷۶۹
مناسکی	۳/۲۷	۰/۲۸	۰/۲۰۰	۰/۹۹۵
دینداری	۳/۲۲	۰/۱۹	-۰/۱۴۵	۰/۸۵۴
شکایت‌های جسمانی	۶/۴۵	۳/۴۱	۰/۳۳۴	۰/۸۰۹
اضطراب و بی‌خوابی	۶/۲۱	۳/۴۲	۰/۰۹۵	۰/۷۳۶
ناسازگاری اجتماعی	۵/۶۱	۳/۵۹	۰/۱۴۷	-۰/۹۱۰
افسردگی وخیم	۵/۴۶	۳/۸۱	۰/۰۰۹	-۰/۹۹۹
سلامت عمومی	۲۱/۲۱	۸/۲۵	۰/۹۰۸	-۰/۵۴۶

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که اکثریت زنان (۶۰/۵ درصد) نمره دینداری بالا داشتند و ۳۳/۲ درصد دارای نمره دینداری متوسط (نمره ۲۶ تا ۷۸) و کمترین میزان مربوط به افراد با دینداری پایین بود. با توجه به اینکه از طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (نمره‌گذاری از ۰ تا ۴) برای سنجش دینداری افراد و پاسخ به سؤالات پرسشنامه استفاده شده بود، لذا نمره ۲ به عنوان حد وسط انتخاب و با توجه به آن نمرات آزمون مورد سنجش قرار گرفت. مطابق یافته‌ها، دینداری کل دارای میانگین ۳/۲۲، اعتقادی دارای میانگین ۳/۲۳،

تجربی دارای میانگین ۳/۲۶، پیامدی دارای میانگین ۳/۵۱ و مناسکی نیز دارای میانگین ۳/۲۷ بود. بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش وضعیت دینداری زنان جوان شهر تهران در مناطق ۲ و ۱۶ بیش از حد متوسط در تمامی ابعاد برآورد شد.

در این پژوهش سلامت عمومی زنان جوان شهر تهران در مناطق ۲ و ۱۶ دارای میانگین ۲۱/۲۱ و انحراف معیار ۸/۲۵ بود. میانگین علائم جسمانی ۶/۴۵، میانگین اضطراب و اختلال خواب ۶/۲۱، میانگین ناسازگاری اجتماعی ۵/۶۱ و میانگین افسردگی وخیم ۵/۴۶ برآورد شدند. با توجه به اینکه نمره بالاتر از ۶ برای مؤلفه‌ها نشان‌دهنده علائم مرضی می‌باشد، بنابراین در بررسی وضعیت شاخص‌های سلامتی عمومی زنان جوان شهر تهران در مناطق ۲ و ۱۶ می‌توان گفت که آن‌ها از نظر شاخص‌های ناسازگاری اجتماعی و افسردگی وخیم در سطح مناسبی قرار دارند، اما وضعیت آن‌ها از منظر شاخص‌های شکایت‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی نامطلوب ارزیابی می‌شود. سلامت عمومی زنان جوان شهر تهران در مناطق ۲ و ۱۶ با نمره ۲۱/۲۲ با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱ و مطابق نقطه برش ۲۲ نامطلوب و پایین‌تر از حد متوسط جامعه برآورد شد، البته این وضعیت نزدیک به نقطه برش است.

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش (دینداری با متغیرهای سلامت عمومی)

متغیر	متغیرهای سلامت عمومی				
	شکایت‌های جسمانی	اضطراب	افسردگی	ناسازگاری اجتماعی	سلامت عمومی کل
اعتقادی	-۰/۱۰۵	-۰/۱۲۴*	-۰/۰۹۸	-۰/۰۸۷	-۰/۲۳۱**
عاطفی	-۰/۲۰۱**	-۰/۱۷۵**	-۰/۰۳۴	-۰/۰۶*	-۰/۲۲۲**
پیامدی	-۰/۰۵۷	-۰/۱۸۴*	-۰/۰۳۷	-۰/۰۶۴	-۰/۱۱۷*
مناسکی	-۰/۱۰۵*	-۰/۱۲۴**	-۰/۰۹۸	-۰/۰۸۷	-۰/۲۳۱**
دینداری کل	-۰/۲۲۱**	-۰/۲۳۱**	-۰/۲۴۸**	-۰/۱۲۱*	-۰/۲۴۹**

بر اساس نتایج جدول ۲ دینداری همبستگی منفی با مؤلفه‌های سلامت عمومی شامل شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی دارد. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول زیر آمده است. در مجموع نتایج بیانگر رابطه مثبت و معنی‌دار بین متغیر دینداری با سلامت عمومی می‌باشد. همچنین ابعاد دینداری شامل اعتقادی، عاطفی، پیامدی و مناسکی با سلامت عمومی همبستگی معناداری دارند. به صورت متقابل هم ابعاد سلامت عمومی با دینداری همبستگی معناداری

دارد. پیش از انجام تحلیل رگرسیون، به منظور اطمینان از اعتبار و قابلیت اتکای نتایج حاصله، تمامی پیش‌فرض‌های اساسی این تحلیل برای داده‌های پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفتند. این پیش‌فرض‌ها شامل خطی بودن رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک (که از طریق بررسی نمودارهای پراکنش و آزمون‌های مربوطه ارزیابی شد)، استقلال خطاها (عدم وجود همبستگی بین باقیمانده‌ها که با استفاده از آزمون دوربین-واتسون بررسی گردید)، نرمال بودن توزیع باقیمانده‌ها (که از طریق بررسی نمودار Q-Q و

هیستوگرام باقیمانده‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت)، و همگنی واریانس باقیمانده‌ها (همسانی واریانس) (که با مشاهده نمودار پراکنش باقیمانده‌ها در برابر مقادیر پیش‌بینی شده سنجیده شد) بودند. همچنین، در بررسی عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین، شاخص‌های VIF و تolerانس مورد تحلیل قرار گرفتند. در نهایت، با بررسی شاخص‌هایی همچون

نمودار پراکنندگی، عدم وجود نقاط پرت و تاثیرگذار در داده‌ها نیز تأیید شد. بررسی‌ها نشان داد که تمامی پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل رگرسیون بر روی داده‌های این پژوهش رعایت شده‌اند، که این امر اعتبار و قابل اتکا بودن نتایج را تضمین می‌کند.

جدول ۳. آماره‌های تحلیل رگرسیون چندمتغیره سلامت عمومی

آنالیز واریانس						
متغیر	B	بتا	t	sig	کمیت F	
سطح معناداری						
اعتقادی	۰/۱۴۲	۰/۲۱۶	۳/۲۵	۰/۰۰۱	۵/۶۷۳	
عاطفی	۰/۱۵۸	۰/۲۴۵	۴/۶۵	۰/۰۰۱		
پیامدی	۰/۱۷۱	۰/۲۱۰	۳/۴۸	۰/۰۰۱		
مناسکی	۰/۱۸۹	۰/۲۴۳	۴/۲۱	۰/۰۰۱		
ضریب همبستگی چندگانه	-۰/۲۴۹					
ضریب تبیین اصلاح شده	۰/۱۱۷					

**معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره به روش همزمان نشان داد که مدل پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس ابعاد چهارگانه دینداری از برازش مطلوبی برخوردار بوده و از نظر آماری معنادار است ($F= 5/673$ ، $p < 0/01$). ضریب تبیین اصلاح‌شده ($Adjusted R^2= 0/117$) حاکی از آن است که حدود ۱۱/۷٪ از واریانس کل سلامت عمومی توسط ابعاد اعتقادی، عاطفی، پیامدی و مناسکی تبیین می‌شود. بررسی ضرایب رگرسیون استاندارد شده (بتا) نشان داد که هر چهار بُعد، پیش‌بینی کننده‌های مثبت و معناداری برای سلامت عمومی هستند. در این میان، بُعد عاطفی ($\beta= 0/245$) و بُعد مناسکی ($\beta= 0/234$) دارای بیشترین سهم و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بودند و پس از آن‌ها به ترتیب، ابعاد اعتقادی ($\beta= 0/216$) و پیامدی ($\beta= 0/210$) قرار داشتند. این یافته‌ها بیانگر آن است که اگرچه تمام جوانب دینداری با سلامت عمومی رابطه مثبت دارند، اما جنبه‌های عاطفی و مناسکی دینداری نقشی برجسته‌تر در تبیین این متغیر ایفا می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه پابندی دینی با سلامت عمومی در میان زنان جوان مناطق ۲ و ۱۶ شهر تهران انجام شد. یافته‌ها نشان داد که

هرچند اکثریت شرکت‌کنندگان از نظر متغیر پابندی دینی در سطح مطلوبی قرار داشتند، اما وضعیت سلامت عمومی آن‌ها به طور کلی مطلوب ارزیابی نمی‌شود. به طور خاص، درحالی‌که شاخص‌های ناسازگاری اجتماعی و افسردگی در این جمعیت نسبتاً مناسب بود، اما وضعیت آن‌ها از منظر شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی نامطلوب گزارش گردید. با این وجود، نتایج تحلیل‌ها رابطه معکوس و معناداری بین پابندی دینی (شامل ابعاد رفتاری، عواطف و احساسات دینی، باورها و شناخت دینی) و نشانه‌های مرضی سلامت عمومی را تأیید کرد و نشان داد که پابندی دینی دارای توانایی پیش‌بینی سلامت عمومی است، به طوری که ۱۱/۷ درصد از تغییرات سلامت عمومی از طریق آن تبیین می‌شود.

این یافته‌های کلی، مبنی بر رابطه مثبت و معکوس بین پابندی دینی و نشانه‌های مرضی سلامت عمومی، با بخش قابل توجهی از پیشینه پژوهشی داخلی و بین‌المللی کاملاً همسو است. به عنوان مثال، کشفی و همکاران (۱۳۹۴) نیز به ارتباط معنی‌دار نگرش مذهبی با سلامت روان اشاره کرده‌اند. در سطح بین‌المللی، حاجی‌یوسف و بولوت (۲۰۲۱) و عبدالخالق و همکاران (۲۰۲۴) نیز به ترتیب کاهش نرخ خودکشی و رابطه دینداری با بهزیستی ذهنی را در جمعیت‌های مسلمان و غیرمسلمان تأیید کرده‌اند. این همسویی نشان می‌دهد که دینداری به عنوان یک منبع محافظتی، می‌تواند

در بهبود سلامت روان و کاهش آسیب‌پذیری‌های روانشناختی نقش کلیدی ایفا کند.

از منظر تبیین نظری و ادبیات پژوهشی، می‌توان این نتایج را در چندین بعد بررسی کرد. شریفانی و علوی‌نیا (۱۴۰۳) تأکید می‌کنند که دینداری زنان با داشتن مؤلفه‌های اخلاقی و کاربردی مانند همدلی، تعهد، احترام و ایمان، نقش بسزایی در کامیابی و سعادت زندگی خانوادگی و دور ماندن اعضای خانواده از مشکلات آسیب‌زا و بیماری دارد. این تبیین، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است که دینداری را با کاهش ناهنجاری‌های اجتماعی و بهبود سلامت عمومی زنان جوان در ارتباط می‌داند. دینداری افراد موجب برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی آن‌ها می‌گردد و همانطور که سوفی‌زاد و همکاران (۲۰۲۲) به مفهوم سلامت اجتماعی از منظر ایرانی پرداخته‌اند، این افزایش حمایت اجتماعی به بهبود سلامت عمومی کمک می‌کند.

رابطه معکوس مشاهده شده بین مؤلفه اضطراب با دینداری نیز مؤید این است که دین به عنوان یکی از عوامل آرامش‌زا و تنش‌زدا عمل می‌کند. باورها و شناخت دینی، با ایجاد هدف و معنی در زندگی و افزایش اعتماد به خداوند، آرامش و امید را فراهم می‌آورد (ایو و همکاران، ۲۰۲۴). این بعد از دینداری به فرد کمک می‌کند تا به طور مؤثر و سازنده، به انجام کارها قادر باشد و با دید منطقی به واقعیت‌های زندگی بنگرد، که چنین نگرشی سلامت فردی و اجتماعی را تضمین می‌کند. همچنین، دینداری در کاهش افسردگی نقشی اساسی دارد و هم‌راستا با این نتیجه، تسهیل فعالیت‌های مذهبی برای علاقه‌مندان می‌تواند در بهبود و پیشگیری از شروع افسردگی مؤثر باشد.

با این حال، لازم است به این نکته مهم توجه شود که با وجود سطح مطلوب دینداری در نمونه مورد مطالعه، شاخص‌های شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی همچنان در وضعیت نامطلوبی قرار داشتند. این یافته، هرچند به ظاهر متناقض، می‌تواند ناشی از پیچیدگی‌های تعامل دینداری با سایر عوامل محیطی و فردی باشد. مطالعاتی نظیر علی و سلیم (۲۰۲۴) در پاکستان و حاجی‌یوسف و بولوت (۲۰۲۱)، نشان داده‌اند که با وجود نرخ پایین‌تر خودکشی در جمعیت مسلمان، انگ اجتماعی پیرامون مسائل سلامت روان می‌تواند مانع از کمک‌خواهی افراد، حتی دیندار، شود. علاوه بر این، زنان جوان شهر تهران به دلیل مواجهه با استرس‌های ناشی از

نقش‌های چندگانه و نگاه‌های جنسیت‌زده (شریفی ساعی و آزادارمکی، ۱۴۰۰)، نیازمند حمایت‌های ویژه‌ای برای حفظ و ارتقای سلامت خود هستند. این چالش‌ها می‌توانند حتی در حضور دینداری بالا، بر برخی ابعاد سلامت عمومی تأثیر منفی بگذارند و نیاز به بررسی‌های عمیق‌تر و جامع‌تر را آشکار می‌سازند. این نکته با نتایج اسپید (۲۰۱۷) و کزدی و همکاران (۲۰۱۰) که نشان می‌دهند تأثیر دینداری بر سلامت عمومی می‌تواند بسته به تجربه و میزان ایمان افراد و حتی وجود شک و تردیدهای مذهبی متفاوت باشد، همخوانی دارد.

نتایج این مطالعه مؤید این است که دین به مثابه یک نظام جامع ارزشی، تکیه‌گاهی نیرومند و حامی مقتدر برای انسان عمل می‌کند. این نگاه منطقی به واقعیت‌های زندگی، نه تنها سلامت فردی و اجتماعی را تضمین می‌کند، بلکه موجب ایجاد روحیه‌ی تعاون، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و امنیت در روابط خانوادگی و اجتماعی می‌شود. همانطور که اشاره شد، سلامت عمومی زنان جوان به دلیل نقش آنان به عنوان مادران نسل آینده و پرورش‌دهنده سرمایه انسانی کشور، از اهمیت دوچندانی برخوردار است. عامل مذهب به عنوان عاملی مداخله‌گر می‌تواند موجب تعادل در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی زنان شده و سلامت عمومی و روانی آنان را بهبود بخشد، که این امر نهایتاً به تقویت ساختار خانواده و ایجاد نسلی سالم‌تر و شاداب‌تر منجر می‌شود (عبدالله‌پور و همکاران، ۱۴۰۴). این موضوع با اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که تأمین خدمات بهداشت و درمان را حق همگانی و بر عهده دولت می‌داند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳) و همچنین اهداف توسعه پایدار سازمان ملل متحد در حوزه سلامت (لیلی و همکاران، ۲۰۲۳) همسو است.

در نهایت، این پژوهش بر اهمیت توجه بیشتر به مسائل سلامت عمومی زنان در پژوهش‌های روانشناختی تأکید می‌کند. لازم به ذکر است که ماهیت همبستگی پژوهش، محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت‌های دیگر (به دلیل تمرکز بر زنان جوان)، و اتکا به داده‌های خودگزارشی از جمله محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شوند که باید در تفسیر یافته‌ها مدنظر قرار گیرند. با توجه به ارتباط مثبت دینداری با ارتقای سلامت عمومی و نقش آن به عنوان عاملی آرامش‌بخش در کاهش اضطراب و افسردگی، پیشنهاد می‌شود که علاوه بر مطالعات همبستگی، به طراحی و اجرای دوره‌های دانش‌افزایی دینی و مداخلات مبتنی بر ارزش‌های دینی

برای زنان جوان پرداخته شود تا از پتانسیل دین در بهبود جامع سلامت این قشر حیاتی بهره‌برداری شود و راهکارهایی برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در جهت ارتقای سلامت جامعه فراهم آید. آنچه به عنوان نکته پایانی این پژوهش اهمیت دارد، توجه به این مسأله است که دینداری ارتباط مثبتی با ارتقای سلامت عمومی زنان جوان دارد و دین می‌تواند به عنوان یکی از عوامل آرامش‌بخش موجب دوری از احساس اضطراب و افسردگی گردد. بر این اساس لازم است توجه به مسائل سلامت عمومی زنان در پژوهش‌های روانشناختی بیشتر مورد توجه قرار گیرد و با برگزاری دوره‌های دانش‌افزایی دینی برای زنان جوان به مطالعات مداخله‌ای گسترده پرداخته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

حامی مالی: این پژوهش بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده محتوای نوشتار را قبول کرده و بر همه ابعاد کار موافقت دارد.

تضاد منافع: نویسنده هیچ تعارض منافی شناسایی نکرده است.

تشکر و قدردانی: نویسنده از تمام افراد شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارد.

منابع

شریفانی، محمد و علوی نیا، نسرين (۱۴۰۳). نقش دینداری زنان در اشاعه فرهنگ اسلامی، سلامت خانواده و بهبود اختلالات روانشناختی. *مجله روانشناسی فرهنگی زن*، ۱۵ (۶۰)، ۱۱۵-۱۲۵.

<https://doi.org/10.61186/iau.1120750>

شریفی ساعی، محمدحسین و آزادارمکی، تقی (۱۴۰۰). قدرت و مقاومت زنان در خانواده‌های ایرانی: روایت زنان از شیوه‌های مقاومت فرهنگی در خانواده. *فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران*، ۱۴ (۱)، ۳۶-۱.

<https://doi.org/10.22035/jicr.2021.2676.3081>

جمشیدی سولکلو، بهنام؛ عرب مقدم، نرگس و درخواه، فرید (۱۳۹۳). رابطه دین داری و تاب آوری در دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان شهر شیراز. *اندیشه نوین تربیتی*، ۱۱۰ (۱)، ۱۶۱-۱۴۱.

[Doi:10.22051/jontoe.2014.366](https://doi.org/10.22051/jontoe.2014.366)

عباسی، محمود؛ رضایی، راحله و دهقانی، غزاله (۱۳۹۳). مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۸ (۳۰)، ۱۸۳-۱۹۹.

<http://ijmedicallaw.ir/article-1-255-fa.html>

عبداله پور، سیدمحسن؛ داودی، حسین و حیدری، حسن (۱۴۰۴). شناسایی عوامل سازنده و محدود کننده شادکامی زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، شادکامی تسهیل گر. *تربیت اسلامی*، ۲۰ (۵۲)، ۷۵-۹۰.

[Doi:10.30471/edu.2025.10648.2972](https://doi.org/10.30471/edu.2025.10648.2972)

کشفی، سیدمنصور؛ یزدانخواه، مریم؛ بابایی حیدرآبادی، اکبر؛ خانی جیحونی، علی و تبریزی، رضا (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز. *نشریه پژوهش در دین و سلامت*، ۱ (۳)، ۳۳-۴۰.

<https://doi.org/10.22037/jrrh.v1i3.9346>

محمدپور حکیمه، حاجی عزیزاده کبری، برقی ایرانی زیبا. (۱۴۰۳). تدوین مدل یابی معادلات ساختاری الگوهای ارتباطی والدین با سلامت روان در نوجوانان با میانجی گری نظم جویی شناختی هیجان و ذهن آگاهی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۳۹): ۱۴۳-۱۲۵.

[Doi:10.52547/JPS.23.139.1669](https://doi.org/10.52547/JPS.23.139.1669)

References

- Abbasi M, Rezaee R, Dehghani G. (2014). Concept and situation of the right to health in Iran legal system. *MLJ*; 8 (30):183-199. <http://ijmedicallaw.ir/article-1-255-fa.html> (in persian).
- Abdel-Khalek, A. M., Hamdi, H. I., Lester, D., & Meisenberg, G. (2024). Relationship of Religiosity

with Subjective Well-Being: General or Specific?. *Mankind Quarterly*, 64(4).

[Doi:10.46469/mq.2024.64.4.2](https://doi.org/10.46469/mq.2024.64.4.2)

Abdulla, M. R. (2018). Culture, religion, and freedom of religion or belief. *The Review of Faith & International Affairs*, 16(4), 102-115. <https://doi.org/10.1080/15570274.2018.1535033>

Abdullah-Pour, S. M., Davoudi, H., & Heidari, H. (2025). Identifying the Constructive and Limiting Factors of Marital Happiness Based on Islamic Teachings; Happiness as a Facilitator of Education. *Journal of Islamic Education*, 20(52), 75-90. [Doi:10.30471/edu.2025.10648.2972](https://doi.org/10.30471/edu.2025.10648.2972) (in persian).

Ali, S. A. E. Z., & Saleem, T. (2024). Psychological autopsies: religious and spiritual factors for suicide in cases and controls. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1419669.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1419669>

Burgess, R. A., Jeffery, M., Odero, S. A., Rose-Clarke, K., & Devakumar, D. (2022). Overlooked and unaddressed: a narrative review of mental health consequences of child marriages. *PLOS global public health*, 2(1), e0000131. [Doi:10.1371/journal.pgph.0000131](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000131)

Clayton, R. R., & Gladden, J. W. (1974). The five dimensions of religiosity: Toward demythologizing a sacred artifact. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 135-143. [Doi:10.2307/1384375](https://doi.org/10.2307/1384375)

Coleman III, T. J., Jong, J., & Van Mulukom, V. (2018). Introduction to the special issue: What are religious beliefs?. *contemporary pragmatism*, 15(3), 279-283. [Doi:10.31234/osf.io/thpsj](https://doi.org/10.31234/osf.io/thpsj)

Goldberg, P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley monograph*.

George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological inquiry*, 13(3), 190-200.

[Doi:10.1207/S15327965PLI1303_04](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1303_04)

Hajiyousouf, I. I., & Bulut, S. (2021). Mental health, religion and suicide. *Open Journal of Medical Psychology*, 11(1), 12-27. [Doi:10.4236/ojmp.2022.111002](https://doi.org/10.4236/ojmp.2022.111002)

Hallam, L., Vassallo, A., Pinho-Gomes, A. C., Carcel, C., & Woodward, M. (2022). Does journal content in the field of women's health represent women's burden of disease? A review of publications in 2010 and 2020. *Journal of Women's Health*, 31(5), 611-619. [Doi:10.1089/jwh.2021.0425](https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0425)

Hayward, R. D., & Krause, N. (2013). Religion, mental health, and well-being: Social aspects. *Religion*,

- personality, and social behavior, 255-280. [Doi:10.4324/9780203125359](https://doi.org/10.4324/9780203125359)
- Hess, R. E., Maton, K. I., & Pargament, K. (2014). *Religion and prevention in mental health: Research, vision, and action*. Routledge.
- Hill-Briggs, F., Adler, N. E., Berkowitz, S. A., Chin, M. H., Gary-Webb, T. L., Navas-Acien, A., ... & Haire-Joshu, D. (2020). Social determinants of health and diabetes: a scientific review. *Diabetes care*, 44(1), 258. [Doi: 10.2337/dci20-0053](https://doi.org/10.2337/dci20-0053)
- Ip, W. Y., & Martin, C. (2006). Psychometric properties of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) in Chinese women during pregnancy and in the postnatal period. *Psychology, Health & Medicine*, 11(1), 60-69. [Doi:10.1080/13548500500155750](https://doi.org/10.1080/13548500500155750)
- Ives, C. D., Kidwell, J., Anderson, C. B., Arias-Arévalo, P., Gould, R. K., Kenter, J., & Murali, R. (2024). The role of religion in shaping the values of nature. *Ecology and Society*, 29(2), 10. <https://doi.org/10.5751/ES-15004-290210>
- Jamshidy Soloklo, B., ArabMoghaddam, N., & Dorkhah, A. F. (2014). The relationship between religiosity and resilience in secondary and high school students in Shiraz. *The Journal of New Thoughts on Education*, 10(1), 144-163. [Doi:10.22051/jontoe.2014.366](https://doi.org/10.22051/jontoe.2014.366) (in persian)
- James, A., & Wells, A. (2003). Religion and mental health: Towards a cognitive-behavioural framework. *British journal of health psychology*, 8(3), 359-376. [Doi:10.1348/135910703322370905](https://doi.org/10.1348/135910703322370905)
- Kashfi, SM; Yazdankhah, M; Babaei Heydarabadi, A; Khani Jeihooni, A & Tabrizi, R (2015). The relationship between religious attitude and mental health in students of Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (i.e., Research on Religion & Health)*, 1(3), 33-40. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v1i3.9346> (in persian)
- Kelmendi, K., & Jemini-Gashi, L. (2022). An exploratory study of gender role stress and psychological distress of women in Kosovo. *Women's Health*, 18, 17455057221097823. [Doi:10.1177/17455057221097823](https://doi.org/10.1177/17455057221097823)
- Kézdy, A; Martos, T; Boland, V & Horváth-Szabó, K (2010). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*, 34(1), 39-47. [Doi:10.1016/j.adolescence.2010.03.003](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.03.003)
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., ... & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World psychiatry*, 23(1), 58-90. [Doi:10.1002/wps.21160](https://doi.org/10.1002/wps.21160)
- Koenig, H. G. (2013). *Is religion good for your health?: The effects of religion on physical and mental health*. Routledge.
- Lilly, K., Kean, B., Hallett, J., Robinson, S., & Selvey, L. A. (2023). Factors of the policy process influencing Health in All Policies in local government: a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1010335. [Doi:10.3389/fpubh.2023.1010335](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1010335)
- Levin, J. S., & Chatters, L. M. (1998). Research on religion and mental health: An overview of empirical findings and theoretical issues. *Handbook of religion and mental health*, 33-50. [Doi:10.1016/B978-012417645-4/50070-5](https://doi.org/10.1016/B978-012417645-4/50070-5)
- Mohammadpour H, Haji Alizadeh K, Barghi Irani Z. (2024). Structural equation modeling of parents' communication patterns with mental health in adolescents with the mediation of cognitive emotion regulation and mindfulness. *Journal of Psychological Science*. 23(139), 125-143. [Doi:10.52547/JPS.23.139.1669](https://doi.org/10.52547/JPS.23.139.1669) (in persian)
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 710-724. [Doi:10.2307/1388152](https://doi.org/10.2307/1388152)
- Prati, G. (2024). Is religion beneficial for mental health? A 9-year longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(3), 100491. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100491>
- Schieman, S., Bierman, A., & Ellison, C. G. (2012). Religion and mental health. In *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 457-478). Dordrecht: Springer Netherlands. [Doi:10.1007/978-94-007-4276-5_22](https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_22)
- Schramme, T. (2023). Health as complete well-being: The WHO definition and beyond. *Public Health Ethics*, 16(3), 210-218. [Doi:10.1093/phe/phad017](https://doi.org/10.1093/phe/phad017)
- Sharifani, M., & Alavinia, N. (2024). The role of women's religiosity in Islamic culture propagation, family sanity and psychological disorders curing. *Journal of Woman Cultural Psychology*, 15(60), 115-125. <https://doi.org/10.61186/iau.1120750> (in persian)
- Sharifi Saei, M. H., & Azadarmaki, T. A. G. H. I. (2021). Women's power and resistance in the Iranian family: Women's narrative of cultural resistance strategies in the family. *Journal of Iranian Cultural Research*, 14(1), 1-36. (in persian) <https://doi.org/10.22035/jicr.2021.2676.3081>

- Short, S. E., & Zacher, M. (2022). Women's health: population patterns and social determinants. *Annual Review of Sociology*, 48(1), 277-298. [Doi:10.1146/annurev-soc-030320-034200](https://doi.org/10.1146/annurev-soc-030320-034200)
- Silver, C. F. (2019). The psychology of religion: An empirical approach, written by Hood, RW Jr., Hill, PC & Spilka, B. *Journal of Empirical Theology*, 32(1), 163-164. https://brill.com/view/journals/jet/32/1/article-p163_10.xml
- Soares, A. R., Vieira, D. D. S., Guedes, A. T. A., Brito, P. K. H., Andrade, M. E. D., Correia, A. D. S. B., & Reichert, A. P. D. S. (2025). Child Health Handbook in Primary Care: perspectives of family health professionals and mothers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 46, e20240022. [Doi:10.1590/1983-1447.2025.20240022.en](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240022.en)
- Soofizad, G., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A., & Ghaffari, M. (2022). The concept of social health from an Iranian perspective: a qualitative exploration. *Frontiers in public health*, 10, 797777. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.797777>
- Speed, D (2017). Unbelievable!? Theistic/epistemological viewpoint affects religion-health relationship. *Journal of Religion and Health*, 56(1), 238-257. [Doi:10.1007/s10943-016-0271-2](https://doi.org/10.1007/s10943-016-0271-2)
- Steger, M. F., & Frazier, P. (2005). Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of counseling psychology*, 52(4), 574. [Doi:10.1037/0022-0167.52.4.574](https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.574)
- Van der Linden, R., & Schermer, M. (2022). Health and disease as practical concepts: exploring function in context-specific definitions. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25(1), 131-140. [Doi:10.1007/s11019-021-10058-9](https://doi.org/10.1007/s11019-021-10058-9)