

The Relationship between Religiosity and the Mental Health of the Prisoners on the verge of Being Released in Kerman and Yazd Prisons

Abdolhossein Daneshvarinasab 

Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mr. Abdolhossein Daneshvarinasab; Email: daneshvari.um@uk.ac.ir

Article Info

Received: Oct 6, 2020

Received in revised form:

Nov 7, 2020

Accepted: Nov 28, 2020

Available Online: Dec 22, 2021

Keywords:

General health

Prisoners

Religiosity



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i4.32480>

Abstract

Background and Objective: Despite the studies which demonstrate that religious fields influence the prisoners' compatibility with prison, the role of prisons' religious concentration on the mental health of prisoners is still ambiguous and unknown. Accordingly, the present study investigates the relationship between the mental health of prisoners on the verge of being released in Kerman and Yazd.

Methods: The present study is descriptive-correlational and the statistical population includes 743 prisoners who are about to be released in prisons of Kerman and Yazd provinces. Data were collected using Goldberg's General Health Questionnaire and Glock and Stark Religiosity Questionnaire in accordance with all ethical consideration and analyzed by Pearson correlation test and stepwise multivariate regression. In this study, all ethical considerations were observed and no conflict of interest was reported by the authors.

Results: The results showed that although the prisoners had a low level of mental health, the level of their religiosity was in a suitable condition. The correlation between the parameters of religiosity and mental health of the prisoners showed that the increase in religiosity in the belief and intellectual dimensions reduced their social dysfunctions. The increase of religiosity in the ritualistic dimension also reduced their anxiety. The results of linear regression showed that the ritualistic, belief and intellectual dimensions of religiosity have a more predictive effect on the mental health of the prisoners.

Conclusion: Overall, the results showed that there is a positive relationship between the belief dimension of religiosity and the mental health of prisoners on the verge of being released, which highlights the importance of addressing this dimension in the prison's cultural programs.

Please cite this article as: Daneshvarinasab AH. The Relationship between Religiosity and the Mental Health of the Prisoners on the verge of Being Released in Kerman and Yazd Prisons. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(4):19-33. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i4.32480>

Summary

Background and Objective

Recently, the role of religion in mental health has been considered essential, and so many theoretical and experimental studies have been conducted in this field (1-3). The results of the majority of such studies show the great influence of religion on mental health (4). According to the results of these studies, high religiosity is correlated with

higher mental health and life quality (5), lower depression (6), lower stress (7), and a lower risk of suicide (8).

The excessive increase in the number of prisoners in recent decades in Iran necessitates a deeper understanding of the social effects of confinement (9). The researchers have considered this problem by highlighting mental health disorders related to confinement (10). Especially, prisoners' mental health disorders have been reported to be higher rather than those of the

general population (8). Some studies also show that half of the prisoners experience one of the mental health deriders (11).

Participating in religious activities by some prisoners is an aspect of the prison environment with effects on their mental health. Although some prisoners suffer from different kinds of mental disorders, including depression, anxiety, and sleep disorders (9), the potential role of the religious context of the prisons in the mental health of the prisoners has not been studied or known yet (12). Accordingly, the present study investigates the role of religion in the mental health of the prisoners who were about to be released in Kerman and Yazd prisons.

Methods

Compliance with ethical guidelines: Participants were informed about being free to participate in the study and to withdraw from the study whenever they wished, and were ensured that they would still benefit from all the services they normally receive until the end of their imprisonment if they did not participate. In addition, by obtaining the consent form, the data were collected with their informed consent and they were assured that the collected information would be kept confidential.

The present study is applied in terms of purpose and descriptive-correlational in terms of collecting and analyzing data. 743 prisoners, who were about to be released from prison in Kerman and Yazd in 2019 with at least six months of confinement in prison and four months left until their release were included in the study. The data collection was done inside the prison for four months (from the beginning of July to the end of October, 2019). Goldberg General Health Questionnaire (GHQ) and Glock and Stark (1965) Religiosity Scale were used as instruments.

Results

The results showed that although the prisoners in these two provinces were suspicious of mental disorder, they had an acceptable level of religiosity. There was a significant relationship between the religiosity of prisoners and their mental health so that the increase in religiosity in the prisoners increased their mental health. Correlation matrix results also show that there was a negative and significant relationship between their belief dimension and severe depression and social dysfunctions, so that the stronger the prisoners were in the beliefs dimension of religiosity, the more their severe depression and social dysfunctions decreased.

Based on the stepwise regression analysis, all religiosity dimensions, including ritualistic, intellectual, belief, and consequential are predictors of the mental health of the prisoners.

Conclusion

The results showed that prisoners are not in good conditions regarding mental health. More than half of the prisoners were suspicious of mental disorder. Therefore, these results are consistent with the results of the study by Seddon (13) and Gorji and colleague (14). The correlation between religiosity and mental health parameters of the prisoners showed that the more religiosity increases among the prisoners, the higher their general health state will be. Also, the higher the increase in the score related to belief, consequential, emotional, and ritualistic dimensions, the more decrease there will be in their social dysfunction. The results of the current study are consistent with the results of the study by Almasi and Moradi (15). Overall, the study showed that prisoners who were more religious enjoyed better mental health conditions.

Acknowledgements

We would like to thank all the prisoners participating in this study, as well as the General Administration of Prisons in Kerman Province, for funding this study.

Ethical considerations

According to the author, this study is obtained from a research project entitled "An investigation of the individual, familial and social characteristics of prisoners on the verge of release in the prisons of Kerman, Yazd, and Hormozgan in 2019" approved by the Research Ethics Committees of Shahid Bahonar University of Kerman with the code of ethics IR.UK.REC.1399.004.

Funding

According to the author, the present study was conducted using the research budget of the General Administration of Prisons in Kerman province.

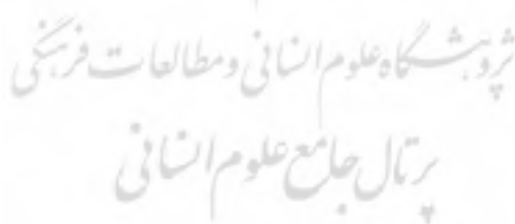
Conflict of interest

The author reported no conflict of interest.

References

1. Shirzadi Z, Khodabakhshi-Koolae A, Falsafinejad MR. A Study of the Relationship of Outlook and Practical Pledge to Prayers and Spiritual Experiences with Mental Health of Girl Students of University of

- Tehran. Journal of Research on Religion & Health. 2020;5(4):99-113. (Full Text in Persian)
2. Safara M, Balali-Dehkordi N, Sadidpour SS. A Meta-analysis of the Effect of Religiosity and Spirituality on Treatment of Psychotic-clinical Disorders. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2019;5(3):124-36. (Full Text in Persian)
 3. Bakhtiari M, Arani AM, Karamkhani M, Khubestani MS, Mohammadi H. Investigating the relationship between hajj pilgrimage and mental health among Sharif University of Technology students. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2017;3(2):78-87. (Full Text in Persian)
 4. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. Current opinion in psychiatry. 2014;27(5):358-63.
 5. Peres MFP, Kamei HH, Tobo PR, Lucchetti G. Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being. Journal of religion and health. 2018;57(5):1842-55.
 6. King PE, Ramos JS, Clardy CE. Searching for the sacred: Religion, spirituality, and adolescent development. 2013.
 7. Arévalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. Evaluation and program planning. 2008;31(1):113-23.
 8. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. Depression research and treatment. 2012;2012.
 9. Massoglia M, Pridemore WA. Incarceration and health. Annual Review of Sociology. 2015;41:291-310.
 10. Prins SJ. Prevalence of mental illnesses in US state prisons: A systematic review. Psychiatric Services. 2014;65(7):862-72.
 11. Assadi SM, Noroozian M, Pakravannejad M, Yahyazadeh O, Aghayan S, Shariat SV, et al. Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. The British Journal of Psychiatry. 2006;188(2):159-64.
 12. Day JC, Brauer JR, Butler HD. Coercion and social support behind bars: Testing an integrated theory of misconduct and resistance in US prisons. Criminal Justice and Behavior. 2015;42(2):133-55.
 13. Seddon T. Punishment and madness: Governing prisoners with mental health problems: Routledge-Cavendish; 2007.
 14. Gorji R, Yektakhah S, Allameh M. General Health and Quality of Life of Mothers with Autism child. Journal of Exceptional Education. 2014;1(123):13-9. (Full Text in Persian)
 15. Almasi M, Moradi G. Mental Health of Prisoners of Ilam's Jails Andits Related Factors. Journal of Strategic Strategic Research on Social Problems in Iran. 2012;1(3):101-16. (Full Text in Persian)



علاقة التدين بالصحة النفسية عند السجناء قريبي الإفراج عنهم في سجون كرمان و يزد

عبدالحسين دانشوري نسب ^{ID}

قسم العلوم الاجتماعية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الشهيد باهنر، كرمان، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيد عبدالحسين دانشوري نسب؛ البريد الإلكتروني: daneshvari.um@uk.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ١٨ صفر ١٤٤٢

وصول النص النهائي: ٢١ ربيع الأول ١٤٤٢

القبول: ١٢ ربيع الثاني ١٤٤٢

النشر الإلكتروني: ١٧ جمادى الأولى ١٤٤٣

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: رغم وجود دراسات تشير إلى أن الخلفيات الدينية تؤثر في توافق السجناء مع السجن، ولكن دور تمرکز التدين في السجناء على الصحة النفسية للسجناء مازال مبهماً وغير معروف. وعلى هذا الأساس، تقوم هذه الدراسة بالتحقيق في علاقة التدين بالصحة النفسية للسجناء قريبي الإفراج عنهم في سجون كرمان و يزد.

منهجية البحث: تعتبر الدراسة الحاضرة من النوع الوصفي الارتباطي، وتشمل المجموعة الإحصائية ٧٤٣ فرداً من السجناء قريبي الإفراج عنهم في سجون محافظتي كرمان ويزد. وقد تم البحث فيهم بطريقة الإحصاء التام. وتم جمع البيانات بالاستعانة بالاستبيانات المعيارية للصحة العامة لغولد برك وللتدئين لغلاك وستارك. وتم تحليلها من خلال الاختبار الارتباطي لبيرسون و رغرسون متعدد المتغيرات بطريقة الخطوة خطوة. وقد تمت مراعاة جميع الضوابط الأخلاقية في هذه الدراسة، ولم يلحظ مؤلفو المقالة أي تعارض للمصالح.

المعطيات: تشير النتائج إلى أنه رغم تدني الصحة النفسية للسجناء قريبي الإفراج عنهم، ولكن ميزان التدين عندهم موجود بحالة مطلوبة. ويشير الارتباط بين أبعاد التدين والصحة النفسية للسجناء إلى أنه مع زيادة ميزان التدين في الأبعاد العقائدية والعاطفية فإن الاختلال في الوظيفة الاجتماعية يتراجع، ومع زيادة ميزان التدين في البعد النسكي فإن ميزان الاضطراب عندهم ينخفض. كما أن النتائج الناشئة من رغرسون الخطية تشير إلى أن الأبعاد النسكية والعاطفية والعقائدية للتدين كان لها أثر تنبؤي أكثر على الصحة النفسية للسجناء.

الاستنتاج: يمكن القول بحسب المعطيات الحاصلة بوجود علاقة إيجابية بين البعد العقائدي للتدين والصحة النفسية للسجناء تثبت أهمية التركيز على هذا البعد في البرامج الثقافية للسجناء.

الكلمات الرئيسية:

التدين


السجناء

الصحة العامة

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Daneshvarinasab AH. The Relationship between Religiosity and the Mental Health of the Prisoners on the verge of Being Released in Kerman and Yazd Prisons. Jo. mal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(4):19-33. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i4.32480>

رابطه دین‌داری با سلامت روان زندانیان در شرف آزادی در زندان‌های کرمان و یزد

عبدالحسین دانشوری نسب 

گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

*مکاتبات خطاب به آقای عبدالحسین دانشوری نسب؛ رایانامه: daneshvari.um@uk.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۵ مهر ۱۳۹۹

دریافت متن نهایی: ۱۷ آبان ۱۳۹۹

پذیرش: ۸ آذر ۱۳۹۹

نشر الکترونیکی: ۱ دی ۱۴۰۰

واژگان کلیدی:

دین‌داری

زندانیان

سلامت عمومی

چکیده

سابقه و هدف: با وجود تحقیقات صورت گرفته که نشان می‌دهد زمینه‌های مذهبی سازگاری زندانیان را با زندان تحت تأثیر قرار می‌دهد، نقش تمرکز مذهبی زندان‌ها بر سلامت روانی زندانیان همچنان مبهم و ناشناخته است. بر این اساس، در پژوهش حاضر به بررسی رابطه دین‌داری با سلامت روان زندانیان در شرف آزادی در استان‌های کرمان و یزد پرداخته شده است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است و جامعه آماری شامل ۷۴۳ نفر از زندانیان در شرف آزادی در زندان‌های دو استان کرمان و یزد بود که به شیوه تمام‌شماری به بررسی آنان پرداخته شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ و دین‌داری گلاک و استارک جمع‌آوری و با آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره با روش گام‌به‌گام تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلف مقاله تضاد منافی گزارش نکرده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اگرچه زندانیان در شرف آزادی سلامت روان پایینی داشتند، اما میزان دین‌داری آنان در وضعیت مطلوبی قرار داشت. همبستگی بین ابعاد دین‌داری و سلامت روان زندانیان نشان داد که با افزایش میزان دین‌داری در ابعاد اعتقادی و عاطفی، اختلال در کارکرد اجتماعی و با افزایش میزان دین‌داری در بُعد مناسکی میزان اضطراب آنان کاهش یافت. نتایج ناشی از رگرسیون خطی نیز نشان داد که ابعاد مناسکی، عاطفی و اعتقادی دین‌داری اثر پیش‌بینی بیشتری بر سلامت روان زندانیان داشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که بین بُعد اعتقادی دین‌داری و سلامت روان زندانیان در شرف آزادی رابطه مثبتی وجود دارد که اهمیت پرداختن به این بُعد را در برنامه‌های فرهنگی زندان خاطر نشان می‌کند.

استناد مقاله به این صورت است:

Daneshvarinasab AH. The Relationship between Religiosity and the Mental Health of the Prisoners on the verge of Being Released in Kerman and Yazd Prisons. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(4):19-33. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i4.32480>

مقدمه

در دهه‌های اخیر به نقش دین در سلامت روان توجه شده و مطالعات نظری و تجربی فراوانی در این باره انجام گرفته است (۳-۱). نتایج این مطالعات در بیشتر موارد بیانگر تأثیر بسیار زیاد دین بر سلامت روان بوده است (۴). بر اساس نتایج تحقیقات، میزان بالای دین‌داری با سلامت روانی و کیفیت زندگی بالاتر (۵)، افسردگی کمتر (۶-۸)، استرس کمتر (۹)، اضطراب کمتر (۱۰) خطر خودکشی کمتر (۷) و اختلال شخصیت کمتر (۸) همبستگی دارد. مطالعات درباره رابطه دین و سلامت روان همچنین نشان داده است که رابطه مثبتی بین دین‌داری و سلامت روان وجود دارد (۱۱، ۱۲). در مجموع، نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته حاکی از این است که افراد دین‌دار در مقایسه با افراد بی‌دین سلامت روان بیشتر (۱۳) و رضایت از زندگی بالاتری دارند. علاوه بر این، مداخلات مذهبی بر بهبود اختلالات روانی نیز مؤثر است. برای مثال می‌توان به تأثیر نماز و دعا بر کنترل اختلالات روانی اشاره کرد (۱۴). مطالعات انجام‌گرفته همچنین نشان می‌دهد که هر چه پایبندی دینی بیشتر باشد، افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد (۱۵).

رشد بی‌رویه جمعیت زندانیان در ایران در دهه‌های اخیر، نیازمند درک عمیق‌تر از تأثیرات اجتماعی حبس است. محققان این موضوع را با برجسته‌کردن اختلالات سلامت روان مربوط به حبس در نظر گرفته‌اند (۱۶-۱۸)؛ به‌ویژه اینکه اختلالات روانی زندانیان نسبت به جمعیت عمومی نیز بالاتر گزارش شده است (۱۹-۲۶). برخی از مطالعات حتی نشان داده است که نیمی از زندانیان یکی از انواع اختلال‌های روانی را تجربه می‌کنند (۲۷). علاوه بر این، به‌طور معمول، از هر هفت زندانی در کشورهای غربی یک نفر به بیماری روانی یا افسردگی اساسی مبتلا است (۱۹). بیشتر مطالعات در زمینه شیوع بیماری‌های روانی زندانیان در آمریکای شمالی، اروپا، استرالیا و نیوزلند انجام شده است. درباره کشورهای غیر غربی، داده‌های موثق تقریباً وجود ندارد؛ اما نشانه‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد شیوع اختلالات روانی در زندان‌ها و زندانیان آنها مشابه چیزی است که در غرب مشاهده می‌شود (۲۸-۳۰). نکته مهم این است که استرس ذاتی محیط زندان می‌تواند مسائل و مشکلات روانی موجود را تشدید و مسائل روانی دیگری را نیز تحریک کند (۳۱). استرس موانع بالقوه‌ای در

برابر توانایی زندانیان برای تطبیق با زندگی روزمره بعد از آزادی ایجاد می‌کند. به این ترتیب، درک فرایندهای تحریک‌کننده پیامدهای سلامت روانی ضعیف در بین زندانیان به‌منظور ارزیابی تأثیرات اجتماعی حبس مهم است.

یک جنبه از محیط زندان که پیامدهایی برای سلامت روانی دارد، مشارکت در فعالیت‌های مذهبی از جانب بخشی از زندانیان است. بر این اساس، محققان توجه خود را به نقش دین در سلامت روانی زندانی معطوف کرده‌اند (۲۴، ۳۲-۳۴). باوجود تحقیقاتی که تأثیر زمینه‌های مذهبی را بر سازگاری زندانیان با زندگی در زندان نشان می‌دهد، تقریباً پژوهش‌های چندانی درباره رابطه اختلالات روانی زندانیان با مذهب در زندان‌های ایران وجود ندارد و نقش بالقوه بافت مذهبی زندان‌ها در سلامت روانی زندانیان تاکنون کمتر مطالعه شده و ناشناخته مانده است (۳۵، ۳۶). این در حالی است که تعداد زیادی از زندانیان از انواع مختلف اختلالات روانی رنج می‌برند (۱۹، ۳۷، ۳۸). از جمله این اختلالات می‌توان به اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات خواب اشاره کرد (۳۹-۴۱). موضوعی که در تحقیقات تکرار شده این است که زندانیان مذهبی احتمال کمتری دارد که سوء رفتار داشته باشند (۴۲-۴۵)؛ رابطه‌ای که به‌ویژه درباره جرم‌های خشونت‌آمیز برجسته است (۳۶، ۴۶).

از آنجاکه حبس به‌خودی‌خود برای سلامت جسمی و روانی زندانیان مضر است، سلامت روان در زندان باید مهم‌ترین اولویت باشد و نهادها و سازمان‌های مربوط باید به این امر توجه کنند. درواقع باید از فرد زندانی که به‌دلیل محرومیت از آزادی و افکار ناخوشایند درباره خویش قادر یا مایل به مراقبت از خود و ارزیابی سلامت نیست، حمایت‌های بهداشتی و درمانی لازم صورت گیرد. به عبارت دیگر؛ کشف، پیگیری و درمان مناسب اختلالات روانی به‌همراه ارتقای سلامت روانی مناسب باید بخشی از هدف‌های عمومی در داخل زندان و اهداف اصلی مدیریت خوب زندان باشد. عرضه خدمات بهداشتی به افراد زندانی از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ زیرا زندان به‌علت شرایط نامساعد، بستری برای آسیب‌های جسمی و روانی محسوب می‌شود؛ هر چند با استفاده از خدمات بهداشتی و روش‌های درمانی تا حدودی می‌توان جلو این آسیب‌های روانی را گرفت (۴۷). بررسی وضعیت سلامت روانی در زندانیان و عرضه خدمات روان‌شناختی و بهداشت روانی به این گروه در معرض خطر از دغدغه‌های صاحب‌نظران علم روان‌پزشکی و روان‌شناختی کشورهای مختلف است و

آموزش آموزه‌های دینی و قرآنی، برگزاری کلاس‌های آموزشی، ایجاد پایگاه مشاوره در زندان‌ها، انواع مسابقات فرهنگی و مذهبی مد نظر بوده است. اهداف برنامه‌های فرهنگی زندان عبارت است از: تغییر در تفکر ناسالم و تبدیل آن به تفکری صحیح و سالم، تغییر و اثرگذاری بر رفتارهای ناسالم و نابهنجار و تبدیل آن به رفتارهای سالم، تغییر در شخصیت ضد اجتماعی، سازگاری فرد با جامعه، شناخت استعدادها و سعی در شکوفاسازی آنها، انگیزه برای فراگیری حرفه و شغل، ادامه تحصیل، بالابردن عزت نفس، شکوفایی بُعد معنوی افراد، ایجاد نگرش صحیح و مثبت به زندگی اجتماعی و تلاش برای داشتن زندگی سالم و کسب درآمد از راه‌های مشروع. بر اساس نظر مسئولان زندان‌ها، آموزش‌ها و مداخلات درون زندان می‌تواند به کاهش گرایش به سوی اعمال مجرمانه زندانیان رهاشده از زندان بینجامد (۵۰). در مطالعه حاضر تلاش شده است تا ضمن توصیف مؤلفه‌های دین‌داری و سلامت روانی زندانیان در شرف آزادی، رابطه بین این مؤلفه‌ها نیز بررسی شود.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، در ابتدای کار به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه و آزادانه است و هر زمان که تمایل داشتند، می‌توانند از شرکت در تحقیق انصراف دهند و در صورت مشارکت‌نکردن، همچنان تا پایان مدت حبس از تمام خدماتی که به‌طور معمول دریافت می‌کردند، بهره‌مند خواهند شد. علاوه بر این، در ابتدای کار فرم رضایت‌نامه در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و داده‌ها با رضایت آگاهانه آنان جمع‌آوری شد. همچنین، به مشارکت‌کنندگان درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات جمع‌آوری‌شده اطمینان کافی داده شد. از آنجاکه فرایند جمع‌آوری داده‌ها با کمک مشاوران و روان‌شناسان شاغل در داخل زندان‌های مربوط انجام شد، هیچ‌گونه ریزشی در فرایند تحقیق رخ نداد. مشارکت در تحقیق نوعی حس رفتار تلقی شد و در قالب امتیاز فرهنگی در کنار امتیازهای دیگر، در تعیین مرخصی‌های زندانیان در نظر گرفته شد.

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر شیوه گردآوری و تحلیل داده‌ها، توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش تمامی زندانیان در شرف آزادی استان‌های

هنوز مسائل و مشکلات مربوط به مجرمان و زندانیان به‌ویژه در زمینه مشکلات روانی، یکی از چالش‌برانگیزترین زمینه‌های پژوهشی است (۴۸). تعیین میزان سلامت روانی زندانیان علاوه بر اینکه می‌تواند به تدوین برنامه‌های مدون در جهت ارتقای سطح سلامت آنان منتج شود، به بهبود ارتباط زندانیان با یکدیگر، زندانبانان و دیگر عوامل اجرایی زندان منجر می‌شود و در نهایت به ایجاد محیطی توأم با آرامش و بهبود احساس امنیت در زندان کمک می‌کند.

به نظر می‌رسد ریشه مشکلات و معضلات اجتماعی که به ارتکاب جرم منجر می‌شود به‌طور مستقیم و غیرمستقیم ارتباط نزدیک به شخصیت انسان دارد. امروزه، از مهم‌ترین اهداف زندان و کارگزاران قضایی، اصلاح و تربیت زندانیان به قصد کاهش ارتکاب جرم و کاهش بازگشت به زندان است. گفته می‌شود خاستگاه اصلی تبهکاری را باید در شرایط بیمارگونه فردی و اجتماعی مجرم بررسی کرد و هیچ‌گونه نظریه واحدی به‌تنهایی نمی‌تواند رفتارهای انحرافی گوناگون را تبیین کند (۴۹). بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی دقیق‌تر نقش دین در سلامت روانی زندانیان در شرف آزادی در زندان‌های استان‌های کرمان و یزد بود. نتایج ارائه‌شده درک ما را از محرک‌های سلامت روانی در بستر حبس افزایش داده و به نشان‌دادن نقش دین بر سلامت روانی در بافت اجتماعی منحصربه‌فرد زندان کمک شایانی کرده است و میزان اثربخشی برنامه‌های اصلاحی و تربیتی زندان را نشان می‌دهد.

وقتی صحبت از اصلاح و تربیت در زندان‌ها می‌شود، منظور ایجاد تغییری سازنده و اخلاقی در اندیشه، رفتار و گفتار زندانیان است، به‌گونه‌ای که آنان از رفتارهای مجرمانه دست بردارند، تفکر و رفتار سالم را در خود پرورش دهند و استعدادها و نهفته خود را به‌سوی خوبی و سالم زندگی کردن به کار گیرند؛ به‌گونه‌ای که عزت نفس در آنان تقویت و خودشکوفایی روانی، شخصیتی و اخلاقی در آنان بارور شود و از نظر اخلاقی، رفتاری و کسب کمالات به‌سوی شرافت انسانی و مناعت طبع سیر کنند و خود را با جامعه‌ای که در آن زیست می‌کنند، سازگار سازند و پس از خروج از زندان، برای خود و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، بازگشتی سعادت‌مندانه داشته باشند (۴۹). بر این اساس، سازمان زندان‌ها در جمهوری اسلامی ایران در تمامی زندان‌ها به اجرای برنامه‌ها و فعالیت‌های فرهنگی، آموزشی، اعتقادی-مذهبی و روان‌شناختی در ابعاد وسیع و به‌صورت پایدار اقدام نموده است. در این رویکرد، انواع فعالیت‌های فرهنگی مانند

ب) **آزمون دین‌داری گلاگ و استارک^۳**: گلاگ و استارک این پرسش‌نامه را برای سنجش نگرش‌ها و باورهای دینی طراحی کرده‌اند (۵۴) و سراج‌زاده (۵۵) آن را با دین اسلام انطباق داده است. این پرسش‌نامه ۲۶ گویه و چهار بُعد اعتقادی (۷ گویه)، عاطفی (۶ گویه)، پیامدی (۶ گویه) و مناسکی (۷ گویه) دارد. مقیاس اندازه‌گیری استفاده‌شده در این پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت است که گویه پنج‌درجه‌ای کاملاً موافق، موافق، بینابین، مخالف و کاملاً مخالف را دربرمی‌گیرد و ارزش‌های هر گویه بین ۰-۴ متغیر است. حاصل جمع عددی ارزش هر یک از گویه‌ها، نمره آزمودنی را نشان می‌دهد که بین ۰ تا ۱۰۴ در نوسان است. نمرات ۰-۲۶ بیانگر دین‌داری ضعیف، نمرات ۲۶-۷۸ بیانگر دین‌داری متوسط و نمرات ۷۸-۱۰۴ مبین دین‌داری بالا است. روایی پرسش‌نامه حاضر به روش تحلیل عاملی و با روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس انجام شده است. مقدار ضریب کفایت نمونه‌گیری (KMO) ۰/۹۰ و مقدار مربع کای (خی دو) آزمون بارتلت^۵ ۲۶۹۹/۴۷ به دست آمده که از نظر آماری در مقدار ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. پایایی این پرسش‌نامه ضریب آلفای ۰/۸۳ دارد و مقدار آلفا برای متغیرهای بُعد اعتقادی ۰/۸۴، بُعد عاطفی ۰/۶۶، بُعد پیامدی ۰/۷۱ و بُعد مناسکی ۰/۸۲ به دست آمده است (۵۵).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۷۴۳ نفر از زندانیان در شرف آزادی در زندان‌های استان‌های کرمان و یزد (۱۹۱ نفر در زندان‌های استان یزد و ۵۵۲ نفر در زندان‌های استان کرمان) به صورت تمام‌شماری بررسی و مطالعه شدند. از این تعداد، ۳۸ نفر زن و ۷۰۵ نفر مرد و میانگین سنی آنان ۳۷ بود. از نظر وضعیت زناشویی نیز ۲۳۰ نفر از آنان مجرد، ۵۲۲ نفر متأهل و ۱۷ نفر مطلقه بودند؛ و همسر ۱ نفر نیز از دنیا رفته بود. ۳۶ نفر از مجموع این زندانی‌ها افغانستانی و بقیه ایرانی بودند. ۵۱ درصد سابقه حبس نداشتند و ۴۹ درصد نیز سابقه حبس از یک تا سیزده سال داشتند. از نظر نوع جرم ارتكابی، ۴۵ درصد از آنان جرائم مرتبط با مواد مخدر، ۲۷ درصد سرقت و بقیه جرائم دیگری همچون ضرب و جرح، تجاوز به عنف، خیانت در امانت، قتل، جعل و رابطه نامشروع مرتکب شده بودند.

کرمان و یزد (۷۴۳ نفر) در سال ۱۳۹۸ بود که دست‌کم شش ماه سابقه حبس در زندان داشتند و چهار ماه به زمان آزادی‌شان باقی مانده بود. پرسشگران آموزش‌دیده با همکاری مددکاران درون زندان و با رعایت تمامی جوانب اخلاقی داده‌های تحقیق را به مدت چهار ماه (ابتدای تیر تا پایان مهر ۱۳۹۸) گردآوری کردند. در نهایت، داده‌ها با آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره به روش گام‌به‌گام تجزیه و تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها نیز از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) آزمون سلامت روان: آزمون سلامت روان پرسش‌نامه‌ای سرندی^۱ مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که نوعی اختلال روانی دارند، استفاده می‌شود. در کل، این آزمون ابزاری برای غربالگری سلامت روانی است که ضمن مقبولیت جهانی، در ایران نیز هنجاریابی شده و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. گلدبرگ و هیلر^۲ فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت روانی را از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی کرده‌اند (۵۱). سؤالات این پرسش‌نامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد که چهار مقیاس فرعی و هر مقیاس هفت پرسش دارد. این مقیاس‌ها عبارت است از: ۱) علائم جسمانی، ۲) علائم اضطرابی و اختلال خواب، ۳) کارکرد اجتماعی و ۴) علائم افسردگی-روانی. تمام گویه‌های پرسش‌نامه سلامت روان چهار گزینه دارد. شیوه نمره‌گذاری بر اساس درجه‌بندی لیکرت است که بر اساس این شیوه، گزینه‌های آزمون به صورت ۱، ۲، ۳ و ۴ کدگذاری می‌شود و از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا ۴۸ متغیر خواهد بود. نقطه برش بالای ۲۱ است که فرد مشکل‌دار تشخیص داده می‌شود. نمره کمتر نیز بیانگر بهداشت روانی بهتر است. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسش‌نامه سلامت روانی از روش‌های روایی هم‌زمان و تحلیل عامل استفاده شده است. نوربالا و دیگران از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی، ثبات درونی این پرسش‌نامه را ۸۳ درصد ذکر کرده‌اند (۵۲). هومن نیز همسانی درونی زیرمقیاس‌های آن را با کمک ضریب آلفای کرونباخ برای علائم جسمانی ۰/۸۵، علائم اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۷، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و علائم افسردگی و خیم ۰/۹۱ درصد گزارش کرده است (۵۳).

^۳) Glock & Stark

^۴) Chi-squared test

^۵) Bartlett's test

^۱) Screening questionnaire

^۲) Goldberg & Hillier

به‌جز خرده‌مقیاس اختلال افسردگی، در بقیه خرده‌مقیاس‌های سلامت روان میانگین نمره بالاتر از میانگین هنجار که ۶ است، کسب کرده بودند.

همان‌گونه که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است، در مجموع میانگین سلامت روان زندانیان در شرف آزادی در دو استان کرمان و یزد برابر با ۲۸/۴۰ بود. زندانیان در شرف آزادی

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی سلامت روان زندانیان در شرف آزادی

P-value	T	انحراف معیار	میانگین	ابعاد سلامت روان
۰/۰۰۰	۴۸/۹۹۳	۴/۲۸۷	۶/۶۳	نشانه‌های اختلال جسمی
۰/۰۰۰	۴۹/۲۲۹	۵/۰۶۸	۷/۸۷	اختلال اضطراب
۰/۰۰۰	۷۸/۲۵۲	۳/۱۴۸	۷/۷۷	اختلال در کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۰	۲۶/۲۳۹	۵/۳۷۰	۴/۴۴	اختلال افسردگی
۰/۰۰۰	۷۱/۶۵۶	۱۲/۵۶۶	۲۸/۴۰	سلامت روان کل

دین‌داری زندانیان از میانگین طبیعی بالاتر بود. بُعد اعتقادی بیشترین میانگین را نسبت به ابعاد دیگر داشت. کمترین میانگین نیز مربوط به بُعد مناسکی دین‌داری بود.

داده‌های جدول شماره ۲، میانگین دین‌داری کل و ابعاد دین‌داری زندانیان در شرف آزادی را در دو استان کرمان و یزد بر اساس آزمون گلاک-استارک نشان می‌دهد. بر اساس آن،

جدول ۲) وضعیت دین‌داری زندانیان در شرف آزادی

P-value	t	انحراف معیار	میانگین	دامنه نمرات نظری	ابعاد سنجش دین‌داری گلاک-استارک
۰/۰۰۰	۲۴۹/۶۷۷	۳/۰۵۱	۲۴/۳۰	۲۸-۰	بُعد اعتقادی
۰/۰۰۰	۱۷۷/۴۴۰	۳/۲۶۹	۱۸/۳۰	۲۴-۰	بُعد عاطفی
۰/۰۰۰	۱۵۱/۶۲۱	۳/۸۶۹	۱۸/۵۰	۲۴-۰	بُعد پیامدی
۰/۰۰۰	۱۳۳/۵۹۱	۴/۰۴۲	۱۷/۰۳	۰-۲۸	بُعد مناسکی
۰/۰۰۰	۲۱۷/۳۱۳	۱۱/۳۵۸	۷۷/۸۶	۰-۱۰۴	دین‌داری کل

معنی‌دار داشت. به این صورت که هر چه زندانیان در بُعد عاطفی دین‌داری قوی‌تر شدند، اختلال افسردگی و ناکارآمدی اجتماعی‌شان کاهش یافته بود. بُعد پیامدی نیز با اختلال افسردگی رابطه منفی و معنی‌دار داشت. به این معنی که افرادی که نمره بُعد پیامدی‌شان بالاتر بود، اختلال افسردگی کمتری داشتند. همچنین بُعد مناسکی نیز با مؤلفه‌های اختلال افسردگی، اختلال اضطراب و نشانه‌های اختلال جسمانی رابطه منفی و معنی‌دار داشت. به این صورت که افرادی که نمره بالاتری در بُعد مناسکی داشتند، اختلال افسردگی، اختلال اضطراب و نشانه‌های اختلال جسمانی کمتری داشتند.

داده‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که دین‌داری زندانیان در شرف آزادی با سلامت روان آنان رابطه معنی‌دار داشت. به این صورت که با افزایش میزان دین‌داری زندانیان، سلامت روانی آنان نیز افزایش یافت. علاوه بر این، بُعد اعتقادی زندانیان در شرف آزادی با اختلال افسردگی، اختلال ناکارآمدی اجتماعی و نشانه‌های اختلال جسمانی آنان رابطه منفی و معنی‌دار داشت. به عبارت دیگر، به میزانی که زندانیان در بُعد اعتقادی قوی‌تر شدند، اختلال افسردگی، اختلال ناکارآمدی اجتماعی و نشانه‌های اختلال جسمانی کمتری داشتند. همچنین نتایج ماتریس همبستگی نشان داد که بُعد عاطفی با اختلال افسردگی و اختلال ناکارآمدی اجتماعی، رابطه منفی و

جدول ۳) همبستگی بین ابعاد دین‌داری و سلامت روان زندانیان در شرف آزادی

دین‌داری	سلامت روانی کل	افسردگی	ناکارآمدی اجتماعی	اضطراب	جسمانی
بُعد اعتقادی	-۰/۱۶۹**	-۰/۲۰۷**	-۰/۰۹۵**	-۰/۰۴۱	-۰/۱۳۱**
بُعد عاطفی	-۰/۱۰۴**	-۰/۰۹۲**	-۰/۱۳۲**	-۰/۰۴۷	-۰/۰۴۸
بُعد پیامدی	-۰/۰۹۴**	-۰/۱۵۷**	-۰/۰۷۲*	۰/۰۲۱	-۰/۰۶۲
بُعد مناسکی	-۰/۲۹۰**	-۰/۲۶۸**	-۰/۰۲۶	-۰/۲۱۶**	-۰/۲۶۱**
دین‌داری کل	-۰/۲۱۰**	-۰/۲۳۱**	-۰/۰۹۷**	-۰/۰۹۴**	-۰/۱۶۳**

هر چهار بُعد متغیر مستقل (دین‌داری)، نقش تعیین‌کننده‌ای در تبیین متغیر وابسته (سلامت روان) داشت. چهار بُعد متغیر مستقل نیز به میزان ۳۳ درصد با متغیر وابسته همبستگی داشت. ضریب تعیین به‌دست‌آمده بیانگر آن بود که ۱۱ درصد از تغییرات موجود در سلامت روان زندانیان در شرف آزادی تابع ابعاد متغیر مستقل بود و مابقی تغییرات تحت تأثیر متغیرهای خارج از الگو بود (جدول شماره ۴).

از آنجاکه متغیر دین‌داری از چهار مؤلفه فاصله‌ای (بُعد اعتقادی، بُعد عاطفی، بُعد پیامدی و بُعد مناسکی) تشکیل شده، برای تعیین رابطه بین ابعاد دین‌داری و سلامت روانی از رگرسیون خطی استفاده شده است. مقایسه گام‌به‌گام رگرسیون چندمتغیره نشان می‌دهد که میزان ضریب همبستگی چندگانه و ضریب تعیین در هر مرحله نسبت به مرحله قبل، افزایش معنی‌دار و خطای برآورد در مراحل پایانی در مقایسه با مرحله اول کاهش معنی‌دار داشت.

جدول ۴) ضریب رگرسیون بین ابعاد دین‌داری و سلامت روان زندانیان در شرف آزادی

پیش‌بین‌ها	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل یافته
۱ ^a	۰/۳۰۳	۰/۰۹۲	۰/۰۹۱
۲ ^b	۰/۳۱۵	۰/۰۹۹	۰/۰۹۷
۳ ^c	۰/۳۲۸	۰/۱۰۸	۰/۱۰۵
۴ ^d	۰/۳۳۴	۰/۱۱۲	۰/۱۰۸

(a) بُعد مناسکی

(b) بُعد مناسکی و بُعد عاطفی

(c) بُعد مناسکی، بُعد عاطفی و بُعد اعتقادی

(d) بُعد مناسکی، بُعد عاطفی، بُعد اعتقادی و بُعد پیامدی

جدول شماره ۵، شدت و جهت تأثیر ابعاد متغیر مستقل را بر متغیر وابسته نشان می‌دهد. با توجه به نتایج، می‌توان معادله رگرسیونی استاندارد نشده را به شکل زیر نوشت:
بُعد پیامدی $+0/280 +$ بُعد اعتقادی $+0/633 +$ بُعد عاطفی $+0/499 +$ بُعد مناسکی $(-1/136) +$ ضریب ثابت $44/034 =$ سلامت روان

جدول ۵) رگرسیون مؤلفه‌های دین‌داری و سلامت روانی زندانیان در شرف آزادی

P-value	t	ضرایب استاندارد شده Beta	ضرایب غیراستاندارد		عوامل پیش‌بین
			B	خطای انحراف	
۰/۰۰۰	۱۵/۳۹۴		۴۴/۰۳۴	۲/۸۶۱	ضریب ثابت
۰/۰۰۰	-۹/۴۲۴	-۰/۳۴۰	-۱/۱۳۶	۰/۱۲۱	بُعد مناسکی
۰/۰۰۲	۳/۱۵۰	۰/۱۱۵	۰/۴۹۹	۰/۱۵۸	بُعد عاطفی
۰۰۰۰	-۳/۵۷۲	-۰/۱۲۵	۰/۶۳۳	۰/۱۷۷	بعد اعتقادی
۰/۰۳۷	۲/۰۸۹	۰/۰۷۳	۰/۲۸۰	۰/۱۳۴	بُعد پیامدی

سلامت روان بیش از نیمی از زندانیان مطالعه‌شده بالاتر از نمره معیار بود. با توجه به اینکه نمره بالا در آزمون سلامت روان بیان‌کننده میزان سلامت روان پایین است؛ نتایج از پایین بودن میزان سلامت روان زندانیان حکایت دارد. البته پایین بودن میزان سلامت روان در زندانیان به معنای تشخیص وجود اختلالات روانی خاصی در بین آنان نیست. تجزیه و تحلیل مربوط به حیطه‌های سلامت روان نشان می‌دهد که کمترین نمره میانگین مربوط به حیطه افسردگی بود. در نتیجه، می‌توان گفت زندانیان مطالعه‌شده از این نظر در وضعیت مطلوب‌تری قرار داشتند. میانگین نمره پایین اختلال افسردگی زندانیان با نتایج تحقیقات قبلی از جمله پژوهش مجله پژوهش در دین و سلامت

در نهایت، می‌توان بیان کرد که تمامی ابعاد دین‌داری شامل مناسکی، عاطفی، اعتقادی و پیامدی، پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی زندانیان در شرف آزادی در استان‌های کرمان و یزد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر توصیف و تحلیل ویژگی‌های دین‌داری و سلامت روان زندانیان در شرف آزادی در زندان‌های استان‌های کرمان و یزد و همچنین بررسی رابطه ابعاد دین‌داری با سلامت روان آنان بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره

سدون (۵۶) و گرجی و همکاران (۵۷) همخوانی دارد؛ در حالی که با نتایج مطالعات کیپینگ و همکاران و نوری و بردبار (۱۹، ۵۷-۵۹) که نشان داده‌اند افراد مطالعه‌شده در حیطه افسردگی نمره بالاتری دارند، همخوانی ندارد. این امر می‌تواند ناشی از اختلاف در محیط فرهنگی، اجتماعی و مذهبی باشد. در بقیه حیطه‌های سلامت روان همچون نشانه‌های اختلال جسمانی، اختلال اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی، میانگین نمره زندانیان در شرف آزادی از نمره برش معیار بالاتر بود. نمره میانگین بالای حیطه اختلال در عملکرد اجتماعی و اختلال اضطراب زندانیان نیز احتمالاً ناشی از محدودیت تعاملات اجتماعی آنان بوده است. در مطالعات دیگر از جمله پژوهش داوودی و همکاران و نوربالا و همکاران (۶۰، ۶۱) نیز بیشترین نمره میانگین حیطه سلامت روانی در بُعد اختلال عملکرد اجتماعی به دست آمده است.

یکی از دلایل نمره میانگین بالای سلامت روان زندانیان در شرف آزادی در دو استان کرمان و یزد، مصرف مخفیانه مواد مخدر در این زندان‌ها بوده است. پژوهش الماسی و مرادی نیز نشان داده است که بین مصرف مواد مخدر و انواع اختلالات روانی رابطه وجود دارد (۶۲). مصرف مواد مخدر در برخی از این زندانیان به صورت مخفیانه در زندان ادامه داشته است و زندانیان این موضوع را به دلایل گوناگون بیان نمی‌کنند که می‌تواند یکی از عوامل اصلی نمره میانگین بالای سلامت روان در این زندانیان بیان شود. بسیاری از زندانیان در شرف آزادی در پژوهش حاضر، مصرف‌کننده مواد مخدر بودند. از سوی دیگر، وجود محدودیت‌های ادامه مصرف مواد مخدر برای زندانیان در زندان‌ها نیز می‌تواند سبب افزایش نمره میانگین حیطه اختلال اضطرابی باشد.

با استناد به آزمون دین‌داری گلاک و استارک، در مجموع دین‌داری زندانیان در شرف آزادی در دو استان کرمان و یزد در حد بالا و در وضعیت مطلوبی قرار داشت. بُعد اعتقادی بیشترین میانگین را نسبت به دیگر ابعاد داشت. کمترین میانگین نیز مربوط به بُعد مناسکی دین‌داری بود. همبستگی بین ابعاد دین‌داری و سلامت روان زندانیان نیز نشان داد که هر چه میزان دین‌داری زندانیان افزایش می‌یافت، وضعیت سلامت روان کل نیز افزایش می‌یافت. همچنین هر چه نمره ابعاد اعتقادی، عاطفی و دین‌داری کلی افراد افزایش می‌یافت، اختلال در عملکرد اجتماعی آنان نیز کاهش می‌یافت و مطلوب‌تر می‌شد. بُعد مناسکی و دین‌داری کل نیز با اختلال اضطراب رابطه معنی‌دار و منفی داشت. به این صورت که با افزایش

نمره بُعد مناسکی و دین‌داری کل، اختلال اضطراب آنان نیز کاهش می‌یافت. در این زمینه، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش الماسی و مرادی (۶۲) همخوانی دارد. آنان نیز در پژوهش خود نشان داده‌اند که بین دین‌داری و سلامت روان رابطه وجود دارد. به این صورت که با افزایش دین‌داری زندانیان، سلامت روان آنان نیز افزایش می‌یابد. نتایج ناشی از آماره رگرسیون خطی نیز نشان داد که بین ابعاد دین‌داری و سلامت روان زندانیان رابطه معنی‌دار وجود داشت. این بدان معنا است که ابعاد متغیر مستقل (دین‌داری) قدرت تبیین بالایی دارد و قادر است به خوبی میزان تغییرات واریانس متغیر وابسته (سلامت روان) را توضیح دهد. از این میان، ابعاد مناسکی، عاطفی و اعتقادی نسبت به ابعاد دیگر اثر پیش‌بینی بیشتری داشت. در این زمینه، نتایج تحقیقات قبلی از جمله پژوهش پرس و همکاران؛ پانت و همکاران، واندرویل؛ جی پی و همکاران؛ مالکی و همکاران؛ درویشی و همکاران و باورصاد و همکاران (۵؛ ۶۳-۶۸) نیز نشان داده است که ابعاد اعتقادی، عاطفی و مناسکی با سلامت روان رابطه منفی دارد؛ اما برای بُعد پیامدی رابطه معنی‌داری به دست نیامده است. در توجیه رابطه منفی بُعد اعتقادی دین‌داری با سلامت روان می‌توان گفت افرادی که باورهای اعتقادی قوی دارند و معتقدند این جهان دارای خالق یکتا است و خداوند متعال این جهان را از سر حکمت آفریده و از خلقت آن هدفی والا داشته است، زندگی خود را باهدف و بامعنی می‌دانند. بنابراین، این افراد به احتمال زیاد از حالات و نشانه‌های مربوط به اختلال روانی از جمله اختلال افسردگی و اختلال اضطراب دور هستند و از سلامت روانی بالاتری برخوردارند.

در تبیین رابطه منفی بُعد عاطفی و سلامت روان نیز می‌توان گفت ایمان به خدا و زندگی پس از مرگ در انسان نیروی معنوی عمیقی ایجاد می‌کند که موجب برانگیختگی احساسات و عواطف مثبت از جمله حس خودارزشمندی، امید به آینده، خوش‌بینی، خرسندی و دوست‌داشتن خود و دیگران می‌شود. افراد متدین در مواجهه با مشکلات و در هنگام سختی مغلوب نمی‌شوند؛ چون خداوند را پناهگاهی در کنار خود حس می‌کنند و از او یاری و مدد می‌جویند. در هنگام ارتکاب خطا و اشتباه احساس توبه و پشیمانی دارند و در صد جبران خطای خود برمی‌آیند و به بخشش خود امیدوارند. بنابراین، چنین افرادی کمتر دچار یأس و ناامیدی می‌شوند و از سلامت روحی و روانی بیشتری برخوردارند. رابطه منفی بُعد مناسکی با سلامت روان نیز بیانگر این است که انجام اعمال و

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلف مقاله، پژوهش حاضر با استفاده از بودجه پژوهشی اداره کل زندان‌های استان کرمان (کد سامانه سمات ۱۶۷۱۱۰-۱۵۰۳۱ و کد سازمان زندان‌ها ۲۵-۲۱-۹۸) صورت گرفته است.

تضاد منافع

مؤلف مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده است.

References

1. Shirzadi Z, Khodabakhshi-Koolae A, Falsafinejad MR. A Study of the Relationship of Outlook and Practical Pledge to Prayers and Spiritual Experiences with Mental Health of Girl Students of University of Tehran. *Journal of Research on Religion & Health*. 2020;5(4):99-113. (Full Text in Persian)
2. Safara M, Balali-Dehkordi N, Sadidpour SS. A Meta-analysis of the Effect of Religiosity and Spirituality on Treatment of Psychotic-clinical Disorders. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2019;5(3):124-36. (Full Text in Persian)
3. Bakhtiari M, Masjedi Arani A, Karamkhani M, Shokri Khubestani M, Mohammadi H. Investigating the relationship between hajj pilgrimage and mental health among Sharif University of Technology students. *J Res Relig Health*. 2017;3(2):78-87. (Full Text in Persian)
4. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Current opinion in psychiatry*. 2014;27(5):358-63.
5. Peres MFP, Kamei HH, Tobo PR, Lucchetti G. Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being. *Journal of religion and health*. 2018;57(5):1842-55.
6. King PE, Ramos JS, Clardy CE. Searching for the sacred: Religion, spirituality, and adolescent development. 2013.
7. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression research and treatment*. 2012;2012.
8. Power L, McKinney C. The effects of religiosity on psychopathology in emerging adults: Intrinsic versus extrinsic religiosity. *Journal of Religion and Health*. 2014;53(5):1529-38.

فرائض دینی به صورت فردی مانند خواندن نماز، قرآن و ادعیه و اعمال جمعی مانند شرکت در مساجد، مؤسسات دینی و مراسم مذهبی، علاوه بر آرامش و معنویتی که در نتیجه نیایش با خداوند ایجاد می‌کند، به دلیل داشتن جنبه اجتماعی، موجب نشاط، شادمانی و سرزندگی افراد می‌شود و آنان را از آسیب‌ها و اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، یأس و ناامیدی مصون می‌دارد.

محدودیت‌های پژوهش

در پژوهش حاضر صرفاً به بررسی وضعیت زندانیان در شرف آزادی در دو استان کرمان و یزد پرداخته شده و ارزیابی نیز صرفاً از طریق پرسش‌نامه سلامت روان صورت گرفته است. بنابراین، نتایج به دست آمده به صورت کامل قابل تعمیم به کل جامعه زندانیان در شرف آزادی در دیگر زندان‌های کشور نیست.

پیشنهاد‌های پژوهش

پایش دوره‌ای درباره بروز و شیوع اختلال‌های روانی و اعلام روند شیوع این اختلال‌ها به صورت مستمر به مسئولان زندان‌های مورد مطالعه با استفاده از چک‌لیست علائم روانی؛ و همچنین راه‌اندازی درمانگاه‌های روان‌درمانگری و عرضه خدمات روان‌شناختی فردی و گروهی توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان زندان به زندانیان در زندان‌های مورد مطالعه پیشنهاد می‌شود.

قدردانی

بدین وسیله از تمامی زندانیان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین اداره کل زندان‌های استان کرمان به سبب حمایت‌های مالی از این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلف مقاله، این مطالعه برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان «بررسی ویژگی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی زندانیان در شرف آزادی در زندان‌های کرمان، یزد و هرمزگان در سال ۱۳۹۸» است که کمیته اخلاق دانشگاه شهید باهنر کرمان با کد اخلاق IR.UK.REC.1399.004 آن را تأیید کرده است.

9. Arévalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*. 2008;31(1):113-23.
10. Stewart WC, Wetselaar MJ, Nelson LA, Stewart JA. Review of the Effect of Religion on Anxiety. *Int J Depress Anxiety*. 2019;2(2):1-5.
11. Levin J. Religion and mental health: Theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. 2010;7(2):102-15.
12. Behere PB, Das A, Yadav R, Behere AP. Religion and mental health. *Indian journal of psychiatry*. 2013;55(Suppl 2):S187.
13. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*. 2013;59(1):48-54.
14. Sharifnia S, Hojjati H, Nazari R, Qorbani M, Akhoondzade G. The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients referring to Imam Reza Hospital in Amol City. *IJCCN*. 2012;5:29-34.
15. Binswanger IA, Blatchford PJ, Lindsay RG, Stern MF. Risk factors for all-cause, overdose and early deaths after release from prison in Washington state. *Drug and alcohol dependence*. 2011;117(1):1-6.
16. Massoglia M. Incarceration as exposure: the prison, infectious disease, and other stress-related illnesses. *Journal of health and social behavior*. 2008;49(1):56-71.
17. Massoglia M, Pridemore WA. Incarceration and health. *Annual Review of Sociology*. 2015;41:291-310.
18. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet*. 2002;359(9306):545-50.
19. Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGV, et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. *PLoS One*. 2014;9(2):e88836.
20. Goff A, Rose E, Rose S, Purves D. Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2007;17(3):152-62.
21. Mills A, Kendall K. Mental health in prisons. *Handbook on prisons*. 2016:187-204.
22. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. 2011;377(9769):956-65.
23. Eytan A. Religion and mental health during incarceration: A systematic literature review. *Psychiatric quarterly*. 2011;82(4):287-95.
24. Prins SJ. Prevalence of mental illnesses in US state prisons: A systematic review. *Psychiatric Services*. 2014;65(7):862-72.
25. Wright N, Jordan M, Kane E. Mental health/illness and prisons as place: Frontline clinicians' perspectives of mental health work in a penal setting. *Health & place*. 2014;29:179-85.
26. Bronson J, Berzofsky M. Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates, 2011-12. *Bureau of Justice Statistics*. 2017:1-16.
27. Assadi SM, Noroozian M, Pakravannejad M, Yahyazadeh O, Aghayan S, Shariat SV, et al. Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;188(2):159-64.
28. Fatoye F, Fatoye G, Oyebanji A, Ogunro A. Psychological characteristics as correlates of emotional burden in incarcerated offenders in Nigeria. *East African medical journal*. 2006;83(10):545-52.
29. Arnab B, Prativa S, Ray TK. Persons with major psychiatric illness in prisons-a three years study. *Journal of the Indian Medical Association*. 2009;107(1):14-6.
30. Haney C. The psychological impact of incarceration: Implications for post-prison adjustment. *Prisoners once removed: The impact of incarceration and reentry on children, families, and communities*. 2003;33:66.
31. Dye MH, Aday RH, Farney L, Raley J. "The Rock I Cling To" Religious Engagement in the Lives of Life-Sentenced Women. *The Prison Journal*. 2014;94(3):388-408.
32. Levitt L, Loper AB. The influence of religious participation on the adjustment of female inmates. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2009;79(1):1-7.
33. Lonczak HS, Clifasefi SL, Marlatt GA, Blume AW, Donovan DM. Religious coping and psychological functioning in a correctional population. *Mental Health, Religion & Culture*. 2006;9(02):171-92.
34. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):871-81.
35. Day JC, Brauer JR, Butler HD. Coercion and social support behind bars: Testing an integrated theory of misconduct and resistance in US prisons. *Criminal Justice and Behavior*. 2015;42(2):133-55.
36. Camp SD, Daggett DM, Kwon O, Klein-Saffran J. The effect of faith program participation on prison misconduct: The Life Connections Program. *Journal of Criminal Justice*. 2008;36(5):389-95.
37. Armstrong ER, Winters DE, Jagers JW. Mental health in prison populations: Policy, practice, and challenges. 2018.
38. Grella CE, Rodriguez L. Motivation for treatment among women offenders in prison-based treatment and longitudinal outcomes among those who participate in

- community aftercare. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2011;43(sup1):58-67.
39. Wolff N, Frueh BC, Shi J, Schumann BE. Effectiveness of cognitive-behavioral trauma treatment for incarcerated women with mental illnesses and substance abuse disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(7):703-10.
40. Farrell M, Boys A, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Jenkins R, et al. Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181(5):393-8.
41. Drakeford L. Correctional policy and attempted suicide among transgender individuals. *Journal of correctional health care*. 2018;24(2):171-82.
42. Duwe G, Hallett M, Hays J, Jang SJ, Johnson BR. Bible college participation and prison misconduct: A preliminary analysis. *Journal of Offender Rehabilitation*. 2015;54(5):371-90.
43. Schaefer L, Sams T, Lux J. Saved, salvaged, or sunk: A meta-analysis of the effects of faith-based interventions on inmate adjustment. *The Prison Journal*. 2016;96(4):600-22.
44. Thomas J, Zaitzow BH. Conning or conversion? The role of religion in prison coping. *The Prison Journal*. 2006;86(2):242-59.
45. Kerley KR, Matthews TL, Blanchard TC. Religiosity, religious participation, and negative prison behaviors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2005;44(4):443-57.
46. Rezvani S, Ramezanzadeh A, Ghasemipour S. Prisoners' health, mental health and medical education with emphasis on the rights of imprisoned addicts. *Medical Law*. 2010;4(15):107-28. (Full Text in Persian)
47. Walmsley R. *World prison population list: Home Office London*; 2003.
48. Sotoudeh H, Mirzaei B. *Criminal Psychology*. Tehran: Avay-e Nour; 2016. (Full Text in Persian)
49. Kazemi T. *The effect of prison correctional program on reducing recidivism in Yazd province*. Taft: Islamic Azad University; 2016. (Full Text in Persian)
50. Alimardani A, Rajjian M, Mostafa V, Khani M. The role of mental disorders leading to criminal behavior on degrees of criminal responsibility. *Scientific Journal of the Medical System Organization of the Islamic Republic of Iran*. 2017;35(1):68-78. (Full Text in Persian)
51. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(1):139-45.
52. Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Yazdi SAB, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental health survey of the Iranian adult population in 2015. *Archives of Iranian medicine*. 2017;20(3):1-18.
53. Hooman A. Standardization of general health questionnaire on undergraduate students of Tarbiat Moallem University. Tehran: Tarbiat Moallem University Educational Research Institute; 1997. (Full Text in Persian)
54. Glock CY, Stark R. *Religion and society in tension: a publi. from the research program in the Sociology of Religion Survey Research Center, Univ. of Calif., Berkeley*. 1970.
55. Serajzadeh H. Religious attitudes and Behaviors of Adolescents in Tehran and Its Implications for Secularization Theory. *Research Profile*. 1999;9:18-105. (Full Text in Persian)
56. Seddon T. *Punishment and madness: Governing prisoners with mental health problems: Routledge-Cavendish*; 2007.
57. Gorji R, Yektakhah S, Allameh M. General Health and Quality of Life of Mothers with Autism child. *Journal of Exceptional Education*. 2014;1(123):13-9. (Full Text in Persian)
58. Kipping R, Scott P, Gray C. Health needs assessment in a male prison in England. *Public health*. 2011;125(4):229-33.
59. Nouri A, Bordbar G. Survey of personality traits and demographic status of criminals in Isfahan Central Prison. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2010;2:49-62. (Full Text in Persian)
60. Davoodi Z, Ahmadi S. Comparison of mental disorders and adversity quotient in prisoners and non-prisoners in Shahrekord. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2015;17(2):76-83. (Full Text in Persian)
61. Noorbala A, Malek Afzali H, Abedinia N, Akhbari M, Moravveji A, Vaseghi F, et al. Mental Health Status and Marital Satisfaction of Pregnant Women Referring to Health Centers in Kashan, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2018;16(3):279-94. (Full Text in Persian)
62. Almasi M, Moradi G. Mental Health of Prisoners of Ilam's Jails Andits Related Factors. *Journal of Strategic Strategic Research on Social Problems in Iran*. 2012;1(3):101-16. (Full Text in Persian)
63. Pont J, Stöver H, Gétaz L, Casillas A, Wolff H. Prevention of violence in prison-The role of health care professionals. *Journal of forensic and legal medicine*. 2015;34:127-32.
64. VanderWeele TJ. Religion and health: A synthesis. In: Peteet MBJR, editor. *Spirituality and religion within the culture of medicine: From evidence to practice: Oxford University Press*; 2017.p. 357-401.
65. Djupe PA, Calfano BR. *Religious Value Priming,*

Threat, and Political Tolerance. Political Research Quarterly. 2013;66(4):768-80.

66. Maleki Z, Ashkan S, Ashoori J, Yosefi N. Relationship between personality traits, religiosity and happiness with general health among nursing students. Iran Journal of Nursing. 2014;26(86):90-100. (Full Text in Persian)

67. Darvishi M, Ghazi Vakili Z, Mohammadi A. The relationship between religious beliefs and mental health in students of Alborz University of Medical Sciences and Health Services and Karaj Islamic Azad University in 92-93. Alborz University Medical Journal. 2017;6(2):145-52. (Full Text in Persian)

68. Bavarsad B, Shamsi GS, Mohammadi S. Exploring the Effect of Religion on Human Resource's Mental Health of Organization (Case Study: Employees in Shahid Chamran University of Ahvaz). Quaterly Journal of Social Development. 2014;9(2):217-38

