

The relationship between religious attitude and mental health in students of Shiraz University of Medical Sciences

Seyyed Mansour Kashfi¹, Maryam Yazdankhah¹, Akbar Babaei Heydarabadi², Ali Khani Jeihooni^{3*}, Reza Tabrizi¹

1- Department of Public Health, School of Health, Research Center for Health Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

2- Department of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3- Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

Abstract

Background and Objectives: Mental disorders are very common in human societies and it is possible for many people to get mental problems. Faith, religious beliefs and monotheistic attitudes are some of the factors that can be used effectively in prevention and treatment of mental disorders. This study aimed to investigate the relationship between religious attitudes and mental health in students.

Materials and Methods: This is a descriptive- analytic study conducted to investigate the relationship between religious attitude and mental health in students of Shiraz University of Medical Sciences. Samples were selected by multistage random sampling. Data was collected by means of general health questionnaire (GHQ-28) and a religious attitude questionnaire containing 25 questions (Golriz- Berahani). SPSS software version 19 was used to analyze the collected data by tests of Chi-square and Pearson correlation coefficient.

Results: The participants (n=300) in this study were 31.4% boys and 68.6% girls. The mean age of them was 21.71 years old. The mean of religious attitude and general health scores of the participants was 39.73 and 22.1 respectively. There was no statistically significant association between general health and religious attitude ($r=0.1$ and $P>0.05$). There was no statistically significant association between general health and religious attitude ($r=0.1$ and $P>0.05$).

Conclusion: Although there was a positive correlation between general health and religious attitude, there was no statistically significant association between them.

Keywords: Religious attitude, Mental health, Students

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* Corresponding Author: Ali Khani Jeihooni; Email: khani_1512@yahoo.com

بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز

سید منصور کشفی^۱، مریم یزدانخواه^۱، اکبر بابایی حیدرآبادی^۲، علی خانی جیحونی^{۳*}، رضا تبریزی^۱

۱- گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۳- گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: اختلال‌های روانی در جوامع انسانی بسیار مشهود است و بسیاری از افراد در زندگی امکان ابتلا به ناراحتی‌های روانی را دارند. ایمان، اعتقادهای مذهبی و نگرش‌های توحیدی، عامل‌هایی هستند که می‌توانند در امر درمان و پیشگیری از اختلال‌های روانی به شکل مؤثری به کار برده شوند. هدف از مطالعه‌ی حاضر، تعیین ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روان دانشجویان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی حاضر به بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز پرداخته است. نمونه‌گیری به روش تصادفی چند مرحله‌یی صورت گرفت؛ ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسش‌نامه‌ی نگرش مذهبی ۲۵ سئوالی (گلریز- براهنی) بود. داده‌ها به نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ وارد و با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از مجموع ۳۰۰ نفر از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، ۳۱/۴ درصد پسر و ۶۸/۶ درصد دختر بودند. میانگین سنی افراد ۲۱/۷۱ سال بود. میانگین نمره‌ی نگرش مذهبی و سلامت عمومی شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر با ۳۹/۷۳ و ۲۲/۱ بود. اختلال در سلامت عمومی دانشجویان با هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه از نظر آماری رابطه‌ی معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$). همچنین بین نمره‌ی سلامت عمومی و نگرش مذهبی ارتباط معنی‌داری به دست نیامد ($P > 0/05$ و $r = 0/1$).

نتیجه‌گیری: اعتقادهای مذهبی و نگرش‌های توحیدی، عامل‌هایی هستند که می‌توانند دیدگاه و درک افراد را از مشکل‌های زندگی تغییر داده و در بسیاری از موارد راه عبور از آن‌ها را آسان‌تر می‌کنند. در این پژوهش بین نگرش‌های مذهبی با سلامت روان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: نگرش مذهبی، سلامت روان، دانشجویان

مقدمه

امروزه اهمیت معنویت و نگرش‌های مذهبی در انسان مورد توجه بسیاری از متخصصان بهداشت روان می باشد (۱). سلامت و تندرستی یکی از نعمت‌های بزرگ در زندگی انسان است و دارای بُعدهای جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی می باشد (۲ و ۳). اختلال‌های روانی در جوامع انسانی بسیار مشهود است و بسیاری از افراد در زندگی، امکان ابتلا به ناراحتی‌های روانی را دارند و به عبارت دیگر، کمتر کسی وجود دارد که در برابر بیماری‌های روانی مصونیت داشته باشد. هدف اصلی بهداشت روانی، پیشگیری از وقوع ناراحتی‌ها و حفظ سلامت روانی به منظور ایجاد یک محیط فردی و اجتماعی سالم و مناسب و همچنین درمان اختلال‌های روانی و پیشگیری از مزمن شدن بیماری در افراد است (۴). افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است به گونه‌یی که تقریباً ۳۳۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند و سالانه ۸۰۰ هزار خودکشی ناشی از افسردگی اتفاق می‌افتد (۵).

تاریخ بشر نشان داده است انسان دین‌ورز، قدمتی دیرینه دارد و با مطالعه‌ی جوامع انسانی و تاریخ تمدن‌ها، همواره با رگه‌هایی از دین و باورهای دینی مواجه می‌شویم (۶). بسیاری از صاحب‌نظران، وجود اعتقادات و باورهای مذهبی را به عنوان عاملی تأثیرگذار بر سلامت افراد بر می‌شمارند که می‌توانند در امر درمان و پیشگیری از اختلال‌ای روانی نیز به شکل مؤثری به کار برده شوند و بر توانایی افراد جهت تطابق و مقابله با بیماری‌ها بیفزایند (۷ و ۸). عده‌یی از روانشناسان بر این باورند که نیمی از متغیرهای مربوط به سلامت روانی افراد بالغ به وسیله‌ی باورهای مذهبی تبیین می‌شود. نتایج مطالعات متعددی در نقاط مختلف جهان مذهب را به عنوان نیروی حمایت کننده در کاهش فشارهای روانی، تمایل به فساد و همچنین افزایش رضایت از زندگی معرفی کرده‌اند (۹ و ۱۰).

با وجود قدمت باورهای دینی، صاحب‌نظران در حوزه‌ی روان‌شناسی مذهب در سطح نظری درباره‌ی اثرات اعتقادات دینی بر بهداشت روانی، دیدگاه‌های ضد و نقیضی را مورد بحث قرار داده‌اند (۱۱). فروید و ایس نوعی ارزیابی منفی از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روانی داشته‌اند، اما افرادی چون جیمز، یونگ، آلپورت، مازلو، آدلر و فرام با نگرشی مثبت از پیامدهای جهت‌گیری مذهبی بر بهداشت روانی سخن گفته‌اند (۱۲). مرور پژوهش‌های تجربی نیز حاکی از عدم هماهنگی یافته‌ها در خصوص رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی و بهداشت روانی است (۱۳). فرانسیس و همکاران بیان داشتند که جهت‌گیری مثبت به مذهب مسیحیت همراه با سطح

نمرات بالاتر در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی است (۱۴). کونور و همکاران در پژوهش خود اظهار داشتند که ما نتوانستیم شواهدی را پیدا کنیم که نشان دهد مذهب اثر مثبتی بر روی سلامت جسمانی بر جای می‌گذارد (۱۵). بکر و گروهش گزارش داده‌اند که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و اضطراب یک همبستگی منفی معنی‌دار و بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و اضطراب همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۱۶). پترسن و رو رابطه‌ی بین اضطراب و تدین را بر روی یک نمونه‌ی مسیحی مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها نتیجه گرفتند که جهت‌گیری مذهبی یک عامل مهم در کاهش اضطراب است (۱۷). هرتر گارد و لایت در پژوهشی گزارش دادند که نمرات زنان کاتولیک در اضطراب به طور معناداری بیش‌تر از سایرین است (۱۸). Young در فعالیت‌های روان‌درمانی خود، دریافت که اعتقاد مذهبی می‌تواند موجب بالا بردن یکپارچگی و معنا دادن به شخصیت فرد گردد و در این رابطه متوجه گردید که تمام افراد مبتلا به بیماری روانی، فاقد استواری و انسجام ناشی از اعتقاد مذهبی می‌باشند (۱۹).

در دیدگاه اسلامی ذکر خدا آرامش‌دهنده‌ی دل‌ها و ایمنی‌بخش قلب‌ها است (۲۰). اثرهای مذهب و سلامت معنوی روی سلامت روان بیش‌تر از سلامت جسم می‌باشد (۲۱). در فرا تحلیلی که در زمینه‌ی مطالعه‌های مذهبی و سلامت روانی انجام شده است، نتیجه‌ها نشان داد که در ۴۷ درصد مطالعه‌های رابطه‌ی مثبت، بین مذهب و سلامت روانی وجود دارد، ۲۳ درصد، رابطه منفی و در ۳۰ درصد آن‌ها رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشد (۲۲). نظر به نتایج متفاوتی که در مورد اثرات جهت‌گیری مذهبی بر سلامت گزارش شده است، همچنین با توجه به بافت فرهنگی اجتماعی جامعه‌ی ایران و وجود حاکمیت مذهبی، نتیجه‌ی پژوهش‌هایی از این دست می‌تواند نشانگر عمق توجه مردم به نگرش مذهبی باشد. پیشینه‌ی تحقیقاتی اندک نیز در این زمینه، مطالعه‌ی حاضر را که به بررسی ارتباط نگرش مذهبی افراد با سلامت عمومی آنان پرداخته است، شاخص‌تر و مؤثرتر می‌نماید تا از این رهگذر می‌توان گامی را در جهت ارتقای سلامت جامعه برداشت.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی مقطعی - تحلیلی حاضر با هدف تعیین ارتباط نگرش مذهبی با سلامت عمومی صورت گرفت؛ جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکیل دادند که ۳۰۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی

درصد فراوانی) و آزمون‌های مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع افراد شرکت کننده در مطالعه، ۳۱/۴ درصد (۹۳ نفر) پسر، ۶۸/۶ درصد (۲۰۳ نفر) دختر بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه $21/71 \pm 2/13$ سال (با دامنه‌ی ۲۹-۱۸ سال) بود. در بین این افراد ۲۶۰ (۷۸/۸ درصد) از آن‌ها مجرد بودند. ۱۶۰ نفر (۵۴/۱ درصد) در دانشکده‌ی بهداشت، ۲۴ نفر (۸/۱ درصد) مدیریت و خدمات بهداشتی، ۲۸ نفر (۹/۵ درصد) پرستاری و مامایی، ۶۲ نفر (۲۰/۹ درصد) پیراپزشکی، ۱۵ نفر (۵/۱ درصد) پزشکی و ۷ نفر (۲/۴ درصد) دندانپزشکی مشغول به تحصیل بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد ترم تحصیلی شرکت کنندگان برابر با $4/7 \pm 2/68$ (با دامنه‌ی ۱۲-۱ ترم) بود. همچنین ۲۴۳ (۸۲/۱ درصد) نفر در خوابگاه‌های دانشجویی اسکان داشتند.

گروه ضعیف و متوسط به دلیل کم بودن افراد در گروه «ضعیف» (از نظر سلامت عمومی)؛ در هم ادغام و به صورت متغیر سه حالت پایین، خوب و عالی طبقه‌بندی شدند. همچنین در تحلیل نگرش مذهبی نیز به دلیل کم بودن افراد در گروه نگرش ضعیف و عالی جهت تحلیل، گروه ضعیف و متوسط و نیز گروه خوب و عالی در هم ادغام و به صورت متغیر دو حالتی نگرش مذهبی پایین و قوی طبقه‌بندی گردیدند. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، دانشکده‌ی محل تحصیل، محل اقامت افراد شرکت کننده با متغیر وابسته (نگرش مذهبی) رابطه‌ی معنی‌دار آماری نداشتند ($P > 0/05$).

رابطه‌ی بین متغیرهای دموگرافیک با وضعیت سلامت عمومی دانشجویان در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که اختلال در سلامت عمومی دانشجویان با هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه از نظر آماری رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$).

از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین نمره‌ی سلامت عمومی و نگرش مذهبی وجود نداشت ($r = 0/1 - P > 0/05$). (جدول ۳)

چندمرحله‌ی انتخاب شدند. دانشگاه علوم پزشکی شیراز دارای ۸ دانشکده است که شامل دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پیراپزشکی، بهداشت، پرستاری و مامایی، مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی و توانبخشی می‌باشد. در گام اول نسبت دانشجویان هر دانشکده از کل دانشجویان دانشگاه مشخص گردید. در گام دوم، با ضرب نسبت به دست آمده در حجم نمونه‌ی پژوهش، سهم هر دانشکده در نمونه‌گیری تعیین شد. در گام سوم، رشته-مقطع‌های واجد شرایط ورود به مطالعه، بر اساس اطلاعات واحد اداری آموزش، شناسایی گردیدند. در گام نهایی با مراجعه به کلاس‌های درس دانشجویان و ارائه‌ی توضیحات لازم پرسش‌نامه‌ها بین آنان توزیع شد. پرسش‌نامه‌ها پس از ذکر توضیحاتی در زمینه‌ی اختیاری بودن جهت شرکت در این پژوهش، نحوه‌ی پاسخگویی به سئوالات، محرمانه بودن اطلاعات و عدم ذکر نام در پرسش‌نامه‌ها؛ در کلاس‌های درس در اختیار دانشجویان قرار گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل چک لیست اطلاعات دموگرافیکی، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و پرسش‌نامه‌ی نگرش مذهبی گلریز-براهنی بود. چک لیست اطلاعات دموگرافیکی شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، دانشکده‌ی تحصیلی، ترم تحصیلی و محل اقامت افراد بود. از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) جهت ارزیابی سلامت عمومی استفاده شد که دارای ۴ زیر مقیاس افسردگی، علائم اضطراب و اختلالات خواب، کارکرد اجتماعی و بعد جسمانی می‌باشد و دسته‌بندی نمره‌های از ۰-۸۴ براساس چهار مقیاس به ترتیب عالی (۰-۲۱)، (۲۲-۴۲) خوب، (۴۳-۶۴) متوسط و از ۸۴ به بالا ضعیف طبقه‌بندی شده است. مطالعه‌های متفاوت در ایران پایایی این پرسش‌نامه را ۰/۹۶ و ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند (۲۳). پرسش‌نامه‌ی نگرش مذهبی گلریز-براهنی دارای ۲۵ سؤال و ۵ زیرمقیاس است و براساس مقیاس لیکرت ۰ تا ۴ نمره دارد که نمره‌ی کل آن ۱۰۰ می‌باشد. دسته‌بندی نمره‌های از ۰ تا ۱۰۰ براساس چهار مقیاس به ترتیب عالی، خوب، متوسط و ضعیف که به صورت نمره‌ی (۰-۱۰۰) نگرش مذهبی عالی، (۵۱-۷۵) خوب، (۵۰ تا ۲۶) متوسط و (۲۵ به پایین) نگرش مذهبی ضعیف طبقه‌بندی شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات انجام گرفته، حدود ۸۰ درصد برآورد گردیده است (۲۴). اطلاعات گردآوری شده به نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ وارد و نهایتاً با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و

جدول ۱. رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با نگرش مذهبی در دانشجویان

P-Value	نگرش مذهبی		متغیرها	
	پایین (درصد)	قوی (درصد)		
>0/05	۱۰ (۱۰/۸)	۸۳ (۸۹/۲)	مذکر	جنس
	۱۰ (۴/۹)	۱۹۳ (۹۵/۱)	مونث	
>0/05	۵ (۱۳/۹)	۳۱ (۸۶/۱)	متاهل	وضعیت تأهل
	۱۵ (۵/۸)	۲۴۵ (۹۴/۲)	مجرد	
>0/05	۱۳ (۸/۱)	۱۴۷ (۹۱/۹)	بهداشت	محل اسکان
	۲ (۷/۱)	۲۶ (۹۲/۹)	پرستاری	
>0/05	۵ (۴/۲)	۲۳ (۹۵/۸)	مدیریت	دانشکده‌ها
	۴ (۶/۵)	۵۸ (۹۳/۵)	پیراپزشکی	
>0/05	۰	۱۵ (۱۰۰)	پزشکی	محل اسکان
	۰	۷ (۱۰۰)	دندانپزشکی	
>0/05	۱۷ (۷)	۲۲۶ (۹۳)	خوابگاهی	محل اسکان
	۰	۴۴ (۱۰۰)	غیر خوابگاهی	

جدول ۲. رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با وضعیت سلامت عمومی دانشجویان

P-Value	سلامت عمومی			متغیرها	
	پایین (درصد)	خوب (درصد)	عالی (درصد)		
>0/05	۸ (۸/۶)	۲۰ (۲۱/۵)	۶۵ (۶۹/۹)	مذکر	جنس
	۲۷ (۱۳/۳)	۵۹ (۲۹/۱)	۱۰ (۵۷/۶)	مونث	
>0/05	۳ (۸/۳)	۷ (۱۹/۴)	۲۶ (۷۲/۲)	متاهل	وضعیت تأهل
	۳۲ (۱۲/۳)	۷۲ (۲۷/۷)	۱۵۶ (۶۰)	مجرد	
>0/05	۲۰ (۱۲/۵)	۳۷ (۲۳/۱)	۱۰۳ (۶۴/۴)	بهداشت	محل اسکان
	۵ (۱۷/۹)	۷ (۲۵)	۱۶ (۵۷/۱)	پرستاری	
>0/05	۳ (۱۲/۵)	۷ (۲۹/۲)	۱۴ (۵۸/۳)	مدیریت	دانشکده
	۶ (۹/۷)	۱۸ (۲۹)	۳۸ (۶۱/۳)	پیراپزشکی	
>0/05	۱ (۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	۹ (۴/۹)	پزشکی	محل اسکان
	۰	۵ (۷۱/۴)	۲ (۲۸/۶)	دندانپزشکی	
>0/05	۲۹ (۱۱/۹)	۶۲ (۲۵/۵)	۱۵۲ (۶۲/۶)	خوابگاهی	محل اسکان
	۶ (۱۳/۶)	۱۲ (۲۷/۳)	۲۶ (۵۹/۱)	غیر خوابگاهی	

جدول ۳. همبستگی بین وضعیت سلامت عمومی و نگرش مذهبی دانشجویان

وضعیت سلامت عمومی	نگرش مذهبی	
	P	R
وضعیت سلامت عمومی	-	-
نگرش مذهبی	>0/05	0/1

بحث

مذهبی در مطالعه‌ی عسگری و نگرش مذهبی در مطالعه‌ی رجالی ۴۸۶/۵۱±۵۲/۳۳۷ (۲۶) بود. در مطالعه‌ی ظهور ۵۵ درصد دانشجویان دارای نگرش مذهبی قوی بودند (۲۷)، در مطالعه‌ی رجالی، ۵۷ درصد دانشجویان بالاترین میانگین نمره‌ی نگرش را به خود اختصاص دادند (۲۶). در مطالعه‌ی ضرغامی، ۴ درصد نگرش مذهبی ضعیف، ۸۵ درصد نگرش مذهبی متوسط و ۱۱ درصد نگرش مذهبی قوی داشتند (۲۸). در مطالعه‌ی صادقی، میانگین سطح نگرش مذهبی دانشجویان دختر (۷۶/۴) در حد عالی و دانشجویان پسر (۷۲/۲) در حد خوب ارزیابی شد (P=0/01) (۲۴). در این مطالعه میانگین نمره‌ی سلامت عمومی ۲۲/۱±۱۴/۳۹ بود. براساس نتایج مطالعه‌ی یوسفی ۴۰/۲ درصد فاقد سلامت

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط بین نگرش مذهبی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. طبق نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمره‌ی نگرش مذهبی ۳۹/۷۳±۸/۷ بود. میانگین نمره‌ی نگرش

معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$) (۲۳). در مطالعه‌ی تقی‌زاده افشاری بین نمره‌ی سلامت عمومی با جنسیت و بومی یا غیربومی بودن دانشجوی ارتباط معنادار ($P < 0/05$) ولی با وضعیت تأهل ارتباط معناداری مشاهده نگردید ($P > 0/05$) (۳۸). در مطالعه‌ی توکل‌زاده، بین وضعیت سلامت عمومی با جنسیت و وضعیت تأهل ارتباط معناداری مشاهده نشد (۳۹). بین باور مذهبی با نگرش مذهبی تفاوت‌هایی وجود دارد. باورهای مذهبی، همان اندیشه‌هایی هستند که فرد به درستی و حقانیت آن‌ها اعتقاد دارد ولی نگرش مذهبی دارای سه بُعد شناختی، عاطفی و رفتاری است که تمایل افراد را به یک مذهب نشان می‌دهد. بنابراین بعد از ایجاد نگرش مذهبی در یک فرد، باور مذهبی به وجود می‌آید. از آنجایی که بین باور مذهبی افراد و سلامت روان ارتباط تنگاتنگی وجود دارد و منبع حمایتی مهمی برای ارتقای سلامت جسمی و روانی به شمار می‌رود، می‌توان به تقویت آن به عنوان عاملی برای پیشگیری از مشکلات روانی پرداخت (۴۱ و ۴۲).

نتیجه‌گیری

بسیاری از افراد در طول زندگی خود، مشکلات روانی متعددی را در درجات مختلف تجربه می‌کنند که باعث تغییراتی در ابعاد مختلف سلامت آن‌ها می‌شود و گاهی آثار مخرب آن، ویران‌کننده می‌باشد. اعتقادات مذهبی و نگرش‌های توحیدی، عامل‌هایی هستند که می‌توانند دیدگاه و درک افراد را از مشکلات زندگی تغییر داده و در بسیاری از موارد راه عبور از آن‌ها را آسان‌تر می‌کنند. نگرش مذهبی افراد می‌تواند روی سلامت آن‌ها تأثیرگذار باشد. هرچند یکی از راه‌های اصلی پیشگیری و درمان اختلال‌های روحی و روانی تکیه و تأکید به مذهب و نگرش‌های الهی و توحیدی می‌باشد، ولی در این پژوهش بین نگرش‌های مذهبی با سلامت روان ارتباط معناداری مشاهده نشد. بنابراین اعتقادات مذهبی قوی‌تر، موجب ارتقای سلامت روان دانشجویان می‌شود و در همین راستا توجه بیشتر به آموزش مبانی نظری و عملی دینی و لزوم ایجاد باورهای قلبی و عمیق در دانشجویان ضروری به نظر می‌رسد.

در همین راستا نتیجه‌ی این پژوهش نشان می‌دهد که لازم است جنبه‌های مختلف مذهب در ارتقای سلامت روان در دانشگاه‌های کشور به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب طرح مصوب با کد ۲۱۵۱ و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

روانی بودند (۲۹)، در مطالعه‌ی انصاری ۳۸/۸ درصد از دانشجویان مشکوک به اختلالات روانی یا جسمی بودند، به‌طوری که ۳۳/۷۵ درصد مشکوک به عدم سلامت جسمی کامل، ۶۲/۵ درصد پایین بودن عملکرد اجتماعی، ۱۷/۱ درصد دارای افسردگی و ۳۴/۶ درصد مشکوک به اختلال اضطراب بودند (۲۳). مطالعه‌ی شریعتی و همکاران نشان داد ۴۲/۶ درصد از شرکت‌کنندگان در این مطالعه دارای اختلال روانی بودند (۳۰). مطالعه‌ی بحرینیان و همکاران نشان داد ۳۶/۹ درصد امتیاز بالاتر یا مساوی نقطه‌ی برش را در پرسش‌نامه‌ی GHQ کسب نمودند (۳۱). مطالعه‌ی جهانی هاشمی و همکاران نشان داد ۱۱/۸ درصد از دانشجویان از سلامت روانی مطلوب برخوردار نبودند (۳۲). مطالعه‌ی رفعتی و همکاران نشان داد ۲۴/۸ درصد واحدها وضعیت سلامت روانی نامناسبی داشته‌اند (۳۳). تفاوت نتایج دلالت بر این دارد که بهداشت روانی تابع مجموعه عواملی است که باید از نظرگاه پژوهش‌های روان‌شناختی جامعه‌شناختی مورد کنکاش قرار گیرد، چرا که ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی هر منطقه با منطقه‌ی دیگر فرق می‌کند (۲۹).

متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، دانشکده‌ی محل تحصیل، محل اقامت افراد شرکت‌کننده با متغیر وابسته (نگرش مذهبی) رابطه‌ی معنی‌دار آماری نداشتند ($P > 0/05$). در مطالعه‌ی صحرائیان بین میانگین نمره‌ی نگرش مذهبی با جنسیت و محل اقامت دانشجوی ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$) (۳۴). در مطالعه‌ی ظهور و همکاران بین نمره‌ی نگرش مذهبی با جنسیت، مقطع تحصیلی و محل اقامت دانشجوی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$) (۳۵). در مطالعه‌ی زکوی نیز بین جنسیت و رشته‌ی تحصیلی با نمره‌ی نگرش مذهبی، ارتباط معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$)؛ اما بین محل سکونت و وضعیت تأهل ارتباط معناداری مشاهده نگردید ($P > 0/05$) (۳۶). در مطالعه‌ی توان بین نگرش دینی با سن، رشته‌ی تحصیلی و محل اقامت، رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار به دست آمد ($P < 0/05$) (۳۷).

براساس نتایج، بین نمره‌ی سلامت عمومی و نگرش مذهبی همبستگی، از نظر آماری ارتباط معنی‌دار وجود نداشت ($P > 0/05$ و $r = 0/1$). در مطالعه‌ی توان و همکاران نیز ارتباط معناداری نمره‌ی نگرش مذهبی با سلامت روان مشاهده نگردید (۳۷). اختلال در سلامت عمومی دانشجویان با هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه از نظر آماری رابطه‌ی معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$). در مطالعه‌ی انصاری بین نمره‌ی سلامت عمومی با جنسیت و وضعیت تأهل ارتباط

2. Alahbakhshian M, Jafarpouralavi M, Parvizi S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan: Journal of Research in Medical Sciences (ZJRMS) ; 2010. 12(3): 29-33. (Text in Persian)
3. Tahmasebipoor N, Kamangari M. Association between Religious Attitude and Mental Health Patient in Shohadayeh Haftom Tir Hospital and Rasul Akram
16. Baker M, Groush R. Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. Journal for the Scientific Study of Religion; 1932. 21(2): 119-22.
17. Petersen LR, Roy A. Religiosity, anxiety, and maannrg and purpos:: Riig gon's oonsquence for psychological well-being. Journal of Review of Religious Research ; 1985, 27(1): 49-62.
18. Shreve-neiger AK, Edelstein BA. Religion and anxiety: A critical review of the literature. Journal of Clinical Psychology Review ;2004.24(4):379-97.
19. Jalilvand M. Relationship between Prayer and Anxiety in Tehran High School. Journal of Azad Islamic University 2007; 61-2. (Text in Persian)
20. Holy Quran. Soreh Rad, Ayaye 28.
21. Azizi F. Spiritual health, a new dimension of health.Tehran: Hoghoghi;2014.P. 48. (Text in Persian)
22. Payne IR, Bergin AE, Bielmea KA, Jenkins PH. Review of religion and mental health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning. Journal of Prevention in Human Service; 1991.9(2):11-40.
23. Ansari H, Bahrami L, Akbar-Zadeh L, Bakhshani N.M. Of public health at University of Medical Zahedan and some related factors. Journal of Tabib-Shargh; 2007. 9(4): 295-305. (Text in Persian)
24. Sadeghi M, BagherzadehLadari R, Haghshenas M. A Study Of Religious Attitude And Mental Health In Students Of Mazandaran University Of Medical Sciences. . Journal of Mazandaran University Medical Science;2009. 20(75): 71-5. (Text in Persian)
25. Asgari P, Safarzadeh S. The relationship of religious attitude, psychological well-being and depression with academic performance in University Students. Journal of Knowledge & Research in Applied Psychology ; 2013 .14(1): 92-9. (Text in Persian)
26. Rejali M, Mostaejeran M. Religious attitudes of freshmen at school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Journal of Health System Research; 2012. 8(2): 314-9. (Text in Persian)
27. Zohoor A, Tavakolei A. Religious attitudes status of Bahonar university students, Kerman (2002). Journal of Armagh Danesh;2003. 5(17-18): 14-20. (Text in Persian)
29. Zarghami M, Azimi H. The relationship between anxiety and religious conformity among students of Mazandaran University of Medical Science In 2000.

انجام گرفته است. بدینوسیله نگارندگان، مراتب سپاس و تشکر خود را از این معاونت محترم و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز تقدیم می‌دارند.

References

1. Abbasi M, shamsiGoshki E, Abulghasemi J. Introduction to spiritual health. Tehran: Sina Cultural-legal Institute; 2013.P. 173. (Text in Persian)
- complent. Tehran:Iran University of Medical Sciences; 1996.(Thesis in Persian).
4. Key-Ghobadi S, Asadi-Noghani A. Psychiatric Nursing: Mental Health. Tehran:Naghshe Andishe;2009.P. 15. (Text in Persian)
5. Koeing GH, McCullugh EM, Larson BD. Hand book of religion and health. 1nd ed. USA:Oxford University; 2001.P.1118-20.
6. Jalali M. Introduction to religion sociology. 1nd ed. Tehran:Markazi; 1999.P.1. (Text in Persian)
7. Azizi F. Spiritual health, a new dimension of health.Tehran:Hoghoghi; 2014.P.59. (Text in Persian)
8. Mesbah M. Islamic approach to spiritual health. Tehran: Hoghoghi; 2013.P. 17. (Text in Persian)
9. Levin J.SS, Vanderpool H.Y. Relation factors in physical health and the prevention of illness. Prevention in Human Services; 1991(9): 41-64.
10. W. LurryVentis: The relationship between religion and mental health. Journal of Social Issues; 1995(15): 33-44.
11. Maltby J, Day L. Depressive symptoms and religious orientation:Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. PersIndiv Differ ;2000. 28(2): 383-93.
12. Moatamedi A, Azadfallahb P,Kyamanesh AR.The relationship between religious tendency and successful aging. Journal of Daneshvar-Raftar; 2005. 10(12): 43-56. (Text in Persian)
13. Ellis A. Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin is Psychotherapy and religious values. Journal of Consult ClinPsychol 1980, 48(1): 635-9.
14. Francis LJ, Robbins M, Lewis CA, Quigley CF, Wheeler C. Religiosity and general health among undergraduate students: A response to '' Connor(2003). Journ of Prrsonttty y nnd Indivddill Differences;2004. 37(3): 485-94.
15. '' Connrr BB, Cobb J, '' Connrr RC. Rll ggøøtty, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. Journal of Personality and Individual Differences; 2003. 34(2): 211-7.

- Journal Armaghān Danesh; 2003 .5(17-18): 14-20. (Text in Persian)
36. Zakavi AA, Hosseini SH, Azadbakht M, Mohammadpour RA, Jalali H. Religious attitude of students of Mazandaran University of Medical Sciences in 2006-2007. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences; 2008. 18(66): 88-92.
37. Tavan B, Jahani F, Seraji M, Mohammad- Beigi A. The relationship between religious attitude and mental health among students of Arak University of Medical Sciences. Arak Medical University Journal ;2011. 13(4): 27-34. (Text in Persian)
38. Taghizadeh-Afshari A, Ejaz H, Mohaddesi H. Study of mental health condition in newly arrived students of Urmia University of Medical Sciences in 1379-81. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty; 2004 .1(1): 34-9. (Text in Persian)
39. Tavakolizadeh J, Khodadadi Z. assessment of mental health among freshmen entering the first semester in Gonabad University of Medical Sciences in 2009-2010. Journal of Ofogh-E-Danesh; 2010. 16(3): 45-52. (Text in Persian)
40. Ghobari Bonab B. Religious Beliefs and Its Effects on Mental Health. IJPCP. 1995; 1 (4) :48-54
41. Masouleh SH R, Sheikhol Eslami F, Khodadadi N, Yazdani M A. Study the role of the religious beliefs on general health status of the members of pensioners association of Guilan University of Medical Sciences – Rasht. Holist Nurs Midwifery. 2010; 20 (1): 22-26.
42. Firuzi A, Amini M, Asghari Z, Moghimi-Dehkordi B. The Relationship between Religious Belief and Mental Health: a study on high school students in Dargaz, Iran, 2010-2011. Journal of Health & Development 2013; 2 (2): 138-148.
- Abstract Articles of Conference in Researches of Medical Science in Islam. Tehran ; 2002.P. 36 -9. (Text in Persian)
29. Yousefi F, Mohamadkhani M. Investigation of students' mental health at Kurdistan University of Medical Science and it related with age, gender and their academic courses. Journal of Medical Mashhad University of Medical Sciences ; 2014. 56(6): 354-61. (Text in Persian)
30. Shariati M, Kaffashi A, Ghaleh Bandy MF, Fateh A, Ebadi M. Mental health in medical students of the Iran University of Medical Sciences (IUMS). Journal of Payesh ; 2002. 1 (3): 29-37. (Text in Persian)
31. Bahreinian S.A.M, Hosseini M. Mental health and coping strategies in freshman students of ShahidBeheshti University of Medical Sciences. Journal of Research in Medical Sciences. 2005; 29 (3): 251-245. (Text in Persian)
32. Jahani-Hashemi H, Noroozi K. Mental health in students in Qazvin University of Medical Sciences. Journal of Payesh,;2004 3(2): 145-152. (Text in Persian)
33. Rafati F, Sharif F, Ahmadi J, Shafiei N. The effect of psychological status of students on their academic progress. Journal of Research in Medical Sciences; 2003. 11 (3): 80-6. (Text in Persian)
34. Sahraian A, Gholami A, Omidvar B. The relationship between religious attitude and happiness in medical students in Shiraz University of Medical Sciences. Journal of Ofogh-e-danesh ; 2011.17 (1): 69-74. (Text in Persian)
35. Zohoor A, Tavakolei A. Religious attitudes status of Bahonar university students, Kerman (2002).