

The relationship between religious attitude and mental health among students of Arak University of Medical Sciences

Tavan B(MSc)¹, Jahani F(BS)^{2*}, Seraji M(MSc)¹, Mohammad Beigi A(MSc)³

1- Department of Religion, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2- Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3- Department of Public Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Received 18 Jul 2010 Accepted 8 March 2011

Abstract

Background: Nowadays, scientific religion studies using the commonly accepted methods in human sciences is one of the new, interesting research areas in scientific and academic research. Noticing the importance of religion in student's mental health, this study was designed and conducted.

Materials and Methods: In this Cross-Sectional study, 310 students at Arak University of Medical Sciences were randomly surveyed through demographic, Khodayary Fard's religious attitude, and GHQ-28 questionnaires. Data were analyzed via descriptive statistics, Chi square, and Pearson-product correlation through SPSS software. In all stages of the research, ethical issues in research were taken into consideration.

Results: The mean and standard deviations of age, GHQ, and religious attitude were 21.29±2.22 years, 24.04±9.41, and 81.04±11.9, respectively. In terms of religious attitude, 1.4% (4 students) had weak, 12.5% had moderate, and 86 % (240 students) had strong attitudes. A positive relationship was observed between religious attitude and mental health. Also, there was a significant inverse relationship between religious attitude and age, major, place of living, and mother's level of education (p<0.05).

Conclusion: In this study, the majority of the students had strong religious attitudes and a significant positive correlation was found between the students' religious attitude and mental health. Improving religious attractions through educational, religious, cultural programs for enhancing the religious attitudes of students is suggested.

Keywords: Mental health, Religious attitude, Student

*Corresponding author:

Address: Research Office, Arak University of Medical Sciences, Basij Square, Sardasht, Arak, Iran

Email: jahani_farzaneh@yahoo.com

رابطه نگرش دینی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال 1388

بهمن توان¹، فرزانه جهانی^{2*}، محمود سراجی¹، ابوالفضل محمد بیگی³

1- مربی، دانشجوی دکتری، گروه معارف، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

2- کارشناس پژوهش، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

3- مربی، دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

تاریخ دریافت 89/4/27، تاریخ پذیرش 89/12/18

چکیده

زمینه و هدف: در عصر حاضر دین پژوهی به شیوه علمی و با استفاده از روش‌های مورد قبول در علوم انسانی، یکی از حیطه‌های پژوهشی جدید و مورد توجه در رشته‌های علمی و دانشگاهی است. با توجه به نقش دین در بهداشت روانی دانشجویان این مطالعه طراحی و مورد ارزیابی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، 310 نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک به صورت تصادفی مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌های دموگرافیک، نگرش مذهبی دکتر خدایاری فرد و سلامت عمومی بین دانشجویان توزیع شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون‌های توصیفی، کای اسکوئر و ضریب همبستگی پیرسون و با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. در تمام مراحل تحقیق اصول اخلاق در پژوهش رعایت گردید.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن، نمره سلامت روانی و نمره نگرش دینی دانشجویان (از نمره 100) به ترتیب برابر با $21/29 \pm 2/22$ سال، $24/04 \pm 9/41$ و $81/04 \pm 11/95$ به دست آمد. از نظر طبقه‌بندی نمره، نگرش مذهبی 1/4 درصد (4 نفر) نگرش ضعیف، 12/5 درصد نگرش متوسط و 86 درصد (240 نفر) نگرش قوی مذهبی داشتند. بین نگرش دینی و سلامت روانی در این مطالعه رابطه مثبتی به دست آمد و بین نگرش دینی با تحصیلات مادر، سن، رشته تحصیلی و محل اقامت رابطه معکوس و معنی‌دار به دست آمد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: اکثر دانشجویان مورد مطالعه دارای نگرش دینی قوی بودند. بین نگرش دینی و سلامت روانی رابطه مثبت به دست آمد. تقویت جاذبه‌های دینی با برگزاری برنامه‌های آموزشی، مذهبی و فرهنگی جهت ارتقاء نگرش دینی این عزیزان پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: دانشجو، نگرش دینی، سلامت روانی

*نویسنده مسئول: اراک، میدان بسیج، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دفتر پژوهش

Email: Jahani_farzaneh@yahoo.com

مقدمه

دین تصدیق خداوند، رسول، کتاب، قیامت و معاد، تسلیم در برابر امر خداوند، پیروی از راه ابراهیم (ع)، اعتقاد به توحید و عبودیت خداوند؛ همان چنگ زدن به جبل الهی، اقامه نماز و پرداختن زکات، به مفهوم قانون؛ به معنی جزاست (1). علامه طباطبایی معتقد است دین روش مخصوصی در زندگی است که صلاح دنیا را به طوری که موافق کمال اخروی و حیات دائمی حقیقی باشد، تامین می‌کند (2). جوادی آملی نیز با استفاده از آیات و روایات، دین را از نظر لغوی به معنای انقیاد، خضوع، پیروی، اطاعت، تسلیم و جزا معرفی می‌کند و آن را متشکل از مجموعه عقاید، اخلاق، قوانین و مقرراتی می‌داند که هدف آن اداره امور جامعه انسانی و پرورش انسان‌هاست (3).

دور ماندن از باورهای اصیل مذهبی راه را برای ابتلاء فرد به کشمکش‌های درونی و روانی، احساس پوچی و بی‌هدفی و یاس و ناامیدی در برابر محرومیت‌ها، ناملایمات و فشارهای روانی، هموار می‌کند (4). برخی مطالعات اظهار کرده‌اند که شاخص‌هایی از مذهبی بودن به طور معکوس با جنبه‌هایی از مشکلات روان‌شناختی ارتباط دارند (5) پژوهش‌های زیادی نیز اثرات مثبت نگرش مذهبی بر سلامت روان را مورد تأیید قرار داده‌اند یعنی با افزایش نگرش مذهبی سلامت روان هم افزایش می‌یابد (6). در تحقیقات مختلف رابطه مثبت تقیدات دینی و عملکردهای معنوی با پیش‌گیری و مقابله با بیماری‌های قلبی و عروقی، نگرش مثبت و جهت‌گیری معنوی درونی با استفاده از مقابله مذهبی با کاهش فشار خون به دست آمده است (7، 8). مطالعات مختلف نشان داده است که نگرش دینی به خصوص جهت‌گیری درونی دینی با خطر پایین ابتلا به افسردگی و همچنین بهبودی از آن رابطه داشته است (10). همچنین برخی تحقیقات نشان می‌دهد بازخوردهای دینی و عملکردهای معنوی با کاهش علائم اضطرابی، کاهش سوء مصرف مواد و کاهش خطر خودکشی همراه بوده است (12).

نتایج پژوهش شلودرمن و همکاران نیز حاکی از آن است که بین تعهد دینی، دینداری درونی و اعمال مذهبی با سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی دانشجویان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، به طوری که دینداری درونی و تعهد دینی از جمله بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های سازگاری اجتماعی در بین این دانشجویان بودند (13). مطالعات متعددی در ایران نیز ارتباط بین داشتن نگرش مذهبی را با متغیرهایی همچون پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و سلامت روان افراد نشان داده‌اند (14-17).

با توجه به پیدایش مکاتب دینی جدید و کاذب و عرفان‌های نوظهور و نفوذ در رسانه‌های ارتباطی در کشور ما و سوء استفاده از احساسات و تمایلات جوانان و با توجه به اهمیت سلامت جسمی و روانی دانشجویان هر کشور به عنوان سرمایه‌های ملی و فرهنگی و نقش موثر آنان در سازندگی و ارتقاء جامعه، تحقیق در مورد وضعیت نگرش دینی این قشر بیشتر احساس می‌گردد. بنابراین با توجه به نقش دین در بهداشت روانی، این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین نگرش دینی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک طراحی گردید.

مواد روش‌ها

در این مطالعه مقطعی به منظور بررسی رابطه بین نگرش دینی و سلامت روانی، 310 نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک به صورت تصادفی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده گردید:

1- پرسش‌نامه دموگرافیک که شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، رشته تحصیلی، ترم تحصیلی، در قید حیات بودن والدین، زندگی با والدین و وضعیت منزل مسکونی بوده است.

2- پرسش‌نامه نگرش مذهبی دکتر خدایاری فرد که یک پرسش‌نامه استاندارد بوده و روایی و پایایی آن طی مطالعات قبلی به اثبات رسیده است (18، 19) آلفای کرونباخ

یافته ها

پس از بررسی پرسش‌نامه‌های ناقص در نهایت تعداد 287 پرسش‌نامه تجزیه و تحلیل گردید. که از این تعداد 30 درصد (86 نفر) مذکر و 70 درصد (201 نفر) مونث بودند، 41/2 درصد (115 نفر) 20 ساله و یا کمتر بودند. حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان در مطالعه برابر با 18 و 28 سال بود. از بین دانشجویان شرکت کننده در مطالعه 88/5 درصد (254 نفر) مجرد بودند و 19/2 درصد (55 نفر) در مقطع کاردانی، 48/1 درصد (138 نفر) در مقطع کارشناسی و 32/1 درصد (92 نفر) در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. همچنین 32/8 درصد (94 نفر) در دانشکده پزشکی و 27/5 درصد (79 نفر) در دانشکده پیراپزشکی و بقیه در دانشکده پرستاری و مامایی مشغول به تحصیل بودند. به علاوه از نظر ترم تحصیلی 54/6 درصد (157 نفر) در ترم چهارم و پائین تر بودند. میانگین و انحراف معیار سن، نمره سلامت عمومی و نمره نگرش مذهبی دانشجویان (از نمره 100) به ترتیب برابر با $21/29 \pm 2/22$ سال، $24/04 \pm 9/41$ و $81/04 \pm 11/95$ به دست آمد. همچنین میانگین نمرات چهار حیطه مختلف سلامت عمومی در حیطه سلامت جسمی $5/7 \pm 3/49$ ، در حیطه اضطراب $6/33 \pm 3/99$ ، در حیطه عملکرد اجتماعی $8/66 \pm 3/86$ و در حیطه افسردگی $4/67 \pm 3/89$ به دست آمد. همچنین از نظر طبقه‌بندی نمره نگرش دینی 1/4 درصد (4 نفر) نگرش ضعیف، 12/5 درصد نگرش متوسط و 86 درصد (240 نفر) نگرش قوی دینی داشتند. به دلیل کم بودن تعداد افراد در گروه ضعیف جهت تحلیل، گروه ضعیف و متوسط در هم ادغام شده و به صورت یک متغیر دو حالتی مورد تحلیل قرار گرفت که در آن 13/6 درصد (39 نفر) نگرش پایین و بقیه با نگرش قوی طبقه‌بندی شدند.

بین وضعیت تاهل دانشجویان با احتمال ابتلا به اختلال روانی آنها رابطه آماری معنی‌دار مشاهده شد به طوری که میزان ابتلا به اختلال روانی در دانشجویان متأهل (66/7 درصد) بیشتر از دانشجویان مجرد (43/4 درصد) بود. اما با سایر متغیرهای جنسیت، رشته، مقطع تحصیلی و محل

این پرسش‌نامه 94 درصد گزارش شده و در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ 87 درصد به دست آمد. این پرسش‌نامه حاوی 40 سوال می‌باشد که بر مبنای طیف لیکرت از 1 تا 5 طبقه‌بندی گردیده است بدین معنی که کاملاً موافقم امتیاز 5، موافقم امتیاز 4، بینابین امتیاز 3، مخالفم امتیاز 2 و کاملاً مخالفم امتیاز 1 را به خود اختصاص می‌دهند. سپس امتیاز کلی در مبنای صد محاسبه شد. نگرش دینی در این مقیاس به سه سطح قوی، متوسط و ضعیف تقسیم گردید و افرادی که نمره 70 درصد و بیشتر از آن کسب نمودند از نظر نگرش دینی در گروه قوی، بین 50 تا 70 درصد در گروه متوسط و کمتر از 50 درصد در گروه ضعیف قرار گرفتند.

3- پرسش‌نامه سلامت عمومی که از فرم 28 سؤالی آن استفاده شد و روایی و پایایی آن نیز به اثبات رسیده است (20). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه 91 درصد گزارش شد است و در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ 82 درصد به دست آمد. این پرسش‌نامه دارای 4 مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. نمره‌گذاری بر اساس روش لیکرت بر مبنای اصلاً برابر صفر، در حد معمول برابر با یک، بیش از حد معمول برابر با دو و به مراتب بیشتر از حد معمول مساوی سه تعلق گرفت و نمرات هر آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه مشخص شد و پس از آن، نمرات چهار مقیاس را جمع کرده و نمره کلی جهت سنجش وضعیت روانی دانشجویان محاسبه شد. در این ابزار بدترین حالت از نظر سلامت روانی بیشترین نمره و بهترین حالت آن کمترین نمره را کسب می‌کند.

پس از جمع‌آوری داده‌ها و ورود آنها به نرم افزار SPSS نسخه 13، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های کای اسکور و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری آزمون‌ها 0/05 در نظر گرفته شد. پروپوزال و پرسش‌نامه‌های مورد بررسی قبل از اجرای طرح در کمیته اخلاق دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته بودند ضمن آن که دانشجویان با رضایت کامل و آگاهانه در این مطالعه شرکت نمودند.

بر اساس نتایج جدول 3 مشاهده می‌شود که بین نمره سلامت روانی و نگرش دینی، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد به عبارتی هر چه سطح سلامت روانی افراد بیشتر می‌شود نگرش مذهبی آنها بالاتر می‌رود.

جدول 3. همبستگی بین متغیرهای سن، سلامت عمومی و نگرش مذهبی

نگرش مذهبی		سلامت عمومی		سن	
P	r	P	r	P	r
0/288	-0/065	0/392	-0/052	-	-
0/019	0/271	-	-	0/392	-0/052
-	-	0/019	0/271	0/288	-0/065

نتایج جدول 4 نشان می‌دهد که بین تحصیلات مادر و وضعیت نگرش دینی رابطه معنی‌داری وجود دارد به طوری که در افرادی که مادرانشان تحصیلات بالاتری دارند نگرش دینی پائین‌تر است اما این رابطه با تحصیلات پدر دیده نشد ($p < 0/05$).

جدول 4. رابطه بین تحصیلات والدین با نگرش مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک

P	خوب	پائین	نگرش مذهبی
0/026	(93/6)44	(6/4)3	تحصیلات بیسواد
	(91/1)82	(8/9)8	مادر سیکل
	(81/9)77	(18/1)17	دیپلم
0/054	(76/1)35	(23/9)11	دانشگاهی
	(89/3)25	(10/7)3	تحصیلات بیسواد
	(91/5)56	(8/5)6	پدر سیکل
	(88/3)83	(11/7)11	دیپلم
	(77/4)65	(22/6)19	دانشگاهی

بحث

در مطالعه حاضر نگرش دینی اکثر دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک در حد قوی بود. صادقی و همکاران نیز در پژوهش خود میانگین سطح نگرش مذهبی اکثر دانشجویان را در حد عالی گزارش نمودند (17). در مطالعه ظهور و همکاران نیز 55 درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان دارای نگرش مذهبی بالایی بودند (21).

اقامت رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نگردید ($p < 0/05$) (جدول 1).

جدول 1. رابطه بین متغیرهای کیفی مورد مطالعه با وضعیت ابتلا به اختلال روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک

p	مبتلا	نرمال	جنس
0/375	(44)37	(56)47	مذکر
	(47)93	(53)105	مونث
0/010	(66/7)22	(33/3)11	تاهل
	(43/4)108	(56/6)141	مجرد
0/502	(40/7)37	(59/3)54	رشته پزشکی
	(45/8)27	(54/2)32	تحصیلی پرستاری
	(53/8)28	(46/2)24	مامایی
0/201	(46/8)37	(46/2)42	پیراپزشکی
	(54/5)30	(45/5)25	مقطع باردانی
	(46/3)63	(53/7)73	تحصیلی کارشناسی
0/386	(39/3)35	(60/7)54	دکتری
	(45/7)102	(54/3)121	محل شخصی
	(42/3)22	(57/7)30	اقامت استیجاری

همان گونه که در جدول 2 مشاهده می‌شود بین جنسیت و وضعیت تاهل دانشجویان با نگرش مذهبی آنها رابطه معنی‌داری وجود ندارد ($p < 0/05$) اما بین نگرش مذهبی با رشته، مقطع تحصیلی و محل اقامت آنها رابطه معنی‌داری دیده می‌شود به طوری که دانشجویان پزشکی و مقطع دکتری و آنهایی که در منزل استیجاری زندگی می‌کنند نگرش مذهبی پائین‌تری داشتند.

جدول 2. رابطه بین متغیرهای کیفی مورد مطالعه با نگرش مذهبی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک

p	خوب	پائین	نگرش مذهبی
0/059	(80/2)65	(19/8)16	مذکر
	(88/4)175	(11/6)23	مونث
0/504	(84/8)28	(15/2)5	تاهل
	(86/2)212	(13/8)34	مجرد
0/002	(74/7)68	(25/3)23	رشته پزشکی
	(91/2)52	(8/8)5	تحصیلی پرستاری
	(94/2)49	(5/8)3	مامایی
0/001	(89/7)70	(10/3)8	پیراپزشکی
	(87)47	(13)7	مقطع باردانی
	(92/5)124	(7/5)10	تحصیلی کارشناسی
0/005	(75/3)67	(24/7)22	دکتری
	(88/7)197	(11/3)25	محل شخصی
	(72/5)37	(27/5)14	اقامت استیجاری

در خصوص نگرش دینی و سلامت روانی در این مطالعه رابطه مثبت و مستقیم به دست آمد، هر چند این رابطه از لحاظ آماری معنی دار نبود، شاید با افزایش تعداد حجم نمونه بتوان به این رابطه مثبت و معنی دار دست یافت. احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط استرس زای زندگی و برخورداری از حمایت روحانی منابعی هستند که افراد دیندار با استعانت از آن و در مواجهه با مشکلات آسیب کمتری را متحمل شده و از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشند. نتایج به دست آمده با تحقیقات انجام شده توسط پاردینی و همکاران پیرامون رابطه مثبت بین ایمان مذهبی معنویت و وضعیت بهداشت و روان هم خوانی دارد (22). در مطالعه صالحی و همکاران نیز افراد با عملکرد مذهبی بالاتر از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند (23). شریفی و همکاران نیز در تحقیق خود نشان دادند که نگرش دینی با اختلال در سلامت عمومی رابطه منفی و با شکیبایی رابطه مثبت و معنی دار دارد (24). در مطالعه سلیمانی زاده و همکاران بین شدت افسردگی با نگرش فرد نسبت به امور مذهبی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت و در افراد کم اعتقاد به مذهب، میزان افسردگی بیشتر از افراد مذهبی بود (25). همچنین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه شهنی ییلاق و همکاران که در آن بین نگرش های مذهبی دانشجویان و سلامت روانی آنان رابطه مستقیمی به دست نیامد، در یک راستا نمی باشد (26).

در خصوص رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی و وضعیت منزل مسکونی افراد دانشجویان رشته پزشکی، مقطع دکترا و دانشجویانی که منزل استیجاری داشتند نسبت به سایر افراد مورد مطالعه از نگرش دینی پایین تری برخوردار بودند. در مطالعه ظهور و همکاران نیز تنها 45 درصد دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و دکترای عمومی دارای نگرش مذهبی قوی بودند در حالی که 62 درصد دانشجویان مقاطع کاردانی و کارشناسی نگرش مذهبی قوی داشتند (21). طبق نتایج به دست آمده در این تحقیق، دانشجویانی که در منازل استیجاری زندگی می کردند نسبت به سایر دانشجویان از نگرش دینی پایین تری برخوردار بودند و این امر ضرورت

فراهم آوردن خوابگاه های مناسب جهت دانشجویان را بیان می نماید، در مطالعه ظهور نیز 36 درصد دانشجویانی که در خانه های استیجاری زندگی می کردند دارای نگرش مذهبی ضعیف تر می بودند (21) که با نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر در یک راستا می باشد.

در پژوهش حاضر بین تحصیلات مادر و نگرش دینی افراد مورد مطالعه رابطه معنی داری یافت شد؛ یعنی این که افرادی که سطح تحصیلات مادرشان بالاتر بود از نگرش دینی پایین تری برخوردار بودند شاید افرادی که مادرانشان از سطح تحصیلات کمتری برخوردار بودند دین را به صورت عملی وارد زندگی خود کرده اند در حالی که بقیه جز به صورت تشریفاتی با دین سر و کار نداشته اند. در تحقیقات ظهور و همکاران نیز 66 درصد دانشجویانی که مادرشان بی سواد یا سواد ابتدایی داشتند از نگرش مذهبی بالاتری برخوردار بودند که با مطالعات پژوهش حاضر در یک راستا می باشد (21).

بر اساس پرسش نامه سلامت عمومی مشخص گردید که 53/9 درصد (157 نفر) از شرکت کنندگان در مطالعه از وضعیت سلامت روانی مطلوبی برخوردارند و 46/1 درصد (130 نفر) وضعیت سلامت روانی مطلوبی ندارند.

میانگین نمره سلامت عمومی شرکت کنندگان برابر $24/04 \pm 9/41$ به دست آمد که در مقایسه با نتایج مطالعه دیباج نیا و بختیاری (27) با میانگین کل نمرات دانشجویان $21/96 \pm 8/76$ نشان می دهد که میانگین نمره سلامت عمومی در مطالعه حاضر بالاتر و سطح سلامت روانی کمتر بوده است.

همچنین بر اساس میانگین نمرات چهار حیطه مختلف سلامت عمومی در حیطه سلامت جسمی $5/7 \pm 3/49$ مشخص شد که بیشترین اختلال در حیطه کارکرد اجتماعی بوده است. میانگین نمرات مقیاس ابعاد چهارگانه در مطالعه دیباج نیا و بختیاری (27) به ترتیب برابر $5/06$ ، $5/32$ ، $8/87$ ، $2/58$ به دست آمده است که مقیاس

3. Javadi Amoli A. Shariat dar ayene maarefat. Qom . Asra Pub; 1998.
4. Doost Mohamadi H. Naghshe din dar behdashte ravani. Articles Abstract in Religion role in mental health Congress; 1998.
5. O'Connor DB, Cobb J, O'Connor RC. Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students. Personality and Individual Differences. 2003; 34(2): 211-7.
6. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. Ann Intern Med. 1988 Jan; 108(1): 125-30.
7. Koenig HG, Moberg DO, Kvale JN. Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. J Am Geriatr Soc. 1988 Apr; 36(4):362-74.
8. Koenig HG, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DG. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. Int J Psychiatry Med. 1998;28(2):189-213.
9. Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, van Tilburg W. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. Acta Psychiatr Scand. 1997 Sep;96(3):199-205.
10. Razali SM, Hasanah CI, Aminah K, Subramaniam M. Religious--sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. Aust N Z J Psychiatry. 1998 Dec; 32(6): 867-72.
11. Miller WR. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. Addiction. 1998 Jul;93(7):979-90.
12. Stack S, Lester D. The effect of religion on suicide ideation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1991 Aug;26(4):168-70.
13. Schludermann EH, Schludermann SM, Needham D, Mulenga M. Fear of rejection versus religious commitment as predictors of adjustment among Reformed and Evangelical college students in Canada. Journal of Beliefs and Values. 2001; 22(2): 209-24.
14. Goodarzi A. Barresie rabete beine gerayesh be dindari va vijegi haye fardi va ejtemaei

کارکرد اجتماعی از همه بالاتر بوده و مشابه نتایج تحقیق حاضر می‌باشد.

در خصوص رابطه بین مقطع تحصیلی و احتمال ابتلا به اختلال روانی در این مطالعه رابطه آماری معنی‌داری به دست آمد بدین معنی که دانشجویان مقطع کاردانی نسبت به سایر مقاطع کارشناسی و دکترا دارای اختلال روانی بیشتری بودند. همچنین دانشجویان متاهل نسبت به دانشجویان مجرد دارای اختلال روانی بیشتری بودند. دانشجویان متاهل به خاطر شرایط زندگی و مشکلات اقتصادی و مسوولیت و تعهداتشان در معرض فشار و استرس بیشتری قرار داشته و در نتیجه از نمره سلامت روانی کمتری برخوردار بودند.

نتیجه گیری

در این مطالعه بین نگرش دینی و سلامت روانی رابطه مثبت به دست آمد. نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که اکثر افراد مورد مطالعه دارای نگرش دینی قوی می‌باشند. تقویت جاذبه‌های دینی بدون اوهام، خرافه و ترس به دانشجویان در جهت ارتقاء و افزایش نگرش دینی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات دانشگاه به شماره 383 و مصوبه اخلاق با کد 4-88-66 می‌باشد. بدینوسیله از زحمات ریاست دانشکده‌های پزشکی، پرستاری - مامایی و پیراپزشکی و همچنین از زحمات خانم‌ها قاسم زاده، واحدی، ترابی، صمصامی و کلیه دانشجویانی که در این تحقیق ما را همراهی نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Holy Quran.
2. Tabatabaie M.H. Al-Mizan. Translated by: Moussavi Hamadani S. MB. Tehran, Iran. Allameh Tabatabaie's Thoughts Pub: 1888.

- danesh amoozane motevasete shahed dar ostane hamedan 2002-3. Foundation of Martyrs and Veterans Affair. Hamedan Province; 2003.
15. Roshaninejad M, Omrannasab M, Kamali P, Hassanzadeh M. Association between religious beliefs and mental health of students. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2000;25:28-36.
 16. Azimi H, Zarghami M. Religious coping and anxiety in students of Mazandaran university of medical sciences 1999-2000. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. Spring 2000;12(34):37-46.
 17. Sadeghi M, Bagherzadeh Ladari R, Haghshenas M. A study of religious attitude and mental health in students of Mazandaran university of medical sciences. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. April-May 2010;20(75):70-5.
 18. Khodayarifard M, Shokouhi Yekta M, Ghobari Bonab B. Preparing a scale to measure religious attitudes of college students. Journal of psychology Fall 2000;4(3(15)):268-85.
 19. Ebrahimi A, Neshatdoust H, Kalantari M, Moulavi H, Asad Elahi GA. Factor structure, reliability and validity of Religious Attitude Scale. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008;10(2(38)):107-16.
 20. Dadkhah B, Mohammadi M, Mozafari N. Mental health status of the students in Ardabil university of medical sciences, 2004. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. Spring 2006; 6(1(19)): 31-6.
 21. Zohor A, Tavakoli A. Religious attitude among students in Kerman university of medical sciences in, 2001. Armaghan Danesh. 2002; 7(28): 45-53.
 22. Pardini DA, Plante TG, Sherman A, Stump JE. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. J Subst Abuse Treat. 2000 Dec; 19(4): 347-54.
 23. Salehi L, Soleymanizadeh L, Bagheri Yazdi SA, Abbaszadeh A. The relationship between religious beliefs and locus of control with mental health. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences Spring 2007;11(1(42)):50-5.
 24. Sharifi T, Mehrabizadeh Honarmand M, Shokrkon H. Religious attitude and general health and patience in students of Ahvaz Islamic Azad university. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology Spring 2005;11(1(40)):89-99.
 25. Soleymanizadeh L, Agamolaei T. The relation of depression and individual perception about being religious in Bandar Abbas nursing, midwifery and health students in 2000. Arak Medical University Journal. Summer 2002; 5(2(19)): 11-5.
 26. Shehni Yeilagh M, Movahed A, Shokrkon H. Cause relation between religious attitudes , optimism, mental health among students of Shahid Chamran University of Ahvaz. Journal of Education and Psychology 2004;11(1-2):19-34.
 27. Dibajnia P, Bakhtiari M. Mental health status of the students in the faculty of rehabilitation, shahid Beheshti university, 2002. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. June-September 2002;1(4):27-32.