

بررسی ارتباط باورهای مذهبی و سلامت روان دانش آموزان متوسطه شهر درگز در سال تحصیلی ۹۰-۸۹

ابوذر فیروزی^۱، معصومه امینی^۲، زهرا اصغری^۳، بیژن مقیمی دهکردی^۴

چکیده

مقدمه: اعتقادات مذهبی به عنوان یکی از عوامل بسیار مهم در زندگی انسان مطرح بوده و می توانند بر سلامت روانی او تأثیر گذار باشند. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سلامت روان و باورهای مذهبی دانش آموزان پایه سوم دبیرستان شهر درگز (استان خراسان رضوی) در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ انجام شده است.

روش ها: مطالعه حاضر از نوع مقطعی می باشد. در این پژوهش تعداد ۱۵۷ نفر از دانش آموزان دبیرستانی با نمونه گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند. سپس از دانش آموزان خواسته شد که پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه شامل پرسشنامه معبد (مقیاس عمل به باورهای دینی) و پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را تکمیل کنند.

نتایج: نتایج این تحقیق نشان داد که بین دینداری و سلامت عمومی، علائم جسمانی، کارکردهای اجتماعی و اضطراب (به عنوان متغیرهای کیفی) ارتباط معنی داری وجود داشت. ولی بین افسردگی و دینداری ارتباط معنی دار وجود نداشت ($P=0/27$). نتایج تحلیل همبستگی (با متغیرهای کمی) نشان داد که بین دینداری و سلامت عمومی ($P=0/03$, $r=-0/175$) و همچنین بین دینداری و علائم جسمانی ($P=0/01$, $r=-0/182$) همبستگی معنی دار وجود داشت، ولی در رابطه با سایر خرده آزمونها، همبستگی معنی داری با دینداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری: یافته ها نشان داد که دینداری و پایبندی به اصول مذهبی می تواند از عوامل مثبت تأثیرگذار بر جنبه های مختلف روانی و جسمانی دانش آموزان باشد.

واژگان کلیدی: نگرش مذهبی، سلامت عمومی، دانش آموز

مقدمه

داشته باشد (۱-۳). یکی از مسائل بسیار مهم و ضروری، تشخیص عوامل مؤثر بر بهداشت روانی است. مذهب یک عامل اصلی در زندگی بسیاری از انسان هاست و می توان میزان دینداری فرد و تعهد او به آداب و تعالیم دینی و مذهبی را یکی از عوامل

شیوع بیماری‌های غیرواگیر متأثر از صنعتی شدن و سبک زندگی مدرن به سرعت در حال گسترش است که بی توجهی و عدم برنامه ریزی جهت کنترل آن می تواند عواقب غیر قابل جبرانی را به دنبال

- ۱- کارشناس بهداشت عمومی، شبکه بهداشت و درمان درگز، معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۲- کارشناس روانشناسی بالینی، مرکز بهداشت درگز، معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت درگز، معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۴- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: b_moghimide@yahoo.com

نویسنده مسئول: بیژن مقیمی دهکردی

آدرس: تهران، تقاطع خیابان جمهوری اسلامی و حافظ، ساختمان اسبق وزارت بهداشت، معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فکس: ۰۲۱۶۶۷۴۴۱۱۹

تلفن: ۰۲۱۶۶۷۰۱۸۰۳

بسیار مهم و تأثیرگذار بر بهداشت روانی او دانست (۴-۶).

مطالعات نسبتاً کمی به بررسی نقش اعتقادات مذهبی و سلامت روان پرداخته‌اند. برخی به تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روان رسیده‌اند (۷, ۸) در حالی که برخی دیگر پیشنهاد کرده‌اند که اعتقادات مذهبی ممکن است اثرات مخربی بر آن داشته باشد (۹). در خصوص تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روان مکانیسم‌های متعددی مطرح شده است (۹) که یکی از آن‌ها حمایت و یکپارچگی اجتماعی است (۱۰). فعالیت‌های مذهبی ممکن است از طریق افزایش روابط اجتماعی و ایجاد یکپارچگی در جامعه سلامت روان را ارتقاء بخشیده و وقایعی نظیر خودکشی را کاهش دهد (۱۱). برخی مطالعات به بررسی پراکنده نقش جنسیت در این زمینه پرداخته (۱۲) و معدودی از آن‌ها در افراد مسن انجام پذیرفته است (۱۳).

نخستین بار Idler در سال ۱۹۸۷ دریافت که دینداری با افسردگی در هر دو جنس زن و مرد رابطه معکوس دارد و این تأثیر در زنان قوی‌تر از مردان است (۱۳). مطالعه انجام شده در ایران بر روی دانشجویان رشته پزشکی نیز نشان می‌دهد که اعتقادات مذهبی به عنوان یک عامل پیشگیری‌کننده در برابر بیماری‌های روانی مطرح می‌باشد و افرادی که دارای اعتقادات مذهبی قوی تری هستند، شیوع افسردگی و اضطراب به طور معنی داری پائین‌تر است (۱۴). نظر به این که نیروی محرکه دیرپای جامعه را قشر نوجوان تشکیل می‌دهد، باید به مسئله هویت‌یابی و سلامت روان نوجوانان اهمیتی بیش از گذشته داده شود. همچنین این گروه سنی به لحاظ بسیاری از مسائل از قبیل نگرانی از آینده شغلی، سر در گمی در انتخاب رشته تحصیلی، تنش‌ها و

فشارهای روحی و روانی و نیز فشارهای روحی محیط بیش از سایر افراد جامعه در خطر از دست دادن سلامت روان خود هستند.

مطالعات زیادی در این زمینه در دانش‌آموزان انجام نشده است. پژوهشگران این مطالعه با عنایت به آسیب‌پذیر بودن قشر دانش‌آموز و شیوع بالای اختلالات روانی در سنین کمتر از ۲۰ سال بر اساس تجربه و مشاهدات میدانی خود و گزارشات واصله از کارشناسان مرکز مشاوره شهرستان درگز در زمینه افزایش موارد تهدید به خودکشی در نوجوانان، تصمیم گرفتند تا پژوهش حاضر را به منظور تعیین میزان ارتباط بین باورهای مذهبی با سلامت روان دانش‌آموزان مقطع سوم دبیرستان شهر درگز انجام دهند تا در صورت وجود رابطه، با تأکید بر آموزش بیشتر باورهای مذهبی بتوان سلامت روان دانش‌آموزان را ارتقاء بخشید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش مقطعی بر روی ۱۵۷ دانش‌آموز انجام شد. حجم نمونه با احتساب $r=0/222$ حاصل از مطالعه پایلوت بر روی ۱۰ دانش‌آموز پسر و ۱۰ دانش‌آموز دختر و با مفروضات $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ و با استفاده از فرمول حجم نمونه در مطالعات همبستگی، انجام گردید. افراد منتخب با نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای از میان ۹۱۳ دانش‌آموز شاغل به تحصیل انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. فرآیند نمونه‌گیری بدین صورت بود که در ابتدا از میان ۱۶ آموزشگاه موجود، تعداد ۳ آموزشگاه پسرانه و ۳ آموزشگاه دخترانه با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله اول انتخاب شدند. پس از مراجعه به مدارس، با استفاده از نمونه‌گیری

خوشه‌ای مرحله دوم از هر مدرسه یکی از کلاس‌های مقطع سوم متوسطه به تصادف انتخاب و تمامی دانش‌آموزان آن کلاس وارد مطالعه شدند.

اطلاعات مورد نیاز جهت این بررسی با استفاده از دو پرسشنامه گردآوری شد. پرسشنامه اول، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) است که شامل 4 خرده‌آزمون (شامل بخش‌های علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) و در مجموع 28 سؤال می‌باشد و به بررسی وضعیت سلامت عمومی افراد می‌پردازد. روایی و پایایی این ابزار بیشتر در مطالعه تقوی (15) سنجیده و تأیید شده بود. در مطالعه مذکور، پایایی ابزار با روش آزمون-بازآزمون 0/72 و ضریب آلفای کرونباخ 0/93 گزارش شد. همچنین روایی ابزار از طریق همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره کل در حد رضایتبخش و بین 0/72 تا 0/87 محاسبه گردید. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت می‌باشد و به هر پاسخ نمره صفر تا 3 اختصاص داده شده و نقطه برش نمره کلی 23 و نقطه برش خرده‌آزمون‌ها 6 می‌باشد. در این پرسشنامه، نمره کمتر از 6 نشان دهنده سلامت عمومی خوب می‌باشد و نمره مساوی و بالاتر از 6 به معنی وجود درجاتی از اختلال است (16).

پرسشنامه دوم، پرسشنامه معبد (مقیاس عمل به باورهای دینی) بود که از 50 سؤال تشکیل شده و هر پاسخ سؤال دارای 5 گزینه بوده و نمره صفر تا 4 نمره‌گذاری گردیده و نتیجه آن افراد را به دو گروه گرایش مذهبی پائین (نمره کلی کمتر از 113) و بالا (نمره کلی مساوی و بیشتر از 113) تقسیم‌بندی می‌نماید. موارد مورد سؤال شامل سؤالاتی در مورد

عمل به واجبات و مستحبات، فعالیت‌های مذهبی از قبیل عضویت در مجامع مذهبی، شرکت در مراسم‌های مذهبی و ...، توجه به اصول مذهبی در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌ها می‌باشند. نمره صفر نشان دهنده عمل نکردن به باورهای دینی و نمره 200 بیانگر عمل به همه باورهای دینی است. روایی و پایایی این ابزار بیشتر توسط گلزاری (17) سنجیده شده است. پایایی آن از طریق باز آزمایی 0/76 و ضریب آلفای کرونباخ 0/94 محاسبه و روایی محتوا، روایی صوری و منطقی نیز بالا و روایی معیار از طریق مقایسه افراد مذهبی و غیر مذهبی 0/78 تا 0/84 به دست آمده است.

جهت بررسی استقلال بین متغیرهای گسسته از آزمون مجذورکای و جداول توافقی استفاده شد. متغیرهای پیوسته به صورت میانگین و انحراف معیار و پارامترهای دیگر به عنوان فراوانی و درصد ارائه شده‌اند. همچنین جهت بررسی همبستگی (با توجه به معنی دار نبودن آزمون کولموگروف اسمیرنوف) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. $P < 0/05$ به عنوان معناداری در نظر گرفته شده و تمام گزارشات مربوط به P-value دو طرفه ارائه گردید. کلیه تجزیه و تحلیل‌های آماری به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه 13 صورت پذیرفت.

نتایج

از مجموع 157 دانش‌آموز مورد بررسی، 49٪ دختر و 51٪ پسر بودند. نتایج اولیه نشان داد که 45٪ گرایش مذهبی بالا، 55٪ گرایش مذهبی پایین، 72/5٪ سلامت عمومی پایین و 27/5٪ سلامت عمومی بالا داشتند (جدول 1).

جدول ۱ - توزیع فراوانی و فراوانی نسبی متغیرهای مورد بررسی بر اساس جنسیت

متغیر	پسر (۸۰)		دختر (۷۷)		جمع (۱۵۷)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
گرایش مذهبی	۳۸	۴۷/۵	۴۸	۶۲/۳	۸۶	۵۵
	۴۲	۵۲/۵	۲۹	۳۷/۷	۷۱	۴۵
سلامت عمومی	۵۵	۶۸/۸	۵۹	۷۶/۶	۱۱۴	۷۲/۵
	۲۵	۳۱/۳	۱۸	۲۳/۴	۴۳	۲۷/۵
علائم جسمانی	۴۷	۴۱/۳	۵۱	۶۶/۲	۹۸	۶۲/۴
	۳۳	۵۸/۸	۲۶	۳۳/۸	۵۹	۳۷/۶
اختلال خواب و اضطراب	۵۸	۷۲/۵	۵۱	۶۶/۲	۱۰۹	۶۹/۵
	۲۲	۲۷/۵	۲۶	۳۳/۸	۴۸	۳۰/۵
اختلال عملکرد اجتماعی	۳۸	۴۷/۵	۴۴	۵۷/۱	۸۲	۵۲
	۴۲	۵۲/۵	۳۳	۴۲/۹	۷۵	۴۸
افسردگی	۴۱	۵۱/۳	۵۱	۶۶/۲	۹۲	۵۸/۵
	۳۹	۴۸/۸	۲۶	۳۳/۸	۶۵	۴۱/۵

جدول ۲ - مقایسه میانگین و انحراف معیار داده‌ها بر اساس جنسیت

متغیر	کل (۱۵۷ نفر)		پسر (۸۰ نفر)		دختر (۷۷ نفر)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گرایش مذهبی	۱۱۲/۸	۲۰/۱	۱۰۸/۱	۲۲/۵	۱۱۷/۶	۱۶/۱
سلامت عمومی	۳۳/۵	۱۵/۳	۳۲/۳	۱۵/۳	۳۴/۸	۱۵/۳
علائم جسمانی	۷/۸	۴/۲	۷/۹	۴/۴	۷/۸	۳/۹
اضطراب و اختلال خواب	۹/۴	۴/۶	۶/۹	۴/۲	۹/۴	۴/۹
اختلال در کارکردهای اجتماعی	۷/۲	۴/۳	۹/۴	۴/۳	۷/۵	۴/۴
افسردگی	۸/۹	۶/۱	۸/۱	۵/۹	۹/۸	۶/۰

مشاهده می‌شود میانگین نمره گرایش مذهبی در دختران به طور معنی داری از پسران بیشتر می‌باشد. ولی در بررسی سایر مقیاس‌ها اختلاف معنی داری بین دو گروه جنسیتی وجود ندارد.

در بررسی ارتباط بین دو متغیر گرایش مذهبی و سلامت عمومی و خرده‌آزمون‌ها در بین کل افراد تحت بررسی ارتباط معنی داری بین متغیرهای گرایش مذهبی با سلامت عمومی، بعد جسمانی، اضطراب و عملکرد اجتماعی وجود داشت (جدول ۳).

جدول ۲ میانگین نمره چهار خرده‌آزمون مربوط به پرسشنامه سلامت عمومی و نیز میانگین نمره کلی مربوط به پرسشنامه گرایش مذهبی را نشان می‌دهد. بیشترین نمره اختلالات خرده‌آزمون‌های پرسشنامه سلامت عمومی مربوط به اختلال خواب و اضطراب می‌باشد، بدین مفهوم که این اختلال مهمترین مشکل افراد مورد بررسی می‌باشد. همچنین میانگین وانحراف معیار نمره مربوط به پرسشنامه سلامت عمومی و خرده‌آزمون‌های آن و نیز نتیجه پرسشنامه گرایش مذهبی به تفکیک جنسیت در جدول ۲ آمده است. همان طور که

جدول ۳- بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت عمومی و خرده‌آزمون‌ها با آزمون کای مربع

معنی داری	باورهای مذهبی				متغیر
	گرایش مذهبی بالا		گرایش مذهبی پائین		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۰۰۷	۶۴/۰	۵۵	۸۳/۱	۵۹	سلامت عمومی پائین
	۳۶/۰	۳۱	۱۶/۹	۱۲	سلامت عمومی بالا
۰/۰۰۱	۵۱/۲	۴۴	۷۶/۱	۵۴	دارای اختلال
	۴۸/۸	۴۲	۲۳/۹	۱۷	سالم
۰/۰۴۷	۶۲/۸	۵۴	۷۷/۵	۵۵	دارای اختلال
	۳۷/۲	۳۲	۲۲/۵	۱۶	سالم
۰/۰۰۴	۴۱/۹	۳۶	۶۴/۸	۴۶	دارای اختلال
	۵۸/۱	۵۰	۳۵/۲	۲۵	سالم
۰/۲۶۹	۵۴/۷	۴۷	۶۳/۴	۴۵	دارای اختلال
	۴۵/۳	۳۹	۳۶/۶	۲۶	سالم
	۱۰۰	۸۶	۱۰۰	۷۱	جمع

نتایج تحلیل همبستگی (در جدول ۴) نشان داد که به طور کلی بین نمره دینداری و نمرات سلامت عمومی و علائم جسمانی دانش آموزان همبستگی معکوس وجود دارد. بدین مفهوم که هرچه نمره نگرش مذهبی بالاتر (نگرش مذهبی قوی تر) باشد، نمره پرسشنامه سلامت عمومی کمتر و سلامت عمومی فرد بالاتر است. به طور خاص در پسران، نمره دینداری با علائم جسمانی، افسردگی و سلامت عمومی رابطه معکوس و معنی داری داشت، اما در دختران هیچ یک از همبستگی‌ها معنی دار نشد.

بحث

در این پژوهش به بررسی تأثیر باورهای مذهبی بر سلامت عمومی و بهداشت روان دانش آموزان دختر و پسر مقطع سوم دبیرستان پرداخته شد. همان طور که یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، مابین میزان عمل به باورهای مذهبی و سلامت عمومی رابطه معنی داری به دست آمد. به طوری که با کاهش عمل به باورهای مذهبی، از میزان سلامت عمومی کاسته

می شود. چنین رابطه‌ای با خرده آزمون‌های اختلال جسمانی و اختلال اضطراب و عملکرد اجتماعی نیز مشاهده شد. همچنین بیش از نیمی از دانش آموزان دارای میزان پائین عمل به باورهای دینی بوده و بیش از دو سوم ایشان از سطح سلامت عمومی پائین برخوردار بودند.

همان طور که پیشتر گفته شد، بررسی همبستگی نمره مقیاس عمل به باورهای دینی با نمره مقیاس سلامت عمومی بیانگر وجود همبستگی منفی بود، بدین مفهوم که با افزایش نمره مقیاس دینداری (اعتقادات مذهبی قوی تر)، نمره مقیاس سلامت عمومی کاهش و سلامت روان فرد افزایش می یابد. همچنین همبستگی مذکور با خرده آزمون‌های علائم جسمانی و افسردگی در پسران مشاهده شد. مطالعات متعددی این یافته را تأیید کرده‌اند (۱۴، ۱۸-۲۴). مطالعه انجام شده در کشور بوسنی بر روی ۲۴۰ دانش آموز دبیرستانی نشان داد که اعتقادات مذهبی به طور معکوسی با افسردگی رابطه دارد و دانش آموزان با اعتقادات قوی تر کمتر دچار

جدول ۴ - همبستگی بین دینداری و سلامت عمومی و خرده آزمون‌ها

دینداری و سلامت عمومی	دو جنس		پسر		دختر	
	ضریب همبستگی	معنی داری	ضریب همبستگی	معنی داری	ضریب همبستگی	معنی داری
دینداری و سلامت عمومی	-۰/۱۷۵	۰/۰۳	-۰/۲۸۶	۰/۰۱	-۰/۰۸۵	۰/۴۶
دینداری و علائم جسمانی	-۰/۱۸۲	۰/۰۱	-۰/۱۹۱	۰/۰۲	-۰/۱۷۷	۰/۱۲
دینداری و اضطراب و اختلال خواب	-۰/۱۵۷	۰/۰۵	-۰/۲۱۳	۰/۰۶	-۰/۱۰۶	۰/۳۵
دینداری و اختلال کارکردهای اجتماعی	-۰/۱۴۹	۰/۰۶	-۰/۲۶۴	۰/۰۹	-۰/۰۴۷	۰/۶۸
دینداری و افسردگی	-۰/۰۹۶	۰/۲۳	-۰/۲۵۲	۰/۰۲	-۰/۰۳۵	۰/۷۶

افسردگی می‌شوند (۲۵).

مطالعه دیگری در ایالات متحده به بررسی رابطه مذهب و سلامت روان در افراد ۶۶-۹۵ ساله پرداخته هم وجود رابطه فوق را تأیید کرده است (۱۰). مذهب تمایل افراد برای انجام رفتارهای پرخطر و تهاجمی را کاهش و نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌های افراد در شرایط مختلف دارد. همچنین قدرت غلبه بر پیشامدهای عاطفی و روانی افراد را بالا می‌برد (۲۶-۲۸). مطالعه انجام شده بر روی دانشجویان پزشکی در تهران نیز نشان داد که مذهب به عنوان یک عامل پیشگیرنده در مقابل بیماری‌های روانی مطرح می‌باشد و گروه‌هایی که دارای اعتقادات مذهبی هستند کمتر دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند (۱۴).

در این مطالعه، بررسی میانگین نمره سلامت عمومی و خرده آزمون‌های آن، بیانگر عدم اختلاف معنی دار بین دو جنس بود. یافته‌های مطالعات توایی (۲۹) در ایران و McFarland (۱۰) در ایالات متحده نیز نتایج مطالعه ما را تأیید می‌کند. در مقابل نوربالا و همکاران (۱۶) با مطالعه بر روی نمونه بزرگی از جمعیت عمومی و با استفاده از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، شیوع نسبتاً بالاتر اختلالات روانی در زنان را گزارش کردند. اسدی و همکاران (۳۰) نیز با مطالعه دانشجویان پزشکی شیوع بالاتر مشکلات روانی در دانشجویان دختر را ذکر کردند. در تبیین علل این عدم معنی داری ارتباط در دو گروه می‌توان این دلیل را ذکر کرد که پرسشنامه سلامت عمومی و خرده آزمون‌های آن، وضعیت فرد در یک ماه گذشته را بررسی می‌کند و این احتمال وجود دارد که علت بالا یا پائین بودن آن ناشی از وضعیت فیزیولوژیک افراد باشد و نه سلامت عمومی فرد و این مسأله

می‌تواند باعث کاهش سطح سلامت روانی در دانش آموزان دختر شده باشد.

در مطالعه حاضر، میزان عمل به باورهای دینی دختران نسبت به پسران در سطح بالاتری بود. این یافته‌ها در راستای مطالعات مشابه است، چرا که بسیاری از مطالعات به بالاتر بودن باورهای مذهبی در دختران اشاره داشته‌اند و اشاره کرده‌اند که زنان بیش از مردان به سمت مذهب جذب می‌شوند، چرا که بسیاری از صفات ارزشی زنان در قالب مذهب تبلور پیدا می‌کند (۳۱-۳۳). همچنین دین به عنوان یک روش مقابله با تهدیدها در زندگی اجتماعی مورد توجه زنان است (۶، ۷، ۱۱). زنان نسبت به مردان به لحاظ عاطفی و رفتاری تمایل به مناسبات اجتماعی بیشتر و نیز بالتبع آن نیاز به حمایت‌های اجتماعی بیشتری در خود احساس می‌کنند و شرکت در برنامه‌های دینی و حضور در اماکن مذهبی در این بین کمک کننده خواهد بود (۳۴، ۳۵). علت تفاوت مشاهده شده بین دو جنس در این مطالعه و مطالعات ذکر شده دقیقاً مشخص نیست. تفاوت عمده بین این مطالعه و سایر مطالعات صرف نظر از مشابهت در نتایج، تفاوت در نحوه ارزیابی باورهای دینی و مذهب می‌باشد. در مطالعه حاضر میزان عمل به باورهای دینی با استفاده از یک پرسشنامه طراحی شده توسط متخصصان که از نظر روایی و پایایی نیز تأیید شده بود، سنجیده شد. اما آن چیزی که در اکثریت مطلق مطالعات مورد بررسی واقع شده، تنها داشتن مذهب ظاهری بر طبق اظهارات فرد است و این امر دلیل عمل به باورهای دینی آن مذهب نمی‌باشد. به عنوان مثال برخی مطالعات به بررسی نوع مذاهب مختلف از قبیل اسلام، یهود، مسیحیت و هندو پرداخته‌اند و با استفاده از اطلاعات ارائه

شده توسط افراد شرکت کننده نتیجه گرفته‌اند که به جز در هندوها، در تمامی مذاهب دیگر زنان تمایل بیشتری به مذهب دارند (۳۶). لذا انجام مطالعات با استفاده از ابزارهای استاندارد جهت ارزیابی باورهای مذهبی می‌تواند گام مهمی در این راستا باشد (۳۷). از محدودیت‌های این مطالعه این است که فقط به بررسی دانش آموزان پایه سوم دبیرستان پرداخته و لذا تعمیم پذیری این نتایج محدود است. لذا انجام مطالعات قوی‌تر با حجم نمونه بالاتر و نیز مطالعات چندگروهی و مبتنی بر جمعیت با استفاده از ابزارهای استاندارد جهت بررسی دقیق‌تر میزان عمل به باورهای مذهبی و سلامت روان نظیر پرسشنامه‌های مورد استفاده در این مطالعه پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه گیری

همان‌طور که نتایج مطالعه نشان داد اعتقادات مذهبی قوی‌تر موجب ارتقاء سلامت روان دانش آموزان می‌شود و در همین راستا توجه بیشتر به آموزش

مبانی نظری و عملی دینی و لزوم ایجاد باورهای قلبی و عمیق در دانش‌آموزان ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به شیوع بالای مشکلات و مسائل روانی در این گروه از دانش‌آموزان، به کارگیری مشاوران و کارشناسان بهداشت روان در مدارس جهت غربالگری افراد دارای اختلال کمک کننده خواهد بود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود واجب می‌دانند که از همکاری آقای دکتر علی افکار مدیر شبکه بهداشت و درمان درگز، آقای دکتر خلیل پاریاب معاون شبکه بهداشت و درمان درگز و آقای دکتر جواد دانای باغکی ریاست مرکز بهداشت شهرستان درگز قدردانی نمایند. همچنین از مساعدت اداره آموزش و پرورش شهرستان درگز در اجرای این پژوهش سپاسگزاری به عمل می‌آید. این طرح تحقیقاتی با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

References

1. Hussain A, Weisaeth L, Heir T. Changes in religious beliefs and the relation of religiosity to post-traumatic stress and life satisfaction after a natural disaster. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 46(10): 1027-32.
2. Kirchner T, Patino C. Stress and depression in Latin American immigrants: the mediating role of religiosity. *Eur Psychiatry* 2010; 25(8): 479-84.
3. Kioulos K. Religiosity, spirituality and psychotherapy. *Psychiatrike* 2010; 21(3): 240-6.
4. Alterman AI, Cacciola JS, Ivey MA, Coviello DM, Lynch KG, Dugosh KL, et al. Relationship of mental health and illness in substance abuse patients. *Pers Individ Dif* 2010; 49(8): 880-4.
5. Alves RR, Alves Hda N, Barboza RR, Souto Wde M. The influence of religiosity on health. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4): 2105-11.
6. Espindula JA, Valle ER, Bello AA. Religion and spirituality: the perspective of health professionals. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(6): 1229-36.
7. Ellison CG, Levin JS. The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Health Educ Behav* 1998; 25(6): 700-20.
8. Larson DB, Sherrill KA, Lyons JS, Craigie FC Jr, Thielman SB, Greenwold MA, et al. Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American journal of psychiatry and archives of general psychiatry: 1978-1989. *Am J Psychiatry* 1992; 149(4): 557-9.
9. Krause N. Religion, aging, and health: exploring new frontiers in medical care. *South Med J* 2004; 97(12): 1215-22.
10. McFarland MJ. Religion and mental health among older adults: do the effects of religious involvement vary by gender? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010; 65(5): 621-30.
11. Colucci E, Martin G. Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38(2): 229-44.
12. Krause NM. Aging in the church: how social relationships affect health. West Conshohocken: Templeton Foundation Press; 2008.
13. Idler EL. Religious involvement and the health of the elderly: some hypotheses and an initial test. *Social Forces* 1987; 66(1): 226-38.
14. Vasegh S, Mohammadi MR. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *Int J Psychiatry Med* 2007; 37(2): 213-27.
15. Taghavi M. Validity and Reliability of General Health Questionnaire (GHQ). *Psychology J* 2001; (20): 381-98.
16. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-3.
17. Golzari M. Development of a questionnaire for measurement of religious characteristics and its correlation with mental health. [PhD Thesis]. Tehran, Iran: College of Psychology, Allameh Tabatabaee University; 2000-2001.
18. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ* 2001; 35(1): 12-7.
19. Cohen AB, Hall DE, Koenig HG, Meador KG. Social versus individual motivation: implications for normative definitions of religious orientation. *Pers Soc Psychol Rev* 2005; 9(1): 48-61.
20. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J* 2004; 97(12): 1194-200.
21. Levin J, Chatters LM, Taylor RJ. Religion, health and medicine in African Americans: implications for physicians. *J Natl Med Assoc* 2005; 97(2): 237-49.
22. Maselko J, Buka S. Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(1): 18-24.
23. Moreira Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(3): 242-50.
24. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160(3): 496-503.
25. Pajevic I, Hasanovic M, Delic A. The influence of religious moral beliefs on adolescents' mental

- stability. *Psychiatr Danub* 2007; 19(3): 173-83.
26. Franzini L, Ribble JC, Wingfield KA. Religion, sociodemographic and personal characteristics, and self-reported health in whites, blacks, and Hispanics living in low-socioeconomic status neighborhoods. *Ethn Dis* 2005; 15(3): 469-84.
27. Harrison MO, Edwards CL, Koenig HG, Bosworth HB, Decastro L, Wood M. Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(4): 250-7.
28. Pajevic I, Sinanovic O, Hasanovic M. Religiosity and mental health. *Psychiatr Danub* 2005; 17(1-2): 84-9.
29. Tavabi AA, Iran Pour E. The association between religious beliefs and mental health amongst medical students. *J Pak Med Assoc* 2011; 61(2): 135-8.
30. Assadi SM, Nakhai MR, Najafi F, Fazel S. Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors. A cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(1): 57-60.
31. Fitchett G, Murphy PE, Kim J, Gibbons JL, Cameron JR, Davis JA. Religious struggle: prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34(2): 179-96.
32. Harris KM, Edlund MJ, Larson SL. Religious involvement and the use of mental health care. *Health Serv Res* 2006; 41(2): 395-410.
33. Krause N. Church-based emotional support and self-forgiveness in late life. *Rev Relig Res* 2010; 52(1): 72-89.
34. Ajrouch KJ, Blandon AY, Antonucci TC. Social networks among men and women: the effects of age and socioeconomic status. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005; 60(6): S311-S7.
35. Krause N, Ellison CG, Marcum JP. The effects of church-based emotional support on health: Do they vary by gender? *Sociology of Religion* 2002; 63(1): 21-47.
36. Loewenthal KM, MacLeod AK, Cinnirella M. Are women more religious than men? gender differences in religious activity among different religious groups in the UK. *Personality & Individual Differences* 2001; 32: 133-9.
37. Abdel Khalek AM. Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students. *Qual Life Res*; 19(8): 1133-43.

The Relationship between Religious Belief and Mental Health: a study on high school students in Dargaz, Iran, 2010-2011

Abouzar Firuzi¹, Masoomeh Amini², Zahra Asghari³, Bijan Moghimi-Dehkordi⁴

Abstract

Background: Religious belief is one of the most important factors in people's life that can affect their mental health. The aim of this study was to investigate the relationship between religious belief and mental health among high school students in Dargaz city, Khorasan Razavi province, Iran, 2010-2011.

Methods: This cross-sectional study was performed on 157 high school students selected by using two-stage cluster sampling. Then, all students were asked to complete the Mabad questionnaire (a scale for measurement of obeying religious laws) as well as the 28-item General Health Questionnaire.

Results: The results of this study indicated significant relationships between religiousness and qualitative variables of general health, physical symptoms, social functioning and anxiety but there was not any significant relationship between religiousness and depression ($P=0.27$). Correlation analysis showed a significant correlation between religiousness and general health ($r= - 0.175$, $P=0.03$) and physical symptoms ($r= - 0.182$, $P=0.01$), but there was no significant correlation between religiousness and other subscales.

Conclusion: Our findings showed that religiousness and adherence to religious principles could be one of the factors positively affecting mental and physical health of students.

Keywords: Religious attitudes, General health, Student

1- BSc in Public Health, Dargaz Health Services Network, Deputy of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2-BSc in Clinical Psychology, Dargaz Health Center, Deputy of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3- BSc in Public Health, Dargaz Health Center, Deputy of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4- MSc in Epidemiology, Deputy of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Bijan Moghimi-Dehkordi,

Email: b_moghimi_de@yahoo.com

Address: Deputy of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98-21-66701803

Fax: +98-21-66744119