

Evaluating relationship of mindfulness with religious score, general health and its aspects in Kurdistan university students in 2016

Fateh Sohrabi¹, Fayeq Yousefi², Narmin Abdollahi³

1-M.Sc of clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0002-0159-8273 Email: F.sohrabi20@gmail.com

2-PhD of psychology, Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0001-5503-3326

3-M.Sc of clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Received: 29/08/2018

Accepted: 14/12/2018

Abstract

Introduction: There are similarities between mindfulness practice and religious behaviors in general

Aim: The aim of this study is to investigate the relations between mindfulness and religious attitude and also general health.

Method: In this cross-sectional study, 188 student of Kurdistan University were selected via in access sampling method. Tools were: General Health Questionnaire (GHQ-28), Religious Attitude Scale, and Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS). Finally, 188 students were completed the questionnaires. Statistical analysis like correlation coefficient and regression were used.

Results: There was not any significant relationship between religious attitude with mindfulness and GHQ scores. A negative correlation between CAMS and GHQ ($p < 0.001$) funded, and also negative significant coefficients between mindfulness score with all aspects of GHQ.

Conclusion: Mindfulness and general health have meaningful relationship, but they haven't any shared factors with religious scores and they have different and separated effects.

Keywords: Mindfulness, Psychology, Religious attitude, General health

How to cite this article : Sohrabi, F., Yousefi, F., Abdollahi, N. (2019). Evaluating relationship of mindfulness with religious score, general health and its aspects in Kurdistan University students in 2016. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 5 (6): 24-33 . URL :<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-580-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی سلامت عمومی، ذهن آگاهی، نگرش مذهبی و ارتباط متقابل آن‌ها در دانشجویان دانشگاه کردستان سال ۱۳۹۵

فاتح سهرابی^۱، فایق یوسفی^۲، فرمین عبدالهی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. ایمیل: F.sohrabi20@gmail.com

۲. دکترای روان شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۰۷

چکیده

مقدمه: نگرش مذهبی و ذهن آگاهی و سلامت مؤلفه‌های تأثیرگذاری در روان انسان هستند

هدف: هدف این مطالعه بررسی ارتباط ذهن آگاهی با نگرش معنوی و همچنین سلامت عمومی و ابعاد آن است.

روش: به صورت مطالعه‌ای مقطعی، از دانشجویان دانشگاه کردستان نمونه‌ای به صورت در دسترس انتخاب و پرسشنامه نگرش سنج معنوی، سلامت عمومی و مقیاس شناختی-عاطفی ذهن آگاهی تکمیل گردید. در نهایت ۱۸۸ نفر (۹۶ پسر، ۹۲ دختر) پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل نمودند. نتایج از طریق ضریب همبستگی، تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: ارتباط مشخصی بین دو مؤلفه ذهن آگاهی و نگرش مذهبی یافت نشد. نگرش مذهبی ارتباط خاصی با سلامت عمومی ندارد اما ذهن آگاهی با سلامت عمومی ($p < 0/001$) و تمامی ابعاد آن همبستگی منفی معناداری نشان داد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: ذهن آگاهی و سلامت عمومی ارتباط مشخصی با نگرش معنوی نشان ندادند به نظر می‌رسد که مکانیسم‌های متفاوتی در آن‌ها وجود داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، روان‌شناسی، نگرش مذهبی، سلامت عمومی

ذهن آگاهی راهی است در ظاهر ساده که برای کاهش و تقلیل ناراحتی مشکلات زندگی به کار می‌رود (گرم، سگل و فولتون، ۲۰۰۵). این مفهوم در ابتدا در حدود ۲۵ قرن پیش توسط بودا معرفی شد و در اواخر قرن بیستم به عنوان یکی از روش‌های روان‌درمانی معاصر ابتدا با کارهای الن لانگر^۴ (۱۹۸۹) و سپس توسط جان کابات-زین^۵ (۱۹۸۲، ۱۹۸۹ و ۱۹۹۰). به عنوان یک تمرین درمان‌بخش با عبارت کاهش/استرس مبتنی ذهن آگاهی شکل گرفت (سینگ^۶، ۲۰۱۰؛ کانگ و ویتینگهام^۷، ۲۰۱۰) که تا قبل از انتشار کتابش پذیرش آن خیلی کم بود اما بعد از آن کم‌کم مورد پذیرش قرار گرفت و امروزه شمار مطالعات در این زمینه روز به روز در حال گسترش است. به طوری که در سال ۲۰۱۰ به طور میانگین هر روز یک مقاله علمی در مورد آن نوشته می‌شود (بلاک^۸، ۲۰۱۰).

رسم تمرین ذهنی و فلسفی که ما امروزه به عنوان بودیسم می‌شناسیم، در حدود ۲۵۰۰ سال پیش در شمال هند با آموزش‌های فردی به نام سیدرتا گاتما شروع شد. وی بعدها به عنوان بودا شناخته شد (بودا به معنای یک فرد هشیار). بودا معتقد بود که به آگاهی فکری و آزادی نهایی از رنج دست پیدا کرده است و راه‌هایی را هم برای کسانی که می‌خواهند به آن آزادی دست پیدا کنند مشخص کرده است. از این روی گاهی بعضی افراد آن را یک مفهوم مذهبی می‌دانند؛ اما در واقع مایندفولنس حالتی از هشیاری کلی است که ربطی به مفاهیم مذهبی ندارد (گروسمن و همکاران^۹، ۲۰۰۴).

مقدمه

سلامت عمومی یک از مهم‌ترین عوامل در زندگی انسان‌ها بوده و هست و فاکتورهای مختلفی برای آن برشمرده‌اند. در دهه‌های اخیر متغیرهای معنوی، نگرش‌ها و عملکردهای دینی در حیطه بهداشت روان از متغیرهایی هستند که به طور روز افزونی مورد توجه واقع شده‌اند (مولر و پلواک^۱، ۲۰۰۱). در واقع یکی از مهم‌ترین افعال انسانی مسائل مذهبی هستند و مذهب یکی از مهم‌ترین جنبه‌های فرهنگ آدمی است که شواهدی مربوط به ارتباط آن‌ها با سلامت نیز وجود دارد (مرعشیان و اسماعیلی، ۲۰۱۲). امروزه مذهب به عنوان ساختاری در نظر گرفته می‌شود که در خلال درمان‌های روان‌شناختی نیز نباید فراموش شود (عاسمی، ۲۰۰۶). بعضی از مطالعات به ارتباط مثبت نگرش مذهبی با سلامت روان اشاره کرده‌اند (رجایی، بیاضی و حبیب‌پور، ۲۰۰۹؛ خانه‌کشی و پور نیکبختی، ۲۰۱۰). علاوه بر این بعضی از مطالعات شواهدی از ارتباط آن با مشکلات روان‌شناختی نشان داده‌اند (برای مثال اوکونر و همکاران^۲، ۲۰۰۳). شواهد در دسترس مسیر مستقیمی را نشان نمی‌دهند و در واقع نتایج آن‌ها با همدیگر همخوان نیست.

از متغیرهای دیگری که در دهه‌های اخیر در حیطه سلامت روان مورد توجه واقع شده است ذهن آگاهی است. رنج‌های انسانی اشکال متفاوتی به خود می‌گیرند و روان‌درمانی‌ها همیشه به دنبال راهکارهایی برای شکل‌های متفاوت این رنج‌ها و افزایش سلامت انسانی بوده‌اند (کاسلو و ماگناویتا^۳، ۲۰۰۲). یکی از این راه‌ها که به دنبال یافتن آزادی نهایی و رهایی از این رنج‌های انسانی ظهور یافته است ذهن آگاهی (مایندفولنس) است.

4. Lunger

5. Kabat-zinn

6. Sing

7. Kung & Wittingham

8. Black

9. Grossman et al.

1. Muller, & Plevak

2. O'Conner, Daryle, & O'Conner.

3. Kaslow, & Magnavita

می‌شود. نمرات آن به ترتیب به صورت ضعیف (نمره ۲۵ به پایین)، متوسط (نمره ۲۶-۵۰)، خوب (۵۱-۷۵) و عالی (نمره ۷۶-۱۰۰) تقسیم بندی می‌شود. اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت، ورنون و لیندزی برابر است با ۰/۸۰ و اعتبار یابی آن از طریق روش گروه‌های شناخته شده نیز استفاده شده است که تفاوت بین گروه عادی و مذهبی معنی دار بود به این معنا که تفاوت معناداری را بین این دو گروه نشان داد (استوات و کیسک، ۲۰۰۶). در ارزیابی مجدد آن با استفاده از روش اسپیرمن براون پایایی برابر با ۰/۶۳ و اعتبار ۰/۲۴۸ را به دست داد (صادقی، باقرزاده و حق شناس، ۲۰۱۱). به طور کلی این ابزار شاخص‌های روان سنجی مناسبی نشان داده است این مقیاس به نوعی برای سنجش نگرش عمومی به طور کلی کاربرد دارد و مؤلفه‌های فرهنگی واضحی در آن نیست بلکه بیشتر نوعی نگرش عام مذهبی را مدنظر دارد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GGQ): یک پرسشنامه خود سنجی ۲۸ سؤالی در مقیاس لیکرتی ۵ سطحی است که نشانگان بیماری‌ها را پیگیری می‌کند. هدف اصلی آن دست یابی به تشخیص اختلال روانی نیست بلکه هدف ایجاد تمایزی بین سلامت و بیماری است. نسخه اصلی آن ۶۰ سؤال دارد و نسخه‌های کوتاه‌تر ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی نیز دارد (گلدبرگ، ۱۹۷۲). دارای چهار زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی است و نمره کمتر در هر یک از مقیاس‌ها نشان دهنده سلامت بیشتر است. بررسی انجام شده توسط گلدبرگ (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹). میزان اعتبار بالا و قابل قبولی را گزارش کرده است. بررسی اعتبار توصیفی برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ (گلدبرگ و

متغیرهای ذکر شده از جمله عوامل تأثیر گذار در حیطه سلامت انسان‌ها به شمار می‌روند. همان‌طور که ذکر شده تحقیقات در ارتباط متقابل این مؤلفه‌ها با همدیگر و با سلامت عمومی رویکرد واحد و داده‌های واحدی در اختیارمان نمی‌گذارند. از این روی، به دلیل اهمیت موضوع و گسترش میزان توجه متخصصین به این مؤلفه‌ها خیلی مهم است که به طور اختصاصی به بررسی رابطه متقابل این مؤلفه‌ها پردازیم؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال بررسی این است که آیا ابعاد ذکر شده و یا مؤلفه‌های مورد توجه در دهه‌های اخیر مانند ذهن آگاهی، نگرش مذهب و سلامت چه ارتباطی با یکدیگر دارند. به این صورت که آیا ذهن آگاهی با نگرش معنوی و سلامت عمومی ارتباط دارد و هم‌زمان آیا ارتباط خاصی بین نگرش معنوی و سلامت عمومی وجود دارد؟

روش

مطالعه حاضر به صورت یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه کردستان که به صورت نمونه‌گیری در دسترس ۲۰۰ نفر از دانشجویان انتخاب شدند. بعد از این مرحله، ۱۲ پرسشنامه به طور کلی به دلیل عدم تکمیل کامل اطلاعات از فرایند تحلیل حذف شدند و در پایان تعداد ۱۸۸ نفر از دانشجویان باقی ماندند که ابزارهای مربوطه را تکمیل نمودند.

ابزار

پرسشنامه نگرش سنج مذهبی: این پرسشنامه به عنوان پرسشنامه نگرش سنج مذهبی (گلریز، ۱۳۵۳). دارای ۲۵ سؤال است که به صورت مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم و با نمره صفر الی ۴ نمره گذاری

بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌های به دست آمده با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. روش‌های آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون به منظور تحلیل داده مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها:

گروه نمونه شامل ۱۸۸ نفر از دانشجویان دانشگاه کردستان (۹۶ پسر، ۹۲ دختر) با میانگین سنی ۲۲/۵ سال از بازه بین ۱۸-۲۹ سال و انحراف استاندارد ۱/۹۸ بودند. ۳۷ درصد از دانشجویان از دو دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، ۲۶ درصد علوم پایه و ۱۹ درصد دانشجوی دانشکده فنی و ۱۸ درصد از دانشجویان دانشکده کشاورزی بودند.

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که جنسیت با هیچ یک از مؤلفه‌های مورد مطالعه ارتباط معناداری نداشت؛ به عبارت دیگر در میزان ذهن آگاهی، سلامت عمومی و ابعاد آن و همچنین نگرش معنوی تفاوت معناداری بین دو گروه زنان و مردان دانشجو مشاهده نشد (جدول ۱).

ویلیام، (۱۹۹۸) و ثبات درونی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است (چان و چان، ۱۹۸۳؛ کیس، ۱۹۸۴) اعتبار نسخه فارسی آن نیز در مطالعه پالاهنگ (۱۹۹۵) ۰/۹۱ گزارش شده است و اعتبار بالا و قابل قبولی است.

مقیاس شناختی و عاطفی ذهن آگاهی (CAMS-R): این مقیاس توسط فلدمن و دیگران (۲۰۰۷) ساخته شده است که ۱۲ آیتم دارد که چهار بعد توجه، تمرکز، آگاهی و پذیرش را در طی فعالیت‌های روزانه تشکیل شده است که نه به صورت جدا، بلکه به صورت یک نمره کلی ذهن آگاهی محاسبه می‌شوند. این مقیاس الفای کرونباخ ۰/۷۷ را نشان داده و همبستگی مناسبی با مقیاس‌های اندازه گیری ذهن آگاهی و بعضی از مؤلفه‌های سلامت روان مانند آرامش ذهنی، انعطاف شناختی، تنظیم هیجانی و ... نشان داده است (بی‌یر، والاش و لینکینز، ۲۰۰۹). ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی آن ۰/۷۱ به دست آمده است (سهرابی و همکاران، ۲۰۱۲).

جدول ۱. نتایج آزمون t مستقل برای متغیرهای پژوهش

Sig.	df	T	
۰/۵۰۹	۱۸۷	-۰/۶۶۲	ذهن آگاهی
۰/۱۴۳	۱۸۷	-۱/۴۷۲	نگرش معنوی
۰/۳۲۸	۱۸۷	۰/۹۸۰	سلامت عمومی

معناداری با سلامت عمومی و ذهن آگاهی نشان نداد اما ذهن آگاهی با سلامت عمومی همبستگی منفی معناداری دارد.

به منظور بررسی رابطه کلی بین متغیرهای پژوهش همبستگی بین متغیرها محاسبه گردید. ماتریس همبستگی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود نگرش معنوی ارتباط

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش (ذهن آگاهی، نگرش معنوی و سلامت عمومی)

سلامت عمومی	نگرش مذهبی	ذهن آگاهی

ذهن آگاهی	۱	-	-
نگرش مذهبی	-۰/۰۴	۱	-
سلامت عمومی	-۰/۵۷**	۰/۰۶۶	۱

** معناداری در سطح ۰/۰۰۱

ذهن آگاهی با تمامی مؤلفه‌های آن همبستگی منفی معناداری را نشان داد. به این صورت با افزایش نمره ذهن آگاهی نمرات تمامی ابعاد پرسشنامه سلامت عمومی به نحو کاهش پیدا می‌کنند.

برای بررسی بیشتر ارتباط ذهن آگاهی با مؤلفه‌های سلامت عمومی نیز بررسی شد که در جدول ۳ ماتریس همبستگی بین آنان آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود همبستگی معناداری نگرش معنوی با هیچ یک از ابعاد سلامت عمومی مشاهده نشد اما برعکس

جدول ۳. همبستگی بین ذهن آگاهی و نگرش معنوی با مؤلفه‌های پرسشنامه سلامت عمومی

ابعاد پرسشنامه سلامت عمومی			
نشانه‌های جسمانی	اضطراب و بی‌خوابی	نارساکنش‌وری اجتماعی	افسردگی
ذهن آگاهی	-۰/۴۵۳**	-۰/۵۷**	-۰/۴۲۸**
نگرش مذهبی	۰/۱۱۵	-۰/۰۲۷	-۰/۰۲۶

** معناداری در سطح ۰/۰۰۱

مربوط به سلامت عمومی را پیش‌بینی کند؛ اما رابطه معناداری برای نگرش معنوی به دست نیامد.

نتایج تحلیل رگرسیون خطی برای بررسی ارتباط بین متغیرها در جدول ۴ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان ذهن آگاهی می‌تواند ۳۲ درصد پراکندگی

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون خطی متغیرهای پژوهش

متغیر ملاک	شاخص‌ها	R	R ²	ضریب بتا	T	Sig.
سلامت عمومی	ذهن آگاهی	۰/۵۷۰	۰/۳۲۴	۰/۵۷۰	۸/۵۱۵	۰/۰۰۱
	نگرش معنوی	۰/۰۶۶	۰/۰۰۴	۰/۰۶۶	۰/۸۶۳	۰/۳۹۰

ارتباط دارد یا نه. مورد دوم بررسی ارتباط ذهن آگاهی با مؤلفه‌های سلامت روان و بعد از آن به عنوان گزینه سوم به بررسی ارتباط سلامت روان و نگرش مذهبی پرداخته شد. نتایج نشان داد که ارتباطی بین ذهن آگاهی و نگرش معنوی وجود ندارد. این مطالعات بیانگر عدم ارتباط ذهن

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط متقابل سه مؤلفه مهم بود. یکی از آن سه، ارتباط ذهن آگاهی با نگرش معنوی بود، اینکه آیا ذهن آگاهی با نگرش معنوی ارتباط دارد یا نه. سؤال در این است که ذهن آگاهی با نگرش ماورائی

نتایج نشان داد که با افزایش نمره ذهن آگاهی نمره فرد در نشانگان مربوط به پرسشنامه سلامت کاهش پیدا می‌کند که کمترین نمره در این مقیاس سالم‌ترین نمره است. این امر حاکی از ارتباط اثر درمانی ذهن آگاهی است که امروزه برای درمان اختلالات مختلف روانی در بیماران روان‌پزشکی (دایادونا، ۲۰۰۹؛ لانگر، ۱۹۹۲)، همچنین برای بهبود سلامت روانی و رشد شخصی (کایون، ۲۰۱۵) در جمعیت افراد سالم به کار گرفته شده و شواهد اثربخشی آن موجود است.

بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت که ارتباط مشخصی بین سلامت و نگرش مذهبی به دست نیامد. به این معنا که داشتن نگرش مذهبی نمی‌تواند تبیین‌کننده سلامت باشد. نتایج مطالعات مختلفی نشان دادند که بین نگرش مذهبی و سلامت ارتباط مشخصی وجود دارد هر چند که مکانیسم این ارتباط واضح نیست (هیل، ۲۰۰۳)؛ اما مطالعات زیادی بر وجود ارتباط مشخص بین سلامت و متغیرهای دینی اشاره کرده‌اند (کوینگ، ۲۰۰۰). با این وجود چنین نتایجی در مطالعه حاضر به دست نیامد. در واقع تضادی که در مطالعات مختلف مبنی بر وجود و عدم وجود رابطه نگرش مذهبی با سلامت روان وجود دارد (برای مثال رجایی و همکاران، ۲۰۰۹؛ خانه کشی و پور نیکبختی، ۲۰۱۰؛ و اوکونر، ۲۰۰۳) در این مطالعه به دست نیامد و واضح‌تر این که ارتباط مشخصی بین این دو مؤلفه یافت نشد که با بعضی از مطالعاتی که نتوانستند ارتباط مشخصی بین این دو متغیر پیدا کنند همخوان است (هوگان، ۱۹۸۸). در واقع همان‌طور که بعضی از محققان عنوان می‌کنند این تناقض‌های مربوطه ممکن است ناشی از عدم همسانی مقیاس‌های اندازه‌گیری باشد خصوصاً

آگاهی با نگرش مذهبی هستند در واقع اگرچه مایندفولنس برگرفته از سنت بودیسم است اما به منظور کاربرد آن در تمام فرهنگ‌ها بافت مذهبی آن را برداشته‌اند و بافت فرهنگی و فلسفی بودیسم را ندارد (دورجی، ۲۰۱۰). هرچند که به قول سگل (سیگل، ۲۰۰۸). توجه مستقیم به لحظه حال جزء اساسی آموزه‌های ادیان توصیف شده و مورد تأکید قرار گرفته است. با این وجود باید توجه داشته باشیم که علی‌رغم اینکه مایندفولنس به متون بودیستی برمی‌گردد، اما در واقع نه مذهبی و نه سرّی و نه رازگونه است و شامل آگاهی لحظه به لحظه از وضعیت‌ها و فرایندهای ادراکی ذهنی است که در آن ارزیابی، تعصب و غرض وجود ندارد و شامل آگاهی مستقیم و مداوم از حس‌های جسمانی، ادراک‌ها، حالات عاطفی، افکار و تخیلات می‌شود (گروسمن و همکاران، ۲۰۰۴)؛ یعنی در واقع حالتی است که هر کسی می‌تواند آن را یاد بگیرد و تجربه کند (گاناراتانا، ۲۰۰۲) و فارغ از هر گونه مفهوم مذهبی است (سهرابی و سهرابی، ۲۰۱۸).

تمرین ذهن آگاهی سه فرایند اختصاصی خاص دارد: توجه، نگهداری توجه و بازگردانی آن (کایون، ۲۰۱۱) به این صورت که فرد در حین تمرین مراقبه به هدف خاصی متمرکز می‌شود بعد از آن سعی می‌کند توجه و تمرکز خود را روی آن معطوف نموده و در طول تمرین حفظ نماید و هر زمان که توجه وی به چیزی دیگری معطوف شد دوباره آن را به هدف نخست برگرداند (هاولس و همکاران، ۲۰۱۰). ارتباط مشخصی که ذهن آگاهی با سلامت عمومی و تمامی ابعاد آن (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی) نشان داد بیانگر همبستگی آن با مؤلفه‌های درمانی است. درواقع

تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویان گرامی که داوطلبانه و بدون چشم‌داشتی در فرایند تکمیل پرسشنامه‌ها و اطلاعات لازم در این مطالعه ما را یاری نموده‌اند سپاسگزاریم.

آن‌هایی که مربوط به سنجش متغیر مذهبی است (دزوتر، سوینیس و هاتسبات، ۲۰۰۶).

نتیجه‌گیری:

یافته‌های پژوهش حاضر نمایان ساخت که نگرش مذهبی ارتباط خاصی با سلامت و ابعاد آن بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی ندارد. به این ترتیب نمی‌توان تغییرات این دو را به همدیگر مرتبط دانست و در واقع همبستگی خاصی چه در جهت مثبت و یا منفی بین این دو وجود ندارد. از طرف دیگر، ذهن آگاهی با سلامت عمومی ارتباط مثبتی نشان داد و با تمام مؤلفه‌های آن نیز همبستگی معناداری داشت. به این صورت که افزایش میزان ذهن آگاهی افراد با افزایش میزان سلامت آنان ارتباط دارد. اینجاست که می‌توان به تأثیرات درمان بخش ذهن آگاهی و درمان‌های مبتنی بر آن اشاره نمود که با افزایش میزان ذهن آگاهی در افراد سعی در افزایش ابعاد مختلف سلامت می‌پردازند. علاوه بر این، ذهن آگاهی و نگرش مذهبی نیز ارتباط معناداری نشان ندادند و بدین ترتیب نمی‌توان بر اساس یکی تغییرات خاصی در دیگری را پیش‌بینی نمود.

محدودیت‌هایی که در این مطالعه با آن روبرو بودیم بررسی نمونه گسترده‌تر از دانشجویان و حتی جمعیت عمومی است و برای تحقیقات آتی پیشنهاد می‌شود که این مطالعه را در جمعیت‌های دیگری غیر از جمعیت دانشگاهی و در نمونه‌های گسترده‌تر بررسی شود. علاوه بر این می‌توان به بررسی رفتارهای مذهبی نیز پرداخت که علاوه بر ذهنیت مذهبی، بلکه به بررسی رفتار آن نیز به‌عنوان یک مؤلفه مد نظر داشت.

References

- Asemi, Zahra., (2006). Impact of religion on mental health Torbat Azad University, Master of Psychology thesis, University Torbate jam.
- Bear, R. A., Walsh, E., Lynkins, E. L. B. (2009). *Assessment of Mindfulness*. In R. Diadonna, F (Ed.) *Clinical Handbook of Mindfulness...* Springer. 153-168.
- Black, S, D. (2010). *Mindfulness Research Guide: a new paradigm for managing empirical health information*. *Mindfulness* 1: 174-176.
- Cayoun, B. A. (2011). *Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice*. Chichester: Wiley.
- Cayoun, B. A. (2015). *Mindfulness-integrated CBT for wellbeing and personal growth: Four steps to enhance inner calm, self-confidence and relationships*. Chichester: Wiley.
- Chan, D.W., & Chan, T.S.K. (1983). Reliability, validity, and the structure of the General Health Questionnaire in an Chinese version context. *Psychological Medicine*, 13, 363-372.
- Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*. 40, 807-818. doi:10.1016/j.paid.2005.08.014
- Diadonna, F. (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness..* In R. Diadonna, F (Ed.) *Springer*. ISBN: 978-0-387-09592-9.
- Dorjee, D. (2010). Kinds and dimensions of mindfulness: why it is important to distinguish them. *Mindfulness*. 1, 152-160.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology*

- and Behavioral Assessment, 29, 3, 177-190. doi:10.1007/s10862-006-9035-8.
- Germer, K. Siegel, R. Fulton, P. (2005). Mindfulness and Psychotherapy, *The Guilford Press. New York, NY* 10012.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press: London.
- Goldberg, D.P., & Hiller, V.F. (1979). *A scaled version of the general health questionnaire*. Oxford University Press: London.
- Goldberg, D.P., Williams, P. (1998). A scaled version of the general Health Questionnaire. *The journal of psychological Medicine*. 9. PP 131-145.
- Golriz, G. (1974). Study of relationship between religious attitude with other feed back and job characterizations. B.Sc thesis in psychology, faculty of literature and human sciences, Tehran University. (In Persian).
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 57. 35-43.
- Gunaratana, B.H. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.
- Hill, P. C & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Journal of American Psychologist*, 58, 1, 64-78.
- Hogan K. (1988). Religiosity activities and attitudes of older in geriatric assessment Clinic. *Am Geriatr Soc*. 36, 4, 362-374.
- Howells, K., Tennant, A., Day, A., Elmer, R. (2010). Mindfulness in forensic mental health: does it have a role?. *Mindfulness*: 1: 4-9.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 4, 1, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Dell Publishing, New York
- Kabat-zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, present, and future. *American psychological Association*. 10. 2. 144-156.
- Kang, C., Whittngham, K. (2010). Mindfulness: as a dialogue between Buddhism and clinical psychology, *Mindfulness*. 1:161-173.
- Kaslow, F. W. & Magnavita, J. J. (2002). *Comprehensive handbook of psychotherapy*. Volume 1. John Wiley & Sons, Inc
- Keyes, S. (1984). Gender stereotypes and personal adjustment: Employing the PAQ, TSBI, and GHQ with samples of British adolescents. *British Journal of social psychology*. 23, 173-180.
- Khanekeshi, Ali., & Pumikbakhti, Kobra. (2008). Practical commitment to the relationship between religious identity and mental health for male and female university students Behbahan branch .
- Koenig, H. G. (2000). Religion, spirituality and medicine: Application to clinical practice. *JAMA* 2000; 284: 1708-1712.
- Langer, E. (1992). Matters of mind: Mindfulness/Mindlessness in perspective. *Consciousness and Cognition*, 1, 289-305.
- Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Marashian, F., & Esmaili, E. (2012). Relationship between religious beliefs of students with mental health disorders among the students of Islamic Azad University of Ahvaz. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 1831 – 1833.
- Muller, P.S., Plevak, D.J. (2001). Religious involvement, spiritual and medicine: Implication for clinical practice. *Mayo Clinical Proc*. 76, 1225-1235.
- O'Conner. B. Daryle, Cobb, J, O'Conner. C.R. (2003). Religiosity stress and psychological distress no evidence for on association among undergraduate students. *personality and Individual Difference*, 34, 211-217.
- Palahang, H., Nasr, M., Barahani, M., et.al. (1995). Evaluating the epidemiology of psychological disorders in Kashan town. *Faslanme thought and behavior*. 2, 4, 19-27. [in-persian].
- Rajai, A.R., Bayaz, Mohammad Hossein., & Habibi Pour, Hamid. (2009). Fundamental beliefs, identity crisis and youth health. *Developmental Psychology: Iranian psychologists*, 6, 22, pp: 97-107.

- Sadeghi, M., Bagherzadeh, R., & Haghshenas, M. (2011). Religious attitude and psychological health of students of Mazandaran university of medical science. *Scientific Magazine of Mazandaran university of medical science*, 20, (75), 71-75. [in-persian].
- Siegel, D.J. (2008). *Mindful brain*, New York: WW Norton.
- Singh, N. (2010). mindfulness: a finger pointing to the moon, *mindfulness* 1: 1-3.
- Sohrabi, A., & Sohrabi, F. (2018). *Mindfulness integrated cognitive behavior therapy for psychotherapist*. Kurdistan University Press, Sanandaj. In press. [in-persian].
- Sohrabi, A., Fakhraei, S., Sohrabi, F., et al. (2012). Multiside mindfulness and procrastination, evaluating scales and their relationships, with introductory case study. The first national conferences of personality and modern life in Azad university of Sanandaj. 1-10. [in-Persian].
- Stwart, C.T.T., & Kaeske, G.F. (2006). A preliminary constructive validation of the multidimensional measurement of religiousness / spirituality instrument. *Int J Psychol Relig*, 16, 3, 181-96.