

رابطه‌ی جهت گیری مذهبی بیرونی با خودکارآمدی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان

احسان فکور^۱، سید زین العابدین صفوی^{۲*}، بهرام رستمی^۳، سقراط فقیه زاده^۴، فضل اله آیت الهی^۵، کاظم سرابی^۶

* نویسنده مسوول: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران gumlakh6@zums.ac.ir

دریافت: ۹۵/۱۱/۵ پذیرش: ۹۶/۲/۲۱ چاپ: ۹۶/۶/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: توجه به سلامت عمومی و خودکارآمدی دانشجویان و عواملی که باعث افزایش و یا کاهش این متغیرها می‌گردند، از اهداف مهم نظام دانشگاه محسوب می‌گردد، لذا این مطالعه باهدف تعیین رابطه‌ی بین جهت گیری مذهبی بیرونی با سلامت عمومی و خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی بود. جامعه‌ی آماری تحقیق کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی و دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود. با استفاده از روش کوکران تعداد ۳۵۰ نفر به صورت نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های جهت گیری مذهبی بیرونی جورج، خودکارآمدی عمومی شرر و سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره انجام شد.

نتایج: نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیر جهت گیری مذهبی بیرونی با سلامت عمومی کل رابطه‌ی معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). همچنین بین جهت گیری مذهبی بیرونی با متغیرهای خودکارآمدی ($r = -0.152$ و $P = 0.038$)، مولفه افسردگی ($r = 0.198$ و $P = 0.002$) و نیز مولفه کارکرد اجتماعی ($r = -0.171$ و $P = 0.028$) ارتباط معناداری وجود داشت. همچنین نتایج رگرسیون چندمتغیره نشان داد که جهت گیری مذهبی بیرونی تنها پیش‌بینی کننده معنادار مولفه کارکرد اجتماعی است بطوریکه توان تبیین ۱۸/۸ درصد از واریانس کارکرد اجتماعی را دارد.

نتیجه‌گیری: جهت گیری مذهبی بیرونی بر افسردگی، خودکارآمدی و کارکرد اجتماعی دانشجویان تاثیر دارد.

واژگان کلیدی: جهت گیری مذهبی بیرونی، سلامت عمومی، خودکارآمدی.

این مقاله بدین صورت ارجاع داده شود:

Fakour E, Safavi Z, Rostami B, Faghizade S, Ayatollahi F, Sarabi K. The Relationship between External Religious Orientation and Self-efficacy and Public Health in Zanjan University of Medical Sciences students. J Med Educ Dev. 2017; 10 (26): 49-59

۱- مرکز مشاوره دانشجویی، معاونت فرهنگی و امور دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۲- گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۳- واحد آموزش، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۴- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۵- گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۶- گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

مقدمه

از حوادث مهم و تاثیرگذار در زندگی هر دانشجویی ورود به دانشگاه است. بهطوریکه ورود به دانشگاه در برخی موارد توأم با اضطراب و استرس برای دانشجویان بوده، اغلب آن‌ها را با مشکلاتی همچون روابط و سازگاری با محیط مواجه می‌کند. این مشکلات به دلیل تازگی محیط و مواجهه با تیپ‌های مختلف شخصیتی در محیط حرفه‌ای و خوابگاه، عدم کفایت امکانات رفاهی، کمبودهای اقتصادی، کاهش منابع حمایتی و نظارت خانواده، افراد را در معرض عدم سازگاری مناسب و در نهایت اختلال در سلامت عمومی قرار می‌دهد (۱).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت عمومی را بر اساس جنبه‌های زیستی و اجتماعی تعریف می‌کند. به نظر این سازمان، سلامت عمومی در افراد به معنای استعداد ایجاد روابط موزون با دیگران، شرکت در تغییرات محیط اجتماعی و کمک به تغییرات به شیوه سازنده است. همچنین سلامت عمومی ایجاب می‌کند که بین تمایلات غریزی فرد هماهنگی وجود داشته باشد (۲).

بسیاری از صاحب نظران مفاهیم بهداشت روانی و سلامت عمومی را به یکدیگر نزدیک می‌دانند اما برخی دیگر آن‌ها را از یکدیگر متمایز می‌سازند و به همین دلیل معتقدند که بهداشت روانی یعنی نگاه داشتن سلامت روانی، ریشه کن کردن عوامل بیماری‌زا پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی و ایجاد زمینه مساعدی برای رشد و شکوفایی شخصیت و استعدادهای نهفته انسان (۳). در حالی که سلامت عمومی حالت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف شده است. با توجه به این تعریف می‌توان گفت برای تامین سلامتی حتما باید جزء روانی آن را در نظر گرفت. سلامت عمومی نه تنها در بر گیرنده‌ی نبود اختلالات روانی است بلکه شامل جنبه‌های ارتقا و بهبود وضعیت سلامت روانی نیز می‌باشد (۲).

از دیگر عوامل مهم و تاثیرگذار بر جنبه‌های روان‌شناختی و سلامت دانشجویان متغیر خودکارآمدی است. در خلال دوره-ی جوانی، باورهای خودکارآمدی از عوامل مهم و تاثیر گذار بر پیامدهای روان‌شناختی محسوب می‌شوند. در این دوره افراد با چالش‌های جدیدی مواجه می‌شوند و چگونگی کنار آمدن و سازگاری با این چالش‌ها تا حدی تحت تاثیر باورهای خودکارآمدی فرد است (۴). خودکارآمدی از عوامل مهم موثر بر سلامت روان افراد است. از دیدگاه بندورا، خودکارآمدی توانایی فرد در انجام یک عمل خاص در کنار آمدن با یک موقعیت ویژه است. از طرفی قضاوت شخصی در مورد توانایی‌ها بر پایه‌ی ملاک‌های مهارتی، حس کفایت شخصی در چهارچوبی خاص و تمرکز بر ارزیابی توانایی‌ها برای اجرای وظایف خاص با توجه به اهداف از استانداردهای خودکارآمدی می‌باشد (۵).

از عواملی که گمان می‌رود با سلامت عمومی و خودکارآمدی در ارتباط بوده و در مطالعات گذشته به نقش آن پرداخته نشده، جهت گیری مذهبی است. در مورد تاثیر عقاید مذهبی بر بهداشت و سلامت روانی از دیر باز میان متفکران مذهبی و روان‌شناسان نظرات متفاوتی وجود داشته است. از یک سو روان‌کاوانی چون فروید مذهب و اعتقادات مذهبی را یک اختلال نوروتیک تلقی کرده و عقاید مذهبی را نه تنها بر سلامت روانی موثر ندانسته‌اند، بلکه برعکس برای بهداشت روانی مخاطره آمیز نیز می‌دانند. از سوی دیگر افرادی چون یونگ هر گونه اعتقاد مذهبی، ولو این که با خرافاتی مانند اعتقادات بشر اولیه همراه باشد را، مورد توجه قرار داده و برای سلامت روانی افراد ضروری دانسته‌اند (۶).

آلپورت معتقد است که تفاوت قایل شدن بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی به ما کمک می‌کند تا کسانی که دین برای آن‌ها هدف است، از کسانی که دین برای آن‌ها وسیله

سلامت عمومی و متغیرهایی مانند خودکارآمدی احساس می‌شود و لازم است که این مساله مورد توجه موسسات آموزشی و فرهنگی قرار بگیرد. لذا مساله اساسی که در این تحقیق مطرح شده؛ رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با سلامت عمومی و خودکارآمدی در دانشجویان است؛ به عبارت دیگر بررسی این نکته حایز اهمیت است که آیا افرادی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند همانند افراد با باورهای عمیق و درونی مذهبی در زمینه‌ی سلامت عمومی و خودکارآمدی در سطح بالایی از بهنجاری قرار دارند یا نه؟ لذا این تحقیق با هدف تعیین رابطه بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با سلامت عمومی و خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی انجام گرفت.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود که به منظور تعیین رابطه بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با خودکارآمدی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. جامعه‌ی آماری تحقیق شامل کلیه‌ی دانشجویان مقطع کارشناسی و دکترای حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ که بنابر آمار استخراج شده از سیستم مدیریت آموزش (سما) تعداد آن‌ها ۱۷۵۹ نفر بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۱۵ نفر محاسبه گردید. جهت نمونه‌گیری با توجه به مشخص بودن چارچوب نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انجام شد. به این صورت که ابتدا، از بین دانشکده‌های موجود ۳ دانشکده‌ی پزشکی، دندانپزشکی و پرستاری و مامایی انتخاب و از هر دانشکده، دانشجویان به صورت تصادفی و به نسبت تعداد کل دانشجویان هر دانشکده انتخاب و پرسشنامه‌های تحقیق در بین آن‌ها توزیع گردید. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های استاندارد جهت‌گیری مذهبی بیرونی جورج، سلامت عمومی گلدبرگ

است را جدا نماییم. افراد دسته‌ی اول به خوب بودن هدف توجه دارند و افراد دسته‌ی دوم به خوب بودن وسیله. وی قابل قبول‌ترین روش متمایز کردن این دو قطب را این می‌داند که بگوییم شخصی با مذهب بیرونی، مذهبش را به کار می‌گیرد، در صورتیکه شخصی با مذهب درونی با مذهبش زندگی می‌کند و در ادامه می‌گوید مذهب درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان یافته و درونی‌شده است که خود، غایت و هدف است، نه وسیله‌ای برای رسیدن به هدف (۶).

در تحقیقی نلسون و همکاران در بررسی رابطه‌ی میان جهت‌گیری‌های مذهبی از نوع درونی، معنویت و افسردگی با تاکید بر رابطه‌ی میان مذهبی بودن و افسردگی روی ۳۶۷ نفر از بیماران سرطانی، به این نتیجه دست یافتند که رابطه‌ی منفی معنی‌داری میان مذهبی بودن و افسردگی و همچنین معنویت و افسردگی وجود دارد (۷). وارد نیز به بررسی رابطه‌ی میان مذهبی بودن و مقابله مذهبی در برابر استرس با بهزیستی روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب) در دانشجویان پرداخت. نتایج نشان داد رابطه‌ی معناداری بین مذهبی بودن، معنویت، جنسیت، نیایش و یا بخشودگی وجود ندارد. از سوی دیگر جهت‌گیری مذهبی به‌طور معنی‌داری میزان افسردگی و اضطراب را پیش‌بینی می‌کرد (۸). در پژوهش مشابه مسی به بررسی رابطه‌ی میان جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان پرداخت. نمونه مطالعه شامل ۲۴۲ دانشجوی کاتولیک بود. نتایج حاکی از آن بود که جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه‌ی منفی معنی‌داری با میزان افسردگی دارد (۹). احتشام زاده نیز در مطالعه‌ای به بررسی رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی با افسردگی در بیماران MS پرداخت. نتایج حاکی از رابطه‌ی معنادار بین جهت‌گیری مذهبی با افسردگی در بیماران بود (۱۰). اکنون با توجه به رواج سریع ناهنجاری‌های خلقی و رفتاری در بین جوانان و من جمله دانشجویان نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه‌ی شناسایی عوامل مرتبط با

(GHQ-28) و مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر بود. پرسش نامه باورهای مذهبی بیرونی توسط جورج تدوین شده و نگرش آزمودنی‌ها را نسبت به عقاید مذهبی از نوع بیرونی آن می‌سنجد. این مقیاس مشتمل بر ۲ قسمت می‌باشد. قسمت اول این مقیاس دارای ۲۴ عبارت است که اعتقاد بیرونی به خدا را می‌سنجد. در این قسمت از آزمودنی خواسته می‌شود که برای بیان وضعیت خود، عبارت «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» بین پنج گزینه از مورد نظر خود را انتخاب کند. قسمت دوم این مقیاس شامل ۱۵ عبارت است که قدرت ارتباط و وابستگی بیرونی شخص را نسبت به خدا می‌سنجد. جمع امتیازات سوالات ۱ تا ۲۴ معرف نمره مولفه اعتقاد بیرونی به خدا و جمع امتیازات ۲۵ تا ۳۹ نیز معرف نمره مولفه دوم آزمودنی و جمع هردو مولفه نمره جهت گیری مذهبی بیرونی کل محسوب می‌گردد. این مقیاس دارای سوال معکوس نمی‌باشد. جورج روایی محتوایی این پرسش نامه را قابل قبول توصیف کرده است. هم‌چنین وی برای ارزیابی روایی آزمون خود، از روایی سازه بهره برده است به طوری که ضریب همبستگی بین این ابزار و دیگر ابزارهای موجود در این زمینه را از جمله مقیاس آلپورت، ورنون و لیندزی محاسبه کرده که بین این مقیاس و مقیاس‌های نامبرده همبستگی ۰/۸۸ وجود داشت که بیانگر روایی بالای مقیاس می‌باشد (۱۱). در این پژوهش نیز روایی صوری و محتوایی مطالعه با استفاده از نظرات اساتید حوزه‌ی معارف دینی و روانشناسی تایید شد. جهت تایید پایایی پرسشنامه نیز تعداد ۳۰ پرسشنامه در بین جامعه‌ی آماری تحقیق که خارج از نمونه آماری بودند توزیع و پس از تکمیل با استفاده از روش آلفای کرانباخ روایی محاسبه و مقدار ۰/۸۳ برآورد گردید. در نتیجه روایی و پایایی پرسشنامه جهت گیری مذهبی بیرونی در این تحقیق مورد تایید نهایی قرار گرفت.

پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه‌ی غربالگری (سرندی) مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که دارای ۴

خرده مقیاس فرعی (سلامت جسمی، کارکرد اجتماعی، افسردگی، اضطراب) می‌باشد که هرکدام ۷ پرسش را شامل می‌شود و در مجموعه‌های بالینی باهدف ردیابی افراد مبتلا به اختلال روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. روش‌های مختلفی برای نمره‌گذاری این آزمون وجود دارد. در پژوهش حاضر از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده که به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) است، یعنی گزینه‌ی الف (نمره‌ی صفر)، گزینه‌ی ب (نمره ۱)، گزینه‌ی ج (نمره ۲) و گزینه‌ی د (نمره ۳) می‌گیرد. حداکثر نمره‌ی آزمودنی با این روش نمره‌گذاری، ۸۴ خواهد بود (۱۰). این پرسش‌نامه به صورت منفی نمره‌گذاری شده است، یعنی نمره‌ی صفر به معنی عدم اختلال در سلامت عمومی و نمرات بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده‌ی اختلال زیادتر در سلامت عمومی افراد است و نمره‌ی ۲۳ به‌عنوان نمره‌ی برش در نظر گرفته شده است، بدین معنی که اگر نمره‌ی آزمودنی در آزمون غربالگری برابر یا بیش از ۲۳ باشد به‌عنوان مشکوک به اختلال غربال می‌شود. این نمره‌ی برش با استفاده از تحقیقات گذشته تعیین شده است (۱۲). در مطالعه انصاری و بهرامی ضرایب اعتبار برای حیطه‌های چهارگانه (سلامت جسمی، کارکرد اجتماعی، افسردگی، اضطراب) به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ درصد گزارش گردید و برای پایایی حیطه‌های چهارگانه (سلامت جسمی، کارکرد اجتماعی، افسردگی، اضطراب) پرسش‌نامه به روش آلفای کرانباخ به ترتیب، ضرایب ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۹۱ و ۰/۸۳ درصد و به روش تنصیف به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۸۸ و ۰/۸۹ درصد گزارش شد (۱۳). جهت تایید روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در این تحقیق، همانند پرسشنامه‌ی جهت گیری مذهبی بیرونی اقدام شد به اینصورت که جهت روایی محتوا و صوری از نظرات اساتید و خبرگان این حوزه استفاده و جهت تایید پایایی از روش آلفای کرانباخ استفاده و پایایی ابزار میزان ۰/۸۴ برآورد گردید.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر دارای ۱۷ سؤال است

نرمال بودن توزیع داده‌ها، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 استفاده گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۲۹۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان شرکت داشتند. دانشجویان در مقاطع کارشناسی و دکترای حرفه‌ای و از دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی و پیراپزشکی و بهداشت و داروسازی بودند. از میان ۲۹۵ نفر، تعداد ۱۸۶ نفر (۶۳/۴ درصد) پسر و ۱۰۹ نفر معادل ۳۶/۶ درصد دختر بودند. بیشترین فراوانی سنی مربوط به رده‌ی سنی ۱۸ تا ۲۱ سال بود. بیشترین شرکت کننده در رشته‌ی پزشکی و دندانپزشکی بودند. جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۲ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق در نمونه می‌باشد همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین مشاهده شده متغیر جهت گیری مذهبی بیرونی (در کل) ۱۵۴/۹۶، اعتقاد به خدا ۹۵/۸۶، قدرت ارتباط با خدا ۵۸/۵۹، سلامت عمومی کل ۲۸/۵۸، سلامت جسمانی ۶/۷۲، اضطراب ۶/۵۸، افسردگی ۱۱/۲۸، کارکرد اجتماعی ۳/۹۳ و در نهایت میانگین خودکارآمدی عمومی دانشجویان ۴۲/۸۰ می‌باشد.

نتایج جدول ۳ نشان داد؛ بین متغیر جهت گیری مذهبی بیرونی با خودکارآمدی ($r = -0.152$ و $P = 0.038$)، مولفه افسردگی ($r = 0.198$ و $P = 0.002$) و نیز مولفه کارکرد اجتماعی ($r = -0.171$ و $P = 0.028$) ارتباط معناداری وجود دارد.

جهت آزمون میزان تاثیرمتغیر پیش بین بر متغیرهای ملاک و خرده مقیاس‌های آن، از روش رگرسیون چند متغیری استفاده شد. در ابتدا پیش‌فرض‌های اولیه‌ی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی قابل قبول بودن شرایط برای استفاده از آزمون مذکور داشت.

که هر سووال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سووال های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سووال ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره گذاری می‌شوند؛ بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است نمره بالا نشان دهنده خودکارآمدی بیشتر فرد می‌باشد (۵).

این مقیاس توسط براتی بختیاری (به نقل از فولادچنگ) ترجمه و اعتباریابی شد. در این مطالعه ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد (۱۲). با این حال در این مطالعه جهت تایید روایی و پایایی از روش روایی صوری و محتوی و جهت پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده و پایایی پرسشنامه مقدار ۰/۸۰ برآورد شد.

در مرحله اجرا و جهت جمع آوری داده‌ها محقق و همکاران پرسشگر پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه در دانشکده‌ها و سپس در کلاس‌های درس دانشجویان حضور یافتند. ابتدا به معرفی طرح و تشریح اهداف و روش کار پرداخته و نیز در صورت وجود ابهام و سوال به آنان پاسخ داده شد. سپس پرسشنامه جمعیت شناختی، جهت گیری مذهبی بیرونی جورج، سلامت عمومی گلدبرگ و خودکارآمدی شرر را بین دانشجویان توزیع و از آنان درخواست شد تا این پرسشنامه‌ها را با دقت تکمیل و به همکاران طرح عودت دهند. پس از جمع آوری ۲۰، پرسشنامه‌ای که مخدوش بود از چرخه تجزیه و تحلیل کنار گذاشته شد. در نهایت از بین ۳۱۵ پرسشنامه توزیع شده تعداد ۲۹۵ پرسشنامه سالم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از شاخص‌های توصیفی و سپس از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی

جدول ۱: توزیع فراوانی (تعداد) و درصد وضعیت سلامت روانی برحسب جنس، نوع اسکان و مقطع تحصیلی

متغیر	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
جنسیت	دختر	۱۰۹	۳۶/۶
	پسر	۱۸۶	۱۰۰
جمع	۲۹۵	۱۰۰	
سن	۱۸-۲۱ سال	۲۰۱	۶۸/۱
	۲۱-۲۴ سال	۷۵	۹۳/۵
	۲۴-۳۰ سال	۱۲	۹۶/۹
	بزرگتر از ۳۰ سال	۷	۱۰۰
جمع	۲۹۵	۱۰۰	
رشته‌ی تحصیلی	پزشکی	۶۳	۲۱/۴
	دندانپزشکی	۵۹	۴۱/۴
	داروسازی	۵۶	۶۰/۴
	پرستاری	۳۳	۷۱/۶
	مامایی	۳۲	۸۲/۴
	رشته‌های پیراپزشکی	۵۲	۱۰۰
جمع	۲۹۵	۱۰۰	

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

ردیف	متغیر	تعداد نمونه	حد پایین	حد بالا	میانگین	انحراف معیار
۱	جهت گیری مذهبی بیرونی (در کل)	۲۱۷	۶۱	۱۹۵	۱۵۴/۹۶	۱۹/۸۱
۲	اعتقاد بیرونی به خدا	۲۳۵	۳۶	۱۲۰	۹۵/۸۶	۱۱/۴۲
۳	قدرت ارتباط بیرونی با خدا	۲۵۶	۲۳	۷۵	۵۸/۵۹	۹/۱۷
۴	سلامت عمومی (در کل)	۲۳۸	۱۱	۷۰	۲۸/۵۸	۱۱/۱۶
۵	سلامت جسمانی	۲۷۴	۱	۱۸	۶/۷۲	۳/۵۴
۶	اضطراب	۲۷۳	۱	۲۰	۶/۵۸	۴/۸۶
۷	افسردگی	۲۶۷	۱	۲۴	۱۱/۲۸	۴/۶۶
۸	کارکرد اجتماعی	۲۶۰	۱	۲۱	۳/۹۳	۴/۷۳
۹	خودکارآمدی	۲۶۷	۱۷	۸۱	۴۲/۸۰	۱۰/۷۳

جدول ۳: آزمون همبستگی پیرسون برای متغیرهای مستقل و وابسته

متغیر مستقل	متغیرهای وابسته	ضریب همبستگی	سطح معناداری
جهت گیری مذهبی بیرونی	سلامت عمومی (در کل)	۰/۰۴۱	۰/۵۷۹
	سلامت جسمانی	۰/۰۲۹	۰/۶۷۵
	اضطراب	-۰/۰۱۲	۰/۸۶۹
	افسردگی	۰/۱۹۸	۰/۰۰۲
	کارکرد اجتماعی	-۰/۱۷۱	۰/۰۲۸
	خودکارآمدی	-۰/۱۵۲	۰/۰۳۸

جدول ۴: نتایج آزمون معناداری رگرسیون چندمتغیره برای متغیرهای سلامت عمومی و خودکارآمدی

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه‌ی آزادی اثر	درجه‌ی آزادی خطا	sig
جهت گیری مذهبی بیرونی	اثر پیلایی	۱/۸۳۳	۱/۱۴۸	۳۰۵	۶۰۵	۰/۰۷۹
	لامبدای ویلکز	۰/۰۹۳	۱/۱۷۷	۳۰۵	۵۸۸/۹۹	۰/۰۴۹
	اثر هتلینگ	۳/۲۰۳	۱/۲۱۲	۳۰۵	۵۷۷	۰/۰۲۶
	بزرگترین ریشه	۱/۳۱۰	۲/۵۹۹	۶۱	۱۲۱	۰/۰۰۱

مذهبی بیرونی و مولفه قدرت ارتباط و وابستگی به خدا کمتر از ۰/۰۵ بود.

بر اساس نتایج جدول فوق، همان‌گونه که مشاهده می‌شود سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز برای متغیر جهت گیری

جدول ۵: اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig	مجذوراتا تا تعدیل شده
جهت گیری مذهبی بیرونی	سلامت عمومی (در کل)	۷۳۷۵	۶۱	۱۲۰	۱/۱۰۲	۰/۳۲۲	۰/۰۳۳
	سلامت جسمانی	۷۶۸	۶۱	۱۲/۶۰۲	۱/۰۴۱	۰/۴۱۸	۰/۰۱۴
	اضطراب	۱۵۵۱	۶۱	۲۵/۴۳۱	۱/۰۳۸	۰/۴۲۳	۰/۰۱۳
	افسردگی	۱۲۳۶	۶۱	۲۰/۲۷۴	۱/۱۰۵	۰/۳۱۷	۰/۰۳۴
	کارکرد اجتماعی	۱۶۳۵	۶۱	۲۶/۸۱۲	۱/۶۹۲	۰/۰۰۷	۰/۱۸۸
	خودکارآمدی	۵۸۹۱	۶۱	۹۶/۵۸۹	۰/۸۴۱	۰/۷۷۱	۰/۰۵۶

جهت پی بردن به این نکته که کدام یک از متغیرها و مولفه ها تاثیرپذیری معنادار از متغیر پیش بین مطالعه دارند، از آنالیز واریانس یکراهه (ANOVA) در متن تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. همان گونه که مشاهده می شود؛ جهت گیری مذهبی بیرونی از بین مولفه های سلامت عمومی تنها توان پیش بینی مولفه کارکرد اجتماعی را به میزان ۱۸/۸ درصد داشت.

بحث

مطالعه ای حاضر با هدف تعیین رابطه ای بین جهت گیری مذهبی بیرونی با سلامت عمومی و خودکارآمدی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام گردید. در راستای بررسی اهداف و فرضیات این مطالعه، ارتباط بین متغیر جهت گیری مذهبی بیرونی با خودکارآمدی عمومی تایید گردید. این ارتباط ضعیف و از نوع منفی و معکوس بود. به این صورت که با بالا رفتن جهت گیری مذهبی بیرونی خودکارآمدی عمومی تا حدودی در دانشجویان کاهش می یافت. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه ای ظهیری خواه و صادقی همسو بوده و مطابقت داشت (۱۴، ۱۵). در مطالعات یاد شده ارتباط بین جهت گیری مذهبی از نوع بیرونی با خودکارآمدی معنادار و از نوع منفی و معکوس گزارش شده است به طوری که با بیرونی تر شدن گرایش های مذهبی، خودکارآمدی در نمونه ای آماری کاهش می یافت. همچنین در این مطالعه ارتباط بین جهت گیری مذهبی بیرونی با مولفه ای افسردگی در دانشجویان تایید گردید. این ارتباط از نوع مثبت و مستقیم بود به طوری که با افزایش متغیر مستقل، متغیر وابسته افزایش می یافت. نتایج این مطالعه با نتایج به دست آمده در مطالعات وارد، پاژوویک، نلسون، کوئینگ، گراوند، صولتی، چاوشی و جان بزرگی همسو بوده و مطابقت داشت (۸، ۱۶، ۷، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱). در تمامی این

مطالعات ارتباط معناداری بین جهت گیری مذهبی بیرونی و افسردگی گزارش شده است. اگرچه در مطالعات خارجی یاد شده بیشتر به نقش جهت گیری مذهبی درونی در ارتقا سلامت روان و من جمله کاهش افسردگی و نرخ خودکشی اشاره شده، ولی به عدم کارایی جهت گیری مذهبی از نوع بیرونی نیز اشاره شده و حتی در برخی از این مطالعات افراط در انجام مناسک مذهبی مخل سلامت عنوان شده است برای نمونه؛ در پژوهش حسنویچ و پاژوویک که نقش باورهای اخلاقی و مذهبی به عنوان عوامل محافظت کننده سلامت روانی بر روی سربازان قدیمی جنگ بوسنی و هرزگوین مورد بررسی قرار گرفته، نتایج نشان داد بین باورهای اخلاقی و مذهبی از نوع درونی آن با علایم شدید استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب همبستگی منفی معنی داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر با افزایش باورهای اخلاقی و مذهبی در سربازان، علایم اختلالات فوق کاهش بیشتری را نشان می دهد و بالعکس (۱۶). کوئینگ و همکاران نیز نشان دادند که باورهای مذهبی با افسردگی در ارتباط است به طوری که باورهای مذهبی درونی باعث کاهش افسردگی و در مقابل باورهای مذهبی بیرونی باعث افزایش افسردگی می شود. در پژوهش های داخلی اما با صراحت بیشتری به رابطه ای جهت گیری مذهبی بیرونی با افسردگی پرداخته شده است. برای مثال در پژوهش گراوند به ارتباط مستقیم و مثبت جهت گیری مذهبی بیرونی با افسردگی اشاره شده و در پژوهش صولتی، جان بزرگی و چاوشی نیز ارتباط مثبتی بین دو متغیر یاد شده گزارش شده و در تمامی این مطالعات جهت گیری مذهبی بیرونی عامل تشدید افسردگی در نمونه ای آماری بوده است. از لحاظ نظری گفته می شود از آنجایی که مقابله های مذهبی درونی منبع حمایت عاطفی، اجتماعی و امید هستند از این رو افرادی که از این مقابله ها در زندگی روزمره خود استفاده می کنند، کمتر از دیگران دچار افسردگی و

سازی باورهای مذهبی گام بردارند، می‌تواند یکی از راه‌های کاهش افسردگی در بین دانشجویان باشد. همه بر این باور هستیم که باورهای مذهبی عمیق و درونی شده فرد را به آرامش راستین و پایدار هدایت نموده و از ناهنجاری‌های موجود در اجتماع دور می‌کند. از طرف دیگر در جامعه‌ی ما که جامعه‌ای بر پایه ارزش‌های اسلامی است، آینده سازان آن که همانا جوانان و دانشجویان هستند باید در راستای تعمیق این باورها حرکت کرده تا در تمامی مراحل زندگی اعم از تحصیل و پذیرش مسوولیت با نگاه درست به دین و باورهای مذهبی نسبت به برنامه ریزی، اقدام و عمل گام بردارند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت با کد A-12-194-3 و کد اخلاق (ZUMS.REC.1394.339) تحت حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام گرفته است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی، مسوولین محترم مرکز تحقیقات، مسوولین محترم دانشکده‌ها و همچنین تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

References

- 1- Bailer J, Schwarz D, Witth M, Stübinger C, Rist F. Prevalence of mental disorders among college students at a German university. *Psychother Psychosom Medical Psychology*. 2008; 58(11): 9-423.
- 2- World Health Organization. Promoting mental

اضطراب می‌شوند و در مقابل زمانی این مقابله‌ها درونی نشده باشد خود عاملی برای تشدید افسردگی خواهد بود (۱۷).

در نهایت با توجه به یافته‌های تحقیق ارتباط بین جهت گیری مذهبی بیرونی با مولفه کارکرد اجتماعی در دانشجویان تایید گردید و این ارتباط از نوع منفی و معکوس بود، به طوری که با افزایش جهت گیری مذهبی بیرونی مولفه کارکرد اجتماعی دانشجویان کاهش می‌یافت. نتایج این مطالعه با نتایج حاصله از مطالعات گراوند، صولتی، چاوشی و جان بزرگی همسو بوده و مطابقت داشت (۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱). در این مطالعات نیز جهت گیری مذهبی بیرونی باعث کاهش کارکرد اجتماعی در دانشجویان می‌شد.

نتیجه گیری

ارتباط مثبت افسردگی با جهت گیری مذهبی بیرونی نشان دهنده نقش تقویت کننده باورهای مذهبی درونی شده در ارتباط با افسردگی دانشجویان است، یعنی بالا بودن جهت گیری مذهبی در فرد افسردگی نیز افزایش می‌یابد. از این رو با توجه به افزایش روز افزون افسردگی در بین جوانان و مخصوصا دانشجویان و پیامدهای ناگوار آن که در مواقعی منجر به اقدام به خودکشی در آنان می‌شود، شناسایی عوامل مرتبط با افسردگی و برنامه ریزی در جهت کاهش و یا افزایش آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد. اینکه دانشجویان با باورهای مذهبی عمیق و درست آشنا شده و در جهت درونی

health: concepts, emerging evidence and practice: report of the world; 2014.

3- Milanifar B. *Mental health*. Tehran: Ghooms Publication; 2003. 40-45. [In Persian].

4- Najafi M, Fouladchang M. Efficacy and mental Health of high school students. *Bimonthly Journal*

- of scholar behavior. 2007; 14 (22). 69 -81. [In Persian].
- 5- Najafi M, Fouladchang M. Relationship between Self- efficacy and mental health. *Bimonthly Journal of scholar behavior*. 2007; 14 (23). 68 -78. [In Persian].
- 6- Azerbaijan M. Perfect man of Islam and psychology. *Journal of Seminary and University*, 2006; 1 (2). 25-37. [In Persian].
- 7- Nelson CJ, Jacobson CM, Weinberger MI, et al. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*. 2009; 38(2). 105-14.
- 8- Ward AM. *The relationship between religiosity and religious coping to stress reactivity and psychological well-being*. USA. Georgia State University. 2010.
- 9- Messay B. The relationship between quest religious orientation, forgiveness and mental Health. USA. University of Dayton. 2010.
- 10- Ehteshamzadeh MRB, Yousefi M. Relationship between religious orientation and irrational beliefs and depression in MS patients. *New Findings in Psychology*. 2011; 5(20). 55-67.
- 11- Kelly GA. *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton; 1955.
- 12- Ganji H. *Psychological tests*, Tehran; Arasbaran Publications. 2012.
- 13- Hussain A, Leila B, Akbarzada L, NurMohammad B. Check the general health of students and some related factors in Zahedan University of Medical Sciences. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2007; 9 (4): 9-15. [In Persian].
- 14- Zahirikhah N, Mosavi M.R, Bavarsadejani A. The Relationship between quality of life and religious beliefs and self-efficacy among PNU students Shosh. *Journal of Medical Sciences, Islamic Azad University*. 2016; 26(3): 195-199. [In Persian].
- 15- Sadeghi M. The relationship between religious orientation and mental health and self-efficacy students of PNU. First National Conference on Spirituality and Health Psychology. 2014.
- 16- Hasanović M, Pajević I. Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity. *Psychiatria Danubina*. 2010; 22(2): 203-10.
- 17- Queeng H.G, Mcclough M, Larso D.B. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press Academic. 2001.
- 18- Geravand H. A comparative study of religious orientation (internal and external) mental health and irrational beliefs. *Journal of Psychology and Religion*. 2012; 5(1): 79-103. [In Persian].
- 19- Solati SK, Rabie M, Shariati M. The relationship between religious orientation and mental health. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2011; 5(3):13-24. [In Persian].
- 20- Chavoshi A, Talebiyan D, Tarkhorani H, Sedghi Jalal H, Azarmi H, Fathi A. The relationship between prayers and religious

orientation and mental health. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 2(2): 149-156. [In Persian].

21- Janbozorgi M. Religious orientation and

mental health. *Medical Research*. 2007; 31(4): 345-350. [In Persian].

Archive of SID