

باورهای مذهبی و سلامت روان اعضای جامعه‌ی معلولین

زینب قهرمانی^۱، دکتر نرگس حیدری^۲، دکتر مینا شعبانی^۳، مژگان السادات اقوامی^۱، مهری حریری^۴

نویسنده‌ی مسوول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی ghahremanizeinab@gmail.com

دریافت: ۹۱/۱۱/۹ پذیرش: ۹۲/۲/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: معلولین با مشکلات زیادی دست و پنجه نرم می‌کنند که علاوه بر سلامت جسمی می‌تواند سلامت روان آن‌ها را به خطر بیندازد. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند مذهب و سلامت روانی با یکدیگر رابطه دارند. روی آوردن محققین به مذهب و مطالعه‌ی روانشناختی آن در دهه‌های اخیر روزافزون بوده است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی بین باور مذهبی و سلامت روانی بود.

روش بررسی: تعداد ۸۸ نفر از اعضای جامعه معلولین شعبه‌ی زنجان در آذر و دی‌ماه ۱۳۹۰ گروه نمونه‌ی پژوهش حاضر را تشکیل دادند. آزمودنی‌ها با دو آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت و پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ) مورد بررسی قرار گرفتند. این آزمون‌ها پیشتر برای جامعه‌ی ایرانی ترجمه و استاندارد شده‌اند. نتایج آزمون‌ها پس از نمره‌گذاری با آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین نمره‌ی کل مذهبی با نمره‌ی زیر مقیاس سوم سلامت عمومی (چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی) در سطح معناداری ۰/۰۱ ($r = -0/29$) و $P = 0/006$ و نمره‌ی مذهب درونی با همین زیر مقیاس در سطح معناداری ۰/۰۵ ($r = -0/224$) و $P = 0/036$ ارتباط معنی‌دار معکوسی یافت شد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد افراد معلول به نقش ایمان در احساس سلامتی خود واقف نیستند و بنابراین اقداماتی در این زمینه می‌تواند سلامت آن‌ها را ارتقا دهد.

واژگان کلیدی: باور مذهبی، سلامت روان، معلولین

مقدمه

در حال حاضر ۹ درصد از کل جمعیت جهان یا تقریباً ۶۵۰ میلیون نفر در جهان با معلولیت زندگی می‌کنند. در کشورهای در حال توسعه مردم حدود ۸ سال یا ۱۱/۵ درصد از عمرشان را با معلولیت می‌گذرانند. یونسکو

انسان وقتی از نظر ذهنی و جسمی سالم است؛ شادتر، پر انرژی‌تر، اجتماعی‌تر، خلاق‌تر و موفق‌تر است. بهتر عمل می‌کند و بیشتر زندگی می‌کند (۱). اما معلولیت از عواملی است که ویژگی‌های مذکور را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

۱- کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- پزشک عمومی، سازمان انتقال خون زنجان

۳- متخصص اعصاب و روان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۴- کارشناس روانشناسی، مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

بهبتر و سلامت جسمی بهتر یافت شده است (۶). مطالعاتی هم بیان می‌کنند که حضور در مراسم مذهبی هفتگی با طول عمر بیشتر، ناتوانی جسمی کمتر، بهبودی سریع‌تر از افسردگی و رضایت بیشتر از زندگی در ارتباط بوده است (۸). بعضی مطالعات یک ارتباط غیر مستقیم بین فعالیت‌های مذهبی و سلامت روانشناختی از طریق بعد هویت مذهبی و حمایت اجتماعی را نشان می‌دهند (۱۱). جان بزرگی (۱۳۸۶) بیان کرده است: «مذهب به طور کلی بر سلامت روانی تاثیر مثبتی دارد؛ در فراتحلیلی که در زمینه‌ی مطالعات مذهبی و سلامت روانی انجام شده است، نتایج نشان داده است که در ۴۷ درصد مطالعات رابطه‌ای مثبت بین مذهب و سلامت روانی، در ۲۳ درصد رابطه‌ای منفی وجود دارد و در ۳۰ درصد آن‌ها رابطه‌ی معنی‌داری دیده نمی‌شود. مطالعات متعدد نه تنها رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روان را نشان می‌دهند، بلکه بیانگر تاثیر مذهب بر سلامت جسمانی نیز هستند. بیماری‌های جسمانی مانند بیماری‌های قلب و عروق، اختلال هاضمه، اشکالی از سرطان و فشارخون بالا در بین افراد مذهبی کمتر است» (۱۲). در جامعه‌ی ایران نیز برخی تحقیقات، رابطه‌ی معنویت را با مولفه‌های روانشناختی مورد بررسی قرار داده‌اند (۱۳ و ۱۲). در مطالعه‌ی حاضر مفهوم جهت‌گیری مذهبی بر اساس ابزاری با اعتباریابی ایرانی مورد توجه قرار گرفته است. این ابزار متفاوت به نظر می‌رسد و دین خاصی را پوشش نمی‌دهد (۱۲). با در نظر گرفتن این مورد که در جستجوهای انجام شده تحت چنین مطالعاتی قرار نگرفته‌اند، مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و مولفه‌های آن (اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و کنش‌وری اجتماعی) انجام پذیرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است که در

گزارش کرده است که ۹۰ درصد کودکان معلول در کشورهای در حال توسعه در مدرسه حاضر نمی‌شوند. معلولیت، دستیابی به تغذیه‌ی خوب، مراقبت بهداشتی، زندگی ایمن و اشتغال به کار را با مشکل مواجه می‌کند. از طرف دیگر اشخاص معلول بیشتر قربانی خشونت یا تجاوز می‌شوند و از درصد کمتری از مداخلات قانونی و اجتماعی یا مراقبت پیشگیری‌کننده بهره‌مند می‌شوند (۲). در ایران هم طبق آنچه آمار نشان می‌دهد ۱۲ درصد از جمعیت را معلولین تشکیل می‌دهند که از این میزان در حدود ۲ میلیون نفر دارای معلولیت شدید و ۵/۶ میلیون نفر معلول کم توان در ایران زندگی می‌کنند و خلاصه این که معلولین بزرگترین اقلیت جهانی هستند (۳). ما در قرنی هستیم که توجه فراوان به زندگی مادی بر آن سیطره یافته است و رقابت شدیدی برای به دست آوردن رفاه مادی بر مردم حکومت می‌کند. همین گرایش به اسباب زندگی و رقابت در تملک آن، باعث فشار روحی بر انسان معاصر و سردرگمی او شده و او را در معرض تهاجم اضطراب‌ها و بیماری‌های مختلف روانی قرار داده است. به همین دلیل در میان بعضی از روانشناسان گرایش‌هایی پیدا شده است که طرفدار توجه بیشتری به دین برای سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی است (۴). در دو دهه‌ی اخیر تحقیقاتی که به بررسی مذهب، معنویت و سلامت پرداخته‌اند، افزایش چشم‌گیری داشته است (۵، ۶، ۷، ۸). به طوری که صدها مطالعه بررسی‌های مربوط به ارتباط میان مذهب و یا معنویت و نشانگرهای متعدد رفاه جسمی و روانی را منتشر کرده‌اند (۹). بعضی از تحقیقات نشان می‌دهند که افزایش معنویت/مذهبی بودن با سلامتی در ارتباط است گرچه ماهیت خاص این ارتباط را مشخص ن ساخته‌اند (۱۰). بعضی تحقیقات هم ارتباط اعمال مذهبی و سلامت را از جنبه‌های متعدد مانند فعالیت‌های مذهبی، حضور در مکان‌های مذهبی و نماز خواندن نشان داده‌اند؛ به نحوی که ارتباط‌های مثبتی بین فعالیت‌های مذهبی و حمایت اجتماعی، سلامت روانشناختی

پرسشنامه بدین ترتیب است که برای گزینه‌ی الف نمره صفر، گزینه‌ی ب نمره ۱، گزینه‌ی ج نمره ۲ و گزینه‌ی د نمره ۳ در نظر گرفته می‌شود. با این حساب دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۸۴ خواهد بود. نمره‌ی برش GHQ برابر ۲۳ می‌باشد. یعنی افرادی که نمره‌ی کل آن‌ها در پرسشنامه برابر یا بیشتر از ۲۳ شود به عنوان موارد مشکوک به اختلال روانی در نظر گرفته می‌شود (۱۶). این پرسشنامه در مطالعات زیادی اعتباریابی شده است (۱۷ و ۱۳ و ۱۲). اعتبار آن در مطالعه جان بزرگی بر روی ۲۲۳ نفر دانشجوی معادل (۰/۹۴) محاسبه گردید (۱۲). در مطالعه‌ی حاضر ضریب آلفا برابر (۰/۸۱) به دست آمد. مقیاس جهت‌گیری مذهبی را آلپورت و راس در سال ۱۹۵۰ برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. این آزمون در سال ۱۳۷۸ ترجمه و هنجاریابی شده است و شامل ۲۱ عبارت است (۱۵). بر اساس نظریه‌ی آلپورت مذهب درونی، مذهبی فراگیر و دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است. در حالی‌که مذهب بیرونی امری است خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۵). منظور آلپورت از جهت‌گیری مذهبی درونی مولفه‌های انگیزشی فراگیری است که غایت و هدف هستند نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف فردی (۱۵ و ۱۲). این مقیاس توسط جان بزرگی پس از ترجمه بر روی ۴۵ نفر دانشجوی دانشگاه‌های تهران اجرا و اعتبار آن با ضریب آلفای کرونباخ معادل (۰/۷۳۷) محاسبه گردید (۱۲). در مطالعه‌ی حاضر ضریب آلفای این پرسشنامه برابر (۰/۶۹۲) درآمد. آزمودنی‌ها پس از دریافت توضیحات لازم درباره‌ی پرسشنامه‌ها و دستورالعمل اجرای آن‌ها فرم‌ها را دریافت و تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از محاسبه‌ی آزمون‌های توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

آن رابطه‌ی بین مذهب و سلامت روان اعضای جامعه معلولین مورد بررسی قرار گرفت. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را ۲۶۰ نفر اعضای جامعه معلولین تشکیل داده‌اند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۸۸ نفر از اعضایی که در آذرماه و دی ماه ۱۳۹۰ به جامعه مراجعه کرده بودند، آزمودنی‌های تحقیق حاضر را تشکیل دادند. به این ترتیب که با کلیه‌ی اعضای جامعه معلولین تماس تلفنی گرفته شد و از آن‌ها جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند و مانعی برای حضور در پژوهش نداشتند در مکان جامعه‌ی معلولین حضور یافتند آزمودنی‌ها در جریان پژوهش حاضر قرار گرفتند و پرسشنامه‌ها بی نام پر شد.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) GHQ (۱۴) و آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت (Extrinsic – Intrinsic Religious Orientation) (۱۵) بود. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی GHQ یک پرسشنامه‌ی مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف رد یابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده است و برای تمامی افراد قابل استفاده است (۱۲). مقیاس بندی این پرسشنامه به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای است. این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس است. زیر مقیاس اول (A) در برگیرنده نشانه‌های بدنی شامل موادی در باره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است. زیر مقیاس دوم (B) در برگیرنده‌ی موادی درباره‌ی اضطراب و بی‌خوابی است. زیر مقیاس سوم (C) نارسا کنش‌وری اجتماعی فرد را نشان می‌دهد و گستره‌ی توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره می‌سنجد و زیر مقیاس چهارم (D) موادی را در بر می‌گیرد که میزان افسردگی و گرایش فرد به خودکشی را اندازه‌گیری می‌کند (۱۲). نمره گذاری متداول این

یافته‌ها

۸۸ نفر در این مطالعه حضور داشتند. مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در جدول ۱ گنجانده شده است. در این مطالعه میانگین نمره‌ی کل مذهبی $72/67 \pm 9/85$ (۱۰۲-۵۳)، میانگین نمره‌ی مذهب درونی $36/47 \pm 5/08$ (۴۵-۱۷)، میانگین نمره‌ی مذهب بیرونی $36/20 \pm 9/29$ (۵۸-۱۴) و میانگین نمره‌ی سلامت عمومی $21/01 \pm 12$ (۶۱-۳)، میانگین زیر مقیاس اول تست سلامت عمومی $6/82 \pm 4/35$ (۱۶-۰)، میانگین زیر مقیاس دوم $6/82 \pm 4/35$ (۱۶-۰)، میانگین زیر مقیاس سوم $5/97 \pm 2/9$ (۱۵-۱) و

میانگین زیر مقیاس چهارم $2/77 \pm 3/5$ (۱۷-۰) بود. با توجه به نقطه‌ی برش در پرسشنامه سلامت روان، ۵۴ نفر (۶۱/۴ درصد) سالم و ۳۴ نفر (۳۶/۸ درصد) دارای درجاتی از مشکلات روانی بودند. با محاسبه‌ی ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌ی کل مذهبی با نمره‌ی زیر مقیاس سوم سلامت عمومی (چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی) در سطح معناداری $0/01$ و $r = -0/29$ و $P = 0/006$ و نمره‌ی مذهب درونی با همین زیر مقیاس در سطح معناداری $0/05$ و $r = -0/224$ و $P = 0/036$ ارتباط معنی‌دار معکوسی یافت شد (جدول ۲).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش ۱۳۹۰

سن	حداقل: ۱۵	حداکثر: ۵۶	میانگین: $30/98 \pm 7/07$
جنس	مرد: ۳۶ (۴۰/۹٪)	زن: ۵۲ (۵۹/۱٪)	
وضعیت تاهل	متاهل: ۳۳ (۳۷/۵٪)	مجرد: ۵۲ (۵۹/۱٪)	بیوه: ۲ (۲/۳٪)
وضعیت اشتغال	غیر شاغل: ۵۱ (۵۸٪)	کار دولتی: ۱۹ (۲۱/۶٪)	کار آزاد: ۱۸ (۲۰/۵٪)
میزان تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم: ۶۱ (۶۹/۳٪)	بالای دیپلم: ۲۷ (۳۰/۷٪)	
وضعیت سکونت	اجاره‌ای: ۲۴ (۲۷/۳٪)	شخصی: ۶۴ (۷۲/۷٪)	
علت معلولیت	مادرزادی: ۳۳ (۳۷/۵٪)	اکتسابی: (۶۲/۵٪)	
شدت معلولیت	خفیف: ۶ (۶/۸٪)	متوسط: ۳۷ (۴۲٪)	شدید: ۴۵ (۵۱/۱٪)
میزان حضور در مراسم مذهبی	همیشه: ۲۳ (۲۶/۱٪)	غالباً: ۴۴ (۵۰٪)	بندرت: ۱۶ (۱۸/۲٪) هرگز: ۵ (۵/۷٪)

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین جهت گیری مذهبی، سلامت روانی و زیر مقیاسهای مربوطه نمونه های پژوهش در ۱۳۹۰

⁸ GHQD	⁷ GHQC	⁶ GHQB	⁵ GHQA	⁴ GHQ	³ EALPORT	² IALPORT	¹ TALPORT	
							۱	ضریب همبستگی
								سطح معنی داری
							۸۸	تعداد
					۱	^{xx} ۰/۳۶۵		ضریب همبستگی
							۰/۰۰۰	سطح معنی داری
							۸۸	تعداد
					۱	^{xx} ۰/۸۶۱		ضریب همبستگی
							۰/۱۳۷	سطح معنی داری
							۸۸	تعداد
				۱	-۰/۱۰۴	-۰/۱۱۳		ضریب همبستگی
					۰/۵۵۶	۰/۳۳۷	۰/۲۹۳	سطح معنی داری
					۸۸	۸۸	۸۸	تعداد
			۱	^{xx} ۰/۸۰۴	۰/۱۰۷	-۰/۰۲۹	۰/۰۸۶	ضریب همبستگی
					۰/۰۰۰	۰/۳۲۲	۰/۷۸۷	سطح معنی داری
					۸۸	۸۸	۸۸	تعداد
		۱	^{xx} ۰/۶۷۸	^{xx} ۰/۸۸۱	-۰/۰۵۲	-۰/۰۵۲	-۰/۰۷۶	ضریب همبستگی
			۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۲۸	۰/۶۲۹	۰/۴۲۸	سطح معنی داری
			۸۸	۸۸	۸۸	۸۸	۸۸	تعداد
	۱	^{xx} ۰/۵۷۶	^{xx} ۰/۴۱۹	^{xx} ۰/۷۶۳	-۰/۱۸۶	^x -۰/۲۲۴	^{xx} -۰/۲۹۰	ضریب همبستگی
		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۸۳	۰/۰۳۶	۰/۰۰۶	سطح معنی داری
		۸۸	۸۸	۸۸	۸۸	۸۸	۸۸	تعداد
	۱	^{xx} ۰/۵۵۶	^{xx} ۰/۴۸۱	^{xx} ۰/۳۷۰	^{xx} ۰/۷۳۱	-۰/۱۲۳	-۰/۰۶۶	ضریب همبستگی
		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۵۵	۰/۵۳۹	۰/۱۶۳	سطح معنی داری
		۸۸	۸۸	۸۸	۸۸	۸۸	۸۸	تعداد

^۱جهت گیری مذهبی کلی، ^۲جهت گیری مذهبی درونی، ^۳جهت گیری مذهبی بیرونی، ^۴سلامت عمومی، ^۵نشانه های بدنی، ^۶اضطراب و بی خوابی، ^۷نارسیا کنش وری اجتماعی، ^۸افسردگی، ^{xx}معنی دار در سطح ۰/۰۱ و ^xمعنی دار در سطح ۰/۰۵

بحث

در این مطالعه میانگین نمره ی کل مذهبی ۷۲/۶۷±۹/۸۵ (۵۸-۱۴) بود. در مطالعه ی اقوامی و همکاران (۱۸) حداقل نمره مذهب بیرونی ۱۳ و حداکثر ۴۵ با میانگین ۳۵/۵ و انحراف معیار ۶/۴۰ بود. حداقل نمره ی مذهب درونی ۱۲،

در این مطالعه میانگین نمره ی کل مذهبی ۷۲/۶۷±۹/۸۵ (۵۳-۱۰۲)، میانگین نمره ی مذهب درونی ۳۶/۴۷±۵/۰۸ (۱۷-۴۵) و میانگین نمره ی مذهب بیرونی ۳۶/۲۰±۹/۲۹

($r = -0/29$ و $P = 0/006$) و نمره‌ی مذهب درونی با همین زیر مقیاس در سطح معناداری $0/05$ ($r = -0/224$ و $P = 0/036$) ارتباط معنی‌دار معکوسی یافت شد (جدول ۲). این یافته نشان می‌دهد که هر چه فرد نمره‌ی مذهبی در کل و نمره‌ی مذهب درونیش بالاتر باشد، نارسا کنش‌وری اجتماعی کمتری نشان می‌دهد و از توانایی بیشتر در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره برخوردار است. در مطالعه‌ی جان بزرگی ارتباط معنی‌داری بین همه ابعاد GHQ و جهت‌گیری مذهبی یافت شد. این یافته‌ها نشان می‌داد هر چه سطح جهت‌گیری مذهبی افراد بیرونی‌تر می‌شود، سلامت عمومی آن‌ها به‌طور کلی کاهش می‌یابد (۱۲). در مطالعه‌ی آقاپور و مصری (۱۳۹۰) رابطه‌ی معنی‌داری بین جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی با بهداشت خانواده یافت شد (۲۰). اما مطالعه‌ی مگگی و همکاران (۲۰۱۲) در مورد نقش باورهای معنوی روی ناتوانی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بخش بازتوانی بیماران حاد سرپایی، بهبود معنی‌دارتری در نقش جسمی و نمره وضعیت جسمی در گروه با باور معنوی پایین‌تر نسبت به گروه با باور معنوی قوی‌تر یافت شد (۲۱).

برای درک بهتر از یافته‌ها ماهیت جهت‌گیری مذهبی بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرد. بر اساس نظر آلپورت مذهب درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است، در حالی که مذهب با ملاک بیرونی، امری خارجی و ابزاری (Instrumental) است که برای ارضای نیازهایی مثل مقام و ایمنی به کار می‌رود. آلپورت اظهار می‌دارد تنها مذهب با بعد درونی، سلامت روانی را بهبود می‌بخشد. بدین ترتیب او بر اهمیت رابطه بین مذهب درونی و سلامت روانی تاکید می‌ورزد (۱۲). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به درآمیختگی تعهد مذهبی و پیامدهای مذهبی و ضعیف بودن چارچوب مبدا درونی و بیرونی که آلپورت مطرح کرده است طبق نظر سایر مطالعات (۱۲) اشاره کرد.

حداکثر نمره ۵۴ با میانگین $34/60$ و انحراف معیار $7/8$ بود (۱۸). مقایسه‌ی این دو نتیجه نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی مذهب درونی و بیرونی در اعضای جامعه‌ی معلولین بیشتر از دانشجویان می‌باشد. در مطالعه‌ی جان بزرگی میانگین جهت‌گیری مذهبی درونی $4/35 \pm 47/07$ ($38-58$) بود (۱۲).

در مطالعه‌ی حاضر همچنین میانگین نمره‌ی سلامت عمومی $21/01 \pm 12$ ($3-61$)، میانگین زیر مقیاس اول تست سلامت عمومی $5/45 \pm 4/16$ ($0-16$)، میانگین زیر مقیاس دوم $6/82 \pm 4/35$ ($0-19$)، میانگین زیر مقیاس سوم $5/97 \pm 2/9$ ($1-15$) و میانگین زیر مقیاس چهارم $2/77 \pm 3/5$ ($0-17$) بود. در مطالعه‌ی جان بزرگی (۱۲) میانگین زیر مقیاس اول (نشانه بدنی) تست سلامت عمومی $3/72 \pm 5/46$ ($0-20$)، میانگین زیر مقیاس دوم $3/68 \pm 5/52$ ($0-20$)، میانگین زیر مقیاس سوم $2/37 \pm 7/11$ ($1-12$) و میانگین زیر مقیاس چهارم $4/19 \pm 4/77$ ($0-20$) بود. مقایسه‌ی نتایج این دو مطالعه نشان می‌دهد که در نشانه‌های بدنی بین اعضای جامعه معلولین و دانشجویان تفاوتی وجود ندارد، در بعد اضطراب و بی‌خوابی نمره‌ی اعضای جامعه‌ی معلولین بالاتر است، در بعد نارسا کنش‌وری اجتماعی دانشجویان نمره‌ی بیشتری داشتند و در بعد افسردگی نیز نمره‌ی دانشجویان بیشتر بود. با توجه به این که افرادی که نمره‌ی کل آن‌ها در پرسشنامه برابر یا بیشتر از ۲۳ شود به عنوان موارد مشکوک به اختلال روانی در نظر گرفته می‌شود (۱۶)، با توجه به این مورد در این مطالعه ۵۴ نفر ($61/4$ درصد) سالم و ۳۴ نفر ($36/8$ درصد) دارای درجاتی از مشکلات روانی بودند. مطالعه‌ی کرمی و همکاران (۱۳۸۰) در بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان نشان داد $51/6$ درصد دانشجویان بدون علامت و $48/4$ درصد مشکوک به داشتن علایم روان بودند (۱۹). در این مطالعه با محاسبه‌ی ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌ی کل مذهبی با نمره‌ی زیر مقیاس سوم سلامت عمومی (چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی) در سطح معناداری $0/01$

یافتگی فرد را تضمین کرده و سلامت روانی او را فراهم کند. بنابراین اقداماتی در جهت افزایش مهارت‌های معنوی درونی می‌تواند حس سلامت معلولین را افزایش دهد.

تقدیر و تشکر

از اعضای محترم جامعه‌ی معلولین ایران شعبه‌ی زنجان که در این پژوهش شرکت فرمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

- 1- Hwang K, Hammer JH, Cragun RT. Extending religion-health research to secular minorities: issues and concerns. *J Relig Health*. 2011; 50: 608-22.
- 2- Waldman HB, Cannella D, Perlman Sp. Disabilities are not confined to our shores-they are a worldwide issue. *Ep Magazine*. 2011; 46-47. Available from: <http://www.eparent.com>.
- 3- Azimi B. Review of social status disability in Iran. *Tebyan-zn.ir*. 2012. Available from: <http://tebyan-zn.ir/papers/>
- 4- Janati Y, khaki N. Psychiatry in midwifery. Jameenegar publishing: Tehran. 2006; 25.
- 5- Ellison CG, Lee J. Spiritual struggles and psychological distress: is there a dark side of religion. *Soc Indic Res*. 2010; 98: 501-17.
- 6- Taylor RJ, Joe S, Chatters LM. Non-organizational religious participation, subjective religiosity, and spirituality among older african americans and black caribbeans. *J Relig Health*. 2011; 50: 623-45.

بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات مربوط به جهت‌گیری مذهبی از ابزارهای مطابق فرهنگ و بومی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت مذهب می‌تواند چارچوب معتبر و پایداری برای سلامتی روانی افراد فراهم کند. چنانچه شرایطی فراهم شود که فرد بتواند مذهب را در چهارچوب و ساختار شناختی و عاطفی خود درونی کند و از سطح باور به سطح ایمان مذهبی انتقال یابد، چنین مذهبی می‌تواند وحدت

- 7- Harrigan JT. Health promoting habits of people who pray for their health. *J Relig Health*. 2011; 50: 602-6.
- 8- Hall DE, Meador KG, Koenig HG. Measuring religiousness in health research: review and critique. *J Relig Health*. 2008; 47: 134-63.
- 9- Hwang K, Hammer JH, Cragun RT. Extending religion-health research to secular minorities: issues and concerns. *J Relig Health*. 2011; 50: 608-22.
- 10- Campbell JD, Yoon D P, Johnstone B. Determining relationships between physical health and piritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *J Relig Health*. 2010; 49: 3-17.
- 11- Green M, Elliott M. Religion, health, and psychological well-being. *J Relig Health*. 2010; 49: 149-63.
- 12- Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Pejouhesh*. 2007; 31: 345-50.
- 13- Bahrami F, Ramezani Farani A. The role of religious orientation and mental health and

depression among elderly. *Rehabilitation J.* 2005; 6: 42-47.

14- Goldberg. General Health Questionnaire. Tebyan.net. 2010. Available from: <http://www.tebyan.net>.

15- Alport R. Allport religious orientation test. Azmonyarpooya institute. Tehran.2009. Available from: <http://azmonyar.persianblog.ir>.

16- Advisory office of the ministry of science, research and technology. Introduction of new incoming students scoring record of mental health. 2009; Available from: <http://www.msrt.ir/sites/iransco>.

17- Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. The Validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim.* 2009; 11: 47-53.

18- Aghvami M, Ghahremani Z, Afshin Joo M, Hamzehpoor M, Torabi Ahmadi M. Correlation of religious orientation role in academic achievement in students of nursing & midwifery faculty of zanzan in 2011. *EDC Journal.* 2012; 5: 1-10.

19- Karami S, Pirasteh A. Study of psychological health condition in students of zanzan university of medical sciences and health services. *J Zanzan Med Univ Sci.* 2001; 9: 66-73.

20- Aghapour I, Mesri M. Relationship between religious orientation and mental health family. *Quarterly of Quran & Medicine.* 2011; 1: 39-45.

21- Maggi L, Ferrara PE, Aprile I, et al. Role of spiritual beliefs on disability and health-related quality of life in acute inpatient rehabilitation unit. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2012. 48: 467-73.

Religious Beliefs and Mental Health among Handicapped Community Member

Ghahremani Z¹, Heidari N², Shabani M³, Agvami M¹, Hariri M⁴

¹Dept. of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

²Dept. of Zanjan Regional Blood Transfusion Organization, Zanjan, Iran

³Dept. of of Psychiatry, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

⁴Dept. of Psychology, Education & Treatment Center of Beheshti, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

Corresponding Author: Ghahremani Z, Faculty of Nursing & Midwifery, Zanjan University Of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

Email: ghahremanizeinab@gmail.com

Received: 28 Jan 2013 **Accepted:** 18 May 2013

Background and Objective: The handicapped are grappling with many problems, which could jeopardize their mental as well as physical health. Several studies have demonstrated the correlation between religion and mental health. In the recent decades, religion and psychological studies have increasingly attracted the attention of researchers. This study aimed to examine the relationship between religious beliefs and mental health.

Materials and Methods: Eighty eight members from Zanjan Handicapped Community (year 2011) constituted the sample for this study. The participants took two tests of Allport's Religious Orientation and General Health Questionnaire (GHQ). These tests have already been translated and standardized for the Iranian society. Using SPSS, the test data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Results: The results showed a statistically reversed correlation between global religious score and third subscale of GHQ (how to cope with common life situations) at significance level of 0.01 ($r = -0.29$ and $P = 0.006$) and also between internal religious score and the same subscale at significance level of 0.05 ($r = -0.224$ and $P = 0.036$).

Conclusion: It seems that the handicapped are not aware of the role of faith in their health; thus, some measures should be taken in this regard to promote their health.

Keywords: Religious, Mental health, Handicapped