

بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) و نگرش به مرگ، در دانشجویان پرستاری

دانشگاه علوم پزشکی لرستان، در سال 1396

افروز کرزبر^۱، کبری رشیدی*^۲، رضوان مرادی^۳، شیرین پیرزاد^۴، مهدی بیرجندی^۵

تاریخ انتشار: 98/12/6

تاریخ پذیرش: 98/10/13

تاریخ دریافت: 98/6/12

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

توانمندی نگرش مثبت و عملکرد مناسب پرستاران در رویارویی با واقعه‌ی مرگ، به میزانی زیاد، از اعتقادات مذهبی آن‌ها اثر می‌پذیرد. یک متغیر مهم مذهبی، نوع جهت‌گیری مذهبی درونی (عملی کردن باورهای دینی در همه‌ی رفتارها و اعمال) و بیرونی (استفاده‌ی ابزاری از به‌جا آوردن باورهای دینی، برای کسب منافع مادی) آن‌هاست. هدف این مطالعه، بررسی رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی و نگرش به مرگ دانشجویان پرستاری بود. نوع پژوهش، مقطعی هم‌بستگی بود. ۲۰۲ نفر دانشجوی پرستاری دانشکده‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی لرستان، در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶، با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی، انتخاب شدند. ابزارهای مطالعه، شامل پرسش‌نامه‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت و مقیاس استاندارد نگرش به مرگ (DAP-R) بودند. بعد از کسب رضایت نامه‌ی کتبی، مشارکت‌کنندگان، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. داده‌ها، با نرم‌افزار SPSS 18 و آزمون‌های آماری تی مستقل و ضریب هم‌بستگی پیرسون، تجزیه و تحلیل شدند. مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان عبارت بود از: ۵۱.۵ درصد زن، میانگین سنی ۲۱.۷ سال، ۸۹.۶ درصد مجرد، ۹۵.۵ درصد دانشجوی مقطع کارشناسی، ۵۳ درصد مقیم خوابگاه، ۹۴.۶ درصد شیعه و ۵۰.۵ درصد دارای تجربه‌ی دیدن مرگ. میانگین نمره‌ی جهت‌گیری مذهبی درونی، بیشتر از بیرونی و در دو جنس، یکسان بود. تفاوت میانگین نمره‌ی جهت‌گیری درونی با پذیرش فعالانه‌ی مرگ، هم‌بستگی مثبت ($P < 0.001$) و با اجتناب از مرگ، هم‌بستگی معکوس منفی معناداری داشت ($p = 0.01/ -0.17$). جهت‌گیری بیرونی، با ترس از مرگ و پذیرش با گریز، هم‌بستگی مثبت معناداری نشان داد ($P < 0.001$). تفاوت میانگین نمره‌ی هر دو جهت‌گیری مذهبی، برحسب جنسیت، وضعیت تأهل و مذهب، معنادار نبود ($P > 0.001$). بین ترس از مرگ و اجتناب از آن و پذیرش با گریز، برحسب جنسیت و از نظر پذیرش یا گریز با داشتن تجربه‌ی دیدن مرگ، ارتباطی معنادار دیده شد ($p = 0.01$). بین نگرش به مرگ و تجربه‌ی مرگ خانواده، ارتباطی معنادار وجود نداشت ($p > 0.001$). یافته‌ها نشان دادند که نوع جهت‌گیری مذهبی دانشجویان پرستاری و ارتباط آن با نگرش به مرگ و پذیرش یا گریز از آن، عاملی مؤثر بر سلامت افراد و کیفیت ارائه‌ی مراقبت از بیماران محتضر، است.

واژگان کلیدی: جهت‌گیری مذهبی، دانشجویان پرستاری، نگرش به مرگ

1. دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
2. مربی، دانشکده‌ی پرستاری بروجرد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
3. دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
4. دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
5. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: دانشکده‌ی پرستاری بروجرد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، تلفن: ۰۶۶۴۲۵۰۷۷۲۳

Email: krashidi2010@yahoo.com

مقدمه

بر کسی پوشیده نیست که انسان، فطرتاً، خداجو آفریده شده است و میل و گرایش باطنی به خدا دارد. نیاز انسان به دین و تجربه‌های مذهبی، قدمتی به عمر تاریخ دارد؛ زیرا بشر، از همان آغاز زندگی، احساس می‌کرده است که به یک حامی مقتدر و تکیه‌گاهی نیرومند نیاز دارد. محققانی مختلف، مانند جیمز^۱، فروید^۲، یونگ^۳ و دیگران، درباره‌ی دین بحث کرده و پس از آن، اندیشمندانی نظیر آلپورت^۴، به تبیین مذهب پرداخته‌اند (۱). به اعتقاد برخی پژوهشگران، مذهب با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی، به سؤالات اساسی انسان درباره‌ی هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها پاسخ می‌دهد (۲). بر اساس نظریه‌ی آلپورت و راس^۵ (۱۹۶۷)، جهت‌گیری مذهبی، به معنای گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است. از نظر تاریخی، به‌صورت علمی، نخستین بار، آلپورت، جهت‌گیری مذهبی را به دو گرایش درونی و بیرونی تقسیم کرد.

جهت‌گیری مذهبی درونی، فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی‌شده است و می‌توان آن را معادل دین‌داری یا دین‌ورزی در نظر گرفت (۳). بعد اعتقادی یا باور دینی افراد مشتمل بر ایده‌ها و نگرش‌هایی است که انتظار می‌رود پیروان یک آیین به آن اعتقاد داشته باشند؛ مانند اعتقاد به خدا، دوزخ، بهشت و جهنم (۴). این افراد در همه‌ی رفتارها و اعمالشان، باورهای مذهبی خود را انعکاس می‌دهند (۵).

شخصی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارد، با مذهبش زندگی می‌کند و مذهبش با شخصیتش، یکی می‌شود. شخصی

که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارد، مذهب با شخصیت و زندگی‌اش تلفیق نشده است؛ برای او مذهب وسیله‌ای است که برای ارضای نیازهای فردی، از قبیل مقام و امنیت استفاده می‌شود (۳)؛ در واقع، بُعد مناسکی جهت‌گیری مذهبی همان اعمال و رفتارهای دینی است که پیروان یک دین آن را به جا می‌آورند؛ مانند نماز، روزه و حج‌رفتن در مذهب اسلام (۴).

یکی از متغیرهایی که بسیار از دین و مذهب فرد اثر می‌پذیرد، نگرش فرد به مرگ و پایان زندگی دنیوی است. نگرش به مرگ، به مجموعه‌پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری فرد به حقیقت مرگ اطلاق می‌شود. این نگرش می‌تواند مثبت یا منفی باشد. نگرش‌های منفی به مرگ، ترس از مرگ یا اجتناب از آن را دربرمی‌گیرند؛ درحالی‌که نگرش‌های مثبت به مرگ، باورهای مربوط به توانایی کناره‌آوردن با مرگ و پذیرش آن را شامل می‌شوند. مسأله‌ی مرگ یکی از موضوعاتی است که همه‌ی ادیان الهی، درباره‌ی آن بحث کرده‌اند؛ به‌ویژه اسلام که در آن، اعتقاد به معاد و زندگی بعد از مرگ، یکی از اصول اساسی دین تلقی می‌شود (۶)؛ به‌طوری‌که کلمه‌ی «حی» و «حیات» و مشتقات آن، بیش از ۱۷۰ بار و کلمه‌ی «موت» و مشتقات آن، بیش از ۱۶۰ بار، در قرآن کریم آمده است (۷). مرگ، به دلیل ماهیت پرابهامش، برای بسیاری از انسان‌ها، به‌صورت مسأله‌ای تهدیدآمیز جلوه می‌کند (۸). هر انسانی، سرانجام، با واقعه‌ی مرگ روبه‌رو می‌شود؛ اما گروه‌هایی خاص در جامعه، به دلایل مختلف، مانند شغل، بیشتر با این پدیده در ارتباط‌اند؛ همچنان که مرگ، رخدادی مهم، متعدد و روزمره در حرفه‌ی پرستاری است (۹). امروزه، بیشتر مسئولیت مراقبت از بیماران بدحال، به بیمارستان‌ها محول شده است؛ لذا، بیش از هفتاد درصد مرگ‌ومیر شهرنشینان، در بیمارستان‌ها رخ می‌دهد؛ بنابراین،

1. James
2. Freud
3. Young
4. Allport
5. Ross

به کارگیری اصول مراقبتی کشورهای غربی، می تواند با اصول مذهبی موجود در کشورهای اسلامی ناهماهنگی و تداخل داشته باشد؛ بنابراین، باید قبل از به کارگیری آن‌ها، این اصول، بومی سازی و اصلاح شود؛ تا مراقبت‌هایی مناسب برای بیماران روبه مرگ و خانواده‌ی آن‌ها در کشورهای اسلامی، مانند ایران، بر اساس عقاید مذهبی حاکم بر این جامعه، ارائه شود (۱۰ و ۱۴). به نظر می‌رسد قدم اول در طراحی نظام مراقبتی و حمایتی مناسب برای بیماران محتر و خانواده‌ی آنان، بررسی دیدگاه‌ها و عقاید حاکم بر ذهن پرستاران و دانشجویان پرستاری است، تا از آن، به عنوان پایه‌ای برای طراحی برنامه‌ی آموزشی مناسب استفاده شود؛ لذا، هدف محققان از انجام این پژوهش، بررسی رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی و نگرش به مرگ در دانشجویان پرستاری بوده است.

روش و مواد

این پژوهش مقطعی، توصیفی تحلیلی است و برای بررسی ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی و نگرش به مرگ، در دانشجویان پرستاری انجام گرفته است. جامعه‌ی آماری، شامل همه‌ی دانشجویان پرستاری مشغول به تحصیل، در دانشکده‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی لرستان (خرم‌آباد، پلدختر، الیگودرز و بروجرد)، در سال ۱۳۹۶، بود. شرایط ورود به پژوهش، علاقمندی برای شرکت در مطالعه و مشغول به تحصیل بودن در ترم دوم و بالاتر در دانشکده‌های فوق‌الذکر، به طوری که حداقل یک واحد کارآموزی بالینی گذرانده باشند، بود. شرکت کنندگان طی نمونه‌گیری طبقه‌ای، بر اساس طبقه‌ی دانشکده‌ی محل تحصیل، خرم‌آباد ۵۷.۹ درصد، بروجرد ۱۵.۳ درصد، الیگودرز ۱۵.۳ درصد و پلدختر ۱۱.۴ درصد وارد مطالعه شدند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک، جهت‌گیری مذهبی آپورت و نگرش به مرگ و مردن، جمع‌آوری شدند. این کار، بعد از کسب رضایت کتبی از دانشجویان و با اطمینان دادن به آن‌ها در رابطه

پزشکان و پرستاران، به دلیل ماهیت شغلشان، بیش از افراد دیگر، با مفهوم مرگ سروکار دارند. از طرفی، پرستاران از اعضای مهم گروه مراقبت محسوب می‌شوند و در تعاریف استاندارد پرستاری، از مفاهیمی چون: تسکین دردها، حفظ و توسعه‌ی امکانات انسانی و ایجاد وضعیتی برای بیمار برای داشتن مرگ با عزت، بسیار سخن به میان آمده است (۱۰)؛ بنابراین، مرگ مسأله‌ای مهم و شایان توجه در کار پرستاری است (۱۱)؛ از این رو، پرستاران برای اینکه بتوانند این وظایف را به نحو احسن انجام دهند، باید در مقاطع مختلف دوران دانشجویی و حتی در طول خدمت، آموزش‌هایی را دریافت کنند. امروزه، دانشجویان پرستاری، با توجه به رشته‌ی تحصیلی‌شان، باید بخشی از آموزش‌ها را طی واحدهای درسی کارآموزی و کارورزی، در محیط‌های بالینی دریافت کنند؛ زیرا ممکن است دانشجویان، در امر مراقبت از بیمارانی که روزهای پایان عمرشان را می‌گذرانند، درگیر شوند؛ بنابراین، بهترین زمان برای بررسی نگرش آن‌ها به مرگ و مردن، دوران دانشجویی است (۱۲)؛ از این رو، نظام‌های آموزشی باید دیدگاه دانشجویان به مفهوم مرگ و مردن و مراقبت‌های پرستاری مربوط به آن را بررسی و آموزش‌هایی را برای ایجاد نگرش صحیح و ارتقای توانمندی پرستاران برای مراقبت صحیح از این بیماران، تدوین کنند و به کار گیرند. از طرف دیگر، مشکلی که وجود دارد، این است که بخش اعظم مواد آموزشی در پرستاری کشور ما، برگرفته از دانش تولیدشده در کشورهای صنعتی غرب است؛ همان‌طور که می‌دانیم، نظام مراقبتی غرب، بر پایه‌ی اعتقادات علمی، مذهبی و غیرمذهبی خاص این کشورها پایه‌گذاری شده است (۱۰)؛ برای مثال، در جهان غرب، مرگ نوعی پایان تلقی می‌شود و آن را شکست زندگی می‌دانند. شاید دلیل این نگاه منفی جهان غرب به مرگ، کنترل‌نداشتن انسان بر آن، به علت وجود نواقص علمی در این حوزه باشد (۱۳)؛ از این رو،

بازآزمایی آن ۰.۷۴ است. در این مقیاس، گزینه‌های عبارات ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و عبارات ۱۳ تا ۲۱، جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجند. آلپورت و راس، در سال ۱۹۶۷، این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و بیرونی تهیه کردند. در مطالعات اولیه‌ای که صورت گرفت، مشاهده شد که هم‌بستگی جهت‌گیری بیرونی و درونی ۰.۲۱ است. ابزار دیگر، مقیاس استاندارد نگرش به مرگ (DAP-R) شامل ۳۲ سؤال بود که با تجزیه و تحلیل عاملی، به پنج جزء، شامل ترس از مرگ (هفت گویه)، اجتناب از مرگ (هفت گویه)، قبول مرگ به‌عنوان واقع‌های طبیعی (پنج گویه)، قبول نگرش و رویکرد مرگ (ده گویه) و پذیرش فرار از مرگ (پنج گویه) تقسیم شده است. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت از یک تا هفت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. روایی این پرسش‌نامه را ده تن از اعضای هیئت علمی دانشکده‌ی پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آباد کتول و دیگر دانشگاه‌های علوم پزشکی و پایایی آن را باقریان و همکاران، در سال ۱۳۸۸، با ضریب هم‌بستگی $r=0.77$ ، تأیید کرده‌اند (۱۱). همه‌ی ابزارها را نمونه‌ها، بدون دخالت محققان، تکمیل کردند. در نهایت، برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده و گزارش آمار توصیفی متغیرهای کمی و کیفی، از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، شامل میانگین و انحراف معیار و فراوانی نسبی، استفاده شد؛ همچنین، برای تحلیل داده‌ها و تعیین رابطه‌ها، از آزمون تی مستقل و تحلیل چند متغیره ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده و نتایج در سطحی معنادار، پنج درصد گزارش شد.

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر، بعد از اعمال معیارهای ورود و خروج، ۲۰۲ دانشجوی پرستاری، وارد مطالعه شدند. از این

با محرمانه‌ماندن اطلاعات مربوط به آن‌ها انجام شد. بعد از اعمال معیارهای خروج، مانند نارضایتی برای همکاری در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و خروج دانشجویان غیرمسلمان، ۲۰۲ نفر وارد مطالعه شدند؛ سپس، داده‌های جمع‌آوری‌شده، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۱۸، بررسی و توسط آمار توصیفی و استنباطی، تحلیل شدند. یکی از ابزارهای استفاده‌شده، پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک بود. این پرسش‌نامه، حاوی تعدادی سؤال درباره‌ی اطلاعات فردی، از قبیل سن، جنس و وضعیت تأهل و همچنین، عوامل مؤثر در نگرش فرد به مرگ و مردن مؤثر، مانند مرگ نزدیکان و تجربه‌ی قبلی مواجهه با مرگ (تجربه‌ی دیدن مرگ افراد یا دیدن فرد مرده) بود. ابزار دیگر، پرسش‌نامه‌ی جهت‌گیری مذهبی آلپورت بود که شامل ۲۱ جمله است. بعد از اطمینان‌بخشیدن به شرکت‌کنندگان درباره‌ی حفظ امانت‌دارانه‌ی پاسخ‌هایشان، از آن‌ها خواسته می‌شد با کمال صداقت، احساس و نگرش خود را به هر یک از عبارات، با علامت‌زدن و انتخاب یکی از گزینه‌ها مشخص کنند. سؤالات این آزمون دارای چهارگزینه است: الف. کاملاً مخالفم؛ ب. تقریباً مخالفم؛ ج. تقریباً موافقم؛ د. کاملاً موافقم. بر همین اساس، یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه نقطه‌ی برش ندارد و هرچه آزمودنی‌ها در مقیاس‌های بررسی‌شده نمرات بیشتری به دست آورند، آن صفت را بیشتر دارند. آزمون محدودیت زمانی ندارد و به‌صورت گروهی اجرا می‌شود؛ همچنین، این پرسش‌نامه محدودیت سنی ندارد و برای افراد شانزده‌سال به بالا، می‌توان اجرا کرد. این آزمون، در سال ۱۳۷۷، در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و اعتبار و روایی آن را جان‌بزرگی (۱۳۷۷) تأیید کرده است (۱۵). همسانی درونی پرسش‌نامه، با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰.۷۱ و پایایی

جدول شماره ۱- ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های

پژوهش		مشخصات دموگرافیک		درصد
جنس	زن	۱۰۴		۵۱.۵
	مرد	۹۸		۴۸.۵
وضعیت تأهل	مجرد	۲۱		۸۹.۶
	متأهل	۱۸۱		۱۰.۴
مدرک تحصیلی	کارشناسی	۱۹۳		۹۵.۵
	کارشناسی ارشد	۹		۴.۵
محل تحصیل	خرم آباد	۱۱۷		۵۷.۹
	بروجرد	۳۱		۱۵.۳
	الیگودرز	۳۱		۱۵.۳
	پلدختر	۲۳		۱۱.۴
محل اقامت	غیر خوابگاه	۹۵		۴۷
	خوابگاه	۱۰۷		۵۳
مذهب	شیعه	۱۹۱		۹۴.۶
	سنی	۱۱		۵.۴
مرگ خانواده	بله	۵۵		۲۷.۲
	خیر	۱۴۷		۷۲.۸
دیدن مرگ	بله	۱۰۰		۴۹.۵
	خیر	۱۰۲		۵۰.۵

تعداد، ۵۱.۵ درصد زن و ۴۸.۵ درصد مرد بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۱.۷ سال بود؛ همچنین، ۸۹.۶ درصد مجرد، ۹۵.۵ درصد مقطع کارشناسی، ۵۷.۹ درصد شاغل به تحصیل در شهرستان خرم آباد، ۵۳ درصد مقیم خوابگاه و ۹۴.۶ درصد شیعه بودند. ۵۰.۵ درصد آن ها نیز، دیدن مرگ را تجربه کرده بودند (نک: جدول شماره ی یک).

نتایج تجزیه و تحلیل آزمون های آماری در سطح معناداری کمتر از پنج درصد، در جدول شماره ی دو نشان می دهد که بین جهت گیری مذهبی بیرونی دانشجویان با ابعاد نگرش به مرگ (ترس از مرگ، پذیرش خشتی، فعالانه و با گریز) همبستگی معناداری وجود دارد؛ اما با بعد اجتناب از مرگ، همبستگی معنادار دیده نشد؛ همچنین، بین جهت گیری مذهبی درونی دانشجویان با اجتناب از مرگ و پذیرش فعالانه ی آن، همبستگی معناداری وجود داشت و در سایر موارد، این همبستگی معنادار نبود. از لحاظ جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی، میانگین زنان و مردان، تقریباً، یکسان بود؛ اما در هر دو جنس، میانگین نمره ی جهت گیری مذهبی درونی، بیشتر از بیرونی بود.

جدول شماره ۲- همبستگی بین ابعاد جهت گیری مذهبی با ابعاد نگرش به مرگ

ابعاد جهت گیری مذهبی	ترس از مرگ	اجتناب از مرگ	پذیرش خشتی	پذیرش فعالانه	پذیرش با گریز
بیرونی	**۰.۲۳	۰.۰۵	*۰.۳۲	*۰.۳۸	**۰.۲۹
(P.value)	۰.۰۰۱	۰.۴۱	P<۰.۰۰۱	P<۰.۰۰۱	P<۰.۰۰۱
درونی	-۰.۰۴	*-۰.۱۷	۰.۱۳	*۰.۲۹	-۰.۰۰۴
(P.value)	۰.۶۱	۰.۰۱	۰.۰۶	P<۰.۰۰۱	۰.۹۵

*ضریب همبستگی معنی دار در سطح ۰.۰۵ ** ضریب همبستگی معنی داری در سطح ۰.۰۱

مجرد و شیعه و سنی، از نظر آماری معنادار نبود. افزون بر این، ارتباطی معنادار، بین محل اقامت و جهت گیری مذهبی دانشجویان وجود نداشت.

همچنین، نتایج مطالعه ی حاضر در جدول شماره ی سه نشان می دهد که تفاوت بین میانگین نمره ی جهت گیری مذهبی بیرونی و درونی دو جنس (زن و مرد) و افراد متأهل و

جدول شماره ۳- مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی جهت‌گیری مذهبی، برحسب جنس، وضعیت تأهل، مذهب و محل اقامت

متغیرها	جهت‌گیری مذهبی بیرونی		جهت‌گیری مذهبی درونی	
	Pvalue	M±SD	Pvalue	M±SD
جنس		۲.۸±۰.۵	۰.۹۸	۲.۳±۰.۴۴
		۲.۸±۰.۵		۲.۳±۰.۴۰
وضعیت تأهل		۲.۸±۰.۵	۰.۲۸	۲.۳±۰.۴
		۲.۸±۰.۳		۲.۲±۰.۴
مذهب		۲.۸±۰.۵	۰.۸۶	۲.۳±۰.۴
		۲.۷±۰.۳		۲.۳±۰.۴
محل اقامت		۲.۸±۰.۴	۰.۲۴	۲.۳±۰.۴
		۲.۸±۰.۵		۲.۲±۰.۴

سنی، از نظر آماری، معنادار نبود؛ به عبارتی، وضعیت تأهل و مذهب بر روی زیرمقیاس‌های نگرش به مرگ تأثیری نداشته است؛ همچنین، نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین نمره‌ی زیرمقیاس‌های نگرش به مرگ افرادی که مرگ خانواده را تجربه کرده بودند یا مرگ را دیده بودند، از نظر آماری تفاوت معنادار وجود نداشت و در زیرمقیاس پذیرش یا گریز، میانگین نمره‌ی افرادی که مرگ را دیده بودند، به‌طوری معنادار، بیشتر از کسانی بود که آن را ندیده بودند ($p=0.01$)؛ یعنی دیدن مرگ، پذیرش انسان را افزایش می‌دهد.

همان‌گونه که جدول شماره‌ی چهار نشان می‌دهد، بین میانگین نمره‌ی زیرمقیاس ترس از مرگ و اجتناب از آن و پذیرش با گریز دو جنس (زن و مرد)، از نظر آماری، تفاوتی معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که در هر دو زیرمقیاس، زنان، در مقایسه با مردان، دارای میانگین نمره‌ی بالاتری بودند؛ اما در زیرمقیاس‌های پذیرش خنثی و پذیرش فعالانه، آمار معنادار نبود یا به‌عبارتی، جنس در پذیرش مرگ (خنثی یا فعالانه)، تأثیری نداشت؛ همچنین، تفاوت بین میانگین نمره‌ی زیرمقیاس‌های نگرش به مرگ افراد متأهل و مجرد و شیعه و

جدول شماره ۴- مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی نگرش به مرگ (زیرمقیاس‌های مختلف آن)، برحسب جنس، وضعیت تأهل، مذهب، مرگ خانواده و دیدن مرگ

متغیرها	ترس از مرگ		اجتناب از مرگ		پذیرش خنثی		پذیرش فعالانه		پذیرش با گریز	
	P	M±SD	P	M±SD	P	M±SD	p	M±SD	p	M±SD
جنس		۳.۴±۱.۱	۰.۰۱	۳.۱±۱.۲	۰.۰۳	۴.۷±۱.۲	۰.۴۸	۴.۳±۱.۳	۰.۰۴	۳.۶±۱.۵
		۳.۸±۱.۲		۳.۴±۱.۴		۴.۸±۱.۱		۴.۵±۱.۲		۴±۱.۳
وضعیت تأهل		۳.۳±۱.۲	۰.۳۳	۳.۲±۱.۳	۰.۷۴	۴.۷±۱.۱	۰.۸۶	۴.۴±۱.۳	۰.۹۳	۳.۸±۱.۶
		۳.۶±۱.۲		۳.۲±۱.۳		۴.۷±۱.۲		۴.۴±۱.۲		۳.۸±۱.۴
مذهب		۳.۶±۱.۲	۰.۵۸	۳.۲±۱.۳	۰.۷۲	۴.۷±۱.۲	۰.۸۵	۴.۵±۱.۳	۰.۰۹	۳.۸±۱.۴

متغیرها	ترس از مرگ		اجتناب از مرگ		پذیرش ختنی		پذیرش فعالانه		پذیرش با گریز	
	P	M±SD	P	M±SD	P	M±SD	p	M±SD	p	M±SD
سُنی		۳.۸±۱.۲		۳.۴±۱.۴		۴.۶±۰.۹		۴.۱±۱		۳.۱±۱.۲
مرگ		۳.۵±۱.۱		۳.۱±۱.۱		۴.۶±۱.۲	۰.۵۱	۴.۴±۱.۳	۰.۲۵	۳.۶±۱.۴
		۳.۶±۱.۲		۳.۳±۱.۴		۴.۷±۱.۱		۴.۵±۱.۲		۳.۸±۱.۴
خانواده		۳.۶±۱.۲		۳.۲±۱.۴		۴.۹±۱.۱	۰.۱۱	۴.۶±۱.۳	۰.۱۳	۴±۱.۳
		۳.۵±۱.۱		۳.۲±۱.۳		۴.۶±۱.۲		۴.۳±۱.۲		۳.۵±۱.۴
دیدن مرگ		۳.۶±۱.۲	۰.۶۶	۳.۲±۱.۴	۰.۹۲	۴.۹±۱.۱		۴.۶±۱.۳		۴±۱.۳
		۳.۵±۱.۱		۳.۲±۱.۳		۴.۶±۱.۲		۴.۳±۱.۲		۳.۵±۱.۴

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که در همه‌ی دانشجویان، میانگین نمره‌ی جهت‌گیری مذهبی درونی، بیشتر از بیرونی بود. افرادی که جهت‌گیری درونی بیشتری دارند، از طریق اتکا و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های کنترل‌ناپذیر را به طریقی کنترل می‌کنند؛ بنابراین، مذهب می‌تواند به‌شبه‌ای فعال، در فرایند مقابله‌ی مؤثر با حوادث استرس‌زای زندگی، مانند مرگ و مردن، کارکردی مثبت داشته باشد (۴). این در حالی است که افرادی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی بیشتری دارند، نگرشی منفی‌تر به این حوادث دارند؛ همچنین، بهرامی و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه‌ی خود تأیید کردند افرادی که جهت‌گیری بیرونی بیشتری دارند، سلامت روان کمتری دارند و بیشتر، مستعد افسردگی‌اند (۱۶).

افزون‌براین، در مطالعه‌ی حاضر، میانگین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی در هر دو جنس (زن و مرد) یکسان بود؛ یعنی بین میانگین نمره‌ی جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی، برحسب جنسیت، وضعیت تأهل و مذهب، تفاوتی معنادار دیده نشد. در مطالعه‌ی کارشکی و همکارانش (۱۳۹۳) نیز، بین زنان و مردان از لحاظ نگرش مذهبی و عامل‌های آن، تفاوتی معنادار مشاهده نشده است (۱۷). از طرف دیگر، در تبیین این یافته، می‌توان گفت برخلاف نتایج مطالعات گذشته، مانند مطالعه‌ی بهرامی و همکاران (۱۳۸۴)، جهت‌گیری مذهبی بیرونی زنان، بیشتر از مردان بوده است و مردان جهت‌گیری مذهبی درونی بیشتری نسبت به زنان داشته‌اند (۱۶) یا در

مطالعه‌ی گراوندی و همکاران (۱۳۹۱)، مردان در مقایسه با زنان، از منافع جهت‌گیری مذهبی بیرونی، همانند حمایت اجتماعی و به‌دست‌آوردن مقام و موقعیت در محیط‌های اجتماعی و شغلی، بیشتر، بهره‌برده‌اند. ممکن است یکی از دلایل آن این باشد که مردان بیشتر، درگیر مسائل اقتصادی و کاری خانواده هستند. از طرف دیگر، زنان در مقایسه با مردان، بیشتر از منافع جهت‌گیری مذهبی درونی، همانند آرامش درونی ایجادشده به وسیله‌ی دین لذت می‌برده‌اند؛ چراکه آن‌ها به سبب شرایط اجتماعی و فرهنگی خاص، مانند خطرپذیری بیشتر در مقابل طلاق و فروپاشی خانواده، بیشتر، به دعا و باورهای دینی درونی گرایش دارند (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر، جهت‌گیری مذهبی بیرونی هر دو جنس، یکسان بود. این مسأله می‌تواند نشان‌دهنده‌ی این باشد که در جامعه‌ی کنونی، زنان حضوری بیشتر و حتی نزدیک به مردان، در اجتماع پیدا کرده‌اند؛ بنابراین، ممکن است از ارتقای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، برای کسب مقام و موقعیت‌های اجتماعی و شغلی، بیشتر، استفاده کنند؛ به همین دلیل، جهت‌گیری مذهبی بیرونی آن‌ها در سطح مردان قرار گرفته است. این یافته از آن روی که در حرفه‌ی پرستاری، زنان بیشتر حضور دارند، دارای اهمیت است؛ بنابراین، اگر جهت‌گیری مذهبی بیرونی آن‌ها نسبت به گذشته، بیشتر شده باشد، این یافته می‌تواند باعث نگرانی شود؛ از این‌رو که نگرش دانشجویان پرستاری و پرستاران به شغلشان ممکن است بیشتر جنبه‌ی تأمین نیازهای مادی پیدا کرده باشد و در نتیجه، بعد معنوی و مقدس این شغل

بیشتری دارند، کمتر است؛ بنابراین، کیفیت زندگی پایین تر و مشکلات روانی، مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی و حتی تمایل به خودکشی بیشتری دارند و مرگ را راه حلی برای ختم ناکامی‌ها می‌دانند و راحت‌تر در مقابل آن تسلیم می‌شوند و آن را می‌پذیرند. توجیه دیگر می‌تواند این باشد که دانشجویان پرستاری و حتی پرستاران مشغول به خدمت، به دلیل ماهیت شغل پرستاری و رویارویی مکرر با حادثه‌ی مرگ، ممکن است آن را بهتر بپذیرند. دلیلی دیگر که می‌تواند برای این مسئله برشمرده، این است که در سال‌های اخیر، اکثر دانشجویان، رشته‌ی پرستاری را به این دلیل انتخاب می‌کنند که با تحصیل در این رشته، راحت‌تر می‌توانند شغلی برای تأمین معیشت بیابند. حال، این افراد اگر جهت‌گیری مذهبی بیرونی بیشتری داشته باشند و شغل را صرفاً وسیله و ابزاری برای تأمین مادیات بدانند، ممکن است برخی اتفاقات، مانند مرگ را نیز، تنها به‌عنوان موضوعی معمول و جزئی از فعالیت‌های مربوط به پرستاری بدانند، نه امری که با جنبه‌ی عاطفی و نگرشی انسان سر و کار دارد؛ بنابراین، آن را به‌آسانی، مانند سایر اقدامات آزاردهنده‌ی درمانی می‌پذیرند. در این مطالعه، بین جهت‌گیری مذهبی درونی با پذیرش فعالانه‌ی مرگ، هم‌بستگی مثبت معناداری وجود داشت؛ ولی هم‌بستگی معکوس منفی و معناداری بین اجتناب از مرگ و جهت‌گیری درونی دیده شد. در تبیین این یافته‌ها نیز، می‌توان گفت هر چقدر جهت‌گیری مذهبی درونی دانشجویان، بیشتر باشد، خودبه‌خود موضوع مرگ را بهتر می‌پذیرند و با دید منفی به آن نگاه نمی‌کنند. نتایج مطالعات بسیاری هم تأیید می‌کنند که دانشجویان با جهت‌گیری مذهبی درونی، نسبت به دانشجویان با جهت‌گیری مذهبی بیرونی، در برخورد با موضوع مرگ، کمتر، اضطراب دارند (۲۷)؛ همچنین، کیفیت زندگی، رابطه‌ای مثبت با جهت‌گیری مذهبی درونی و پذیرش مرگ دارد (۱۹). از آنجاکه جهت‌گیری مذهبی درونی، بالاترین

کم‌رنگ‌تر شده و حتی سلامت روانی آن‌ها را نیز، تحت تأثیر قرار داده باشد. این موضوع، خودبه‌خود، بر کیفیت مراقبت معنوی پرستاران از بیماران، به‌خصوص بر نگرش آن‌ها به مقوله‌ی مرگ و مراقبت از افرادی که در حال احتضارند نیز، تأثیر منفی خواهد گذاشت. به‌طوری‌که مطالعاتی دیگر هم تأیید می‌کنند، جهت‌گیری مذهبی، دین‌داری، اعمال مذهبی و کارکرد اجتماعی مثبت، می‌تواند بر رضایت، شادکامی، کیفیت زندگی، نگرش افراد به مرگ و مردن، سلامت روان و کاهش اضطراب و افسردگی، به‌خصوص در دانشجویان پرستاری، اثر بگذارد (۱۹-۲۵). همان‌طور که گفته شد، نگرش به مرگ، به مجموعه‌ی پاسخ‌های مثبت یا منفی شناختی، عاطفی و رفتاری فرد به حقیقت مرگ اطلاق می‌شود (۱۹). در مطالعه‌ی حاضر، بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی دانشجویان با نگرش‌های منفی به مرگ، یعنی ترس از آن و پذیرش با گریز، هم‌بستگی مثبت معناداری وجود دارد؛ بنابراین، می‌توان گفت دانشجویانی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی بیشتری دارند؛ ترس و گریزی بیشتر به موضوع مرگ از خود نشان می‌دهند. مطالعات دیگر نیز، این سازوکار مقابله‌ای انسان در مقابل حوادثی مانند مرگ را حمایت و تأیید می‌کنند (۲۶)؛ از این رو، هر چقدر دانشجویان پرستاری، جهت‌گیری مذهبی بیرونی کمتری داشته باشند، مطمئناً، در شغل آینده‌ی خود و ارائه‌ی خدمات پرستاری، موفق‌تر خواهند بود. برخلاف نتایج مطالعات دیگر که قبلاً مطرح شد، در مطالعه‌ی پیش رو، بین پذیرش خشنی و پذیرش فعالانه، با جهت‌گیری مذهبی بیرونی دانشجویان، ارتباطی معنادار وجود داشت ($P < 0.001$). در توجیه این یافته می‌توان گفت به دلیل بزرگ‌بودن حجم نمونه، احتمالاً، این معناداری ضعیف، دیده شده است یا اینکه با توجه به نتایج مطالعاتی دیگر که نتایج این پژوهش را تأیید می‌کنند، بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی افراد و سلامت روان آن‌ها، ارتباط وجود دارد و سلامت روان افرادی که جهت‌گیری بیرونی

اثرگذاری برنامه‌های آموزشی در رویارویی با مقوله‌ی مرگ تأکید می‌شود. پژوهشگرانی بسیار، معتقدند که برنامه‌های آموزشی درباره‌ی مرگ و مراقبت معنوی، تأثیری زیاد و مستقیم در ایجاد نگرش مثبت به آن و کاهش نگرش‌های منفی و بهبود کیفیت مراقبت دانشجویان و پرستاران از بیماران در حال احتضار دارد (۱۱، ۳۵-۳۷)؛ همچنین، رویارویی مکرر پرستاران با حادثه‌ی مرگ بیماران، می‌تواند در نگرش آن‌ها اثرگذار باشد؛ همان‌طور که در مطالعه‌ی حاضر، بین نگرش به مرگ از نظر پذیرش یا گریز از آن، با میانگین نمره‌ی افراد دارای تجربه‌ی دیدن مرگ، ارتباطی معنادار دیده شد. مطالعه‌ی لانگه^۱ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده که پرستاران با سابقه‌ی کار بالا که مرگ‌هایی بیشتر را دیده‌اند، نگرشی مثبت‌تر به آن و تمایلی بیشتر به مراقبت از بیماران در حال مرگ دارند (۳۸). از طرف دیگر، مطالعات نشان داده پرستارانی که مرگ اعضای خانواده‌شان را تجربه کرده‌اند، نگرشی بهتر به مراقبت از خانواده‌های داغ‌دیده دارند (۳۹)؛ اما در مطالعه‌ی حاضر، به دلیل کم‌بودن درصد مواجهه‌ی دانشجویان با مرگ خانواده (۲۷.۲ درصد)، بین نگرش آن‌ها به مرگ و تجربه‌ی مرگ خانواده، ارتباطی معنادار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد جهت‌گیری مذهبی درونی دانشجویان، بیشتر از بیرونی و در هر دو جنس، یکسان است. امروزه، برخلاف گذشته، به دلیل حضور بیشتر زنان در اجتماع، سطح جهت‌گیری مذهبی بیرونی آن‌ها نیز، افزایش یافته و به سطح درونی، نزدیک شده است؛ بنابراین، جهت‌گیری مذهبی زنان و مردان می‌تواند برحسب میزان حضور آن‌ها در اجتماع و اهمیت جایگاه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی از نظر آن‌ها، دچار تغییر شود. از طرف دیگر، میزان اجتناب از مرگ و پذیرش با گریز از آن، در جنس مؤنث، بیشتر از جنس مذکر است. این موضوعات، نگران‌کننده است؛

تأثیر را در میان متغیرهای بررسی‌شده، بر سلامت روان می‌گذارد (۲۸ و ۱۵)، دانشجویانی که جهت‌گیری مذهبی درونی بیشتری دارند، بیش از دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، از شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور و هیجان‌محور استفاده می‌کنند؛ بنابراین، واکنشی مناسب‌تر به حادثه‌ی هیجان‌آور مرگ از خود نشان خواهند داد (۲۶).

بیماران، در زمان احتضار و مرگ، نیازهای معنوی مهمی دارند؛ به‌خصوص سالمندان؛ زیرا عاطفه‌ی مثبت و معنویت، در نگرش سالمندان به مرگ مؤثر است (۲۹). پرستارانی با جهت‌گیری مذهبی درونی قوی، می‌توانند این مهم را برآورده کنند. این در حالی است که مطالعه‌ی استندرز^۱ و همکاران (۲۰۱۶) نیز، نشان داده دانشجویان پرستاری، اغلب، تحصیلات معنوی کافی برای پاسخ‌گویی به نیازهای معنوی بیماران دریافت نمی‌کنند و این نیازمند تأمل بیشتر است (۳۰). از طرف دیگر، نگرش انسان به مرگ، با نگرش‌ها و خصوصیات فردی پرستاران به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ، همراه است (۳۱)؛ همچنان که در نتایج مطالعه‌ی حاضر، تفاوت بین زیرمقیاس ترس از مرگ و اجتناب از آن و پذیرش با گریز، برحسب جنسیت، معنادار بود؛ همچنین، میانگین نمره‌ی ترس از مرگ، اجتناب از آن و پذیرش با گریز، در جنس مؤنث، بیشتر از مذکر بود. مطالعات دیگر تأیید کرده و نشان داده‌اند که زنان، اضطرابی بیشتر نسبت به مرگ دارند (۳۲) و این اضطراب مرگ، در بخش‌های ویژه، به دلیل ارتباط نزدیک با بیماران در حال مرگ، بیشتر است (۳۳). اهمیت این یافته بسیار زیاد است؛ زیرا همچنان‌که گفته شد، تعدادی بیشتر از دانشجویان پرستاری و پرستاران، جنس مؤنث‌اند؛ بنابراین، بیشتر در معرض عوارض عاطفی و رفتاری ناشی از اضطراب برخورد با مرگ قرار خواهند گرفت و این نگرانی‌ها و ترس‌ها می‌تواند بر کیفیت ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری، اثر منفی بگذارد (۳۴). به همین دلیل است که بر

2. Longe

1. Standers

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، دانشجویان رشته‌ها و مقاطع تحصیلی مختلف علوم پزشکی، مانند تحصیلات تکمیلی و همچنین، پرستاران شاغل، از این نظر، بررسی شوند.

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر، برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی لرستان، با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1397.024 است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت دانشگاه، مسئولان دانشکده‌ها و همه‌ی دانشجویان پرستاری مشارکت‌کننده در این پژوهش، تشکر و قدردانی کنند.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی درباره‌ی این مقاله وجود ندارد.

زیرا زنان، بیشتر، در رشته‌ی پرستاری پذیرش می‌شوند و اگر انتخاب این شغل تحت تأثیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی آن‌ها قرار گیرد، باعث می‌شود که شغل، برای آن‌ها، صرفاً، وسیله و ابزاری برای تأمین معیشت باشد. این دیدگاه سبب می‌شود که پرستار به مقوله‌ی مرگ، مانند برخی پروسیجرهای معمول بنگرد و جنبه‌ی مراقبت عاطفی از بیمار، کاهش یابد؛ بنابراین، بین نگرش، تجربیات، خصوصیات فردی و تربیتی، باورها، جهت‌گیری مذهبی و اعمال مذهبی پرستاران و حفظ و ارتقای سلامت معنوی و توانایی آن‌ها در ارائه‌ی مراقبت استاندارد از بیماران، به‌خصوص در شرایط خاص، مانند بیماران در حال احتضار و برخورد با حادثه‌ی مرگ و مردن بیماران و حمایت از خانواده‌ی آن‌ها، رابطه‌ای قوی وجود دارد. با توجه به این مسأله، مسئولان و مدیران باید برای تقویت این توانایی در پرستاران (جهت‌گیری مذهبی درونی و ایجاد نگرش مثبت به مقوله‌ی مرگ)، از دوران دانشجویی و در طول خدمت آن‌ها، برنامه‌های آموزشی و حمایتی طراحی کنند.

منابع

- 1- Bahrami Ehsan H, Tashak A. Dimensions of relationship between religious orientation and mental health and evaluation of religious orientation scale. *Journal of Psychology and Educational Sciences* 2004; 34(2): 41-63. [in Persian]
- 2- Berammer LM, Abrego P, Shostrom EL. *Therapeutic and Psychotherapy*. 6th ed. New Yourk: Prentice Hall; 1993.
- 3- Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1967; 5: 432-43.
- 4- Lahsaei Zadeh AA, Azargan Z, Moradi G. The study of religious orientation and mental health of migrants based on the Allport and Ross model (sample from Ghasr Shirin). *Journal of Social Sciences Faculty of Literature and Human Sciences Ferdowsi University of Mashhad*. 2008; 3(3): 149-69. [in Persian]
- 5- Schultz D. *Theories of Personality*. 4th ed. London: Routledge; 1999.
- 6- Robbins RA. Bugen's coping with Death Scale: Reliability and further validation. *Journal of Death & Dying*. 1990; 22: 287-99.
- 7- Farhoudi M. *An in Ference on the Concepts of Human Life and Death from Koran*. 5thed. Tehran: The Center for Research and Studies; 1997.
- 8- Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL. Talking about death, dying and bereavement: Is it stressful? Is it helpful?. *Archives of Internal Medicine*. 2004; 164(18): 1999-2004.
- 9- Shiekhy S, Isazadegan A, Basharpour S, Maroei Millan F. The relationship between death obsession and death anxiety with hope among the nursing students of Urmia University of Medical Sciences. *Journal of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences*. 2013; 11(6): 410-18. [in Persian]
- 10- Zargham-Borojeni A, Mohammadi R, Haghdoost-Oskuei SF. Death, the familiar strange (meaning of death from Iranian nurses' perspective): A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing*. 2007; 20(51): 1-13. [in Persian]
- 11- Bagherian S, Iranmanesh S, Abbas-zadeh A. Compare Bam and Kerman Nursing student's attitudes about death and dying. *J Nurs Midwifery*. 2010; 9(18): 8-15. [in Persian]
- 12- Hurting WA, Stewin L. The effect of death education and experience on nursing student'attitude towards death. *J Adv Nurs*. 1990; 15: 29-34.
- 13- Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety and comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: quantitative study. *Journal for Nurses Staff Development*. 2005; 21(1): 19-23.
- 14- Rajabi Gh, Bohrani M. Factorial analysis of death anxiety scale. *Journal of Psychology*. 2001; 4(20): 331 -44. [in Persian]
- 15- Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Pejouhesh*. 2007; 31(4): 345-50. [in Persian]
- 16- Bahrami F, Ramezani Farani A. Relationship between Religious Belief and Mental Health, *Proceedings of the Third Seminar on Psychology*. Tehran: Tehran University of Medical Sciences and Health Services; 2005. [in Persian]
- 17- Kureshi A, Husain A. The role of religious orientation in attitudes toward the elderly, in students in clinical psychology, theology, medicine, and nursing. *Journal of Disability Studies*. 2014; 4(7): 49-40.
- 18- Grawindy H, Ghanbari Hashem Abadi BA, Kamkar Zaharond P, Jafari S. Comparative study of religious orientation (internal and external) with mental health and irrational beliefs. *Journal of Psychology and Religion*. 2012; 5(1): 79-103. [in Persian]
- 19- Basharpour S. Relationship between religious orientation and attitude towards death with uuality of Life and symptoms in women. *Health Psychology*. 2014; 3(2): 80-97. [in Persian]
- 20- Rezaei AM. The relationship between religious orientation and anxiety and depression among students of Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 10(6): 509-519.
- 21- Mohamadi J, Gholamrezai S, Azizi A. The relationship between religious orientation and mental health among female nurses working in public hospitals of Tabriz in 2014. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016; 22(6): 1080-7. [in Persian]

- 22- Dilber R, Bobic D, Martinac M. Religiosity and mental health in nursing student. *Psychiatry Danub.* 2016; 28(2): 188-220.
- 23- Koenig HG, Hays JC, George LK, Blazer DG, Larson DB, Landerman LR. Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1997; 5(2): 131-44.
- 24- Hosseini M, sadeghmoghadam L, Graminejad N, Sadeghi S. The role of religious orientation in use of psychological defense mechanism in medical students. *Journal of Religion and health.* 2018; 6(1): 10-18. [in Persian]
- 25- Khoshnood G, Shayan N, Babaie Amiry N, Ashoori J. Rrelationship between religious orientation, happiness, locus of control and coping strategies, and spiritual well-being among nursing students. *JGBFNM.* 2016; 12(S3): 9-18.
- 26- Jafari A. Study of relationship between religious orientation and stress coping methods in students. *Journal of Behavioral Sciences.* 2009; 1(1): 114-91. [in Persian]
- 27- Mansour Nezhad Z, Kajbaf MB, Kani F, Poursid SR. The relationship between religious orientation and gender with death anxiety among students. *Journal of New Findings in Psychology.* 2011; 1(2): 133-41. [in Persian]
- 28- Aghapour I, Mesri M. Relationship between religious orientation and mental health family. *Quarterly of Quran & Medicine.* 2011; 1(1): 39-45. [in Persian]
- 29- Pirasteh Motlagh AA, Hekmati G, Taghvayi Neyya A, Derakhsh A. The role of spirituality and positive affect in attitudes towards death in elderlies of Yasuj city. *Journal of Gerontology.* 2017; 1(3): 11-20.
- 30- Standers L, Kopis S, Moen C, Pobanz A, Volk F. Perceptions of spirituality and spiritual care in religious nurses. *J Christ Nurses.* 2016; 33(4): 274-9.
- 31- Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum.* 2010; 37(1): 43-9.
- 32- Shafaii M, payami M, Amini K, Pahlavan S. The relationship between death anxiety and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery (Hayat).* 2016; 22(4): 325-38. [in Persian]
- 33- Dadgri F, Rohi M, , Farsi Z. Death anxiety in nurses working in critical care units of AJA hospitals. *Journal of Military Caring Science.* 2015; 2(3): 150-7. [in Persian]
- 34- Gama G, Barbosa F, Vieira M. The factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal Palliative Nursing.* 2012; 18(6): 267-73.
- 35- Tavan B, Jahani F, Hekmatpou D. Meaning of death from academicians' point of view: A qualitative research. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences.* 2014; 2(4): 358-65. [in Persian]
- 36- Kwekkeboom KL, Vahl C, Eland J. Companionship and education: A nursing student experience in palliative care. *Journal of Nursing Education.* 2005; 44(4): 169-76.
- 37- Milner K, Foito K, Watson S. Strategies for providing spiritual care and support to nursing student. *J drist nurs.* 2016; 33(4): 238-43.
- 38- Longe M, Thom B, King NE. Assessing nurses attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum.* 2008; 35(6): 955-9.
- 39- Waltman NL, Zimmerman L. Variations among nurses in behavioral intentions toward the dying. *The Hospice Journal.* 1992; 7: 37-49.

Study of the Relationship between Religious Orientation (Internal and External) and Attitude towards Death in Nursing Students of Lorestan Medical Sciences University In 2017

Afroz Korzebor¹, Kobra Rashidi^{*2}, Rezavan Moradi¹, Shirin Pirzad¹, Mahdi Birjandi³

¹Bachelor, Student of Science in Nursing, Student Research Committee, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

²Instructor, Master of Nursing, Nursing Faculty of Borujerd, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

³Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health and Nutrition, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

Abstract

Capacity, positive attitude, and proper nurses' function in dealing with death are greatly influenced by their religious beliefs. An important religious variable, the type of internal religious orientation (Implementing religious beliefs in all behaviors and practices) and the external (Using Religious Beliefs to Achieve Material Objectives). The purpose of this study was to investigate the relationship between religious orientation and nursing students' attitude towards death. The study had a cross-sectional correlational design, where 202 students from all nursing students were selected by random sampling in the academic year of 2017-2018. Data were collected via Allport Religious Orientation Questionnaire and the Standard Scale of Attitude toward Death (DAP-R) which were completed by participants after confirmation of validity and reliability and obtaining written consent from participants. Data were analyzed by SPSS version 18 software and independent t-test and Pearson correlation coefficient. Participants included 51.5% females, the average age was 21.7 years, 89.6% single, 95.5% undergraduates, 53% resident of the dormitory, 94.6% Shiite, and 50.5% had experience of seeing death. The average score of internal religious orientation was higher than that of the outside; and it was the same in both sexes. The difference between the mean score of internal orientation and the active acceptance of death was a positive correlation ($P < 0.001$) and with avoidance of death, it had a significant negative inverse correlation ($p = 0.01/0.17$); Exterior orientation with fear of death and acceptance by escape had a significant positive correlation ($P < 0.001$); the difference in mean score of both religious orientations was not significant in terms of gender, marital status, and religion ($P > 0.001$). The difference between fear of death and avoidance of death and acceptance by escape based on gender, and in terms of admission or escape, having experience of seeing death, had a meaningful relationship ($p = 0.01$). While there was no significant relationship between attitude toward death and family death experience ($P > 0.001$). Findings show the type of religious orientation of nursing students and its relationship with people's attitudes toward admission or escape from death; as the effective factor affecting the health of individuals and the quality of providing care for dying patients.

Keywords: Religious orientation, Nursing students, Attitude towards death

* Corresponding Author: krashidi2010@yahoo.com