

The Relationship Between Locus of Control and Religious Believe with Mental Health in Students of Mazandaran University of Medical Science (2010)

Seyed Abol Hasan Naghibi¹, Seyed Hamzeh Hosseini^{2*}, Jamshid Yazdani³, Seyed Roghieh Shafiei⁴, Fatemeh Khorasani⁴

- 1- Dept of Environmental Health Engineering, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
- 2- Dept of Psychiatry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
- 3- MSc Student in Environmental Health Engineering, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
- 4- Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Corresponding Author:

Seyad Hamzeh Hosseini, Dept of Psychiatry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

E-mail:

hosseinish20@gmail.com

Received: 31 May 2013

Revised: 9 July 2013

Accepted: 6 August 2013

Abstract

Background and Purpose: The mental health is one of the pillars of health, especially in effective and constructive classes in a society. The essential dynamics, development and promotion of the society are due to mental health. We consider religion as a means that relate us to a higher and eternal power that is God. It can be a very strong psychological support. The purpose of this article is to study the relationship between locus of control and religious believe with mental Health of students in Mazandaran University of Medical Science.

Materials and Methods: This descriptive- analytic study has done on 300 students of Mazandaran University of Medical Sciences selected randomized- stratified according to population based (population 2,000). GHQ- 28 questionnaires with 28 items in field of Public Health, Temple questionnaire with 65 questions regarding religious beliefs and Rotter Locus of Control questionnaire with 29 questions related to the locus of control, were distributed randomly among students in each class. Data analyzed using SPSS software version 15 and t-test, logistic regression and Pearson correlation were analyzed.

Results: Total scores of students with external control and internal control indicates that students with external control are suffering from more physical complaints, sleep disorders and more anxiety and lesser social function and they are more susceptible to depression. This difference was statistically significant in all cases.

Conclusion: Based on the results of this study, whatever the internal control to be more physical complaints, anxiety and sleep disturbances to be less and reduce social functioning and depression in students, so it can be concluded that education and scientific advice to the aspect of internal control can play an important role among students.

Keywords: Mental health; religion; locus of control; student; Iran

رابطه منبع کنترل و مذهبی بودن با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۸۹

سید ابوالحسن نقیبی^۱، سید حمزه حسینی^۲، جمشید یزدانی^۳، سیده رقیه شفیعی^۴، فاطمه خراسانی^۴

چکیده

سابقه و هدف: سلامت روان افراد یک جامعه به عنوان یکی از ارکان سلامتی خصوصاً در اقشار موثر و سازنده آن، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. مذهب به عنوان وسیله‌ای که ما را به یک قدرت برتر و لایزال متصل می‌کند، می‌تواند حمایت‌کننده روانی بسیار قدرتمندی باشد. هدف از این پژوهش بررسی رابطه منبع کنترل و مذهبی بودن با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی - تحلیلی، تعداد ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران به صورت تصادفی - طبقه‌ای با جمعیت متناسب (جامعه آماری ۲۰۰۰ نفر) انتخاب شدند. در هر کلاس پرسشنامه‌های GHQ ۲۸ - که دارای ۲۸ آیتم در زمینه سلامت عمومی است، پرسشنامه معبد که دارای ۶۵ سوال در زمینه باورهای مذهبی و پرسشنامه منبع کنترل ROTTER که دارای ۲۹ سوال در زمینه منبع کنترل است، به طور تصادفی بین دانشجویان توزیع شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۵ و آزمونهای T-TEST، رگرسیون لجستیک و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: مقایسه نمرات پرسشنامه دانشجویان با کنترل بیرونی و دانشجویان با کنترل درونی یلنگر آن است که دانشجویان با کنترل بیرونی، شکایات جسمانی بیشتر، مشکل اضطراب و اختلال خواب بیشتر و کارکرد اجتماعی ضعیف تر داشته و بیشتر مبتلا به افسردگی می‌شوند. این تفاوت در تمام موارد از لحاظ آماری معنادار بوده است.

استنتاج: بر اساس نتایج این پژوهش هر چه کنترل، درونی تر شود شکایت جسمانی - اضطراب و اختلال خواب - عملکرد اجتماعی و افسردگی در دانشجویان کاهش می‌یابد، لذا می‌توان استنباط کرد که آموزش و مشاوره علمی از جنبه کنترل درونی اهمیت به سزایی در قشر دانشجو دارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، مذهب، منبع کنترل، دانشجو یان.

۱- گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳- گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴- دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

مؤلف مسئول: سید حمزه حسینی
ساری، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

Email:
hosseinish20@gmail.com

دریافت: ۱۰ خرداد ۱۳۹۲
اصلاحات: ۱۸ تیر ۱۳۹۲
پذیرش: ۱۵ مرداد ۱۳۹۲

مقدمه

می‌آید. در حال حاضر اختلال‌های روانی در جوامع انسانی بسیار مشهود است و کمتر کسی را می‌توان یافت که در برابر بیماری‌های روانی مصوریت داشته باشد. در واقع سلامت روان نه فقط نداشتن بیماری‌های روانی، بلکه

سلامت روان به عنوان یکی از دو رکن سلامت، لازمه یک زندگی مفید و رضایت بخش فردی است و سلامت روان افراد یک جامعه، خصوصاً اقشار موثر و سازنده آن، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه به شمار

توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و موثر است (۱).

سبک و شیوه‌های زندگی امروزی، فشارهای روانی و اجتماعی ناشی از تغییرات سریع اجتماعات بشری، کم‌رنگ شدن سنت‌ها، استیلای ماشینی بر زندگی و... از جمله عوامل تأثیرگذار بر بهداشت و سلامت روانی در جامعه به شمار می‌آیند. اما به نظر می‌رسد کم‌رنگ شدن زندگی بشری از معنویت به مفهوم وسیع و گسترده آن، از جمله دلایلی است که انسان امروزی به سبب آن در زندگی احساس تنهایی و بی‌پناهی می‌کند (۲).

مذهب به عنوان وسیله‌ای که ما را به یک قدرت برتر و لایزال متصل می‌کند، می‌تواند حمایت‌کننده روانی بسیار قدرتمندی تلقی شود (۳). مطالعات نشان می‌دهد که اعتقادات مذهبی بر منبع کنترل افراد تأثیرگذار است. این تحقیقات حاکی از آن است که باورهای مذهبی می‌توانند زمینه‌ساز برخی ویژگی‌های شخصیتی و خلقی در افراد باشد (۱). کسانی که دارای منبع کنترل درونی هستند به توانمندی‌ها و تلاش‌های خود متکی بوده، تمامی موفقیت‌ها و شکست‌های خود را به عوامل درونی خود نسبت می‌دهند و دارای اعتماد به نفس بالاتری هستند (۱). این افراد همچنین امیدوارتر به زندگی بوده و نقش خود را در پیشگیری از بیماری‌ها مؤثر می‌دانند (۴). افراد مذهبی، به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند از این بیماری‌ها مصون‌تر هستند از این رو یکی از عوارض زندگی عصر حاضر که در اثر ضعف ایمان مذهبی پدید آمده است، افزایش بیماری‌های روانی و عصبی است (۵).

اعتقادات مذهبی علاوه بر تأثیر بر بهداشت روان می‌تواند زمینه‌ساز برخی ویژگی‌های شخصیتی و خلقی در افراد باشد که از جمله آنها می‌توان به تأثیر آن بر "منبع کنترل" اشاره کرد (۱). مفهوم "منبع کنترل" به عنوان بخشی از نظریه یادگیری اجتماعی Rotter بیانگر انتظار تعمیم یافته‌ای است که در مورد عوامل مؤثر بر پاداش و تنبیه در زندگی انسان وجود دارد. منبع کنترل یک متغیر تشخیصی است و منظور از آن ادراک و فهم از محیط و موقعیت و نقش و سهم تأثیر فرد در پيشامدهای موفقیت آمیز و شکست در زندگی است (۶). در واقع منبع کنترل درونی افراد بر رفتارها، اعمال، باورها و افکار فرد

می‌تواند در کیفیت زندگی وی مؤثر بوده و اختلالات روانی از جمله استرس افراد را کاهش دهد (۴).

در مطالعات بین فرهنگی در ۱۹ کشور غربی که بر روی ۲۸۰۸۵ نفر آزمودنی انجام شد، دریافتند که هر چه انسان‌ها پایبندی بیشتری به مذهب داشته باشند درجه گرایش آن‌ها به خودکشی کمتر است. هم‌چنین در تحلیل جامعی که در زمینه مطالعات مذهبی و سلامت روانی انجام شده است نتایج نشان داد که در ۴۷ درصد مطالعات رابطه‌ای مثبت بین مذهب و سلامت روانی وجود دارد. در این مطالعه در ۲۳ درصد موارد رابطه منفی وجود داشته و در ۳۰ درصد موارد رابطه معنی‌داری مشاهده نشده است (۷).

تحقیقات دانشمندان نظیر پارگامنت (۱۹۹۰)، هتاو (۱۹۹۲)، لوین (۱۹۸۸-۱۹۸۷-۱۹۸۹-۱۹۹۲) بیرد (۱۹۸۸) کارمون و آرنولد (۱۹۸۸) کوئینگ (۱۹۸۸) -السن (۱۹۸۸) نشانگر نقش مثبت مذهب در پیشگیری و درمان اختلالات روانی است (۸).

بر اساس مطالعات انجام شده در اروپا و آمریکا ۲۶/۹ درصد زنان و ۱۲/۵ درصد مردان در طول زندگی خود به بیماری افسردگی مبتلا هستند و تقریباً ۳ درصد جمعیت به اضطراب دچارند. بر اساس برآورد کارشناسان سازمان جهانی ۳۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان یعنی حدود ۶ درصد کل جمعیت، از بیماری روانی در سطوح مختلف رنج می‌برند (۹). نقش برجسته و منحصر به فرد دانشجویان به عنوان مدیران و سازندگان آینده هر جامعه، ضرورت تأمین سلامت روانی آنها را ثابت می‌کند (۱۰). با توجه به ابهامانی که درباره نقش مذهب در ایجاد سلامت روانی در کشور ما وجود دارد و نقصان تحقیقات در زمینه نقش منبع کنترل و مذهب با سلامت روان، این پژوهش با هدف تعیین رابطه منبع کنترل و مذهب روانی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام گرفت تا اطلاعات مفید و علمی در این رابطه در اختیار مسئولین و برنامه‌ریزان آموزشی، فرهنگی دانشگاه برای ارتقای سطح سلامت روان دانشجویان قرار دهد.

مواد و روش‌ها

وسیع‌تری از اعمال مذهبی، مانند میزان توجه به اعمال واجب و مستحب اسلام، فعالیت در گروه‌های مذهبی، میزان نقش مذهب در پاسخ‌گویی به سؤالات اساسی زندگی و در نهایت، توجه و تأثیر آیات قرآن در زندگی شخص را در بر می‌گیرد که جمع‌بندی امتیازات این مؤلفه‌ها، می‌تواند تصویر روشنی از تأثیر آموزه‌های مذهبی اسلام در زندگی فرد را ارائه نماید (۱۲).

۳- پرسشنامه منبع کنترل راتر: این پرسشنامه که دارای ۲۹ آیتم است توسط جولیان راتر (۱۹۶۶) تهیه شده است. راتر این مقیاس را به منظور ارزیابی منبع کنترل به عنوان انتظارات تعمیم یافته تهیه کرد. این مقیاس به بخش ادراکات فرد از منبع کنترل می‌پردازد. همچنین تفاوت‌های فردی را در زمینه اسناد و تجارب ادراکی مشخص می‌سازد و چارچوب نظری مورد استفاده در تهیه این مقیاس (نظریه یادگیری اجتماعی) است. در توصیف مشخصات مقیاس کنترل راتر می‌توان گفت مقیاس مذکور یک پرسشنامه خودسنجی یا ماده‌های انتخاب اجباری است. مقیاس راتر شامل ۲۹ آیتم بوده و هر آیتم دارای ۲ جمله به صورت الف و ب است آزمودنی باید از بین یک عقیده درونی و یک عقیده بیرونی یکی را انتخاب کند (۶).

هر سه پرسشنامه مذکور پرسشنامه‌های استاندارد شده بین‌المللی هستند و روایی و پایایی آنها به دفعات مورد اثبات قرار گرفته است. با این وجود طی مطالعه‌ای pilot تعداد ۱۰ دانشجوی انتخاب و پرسشنامه‌های آنان مورد بررسی قرار گرفت که با روش آلفای کرونباخ هر سه پرسشنامه دارای پایایی بالای ۸/۰ بوده‌اند که از نظر آماری مورد قبول و قابل استفاده هستند.

اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در فرم جداگانه‌ای ثبت شد. داده‌ها وارد نرم‌افزار آمار SPSS و پیرایش ۱۵ شده و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و جهت تحلیل نتایج از آزمون‌های t-test، رگرسیون لجستیک و همچنین ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معناداری ۰۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این تحقیق با روش توصیفی - تحلیلی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش حدود ۲۰۰۰ دانشجوی بوده است که از این جامعه، تعداد ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران به صورت تصادفی - طبقه‌ای انتخاب شدند، به این صورت که ۶۰ نفر از دانشکده پزشکی و دندانپزشکی ۷۵ نفر از دانشکده داروسازی و پرستاری مامایی ۷۵ نفر از دانشکده پیراپزشکی و ۹۰ نفر از دانشکده بهداشت، به صورت متناسب با جمعیت هر دانشکده انتخاب شدند. در هر دانشکده با توجه به لایست کلاس‌های آموزشی، کلاس‌هایی انتخاب شده و پرسشنامه‌ها در هر کلاس به طور تصادفی در اختیار تعدادی از دانشجویان قرار گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از ۳ پرسشنامه با عنوان GHQ28 که دارای ۲۸ آیتم در زمینه سلامت عمومی است، پرسشنامه معبد که دارای ۶۵ سوال در زمینه باورهای مذهبی و پرسشنامه منبع کنترل Rotter که دارای ۲۹ سوال در زمینه منبع کنترل می‌باشد، استفاده گردید. از دانشجویان خواسته شد در حضور مجری طرح، سؤالات را پاسخ دهند و راهنمایی‌های لازم انجام شد تا به تمام سؤالات به دقت پاسخ دهند و پرسشنامه‌ها ناقص نباشند.

۱- پرسشنامه GHQ 28 سلامت عمومی روانی: این پرسشنامه که توسط گلدبرگ و هیلبر در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید، برای بررسی وضعیت سلامت روانی افراد جامعه در یک ماه گذشته مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال در مقیاس ۴ درجه‌ای با روش نمره گذاری لیکرت (۱- اصلاً، ۲= در حد معمول، ۳- بیش از حد معمول، ۴- به مراتب بیشتر از حد معمول) است. در واقع نمره آزمون از صفر تا ۸۴ متغیر بوده و نقطه برش این آزمون ۲۳ است. این آزمون ۴ بعد مختلف شکایت جسمانی، نشانگان اضطراب و اختلال خواب، نشانگان کارکردهای اجتماعی و نشانگان افسردگی را اندازه می‌گیرد. شرط انجام این آزمون سن ۱۵ سال و بالاتر است (۱۱).

۲- پرسشنامه عمل به باورها دینی (معبد): این آزمون، عمل به باورهای دینی را اندازه می‌گیرد و دکتر گلزاری آن را تهیه کرده است (۱۱). این پرسشنامه جهت سنجش اعتقادات مذهبی اسلام تنظیم شده و در قالب ۶۵ سؤال تنظیم گردیده و مقیاس اندازه‌گیری آن از نوع «Lickert» است. مؤلفه‌های این پرسشنامه، طیف

مطلوب‌تری داشته‌اند ($t=5/15$ ، $df=298$ و $p\text{-value} < 0/05$). لذا تفاوت معنا دار آمار ی بین نمره سلامت روان افرادی که دارای کنترل درونی و بیرونی بوده‌اند، مشاهده شده است

جدول ۱: ضرایب رگرسیونی لجستیک (متغیر پاسخ: داشتن یا نداشتن سلامت روان)

نام متغیر	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪		میزان معنی داری P-value
		کران پایین	کران بالا	
اعتقاد مذهبی	۱۰۰۲۳	۱/۰۳۳	۱/۰۱۴	۰/۰۰۱
نمره تقید مذهبی	۱/۰۰۲	۱/۰۰۲	۱/۰۰۹	۰/۰۰۱

$P\text{-value} < 0.001$. تفاوت معنادار آماری بین باورهای دینی منبع کنترل بیشتر و سلامت روانی بهتر می‌شود ($p\text{-value} < 0/05$).

پرسشنامه معبد: نتایج حاکی از آنست که دانشجویانی که منبع کنترل آنها درونی بوده است امتیاز بالاتری را در پرسشنامه معبد کسب کرده‌اند $p\text{-value} < 0/001$ تفاوت معنادار آماری بین باورهای دینی منبع کنترل بیشتر و سلامت روانی بهتر می‌شود ($p\text{-value} < 0.05$).

تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها، با استفاده از سؤالات زیر انجام پذیرفته است.

سؤال ۱: آیا میزان اعتقاد مذهبی موجب افزایش سلامت روانی می‌شود؟

پاسخ سؤال ۱: با استفاده از رگرسیون لجستیک که برای دیدن تأثیر باورهای مذهبی روی سلامت روان انجام گردید، مشخص شد که به ازای افزایش ۱ نمره در تقید مذهبی به طور متوسط ۲/۳ درصد شانس سلامت روانی افزایش می‌یابد. با $p\text{-value} < 0.05$ و با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۳/۳-۱/۴٪) تفاوت معنا داری دیده شده است.

سؤال ۲: آیا باور به کنترل درونی موجب افزایش سلامت روانی می‌شود؟

پاسخ سؤال ۲: آماره $t=5/15$ و $p\text{-value} < 0.05$ ، نشان که با استفاده از پرسشنامه راتر (صورت گرفت)، نشان دهنده این است که در این مطالعه، تفاوت معنا داری بین نمره سلامت روان افرادی که دارای کنترل درونی و بیرونی بوده‌اند، دیده شده است و افرادی که دارای کنترل درونی بوده‌اند وضعیت سلامت روان مطلوب‌تری داشته‌اند

از ۳۰۰ دانشجوی مورد مطالعه ۹۰ دانشجوی (۳۰ درصد) مرد و ۲۱۰ دانشجوی (۷۰ درصد) زن بوده‌اند. ۲۶ دانشجوی (۸/۷ درصد) متأهل و ۲۷۴ دانشجوی دیگر (۹۱.۳ درصد) مجرد، ۱۷۰ دانشجوی (۵۶/۷ درصد) ساکن خوابگاه و ۱۳۰ دانشجوی دیگر (۴۳/۳ درصد) ریز غبر خوابگاهی بوده‌اند میانگین سری دانشجویان مورد مطالعه ۲/۲-۲۰/۹۹+ بوده است. کمترین و بیشترین سن به ترتیب مربوط به دانشجویانی با سن ۱۸ سال و ۳۲ بوده است. **ابعاد ۴ گانه تست GHQ:** نتایج حاکی از آن است که بر اساس آزمون t-test جهت مقایسه نمرات پرسشنامه دانشجویان با کنترل بیرونی و دانشجویان با کنترل درونی، با توجه به آماره $T=4/09$ ، $df=298$ و $p\text{-value} < 0/05$ کسانی که کنترل بیرونی دارند، شکایات جسمانی بیشتر، مشکل اضطراب و اختلال خواب بیشتر ($t=3.33$)، $df=298$ و $p\text{-value} < 0.05$ و کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر ($t=29/4$ ، $df=298$ و $p\text{-value} < 0.05$) داشته و بیشتر مبتلا به افسردگی می‌شوند ($t=4.49$ ، $df=298$ و $p\text{-value} < 0.05$). این تفاوت در تمام موارد از لحاظ آماری معنادار بوده است.

نتایج به دست آمده در رابطه با ابعاد چهارگانه GHQ و منبع کنترل، که با آزمون آماری رگرسیون لجستیک محاسبه شد، نشان داد که رابطه معنا داری بین آن‌ها وجود دارد. یعنی هرچه کنترل درونی تر شود شکایت جسمانی- اضطراب و اختلال خواب - عملکرد اجتماعی و افسردگی در دانشجویان کاهش می‌یابد ($p\text{-value} < 0.05$). علاوه بر این آزمون رگرسیون لجستیک پلنگر ارتباط معنادار تقید مذهبی و باور به کنترل درونی است. به عبارتی دیگر هرچه اعتقادات مذهبی در دانشجویان بالاتر رود شانس درونی شدن دانشجویان پسر و دختر وجود نداشته است ($p\text{-value}=0.084$). رابطه بین سلامت روان با تقید مذهبی حاکی از آن است که دانشجویانی که سلامت روانی خوبی داشته‌اند دارای نمره مذهبی بیشتری بوده و این تفاوت از نظر آماری معنادار است ($p\text{-value} < 0.001$).

پرسشنامه Rotter: با استفاده از آزمون t-test جهت مقایسه نمرات سلامت روان دانشجویان با کنترل بیرونی و دانشجویان با کنترل درونی نتایج حاکی از آن است که افراد دارای کنترل درونی، وضعیت سلامت روان



سؤال ۳: آیا تقید مذهبی موجب باور به کنترل دروری می‌شود؟

پاسخ سؤال ۳: برای آزمون تعیین نمره تقید

مذهبی روی منبع کنترل با استفاده از روش رگرسیون لجستیک مشخص گردید که با افزایش یک نم ره به تقید مذهبی، شانس درونی شدن به اندازه تقریباً ۲ درصد افزایش پیدا می‌کند با $p \text{ value} < 0.05$ و با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۳-۹)٪ متوسط ۲٪ تفاوت معنا داری دیده شد.

تفسیر ابعاد ۴ گانه تست GHQ:

(الف) کسانی که کنترل بیرونی دارند، شکایات

جسمانی بیشتری دارند. در این باره تفاوت معنا دار با توجه به آماره $T = 4.09$ و $df = 298$ و $p \text{ value} < 0.05$ دیده شده می‌شود.

(ب) کسانی که کنترل بیرونی دارند، مشکل

اضطراب و اختلال خواب بیشتری دارند، در این خصوص تفاوت معنادار با توجه به آماره $t = 3.33$ و $df = 298$ و $p \text{ value} < 0.05$ دیده می‌شود.

(ج) کسانی که کنترل بیرونی دارند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تری نیز دارند، که با توجه به آماره $t = 2.9/4$ و $df = 298$ و $p \text{ value} < 0.05$ تفاوت معنادار بین آنها دیده شد.

(د) کسانی که کنترل بیرونی دارند، بیشتر دچار افسردگی هستند، که با توجه به آماره $t = 4.49$ و $df = 298$ و $p \text{ value} < 0.05$ تفاوت معنادار بین آنها دیده شد.

بحث

همان گونه که در بخش نتایج ذکر شد در رابطه با ابعاد چهارگانه GHQ و منبع کنترل که با آزمون آماری رگرسیون لجستیک محاسبه شد، مشخص گردید که رابطه معنا داری بین آنها وجود دارد. یعنی هرچه کنترل درونی تر شود شکایت جسمانی- اضطراب و اختلال خواب - عملکرد اجتماعی و افسردگی در دانشجویان کاهش می‌یابد.

مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۱ توسط صالحی و همکارانش با هدف تعیین رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان بر روی ۸۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی بندر عباس انجام شد. این مطالعه تحلیلی بوده و نمونه‌ها به صورت تصادفی خوشه‌ای

انتخاب شدند و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه منبع کنترل جولیان راتر برگه ارزیابی علائم مرضی و مقیاس عمل سنجی اسلامی بود. نتایج حاکی از آن بود که بین سلامت روان و منبع کنترل رابطه مستقیمی وجود دارد و همچنین نقش مثبت عملکرد مذهب بر منبع کنترل ثابت شده است (۱) که با مطالعه ما همخوانی دارد و موید آن است که هرچه منبع کنترل درونی باشد فرد از سلامت روانی برخوردار است.

مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۲ توسط طالبیان و نوفرستی

تحت عنوان بررسی رابطه منبع کنترل با اضطراب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه منبع کنترل جولیان راتر، اضطراب Speilberges بود. یافته‌ها نشان داد کسانی که منبع کنترل بیرونی دارند بیشتر دچار اضطراب می‌شوند (۱۳).

مطالعه‌ای در سال ۸۵-۱۳۸۴ توسط بیانی و همکاران به منظور بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی بر روی ۵۷۱ دانشجویان بین دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر انجام شد. این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود که نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته، آزمون افسردگی بک، مقیاس جهت‌گیری مذهبی و پرسشنامه صفت - حالت اسپیل برگ بودند، نتایج این تحقیق نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی دانشجویان با اضطراب و افسردگی آنها رابطه معکوس و معناداری از لحاظ آماری وجود داشته و با افزایش جهت‌گیری مذهبی دانشجویان، افسردگی و اضطراب آنها کاهش یافت (۱۴). هم چنین مطالعه Amber در مورد مذهب و سلامت روانی نشان داد که دستورات اسلام اثر مثبت در سلامت روانی فرد دارد (۱۵) و مطالعه سیریتما یتیک Etan در ۲۰۱۱ نشان داد که مذهب و معنویت ارتباطی قوی با کم کردن دفعات و شدت دوره‌های افسردگی دارد (۱۶) و پژوهشی دیگر حاکی از آن است که

باورهای مذهبی با بروز اختلال استرس پس از تروما و افسردگی و اضطراب رابطه منفی داشته است و میزان سوء مصرف مواد و سیگار در باورهای مذهبی بالا کمتر

آن نیز می‌توان به عدم دسترسی به دانشجویان ترم‌های بالا خصوصاً در رابطه با دانشجویان پزشکی اشاره نمود.

پیشنهادات:

- ۱- انجام مطالعات مشابه در سطح وسیع تر در دانشگاه‌های مختلف کشور.
- ۲- انجام این پژوهش در کارکنان دانشگاه‌های مختلف کشور.
- ۳- بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی دانشجویان قبل و بعد از برگزاری کلاس‌های مهارت‌های زندگی.
- ۴- بررسی مقایسه‌ای این پژوهش به تفک یک جنسیت در دانشگاه‌های مختلف کشور.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ای تحت عنوان: بررسی رابطه منبع کنترل و مذهبی بودن با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در مقطع کارشناسی در سال ۱۳۸۹ با کد ۱۱ است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی مازندران اجرا گردید.

است (۱۷) که با مطالعه ما همخوانی دارند و موید این نکته هستند که هر چه رفتار دینی برجسته تر باشد فرد از سلامت روانی بیشتری برخوردار است.

مطالعه ای در سال ۱۳۸۶ توسط محمدی و محراب زاده هنرمند به منظور بررسی رابطه بین مذهب و منبع کنترل و نقش تفاوت‌های جنسی انجام شد، این مطالعه بر روی ۱۷۹ دانشجوی کارشناسی (۹۶ زن و ۸۵ مرد) انجام گرفت و نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین رفتارهای مذهبی و منبع کنترل در میان مردان خاصی وجود دارد و تفاوت معناداری در رابطه با مذهب در مردان و منبع کنترل در زنان دیده شد (۱۳).

با توجه به نقش منبع کنترل درونی و لورهای مذهبی بر سلامت روان به نظر می‌رسد دانشگاه به عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز تربیت و تقویت اعتقادات مذهبی و مجری برنامه‌های آموزشی در جهت تقویت ادراک در جوانان، می‌تواند با سرمایه‌گذاری بیشتر در این زمینه، شرایط رشد و تقویت بهداشت روانی آنها را فراهم آورد از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به بررسی سه پرسشنامه به صورت همزمان اشاره کرد و از نقاط ضعف

References

1. Salehi L, Solimanizadeh L, Bagheri Yazdi SA, Abbaszadeh A. The relationship between religious beliefs and locus of control with mental health, JQUMS. 2007; 11 (1):50-55 (Persian).
2. JavaKhchy Olya M. Assessment of relationship between safety beliefs and Mental health (psychological injury) among students and teachers of training and education organization in Tehran province. Master's thesis advisers
3. Morovati Sharifabad MA, Ghofranipour F, Hamidnia AR, Babaii Rouchi GR, Perceived religious support of health promoting behavior and state of performing these behaviors in elderly people aged 65 and older in Yazd. Journal of Medical Sciences and Health Services of shahid sadoughi Yazd. 83 (1): 23-29, (Persian).
4. Hassanzadeh R, Toliati SM, Hosseini SH, Davari F. Relationship between Health Locus of Control and Health Behaviors. IJPCP. 2006; 12 (3): 277-281. (Persian).
5. Ahmari Yehran H, Heidari a, Kochooii A, Moghaeiseh M, Irani A. The Relationship between Maternal Height, BMI and Weight Gain and Dystocia in Pregnant Women Referred to Maternity Wards of Qom Public Hospitals in 2006. Qom University of Medical Sciences Journal. 2009; 2 (4): 51-56. (Persian).
6. Shadmehr M, Assessment of the relationship between the actual documents (outside locus of control) and motivation of fear of success among female managers and consultants at high schools in the city of Sari. Sari master's thesis - Islamic Azad University. (2001-2002), (Persian).
7. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health, Research Journal of Medical Faculty. 2007; 31 (4): 345-350(Persian).
8. Sanaii B, Nasiri H. The effect of cognitive - religious groups' therapy to reduce depression and anxiety in hospitalized patients with mood disorders - Noor Medical Center of Isfahan.



- New consult Researches. 2000; 2 (7-8): 89-96. (Persian).
9. Hosseini Koohsari SE, Quranic perspective to psychological stress. Tehran: Young Thought Center, Fifth Edition. (Persian).
 10. Pakizeh A. Comparative study of students' mental health and the effect of activation of spirituality. Fourth Students' mental health Seminar Paper, Bushehr, Persian Gulf University (Persian).
 11. Sayyadi Tooranloo H, Jamali R, Mirghafoori SH. The relationship between belief to religious teachings and emotional intelligence of students. Quarterly Journal of Modern Religious Thought. 2007; 3 (11): 145-172 (Persian).
 12. Sayyadi Tooranloo H, Jamali R, Mirghafoori SH. Study of Islamic religious believe and emotional intelligence of students. Quarterly Journal of Modern Religious Thought. 2007; 3 (11): 145-172 (Persian).
 13. Nofarasti A, Talebian Sharif SJ. Assessment of the relationship between control location with anxiety and compared the anxiety among people with internal and external control location Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences (ASRAR). 2002; 9 [4 (26)]:65-73. (Persian).
 14. Bayani AA, Goodarzi H, Bayani A, Koocheki A. The relationship between the religious orientation and anxiety and depression of university students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008;.10 (3): 209-15. (Persian)
 15. HAQUE A. Religion and Mental Health: The Case of American Muslims و Journal of Religion and Health, 2004., 43, (1): 46-58.
 16. Eytan A. Religion and Mental Health During Incarceration: A Systematic Literature Review. Psychiatr Q. 2011; 82: 287-295.
 17. Mevludin H, Izet P. Religious Moral Beliefs as Mental Health Protective Factor of War Veterans Suffering from PTSD, Depressiveness, Anxiety, Tobacco and Alcohol Abuse in Co morbidity. Psychiatria Danubina. 2010;. 22(2): 203-210.

