بررسی ارتباط جهت‌گیری مذهـبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

امیر موسی رضایی[۱]، همایون ناجی اصفهانی[۲]، طاهره مومنی قلعه قاسمی[۳]، مهین امین الرعایا[۴]

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب و افسردگی با توجه به آثار و عواقب آن از جمله مسایل مهم در دانشجویان می‌باشد. از طرفی التزام عملی به اعتقادات دینی و گرایش به سمت مذهـب به عنوان عامل بازدارنده بسیاری از اختلالات روانی، به ویژه افسردگی و اضطراب، توجه تعداد زیادی از روان‌شناسان را به خود جلب کرده است. مطالعه حاضر، با هدف بررسی رابطه جهت‌گیری مذهـبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، طراحی و اجرایی شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به شکل مقطعی اجرا گردیده است. ۷۱۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با روش نمونه‌گیری تصـادفی طبـقه‌ای وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه سنجش استرس، اضطراب و افسردگی DASS-42 (Depression anxiety stress scales) و پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهـبی Alport بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و روش‌های آماری آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی Pearson مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر بالاتر بود، ولی در جهت‌گـیری مذهبی تفاوت معنی‌داری بین دانشجویان دختر و پسر وجود نداشت. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر بین افسردگی ($P < ۰/۰۵$، $r = -۰/۶۱$) و اضطراب ($P < ۰/۰۵$، $r = -۰/۵۶$) دانشجویان با جهت‌گیری مذهـبی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان ارتباط وجود دارد، از این رو ارتقای باورهای مذهـبی موجب کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان شده است و به گونه‌ای نقشی پیش‌گیرانه را در ابتلا به اختلالات حوزه روان، در زندگی افراد و بالاخص دانشجویان ایفا می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، دانشجو، دانشگاه، جهت‌گیری مذهـبی

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۸

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه سلامت بزرگسالان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir

۲- استادیار، گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناسی ارشد، گروه سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]

مقدمه

دانشجویان در آینده عهده‌دار آموزش و پرورش نسل‌های بعد از خود خواهند بود و از این طریق به طور غیر مستقیم در کمال نسل‌های بعدی جامعه نیز دخالت دارند (۱)، علاوه بر این، زندگی در دانشگاه، شیوه جدید زندگی و به هم خوردن ساعات خواب و بیداری از عوامل استرس‌زایی هستند که دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳، ۲). استرس‌های گوناگون با تأثیر منفی که بر منافع مقابله فردی و اجتماعی شخص اعمال می‌کنند، باعث کاهش مقاومت فرد می‌گردند و در دراز مدت اثرات ناخوشایندی بر بهداشت جسمی و روانی دانشجو می‌گذارند (۴، ۳). به طور کلی استرس توسط همه افراد تجربه می‌شود، اما دانشجویان در زمره گروه‌هایی هستند که به دلیل ماهیت انتقالی زندگی دانشجویی، در معرض عوامل استرس‌زا قرار می‌گیرند، زیرا باید خود را با فضای زندگی دانشجویی سازگار کنند که مستلزم انطباق با هنجارهای اجتماعی تازه و برقراری دوستی‌های جدید است و بر همین اساس ادراک آن‌ها از یک رویداد به عنوان عامل استرس‌زا و انتخاب راه‌بردهای مقابله‌ای که در موقعیت‌های معین از آن‌ها بهره گیرند، تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۵).

مطالعات صورت گرفته نشان دهنده آن است که شیوع و شدت مشکلات روانی در دانشجویان نسبت به جمعیت غیر دانشجو افزایش پیدا کرده است. بر اساس گزارش انجمن ملی سلامت روانی نتایج بررسی‌های اخیر در انستیتوی علوم بهداشتی Wolfsan لندن نشان می‌دهد که ۴۶ درصد دانشجویان مرد و ۶۴ درصد دانشجویان زن از اضطراب و ۱۲ درصد دانشجویان مرد و ۱۵ درصد دانشجویان زن از افسردگی رنج می‌برند. مشاوران انستیتیو یاد شده افزایش مراجعه دانشجویان به مراکز مشاوره را از ۲/۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۵ به ۹/۷ در سال ۲۰۰۰ گزارش کرده‌اند (۶).

استرس، اضطراب و افسردگی، مواردی همچون بروز بیماری‌های جسمی و روانی، اختلال در عملکرد و قدرت سازگاری و در نهایت پایین آمدن کیفیت زندگی دانشجویان را به دنبال خواهد داشت (۷، ۴)، از طرفی نتایج مطالعه اسدی و همکاران نشان داد که مشکلات روان‌شناختی در میان دانشجویان گروه پزشکی، نسبت به جامعه بالاتر است (۸). یافته‌های مطالعه رضایی و همکاران حاکی از آن است که ۷۸ درصد از دانشجویان گروه پزشکی از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و ۴۶ درصد از آن‌ها هم تا اندازه‌ای دچار افسردگی شدید هستند که نیاز به خدمات تخصصی دارند (۹).

در واقع دانشجویان گروه پزشکی در موقعیت خاصی قرار گرفته‌اند، چرا که علاوه بر استرس‌های ناشی از محیط‌های آموزش نظری، تحت تأثیر استرس‌های مختلف بیمارستان نیز قرار می‌گیرند. بیمارستان به عنوان یکی از استرس‌زاترین محیط‌های کاری محسوب می‌شود، چرا که در این مکان، مسأله مرگ و زندگی انسان‌ها مطرح است، تنش ناشی از این محیط نه تنها می‌تواند باعث افت تحصیلی شود، بلکه بر چگونگی رشد شخصیت دانشجویان نیز اثر می‌گذارد و موجب بروز بسیاری از اختلالات در سلامت روان همچون اضطراب و افسردگی در آنان می‌گردد (۱۰).

اهمیت اضطراب و افسردگی در دانشجویان به دلیل گسترش این اختلال از مراحل ابتدایی زندگی (مانند نوجوانی و جوانی) به مراحل بعدی می‌باشد، وجود اضطراب و افسردگی در این سنین می‌تواند علاوه بر کندی در فعالیت‌های روزمره باعث بروز سایر اختلالات روانی، مشکلات تطابقی و ارتکاب به جرم در سنین بالاتر گردد (۱۱).

از طرفی امروزه غالب صاحب‌نظران بر این باورند که مذهب آثار بلاشکی بر سلامت جسم، روان و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد که البته در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم و روح و سایر امور کامل‌ترین فرامین است و از نظر روان‌شناسان مسلم و قطعی است که اکثر بیماری‌های روانی که ناشی از ناراحتی‌های روحی و تلخی‌های زندگی است، در میان افراد غیر مذهبی بیشتر دیده می‌شود (۱۲).

به اعتقاد برخی پژوهشگران، مذهب با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی، به سؤالات اساسی

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]

انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها پاسخ می‌دهد (۱۳). از جمله مطالعات انجام شده در حیطه رابطه بین دین و سلامت روانی می‌توان به مطالعات انجام شده توسط Berammer و همکاران (۱۳)، حسینی (۱۴)، ابوالقاسمی (۱۵) و خدارحیمی و جعفری (۱۶) اشاره نمود که هر یک به نوعی بر تأثیر مثبت نگرش‌های مذهبی بر سلامت روان صحه گذاشته‌اند.

Bergin معتقد است که دین نوعی سبک زندگی سالم‌تر را برای افراد به ارمغان می‌آورد که بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۷). محققانی چون Bergin (۱۷)، Scheier و Carver (۱۸) و Seligman (۱۹)، همگی در مطالعات خود بیان داشتند که گرایش‌های دینی و نگرش‌های مذهبی با سلامت روانی ارتباط مثبتی دارد.

در زمینه اضطراب به عنوان یک اختلال شایع روانی، مطالعات نشان می‌دهد که شرکت در مراسم مذهبی اضطراب را کاهش می‌دهد. همچنین بین مذهب یا رفتار مذهبی و افسردگی مطالعاتی انجام شده که بیانگر تأثیر مذهب در کاهش افسردگی است و بین گرایش به مذهب و افسردگی رابطه‌ای معکوس مشاهده شده است (۲۰)، در این راستا Alport (به نقل از آقاپور و مصری) بحث جهت‌گیری مذهبی درون‌گرایانه و برون‌گرایانه را مطرح می‌کند. وی بر این باور است که در جهت‌گیری مذهبی برون‌گرایانه، مذهب برای اهداف غیر مذهبی استفاده می‌شود (مانند حمایت اجتماعی و احساس امنیت) و به صورت ابزاری برای دست‌یابی به اهداف و ارزش‌های برتر از مذهب همچون مقابله با مشکلات یا پیشرفت زندگی به کار می‌رود. جهت‌گیری مذهبی برون‌گرایانه، ابعاد غیر روحانی و سکولار زندگی را برای فرد مقدم بر ابعاد معنوی آن می‌نماید و برای ارزیابی ایمان نابالغانه طراحی شده است، اما در جهت‌گیری مذهبی درون‌گرایانه، مذهب به عنوان قالبی در زندگی اجتماعی به کار می‌رود. به تعبیر Alport، جهت‌گیری درون‌گرایانه، کل زندگی را غرق در انگیزش و معنی می‌کند و الهام بخش عبادت است. وی استدلال می‌کند که نگرش‌های مذهبی به عنوان مکانیزمی برای ارزشیابی و در ارتباط با حوادث استرس‌زای زندگی به کار می‌رود (۲۱).

نکته قابل تأمل این است که با وجود قدمت باورهای دینی، صاحب‌نظران در حوزه روان‌شناسی مذهب در سطح نظری درباره اثرات اعتقادات دینی بر بهداشت روانی، دیدگاه‌های ضد و نقیضی را مورد بحث قرار داده‌اند (۲۲)، به طور مثال Freud و Ellis (به نقل از معتمدی و همکاران) نوعی ارزیابی منفی از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روانی داشته‌اند (۲۳). مرور پژوهش‌های تجربی نیز حاکی از عدم هماهنگی یافته‌ها در خصوص رابطه بین مذهب و بهداشت روانی است. Ellis (به نقل از بیانی و همکاران) اظهار داشت که تدین با تفکر غیر عقلانی و اختلالات عاطفی همراه است (۲۴)، در حالی‌که Bergin (به نقل از بیانی و همکاران) با استفاده از شواهد، همراهی تدین با آسیب‌شناسی روانی را رد می‌کند (۲۴). Albert (به نقل از Pargament) از ۱۱ شیوه مذهبی که از طریق آن مشکلات روانی ایجاد و یا تشدید می‌شود، نام برد (۲۵). Pargament با بررسی ۱۳۰ پژوهش گزارش می‌کند که ۳۴ درصد از پژوهش‌های مرور شده توسط وی به رابطه مثبت بین مقابله مذهبی و سازگاری و سلامت روان اشاره داشته است (۲۵)، در حالی‌که ۴ درصد این رابطه را منفی ارزیابی نموده بودند و ۶۲ درصد مطالعات هیچ گونه رابطه‌ای بین این متغیرها گزارش نکرده بودند (۲۶).

O Conner و همکاران در پژوهش خود اظهار داشتند که ما نتوانستیم شواهدی را پیدا کنیم که نشان دهد مذهب اثر مثبتی بر روی اضطراب بر جای می‌گذارد (۲۷). Hertsgaard و Ligtht (به نقل از Shreve-Neiger و Edelstein) در پژوهشی با بررسی عوامل مرتبط با اضطراب را بر ۷۶۰ زن شهری، گزارش دادند که نمرات زنان کاتولیک در اضطراب به طور معنی‌داری بیش‌تر از سایرین است (۲۸). این در حالی است که نتیجه برخی دیگر از پژوهش‌هایی که در مورد تأثیر مذهب بر سلامت روان انجام شده است، حاکی از وجود اثر مثبت مذهب بر سازگاری، ارتقای سلامت روانی، کاهش علایم بیماری و کاهش ناراحتی و آشفتگی می‌باشد و از وجود

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]

www.mui.ac.ir

یک رابطه مثبت بین مذهب و سلامت روانی حمایت می‌کند (۳۱-۲۹).

التزام عملی به اعتقادات دینی و گرایش به سمت مذهب به عنوان عامل بازدارنده بسیاری از اختلالات روانی، به ویژه اضطراب و افسردگی، توجه تعداد زیادی از روان‌شناسان و دانشمندان را به خود جلب کرده است. مطالعه منابع اسلامی و نظریات دانشمندان مسلمان گویای این نتیجه است که بین میزان گرایش به مذهب و اعتقادات دینی با سلامت روانی همبستگی مثبت وجود دارد (۳). با توجه به آثار مثبت اعمال مذهبی در ارتقای سلامت روان و به خصوص کاهش اضطراب و افسردگی، از طرفی وجود موارد و یافته‌های پارادوکس گونه در حوزه ارتباط بین گرایشات مذهبی و سلامت روان (۲۹، ۳)، محققین را بر آن داشت تا با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی جامعه، مطالعه‌ای را تحت عنوان «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان» در سال ۱۳۹۰ طراحی و اجرایی نمایند.

مواد و روش‌ها

پژوهش انجام شده به صورت مقطعی در اسفند ۱۳۹۰ و به روش توصیفی همبستگی اجرا شده است. نمونه مورد پژوهش در این مطالعه ۷۱۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب گردیدند. در این روش، نمونه تحقیقی به گونه‌ای انتخاب شد که زیرگروه‌ها با همان نسبتی که در جامعه (دانشگاه) وجود داشتند، به عنوان نماینده جامعه در نمونه نیز حضور داشته باشند. در این روش درصد آزمودنی‌هایی که به صورت تصادفی از هر گروه انتخاب می‌شدند، با درصد همان گروه در جامعه مورد نظر برابر بود. به این صورت که ابتدا دانشجویان دانشگاه به تفکیک رشته دسته‌بندی شدند، سپس متناسب با تعداد دانشجویان دانشگاه، حجم نمونه مشخص گردید. آن گاه نمونه‌ها از دانشجویان به صورت تصادفی انتخاب شدند. اشتغال داشتن به تحصیل، قرار داشتن در ترم دوم یا بالاتر، مسلمان بودن (شیعه و سنی)، علاقمند بودن به شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی آشکار از معیارهای ورود به مطالعه بود و کسانی که چنین شرایطی را نداشتند، از مطالعه خارج می‌شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی Alport و پرسش‌نامه استاندارد سنجش استرس، اضطراب و افسردگی (Depression anxiety stress scales) DASS-42 بود.

پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی Alport دارای ۲۰ ماده می‌باشد که ۱۱ ماده آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی بیرونی (External religious orientation) و ۹ ماده آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی درونی (Internal religious orientation) است. Feagin (به نقل از چاوشی و همکاران) نسخه ۲۱ ماده‌ای ساخت که تمام گزینه‌های پرسش‌نامه Alport در آن انتخاب شده بود و علاوه بر آن، یک گزینه دیگر نیز به آن افزود که این گزینه همبستگی بالایی با جهت‌گیری بیرونی داشت و از آن به بعد این پرسش‌نامه، بیشتر مورد استفاده قرار گرفت (۳۲). اعتبار پرسش‌نامه توسط جان‌بزرگی (۲۰) با استفاده از روش Cronbach's alpha ۰/۷۴ و توسط مختاری و همکاران (۳۳) ۰/۷۱ گزارش شده است.

مقیاس افسردگی اضطراب و استرس DASS-42 یک پرسش‌نامه خود گزارشی ۴۲ سؤالی در مورد اضطراب، افسردگی و استرس می‌باشد. هر یک از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس دارای ۱۴ پرسش است و نمره آزمودنی در هر یک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به کلیه عبارات آن خرده مقیاس حاصل می‌آید. Lovibond و Lovibond (به نقل از افضلی و همکاران) به منظور ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، آن را بر روی یک نمونه غیر بالینی ۲۹۱۴ نفری اجرا کردند. پایایی این مقیاس توسط Cronbach's alpha برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در حد قابل قبولی به ترتیب ۰/۹۱ برای افسردگی، ۰/۸۴ برای اضطراب و ۰/۸۴ برای استرس به دست آمد (۳۴).

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]

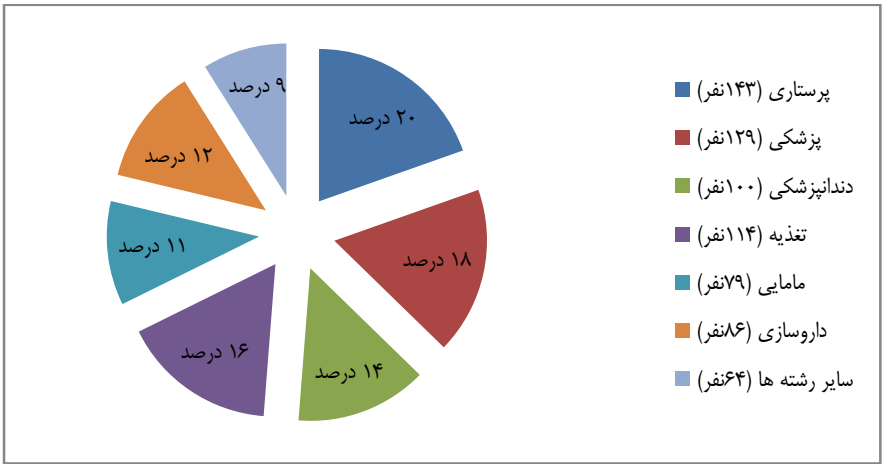
پس از توزیع پرسش‌نامه و در اختیار قرار دادن اطلاعات لازم پیرامون اهداف پژوهش، پرسش‌نامه‌ها به صورت فردی بین دانشجویان دانشکده‌ها توزیع و به صورت خودایفا توسط دانشجویان تکمیل گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها، جهت تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و روش‌های آمار توصیفی، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی Pearson استفاده شده است. حدود اطمینان در مطالعه حاضر ۹۹ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از مجموع ۷۱۵ نفر حجم نمونه مورد بررسی، ۷۰ درصد (۵۰۰ نفر) دختر و ۳۰ درصد (۲۱۵ نفر) پسر بودند که توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک رشته تحصیلی در نمودار ۱ آورده شده است. دامنه سنی واحدهای مورد پژوهش بین ۴۰- ۱۸ سال (با میانگین ۲۲/۸ و انحراف معیار ۲/۵۷) بود که ۹۰ درصد مجرد و ۱۰ درصد از آن‌ها متأهل بودند. از نظر مقطع تحصیلی ۵/۵ درصد در مقطع دکتری، ۲۹/۱ درصد در مقطع فوق لیسانس و ۶۵/۴ درصد در دوره لیسانس مشغول به تحصیل بودند. دامنه ترم تحصیلی آن‌ها ترم ۱۲-۲ را در بر می‌گرفت و اکثریت دانشجویان در ترم چهارم تحصیلی مشغول بودند. ۹۹ درصد از دانشجویان تشیع و ۱ درصد تسنن را به عنوان مذهب خود گزارش کردند.

میانگین و انحراف معیار استاندارد نمرات دانشجویان در مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و جهت‌گیری مذهبی به تفکیک جنس در جدول ۱ ارایه شده است. همان طور که در جدول نیز نمایان می‌باشد، میانگین نمرات دانشجویان زن در مقایسه با مرد در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بالاتر بود، ولی در جهت‌گیری مذهبی تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان وجود نداشت.

بر اساس نتایج حاصل از آزمون Pearson، بین جهت‌گیری مذهبی دانشجویان و اضطراب آنان رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت ($r = -۰/۵۶$ ،$P < ۰/۰۵$). در واقع هر چه میزان جهت‌گیری مذهبی دانشجویان بیشتر، میزان اضطراب آنان کمتر بوده است. همچنین نتایج حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌دار به صورت معکوس بین میزان جهت‌گیری مذهبی دانشجویان با افسردگی بوده است ($r = -۰/۶۱$ ،$P < ۰/۰۵$). بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر بین جهت‌گیری مذهبی درونی با افسردگی و اضطراب دانشجویان، ارتباط آماری معنی‌دار معکوس وجود داشت. این در حالی است که هر چند ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با میزان اضطراب و افسردگی در دانشجویان تحت مطالعه از نظر آماری معنی‌دار نشد، ولی یافته‌ها حاکی از وجود ارتباط مستقیم بین متغیرهای مذکور بود (جدول ۲).



نمودار ۱. توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک رشته تحصیلی

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار استاندارد نمرات دانشجویان در مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و جهت‌گیری مذهبی به تفکیک جنس

شاخص‌های آماری	مردان			زنان			کل		
مقیاس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۲۱۵	۱۱/۴۵	۹/۳۵	۵۰۰	۱۳/۱۵	۹/۷۵	۷۱۵	۱۲/۲۴	۹/۴۵
افسردگی	۲۱۵	۱۴/۱	۱۰/۲۵	۵۰۰	۱۷/۲۵	۱۱/۴۵	۷۱۵	۱۵/۶۱	۱۰/۷۸
جهت‌گیری مذهبی درونی	۲۱۵	۲۳/۴۵	۵/۶۶	۵۰۰	۲۲/۶۹	۵/۱۲	۷۱۵	۲۳/۰۷	۵/۴۵
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۲۱۵	۲۲/۵۸	۵/۶۲	۵۰۰	۲۱/۸۱	۵/۰۹	۷۱۵	۲۲/۱۹	۵/۲۲

جدول ۲. همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی و ابعاد آن با اضطراب و افسردگی

مقیاس‌ها	اضطراب	افسردگی
جهت‌گیری مذهبی	-۰/۵۶ *	-۰/۶۱ *
جهت‌گیری مذهبی درونی	-۰/۵۸ *	-۰/۶۷ *
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	+۰/۱۱ **	+۰/۱۸ **

* در سطح P < ۰/۰۵ معنی‌دار است. ** عدم معنی‌دار شدن (P > ۰/۰۵)

جدول ۳. فراوانی مطلق، میانگین و انحراف معیار استاندارد افسردگی و اضطراب دانشجویان با جهت‌گیری مذهبی مختلف به همراه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه

مقیاس‌ها	شاخص‌های آماری	فراوانی مطلق	میانگین	انحراف معیار	P	F
اضطراب	جهت‌گیری مذهبی کم	۸۵	۱۶/۱۸	۱۲/۵۱	< ۰/۰۰۱	۳۰/۴۵
	جهت‌گیری مذهبی متوسط	۴۹۹	۱۲/۵۶	۱۰/۱		
	جهت‌گیری مذهبی بالا	۱۳۱	۸/۴۶	۴/۹۸		
افسردگی	جهت‌گیری مذهبی کم	۸۵	۲۶/۵۰	۱۸/۱۷	< ۰/۰۰۱	۳۵/۳۸
	جهت‌گیری مذهبی متوسط	۴۹۹	۱۵/۷۵	۱۱/۲۵		
	جهت‌گیری مذهبی بالا	۱۳۱	۷/۹۵	۴/۶۸		

به منظور ارزیابی بیشتر و دقیق‌تر رابطه جهت‌گیری مذهبی دانشجویان با اضطراب و افسردگی آن‌ها، دانشجویان بر اساس میانگین و انحراف معیار استاندارد نمرات کسب شده در جهت‌گیری مذهبی به سه گروه کم، متوسط و زیاد تقسیم شدند؛ به طوری که یک انحراف استاندارد بالای میانگین به عنوان جهت‌گیری بالا و بین یک انحراف استاندارد بالا و پایین میانگین، به عنوان جهت‌گیری مذهبی متوسط و یک انحراف استاندارد پایین میانگین هم به عنوان جهت‌گیری مذهبی پایین در نظر گرفته شد. به این ترتیب نمرات بالای ۲۸/۱۹ در گروه جهت‌گیری مذهبی بالا، نمرات بین بازه ۲۸/۱۹ و ۱۷/۴۹ در گروه جهت‌گیری متوسط و بالاخره دانشجویانی که میزان نمران آن‌ها پایین‌تر از ۱۷/۴۹ قرار داشت، در گروه جهت‌گیری مذهبی پایین قرار گرفتند. سپس با به کارگیری آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، به تجزیه و تحلیل افسردگی و اضطراب دانشجویان پرداخته شد. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار استاندارد نمره افسردگی و اضطراب دانشجویان و ارتباط آن با جهت‌گیری مذهبی ارایه شده است.

همان طور که در جدول ۳ نیز مشخص است، دانشجویانی که در گروه جهت‌گیری مذهبی کم، قرارگرفته‌اند، نسبت به دو گروه دیگر از میانگین نمره بالاتری در حوزه اضطراب و افسردگی برخوردار هستند و در واقع میزان اضطراب و افسردگی در نزد دانشجویان این گروه بالاتر است، همچنین میانگین نمره افسردگی و اضطراب دانشجویانی که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]
www.mui.ac.ir

جهت‌گیری مذهبی متوسط دارند، از میانگین نمره افسردگی و اضطراب دانشجویانی که جهت‌گیری مذهبی زیاد دارند، بیشتر است. از طرفی یافته‌های حاصل از تحلیل آنالیز واریانس نیز بر این یافته، صحه می‌گذارد؛ به طوری که تفاوت معنی‌دار میان اضطراب و افسردگی دانشجویان در سه سطح جهت‌گیری مذهبی بر طبق یافته‌های جدول ۳ مشهود می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بر طبق نتایج مطالعه حاضر میزان اضطراب و افسردگی در دانشجویان زن بالاتر از مرد بود که این یافته با نتایج پژوهش‌های Misra و McKean (۳۵) و Bebbington (۳۶) سازگاری دارد؛ به طوری که در مطالعه آن‌ها نیز میزان اضطراب و افسردگی در دانشجویان زن بالاتر بود. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، بین اضطراب دانشجویان با جهت‌گیری مذهبی درونی، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. این بدین معنی می‌باشد که دانشجویانی که به شکل باطنی گرایش به سمت مذهب داشتند، اضطراب کمتری را تجربه نموده‌اند. در تأیید این یافته از مطالعه حاضر، Baker و Groush (به نقل از بیانی و همکاران) گزارش داده‌اند که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و اضطراب دانشجویان یک همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد (۲۴). یافته‌ها نشان دهنده این بود که بین میزان اضطراب دانشجویان با متغیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد که یافته‌های مطالعه Baker و Groush (به نقل از بیانی و همکاران) مؤید همین مطلب است (۲۴).

همچنین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر دانشجویان با میانگین نمرات بالاتر جهت‌گیری مذهبی، میزان اضطراب کمتری داشتند. در تأیید این یافته از پژوهش، مختاری و همکاران در بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان اضطراب و تنیدگی در دانشجویان به این یافته نایل گردید که دانشجویان با جهت‌گیری مذهبی بالاتر، میزان اضطراب و تنیدگی کمتری را تجربه می‌کنند (۳۳). همچنین نتایج بررسی بهرامی (به نقل از خداپناهی و خاکسار) نیز نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی با اضطراب، رابطه معکوس وجود دارد (۳۷). از دیگر مطالعاتی که همسو با این یافته از پژوهش حاضر می‌باشد، می‌توان به مطالعه خزایی و همکاران اشاره نمود؛ به طوری که میانگین نمره اضطراب در دانشجویان با نمرات پایین‌تر میانگین مذهب، بیشتر بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (۳۸).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، با افزایش میزان جهت‌گیری مذهبی دانشجویان، میزان افسردگی آنان کمتر بوده است، این یافته با نتایج حاصل از مطالعات Koenig و همکاران (۳۹) و Kaldestad (۴۰)، هماهنگ است. Koenig و همکاران دریافتند که میزان افسردگی آزمودنی‌هایی که در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌نمایند، نصف آزمودنی‌هایی است که کمتر شرکت می‌کنند (۳۹). همچنین Parker و همکاران گزارش داده‌اند که دانشجویانی که از جهت‌گیری مذهبی بالاتری برخوردارند، افسردگی کمتری را از خود نشان داده‌اند (۴۱). بررسی‌های Baker (به نقل از Parker و همکاران) (۴۱)، Francis و همکاران (۴۲) و Smith و همکاران (۴۳) نیز حاکی از رابطه منفی و معنی‌دار جهت‌گیری مذهبی با افسردگی است.

یافته‌های منتج از مطالعه ما از سوی دیگر مطالعات نیز حمایت شده است و با آن‌ها همخوانی دارد. برای مثال مطالعه Bierman بر روی افراد ۲۵ تا ۷۴ ساله نشان داد که اعمال مذهبی با سطح بهداشت روان و از جمله اضطراب و افسردگی ارتباط مستقیم دارد (۴۴). نتایج تحقیقات انجام شده نشان داد که با افزایش باورهای مذهبی می‌توان تأثیرات منفی اضطراب را کاهش داد و به طور کلی ارتباط قوی بین باورهای مذهبی و سلامتی وجود دارد (۳۱)، در همین راستا Park و همکاران (به نقل از خدایاری‌فرد و همکاران) نشان دادند که در بین پیروان مذهب پروتستان هر قدر که میزان جهت‌گیری درونی مذهبی بالاتر باشد، احتمال ابتلا به افسردگی کمتر است (۴۵).

نتایج تحقیق Kendler و همکاران نشان داد که نگرش منفی افراد نسبت به زندگی که در اثر نداشتن باورهای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]
www.mui.ac.ir

مذهبی به وجود می‌آید، موجب افزایش ریسک بیماری‌های روانی می‌شود و به طور کلی زنان و مردان مذهبی کمتر دچار اضطراب و اختلالات اضطرابی می‌شوند (۴۶). از دیگر مطالعاتی که نتایج آن با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد، مطالعه گنجی و حسینی می‌باشد که در آن مطالعه نیز میان اضطراب و باورهای مذهبی ارتباط وجود دارد (۴۷)، همچنین نتایج مطالعات واثق و محمدی (۴۸) و David (به نقل از Musick و Cheever) (۴۹) نیز نشان داد که شدت افسردگی نمونه‌های مورد مطالعه با نوع نگرش مذهبی آنان ارتباط دارد؛ به طوری که کمترین شدت افسردگی در دانشجویان با نگرش مذهبی مثبت مشاهده گردید و بر نتایج مطالعه حاضر صحه می‌گذارد.

در نهایت به نظر می‌رسد که افزایش باورهای مذهبی موجب کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان شده است و به گونه‌ای نقشی پیش‌گیرانه را در ابتلا به اختلالات حوزه روان، در زندگی افراد ایفا می‌کند. در واقع اگر چه رابطه بین مقابله مذهبی و سلامت و بیماری روانی پیچیده است، اما آشکار است که عقاید و شعارهای مذهبی نقش مهمی را در پیش‌گیری و کاهش مشکلات هیجانی و روانی بازی می‌کند، از این رو باید گفت که آشنایی با رویکردهای دینی، دیدگاه‌های عمیق عرفانی و مبانی ارزشمند اسلامی جهت حفظ سلامت روانی اهمیت بسیار دارد. بنابراین توصیه می‌شود که با آموزش مناسب توسط افراد شایسته و متخصص در حوزه مذهب و باورهای معنوی، همین طور فراهم آوردن بستری مناسب در محیط دانشگاه، زمینه تقویت باورهای مذهبی دانشجویان فراهم شود.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به مطالعه رابطه بین متغیرها بر روی یک گروه دانشجویی (گروه علوم پزشکی) اشاره کرد، توصیه می‌شود این بررسی بر روی سایر گروه‌های سنی، تحصیلی و قومی نیز انجام شود. جنبه ارزشی و اخلاقی موضوع حاضر و امکان این که افراد در رویارویی با چنین پژوهش‌هایی تا حدودی از خود مقاومت نشان دهند، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. برای پیگیری معتبرتر نتایج لازم است گروه وسیع‌تری از افراد مورد سنجش قرار گیرند، نتایج این پژوهش تنها می‌تواند راه‌گشای پژوهش‌های بزرگتری قرار گیرد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود که مداخلات و اقدامات لازم با تکیه بر روش‌های مذهبی برای تأمین بهداشت و سلامت روانی دانشجویان انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی در ابعاد مختلف سلامت روان و در زمینه یکایک اعمال عبادی و بررسی اثرات آن‌ها روی ابعاد مختلف سلامت روان انجام گیرد تا ارتباط ابعاد مختلف اعتقادات دینی با اضطراب، افسردگی و دیگر مؤلفه‌های سلامت روان را مشخص سازد. همچنین پیشنهاد می‌شود که ارتباط و تأثیر مذهب بر دیگر شاخصه‌های سلامت روان همچون استرس، پرخاشگری و اعتماد به نفس دانشجویان در پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بالاتر مورد ارزیابی قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از همکاری صمیمانه کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در انجام این پژوهش، صادقانه همکاری نمودند، جهت به ثمر رسیدن این پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Azad Marzabadi A. The role of stress in students' mental health. Proceedings of the 2nd Seminar of Students Mental Health; 2005 Mar 2-3; Tehran, Iran. p. 1-4. [In Persian].
2. Packer JL. Education for clinical practice: an alternative approach. J Nurs Educ 1994; 33(9): 411-6.
3. Rahimikian F, Amelvalizadeh M, Ghobari Bonab B, Mehran A, Rahimi N. Frequency and Intensity of Depression during Menstrual Period and It's Relation with Religious Attitudes in Karaj High School Girls 2003. Dena, Quarterly Journal of Yasuj Faculty of Nursing and Midwifery 2006; 1(2): 1-11. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]
www.mui.ac.ir

4. Gammon J, Morgan-Samuel H. A study to ascertain the effect of structured student tutorial support on student stress, self-esteem and coping. Nurse Educ Pract 2005; 5(3): 161-71.
5. Samari AA, Lalee Faz A, Askari AA. An investigation on supportive resources and coping styles with stressors in university students. J Fundam Ment Health 2006; 8(31-32): 97-107. [In Persian].
6. National Mental Health Association. Campaign for America's mental health [Online]. 2005; Available from: URL: http://www.nmha.org/
7. Ryan ME, Twibell RS. Concerns, values, stress, coping, health and educational outcomes of college students who studied abroad. International Journal of Intercultural Relations 2000; 24(4): 409-35.
8. Asadi MH, Barati SF, Bahmani B, Sayah M. A study on general health and self-esteem of sportman medical University in 2nd sports olympiad. Teb va Tazkiyeh 2002; 11(1): 43-9. [In Persian].
9. Rezie Adriani M, Azadi A, Ahmadi F, Vahedian Azmi A. Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life in dormitories students of Tarbiat Modares University. Iran J Nurs Res 2007; 2(4-5): 31-8. [In Persian].
10. Fathi M. Incidence rate and sources of stress among nurses working in intensive care unit of kurdistan university of medical sciences. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2003; 7(28): 53-62. [In Persian].
11. Kitamura T, Hirano H, Chen Z, Hirata M. Factor structure of the Zung Self-rating Depression Scale in first-year university students in Japan. Psychiatry Res 2004; 128(3): 281-7.
12. Eslami AA, Shojaee Zadeh D, Kamali P, Ghobari Banab B, Batebi A. The individual's view on being religious and its relation to depression in senior high school. Teb va Tazkiyeh 1999; (34): 29-35. [In Persian].
13. Berammer LM, Abrego P, Shostrom EL. Therapeutic and psychotherapy. 6th ed. New York, NY: Prentice Hall; 1993.
14. Hosayni SA. Mental health problems. J Ment Health. J Fundam Ment Health 1999; 1(1): 4-6. [In Persian].
15. Abolghasemi A. The role of religious trends in the adoption of coping with stress in the elderly in Tehran. Proceedings of the 1st Conference on the Role of Religion in Mental Health; 1998 May 14-15; Tehran, Iran; 1998. [In Persian].
16. Khodarahimi S, Jafari SG. The role of religion on mental health. J Fundam Ment Health 1999; 1(4): 185-97. [In Persian].
17. Bergin AE. Values and religious issues in psychotherapy and mental health. Am Psychol 1991; 46(4): 394-403.
18. Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Research 1992; 16(2): 201-28.
19. Seligman R. Mediumship and mental health: Preliminary results from a bicultural study in northeastern Brazilthe 101st Annual Meeting of the American Anthropological Association; 2002 Nov 20-24; New Orleans, Louisiana; 2002.
20. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. Pejouhesh 2007; 31(4): 345-50. [In Persian].
21. Aghapour I, Mesri M. Relationship between religious orientation and mental health family. Quarterly of Quran & Medicine 2011; 1(1): 39-45.
22. Maltby J, Day L. Depressive symptoms and religious orientation: examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. Personality and Individual Difference 2000; 28(2): 383-93.
23. Moatamedi A, Ejei J, Azadfallah P, Kyamanesh AR. The Relationship between Religious Tendency and Successful Aging. Daneshvar Raftar 2005; 12(10): 43-56. [In Persian].
24. Bayani AA, Goodarzi H, Bayani A, Mohammad Koocheki A. The relationship between the religious orientation and anxiety and depression of university students. J Fundam Ment Health 2008; 10(39): 209-14. [In Persian].
25. Pargament KI. The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice. New York, NY: Guilford Press; 1997.
26. Nasirzadeh R. Rassolzadeh Tabatabaie K. Religious beliefs and coping strategies in students. Ofogh-e-Danesh Journal 2009; 15(2): 36-45. [In Persian].
27. O Connor DB, Cobb J, O Connor RC. Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students. Personality and Individual Differences 2003; 34(2): 211-7.
28. Shreve-Neiger AK, Edelstein BA. Religion and anxiety: a critical review of the literature. Clin Psychol Rev 2004; 24(4): 379-97.
29. Azami Dolati H, Noghabi M. Evaluation of anxiety and religious conformity in the Mazandaran University of Medical Sciences. Proceedings of the National Conference on Prevention of Nursing Midwifery; 2000 Mar 26; Sari, Iran; 2000 . [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]
www.mui.ac.ir

30. Salehi L, Soleymanizadeh L, Bagheri Yazdi SA, Abbaszadeh A. The relationship between religious beliefs and locus of control with mental health. J Qazvin Univ Med Sci 2007; 11(1): 50-5. [In Persian].
31. Sullivan MD, LaCroix AZ, Baum C, Grothaus LC, Katon WJ. Functional status in coronary artery disease: a one-year prospective study of the role of anxiety and depression. Am J Med 1997; 103(5): 348-56.
32. Chavoshi A, Talebian D, Tarkhorani H, Sedqi Jalal H, Azarmi H, Fathi Ashtiani A. The relationship between prayers and religious orientation with mental health. J Res Behav Sci 2008; 2(2): 149-56. [In Persian].
33. Mokhtari A, Allahyari A, Rasulzade Tabatabayi SK. Relationship between religious orientation with Stress. Journal of Psychosomatic 2001; 5(1): 56-67. [In Persian].
34. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students. J Res Behav Sci 2007; 5(2): 81-92. [In Persian].
35. Misra R, McKean M. College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. American Journal of Health Studies 2000; 16(1): 14-50.
36. Bebbington PE. The origins of sex differences in depressive disorder: Bridging the gap. Int Rev Psychiatr 1996; 8(4): 295-332.
37. Khodapanahi MK, Khaksar Beldachi MA. The relationship between religious orientation and psychological adjustment in students. J Psychol 2005; 9(3): 310-20. [In Persian].
38. Khazaei H, Rezaei M, Ghadami MR, Tahmasian M, Mobarra AG, Shiri E. Relationship between religious values and anxiety among Kermanshah University of Medical Sciences students. Journal of Kermansha University of Medical Sciences 2010; 14(1): 66-72. [In Persian].
39. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. Oxford, UK: Oxford University Press; 2001.
40. Kaldestad E. The empirical relationships between standardized measures of religiosity and personality/mental health. Scand J Psychol 1996; 37(2): 205-20.
41. Parker M, Lee RL, Klemmack DL, Koenig HG, Baker P, Allman RM. Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. Aging Ment Health 2003; 7(5): 390-7.
42. Francis LJ, Robbins M, Lewis CA, Quigley CF, Wheeler C. Religiosity and general health among undergraduate students: A response to O'Connor. Pers Indiv Differ 2004; 37(3): 485-94.
43. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. Psychol Bull 2003; 129(4): 614-36.
44. Bierman A. Does Religion Buffer the Effects of Discrimination on Mental Health? Differing Effects by Race. Journal for the Scientific Study of Religion 2006; 45(4): 551-65.
45. Khodayarifard M, Ghobaribonab B, Shokohiyekta M. Span of psychological research in religion. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2000; 6(4): 45-53. [In Persian].
46. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. Am J Psychiatry 2003; 160(3): 496-503.
47. Ganji T, Hosseini AF. Spirituality and Anxiety in Nursing Students of Faculty of Nursing and Midwifery Iran University of Medical Science -2006. Iran J Nurs 2010; 23(64): 44-51. [In Persian].
48. Vasegh S, Mohammadi MR. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. Int J Psychiatry Med 2007; 37(2): 213-27.
49. Musick DW, Cheever TR, Quinlivan S, Nora LM. Spirituality in medicine: a comparison of medical students' attitudes and clinical performance. Acad Psychiatry 2003; 27(2): 67-73.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]

www.mui.ac.ir

Relationship between religious orientation, anxiety and depression of students in Isfahan University of Medical Sciences

Amir Musarezaie[1], Homayoon Naji Esfahani[2], Tahereh Momeni- Ghaleghasemi MSc [3], Mahin Aminoroaia MSc[4]

Abstract

Aim and Background: Depression and anxiety among students are important issues, because they lead to scholastic decline and develop many difficulties for students in the future. Furthermore, adherence to religious beliefs and attitudes toward religion as a deterrent to many mental disorders, especially depression and anxiety, has attracted the attention of many psychologists. This study aimed to review the relationship between religious orientations, depression as well anxiety of students in Isfahan University of Medical Sciences in 2012.

Methods and Materials: This was a descriptive-analytical, cross-sectional correlation study which was conducted on 715 students who were selected through stratified random sampling method. Data collection was done through demographic information questionnaire form, DASS-42 standard questionnaire and the Religious Orientations Scale (ROS) by Allport. Finally, statistical software SPSS was used to analyze the data by descriptive statistics, one way ANOVA as well as the Pearson correlation coefficient.

Findings: Average score of depression and anxiety among female students was more than male students; however, in religious orientations, statistically there was no significant relationship between male and female students. Statistically, there was a significant relationship between students' depression and anxiety and religious orientations ($r = -0.61$; $P < 0.05$) ($r = -0.56$; $P < 0.05$).

Conclusions: Promotion of religious orientations leads to reduce students' anxiety and depression, and therefore religious beliefs can play an important role in preventing mental disorders in people's lives particularly among university students.

Keywords: Anxiety, Depression, Religious orientations, Students**,** University

Type of article: Original

Received: 13.10.2012 *Accepted:* 16.02.2013

1. MSc Student, Department of Adult Health Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir
2. Assistant Professor, Department of Operating Room, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Educational Planning, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-15]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.13.7]