

بررسی رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های دولتی تبریز در سال ۱۳۹۳

جواد محمدی^۱، سیمین غلامرضایی^۲، امیر عزیزی^{۳*}

^۱دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم‌آباد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، خرم‌آباد، ایران.
^۲استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
^۳دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

*نشانی نویسنده مسؤول: دانشگاه لرستان، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، امیر عزیزی
E-mail: amir28144@gmail.com

وصول: ۹۴/۳/۲۱، اصلاح: ۹۴/۵/۴، پذیرش: ۹۴/۷/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: امروزه سلامت روان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی کشورها و یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت است و باورهای مذهبی یکی از مولفه‌های تاثیرگذار بر سلامت روان به شمار می‌آید. باوجود این جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی، می‌تواند تاثیرات متفاوتی بر زندگی افراد داشته باشد. به همین منظور هدف پژوهش حاضر تعیین همبستگی جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان پرستاران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی بود که به روش همبستگی انجام شد. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه شامل کلیه‌ی پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ بودند که ۱۸۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. برای انتخاب حجم نمونه از هر بیمارستان، از روش تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های استاندارد سلامت عمومی و جهت‌گیری مذهبی آپورت استفاده گردید. داده‌های حاصل از پژوهش توسط روش آماری همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS.20 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مولفه‌های سلامت روان همبستگی مثبت (۱ هزارم $P=$) و بین جهت‌گیری مذهبی درونی با مولفه‌های سلامت روان همبستگی منفی وجود دارد (۱ هزارم $P=$). به این معنی که پرستاران با جهت‌گیری مذهبی درونی از سلامت روان بهتری برخوردارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیر جهت‌گیری مذهبی بر کیفیت سلامت روان در افراد، به نظر می‌رسد در تدوین برنامه‌های اشاعه و ترویج فرهنگ دینی و مذهبی و هموار کردن راه به سوی جامعه‌ای معنوی و سالم، می‌توان بیشتر بر جنبه‌های معنوی و درونی مذهب تاکید کرد.

واژه‌های کلیدی: جهت‌گیری مذهبی، سلامت روان، پرستاران.

مقدمه

مختلف، بهداشت روانی آن جامعه است و سلامت روانی

از سوی سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یکی از اصول

یکی از محورهای ارزیابی سلامت در جوامع

اولیه بهداشت روانی قلمداد می‌شود (۱).

طبق گزارش‌های سازمان جهانی از هر ۴ نفر، ۱ نفر در طی دوره‌ی زندگی خود از یک یا چند اختلال روانی رنج خواهد برد (۲). در این میان، پرستاران نیز از این امر مستثنا نبوده و به دلیل حجم کار فراوان و شرایط خاص شغلی، سلامت عمومی و بهداشت روانی آنها به خطر می‌افتد. پرستاران به علت سروکار داشتن با اقشار جامعه و بیماران، نیاز به حفظ روحیه‌ی قوی و بهداشت روانی کامل برای ادامه‌ی حرفه پرستاری دارند (۳). چرا که پرستاران به عنوان بزرگ‌ترین گروه‌های ارایه‌دهنده‌ی خدمات در سیستم بهداشتی، دارای نیروی بالقوه‌ی قابل توجهی هستند که می‌توانند بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در حال ارایه تأثیر بگذارند. گفتنی است کیفیت پرستاری مستقیماً بر روی بازدهی سیستم سلامت تأثیری گذارد (۴).

بررسی‌ها درباره‌ی سلامت روانی در پرستاران نشان می‌دهد که در شرایط کاری یکسان، افراد به یک اندازه دچار آسیب‌های ناشی از کاهش سلامت روانی نمی‌شوند. به عبارت دیگر سلامت روانی از تعامل عوامل بی‌شماری از جمله عوامل فردی، بین‌فردی و شغلی پدید می‌آید (۵). بنابراین، برای رسیدن به شناختی عمیق نسبت به بهداشت روانی پرستاران ابتدا باید تعریفی علمی و دقیق از مولفه‌ی سلامت روانی حاصل آید تا به این طریق بتوان اقدام‌های کاربردی و پیشگیرانه در جهت رفاه روانی آنها انجام داد.

سلامت روان، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های یک زندگی سالم است که عوامل بی‌شماری در شکل‌بندی صحیح یا ناسالم آن دخیل هستند. این مفهوم در پی آن است تا احساسات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی کم‌رنگ گشته و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد پیشگیری به عمل آید (۶).

سازمان بهداشت جهانی ابعاد سه‌گانه‌ی سلامت؛ یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را مطرح کرد که

هر سه بعد لازم و ملزوم یکدیگر است. در این تعریف سلامت روان عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه و مناسب (۷). به عبارت دیگر سلامت روان به مفهوم احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه‌ی فکری، هیجانی و غیره است (۸).

مفهوم دیگر مورد بحث در پژوهش حاضر مولفه‌ی جهت‌گیری مذهبی می‌باشد. براساس نظریه‌ی آلپورت و راس (۱۹۶۷) جهت‌گیری مذهبی به معنای گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است. از نظر تاریخی، به صورت علمی، نخستین بار آلپورت جهت‌گیری مذهبی را به دو گرایش درونی و بیرونی تقسیم نمود. جهت‌گیری مذهبی درونی، فراگیر و دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است، درحالی‌که جهت‌گیری مذهبی بیرونی، امری خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. منظور آلپورت از جهت‌گیری مذهبی درونی عبارت است از یک تعهد انگیزشی فراگیر که غایت و هدف است؛ نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف فردی. به عبارت دیگر جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌توان معادل دینداری یا دین‌ورزی در نظر گرفت (۹).

از دیدگاه آلپورت، افراد دارای جهت‌گیری درونی، شامل افرادی می‌شوند که در تمام لحظات زندگی و در تمام رفتارها و اعمالشان باورهای مذهبی خود را انعکاس می‌دهند. درحالی‌که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی که شکل رشد نیافته‌تر عقاید و باورهای مذهبی را دارا هستند، منافع شخصی خود را ترجیح و باورهای مذهبی خود را وسیله‌ای جهت دستیابی به خواسته‌های خود قرار می‌دهند (۱۰).

در رابطه با تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر وضعیت سلامت روان افراد مطالعاتی صورت گرفته که از آن جمله

می‌توان به مالتبی و دی اشاره کرد که در مطالعه‌ای نشان دادند جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه‌ی مثبتی با سلامت روان دارد و جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارای رابطه‌ی منفی با سلامت روان است (۱۱).

همچنین دزاتر، سنانسن و هاتزبوت دریافتند که جهت‌گیری درونی و بیرونی با سلامت روان رابطه‌ی معناداری دارد و به ترتیب سطوح بالاتر و پایین‌تری از رفاه و سلامت روان را تبیین می‌کنند (۱۲).

با در نظر گرفتن اهمیت جهت‌گیری مذهبی در افزایش بهره‌وری پرستاران در محیط شغلی، تأثیرات مثبت آن در ارائه‌ی خدمات سیستم‌های بهداشتی و در نهایت ارتقای سطح توانمندی و بازدهی بیمارستان‌ها و با توجه به اینکه سمت و سوی نگرش مذهبی در پرستاران می‌تواند متفاوت از یکدیگر باشد و این تفاوت‌ها می‌تواند تحت شمول مفهوم جهت‌گیری مذهبی قرارگیرد و جهت‌گیری مذهبی اثرات متفاوتی بر وضعیت سلامت روان پرستاران می‌گذارد و نیز تاکنون مطالعه‌ی مرتبطی در خصوص موضوع مورد بحث در حوزه‌ی پرستاری انجام نگرفته است، از این‌رو این پژوهش بسیار بدیع و نوآورانه است و وجود خلاءهایی در ادبیات پژوهشی این حوزه، انجام مطالعات بیشتر را ضروری می‌سازد. به همین منظور هدف پژوهش حاضر تعیین همبستگی جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان پرستاران می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های توصیفی - مقطعی بود که به روش همبستگی انجام شد. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در این تحقیق شامل کلیه‌ی پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های تبریز بودند. تعداد نمونه در این پژوهش براساس جدول گرجی. مورگان، ۱۸۰ نفر برآورد شد. برای انتخاب حجم نمونه از هر بیمارستان از روش تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. انتخاب پرستاران زن به دلیل محدودیت تعداد نمونه و آسیب‌پذیری بیشتر قشر زنان در

حرفه‌ی حساس و پراسترس پرستاری انجام شد و به دلیل این‌که انتخاب نمونه از بیمارستان‌های دولتی صورت گرفت، پژوهشگران نمونه‌های خود را از بیمارستان مدنی به تعداد ۹۸ نفر، رازی ۲۵ نفر، شهداء ۱۱ نفر و سینا ۶۶ نفر انتخاب کردند. معیارهای ورود و خروج مطالعه عبارتند از: دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و بالاتر، نداشتن اختلال جدی پزشکی و روان‌پزشکی از جمله صرع، لکنت زبان و میل و رغبت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش. همچنین به دلیل ارتباط بین پیشرفت سن با افزایش باورها و عقاید مذهبی به عنوان عامل مداخله‌گر در پژوهش، از شرکت‌کنندگان بین دامنه‌ی ۲۲ تا ۳۵ سال استفاده گردید.

محققان در پژوهشگران حاضر شده و بعد از جلب نظر و توجیه پرستاران، اقدام به توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها و پاسخ‌نامه‌های مربوط در همان زمان و مکان کردند. در مدت ۲ ماه تمامی داده‌ها گردآوری شد. حضور پژوهشگران در بیمارستان و تأکید مکرر به پرستاران باعث شد که تمام پرستاران انتخاب شده به سؤالات پرسش‌نامه‌ها به صورت کامل و دقیق پاسخ دهند. همچنین لازم به ذکر است که قبل از ورود شرکت‌کنندگان از کلیه‌ی آن‌ها رضایت‌نامه‌ی اخلاقی اخذ گردید. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو بخش بود: پرسش‌نامه‌ی جهت‌گیری مذهبی و پرسش‌نامه‌ی سلامت روان. پرسش‌نامه‌ی جهت‌گیری مذهبی توسط آلپورت در ۲۰ ماده با مقیاس پاسخگویی پنج گزینه‌ای (از «خیلی کم» تا «خیلی زیاد») ساخته شد که ۱۱ ماده‌ی آن مربوط به جهت‌گیری بیرونی و ۹ ماده مربوط به جهت‌گیری درونی بود (۹). براساس مطالعه‌ی آلپورت، همبستگی بین ماده‌های جهت‌گیری مذهبی درونی با ماده‌های جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۲۱ صدم برآورد گردید (۱۳). در تعدادی از مطالعات دیگر، همبستگی جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی ۲۰ صدم - برآورد شد (۱۴). اعتبار پرسش‌نامه توسط مختاری و همکاران با استفاده از

و تحلیل آماری داده‌های گردآوری شده ابتدا از آمار توصیفی و سپس ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. سپس کلیه مراحل توسط نرم‌افزار SPSS 20 محاسبه شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ و ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان و مولفه‌های آنها درج شده است. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، بین نمرات جهت‌گیری مذهبی درونی و سلامت روان همبستگی منفی و معنادار ($P=۱$ هزارم، $r=۴۳۷$ هزارم-) وجود دارد. اما همبستگی نمرات جهت‌گیری مذهبی بیرونی و سلامت روان مثبت و معنادار ($P=۱$ هزارم، $r=۳۹۵$ هزارم+) می‌باشد. بدین ترتیب پرستارانی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی می‌باشند، از میزان سلامت روان بهتری نسبت به پرستاران دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی برخوردارند. (جدول ۳).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار برای ابعاد

جهت‌گیری مذهبی		
متغیر	میانگین	انحراف معیار
جهت‌گیری مذهبی درونی	۲۷/۷۱	۷/۴۱
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۳۴/۷۲	۶/۸۶

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مولفه‌های سلامت روان

متغیر	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های جسمانی	۶/۴۷	۴/۵۲
اضطراب و اختلال در خواب	۷/۳۵	۵/۳۵
اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۲/۳۰	۴/۲۹
افسردگی	۸/۶۲	۵/۱۷
سلامت روان	۳۴/۴۷	۱۳/۱۲

جدول ۳: ضریب همبستگی جهت‌گیری

مذهبی با سلامت روان		
متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
جهت‌گیری مذهبی درونی	-۴۷۳ هزارم	۱ هزارم
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۳۹۵ هزارم	۱ هزارم

آلفای کرونباخ ۷۱ صدم گزارش شده است (۱۵). برای ارزیابی سلامت عمومی پرستاران از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی که توسط گلدبرگ ارائه شد و دارای ۲۸ سوال بود (۱۶)، استفاده گردید که هر سوال براساس مقیاس لیکرت دارای چهارگزینه از ۰ تا ۳ نمره گذاری شده و دارای ۴ مقیاس و هر مقیاس دارای ۷ سوال است. این مقیاس‌ها عبارتند از: ۱-علایم جسمانی؛ ۲-علایم اضطراب و اختلال در خواب؛ ۳-اختلال در کارکرد اجتماعی؛ ۴-افسردگی. دسته‌بندی نمرات از ۰-۸۴ براساس چهارمقیاس به ترتیب عالی، خوب، متوسط و ضعیف بود که به صورت نمره‌ی (۰-۲۱) عالی، (۲۲-۴۲) خوب، (۴۳-۶۴) متوسط و از ۶۴ به بالا، ضعیف طبقه‌بندی شده است. چنان‌که ثابت درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۹۳ صدم گزارش نمود (۱۷) و در مطالعه‌ی کی‌یس ضریب آلفای این پرسش‌نامه ۹۳ صدم به دست آمد (۱۸).

نوبال و همکاران میزان حساسیت و ویژگی این پرسش‌نامه را در بهترین نقطه‌ی برش آن به ترتیب ۹۷/۳ و ۷۰/۵ به دست آوردند (۱۹) و تقوی پایایی آن را به روش بازآزمایی، دو نیمه‌کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۹۳/۷ و ۹۰/۱۰ گزارش کرد (۲۰).

اعتبار ابزارهای فوق به روش اعتبار محتوا سنجیده شد. به این ترتیب که در دو مرحله توسط ۱۲ نفر از استادان صاحب‌نظر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مطالعه شد و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده گردید. به این منظور پرسش‌نامه‌ها توسط ۱۰ نفر از پرستاران که دارای مشخصات یکسان با نمونه‌های پژوهش بودند، تکمیل و به فاصله‌ی ۷-۱۰ روز بعد مجدداً پرسش‌نامه‌ها توسط همان پرستاران تکمیل شد و سپس ضریب همبستگی آنها محاسبه گردید. ضریب همبستگی برای پرسش‌نامه‌ی جهت‌گیری مذهبی ۷۴ صدم و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی ۷۶ صدم به دست آمد. سپس نمره‌ی افراد در هر دو ابزار محاسبه شد. برای تجزیه

بحث

مذهبی در تمامی اعمال و رفتارهای خود به‌ویژه در حرفه‌ی پرستاری، درصدد جبران این مشکل برآیند. برای درک بهتر از یافته‌ها، به ماهیت ابعاد جهت‌گیری مذهبی ازدیدگاه آلپورت و راس می‌پردازیم. به اعتقاد این پژوهشگران، افرادی که فعالیت‌های مذهبی در آنها بیرونی است، مذهب را به عنوان ابزاری برای اهداف شخصی و اجتماعی، رویکردی خودخواهانه و ابزاری که منافی برای فرد به ارمغان می‌آورد، مورد استفاده قرار می‌دهند. این افراد ممکن است برای مشاهده شدن توسط دیگران، برای افزایش اعتبار در جامعه یا برای انطباق با انتظارات جامعه در مراسم‌های مذهبی حاضر شوند. درمقابل جهت‌گیری درونی، بدون لحاظ منافع اجتماعی که ممکن است برای فرد حاصل شود، سبکی از مذهب را برای به دست آوردن احساس معنا و هدف شامل می‌شود. بدون این‌که منافع اجتماعی را که به واسطه‌ی مذهب برایش حاصل می‌شود در نظر بگیرد. به اعتقاد آلپورت، تنها جهت‌گیری درونی با سلامت روانی ارتباط مثبت دارد (۹).

از آنجا که جامعه‌ی ما دارای فرهنگ اسلامی - ایرانی می‌باشد و ارزش‌ها و سنت‌های ما رابطه‌ی تنگاتنگی با متغیرهای مذهبی دارند، به نظر می‌رسد مذهب و چگونگی جهت‌گیری آن تاثیر به‌سزایی بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد می‌گذارد. چرا که بنیان‌های شخصیت و ارزش‌های اخلاقی ما در بطن جامعه‌ای مذهبی شکل می‌گیرد و بسیاری از باید‌ها و نبایدهای اخلاقی ما ریشه در آموزه‌های دینی و مذهبی ما دارند (۲۳). از سوی دیگر این رابطه‌ی تنگاتنگ اگر به روشنی تبیین و تفسیر نگردد، متغیر مذهب و چگونگی جهت‌گیری آن می‌تواند نقش مخربی در سلامت روان پرستاران داشته باشد. از این رو یافته‌های این پژوهش‌ها می‌تواند راهگشای بسیاری از معضلات ما در رابطه با کیفیت دینداری کارکنان حرفه‌ی بهداشت و سلامت و همچنین وضعیت سلامت روان آنان باشد. چراکه معنویت و

یافته‌های پژوهش حاکی از همبستگی معنادار جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان در پرستاران زن شاغل است. به این ترتیب که جهت‌گیری مذهبی درونی همراه است با وضعیت مطلوب‌تر سلامت روان در پرستاران و در مقابل جهت‌گیری مذهبی بیرونی سطح کیفیت روان‌شناختی پایین‌تری را به دنبال دارد. با توجه به اینکه درخصوص مورد بحث در پژوهش حاضر در حوزه‌ی پرستاری تاکنون پژوهشی صورت نگرفته است، لذا پژوهشگر تلاش را بر آن داشته تا دیگر یافته‌های همسو با موضوع را ارایه نماید. به عنوان مثال این یافته همسو با نتایج تحقیقات نوروزی و غلامی و مالتبی و دی می‌باشد (۲۲، ۱۱، ۲۱).

نوروزی و غلامی در مطالعه‌ای بر رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان به این نتیجه رسیدند که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با سلامت روان رابطه‌ی مثبتی وجود دارد و نیز جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه‌ای منفی با سلامت روان در دانشجویان دارد (۲۱). مالتبی و دی در مطالعات متعدد خود تایید کردند که جهت‌گیری بیرونی رابطه‌ی مثبتی با روان‌رنجوری و جهت‌گیری درونی رابطه‌ی منفی با روان‌پریشی دارد. لذا هرچه جهت‌گیری مذهبی افراد درونی‌تر باشد، احتمال این که از سلامت روانی بهتری برخوردار باشند، بیشتر است (۲۲، ۱۱).

در تبیین یافته‌ی پژوهش حاضر اشاره به این نکته ضروری به نظر می‌رسد که پرستاران زن شاغل علاوه بر فعالیت در محیط بیمارستان در زندگی شخصی و خانوادگی مسؤولیت‌های سنگین همسراری، تربیت کودکان و غیره را به دوش دارند و به دلیل قرارگرفتن در محیط شغلی استرس‌زا در مدت طولانی، ممکن است در معرض انواع آسیب‌های روانی قرار گیرند و این مسأله به نوبه‌ی خود باعث می‌شود تا پرستاران با توسل به جهت‌گیری مذهبی درونی و انعکاس تفکرات و باورهای

روان‌شناختی موثر بر سلامت روان را مورد بررسی قرار دهند. علاوه بر این پژوهش حاضر تنها بر روی پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز انجام شده و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی پرستاران محترمی که در این پژوهش شرکت داشتند و مسؤولان و پرسنل اداری بیمارستان‌های شهر تبریز که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

دینداری جزء میراث تاریخی بشر بوده و خواهد بود و انسان همواره در دوران بحرانی زندگی خود توانسته راهی به ماوراء بیابد تا بتواند نقطه‌ی امیدی در برابر سختی‌ها و دشواری‌های زندگی جستجو کند (۲۴).

یکی از مهم‌ترین کاستی‌های این پژوهش، بررسی صرف ابعاد جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای موثر در سلامت روان و انتخاب پرستاران زن شاغل و حجم کم نمونه به دلیل محدودیت نمونه‌گیری می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگر همسو با این موضوع متغیرهای دیگر تاثیرگذار بر سلامت روان به‌عنوان مثال هوش اخلاقی را در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی، مدنظر و تاثیر آن با سایر عوامل

References

- Ehsanmanesh M. Epidemiology of psychological disorders in Iran: A review of research findings. *Andishe-o-Raftar J.* 2000;6(24):54-69. [Persian]
- Mental and Neurological Disorders. The world health report. 2001. Available from: www.who.int/entity.
- Rezai R, Beheshti Z, Haji Hoseyni F, Seyedy Andi J. Comparison of mental health of freshmen and senior nursing. *Nursing Research.* 2006; 1(3). 67-74. [Persian]
- Dargahi, H. Gharib, M. Goodarzi, M. Quality of work life in nursing employees of Tehran University of Medical Sciences hospitals. 2007;11(5). 25-32. [Persian]
- Association Between Mental Health and Educational Stressful Factors Among Students of Razi Nursing and Midwifery School in Kerman. Soleimanizadeh L, Soleimanizadeh F, Javadi M, Abaszadeh A. *Iranian Journal of Medical Education.* 2011;11(3):200-9. [Persian]
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry Behavioural Science* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- Ghodrat Mirkohi M, Khormai E. The relationship between religiosity and mental health in adolescents. *Behavioral Sciences.* 2010; 2(5), 115-31. [Persian]
- Haddadi Koohsar AA, Roshan R, Asghar Nejad Farid AA. A Comparative Study of the Relationship Emotional Intelligence with Mental Health and Academic Achievement in Shahed and Non-Shahed Students in University of Tehran. *J Psych Educ.* 2007; 37(1): 73-97. [Persian]
- Allport GW, Ross JM. Personal Religious Orientation Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1967, 5: 432-43.
- Theories of personality. Schultz, Duane P. 1990. 4th ed. London: Routledge.
- Maltby J, Day L. Religious Orientation, Religious Coping and Appraisals of Stress, Personality and Individual Differences, 2003. 34:1209-24.
- Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and Mental Health: A Further Exploration of the Relative Importance of Religious Behaviors VS, Religious Attitudes, Personality and Individual Differences. 2006, 40: 807-18.
- Nasabeh MH. The role of religious beliefs and ideas in mental health. Master thesis in General Psychology. Shiraz School of Education and Psychology, Shiraz University. 2005. [Persian]
- Donahue MJ. Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1985;20(8):48-53.
- Mokhtar A, Allahyari A, Rasoulzadeh Tabatabai SK. Relationship between religious orientation and stress. *Journal of Psychology.* 2001; 5(17):171-19. [Persian]
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychol Med.* 1979; (9):131-45.
- Chan, D.W. The Chinese version of the General Health Questionnaire: Does language make a difference? *Psychol Med.* 1985; 15: 147-55.
- Keyes S. Gender Stereotypes and personal adjustment: Employing the PAQ, TSBI and GHQ with sample of British adolescents. *British Journal of Social Psychology.* 1989; 23(2): 173-80.

19. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. The Validation of Gen-eral Health Questionnaire- 28 as a Psy-chiatric Screening Tool. *Hakim Res J.* 2009; 11(4): 47-53. [Persian]
20. Taghavi MR. Validity and Relia-bility of the General Health Question-naire (GHQ-28) in college students of Shiraz University. *J Psychol.* 2002; 5(4(20)): 381-98. [Persian]
21. Nozari J, Gholami y. The relationship between religious orientation and adherence to Islamic beliefs with student's mental health. *Dvflslnamh Islamic Studies and Psychology.* 2010; 7: 421-41. [Persian]
22. Maltby J, Day L. Should Never the Twain Meet? Integrating Models ofReligious Personality and Religious Mental Health. *Pers IndivDiffer.* 2004; 36(6): 1275-90.
23. Hobby MB. Mental health in a broader perspective, *Journal of Science.* 2005: 10(41): 25-37.[Persian]
24. Tan Siang, Yang & Natalie J. Dong, *Spiritual Interventions in Healing and Wholeness.* in Plante, Thomas G, Allen C. Sherman (ed), *Faith and Health: Psychological Perspectives*(New York and London: The Guilford Press. 2001: 291-310.

The Relationship between Religious Orientation and Mental Health among female nurses working in public hospitals of Tabriz in 2014

Javad Mohamadi.,

Ph.D. Student of General Psychology, Young Researchers and Elite Club, Khorramabad Branch, Islamic Azad University, Khorramabad, Iran

Firouzeh Gholamrezai.,

Assistant Professor of Department of Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

* *Amir Azizi.,*

Ph.D. Student of General Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Received:11/06/2015, Revised:26/07/2015, Accepted:08/10/2015

Correspondence author:

Amir Azizi,
Department of Psychology and
Educational Sciences, Faculty of
Humanities, Lorestan University,
Khorramabad, Iran
E-mail: javad.m60@gmail.com

Abstract

Background & Objectives: Today, mental health is one of the development indicators of countries and one aspect of the overall concept of health. Religious beliefs are considered as one component of impact on mental health, however internal and external religious orientation can have different effects on lives of individuals. Therefore, the aim of this study was to determine the relationship of religiosity and mental health nurses.

Marital & Methods: This study was performed as a cross-correlation analysis. The studied population consisted of all nurses working in public hospitals in Tabriz in 2014 so that 180 subjects were selected. To selection of the sample size in each hospital were performed randomly. Data from standard general health questionnaire and Alport religious orientation were used and analyzed by Pearson's correlation coefficient and software SPSS.20.

Results: The findings indicate a positive correlation between the religious orientation and the outer component of mental health ($P = 0.001$) and a negative correlation between the intrinsic religious orientation and mental health ($P = 0.001$). This means that the nurses with intrinsic religious orientation have better mental health.

Conclusion: Due to the influence of religious orientation on the quality of mental health, it seems that, for achieving a spiritually healthy society, developing programs to promote religious culture and spiritual and internal aspects of religion should be emphasized.

Keywords: *Religious orientation, Mental health nurses.*