

The Relationship between Mental Health and Religious Orientation with Emotional Cognitive Strategies among Trainee Medical Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Amir Sam Kianimoghadam¹ , Maryam Bakhtiari^{1*} , Fatemeh Sadat Esmaelifard² , Yaser Boulaghi³ ,
 Seyede Elnaz Mousavi⁴ , Leila Salek-Ebrahimi⁵ 

1- Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Neurology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

4- Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

5- Department of Clinical Psychology, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

*Correspondence should be addressed to Ms. Maryam Bakhtiari; Email: maryam_bakhtiari@sbmu.ac.ir

Article Info

Received: Apr 10, 2019

Received in revised form:

May 24, 2019

Accepted: Jun 26, 2019

Available Online: Dec 21, 2020

Keywords:

Cognition

Emotions

Medical Students

Mental Health

Orientation

Religion

Students



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i4.25052>

Abstract

Background and Objective: Mental health and promoting it at the community level are the most important responsibilities the World Health Organization has assigned to all governments. Also, religious orientation (internal and external) is one of the factors influencing behavior and cognition. The purpose of this study was to investigate the relationship of mental health and religious orientation with emotional cognitive strategies among medical trainees of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Methods: This study is descriptive-correlational. The statistical population of this study included all students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, who were selected using a multi-stage random sampling method. In this way, out of the 12 hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, five were randomly selected and among all the training classes of the hospital, two classes were randomly selected in each class, two thirds of the students were randomly selected. Questionnaires were distributed among 200 students and 150 questionnaires, which had been filled in appropriately, were received. The tools used in the study included: Quickly measure first-level symptoms of DSM-5, Religious orientation questionnaire and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. For data analysis, descriptive statistics and Pearson correlation coefficient were used. In the present study, all the ethical considerations have been observed and no conflict of interest was reported by the authors.

Results: The results showed that there was a significant relationship between mental health and emotional cognitive regulation. There was also a significant relationship between religious orientation and cognitive emotional regulation. A significant relationship was found between mental health and religious orientation. Mental health and internal religious orientation were also significantly correlated, but there was no significant relationship between mental health and external religious orientation.

Conclusion: The results of this study showed that mental health and religious orientation are important factors in using cognitive emotional strategies.

Please cite this article as: Kianimoghadam AS, Bakhtiari M, Esmaelifard FS, Boulaghi Y, Mousavi SE, Salek-Ebrahimi L. The Relationship between Mental Health and Religious Orientation with Emotional Cognitive Strategies among Trainee Medical Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020;6(4):57-70. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i4.25052>

Summary

Background and Objective

Mental health issues have attracted substantial interest worldwide. On an individual level, mental health is often the most important factor contributing to life satisfaction compared to physical health, unemployment and disability (1).

With population growth, urbanization and industrialization, mental illness has become one of the leading causes of disability and premature death, and the high prevalence of these diseases and the long-term and chronic disability caused by them has led these problems to be given priority in all societies (2). One of the groups at high risk of mental health is the students (3, 4). Previous studies in the United States have shown that mental health issues, including anxiety, depression, and communication problems among the college students has become one of the growing concerns (5).

Religious inclination and religious orientation are among the factors that influence mental health. Internal religious orientation is strong correlated with the internal source of control, self-motivation, academic performance and emotional sensitivity (6). In external religious orientation, religious inclinations are considered as a means of achieving the personal and social goals (7). Issues related to emotions and cognitions are among the other influential factors related to university students. In essence, an optimal interaction between cognition and emotion is required in order to cope with negative conditions (8).

The aim of this study was to investigate the relationship of mental health and religious orientation with students' cognitive-emotional strategies.

Methods

Compliance with ethical guidelines: Before conducting the study, all the participants were informed about the purpose and the voluntary nature of the study. Written consent was also obtained and they were assured that their information would remain confidential.

The present study is correlational cross-sectional. The statistical population included all the students at Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Five (Taleghani, Shohadaye Tajrish, Loghman, Masih Daneshvari and Imam Hossein Hospitals) out of 12 hospitals affiliated to the university were selected using multistage random sampling. The DMS-5 Level 1 Cross-

Cutting Symptom Measure, Allport Religious Orientation Questionnaire, and cognitive emotion regulation strategies was used for data collection in this study.

Results

The results showed that the coefficients of correlation between mental health and cognitive emotion regulation strategies, religious orientation, internal religious orientation and external religious orientation were 0.16, -0.15, 0.17 and 0.004, which were significant at the 0.04, 0.05 and 0.03 levels, respectively. However, the relationship between mental health and external religious orientation was not statistically significant (0.9). In addition, the correlation coefficient between religious orientation and cognitive emotion regulation strategies was 0.23 (which was significant at the 0.003 level). Consequently, there was a significant relationship between religious orientation and cognitive emotion regulation strategies.

In general, the results revealed that there was a negative significant relationship between mental health and cognitive emotion regulation strategies and a significant relationship between religious orientation and cognitive emotion regulation strategies. In addition, there was a significant relationship between mental health and religious orientation and between mental health and internal religious orientation, but there was no relationship between mental health and external religious orientation.

Conclusion

The results of the present study are consistent with the results of the studies by Anderson et al. (9) and Nolen-Hoxima et al. (10). The results suggest that when people are confronted with emotional and difficult situations, feeling good and optimistic is not enough to control emotion alone, and they also need to have the best cognitive function in these situations (8). In essence, emotion regulation requires an optimal interaction between cognition and emotion to deal with negative situations (11). It can also be stated that religious orientation in general has a role to play in regulating students' cognitive-emotional strategies; the role of religion in people's lifestyles, their use of coping strategies in internal and external events, and the way they manage psychological stress and psychological problems can be observed (12).

It can be also stated that increased religious orientation and religious faith promotes the process of self-control, hinders the effectiveness

of external or demographic conditions, and maintains mental health (13). In explanation for this finding, it can be stated that people with higher mental health are better able to adapt to stressful situations and have better planning in daily life, especially in dealing with unpleasant situations. In the face of stressful experiences and situations, these people use a variety of cognitive strategies to maintain their mental health and excitement. On the other hand, it suggests that in stressful situations, thinking about desirable things instead of the real issue, thinking about the positive aspects of the event, or personal improvement is associated with reduced anxiety and depression.

Another finding of the present study was that there was no significant relationship between external religious orientation and any of the components of positive and negative emotional cognitive regulation, which is inconsistent with the results of the study by Abdi et al (14). However, in general, it can be said that people with external religious orientation believe that external factors such as destiny, luck, powerful people and unpredictable environmental forces manage their success and failure, which is accompanied by psychological stress, depression and despair in the face of problems (15).

Acknowledgements

The authors would like to thank all the trainee students who helped them in completing this study.

Ethical considerations

The Ethics Committee in Biomedical Research of Shahid Beheshti University of Medical Sciences has confirmed this research.

Funding

According to the authors, this study did not receive any specific grants from any funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Authors' contributions

Initial idea and design; Writing the introduction, method and analysis and interpretation of data: First and second authors; Data collection: Third and fourth authors; Writing the discussion, conclusion, and review sections: Fifth and sixth authors.

References

1. Chisholm D, Layard R, Patel V, Saxena S. Mental Illness and Unhappiness. Centre for Economic Performance, LSE, 2013.
2. Hoseini S, Kazemish S. Therealatonship between sport and students' mental health. Journal of Mazendaran University of Medical Science. 2007;53:97-104. (Full Text in Persian)
3. Balon R, Beresin EV, Coverdale JH, Louie AK, Roberts LW. College mental health: a vulnerable population in an environment with systemic deficiencies. Springer; 2015.
4. Bruffaerts R, Mortier P, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, et al. Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. Journal of affective disorders. 2018;225:97-103.
5. Mistler BJ, Reetz DR, Krylowicz B, Barr V. The association for university and college counseling center directors annual survey. Retrieved from Association for University and College Counseling Center Directors website: http://files.cmcglobal.com/Monograph_2012_AUCCCD_Public.pdf. 2012.
6. Mazloomi Mahmoudabad SS, Ardian N, Salmani I, Hajian N. Comparing Mental Health of Female Athlete and Non-Athlete Students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. Journal of Community Health Research. 2013;2(3):188-95.
7. Simin H, Mehrangiz SK. The relationship between academic achievement and emotional intelligence among college students of students of Al. Zahra University. Journal of cultural-education of women and the family. 2014;p.44-54. (Full Text in Persian)
8. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. Trends in cognitive sciences. 2005;9(5):242-9.
9. Anderson CA, Miller RS, Riger AL, Dill JC, Sedikides C. Behavioral and characterological attributional styles as predictors of depression and loneliness: Review, refinement, and test. Journal of personality and social psychology. 1994;66(3):549.
10. Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. Ruminative Coping with Depressed Mood Following Loss. Journal of Personality and Social Psychology. 1994;67(1):549-58.
11. Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. Personality and individual differences. 2010;49(6):645-50.
12. Hosseini M, Elias H, Krauss SE, Aishah S. A review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may contribute to individual differences in spiritual intelligence and the related theories. Journal of social sciences. 2010;6(3):429-38. (Full Text in Persian)

13. Delgadillo T. Spiritual mestizaje: Religion, gender, race, and nation in contemporary Chicana narrative: Duke University Press; 2011.
14. Abdi S, Babapoor J, Fathi H. Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health among university students. *Annals of Military and Health Sciences Reserch*. 2011;8(4):258-64. (Full Text in Persian)
15. Beyrami M, Osfoori M, Esfahani A. Efficacy of Group Logo Therapy on Coping Strategies with Stress and Adjustment to Illness in Leukemia Patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*. 2016;4(5):22-8. (Full Text in Persian)

دراسة العلاقة بين الصحة العقلية والتوجه الديني مع الاستراتيجيات المعرفية والعاطفية بين الطلاب المطبقين في فرع الطب في جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية

اميرسام كياني مقدم^١، مريم بختياري^٢، السيدة فاطمة اسماعيلي فرد^٣، ياسر بولاغي^٤، السيدة الناز الموسوي^٥،
ليلا سالك الابراهيمى^٥

١- قسم علم النفس السريري، كلية الطب، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

٢- قسم الأعصاب، كلية الطب، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

٣- قسم علم النفس السريري، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة الشهيد شميران أهواز، أهواز، إيران.

٤- قسم علم النفس السريري، كلية الطب، جامعة زنجان للعلوم الطبية، زنجان، إيران.

٥- قسم علم النفس السريري، مركز أبحاث العلوم النفسية والسلوكية، جامعة تبريز للعلوم الطبية، تبريز، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة مريم بختياري؛ البريد الإلكتروني: maryam_bakhtiari@sbmu.ac.ir

الملخص

معلومات المادة

الوصول: ٤ شبان ١٤٤٠

وصول النص النهائي: ١٩ رمضان ١٤٤٠

القبول: ٢٢ شوال ١٤٤٠

النشر الإلكتروني: ٦ جمادى الاولى ١٤٤٢

الكلمات الرئيسية:

الانفعالات

الإدراك

التوجيه

الدين

الصحة النفسية

طلاب الجامعة

طلاب قسم الطب

خلفية البحث وأهدافه: إن من أهم الرسائل والمهام التي أوكلتها منظمة الصحة العالمية إلى كافة الدول هي الصحة النفسية وتعزيزها على مستوى المجتمع. كما وأن التوجه الديني (الباطني والظاهري) أيضا يعتبر أحد العوامل التي تؤثر على السلوك والإدراك. لذلك، هدفت الدراسة الحالية إلى التحقيق عن العلاقة بين الصحة العقلية والتوجه الديني مع الآليات المعرفية والعاطفية لدى طلاب فرع الطب في جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية.

منهجية البحث: الدراسة الحالية عبارة عن دراسة وصفية ترابطية. شمل المجتمع الإحصائي كافة طلاب جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية الذين تم اختيارهم بأخذ عينات عشوائية متعددة المراحل. حيث تم اختيار خمسة مستشفيات من أصل ١٢ مستشفى من جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، ومن بين جميع الصفوف التعليمية بالمستشفى، تم اختيار صفين ومن كل صف تم اختيار ثلثي الطلاب بشكل عشوائي وتم توزيع استبيانات البحث على ٢٠٠ منهم وتم استلام ١٥٠ استبانة كاملة وصحيحة. اشتملت ادوات البحث على التقييم السريع لأعراض المستوى الأول لـ DSM-5، استبيان التوجه الديني واستبيان إستراتيجيات معرفة كيفية السيطرة على العاطفة، واستخدام الإحصاء الوصفي ومعامل ارتباط بيرسون لتحليل البيانات. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث و إضافة إلى هذا فإن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب بالمصالح.

الكشوفات: أظهرت النتائج عن وجود علاقة سلبية كبيرة بين الصحة العقلية والتنظيم المعرفي العاطفي وعلاقة واضحة بين التوجه الديني والتنظيم المعرفي الانفعالي. كما كانت هناك علاقة ملحوظة بين الصحة النفسية والتوجه الديني وبين الصحة النفسية والتوجه الديني الباطني، ولكن لم تكن هناك علاقة بين الصحة النفسية والتوجه الديني الخارجي.

الاستنتاج: أظهرت نتائج هذه الدراسة بأن الصحة النفسية والتوجه الديني من العوامل المهمة فيما يتعلق بالحلول المعرفية والانفعالية.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Kianimoghadam AS, Bakhtiari M, Esmelifard FS, Boulaghi Y, Mousavi SE, Salek-Ebrahimi L. The Relationship between Mental Health and Religious Orientation with Emotional Cognitive Strategies among Trainee Medical Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020;6(4):57-70. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i4.25052>

بررسی رابطه بین سلامت روان و جهت‌گیری مذهبی با راهکارهای شناختی-هیجانی در بین دانشجویان پزشکی کارآموز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

امیرسام کیانی‌مقدم^۱، مریم بختیاری^{۱*}، فاطمه سادات اسماعیلی‌فرد^۲، یاسر بولاغی^۳، سیده الناز موسوی^۴، لیلا سالک ابراهیمی^۵

- ۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 - ۲- گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 - ۳- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
 - ۴- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
 - ۵- گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
- *مکاتبات خطاب به خانم مریم بختیاری؛ رایانامه: maryam_bakhtiari@sbmu.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: سلامت روان و ارتقای آن در سطح جامعه از مهم‌ترین پیام‌ها و وظایفی است که سازمان بهداشت جهانی بر عهده همه دولت‌ها گذاشته است. همچنین جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار و شناخت است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سلامت روان و جهت‌گیری مذهبی با راهکارهای شناختی-هیجانی در بین دانشجویان رشته پزشکی کارآموز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است که به‌روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که از بین ۱۲ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پنج بیمارستان؛ و از بین تمام کلاس‌های آموزشی بیمارستان، دو کلاس و در هر کلاس دوسوم دانشجویان به‌صورت کاملاً تصادفی انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های پژوهش بین ۲۰۰ نفر از آنان توزیع و ۱۵۰ پرسش‌نامه کامل و صحیح دریافت شد. ابزارهای استفاده‌شده شامل سنجش سریع علائم سطح اول DSM-5، پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی و پرسش‌نامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بود و برای تحلیل داده‌ها نیز از روش‌های آماری توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سلامت روان با تنظیم شناختی-هیجانی رابطه منفی معنادار و بین جهت‌گیری مذهبی با تنظیم شناختی-هیجانی رابطه معناداری وجود داشت. همچنین بین سلامت روان با جهت‌گیری مذهبی و بین سلامت روان با جهت‌گیری مذهبی درونی نیز رابطه معناداری وجود داشت ولی بین سلامت روان با جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد که سلامت روان و جهت‌گیری مذهبی عواملی مهم در رابطه با استفاده از راهکارهای شناختی-هیجانی هستند.

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۱ فروردین ۱۳۹۸
دریافت متن نهایی: ۳ خرداد ۱۳۹۸
پذیرش: ۵ تیر ۱۳۹۸
نشر الکترونیکی: ۱ دی ۱۳۹۹

واژگان کلیدی:

جهت‌گیری
دانشجویان
دانشجویان پزشکی
سلامت روان
شناخت
مذهب
هیجان‌ها

استناد مقاله به این صورت است:

Kianimoghadam AS, Bakhtiari M, Esmaelifard FS, Boulaghi Y, Mousavi SE, Salek-Ebrahimi L. The Relationship between Mental Health and Religious Orientation with Emotional Cognitive Strategies among Trainee Medical Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2020;6(4):57-70. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i4.25052>

مقدمه

سلامت روان مسئله‌ای است که به صورت چشمگیری، توجهات فراوانی را در سطح جهانی به سوی خود جلب کرده است. در سطح فردی، سلامت روانی به نسبت سلامت جسمانی، بیکاری و ناتوانی اغلب بزرگ‌ترین عامل کمک‌کننده به رضایت از زندگی است (۱). از طرفی بار جهانی اختلالات روان‌شناختی نوعی مسئله سلامت روانی است (۲). سلامت روانی یکی از مهم‌ترین مسائل در زمینه اهداف رشد پایدار برای کشورهای دنیا است؛ درحالی‌که از نظر تاریخی بیشتر اهداف در گذشته مربوط به بیماری‌ها و اختلالات روان‌شناختی بود (۳). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی در درون مفهوم کلی سلامتی که همان توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی-روانی و جسمی و نه وجود بیماری و عقب‌ماندگی است جای می‌گیرد (۴). روان‌شناسان معتقدند ویژگی‌های فردی، فشارهای روانی و محیطی، وضعیت اقتصادی؛ اجتماعی و خانوادگی، دست‌نیافتن به اهداف زندگی و نداشتن انگیزه بر سلامت روانی افراد مؤثر است (۴، ۵). مفهوم سلامت روانی درواقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است و به تمامی روش‌ها و تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، درمان و توان‌بخشی آنها به کار می‌رود (۶). با رشد جمعیت و توسعه شهرنشینی و صنعتی‌شدن، بیماری‌های روانی در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار گرفته و شیوع بالای این بیماری‌ها و ناتوانی طولانی‌مدت و مزمن همراه آنها موجب شده است تا این مشکلات در تمامی جوامع اولویت بهداشتی در نظر گرفته شود (۷). یکی از گروه‌هایی که در معرض خطرات فراوان سلامت روان قرار دارد، قشر دانشجو است (۸، ۹). برخی مطالعات انجام‌شده درباره سلامت روان، اختلالات روانی را در دانشجویان ۱۲/۷۵ تا ۳۰/۴ درصد گزارش کرده است (۱۰). مطالعات قبلی انجام‌شده در ایالات متحده نشان می‌دهد که مسائل مربوط به بهداشت روانی از جمله اضطراب، افسردگی و مشکلات ارتباطی در میان دانشجویان دانشگاه، به یکی از نگرانی‌های روزافزون تبدیل شده است (۱۱). نتایج مطالعه‌ای درباره اختلالات روانی در میان دانشجویان دانشگاهی در هند نشان داده که اختلالات روانی با پیامدهای منفی دیگر (مانند شکست تحصیلی، سوء‌مصرف مواد و خودکشی) همراه است (۱۲). نتایج پژوهش‌های زیادی درباره ارتباط بین سلامت روانی دانشجویان با عوامل تحصیلی نشان داده است که

دانشجویان سنین بالاتر، دانشجویان سال سوم و نیز دانشجویان دوره‌های شبانه در مقایسه با دیگر دانشجویان سلامت روانی کمتری دارند. همچنین یافته‌های پژوهش‌ها حاکی از این است که متغیرهای سن، سنوات تحصیلی و نوع دوره تحصیلی دانشجویان با سلامت روانی آنان رابطه معنی‌داری دارد (۷).

ازجمله عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان مسئله گرایش مذهبی یا جهت‌گیری مذهبی است. آلپورت و راس^۱ در سال ۱۹۶۷ جهت‌گیری مذهبی را که به ابعاد درونی و بیرونی تقسیم می‌شود، مفهوم‌سازی کرده‌اند. جهت‌گیری مذهبی درونی با منبع کنترل درونی، خودانگیختگی، عملکرد تحصیلی و حساسیت هیجانی همبستگی بالایی دارد (۱۳). در جهت‌گیری مذهبی بیرونی گرایش‌های مذهبی وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف اجتماعی و شخصی قلمداد می‌شود (۱۴).

از دیگر عوامل تأثیرگذار و مرتبط با قشر دانشجو مسائل مربوط به هیجانات و شناخت‌ها است. هنگامی که فرد با موقعیت هیجانی روبه‌رو می‌شود احساس خوب و خوش‌بینی برای کنترل هیجان کافی نیست بلکه وی نیاز دارد که در این موقعیت‌ها بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد (۱۵). در اصل در تنظیم هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است (۱۶)؛ زیرا انسان‌ها با هرچه مواجه می‌شوند آن را تفسیر می‌کنند و تفسیرهای شناختی تعیین‌کننده واکنش‌های افراد است. اخیراً تنظیم هیجان ضعیف عاملی در نظر گرفته شده که با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی در ارتباط است (۱۷، ۱۸). نظریه پردازان برجسته استدلال کرده‌اند که اشکال در کاربرد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ممکن است عوامل بین‌تشخیصی بسیار مهمی باشد که زیربنای انواع مختلف آسیب‌های روانی ازجمله اضطراب و افسردگی را تشکیل می‌دهد (۱۹). تنظیم هیجان به‌طور چشمگیری در حال ملحق‌شدن به مدل‌های آسیب‌شناسی روانی است (۲۰). راهبردهای تنظیم هیجان، پاسخ‌های شناختی به حوادث برانگیزاننده هیجان است که هشیارانه یا ناهشیارانه در تلاش برای تغییر دادن مقدار و شدت تجربه هیجانی افراد یا خود رویداد است (۱۹). تنظیم شناختی هیجان مجموعه‌ای از پردازش‌های درونی و بیرونی مسئول برای بازبینی، ارزشیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی تعریف می‌شود (۲۱). تنظیم هیجان عبارت است از راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از

^۱ Allport & Ross

مجله پژوهش در دین و سلامت

دوره ۶، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹

معناداری وجود دارد؛ به این صورت که بین جهت‌گیری مذهبی درون‌سو با ناپایداری هیجانی رابطه عکس و بین جهت‌گیری مذهبی برون‌سو با ناپایداری هیجانی رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین هرچه جهت‌گیری مذهبی افراد بیرونی‌تر می‌شود، پایداری هیجانی آنان پایین‌تر می‌رود (۲۹). همچنین در پژوهش تاج‌آبادی و فرید که به بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با مؤلفه‌های هوش هیجانی در میان دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرداخته‌اند، نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی بر مؤلفه‌های هوش هیجانی در سطح ۰/۰۵ تأثیر معنادار دارد. علاوه‌براین، جهت‌گیری مذهبی دانشجویان توانایی پیش‌بینی ۱۹ درصد از مؤلفه‌های هوش هیجانی را دارد (۳۰).

از آنجایی که مفهوم سبک‌های تنظیم هیجان شناختی در حال حاضر در عرصه ارائه پژوهش‌های روان‌شناختی وارد شده است و درباره رابطه این سبک‌ها با سلامت روانی و جهت‌گیری مذهبی مطالعات بسیار اندکی به‌ویژه در میان قشر دانشجو که منابع معنوی جامعه و آینده‌سازان کشور شناخته می‌شوند، انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سلامت روان و جهت‌گیری مذهبی با راهکارهای شناختی-هیجانی دانشجویان صورت گرفته است.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: پیش از انجام پژوهش به همه شرکت‌کنندگان درباره هدف پژوهش و اختیاری بودن شرکت در آن آگاهی داده شد. همچنین از افراد رضایت‌نامه کتبی هم دریافت و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند.

پژوهش حاضر از نوع مقطعی و همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود که به‌روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از بین ۱۲ بیمارستان دانشگاه، پنج بیمارستان (طالقانی، شهدای تجریش، لقمان، مسیح دانشوری و امام حسین) و از بین تمام کلاس‌های آموزشی بیمارستان، دو کلاس انتخاب شد و در هر کلاس دوسوم دانشجویان وارد مطالعه شدند. ابتدا درباره ماهیت پژوهش، حفظ حریم خصوصی و کلیات پرسش‌نامه به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد سپس پرسش‌نامه سنجش سریع علائم سطح اول DSM-5، پرسش‌نامه جهت‌گیری

وقوع حادثه فعال می‌شود در کنترل هیجان منفی حوادث نقش مهمی دارد (۲۲)، زیرا موجب تفسیر واقعه به نحوی می‌شود که پاسخ‌های هیجانی منفی را کاهش می‌دهد. پژوهشی نشان می‌دهد که تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم هیجان شناختی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود، چنانکه استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با هیجان مثبت و عملکردهای میان‌فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد (۲۳). از طرفی بر اساس یافته‌های مطالعه‌ای، سرکوب هیجان در هنگام رویارویی با رویداد استرس‌زا موجب پدیدآمدن نشخوار فکری بعد از رویداد می‌شود (۲۴). بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی نیز نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عاملی مهم در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (۲۵) و نقص در آن با اختلالات درون‌ریز (مانند افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی) و اختلالات برون‌ریز (مانند بزهکاری و رفتار پرخطر) ارتباط دارد (۲۶). اگرچه این یافته‌ها درباره علی‌بودن رابطه بین تنظیم هیجان و اختلالات روانی، مطلبی بیان نمی‌کنند، اما در برخی از مطالعات درازمدت اشاره شده است که اشکال در تنظیم هیجان می‌تواند کودکان و نوجوانان را برای اختلالات روانی بعدی مانند افسردگی مستعد و آماده کند (۲۷).

در پژوهشی ویدورک و بورج^۱ به بررسی نقش سلامت روان مثبت و سلامت روان مخرب (داغ ننگ‌زدن و برچسب‌زدن) در ارزیابی مطالعه کیفی نگرش‌های دانشجویی پرداخته‌اند. در پژوهش آنان مصاحبه‌های ساختاری با ۲۳ دانشجو برای بررسی اهداف مطالعه انجام شد. مصاحبه‌ها زمینه‌هایی از قبیل حفظ سلامت روانی، آگاهی/آموزش و همدردی/درک را شامل می‌شد که فواید و موانع درمان سلامت روانی به شمار می‌رود. نتایج نشان داد که دانشجویان برچسب‌زدن و داغ ننگ‌زدن را مانعی برای درمان سلامت روانی می‌دانند. همچنین آنان افزایش احساس همدردی و آموزش را به منابع سلامت روان پیوند دادند و برای دانشجویانی که مشکلات سلامت روان شناختی را تجربه می‌کردند تمایلات و درک درستی برای کاهش نگرش‌های مرتبط با برچسب‌زدن وجود داشت (۲۸).

در پژوهش عباسی و جان‌بزرگی که به بررسی رابطه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با پایداری هیجانی پرداخته‌اند نتایج نشان داد که بین پایداری هیجانی و جهت‌گیری مذهبی رابطه

^۱) Vidourek & Burbage

مذهبی آلپورت و پرسش‌نامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بین ۲۰۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر در بیمارستان‌های مذکور توزیع و ۱۵۰ پرسش‌نامه کامل و صحیح دریافت شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش داشتن سن بین ۲۲ تا ۴۰ و دانشجوی کارورز بود. برای توصیف وضعیت جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی درصد) و برای بررسی رابطه سلامت روان و جهت‌گیری مذهبی با راهکارهای شناختی هیجانی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. مقدار P نیز مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ تلقی گردید.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسش‌نامه سنجش سریع علائم سطح اول DSM-5: این پرسش‌نامه خودسنجی دامنه سلامت روانی را که در تشخیص روان‌پزشکی مهم است، ارزیابی می‌کند. این ابزار اندازه‌گیری به روان‌پزشکان و روان‌شناسان در پیش‌آگاهی و درمان بالینی کمک شایانی می‌کند و می‌تواند در شناسایی تغییرات علائم افراد در طول زمان به کار گرفته شود. این نسخه بزرگسالان از ۲۳ سؤال تشکیل شده است و ۱۳ حوزه روان‌پزشکی را شامل می‌شود که عبارت است از: افسردگی، خشم، شیدایی یا مانیا^۱، اضطراب، علائم جسمی، افکار خودکشی، روان‌درمانی، مشکلات خواب، حافظه، افکار و رفتارهای تکراری، گسستگی، کارکرد شخصیت و اختلال مصرف مواد. هر بخش پرسش‌نامه به چگونگی (اغلب چگونگی) ناراحتی‌ها یا مشکلات فرد در طول دو هفته گذشته می‌پردازد و اگر فردی توانایی ضعیفی دارد و قادر به تکمیل فرم (برای مثال فرد مبتلا به زوال عقل) نیست، یک متخصص مطلع با کمک خود فرد می‌تواند به تکمیل این پرسش‌نامه بپردازد. در مطالعه باج^۲ و همکاران که این پرسش‌نامه را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی اجرا کرده‌اند، تمام مقیاس‌ها به جز نپذیرفتن مسئولیت در نمونه‌های غیربالینی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ دارد. علاوه بر این، برای نمونه‌های بالینی ضریب آلفای متوسط ۰/۸۶ درصد و برای نمونه‌های غیربالینی نیز ۰/۸۴ درصد به دست آمده است (۳۱). در پژوهش حاضر که این پرسش‌نامه برای سنجش سلامت روانی استفاده شده، نیز ضریب پایایی کل پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ درصد به دست آمده است.

۲) پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت: آلپورت و راس این مقیاس را در سال ۱۹۶۷ برای سنجش جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی ساخته‌اند. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است که ۱۲ ماده جهت‌گیری مذهبی بیرونی و ۹ ماده جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجد. سؤال‌های آزمون در مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. در مطالعه آلپورت همبستگی سؤال‌های جهت‌گیری بیرونی با درونی ۰/۲۱- بود (۳۲). جان‌بزرگی ضریب آلفای ۰/۷۴ را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده است (۳۳).

۳) پرسش‌نامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان: گارنفسکی^۳ و همکاران این پرسش‌نامه چندبعدی را که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود، تهیه کرده‌اند. این مقیاس ابزاری خودگزارشی است که ۳۶ گویه و ۹ زیرمقیاس دارد که عبارت است از: راهبرد شناختی خودسرزنش‌گری، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت‌شماری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنش‌گری. دامنه نمرات مقیاس نیز از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است (۳۴). در پژوهش حاضر ضریب پایایی کل پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ درصد به دست آمده است.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر ۱۵۰ نفر (۴۴ مرد و ۱۰۶ زن) با میانگین سنی ۲۳/۰۵ بود. نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی بین سلامت روان با تنظیم شناختی-هیجانی، جهت‌گیری مذهبی، جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی به ترتیب ۰/۱۶، ۰/۱۵-، ۰/۱۷ و ۰/۰۴ بود که به ترتیب در مقدار ۰/۰۴، ۰/۰۵ و ۰/۰۳ معنی‌دار بود ولی رابطه بین سلامت روان با جهت‌گیری مذهبی بیرونی معنی‌دار نبود (۰/۹). علاوه بر این، همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی با تنظیم شناختی-هیجانی ۰/۲۳ بود که در مقدار ۰/۰۳ معنی‌دار بود. در نتیجه بین جهت‌گیری مذهبی با تنظیم شناختی-هیجانی رابطه معنی‌داری وجود داشت.

^۱) Mania

^۲) Bach

^۳) Garnefski

طبق جدول شماره ۳، ضریب همبستگی پیرسون بین جهت‌گیری مذهبی درونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی مثبت به ترتیب ۰/۱۲، ۰/۱۶، ۰/۱۲، ۰/۱۵ و ۰/۱۶؛ و مقدار P هر یک از آنها نیز به ترتیب برابر با ۰/۱، ۰/۴، ۰/۱ و ۰/۵ و ۰/۸ بود که بیانگر این است که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با دو مؤلفه تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت و نداشتن رابطه با مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و رسیدن به دورنما رابطه معنادار وجود داشت.

جدول ۴) ضریب همبستگی پیرسون بین جهت‌گیری مذهبی درونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی منفی

جهت‌گیری مذهبی درونی تنظیم شناختی-هیجانی منفی	ضریب همبستگی	P-value
ملاطت خویش	-۰/۰۹	۰/۲
نشخوارگری	۰/۰۱۶	۰/۸
فاجعه‌سازی	۰/۰۱۹	۰/۸
ملاطت دیگران	۰/۱۱	۰/۱

مطابق جدول شماره ۴، ضریب همبستگی پیرسون بین جهت‌گیری مذهبی درونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی منفی به ترتیب ۰/۰۹، ۰/۱۶، ۰/۱۹ و ۰/۱۱؛ و مقدار P هر یک از آنها به ترتیب برابر با ۰/۸، ۰/۲ و ۰/۱ بود که بیانگر نبود رابطه معنادار بین جهت‌گیری مذهبی درونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی منفی است.

جدول ۵) ضریب همبستگی پیرسون بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی مثبت

جهت‌گیری مذهبی بیرونی تنظیم شناختی-هیجانی مثبت	ضریب همبستگی	P-value
پذیرش	-۰/۰۲	۰/۷
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۱۱۲	۰/۱
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۰/۱۲۹	۰/۱
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۰۳	۰/۶
رسیدن به دورنما	۰/۰۰۲	۰/۹

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی پیرسون بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی مثبت به ترتیب ۰/۰۲، ۰/۱۱۲، ۰/۱۲۹، ۰/۰۳ و ۰/۰۰۲؛ و مقدار P هر یک از آنها به ترتیب برابر با ۰/۷، ۰/۱، ۰/۱ و ۰/۶ بود که نشان می‌دهد بین

جدول ۱) ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت روان با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی مثبت

سلامت روان تنظیم شناختی-هیجانی مثبت	ضریب همبستگی	P-value
پذیرش	-۰/۱۵	۰/۰۵
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۰۵	۰/۴
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	-۰/۰۰۳	۰/۹
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۰۸	۰/۲
رسیدن به دورنما	-۰/۱۵	۰/۰۵

طبق جدول شماره ۱، ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت روان با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی مثبت به ترتیب ۰/۱۵، ۰/۰۵، ۰/۰۰۳، ۰/۰۸ و ۰/۱۵؛ و مقدار P هر یک از آنها به ترتیب برابر با ۰/۴، ۰/۹، ۰/۲ و ۰/۰۵ بود که بیانگر رابطه معنادار جهت‌گیری مذهبی درونی با دو مؤلفه پذیرش و رسیدن به دورنما و نداشتن رابطه با مؤلفه‌های تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت است.

جدول ۲) ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت روان با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی منفی

سلامت روان تنظیم شناختی-هیجانی منفی	ضریب همبستگی	P-value
ملاطت خویش	۰/۰۰۲	۰/۹
نشخوارگری	-۰/۰۳	۰/۶
فاجعه‌سازی	۰/۰۱۵	۰/۸
ملاطت دیگران	-۰/۰۱۷	۰/۸

بر اساس جدول شماره ۲، ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت روان با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی منفی به ترتیب ۰/۰۰۲، ۰/۰۳، ۰/۰۱۵ و ۰/۰۱۷؛ و مقدار P هر یک از آنها نیز به ترتیب برابر با ۰/۹، ۰/۶، ۰/۸ و ۰/۸ بود که بیانگر نداشتن رابطه معنادار بین سلامت روان با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی منفی است.

جدول ۳) ضریب همبستگی پیرسون بین جهت‌گیری مذهبی درونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی مثبت

جهت‌گیری مذهبی درونی تنظیم شناختی-هیجانی مثبت	ضریب همبستگی	P-value
پذیرش	-۰/۱۲	۰/۱
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۱۶	۰/۰۴
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۰/۱۲	۰/۱
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۱۵	۰/۰۵
رسیدن به دورنما	۰/۰۱۶	۰/۸

جهت‌گیری مذهبی درونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی مثبت رابطه وجود نداشت.

جدول ۶) ضریب همبستگی پیرسون بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی منفی

جهت‌گیری مذهبی بیرونی تنظیم شناختی-هیجانی منفی	ضریب همبستگی	P-value
ملاطت خویش	-۰/۱۲	۰/۱
نشخوارگری	۰/۰۳	۰/۶
فاجعه‌سازی	-۰/۰۰۸	۰/۹
ملاطت دیگران	۰/۰۸	۰/۳

بر اساس جدول شماره ۶، ضریب همبستگی پیرسون بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی منفی به ترتیب -۰/۱۲، ۰/۰۳، -۰/۰۰۸ و ۰/۰۸؛ و مقدار P هر یک از آنها به ترتیب برابر با ۰/۱، ۰/۶، ۰/۹ و ۰/۳ بود که بیانگر این است که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با هیچ‌کدام از مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی منفی رابطه معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سلامت روان و جهت‌گیری مذهبی با راهکارهای شناختی-هیجانی دانشجویان بود. نتایج نشان داد که بین سلامت روان با تنظیم شناختی-هیجانی رابطه معنی‌داری وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های اندرسون^۱ و همکاران (۳۵) و نولن-هوکسما^۲ و همکاران (۳۶)، همخوان است. این مسئله بیانگر آن است که هنگامی که افراد با موقعیت‌های هیجانی و دشوار روبه‌رو می‌شوند احساس خوب و خوش‌بینی برای کنترل هیجان به‌تنهایی کافی نیست بلکه آنان نیاز دارند که در این موقعیت‌ها بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشند (۱۶). در اصل تنظیم هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز دارد (۳۷)؛ زیرا انسان‌ها با هرچه مواجه می‌شوند آن را تفسیر می‌کنند و تفسیرهای شناختی تعیین‌کننده واکنش‌های افراد است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی با تنظیم شناختی-هیجانی رابطه معنی‌داری وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهش عباسی و جان‌بزرگی هماهنگ است

(۲۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت که جهت‌گیری مذهبی به‌صورت کلی در تنظیم راهکارهای شناختی-هیجانی دانشجویان نقش دارد چنانکه می‌توان نقش دین را در سبک زندگی افراد، راهبردهای مقابله‌ای با رویدادهای درونی و بیرونی و نحوه مدیریت استرس‌های روان‌شناختی و مشکلات روانی مشاهده کرد (۳۸). علاوه‌براین، نتایج بیانگر آن است که بین سلامت روان با جهت‌گیری مذهبی رابطه معنادار وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهش پارکر^۳ و همکاران همخوان است (۳۹). در تبیین این یافته شاید بتوان گفت که با افزایش جهت‌گیری مذهبی و ایمان مذهبی، فرایند خودکنترلی نیز ارتقا می‌یابد، مانع اثربخشی شرایط بیرونی یا جمعیت‌شناختی می‌شود و سلامت روان نیز حفظ می‌شود. به‌علاوه انجام دستورهای مذهبی و حضور در مراسم دینی، از عواملی هستند که می‌توانند در درمان و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، اعم از نوروزهای خفیف یا سایکوزهای شدید به کار روند. همچنین، نتایج نشان داد بین سلامت روان با جهت‌گیری مذهبی درونی نیز رابطه معنادار وجود داشت درحالی‌که بین سلامت روان با جهت‌گیری مذهبی بیرونی رابطه معناداری وجود نداشت (۴۰). این نتایج با نتایج پژوهش‌های تاج‌آبادی و همکاران (۳۰) و حبیب و همکاران (۴۱) همسو است. بر اساس نظریه جهت‌گیری مذهبی آلپورت می‌توان گفت افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی برخلاف افرادی که جهت‌گیری بیرونی دارند، مذهب را به مثابه هدف در نظر می‌گیرند و نظام درونی ارزشی قوی دارند (۴۲). به‌علاوه، نتایج بیانگر آن است که سلامت روان با دو مؤلفه تنظیم شناختی-هیجانی مثبت یعنی پذیرش و برنامه‌ریزی رابطه معنادار داشت ولی بین سلامت روان با هیچ‌یک از مؤلفه‌های منفی تنظیم شناختی-هیجانی رابطه‌ای یافت نشد. یافته‌های این پژوهش در زمینه معنادار نشدن سلامت روان با مؤلفه‌های منفی تنظیم هیجان شناختی با نتایج پژوهش عابدی و همکاران همسو نیست (۴۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که از سلامت روان بالاتری برخوردارند در برخورد با شرایط استرس‌زا بهتر می‌توانند خود را سازگار کنند و در زندگی روزمره برنامه‌ریزی بهتری به‌ویژه در برخورد با شرایط ناگوار دارند. این افراد در مواجهه با تجارب و موقعیت‌های استرس‌زا برای حفظ سلامت روانی و هیجان خود

^۳) Parker

^۴) neurosis

^۵) Psychosis

^۱) Anderson

^۲) Nolen-Hoeksema

قدردانی

مؤلفان از تمامی دانشجویان کارآموز که آنان را در به انجام رسیدن این پژوهش همراهی نمودند، قدردانی می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی این پژوهش را تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی ندارد.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

ایده و طرح اولیه، نگارش مقدمه، روش کار و تحلیل و تفسیر داده‌ها: مؤلفان اول و دوم؛ جمع‌آوری داده‌ها: مؤلفان سوم و چهارم و نگارش بحث و نتیجه‌گیری و بازنگری متن: مؤلفان پنجم و ششم.

References

1. Chisholm D, Layard R, Patel V, Saxena S. Mental Illness and Unhappiness. Centre for Economic Performance, LSE, 2013.
2. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World psychiatry. 2007;6(3):168-76.
3. WHO. Mental health included in the UN Sustainable Development Goals. Washington: WHO. 2016.
4. Ganji H. Mental health. Tehran: Arsebaran Press; 2005.
5. Sarafino EP, Smith TW. Health psychology: Biopsychosocial interactions. John Wiley & Sons; 2014.
6. Videbeck SL. Psychiatric-mental health nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
7. Hoseini S, Kazemish S. Therealatonship between sport and students' mental health. Journal of Mazendaran University of Medical Science. 2007;53:97-104. (Full Text in Persian)
8. Balon R, Beresin EV, Coverdale JH, Louie AK,

از راهکارهای شناختی متنوعی استفاده می‌کنند. از سویی دیگر این مسئله بیانگر این است که در مسائل استرس‌زا فکرکردن به مسائل لذت‌بخش به‌جای مسئله واقعی، تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی با کاهش اضطراب و افسردگی همراه است.

علاوه بر موارد یادشده، نتایج همچنین نشان می‌دهد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با دو مؤلفه تنظیم شناختی-هیجانی مثبت (تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت) رابطه معنادار وجود داشت ولی بین جهت‌گیری مذهبی درونی با هیچ‌یک از مؤلفه‌های منفی تنظیم شناختی-هیجانی رابطه معناداری وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش عباسی و جان‌بزرگی در زمینه رابطه‌داشتن جهت‌گیری مذهبی با مؤلفه‌های تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت هماهنگ است (۲۹). می‌توان گفت افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی از کنترل درونی برخوردارند و معتقدند اعمال و توانایی‌های آنان تعیین‌کننده موفقیت یا شکست‌های آنان است. این افراد از توانایی‌های حل مسئله و انعطاف‌پذیری بالا، عزت نفس و روابط بین‌فردی مستحکم، مسئولیت‌پذیری و سازگاری اجتماعی بالایی برخوردارند (۴۴).

یافته دیگر پژوهش نشان می‌دهد که بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با هیچ‌یک از مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی مثبت و منفی رابطه معنادار وجود نداشت که این یافته با نتایج پژوهش عبدی و همکاران همسو نیست (۴۳)؛ در کل می‌توان گفت افراد با جهت‌گیری مذهبی بیرونی معتقدند عوامل بیرونی مانند سرنوشت، شانس، افراد قدرتمند و نیروهای محیطی پیش‌بینی‌نشده موفقیت و شکست آنان را اداره می‌کنند که این امر با استرس‌های روان‌شناختی، افسردگی و ناامیدی هنگام مواجهه با مشکلات همراه است (۴۵).

محدودیت‌های پژوهش

محدودیت پژوهش حاضر استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی است که احتمال خطای اندازه‌گیری را افزایش می‌دهد. بنابراین ممکن است برخی از شرکت‌کنندگان به سؤال‌های پرسش‌نامه پاسخ‌های منطبق بر واقعیت ندهد باشند.

پیشنهاد‌های پژوهش

بهرتر است در تحقیقات آتی از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات مانند مصاحبه و سؤال‌های بازپاسخ استفاده شود.

Roberts LW. College mental health: a vulnerable population in an environment with systemic deficiencies. Springer; 2015.

9. Bruffaerts R, Mortier P, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, et al. Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders*. 2018;225:97-103.

10. Ansari H, Bahrami L, Akbar ZL, Bakhshani N. Assessment of general health and some related factors among students of Zahedan University of Medical Sciences In 2007. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (Tabib-e-Shargh)*. 2008;9(4):295-304. (Full Text in Persian)

11. Mistler BJ, Reetz DR, Krylowicz B, Barr V. The association for university and college counseling center directors annual survey. Retrieved from Association for University and College Counseling Center Directors website: http://files.cmcglobal.com/Monograph_2012_AUCCCD_Public.pdf. 2012.

12. Jaisooriya T, Rani A, Menon PG, Jeevan C, Revamma M, Jose V, et al. Psychological distress among college students in Kerala, India-Prevalence and correlates. *Asian journal of psychiatry*. 2017;28:28-31.

13. Mazloomi Mahmoudabad SS, Ardian N, Salmani I, Hajian N. Comparing Mental Health of Female Athlete and Non-Athlete Students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. *Journal of Community Health Research*. 2013;2(3):188-95.

14. Simin H, Mehrangiz SK. The relationship between academic achievement and emotional intelligence among college students of students of al-Zahra University. *Journal of cultural-education of women and the family*. 2014;44-54. (Full Text in Persian)

15. Rezvan S, Bahrami F, Abedi M. The effect of emotional regulation on happiness and mental rumination of students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006;12(3):251-7. (Full Text in Persian)

16. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*. 2005;9(5):242-9.

17. Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009;23(1):6-19.

18. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment: Guilford Press; 2009.

19. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(10):974-83.

20. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010;30(2):217-37.

21. Ochsner KN, Gross JJ. The neural architecture of emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*. 2007;1(1):87-109.

22. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998;2(3):271-99.

23. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(2):348-62.

24. Davies MI, Clark DM. Thought suppression produces a rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(6):571-82.

25. Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*. 1995;7(1):1-10.

26. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL, Fabes RA, Shepard SA, Reiser M, et al. The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*. 2001;72(4):1112-34.

27. Sandler IN, Tein JY, West SG. Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A cross sectional and longitudinal study. *Child development*. 1994;65(6):1744-63.

28. Vidourek RA, Burbage M. Positive mental health and mental health stigma: A qualitative study assessing student attitudes. *Mental Health & Prevention*. 2019;13:1-6.

29. Abbasi MJM. The Relationship of Religious Orientation with Emotional Stability. *Journal of Ravanshenasi va Din*. 2010;3(3):5-18. (Full Text in Persian)

30. Tajabadi R, Farbod AAA. Relationship between religious orientation and components of emotional intelligence among medical students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *J Res Relig Health*. 2017;4(1):79-92. (Full Text in Persian)

31. Bastiaens L, Galus J. The DSM-5 self-rated level 1 cross-cutting symptom measure as a screening tool. *Psychiatric Quarterly*. 2018;89(1):111-5.

32. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*. 1967;5(4):432-43.

33. Janbozorgi M. Investigating the Relationship between Happiness and Religious Orientation and Psychological Happiness and Depression in Scholars at Imam Khomeini Research Institute of Qom in the academic year of 2005-2006. *The Journal of Psychology of Religion*. 2005;1(2):1-14. (Full Text in Persian)

34. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*. 2006;41(6):1045-53.

35. Anderson CA, Miller RS, Riger AL, Dill JC, Sedikides C. Behavioral and characterological

attributional styles as predictors of depression and loneliness: Review, refinement, and test. *Journal of personality and social psychology*. 1994;66(3):549.

36. Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. Ruminative Coping with Depressed Mood Following Loss. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994;67(1):549-58.

37. Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and individual differences*. 2010;49(6):645-50.

38. Hosseini M, Elias H, Krauss SE, Aishah S. A review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may contribute to individual differences in spiritual intelligence and the related theories. *Journal of social sciences*. 2010;6(3):429-38. (Full Text in Persian)

39. Parker M, Lee Roff L, Klemmack DL, Koenig HG, Baker P, Allman RM. Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging & mental health*. 2003;7(5):390-7.

40. Delgadillo T. *Spiritual mestizaje: Religion, gender, race, and nation in contemporary Chicana narrative*: Duke University Press; 2011.

41. Habib S, Riaz MN, Akram M. Emotional intelligence as predictor of life satisfaction among nurses: Mediating role of spiritual wellness. *FWU Journal of Social Sciences*. 2012;6(1):73-9.

42. Khazaei H, Rezaei M, Ghadami M, Tahmasian M, Ghasemi Mobarra A, Shiri E. Relationship between religious values and anxiety among Kermanshah University of Medical Sciences students. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2010;14(1):e79543. (Full Text in Persian)

43. Abdi S, Babapoor J, Fathi H. Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health among university students. *Annals of Military and Health Sciences Reserch*. 2011;8(4):258-64. (Full Text in Persian)

44. Li L. High rates of prosecution and conviction in China: The use of passive coping strategies. *International Journal of Law, Crime and Justice*. 2014;42(3):271-85.

45. Beyrami M, Osfoori M, Esfahani A. Efficacy of Group Logo Therapy on Coping Strategies with Stress and Adjustment to Illness in Leukemia Patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*. 2016;4(5):22-8. (Full Text in Persian)