Islam and Health Journal
نشریه اسلام و سلامت
e-ISSN: 2383-191X p-ISSN:2383-2177
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Association between spiritual intelligence and level of mental health literacy with stigma toward people with mental illness among Babol Medical students

Hossein Jafari Kardgar (MD student)[1], Mohammad Hadi Yadollahpour (PhD)[2]*, Seyed Davood Hosseini Talari (MD)[3], Mahbobeh Faramarzi (PhD)[2], Hossein-Ali Nikbakht (PhD)[2], Mousa Yaminfirooz (PhD)[2]

1. Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
2. Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
3. Department of Psychiatry, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Article Type:
Research Paper

Received:
20 Jan. 2025
Revised:
21 June 2025
Accepted:
2 July 2025
Published Online:
26 July 2025

ABSTRACT

Background and aim: Stigma in mental illnesses can be described as a set of negative attitudes and beliefs that cause fear, rejection, avoidance and discrimination against people. Stigma towards people with mental illness is influenced by many factors. Religious beliefs also have a significant impact on the beliefs and attitudes of people towards people with mental illness. Attitudes towards mental illness are also shaped by mental health literacy, that is, knowledge and beliefs about mental disorders that help recognize, manage or prevent them. Therefore, the present study was conducted to examine the association between spiritual intelligence, level of mental health literacy and the proportion of patients with mental illnesses among Babol medical students.

Materials and methods: In this study, we investigated the relationship between personality traits, religious beliefs and the level of mental health literacy in Babol medical students. 262 medical students completed three questionnaires of attitudes towards mental illness, spiritual intelligence and mental health literacy in each of the four academic levels and the results were evaluated. The data were analyzed using SPSS 24.

Findings: 262 students completed the study. 117 were men (44.7%) and 145 were women (55.3%). The mean age of the students was 22.89 ± 2.24 years. 18 students (6.9%) were married and 244 students (93.1%) were single. The results of the linear regression showed that among the two important variables of mental health literacy and spiritual intelligence, the variable of mental health literacy was related to the stigma of mental illness both in the univariate analysis and in the multivariate regression analysis (p-value<0.005). Therefore, the variable of mental health literacy is a strong independent predictor variable for the status of stigma regarding mental illness in students.

Conclusion: By increasing mental health literacy, the attitude towards mental illnesses improves and the negative consequences of stigma towards mental illness can be prevented.

Keywords: Spiritual intelligence, Mental illness stigma, Mental health literacy

Cite this article: Jafari Kardgar H, Yadollahpour MH, Hosseini Talari SD, Faramarzi M, Nikbakht HA, Yaminfirooz M. Association between spiritual intelligence and level of mental health literacy with stigma toward people with mental illness among Babol Medical students. Islam and Health Journal. 2025; 10(1): 72-84.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

*Corresponding Author: Mohammad Hadi Yadollahpour
Address: Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran.
E-mail: m.yadollahpour@mubabol.ac.ir

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

Islam and Health Journal
نشریه اسلام و سلامت
e-ISSN: 2383-191X p-ISSN:2383-2177
دانشگاه علوم پزشکی بابل

ارتباط هوش معنوی، و سطح سواد سلامت روان با انگ نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در دانشجویان علوم پزشکی بابل

حسین جعفری کاردگر (MD student)[1]، محمدهادی یداله‌پور (PhD)[2*]، سید داوود حسینی تالاری (MD)[3]، محبوبه فرامرزی (PhD)[2]، حسینعلی نیکبخت (PhD)[2]، موسی یمین فیروز (PhD)[2]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۳. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

چکیده

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱

ویرایش: ۱۴۰۴/۳/۳۱

پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۱۱

انتشار: ۱۴۰۴/۵/۴

سابقه و هدف: انگ در بیماری‌های روانی را می‌توان مجموعه‌ای از نگرش‌ها و باورهای منفی توصیف کرد که باعث برانگیختن ترس، طرد، اجتناب و تبعیض علیه افراد می‌شود. انگ نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد. باورهای مذهبی نیز تاثیر قابل توجهی بر باورها، نگرش افراد نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی دارد. نگرش به بیماری روانی نیز توسط سواد سلامت روان شکل می‌گیرد؛ یعنی دانش و باورهای مربوط به اختلالات روانی که به شناخت، مدیریت یا پیشگیری از آنها کمک می‌کند. از این رو ما بر آن شدیم تا در این مطالعه به بررسی ارتباط هوش معنوی، و سطح سواد سلامت روان با انگ نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در دانشجویان علوم پزشکی بابل بپردازیم.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ارتباط ویژگی‌های شخصیتی، عقاید مذهبی و سطح سواد سلامت روان در دانشجویان علوم پزشکی بابل بررسی شد. ۲۶۲ نفر از دانشجویان پزشکی در هر یک از چهار مقطع تحصیلی، سه پرسشنامه نگرش به بیماری روانی، هوش معنوی و سواد سلامت روان را تکمیل کرده و نتایج آن مورد سنجش قرار گرفت. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 24 تحت آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها: ۲۶۲ دانشجو مطالعه را تکمیل کردند. ۱۱۷ مرد (۴۴/۷٪) و ۱۴۵ زن (۵۵/۳٪) بودند. میانگین سنی دانشجویان ۲/۲۴ ± ۲۲/۸۹ سال بود. ۱۸ دانشجو (۶/۹٪) متاهل و ۲۴۴ نفر (۹۳/۱٪) مجرد بودند. نتایج رگرسیون خطی نشان داد که از میان دو متغیر مهم سواد سلامت روان و هوش معنوی، متغیر سواد سلامت روان هم در تحلیل تک‌متغیره و هم در تحلیل چندمتغیره رگرسیونی با انگ نسبت به بیماری روانی رابطه داشت (p-value<۰/۰۵). بنابراین متغیر سواد سلامت روان یک متغیر پیشگویی‌کننده‌ی مستقل قوی برای وضعیت انگ نسبت به بیماری روانی در دانشجویان می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با افزایش سواد سلامت روان نگرش نسبت به بیماری‌های روانی بهبود می‌یابد و می‌توان از پیامدهای منفی انگ نسبت به بیماری روانی پیشگیری کرد.

واژگان کلیدی: هوش معنوی، انگ بیماری‌های روانی، سواد سلامت روان

استناد: حسین جعفری کاردگر، محمدهادی یداله‌پور، سید داوود حسینی تالاری، محبوبه فرامرزی، حسینعلی نیکبخت، موسی یمین فیروز. ارتباط هوش معنوی، و سطح سواد سلامت روان با انگ نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در دانشجویان علوم پزشکی بابل. نشریه اسلام و سلامت. ۱۴۰۴؛ ۱۰(۱): ۸۴-۷۲.

© The Author(s)
Publisher: Babol University of Medical Sciences

* **مسئول مقاله:** محمدهادی یداله‌پور
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، پژوهشکده سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.
رایانامه: m.yadollahpour@mubabol.ac.ir

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

مقدمه

بیماری روانی یک مساله‌ی اجتماعی فراگیر است که بر رفاه میلیون‌ها نفر در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد، بسیاری از افرادی که از بیماری‌های روانی جدی رنج می‌برند، به دنبال کمک پزشکی مناسب نیستند. انگ بیماری روانی اغلب دلیلی بالقوه برای بی‌میلی در جستجوی کمک در نظر گرفته شده است (۱). عموم مردم نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی دیدگاه منفی دارند و افراد مبتلا به بیماری روانی را خطرناک می‌دانند. انگ عملی است که رنج زیادی را برای افرادی که عواقب آن را در زندگی روزمره تجربه می‌کنند، به همراه دارد. به عنوان مثال، تمایل به فاصله گرفتن از افراد مبتلا به بیماری روانی برای جلوگیری از انگ عمومی. دانش‌آموزان در مدارس و دانشگاه‌ها نیز تمایلی به قرار ملاقات با افرادی که بیماری روانی دارند، یا با آنها دوستی کنند، ندارند (۲). افرادی که با بیماری روانی زندگی می‌کنند، احساس تبعیض و انزوای اجتماعی بالایی را تجربه می‌کنند. تشخیص یک بیماری روانی اغلب باعث واکنش اجتماعی خاص نسبت به بیمار می‌شود، به عنوان مثال، منجر به انزوا، کاهش ارزش یا حتی مراقبت بیش از حد و غیرضروری می‌گردد (۳).

باورهای فرهنگی از جمله باورهای مذهبی تأثیر قابل‌توجهی بر باورها، نگرش‌ها و انگ شهروندان نسبت به بیماران مبتلا به بیماری روانی دارند. پس زمینه مذهبی بیمار می‌تواند زندگی و سلامت شخصی را عمیقاً تحت تأثیر قرار دهد، جایی که بیماری روانی انکار شده و به عنوان یک موضوع مرتبط با ایمان مذهبی در نظر گرفته می‌شود. حوزه معنویت و باورهای مذهبی با انباشته شدن شواهد علمی در رابطه با سلامت روان به سرعت در حال رشد است (۴).

معنویت و دینداری به عنوان ابعاد حیاتی زندگی مردم از جمله بیماران روانی در سراسر جهان در نظر گرفته می‌شود و بر این اساس باید در روند درمان بیماری روانی مورد توجه قرار گیرد. باورهای مذهبی به‌طور قابل‌توجهی بر باورهای افراد در مورد بیماری روانی و انگ مرتبط با چنین بیماری تأثیر می‌گذارد. باورهای مذهبی کاملا با درگیری با درمان، مقابله موفق و نگرش حمایتی مرتبط است. افراد دارای اعتقاد مذهبی تمایل بیشتری به کمک به بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی نسبت به افراد غیرمعتقد دارند. افرادی که به‌طور منظم از مذهب پیروی می‌کنند نیز به اظهارات بیماری روانی عادت دارند که احتمالا منجر به شناخت بسیار بهتری از اختلال روانی می‌شود. باورهای دینی ممکن است مشارکت عمومی را انباشته کند و سلسله مراتب اجتماعی بزرگتری را رشد دهد و رفتارها و برداشت‌های خوش‌بینانه‌تری را در میان جوامع مذهبی منتشر کند (۲).

سواد سلامت روان به دانش، نگرش‌ها و باورهایی در مورد اختلال‌های روانی اشاره دارد که تشخیص نشانه‌ها، مدیریت و پیشگیری از آنها را تسهیل کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که جمعیت عمومی و به‌ویژه جوانان سطح سواد سلامت روان بسیار پایینی دارند. آنها در شناسایی اختلال‌های روانی و دلایل اساسی بروز آنها، عوامل خطر و عوامل محافظتی مرتبط با آنها مشکل دارند و همچنین اعتقادهای نادرست در مورد اثربخشی مداخلات درمانی می‌تواند، اغلب منجر به کاهش احتمال جست و جوی کمک شود. علاوه‌براین، ننگ و بدنامی مرتبط با مشکلات روان برای افراد در سنین پایین آشکار است (۵). یکی از راه‌حل‌های پیشنهادی برای کاهش انگ و بهبود رفتارهای کمک‌جویی و مسیرهای مراقبت، افزایش سطح سواد سلامت روان در جامعه عمومی است (۶). شواهد نشان می‌دهد که بهبود دانش در مورد سلامت روان و اختلالات روانی، آگاهی بهتر از چگونگی کمک گرفتن و درمان، و کاهش انگ علیه بیماری روانی در سطوح فردی، اجتماعی و سازمانی ممکن است باعث شناسایی زودهنگام اختلالت روانی، بهبود نتایج سلامت روان و افزایش استفاده از خدمات بهداشتی شود (۷).

تحقیقات اندکی وجود دارد که به بررسی رابطه بین هوش معنوی و سطح سواد سلامت روان با انگ نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در دانشجویان پرداخته باشد. بنابراین، این مطالعه از چند جهت بدیع است. اول اینکه، در خصوص میزان انگ نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در دانشجویان بابل اطلاعاتی نداریم، دوم اینکه، رابطه سه متغیر ویژگی‌های شخصیتی، عقاید مذهبی، سطح سلامت روان به‌طور ترکیبی در مطالعه چاپ شده‌ای یافت نشده است. سوم اینکه، بررسی وضعیت نگرش دانشجویان نسبت به انگ و فاکتورهای مربوطه می‌تواند زمینه‌ساز نگرش خوب و مثبت دانشجویان نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات روانی باشد که خود می‌تواند به ایجاد راهبردهایی برای جلوگیری از انگ و نگرش اجتنابی کمک کند. همه اینها می‌تواند به بهبود بیماران مبتلا به بیماری روانی و رعایت رژیم درمانی کمک کند و سلامت روان آنها را بهبود بخشد و بر این اساس بار درمان را کاهش دهد.

مواد و روش‌ها

روش نمونه‌گیری از نوع طبقه‌ای بوده است و برحسب تعداد دانشجویان پزشکی در هر یک از چهار مقطع تحصیلی سهم هر طبقه تعیین شد. حجم نمونه با توجه به اهداف مطالعه و بر اساس در نظرگرفتن همه متغیرهای پیش‌گویی‌کننده در مدل تحلیل تک و چندمتغیره رگرسیونی براساس مقادیر شیب رگرسیونی به عنوان اندازه اثر (β=۰/۲۳۸) محاسبه و بیشترین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار GPower نسخه ۳، با فرض دوسویه، تعداد ۲۵۹ دانشجو مد نظر قرار گرفت. معیار ورود تمامی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل در تمام مقاطع تحصیلی بود. معیارهای خروج عدم تمایل به همکاری و تکمیل ناقص پرسشنامه است.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

ابزارهای مطالعه شامل پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه نگرش به بیماری روانی (۹)، پرسشنامه هوش معنوی (۱۰) و پرسشنامه سواد سلامت روان (MHLQ) دیاس، کامپوس، آلمیدا و پالها (۱۱) بوده است. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 24 آنالیز شد. متغیرهای کمّی با میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با فراوانی و درصد بیان شدند. جهت بررسی همبستگی میان نمره کل پرسشنامه‌ها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید.

یافته‌ها

۳۱۴ دانشجوی پزشکی واجد شرایط، وارد مطالعه شدند. از این میان، ۵۲ دانشجو پرسشنامه را به‌صورت کامل تکمیل نکردند و بنابراین از مطالعه خارج شدند. ۲۶۲ دانشجو پرسشنامه را تکمیل کردند. ۱۱۷ نفر مرد (۴۴/۷٪) و ۱۴۵ نفر زن (۵۵/۳٪) بودند. میانگین سنی این افراد ۲/۲۴ ± ۲۲/۸۹ سال بود. ۱۸ دانشجو (۶/۹٪) متاهل و ۲۴۴ نفر (۹۳/۱٪) مجرد بودند. از این میان ۵۰ دانشجو (۱۹/۱٪) در مقطع علوم پایه، ۵۷ دانشجو (۲۱/۸٪) فیزیوپات، ۷۶ دانشجو (۲۹/۰٪) استاجر و ۷۹ دانشجو (۳۰/۲٪) در مقطع اینترنی در حال تحصیل بودند.

میانگین نمره کل پرسشنامه نگرش به بیماری‌های روانی دانشجویان حاضر در این مطالعه ۶/۳۶ ± ۷۷/۹۴ با میانه ۷۸ و دامنه میان چارکی۸۲–۷۴ و حداقل ۶۰ و حداکثر ۹۰ بوده است.

بر اساس شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مربوط به پرسشنامه سواد سلامت روان، میانگین نمره کل پرسشنامه سواد سلامت روان دانشجویان حاضر در این مطالعه ۱۳/۰۹±۱۱۷/۳۷ با میانه ۱۲۰ و دامنه میان چارکی ۱۲۵–۱۱۲ و حداقل ۶۲ و حداکثر ۱۳۷ بوده است.

بر اساس شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مربوط به پرسشنامه هوش معنوی میانگین نمره کل پرسشنامه هوش معنوی دانشجویان حاضر در این مطالعه ۲۸/۱۲±۱۸۳/۲۴ با میانه ۱۹۸/۵ و دامنه میان چارکی ۲۰۶–۱۴۸ و حداقل ۱۲۹ و حداکثر ۲۲۰ بوده است.

با توجه به نتایج مطالعه، نمره‌ی کل نگرش به بیماری روانی از نظر آماری با زیرمولفه‌های آن ارتباط معنی‌داری داشت که از این میان بیشترین همبستگی مربوط به نگرش نسبت به روابط اجتماعی در افراد مبتلا به بیماری روانی بوده است (۰/۶۹). همچنین نگرش نسبت به علت‌شناسی نیز با نمره‌ی کل نگرش به بیماری‌های روانی همبستگی قوی داشته است (r= ۰/۵۳). در میان سایر مولفه‌ها کمترین همبستگی مربوط به دیدگاه در مورد درمان بیماران بوده است (۰/۴۷).

نمرات زیرمولفه‌های سواد سلامت روان نمره‌ی کل ارتباط معنی‌دار آماری داشته و همچنین همه‌ی مولفه‌ها همبستگی قوی آماری را با آن نشان داده‌اند. از این میان بیشترین همبستگی مربوط به مربوط به آگاهی از مشکلات سواد سلامت روان بوده است (r=۰/۹۴). کمترین میزان همبستگی نیز مربوط با استراتژی‌های کمک به خود بوده است (r=۰/۶۸).

نمرات مولفه‌های هوش معنوی نیز با نمره‌ی کل هوش معنوی ارتباط معنی‌دار آماری داشته و از نظر همبستگی نیز همبستگی قوی و میان حیطه‌ی بینشی و رفتاری برابر بوده است (r=۰/۹۸).

نمرات نگرش نسبت به روابط اجتماعی در افراد مبتلا از میان سایر مولفه‌های نگرش به بیماری‌های روانی با تمایل به خودافشایی در مورد بیماری روانی و نگرش نسبت به علت‌شناسی ارتباط آماری معنی‌داری داشته است، از نظر همبستگی نیز با تمایل به خودافشایی همبستگی بالاتری را نشان داده است. نمره‌ی تمایل به خودافشایی در مورد بیماری روانی از میان مولفه‌ها تنها با روابط اجتماعی با بیمار ارتباط معنی‌دار داشته و در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با سایر مولفه‌های نگرش به بیماری روانی دیده نشده است. مولفه‌ی نگرش نسبت به درمان نیز از نظر آماری با علت‌شناسی و نگرش کلیشه‌ای به بیماری روانی ارتباط آماری معنی‌داری داشته است و بیشترین همبستگی میان نگرش نسبت به درمان و نگرش نسبت به علت‌شناسی دیده می‌شود. ارتباط میان علت‌شناسی و رفتار کلیشه‌ای نیز از نظر آماری معنی‌دار بوده ولی همبستگی ضعیف میان آنها دیده شده است. در میان مولفه‌های سواد سلامت روان آگاهی از مشکلات سواد سلامت روان با سایر مولفه‌ها ارتباط آماری معنی‌دار و همبستگی قوی داشته است و بیشترین همبستگی نیز با باور اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان بوده است.

مولفه‌ی باور اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان نیز با جست و جوی کمک و مهارت کمک‌های اولیه و استراتژی کمک به خود ارتباط معنی‌دار و همبستگی متوسط داشته که از میان رابطه‌ی همبستگی با مولفه‌ی جستجو بیشتر بوده است (r=۰/۳۸). میان مولفه‌ی جست و جوی کمک و مهارت کمک‌های اولیه و استراتژی کمک به خود نیز ارتباط آماری و همبستگی قوی وجود داشته است (r=۰/۵۰).

دو مولفه‌ی هوش معنوی نیز از نظر آماری رابطه‌مند و همبستگی خیلی قوی میان آنها دیده شده است (r=۰/۹۲).

در ارتباط پرسشنامه‌ها با یکدیگر نمره‌ی کل نگرش به بیماری‌های روانی با نمره‌ی کل هوش معنوی و مولفه‌های آن ارتباط آماری معنی‌دار نداشته است؛ اما با نمره‌ی کل سواد سلامت روان و مولفه‌های جست و جوی کمک، استراتژی کمک به خود و آگاهی از مشکلات سواد سلامت روان ارتباط آماری معنی‌دار رویت شد که بیشترین همبستگی در میان نمرات مربوط به مولفه‌ی جست و جو بوده است (r=۰/۲۲). در میان سایر مولفه‌های نگرش به بیماری‌های روانی،

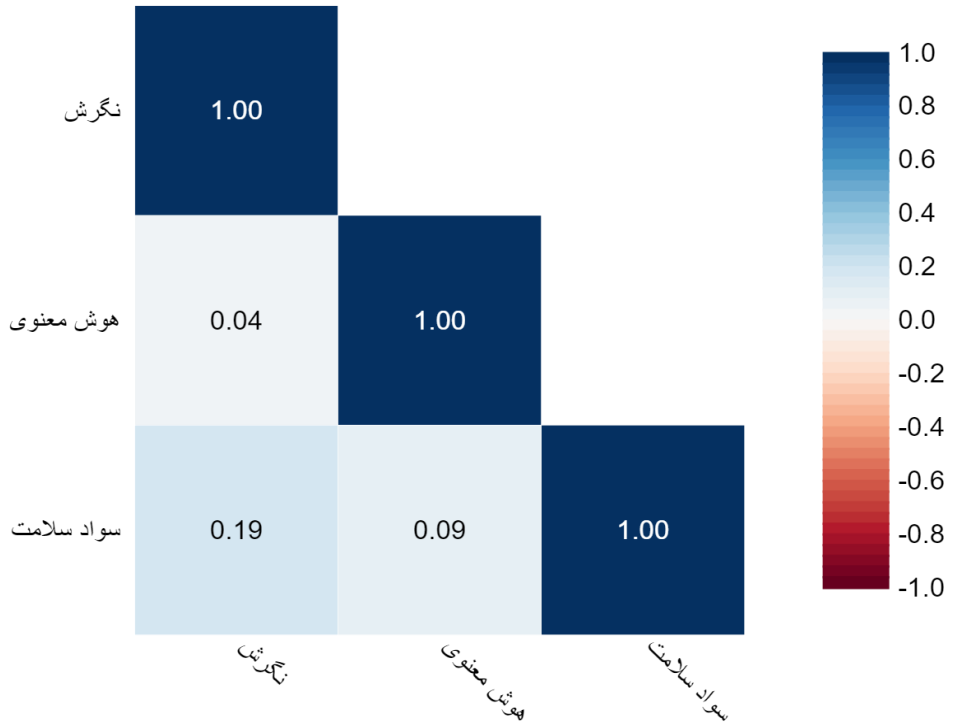
[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

مولفه‌ی اجتماعی با هیچ‌کدام از پرسشنامه‌های دیگر ارتباط آماری معنی‌داری نداشته؛ اما مولفه‌ی تمایل به خودافشایی با هوش معنوی و و زیرمولفه‌های آن ارتباط آماری معنی‌دار داشته است، ولی از نظر همبستگی این همبستگی منفی بوده است.

مولفه‌ی نگرش نسبت به درمان در میان سایر پرسشنامه‌ها با نمره‌ی کل سواد سلامت روان و مولفه‌های آگاهی از مشکلات سواد سلامت روان، جستجوی کمک و استراتژی کمک به خود ارتباط آماری معنی‌دار داشته است که از این میان بیشترین همبستگی با مولفه‌ی جستجوی کمک بوده است. مولفه‌ی علت‌شناسی نیز با نمره‌ی کل سواد سلامت روان و مولفه‌های آگاهی از مشکلات سواد سلامت روان، جستجوی کمک و استراتژی کمک به خود ارتباط آماری معنی‌دار داشته است و همچنین بیشترین همبستگی با مولفه‌ی جستجو بوده است.

مولفه‌ی نگرش کلیشه‌ای با نمره‌ی کل سواد سلامت روان و آگاهی، باور اشتباه و جستجوی کمک ارتباط آماری معنی‌دار داشته است. ارتباط بین مولفه‌ی نگرش کلیشه‌ای از میان سایر مولفه‌های ذکر شده دارای همبستگی بیشتری بوده است (r=۰/۳۵). در کل از میان مولفه‌های نگرش به بیماری روانی و سواد سلامت روان بیشترین همبستگی میان مولفه‌ی نگرش کلیشه ای نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی با نمره‌ی کل سواد سلامت روان بوده است (r=۰/۳۰). از نظر آماری ارتباط معنی‌داری میان نمره‌ی کل سواد سلامت روان و هوش معنوی مشاهده نگردید، اما میان مولفه‌ی جستجو برای کمک به خود با هوش معنوی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشته است (P-value<۰/۰۱). مولفه‌های هوش معنوی نیز این ارتباط آماری معنی‌دار را نشان می‌دهد و از میان دو مولفه، حیطه‌ی رفتاری همبستگی بالاتری با جستجو برای کمک به خود نشان می‌دهد (r=۰/۲۰).

نمودار ۱، رابطه همبستگی پرسشنامه‌های سواد سلامت روان، هوش معنوی و نگرش به بیماری‌های روانی را نشان می‌دهد.



نمودار ۱. رابطه همبستگی پرسشنامه‌های سواد سلامت روان، هوش معنوی و نگرش به بیماری‌های روانی

در میان مولفه‌های نگرش به بیماری روانی تنها مولفه‌های نگرش نسبت به روابط اجتماعی در افراد مبتلا به بیماری روانی با متغیر سن رابطه داشت که همبستگی روابط برای مولفه‌ی ذکر شده منفی بوده است. سایر پرسشنامه‌ها ارتباط معنی‌داری با سن نشان نمی‌دهند (جدول ۱).

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

جدول ۱. همبستگی* سن و مولفه‌های پرسشنامه‌های سواد سلامت روان، هوش معنوی و نگرش نسبت به بیماری‌های روانی

نام متغیر	نگرش به بیماری‌های روانی	نگرش نسبت به روابط اجتماعی در افراد مبتلا به بیماری روانی	تمایل به خودافشایی در مورد بیماری روانی	نگرش نسبت به درمان بیماری روانی	نگرش نسبت به علت‌شناسی بیماری روانی	نگرش کلیشه‌ای نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی	هوش معنوی	حیطه‌ی بینشی و عاطفی هوش معنوی	حیطه‌ی رفتاری هوش معنوی
سن	r= -۰/۰۴ p=۰/۵۱۳	r= -۰/۱۶ p=۰/۰۰۷	r=۰/۰۰۳ p= ۰/۹۶۵	r=۰/۱۲ p= ۰/۰۵۲	r=۰/۰۴ p=۰/۴۴۹	r=۰/۰۰۱ p=۰/۹۸۵	r=۰/۰۱ p=۰/۷۶۴	r=۰/۰۰۰ p=۰/۹۹۹	r= -۰/۰۳ p=۰/۵۶۱

نام متغیر	سواد سلامت روان	آگاهی از مشکلات سواد سلامت روان	باور اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان	جست و جوی کمک و مهارت کمک های اولیه	استراتژی کمک به خود
سن	r=۰/۱۰ p= ۰/۱۰۶	r=۰/۱۲ p= ۰/۰۵۲	r=۰/۱۰ p= ۰/۰۹۴	r=۰/۰۹ p= ۰/۱۳۱	r= -۰/۰۷ p= ۰/۲۰۵

*آزمون همبستگی پیرسون

متغیر جنسیت ارتباط معنی‌دار خاصی را با مولفه‌های مطرح‌شده در پرسشنامه‌های سواد سلامت روان، هوش معنوی و نگرش نسبت به بیماری روانی نشان نداده است (جدول ۲).

جدول ۲. رابطه جنسیت و مولفه‌های پرسشنامه‌های سواد سلامت روان، هوش معنوی و نگرش نسبت به بیماری‌های روانی

نام متغیر	جنسیت		اختلاف میانگین (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P-value*
	مرد= ۱۱۷ (انحراف معیار) میانگین	زن= ۱۴۵ (انحراف معیار) میانگین		
نمره کل نگرش	۷۷/۱۸ (۶/۲۶)	۷۸/۵۵ (۶/۳۹)	-۱/۳۷ (-۲/۹۲ تا ۰/۱۷)	۰/۰۸۳
اجتماعی نگرش	۱۹/۹۱ (۳/۴۹)	۱۹/۸۴ (۳/۶۹)	۰/۰۷ (-۰/۸۰ تا ۰/۹۵)	۰/۸۷۱
خودافشایی	۸/۱۴ (۱/۷۶)	۸/۴۶ (۱/۸۸)	-۰/۳۲ (-۰/۷۷ تا ۰/۱۲)	۰/۱۵۷
نگرش درمان	۲۰/۳۹ (۲/۲۸)	۲۱/۰۳ (۲/۲۲)	-۰/۶۴ (-۱/۱۹ تا -۰/۰۸)	۰/۰۲۳
علت‌شناسی	۱۱/۸۶ (۱/۶۲)	۱۲/۰۸ (۱/۵۴)	-۰/۲۱ (-۰/۶۰ تا ۰/۱۶)	۰/۲۶۵
کلیشه‌ای	۱۶/۸۷ (۱/۹۷)	۱۷/۱۳ (۲/۲۷)	-۰/۲۵ (-۰/۷۸ تا ۰/۲۶)	۰/۳۳۲
هوش معنوی	۱۸۳/۱۳ (۲۸/۵۷)	۱۸۳/۲۸ (۲۷/۸۵)	-۰/۱۵ (-۷/۰۴ تا ۶/۷۴)	۰/۹۶۵
بینشی	۷۸/۷۶ (۱۴/۲۵)	۷۹/۲۶ (۱۴/۱۴)	-۰/۵۰ (-۳/۹۸ تا ۲/۹۶)	۰/۷۷۳
رفتاری	۱۰۴/۳۷ (۱۴/۸۷)	۱۰۴/۰۲ (۱۴/۲۷)	۰/۳۵ (-۳/۲۰ تا ۳/۹۱)	۰/۸۴۴
سواد	۱۱۶/۲۲ (۱۴/۹۱)	۱۱۸/۳۰ (۱۱/۳۸)	-۲.۰۸ (-۵/۲۸ تا ۱/۱۱)	۰/۲۰۱
آگاهی	۴۴/۱۱ (۶/۶۴)	۴۵/۲۵ (۴/۷۲)	-۱/۱۳ (-۲/۵۷ تا ۰/۳)	۰/۱۲۱
باور	۳۰/۶۵ (۳/۸۹)	۳۰/۸۸ (۴/۵۵)	-۰/۲۲ (-۱/۳۷ تا ۰/۹۲)	۰/۷۰۲
جست و جو	۲۴/۴۲ (۳/۷۴)	۲۴/۹۷ (۲/۸۵)	-۰/۵۴ (-۱/۳۴ تا ۰/۲۵)	۰/۱۸۲
استراتژی	۱۷/۰۱ (۲/۳۴)	۱۷/۱۹ (۱/۹۲)	-۰/۱۸ (-۰/۶۹ تا ۰/۳۴)	۰/۵۰۵

*آزمون t مستقل

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

با توجه به جدول ذیل نمره‌ی مولفه‌ی خودافشایی در میان دانشجویان مجرد نسبت به متاهل نمره‌ی بالاتری کسب کرده است. این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بوده است. همچنین در مقایسه‌ی دانشجویان متاهل و مجرد، دانشجویان متاهل از هوش معنوی بالاتری برخوردار بوده‌اند (P-value=۰/۰۰۵). در میان زیرمولفه‌های هوش معنوی حیطه‌ی بینشی و رفتاری نیز اختلاف معنی‌داری در میان نمرات دانشجویان مجرد و متاهل وجود داشته است؛ به‌طوری‌که دانشجویان متاهل از نمرات بالاتری در این دو حیطه برخوردار بوده‌اند. میان سایر مولفه‌های پرسشنامه‌ها با وضعیت تاهل، رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳).

جدول ۳. رابطه وضعیت تاهل و مولفه‌های پرسشنامه‌های سواد سلامت روان، هوش معنوی و نگرش نسبت به بیماری‌های روانی

نام متغیر	وضعیت تاهل		اختلاف میانگین (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P-value*
	مجرد (انحراف معیار) میانگین	متاهل (انحراف معیار) میانگین		
نمره کل نگرش	۷۸/۰۱ (۶/۳۶)	۷۷/۰۰ (۶/۳۳)	۱/۰۱ (-۲/۰۴ تا ۴/۰۷)	۰/۵۱۴
اجتماعی نگرش	۱۹/۹۳ (۳/۶۴)	۱۹/۰۵ (۲/۸۹)	۰/۸۷ (-۰/۸۵ تا ۲/۶۱)	۰/۳۱۹
خودافشایی	۸/۴۰ (۱/۷۶)	۷/۱۶ (۲/۳۸)	۱/۲۴ (۰/۳۶ تا ۲/۱۱)	۰/۰۰۵
درمان	۲۰/۷۱ (۲/۲۶)	۲۱/۲۲ (۲/۴۱)	-۰/۵۰ (-۱/۶۰ تا ۰/۵۸)	۰/۳۶۰
علت‌شناسی	۱۲/۰۰ (۱/۵۳)	۱۱/۷۷ (۲/۱۵)	۰/۲۲ (-۰/۸۶ تا ۱/۳۰)	۰/۶۷۳
کلیشه‌ای	۱۶/۹۵ (۲/۱۷)	۱۷/۷۷ (۱/۵۱)	-۰/۸۱ (-۱/۸۴ تا ۰/۲۱)	۰/۱۱۹
هوش معنوی	۱۸۲/۲۱ (۲۸/۶۰)	۱۹۶/۸۳ (۱۵/۳۱)	-۱۴/۶۱ (-۲۲/۹۲ تا -۶/۳۰)	۰/۰۰۱
بینشی	۷۸/۴۸ (۷/۴۰)	۸۶/۶۱ (۷/۲۷)	-۸/۱۲ (-۱۲/۱۱ تا -۴/۱۳)	<۰/۰۰۱
رفتاری	۱۰۳/۷۳ (۱۴/۷۷)	۱۱۰/۲۲ (۸/۶۹)	-۶/۴۸ (-۱۱/۱۳ تا -۱/۸۳)	۰/۰۰۸
سواد	۱۱۷/۳۳ (۱۳/۰۱)	۱۱۷/۹۴ (۱۴/۵۵)	-۰/۶۱ (-۶/۹۲ تا ۵/۶۹)	۰/۸۴۹
آگاهی	۴۴/۷۷ (۵/۵۱)	۴۴/۳۳ (۷/۷۸)	۰/۴۴ (-۲/۲۹ تا ۳/۱۸)	۰/۷۴۹
باور اشتباه	۳۰/۶۹ (۴/۸۰)	۳۱/۹۴ (۲/۸۵)	-۱/۲۴ (-۳/۵۰ تا ۱/۰۱)	۰/۲۷۸
جست و جو	۲۴/۶۹ (۳/۲۹)	۲۵/۲۲ (۳/۲۰)	-۰/۵۲ (-۲/۱۱ تا ۱/۰۵)	۰/۵۱۰
استراتژی	۱۷/۱۶ (۲/۱۱)	۱۶/۴۴ (۲/۱۲)	۰/۷۱ (-۰/۲۹ تا ۱/۷۳)	۰/۱۶۵

*آزمون t مستقل

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

با توجه به نتایج مطالعه در میان مولفه‌های نگرش به بیماری روانی، نمرات مؤلفه نگرش نسبت به روابط اجتماعی در افراد مبتلا به بیماری روانی در دانشجویان پایه به نسبت دانشجویان بالینی بالاتر بوده و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بوده است. این در حالی است که مولفه نگرش نسبت به درمان بیماری روانی در دانشجویان بالینی نمره بالاتری داشته است. در میان مولفه‌های سواد سلامت روان، باور اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان در میان دانشجویان بالینی، نمره بالاتری داشته و این میزان از نظر آماری معنی‌دار بوده است. اما استراتژی کمک به خود در دانشجویان پایه وضع بهتری داشته است. در میان سایر مولفه‌های پرسشنامه‌ها ارتباط معنی‌داری با مقطع تحصیلی (پایه/ بالینی) دیده نشد (جدول ۴).

جدول ٤. رابطه مقطع تحصیلی (پایه، بالینی) و مولفه‌های پرسشنامه‌های سواد سلامت روان، هوش معنوی و نگرش نسبت به بیماری‌های روانی

نام متغیر	مقطع تحصیلی		اختلاف میانگین (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P-value*
	پایه (انحراف معیار) میانگین	بالینی (انحراف معیار) میانگین		
نمره کل نگرش	۷۸/۲۸ (۶/۰۹)	۷۷/۷۱ (۶/۵۴)	۰/۵۶ (۲/۱۳ تا ۱/۰۱-)	۰/۴۸۱
اجتماعی نگرش	۲۰/۷۷ (۳/۲۳)	۱۹/۲۵ (۳/۷۱)	۱/۵۲ (۲/۳۷ تا ۰/۶۷)	۰/۰۰۱
خودافشایی	۸/۲۴ (۱/۷۸)	۸/۳۸ (۱/۸۸)	-۰/۱۳ (۰/۳۱ تا ۰/۵۹-)	۰/۵۵۳
درمان	۲۰/۳۶ (۲/۲۹)	۲۱/۰۱ (۲/۲۲)	-۰/۶۴ (۰/۰۹- تا ۱/۲۰-)	۰/۰۲۳
سبب‌شناسی	۱۱/۹۳ (۱/۵۰)	۱۲/۰۱ (۱/۶۳)	-۰/۰۸ (۰/۳۰ تا ۰/۴۷-)	۰/۶۷۰
نگرش کلیشه‌ای	۱۶/۹۶ (۲/۱۲)	۱۷/۰۵ (۲/۱۷)	-۰/۰۸ (۰/۴۴ تا ۰/۶۲-)	۰/۷۴۲
هوش معنوی	۱۸۴/۵۳ (۲۸/۷۴)	۱۸۲/۳۱ (۲۷/۷۴)	۲/۲۱ (۹/۱۸ تا ۴/۷۵-)	۰/۵۳۲
بینشی	۷۹/۲ (۱۴/۶۹)	۷۸/۹۲ (۱۳/۸۴)	۰/۲۷ (۳/۷۹ تا ۳/۲۲-)	۰/۸۷۷
رفتاری	۱۰۵/۳۲ (۱۴/۵۹)	۱۰۳/۳۸ (۱۴/۴۵)	۱/۹۴ (۵/۵۳ تا ۱/۶۵-)	۰/۲۸۹
سواد سلامت	۱۱۵/۶۳ (۱۱/۹۵)	۱۱۸/۵۷ (۱۳/۷۳)	-۲/۹۳ (۰/۳۸ تا ۶/۱۶-)	۰/۰۷۴
آگاهی	۴۳/۹۷ (۴/۵۱)	۴۵/۲۸ (۶/۳۲)	-۱/۳۱ (۰/۰۸ تا ۲/۷۱-)	۰/۰۶۶
باور اشتباه	۲۹/۵۹ (۶/۰۳)	۳۱/۶۰ (۳/۲۹)	-۲/۰۰ (۰/۷۳- تا ۳/۲۶-)	۰/۰۰۲
جست و جو	۲۴/۴۸ (۲/۸۰)	۲۴/۸۹ (۳/۵۷)	-۰/۴۱ (۰/۴۰ تا ۱/۲۲-)	۰/۳۲۱
استراتژی	۱۷/۵۷ (۱/۷۷)	۱۶/۷۹ (۲/۲۷)	۰/۷۸ (۱/۳۰ تا ۰/۲۶)	۰/۰۰۳

*آزمون t مستقل

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

نتایج جدول رگرسیونی نشان داد که از میان دو متغیر مهم سواد سلامت روان و هوش معنوی متغیر سواد سلامت روان هم در تحلیل تک‌متغیره و هم در تحلیل چندمتغیره رگرسیونی با انگ نسبت به بیماری روانی رابطه داشت. بنابراین متغیر سواد سلامت روان یک متغیر پیشگویی‌کننده‌ی مستقل قوی برای وضعیت انگ نسبت به بیماری روانی در دانشجویان می‌باشد. به‌گونه‌ای که می‌توان بیان کرد به ازای یک واحد افزایش در نمره‌ی سواد سلامت روان به طور متوسط حدود ۰/۱ واحد نمره‌ی نگرش به انگ بیماری روانی افزایش می‌یابد که این میزان از نظر آماری معنی‌دار است (جدول ۵).

جدول ۵. جدول رگرسیونی رابطه نگرش به بیماری‌های روانی با سواد سلامت روان، هوش معنوی، سن، جنسیت، وضعیت تاهل و مقطع تحصیلی

متغیر	تحلیل تک‌متغیره (اثرات خام)			تحلیل چندمتغیره (اثرات تطبیق شده)		
	B (SE)	فاصله اطمینان ۹۵٪	P-Value	B (SE)	فاصله اطمینان ۹۵٪	P-Value*
سواد سلامت روان	۰/۰۹ (۰/۰۳)	۰/۱۴ تا ۰/۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۸ (۰/۰۳)	۰/۱۴ تا ۰/۰۲	۰/۰۰۴
هوش معنوی	۰/۰۰۹ (۰/۰۱)	۰/۰۳ تا −۰/۰۲	۰/۵۰۷	۰/۰۰۶ (۰/۰۱)	۰/۰۳ تا −۰/۰۲	۰/۶۶۵
سن	−۰/۱۱ (۰/۱۷)	۰/۲۳ تا −۰/۴۶	۰/۵۱۳	−۰/۰۱ (۰/۲۹)	۰/۵۵ تا −۰/۵۹	۰/۹۵۲
جنس (مرد/زن)	۱/۳۷ (۰/۷۸)	۲/۹۲ تا −۲/۱۴	۰/۴۸۱	۱/۱۶ (۰/۷۸۵)	۲/۷۱ تا −۰/۳۸	۰/۱۳۹
وضعیت تاهل (مجرد/متاهل)	−۱/۰۱ (۱/۵۵)	۲/۰۴ تا −۴/۰۷	۰/۵۱۴	−۰/۸۵ (۱/۶۰)	۲/۲۹ تا −۴/۰۰۶	۰/۵۹۳
مقطع (پایه/بالینی)	−۰/۵۶ (۰/۸۰)	۱/۰۱ تا −۲/۱۴	۰/۴۸۱	−۰/۶۱ (۱/۳۲)	۱/۹۹ تا −۳/۲۲	۰/۶۴۴

*آزمون رگرسیونی خطی

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داده است که متغیر سواد سلامت روان با انگ نسبت به بیماری روانی رابطه داشته و می‌توان اینگونه گفت که سواد سلامت روان یک متغیر پیشگویی‌کننده مستقل قوی برای وضعیت انگ نسبت به بیماری روانی در دانشجویان است. این نتیجه با سایر مطالعات همسو بوده است. Lanfredi و همکاران در مطالعه‌ی مداخله‌ای که بر روی دانشجویان دبیرستانی انجام داده‌اند نشان دادند که افزایش دانش در مورد سلامت روان با نگرش عمومی نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی مرتبط بوده است (۱۲). Svensson و Hansson در سال ۲۰۱۶ در مطالعه‌ای با هدف تعیین رابطه سواد سلامت روان و تجربه بیماران روانی با نگرش‌های انگ زنی و فاصله اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به افسردگی یا سایکوز دریافتند که درجه بالاتر سواد سلامت روان به نگرش‌های مثبت بیشتر و تمایل کمتر برای فاصله اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به افسردگی مرتبط می‌شود (۱۳).

در این مطالعه دریافتیم که نگرش نسبت به بیماری روانی از میان زیرمولفه‌های سواد سلامت روان با زیرمولفه‌های جستجو برای کمک، استراتژی کمک به خود و آگاهی ارتباط آماری معنی‌داری داشته و بیشترین همبستگی میان نگرش نسبت به بیماری روانی و جستجو برای کمک به خود بوده است. در مطالعات دیگر تاکید شده است که دانش ضعیف در مورد سلامت روان و انگ در مورد بیماری‌های روانی بر کمک‌جویی در میان جوانان تاثیر منفی دارد (۱۴). بهبود دانش سلامت روان و کاهش انگ دو مولفه ضروری برای تسهیل رفتارهای کمک‌جویانه و شناسایی زودهنگام اختلالات روانی هستند. به عبارت دیگر به خود انگ زدن یا ترس از انگ می‌تواند افراد را تحت تاثیر قرار دهد تا از جستجوی کمک در قالب درمان خودداری کنند و این پیامدهای منفی اختلالات روانی را افزایش می‌دهد (۱۵). از طرف دیگر در این مطالعه همان‌طور که بیان شد سواد سلامت روان می‌تواند پیشگویی‌کننده‌ی قوی برای وضعیت انگ نسبت به بیماری‌های روانی باشد؛ لذا احتمالا اینگونه می‌توان برداشت کرد که با افزایش سواد سلامت روان نگرش نسبت به بیماری‌های روانی بهبود می‌یابد و می‌توان از پیامدهای منفی انگ نسبت به بیماری روانی پیشگیری کرد.

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری میان هوش معنوی و نگرش نسبت به بیماری‌های روانی در دانشجویان علوم پزشکی بابل دیده نشده است. در مطالعه‌ای که در اردن بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی انجام شد، بین دینداری و انگ نسبت به اختلالات روانی ارتباط کشف شده است و در آن مطالعه نتیجه‌گیری شد که به‌کارگیری اصول دینی برای کاهش انگ و تقویت نگرش مثبت نسبت به اختلالات روانی اهمیت دارد. Al-Natour و همکاران در این مطالعه که بر روی دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی انجام داده‌اند، دینداری را به عنوان یک متغیر پیشگویی‌کننده‌ی معنی‌دار آماری در برابر انگ نسبت به بیماری روانی معرفی کردند (۲).

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

Bushong تاکید کرد که باورهای مذهبی به‌طور قابل توجهی بر باورهای افراد مبتلا به بیماری روانی و انگ مرتبط با آن تأثیر می‌گذارد، همین مطالعه تفاوت معناداری را در درک ننگ بیماری روانی در میان جوامع مذهبی مسیحیت، یهودیت و اسلام نشان نداد (۱۶). در مقابل Zolezzi و همکاران در مطالعه‌ای دیگر که بر روی دانشجویان مسلمان انجام شد، بیان کردند که این دانشجویان بیماری روانی را آزمونی از جانب خداوند یا مجازاتی از سوی ایشان می‌دانند که بر نگرش آنها منعکس شده و به انگ زدن به بیماران مبتلا به بیماری روانی منجر می‌شود. در این مطالعه که در قطر انجام شده است، حدود نیمی از دانشجویان مقطع کارشناسی‌ارشد، معتقد بودند، بیماری روانی مجازاتی از جانب خداوند است (۱۷).

همچنین در مطالعات دیگری که بر روی دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی انجام شد این نتیجه حاصل شد که نمره دینداری بالاتر با منفی‌گرایی بیشتر نسبت به انگ بیمار روانی همراه است و نیز بین حوزه تخصصی دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی و انگ نسبت به بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی تفاوت معناداری وجود دارد. دانشجویان غیرپزشکی انگ بیشتری را برای بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی گزارش کردند (۲۰-۱۸).

اینگونه بنظر می‌رسد که نمی‌توان ارتباط قطعی میان دینداری و انگ نسبت به بیماری روانی یافت و این رابطه تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله آموزه‌های فرهنگی، تخصصی پزشکی و ... می‌باشد.

هوش معنوی در میان زیرمولفه‌های نگرش نسبت به بیماری روان با مولفه تمایل به خودافشایی از نظر آماری ارتباط معنی‌دار داشته، اما از نظر همبستگی این دو متغیر، با هم همبستگی منفی داشته‌اند. بنابراین احتمالاً می‌توان این چنین برداشت کرد که با افزایش هوش معنوی تمایل به خودافشایی افراد در زمینه بیماری روانی کاهش می‌یابد.

از این مطالعه همچنین می‌توان دریافت که اگرچه میان نمره‌ی کل هوش معنوی با نمره‌ی کل سواد سلامت روان ارتباط آماری معنی‌دار پیدا نشده است، اما میان مولفه استراتژی برای کمک به خود با هوش معنوی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشته است. زیرمولفه‌های هوش معنوی بینشی و رفتاری نیز این ارتباط آماری معنی‌دار را نشان داده‌اند و از میان این دو حیطه، حیطه رفتاری همبستگی بالاتری با استراتژی کمک به خود نشان می‌دهد. احتمالاً اینگونه می‌توان برداشت کرد که افزایش هوش معنوی در دانشجویان اگرچه به صورت مستقیم منجر به کاهش انگ در دانشجویان می‌شود، اما می‌تواند از پیامدهای منفی انگ در دانشجویان که به دلیل تمایل کمتر به یافتن کمک برای بهبود اختلالات روانی است است جلوگیری کند. از آنجا که بیشترین همبستگی میان استراتژی‌های کمک به خود و حیطه رفتاری هوش معنوی می‌باشد به نظر می‌رسد مداخلات لازم بهتر است بیشتر بر روی این حیطه تمرکز یابد.

در میان مولفه‌های نگرش به بیماری روانی تنها مولفه‌های نگرش نسبت به روابط اجتماعی در افراد مبتلا به بیماری روانی با متغیر سن رابطه داشته که همبستگی روابط برای مولفه‌ی ذکر شده منفی بوده است. در این مطالعه میان هوش معنوی، سواد سلامت روان و مولفه‌های آنها ارتباط معنی‌داری با سن مشاهده نشد. جنسیت ارتباط معنی‌دار خاصی را با مولفه‌های مطرح‌شده در پرسشنامه‌های سواد سلامت روان، هوش معنوی و نگرش نسبت به بیماری روانی نشان نداده است.

مولفه‌ی خودافشایی در میان دانشجویان مجرد نسبت به متاهل نمره‌ی بالاتری کسب کرده است و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بوده است. همچنین در مقایسه‌ی دانشجویان متاهل و مجرد دانشجویان متاهل از هوش معنوی بالاتری برخوردار بوده‌اند (P-value=۰/۰۰۵). در میان زیرمولفه‌های هوش معنوی حیطه‌ی بینشی و رفتاری نیز اختلاف معنی‌داری در میان نمرات دانشجویان مجرد و متاهل وجود داشته است؛ به طوری که دانشجویان متاهل از نمرات بالاتری در این دو حیطه برخوردار بوده‌اند. میان سایر مولفه‌های پرسشنامه‌های این مطالعه با وضعیت تاهل رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

با توجه به نتایج مطالعه در میان مولفه‌های نگرش به بیماری روانی، نمرات مؤلفه نگرش نسبت به روابط اجتماعی در افراد مبتلا به بیماری روانی در دانشجویان پایه به نسبت دانشجویان بالینی بالاتر بوده و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بوده است. این در حالی است که مولفه نگرش نسبت به درمان بیماری روانی در دانشجویان بالینی نمره بالاتری داشته است. در میان مولفه‌های سواد سلامت روان، باور اشتباه در مورد مشکلات سلامت روان در میان دانشجویان بالینی نمره بالاتری داشته و این میزان از نظر آماری معنی‌دار بوده است. اما استراتژی کمک به خود در دانشجویان پایه وضع بهتری داشته است. در میان سایر مولفه‌های پرسشنامه‌ها ارتباط معنی‌داری با مقطع تحصیلی (پایه/ بالینی) دیده نشد.

Al-Natour و همکاران در مطالعه‌ای که جهت بررسی انگ نسبت به بیماری‌های روانی و دینداری بر روی دانشجویان انجام دادند، دریافتند که انگ نسبت به بیماری‌های روانی با سن و مقطع تحصیلی دانشجویان رابطه‌ی آماری معنی‌دار داشته است (۲). آنها نتایج مطالعه‌ی خود را این گونه بیان کردند که دانشجویان پزشکی که در مقاطع بالاتر تحصیل می‌کنند نگرش منفی‌تری نسبت به بیماری‌های روانی داشتند. نتایج مشابهی توسط ابوحامد و همکاران بیان شده است (۱۸).

Al-Natour و همکاران در مطالعه‌ی خود اینگونه استدلال کرده‌اند که با توجه به تماس مستقیم دانشجویان مقاطع بالاتر پزشکی با بیماران و تاثیر این تماس بر آنها این نگرش حاصل شده است و با توجه به اینکه در این مطالعه ارتباط زیرمولفه‌های نگرش نسبت به بیماری‌های روانی و با سن و مقطع تحصیلی نیز بررسی شده است، به نظر می‌رسد ارتباط منطقی‌تری میان متغیرهای سن و مقطع تحصیلی با نگرش نسبت به بیماری‌های روانی کشف گردیده است. به

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

گونه‌ای که دانشجویان در مقاطع بالینی با وجود این که نگاه مثبت‌تر نسبت به درمان بیماری‌های روانی دارند، اما تمایل کمتری نسبت به ایجاد روابط اجتماعی با افراد دارای اختلالات روانی داشتند. احتمالا استدلال Al-Natour و همکاران در این مطالعه نیز کارآمد است. تماس بیشتر با اختلالات روانی و نیز تجربه‌ی شخصی تماس با اختلالات روانی منجر به این نتیجه شده است، بنابراین توصیه می‌گردد در مطالعات آینده سابقه‌ی تجربه‌ی تماس نزدیک با بیماران روانی و یا تجربه‌ی شخصی اختلالات روانی نیز از دانشجویان پرسش گردد.

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر، سواد سلامت روان یک متغیر پیشگویی‌کننده مستقل قوی برای وضعیت انگ نسبت به بیماری روانی در دانشجویان است. نگرش نسبت به بیماری روانی از میان زیرمولفه‌های سواد سلامت روان با زیرمولفه‌های جستجو برای کمک، استراتژی کمک به خود و آگاهی ارتباط آماری معنی‌داری داشته است. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری میان هوش معنوی و نگرش نسبت به بیماری‌های روانی در دانشجویان علوم پزشکی بابل دیده نشده است.

با افزایش سواد سلامت روان، نگرش نسبت به بیماری‌های روانی بهبود می‌یابد و می‌توان از پیامدهای منفی انگ نسبت به بیماری روانی پیشگیری کرد. افزایش هوش معنوی در دانشجویان، اگرچه به صورت مستقیم منجر به کاهش انگ در دانشجویان می‌شود، اما می‌تواند از پیامدهای منفی انگ در دانشجویان که به دلیل تمایل کمتر به یافتن کمک برای بهبود اختلالات روانی است جلوگیری کند. از آنجا که بیشترین همبستگی میان استراتژی‌های کمک به خود و حیطه رفتاری هوش معنوی می‌باشد، به نظر می‌رسد مداخلات لازم بهتر است بیشتر بر روی این حیطه تمرکز یابد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به زیاد بودن شمار پرسشنامه‌ها که به طولانی شدن زمان پاسخ‌دهی منجر می‌شد و می‌توانست بر میزان دقت پاسخ‌ها اثر گذارد و همچنین اندک بودن بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه بر روی دانشجویان پزشکی که یافتن منابع لازم برای مقایسه‌ی یافته‌های این پژوهش را دشوار می‌ساخت، اشاره کرد.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش، مسائل اخلاقی به‌طور کامل رعایت شده است.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با شماره اخلاق IR.MUBABOL.REC.1402.034 می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و تمامی عوامل مطالعه به‌ویژه دانشجویان پزشکی شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌نمایند.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

References

1. Sousa Sd, Marques A, Curral R, Queirós C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. Trends Psychiatry Psychother. 2012; 34(4): 186-97.
2. Al-Natour A, Abuhammad S, Al-Modallal H. Religiosity and stigma toward patients with mental illness among undergraduate university students. Heliyon. 2021; 7(3): e06565.
3. Mascayano F, Toso-Salman J, Sunny Ho YC, Dev S, Tapia T, Thornicroft G, et al. Including culture in programs to reduce stigma toward people with mental disorders in low-and middle-income countries. Transcultural Psychiatry. 2019; 57(1): 140-60.
4. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. International Scholarly Research Notices. 2012; 2012(1): 278730.
5. Al Omari O, Khalaf A, Al Sabei S, Wynaden D, Ballad CA, Al Dameery K, et al. Associated factors of stigma toward people with mental illness among university and school students. Perspectives in Psychiatric Care. 2022; 58(4): 1-8.
6. Nugent C, Rosato M, Hughes L, Leavey G. Risk factors associated with experienced stigma among people diagnosed with mental ill-health: a cross-sectional study. Psychiatric Quarterly. 2021; 92: 633-43.
7. Mohamadi M, Mohtashami J, Arab Khangholi Z. Stigma towards patients with mental disorders. Iranian Journal of Systematic Review in Medical Sciences (IJSR). 2023; 1(1): 61-72. [In Persian]
8. Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. The Journal of Abnormal and Social Psychology. 1962; 64(5): 349-60.
9. Amini H, Majdzadeh R, Eftekhar-Ardebili H, Shabani A, Davari-Ashtiani R. How mental illness is perceived by Iranian medical students: A preliminary study. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2013; 9: 62-8.
10. Fazeli-Kebria M, Yadollahpour MH, Hassanzadeh R, Yaminfirooz M, Gholinia-Ahangar H. Development and validation of ua spiritual intelligence questionnaire based on quranic teaching. Journal of Pizhhish dar din VA Salamat. 2021; 7(3): 51-67.
11. Campos L, Dias P, Palha F, Duarte A, Veiga E. Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing mental health literacy in young people. Universitas Psychologica. 2016; 15(2): 61-72.
12. Lanfredi M, Macis A, Ferrari C, Rillosi L, Ughi EC, Fanetti A, et al. Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students. Psychiatry research. 2019; 281: 112581.
13. Svensson B, Hansson L. How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study. Nordic journal of psychiatry. 2016; 70(4): 309-13.
14. Sickel AE, Seacat JD, Nabors NA. Mental health stigma update: A review of consequences. Advances in Mental Health. 2014; 12(3): 202-15.
15. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. European Psychiatry. 2005; 20(8): 529-39.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]

16. Bushong EC. The relationship between religiosity and mental illness stigma in the Abrahamic religions. Theses, Dissertations and Capstones. 2018; 1193.
17. Zolezzi M, Bensmail N, Zahrah F, Khaled SM, El-Gaili T. Stigma associated with mental illness : perspectives of university students in Qatar. Neuropsychiatric disease and treatment. 2017; 13: 1221-33.
18. Abuhammad S, Alzoubi K, Mukattash TL. Religiosity and perceptions about research misconduct among graduate nursing students. Nursing Open. 2020; 7(6): 1774-8.
19. Shammari M, Waggas DS, Hasan AA. Assessment of nursing students' attitudes and stigma towards mental illness: a cross-sectional study. J. Nurs. Educ. Pract. 2020; 10(9): 1-11.
20. Pokharel B, Pokharel A. Perceived stigma towards mental illness among college students of western Nepal. Birat Journal of Health Sciences. 2017; 2(3): 292-5.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-10]