

## بررسی تأثیر روزه‌داری بر سلامت روان دانشجویان پرستاری

مینا شیروانی<sup>۱</sup>، مصطفی روشن‌زاده<sup>۲</sup>، مریم ربیعی‌فرادنبه<sup>۳</sup>، راضیه میرزائیان<sup>۴\*</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** دانشجویان پرستاری در معرض استرس‌های آموزشی، خانوادگی و اجتماعی هستند و عوامل مختلف می‌توانند بر سلامت روانی آنان تأثیر بگذارند. لذا در راستای توجه به ابعاد مختلف سلامت انسان و جهت بررسی اثرات معنویت بر سلامت، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر روزه‌داری بر سلامت روان دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی بروجن انجام شد. **روش بررسی:** مطالعه‌ی نیمه‌تجربی حاضر با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون در سال ۱۴۰۱ در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شد. ۹۰ نفر از دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی بروجن به روش در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. مداخله در این مطالعه شامل حداقل ۲۳ روز روزه‌داری در ماه رمضان بود. داده‌ها قبل و بعد از مداخله توسط پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی و ابزار استاندارد افسردگی، اضطراب و استرس فرم ۲۱ سوالی (DASS) جمع‌آوری شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. آزمون‌های آماری توصیفی شامل درصد، فراوانی، میانگین و انحراف‌معیار و همچنین آزمون‌های آماری استنباطی شامل تی‌تست، تی زوج، آنالیز واریانس و کای دو به کار برده شد. **یافته‌ها:** میانگین کل سلامت روان در دانشجویان بین گروه‌های مداخله ( $32/32 \pm 11/62$ ) و کنترل ( $29/87 \pm 14/09$ ) قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P=0/08$ ). میانگین کل سلامت روان بعد از مداخله بین گروه مداخله ( $20/6 \pm 5/71$ ) و کنترل ( $29/49 \pm 8/9$ ) تفاوت معنی‌داری داشت ( $P=0/04$ ). میانگین کل سلامت روان در گروه کنترل قبل ( $29/87 \pm 14/09$ ) و بعد ( $29/49 \pm 8/9$ ) از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P=0/15$ ). در حالی که میانگین کل سلامت روان قبل ( $32/32 \pm 11/62$ ) و بعد ( $20/6 \pm 5/71$ ) از مداخله در گروه مداخله تفاوت معنی‌داری داشت ( $P=0/001$ ). مقایسه‌ی ابعاد سلامت روان قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله حاکی از آن بود که اضطراب ( $P=0/04$ ) و استرس ( $P=0/003$ ) بعد از مداخله نسبت به قبل آن کاهش معنی‌داری داشته است. این در حالی است که بعد افسردگی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله تغییر معنی‌داری نداشت ( $P=0/06$ ). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج، باید گفت بررسی منظم و دوره‌ای سطح سلامت روان در دانشجویان باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین برنامه‌های آموزشی و تربیتی با موضوع روزه‌داری جهت ارتقای سلامت روان ترویج داده شود. **واژه‌های کلیدی:** افسردگی، استرس، اضطراب، دانشجویان، سلامت روان، روزه‌دار

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۹

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۳/۲۰

\* نویسنده مسئول:

راضیه میرزائیان؛

دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

Email:

Mirzaeian.r@skums.ac.ir

۱ مربی گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲ استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۳ کارشناس ارشد سلامت سالمندی، دانشکده علوم پزشکی بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۴ استادیار گروه مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

## مقدمه

مشکلات سلامت روان، اولین علت ناتوانی و یک مسئله‌ی عمده‌ی بهداشت عمومی در سراسر جهان است که آماری فزاینده دارد (۱). افسردگی، اضطراب و استرس از اختلالات مهم سلامت روان در نظر گرفته می‌شوند که منجر به اختلال در عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی شده و سلامتی افراد را به چالش کشیده و در صورت عدم درمان، می‌توانند تأثیرات منفی بر روی افراد بگذارند (۲ و ۳). به علاوه اختلالات روانی نخستین عامل ناتوانی‌ها و مرگ‌های زودرس در کشورهای رو به رشد است (۳). بر اساس پیمایش ملی سلامت روان در ایران، آخرین آمار اختلالات روان‌پزشکی ۲۳/۴ درصد بود که در این میان اختلالات خلقی و اضطرابی در صدر قرار داشتند (۴). در سایر کشورها ۱۵ تا ۳۰ درصد افراد از اضطراب و افسردگی که جزو شایع‌ترین اختلالات روانی هستند؛ رنج می‌برند (۵). متأسفانه این اختلالات به شکل‌های مختلف باعث افزایش هزینه‌های اقتصادی تحمیل شده به فرد و جامعه می‌شوند (۵ و ۶).

سلامت روانی در دوران مختلف زندگی از جمله دوران جوانی، نقش مهم و اساسی دارد (۲). در این سنین است که مسایل مهمی نظیر ارتباط با دیگران، ادامه تحصیل، پیدا کردن کار و حرفه‌ی مورد علاقه و مساله ازدواج مطرح می‌شود که نتیجه و تأثیر این عوامل از نظر بهداشت روانی باید مورد توجه قرار گیرد (۳ و ۲). به طور کلی دانشجویان در نقاط مختلف دنیا به دلیل شرایط تحصیلی، دوری از خانواده و زندگی در خوابگاه‌های دانشجویی تأثیر می‌گیرند و تحقیقات حاکی از افزایش شیوع استرس و افسردگی در بین این افراد است (۶ و ۳ و ۲). میزان ناراحتی روانی در بین دانشجویان کشورهای پیشرفته، ۸ تا ۳۲ درصد است که صرف‌نظر از شدت آن، به‌عنوان یک علت مهم شکست تحصیلی و ترک تحصیل دانشجویان شناخته شده است (۷ و ۶). از طرفی نتایج مطالعات، نشان داده‌است که شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در بین دانشجویان در محدوده‌ی متوسط تا شدید شناسایی شده که در مقایسه با جمعیت عمومی بیش‌تر بوده است (۷ و ۶ و ۳). به علاوه این اختلالات طی سال‌های اخیر چه در کشورهای در حال توسعه و چه در کشورهای توسعه یافته آماری فزاینده و رو به رشد داشته‌اند (۷ و ۶). از آنجایی که دانشجویان جزو آینده‌سازان جامعه هستند، سلامت این گروه در تمامی ابعاد از اهمیت بالایی برخوردار است و لازم است در جهت ارتقای سلامت آن‌ها در هر زمینه‌ای، تلاش شود (۸).

سازمان جهانی بهداشت طراحی و اجرای مداخلات فردی، اجتماعی،

فرهنگی و مذهبی را راهکاری مناسب جهت ارتقای سلامت روان می‌داند (۱). همچنین اندیشمندان نیز به نقش باورهای مذهبی در سلامت جسمی و روانی اشاره کرده‌اند (۹ و ۱۰). روزه گرفتن یکی از اقدامات کلیدی برای تقویت معنویت و دینداری در افراد است (۱۱). روزه می‌تواند هم نقش پیشگیری و هم نقش درمانی داشته باشد (۹ و ۱۱). در زمینه‌ی تأثیرات روزه بر سلامت جسمی تحقیقات زیادی انجام شده و اثرات آن بر کنترل وزن، سوختن چربی‌ها، کاهش فشارخون و کاهش بروز بیماری‌های قلبی - عروقی نشان داده شده است (۱۲ و ۱۳). همچنین روزه‌داری تأثیرات مثبتی در سلامت روان به همراه دارد که می‌توان به آرامش روزه‌داران، تقویت صبر، به حداقل رسیدن رویکردهای خصمانه و کاهش جرم و جنایت اشاره کرد (۱۴). به علاوه بررسی‌ها نشان می‌دهد که میزان استرس به دلیل مشارکت بیش‌تر در فعالیت‌های روحی و معنوی و کاهش استعمال دخانیات و مصرف کافئین در ماه رمضان، در کشورهای اسلامی به طور محسوسی کاهش پیدا می‌کند (۱۴ و ۱۲). برای اثبات اثرات مفید و سودمند روزه بر ابعاد روحانی و روانی انسان لازم است پژوهش‌های بیش‌تری انجام شود (۱۳ و ۱۱).

نتایج مطالعه‌ی فیضی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که روزه‌داری در ماه رمضان تأثیر قابل ملاحظه‌ای در بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن داشته است (۱۵). De-Toledo و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که روزه‌داری در ماه رمضان منجر به افزایش بهزیستی روانی و جسمی شده و به کاهش اختلالات روانی کمک کرده است (۱۶). نتایج کارآزمایی بالینی Maniaci و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از تأثیر مثبت روزه‌داری بر کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس و کیفیت زندگی بوده است (۱۴). باقری شیخان‌گفشه و فتحی‌آشتیانی (۱۴۰۰) با بررسی نقش روزه‌داری در ماه رمضان بر سلامت روانی و سیستم ایمنی نشان دادند که روزه می‌تواند به طور معناداری باعث بهبود وضعیت سلامت روانی و جسمی در افراد شود (۱۱). با توجه به اهمیت سلامت دانشجویان در ابعاد مختلف و افزایش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در آن‌ها لازم است اقدامات و مداخلاتی در زمینه ارتقای سلامت روان این گروه مهم از جامعه انجام شود. همچنین روش‌های مختلفی امروزه جهت بهبود سلامت روان دانشجویان استفاده می‌گردد. این در حالی است که منابع دینی، توجه به خداوند و رعایت فرایض دینی را عامل کسب آرامش معرفی می‌کنند. با توجه به آموزه‌ها و فرایض مذهبی و تأثیرات آن بر سلامت، به نظر می‌رسد که مداخلات مذهبی مختلف می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای سلامت روان ایفا کند. بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تأثیر

روزه‌داری بر سلامت روان دانشجویان دانشکده علوم پزشکی بروجن انجام شد.

## روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ی نیمه‌تجربی دو گروهی (گروه مداخله و کنترل) با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون است که در سال ۱۴۰۱ در دانشکده علوم پزشکی بروجن وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شد. جامعه‌ی مورد پژوهش شامل کلیه دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی بروجن بودند که با توجه به روش نمونه‌گیری در دسترس و مطابق معیارهای ورود انتخاب و وارد مطالعه شدند. حجم نمونه، مطابق فرمول حجم نمونه در مطالعات مداخله‌ای و با احتساب قدرت ۹۵ درصد و آلفای ۰/۰۵ و پارامترهای  $(\sigma=5, d=5, Z_{1-\beta}=1/96, Z_{1-\alpha/2}=0/84)$  و با توجه به مطالعات گذشته (۱۷ و ۱۸) ۴۰ نفر و با احتساب ریزش، ۴۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{d^2} \quad \text{رابطه ۱:}$$

تعداد کل واحدهای مورد پژوهش مطابق فرمول بیان شده ۹۰ نفر بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل دانشجوی کارشناس پرستاری، مقید بودن به ایفای روزه و گرفتن روزه حداقل ۲۳ روز از ماه مبارک رمضان بنا به خوداظهاری افراد، نداشتن سابقه بیماری زمینه‌ای جسمی یا روحی ممانعت‌کننده از روزه‌داری، عدم اشتغال به کار در سازمان‌های دولتی و یا مشاغل خصوصی و کارکنان سازمان‌های درمانی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: نیاز به مصرف دارو و رفتن به مسافرت کمتر از ۱۰ روز که در روند روزه‌داری دانشجوی اختلال ایجاد کند.

روش تصادفی‌سازی به روش بلوک‌بندی دوتایی و براساس متغیر جنسیت انجام شد. ۹۰ دانشجوی معیار ورود به مطالعه را داشتند که بعد از ارزیابی ۲ بلوک تعیین گردید. بر این اساس ۱ بلوک با ظرفیت کل ۶۰ نفر به دانشجویان مؤنث و ۱ بلوک نیز با ظرفیت کلی ۳۰ نفر به دانشجویان مذکر تخصیص یافت. از آنجایی که این مطالعه شامل دو گروه مداخله و کنترل بود، بلوک اول به دو گروه ۳۰ نفری و بلوک دوم به دو گروه ۱۵ نفری به تصادف تقسیم شد. جهت تخصیص دانشجویان در هر بلوک ابتدا در بلوک ۱ دانشجویان بر اساس کارت‌های قرعه‌کشی که در داخل پاکت قرار داشتند و روی آن‌ها عدد الف یا ب نوشته شده بود را به دانشجویان تحویل و دانشجویان با انتخاب یک پاکت در گروه مداخله و یا کنترل اختصاص داده شدند. در بلوک ۲ نیز این اقدام تا

تکمیل بلوک تکرار شد.

ابزار مطالعه شامل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، ترم تحصیلی، شغل پدر و مادر) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (فرم ۲۱ سوالی) بود. مقیاس (DASS: Depression-Anxiety-Scale Stress) در سال ۱۹۹۵ توسط Lovibond PF و Lovibond SH تدوین شد (۱۹). کاربرد این مقیاس اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. برای تکمیل پرسش‌نامه، فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته‌ی گذشته مشخص کند. پرسش‌نامه دارای ۲۱ سوال است که ۷ سوال وضعیت افسردگی (سوالات ۲۱ و ۱۷ و ۱۶ و ۱۳ و ۱۰ و ۵ و ۳)، ۷ سوال وضعیت اضطراب (سوالات ۲۰ و ۱۹ و ۱۵ و ۹ و ۷ و ۴ و ۲)، ۷ سوال وضعیت استرس (سوالات ۱۸ و ۱۴ و ۱۱ و ۱۰ و ۸ و ۶ و ۱) و در مجموع وضعیت سلامت روان دانشجویان را بررسی می‌کند. پاسخ‌های این پرسش‌نامه مطابق لیگرت ۴ تایی از هیچ وقت (۰)، به ندرت (۱)، گاهی اوقات (۲) و همیشه (۳) امتیازدهی می‌شوند. افرادی که نمره افسردگی، اضطراب و استرس آن‌ها برای خط برش‌های پرسش‌نامه داس به ترتیب برای افسردگی (۴-۰-هنجار، ۶-۵-خفیف، ۱۰-۷-متوسط، ۱۳-۱۱-شدید، بیش تر از ۱۴ خیلی شدید)، برای اضطراب (۳-۰-هنجار، ۵-۴-خفیف، ۷-۶-متوسط، ۹-۸-شدید، بیش تر از ۱۰ خیلی شدید)، برای استرس (۷-۰-هنجار، ۹-۸-خفیف، ۱۲-۱۰-متوسط، ۱۶-۱۳-شدید، بیش تر از ۱۷ خیلی شدید) است (۱۹). نمره کل بهداشت روان به سه سطح خوب (نمره‌های ۰-۲۱)، متوسط (نمره‌های ۲۲-۴۲)، ضعیف (نمره‌های ۴۳-۶۳)، تقسیم‌بندی می‌شود. این پرسش‌نامه برای اولین بار در ایران توسط صاحبی و همکاران (۲۰۰۵) مورد روایی و پایایی قرار گرفته است. همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ برای بعد افسردگی (۰/۷۷)، اضطراب (۰/۷۹) و استرس (۰/۷۸) بود (۲۰). پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی سامانی و جوکار (۱۳۸۶) برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۱).

جهت انجام مطالعه پس از کسب رضایت کتبی آگاهانه از دانشجویان برای شرکت در مطالعه، اطلاعات مربوط به هدف مطالعه و همچنین روش انجام آن توضیحاتی به آن‌ها ارائه شد. در صورت داشتن معیارهای ورود، دانشجویان در یکی از گروه‌های مورد نظر اختصاص یافته و وارد روند مطالعه شدند. ابتدا و ۳۰ روز قبل از شروع ماه رمضان اطلاعات مربوط به گروه کنترل جمع‌آوری شد. افراد گروه کنترل ابتدا پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی و سلامت

کلیه دانشجویان پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کرده و از ۹۰ دانشجوی وارد شده ۶ دانشجوی به علت تعداد روزهای کمتر از ۲۳ روز روزه‌داری از مطالعه حذف شدند. با توجه به این که تیم تحقیقاتی از استادان دانشکده بودند، جهت عدم معذوریت دانشجویان در شرکت در مطالعه و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها از یک همکار پژوهش استفاده شد. اطلاعات به‌دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. ابتدا نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف بررسی شد. با توجه به نرمال بودن متغیرهای مورد بررسی از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری استنباطی (تی‌تست، تی زوج، آنالیز واریانس و کای دو) جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

## یافته‌ها

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن متغیرهای مطالعه بود ( $P < 0/05$ ). توزیع واحدهای پژوهش از نظر متغیرهای فردی در جدول ۱ بیان شده است.

روان را تکمیل کردند. سپس ۳۰ روز بعد نیز دوباره اطلاعات مربوط به سلامت روان توسط پرسش‌نامه از این افراد اخذ شد. در گروه مداخله بلافاصله قبل از شروع ماه رمضان پرسش‌نامه‌ها توسط افراد گروه مداخله تکمیل و در انتهای ماه رمضان نیز دوباره این اطلاعات از دانشجویان جمع‌آوری شد. مداخله در این مطالعه همان روزه‌داری بود که دانشجویان در کل ۳۰ روز ماه رمضان اقدام به روزه‌داری و رعایت اصول روزه‌داری کردند. از دانشجویان خواسته شد که تا تعداد روزهای روزه‌داریشان را به صورت صادقانه و محرمانه بعد از مداخله در پرسش‌نامه ذکر کنند. در صورتی که تعداد روزهای کل روزه‌داری کمتر از ۲۳ روز بود از روند مطالعه حذف می‌شدند.

در روند انجام مطالعه، کلیه ملاحظات اخلاقی مدنظر قرار گرفت. کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی و دانشکده علوم پزشکی بروجن انجام شد. کسب رضایت کتبی آگاهانه از دانشجویان برای شرکت در مطالعه و آزادی برای ورود و خروج از مطالعه و همچنین بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها و تأکید بر رازداری و محرمانگی اطلاعات مربوط به روزه‌داریشان و تعداد روزهای روزه‌داریشان مدنظر قرار گرفت. روند انجام مطالعه ۲ ماه به طول انجامید.

جدول ۱: ویژگی‌های فردی بر حسب گروه‌های مداخله و کنترل در دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی بروجن ( $n = 84$ )

مشخصات دموگرافیک فراوانی (درصد)	کنترل	آزمون	سطح معنی‌داری (آماره آزمون)
زیر ۲۰	۶(۱۴)	۸(۱۹)	P= ۰/۰۸ F= ۴/۱۲۲
سن (سال)	۳۱(۷۴)	۲۸(۶۷)	
۲۰-۲۵	۵(۱۲)	۶(۱۴)	P= ۰/۲۷ X <sup>2</sup> = ۳/۰۹۳
بالای ۲۵	۱۴(۳۳)	۱۳(۳۱)	
جنسیت	۲۸(۶۷)	۲۹(۶۹)	P= ۰/۰۸ F= ۵/۹۰۲
مذکر	۱۳(۳۱)	۱۵(۳۶)	
مؤنث	۵(۱۲)	۸(۱۹)	
ترم تحصیلی	۲۴(۵۷)	۱۹(۴۵)	P= ۰/۱۲ F= ۳/۴۲۲
سایر ترم‌ها	۲۲(۵۲)	۱۷(۴۰)	
آزاد	۱۲(۲۹)	۱۴(۳۳)	
شغل پدر	۵(۱۲)	۷(۱۷)	P= ۰/۱۱ F= ۶/۱۰۲
بازنشسته	۳(۷)	۴(۱۰)	
بیکار/ ازکارافتاده	۲۵(۵۹)	۱۷(۴۰)	
شغل مادر	۱۰(۲۴)	۹(۲۱)	P= ۰/۱۱ F= ۶/۱۰۲
کارمند	۴(۱۰)	۵(۱۲)	
بازنشسته	۳(۷)	۱۱(۲۷)	
آزاد			

آزمون‌های آماری کای دو و آنالیز واریانس نشان داد که متغیرهای فردی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری نداشتند ( $P < 0/05$ ). دانشجویان معنی دار نبودند ( $P < 0/05$ ). نتایج در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۲: میانگین سلامت روان قبل و بعد از مداخله بر حسب ویژگی‌های فردی دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی بروجن ( $n = 814$ )

مشخصات دموگرافیک	قبل از مداخله (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	بعد از مداخله (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
سن (سال)	زیر ۲۰	۳۲/۶ $\pm$ ۸/۴
	۲۰-۲۵	۳۴/۳ $\pm$ ۷/۹
	بالای ۲۵	۳۴/۷ $\pm$ ۹/۸
	سطح معنی داری (آماره آزمون)	$P = 0/09$ $F = 1/102$
جنسیت	مؤنث	۳۵/۳ $\pm$ ۱۰/۲
	مذکر	۳۳/۳ $\pm$ ۹/۴
	سطح معنی داری (آماره آزمون)	$P = 0/12$ $T = 6/802$
	مؤنث	۳۶/۶ $\pm$ ۹/۰۴
ترم تحصیلی	اول	۳۵/۶ $\pm$ ۷/۱
	آخر	۳۴/۵ $\pm$ ۸/۲
	سایر ترم‌ها	۳۵/۲ $\pm$ ۹/۴
	سطح معنی داری (آماره آزمون)	$P = 0/13$ $F = 6/112$
شغل پدر	آزاد	۳۴/۸ $\pm$ ۸/۲
	کارمند	۳۳/۸ $\pm$ ۷/۴
	بازنشسته	۳۳/۸ $\pm$ ۸/۱
	بیکار / از کارافتاده	۳۴/۳ $\pm$ ۹/۵
سطح معنی داری (آماره آزمون)	$P = 0/09$ $F = 4/172$	
شغل مادر	خانه‌دار	۳۵/۹ $\pm$ ۷/۲
	کارمند	۳۴/۵ $\pm$ ۹/۸
	بازنشسته	۳۳/۴ $\pm$ ۸/۸
	آزاد	۳۴/۲ $\pm$ ۹/۱
سطح معنی داری (آماره آزمون)	$P = 0/65$ $F = 5/167$	

مطابق جدول ۲، نتایج آزمون‌های آماری آنالیز واریانس و تی تست نشان داد که میانگین سلامت روان دانشجویان بر حسب سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی داری نداشت. میانگین سلامت روان و ابعاد آن در گروه‌های مداخله و کنترل در جدول ۳ بیان شد.

جدول ۳: مقایسه میانگین سلامت روان و ابعاد آن بین گروه‌های مختلف قبل و بعد از مداخله در دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی بروجن (n = ۸۴)

گروه	متغیر	قبل از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	بعد از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	سطح معنی داری
مداخله	افسردگی	۱۰/۷ ± ۴/۰۷	۹/۱۳ ± ۲/۱۳	P= ۰/۰۶ T= ۶/۱۰۲
	اضطراب	۹/۵۲ ± ۴/۰۷	۶/۲۳ ± ۳/۱۶	P= ۰/۰۴ T= ۳/۶۷۲
کنترل	افسردگی	۱۱/۶۷ ± ۲/۷۷	۱۰/۷ ± ۲/۲۷	P= ۰/۰۸ T= ۶/۶۷۲
	اضطراب	۷/۱۱ ± ۳/۷۶	۹/۰۹ ± ۲/۷۶	P= ۰/۰۷ T= ۴/۱۳۴
سلامت روان	استرس	۱۲/۱۲ ± ۱۰/۹۱	۵/۱۴ ± ۱/۴۲	P= ۰/۰۰۳ T= ۷/۴۲۹
	کل	۳۲/۳۲ ± ۱۱/۶۲	۲۰/۶ ± ۵/۷۱	P= ۰/۰۰۱ T= ۴/۱۲۲
کنترل	استرس	۱۱/۰۹ ± ۳/۶۵	۹/۷ ± ۳/۸۷	P= ۰/۲ T= ۵/۷۰۷
	کل	۲۹/۸۷ ± ۱۴/۰۹	۲۹/۴۹ ± ۸/۹	P= ۰/۵۱ T= ۶/۰۰۹
سطح معنی داری		P= ۰/۰۸ T= ۲/۴۵۳	P= ۰/۰۴ T= ۴/۱۵۶	

جدول ۳، نشان داد که میانگین کل سلامت روان در دانشجویان بین گروه‌های مداخله (۳۲/۳۲ ± ۱۱/۶۲) و کنترل (۲۹/۸۷ ± ۱۴/۰۹) قبل از مداخله تفاوت معنی داری نداشت (P= ۰/۰۸). میانگین کل سلامت روان بعد از مداخله بین گروه مداخله (۲۰/۶ ± ۵/۷۱) و کنترل (۲۹/۴۹ ± ۸/۹) تفاوت معنی داری داشت (P= ۰/۰۴). میانگین کل سلامت روان در گروه کنترل قبل (۲۹/۷۸ ± ۱۴/۰۹) و بعد (۲۹/۴۹ ± ۸/۹) از مداخله تفاوت معنی داری نداشت (P= ۰/۱۵). در حالی که میانگین کل سلامت روان قبل (۳۲/۳۲ ± ۱۱/۶۲) و بعد (۲۰/۶ ± ۵/۷۱) از مداخله در گروه مداخله تفاوت معنی داری داشت (P= ۰/۰۰۱).

مقایسه‌ی ابعاد سلامت روان قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله حاکی از آن بود که اضطراب (P= ۰/۰۴) و استرس (P= ۰/۰۰۳) بعد از مداخله نسبت به قبل آن کاهش معنی داری داشته است. این در حالی است که بعد افسردگی در گروه مداخله قبل و بعد تغییر معنی داری نداشت (P= ۰/۰۶).

## بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر روزه‌داری بر سلامت روان دانشجویان

انجام شد. نتایج نشان داد که روزه‌داری به طور معنی داری منجر به بهبود نمره سلامت روان شده است. همچنین نمره‌های سلامت روان در ابعاد استرس و اضطراب به طور معنی داری کاهش یافته است.

در مطالعات مختلف، تأثیر روزه‌داری بر ابعاد مختلف سلامتی بررسی شده است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که عبادات و فرایض دینی، فواید جسمی و روانی گوناگونی را برای انسان به دنبال دارد (۲۳ و ۲۲ و ۱۱). حسینی و همکاران (۱۳۹۴) در یک مطالعه توصیفی، عزت نفس دانشجویان شرکت‌کننده در مراسم اعتکاف را بررسی کردند. نتایج نشان داد نمره کل عزت نفس در گروه اعتکاف قبل و بعد از مراسم، تفاوت آماری معنی داری داشت (۲۳). مطالعه باقری شیخان‌گفشه و فتحی‌آشتیانی (۱۴۰۰) نشان داد که ماه رمضان به عنوان فرصتی برای ایجاد تغییرات اساسی در سبک زندگی بوده و افراد را قادر می‌سازد تا زندگی سالم‌تر و شادتری را تجربه نمایند (۱۱). ساداتی (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان «جهان‌بینی اسلام، روزه و سلامت» به بررسی اثرات مثبت روزه‌داری پرداخت و به این نتیجه رسید که روزه‌داری منجر به برقراری حالت توازن میان شخص و دنیای پیرامون او شده و همزیستی و سازگاری با خویشتن و جامعه را

رژیم‌های مرتبط با آن بوده‌اند، به طور معناداری نشان از کاهش میزان افسردگی در گروه هدف داشته‌اند (۲۶ و ۲۲ و ۱۴). Maniaci و همکاران (۲۰۲۰) با انجام یک کارآزمایی بالینی نشان دادند که رژیم غذایی روزه‌داری در کنار روان‌درمانی با افزایش عزت نفس و کیفیت زندگی در درمان و کاهش افسردگی اثر قابل ملاحظه‌ای داشته است (۱۴). مداخله‌ی روزه‌داری در مطالعه‌ی Spanaki و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که علایم افسردگی در افراد گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنادار و قابل توجهی را نشان داده است (۲۶). از آنجایی که افراد وارد شده به مطالعه‌ی حاضر به اختلال افسردگی مبتلا نبوده‌اند، شاید بتوان عدم تأثیر معنادار مداخله‌ی روزه‌داری بر میزان افسردگی را به همین مسئله نسبت داد؛ در صورتی که اغلب مداخلات صورت گرفته در زمینه تأثیر روزه‌داری و معنویت بر افسردگی، بر روی افراد با درجاتی از اختلال افسردگی انجام شده است (۲۶ و ۱۴).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس اشاره کرد. به علاوه این پژوهش بر روی دانشجویان دوره کارشناسی رشته پرستاری انجام گرفته است؛ بنابراین، قابلیت تعمیم‌دهی به همه مقاطع و رشته‌های تحصیلی را ندارد.

## نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که روزه‌داری می‌تواند یکی از شیوه‌های مفید در بهبود سلامت روان و ابعاد مختلف آن شامل اضطراب، استرس و افسردگی در دانشجویان باشد. با توجه به این که سلامت روان دانشجویان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، لازم است تا مداخلاتی در زمینه‌ی ارتقای سلامت روان آنان انجام شود. بنابراین نتایج این تحقیق می‌تواند به عنوان گامی مؤثر در جهت پیاده‌سازی و اجرای مداخلات روزه‌داری شناخته شود و زمینه‌ساز پژوهش‌های آینده باشد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از یک طرح تحقیقاتی به کد اخلاق IR.SKUMS.REC.91-11-19 از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد است. بدین وسیله از دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تشکر و قدردانی می‌شود.

افزایش می‌دهد (۲۴). بنابراین از آنجایی که روزه‌داری در جنبه فردی و اجتماعی تأثیرات مثبتی به دنبال دارد، می‌تواند سازش درونی و بیرونی را در افراد تقویت کرده و منجر به ارتقای سطح بهداشت روان شود.

در مطالعه‌ی حاضر تأثیر مثبت و معنادار روزه‌داری بر کاهش استرس نشان داده شد. مطالعه اصغری سلیمانی و همکاران (۱۳۹۸) که به شیوه‌ای مشابه با مطالعه حاضر انجام شده است، نشان داد که مداخله‌ی معنوی و آموزش شکوفایی به شکل معناداری منجر به کاهش استرس در دانشجویان شده است (۲۵). مرور نظام‌مند Berthelot و همکاران (۲۰۲۱) در خصوص تأثیر مداخلات روزه‌داری بر سلامت روان؛ نشان داد روزه‌داری به طور معناداری می‌تواند باعث کاهش استرس در افراد مختلف شود (۲۲). به نظر می‌رسد روزه‌داری مداخله‌ای ایمن بوده که با افزایش صبر و مهارت‌های ارتباطی و مقابله‌ای که مهارت‌هایی کاربردی در دانشجویان هستند، به کاهش استرس در آنان کمک می‌کند.

نتایج مطالعه‌ی حاضر در بعد اضطراب نیز کاهش معناداری را نشان داده است. Spanaki و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ی خود تأثیر مداخله‌ی روزه‌داری مسیحیان بر اضطراب و افسردگی را سنجیدند. نتایج مطالعه نشان داد که اضطراب در گروه مداخله به طرز قابل توجهی کاهش یافته است که همسو با نتایج پژوهش حاضر بوده است (۲۶). برخی مطالعات نیز نشان دادند که مداخلاتی که بر مبنای آموزه‌های دینی بوده‌اند، توانسته‌اند به طور معناداری میزان اضطراب را کاهش دهند (۲۷ و ۲۵). عبدی حمل‌آباد و همکاران (۱۴۰۲) با بررسی اثربخشی معنا‌درمانی بر اضطراب نشان دادند که مداخله‌ی مبتنی بر معنویات به طور معناداری سطح اضطراب را در دانشجویان کاهش داده است (۲۷). همچنین اصغری سلیمانی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که مداخله‌ی آموزش شکوفایی باعث کاهش اضطراب، استرس و افسردگی در دانشجویان شده است (۲۵). عزت نفس و خودمراقبتی از یکسو و آشفتگی‌ها و نگرانی‌های مختلف از سوی دیگر، ابعاد مختلف سلامت دانشجویان از جمله بعد روانی را متأثر می‌کند (۲۶ و ۲۳). از این رو شاید بتوان گفت که روزه‌داری و استفاده از تعالیم دینی با افزایش میزان عزت نفس و خودمراقبتی معنوی و همچنین کاستن از میزان نگرانی‌های خیالی و آشفتگی هیجانی، سطح اضطراب را در افراد کاهش می‌دهد.

در مطالعه‌ی حاضر با وجود تأثیر مثبت و معنادار روزه‌داری بر کاهش استرس و اضطراب در دانشجویان، در بعد افسردگی کاهش معناداری مشاهده نشد. این در حالی است که در اغلب مطالعات، مداخلاتی که بر مبنای روزه‌داری و

## References

1. World Health Organization. Mental health. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. 2022.
2. Asif S, Mudassar A, Shahzad TZ, Raouf M & Pervaiz T. Frequency of depression, anxiety and stress among university students. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2020; 36(5): 971-6.
3. Ramon-Arbues E, Gea-Caballero V, Granada-Lopez JM, Juarez-Vela R, Pellicer-Garcia B & Anton-Solanas I. The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(19): 7001.
4. Noorbala AA, Rajabi-Vasokolaei Gh & Rahmani H. Rethinking mental health policy-making in Iran: A letter to the editor. *Tehran University Medical Journal* 2022; 79(11): 913-4[Article in Persian].
5. Shahabi-Shahmiri M & Khatami SM. Developing a research agenda on the relationship between physical environment and mental health. *Urban Structure and Function Studies* 2020; 7(25): 85-114[Article in Persian].
6. Mofatteh M. Risk factors associated with stress, anxiety, and depression among university undergraduate students. *AIMS Public Health* 2021; 8(1): 36-65.
7. Cheung K, Tam KY, Tsang MH, Zhang LW & Lit SW. Depression, anxiety and stress in different subgroups of first-year university students from 4-year cohort data. *Journal of Affective Disorders* 2020; 274(1): 305-14.
8. Sajadi M, Ebrahimabadi M, Khosravi S, Seif K & Rafiei F. The effect of stress management on the anxiety, depression and stress of nursing students in the first clinical experience. *Journal of Nursing Education* 2018; 7(4): 18-24[Article in Persian].
9. Alotaibi MI, Elsamad G, Aljardahi AN, Alghamdi AN, Alotaibi AI, Alorabi HM, et al. Changes in dietary and lifestyle behaviors and mental stress among medical students upon Ramadan diurnal intermittent fasting: A prospective cohort study from Taif/Saudi Arabia. *BMC Public Health* 2023; 23(1): 1462.
10. Hakimzadeh-Ardakani A, Fallah M, Vaziri S & Aasimozneb A. The effectiveness of pattern of quranic - narration of hope therapy with integrated monotheistic treatment approach on life expectancy in students of Shahid Sadoughi university of medical of Yazd. *Tolooebehdasht* 2020; 19(5): 68-77[Article in Persian].
11. Bagheri-Sheykhangafshe F & Fathi-Ashtiani A. The role of fasting in ramadan during the COVID-19 pandemic on mental health and immune system. *Journal of Marine Medicine* 2021; 3(4): 3-4[Article in Persian].
12. Ahmed A, Saeed F, Arshad MU, Afzaal M, Imran A, Ali SW, et al. Impact of intermittent fasting on human health: An extended review of metabolic cascades. *International Journal of Food Properties* 2018; 21(1): 2700-13.
13. Mattson MP, Longo VD & Harvie M. Impact of intermittent fasting on health and disease processes. *Ageing Research Reviews* 2017; 39(1): 46-58.
14. Maniaci G, La-Cascia C, Giammanco A, Ferraro L, Chianetta R, Di-Peri R, et al. Efficacy of a fasting-mimicking diet in functional therapy for depression: A randomised controlled pilot trial. *Journal of Clinical Psychology* 2020; 76(10): 1807-17.
15. Feyzi P, Mousavi-Jajarmi SM, Oroojalian F & Amani A. The effect of ramadan fasting on the immune system function. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2023; 14(4): 126-30[Article in Persian].
16. De-Toledo FW, Grundler F, Bergouignan A, Drinda S & Michalsen A. Safety, health improvement and well-being during a 4 to 21-day fasting period in an observational study including 1422 subjects. *PloS One* 2019; 14(1): e0209353.
17. Navidian A, Ebrahimi-Tabas E, Muolai N & Soleymani Sh. The effect of audio-visual distraction on anxiety and satisfaction in patient undergoing bronchoscopy of Imam Ali (AS) hospital in Zahedan. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2016; 4(1): 1-10[Article in Persian].



18. He HG, Zhu L, Chan SWC, Liam JLW, Li HCW, Ko SS, et al. Therapeutic play intervention on children's perioperative anxiety, negative emotional manifestation and postoperative pain: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71(5): 1032-43.
19. Lovibond PF & Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33(3): 335-43.
20. Sahebi A, Asghari MJ & Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Journal of Iranian Psychologists* 2005; 1(4): 61-7[Article in Persian].
21. Samani S & Joukar B. A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (DASS-21). *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University* 2007; 26(3): 65-77.
22. Berthelot E, Etchecopar-Etchart D, Thellier D, Lancon C, Boyer L & Fond G. Fasting interventions for stress, anxiety and depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 2021; 13(11): 3947.
23. Hosseini M, Basiri-Moghadam M, Graminejad N & Soleimani-Moghaddam R. Studying the self-esteem of Gonabad university of medical sciences students participating in the i'tikaf ceremony in 2015: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2019; 17(10): 901-12[Article in Persian].
24. Sadati A. Islamic worldview, fasting and health. *Journal of Nutrition, Fasting and Health* 2018; 6(2): 104-6.
25. Asghari-Soleimani M, Khanmohammadi A, Abbasi-Asfajir AA & Sadeghi J. The effectiveness of flourishing training on anxiety, stress and depression of students at Babol university of medical sciences in 2019. *Community Health Journal* 2020; 14(3): 65-75[Article in Persian].
26. Spanaki C, Rodopaios NE, Koulouri A, Pliakas T, Papadopoulou SK, Vasara E, et al. The christian orthodox church fasting diet is associated with lower levels of depression and anxiety and a better cognitive performance in middle life. *Nutrients* 2021; 13(2): 627.
27. Abdi-Hamlabad M, Kazemi R, Abotalebi Gh & Taklavi S. The effectiveness of logo therapy on corona anxiety and psychological hardiness in students with emotional disturbance. *Journal of Psychological Studies* 2023; 19(2): 87-100[Article in Persian].

# Investigating the Effect of Fasting on the Mental Health of Nursing Students

Mina Shirvani<sup>1</sup> (M.S.), Mostafa Roshanzadeh<sup>2</sup> (Ph.D.), Maryam Rabiey Faradonbeh<sup>3</sup> (M.S.) ,  
Razieh Mirzaeian<sup>4\*</sup> (Ph.D.)

1 Instructor, Department of Nursing, Borujen School of Medical Sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

2 Assistant Professor, Department of Nursing, Borujen School of Medical Sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

3 Master of Science in Aging Health, Borujen School of Medical Sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

4 Assistant Professor, Department of Health Information Management, School of Allied Medical Sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

## Abstract

Received: 9 Mar. 2024

Accepted: 9 Jun. 2024

**Background and Aim:** Nursing students are exposed to various educational, family, and social stresses and various factors can affect their mental health. Therefore, in order to pay attention to different dimensions of health and investigate the effects of spirituality on health, the present study was conducted to determine the effect of fasting on the mental health of nursing students of Borujen Faculty of Medical Sciences.

**Materials and Methods:** The present semi-experimental study with a pre-test-post-test design was conducted in 2022 at Shahrekord University of Medical Sciences. Ninety nursing students of Borujen Faculty of Medical Sciences were selected by available methods and assigned to two intervention and control groups by a simple random method. The intervention in this study included at least 23 days of fasting during Ramadan. The data before and after the intervention were collected by the demographic information questionnaire and the 21-question depression, anxiety, and stress standard tool (DASS). The validity and reliability of this questionnaire were conducted for the first time in Iran by Sahebi et al. in 2005. SPSS was used for analysis. Descriptive statistical tests including frequency percentage, mean and standard deviation, and inferential statistical tests including t-test, paired t-test, analysis of variance, and chi-square were used.

**Results:** There was no significant difference in the total mental health score between intervention ( $32.32 \pm 11.62$ ) and control ( $29.87 \pm 14.09$ ) groups before the intervention ( $P=0.08$ ). There was a significant difference in this score between intervention ( $20.6 \pm 5.71$ ) and control ( $29.49 \pm 8.9$ ) groups after the intervention ( $P=0.04$ ). The total mental health score in the control group before ( $29.87 \pm 14.09$ ) and after ( $29.49 \pm 8.9$ ) the intervention had no significant difference ( $P=0.15$ ); while in the intervention group before ( $32.32 \pm 11.62$ ) and after ( $20.6 \pm 5.71$ ) the intervention had a significant difference ( $P=0.001$ ). Mental health dimensions before and after intervention, indicated that anxiety ( $P=0.04$ ) and stress ( $P=0.003$ ) decreased significantly after the intervention in the intervention group. However, there was no significant difference in the depression dimension ( $P=0.06$ ).

**Conclusion:** According to the results, it should be said that regular and periodic examination of the health level, and the promotion of educational and training programs on the subject of fasting to improve mental health, should be considered.

**Keywords:** Depression, Stress, Anxiety, Students, Mental Health, Fasting

\* Corresponding Author:

Mirzaeian R

Email:

Mirzaeian.r@skums.ac.ir