

The relationship between spiritual health and mental health in students of Kurdistan University of Medical Sciences

Fayegh Yousefi¹, Sahar Rafiee², Fariba Tairi³

1-Associate Professor, Spiritual Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0001-5503-3326

2- Master clinical psychology, Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. ORCID:

3- M.Sc in clinical psychology, Vice Chancellor for Student and Cultural Affairs, Student Counseling Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author). ORCID: 0000-0002-0203-8219
E-mail: Faribafaran94@gmail.com

Received: 24/04/2019

Accepted: 08/09/2019

Abstract

Introduction: The spiritual health is the most important socio-cultural factors that related to mental health.

Aim: The aim of this study was to determine the relationship between mental health and spiritual health in students of Kurdistan University of Medical Sciences in 2014.

Method: The study was descriptive- correlative. The participants were of 436 436 freshman students. The questionnaires includes demographic information, Palutzian Spiritual Health Questionnaire (20 item) that 10 questions measure religious health and 10 questions measure existential health. mental health was measured by GHQ-28 (somatic symptoms, anxiety symptoms, the symptoms of social dysfunction and depression)with cutoff point of 23. Data were analyzed, by using 22 SPSS statistical software and Pearson correlation, t-test and one way ANOVA.

Results: 63/5% of student were female and 91/7% of the student were single. Nearly 72% were t20-18 years. 58/9% of the participants were native.67/3% have high spiritual health, 95/2% with high religious health and84/2% have elevated their health.87/2% of participants had sufficient mental health and12/8% were suspected of mental vulnerability. Although there was a significant relationship between religious health and health with mental health (P 0<001).

Conclusion: The higher spiritual health, psychological trauma will be less. In other words, we can use the spiritual health of the students as a predictor of mental crisis in them.

Keywords: Health, Spiritual health, Religious health, Existential health, Psychosocial health, Students

How to cite this article : Yousefi F, Rafiee S, Tairi F. The relationship between spiritual health and mental health in students of Kurdistan University of Medical Sciences. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (4): 100-109 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-799-fa.pdf>

بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان

فایق یوسفی^۱، سحر رفیعی^۲، فریبا طیری^۳

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، معاونت دانشجویی و فرهنگی، مرکز مشاوره دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مؤلف مسئول).
ایمیل: faribafaran94@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۰۴

چکیده

مقدمه: سلامت معنوی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی-فرهنگی مرتبط با سلامت روان است.

هدف: هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط بین سلامت روان و سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان بود که در سال ۱۳۹۴ انجام گردید.

روش: در این پژوهش توصیفی همبستگی تعداد ۴۳۶ نفر دانشجوی جدیدالورود سال تحصیلی ۹۵-۹۴ با روش سرشماری بررسی شدند ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کرد و آزمون سلامت روان GHQ-28 که چهار مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطرابی، علائم ناسازگاری اجتماعی و علائم افسردگی را می‌سنجد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۲۲ و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، تی تست و آنوا استفاده شد.

یافته‌ها: بیشترین فراوانی دانشجویان مؤنث با ۶۳/۵٪ و مجرد با ۹۱/۷٪ بودند ۷۲ درصد آن‌ها در گروه سنی ۲۰-۱۸ سال قرار داشتند. ۵۸/۹٪ بومی استان کردستان بودند. ۶۷/۳٪ دارای سلامت معنوی بالا، ۹۵/۲٪ دارای سلامت مذهبی بالا ۸۴/۲٪ و دارای سلامت وجودی بالا بودند. ۸۷/۲٪ افراد مورد مطالعه دارای سلامت روان و ۱۲/۸٪ مشکوک به آسیب‌پذیری روانی بودند. بین سلامت معنوی در دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی با سلامت روان آنان رابطه معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: هرچه میزان سلامت معنوی در دانشجویان بالاتر باشد، میزان آسیب‌های روانی در آن‌ها کمتر خواهد بود. به عبارت دیگر می‌توان از میزان سلامت معنوی در دانشجویان به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده بحران روانی در آن‌ها استفاده کرد.

کلیدواژه: سلامت معنوی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی، سلامت روانی، دانشجویان

مقدمه

یکی از موضوعات مهم در ابعاد مختلف سلامتی، سلامت معنوی^۱ است. پنج دهه از اولین تلاش‌های علمی برای سنجش مفهوم سلامت معنوی گذشته است در دهه‌های قبل سلامتی و ابعاد آن به شکل کاهش گرایانه ای محدود به ابعاد جسمانی می‌شد اما رویکردهای جدید به سلامتی نگاه جامع و چندبعدی سلامت انسان دارند و سلامت را دربرگیرنده ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌دانند (جیراسک^۲، ۲۰۱۵). سلامت معنوی نقش اساسی در میان دیگر ابعاد سلامت دارد و توجه زیاد پژوهشگران حوزه سلامت عمومی را جذب کرده است. به عبارتی تا سلامت معنوی جایگاه واقعی خود را در میان مردم پیدا نکند انسان نمی‌تواند به سلامت کامل دست یابد. (آدیپ و فرجی^۳، ۲۰۱۵) تحقیقات متعددی نشان داده است که سلامت معنوی می‌تواند در بهبود سایر مشکلات و بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی نقش تعدیل‌کننده ایفا کند و پیامدهای بیماری را کاهش دهد (هیلتون و چایلد^۴، ۲۰۱۴) در یکی از این تحقیقات همتی و همکاران^۵ (۲۰۱۵) نشان دادند که سلامت معنوی با سلامت جسمانی بهتر در ارتباط است و در افرادی که سلامت معنوی بالاتری تجربه کردند احساس درد کمتری گزارش کردند. معانی بسیار مختلفی در مقالات و کتب گوناگون در مورد معنویت و سلامت معنوی ارائه شده‌اند. هنگام پرداختن به این دو، مفهوم مذهب نیز به میان می‌آید. اگرچه برخی افراد که خود را معنوی می‌دانند، بر یک مذهب رسمی صحنه نمی‌گذارند، مذهبی بودن و معنویت، مفاهیمی هستند که همپوشانی دارند (قادری و

همکاران، ۲۰۱۸). برخی معتقدند معنویت فراتر از مذهب و شامل مفاهیم دیگری همچون سلامت معنوی، آرامش و راحتی ناشی از ایمان و تطابق معنوی، تجربیات و تظاهرات روح فرد در یک‌روند بی‌همتا و دینامیک که منعکس‌کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است، همچنین دربرگیرنده‌ی اتصال به یک فرد، دیگران، طبیعت یا خدا و یکپارچگی همه ابعاد انسانی است (کناپیک و همکاران^۶، ۲۰۱۰) مشکلات بسیاری همچون ابهام در تعریف سلامت معنوی، عدم توافق کلی بر مفاهیم اساسی مربوط به مسئله، عدم تبیین مرزهای سلامت معنوی و معنویت، عدم دستیابی به ابزارهای مناسب جهت سنجش سلامت معنوی عدم طراحی صحیح سؤالات، سنجش دیگر حیطه‌های سلامت، عدم اعتبار و پایایی برخی ابزارهای سنجش و... و استفاده از نمونه‌های کوچک و غیرقابل تعمیم همچنان به چشم می‌خورند (یانگ^۷، ۲۰۰۵) وقتی سلامت معنوی به‌طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی (کاووسیان^۸، ۲۰۱۶)، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود (سدری، ۲۰۰۳). در این میان سلامت معنوی به شکل برجسته‌ای در متون دینی مورد توجه قرار گرفته، اسلام وجود آدمی را متشکل از دو بعد روانی (غیرمادی) و جسمانی (مادی) معرفی می‌کند. سلامت روان به معنای تعادل و انسجام فراگیر در همه ابعاد جسمانی و نفسانی انسان است که قلب سلیم (شعرا- ۸۹) و نفس مطمئنه (فجر ۲۷) از جمله علائم آن است و در مقابل، بیماری روانی خارج شدن از حد اعتدال است که امراض قلبی و اضطراب از جمله نشانه‌های آن است (مائده- ۵۲). از اثرات سلامت روانی می‌توان به موارد

¹. Spiritual health

². Jirásek I.

³. Adib-Hajbaghery M, Faraji M

⁴. Hilton JM, Child SL.

⁵. Hematti S, et al.

⁶. Knapik GP et al.

⁷. Young

⁸. Kavosian.

دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۹۴ انجام گرفته است.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در نیم سال دوم تحصیلی ۹۴-۹۵ انجام گرفت. جامعه آماری شامل ۴۳۶ نفر از دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان بودند که به طریق نمونه گیری سرشماری، به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. معیار ورود دانشجویان عبارت بود از جدیدالورود بودن و تمایل به پاسخگویی به سؤالات. ابتدا اطلاعات دموگرافیک دانشجویان شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، بومی یا غیربومی بودن جمع آوری شد.

ابزار

پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی (پولوتزین و الیسون؛ ۱۹۸۲): این پرسشنامه ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰-۶۰ بود. برای زیرگروه های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود نداشت و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت گرفت. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد به گونه ای که به گزینه کاملاً موافقم مقدار ۶، موافقم مقدار ۵، نسبتاً موافقم مقدار ۴، نسبتاً مخالفم مقدار ۳، مخالفم مقدار ۲ و کاملاً مخالفم مقدار ۱

زیر اشاره نمود: ۱- انسانی که دارای روان سالم است، رویدادهایی که پدید می آید، به آرامش روانی وی آسیب نمی زند، زیرا می داند که چه بسا وقایع ناخوشایند که خیر هستند و چه بسا امور دوست داشتنی که شرند (بقره- ۲۱۶)

۲- مشکلات و سختی ها را قرین و مقدمه آسایش و گشایش می داند و همواره امیدوار است (طلاق ۷) و از رحمت خدا مأیوس نیست (یونس ۸۷) پیرو ظن و گمان نیست و از بدگمانی پرهیز می کند، زیرا بدگمانی را گناه می داند. ۳- افسردگی و اضطراب ندارد و از احساس امنیت و آرامش برخوردار است و ترس و غم و اندوه را در دل خود ایجاد نمی کند (یونس ۶۲-) ۴- آسایش دیگران را بر آسایش خود مقدم می داند و از این رو است که سخاوتمند و دست و دل باز است (حشر ۹) ۵- به دیگران نیکی می کند و نیکی دیگران را با نیکی بالاتری پاسخ می دهد (نساء ۸۶). حتی بدی را با خوبی پاسخ می دهد (نحل ۱۲۶) اگر به کسی نیکی کرد او را با منت نمی آزارد و منت گذار و فزون طلب نیست (مدثر ۶). قرآن کریم). یکی از پیامدهای گرایش به تطبیق روش های علوم تجربی در حوزه پژوهش روان شناسی این بود که تنها به پدیده های روانی ناشی از فعالیت های فیزیولوژی بسنده شد و بعد معنوی و حقیقت انسان در پژوهش ها به دست فراموشی سپرده شد؛ از این رو از تحقیق درباره مسئله عشق، محبت و مانند آن بازماندند و از بحث در مورد کیفیت هماهنگی میان شخصیت انسان از طریق ایجاد توازن میان جنبه های مادی و معنوی او و موضوعات دیگری از این دست کنار گذاشته شد (حسینی، ۱۹۹۵) بر این اساس و با توجه به خلأ پژوهشی در این حوزه به ویژه در میان دانشجویان این پژوهش باهدف بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت معنوی در بین دانشجویان

¹. Palutzian & Ellison

پایین تر از آن از سلامت روانی برخوردار بودند. روایی پرسشنامه‌ها پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین گردید. پایایی پرسشنامه سلامت معنوی در مطالعه رضایی (۲۰۰۸) از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ تأیید شد $\alpha = 0/82$. پایایی پرسشنامه سلامت روان نیز در مطالعه پالاهنگ ۰/۹۱ به دست آمد (پالاهنگ و ناصر^۳، ۱۹۹۷) قبل از توزیع پرسشنامه‌ها، رضایت دانشجویان جلب و زمان کافی برای پاسخ‌دهی به سؤالات به آن‌ها داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون (سنجش همبستگی سلامت معنوی و روانی)، تی تست و آنوا استفاده شد. سطح معنی‌دار در کلیه آزمون‌های پژوهش نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک دانشجویان نشان داد که بیشترین فراوانی دانشجویان مؤنث با ۶۳/۵٪ و مجرد با ۹۱/۷٪ بودند. نزدیک به ۷۲٪ آن‌ها در گروه سنی ۱۸-۲۰ سال قرار داشتند. ۵۸/۹٪ افراد مورد مطالعه بومی استان کردستان بودند. طبق جداول (۱ و ۲ و ۳) افراد مورد مطالعه ۶۷/۳٪ دارای سلامت معنوی بالا و ۸۷/۲٪ دارای سلامت روان و ۱۲/۸٪ مشکوک به آسیب‌پذیری روانی بودند. ۳/۴٪ از افراد مورد مطالعه دارای اضطراب، ۳/۴٪ دارای شکایات جسمانی، ۴/۸٪ دارای ناسازگاری اجتماعی و ۱/۱۴٪ دارای افسردگی بودند.

طبق جدول شماره ۱ بیشترین فراوانی سلامت معنوی در افراد مورد مطالعه در رده بالا با ۶۷/۳٪ است و همچنین،

تعلق گرفت. در پایان نیز، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۰۰-۱۲۰ تقسیم‌بندی شد.

آزمون سلامت روان- GHQ^۱: این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر طراحی و تدوین شده است (گلدبرگ، ۱۹۷۹) و دارای چهار مقیاس است. مقیاس A علائم جسمانی مانند احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود، احساس خستگی و نشانه‌های بدنی را دربرمی‌گیرد. مقیاس B علائم اضطرابی همچون بی‌خوابی و مقیاس C علائم اختلال در کارکرد اجتماعی مثل توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره و احساسات آن‌ها را درباره موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. مقیاس D نیز علائم افسردگی مانند افسردگی وخیم و گرایش مشخص به خودکشی را شامل می‌شد (داژ^۲، ۲۰۰۶). برای نمره‌گذاری این آزمون از روش نمره‌گذاری لیکرت به صورت (۰-۱-۲-۳-) استفاده شد. در مجموع نیز نمره هر فرد در کل بین ۰ تا ۸۴ متغیر است. در هر حیطه نیز دانشجویانی که نمره آن‌ها بین ۰-۶ بود در گروه سالم، نمره ۷-۱۳ در گروه مشکوک و نمره ۱۴-۲۱ در گروه دارای اختلال قرار داشتند. بدین ترتیب با افزایش نمره سلامت عمومی، کیفیت سلامت روانی پایین‌تر می‌آید. به عبارت دیگر در این مطالعه مانند سایر مطالعات (توکلی زاده، ۲۰۱۰) جهت تعیین وضعیت دانشجویانی که دارای مشکل و اختلالات روانی می‌باشند از نقطه برش ۲۳ استفاده شد، به این صورت دانشجویانی که نمره سلامت عمومی آن‌ها بیش از ۲۳ به دست آید به عنوان مبتلا به اختلال روانی و

^۱. General Health Questionnaire

^۲. Daje A

^۳. Palahang H, Nasr M

بیشترین فراوانی سلامت روانی در افراد مورد مطالعه ۸۷/۲٪ است. و همچنین، طبق جدول شماره ۱ بیشترین فراوانی زیر مقیاس سلامت روانی در افراد مورد مطالعه با ۴/۸٪ مربوط به ناسازگاری اجتماعی است.

جدول ۱ توزیع فراوانی سلامت معنوی و سلامت روانی در افراد مورد مطالعه

درصد	فراوانی	سلامت معنوی
۱/۶٪	۳	پایین
۳۲/۱٪	۱۴۰	متوسط
۶۷/۳٪	۲۹۳	بالا
سلامت روانی		
۸۷/۲٪	۳۸۰	دارد
۱۲/۸٪	۵۶	مشکوک به آسیب پذیری روانی
خرده مقیاس های سلامت روانی		
۳/۴٪	۱۵	شکایات بدنی
۳/۴٪	۱۵	اضطراب
۴/۸٪	۲۱	ناسازگاری اجتماعی
۱/۱۴٪	۵	افسردگی

جدول ۲ نشان می دهد که ضریب همبستگی بین دو متغیر سلامت معنوی و سلامت روانی برابر با ۰/۴۵۰ و بین دو متغیر سلامت معنوی و شکایات جسمانی برابر با ۰/۳۴۷ و بین دو متغیر سلامت معنوی و اضطراب برابر با ۰/۵۲۳ و بین دو متغیر سلامت معنوی و ناسازگاری اجتماعی برابر با ۰/۴۱۷ و بین دو متغیر سلامت معنوی و افسردگی برابر با ۰/۶۲۸ است و رابطه بین دو متغیرها را نشان می دهد.

جدول ۲ ضریب همبستگی بین سلامت معنوی و سلامت روانی و زیر مقیاس های آن

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معنادار بودن	حجم نمونه
سلامت روانی	۰/۴۵۰	۰/۰۰۰	۴۳۶
شکایات جسمانی	۰/۳۴۷	۰/۰۰۰	۴۳۶
اضطراب	۰/۵۲۳	۰/۰۰۰	۴۳۶
ناسازگاری اجتماعی	۰/۴۱۷	۰/۰۰۰	۴۳۶
افسردگی	۰/۶۲۸	۰/۰۰۰	۴۳۶

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی و سلامت روانی با $f= 235/362$ و درجه آزادی ۱ رابطه معناداری وجود دارد. $P < 001$

جدول ۳ نتایج آنالیز ANOVA در خصوص رابطه سلامت معنوی با زیرمجموعه‌های سلامت روانی

سطح معناداری	فراوانی	درجه آزادی	سلامت معنوی با سلامت روان
۰/۰۰۰	۲۳۵/۳۶۲	۱	سلامت معنوی با سلامت روان
۰/۰۰۰	۵۹/۶۷۹	۱	سلامت معنوی با شکایات جسمانی
۰/۰۰۰	۱۶۳/۲۳۲	۱	سلامت معنوی با اضطراب
۰/۰۰۰	۹۱/۱۸۰	۱	سلامت معنوی با ناسازگاری اجتماعی
۰/۰۰۰	۲۸۲/۰۰۵	۱	سلامت معنوی با افسردگی

جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD در خصوص رابطه‌ی سطوح سلامت معنوی با زیرمجموعه‌های سلامت روانی

سلامت معنوی	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	P	حد بالا	حد پایین
سلامت روان	۹/۱۵	۵/۲۵	۰/۰۸	-۱/۱۶	۱۹/۴۶
پایین	۱۷/۳۷	۵/۲۲	۰/۰۰۱	۷/۱۱	۲۷/۶۲
متوسط	۸/۲۱	۰/۹۲	۰/۰۰۱	۶/۴۰	۱۰/۰۳
شکایات جسمانی	۲/۳۱	۱/۸۱	۰/۲۰	-۱/۲۵	۵/۸۷
پایین	۳/۷۷	۱/۸۰	۰/۰۴	۰/۲۳	۷/۳۱
متوسط	۱/۴۶	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۲/۰۹
اضطراب	۱/۱۵	۱/۹۱	۰/۵۵	-۲/۶۱	۴/۹۱
پایین	۳/۷۴	۱/۹۰	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۷/۴۸
متوسط	۲/۵۹	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱/۹۳	۳/۲۵
سازگاری اجتماعی	۲/۲۲	۱/۶۴	۰/۱۸	-۱/۰۰	۵/۴۴
پایین	۴/۱۳	۱/۶۳	۰/۰۱	۰/۹۲	۷/۳۳
متوسط	۱/۹۰	۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱/۳۴	۲/۴۷
افسردگی	۳/۴۷	۱/۴۰	۰/۰۱	۰/۷۲	۶/۲۲
پایین	۵/۷۳	۱/۳۹	۰/۰۰۱	۲/۹۹	۸/۴۶
متوسط	۲/۲۶	۰/۲۵	۰/۰۰۱	۱/۷۷	۲/۷۴

بحث

نتایج حاکی از این مسئله بود که اکثریت دانشجویان در هر دو مؤلفه سلامت معنوی و سلامت روانی در وضعیت بالایی قرار داشتند که وضعیت مناسبی است این یافته همسو با یافته‌های پالاهنگ و ناصر (۱۹۹۷) است که

گزارش کردند وضعیت دانشجویان در دو مؤلفه سلامت معنوی و روانی مناسب است پژوهش حاضر نیز نشان داد که در ابعاد سلامت روانی اکثریت دانشجویان دارای وضعیت سالم روانی بودند. از سوی دیگر هر چه میزان سلامت معنوی در افراد بالاتر و قوی‌تر باشد، میزان

شاخص‌های سلامت روان از جمله رضایت از زندگی، خشنودی، احساس مثبت، روحیه‌ی بالا داشته‌اند. یافته‌های این تحقیق همچنین با نتایج پژوهش (امیدواری، ۲۰۰۸) و (ثناگو و همکاران، ۲۰۰۸) که بیان کردند معنویت با سلامتی، احساس خوب داشتن و بهبودی ارتباط دارد، هم سو است و اعمال و مناسک معنوی روزانه، حمایت مذهبی و خود ارزشیابی مذهبی معنوی در زندگی فرد می‌تواند به شدت و به‌طور معناداری پیش‌بینی کننده سلامت روان احساس خوب بودن باشد و کاهش میزان سلامت معنوی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب، افسردگی و تنهایی همراه دانسته‌اند. به‌بیان‌دیگر نخستین اثر ارتقاء توانمندی‌های فرد در زمینه سلامت معنوی قدرت حاصل از مذهب، کاهش مشکلات روانی، افزایش سلامت روانی و در نتیجه افزایش سبک‌های رفتاری سالم، هیجانات مثبت و خوش‌بینی و رضایت از زندگی خواهد بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سلامت روان با سلامت معنوی در دانشجویان ارتباط مثبت معناداری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر می‌توان گفت که هرچه میزان سلامت معنوی در دانشجویان بالاتر و قوی‌تر باشد، میزان آسیب‌های روانی در آن‌ها کمتر خواهد بود. همچنین سلامت معنوی پیش‌بینی کننده‌ی مناسبی برای سلامت روان است. به‌عبارت‌دیگر می‌توان از میزان سلامت معنوی در دانشجویان به‌عنوان یک پیش‌بینی کننده بحران روانی در آن‌ها استفاده کرد از آنجایی که تعداد زیادی از نمونه‌های مورد پژوهش از سلامت معنوی خوبی برخوردار بوده‌اند، می‌توان طراحی مداخلات در جهت حمایت معنوی از آنان را انجام داد.

آسیب‌های روانی در آن‌ها کمتر خواهد بود؛ بنابراین می‌توان از سلامت معنوی در دانشجویان به‌عنوان یک پیش‌بینی کننده بحران روانی استفاده کرد. یافته‌های پژوهش حاضر با بررسی ادهم و همکاران^۱ (۲۰۰۷) که نتیجه گرفتند بین سلامت وجودی و مذهبی و به‌طور کلی سلامت معنوی با سلامت روانی و زیر مقیاس‌های آن (شکایات جسمانی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی) رابطه معناداری وجود دارد همسویی وجود دارد در واقع با افزایش سطح معنوی دانشجویان، گرایش آن‌ها در جهت بهبود سلامت روان نیز افزایش داشته است. نتایج تحقیق خادم و همکاران^۲ (۲۰۱۶) نیز نشان داد که بین سلامت معنوی و سلامت روان دانشجویان همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد بدین معنا که با افزایش میزان سلامت معنوی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی در هر دو گروه دانشجویان دختر و پسر کاهش می‌یافت. بر طبق پژوهش محققین دانشگاه هاروارد، معنویت نه فقط ریشه در عقیده فرد داشته بلکه ریشه در تجربه او نیز دارد. اگر شخصی فقط اعتقاد داشته باشد ولی تجربه نکرده باشد، بسیاری از فواید جسمی و روانی معنویت را از دست می‌دهد. ممکن است بسیاری از افراد تجارب معنوی داشته باشند، ولی آن را نشناسند (کارن و همکاران^۳، ۲۰۰۶) با توجه به این که سلامت مذهبی و سلامت وجودی، دو بعد اصلی تشکیل‌دهنده سلامت معنوی هر فردی هستند نتایج این تحقیق در این زمینه نشان می‌دهد که نمره سلامت مذهبی دانشجویان، بالاتر از سلامت وجودی آنان است. موریرا-آلمیدا^۴ (۲۰۰۶) طی پژوهشی نشان داد که رفتارهای مذهبی رابطه معناداری با

1. Adham D et al.

2. Khadem, H et al.

3. Karren KJ et al.

4. Moreira-Almeida

- Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. (2006). *Mind-body health: the effects of attitudes, emotions, and relationship*. 3th Edition, Pearson: Sanfrancisco.
- Kavoosian N, Hosseinzadeh K, Kazemi Jaliseh H, Karboro A. (2018). The Relationship between Spiritual Health and Loneliness among the Elderly in Karaj- 2016. *J Res Relig Health*. 4(2): 7- 15.
- Khadem, H. Mozafari, M. Yousefi, A. Ghanbari Hashemabad, B. (2016). The relationship between spiritual health and mental health in students of Ferdowsi University of Mashhad. *J Med History*. 7(25): 33-50.
- Knapik GP, Martsolf DS, Draucker CB, Strickland KD. (2010). Attributes of spirituality described by survivors of sexual violence. *Qual Rep*. 15(3):644-657
- Moreira-Almeida. (2006). *Religiousness and Mental Health: a review*, Center for the Study of Religious and Spiritual Problems (NEPER), São Paulo (SP), Department of Psychiatry, Universidade de São Paulo (USP).
- Omidvari S. (2008). Spiritual health; concepts and challenges. *Quranic Interdisciplinary Studies Journal of Iranian Students Quranic Organization*. 1(1)6-17
- Palahang H, Nasr M. (1997). A study of the epidemiology of mental disorders in the Kashan, *Journal of Andisheh & Raftar*; 2 (4): 19-27 [Persian].
- Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1982). Spiritual well-being scale. In P. C. Hill & R. W. Hood (Eds.), *Measures of religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press. p. 382-385.
- Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. (2008). Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary therapies in clinical practice*. 14 (2):90-7.
- Sadri M. (2003). The effect of trust in God to provide mental health of students 23-19 years of Isfahan. *Behav Sci J*. 1 (2):43-6.
- Sanagoo A, AliGhoddneh Z, Asadi H. (2008). The relationship between spiritual health and loneliness between the Persian and Turkmen

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان با شماره ثبت ۱-۱۳۹۴/۱۲۳ انجام شده است و از حمایت کنندگان در اجرای این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارم.

References

- Adham D, Salem Safi P, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi M, Mozaffari N, et al. (2008). The Survey of Mental Health Status in Ardabil University of Medical Sciences Students in 2007-2008.
- Adib-Hajbaghery M, Faraji M. (2015). Comparison of happiness and spiritual well-being among the community dwelling elderly and those who lived in sanitariums. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 3(3):216-26.
- Daje A. (2006). [Investigate of high school students with health problems in the Kohkiluyeh city] [Master thesis]. Isfahan: Isfahan University. (Persian)
- Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. (2018). Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *J Med Ethics Hist Med*. 11:3.
- Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine*; 9: 131-145.
- Hematti S, Baradaran-Ghahfarokhi M, Khajooei-Fard R, Mohammadi-Bertiani Z. (2015). Spiritual well-being for increasing life expectancy in palliative radiotherapy patients: a questionnaire- based study. *J Relig Health*. 54(5):1563-72
- Hilton JM, Child SL. (2014). Spirituality and the successful aging of older Latinos. *Counseling and Values*. 59(1):17-34.
- Hosseini S.A. (1995). *Fundamentals of mental health*. Iran, Mashad: Mashad University Pub.
- Jirasek I. (2015). Religion, spirituality, and sport: from religio athletae toward spiritus athletae. *Quest*. 67(3):290-9.

youth. Research Center of Gorgan University
of Medical Sciences.(Persian)

Tavakolizadeh J, Khodadadi Z. (2010). Assessment of
Mental Health Among Freshmen Entering the
First Semester in Gonabad University of
Medical Sciences in 2009-2010. *Ofogh-e-
Danesh*. 16 (2): 45-51 [Persian].

Young C, Koopsen C. (2005). *Spirituality, health and
healing*. 1st Edition, Slack Incorporated:
California.