**«بررسی میزان آگاهی و نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان نسبت به مولفه های دینی و نقش آن بر سلامت معنوی در  نیمسال اول سال تحصیلی 1402»**

**"Investigation of the level of awareness and attitude of Hamedan University of Medical Sciences students towards religious components and its role on spiritual health in the first half of the academic year 1402"**

**منصور حیدری**

دانشیار ،گروه معارف اسلامی،دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

Mansoor.hidary@yahoo.com

**میترا بهرامی\***

نویسنده مسئول: استادیارگروه معارف اسلامی،دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

[mitra.bahrami@kums.ac.ir](mailto:mitra.bahrami@kums.ac.ir)

m.bahrami@umsah.ac.ir

یونس محمدی

دانشیار،گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

u.mohammadi@umsha.ac.ir

**چکیده**

**سابقه و هدف:** مولفه‌های دینی به مجموعه‌ای از اقدامات، رفتارها، نگرش‌ها و باورهای مرتبط با اصول دین اشاره دارد که شامل جنبه‌های درونی و بیرونی هستند. این مولفه‌ها نقش مهمی در سلامت معنوی دارند و عدم دسترسی به آنها می‌تواند منجر به آشفتگی‌های روانی و از دست دادن معنای زندگی شود. دانشجویان به عنوان سرمایه‌های فکری جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و شناخت صحیح از مولفه‌های دینی می‌تواند بر سلامت معنوی و کاهش اضطراب و افسردگی آنها تأثیرگذار باشد. این مطالعه با هدف بررسی آگاهی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان نسبت به مولفه‌های دینی و نقش آن بر سلامت معنوی انجام شد.

**مواد و روش:** این پژوهش مقطعی با استفاده از دو پرسشنامه به صورت حضوری انجام شد. پرسشنامه‌ها شامل سوالات دموگرافیک و پرسشنامه 20 سوالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (1982) بودند. این پرسشنامه با مقیاس پنج‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم درجه‌بندی شد. جمعیت نمونه 345 نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان بود که بر اساس معیارهای ورود و خروج مشخص شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 24 و آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و همبستگی پیرسون انجام شد.

**یافته ها:** میانگین سنی دانشجویان 41/21 سال بود. نیمی از دانشجویان زن و نیمی مرد بودند. بیش از نیمی کارشناسی و مابقی دکترای حرفه‌ای بودند. 30% در رشته پزشکی تحصیل می‌کردند. میانگین نمره سلامت معنوی دانشجویان پسر 79/60 و دختران 70/61 بود. میانگین آگاهی دینی دانشجویان پسر 98/72 و دختران 22/72 بود. **نتیجه گیری:** نتایج نشان داد بین جنسیت و نمرات سلامت معنوی و آگاهی رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین، بین سطح تحصیلات و نمرات سلامت معنوی رابطه معناداری یافت نشد، اما آگاهی دینی در دکترای حرفه‌ای بیشتر بود. رابطه معناداری بین ترم تحصیلی و سلامت معنوی و آگاهی مشاهده نشد. با افزایش سن، نمرات آگاهی کاهش و با افزایش آگاهی دینی، نمرات سلامت معنوی کاهش یافت.

**واژگان كليدي:** سلامت معنوی، مولفه‌های دینی، دانشجویان، آگاهی دینی، همدان

**Abstract**

**Background and aim:** Religious components refer to actions, behaviors, attitudes, and beliefs related to the principles of religion, encompassing both internal and external aspects. These components play a significant role in spiritual health, and their absence can lead to psychological distress and loss of life meaning. Students, as the intellectual capital of society, hold special importance, and a proper understanding of religious components can positively influence their spiritual health and reduce anxiety and depression. This study aimed to assess the awareness of students at Hamadan University of Medical Sciences towards religious components and their role in spiritual health.

**Materials and methods:** This cross-sectional study utilized two questionnaires distributed in person. The questionnaires included demographic questions and a 20-item spiritual health questionnaire by Paloutzian and Ellison (1982), rated on a five-point Likert scale from strongly disagree to strongly agree. The sample size was determined to be 345 students from Hamadan University of Medical Sciences, based on specific inclusion and exclusion criteria. Data analysis was conducted using SPSS version 24, employing independent t-tests, ANOVA, and Pearson correlation tests.

**Findings:** The average age of the students was 21.41 ± 3.08 years. Half of the students were female and half were male. More than half were undergraduates, and the rest were professional doctorates. 30% were studying medicine. The average spiritual health score was 60.79 for males and 61.70 for females. The average religious awareness was 72.98 for males and 72.22 for females.

**Conclusion:** There was no significant relationship between gender and spiritual health or awareness scores. No significant relationship was found between education level and spiritual health scores, but religious awareness was higher in professional doctorate students. No significant relationship was found between academic term and spiritual health or awareness. With increasing age, awareness scores decreased, and as religious awareness increased, spiritual health scores decreased.

**Keywords:** Spiritual health, Religious components, Students, Religious awareness, Hamadan

# مقدمه

مولفه­های دینی به مجموعه­ای از اقدامات، رفتارها، نگرش­ها و باورهایی اشاره دارد که در ارتباط با اصول دین و فروع دین بیان می­شود. این مولفه­ها، که باورهای مشترک جمعی از افراد را تشکیل می­دهند، با انجام مناسک خاص، به افراد اجازه می­دهند تا به خود ببالند. این باورها به عنوان یک امر فردی، توسط همه افراد گروه پذیرفته نشده­اند بلکه در حکم امری متعلق به همه اعضای گروه تلقی می شوند و جزیی از وحدت گروه را تشکیل می دهند. مولفه های دینی بطور مداوم از گرایش های مذهبی و دینی سرچشمه می گیرند. بنابراین، گرایش های مذهبی و دینی به معنای تمایل به انجام کارها و مولفه های دینی است که شامل دو جنبه ی گرایش درونی و بیرونی است (1). گرایش­های مذهبی درونی، که شامل اصول سازمان یافته و درونی شده است، در همه جا حضور دارند، در حالی که گرایش­های مذهبی بیرونی به عنوان یک ابزار خارجی برای برآورده کردن نیازهای انسانی عمل می­کنند. مطالعات انجام شده نشان می­دهند که مولفه­های دینی رابطه مستقیم با سلامت در تمامی ابعاد دارند. این مولفه­ها برای افرادی که گرایش مذهبی درونی به دین، دینداری و مولفه­های دینی دارند، به یک عنصر حیاتی برای احساس معنا در زندگی تبدیل شده­اند. فردی را می­توان به عنوان یک فرد دیندار در نظر گرفت که از درون خود، احساس تعهد برای انجام اعمال مذهبی داشته باشد و هدفی جز رضایت الهی نداشته باشد (2).

مولفه­های دینی، یکی از عوامل اساسی و بازدارنده در مقابل هجوم اضطراب­ها، تردیدها و ناامیدی­ها است. همچنین این مولفه­ها به عنوان یک سیستم ارزشی به فعالیت­های انسان، جهت داده و آن را هدفمند ساخته و به سوی اعتلای همه­ی جنبه­های انسانی و تکامل رهنمون می­سازد. این مولفه­ها، سیستمی ارزشی هستند که بر روی تمام ابعاد زندگی انسان اثر گذاشته و زمینه را برای یک زندگی سالم آماده می­کند (3).

در مقابل عدم دسترسی به این مولفه­های دینی، عامل آشفتگی­های روانی، استرس، افسردگی و از دست دادن معنای زندگی و عدم دسترسی به سطوح بالای کیفیت زندگی محسوب می­شود. همراه با پیشرفت چشمگیر تکنولوژی ناظر اثر بخشی دین و معنویت در ابعاد مختلف زندگی انسان­ها، به ویژه نقش به خصوص آن در سلامت معنوی و دیگر ابعاد سلامت هستیم (4).

از آنجایی که در فرآیند رشد هر جامعه­ایی، نیروی انسانی نقش فوق العاده و تعیین کننده­ای دارند (5)، دانشجویان همواره به عنوان سرمایه و مغز متفکر هر کشور از جایگاه خاصی در جامعه برخوردارند آنان در اوان جوانی وارد دانشگاه شده و این ورود باعث تغییراتی اساسی در زندگی و روابط اجتماعی آنان می­گردد. عدم و یا کاهش شناخت صحیح از مولفه­های دینی باعث کاهش سلامت معنوی و موجب اضطراب­، افسردگی، افت تحصیلی و دیگر موارد می­گردد.

در پژوهش­هایی که صورت گرفته است Kane(2010) در مطالعه­ای اکتشافی به بررسی" پیش­بینی کنندگان اهمیت باورهای معنوی و دینی در بین دانشجویان" پرداخته است. نتایج نشان داد که اکثر شرکت کنندگان موافق بودند که ارزش­های معنوی/مذهبی مهم هستند و آن­ها برای حل مشکل و کنار آمدن بر این ارزش ها تکیه می­کنند. شرکت کنندگان به طور کلی معتقد بودند که معنویت/مذهب به آنها اجازه می­دهد بر چالش­های سلامتی و روانی غلبه کنند و باورهای معنوی/مذهبی مهم­تر از شاخص­های مالی موفقیت هستند (5). همچنین اسد زندی (2018) در مطالعه­ای توصیفی مقطعی به بررسی" نگرش دانشجویان و پرستاران نظامی نسبت به معنویت و مراقبت معنوی" پرداخت. یافته­ها نشان داد که برای سازگاری مشکل محور و هیجان محور، بیماری باید از طریق بهبود رابطه بیمار با خدا و با ایجاد شجاعت و خوش بینی به عنوان یک چالش معرفی شود. بیماران می­توانند پس از بهبود روابط با خود، مردم و طبیعت، با استفاده از هنجارهای مذهبی و توسعه تعهد، کنترل و انگیزه، به قلب سالم و رفتار سالم برسند. مشاوران معنوی باید در هنگام انجام و آموزش سلامت معنوی به عنوان مربی عمل کنند. آنها باید خود را برای کمک به بیماران و مدیریت احساسات مضر آنها توانا و توانمند سازند(6). همچنین زهرا نصراللهی و همکاران (1397) مطالعه­ای را با هدف "بررسی سلامت معنوی دانشجویان پزشکی، راهی برای تبیین ضرورت گنجاندن محتوای معنوی در برنامه آموزش پزشکی" انجام دادند. یافته‌های پژوهش به نمره پائین سلامت معنوی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم دلالت داشت (7).

با این حال، با وجود تمام این مطالعات، هنوز مطالعات کمی بر روی مولفه­های دینی و نقش آن بر سلامت معنوی دانشجویان صورت گرفته است. بنابراین، هدف از این مطالعه، تعیین میزان آگاهی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان نسبت به مولفه های دینی و نقش آن بر سلامت معنوی بود.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع پژوهش مقطعی بوده که در نیمسال اول سال تحصیلی 1402 در دانشگاه عوم پزشکی همدان انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی در سال 1402 بودند . به منظور جمع آوری داده­ها از دو پرسشنامه استفاده شد که پرسشنامه ها به صورت تصادفی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان تحویل داده شد و از طریق خود گزارش دهی آنها را تکمیل گردید. در اولین پرسشنامه در ابتدای ارزیابی سوالات دموگرافیک شامل جنسیت، سن، رشته، ترم، مقطع تحصیلی، دانشکده بررسی شد. برای سنجش سلامت معنوی دانشجویان از پرسشنامه 20 ســـوالی سلامت معنوی توســط پولوتزین و الیسون[[1]](#footnote-1)(1982) استفاده شد. سوالات این پرسشنامه، دارای پنج گزینه ای از کاملا مخالفم (نمره یک) تا کـاملاً مـوافقم (نمره پنج ) درجه بندی گردیده است. این مقیاس، دو خرده مقیاس دارد که شـامل سـلامت مـذهبی (10 سـوال) و سـلامت وجـودي (10 سوال) بوده، دامنـه نمـرات در ایـن مقیـاس بـین 100-20 است که نمره زیاد بیانگر میزان بالاي سلامت معنوی دانشجویان می باشد (8). عباسـی و شمسـی ( 1391) در پژوهش خود پایایی روایي محتوایي پرسشنامه را مطلوب و ضریب آلفای کرونباخ را 85/0 گزارش کرده است (9).

در این مطالعه با فرض حداقل همبستگی 65/0 محاسبه و سطح اطمینان 95%، توان آزمون 90% و میزان ریزش 20 درصد حجم نمونه 345 نفر تعیین شد. معیار واجد شرایط بودن برای ورود به مطالعه اشتغال به تحصیل در یکی از دانشکده­های دانشگاه علوم پزشکی همدان و عدم ابتلا به بیماری­های روانی، جسمی و اجتماعی تشخیص داده شده ( از طریق خودگزارش دهی فرد که آیا تحت درمان می باشند یا نه) بود و معیار خروج از مطالعه نیز عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. جهت تجزیه تحلیل داده­ها از نرم افزار SPSS نسخه 24 استفاده شد و با استفاده از آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس و همبستگی پیرسون تحلیل انجام شد.

يافته ها

میانگین سنی دانشجویان 08/3 ± 41/21 بود. تقریباً نیمی از دانشجویان زن و نیمی دیگر مرد بودند. بیش از نیمی از دانشجویان در مقطع کارشناسی و مابقی در مقطع دکترای حرفه‌ای تحصیل می‌کردند. 30 درصد از دانشجویان در رشته پزشکی مشغول به تحصیل بودند و دانشکده پزشکی بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص داده بود. ترم‌های اول و چهارم بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان را داشتند. فروانی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول 1 توضیح داده شده است.

میانگین نمره سلامت معنوی در دانشجویان پسر 18/4 ± 79/60 و در دانشجویان دختر 25/4 ± 70/61 بود. همچنین، میانگین آگاهی درباره مولفه­های دینی در دانشجویان پسر 70/6 ± 98/72 و در دانشجویان دختر نیز 83/10 ± 22/72 بود. نتایج این مطالعه نشان داد که بین جنسیت و میانگین نمرات سلامت معنوی و آگاهی رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین، میان سطح تحصیلات و میانگین نمرات سلامت معنوی نیز رابطه معناداری یافت نشد. با این حال، نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات آگاهی و سطح تحصیلات رابطه معناداری وجود دارد؛ به طوری که میانگین نمرات آگاهی در دانشجویان مقطع دکترای حرفه‌ای بیشتر بود. همچنین رابطه میانگین نمرات آگاهی با رشته تحصیلی نیز معنادار بود. علاوه بر این، رابطه معناداری بین ترم تحصیلی و میانگین سلامت معنوی و میانگین سنجش آگاهی مشاهده نشد. در رابطه با دانشکده، رابطه معناداری برای میانگین نمرات سلامت معنوی یافت نشد، اما برای میانگین آگاهی، رابطه معناداری مشاهده شد (جدول 2).

نتایج حاصل از سنجش همبستگی که در جدول 3 نمایان است نشان داد که همبستگی معناداری میان سن و میانگین آگاهی وجود دارد. این همبستگی نشان داد که با افزایش سن، نمرات آگاهی کاهش می‌یابد. علاوه بر این، همبستگی معناداری میان میانگین آگاهی و میانگین سلامت معنوی نیز مشاهده شد؛ به طوری که با افزایش آگاهی نسبت به مولفه‌های دینی، نمرات سلامت معنوی کاهش می‌یابد.

| جدول 1- توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در افراد مورد مطالعه (تعداد=174) | | |
| --- | --- | --- |
| **متغیر** | **فراوانی** | **درصد** |
| **جنسیت** | | |
| زن | 84 | 7/49 |
| مرد | 83 | 3/50 |
| **سطح تحصیلات** | | |
| کارشناسی | 89 | 3/53 |
| دکترای حرفه­ای | 78 | 7/46 |
| **رشته تحصیلی** | | |
| هوشبری | 14 | 5/8 |
| علوم آزمایشگاهی | 11 | 7/6 |
| دندانپزشکی | 19 | 5/11 |
| داروسازی | 9 | 5/5 |
| تکنسین اتاق عمل | 12 | 3/7 |
| رادیولوژی | 7 | 2/4 |
| علوم تغذیه | 12 | 3/7 |
| فیزیوتراپی | 2 | 2/1 |
| مامایی | 1 | 6/0 |
| پزشکی | 50 | 3/30 |
| فوریت پزشکی | 19 | 5/11 |
| بهداشت عمومی | 6 | 6/3 |
| بهداشت حرفه­ای | 2 | 2/1 |
| **ترم تحصیلی** | | |
| ترم 1 | 48 | 6/29 |
| ترم 2 | 17 | 5/10 |
| ترم 3 | 66 | 7/40 |
| ترم 4 | 2 | 2/1 |
| ترم 5 | 22 | 6/13 |
| ترم 6 | 1 | 6/0 |
| ترم 7 | 5 | 1/3 |
| ترم 8 | 0 | 0 |
| ترم 9 | 0 | 0 |
| ترم 10 | 1 | 6/0 |
| **دانشکده** | | |
| پیراپزشکی | 47 | 3/28 |
| دندانپزشکی | 19 | 4/11 |
| داروسازی | 9 | 4/5 |
| پزشکی | 62 | 3/37 |
| توانبخشی | 2 | 2/1 |
| بهداشت | 8 | 8/4 |
| پرستاری | 19 | 4/11 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| جدول 3- همبستگی | | | | |
| **همبستگی** | | | | |
| **سن** | **میانگین نمره سلامت معنوی** | **میانگین نمره آگاهی درباه مولفه­های دینی** |  |  |
| 1 | 065/0 | 190/0-\* | همبستگی پیرسون | **سن** |
|  | 428/0 | 027/0 | سطح معناداری |
| 165 | 151 | 136 | تعداد |
|  | 1 | 321/0-\*\* | همبستگی پیرسون | **میانگین نمره سلامت معنوی** |
|  |  | 000/0 | سطح معناداری |
|  | 158 | 131 | تعداد |
|  |  | 1 | همبستگی پیرسون | **میانگین نمره آگاهی درباه مولفه­های دینی** |
|  |  |  | سطح معناداری |
|  |  | 143 | تعداد |

بحث و نتيجه‌گيري

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی و آگاهی درباره مولفه‌های دینی بر روی جمعیتی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویانی با میانگین سنی 41/21 سال بود. از نظر جنسیت، توزیع شرکت‌کنندگان تقریباً برابر بود و از نظر رشته تحصیلی، دانشجویان پزشکی بیشترین مشارکت را داشتند. همچنین، دانشجویان ترم‌های اول و چهارم به طور قابل توجهی در این مطالعه شرکت داشتند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی در دانشجویان دختر 70/61 بالاتر از دانشجویان پسر 79/60 بوده است. اما دانشجویان پسر نسبت به دانشجویان دختر آگاهی بالاتری از مولفه‌های دینی (98/72 در مقابل 22/72) داشته‌اند. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی و آگاهی دینی در دانشجویان پسر و دختر تفاوت معناداری ندارد. این یافته‌ها با برخی مطالعات پیشین که تفاوت معناداری بین جنسیت و نگرش مذهبی و ذهن‌آگاهی نشان نداده‌اند، همخوانی دارد (10). در صورتی که در مطالعات دیگر میانگین نمره سلامت معنوی در دختران به طور معناداری بیشتر بود (11, 12). شاید دلیل این عدم تفاوت، محیط‌های آموزشی و فرهنگی مشابه برای هر دو گروه باشد ولی نیاز به بررسی‌های بیشتری در ارتباط با این موضوع می باشد.

در این تحقیق، رابطه معناداری بین ترم تحصیلی و میانگین سلامت معنوی و آگاهی مشاهده نشد. ممکن است این عدم رابطه به دلیل تنوع سبک‌های یادگیری و تفاوت‌های فردی در هر ترم باشد. با این حال، با افزایش سن، نمرات آگاهی کاهش یافت و با افزایش آگاهی دینی، نمرات سلامت معنوی کاهش پیدا کرد. این نتیجه نشان می‌دهد که با افزایش سن، افراد ممکن است کمتر به دنبال کسب آگاهی دینی باشند یا توجه کمتری به این موضوعات داشته باشند. این یافته‌ها با مطالعه‌ای توسط بنگستون و همکاران (2015) که اظهار داشتند با افزایش سن، معنویت از دین جدا می­شوند همسو می­باشد (13).

بین سطح تحصیلات و میانگین نمرات سلامت معنوی رابطه معناداری مشاهده نشد؛ به طوری که میانگین نمرات سلامت معنوی در دانشجویان کارشناسی بیشتر از دانشجویان دکترا بود. این موضوع می‌تواند به دلیل استرس‌ها و فشارهای تحصیلی بیشتر در مقاطع بالاتر باشد که تأثیر منفی بر سلامت معنوی داشته باشد آرفیانتو و همکاران در مطالعه­ای نشان دادند که با افزایش استرس، سطح سلامت معنوی کاهش می­یابد (14). با این حال، میانگین نمرات آگاهی در دانشجویان مقطع دکترای حرفه‌ای بیشتر بود که نشان‌دهنده اهمیت بیشتر به آموزش دینی در این مقاطع است.

ارتباط میانگین نمره آگاهی با دانشکده و رشته تحصیلی معنادار بود. بیشترین میانگین نمره آگاهی متعلق به دانشجویان دانشکده داروسازی و کمترین نمره مربوط به دانشجویان توانبخشی بود. این تفاوت ممکن است به دلیل محتوای درسی و رویکردهای آموزشی مختلف در این رشته‌ها باشد. همچنین، دانشجویان بهداشت حرفه‌ای بیشترین و دانشجویان فوریت‌های پزشکی کمترین میانگین نمره آگاهی را داشتند که این موضوع به دلیل نیازهای شغلی و تخصصی متفاوت در هر یک از این رشته‌ها است. با این حال، ارتباط میانگین نمره سلامت معنوی با دانشکده و رشته تحصیلی معنادار نبود.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین سلامت معنوی و آگاهی دینی وجود ندارد، اما تفاوت‌هایی در نمرات سلامت معنوی و آگاهی دینی بر اساس جنسیت، سن و رشته تحصیلی مشاهده شد. این نتایج می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای مطالعات بیشتر در زمینه تأثیر عوامل مختلف بر سلامت معنوی و آگاهی دینی در دانشجویان دانشگاه‌ها و سایر جمعیت‌ها استفاده شود. برای بهبود و ارتقای سلامت معنوی و آگاهی دینی در دانشجویان، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی و پشتیبانی‌های روانشناختی متناسب با نیازها و شرایط هر گروه طراحی و اجرا گردد. ایجاد محیط‌های حمایتی و کاهش استرس‌های تحصیلی می‌تواند به بهبود سلامت معنوی دانشجویان کمک کند. همچنین، توجه به آموزش‌های دینی و معنوی در برنامه‌های درسی می‌تواند به افزایش آگاهی دینی و بهبود سلامت معنوی دانشجویان منجر شود. در نهایت، نیاز به تحقیقات بیشتری برای بررسی دقیق‌تر و گسترده‌تر این موضوع احساس می‌شود تا بتوان راهکارهای مؤثرتری برای بهبود سلامت معنوی و آگاهی دینی در دانشجویان ارائه داد. این تحقیقات می‌تواند شامل بررسی تأثیرات فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی بر سلامت معنوی و آگاهی دینی باشد تا بتوان به درک عمیق‌تری از این پدیده‌ها دست یافت.

محدودیت پژوهش

این پژوهش با محدودیت‌هایی مانند محدود بودن به دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان و تعمیم‌پذیری محدود، استفاده از ابزارهای خودگزارشی که ممکن است با سوگیری همراه باشد، عدم بررسی عوامل مؤثر دیگر مانند وضعیت اقتصادی و روانی، تفاوت در درک و گزارش آگاهی دینی، و محدودیت‌های زمانی و فرهنگی مواجه بود. همچنین، روش‌های آماری مورد استفاده ممکن است برخی از روابط پیچیده بین متغیرها را نادیده گرفته باشند. با این حال، نتایج این مطالعه می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای تحقیقات آینده با رویکردهای گسترده‌تر و روش‌های پیشرفته‌تر مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

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

2. M. A. Preparation and construction of religious orientation test based on Islam. 2006;1(1).

3. Habibi Kaleybar R, Shaban Basim F, Samimi Z, Mollamohseni M, Azizi S. Explaining high-risk behaviors among students on the basis of religious orientation and spiritual health. Islamic Life Journal. 2018;2(4):203-9.

4. Abbasi M, Azizi F, SHAMSI GE, Naserirad M, AKBARI LM. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. 2012.

5. Kane MN, Jacobs RJ. Predictors of the importance of spiritual and religious beliefs among university students. Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought. 2010;29(1):49-70.

6. Asadzandi M, Pourebrahimi M, Ebadi A. Attitude of military students and military nurses towards spirituality and spiritual care. Journal of Clinical and Nursing Research. 2018;2(4).

7. Nasrullahi Z, Mohammadi S, Tahmasabi G, Biderafeh A. Investigating the spiritual health of medical students; one way to explain the necessity of including spiritual content in the medical education program: a descriptive-cross-sectional study. Bimonthly Scientific-Research Education Strategies in Medical Sciences. 2017;11(6):26-31.

8. Paloutzian R, Ellison C. Spiritual Well-being Scale, In PC Hill & RW Hood (Eds.), Measures of Religiosity (p. 382-385). Birmingham. AL: Religious Education Press; 1982.

9. Abbasi MSG. Introduction to spritual health. First edition, Hoghooghi Pub. Tehran. 2013.

10. Sohrabi F, Yousefi F, Abdollahi N. Evaluating relationship of mindfulness with religious score, general health and its aspects in Kurdistan university students in 2016. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019;5(6):24-33.

11. Ziapour A, Kianipour N, Saeidi S, Zangeneh A. Examining the status of spiritual health among students at the autonomous campus of Kermanshah University of Medical Sciences in 2016. پژوهش در دین و سلامت. 2017;3:8-19.

12. Tabibi M, Ahmari Tehran H, Soltani Arabshahi SK, Heidari S, Abdi Z, Safaeipour R. The Association between Spiritual Health and Academic Achievement in Medical Students of Qom University of Medical Sciences, 2011. Qom University of Medical Sciences Journal. 2013;7(2):72-8.

13. Bengtson VL, Putney NM, Silverstein M, Harris SC. Does Religiousness Increase with Age? Age Changes and Generational Differences Over 35 Years. Journal for the Scientific Study of Religion. 2015;54(2):363-79.

14. Arfianto M, Haqqiyah S, Widowati S, Ibad M. Corelation of Spiritual Well-Being and Stress Level in College Students: A Correlational Study. IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices). 2023;7.

1. 1. Palutzian & Elison [↑](#footnote-ref-1)