

ارتباط سلامت معنوی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد

حسین خادم^۱

محمد مظفری^۲

احمد یوسفی^۳

بهرام علی قنبری هاشم آباد^۴

چکیده

مقدمه: با توجه اهمیت و نقش سلامت معنوی در سبک زندگی ایرانی - اسلامی، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین میزان سلامت معنوی با اختلالات رایج سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی صورت گرفته است.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. نمونه آماری این پژوهش را ۳۲۲ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی شاغل به تحصیل در دانشگاه فردوسی مشهد تشکیل می دادند. برای جمع آوری داده ها از دو پرسشنامه هنجاریابی شده باورها و رفتارهای معنوی و پرسشنامه داس - ۲۱ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و نرم افزار آمار SPSS 22 انجام گردید.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: hosseinekhadem@ut.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

یافته‌ها: بین سلامت معنوی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه فردوسی رابطه معکوس و معنی‌دار مشاهده شد ($P \leq 0/01$). به گونه‌ای که با افزایش میزان سلامت معنوی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی در هر دو گروه دانشجویان دختر و پسر کاهش می‌یافت ($P \leq 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بر تأثیر سلامت معنوی بر کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان مورد مطالعه دلالت دارد. از این رو گنجاندن برنامه آموزشی مناسب به منظور ارتقای سطح سلامت معنوی دانشجویان به منظور افزایش تاب‌آوری و مقابله آنان با مشکلات سلامت روان در این دوره بحرانی توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی

سلامت معنوی، سلامت روان، استرس، اضطراب و افسردگی

مقدمه

انسان در طول زندگی خود تغییرات و تحولات بسیاری را تجربه می‌کند که می‌تواند دوره‌ای برای بروز مشکلات و اختلالات مختلف روانی باشد. دوران نوجوانی و جوانی به عنوان پل‌های عبور از کودکی به بزرگسالی دارای اهمیت بسیاری می‌باشند. (آلان و همکاران، ۲۰۱۵ م.) انسان در بعد معنویت نیز در این دوران تغییر می‌پذیرد، (اشنیتکر و همکاران، ۲۰۱۴ م.) اما در طول دهه‌ها، سلامتی بر اساس ابعاد خاص (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی) تبیین شده بود. پیشنهاد گنجایش بعد سلامت معنوی^۱ در مفهوم سلامت، از سوی راسل و عثمان^۲ (۲۰۰۷ م.)، یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب‌نظران درگیر در امر سلامت قرار داد. حدود یک ربع قرن پیش، سازمان بهداشت جهانی با این بحث مواجه شد که آیا بعد معنوی باید در تعریف سلامت علاوه بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی گنجانده شود؟ چند سال بعد، بعد معنوی^۳ در یک مقاله مهم که به ارتقای سلامت، اختصاص داشت، گنجانده شد. یک دهه پیش، تمامی دولت‌های اروپایی، بیانیه کپنهاک را در مورد رشد اجتماعی امضا کردند که آن‌ها را متعهد می‌کرد تا به نیازهای معنوی عموم مردم (افراد، خانواده‌ها و جوامع) بپردازد و سیاست‌های خود را به سمت «بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی» سوق دهند. اخیراً نیز، بر بعد معنوی سلامت در منشور بانگوک^۴ در مورد ارتقای سلامت، تأکید شده است.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸ م.) سلامتی را از چهار جنبه تندرستی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف کرده است. امروزه سلامتی به صورت یک فرایند پویای دستیابی به سطوح بالاتر تندرستی در هر یک از ابعاد چهارگانه وجودی انسان در نظر گرفته می‌شود. عدم افتراق سلامت معنوی از معنویت در بسیاری از

منابع خود یکی از مباحث قابل توجه است، اگرچه می‌توان به طور منطقی فرض کرد که همپوشانی‌هایی بین سلامت معنوی و معنویت وجود دارد، مترادف‌شمردن آن‌ها یا بکارگیری آن‌ها در متون مختلف حداقل بدون افتراق قائل‌شدن بین آن‌ها پدیده‌ای شایع و مورد چالش می‌باشد. معانی بسیار مختلفی در مورد معنویت و سلامت معنوی در مقالات و کتب گوناگون ارائه شده است. هنگام پرداختن به این دو مفهوم، مفهوم مذهب نیز به میان می‌آید. (راسل و همکاران، ۲۰۰۷ م.) به عبارتی یک شخص می‌تواند معنوی باشد، ولی مذهبی نباشد، مذهبی باشد، اما معنوی نباشد، نه معنوی باشد و نه مذهبی باشد، یا هم مذهبی باشد و هم معنوی (نلمس و همکاران، ۲۰۰۷ م.) معنویت اغلب در عبارت شخصی توصیف می‌شود که مثال باور یا داشتن یک رابطه با خدا یا نیروی برتر می‌باشد. (الکینس و همکاران، ۱۹۸۸ م.)

سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است: ۱- چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی در هنگامی ارتباط با قدرت بالاتر متمرکز است؛ ۲- چشم‌انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است، (الکینس و همکاران، ۱۹۸۸ م.) اما همانطور که کلی و میلر (۲۰۰۷ م.) تأکید کرده‌اند، مذهب و معنویت هر دو با رضایت از زندگی در ارتباط هستند. به عبارتی سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و برای سازگاری با بیماری لازم است. (مارکوس و همکاران، ۲۰۰۵ م.)

مطالعات مختلف در ایران، شیوع مشکلات روانی را در دانشجویان بین ۲۳ تا ۵۷ درصد گزارش کرده‌اند. همچنین از جمله مشکلات پیش روی جوانان در حال تحصیل اضطراب^۵، افسردگی^۶، خصومت^۷، پرخاشگری^۸ و قاطعیت پایین می‌باشد. (مهری و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

لام و همکاران (۲۰۱۵ م.) در یک تحقیق زمینه‌یابی برای تعیین شیوع اختلالات روانی مشترک، اختلالات اضطراب و افسردگی را با ۳/۱۳ درصد، شایع‌ترین اختلالات روانی مشترک تشخیص داده شده در هنگ‌کنگ شناسایی کردند. ۷/۴۵ درصد افرادی که مبتلا به اختلال افسردگی عمده هستند در طول زندگی حداقل یک بار یا بیشتر تجربه‌ای از اختلالات اضطرابی دارند. (کسلر و همکاران، ۲۰۰۹ م.) زندگی پرتنش و وجود استرس، آسیب‌پذیری زیستی و روانشناختی، ساختار پنهان مشترک، عوامل نگهدارنده شناختی - رفتاری و پیامدهای درمانی مشترک، شباهت‌های اختلالات هیجانی شامل اختلالات اضطرابی و افسردگی هستند. (مک‌ایوی و همکاران، ۲۰۰۹ م.)

استرس به عنوان پاسخ فیزیولوژی - روانی فرد در مقابل محرک یا موقعیت تهدیدکننده تعریف شده (روزنهان و همکاران، ۱۹۹۵ م.) و زمینه‌ساز اختلالات روان‌پزشکی مرتبط با استرس می‌باشد. (آرنستون و همکاران، ۲۰۱۵ م.) در میان مشکلات مرتبط با استرس تنها اختلال استرس پس از حادثه ۲/۱ درصد در ایران رایج است. (امین‌اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۳ ش.)

اضطراب عبارت است از ترس شدید و نامشخص همچنین نگرانی مفرط (انتظار توأم با دلوپسی) درباره تعدادی از رویدادها و فعالیت‌ها که خطرناک پیش‌بینی می‌شوند. این حالت در بیشتر طول روز بروز یافته و با نشانه‌های جسمانی (چون تپش قلب، لرزش، احساس خفگی و دردهای جسمانی)، شناختی (چون اغتشاش شعور، اختلال در درک افراد و معنا، اهمیت بیش از حد به برخی از وقایع، کاهش تمرکز و قدرت یادگیری، و اختلال در قدرت تداعی) و هیجانی (چون احساس نگرانی دائم، دلهره، وحشت، تشویش، دلوپسی برای اتفاق مبهمی در آینده) همراه می‌باشد. (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳ م.) اضطراب شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی

است. شیوع این اختلال در ایران از بسیاری از کشورها بیشتر است. به طوری که در پیمایش ملی سلامت روان، شیوع این اختلال در ایران ۱۵/۶ درصد اعلام شده است. (امین اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۳ ش.)

افسردگی نیز یکی از شایع‌ترین بیماری‌های اعصاب و روان است. افسردگی احساس بیمارگونه غم و اندوه است که با درجاتی از رکود واکنش‌ها همراه است. دانشجویان به علت فشار تحصیلی، دلهره امتحان، مشکلات عاطفی و اجتماعی و به طور کلی مسائل رشد و بلوغ در معرض ابتلا به این اختلال قرار دارند. میزان شیوع این بیماری ۱۳/۶ درصد برآورد شده است. (ابراهیم و همکاران، ۲۰۱۳ م.)

با توجه به نقش سلامت معنوی در سازگاری در برابر اختلالات روانی، این سؤال مطرح می‌گردد که با توجه به تغییرات سبک زندگی و فکری نسل جوان و همین‌طور نقش سلامت معنوی در سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی، آیا بین میزان سلامت معنوی و سه اختلال روانی رایج اضطراب، افسردگی و استرس در دانشجویان ارتباط معنادار وجود دارد؟ پاسخ به این سؤال ما را در جهت فهم بهتر ارتباط سلامت معنوی با سلامت روانی و نقش آن در افزایش توانمندی افراد در تاب‌آوری در برابر فشارهای روانی و مشکلات ناشی از آن کمک می‌کند.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را ۵۰۰۰ نفر از دانشجویان کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ تشکیل می‌دادند که تعداد ۴۰۰ آزمودنی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از بین آنان انتخاب شدند، پس از کنار گذاشتن تعداد ۷۸ آزمودنی به علت تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها از روند تحقیق، باقیمانده شامل ۳۲۲

نفر بود. در این تحقیق از دو نوع پرسشنامه استفاده شد. ۱- پرسشنامه باورها و رفتارهای معنوی که توسط صالحی فدردی و همکاران در سال ۱۳۸۸ ساخته و هنجاریابی شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم بلند و کوتاه است که در این تحقیق از فرم بلند آن استفاده شده است که مشتمل بر ۱۱۶ ماده و هشت خرده‌مقیاس شامل پذیرش حق، بدرفتاری‌های خلاف عقل، اعمال و قضاوت‌های صحیح و بی‌تزویر، یک قاضی منصف و دلسوزانه عمل کردن، قدرت تشخیص نفع و ضرر واقعی، احساس گناه در صورت انجام اعمال خلاف، انجام وظیفه مطابق معیارهای وجدان خویش و حرکت به سوی کمال بدون محدودیت است. پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برآورد شده است. (صالحی و همکاران، زیر چاپ)

این پرسشنامه برای سنجش سلامت معنوی افراد بدون اشاره به آیین‌های خاص مذهبی ساخته و هنجاریابی شده است، گرچه در ساخت این پرسشنامه از بنیان‌های اعتقادی اسلامی در خصوص سلامت روانی و رفتاری استفاده شده است، اما گزینه‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که هیچ اشاره‌ای به اعتقادات و آداب اسلامی نداشته باشند و حداکثر پوشش را با مقوله سلامت معنوی به طور عام و فرامذهبی داشته باشند. (صالحی و همکاران، زیر چاپ)

دومین پرسشنامه‌ای که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه داس^۹ - ۲۱ بود که توسط لاویند و لاویند در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است و دارای دو فرم بلند و فرم کوتاه می‌باشد. (لاویند و همکاران، ۱۹۹۵ م.) این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و دارای ۲۱ سؤال است که میزان استرس، اضطراب و افسردگی را می‌سنجد. پایایی و روایی^{۱۰} این پرسشنامه تأیید شده است. (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸ م؛ براون و همکاران،

۱۹۹۷ م؛ پاگ و همکاران، ۲۰۰۷ م). بشارت (۱۳۸۴ ش). ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس را در نمونه‌ایی از جمعیت عمومی (n=۲۷۸)، ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در نمونه‌های بالینی (n=۱۹۴)، ۰/۸۹ برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش شده است. روایی همزمان، همگرا و تشخیصی (افتراقی)^{۱۱} مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک^{۱۲}، مقیاس اضطراب بک^{۱۳}، فهرست عواطف مثبت و منفی^{۱۴} و مقیاس سلامت روانی^{۱۵} در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفته است. برای اجرای تحقیق، پس از بیان اهداف و جلب رضایت آزمودنی‌ها و معرفی پرسشگران، توضیحاتی در زمینه هریک از پرسشنامه‌ها و نحوه پاسخ‌دهی به یکایک آزمودنی‌ها داده شد. این پژوهش بر اساس پایان‌نامه‌ای ثبت‌شده با شماره ۳۹۹ ED PSY در دانشگاه فردوسی و مطابق با ضوابط اخلاقی کمیته پژوهشی این دانشگاه انجام شده است.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این تحقیق شامل ۳۲۲ دانشجوی کارشناسی (۹۸ مرد و ۲۲۴ زن) با میانگین سنی ۲۰/۴۹ سال بودند (جدول ۱). بین میزان سلامت معنوی با میزان استرس، اضطراب و افسردگی در کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر، رابطه معکوس و معنی‌دار مشاهده شد ($P \leq ۰/۰۱$). همچنین بین میزان سلامت معنوی با میزان استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان پسر رابطه معکوس و معنی‌دار مشاهده شد ($P \leq ۰/۰۵$)، (جدول ۲).

بحث

یافته‌های مطالعه نشان داد که بین میزان سلامت معنوی با میزان استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان مورد مطالعه رابطه معکوس معنی‌دار وجود دارد. به این معنا که هرچه فرد از سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشد، میزان استرس، اضطراب و افسردگی در او پایین‌تر است و از سلامت روانی بیشتری برخوردار است. نتایج این مطالعه با نتایج تحقیقات انجام‌شده توسط دیزروزیرس و میلر (۲۰۰۷ م.) و یای و همکاران (۲۰۰۶ م.) همخوانی دارد.

همچنین بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و افسردگی در هر دو گروه دانشجویان دختر و پسر همبستگی معکوس و معنی‌دار وجود داشته و جنسیت متغیر تعیین‌کننده‌ای محسوب نمی‌شد. این یافته‌ها نیز با نتایج تحقیقات انجام‌شده توسط دالمن و کافمن (۲۰۰۶ م.)، مورفی و همکاران (۲۰۰۰ م.)، واتلینگتن و مورفی^{۱۶} (۲۰۰۶ م.) همسو است.

سلامت معنوی به عنوان توصیفی از وضعیتی که فرد نیروهای خود را یکپارچه و منسجم نموده و آن را در جهت حل مسائل روانی و اجتماعی خویش متمرکز می‌کند، باعث کاهش ابتلا به اختلالات روانی می‌شود. از منظر دیگر وقتی که فرد خود را در ارتباط با یک قدرت بالاتر می‌داند، می‌تواند سازگاری بیشتری با شرایط محیطی داشته و کم‌تر دچار اختلالات روانی گردد. از نتایج این تحقیق می‌توان در جهت انجام تحقیقات بعدی در راستای شناخت عوامل تأثیرگذار بر ارتباط این دو متغیر استفاده نمود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم ارائه یک تبیین علی است. در این پژوهش جای خالی چند متغیر واسطه‌ای از جمله، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، وضعیت تحصیلی، سلامت جسمی و روانی پایه دیده می‌شود. از این رو انجام پژوهش‌های تکمیلی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هرچه دانشجویان از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند، میزان استرس، اضطراب و افسردگی در آن‌ها پایین‌تر است و از وضعیت سلامت روانی بهتری برخوردار هستند. این نتیجه با تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامتی که را از چهار بعد تندرستی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی توصیف کرده است، هماهنگ می‌باشد. از این رو نتایج مطالعه بر لزوم برنامه‌ریزی مناسب آموزشی و مداخله در جهت ارتقای سطح سلامت معنوی دانشجویان، به منظور افزایش تاب‌آوری و مقابله آنان با مشکلات سلامت روان در این دوره بحرانی دلالت دارد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و اختلالات استرس، اضطراب و افسردگی در

دانشجویان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	میانگین و انحراف معیار
سلامت معنوی	۳۲۲	۲۹/۱۳±۰/۲۴
استرس	۳۲۲	۱۴/۰۳±۰/۴۵
اضطراب	۳۲۲	۸/۶۲±۰/۳۹
افسردگی	۳۲۲	۹/۳۷±۰/۴۴

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و افسردگی

متغیر	گروه	مقدار همبستگی پیرسون	سطح معناداری
سلامت معنوی * استرس	پسران	* ۰/۲۳ -	۰/۰۲۶
	دختران	* * ۰/۳۳ -	۰/۰۰۱
	کل	* * ۰/۲۶ -	۰/۰۰۱
سلامت معنوی * اضطراب	پسران	* ۰/۲۶ -	۰/۰۱۲
	دختران	* * ۰/۳۰ -	۰/۰۰۱
	کل	* * ۰/۲۷ -	۰/۰۰۱
سلامت معنوی * افسردگی	پسران	* * ۰/۳۲ -	۰/۰۰۲
	دختران	* * ۰/۳۸ -	۰/۰۰
	کل	* * ۰/۳۵ -	۰/۰۰۱

* = $p < 0.05$

* * = $p < 0.01$

پی‌نوشت‌ها

1. Spiritual Health
2. Russell & Osman
3. Spirituality
4. World health organization
5. Anxiety
6. Depression
7. Hostility
8. Aggression
9. DASS-21
10. Reliability & Validity
11. Concurrent & Convergent & Discriminant
12. Beck Depression Inventory
13. Beck Anxiety Scale
14. Positive And Negative Affect Schedule
15. Mental Health Inventory
16. Watlington, CG. Murphy, CM.

فهرست منابع

- Allan, NP. Felton, JW. Lejuez, CW. MacPherson, L. Schmidt, NB. (2015). Longitudinal investigation of anxiety sensitivity growth trajectories and relations with anxiety and depression symptoms in adolescence. *Development and Psychopathology*. 28(2): 1-11.
- Amin-Smaeili, M. Hajebi, M. Hefazi, A. Rad Goudarzi, R. Rahimi Movaghar, A. Sharifi, V. Motavallian, SA. (2014). *Thirty-first Annual Congress of Iranian Psychiatric Association*. Tehran: Milad Hospital; 1-10.
- Antony, MM. Bieling, PJ. Cox, BJ. Enns, MW. Swinson, RP. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 10(2): 176-181.

- Arnsten, AF. Raskind, MA. Taylor, FB. Connor, DF. (2015). The effects of stress exposure on prefrontal cortex: translating basic research into successful treatments for post-traumatic stress disorder. *Neurobiology of Stress*. 1: 89-99.
- Bahrami Dashtaki, H. Alizade, H. Ghobari Bonanb, B. Karami, A. (2005). Spiritual teaching methods on decreasing depression. *Counseling Research & Developments*. 5(19): 49-72.
- Besharat, MA. (2005). *Depression Anxiety Stress Scale to evaluate the psychometric properties (DASS-21) in clinical samples and the general population. Research report*. University of Tehran.
- Brown, TA. Chorpita, BF. Korotitsch, W. Barlow, DH. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*. 35(1): 79-89.
- Daaleman, TP. Kaufman, JS. (2006). Spirituality and depressive symptoms in primary care outpatients. *Southern Medical Journal*. 99(12): 1340-1345.
- Desrosiers, A. Miller, L. (2007). Relational spirituality and depression in adolescent girls. *Journal of Clinical Psychology*. 63(10): 1021-1037.
- DSM-5 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Elkins, DN. Hedstrom, LJ. Hughes, LL. Leaf, JA. Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality definition, description and measurement. *Journal of humanistic Psychology*. 28(4): 5-18.
- Ibrahim, AK. Kelly, SJ. Adams, CE. Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*. 47(3): 391-400.
- Kelley, BS. Miller, L. (2007). Life satisfaction and spirituality in adolescents. *Research in the Social Scientific Study of Religion*. 18: 233-262.
- Kessler, RC. Aguilar-Gaxiola, S. Alonso, J. Chatterji, S. Lee, S. Ormel, J. Üstün, TB. Wang, PS. (2009). The global burden of mental

- disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*. 18(01): 23-33.
- Khorami, A. Yaghmasi, F. Izadi, A. (2010). Teaching spirituality and spiritual care in nursing challenge for lesson planning. *Journal of Nursing and Midwifery*. 20(68): 41-49.
- Lam, LC. Wong, CS. Wang, MJ. Chan, WC. Chen, EY. Ng, RM. Hung, SF. Cheung, EF. Sham, PC. Chiu, HF. Lam, M. (2015). Prevalence, psychosocial correlates and service utilization of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 50(9): 1379-1388.
- Lovibond, PF. Lovibond, SH. (1995). 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*. 33(3): 335-343.
- Marques, J. Dhiman, S. King, R. (2005). Spirituality in the workplace: Developing an integral model and a comprehensive definition. *Journal of American Academy of Business*. 7(1): 81-91.
- McEvoy, PM. Nathan, P. Norton, PJ. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 23(1): 20-33.
- Mehri, A. Sedighy, S. Koochak, Z. (2012). Assessment of mental health status and some related factors among students of Sabzevar Universities in 2010. *Medical Sciences*. 21(4): 293-304.
- Murphy, PE. Ciarrocchi, JW. Piedmont, RL. Cheston, S. Peyrot, M. Fitchett, G. (2000). The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(6): 1102.

- Nelms, LW. Hutchins, E. Hutchins, D. Pursley, RJ. (2007). Spirituality and the health of college students. *Journal of Religion and Health*. 46(2): 249-265.
- Omidvari, S. (2008). Spiritual, concepts, challenges. *Journal of Interdisciplinary Research*. 1(1): 17-58.
- Page, AC. Hooke, GR. Morrison, DL. (2007). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in depressed clinical samples. *British Journal of Clinical Psychology*. 46 3): 283-297.
- Rosenhan, DL. Seligman, ME. (1995). *Abnormal psychology*. WW Norton & Co.
- Salehi Fadardi, J. Bijani, S. Hosini, S. Hosini, A. (No Date). *The relationship between spiritual well-being, resilience and life satisfaction*. Under publication.
- Schnitker, SA. Felke, TJ. Barrett, JL. Emmons, RA. (2014). Longitudinal study of religious and spiritual transformation in adolescents attending young life summer camp: Assessing the epistemic, intrapsychic, and moral sociability functions of conversion. *Psychology of Religion and Spirituality*. 6(2): 83-88.
- Watlington, CG. Murphy, CM. (2006). The roles of religion and spirituality among African American survivors of domestic violence. *Journal of Clinical Psychology*. 62(7): 837-858.
- Yi, MS. Mrus, JM. Wade, TJ. Ho, ML. Hornung, RW. Cotton, S. Peterman, AH. Puchalski, CM. Tsevat, J. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*. 21(5): 21-27.

یادداشت شناسه مؤلفان

حسین خادم: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: hosseinekhadem@ut.ac.ir

محمد مظفری: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

احمد یوسفی: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

بهرام علی قنبری هاشم آباد: استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

The relationship between spiritual health and mental health in students of Ferdowsi University of Mashhad

Hossein Khadem

Mohamad Mozafari

Ahmad Yousefi

Bahramali Ghanbari Hashemabad

Abstract

Background: According to the young population of Iran and growing changes in the concept of health and life patterns in Iranian society, this study investigates the relationship between spiritual health as an important factor in health, with three dimensions of mental health (stress, anxiety and depression).

Method: The present study is the correlation type. The population of this research includes undergraduate students of Ferdowsi University of Mashhad. , 400 subjects were selected among them by random cluster sampling method. To collect the data, beliefs and spiritual behaviors Questionnaire (Salehi Fadardi et al., under publication) and DAS 21 Questionnaire (Lavybnd and Lavybnd, 1995) is used. Data analysis is done based on correlation through SPSS 22 software.

Results: there is a significant positive relationship between spiritual health and mental health ($01 / 0P \leq$). Furthermore it has been observed a negative correlation between spiritual health and mental problems (stress, anxiety and depression) in male and female students separately.

Conclusion: This study shows that whatever students have a higher spiritual health, stress, anxiety and depression are lower, and therefore they have better mental health.

Keywords

Spiritual Health, Mental Health, Stress, Anxiety, Depression

Please cite this article as:

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.