UMSHA Press

PSJ
Pajouhan Scientific Journal

Pajouhan Sci J, 2024; 22(4): 323-333 DOI: 10.32592/psj.22.4.323
http://psj.umsha.ac.ir/

Original Article

Examining the Relationship between Health Dimensions (Physical, Mental, and Social) and Spiritual and Religious Beliefs among Students

Mitra Bahrami[1,2], Omid Najm Roshan[3], Fatemeh Ramezani-Aliakbari[4], Marzieh Sohrabi[5], Maryam Khazaeii[3], Maryam Afshari[6*]

[1] Department of Islamic Studies, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[2] Department of Islamic Studies, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[3] Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[4] Department of Physiology, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[5] School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[6] Department of Public Health, School of Public Health, Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article History:
Received: 04 Nov 2024
Revised: 07 Dec 2024
Accepted: 12 Dec 2024
ePublished: 20 Dec 2024

***Corresponding author:** Maryam Afshari, Department of Public Health, School of Public Health, Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

E-mail: afshari_m20@yahoo.com

Abstract

Background and Objectives: Spiritual and religious beliefs can help create a sense of meaning and purpose in life and improve overall human health. These beliefs play an important role in reducing physical and mental illnesses, lowering stress, anxiety, and depression, and enhancing social functioning and physical health. This study examines the relationship between health dimensions and these beliefs among students.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was conducted cross-sectionally in 2024 with the participation of 531 students from Hamadan University of Medical Sciences. Stratified random sampling was used, and information was collected through standard questionnaires. The inclusion criteria were being enrolled in university and lacking any physical, mental, or social diseases. Four questionnaires were used to collect data: questionnaires on spiritual and religious beliefs, physical health, mental health, and social health. The data were analyzed using SPSS software version 24.

Results: The results showed that 61.2% of the students were pursuing professional doctoral degrees. For each unit increase in the scores of physical, mental, and social health dimensions, the average score of spiritual and religious beliefs increased by 1.15, 1.35, and 1.42, respectively. Additionally, the average score of spiritual and religious beliefs of students with a medium economic family status was 1.11 units higher than those with a good economic family status (P=0.004).

Conclusion: The study indicates a relationship between physical, mental, and social health and spiritual and religious beliefs. These findings highlight the importance of considering spiritual and religious beliefs in educational programs to help improve the overall health of students.

Keywords: Health dimensions, Religious beliefs, Spiritual beliefs, Students

Please cite this article as follows: Bahrami M, Najm Roshan O, Ramezani-Aliakbari F, Sohrabi M, Khazaeii M, Afshari M. Examining the Relationship between Health Dimensions (Physical, Mental, and Social) and Spiritual and Religious Beliefs among Students. *Pajouhan Scientific Journal*. 2024; 22(4): 323-333 DOI: 10.32592/psj.22.4.323

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

Copyright © 2024. Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Background and Objective

Spiritual and religious beliefs, which guide behaviors and attitudes and are practiced through rituals, significantly impact overall health by providing a sense of purpose. Research indicates a strong link between these beliefs and health, with the World Health Organization recognizing health as a multi-dimensional phenomenon, including spiritual aspects. Ignoring spirituality can negatively affect well-being. Recent studies show that spiritual beliefs improve both mental and physical health. Evidence suggests that these beliefs are associated with lower rates of heart, respiratory, and liver diseases, as well as suicide, resulting in reduced blood pressure, decreased mortality, less pain in cancer patients, and longer lifespan. The absence of spiritual beliefs can lead to psychological distress and lower quality of life. Scientific advancements highlight the importance of spirituality in enhancing mental and physical health, fostering a positive outlook and resilience. The cognitive-emotional theory states that religion provides life with meaning and purpose, leading to hope and tranquility. Assessing the health of students, particularly in medical fields, is essential due to their societal role. This study explores the relationship between spiritual and religious beliefs and various health dimensions (physical, mental, and social) among students at Hamadan University of Medical Sciences.

Materials and Methods

This cross-sectional study involved 531 students from Hamadan University of Medical Sciences in 2024. Samples were randomly selected based on proportional stratified sampling. The study included students from all faculties except first-term bachelor's and professional doctorate students, who had no diagnosed mental, physical, or social illnesses. Four questionnaires were used for data collection, completed through self-reporting. The study assessed the reliability of the questionnaires with a Cronbach's alpha calculation. Demographic questions covered gender, age, field of study, term, academic level, faculty, marital status, and parents' education and occupation.

The Spiritual and Religious Beliefs Questionnaire, adapted by Ebadi Pour, has 35 items scored from 1 (never) to 4 (always), with higher scores indicating stronger beliefs. Physical health was assessed with a 14-item questionnaire measuring headaches, sleep disorders, digestive issues, and respiratory problems using a 7-point Likert scale. The Keyes' Mental Health Questionnaire includes 14 items across three components: emotional well-being, mental health, and social health. Responses are on a 5-point Likert scale. The Social Health Questionnaire has 20 items evaluating various aspects of social health with a 5-point Likert scale, with higher scores indicating better social health. Data analysis was performed using SPSS v.24, with a significance level of less than 0.05. The collected data were analyzed using linear regression tests.

Results

The results showed that 82.6% of the students were between 18 and 22 years old. 61.2% of the students were in professional doctorate programs. 65.2% of the students were female. The majority of the students participating in the study were unmarried (94.9%). 37.6% of the students belonged to the medical faculty. Additionally, 60.5% of the students had an average family economic status. Nearly half of the students' fathers had a university education (58.2%), and 48.8% of their mothers also had a university education. The fathers of 67% of the students were self-employed, and 58.9% of the mothers were homemakers. The average scores for all determinants among students were moderate. The average scores for spiritual beliefs, physical health, mental health, and social health were 59.8%, 40.6%, 46.1%, and 49.7%, respectively. The results indicated that a one-unit increase in physical health score was associated with a 1.15-unit increase in the average score of spiritual and religious beliefs. Similarly, a one-unit increase in mental health score was associated with a 1.35-unit increase in the average score of spiritual and religious beliefs. A one-unit increase in social health score was associated with a 1.42-unit increase in the average score of spiritual and religious beliefs. Additionally, the average score of spiritual and religious beliefs among students with an average family economic status was 1.11 units higher than that of students with a good family economic status (P=0.004). Other variables did not show any statistically significant relationships.

Discussion

The study found a significant relationship between physical health and spiritual and religious beliefs. Other research supports this, showing that spiritual practices, such as meditation, prayer, and religious services, can reduce blood pressure, lower stress, and improve overall health by providing a sense of purpose and connection. Mental health also has a significant positive relationship with spiritual beliefs, offering meaning in life, social support, stress reduction, and increased positive emotions. Participation in religious activities fosters social connections, a sense of belonging, and positive social behaviors, which enhance mental health. Social health and spiritual beliefs are interconnected, with religious groups providing strong support networks, fostering social interactions, and reducing social tensions. These networks help individuals cope with stress and create a sense of belonging and identity, preventing isolation and depression. Economic status plays a role, with students from average economic backgrounds showing higher levels of spiritual beliefs. This suggests that economic challenges may lead individuals to seek spiritual support, with religious institutions often serving as support centers in economically constrained societies. However, a limitation of this study is that it was conducted solely among students of Hamadan University of Medical Sciences and not among other universities in the city.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

Conclusion

The study indicates a relationship between physical, mental, and social health and spiritual and religious beliefs. These findings highlight the importance of considering spiritual and religious beliefs in educational programs to help improve the overall health of students.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

UMSHA Press

مجله علمی پژوهان

دوره ۲۲، شماره ۴، پاییز ۱۴۰۳، صفحات: ۳۳۳-۳۲۳
DOI: 10.32592/psj.22.4.323
http://psj.umsha.ac.ir/

مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) با باورهای معنوی و دینی در بین دانشجویان

میترا بهرامی[۱،۲]، امید نجم‌روشن[۳]، فاطمه رمضانی علی‌اکبری[۴]، مرضیه سهرابی[۵]، مریم خزایی[۳]، مریم افشاری[۶*]

[۱] گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
[۲] گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
[۳] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
[۴] گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی همدان، همدان، ایران
[۵] دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی همدان، همدان، ایران
[۶] گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم‌پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۱۴
تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۱۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۲
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۳۰

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** مریم افشاری، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم‌پزشکی همدان، همدان، ایران

ایمیل: afshari_m20@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: باورهای معنوی و دینی می‌توانند به ایجاد احساس معنا و هدف در زندگی و بهبود سلامت کلی انسان‌ها کمک کنند. این باورها نقش مهمی در کاهش بیماری‌های جسمی و روانی، کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و بهبود عملکردهای اجتماعی و سلامت جسمی دارند. مطالعه حاضر به تعیین ارتباط ابعاد سلامت با این باورها در دانشجویان پرداخته است.

مواد و روش ها: این پژوهش توصیفی‌تحلیلی به‌صورت مقطعی در سال ۱۴۰۳ با مشارکت ۵۳۱ دانشجوی دانشگاه علوم‌پزشکی همدان انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی طبقه‌ای انجام گرفت و اطلاعات ازطریق پرسش‌نامه‌های استاندارد جمع‌آوری شدند. معیارهای ورود شامل اشتغال به تحصیل در دانشگاه و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی، جسمی و اجتماعی بود. چهار پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند که پرسش‌نامه‌های باورهای معنوی و دینی، سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی بودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مقطع تحصیلی ۶۱/۲ درصد از دانشجویان دکتری حرفه‌ای بود. با یک واحد افزایش نمره بُعد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی به ترتیب میانگین نمره باورهای معنوی و دینی به‌اندازه ۱/۱۵، ۱/۳۵ و ۱/۴۲ افزایش داشته است. همچنین، میانگین نمره باورهای معنوی و دینی دانشجویان دارای وضعیت اقتصادی خانواده متوسط به‌اندازه ۱/۱۱ واحد بیشتر از دانشجویان دارای وضعیت اقتصادی خانواده خوب بود (P=۰/۰۰۴).

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان می‌دهد که بین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و باورهای معنوی و دینی ارتباط وجود دارد. این یافته‌ها بر اهمیت توجه به باورهای معنوی و دینی در برنامه‌های آموزشی تأکید می‌کنند تا از این طریق به بهبود سلامت کلی دانشجویان کمک شود.

واژگان کلیدی: باورهای معنوی، باورهای دینی، ابعاد سلامت، دانشجویان

استناد: بهرامی، میترا؛ نجم روشن، امید؛ رمضانی علی اکبری، فاطمه؛ سهرابی، مرضیه؛ خزایی، مریم؛ افشاری، مریم. بررسی ارتباط ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) با باورهای معنوی و دینی در بین دانشجویان. مجله علمی پژوهان، پاییز ۱۴۰۳؛۲۲(۴): ۳۳۳-۳۲۳

مقدمه

باورهای معنوی و دینی مجموعه اقدامات، رفتارها، نگرش‌ها و باورهایی‌اند که در ارتباط با اصول و فروع دین و احکام عنوان می‌شوند. باورهای معنوی به معنای خاص، همواره باورهای مشترک در گروهی از افراد هستند که از میل و گرایش خود به آن باورها و عمل کردن با

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]
[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

انجام دادن مناسک خاص، به خود می‌بالند. این باورها نه‌تنها به‌عنوان یک امر فردی توسط همه افراد گروه پذیرفته می‌شوند، بلکه در حکم امری متعلّق به همه اعضای گروه تلقّی می‌گردند و جزئی از وحدت گروه را شامل می‌شوند. همواره باورهای معنوی و دینی از جهت‌گیری‌های مذهبی و دینی نشئت می‌گیرند. بنابراین منظور از جهت‌گیری‌های مذهبی و دینی براساس نظریه آلپورت و راس، گرایش به انجام اعمال و باورهای معنوی و دینی است که شامل دو بُعد جهت‌گیری درونی و بیرونی می‌شود [۱]. جهت‌گیری‌های مذهبیِ درونی، فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی‌شده است و جهت‌گیری مذهبیِ بیرونی امری خارجی و ابزاری است که برای رفع نیازهای افراد استفاده می‌شود. پژوهش‌های فراوانی نشان داده‌اند که باورهای معنوی و مذهبی دارای یک ارتباط مستقیم با سلامت در تمامی ابعاد است و انسان‌هایی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی به دین و دینداری و باورهای معنوی و دینی بوده‌اند، به یک عامل اساسی برای احساس معنا در زندگی رسیده‌اند. درحقیقت، زمانی فرد دین‌دار و مذهبی محسوب می‌شود که از درون یک احساس تعهّد در خود برای انجام اعمال مذهبی دارد و هدف او دراین‌راستا رضایت پروردگار است [۲].

بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت یک مسئله چندبُعدی است که همه ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در نظر می‌گیرد [۳]. بنابراین انسان یک موجود زیستی، اجتماعی، روانی و معنوی است که با توجه به تمام ابعاد شخصیتی‌اش شناخته می‌شود. عدم توجه به بُعد معنوی انسان که با سلامتی، احساس شادابی، بهبودی و خوب بودن ارتباط مستقیم دارد، به‌منزله نادیده گرفتن بخشی از ابعاد وجودی انسان می‌شود که کلّ زندگی انسان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۴]. تحقیقات بیانگر آن است باورهای معنوی فقط بر حالت‌های خُلقی و سلامت روانی مؤثر نیستند، بلکه شرایط جسمانی افراد را بهبود می‌بخشند [۵]. طی سالهای اخیر پژوهش درمورد مذهب، باورهای معنوی و دینی و ابعاد مختلف سلامت پیشرفت فزاینده‌ای داشته است [۶]. اما مطالعه‌ای که به‌صورت گسترده تمام ابعاد را با هم بسنجد، در خارج ازکشور و داخل کشور تاکنون صورت نگرفته است، اما به‌صورت تک‌بُعدی می‌توان مطالعاتی را در این زمینه مشاهده کرد. نتایج بسیاری از پژوهش‌ها بیانگر آن است که نه‌تنها هم‌بستگی منفی بین باورهای معنوی و دینی و میزان ابتلا به بیماری‌های قلبی، تنفّسی، کبد و خودکشی وجود دارد، بلکه باعث کاهش فشارخون، کاهش مرگ‌ومیر، کاهش درد در بیماران سرطانی و افزایش طول عمر و عادات درست بهداشت و سلامتی شده است [۷]. همچنین مطالعه دیگری بیانگر آن است که دین و باورهای معنوی از عوامل بسیار تأثیرگذار در سلامت هستند، جهان را در نظر شخص معتقد دگرگون می‌کنند و طرز تلقّی شخص را از خود، جهان آفرینش و اتفاقات و حوادث پیرامون تغییر می‌دهند [۸].

عدم باورهای معنوی و دینی، عامل آشفتگی‌های روانی، استرس، اضطراب، افسردگی و از دست دادن معنای زندگی و عدم دسترسی به سطوح بالای کیفیت زندگی محسوب می‌شود. همراه با پیشرفت سریع علوم و فنّاوری، کشف اثربخشی دین و معنویت در ابعاد مختلف زندگی انسان‌ها، به‌ویژه نقشِ بخصوص آن در سلامت روانی موجب ارتقا و بهبود عملکردهای اجتماعی و سلامت جسمی می‌شود [۹]. انسان مؤمن، نگاه زیبا به زندگی می‌یابد و مشکلات و گرفتاری‌ها را امتحان الهی می‌داند و همیشه مطمئن به لطف الهی است. بنابراین مهم‌ترین اثر باورهای معنوی و دینی، ایجاد تفکّر مثبت در انسان‌هاست. براساس نظریه شناختی‌هیجانیِ مذهبی، مذهب و دین فرصت‌هایی را در اختیار انسان‌ها قرار می‌دهند که زندگی آن‌ها را بامعنا و هدف‌دار می‌کند و ازاین‌رو موجب احساس امیدواری و آرامش و هدفمندی در زندگی آن‌ها می‌شود [۱۰]. ازآنجایی‌که در فرایند رشد هر جامعه‌ای، نیروی انسانی نقش ویژه و تعیین‌کننده‌ای دارد و در میان این نیروهای انسانی دانشجویان از گروه‌های برگزیده و فرهیخته هر کشور محسوب می‌شوند، ارزیابی سلامت آن‌ها نقش بسزایی دارد [۳].

با توجه به بررسی متون و مطالعات انجام‌شده در ایران، مطالعه‌ای که بر روی باورهای مذهبی و ارتباط آن‌ها با همه ابعاد سلامت تمرکز کرده باشند، یافت نشد. پاره‌ای از مطالعات فقط یک بُعد از سلامت را مدّنظر قرار داده بودند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین تمامی ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) با باورهای معنوی و دینی در بین دانشجویان دانشگاه علوم‌پزشکی همدان انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی‌تحلیلی از نوع مقطعی بود که با مشارکت ۵۳۱ دانشجوی دانشگاه علوم‌پزشکی همدان در سال ۱۴۰۳ انجام شد. نحوه نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی طبقه‌ای با انتساب متناسب نمونه‌ها بود. بدین‌صورت که ابتدا لیست دانشجویان دانشگاه با هماهنگی‌های مربوط استخراج و سپس تعداد و نسبت دانشجویان هر دانشکده به کلّ دانشگاه مشخص شد. در ادامه به همان نسبت، نمونه‌ها به‌صورت تصادفی ساده در هر دانشکده وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه شامل اشتغال به تحصیل در دانشگاه علوم‌پزشکی همدان به‌جز ترم‌اوّلی‌ها از مقطع کارشناسی و دکتری حرفه‌ای (همه دانشجویان ترم دوم به بعد) و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی، جسمی و اجتماعی تشخیص‌داده‌شده (ازطریق خودگزارش‌دهی فرد که آیا تحت درمان هستند یا نه) بود. همچنین، معیار خروج از مطالعه عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. به‌منظور تعیین حجم نمونه با توجه به مطالعه [۱۱] و ضریب هم‌بستگی به‌دست‌آمده،

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

بین دین‌داری و سلامت اجتماعی و با در نظر گرفتن خطای نوع اوّل برابر با ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰ تعداد ۵۳۱ نفر (با در نظر گرفتن درصدی ریزش) جهت حجم نمونه محاسبه شد.

در این پژوهش، به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از چهار پرسش‌نامه استفاده شد که دانشجویان پرسش‌نامه را ازطریق خودگزارش‌دهی تکمیل کردند. به‌دلیل استاندارد بودن پرسش‌نامه‌های استفاده‌شده در مطالعه حاضر، روایی جهت پرسش‌نامه‌ها انجام نشد، اما پایایی پرسش‌نامه‌ها با مشارکت ۳۰ نفر دانشجو صورت گرفت و آلفای کرونباخ برای هر پرسش‌نامه جداگانه محاسبه شد. در ابتدای ارزیابی، سؤالات دموگرافیک شامل جنسیت، سن، رشته، ترم، مقطع تحصیلی، دانشکده، وضعیت تأهّل، تحصیلات والدین و شغل والدین بررسی شد.

در ادامه، پرسش‌نامه باورهای معنوی و دینی برگرفته از پرسش‌نامه ۳۹ گویه‌ای معنویت و دین‌داری (۱۹۹۹) ازسوی دانشجویان تکمیل شد. این پرسش‌نامه به‌دلیل اینکه تاحدّی متناسب با ارزش‌های دینی و معنوی ما نبوده است، دوباره توسط عبادت‌پور (۱۳۹۱) بازبینی شد که حاصل آن پرسش‌نامه‌ای ۳۵ گویه ای است [۱۲]. سؤالات این پرسش‌نامه دارای چها گزینه از هرگز (نمره یک) تا همیشه (نمره چهار) بوده که حداکثر نمره برابر با ۱۴۰ و حداقل نمره برابر با ۳۵ است که نمره بیشتر نشانه باورهای معنوی و دینی بالاتر است. عبادت‌پور و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود روایی محتوایی پرسش‌نامه را مطلوب و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند [۱۲].

پرسش‌نامه سلامت جسمی شامل ۱۴ سؤال بود که ۴ بُعد سلامت جسمی شامل سردرد، اختلال خواب، مشکلات گوارشی و تنفّسی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌دهی به ۱۱ سؤال آن به‌صورت طیف لیکرت ۷ تایی از هرگز (۱)، به‌ندرت، هرازگاهی، برخی‌اوقات، نسبتاً زیاد، خیلی زیاد و همیشه (نمره ۷) است و به ۳ سؤال دیگر با گزینه هیچ‌وقت (نمره ۱)، یک یا دو دفعه، ۳ دفعه، ۴ دفعه، ۵ دفعه، ۶ دفعه و ۷ دفعه و بیشتر (نمره ۷) پاسخ داده می‌شود. بدین‌ترتیب، نمره فرد از پرسش‌نامه بین ۱۴ تا ۹۸ قرار می‌گیرد که نمره کمتر بیانگر برخورداری از سلامت جسمی است. در مطالعه عبّاسی و همکاران، روایی و پایایی این پرسش‌نامه صورت گرفته است [۱۳].

پرسش‌نامه سلامت روانی کیز (۲۰۰۲) که شامل ۱۴ سؤال و ۳ مؤلّفه است. این پرسش‌نامه دارای سه بُعد بهزیستی هیجانی (سؤالات ۱ تا ۳)، سلامت ذهنی (سؤالات ۴ تا ۹) و سلامت اجتماعی (سؤالات ۱۰ تا ۱۴) است [۱۴]. برای پاسخ به سؤالات، از طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای استفاده می‌شود که از هرگز (نمره ۱)، کم (نمره ۲)، به‌طور متوسط (نمره ۳)، زیاد (نمره ۴) و همیشه نمره (۵) پاسخ‌هاست.

درنهایت، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی دارای ۲۰ سؤال و هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی از ابعاد مختلف (سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، هم‌بستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی) است. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) است. البته این شیوه نمره‌گذاری درمورد سؤالات شماره ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ معکوس شده و به‌صورت کاملاً موافقم (نمره ۱) و کاملاً مخالم (نمره ۵) است. پرسش‌نامه دارای ۵ بُعد است که سؤالات ۱ تا ۴ مربوط به بُعد شکوفایی اجتماعی، سؤالات ۵ تا ۷ مربوط به بُعد هم‌بستگی اجتماعی، سؤالات ۸ تا ۱۰ مربوط به بُعد انسجام اجتماعی، سؤالات ۱۱ تا ۱۵ مربوط به بُعد پذیرش اجتماعی و سؤالات ۱۶ تا ۲ مربوط به بُعد مشارکت اجتماعی است. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بُعد، باید مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بُعد را با هم جمع کرد. برای به‌دست آوردن امتیاز کلّی پرسش‌نامه، باید مجموع امتیازات همه سؤالات نیز با هم جمع شوند. امتیازات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بالاتر خواهد بود و برعکس. در مطالعه بنی‌فاطمه و همکاران (۱۳۹۲)، روایی سازه و پایایی این پرسش‌نامه تأیید و همچنین پایائی پرسش‌نامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد [۱۵].

پس از جمع‌آوری و ورود داده‌ها، تجزیه‌وتحلیل آن‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS v.۲۴ انجام شد. سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ بود. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون رگرسیون خطّی تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ نشان داد که ۸۲/۶ درصد از دانشجویان بین ۱۸ تا ۲۲ سال سن داشتند. مقطع تحصیلی ۶۱/۲ درصد از دانشجویان دکتری حرفه‌ای بود. ۶۵/۲ درصد از دانشجویان دختر بودند. اکثریت دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه مجرّد بودند (۹۴/۹ درصد). ۳۷/۶ درصد از دانشجویان مربوط به دانشکده پزشکی بودند. همچنین، وضعیت اقتصادی خانواده ۶۰/۵ درصد از دانشجویان متوسط بود. تقریباً تحصیلات پدران نیمی از دانشجویان، تحصیلات دانشگاهی بود (۵۸/۲ درصد). ۴۸/۸ درصد از مادران دانشجویان هم دارای سطح تحصیلات دانشگاهی بودند. شغل پدر ۶۷ درصد از دانشجویان آزاد و شغل مادران آن‌ها اغلب خانه‌دار بود (۵۸/۹ درصد).

درصد میانگین قابل‌اکتساب همه تعیین‌کننده در دانشجویان در حدّ متوسط بود، به‌طوری‌که درصد میانگین قابل‌اکتساب برای متغیّر باورهای معنوی ۵۹/۸ درصد، سلامت جسمی ۴۰/۶ درصد، سلامت روانی ۴۶/۱ درصد و سلامت اجتماعی از دانشجویان ۴۹/۷ درصد بود (جدول ۲).

نتایج جدول ۳ نشان داد که با یک واحد افزایش نمره سلامت جسمی، میانگین نمره باورهای معنوی و دینی به‌اندازه ۱/۱۵ افزایش داشته است. همچنین با یک واحد افزایش نمره سلامت روانی، میانگین نمره باورهای معنوی و دینی به‌اندازه ۱/۳۵ افزایش داشته

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

است. با یک واحد افزایش نمره سلامت اجتماعی، میانگین نمره باورهای معنوی و دینی به‌اندازه ۱/۴۲ افزایش داشته است. همچنین، نتایج نشان داد که میانگین نمره باورهای معنوی و دینیِ دانشجویانِ دارای وضعیت اقتصادی خانواده متوسط به‌اندازه ۱/۱۱ واحد بیشتر از دانشجویان دارای وضعیت اقتصادی خانواده خوب بود (P=۰/۰۰۴). همچنین، سایر متغیّرها هیچ‌گونه ارتباط آماری معنی‌دار نداشتند.

جدول ۱. متغیّرهای جمعیت‌شناختی دانشجویان (تعداد=۵۳۱)

متغیّر		فراوانی	درصد
سن (سال)	۱۸-۲۲	۴۳۷	۸۲/۶
	۲۳ و بیشتر	۹۴	۱۷/۴
	میانگین: ۲۰/۷ و انحراف‌معیار: ۲/۴		
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۲۰۷	۳۸/۸
	دکتری حرفه‌ای	۳۲۵	۶۱/۲
جنسیت	دختر	۳۴۶	۶۵/۲
	پسر	۱۸۵	۳۴/۸
وضعیت تأهّل	متأهّل	۲۷	۵/۱
	مجرّد	۵۰۴	۹۴/۹
دانشکده	بهداشت	۷۹	۱۴/۹
	دندان‌پزشکی	۶۰	۱۱/۳
	داروسازی	۶۴	۱۲/۱
	پرستاری	۳۱	۵/۸
	پزشکی	۲۰۱	۳۷/۶
	پیراپزشکی	۴۶	۸/۹
	توان‌بخشی	۵۰	۹/۴
وضعیت اقتصادی خانواده	خوب	۱۱۸	۲۲/۲
	متوسط	۳۲۱	۶۰/۵
	بد	۹۲	۱۷/۳
سطح تحصیلات پدر	بی‌سواد	۱۱	۲/۱
	زیردیپلم	۸۸	۱۶/۵
	دیپلم	۱۲۳	۲۳/۲
	دانشگاهی	۳۰۹	۵۸/۲
سطح تحصیلات مادر	بی‌سواد	۱۶	۳/۰
	زیردیپلم	۱۲۰	۲۲/۶
	دیپلم	۱۳۶	۲۵/۶
	دانشگاهی	۲۵۹	۴۸/۸
شغل پدر	آزاد	۳۵۶	۶۷/۰
	کارمند	۱۱۵	۲۱/۷
	بازنشسته	۶۰	۱۱/۳
شغل مادر	خانه‌دار	۳۱۳	۵۸/۹
	کارمند	۸۶	۱۶/۲
	آزاد	۱۳۲	۲۴/۹

جدول ۲. توزیع تعیین‌کننده‌ها در دانشجویان موردمطالعه (تعداد=۵۳۱)

متغیّر	میانگین	خطای استاندارد	حدّ پایین	حدّ بالا	درصد میانگین قابل‌اکتساب*
باورهای معنوی	۹۸/۲	۱۷/۵	۳۶	۱۴۰	۵۹/۸
سلامت جسمی	۴۰/۸	۱۰/۹	۱۴	۸۰	۴۰/۶
سلامت روانی	۴۴/۹	۹/۳	۱۴	۸۱	۴۶/۱
سلامت اجتماعی	۶۴/۹	۷/۳	۴۳	۸۷	۴۹/۷

* درصد میانگین قابل‌اکتساب هر متغیّر: تفاضل میانگین با حدّ پایین تقسیم بر تفاضل حدّ بالا و حدّ پایین همان سازه ضرب در ۱۰۰

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

جدول ۳. آنالیز رگرسیون خطّی برای پیش‌بینی باورهای معنوی و دینی با متغیّرهای موردبررسی

متغیّر	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد	انحراف‌معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪		P-value
				حدّ پایین	حدّ بالا	
سن (سال)						
۱۸-۲۲		*Ref				
۲۳ و بیشتر	۲/۱۰	۰/۱۹	۰/۴۶	۰/۸۹	۳/۴	۰/۵۰۱
مقطع تحصیلی						
کارشناسی		*Ref				
دکتری حرفه‌ای	-۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۱۷	-۰/۰۲	۰/۱۹	۰/۹۸۷
جنسیت						
دختر		*Ref				
پسر	-۰/۷۷	-۰/۰۴	۰/۲۹	-۰/۶۳	۰/۳۵	۰/۴۵۶
وضعیت تأهّل						
متأهّل		*Ref				
مجرّد	-۰/۰۶	-۰/۰۱	۰/۳۱	-۰/۱۸	۰/۲۳	۰/۸۵۱
دانشکده						
پرستاری		*Ref				
پزشکی	۰/۲۷	۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۱۹	۱/۱۹	۰/۸۴۷
داروسازی	۰/۹۴	۰/۰۳	۰/۱۸	۰/۸۰	۲/۲۰	۰/۴۲۰
دندان‌پزشکی	۰/۲۷	۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۱۹	۱/۲۲	۰/۸۴۷
بهداشت	۰/۸۴	۰/۰۳	۰/۱۸	۰/۸۰	۲/۲۹	۰/۴۲۰
پیراپزشکی	۰/۳۲	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۲۳	۱/۲۵	۰/۸۱۵
توان‌بخشی	۰/۵۱	۰/۰۵	۰/۵۱	۰/۴۷	۱/۴۷	۰/۲۲۶
وضعیت اقتصادی						
خوب		*Ref				
متوسط	۱/۷۱	۱/۱۱	۰/۵۱	۱/۴۷	۱/۹۷	۰/۰۰۴
بد	۰/۵۱	۰/۰۵	۰/۵۱	۰/۴۷	۱/۴۷	۰/۲۲۶
سطح تحصیلات پدر						
بی‌سواد		*Ref				
زیردیپلم	۰/۵۰	۰/۰۳	۰/۳۱	۰/۲۷	۱/۱۴	۰/۲۲۶
دیپلم	۰/۲۶	۰/۱۵	۰/۴۲	۰/۲۹	۱/۲۶	۰/۲۲۶
دانشگاهی	۰/۵۱	۰/۲۵	۰/۷۱	۰/۲۷	۱/۸۷	۰/۲۰۱
سطح تحصیلات مادر						
بی‌سواد		*Ref				
زیردیپلم	۰/۲۷	۰/۳۵	۰/۶۳	۰/۲۳	۱/۳۳	۰/۱۱۱
دیپلم	۰/۱۵	۰/۲۱	۰/۱۹	۰/۰۹	۱/۴۴	۰/۸۲۵
دانشگاهی	۰/۴۵	۰/۱۱	۰/۴۹	۰/۲۹	۱/۷۸	۰/۵۶۳
شغل پدر						
آزاد		*Ref				
کارمند	۰/۱۸	۰/۲۳	۰/۱۵	۰/۰۷	۱/۲۵	۰/۸۰۱
بازنشسته	۰/۳۵	۰/۱۴	۰/۵۶	۰/۴۵	۱/۶۲	۰/۵۳۰
شغل مادر						
خانه‌دار		*Ref				
کارمند	۰/۲۳	۰/۴۲	۰/۴۴	۰/۱۸	۱/۰۴	۰/۸۲۱
آزاد	۰/۴۷	۰/۱۸	۰/۴۱	۰/۲۰	۱/۷۵	۰/۵۴۴
سلامت جسمی	۱/۲۷	۱/۱۵	۰/۴۲	۱/۰۷	۱/۶۸	۰/۰۰۲
سلامت روانی	۱/۲۳	۱/۳۵	۰/۳۱	۱/۱۵	۲/۶۳	۰/۰۰۱
سلامت اجتماعی	۱/۲۲	۱/۴۲	۰/۲۴	۱/۱۹	۱/۶۳	۰/۰۰۳

* Reference

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سلامت جسمی با باورهای معنوی و دینی ارتباط آماری معنی‌دار دارد. مطالعات دیگر همسو با مطالعه حاضر نشان دادند که افزایش سلامت جسمی با باورهای معنوی و دینی مرتبط است [۱۶،۱۷]. تحقیقات به‌طور مداوم نشان داده‌اند که یک رابطه مثبت بین سلامت جسمی و باورهای معنوی وجود دارد. شرکت در تمرینات معنوی مانند مدیتیشن، دعا یا شرکت در خدمات مذهبی می‌تواند به کاهش فشارخون، کاهش سطوح استرس و بهبود سلامت کلی کمک کند. معنویت اغلب به افراد حسّ هدف و ارتباط می‌دهد که می‌تواند توانایی آن‌ها را در مقابله با چالش‌های سلامت جسمی افزایش دهد و انتخاب‌های سبک زندگی سالم‌تری را ترویج کند [۱۸].

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که سلامت روانی با باورهای معنوی و دینی ارتباط آماری معنی‌دار دارد. مطالعات دیگر همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که افزایش سلامت جسمی با باورهای معنوی و دینی مرتبط است [۱۹،۲۰]. ارتباط بین سلامت روانی و باورهای دینی و مذهبی یک موضوع گسترده و پیچیده است که در سال‌های اخیر توجه بسیاری از محقّقان و روان‌شناسان را به خود جلب کرده است. این ارتباط شامل تأثیرات مثبت و منفی دین و مذهب بر سلامت روانی افراد می‌شود. تأثیرات مثبت باورهای دینی و مذهبی بر سلامت روانی شامل موارد زیر می‌شود:

۱- حسّ معنا و هدف در زندگی: باورهای دینی و مذهبی می‌توانند به افراد کمک کنند تا معنای بیشتری در زندگی پیدا کنند و حسّ هدفمندی داشته باشند. این حسّ معنا و هدف می‌تواند در مواقع بحرانی و استرس‌زا به‌عنوان یک منبع قدرت و انگیزه عمل کند.

۲- حمایت اجتماعی: شرکت در فعالیت‌های مذهبی معمولاً با تعاملات اجتماعی مثبت همراه است. گروه‌های مذهبی می‌توانند شبکه‌های حمایتی قوی فراهم کنند که در مقابله با استرس و مشکلات روانی مؤثر باشند.

۳- کاهش استرس و اضطراب: بسیاری از تمرینات مذهبی مانند دعا، مدیتیشن و عبادت می‌توانند به کاهش استرس و اضطراب کمک کنند. این تمرینات به افراد این امکان را می‌دهند که ذهن خود را آرام کنند و احساسات منفی را کاهش دهند.

۴- افزایش احساسات مثبت: مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و دینی می‌تواند احساسات مثبتی مانند شادی، امید و عشق را تقویت کند. این احساسات مثبت می‌توانند تأثیرات مثبتی بر سلامت روانی داشته باشند [۲۱، ۲۲].

همچنین، نتایج مطالعه نشان داد که سلامت اجتماعی با باورهای معنوی و دینی ارتباط آماری معنی‌دار دارد. مطالعه دیگر همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افزایش سلامت اجتماعی با باورهای معنوی و دینی مرتبط است [۲۳]. ارتباط بین سلامت اجتماعی و باورهای دینی و مذهبی یک موضوع چندوجهی و پیچیده است که تأثیرات مهمی بر رفاه فردی و جمعی دارد. تأثیرات مثبت باورهای دینی و مذهبی بر سلامت اجتماعی شامل موارد زیر است:

۱- حمایت اجتماعی: یکی از مهم‌ترین جنبه‌های مثبت باورهای دینی و مذهبی، فراهم کردن شبکه‌های حمایتی قوی است. افراد مذهبی معمولاً در گروه‌ها و جامعه‌های دینی فعال هستند که این امر به آن‌ها کمک می‌کند تا از حمایت اجتماعی برخوردار شوند. این حمایت می‌تواند شامل حمایت‌های عاطفی، مالی و حتّی عملی باشد که در مواقع بحران و مشکلات زندگی بسیار کارآمد است.

۲- ارتباطات اجتماعی: شرکت در فعالیت‌های مذهبی مانند نماز جماعت، مراسم دینی و گروه‌های مطالعه می‌تواند به تقویت ارتباطات اجتماعی کمک کند. این فعالیت‌ها فرصت‌هایی برای ملاقات و تعامل با دیگران فراهم می‌کنند که می‌توانند به ایجاد روابط مستحکم و پایداری منجر شوند.

۳- احساس تعلّق و هویّت: باورهای دینی و مذهبی می‌توانند به افراد احساس تعلّق و هویّت بدهند. افراد معمولاً ازطریق دین خود را به یک گروه بزرگ‌تر متّصل می‌دانند که این امر به آن‌ها احساس ارزشمندی و معناداری می‌دهد. این احساس تعلّق می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انزوا و افسردگی ایفا کند.

۴- اثرات مثبت بر رفتار اجتماعی: آموزه‌های دینی معمولاً بر ارزش‌های اخلاقی و رفتارهای مثبت اجتماعی تأکید دارند. این آموزه‌ها می‌توانند افراد را به انجام کارهای نیک، کمک به دیگران و مشارکت در فعالیت‌های خیریه ترغیب کنند. این رفتارها نه‌تنها به بهبود رفاه اجتماعی کمک می‌کنند، بلکه به ارتقای سلامت روانی فرد نیز منجر می‌شوند.

۵- کاهش تنش‌ها و اختلافات اجتماعی: باورهای دینی می‌توانند به‌عنوان یک نیروی هم‌گرایی عمل و به کاهش تنش‌ها و اختلافات اجتماعی کمک کنند. بسیاری از ادیان بر صلح، همزیستی مسالمت‌آمیز و احترام به حقوق دیگران تأکید دارند که این موارد می‌توانند در کاهش تعارضات و افزایش همدلی اجتماعی مؤثر باشند [۲۴].

در مطالعه حاضر وضعیت اقتصادی متوسط با باورهای معنوی و دینی ارتباط آماری معنی‌دار داشت. این ارتباط آماری معنی‌دار نشان می‌دهد که سطح اقتصادی افراد می‌تواند تأثیر مهمی بر باورهای مذهبی و معنوی آنان داشته باشد. مطالعه حاضر براساس تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده انجام شده است و نتایج آن تأکید می‌کند که جنبه‌های اقتصادی نقش مهمی در شکل‌گیری و تقویت باورهای دینی دارند. مطالعاتی در ایالات‌متّحده نشان داده‌اند که افراد با درآمدهای متوسط و پایین تمایل بیشتری به شرکت در فعالیت‌های دینی دارند [۲۵]. ارتباط بین وضعیت اقتصادی و باورهای معنوی و دینی می‌تواند به دلایل متعدّدی باشد. یکی از دلایل اصلی، تأثیر مستقیم شرایط اقتصادی بر زندگی فردی و اجتماعی افراد است. افرادی که با چالش‌های اقتصادی مواجه هستند، ممکن است به‌دنبال تسلّی و پشتیبانی معنوی بگردند که دین و باورهای مذهبی می‌توانند فراهم کنند. همچنین، در جوامعی که پشتیبانی اجتماعی و اقتصادی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

محدود است، مؤسّسات مذهبی اغلب به‌عنوان مراکز حمایتی و امدادی عمل می‌کنند. این نقش حمایتگری می‌تواند افراد را به‌سمت فعالیت‌های مذهبی و تقویت باورهای دینی سوق دهد. ازسوی‌دیگر، باورهای دینی می‌توانند به افراد کمک کنند تا با چالش‌های اقتصادی به‌نحو بهتری برخورد کنند. افرادی که به باورهای معنوی و دینی پایبند هستند، ممکن است احساس کنند که در برابر مشکلات اقتصادی قوی‌تر و مقاوم‌تر هستند و از ایمان خود برای پیدا کردن راه‌حل‌های مؤثر استفاده کنند [۲۶].

از محدودیت مطالعه حاضر می‌توان به این مورد اشاره کرد که مطالعه حاضر در بین دانشجویان دانشگاه علوم‌پزشکی همدان انجام شده و در بین سایر دانشگاه‌های این شهر صورت نگرفته است.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و باورهای معنوی و دینی ارتباط معناداری وجود دارد. تمرینات معنوی و دینی می‌تواند به بهبود سلامت کلی، کاهش فشار خون و استرس و تقویت حسّ هدفمندی و ارتباط کمک کنند. سلامت روانی نیز با باورهای دینی مرتبط است و حضور در فعالیت‌های مذهبی می‌تواند حمایت اجتماعی، کاهش استرس و افزایش احساسات مثبت را به همراه داشته باشد. این یافته‌ها بر اهمیت توجه به باورهای معنوی و دینی در برنامه‌های آموزشی دانشگاه تأکید می‌کنند تا از این طریق به بهبود سلامت کلی دانشجویان کمک شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلّیه دانشجویان که همکاری آن‌ها عامل انجام این پژوهش بود، قدردانی کنند. درضمن، این طرح تحقیقاتی با پشتیبانی مالی دانشگاه علوم‌پزشکی همدان انجام شده است.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی نداشته است.

سهم نویسندگان

میترا بهرامی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/ روش شناسی/ پژوهشگر اصلی ؛ امید نجم روشن (نویسنده دوم)، پژوهشگر کمکی/ جمع آوری داده ها ؛ فاطمه رمضانی علی اکبر (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی/ جمع آوری داده ها ؛ مرضیه سهرابی (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی/ جمع آوری داده ها ؛ مریم خزایی (نویسنده پنجم)، پژوهشگر کمکی/ تجزیه و تحلیل داده ها ؛ مریم افشاری (نویسنده پنجم)، نگارنده مقدمه/ روش شناسی/ پژوهشگر اصلی.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم‌پزشکی و خدمات درمانی همدان تصویب شد (شناسه کد اخلاق: IR.UMSHA.REC.۱۴۰۲.۴۹۹).

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی از سوی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است.

REFERENCES

1. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Personality Social Psychol*. 1967;**5**(4):432-443. DOI:10.1037/h0021212
2. Azarbaijani M. Preparation and construction of religious orientation test based on Islam. *Res Institute and Univ publisher*. 2006. [Link]
3. Rumani S, Malekfar Z, Mehrabi Z, Kurd Alivand P. Examining the relationship between religious beliefs and mental health of Lorestan Farhangian University students. *New advance psychol J*. 2018;**9**(6):25-33. [Link]
4. Asadzandi M, Pourebrahimi M, Ebadi A. Attitude of military students and military nurses towards spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs Res*. 2018;2(4):8-12 . DOI:10.26689/jcnr.v2i4.412
5. Yousefi H, Abdolkarimi-Natanzi M, Nesaei Barzoki H. The principles of spiritual health in the Quran. *Feyz Med Sci J*. 2020;**23**(7):810-816. [Link]
6. Mansurnejad Z, Kajbaf M. The relationship of religious orientation (intrinsic, extrinsic) and gender with death anxiety among students. *Res cognitive behavioral sci*. 2012;**2**(1):55-64. [Link]
7. Alibeyk F, Alibeyk M, Kalantari M, Alibeyk F, Bekrani F. The effect of group education on religious and religious versions of optimism among female students living in the dormitory of Isfahan University of Technology. The Fifth International Congress of Islamic Humanities. 2019. [Link]
8. Asgari P, Safar Zade S, Mazaheri M. The relationship between religious beliefs and life expectancy with spiritual health. *Intercultural Studies Quarterly*. 2013;**7**(18):135-157. [Link]
9. Abbasi M, Azizi F, Shamsi GE, Naserirad M, Akbari LM. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. *J Med Ethics*. 2012;6(20):11-44. [Link]
10. Khakshor F, Qobaribonab B, Shahabizadeh F. The role of the concept of God and religious identity in the meaning of life. *Psychol Religion*. 2013;**6**(22):44-58. [Link]
11. Hedarkhani H, Norbakhsh U, Ghsnbari N. The Relationship between Religiosity and Social Health of Young People in Marginal areas of Kermanshah. *Social Development & Welfare Planning*. 2017;**9**(30):31-66. [Link]
12. Abadatpour B, Navabinejad S, Shafiabadi Ab, Falsafijejad MR. Formulation of a pattern for marital burn out based on family function, individual resilience and spiritual beliefs. *Psychological Methods and Models*. 2014;**4**(13):29-45. [Link]
13. Abasi F, Kimiaei SA, Safarian-Tosi M, Abedi MR. Psychometric properties of the Persian version of physical health questionnaire. *Research in Medicine.* 2017;**41**(4):275-281. [Link]
14. Keyes CL, Wissing M, Potgieter JP, Temane M, Kruger A, Van Rooy S. Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clin Psychol Psychother*. 2008;**15**(3):181-92. PMID: 19115439 DOI: 10.1002/cpp.572
15. Banifateme H, Abbaszadeh M, Chaichi Tabrizi N. Social health assessment of Islamic Azad university of Tabriz students and its factors. *Sociological studies*. 2011;**3**(11):37-50. [Link]
16. Bożek A, Nowak PF, Blukacz M. The relationship between spirituality, health-related behavior, and psychological well-being. Front Psychol. 2020;11:1997. DOI:10.3389/fpsyg.2020.01997
17. Del Castillo FA. Health, spirituality and Covid-19: Themes and insights. *J Public Health*. 2021;**43**(2):e254-e5. PMID: 33044544 DOI: 10.1093/pubmed/fdaa185
18. Lucchetti G, Peres MFP, Damiano F. Spirituality, Religiousness and Health. *Springer*. 2019. [Link]
19. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]

scientific evidence. *World J Clin Cases*. 2021;**9**(26):7620-7631. PMID: 34621814 DOI: 10.12998/wjcc.v9.i26.7620
20. Rosmarin DH, Pargament KI, Koenig HG. Spirituality and mental health: challenges and opportunities. *Lancet Psychiatry*. 2021;**8**(2):92-93. PMID: 32087772 DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30048-1
21. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012;**2012**(1):278730. PMID: 23762764 DOI: 10.5402/2012/278730
22. Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. Guilford press. 2001. [Link]
23. Lim JW, Yi J. The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2009;**36**(6):699-708. PMID: 19887358 DOI: 10.1188/09.ONF.699-708
24. Krause NM. Aging in the church: How social relationships affect health. Templeton Foundation Press. 2008. [Link]
25. Becker SO, Rubin J, Woessmann L. Religion in economic history: A survey. The Handbook of Historical Economics. 2021:585-639. DOI:10.1016/B978-0-12-815874-6.00029-0
26. Al Fozaie MT. Behavior, religion, and socio-economic development: a synthesized theoretical framework. *Humanities and Social Sciences Communications*. 2023;**10**(241):1-15. DOI:10.1057/s41599-023-01702-1

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-02-18]

[DOI: 10.32592/psj.22.4.323]