



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام

مجله تحقیق و توسعه سلامت

دوره ۱، شماره ۱، آذر ۱۴۰۲



## همبستگی سلامت معنوی و قصد انجام رفتارهای پرخطر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی

## جیرفت

رضا فاریابی<sup>۱</sup> (PhD)، سلمان دانشی<sup>۲</sup> (PhD)، طاهره رحیمی<sup>۳</sup> (PhD)\*، پریسا روایی<sup>۴</sup> (B.S)

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**سابقه و هدف:** اهمیت سلامت معنوی، در ارتباط با جلوگیری از رفتارهای تهدید کننده سلامت و پایبندی به حفظ سلامتی موجود به ویژه در بین جوانان مورد توجه قرار گرفته است. هدف از مطالعه حاضر تعیین همبستگی سلامت معنوی با قصد انجام رفتارهای پرخطر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جیرفت در سال ۱۴۰۰ بود.

**روشکار:** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - همبستگی است که با روش سرشماری بر روی ۶۰۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جیرفت انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه استاندارد رفتارهای پرخطر و سلامت معنوی بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آزمون های همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه انجام شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** بیش از ۷۲ درصد از دانشجویان شرکت کننده در مطالعه دختر بودند. میانگین سلامت معنوی (۷۲/۵۳±۱۰/۸۶) بود. ابعاد سلامت مذهبی، سلامت وجودی و سلامت معنوی بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی دار داشت ( $p < 0/001$ ). میانگین رفتارهای پرخطر ( $62/18 \pm 24/69$ ) بود. دانشجویان پسر در تمامی رفتارهای پرخطر امتیاز بیشتری کسب کردند ( $p < 0/001$ ). همبستگی معکوس و معنی داری بین سلامت معنوی و قصد رفتارهای پرخطر ( $p < 0/001$ ) ( $r = -0/165$ ) وجود داشت.

**نتیجه گیری:** با توجه به همبستگی معکوس بین سلامت معنوی و قصد انجام رفتارهای پرخطر، انجام مداخلات آموزشی با استفاده از راهکارهایی که بر روی افزایش سلامت معنوی تمرکز دارند می تواند گرایش به رفتارهای پرخطر و تبعات جسمی، روانی و اجتماعی را در دانشجویان کاهش دهد.

**واژه های کلیدی:** سلامت معنوی، رفتارهای پرخطر، دانشجویان

**مؤلف مسئول:** طاهره رحیمی، استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، جهرم، جهرم، ایران

E-mail: t\_rahimi20@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۲۸۵۴۸۸۲۴

۱. استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

۲. استادیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

۳. استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۴. دانشجوی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۸

اصلاح: ۱۴۰۲/۰۹/۱۳

دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۲۱

## مقدمه

سلامت معنوی بر جنبه های مختلف سلامتی تاثیر می گذارد و عملکرد اجتماعی و خودکارآمدی را بهبود و امیدواری را افزایش می دهد (۱، ۲). علیرغم عدم وجود ارتباط مستقیم، محققان به طور مداوم بین سلامت معنوی و بهبود سلامت جسمی و روانی، مثل خواب بهتر، فشار خون پایین تر، افسردگی کمتر، استرس کمتر، میزان مرگ و میر پایین تر، ایجاد و تقویت روابط، عزت نفس و شفقت بالاتر، باز بودن برای تجربیات معنوی، پی جویی، مسئولیت نسبت به درد و غم، تمرین پذیرش و قضاوت نکردن ارتباط ثابت یافته اند (۳). افراد دارای سلامت معنوی بهبود یافته، در برابر بیماری و استرس مقاوم تر هستند (۴). معنویت به طور فزاینده ای به عنوان یک منبع مهم برای مقابله با بحران و آسیب شناخته شده است (۵).

از طرفی سلامت معنوی به عنوان یک روش مقابله ای مفید در روانشناسی (۶) مشاهده شده و می تواند کاهش دهنده رفتارهای پرخطر در افراد باشد (۵). رفتارهای پرخطر به مجموعه ای از رفتارها از قبیل سیگار کشیدن، نوشیدن الکل، مصرف مواد مخدر، رابطه جنسی، خودکشی، خشونت و غیره اطلاق می شود که پیامدهای منفی بسیاری، نه تنها برای فرد بلکه برای خانواده و جامعه دارد (۷). به عبارت دیگر، رفتارهای پرخطر رفتارهایی هستند که سلامت و رفاه افراد را به خطر می اندازند (۸).

روزانه، بیش از ۴۵۰۰ نفر در سراسر جهان به دلیل عواقب رفتارهای پرخطر و خشونت جان خود را از دست می دهند (۹). رفتارهای پرخطرگرانه و خشونت همچنین با ایجاد بیماری های غیرواگیر مهم مانند بیماری های قلبی عروقی، بیماری های ریوی، سرطان، دیابت و چاقی ارتباط دارد (۱۰). در نهایت، رفتارهای پرخطر، بر هزینه های مراقبت های بهداشتی تأثیر منفی گذارده و به طور غیرمستقیم رشد اقتصادی را کند نموده و نابرابری را افزایش می دهد (۱۱). در حالی که نرخ سیگار کشیدن در حال کاهش است، شیوع دخانیات جایگزین مانند سیگار الکترونیکی و قلیان رو به افزایش است. در مطالعه پناهی و همکاران، شیوع استعمال دخانیات در بین دانشجویان مورد مطالعه ۱۹ درصد بود (۱۲). در مطالعه ای که در فرانسه استفاده از تنباکو، حشیش

در بین افراد ۱۹ تا ۲۱ ساله بیشترین فراوانی را داشت (۱۳). گزارش ها نشان داده که تقریباً ۵۰ درصد از تمام عفونت های منتقله از راه تماس جنسی جدید در نوجوانان و بزرگسالان جوان یافت شده است (۱۴، ۱۵).

در مطالعه کوتون، بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی ۲۹ درصد باعث کاهش علائم افسردگی شده و ۱۷ درصد از کاهش رفتارهای پرخطر را در دانش آموزان دبیرستانی به خود اختصاص دادند (۱۶). در مطالعه هاتلا و همکاران، نوجوانانی که به مؤلفه های مختلف سلامت معنوی اهمیت می دادند، احتمال مصرف سیگار، مصرف الکل و ماری جوانا و آمیزش جنسی کمتر بود (۱۷). بنابراین توجه به رفتارهای پرخطر و شناسایی عوامل مرتبط با آن بسیار مهم است (۱۸). این مطالعه با هدف تعیین همبستگی سلامت معنوی و قصد انجام رفتارهای پرخطر در دانشجویان علوم پزشکی جیرفت انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی -همبستگی است که در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهر جیرفت در سال ۱۴۰۰ انجام شد. افراد مورد مطالعه با به صورت سرشماری ۶۰۷ نفر وارد مطالعه شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن بالای ۱۸ سال و تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت بود. معیارهای خروج عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه بود. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های استاندارد شده رفتارهای پرخطر و سلامت معنوی استفاده شد. اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنسیت، رشته تحصیلی، تعداد اعضا خانواده، رتبه تولد، شغل پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر، درآمد خانوار، معدل، بومی یا غیر بومی بودن و سکونت در خوابگاه بود. برای سنجش سلامت معنوی پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) استفاده شد، ۱۰ سوال اول آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دوم سلامت وجودی فرد را می سنجد. در این پرسشنامه نمره سلامت معنوی جمع این دو گروه سؤالات سلامت مذهبی و سلامت وجودی است که دامنه ی آن بین ۱۲۰-۲۰ است. پاسخ این سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق دسته بندی شده

آزمون های ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه انجام شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته ها

بیش از ۷۲ درصد از دانشجویان شرکت کننده در مطالعه دختر بود. ۵۶/۳ درصد بومی و ۶۰/۳ درصد ساکن خوابگاه بودند. جدول ۱ وضعیت متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می دهد (جدول ۱).

سلامت معنوی از نظر جنسیت در پسران با میانگین  $74/94 \pm 10/26$  و در دختران با میانگین  $71/58 \pm 10/96$  تفاوت آماری معنی داری داشت ( $p=0/001$ ) بطوری که میانگین سلامت معنوی در دختران بیشتر از پسران بود. همچنین در بین افراد متأهل با میانگین  $73/03 \pm 10/69$  و افراد مجرد با میانگین  $70/15 \pm 11/42$  از نظر آماری تفاوت معنی داری در سلامت معنوی وجود داشت، بطوری که سلامت معنوی افراد متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد بود ( $p=0/013$ ). در مورد میانگین نمره سلامت معنوی و سایر متغیرهای دموگرافیک تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ( $p>0/05$ ). جدول ۲ میانگین سلامت معنوی، مذهبی و وجودی در دانشجویان پسر و دختر را نشان می دهد. طبق نتایج آزمون تی مستقل، تفاوت معنی داری بین دانشجویان دختر و پسر در ابعاد مختلف سلامت معنوی وجود داشت ( $p<0/05$ ) (جدول ۲).

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف رفتارهای پرخطر را در دانشجویان نشان می دهد. طبق این جدول، در تمامی ابعاد رفتارهای پرخطر تفاوت معنی داری بین دانشجویان پسر و دختر وجود دارد ( $p<0/001$ ). (جدول ۳).

جدول ۴ همبستگی بین سلامت معنوی و ابعاد آن با ابعاد مختلف رفتارهای پرخطر در دانشجویان را نشان می دهد. طبق این جدول، ارتباط معکوس و معنی داری بین سلامت معنوی و قصد رفتارهای پرخطر ( $p<0/001$ ) وجود دارد (جدول ۴).

است. (کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم، کاملاً موافقم) در سوالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰ کاملاً موافقم نمره ی ۶ و سوالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۸ کاملاً مخالفم نمره ی ۶ گرفته است. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته ی پائین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی شد. این پرسشنامه توسط فراهانی نیا و همکاران در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا گردیده است و روایی آن مورد تایید و پایایی آن برابر با  $r=0/82$  گزارش شده است (۱۹).

برای سنجش رفتارهای پرخطر از پرسشنامه از پیش طراحی شده رفتارهای پرخطر استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۸ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان خطرپذیری در نوجوانان از ابعاد مختلف شامل گرایش به الکل، گرایش به سیگار، گرایش به خشونت، گرایش به رابطه و رفتار جنسی، گرایش به رابطه با جنس مخالف، گرایش به رانندگی خطرناک است. شیوه نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه ای بود که شامل گزینه های کاملاً مخالف، مخالف، نه مخالف نه موافق، موافق و کاملاً موافق است. امتیازات بالاتر در هر بعد نشان دهنده تمایل بالاتر فرد پاسخ دهنده به آن بعد خواهد بود و برعکس. در این پرسشنامه بعد گرایش به مواد مخدر دارای ۸ سؤال (سوالات ۱ تا ۸)، گرایش به الکل با ۶ سؤال (سوالات ۹ تا ۱۴)، گرایش به سیگار با ۵ سؤال (سوالات ۱۵ تا ۱۹)، گرایش به خشونت، با ۵ سؤال (سوالات ۲۰ تا ۲۴)، گرایش به رابطه و رفتار جنسی با ۴ سؤال (سوالات ۲۵ تا ۲۸)، گرایش به رابطه با جنس مخالف با ۵ سؤال (سوالات ۲۹ تا ۳۲) و بعد گرایش به رانندگی خطرناک از ۶ سؤال (سوالات ۳۳ تا ۳۸) تشکیل شده است. (در مجموع ۳۸ سؤال)، به هر سؤال نمره ای بین ۱ تا ۵ اختصاص می یابد. نمره کلی این پرسشنامه از ۳۸ تا ۱۹۱ است. امتیازات بالاتر نشان دهنده میزان خطرپذیری بالاتر نوجوان پاسخگو بود و برعکس. در پژوهش زاده محمدی و همکاران (۱۳۹۰) روایی و پایایی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفت (۲۰). برای تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ با استفاده از

جدول ۱. وضعیت دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

| متغیر               |                   | تعداد | درصد | متغیر            |               | تعداد | درصد |
|---------------------|-------------------|-------|------|------------------|---------------|-------|------|
| جنس                 | مرد               | ۱۷۲   | ۲۸/۳ | تحصیلات پدر      | بی سواد       | ۲۷    | ۴/۴  |
|                     | زن                | ۴۳۵   | ۷۱/۷ |                  | ابتدایی       | ۱۳۰   | ۲۱/۴ |
| معدل                | کمتر از ۱۴        | ۱۴    | ۲/۳  |                  | راهنمایی      | ۱۵۳   | ۲۵/۲ |
|                     | ۱۴-۱۶/۹۹          | ۲۵۹   | ۴۲/۷ |                  | دیپلم         | ۱۶۰   | ۲۶/۴ |
|                     | ۱۷-۲۰             | ۳۳۴   | ۵۵   |                  | دانشگاهی      | ۱۳۷   | ۲۲/۶ |
| تعداد اعضای خانواده | کمتر از ۳ نفر     | ۳۳    | ۵/۴  | تحصیلات مادر     | بی سواد       | ۶۶    | ۱۰/۹ |
|                     | ۳-۵ نفر           | ۴۲۷   | ۷۰/۳ |                  | ابتدایی       | ۱۰۸   | ۱۷/۸ |
|                     | بیش از ۵ نفر      | ۱۴۷   | ۲۴/۲ |                  | راهنمایی      | ۱۴۲   | ۲۳/۴ |
| متوسط درآمد خانواده | کمتر از ۱۰ میلیون | ۴۸۰   | ۷۹/۱ |                  | دیپلم         | ۱۳۷   | ۲۲/۶ |
|                     | ۱۰-۲۰ میلیون      | ۱۱۰   | ۱۸/۱ |                  | دانشگاهی      | ۱۵۴   | ۲۵/۴ |
|                     | بالای ۲۰ میلیون   | ۱۷    | ۲/۸  | وضعیت سکونت      | بومی          | ۲۶۵   | ۴۳/۷ |
| شغل پدر             | کارمند            | ۱۶۵   | ۲۷/۲ |                  | غیربومی       | ۳۴۲   | ۵۶/۳ |
|                     | شغل آزاد          | ۳۵۶   | ۵۸/۶ | سکونت در خوابگاه | بلی           | ۳۶۶   | ۶۰/۳ |
|                     | بازنشسته          | ۳۶    | ۵/۹  |                  | خیر           | ۲۴۱   | ۳۹/۷ |
|                     | سایر              | ۵۰    | ۸/۲  | وضعیت تأهل       | متاهل         | ۱۰۵   | ۱۷/۳ |
| شغل مادر            | کارمند            | ۹۶    | ۱۵/۸ |                  | مجرد          | ۵۰۲   | ۸۲/۷ |
|                     | شغل آزاد          | ۱۷    | ۲/۸  | رتبه تولد        | اول           | ۲۷۱   | ۴۴/۶ |
|                     | خانه دار          | ۴۵۴   | ۷۴/۸ |                  | دوم           | ۱۵۳   | ۲۵/۲ |
|                     | بازنشسته          | ۳۰    | ۴/۹  |                  | سوم           | ۵۲    | ۸/۶  |
|                     | سایر              | ۱۰    | ۱/۶  |                  | چهارم و بیشتر | ۱۳۱   | ۲۱/۶ |

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت معنوی در دانشجویان دختر و پسر

| نام متغیر   | پسر         | دختر        | کل          | حد اقل و حداکثر<br>نمره قابل<br>اکتساب | معنی داری* |
|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------------------|------------|
|             |             |             |             |                                        |            |
| سلامت مذهبی | ۳۶/۹۳±۶/۷۴  | ۳۹/۰۹±۶/۶۰  | ۳۸/۴۸±۶/۲۴  | ۱۰-۶۰                                  | ۰/۰۲۸      |
| سلامت وجودی | ۳۳/۲۱±۵/۹۶  | ۳۴/۳۹±۵/۷۳  | ۳۸/۴۰±۵/۸۲  | ۱۰-۶۰                                  | ۰/۰۰۰      |
| سلامت معنوی | ۷۰/۱۵±۱۰/۲۱ | ۷۳/۴۸±۱۰/۷۰ | ۷۲/۵۳±۱۰/۸۶ | ۲۰-۱۲۰                                 | ۰/۰۰۰      |

\* تی مستقل

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ابعاد رفتارهای پرخطر در دانشجویان

| نام متغیر                   | پسر                        | دختر                       | کل                         | حداقل و حداکثر<br>نمره قابل اکتساب | معنی داری * |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------|
|                             | میانگین $\pm$ انحراف معیار | میانگین $\pm$ انحراف معیار | میانگین $\pm$ انحراف معیار |                                    |             |
| گرایش به مواد مخدر          | ۱۴/۳۷ $\pm$ ۷/۷۰           | ۹/۲۲ $\pm$ ۲/۲۳            | ۱۰/۶۸ $\pm$ ۵/۰۷           | ۴۰-۸                               | <۰/۰۰۱      |
| گرایش به الکل               | ۱۱/۹۰ $\pm$ ۶/۴۹           | ۷/۵۵ $\pm$ ۲/۷۶            | ۸/۷۸ $\pm$ ۴/۶۰            | ۲۰-۶                               | <۰/۰۰۱      |
| گرایش به سیگار              | ۸/۸۶ $\pm$ ۵/۰۳            | ۵/۸۹ $\pm$ ۲/۰۳            | ۶/۷۰ $\pm$ ۳/۴۳            | ۲۵-۵                               | <۰/۰۰۱      |
| گرایش به خشونت              | ۱۰/۵۵ $\pm$ ۵/۱۸           | ۷/۷۴ $\pm$ ۳/۴۹            | ۸/۵۴ $\pm$ ۴/۲۳            | ۲۵-۵                               | <۰/۰۰۱      |
| گرایش به رابطه و رفتار جنسی | ۹/۲۵ $\pm$ ۴/۹۰            | ۵/۴۳ $\pm$ ۲/۷۹            | ۶/۵۳ $\pm$ ۳/۹۲            | ۲۰-۴                               | <۰/۰۰۱      |
| گرایش به رابطه با جنس مخالف | ۱۰/۴۵ $\pm$ ۴/۳۶           | ۷/۲۹ $\pm$ ۳/۸۴            | ۸/۱۹ $\pm$ ۴/۲۴            | ۲۵-۵                               | <۰/۰۰۱      |
| گرایش به رانندگی خطرناک     | ۱۴/۶۷ $\pm$ ۶/۱۳           | ۱۱/۹۷ $\pm$ ۵/۱۳           | ۱۲/۷۴ $\pm$ ۵/۵۶           | ۳۰-۶                               | <۰/۰۰۱      |
| قصد رفتارهای پرخطر          | ۷۹/۹۸ $\pm$ ۳۲/۹۱          | ۵۵/۰۳ $\pm$ ۱۵/۵۹          | ۶۲/۱۸ $\pm$ ۲۴/۶۹          | ۱۹۰-۳۸                             | <۰/۰۰۱      |

\* تی مستقل

جدول ۴. وضعیت ارتباط بین سلامت معنوی، مذهبی، وجودی و رفتارهای پرخطر

| نام متغیر   | گرایش به<br>مواد مخدر | گرایش به الکل | گرایش به<br>سیگار | گرایش به<br>خشونت | گرایش به<br>رابطه و رفتار<br>جنسی | گرایش به<br>رابطه با جنس<br>مخالف | گرایش به<br>رانندگی<br>خطرناک | قصد رفتارهای<br>پرخطر |
|-------------|-----------------------|---------------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| سلامت معنوی | -۰/۰۷۸                | -۰/۱۲۸*       | -۰/۱۳۶*           | -۰/۲۰۲*           | -۰/۱۲۸*                           | -۰/۱۱۸*                           | -۰/۱۴۲*                       | -۰/۱۶۵*               |
| سلامت مذهبی | -۰/۰۳۹                | -۰/۰۷۶        | -۰/۰۸۶*           | -۰/۱۴۹            | -۰/۰۳۹                            | -۰/۰۴۸                            | -۰/۱۲۷*                       | -۰/۰۹۹*               |
| سلامت وجودی | -۰/۰۸۵*               | -۰/۱۲۷*       | -۰/۱۴۱*           | -۰/۱۷۸*           | -۰/۱۵۶*                           | -۰/۱۲۵*                           | -۰/۱۱۸*                       | -۰/۱۶۷*               |

\* P-value &lt;0.05

## بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، همبستگی معکوس و معنی داری بین سلامت معنوی و قصد رفتارهای پرخطر در بین دانشجویان مورد مطالعه وجود دارد. مطالعه هاتلا و همکاران بر روی نوجوانان کانادایی نشان داد که نوجوانانی که به مؤلفه‌های مختلف سلامت معنوی اهمیت می‌دهند، احتمال مصرف سیگار، مصرف الکل و ماری‌جوانا و آمیزش جنسی را به میزان کمتری گزارش نموده‌اند (۱۷). همچنین کالی بار و همکاران در مطالعه خود بر روی دانشجویان نشان دادند که بین سلامت معنوی دانشجویان و رفتارهای پرخطر آنها همبستگی منفی و معناداری وجود داشت (۲۱). برخی دیگر از مطالعات تأثیر مثبت معنویت را بر سلامت جسمانی، سلامت روان و همچنین بر سایر پیامدهای سلامتی مثبت مانند بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، مهارت‌های مقابله، بهبودی از بیماری روانی، یا کاهش رفتارهای مرتبط با اعتیاد یا خودکشی نشان داده‌اند (۲۲، ۲۳). متخصصان بهداشت عمومی در تلاش هستند تا مکانیسم‌های مرتبط با رفتارهای پرخطر جوانان را درک کرده و سپس به تدوین و اجرای سیاستهای عمومی سلامت برای کاهش تبعات این رفتارها بپردازند. در این راستا نتایج برخی از مطالعات پیشنهاد می‌کنند که سلامت معنوی برای افزایش رفتارهای مرتبط با سلامتی در بین بزرگسالان در مداخلات ارتقاء سلامت گنجانده شود. به عنوان مثال کاروین و همکاران نشان دادند برای ترویج رفتارهای سالم می‌توان پیام‌های مثبت در مورد سلامتی را با اصول معنوی ترکیب کرد (۲۴). پوچلاسکی و همکاران پیشنهاد کردند تا معنویت در مراقبت‌های بالینی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی گنجانده شود و به عنوان بخشی از مراقبت‌های بالینی معمول در نظر گرفته شود (۲۵).

طبق یافته‌های مطالعه حاضر وضعیت دانشجویان دختر و پسر در ابعاد سلامت مذهبی، سلامت وجودی و سلامت معنوی به طور معنی داری متفاوت بود و دختران در تمامی ابعاد، نمرات بالاتری را گزارش کردند که مشابه با برخی مطالعات انجام شده در این زمینه است (۲۶). البته برخی شواهد نیز وجود دارند که نشان می‌دهند سلامت معنوی در دانشجویان دختر و پسر تفاوتی ندارد (۲۷). نتایج مطالعه جعفری و

همکاران نشان می‌دهد که سلامت روحی و وجودی در دختران دانشجو به طور معناداری بیشتر از پسران بود، آنها همچنین اشاره کردند که سلامت مذهبی و وجودی یک متغیر مهم در پیش بینی سلامت روان افراد است و باید به آن توجه شود (۲۸). از آنجایی که ممکن است زنان در طول چرخه زندگی با شرایط استرس‌زا مواجهه‌ی بیشتری داشته باشند تقویت سلامت معنوی می‌تواند سازگاری فرد را با شرایط پیش آمده افزایش دهد. بنابراین مداخلات مدیریت استرس به ویژه در زنان، می‌تواند از راهکارهای افزایش سلامت معنوی باشد. دیگر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد در تمامی ابعاد رفتارهای پرخطر (گرایش به مواد مخدر، الکل، سیگار، خشونت، رفتارجنسی، رابطه با جنس مخالف و رانندگی پرخطر) تفاوت معنی داری بین دانشجویان پسر و دختر وجود دارد و مردان در تمامی ابعاد، میانگین نمرات بالاتری را گزارش کرده‌اند که در مطالعات دیگر نیز مشابه این نتایج به دست آمده است (۲۹، ۳۰).

یافته‌های یک مطالعه مبتنی بر وب انجام شده توسط شاکری و همکاران بر روی دانشجویان ایرانی نشان داد حدود ۱۸ درصد از پسران و ۱/۵ درصد از دختران در ردیف پرخطر قرار داشتند. سیگار کشیدن ۱۸/۵ درصد و سوء مصرف مواد ۸/۳ درصد بیشترین و کمترین رفتارهای پرخطر در بین دانشجویان بود. پسران دانشجو بیش از دختران در گروه پرخطر برای رفتارهای مخاطره آمیز قرار داشتند و بر نیاز به مداخلات پیشگیرانه برای این گروه از جوانان توصیه شده است (۳۱).

با توجه به وجود همبستگی بین رفتارهای پرخطر و سلامت معنوی، در جوامعی مانند ایران که زمینه‌های فرهنگی و مذهبی غنی دارند، مداخلات سلامت معنوی که راه حل‌های جایگزینی برای کاهش تمایل و یا قصد شرکت در رفتارهای مخاطره آمیز را دنبال کنند می‌توانند کمک کننده باشد. دیگر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد سلامت معنوی بین افراد متأهل و مجرد تفاوت آماری معنی داری داشت، بطوری که سلامت معنوی افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود. مطالعه فرشادینیا و همکاران نشان داد دختران و دانشجویان متأهل از سلامت معنوی بالاتری نسبت به پسران و افراد مجرد برخوردارند، در حالی که سایر متغیرهای جمعیت

بینی کرد، انجام مداخلات آموزشی و غیرآموزشی در سلامت معنوی بخصوص در دانشجویان پسر می تواند رفتارهای پرخطر و تبعات جسمی، روانی و اجتماعی آن را کاهش دهد. در این زمینه استفاده از پتانسیل و نقش الگویی اساتید، پتانسیل همسالان فعال در حوزه های مذهبی و دینی می توان استفاده کرد. همچنین تشکیل کارگروه مشترک سلامت معنوی در معاونت های دانشگاه بخصوص با درگیر کردن معاونت های فرهنگی- دانشجویی، آموزش و تحقیقات برای شناسایی رفتارهای پرخطر در دانشجویان و تدوین استراتژی های علمی برای انجام مداخلات سلامت معنوی در جهت کاهش رفتارهای پرخطر و عواقب ناشی از آن می تواند مفید باشد. پیشنهاد می شود پژوهشهای مداخله ای برای تعیین میزان مداخله سلامت معنوی بر رفتارهای پرخطر در دانشجویان انجام شود.

### سپاسگزاری

این طرح تحقیقاتی با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جیرفت با کد اخلاق IR.JMU.REC.1400.051 انجام شد. بدینوسیله از این معاونت و تمامی دانشجویان شرکت کننده در مطالعه که نویسندگان را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

### References

1. Ali J, Marhemat F, Sara J, Hamid H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holistic nursing practice*. 2015;29(3):128-35.
2. Sasan Vasegh, David H. Rosmarin, Harold G. Koenig, Rachel E. Dew, Raphael M. Bonelli, "Religious and Spiritual Factors in Depression", *Depression Research and Treatment*, 2012; 2(1) 1-3 .
3. Fatima S, Rabbani A, Gul R. Linguistic Validation of the Spiritual Health Assessment Scale (SHAS). *Multicultural Education*. 2022;8(4):1-8.
4. Hedayati E, Hazrati M, Momen Nasab M, Shokoohi H, Afkari F. The relationship between spiritual well-being and anxiety of aged people

شناختی مانند سن، تحصیلات، موقعیت شغلی و محل سکونت نمی تواند میزان سلامت معنوی دانشجویان را پیش بینی نمایند (۳۲).

راقوویر و همکاران در مطالعه خود بر روی دانشجویان پزشکی هندی نشان دادند بین سلامت معنوی و سطح تحصیلات پدر ارتباط معنی داری مشاهده شد، آنها همچنین اشاره می کنند سلامت معنوی نیز با زندگی در یک خانواده هسته ای مرتبط است (۳۳). این موارد نشان دهنده نقش خانواده در شکل گیری سلامت معنوی در جوانان است. والدین با پیش زمینه های فرهنگی، اجتماعی و آموزشی، خود نقش مهمی در بهبود ابعاد مختلف سلامتی فرزندان ایفا می کنند. خانواده می تواند با آموزش سلامت معنوی به عنوان یک نیروی محافظتی برای جوانان در پیشگیری از اقدام به رفتارهای پرخطر عمل کنند. از محدودیت های مطالعه حاضر استفاده از پرسشنامه های خود گزارش شده است که از آنجایی که افراد ممکن است درک متفاوتی از تعریف سلامت معنوی داشته باشند، به سوالات بر اساس تجربیات و تفسیر شخصی خود پاسخ دهند.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه مبنی بر ارتباط معکوس بین سلامت معنوی و رفتارهای پرخطر و همچنین وضعیت مطلوب تر سلامت معنوی و سطح پایین تر رفتارهای پرخطر در دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر می توان پیش

admitted in coronary care units. *Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11(3):432-9.

5. Moallemi S. Spiritual intelligence and high risk behaviors. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2014; 3(1):1-3.

6. Hatefi M, Vaisi-Raygani A, Borji M, Tarjoman A. Investigating the relationship between religious beliefs with care burden, stress, anxiety, and depression in caregivers of patients with spinal cord injuries. *Journal of religion and health*. 2020; 59:1754-65.

7. Marlatt GA, Larimer ME, Witkiewitz K, editors. *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford Press; 2011 Dec 1.

8. Rahmani M, Ghasemi V, Hashemianfar A. Investigation of the effect of social relations on

high-risk behaviors of adolescents of Bojnourd city, Iran. *Journal of Applied sociology*. 2016;27(1):1-26.

9.Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(7):830-42.

10.Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2012;9(11):e1001349.

11.Sumner SA, Mercy JA, Dahlberg LL, Hillis SD, Kleven J, Houry D. Violence in the United States: status, challenges, and opportunities. *Jama*. 2015;314(5):478-88.

12.Panahi R, Ghaderi N, Latifi A, Rezaei Z. Prevalence of smoking and its related factors among Iranian adolescents. *Journal of Substance Use*. 2022;1-6.

13. Melchior M, Chastang J-F, Goldberg P, Fombonne E. High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: results from the GAZEL Youth study. *Addictive behaviors*. 2008; 33(1):122-33.

14. Forhan SE, Gottlieb SL, Sternberg MR, Xu F, Datta SD, McQuillan GM, et al. Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics*. 2009; 124(6):1505-12.

15.Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MCB, et al. Sexually transmitted infections among US women and men. *Sexually transmitted diseases*. 2013; 40(3):187-93.

16. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of adolescent health*. 2005;36(6):529.

17.Hatala A, McGavock J, Michaelson V, Pickett W. Low risks for spiritual highs: Risk-taking behaviours and the protective benefits of spiritual health among Saskatchewan adolescents. *Paediatrics & Child Health*. 2021; 26(2):e121-e8.

18.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.

19.Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives. *Iran Journal of Nursing*. 2006;18(44):7-14.

20. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescent's risk-taking scale. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2011; 17(3).

21.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 Dec 10; 2(4):203-9.

22. Lun VM-C, Bond MH. Examining the relation of religion and spirituality to subjective well-being across national cultures. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2013; 5(4):304.

23. Unterrainer H-F, Lewis AJ, Fink A. Religious/spiritual well-being, personality and mental health: A review of results and conceptual issues. *Journal of religion and health*. 2014; 53:382-92.

24. Karvinen KH, Carr LJ. Does the perception that God controls health outcomes matter for health behaviors? *Journal of Health Psychology*. 2014; 19(4):521-30.

25.Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*. 2009; 12(10):885-904.

26. Safayi RI, Karimi L, Shomoossi N, AHMADI TM. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2010; 17 (4): 270-276.

27. Abdolkarimi M, Masoomi M, Lotfipour SS, Zakeri MA. The relationship between spiritual health and happiness in medical students during the COVID-19 outbreak: A survey in southeastern Iran. *Frontiers in psychology*. 2022; 13:974697.

28.Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5:1477-81.

29. Korn L, Bonny-Noach H. Gender differences in deviance and health risk behaviors among young-adults undergraduate students. *Substance Use & Misuse*. 2018; 53(1):59-69.
30. Rehman R, Zafar A, Mohib A, Baig M. A gender-based comparison in health behaviors and state of happiness among university students. *Cureus*. 2018; 10(3).
31. Shekari F, Habibi P, Nadrian H, Mohammadpoorasl A. Health-risk behaviors among Iranian university students, 2019: a web-based survey. *Archives of Public Health*. 2020; 78(1):1-6.
32. Farshadnia E, Borji M, Sadighpour M, Khorrami Z, Memaryan N. The role of demographic factors in the spiritual health of the students of Iran University of medical sciences. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2020;14(1):1-5.
33. Raghuveer P, Bhatia R, Motappa R, Sachith M. A cross-sectional study on assessment of spiritual health and its associated factors among undergraduate students in a medical college in Mangalore, Karnataka. 2022; 11:1546.



## The Correlation between Spiritual Well-being and the Intention to Engage in Risky Behaviors among Students at Jiroft University of Medical Sciences

Reza Faryabi<sup>1</sup>, Salman Danshi<sup>2</sup>, Tahereh Rahimi<sup>3\*</sup>, Parisa Ravaei<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background and purpose:** The significance of spiritual well-being, particularly in relation to preventing health-threatening behaviors and adhering to health maintenance, has garnered attention, especially among the youth. The aim of this study was to determine the correlation between spiritual well-being and the intention to engage in risky behaviors among students at Jiroft University of Medical Sciences in the year 2021.

**Methods:** This study employed a descriptive-correlational design and was conducted using a census method on 608 students. The data collection tools included standardized questionnaires on risky behaviors and spiritual well-being.

**Results:** More than 72% of the participating students were female. The mean of spiritual well-being were  $86.10 \pm 53.72$ . There were significant differences in the dimensions of religious health, existential health, and spiritual health between female and male students ( $p < 0.001$ ). The mean of risky behaviors were  $69.24 \pm 18.62$ , with male students scoring higher in all risky behaviors ( $p < 0.001$ ). A significant inverse correlation was found between spiritual well-being and the intention to engage in risky behaviors ( $r = -0.165$ ,  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Considering the inverse correlation between spiritual well-being and the intention to engage in risky behaviors, educational interventions focusing on enhancing spiritual well-being may reduce the inclination toward risky behaviors and their physical, psychological, and social consequences among students.

**Keywords:** Spiritual well-being, Risky behaviors, Students

**Corresponding author:** Tahereh Rahimi

E-mail address: t\_rahimi20@yahoo.com

1. Assistant Professor of Health Education and Promotion, Department of Public Health, School of Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran

2. Assistant Professor of Epidemiology, Department of Public Health, School of Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran

3. Assistant Professor of Health Education and Promotion, Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

4. Student of Public Health, Student Research Committee, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.

**Received:** 12.11.2023

**Revised:** 04.12.2023

**Accepted:** 09.12.2023