

رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان

حمید رحیمی*

۱. دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران.

*نویسنده مسئول: dr.hamid.rahimi@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۰؛ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۲۹

چکیده

مقدمه: معنویت به عنوان یک نیروی قوی در مرکز زندگی انسان قرار دارد و با احساس خوب داشتن و رضایت از زندگی پیوند خورده است. داشتن سلامت معنوی و نگرش دینی موجب رضایتمندی از زندگی، به خصوص در دانشجویان پرستاری که در مراقبت از بیماران نقش دارند، می شود. هدف این مطالعه، بررسی رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان بود.

روش: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۱۷۶ دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان که از بین ۳۲۶ نفر به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شده بودند، انجام شد. جهت گردآوری داده ها از پرسش نامه استاندارد نگرش دینی، مقیاس رضایت از زندگی و پرسش نامه سلامت معنوی الیسون استفاده شد. پایایی پرسش نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای نگرش دینی ۰/۸۳ و رضایت از زندگی ۰/۸۱ و سلامت معنوی ۰/۸۶ برآورد گردید. تحلیل داده ها در سطح آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین نگرش دینی ($14/4 \pm 47/0$) بالاتر از حد متوسط، میانگین سلامت معنوی ($47/56 \pm 6/5$) در سطح متوسط و میانگین رضایت از زندگی ($24/27 \pm 11/3$) بالاتر از متوسط می باشد. نتایج حاصل از آزمون همبستگی حاکی از این بود که بین نگرش دینی و رضایت از زندگی و بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت وجود دارد؛ اما این ارتباط از نظر آماری غیرمعنادار است.

نتیجه گیری: نگرش دینی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری با یکدیگر ارتباط دارند.

واژگان کلیدی: نگرش دینی، رضایت از زندگی، سلامت معنوی، دانشجویان پرستاری.

مقدمه

دانشگاه‌ها به‌عنوان یک نهاد مهم و حساس آموزشی به‌موازات کارکردهای علمی و تخصصی خود، نمی‌توانند نسبت به رشد ارزش‌های دینی و اخلاقی دانشجویان بی‌تفاوت باشند. تأکید بر ایجاد و رشد نگرش‌های دینی و تقویت سلامت معنوی دانشجویان از اهمیتی خاص برخوردار است (۱). داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زاه، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و احساس تعلق داشتن به منبعی والا، از روش‌هایی هستند که افراد مذهبی، با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کمتری را متحمل شوند (۲).

کارکرد دین، حل مشکلات ارزشی و در نتیجه، معنادار کردن زندگی انسان است (۳). از این منظر، مذهب همواره به‌لحاظ روان‌شناختی به فرد امید نشاط و نوید رستگاری می‌دهد (۴). دین در کاهش آثار منفی فشارهای روانی زندگی مؤثر است و واجد کارکردهای مهمی همچون احساس امید، احساس نزدیک‌بودن به دیگران، آرامش هیجانی، فرصت خودشکوفایی، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکلات مختلف می‌باشد (۵). نگرش دینی دارای چهار بعد اعتقادی، تجربی، پیامدی و مناسکی است. بعد اعتقادی، ناظر به نگرش‌هایی است که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آن‌ها اعتقاد داشته باشند. بعد تجربی، ناظر بر عواطف و احساسات مربوط به داشتن رابطه با جوهری روحانی همچون خداست. بعد پیامدی، ناظر به تأثیر نگرش‌ها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان آن دین است. بعد مناسکی شامل اعمال دینی مشخصی همچون عبادت، نماز، شرکت در آیین‌های دینی خاص، روزه‌گرفتن و مانند این‌هاست (۶).

سلامت معنوی به‌عنوان جدیدترین بعد سلامت در کنار ابعاد سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است (۷). بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی‌توانند حداکثر عملکرد موردنظر را داشته باشند (۸). سلامت معنوی را این‌گونه تعریف کرده‌اند: کیفیت ذاتی و اصلی انسانی که دربرگیرنده باور به چیزی بزرگ‌تر از خود بوده و ایمان به اینکه به‌طور قطع، زندگی را تأیید و تصدیق می‌کند (۹). سلامت معنوی از ابعاد بنیادین سلامت و بهزیستی و نیروی هماهنگ‌کننده و تکمیل‌کننده سایر ابعاد سلامت انسان است (۱۰). سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی

ماورایی و نیز فطرت تعریف می‌کنند که در صورت دارا بودن آن، فرد احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش و توازن درونی می‌کند و دارای هدف و جهت زندگی می‌شود (۱۱). همچنین سلامت معنوی را می‌توان با در نظر گرفتن اجزایی چون ارتباط مناسب با دیگران، زندگی هدفمند و معنادار و نیز اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (۱۲).

نتایج مطالعات متنوع حاکی از ارتباط گسترده رضایت از زندگی با تعدادی از رفتارها و حالات روان‌شناختی مهم از جمله افسردگی، عزت نفس و امید است (۱۳). رضایت از زندگی با عواملی همچون دین‌داری، تنش شغلی، خود کارآمدی، آرزوی شغلی، وضعیت افسردگی، سلامتی، شادکامی، اضطراب، انجام مناسک مذهبی، دوستی و بندگی خدا، عوامل شخصیتی، درآمد، طبقه اجتماعی، خوش‌بینی و تعامل اجتماعی ارتباط دارد (۱۴).

Carr (۲۰۰۳) اشاره می‌کند که هرچه محیط زندگی لذت‌بخش‌تر باشد، شادکامی و رضایت از زندگی نیز بیشتر است (۱۵). مظفری‌نیا و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند سلامت معنوی دانشجویان با شادکامی آن‌ها رابطه مثبت و معناداری دارد (۱۶). عصاررودی و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری، در محدوده متوسط قرار دارد و با یکدیگر ارتباط دارند (۱۷). طاهری‌خرامه و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند بین سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی بیماران ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد (۱۸). کشاورز و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند رضایت از زندگی هم‌بستگی مثبت معنادار با نگرش به اصول دین، انجام مناسک مذهبی و دوستی و بندگی خدا دارد (۱۹). عادل و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که سبک زندگی اسلامی و شادکامی، با رضایت از زندگی، هم‌بستگی مثبت و معناداری دارند (۲۰). بالجانی و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی و امید، با کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنادار داشتند (۲۱).

به‌طور کلی می‌توان گفت مذهب و معنویت حداقل از سه طریق بر رضایت از زندگی فرد، اثر می‌گذارد: اول اینکه مذهب، احساس معنادار بودن به زندگی انسان می‌دهد. دوم اینکه اصول و احکام مذهبی، یک سبک سالم برای زندگی پیشنهاد می‌کنند و سوم اینکه انسان‌ها با شرکت در مراسم‌های جمعی دینی هم از حمایت سایرین برخوردار

Glock & Stark، با اسلام شیعی تطبیق داده و متناسب شده است (۶). نمره‌گذاری آن بر مبنای مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم، ۵؛ موافقم، ۴؛ نظری ندارم، ۳؛ مخالفم، ۲ و کاملاً مخالفم، ۱ می‌باشد. با توجه به اینکه مقیاس آن ۵ درجه‌ای است، میانگین فرضی ۳ در نظر گرفته شد. به نحوی که میانگین به دست‌آمده بالاتر از ۳ بیانگر وضعیت نگرش دینی مطلوب و پایین‌تر از ۳ نامطلوب است. روایی پرسش‌نامه به صورت محتوایی توسط کارشناسان تأیید شد. پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ، به طور کلی ۰/۸۳ و به تفکیک برای ابعاد اعتقادی ۰/۷۷، تجربی ۰/۷۴، پیامدی ۰/۶۹ و مناسکی ۰/۸۱ به دست آمد.

ب) مقیاس رضایت از زندگی (Satisfaction (SWLS with Life Scale: این مقیاس دارای ۵ سؤال بسته، پاسخ به صورت طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بود. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۷ و به کاملاً مخالفم نمره ۱ داده شد. دامنه تغییر نمرات بین ۵ تا ۳۵ و نقطه برش ۲۰ بود که با افزایش نمره، میزان رضایت از زندگی افزایش می‌یابد. این مقیاس در بیش از ۴۰۰۰ مطالعه در کشورهای مختلف و در گروه‌های متعدد مانند کودکان، دانشجویان، بزرگسالان و سالمندان مورد استفاده قرار گرفته است (۲۴). در پژوهش واحدی و اسکندری، روایی سازه مقیاس از طریق روایی هم‌گرا با پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). پایایی پرسش‌نامه در مطالعه عسگری ۰/۸۳ و گنجی و فراهانی ۰/۸۴ بیان شده است. پایایی پرسش‌نامه در تحقیق حاضر از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد (۲۶-۲۷).

ج) پرسش‌نامه سلامت معنوی الیسون شامل ۲۰ سؤال لیکرتی به صورت کاملاً موافقم، موافقم، بدون نظر، مخالفم و کاملاً مخالفم است. به هریک از پاسخ‌ها نمره ۱ تا ۵ داده می‌شود و دامنه نمرات سلامت معنوی بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. برای زیر گروه‌های سلامت معنوی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده، صورت می‌گیرد. در عبارت‌های با فعل مثبت، پاسخ‌های کاملاً موافق (نمره ۵) و کاملاً مخالف (نمره ۱) داده شد. در نهایت، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۸۰) و بالا (۸۱-۱۰۰) تقسیم‌بندی شد. هرچه نمره به دست‌آمده بالاتر باشد، نشانه سلامت معنوی بالاتری است. پایایی این پرسش‌نامه در ایران مورد تأیید قرار گرفته (۱۲) و الیسون، پایایی آن را با استفاده از

می‌شوند و هم به سرمایه اجتماعی خویش افزوده و رضایت‌مندی بیشتری کسب می‌کنند (۲۲). آشنابودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه، مشکلات خانوادگی، مشکلات رفت‌وآمد و ناسازگاری با سایر دانشجویان در محیط خوابگاه و ناکافی بودن تسهیلات رفاهی و اقتصادی و مشکلاتی نظیر آن‌ها، از جمله شرایطی هستند که می‌توانند سبب ایجاد نارضایتی از شرایط زندگی در دانشجویان و در نهایت سبب افت عملکرد تحصیلی شوند. در این بین، دانشجویان رشته پرسترس پرستاری، علاوه بر استرس محیط آموزشی و خوابگاهی، در معرض استرس‌های محیط بالینی نیز قرار دارند (۲۳) که آن‌ها را در معرض بروز اختلالات جسمی و روحی قرار می‌دهد. به دلیل اهمیت وجود نگرش‌ها و نگرش‌های دینی و سلامت معنوی پرستاران و تأثیر آن بر کیفیت ارائه مراقبت‌های درمانی و نیز کمبود پژوهش‌های مرتبط با رضایت از زندگی و فقدان پژوهش‌های مرتبط با سلامت معنوی به عنوان مقوله‌ای نوین، این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد.

روش

این مطالعه توصیفی تحلیلی با هدف تعیین رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان پرستاری مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد به تعداد ۳۲۶ نفر بودند. ابتدا یک مطالعه مقدماتی روی ۳۰ نفر از دانشجویان پرستاری انجام شد و بعد از استخراج داده‌های مربوطه و پیش‌برآورد واریانس، حجم نمونه آماری پژوهش با استفاده از فرمول کوکران و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم ۱۷۶ نفر برآورد شد؛ به طوری که از ۲۶۵ نفر دانشجوی کارشناسی، ۱۴۳ دانشجو و از ۶۱ نفر دانشجوی کارشناسی ارشد، ۳۳ دانشجو به عنوان نمونه انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه استفاده شد: الف) پرسش‌نامه استاندارد نگرش دینی: این پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال است که چهار بعد دین‌داری (اعتقادی، تجربی، پیامدی و مناسکی) را می‌سنجد و بر اساس مدل

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش نموده است (۲۸). پایایی پرسش‌نامه در تحقیق حاضر ۰/۸۷ برآورد گردید.

پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی کاشان و ارائه آن به مدیران و مسئولان حراست، اجازه‌نامه کتبی جهت اجرای پژوهش دریافت نمود. در این پژوهش پس از کسب رضایت آگاهانه از دانشجویان پرسش‌نامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار داده شد. بعد از انتخاب دانشجویان و قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها، توضیحات مختصری درباره هدف پژوهش، ضرورت همکاری صادقانه و چگونگی پاسخ‌دهی به سؤالات داده شد. محقق متذکر شد که نیازی به ذکر نام و مشخصات نیست. هر دانشجو به‌طور مستقل به سؤالات پاسخ می‌داد و هیچ محدودیت زمانی خاصی برای پاسخ‌گویی به سؤالات وجود نداشت. ترتیب توزیع پرسش‌نامه به صورت تصادفی ساده بود و مدت زمانی که صرف پاسخ‌دهی پرسش‌نامه‌ها می‌شد، به‌طور تقریبی بین ۲۵ تا ۳۰ دقیقه بود.

اطلاعات جمع‌آوری شده به کمک روش‌های آماری در دو بخش توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تی تک نمونه‌ای جهت مقایسه میانگین نمونه با میانگین نظری جامعه، ضریب هم‌بستگی پیرسون جهت تعیین رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی و رگرسیون جهت پیش‌بینی رضایت از زندگی از روی نگرش دینی و سلامت معنوی) با استفاده از

نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۸۲ درصد دانشجویان، دختر و ۱۸ درصد پسر بودند. حدود ۸۱ درصد در مقطع کارشناسی و ۱۹ درصد در مقطع کارشناسی ارشد تحصیل می‌کردند و همچنین ۷۲ درصد آنان غیربومی و ۲۸ درصد بومی بودند.

میانگین و انحراف معیار نگرش دینی $4/14 \pm 0/47$ بود که بالاتر از حد متوسط فرضی (۳) است. آزمون t نشان داد میانگین هریک از مؤلفه‌های نگرش دینی در سطح خطای $P < 0/05$ معنادار است (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی $24/27 \pm 11/3$ بود که بالاتر از حد متوسط (۲۰) است. آزمون t نشان داد میانگین رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری در سطح خطای $P < 0/05$ معنادار است (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی $47/56 \pm 6/5$ بود که در سطح متوسط است. آزمون t نشان داد میانگین سلامت معنوی دانشجویان پرستاری در سطح خطای $P < 0/05$ معنادار است (جدول ۳).

بین نگرش دینی و رضایت از زندگی رابطه مثبت (۰/۸/۰) و غیرمعنادار و بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی رابطه مثبت (۰/۴/۰) و غیرمعنادار وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۱: مقایسه مؤلفه‌های نگرش دینی با میانگین فرضی (۳)

| متغیر | میانگین | t | سطح معناداری |
|-----------|-----------------|-------|--------------|
| اعتقادی | $4/62 \pm 0/38$ | ۶۱/۷۲ | ۰/۰۰۰ |
| تجربی | $4/18 \pm 0/55$ | ۳۱/۲۶ | ۰/۰۰۰ |
| پیامدی | $3/9 \pm 0/60$ | ۲۱/۶ | ۰/۰۰۰ |
| مناسکی | $3/88 \pm 0/77$ | ۱۶/۸ | ۰/۰۰۰ |
| نگرش دینی | $4/14 \pm 0/47$ | ۳۵/۰۷ | ۰/۰۰۰ |

جدول ۲: مقایسه رضایت از زندگی با میانگین فرضی (۲۰)

| متغیر | تعداد | میانگین | t | df | سطح معناداری |
|----------------|-------|------------------|-------|-----|--------------|
| رضایت از زندگی | ۱۷۶ | $27/24 \pm 3/11$ | ۱۸/۱۱ | ۱۷۵ | ۰/۰۰۰ |

جدول ۳: مقایسه سلامت معنوی با سطح متوسط (۸۰-۴۱)

| متغیر | تعداد | میانگین | t | df | سطح معناداری |
|-------------|-------|-----------|-------|-----|--------------|
| سلامت معنوی | ۱۷۶ | ۵۶/۴۷±۵/۶ | ۲۲/۷۴ | ۱۷۵ | ۰/۰۰۰ |

جدول ۴: ضریب همبستگی بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی

| متغیر | r | سطح معناداری |
|------------------------------|------|--------------|
| نگرش دینی و رضایت از زندگی | ۰/۰۸ | ۰/۸۸ |
| سلامت معنوی و رضایت از زندگی | ۰/۰۴ | ۰/۹۵ |

جدول ۵: ضرایب رگرسیون نگرش دینی و سلامت معنوی

| متغیر | B | خطای استاندارد | Beta | t | سطح معناداری |
|---------------------|------|----------------|------|-------|--------------|
| نگرش دینی و رضایت | ۰/۰۸ | ۰/۰۶ | ۰/۰۸ | ۰/۰۶۵ | ۰/۹۵ |
| سلامت معنوی و رضایت | ۰/۰۴ | ۰/۰۵ | ۰/۰۴ | ۰/۰۵۷ | ۰/۹۶ |

که از نظر اجتماعی پذیرفته شده است، نشان ندهند. این نکته را نیز باید مدنظر قرار داد که ابعاد اعتقادی و تجربی بیشتر به مسائل نظری مربوط هستند و ابعاد پیامدی و مناسکی با مسائل عملی دین داری ارتباط دارند. هر قدر تجربیات دینی در جوانان بیشتر باشد، اعتقادات دینی آنان افزایش می یابد. همچنین جوانان با انجام بیشتر مناسک دینی، تجربیات دینی بیشتری نیز پیدا می کنند و بیشتر جذب مذهب می شوند. هر قدر بعد پیامد دینی در بین جوانان قوی تر باشد، به نوبه خود اعتقادات و تجربیات دینی بیشتری را پیدا می کنند و به عکس. همچنین پژوهش علوی نشان داد که نگرش دینی پاسخ گویان در بعد شناختی، عاطفی، پیامدی و رفتارهای دینی در حد مطلوب بود (۲۹). توان و همکاران در تحقیق خود دریافتند اکثر دانشجویان مورد مطالعه دارای نگرش دینی قوی بوده است (۳۰).

طبق نتایج، میانگین رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری بالاتر از حد متوسط بود. طبق نظر اکثریت

ضرایب رگرسیون نشان داد متغیر نگرش دینی و سلامت معنوی، قابلیت پیش بینی و تبیین رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری را ندارند و نمی توانند در مدل رگرسیونی قرار گیرند (جدول ۵).

بحث

براساس یافته ها، وضعیت نگرش دینی دانشجویان پرستاری مطلوب بود. این نشان می دهد علی رغم رشد و توسعه علوم و تکنولوژی، باز هم دانشجویان به امور دینی پایبند و مقید هستند، به خدا ایمان دارند و به او توکل می نمایند. بالاترین میانگین مربوط به بعد اعتقادی و تجربی بود. علت بالابودن ابعاد تجربی و اعتقادی نسبت به پیامدی و مناسکی شاید این است که نگرش های دینی نسبت به اعمال مذهبی که جنبه بیرونی و اجتماعی دارند، بیشتر رواج دارد. از این رو، ممکن است افراد به برخی از نگرش های خاص مذهبی ایمان داشته باشند؛ اما آن ها را به صورت اعمال مذهبی

و نگرش مذهبی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (۳۳). Lewis (۲۰۰۰) به این نتیجه رسید که بین مذهبی بودن و شادکامی رابطه مثبت معنادار وجود دارد (۳۴). نتایج پژوهش Schludermann (۲۰۰۱) نیز حاکی از آن است که بین تعهد دینی، دین‌داری درونی و اعمال مذهبی با سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۳۵). Nooney (۲۰۰۵) و Hackney & Sanders (۲۰۰۳) در پژوهش‌های جداگانه نشان دادند که بین نگرش‌های مذهبی با سلامت روان افراد، رابطه وجود دارد (۳۶-۳۷). Korff (۲۰۰۶) گزارش می‌دهد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رضایت از زندگی رابطه معناداری وجود دارد (۳۸). Lima & Putnam (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که افراد مذهبی رضایت بیشتری از زندگی دارند (۳۹).

نتیجه‌گیری

براساس نتایج، نگرش دینی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری در حد متوسط است و این متغیرها با هم ارتباط دارند. باتوجه به یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های پیشین، به نظر می‌رسد که باورهای مذهبی و سلامت معنوی، یکی از عوامل تأثیرگذار بر رضایت از زندگی است. از آنجاکه هر سه متغیر در بین دانشجویان در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار داشت؛ لذا برای حفظ و بهبود آن در سطح مطلوب، پیشنهاد می‌گردد محتوای درسی یا کارگاه‌هایی در مورد معنویت و مراقبت معنوی به منظور ایجاد نگرش مثبت در دانشجویان در برنامه آموزش پرستاری گنجانده شود. همچنین می‌توان از طریق بهبود نگرش دینی و سلامت معنوی، به ارتقاء کیفیت و رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری کمک نمود.

در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به نگرش دینی، رضایت از زندگی و سلامت معنوی دانشجویان پرستاری کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود مداخله‌های تجربی و کاربردی در این زمینه صورت گیرد تا نتایج پربارتری به دست آیند. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌های بزرگ‌تر و روی گروه‌های مختلف اجرا شود.

پژوهش حاضر به دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر

دانشجویان پرستاری، آن‌ها به نسبت سرزنده و سرحال‌اند، کمتر عصبانی می‌شوند، احساس آرامش و امنیت دارند و کمتر احساس ضعف و خستگی می‌کنند. عصاررودی و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری در محدوده متوسط قرار دارد و با یکدیگر ارتباط دارند (۱۷).

یافته‌ها نشان داد میانگین سلامت معنوی دانشجویان پرستاری در سطح متوسط است. البته چنین نتایجی برای جامعه ما که مذهبی و متمایل به ارزش‌های معنوی می‌باشد، دور از ذهن نیست. همچنین عصاررودی و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری در محدوده متوسط قرار دارد و با یکدیگر ارتباط دارند (۱۷). خلیلی و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان مطلوب بوده است (۳۱). مظفری‌نیا و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند سلامت معنوی دانشجویان با شادکامی آن‌ها رابطه مثبت و معناداری دارد (۱۶).

طبق یافته‌ها، بین نگرش دینی و رضایت از زندگی و بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، رابطه مثبت و غیرمعنادار وجود دارد. ضرایب رگرسیون نشان داد متغیر نگرش دینی و سلامت معنوی، قابلیت پیش‌بینی و تبیین رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری را ندارد. وجود رابطه مثبت بین این سه متغیر، بیانگر این است که هرچه نگرش دینی و سلامت معنوی در دانشجویان افزایش یابد، به همان میزان رضایت از زندگی در آن‌ها افزایش می‌یابد. جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی می‌تواند موجب احساس شادکامی گردد. در واقع رابطه شخصی با وجودی برتر، سبب چشم‌انداز مثبتی در زندگی می‌شود (۳۲). کشاورز و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند رضایت از زندگی هم‌بستگی مثبت معنادار با نگرش به اصول دین، انجام مناسک مذهبی و دوستی و بندگی خدا دارد (۱۹). عادل و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که سبک زندگی اسلامی و شادکامی، با رضایت از زندگی، هم‌بستگی مثبت و معناداری دارند (۲۰). بالجانی و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی و امید، با کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنادار داشتند (۲۱). طاهری خرامه و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند بین سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی بیماران ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد (۱۸). صحراییان و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند بین شادکامی

- Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP), 2010; 16 (3): 274. [Persian].
8. Hsiao YC. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Education Today*, 2010; 30: 386-92.
 9. Jorna M. Effects of a holistic health program on women's physical activity and mental and spiritual health, *Journal of Science and Medicine in Sport (JSAMS)*, 2006, 9, 5, 395-401.
 10. Fisher J. Spiritual health: its nature and place in the school curriculum. PhD Thesis, University of Melbourne, 1998.
 11. Gomez R. & Fisher, JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *The Journal of International Society for the Study of Individual Differences (ISSID)*, 2003, 35: 1975-1991.
 12. Dehshiri G. Evaluation of psychometrics properties spiritual well-being scale among student. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2008; 4:129-144. [Persian].
 13. Gilman, R. The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality & Individual Differences (PERS INDIV DIFFER)*, 2005, 39, 1,155-166.
 14. Ghahreman A. Social predictors of life satisfaction among students: a survey on Ferdowsi University of Mashhad. *Journal of Social Sciences (Biannual)*, 2009; 6 (1): 1-25. [Persian]
 15. Carr A. Positive Psychology. *Handbook of psychology*. New York: Brunner – Rutledge Press, 2003.
 16. Mozafarinia F., Shokravi F. & Hydarnia A. Relationship between spiritual health and happiness among students, *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 2014; 2 (2): 97-108. [Persian].
 17. Assarroudi A., Jalilvand M., Oudi D. & Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing
- شوند. همین‌طور، نمونه پژوهش (گروهی از دانشجویان پرستاری) و نوع پژوهش (هم‌بستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. به‌علاوه، مشکلات و محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت. عدم دسترسی به حجم نمونه بالا و جنسیت زن اکثریت واحدهای پژوهش از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود.
- ### تقدیر و تشکر
- نویسنده مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه مدیران، مسئولان و دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به‌عمل آورند.
- ### منابع
1. Bagheri Kh. The guidance internalization ethical values through curriculum, *J Curriculum Studies*, 2008, 2, 8, 81-105. [Persian].
 2. Yang KP. & Mao, XY. A study of nurses 'spiritual intelligence: a cross sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud (IJNS)*, 2007; 44 (6): 999-1010.
 3. Tacedy D. G. *The spirituality revolution: the emergence of contemporary spirituality*, Sydney, Australia: Harper Collins Publishers, 2003.
 4. Merrill R. M., Folsom, J. A & Christopherson, S. S. The influence of family religiosity on adolescent substance use according to religious preference. *Social Behavior and Personality (SBP)*, 2005, 33 (8), 821-836.
 5. Pargament K. I. *Spirituality integrated psychotherapy*. New York: Guilford Press, 2007.
 6. Seraj Zadeh H. & Tavakolli M. Religion attitude and thinking in Tehran teenagers, *Research Letter*, 2001, 21, 159-187. [Persian].
 7. Omidvari S. Spiritual health, its nature and the instruments used. In: Abstracts of the 10th Consecutive Annual Meeting of the Iranian Psychiatric Association. *Iranian Journal of*

26. Asgari P. A comparison between the quality of life, life satisfaction, sex role attitude & self-esteem among students with high and low body image, *J Clinical Psychology Andishe va Raftar*, 2010; 5 (17): 9-18. [Persian].
27. Gangi Arjangi M. & Farahani MN. The relationship between job stress and self efficacy with life satisfaction in gas accident workers from Isfahan Gas Company, *J Research in Psychological Health (RPH)*. 2008; 2 (3): 15-24. [Persian].
28. Ellison CW. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *J Psycho & Theol*. 1998; 11: 330-340.
29. Alavi H. R. religion attitudes and behaviors in students at University of Kerman, *J Educational Psychology Studies (JEPS)*, 2006, 3, 5, 15-34. [Persian].
30. Tavan B., Jahani F., Seraji M. & Mohammad Beygi A. The relationship between religious attitude and mental health among students of Arak University of Medical Sciences. *Arak University of Medical Journal (AMUJ)*, 2011; 13 (5): 27-34. [Persian].
31. Khalili F., Sum S. & Asayesh H. Spiritual health among Isfahanian elderly people. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 8 (1):16-23. [Persian].
32. Koivumaa-Honkanen H. Life satisfaction and suicide: A 20 year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry Association (APA)*, 2001; 158 (3): 433-439.
33. Sahraian A., Gholami A. & Omidvar B. The relationship between religious attitude and happiness in Medical Students in Shiraz University of Medical Sciences. *Quarterly Horizon Med Sci (QHMS)*, 2011; 17 (1): 69-74. [Persian].
34. Lewis C.A. Religion and happiness: Still no association. *J Beliefs & Values*, 2000, 21, 233-236.
35. Schludermann E. Fear of rejection versus religious commitment as predictors of adjustment among reformed and evangelical college students in Canada. *J Beliefs & Values*. 2001, 22 (2): 209-24.
36. Nooney G. Religion, stress, and mental health in adolescence. Review of staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital, 2011. *Modern Care J*. 2012; 9 (2):156-162. [Persian].
18. Taheri Kharameh Z., Asayesh H., Zamanian H., Shoori Bidgoli A., Mirgheisari A. & Sharififard F. Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*. 2013; 1 (1): 48-54. [Persian].
19. Keshavarz A., Mehrabi H. A. & Soltanizadeh M. Psychological predictors of life satisfaction. *Developmental Psychology*, 2010; 6 (22) :159-68. [Persian].
20. Adel Z., Kajbaf M. B. Abedi A. Cognitive education effectiveness with Islamic approach on life satisfaction in students, *Studies in Islam & Psychology*, 2010, 4, 7, 43-57. [Persian].
21. Baljani E., Kazemi M., Amanpour E. & Tizfahm T. The study of relationship between religion, spiritual health, life quality and hope in cancer patients], *J Evidence-based Care (EBCJ)*, 2011, 1, 1, 51-62. [Persian].
22. Zullig K. J., Valois R. F., Huebner E. S., & Drane J. W. Associations among family structure, demographics, and adolescent perceived life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 2005, 14, 195-206.
23. Asadi M., Adarvishi S., Mahmoodi M., Fayazi S. & Ghasemi DehCheshmeh M. Relationship between mental health and demographic factors in nursing students, *Journal of Health and Care*, 2014, 16 (3) , 79-88.
24. Adler M. G. Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *J Personality*. 2005; 73 (1):79-114.
25. Vahedi S. & Eskandari F. The validation and multi-group confirmatory factor analysis of the Satisfaction with life scale in nurse and midwife undergraduate students, *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)* , 2010; 5 (17): 68-79. [Persian].

- predictor of life satisfaction within the elderly population. Doctoral dissertation, Walden University, 2006.
39. Lima C. & Putnam P. D. Religion, Social Networks and Life Satisfaction, *American Sociological Review (ASR)*, 2010;75(6): 914-933.
- Religious Research (RRR), 2005, 46 (4), 341-355.
37. Hackney C. H., & Sanders, G. S. Religiosity and mental health. *J Scientific Study of Religion (JSSR)*, 2003, 42, 43- 55.
38. Korff S.C. Religious orientation as a

The relationship between religious attitudes and spiritual health with life satisfaction in nursing students of Kashan University of Medical Sciences

Introduction

Hamid Rahimi^{1*}

1. Ph.D in Educational Administration, College of humanities, University of Kashan, Iran.

*Corresponding author: dr.hamid.rahimi@gmail.com

Received on: 10/01/2015 Accepted on: 20/09/2015

Abstract

Introduction: Spirituality as a powerful force is at the center of human life, and is linked by having good feeling and life satisfaction. Spiritual health and religious attitudes makes life satisfaction especially in nursing students who are important in the care of patients. The purpose of this study was investigating of relationship between religion attitude and spiritual health with life satisfaction in nursing students at University of Kashan Medical Sciences.

Methods: This descriptive-analytic study on 176 nursing students of Kashan University of Medical Sciences was selected through stratified random sampling method from among 326 people was performed. To collect data, it was used standard questionnaire of religious attitudes, scale of Satisfaction of Life and Ellison spiritual health questionnaires. Questionnaires reliability estimated through Cronbach Alpha coefficient for religion attitude 0.83, life satisfaction 0.81 and spiritual health 0.86. The analysis of date was done in descriptive & inferential level with using SPSS 19 statistical software.

Results: The findings showed that the means of religious attitude (4.14 ± 0.47) was higher than average, spiritual health (56.47 ± 5.6) was in average level and life satisfaction (27.24 ± 3.11) was higher than average. There are positive and no significant relationship between religion attitude and life satisfaction ($r=0.08$) and spiritual health and life satisfaction ($r=0.04$).

Conclusion: Religious attitude, spiritual health and life satisfaction in nursing students communicate with each other.

Keywords: Religion Attitude, Life Satisfaction, Spiritual Health, Nursing Students.