

دراسة وضع السلامة المعنوية في طلاب الحرم الجامعي جامعة كرمانشاه للعلوم الطبية في سنة ٢٠١٦ ميلادي

ارش ضياء بور^١، ندا كيان بور^٢، شهرام سعیدی^٣، علي رضا زنكنه^{٣*}

- ١- مركز دراسات العوامل البيئية المؤثرة على الصحة، جامعة كرمانشاه للعلوم الطبية، كرمانشاه، ايران.
٢- لجنة الدراسات الجامعية، جامعة كرمانشاه للعلوم الطبية، كرمانشاه، ايران.
٣- مركز دراسات التنمية الاجتماعية وتطوير الصحة، جامعة كرمانشاه للعلوم الطبية، كرمانشاه، ايران.
* المراسلات موجهة إلى السيد علي رضا زنكنه؛ البريد الإلكتروني: azangene@kums.ac.ir

الملخص

السابقة و الهدف: تعتبر السلامة المعنوية من الابعاد الرئيسية لصحة الانسان وهي مدخل مهم في رفع مستوى الصحة العامة. ونظراً لاهمية دور هذا الجانب من الصحة، فإن هذا البحث يهدف الى دراسة وضع السلامة المعنوية طلاب الحرم الجامعي جامعة كرمانشاه للعلوم الطبية سنة ٢٠١٦/١٣٩٥.

الأساليب: كانت هذه الدراسة بطريقة وصفية- تحليلية وقد شملت عينية البحث ٣٤٦ طالباً من طلاب الحرم الجامعي (في فروع الطب وطب الاسنان والصيدلة) في جامعة كرمانشاه للعلوم الطبية عام/ ٢٠١٦. والذين تم اختيارهم بطريقة احصائية، وكانت اوراق الاستبيان التي شملت ٢٠ سؤالاً معنوياً حسب المعايير الصحيحة هي اداة جمع المعطيات. وقد تم تحليل البيانات بعد جمعها باستخدام اختبار حدودي T-test وكذلك اختبار تحليل التباين. تم مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازضافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يبلغوا عن تضارب المصالح.

المكتشفات: أظهرت النتائج أن بين المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، مكان الولادة، الحالة الاجتماعية، السكن، السنة الدراسية والفرع الدراسي) ليس الالمتغير الجنس ارتباطاً بشكل كبير مع متوسط درجة السلامة المعنوية وان درجة السلامة الدينية للطلاب اعلى من درجة صحتهم الوجودية.

النتيجة: نظراً للثقافة الدينية السائدة في المجتمع الإيراني، فمن الطبيعي ان نتوقع ان التأثيرات الدينية تعتبر مصدراً متكيفاً معهم. ولهذا فان من الضروري ان نسلط الضوء على الجانب المعنوي دعماً واسناداً للشباب، حتى نرى اثر هذه الرعاية في المرضى والتسريع بشفايتهم وكذلك منحهم الشعور بالطمأنينة.

معلومات المادة

الوصول: Oct ١٦، ٢٠١٦
وصول النص النهائي: Dec ٤، ٢٠١٦
القبول: Dec ١٣، ٢٠١٦
النشر الإلكتروني: Feb ١٩، ٢٠١٧

الألفاظ الرئيسية:

ترقية الصحة
الحرم الجامعي
السلامة المعنوية
الطلاب

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Ziapour A, Kianipour N, Saeidi Sh, Zangeneh A. Examining the status of spiritual health among students at the autonomous campus of Kermanshah University of Medical Sciences in 2016. J Res Relig Health. 2017; 3(2): 8- 19.

بررسی وضعیت سلامت معنوی دانشجویان پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۵

آرش ضیاءپور^۱، ندا کیانی‌پور^۲، شهرام سعیدی^۳، علیرضا زنگنه^{۳*}

- ۱- مرکز تحقیقات عوامل محیطی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
 ۲- کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
 ۳- مرکز تحقیقات توسعه‌ی اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
 مکاتبات خطاب به آقای علیرضا زنگنه؛ پست الکترونیک: azangene@kums.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۵ مهر ۹۵

دریافت متن نهایی: ۱۴ آذر ۹۵

پذیرش: ۲۳ آذر ۹۵

نشر الکترونیکی: ۱ اسفند ۹۵

چکیده

سابقه و هدف: سلامت معنوی، یکی از بُعدهای مهم سلامت در انسان و رویکردی مهم در ارتقای سلامت عمومی محسوب می‌شود. با توجه به اهمیت نقش این بُعد سلامت، پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت معنوی دانشجویان پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ صورت گرفته است

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی است. جامعه‌ی پژوهش شامل ۳۴۶ نفر از دانشجویان پردیس خودگردان (پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی) دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۹۵ است، که به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع-آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی ۲۰ سؤالی استاندارد معنوی (alutzhian-Elison) بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آزمون پارامتریک T-test و نیز آزمون تحلیل واریانس، تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داده که از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنس، سن، محل تولد، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن، ترم و رشته‌ی تحصیلی) فقط متغیر جنس با میانگین نمره‌ی سلامت معنوی ارتباط معناداری دارد و نمره‌ی سلامت مذهبی دانشجویان بالاتر از نمره‌ی سلامت وجودی آنان است.

نتیجه‌گیری: با توجه به فرهنگ غالب مذهبی در جامعه‌ی ایرانی، انتظار تأثیرهای مذهبی که منبع سازگاری محسوب می‌شود، طبیعی است. از این رو، ضرورت دارد که در حمایت از جوانان به بُعد معنوی آنان توجه شود، تا شاهد تأثیر این‌گونه مراقبت‌ها و ایجاد احساس آرامش و تسریع بهبودی در بیماران باشیم.

واژگان کلیدی:

ارتقای سلامت
 پردیس خودگردان
 دانشجویان
 سلامت معنوی

استناد مقاله به این صورت است:

Ziapour A, Kianipour N, Saeidi Sh, Zangeneh A. Examining the status of spiritual health among students at the autonomous campus of Kermanshah University of Medical Sciences in 2016. J Res Relig Health. 2017; 3(2): 8- 19.

معنویت^۱ از مفاهیم بنیادی است که طی چند دهه‌ی اخیر

مقدمه

^۱ spirituality

بیخشد و در سلامت جسمی و روانی نقش مؤثری داشته باشد (۱۰). نتایج مطالعه‌ی رحمتی نجارکلائی و همکاران نشان داده که ۶۱/۴ درصد از کارکنان دارای نمره‌ی سلامت معنوی خوبی بودند و همچنین بین سلامت معنوی و سن با سابقه‌ی خدمت نیز رابطه‌ی معناداری مشاهده شده است (۱۱). پژوهش موسوی مقدم و همکاران نیز نشان داده که جنسیت، پیش-بینی‌کننده‌ی معنی‌داری برای سلامت معنوی است (۱۲). رحیمی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت معنوی دانشجویان در حد متوسط قرار دارد و از میان متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و سال تحصیلی، فقط متغیر جنس با میانگین نمره‌ی سلامت معنوی ارتباط معناداری دارد (۱۳). جنی و همکاران^۳ در پژوهش خود دریافته‌اند که معنویت راهکاری رایج برای مقابله با مشکل‌های روانی محسوب می‌شود و نقش مؤثری در سلامت روانی و جسمی افراد دارد (۱۴). علاوه بر این، هیسانو و همکاران^۴ نیز در مطالعه‌ی به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت معنوی دانشجویان در حد متوسطی بوده است (۱۵).

میچل و همکاران^۵ نیز نشان داده‌اند که دانشجویان مامایی به یادگیری مبحث معنویت علاقه‌مندند و داشتن سلامت معنوی و ارتقای آن، یکی از رکن‌های مهم مراقبت از زنان، به‌ویژه در هنگام زایمان است (۱۶).

نتایج پژوهش‌های دیگر نشان‌دهنده‌ی آن است که سلامت معنوی افراد جامعه، به‌ویژه قشرهای سازنده و مؤثر، لازمه‌ی پویایی، بالندگی و اعتلای جامعه است. از سوی دیگر، نقش برجسته و منحصر به فرد دانشجویان که مدیران و سازندگان آینده‌ی هر جامعه‌ی خواهند بود، ضرورت پرداختن به سلامت معنوی را، که یکی از بُعدهای مهم سلامت و رویکردی مهم در ارتقای سلامت عمومی محسوب می‌شود، آشکار می‌کند (۱۷). از این رو، با توجه به اهمیت موضوع سلامت معنوی در دانشجویان و با توجه به اینکه پژوهشی در این زمینه درباره‌ی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام نشده است، این پژوهش با هدف بررسی وضعیت سلامت معنوی دانشجویان پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ صورت گرفته است.

روش کار

توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (۱). امروزه با توجه به بُعد معنوی سلامت، در بسیاری از تعریف‌ها، برای گنجاندن سلامت معنوی^۱ در قالب یکی از بُعدهای سلامت در تعریف سازمان جهانی بهداشت، پیشنهادهایی داده شده است (۲). سازمان جهانی بهداشت در تقسیم‌بندی بیماری‌ها در ICD-10، بُعد روان را نیز اضافه کرده است. همان‌گونه که بُعدهای جسمی، روانی و اجتماعی انسان با هم ارتباط دارند و بر هم تأثیر می‌گذارند؛ سلامت معنوی او نیز با بُعدهای دیگر سلامت در ارتباط است و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد و بهتر است برای ارتقای سلامت به آن توجه شود (۳).

پیشنهاد راسل و عثمان^۲، مبنی بر گنجاندن بُعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت، بُعد مهمی از زندگی فردی و گروهی را فرا روی صاحب‌نظران درگیر در امر سلامت قرار داد (۴). در حقیقت سلامت معنوی جدیدترین بُعد سلامت است که در کنار بُعدهای دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته است (۵). سلامت معنوی دارای دو بُعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی منعکس‌کننده‌ی ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نهایت است؛ و سلامت وجودی نیز شامل ارتباط فرد با خود، دیگران و محیط است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن بُعدهای مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست (۶). به‌طورکلی سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌شود (۷).

نتایج پژوهش‌های دیگر گویای این است که بدون سلامت معنوی، بُعدهای دیگر سلامتی نمی‌تواند بیشترین عملکرد مورد نظر را داشته باشد؛ همچنین رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی نیز امکان‌پذیر نخواهد بود (۸). پژوهشگران معتقدند در سلامت معنوی نیروی خارق‌العاده‌ی وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در عمق سختی‌های زندگی روزمره به او کمک می‌کند و او را از نگرانی و اضطراب دور می‌کند. به‌عبارت دیگر معنویت به داشتن زندگی هدفمند و معنادار کمک می‌کند (۹).

پژوهش‌های مشابه در بسیاری از نقاط جهان مشخص کرده است که معنویت می‌تواند توان مقابله با مشکل‌ها را بهبود

³ Jeanne & et al

⁴ Hsiao & et al

⁵ Mitchell & et al

¹ Spiritual Health

² Russell & Osman

بررسی شد و همه‌ی آزمون‌ها در سطح معنی‌داری ($P < 0.05$) قرار داشت.

برای اجرای پژوهش، مجوزهای لازم از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و دانشکده‌های منتخب گرفته شد و پس از انتخاب نمونه‌ها، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند.

یافته‌ها

از مجموع ۳۴۶ نفر، ۲۰۵ نفر (۵۹/۲ درصد) مرد و ۱۴۱ نفر (۴۰/۸ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ها $1/55 \pm 20/51$ بود؛ و گروه سنی زیر ۲۰ سال (۲۱۰ نفر؛ ۶۰/۷ درصد) بیشترین فراوانی را داشت و بیشتر نمونه‌ها (۳۳۰ نفر؛ ۹۵/۴ درصد) نیز متأهل بودند. علاوه‌براین، ۱۵۳ نفر (۴۴/۲ درصد) از نمونه‌ها، دانشجوی پزشکی و ۶۶ نفر (۱۹/۱ درصد) نیز دانشجوی ترم سوم بودند.

از نظر محل تولد نیز بیشتر نمونه‌ها، شهری (۳۰۴ نفر؛ ۸۷/۹ درصد) و از نظر محل سکونت حدود نیمی از نمونه‌ها (۱۸۵ نفر؛ ۵۳/۵ درصد) در منزل شخصی سکونت داشتند (جدول شماره- ۱). نتایج نمره‌ی میانگین سلامت معنوی کل دانشجویان $4/84 \pm 71/86$ بود، که در حد متوسط ارزیابی می‌شود. میانگین نمره‌ی سلامت معنوی در گروه پسران، ۳/۶۰ و در گروه دختران، ۳/۶۶ بود. از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، فقط بین دو گروه دختر و پسر تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0.05$) (جدول شماره‌ی ۱).

در جدول شماره‌ی ۲ همه‌ی گویه‌های ابزار به تفکیک دو بُعد درصد و میانگین پاسخ‌ها، آورده شده است. ده سؤال اول مربوط به بُعد سلامت مذهبی و ده سؤال بعدی مربوط به بُعد سلامت وجودی است. میانگین و انحراف معیار سلامت مذهبی کل دانشجویان $4/45 \pm 36/46$ بود. نتایج نشان داده که بیشترین کمترین میزان به‌ترتیب مربوط به عوامل «ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد»، با میانگین و انحراف معیار $1/15 \pm 5$ و «من معتقدم که خدا در زندگی من نقشی ندارد»، با میانگین و انحراف معیار $0/96 \pm 1/48$ بوده است.

علاوه‌براین، میانگین و انحراف معیار سلامت وجودی کل دانشجویان $4/87 \pm 35/39$ بود. نتایج نشان داده که بیشترین کمترین میزان به‌ترتیب مربوط به عوامل «نمی‌دانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت»، با میانگین و انحراف معیار $1/49 \pm 4/79$ و «معتقدم هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد»، با میانگین و انحراف معیار $1/10 \pm 1/83$ بوده است

این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی است. جامعه‌ی آماری پژوهش، ۳۴۶ نفر از دانشجویان مقطع دکتری رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود. تعداد کل دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی به‌ترتیب ۱۵۳، ۹۶ و ۹۷ نفر بود که با توجه به در دسترس بودن تمامی دانشجویان، از روش سرشماری استفاده شد. معیارهای ورود نمونه‌ها به پژوهش نداشتن اختلال‌های شناختی مانند افسردگی شدید، رضایت برای شرکت در پژوهش و اشتغال به تحصیل در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۴ - ۹۵؛ و معیار خروج نمونه‌ها از پژوهش، تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها در نظر گرفته شده بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی ۲۰ سؤالی استاندارد سلامت معنوی^۱ (۱۹۸۲) استفاده شد (۱۸) که شامل سه بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی (مانند جنس، سن، محل تولد، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن، ترم و رشته‌ی تحصیلی)، ۱۰ سؤال در مورد سلامت مذهبی^۲ و ۱۰ سؤال در مورد سلامت وجودی^۳ بود. پاسخ سؤال‌ها به‌صورت طیف لیکرت شش‌گزینه‌ی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) در نظر گرفته شد که به‌گزینه‌ی کاملاً موافقم نمره‌ی ۶ و به‌گزینه‌ی کاملاً مخالفم نمره‌ی ۱ داده شد. علاوه‌براین، در سؤال‌های منفی، نمره‌گذاری به‌شکل معکوس انجام شد. این مقیاس به زیرمقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر یک دارای ۱۰ عبارت (شامل نمره‌های ۱۰ تا ۶۰) است. نمره‌ی کل سلامت معنوی جمع نمره‌های این دو زیرگروه و بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. در نهایت سلامت معنوی به‌صورت ذیل دسته‌بندی شد: سلامت معنوی پایین (۲۰ - ۴۰)، متوسط (۴۱ - ۹۹) و بالا (۱۰۰ - ۱۲۰) (۱۹).

این پرسش‌نامه در پژوهش‌های گوناگونی در داخل و خارج کشور استفاده و پایایی و روایی آن نیز تأیید شده است (۲۰، ۲۱ و ۲۲).

علاوه‌براین، برای تحلیل داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنف و برای تعیین طبیعی بودن توزیع داده‌ها و آمار توصیفی (درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و همچنین برای بررسی ارتباط آماری بین بُعدهای سلامت معنوی و متغیرهای دموگرافیک، از آزمون t-test و نیز آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است. یادآوری این نکته لازم است که قبل از انجام آزمون‌های فوق پیش‌فرض‌های مربوط به آن

¹ Palutzián-Elison

² Religious health

³ Existential health

است ($P < 0.05$). علاوه بر این، بین تأهل، محل تولد و وضعیت مسکن (به جز متغیرهای جنس، سن، ترم و رشته تحصیلی)، نیز با میانگین نمره‌های کل سلامت وجودی رابطه‌ی معناداری مشاهده شده است ($P < 0.05$). در کل، نتایج این پژوهش حاکی از آن است که بین میانگین نمره‌های کل سلامت معنوی و متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل، محل تولد، محل اسکان، ترم و رشته‌ی تحصیلی، فقط با متغیر جنس رابطه‌ی معناداری دیده می‌شود ($P < 0.05$) (جدول شماره‌ی ۳).

(جدول شماره‌ی ۲). بر اساس یافته‌های این پژوهش، نمره‌ی سلامت مذهبی دانشجویان بالاتر از نمره‌ی سلامت وجودی آنان است (جدول شماره‌ی ۳). برای بررسی نمره‌ی آماری بین سلامت مذهبی و سلامت وجودی و نمره‌ی کل با متغیرهای جمعیت‌شناختی، از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون T-Test استفاده شده است. بین میانگین نمره‌های کل سلامت مذهبی و متغیرهای جنس، وضعیت تأهل و رشته‌ی تحصیلی (به جز سن، محل تولد، وضعیت اسکان و ترم تحصیلی) رابطه‌ی معناداری مشاهده شده

جدول ۱. مقایسه‌ی سلامت معنوی بر حسب ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش (N=346)

سطح معناداری	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد (درصد)	اطلاعات دموگرافیکی	
۰/۰۰۶	$30/60 \pm 0/26$	۱۴۱ (۴۰/۸)	مرد	جنسیت
	$3/66 \pm 0/44$	۲۰۵ (۵۹/۲)	زن	
۰/۱۶۳	$3/63 \pm 0/38$	۳۳۰ (۹۵/۴)	مجرد	وضعیت تأهل
	$3/70 \pm 0/15$	۱۶ (۴/۶)	متأهل	
۰/۳۶۹	$3/64 \pm 0/40$	۳۰۴ (۸۷/۹)	شهر	محل تولد
	$3/57 \pm 0/1$	۳۳ (۹/۵)	روستا	
۰/۴۹۲	$3/67 \pm 0/43$	۲۱۰ (۶۰/۷)	≤ 20	سن
	$3/61 \pm 0/26$	۱۳۶ (۳۹/۳)	≥ 20	
۰/۴۹۸	$3/54 \pm 0/21$	۷۰ (۲۰/۲)	خوابگاهی	وضعیت اسکان
	$3/58 \pm 0/26$	۹۱ (۲۶/۳)	اجاره‌یی	
	$3/69 \pm 0/46$	۱۸۵ (۵۳/۵)	شخصی	
۰/۸۵۵	$3/66 \pm 0/42$	۵۳ (۱۵/۳)	اول	ترم تحصیلی
	$3/71 \pm 0/45$	۳۷ (۱۰/۷)	دوم	
	$3/62 \pm 0/32$	۶۶ (۱۹/۱)	سوم	
	$3/60 \pm 0/23$	۵۱ (۱۴/۷)	چهارم	
	$3/61 \pm 0/38$	۴۲ (۱۲/۱)	پنجم	
	$3/66 \pm 0/46$	۴۷ (۱۳/۶)	ششم	
	$3/61 \pm 0/37$	۵۰ (۱۴/۵)	هفتم	
۰/۲۳۲	$3/67 \pm 0/43$	۱۵۳ (۴۴/۲)	پزشکی	رشته‌ی تحصیلی
	$3/60 \pm 0/27$	۹۶ (۲۷/۷)	دندانپزشکی	
	$3/60 \pm 0/37$	۹۷ (۲۸)	داروسازی	

جدول ۲. توزیع فراوانی نسبی و میانگین نمره‌ی گویه‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی در دانشجویان پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

ابعاد	گویه	کاملاً موافقم	موافقم	نسبتاً موافقم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم	میانگین
سلامت مذهبی	در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی‌کنم.	۴/۹	۷/۲	۱۰/۱	۹/۵	۲۷/۵	۴۰/۸	۲/۳
	معتقدم که خدا مرا دوست دارد و در همه حال مراقب من است.	۱۲/۷	۲/۶	۱۰/۱	۷/۵	۱۲/۱	۵۴/۹	۴/۶
	من معتقدم که خدا در زندگی من نقشی ندارد.	-	۲/۶	۵/۲	۲/۶	۱۷/۳	۷۲/۳	۱/۴
	من با خدا ارتباط معنوی خاصی دارم.	۱۹/۹	۲۲/۳	۲۵/۱	۱۹/۹	۱۰/۱	۲/۶	۴/۱

۲/۲	۴۰/۲	۲۴	۱۷/۶	۷/۸	۱۰/۴	-	احساس می‌کنم که از جانب خدا حمایت نمی‌شوم و نیرو نمی‌گیرم.
۴/۷	۵/۵	۵/۸	۴/۶	۱۵	۲۹/۲	۳۹/۹	معتقدم که خدا به مشکل‌های من توجه می‌کند.
۲/۸	۲۸	۱۹/۱	۲۰/۲	۱۰/۱	۱۷/۶	۴/۹	ارتباط فردی رضایت‌بخشی با خداوند ندارم.
۴/۴	۷/۵	۲/۶	۱۳	۲۲/۳	۲۲	۳۲/۷	رابطه‌ی من با خدا کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم.
۴/۵	۲/۶	۱۰/۴	۱۰/۴	۱۷/۱	۲۷/۲	۳۲/۴	زمانی که ارتباط نزدیکی با خدا دارم احساس کمال می‌کنم.
۵	۲/۳	۵/۲	-	۱۲/۴	۴۲/۵	۳۷/۶	ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد.
۴/۷	۵/۲	۶/۹	۵/۲	۱۴/۲	۲۲/۵	۴۶	نمی‌دانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت.
۳	۱۸/۲	۳۲/۱	۹/۸	۲۰/۵	۷/۲	۱۲/۱	احساس می‌کنم زندگی تجربه‌ی مثبت و خوشایندی است.
۴/۳	۵/۲	۲/۶	۲۵/۱	۱۲/۴	۲۶/۹	۲۷/۷	احساس می‌کنم آینده‌ی نامعلومی دارم.
۳/۷	۲/۶	۱۷/۶	۲۷/۵	۲۵/۱	۱۰/۱	۱۷/۱	در زندگی به حد کمال رسیده‌ام و کاملاً احساس رضایت می‌کنم.
۲/۸	۱۲/۴	۴۰/۲	۱۷/۳	۷/۸	۱۹/۷	۲/۶	نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم احساس خوبی می‌کنم.
۳/۶	۱۲/۷	۹/۵	۲۷/۵	۲۰/۲	۱۲/۴	۱۷/۶	من از زندگی‌ام لذت کافی نمی‌برم.
۲/۹	۲۵/۱	۲۲/۳	۱۹/۷	۱۳	۹/۸	۱۰/۱	در مورد آینده‌ام احساس خوبی دارم.
۳/۸	۱۰/۱	۱۲/۴	۱۷/۳	۲۷/۲	۱۲/۷	۲۰/۲	من حس می‌کنم که زندگی پر از رنج و ناراحتی است.
۴/۳	۴/۹	۱۲/۷	۱۰/۴	۱۲/۱	۲۹/۸	۳۰/۱	زندگی معنا و مفهوم زیادی ندارد.
۱/۸	۴۷/۷	۳۴/۴	۱۲/۷	-	۲/۶	۲/۶	معتقدم هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد.
۴/۴۵ ± ۳۶/۴۶ = میانگین ± انحراف معیار							سلامت مذهبی
۴/۸۷ ± ۳۵/۳۹ = میانگین ± انحراف معیار							سلامت وجودی
۴/۸۴ ± ۷۱/۸۶ = میانگین ± انحراف معیار							سلامت معنوی

سلامت وجودی

جدول ۳. مقایسه‌ی نمره‌های به‌دست آمده‌ی دانشجویان برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

اطلاعات دموگرافیکی	سلامت مذهبی			سلامت وجودی		سلامت معنوی	
	Mean=SD	Mean=SD	Mean=SD	Mean=SD	Mean=SD	Mean=SD	Mean=SD
جنسیت	مرد	۳/۶۵ ± ۰/۴۵	۳/۵۵ ± ۰/۵۶	۳/۶۰ ± ۰/۲۶			
	زن	۳/۷۹ ± ۰/۸۳	۳/۵۳ ± ۰/۴۲	۳/۶۶ ± ۰/۴۴			
	سطح معناداری	۰/۴۷	۰/۶۹۳	۰/۰۰۶			
وضعیت تأهل	مجرد	۳/۷۲ ± ۰/۷۱	۳/۵۴ ± ۰/۴۹	۳/۶۳ ± ۰/۳۸			
	متاهل	۳/۹۵ ± ۰/۳۶	۳/۴۵ ± ۰/۵۱	۳/۷۰ ± ۰/۱۵			
	سطح معناداری	۰/۳۲	۰/۰۰۲	۰/۴۹۸			
محل تولد	شهر	۳/۷۴ ± ۰/۷۴	۳/۵۴ ± ۰/۴۹	۳/۶۴ ± ۰/۴۰			
	روستا	۳/۷۹ ± ۰/۳۱	۳/۳۶ ± ۰/۳۹	۳/۵۷ ± ۰/۱			
	سطح معناداری	۰/۶۶۹	۰/۰۲۱	۰/۳۹۶			
سن	≤ ۲۰	۳/۷۴ ± ۰/۶	۳/۵۵ ± ۰/۵۵	۳/۶۴ ± ۰/۴۳			
	≥ ۲۰	۳/۷۱ ± ۰/۳۵	۳/۵۲ ± ۰/۳۵	۳/۶۱ ± ۰/۲۶			
	سطح معناداری	۰/۶۴۵	۰/۵۸۰	۰/۴۹۲			
وضعیت اسکان	خوابگاهی	۳/۷ ± ۰/۲۵	۳/۳۰ ± ۰/۳۸	۳/۵۴ ± ۰/۲۱			
	اجاره‌یی	۳/۸۱ ± ۰/۳۹	۳/۳۵ ± ۰/۴۷	۳/۵ ± ۰/۲۶			

۳/۶۹ ± ۰/۴۶	۳/۷۱ ± ۰/۴۵	۳/۶۷ ± ۰/۹۱	شخصی	ترم تحصیلی
۰/۱۲۸	۰/۰۰۰	۰/۲۴۵	سطح معناداری	
۳/۴۶ ± ۰/۴۲	۳/۴۶ ± ۰/۴۹	۳/۸۲ ± ۰/۸۰	اول	
۳/۷۱ ± ۰/۴۵	۳/۵۷ ± ۰/۴۶	۳/۸۵ ± ۰/۹۰	دوم	
۳/۶۲ ± ۰/۳۲	۳/۵۸ ± ۰/۴۹	۳/۶۵ ± ۰/۶۳	سوم	
۳/۶۰ ± ۰/۲۳	۳/۵۶ ± ۰/۴۶	۳/۶۴ ± ۰/۴۳	چهارم	
۳/۶۱ ± ۰/۳۸	۳/۵۸ ± ۰/۴۸	۳/۶۴ ± ۰/۷۲	پنجم	
۳/۶۶ ± ۰/۴۶	۳/۴۵ ± ۰/۵۱	۳/۸۸ ± ۰/۸۰	ششم	
۳/۶۱ ± ۰/۳۷	۳/۵۵ ± ۰/۴۸	۳/۶۷ ± ۰/۴۶	هفتم	
۰/۸۵۵	۰/۶۴۳	۰/۳۵۲	سطح معناداری	
۳/۶۷ ± ۰/۴۳	۳/۵۰ ± ۰/۴۴	۳/۸۴ ± ۰/۷۷	پزشکی	رشته‌ی تحصیلی
۳/۶۰ ± ۰/۲۷	۳/۵۶ ± ۰/۵۱	۳/۶۴ ± ۰/۶۴	دندانپزشکی	
۳/۶۰ ± ۰/۳۷	۳/۵۵ ± ۰/۵۲	۳/۶۵ ± ۰/۶۳	داروسازی	
۰/۲۳۲	۰/۵۹۵	۰/۳۹	سطح معناداری	

بحث

وجودی است تفاوت دارد. احتمالاً علت این امر تفاوت نمونه‌های پژوهش است؛ چراکه پژوهش حاضر روی دانشجویان؛ و پژوهش اله‌بخشیان روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز صورت گرفته است (۲۱).

در پژوهش هیسائو و همکاران^۱، سلامت معنوی دانشجویان پرستاری در تایوان، متوسط گزارش شده است (۱۵). صفایی‌راد و همکاران در پژوهش خود میانگین نمره‌ی سلامت معنوی دانشجویان را $۱۷/۱۴ \pm ۸۹/۱۸$ گزارش کرده‌اند که نسبت به پژوهش حاضر ($۷۱/۸۶ \pm ۴/۸۴$) در محدوده‌ی بالا قرار دارد (۲۴). علاوه‌براین، در مطالعه‌ی عصارودی و همکاران نیز میانگین نمره‌ی سلامت معنوی پرستاران $۹۴/۱۳$ بوده که از پژوهش حاضر بالاتر است (۲۵).

در پژوهش حاضر نتایج آزمون T نشان داده که بین دختران و پسران در میانگین نمره‌های سلامت معنوی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) و دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر سلامت معنوی بالاتری دارند، که با نتایج پژوهش جعفری و همکاران (۲۶)، رحیمی و همکاران (۱۳) و موسوی مقدم و همکاران (۲۷)، که نشان داده‌اند پرستاران زن نسبت به پرستاران مرد سلامت معنوی بالاتری دارند، همسو است؛ که احتمالاً دلیل آن نقش‌ها و ویژگی‌های متفاوت زنان و سازگاری بیشتر آنان با اصول معنوی است. یافته‌های پژوهش فرنسلر و همکاران^۲ نیز نشان داده که نمره‌ی سلامت معنوی در زنان مبتلا به سرطان بالاتر است و بین جنسیت و سلامت معنوی نیز رابطه وجود دارد (۲۸). نتایج پژوهش دستغیب و همکاران حاکی از آن است که بین سلامت معنوی با دو جنس، ارتباط

پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت معنوی دانشجویان پردیس خودگردان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه صورت گرفته است. در این پژوهش، میانگین نمره‌ی سلامت مذهبی $۴/۴۵ \pm ۳۵/۳۹$ ، سلامت وجودی $۴/۸۷ \pm ۳۵/۳۹$ و سلامت معنوی $۴/۸۴ \pm ۷۱/۸۶$ به‌دست آمده، که نشان می‌دهد نمره‌ی سلامت معنوی از نمره‌ی سلامت وجودی بالاتر است. می‌توان گفت چنین نتایجی از جامعه‌ی ما که جامعه‌ی مذهبی و متمایل به ارزش‌های معنوی است، انتظار می‌رود؛ اما درعین حال ممکن است فضای مذهبی ایران نیز در پاسخ‌دهی به سؤال‌ها مؤثر بوده باشد. بنابراین هر چه سلامت مذهبی نمونه‌ها بالاتر باشد موجب افزایش سلامت وجودی آنان می‌شود. در پژوهش اله‌بخشیان و همکاران، ۹۷/۹ درصد افراد دارای سلامت معنوی متوسط بودند (۲۱). همچنین در پژوهش رضایی و همکاران، میانگین نمره‌ی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان $۹۸/۳۵$ درصد بیان شده است. این در حالی است که نمره‌ی سلامت مذهبی بیماران مبتلا به سرطان از نمره‌ی سلامت وجودی آنان بالاتر بوده است (۲۲). در پژوهش آذرچاوشیان و همکاران درباره‌ی پرستاران شاغل در شهر همدان، نمره‌ی سلامت معنوی آنان $۷۴/۴$ درصد به‌دست آمده؛ و همچنین نمره‌ی سلامت مذهبی آنان از نمره‌ی سلامت وجودیشان بالاتر بوده است (۲۳). نتایج پژوهش اله‌بخشیان و همکاران نیز نشان‌دهنده‌ی نمره‌ی سلامت وجودی نسبت به سلامت مذهبی است که با یافته‌های پژوهش حاضر که نشان‌دهنده‌ی نمره‌ی سلامت مذهبی نسبت به سلامت

^۱ Hsiao & et al^۲ Fernsler & et al

مردم، انتظار تأثیرهای مذهبی که منبع سازگاری محسوب می‌شود، طبیعی است. از این رو، ضرورت دارد که کارگزاران امور فرهنگی کشور (دانشگاه) در حمایت از جوانان به بُعد معنوی و مذهبی آنان توجه داشته باشند، تا با اجرای احکام شرعی که امروزه در قالب مراقبت‌های مذهبی مطرح است، شاهد تأثیر این‌گونه مراقبت‌ها و ایجاد احساس آرامش و تسریع بهبودی در بیماران باشیم. بنابراین پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مجریان برنامه‌های آموزشی دانشگاه، با فراهم کردن محتوا و محیط آموزشی مناسب و با گنجاندن واحد درسی یا دوره‌های آموزشی در دوره‌ی تحصیل، سلامت معنوی دانشجویان را افزایش دهند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. در این پژوهش داده‌ها با استفاده از روش خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد، که این روش ممکن است بر صحت نتایج تأثیرگذار باشد. علاوه بر این، تفاوت‌های فردی نمونه‌های پژوهش نیز، ممکن است بر قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش اثر بگذارد.

قردانی

این مقاله، برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان «بررسی نقش سلامت معنوی در ارتقای سلامت دانشجویان مورد مطالعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه» است که در کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، در تاریخ ۱۳۹۵/۷/۷ و با کد ۱۳۹۵.۳۷۵ تصویب شده است. از همه‌ی کسانی که در این پژوهش یاریگر ما بوده‌اند، به‌ویژه دانشجویان پردیس خودگردان دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی، تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

References

1. Hsiao Y-C, Chiang H-Y, Chien L-Y. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse education today*. 2010; 30(5): 386-92.
2. Esfahani M. Spiritual health and comments. *Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2010; 14(4): 41-9.

معناداری وجود دارد (۲۹). پژوهش رحیمی و همکاران نیز نتایج مشابهی نشان می‌دهد (۱۳)؛ اما در پژوهش ثناگو و همکاران^۱ رابطه‌ی بین جنسیت و سلامت معنوی وجود ندارد (۲۹). در پژوهش یاسمی‌نژاد و همکاران (۳۰)؛ و نیز در پژوهش توان و همکاران (۳۱) بیان شده که میانگین نمره‌ی به‌دست آمده‌ی دختران بیشتر از نمره‌ی پسران است. اما در این پژوهش بین میزان سلامت معنوی دانشجویان پردیس خودگردان با سن، وضعیت تأهل، محل تولد، محل اسکان، ترم و رشته‌ی تحصیلی تفاوت آماری معناداری مشاهده نشده است. علاوه بر این، نتایج برخی پژوهش از جمله پژوهش فراهانی‌نیا (۳۲)، رحیمی و همکاران (۱۳) و پژوهش مصطفی‌زاده و اسدزاده (۳۳) نشان داده که هیچ رابطه‌ی معناداری بین سلامت معنوی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی چون سن، وضعیت تأهل و سنوات تحصیلی وجود ندارد. همچنین بر اساس پژوهش عصارودی و همکاران، دانشجویان پرستاری سال اول و چهارم از نظر سلامت معنوی در گروه متوسط قرار دارند و تفاوت آماری معناداری بین آنان وجود ندارد (۲۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داده که میزان سلامت معنوی دانشجویان زن بیشتر از دانشجویان مرد است و بین سلامت مذهبی و سلامت معنوی در دانشجویان زن و مرد تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته‌ی دیگر مشابه است (۲۵ و ۳۴)؛ اما در پژوهش اله بخشیان و همکاران، جنس تأثیری بر سلامت معنوی نداشت و ۹۷/۹ درصد افراد دارای سلامت معنوی متوسط بودند. به‌طور کلی در پژوهش حاضر بین میانگین سلامت مذهبی و سلامت معنوی با جنسیت، تفاوت معناداری مشاهده شده است (۲۱).

می‌توان گفت در جامعه‌ی ما شاید این نتایج به‌دلیل راه‌های اجتماعی متفاوت، تجربه‌های زندگی، راهبردهای مقابله‌ی و نقش‌ها و ویژگی‌های متفاوت زنان و سازگاری بیشتر آنان با اصول معنوی باشد. به اعتقاد لوین و همکاران^۲ این امکان وجود دارد که نقش‌ها، صفات و رفتارهایی که از نظر اجتماعی به زنان نسبت داده می‌شود با برخی اصول و هنجارهای مذهبی سازگارتر باشد (۳۵).

نتیجه‌گیری

با توجه به فرهنگ غالب مذهبی در جامعه‌ی ایرانی و اعتقادات

^۱ Sanagoo & et al

^۲ Levin & et al

3. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-2.10 nd Edition, Geneva, Switzerland. 2005. (Full Text in Persian)
4. Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse education today*. 2013; 33(9): 1057-61.
5. O'Shea ER, Wallace M, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The effect of an educational session on Pediatric nurses' perspectives toward providing spiritual care. *Journal of pediatric nursing*. 2011; 26(1): 34- 43.
6. Su JA, Weng HH, Tsang HY, Wu JL. Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospitals staff. *Stress and Health*. 2009; 25(5): 423-30.
7. Nomani H, Ziapour A, Zangeneh A. A Study of the Mental Health and Spiritual Health among the Administrative Staff of Kermanshah University of Medical Sciences in 2016. *Global Journal of Health Science*. 20; 9(5): 180- 188.
8. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010; 12(3): 29- 33. (Full Text in Persian)
9. Rafii G. The role of prayer on physical health. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2011; 5(3): 66- 73. (Full Text in Persian)
10. Omidvari S. Spiritual health, its nature and the instruments used. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(3): 274- 9. (Full Text in Persian)
11. Rahmati Najarkolaei F, Haghighi M, Babaei Heydarabadi A, Ansarian A, M M. Investigation of spiritual healthin staff of one Medical Sciences University in Tehran. *Reaserch on Religion & Health*. 2015; 1(1): 13- 20. (Full Text in Persian)
12. Moghadam SR, Chegeni ME, Hafez AA. Explore the relationship among spiritual health, marital satisfaction, and demographic characteristics (age, duration of marriage, duration of employment) in Mafi hospital nurses of Susa city in 2015. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2015; 1(4): 38- 44. (Full Text in Persian)
13. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual health among nursing and midwifery students at kerman university of medical sciences. *Hayat*. 2014; 19(4): 74- 81. (Full Text in Persian)
14. McCauley J, Tarpley MJ, Haaz S, Bartlett SJ. Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. *Arthritis Care & Research*. 2008; 59(1): 122- 8.
15. Hsiao YC, Chiang HY, Chien LY. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Educ Today*. 2010; 30(5): 386- 92.
16. Mitchell M, Jenny H. Teaching spirituality to student midwives: A creative approach. 2007; 7(6): 416- 26.
17. Marzban S, Babaei Heydarabadi A, Abdoljabari M, Rahimi E, Vejdani M, Shokri M. Spiritual health status in students of Shahid Beheshti University and Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2016; 2(4): 14- 23. (Full Text in Persian)
18. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life In Peplau LA & Perlman D.(Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224– 237). New York, NY: Wiley; 1982.
19. O'Connor M, Guilfoyle A, Breen L, Mukhardt F, Fisher C. Relationships between quality of life, spiritual well-being, and psychological adjustment styles for people living with leukaemia: An exploratory study. *Mental health, religion and culture*. 2007; 10(6): 631- 47.
20. Rayburn CA. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. HAWORTH PRESS INC 10 ALICE ST, BINGHAMTON, NY 13904-1580 USA; 2006.
21. Alahbakhshian M, Jafarpour - Alavi M, Parvizi S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Science*. 2010; 12(3): 29- 33. (Full Text in Persian)
22. Rezaee N, Behbahany N, Yarandy A, Hosseine F. Correlation between occupational stress and social support among nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2006; 19(46): 71- 8. (Full Text in Persian)
23. Chavoshian SA, Moeini B, Bashirian S, Feradmal J. The Role of Spiritual Health and Social Support in Predicting Nurses' Quality of Life. *Journal of Education And Community Health*. 2015; 2(1): 19- 28.
24. Safayi Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahour M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students. *Quarterly Journal of sabzevar university of Medical Sciences*. 2010; 17(4): 274- 80. (Full Text in Persian)
25. Assarroudi A, Jalilvand M, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). *Modern Care Journal*. 2012; 9(2): 156- 62. (Full Text in Persian)
26. 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. (Full Text in Persian)
27. Moghadam SRM, Chegeni ME, Hafez AA. Explore the relationship among spiritual health, marital satisfaction, and demographic characteristics (age, duration of marriage, duration of employment) in Mafi

hospital nurses of Susa city in 1394. Journal of Reaserch on Religion & Health. 2015; 1(4): 38- 44. (Full Text in Persian)

28. Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. Cancer Nursing. 1999; 22(2): 134- 40.

29. Dastgheib Z, Gharlipour Z, Ghobadi Dashdebi K, Hoseini F, Vafae R. Association of between mental health and spiritual health among students in Shiraz University. Journal of Nursing and Midwifery. 2014; 24(84): 53- 9. (Full Text in Persian)

30. Yseminejad P, Golmohammadian M, Yosefi N. Study the relationship of spiritual health and job Involvement in academic staff. Quarterly journal of career & organizational counseling. 2011; 3(8): 110- 25. (Full Text in Persian)

31. Tavan H, Taghinejad H, Sayehmiri K, Yary Y, Fathizadeh H, Saraby A, et al. Spiritual Health of Nursing Students. Islam And Health Journal. 2015; 2(1): 26- 32. (Full Text in Persian)

32. 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. (Full Text in Persian)

33. Mostafazadeh F, Asadzadeh F. Spiritual health of midwifery students. Iranian Journal of Health & Care. 2012; 14(1,2): 55- 60. (Full Text in Persian)

34. Tabibi M, Ahmari Tehran H, SoltaniArabshahi K, Heidari S, Abdi Z, Safaeipour R. The Association between Spiritual Health and Academic Achievement in Medical Students of Qom University of Medical Sciences, 2011. Qom Univ Med Sci J. 2013; 7(1): 72- 8. (Full Text in Persian)

35. Levin JS, Taylor RJ, Chatters LM. Race and gender differences in religiosity among older adults: Findings from four national surveys. Journal of Gerontology. 1994; 49(3): S137- S45.