

April-May 2020, Volume 15, Issue 1

## The Study of the Relationship between Demographic Characteristics and Spiritual Well-being Among Adolescent Students

Ahmadpoori S.F<sup>1</sup>, \*Motaghi M<sup>2</sup>

1- MSc Student, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Phd in Nursing, Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran (**Corresponding author**)  
**Email:** m.motaghi912@gmail.com

Received: 13 Nov 2019

Accepted: 28 Feb 2020

### Abstract

**Introduction:** Considering that spiritual dimension and spiritual well-being are closely related to the dimensions of mental, physical and social health of each person, attention to it is important in health promotion. Family is one of the most important factors affecting the spiritual health of adolescents.

**Objectives:** The aim of this study was to determine the relationship between spiritual health and demographic and family characteristics among adolescent girl students of first grade high schools in the 1 and 5 area of Isfahan.

**Methods:** The present study is a descriptive-analytic study. The study population included 125 high school students from two area of Isfahan who were selected by multi-stage random sampling method. This study was conducted in the academic year 2015-2016. The data gathering tool was a two-part questionnaire, the first part containing demographic information and family characteristics that were prepared using the literature review and the second part was Palutzian Elison's spiritual wellbeing. Data was analyzed using descriptive and inferential statistics and analyzed by using of SPSS 18 software.

**Results:** The findings of this study showed that the mean score of total spiritual health in the students was (95.5%) and in the religious health (49.99%) and existential health (44.96%). In general, students' spiritual well-being was moderate. The total score of spiritual well-being and the score of the existential health of students were directly related to their average score ( $P < 0.05$ ) but there was no significant relationship with their age and number of children ( $P > 0.05$ ). The religious health scores of students were inversely related to their age ( $P < 0.05$ ), but their mean score and the number of children in the family did not have a significant relationship ( $P > 0.05$ ). In The overall score of spiritual health and religious and existential health There was no significant relationship between with educational background and the birth rank of the students and age, and the level of education and work of their mothers and fathers ( $P > 0.05$ ).

**Conclusions:** Considering that spiritual health is an important aspect of the health of adolescent girls and the role of family in adolescents health is crucial, adolescence as an infrastructure for community health, conducting further studies and providing appropriate services in the field of spiritual well-being Adolescents and their families by school nurse should pay attention to the health services of schools .

**Keywords:** Spiritual health, Family, Demographic characteristics, Adolescents

## بررسی رابطه ویژگی های دموگرافیک با سلامت معنوی در دانش آموزان نوجوان

سیده فاطمه احمدپوری<sup>۱</sup>، \*مینو متقی<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.  
 ۲- دکتری پرستاری، استادیار گروه سلامت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)  
 ایمیل: m.motaghi912@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۲۳

### چکیده

**مقدمه:** باتوجه به اینکه بعد روحی و سلامت معنوی ارتباط نزدیکی با ابعاد سلامت روانی، جسمی و اجتماعی هرفرد دارد، توجه به آن در ارتقای سلامت اهمیت بسزایی دارد. خانواده یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر روی سلامت معنوی نوجوانان است.

**روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است و جامعه پژوهش شامل ۱۲۵ نفر از دانش آموزان دبیرستانی دو ناحیه از شهر اصفهان، بودند که به روش تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. این مطالعه درسال تحصیلی ۹۶-۹۷ انجام گردید. ابزار گردآوری داده ها شامل یک پرسشنامه دو قسمتی بود که قسمت اول شامل اطلاعات مربوط به ویژگی های دموگرافیک و خانوادگی بود که با استفاده ازمرور متون تهیه شد و قسمت دوم پرسشنامه سلامت معنوی پولتزین والیسون بوده که به وسیله نمونه ها تکمیل شده و داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** یافته های این پژوهش نشان داد میانگین نمره کل سلامت معنوی در دانش آموزان مورد بررسی (۹۵/۵) و در حیطه های سلامت مذهبی (۴۹/۹۰) و سلامت وجودی (۴۴/۹۶) بود. به طور کلی سلامت معنوی دانش آموزان در سطح متوسط بود. نمره کل سلامت معنوی و نمره حیطه سلامت وجودی دانش آموزان با معدل آنها رابطه مستقیم داشت ( $P < 0/05$ ) اما با سن آنها و تعداد فرزند خانواده رابطه معنادار نداشت ( $P > 0/05$ ). نمره سلامت مذهبی دانش آموزان با سن آنها رابطه معکوس داشت ( $P < 0/05$ ) اما با معدل آنها و تعداد فرزند در خانواده رابطه معنادار نداشت ( $P > 0/05$ ). نمره کل سلامت معنوی و حیطه های سلامت مذهبی و وجودی با پایه تحصیلی و رتبه تولد دانش آموزان و دامنه سنی و سطح تحصیلات و شغل مادران و پدران رابطه معنادار نداشتند ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به این که سلامت معنوی یک بعد مهم سلامت دانش آموزان دختر نوجوان است و نقش خانواده در سلامت نوجوانان نقشی حیاتی است، با در نظر گرفتن دوره نوجوانی به عنوان زیرساختی برای سلامت جامعه، انجام مطالعات بیشتر و ارائه خدمات مناسب در زمینه سلامت معنوی نوجوانان و خانواده های آن ها باید در راستای خدمات بهداشتی مدارس و درحیطه کار پرستار مدرسه موردتوجه قرار گیرد.

**کلیدواژه ها:** سلامت معنوی، خانواده، ویژگی های دموگرافیک، نوجوان.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

و باعث ارتقای سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می کند. (۲). از زمان های پیشین، تعریفی که از مفهوم پیچیده سلامت معنوی ارائه شده چنین است " زندگی کردن همراه با پرورش هماهنگ ارتباطات: با خدا، خود، جامعه و محیط " (۳). سلامت معنوی یک شانس نیست بلکه یک انتخاب است و زمانی ایجاد می گردد

سلامت معنوی، هسته ی مرکزی سلامت درانسان و فرآیندی مبهم و پیچیده از تکامل است که رابطه ای هماهنگ را بین نیروهای درونی فرد ایجاد می کند (۱). این بعد از سلامت یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است، در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار می گیرد

نوجوانان و ارتباطشان با سلامت معنوی افراد می تواند به شناخت عوامل تاثیرگذار بر سلامت معنوی نوجوانان کمک شایانی نماید بنابراین مطالعه حاضر با عنوان بررسی رابطه ویژگی های دموگرافیک با سلامت معنوی در دانش آموزان نوجوان انجام گردید.

### روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - همبستگی می باشد که جهت بررسی رابطه ویژگی های دموگرافیک و خانوادگی با سلامت معنوی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول ناحیه یک و پنج شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ انجام گردید. حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، ۸۸ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ریزش، حجم نمونه ۱۲۵ نفر در نظر گرفته شد و از این تعداد ۸ نفر به طور ناقص پرسشنامه ها را پر نمودند ولی داده های آن ها به صورت داده ی از دست رفته وارد تحلیل مطالعه شد. جهت جمع آوری اطلاعات از روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای استفاده شد، بدین ترتیب که محقق پس از دریافت معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و کسب معرفی نامه از کمیته اخلاق دانشگاه به آموزش و پرورش کل استان اصفهان مراجعه کرد و از طریق مسئول امور پژوهشی از بین مدارس دخترانه متوسطه اول اصفهان (۳۴ مدرسه از شمال و ۴۰ مدرسه از جنوب شهر) به صورت تصادفی یک مدرسه از شمال شهر و یک مدرسه از جنوب شهر انتخاب نمود. این دو مدرسه در نواحی یک و پنج اصفهان بودند. بنابراین از طریق اتوماسیون به آموزش و پرورش و سپس مدارس نواحی مربوطه ارجاع داده شد. پس از مراجعه به دبیرستان های انتخاب شده و ارائه معرفی نامه و دادن توضیحات و هماهنگی با مدیران و معاونین مدارس، به روش تصادفی ساده از هر مدرسه دو کلاس (در کل ۴ کلاس) انتخاب شد. اسامی کل دانش آموزان هر ۴ کلاس، از دو مدرسه گرفته شد، محقق پس از بیان هدف تحقیق و گرفتن رضایت آگاهانه از دانش آموزان، در مورد محفوظ و محرمانه نگه داشتن کلیه اطلاعات و اسرار به دست آمده و نیز درباره اینکه شرکت در این مطالعه، تأثیری در نمرات اکتسابی ایشان از دبیران نخواهد داشت توضیحات لازم داده شد هم چنین جهت جلب اعتماد دانش آموزان به آن ها گفته شد که

که افراد به طور خواسته قدرت معنوی خود را از طریق نیایش، آرامسازی، مصاحبت با افراد هم عقیده، یادگیری از یک راهنمای معنوی و مطالعه تقویت می کنند (۴). علی رغم اهمیت این موضوع توجه کمی از سوی جوامع به سلامت معنوی نوجوانان معطوف می گردد (۵). بر اساس آمار یونیسف در سال ۲۰۱۱، حدود ۱/۲ میلیارد از جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می دهند (۶). در حال حاضر بالغ بر ۲۶۳۵۴۰۰۰ نفر یعنی ۳۷/۴۶ درصد جمعیت کشور ما را افراد کمتر از هجده سال تشکیل می دهند و از این تعداد ۱۲/۳۸ درصد سن ۱۴ تا ۱۸ سال دارند (۷). نوجوانی دوره ای انتقالی بین کودکی و بزرگسالی است که در آن افراد به دنبال حس هویت و کسب مهارت برای سال های آتی هستند (۸). این دوره زمانی برای برقراری روابط سالم با دیگران، کسب مهارت های اجتماعی، شناخت زندگی سالم و مؤثر و چگونگی برخورداری از آن به شمار می رود (۹). با وجود چالش های موجود در زندگی امروزه، سال های نوجوانی یکی از پر آشوب ترین دوران های زندگی به شمار می رود و نوجوانان نگرانی های متعدد در خصوص روابط خانوادگی، مدرسه، هم سالان، پیشرفت تحصیلی و... دارند و در ابعاد مختلف اجتماعی، عاطفی و تحصیلی تحت فشار و تنش قرار می گیرند که پیامدهای زیادی نظیر اختلالات اضطرابی (۱۰)، احساس تنهایی (۱۱)، استرس تحصیلی (۱۲)، خشم (۱۳)، ارتباط با جنس مخالف (۱۴)، افت و عدم موفقیت تحصیلی (۱۵)، اضطراب اجتماعی (۱۶) را به دنبال دارد و همه موارد این نیاز را ایجاد می کند تا به نوجوانان توجه ویژه گردد. با توجه به ویژگی های بلوغ در دختران، شرایط جسمی و روانی این دوران و نیز نقش اساسی دختران در باروری، می توان ادعا نمود که سلامت دختران نوجوان از جایگاه ویژه ای برخوردار است. دوران نوجوانی در دختران، زیربنا و سرآغازی جهت دهنده برای دوره های بعدی زندگی آن ها خواهد بود و تأثیر مستقیمی بر خانواده و کودکان آن ها خواهد گذاشت (۱۷). بنابراین توجه به سلامت نوجوانان و به ویژه دختران نوجوان از اهداف و رسالت های کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی است (۱۸). از آن جایی که خانواده واحد سازنده جامعه می باشد ارزش ها و اعتقادات و بنیاد سلامت افراد به خصوص نوجوانان در آن جا شکل می گیرد (۴)، توجه به ویژگی های خانوادگی و دموگرافیک

قرار گرفت. سطح معناداری  $P < 0.05$  در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از آزمون تی مستقل، هم بستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده گردید.

### یافته‌ها

جمعیت مورد پژوهش شامل ۱۲۵ نفر از دانش آموزان دختر نوجوان دبیرستانی مقطع متوسطه اول دولتی نواحی ۱ و ۵ شهر اصفهان بود که میانگین سنی آن‌ها ۱۴ سال، میانگین معدل آن‌ها ۱۹ و تعداد فرزند خانواده بین ۱ تا ۳، با میانگین ۲ فرزند بوده است (جدول ۱).

میانگین نمره کل سلامت معنوی در دانش آموزان مورد بررسی (۹۵/۵) و در حیطه‌های سلامت مذهبی (۴۹/۹۰) و سلامت وجودی (۴۴/۹۶) بود. به طور کلی سلامت معنوی دانش آموزان در سطح متوسط بود (جدول ۲).

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که نمره کل سلامت معنوی با  $(P = 0.02)$  و نمره حیطه سلامت وجودی با  $(P = 0.04)$  در دانش آموزان با معدل آنها رابطه مستقیم داشت  $(P < 0.05)$ . اما نمره سلامت معنوی با سن آنها  $(P = 0.07)$  و تعداد فرزند خانواده  $(P = 0.37)$  رابطه معنادار نداشت  $(P > 0.05)$  هم چنین نمره حیطه سلامت وجودی با سن آنها  $(P = 0.13)$  و با تعداد فرزند خانواده  $(P = 0.37)$  رابطه معنادار نداشت  $(P > 0.05)$ . اما نمره سلامت مذهبی دانش آموزان با سن آنها با  $(P = 0.01)$  رابطه معکوس داشت  $(P < 0.05)$  ولی با معدل آنها  $(P = 0.24)$  و تعداد فرزند در خانواده  $(P = 0.82)$  رابطه معنادار نداشت  $(P > 0.05)$ . ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که نمره کل سلامت معنوی و حیطه‌های سلامت مذهبی و وجودی با پایه تحصیلی و رتبه تولد دانش آموزان و دامنه سنی و سطح تحصیلات مادران و پدران رابطه معنادار نداشتند  $(P > 0.05)$ . (جدول ۳).

پرسشنامه‌ها را پس از تکمیل، در پوشه‌های دکمه دار که روی میز قرار داده شده بود قرار دهند. انتخاب معیارهای ورود واحدهای مورد پژوهش چنین بود؛ دانش آموزانی که خود و والدینشان رضایت کامل برای شرکت در مطالعه را داشتند و دانش آموزانی که فاقد هرگونه بیماری روحی، روانی ثبت شده در پرونده سلامت بودند.

سپس به هر یک از دانش آموزان کدی داده شد. در این پژوهش از پرسشنامه دو قسمتی استفاده شد که قسمت اول شامل اطلاعات مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک و خانوادگی بود که با استفاده از مرور متون و استفاده از قسمتی از پرسش نامه محقق ساخته متقی و همکاران ۱۳۹۳ بود که شامل: سن، معدل، تعداد فرزند خانواده، پایه تحصیلی، رتبه تولد، سن والدین، تحصیلات والدین و شغل والدین بود. قسمت دوم حاوی پرسشنامه (SWBS) شامل ۲۰ سؤال بود که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجید. نمره کل سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه بوده که دامنه آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. پاسخ این سؤالات بصورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم با رتبه ۱ تا کاملاً موافقم با رتبه ۶ دسته بندی شده بود. در مورد ۹ سؤال نمره گذاری معکوس صورت پذیرفت. نمرات به دست آمده به صورت زیر دسته بندی گردید: ۲۰-۴۰ سلامت معنوی در حد پایین، ۴۱-۹۹ سلامت معنوی در حد متوسط، ۱۰۰-۱۲۰ سلامت معنوی در حد بالا که در مطالعه رضایی و همکاران، روایی پرسشنامه‌ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ مورد تأیید قرار گرفته است (۱۹). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ در کل ۰/۸۶ به دست آمد. پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS ۱۸ شده و مورد تجزیه و تحلیل

جدول ۱: میانگین سن، معدل و تعداد فرزند خانواده در دو گروه

نمره	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	P-value
سن (سال)	مدرسه ناحیه ۵	۱۴/۱۱	۰/۷۱	-۰/۶۵	۰/۵۲
	مدرسه ناحیه ۱	۱۴/۰۳	۰/۷۰		
معدل	مدرسه ناحیه ۵	۱۹/۲۸	۰/۴۳	۱/۸۹	۰/۱۲
	مدرسه ناحیه ۱	۱۹	۰/۴۱		
تعداد فرزند خانواده	مدرسه ناحیه ۵	۲/۰۷	۰/۶۰	-۰/۲۸	۰/۷۷
	مدرسه ناحیه ۱	۲/۰۹	۰/۵۶		

**جدول ۲:** میانگین نمره کل سلامت معنوی و حیطة های سلامت مذهبی و وجودی در دو ناحیه

نمره	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	P-value
سلامت معنوی	مدرسه ناحیه ۵	۹۵/۰۶	۱۰/۷۵	۰/۳۵	۰/۷۳
	مدرسه ناحیه ۱	۹۵/۹۵	۱۵/۷۰		
سلامت مذهبی	مدرسه ناحیه ۵	۵۰/۱۱	۶/۸۹	۰/۳۱	۰/۷۶
	مدرسه ناحیه ۱	۴۹/۷۱	۷/۴۵		
سلامت وجودی	مدرسه ناحیه ۵	۴۴/۹۳	۸/۰۴	۰/۰۴	۰/۹۶
	مدرسه ناحیه ۱	۴۵	۱۰/۲۴		

آزمون t مستقل نشان داد که نمره کل سلامت معنوی با (P=۰/۴۵) و حیطة های سلامت مذهبی (P=۰/۹۵) و حیطة های سلامت مذهبی با (P=۰/۶۵) و سلامت وجودی با (P=۰/۹۰) در دانش آموزان پدران آنها رابطه معنادار نداشت (جدول ۴).  
هم چنین آزمون t مستقل نشان داد که نمره کل سلامت معنوی با (P=۰/۴۵) و حیطة های سلامت مذهبی (P=۰/۹۵) و سلامت وجودی با (P=۰/۹۰) در دانش آموزان پدران آنها رابطه معنادار نداشت (جدول ۵).

هم چنین آزمون t مستقل نشان داد که نمره کل سلامت معنوی با (P=۰/۴۵) و حیطة های سلامت مذهبی (P=۰/۹۵) و سلامت وجودی با (P=۰/۹۰) در دانش آموزان پدران آنها رابطه معنادار نداشت (جدول ۴).  
هم چنین آزمون t مستقل نشان داد که نمره کل سلامت معنوی با (P=۰/۴۵) و حیطة های سلامت مذهبی (P=۰/۹۵) و سلامت وجودی با (P=۰/۹۰) در دانش آموزان پدران آنها رابطه معنادار نداشت (جدول ۵).

**جدول ۳:** ضرایب همبستگی بین نمره کل سلامت معنوی و حیطة های سلامت مذهبی و وجودی با سن، معدل، تعداد فرزند خانواده، پایه تحصیلی و رتبه تولد دانش آموزان و دامنه سنی و سطح تحصیلات مادران و پدران

متغیر	نمره سلامت معنوی		نمره سلامت مذهبی		نمره سلامت وجودی	
	P	r	P	r	P	r
سن	۰/۰۷	-۰/۱۷۱	۰/۰۱	-۰/۲۱۳	۰/۱۳	-۰/۱۳۷
معدل	۰/۰۲	۰/۲۲۳	۰/۲۴	-۰/۱۰۸	۰/۰۴	-۰/۱۹۱
تعداد فرزند خانواده	۰/۳۷	-۰/۰۸۶	۰/۸۲	-۰/۰۲۰	۰/۳۷	-۰/۰۸۱
پایه تحصیلی	۰/۲۶	-۰/۱۰۸	۰/۲۴	-۰/۱۰۵	۰/۱۱	-۰/۱۴۴
رتبه تولد	۰/۲۸	-۰/۱۰۳	۰/۹۲	-۰/۰۰۹	۰/۳۹	-۰/۰۷۸
دامنه سنی مادر	۰/۱۲	-۰/۱۴۳	۰/۹۲	-۰/۰۰۹	۰/۱۰	-۰/۱۴۵
دامنه سنی پدر	۰/۶۶	-۰/۰۴۶	۰/۷۱	-۰/۰۳۶	۰/۳۰	-۰/۰۹۹
سطح تحصیلات مادر	۰/۲۹	۰/۱۰۱	۰/۵۷	-۰/۰۵۱	۰/۵۷	-۰/۰۵۱
سطح تحصیلات پدر	۰/۹۰	۰/۰۱۲	۰/۶۶	-۰/۰۳۹	۰/۷۷	-۰/۰۲۶

**جدول ۴:** میانگین نمره کل سلامت معنوی و حیطة های سلامت مذهبی و وجودی دانش آموزان به تفکیک شغل پدران

نمره	شغل	میانگین	انحراف معیار	t	P-value
سلامت معنوی	آزاد	۹۵/۴۷	۱۱/۹۴	۰/۰۷	۰/۹۵
	کارمند	۹۵/۲۹	۱۴/۸۸		
سلامت مذهبی	آزاد	۴۹/۳۶	۸/۱۳	۰/۴۵	۰/۶۵
	کارمند	۴۹/۹۹	۶/۷۷		
سلامت وجودی	آزاد	۴۴/۹۳	۷/۴۴	۰/۱۳	۰/۹۰
	کارمند	۴۴/۷۰	۱۰/۲۹		

**جدول ۵:** میانگین نمره کل سلامت معنوی و حیطة های سلامت مذهبی و وجودی دانش آموزان به تفکیک شغل مادران

نمره	شغل	میانگین	انحراف معیار	t	P-value
سلامت معنوی	خانه دار	۹۴/۵۳	۱۳/۵۱	۰/۷۵	۰/۴۵
	کارمند	۹۶/۶۷	۱۴/۲۰		
سلامت مذهبی	خانه دار	۴۹/۴۰	۷/۴۱	۰/۷۰	۰/۴۹
	کارمند	۵۰/۳۸	۶/۶۹		
سلامت وجودی	خانه دار	۴۴/۷۴	۸/۸۸	۰/۲۵	۰/۸۰
	کارمند	۴۵/۲۱	۱۰/۵۰		

## بحث

در کل ما دریافتیم که نمره کل سلامت معنوی و حیطة های سلامت وجودی و مذهبی دانش آموزان دو ناحیه در حد متوسط بود. نمره کل سلامت معنوی و حیطة سلامت وجودی دانش آموزان با معدل آنها رابطه مستقیم داشت. یعنی دانش آموزانی که معدل بالاتری دارند سلامت معنوی و سلامت وجودی بالاتری نیز داشته اند. علت این امر می تواند چنین تشریح شود که دانش آموزانی که سلامت معنوی و وجودی بالاتری دارند اشتیاق و روحیه ی بهتری برای پیشرفت و تلاش دارند در نتیجه معدل بالاتری کسب می کنند از سویی افزایش معدل آن ها می تواند به عنوان مشوق باعث ارتقای بیشتر سلامت معنوی و وجودی آن ها گردد. اما سلامت مذهبی با معدل آنها و تعداد فرزند در خانواده رابطه معنادار نداشت ( $P > 0.05$ ). در مطالعه حاتمی پور و همکاران (۲۰)، که سلامت معنوی را با اضطراب دانشجویان پرستاری در اولین تجربه کارآموزی بررسی کرده بودند، سلامت معنوی و اضطراب در دانشجویان بر حسب عملکرد تحصیلی، رابطه معنی داری را نشان نداد که با نتیجه حیطة سلامت مذهبی مطالعه حاضر همسو می باشد. سلامت معنوی با سن آنها و تعداد فرزند خانواده رابطه معنادار نداشت ( $P > 0.05$ ). نمره سلامت مذهبی دانش آموزان با سن آنها رابطه معکوس داشت ( $P < 0.05$ ) یعنی هرچه سن بالاتر باشد سلامت مذهبی کاهش می یابد که این می تواند به علل مختلف فرهنگی و اجتماعی و تکاملی و... مرتبط گردد و باید برای ارتقای سلامت معنوی، مذهبی و وجودی نوجوانان اقداماتی در نظر گرفته شود. Michaelson و همکاران (۲۱)، بر روی سلامت معنوی ۶ کشور آمریکای شمالی و اروپا و ۴۵۹۶۷ نوجوان مطالعه نموده بودند گزارش کردند که سلامت معنوی نوجوانان به خصوص در حوزه های ارتباط با خالق و طبیعت با افزایش سن کاهش می یابد که باید مداخلات هدفمند و متمرکز روی قشر نوجوان انجام گردد که منطبق بر این نتیجه ی مطالعه می باشد. هم چنین در گروه دانشجویان نیز کاهش تدریجی سلامت معنوی گزارش شده که ناشی از عدم آموزش کافی معنوی است و محدود به کشور ما نیست و باید اقدامات لازم در جهت ارتقای سلامت معنوی صورت پذیرد (۲۲). ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که نمره کل سلامت معنوی و حیطة های سلامت مذهبی و وجودی با پایه تحصیلی و رتبه تولد دانش آموزان و دامنه سنی

و سطح تحصیلات مادران و پدران رابطه معنادار نداشتند ( $P > 0.05$ ). در مطالعه رحیمی و همکاران (۲۳)، نیز میانگین نمرات کل سلامت معنوی و متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سال و رشته تحصیلی به جز جنس از نظر آماری ارتباط معناداری وجود نداشت. در مطالعه صلحی و همکاران (۱۸)، نیز تفاوت معنی داری بین نمرات مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی، سلامت معنوی، روابط بین فردی بر اساس سازه های مورد بررسی تئوری رفتاری برنامه ریزی شده برحسب متغیر های زمینه ای میزان تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر، شغل مادر، سن پدر و سن مادر نشان نداد. (جدول ۴) میانگین نمره کل سلامت معنوی و حیطة های سلامت مذهبی و وجودی دانش آموزان را به تفکیک شغل پدران نشان می دهد. آزمون t مستقل نشان داد که نمره کل سلامت معنوی و حیطة های سلامت مذهبی و وجودی دانش آموزان با شغل پدران آنها رابطه معنادار نداشت ( $P > 0.05$ ). میانگین نمره ی سلامت معنوی و حیطة های سلامت مذهبی و وجودی دانش آموزانی که پدرانشان شغل آزاد یا کارمند دارند بایکدیگر تفاوت چندانی ندارد شاید به این علت باشد که دانش آموزان دختر نوجوان از مادر الگوپذیری بیشتری دارند و از آن جایی که در این مطالعه شغل مادران بیشتر دانش آموزان خانه داری بوده، تعامل بیشتری بین آن ها و دانش آموزان وجود دارد و پیرو این ارتباط بیشتر، تأثیر بیشتری بر دانش آموزان دارند.

(جدول ۵)، میانگین نمره کل سلامت معنوی و حیطة های سلامت مذهبی و وجودی دانش آموزان به تفکیک شغل مادران توصیف می کند. میانگین کلی نمره ی سلامت معنوی دانش آموزان دارای مادر خانه دار ( $13/51 \pm 94/53$ ) بود در حالی که میانگین کلی نمره ی سلامت معنوی دانش آموزان دارای مادر کارمند ( $14/20 \pm 96/67$ ) بود. میانگین نمره ی حیطة سلامت مذهبی دانش آموزان دارای مادر خانه دار ( $7/41 \pm 49/40$ ) بود در حالی که میانگین نمره ی حیطة سلامت مذهبی دانش آموزان دارای مادر کارمند ( $6/69 \pm 50/38$ ) بود. هم چنین میانگین حیطة نمره ی سلامت وجودی دانش آموزان دارای مادر خانه دار ( $8/88 \pm 44/74$ ) بود در حالی که میانگین حیطة سلامت وجودی دانش آموزان دارای مادر کارمند ( $10/50 \pm 45/21$ ) بود. بنابراین مشاهده می گردد که دانش آموزانی که مادرانشان کارمند بودند میانگین بالاتری در نمره ی کلی سلامت معنوی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی نسبت

می گردد مداخلاتی در جهت ارتقای این بعد از سلامت در نظر گرفته شود. با توجه به مداخلات مثبت پرستاری در این زمینه (۲۵) و هم چنین نقش منحصر به فرد پرستار سلامت مدرسه که با دسترسی به شمار زیادی از دانش آموزان، بهترین موقعیت را در سازمان دهی نیازهای سلامتی، پیشرفت، بهزیستی، موفقیت تحصیلی و مادام العمر دانش آموزان داراست (۲۶،۲۷)، توصیه می گردد به نقش پرستار سلامت مدرسه در ارتقای این بعد از سلامت توجه ویژه گردد هم چنین با توجه به نقش کلیدی و انکار ناپذیر ویژگی های خانوادگی (۱۷) در تسهیل این امر پیشنهاد می گردد مطالعات بیشتری با مشارکت خانواده ها در زمینه سلامت معنوی نوجوانان صورت پذیرد.

### سیاسگزاری

این مقاله استخراج شده از رساله کارشناسی ارشد خانم سیده فاطمه احمدپوری در گرایش پرستاری سلامت جامعه با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.074 است که تحت حمایت دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) انجام گردید. بدین وسیله از مسئولین محترم آموزش و پرورش اصفهان و مدارس مربوطه و نوجوانان جهت همکاری در انجام این مطالعه قدردانی به عمل می آید.

### تضاد منافع

تضاد منافی وجود ندارد.

### References

1. Ahmadifaraz M, Reisi- Dehkordi N, Mosavizadeh R, Ghaderi S. The effect of group spiritual intervention based on the quran and prayer on spiritual health of patients with cancer. Journal of Isfahan Medical School. 2015; 32 (320): 2454 - 2463.
2. Kamian Sh, Taghdisi MH, Azam K, Estebarsari F. Evaluating effectiveness of spiritual health education on increasing hope among breast cancer patients. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2014; 2(3) : 208-214.
3. Fisher J W. Assessing adolescent spiritual health and well-being (commentary related to social science & Medicine – Population Health, ref: SSMPh-D-15-00089). SSM - Population Health. 2016; 2: 304-305. doi:http://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.002.

به دانش آموزانی دارند که مادران خانه دار دارند. در این مورد می توان فرضیه ای را بیان نمود که در خانواده هایی که علاوه بر پدران، مادران نیز شاغل هستند وضعیت اقتصادی، و ارتباط اجتماعی مطلوب تر می تواند باعث رفاه بیشتر و در نتیجه افزایش سلامت معنوی و حیطة هایش گردد. البته افزایش نمره سلامت معنوی و حیطة هایش در اثر عامل اشتغال مادران، فرضیه ای است که نیازمند مطالعات متنوع و متعدد می باشد چرا که با وجود افزایش نمرات سلامت معنوی و حیطة هایش در دانش آموزان با مادر شاغل در این مطالعه، رابطه معنادار نگردید ( $P > 0.05$ ). البته محمود پور و همکاران (۲۴)، می گویند شاغل یا خانه دار بودن مادر، عامل تعیین کننده ای به شمار نمی رود و احتمالاً تأثیر آن به عوامل مرتبط دیگری نظیر: وضعیت اقتصادی خانواده و درآمد، نوع شغل، میزان ساعات کاری، سختی شغل، علاقه و تمایل به آن شغل و ... بستگی دارد که این موارد و موارد مرتبط دیگر، می تواند بر کمیت و کیفیت رابطه مادر با فرزند، تأثیرگذار باشد.

### نتیجه گیری

با توجه به حساسیت سن نوجوانان دختر و تأثیر سلامت معنوی و وجودی بر پیشرفت تحصیلی و معدل و کاهش تدریجی کیفیت این بعد از سلامت به مرور زمان و از آن جایی که به سلامت معنوی و حیطة های آن در امر آموزش نوجوانان توجه چندانی نمی گردد (۳،۵)، برای داشتن نوجوانان پویا و زنان سالم در آینده توصیه

4. Hughes SJ. Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice. Nurs Educ Pract. 2016. e10.
5. Michaelson V, Freeman J, King N, Ascough H, Davison C, Trothen T, Pickett W. Inequalities in the spiritual health of young Canadians: A national, cross-sectional study. BMC Public Health. 2016;16:1200. doi: 10.1186/s12889-016-3834-y.
6. Mogdam Tabrizi F, Zamani S. A survey on the health concerns of adolescents of 15-18 years old in Zanjan. Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences. 2016; 14 (4): 335-342.
7. Shirani P, Heidari M. The role of police formation for children and adolescents in crime prevention. Karagah Jornal. 2017; 9 (39): 77-91.
8. Thomson K C, Schonert- Reichl K A, Oberle E. Optimism in early adolescence: Relations to

- individual characteristics and ecological assets in families, schools, and neighborhoods. *Journal of Happiness Studies*. 2015; 16 (4): 889-913. DOI 10.1007/s10902-014-9539-y.
9. Zeighami- Mohammadi S, Tajvidi M. Relationship between spiritual well-being with hopelessness and social skills in Beta-thalassemia major adolescents (2010). *Modern Care Journal (Scientific Quarterly of Birjand Nursing & Midwifery Faculty)* . 2011; 8 (3): 116-124.
  10. Hashemian P, Nazemian A, Hashemian P. Comparison of efficacy of cognitive-behavioral therapy and neurofeedback on symptoms of adolescence obsessive-compulsive disorder. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2016; 59 (1): 48-55.
  11. Janabadi h. On the relationship between loneliness and social support and cell phone addiction among students. *Journal of School Psychology*. 2017; 5 (4): 7-30.
  12. Sadeghi- Movahed F, Mehri S, Molavi P, Mosavi Z. A survey of educational associated stress in adolescent girls in Ardabil. *Processing of Second Student Conference on Health, Social Welfare and Rehabilitation*. Tehran, Iran. 2017; March 6: 34-35.
  13. Alaei P, Beirami M. The effectiveness of shame management training in reducing female adolescents' anger in the environment of school. *Clinical Psychology Studies*. 2017; 7 (25): 129-148.
  14. Mohamadi F, Mohamadi H. Qualitative study of the consequences of relationship with the opposite sex among Youth (Case Study: Adolescents in Mashhad, Iran). *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*. 2016; 5 (4): 641-662.
  15. Mohammadi M, Poursaberi R. Academic self-regulation of adolescents with cancer and its relationship with cancer and its relationship with identity styles in 2015-2016 school year. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2017; 14 (12): 982-989.
  16. Khaleghi N, Amiri M, Taheri E. Effectiveness of group reality therapy on symptoms of social anxiety, interpretation bias and interpersonal relationships in adolescents. *Fundamentals of Mental Health*. 2017; 19 (2): 77-83.
  17. Motaghi M, Afsar M, Tavakoli N. Examination of the relationship between health-promoting behaviors and family characteristics in high school girl students. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2015; 13 (5): 395-403.
  18. Solhi M, Reza- Zadeh A, Azam K, Khoush-Mehri G. Application of theory of planned behavior in prediction of health responsibility, Spiritual health and interpersonal relations in high school girl students in Tabriz. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014; 21 (121): 9-17.
  19. Rezaei M, Seyed- Fatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat*. 2009; 14(4):33-39.
  20. Hatami- pour Kh, Rahim- Aghae F, Delfan, V. The relationship between spiritual health and anxiety in nursing student in training at the time of entry into the school. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016; 11 (2): 68- 77.
  21. Michaelson V, Brooks F, Jirasek I, Inchley J, Whitehead R, King N, Walsh S, Davison CM, Mazur J, Pickett W. Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM-Population Health*. 2016;2:294-303. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.03.006>.
  22. Poorkiani M, Sheikh- Alipour Z, Jourkesh F. The assessment of paramedical students' spiritual health: the necessity to pay more attention. *History of Medicine Journal*. 2017; 8 (29): 63-81.
  23. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual health among nursing and midwifery students at Kerman university of medical sciences. *Journal of Hayat* . 2014; 19 (4): 74-81.
  24. Mahmoodpour A, Valad- Khani M, Ozayi N, Asayesh M. The Relation of Educational level and Maternal Employment on Selfefficacy in Tehran Sixth grade Elementary Students. *Community Health journal*. 2014; 9 (1): 1-9.
  25. Bamdad M, Fallahi- khoshknab M, Dalvandi A, Khodayi- Ardakani M. Impact of spiritual care on spiritual health of hospitalized amphetamin dependents. *Psychiatric Nursing*. 2013; 1 (3): 10-18.
  26. Holmes BW, Sheetz A, Allison M, Ancona R, Attisha E, Beers N, Lerner M. Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*. 2016; 137 (6): e20160852.
  27. Meshginmoo A. Assessment the significance of school nurses services from education and training system managers' perspective. M.Sc Thesis in Nursing. Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services Faculty of Nursing and Midwifery. 2015.