

The relationship between spiritual well-being and demographic characteristic of students of Qazvin University of Medical Sciences

HR. Hajibabaei¹, H. Hashemnezhad¹, K. Asgari Ghoncheh¹

¹ Department of Islamic Studies Resources, School of Islamic and Islamic thought University of Tehran, Tehran, Iran

Corresponding Address: Karim Asgari Ghoncheh, Islamic and Islamic thought, University of Tehran, Tehran, Iran

Tel: +98-28-33334893; Email: asgarighoncheh.k@ut.ac.ir

Received: 7 Jun 2018; Accepted: 30 Jun 2018

*Abstract

Background: Spiritual well-being is considered as an important aspect of health. It plays an important role in the development of health outcomes.

Objective: This study was conducted to investigate the statuses of spiritual well-being of student of Qazvin University of Medical Sciences as the health care providers.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 307 students which selected from Qazvin University of Medical Science by multi-stage sampling in 2019. The data were collected using Ellison and Paloutzian 20-items spiritual well-being questionnaire. The reliability of questionnaire was examined through cronbach's coefficient alpha approach. Data were analyzed using independent t-test and ANOVA.

Findings: The results showed that the mean of religious well-being was 36.20 ± 6.84 , existential well-being 34.59 ± 5.82 and total spiritual scores were moderate (70.78 ± 11.33). Significant relationships were found between spiritual well-being and field of study ($P < 0.001$), level of study ($P = 0.004$), and housing conditions ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the findings, the level of spiritual well-being among students was moderate which was related to their field, level of study and housing conditions. Due to the impact of these results on the health outcomes of the community, it should stimulate discussion about the necessity of planning to improve the level of students' spiritual well-being according to their demographic variables.

Keywords: Spiritual well-being, Existential well-being, Religion, Demographic factors

Citation: Hajibabaei HR, Hashemnezhad H, Asgari Ghoncheh K. The relationship between spiritual well-being and demographic characteristic of students of Qazvin University of Medical Sciences. J Qazvin Univ Med Sci 2018; 22(3): 50-57.

بررسی ارتباط وضعیت سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت‌شناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دکتر حمیدرضا حاجی بابایی^۱، دکتر حسین هاشم‌نژاد^۱، کریم عسگری غنچه^۱

^۱ گروه منابع اسلامی دانشکده معارف و اندیشه اسلامی دانشگاه تهران، تهران، ایران

آدرس نویسنده مسؤل: دانشگاه تهران، دانشکده معارف و اندیشه اسلامی. تلفن ۰۲۸-۳۳۳۳۴۸۹۳
تاریخ دریافت: ۹۷/۳/۱۷؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۹

* چکیده

زمینه: سلامت معنوی به‌عنوان یکی از اجزای مهم سلامتی در نظر گرفته می‌شود که در پیشبرد پیامدهای سلامت نقش به‌سزایی ایفا می‌کند.
هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین به‌عنوان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۶ بود که در آن ۳۰۷ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین به‌صورت چندمرحله‌ای سهمیه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه سنجش سلامت معنوی پولوتزین و الیسون بود که با استفاده از آن سلامت وجودی و سلامت مذهبی دانشجویان اندازه‌گیری شد و پایایی آن با آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت. داده‌ها با آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین ۳۰۷ دانشجوی شرکت‌کننده در مطالعه، میانگین نمره سلامت مذهبی $36/2 \pm 6/48$ ، سلامت وجودی $34/59 \pm 5/82$ و سلامت معنوی آن‌ها $70/78 \pm 11/33$ و در حد متوسط بوده است. بین میانگین نمره سلامت معنوی دانشجویان با متغیرهای وضعیت اسکان ($P < 0/001$)، مقطع تحصیلی ($P = 0/004$) و دانشکده ($P < 0/001$) ارتباط آماری معناداری مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، سلامت معنوی دانشجویان در حد متوسط بود که با متغیرهای وضعیت اسکان، مقطع تحصیلی و دانشکده آن‌ها ارتباط معنی‌داری داشت. حصول این نتیجه به‌دلایل تأثیر آن بر پیامدهای سلامت جامعه، ضرورت برنامه‌ریزی جهت ارتقای سطح سلامت معنوی دانشجویان با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، سلامت وجودی، مذهب، عوامل جمعیت‌شناختی

* مقدمه:

مطلوبی داشته باشد و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود.^(۳) زیرا سلامت معنوی با دارا بودن دو مؤلفه سلامت مذهبی (احساس سلامتی و ارتباط با قدرت ماورایی) و سلامت وجودی (ارتباط با دیگران و محیط) با مشخصاتی همچون ثبات در زندگی، صلح و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط نمایان می‌شود.^(۴) تحقیقات بسیاری در زمینه ارتباط مستقیم معنویت و سلامت گزارش شده که موجب گردیده تا برخی از نهادهای آموزشی بُعد معنوی سلامت را در دستورالعمل‌های بالینی دانشجویان

مفهوم سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت (WHO) در نظر گرفتن ابعاد مختلف سلامت شامل؛ بُعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد. مطابق تعریف فوق می‌توان اذعان کرد، برای ارتقای سلامت باید بُعد چهارم سلامت یعنی معنویت را در کنار سه بُعد دیگر سلامت مورد توجه قرار داد؛ زیرا این بُعد سبب یکپارچه‌سازی و هماهنگی ابعاد دیگر سلامت می‌شود.^(۲) اهمیت این بُعد سلامت تا حدی است که مطالعات نشان داده است بدون در نظر گرفتن سلامت معنوی، سایر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی سلامت نمی‌تواند کارکرد

خود جهت انجام مراقبت مبتنی بر معنویت لحاظ نمایند.^(۶۵)

شواهد درباره تأثیر آموزش در موضوعات معنویت در دانشجویان نشان داده است که دانشجویانی که در دوره آموزشی خود با موضوعات معنویت بیش تر آشنا شده‌اند؛ نگرش مثبت تری به معنویت داشته و گرایش بیش تری در به کارگیری آن در عملکرد آتی خود خواهند داشت.^(۸۷) این در حالی است که مطالعات نشان داده‌اند علی‌رغم اهمیت مسایل معنوی برای دانشجویان علوم پزشکی در محیط‌های بالینی، شکافی بین نگرش و عملکرد پزشکان در زمینه معنویت دیده می‌شود و موضوعات معنوی به ندرت توسط مراقبین سلامت مورد توجه قرار گرفته می‌شود.^(۹-۱۱) به علاوه دانشجویان پرستاری نیز اظهار نموده‌اند که در زمینه به کارگیری معنویت در عملکرد خود آمادگی لازم را کسب نکرده‌اند.^(۱۲-۱۴) در مطالعات انجام شده در زمینه معنویت، مهم ترین دلیل عدم آمادگی دانشجویان در این زمینه را فقدان آموزش و آگاهی آن‌ها، اعتقادات ضعیف آن‌ها نسبت به مراقبت معنوی و همچنین عدم آگاهی اساتید پزشکی در این زمینه عنوان نموده‌اند. ضمناً علی‌رغم اهمیت مباحث معنوی در آموزش دانشجویان به این امر مهم کم تر توجه شده است.^(۱۵)

جامعه دانشجویی یکی از عظیم ترین گروه‌های جامعه است و گرایش معنوی آن‌ها و انتقال این گرایش در عملکرد آتی آن‌ها می‌تواند در بهبود پیامدهای سلامت نقش مؤثری ایفا نماید. برخی از کشورها جهت تحقق این هدف، معنویت را در برنامه آموزشی خود وارد نموده‌اند ولی در مطالعات انجام شده در زمینه سلامت معنوی بیش تر به بررسی نتایج دوره‌های آموزشی برگزار شده به صورت ارزیابی میزان رضایت مندی آن‌ها و همچنین برداشت ذهنی دانشجویان از کسب صلاحیت در زمینه معنویت متمرکز شده است.^(۱۶-۱۹) با توجه به این که تأمین سلامت معنوی و نیز شناسایی و حذف عوامل منفی مؤثر در سلامت معنوی دانشجویان که مدیران و سازندگان آینده در هر جامعه‌ای خواهند بود ضرورت دارد

و تاکنون تحقیقی در این زمینه در دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام نگرفته است، لذا پژوهش گران درصدد سنجش سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین برآمدند تا براساس نتایج آن بتوانند برنامه ریزی آموزشی مناسبی را در راستای ارتقای سلامت معنوی دانشجویان تدوین و طراحی نمایند.

* مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و از نوع همبستگی است که جامعه پژوهش را دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین تشکیل دادند که با در نظر گرفتن برآورد انحراف معیار سلامت معنوی ۶ مطابق مطالعه طبیعی و همکاران و خطای قابل قبول ۰/۶ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۳۰۷ نفر محاسبه گردید.^(۲۰) روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای سهمیه‌ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا دانشجویان رشته‌های مختلف در دانشکده‌های ۵ گانه (پزشکی، دندان پزشکی، پرستاری - مامایی، بهداشت و پیراپزشکی) دانشگاه لیست شده و به صورت قرعه‌کشی براساس حجم نمونه از دانشکده‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس نمونه‌گیری در هر یک از دانشکده‌ها به صورت سهمیه‌ای انجام شد. افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند وارد و پرسش‌نامه را تکمیل نمودند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو ابزار بود:

- ۱- پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی که شامل؛ سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات دانشجویان بود.
- ۲- پرسش‌نامه سنجش سلامت معنوی (Spiritual well-being scale; SWBS) توسط پولوتزین و ایلسون در سال ۱۹۸۲ برای اولین بار طراحی شد.^(۲۱ و ۲۲) این پرسش‌نامه شامل ۲۰ سؤال در دو مقیاس شامل سلامت وجودی با ۱۰ سؤال زوج و سلامت مذهبی با ۱۰ سؤال فرد است که هر کدام نمره ۱۰ تا ۶۰ را به خود اختصاص می‌دهند که مجموع سؤالات نمره کل سلامت معنوی را تشکیل می‌دهد که نمره آن بین ۲۰ تا

ارتباط بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اسکان، مقطع تحصیلی و دانشکده با سلامت مذهبی، سلامت وجودی و معنوی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. نتایج آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس در جدول ۲ نشان دهنده این بود که اثر اصلی متغیرهای وضعیت اسکان ($P < 0/001$)، مقطع تحصیلی ($P = 0/004$) و دانشکده ($P < 0/001$) بر روی سلامت معنوی معنی‌دار بوده است. همچنین بیش‌ترین سلامت معنوی در دانشجویان بومی با میانگین $73/16 \pm 7/13$ و کم‌ترین در دانشجویان غیربومی با میانگین $60/69 \pm 17/32$ ، بیش‌ترین سلامت معنوی در مقطع کاردانی با میانگین $74/66 \pm 4/44$ کم‌ترین در دکترا با میانگین $68/18 \pm 15/14$ بیش‌ترین سلامت معنوی در دانشکده پیراپزشکی با میانگین $73/69 \pm 7/29$ و کم‌ترین در دندان‌پزشکی با میانگین $64/58 \pm 18/53$ بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی دانشجویان به تفکیک خصوصیات جمعیت‌شناختی

پارامتر	متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	پسر	۱۲۵	۴۰/۷
	دختر	۱۸۲	۵۹/۳
وضعیت تأهل	متأهل	۲۳	۷/۵
	مجرد	۲۸۴	۹۲/۵
وضعیت اسکان	بومی	۱۲۸	۴۱/۷
	غیربومی	۱۶	۵/۲
	خوابگاهی	۱۵۰	۴۸/۹
	شخصی	۱۳	۴/۲
مقطع تحصیلی	کاردانی	۹	۲/۹
	کارشناسی	۱۷۷	۵۷/۷
	دکتری	۱۲۱	۳۹/۴
دانشکده	پزشکی	۵۴	۱۷/۶
	دندان‌پزشکی	۶۷	۲۱/۸
	پرستاری	۴۲	۱۳/۷
	بهداشت	۹۳	۳۰/۳
	پیراپزشکی	۵۱	۱۶/۶

۱۲۰ است. در سؤال‌های با فعل مثبت به پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۶ و «کاملاً مخالفم» نمره ۱ تعلق می‌گیرد و بقیه عبارت‌ها که با فعل منفی هستند به پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره ۱ و «کاملاً مخالفم» نمره ۶ اختصاص می‌یابد.

تقسیم‌بندی نمرات به صورت ذیل انجام شد: سلامت معنوی پایین (۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹) و بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰). این پرسش‌نامه قبلاً نیز در ایران مورد استفاده قرار گرفته و ضریب پایایی آن با آلفای کرونباخ $0/82$ گزارش و در مطالعه دیگری ضریب پایایی آن با آلفای کرونباخ $0/87$ گزارش شد.^(۲۲و۲۱) در مطالعه حاضر پایایی پرسش‌نامه از طریق روش آزمون بازآزمون ارزیابی شد. بدین ترتیب که پرسش‌نامه فوق ابتدا بین ۲۵ نفر از دانشجویان توزیع و سپس به فاصله زمانی دو هفته مجدداً پرسش‌نامه بین همان جمعیت مطالعه قبلی توزیع گردید که ضریب پایایی آن با آلفای کرونباخ $0/85$ مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس برای مقایسه میانگین‌ها استفاده شد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS ۲۲ در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ انجام شد. محرمانه ماندن پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط شرکت‌کنندگان و ورود افراد داوطلب در مطالعه از ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بوده است.

* یافته‌ها:

از بین ۳۰۷ دانشجوی شرکت‌کننده در مطالعه، ۱۲۵ نفر (۴۰/۷ درصد) پسر، ۲۸۴ نفر (۹۲/۵ درصد) مجرد، ۱۲۸ نفر (۴۱/۷ درصد) بومی، ۱۷۷ نفر (۵۷/۷ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و در نهایت ۹۳ نفر (۳۰/۳ درصد) در دانشکده بهداشت مشغول به تحصیل بودند (جدول شماره ۱). همچنین میانگین سنی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی و سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین به ترتیب $20/7 \pm 2/6$ ، $36/2 \pm 6/48$ ، $34/59 \pm 5/82$ و $70/78 \pm 11/33$ برآورد شد.

پارامتر	متغیر	سلامت مذهبی		سلامت وجودی		سلامت معنوی	
		انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری
جنسیت*	پسر	۲۵/۱۲±۶/۹۱	۰/۰۱۵	۳۴/۷۳±۶/۳۵	۰/۷۰۹	۶۹/۸۶±۱۲/۴۱	۰/۲۳۳
	دختر	۳۶/۹۵±۶/۰۸		۳۴/۴۸±۵/۴۳		۷۱/۴۳±۱۰/۵۲	
وضعیت تأهل*	متأهل	۳۴/۳۰±۹/۴۸	۰/۳۱۸	۳۰/۷۸±۶/۹۶	۰/۰۰۱	۶۵/۰۸±۱۶/۱۲	۰/۰۸۵
	مجرد	۳۶/۳۶±۶/۱۷		۳۴/۸۹±۵/۶۲		۷۱/۲۵±۱۰/۷۶	
وضعیت اسکان**	بومی	۳۷/۶۹ ±۴/۷۰	<۰/۰۰۱	۲۵/۴۷±۴/۰۹	۰/۰۰۲	۷۳/۱۶±۷/۱۳	<۰/۰۰۱
	غیر بومی	۳۰/۹۴±۹/۶۶		۲۹/۷۵±۸/۱۷		۶۰/۶۹±۱۷/۳۲	
	خوابگاهی	۳۵/۷۳±۷/۰۱		۳۴/۳۲±۶/۶۰		۷۰/۰۵±۱۲/۹۳	
	شخصی	۳۳/۴۶ ±۶/۲۵		۳۴/۹۲ ±۴/۵۲		۶۸/۳۸ ±۸/۸۱	
مقطع تحصیلی**	کارדانی	۳۷/۴۴±۳/۷۸	۰/۰۰۲	۳۷/۲۲±۳/۷۷	۰/۰۲۷	۷۴/۶۶±۴/۴۴	۰/۰۰۴
	کارشناسی	۳۷/۲۳±۴/۱۷		۳۵/۱۵±۴/۵۹		۷۲/۳۷±۷/۶۲	
	دکتري	۳۴/۶۱ ±۸/۷۵		۳۳/۵۷±۷/۲۴		۶۸/۱۸±۱۵/۱۴	
دانشکده**	پزشکی	۳۷/۲۲±۶/۲۸	<۰/۰۰۱	۳۵/۴۳±۳/۷۳	۰/۰۰۱	۷۲/۶۵±۷/۴۱	<۰/۰۰۱
	دندان‌پزشکی	۳۲/۵۱±۹/۸۶		۳۲/۰۷±۸/۸۹		۶۴/۵۸±۱۸/۵۳	
	پرستاری	۳۶/۰۷±۶/۰۸		۳۴/۰۳±۶/۲۸		۷۰/۴۰±۱۱/۰۸	
	بهداشت	۳۷/۴۸± ۲/۹۹		۳۵/۲۸±۳/۵۴		۷۲/۷۶±۵/۱۹	
	پیراپزشکی	۳۷/۷۵±۳/۸۸		۳۵/۹۴±۴/۵۴		۷۳/۶۹±۷/۲۹	

*آزمون تی مستقل، ** آزمون آنالیز واریانس

*بحث و نتیجه‌گیری:

با توجه به اهمیت بُعد سلامت معنوی و اثر یکپارچگی آن بر سایر ابعاد سلامت، یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین سلامت معنوی دانشجویان در سطح متوسط قرار داشت. نتایج حاصل از این پژوهش با نتیجه مطالعه طبیبی و همکارانش (۲۰۱۳) که به بررسی ارتباط سلامت معنوی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم پرداخته بودند، همخوانی دارد. زیرا در مطالعه آن‌ها میانگین سلامت مذهبی $۳۷/۴۰ \pm ۳/۷۸$ ، بُعد سلامت وجودی $۳۴/۷۲ \pm ۳/۸۴$ و سلامت معنوی دانشجویان $۷۲/۱۲ \pm ۶/۰۲$ بود و میانگین نمره بُعد سلامت مذهبی بالاتر از نمره میانگین بُعد سلامت وجودی بود. (۲۰)

رحیمی و همکاران (۲۰۱۳) که به بررسی میزان سلامت معنوی دانشجویان پرستاری- مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان پرداخته بودند نیز سطح سلامت معنوی خود را در حد متوسط ($۹۳/۰۱ \pm ۱۳/۷۸$) گزارش

کرده بودند. (۲۳) همچنین در مطالعه هیسائو و همکاران (۲۰۱۱) که سطح سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و عوامل مؤثر بر آن را در تایوان بررسی کرده بودند، میانگین سلامت معنوی دانشجویان را متوسط گزارش کرده است. (۲۴)

در مطالعه حاضر بیش‌ترین نمره سلامت معنوی در دانشجویان بومی و کم‌ترین در دانشجویان غیربومی با میانگین $۶۰/۶۹ \pm ۱۷/۳۲$ گزارش شده است. شاید یکی از دلایل این تفاوت را بتوان نزدیکی دانشجوی بومی به خانواده و در نتیجه حفظ حالت شادابی و کاهش تنش و اضطراب ناشی از دوری خانواده نسبت به فرد غیربومی بیان نمود. دانشجویان غیربومی با فشارهای روانی متعددی شامل؛ دوری از خانواده، ناسازگاری با شرایط تحصیل در دانشگاه و محیط‌های خوابگاهی، ناکامی‌های تحصیلی و ... مواجه می‌شوند. در مطالعه توان و همکاران نیز نتایج مشابهی به‌دست آمد. (۲۵)

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به عدم در نظر گرفتن عوامل تأثیرگذار فرهنگی و عدم توجه به عوامل خانوادگی اشاره کرد. با توجه به این‌که سلامت معنوی دانشجویان در سطح متوسط قرار داشت، باید اقدامات مناسب توسط مسئولان دانشگاه علوم پزشکی قزوین به‌طور جدی برای ارتقای آموزش سلامت معنوی صورت گیرد. لازمه این امر آن است که طراحان و برنامه‌ریزان برنامه‌های آموزشی با برنامه‌ریزی و تأمین شرایط مناسب گامی در جهت گنجانیدن محتوای آموزشی در مورد سلامت معنوی در درس معارف اسلامی بردارند تا دانشجویان علاوه بر حیطه دانش بتوانند مهارت لازم در این زمینه را کسب نمایند.

* سپاس‌گزاری:

این مقاله در راستای انجام پایان‌نامه مقطع دکترای رشته مدرسی معارف اسلامی دانشگاه تهران می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین و همکاری سرکار خانم دکتر افسانه یخ‌فروش‌ها و آقای سعید شهسواری تشکر و قدردانی می‌گردد. این مطالعه با کُد اخلاق IR.QUMS.REC.1397.059 در دانشگاه علوم پزشکی قزوین ثبت شده است.

* مراجع:

1. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *J Zahedan Univ Med Sci* 2010; 12(3): 29-33. [In Persian]
2. Kashfi SM, Yazdankhah M, Babaei Heydarabadi A, Khani Jeihooni A, Tabrizi R. The relationship between religious attitude and mental health in students of Shiraz University of Medical Sciences. *J Res Religion Health* 2015; 1(3): 33-40. [In Persian]

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین متغیرهای وضعیت اسکان، مقطع تحصیلی و دانشکده در میانگین نمره سلامت معنوی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌علاوه بیش‌ترین نمره سلامت معنوی در دانشجویان مقطع کاردانی با میانگین $74/66 \pm 4/44$ و کم‌ترین در مقطع دکترا با میانگین $68/18 \pm 15/14$ و بیش‌ترین نمره سلامت معنوی در دانشکده پیراپزشکی با میانگین $73/69 \pm 7/29$ و کم‌ترین در دانشکده دندان‌پزشکی با میانگین $64/58 \pm 18/53$ بود. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه مسعودی اصل و همکاران (۲۰۱۳) و هیاسائو و همکاران (۲۰۱۱) که گزارش کردند با افزایش سطح تحصیلات دانشجو نمره سلامت معنوی آن‌ها افزایش یافته، ناهمسو است که احتمالاً دلایل آن طولانی شدن مدت تحصیلی دانشجویان می‌باشد، (۲۶ و ۲۴) ولی در مطالعه‌ای که توسط عصارودی و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد؛ دانشجویان سال اول و چهارم از نظر میانگین سلامت معنوی وضعیت مشابهی داشتند. (۳۲) به‌علاوه در مطالعه مصطفی‌زاده و همکارش هیچ‌گونه ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی و سنوات تحصیلی وجود نداشت. (۳۷)

همان‌طور که در بالا ذکر شد، نتیجه دیگر این مطالعه نشان داد که میان دانشکده و میانگین نمرات سلامت معنوی دانشجویان از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به‌عبارت دیگر دانشجویان دانشکده پزشکی، دندان‌پزشکی، پرستاری، بهداشت و پیراپزشکی از سلامت یکسانی برخوردار نبودند که با نتایج رحیمی و همکاران که نشان دادند بین رشته تحصیلی و میانگین نمرات سلامت معنوی دانشجویان از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، همخوانی ندارد. (۳۳) به‌نظر می‌رسد چنین نتایجی می‌تواند نشان‌گر این باشد که دانشکده‌های مختلف در رشته‌های تحصیلی متفاوت با استفاده از راهبردهای آموزشی گوناگون، زمینه ارتقای سلامت معنوی دانشجویان را با درجه‌های متفاوت فراهم نمایند.

3. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak Senior House. *Iran J Nurs* 2011; 24(72): 48-56. [In Persian]
4. Marzban S, Babaei Heydarabadi A, Rahimi E, Vejdani M, Shokri M. Spiritual health status in students of Shahid Beheshti University and Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *J Res Religion Health* 2016; 2(4): 17-24. [In Persian]
5. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012; 2012: 278730. doi: 10.5402/2012/278730.
6. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiq Clin* 2010; 37(1): 12-5.
7. Luckhaupt SE, Yi MS, Mueller CV, Mrus JM, Peterman AH, Puchalski CM, et al. Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: A study at a midwestern US teaching institution. *Acad Med* 2005; 80(6): 560-70.
8. Saguil A, Fitzpatrick AL, Clark G. Is evidence able to persuade physicians to discuss spirituality with patients? *J Relig Health* 2011; 50(2): 289-99. doi: 10.1007/s10943-010-9452-6.
9. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MF, Moreira-Almeida A, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med* 2011; 43(4): 316-22. doi: 10.2340/16501977-0784.
10. Mariotti LG, Lucchetti G, Dantas MF, Banin VB, Fumelli F, Padula NA. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. *Med Teach* 2011; 33(4): 339-40.
11. Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Arch Intern Med* 2003; 163(22): 2751-6. doi:10.1001/archinte.163.22.2751.
12. Chandramohan S, Bhagwan R. Spirituality and spiritual care in in the context of nursing education in South Africa. *Curationis* 2015; 38(1): 1-15. doi: 10.4102/curationis.v38i1.1471.
13. Espinha DC, de Camargo SM, Silva SP, Pavelqueires S, Lucchetti G. Nursing students' opinions about health, spirituality and religiosity. *Rev Gaucha Enferm* 2013; 34(4): 98-106.
14. Tomasso Cde S, Beltrame IL, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011; 19(5): 1205-13. doi: 10.1590/S0104-11692011000500019.
15. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract* 2011; 61(592): e749-60. doi: 10.3399/bjgp11X606663.
16. Anandarajah G, Stumpff J. Attitudes, knowledge and skills of clerkship medical students regarding spirituality and medicine. *Ann Behav Sci Med Educ* 2005; 11(2): 85-90.
17. Barnett KG, Fortin AH 6th. Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents. *J Gen Intern Med*

- 2006; 21(5): 481-5. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00431.x
18. Lucchetti G, Lucchetti AL, Puchalski CM. Spirituality in medical education: global reality? *J Relig Health* 2012; 51(1): 3-19. doi: 10.1007/s10943-011-9557-6.
19. Puchalski CM. Spirituality and medicine: curricula in medical education. *J Cancer Educ* 2006; 21(1): 14-8.
20. Tabibi M, Ahmari Tehran H, Soltani Arabshahi SK, Heidari S, Abdi Z, Safaeipour R. The association between spiritual health and academic achievement in medical students of Qom University of Medical Sciences, 2011. *J Qom Univ Med Sci* 2013; 7(2): 72-8. [In Persian]
21. Habibi A, Savadpour MT. Spiritual well-being in cancer patients under chemotherapy. *J Health Care* 2011; 13(3): 16-21. [In Persian]
22. Assarroudi A, Jalilvand MR, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). *Mod Care J* 2012; 9(2): 156-62. [In Persian]
23. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual well-being and attitude toward spirituality and spiritual care in nursing and midwifery students. *Iran J Nurs* 2013; 26(85): 55-65. [In Persian]
24. 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. doi: 10.1016/j.nedt.2009.05.001.
25. Tavan H, Taghinejad H, Sayehmiri K, Yary Y, khalafzadeh A, Fathizadeh H, et al. Spiritual health of nursing students. *Islam Health J* 2015; 2(1): 26-32. [In Persian]
26. Masoudi Asl I, Rajabi Vasokolaee G, Goudarzi L, Raadabadi M, Eskandari AH. The evaluation of relationship between mental health and spiritual health of students at Tehran University of Medical Sciences, 2013. *Teb va Tazkiyeh* 2015; 23(3): 55-66. [In Persian]
27. Asadzadeh F, Mostafazadeh F, Sadeghi S. A survey of the motivation of nursing students toward their field of study selection. *J Health Care* 2012; 14(1-2): 9-15. [In Persian]