Journal of Spiritual Health

2026, Volume 5, Issue 2
Pages: 906-915
10.30491/JSH.5.2.906

Assessment of Spiritual Health and Its Relationship with Mental and Social Health among Students of Abadan University of Medical Sciences

Ali Saeedi-Boroujeni [1], Zeinab Kiani Ghaleh Sardi [2], Zahra Gorjian [3*], Naser Kamyari [4]

[1] *Department of Basic Medical Sciences, Faculty of Medicine, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran*
[2] *Student Research Committee, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran*
[3] *Department of Nursing, School of Nursing, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran*
[4] *Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Research Center for Environmental Contaminants, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran*

Abstract

Background and Aim: This study aimed to determine the level of spiritual health and examine its relationship with mental health and social health among students at Abadan University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional correlational study was conducted in 2024–2025 on 255 students selected through stratified random sampling. Data were collected using the Spiritual Health Questionnaire, the General Health Questionnaire (GHQ-28), and Keyes' Social Health Questionnaire. Data were analyzed using Pearson's correlation, independent t-test, ANOVA, and multivariable linear regression in SPSS version 21. Age, gender, marital status, residence, and field of study were entered as covariates.

Results: The mean score of spiritual health was 93.99 ± 16.45. A significant negative correlation was found between spiritual health and mental health ($r = -0.345$, $P < 0.001$), and a significant positive correlation between spiritual health and social health ($r = 0.208$, $P < 0.001$). In adjusted models, spiritual health explained 21% of the variance in GHQ and 24% of the variance in social health, respectively ($\beta = -0.28$ and $\beta = 0.31$, $P < 0.001$).

Conclusion: Higher spiritual health was associated with fewer mental health problems and better social health. These associations remained significant after controlling for demographic variables. Strengthening spiritual health may be an effective strategy for improving mental and social health among students.

Keywords: Spiritual Health, Mental Health, Social Health, Medical Students.

*Corresponding author: **Zahra Gorjian,** Email: z.gorjian@abadanums.ac.ir

Received: 8 November 2025 **Accepted:** 28 August 2026

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]

مجله سلامت معنوی
دوره ۵، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵
صفحات: ۹۱۵-۹۰۶
10.30491/JSH.5.2.906

بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان و اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان

علی سعیدی‌بروجنی[۱]، زینب کیانی‌قلعه‌سردی[۲]، زهرا گرجیان[۳*]، ناصر کامیاری[۴]

[۱] *گروه علوم پایه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران*
[۲] *کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران*
[۳] *گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران*
[۴] *گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات آلاینده های محیطی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران*

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت معنوی و بررسی ارتباط آن با سلامت روان و سلامت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان انجام شد.

روش‌ها: پژوهش مقطعی- همبستگی در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ روی ۲۵۵ دانشجو به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انجام شد. داده‌ها با پرسشنامه‌های سلامت معنوی، سلامت عمومی (GHQ-28) و سلامت اجتماعی کییز جمع‌آوری شد. تحلیل با آزمون‌های پیرسون، تی مستقل، ANOVA و رگرسیون خطی چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام گرفت. سن، جنس، وضعیت تأهل، محل اسکان و رشته تحصیلی به عنوان کواریت وارد مدل شدند.

یافته‌ها: میانگین سلامت معنوی ۱۶/۴۵ ± ۹۳/۹۹ بود. همبستگی منفی معنادار بین سلامت معنوی و سلامت روان (P <۰/۰۰۱، r = −۰/۳۴۵) و همبستگی مثبت معنادار بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی (P <۰/۰۰۱، r = ۰/۲۰۸) مشاهده شد. در مدل‌های تعدیل‌شده، سلامت معنوی به ترتیب ۲۱ درصد از واریانس سلامت روان و ۲۴ درصد از واریانس سلامت اجتماعی را تبیین کرد (به ترتیب β = −۰/۲۸ و β = ۰/۳۱، P <۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، سلامت معنوی به عنوان یک منبع روان‌شناختی کلیدی در ارتقای سلامت روان و اجتماعی دانشجویان عمل می‌کند. بر این اساس، تدوین بسته‌های آموزشی-حمایتی مبتنی بر شواهد با هدف تقویت سلامت معنوی، به‌ویژه در حیطه سبک زندگی، و ادغام آن در برنامه‌های سلامت دانشجویی توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با طراحی طولی و مداخله‌ای به بررسی اثربخشی چنین مداخلاتی بپردازند.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، سلامت روان، سلامت اجتماعی، دانشجویان علوم پزشکی.

*نویسنده مسئول: **زهرا گرجیان**. پست الکترونیک: z.gorjian@abadanums.ac.ir
دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]

مقدمه

توجه به ابعاد سلامت فراتر از نبود صرف بیماری است و در رویکردهای نوین، سلامت جامع نیازمند در نظر گرفتن ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی فرد است (۱). در میان این ابعاد، سلامت معنوی به‌عنوان یک منبع محوری برای دستیابی به سلامت کامل شناخته می‌شود (۲). سلامت معنوی نه تنها شامل باورها و اعمال دینی است (۳)، بلکه در سطح وجودی، بیانگر جستجوی فرد برای معنا و هدف زندگی، احساس امید و یکپارچگی درونی است. پیوند معنوی با یک نیروی والاتر و معنابخش، با احساس امنیت و لنگرگاه روانی همراه است (۱).

از منظر علوم رفتاری، این بعد معنوی نقش حیاتی در مکانیسم‌های انطباقی ایفا می‌کند؛ به‌طوری که تاب‌آوری فرد در مواجهه با استرس‌ها را با کاهش آسیب‌پذیری در برابر اختلالات روانی مرتبط می‌داند (۴). شواهد متعددی، از جمله افزایش آمار خودکشی و اختلالات روانی در جوامعی که از هویت معنایی فاصله گرفته‌اند، اهمیت سلامت معنوی را به‌عنوان یک عامل محافظت کننده بیش از پیش آشکار می‌سازد (۵). دانشجویان علوم پزشکی به‌عنوان نسل آینده ارائه‌دهندگان خدمات حیاتی سلامت، در معرض استرس‌های شدید و منحصربه‌فردی قرار دارند. فشارهای تحصیلی، محیط رقابتی دانشگاه، مواجهه با رنج و بیماری و نیاز به کسب مهارت‌های بالینی در شرایط سخت، سلامت روان و اجتماعی این قشر را به‌شدت آسیب‌پذیر می‌سازد (۶). از این رو، بررسی و تقویت سرمایه معنوی این دانشجویان، که اغلب با پیشینه‌ای مذهبی وارد دانشگاه می‌شوند (۷)، ضرورتی مضاعف دارد؛ زیرا سلامت معنوی تقویت‌شده با کاهش خطر فرسودگی شغلی و خطاهای بالینی آینده و ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار همراه است (۸).

تحقیقات داخلی نیز این ارتباطات را تأیید کرده‌اند؛ برای مثال، پژوهش‌هایی افزایش سلامت معنوی را با کاهش قابل‌توجه آسیب‌های روانی و ارتقای نگرش مثبت به زندگی همراه دانسته‌اند (۴). اما سلامت معنوی نه تنها بر سلامت روان، بلکه از طریق تقویت حس تعلق و اتصال با جامعه، بر سلامت اجتماعی نیز مرتبط است. سلامت اجتماعی منعکس‌کننده توانایی فرد در ایفای مؤثر نقش‌های اجتماعی، کیفیت روابط میان‌فردی و سازگاری با محیط است (۹). عوامل محیط دانشگاه، نظیر کمبود امکانات و مشکلات اقتصادی (۶)، می‌توانند این سازگاری اجتماعی را مختل کنند. در این میان، یافته‌های مطالعات نشان داده‌اند که سلامت اجتماعی دانشجویان ارتباط معناداری با انگیزش و موفقیت تحصیلی آنان دارد (۶،۱۰). هرچند که پژوهش‌های زیادی رابطه سلامت معنوی و سلامت روان را به‌صورت دوگانه بررسی کرده‌اند (۴،۹)، اما نیاز به بررسی مدل ارتباطی هم‌زمان هر سه متغیر (معنوی، روانی و اجتماعی) به‌ویژه در جمعیت حساس دانشجویان علوم پزشکی، یک شکاف تحقیقاتی صریح محسوب می‌شود.

در بافتار جامعه ایران، که بر ارزش‌های اسلامی تأکید دارد، درک اینکه چگونه سلامت معنوی به‌طور هم‌زمان با دو مؤلفه حیاتی سلامت دانشجویان (روانی و اجتماعی) مرتبط است، برای طراحی مداخلات حمایتی جامع ضروری است. پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤالات است: ۱) وضعیت سلامت معنوی دانشجویان چگونه است؟ ۲) آیا بین سلامت معنوی با سلامت روان و سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد؟ ۳) سلامت معنوی چه سهمی در پیش‌بینی سلامت روان و سلامت اجتماعی دارد؟

با وجود اهمیت روزافزون سلامت معنوی و تأیید ارتباط آن با سلامت روان و اجتماعی در مطالعات مختلف، همچنان شکاف تحقیقاتی مشخصی در زمینه بررسی هم‌زمان ارتباط سلامت معنوی با هر دو بعد روانی و اجتماعی در جمعیت دانشجویان علوم پزشکی وجود دارد. از سوی دیگر، بیشتر مطالعات انجام‌شده در ایران به بررسی دودویی این ارتباطات پرداخته‌اند و مدلی جامع که سهم هم‌زمان سلامت معنوی را در تبیین سلامت روان و سلامت اجتماعی دانشجویان علوم پزشکی مورد آزمون قرار دهد، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به فشارهای روانی–اجتماعی ویژه دانشجویان علوم پزشکی و حساسیت دوره تحصیل آنان، شناسایی عوامل محافظت‌کننده مانند سلامت معنوی و تعیین میزان تأثیر آن بر ابعاد مختلف سلامت، می‌تواند راهگشای طراحی مداخلات پیشگیرانه و ارتقادهنده در نظام آموزش علوم پزشکی باشد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت معنوی و بررسی ارتباط آن با سلامت روان و سلامت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان طراحی و اجرا شده است.

روش

طراحی مطالعه و جامعه پژوهش

این مطالعه به‌صورت مقطعی– تحلیلی در میان دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی آبادان در سال تحصیلی ۱۴۰۴–۱۴۰۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه ۱۵۰۰ دانشجوی شاغل به تحصیل در این دانشگاه بود. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵٪، خطای ۵٪ و با در نظر گرفتن نرخ پاسخ ۲۰٪، تعداد ۲۵۵ نفر محاسبه گردید (توان آماری ۸۰٪). جهت دستیابی به این حجم، نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای متناسب (proportional stratified random sampling) بر اساس رشته تحصیلی انجام شد. بدین صورت که ابتدا لیست کامل دانشجویان هر رشته تحصیلی از واحد آموزش دانشگاه دریافت گردید. سپس بر اساس نسبت تعداد دانشجویان هر رشته به کل جامعه (۱۵۰۰ نفر)، سهم نمونه از هر رشته محاسبه شد. در مرحله بعد، با استفاده از جدول اعداد تصادفی، به نسبت حجم هر رشته، دانشجویان واجد شرایط به صورت تصادفی از هر رشته انتخاب شدند. بدین ترتیب ۴۲۵ دانشجو به عنوان نمونه اولیه انتخاب گردیدند (با احتساب نرخ پاسخ ۶۰٪). از میان این تعداد، ۲۵۵ نفر پرسشنامه را به طور کامل تکمیل کردند و وارد مطالعه

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]

شدند. معیار ورود به مطالعه، اشتغال به تحصیل در زمان اجرای پژوهش و رضایت آگاهانه جهت شرکت در زمان مطالعه و معیار خروج، عدم تکمیل کامل پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها به‌صورت الکترونیکی در اختیار دانشجویان قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و تحصیلی: شامل ۵ سؤال در مورد سن (سال‌های ۲۵ ≤ و ۲۵ >)، جنس (زن، مرد)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل)، محل سکونت (خوابگاه، همراه والدین، مستقل) و رشته تحصیلی.

پرسشنامه سلامت معنوی از دیدگاه اسلام: این پرسشنامه توسط سایه‌میری و همکاران (۱۳۹۵) طراحی و بومی‌سازی شده است (۱۱). دارای ۲۰ گویه در چهار حیطه (هر حیطه ۵ گویه) شامل: اعتقادی، فکری، اخلاقی و سبک زندگی می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم» (نمره ۶) تا «کاملاً مخالفم» (نمره ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل از ۲۰ (کمترین میزان سلامت معنوی) تا ۱۲۰ (بیشترین میزان سلامت معنوی) است. بر اساس نمره کل، سلامت معنوی در سه سطح تعریف می‌شود: ۴۰–۲۰ (ضعیف)، ۹۹–۴۱ (متوسط) و ۱۰۰– ۱۲۰ (مطلوب). پایایی این پرسشنامه در مطالعه سایه‌میری و همکاران با آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۸ و برای ابعاد به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۱). در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۵ و برای ابعاد به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۲ محاسبه شد. همچنین مطالعه فرشادنیا و همکاران (۱۳۹۷) نیز از این پرسشنامه استفاده کرده و پایایی آن را مطلوب گزارش نموده‌اند (۱۲).

روایی محتوایی این پرسشنامه در مطالعه سایه‌میری و همکاران با استفاده از نظر ۱۰ نفر از متخصصان و محاسبه نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) مورد تأیید قرار گرفته است (CVI ≥ ۰/۷۹ و CVR ≥ ۰/۶۲). همچنین روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، ساختار چهارعاملی پرسشنامه را تأیید کرده و شاخص‌های برازش مدل در دامنه قابل قبول گزارش شده است (CFI = ۰/۹۱، RMSEA = ۰/۰۶). در مطالعه حاضر نیز با توجه به اینکه پرسشنامه قبلاً در ایران اعتباریابی شده و در مطالعات متعدد استفاده گردیده است، روایی آن مفروض گرفته شد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز (KSWBQ): این پرسشنامه توسط کییز (۱۹۹۸) طراحی شده و نسخه فارسی آن توسط شایقیان و همکاران (۲۰۱۹) و هاشمی و همکاران (۱۳۹۲) اعتباریابی شده است (۱۴،۱۳). دارای ۲۰ گویه در پنج بعد سلامت اجتماعی شامل: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و همبستگی اجتماعی می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «همیشه» (نمره ۵) تا «هرگز» (نمره ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل از ۲۰ تا ۱۰۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بالاتر می‌باشد. برای تفسیر نمرات، نمرات کمتر از ۴۰ نشان‌دهنده سلامت اجتماعی پایین، ۴۰–۷۰ نشان‌دهنده سطح متوسط و بالاتر از ۷۰ نشان‌دهنده سلامت اجتماعی مطلوب در نظر گرفته می‌شود. پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) ساخته شده و نسخه فارسی آن توسط تقوی (۱۳۸۰) اعتباریابی شده است (۱۵). دارای ۲۸ گویه در چهار زیرمقیاس (هر زیرمقیاس ۷ گویه) شامل: علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی، و افسردگی شدید می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (۰ = هرگز، ۱ = کم، ۲ = متوسط، ۳ = زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل از ۰ تا ۸۴ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت سلامت روان ضعیف‌تر می‌باشد. نقطه برش (cut-off) این پرسشنامه نمره ۲۳ در نظر گرفته می‌شود؛ نمرات مساوی یا بالاتر از ۲۳ نشان‌دهنده وجود اختلال روانی محتمل است. پایایی پرسشنامه در مطالعه تقوی (۱۳۸۰) با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۵). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

داده‌ها پس از کدگذاری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ وارد شد. برای توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد و برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی رابطه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و برای مدل‌سازی پیش‌بینی از رگرسیون خطی بهره گرفته شد. سطح معنی‌داری در تمامی تحلیل‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. به‌منظور کنترل مخدوش‌کننده‌ها، دو رگرسیون خطی چندمتغیره برازش داده شد. (۱) رگرسیون با GHQ به‌عنوان پیامد و سلامت معنوی (نمره کل) به‌عنوان پیش‌بین اصلی؛ (۲) رگرسیون با سلامت اجتماعی به‌عنوان پیامد و سلامت معنوی به‌عنوان پیش‌بین اصلی. در هر دو رگرسیون، سن، جنس، وضعیت تأهل، محل اسکان و رشته تحصیلی به‌عنوان کواریت وارد شدند. برای متغیرهای رده‌ای، کدگذاری دامی انجام و گروه مرجع مشخص شد. برای هر مدل، ضرایب استانداردشده (β)، فاصله اطمینان ۹۵٪، R^2 و آزمون کلی مدل (F و P) گزارش گردید. هم‌خطی با VIF پایش شد (قابل‌قبول: VIF<5). تحلیل‌ها بر مبنای حذف موردی در مواجهه با داده گمشده انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق IR.ABADANUMS.REC.1403.078 از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آبادان به تصویب رسید. مشارکت داوطلبانه بود و امکان انصراف در هر

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]

مرحله وجود داشت. محرمانگی اطلاعات رعایت شد و داده‌ها به‌صورت کلی و بدون شناسه فردی گزارش گردید. مجوز انتشار نتایج از معاونت پژوهشی دانشگاه اخذ شد.

نتایج

در این پژوهش، از میان ۴۲۵ دانشجوی واجد شرایط که به‌صورت تصادفی طبقه‌ای بر اساس رشته تحصیلی انتخاب شدند، تعداد ۲۵۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان در مطالعه شرکت کردند (نرخ پاسخ: ۶۰٪). بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که اکثریت دانشجویان در گروه سنی ۲۵ سال و کمتر قرار داشتند (۸۷/۴ درصد) و تنها ۱۲/۶ درصد بالای ۲۵ سال بودند. همچنین بیشتر شرکت‌کنندگان را زنان تشکیل می‌دادند (۵۹/۲ درصد در مقابل ۴۰/۸ درصد مردان).

از نظر وضعیت تأهل، اکثر دانشجویان مجرد بودند (۹۶/۱ درصد) و تنها درصد کمی متأهل بودند (۳/۹ درصد). در زمینه سکونت، بیشتر افراد در خوابگاه زندگی می‌کردند (۷۸/۴ درصد)، در حالی که ۱۶/۹درصد همراه والدین و ۴/۷ درصد به‌طور مستقل ساکن بودند. از نظر رشته تحصیلی نیز بیشترین سهم به دانشجویان پزشکی عمومی (۴۷/۵ درصد) تعلق داشت و پس از آن پرستاری (۱۹/۲ درصد) و فوریت‌های پزشکی (۱۱ درصد) در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند. سایر رشته‌ها مانند علوم آزمایشگاهی، فناوری اطلاعات سلامت، بهداشت عمومی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، اتاق عمل، هوشبری و کتابداری پزشکی سهم کمتری از نمونه را شامل شدند. توزیع رشته‌ها متناسب با جامعه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان بود. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی دانشجویان را نشان می‌دهد.

جدول-۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان

متغیر	دسته‌بندی‌ها	تعداد (نفر)	درصد
سن	۲۵≤ سال	۲۲۳	٪۸۷/۴
	سال>۲۵	۳۲	٪۱۲/۶
جنسیت	زن	۱۵۱	٪۵۹/۲
	مرد	۱۰۴	٪۴۰/۸
وضعیت تأهل	مجرد	۲۴۵	٪۹۶/۱
	متأهل	۱۰	٪۳/۹
محل سکونت	خوابگاه	۲۰۰	٪۷۸/۴
	همراه والدین	۴۳	٪۱۶/۹
	مستقل	۱۲	٪۴/۷
گروه تحصیلی	پزشکی	۱۲۱	٪۴۷/۵
	پیراپزشکی*	۱۳۴	٪۵۲/۵

*پیراپزشکی شامل پرستاری، فوریت‌های پزشکی، علوم آزمایشگاهی، فناوری اطلاعات سلامت، بهداشت عمومی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، اتاق عمل، هوشبری، کتابداری پزشکی.

بررسی وضعیت سلامت معنوی نشان داد که میانگین نمره کل سلامت معنوی در دانشجویان برابر با۱۶/۴۵ ± ۹۳/۹۹ بود که بیانگر سطح متوسط رو به بالا است. در میان ابعاد مختلف سلامت معنوی، بالاترین میانگین مربوط به حیطه اعتقادی (۶/۰۰ ± ۲۴/۹۰) بود و پس از آن به ترتیب حیطه‌های فکری (۵/۱۲ ± ۲۴/۲۴) و اخلاقی (۳/۹۴ ± ۲۳/۲۶) قرار داشتند، در حالی که سبک زندگی پایین‌ترین میانگین (۴/۱۷ ± ۲۱/۵۸) را به خود اختصاص داد. این نتایج نشان داد که اگرچه دانشجویان در بعد اعتقادی وضعیت مطلوبی دارند، اما در زمینه سبک زندگی معنوی نسبت به سایر ابعاد میانگین پایین‌تری کسب کرده‌اند. جدول ۲ میانگین و انحراف سلامت معنوی و ابعاد مختلف آن را نشان می‌دهد.

ارتباط سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز بررسی شد. نتایج نشان داد که سلامت معنوی با سن ارتباط معناداری دارد؛ به‌طوری‌که میانگین نمره سلامت معنوی در دانشجویان ۲۵ سال و کمتر برابر با ۱۵/۵۸± ۹۵/۹۴ و در دانشجویان بالای ۲۵ سال برابر با ۲۰/۶۲ ± ۷۸/۳۱ بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P = ۰/۰۱۴$). در حیطه‌های فکری ($P = ۰/۰۰۷$) و اخلاقی ($P = ۰/۰۰۶$) دانشجویان جوان‌تر میانگین بالاتری داشتند.

جدول-۲. میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی در دانشجویان

بعد سلامت معنوی	حداقل	حداکثر	میانگین ± انحراف معیار
اعتقادی	۵	۳۰	۲۴/۹۰± ۶/۰۰
فکری	۵	۳۰	۲۴/۲۴ ± ۵/۱۲
اخلاقی	۵	۳۰	۲۳/۲۶ ± ۳/۹۴
سبک زندگی	۵	۳۰	۲۱/۵۸ ± ۴/۱۷
کل سلامت معنوی	۲۰	۱۲۰	۹۳/۹۹ ± ۱۶/۴۵

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]

ارتباط سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز بررسی شد. نتایج نشان داد که سلامت معنوی با سن ارتباط معناداری دارد؛ به‌طوری‌که میانگین نمره سلامت معنوی در دانشجویان ۲۵ سال و کمتر برابر با ۱۵/۵۸± ۹۵/۹۴ و در دانشجویان بالای ۲۵ سال برابر با ۲۰/۶۲ ± ۷۸/۳۱ بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود (P = ۰/۰۱۴). در حیطه‌های فکری (P = ۰/۰۰۷) و اخلاقی (P = ۰/۰۰۶) دانشجویان جوان‌تر میانگین بالاتری داشتند.

در مقایسه بر اساس جنسیت، اگرچه تفاوت میانگین نمره کل سلامت معنوی در دختران (۵۰/۱۴ ± ۹۴/۵۰) و پسران (۲۶/۹۳ ± ۹۸/۱۸) معنادار نبود، اما در بعد اعتقادی دختران امتیاز بالاتری نسبت به پسران داشتند (P = ۰/۰۴۶). همچنین در وضعیت تأهل، اگرچه مجردها میانگین بالاتری (۲۲/۹۴ ± ۴۳/۱۶) نسبت به متأهلین (۴۰/۸۸ ± ۷۷/۱۶) داشتند، اما این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. در زمینه سکونت، دانشجویانی که همراه والدین زندگی می‌کردند بالاترین میانگین سلامت معنوی (۱۴/۶۴ ± ۹۹/۳۴) را داشتند، در حالی که میانگین سلامت معنوی در ساکنان خوابگاه ۱۶/۴۳ ± ۹۳/۵۷ و در افراد مستقل ۱۶/۳۸ ± ۸۳/۸۱ بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار گزارش شد (P = ۰/۰۰۳). همچنین سلامت معنوی بر اساس رشته تحصیلی تفاوت معناداری داشت (P = ۰/۰۲۴)؛ به‌طوری‌که بالاترین میانگین‌ها در رشته‌های پیراپزشکی و پایین‌ترین میانگین در رشته پزشکی مشاهده شد.

در بررسی سلامت روان، میانگین نمره GHQ در کل نمونه برابر با ۱۶/۱۴ ± ۷۱/۲۶ بود که بیانگر احتمال وجود مشکلات روانی خفیف در بخشی از دانشجویان است. میانگین نمره GHQ در گروه سال > ۲۵ برابر با ۱۴/۱۴ ± ۲۶/۱۳ و در گروه ۲۵ ≥ سال برابر با ۱۳/۸۹ ± ۸۱/۳۰ بود که نشان‌دهنده وضعیت روانی نامطلوب‌تر در گروه سنی بالاتر است. از نظر جنسیت، میانگین GHQ در زنان (۱۴/۵۷ ± ۸۹/۲۸) بیشتر از مردان (۱۲/۹۹ ± ۵۶/۲۳) بود. همچنین دانشجویان متأهل (۱۳/۳۹ ± ۴۰/۲۹) نمره بالاتری نسبت به مجردها (۱۴/۲۱ ± ۶۰/۲۶) داشتند. از نظر نوع سکونت نیز دانشجویان مستقل با میانگین ۱۴/۲۵ ± ۳۱/۰۰ بالاترین نمره GHQ را داشتند که بیانگر مشکلات روانی بیشتر در این گروه است.

سلامت اجتماعی دانشجویان نیز بررسی شد. میانگین نمره سلامت اجتماعی برابر با ۷/۰۳ ± ۶۴/۴۰ به دست آمد که نشان‌دهنده سطح متوسط رو به بالا بود. تفاوت زیادی بین گروه‌های سنی مشاهده نشد. میانگین سلامت اجتماعی در زنان (۶/۶۹ ± ۶۵/۰۱) کمی بالاتر از مردان (۷/۰۸ ± ۶۳/۵۲) بود. دانشجویان متأهل میانگین بالاتری نسبت به مجردها داشتند (۷/۴۱ ± ۶۵/۲۰) در مقابل (۷/۰۳ ± ۶۴/۳۷). در زمینه نوع اسکان، دانشجویان مستقل بالاترین میانگین (۶/۲۹ ± ۶۵/۱۷) را داشتند، در حالی که دانشجویان خوابگاهی و آن‌هایی که با والدین زندگی می‌کردند، میانگین پایین‌تری داشتند. در بررسی رشته‌های تحصیلی، بالاترین میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان هوشبری و فوریت‌های پزشکی و پایین‌ترین میانگین در دانشجویان کارورزی بالینی و رشته کتابداری گزارش شد.

در بررسی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، میانگین و انحراف معیار هر یک از ابعاد به ترتیب عبارت بود از: علائم جسمانی (۳/۴۲ ± ۶/۸۳)، اضطراب و بی‌خوابی (۴/۷۱ ± ۷/۲۳)، اختلال در عملکرد اجتماعی (۳/۵۱ ± ۶/۱۰) و افسردگی شدید (۳/۲۶ ± ۵/۵۴). همچنین در ابعاد سلامت اجتماعی، میانگین و انحراف معیار هر یک از پنج بعد شامل: انسجام اجتماعی (۲/۱۸ ± ۱۳/۳۰)، پذیرش اجتماعی (۱/۹۶ ± ۱۲/۶۶)، مشارکت اجتماعی (۱/۹۷ ± ۱۳/۱۴)، شکوفایی اجتماعی (۱/۸۸ ± ۱۲/۵۴) و همبستگی اجتماعی (۱/۸۴ ± ۱۲/۷۶) به دست آمد. بررسی همبستگی سلامت معنوی با زیرمقیاس‌های GHQ نشان داد که قوی‌ترین همبستگی منفی با زیرمقیاس افسردگی شدید (۰/۳۹− = r) و ضعیف‌ترین با اختلال در عملکرد اجتماعی (۰/۱۶− = r) بود. همچنین در زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی، قوی‌ترین همبستگی مثبت با بعد پذیرش اجتماعی (۰/۳۵ = r) و ضعیف‌ترین با بعد همبستگی اجتماعی (۰/۰۹ = r) مشاهده شد.

جدول-۳. رگرسیون خطی چندمتغیره با GHQ به‌عنوان پیامد

پیش‌بین	β استانداردشده	CI ٪۹۵	t	*P*	VIF
سلامت معنوی (کل)	۰/۲۸ −	۰/۱۶ −, ۰/۴۰ −	۴/۵۰ −	<۰/۰۰۱	۱/۳۰
سن	۰/۰۹	۰/۱۹, ۰/۰۱ −	۷۵۱	۰/۰۸	۱/۱۰
جنس	۰/۰۶	۰/۱۵, ۰/۰۳ −	۱/۳۲	۰/۱۹	۱/۱۰
وضعیت تأهل	۰/۰۴ −	۰/۰۴, ۰/۱۱ −	۰/۹۸ −	۰/۳۳	۱/۱۰
اسکان	۰/۰۳	۰/۱۱, ۰/۰۵ −	۰/۷۲	۰/۴۷	۱/۱۰

* گروه مرجع برای متغیرهای دامی: جنسیت (زن)، وضعیت تأهل (مجرد)، محل سکونت (غیرخوابگاه شامل همراه والدین و مستقل). نمره بالاتر GHQ نشان‌دهنده وضعیت روانی بدتر است. ضرایب مثبت نشان‌دهنده مشکلات روانی بیشتر و ضرایب منفی نشان‌دهنده مشکلات روانی کمتر نسبت به گروه مرجع می‌باشد.

در نهایت، بررسی همبستگی‌ها نشان داد که بین سلامت معنوی و سلامت روان رابطه منفی معناداری وجود دارد (۰/۳۴۵ − = r، ۰/۰۰۱ >P)؛ به این معنا که افزایش سلامت معنوی با کاهش مشکلات روانی همراه است. این ارتباط به‌ویژه در حیطه‌های اعتقادی (۰/۳۱۸ − = r، ۰/۰۰۱ >P) و فکری (۰/۴۹۲ − = r، ۰/۰۰۱ >P) قوی‌تر بود. همچنین بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی نیز همبستگی مثبت معناداری به دست آمد (۰/۲۰۸= r، ۰/۰۰۱ >P)، که بیانگر ارتباط بالاتر بودن سلامت معنوی با بهبود وضعیت سلامت

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]

جدول-۴. رگرسیون خطی چندمتغیره با سلامت اجتماعی به‌عنوان پیامد

پیش‌بین	β استانداردشده	CI ٪۹۵	t	*P*	VIF
سلامت معنوی (کل)	۰/۳۱	۰/۱۹, ۰/۴۳	۵/۱۰	<۰/۰۰۱	۱/۳۰
سن	۰/۰۵	−۰/۰۴, ۰/۱۵	۱/۰۶	۰/۲۹	۱/۱۰
جنس	− ۰/۰۲	−۰/۱۱, ۰/۰۷	۰/۴۸	۰/۶۳	۱/۱۰
وضعیت تأهل	۰/۰۴	−۰/۰۴, ۰/۱۱	۰/۹۸	۰/۳۳	۱/۱۰
اسکان	۰/۰۸	−۰/۰۱ ,۰/۱۷	۱/۸۴	۰/۰۷	۱/۱۰

* گروه مرجع برای متغیرهای دامی: جنسیت (زن)، وضعیت تأهل (مجرد)، محل سکونت (غیرخوابگاه شامل همراه والدین و مستقل). به عنوان مثال، ضرایب مثبت نشان‌دهنده نمره بالاتر متغیر مورد نظر نسبت به گروه مرجع و ضرایب منفی نشان‌دهنده نمره پایین‌تر نسبت به گروه مرجع است.

اجتماعی دانشجویان است.

یافته‌های رگرسیون‌های چندمتغیره

برای کنترل مخدوش‌کننده‌ها، رگرسیون‌های خطی چندمتغیره اجرا شد که در همه آن‌ها سن، جنس، وضعیت تأهل، محل اسکان و رشته تحصیلی به‌عنوان کواریت وارد شدند.

مدل با GHQ به‌عنوان پیامد: سلامت معنوی پیش‌بین معکوس و معنادار GHQ بود (۰/۰۰۱ >*P*؛ ۰/۱۶ −, ۰/۴۰ −=٪۹۵CI؛ ۰/۲۱ = R2؛ ۰/۲۸ − = β) این یافته نشان می‌دهد نمرات بالاتر سلامت معنوی با کاهش پریشانی روانی همراه است. سایر کواریت‌ها اثرات کوچک‌تری داشتند (جدول ۳).

مدل با سلامت اجتماعی به‌عنوان پیامد: سلامت معنوی پیش‌بین مستقیم و معنادار سلامت اجتماعی بود (۰/۰۰۱ > *P*؛ ۰/۱۹ , ۰/۴۳ =٪۹۵CI؛ ۰/۲۴ = R2؛ ۰/۳۱ =β) اثرات مربوط به محل اسکان و رشته در حد خفیف گزارش شد (جدول ۴).

بحث

یافته‌های کلیدی پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی آبادان در سطح متوسطِ رو به بالا قرار دارد. تحلیل ابعاد مختلف این سازه حاکی از آن بود که بیشترین میانگین به بعد اعتقادی و کمترین به بعد سبک زندگی تعلق دارد. این الگو می‌تواند دلالت کند که اگرچه دانشجویان از نظر باورهای بنیادین از پشتوانه مناسبی برخوردارند، تبلور این باورها در قالب اعمال و سبک زندگی روزمره با چالش‌هایی همراه است.

همسو با یافته‌های حاضر، مطالعه رضایی و همکاران (۱۶) بر دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم نیز سطح بالای سلامت معنوی را گزارش کرده و آن را متأثر از زمینه فرهنگی- مذهبی منطقه دانسته است. به‌طور کلی، نتایج این مطالعه با نمره متوسط سلامت معنوی در این نمونه از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان می‌تواند بازتاب‌دهنده وضعیت فرهنگیِ مطلوب شهرستان‌های آبادان و خرمشهر و نیز اجرای برنامه‌های فرهنگی مناسب توسط معاونت آموزش و فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی آبادان باشد.

بررسی نقش بستر زندگی نشان داد که سلامت معنوی بالاتر در دانشجویان ساکن با والدین با مجموعه‌ای از عوامل همراه است. نخست، حمایت عاطفی و اجتماعی خانواده به‌عنوان شبکه‌ای پشتیبان در تقویت باورهای معنوی اهمیت دارد. دوم، تداوم ارتباط با ساختارهای ارزشی خانواده و جامعه بومی، ثبات بیشتری در نظام اعتقادی فرد ایجاد می‌کند. سوم، زندگی در محیط خانوادگی معمولاً با نظارت و راهنمایی والدین همراه است که با سبک زندگی همسو با ارزش‌های معنوی مرتبط است. در مقابل، دانشجویان ساکن مستقل با چالش‌هایی مانند فاصله گرفتن از شبکه حمایتی خانواده، مواجهه با استرس‌های مالی و افزایش مسئولیت‌های زندگی مستقل روبه‌رو هستند که با تمرکز کمتر بر امور معنوی همراه است.

علاوه بر محل سکونت، نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی دیگر نیز ارزیابی شد. مقایسه سلامت معنوی بر حسب جنسیت و تأهل نشان داد که میانگین سلامت معنوی در دختران و افراد مجرد بالاتر است، هرچند این تفاوت‌ها معنادار نبود. این یافته با برخی مطالعات خیالی (۱۷)، ابراهیمی (۱۸)، طبیبی (۱۹)، آرمیده (۲۰) و امیری (۲۱) همسو است، هرچند در مطالعات برنا (۲۲)، مرزبان (۲۳) و فرشادنیا (۲۴) تفاوت معنادار بین سلامت معنوی و جنسیت مشاهده شده است. از سوی دیگر، میانگین نمره سلامت معنوی در دانشجویان کمتر از ۲۵ سال بالاتر از دانشجویان بالای ۲۵ سال بود و این تفاوت معنادار گزارش شد. همچنین ارتباط معنادار بین سلامت معنوی و مقطع/رشته تحصیلی مشاهده گردید؛ به‌گونه‌ای که دانشجویان پیراپزشکی (رشته بهداشت محیط بالاترین) و دانشجویان پزشکی (کارآموزی پزشکی) کمترین نمره سلامت معنوی را داشتند.

برای ارائه تصویری جامع‌تر از وضعیت سلامت، سایر ابعاد سلامت نیز بررسی شد. در بعد سلامت روان، میانگین نمره GHQ در دانشجویان بالای ۲۵ سال، دختران، افراد متأهل و کسانی که مستقل زندگی می‌کنند، بالاتر بود. این نتایج با برخی مطالعات مانند اسلامی و همکاران (۲۵) همسو و با برخی دیگر مانند مهرابیان و همکاران (۲۶) متفاوت است. شایان ذکر است که افراد متأهل نمرات بالاتری از اختلالات روانی نسبت به افراد مجرد داشتند که با فشارهای اقتصادی و مسئولیت‌های خانوادگی همراه است.

در بعد سلامت اجتماعی، میانگین نمره دانشجویان در سطح متوسطِ رو به بالا قرار داشت و میانگین آن در دانشجویان دختر کمی بالاتر از پسران بود. این یافته با مطالعات منفرد و همکاران (۲۷)، نیک‌ورز و همکاران (۲۸) و محسنی و همکاران (۲۹) همخوان است و نشان می‌دهد دختران تعاملات اجتماعی گسترده‌تر و حس تعلق اجتماعی بیشتری دارند. همچنین دانشجویانی که با خانواده زندگی می‌کنند، سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به دانشجویان

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]

ساکن خوابگاه داشتند؛ هرچند در برخی پژوهش‌ها مانند عباسی و همکاران (۳۰) این تفاوت مشاهده نشده است.

در نهایت، و به‌عنوان یافته‌ای کلیدی دالّ بر هم‌پیوندی ابعاد مختلف سلامت، نتایج نشان داد بین سلامت معنوی و سلامت روان همبستگی منفیِ معنادار و بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی همبستگی مثبتِ معنادار وجود دارد. این الگوی همبستگی، نقش محوری سلامت معنوی را در این نمونه از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان برجسته می‌سازد.

محدویت‌ها

در این مطالعه، چند محدودیت مهم وجود دارد که باید در نظر گرفته شوند. نخست، نرخ پاسخ ۶۰٪ یکی از چالش‌های جدی روش‌شناختی این پژوهش محسوب می‌شود. اگرچه این نرخ در مطالعات پیمایشی مشابه قابل قبول است، اما احتمال سوگیری عدم پاسخ (non-response bias) وجود دارد؛ به‌ویژه اینکه ممکن است دانشجویانی که مشکلات روانی شدیدتر یا سلامت معنوی پایین‌تری دارند، تمایل کمتری به شرکت در مطالعه نشان داده باشند. چنین سوگیری‌هایی می‌توانند منجر به برآورد بیش از حد یا کمتر از حد واقعی ارتباطات مورد بررسی شده و تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه سازند. برای کاهش این سوگیری، از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و پیگیری مکرر برای افزایش مشارکت استفاده شد، اما همچنان احتمال وجود این سوگیری به عنوان یک ضعف ذاتی پژوهش‌های پیمایشی قابل انکار نیست.

دوم، طرح مقطعی مطالعه امکان استنباط رابطه علی بین سلامت معنوی و سایر ابعاد سلامت را محدود می‌کند. سوم، نمونه تحقیق فقط شامل دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان بود و تعمیم نتایج به سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی یا دانشجویان رشته‌های غیرپزشکی محدود است. چهارم، داده‌ها با روش خوداظهاری جمع‌آوری شدند که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهنده قرار گیرد؛ به‌ویژه در پرسشنامه سلامت معنوی که جنبه‌های مذهبی دارد. پنجم، برخی عوامل مهم مانند وضعیت اقتصادی خانواده، پیشینه مذهبی دقیق و شدت استرس تحصیلی در این مطالعه کنترل نشدند.

با وجود این محدودیت‌ها، استفاده از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و نرخ پاسخ قابل قبول ۶۰٪ نمایندگی نمونه از جامعه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آبادان را افزایش داده و نتایج را برای این دانشگاه قابل اعتماد و تعمیم‌پذیر می‌سازد. مطالعات آینده می‌توانند با نمونه‌گیری در چندین دانشگاه، طراحی طولی، و کنترل متغیرهای بیشتر این محدودیت‌ها را برطرف کنند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که سلامت معنوی بالاتر با سطح پایین‌تری از پریشانی روانی (شامل اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی) و سطح بالاتری از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان علوم پزشکی همراه است. این یافته، تعریف جامع سازمان جهانی بهداشت از سلامت را که بر بعد معنوی تأکید دارد، تقویت می‌کند. علاوه بر این، مشخص شد که سلامت معنوی تحت تأثیر عواملی چون سن، جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت و رشته تحصیلی قرار دارد که لزوم توجه به این متغیرها در برنامه‌ریزی‌های حمایتی را پررنگ می‌سازد.

این یافته‌ها در مجموع بر ضرورت گنجاندن راهبردهای ارتقای سلامت معنوی در برنامه‌های سلامت دانشجویی تأکید دارند. اقداماتی از قبیل توسعه برنامه‌های آموزشی برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، ایجاد فرصت‌های بیشتر برای تعاملات اجتماعی سازنده، و طراحی سیستم‌های حمایتی برای گروه‌های پرخطر مانند دانشجویان متأهل و مقاطع بالینی می‌تواند به تاب‌آوری بیشتر دانشجویان و ارتقای بهره‌وری تحصیلی آنان بینجامد. به طور خلاصه، سلامت معنوی می‌تواند به عنوان یک منبع روان‌شناختی کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان عمل کند. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با طراحی مطالعات طولی به بررسی روابط علی و نیز طراحی و ارزیابی مداخلات مبتنی بر شواهد برای تقویت این بعد اساسی سلامت بپردازند.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی آبادان به شماره 1885 - 1403T وکد کمیته اخلاق IR.ABADANUMS.REC.1403.078 است. بدین وسیله از همکاری کلیه دانشجویان مشارکت‌کننده در این پایان نامه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Douge N, Toperzer R, DeLisser HM. Spirituality and Health Summer Internship Program: Adapting Clinical Pastoral Education for Medical Student Instruction in Patient Spirituality. Palliative Medicine Reports. 2025;6(1):pmr-2024.

2. Heidari A, Yoosefee S. The relationship between spiritual health and other dimensions of health: Presentation of a model. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2016;3(2):38-41.

3. Abolghasemi H, Asadzand M. How spiritual health affects other dimensions of health. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(2): 164-74.

4. Gholamnia-Shirvani Z, Ghaemi Amiri M, Khosravi-Larijani AA, Rohollah-Pour E, Hosseini-Motlagh Z. The study of spiritual health from the

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]

Islamic perspective in medical and dental students of Babol University of Medical Sciences. Medical Education Journal. 2020;8(1):53-8. [In Persian]
5. Mirhosseini S, Setousar M, Razazan R, Basirinezhad MH, Ebrahimi H. Suicidal Ideation and Its Associations with Spiritual Well-Being and Aggressive Behaviors: A Cross-Sectional Study Among Medical Science Students. Health Science Reports. 2025;8(9):e71299.
6. Mazloomy Mahmood Abad SS, Sotoudeh A, Asadian A, Aghamolaei T, Najafi Asl M. Social health in students of Hormozgan University of Medical Sciences. Development Strategies in Medical Education. 2019;6(1):1-11. [In Persian]
7. Hojat M. Spiritual health, a new challenge in medical education. Education and Ethics in Nursing ISSN: 2322-5300. 2022;5(1):41-4.
8. Mokhtari L, Ghahremanzadeh R, Nasrollahzadeh L, Khorami Markani A. The effect of spirituality-based educational intervention on spiritual well-being and spiritual development of nursing students. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2021;7(2):23-33.
9. Yousefi F, Rafiee S, Tairi F. The relationship between spiritual health and mental health in students of Kurdistan University of Medical Sciences. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019;6(4):100-9.
10. Bahmaei J, Pahlavanzadeh B, Azaraeen Y, Kharazinejad E. Investigating the correlation between social Health, academic Motivation, and academic status among students of Abadan University of Medical Sciences. Journal of Health Research in Community. 2023;9(3):61-74. [In Persian]
11. Sayehmiri K, Taghinejad H, Tavan H, Mousavi Moghadam SR, Mohammadi I, Ahmadi Z. Validation study of spiritual health questionnaire from Islamic view. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2016;26(2):109-15.
12. Farshadnia E, Koochakzaei M, Borji M, Khorrami Z, Memaryan N. Spiritual health as a predictor of social and general health in university students? A study in Iran. Pastoral Psychology. 2018;67(5):493-504. [In Persian]
13. Hashemi T, Hekmati I, Vahedi SH. Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. International Journal of Behavioral Sciences. 2014;8(1):11-19.
14. Shayeghian Z, Amiri P, Vahedi-Notash G, Karimi M, Azizi F. Validity and reliability of the Iranian version of the short form social well being scale in a general urban population. Iranian Journal of Public Health. 2019;48(8):1478.
15. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. Journal of Psychology. 2002;5(4):381-98. [In Persian]
16. Rezaei H, Aria S, Saremi J. Determination of spiritual health and its relationship with academic achievement among students of Jahrom University of Medical Sciences. Pars Journal of Medical Sciences. 2025;23(1):10-19. [In Persian]
17. Khiyali Z, Jafarzadeh S, Aleosfoor M. The spiritual health among paramedical students studying in Fasa University of medical sciences. Med History J. 2017;29(8):119-37.
18. Ebrahimi A, Aarabi S, Khaluei MM. Comparing the Mental Health and Some Positive Psychologic Factors Including Happiness, Hope and Spirituality among Students of Medicine in Isfahan University of Medical Sciences, Iran, during Years of Education. Journal of Isfahan Medical School. 2014;31(261):1885.
19. 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. Qom University of Medical Sciences Journal. 2013;7(2):72-8.
20. Aramideh A, Darabinia M, Afkahaminia F, Pahnabi A, Siamian H. Relationship between spiritual health and achievement motivation among students of Mazandaran University of Medical Sciences. Journal of Religion and Health. 2018;5(2): 50-7.
21. Amiri M, Chaman R, Mohammadnejad F, Khosravi A. The correlation between happiness and spiritual health with academic self-efficacy among medical sciences students. Shahroud Journal of Medical Sciences. 2018;4(1):19–24.
22. Borna K, Mousavinasab M, Jouhari Z, Ramezanzadeh M. Relationship between spiritual health and academic achievement among students of Bushehr University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2020;20:62-72.
23. 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. Journal of Reaserch on Religion & Health. 2016;2(4):14-23.
24. Farshadnia E, Borji M, Sadighpour M, Khorrami Z, Memaryan N. The role of demographic factors in the spiritual health of the students of Iran university of medical sciences. International Journal of Behavioral Sciences. 2020;14(1):1-5.
25. Eslami N, Lal Alizadeh F, Mohammadzadeh S, Nazari MS. Evaluation of mental health of dental students in Mashhad School of Dentistry by SCL-90 questionnaire, 2020-2021. Journal of Mashhad Dental School. 2023;47(4):352-70.
26. Mehrabian F, Kashi S, Ganjeh MZ. Investigating the mental health status and its related factors among the students of Guilan University of Medical Sciences. Research in Medical Education. 2022; 14(1):73-8.
27. Monfared M, Hashemzehi N, Shekarbeagi A. Study of social well-being and related sociological factors among the citizens of Ilam province. Journal of Economic & Developmental Sociology. 2021; 10(1):53-77.
28. Nikvarz T, Yazdanpanah L. Relationship between social factors and social health among students of Shahid Bahonar University of Kerman. Journal of Applied Sociology. 2015;26(3):99-116.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]

29. Mohseni F, Omodi A, Joekar S. Assessment of mental, social, and family health status among medical assistants at Kashan University of Medical Sciences. Feyz Medical Sciences Journal. 2024;28(6):663-74.

30. Abbasi A, Yadollahpour MH, Faramarzi M, Seyedi Andi SJ, Khafri S. Predicting happiness and life expectancy based on spiritual health in medical students of Babol University of Medical Sciences. Islam And Health Journal. 2024;9(1):54-64.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.906]