



Original Article

Assessment and Comparative Analysis of Spiritual Health Among Clinical and Non-Clinical Faculty Members at Shiraz University of Medical Sciences Using a Researcher-Made Questionnaire in 2023

Abdollah Gholami¹, PhD; Marzeyeh Doostfatemeh², PhD; Hafez Shojaaldini³, MD;
Mohammadreza Bayatkashkooli³, MD; Saeedeh Pourahmad^{1*}, PhD

¹Department of Islamic Studies, Center for Interdisciplinary Research in Islamic Knowledge and Health Sciences, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Department of Biostatistics, School of Medical, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³Student Research Center, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Article Information

Article History:

Received: December 08, 2024

Accepted: March 03, 2025

*Corresponding Author:

Saeedeh Pourahmad, PhD;

Department of Biostatistics, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, P.O. Box: 71346-1874, Shiraz, Iran

Email: pourahmads1196@gmail.com

Abstract

Introduction: Spiritual health constitutes a fundamental dimension of overall well-being that significantly influences quality of life. Given the pivotal role of academic faculty in shaping the nation's youth, evaluating the spiritual health of faculty members using culturally appropriate instruments holds particular significance.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study included 41 clinical and 62 non-clinical faculty members from Shiraz University of Medical Sciences (Shiraz, Iran) in 2023. A researcher-made questionnaire, which was designed for healthy Iranian Muslim adults (Jaberi et al.), was administered. The reliability and validity of this questionnaire were previously established in Iranian populations. Data analysis was performed using SPSS software (version 22).

Results: The mean age of the participants was 45.9 ± 7.4 years, with a sex distribution of 46.1% women and 53.9% men. Statistical analysis indicated significantly higher spiritual health scores among non-clinical faculty members than clinical faculty members across most subscales and the total score ($P < 0.05$). In addition, the linear regression model identified faculty type (clinical/non-clinical) and self-declared religiosity (yes/no) as significant predictors of spiritual health scores, while demographic factors including age and sex showed no significant association.

Conclusion: These findings provided valuable baseline data for developing targeted cultural workshops aimed at enhancing faculty members' understanding of spiritual health concepts. To enhance faculty members' understanding of spiritual health and its role in improving their quality of life and professional performance, it was recommended to implement targeted educational programs. Such initiatives would encourage individuals to actively cultivate their spiritual well-being.

Keywords: Spirituality; Faculty; Education; Empowerment; Awareness, Spiritual Health

Please cite this article as:

Gholami A, Doostfatemeh M, Shojaaldini H, Bayatkashkooli MR, Pourahmad S. Assessment and Comparative Analysis of Spiritual Health Among Clinical and Non-Clinical Faculty Members at Shiraz University of Medical Sciences Using a Researcher-Made Questionnaire in 2023. *Sadra Med. Sci. J.* 2025; 13(3): doi: 10.30476/smsj.2025.105068.1589.



مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>


مقاله پژوهشی

ارزیابی سطح سلامت معنوی در استادان دانشگاه علوم پزشکی شیراز به منظور مقایسه دو گروه بالینی و غیر بالینی بر اساس یک پرسشنامه محقق ساخته در سال ۱۴۰۲

عبدالله غلامی^۱، مرضیه دوست فاطمه^۲، حافظ شجاع الدینی^۳، محمدرضا بیات کشکولی^۲، سعیده پوراحمد^{۲*}

^۱گروه معارف اسلامی، مرکز پژوهش های بین رشته ای معارف اسلامی و علوم سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲گروه آمارزیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۳مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۳

نویسنده مسئول:

سعیده پوراحمد،

گروه آمارزیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

شیراز، صندوق پستی: ۷۱۳۴۵-۱۸۷۴، شیراز، ایران

پست الکترونیکی: pourahmad@sums.ac.ir

مقدمه: سلامت معنوی یک جنبه حیاتی از رفاه کلی است که می تواند بر کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد. از آنجاکه استادان دانشگاه نقش مهمی در تربیت نیروی جوان کشور دارند، ارزیابی سلامت معنوی استادان دانشگاه با استفاده از ابزارهای مناسب بومی اهمیت ویژه ای دارد.

مواد و روش ها: در یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، تعداد ۴۱ نفر استاد بالینی و ۶۲ نفر استاد غیر بالینی که در سال ۱۴۰۲ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز شاغل به کار بوده اند، در این مطالعه شرکت نمودند. جهت اندازه گیری سطح سلامت معنوی، از یک پرسشنامه محقق ساخته که برای جامعه بزرگسالان سالم و مسلمان ایرانی طراحی گردیده (پرسشنامه جابری و همکاران) استفاده شده که اعتماد و اعتبار آن در جامعه ایرانی در مطالعات قبلی مورد تأیید قرار گرفته است. جهت آنالیز داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شده است.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان $45/9 \pm 7/4$ سال و نسبت جنسی ۴۶/۱ درصد زن و ۵۳/۹ درصد بود. نتایج، اختلاف آماری معناداری بین دو گروه استادان بالینی و غیر بالینی نشان داده و گروه استادان غیر بالینی نمره بالاتری در حوزه های مختلف دریافت کرده اند ($P < 0/05$). همچنین، مدل رگرسیون خطی تنها اثر مدرک هیئت علمی (بالینی-غیر بالینی) و خود اظهاری مذهبی (بلی/خیر) را بر نمره کل سلامت معنوی معنادار نشان داده و سایر عوامل از جمله جنسیت و سن بی تأثیر بودند.

نتیجه گیری: نتایج، علاوه بر انعکاس وضع موجود، می تواند در برنامه ریزی کارگاه های فرهنگی برای استادان مؤثر باشد. پیشنهاد می گردد آگاهی استادان نسبت به مفهوم سلامت معنوی و تأثیر آن بر ارتقای سطح کیفیت زندگی و شغلی آنان افزایش یابد تا زمینه تلاش فردی جهت تقویت آن در آن ها شکل گیرد.

کلمات کلیدی: معنویت، اعضای هیئت علمی، آموزش، توانمندسازی، آگاهی، سلامت معنوی

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

غلامی ع، دوست فاطمه م، شجاع الدینی ح، بیات کشکولی م، پوراحمد س. ارزیابی سطح سلامت معنوی در استادان دانشگاه علوم پزشکی شیراز به منظور مقایسه دو گروه بالینی و غیر بالینی بر اساس یک پرسشنامه محقق ساخته در سال ۱۴۰۲. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۳، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۴.

کیفی با محوریت موضوع سلامت معنوی انجام شده است (۱). در اکثر مطالعات کمی از ابزارهای ساخته شده خارج از کشور برای اندازه‌گیری سطح سلامت معنوی استفاده شده است. مطالعه رضایی و همکاران (۶) با هدف شناخت سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی و مطالعه طاهری خرامه و همکاران (۷) با هدف شناسایی سطح سلامت معنوی در بیماران تحت همودیالیز از آن دسته هستند. در این خصوص مطالعات اندکی نیز به صورت کیفی اقدام به ساخت پرسشنامه بومی متناسب با شرایط فرهنگی، اجتماعی و مذهبی جامعه ایرانی کرده‌اند. در اغلب این مطالعات گویه‌های سنجش سلامت معنوی از طریق مصاحبه با نمونه‌ای از جامعه مورد پژوهش، اقتباس و طراحی شده (۸، ۹) و در برخی دیگر نیز با مراجعه به منابع دست اول مانند کتب معجم قرآنی و تفاسیر موضوعی، المیزان و نمونه و همچنین جستجوی پایگاه‌های اینترنتی مختلف، شاخص‌های سلامت معنوی اسلامی و قرآنی شناسایی و ابزار اندازه‌گیری طراحی شود (۱۰، ۱۱).

برخی مطالعات ابزارسازی در بین محققان مسلمان داخل و خارج از کشور نیز مشخصاً از کلمه اسلامی در ابزار ساخته شده استفاده کرده و سطح سلامت معنوی اسلامی افراد را مورد سنجش قرار داده‌اند. در این خصوص می‌توان برای نمونه به مطالعه رابیا داستی^۳ و همکاران (۲۰۱۴) در پاکستان (۱۲) و مقاله خراشادی زاده و همکاران (۲۰۱۷) در مشهد (۱۳) اشاره کرد.

از جمله مطالعاتی که در سال‌های اخیر بر سلامت معنوی دانشجویان و خصوصاً در حوزه استادان و اعضا هیئت علمی دانشگاه‌های کشور کار شده است، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: مطالعه صدری و حسن‌زاده در سال ۲۰۱۸ با هدف بررسی هوش معنوی و ارتباط آن با توانمندی تدریس در اعضای هیئت علمی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران (۱۴)، مطالعه محبوبه تقی زادگان و همکارانش در سال ۱۳۹۷ با هدف بررسی سلامت معنوی پرستاران، استادان و دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جهرم (۱۵)، مطالعه فاطمه اربابی و همکارانش در سال ۱۳۹۸ با هدف شناسایی همبستگی هوش معنوی با رضایت شغلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (۱۶)، مطالعه نصرالله قشقایی زاده با هدف بررسی ارتباط بین اخلاق کار اسلامی و هوش معنوی با کیفیت زندگی کاری استادان در سال ۱۳۹۸

مفهوم سلامت معنوی از اواخر قرن بیستم به صورت جدی مطرح گردیده و تعاریف متعددی در مذاهب و مکاتب فلسفی و ایدئولوژی‌های مختلف برای آن در نظر گرفته شده است (۱). بر اساس شواهد موجود، از دهه ۹۰ میلادی به معنویت و ارتباط آن با سلامت توجه ویژه‌ای شده است. اضافه شدن بعد معنوی در تقسیم‌بندی بیماری‌ها در نسخه دهم طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها (ICD-10^۱) و وارد شدن بعد معنوی به عنوان یکی از اجزاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در پروژه‌های تحقیقاتی مؤید این توجه ویژه به مراقبت معنوی در علوم سلامت است (۱). به گونه‌ای که بر اساس دستورالعمل صادرشده از کمیته اعتبارسنجی مؤسسات مراقبت سلامت در سال ۲۰۰۵، معنویت به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر مراقبت از بیمار یاد شده است (۲).

در بین تعاریف متعدد محققان غیر ایرانی از مفهوم سلامت معنوی، می‌توان به تعریف هاگز^۲ و همکاران (۱۹۹۵) اشاره کرد. از دیدگاه آنان، سلامت معنوی سطح بالای ایمان، امید و تعهد در ارتباط با یک باور و جهان‌بینی معین تعریف می‌شود که معنا و هدفی را برای موجودیت و هستی ارائه می‌دهد و بر این اساس یک مسیر اخلاقی برای هر فرد پیشنهاد می‌دهد که اتصال او با خود، دیگران و یک قدرت برتر را شامل می‌شود (۳). در بین نویسندگان ایرانی نیز شاید یکی از کامل‌ترین تعاریف را اصفهانی (۱۳۸۹) بیان کرده باشد. او سلامت معنوی را یک نظام هوشمند در نهاد انسان می‌داند که افعال و واکنش‌های درونی و سلامت فرد را تأمین کرده، ضامن رفع بیماری‌ها و حمایت از بقای انسان است (۴).

اما بر اساس تازه‌ترین تعریف از سلامت معنوی که بر پایه آموزه‌های دین مبین اسلام بوده و تمامی ابعاد و عرصه‌های سلامت را شامل شود می‌توان گفت: سلامت معنوی عبارت است از حالت امنیت، اطمینان، آرامش و سکون قلبی و روحی که از اعتقاد و اعتماد به منبع و قدرتی برتر و متفاوت از عوامل مادی ناشی می‌شود و باعث افزایش امید، رضایتمندی و نشاط درونی می‌گردد و در نهایت با تقویت و معنا بخشی به دیگر اضلاع سلامت شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی، منجر به سلامت و تعالی همه‌جانبه انسان و انسانیت می‌گردد (۵).

مطالعات مختلفی در ایران در دو دسته کمی و

1. International Classification of Diseases

2. Hawks

3. Rabia Dasti

پرسشنامه‌های تکمیل شده یک نمونه ۱۰ درصدی یعنی ۱۰۳ مورد قابل استفاده در طرح حاضر به دست آمد. از این تعداد، ۶۲ نفر استاد از گروه‌های غیر بالینی و ۴۱ نفر از گروه‌های بالینی بودند. جمع‌آوری داده‌ها به صورت مراجعه حضوری به دفتر گروه‌ها و توزیع پرسشنامه بین استادان داوطلب انجام شد.

معیارهای ورود و خروج شرایط ورود به مطالعه

- افراد، داوطلب شرکت در مطالعه باشند و تمایل به همکاری در طرح حاضر داشته باشند، بر این اساس رضایت‌نامه کتبی قبل از پرسشنامه اصلی قرار می‌گیرد.
- در سال ۱۴۰۲ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در حال خدمت یا تحصیل باشند.

شرایط حذف از مطالعه

- در صورتی که در سال مذکور فرد در مرخصی شغلی بوده یا موقتاً در شهر دیگری مشغول به فعالیت باشد.
- اگر در یک ماه گذشته در مداخله معنوی یا فعالیت مبتنی بر انرژی درمانی که بر سلامت معنوی تأثیرگذار باشد، مانند کارگاه‌های سلامت معنوی، ورزش یوگا و ... شرکت کرده باشد.
- در صورتی که بیش از ده درصد از سؤالات پرسشنامه بی پاسخ مانده باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها

در این مطالعه، جهت اندازه‌گیری سطح سلامت معنوی استادان، از پرسشنامه محقق ساخته در مطالعه جابری و همکاران (۱) استفاده شد که برای جامعه بزرگسالان سالم و مسلمان ایرانی طراحی گردیده است و اعتماد و اعتبار آن در جامعه ایرانی تأیید شده و آلفای کرونباخ^۴ در کل (۰/۷۸) و در زیر مقیاس‌های آن (۰/۷۵-۰/۷۹) در حد بالایی گزارش شده است (۱).

این پرسشنامه از ۴۷ گویه و ۶ زیر مقیاس تشکیل شده است و جنبه‌های مختلف سلامت معنوی افراد را سنجش می‌کند که عبارت‌اند از: ۹ گویه مربوط به اتصال ماورایی (ارتباط شخص با خدا)، ۱۰ گویه در خصوص اتصالات چندسویه متوازن (ارتباط فرد با خود، دیگران و طبیعت)، ۱۰ گویه درباره کمال و هماهنگی (حرکت به سوی کمال، تکامل و شکوفایی معنوی و محوریت بعد

در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان (۱۷)، مطالعه لیل لطیفیان و همکارانش در سال ۲۰۲۰ با هدف بررسی همبستگی تجربه معنوی روزانه با سلامت معنوی در استادان نظامی (۱۸)، مطالعه کیفی حیدری و همکاران در سال ۱۴۰۰ با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و کیفیت آموزش مجازی به روش مصاحبه با ۱۲ نفر از صاحب‌نظران از استادان، دانشجویان، طلاب و دانش آموزان (۱۹)، مطالعه مینو اسدی زندی و همکاران در سال ۱۴۰۱ به منظور طراحی ابزار سنجش سلامت معنوی استادان (۲۰)، و در نهایت، مطالعه محمد نبی زاده و همکاران در سال ۲۰۲۳ با هدف بررسی هوش معنوی تربیت محور بر سبک رهبری تحول‌آفرین مدیران و استادان دانشگاه (۲۱).

از آنجا که استادان دانشگاه نقش مهمی در تربیت نیروی کار جوان دارند، به‌ویژه در سیستم مراقبت‌های بهداشتی، جایی که فارغ‌التحصیلان از نزدیک با گروه‌های آسیب‌پذیر مانند بیماران جسمی کار می‌کنند، ارزیابی سلامت معنوی این گروه‌ها و به‌روزرسانی اطلاعات موجود اهمیت و ضرورت دارد. در مطالعه حاضر به بررسی سطح سلامت معنوی استادان دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مقایسه بین دو گروه بالینی و غیر بالینی با استفاده از ابزار ساخته شده توسط یک محقق داخلی ایرانی (جابری و همکاران (۱)) می‌پردازیم که به‌طور خاص سطح سلامت معنوی در بزرگسالان مسلمان سالم را مورد سنجش قرار می‌دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مشاهده‌ای از نوع توصیفی-تحلیلی است که به روش مقطعی انجام شده است.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش را تمامی استادان بالینی و غیر بالینی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند که بر اساس آمار استعلام شده از معاونت امور هیئت علمی دانشگاه، ۴۰۸ نفر استاد بالینی و ۴۱۱ نفر استاد غیر بالینی شاغل به کار بودند.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

یک نمونه تصادفی ده درصدی از بین داوطلبان شرکت در مطالعه انتخاب شد. بنابراین، از مجموع

4. Cronbach's alpha

نگه داشتن اطلاعات، اطمینان کامل داده شد و پرسشنامه‌ها بی‌نام بود، همچنین در جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات از اصول محرمانگی به‌طور کامل پیروی شد.

• طرح حاضر از دانشگاه علوم پزشکی شیراز، کد تأییدیه اخلاق به شماره IR.SUMS.REC.1401.335 دریافت کرده است.

یافته‌ها

از مجموع ۱۰۳ نفر استاد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر با میانگین سنی $45/9 \pm 7/4$ سال، $46/1$ درصد زن و $53/9$ درصد مرد بودند. همچنین میانگین سابقه کار در جایگاه هیئت علمی $12/8 \pm 8/1$ سال گزارش شد. بعلاوه، $60/2$ درصد از نمونه مورد بررسی را استادان غیر بالینی و $39/8$ درصد را استادان بالینی تشکیل می‌دادند. از بین افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، 72 درصد، در پاسخ به سؤال «من خودم را یک فرد مذهبی می‌دانم» گزینه بلی را انتخاب کردند. به‌علاوه، $78/6$ درصد شاغل در دانشکده پزشکی و مابقی از سایر دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز بودند. از این تعداد، 51 درصد متولد شهر شیراز، $74/5$ درصد متأهل، $62/7$ درصد هیئت علمی رسمی و 75 درصد ساکن منزل شخصی بوده‌اند. (جدول ۱) اطلاعات جمعیت شناختی استادان شرکت‌کننده در تحقیق حاضر را خلاصه کرده است.

طبق (جدول ۲)، نتایج مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی نشان می‌دهد که اعضای هیئت علمی بالینی و غیر بالینی از نظر محل تولد، وضعیت محل سکونت، خود اظهاری مذهبی وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و سابقه کار، اختلاف آماری معناداری نداشتند ($P > 0/05$). از نظر جنسیت نیز تعداد استادان مرد دو برابر تعداد استادان زن در گروه بالینی گزارش شد. در صورتی که این نسبت در گروه غیر بالینی تقریباً برابر محاسبه شد ($P < 0/05$).

تحلیل تک متغیره ارتباط بین نمرات پرسشنامه سلامت معنوی با متغیرهای پژوهش، مشخص نمود که متوسط نمره کل سلامت معنوی در بین استادان دانشگاه علوم پزشکی شیراز $190/1 \pm 27/9$ با حداقل نمره ۱۱۰ و حداکثر نمره ۲۳۳ است. (با توجه به اینکه ۴۷ گویه در این پرسشنامه وجود دارد بیشترین نمره ممکن با نمره‌گذاری سؤالات در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای برای این پرسشنامه ۲۳۵ است).

معنوی)، ۷ عبارت درخصوص ایمان (جنبه‌های بیرونی ایمان شامل رفتارها و مناسک مذهبی و جنبه‌های درونی شامل اعتقادات و باورها)، ۴ گویه راجع به غایت‌مندی و معناتطلبی (هدف از آفرینش خلقت و هدفمند بودن رفتارهای انسانی برای رسیدن به یک مقصد غایی الهی و فراتر از مادیات و در یک کلام جستجوی هدف و معنا) و ۷ عبارت مربوط به اعتدال (میان‌روی در سبک زندگی فردی و اجتماعی و پرهیز از رفتارهای تک‌بعدی).

این پرسشنامه شامل گزینه‌هایی با طیف لیکرت^۵ پنج‌قسمتی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. در گویه‌های مثبت، کاملاً مخالفم نمره یک و کاملاً موافقم نمره پنج می‌گیرد. در عبارات منفی، نمره یک به کاملاً موافقم و نمره پنج به کاملاً مخالفم اختصاص داده می‌شود. بر این اساس نمره کل پرسشنامه که از جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید، عددی بین ۴۷ تا ۲۳۵ خواهد بود. همچنین در هر یک از زیر مقیاس‌ها نمرات جداگانه‌ای به دست می‌آید. در بخش اطلاعات جمعیت شناختی این پرسشنامه نیز داده‌هایی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، محل تولد، سابقه کار، وضعیت استخدامی، وضعیت محل سکونت و مدرک تحصیلی جمع‌آوری می‌شوند. یکی از سؤالات اصلی این پرسشنامه در بخش جمعیت شناختی، خود اظهاری افراد در خصوص مذهبی بودن آن‌هاست (من خود را یک فرد مذهبی می‌دانم).

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها پس از کدگذاری و ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ با آزمون‌های تی دو نمونه مستقل^۶ و مربع کای^۷ بین استادان بالینی و غیر بالینی، زن و مرد، و مذهبی و غیرمذهبی بودن از دیدگاه خود فرد، تحلیل شدند، همچنین به‌منظور شناسایی عوامل مؤثر بر نمره سلامت معنوی نیز از تحلیل رگرسیون خطی^۸ استفاده گردید. جهت آنالیز تکی برخی از گویه‌های مهم پرسشنامه نیز از آزمون ناپارامتری^۹ من ویتنی^{۱۰} بهره گرفته شد و نتایج در قالب نمودارها و جداول گزارش شدند.

ملاحظات اخلاقی

• در این مطالعه به افراد در خصوص محرمانه

5. Likert scale
6. Independent two samples T-test
7. Chi square test
8. Linear regression analysis
9. Non parametric test
10. Mann-Whitney U test

جدول ۱. اطلاعات توصیفی نمونه مورد بررسی از استادان در مطالعه حاضر

متغیر	فراوانی (درصد)
جنسیت	
مرد	۵۵ (۵۳/۹)
زن	۴۷ (۴۶/۱)
خوداظهاری مذهبی	
بلی	۷۲ (۷۲)
خیر	۲۸ (۲۸)
وضعیت شغلی	
رسمی/پیمانی	۸۰ (۶۲/۷)
طرحی	۲۲ (۳۷/۳)
وضعیت تأهل	
مجرد	۱۷ (۱۷/۳)
متأهل	۸۱ (۸۲/۷)
مدرک هیئت علمی	
بالینی	۴۱ (۳۹/۸)
غیر بالینی	۶۲ (۶۰/۲)
محل تولد	
شیراز	۵۲ (۵۱)
سایر شهرها	۵۰ (۴۹)
محل سکونت	
شخصی	۷۵ (۷۵)
سایر	۲۵ (۲۵)
متغیر	انحراف معیار ± میانگین
سن	۴۵/۹۴ ± ۷/۴۳
سابقه کار	۱۲/۸۴ ± ۸/۰۶

باورها) $25/4 \pm 0/9$ ، غایت‌مندی و معنا طلبی با ۴ گویه (جستجوی هدف و معنا) $16/0 \pm 3/3$ و اعتدال با ۷ گویه (میانروی در سبک زندگی فردی و اجتماعی و پرهیز از رفتارهای تک‌بعدی) $29/7 \pm 3/9$ محاسبه شده است. (جدول ۳) میانگین نمرات را بین دو گروه بالینی و غیر بالینی در کل و در زیر مقیاس‌ها با استفاده از آزمون آماری تی دو نمونه مستقل مقایسه کرده است. نتایج حاکی از آن است که اختلاف آماری معناداری بین دو گروه استادان بالینی و غیر بالینی از نظر نمره کل پرسشنامه ($P=0/011$) و زیر مقیاس‌های اتصال ماورایی ($P=0/020$)، اتصال چندسویه متوازن ($P=0/049$)، کمال و هماهنگی ($P=0/024$)، ایمان ($P=0/033$) و اعتدال ($P=0/029$) وجود داشت و گروه استادان غیر بالینی نمره بالاتری در این حوزه‌ها دریافت کردند (جدول ۳). دو گروه تنها در زیر مقیاس غایت‌مندی و معنا طلبی، اختلاف آماری معناداری نشان ندادند ($P=0/122$).

همچنین بر اساس خوداظهاری مذهبی (من خودم را یک فرد مذهبی می‌دانم) نیز همان‌طور که انتظار می‌رفت دو گروه (بلی/خیر) در نمره کل و در همه ابعاد پرسشنامه با یکدیگر اختلاف آماری معناداری داشتند ($P<0/001$) (شکل ۱). این نتیجه نشان از درک درست افراد از مذهبی بودن خود یا به تعبیر دیگر، سنجش صحیح سلامت معنوی به‌وسیله پرسشنامه استفاده شده در طرح حاضر و توافق آن با درک افراد از وضعیت معنوی خودشان دارد.

در بررسی اثر وضعیت شغلی بر نمره سلامت معنوی نیز نتایج آزمون تی دو نمونه مستقل اختلاف آماری معناداری در نمره کل و اکثر ابعاد پرسشنامه سلامت معنوی نشان نداد و تنها در بعد غایت‌مندی و معنا طلبی، استادان رسمی نمره معنادار کمتری نسبت به سایر استادان داشتند ($P=0/004$). همچنین، در بررسی اثر جنسیت (زن / مرد)، وضعیت تأهل (مجرد / متأهل)، محل تولد (شیراز/ سایر) و محل سکونت (منزل شخصی / استیجاری) اختلاف معناداری در نمره کل و هیچ‌یک از زیر مقیاس‌ها مشاهده نشد ($P>0/05$).

لازم به ذکر است که تعداد استادان زن و مرد در مطالعه حاضر تقریباً یکسان بود و این دو گروه از نظر متغیرهای مختلف جمعیت شناختی از جمله سن، سابقه کار، محل تولد و سکونت، مدرک تحصیلی و وضعیت شغلی اختلاف آماری معناداری نداشتند، ولی از نظر وضعیت تأهل، درصد مجرد در استادان زن شرکت‌کننده در مطالعه حاضر بیشتر بود.

به‌علاوه همان‌طور که گفته شد این پرسشنامه ۶ زیر مقیاس مختلف دارد که میانگین نمره سلامت معنوی بر اساس نتایج به دست آمده از داده‌ها، در زیر مقیاس اتصال ماورایی با ۹ گویه (ارتباط شخص با خدا) $39/1 \pm 7/0$ ، اتصال چند سویه متوازن با ۱۰ گویه (ارتباط فرد با خود، دیگران و طبیعت) $41 \pm 6/6$ ، کمال و هماهنگی با ۱۰ گویه (حرکت به سوی کمال، تکامل و شکوفایی معنوی) $38/4 \pm 7/9$ ، ایمان با ۷ گویه (متشکل از جنبه‌های بیرونی ایمان شامل رفتارها و مناسک مذهبی و جنبه‌های درونی شامل اعتقادات و

جدول ۲. مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی بین گروه استادان بالینی و غیر بالینی

متغیر	مدرک هیئت علمی تعداد (درصد)		P value۱
	بالینی	غیر بالینی	
جنسیت			
زن	۱۴ (۱۳/۷)	۳۳ (۳۲/۴)	۰/۰۴۷
مرد	۲۷ (۲۶/۵)	۲۸ (۲۷/۵)	
خوداظهاری مذهبی			
بلی	۲۷ (۲۷)	۴۵ (۴۵)	۰/۴۱۳
خیر	۱۳ (۱۳)	۱۵ (۱۵)	
وضعیت شغلی			
رسمی	۲۹ (۲۸/۲)	۳۵ (۳۴)	۰/۱۴۴
سایر	۱۲ (۱۱/۷)	۲۷ (۲۶/۲)	
وضعیت تأهل			
مجرد	۶ (۵/۸)	۱۱ (۱۰/۷)	۰/۶۷۷
متأهل	۳۵ (۳۴)	۵۱ (۴۹/۵)	
محل تولد			
شیراز	۱۷ (۱۶/۷)	۳۵ (۳۴/۳)	۰/۲۵۳
سایر شهرها	۱۵ (۱۴/۷)	۱۸ (۱۷/۶)	
محل سکونت			
شخصی	۴۱ (۱۶/۷)	۳۴ (۳۴/۳)	۰/۰۶۱
سایر	۲۱ (۱۴/۷)	۷ (۱۷/۶)	
انحراف معیار±میانگین			
P value۲			
سن	۴۹/۱±۸/۰	۴۳/۲±۵/۷	۰/۰۰۱
سابقه کار	۱۴/۱±۸/۵	۱۲±۷/۷	۰/۲۵۸

P value^۱: آزمون مربع کای P value^۲: آزمون تی دو نمونه مستقل

جدول ۳. مقایسه نمره کل و نمرات ابعاد مختلف پرسشنامه سلامت معنوی بین دو گروه استادان بالینی و غیر بالینی

مدرک هیئت علمی	ابعاد پرسشنامه	اتصال ماورایی	چندسویه متوازن	کمال و هماهنگی	ایمان	غایت‌مندی و معناتطلبی	اعتدال	نمره کل سوالات
بالینی	۷/۵۷±۳۷/۱۰	۷/۶۰±۳۹/۳۴	۸/۷۶±۳۶/۱۸	۴/۶۳±۲۳/۷۵	۳/۵۴±۱۵/۴۱	۴/۸۹±۲۸/۵۳	۳۰/۶۳±۱۸۰/۳۴	
غیر بالینی	۶/۴۰±۴۰/۴۰	۵/۷۱±۴۲/۰۲	۶/۹۹±۳۹/۸۳	۵/۰۰±۲۵/۹۰	۳/۰۹±۱۶/۴۵	۲/۸۳±۳۰/۴۹	۲۴/۵۶±۱۹۶/۰۰	
P value ^۱	۰/۰۲۰	۰/۰۴۹	۰/۰۲۴	۰/۰۳۳	۰/۱۲۲	۰/۰۱۵	۰/۰۱۱	

۱: آزمون تی دو نمونه مستقل

جدول ۴. بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با نمرات سلامت معنوی اعضای هیئت علمی

متغیر	ضرایب مدل	فاصله اطمینان	ضرایب استاندارد	P value
مقدار ثابت خود اظهاری مذهبی (بلی)	۱۷۴/۸۹ ۲۶/۶۰	(۱۳۰/۵۰، ۲۱۹/۲۸) (۱۱/۸۹، ۴۱/۳۰)	۰/۴۵	<۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱
تخصص هیئت علمی (بالینی)	-۲۰/۹۵	(-۳۴/۷۳، -۷/۱۷)	-۰/۴۰	۰/۰۰۴
وضعیت تأهل (متاهل)	-۱۰/۰۹	(-۲۵/۱۶، ۴/۹۹)	-۰/۱۶	۰/۱۸۵
جنسیت (زن)	۴/۲۹	(-۸/۷۸، ۱۷/۳۶)	۰/۰۸	۰/۵۱۲
محل سکونت (منزل شخصی)	۱۱/۸۸	(-۵/۹۸، ۲۹/۷۴)	۰/۱۶	۰/۱۸۷
وضعیت شغلی (رسمی)	۴/۶۵	(-۸/۹۸، ۱۸/۲۸)	۰/۰۹	۰/۴۹۶
محل تولد (شیراز)	-۱۰/۱۲	(-۲۳/۵۲، ۳/۲۸)	-۰/۱۹	۰/۱۳۵
سن	۰/۱۲۷	(-۰/۸۴، ۱/۰۹)	۰/۰۴	۰/۷۹۲

Adjusted-Rsquare=۰/۳

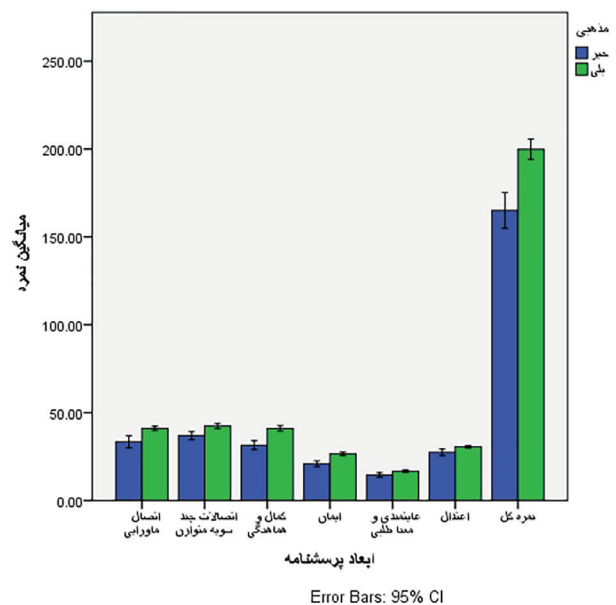
زندگی در منزل شخصی، رسمی بودن، سن و مؤنث بودن رابطه مستقیم با نمره سلامت معنوی استادان داشت (جدول ۴).

برخی سؤالات پرسشنامه از نظر محققان این تحقیق اهمیت ویژه‌ای داشت. از آنجاکه پاسخ هر سؤال در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) تعریف شده و از نوع رتبه‌ای هستند، پاسخ سؤالات مورد نظر بین دو گروه استادان بالینی و غیر بالینی با استفاده از آزمون ناپارامتری من ویتنی مقایسه گردید. سؤالات بررسی شده و معناداری آن‌ها در (جدول ۵) گزارش شده است.

در سؤال‌های ۶ و ۲۲ استادان بالینی که پاسخ نسبتاً موافق را انتخاب کردند، بیشتر از استادان غیر بالینی بود. البته سؤال ۶ یکی از سؤالات منفی پرسشنامه است و گزینه کاملاً مخالف امتیاز بالاتری از حیث سلامت معنوی می‌گیرد. در سؤال ۲۴ استادان غیر بالینی موافقت بیشتری داشتند و به همین صورت در خصوص سؤالات ۴۳ و ۴۵ نیز میان گزینه پاسخ در گروه غیر بالینی کاملاً موافق و در گروه بالینی موافق گزارش شد.

بحث

سلامت معنوی می‌تواند برای معالجه بیمار به کمک پزشک بیاید، آستانه تحمل بیماران را بالا ببرد، پرستاران را در حمایت از بیماران با نشاط سازد، خانواده و محیط اجتماعی را برای تحمل بیمار و رسیدگی به او



شکل ۱. مقایسه نمرات ابعاد پرسشنامه بر اساس خوداظهاری مذهبی استادان

جهت بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی و نمره کل پرسشنامه سلامت معنوی، از تحلیل رگرسیون خطی گام به گام رو به جلو^{۱۱} استفاده شد. نتایج مدل رگرسیونی در (جدول ۴) گزارش شده است. همان‌طور که از نتایج مشخص است بین نمره کل سلامت معنوی با متغیرهای مذهبی بودن و نوع مدرک هیئت علمی (بالینی/غیر بالینی) ارتباط معنادار وجود دارد، اما هیچ ارتباط معناداری میان سایر متغیرهای پژوهش با نمره سلامت معنوی کشف نشد. بعلاوه، با توجه به علامت ضرایب متغیرهای مورد بررسی، بالینی بودن، متاهل بودن و شیرازی بودن، رابطه معکوس و

11. Forward Stepwise Linear regression analysis

جدول ۵. مقایسه برخی سؤالات مهم پرسشنامه سلامت معنوی به صورت مجزا بین استادان بالینی و غیر بالینی

سؤال	میانگین رتبه	Mann- Whitney U	Z	P value
۶- ارتباط با خدا باعث آرامش من نمی شود. غیر بالینی بالینی	۵۷/۰۲ ۴۴/۴۱	۹۶۰/۰	-۲/۲۷	۰/۰۲۳
۲۲- احساس می کنم بعضی بحران ها یا اتفاقات خاص زندگی می تواند باعث تحول و بهبود سلامت معنوی شود. غیر بالینی بالینی	۵۸/۲۲ ۴۲/۶۰	۸۸۵/۵	-۲/۷۴	۰/۰۰۶
۲۴- استفاده از توانمندی هایم با کمک ایمان و اعتقاد معنوی، به من احساس رضایت می دهد. غیر بالینی بالینی	۵۸/۵۱	۸۶۷/۵	-۲/۸۶	۰/۰۰۴
۲۷- در زمان آسیب های جسمی و روانی با کمک نیروهای معنوی می توانم خود را التیام دهم. غیر بالینی بالینی	۴۲/۱۶ ۵۶/۴۰	۹۹۸/۰	-۱/۹۴	۰/۰۵۳
۴۳- در تصمیم گیری های مرتبط با موضوعات دینی ام، منصفانه و بدون تعصب برخورد می کنم. غیر بالینی بالینی	۴۵/۳۴ ۵۶/۸۴			
۴۵- از پایمال کردن حقوق دیگران و آسیب زدن به آن ها دوری می کنم. غیر بالینی بالینی	۴۳/۵۶ ۵۷/۲۰ ۴۳/۰۱	۹۲۵/۰ ۹۰۲/۵	۲/۴۷ -۲/۷۲	۰/۰۱۴ ۰/۰۰۷

Mann-Whitney U: آزمون من ویتنی؛ Z: شاخص آماری آزمون؛ P value: مقدار احتمال

از نظر جایگاه اجتماعی، نقش مؤثری در تربیت نیروی جوان و کارآمد جامعه دارند، و در گام بعدی به دلیل مقایسه سلامت معنوی بین دو گروه استادان بالینی و غیر بالینی که عمدتاً فضای کاری و نوع مسئولیت آن ها با یکدیگر متفاوت بوده و این تفاوت بر شیوه زندگی و نگرش افراد مؤثر است، حائز اهمیت است.

اهمیت مقایسه این مقوله، بین دو جنس مرد و زن در سطح استادان دانشگاه به جهت تفاوت های فردی در نگرش، احساسات و عواطف، شیوه زندگی و مسئولیت های متفاوت این افراد در خانواده نیز بر کسی پوشیده نیست. استفاده از یک ابزار بومی جامع در حوزه سلامت معنوی بزرگسالان مسلمان ایرانی که در طراحی آن مرور کاملی بر ابزارهای موجود در حوزه سلامت معنوی داخلی و خارجی صورت می گیرد و ابعاد مختلف سلامت معنوی را مورد سنجش قرار می دهد هم از دیگر جنبه های حائز اهمیت مطالعه حاضر است (۱۴).

بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل داده ها، ۷۲ درصد از شرکت کنندگان در این مطالعه خود را

فعال تر سازد، از عوامل فردی، اجتماعی و محیطی که باعث گسترش بیماری می شود بکاهد و از همه مهم تر، سلامت معنوی دیگر اضلاع سلامت، همچون سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی را تقویت کند و در نتیجه باعث تعالی و سلامت همه جانبه انسان و انسانیت گردد (۵). اگر این حالت اطمینان و اعتماد قلبی برای هر فرد و جامعه ای و در هر شرایطی اتفاق بیفتد باعث افزایش نشاط و امید می گردد و مطمئناً یکی از گروه های اصلی که از این حال خوب جامعه بهره می گیرند بیماران جسمی هستند. بنابراین، نقش استادان دانشگاه ها خصوصاً در دانشگاه های علوم پزشکی که با تمامی اقشار جامعه از جمله دانشجویان، کارکنان و پرستاران حوزه سلامت و بیماران تماس مستقیم دارند، بسیار حائز اهمیت است.

مطالعه حاضر به بررسی و مقایسه سلامت معنوی استادان بالینی و غیر بالینی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته پرداخت. نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر در وهله اول به دلیل بررسی در سطح استادان هیئت علمی دانشگاه که

جهت تقویت آن در استادان دانشگاه شکل گیرد.

محدودیت‌های مطالعه

- در مطالعه حاضر، میانگین سطح سلامت معنوی استادان در هر دو گروه بالینی و غیر بالینی بالاتر از حد انتظار بود که علت آن به ماهیت این گونه مطالعات برگردد.
- داوطلب بودن شرکت‌کنندگان در مطالعه که از اصول اخلاقی تحقیقات است، می‌تواند یکی از علل سوگیری در نتایج باشد.
- جمع‌آوری اطلاعات بر پایه پرسش‌نامه، کمک می‌کند تا در یک بازه زمانی کوتاه تعداد زیادی از افراد جامعه بررسی شوند، اما بی‌دقتی افراد در پاسخ به سؤالات، خصوصاً در پرسش‌نامه‌هایی با تعداد سؤالات زیاد یا درک متفاوت افراد از برخی سؤالات و عدم پاسخ‌گویی به برخی دیگر، باعث سوگیری در نتایج یا ریزش حجم نمونه می‌گردد.
- از طرف دیگر، به دلیل محرمانگی پاسخ‌ها، شرم حضور مانع از اجرای این‌گونه مطالعات به روش مصاحبه‌ای می‌شود.

پیشنهادهای پژوهش

پیشنهادهای می‌گردد که در مطالعات بعدی تعداد استادان بیشتری بررسی شوند. همچنین، جهت بررسی تأثیر آموزش بر ارتقای سلامت معنوی و توانمندسازی استادان در این حوزه، مطالعات مداخله‌ای طراحی و اجرا گردند.

نتیجه‌گیری

سنجش و ارزیابی سلامت معنوی در سطوح مختلف افراد جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، علاوه بر انعکاس وضع موجود می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های بلندمدت و برنامه‌ریزی فعالیت‌های فرهنگی برای استادان مؤثر باشد و به ارتقای سطح سلامت معنوی آن‌ها کمک کند. همچنین نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند پایه مطالعات دقیق‌تر بعدی جهت ریشه‌یابی کمبودهای احتمالی یا کشف روابط علت و معلولی قرار گیرد.

نکته حائز اهمیت دیگر، قائل بودن تمایز بین معنویات و سیاست است. ممکن است سوگیری سیاسی افراد در جامعه بعضاً به پایین بودن سطح سلامت معنوی آنان تعبیر گردد، درحالی‌که این دو مقوله اگرچه

یک فرد مذهبی می‌دانستند. موضوع ارزیابی از خود، در هیچ‌یک از تحقیقات قبلی وجود ندارد و یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر است. پاسخ‌دهی کل افراد به این سؤال و وجود ۲۸ درصد پاسخ خیر به آن در بین داوطلبان، در جای خود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بود و از احساس اعتماد و اطمینان شرکت‌کنندگان در بیان واقعیت حکایت داشت. همچنین، اختلاف آماری معنادار در میانگین نمرات کل پرسشنامه و ابعاد آن بین این دو گروه و بیشتر بودن آن در گروهی که خود را مذهبی می‌دانند نشان از درک درست افراد از معنویت خود و تطابق آن با سنجشی است که از پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه به دست آمده است. در مطالعه حاضر، اختلاف آماری معناداری از نظر میانگین نمره سلامت معنوی بین دو جنس در کل و در هیچ‌یک از ابعاد پرسشنامه تأیید نشد. اگرچه این نتیجه همسو با نتیجه برخی مطالعات قبلی در حوزه سلامت معنوی استادان بود (۱۶، ۱۸) اما در برخی مطالعات دیگر، استادان زن میانگین نمره سلامت و هوش معنوی بالاتری داشتند (۱۴، ۱۵).

از دیگر نتایج مطالعه حاضر، بالاتر بودن میانگین نمره سلامت معنوی در استادان غیر بالینی نسبت به استادان بالینی در کل و در ابعاد مختلف سلامت معنوی به جز بعد غایت‌مندی و معنات‌طلبی بود (جدول ۳). این نتیجه همسو با یکی از مطالعات انجام شده قبلی در حوزه استادان است (۱۶) که در آن اشاره به بالاتر بودن نمره هوش معنوی در استادان علوم پایه شده بود. نتایج به دست آمده از مقایسه میانگین نمره ابعاد مختلف سلامت معنوی بین استادان بالینی و غیر بالینی بیانگر شباهت این دو گروه در جستجوی هدف و معنا و تفاوت آن‌ها در سایر ابعاد سلامت معنوی است و از آنجاکه این دو گروه از نظر سایر متغیرهای مرتبط مشابه بودند (جدول ۲)، اختلاف آن‌ها در ابعاد مختلف سلامت معنوی نیازمند توجه ویژه است (جدول ۳).

همچنین، بار کاری و محیط فعالیت استادان بالینی و غیر بالینی متفاوت است و این مسئله مطمئناً بر شیوه زندگی و نگرش افراد از جمله سلامت معنوی آن‌ها مؤثر است. بر این اساس، جهت افزایش آگاهی استادان با مفهوم سلامت معنوی و نقش مؤثر آن در ارتقای سطح کیفیت زندگی، باید کارگاه‌های توانمندسازی در دو دسته عمومی و اختصاصی (بالینی و غیر بالینی) طراحی گردد و برای آن‌ها، برنامه‌های مدون سالانه در تمام سطوح علمی تعریف شود و با ایجاد حساسیت در این حوزه، زمینه تلاش فردی

شیراز جهت همکاری صمیمانه ایشان در بررسی جوانب اخلاقی طرح و پیشنهادهای سازنده‌شان تشکر می‌گردد. از خانم دکتر آریتا جابری، هیأت علمی مرکز تحقیقات روان جامعه نگر در دانشکده پرستاری شیراز و همکاران که در یک تحقیق مجزا طراح پرسشنامه بودند سپاسگزاری می‌گردد. در نهایت از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز که زمینه و مجوز انجام و انتشار نتایج این طرح را فراهم کردند، سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

1. Jaberi A, Momennasab M, Cheraghi MA, Yektatalab S, Ebadi A. Development and psychometric evaluation of the spiritual health questionnaire among Iranian muslim adults. *Nursing and Midwifery Studies*. 2021;10(3):194-202.
2. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations [Internet]. Spiritual assessment 2005. c2015. Available from: <http://www.jcaho.org>
3. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *Am J Health Promot*. 1995;9(5):371-8.
4. Esfahani MM. Spiritual Health and Attitudes. *Medical Ethics*. 2011;4(14):41-9. [Perssian].
5. Abolghasemi. Criteria and Components for Measuring Spiritual Health Derived from the Quran and Hadith. Shiraz: Faculty Retreat Workshop; 2021. [Perssian].
6. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat/Hayāt*. 2008;14(3-4):33-9. [Perssian].
7. Asayesh H, Zamanian H, Mirgheisari A. Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;1(1):48-54. [Perssian].
8. Khorami Markani A, Yaghmaei F, Khodayari Fard M. Spirituality as experienced by Muslim oncology nurses in Iran. *Br J Nurs*. 2013;22(4):S22-4, S6-8.
9. Alavimajd H, Khorrami Markani A, Khodayarifard M, Yaghmai F. The experience of spiritual well-being from the perspective of oncology nurses: a qualitative content analysis. *Journal of sabzevar university of medical sciences*. 1970;18(3):206-16. [Perssian].
10. Marzband R, Zakavi A. Spiritual health indicators from the perspective of divine teachings. *Journal of Medical Ethics*. 2012;20(6). [Perssian].
11. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, ASGHARI JM, HAMZAVI ZN, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. *Medical Ethics*. 2015;8(30):25-55. [Perssian].
12. Dasti R, Sitwat A. Development of a multidimensional measure of Islamic spirituality (MMIS). *Journal of Muslim Mental Health*. 2014;8(2).
13. Khorashadizadeh F, Heydari A, Nabavi FH, Mazlom SR, Ebrahimi M, Esmaili H. Development of Islamic Spiritual Health Scale (ISHS). *J Pak Med Assoc*. 2017;67(3):386-94.
14. Sadri D, Hasanazadeh R. Assessment of Spiritual Intelligence and its Association with Teaching Ability in the Faculty Members of the School of Dentistry. *Journal of Mashhad Dental School*. 2018;42(2):159-66.
15. Taghizadeganazadeh M, Shadfard Z, Montaseri MA, Zahedinia F, Karami Z, Pishgar Z. Spiritual health in nurses, nursing

از یکدیگر اثر می‌پذیرند، با هم متفاوت هستند و در حوزه جامعه‌شناسی مطالعات خاص خود را می‌طلبند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی استادان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر و دقت آنان در پاسخگویی به سؤالات سپاسگزاری کنند. همچنین از سرکار خانم دشتیار پرسنل مؤسسه پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در هماهنگی و تسهیل امور مربوط به این تحقیق همکاری داشتند و از آقای دکتر امید آسمانی هیئت علمی گروه اخلاق پزشکی

- faculties, and nursing students of Jahrom University of Medical Sciences, Iran. Iran J Nurs. 2020;33(126):16-27. [Perssian].
16. Ansari H, Sharifi SE, Bakhshani NM. Evaluation of relationship between spiritual intelligence and job satisfaction among faculty professor of zahedan university of medical sciences. Horizon of Medical Education Development. 2020;10(2):1-8.
 17. Ghashghaeizadeh N. The relationship between Islamic work ethics and spiritual intelligence with work life quality. Bioethics Journal. 2019;9(31):63-71.
 18. Lotfian L, Asadzandi M, Javadi M, Sepandi M. Correlation between daily spiritual experience and spiritual health of military university professors (daily spiritual experience and spiritual health). Military Caring Sciences. 2020;7(4):330-9.
 19. Heidari A, Moghaddas Nejad SA, Heidari M. Explaining the relationship between spiritual health and the quality of virtual education: a qualitative study. Tehran: The 4th Congress on Nursing and Midwifery Education Analysis: The Role of Virtual Education; 2021. [Perssian].
 20. Asadzandi M, Lotfian L, Hosseini SM, Abolghasemi H. Design and validation of professional spiritual health questionnaire for professors (soft war officers). Journal of Military Medicine. 2022;22(12):1209-21. [Perssian].
 21. Nabizadeh M, Zangoei A. The effectiveness of education-oriented spiritual intelligence on the transformational leadership style of university managers and professors. Research in Islamic Education Issues. 2023;31(59):39-58.