



Original Article

The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life Among Students of Birjand University of Medical Sciences

Mahdi Abdorazaghnejad^{1*}, PhD 

¹Department of Islamic Studies, School of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Article Information

Article History:

Received: February 27, 2026

Accepted: May 22, 2026

*Corresponding Author:

Mahdi Abdorazaghnejad, PhD;
Department of Islamic Studies, School
of Medicine, Birjand University of
Medical Sciences, Birjand, Iran
Email: koreanss501@gmail.com

Abstract

Introduction: Numerous factors, including spiritual health, influence the quality of life of medical students. This study aimed to investigate the relationship between spiritual health and quality of life among students at Birjand University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study was performed on 380 students from the Schools of Medicine, Dentistry, Pharmacy, Health, and Paramedical Sciences during the 2024-2025 academic year. Participants were selected through proportional stratified random sampling. Data collection tools included a demographic information form, the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), and the Paloutzian and Ellison Spiritual Well-Being Scale (SWBS). Data were analyzed using non-parametric tests (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Spearman correlation) in SPSS software, version 22.

Results: The mean age of the participants was 22.86 ± 2.6 years (62.6% female). The mean score for overall quality of life and general health was 63.25 ± 21.9 , and the mean spiritual health score was 42.83 ± 7.9 . A positive and significant correlation was observed between the total spiritual health score and all dimensions of quality of life, including physical, psychological, social relationships, environmental, and overall quality of life ($P < 0.05$). Psychological health and social environment scores were significantly higher in women than in men. Additionally, certain dimensions of quality of life and spiritual health showed significant differences based on age group and field of study ($P < 0.05$).

Conclusion: The results indicated a positive and significant relationship between spiritual health and quality of life among medical students. Strengthening spiritual health could be proposed as an effective non-pharmacological strategy to improve the quality of life in this student population.

Keywords: Spirituality; Quality of Life; Health Surveys; Students

Please cite this article as:

Abdorazaghnejad M. The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life Among Students of Birjand University of Medical Sciences. Sadra Med. Sci. J. 2026; 14(3): doi: 10.30476/smsj.2026.110962.1792.



مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

مهدی عبدالرزاق نژاد^۱^۱ گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

نویسنده مسئول:

مهدی عبدالرزاق نژاد،

گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

پست الکترونیکی: mabdolrazagh@bums.ac.ir

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی دانشجویان علوم پزشکی تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله سلامت معنوی قرار دارد. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی بر روی ۳۸۰ دانشجو (با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب) از دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، بهداشت و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۴۰۳ اجرا گردید. ابزار گردآوری داده شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)^۱ و مقیاس سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (SWBS)^۲ بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک (من-ویتنی، کروسکال-والیس و همبستگی اسپیرمن) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان $22/86 \pm 2/6$ سال بود ($62/6$ زن). میانگین نمره کل کیفیت زندگی کلی و سلامت عمومی $63/25 \pm 21/9$ و میانگین نمره سلامت معنوی $7/42 \pm 9/83$ بود. بین نمره کل سلامت معنوی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی، محیطی و کیفیت زندگی کلی) ارتباط مثبت و معنادار مشاهده شد ($P < 0/05$). نمرات سلامت روانشناختی و محیط اجتماعی در زنان به‌طور معناداری بالاتر از مردان بود همچنین برخی ابعاد کیفیت زندگی و سلامت معنوی بر حسب گروه سنی و رشته تحصیلی تفاوت معنادار نشان دادند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده وجود ارتباط مثبت و معنادار بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در دانشجویان علوم پزشکی است. تقویت سلامت معنوی می‌تواند به عنوان یک راهبرد مؤثر غیردارویی در جهت ارتقای کیفیت زندگی این گروه از دانشجویان پیشنهاد شود.

کلمات کلیدی: معنویت؛ کیفیت زندگی؛ پیمایش‌های سلامت؛ دانشجویان

1. World Health Organization Quality of Life Questionnaire

2. Spiritual Well-Being Scale

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

عبدالرزاق نژاد م. بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۵.

(۹) و دانشجویان (۸) تأکید دارند. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سلامت معنوی می‌تواند بخش قابل توجهی از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین کند و به عنوان عاملی کلیدی در ارتقای سلامت روانی و جسمی افراد در شرایط مختلف، از جمله مواجهه با بیماری یا استرس، عمل نماید. شواهد بین‌المللی نیز این یافته‌ها را تأیید کرده و بر نقش فعالیت‌های مذهبی و معنوی در بهبود کیفیت زندگی دانشجویان صحنه می‌گذارد (۱۲). در مجموع، این مطالعات بر اهمیت در نظر گرفتن سلامت معنوی به عنوان یک استراتژی حمایتی و درمانی مکمل در مداخلات بهداشتی و درمانی تأکید دارند. جدیدی و همکاران (۱۴۰۳) در بررسی ۴۰۰ دانشجوی دانشگاه‌های اراک گزارش کردند که سلامت معنوی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری دارد، هرچند ارتباطی با سن و وضعیت تأهل مشاهده نشد (۸). شهبازی‌راد و همکاران (۱۳۹۵) نیز در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه نشان دادند که سلامت معنوی با کیفیت زندگی همبستگی معنادار دارد و حدود ۱۵ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین می‌کند (۱۳). شواهد بین‌المللی نیز یافته‌های داخلی را تأیید می‌کند؛ چنان‌که آینی و همکاران گزارش کردند دانشجویانی که سطوح بالاتری از سلامت معنوی دارند، نه تنها در فعالیت‌های مذهبی مشارکت بیشتری نشان می‌دهند، بلکه از کیفیت زندگی مطلوب‌تری نیز برخوردارند (۱۲). در کشور ایران، جمعیت دانشجویی به حدود دو میلیون نفر می‌رسد که این آمار اهمیت توجه به سلامت این گروه را نشان می‌دهد (۱۴). دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به عنوان یکی از مراکز آموزشی مهم در شرق کشور فعالیت می‌کند. دانشجویان این دانشگاه از نقاط مختلف استان و حتی خارج از آن جذب می‌شوند. تاکنون تحقیقات محدودی در مورد سلامت معنوی دانشجویان این دانشگاه انجام شده است و بیشتر مطالعات قبلی بر روی گروه‌های پرستاری یا بیماران متمرکز بوده‌اند (۱۵). برخی پژوهش‌ها رابطه قوی بین این دو متغیر را تأیید کرده‌اند اما نتایج در مناطق مختلف جغرافیایی و فرهنگی یکسان نیست و عوامل منطقه‌ای، فرهنگی و اجتماعی می‌توانند این ارتباط را تحت تأثیر قرار دهند بنابراین، انجام یک مطالعه محلی در بیرجند ضروری به نظر می‌رسد.

سلامت معنوی نه تنها یک بعد فردی بلکه یک عامل اجتماعی مهم محسوب می‌شود. این بعد در جوامع مذهبی مانند ایران جایگاه ویژه‌ای دارد. دانشجویان

دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی قشر خاصی هستند که نیاز به بررسی ویژه دارند چراکه این دانشجویان با حجم بالای مطالب درسی و فشارهای امتحانی مواجه هستند. علاوه بر این، دوره‌های کارآموزی و بالینی آن‌ها را در معرض استرس‌های عاطفی قرار می‌دهد. مواجهه مستقیم با بیماران، درد و مرگ از چالش‌های عمده دیگر این دانشجویان است. بسیاری از آن‌ها برای اولین بار از محیط خانواده دور می‌شوند و این جدایی می‌تواند احساس تنهایی و اضطراب را افزایش دهد. در چنین شرایطی، سلامت معنوی می‌تواند نقش حفاظتی مهمی ایفا کند (۱، ۲).

سلامت معنوی شامل دو مؤلفه اصلی سلامت مذهبی و سلامت وجودی است که سلامت مذهبی به باورها، اعمال دینی و ارتباط با نیروی متعالی مربوط می‌شود و سلامت وجودی نیز بر جستجوی معنا، هدف زندگی و رضایت درونی تمرکز دارد. افراد با سطوح بالای سلامت معنوی، معمولاً تاب‌آوری روانی بیشتری دارند و بهتر با بحران‌ها و استرس‌های زندگی کنار می‌آیند (۳). سلامت معنوی با ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط، تناسب و هماهنگی، داشتن معنی و هدف در زندگی مشخص می‌شود. سلامت معنوی متجرب به اثربخشی و کاهش رفتارهای پرخطر (مانند مصرف دخانیات، الکل، خودکشی و آسیب به دیگران و...) در افراد به خصوص جوانان می‌شود (۴). کیفیت زندگی یکی از مفاهیم کلیدی و چندبعدی در حوزه سلامت و علوم اجتماعی است (۵). این مفهوم فراتر از نبود بیماری، به سطح رضایت کلی فرد از زندگی اشاره دارد. کیفیت زندگی شامل ابعاد جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیطی می‌شود. عوامل زیادی بر این مفهوم تأثیرگذار هستند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها سلامت معنوی است. سلامت معنوی به عنوان یک بعد اساسی سلامت انسان شناخته می‌شود که هماهنگی و تعادل بین سایر ابعاد سلامت را فراهم می‌کند (۶).

مطالعات گوناگون رابطه مثبتی بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی گزارش کرده‌اند با این حال، شدت این رابطه در گروه‌های مختلف متفاوت است (۷-۱۰). مطالعات مختلف در ایران بر ارتباط مثبت و معنادار بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در گروه‌های گوناگون از جمله پرستاران (۱۱)، جانبازان

شرکت کنندگان و روش نمونه گیری

جامعه هدف، تمامی دانشجویان در حال تحصیل دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد نسبت به صورت زیر محاسبه شد:

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

که در آن Z برابر با ۱/۹۶ (سطح اطمینان ۹۵٪)، P برابر با ۰/۴۵ (نسبت کیفیت زندگی متوسط بر اساس مطالعه قبلی ایرانی) و d معادل با ۰/۰۵ (حداکثر خطای مجاز) بود. حجم نمونه نهایی ۳۸۰ نفر برآورد شد.

روش نمونه گیری، تصادفی طبقه ای بود. دانشجویان بر اساس دانشکده (۵ دسته) طبقه بندی شدند و تخصیص متناسب با تعداد واقعی دانشجویان هر دانشکده انجام گرفت. در هر طبقه، نمونه ها به صورت تصادفی از لیست رسمی دانشجویان معاونت آموزشی انتخاب شدند.

معیارهای ورود و خروج

برای ورود الزامی بود که از تاریخ ثبت نام حداقل شش ماه گذشته باشد و تمایل به شرکت وجود داشته باشد. پرسشنامه هایی که بیش از ۲۰ درصد داده های مخدوش و یا گم شده داشتند، حذف شدند.

ملاحظات اخلاقی

طرح مطالعه پس از تأیید کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (IR.BUMS. REC.1403.456) اجرا شد. تمامی مراحل مطابق با اعلامیه هلسینکی ۱۹۶۴ و اصلاحات بعدی آن انجام گرفت. رضایت نامه آگاهانه کتبی از تمام شرکت کنندگان پس از توضیح کامل اهداف مطالعه، ماهیت داوطلبانه مشارکت، محرمانگی، ناشناس ماندن داده ها و حق انصراف در هر زمان اخذ شد.

جمع آوری داده

داده ها با استفاده از پرسشنامه سه بخشی خودگزارش ده فارسی جمع آوری شد:

۱. چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن (سال)، جنس (مرد و زن)، رشته تحصیلی، سال تحصیلی و وضعیت سکونت (خوابگاه/با خانواده/خانه استیجاری).

علوم پزشکی به عنوان آینده سازان نظام سلامت، باید از نظر معنوی نیز تقویت شوند. کاهش کیفیت زندگی در این گروه می تواند بر عملکرد تحصیلی و حرفه ای آن ها تأثیر منفی بگذارد. بنابراین، شناسایی عوامل تقویت کننده کیفیت زندگی ضروری است (۱۶، ۱۷). سلامت معنوی یکی از بهترین ابزارهای غیر دارویی برای بهبود کیفیت زندگی است. این متغیر با کاهش افسردگی، اضطراب و رفتارهای پرخطر همراه بوده و مطالعات نشان داده اند که افراد با سلامت معنوی بالا، رضایت بیشتری از زندگی دارند (۱۸). در دانشجویان پزشکی، این رابطه می تواند قوی تر باشد زیرا آن ها با مسائل وجودی مرگ و زندگی روبرو هستند (۱۹، ۲۰). هدف اصلی این پژوهش، بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۴۰۳ است. این مطالعه به دنبال تعیین سطوح این دو متغیر در جمعیت مورد نظر است. همچنین مقایسه این سطوح بر اساس متغیرهای دموگرافیک مانند جنسیت، رشته تحصیلی و سال تحصیلی انجام می شود. کیفیت زندگی دانشجویان علوم پزشکی به عنوان نیروی انسانی آینده نظام سلامت، از اهمیت ویژه ای برخوردار است و تحت تأثیر عوامل مختلف فردی، اجتماعی و روان شناختی قرار دارد. در این میان، سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد اساسی سلامت، می تواند نقش مهمی در ارتقای سازگاری، امید و رضایت از زندگی در میان دانشجویان ایفا کند، اما هنوز شواهد تجربی کافی در این زمینه، به ویژه در بافت فرهنگی و مذهبی ایران، محدود است. از این رو، بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می تواند ضمن تکمیل شکاف موجود در ادبیات پژوهش، مبنایی برای طراحی مداخلات غیردارویی و برنامه های فرهنگی-مذهبی در جهت ارتقای سلامت و رفاه این گروه فراهم آورد.

مواد و روش ها

طرح مطالعه و محل اجرا

این مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، طی سال تحصیلی ۱۴۰۳ شمسی انجام شد. مطالعه به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در دانشجویان مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشکده های پزشکی، دندان پزشکی، داروسازی، بهداشت و پیراپزشکی پرداخت.

یکی از نسخه‌های فارسی این مقیاس توسط رفیعی و همکاران (۲۰۱۷) ترجمه و روان‌سنجی شد (۲۲). در این مطالعه، روایی محتوا از طریق نظر متخصصان حوزه روان‌شناسی و علوم رفتاری تأیید گردید و تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی ساختار دو عاملی مقیاس (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) را مورد تأیید قرار داد. پایایی درونی نسخه فارسی مناسب گزارش شده است؛ به‌طوری که آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌های سلامت مذهبی و سلامت وجودی به‌ترتیب بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین، مقالات متعدد ایرانی پایایی و اعتبار نسخه فارسی را در جمعیت‌های مختلف دانشجویی و عمومی جامعه ایران تأیید کرده‌اند (۲۳، ۲۴).

روایی و پایایی در مطالعه حاضر

در مطالعه حاضر، از نسخه فارسی استاندارد شده مقیاس استفاده شد. پیش از تحلیل نهایی داده‌ها، پایایی درونی مقیاس در نمونه مورد پژوهش ارزیابی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل سلامت معنوی برابر با ۰/۹۰، برای زیرمقیاس سلامت مذهبی ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس سلامت وجودی ۰/۸۵ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی درونی مناسب ابزار در نمونه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است. همچنین، روایی ظاهری و محتوایی ابزار در این مطالعه با استفاده از بررسی کارشناسان (دونفر از اعضای هیئت علمی رشته‌های آمار زیستی) مورد تأیید قرار گرفت.

پس از تأیید اخلاقی، پرسشنامه‌ها به صورت چاپی و بلافاصله پس از پایان کلاس‌های درس در تمام دانشکده‌ها بین دانشجویان توزیع شد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه را به صورت ناشناس و در محل (۲۰ دقیقه) تکمیل کردند و فرم‌ها بلافاصله جمع‌آوری شد.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها با نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۲ وارد و تحلیل شدند. شاخص‌های توصیفی به صورت میانگین $\pm$ انحراف معیار برای متغیرهای کمی و فراوانی (درصد) برای متغیرهای کیفی گزارش شد. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع نرمال استفاده شد. با توجه به غیرنرمال بودن توزیع تمامی متغیرهای اصلی (حیطه‌های کیفیت زندگی، نمرات کل و زیرمقیاس‌های سلامت معنوی و سن) با سطح $P < 0.05$ از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده گردید:

۲. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)^۱ نسخه فارسی معتبر ۲۶ سؤالی که چهار حیطه را می‌سنجد: سلامت جسمی (۷ سؤال)، سلامت روانشناختی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال) و محیط (۸ سؤال) به علاوه دو سؤال کلی کیفیت زندگی و سلامت عمومی. هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات خام حیطه‌ها با فرمول زیر به مقیاس ۱۰۰- تبدیل می‌شوند:

$$\text{ممکن نمره کمترین} - \text{آمده دست به نمره} \times 100 \\ \text{ممکن نمره کمترین} - \text{ممکن نمره بیشترین}$$

نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. نسخه فارسی دارای پایایی مناسب (آلفای کرونباخ = ۰/۸۴) و پایایی قابل قبول در جمعیت ایرانی است.

۳. مقیاس سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (SBWS)^۲:

این مقیاس توسط پالوتزین و الیسون^۳ در سال ۱۹۸۲ با هدف سنجش سلامت معنوی به‌عنوان یک سازه کلی طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که دو زیرمقیاس ۱۰ سؤالی را در بر می‌گیرد: سلامت مذهبی که ادراک فرد از رابطه خود با خداوند/امر متعال را می‌سنجد، و سلامت وجودی که احساس فرد نسبت به معنای زندگی، رضایت از زندگی و هدفمندی را ارزیابی می‌کند (۲۱).

پاسخ‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از ۱ («کاملاً مخالفم») تا ۶ («کاملاً موافقم») نمره‌گذاری می‌شوند. تعدادی از گویه‌ها دارای بار منفی هستند که به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند؛ پس از تصحیح نمرات این گویه‌ها، دامنه نمره کل مقیاس از ۲۰ تا ۱۲۰ (هر زیرمقیاس از ۱۰ تا ۶۰) متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر سلامت معنوی است.

روایی و پایایی

SWBS در مطالعات اصلی سازندگان، از روایی سازه و هم‌گرایی مطلوب و پایایی درونی مناسب برخوردار بوده است؛ پالوتزین و الیسون ضریب آلفای کرونباخ را برای نمره کل بین حدود ۰/۸۹-۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌های معنوی و وجودی نیز در حدود ۰/۸۷-۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۲۱).

1. World Health Organization Quality of Life Questionnaire

2. Spiritual Well-Being Scale

3. Paloutzian and Ellison

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	دسته بندی	تعداد (درصد)
جنس	مرد	۱۴۲ (۳۷/۴)
	زن	۲۳۸ (۶۲/۶)
رشته تحصیلی	پزشکی	۱۵۲ (۴۰/۰)
	پرستاری	۵۹ (۱۵/۵)
	علوم بهداشت	۳۴ (۸/۹)
	دندانپزشکی	۴۹ (۱۲/۹)
	داروسازی	۲۶ (۶/۸)
	سایر	۱۷ (۴/۵)
سال تحصیلی	اول	۴۳ (۱۱/۳)
	دوم	۳۰ (۷/۹)
	سوم	۹۸ (۲۵/۸)
	چهارم	۸۵ (۲۲/۴)
	پنجم	۹۳ (۲۴/۵)
وضعیت سکونت	ششم و بالاتر	۴۹ (۱۲/۹)
	با خانواده	۱۴ (۳/۷)
	خوابگاه	۱۱ (۲/۹)
	خانه استیجاری	۹۷ (۲۵/۵)

بر اساس نتایج مطالعه حاضر در جدول ۳، میانگین نمره ابعاد جسمانی، روانشناختی بر حسب گروه سنی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت اما میانگین نمره ابعاد روابط اجتماعی، محیط اجتماعی، سلامت عمومی سلامت معنوی و سلامت وجودی بر حسب گروه سنی تفاوت معناداری داشت. به طور کلی، نتایج نشان‌دهنده آن است که دانشجویان در دو انتهای طیف سنی مورد بررسی (جوان‌ترین و مسن‌ترین گروه‌ها) در بیشتر ابعاد کیفیت زندگی و به‌ویژه در سلامت معنوی و زیرمقیاس سلامت وجودی، وضعیت بهتری نسبت به گروه‌های سنی میانی داشته‌اند.

جدول ۴ مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سلامت معنوی را بر حسب جنسیت دانشجویان نشان می‌دهد. نتایج آزمون من-ویتنی حاکی از وجود تفاوت‌های جنسیتی در برخی ابعاد است. در بعد جسمانی کیفیت زندگی، هیچ تفاوت معنی‌داری بین دانشجویان دختر و پسر مشاهده نشد. در بعد روانشناختی، تفاوت معنی‌داری میان دو گروه جنسیتی وجود داشت؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات دانشجویان

آزمون من-ویتنی برای مقایسه دو گروه مستقل (مانند جنس)، آزمون کروسکال-والیس برای مقایسه بیش از دو گروه (مانند دانشکده، سال تحصیلی، تحصیلات والدین) و ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن برای بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی. سطح معناداری $P < 0.05$ (دو طرفه) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در این مطالعه مقطعی، مجموع ۳۸۰ دانشجو از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند شرکت کردند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان 22.86 ± 2.6 (دامنه ۱۸ تا ۳۵ سال) بود. ویژگی‌های دموگرافیک و اجتماعی-جمعیتی در جدول ۱ خلاصه شده است.

میانگین نمرات حیطه‌های پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و مقیاس سلامت معنوی (SWBS) در جدول ۲ ارائه شده است.

دختر به طور قابل توجهی بالاتر از دانشجویان پسر بود. در بعد روابط اجتماعی نیز تفاوت معنی داری دیده شد و دانشجویان دختر نمرات میانگین بالاتری نسبت به دانشجویان پسر کسب کردند؛ این تفاوت در سطح مرزی معنی داری قرار داشت. در بعد محیط (محیط اجتماعی)، تفاوت بسیار بارزی میان دو جنس مشاهده گردید؛ دانشجویان دختر به طور معناداری نمرات بالاتری در این بعد نسبت به دانشجویان پسر نشان دادند.

جدول ۲. آمار توصیفی نمرات حیطه های کیفیت زندگی و سلامت معنوی

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میان (Q1-Q3)
حیطه های WHOQOL-BREF		
سلامت جسمی	۵۴/۲۷ $\pm$ ۱۱/۷۹	۵۳/۵ (۴۶/۴-۶۰/۷)
سلامت روانشناختی	۴۷/۵۸ $\pm$ ۱۴/۲۱	۵۰/۰ (۳۷/۵-۵۸/۳)
روابط اجتماعی	۶۱/۴۶ $\pm$ ۱۷/۲۵	۶۲/۵ (۵۰/۰-۷۵/۰)
محیط اجتماعی	۶۰/۱۲ $\pm$ ۱۲/۸۰	۶۰/۹ (۵۰/۰-۶۸/۷)
کیفیت زندگی کلی و سلامت عمومی	۶۳/۲۵ $\pm$ ۲۱/۹۸	۶۲/۵ (۵۰/۰-۷۵/۰)
مقیاس سلامت معنوی (SWBS)		
سلامت معنوی	۴۲/۸۳ $\pm$ ۷/۹۷	۴۲/۰ (۳۷/۰-۴۸/۰)
سلامت وجودی	۴۲/۳۷ $\pm$ ۸/۰۰	۴۱/۰ (۳۷/۰-۴۸/۰)

جدول ۳. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی و سلامت معنوی بر حسب گروه سنی دانشجویان مورد بررسی

متغیر / بعد	میانگین $\pm$ انحراف معیار (دامنه) میان					نتیجه آزمون کروسکالوالیس (X^2)	معنی داری آزمون (P-value)
	گروه کمتر ۲۰ سال	گروه ۲۰-۲۳ سال	گروه ۲۳-۲۶ سال	گروه بیشتر مساوی ۲۷ سال			
جسمانی	۵۷/۷ $\pm$ ۱۲/۹ (۴۶/۴ - ۶۶)	۵۳/۲ $\pm$ ۱۰/۴ (۴۶/۴ - ۶۰/۷)	۵۲/۹ $\pm$ ۱۱/۴ (۴۶/۴ - ۶۰/۷)	۵۴/۳ $\pm$ ۱۵ (۴۶ - ۶۴) ۵۵/۳		$X^2=7/812$	$P=0/050$
روانشناختی	۵۱/۱ $\pm$ ۱۵/۴ (۴۱/۶ - ۶۲/۵) ۵۴/۱	۴۶/۲ $\pm$ ۱۲/۵ (۳۷/۵ - ۵۴/۱) ۴۷/۹	۴۶/۵ $\pm$ ۱۵/۴ (۳۵/۴ - ۵۴/۱) ۵۰	۴۸/۴ $\pm$ ۱۵/۵ (۴۱/۶ - ۵۸/۳) ۴۵/۸		$X^2=7/514$	$P=0/125$
رابطه اجتماعی	۶۶/۱ $\pm$ ۱۶/۸ (۵۰ - ۷۵/۵) ۵۸/۳	۶۰/۹ $\pm$ ۱۵/۳ (۵۰ - ۷۵/۵) ۵۸/۳	۵۷/۱ $\pm$ ۲۱/۳ (۴۱/۶ - ۶۶/۶) ۵۸	۶۲/۹ $\pm$ ۱۵/۸ (۵۰ - ۷۵) ۵۸/۳		$X^2=9/775$	$P=0/037$
محیط اجتماعی	۶۵/۹ $\pm$ ۱۲/۵ (۵۰ - ۷۵/۵) ۶۸/۷	۵۷/۷ $\pm$ ۱۱/۵ (۵۰ - ۶۵/۶) ۵۹/۳	۵۸/۶ $\pm$ ۱۲/۹ (۵۰ - ۵۶/۶) ۵۹/۳	۶۳ $\pm$ ۱۴/۷ (۵۲/۳ - ۷۱/۸) ۶۸/۷		$X^2=28/442$	$P < 0/001$
سلامت عمومی	۶۹/۷ $\pm$ ۲۲ (۶۲/۵ - ۸۷/۵) ۷۵	۶۰/۲ $\pm$ ۲۰/۸ (۵۰ - ۷۵/۵) ۶۲/۵	۶۳/۱ $\pm$ ۲۱/۵ (۵۰ - ۷۵/۵) ۶۲/۵	۶۴/۱ $\pm$ ۲۰/۵ (۵۰ - ۷۵) ۹۲/۵		$X^2=11/889$	$P=0/046$
سلامت معنوی	۴۵/۶ $\pm$ ۷/۵ (۴۰ - ۵۱) ۴۶	۴۱/۵ $\pm$ ۶/۶ (۳۷ - ۴۶) ۴۱	۴۱/۲ $\pm$ ۸/۵ (۳۹ - ۴۶) ۳۹	۴۶ $\pm$ ۸/۴ (۳۹ - ۵۳) ۴۶/۵		$X^2=25/604$	$P < 0/001$
سلامت وجودی	۴۵/۸ $\pm$ ۷/۶ (۴۰ - ۵۲) ۴۵	۴۰/۵ $\pm$ ۶/۷ (۳۶ - ۴۵) ۴۰	۴۲/۱ $\pm$ ۹ (۳۵/۵ - ۴۸) ۴۱	۴۴/۳ $\pm$ ۹/۳ (۳۷/۷ - ۵۴) ۴۲		$X^2=25/592$	$P=0/001$

در زمینه سلامت عمومی کیفیت زندگی، تفاوت معنی داری بین دو گروه جنسیتی یافت نشد. در مجموع نمره سلامت معنوی، تفاوت معنی داری میان دختران و پسران مشاهده نگردید؛ هرچند نمرات میانگین دختران اندکی بالاتر بود، این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. در زیرمقیاس سلامت وجودی نیز تفاوت معنی داری بین دو جنس وجود نداشت و نمرات میانگین در هر دو گروه

تقریباً مشابه بود. به طور کلی، نتایج نشان می دهد که دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر، وضعیت بهتری در ابعاد روانشناختی، روابط اجتماعی و به ویژه محیط اجتماعی کیفیت زندگی داشته اند؛ در حالی که در ابعاد جسمانی، سلامت عمومی و سلامت معنوی (شامل زیرمقیاس سلامت وجودی) تفاوت قابل توجهی میان دو جنس مشاهده نشد.

جدول ۴. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی و سلامت معنوی بر حسب جنسیت دانشجویان مورد بررسی

متغیر	مذکر (میانگین $\pm$ انحراف معیار و دامنه)	مونث (میانگین $\pm$ انحراف معیار و دامنه)	نتیجه آزمون (تست Z)	معنی داری (P-value)
جسمانی	۵۳/۵ (۴۸/۴ - ۶۰/۷) ۵۳/۹ $\pm$ ۱۱/۸	۵۳/۵ (۴۶/۴ - ۶۴/۲) ۵۴/۴ $\pm$ ۱۱/۷	Z=۰/۲۷۱	P=۰/۷۸۶
روانشناختی	۴۵/۸ (۳۳/۳ - ۵۴/۱) ۴۵/۶ $\pm$ ۱۴/۶	۵۰ (۴۱/۶ - ۵۸/۳) ۴۸/۷ $\pm$ ۱۳/۷	Z=۲/۲۴۰	P=۰/۰۲۵
رابطه اجتماعی	۵۸/۳ (۵۰ - ۶۹/۶) ۶۰/۱ $\pm$ ۱۶/۸	۶۶/۶ (۵۰ - ۷۵) ۶۲/۲ $\pm$ ۱۷/۵	Z=۱/۹۵۶	P=۰/۰۵۰
محیط اجتماعی	۵۶/۲ (۴۶/۸ - ۶۵/۶) ۵۷/۱ $\pm$ ۱۲/۴	۶۲/۵ (۵۳/۱ - ۷۱/۸) ۶۲/۰ $\pm$ ۱۲/۶	Z=۳/۸۰۹	P < ۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۶۲/۵ (۵۰ - ۷۵) ۶۱/۱ $\pm$ ۲۱/۱	۶۲/۵ (۵۰ - ۷۵) ۶۴/۴ $\pm$ ۲۱/۶	Z=۱/۳۹۱	P=۰/۱۶۴
سلامت معنوی	۴۱ (۳۶ - ۴۷) ۴۱/۹ $\pm$ ۸/۲	۴۲ (۳۸ - ۴۸) ۴۳/۳ $\pm$ ۷/۳	Z=۱/۶۹۲	P=۰/۰۹۱
سلامت وجودی	۴۱ (۳۶ - ۴۶) ۴۱/۵ $\pm$ ۸/۴	۴۲ (۳۷ - ۴۸) ۴۲/۸ $\pm$ ۷/۶	Z=۱/۵۷۰	P=۰/۱۱۶

جدول ۵. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی و سلامت معنوی بر حسب سال تحصیلی دانشجویان مورد بررسی

متغیر	سال تحصیلی							تست آماری	
	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	معنی داری (P-value)	کروسکال- والیس (X ²)
جسمانی	۵۲/۵ $\pm$ ۱۵/۴ (۴۴/۲ - ۵۳/۵)	۵۲ $\pm$ ۱۰/۳۵۰ (۴۵/۵ - ۶۰/۷)	۵۲/۷ $\pm$ ۱۱/۶ (۴۶/۴ - ۵۸/۹)	۵۴/۸ $\pm$ ۱۲/۸۸ (۴۶/۴ - ۶۲/۵)	۵۳/۹ $\pm$ ۱۰/۷۸ (۴۶/۴ - ۶۴/۲)	۵۴/۸ $\pm$ ۱۱/۹ (۵۰ - ۶۴)	۵۵/۲۳ $\pm$ ۱۱/۰۸ (۴۶/۴ - ۶۴/۲)	۰/۸۶۸	۲/۵۳۶
روانشناختی	۵۰ $\pm$ ۱۷/۵۰ (۴۱/۶ - ۶۲/۵)	۴۷/۶ $\pm$ ۱۵/۷ (۳۵/۴ - ۵۶/۲)	۴۵/۳ $\pm$ ۱۵/۴ (۳۵ - ۵۴)	۴۵/۶ $\pm$ ۱۵ (۳۳/۳ - ۵۴/۱)	۴۷/۸ $\pm$ ۱۲/۹ (۳۷/۵ - ۵۸)	۴۹ $\pm$ ۱۳/۲ (۴۰/۶ - ۵۸/۳)	۵۰/۸ $\pm$ ۱۳/۶ (۴۴/۷ - ۵۸/۳)	۰/۵۰۷	۶/۳۱۸
رابطه اجتماعی	۶۲/۸ $\pm$ ۲۰/۸ (۵۰ - ۸۳/۳)	۴۵/۸ (۶۰/۴ - ۳۱/۲)	۵۵/۲ $\pm$ ۱۸/۵ (۴۱/۶ - ۶۶/۶)	۶۱/۷ $\pm$ ۱۷/۴ (۵۰ - ۷۵)	۶۲/۳ $\pm$ ۱۳/۱ (۵۰ - ۷۵)	۶۵/۲ $\pm$ ۱۷/۱ (۵۰ - ۷۵)	۶۲/۷ $\pm$ ۱۶/۱ (۵۶/۲ - ۷۵)	۰/۱۵	۱۸/۶۴۷
محیط اجتماعی	۶۳/۶ $\pm$ ۱۳/۴ (۵۹/۳ - ۷۵)	۵۶/۲ (۶۶/۴ - ۴۹/۲)	۵۸/۲ $\pm$ ۱۴ (۴۳/۷ - ۷۵)	۵۶/۵ $\pm$ ۱۴/۱ (۴۳/۷ - ۷۵)	۵۹/۸ $\pm$ ۱۰/۹ (۵۳/۱ - ۶۸/۷)	۶۳/۶ $\pm$ ۱۲/۶ (۵۳/۱ - ۷۱)	۶۲/۲ $\pm$ ۱۲/۴ (۵۶/۲ - ۷۱/۸)	۰/۱۳۸	۱۶/۰۵۳
سلامت عمومی	۵۰/۹ $\pm$ ۱۶/۸ (۵۰ - ۶۲/۵)	۶۲/۵ (۸۷/۵ - ۴۶/۸)	۶۵/۱ $\pm$ ۲۲/۵ (۴۶/۸ - ۸۱/۲)	۶۲/۵ (۷۵ - ۵۰)	۶۲/۵ (۷۵ - ۵۰)	۶۲/۵ (۷۵ - ۵۰)	۷۰/۸ $\pm$ ۲۰ (۶۲/۵ - ۷۵)	۰/۱۷۳	۱۰/۲۰۷
سلامت معنوی	۴۳/۸ $\pm$ ۸/۵۴۱ (۳۶ - ۵۳)	۳۹ (۴۶/۷ - ۳۲/۲)	۴۰/۶ $\pm$ ۷/۹ (۳۹/۵ - ۴۱)	۴۲/۸ $\pm$ ۸/۱ (۳۶/۵ - ۴۸)	۴۲/۲ $\pm$ ۷/۸۳ (۳۷ - ۴۶/۵)	۴۴/۲ $\pm$ ۷/۸۳ (۳۸ - ۴۹)	۴۲/۸ $\pm$ ۷/۸ (۳۷/۷ - ۴۹)	۰/۲۳	۶/۸۵۸
سلامت وجودی	۴۴/۶ $\pm$ ۸/۹۴۵ (۳۵ - ۵۴)	۴۰ (۴۷/۷ - ۳۴/۷)	۴۰/۲ $\pm$ ۹/۱ (۳۵ - ۴۵)	۴۰ (۴۵ - ۳۶)	۴۱ (۴۶/۵ - ۳۸)	۴۴/۲ $\pm$ ۷/۷۹ (۳۸ - ۵۱)	۴۳/۸ $\pm$ ۸ (۳۸ - ۴۹/۵)	۰/۰۴۸	۱۲/۶۱۸

جدول ۶. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی و سلامت معنوی بر حسب وضعیت زندگی دانشجویان مورد بررسی

متغیر	وضعیت زندگی				تست آماری	
	زندگی با خانواده	زندگی در خوابگاه	تنها زندگی کردن	کروسکال-والیس (X ²)	معنی داری آماری (P-value)	
جسمانی	۵۸/۱±۱۱/۵ (۵۰ - ۶۴/۲)	۵۴/۴±۱۱/۱ (۴۶/۴ - ۶۰/۷)	۴۹/۲±۱۱/۹ (۴۲/۸ - ۵۰)	۲۴/۸۲۳	P<۰/۰۰۱	
روانشناختی	۴۹/۴±۱۴/۴ (۴۱/۶ - ۵۸/۳)	۴۸/۲±۱۳/۱ (۴۱/۶ - ۵۸/۳)	۴۳/۸±۱۵/۶ (۲۹/۱ - ۵۸/۳)	۵/۵۸۸	P=۰/۰۶۱	
رابطه اجتماعی	۶۴/۶±۱۶/۱ (۵۸/۳ - ۷۵)	۶۰/۳±۱۷/۲ (۵۰ - ۷۵)	۶۰/۳±۱۸/۱ (۵۰ - ۷۵)	۳/۸۷۱	P=۰/۱۴۴	
محیط اجتماعی	۶۲/۸±۱۳/۷ (۵۳/۱ - ۷۱/۸)	۶۰/۲±۱۲/۶ (۵۳/۱ - ۶۸/۷)	۵۷/۳±۱۱/۴ (۴۶/۸ - ۶۵/۶)	۷/۱۳۷	P=۰/۰۲۸	
سلامت عمومی	۶۴/۶±۲۵ (۵۰ - ۸۷/۵)	۶۲/۶±۱۹/۲ (۵۰ - ۷۵)	۶۰/۶±۲۲/۳ (۵۰ - ۷۵)	۱/۲۳	P=۰/۵۴۱	
سلامت معنوی	۴۳/۵±۸/۴ (۳۸ - ۴۸/۵)	۴۳/۳±۷/۷۲ (۳۸ - ۴۸)	۴۰/۷±۷/۴ (۳۵ - ۴۶)	۸/۶۲	P=۰/۰۱۳	
سلامت وجودی	۴۲/۸±۸/۹ (۳۷ - ۴۹)	۴۲/۶±۷/۷۷ (۳۷ - ۴۷)	۴۱±۷/۳ (۳۶ - ۴۴/۲)	۳/۴۸۵	P=۰/۱۷۵	

مطلوب‌تری نسبت به دانشجویان خوابگاهی و به‌ویژه دانشجویان تنها داشتند (جدول ۶).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر در جدول ۷، نمره ابعاد جسمانی و روابط اجتماعی بر حسب رشته تحصیلی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت. میانگین نمره ابعاد روابط اجتماعی، محیط اجتماعی، روانشناختی، سلامت عمومی، سلامت معنوی و سلامت وجودی بر حسب سال تحصیلی تفاوت معناداری نداشت.

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره ابعاد جسمانی، روانشناختی بر حسب گروه سنی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت. میانگین نمره ابعاد روابط اجتماعی، محیط اجتماعی، سلامت عمومی سلامت معنوی و سلامت وجودی بر حسب گروه سنی تفاوت معناداری داشت. با توجه به اینکه دانشجویان با سن بالاتر معمولاً کار می‌کنند معمولاً منطقی است که سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی این دانشجویان با توجه به تعداد بیشتر مسئولیتها و نقش اجتماعی تحت تاثیر قرار گیرد (۲۵). مطالعه انجام شده توسط جدیدی و همکاران، باقری و همکاران، خیالی و همکاران، مرزبان و همکاران و محمدی بیان شد که میانگین نمره سلامت معنوی

بر اساس نتایج جدول ۵، میانگین نمره ابعاد جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی، محیط اجتماعی، سلامت عمومی و سلامت معنوی بر حسب سال تحصیلی دانشجویان تفاوت معناداری نداشت ($P>۰/۰۰۵$). تنها میانگین نمره سلامت وجودی بر حسب سال تحصیلی تفاوت معنادار داشت ($P=۰/۰۴۸$) در مقایسه کیفیت زندگی و سلامت معنوی دانشجویان بر اساس وضعیت سکونت (زندگی با خانواده، زندگی در خوابگاه و زندگی به‌تنهایی)، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در بعد جسمانی کیفیت زندگی وجود دارد؛ به‌طوری‌که دانشجویان ساکن با خانواده بالاترین میانگین را کسب کردند و دانشجویان تنها پایین‌ترین سطح را داشتند ($P<۰/۰۰۱$). در بعد محیط اجتماعی نیز تفاوت معنادار مشاهده شد و دانشجویان زندگی‌کننده با خانواده نسبت به دو گروه دیگر وضعیت بهتری گزارش نمودند ($P=۰/۰۲۸$). همچنین در سلامت معنوی، تفاوت معناداری میان سه گروه وجود داشت و دانشجویان تنها کمترین میانگین را نشان دادند ($P=۰/۰۱۳$). در سایر ابعاد شامل روانشناختی، روابط اجتماعی، سلامت عمومی و سلامت وجودی، تفاوت میان گروه‌ها از نظر آماری معنادار نبود ($P>۰/۰۵$). به‌طور کلی، دانشجویان ساکن با خانواده در بیشتر ابعاد مورد بررسی (به‌ویژه جسمانی، محیط اجتماعی و سلامت معنوی) وضعیت

جدول ۷. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی و سلامت معنوی بر حسب رشته تحصیلی دانشجویان مورد بررسی

تست آماری		رشته تحصیلی							متغیر
معنی داری (P-value)	کای اسکوئر (X ²)	پزشکی	پرستاری	بهداشت	دندانپزشکی	تحصیلات تکمیلی	داروسازی	سایر رشته ها	
P=۰/۹۰۷	X ² =۷/۰۶۰	۵۴/۳±۱۱/۹ ۵۳/۵ (۶۰/۷ - ۴۶/۴)	۵۳/۸±۱۲/۴ ۵۲/۵ (۶۰/۷ - ۴۲/۸)	۵۳/۶±۱۱/۹ ۵۱/۷ (۶۱/۶ - ۴۲/۸)	۵۶/۸±۱۳/۷ ۵۷ (۶۴/۲ - ۴۶/۴)	۵۲/۹±۹/۲ (۵۸/۹ - ۴۴/۶)	۵۰±۱۰/۰ (۵۷/۱ - ۴۲/۸)	۵۵/۲±۹/۱ (۶۰/۷ - ۵۰/۰) ۵۳/۵	جسمانی
P=۰/۰۰۱	X ² =۱۵/۳۳۵	۴۸/۹±۱۴/۷ ۵۰ (۵۸ - ۳۷)	۴۹/۶±۱۵/۴ ۵۴/۱ (۶۲/۵ - ۳۷/۵)	۴۸/۱±۱۱/۷ ۵۰ (۵۸/۳ - ۳۷/۵)	۴۸/۱±۱۶/۴ ۵۰ (۵۸/۳ - ۳۷/۵)	۴۴/۸±۱۰/۳ (۵۴/۱ - ۳۷/۵)	۴۲/۹±۱۰/۹ (۵۰/۰ - ۳۷/۵)	۴۲/۶±۱۰/۸ (۵۰/۰ - ۳۳/۳) ۴۵/۸	روانشناختی
P=۰/۰۲۷	X ² =۱۱/۴۳۶	۶۲/۸±۱۸/۱ ۶۶/۶ (۷۵ - ۵۰)	۵۹/۹±۲۰/۶ ۵۸/۳ (۷۵ - ۴۱/۶)	۵۶/۰±۱۳/۹ ۵۸/۳ (۶۸/۷ - ۵۰)	۶۶/۶±۱۷/۸ ۶۶/۶ (۷۵ - ۵۸/۳)	۵۶/۲±۱۷/۸ (۷۰/۰ - ۵۰/۰)	۵۶/۷±۱۱ (۶۰/۴ - ۵۰/۰)	۵۷/۹±۱۳/۱ (۶۶/۶ - ۵۰/۰) ۵۸/۳	رابطه اجتماعی
P=۰/۰۰۷	X ² =۱۶/۵۹۲	۶۱/۶±۱۴/۱ ۶۲/۵ (۷۷/۸ - ۵۰)	۶۰/۸±۱۱/۴ ۵۹/۳ (۶۸/۷ - ۵۳/۱)	۵۶/۱±۱۰/۰ ۵۶/۲ (۶۳/۲ - ۴۹/۲)	۶۳/۶±۱۲/۹ ۶۲/۵ (۷۱/۸ - ۵۳/۱)	۷۸/۱±۵۶/۶ (۵۹/۳ - ۵۱/۵)	۵۶/۲±۱۱/۱ (۶۵/۶ - ۴۳/۷)	۵۷/۴±۱۲/۱ (۶۵/۶ - ۴۳/۷) ۵۹/۳	محیط اجتماعی
P=۰/۰۶۵	X ² =۱۷/۵۸۶	۶۷/۵±۲۰/۱ ۶۲/۵ (۷۵ - ۵۰)	۵۸/۶±۲۵/۴ ۶۲/۵ (۷۵ - ۳۷/۵)	۶۱/۳±۱۷/۷ ۶۲/۵ (۷۵ - ۵۰)	۶۸/۳±۲۲/۱ ۶۲/۵ (۸۷/۵ - ۵۰)	۵۷/۳±۱۵/۹ (۶۲/۵ - ۴۲/۷)	۵۶/۱±۲۱/۵ (۷۵/۰ - ۳۷/۵)	۵۶/۶±۲۰/۲ (۷۵/۰ - ۳۷/۵) ۶۲/۵	سلامت عمومی
P=۰/۰۰۱	X ² =۲۱/۶۳۳	۴۴±۷/۹ ۴۳ (۴۹/۷ - ۳۹)	۴۲/۲±۷/۴ ۴۱ (۴۷ - ۳۷)	۴۱/۲±۷/۲ ۴۰/۵ (۴۷ - ۳۳/۷)	۴۵/۴±۷/۹ ۴۶ (۵۱ - ۳۸)	۴۰/۲±۶/۹ (۴۵/۰ - ۳۶/۵)	۳۹/۳±۵/۲ (۴۲/۲ - ۳۵/۰)	۴۱/۱±۷/۱ (۴۶/۰ - ۳۶/۰) ۴۰/۰	سلامت معنوی
P=۰/۰۷۶	X ² =۱۴/۷۱۷	۴۳/۱±۸/۱ ۴۲/۵ (۴۸ - ۳۸)	۴۲/۴±۸/۲ ۴۰ (۴۶/۹ - ۳۶)	۴۱/۹±۷/۴ ۴۱/۵ (۴۸ - ۳۵/۷)	۴۴/۵±۸ ۴۴ (۵۰ - ۳۸)	۴۰/۷±۶/۳ (۴۴/۵ - ۳۷/۰)	۳۹/۶±۷/۲ (۴۶/۲ - ۳۴/۷)	۳۹/۱±۳۷/۷ (۴۶/۰ - ۳۲/۰) ۳۹/۰	سلامت وجودی

بیشتر از مردان بود. مشابه مطالعه حاضر، جدیدی و همکاران، شهبازی‌راد و همکاران، الله بخشیان و همکاران، بیان کردند که میانگین نمره سلامت معنوی بر حسب جنسیت دانشجویان مورد بررسی تفاوت معناداری نداشت (۸، ۱۳، ۳۰). عصارودی و همکاران بیان کردند که میانگین نمره سلامت مذهبی، سلامت وجودی و سلامت معنوی بر حسب جنسیت افراد شرکت کننده تفاوت معناداری نداشت (۱۱). در تمامی افراد معنا و هدف برای زندگی کردن وجود دارد و همه اشخاص به نحوی در جست و جو و هماهنگی درونی و حفظ تمامیت وجودی خود و ارتباط با دنیای بیرون هستند، پس میانگین نمره سلامت معنوی بر افزایش سلامت معنوی برای دانشجویان بدون توجه به جنسیت ایشان باشد.

بر حسب گروه سنی دانشجویان مورد بررسی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت که با مطالعه انجام شده توسط ما همخوانی نداشت (۸، ۲۶-۲۹). از جمله علل عدم همخوانی می‌توان به تفاوت در نوع پرسشنامه، رشته تحصیلی دانشجویان، تفاوت فرهنگ و آداب و رسوم شهرهای مختلف اشاره نمود. همچنین مشابه مطالعه حاضر، جدیدی و همکاران بیان کردند که میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب گروه سنی دانشجویان مورد بررسی تفاوت معناداری نداشت (۸). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره ابعاد جسمانی، روابط اجتماعی، سلامت عمومی، سلامت معنوی و سلامت وجودی بر حسب جنسیت با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت. میانگین نمره ابعاد روانشناختی و محیط اجتماعی در زنان بطور معناداری

اثرگذار بود. دانشجویانی که با خانواده زندگی می‌کردند، در ابعاد جسمانی، محیطی و سلامت معنوی وضعیت بهتری داشته‌اند. این نتیجه منطقی به نظر می‌رسد؛ حمایت عاطفی و مالی خانواده، کاهش احساس تنهایی و دسترسی بهتر به منابع می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت معنوی را ارتقا دهد (۳۲، ۳۳).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سلامت معنوی ارتباط مثبت و معناداری مشاهده شد. به‌طوری‌که با افزایش نمره یک پارامتر (بهبود وضعیت هر کدام) منجر به افزایش نمره پارامتر دیگر (بهبود وضعیت) می‌شود. مشابه مطالعه حاضر، جدیدی و همکاران، شهبازی‌راد و همکاران، باسواراج^۵ و همکاران، رمضانخوانی و همکاران و الله بخشیان و همکاران بیان کردند که بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در مطالعه ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت (۳۴-۳۶). عصارودی و همکاران بیان کردند که بین ابعاد سلامت جسمی ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی، مشکلات هیجانی، نرزی و نشاط، سلامت روان، سلامت عمومی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد (۱۱). جعفری منش و همکاران بیان کردند که بین جهت‌گیری مذهبی و کیفیت زندگی دانشجویان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

در مطالعات مختلف بیان شده است که سلامت معنوی با امید و معنا دادن به زندگی افراد، دادن خود آگاهی و انعطاف‌پذیری و تشویق ایشان به تحمل مشکلات (سازگاری بیشتر با شرایط بحرانی) باعث به وجود آمدن نگرش مثبت به زندگی در افراد و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۳۷-۳۹). همچنین سلامت معنوی منجر به افزایش وسعت دید نسبت به زندگی، تجارب و رویدادها برای اشخاص می‌گردد و نقش استرس‌ها و تهدیدهای زندگی را کاهش می‌دهد با برنامه ریزی جهت افزایش سلامت معنوی در بین دانشجویان به افزایش کیفیت زندگی دانشجویان می‌توان کمک نمود (۱۳). لازم است که مشاورین مبلغین حوزه معنویت در محیط دانشگاه به نقش و اهمیت سلامت معنی توجه بیشتری نموده و برنامه‌های درسی مناسب جهت افزایش سلامت معنوی دانشجویان ایجاد نمایند.

با وجود نتایج ارزشمند این مطالعه، چند محدودیت نیز باید مورد توجه قرار گیرد. نخست، طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی مقطعی بود؛ بنابراین

مشابه مطالعه حاضر، جدیدی و همکاران، شهبازی‌راد و همکاران، زاکي و همکاران و آریئوس و همکاران عنوان کردند که میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب جنسیت دانشجویان مورد بررسی تفاوت معناداری نداشت (۸، ۱۳، ۲۵، ۳۱). ورود به محیط جدید آموزشی، وجود توقعات و انتظارات اجتماعی و تحصیلی یکسان از دانشجویان منجر می‌شود که مسائل و موضوعات مشابه را در محیط دانشگاه تجربه کنند و به همین سبب چندان تفاوتی از نظر کیفیت زندگی بین دو گروه مشاهده نشود.

در مقایسه بر حسب سال تحصیلی، تنها زیرمقیاس سلامت وجودی تفاوت معنادار نشان داد، در حالی که سایر ابعاد کیفیت زندگی و سلامت معنوی تفاوت آماری نداشتند. این نتیجه عمدتاً با مطالعه جدیدی و همکاران (۲۰۲۴) همخوان است که تفاوت معناداری در کیفیت زندگی و سلامت معنوی بر حسب سال تحصیلی نیافتند. به نظر می‌رسد فشارهای تحصیلی و بالینی در طول دوره تحصیل به‌طور یکنواخت بر دانشجویان تأثیر می‌گذارد و سلامت معنوی به عنوان یک منبع پایدار حفاظتی عمل می‌کند (۸).

یکی از یافته‌های برجسته مطالعه حاضر، وجود تفاوت‌های معنادار در چندین بعد بر حسب رشته تحصیلی بود. دانشجویان رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی در ابعاد روابط اجتماعی، محیطی و سلامت معنوی نمرات بالاتری نسبت به برخی رشته‌ها (مانند داروسازی) کسب کرده‌اند. همچنین بعد روانشناختی در پرستاری و دندانپزشکی بالاتر بود. این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از ماهیت متفاوت برنامه‌های آموزشی باشد؛ دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی به دلیل مواجهه مستقیم و مستمر با بیماران، ممکن است از حمایت‌های اجتماعی قوی‌تر و حس هدفمندی بالاتری برخوردار شوند که به نوبه خود سلامت معنوی و کیفیت زندگی محیطی و اجتماعی را تقویت می‌کند. این یافته تا حدی با مطالعه آریئوس^۴ همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد که تفاوت‌هایی بر حسب رشته گزارش کردند، اما در برخی ابعاد با آن متفاوت است؛ عوامل جغرافیایی، فرهنگی و تفاوت در ابزارهای اندازه‌گیری می‌تواند این ناهمخوانی را توضیح دهد (۲۵). از جمله علل عدم همخوانی می‌توان به تفاوت جغرافیایی، پرسشنامه کیفیت زندگی مورد استفاده، سبک زندگی، ویژگی‌های جمعیت شناختی و تحصیلی دانشجویان اشاره نمود.

در نهایت، وضعیت سکونت نیز بر برخی ابعاد

بزرگ‌تر و متنوع‌تر استفاده شود تا بتوان پویایی و جهت‌مندی این رابطه را با دقت بیشتری تبیین کرد

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، افزایش سلامت معنوی دانشجویان منجر به افزایش کیفیت زندگی در دانشجویان می‌شود، پس توصیه می‌شود با برگزاری و برنامه ریزی هرچه بهتر مراسمات فرهنگی و مذهبی متناسب با خواسته‌های دانشجویان با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی در جهت ارتقای سلامت معنوی دانشجویان اقدامات لازم اتخاذ شود

تشکر و قدردانی

نویسندگان از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به خاطر حمایت مالی تشکر می‌کنند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

- Masnavi A, Saam Aram E, Hosseini SA, Aghabakhshi H, Foroufgan M, Sadrosadat SJ, et al. Students' deviant behavior views of dormitories in sites of Iran University of Medical Sciences in Tehran 2005. Arch Rehabil. 2006;6(4):21-5.
- Amiri M, Sadeghi E, Mehmannaavaz Mikal Z, Chaman R, Monfared AB, Khosravi A. Investigating the relationship between academic burnout, resilience, and spiritual well being among medical students. Open Public Health J. 2025;18(1):1-10.
- Kashanimovahhed B, Hosseinian Sarajehloo F, Bahrami A, Shokri Khoubestani M, Abdoljabari M. Spiritual health in the Iranian elderly: a systematic review. J Res Relig Health. 2020;6(2):129-47. Persian.
- Faryabi R, Daneshi S, Rahimi T, Ravayie P. The association between spiritual health and the intention to perform risky behaviors in University of Medical Sciences students. Health Res Dev. 2023;1(1):68-77. Persian.
- WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.
- Yektayar S, Nahidi F, Narenji F, Fayaz M. The correlation between spiritual health and sexual self efficacy in pregnant women. J Fam Med Prim Care. 2022;11(8):1606-11.
- Saremi H, Khanjari S, Haghani S, Mahdavi SM. Quality of life and spiritual health among parents of children after heart transplant in Iran. J Cardiovasc Thorac Res. 2022;14(3):161-6. Persian.
- Jadidi A, Zand S, Khanmohamadi Hezave A, Hosseini N. Relationship between spiritual health and quality of life in university students of Arak city. J Arak Univ Med Sci. 2024;27(1):11-6. Persian.
- Pouraboli B, Hosseini S, Miri S, Tirgari B, Arab M. Relationship between spiritual health and quality of life in post traumatic stress disorder veterans. Iran J War Public Health. 2015;7(4):233-9. Persian.
- Yousefi Afrashteh M, Moradi M. Spiritual health and social support with quality of

- life in the rural elderly: the mediating role of resilience and hope. *Aging Psychol*. 2022;8(3):266-75. Persian.
11. Osarrodi A, Golafshani A, Akaberi S. The relationship between spiritual well being and quality of life in nurses. *J Nurs Care*. 2012;1(1):107. Persian.
 12. Anye ET, Gallien TL, Bian H, Moulton M. The relationship between spiritual well being and health related quality of life in college students. *J Am Coll Health*. 2013;61(7):414-21.
 13. Shahbazirad A, Ghazanfari F, Abbasi M, Mohammadi F. The role of psychological hardiness and spiritual health in predicting quality of life in students of Kermanshah University of Medical Sciences. *J Educ Community Health*. 2015;2(2):20-7. Persian.
 14. UNESCO Institute for Statistics. Education in the Islamic Republic of Iran: higher education statistics. Paris: UNESCO; 2021.
 15. Ghasemi M, Gharibi F, Ebrahimzadeh F. Investigating the spiritual well being of employee nurses in the hospitals of Birjand University of Medical Sciences in 2022. *Mod Care J*. 2023;20(2):e137236. Persian.
 16. Sadeghian MH, Etesam F, Nakhostin Ansari A, Akbarpour S, Akhlaghi M. Association between hopelessness and suicidal ideation in Iranian medical students: a cross sectional study. *Health Psychol Res*. 2021;9(1):27579. Persian.
 17. Torabi M, Hazrati A, Alinejad V, Esm Hosseini GR, Nikonejad A. The relationship between spiritual wellbeing and depression in medical students of Urmia University of Medical Sciences. *Stud Med Sci*. 2016;27(8):642-9. Persian.
 18. Taheri Kharameh Z, Khalili Z, Sharafi H, Khahan Yazdi I. Academic well being in medical students: the role of spiritual health and academic hope. *Health Prof Educ*. 2024;10(3):8. Persian.
 19. Rafat F, Rezaie Chamani S, Rahnnavardi M, Khalesi ZB. The relationship between spiritual health and health promoting lifestyle among students. *Int J Adolesc Med Health*. 2021;33(4):20180158.
 20. Yildirim M, Solmaz F. COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: the mediating role of depression. *Int J Ment Health Addict*. 2020;18(5):1362-73.
 21. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well being and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley; 1982. p. 224-37.
 22. Rafiey H, Alipour F, Sajjadi H, Mahbobi M. Translation, validity and reliability of the Spiritual Well Being Scale (SWBS) among Iranian population. *J Soc Welfare*. 2017;16(63):251-80. Persian.
 23. Dokanehee F, Heidarzadeh M, Arshadi Bostanabad M. Spiritual wellbeing and its dimensions among students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. *J Med Ethics Hist Med*. 2015;8(2):57-65. Persian.
 24. Khodabakhshi Koolae A, Fathi Ashtiani A, Noorbala F, Shokrkon H. Psychometric properties of the Spiritual Well Being Scale among Iranian students. *J Psychol Stud*. 2012;8(4):23-40. Persian.
 25. Ramón Arbués E, Echániz Serrano E, Martínez Abadía B, Antón Solanas I, Cobos Rincón A, Santolalla Arnedo I, et al. Predictors of the quality of life of university students: a cross sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12043.
 26. Bagheri F, Akbarizadeh F, Hatami H. The relationship between spiritual intelligence and happiness on the nurse staffs of the Fatemeh Zahra hospital and Bentolhoda institute of Boushehr city. *Hormozgan Med J*. 2012;16(1):53-8. Persian.
 27. 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. Persian.
 28. Marzban S, Babaei HA, Rahimi E, Vejdani M, Shokri M. Spiritual health status in students of Shahid Beheshti University and Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Iran J Public Health*. 2016;45(Suppl 1):113. Persian.
 29. Mohammadi S, Soleymanpoor L, Borhani F, Roshanzadeh M. Evaluation of spiritual intelligence and spiritual health in nursing students of Boroujen. *Iran J Nurs*. 2018;30(1):11-31. Persian.
 30. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan J Res Med Sci*. 2010;12(12):33-8. Persian.
 31. Zaki MA. Quality of life and its relationship

- with self esteem in male and female students of Isfahan University. Iran J Public Health. 2008;37(1):135-40. Persian.
32. Roh S, Lee S, Kim KH. The impact of family support and loneliness on mental health and quality of life among university students. BMC Psychiatry. 2022;22:585.
33. Zhang Y, Jin S, Wang L. Perceived social support, spiritual well being, and quality of life among university students: a cross sectional study. J Relig Health. 2021;60(4):2473-86.
34. Basavaraj K, Navya M, Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2010;31(2):75-80.
35. Ramezankhani A, Ghaedi M, Hatami H, Taghdisi MH, Golmirzai J, Behzad A. Association between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran. Hormozgan Med J. 2013;18(3):1-8. Persian.
36. Jafarimanesh H, Tavan B, Matorypor P, Ranjbaran M. Relationship between religious orientation and quality of life. Med Ethics J. 2017;11(40):15-27. Persian.
37. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012;2012:278730.
38. Puchalski CM. Spirituality in health: what we know, what we need to know. Ann Behav Med. 2014;48(3):259-67.
39. Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG. Psychiatric symptoms among Iranian patients with heart failure and their associated factors. J Psychosom Res. 2017;96:89-95. Persian.