

The Impact of Interprofessional Spiritual Health Education on Military Students' Lifestyle

Yazdan Ahmadi ¹, Hossein Babatbar Darzi ^{2*}, Mino Asadzandi ³, Mojtaba Sepandi ⁴

¹ Msc in Nursing, Instructor, Medical-Surgical Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Instructor, Atherosclerosis Research Center and Department of Anesthesiology and Emergencies, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Medicine and Religion Research, Department of Anesthesiology and Emergencies, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Health Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 20 April 2020 Accepted: 29 October 2020

Abstract

Background and Aim: A healthy lifestyle is a valuable resource for reducing health problems and promoting health, and improving the quality of life. In the present study, the effect of interprofessional spiritual health education on the lifestyle of military students was determined.

Methods: This quasi-experimental study was conducted between March 2018 and June 2019. A total of 110 final senior nursing and paramedical students studying at Aja University of Medical Sciences were randomly selected and assigned to two groups of control and intervention. Spiritual health educational intervention was performed in the form of 2 workshops (4 to 6 hours) for the intervention group. Standard questionnaires of spiritual health and health-promoting lifestyle were completed in pre-test and post-test by both groups.

Results: The findings indicate a significant effect of interprofessional spiritual health education on the lifestyle of military students. The highest effect for the variable of responsibility for health and nutrition with the observed effect was 0.49 and the least effective for the variable of interpersonal relationships with the observed t was 0.10.

Conclusion: Considering the significant effect of interprofessional spiritual health education on students' lifestyle, it is necessary for education officials to take serious action to review and update the content and curricula and to include the topic of "spiritual health".

Keywords: Spiritual Health, Interprofessional Education, Lifestyle, Self-Care, Nursing Student.

تأثیر آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی بر سبک زندگی دانشجویان نظامی

یزدان احمدی^۱، حسین باباتبار درزی^{۲*}، مینو اسدزندی^۳، مجتبی سپندی^۴

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، مربی هیئت علمی، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
^۲ مربی، مرکز تحقیقات آنروسکلروز و گروه هوشبری و فوریته‌ها، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
^۳ استادیار، مرکز تحقیقات طب و دین و گروه هوشبری و فوریته‌ها، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
^۴ دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت، و بهبود کیفیت زندگی است. در مطالعه حاضر تأثیر آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی بر سبک زندگی دانشجویان نظامی تعیین شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی و در بازه زمانی بین اسفند ماه ۱۳۹۷ تا خرداد ماه سال ۱۳۹۸ انجام شد. تعداد ۱۱۰ نفر از دانشجویان سال آخر پرستاری و پیراپزشکی مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی آجا به طور تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و مداخله تخصیص یافتند. مداخله آموزشی سلامت معنوی بصورت ۲ کارگاه آموزشی (۴ تا ۶ ساعته)، برای گروه مداخله انجام شد. پرسشنامه‌های استاندارد سلامت معنوی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در مرحله پیش و پس از موعن توسط هر دو گروه تکمیل شد. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان‌گر تأثیر معنادار آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی بر سبک زندگی دانشجویان نظامی می‌باشد. بیشترین تأثیرگذاری برای متغیر مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت و تغذیه با میزان اثر مشاهده شده ۰/۴۹ و کمترین میزان تأثیرگذاری برای متغیر روابط بین فردی با میزان t مشاهده شده ۰/۱ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر معنادار آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی بر سبک زندگی دانشجویان لازم است مسئولین امر آموزش، جهت بازنگری و به روز کردن محتوا و برنامه‌های آموزشی درسی و گنجانیدن مبحث "سلامت معنوی" اقدام جدی به عمل آورند.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، آموزش بین حرفه‌ای، سبک زندگی، خودمراقبتی، دانشجوی پرستاری.

مقدمه

"جامع‌نگر" به بیماران و مددجویان توسط شاغلین و دانشجویان علوم سلامت، توجه به نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جامعه را در تمام سطوح پیشگیری مورد تأکید قرار می‌دهد و پرداختن به نیازهای معنوی در کنار نیازهای جسمی روانی اجتماعی مورد توجه است (۸). در حقیقت توجه به معنویت و بعد معنوی انسان مفهوم شناخته شده‌ای در پرستاری جهان است (۱۵). به دلیل تأکید فراوان روی مدیریت منابع، کنترل هزینه، اثربخشی و کارآمدی مراقبت از بیمار، ارتقاء کیفیت و مسئولیت‌پذیری، مراقبت خوب از بیمار امری ضروری است (۵). در کنار این عوامل، بحران جهانی کمبود نیروی انسانی، افزایش هزینه‌های درمان، فراتر رفتن بیماری‌ها از مرزهای جغرافیایی، بیوتورویسم، نظام سلامت را تحت تأثیر قرار داده است. این شرایط، از یک سو ضرورت همکاری حرفه‌های مختلف علوم سلامت با زمینه‌های فرهنگی و رویکردهای آموزشی منحصر به فرد را جهت مقابله با نیازهای سلامتی جوامع، الزامی و اجتناب‌ناپذیر ساخته است (۱۶، ۱۷، ۱۸). و از سوی دیگر، در تقابل بین حرفه‌های مختلف، زمینه بروز چالش‌های جدید در ارائه عملکرد تیمی و تصمیم‌گیری‌های بالینی را ایجاد کرده است (۱۸، ۱۹). شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که عدم تعاملات بین حرفه‌ای موثر در بین کارکنان نظام سلامت، باعث عدم شناخت و تبیین دقیق مسائل و مشکلات بیماران و در نتیجه بروز درمان‌ها و مراقبت‌های پراکنده، منقطع، مقطعی، بروز گسترده اشتباهات قابل اجتناب پزشکی، عوارض درمان‌های متضاد و موازی (۲۱-۱۹). افزایش هنگامت هزینه‌های درمان بدون اثربخشی و بازدهی مناسب، عدم توازن قدرت، عدم دسترسی یکسان افراد جامعه به خدمات سلامتی و عدم امنیت در حوزه خدمات سلامت شده است (۲۲، ۲۳). لذا براساس یافته‌ها، ۶۶٪ اشتباهات قابل اجتناب پزشکی (۲۴). که به عنوان اصلی‌ترین عامل بروز مرگ و ناتوانی‌های قابل پیشگیری بوده و از مهم‌ترین عامل از بین رفتن امنیت در درمان بیماران است، همین امر می‌باشد (۲۵). هدف این آموزش، دستیابی به یک زبان، فرهنگ، جهان بینی، نظام ارزشی مشترک، مسئولیت جمعی و هدف مشترک در بین تمام فراگیران علوم سلامت است (۲۶-۲۸). به گونه‌ای که آنها را برای ارائه مراقبت تیمی، ایمن، اخلاقی، جامع و یکپارچه و ارتقاء پیامدهای مراقبت و درمان آماده و توانمند سازد (۲۹، ۳۰). در ارتباط با "سبک زندگی" و "سلامت معنوی" و "رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت" در دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی تحقیقات متعدد با اهداف مختلف در جوامع متفاوت انجام شده است. از جمله مطالعه ماهری که میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت "وضعیت متوسط" را نشان داده است (۳۱).

مطالعه حسینی و تقدیسی نشان داد شیوه زندگی ارتقاءدهنده

اخیراً مطالعات زیادی در زمینه تأثیر معنویت و بهبود عملکرد افراد در سازمان‌ها انجام شده است که آن را به عنوان نیروی قدرتمندی به منظور سازگاری و تطابق بهتر افراد در مواجهه با مشکلات معرفی کرده است (۱). ورود معنویت به حرفه‌ها و مشاغل، پدیده نوپایی است که می‌تواند تأثیر مثبتی در بهبود عملکرد و صلاحیت افراد و ارتقاء سازمان‌ها داشته باشد (۲). معنویت، مجموعه‌ای از قابلیت‌های فرد می‌باشد که در بردارنده نوع مؤثری از سازگاری و رفتار حل مسئله است و بالاترین سطوح رشد را در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی، بین فردی و ... شامل می‌شود و فرد را با پدیده‌های اطرافش هماهنگ و در دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می‌نماید (۳). سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید (۴، ۵). در تلقی جدید از انسان به عنوان یکی از ابعاد رویکرد انسان‌گرایانه، این واقعیت در مورد انسان و روابط انسانی وجود دارد که بایستی به انسان‌ها به عنوان موجودات انسانی، نگریسته شود نه اشیایی برای رسیدن سازمان به اهداف خود (۶، ۷). در بیان قرآن، سلامت معنوی به معنای برخورداری از قلب سلیم است که سبب می‌شود افراد از اندوه و حسرت گذشته زندگی خود و ترس و اضطراب آینده رها شوند. با ملکه صبر و بردباری، شاکر نعمات الهی بوده و به آینده خوش‌بین و امیدوار باشند (۸، ۹). توجه ویژه به یکی از دوره‌های حیاتی در جوانی یعنی دوره دانشجویی را به عنوان یک دوره انتقالی پویا ضروری می‌کند. نقش برجسته و منحصر به فرد دانشجویان به عنوان مدیران و سازندگان آینده هر جامعه، ضرورت تأمین سلامت و نیز شناسایی و حذف عوامل منفی مؤثر بر سلامت را در آنها ضروری می‌کند. دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی علاوه بر استرس‌های ناشی از محیط‌های آموزش نظری، تحت تأثیر استرس‌های مختلف محیط‌های بالینی و بیمارستانی نیز قرار دارند. این شرایط استرس‌آور می‌تواند موانعی بر سر راه آموزش ایجاد کرده و بازده آن را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۱۰). بنابراین انتخاب هر نوع سبک زندگی توسط آنها نه تنها بر زندگی شخصی و سلامتی آنها موثر است، بلکه بر سبک زندگی و سلامتی سایر افراد جامعه نیز تأثیر می‌گذارد (۱۱). این گروه از افراد جامعه به عنوان الگو می‌توانند ترویج دهنده روش‌های ارتقای سلامت به خانواده و جامعه باشند (۱۲). رویکرد‌های جدید علمی انسان را کل یکپارچه، متشکل از ابعاد در حال تعامل و غیر قابل تفکیک می‌داند که عملکرد کل وجودش، حاصل جمع جبری اجزاء نیست (۱۳، ۱۴). بنابراین امروزه ضرورت ارائه "مراقبت کل‌نگر" یا

حرفه‌ای سلامت معنوی بر سبک زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی پرداخت.

روش‌ها

نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه: جامعه آماری پژوهش حاضر را ۱۱۰ نفر از دانشجویان سال آخر پرستاری و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آجا تشکیل دادند.

معیارهای ورود به مطالعه: دانشجویان سال آخر رشته پرستاری و پیراپزشکی، سکونت در خوابگاه.

معیارهای خروج از مطالعه: عدم شرکت در کلاس برای گروه آزمون، انصراف از ادامه تحقیق، دانشجوی مشروط شده و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی.

این مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه‌تجربی دو گروهی قبل و بعد بر روی دانشجویان سال آخر پرستاری و پیراپزشکی یک دانشگاه نظامی انجام شد. ملاحظات اخلاقی هلسینکی و مقررات سازمانی با نهایت حساسیت و دقت اجرا شد. برای انجام پژوهش در ابتدا پرسشنامه ۵۲ گویه سبک زندگی (والکر و همکاران ۱۹۸۷) و پرسشنامه معنویت (SWBS آلیسون ۱۹۸۳) در بین دانشجویان سال آخر پرستاری و پیراپزشکی که تعداد آنها ۲۳۰ نفر بود تقسیم شد. از بین ۲۳۰ نفر دانشجوی، تعداد ۱۲۰ نفر از دانشجویان که نمره‌ی پایینی در معنویت و سبک زندگی داشتند (نمره‌ی کل افراد در دامنه بین ۱۲۰-۲۰) به‌عنوان نمونه انتخاب شد. بعد از انتخاب اولیه حجم نمونه تعداد ۱۰ نفر از ادامه پژوهش انصراف دادند در نهایت ۱۱۰ نفر به‌عنوان آزمودنی‌های نهایی فرایند پژوهش را ادامه دادند. ابتدا گروه‌ها (پرستاری، اتاق عمل و هوشبری) به‌صورت طبقه‌ای انتخاب و پس از تشریح بیان هدف تحقیق و کسب رضایت آگاهانه با روش نمونه‌گیری تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی ساده و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه نمونه‌ها انتخاب و به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. ابتدا در هر دو گروه مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها بررسی و پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی (جهت ارزیابی سطح معنویت دانشجویان برای ورود به مطالعه) و پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت تکمیل شد، سپس مداخله بر روی گروه هدف انجام گرفت که با توجه به تعداد نمونه‌ها (۴۵ نفر) که به‌خاطر خطای ریزش تعداد ۵۵ نفر بود و ظرفیت کارگاه که می‌بایست حداکثر ۲۵ نفر باشد. نمونه‌ها به دو گروه تقسیم شده و دو کارگاه آموزشی (۴ تا ۶ ساعته) با اهدای کتابچه آموزشی راهنمای سلامت معنوی برای دانشجویان علوم سلامت و سخنرانی و آموزش برای دانشجویان، ۲ روز هفته در دانشکده پیراپزشکی تشکیل شد و روش خودمراقبتی معنوی و محاسبه نفس روزانه

سلامت در دانشجویان پرستاری کاملاً مطلوب نبوده، بعد فعالیت فیزیکی در پایین‌ترین سطح در بین ابعاد رفتاری قرار داشته است (۳۲). نتایج مطالعه نوروزی‌نیا و همکاران بیانگر وجود اضطراب در بیش از نیمی از دانشجویان و همبستگی معکوس رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با اضطراب و نیز نامناسب بودن رفتارهای ارتقاء سلامت خصوصاً در ابعاد فعالیت جسمی و تغذیه در دانشجویان بوده است (۳۳). همچنین مطالعه طل و همکاران کیفیت زندگی عمومی اکثریت دانشجویان را خوب و تنها در ۱۹/۸ درصد از آنان کیفیت زندگی متوسط را گزارش نمود و نشان داد که اتخاذ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و ابعاد "رشد روحی" و "مدیریت استرس" با کیفیت کلی زندگی رابطه معنی‌دار دارد (۳۴). همچنین در مطالعه فراهانی‌نیا و همکاران ۹۸/۸ درصد دانشجویان پرستاری سال اول و ۱۰۰ درصد دانشجویان پرستاری سال چهارم دارای سلامت معنوی در حد متوسط بودند (۳۵). در پژوهش مصطفی‌زاده ۹۷/۷۳ از دانشجویان دارای سلامت معنوی در حد متوسط بودند. مصطفی‌زاده در مطالعه خود وضعیت سلامت معنوی دانشجویان مامایی را ۵۰/۳۴ درصد مطلوب و ۴۹/۵۵ درصد نامطلوب بیان کرده است (۳۶). در نتایج تحقیقات رحیمی و نخعی میانگین سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی در حد متوسط گزارش شده است (۳۷). اما بررسی با دید "جامع‌نگر" و توجه به هر دو مفهوم حائز اهمیت و ضروری است. در برنامه آموزش جامع‌نگر، انسان موجود چند بعدی است که بعد معنوی در مرکز این ابعاد قرار دارد و آموزش موجودات چند وجهی مستلزم در نظر گرفتن تمام ابعاد آنان در آموزش است (۳۸-۴۳).

امروزه هم ارائه خدمات بهداشتی درمانی در تمام سطوح پیشگیری با رویکرد ارتقاء سطح سلامت مطرح است. لازم است در مشکلات سلامت معنوی همانند بیماری‌های جسمی، جلوگیری از بروز عوامل خطر بیماری‌های معنوی، پیشگیری از بروز بیماری معنوی در مددجویان سالم، طی فرآیندهای فیزیولوژیک دوران رشد، با توجه به توان مراقبت از خود ایشان مدنظر باشد (۱۰). لذا با توجه به این که دانشجویان علوم سلامت در زمینه مهارت‌های سبک زندگی و اهمیت سلامت معنوی و تأثیر آن بر سایر ابعاد سلامت در تمام سطوح پیشگیری کمتر تحت آموزش قرار می‌گیرند، بایستی در جهت ایجاد یک برنامه آموزشی مدون با تمرکز بر سبک زندگی آنان اقدام شود (۱).

پژوهش حاضر از لحاظ نظری، بالینی و کاربردی، می‌تواند حائز اهمیت باشد. این مطالعه ضمن تأکید و توجه بر رسالت اساتید و متولیان آموزش و توجه به همه ابعاد وجودی و سلامتی دانشجویان، تک بعدی بودن پژوهش‌های انجام شده، پرداختن به یکی از ابعاد سبک زندگی، به بررسی میزان تأثیر آموزش بین

در مطالعه حاضر ۱۰۲ نفر (۹۲/۷ درصد) از دانشجویان در مقطع کارشناسی و ۸ نفر (۷/۳ درصد) در مقطع کاردانی بودند و ۶۹/۱ درصد نمونه‌ها در رشته پرستاری و ۳۰/۹ درصد هم در رشته پیراپزشکی مشغول بودند. نتایج به دست آمده در جدول ۱- نشان داد که آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی بر سبک زندگی دانشجویان علوم پزشکی تاثیر دارد. بطوری نمره سبک زندگی میزان ۱۲۸ قبل از مداخله به میزان ۱۵۵/۸ بعد از مداخله با $P \leq 0/001$ رسیده است. همچنین نتایج به دست آمده نشان‌دهنده میزان بالای تاثیرپذیری از آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی بود که میزان بتاهای مشاهده در تحلیل کواریانس موید این نتیجه بود. اکثریت دانشجویان مورد مطالعه، فارغ از هر نوع تحصیلات و خصوصیات متفاوت جمعیت شناختی و شغلی، نگرش یکسانی به معنویت و آموزش معنویت دارند به این معنی که معنویت پررنگ‌تر و فراتر از تأثیر هر یک متغیرهای خاص زمینه‌ای است تلقی گردیده است. نتایج دیگر نشان داد که نمره دانشجویان در متغیر سبک زندگی از میزان بالایی برخوردار می‌باشد. با توجه به میانگین نمره ۱۵۵/۴۷ و تعیین نمره بالای ۹۳ به عنوان نمره عالی در تقسیم‌بندی سبک زندگی می‌توان گفت که وضعیت دانشجویان در نمره سبک زندگی ایده‌آل می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین میزان درآمد خانواده با سبک زندگی همبستگی منفی وجود دارد، به گونه‌ای که با افزایش میزان درآمد، رفتارهای ارتقادهنده سلامت کمتری گزارش شد.

بحث

طبق دانش ما، پژوهشی که دقیقاً براساس موضوع پژوهش بوده و یافته‌های پژوهش حاضر را تایید یا رد کند یافت نشد، اما پژوهش‌های مشابهی یافت شد که برای تبیین نتایج از آنها استفاده می‌شود. نتایج به دست آمده از فرضیه اصلی پژوهش همسو با نتایج به دست آمده از عصارودی و همکاران (۴۴)، فرهنگی‌نیا و همکاران (۴۵) همسو می‌باشد. در همین راستا نتایج پژوهش Calvetti و همکاران (۴۶) هم نشان داد که ابعاد جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی با بهزیستی معنوی ارتباط معناداری دارد. پیراسته‌مطلق و نیک‌منش (۴۷) در پژوهشی که بر روی بیماران مبتلا به ایدز انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که بین معنویت و کیفیت زندگی ارتباط مثبت معناداری وجود داشت. در ارتباط با نقش سلامت معنوی در زندگی روزمره می‌توان به دو مطالعه عصارودی و همکاران اشاره کرد که سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و رضایت از زندگی کارکنان پرستاری ارتباط مثبتی دارد (۴۴،۴۵).

آموزش داده شد، همچنین به جهت آموزش از همدیگر، در حین آموزش بارش افکار و سوال و پرسش انجام شد تا اطلاعات ذهنی افراد گروه‌های مختلف به همدیگر منتقل شود و پس از اتمام کارگاه، با اهدای کتاب "راهنمای سلامت معنوی برای کارکنان و دانشجویان علوم سلامت" و چک لیست ارزیابی روزانه، از نمونه‌ها درخواست گردید با توجه به مطالعات مشابه به مدت سه ماه پس از آموزش، به خودارزیابی سبک زندگی (فعالیت‌های روزمره) خود، منطبق با عنوانین قید شده در چک لیست بپردازند. و همچنین در طول این سه ماه با تشکیل یک گروه در پیام‌رسان داخلی و دادن شماره تماس به تمامی نمونه‌ها و همچنین سرکشی مکرر به خوابگاه به سوالات و ابهامات احتمالی دانشجویان توسط مجری پاسخ داده شد و جهت جلوگیری از انتقال اطلاعات، از همه نمونه‌ها قول اخلاقی و کتبی گرفته شد، در طول انجام پژوهش، برای گروه کنترل اقدام خاصی انجام نشد، اما پس از اتمام کار، تمامی مواردی که برای گروه مداخله آموزش داده شده بود، برای گروه کنترل هم آموزش داده شد. عنوانین مورد آموزش شامل ضرورت خودمراقبتی معنوی و انجام آموزش بین حرفه‌ای در سلامت معنوی، اهمیت سلامت معنوی، مفهوم سلامت معنوی (قلب سلیم)، شاخصه صاحبان قلب سلیم و ویژگی‌های انسان سالم، چگونگی دستیابی به سلامت معنوی با سیر در مراتب ایمان، ضرورت سلامت جسمی (شامل: تغذیه، خواب، استراحت و فعالیت) جهت رسیدن به سلامت معنوی، تأثیر سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت، عوامل ایجاد آسیب‌های معنوی در مددجویان سالم با توجه به سبک زندگی افراد، ضرورت ایجاد و توسعه خود آگاهی معنوی (تفکر درباره نیت، افکار، عواطف و رفتارهای خود)، روش‌های خود ارزیابی و تشخیص دغدغه‌های معنوی (بیماری‌های نفس) در چهار بعد ارتباطی انسان، حساس‌سازی با انداز و ایجاد تهدید درک شده نسبت به سبک زندگی ناسالم و پیامدهای آن، آموزش روش‌های توسعه ارتباط با عالم خلقت (روش‌های طب مکمل)، آموزش روش‌های توسعه ارتباط با مردم (صله ارحام، احسان، نیکوکاری)، آموزش مهارت‌های معنوی توسعه ارتباط با خدا و رفع خلاء معنوی (ایمان درمانی، ذکر و دعا)، ضرورت و روش‌های سازگاری احساس‌محور و مسئله‌محور با بحران‌های زندگی، چگونگی استفاده از هنجارهای ذهنی و باورهای بیمار و خانواده و در قالب قصه‌درمانی و چگونگی ایجاد خودکارآمدی، روش‌های محاسبه نفس و خودمراقبتی روزانه بود. پس از مومن بعد از سه ماه اطلاعات به دست آمده با استفاده از شاخص‌های آماری متناسب آنالیز و با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

جدول-۱. مربوط به نتایج مداخله آموزشی بر مولفه‌های سبک زندگی در گروه‌های مداخله و کنترل با استفاده از تحلیل کوواریانس

متغیرها	منابع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تغذیه	اثرمداخله	۲۱۵/۶	۱	۲۱۵/۶	۵۸/۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	خطا	۳۹۱/۴	۱۰۷	۳/۶			
	کل	۱۲۸۵۱۴/۰	۱۱۰				
فعالیت فیزیکی	اثرمداخله	۳۶۸/۱	۱	۳۶۸/۱	۴۴/۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	خطا	۸۹۱/۲	۱۰۷	۸/۳			
	کل	۱۵۷۶۶۱/۰	۱۱۰				
مسئولیت پذیری در مورد سلامت	اثرمداخله	۱۰۲/۶	۱	۱۰۲/۶۰	۵۸/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	خطا	۱۸۸/۹	۱۰۷	۱/۷۶			
	کل	۶۷۵۵۶/۰	۱۱۰				
مدیریت استرس	اثرمداخله	۱۱۱/۳	۱	۱۱۱/۳۷	۳۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	خطا	۳۶۲/۹	۱۰۷	۳/۳۹			
	کل	۳۴۲۷۳/۰	۱۱۰				
روابط بین فردی	اثرمداخله	۲۱۹/۹	۱	۲۱۹/۹۸	۱۲/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۱۰
	خطا	۱۸۳۶/۳	۱۰۷	۱۷/۱۶			
	کل	۴۵۳۶۸/۰	۱۱۰				
رشد معنوی	اثرمداخله	۱۳۷/۷	۱	۱۳۷/۷	۴۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	خطا	۳۳۷/۱	۱۰۷	۳/۱			
	کل	۲۸۰۰۸/۰	۱۱۰				
نمره کل سبک زندگی	اثرمداخله	۶۵۳۸/۷	۱	۶۵۳۸/۷	۱۰۴/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	خطا	۶۷۱۶/۱	۱۰۷	۶۲/۷			
	کل	۲۴۶۵۰۷۴/۰	۱۱۰				

حالت، معنویت حتی در کسانی که به هیچ خدایی اعتقاد ندارند، می‌تواند وجود داشته باشد (۵۵). بنابراین می‌تواند باعث احساس امیدواری، هدفمندی، آرامش، ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا و قدرت سازگاری بالا در افراد شود و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها و حتی وابستگی عاطفی کمتری به اطرافیان می‌شود و داشتن معنا و هدف در زندگی و در نهایت سلامت روان در فرد شود (۵۶). از طرفی نسبت دادن رویدادهای منفی به علل بیرونی و نیز نسبت دادن رویدادهای مثبت به علل درونی اساساً تحت عنوان سبک اسناد خوش‌بینی مورد توجه است و با سلامت روان بالاتر در ارتباط است. مانند سایر اشکال حمایت اجتماعی، حمایت معنوی و مذهبی نیز می‌تواند منبع ارزشمندی برای عزت نفس، اطلاعات، همیاری و کمک باشد، در این صورت این حمایت به افراد در مقابله با استرس و رویدادهای ناخوشایند زندگی و اعمال بهترین رویه ممکن یاری می‌رساند (۵۷). اما قمری گیوی به نتیجه رسید که بین سلامت معنوی و بهداشت روان در آزمودنی‌های ۲۰-۴۰ ساله ارتباطی وجود نداشت و مذهبی بودن و معنویت با پیامدهای منفی سلامت جسمی و سلامت روانی ارتباط دارد، همچون هر عاملی که بر سلامت اثر می‌گذارد، مذهبی بودن و معنویت ممکن است به صورت معکوس بر فرد تأثیر بگذارد. ممکن است برخی گروه‌های

در مطالعه مظاهری و همکاران مشخص شد که نگرش پرستاران مرکز آموزشی-درمانی روان‌پزشکی رازی به معنویت و مراقبت معنوی در سطح بالا و مطلوب قرار داشت زیرا روان پرستاران نسبت به پرستاران سایر بخش‌ها تمایل به ارزیابی نیازهای معنوی بیماران دارند و زمان بیشتری در اختیار دارند و به مشاوره دادن عادت کرده‌اند (۴۸). در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و علایق معنوی و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم ضامن سلامتی آن جامعه برای سال‌های آینده امری مهم به شمار می‌رود. به‌گونه‌ای که محققان معتقدند بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن، نقش به‌سزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت (۴۹). مطالعه‌ای دیگر نشان داده که داشتن معنویت در زندگی دانشجویان با قالب‌های رفتاری نظیر صداقت، دلسوزی، همدردی و بخشش همراه است، افراد دارای معنویت دیدگاه کل‌نگر داشته و با ذهن باز نسبت به مسایل پیرامونی خود نگاه کرده و انعطاف‌پذیرتر هستند (۵۴-۵۰). در تبیین باید بیان کرد که این یافته‌ها با مفاهیم نظریه شناختی-هیجانی مذهبی هم‌خوانی دارد، چرا که معنویت، کیفیتی فراتر از وابستگی مذهبی است که برای الهام، احترام، خشیت، معنا و هدف تلاش می‌کند. در این

محور با سایر متغیرها مانند سلامت روانی، نشاط اجتماعی مورد مطالعه قرار گیرد.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر دانشجویانی که وضعیت اقتصادی خود را عالی و یا خوب گزارش کرده بودند، نمره بهتری در سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت به دست آورده بودند. همچنین نتایج به دست آمده نشان دهنده‌ی میزان بالای تأثیرپذیری آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی بود که میزان ضریب بتای مشاهده شده در تحلیل کواریانس موید این نتیجه بود. اکثریت دانشجویان نگرش یکسانی به معنویت و آموزش معنویت داشتند. بنابراین تدریس سلامت معنوی در دانشگاه‌ها لازم به نظر می‌رسد.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

• هم اکنون با موافقت مسئولین، سمینار و کارگاه‌های سلامت معنوی برای دانشجویان برگزار می‌شود و تأثیر فراوانی در کاهش قصورت و افزایش کیفیت خدمات‌رسانی به بیماران و ایجاد صمیمیت بیشتر در بین کادر درمان شده است.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از پژوهش پایان‌نامه

کارشناسی ارشد پرستاری داخلی و جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج) می‌باشد. لذا بدین وسیله از همکاری که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین از همکاری دانشجویان ترم ۸ پرستاری و پیراپزشکی که در سال ۹۸ در دانشگاه علوم پزشکی آجا مشغول به تحصیل بودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارم.

نقش نویسندگان: ایده طرح، جمع آوری داده‌ها و تکمیل

پرسشنامه‌ها توسط احمدی / هدایت پایان‌نامه توسط بابتبار درزی / برگزاری کلاس‌های معنویت توسط اسدزندی و تحلیل آماری داده‌ها توسط سپندی انجام شد. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

مذهبی به صورت غیرواقعی بینانه، انتظارات بالایی از خود داشته باشند که منجر به انزوا، استرس و اضطراب شود یا ممکن است خود را با آنان که معتقدات آن‌ها را ندارند، بیگانه احساس کنند. سرانجام به خوبی دانسته شده است که سیستم‌های اعتقادی غیرسالم می‌توانند به صورت منفی بر سلامت جسمی و روانی افراد اثر بگذارند (۵۸). نکته‌ای که در اکثر مطالعات حوزه معنویت، مراقبت معنوی و سلامت معنوی وجود دارد این است که عمدتاً معنویت به عنوان متغیر مستقل فرض شده است و مطالعات به گونه‌ای طراحی شده است که تأثیر مراقبت معنوی را بر روی متغیرهای سلامت جسمی، و از جمله شاخص‌های فیزیکی و شیمیایی و فیزیولوژیک (به عنوان مثال، ارتباط فعالیت‌های مذهبی و سلامتی معنوی با کنترل قند خون در بیماران دیابتی) را نشان دهند (۵۹). به همین دلایل سلامت معنوی در برنامه‌های آموزشی بسیاری از کشورهای دنیا گنجانده شده است و برنامه‌های آموزشی و درسی بر آن اساس و در بستری از مفاهیم معنوی ساخته و پرداخته می‌شوند. در ایران نیز در برنامه آموزشی دوره دکترای پزشکی و دوره کارشناسی پرستاری حرکت‌هایی صورت گرفته است (۶۰). در ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و سبک زندگی می‌توان گفت که نتایج این پژوهش حاکی از این بود که بین سبک زندگی و متغیرهایی نظیر سطح تحصیلات، تحصیلات والدین در نوع شغل والدین و ... ارتباط معناداری وجود ندارد. یافته‌های فوق با نتایج Vance که گزارش داد هیچ رابطه معنی‌داری بین معنویت و مراقبت معنوی و سبک زندگی با آموزش و میزان سابقه ندارد مطابق است (۶۱).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان پیشینه کافی پیرامون رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت معنوی اشاره نمود؛ چراکه بیشتر تحقیقات صورت گرفته در این زمینه، به رابطه‌ی سبک زندگی با سلامت جسمی یا روانی پرداخته‌اند. به همین منظور پیشنهاد می‌گردد که تحقیقاتی پیرامون سبک زندگی سلامت‌محور و ارتباط آن با سایر متغیرهای اجتماعی و جمعیت‌شناختی و در بین گروه‌های مختلف انجام گیرد.

باتوجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش که حاکی از اهمیت و ضرورت سبک زندگی سلامت‌محور برای فرد و جامعه می‌باشد، این پژوهش بر روی دانشجویان سال آخر پرستاری و پیراپزشکی یک دانشگاه نظامی صورت گرفت که برای دستیابی به افق گسترده‌تر در این زمینه، توصیه می‌شود این موضوع، در مورد سایر جوامع، خانواده‌ها، نوجوانان و رابطه میزان سبک زندگی سلامت

منابع

1. Safarabadi M, Jadidi A. The Relationship between Spiritual Intelligence and Performance Quality of Personnel at Arak Medical Center in 4931: A Cross-Sectional-Analytical Study. Quarterly Journal of Education and Ethics in Nursing. 2015;4(3).
2. Moonghi HK, Gazrani A, Vaghei S, Gholami H, Moghaddam AS, Ashoury A. Relationship between spiritual intelligence and nurses' clinical competency. QJ Sabzevar Univ. Med. Sci. 2011; 18 (2):132-9.

3. Yadollahpour MH, Fazeli KM. A comparative study of the concept of spiritual intelligence in terms of psychology and Islam. 2014;1(93):48-57.
4. Asadzandi M. Access to the Sound Heart identifies the concept of spiritual health. *Journal of Medical Jurisprudence*. 2014;6(18):143-73.
5. Shafei A. Spiritual Intelligence and its Impact on Mental Health of Human Resources Organization. *Two Scientific Papers on Islamic Studies and Psychology*. 2014;8(14):153 - 79.
6. Momeni N. Analysis the Role of Humanology in the Professional Ethics. *Ethics in science and Technology*. 2016; 10 (4) :17-26
7. Hodge DR, Salas-Wright CP, Wolosin RJ. Addressing spiritual needs and overall satisfaction with service provision among older hospitalized inpatients. *Journal of Applied Gerontology*. 2016; 35 (4):374-400.
8. Asadzandi M. Clients and patients' spiritual nursing diagnosis of the sound heart model. *J Community Med Health Educ*. 2017;7(6):2-6.
9. Asadzandi M. Effect of spiritual health (Sound Heart) on the other dimensions of health at different levels of prevention. *Clinical Journal of Nursing Care and Practice*. 2018;2(1):018-24. doi:10.29328/journal.cjncp.1001008
10. Jones MC, Johnston DW. Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26(3):475-82. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.t01-5-00999.x
11. Maheri AB, Bahrami MN, Sadeghi R. The situation of health-promoting lifestyle among the students living in dormitories of Tehran University of Medical Sciences, Iran. *Health and Development Journal*. 2020;1(4):275.
12. Tavakoli M, Mahgol E. The relationship between health-promoting lifestyle, mental health, coping styles and religious orientation among Isfahan University Students. *J Res Behav Sci*. 2015; 13(1):64-78.
13. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *British journal of Nursing*. 2002;11(22):1461-70. doi:10.12968/bjon.2002.11.22.10957
14. George JB. *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*, 6/e. Pearson Education India; 2011..
15. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual well-being and attitude toward spirituality and spiritual care in nursing and midwifery students. *Iran Journal of nursing*. 2013;26(85):55-65.
16. Baldwin Jr DC, Baldwin MA. Interdisciplinary education and health team training: A model for learning and service. *Journal of Interprofessional Care*. 2007;21(sup1):52-69. doi:10.1080/13561820701579992
17. Irvine R KI, McPhee J. Towards a dialogical ethics of interprofessionalism. *Journal of postgraduate medicine*. 2004;50(4):278.
18. Glen S. Educating for interprofessional collaboration: Teaching about values. *Nursing Ethics*. 1999;6(3):202-13. doi:10.1177/096973309900600303
19. Williams G, Laungani P. Analysis of teamwork in an NHS community trust: an empirical study. *Journal of Interprofessional Care*. 1999;13(1):19-28. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015
20. Barr H. *Interprofessional education: Yesterday, today and tomorrow*. Higher Education Academy, LTSN Health Sciences and Practice Subject Centre. CAIPE. 2002.
21. Orchard CA, Curran V, Kabene S. Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online*. 2005;10(1):4387. doi:10.1016/j.profnurs.2007.06.013
22. Kreitzer MJ, Kligler B, Meeker WC. Health professions education and integrative healthcare. *Explore*. 2009;5(4):212-27. doi:10.1016/j.explore.2009.05.012
23. Titzer JL, Swenty CF, Hoehn WG. An interprofessional simulation promoting collaboration and problem solving among nursing and allied health professional students. *Clinical Simulation in Nursing*. 2012;8(8):e325-33. doi:10.1016/j.ecns.2011.01.001
24. Thompson SA, Tilden VP. Embracing quality and safety education for the 21st century: building interprofessional education. *Journal of Nursing Education*. 2009;48(12):698-701. doi:10.3928/01484834-20091113-13
25. Irvine R KI, McPhee J. Towards a dialogical ethics of interprofessionalism. *Journal of postgraduate medicine*. 2004;50(4):278.
26. Cameron A, Rennie S, DiProspero L, Langlois S, Wagner S, Potvin M, et al. An Introduction to teamwork findings from an evaluation of an interprofessional education experience for 1,000 first-year health science students. *Journal of Allied Health*. 2009;38(4):220-6.
27. Bleakley A, Boyden J, Hobbs A, Walsh L, Allard J. Improving teamwork climate in operating theatres: the shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of interprofessional care*. 2006;20(5):461-70. doi:10.1080/13561820600921915
28. Sherwin S. Interprofessional working is key to delivering quality PSHE. *British Journal of School Nursing*. 2009;4(2):93-5. doi:10.12968/bjsn.2009.4.2.40664
29. Reeves S, Goldman J, Oandasan I. Key factors in planning and implementing interprofessional education in health care settings. *Journal of allied health*. 2007;36(4):231-5..
30. Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, Westberg S. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *American journal of pharmaceutical education*. 2009;73(4). doi:10.5688/aj730459
31. Maheri AB, Bahrami MN, Sadeghi R. The situation of health-promoting lifestyle among the students living in dormitories of Tehran University of Medical Sciences, Iran. *Health and Development Journal*. 2020;1(4):275.

32. Hosseini M, Ashk Torab T, Taghdisi MH, Esmaeili Vardanjani SA. Study on situational influences perceived in nursing discipline on health promotion: a qualitative study. *International Scholarly Research Notices*. 2013;2013. doi:10.1155/2013/218034
33. Baldwin Jr DC, Baldwin MA. Interdisciplinary education and health team training: A model for learning and service. *Journal of Interprofessional Care*. 2007;21(sup1):52-69. doi:10.1080/13561820701579992
34. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. Study of health-promoting lifestyle and its relation to quality of life in undergraduate School of Public Health University of Medical Sciences. *Journal of Health System Research*. 2012;7(4):1-6. doi:10.4103/2277-9531.108006
35. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives. *Iran Journal of Nursing*. 2006;18(44):7-14.
36. Mostafazadeh F, Asadzadeh F. Spiritual health of midwifery students. *Journal of Health and Care*. 2012;14(1).
37. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual well-being and attitude toward spirituality and spiritual care in nursing and midwifery students. *Iran Journal of nursing*. 2013;26(85):55-65.
38. Akbari Lakeh M, Shamsi E, Mahmoodi A. Spritual health in program medical education. *Medical ethic journal*. 2013;4(14):114-30.15-20.
39. Norouzinia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M. Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Management*. 2013; 2(4):39-49.
40. Mansourian M, Qorbani M, Soleimani M, Masoudi R, Rahimi E, Asayesh H, Rahimzadeh H. A survey of life style and its influential Factors among the University Students in Gorgan. *J Jahrom Univ Med Sci*. 2009;7(1). doi:10.29252/jmj.7.1.2.62
41. Arbabisarjou A, Ajdari Z, Omedi KH. Relationship between health promotion life style and life quality among nursing students. *World of Sciences J*. 2013;2:142-7.
42. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012;21(1):102-13.
43. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*. 1987. doi:10.1037/t40388-000
44. Osarrodi AA, Golafshan A, Akaberi SA. The relationship between spiritual well-being and quality of in nursing. *J North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012; 3 (4):79-86. doi:10.29252/jnkums.3.4.79
45. Hsiao YC, Chien LY, Wu LY, Chiang CM, Huang SY. Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health-promoting behaviours among nursing students. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(7):1612-22.
46. Calvetti PÜ, Giovelli GR, Gauer GJ, Moraes JF. Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2014;63(1):8-15. doi:10.1590/0047-2085000000002
47. Pirasteh Motlagh AA, Nikmanesh Z. The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2012; 20 (5): 571-80.
48. Mazaheri M, Fallahi KHM, Sadat MS., Rahgozar M. Nursesing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh Journal*. 2009;8(1):7-31.
49. Karami S, Pirasteh A. Study of psychological health condition in students of zanjan university of medical sciences and health services. 2001;9(35): 66-73
50. Cynthia RK. Overview of quality of life controversial issues. In: Cynthia RK, Hinds. *Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives*. Sudbury; Jones and Bartlett. 1998:23-30
51. King DB, DeCicco TL. Aviable model and selfreport measure of spiritual intelligence. *International Journal of Transpersonal Studies*. 2006;28:68-85. doi:10.24972/ijts.2009.28.1.68
52. Enningsgaard JM, Arnau RC. Relationships between religiosity, spirituality, and personality: A multivariat analysis. *Personality and Individual Differences*. 2008;45:703-708. doi:10.1016/j.paid.2008.07.004
53. Zare H, Pedram A, of Shirvanian E. Prediction student's spiritual intelligence by their personality characteristics. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2012; 10(1(21)): 59-68
54. Abdollahzade H, Bagher-Pour M, Bouj Mehrani S, Lotfi M. Spritual intelligence (Concepts, Assessment and Applications). Tehran: Psychometric Publishers; 2009: 76
55. Sanagoo A, AliGhoooneh Z, Asadi H. The relationship between spiritual health and loneliness between the Persian and Turkmen youth]. *Research Center of Gorgan University of Medical Sciences*. 2008.
56. Rajaei A. Religious CognitiveEmotional Therapy (RCET). The 5th congress for psychotherapy. Beijingm China. 2008.
57. Vafae R. Association of between mental health and spiritual health among students in Shiraz University. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2015; 24(84):53-9.
58. Ghamari-Givi H. Spirituality, identity and mental health in life span. *Journal of Psychology and Religion*. 2008; 1(4): 43-71.
59. Abbasian L, Abbasi M, Shamsy E, Memariani Z. Survey of the Spiritual knowledge and its role in disease prevention: a pilot study. *Medical Ethic*. 2010; 4(14):83-104.

60. Akbari M, Abbasi M, Shamsy E. Spiritual Health in Medical Education. *Medical Ethic*. 2012; 113-130.
61. Vance DL. Nurses' attitudes towards spirituality and patient care. *Med surg Nursing*. 2001;10(5): 264.