

Original article

Association between Spiritual Health and Hope for the Future among Staff Workers of Golestan University of Medical Sciences in 2022

Mohammad Javad Kabir¹Alireza Heidari^{2*}Amir Arab Ahmadi³Zahra Khatirnamani⁴

- 1- Associate Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
- 2- Associate Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
- 3- General Physician, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
- 4- PhD Student in Biostatistics, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

***Corresponding author:** Alireza Heidari, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Email: alirezaheidari7@gmail.com

Received: 05 March 2025

Accepted: 21 June 2025

ABSTRACT

Introduction and purpose: Spiritual health is one of the dimensions of health, assisting employees in understanding the value of life and solving problems. The present study sought to assess spiritual health and its association with hope for the future among staff workers of Golestan University of Medical Sciences.

Methods: The cross-sectional descriptive-analytical study was conducted on 266 staff workers of Golestan University of Medical Sciences. The participants were selected via the stratified random sampling method. Data were collected using the Spiritual Well-Being Scale by Ellison and Paloutzian and Snyder's Adult Hope Scale and analyzed in SPSS software (version 24) using descriptive and inferential statistical methods (Spearman, Mann-Whitney, and Kruskal-Wallis) at a significant level of 0.05.

Results: The mean age of the employees was 42 ± 7.81 years, and their mean working experience was 16.49 ± 7.49 years. In terms of gender, 62% of employees were female. Based on the results, spiritual health among employees was moderate (91.19 ± 16.87), and hope for the future was high (41.62 ± 6.95). There was a direct and significant relationship between spiritual health and hope for the future in total and by different dimensions ($P < 0.01$).

Conclusion: Considering that with an increase in the scores of spiritual health and its dimensions, we are witnessing a sharp rise in hope for the future and its dimensions, the promotion of employees' spiritual health should be taken into account.

Keywords: Existential health, Hope for the future, Mental health, Quality of life, Religious health, Spiritual health, Staff workers

► **Citation:** Kabir MJ, Heidari A, Arab Ahmadi A, Khatirnamani Z. Association between Spiritual Health and Hope for the Future among Staff Workers of Golestan University of Medical Sciences in 2022. Journal of Health Research in Community. Summer 2025;11(2): 102-113.

مقاله پژوهشی

ارتباط سلامت معنوی با امید به آینده در کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۴۰۱

چکیده

محمدجواد کبیر^۱
علیرضا حیدری^{۲*}
امیر عرب احمدی^۳
زهرا خطیرنامنی^۴

مقدمه و هدف: سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامتی و منبعی کمک کننده برای کارکنان است که با کمک تجربه های معنوی خود می توانند در حل مسائل، درک ارزش و غنای زندگی از آن یاری گیرند. این مطالعه با هدف تعیین سلامت معنوی و ارتباط آن با امید به آینده در کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد.

روش کار: نوع مطالعه مقطعی و به روش توصیفی-تحلیلی در ۲۶۶ نفر از کارکنان ستادی شاغل در معاونت های دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد. روش نمونه گیری به روش طبقه ای تصادفی بود. داده ها با استفاده از پرسش نامه سلامت معنوی (پرسش نامه پولوتزین و الیسون) و پرسش نامه امید به آینده (پرسش نامه اشنايدر) جمع آوری شده و با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون های ضریب همبستگی اسپیرمن، من ویتنی و کروسکال والیس) در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل گردید.

یافته ها: میانگین سنی کارکنان، ۴۲±۷/۸۱ سال و میانگین سابقه کاری کارکنان ۱۶/۴۹±۷/۴۹ سال بود. ۶۲ درصد از کارکنان زن و بقیه مرد بودند. سلامت معنوی در کارکنان در حد متوسط (۹۱/۱۹±۱۶/۸۷) و امید به آینده در آن ها بالا (۴۱/۶۲±۶/۹۵) بود. سلامت معنوی با امید به آینده در کل و به تفکیک ابعاد، ارتباط مستقیم و معناداری داشت (P-Value<۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: با توجه به این که با افزایش نمرات سلامت معنوی و ابعاد آن، امید به آینده و ابعاد آن افزایش می یابد، ارتقای سلامت معنوی کارکنان باید مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: سلامت معنوی، سلامت روان، سلامت مذهبی، امید به آینده، سلامت وجودی، کیفیت زندگی، کارکنان اداری

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۴. دانشجوی دکتری تخصصی آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

* نویسنده مسئول: علیرضا حیدری، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

Email: alirezaheidari7@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۳۱

◀ **استناد:** کبیر، محمدجواد؛ حیدری، علیرضا؛ عرب احمدی، امیر؛ خطیرنامنی، زهرا. ارتباط سلامت معنوی با امید به آینده در کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۴۰۱. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، تابستان ۱۴۰۴؛ ۱۱(۲): ۱۱۳-۱۰۲

مقدمه

سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت است که در کنار ابعاد دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته

مجله تحقیقات سلامت در جامعه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، تابستان ۱۴۰۴، دوره ۱۱، شماره ۲، ۱۱۳-۱۰۲

است. حتی برخی عقیده دارند که بدون سلامت معنوی ابعاد دیگر سلامتی نمی‌تواند حداکثر عملکرد مورد نظر را داشته باشد [۱]. سلامت معنوی با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط، مشخص می‌گردد و دارای دو بعد سلامت مذهبی و وجودی است [۲]. سلامت مذهبی منعکس‌کننده‌ی ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نهایت است و سلامت وجودی مطرح‌کننده‌ی ارتباط فرد با خود، دیگران و محیط است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست [۳-۴]. باورهای مذهبی و داشتن ایمان به خدا و اعتقاد به یک مبدأ حقیقت و یک قدرت مافوق و مطلق، قدرت تحمل ناکامی‌ها را بالا می‌برد و بدین ترتیب به حفظ سلامت جسم و روان کمک می‌نماید و از پیدایش بیماری‌های جسمی و روانی پیشگیری می‌کند [۵-۶].

بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، کیفیت زندگی، اضطراب از مرگ، انجام رفتارهای پرخطر مثل مصرف مواد مخدر، افسردگی، خودکشی، روابط جنسی پرخطر و پرخاشگری، ارتباط وجود دارد و سلامت معنوی به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در نظر گرفته می‌شود [۷-۱۱]. ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بی‌کران، باعث می‌شود که افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت بگذرانند، کمتر دچار اضطراب و استرس شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر است [۱۲].

داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زا، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا همگی از جمله روش‌هایی هستند که کارکنان با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث آسیب‌رسان، مصائب و مشکلات شغلی، فشار کمتری را متحمل شوند و سلامت روان خویش را در حد بهینه حفظ کنند [۱۳، ۵].

امید دربردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و تلاش فرد را با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل شود، برمی‌انگیزد [۱۴]. مسئله امید و عوامل و پیامدهای آن برای سلامت اجتماعی

و روانی فرد بسیار مهم است؛ چون دستیابی به اهداف، نقشه‌ها و آرزوها در آینده به وقوع می‌پیوندد. بنابراین، این که افراد چگونه آینده خود را می‌بینند عامل مهمی در انگیزه، تحرک و رشد فرد در طول زندگی است. جامعه ایران به لحاظ مواجه‌شدن با تحولات ساختاری همانند افزایش سالانه جمعیت، مسائل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی و همچنین گذر از جامعه سنتی به جامعه مدرن و در آستانه ورود به عرصه دنیای فناوری شاهد بروز پدیده‌های مختلفی در حوزه عدالت، نشاط، امنیت و آسیب‌های اجتماعی است که این موضوع، امید به آینده افراد را در جامعه ایران بیشتر از گذشته تحت تاثیر قرار داده است [۱۵]. وضعیت امید به آینده، پیامدهای مختلفی برای افراد و جوامع دارد که در بالاترین سطح، آثار خود را در قالب پیشرفت یا رکود و توقف جامعه نشان می‌دهد. امید، نوعی توانایی برای باورمندی به آینده‌ای بهتر است و بر تعاملات و روابط بین افراد تاثیر می‌گذارد. امید، با جلوگیری از انفعال اعضای جامعه، به زندگی آنان جهت می‌بخشد و موجب پویایی فرد و جامعه می‌گردد [۱۶]. امید به آینده از عوامل متعددی تاثیر می‌پذیرد که یکی از عوامل، نقش باورهای دینی می‌باشد. انسان درگیر مسائل بسیاری است که برای از بین بردن آن‌ها، ابزارهای مختلفی را به کار می‌برد. از جمله راهکارهایی که از دوران گذشته برای انسان مطرح بوده، پناه بردن به قدرت الهی است. رفتارهایی مانند تکیه بر خدا، دعا، نماز و ... می‌تواند از طریق توسعه امید و تفکر مثبت، سبب آرامش و سلامت روان فرد گردد [۱۷].

تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که کارکنانی که دارای سلامت روان بالاتری باشند و با هدفمندی و امید در محل کار حاضر شوند، بهتر می‌توانند در محیط کار به فعالیت بپردازند و به همکاران و بیماران خدمات‌رسانی کنند [۱۳، ۵]. کارکنان دانشگاه‌های علوم پزشکی با استرس‌های شغلی زیادی مواجه هستند که سلامت روانی و جسمی آنان را به خطر می‌اندازد. در چنین شرایطی سلامت معنوی منبعی کمک‌کننده است که با کمک تجربه‌های معنوی خود، می‌تواند در حل مسائل، درک ارزش و غنای زندگی یاری گیرند [۱۸]. بنابراین، این مطالعه با هدف ارزیابی سلامت معنوی کارکنان دانشگاه علوم

پزشکی گلستان و ارتباط آن با امید به آینده انجام شد.

روش کار

این مطالعه، یک مطالعه مقطعی بود که به صورت توصیفی-تحلیلی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در معاونت‌های بهداشت، درمان، توسعه منابع، تحقیقات و فناوری، غذا و دارو، آموزشی و دانشجویی و فرهنگی شامل ۸۴۴ نفر بود. برای تعیین حجم نمونه طبق مطالعات مشابه و با در نظر گرفتن ضریب همبستگی ۰/۲۷ و احتمال خطای نوع اول برابر ۰/۰۵ و توان ۰/۹۰، طبق فرمول استاندارد زیر (فرمول حجم نمونه برای مطالعات همبستگی)، تعداد نمونه مورد نیاز ۲۶۶ نفر تعیین شد [۱۹ و ۵].

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2}{(\omega)^2} + 3$$

$$w = \frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r} \rightarrow \text{حدود اعتماد ضریب همبستگی}$$

هر معاونت به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شده است و برای انتخاب افراد نمونه در هر طبقه (معاونت) از نسبت آن طبقه در جمعیت استفاده شد. روش نمونه‌گیری در داخل طبقات به صورت تصادفی ساده (با قرعه‌کشی از روی لیست تهیه‌شده از کلیه کارکنان ستادی معاونت) بود و اعضای نمونه با توجه به در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه وارد شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به مشارکت، برخورداری از سلامت جسمی و روانی و داشتن حداقل یک سال سابقه کاری در محیط پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل وجود بیش از ۱۰ درصد پاسخ‌گذاری خالی در پرسش‌نامه‌ها و همچنین الگوهای پاسخ‌دهی نامعتبر (برای مثال، انتخاب یکسان همه گزینه‌ها مانند «خیلی زیاد» که نشان‌دهنده عدم دقت در پاسخ‌گویی است) در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک‌لیست متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای (سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه کار،

وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی) و نیز پرسش‌نامه‌های استاندارد سلامت معنوی و امید به آینده بود. لازم به ذکر است که وضعیت اقتصادی بر اساس خوداظهاری و بر مبنای میزان درآمد تعیین شد.

پرسش‌نامه سلامت معنوی در سال ۱۹۸۲ توسط Palutzian & Ellison به منظور سنجش سلامت معنوی طراحی شد [۲۰]. این پرسش‌نامه دارای ۲۰ سؤال بود. این پرسش‌نامه شامل ۲۰ سؤال است که در دو بعد «سلامت مذهبی» و «سلامت وجودی» تقسیم‌بندی شده‌اند؛ به طوری که سؤالات فرد بیانگر سلامت مذهبی و سؤالات زوج نشان‌دهنده سلامت وجودی هستند. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم و کاملاً موافقم) انجام شد. به این ترتیب، گزینه «کاملاً مخالفم» امتیاز ۱، «مخالفم» امتیاز ۲، «نسبتاً مخالفم» امتیاز ۳، «نسبتاً موافقم» امتیاز ۴، «موافقم» امتیاز ۵ و «کاملاً موافقم» امتیاز ۶ دریافت کرد. در سؤالاتی که به صورت منفی بیان شده بودند، امتیازدهی به صورت معکوس صورت گرفت.

امتیاز کل سلامت معنوی از جمع امتیازات دو زیرمقیاس به دست آمد که در بازه ۲۰ تا ۱۲۰ متغیر بود. بر اساس مجموع نمرات، سلامت معنوی در سه سطح دسته‌بندی شد: ۲۰ تا ۴۰ (پایین)، ۴۱ تا ۹۹ (متوسط) و ۱۰۰ تا ۱۲۰ (بالا). همچنین، پایایی پرسش‌نامه در مطالعه حاضر با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ تأیید شد.

پرسش‌نامه امید به آینده توسط Snyder و همکاران در سال ۱۹۹۱ با هدف ارزیابی میزان امید به آینده در افراد طراحی شده است [۲۱].

این پرسش‌نامه شامل ۱۲ سؤال و سه زیرمقیاس است؛ به گونه‌ای که ۴ عبارت برای سنجش «تفکر عاملی» (سؤالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲)، ۴ عبارت برای سنجش «تفکر راهبردی» (سؤالات ۱، ۴، ۷ و ۸) و ۴ عبارت انحرافی (سؤالات ۳، ۵، ۶ و ۱۱) طراحی شده‌اند. بر این اساس، پرسش‌نامه دو زیرمقیاس اصلی «عامل» و «راهبرد» را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر مبنای طیف لیکرت پنج گزینه‌ای

(کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم) انجام می‌شود. به این ترتیب، «کاملاً مخالفم» امتیاز ۱، «مخالفم» امتیاز ۲، «نظری ندارم» امتیاز ۳، «موافقم» امتیاز ۴ و «کاملاً موافقم» امتیاز ۵ دریافت می‌کند. در مورد سؤالات ۳، ۷ و ۱۱ امتیازدهی به صورت معکوس صورت می‌گیرد. امتیاز کلی پرسش‌نامه از مجموع امتیازات سؤالات محاسبه می‌شود؛ به طوری که نمرات بالاتر نشان‌دهنده امید به آینده بیشتر است. حداقل نمره ممکن ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود. نمره ۱۲ تا ۲۴ نشان‌دهنده امید به آینده پایین، نمره ۲۵ تا ۳۶ نشان‌دهنده امید به آینده متوسط و نمره بالاتر از ۳۶ نشان‌دهنده امید به آینده بالا محسوب می‌شود. همچنین در مطالعه حاضر، پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تأیید شد.

پس از هماهنگی با مسئولین و کسب مجوز کتبی به محل کار کارکنان مراجعه شد و در خصوص اهداف طرح آموزش داده شد. قبل از تحویل پرسش‌نامه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل محرمانه می‌ماند. محقق پس از ارائه توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش و کسب موافقت نمونه‌ها، پرسش‌نامه‌ها در مکان و زمان مناسب جهت تکمیل در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار داد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار برای داده‌های کمی و فراوانی، درصد برای داده‌های کیفی) و همچنین با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن (بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید به آینده با سن، سابقه کاری و تعداد فرزندان)، آزمون من ویتنی (بررسی ارتباط جنس و وضعیت تاهل با سلامت معنوی و امید به آینده) و کروسکال والیس (بررسی ارتباط سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی و وضعیت اقتصادی با سلامت معنوی و امید به آینده) استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی کارکنان، $42 \pm 7/81$ سال و میانگین سابقه کاری

کارکنان $16/49 \pm 7/49$ سال بود. ۶۲ درصد از کارکنان زن و بقیه مرد بودند. سایر مشخصات دموگرافیک کارکنان شرکت‌کننده در مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

میانگین نمره کلی سلامت معنوی $91/19 \pm 16/87$ محاسبه شده است که نشان می‌دهد سلامت معنوی در کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در حد متوسطی می‌باشد. همچنین، میانگین نمره سلامت مذهبی $48/55 \pm 9/18$ محاسبه شده است که بالاتر از میانگین نمره سلامت وجودی ($42/64 \pm 9/21$) می‌باشد.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک کارکنان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	سطوح	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۶۵	۶۲
	زن	۱۰۱	۳۸
سطح تحصیلات	کارشناسی و پایین‌تر	۱۲۴	۴۶/۶
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۴۲	۵۳/۴
وضعیت تأهل	مجرد و سایر (مطلقه و همسر از دست داده)	۴۳	۱۶/۲
	متاهل	۲۲۳	۸۳/۸
وضعیت استخدامی	رسمی	۱۵۷	۵۹/۰
	قراردادی	۷۰	۲۶/۳
	شرکتی	۱۸	۶/۸
	پیمانی	۹	۳/۴
	طرحی	۱۲	۴/۵
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۲۹	۱۰/۹
	متوسط	۲۰۹	۷۸/۶
سن (سال)	خوب	۲۸	۱۰/۵
	۲۴-۴۵	۱۸۲	۶۸/۴
	۴۶-۶۶	۸۴	۳۱/۶
سابقه کاری (سال)	کمتر از ۱۰	۴۰	۱۵
	۱۰-۲۰	۱۲۵	۴۷
	بیشتر از ۲۰	۱۰۱	۳۸
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۶۴	۲۴/۱
	۱-۲ فرزند	۱۸۶	۶۹/۹
	۳-۴ فرزند	۱۶	۶/۰

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی سلامت معنوی و امید به آینده در کل و به تفکیک ابعاد آن

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانه	کمترین	بیشترین
سلامت مذهبی	۴۸/۵۵	۹/۱۸	۵۰	۱۱	۶۰
سلامت وجودی	۴۲/۶۴	۹/۲۱	۴۳	۱۴	۶۰
نمره کلی سلامت معنوی	۹۱/۱۹	۱۶/۸۷	۹۳/۵۰	۳۵	۱۲۰
تفکر عاملی	۱۵/۱۰	۳/۷۸	۱۵	۵	۵۶
تفکر راهبردی	۱۴/۷۶	۲/۷۶	۱۵	۴	۲۰
نمره کلی امید به آینده	۴۱/۶۲	۶/۹۵	۴۲	۱۹	۸۱

میانگین نمره امید به آینده $41/62 \pm 6/95$ محاسبه شد. بنابراین، امید به آینده در کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بالا می‌باشد. همچنین، میانگین نمره تفکر عاملی $15/10 \pm 3/78$ محاسبه شده است که بالاتر از میانگین نمره تفکر راهبردی ($14/76 \pm 2/76$) می‌باشد (جدول ۲).

سلامت معنوی با امید به آینده در کل و به تفکیک ابعاد ارتباط مستقیم و معناداری داشت ($P\text{-Value} < 0/001$)، به طوری که با افزایش نمرات سلامت معنوی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی، امید به آینده، تفکر عاملی و تفکر راهبردی افزایش خواهند یافت. بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید به آینده در کل و به تفکیک ابعاد آن در جدول ۳ ارائه شده است.

بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید به آینده با متغیرهای دموگرافیک در کل و به تفکیک ابعاد در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج نشان داد سلامت معنوی بر حسب وضعیت اقتصادی اختلاف معناداری

داشت ($P < 0/001$). آزمون تصحیح بنفرونی نشان داد سلامت معنوی در افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف کمتر از افراد با وضعیت اقتصادی متوسط ($P = 0/008$) و خوب ($P = 0/001$) بود. همچنین، سلامت معنوی افراد با وضعیت اقتصادی متوسط پایین‌تر از افراد با وضعیت اقتصادی خوب بود ($P = 0/006$). امید به آینده نیز در افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف کمتر از افراد با وضعیت اقتصادی متوسط ($P = 0/008$) و خوب ($P = 0/001$) و در افراد با وضعیت اقتصادی متوسط پایین‌تر از افراد با وضعیت اقتصادی خوب بود ($P = 0/028$). علاوه بر این، بین سن و امید به آینده ($P = 0/031$) و نیز سن و تفکر عاملی ($P = 0/047$) ارتباط معکوس و معنادار مشاهده شد؛ به گونه‌ای که با افزایش سن کارکنان، میزان امید به آینده و تفکر عاملی کاهش می‌یافت.

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی، نمره سلامت معنوی در کارکنان ستادی دانشگاه

جدول ۳. بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید به آینده در کل و به تفکیک ابعاد آن

ابعاد امید به آینده	ضریب همبستگی و P-Value	ابعاد سلامت معنوی		
		سلامت مذهبی	سلامت وجودی	نمره کلی سلامت معنوی
تفکر عاملی	ضریب همبستگی	۰/۴۴	۰/۶۰	۰/۵۵
	* P-Value	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱
تفکر راهبردی	ضریب همبستگی	۰/۴۸	۰/۶۱	۰/۵۹
	* P-Value	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱
نمره کلی امید به آینده	ضریب همبستگی	۰/۵۱	۰/۶۷	۰/۶۴
	* P-Value	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱

*Pearson Correlation

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و امید به آینده برحسب مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک	سطوح	سلامت مذهبی	سلامت وجودی	سلامت معنوی	تفکر عاملی	تفکر راهبردی	امید به آینده
معاونت	بهداشت	۵۲/۲۸ ± ۷/۳۸	۴۵/۱۳ ± ۹/۸۴	۹۷/۴۰ ± ۱۶/۴۴	۱۵/۵۵ ± ۲/۶۶	۱۵/۶۲ ± ۲/۴۰	۴۳/۴۵ ± ۵/۹۹
	توسعه منابع	۴۵/۸۴ ± ۱۰/۲۶	۳۹/۵۶ ± ۹/۴۵	۸۵/۴۰ ± ۱۷/۳۷	۱۴/۸۴ ± ۲/۲۷	۱۴/۲۶ ± ۲/۶۹	۴۰/۳۰ ± ۵/۶۶
	درمان و ستاد هدایت	۴۹/۱۲ ± ۷/۷۹	۴۴/۱۴ ± ۷/۸۵	۹۳/۲۶ ± ۱۴/۱۵	۱۵/۱۶ ± ۲/۷۵	۱۴/۸۶ ± ۴/۶۲	۴۲/۰۰ ± ۶/۰۲
	غذا و دارو	۴۴/۵۴ ± ۱۱/۵۲	۴۰/۴۰ ± ۸/۶۶	۸۴/۹۴ ± ۱۸/۳۱	۱۴/۶۳ ± ۲/۸۷	۱۴/۵۷ ± ۲/۸۶	۴۰/۷۷ ± ۷/۰۳
	دانشجویی و فرهنگی	۵۳/۰۸ ± ۶/۱۴	۴۷/۰۰ ± ۶/۸۳	۱۰۰/۰۸ ± ۱۲/۲۶	۱۵/۲۸ ± ۳/۷۱	۱۵/۱۲ ± ۳/۴۸	۴۲/۷۶ ± ۷/۸۱
	آموزشی	۴۶/۹۰ ± ۱۰/۳۸	۳۷/۷۶ ± ۱۰/۵۷	۸۴/۶۷ ± ۱۹/۶۴	۱۳/۴۸ ± ۳/۲۷	۱۳/۷۶ ± ۳/۱۳	۳۸/۲۹ ± ۷/۷۸
	تحقیقات و فناوری	۴۷/۶۸ ± ۶/۶۳	۴۲/۸۴ ± ۹/۱۱	۹۰/۵۳ ± ۱۴/۶۶	۱۶/۸۴ ± ۹/۸۱	۱۴/۵۳ ± ۲/۲۰	۴۲/۹۵ ± ۱۱/۰۱
	P-Value**	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۸۷	۰/۱۴۷	۰/۰۶۱
	زن	۴۹/۱۳ ± ۸/۳۱	۴۳/۱۸ ± ۸/۶۳	۹۲/۳۰ ± ۱۵/۴۸	۱۵/۳۵ ± ۴/۱۵	۱۴/۷۹ ± ۲/۵۴	۴۲/۰۲ ± ۶/۹۱
	مرد	۴۷/۶۱ ± ۱۰/۴۲	۴۱/۷۵ ± ۱۰/۰۷	۸۹/۳۷ ± ۱۸/۸۶	۱۴/۶۸ ± ۳/۰۵	۱۴/۷۰ ± ۳/۰۹	۴۰/۹۶ ± ۷/۰۰
جنسیت	P-Value*	۰/۵۱۶	۰/۲۸۶	۰/۲۷۹	۰/۳۵۳	۰/۹۳۳	۰/۳۵۶
	کارشناسی و پایین‌تر	۴۹/۴۹ ± ۸/۲۷	۴۲/۸۸ ± ۹/۰۵	۹۲/۳۷ ± ۱۵/۶۸	۱۴/۷۰ ± ۳/۱۱	۱۴/۷۳ ± ۲/۸۶	۴۱/۲۴ ± ۶/۶۲
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۴۷/۷۳ ± ۹/۸۷	۴۲/۴۲ ± ۹/۳۸	۹۰/۱۵ ± ۱۷/۸۴	۱۵/۴۴ ± ۴/۲۶	۱۴/۷۸ ± ۲/۶۷	۴۱/۹۵ ± ۷/۲۳
	P-Value*	۰/۲۲۳	۰/۸۶۲	۰/۵۳۴	۰/۳۵۰	۰/۸۴۳	۰/۶۳۷
	مجرد و سایر	۴۷/۹۳ ± ۹/۱۲	۴۲/۲۳ ± ۸/۵۸	۹۰/۲۱ ± ۱۵/۸۰	۱۵/۳۰ ± ۲/۷۴	۱۴/۷۷ ± ۲/۴۹	۴۱/۸۱ ± ۶/۳۴
	متاهل	۴۸/۶۷ ± ۹/۲۱	۴۲/۷۰ ± ۹/۳۵	۹۱/۳۸ ± ۱۷/۱۰	۱۵/۰۶ ± ۳/۹۵	۱۴/۷۵ ± ۲/۸۱	۴۱/۵۸ ± ۷/۰۷
	P-Value*	۰/۴۸۴	۰/۶۶۴	۰/۵۲۶	۰/۴۲۹	۰/۸۵۲	۰/۹۸۴
	رسمی و پیمانی	۴۸/۳۷ ± ۸/۸۴	۴۲/۷۳ ± ۸/۹۰	۹۱/۱۰ ± ۱۶/۳۵	۱۴/۹۶ ± ۲/۷۵	۱۴/۸۳ ± ۲/۸۵	۴۱/۶۰ ± ۶/۵۲
	سایر	۴۸/۸۵ ± ۹/۷۵	۴۲/۴۸ ± ۹/۷۵	۹۱/۳۳ ± ۱۷/۷۹	۱۵/۳۲ ± ۵/۰۵	۱۴/۶۳ ± ۲/۶۰	۴۱/۶۵ ± ۷/۶۵
	P-Value*	۰/۳۷۳	۰/۹۳۲	۰/۶۸۳	۰/۵۷۷	۰/۲۹۴	۰/۶۴۶
وضعیت استخدام	ضعیف	۴۳/۵۹ ± ۱۱/۳۴	۳۶/۲۴ ± ۱۰/۶۷	۷۹/۸۳ ± ۱۹/۲۰	۱۳/۴۸ ± ۳/۶۱	۱۳/۲۴ ± ۳/۱۲	۳۷/۳۱ ± ۷/۶۳
	متوسط	۴۸/۶۵ ± ۸/۹۷	۴۲/۷۶ ± ۸/۸۳	۹۱/۴۱ ± ۱۶/۳۹	۱۵/۲۰ ± ۳/۸۵	۱۴/۸۱ ± ۲/۶۸	۴۱/۸۵ ± ۶/۷۰
	خوب	۵۲/۹۶ ± ۵/۲۴	۴۸/۳۲ ± ۶/۰۴	۱۰۱/۲۹ ± ۹/۸۴	۱۶/۰۰ ± ۲/۹۸	۱۵/۹۳ ± ۲/۲۴	۴۴/۳۶ ± ۶/۲۷
	P-Value**	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	ضریب همبستگی	۰/۰۰۸	۰/۰۰۷	۰/۰۰۹	۰/۰۱۳	۰/۰۰۵	۰/۰۱۲
	P-Value***	۰/۲۱۴	۰/۲۷۲	۰/۱۶۴	۰/۰۳۱	۰/۳۹۶	۰/۰۴۷
	ضریب همبستگی	۰/۰۰۸	۰/۰۱۰	۰/۰۱۱	۰/۰۱۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۹
	P-Value***	۰/۱۸۸	۰/۱۰۲	۰/۰۸۴	۰/۰۵۳	۰/۶۷۰	۰/۱۳۳
	ضریب همبستگی	۰/۱۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲	۰/۰۰۵	۰/۰۰۲
	P-Value***	۰/۰۷۱	۰/۴۸۹	۰/۲۲۸	۰/۷۳۲	۰/۴۲۴	۰/۸۰۰
تعداد فرزندان	P-Value***	۰/۰۷۱	۰/۴۸۹	۰/۲۲۸	۰/۷۳۲	۰/۴۲۴	۰/۸۰۰

*Independent Sample Test, **Oneway ANOVA, ***Pearson Correlation

علوم پزشکی گلستان در حد متوسط ارزیابی شد که با نتایج جهان‌دیده و همکاران، شمسانی و همکاران، Hsiao و همکاران و نجفی و همکاران همخوانی داشت [۲، ۲۲-۲۴]. نتایج مطالعه تقی‌زاده و همکاران، توان و همکاران و ضیاءپور و همکاران نشان

داد که سلامت معنوی مطلوب بود که نسبت به مطالعه حاضر بالاتر بود [۳، ۱۲، ۲۵]. دلیل تفاوت نتایج بین مطالعات بررسی شده با مطالعه حاضر، می‌تواند تفاوت در جامعه پاسخگویان به سئوالات

پرسش‌نامه باشد. به طور مثال، در مطالعه خرمی مارکانی و همکاران نمره سلامت معنوی پرستاران، کارشناسان آزمایشگاه و رادیولوژی، کارکنان ستادی و غیرستادی و پزشکان به ترتیب رتبه‌های اول تا چهارم را به خود اختصاص دادند [۲۶]. می‌توان گفت که پرستاری به طور ذاتی، حرفه‌ای معنوی است و امروزه تاکید بر اهمیت معنویت و مراقبت معنوی در پرستاری بر کسی پوشیده نیست. بنابراین، می‌توان گفت ممکن است دلیل اختلاف در نتایج این مطالعه با سایر پژوهش‌های مطرح شده بدین علت باشد.

طبق نتایج به دست آمده، امید به آینده در کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بالا می‌باشد. نتایج مطالعه عباس‌زاده و همکاران نشان داد که میزان امید به آینده در سطح متوسط به بالا قرار داشت [۱۷]. در مطالعات افراسیابی و همکاران و علی‌زاده اقدام و همکاران نیز امید به آینده متوسط به بالا گزارش گردید [۱۶، ۲۸]. نتایج مطالعه صفری شالی و طوافی و همکاران نشان داد که سطح امید به آینده متوسط رو به بالا ارزیابی شد [۱۵]. در مقابل، در مطالعه قهرمانی و نادى، میانگین امید به آینده به نسبت نمره حداکثری در وضعیت مناسبی نبود و کارکنان انگیزه‌ای برای رسیدن به اهداف آتی خود ندارند [۵]. وجود امید به آینده به عنوان تفکری مثبت که زمینه‌ساز رشد و ترقی فرد می‌باشد، از ضروریات زندگی هر فردی در دنیای پرمخاطره امروزی است. در واقع، آنچه فرد در عمل انجام می‌دهد، تحت تأثیر افکار وی می‌باشد؛ بنابراین انسان‌ها برای پیشبرد اهداف زندگی در عرصه دنیای مادی، نیاز به عناصر ذهنی دارند که به رفتار آن‌ها جهت دهد. در همین راستا، داشتن ذهنی امیدوار نسبت به آینده، بستر پیشرفت و حرکت فرد را فراهم می‌کند. در واقع، حرکت و کنش در زندگی بشر به خودی خود به موفقیت منجر نمی‌شود؛ داشتن ذهنی امیدوار که به فرد نوید پیروزی می‌دهد، در موفق شدن فرد نقش مهمی دارد [۱۷].

بر اساس نتایج مطالعه، سلامت معنوی با امید به آینده در کل و به تفکیک ابعاد ارتباط مستقیم و معناداری داشت. بررسی سایر مطالعات نیز این یافته را تایید می‌کند؛ به طوری که نتایج مطالعه

عباس‌زاده و همکاران نشان داد که دین‌داری با امید به آینده و ابعاد آن (تفکر راهبردی، تفکر عاملی) رابطه مثبت و معناداری دارد، یعنی با افزایش میزان دین‌داری، میزان امید به آینده در بین افراد مورد مطالعه افزایش می‌یابد و برعکس [۱۷]. مقادیر رگرسیونی مدل حاصل از نتایج مطالعه فرخ نژاد کشکی و همکاران نشان داد که دین‌داری به میزان ۰/۲۰ در امید به آینده حاشیه‌نشینان شهر تبریز تأثیر دارد و بنا به مثبت بودن مقدار ضریب، هرچه میزان دین‌داری بیشتر، میزان امید به آینده حاشیه‌نشینان نیز بیشتر می‌شود [۲۸]. نتایج مطالعه دهقانی و همکاران نشان داد که بین سلامت معنوی و شادکامی کارکنان ستادی دانشگاه سمنان ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت. به طوری که هر قدر که سلامت معنوی کارکنان ستادی بیشتر باشد، شادکامی آن‌ها نیز بیشتر می‌شود [۱۸]. نتایج مطالعه قهرمانی و نادى نشان داد که بین مؤلفه‌های بهزیستی وجودی با امید به آینده، انگیزه پرستش و سازگاری با امید به آینده رابطه معناداری وجود داشت [۵]. همچنین، نتایج پژوهش Sung نشان داد که بین سلامت معنوی و امید ارتباط معناداری وجود دارد و ترویج سلامت معنوی و افزایش امید می‌تواند نقش مؤثری بر سلامت روان افراد داشته باشد [۲۹]. در مطالعه‌ای که یعقوب‌زاده و همکاران در رابطه با ارتباط بین سلامت معنوی و امیدواری بر روی بیماران قلبی-عروقی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که بین سلامت معنوی با امیدواری رابطه مستقیم وجود دارد [۳۰]. مطالعه افشانی و همکاران نشان داد که بین دین‌داری دانشجویان با امید به آینده رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد که همراستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد [۳۱]. بنابراین، بین سلامت معنوی با امیدواری و خوش‌بینی در افرادی که در شرایط و موقعیت‌های مختلف قرار دارند، ارتباط مثبت وجود دارد. امیدواری افراد را قادر می‌سازد که اهدافی واقعی، قابل دسترس و قابل پیش‌بینی را برای خود مشخص سازند و با تلاش، رغبت و استعدادی که از خود نشان می‌دهند، در جهت رسیدن به آن‌ها تلاش کنند [۱۴]. امیدواری یکی از پیامدهای سلامت عمومی و روانی انسان است. در صورتی

که اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی نیز در نظر گرفته شود، می‌توان اذعان کرد که انگیزه پرستش خداوند و سازگاری با آنچه خواست معبود متعال است، ارتباطی بنیادین دارد. در قرآن کریم نیز خداوند مؤمنانی را که شاخص‌های پرستش و سلامت را دارا هستند، به عنوان انسان‌های امیدوار معرفی می‌کند. افراد امیدوار انگیزه پرستش بالاتری دارند و حتی در هنگام عبادت نیز این امید به آینده را در قالب عبارات خود ابراز می‌دارند [۵]. مظفری نیا و همکاران در مطالعه خود در سال ۱۳۹۲، ضریب همبستگی بین سلامت معنوی با شادکامی را ۶۲ درصد گزارش نمودند و بیان داشتند که تمامی ابعاد سلامت معنوی با شادکامی ارتباط معنادار دارند [۳۲]. نتایج مطالعه یارمحمدی و همکاران نشان داد که افزایش سلامت معنوی مراقبین سالمندان مراکز سالمندی موجب افزایش شادکامی و رضایت شغلی آنان می‌گردد [۳۳]. از آن‌جا که وجود امید نسبت به آینده و انگیزه مثبت از جمله عوامل تاثیرگذار بر شادکامی هستند، نتایج این مطالعات می‌تواند با مطالعه حاضر همسو باشد. نتایج مطالعه Mickley و Soeken نشان داد که تفاوت‌های فرهنگی، در نتایج ارتباط بین سلامت معنوی و امید تاثیرگذار است [۳۴]. مطالعه Vellone و همکاران ارتباط معناداری بین امید و انجام اعمال مذهبی مانند نمازخواندن نشان نداد؛ اما در مطالعه Penrod و Morse و Li و Chang آن‌هایی که خودشان را مذهبی می‌دانستند، در مقایسه با آن‌هایی که خودشان را مذهبی نمی‌دانستند، امتیازات بالاتری داشتند [۳۵-۳۷].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سلامت معنوی در افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف پایین‌تر از افراد با وضعیت اقتصادی متوسط و خوب بود و همچنین سلامت معنوی افراد با وضعیت اقتصادی متوسط کمتر از افراد با وضعیت اقتصادی خوب گزارش شد. در همین راستا، مطالعه رحمتی و همکاران نیز نشان داد که بین درآمد کارکنان و سلامت معنوی رابطه معناداری وجود دارد، به‌طوری که کارکنان با درآمد بالاتر از سلامت معنوی بیشتری برخوردار بودند [۲]. نتایج مطالعه صفا و مرادی نیز حاکی از آن

است که افراد با وضعیت اقتصادی مطلوب، سلامت معنوی بالاتری دارند [۳۸]. با این حال، یافته‌های مطالعه ایلالی و همکاران ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و وضعیت اقتصادی نشان نداد [۳۹]. از منظر آموزه‌های قرآنی نیز اقتصاد به معنای مدیریت تولید، توزیع و مصرف ثروت و دانش، دخل و خرج و هزینه، جایگاهی اساسی دارد؛ چرا که اقتصاد و ثروت، عامل قوام جامعه به شمار می‌آید [۴۰]. علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر نشان داد با افزایش سن کارکنان، امید به آینده کاهش می‌یابد. یافته‌های Pinquart نیز این نتیجه را تأیید می‌کند؛ به گونه‌ای که با افزایش سن، تفکرات منفی افزایش یافته و جایگزین تفکرات مثبت می‌شوند و در نتیجه امید به آینده کاهش می‌یابد [۴۱].

این مطالعه علی‌رغم دستیابی به نتایج مذکور، محدودیت‌هایی نیز داشت. موضوع مورد بحث موضوعی نو در حوزه سلامت بوده و با کمبود متون علمی پیشین مواجه است. مطالعه مقطعی که با قاطعیت زیاد نمی‌توان در مورد عوامل مؤثر تصمیم گرفت. در این راستا نتایج این مطالعه می‌تواند پایه‌ای برای مطالعات مداخله‌ای آینده باشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از پرسش‌نامه مبتنی بر خوداظهاری بود؛ چرا که احتمال داشت برخی کارکنان به دلیل نگرانی از پیامدهای احتمالی، پاسخ‌های صادقانه ارائه ندهند. در این راستا، ضمن آموزش به پاسخگویان، بر بی‌نام بودن و محرمانه ماندن پرسش‌نامه‌ها تأکید شد. همچنین، پاسخ‌گویی در شرایط کاری می‌توانست بر دقت مشارکت کنندگان تأثیر بگذارد. برای کاهش این مشکل از پاسخگویان خواسته شد در زمان‌هایی که مراجعه‌کننده ندارند و با آرامش و صرف وقت کافی، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به تفاوت‌های فردی و حالات روحی پاسخگویان در زمان تکمیل پرسش‌نامه و نیز تغییر مداوم عوامل محیطی و فرهنگی اشاره کرد که کنترل آن‌ها برای پژوهشگر امکان‌پذیر نبود. با توجه به یافته‌های این پژوهش، انجام مطالعات مشابه بر روی سایر کارکنان حوزه بهداشت و درمان دانشگاه توصیه می‌شود. همچنین، طراحی

مشارکت نویسندگان

محمدجواد کبیر: طراحی مطالعه، تأیید نسخه نهایی مقاله
علیرضا حیدری: نوشتن نسخه اول مقاله، تأیید نسخه نهایی مقاله
امیر عرب احمدی: جمع‌آوری داده‌ها، تأیید نسخه نهایی مقاله
زهرا خطیرنامنی: آنالیز و تفسیر داده‌ها، تأیید نسخه نهایی مقاله

حمایت مالی

این طرح حامی مالی نداشته است.

دسترسی داده‌ها

دسترسی به داده‌ها در صورت امکا++ن، از طریق ارتباط با نویسنده مسئول امکان پذیر است.

مداخلاتی با هدف ارتقای سلامت معنوی و بهبود امید و انجام مطالعات مداخله‌ای برای بررسی اثربخشی این برنامه‌ها پیشنهاد می‌گردد. نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی کارکنان ستادی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سطح متوسط و امید به آینده آن‌ها بالا است. ارتباط مثبت و معنادار بین سلامت معنوی و امید به آینده تأکید می‌کند که ارتقای سلامت معنوی می‌تواند به افزایش امید در کارکنان کمک کند. با توجه به تأثیر وضعیت اقتصادی و سن بر این متغیرها، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های مداخله‌ای برای ارتقای سلامت معنوی و بهبود شرایط شغلی و اقتصادی کارکنان طراحی و اجرا گردد.

قدردانی

این طرح به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه (IR.GOUMS.REC.1401.405) رسیده است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی گلستان و کلیه کارکنان شرکت‌کننده در مطالعه که صمیمانه در این مطالعه شرکت کردند، اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Damari B, Zeinalou AA, Emami Razavi SH, Salarianzadeh H, Vossogh Moghaddam A, Heidari AR. Executive instruction for establishment of spiritual health services in Iranian hospitals. Q J Med Ethics. 2020;13(45):e18.
2. Rahmati Najarkolaei F, Haghighi M, Babaei Heydarabadi A, Ansarian A, Mesri M. investigation of spiritual health in staff of one Medical Sciences University in Tehran. Res Relig Health. 2015;1(1):13-20.
3. Ziapour A, GhaderiA, Vafapoor H, Yazdani V, Saeidi Sh, Zangeneh AR. Relationship between the subscales of mental health and spiritual health in staff of Kermanshah University of Medical Sciences in 2016. J Res Relig Health. 2018;4(3):34-44.
4. Heidari A, Hajei A, Bolhari J, Damari B. A plan for

- spiritual health services in Iranian hospitals. *J Med Spirit Cult*. 2018;27(1):56-66.
5. Ghahremani N, Nadi M. Relationship between religious/spiritual components, mental health and hope for the future in hospital staff of Shiraz Public Hospitals. *IJN*. 2012;25(79):1-11.
6. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a package for the provision of spiritual services in healthcare centres in Iran. *Ment Health Relig Cult*. 2021;24(1):37-51.
7. Shahbazi Rad A, Ghazanfari F, Abbasi M, Mohammadi F. The role of psychological hardiness and spiritual health in predict of quality of life in students of Kermanshah University of Medical Sciences. *J Educ Community Health*. 2015;2(2):20-7.
8. Shirkavand L, Abbaszadeh A, Borhani F, Momenyan S. Correlation between spiritual wellbeing with satisfaction with life and death anxiety among elderlies suffering from cancer. *Electron J Gen Med*. 2018;15(3):em20.
9. Hassan J, Sheykhani R, Mahmoodzadeh A, Nikroo M. The role of spiritual well-being and coping strategies in risky behaviours of adolescents. *Thoughts Behav Clin Psychol*. 2014;9(33):17-26.
10. Ghaempanah Z, Memaryan N, Kochakzadeh M, Atoofi MK, Ebrahim AFM. Spiritual interventions for preventing HIV/AIDS in Iran. *J Adv Pharm Technol Res*. 2018;9(3):94-101.
11. Dutkova K, Holubcikova J, Kravcova M, Babincak P, Tavel P, Geckova AM. Is spiritual well-being among adolescents associated with a lower level of bullying behaviour? The mediating effect of perceived bullying behaviour of peers. *J Relig Health*. 2017;56(6):2212-21.
12. Tavan H, Khalafzadeh A, Jamshidbeygi Y, Shojae S, Kokhazadeh T. Spiritual health nurses working in hospitals and critical care departments of Ilam city in 2015. *J Res Relig Health*. 2016;2(3):46-53.
13. Doolittle BR, Farrell M. The association between spirituality and depression in an urban clinic. *Prim Care Companion J Clin Psychiatr*. 2004;6(3):114.
14. Najafi S, Davarinia Motlagh Ghoochan A, Akbari J, Moradi A, Rezvani S, Ebrahimi N. The Relationship between spiritual health with hope for career future of students of Gonabad University of Medical Sciences in 2017. *IJNR*. 2019;14(2):52-58.
15. Safarishali R, Tavafi P. Assessing the hope for the future and its effective factors among the citizens of Tehran. *Social Dev Welfare Plan*. 2019;9(35):117-57.
16. Afrasiabi H, Khoobyari F, Ghodrati S, Dashtizad S. A study on social factors affected youth hope to future (case study: university students in Yazd). *Strategic studies on youth and sports* 2016;15(31):75-88.
17. Abbaszadeh M, Alizadeh Aghdam M B, Dolati A, Mousavi A. Studying the role of piety in increasing the hope for future among citizens of Azarshahr, Iran. *JRH*. 2016;4(1):47-56.
18. Doolittle BR, Farrell M. The association between spirituality and depression in an urban clinic. *Prim Care Companion J Clin Psychiatr*. 2004;6(3):114.
19. Dehghani E, Nejat S, Yaseri M. The Correlation between spiritual well-being and happiness in the administrative staff of Semnan University of Medical Sciences. *JRH*. 2016;3(2):9-18.
20. Tavassoli N, Darvishpour A, Mansour-Ghanaei R, Atrkarroushan Z. A correlational study of hope and its relationship with spiritual health on hemodialysis patients. *J Edu Health Promot*. 2019;8:146.
21. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982;1(1):224-37.
22. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Personal Social Psychol*. 1991;60(4):570-85.
23. Jahandideh S, Zare A, Kendall E, Jahandideh M. Nurses' spiritual well-being and patients' spiritual care in Iran. *COJ Nurse Healthcare*. 2018;1(3):1-5.
24. Shamsaei M, Maleki A. Investigating the effect of spiritual health and spiritual intelligence on the quality of life in medical students. *Health Spirit Med Ethics*. 2025;12(1):55-64.
25. Hsiao YC, Chiang HY, Chien LY. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Educ Today*. 2010;30(5):386-92.
26. Taghizadeganazadeh M, Shadfard Z, Montaseri M, Zahedinia F, Karami Z, Pishgar Z. Spiritual health in nurses, nursing faculties, and nursing students of Jahrom University of Medical Sciences, Iran. *IJN*. 2020;33(126):16-27.
27. Khorami Markani A, Mokhtari L, Habibpour Z, Ghafari S, Zeinali E, Sakhaei S et al. The role of spiritual health on health system staffs' job satisfaction. *Nurs Midwif J*. 2017;15(5):329-38.
28. Alizadeh Aghdam M. A study of hope in the future among students and its affecting factors. *J Appl Sociol*. 2012;23(4):189-206.
29. Farokhnezhad Koshki D, Mohammadi A,

- Haghighatian M. Effective sociological factors on the hope for the future among marginal residents of Tabriz. *Urban Sociol Stud*. 2019;8(29):81-108.
30. Sung MS, Kim CN. A correlation study on spiritual well-being, hope and perceived health status of the elderly. *J Kor Commun Nurs*. 1999;10(1):53-69.
 31. Yaghoobzadeh A, Soleimani MA, Allen KA, Chan YH, Herth KA. Relationship between spiritual well-being and hope in patients with cardiovascular disease. *J Relig Health*. 2018;57(3):938-50.
 32. Afshani A, Jafari Z. The relationship between religiosity and hope to the future among students of Yazd University. *Sci J Manag Sys*. 2016;6(19):191-210.
 33. Mozaffarinia F, Shokravi FA, Hydarnia A. Relationship between spiritual health and happiness of students. *J Health Educ Health Promot*. 2014; 2(2):97-108.
 34. Yarmohammadi S, Makarem A, Hosseini M, Bakhshi E, Bakhtyari V. The relationship between spiritual health, happiness and job satisfaction among elderly caregivers at nursing homes of Tehran. *J Geriatric Nurs*. 2016;2(2):9-24.
 35. Mickley J, Soeken K. Religiousness and hope in Hispanic- and Anglo-American women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1993;20(8):1171-7
 36. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs*. 2006;29(5):356-66.
 37. Penrod J, Morse JM. Strategies for assessing and fostering hope: the hope assessment guide. *Oncol Nurs Forum*. 1997;24(6):1055-63.
 38. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health*. 1997;87(6):957-61.
 39. Safa A, Moradi T. Assessment the status of spiritual health and related factors in elderly patients admitted to governmental hospitals in Kashan in 2018. *JOGE*. 2020;5(3):29-35.
 40. Ilali ES, Taraghi Z, Yazdani J, Golmohammadi M, Savasar R, Mosavi Jarrahi A. The relationship between praying and spiritual health among Iranian older people with cerebrovascular accidents. *Iran J Age*. 2016;11(3):424-31.
 41. Holy Quran. Surah An-Nisa (4):5.
 42. Pinquart M. Age differences in perceived positive affect, negative affect and affect balance in middle and old age. *J Happiness Stud*. 2001;2(4):375-405.