

ارتباط سلامت معنوی و بروز افکار خودکشی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۳

ندا رحیمی^{۱*}، زهرا اسداللهی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۱۲

خلاصه

مقدمه: سلامت معنوی نقش مهمی در کاهش اختلالات روحی و روانی دارد و امروزه مورد توجه بسیاری از روانشناسان دینی قرار گرفته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی و بروز افکار خودکشی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، جامعه پژوهش شامل ۳۱۴ نفر از دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۳ بود که به صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه سلامت معنوی پولتیزین و الیسون و بروز افکار خودکشی بک بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t-test، دو نمونه‌ای و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که سلامت معنوی در حد متوسط و افکار خودکشی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی به ترتیب در حد متوسط و کم بود و میان سلامت معنوی و میزان بروز افکار خودکشی همبستگی منفی یافت شد ($p < 0/0001$). هم‌چنین متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه‌ی مصرف دارو و مقطع تحصیلی بر نمره‌ی سلامت معنوی تأثیرگذار بودند ($p = 0/05$). دانشجویانی که سابقه‌ی مصرف دارو و اضطراب داشتند از افکار خودکشی بالاتری برخوردار بودند و این اختلافات از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه اینکه سلامت معنوی منجر به کاهش بروز افکار خودکشی می‌شود. این نتایج اهمیت پرداختن به موضوع معنویت در بین دانشجویان پرستاری و مامایی را نشان می‌دهد و لازم است برای ارتقای سطح معنویت دانشجویان برنامه‌ریزی‌های لازم صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، افکار خودکشی، دانشجویان

۱ - مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: neda.rahimi90@yahoo.com، تلفن: ۰۳۴۳۴۲۵۶۹۶۱

۲ - مربی، گروه آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

مقدمه

بعد معنوی سلامت یکی از ابعاد سلامتی است که برخی صاحب‌نظران معتقدند توجه جدی به این بعد بسیار ضروری است. بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌توانند عملکرد درستی داشته یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود [۱]. به طور کلی، سلامت معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود [۲]. سلامت معنوی تجربه معنوی در دو چشم‌انداز مختلف است: ۱- چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی خود هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند متمرکز است. ۲- چشم‌انداز سلامت وجودی که در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود، جامعه یا محیط، بحث می‌کند [۳]. به عبارت دیگر سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند و نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند. وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود [۲]. زیرا سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می‌کند و تأثیر مثبتی در ارتقا سلامت ذهنی و کاهش اختلالات ذهنی مانند افسردگی، افزایش اعتماد به نفس و کنترل خود دارد و راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات به حساب می‌آید [۴] به گونه‌ای که می‌تواند سازگاری با مشکلات و هماهنگی ساختارهای درونی بدن را ارتقا بخشد [۵]. به همین علت می‌توان گفت سلامت معنوی می‌تواند اثری مثبت بر سلامت روانی و جسمی داشته باشد [۶]. از طرفی، آموزش به‌خصوص در حرفه‌های علوم پزشکی که با جان انسان‌ها سروکار دارند، تجربه‌ای پرسترس است [۷]. در نتیجه عواملی چون تجارب تحقیق‌آمیز، محیط آموزشی، تجربیات بالینی، احساسات ناخوشایند، مشاهده مرگ و میر بیماران، مشاهده درد و رنج مردم، ترس از اشتباه در بالین بیمار، برخورد با انواع بیماری‌های خطرناک و واگیر، تذکر مربی در حضور بیمار و

ارتباط با پرسنل بیمارستان از عوامل استرس‌زایی است که دانشجویان علوم پزشکی بالاخص پرستاری و مامایی و فوریت پزشکی در طول دوران تحصیل با آن‌ها دست‌وپنجه‌نرم می‌کنند [۸]. از سوی دیگر دسترسی سریع‌تر به داروها و آگاهی بیشتر به اثرات و عوارض برخی داروها و مواد مخدر، پرسترس بودن محیط کاری و حتی اکراه داشتن از به‌کار بردن درمان‌های دارویی مناسب جهت افسردگی یا سایر اختلالات روانی، این‌گروه را جهت ابتلا به خودکشی آسیب‌پذیرتر کرده است [۹]. دانشجویان در رویارویی با استرس و اضطراب ممکن است پاسخ‌های ناسازگاری مانند روی آوردن به سیگار، سوءمصرف الکل و داروها و نیز مواد مخدر و اقدام به خودکشی از خود بروز دهند [۱۰].

خودکشی دهمین عامل مرگ در جهان است. حدود یک میلیون نفر سالانه بر اثر خودکشی می‌میرند. در جدیدترین مطالعه شیوع‌شناسی خودکشی و رفتارهای مرتبط با آن در ایتالیا، افکار خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی و اقدام به خودکشی در طول زندگی، به ترتیب، ۷٪، ۵٪ و ۵٪ درصد گزارش شده است و نیاز به بررسی و تحلیل در این موضوع احساس می‌شود [۱۱]. همچنین، رفتار خودکشی یکی از مشکلات جدی سلامت عمومی است و اقدام به خودکشی به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روانی افراد جامعه محسوب می‌گردد [۱۲]. آمار نیز نشان داده خودکشی در دانشجویان، دومین علت مرگ و میر پس از تصادفات می‌باشد. در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲، ۴۳۹۰ دانشجویان در ایالت متحده دست به خودکشی زده‌اند. مطابق با آمار دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری در ایران در فاصله سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۷۷، ۲۹۲ مورد خودکشی در بین دانشجویان وزارت مذکور گزارش شده که از این میان ۲۵ مورد (۶/۸٪) خودکشی کامل بوده است. Wang نیز در مطالعه خود میزان بروز افکار خودکشی را در میان دانشجویان چینی در سطح بالا گزارش نمود [۱۳]. با توجه به موارد مذکور و یافت نشدن اطلاعات مدونی از میزان شیوع افکار خودکشی در گروه مذکور در ایران نیافتیم و از سوی دیگر، اهمیت داشتن این اطلاعات جهت برنامه‌ریزی‌های مربوط به پیشگیری از خودکشی برای مدیران، برنامه‌ریزان و حتی

اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته‌ی گذشته تهیه شده است. بر اساس تحلیل عامل با بیماران روان‌پزشکی آشکار شد که مقیاس افکار خودکشی بک ترکیبی از سه عامل می‌باشد، تمایل به مرگ (۵ سؤال)، آمادگی برای خودکشی (۷ سؤال) و تمایل به خودکشی واقعی (۴ سؤال). ۲ سؤال به بازدارنده‌هایی برای خودکشی و یا کتمان خودکشی مربوط می‌شوند که در هیچ‌یک از سه عامل فوق محاسبه نشده‌اند. این مقیاس دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون-باز آزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است. در پژوهش Anisi و همکاران بر روی ۱۰۰ نفر آزمودنی مذکر با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال اعتبار و روایی این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دو نیمه ۰/۷۵ به دست آمده است. بنابراین اعتبار درونی، اعتبار آزمون-باز آزمون و روایی هم‌زمان در این مقیاس وجود دارد [۱۸]. افراد به‌صورت آگاهانه و اختیاری پس از اخذ رضایت نامه شخصی و توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش وارد مطالعه شدند. پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و این اطمینان هم به دانشجویان داده شد که از اطلاعات افراد پاسخ‌دهنده تنها در راستای اهداف پژوهش استفاده خواهد شد. اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS تحت نسخه ۲۰ مورد تحلیل قرار گرفتند. داده‌های کمی به صورت انحراف معیار \pm میانگین و داده‌های کیفی به صورت تعداد (درصد) گزارش شدند. جهت بررسی ارتباط متغیرهای کمی و کیفی، از آزمون t-test دو نمونه‌ای و جهت بررسی ارتباط متغیرهای کمی با هم از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۳۱۴ دانشجوی پرستاری و مامایی تنها ۲۳۳ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. توزیع فراوانی ۲۳۳ دانشجو بر اساس متغیر جنس ۱۴۷ نفر (۶۳/۴٪) زن، ۸۶ نفر (۳۶/۶٪) مرد بود. میانگین سنی دانشجویان در این مطالعه $3/67 \pm$

مربیان، مطالعه حاضر طراحی گردید [۱۲]. از طرف دیگر با توجه به اینکه اعتقادات قوی دینی، معنوی و باورهای مذهبی تأثیر زیادی بر جنبه‌های مختلف سلامت روانی دارد. [۱۷-۱۴] و نیز کمبود مطالعه در زمینه بروز افکار خودکشی وجود دارد و هم چنین به علت تازگی موضوع سلامت معنوی، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و بروز افکار خودکشی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۳ انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان پرستاری و مامایی و فوریت پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۳ به تعداد ۳۱۴ نفر (۱۴۰ نفر دانشجوی پرستاری، ۱۳۱ نفر دانشجوی مامایی و ۴۳ دانشجوی فوریت پزشکی) بود. در این مطالعه از روش سرشماری استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه زیر استفاده گردید که توسط پژوهش‌گر در کلاس‌های درسی توزیع و جمع‌آوری گردید:

۱- پرسشنامه سلامت معنوی Palutzian and Elison (۱۹۸۲) که قبلاً در مطالعات Askari, Farahaninia Mostafazadeh, Assarroudi مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره به دست آمده بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی شده است. [۲]

۲- مقیاس افکار خودکشی بک که یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی می‌باشد. این پرسشنامه به‌منظور آشکارسازی و

دانشجویان (۰/۱۱/۲) دارای سابقه‌ی استرس و ۱۹ نفر (۰/۸/۲) دارای سابقه‌ی مصرف دارو بودند. شیوع بروز افکار خودکشی و سلامت معنوی بر اساس تقسیم‌بندی نمرات در جدول ۱ نشان داده شده است.

۲۱/۹۷ سال (حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۴ سال) بود. ۱۷۴ نفر (۰/۷۴/۷) مجرد و ۵۹ نفر (۰/۲۵/۳) متأهل بودند. ۱۹۳ نفر (۰/۸۲/۸) از دانشجویان در مقطع کارشناسی و ۴۰ نفر (۰/۱۷/۲) در مقطع کاردانی در حال تحصیل بودند. ۳۰ نفر (۰/۱۲/۹) از دانشجویان دارای سابقه‌ی بیماری، ۲۶ نفر از

جدول ۱- شیوع بروز افکار خودکشی و سلامت معنوی بر اساس تقسیم‌بندی نمرات در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

متغیرها	طبقه‌بندی	تعداد (درصد %)	فاصله اطمینان ۹۵٪
بروز افکار خودکشی	داشتن افکار خودکشی	۱۹۶ (۰/۸۵/۶)	۸۱/۰-۹۰/۱
	آمادگی جهت خودکشی	۲۹ (۰/۱۲/۷)	۸/۴-۱۶/۹
	قصد اقدام به خودکشی	۴ (۰/۱/۷)	۰/۰۵-۳/۳
سلامت معنوی	پایین	۱ (۰/۴)	۰-۱/۲
	متوسط	۱۱۵ (۴۹/۴)	۴۲/۹-۵۵/۸
	بالا	۸۵ (۳۶/۵)	۳۰/۳-۴۲/۶

($p=0/05$). به طور کلی نیز متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه‌ی مصرف دارو و مقطع تحصیلی بر نمره‌ی سلامت معنوی تأثیرگذار بود ($p=0/05$). پرسشنامه سلامت معنوی بر اساس متغیرهای سابقه‌ی بیماری و سابقه‌ی اضطراب در هیچ کدام از ابعاد اختلاف معنی‌دار نداشت ($p=0/05$) همچنین دانشجویانی که سابقه‌ی مصرف دارو و اضطراب داشتند از افکار خودکشی بالاتری برخوردار بودند و این اختلافات از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p<0/05$). (جدول ۲)

در بعد سلامت مذهبی دانشجویان پسر، دانشجویان متأهل، دانشجویانی که سابقه‌ی مصرف دارو نداشتند و دانشجویان کاردانی از میانگین نمره‌ی بالاتری برخوردار بودند و این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p=0/05$). در بعد سلامت وجودی تنها اختلاف نمره‌ی متأهل‌ها از مجردها از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p=0/021$). در بعد سلامت وجودی هر چند دانشجویان پسر، دانشجویانی که سابقه‌ی مصرف دارو نداشتند و دانشجویان کاردانی از میانگین نمره‌ی بالاتری برخوردار بودند اما این اختلافات از لحاظ آماری معنی‌دار نبود

جدول ۲- مقایسه میانگین ابعاد پرسشنامه‌ی سلامت معنوی و بروز افکار خودکشی بر اساس متغیرها (آزمون t-test دو نمونه‌ای)

ابعاد	متغیرها	طبقه‌ها	انحراف معیار \pm میانگین	p
سلامت مذهبی	جنسیت	زن	$46/65 \pm 9/26$	* $0/005$
		مرد	$50/07 \pm 7/14$	
	وضعیت تأهل	مجرد	$47/08 \pm 7/81$	$0/027$
		متأهل	$50/05 \pm 10/59$	
سلامت وجودی	سابقه‌ی مصرف دارو	دارد	$42/61 \pm 10/50$	* $0/006$
		ندارد	$48/43 \pm 8/34$	
	مقطع تحصیلی	کارشناسی	$47/13 \pm 8/95$	* $0/008$
		کاردانی	$51/36 \pm 6/35$	
سلامت معنوی	جنسیت	زن	$45/79 \pm 8/51$	$0/289$
		مرد	$47/11 \pm 9/20$	
	وضعیت تأهل	مجرد	$45/48 \pm 8/69$	* $0/021$
		متأهل	$48/63 \pm 8/66$	
سابقه‌ی مصرف دارو	دارد	$43/33 \pm 8/98$	$0/131$	
	ندارد	$46/60 \pm 8/73$		
سلامت معنوی	مقطع تحصیلی	کارشناسی	$45/89 \pm 8/63$	$0/146$
		کاردانی	$48/25 \pm 9/23$	
	جنسیت	زن	$92/37 \pm 16/30$	* $0/045$
		مرد	$97/09 \pm 15/19$	
وضعیت تأهل	مجرد	$92/76 \pm 15/49$	* $0/049$	
	متأهل	$97/70 \pm 17/03$		
سابقه‌ی مصرف دارو	دارد	$86/76 \pm 18/77$	* $0/044$	
	ندارد	$94/90 \pm 15/59$		

۰/۰۵۰	۹۳/۰۷ ± ۱۶/۱۰ ۹۸/۹۷ ± ۱۴/۷۰	کارشناسی کاردانی	مقطع تحصیلی	بروز افکار خودکشی
۰/۲۹۰	۲/۴۶ ± ۴/۳۷ ۱/۸۵ ± ۳/۷۹	زن مرد	جنسیت	
۰/۶۸۶	۲/۳۱ ± ۳/۹۴ ۲/۰۵ ± ۴/۸۳	مجرد متاهل	وضعیت تأهل	
*۰/۰۰۴	۴/۷۸ ± ۶/۰۵ ۱/۹۶ ± ۳/۸۱	دارد ندارد	سابقه‌ی مصرف دارو	
۰/۰۵۳	۲/۴۱ ± ۴/۴۲ ۱/۴۳ ± ۲/۳۹	کارشناسی کاردانی	مقطع تحصیلی	
*۰/۰۰۷	۴/۳۰ ± ۵/۹۰ ۱/۹۸ ± ۳/۸۳	دارد ندارد	سابقه‌ی اضطراب	
۰/۲۲۱	۳/۱۳ ± ۴/۹۸ ۲/۱۲ ± ۴/۰۴	دارد ندارد	سابقه‌ی بیماری	

نوع آزمون: T مستقل * $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

می‌یابد. همچنین نتایج نشان داد بین متغیرهای بروز افکار خودکشی و سن رابطه‌ی معکوس و جزئی وجود داشت که این رابطه‌ی جزئی نیز از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p = ۰/۶۱۶$). (جدول ۳)

بین متغیرهای سلامت معنوی و بروز افکار خودکشی دانشجویان همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۰۱$). این ضریب همبستگی نشان می‌دهد با افزایش نمره‌ی سلامت معنوی میزان بروز افکار خودکشی کاهش

جدول ۳- بررسی رابطه‌ی بروز افکار خودکشی با سلامت معنوی و سن دانشجویان

سن	سلامت معنوی	ضریب همبستگی
$r = ۰/۰۳۴$ ($p = ۰/۶۱۶$)	$r = ۰/۴۷۰$ ($p < ۰/۰۰۱$)	بروز افکار خودکشی

نوع آزمون: ضریب همبستگی پیرسون

سازگاری با شرایط را نشان می‌دهد در خانم‌ها بیشتر است. شاید دلیل آن نقش‌ها و خصوصیات متفاوت خانم‌ها و سازگاری بیشتر آن‌ها با اصول معنوی باشد [۴]. از طرفی، نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که در میان تمامی متغیرهای سنجیده شده تنها سابقه‌ی مصرف داروهای ضد اضطراب و اضطراب به صورت معنی‌داری با افکار خودکشی مرتبط بود که علت این امر کاملاً محرز است زیرا افکار خودکشی ریشه در اضطراب و مشکلات روحی و روانی فرد دارد.

هم‌چنین، نتایج نشان‌دهنده‌ی وجود همبستگی منفی میان سلامت معنوی و افکار خودکشی بود که با نتایج مطالعه‌ی Unterrainer و همکاران در این زمینه هم‌خوانی دارد زیرا سلامت معنوی و مذهب رابطه‌ی قابل‌توجهی با جنبه‌های مختلف سلامت روانی و شخصیت دارند [۲۳]. Papazisis و همکاران نیز نشان دادند که اعتقاد قوی دینی و معنوی با افسردگی، استرس و اضطراب که می‌تواند زیربنایی به‌منظور بروز افکار خودکشی در دانشجویان باشد،

بحث

نتایج نشان داد که نمرات سلامت معنوی دانشجویان پرستاری، مامایی و فوریت پزشکی در سطح متوسط قرار دارد که با مطالعه‌ی Rrahimi و همکاران، Mostafazadeh و همکاران منطبق می‌باشد [۱۴ و ۱۶]. البته چنین نتایجی برای جامعه ما که مذهبی و متمایل به ارزش‌های معنوی است، قابل انتظار است. افکار خودکشی در میان دانشجویان مورد بررسی در سطح پایین قرار داشت که با مطالعه‌ی Mohammadinia و همکاران، Mousavi و همکاران، Janghorbani و همکاران و مطالعه‌ی Wang و همکاران مغایرت دارد زیرا در این مطالعات شیوع افکار خودکشی بالا گزارش شده است که علت آن شاید جامعه آماری متفاوت باشد [۲۱ و ۲۰ و ۱۹ و ۱۷].

هم‌چنین نتایج نشان داد که دانشجویان پسر از سلامت معنوی بالاتری برخوردار هستند که با مطالعه‌ی Rahimi و همکاران، Rahman و همکاران مطابقت ندارد [۲۲، ۱۴]. اما در مطالعه Jafari مشابه با مطالعه حاضر، سلامت وجودی که

افکار خودکشی گردد را کاهش دهند.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

ندارحیمی: اجرای پژوهش، نگارش مقاله، زهرا اسدالهی: آنالیز آماری

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که صمیمانه و با دقت کافی در این مطالعه مشارکت نمودند تقدیر و تشکر می‌شود. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به علت حمایت‌های مالی تشکر و قدردانی می‌شود.

همبستگی منفی دارد [۲۴]. زیرا اعتقادات قوی دینی، معنوی و باورهای مذهبی تأثیر زیادی بر جنبه‌های مختلف سلامت روانی دارد. علاوه بر آن، اکثر مطالعات حاکی از آن بود که سلامت معنوی دانشجویان در سطح متوسطی قرار دارد و سلامت معنوی آن‌ها طی گذراندن یک دوره‌ی تحصیلی هیچ‌گونه تغییری نمی‌یابد و ارتقایی در بعد معنوی آنان طی دوره‌ی آموزش در دانشگاه حاصل نمی‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم تکمیل پرسشنامه توسط برخی از دانشجویان می‌باشد و پیشنهاد می‌شود به علت محدود بودن و جدید بودن مبحث سلامت معنوی و تأثیرات آن بر سایر ابعاد وجودی انسان مطالعات بیشتری در بعد سلامت معنوی و ارتباط آن با بعد روحی و روانی انجام گیرد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان

نتیجه گرفت که لازم است سیاست‌گذاران و مجریان برنامه‌های آموزشی پرستاری و مامایی با فراهم آوردن محتوا و محیط آموزشی مناسب و اتخاذ راهبردها آموزش مؤثر، زمینه ارتقای سلامت معنوی دانشجویان را در طول تحصیل فراهم سازند تا با ارتقای سلامت معنوی دانشجویان سطح اضطراب آنان که می‌تواند زمینه‌ساز سایر مشکلات روحی و روانی و بروز

References

- Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. IJN 2011;24(72):48-56. [Persian]
- Seyedfatemi N, Rezaei M, Givari A, Hoseini F. Pray for the spiritual health of cancer patients. Payesh 2006; 5(4): 295-304. [Persian]
- Habibi A, Savadpour M. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. H CJ 2011; 13(3): 16-20. [Persian]
- Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010;5:1477-81.
- Assarroudi A, Jalilvand M, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). Mod Care J 2012;9(2):156-62. [Persian]
- Abbasiyan L, Abbasi M, Goshky E, Memariani Z. Spiritual health status of science and its role in disease prevention: A pilot study. Medical ethics journal 2010; 4(14): 83-104. [Persian]
- Abazeri F, Abbaszadeh A, Arab M. Stress rate and stressors in nursing students. Strides in Development of Medical Education 2004; 1(1):23-31.[Persian]
- Hayati F, Mahmoodi M. Coping to stress in women with breast cancer referred to hospitals dependent to Tehran Medical Sciences University. Breast Diseases 2008; 1(2):38-43.[Persian]
- Hatami H, Razavi M, Eftekhari H, Majlesi F. Comprehensive of public health. 2nd ed. Tehran: Arjomand publisher; 2006:23. [Persian]
- Rubenstein LK. Physical health and stress in entering dental students. JDE 1989;53(9):545-47.

11. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED. Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001;31(4):367-85.
12. Rezaeia DM, Azadi A, Ahmadi F, Vahedyan A. Preparation of depression, anxiety, stress and quality of life in dormitory. *IJNR* 2006; 2(4, 5):31-8. [Persian]
13. Asadi H, Hossiani RS, Jalili P. Predict suicide risk students based on based on religious beliefs, social coping strategies, and public health. *Applied Psychology* 2013; 4(24):87-101.
14. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual health among nursing and midwifery students at kerman university of medical sciences. *Hayat* 2014;19(4):74-81. [Persian]
15. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives. *IJN* 2006;18(44):7-14. [Persian]
16. Mostafazadeh F, Asadzadeh F. Spiritual health of midwifery students. *H CJ* 2012;14(1): 55-60. [Persian]
17. Mohammadinia N, Rezaei M, Sameizadehtoosi T, Darban F. Assessing suicidal ideation frequency in medical students. *IJNV* 2012;1(1) :83-91. [Persian]
18. Ennis J, Fathi AA, Salimi SH, Ahmadi KH. Evaluation of reliability and validity of the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) in soldiers. *Journal of Military Medicine* 2007: 7(1) (23) : 33 - 7. [Persian]
19. Mousavi S, Malekian A, Keykhaei N, Keykhaei F, Mahmoudi M. Relative frequency of suicidal ideation in students of Isfahan universities in 2005. *Hakim* 2008;11(3):55-9. [Persian]
20. Janghorbani M, Bakhshi S. The prevalence of suicide ideation and factors associated among students of Isfahan University of Medical Sciences, 2013 -2014. *JSKUMS* 2015-2016;17(5):1-12. [Persian]
21. Wang L, He CZ, Yu YM, Qiu XH, Yang XX, Qiao ZX, et al. Associations between impulsivity, aggression, and suicide in Chinese college students. *BMC public health* 2014;14(1):551.
22. Rehman R, Syed S, Hussain M, Shaikh S. Health and Spirituality" walk along" in wellness journey of medical students. *J Pak Med Assoc* 2013;63(4):495-500.
23. Unterrainer H-F, Ladenhauf KH, Moazedi M, Wallner-Liebmann S, Fink A. Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. *Personality and Individual Differences* 2010;49(3):192-7.
24. Papazisis G, Nicolaou P, Tsigas E, Christoforou T, Sapountzi-Krepia D. Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nursing & health sciences* 2014;16(2):232-8.

Relationship between Spiritual well-being and the Outbreak of Suicidal Thoughts among Nursing and Midwifery Students of Rafsanjan University of Medical Sciences, 2015

Rahimi N¹, Asadolahi Z²

1-Instructor, Dept. of Medical surgical, Nursing and midwifery School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran. (Corresponding Author).

Email: nedarahimi90@yahoo.com, Tel: 03434256961

2-Instructor, Dept. of statistics, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Received: 27 August 2016

Accepted: 31 February 2017

Introduction: Spiritual health has an important role in reducing mental disorders. The present study was carried out in order to investigate the association between spiritual well-being and the outbreak of suicidal ideation in the students at the faculty of nursing and midwifery in Rafsanjan University of Medical Sciences.

Material and Methods: In this cross-sectional study, the population consisted of 314 students at the faculty of nursing and midwifery in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2015, who were selected by census method. Data were gathered using the palutzian & Ellison questionnaire of spiritual well-being and Beck questionnaire. The obtained data were then analyzed using the SPSS-version 20 and parametric statistical tests.

Results: Results showed that Spiritual health condition was in the average range and the suicidal thoughts were at moderate to low levels in the nursing and midwifery students respectively. There was a negative correlation between Spiritual health and suicidal thoughts.

Conclusion: Considering the fact that spiritual health decreases suicidal thoughts, the issue of spirituality in nursing and midwifery students is of considerable importance. Therefore, promoting the spirituality of the nursing and midwifery students should be planned along with the educational goals.

Key Word: Spiritual health, Suicidal thoughts, Students

Please cite this article as follows:

Rahimi, N, Asadolahi, Z. Relationship between Spiritual well-being and the Outbreak of Suicidal Thoughts among Nursing and Midwifery Students of Rafsanjan University of Medical Sciences, 2015. *Community Health journal* 2016; 10(3): 28-35.

Funding: personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University approved the Study.