

مقدمه

انسان‌ها در زندگی نیازهای متنوع و متفاوت دارند. یکی از این نیازها، نیازهای معنوی است که معمولاً خود را زمان مواجه به مشکلات، چالش‌ها و بحران‌ها نشان می‌دهد. پژوهشگران نیازهایی همچون نیاز به هدف، معنا و امید در زندگی، نیاز به فراتر رفتن از شرایط موجود، نیاز به تحمل فقدان، نیاز به مذهب، نیاز به همراهی و یاری، نیاز به چشم‌انداز مثبت در زندگی را از جمله نیازهای معنوی می‌دانند (Emblen & Halstead, 1993; Hermann, 2001; Mattes, 2013). در این زمینه، یکی از مسیرهایی که انسان به وسیله آن می‌تواند احساس معناداری، هدفمندی کند، معنویت و مذهب است (Rippentrop & et al, 2006).

غباری بناب معتقد است: معنویت، ارتباط با وجود متعالی، باور به غیب، باور به رشد و بالندگی انسان در راستای گذشتن از پیچ و خم‌های زندگی و تنظیم زندگی شخصی بر مبنای ارتباط با وجود متعالی و درک حضور دائمی وجود متعالی در هستی است (غباری بناب، ۱۳۸۶). از سوی دیگر، معنویت دارای یک ساختار چندبعدی است که برخی مؤلفه‌های آن شامل بعد روحانی یا فرامادی، معنا و هدف در زندگی، داشتن رسالت در زندگی و نوع‌دوستی است (شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۷، ص ۲۷).

کونیگ و همکاران معتقدند که معنویت، جست‌وجو برای فهم پاسخ‌هایی است که به بنیاد هستی و زندگی ارتباط پیدا می‌کند. یافتن پاسخ‌هایی که در مورد معنای زندگی است. از همه مهم‌تر، شامل ارتباط درونی با ماورای هستی و با خداوند متعال است. احتمال دارد رسیدن به معنویت در اثر تمرینات مذهبی تسهیل گردد (Koenig & et al, 2001, p. 514-518). یکی از کارکردهای باورهای معنوی و معنویت، کمک به افراد زمان مواجهه با شرایط بحرانی است. ایمان و معنویت از عوامل مؤثر بر سازگاری برای کاهش شرایط تنش‌زا به‌شمار می‌روند و توانایی بیشتر برای چیره شدن بر شرایط دشوار و ناخواسته محیطی را به همراه دارد. باور معنوی و دینی فرد، بر چگونگی تعبیر و تفسیر وی از رویدادها اثر می‌گذارد و فرایند سازگاری و پذیرش رویدادها را آسان می‌کند (Fallah & et al, 2010, p. 405-406).

بیماری یکی از مواقع بحرانی در زندگی افراد است که زندگی، مرگ و سایر موضوعات معنوی ممکن است، هرچه قوی‌تر در آگاهی یک بیمار جلوه‌گر نماید. پرستاران در فراهم‌سازی مراقبت و ایجاد آرامش برای مقابله با بیماری مزمن و یا تجربه فرایند مرگ توسط بیماران نقش مهمی بر عهده دارند. یکی از فعالیت‌ها در این راستا، مراقبت معنوی است.

مراقبت، تجارب روزانه و بهزیستی معنوی در پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران

کسمیه برجلی‌لو / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

شهریار شهیدی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

امیرحسین امامی / دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴ - پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۱۵

s_borjalilu@sbu.ac.ir

shahriarshahidi@hotmail.com

چکیده

هدف این پژوهش تعیین رابطه مراقبت، تجارب روزانه و بهزیستی معنوی در پرستاران شهر تهران بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، نمونه‌ای شامل ۲۵۰ نفر از پرستاران (۱۸۸ نفر زن و ۶۶ نفر مرد) بیمارستان‌های شهر تهران انتخاب شدند و به سه پرسش‌نامه مراقبت معنوی، تجارب روزانه معنوی و بهزیستی معنوی پاسخ دادند. نتایج نشان داد که ادراک پرستاران از میزان مراقبت، تجارب روزانه و بهزیستی معنوی خود بالا است ($p < 0.001$). نتایج ضرایب همبستگی و تحلیل رگرسیون نشان داد که مراقبت معنوی با تجارب روزانه معنوی و بهزیستی معنوی رابطه مثبت و معناداری دارد ($F=16.3$ و $P < 0.001$) و تجارب روزانه معنوی و بهزیستی معنوی به‌طور مشترک ۴۲ درصد از تغییرات مراقبت معنوی را تبیین می‌کند. بنابراین، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که توانمندی درونی پرستاران همچون ارتقاء بهزیستی معنوی ایشان و آماده کردن بستری برای تجربه معنوی، زمینه را برای مراقبت معنوی در ایشان فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌ها: مراقبت معنوی، تجارب روزانه معنوی، بهزیستی معنوی و پرستار.

همراه خواهد داشت. بهزیستی معنوی، به‌عنوان حسی از متصل بودن، هماهنگی بین خود، دیگران، طبیعت و وجود متعالی، که از طریق یک فرایند رشد پویا و منسجم دست‌یافتنی است و به یک شناخت هدف نهایی و معنای زندگی منجر می‌شود (Hungelman & et al, 1985). گولز و فیشر بیان می‌کنند که فرد در صورت دارا بودن بهزیستی معنوی، احساس هویت، کمال، رضایت‌مندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش و توازن درونی می‌کند و در زندگی احساس هدفمندی می‌کند (Gomez & Fisher, 2003).

فری و همکاران، بهزیستی معنوی را متأثر از روان‌بنه‌های زندگی و خودکارآمدپنداری می‌دانند (Frey & et al, 2005). معنویت، موجب شکل‌گیری روان‌بنه‌های زندگی می‌شود. روان‌بنه‌ها، موجب بازنمایی شناختی امور زندگی و معنادگی به آنها می‌شود. بدین ترتیب، در زندگی افراد جهت‌دهی، هدف و معنا را به وجود می‌آورد و احساس یکپارچگی، مثبت بودن و فراگیر بودن را در آنها به وجود می‌آورد. از سوی دیگر، خودکارآمدپنداری، باور افراد در مورد توانایی‌شان برای سازمان‌دهی، انجام فعالیت‌ها و رسیدن به هدف است. در چارچوب و مفهوم معنویت، باور به خودکارآمدپنداری، موجب غلبه بر چالش‌ها و مشکلات برای رسیدن به اهداف می‌شود.

بنابراین، در حرفه‌ها و موقعیت‌هایی که صاحبان مشاغل همچون مشاوران، روان‌شناسان و پرستاران با افرادی که دچار بحران شده‌اند مواجه می‌شوند، باید توانایی یاری‌رسانی به ایشان را داشته باشند. از این رو، برای نمونه پرستاران برای یاری به بیماران، به‌ویژه بیماران مزمن، که ممکن است دچار بحران معنوی شوند، باید تجربه معنوی داشته و از بهزیستی معنوی برخوردار باشند تا بتوانند از بیماران مراقبت معنوی داشته باشند.

پژوهشگران در پژوهش‌های مختلف به این مهم پرداخته‌اند. براساس نتایج تحقیقات مختلف، بین معنویت درونی پرستار و میزان توجه و تمایل به ارائه مراقبت معنوی ارتباط تنگاتنگ وجود دارد. این بدان معناست که هر قدر معنویت درونی پرستار قوی‌تر باشد، دفعات بیشتری را مبادرت به ارائه مراقبت معنوی به بیمار می‌نماید (Chung & et al, 2007; Chan & et al, 2006). ونگ و یو در پژوهش خود پیرامون تجربه معنوی و مراقبت معنوی پرستاران هنک کنگ نشان دادند که مراقبت معنوی پرستاران با تجربه معنوی پرستاران همراه است (Wong & Yau, 2010). ایشان مطرح کردند پرستارانی که از زندگی خود رضایت دارند و برای آن معنا و هدف دارند، به خوبی این حس را به بیماران منتقل کرده و در ایشان احساس امیدواری ایجاد می‌کنند. در پژوهشی که پیرامون نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت

مراقبت معنوی از بیمار، مجموعه فعالیت‌هایی است که به افراد کمک می‌کند تا بهتر بتوانند با بحران مواجه شوند و زمانی ضرورت می‌یابد که فرد دچار شک، اضطراب، بحران و فقدان شود. این حمایت شامل حمایت مذهبی، همچون عبادت کردن با بیمار، صحبت کردن با وی در مورد خدا، بحث مذهبی، روشن کردن رابطه بیمار با خدا، استفاده از متون دینی و مذهبی، مهارت‌های ارتباطی، برقرار کردن رابطه واقعی با بیمار، حمایت عاطفی از وی، امید دادن به بیمار، تشویق بیمار به ابراز احساسات، گوش دادن فعال و تشویق بیمار به تفکر مثبت، ارتباط همدلانه با فرد شامل تسلی دادن به بیمار، نشان دادن توجه و مراقبت از بیمار، در دسترس بودن بیمار، پذیرای دیدگاه و احساسات بیمار بودن و نشان دادن احترام است (Hummela & et al, 2009). بدین ترتیب، این‌گونه مراقبت‌ها موجب احساس آرامش در افراد می‌شود و رشد معنا و هدف را در زندگی در پی دارد (Harding & et al, 2008).

معنوی بودن اولین گام در دادن مراقبت معنوی می‌باشد. به نظر می‌رسد، پرستارانی که در مورد معنویت آگاه هستند، بهتر مراقبت معنوی ارائه می‌کنند. یک پرستار معنوی، دانش و تجارب خود را از معنویت خود، به مرکز مراقبت می‌آورد و موجب می‌شود بخشی از نیاز معنوی بیمار را برآورده سازد (فاطمی و همکاران، ۱۳۹۰). پرستاری قادر به ارائه مراقبت‌های معنوی است که برای این مفهوم ارزش قابل بوده و در رابطه با آن آموزش لازم را دیده و توانایی خود برای ارائه چنین مراقبتی باور داشته باشد. به نظر می‌رسد، دو عامل مؤثر در این راستا تجربه روزانه معنوی و بهزیستی معنوی پرستاران باشد.

تجربه روزانه معنویت، شامل معنایابی در زندگی است که شامل درک معنای زندگی، تجربه مثبت در زندگی، احساس خوشبختی و رضایت از زندگی است. احساس فرد در مورد زندگی، شامل امیدواری، کامروایی، شور و هیجان است. یکی از عوامل مؤثر در تجربه روزانه معنویت، رابطه با خداست که متأثر از رابطه انسان با خداست. مانند عبادت، راز و نیاز، رابطه صمیمانه و دوستی با خدا، احساس توجه خدا به فرد و احساس مثبت از رابطه داشتن با خداست. مک‌شری و همکاران، تجربه معنویت را شامل امیدواری، معنایابی در زندگی، توانمندی گذشت از خطاهای دیگران، باورها و ارزش‌های اخلاقی، مراقبت معنوی، داشتن رابطه حسنه با دیگران، باور به خدا، اخلاقی بودن و خلاقیت و اظهار وجود می‌دانند (McSherry & et al, 2004).

تجربه درونی و آگاهی معنوی، یک قسمت حقیقی از زندگی معنوی و مذهبی افراد است. تحقیقات مختلف نشان داده است که تجارب معنوی می‌توانند نقش برجسته‌ای در سلامت و پیامدهای مثبت روان‌شناختی داشته باشند (Cohen & et al, 1997; Cohen & et al, 2000) و احتمالاً بهزیستی معنوی را به

به کار بوده و دارای یکی از مدارک کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری بوده و حداقل یک شیفیت کامل در بخش موردنظر انجام وظیفه نموده بودند، در این پژوهش شرکت کردند. از آنها خواسته شد به پرسش‌نامه‌های پژوهش حاضر پاسخ دهند. از میان ۲۵۰ پرستار، ۱۸۸ نفر زن و ۶۲ نفر مرد بودند. میانگین سن زنان ۳۰/۱ سال با انحراف معیار ۵/۹ و میانگین سن مردان ۲۹/۵ سال با انحراف معیار ۵/۳ بود. محاسبه فراوانی نشان داد که اکثریت پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها را افراد با تحصیلات کارشناسی تشکیل می‌دهند. وضعیت تأهل ایشان نشان داد که ۵۲ درصد ایشان متأهل و ۴۸ درصد ایشان مجرد هستند. سابقه کار پرستاران در دامنه ۶ ماه تا ۳۰ سال و با میانگین ۷ سال و انحراف معیار ۶/۵ بود.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه مراقبت معنوی: پرسش‌نامه مراقبت معنوی توسط ایرانمنش و همکاران ساخته شد (Iranmanesh & et al, 2011). این پرسش‌نامه، که به ارزیابی ادراک پرستاران ایرانی از مراقبت معنوی می‌پردازد، از ۳۳ گویه تشکیل شده است. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۸ است و نتیجه بازآزمایی مقیاس حاضر برابر ۰/۸ است. در این پژوهش، پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. روایی این مقیاس نیز به روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه از ۴ مؤلفه ملاقات بیمار برای دادن امید، ملاقات بیمار برای برقراری ارتباط، ملاقات بیمار برای فرد مذهبی و ملاقات بیمار به‌عنوان شخص مستقل تشکیل شده است. مقدار ضریب $KMO = 0/871$ (شاخص کفایت نمونه‌گیری) و آزمون کرویت بارتلت (شاخص کفایت ماتریس همبستگی)، نشان از وجود شواهد کافی برای انجام تحلیل عاملی دارد. نتایج این تحلیل بیانگر این بود که این مقیاس از ۴ عامل معنادار اشباع شده است که بار عاملی آنها بین ۰/۶۵ الی ۰/۸۷ است. عوامل حاضر روی هم‌رفته ۵۰/۳۷ درصد از کل واریانس را پیش‌بینی می‌کند.

مقیاس تجارب معنوی روزانه: مقیاس تجارب معنوی روزانه، توسط اندروود و ترسی (۲۰۰۲) برای تهیه یک ابزار چندبعدی از معنویت ساخته شد. این مقیاس قصد دارد ادراک افراد از یک نیروی برتر در زندگی روزمره و ادراک او را از تعاملش با این وجود مافوق جهان مادی مورد سنجش قرار دهد. در پژوهشی پیرامون بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس حاضر نشان

معنوی انجام گرفته، به دست آمد که نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت معنوی در سطح بالایی قرار دارد و برای دانشجویان پرستاری، درگیری در روابط میان فردی و احترام و توجه به باورهای مذهبی و استقلال بیمار از اهمیت بالایی برخوردار است (مظاهری و همکاران، ۱۳۸۷). توجه به این مهم از سوی پزشکان و جراحان نیز مورد توجه است. در پی بررسی نظرات جراحان در مورد ضرورت آگاهی از باورهای مذهبی، بیماران دریافتند که جراحان معتقدند که باید از باورهای مذهبی و معنوی بیماران خود آگاهی پیدا کنند و از آن به‌عنوان ابزاری برای تسریع فرایند درمان استفاده کنند (Taylor, 2003). نیاز به چنین مراقبتی از سوی بیماران نیز احساس می‌شود. زند و رفیعی (۱۳۹۰) در بررسی نیاز به مراقبت‌های مذهبی در بیماران بستری دریافتند، انجام مراقبت‌های مذهبی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است. فرامین مذهبی و دینی در بهبود و توانمندسازی بیماران نقش مؤثری دارند و موجب می‌شوند که بیمار سلامتی خود را زودتر به دست آورد. فاطمی و همکاران (۱۳۹۰) دریافتند که ارتباط معناداری میان سطح معنویت پرستاران با میزان رضایت بیماران وجود دارد و معنویت، قسمتی از مراقبت پرستاری است که بر میزان رضایت بیماران مؤثر است. بالداکینو و والسبورن و همکاران در دوره آموزشی، برای آموزش مراقبت معنوی به دانشجویان پرستاری داشت، نشان دادند که آموزش‌های موردنظر، موجب تغییر نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی شد و نظر بیماران نسبت به مراقبت معنوی پرستاران در پیش و پس‌آزمون تفاوت معناداری را نشان داد (Vlasblom & et al, 2011, p. 790; Baldacchino, 2008).

با توجه به مطالعات صورت‌گرفته، ضرورت توجه به پیش‌آیندهای مراقبت معنوی وجود دارد. از این‌رو، هدف از این پژوهش، شناسایی رابطه میان مراقبت معنوی، تجارب روزانه معنوی و بهزیستی معنوی بوده و به دنبال پاسخ به این پرسش که: آیا تجارب روزانه معنوی و بهزیستی معنوی، قادر به پیش‌بینی مراقبت معنوی در پرستاران است؟

روش پژوهش

روش پژوهش این تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه بخش‌های بیمارستانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران است. در این مطالعه روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. بدین ترتیب، از میان بخش‌های مختلف متناسب با تعداد و به صورت تصادفی بخش‌هایی انتخاب شد. با توجه به جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) و با توجه به حجم جامعه، ۲۵۰ نفر از پرستارانی که حداقل ۶ ماه در یکی از بخش‌های بالینی مشغول

یافته‌های تحقیق

برای بررسی وضعیت بهزیستی معنوی، تجربه معنوی و مراقبت معنوی پرستاران شهر تهران، از آزمون t برای مقایسه میانگین‌های به‌دست‌آمده با میانگین فرضی مقیاس‌ها استفاده شد. مراقبت معنوی با ۳۳ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای انجام شد. بنابراین، دامنه نمره ۳۳-۱۶۵ با میانگین فرضی ۹۹ است. تجربه روزانه معنوی با ۱۶ ماده در مقیاس لیکرت ۶ درجه است. بنابراین، دامنه آنها میان ۱۶-۹۶ با میانگین فرضی ۵۶ است. بهزیستی معنوی با ۱۲ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه است. بنابراین، دامنه آنها میان ۱۲-۶۰ با میانگین فرضی ۳۶ است.

جدول ۱: نتایج آزمون t تک نمونه‌ای برای مقایسه میانگین‌ها با میانگین فرضی در سه متغیر پژوهش

متغیر	میانگین مشاهده شده	انحراف معیار	میانگین	تفاضل	t	معناداری
۱ بهزیستی معنوی	۴۶/۴۱	۹/۹۸	۳۶	۱۰/۴۱	۱۲/۳۹	۰/۰۰۱
۲ تجارب روزانه	۶۸/۵۳	۱۷/۲۳	۵۶	۱۲/۵۳	۸/۶۳	۰/۰۰۱
۳ مراقبت معنوی	۱۱۴/۴۵	۱۵/۱۵	۹۹	۱۵/۴۵	۱۲/۱۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که از جدول ۱ پیداست، میانگین هر سه متغیر از حد متوسط و میانگین فرضی نمره‌های مقیاس‌ها بالاتر است. با توجه به اینکه T مشاهده‌شده در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است، بنابراین پرستاران در گروه نمونه پژوهش حاضر از بهزیستی معنوی بالایی برخوردارند. ایشان به صورت تجربه معنوی دارند و از حد متوسط بالاتر است. در نهایت، همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نمره میانگین مراقبت معنوی ایشان از بیماران بالاتر از حد میانگین است. در ادامه، برای بررسی این سؤال که چه رابطهای میان تجارب روزانه معنوی، بهزیستی معنوی و مراقب معنوی و خرده‌مقیاس‌های آنها وجود دارد، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش داده شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. معنا و امید												
۲. برقراری ارتباط	۰/۵۷											
۳. اعمال مذهبی	۰/۳۵	۰/۵۱										
۴. استقلال	۰/۴۶	۰/۵۸	*۰/۳۷									
۵. خودکارآمدپنداری	۰/۲۲	۰/۷۱	*۰/۲۴	۰/۲۶								
۶. روان به زندگی	۰/۱۶	۰/۳۵	**۰/۲۷	۰/۳۲	۰/۷۲							
۷. حضور خدا	۰/۱۹	۰/۲۱	*۰/۵۵	۰/۱۶	۰/۲۶	۰/۳۱						
۸. رابطه با خدا	۰/۱۹	۰/۲۳	**۰/۵۳	۰/۲۱	۰/۱۱	۰/۳۳	۰/۹۶					
۹. مسئولیت در	۰/۱۰	۰/۱۸	*۰/۴۶	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۲۱	۰/۷۹	۱				
۱۰. بهزیستی معنوی	۰/۱۲	۰/۳۶	**۰/۵۷	۰/۱۳	۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۲۴	۱/۱۱	۱			
۱۱. تجارب روزانه	۰/۱۸	۰/۲۱	**۰/۵۳	۰/۱۸	۰/۱۲	۰/۳۳	۰/۸۸	۱/۸۵	۱/۳۱	۱		
۱۲. مراقبت معنوی	۰/۶۸	۰/۸۲	**۰/۸۱	۰/۷۵	۰/۱۹	۰/۲۶	۰/۴۲	۱/۴۹	۱/۳۴	۱/۴۴	۰/۲۵	۱

** $p < ۰/۰۱$ ، * $p < ۰/۰۵$

داده شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ است. تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که مقیاس حاضر از دو خرده‌مقیاس «احساس حضور خداوند» و «ارتباط با خدا» و «احساس مسئولیت در قبال دیگران» تشکیل شده است (تقوی و امیری، ۱۳۸۹). نتیجه بازآزمایی نشان داد که در فاصله دو تا سه هفته ۰/۹۶ بود. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. روایی این مقیاس نیز به روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه حاضر از ۳ مؤلفه ذکر شده تشکیل شده است. مقدار ضریب $KMO = 0/946$ (شاخص کفایت ماتریس همبستگی) و آزمون کرویت بارتل (شاخص کفایت ماتریس همبستگی) نشان از وجود شواهد کافی برای انجام تحلیل عاملی دارد. نتایج این تحلیل، بیانگر این بود که مقیاس حاضر از ۳ عامل معنادار اشباع شده است که بار عاملی آنها، بین ۰/۴۵ الی ۰/۷۶ است. نتایج این تحلیل بیانگر این بود که عوامل حاضر روی هم رفته، ۷۲ درصد از کل واریانس را پیش‌بینی می‌کند.

مقیاس شاخص بهزیستی معنوی: مقیاس شاخص بهزیستی معنوی توسط دلمن و فری (۲۰۰۴) ساخته شده است. این پرسش‌نامه، برای سنجش بهزیستی و کیفیت زندگی است که شامل ۱۲ سؤال است که براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای طراحی شده است که از دو زیرمقیاس «خودکارآمدپنداری» و «طرح زندگی» تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس زیرمقیاس طرح زندگی و خودکارآمدپنداری و به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۶ است (Daaleman & Frey, 2004). در این پژوهش، نخست پرسش‌نامه اصلی به فارسی ترجمه و سپس، به وسیله یک متخصص زبان انگلیسی برگردانده شد. با بررسی تفاوت میان دو نسخه اصلاحات نهایی صورت گرفته و نسخه نهایی تهیه شد، در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. روایی این مقیاس نیز به روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه حاضر از دو مؤلفه ذکر شده تشکیل شده است. مقدار ضریب $KMO = 0/903$ (شاخص کفایت نمونه‌گیری) و آزمون کرویت بارتل (شاخص کفایت ماتریس همبستگی) نشان از وجود شواهد کافی برای انجام تحلیل عاملی دارد. نتایج این تحلیل، بیانگر این بود که مقیاس حاضر از دو عامل معنادار اشباع شده است که بار عاملی آنها بین ۰/۵۵ الی ۰/۸۷ است. نتایج این تحلیل بیانگر این بود که عوامل حاضر در مجموع، ۷۱ درصد از کل واریانس را پیش‌بینی می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، پیش‌بینی مراقبت معنوی پرستاران شهر تهران بر حسب متغیرهای بهزیستی معنوی و تجارب روزانه معنوی بود. همان‌طور که ماتریس همبستگی نشان داد، نمره کلی مراقبت معنوی با ارائه معنا و امید به بیمار، با برقراری ارتباط با بیمار، انجام اعمال مذهبی با بیمار و توجه به استقلال و خودمختاری بیمار رابطه مثبت و معنادار دارد. این امر گویای این مسئله است که ادراک مراقبت معنوی پرستاران، با عملکردهایی همچون ارائه معنا و امید به بیمار همراه است. مهارت برقراری ارتباط با بیمار، بیشترین میزان ارتباط با نمره کلی مراقبت معنوی را به خود اختصاص داده است. این نتیجه همسو با تأکید پژوهش سایر پژوهشگران در حوزه مراقبت معنوی است (Narayanasamy, 1999; Burkhardt & Hogan, 2008; Chung & et al, 2007; Chan & et al, 2006). از سوی دیگر، انجام اعمال مذهبی همراه با بیمار و حمایت از وی، برای انجام اعمال مذهبی و توجه به او به‌عنوان شخص مستقل رابطه قوی با مراقبت معنوی نشان داد.

مراقبت معنوی با بهزیستی معنوی و خرده‌مقیاس‌های آن، همچون خودکارآمدپنداری و طرح‌واره، زندگی رابطه مثبت و معنادار دارد. بدین ترتیب، رابطه‌ای میان ارائه مراقبت معنوی با برخورداری از طرح‌واره مناسب پیرامون زندگی، اهداف و چشم‌اندازهای روشن نسبت به آن وجود دارد. این امر، به‌روشنی نشان داد که ارائه مراقبت معنوی زمانی اثربخش خواهد بود که فرد خود از بهزیستی معنوی برخوردار باشد تا بدین ترتیب، در ارائه معنا، هدف و امید موفق باشد به‌عبارت دیگر، دریافت درونی خود را از معنویت به دیگران منتقل سازد.

از سوی دیگر، مراقبت معنوی با نمره کلی تجارب روزانه معنوی و خرده‌مقیاس‌های آن، همچون احساس حضور خدا، رابطه با خدا و احساس مسئولیت نسبت به دیگران رابطه مثبت و معنادار دارد. بهزیستی معنوی، با تجارب روزانه معنوی و خرده‌مقیاس‌های آن، همچون ادراک حضور خدا، رابطه با خدا و مسئولیت نسبت به دیگران رابطه مثبت دارد. نتایج حاضر با یافته‌های چیسام و مگنان (۲۰۰۹) همسوست. بدین ترتیب، می‌توان گفت افراد با بهزیستی معنوی به احتمال زیاد تجربه معنوی داشته و در خود نوعی پیوستگی و آرامش درونی از جهت اتصال به نیروی ماورایی احساس می‌کنند. در حقیقت، در پردازش اطلاعات مختلف پیرامون رویدادهای مختلف زندگی، از طرح‌واره‌های معنوی یاری گرفته و در ارائه مراقبت‌ها و حمایت معنوی از بیماران نیز از چنین نگرش و باوری یاری می‌جویند.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، کلیه متغیرها با یکدیگر رابطه مثبت و معنادار دارند. مراقبت معنوی با تجارب روزانه معنوی رابطه مثبت و معنادار دارد. مراقبت معنوی با خرده‌مقیاس‌های تجارب روزانه معنوی، همچون حضور خدا، رابطه با خدا، مسئولیت در برابر دیگران رابطه مثبت و معنادار دارد. مراقبت معنوی، با بهزیستی معنوی رابطه مثبت و معنادار دارد و با خرده‌مقیاس‌های بهزیستی معنوی، همچون خودکارآمدپنداری و طرح‌واره زندگی رابطه مثبت و معنادار دارد. در ادامه، در پی پاسخ به این سؤال که مراقبت معنوی چگونه توسط تجارب روزانه معنوی و بهزیستی معنوی پیش‌بینی می‌شود، از تحلیل رگرسیون بهره گرفته شد. از آنجاکه مطالعاتی پیرامون نحوه تأثیر متغیرهای حاضر برای پیش‌بینی مراقبت معنوی صورت نگرفته است، از روش رگرسیون همزمان استفاده می‌شود (علی‌آبادی و صمدی، ۱۳۸۴، ص ۱۳۵).

نتایج پژوهش بیانگر این موضوع است که با دو پیش‌بین بهزیستی معنوی و تجارب روزانه معنوی، می‌توان ۴۲ درصد تغییرات مراقبت معنوی پرستاران را پیش‌بینی کرد. با توجه به معناداری نم‌واریانس با F تغییر (ΔF) محاسبه شده نشان می‌دهد که اثر متغیرهای پیش‌بینی (بهزیستی معنوی و تجارب روزانه معنوی)، در سطح $P < 0/001$ معنادار است.

جدول ۳ ضرایب رگرسیون مراقبت معنوی بر اساس بهزیستی معنوی و تجارب روانه معنویت

مدل	Beta	B	نمره t	معناداری
عدد ثابت		۲/۹۵	۱۵/۱۱	۰/۰۰۱
بهزیستی معنوی	۰/۱۴	۰/۸۰	۱/۸۴	۰/۸۲
تجارب روزانه معنوی	۰/۲۴	۰/۱۹	۵/۹۶	۰/۰۰۱

در جدول ۳ ضرایب رگرسیون پیش‌بین‌ها برای مراقبت معنوی گزارش شده است. جدول ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد که در مدل رگرسیون مراقبت معنوی، ضرایب بهزیستی معنوی و تجارب روزانه معنوی معنادار ($P < 0/001$ و $F=16.3$) است.

در ادامه، تحلیل داده‌های پژوهش پیرامون تفاوت پرستاران براساس جنسیت، سن، تحصیلات و وضعیت تأهل در متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. البته پیش از اجرای آزمون، فرض همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. اما میان دو جنس، تفاوت معناداری در تجارب روزانه معنوی، بهزیستی معنوی و مراقبت معنوی مشاهده نشد. از سویی نتایج نشان داد که میان پرستاران با تحصیلات، سنوات، وضعیت تأهل در متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد.

از سوی دیگر، همان‌طور که نتایج تحلیل رگرسیون و همبستگی میان متغیرها نشان داد، همه پیش‌بین‌ها ضرایب معناداری برای مراقبت معنوی در سطح $P < 0/001$ داشتند. بهزیستی معنوی و تجارب روزانه معنوی در مجموع ۴۲ درصد از تغییرات مراقبت معنوی را پیش‌بینی می‌کند. هرچند پژوهشی مستقیم درباره رابطه مراقبت معنوی با تجارب روزانه معنوی و بهزیستی معنوی مشاهده نشد، اما رابطه‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش، با ماهیت و منطق نظری رابطه مراقبت معنویت با متغیرهای بیان شده همسوست؛ زیرا همان‌طور که بیان شد، مراقبت معنوی در این پژوهش، شامل ملاقات بیمار برای دادن امید (دیدگاه مثبت به زندگی و ایجاد معنا و هدف)، برای برقراری ارتباط (ارتباط و ملاقات با بیمار و همدلی با او و خانواده‌اش)، ملاقات بیمار برای انجام اعمال مذهبی (همچون ارتباط با خدا و انجام مناسک مذهبی) و ملاقات بیمار و توجه به او به‌عنوان شخص مستقل (احترام به نظرات و عقاید بیمار) است. پرستاری که به انجام این اعمال می‌پردازد، خود باید معنی زندگی را درک کرده و هدفمند باشد و خودکارآمدپنداری لازم برای مقابله با چالش‌های زندگی داشته باشد. به‌طور کلی، از بهزیستی معنوی برخوردار بوده و تجربه معنویت داشته باشد. بدین ترتیب، خود احساس آرامش می‌کند و خود تجربه ارتباط با خدا دارد و در قبال دیگران احساس مسئولیت می‌کند. بخشی از یافته‌های این پژوهش، با یافته‌های دمانی و همکاران (۲۰۱۱)، مطالعه ونگ و یو (۲۰۱۰) و چیسام و مگنان (۲۰۰۹) همسوست. از این رو، ارائه مراقبت معنوی در فعالیت پرستاری، به شفاف نمودن دیدگاه‌های مراقبت معنوی پرستاران بستگی دارد. بنابراین، لازم است پرستاران آمادگی کافی برای مواجهه با نیاز به مراقبت معنوی داشته باشند و از مددجویان حمایت کنند.

در مجموع، آنچه یافته‌های این پژوهش نشان داد، پرستاران بیمارستان‌های موردنظر در شهر تهران از میزان خوبی از مراقبت معنوی، تجارب معنوی و بهزیستی معنوی برخوردار هستند. این میزان همان‌طور که از نتایج پیداست، از سطح میانگین فرضی نیز بالاتر است. این امر، با توجه به بافت فرهنگی جامعه ایرانی قابل پیش‌بینی بود و عواملی همچون جنسیت، تحصیلات، سنوات خدمت و وضعیت تأهل هیچ تفاوت معناداری را میان افراد در مراقبت معنوی، تجارب روزانه معنوی و بهزیستی معنوی به وجود نیاورد.

با توجه به نتایج این پژوهش، ملزم به ارتقاء توانمندی‌های پرستاران برای ارائه مراقبت معنوی هستیم. در این راستا، پژوهش‌های مختلفی ضرورت آموزش مهارت‌های مراقبت معنوی پرستاران را مورد توجه قرار دادند (Baldacchino, 2008؛ Vlasblom & et al, 2011). از سوی دیگر، نتایج این پژوهش

نشان داد توانمندی درونی پرستاران همچون ارتقاء بهزیستی معنوی ایشان و آماده کردن بستری برای تجربه معنوی، زمینه را برای مراقبت معنوی فراهم می‌کند.

متغیرهای پیش‌بین این پژوهش، به‌طور مشترک ۴۲ درصد از تغییرات مراقبت معنوی را تبیین کردند. در این زمینه، لازم به شناسایی عوامل دیگری که قادر به پیش‌بینی مراقبت معنوی در پرستاران هستند، وجود دارد. لازم است، علاوه بر عوامل درونی، که در این پژوهش به آن اشاره شد به عوامل بیرونی و اجتماعی مؤثر در مراقبت معنوی توجه و تأثیر آنها را در پیش‌بینی مراقبت معنوی مورد بررسی قرار داد.

این پژوهش، همچون سایر پژوهش‌های انجام‌شده، با محدودیت‌هایی همراه است. یکی از محدودیت‌ها تعداد نمونه و محدود بودن آن به بیمارستان‌های دولتی در شهر تهران است. در این زمینه، لازم است با وسیع نمودن جامعه پژوهش به نتایج قابل تعمیم دست یابیم. از سوی دیگر، در کنار پرسش‌نامه لازم است از طریق مصاحبه با پرستاران به داده‌های عمیق و جامع‌تر دست یابیم.

and Social Scientists, New York: Oxford University Press.

Daaleman, T. P, & Frey, B. B, (2004), The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health-related quality of life research, *Annals of Family Medicine*, v 2, p. 499-503.

Dhamani K A, & et al, (2011), Tanzanian Nurses Understanding and Practice of Spiritual Care. *International Scholarly Research Network nursing*, v 11, p. 1-7.

Emblen, J.D., & Halstead, L, (1993), Spiritual needs and interventions, Comparing the views of patients, nurses, and chaplains, *Clinical Nurse Specialist*, v 7, p. 175-182.

Fallah, R., & et al, (2010), Spirituality, Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients, Palliative medicine in the 21st century, Adelaide, Australia.

Frey, b, & et al, (2005), Measuring a Dimension of Spirituality for Health Research Validity of the Spirituality Index of Well-Being, *research on aging*, v 27, p. 556-577.

Gomez R, Fisher, JW, (2003), Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire, *Personality and Individual Differences*, v 35p. 1975-1991.

Harding, S., & et al, (2008). Spiritual Care, Pastoral Care, and Chaplains: Trends in the Health Care Literature, *Journal of Health Care Chaplaincy*, v 14(2), p. 99-117.

Hermann, CP, (2001), Spiritual needs of dying patients- A Qualitative Study, *Oncology Nursing Forum*, v 28(1), p. 67-72.

Hummela, L., & et al, (2009), Defining Spiritual Care: An Exploratory Study, *Journal of Health Care Chaplaincy*, v 15(1), p. 40-51.

Hungelman J, & et al, (1985), Spiritual well-being in older adults: harmonious interconnectedness, *Journal of Religion and Health*, v 24, p. 147-153.

Iranmanesh, S., & et al, (2011), Developing and testing a spiritual care questionnaire in the Iranian context, *Journal religion health*, v 25, p. 1-13.

Koenig. H. G, & et al, (2001), *Handbook of religion and health*. Oxford, N.Y: Oxford University Press.

Mattes. R, (2013), Spiritual Need One: Spiritual Development: The Aging Process: A Journey of Lifelong Spiritual Formation, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, v 17, p. 55-72.

Mesherry, W, & et al, (2002), The constructing validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care, *International journal of nursing studies*, v 36, p. 723-734.

McSherry, W, & et al, (2004), Meaning of spirituality: implications for nursing practice, *Journal of Clinical Nursing*, v 13, p. 934-941.

Narayanasamy A, (1999), ASSET: a model for action spirituality and spiritual care education and training in nursing, *Nurse Education Today*, v 19(4), p. 274-285.

Rippentrop. A.E., & et al, (2006), The relationship of religiosity and spirituality to quality of life in medical settings, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, v 13, p. 29-35.

Taylor, E, (2003), Nurses caring for the spirit: patients with cancer and family caregiver expectations, *Oncology Nursing Forum*, v 30 (4), p. 585-590.

Underwood, L, & Teresi. J, (2002), "The Daily Spiritual Experience Scale: Development, Theoretical Description, Reliability, Exploratory Factor Analysis and Preliminary Construct Validity Using Health Related Data", *Journal of Behavioral Medicine*, v 24 (1), p. 22-33.

Vlasblom JP, & et al, (2011), Effects of a spiritual care training for nurses, *Nurse Education Today*, v 31, p. 790-796.

Wong, K.F, Yau, S. Y, (2010), Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong, *Applied Nursing Research*, v 23, p. 242-244.

منابع

بحرینیان، عبدالمجید و همکاران، «بررسی نگرش بیماران نسبت به تأثیر معنویت در روند درمان آنان» (۱۳۸۹)، *اخلاق پزشکی*، سال چهارم، ش ۴ (۱۴)، ص ۱۳۱-۱۴۶.

تقوی، محمدرضا و حمید امیری، «بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس تجارب معنوی روزانه (DSES)» (۱۳۸۹)، *تربیت اسلامی*، سال دهم، ش ۵ (۱۰)، ص ۱۶۶-۱۸۵.

زند، سلیمان و محمد رفیعی، «نیاز به مراقبت‌های مذهبی در بیماران بستری» (۱۳۹۱)، *طب و تزکیه*، سال چهارم، ش ۱۹ (۴)، ص ۲۱-۳۴.

شهیدی، شهریار و سلطانه‌علی شیرافکن (۱۳۸۷)، *روان‌درمانی و معنویت*، تهران، رشد.

علی‌آبادی، خدیجه و علی صمدی (۱۳۸۴)، *تحلیل داده‌های روان‌شناسی با برنامه SPSS*، تهران، آگاه.

غباری‌بناب، باقر، «هوش معنوی» (۱۳۸۶)، *اندیشه نوین تربیتی*، سال دهم، ش ۲۰ (۳)، ص ۱۲۵-۱۴۷.

فاطمی، میرمسعود و همکاران، «ارتباط معنویت پرستاران بر میزان رضایت بیمار از مراقبت پرستاری» (۱۳۹۰)، *اخلاق پزشکی*، سال ۵، ش ۱۷، ص ۱۴۱-۱۵۹.

لواسانی، مسعود و همکاران، «معنویت، استرس شغلی، تعهد سازمانی و رضایت شغلی در پرستاران شهر تهران» (۱۳۸۷)، *روان‌شناسی معاصر*، سال چهارم، ش ۳ (۲)، ص ۶۱-۷۳.

مارکانی، عبدالله و همکاران، «طراحی و روان‌سنجی مقیاس تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی» (۱۳۹۱)، *دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه*، سال شانزدهم، ش ۱ (۱۰)، ص ۱۲۳-۱۱۴.

مظاهری، منیر و همکاران، «نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت معنوی» (۱۳۸۷)، *پایش*، سال هشتم، ۸ (۱)، ص ۳۷-۳۱.

Baldacchino, D. R, (2008), Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students, *Nursing education today*, v 28, p. 550-562.

Burkhart, L, Hogan, N, (2008), An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice, *Quality Health Research*, v 18 (7), p. 928-938.

Chan MF, & et al, (2006), Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis, *Nurse Education Today*, v 26 (2), p. 139-150.

Chism L A, & Magnan M A, (2009), The Relationship of Nursing Students' Spiritual Care Perspectives to Their Expressions of Spiritual Empathy, *Journal of Nursing Education*, v 48 (11), p. 597-605.

Chung LY, & et al, (2007), Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care, *Journal of Advanced Nursing*, v 58 (2), p. 158-170.

Cohen, S., & et al, (1997), *Measuring Stress: a Guide for Health and Social Scientists*, New York: Oxford University Press.

Cohen, S., & et al, (2000), *Social Support Measurement and Intervention: a Guide for Health*