

الگوی ساختاری رابطه پیوند معنوی با سرمایه روان شناختی و بهزیستی معنوی در پرستاران

محسن گل پرور

چکیده

مقدمه: پیوند معنوی یکی از پدیده‌هایی مهم برای پرستاران و مراقبت از بیماران است. اما اینکه مدیران پرستاری برای طراحی محیط کار چگونه از این عامل مهم بهره گیرند که بهزیستی معنوی برای پرستاران حاصل شود، نیازمند شناخت عوامل دیگری نیز هستند.
هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین پیوند معنوی با سرمایه روان شناختی و بهزیستی معنوی در میان پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی و مقطعی بوده که در سال (۱۳۹۲) در یک بیمارستان دولتی در شهر اصفهان انجام شده است. نمونه پژوهش ۱۴۵ پرستار بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه پیوند معنوی کینجرسکی و اسکرایپنک (۲۰۰۶)، پرسشنامه سرمایه روان شناختی مک‌گی (۲۰۱۱) و پرسشنامه بهزیستی معنوی گل‌پرور (۲۰۱۳) بودند. برای تعیین پایایی ابزار نیز از آلفای کرونباخ استفاده گردید که ضریب پایایی به ترتیب (۰/۷۲، ۰/۹۳، ۰/۹۵) به دست آمد. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادله ساختاری و از طریق AMOS نسخه ۱۶ و SPSS نسخه ۱۸ تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که پیوند معنوی، سرمایه روان شناختی را و سرمایه روان شناختی و پیوند معنوی، بهزیستی معنوی همبستگی پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/01$). نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری و تحلیل واسطه‌ای حاکی از آن بود که سرمایه روان شناختی متغیر واسطه‌ای پاره‌ای است. بدین معنا که پیوند معنوی هم به طور غیر مستقیم (از طریق تقویت سرمایه روان شناختی) و هم به طور مستقیم می‌تواند بهزیستی معنوی پرستاران را تقویت کند. پیوند معنوی (۳۲ درصد) از واریانس سرمایه روان شناختی و سرمایه روان شناختی و پیوند معنوی (۵۵ درصد) از واریانس بهزیستی معنوی را تبیین نموده‌اند. **نتیجه‌گیری:** لازم است مدیران پرستاری، ارتقاء سرمایه روان شناختی را با تقویت امیدواری، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی پرستاران، به صورت محسوس‌تری فراهم نمایند. آموزش‌های حین خدمت لازم را در این موضوعات برای تقویت سرمایه روان شناختی به آن‌ها ارائه نمایند تا توان روانی بالاتری برای برقراری انسجام و سازگاری در معنا، هدف و ارزش‌ها در زندگی خود (بهزیستی معنوی) بدست آورند.

کلمات کلیدی: معنویت، سرمایه روان شناختی، بهزیستی معنوی، پرستاری

مؤلف مسؤؤل: محسن گل پرور

دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان،
دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه
روان‌شناسی، اصفهان، ایران
آدرس: drmgolparvar@gmail.com

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال سوم، دوره سوم، شماره دوم

تابستان ۱۳۹۳

■ مقدمه

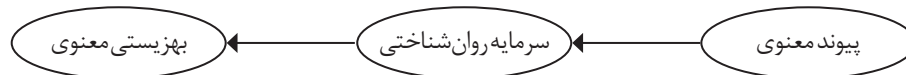
سرمایه‌ی روان‌شناختی جنبه مثبت زندگی انسان‌ها است و مبتنی بر درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود. تاکنون چهار مولفه اصلی یعنی خودکارآمدی (self efficacy)، با تاکید بر تعهد و تلاش برای موفقیت در کارها و وظایف چالش برانگیز، خوش‌بینی (optimism)، یا مثبت‌نگری، مبتنی بر اسناد خوش‌بینانه در باره‌ی موفقیت‌های حال و آینده، امیدواری (hope)، مقاومت در مسیر اهداف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دست‌یابی به موفقیت) و تاب‌آوری (flexibility/elasticity، انعطاف‌پذیری و مقاومت در زمان مواجهه با سختی‌ها و مشکلات برای دست‌یابی به موفقیت) برای این پدیده معرفی شده است (۱۵، ۱۶). پژوهش‌های گذشته‌نگر نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی، با طیف متنوعی از متغیرها، نظیر عملکرد در موقعیت‌های کاری و اجتماعی، تعهد و رضایت، اضطراب، فشار ادراک شده، توانایی مقابله با فشارها و مشکلات، رفتارهای جستجوگرانه، شادکامی و بهزیستی دارای رابطه است (۲۰-۱۷).

در کنار سرمایه روان‌شناختی، بهزیستی معنوی از نظر مفهومی به این حقیقت باز می‌گردد که فرد توانسته در یک رابطه درون‌روانی با خود و خالق هستی در حوزه‌های معنا، هدف و ارزش‌ها در زندگی خود انسجام و سازگاری برقرار کند (۲۱). از طرف دیگر نیز بهزیستی معنوی ماهیت جمعی و اجتماعی نیز دارد. به این معنی که عشق، عدالت، امیدواری و ارزش‌گذاری به خصایص انسانی نیز از زمره شاخص‌های مطرح برای بهزیستی معنوی است (۲۲). برخی از شواهد و قراین موجود نشان می‌دهد که بهزیستی معنوی به طور مستقل از ویژگی‌های شخصیتی یک سازه ضروری برای مطالعات حوزه سلامتی است (۲۳). همین دست شواهد نشان می‌دهد بهزیستی معنوی با ویژگی‌های شخصیتی دارای ارتباط معنادار است. همچنین برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بهزیستی معنوی فراتر از بسیاری از ویژگی‌های روانی، اجتماعی و معنوی قادر به پیش‌بینی شادمانی است (۲۴).

از لحاظ نظری، مطابق با مدل نظری و مفهومی ارائه شده در شکل (۱)، از آنجایی که پیوند معنوی زمینه‌ساز رضایت از خود، زندگی و محیط اطراف می‌شود (۹، ۱۱، ۲۰)، در این پژوهش چنین فرض شده که در گام اول پیوند معنوی باعث تقویت سرمایه روان‌شناختی (مبتنی بر درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات) و سپس سرمایه روان‌شناختی نیز زمینه‌ساز تقویت بهزیستی معنوی (برقراری انسجام و سازگاری در معنا، هدف و

معنویت (spirituality) در محیط کاری پرستاران، هم برای پرستاران و هم برای بیماران مختلف از مفاهیمی است که در سالیان اخیر پژوهشگران و نظریه‌پردازان توجه زیادی به آن نموده‌اند. امروزه افراد در محیط‌های کار و به‌ویژه پرستاران در پی یافتن کاری با معنا و هدفمند و به دنبال محیط‌های کاری معنویت‌گرا هستند (۳-۱). مروری بر برخی منابع در دسترس حاکی از آن است که سه رویکرد مسلط در توجه به معنویت در زندگی انسان وجود دارد. در رویکرد اول که به رویکردی دینی معروف است، معنویت به عنوان پیروی از دستورات یک دین خاص (مثل مسیحیت یا اسلام) نگریده می‌شود. در رویکرد دوم، یعنی رویکرد درون‌گرایانه، معنویت یک احساس درونی تلقی می‌شود که به فرد احساس آرامش می‌دهد. و بالاخره در رویکرد سوم، یعنی رویکرد وجود‌گرایانه، معنویت به عنوان معناجویی در کار و زندگی تعریف شده است (۴-۶).

پیوند معنوی (spiritual connection) به عنوان یکی از ابعاد بسیار مطرح در حوزه معنویت، منعکس‌کننده تجربه افرادی است که کارشان در رابطه با خداوند متعال و دیگر انسان‌ها ماهیت ارضاء‌کننده، با معنا و هدف‌دار پیدا می‌کند (۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که تجربه پیوند معنوی باعث می‌شود تا افراد در درون خود احساس آرامش کنند، نسبت به خداوند متعال و دیگر انسان‌ها احساس علاقه و عشق کنند و در هماهنگی کامل با محیط اطرافشان به زندگی خود ادامه دهند (۱۱-۸). یعنی آن‌گاه که انسان در توسل به معنویات برخاسته از دینی توحیدی، تلاش در هم‌نو ساختن جنبه‌های مختلف زندگی خود با یکدیگر می‌کند، آرامش همراه با رضایت از زندگی، تعهد، مسئولیت‌پذیری و پای‌بندی به اصول انسانی و اخلاقی را تجربه می‌نماید (۹). این ادعا هم‌مسو با یافته‌هایی است که نشان می‌دهد معنویت‌گرایی در محیط کار پرستاران با سلامتی و بهزیستی، مراقبت مطلوب‌تر از بیماران، همکاری موثرتر با همکاران، اجتناب از رفتارهای منفی و گرایش به رفتارهای مثبت و سازنده در ارتباط است (۱۲، ۱۳). در مقابل عدم پیوند معنوی در میان پرستاران می‌تواند موجبات خستگی، عدم رضایت و افسردگی در کار را فراهم کند و اغلب به عنوان احساس گم‌گشتگی در زندگی فردی تجربه شود (۱۴). بر اساس آن چه که بیان شد در این پژوهش، هدف بر اساس مدل ارائه شده در شکل (۱) بررسی رابطه ساختاری بین پیوند معنوی با سرمایه روان‌شناختی (psychological capital) و بهزیستی معنوی (spiritual well being) در میان پرستاران در نظر گرفته شده است.



شکل ۱. الگوی نظری و مفهومی پژوهش از رابطه پیوند معنوی با سرمایه روان‌شناختی و بهبود معنوی

(۸) با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل سوال، سه سوال نهایی را برای این پرسشنامه انتخاب نموده و روایی تمیزی آن را با تفاوت‌های گروهی در پیوند معنوی بر حسب سن، جنس، وضعیت تاهل، موقعیت شغلی (مدیریتی، عادی و تخصصی و حرفه‌ای) بررسی نموده‌اند. آنها آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با $0/88$ گزارش نموده‌اند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در یک نمونه سی نفری به صورت مقدماتی برابر با $0/7$ به دست آمد و همبستگی سوالات و نقش سوالات در آلفای کرونباخ حاکی از مناسب بودن وضعیت این پرسشنامه برای سنجش پیوند معنوی بود. در نمونه نهایی نیز (با استفاده از نرم افزار SPSS)، آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با $0/72$ به دست آمد.

(ب) پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی: برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه بیست و شش سوالی معرفی شده توسط مک گی (۲۶) بهره گرفته شد. گل پرور (۲۷) نسخه‌ای از این پرسشنامه را در ایران ترجمه و آماده اجرا نموده است. مقیاس پاسخ-گویی این پرسشنامه شش درجه‌ای (کاملاً مخلفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) است. دو نمونه از سوالات این پرسشنامه به این شرح است: من توانسته‌ام به اهدافی که برای خودم در کارم تعیین کرده‌ام. برسم (خودکارآمدی) و من پرنرژی اهدافم را در کارم دنبال می‌کنم. مک گی (۲۶) روایی و پایایی این پرسشنامه را همراه با فرم‌های ۲۵ و ۱۲ سوالی سرمایه روان‌شناختی به طور گسترده و وسیعی بررسی نموده و شواهدی متقنی از روایی و پایایی آن ارائه نموده است. در این پژوهش روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه توسط تنی چند از متخصصین بررسی و تایید گردید. در پژوهش گل پرور (۲۷) تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس بر روی ۲۶ سوال این پرسشنامه، روایی سازه این پرسشنامه را مستند ساخته و آلفای کرونباخ برابر با $0/85$ را به دست داده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در یک نمونه سی نفری به صورت مقدماتی برابر با $0/95$ به دست آمد و همبستگی سوالات و نقش سوالات در آلفای کرونباخ حاکی از مناسب بودن وضعیت این پرسشنامه برای سنجش سرمایه روان‌شناختی بود. در پژوهش حاضر با استفاده از نرم افزار SPSS)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه در نمونه نهایی برابر با $0/93$ به دست آمد.

ارزش‌ها والای دنیایی و فردانیایی در زندگی) در پرستاران می‌شود. مدل ارائه شده در این پژوهش، مدلی است که بر مبنای نوعی رویکرد مثبت‌نگری معنوی تدوین شده است. به این معنی که معنویت به صورت بالقوه عاملی بسیار نیرومند برای تقویت سازه‌های مثبت نگر نظیر سرمایه روان‌شناختی و سپس بهرستی معنوی است. این رویکرد در پژوهش‌ها و نظریات مطرح شده (۲۱، ۲۳، ۲۴) در باره کارکردهای معنویت تاکنون چندان مورد توجه قرار نگرفته است. در جمع بندی پایانی باید گفت که چون پیوند معنوی و سرمایه روان‌شناختی، از پدیده‌هایی محسوب می‌شوند که برای پرستاران و مراقبت از بیماران از اهمیت به سزایی برخوردارند، لازم است کماکان پژوهش در عرصه همبسته‌های این دو پدیده ادامه یابد. با توجه به آنچه که بیان شد، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا پیوند معنوی و سرمایه روان‌شناختی با بهرستی معنوی پرستاران دارای رابطه هستند؟ و این که آیا الگوی ساختاری پیوند معنوی با سرمایه روان‌شناختی و بهرستی معنوی در میان پرستاران از شاخص‌های برازش مطلوبی برخوردار است یا خیر؟

■ مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی-مقطعی است که در تابستان ۱۳۹۲ اجرا شده است. جامعه آماری کلیه پرستاران زن و مرد یک بیمارستان دولتی در شهر اصفهان (۲۲۰ نفر) بودند. از جامعه آماری (۱۵۰ نفر) بر اساس جدول تناسب حجم نمونه با حجم جامعه آماری (۲۵)، به عنوان نمونه برای شرکت در این پژوهش از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۵ پرسشنامه (معادل ۳/۳ درصد) به دلیل نقص در پاسخ‌گویی از پژوهش کنار گذاشته شدند، لذا گروه نمونه پژوهش به ۱۴۵ نفر تقلیل یافت. از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد.

(الف) پرسشنامه پیوند معنوی: پیوند معنوی در این پژوهش، از طریق پرسشنامه سه سوالی معرفی شده توسط کینجرسکی و اسکرایپنک (۸) سنجش گردید. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه شش درجه‌ای (کاملاً غلط است=۱ تا کاملاً درست است=۶) است. یک نمونه از سوالات این پرسشنامه به این شرح است: همیشه در کارم از نیروی لایزال الهی الهام و راهنمایی می‌گیرم. کینجرسکی و اسکرایپنک

گردید که کمتر از ۱ درصد بود. در مواردی که داده‌های مفقود کمتر از ۵ درصد داده‌ها است، جایگزین نمودن مقادیر مفقود با میانگین متغیر در مقیاس اندازه‌گیری راه‌حل مناسبی است (۳۰). بر همین اساس نیز میانگین متغیر در مقیاس اندازه‌گیری جایگزین داده‌های مفقود گردید. نمونه مکفی نیز برای مدل‌یابی معادله ساختاری نیز تابع تعداد متغیرهای مورد استفاده در مدل، نرمال بودن توزیع متغیرها و مواردی از این دست است. در پژوهش حاضر که داده‌ها دارای توزیع نرمال بوده و سه متغیر اصلی (با در نظر گرفتن چهار خرده‌مقیاس برای سرمایه روان‌شناختی این تعداد به شش متغیر می‌رسد) وجود داشته تعداد ۱۴۵ نفر نمونه مکفی است (۲۹). ماتریس ورودی برای مدل‌یابی معادله ساختاری، ماتریس کوواریانس مربوط به متغیرهای پژوهش، روش برآورد روش بیشینه درست‌نمایی و رویکرد احتمالی برای اصلاح و تعدیل مدل، بررسی شاخص‌های اصلاح (Modification Indices) همراه با وجود پیشینه نظری قابل قبول در اصلاح و تعدیل مدل بوده است. اصول اخلاقی مطرح برای پژوهش از جمله گمنامی پاسخ‌گویان، کسب موافقت برای اجرای پژوهش و استفاده داده‌های حاصل از اجرای پژوهش فقط برای تحلیل آماری در راستای اهداف پژوهش، در پژوهش حاضر به کار رفته است.

■ یافته‌ها

در جدول ۱ فراوانی مطلق و نسبی گروه نمونه پژوهش در متغیرهای جمعیت‌شناختی ارائه شده است. چنان‌که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، اکثریت پرستاران حاضر در مطالعه دارای تحصیلات لیسانس (۸۸/۳ درصد) و در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (۵۱ درصد) قرار دارند. از کل اعضای نمونه پژوهش حاضر، ۴۰/۷ درصد مرد، ۵۷/۲ درصد زن و ۲/۱ درصد هم جنسیت خود را اعلام ننموده‌اند. بالاخره این که اکثریت اعضای نمونه پژوهش حاضر را افراد متأهل (۸۴/۸ درصد) تشکیل داده‌اند. میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول (۲) ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، پیوند معنوی و سرمایه روان‌شناختی با بهزیستی معنوی در پرستاران دارای همبستگی مثبت و معنادار ($P < 0/05$) هستند.

مدل مفهومی پژوهش (شکل ۱) از طریق مدل‌یابی معادله ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که ترکیبی از شاخص‌های برازش مطلق و نسبی برای بررسی برازش مدل در این پژوهش در نظر گرفته شده‌اند که در پی راجع به آن توضیحاتی ارائه خواهد شد. نتایج حاصل از این مرحله مدل‌یابی ساختاری نشان داد که:

ج) پرسشنامه بهزیستی معنوی: بهزیستی معنوی، از طریق پرسشنامه ده سؤالی ساخت و معرفی شده توسط گل‌پرور (۲۸) اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه مبتنی بر رویکرد اسلام به بهزیستی معنوی است. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه به صورت پنج درجه‌ای است (خیلی کم = ۱ تا خیلی زیاد = ۵). دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه به این شرح است: از کارها و اموری که به طور روزمره انجام می‌دهم احساس رضایت معنوی می‌کنم و نسبت به آینده خودم احساس آرامش معنوی می‌کنم. گل‌پرور (۲۸) شواهد گسترده‌ای از روایی سازه (همگرا) و تمیزی این پرسشنامه ارائه نموده‌اند و بین بهزیستی معنوی با سرمایه معنوی رابطه مثبت و معناداری گزارش نموده است. به اضافه این که تحلیل عاملی اکتشافی تک‌عاملی در نظر گرفتن این پرسشنامه را تایید نموده و آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز برابر با ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۸). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در یک نمونه سنی نفری به صورت مقدماتی برابر با ۰/۹۷ به دست آمد و همبستگی سؤالات و نقش سؤالات در آلفای کرونباخ حاکی از مناسب بودن وضعیت این پرسشنامه برای سنجش بهزیستی معنوی بود. در پژوهش حاضر پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی که برای قطعیت در روایی سازه این پرسشنامه انجام گرفت (با استفاده از نرم افزار SPSS)، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمد.

داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم افزار AMOS نسخه ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت. در اجرای مدل‌یابی معادله ساختاری از روش برآورد بیشینه درست‌نمایی (Maximum Likelihood Estimation Method) استفاده شده است. در اجرای مدل‌یابی معادله ساختاری، لازم است پیش‌فرض‌هایی نظیر خطی بودن رابطه متغیرها با یکدیگر، تعیین وضعیت داده‌های مفقود، بررسی داده‌های پرت، نرمال بودن توزیع متغیرها، نمونه مکفی و فاصله‌ای بودن سطح اندازه‌گیری داده‌ها در نظر گرفته و بررسی شوند (۲۹). به همین دلیل پیش از اجرای تحلیل‌های مربوط به مدل‌یابی معادله ساختاری، خطی بودن رابطه متغیرها از طریق بررسی نمودار پراکنندگی، نرمال بودن توزیع متغیرها از طریق آزمون کولموگوروف اسمیرنف، فاصله‌ای بودن داده‌ها بر پایه در نظر گرفته شدن ابزارهای مورد استفاده در سنجش متغیرها در پیشینه پژوهش به عنوان ابزارهایی در سطح فاصله‌ای (۸، ۲۶، ۲۷ و ۲۸)، داده‌های پرت و دورافتاده از طریق بررسی نمودار جعبه‌ای بررسی و مشخص گردید که در این سه بعد مشکل خاصی در داده‌ها وجود ندارد. داده‌های مفقود نیز در داده‌های اولیه و پایه بررسی

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی گروه نمونه پژوهش در متغیرهای جمعیت‌شناختی

درصد فراوانی	فراوانی	متغیر	ردیف
۸۸/۳	۱۲۸	لیسانس	۱
۴/۸	۷	فوق لیسانس	
۶/۹	۱۰	اعلام نشده	
۱۰۰	۱۴۵	کل	
۱۷/۹	۲۶	تا ۳۰ سال	۲
۵۱	۷۴	۳۱ تا ۴۰ سال	
۲۶/۹	۳۹	۴۱ سال به بالا	
۴/۱	۶	اعلام نشده	
۱۰۰	۱۴۵	کل	
۴۰/۷	۵۹	مرد	۳
۵۷/۲	۸۳	زن	
۲/۱	۳	اعلام نشده	
۱۰۰	۱۴۵	کل	
۱۲/۴	۱۸	مجرد	۴
۸۴/۸	۱۲۳	متاهل	
۲/۶	۴	اعلام نشده	
۱۰۰	۱۴۵	کل	

(۱) از برازش مطلوبی با داده‌ها برخوردار نیست. در چنین مواقعی، بر مبنای پیشینه نظری و پژوهشی و بر اساس شاخص‌های اصلاح (Modification Indices) می‌توان مدل اولیه را بازنگری و اصلاح نمود تا مدل برازش مطلوبی پیدا کند (۲۹). بررسی شاخص‌های اصلاح مدل نشان داد که افزودن یک مسیر از پیوند معنوی به بهزیستی معنوی با شاخص اصلاح برابر با ۹/۷ (مقدار شاخص اصلاح حداقل چهار که از خی‌دو جدول در درجه آزادی ۱، یعنی ۳/۸۴ بزرگتر باشد به عنوان حداقل مقدار شاخص اصلاح قابل قبول معرفی شده است) و توان تغییر پارامتر برابر با ۱۸ می‌تواند وضعیت مدل اولیه را بهبود بخشد. از آن جایی که پیشینه پژوهش نیز افزودن یک رابطه از پیوند معنوی به بهزیستی معنوی را حمایت می‌نمود (۸-۱۱)، تصمیم بر افزودن یک رابطه از پیوند معنوی به بهزیستی معنوی گردید. در جدول (۳) نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری نهایی برای بهزیستی

$GFI=0/94$, $CFI=0/92$, $\chi^2/df=14/98$, $df=1$, $p=0/03$, $\chi^2=14/98$, $RMSEA=0/31$ و $RMR=0/64$, $TLI=0/75$, $NFI=0/91$, $IFI=0/92$ می‌باشد. بر اساس متون در دسترس، مدل‌های دارای برازش مطلوب، باید دارای خی‌دو غیرمعنادار، نسبت خی‌دو به درجه آزادی کمتر از ۳، ریشه میانگین باقیمانده (Root Mean of Residuals) کمتر از ۰/۰۵، شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index) بزرگتر از ۰/۹۵، شاخص برازش تطبیقی (Comparative Fit Index) و شاخص برازش هنجاری (Normative Fir Index) بالاتر از ۰/۹۵، و تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا (Root Mean Square of Error Approximation) کمتر از ۰/۰۶ یا حتی ۰/۰۵ باشد (۲۹).

چنان‌که به شاخص‌های برازش مدل اولیه توجه و با نقاط برش مطلوب ارائه شده مقایسه شود مشخص است که مدل مفهومی اولیه (شکل

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	۱	۲
۱	پیوند معنوی	۴/۲۷	۰/۹۴	-	
۲	سرمایه روان‌شناختی	۴/۱	۰/۸	۰/۴۹**	-
۳	بهزیستی معنوی	۴/۷	۰/۹۱	۰/۵۸**	۰/۶۲**

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

جدول ۳. نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری برای روابط زنجیره‌ای پیوند معنوی با سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی معنوی

ردیف	مسیرهای مدل نهایی پژوهش	b	SE	β	R ²	χ^2	GFI	RMR	IFI	CFI	NFI	RMSEA
۱	سرمایه روان‌شناختی → پیوند معنوی	۰/۴۳**	۰/۰۵	۰/۵۶**	۰/۳۲							
۲	بهزیستی معنوی → سرمایه روان‌شناختی	۰/۷۱**	۰/۰۹	۰/۵۵**	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱	۰	۱	۱	۱	۰/۶۲
۳	بهزیستی معنوی → پیوند معنوی	۰/۲۶**	۰/۰۷	۰/۲۷**	۰/۵۵							

* $p < 0.05$

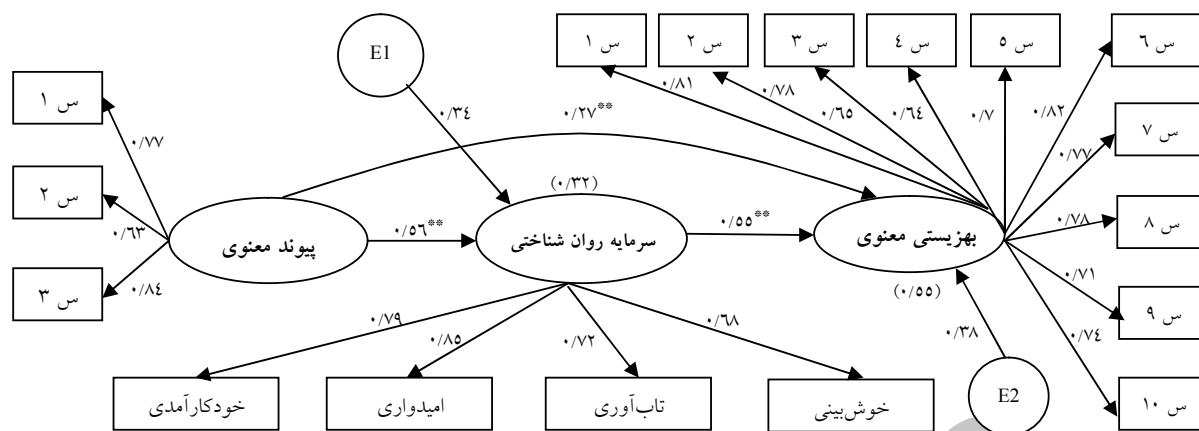
** $p < 0.01$

برآزش مدل بازنگری شده نهایی پژوهش به این شرح است: $\chi^2/df = 0.001$, $df = 0$, $p > 0.05$, $\chi^2 = 0.001$, $IFI = 1$, $GFI = 1$, $CFI = 1$, $TLI = 1$, $NFI = 1$, $RMR = 0.001$ و $RMSEA = 0.62$. چنان‌که ملاحظه می‌شود، کلیه شاخص‌های برازش (به جز $RMSEA$) (جدول ۳ ستون هشتم به بعد را نگاه کنید) حاکی از برازش مطلوب الگوی نهایی پژوهش هستند. مدل معادله ساختاری نهایی در شکل (۲) ارائه شده است.

در شکل ۲، اعداد مندرج بر روی پیکان‌های اصلی که با دو ستاره مشخص شده‌اند (یعنی از پیوند معنوی به سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی معنوی و از سرمایه روان‌شناختی به بهزیستی معنوی) همان ضرایب استاندارد (β) مندرج در جدول ۳ و اعداد داخل پرانتز بر روی بیضی‌ها همان R^2 یا همان ضریب تعیین موجود در جدول ۳ هستند. مقادیر مربوط به پیکان‌هایی که از طریق $E1$ و $E2$ به سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی معنوی ارائه شده خطای مدل برای این دو متغیر هستند، ولی از نمایش خطاهای مربوط به متغیرهای مشهود (یعنی سوالات و ابعاد مطرح برای متغیرهای پیوند معنوی، سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی معنوی) برای پیشگیری از در هم شدن شکل صرف‌نظر شده است. چنان‌که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، اثرات پیوند معنوی

معنوی پرستاران از طریق پیوند معنوی و سرمایه روان‌شناختی ارائه شده است.

در جدول ۳، b ضریب غیراستاندارد برای پیش‌بینی است که معمولاً زمانی که خواسته شود معادله پیش‌بینی ارائه شود از این ضریب استفاده می‌شود. SE خطای استاندارد ضریب غیراستاندارد است که برای تعیین سطح معناداری ضریب غیراستاندارد استفاده می‌شود و β ضریب استاندارد است که بر حسب انحراف معیار میزان تغییر پذیری متغیر ملاک (مثلاً بهزیستی معنوی) را از طریق میزان تغییرات متغیر پیش‌بین (مثلاً سرمایه روان‌شناختی و یا پیوند معنوی) مشخص می‌کند. و بالاخره R^2 نیز مجدداً ضریب همبستگی چندگانه یا همان ضریب تعیین است که واریانس تبیین یا توضیح داده شده متغیر ملاک را از طریق متغیر یا متغیرهای پیش‌بین مشخص می‌کند. دیگر شاخص‌های ارائه شده بعد از R^2 نیز همان شاخص‌های برازش نسبی و مطلق هستند که در توضیحات قبل از جدول ۳ آمده است. چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پیوند معنوی با ضریب بتای استاندارد برابر با 0.56 ، 32 درصد از واریانس سرمایه روان‌شناختی را تبیین نموده است. در سلسله روابط مرحله بعدی سرمایه روان‌شناختی و پیوند معنوی به ترتیب با ضرایب بتای استاندارد برابر با 0.55 و 0.27 ، 55 درصد از واریانس بهزیستی معنوی را تبیین نموده‌اند. شاخص‌های



شکل ۲. نمودار ساختاری رابطه زنجیره‌ای پیوند معنوی با سرمایه روان شناختی و بهزیستی معنوی

روان شناختی و بهزیستی معنوی مطرح شده است. به عنوان نمونه‌ای دیگر از یافته‌های به نسبت همسو با پژوهش حاضر می‌توان به مرور نود مطالعه توسط سه‌سانا، فینل و یازسکی (۱۱) اشاره کرد که طی آن به طور مبسوطی نشان داده شده که معنویت و پیوند معنوی می‌توانند عاملی جهت افزایش خودکارآمدی، تصویری، امیدواری، خوش بینی و به تبع آن سلامتی باشند. با این حال در نتایج حاصل از نود مطالعه در پژوهش سه‌سانا و همکاران (۱۱) به طور کامل رابطه بین پیوند معنوی با سرمایه روان شناختی و بهزیستی معنوی مورد اشاره و بررسی قرار نگرفته است. به همین دلیل می‌توان گفت که یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مورد اشاره همسویی نسبی دارد.

از لحاظ نظری رابطه پیوند معنوی با سرمایه روان شناختی بر مبنای توجه به نقش معنویت در فضای روانی پرستاران قابل تبیین است (۱)، (۲، ۳). پیوند معنوی با خالق هستی، انسان‌ها و دنیای اطراف در فضای ذهنی افراد آرامش، رضایت، احساس حمایت و تمرکز و توانایی مقابله موثر را با مسائل مختلف به وجود می‌آورد (۹). چنان که در عرصه سرمایه روان شناختی گفته شد، این سازه برگرفته شده از روان شناسی مثبت‌نگر (۱۶، ۱۷) نیز به طور جدی متمرکز بر هدف‌مندی، پشتکار، انعطاف‌پذیری و خوش بینی است (۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰). به همین دلیل نیز احساس پیوند با خداوند، دیگر انسان‌ها و محیط اطراف با ایجاد حس مورد حمایت بودن از طریق نظام‌های فرافرادی (خداوند متعال و شبکه اجتماعی افراد پیرامون انسان) با سرمایه روان شناختی که ماهیت درون فردی دارد پیوند برقرار می‌سازد. رابطه بعدی به رابطه سرمایه روان شناختی با بهزیستی معنوی در پرستاران مربوط می‌شود. از یافته‌های مهم پژوهش حاضر در سطح روابط ساده که

بر بهزیستی معنوی از طریق سرمایه روان شناختی در حالت غیر- استاندارد برابر با ۰/۳ و در حالت استاندارد برابر با ۰/۳۱ می‌باشد. آزمون سوویل حاکی از معناداری این اثرات غیرمستقیم ($p < 0/05$) و تحلیل واسطه‌ای نیز حاکی از آن بود که سرمایه روان شناختی متغیر واسطه‌ای پاره‌ای (به این معنی که تنها بخشی از اثرات متغیر پیوند معنوی بر بهزیستی معنوی را سرمایه روان شناختی واسطه‌گری می‌کند و بخش دیگر آن به‌طور مستقیم از خود پیوند معنوی به بهزیستی معنوی منتقل می‌شود) در رابطه پیوند معنوی با بهزیستی معنوی در پرستاران است.

بحث

این پژوهش که با هدف بررسی الگوی ساختاری پیوند معنوی با سرمایه روان شناختی و بهزیستی معنوی پرستاران اجرا شد، از نقش تقویت کننده پیوند معنوی و سرمایه روان شناختی برای بهزیستی معنوی پرستاران حمایت نمود. در درجه نخست در سطح همبستگی‌های ساده، یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که بین پیوند معنوی و سرمایه روان شناختی با بهزیستی معنوی پرستاران رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. یافته‌های این بخش از پژوهش با نظرات و یافته‌های گزارش شده توسط پژوهشگران قبلی همسویی نسبی دارد (۸، ۹، ۱۱، ۱۳). برای نمونه فیشر (۹) بیان نموده که معنویت‌گرایی با بهزیستی و سلامتی و حتی با خشنودی و رضایت درونی که می‌توانند از فضای معنوی و ذهنی افراد به شدت تاثیر بپذیرند، دارای رابطه مثبت است. با این حال در پژوهش حاضر از یک طرف به جای بهزیستی و سلامتی کلی از بهزیستی معنوی استفاده شده و از طرف دیگر نیز در مقایسه با بیان فیشر (۹)، یک مدل زنجیره‌ای از پیوند معنوی با سرمایه

جدول ۴. اثرات غیرمستقیم و مستقیم مدل نهایی پژوهش در حالت استاندارد و غیراستاندارد

استاندارد	غیراستاندارد	اثر غیرمستقیم
۰/۳۱**	۰/۳**	اثر غیرمستقیم پیوند معنوی بر بهزیستی معنوی از طریق سرمایه روان‌شناختی

** $p < 0.01$

آن توجه شود، الگوی یکپارچه و زنجیره‌ای (شکل ۲) رابطه بین پیوند معنوی و سرمایه روان‌شناختی با بهزیستی معنوی پرستاران است. الگوی یکپارچه ارائه شده حاکی از آن است که پیوند معنوی بخشی از اثرات خود را بر بهزیستی معنوی به طور غیرمستقیم از طریق سرمایه روان‌شناختی و بخش دیگر را به صورت مستقیم اعمال می‌کند. این یافته در درجه نخست حاکی از وقوع شکلی از رخدادهای واسطه‌ای معنوی-روانی (پیوند معنوی-سرمایه روان‌شناختی) بین معنویت و بهزیستی معنوی است (۲۸). همچنین این بخش از یافته‌های پژوهش، علی‌رغم این که اگر در یک مدل خیلی ساده رابطه ساختاری پیوند معنوی با بهزیستی معنوی را بدون حضور واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی مورد بررسی قرار دهیم به روابط معنادار خواهیم رسید، ولی بدون تردید، رخداد واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی برای رابطه پیوند معنوی با بهزیستی معنوی با پیروی از قاعده هم‌افزایی اثرات معنوی-روانی، بیش از پیش و فراتر از توان تقویت‌کنندگی پیوند معنوی برای بهزیستی معنوی پرستاران، بهزیستی آن‌ها را تقویت خواهد کرد.

به زبان ساده‌تر، بدون تردید پیوند معنوی تا اندازه‌ای به طور مستقیم قادر به تقویت بهزیستی معنوی پرستاران هست، ولی هم‌زمان و در مسیری موازی نیز پس از تقویت سرمایه روان‌شناختی و با تقویت امیدواری، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی پرستاران، به صورت محسوس‌تری زمینه تقویت بهزیستی معنوی را فراهم خواهد نمود. از طرف دیگر نیز یافته‌های این پژوهش این احتمال را مطرح می‌سازد که رابطه پیوند معنوی و بهزیستی معنوی به دلیل همسویی محتوایی سازه‌های معنوی، از طریق سازه‌های مثبت نگر نظیر سرمایه روان‌شناختی، با نیرومندی بیشتری به وقوع می‌پیوندد.

نکته‌ای که لازم است پژوهشگران در آینده با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به آن توجه کنند این است که بهزیستی معنوی به طور جدی می‌تواند از تقویت سرمایه روان‌شناختی و پیوند معنوی در پرستاران تغذیه شود. به همین دلیل در صورت تمایل پژوهشگران می‌توانند در پژوهش‌های بعدی نقش تقویت سرمایه روان‌شناختی

نمونه پژوهش مشابهی برای آن در دسترس قرار نگرفت، رابطه مثبتی است که سرمایه روان‌شناختی با بهزیستی معنوی پرستاران برقرار می‌کند. در نگاه آغازین چنین به نظر می‌رسد که بهزیستی معنوی از طریق سازه‌های معنوی و دینی شکل می‌گیرد (۹). با این حال یافته‌های پژوهش حاضر نشان از آن دارد که سازه‌های روان‌شناختی مثبت‌نگر خارج از عرصه معنویت نیز می‌توانند به افزایش بهزیستی معنوی منتهی شوند. در تبیین رابطه بهزیستی معنوی با سرمایه روان‌شناختی این مهم انکارناپذیر است که وقتی فرد از لحاظ روانی در وضعیت خوش‌بینی، خودکارآمدی، تاب‌آوری و امیدواری قرار داشته باشد، توان روانی بالاتری نیز برای برقراری انسجام و سازگاری در معنا، هدف و ارزش‌ها والای دنیایی و فرادنیایی در زندگی خود خواهد داشت. به معنای دیگر سرمایه روان‌شناختی با افزایش سطح توانمندی روانی افراد، آن‌ها را از لحاظ بهزیستی معنوی در موقعیت مطلوب‌تری قرار خواهد داد. همین امر موجب پیوند بین سرمایه روان‌شناختی با بهزیستی معنوی می‌شود. بالاخره آخرین رابطه ساده (همبستگی‌های ساده) در این پژوهش، رابطه پیوند معنوی با بهزیستی معنوی است. در اغلب پژوهش‌های در دسترس به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به پیوند بین معنویت‌گرایی با بهزیستی و سلامتی، به ویژه بهزیستی معنوی اشاره شده است (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۲).

همچنین به نظر می‌رسد که رابطه بین پیوند معنوی با بهزیستی معنوی را بتوان بر اساس رویکرد همسویی محتوایی سازه‌ها تبیین نمود. پیوند معنوی از لحاظ محتوایی با بهزیستی معنوی دارای همسویی‌هایی است. اولین همسویی محتوایی این که هر دو ماهیت معنوی دارند. یکی احساس پیوند با خالق هستی، انسان‌ها و دنیای اطراف (پیوند معنوی) و دیگری مبتنی بر وجود سلامتی و انسجام در معنا، هدف و ارزش‌ها والای دنیایی و فرادنیایی (بهزیستی معنوی) است. چنین همسویی‌های محتوایی به خوبی قادر است تا موجب رابطه بین پیوند معنوی با بهزیستی معنوی در پرستاران شود. نکته بسیار حائز اهمیت که فراتر از رابطه جداگانه و ساده پیوند معنوی و سرمایه روان‌شناختی با بهزیستی معنوی پرستاران لازم است به

پرستاران تحت نظر خود، لازم است تا نقش پیوند و روابط معنوی با دیگر همکاران، افراد و خداوند متعال را با برگزاری نشست‌های بحث گروهی و دوستانه و انتقال تجارب مثبت پرستاران در مورد نقش معنویت و پیوند معنوی برجسته ساخته و در پرستاران تحت امر خود آمادگی لازم را برای تشکیل گروه‌های دوستی و همیاری معنوی که گروه‌هایی داوطلبانه با هدف تقویت پیوند معنوی با انسان‌ها و خداوند متعال است را فراهم آورند. در پایان نیز لازم است به محدودیت‌های پژوهش از جمله این که روش پژوهش حاضر توصیفی-مقطعی بوده، لذا تعبیر علت و معلولی نتایج منطقی و صحیح نیست و این که گروه نمونه پژوهش حاضر پرستاران بوده‌اند، لذا در تعمیم نتایج به کارکنان بخش‌های دیگر باید احتیاط صورت گیرد. همچنین به در دسترس بودن نمونه پژوهش که می‌تواند تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه کند باید توجه لازم و کافی بشود. به این معنی که در دسترس بودن نمونه ممکن است باعث اثر داوطلب گشته و بخشی از نتایج پژوهش را تحت تاثیر قرار داده باشد.

■ تشکر و قدرانی

این پژوهش به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۴۹۲۱۰۰۱ در تاریخ ۱۳۹۲/۷/۱۵ در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) به تصویب رسیده است. در اینجا از تک تک پرستاران محترم که در این پژوهش شرکت نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

و پیوند معنوی را در قالب طرح‌های آزمایشی بر بهزیستی معنوی پرستاران مورد بررسی قرار دهند. از طرف دیگر رابطه سرمایه روان‌شناختی با بهزیستی معنوی تابع مدلی کلی موسوم به سرمایه روان‌شناختی- توانمندی فردی- بهزیستی معنوی است (۹، ۱۱ و ۲۸). به این معنی که پس از افزایش سرمایه روان‌شناختی ابتدا سطح احساس توانمندی روانی در پرستاران بالا می‌رود، سپس تقویت بهزیستی معنوی به وقوع می‌پیوندد. به همین دلیل لازم است در پژوهش‌های بعدی تلاش‌های رفتاری و عملکردی پرستاران پس از تقویت بهزیستی معنوی آن‌ها از طریق پیوند معنوی و سرمایه روان‌شناختی مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد.

■ نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش که طی آن نشان داده شد پیوند معنوی و سرمایه روان‌شناختی دارای توان تقویت‌کنندگی برای بهزیستی معنوی پرستاران هستند، لازم است برنامه‌های آموزشی معنویت (۱۳) و سرمایه روان‌شناختی (۱۵، ۱۶) در بیمارستان‌ها برای پرستاران به وجود آید تا از آن طریق زمینه ارتقاء بهزیستی معنوی آن‌ها فراهم شود. پیشنهادت کاربردی معطوف به یافته‌های این پژوهش به نقش مدیریت بهزیستی معنوی پرستاران از طریق تقویت پیوند معنوی و سرمایه روان‌شناختی مربوط می‌شود. به صورتی عملیاتی در حوزه مدیریت پرستاری به مدیران پرستاری می‌توان توصیه نمود که با اتکاء بر نقش پیوند معنوی برای سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی معنوی

■ References

1. Ross LA. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7): 852-62.
2. Deal B. A pilot study of nurses' experience of giving spiritual care. *The Qualitative Report*. 2010; 15 (4): 852-63.
3. Fisher J. Staffs and family members, spiritual well-being in relation to help for residents with dementia. *Journal of Nursing Education & Practice*. 2012; 2(-4): 77-85
4. Dean KL, McGee JJ. Research in spirituality, religion, and work: Walking the line between relevance and legitimacy. *Journal of Organizational Change Management*. 2003; 16(4): 378-95.
5. Cappanelli GA, Cappanelli SC. *Authenticity: Simple strategies for greater meaning and purpose at work and at home*. Cincinnati, Ohio: Emmis Books. 2004.
6. Brooke C, Parker S. Researching Spirituality and Meaning in the Workplace. *The Electronic Journal of Business Research Methods*. 2009; 7(-1): 1 – 10.
7. Gilbert P. Seeking inspiration: The rediscovery of the spiritual dimension in health & social care in England. *Mental Health, Religious & Culture*. 2010; 13(6): 533-46.
8. Kinjerski V, Skrypnik BJ. Measuring the intangible: Development of the spirit at work scale. Paper Presented at the Sixty-fifth Annual Meeting of the Academy of Management, Atlanta, GA. 2006.

9. Fisher J. The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religion*. 2011; 2(1): 17-28
10. Barss K. T.R.U.S.T: An affirming model for inclusive spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*. 2012; 30(1): 24-34.
11. Sessanna, L, Finnell, D, Jezewski, M. Spirituality in nursing and health related literature. *Journal of Holistic Nursing*. 2007; 25(4): 252-62.
12. Koren ME, Papadimitriou C. Spirituality of staff nurses: application of modeling and role modeling theory. *Holistic Nursing Practice*. 2013; 27(1): 37-44.
13. Baldacchino D. Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*. 2011; 11(1): 47-53.
14. Wolpert N. Blessing of the hands. *Nursing Management*. 2010; 41(5): 28-30.
15. Avey JM, Luthans F, Jensen SM. Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management*. 2009; 48(5): 677-93.
16. Avey JB, Luthans F, Youssef CM. The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. *Journal of Management*. 2010; 36(2): 430-452.
17. Peterson SJ, Byron K. Exploring the role of hope in job performance: Results from four studies. *Journal of Organizational Behavior*. 2007; 29(6): 785-803.
18. Youssef CM, Luthans F. Positive organizational behavior in the workplace: The impact of hope, optimism, and resiliency. *Journal of Management*. 2007; 33(5): 774-800.
19. Avey JB, Luthans F, Smith RM, Palmer NF. Impact of positive psychological capital of employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2010; 15(1): 17-28.
20. Ucol-Ganiron T. The additive value of psychological capital in predicting structural project success and life satisfaction of structural engineers. *International Journal of Social Science and Humanity*. 2012; -2 (4): 291-295.
21. Li CC, Rew L, Hwang SL. The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2012; 39(2):161-69.
22. Blue CL. Commentary on the brief serenity scale: A psychometric analysis of a measure of spirituality and well-being. *Journal of Holistic Nursing*. 2009; 27(1): 17 -18.
23. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(8): 1975-1991.
24. Gomez R, Fisher JW. Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire. School of Behavioral and Social Sciences and Humanities, University of Ballarat, Victoria Australia. 2012.
25. Hassanzadeh R. Research methods for behavioral sciences. First edition; Tehran, Savalan Press. 2004. [Persian]
26. Mac Gee EA. An examination of the stability of positive psychological capital using frequency-based measurement. [PhD Dissertation]. University of Tennessee.[Internet].[Cited 2011]. Available from: [http:// trace.tennessee.edu/atk-graddiss/999](http://trace.tennessee.edu/atk-graddiss/999).
27. Golparvar M. Validation of psychological capital questionnaire. Unpublished research, Islamic Azad University, Esfahan.2012. [Persian]
28. Golparvar M. Construct and validation of short form of spiritual well being questionnaire. Unpublished research, Islamic Azad University, Esfahan.2013. [Persian]
29. Hooper D, Coughlan, J, Mullen MR. Structural equation modeling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*. 2008; 6 (1): 53-60.
30. Roth P. Missing data: A conceptual review for applied psychologists. *Personnel Psychology*. 1994; 47(3): 537-60.

Structural modeling of the relationship between spiritual connection with psychological capital and spiritual well-being of nurses

Mohsen Golparvar[■]

Introduction: Spiritual connection is one of the most important phenomenon for nurses and patients. But, how nurse managers use it for nurses' spiritual wellbeing; they need reorganization other factors.

Aim: The purpose of this study was to determine the relationship between spiritual connection with psychological capital and spiritual well-being among nurses.

Method: This study was cross-sectional descriptive study that was done in one hospital in Isfahan in 2012. Nurses (145) were selected simple randomly. Data gathered by three questionnaires; Spiritual Connection (Kinjerski & Skrypnek 2006), Psychological Capital (Mac Gee 2011) and spiritual well-being (Golparvar 2013). The Cronbach's alpha was used to determine reliability that was obtained as follows: 72 %, .92 % and 95% respectively. Data were analyzed using structural equation modeling by AMOS 16 software.

Results: findings showed that spiritual connection and psychological capital had positive correlation with spiritual well-being ($p < 0.01$). Results of structural equation modeling and mediation analysis revealed that psychological capital is a partial mediator variable in the relationship between spiritual connection and nurses' spiritual well-being. So, spiritual connection could be improve indirectly (improvement psychological capital) and directly spiritual well-being. Also, spiritual connection clarified (32%) variance of psychological capital and both of them (spiritual connection and psychological capital) could be clarified (55%) variance spiritual well-being in nurses.

Conclusion: It is necessary that nurse managers provide nurses' psychological capital improvement by promotion programme for their hope, self-efficacy, optimism and flexibility. They must be planning in-service educations in these subjects for them; it is result to attain psychological empower for spiritual connection (coping in meaning, aim and values in themselves life).

Key words: nursing, psychological capital, spiritual connection, spiritual well being

■ Corresponding author:

Golparvar M.

Associate Perofessor, Islamic Azad University, Khorasgan Brand, Esfahan, Iran.

Address: drmgolparvar@gmail.com

**Nursing
Management**

Quarterly Journal of Nursing Management

Third Year, Vol 3, No 2, Summer 2014