

رابطه‌ی بین سلامت معنوی پرستاران با رفتارهای مراقبتی آنان

فروزان آتش‌زاده شوریده^۱، مرتضی عبدالجباری^۲، مرضیه کرمخانی^۳، معصومه شکری خوبستانی^۴، سید امیرحسین پیشگوی^{۵*}

۱- گروه مدیریت پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- گروه معارف، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- دانشکده‌ی آموزش پزشکی، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵- گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.

مکاتبات خطاب به آقای سید امیرحسین پیشگوی؛ پست الکترونیک: pishgooie@ajau.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲ مرداد ۹۵

دریافت متن نهایی: ۴ مرداد ۹۵

پذیرش: ۱۵ مرداد ۹۵

نشر الکترونیکی: ۱۱ دی ۹۵

چکیده

سابقه و اهداف: انسان موجود پیچیده‌یی است که بُعدهای مختلف شناختی، اجتماعی، عاطفی و معنوی دارد و بُعد معنوی یکی از مهم‌ترین بُعدهای انسانی است که می‌تواند بر دیگر بُعدهای وی تأثیرگذار باشد. از این‌رو، هدف از این مطالعه، تعیین رابطه‌ی بین سلامت معنوی پرستاران با رفتارهای مراقبتی آنان بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی است که در آن، ۲۵۶ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران در سال ۱۳۹۴، به روش تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های دموگرافیک، سلامت معنوی و رفتارهای مراقبتی بوده است. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و همچنین روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون و واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد. این پژوهش تمام موارد اخلاقی مرتبط را رعایت نموده است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمره‌ی سلامت معنوی $5/21 \pm$ و $75/43$ و میانگین نمره‌های رفتارهای مراقبتی در همه‌ی زیرمقیاس‌ها و مقیاس کلی، بیش از ۳ بوده، که بیشترین میانگین مربوط به زیرمقیاس احترام قائل شدن برای دیگری ($0/89 \pm 4/12$) و کمترین میانگین مربوط به زیرمقیاس توجه به تجارب دیگری ($1/09 \pm 3/38$) بوده است. یافته‌ها همچنین نشان داد ارتباط مثبت معناداری بین میانگین نمره‌های کل رفتارهای مراقبتی و سلامت معنوی وجود دارد ($P < 0/01$)، $(r = 0/84)$.

نتیجه‌گیری: نتیجه‌ی پژوهش نشان می‌دهد که رفتارهای مراقبتی و سلامت معنوی در پرستاران با هم رابطه دارند. بنابراین لازم است اقدام‌های مقتضی برای ارتقای رفتارهای مراقبتی و سلامت معنوی پرستاران در اولویت قرار گیرد تا پرستاران بتوانند خدمات بهتری به بیماران و خانواده‌ی آنان عرضه کنند.

استناد مقاله به این صورت است: Atashzadeh-Shoorideh F, Abdoljabbari M, Karamkhani M, Shokri Khubestani M, Pishgooie S.A.H. The relationship between Nurses' spiritual health and their caring behaviors. J Res Relig Health.2017;3(1): 5-15

مقدمه

اجتماعی، تشکیل شده است. مؤلفه‌ی جسمانی، خود شامل مؤلفه‌های فیزیکی و فنون مراقبت است؛ و مؤلفه‌های روانی-اجتماعی ارضای نیازهای عاطفی و روانی بیمار را در بر می‌گیرد. با توجه به این موارد، رفتارهای مراقبتی - جسمانی شامل انجام کارهای روزمره، مداخله‌های تشخیصی، درمان‌ها، مراقبت‌های فیزیکی، آموزش و حل مسئله به‌منظور دستیابی به بهبود جسمانی بیماران است. رفتارهای مراقبتی روانی - اجتماعی نیز به ایجاد اعتماد، پذیرش احساسات، ایمان و صداقت در رفتار منجر می‌شود (۱۵).

پرستاری از جمله مشاغل پیچیده است؛ زیرا پرستاران ناچارند نقش‌های مختلفی را هم‌زمان ایفا کنند و در این میان، تعارض‌های ایجاد شده می‌تواند بر سلامت معنوی و کیفیت عملکرد آنان تأثیرگذار باشد (۱۶ و ۱۷). صاحب‌نظران معتقدند کارکنان بخش سلامت؛ به‌ویژه پرستاران به‌طور مداوم در معرض وضعیت‌های بحرانی و تنش‌زا هستند (۱۸). از این‌رو، نیاز به توجه بیشتری به وضعیت سلامت معنوی و عامل‌های تأثیرگذار بر آن، در پرستاران وجود دارد. چیانگ^۲ و همکاران بر این باورند که سلامت معنوی پرستاران، از جمله مهم‌ترین نظام‌های ارزشی و اعتقادی آنان است که می‌تواند تأثیر زیادی در نگرش و عملکرد آنان در مراقبت از بیماران و تعهد حرفه‌یی آنان داشته باشد. یافته‌های چیانگ و همکاران نشان داد، پرستارانی که سطح سلامت معنوی بالاتری داشتند، با عشق و محبت بیشتری به مراقبت از بیماران می‌پرداختند و توجه بیشتری به مراقبت معنوی از بیماران داشتند (۱۹). دان^۳ معتقد است که معنویت پرستاران می‌تواند تأثیر مستقیمی در کیفیت مراقبتی آنان داشته باشد و پرستاری که سلامت معنوی مناسبی نداشته باشد، نمی‌تواند به‌خوبی و به‌طور مناسب از بیمار مراقبت کند (۲۰).

باوجود نقش مهم سلامت معنوی در مراقبت‌های پرستاری، مطالعه‌های محدودی در زمینه‌ی وضعیت سلامت معنوی پرستاران، که یکی از مهم‌ترین مراقبان بیماران هستند، انجام شده است. در مطالعه‌های محدود انجام شده نیز کمتر به ارتباط بین وضعیت سلامت معنوی پرستاران و رفتارهای مراقبتی آنان پرداخته شده است. این، در حالی است که معنویت، مقوله‌یی مبتنی بر فرهنگ، دین و مذهب است و بر

قرآن کریم در آیه‌ی ۷۰ سوره‌ی اسراء، انسان را اشرف مخلوقات خداوند متعال یاد کرده است. انسان موجودی چند بُعدی و پیچیده است که برای شناخت وی، باید بُعدهای وجودی او را شناخت. منابع مختلف بُعدهای اصلی شناختی، عاطفی، اجتماعی و معنوی را برای انسان قائل شده‌اند (۱-۳). در این میان، بُعد معنوی از مهم‌ترین بُعدها است که زندگی انسان را با معنی و هدفمند می‌کند و همچنین، نقش مهمی در سلامتی وی دارد (۴). در سراسر دنیا بُعد معنوی را بخش مهمی از سلامتی، خوب بودن و کیفیت زندگی می‌دانند و مراقبت معنوی را بخشی از فرآیند مراقبت به شمار می‌آورند (۵).

مطالعه‌های انجام شده گویای آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر بُعدهای زیستی انسان نیز نمی‌تواند عملکرد درستی داشته باشند و در نتیجه دستیابی به بالاترین سطح کیفیت زندگی ممکن نخواهد بود (۶). معنویت، کارکرد روانی و سازگاری را تقویت می‌کند؛ و نیز همبستگی‌های معناداری بین سلامت معنوی و متغیرهایی مانند افسردگی (۷)، عزت نفس (۸)، رضایت از زندگی (۹)، اختلال خلق (۱۰) و اضطراب (۱۱) گزارش شده است. سلامت معنوی در برگیرنده‌ی دو بُعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با قدرتی برتر؛ و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود. بیماری‌های ناتوان-کننده و مزمن، پرسش‌هایی را در ذهن فرد درباره‌ی معنا و هدف زندگی ایجاد می‌کند (۱۲).

انسان‌های دارای سلامت معنوی مطلوب، رویکردی کل‌نگر در زندگی دارند و می‌توانند در رویارویی با مشکل‌های اطراف خود با ذهنی باز و انعطاف‌پذیر عمل کنند. از طرفی، عملکرد هر فرد تحت تأثیر عامل‌های مختلفی است (۱). سن^۱ و همکاران به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی ارتباط مستقیمی با مهارت‌های تطابقی آنان در رویارویی با بحران‌ها دارد (۱۳).

مراقبت با کیفیت، از جمله وظیفه‌های اصلی پرستاران است (۱۴). مراقبت از دو مؤلفه‌ی کلیدی جسمانی و روانی-

² Chiang

³ Dunn

¹ Sen

دو دسته‌ی ده‌تایی سلامت مذهبی (عبارت‌های فرد) و سلامت وجودی (عبارت‌های زوج) تقسیم می‌شود. دامنه‌ی نمره‌های هر یک از بُعدهای سلامت مذهبی و سلامت وجودی، از ۱۰ تا ۶۰ است و نمره‌ی کلی پرسش‌نامه از ۲۰ تا ۱۲۰ است. بر-اساس نمره‌های به‌دست‌آمده، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم می‌شود، که هر چه نمره بالاتر باشد، نشان‌دهنده‌ی سلامت معنوی بالاتر است (۲۲). این پرسش‌نامه را سید فاطمی و همکاران در ایران ترجمه کرده‌اند و روایی آن نیز تأیید شده و همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۳). در مطالعه‌ی حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بوده است.

بخش سوم، سیاهه‌ی رفتارهای مراقبتی (CBI)^۲ است. این پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی را ولف^۳ و همکاران طراحی کرده‌اند که دارای ۴۲ سؤال و پنج زیرمقیاس احترام قائل شدن برای دیگری (۱۲ گویه)، اطمینان از حضور انسانی (۱۲ گویه)، ارتباط و گرایش مثبت (۹ گویه)، دانش و مهارت حرفه‌ی (۵ گویه) و توجه به تجارب دیگری (۴ گویه) است. هر گویه از نظر درجه‌ی اهمیت، براساس مقیاس لیکرتی شش تایی (از هرگز = ۱ تا همیشه = ۶) نمره‌دهی می‌شود. به‌منظور نمره‌دهی ابزار، نمره‌ی حاصل از هر یک از زیرمقیاس‌ها و همین‌طور نمره‌ی کل ابزار به تعداد گویه‌ها در هر مورد تقسیم می‌شود و نمره‌ی نهایی در هر زیرمقیاس و کل ابزار، بین ۱ تا ۶ است. طبق مطالعه‌ی ولف، ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های احترام قائل شدن برای دیگری، ۰/۸۹؛ اطمینان از حضور انسانی، ۰/۹۲؛ ارتباط و گرایش مثبت، ۰/۸۵؛ دانش و مهارت حرفه‌ی ۰/۸۱؛ و توجه به تجارب دیگری، ۰/۸۲ تعیین شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار نیز ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۴). این ابزار را رفیعی و همکاران به فارسی ترجمه کرده‌اند و روایی و پایایی آن نیز تأیید شده است. همسانی درونی این ابزار نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ گزارش شده است (۲۵). ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه‌ی حاضر نیز، ۰/۸۸ بوده است.

به‌منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، پس از گرفتن رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و کتبی، هدف‌های پژوهش برای همه‌ی شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و همه‌ی پرسش‌نامه‌ها به صورت بی‌نام و محرمانه تکمیل شد. برای تکمیل پرسش-نامه‌ها، در جلسه‌ی به‌صورت حضوری یا تلفنی برای تعیین

این اساس، اثرهای آن می‌تواند در جامعه‌های فرهنگی مختلف، متفاوت باشد (۲۱). با اذعان به مطالب بالا، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی بین سلامت معنوی و رفتارهای مراقبتی در پرستاران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی - همبستگی در سال ۱۳۹۴ به مدت پنج ماه انجام شده است. جامعه‌ی آماری مطالعه شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بود که به‌صورت رسمی یا قراردادی در شیفت‌های مختلف مشغول به کار بودند. داشتن مدرک کارشناسی پرستاری و دو سال سابقه‌ی کاری، معیار ورود به این پژوهش بوده است. برای انتخاب واحدهای پژوهش، ابتدا شهر تهران بر اساس ویژگی‌های جغرافیایی به پنج منطقه‌ی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد و در ادامه فهرستی از بیمارستان‌های آموزشی هر منطقه فراهم آمد. سپس به‌صورت تصادفی یک بیمارستان از هر منطقه انتخاب و پس از هماهنگی با مسئولان بیمارستان‌های برگزیده شده، تعداد پرستاران موجود در هر بیمارستان مشخص شد و بر اساس آن، سهمیه‌ی لازم در انتخاب پرستاران از هر بیمارستان تعیین شد. بدین‌صورت که فهرستی از پرستاران شاغل در آن بیمارستان به‌دست آمد و بر حسب تعداد پرستار در هر بیمارستان، تعداد نمونه از هر بیمارستان برآورد شد. در ادامه با توجه به حجم نمونه‌ی برآورد شده، پرستاران به‌صورت تصادفی منظم انتخاب و پس از گرفتن رضایت آگاهانه از آنان وارد روند مطالعه شدند.

ابزارهای پژوهش سه بخش را شامل می‌شود؛ بخش اول پرسش‌نامه‌ی دموگرافیک که ویژگی‌های واحدهای پژوهش را در بر می‌گیرد و پس از تهیه، روایی آن با نظرخواهی از ۱۰ تن از صاحب‌نظران به دست آمد.

بخش دوم، پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۱ است. این پرسش‌نامه شامل ۲۰ سؤال با امتیازدهی طیف لیکرتی شش تایی (۶= کاملاً موافقم، ۵= نسبتاً موافقم، ۴= کمی موافقم، ۳= کمی مخالفم، ۲= نسبتاً مخالفم، ۱= کاملاً مخالفم) است. شیوه‌ی نمره‌دهی پرسش‌ها ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸، به‌صورت معکوس است. سؤال‌های این ابزار به

^۲ Caring Behavior Inventory

^۳ Wolf

^۱ Paloutzian & Ellison

جدول شماره‌ی ۱. مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد مطالعه

متغیرهای کیفی	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد (۷۸/۱۲) ۲۰۰
	زن (۲۱/۸۸) ۵۶
مدرک تحصیلی	کارشناسی ارشد (۲۳/۴۴) ۶۰
	کارشناسی (۷۶/۵۶) ۱۹۶
شیفت کاری	صبح (۳۶/۷۳) ۹۴
	عصر (۲۳/۴۴) ۶۰
	شب (۲۱/۸۸) ۵۶
	درگذرد (۱۷/۵۹) ۴۵
متغیرهای کمی	انحراف معیار ± میانگین
سن	۳۸/۲۵ ± ۳/۲۱ ۵۲
سابقه‌ی کار	۱۴/۵۶ ± ۲/۳۳ ۲۸

تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی نشان داد، میانگین نمره‌ی سلامت معنوی در سطح متوسط قرار دارد (۵/۲۱ ± ۷۵/۴۳). همچنین مشخص شد میانگین نمره‌ی سلامت مذهبی بالاتر از میانگین نمره‌ها در سلامت وجودی بوده است (جدول شماره‌ی ۲).

جدول شماره‌ی ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های سلامت معنوی و بُعدهای آن در واحدهای مورد مطالعه

سلامت معنوی و بُعدهای آن	میانگین و انحراف معیار	طیف نمره‌های به‌دست آمده
سلامت معنوی	۷۵/۴۳ ± ۵/۲۱	۴۸-۷۲
بُعد سلامت مذهبی	۳۸/۳۲ ± ۲/۶۴	۳۰-۴۸
بُعد سلامت وجودی	۳۷/۱۱ ± ۳/۴۵	۲۶-۴۷

در ادامه با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، میانگین نمره‌های سلامت معنوی و بُعدهای آن با میانگین نمره‌های رفتارهای مراقبتی و زیرمقیاس‌های آن بررسی شد. یافته‌ها نشان داد، ارتباط مثبت معناداری بین میانگین نمره‌های کل رفتارهای مراقبتی و سلامت معنوی وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). ($r = ۰/۸۴$) (جدول شماره‌ی ۴).

وقت با شرکت‌کنندگان هماهنگی می‌شد و در زمان مقرر، پژوهشگر به محل مورد نظر مراجعه و پرسش‌نامه‌های شرکت‌کنندگان را جمع‌آوری می‌کرد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS و استفاده از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون و تحلیل واریانس با رعایت پیش‌فرض‌های مربوط انجام شده است.

یافته‌ها

۲۵۶ پرستار از پنج بیمارستان منتخب آموزشی شهر تهران برای این مطالعه انتخاب شدند، که بیشتر نمونه‌ها (۷۸/۱۲ درصد) زن بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان $38/25 \pm 3/21$ سال با میانگین سابقه‌ی کاری $14/56 \pm 2/33$ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان دارای مدرک کارشناسی ($76/56\%$) بودند (جدول شماره‌ی ۱).

میانگین نمره‌های رفتارهای مراقبتی در همه‌ی زیرمقیاس‌ها و مقیاس کلی، ۳ بود که بیشترین میانگین مربوط به زیرمقیاس احترام قائل شدن برای دیگری ($4/12 \pm 0/89$) و کمترین میانگین مربوط به زیرمقیاس توجه به تجارب دیگری ($1/09 \pm 3/38$) بوده است (جدول شماره‌ی ۳).

جدول شماره‌ی ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های رفتارهای مراقبتی و زیرمقیاس‌های آن در واحدهای مورد پژوهش

زیرمقیاس‌های رفتارهای مراقبتی	میانگین و انحراف معیار
احترام قائل شدن برای دیگری	$4/12 \pm 0/89$
اطمینان از حضور انسانی	$4/05 \pm 0/08$
ارتباط و گرایش مثبت	$3/48 \pm 1/05$
دانش و مهارت حرفه‌ی	$3/56 \pm 1/14$
توجه به تجارب دیگری	$3/38 \pm 1/09$
امتیاز کل رفتارهای مراقبتی	$3/98 \pm 0/98$

جدول شماره ۴. همبستگی بین زیرمقیاس‌ها و نمره‌ی کل رفتارهای مراقبتی با بُعدها و نمره‌ی کل سلامت معنوی در واحدهای مورد مطالعه

بُعدهای سلامت معنوی			زیرمقیاس‌های رفتارهای مراقبتی
بُعد سلامت مذهبی	بُعد سلامت وجودی	امتیاز کل سلامت معنوی	
$r = ۰/۷۶$ $p = ۰/۰۴$	$r = ۰/۶۶$ $p = ۰/۰۶$	$r = ۰/۷۸$ $p = ۰/۰۲$	احترام قائل شدن برای دیگری
$r = ۰/۸۸$ $p < ۰/۰۱$	$r = ۰/۷$ $p = ۰/۰۴$	$r = ۰/۶۵$ $p = ۰/۰۴$	اطمینان از حضور انسانی
$r = ۰/۸۱$ $p = ۰/۰۳$	$r = ۰/۷۹$ $p = ۰/۰۲$	$r = ۰/۶۹$ $p = ۰/۰۳$	ارتباط و گرایش مثبت
$r = ۰/۰۹$ $p = ۰/۵۶$	$r = ۰/۶۹$ $p = ۰/۰۴$	$r = ۰/۰۸$ $p = ۰/۴۸$	دانش و مهارت حرفه‌یی
$r = ۰/۷۴$ $p = ۰/۰۵$	$r = ۰/۵۸$ $p = ۰/۱۶$	$r = ۰/۱۲$ $p = ۰/۱۷$	توجه به تجارب دیگری
$r = ۰/۸۴$ $p < ۰/۰۱$	$r = ۰/۶۹$ $p = ۰/۰۵$	$r = ۰/۷۵$ $p = ۰/۰۴$	امتیاز کل رفتارهای مراقبتی

بحث

منابع در دسترس هستند و به همین سبب شاید توجه به تجربه‌های دیگران کاهش یافته باشد.

در مطالعه‌ی گرین^۱ با عنوان رفتارهای مراقبتی، آن‌گونه که پرستاران درک می‌کنند، تعداد ۳۴۸ پرستار در لوئیزیانا مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد همه‌ی زیرمقیاس‌های رفتارهای مراقبتی میانگین نمره‌ی بالاتر از ۵ داشتند، ولی کمترین نمره مربوط به زیرمقیاس ارتباط و گرایش مثبت بوده است (۲۸). در مطالعه‌ی پورتر^۲ و همکاران، رفتارهای مراقبتی ۱۵۰۰ پرستار در کلینیک‌های پرستاری آمریکا بررسی شد که یافته‌ها نشان داد در همه‌ی زیرمقیاس‌ها و نمره‌ی کل، پرستاران میانگین نمره‌یی بیش از ۵ را داشتند، که بالاترین نمره نیز مربوط به زیرمقیاس احترام قائل شدن برای دیگری و کمترین نمره مربوط به زیرمقیاس ارتباط و گرایش مثبت بوده است (۲۹). در هر دو مطالعه‌ی اخیراً یاد شده که در کشور آمریکا انجام شده است، مشابهت وجود دارد. شاید تفاوت نتیجه‌ی این پژوهش‌ها درباره‌ی نمره‌ی کمترین زیرمقیاس، با مطالعه‌ی حاضر، به دلیل وجود تفاوت‌های فرهنگی و محیط کاری بین پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش‌ها باشد.

نتیجه‌ی مطالعه درباره‌ی نمره‌های سلامت معنوی و بُعدهای آن، گویای آن است که نمره‌ها در سطحی بالاتر از متوسط قرار دارد و نمره‌ی بُعد سلامت مذهبی بیش از نمره‌ی بُعد سلامت وجودی است. در پژوهش نجارکلایی و همکاران درباره‌ی بررسی وضعیت سلامت معنوی کارکنان یکی از

نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر بیانگر آن است که میانگین نمره‌های رفتارهای مراقبتی در همه‌ی زیرمقیاس‌ها و نمره‌ی کل، بالاتر از حد میانگین بوده است. در ادامه با بررسی نمره‌های زیرمقیاس‌ها مشخص شد بیشترین نمره مربوط به زیرمقیاس احترام قائل شدن برای دیگری است؛ و کمترین نمره به زیرمقیاس توجه به تجارب دیگری اختصاص دارد. نتیجه‌های حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه‌های پیشین، از جمله پژوهش رفیعی و همکاران (۲۶) و محمدی و همکاران (۲۷) همسو است. در هر دو مطالعه‌ی یاد شده نیز گزارش شده که میانگین نمره‌های همه‌ی زیرمقیاس‌ها و نمره‌ی کل، بالاتر از حد میانگین است و بیشترین نمره مربوط به زیرمقیاس احترام قائل شدن برای دیگری است، ولی کمترین نمره در این مطالعه مربوط به زیرمقیاس دانش و مهارت حرفه‌یی بوده است. به نظر می‌رسد اختلاف موجود بین کمترین نمره‌ی زیرمقیاس رفتارهای حرفه‌یی در مطالعه‌ی بیان شده با مطالعه‌ی حاضر، به دلیل گذشت زمان و افزایش سطح تحصیلات پرستاران و افزایش پذیرش پرستاران در مقطع‌های تحصیلات تکمیلی و همچنین، دستیابی بیشتر پرستاران به منابع مطالعاتی در سال‌های اخیر باشد. به این ترتیب احتمالاً دانش و مهارت حرفه‌یی پرستاران نسبت به سال‌های گذشته افزایش یافته است. در مطالعه‌ی حاضر کمترین نمره مربوط به زیرمقیاس توجه به تجربه‌های دیگری بوده که به نظر می‌رسد با افزایش دسترسی به منابع، پرستاران بیشتر به دنبال کسب اطلاعات از طریق

¹ Green

² Porter

وجود دارد؛ به طوری که هر چه سلامت معنوی پرستار بیشتر باشد، رفتار مراقبتی وی نیز بیشتر است. این یافته با یافته‌ی مطالعه‌ی چیانگ^۱ و همکاران همسواست (۱۹).

در مطالعه‌ی چیانگ و همکاران نیز مشخص شد که آموزش سلامت معنوی می‌تواند بر کیفیت مراقبت معنوی از بیمار نقش داشته باشد، ولی الزاماً منجر به رفع نیازهای معنوی بیماران نمی‌شود (۱۹). شاید سبب این امر، کوتاه بودن دوره‌ی آموزش و زمان‌بر بودن تأثیر آموزش در تغییر دانش، نگرش و از همه مهم‌تر، رفتار آدمی است. از این رو، به منظور مراقبت‌های با کیفیت پرستاران، لازم است در این زمینه، توانمندسازی پرستاران صورت گیرد. مهم بودن رفتارهای مراقبتی پرستاران، با وجود کمبود نیروی انسانی و مراقبت کردن به شیوه‌های انسانی و با اولویت قرار دادن جوانب والای بشر و حرمت و کرامت انسانی مستلزم تغییر نگرش‌ها و باورها است؛ و بر پایه‌ی برقراری ارتباط‌های انسانی و اعتماد و یاری‌رسانی شکل می‌گیرد. بنابراین، لازم است مدیران پرستاری و مسئولان بیمارستان‌ها به این مهم اهتمام ورزند و شرایط ارتقای سلامت معنوی و رفتارهای مراقبتی را برای پرستاران فراهم سازند.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه رفتارهای مراقبتی و سلامت معنوی در پرستاران مورد مطالعه، به‌ویژه در بُعد سلامت مذهبی، بالاتر از سطح میانگین بوده، از این رو پیشنهاد می‌شود تمهیدهای لازم برای حفظ و ارتقای رفتارهای مراقبتی و سلامت معنوی پرستاران صورت گیرد تا رضایتمندی بیماران افزایش یابد.

محدودیت‌های پژوهش

با توجه به اینکه رفتارهای مراقبتی پرستاران از دیدگاه خود آنان بررسی شده، ممکن است با دیدگاه بیماران متفاوت باشد، که این می‌تواند محدودیت مطالعه‌ی حاضر محسوب شود. از سویی، بیماران از مراقبت‌های پرستاران سود می‌برند، از این رو توصیه می‌شود در مطالعه‌ی دیگری، هم از دیدگاه پرستاران و هم از دیدگاه بیماران، رفتارهای مراقبتی پرستاران سنجیده شود.

قدردانی

دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، یافته‌ها نشان داد ۶۱/۴ درصد از کارکنان سلامت معنوی خوبی داشتند و نمره‌های بُعد سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بوده است (۳۰) که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

از طرفی در مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمره‌های کل سلامت معنوی در حد متوسط بوده که در مطالعه‌ی نجارکلایی و همکاران، در سطح بالا گزارش شده است (۳۰). به نظر می‌رسد با توجه به این که در مطالعه‌ی نجارکلایی واحدهای پژوهش، کارکنان یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند، اما واحدهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر، پرستاران شاغل در بیمارستان بودند، شاید پایین‌تر بودن سطح نمره‌های سلامت معنوی در مطالعه‌ی حاضر به دلیل تفاوت در جامعه‌ی آماری و مسئولیت‌های شغلی آنان باشد.

در همین جهت، مطالعه‌ی ابراهیم‌پور و همکاران درباره‌ی بررسی سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان در یکی از بیمارستان‌های شهر مشهد نشان داده نمره‌های سلامت معنوی در این بیماران در سطح متوسط قرار دارد و نمره‌های بُعد سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی است (۳۱). پژوهش طبیبی و همکاران برای بررسی سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی شهر قم نیز یافته‌های مشابهی با مطالعه‌ی ابراهیم‌پور نشان داده است (۳۲)؛ نتیجه‌ی این مطالعه‌ها با مطالعه‌ی حاضر همسواست. این، در حالی است که در مطالعه‌ی موسوی مقدم و همکاران، سلامت معنوی پرستاران بیمارستان نظام مافی شهرستان شوش در حد متوسط بوده که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر متفاوت است (۳۳). شاید دلیل این تفاوت را بتوان چنین توجیه کرد که سلامت معنوی، مقوله‌ی کاملاً شخصی با بُعدهای شناختی، ذهنی و رفتاری است که تحت تأثیر عامل-های بسیاری قرار دارد. شرایط اجتماعی و فرهنگی نیز از عامل-های تأثیرگذار در این متغیر است. بنابراین با توجه به متفاوت بودن شرایط کاری پرستاری و محل اشتغال آنان و بافت فرهنگی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش یادشده و پژوهش حاضر، انتظار چنین اختلافی در سلامت معنوی می‌رفته است.

از آنجایی که سلامت معنوی با سلامت روان (۳۴)، رضایت از زندگی (۳۵) و کیفیت زندگی پرستاران (۳۶)، رابطه‌ی مثبت دارد و این عامل‌ها می‌تواند آرامش و نشاط آدمی را فراهم کند، پس لازم است تمهیدهای لازم برای ارتقای سلامت معنوی پرستاران در نظر گرفته شود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین سلامت معنوی پرستاران و رفتارهای مراقبتی آنان، ارتباط مثبت معنادار آماری

^۱ Chiang

Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010; 5: 1362- 6.

13. Sen S, Pal D, Hazra S, Pandey GK. Spiritual health of students in government medical colleges of Kolkata and their coping skills in a crisis situation. *Indian journal of public health*. 2015;59(3):196-203.

14. Azarsa T, Davoodi A, Khorami Markani A, Gahramanian A, Vargaeei A. Spiritual wellbeing, Attitude toward Spiritual Care and its Relationship with Spiritual Care Competence among Critical Care Nurses. *Journal of Caring Sciences*. 2015;4(4):309-20.(Full Text in Persian)

15. Atashzadeh Shoorideh F, Zagheri Tafreshi M, Heidari Khayat N, Sheikh Milani A, Gilasi HR, Sabery M. The viewpoints of undergraduate nursing students about the importance of caring behaviors at the beginning, middle, and end of their nursing education. *Hayat*. 2015;21(3):63-73.(Full Text in Persian)

16. Pishgooie AH, Rahimi A, Khaghanizadeh M. Experiences of Iranian Nursing Faculty Members on Working in Conflict Climate. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(1): doi: 10.5812/ircmj.20319.

17. Pishgooie AH, Rahimi A. Explaining the Process of Non-Faculty Member Nursing Instructors Encountering the Professional Role Ambiguity: A Grounded Theory Approach. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2014;3(1):80-92.(Full Text in Persian)

18. Tay WY, Earnest A, Tan SY, Ng MJM. Prevalence of burnout among nurses in a community hospital in Singapore: a cross-sectional study. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2014;23(2):93-9.

19. Chiang Y-C, Lee H-C, Chu T-L, Han C-Y, Hsiao Y-C. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing outlook*. 2016;64(3):215-24.

20. Dunn LL. Spirituality and nursing: Personal responsibility. *Online Journal of rural nursing and health care*. 2012;8(1):3-4.

21. Cuda J. *A Qualitative Study of the Self in New Age Spirituality Culture*: University of Pittsburgh; 2013.

22. Paloutzian R, Ellison C. Spiritual well-being scale. *Measures of religiosity*1982.

23. Seyed Fatemi N, Rezaie M, Givari A. The effect of prayer on spiritual health of cancer patients. *Payesh Journal*. 2006;5(4):295-304.(Full Text in Persian)

24. Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA, Ambrose MS. Dimensions of nurse caring. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1994;26(2):107-12.

25. Ralii F, Hajinezhad ME, Haghani H. Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction.

از تمامی مشارکت‌کنندگان این پژوهش که پژوهشگران را در انجام آن یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Yseminejad P, Golmohammadian M, Yosefi N. Study the relationship of spiritual health and job Involvement in academic staff. *Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling*. 2011;3(8):110-25.(Full Text in Persian)
2. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33.(Full Text in Persian)
3. Kalroozi F, Pishgooie AH, Taheriyani A. Health-promoting behaviours in employed nurses in selected military hospitals. *Health promotion management*. 2015;4(5):7-16.(Full Text in Persian)
4. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*: Oup Usa; 2012.
5. Ross L, Giske T, van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse education today*. 2016;36:445-51.
6. Ali J, Marhemat F, Sara J, Hamid H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holistic nursing practice*. 2015;29(3):128-35.
7. Jeong K, Heo J, Tae Y. Influence of Spiritual health and Fatigue on Depression in Breast Cancer Patients. *Asian Oncology Nursing*. 2014;14(2):51-7.
8. Chung MY, Cha KS, Cho OH. Correlation between Self-esteem, Death Anxiety, and Spiritual Wellbeing in Korean University Students. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2015;27(3):367-74.
9. Yuen CY. Gender differences in life satisfaction and spiritual health among the junior immigrant and local Hong Kong secondary students. *International Journal of Children's Spirituality*. 2015;20(2):139-54.
10. Unterrainer H-F, Lewis A, Fink A. Religious/spiritual well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues. *Journal of religion and health*. 2014;53(2):382-92.
11. Lee KE, Lee YE. The Relationship between the Spiritual Health, Anxiety and Pain in Hospitalized Cancer Patients. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2015;18(1):25-34.
12. Jafari E, Najafi M, Sohrabi F, Dehshiri GR, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spiritualitywell-being and hope in cancer patients.

Australian Journal of Advanced Nursing, The. 2008;26(2):75.

26. Rafii F, Oskouie F, Peyrovi H, Haghani H. A comparative study of the effectiveness of the clinical practice of fundamental nursing through role-play versus traditional method on caring behaviors of sophomore-level nursing students. Iran Journal of Nursing. 2009;22(60):42-52.(Full Text in Persian)

27. Mohammadi H, Seyedshohadai M, Seyedfatemi N, Mehran A. Relationship between Circadian Types and Nurses' Caring Behaviors. . Iran Journal of Nursing. 2014;27(90):44-53.(Full Text in Persian)

28. Green A. Caring behaviors as perceived by nurse practitioners. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2004;16(7):283-90.

29. Carol A, Cortese M, Vezina M, Fitzpatrick JJ. Nurse Caring Behaviors Following Implementation of a Relationship Centered Care Professional Practice Model. International Journal of Caring Sciences. 2014;7(3):818-22.

30. Najarkolaei FR, Haghghi M, Heydarabadi AB, Ansarian A, Mesri M. Investigation of spiritual health in staff of one Medical Sciences University in Tehran. Journal of Research on Religion & Health. 2016;1(1):13-20.(Full Text in Persian)

31. Ebrahimipour H, Vejdani M, Taghipour A, Heidarabadi AB, Molavi Y. Spiritual health in cancer patients at OMID hospital affiliated with Mashhad University of Medical Sciences-2012. Journal of Reaserch on Religion & Health. 2015;1(2):3-9.(Full Text in Persian)

32. Tabibi M, Ahmari Tehran H, Soltani Arabshahi K, Heidari S, Abdi Z, Safaeipour R. The Association between Spiritual Health and Academic Achievement in Medical Students of Qom University of Medical Sciences. Qom University Medical Science Juornal. 2013;7(1):72-8.(Full Text in Persian)

33. Mousavi Moghadam SR, Esmaeil Chegeni M, Ashrafi Hafez A. Explore the relationship among spiritual health, marital satisfaction, and demographic characteristics(age, duration of marriage, duration of employment) in Mafi hospital nurses of Susa city in 1394. Journal of Reaserch on Religion & Health. 2015;1(4):38-44.(Full Text in Persian)

34. Safaai-raad A, Karimi L, Shomusi N, Ahmadi M. The relationship of spiritual well-being with mental health in students. Journal of Sabzevaar University of Medical Sciences & Health Servises. 2010;5:229-37. (Full Text in Persian)

35. 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.

36. Osarrodi A, Golafshani A, Akaberi S. Relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses. jnkums. 2012;3(4):79-88.