

سلامت معنوی در پرستاران ایرانی؛ یک مطالعه متاآنالیز

پروانه اصفهانی: استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل.
محمدعلی خمر^۱: کارشناس، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل.
حجت آقایی: کارشناس، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل.
یاسر شهنازی: کارشناس، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل.
مریم خرم‌روز: استادیار اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود.

دوفصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآن کریم

سال دوازدهم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۴۰۰، صص ۵۰-۳۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۰۵

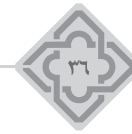
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۱۹

چکیده

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان و رویکردی مهم در ارتقای سلامت عمومی محسوب می‌شود؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان سلامت معنوی در پرستاران ایرانی انجام شد. این پژوهش به روش متاآنالیز انجام شد. تمامی مطالعات مرتبط سلامت معنوی در پرستاران در پایگاه‌های اطلاعاتی «Magiran»، «Scopus»، «Web of Science»، «PubMed» و «SID» و موتور جستجوی «Google scholar» پایان تیر ۱۴۰۰ با کلیدواژه‌های مناسب جستجو شد. در این مطالعه، ناهمگونی مطالعات با استفاده از شاخص I^2 و احتمال سوگیری در انتشار توسط آزمون Egger و مدل متارگرسیون برای ارزیابی متغیرهای مظنون به ناهمگونی در سطح معناداری ۰/۰۵ بررسی شد. تعداد ۱۶ مقاله با استفاده از نرم‌افزار Comprehensive Meta-Analysis مورد تحلیل قرار گرفتند. بر مبنای مدل تصادفی، میزان سلامت معنوی در پرستاران ایرانی برابر با $2/81 \pm 82/53$ (۷۷/۰۲-۸۸/۰۴)؛ حدود اطمینان ۹۵٪ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار سلامت مذهبی و وجودی به ترتیب $37/30 \pm 7/60$ و $37/38 \pm 7/75$ بود. بین حجم نمونه، سال انجام، میانگین سنی و میزان سلامت معنوی رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). با توجه به یافته‌های پژوهش، میزان سلامت معنوی در حد مطلوب بود؛ بنابراین، با توجه به پایداری کشور به ارزش‌های اخلاقی دستیابی به چنین نتیجه‌ای دور از انتظار نیست.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، پرستاران، متاآنالیز

^۱نویسنده مسئول: mhmd_khammar@yahoo.com



۱. مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، در سال ۱۹۴۷ سلامت را برخورداري از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو تعریف نمود. پس از آن، در سال ۱۹۷۹ به دلیل خلأ معنا و نبود غایت نهائی، در مفهوم رفاه تعریف شده در باره زندگی مادی انسان، بحثی را عنوان کرد که آیا جنبه‌های معنوی را باید در تعریف سلامت وارد نمود؟ (نقل از واشیان، ۱۴۰۰) چند سال بعد، افزودن سلامت معنوی به ابعاد جسمی، روانی و عوامل اجتماعی سلامت پیشنهاد شد (عباسی، عزیزی، شمسی گوشکی، ناصری راد، اکبری لاکه، ۱۳۹۱). در اواخر قرن بیستم دولت‌های کشورهای اروپایی در معاهده کپنهاک برای توسعه اجتماعی متعهد شدند که به نیاز روحی و معنوی جوامع خود در سطح فردی، خانوادگی و جامعه توجه نمایند و سیاست‌های خود را با دید اخلاقی و معنوی برای توسعه اجتماعی متمرکز نمایند (عبدالملکی، زارعی، کنعانی، زارعی، ۱۳۹۹).

این تعریف از سلامت، بیشتر بر این موضوع تاکید دارد که سلامتی، مفهومی کلی و مستلزم تعامل و درون وابستگی میان اجزای مختلف است. جهت درک کامل معنی سلامت، دانستن هر یک از ابعاد سلامت از اهمیت به سزایی برخوردار است. برخی با یک مرور مطالعاتی گسترده ابعاد سلامتی را این گونه توصیف کردند: آنان سلامت جسمانی را فقدان بیماری و ناتوانی و عملکرد مناسب جسمی و فیزیولوژیک بیان کردند، سلامت روانی را سلامت روان‌شناسانه نامیدند که شامل؛ عواطف و منبعی برای قابلیت‌های عقلانی و درک ذهنی است و سلامت اجتماعی را توانایی تعامل مؤثر با افراد دیگر و محیط اجتماعی، رضایتمندی از روابط بین فردی و ایفای نقش می‌دانند. آنان بُعد سلامت روحی یا سلامت معنوی را سلامت شخصی می‌نامند و آن را با مفهوم تعالی نفس مرتبط می‌دانند که منعکس کننده دستگاہ ارزشی فرد است و ممکن است مربوط به عقیده‌ای در مورد پدیده‌ای ماورایی یا طبیعی و یا قانون عملی و منبع مذهبی باشد (آقاخانی، اکبری، عباسی، نادری، چراغی، آیرملو، عسگرلو، ۱۳۹۵).

اگرچه تعریف سازمان جهانی بهداشت برای سلامت، تنها تعریف مورد توافق نسبی از سوی جامعه بین‌الملل است، اما تحقق حداکثری رسالت این تعریف، یعنی ارتقای سلامت، مستلزم توجه به زمینه‌های فکری، ارزشی و ایدئولوژیک هر کشور است (نقل از واشیان، ۱۴۰۰). از آنجا که کشورهای

مختلف دارای مذاهب متفاوت هستند و حتی بعضی از کشورها دین را جدا از کلیه برنامه‌های خود در نظر می‌گیرند، این سازمان، تصمیم گرفت هر کشوری با توجه به فرهنگ مردم خود و دین رایج در آن کشور به بُعد سلامت معنوی پردازد (عزیزی، ۱۳۹۳).

مفهوم سلامت معنوی برای نخستین بار در سال ۱۹۷۱ توسط مویرگ تحت عنوان «بهبودی معنوی» مطرح گردید (بالدوچی^۱، ۲۰۱۹). سلامت معنوی به معنای سلامت در باورها، عقاید، ارزش‌های اخلاقی و اعمال مناسبی که لازمه این باورها و التزام به این ارزش‌ها است (بلبر^۲، جون^۳، ویلیس^۴، ۲۰۱۵).

تعریف دقیق سلامت معنوی بسیار چالش‌برانگیز و پیچیده است؛ زیرا سلامت معنوی در هر فرهنگ، مطابق موازین شناخته شده آن فرهنگ تعریف می‌شود. به همین دلیل، نویسندگان مختلف با توجه به زوایای متعدد، تعاریفی متفاوت از سلامت معنوی ارائه کردند. سلامت معنوی، تجربه انسان در دو چشم‌انداز مختلف سلامت مذهبی و سلامت وجودی است که بر درک افراد از ارتباط با خداوند تأکید دارد. در مقابل، سلامت وجودی احساس فرد است نسبت به اینکه کیست، چه کاری را، چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد (بووین^۵، کربی^۶، آندروود^۷، سیلوا^۸، ۱۹۹۹). به عبارتی دیگر، سلامت معنوی شامل حفظ و شکوفایی فطرت توحیدی از طریق برقراری روابط مستحکم با خدا، ایجاد نظام ارزشی شخصی قدرتمند، داشتن زندگی هدفمند و روابط سالم و سازنده با خود و دیگران است. سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان بوده است. ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی، می‌تواند یکی از راه‌های مناسب سازگاری با بیماری باشد. در واقع، سلامت معنوی، فرایندی مبهم و پیچیده از تکامل انسان بوده و ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی می‌تواند یکی از راه‌های مناسب سازگار با بیماری باشد (چیانگ^۹، لی^{۱۰}، چو^{۱۱}، هان^{۱۲}، هسیائو^{۱۳}، ۲۰۱۶).

سلامت معنوی با تحمل بیشتر کمبودهای عاطفی و جسمانی ناشی از بیماری (کلارک^{۱۴}، درین^{۱۵}، مالون^{۱۶}،

- 1.2 Balducci
2. Blaber
3. Jone
4. Willis
5. Boivin
6. Kirby
7. Underwood
8. Silva
9. Chiang
10. Lee
11. Chu
12. Han
13. Hsiao
14. Clark
15. Drain
16. Malone



۲۰۰۳)، کاهش درد، فشارروانی، نگرانی و احساسات منفی و کاهش خطر افسردگی و خودکشی (کلارک و همکاران، ۲۰۰۳) در بین بیماران ارتباط مستقیم است. همچنین، بیمارانی که مراقبت معنوی کافی دریافت می‌کنند از مراقبت و درمان خود در بیمارستان رضایت بیشتری دارند (فراهانی نیا، عباسی، گیوری، حقانی، ۱۳۸۴). مسائل معنوی نقش مهمی در کیفیت زندگی و روند انطباق بیماران، به‌ویژه افرادی که دارای بیماری‌های شدید و تهدیدکننده‌ی زندگی هستند، ایفا می‌کنند (فاطمی، نظری، صفوی، نائینی، سوادپور، ۱۳۹۰؛ گال^۱، شاربونو^۲، کلارک^۳، گرانت^۴، جوزف^۵، شولدیس^۶، ۲۰۰۵). بنابراین، مراقبت از نیازهای روحی و روانی بیماران به‌طور کلی می‌تواند جزو مراقبت‌های باکیفیت باشد که توجه ویژه پرستاران را می‌طلبد (قلی‌پور خانمیری، خدائی، شیرازی، نظیری، ۱۳۹۷).

سلامت معنوی پرستاران یک نظام ارزشی و اعتقادی مهم است که می‌تواند بر نگرش آنها نسبت به مراقبت معنوی، تعهد حرفه‌ای و مراقبت از بیمار تأثیر بگذارد (قلی‌پور خانمیری، خدائی، شیرازی، نظیری، ۱۳۹۷). نگرش مثبت به مراقبت معنوی می‌تواند رضایت بیماران و پرستاران را افزایش دهد، پرستارانی که از سطح معنویت بالایی برخوردار هستند نگرش مثبتی نسبت به مراقبت معنوی دارند و معمولاً از معنویت در برنامه مراقبت خود برای بیماران استفاده می‌کنند (هسیاتو^۷، چیانگ^۸، چین^۹، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد که سلامت معنوی پرستاران با ابعاد مختلف کیفیت زندگی (حیدری، یوسفی، ۲۰۱۶)، رضایت شغلی (هو^{۱۰}، جیائو^{۱۱}، لی^{۱۲}، ۲۰۱۹؛ جعفری، کمزین، کردمیرزا، سیفی زاده، ۱۳۹۴) و کاهش فشار روانی شغلی (جلیلی، رحمتی، دستمزد، سالاری، بذرافشان، ۲۰۱۹؛ کارن^{۱۳}، هافن^{۱۴}، اسمیت^{۱۵}، فراندسن^{۱۶}، ۲۰۰۶) آنها ارتباط مثبت و معنادار دارد.

ایران کشوری است که در آن اکثریت مردم دارای دین اسلام و اعتقادات مذهبی هستند؛ بنابراین

1. Gall
2. Charbonneau
3. Clarke
4. Grant
5. Joseph
6. Shouldice
7. Hsiao
8. Chiang
9. Chien
10. Hu
11. Jiao
12. Li
13. Karren
14. Hafen
15. Smith
16. Frandsen

انتظار می‌رود زمینه‌ی لازم جهت ارائه مراقبت و پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران در بیمارستان‌های آن فراهم باشد. سلامت معنوی پرستاران به‌عنوان افراد کلیدی که نقش مهمی در ارائه این مراقبت‌ها دارند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با این حال در ایران، مطالعه‌ای که سلامت معنوی پرستاران را به طور جامع مورد بررسی قرار داده باشد تاکنون انجام نشده است. نتایج یک پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نشان می‌دهد که؛ نمره سلامت معنوی پرستاران شاغل در واحد مراقبت ویژه قلبی بیشتر از سطح متوسط است.

در این مطالعه، پرستاران با نمره بیشتر در بُعد مذهبی سلامت معنوی، موانع کمتری را برای ارائه مراقبت‌های معنوی به بیماران گزارش کرده بودند (غلامعلی لواسانی، کیوان زاده، ارجمند، ۱۳۸۶). طبق نتایج پژوهش دیگری که در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد، میانگین نمره سلامت معنوی پرستاران، اساتید و دانشجویان پرستاری بالا بود. با این حال، هیچ ارتباطی بین نمره سلامت معنوی افراد با سابقه کار بالینی آنها و شرکت در دوره‌های آموزشی معنویت وجود نداشته است. در مقابل، بین سن و جنسیت زن و سلامت معنوی افراد مورد مطالعه ارتباط مثبت معناداری وجود داشت (معارف، اسدی، ۱۳۹۶).

با توجه به اینکه مطالعات انجام شده در مورد سلامت معنوی پرستاران در ایران، در مناطق جغرافیایی، بخش‌های بیمارستانی و یا مقاطع زمانی مختلفی انجام شده است، انجام مرور نظام‌مند بر روی این مطالعات به دلیل استفاده از تعداد نمونه‌های بیشتر و متنوع‌تر از جامعه پرستاران می‌تواند برآورد دقیق‌تری را از وضعیت موجود سلامت معنوی آنها در اختیار سیاستگذاران نظام سلامت قرار دهد؛ بنابراین این پژوهش با هدف تعیین وضعیت سلامت معنوی پرستاران در ایران و در قالب یک مرور نظام‌مند و متاآنالیز انجام شد.

۲. روش کار

پژوهش حاضر به روش فراتحلیل (متاآنالیز) انجام گرفت. در این مطالعه از راهنمای گزارش‌دهی مطالعات مرور نظام‌مند و فراتحلیل PRISMA استفاده شد (موهر^۱، لیبراتی^۲، تتزلاف^۳، آلتمن^۴، گروه پریزما^۵، ۲۰۰۹). کلیه مقالات فارسی و انگلیسی مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی «Web of»، «PubMed»، «Magiran»، «Scopus»، «Science» و «SID» و موتور جستجوی «Google scholar» با کلیدواژه‌هایی شامل: Iranian، spiritual health، spiritual well-being، nurses، Iran به زبان انگلیسی و معادل فارسی آن جستجو شد (جدول شماره ۱). فهرست منابع مقالات نیز مورد جستجو قرار گرفت.

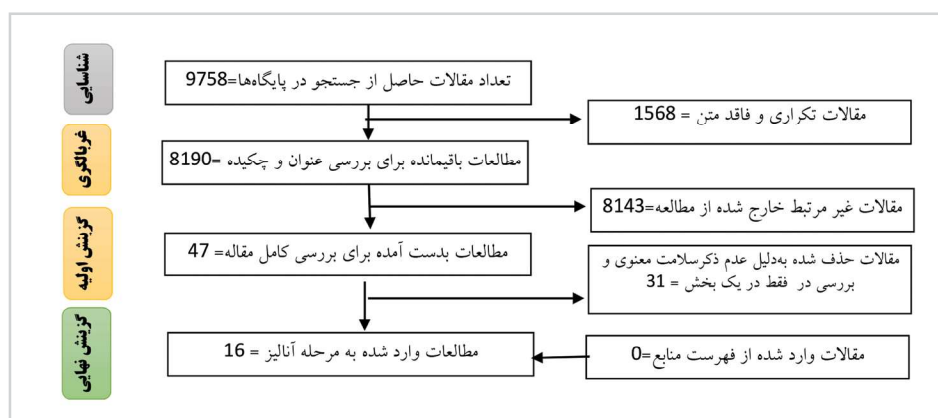
1. Moher
2. Liberati
3. Tetzlaff
4. Altman
5. PRISMA Group



جدول ۱: راهبرد جستجو در پایگاه داده‌ای

تعداد مطالعات شناسایی شده	راهبرد جستجو	پایگاه داده
۸۲	(((((spiritual[All Fields] OR spiritualism[MeSH Terms] OR spiritualism[All Fields] OR spirituality[MeSH Terms] OR spirituality[All Fields] OR spiritualities[All Fields] OR spirituality s[All Fields] OR spiritually[All Fields] OR spirituals[All Fields]) AND (health[MeSH Terms] OR health[All Fields] OR health s[All Fields] OR healthful[All Fields] OR healthfulness[All Fields] OR healths[All Fields])) OR ((spiritual[All Fields] OR spiritualism[MeSH Terms] OR spiritualism[All Fields] OR spirituality[MeSH Terms] OR spirituality[All Fields] OR spiritualities[All Fields] OR spirituality s[All Fields] OR spiritually[All Fields] OR spirituals[All Fields]) AND (health[MeSH Terms] OR health[All Fields] OR well[All Fields] OR well-being[All Fields])) AND (nurse s[All Fields] OR nurses[MeSH Terms] OR nurses[All Fields] OR nurse[All Fields] OR nurses s[All Fields] AND (iran[MeSH Terms] OR iran[All Fields] OR iranian[All Fields] OR iranian s[All Fields] OR iranians[All Fields])) AND ((ffrft[Filter]) AND (1000/1/1:2021/7/22[pdatt]) AND (english[Filter] OR persian[Filter]))	PubMed
۹	(ALL=(spiritual well-being OR spiritual health) AND ALL=(nurses) AND ALL=(Iran) (and Articles (Document Types) and Nursing (Web of Science Categories) and English or Persian (Languages) and IRAN (Countries/Regions)	Web of Science
۱۷۶	ALL (spiritual health OR spiritual well-being) AND ALL (nurses) AND ALL (iran OR iranian) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE, 'final')) AND (LIMIT-TO (OA, 'all')) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, 'Iran')) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, 'ar')) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, 'English') OR LIMIT-TO (LANGUAGE, 'Persian')) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE, 'j'))	Scopus
۳۹	سلامت - معنوی + پرستاران	Magi ran
۱۲	سلامت معنوی - پرستاران	SID
۹۴۴۰ (۵ صفحه اول بررسی شد)	(spiritual health OR spiritual well-being) AND nurses AND (Iran OR Iranian)	Google Scholar
۹۷۵۸	تعداد نهایی مطالعات	

معیارهای ورود به مطالعه، شامل تمامی پژوهش‌های مقطعی انجام شده در حوزه سلامت معنوی پرستاران ایرانی در همه بخش‌های بیمارستان تا پایان تیر ۱۴۰۰ است. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل؛ مطالعات منتشر شده بعد از بازه زمانی مدنظر، مقالات منتشر شده به زبان‌های مختلف به جز فارسی و انگلیسی، مقالات مروری، کتاب‌ها، مطالعات کیفی، کنفرانس‌ها، پایان‌نامه‌ها و منابع علمی فاقد متن کامل بود. سه نفر از پژوهشگران وظیفه اصلی غربالگری مطالعات را بر عهده داشتند. در صورت وجود اختلاف، نتایج غربالگری با اعمال نظر پژوهشگر چهارم نهایی می‌شد. در جستجوی اولیه، تعداد ۹۷۵۸ مقاله یافت شد. در مرحله اول با مطالعه‌ی عنوان مقالات، تعداد ۱۵۶۸ مطالعه تکراری و عدم دسترسی به متن کامل از فرایند بررسی حذف شدند. سپس، بررسی عنوان و چکیده مطالعات منجر به حذف ۸۱۴۳ مطالعه غیر مرتبط شده و تعداد ۴۷ مطالعه وارد مرحله بررسی متن مقالات شدند. در مرحله بعد، پس از مطالعه دقیق مقالات، تعداد ۳۱ مطالعه به دلیل عدم اشاره به میزان سلامت معنوی و بررسی میزان سلامت پرستاران یک بخش بیمارستانی حذف شد. در نهایت، ۱۶ مقاله وارد مرحله بررسی نهایی میزان سلامت معنوی پرستاران در بیمارستان‌های ایران شدند. نتایج جستجو در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

به منظور ارزشیابی کیفیت مقالات مورد بررسی از چک فهرست می‌توان استفاده شد. این چک فهرست دارای ۵ سؤال هست که جنبه‌های مختلف نظیر روش شناسی، نظیر ادبیات پژوهش، سؤالات پژوهش، جمعیت و نمونه مورد پژوهش را مدنظر قرار می‌دهد. به هر یک از سؤالات این چک‌لیست، نمره ۰ (در مقاله گزارش نشده است)، نمره ۱ (گزارش شده است ولیکن کیفیت آن پایین است)، نمره ۲ (گزارش شده است ولیکن کیفیت آن متوسط است) و نمره ۳ (گزارش شده است ولیکن کیفیت آن بالا است) اختصاص داده می‌شود. حداکثر امتیاز قابل کسب در این چک‌لیست ۱۵ در نظر گرفته شده است. امتیاز قابل قبول، ۱۰ بود (میتون، آدایر، مک کنزی، پتن، پری، ۲۰۰۷). مطالعات با استفاده از جدول امتیازبندی از لحاظ کیفیت به طور مستقل توسط دو پژوهشگر امتیازدهی شدند. در صورت وجود اختلاف، مقاله توسط پژوهشگر سوم مورد بررسی قرار می‌گرفت. برای استخراج داده‌ها از یک فرم استفاده شد. این فرم دارای اطلاعاتی نظیر مشخصات نویسندگان، سال انجام، محل انتشار مقاله، حجم نمونه، روش جمع‌آوری داده‌ها، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، میانگین سنی، میزان سلامت معنوی، میزان سلامت وجودی و میزان سلامت مذهبی بود. این اطلاعات در جدول شماره ۲ ذکر شده است. در برخی از مطالعات سال انجام مطالعه ذکر نشده است؛ بنابراین، نویسندگان از سال انتشار استفاده کردند.

1. Mitton
2. Adair
3. McKenzie
4. Patten
5. Perry



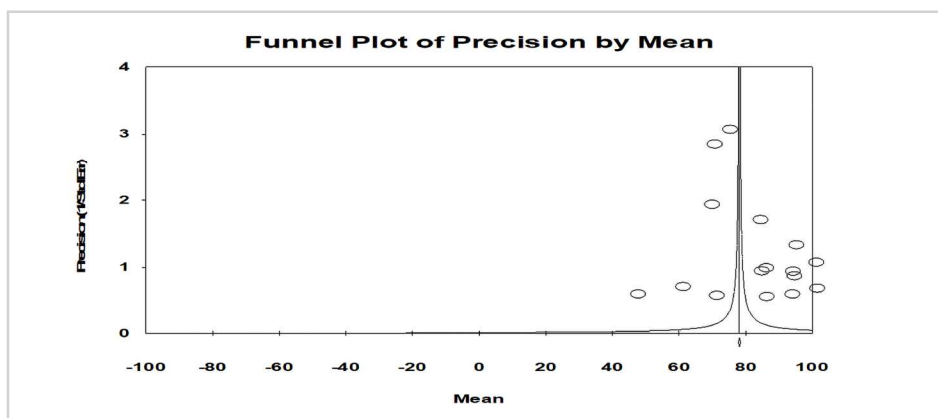
جدول ۲: خلاصه اطلاعات مربوط به مطالعات مورد بررسی

ردیف	نویسنده اول	سال	مکان	حجم نمونه	میانگین و انحراف معیار سلامتی معنوی	میانگین و انحراف معیار سلامت مذهبی	میانگین و انحراف معیار سلامت وجودی	میانگین سنی	ابزار	اهمیت کیفیت
۱	قلی پور	۱۳۹۸	تبریز	155	84/±94 13/15	-	-	-	SWBS ¹	۱۱
۲	تقی زادگان زاده	۱۳۹۷	جهرم	268	84/±58 9/58	-	-	-	پرسش نامه جامعه ایرانی - اسلامی	۱۱
۳	رفیعی	۱۳۹۶	قزوین	220	70/±80 5/20	32/±90 4/8	38/±01 5/1	-	SWBS	۱۳
۴	عصاررودی	۱۳۹۰	مشهد	93	94/±13 16/00	49/±90 7/6	44/±30 9/6	32/52	SWBS	۱۴
۵	آتش زاده شوریده	۱۳۹۴	تهران	256	75/±43 5/21	38/±32 2/64	37/±11 3/45	38/25	SWBS	۱۵
۶	سلیملی	۱۳۹۴	قزوین	193	94/±73 15/89	-	-	34/06	SWBS	۱۲
۷	Zareipour	۲۰۱۹	ارومیه	400	95/±32 14/98	48/65±7/91	46/70±8/01	32/33	SWBS	۱۱
۸	Aghakhani	۲۰۱۴	ارومیه	60	70/±00 4/00	29/±00 4/00	40/±00 4/04	27/00	SWBS	۱۴
۹	Yari	۲۰۱۷	سراوان	80	71/±43 15/36	33/±95 8/67	37/±47 8/37	35/06	SWBS	۱۱
۱۰	Ramezanzade Tabriz	۲۰۱۶	نیشابور	281	94/±3 17/8	48/±3 7/6	46/±2 8/6	30/77	SWBS	۱۴
۱۱	جعفری	۱۳۹۲	پارس آباد	93	47/±79 15/97	23/±42 14/06	20/±91 15/18	-	SWBS	۱۱
۱۲	نریمانی	۱۳۹۳	اردبیل	176	101/±58 19/24	52/±55 12/03	49/±03 11/39	32/6	SWBS	۱۴
۱۳	عبدالملکی	۱۳۹۸	کردستان	110	86/±42 18/56	3/±68 0/86	3/±12 0/64	32	SWBS	۱۲
۱۴	فطمی	۱۳۸۹	اردبیل	100	101/±3 9/3	53/0±6/1	48/±3 5/3	-	SWBS	۱۴
۱۵	Radmehr	۲۰۱۵	جهرم	97	86/±26 9/91	-	-	-	Research Made Questionnaire	۱۱
۱۶	موسوی مقدم	۱۳۹۴	شوش	44	29/9±30/61	-	-	40	SWBS	۱۱

1. Spiritual Well Being Scale

از نرم افزار Comprehensive Meta-Analysis به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای ارزیابی ناهمگنی مطالعات از آزمون کوکران و شاخص I² استفاده شد. میزان ناهمگنی در این مطالعات ۹۹/۵۶ درصد بود. با توجه به ناهمگنی مطالعات و معنی دار شدن شاخص ناهمگنی از مدل اثرات تصادفی در متاآنالیز استفاده شد. سوگیری انتشار توسط آزمون Egger بررسی و محاسبه شد (P = ۰/۰۸) که نشان داد احتمال وجود سوگیری انتشار از نظر آماری معنی دار نبود (نمودار شماره ۲). با استفاده از دستور متارگرسیون، اثر متغیرهای مظنون به ایجاد ناهمگونی در مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. برآورد نقطه‌ای میزان سلامت معنوی در پرستاران در ایران با فاصله اطمینان ۹۵٪ در نمودار انباشت (Forest Plots) محاسبه شد که در این نمودار اندازه مربع نشان‌دهنده وزن هر مطالعه و خطوط دو طرف آن فاصله اطمینان ۹۵٪ را نشان داد.

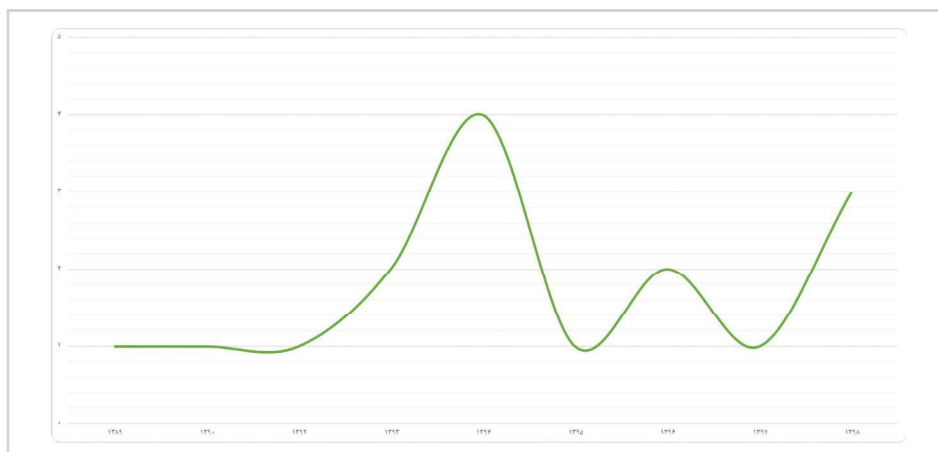
دوفصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن کریم
سال دوازدهم | شماره اول | بهار و تابستان ۱۴۰۰



نمودار ۲: سوگیری انتشار مقالات

۳. یافته‌ها

تعداد ۱۶ مقاله در بازه زمانی ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۸ به بررسی میزان سلامت معنوی پرستاران در بیمارستان‌های ایران پرداختند. حدود ۳۱/۲۵ درصد مقالات به زبان انگلیسی چاپ شدند. بیشتر مقالات در سال ۱۳۹۴ انجام شدند (نمودار شماره ۳).



نمودار ۳: توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب سال انجام

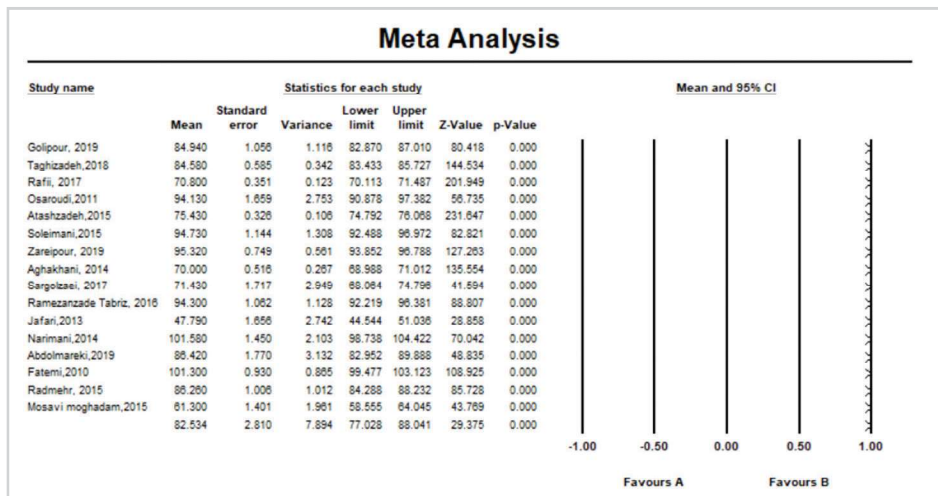


مطالعات میزان سلامت معنوی در پرستاران در ۱۰ استان کشور صورت گرفته است که بیشتر این مطالعات در استان‌های اردبیل، خراسان رضوی، آذربایجان غربی، فارس و قزوین انجام شده بود (نمودار ۴).



نمودار ۴: توزیع فراوانی مقالات بر حسب استان‌های مورد مطالعه

بر مبنای مدل تصادفی، میزان سلامت معنوی در پرستاران ایرانی برابر با $82/53 \pm 2/81$ (۸۸/۰۴-۷۷/۰۲)؛ حدود اطمینان ۹۵٪ به دست آمد. بیشترین میزان سلامت معنوی در اردبیل در سال ۱۳۸۹ برابر با $1/45 \pm 1/30$ (۱۰۷/۷۵-۱۰۱/۲۴) و کمترین میزان سلامت معنوی در شهر پارس آباد در سال ۱۳۹۲ برابر با $1/65 \pm 1/79$ (۴۷/۷۹-۵۱/۰۳)؛ حدود اطمینان ۹۵٪ به دست آمد (نمودار شماره ۵).



نمودار ۵: میزان سلامت معنوی در پرستاران ایرانی بر اساس مدل تصادفی

جدول شماره ۳ ابعاد سلامت معنوی را نشان می‌دهد. میانگین و انحراف معیار سلامت مذهبی و وجودی به ترتیب $37/60 \pm 7/30$ و $37/60 \pm 7/30$ و $37/38 \pm 7/75$ بود.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت معنوی در پرستاران ایرانی

ابعاد	تعداد مطالعات	میانگین و انحراف معیار	فاصله اطمینان (۹۵٪)
سلامت مذهبی	۱۱	$37/60 \pm 7/30$	23/28-51/92
سلامت وجودی	۱۱	$37/38 \pm 7/75$	22/71-52/58

نتایج بر اساس منطقه جغرافیایی و ابزار جمع‌آوری داده‌های مطالعه نیز تفکیک شدند که در جدول ۴ بیان شده است. میزان سلامت معنوی در پرستاران ایرانی در منطقه شرقی کشور ($94/25 \pm 0/89$) بیشتر از سایر مناطق ایران بود. علاوه بر این، میزان سلامت معنوی با استفاده از پرسش‌نامه ایرانی - اسلامی بیشتر بود.

جدول ۴: میزان سلامت معنوی پرستاران در زیرگروه‌های مورد مطالعه

میزان عدم تجانس P	درصد	فاصله اطمینان (۹۵٪)	میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی	تعداد مطالعات	متغیرها	
					منطقه جغرافیایی	ابزار
$\leq 0/001$	99/53	72/68-87/70	$80/19 \pm 3/83$	3	مرکز	منطقه جغرافیایی
$\leq 0/001$	99/63	66/46-94/41	$80/44 \pm 7/13$	4	شمال	
$\leq 0/001$	99/21	65/25-89/62	$77/43 \pm 6/21$	3	جنوب	
$\leq 0/001$	99/65	$71/07-107/50$	$84/29 \pm 11/84$	4	غرب	
$\leq 0/001$	0	92/49-96/00	$94/25 \pm 0/89$	2	شرقی	
$\leq 0/001$	-	83/43-85/72	$84/58 \pm 0/58$	1	پرسش‌نامه ایرانی - اسلامی	ابزار
$\leq 0/001$	99/57	76/46-88/32	$82/39 \pm 3/02$	15	SWBS	

به منظور بررسی عوامل ایجاد کننده ناهمگونی، متغیرهای مظنون به ایجاد ناهمگونی (سال انجام مطالعه، حجم نمونه و میانگین سنی) در مدل متارگرسیون وارد شدند، بر اساس نتایج آنالیز که در جدول ۵ ارائه شده است، متغیر حجم نمونه، سال انجام کار و میانگین سنی در عدم تجانس بین یافته‌های مطالعات نقش داشته و منبع ناهمگونی مشخص شده است ($P > 0/05$).

جدول ۵: نتایج تعدیل شده عوامل مؤثر در ایجاد ناهمگونی (هتروزینیتی) بین مطالعات (مدل متارگرسیون)

P	ضریب همستگی	تعداد مطالعات	عوامل مظنون
$\geq 0/01/0$	-۰/۰۸	۱۶	سال انجام مطالعه
$\geq 0/01/0$	۰/۰۳	۱۶	حجم نمونه
$\geq 0/01/0$	۰/۰۲	۱۰	میانگین سنی



۴. بررسی مطالعات انجام شده

تعداد ۱۶ مقاله در بازه زمانی ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۸ به بررسی میزان سلامت معنوی پرستاران در بیمارستان‌های ایران پرداختند. میزان سلامت معنوی در پرستاران ایرانی در این مطالعه برابر با $2/81 \pm 82/53$ گزارش شد. این یافته با نتایج مطالعه تقی‌زادگان در سال ۱۳۹۹ نیز همخوانی دارد. مطالعه‌ای در کشور کره جنوبی در سال ۲۰۰۹ میلادی میانگین سطح سلامت معنوی پرستاران را $63/41$ نشان داد (یون^۱، ۲۰۰۹).

مطالعه‌ی دیگری نیز در کشور برزیل در سال ۲۰۱۰ میلادی نشان داد؛ میانگین میزان سلامت معنوی پرستاران برابر با $107/26$ بود (پدرائو^۲، برسین^۳، ۲۰۱۰).

مطالعه‌ی دیگری نیز در کشور تایوان در سال ۲۰۱۰ میلادی سطح سلامت معنوی پرستاران را در حد متوسط تا خوب بیان کرد (هسینائو و همکاران، ۲۰۱۰).

وانگ^۴ در سال ۲۰۲۰ بیان کرد که پرستاران همیشه به نیازهای معنوی بیماران خود توجه دارند و این امر باعث می‌شود که نسبت به مفهوم معنویت حساسیت بیشتری داشته باشند و از سلامت معنوی خوبی برخوردار باشند.

مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۹ نشان داد که ارتقای سلامت معنوی پرستاران نه تنها رضایتمندی آن‌ها از زندگی را بهبود می‌بخشد و فرسودگی شغلی را در آن‌ها کاهش می‌دهد بلکه زمینه‌ای را فراهم می‌کند تا در محیط بالینی، مراقبت بهتری برای بیمارانشان انجام دهند (هو و همکاران، ۲۰۱۹). سلامت معنوی پرستاران در ایران

در کشور ایران، پابندی به عقاید مذهبی در زندگی مردم قابل مشاهده است و برخورداری از مفاهیم معنوی از ویژگی‌های مردم به شمار می‌آید؛ بنابراین، در چنین جامعه‌ای که پایبند به ارزش‌های اخلاقی است دستیابی به چنین یافته‌ای دور از انتظار نیست.

پرستاران نقش مهمی در کمک به بیماران برای مقابله با پریشانی‌های روحی ایفا می‌کنند زیرا آن‌ها معمولاً حمایت معنوی و مراقبت از بیماران را در محیط‌های بالینی ارائه می‌دهند. با این حال، اکثر پرستاران نشان دادند که مقابله با چنین ناراحتی‌های روحی بیماران برای آن‌ها بسیار دشوار است (چیانگ و همکاران، ۲۰۱۶).

سلامت مذهبی، یکی از ابعاد سلامت معنوی است و به رضایت از ارتباط با خدا اشاره دارد (جلیلی و همکاران، ۲۰۱۹). در این مطالعه، میانگین نمره سلامت مذهبی حدود $37/60$ به دست آمده است. عصارودی و همکاران در سال ۱۳۹۰ نشان دادند که میانگین نمره سلامت مذهبی $49/9$ بود.

باورهای مذهبی و داشتن ایمان به خدا، وجود معنا در زندگی، امیدواری به یاری خدا در شرایط مشکل‌زا، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی، معنوی و احساس تعلق داشتن به منبعی والا همه این

1. Yoon
2. Pedrão
3. Beresin
4. Wong

موارد روش‌هایی هستند که افراد با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث آسیب‌رسان و مشکلات شغلی، فشار کمتری را تحمل کرده و سلامت روان خود را در حد مطلوب حفظ نمایند. علاوه بر این، سلامت وجودی نشان‌دهنده ارتباط افراد با دیگران در محیط کار است (موسوی مقدم و همکاران، ۱۳۹۴). در این پژوهش میانگین نمره سلامت وجودی حدود ۳۷/۳۸ به دست آمده است. در مطالعه عصاررودی و همکاران در سال ۱۳۹۰ این میانگین حدود ۴۴/۳ به دست آمد. این پژوهش نشان داد که به ازای یک واحد افزایش در میانگین سنی، میزان سلامت معنوی در پرستاران حدود ۰/۰۲ افزایش پیدا می‌کند. این یافته با نتایج مطالعه فراهانی‌نیا و همکاران همخوانی ندارد. وی در مطالعه خود هیچ ارتباط معناداری بین سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و سن آنها پیدا نکرد.

مطالعه‌ای نشان داد؛ ۹۰ درصد از سالمندان ایالات متحده آمریکا به‌منظور سازگاری با تنش‌ها به معنویت روی می‌آورند. به اعتقاد آنها معنویت و مذهب می‌تواند برای آنها نشاط و آسایش ایجاد نماید. این مطالعه نشان داد که به ازای یک واحد افزایش در سال انجام مطالعه، میزان سلامت معنوی در پرستاران حدود ۰/۰۸ کاهش می‌یابد. شاید یکی از دلایل این امر وجود مشکلات اقتصادی و افزایش نرخ تورم در سال‌های اخیر باشد.

علاوه بر این، میزان سلامت معنوی با استفاده از پرسش‌نامه ایرانی - اسلامی بیشتر بود. ابزارهای مختلفی به‌منظور سنجش سلامت معنوی طراحی شده است. از این ابزارها می‌تواند برای ارزیابی سلامت معنوی افراد، جمعیت عمومی و گروه‌های خاص، شناسایی نیازهای معنوی افراد و سنجش تأثیرات مداخلات انجام شده به‌منظور ارتقای سلامت معنوی استفاده کرد. با وجود این، هر کدام از این ابزارها اشکالاتی دارند؛ بنابراین، ضروری است که یک ابزار جامع و کامل به‌منظور سنجش سلامت معنوی طراحی شود.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، ناقص بودن داده‌های بعضی از مقالات پژوهشی مورد استفاده است. در این مطالعه برخی از متغیرهای جانبی مورد بررسی در برخی از مقالات گزارش نشده بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات پژوهشی آینده این اطلاعات را نیز در یافته‌های خود ذکر کنند تا در مطالعات مرور نظام‌مند مورد استفاده قرار گیرند و میزان سلامت معنوی که خود دارای ابعاد مختلفی مانند میزان سلامت وجودی و میزان سلامت مذهبی است به تفکیک بیان گردد.

۵. نتیجه‌گیری

سلامت معنوی در پرستاران ایرانی در حد مطلوبی بوده است. با وجود این، برنامه‌ریزی به‌منظور ارتقای سلامت جسمی، روحی و اجتماعی پرستاران باید در اولویت قرار گیرد.

تضاد منافع

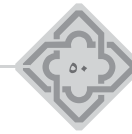
نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی را گزارش نکرده‌اند.



منابع

- آتش زاده شوریده، فروزان، عبدالجباری، مرتضی، کرمخانی، مرضیه، شکری خوبستانی، معصومه، پیشگوی، سیدامیرحسین (۱۳۹۵). رابطه‌ی بین سلامت معنوی پرستاران با رفتارهای مراقبتی آنان، پژوهش در دین و سلامت، ۳(۱)، ۱۰-۱۷.
- تقی زادگان زاده، محبوبه، شادفرد، زهرا، منتصری، محمدعلی، زاهدنیا، فجریه، کرمی، زهرا، پیشگیر، زهرا (۱۳۹۹). سلامت معنوی در پرستاران، اساتید و دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جهرم. نشریه پرستاری ایران، ۳۳(۱۲۶)، ۱۶-۲۷.
- جعفری، عیسی، کمرزین، حمید، کردمیرزا، عزت‌الله، سیفی زاده، ولی (۱۳۹۴). نقش بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در پیش‌بینی رضایت شغلی پرستاران. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۴(۱)، ۵۰-۵۸.
- عباسی، محمود، عزیزی، فریدون، شمسی گوشکی، احسان، ناصری راد، محسن، اکبری لاکه، مریم (۱۳۹۱). تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش شناختی. اخلاق پزشکی، ۶(۲۰)، ۱۱-۴۴.
- عبدالملکی، میلاد، زارعی، امیر، کنعانی، بهاره، زارعی، سروان (۱۳۹۹). بررسی رابطه‌ی رضایت شغلی با سلامت معنوی در پرستاران شاغل در مراکز درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی کردستان. نشریه اسلام و سلامت، ۵(۲)، ۵۰-۵۷.
- عزیزی، ف (۱۳۹۳). سلامت معنوی بعد جدید سلامت. تهران، انتشارات هوپا، ۱۰-۸۷.
- عصاررودی، عبدالقادر، جلیلود، محمدرضا، عودی، داوود، اکبری، آرش (۱۳۹۱). ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد. مراقبت‌های نوین، ۹(۲)، ۱۵۶-۱۶۲.
- غلامعلی لواسانی، مسعود، کیوان زاده، محمد، ارجمند، ندا (۱۳۸۶). معنا، معنویت، استرس شغلی، تعهد سازمانی و رضایت شغلی در پرستاران شهر تهران. روانشناسی معاصر، ۳(۲)، ۶۱-۷۳.
- فاطمی، میر مسعود، نظری، رباب، صفوی، محبوبه، نائینی، محمد کاظم، سوادپور، محمدتقی (۱۳۹۰). ارتباط معنویت پرستاران بر میزان رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری. اخلاق پزشکی، ۵(۱۷)، ۱۴۱-۱۵۹.
- فراهانی نیا، مرحمت، عباسی، مژگان، گیوری، اعظم، حقانی، حمید (۱۳۸۴). سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آن‌ها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران. نشریه پرستاری ایران، ۱۸(۴۴)، ۷-۱۴.
- قلی‌پور خانمیری، ثریا، خدائی، شیرازی، مرجان، نظیری خدیجه (۱۳۹۷). بررسی ارتباط سلامت معنوی با رضایت شغلی پرستاران در مرکز آموزشی درمانی شهیدای تبریز. اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۱(۱)، ۲۲۰-۲۳۰.
- معارف، مجید، اسدی، فرزانه (۱۳۹۶). عوامل دستیابی به سلامت معنوی از منظر قرآن و حدیث. بصیرت و تربیت اسلامی، ۱۴(۴۱)، ۹-۴۰.
- موسوی مقدم، سید رحمت‌الله، اسمعیل چگنی، مهری، اشرفی حافظ، اصغر (۱۳۹۴). بررسی رابطه‌ی سلامت معنوی و رضایت زناشویی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، مدت ازدواج و مدت اشتغال) در پرستاران بیمارستان نظام مافی شهرستان شوش. پژوهش در دین و سلامت، ۱(۴)، ۳۸-۴۴.
- نریمانی، محمد، پرزور، عطادخت، عباسی، مسلم (۱۳۹۴). نقش بهزیستی معنوی و پایبندی مذهبی در پیش‌بینی

- رضامندی زناشویی پرستاران. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۴(۲)، ۱-۱۰.
- واشیان، عباس علی (۱۴۰۰)؛ نیمرخ شاخص‌های سلامت و مراقبت معنوی از منظر قرآن و احادیث. فصلنامه علمی - پژوهشی قرآن و طب، ۶(۱)، ۲۰-۳۱.
- Aghakhani, N, Akbari, M, Abbasi, M, Naderi, J, Cheraghi, R, Ayremloo, M, & Asgarlou, Z (2016). Evaluation of the spiritual health of cancer patients and their nurses in Iran. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 3(3), 34-39.
- Balducci, L. (2019). Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 57(1), 171-175.
- Blaber, M, Jone, J, & Willis, D. (2015). Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings?. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(9), 430-438.
- Boivin MJ, Kirby AL, Underwood LK, Silva H (1999). Spiritual wellbeing Scale. Trans: Hill PG, Hood RW. *Measures of Religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press, 382-385.
- Chiang, Y. C, Lee, H C, Chu, T. L, Han, C. Y, & Hsiao, Y. C (2016). The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing outlook*, 64(3), 215-224.
- Clark, P. A, Drain, M, & Malone, M. P (2003). Addressing patients' emotional and spiritual needs. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(12), 659-670.
- Gall, T L, Charbonneau, C, Clarke, N. H, Grant, K, Joseph, A, & Shouldice, L (2005). Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. *Canadian psychology/psychologie Canadienne*, 46(2), 88.
- Heidari, A, & Yoosefee, S (2016). The relationship between spiritual health and other dimensions of health: Presentation of a model. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 3(2), 38-41.
- Hsiao, Y. C, Chiang, H. Y, & Chien, L. Y (2010). An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse education today*, 30(5), 386-392.
- Hu, Y, Jiao, M, & Li, F (2019). Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC palliative care*, 18(1), 1-8.
- Jalali, A, Rahmati, M, Daštmozd, B, Salari, N, & Bazrafshan, M. R (2019). Relationship between spiritual health and clinical competency of nurses working in intensive care units. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, 7(4), 183-187.
- Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ (2006). Mind-body health: the effects of



- attitudes, emotions, and relationship. 3th Edition, Pearson: Sanfrancisco.
- Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ (2006). Mind-body health: the effects of attitudes, emotions, and relationship. 3th Edition, Pearson: Sanfrancisco.
- Mitton, C, Adair, C. E, McKenzie, E, Patten, S. B, & Perry, B. W (2007). Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 729-768.
- Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, D. G, & PRISMA Group* (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.
- Pedrao, R. D. B, & Beresin, R (2010). O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Einstein (São Paulo)*, 8, 86-91.
- Radmehr, M, Roštami, S, Najafi, D, Dowlatkhah, H, Rastegarian, A, & Kalani, N (2016). investigating the convergence between spiritual health and work ethic of nurses working in hospitals affiliated to Jahrom University of medical sciences in 2015. *IIOAB Journal*, 7, 438-442.
- Rafiei, S, Kiaieie, M. Z, Sadeghi, P, & Rahmati, Z (2019). Role of spiritual health on job stress among nurses: a cross-sectional study in an educational hospitals of Qazvin city. *Hospital*, 18(1), 33-41.
- Ramezanzade Tabriz, E, Orooji, A, & Bikverdi, M (2017). Investigation clinical competence and its relationship with professional Ethics and spiritual health in nurses. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 4(1), 2-9.
- Soleimani, M. A, Sharif, S. P, Yaghoobzadeh, A, Sheikhi, M. R, Panarello, B & Win, M. T. M (2019). Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. *Nursing ethics*, 26(4), 1101-1113.
- WONG, W. F, & LUK, A L (2020). A Randomized Control Study on the Effectiveness of Holistic Health Practice Program on a Group of Baccalaureate Nursing Students. *The Open Nursing Journal*, 14 (1).
- Yari, J. A, Siyasaki, A, Shirani, N, Anbari, M, Sargolzaei, M. S, & Jafari, J (2018). Evaluation of the relationship between occupational stress, job satisfaction and spiritual well-being in nurses working in Razi Hospital in Saravan at 2017. *Prensa Medica Argentina*, 104(4).
- Yoon, M. O (2009). The spiritual well-being and the spiritual nursing care of nurses for cancer patients. *The Korean Journal of hospice and palliative care*, 12(2), 72-79.
- Zareipour, M, Rezaei, Z. M, Jafari, F, & Ghaderzadeh, S (2020). A study of the state of spiritual health and its relation to self-efficacy of nurses. *Medical Science*, 24(101), 407-14.