



# Designing the Spiritual Health Relationship Model with the Educational and Well-being Components of Master's nursing Students in Critical Care: A Mixed Study

Khatereh seylani <sup>1</sup>, Aliakbar Shahhoseini <sup>2</sup>, Farshid Rahimibashar <sup>3</sup>,  
Amir Vahedian Azimi <sup>4</sup>, Reza Goharani <sup>5,\*</sup>

<sup>1</sup> Assistant professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Graduated of Master of Science in Critical care Nursing, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Associate professor, Department of Anesthesiology and Critical Care, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>4</sup> Associate professor, Trauma Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Assistant Professor, Department of Anesthesiology and Critical Care, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Reza Goharani, Assistant professor, Department of Anesthesiology and Critical care, school of medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: r.goharani@sbmu.ac.ir

Received: 01 May 2019

Accepted: 21 Aug 2019

## Abstract

**Introduction:** Identifying factors that can help to ensure and promote the spiritual well-being of the students may draw an outlook for educational system to train and nurture nurses who are optimistic, meaningful and purposeful in their upcoming career. The study purpose was designing the spiritual health relationship model with the educational and well-being components of the master nursing students in critical care.

**Methods:** A mixed research conducted in two phases of narrative review and three-step Delphi approach in the second-half of 1394 and the first-half of 1395. Through purposeful and snowball sampling 35 experts in spiritual health were selected and participated in the five stages of panel. To design the initial version of the study model, all available articles in "Iranian Journal of Medical Education" were reviewed. Quantitative and qualitative categorization, prioritizing and categorizing the variables into two groups of educational and well-being components were done in three stages of Delphi study.

**Results:** The findings of this study showed that students' spiritual well-being is in a two-ways and mutual-relation between student's academic components including academic satisfaction, academic self-efficacy and academic-motivation and well-being components including psychological well-being, thoughtful practice and cultural intelligence.

**Conclusions:** Monitoring and enhancing the academic and well-being components of master students of critical care and their related variables, either in the form of initial screening or during the course of study, should be considered by educational system in order to maintain and enhance the spiritual well-being of students, which is one of the most important prerequisites for providing holistic care.

**Keywords:** Academic, Delphi, Narrative Review, Nursing Students, Spiritual Health, Well-being



## طراحی مدل ارتباط سلامت معنوی با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه: یک مطالعه تلفیقی

خاطره سیلانی<sup>۱</sup>، علی‌اکبر شاه‌حسینی<sup>۲</sup>، فرشید رحیمی بشر<sup>۳</sup>، امیر واحدیان عظیمی<sup>۴</sup>،  
رضا گوهرانی<sup>۵\*</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دانش آموخته کارشناسی ارشد مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار، گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران  
<sup>۴</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران  
<sup>۵</sup> استادیار، گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
\* نویسنده مسئول: رضا گوهرانی، استادیار، گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: r.goharani@sbm.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** شناسایی عواملی که بتواند به تضمین و ارتقاء سلامت معنوی دانشجویان کمک کند می‌تواند راهنمای پرورش و تربیت پرستاران مثبت‌نگر، خوش‌بین و برخوردار از احساس معناداری و هدفمندی برای سیستم آموزشی باشد. پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل ارتباط سلامت معنوی با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه انجام شد.  
**روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه تلفیقی بوده که با استفاده از مرور روایتی در فاز اول و رویکرد دلفی سه مرحله‌ای در فاز دوم در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ و نیمه اول سال ۱۳۹۵ انجام شد. ۳۵ نفر از متخصصین سلامت معنوی از طریق نمونه‌گیری هدفمند و سپس گلوله‌برفی انتخاب و در پنج مرحله پانل شرکت کردند. در قسمت طراحی نسخه اولیه مدل مطالعات مرتبط از بین کلیه مقالات در دسترس "مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی" مورد بررسی قرار گرفت. دسته‌بندی کمی و کیفی، اولویت‌بندی و دسته‌بندی متغیرها به دو دسته مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی در سه مرحله مطالعه دلفی انجام شد.  
**یافته‌ها:** یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد سلامت معنوی دانشجویان در یک ارتباط دوسویه و متقابل از مولفه‌های تحصیلی دانشجویان شامل رضایت از رشته، خودکارآمدی تحصیلی و انگیزش تحصیلی و مولفه‌های بهزیستی شامل بهزیستی روان‌شناختی، عمل فکورانه و هوش فرهنگی تأثیر پذیرفته و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد.  
**نتیجه‌گیری:** پایش و تقویت مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد ویژه و متغیرهای مرتبط با آنها چه در قالب غربالگری اولیه و چه در طول مدت تحصیل در راستای حفظ و تقویت سلامت معنوی دانشجویان که از مهمترین پیش‌نیازهای ارائه مراقبت کل‌نگر است، باید مورد توجه سیستم آموزشی قرار گیرد.  
**کلیدواژه‌ها:** سلامت معنوی، بهزیستی، تحصیلی، دلفی، مرور روایتی، دانشجویان پرستاری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

توسط مجرب‌ترین پرسنل به کمک پیشرفته‌ترین تجهیزات در فضای فیزیکی مناسب مراقبت‌های پیشرفته تکنولوژیکی را با هدف اولیه بهبود از خطرات حاد سلامتی‌شان دریافت می‌کنند [۲-۶]. در بخش مراقبت‌های ویژه پرستاران به عنوان اعضای کلیدی تیم درمانی مراقبتی

بخش مراقبت‌های ویژه جزء ضروری در سیستم مراقبت از سلامتی بوده که هدف آن فراهم کردن مراقبت‌ها با بهترین کیفیت برای بیماران بدحال است [۱]؛ زیرا در این بخش‌ها بیماران بدحال و بیهوش که حتی در سطوح بسیار جزئی اختیار و تصرفی در امر درمان و مراقبت از خود ندارند

اجتماعی را هماهنگ می‌کند [۲۶]. معنویت و سلامت معنوی می‌تواند از راه‌های مختلف مانند تبادلات روزانه با دیگران، تعاملات معنوی مشخص به وسیله عشق، احترام، اعتماد، صداقت و درستکاری، یکپارچگی، فداکاری و دلسوزی و ارتباط با خدا که فرد را می‌شناسد و از او مراقبت می‌کند، تظاهر نماید [۲۶]. بنابراین، با توجه به مشخصات بخش مراقبت‌های ویژه و جایگاه بعد چهارم سلامت در این بخش، پرسنل این بخش باید دارای خصوصیات تحصیلی و بهزیستی متفاوتی از سایر پرسنل شاغل در بخش‌های غیر ویژه داشته باشند؛ لذا با توجه به اهمیت موضوع در چند سال اخیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت تخصص‌گرایی و بهبود کیفیت و کمیت مراقبت‌های لازم در بخش مراقبت‌های ویژه اقدام به راه اندازی و معرفی گرایش جدید در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری با نام کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه نموده است؛ بنابراین با توجه به خصوصیات بخش مراقبت‌های ویژه این موضوع ذهن پژوهشگران را به خود اختصاص داده است که آیا لازم است دانشجویان کارشناسی ارشد ویژه دارای خصوصیات تحصیلی و بهزیستی خاصی برای ارائه مراقبت همه جانبه که ابعاد سلامتی را دربردارد، باشند؟ زیرا در کشوری زندگی می‌کنیم که بر اصول اسلامی بنا شده و بر اجرای اصول و احکام شرعی تأکید دارد؛ بنابراین رعایت اصول مذهبی و فراهم کردن شرایط لازم برای انجام اعمال مذهبی و رفع نیازهای مذهبی این بیماران، اولین فعالیت تعیین نیازهای مذهبی آن‌ها بوده که متأسفانه در بیمارستان‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است [۲۲]. نتایج حاصل از مرور متون محققین حاکی از آن است که در این زمینه الگوی جامع داخلی و خارجی وجود ندارد که توانایی مشخص نمودن ارتباط سلامت معنوی با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی در دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه را دربر داشته باشد تا به پژوهشگران این حیطه اجازه ارزشیابی و بررسی این تأثیرات و کنش و واکنش‌های متقابل آن را بدهد؛ به عبارتی الگویی نیاز است تا تعیین کند دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری ویژه برای ارائه مراقبت همه جانبه چه ویژگی‌های تحصیلی و بهزیستی باید داشته باشند؟ لذا پژوهش حاضر با عنوان طراحی مدل ارتباط سلامت معنوی با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه انجام شده است.

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه تلفیقی بود که با استفاده از مرور روایتی در فاز اول و رویکرد دلفی سه مرحله‌ای در فاز دوم در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ و نیمه اول سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش متخصصین امر سلامت معنوی بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند و سپس گلوله‌برفی انتخاب شدند. مقاله حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش مراقبت ویژه بوده که به شماره ثبت ۳۴۰/۲۱۲/پ و با کد اخلاق IR.BMSU.REC.1394.219 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) ثبت شده است. نمونه‌گیری هدفمند با توجه به سه معیار ورود ۱. صاحب صلاحیت و متخصص حیطه مورد بررسی شناخته شدن فرد از طرف تیم تحقیق، ۲. سابقه انجام فعالیت پژوهشی در مورد سلامت معنوی و ۳. سابقه انجام فعالیت پژوهشی در مورد مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان صورت گرفت؛ پس با استفاده از نمونه‌گیری گلوله‌برفی، فرد متخصص بعدی انتخاب شد. انتخاب افراد متخصص تا حدی ادامه یافت که نظرات متخصصین در مورد پیش‌نویس اولیه مدل

هستند که دشوارترین نقش را در مراقبت از بیماران بدحال بستری عهده‌دار هستند [۷]. علاوه بر پیچیدگی و تعدد نقش‌ها، از پرستاران بخش‌های ویژه انتظار می‌رود قدرت تطابق بالایی با شرایط بحرانی و متغیر بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه داشته باشند؛ زیرا لازم است اقدامات مراقبتی پرستاری به تناسب حال بیمار از دقیقه‌ای به دقیقه دیگر تغییر کند [۸]. بنابراین، پرستار علاوه بر تخصص و مهارت‌های لازم که برای مراقبت از این بیماران نیازمند است، باید دارای روحیه و خصوصیات تحصیلی و بهزیستی ویژه‌ای برای ارائه مراقبت جامع در مراقبت از این بیماران باشند [۹].

برخورداری از آرامش خاطر و البته آرامش درونی برای کار کردن در محیط‌های پرتنش بخش‌های ویژه خصوصیتی بسیار ضروری به حساب می‌آید؛ زیرا شواهد نشان می‌دهد پرستاران خونسرد و مسلط بر اعصاب خود در موقعیت‌های بحرانی، اوزانسی و پرتنش موفق‌تر عمل کرده و توانسته‌اند جان بسیاری از بیماران را از مرگ نجات دهند [۱۰]. این مسئله از بدو پذیرش و تربیت پرستاران در نظام آموزشی باید مد نظر قرار گیرد و در انتخاب دانشجویان و تعلیم و تربیت آنها قابلیت‌های لازم برای کار در محیطی با چالش مداوم مواجهه با موقعیت‌های پراسترس بحرانی، مراقبت جامع از بیماران بدحال و همراهان مضطرب یا سوگوار برای کار در بخش‌های مراقبت ویژه لحاظ گردد [۱۱، ۱۲]؛ بنابراین اهمیت دارد که پرستاران مراقبت ویژه بتوانند برای تضمین عملکرد مراقبتی‌شان در شرایط کاری بحرانی و پرتنش سلامت جسمی روانی اجتماعی معنوی خود را حفظ نمایند [۱۲، ۱۳]. یکی از ابعاد سلامتی، سلامت معنوی است که جزء مغفول مانده ابعاد سلامتی است. برخورداری از سلامت معنوی می‌تواند در تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی و گذر از شرایط دشوار به این دانشجویان کمک کند و آنها را برای ایفای نقش موثرتر در حرفه حساس و پرتنش‌شان آماده‌تر کند [۱۳، ۱۴]. شناسایی عواملی که بتواند به تضمین و ارتقاء سلامت معنوی کمک کند می‌تواند بیانگر راه‌های پرورش و تربیت پرستاران ویژه کار مثبت‌نگر، خوش‌بین و برخوردار از احساس معناداری و هدفمندی برای سیستم آموزشی باشد [۱۵، ۱۶] که این عوامل می‌توانند تقویت‌گر حس و باور جامع‌نگری در رفتار درمانی مراقبتی پرستاران باشند [۱۷، ۱۸].

توجه به عوامل مرتبط با سلامت معنوی دانشجویان می‌تواند سیستم آموزشی را قادر سازد برای پرورش دانشجویانی بهره‌مند از احساس توانمندی، تسلط بر امور، ظرفیت پذیرش و تحمل رنج و سازگاری با تنش‌ها و مشکلات به طور واقع‌بینانه و مؤثر برنامه‌ریزی کند [۱۹، ۲۰]؛ چنین رویکردی که از آن جهت می‌تواند در کاهش موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران هم کمک کند، حائز اهمیت خواهد بود [۲۱] زیرا در بین ابعاد سلامت بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، سلامت معنوی جزء مغفول و نادیده گرفته شده سلامت بیماران بوده [۲۲] و اغلب به دلایلی چون برنامه کاری سنگین، دانش ناکافی در زمینه معنویت، تنوع نیازهای معنوی بیماران و انگیزش ناکافی مورد توجه قرار نمی‌گیرد [۲۳-۲۵]. سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر در خود و دیگران اطلاق شده که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی و کنشی حاصل می‌آید. شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمرات معنوی مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی هستند. سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامتی بوده که ابعاد جسمی، روانی و

**فاز دوم:** در فاز دوم، رویکرد دلفی سه مرحله‌ای بدین صورت آغاز شد که پیش‌نویس مدل ارتباط سلامت معنوی با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد ویژه برای متخصصین این حیطه ارسال شد. این افراد بر اساس تخصص آنها و اجماع تیم تحقیق انتخاب شدند. سؤال این مرحله این بود که با توجه به عنوان پژوهش، لطفاً متغیرهای موجود را به لحاظ کمی (اولویت بندی) و کیفی (مفهومی) دسته‌بندی نموده و در صورت صلاحدید، نظرات تکمیلی خودتان را اعم از افزودن و یا کاستن متغیرها اعمال کنید. بعد از جمع‌آوری بسته ارسال پژوهش برای افراد صاحب نظر (ده نفر)، نتایج در تیم تحقیق مورد ارزشیابی و بازبینی (تحلیل) کمی و کیفی قرار گرفته و حاصل نهایی استخراج شد. روش ارزشیابی و بازبینی پاسخ‌های متخصصین در مرحله اول مطالعه دلفی، با استفاده از تحلیل محتوای تجمعی کمی و کیفی صورت گرفت. در قسمت کمی متغیرهایی که توسط متخصصین اولویت‌بندی شده بود، بر اساس فراوانی به ترتیب از بیشترین به کمترین مرتب شدند. قسمت تحلیل محتوای کیفی تجمعی، با این سؤال هدایت شد که آیا متغیرهای مرتب شده ارتباط مفهومی با سؤال پژوهش دارند یا خیر؟ براساس پاسخ به این سؤال الویت‌بندی تعدادی از متغیرها تغییر کرد. نتیجه مرحله اول مطالعه دلفی، به عنوان ورودی مرحله دوم، وارد مرحله دوم مطالعه شد. روند کار در مرحله دوم بدین صورت بود که از افراد متخصص این حوزه درخواست شد پیش‌نویس حاصل از مراحل قبلی را بررسی نموده و نظرات اصلاحی ویرایشی تکمیلی خود را در راستای عنوان، اهداف کلی و جزئی پژوهش اعم از افزودن و یا کاستن متغیرها ارائه نمایند. تعداد متخصصین در این مرحله ۱۰ نفر در نظر گرفته شد اما بر اساس همکاری و نیاز به مشورت بیشتر با افراد صاحب تخصص و صلاحیت، این تعداد به ۱۴ نفر افزایش پیدا کرد. بعد از جمع‌آوری بسته ارسال پژوهش، نتایج در تیم تحقیق مورد تحلیل محتوای تجمعی کمی و کیفی قرار گرفت و حاصل نهایی کار استخراج شد. در تحلیل محتوای کمی تجمعی همانند روش اول، بیشترین اولویت‌ها مرتب شدند. نمرات بین نمره یک تا ۱۰ لحاظ شده بود و ملاک نمره‌دهی این بود که متغیرهایی که نمره ۷ و بالاتر از آن را کسب کرده بودند، در تحلیل باقی ماندند. تحلیل محتوای کیفی تجمعی در مرحله دوم، همانند مرحله اول به بررسی ارتباط مفهومی متغیرها با عنوان، سؤال و اهداف پژوهش پرداخت. در این مرحله اختلاف نظر بین تیم تحقیق و مدعوین وجود داشت که جلسات مباحثه تا به اجماع رسیدن تیم تحقیق و مدعوین ادامه یافت و در نهایت توافق حاصل شد. دستاورد مرحله دوم به عنوان ورودی مرحله سوم، وارد مرحله سوم شد. روند کار در مرحله سوم بدین صورت بود که بیان شد با توجه به نظرات جنابعالی و سایر همکاران، پیش‌نویس زیر حاصل شده است. لطفاً نظرات اصلاحی ویرایشی تکمیلی خود را در راستای عنوان، اهداف کلی و جزئی پژوهش اعم از افزودن و یا کاستن متغیرها لحاظ فرمایید. تعداد متخصصین در این مرحله ۱۰ نفر بود. در خصوص تعداد متخصصان لازم به ذکر است که در کل ۳۵ متخصص این حیطه در این پژوهش همکاری کردند که در هر مرحله تعدادی از آنها مشترک بودند. در این مرحله به دسته‌بندی نهایی متغیرها با توجه به دو زیر دسته مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی پرداخته شد. دسته‌بندی‌های مختلفی در این مرحله صورت گرفت. تحلیل محتوای کیفی تجمعی متغیرهای باقیمانده در تحلیل، بارها و بارها در تیم تحقیق انجام شد تا در نهایت دسته بندی نهایی و مدل نهایی ارتباط سلامت معنوی با

به اشباع رسید و با اضافه نمودن فرد متخصص دیگر، تغییر اساسی در روند دسته‌بندی متغیرها صورت نگرفت. معیار خروج شامل عدم همکاری یا همکاری ضعیف در طول مراحل انجام مطالعه بود؛ هیچ یک از متخصصین در مراحل انجام مطالعه حذف نشدند. در زیر دو فاز مطالعه که شامل مرور روایتی و رویکرد دلفی است، به تفکیک توضیح داده شده است.

**فاز اول:** طراحی نسخه اولیه مدل ارتباط سلامت معنوی با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی بدین صورت بود که ابتدا نیازمند مشخص نمودن مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه بودیم. با مشورت با اعضاء تیم تحقیق و ۱۰ نفر از صاحب نظران این حیطه، قرار بر بررسی مجلاتی شد که در حیطه آموزش علوم سلامت مبادرت به چاپ مقاله می‌کنند. فلسفه این تصمیم این بود که بیشتر محققینی که در حیطه آموزش فعالیت می‌کنند، تمایل دارند تا مقالات خودشان را در مجلات تخصصی به چاپ برسانند. اگرچه ممکن است مقالات تخصصی آموزشی علاوه بر مجلات ایرانی در مجلات خارجی هم چاپ شده باشند، وسعت بسیار زیاد کار این اجازه و توان را به محققین نداد که علاوه بر مرور تمامی مجلات فارسی زبان تخصصی که مقالات آموزشی را به چاپ می‌رسانند، به جستجوی مجلات انگلیسی زبان هم مبادرت نمایند. با جستجوی گسترده عناوین مجلات آموزشی، به ۱۴ عنوان مجله مرتبط با آموزش علوم سلامت برخورد نمودیم که عبارت بودند از: "مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی"، "فصلنامه گام‌های توسعه در آموزش پزشکی"، "مجله آموزش پزشکی"، "فصلنامه مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی یزد"، "فصلنامه آموزش عالی"، "فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی"، "فصلنامه توسعه آموزش در علوم پزشکی"، "دوفصلنامه راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی"، "فصلنامه توسعه آموزش جندی شاهپور"، "مجله پژوهش در آموزش علوم پزشکی"، "دوماهنامه راهبردهای آموزش در علوم پزشکی"، "فصلنامه آینده آموزش پزشکی"، "دو فصلنامه آموزش پزشکی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی بابل" و "فصلنامه الکترونیکی سبز". جستجوی کاملی بین مقالات چاپ شده در ۱۴ مجله انتخابی تا تاریخ ۱۳۹۴/۷/۱ صورت گرفت. با مشورت در تیم تحقیق و اعضاء ۱۰ نفره متخصصان امر (سه پانل ۹۰ دقیقه‌ای)، مقالات چاپ شده در مجله "ایرانی آموزش در علوم پزشکی" ارتباط بیشتری با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی داشت. بنابراین، این مجله به عنوان رفرنس استخراج مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه در نظر گرفته شد. علاوه بر این، جستجوی گسترده‌ای در پایگاه‌های فارسی زبان جهاد دانشگاهی و ماجیران تا تاریخ ذکر شده انجام شد. در مرحله دوم، تیم تحقیق همراه با ۵ مدعو متخصص در حیطه مورد بررسی، به بررسی مقالات جستجو شده پرداختند. معیار ورود در این مرحله ارتباط مقاله جستجو شده با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه بود. در مرحله سوم، متن کامل مقالات به عنوان پیش‌نویس اولیه مدل ارتباط سلامت معنوی با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه مورد بررسی عمیق و تحلیل قرار گرفت. بعد از نهایی شدن پیش‌نویس اولیه مدل، مطالعه دلفی با سه مرحله آغاز شد. به عبارتی نقطه عطف یا تلفیق مطالعه حاضر، ادغام نتیجه فاز اول مطالعه که مروری روایتی بر متون بود، به عنوان ورودی فاز دوم مطالعه (مطالعه دلفی) است.

سیستان و بلوچستان) با مرکزیت استان تهران بودند. ۶۰ درصد (۲۱ نفر) از متخصصان مرد بودند. ۱۷,۱ درصد (۶ نفر) مرتبه استادی، ۴۰ درصد (۱۴ نفر) دانشجویی و ۴۲,۹ درصد (۱۵ نفر) استادیار بودند. میانگین و انحراف معیار سنی متخصصان  $41/4 \pm 6/09$  بود. میانگین و انحراف معیار سابقه تدریس در دانشگاه متخصصان  $41/4 \pm 21/09$  و میانگین و انحراف معیار تجربه شرکت در پژوهش‌های مرتبط با سلامت معنوی  $1/07 \pm 4/97$  سال بود. در ادامه، نتایج مطالعه در قالب دو فاز مرور روایتی و مطالعه سه مرحله‌ای دلفی گزارش شده است.

مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه پرستاری حاصل شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۳۵ متخصص در پنج مرحله پانل شرکت داشتند. ماهیت پانل متخصصان یک ماهیت ملی بود زیرا افراد شرکت کننده در پانل متخصصان از استان‌های مختلفی (تهران، خراسان رضوی، خراسان شمالی، خراسان جنوبی، شیراز، اصفهان، تبریز، یزد، سنندج، کرمان و

جدول ۱: پیش‌نویس اولیه مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه

ردیف و عنوان متغیر		
۱. دینداری	۲۷. هوش هیجانی در امر تدریس	۵۳. مهارت ارتباط بین فردی
۲. یادگیری الکترونیکی	۲۸. مقیاس خودتنظیمی	۵۴. تصمیم‌گیری بالینی
۳. شناسایی سطوح یادگیری خودراهبر	۲۹. ویژگی‌های مطلوب در ارزشیابی صلاحیت بالینی	۵۵. رعایت مضامین اخلاق حرفه‌ای توسط دانشجویان
۴. ارزشیابی یادگیری مادام‌العمر	۳۰. رفتار حرفه‌ای	۵۶. تدوین استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی
۵. عملکرد آموزشی اخلاقی دانشجویان از دیدگاه اساتید؛ عملکرد آموزشی اخلاقی اساتید از دیدگاه دانشجویان	۳۱. جهت‌گیری اهداف پیشرفت	۵۷. عادات مطالعه
۶. تجربه دوره آموزشی با ابعاد تدریس، عمل فکورانه	۳۲. نگرش نسبت به روش معمول مطالعه	۵۸. ارزشیابی عملکرد عمومی
۷. خلاقیت و نوآوری	۳۳. هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی	۵۹. کیفیت زندگی، نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر
۸. انگیزش پیشرفت	۳۴. مهارت‌های مطالعه	۶۰. مهارت‌های تفکر انتقادی اختصاصی دانشجویان پرستاری
۹. بهزیستی روانشناختی، انسجام خانواده، خودکارآمدی تحصیلی	۳۵. یادگیری دروس توسط دانشجو	۶۱. رفتارهای شهروندی سازمانی
۱۰. درک دانشجو از محیط یادگیری بالینی	۳۶. خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان، حمایت اجتماعی درک شده استرس تحصیلی، انتظار پیامد دانشجو	۶۲. حیطة شناختی بخش مراقبت ویژه
۱۱. خودپنداره پرستاری، علاقه به رشته تحصیلی	۳۷. هوش فرهنگی، سرمایه اجتماعی	۶۳. کاربرد سبک‌های تفکر
۱۲. عزت نفس روزنبرگ، شادکامی آکسفورد	۳۸. گرایش به تفکر انتقادی، سبک‌های یادگیری کلب	۶۴. هوش هیجانی
۱۳. تعهد سازمانی، رفتار شهروندی سازمانی، رضایت شغلی عمومی، اثربخشی آموزش‌های ضمن خدمت	۳۹. عوامل مؤثر بر تمرکز در کلاس درس از دیدگاه دانشجو	۶۵. ویژگی‌های روحیه کارآفرینی
۱۴. امید، خوش بینی، انگیزش تحصیلی	۴۰. ساختار ادراک شده کلاس درس، راهبردهای انگیزشی برای یادگیری	۶۶. آموزش در محیط مجازی و سبک یادگیری
۱۵. پذیرش عملکرد مبتنی بر شواهد و درک ویژگی‌های آن	۴۱. سنجش رضایت از رشته تحصیلی	۶۷. خودکارآمدی پژوهشی
۱۶. مهارت‌های تفکر انتقادی کالیفرنیا فرم ب	۴۲. ویژگی‌های فردی تفکر انتقادی کالیفرنیا، عزت نفس کوپراسمیت	۶۸. تدریس در کلاس
۱۷. نظرات دانشجویان در مورد انجام حضور و غیاب و دلایل غیبت	۴۳. جو آموزشی خلاق	۶۹. عوامل مؤثر در برقراری ارتباط بین دانشجو و استاد
۱۸. وضعیت سلامت روان	۴۴. موانع رعایت اخلاق حرفه‌ای در عملکرد پرستاری از دیدگاه فرد	۷۰. آمادگی برای خودراهبری در یادگیری
۱۹. مهارت‌های مطالعه دانشجویان، رضایت از تحصیل	۴۵. ابزار جامع کارآفرینی، ابزار تحمل ابهام، ابزار مرکز کنترل	۷۱. چک لیست سنجش مهارت‌های ارتباطی بر بالین بیمار
۲۰. اعتماد حرفه‌ای دانشجویان و شاغلین	۴۶. علل مراجعه به مراکز مشاوره	۷۲. گرایش به تفکر انتقادی
۲۱. هوش معنوی	۴۷. هوش معنوی، شادکامی	۷۳. دلایل رفتن به دانشگاه
۲۲. مهارت‌های ارتباطی	۴۸. موانع انجام فعالیت‌های پژوهشی	۷۴. سبک‌های تفکر استرنبرگ واگنر زانگ؛ سازگاری تحصیلی بیکر و سریاک
۲۳. تعویق آکادمیک، خودکارآمدی تحصیلی	۴۹. عوامل تنش‌زای محیط بالینی	۷۵. موانع استفاده از دانش آموخته شده در مراقبت‌های بالینی پرستاری از دیدگاه پرستاران
۲۴. خودکارآمدی پژوهشی، عملکرد پژوهشی	۵۰. سلامت روان	۷۶. مهارت‌های زندگی دانشجویان
۲۵. ویژگی‌های فردی و تجارب دانشگاهی با دستاوردهای تحصیلی	۵۱. راهبردهای انگیزشی یادگیری	۷۷. دیدگاه واقعی دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی؛ دیدگاه ترجیحی دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی
۲۶. انگیزش درونی، جو انگیزشی درک شده	۵۲. مهارت مطالعه	۷۸. دیدگاه دانشجویان در مورد دروس اندیشه اسلامی
۷۹. خودکارآمدی پژوهشی، محیط آموزشی	۸۰. صلاحیت بالینی	

## فاز اول: مرور روایتی

فرم‌های متخصصان جمع‌آوری و در تیم تحقیق با روش تحلیل محتوای کمی و کیفی تجمعی مورد ارزشیابی قرار گرفت؛ به عبارتی هدف این مرحله مشخص شدن اولویت کمی مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی بر اساس سیستم نمره‌دهی بین یک تا ۱۰ بود. متغیرهایی که نمره کمتر از ۷ به آنها داده می‌شد، در معرض حذف شدن قرار گرفتند. در اولویت بندی کیفی مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی، سیستم نمره‌دهی مشابه بود با این تفاوت که در اینجا مؤلفه مورد بررسی باید مفهومی در راستای خصوصیات تحصیلی و یا بهزیستی را دربر می‌داشت که در مطالعه مجزا به تفصیل توضیح داده خواهد شد.

مرحله دوم مطالعه دلفی با خروجی مرحله اول شروع شد. روند کار بدین صورت بود که متخصصان با توجه به عنوان، اهداف کلی و جزئی به غربال متغیرهای ۱۰۶ گانه مرحله اول که از حیث اولویت بندی کمی و کیفی مورد غربال و بررسی قرار گرفته بودند، پرداختند. پایان این مرحله، فرم‌های متخصصان جمع‌آوری و در تیم تحقیق با روش تحلیل محتوای کمی و کیفی تجمعی مورد بررسی قرار گرفت که سبب شد ۶۰ مورد از متغیرهای اولویت بندی شده که نمره کمتر از ۷ گرفته بودند، حذف شوند و تنها ۲۴ مورد باقی بماند (جدول ۲). این مولفه‌ها به حیث کمی و کیفی همگی نمره ۷ و بالاتر از آن را کسب نموده بودند.

مرحله سوم مطالعه دلفی در واقع دسته‌بندی کردن مولفه‌های باقیمانده به دو دسته مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی بود. در اینجا دسته‌بندی‌های مختلفی صورت گرفت که در قالب تصویرهای ۱ تا ۴ ارائه شده است. سعی بر این بود که مولفه‌هایی در نمودار نهایی باقی بمانند که حداقل همپوشانی را دارند. بنابراین به دقت پرسشنامه‌های هر مؤلفه گویه به گویه بررسی و با سایر گویه‌های مولفه‌های دیگر مقایسه شدند.

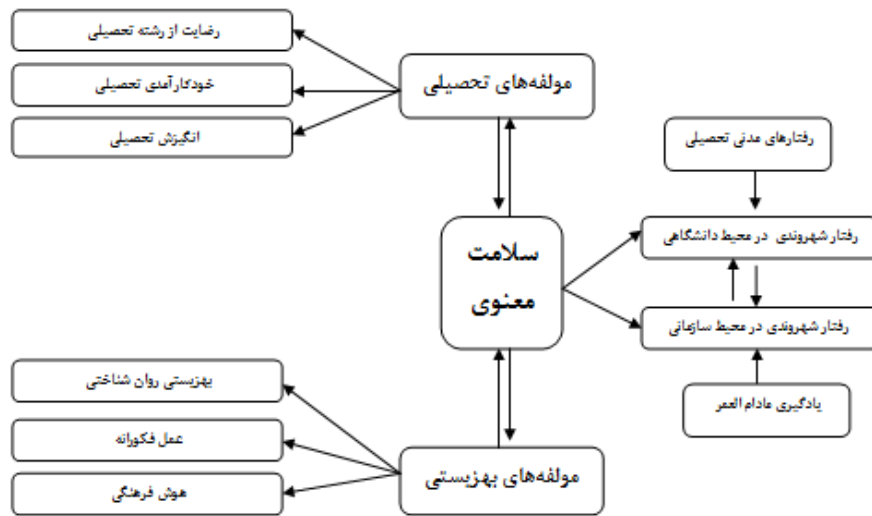
در قسمت طراحی نسخه اولیه مدل ارتباط سلامت معنوی با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی که مرحله اول را تشکیل می‌داد، کلیه مقالات در دسترس مجله "ایرانی آموزش در علوم پزشکی" تا تاریخ ۱۳۹۴/۷/۱ مورد بررسی قرار گرفت. همچنین حاصل جستجوی گسترده پایگاه‌های فارسی زبان جهاد دانشگاهی و ماجیران تا تاریخ ذکر شده به ترتیب ۱۴۸ و ۳۰۸ مقاله بود. در مرحله دوم با توجه به معیار ورود که ارتباط مقاله جستجو شده با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه بود، ۳۲۲ مقاله به دلیل عدم ارتباط مقاله با مولفه‌های تحصیلی و تندرستی حذف و ۱۳۴ مقاله در مطالعه باقی ماند. در مرحله سوم، متن کامل ۱۳۴ مقاله مورد بررسی عمیق و تحلیل قرار گرفت و در نهایت، ۸۰ مطالعه به عنوان پیش‌نویس اولیه مدل ارتباط سلامت معنوی با مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه در نظر گرفته شد. مطالعات انتخاب شده از مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی همپوشانی کاملی با مطالعات ذکر شده در دو پایگاه فارسی زبان داشت؛ بنابراین، مقاله جدیدی به دایره مقالات جستجو شده اضافه نشد (جدول ۱). لازم به ذکر است که بعضی از مطالعات بیشتر از یک مفهوم (متغیر) را برداشتند که در جدول ۱ مطالعات همراه با متغیرهای آنها لیست شده است.

## فاز دوم: مطالعه دلفی

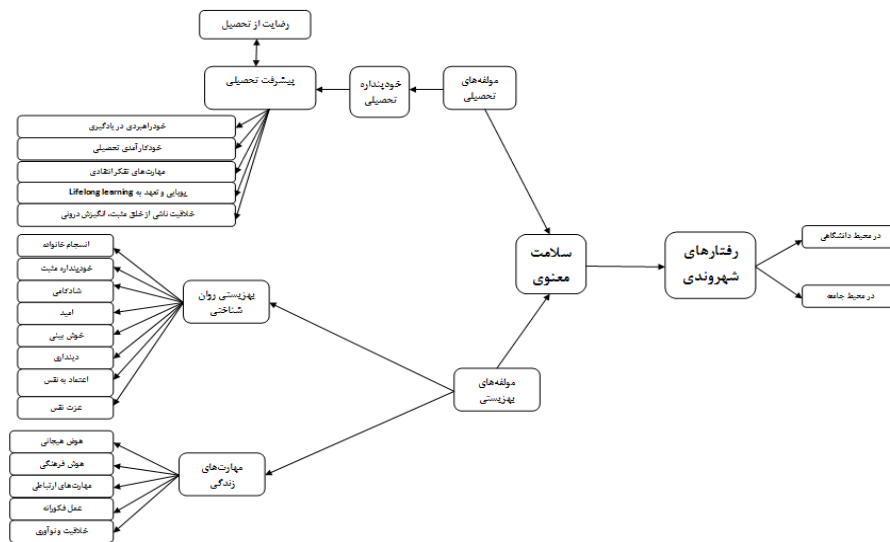
مرحله اول مطالعه دلفی با خروجی فاز مرور روایتی که پیش‌نویس ۱۰۶ مولفه‌ای تحصیلی و بهزیستی بود، شروع شد. روند کار بدین صورت بود که متخصصان با توجه به عنوان، اهداف کلی و جزئی به دسته بندی کمی (اولویت بندی) و کیفی (بررسی مفهومی متغیرها) متغیرهای ۱۰۶ گانه پرداختند. پایان این مرحله،

جدول ۲: مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی غربال شده دانشجویان کارشناسی ارشد مراقبت ویژه پایان مرحله دوم مطالعه دلفی

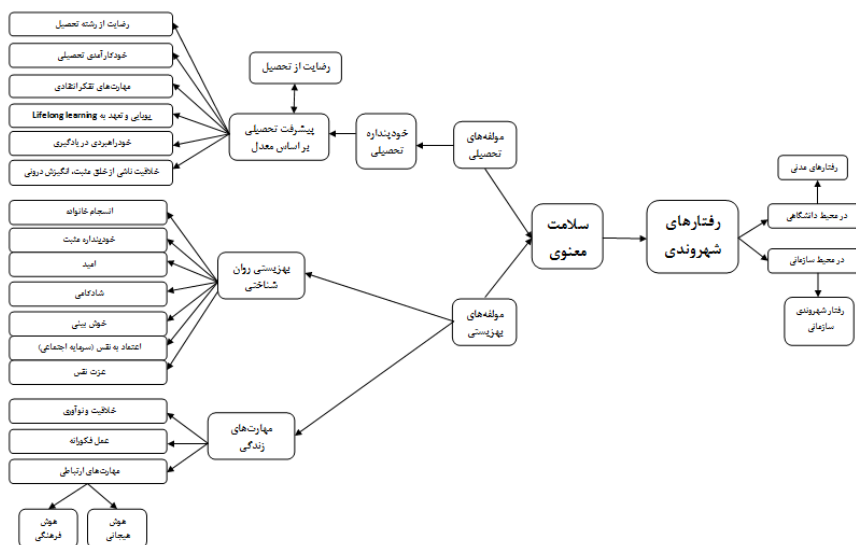
۱. دینداری با ۲۸ گویه	۲۲. مهارت‌های ارتباطی با ۲۸ گویه
۴. ارزشیابی یادگیری مادام‌العمر با ۱۴ گویه	۲۳. خودکارآمدی تحصیلی با ۶ گویه
۶. عمل فکورانه با ۲۵ گویه	۲۶. انگیزش درونی با ۱۵ گویه
۷. خلاقیت و نوآوری با ۴۹ گویه	۳۰. رفتار حرفه‌ای با ۲۷ گویه
۹. بهزیستی روانشناختی با ۱۸ گویه،،، ۱۰. انسجام خانواده با ۱۳ گویه	۳۳. هوش هیجانی با ۳۳ گویه
۱۱. علاقه به رشته تحصیلی با ۱۱ گویه	۳۷. هوش فرهنگی با ۲۰ گویه،،، سرمایه اجتماعی با ۱۲ گویه
۱۲. عزت نفس روزنبرگ با ۱۰ گویه،،، ۱۳. شادکامی آکسفورد با ۲۹ گویه	۵۵. رعایت مضامین اخلاق حرفه‌ای توسط دانشجویان با ۲۷ گویه
۱۴. امید اسنایدر با ۱۲ گویه،،، ۱۵. خوش بینی با ۱۰ گویه	۵۹. کیفیت زندگی با ۳۶ گویه
۱۶. مهارت‌های تفکر انتقادی کالیفرنیا فرم ب با ۲۴ گویه	۷۴. سازگاری تحصیلی بیکر و سریاک با ۲۴ گویه
۲۱. هوش معنوی با ۲۹ گویه	۷۶. مهارت‌های زندگی دانشجویان با ۵۷ گویه



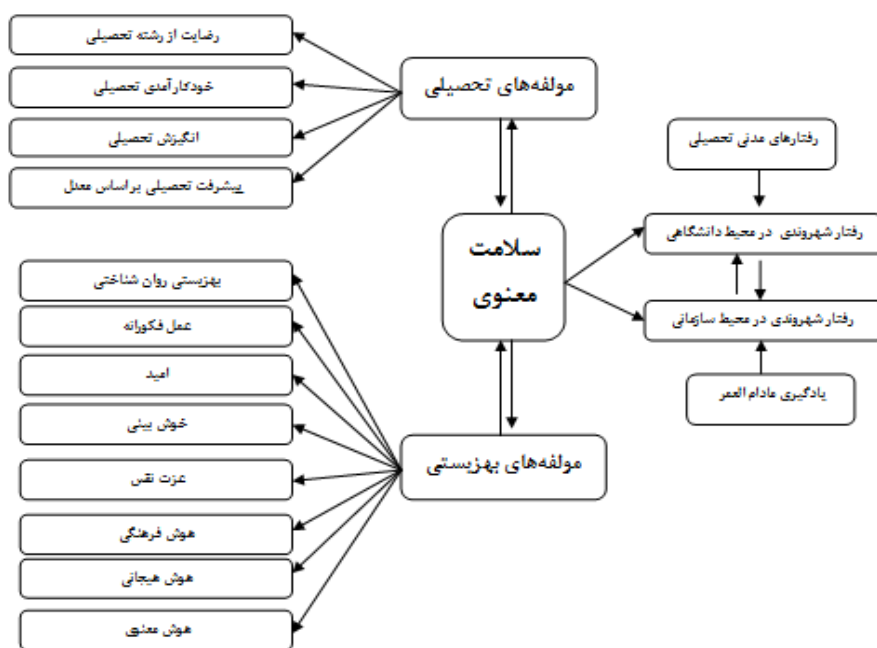
تصویر ۱: دسته‌بندی مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی و ارتباط آن با سلامت معنوی



تصویر ۲: دسته‌بندی مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی و ارتباط آن با سلامت معنوی



تصویر ۳: دسته‌بندی مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی و ارتباط آن با سلامت معنوی



تصویر ۴: دسته بندی مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی و ارتباط آن با سلامت معنوی

## بحث

متولیان آموزش پرستاری آغاز شود، می‌تواند راه‌کاری مؤثر برای ارتقاء توانایی این فراگیران در ارائه مراقبت معنوی در حرفه آینده‌شان شود [۲۷]. مولفه دیگری که در دسته بندی نهایی با سلامت معنوی دانشجویان در رابطه‌ای دو سویه قرار داشت، مولفه‌های بهزیستی دانشجویان پرستاری ویژه بود که خود از سه متغیر بهزیستی روان‌شناختی، عمل فکورانه و هوش فرهنگی تأثیر می‌پذیرد. اولین جز بهزیستی، بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه فرد بیان شده است. در این دیدگاه بهزیستی روان‌شناختی به معنای تلاش برای استعلاء و ارتقاء بوده که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود [۳۰]. بهزیستی روان‌شناختی جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است و انعکاس دهنده خلق مثبت و سرزندگی است. بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چندبعدی است که شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است [۳۱]. برخورداری از بهزیستی روان‌شناختی بالا موجب داشتن تجارب خوشایند بیشتر و کاهش احتمال آسیب دیدن از عواطف ناخوشایند می‌شود. بین بهزیستی روان‌شناختی با افزایش کیفیت زندگی، افزایش میزان رضایت‌مندی از زندگی و امیدواری ارتباط مثبت وجود دارد [۳۲].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری ویژه برای ایفای نقش مؤثر در تداوم مراقبت‌های دقیق و حیاتی و ارتقای سلامت بیماران نیاز به برخورداری از بهزیستی روان‌شناختی بالایی دارند تا به واسطه آن، رضایت از زندگی بیشتر و عملکرد حرفه‌ای بهتری داشته باشند. رضایت از زندگی شخصی و حرفه‌ای می‌تواند با سلامت معنوی ارتباط دو سویه‌ای داشته باشد. نتایج مطالعات نیز موید ارتباط بین مولفه‌های روان‌شناختی با معنویت و سلامت معنوی است. نتایج

مطالعه حاضر برای اولین بار درصدد پاسخ به این سؤال بود که دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه برای ارائه مراقبت همه جانبه چه ویژگی‌های تحصیلی و بهزیستی باید داشته باشند؟ در این مطالعه طبق دسته‌بندی مولفه‌های تحصیلی و بهزیستی، سلامت معنوی دانشجویان در یک ارتباط دوسویه و متقابل هم از وضعیت تحصیلی و بهزیستی کلی آن‌ها تأثیر می‌پذیرد و هم بر این مولفه‌ها تأثیر می‌گذارد. تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد بخش مهمی از زندگی دانشجویان را تشکیل داده و نقش تعیین‌کننده‌ای در آینده حرفه‌ای و موقعیت اجتماعی وی خواهد داشت. دانشجویی که از تحصیل در کارشناسی ارشد ویژه رضایت دارد و از انگیزش تحصیلی لازم برخوردار است، دوران تحصیل خود را با دیدی مثبت و با احساس حرکت در مسیری معنادار و هدفمند سپری کرده و قسمتی از نیاز دانشجوی در زمینه ایجاد سلامت معنوی برآورده می‌شود. برخورداری از سلامت معنوی و کارآمدی در این زمینه برای دانشجویان پرستاری ویژه از آن جهت حائز اهمیت است که در متون یکی از پیش نیازهای توانمندی و علاقمندی پرستاران برای ارائه مراقبت معنوی ذکر شده است [۲۷] و میزان برخورداری پرستاران آینده از سلامت معنوی، از جمله عوامل مؤثر بر نحوه ارائه مراقبت معنوی توسط آنها خواهد بود [۲۸، ۲۹].

همچنین در تأیید رابطه بین وضعیت و کیفیت تحصیلی با سلامت معنوی تصریح کرده‌اند توجه به سلامت معنوی، نیازمند برنامه‌ریزی درسی مناسب است. برنامه آموزشی که منتقل‌کننده مفاهیم معنویت از طریق محتوا و برنامه‌های آموزشی است موجب فراهم‌سازی زمینه نیل به سطوح بالاتر آگاهی و معنی‌دار کردن زندگی شده و علاوه بر منطقی‌بار آوردن فراگیران، موجب دستیابی آنان به احساسی عمیق‌تر و پربارتر می‌شود [۲۹] که اگر از زمان دانشجویی پرستاران از سوی



فرهنگی با خودکارآمدی و قدرت سازگاری دانشجویان ارتباط داشته و در مورد پرستاران یکی از عوامل مؤثر در عملکرد آموزشی آنها گزارش شده است [۴۵]. طبق یافته‌های مطالعه غفاری و لطفعلی خانی دانشجویان برخوردار از هوش فرهنگی بالاتر، مهارت‌های اجتماعی بهتر، روابط درازمدت پایاتر و توانایی بیشتری برای حل تعارضات دارند و قادرند به نحو مؤثرتری با پیچیدگی‌های محیط و اجتماع مواجه شوند و پیشرفت تحصیلی بهتری از خود نشان دهند [۴۵]. چنین قابلیت‌هایی از یکسو با تحقق معنای بهزیستی همراستا بوده و از سوی دیگر برای دانشجویان پرستاری خصوصاً در مقاطع تحصیلات تکمیلی که بنا به ماهیت حرفه خود با طیف وسیعی از افراد جامعه به عنوان مددجو، همکار، مافوق و ... سرو کار دارند می‌تواند بسیار حیاتی و کاربردی باشد. تأثیر پذیری سلامت معنوی دانشجویان از برآیند عوامل مؤثر در وضعیت تحصیلی و وضعیت بهزیستی آنها و نیز تاثیرگذاری سلامت معنوی دانشجویان بر عملکرد و پیشرفت تحصیلی و نیز بهزیستی و تلاش دانشجویان برای تجلی و تحقق استعدادها و توانایی‌های فردی نشان می‌دهد هر عاملی که بتواند این رابطه دو سویه را تقویت کرده و بهبود ایجاد کند، در خروجی این رابطه که نوع رفتار و عملکرد دانشجویان خواهد بود تأثیر خواهد گذاشت. به نظر می‌رسد سلامت معنوی دانشجویان ارشد ویژه تعیین کننده رفتارهایی خواهد بود که این فرد در محیط تحصیلی و در محیط کاری و حرفه‌ای از خود نشان خواهد داد. از این دانشجویان انتظار می‌رود در محیط‌های پرتنش بخش‌های ویژه با وجود سختی کار به ارائه مراقبت با کیفیت بالا به بدحال‌ترین و آسیب پذیرترین بیماران بپردازند. آن‌ها تربیت می‌شوند و پرورش می‌یابند تا با حس عمیقی از نوع‌دوستی، تعهد و وجدان کاری و رعایت‌شان و منزلت انسانی بیماران به مراقبت از آنها بپردازند. این خصوصیات بعلاوه رعایت آداب اجتماعی و نزاکت در مجموع رفتارهای شهروندی سازمانی تلقی می‌شوند [۴۶].

[۴۷] که علیرغم اهمیت بسیار زیادی که دارند در پرستاری کمتر مورد توجه و مطالعه قرار گرفته‌اند. رفتارهای شهروندی سازمانی، نوعی رفتار فراتر از مراقبت است که اختیاری بوده و معمولاً سیستم پاداش رسمی در سازمان برای آن در نظر گرفته نمی‌شود، لیکن از مهم‌ترین عواملی هستند که می‌توانند رفتارها، نگرش‌ها و تعاملات پرستاران را در جهت ارائه هر چه بهتر کیفیت خدمات به کار گیرند [۴۸]. یافته‌های مطالعه موحدی و همکاران نشان داد تقویت و آموزش مولفه‌های هوش معنوی موجب ارتقاء رفتارهای شهروندی سازمانی و سلامت عمومی معلمان شده است [۴۹]. در پرستاری نیز چنین مطالعاتی مورد نیاز است تا در عمل ارتباط بین سلامت معنوی و رفتارهای شهروندی سازمانی مورد ارزشیابی قرار گیرد لیکن به لحاظ نظری از دانشجویان برخوردار از سلامت معنوی بالا که ضامن داشتن ویژگی‌هایی چون ثبات در زندگی، صلح و ارتباط نزدیک با خدا، خود و جامعه است انتظار می‌رود در محیط‌های سازمانی اعم از دانشکده و محیط تحصیلی و بیمارستان و محیط شغلی رفتارهایی فراتر از سطح معمول داشته و هم در محیط کار و هم محیط تحصیلی فردی سرآمد و مثال زدنی باشند؛ همچنین، در راستای مأموریت و چشم انداز دوره‌های تحصیلات تکمیلی از افراد دارای تحصیلات تکمیلی انتظار می‌رود پرسشگر، کنجکاو و دارای ذهنی باز و پویا برای تحقیق باشند. در سال‌های اخیر ارتباط قابلیت‌ها و عملکرد پژوهشی و تحقیقاتی فارغ التحصیلان دوره‌های تحصیلات تکمیلی با معنویت و هوش معنوی آنان مورد توجه

مطالعه صاحب الزمانی و همکاران حاکی از آن بود که میزان بالاتر هوش معنوی در پرستاران با افزایش بهزیستی روانشناختی و هدفمندی در زندگی آنان همراه است [۳۳]. همچنین گزارش شده که معنویت می‌تواند به صورت مثبت و معنی‌داری افزایش شادکامی و بهزیستی [۳۳]، [۳۴] و افزایش توانمندی پرستاران را تبیین نماید [۳۵]؛ زیرا دانشجویان برخوردار از سلامت معنوی بالا با دید دیگری به مشکلات نگرسته و با اتکا به خداوند و احساس نشاط و شادکامی، خلاق‌تر و کارآمدتر با مسائل مواجه می‌شوند [۳۶]. نتایج مطالعه ستوده و همکاران نشان داد که سلامت معنوی می‌تواند یکی از پیش بینی کننده‌های بهزیستی روانشناختی در پرستاران باشد [۳۷].

یکی دیگر از عوامل مرتبط با مولفه‌های بهزیستی، عمل فکورانه است. عمل فکورانه را بر اساس گویه‌های پرسشنامه‌ای که آن را می‌سنجد می‌توان به صورت توانایی "برنامه‌ریزی درسی و مدیریت مؤثر زمان" برای دستیابی به اهداف یادگیری تعریف کرد. دانشجویان تحصیلات تکمیلی از جمله دانشجویان ارشد پرستاری ویژه، همزمان با تحصیل در یکی از سخت‌ترین گرایش‌های رشته پرستاری، غالباً شاغل و گاهی متأهل هستند، لذا بدون استفاده از مهارت‌های مدیریت زمان و برنامه‌ریزی هدفمند، قادر به ایفای نقش‌های متعدد اجتماعی، حرفه‌ای و تحصیلی همزمان و به طور مؤثر نخواهند بود. توانایی مطالعه متمرکز و هدفمند و استفاده مؤثر از زمان محدود با ایجاد موفقیت‌های تحصیلی همزمان با انجام وظایف کاری و زندگی اجتماعی، موجب تقویت بهزیستی و احساس حرکت در مسیری معنادار و هدفمند شده و سلامت معنوی دانشجویان را تقویت می‌کند. رویکرد عمل فکورانه سبکی از مطالعه فعال است که معطوف به دستیابی به درک عمیق به جای حفظ طوطی وار است؛ بیان شده است که اقدامات آموزشی و بهره‌گیری از مواد آموزشی مناسب می‌تواند در جهت‌گیری دانشجویان به رویکرد عمل فکورانه نقش موثری داشته باشد [۳۸، ۳۹]. نکته اساسی و با اهمیت در این بین، آگاهی از چگونگی پرورش و رشد این مهارت در مطالعه و یادگیری دانشجویان است؛ مطالعات متعدد نشان دادند که رویکردهای دانشجویان به مطالعه به هر دو عامل تجارب قبلی آنها از تدریس، یادگیری و ادراک آن‌ها از موقعیت‌های یادگیری جاری وابسته است که به نوبه خود بر نتایج یادگیری تأثیر می‌گذارد [۴۰، ۴۱].

نتایج مطالعه طیبی و همکاران موید وجود ارتباط بین سلامت معنوی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد با ارتقاء سطح سلامت معنوی دانشجویان میانگین معدل تحصیلی آنها هم افزایش می‌یابد و بالعکس و دستاوردهای مثبت تحصیلی با سلامت معنوی بالا در ارتباط است [۴۲]. از سوی دیگر ضعف در سازماندهی امور و ناتوانی در مدیریت مؤثر زمان، موجب سردرگمی و آشفتگی در سبک زندگی شده و زمینه را برای بروز تنش و اضطراب که همانا تله‌های سلامت معنوی بوده و موجب آتروپی معنوی می‌شوند، فراهم می‌سازد [۴۳، ۴۴].

هوش فرهنگی آخرین مؤلفه از مولفه‌های بهزیستی است. این نوع هوش که دامنه جدیدی از هوش است ارتباط تنگاتنگی با محیط‌های کاری متنوع دارد و به افراد کمک می‌کند تشخیص دهند دیگران چگونه فکر می‌کنند و چگونه به الگوهای رفتاری پاسخ می‌دهند. بنابراین برخوردار از هوش فرهنگی موجب کاهش موانع ارتباطی شده و به افراد قدرت مدیریت تنوع فرهنگی می‌دهد. طبق نتایج مطالعات هوش



2. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med.* 2007;35(2):422-9. doi: [10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D](https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D) pmid: [17205001](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17205001/)
3. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008;36(3):953-63. doi: [10.1097/CCM.0B013E3181659096](https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096) pmid: [18431285](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18431285/)
4. Kranidiotis G, Ropa J, Mprianas J, Kyprianou T, Nanas S. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart Lung.* 2015;44(3):260-3. doi: [10.1016/j.hrtlng.2015.03.001](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.03.001) pmid: [25840865](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25840865/)
5. Lewinson LP, McSherry W, Kevern P. Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. *Nurse Educ Today.* 2015;35(6):806-14. doi: [10.1016/j.nedt.2015.01.011](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.011) pmid: [25707759](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25707759/)
6. Reilly JS, McCoubrey J, Cole S, Khan A, Cook B. Integrating intensive care unit (ICU) surveillance into an ICU clinical care electronic system. *J Hosp Infect.* 2015;89(4):271-5. doi: [10.1016/j.jhin.2014.11.017](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2014.11.017) pmid: [25601743](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25601743/)
7. Crocker C. Weaning from ventilation--current state of the science and art. *Nurs Crit Care.* 2009;14(4):185-90. doi: [10.1111/j.1478-5153.2009.00334.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00334.x) pmid: [19531036](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19531036/)
8. Loisele CG, Gelinas C, Cassoff J, Boileau J, McVey L. A pre-post evaluation of the Adler/Sheiner Programme (ASP): a nursing informational programme to support families and nurses in an intensive care unit (ICU). *Intensive Crit Care Nurs.* 2012;28(1):32-40. doi: [10.1016/j.iccn.2011.11.006](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.006) pmid: [22209308](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22209308/)
9. Stewart-Brown S. Measuring wellbeing: What does the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale have to offer integrated care? *Eur J Integr Med.* 2015;7(4):384-8. doi: [10.1016/j.eujim.2014.08.004](https://doi.org/10.1016/j.eujim.2014.08.004)
10. Acebedo-Urdiales MS, Medina-Noya JL, Ferre-Grau C. Practical knowledge of experienced nurses in critical care: a qualitative study of their narratives. *BMC Med Educ.* 2014;14:173. doi: [10.1186/1472-6920-14-173](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-173) pmid: [25132455](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25132455/)
11. Moradnezhad M, Seylani K, Navab E, Esmailie M. Spiritual intelligence of nurses working at the intensive care units of hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. *Nurs Pract Today.* 2017;4(4):170-9.
12. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med.* 2010;24(8):753-70. doi: [10.1177/0269216310375860](https://doi.org/10.1177/0269216310375860) pmid: [20659977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20659977/)
13. Gualdani S, Pegoli M. Spirituality in health care: The role of needs in critical care. *Trends Anaesth Crit Care.* 2014;4(6):175-7. doi: [10.1016/j.tacc.2014.09.003](https://doi.org/10.1016/j.tacc.2014.09.003)
14. Evans BC, Ume E. Psychosocial, cultural, and spiritual health disparities in end-of-life and palliative care: where we are and where we need to go. *Nurs Outlook.* 2012;60(6):370-5. doi: [10.1016/j.outlook.2012.08.008](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.08.008) pmid: [23141196](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23141196/)
15. Salmoirago-Blotcher E, Fitchett G, Hovey KM, Schnell E, Thomson C, Andrews CA, et al. Frequency of private spiritual activity and cardiovascular risk in postmenopausal women: the Women's Health Initiative. *Ann Epidemiol.* 2013;23(5):239-45. doi: [10.1016/j.annepidem.2013.03.002](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.03.002) pmid: [23621989](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23621989/)
16. Lanfredi M, Candini V, Buizza C, Ferrari C, Boero ME, Giobbio GM, et al. The effect of service satisfaction and spiritual well-being on the quality of life of patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2014;216(2):185-91. doi: [10.1016/j.psychres.2014.01.045](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.045) pmid: [24582503](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24582503/)
17. Grant A. Incorporating spirituality into the work of the holistic practitioner. *J Aust Tradit-Med Soc.* 2012;18(2):101.
18. Helming MA. Integrating Spirituality into Nurse Practitioner Practice: The Importance of Finding the Time. *J Nur Pract.* 2009;5(8):598-605. doi: [10.1016/j.nurpra.2009.04.012](https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2009.04.012)
19. Ellis HK, Narayanasamy A. An investigation into the role of spirituality in nursing. *Br J Nurs.* 2009;18(14):886-90. doi: [10.12968/bjon.2009.18.14.43358](https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.14.43358) pmid: [19633601](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19633601/)
20. Bolhari J. Institutionalization of spirituality in the concept of spiritual health. *Med Ethics J.* 2010;5(14):105-12.
21. Cone PH, Giske T. Teaching spiritual care--a grounded theory study among undergraduate nursing educators. *J Clin Nurs.* 2013;22(13-14):1951-60. doi: [10.1111/j.1365-2702.2012.04203.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04203.x) pmid: [22905999](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22905999/)
22. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *Int Nurs Rev.* 2014;61(2):211-9. doi: [10.1111/inr.12099](https://doi.org/10.1111/inr.12099) pmid: [24712404](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24712404/)
23. Zakaria Kiaei M, Salehi A, Moosazadeh Nasrabadi A, Whitehead D, Azmal M, Kalhor R, et al. Spirituality and spiritual care in Iran: nurses' perceptions and barriers. *Int Nurs Rev.* 2015;62(4):584-92. doi: [10.1111/inr.12222](https://doi.org/10.1111/inr.12222) pmid: [26572823](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26572823/)
24. Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *J Clin Nurs.* 2010;19(15-16):2128-36. doi: [10.1111/j.1365-2702.2008.02690.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02690.x) pmid: [19619214](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19619214/)
25. Zare A, Jahandideh S. [The Impact Of Special Wards Nursing Spiritual Well-Being Upon Patients'spiritual Care]. *Iranian J Nurs Res.* 2014;9(3):30-8.
26. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Zarghani NH, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. *Med Ethics J.* 2015;9(30):25-56.
27. Zadeh AA, Borhani F, Abbasi M. Spiritual health, a model for use in nursing. *Med Ethics J.* 2014;9(30):57-76.
28. 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). *Sci Q Birjand Nurs Midwifery Fac.* 2012;9(2):162-56.
29. Akbari LM, Shamsi GE, Abbasi M. Spiritual health in the program of medical science education. *J Med Ethics.* 2011;4(14):113-30.

30. Rajabi S, Valadbeigi P. Predicting psychological well-being on the basis of spiritual, emotional and social intelligences in Iranian's college students. *Frooyesh*. 2016;5(1):199-216.
31. Lawler-Row KA, Elliott J. The role of religious activity and spirituality in the health and well-being of older adults. *J Health Psychol*. 2009;14(1):43-52. doi: [10.1177/1359105308097944](https://doi.org/10.1177/1359105308097944) pmid: [19129336](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19129336/)
32. Daaleman TP, Frey BB. The Spirituality Index of Well-Being: a new instrument for health-related quality-of-life research. *Ann Fam Med*. 2004;2(5):499-503. doi: [10.1370/afm.89](https://doi.org/10.1370/afm.89) pmid: [15506588](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15506588/)
33. Sahebalzamani M, Farahani H, Abasi R, Talebi M. The relationship between spiritual intelligence with psychological well-being and purpose in life of nurses. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(1):38.
34. Faribors B, Fatemeh A, Hamidreza H. The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2010;5:1556-61. doi: [10.1016/j.sbspro.2010.07.325](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.325)
35. Torabi M, Moghimi SM, Monavarian A. Investigating the relation between spiritual intelligence and psychological empowerment among nurses of faghihi hospital in 2012. *Int J Economy, Manage Soc Sci*. 2013;2(8):539-43.
36. Shokravi FA. Relationship between spiritual health and happiness among students. *Iranian J Health Educ Health Promot*. 2014;2(2):97-108.
37. Sotoodeh H, Shakerinia I, Jobaneh RG, Kheyraati M, Seddigh MH. Role of Family Health and Spiritual health on Nurses Psychological Wellbeing. *Med Hist J*. 2016;7(25):161-84.
38. White DM, Hand M. Spiritual Nursing Care Education An Integrated Strategy for Teaching Students. *J Christ Nurs*. 2017;34(3):170-5. doi: [10.1097/CNJ.0000000000000395](https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000395) pmid: [28604527](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28604527/)
39. Timmins F, Neill F. Teaching nursing students about spiritual care - a review of the literature. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(6):499-505. doi: [10.1016/j.nepr.2013.01.011](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.01.011) pmid: [23491611](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23491611/)
40. Pesut B. Spirituality and spiritual care in nursing fundamentals textbooks. *J Nurs Educ*. 2008;47(4):167-73. pmid: [18468293](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18468293/)
41. Wallace M, Campbell S, Grossman SC, Shea JM, Lange JW, Quell TT. Integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2008;5:Article10. doi: [10.2202/1548-923X.1443](https://doi.org/10.2202/1548-923X.1443) pmid: [18384268](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18384268/)
42. Tabibi M, Ahmari Tehran H, Soltani Arabshahi SK, Heidari S, Abdi Z, Safaeipour R. The association between spiritual health and academic achievement in medical students of Qom University of Medical Sciences, 2011. *Qom Univ Med Sci J*. 2013;7(2):72-8.
43. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011;20(11-12):1757-67. doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x) pmid: [21385257](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21385257/)
44. Timmins F, Neill F, Murphy M, Begley T, Sheaf G. Spiritual care competence for contemporary nursing practice: A quantitative exploration of the guidance provided by fundamental nursing textbooks. *Nurse Educ Pract*. 2015;15(6):485-91. doi: [10.1016/j.nepr.2015.02.007](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.02.007) pmid: [25819014](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25819014/)
45. Ghaffari M, Khani L. The relationship between social capital and cultural intelligence with medical students' academic performance. *Iranian J Med Educ*. 2013;13(8):642-51.
46. Veličkovska I. Organizational citizenship behavior-definition, determinants and effects. *Eng Manage*. 2017;3(1):40-51.
47. Yohana C. The effect of leadership, organizational support and organizational citizenship behavior on service quality. *Probl Perspect Manage*. 2017;15(2):197-203. doi: [10.21511/ppm.15\(2-1\).2017.03](https://doi.org/10.21511/ppm.15(2-1).2017.03)
48. Rahimnia F, Mirzaei V. Evaluation of predictive conceptual model organizational citizenship behavior in nurses based on their lifestyle and organizational commitment. *QJ Nurs Manage*. 2014;3(2):41-51.
49. Movahedi M, Movahedi Y, Karimnezhad K. Effectiveness of spiritual intelligence education on the improving organizational citizenship behaviour and general health. *J Psychol Achiev*. 2013;20(2):179-92.
50. Upadhyay S. Can Spiritual Intelligence Influence Research Performance in Higher Education? Framework for Human Resource Development in Higher Education. *Adm Public Manage Rev*. 2017(28):153-73.
51. Vlasblom JP, Van der Steen JT, Jochemsem H. Spiritual care in a hospital setting: nurses' and patients' perspectives. *Nurs Rep*. 2012;2(1):7. doi: [10.4081/nursrep.2012.e7](https://doi.org/10.4081/nursrep.2012.e7)
52. Tanyi RA, Werner JS, Recine ACG, Sperstad RA. Perceptions of incorporating spirituality into their care: A phenomenological study of female patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2006;33(5):532.
53. Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nurs Outlook*. 2016;64(3):215-24. doi: [10.1016/j.outlook.2015.11.012](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.012) pmid: [26712386](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26712386/)
54. Yardley SJ, Walshe CE, Parr A. Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliat Med*. 2009;23(7):601-7. doi: [10.1177/0269216309105726](https://doi.org/10.1177/0269216309105726) pmid: [19443521](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19443521/)