

معنویت از دیدگاه مؤلفان عبارت است از ارتباط با وجود متعالی، باور به غیب، باور به رشد و بالندگی انسان در راستای گذشتن از پیچ و خم‌های زندگی و تنظیم زندگی شخصی بر مبنای ارتباط با وجود متعالی و درک حضور دائمی وجود متعالی در هستی معنادار، سازمان‌یافته و جهت‌دار الهی. این بعد وجودی انسان فطری و ذاتی است و با توجه به رشد و بالندگی انسان و در نتیجه انجام تمرینات و مناسک دینی متحول شده و ارتقا می‌یابد (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۲). سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است: الف- چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است، ب- چشم‌انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند (بویوین و همکاران، ۲۰۰۱: ۳۸۲).

قدمسلم است که کارکنان امروزی بیش از گذشته درباره زندگی کاری خود فکر می‌کنند و مایلند در شغل خود رشد و توسعه پیدا کنند. آنها اغلب حرفه خود را با امید و انتظاراتی ویژه برای رسیدن به بالاترین سطح در سازمان شروع می‌کنند و اکثر آنها به پیشرفت خود، رسیدن به قدرت، کسب بالاترین مسئولیت‌ها و پاداش‌ها اهمیت می‌دهند، (سعیدی، ۱۳۹۱: ۴۲). ترس از شکست نیز مانعی برای پیشرفت و رشد فردی و سازمانی محسوب می‌شود. اتکینسون (۱۹۷۵) ترس از شکست را ظرفیتی برای میل به شرم در تجارب شکست توصیف می‌کند. او اشاره می‌کند که شرم هسته اصلی ترس از شکست است که توجه تجربی را در یافت می‌کند. به نظر می‌رسد اتکینسون شرم را با ترس از شکست گره زده است، زیرا شرم را به عنوان تقابلی از غرور و ترس از شکست را به عنوان تقابلی از نیاز به پیشرفت و شکست در نظر می‌گیرد. از اینرو ترس از شکست به عنوان یک چارچوب خود ارزیابی که بر چگونگی جهت‌ها و تجارب شکست در موقعیت‌های پیشرفت تاثیر می‌گذارد ملاحظه می‌شود (مک‌گریگور و الیوت، ۲۰۰۵).

اتکینسون (۱۹۷۵) ترس از شکست را ظرفیتی در زمینه سازمانی میداند و مدل چند بعدی و سلسله مراتبی ترس از شکست توسعه داده شده و مفهوم سازی‌های پیشین صورت گرفته درباره ترس از شکست را یکپارچه کرده است. این مدل مبتنی بر تئوری عواطف شناختی- انگیزشی- رابطه ای است (لازاروس، ۱۹۹۱). این تئوری بیان می‌کند که ترس از شکست نتیجه شرايطی است که در آن باورها و الگوهای مربوط به پیامدهای نامطلوب شکست امکان بروز شکست را بالا می‌برند. این سیستم‌های اعتقادی افراد را در معرض ارزیابی تهدیدات بالقوه قرار داده و باعث می‌شوند تا در برابر این تهدیدات احساس اضطراب کنند. کونروی و الیوت (۲۰۰۴) ادعا می‌کنند که باورهای ترس از شکست باعث ادراک تهدیدات توسط فرد و افزایش اضطراب در او می‌شوند. از این رو، زمانی کارکنان در شرایطی قرار بگیرند که انتظار ارتقاء یا مسئولیت بیشتر را در سازمان ندارند، معمولاً در انجام وظایف خود در محیط کار نیز چندان احساس مسئولیتی نخواهند داشت و عدم اطمینان به اینکه در امور خود با شکست مواجه شوند و این امر مانع انجام وظایف شغلی می‌گردد، لازم است عواملی که سبب کاهش سکون زدگی شغلی و ترس از شکست در میان کارکنان می‌شود شناسایی شود. یکی از این عوامل، سلامت معنوی کارکنان است.

معنویت از دیدگاه مؤلفان عبارت است از ارتباط با وجود متعالی، باور به غیب، باور به رشد و بالندگی انسان در راستای گذشتن از پیچ و خم‌های زندگی و تنظیم زندگی شخصی بر مبنای ارتباط با وجود متعالی و درک حضور دائمی وجود متعالی در هستی معنادار، سازمان‌یافته و جهت‌دار الهی. این بعد وجودی انسان فطری و ذاتی است و با توجه به رشد و بالندگی انسان و در نتیجه انجام تمرینات و مناسک دینی متحول شده و ارتقا می‌یابد (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۲). سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است: الف- چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است، ب- چشم‌انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند (بویوین و همکاران، ۲۰۰۱: ۳۸۲).

این ویژگی‌ها می‌تواند به فرد اعتماد لازم را بدهد تا در امور سازمانی خود موفق تر عمل کند. در این زمینه برمه^۳ و دیگران معتقدند سطوح بالای ایمان مذهبی و معنویت به همراه جهت‌گیری مذهبی خوش‌بینانه، می‌تواند حمایت اجتماعی ادراک شده و تحمل بالای استرس و سطوح پایین اضطراب را به همراه داشته باشد (فرهنگی و رستگار، ۱۳۸۵: ۲). همچنین، محبوبی و همکاران (۱۳۹۱) در یک مطالعه تجربی دریافتند بین تجربه معنوی و ترس از شکست رابطه معکوسی وجود دارد. دافی (۲۰۱۱) نیز در مقاله‌ای یادآور شد که بین معنویت با توسعه مسیر شغلی (عکس سکون زدگی) رابطه وجود دارد. با توجه به مطالب فوق، این تحقیق در پی پاسخ به سوال است که آیا بین سلامت معنوی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه وجود دارد یا خیر؟

گاهی کارکنان در مسیر پیشرفت شغلی به نقطه ای می رسند که احتمال صعود از نردبان پیشرفت کاهش می یابد. در این ناحیه احتمال اندکی وجود دارد که شخص پس از آن ارتقای شغلی پیدا کند، این ناحیه را «ناحیه سکون» می نامند. ناحیه سکون در مسیر پیشرفت شغلی در کارکنان موجب کاهش رضایت شغلی و عملکرد ضعیف خواهد شد، این مساله برای سازمان مساله ای بسیار حائز اهمیت است زیرا زمانی که افراد در وضعیت ناحیه سکون در مسیر ترقی شغلی قرار می گیرند این امر برای سازمان به جهت اینکه رضایت شغلی و روحیه کارکنان کاهش می یابد و از میزان اثربخشی کارآیی سازمان کاسته می شود، مساله ای قابل توجه است (طالقاتی، ۱۳۸۱: ۱). همچنین، تاکید بر کاهش ترس از شکست از آن جهت برای سازمان ها مهم است که باید توجه داشته پدیده ترس از شکست می تواند خود پیامد عوامل و شرایط متعددی باشد (کونوری و همکاران، ۲۰۰۷). دمینگ (۲۰۱۰) نیز در چهارده اصل خود برای بهبود مدیریت مطرح کرده است یکی از کانون های اصلی توجه مدیریت باید دور کردن ترس از شکست از کارکنان باشد چراکه ترس از شکست می تواند باعث عدم تقبل فعالیت های جدید در سازمان و رکود و بی تحرکی در سازمان شود.

بدین ترتیب اهمیت ترس از شکست را می توان عمدتاً به عنوان محرکی برای بروز یک سری احساسات و یا در برخی موارد یک سری رفتارها دانست، عاملی که اگر درون کارکنان و به طور کلی سازمان نهادینه شود می تواند از یک سو باعث افت عملکرد سازمان و از سوی دیگر باعث افت عملکرد کارکنان و نهایتاً کاهش اثربخشی سازمانی منجر شود. بدین ترتیب غلبه بر ترس از شکست از دیدگاه سیستمی به عنوان اقدامی ضد آنتروپی می تواند به طور کلی باعث بهبود فردی و سازمانی شود، به طوری که علاوه بر کاهش و حتی حذف پیامدهای نامطلوب ذکر شده، نتیجه سودمند دیگری همچون افزایش رضایت ذینفعان داخلی و خارجی سازمان و بهبود جو سازمانی را به همراه داشته باشد (کونوری، ۲۰۰۱).

با توجه به اهمیت کاهش ترس از شکست در میان کارکنان، شناسایی عواملی که سبب کاهش این معضل می گردد، ضرورت می یابد. سلامت معنوی عاملی اساسی در این راستا است. سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و با ویژگی های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویش، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود (کراون و هیرنل، ۲۰۰۳: ۱۳۹۲). محققان معتقدند که تشویق معنویت در محل کار مزایایی فراوانی دارد، مزایایی که سازمان با بهره گیری از آنها به بهبود بهره وری و افزایش عملکرد و بهبود شاخص های مالی خود می پردازد. تحقیقات نشان می دهد که شرکت های معنوی تر ۴۰۰ تا ۵۰۰ درصد از دیگر شرکت های مشابه در افزایش درآمد خالص، بهبود نرخ بازگشت سرمایه و افزایش ارزش سهام، سهامداران بهترند (تامپسون، ۲۰۰۰: ۲۷۳).

تقی پور (۱۳۹۱) با اشاره به اینکه سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۷۹ سلامت معنوی را به دیگر ابعاد سلامتی (جسمی، روحی و اجتماعی) افزوده است خاطر نشان کرد: سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامتی رابطه ای مستقیم داشته و همانند چتری می تواند دیگر سلامتی جسمی، روحی و اجتماعی انسان را پوشش دهد. بررسی این تحقیق از آن جهت برای دانشگاه ها و سازمان ها ضرورت می یابد که تاکید بر سلامت معنوی از جنبه های شناختی، تجربی و رفتاری می تواند افراد را در انجام وظایف مطلوب، رشد و پیشرفت فردی و سازمانی، و قبول شکست و تلاش مضاعف برای کسب هدف یاری دهد. از طرفی، کارکنان باید بپذیرند که شکست ها و رویدادهای منفی در محیط کار از سوی آنها، نمی تواند مانعی برای حرکت و رشد آنها نباشد، چرا که هر فردی در انجام امور خود با ناکامی هایی روبرو می شود، و این ناکامی ها باید تجربه ای برای موفقیت و پیشرفت گردد. نتایج این بررسی از آن جهت برای محقق ارزشمند است که وضعیت متغیرهای تحقیق در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان تعیین شده و مشخص می گردد که آیا بین این متغیرها رابطه وجود دارد یا خیر.

اهداف تحقیق

هدف اصلی

بررسی و توصیف رابطه بین سلامت معنوی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

اهداف فرعی

- ۱- بررسی و توصیف رابطه بین جنبه شناختی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- ۲- بررسی و توصیف رابطه بین جنبه تجربی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- ۳- بررسی و توصیف رابطه بین جنبه رفتاری و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

تعاریف و مفاهیم واژه‌ها

سلامت معنوی: منظور از سلامت معنوی رابطه خوب فرد با معبود و احساس هماهنگی بین خویشتن، خدا و زندگی است (عبادی، ۱۳۸۸: ۱۶).

بعد شناختی: جستجوی معنی، هدف، حقیقت در زندگی، عقاید و ارزش‌ها (لطفی فاطمی، ۱۳۸۹: ۸۱).

بعد تجربی: احساس امید، عشق، پیوند، آرامش درونی، آسایش و حمایت (لطفی فاطمی، ۱۳۸۹: ۸۱).

بعد رفتاری: روشی که یک فرد عقاید معنوی درونی خود را در خارج آشکار می‌کند (لطفی فاطمی، ۱۳۸۹: ۸۱).

ترس از شکست: اتکنسون (۱۹۷۵: ۵۸) ترس از شکست را ظرفیتی برای میل به شرم در تجارب شکست توصیف می‌کند. او اشاره می‌کند که شرم هسته اصلی ترس از شکست است که توجه تجربی را در یافت می‌کند.

تجربه خجالت: بیانگر تشویش و عدم راحتی افراد در مواجهه و ارتباط با دیگران است (کرونی، ۲۰۰۱: ۴۴۶).

خود ارزیابی پایین: این حالت بیانگر برآورد پایین شخص از دانش، توانایی‌ها، استعدادها و مهارت‌های خودیش است (کرونی، ۲۰۰۱: ۴۴۶).

پنهان شدن از افراد مهم: بیانگر عدم تمایل یا ناتوانی فرد در ارتباط برقرار کردن و مواجهه با افراد مهم پیرامون وی (نظیر مافوق‌ها، الگوهای فردی-حرفه‌ای و غیره) است (کرونی، ۲۰۰۱: ۴۴۶).

مروری بر تحقیق‌های انجام شده قبلی

پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور مرتبط با متغیر سلامت معنوی

مظاهری و همکاران (۱۳۸۷) تحقیقی توصیفی و با هدف تعیین نگرش پرستاران مرکز آموزشی - درمانی روان پزشکی رازی به معنویت و مراقبت معنوی انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که میانگین نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی، ۳۳/۴۰ با انحراف معیار ۵/۵۷ و نمرات اکثریت جامعه پژوهش بین ۳۳ تا ۹۲ که حداکثر نمره پرسشنامه بوده، قرار داشته‌اند. این امر نشان می‌دهد که نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در پرستاران مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی رازی در سطح مثبت و بالایی قرار دارد. پژوهشگر در پایان پیشنهاد می‌کند با ایجاد بستر مناسب زمینه برای ارائه مراقبت‌ها فراهم گردد.

عسگری و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه اعتقادات مذهبی و خوش بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز انجام دادند. نتایج رگوسون چند متغیری نیز نشان داد که متغیرهای اعتقادات مذهبی و خوش بینی به ترتیب پیش بینی‌کننده‌ی سلامت معنوی بودند.

اکبری لاکه و همکاران (۱۳۸۹) سلامت معنوی در برنامه آموزش پزشکی و پرستاری در ایران را طی مطالعه‌ای مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که در برنامه آموزشی دوره دکترای پزشکی و دوره کارشناسی پرستاری در ایران نیز حرکت‌هایی صورت گرفته است. اما محتوای درسی باید در مورد معنویت و سلامت معنوی در برنامه آموزش پرستاری و پزشکی گنجانده شود. آموزش سلامت معنوی در دانشگاه‌ها مکرراً توصیه شده است. لازم است که در این راستا محتوا و محیط آموزشی مناسب نیز فراهم گردد. در کنار مهارت‌هایی که در زمینه مراقبت پرستاری و پزشکی برای دانشجویان لازم است به دست آوردن مهارت در زمینه سلامت معنوی نیز لازم و ضروری به نظر می‌رسد. عصاررودی و همکاران (۱۳۹۱) ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری را بررسی کردند. در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۹۳ نفر از کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. بر اساس نتایج این تحقیق، می‌توان گفت که سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری در محدوده متوسط قرار دارد و با یکدیگر ارتباط دارند.

مصطفی زاده و همکاران (۱۳۹۱) سلامت معنوی دانشجویان مامایی اردبیل را بررسی کردند. در این مطالعه توصیفی-تحلیلی جامعه پژوهش را ۷۶ نفر از دانشجویان مامایی ورودی‌های ۸۸-۸۶ پیوسته و ناپیوسته ورودی ۱۳۸۹ شاغل به تحصیل در دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام گرفت و برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی با نمره دهی سیستم لیکرت استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که ۹۴/۷۳ درصد (۷۲ نفر) از دانشجویان مامایی دارای سلامت معنوی در حد متوسط بودند و نتایج آزمون آماری اختلاف آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی و ورودیهای مختلف مامایی نشان نداد (۰۵ > P). میانگین کلی امتیاز سلامت معنوی دانشجویان مامایی (۷۳/۶۵±۱/۵) بود. بین مشخصات دموگرافیک دانشجویان و سلامت معنوی دانشجویان نیز اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

جهانی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی به بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر پرداختند. نتایج نشان داد سطح سلامت معنوی در بیشتر این بیماران در حد متوسط است. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر، در حد متوسط است و نمره کیفیت زندگی زنان به شکل معنی‌داری بیش از مردان است. به علاوه نتایج وجود همبستگی معنی‌دار سلامت معنوی با کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر را تأیید کرد.

مرزبند و زکوی (۱۳۹۱) در تحقیقی به شناسایی شاخص های سلامت معنوی از منظر آموزه های وحیانی پرداختند. در رویکردهای معاصر، عده ای معنویت را در حد مجموعه ای از توانایی های به هم مرتبط و یا نوعی هوش تلقی کرده اند. گروهی هم معنویت را جریان و رویکردی می دانند که به رضایت باطنی منتهی می شود. لیکن در آموزه وحیانی، بدون در نظر گرفتن معنایی معقول، نمی توان از معنویت سخنی گفت؛ چنین معنایی جز خداوند چیز دیگری نمی باشد. سلامت معنوی در بردارنده مولفه های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی می باشد. انسان معنوی، برخوردار از اندیشه یا تعقل ویژه نسبت به خدا، انسان و خلقت و رابطه متقابل آنها می باشد. تعقلی که پرده ظواهر را دریده و به حقیقت باطنی دست یافته است. همه زندگی او جهت گیری الهی پیدا می کند. از حالات معنوی ویژه ای چون حب به خداوند، دگردوستی، توکل و شرح صدر برخوردار است از سلامت جسمی و روانی بیشتری بهره می برد.

فراهانی نیا و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی به بررسی رابطه سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آنها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران پرداختند. یافته ها نشان دادند که ۹۸/۸ درصد دانشجویان سال اول و کل دانشجویان سال چهارم (۱۰۰ درصد) دارای سلامت معنوی در حد متوسط بودند و نتایج آزمون تی اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان نداد. میانگین امتیاز کسب شده دیدگاه دانشجویان سال اول در مورد معنویت $4/65 \pm 0/45$ و سال چهارم $4/76 \pm 0/33$ بود، اختلاف معنی دار بین دو گروه یافت نشد. همچنین میانگین امتیاز کسب شده دیدگاه دانشجویان سال اول در مورد مراقبت معنوی $6/9 \pm 4/3$ و سال چهارم $6/1 \pm 4/5$ بود و اختلاف معنی دار بین دو گروه وجود نداشت.

رضایی و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و برخی متغیرهای جمعیت شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان پرداختند. سطح سلامت معنوی اکثریت واحدهای پژوهش (۵۸/۶۴ درصد) در محدوده متوسط و پس از آن در محدوده بالا (۴۱/۳۵ درصد) قرار داشت. میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران $7/22 \pm 0/52$ بالاتر از میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی (۹/۶۷ $\pm 4/31$) بود. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین استرس بیماران با تمامی ابعاد سلامت معنوی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد. همچنین یافته ها نشان داد بین اضطراب با نمره کلی سلامت معنوی و بعد وجودی آن ارتباطی معنی دار وجود دارد، لیکن بین بعد مذهبی سلامت معنوی و اضطراب ارتباطی وجود نداشت. یافته ها حاکی از عدم وجود هر گونه ارتباط معنی دار بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت شناختی بود.

احمدی (۱۳۹۲) در تحقیقی به بررسی رابطه بین سلامت معنوی، سلامت روان، و جهت گیری مذهبی در والدین و فرزندان پرداخت. نتایج نشان داد از بین متغیرهای سلامت روان، سلامت معنوی، و جهت گیری مذهبی والدین، متغیرهای سلامت روان والدین بر روی سلامت روان فرزندان ($p=0/002$)، سلامت معنوی والدین بر روی سلامت معنوی فرزندان ($p=0/009$) و جهت گیری مذهبی والدین بر جهت گیری مذهبی فرزندان ($p=0/019$)، تأثیر مستقیم و معنادار داشته اند. همچنین این نتایج به تفکیک پدر و مادر هم در رابطه با فرزندان معنادار است به جز یک مورد که نمره سلامت روان پدران بر روی سلامت معنوی فرزندان تأثیر معنادار معکوس داشته است ($p=0/047$). نتیجه این که سلامت روانی و سلامت معنوی والدین به ترتیب دو عامل مهم و تأثیر گذار در پرورش معنوی و سلامت روان فرزندان است.

نباتیان و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی به بررسی رابطه سلامت معنوی با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند پرداختند. نتایج حاصل از t مستقل نشان داد بین سلامت معنوی جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجود ندارد و بین کیفیت زندگی جانبازان و معلولین تفاوت معناداری وجود ندارد و نتایج حاصل از رگرسیون نشان داد بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی جانبازان رابطه معناداری وجود دارد یعنی سلامت معنوی می تواند پیش بینی کننده کیفیت زندگی در جانبازان باشد اما این رابطه در معلولین معنادار نبود.

پژوهش های انجام شده در خارج کشور مرتبط با متغیر سلامت معنوی

الکینز (۱۹۹۹) در مطالعات خود در مورد معنویت، شادی و سلامت روانی به این نتیجه دست یافته است که؛ معنویت برای شادی و سلامت روان انسان ضروری است (امیری، ۱۳۹۲).

دانتون و متروف (۲۰۰۰) با اندازه گیری معنویت در محیط کار خود معنویت را با ظرافت به عنوان احساس اتصال با خود کامل خود، دیگران و کل جهان تعریف کردند. این بُعد معنویت به مثابه یک موضوع برجسته در سراسر ادبیات معنویت و بهداشت تظاهر یافته است.

برمه^۳ و دیگران (۲۰۰۵) در افرادی که از سوء مصرف مواد رها شده بودند سطوح بالای ایمان مذهبی و معنویت را به همراه جهت گیری مذهبی خوش بینانه، حمایت اجتماعی ادراک شده و تحمل بالای استرس و سطوح پایین اضطراب یافتند (امیری، ۱۳۹۲).

ویلس^۴ (۲۰۰۷) در پژوهشی به بررسی رابطه شاخص های متعدد معنوی و مذهبی با جنبه های مختلف سلامتی پرداخته، نتایج تأیید می کنند که مذهب کارکرد حمایتی از سلامتی دارد. تعهد مذهبی در پیشگیری از بیماری بدنی و روانی و تسهیل مقابله با بیماری و تسهیل بهبودی سهیم است. در جراحی قلب و کارکرد ایمنی اثرات معنویت و

- 1 Elkins
- 2 Denton & Mitroff
- 3 Berme
- 4 Wilis

مذهبی بودن در روند بهبودی مشاهده شده است. در جمعیت کهنسال نیز همین نتایج قابل ذکر است. مذهبی بودن با عزت نفس بالا، کاهش افسردگی، حمایت اجتماعی بیشتر، سلامت جسمی بالاتر و استفاده کمتر از یک کابل ارتباط دارد (امیری، ۱۳۹۲).

پدرو^۱ و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه ای توصیفی با هدف ارزیابی سلامت معنوی پرستاران و ارزیابی نظرات آنها در مورد اهمیت ارائه مراقبت های معنوی به بیماران و بازبینی دریافت هرگونه آمادگی در طی آموزش حرفه ای خود برای ارائه مراقبت پرستاری انجام دادند. یافته ها نشان داد که ۷۶/۶٪ از پرستاران در مقیاس سلامت معنوی نمرات مثبتی کسب کردند. اکثر پرستاران به طور مثبت به اهمیت ارائه مراقبت معنوی به بیماران اشاره کردند. هم چنین به اهمیت وجود برنامه آموزش حرفه ای در هر یک از دروس پرستاری تاکید کرد.

جفری^۲ و همکاران (۲۰۱۰) ارتباط بین سلامت معنوی و سلامت ذهنی در دانشجویان را بررسی کردند. نتایج مطالعه نشان داد که میان سلامت معنوی و سلامت ذهنی ارتباط وجود دارد. در حالی که ارتباط قابل توجهی میان سلامت معنوی و علائم جسمی و اضطراب، عملکرد نامناسب اجتماعی و افسردگی یافت نشد. نتایج نشان داد که مذهب و معنویت و سلامت وجودی پیش بینی کننده ی مهمی برای سلامت ذهنی است. یافته ی دیگر این بود که معنویت و سلامت وجودی در خانم ها با لاتر از آقایان بود. اما در مورد نمرات سلامت ذهنی میان دو جنس تفاوتی یافت نشد.

آنتراپنر^۳ و همکاران (۲۰۱۰) رابطه ی میان مذهب/ سلامت معنوی و شاخص های سلامت روانی (نیازهای معنوی و وابستگی) و ابعاد بزرگ شخصیت را بررسی کردند و در کل به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی و مذهب رابطه ی قابل توجهی با جنبه های مختلف سلامت روانی و شخصیت دارد و معنویت بیان کننده جنبه های مهم شخصیت انسان است.

تحقیقات انجام شده در داخل کشور در مورد ترس از شکست

ملکی و محمدزاده (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی رابطه ترس از موفقیت و انگیزش پیشرفت ورزشی در ورزشکاران موفق و ناموفق پرداختند. نتایج نشان داد بین ترس از موفقیت و انگیزش پیشرفت در هر دو گروه رابطه معنی دار منفی وجود دارد. همچنین نتایج آزمون t مستقل، تفاوت معنی داری بین ترس از موفقیت و انگیزش پیشرفت در ورزشکاران موفق و ناموفق نشان داد؛ یعنی انگیزش پیشرفت ورزشکاران موفق، در مقایسه با ورزشکاران ناموفق، به طور معنی داری بالاتر بود، اما ترس از موفقیت آنها به طور معنی داری پایین تر بود. همچنین بین ترس از موفقیت مردان و زنان ورزشکار تفاوت معنی داری دیده نشد. به طور کلی، فعالیت بدنی منظم با کاهش ترس از موفقیت، باعث افزایش انگیزش پیشرفت می شود.

قنبری و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی به مقایسه ی منبع کنترل، خود آگاهی شناختی و ترس از شکست در دانش آموزان با و بدون ناتوانی های یادگیری پرداختند نتایج تحلیل واریانس چند متغیری ناتوانی های یادگیری در منبع کنترل و خود آگاهی شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. دانش آموزان با ناتوانی های یادگیری بیشتر از منبع کنترل بیرونی استفاده می کنند. در حالی که دانش آموزان بدون ناتوانی های یادگیری بیشتر از منبع کنترل درونی استفاده می کنند. بین ترس از شکست در دانش آموزان با و بدون ناتوانی های یادگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. دانش آموزان بدون ناتوانی های یادگیری دارای خود آگاهی شناختی بالاتری بودند.

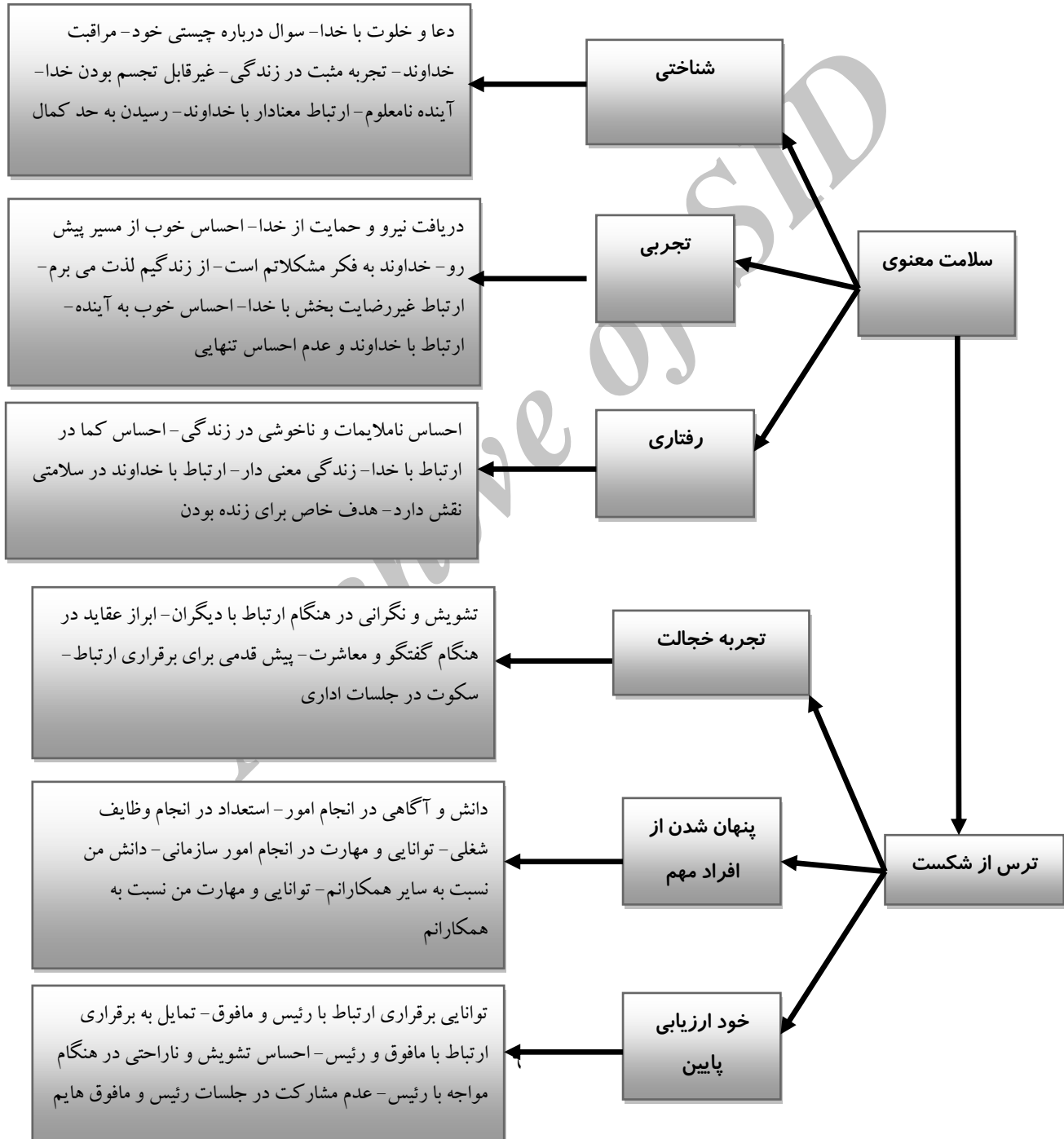
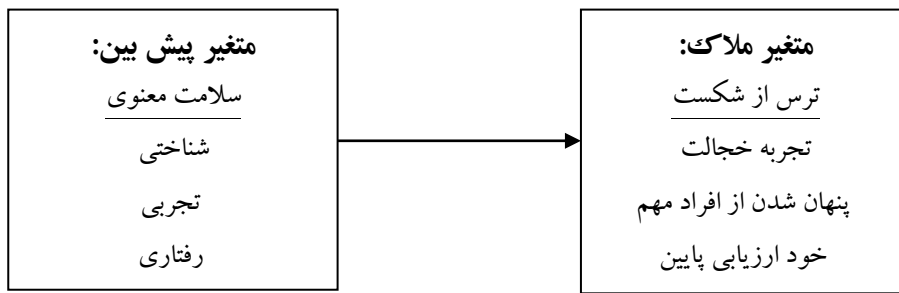
رجبی و عباسی (۱۳۹۳) در تحقیقی به بررسی رابطه خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده در دانشجویان پرداختند. یافته ها نشان داد که: همسانی درونی مقیاس های فوق الذکر همگی رضایت بخش بودند. بین متغیرهای خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده رابطه مثبت معنی داری دیده شد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد متغیرهای خود انتقادی و اضطراب اجتماعی در پیش بینی واریانس متغیر ملاک (شرم درونی شده) سهم دارند و متغیر ترس از شکست در این زمینه نقشی ندارد. در نتیجه می توان بیان کرد که انتقادهای افراد از خودشان و اضطرابی که آن ها در موقعیت های اجتماعی از خود نشان می دهند باعث شرم درونی شده می شود.

تحقیقات انجام شده در خارج کشور در مورد ترس از شکست

کونری^۴ و همکاران (۲۰۰۲) در تحقیقی بیان کرده اند که جو ایمنی و ترس از شکست با یکدیگر رابطه معنی داری دارند.

لورا^۵ و زیمرمن^۶ (۲۰۰۹) در تحقیقی بیان کرده اند که کم کاری کارکنان رابطه بین جو ایمنی و ترس از شکست را تعدیل می کند.

- 1 Pedrao
- 2 Jefry
- 3 Unterrainer
- 4 Conroy
- 5 Laura
- 6 Zimmerman



روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی و توسعه ای است و از نظر ماهیت و روش هم جزء تحقیقات توصیفی از نوع همبستگی می باشد که از طریق مطالعات کتابخانه ای، تحقیقات میدانی به جمع آوری داده های مورد نیاز تحقیق می پردازد. جامع پژوهش شامل کلیه کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان که شامل حوزه ستادی (۸۳ نفر)، معاونت پشتیبانی (۲۴۹ نفر)، معاونت دانشجویی (۱۲۳ نفر)، معاونت بهداشتی (۱۴۰ نفر)، معاونت پژوهشی (۱۳۵ نفر)، معاونت درمان (۹۲ نفر)، معاونت غذا و دارو (۴۲ نفر) و در نهایت معاونت آموزشی (۸۶ نفر) می باشد. در این پژوهش، از نمونه گیری به روش طبقه ای تصادفی، متناسب با حجم طبقه، و با استفاده از فرمول زیر استفاده شده است.

$$\left(\frac{N_i}{N}\right) n = n_i$$

n: حجم کل نمونه n_i: حجم نمونه در طبقه ام N: حجم کل جامعه N_i: حجم طبقه ام.

جدول ۱: محاسبه حجم نمونه

یف	نام	تعداد کارکنان	حجم نمونه
۱	حوزه ریاست	۸۳	۲۴
۲	معاونت پشتیبانی	۲۴۹	۷۲
۳	معاونت دانشجویی	۱۲۳	۳۵
۴	معاون بهداشتی	۱۴۰	۴۰
۵	معاونت پژوهشی	۱۳۵	۳۹
۶	معاونت درمان	۹۲	۲۷
۷	معاونت غذا و دارو	۴۲	۱۲
۸	معاونت آموزشی	۸۶	۲۵
۹	جمع کل	۹۵۰	۲۷۴

ابزار گردآوری داده ها

جدول ۲: ابزارهای گردآوری داده ها

نام پرسشنامه	تعداد مولفه ها	تعداد سوال با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم)	روایی	پایایی (آلفای کرونباخ)
پرسشنامه سلامت معنوی بر اساس مدل آلیسون و پالوتزین (۲۰۰۶)	۳ مولفه	۱۹ سوال	۰/۸۷	۰/۸۵
پرسشنامه ترس از شکست بر اساس مدل کونروی (۲۰۰۱)	۳ مولفه	۱۳ سوال	۰/۹۲	۰/۸۰

هر سوال دارای ۵ گزینه است که طیف و امتیاز بندی سوالات به صورت کاملاً موافق نمره ۵، موافقم نمره ۴، نسبتاً موافقم نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و کاملاً مخالفم نمره ۱ می باشد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

در این پژوهش در قسمت توصیف داده ها به توصیف متغیرهای پژوهش توسط توزیع فراوانی و آماره های توصیفی پرداخته شد. در قسمت تحلیل داده ها به بررسی فرضیه ها و سوالات تحقیق پرداخته شد برای این کار از رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS) با نرم افزار Smart PLS 2 همچنین برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف یک نمونه ای استفاده شده است برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ویراست ۱۹ و Smart PLS 2 استفاده شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که بررسی های انجام شده در این فصل بر اساس ۲۷۴ آزمودنی صورت گرفته است.

جدول ۳: توصیف شاخص‌های دموگرافیک (بررسی ویژگی‌های عمومی)

متغیر	نوع	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۱۱۸	۱/۴۳
	زن	۱۵۴	۲/۵۶
	بی پاسخ	۲	۷
وضعیت تاهل	مجرد	۶۱	۳/۲۲
	متاهل	۲۰۵	۸/۷۴
	بی پاسخ	۸	۲/۹
تحصیلات	دیپلم	۳۱	۳/۱۱
	فوق دیپلم	۳۷	۵/۱۳
	لیسانس	۹۴	۳/۳۴
	فوق لیسانس	۶۹	۲/۲۵
	دکتری	۴۱	۱۵
	بی پاسخ	۲	۷/۰
سن	۳۰سال و کمتر	۶۵	۷/۲۳
	۳۱-۴۰سال	۱۱۲	۹/۴۰
	۴۱سال و بیشتر	۹۵	۷/۳۴
	بی پاسخ	۲	۷/۰
سابقه خدمت	کمتر از ۱۰سال	۷۰	۵/۲۵
	۱۰-۲۰سال	۱۱۷	۷/۴۲
	بیشتر از ۲۰سال	۸۵	۳۱
	بی پاسخ	۲	۷/۰

تحلیل داده‌ها (بررسی فرضیه‌های تحقیق)

بررسی فرض نرمال بودن متغیرها:

در ابتدا قبل از بررسی فرضیه‌های تحقیق باید نرمال بودن متغیرهای تحقیق توسط آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف یک نمونه‌ای بررسی شود.

 H_0 : متغیر مورد بررسی توزیع نرمال دارد. H_1 : متغیر مورد بررسی توزیع نرمال ندارد.

جدول ۴: آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف یک نمونه‌ای برای متغیرهای تحقیق

متغیر	تعداد	یانگین	انحراف استاندارد	ماره Z	عنی داری	نتیجه
سلامت معنوی	۲۷۴	۳/۷۵	۰/۵۹	۱/۹۲۹	۰/۰۰۱	نرمال نیست
سلامت شناختی	۲۷۴	۳/۹۳	۰/۵۸	۱/۳۲۲	۰/۰۶۱	نرمال است
سلامت تجربی	۲۷۴	۳/۶۱	۰/۸۰	۱/۸۶۶	۰/۰۰۲	نرمال نیست
سلامت رفتاری	۲۷۴	۳/۶۰	۰/۶۶	۱/۶۱۸	۰/۰۱۱	نرمال نیست

ترس از شکست	۲۷۴	۲/۲۹	۰/۵۷	۱/۷۵۷	۰/۰۰۴	نرمال نیست
تجربه خجالت	۲۷۴	۲/۳۴	۰/۸۶	۲/۳۲۸	۰/۰۰۰	نرمال نیست
خود ارزیابی پایین	۲۷۴	۲/۱۶	۰/۶۴	۲/۳۹۹	۰/۰۰۰	نرمال نیست
پنهان شدن از افراد مهم	۲۷۴	۲/۴۱	۰/۸۹	۲/۴۸۶	۰/۰۰۰	نرمال نیست

بر اساس نتایج جدول آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف یک نمونه‌ای، فرض نرمال بودن برای متغیرهایی که $(p < 0/05)$ برقرار نمی باشد.

تحلیل داده‌ها با روش مدل معادلات ساختاری

در این قسمت با استفاده از مدل معادلات ساختاری (SEM) برای بررسی دقیق‌تر فرضیه‌های پژوهش از رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS) با نرم‌افزار Smart PLS 2 در دو بخش آزمون مدل اندازه‌گیری و آزمون بخش مدل ساختاری استفاده شده است.

بررسی مدل اندازه‌گیری

اعتبار^۱ شاخص‌ها به وسیله بارهای عاملی مورد بررسی قرار می‌گیرد که این بار عاملی باید بیشتر از ۰/۴ باشد تا بتوان آن را معتبر دانست و آن را به عنوان سوالی که شاخص ما را می‌سنجد در نظر گرفت. در صورت عدم این موضوع، باید سوالات و ابعاد نامناسب را تشخیص داد و با حذف سوالاتی از آنها که باعث کاهش بار عاملی شده‌اند، مدل را بهبود داد. همچنین برای برازش مدل‌های اندازه‌گیری از شاخص‌های آلفای کرونباخ و CR^2 (پایایی ترکیبی) و AVE^3 (روایی همگرا) و روایی و اگر استفاده می‌شود. آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی متغیرهای تحقیق از ۰/۷ بیشتر است، که نشان پایایی مناسب متغیرهای تحقیق می‌باشد. روایی همگرا که به بررسی میزان همبستگی هر سازه با سوالات (شاخص‌ها) خود می‌پردازد. مگنر و همکاران (۱۹۹۶) مقدار ۰/۴ به بالا را برای AVE کافی دانسته‌اند. روایی و اگر از طریق مقایسه میزان همبستگی یک سازه با شاخص‌هایش در مقابل همبستگی آن سازه با سایر سازه‌ها، روش فورنل ولارکر (۱۹۸۱) که ماتریسی به ما می‌دهد که باید مقادیر همبستگی روی قطر اصلی آن از خانه‌های زیرین آن بیشتر باشد که نشان دهنده این است که سازه‌ها (متغیرهای مکنون) در مدل تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارند تا با سازه‌های دیگر به بیان دیگر روایی و اگر مدل در حد مناسبی است.

با توجه به مدل بارهای عاملی که کمتر از ۰/۴ می‌باشد حذف می‌شوند تا بررسی سایر معیارها تحت تاثیر آنها قرار نگیرد. لذا سوالات ۱۱، ۱۰، ۱، ۱۲، ۲، ۳، ۴، ۶، ۷، ۸ و ۹ مربوط به متغیر سلامت معنوی دارای بار عاملی کمتر از ۰/۴ می‌باشند که کفایت لازم در تبیین متغیر سلامت معنوی را ندارند از مدل حذف می‌گردند اما با توجه به مدل تمامی بارهای عاملی متغیر ترس از شکست بالاتر از ۰/۴ می‌باشد لذا تمامی سوالات کفایت لازم در تبیین متغیر ترس از شکست را دارند و به عبارتی متغیر ترس از شکست خوب سنجیده شده‌اند و نیاز به حذف هیچ سوالی نیست.

جدول ۵. مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی و AVE برای متغیرهای مورد بررسی

متغیر	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	AVE
سلامت معنوی	۰/۸۹۵	۰/۹۱۷	۰/۵۷۱
سکون زندگی شغلی	۰/۸۷۴	۰/۸۸۵	۰/۴۱۳
مقدار قابل قبول	≥ 0.7	≥ 0.7	≥ 0.4

جدول ۶. بررسی روایی و اگر برای متغیرهای مورد بررسی

متغیر	سلامت معنوی	ترس از شکست	سکون زندگی شغلی
سلامت معنوی	۰/۷۵۵		
ترس از شکست	۰/۶۵۷	۰/۷۲۸	

آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی متغیرهای تحقیق از ۰/۷ بیشتر است، که نشان پایایی مناسب متغیرهای تحقیق می‌باشد همچنین نتایج حاکی از روایی همگرا و روایی و اگر مناسب بودن مدل را نشان می‌دهد.

¹ : Validity

² : Composite Reliability

³ : Average Variance Extracted

برای بررسی برازش مدل ساختاری چهار معیار به کار می روند که عبارتند از: ضرایب معناداری Z ، مقادیر R^2 معیار اندازه تاثیر (f^2) و معیار Q^2 .

بررسی ضرایب معناداری Z

برازش مدل ساختاری با استفاده از ضرایب Z به این صورت است که ضرایب باید از ۱/۹۶ بیشتر باشند تا بتوان در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار بودن آنها را تایید ساخت. ضرایب معناداری Z متغیرهایی که از ۱/۹۶ بیشتر هستند معنادار بودن آنها را در سطح ۹۵٪ تایید می سازد.

معیار R^2 یا R Squares

دومین معیار برای بررسی برازش مدل ساختاری در این پژوهش ضرایب R^2 مربوط به متغیرهای پنهان درون زای (وابسته) مدل است. R^2 معیاری است که نشان از تاثیر یک متغیر بیرون زای بر یک متغیر درون زای دارد و سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی R^2 در نظر گرفته می شود. مقدار R^2 برای متغیر ترس از شکست ۰/۴۳۲ که به ترتیب در سطح متوسط و ضعیف می باشند که نشان برازش مناسب مدل ساختاری است.

معیار اندازه تاثیر Q^2 (Stone-Geisser Criterion)

این معیار که توسط استون و گیزر^۱ (۱۹۷۵) معرفی شد، قدرت پیش بینی مدل را مشخص می سازد. به اعتقاد آنها مدلی که دارای برازش بخش ساختاری قابل قبول هستند، باید قابلیت پیش بینی شاخص های مربوط به سازه های درون زای مدل را داشته باشند. بدین معنی که اگر در یک مدل، روابط بین سازه ها به درستی تعریف شده باشند، سازه ها قادر خواهند بود تا تاثیر کافی بر شاخص های یکدیگر گذاشته و از این راه فرضیه ها به درستی تایید شوند. در صورتی که مقدار Q^2 در مورد یک سازه درون زای صفر و یا کمتر از صفر شود، نشان از آن دارد که روابط بین سازه های دیگر مدل و آن سازه درون زای به خوبی تبیین نشده است و در نتیجه مدل نیاز به اصلاح دارد. سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ که به ترتیب مقادیر ضعیف، متوسط و قوی قدرت پیش بینی مدل در مورد سازه های درون زای را نشان می دهد (داوری و رضا زاده، ۱۳۹۲). با توجه به مقادیر Q^2 ۰/۲۲۴ در جدول ۴-۱۵ برای متغیرهای ترس از شکست می باشد قابلیت پیش بینی با سازه مربوط به خودشان را دارند.

جدول ۷. مقادیر معیار Q^2 برای متغیرهای مورد بررسی

متغیر	SSO	SSE	1-SSE/SSO
ترس از شکست	۳۵۶۲/۰۰	۲۷۶۲/۷۴	۰/۲۲۴

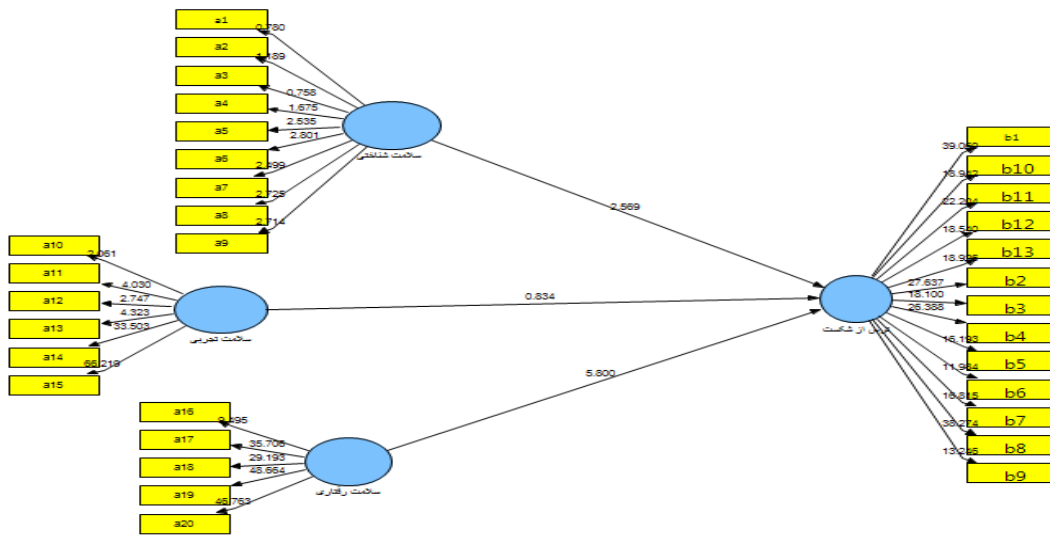
برازش مدل کلی

مدل کلی شامل هر دو بخش مدل اندازه گیری و ساختاری می شود و با تایید برازش آن، بررسی برازش در یک مدل کامل می شود.

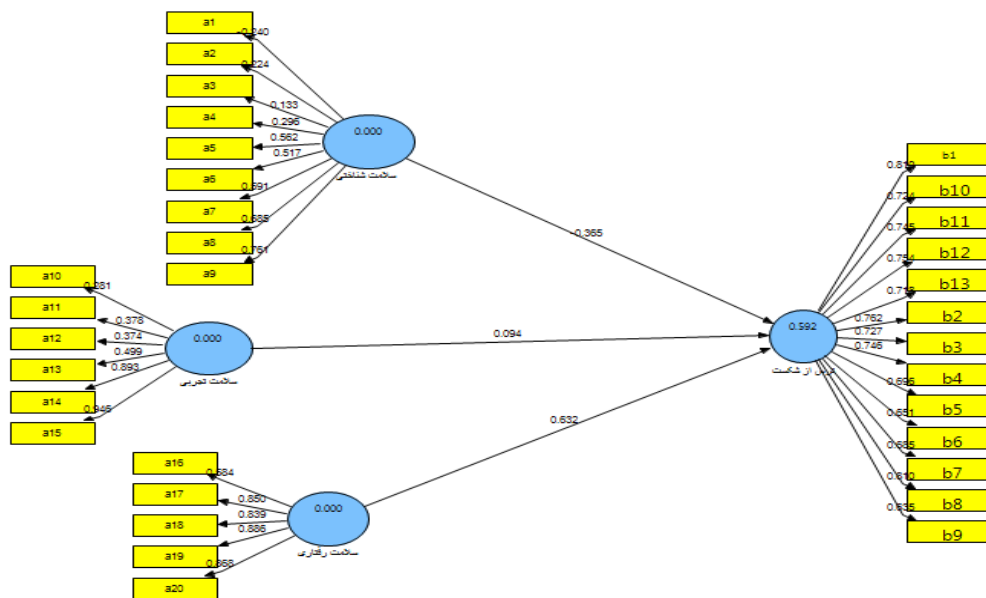
فرضیه اصلی ۱: بین سلامت معنوی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه وجود دارد.

همانطور که در شکل ۴-۳ مشخص است ضریب معنی داری Z میان متغیر سلامت معنوی و ترس از شکست ۱۱/۱۷۴ می باشد که بیشتر از ۱/۹۶ است که نشان از رابطه سلامت معنوی و ترس از شکست است. همانطور که شکل (۴-۲) نشان داد ضریب استاندارد شده مسیر میان متغیر سلامت معنوی و ترس از شکست ۰/۶۵۸ نشان دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر و همچنین بیانگر این مطلب است سلامت معنوی به میزان ۶۵ درصد از تغییرات ترس از شکست را به طور مستقیم تبیین می کند. بررسی رابطه ابعاد سلامت معنوی با ترس از شکست:

¹ -Stone and Geisser



شکل ۱: رابطه میان ابعاد سلامت معنوی با ترس از شکست همراه با ضرایب معنا داری Z



شکل ۲: رابطه میان ابعاد سلامت معنوی با ترس از شکست همراه با ضرایب استاندارد شده

فرضیه فرعی ۱: بین سلامت شناختی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه وجود دارد.

همانطور که در شکل ۴-۴ مشخص است ضریب معنی داری Z میان متغیر سلامت شناختی و ترس از شکست ۲/۵۶۹ می باشد که بیشتر از ۱/۹۶ است که نشان از رابطه سلامت شناختی و ترس از شکست است. همانطور که شکل (۴-۵) نشان داد ضریب استاندارد شده مسیر میان متغیر سلامت شناختی و ترس از شکست ۰/۳۶۵ نشان دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر و همچنین بیانگر این مطلب است سلامت شناختی به میزان ۳۶ درصد از تغییرات ترس از شکست را به طور مستقیم تبیین می کند.

فرضیه فرعی ۲: بین سلامت تجربی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه وجود دارد.

همانطور که در شکل ۴-۴ مشخص است ضریب معنی داری Z میان متغیر سلامت تجربی و ترس از شکست ۰/۸۳۴ می باشد که کمتر از ۱/۹۶ است که نشان از عدم رابطه سلامت تجربی و ترس از شکست است.

فرضیه فرعی ۳: بین سلامت رفتاری و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه وجود دارد.

همانطور که در شکل ۴-۴ مشخص است ضریب معنی داری Z میان متغیر سلامت رفتاری و ترس از شکست ۵/۸۰۰ می باشد که بیشتر از ۱/۹۶ است که نشان از رابطه سلامت رفتاری و ترس از شکست است. همانطور که شکل (۴-۵) نشان داد ضریب استاندارد شده مسیر میان متغیر سلامت رفتاری و ترس از شکست ۰/۶۳۲ نشان دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر و همچنین بیانگر این مطلب است سلامت رفتاری به میزان ۶۳ درصد از تغییرات ترس از شکست را به طور مستقیم تبیین می کند.

آمار استنباطی

در این بخش از فصل پنجم به بررسی فرضیه‌های تحقیق پرداخته خواهد شد. برای همین منظور برای بررسی رابطه بین مولفه‌های تحقیق از رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS) با نرم افزار Smart PLS 2 همچنین برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف یک نمونه‌ای استفاده شده است.

بحث و بررسی

۱- نتایج حاصل از تحقیق حاکی از آن است که بین سلامت معنوی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه مستقیم وجود دارد. ضریب معنی داری Z میان متغیر سلامت معنوی و ترس از شکست ۱۱/۱۷۴ می باشد که بیشتر از ۱/۹۶ است که نشان از رابطه سلامت معنوی و ترس از شکست است. ضریب استاندارد شده مسیر میان متغیر سلامت معنوی و ترس از شکست ۰/۶۵۸ نشان دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر و همچنین بیانگر این مطلب است سلامت معنوی به میزان ۶۵ درصد از تغییرات ترس از شکست را به طور مستقیم تبیین می کند. نتایج حاصل از تحقیق با نتایج حاصل از تحقیق برمه و همکاران، محبوبی و همکاران (۱۳۹۱)، باقری و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی ندارد. برمه^۱ و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند سطوح بالای ایمان مذهبی و معنویت به همراه جهت‌گیری مذهبی خوش‌بینانه، می تواند حمایت اجتماعی ادراک شده و تحمل بالای استرس و سطوح پایین اضطراب را به همراه داشته باشد (فرهنگی و رستگار، ۱۳۸۵: ۲). همچنین، محبوبی و همکاران (۱۳۹۱) در یک مطالعه تجربی دریافتند بین تجربه معنوی و ترس از شکست رابطه معکوسی وجود دارد. باقری و همکاران (۱۳۹۴) نیز در تحقیقی بیان کرده اند که سلامت معنوی و انگیزه پیشرفت (برعکس ترس از شکست) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. گیلبرت^۲ و پروکتل^۳ (۲۰۰۶) در تحقیقی رابطه بین سلامت معنوی و ترس از شکست را مثبت و معنی دار به دست آورده آورده اند. هرچند که انتظار می رفت که رابطه بین سلامت معنوی و ترس از شکست معکوس باشد ولی در تحقیق حاضر رابطه مستقیم شده است و ممکن است به علت وجود متغیرهای مزاحم و یا تعدیلگر چنین رابطه ای به دست آمده باشد و یا اینکه تعریف واضحی از ترس از شکست صورت نگرفته و یا کارکنان سلامت معنوی را تجربه نکرده اند.

۲- نتایج حاصل از تحقیق حاکی از آن است که بین سلامت شناختی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه مستقیم وجود دارد. همانطور که در شکل ۴-۴ مشخص است ضریب معنی داری Z میان متغیر سلامت شناختی و ترس از شکست ۲/۵۶۹ می باشد که بیشتر از ۱/۹۶ است که نشان از رابطه سلامت شناختی و ترس از شکست است. همانطور که شکل (۴-۵) نشان داد ضریب استاندارد شده مسیر میان متغیر سلامت شناختی و ترس از شکست ۰/۳۶۵ نشان دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر و همچنین بیانگر این مطلب است سلامت شناختی به میزان ۳۶ درصد از تغییرات ترس از شکست را به طور مستقیم تبیین می کند. نتایج حاصل از تحقیق با نتایج حاصل از تحقیق آرمینو^۴ و میگول^۵ (۲۰۰۸) همخوانی ندارد. آرمینو و میگول (۲۰۰۸) در تحقیقاتشان دریافته اند که سلامت شناختی و ترس از شکست رابطه معکوسی دارند. در صورتی که فرد در جستجوی معنی، هدف، حقیقت، عقاید و ارزش ها باشد، ترس از شکست وی کاهش خواهد یافت و تلاش بیشتری خواهد کرد تا موفق شود ولی در این تحقیق ممکن است به علت اینکه کارکنان انگیزه کافی برای هدف جویی و دنبال کردن حقیقت ندارند و یا اینکه ارزش ها و عقاید آنها چندان قوی نیست که ترس از شکست آنها کاهش یابد، چنین نتیجه ای به دست آمده است.

۳- نتایج حاصل از تحقیق حاکی از آن است که بین سلامت تجربی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه وجود ندارد. ضریب معنی داری Z میان متغیر سلامت تجربی و ترس از شکست ۰/۸۳۴ می باشد که کمتر از ۱/۹۶ است که نشان از عدم رابطه سلامت تجربی و ترس از شکست است. نتایج حاصل از تحقیق با نتایج حاصل از تحقیق زوبیدت^۶ و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی ندارد. زوبیدت و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیقی دریافته اند که سلامت تجربی موجب کاهش ترس از شکست افراد می شود. در این تحقیق انتظار می رفت که رابطه معکوس و معنی داری بین سلامت تجربی و ترس از شکست وجود داشته باشد اما عدم وجود رابطه مشخص شده است که ممکن است به علت اینکه احساس امید، عشق، پیوند، آرامش درونی، آسایش و حمایت در بین کارکنان چندان بارقه ای نداشته و یا ممکن است متغیرهای تعدیل گر و مزاحمی رابطه بین این دو متغیر را تحت تاثیر قرار داده باشند.

۴- نتایج حاصل از تحقیق حاکی از آن است که بین سلامت رفتاری و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه مستقیم وجود دارد. بین سلامت رفتاری و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه وجود دارد. ضریب معنی داری Z میان متغیر سلامت رفتاری و ترس از شکست ۵/۸۰۰ می باشد

1. Berme

2. Gilbert

3. Procter

4. Armenio

5. Miguel

6. Zubeidat

که بیشتر از ۱/۹۶ است که نشان از رابطه سلامت رفتاری و ترس از شکست است. ضریب استاندارد شده مسیر میان متغیر سلامت رفتاری و ترس از شکست ۰/۶۳۲ نشان دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر و همچنین بیانگر این مطلب است سلامت رفتاری به میزان ۶۳ درصد از تغییرات ترس از شکست را به طور مستقیم تبیین می کند. نتایج حاصل از تحقیق با نتایج حاصل از تحقیق لويس^۱ (۲۰۱۳) همخوانی ندارد. لويس (۲۰۱۳) در تحقیقاتی بیان کرده است که سلامت رفتاری موجب کاهش ترس از شکست می شود. در صورتی که افراد از رفتاری سالم برخوردار بوده و عقاید معنوی درونی خود را در خارج به طور مناسب آشکار کنند، ترس از شکست آنها کاهش خواهد یافت ولی رابطه مستقیم ممکن است به دلیل این باشد که کارکنان نمی توانند عقاید و باورهای درونی خود را آشکارا بروز دهند و یا اینکه ممکن است از بروز این رفتارها مورد پسند نبوده و یا بیش از اندازه مورد توجه قرار می گیرند و در نتیجه این رابطه برعکس آنچه انتظار می رفت به دست آمده است.

پیشنادهای برگرفته از نتایج تحقیق

۱- نتایج حاصل از تحقیق حاکی از آن است که بین سلامت معنوی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه مستقیم وجود دارد. لذا برای کاهش ترس از شکست و افزایش سلامت معنوی پیشنهاد می گردد تا فواید دعا و خلوت با خداوند برای کارکنان تشریح گردد و شرایطی فراهم گردد تا کارکنان احساس رضایت از میزان معنویت اشاعه شده در سازمان را داشته باشند، در مورد چیستی و اهمیت وجودی انسان به آنها توضیح داده شود و اینکه همیشه خداوند یار و یاور آنهاست و با اتکال به خداوند می توانند یک تجربه مثبت کسب کنند، ترس از آینده با اتکال با قدرت لایتناهی خداوند در کارکنان خاموش شود و سعی شود تا در ارتباط با خداوند کیفیت و نحوه برقراری ارتباط از طریق معلمان دینی آموزش داده شود.

۲- نتایج حاصل از تحقیق حاکی از آن است که بین سلامت شناختی و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه مستقیم وجود دارد. لذا پیشنهاد می گردد تا زمینه جستجوی معنی و فلسفه وجود کارکنان برای آنها تشریح گردد، هدف از خلقت بشر برای آنها مشخص گردد، حقیقت جویی در زندگی مورد تشویق قرار گیرد، عقاید دینی مورد تقویت قرار گیرد و ارزش ها مذهبی برای کاهش ترس از شکست به کارکنان انتقال یابد تا کارکنان دچار ترس از شکست نشوند.

۳- نتایج حاصل از تحقیق حاکی از آن است که بین سلامت رفتاری و ترس از شکست کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان رابطه مستقیم وجود دارد. لذا پیشنهاد می گردد تا کارکنان احساس کنند که خداوند همیشه یار و حامی آنها است، مسیر زندگی دینی آنها مشخص گردد و سعی شود با آموزش فرامین دینی این مسیر پررنگتر شود، به کارکنان این باور تلقین شود که خداوند به فکر مشکلات آنها هست و به آنها یاری خواهد رساند، به کارکنان آموزش داده شود تا در کلیه مراحل زندگی از زندگیشان لذت برده و از شکست نترسند.

پیشنادهای کاربردی

۱- پیشنهاد می گردد تا فرامین دینی و دستیابی به سلامت معنوی از طریق معلمان دینی برای کارکنان تشریح گردد و در جهت جستجوی سلامتی معنوی به کارکنان آموزش هایی داده شود.

۲- پیشنهاد می گردد تا ترس از شکست در کارکنان از طریق عادی دانستن آن و سعی در جهت تلاش منطقی بیشتر برای کاهش ترس از شکست صورت گیرد.

¹ Lewis

۱. احمدی، ج، ۱۳۹۲، مفهوم شناسی سلامت معنوی و گستره آن درنگرش دینی. فصلنامه اخلاق پزشکی. ۶۸:(۲۰)۶؛ ۱۳۹۱.
۲. اکبری زاده، ف و باقری، ف و حاتمی، ح و حاجیوندی، ع، ۱۳۸۹، ارتباط بین هوش معنوی، سخت رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه؛ ۱۵(۶): ۴۶۶-۷۲.
۳. امیری، ه، ۱۳۹۲، اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان. تازه ها و پژوهش های مشاوره، ۵(۱۹): ۷۲-۴۹.
۴. تقی پور، ر، ۱۳۹۱، بررسی جایگاه معنویت در الگوهای عمده سلامت روان، نشریه روانشناسی ودین، شماره ۹.
۵. جهانی، ع و فراهانی نیا، م و محمدی، س، حقانی، ح، ۱۳۹۱، بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک. نشریه پرستاری ایران، ۲۴(۷۲): ۴۸-۵۶.
۶. رجیبی ع و عباسی، د، ۱۳۹۰، هوش معنوی: دیدگاه ها و چالش ها. فصلنامه پژوهشنامه تربیتی. ۱۹-۱.
۷. رضایی، م و سیدفاطمی، ن و حسینی، ف، ۱۳۹۲، سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، ۱۴(۳): ۳۳-۹.
۸. طالقانی، ج، ۱۳۸۱، بررسی رابطه بین سبکهای رفتاری متعاقب پدیده سکون زدگی و عملکرد کارکنان صنایع مس سرچشمه، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی کرمان، ص ۱، ۳، ۹، ۲۴.
۹. عبادی، ج، ۱۳۸۸، مدل سازی معادلات ساختاری اثر معنویت محیط کاری بر رفتار شهروندی سازمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. مدیریت سلامت، ۱۸(۶۰).
۱۰. عصاررودی، ع و جلیلودی، م و عودی، د و اکبری، ا، ۱۳۹۱، ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد. مراقبت های نوین، ۹(۲): ۱۶۲-۵۶.
۱۱. عسگری، پ و روشنی، خ و مهری، آ، ۱۳۸۹، رابطه اعتقادات مذهبی و خوش بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. یافته های نو در روان شناسی، ۳۹-۲۷.
۱۲. غباری بتاب، ب و سلیمی، م و سلیمانی، ل و نوری، ث، ۱۳۸۶، هوش معنوی، فصلنامه علمی - پژوهشی اندیشه نوین دینی، ۳(۱۰): ۱۴۷-۲۵.
۱۳. لطفی فاطمی، م، ۱۳۸۹، تاثیر تشکیل کمیته های اخلاق و معنویت بر معنویت پرستار، مراقبت معنوی و رضایت بیمار.
۱۴. فراهانی نیا، ح و گازرانی، ا و واقعی، س، غلامی، ح و صالح، م و آشوری، ا، ۱۳۸۴، رابطه هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار؛ ۱۸(۲): ۱۳۹-۳.
۱۵. فرهنگ، ع و رستگار، ع، ۱۳۸۵، ارائه و تبیین مدل انگیزشی مبتنی بر معنویت کارکنان، دو ماهنامه علمی پژوهشی شاهد، سال سیزدهم، دوره جدید، شماره ۲۰، دی.
۱۶. قنبری، ا و قادری، ا و خوشکام، م و برهانی نژاد، و و طراسکی، م، ۱۳۹۲، رابطه ی رفتار شهروندی سازمانی و توانمندسازی کارکنان در مراکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجله مدیریت سلامت، شماره ۱۳، زمستان.
۱۷. مصطفی زاده، ف و اسدزاده، ف، اکبرنژاد، ج، ۱۳۹۱، بررسی سلامت معنوی دانشجویان مامایی. مجله سلامت و مراقبت، ۱۴(۲): ۶۰-۵۵.
۱۸. مظاهری، م و فلاحی، خ و سادات، م و رهگذر، م، ۱۳۸۷، نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت معنوی. فصلنامه پایش، ۸(۱): ۳۱-۷.
۱۹. محبویی، م و اعتمادی، م و خراسانی، ا و قیاسی، م، افکار، ا، ۱۳۹۱، رابطه سلامت معنوی و اضطراب اجتماعی در جانبازان شیمیایی. مجله طب نظامی، ۱۴(۳): ۱۹۱-۸۶.
۲۰. مرزبند، س و زکوی، ج، ۱۳۹۱، جایگاه، تعریف و دشواری های پایه ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی اسلامی. فصلنامه اخلاق پزشکی، ۴(۱۴): ۲۱-۱۱.
۲۱. همتی، م و احمدی، ف و انوشه، م، ۱۳۸۷، اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت. کومش، ۱۲(۲): ۲-۱.

- 1) Anteranis, N. J., & Meyer, J. P., 2010, A three-component conceptualization of organizational commitment. Journal of Human Resource Management Review, 1, 61-89.
- 2) Armenio, R., & Miguel, P.C. (2008). "Work place Spirituality and Organization Commitment". Journal of Organizational Change Management, 21 (1) 1, 53-75.
- 3) Appelbaum, S.H. and Finestone, D., 1994, "Revisiting Career Plateauing", Journal of Managerial Psychology, Vol. 9 No. 5, P. 12.
- 4) Bardwick, J. M. 1986, The plateauing Trap. Bantam Books, Toronto, PP.17- 164.
- 5) Dafi, D, N, 2011, Beyond religion: A personal program for building a spiritual life outside the walls of traditional religion, wheaton il: the theosophical publishing house.;

- 6) Deming, G, 2010, Relationship between Parent's Spiritual Intelligence, Level of Education and Children's Mental Health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012;69(0):8-21.
- 7) Edward, M.H., Weatherby, N.L., Kang, M. & Walst, T., 1999, Rasch calibration of a unidimensional perfectionism inventory for sport and Exercise, Vol. 10P:210.
- 8) Lazaros, C, 1999, Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of U.S. baccalaureate nursing program. *Journal of Nursing Education*, 41, 482-91.
- 9) Lora, E & Zemmerman, G, 2009, Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010;5(0): 81-1477.
- 10) Kervan, G. & Hirnel, A, 2003, Why Perfectionism at work does not pay, *Coating Feature*, PP. 1-2.
- 11) Konori, M & Angel, H & Elham, G, 2007, the role of the self in shame. *Social Research*, 70, 1181–1204.
- 12) Kreter, F, 2004, *games people play, the psychology of human relation ship*, gover press, Inc. New York.
- 13) Koroni, j, 2001, *pleteaude employees: Too halt stagnation workers must be challenged*. Stimulated. P 2.
- 14) Organ, D. W. ,& Konovsky, M.(2001). "Cognitive Versus Affective Determinants of Organizational Citizenship Behavior". *Journal of Applied Psychology*, 74, 157-164.
- 15) Salami, S.O., 2010, Career plateauing and work attitudes: Moderating effects of mentoring others with Nigerian employees, *Europe's Journal of Psychology*, Vol.6 No. 4 P. 71.
- 16) Tampson, Sh, 2000, Mental Health, Depression and Dimensions of spirituality and religion. *Journal of Adult Development*.9, 2 pp109-128.

Archive of SID