

پیش‌بینی کننده‌های معنوی سلامت روان پرستاران: نقش معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی

عیسی جعفری^۱

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۴/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۶/۲۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بررسی عوامل مرتبط با سلامت روانی پرستاران به علت استرس‌زا بودن این شغل از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف این پژوهش بررسی رابطه معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی با سلامت روانی پرستاران بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و جامعه آماری آن کلیه پرستاران بیمارستان شهید نورانی شهرستان تالش بود. داده‌های تحقیق از ۱۰۲ پرستار که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده است، جمع‌آوری گردید. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های معنا در زندگی، بهزیستی معنوی و سلامت عمومی استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری رگرسیون چند متغیره و رگرسیون چندگانه استاندارد مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رابطه دو متغیری بهزیستی مذهبی با معنا در زندگی مثبت معنی‌دار و با هر یک از متغیرهای اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی منفی معنی‌دار است. همچنین رابطه دو متغیری بهزیستی وجودی با معنا در زندگی مثبت معنی‌دار و با هر یک از متغیرهای جسمانی‌سازی، اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی منفی معنی‌دار است. رابطه دو متغیری معنا در زندگی با هر یک از متغیرهای اضطراب و افسردگی منفی و معنی‌دار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: سلامت روانی پرستاران توسط متغیرهای معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی به‌خوبی قابل پیش‌بینی است. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت متغیرهای معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی نقش مهمی در حفظ سلامت روانی پرستاران دارد.

کلیدواژه‌ها: معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، سلامت روانی، پرستاران

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۷۳، آبان ۱۳۹۴، ص ۶۸۴-۶۷۶

آدرس مکاتبه: رشت، خیابان سعدی، جنب اداره کل نوسازی مدارس، دانشگاه پیام نور استان گیلان، تلفن: ۰۱۳-۳۳۱۱۵۳۳۱

Email: esa_jafary@yahoo.com

مقدمه

روانی کارکنان است. یکی از متغیرهای تأثیرگذار در سلامت روانی افراد، داشتن معنا در زندگی است. فرانکل معتقد است که نیروی اولیه و مشوق تمام موجودات انسانی پیدا کردن معنا و هدف در زندگی است و این هدف بسته به افراد مختلف متفاوت بوده و برگرفته از شرایط محیطی افراد است (۳). از دید وی، معنا در زندگی به‌عنوان دلایل و انگیزه‌های رفتار، آدمی را جذب و به زندگی نشاط می‌بخشد. از ویژگی‌های انسان «اراده معطوف به معناجویی» در زندگی است که سلامت روانی شخص را تضمین می‌کند (۴). معنا در زندگی به ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی و به ویژه معنویت اشاره دارد (۵). پژوهش‌های انجام شده در این حوزه نشان می‌دهد که داشتن معنا در زندگی رابطه مثبتی با بهزیستی، سلامت روانی و جسمی دارد و به نظر می‌رسد که به‌عنوان یک عامل میانجی در سلامت روانشناختی عمل می‌کند (۶-۸).

با توجه به استرس‌زا بودن شغل پرستاری در سال‌های اخیر شاهد افزایش میزان استرس در فضای کاری این قشر از افراد هستیم و این موضوع سلامت و ایمنی پرستاران و بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). مواجهه دائمی با بیماران، حس مسئولیت در برابر افراد بیمار، کار در محیط بالینی، دیدن بیماران در حال مرگ، عدم امکانات لازم در فضای کار، غیرقابل پیش‌بینی بودن برخی از موقعیت‌ها و دیگر عوامل استرس‌زا، موجب کاهش توانایی بالقوه و استرس در پرستاران می‌شود. استرس‌زا بودن این شغل تأثیرات منفی روی سلامت روانی و جسمی این افراد دارد و منجر به مشکلات قلبی-عروقی، معده‌ای-روده‌ای، تنش عضلانی، سردردها، مشکلات خواب، بی‌قراری، اضطراب و افسردگی می‌شود (۲). بنابر مطالب فوق، یکی از وظایف مهم مدیران در سازمان‌ها فراهم آوردن زمینه‌های لازم برای ارتقاء سلامت

^۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

سلامت روانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و بهزیستی مذهبی و وجودی به‌طور معنی‌داری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین در پژوهش فوق، بهزیستی مذهبی و وجودی همبستگی منفی و معنی‌دار با نشانه‌های بدنی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی داشت (۲۱). کاسلو^۵ و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بالا بودن سطوح بهزیستی مذهبی در زنان آفریقایی-آمریکایی با کاهش خطر رفتار خودکشی همراه است (۲۲). نتایج پژوهش آنجلین^۶ و همکاران نشان داد که بهزیستی مذهبی رابطه منفی با رفتار خودکشی دارد و افرادی که ایده خودکشی را قابل قبول می‌دانستند، نمره‌ی پایین در بهزیستی مذهبی به دست آوردند (۲۳). در پژوهش کاتون^۷ و همکاران مشخص شد که بهزیستی وجودی با سلامت روانی رابطه دارد (۲۴). در زمینه نقش بهزیستی معنوی و مذهبی بر سلامت روان، نتایج نشان داد که در هر دو نمونه‌ی بالینی و غیربالینی بهزیستی معنوی و مذهبی با سلامت روانی رابطه دارد (۲۵). در مجموع، مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که هر دو متغیر بهزیستی مذهبی و بهزیستی روانشناختی با سلامت روان در افراد مورد مطالعه رابطه دارد.

بررسی وضعیت سلامت روانی و شناسایی عوامل روانشناختی مؤثر در سلامت روانی کارکنان به ویژه پرستاران، با توجه به استرس‌زا بودن چنین مشاغلی مهم به نظر می‌رسد. از طرفی با عنایت به این‌که بیشتر پژوهش‌های انجام شده در زمینه معنا در زندگی و بهزیستی مذهبی و وجودی روی سایر جوامع آماری و نمونه‌های بالینی انجام شده است، پژوهش در این حیطه که ارتباط بین عوامل معنوی و روان‌شناختی را با سلامت روان در پرستاران مورد بررسی قرار دهد، حائز اهمیت است. در راستای رسیدن به چنین هدفی، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی چه ارتباطی با سلامت روانی پرستاران دارند؟

مواد و روش کار

روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه پرستاران زن و مرد شاغل در بیمارستان‌های شهرستان تالش در سال ۱۳۹۲ تشکیل داده است. از آنجا که در تحقیقات همبستگی حجم نمونه باید نسبتاً بالا باشد و چند متغیره بودن تحقیق نیز افزایش حجم نمونه را به دنبال دارد لذا با در نظر گرفتن دو ملاک مذکور و با در نظر گرفتن احتمال افت نمونه

در پژوهشی که با هدف بررسی رابطه معنا در زندگی، بهزیستی روانشناختی و علائم‌شناسی افسردگی صورت گرفت، نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین معنا در زندگی و چهار خرده‌مقیاس سلامت روانی وجود دارد (۹). همچنین برخی از مطالعات انجام شده در حوزه معنا در زندگی نشان می‌دهد که داشتن معنا در زندگی تأثیر مستقیمی روی سلامت، سازگاری و بهزیستی روانشناختی دارد (۱۰). از طرفی برخی شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افرادی که از حس قوی معنا در زندگی برخوردار نیستند به احتمال زیاد به سمت رفتارهایی که مغایر با سلامت روانی است، کشیده می‌شوند و سلامت روانی آنان به خطر می‌افتد (۱۱). کروز^۱ بر نقش معنا در زندگی به‌عنوان ضربه‌گیر در برابر استرس اشاره دارد و معتقد است افرادی که از حس قوی معنا در زندگی برخوردار هستند در برابر رویدادهای آسیب‌زای زندگی به خوبی مقابله می‌کنند (۱۲). به عبارتی می‌توان گفت که مطالعات انجام شده در زمینه نقش معنا در زندگی نشان می‌دهد که داشتن معنا در زندگی رابطه مثبتی با سلامت روان و در مقابل بی‌معنایی در زندگی با آسیب‌شناسی روانی رابطه دارد (۱۳-۱۵).

از دیگر متغیرهای تأثیرگذار در سلامت روان، بهزیستی مذهبی^۲ و بهزیستی وجودی^۳ است. طبق نظر موبرگ^۴ بهزیستی معنوی یک سازه چند بُعدی است که شامل بهزیستی مذهبی (بعد عمودی) و بهزیستی وجودی (بعد افقی) است. بهزیستی مذهبی به ارتباط با خدا و بهزیستی وجودی به احساس هدفمندی در زندگی و رضایت از آن بدون در نظر گرفتن مذهب خاص اشاره دارد (۱۶). بهزیستی مذهبی بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست و بهزیستی وجودی بیانگر احساس فرد از این‌که چه کسی است، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد، است. هم بهزیستی مذهبی و هم بهزیستی وجودی شامل تعالی و حرکت فراتر از خود می‌باشند (۱۷). مطالعات نظام‌مند نشان می‌دهد که مولفه‌های خاصی از مذهب با پیامدهای مثبت سلامت روان نظیر پایین بودن سطح پریشانی روانشناختی و علائم بالینی رابطه دارد (۱۸، ۱۹). در پژوهشی مشخص شد که هر دو بُعد معنویت یعنی بعد مذهبی (حضور مستمر در فعالیت‌های مذهبی) و بعد وجودی (داشتن معنا و هدف) رابطه نیرومندی با پیامدهای مربوط به سلامت روان در نوجوانان دارد (۲۰). در پژوهش دیگری رابطه بین بهزیستی مذهبی و وجودی و سلامت روانی در بین سالمندان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج پژوهش نشان داد که بین بهزیستی معنوی و

^۱ Krause

^۲ Religious well-being

^۳ Existential well-being

^۴ Moberg

^۵ Kaslow

^۶ Anglin

^۷ Cotton

ضرایب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهشی پایایی این مقیاس روی دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و خرده مقیاس بهزیستی وجودی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۸).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این آزمون توسط گلدبرگ^۵ ساخته شده است و متشکل از ۲۸ سؤال می‌باشد که سلامت روانی را در چهار مقیاس افسردگی، شکایات جسمانی، اضطراب، و نارساکنش وری اجتماعی^۶ می‌سنجد، همچنین یک نمره کلی را به‌عنوان شاخصی از سلامت روانی به‌دست می‌دهد (۲۹). همبستگی آن با چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی^۷ محاسبه گردیده و روایی آن ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهشی اعتبار آن نیز از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ گزارش شده است (۳۰). در پژوهش دیگری ساختار چهار عاملی آن از طریق تحلیل عاملی تأییدی (CFA) بررسی و تأیید شده است (۳۱).

جهت مراعات ملاحظات اخلاقی پژوهش در ابتدای پرسشنامه، متنی در خصوص محرمانه بودن پاسخ‌ها نوشته شده بود که برای شرکت کنندگان خوانده شد و از آنها رضایت کتبی و شفاهی دریافت گردید. بدین ترتیب، تنها از پرستارانی استفاده شد که مایل به شرکت در پژوهش بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن حداقل مدرک لیسانس، سابقه کاری بیش از یک سال، و معیار خروج نیز شامل داشتن بیماری جسمی و روانی، داشتن شغل دیگر غیر از حرفه پرستاری و عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه بود. برای توصیف داده‌ها از روش‌های آماری میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی استفاده شد و همچنین برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون رگرسیون چند متغیره و رگرسیون چندگانه استاندارد استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره یک داده‌های به دست آمده از نمونه مورد بررسی به صورت جدول خلاصه، دسته‌بندی و توصیف شده است. براساس اطلاعاتی که شاخص‌های کجی و کشیدگی در اختیار ما می‌گذارد توزیع نمرات کلیه متغیرهای مورد مطالعه نرمال می‌باشد.

تعداد ۱۱۰ نفر از جامعه آماری تحقیق با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. به دلیل نقص در پاسخ‌ها، تعداد ۸ نفر از افراد مورد مطالعه از تحلیل نهایی کنار گذاشته شد و نهایتاً پاسخ ۱۰۲ نفر از آنها وارد تحلیل گردید. تعداد ۱۵ نفر (۱۴/۷ درصد) از نمونه مورد مطالعه را مردان و ۸۷ نفر (۸۵/۳ درصد) آن‌ها را زنان پرستار تشکیل داده است. کلیه اعضای نمونه متأهل بوده و در دامنه سنی ۲۲ تا ۵۲ با میانگین (۳۰/۶۲) و انحراف معیار (۷/۶۱±) قرار داشتند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارت‌اند از:

پرسشنامه معنا در زندگی (MLQ): پرسشنامه معنا در زندگی (MLQ) توسط استگر^۱ و همکاران ساخته شده است. پرسشنامه معنا در زندگی دارای ۱۰ گویه است که کلیه گویه‌ها بر روی یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از «کاملاً نادرست» (نمره یک) تا «کاملاً درست» (نمره ۷) وجود یا جست‌وجوی معنا را اندازه می‌گیرد و به استثنای گویه ۹ که نمره‌دهی آن معکوس است، سایر گویه‌ها نمره‌دهی معمولی دارند. براساس گزارش‌های استگر و همکاران (به نقل از براتی سده) MLQ از پایایی و روایی بالایی برخوردار است (۲۶). همسانی درونی هر دو خرده مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ بالا و خوب گزارش شده است؛ برای وجود معنا ضریب آلفا ۰/۸۱ و برای جست‌وجوی معنا این ضریب ۰/۸۴ بوده است. همبستگی بین دو خرده مقیاس هم‌اندک بوده است که نشان‌دهنده برازش خوب این دو مقیاس برای سنجش خرده مقیاس‌هاست. در پژوهشی ضریب بازآزمایی و ضریب آلفای آزمون بر روی یک نمونه ۹۵ نفری برای خرده آزمون وجود معنا به ترتیب ۰/۳۶ و ۰/۸۷ و برای خرده آزمون جست‌وجوی معنا ۰/۳۷ و ۰/۹۱ به دست آمد که نشان می‌دهد پرسشنامه فوق از اعتبار مناسبی برخوردار است (۲۶).

مقیاس بهزیستی معنوی^۲ (SWBS): این آزمون توسط پالوتزین^۳ و الیسون^۴ ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده مقیاس است (۲۷). سؤالات فرد آزمون مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت‌بخش با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد و سؤالات زوج مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی را می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. پالوتزین و الیسون در پژوهشی

¹ Steger

² Spiritual well being scale

³ Paloutzian

⁴ Ellison

⁵ Goldberg

⁶ social withdrawal

⁷ symptom checklist 90

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های سلامت روانی، بهزیستی معنوی، بهزیستی وجودی و معنا در زندگی در نمونه مورد مطالعه

(n=102)						
متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	چولگی
شاخص کلی سلامت روانی	۳۳	۷۳	۵۱/۱۰	۹/۸۵	۰/۲۱	-۰/۹۶
شکایات جسمانی	۴	۲۱	۱۳/۰۸	۳/۴۳	۰/۱۲	-۰/۲۵
اضطراب	۵	۲۱	۱۳/۰۴	۳/۵۴	۰/۰۲	-۰/۸۰
نارساکنش‌وری اجتماعی	۴	۲۱	۱۳/۴۱	۲/۹۷	-۰/۲۶	۰/۳۱
افسردگی	۳	۲۱	۱۰/۷۷	۴/۲۰	۰/۱۳	۰/۷۷
بهزیستی مذهبی	۲۰	۴۸	۳۲/۰۸	۴/۷۹	۰/۴۳	۰/۲۵
بهزیستی وجودی	۲۳	۴۴	۳۴/۲۶	۳/۹۳	-۰/۲۹	۰/۴۳
معنا در زندگی	۱۰۸	۱۷۳	۱۳۷/۵۷	۱۴/۲۴	-۰/۲۳	-۰/۴۷

برای پیش‌بینی مؤلفه‌های سلامت روانی از روی بهزیستی معنوی، بهزیستی وجودی و معنا در زندگی از تحلیل رگرسیون آورده شده است. چند متغیره استفاده گردید. خلاصه این تحلیل در جدول (۲)

جدول (۲): خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی مؤلفه‌های سلامت روانی از روی متغیرهای پیش‌بین				
متغیرهای پیش‌بین	مقدار λ	F*	Sig.	η^2
بهزیستی مذهبی	۰/۸۹	۲/۷۰	۰/۰۳	۰/۱۱
بهزیستی وجودی	۰/۹۰	۲/۵۸	۰/۰۴	۰/۱۰
معنا در زندگی	۰/۷۹	۶/۲۱	۰/۰۱	۰/۲۱

* $df_s = 4$ و 95

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که از روی بهزیستی معنوی، بهزیستی وجودی و معنا در زندگی می‌توان ترکیب مؤلفه‌های سلامت روانی را به خوبی پیش‌بینی کرد ($P_s < 0.05$). برای بررسی معنی‌داری اثر هر یک از متغیرهای پیش‌بین بر تک تک

جدول (۳): خلاصه نتایج آزمون‌های تک متغیره برای پیش‌بینی تک تک مؤلفه‌های سلامت روانی از روی متغیرهای پیش‌بین				
متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	F*	Sig.	η^2
معنا در زندگی	شکایات جسمانی	۲۲/۸۱	۰/۰۱	۰/۱۹
	اضطراب	۸/۰۹	۰/۰۱	۰/۰۸
	نارسا کنش‌وری اجتماعی	۱۱/۱۱	۰/۰۱	۰/۱۰
	افسردگی	۶/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۶
بهزیستی مذهبی	شکایات جسمانی	۲/۲۱	۰/۱۴	۰/۰۳
	اضطراب	۵/۷۸	۰/۰۲	۰/۰۶
	نارسا کنش‌وری اجتماعی	۶/۳۰	۰/۰۲	۰/۰۶
	افسردگی	۷/۷۱	۰/۰۱	۰/۰۸
بهزیستی وجودی	شکایات جسمانی	۷/۵۹	۰/۰۱	۰/۰۷
	اضطراب	۲/۶۰	۰/۱۱	۰/۰۳
	نارسا کنش‌وری اجتماعی	۵/۴۳	۰/۰۳	۰/۰۵
	افسردگی	۵/۵۲	۰/۰۲	۰/۰۵

* $df_s = 1$ و 98

برای تعیین مقدار واریانس تبیین شده شاخص کلی سلامت روانی توسط سه متغیر بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و معنا در زندگی، از رگرسیون چندگانه استاندارد (روش ورود هم‌زمان) استفاده شد (جدول ۴). قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، یک تحلیل اولیه برای بررسی مفروضه‌های رگرسیون اجرا شد و نتایج حاکی از برقراری نرمال بودن چندگانه نمرات متغیرها بود (باقیمانده‌ها به‌طور نرمال در اطراف نمرات پیش‌بینی شده سلامت روانی توزیع شده بودند)، روابط بین متغیرها خطی بود (باقیمانده‌ها یک رابطه خطی مستقیم با نمرات پیش‌بینی شده سلامت روانی داشتند)، هم خطی چندگانه وجود نداشت (همبستگی بین متغیرهای مستقل یعنی بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و معنا در زندگی کم‌تر از ۰/۷ بود)، یکسانی پراکندگی وجود داشت (واریانس باقیمانده‌ها در اطراف نمرات پیش‌بینی شده برای همه نمرات پیش‌بینی شده یکسان بود) و نمرات پرت وجود نداشت. پس از اجرای رگرسیون چندگانه، مقدار R^2 به دست آمده نشان داد که ۳۳ درصد واریانس کل سلامت روانی پرستاران توسط سه متغیر وارد شده در مدل، تبیین گردیده است. تحلیل ANOVA روی همین مدل نیز حاکی از معنی داری مدل کلی بود: ($P < 0/01$ و $F(3, 98) = 9/04$). برای اطلاع از سهم هر یک از متغیرهای پیش بین در تبیین واریانس متغیر سلامت روانی، ضرایب Beta بررسی شد. نتایج نشان داد که سهم یگانه هر سه متغیر بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و معنا در زندگی، از نظر آماری معنی دار است.

نتایج آزمون‌های تک متغیره در جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر معنا در زندگی بر شکایات جسمانی، اضطراب، نارسانکشن‌وری اجتماعی ($Ps < 0/01$) و افسردگی ($P < 0/05$) معنی دار است. مقادیر η^2 نیز حاکی از آن است که وجود معنا در زندگی ۱۹ درصد واریانس شکایات جسمانی، ۸ درصد واریانس اضطراب، ۱۰ درصد واریانس نارسانکشن‌وری اجتماعی و ۶ درصد واریانس افسردگی را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر وجود معنا در زندگی بیشترین اثر را بر میزان شکایات جسمانی پرستاران دارد. معلوم شد که اثر بهزیستی مذهبی بر اضطراب، نارسانکشن‌وری اجتماعی ($Ps < 0/05$) و افسردگی ($P < 0/01$) معنی دار است اما این اثر بر شکایات جسمانی معنی دار نبود. مقادیر η^2 نیز نشان داد که بهزیستی مذهبی ۳ درصد واریانس شکایات جسمانی، ۶ درصد واریانس اضطراب، ۶ درصد واریانس نارسانکشن‌وری اجتماعی و ۸ درصد واریانس افسردگی را تبیین می‌کند. یعنی بهزیستی مذهبی بیشترین اثر را بر میزان افسردگی پرستاران دارد. نهایتاً معلوم شد که اثر بهزیستی وجودی بر شکایات جسمانی ($P < 0/01$)، نارسانکشن‌وری اجتماعی و افسردگی ($Ps < 0/05$) معنی دار است اما این اثر بر اضطراب معنی دار نبود. مقادیر η^2 نیز حاکی از آن است که بهزیستی وجودی ۷ درصد واریانس شکایات جسمانی، ۳ درصد واریانس اضطراب، ۵ درصد واریانس نارسانکشن‌وری اجتماعی و ۵ درصد واریانس افسردگی را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر، بهزیستی وجودی بیشترین اثر را بر میزان شکایات جسمانی پرستاران دارد.

جدول (۴): تحلیل رگرسیون چندگانه سلامت روانی بر روی بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و معنا در زندگی

R ²	R	F	t*	Beta	
			۳/۲۸	۰/۳۴	بهزیستی مذهبی
۰/۳۲	۰/۵۷	۹/۰۴	۳/۱۱	۰/۳۱	بهزیستی وجودی
			۳/۶۵	۰/۴۲	معنا در زندگی

*کلیه مقادیر t در سطح $P < 0/01$ معنی دار بودند

بحث و نتیجه‌گیری

زندگی و سلامت روان با یافته‌های چان (۶)، کلفتاراس و پارا (۹) و دوگرا، باسو و داس (۱۴) همسو است. تحقیقات این پژوهشگران نیز نشان داد که داشتن معنا در زندگی با سلامت روانی رابطه معنی داری دارد. در پژوهش کلفتاراس و پارا (۹) که با هدف بررسی رابطه معنا در زندگی، بهزیستی روانشناختی و علائم‌شناسی افسردگی صورت گرفت، نتایج پژوهش نشان داد که همبستگی معنی داری بین معنا در زندگی و چهار خرده مقیاس سلامت روانی وجود دارد. موجودات انسانی زمانی که در معرض تقاضاهای محیطی که در آن قرار دارند و یا زمانی که آنان به این

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی و وجودی با سلامت روانی در پرستاران بیمارستان شهید نورانی شهرستان تالش انجام شد. نتایج نشان داد معنا در زندگی با سلامت روانی پرستاران رابطه دارد و قادر است سلامت روانی آنان را پیش‌بینی کند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که بهزیستی مذهبی و وجودی به‌طور معنی داری سلامت روانی افراد را پیش‌بینی می‌کنند و هر دو متغیر رابطه معنی داری با سلامت روانی دارد. نتایج این پژوهش در خصوص رابطه معنا در

نتیجه می‌رسند که وظیفه منحصر به فردی در زندگی دارند و یا موقعی که به تجربه یا باور معنای غایی در زندگی که همان ایمان به خدا است می‌رسند، به حس معنا در زندگی دست می‌یابند. سلیگمن^۱ بر اساس مطالعات خود در مورد افسردگی، زندگی با معنا را نقطه مقابل افسردگی و زندگی افسرده‌وار می‌داند. وی عدم وجود معنا در زندگی را نه تنها یکی از نشانه‌های افسردگی و دیگر مشکلات روان‌شناختی در نظر می‌گیرد، بلکه نبود معنا را یک علت بروز افسردگی می‌داند (۳۲). بنابراین رسیدن به معنا یکی از عوامل اصلی کاهش میزان افسردگی می‌باشد که از خرده مقیاس‌های اصلی سلامت روان است. از طرفی کار و فعالیت هدفمند یکی از راه‌های رسیدن به معنا است. در افرادی که کاری انجام می‌دهند و دنبال معنای هستی هستند به ویژه فعالیتی که در آن به افراد نیازمند و بیماران خدمت رسانی می‌شود، حس هدفمندی و مثبت بودن به انسان دست می‌دهد و این حس هدفمند بودن و معنادار بودن زندگی به نوبه خود منجر به سلامت روان در افراد می‌شود. با نگاه کردن به شغل به صورت چیزی فراتر از انجام وظایف محوله، فعالیت انسانی و خدمت به هم نوع، نگرش مثبتی به افراد دست می‌دهد و برای رشد حس خودکاری^۲ در محل کار کمک می‌کند. به عبارتی می‌توان گفت که سلامت روانی در افراد به معنا داشتن زندگی وابسته است و کسی که به این سطح از آگاهی برسند در برخورد با هر رنج و دردی به دنبال معنا و چرایی در آن است و از راهبردهای مقابله‌ای سالم در جهت مواجهه با مشکلات استفاده خواهد کرد.

نتایج این تحقیق نشان داد که بهزیستی مذهبی و وجودی به‌طور معنی‌داری سلامت روانی افراد را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین بهزیستی مذهبی و وجودی همبستگی منفی و معنی‌داری با نشانه‌های بدنی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی داشت و هر دو متغیر بهزیستی مذهبی و وجودی قادر به پیش‌بینی سلامت روانی در پرستاران بود. نتایج پژوهش حاضر مبنی بر رابطه بهزیستی مذهبی و وجودی با سلامت روانی با یافته‌های جعفری و همکاران (۲۱)، کاتون و همکاران (۲۴) و آنترنر (۲۵) همسو است. در پژوهش‌های فوق، نتایج نشان داد که بهزیستی معنوی رابطه معنی‌داری با سلامت روانی افراد دارد. بهزیستی مذهبی از طریق عواملی نظیر ایجاد پیوندهای نزدیک با اعضای گروه‌های مذهبی، برقراری دوستی‌های عمیق با بعضی از این افراد، قرار گرفتن در محیط‌هایی که افراد آرام و حمایت کننده در آن حضور دارند و انجام رفتارهای نوع دوستانه، حمایت اجتماعی برای افراد فراهم می‌آورد و از این طریق

موجب سلامت روان در افراد می‌شود. از طرفی افراد مذهبی در مقابله با مشکلات زندگی از راهبردهای مقابله‌ای سالم و منطقی از قبیل باور فرد به اینکه حمایت و هدایت را از طرف خداوند دریافت می‌کند یا اینکه مذهب در فرایند حل مسئله در مقابله با مشکلات کمک کننده است، استفاده می‌کنند که این نوع رفتارهای مقابله‌ای سالم و سبک زندگی منجر به اجتناب از روش‌های ناسالم و پرخطرانه و متعاقباً سلامت روان در افراد می‌شود. شواهد پژوهشی نیز نشان‌دهنده آن است که مقابله‌ای مذهبی مثبت توسط افرادی که با استرس مواجه می‌شوند نتایج بهتری را بر سلامت جسم و روان آنها دارد (۳۳). در خصوص رابطه بهزیستی وجودی با سلامت روانی در افراد مورد مطالعه می‌توان گفت که بهزیستی وجودی به هدفمندی در زندگی و یافتن معنا اشاره دارد و باعث می‌شود تا افراد در زندگی به دنبال معنا باشند و به مشکلات، استرس‌ها و سایر ناراحتی‌هایی که در زندگی رخ می‌دهد، معنا بدهند. دستیابی به اهداف ارزشمند و اتکاء به قدرت برتر و استمداد از خدا در مواجهه با مشکلات و این حس که در آینده طوری زندگی کنیم که مشکلات کاهش یابد به امید و خوشبینی منتهی می‌شود که از سازه‌های مثبت و تاثیرگذار سلامت روانی است.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت که در تعمیم و تفسیر نتایج باید آنها را مورد توجه قرار داد. از آنجاکه روش تحقیق حاضر توصیفی - همبستگی بود، نمی‌توان روابط به دست آمده از آن را علت و معلولی قلمداد کرد. علاوه بر محدودیت روش‌شناختی مذکور، جامعه مورد مطالعه نیز که عبارت از پرستاران بود وسعت تعمیم نتایج به سایر جوامع را محدود می‌سازد. اگر خطاهای خاص آزمون‌های خودسنجی را به محدودیت‌های فوق اضافه کنیم تفسیر نتایج تحقیق حاضر دقت احتیاط زیادی را طلب خواهد کرد. اما علیرغم محدودیت‌های عمدتاً روش‌شناختی مذکور، تحقیق حاضر ادبیات پژوهشی در زمینه عوامل مؤثر در سلامت روانی پرستاران را غنا بخشید. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که متخصصان و مدیران فعال در حوزه سلامت روان در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقاء سطح سلامت روان پرستاران، بر نقش متغیرهایی نظیر معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی و وجودی در کنار دیگر متغیرهای مؤثر بر سلامت جسمی و روانی بیشتر توجه کنند. با توجه به استرس‌زا بودن شغل پرستاری و همچنین معنی‌دار بودن رابطه بین متغیرهای مورد بررسی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بررسی نقش آموزش مولفه‌های معنوی و مذهبی و معنادارمانی در افزایش سلامت روانی پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

¹ Seligman² autonomy

References:

1. Berland A, Natvig GK, Gundersen D. Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intens Criti Care Nurs* 2008; 24, 90-7.
2. National Institute for Occupational Safety and Health. State of the sector: Healthcare and social assistance (DHHS [NIOSH]. Publication no. 2009-139). Retrieved from www.cdc.gov/niosh/docs/2009-139.
3. Frankl VE. *The will to meaning: Principles and application of Logo therapy*. New York: World Publishing; 1969.
4. Rahimiyan HB. *Theories and techniques of counseling and psychotherapy*. Tehran: Mehrdad; 1998. (persian)
5. Frankl VF. *Man's search for meaning*. 4th ed. Boston, MA: Beacon Press; 1992.
6. Chan DW. Orientations to happiness and subjective well-being among Chinese prospective and in-service teachers in Hong Kong. *Educa Psycho* 2009; 29(2), 139-51.
7. Ho MY, Cheung FM, Cheung SF. The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Persona Indivi Differe* 2010; 48(5), 658-63.
8. Halama P, Dedova M. Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: Do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Stud Psycho* 2007; 49(3), 191-200.
9. Kleftaras G, Psarra E. Meaning in Life, Psychological Well-Being and Depressive Symptomatology: A Comparative Study. *Sci Res* 2012; 3(4), 337-45.
10. Smith BW, Zautra AJ. The role of purpose in life in recovery from knee surgery. *Int J Behav Med* 2004; 11, 197-202.
11. Park CL. Religiousness/Spirituality and health: A meaning system perspective. *J Behav Med* 2007; 30, 319-28.
12. Krause N. Evaluating the stress-buffering function of meaning in life among older people. *J Agin Heal* 2007; 19(5), 792-812.
13. Mascaro N, Rosen DH. Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *J Persona* 2005; 73(4), 985-1013.
14. Dogra AK, Basu S, Das S. The roles of personality, stressful life events, meaning in life, reasons for living on suicidal ideation: A study in college students. *SIS J Projec Psy and Ment Health* 2008; 15, 52-7.
15. Dogra AK, Basu S, Das S, Chaudhuri A. Personality, stressful life events, meaning in life and reasons for living. *Indian J Clin Psych* 2008; 35(2), 120-26.
16. Moberg DO. Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Soc Indic Res* 1978; 5(1-4), 303-23.
17. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization measurement. *J psych and Theo* 1983; 11: 330-40.
18. Hackney CH, Sanders GS. Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *J Sci Stud Relig* 2003; 42(1): 43-55.
19. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
20. Wong YJ, Rew L, Slaikou KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issu Men Health Nurs* 2006; 27(2): 161-83.
21. Jafari E, Hajloo N, Faghani R, Khazan, K. The relationship between spiritual well-being, psychological hardiness and mental health in elderly. *J Res Behav Sci* 2012; 10(6). 431-40. (persian)
22. Kaslow NJ, Thompson MP, Okun A, Price A, Young S, bender M, et al. Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African

- American women. *J Consu Clinic Psych* 2002; 70(2), 311-19.
23. Anglin DM, Gabriel KOS, Kaslow NJ. Suicide acceptability and religious well-being: A comparative analysis in African American Suicide attempters and non-attempters. *J Psych Theol* 2005; 33(2), 140-50.
24. Cotton S, Kudel I, Roberts YH, Pallerla H, Tsevat J, Succop P. Spiritual Well-Being and Mental Health Outcomes in Adolescents With or Without Inflammatory Bowel Disease. *J Adolesc Heal* 2009; 44(5), 485-92.
25. Unterrainer HF, Ladenhauf KH, Moazedi LM, Wallner-Liebmann SJ, Fink A. Dimensions of religious/spiritual well-being and its relation to personality and psychological well-being. *Person Indiv Differ* 2010; 49(3), 192-97.
26. Barati Sade F. Effectiveness of positive psychology interventions oriented towards increasing happiness, life satisfaction, meaning in life and depression. (Dissertation). Tehran: University of Allameh Tabatabaei; 2009. (persian)
27. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley; 1982.
28. Dehshir G, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. Psychometric properties of the scale of spiritual well-being among students. *J Psych Stud* 2007, 15 (3): 129-50. (persian)
29. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by Questionnaire. London, UK: Oxford University press; 1972.
30. Hajloo N. Relationship between economic activity and social - psychological warfare decline. *Milit Med* 2009, 11 (2): 89-95. (persian)
31. Bahmani B, Askari A. Mai standardized psychometric indices of general health questionnaire (GHQ) of the medical students, Proce 3rd Natio Seminar on Mental Health of Stud; 2006.P. 62-67. (persian)
32. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am psychol* 2006, 61(8): 774-88.
33. Pargament KI. The psychology of religion and coping. theory, research and practice. New York: Guilford; 1997.

SPIRITUAL PREDICTORS OF MENTAL HEALTH IN NURSES: THE MEANING IN LIFE, RELIGIOUS WELL-BEING AND EXISTENTIAL WELL-BEING

Jafari E¹

Received: 6 Jul, 2015; Accepted: 16 Sep, 2015

Abstract

Background & Aims: Investigating the mental health determinants in hospital staffs specially nurses is very essential because of stressful conditions that they tolerate. So, the purpose of this study was to investigate the relationship among the meaning in life, religious well-being, existential well-being, and mental health in the nurses.

Materials & Methods: In this cross-sectional study, 102 nurses from Talesh city were selected by available sampling method, and they were asked to answer Meaning in Life, Spiritual well-being and General Health Questionnaires. The data were analyzed by multivariate regression and standard multiple regression.

Results: The results showed that the relationship of religious well-being with meaning in life is positive and significant, but its relationship with anxiety, depression and social withdrawal is negatively significant. Moreover, the relationship of existential well-being with meaning in life is positive and significant. Its relationship with somatization, anxiety, depression and social withdrawal were negative and significant. Also, the relationship of meaning in life with anxiety and depression was negative and significant.

Conclusion: Mental health of the nurses can be predicted by meaning in life, religious well-being and existential well-being.

Keywords: Meaning in life, Religious well-being, Existential well-being, Mental health, Nurses

Address: Payame Noor University, Iran

Tel: (+98)13-33115331

Email: esa_jafary@yahoo.com

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University