

## نقش سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران

سیده آذر چاوشیان<sup>۱</sup>، بابک معینی<sup>۲\*</sup>، سعید بشیریان<sup>۲</sup>، جواد فردمال<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.  
<sup>۲</sup> دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.  
<sup>۳</sup> دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیر واگیر و گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۵/۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۳

## چکیده

**سابقه و هدف:** سلامت معنوی ابعاد مختلف زندگی را با یکدیگر هماهنگ کرده و کارکرد روانی و سازگاری را تقویت می‌کند. کیفیت زندگی می‌تواند تحت تأثیر عوامل روحی-روانی و محیط‌های شغلی قرار گیرد. این پژوهش با هدف ارزیابی نقش حمایت اجتماعی و سلامت معنوی در کیفیت زندگی پرستاران انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۰۰ پرستار زن شاغل در شهر همدان انجام شد. از بین بیمارستان‌های آموزشی، دو بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب و به روش سرشماری کلیه پرستاران مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون رگرسیون چندگانه و به وسیله نرم‌افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین سنی افراد تحت پژوهش  $33/86 \pm 6/63$  سال بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، سازه‌های حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی سهم معنی‌داری در پیش‌بینی کیفیت زندگی داشتند و همچنین از بین سازه‌های سلامت معنوی تنها تأثیر سازه سلامت مذهبی بر کیفیت زندگی پرستاران معنی‌داری بود ( $P < 0/05$ ).  
**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این پژوهش، به نظر می‌رسد انجام مداخلات آموزشی و ارائه بسته‌های آموزشی جهت افزایش سلامت معنوی و ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران ضروری باشد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، پرستاران، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی

## مقدمه

گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی‌های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی

امروزه در کنار افزایش طول عمر، کیفیت زندگی از شاخص‌های مهم سلامتی به شمار می‌رود. بنا به تعریف

\* نویسنده مسئول: بابک معینی؛ دکتر بابک معینی، همدان، بلوار شهید فهمیده، دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.  
 ایمیل: Babak\_moeini@umsha.ac.ir، تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۳۹۸

امروزه توجه به ظرفیت‌هایی معطوف شده است که در کیفیت زندگی نقش مهمی دارند. یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار در کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و معنویت است (۱۰). حمایت اجتماعی فرایند پیچیده‌ای است که در آن بر اساس تعامل، فعالیت‌های متقابل بین فرد و شبکه حمایتی شکل می‌گیرد (۱۱). حمایت اجتماعی به عنوان حمایتی تعریف می‌شود که فرد از خانواده، دوستان، سازمان‌ها و سایر افراد دریافت می‌کند. این حمایت اثر مثبت بر شخص داشته و سبب افزایش پویایی روان‌شناختی می‌شود و به وی در جنبه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی کمک می‌کند (۱۲). حمایت اجتماعی شامل چهار بعد عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی می‌باشد. حمایت اجتماعی یک عامل محافظت‌کننده در برابر تنش‌های محیط کار بوده و به عنوان یک درپچه اطمینان در برابر فشار حاصل از کار عمل می‌کند (۱۳). حمایت همکاران نشان‌دهنده برخورداری از حمایت اجتماعی و یکی از دلایل مهم ادامه کار پرستاران علی‌رغم مطلوب نبودن سایر عوامل است (۱۴). رضایی و همکاران در مطالعه خود بر روی پرستاران دریافتند که میزان حمایت دریافت شده از همکاران بیشتر از حمایت دریافت شده از سوی سرپرستاران است (۱۵).

معنویت یکی از مفاهیم بنیادی در بین مخلوقات بشری است و در طی چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (۱۶). سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی باعث ارتقاء سلامت عمومی می‌شود (۱۷). سلامت معنوی، سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند که این کار باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی فرد می‌شود (۱۸). این بعد از سلامتی، دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی منعکس‌کننده ارتباط با خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است و سلامت وجودی مطرح‌کننده ارتباط فرد با خود، دیگران و محیط است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن ابعاد

می‌شود (۱). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در برمی‌گیرد و چیزی بیش از سلامت جسمانی است و شامل احساس سالم بودن، سطح رضایت‌مندی و وجود حس کلی خود ارزشمندی است (۲). در مفاهیم اسلامی نیز به موضوع کیفیت زندگی در واژه حیات طیبه پرداخته شده است که زندگی در سایه ایمان به خدا و آخرت و پایبندی به ارزش‌های الهی و اعمال صحیح تأمین می‌گردد (۳).

یکی از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه پایدار سلامتی در جوامع بشری، نظام‌های سلامتی است که ارتباط مستقیمی با سلامت افراد داشته و وظیفه خطیر و اعاده سلامتی به جامعه انسانی را به عهده دارد. در سازمان‌های رقابتی امروز، تنها سازمان‌هایی قادر به ادامه حیات هستند که کارایی خود را ارتقا دهند. لذا لازم است بیمارستان به عنوان یک سازمان وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی کارکنان را به منظور ارتقای کارایی خود مورد توجه قرار دهد (۴). تحقیقات زیادی نشان‌دهنده وجود تنش شغلی و تحلیل جسمی و روانی زیاد در پرستاران می‌باشد که باعث نارضایتی و افت کیفیت زندگی آنان می‌گردد، چراکه ماهیت حرفه پرستاری با تنش همراه است و تنش بر کیفیت زندگی و سلامت پرستاران تأثیر می‌گذارد (۵). آدریان و همکاران فشار کاری، درگیری هیجانی و ارتباط نزدیک با بیماران را از عوامل تنش‌زای پرستاری معرفی می‌کند (۶). مطالعه معینی و همکاران استرس‌های شغلی را بر سلامتی افراد تأثیرگذار دانسته (۷) که می‌تواند کیفیت زندگی پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد. در پژوهشی که توسط هزاوه‌ای و همکاران انجام شد مشخص گردید که میانگین نمره استرس شغلی در پرستاران زن بیشتر از پرستاران مرد است (۸). در مطالعه‌ای دیگر، سو با بررسی سلامت روانی و کیفیت زندگی پزشکان، پرستاران و سایر حرف بیمارستانی به این نتیجه رسید که کیفیت زندگی در بین همه گروه‌های شاغل در بیمارستان ضعیف است و در این بین، مشکلات در پرستاران و داروسازها بیشتر از سایر گروه‌ها است (۹).

شیفت‌های صبح، عصر و شب به بخش‌های مربوطه مراجعه و پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی از آنها مبنی بر تمایل شرکت در مطالعه، نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌ها اقدام نمود. پرسش‌نامه‌ها در ابتدای شیفت به پرستاران تحویل و پس از تکمیل در انتهای شیفت باز پرس گرفته شد. از تعداد ۲۰۰ پرسشنامه توزیع شده ۱۸۷ مورد بازگردانده شد. مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی در این پژوهش عدم اجبار در پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و اعلام عدم انتشار نتایج به صورت فردی بود.

داده‌های پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) (۲۳)، پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (Paloutzian, Ellison) (۲۴) و پرسشنامه ۲۴ سؤالی حمایت اجتماعی جمع‌آوری شد. پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت که مقیاسی ۱۰۰ سؤالی می‌باشد (WHOQL-100) و در سال ۱۳۸۵ توسط نجات و همکاران استاندارد و به صورت فرم کوتاه ۲۶ سؤالی درآمد است (۲۳). این پرسشنامه، کیفیت زندگی را در ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و حیطه محیط زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. گویه ۱، کیفیت زندگی را به‌طور کلی و گویه ۲، وضعیت سلامت را به‌طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۴ گویه بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در ۴ حیطه ذکر شده می‌پردازد. آزمودنی درجه توافق یا مخالفت خود را با هر جمله در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از خیلی خوب (۵) تا به‌طور نامناسب (۱) انتخاب می‌کند. به منظور تفسیر یافته‌ها، پس از مشخص شدن نمرات خام هر حیطه، نمرات به نسخه بلند تبدیل شدند و سپس میزان کیفیت زندگی در هر حیطه از ۰ تا ۱۰۰ مشخص شد. در پایان کیفیت زندگی به ۳ سطح کیفیت زندگی بالا (۷۵ و بیشتر)، متوسط (۵۰-۷۴) و پایین (نمره زیر ۵۰) طبقه‌بندی شدند. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات قبل گزارش شده است (۲۳).

پرسش‌نامه سلامت معنوی SWBS که توسط Ellison و Paloutzian طراحی شده است ده گویه زوج سلامت

مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست (۱۹). نتایج مطالعات مختلفی نشان داده که معنویت و سلامت معنوی یکی از بهترین روش‌های تطابقی برای افزایش سطح کیفیت زندگی می‌باشد. پژوهشگران معتقدند در سلامت معنوی نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در عمق سختی‌های زندگی روزمره به او کمک می‌کند و از نگرانی و اضطراب دور می‌کند. معنویت به برخورداری از یک زندگی هدفمند و معنادار کمک می‌کند (۲۰). نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ توسط سازمان جهانی بهداشت در ۱۸ کشور و بر روی ۵۰۸۷ نفر در مورد ارتباط معنویت و مذهب با کیفیت زندگی انجام شد، نشان داد که معنویت و مذهب با تمام ابعاد کیفیت زندگی همانند بعد فیزیکی، اجتماعی، روان‌شناسی و محیطی پیوستگی بالایی دارد (۲۱). مطالعات مشابه در بسیاری از نقاط جهان مشخص کرده است که معنویت می‌تواند توان مقابله با مشکلات را بالا ببرد و سلامت جسمی و روحی بیشتری را به ارمان آورد (۲۲). از آنجا که ارتقاء کیفیت زندگی کارکنان پرستاری از عوامل مهم پایداری و اثربخشی نظام سلامت می‌باشد، این مطالعه به بررسی تأثیر متغیرهای سلامت معنوی و حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی پرستاران پرداخت.

## مواد و روش‌ها

پژوهش توصیفی تحلیلی حاضر در بین کلیه پرستاران زن شاغل (۲۰۰ نفر) در بیمارستان‌های آموزشی تخصصی زنان (فاطمیه) و تخصصی قلب (اکباتان) شهر همدان انجام شده بود. این دو مرکز به‌طور تصادفی از بین بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان انتخاب و کلیه پرستاران زن شاغل در شیفت‌های مختلف کاری به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. پرستارانی وارد مطالعه شدند که مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد در رشته پرستاری داشتند، سابقه حداقل یک سال کار بالینی داشته، سمت مدیریتی نداشته و در شش ماه اخیر با بحران‌های بزرگ مانند مرگ عزیزان، طلاق و غیره مواجهه نشده بودند. گروه پژوهشی پس از کسب اجازه از مسئولین دانشگاه و بیمارستان‌های آموزشی منتخب با داشتن لیست برنامه کاری پرستاران در

مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه‌ها پس از جمع‌آوری اطلاعات مربوط به ۳۰ نفر از کارکنان پرستاری در یکی از بیمارستان‌های آموزشی با روش همسانی درونی و از نوع روش ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد که میزان آلفای کرونباخ برای هر کدام از سازه‌های حمایت عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزیابی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۷۲ و ۰/۸۱ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از آمارهای همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه سطح معنی‌داری در همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

### یافته‌ها

میانگین سنی کارکنان پرستاری شرکت‌کننده در مطالعه ۳۳/۸۶±۶/۶۳ سال و سابقه کاری آن‌ها ۱۰/۲۹±۶/۶۲ سال بود. ۷۷ درصد نمونه‌های مورد مطالعه متأهل و ۲۳ درصد آن‌ها مجرد بودند. ۹۲ درصد از افراد نمونه دارای مدرک لیسانس و ۵/۹ درصد دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند. بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)، بخش مراقبت‌های قلبی (CCU) و بخش زنان به ترتیب با ۱۸/۷، ۱۰/۲، ۹/۱ درصد بیشترین شرکت‌کنندگان در مطالعه را دارا بودند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین کیفیت زندگی و متغیرهایی همچون سن و سابقه کاری رابطه آماری معناداری وجود دارد ( $P < 0.05$ )، ولیکن این موضوع در رابطه با متغیرهای تحصیلات، تأهل و نوع شیفت مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ).

جدول شماره ۱. آماره توصیفی در متغیرهای کیفیت زندگی

متغیرهای پژوهش	پایین تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	بالا تعداد (درصد)
بعد جسمانی	۷۰ (۳۷/۵)	۱۰۵ (۵۶/۱)	۱۲ (۶/۴)
بعد روانی	۵۸ (۳۱)	۱۱۷ (۶۲/۶)	۱۲ (۶/۴)
بعد روابط	۸۸ (۴۷)	۸۸ (۴۷/۱)	۱۱ (۵/۹)
بعد محیطی	۵۹ (۳۱/۶)	۱۱۹ (۶۳/۶)	۹ (۴/۸)
نمره کل	۸۵ (۴۵/۵)	۹۲ (۴۹/۲)	۱۰ (۵/۳)

آماره‌های توصیفی ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران زن حاضر در مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است، به

وجودی و ده‌گویه فرد سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کنند (۲۴). نمره سلامت معنوی حاصل مجموع نمرات این دو زیرگروه بود. پاسخ هر کدام از سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت در شش قسمت کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم دسته‌بندی شدند. در عباراتی که فعل مثبت داشتند پاسخ کاملاً مخالفم نمره یک و کاملاً موافقم نمره شش و بالعکس در سؤالاتی که فعل منفی داشتند پاسخ کاملاً مخالفم نمره شش و کاملاً موافقم نمره یک را به خود اختصاص می‌داد. حداقل نمره سلامت معنوی ۲۰ و حداکثر آن ۱۲۰ بود. در دو آیتم معنویت مذهبی و سلامت وجودی حداقل نمره ۱۰ و حداکثر آن ۶۰ می‌باشد (۲۴). طبق دستورالعمل مقیاس، با جمع نمرات از هر حیطه سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۰-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی شد. پالوتزین و الیسون ضریب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۴). همچنین اله بخشیان و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ابزار را پس از ترجمه به فارسی ۰/۸۲ گزارش کردند. آنها روایی پرسشنامه را از طریق روایی محتوایی مورد بررسی و تأیید قرار دادند (۱۷-۱۸).

برای طراحی و ساخت متغیرهای حمایت اجتماعی شامل حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی از نمونه پرسشنامه‌های شربورن و استوارت (MOS) (۲۵) و مطالعه نوری و همکاران (۲۶) استفاده شد که با توجه به موضوع مورد مطالعه تغییراتی در آن اعمال شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال در خصوص حمایت عاطفی، ۷ سؤال حمایت اطلاعاتی، ۵ سؤال حمایت ابزاری و ۲ سؤال حمایت ارزیابی بود. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای مشخص می‌سازد. پایین‌ترین امتیاز ۲۴ و بیشترین امتیاز ۱۲۰ است. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار است. روایی محتوایی پرسشنامه با نظر متخصصین این حوزه سنجیده شد که نسبت روایی محتوا ( $CVR=0.83$ ) و شاخص روایی محتوایی ( $CVI=0.97$ )

و معنی‌دار مشاهده شده بود ( $P < 0/05$ ). ولیکن ارتباط مؤلفه ابزاری حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ )، این مسئله بین مؤلفه ارزیابی حمایت اجتماعی و بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی نیز مشاهده گردید ( $P > 0/05$ ).

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که در مجموع سازه‌های مختلف تئوری حمایت اجتماعی ۲۳ درصد از واریانس عوامل مربوط به کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه را تبیین می‌نمایند. از بین سازه‌های مورد بررسی، سهم متغیرهای حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و حمایت ابزاری در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران معنی‌دار بود ولی سهم حمایت ارزیابی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران معنادار نبود. همچنین از بین مؤلفه‌های سلامت معنوی متغیر سلامت مذهبی دارای اثر معنی‌دار بود، اما سلامت وجودی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران سهم معنی‌داری نداشت. (جدول شماره ۴)

طور کلی در ۴۵/۵ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه کیفیت زندگی پایین، در ۴۹/۲ درصد کیفیت زندگی متوسط و در ۵/۳ درصد کیفیت زندگی بالا گزارش شده بود. همچنین در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی ۵۱/۹۹، سلامت معنوی ۷۴/۴ و حمایت اجتماعی ۵۸/۵۵ به دست آمده بود.

ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی با سلامت معنوی و همچنین ابعاد مختلف کیفیت زندگی با مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در جداول شماره ۲ و ۳ ارائه شده است. طبق یافته‌ها بین سلامت مذهبی با ابعاد جسمی، روانی و محیطی کیفیت زندگی همبستگی مستقیم و معنی‌دار مشاهده شده بود ( $P < 0/05$ ). همچنین سلامت وجودی نیز با ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی همبستگی مستقیم و معنی‌داری داشت ( $P < 0/05$ ). در این مطالعه بین مؤلفه‌های عاطفی، اطلاعاتی و ارزیابی حمایت اجتماعی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی همبستگی مستقیم

جدول شماره ۲. ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سلامت معنوی

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	میانگین ( $\pm$ انحراف معیار)
۱. بعد جسمانی	۱						۵۲/۲۸ ( $\pm 16/73$ )
۲. بعد روانی	۰/۶۹**	۱					۵۴/۷۷ ( $\pm 15/82$ )
۳. بعد روابط	۰/۳۸**	۰/۳۷**	۱				۴۷/۹۳ ( $\pm 19/41$ )
۴. بعد محیطی	۰/۶۹**	۰/۷۱**	۰/۴۷**	۱			۵۲/۹۸ ( $\pm 14/61$ )
۵. سلامت مذهبی	۰/۴۶**	۰/۳۴**	۰/۳	۰/۳۴**	۱		۳۸/۴۴ ( $\pm 10/79$ )
۶. سلامت وجودی	۰/۲۱**	۰/۱۶*	-۰/۴	۰/۱۰	۰/۴۴**	۱	۳۵/۵۹ ( $\pm 7/24$ )

\*\* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. \* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد.

جدول شماره ۳. ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	میانگین ( $\pm$ انحراف معیار)
۱. حمایت عاطفی	۱								۲۶/۵۶ ( $\pm 7/54$ )
۲. حمایت اطلاعاتی	۰/۴۹**	۱							۱۸/۶۴ ( $\pm 5/89$ )
۳. حمایت ابزاری	۰/۱۵**	۰/۳۲	۱						۸/۴ ( $\pm 3/50$ )
۴. حمایت ارزیابی	۰/۲۴**	۰/۳۳**	۰/۲۴**	۱					۴/۲۱ ( $\pm 1/74$ )
۵. بعد جسمانی	۰/۱۵**	۰/۲۸**	-۰/۳۱	۰/۲۱**	۱				۵۲/۲۸ ( $\pm 16/73$ )
۶. بعد روانی	۰/۱۸**	۰/۲۷**	-۰/۵۲	۰/۲۴**	۰/۶۹**	۱			۵۴/۷۷ ( $\pm 15/82$ )
۷. بعد روابط	۰/۱۶*	۰/۱۸*	-۰/۱۴	۰/۵۴	۰/۳۸**	۰/۳۷**	۱		۴۷/۹۳ ( $\pm 19/41$ )
۸. بعد محیطی	۰/۲۲**	۰/۳۴**	-۰/۱۱	۰/۱۹*	۰/۶۹**	۰/۷۱**	۰/۴۷**	۱	۵۲/۹۸ ( $\pm 14/61$ )

\*\* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. \* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد.

جدول شماره ۴. نتایج رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی توسط حمایت اجتماعی و سلامت معنوی

متغیرها	ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	شیب خط ( $\beta$ )	سطح اطمینان ۹۵٪		معنی‌داری
				کران بالا	کران پایین	
حمایت عاطفی	۱/۲۱	۰/۵۶۰	۰/۱۵۷	۰/۱۶	۲/۲۲۵	۰/۴۷۴
حمایت اطلاعاتی	۱/۷۲۶	۰/۷۳۰	۰/۱۸۶	۰/۲۸۶	۳/۱۶۶	۰/۱۹۵
حمایت ابزاری	-۲/۴۶۴	۱/۱۸۷	-۰/۱۶۱	-۴/۸۰	-۰/۱۲۳	۰/۳۹۶
حمایت ارزیابی	۰/۱۵۷	۲/۵۵۹	۰/۵	-۴/۸۹۲	۵/۲۰۵	۰/۹۵۱
سلامت مذهبی	۱/۶۶۴	۰/۳۷۹	۰/۳۳۴	۰/۹۱۷	۲/۴۱۱	۰/۰۰۱
سلامت وجودی	-۰/۸۲	۰/۵۵۱	-۰/۱۱	-۱/۱۶۸	۱/۵	۰/۸۸۲

## بحث

بر پایه جستجوهای انجام شده، این مطالعه اولین پژوهش در کشور با هدف ارزیابی سلامت معنوی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بر اساس تئوری حمایت اجتماعی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۴۹/۲ درصد پرستاران کیفیت زندگی متوسط داشتند. در پژوهشی که توسط یزدی مقدم و همکاران بر روی پرستاران شهر سبزوار انجام شد، نشان داد که نمره کیفیت زندگی پرستاران در بعد روانی پایین‌تر از بعد جسمی بوده و بیشتر پرستاران کیفیت زندگی خود را در سطح متوسط ارزیابی نمودند. همچنین کیفیت زندگی زنان پایین‌تر از مردان بود. در این مطالعه ۶۴ درصد پرستاران کیفیت زندگی متوسط در بعد جسمی و ۶۲ درصد کیفیت زندگی متوسط در بعد روانی داشتند (۲۷). پژوهش فلاحی خشک‌ناب و همکاران کیفیت زندگی پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی را ۱۱ درصد در سطح عالی، ۶۷ درصد در سطح خوب و ۲۱ درصد در سطح متوسط گزارش کردند که با توجه به نوع طبقه‌بندی کیفیت زندگی، می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی خوب در پژوهش فلاحی تقریباً معادل کیفیت زندگی متوسط در پژوهش حاضر می‌باشد (۲۸). مطالعه Klersy نشان داد که در بعد عملکرد اجتماعی، پرستاران ضعیف‌تر از سایر جامعه کشور ایتالیا عمل می‌کنند (۲۹).

نتایج پژوهش نشان داد که سازه‌های حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ابزاری و سلامت مذهبی سهم معنی‌داری در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران دارند، هرچند سازه‌های حمایت ارزیابی و سلامت وجودی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران نبودند. در مطالعه

Quevrdo-Abella ارتباط قوی بین حمایت اجتماعی و

کیفیت زندگی به دست آمد (۳۰). در مطالعه Keyes مشخص گردید که حمایت عاطفی و ابزاری ارتباط مستقیم و معنی‌داری با کیفیت زندگی دارند (۳۱). نتایج مطالعه حیدرزاده و همکارانشان نیز نشان داد که حمایت اجتماعی دارای ارتباط مستقیم و معنی‌داری با کیفیت زندگی می‌باشد، به گونه‌ای که با افزایش حمایت اجتماعی از سوی منابع مختلف می‌توان از مشکلات جسمی کاست. همین‌طور با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی از بعد روانی و بعد اجتماعی افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه Josefsson بیانگر این است که بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۳۳).

در تحقیق Ellison با عنوان رابطه بهزیستی معنوی و سلامت روان در دانشجویان مشخص شد که بین بهزیستی معنوی و سلامت روان در دانشجویان همبستگی معنی‌داری وجود دارد به‌علاوه، ۳۷ درصد از واریانس سلامت روانی به وسیله سلامت مذهبی تبیین می‌شود (۳۴). مطالعات مشابه در بسیاری از نقاط جهان مشخص کرده است که معنویت می‌تواند توان مقابله با مشکلات را بالا ببرد و سلامت جسمی و روحی بیشتری را به ارمغان آورد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افزایش سلامت معنوی باعث ارتقاء کیفیت زندگی با استفاده از حمایت همکاران به شکل معنی‌داری در پرستاران می‌گردد. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج پژوهش عصاررودی و همکاران نیز نشان داد که افزایش سلامت معنوی باعث ارتقاء کیفیت زندگی به شکل معنی‌داری در پرستاران می‌گردد (۳۵). در مطالعه

است (۴۰) و مطالعه عصاررودی و همکاران همخوانی دارد (۳۴).

استفاده از جامعه آماری پرستاران زن و عدم امکان تعمیم نتایج به سایر کارکنان بیمارستان، عدم تعمیم نتایج به سایر پرستاران بیمارستان‌هایی که در بخش‌های عمومی کار می‌کنند، محدود کردن ابزار جمع‌آوری اطلاعات به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات مانند مصاحبه و غیره از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

### نتیجه‌گیری

معنویت در محیط کار قاعده نوپایی است که می‌تواند نیرویی قدرتمند و ژرف را برای زندگی افراد به ارمغان بیاورد. این نیروی قدرتمند زمانی حاصل خواهد شد که زندگی کاری با زندگی معنوی پیوند بخورد. یکپارچگی معنویت با زندگی باعث می‌شود که افراد رضایت بیشتری از شغل خود داشته باشند و در نهایت کیفیت زندگی بهتری را تجربه نمایند. حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های احساس بهزیستی روان‌شناختی است. در مجموع بین سطوح بالای سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود داشت. لذا پژوهشگران برگزاری برنامه‌های مداخله‌ای مانند دوره‌های آموزش مهارت‌های معنوی در بهبود کیفیت زندگی پرستاران را با استفاده از تئوری حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن پیشنهاد می‌کنند.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد (شماره ثبت: ۹۴۰۶۱۷۳۳۶۵) که پشتیبانی مالی آن توسط معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه انجام پذیرفته است که بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب سپاس و تشکر خود را از مسئولین محترم دانشگاه، مدیران مراکز آموزشی-درمانی فاطمیه و اکباتان و کلیه پرستاران عزیزی که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند ابراز می‌دارد.

Gebauer و همکاران ارتباط قوی بین سلامت معنوی و سازگاری روان‌شناختی دیده شد که با مطالعه حاضر همسو است (۳۶). در مطالعه اله بخشیان و همکاران نیز نمره سلامت وجودی از سلامت مذهبی بالاتر بود که با یافته‌های مطالعه حاضر که نمره سلامت مذهبی بالاتر بود متفاوت است. یک علت احتمالی تفاوت در نمونه‌های پژوهش می‌باشد، به‌طوری که مطالعه حاضر روی پرستاران و پژوهش اله بخشیان روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز انجام شده بود (۱۷). در مطالعه رضایی و همکاران نمره سلامت مذهبی بیماران مبتلا به سرطان از سلامت وجودی آنها بالاتر بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۴). Laudent و همکاران در پژوهش خود بر روی ۳۵۳ نفر از معتادانی که دوره باز‌توانی را می‌گذراندند دریافتند که حمایت اجتماعی، معنویت و دین‌داری بر کیفیت زندگی این افراد تأثیر دارد (۳۶). همچنین Berman و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی ۷۴ نفر از افراد تحت دیالیز دریافتند که بین دین‌داری و سلامت جسمی و عقلی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سن و سابقه کاری با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد، هرچند متغیرهای تحصیلات و تأهل رابطه‌ای با کیفیت زندگی نداشتند. در مطالعه عصاررودی و همکاران افزایش سن باعث ارتقاء بعد اجتماعی کیفیت زندگی می‌گردید، همچنین رابطه معنی‌داری بین تأهل و سابقه کاری با ابعاد کیفیت زندگی مشاهده نشده بود (۳۵). در مطالعه گشتاسبی و همکاران نیز افزایش سن با کاهش کیفیت زندگی همراه بود (۳۹) که با یافته‌های مطالعه حاضر متفاوت است. دلیل این تفاوت می‌تواند منتسب به ویژگی‌های جنسیتی باشد، در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان همگی زن بودند. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که سلامت معنوی در پرستاران در محدوده متوسط قرار داشت که با مطالعه Hsiao که سلامت معنوی دانشجویان پرستاری در تایوان را متوسط گزارش کرده

## References

1. Stenner PH, Cooper D, Skevington SM. Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using q methodology. *Soc Sci Med*.2003; **57**(11): 2161-72.
2. Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in general population: review of recent literature. *Bull World Health Organ*.2001; **79**(11):1047-55.
3. Salamati P. [Quality of life]. *Journal White*.2009; **4**(32):2-156. (Persian)
4. Kawano Y. Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of department environment in account care hospitals. *J Occup Health*.2008; **50**(1):79-85.
5. DeVries MW, Wilkerson B. Stress, work and mental health: a global perspective. *Acta Neuropsychiatr*.2003; **15**(1):44-53.
6. Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: findings from a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*.2012; **49**(11):1411-22.
7. Hazavehei SMM, Hosseini Z, Moeini B, Moghimbeigi A, Hamidi Y. [Assessing stress level and stress management among Hamadan hospital nurses based on precede model]. *Horizon of Medical Sciences*.2012; **18**(2):78-85. (Persian)
8. Moeini B, Hazavehei SMM, Hosseini Z, Aghamolaei T, Moghimbeigi A. The impact of cognitive-behavioral stress management training program on job stress in hospital nurses: applying PRECEDE model. *J Res Health Sci*.2011; **11**(2):114-20.
9. Su JA, Weng HH, Tsang HY, Wu JL. Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospitals staff. *Stress Health*.2009; **25**(5):423-30.
10. Sarafino EP, Smith TW. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 8<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley publisher, 2002.
11. Edwards L, Lopez SJ. Perceived family support, acculturation and life satisfaction in Mexican American youth: a mix-methods exploration. *J Couns Psychol*.2006; **53**(3):279-87.
12. Gülaçti F. The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; **2**(2):3844-9.
13. Lawrence SA, Gardner J, Callan VJ. The support appraisal for work stressors inventory: construction and initial validation. *J Vocat Behav*.2007; **70**(1):172-204.
14. Hayhurst A, Saylor C, Stuenkel D. Work environmental factors and retention of nurses. *J Nurses Care Qual*.2005; **20**(3):283-8.
15. Rezaei N, Behbahani N, Najaf-Yarandi A, Hosseni F. [Correlation between Occupational Stress and Social Support among Nurses]. *Iran Journal of Nursing*.2006; **19**(46):71-8. (Persian)
16. West W. Psychotherapy and spirituality: crossing the line between therapy and religion. Translated by: Shahidi SH. Q Shirafkan, S. Tehran; Roshd publisher, 2008. (Persian)
17. Alahbakhshian M, Jafarpouralavi M, Parvizi S, Haghani H. [A Survey on relationship between spiritual well-being and quality of life in multiple sclerosis patients]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*.2010; **12**(3):29-33. (Persian)
18. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hoseini F. [Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy]. *Journal of Hayat*.2009; **14**(3&4):33-9. (Persian)
19. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *Am J Health Promot*.1995; **9**(5):371-8.
20. Rafii GH. [The role of prayer on physical health]. *Qom University of Medical Sciences Journal*.2011; **5**(3):66-73. (Persian)
21. Bahramkhani I, Bahramkhani F. [The role Quran in the human spiritual and mental health]. Shahid Beheshti University Medical Sciences Web Site; 2015 [updated 12 July, 2014; cited 15 November, 2015]; Available from: <http://sbmu.ac.ir/uploads/pdf>
22. Omidvari S. [Spiritual health, its nature and the instruments used]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*.2010; **16**(3):274. (Persian)
23. Nejat S, Montazeri A, Halakoei K, Mohammad K, Majdzadeh R. [Quality of life Tehran's population by WHOQO-BREF questionnaire in 2005]. *Hakim*.2007; **10**(3):1-8. (Persian)
24. Paloutzian RF, Park CL. Handbook of the psychology of religion and spirituality. 2<sup>th</sup>ed. New York: Guilford press, 2005.
25. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*.1991; **32**(6):705-14.
26. Nouri N, Moeini B, Karimi-Shahanjarini A, Faradmal J, Ghaleiha A, Asnaashari M. [Relationship between emotional intelligence and communication skills among high school students in Hamadan based on the theory of social support]. *Journal of Education and Community Health*.2014; **1**(3):38-46. (Persian)
27. Yazdi Moghaddam H, Estaji Z, Heidari T. [Study of the quality of life of nurses in Sabzevar hospitals in 2005-2006]. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*.2009; **16**(1):50-6. (Persian)
28. Fallaheehoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Fatahmoghadam L. [Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran]. *Hakim*.2007; **9**(4):24-30. (Persian)
29. Klersy C, Callegari A, Martinelli V, Vizzarda V, Navino C, Malberti F, and et al. Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy--amulticentre study. *Nephrol Dial Transplant*.2007; **22**(8):2283-90.
30. Quevedo R, Abella MC. Well-being and personality: facet level analyses. *Pers Individ Dif*.2011; **50**(2):206-11.
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Social support and health-related quality of life



- among older adults--Missouri, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*2005; **54**(17):433-7.
32. Heydarzadeh M. [The relationship between social support and immune parameters in healthy subjects]. *Journal of School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.*2010; **2**(3):59-67. (Persian)
33. Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M, Jokela M, Pulkki-Råback L, Keltikangas-Järvinen L. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: A population-based study. *J Affect Disord.*2011; **133**(1-2):265-73.
34. Ellison CG, Hummer RA. Religion families and health population-based research in the United States. 1<sup>th</sup>ed. New York: Rutgers University press, 2010.
35. Osarrodi AA, Golafshani A, Akabery SA. [Relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences.*2012; **3**(4):79-88. (Persian)
36. Gebauer J, Sedikides C, Nebrhch W. Religiosity self-esteem and psychological adjustment on the cross-cultural specify of the psychological benefits in religiosity. *Psychol Sci.*2012; **23**(2):158-60.
37. Laudet AB, Margon K, White WL. The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcohol Treat Q.*2006; **24**(1-2):33-73.
38. Berman E, Merz JF, Rudnick M, Snyder RW, Rogers KK, Lee J, and et al. Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life and adherence. *Am J Kidney Dis.*2004; **44**(3):488-97.
39. Goshtasebi A, Montazeri A, Vahdaninia M, Rahimi Foroshani A, Mohammad K. [Assessment the health status of people in Tehran based on gender, education and residential area: a population study]. *Payesh Journal.*2003; **2**(3):183-9. (Persian)
40. Hsiao YC, Chiang HY, China LY. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Educ Today.*2010; **30**(5):386-92.

*Research Article***The Role of Spiritual Health and Social Support in Predicting Nurses' Quality of Life**

Seyedeh Azar Chavoshian (MSc)<sup>1</sup>, Babak Moeini (PhD)<sup>2\*</sup>, Saeed Bashirian (PhD)<sup>2</sup>, Javad Feradmal (PhD)<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

<sup>2</sup> Social Departments of Health Research Center and Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>3</sup> Modeling of Non-communicable Disease Research Center and Department of Biostatistics and Epidemiology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received 23 Apr. 2015

Accepted 27 Jul. 2015

**Abstract**

**Background and Objectives:** Spiritual health coordinates different aspects of life with one another, and reinforces compatibility and psychological function. Quality of life can be affected by psychological-spiritual factors and working environment. This study was conducted to determine the role of social support and spiritual health in nurses' quality of life.

**Materials and Methods:** This descriptive-correlative study was conducted among 200 working nurses in two teaching hospitals that were randomly selected in the city of Hamadan. All nurses in the two hospitals were recruited. The data collection tools were World Health Organization Quality of life Questionnaire (WHOQOL-BRIEF) and Palotzin and Elison Spiritual and Social Support Questionnaires. Data were analyzed by multiple regression test in SPSS-18 software.

**Results:** The mean of age of nurses in this study was  $33.86 \pm 6.63$ . Regression analysis showed that informative support and instrumental support had a significant role in predicting the quality of life and only religious health component had a meaningful effect on nurses' quality of life.

**Conclusion:** According to our findings, it is necessary to provide educational interventions and training packages to improve nurses' spiritual health and quality of life.

**Keywords:** Quality of Life; Nurses; Spiritual Health; Social Support

**Corresponding Author: Dr Babak Moeini**, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Shahid Fahmideh Ave., Hamadan, Iran. Email: Babak\_moeini@umsha.ac.ir, Tel: +9881-38380398.