

رابطه بین مولفه های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان های دولتی شیراز

نسرين قهرمانی^۱ *محمدعلی نادى^۲

چکیده

زمینه و هدف: معنویت و مولفه های آن به دلیل تاثیر بر سازه های روانشناختی و قابلیت اثرگذاری بر عملکردهای سازمانی در سال های اخیر مورد توجه محققین قرار گرفته است. هدف اصلی این پژوهش تعیین رابطه بین مولفه های مذهبی/ معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک پژوهش مقطعی - همبستگی بود که جامعه آماری را کارکنان بیمارستانهای دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۴۰۰۰ نفر) در پاییز ۱۳۸۹ تشکیل دادند که از بین آنها ۲۵۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه امید به آینده، سلامت روان و همچنین ابعاد های مذهبی - معنوی شامل پنج مؤلفه (بهزیستی وجودی، انگیزه پرستش و سازگاری، تعالی معنوی، حمایت مذهبی و اعمال و نگرش مذهبی) جمع آوری و از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام با استفاده از SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بین مولفه های بهزیستی وجودی با امید به آینده، انگیزه پرستش و سازگاری با امید به آینده و سلامت روان با امید به آینده رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0/01$). همچنین تمام مولفه های مذهبی - معنوی دارای همبستگی معناداری با سلامت روان بودند ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز حاکی از آن بود که در گام اول انگیزه پرستش با ضریب تعیین ۵ درصد، در گام دوم انگیزه پرستش همراه با سلامت روان با ضریب تعیین ۶/۴ درصدی، در گام سوم انگیزه پرستش همراه با سلامت روان و بهزیستی وجودی با ضریب تعیین ۹/۱ درصدی و در گام چهارم ترکیب انگیزه پرستش همراه با بهزیستی وجودی با ضریب تعیین ۸/۹ درصدی با امید به آینده دارای رابطه چندگانه معنادار هستند.

نتیجه گیری کلی: شواهد به دست آمده در این پژوهش حاکی از آن است که انگیزه پرستش همراه با بهزیستی وجودی به ترتیب مهمترین ابعاد مذهبی - معنوی هستند که به همراه سلامت روان بر امید به آینده موثرند.

کلید واژه ها: مذهب، معنویت، سلامت روان، امید، کارکنان

تاریخ دریافت: ۹۱/۷/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۵

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی صنعتی/ سازمانی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان. دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.

^۲ استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران. (*نویسنده مسئول)

شماره تماس: ۰۹۱۷۱۳۲۰۱۰۶ Email: mnadi@khusif.ac.ir

مقدمه

کارکنانی که در بیمارستان ها کار می کنند مهمترین گروه ارائه دهنده خدمات نظام سلامت هستند و البته همین فعالیت، کار و تلاش بی وقفه آنها را با مسائل و مشکلات روانشناختی و سلامت جسمانی و روانی مواجه ساخته است. یکی از روش هایی که کارکنان در نظام اسلامی بواسطه آن شرایط روانی خویش را پایدار و با طراوت می سازند جنبه های مذهبی - معنوی و اتکا به خداوند و انجام اعمال و فرایض مذهبی است. نزدیکی به خدا و توجه به معنویت زندگی کاری باعث آرامش، خشنودی و سلامت روان آنها می شود.^(۱)

سلامت روان عبارت از قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط و حل تضاد ها می باشد^(۲). بسیاری از دانشمندان در مطالعات خویش دریافته اند که معنویت تأثیر عظیمی در سلامت روانی افراد دارد^(۳). باورهای مذهبی و داشتن ایمان به خدا و اعتقاد به یک مبدأ حقیقت و یک قدرت مافوق و مطلق، قدرت تحمل ناکامیها را بالا می برد و بدین ترتیب به حفظ سلامت جسم و روان کمک می نماید و از پیدایش بیماریهای جسمی و روانی پیشگیری می کند و نهایتاً به امید انسان نسبت به آینده می افزاید^(۴، ۵). هدف عمده مطالعات علمی در ارتباط با مسائل مذهبی / معنوی، روشن ساختن طبیعت تأثیرات عوامل مذهبی / معنوی بر سلامتی بوده است^(۶، ۷). فرا تحلیل های اخیر گزارش داده اند که فرائض و دلبستگی های مذهبی به طور معنادار و مثبتی با سلامتی و طول عمر، همبسته هستند^(۸). بهرامی و تاشک، بین جهت گیری مذهبی با افزایش سلامت روانی و کاهش اختلال های روانی به رابطه مثبت و معنادار دست یافتند^(۹، ۱۰).

بعضی از باورهای وجودی (ترس از خدا، اضطراب مرگ، باور مربوط به زندگی پس از مرگ) با احساس بهزیستی رابطه دارد^(۱۱). Krause مطرح کرد که رابطه بین وقایع آسیب زا و نشانه های افسردگی در افراد سالخورده ای که معتقدند فقط خداوند بهتر می داند چه وقت به نیایش آنها

پاسخ دهد، کاهش می یابد^(۱۲). به علاوه هنگامی که هویت مذهبی افزایش می یابد، حرمت خود افزایش یافته و نشانه های افسردگی کاهش می یابند^(۱۳). مزیدی و استوار در بررسی اثر دین اسلام و مسیحیت بر سلامت روانی جوانان ایرانی، تأثیر معنادار هر دو دین بر بُعد نشانه های مرضی جسمانی را گزارش کردند^(۱۴). برخی مطالعات نیز نشان داده اند که معنویت اثرات سودمندی بر سلامت جسمی و روانی دارد^(۱۵، ۱۶). به عبارتی دیگر نشانه ها و علائم مثبت اشخاص (همچون، نشاط در زندگی، احساس خوشبختی و امید به آینده) با میزان معنویت آن ها سنجیده می شود^(۱۷، ۱۸).

از نظر Snyder و همکاران امید یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظات تاریک زندگی پدیدار می شود بلکه فرایندی شناختی است که افراد بوسیله آن، فعالانه اهداف خویش را دنبال می کنند^(۱۹). پس از طرح نظریه امید توسط Snyder و همکاران، حجم وسیعی از پژوهش ها به بررسی رابطه امید با متغیرهای مختلف سلامت روانی و حتی جسمانی پرداختند^(۲۰ و ۲۱). همچنین تحقیقات مختلف نشان داده اند که امید با عاطفه مثبت همبستگی مستقیم داشته و همچنین با افسردگی^(۷) و به طور کلی عواطف منفی^(۲۲) ارتباط معکوس دارد.

اعتقاد بر این است که یکی از زمینه های اصلی و مهم در بوجود آمدن احساس نشاط و شادی، وجود امید نسبت به خود، زندگی و آینده است و احساس اضطراب یا نگرانی با عدم امید به آینده رابطه مستقیم دارد^(۲۳، ۲۴). داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل زاء، بهره مندی از حمایت های اجتماعی و معنوی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا همگی از جمله روش هایی هستند که کارکنان با دارا بودن آن ها می توانند در مواجهه با حوادث آسیب رسان، مصائب و مشکلات شغلی فشار کمتری را متحمل شوند و سلامت روان خویش را در حد بهینه حفظ کنند. کارکنانی که دارای سلامت روان بالاتری باشند و با هدفمندی و امید در محل کار حاضر شوند بهتر می توانند در محیط کار به

فعالیت پردازند و به همکاران و بیماران خدمات رسانی کنند^(۱۶).

گرچه یافته ها و مطالعات مختلف به بررسی اثرات متغیرهای معنوی و مذهبی بر سلامت روان و امید بر روی بعضی از گروه هایی اجتماعی پرداخته اند ولی مطالعه ایی که به بررسی هر سه متغیر در قالب یک مطالعه و در مورد کارکنان بیمارستانها پرداخته باشد، یافت نشد. بنابراین با توجه به اهمیت فعالیت هایی که کارکنان در بیمارستان ها انجام می دهند و زیربنای خیرخواهانه و عام المنفعه این مشاغل و با عنایت به اعتقادات مذهبی / معنوی مردم ایران این پژوهش با هدف پاسخگویی به دو سؤال زیر در بین کارکنان بیمارستان های شیراز طراحی گردید:

- ۱- آیا بین مولفه های مذهبی / معنوی، سلامت روان و امید به آینده رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؟
- ۲- کدامیک از مولفه های مذهبی / معنوی و سلامت روان قادر به پیش بینی امید به آینده می باشد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات مقطعی - همبستگی است. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل کلیه کارکنان بیمارستانهای دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز (به تعداد ۴۰۰۰ نفر) در پاییز ۱۳۸۹ بود که از این جامعه به روش تصادفی ساده و با بکارگیری فرمول تعیین حجم نمونه مطالعات همبستگی و تطبیق آن با جدول تعیین حجم نمونه Cohen و همکاران^(۲۴)، ۲۵۰ نفر انتخاب شده و پرسشنامه ها را تکمیل کردند. در این راستا پس از تهیه فهرست کارکنان در هر شیفت با استفاده از جدول اعداد تصادفی، یک نمونه از فهرست تهیه شده انتخاب شد. برای جمع آوری داده ها محقق پس از تأیید کمیته پژوهشی دانشگاه و ارائه مجوز، به بیمارستان های منتخب مراجعه و پس از تأیید مسئولین بیمارستانها طبق برنامه ریزی زمانی از قبل تعیین شده به محل کار کارکنان مراجعه نمود. سپس یک پرسشگر متبحر پس از ارائه

توضیحاتی مختصر در مورد اهداف پژوهش و کسب موافقت نمونه ها در مکانی مناسب و در پایان ساعات کار اداری یا شیفت، پرسشنامه ها را در اختیار نمونه های پژوهش قرار داد. پس از تشریح قسمت های مختلف ابزار و روش پاسخگویی به گویه ها، آزمودنی های پژوهش اقدام به پاسخگویی به پرسشنامه ها می نمودند. مشخصات نمونه شامل، دارا بودن سلامت جسمی و روانی، شاغل بودن در بخش های درمانی، اداری و بیمارستانهای دولتی شهر شیراز و داشتن حداقل یک سال سابقه ی کار و دارا بودن حداقل مدرک سیکل بود. افرادی که مایل به همکاری و شرکت در پژوهش نبوده و اشتغال به کار دائم نداشتند و در هنگام نمونه گیری استخدام رسمی نبودند انتخاب نمی شدند.

از تعداد ۲۵۰ پرسشنامه توزیع شده ۲۱۲ مورد بازگردانده شد. بدین ترتیب نرخ بازگشت ۸۵/۲ درصد بود. مهمترین ملاحظات اخلاقی در این پژوهش عدم اجبار در پاسخدهی به پرسشنامه ها و عدم انتشار نتایج بصورت فردی بود.

در این پژوهش جهت گردآوری داده ها، از ۳ پرسشنامه استفاده گردید.

۱. سلامت روان: در راستای بررسی سلامت روان از پرسشنامه ۱۲ گویه ای سلامت روان Goldberg and Williams استفاده گردید^(۲۵). طیف پاسخگویی به این پرسشنامه ۴ درجه ای لیکرت (=۰ همیشه تا =۳ هرگز) بود؛ که گویه های مثبت به صورت =۰ همیشه تا =۳ هرگز و گویه های منفی به صورت =۳ همیشه تا =۰ هرگز نمره دهی می شدند و کل امتیازات بین صفر تا ۳۶ بود. بالاترین نمره نیز نشاندهنده پایین ترین درجه سلامتی بود. گلدبرگ و همکاران، پایایی این ابزار را ۰/۷۸ و ضریب همبستگی پیرسون بین نمره کل سلامت روان با ۳ عامل آن را ۰/۵۷ در سطح ($P < ۰/۰۰۰۱$) گزارش نمودند. همچنین عبادی و همکاران (۱۳۸۱) ثبات داخلی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در بین یک نمونه ۲۵-۱۸ ساله ایرانی، ۰/۸۷

دو نمونه از گویه های این پرسشنامه عبارت است از: تجربه های گذشته من برای آینده من مناسب اند؛ من به همه اهدافی که مد نظر دارم می رسم. در مطالعه حاضر نمره کل مقیاس امید مورد توجه بود.

۳. مقیاس ابعاد مذهبی / معنوی: این مقیاس برای سنجش ابعاد مذهبی / معنوی توسط Haber et al. طراحی و تدوین شده است و برای اولین بار در این پژوهش و بر اساس ویژگی های فرهنگ ایرانی-اسلامی بومی سازی شده است. در این راستا کلیه گویه های این پرسشنامه پس از ترجمه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید آشنا به قلمرو علوم اسلامی قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا گویه های ترجمه شده را با نظام فکری و اعتقادی اسلامی تطبیق دهند و موارد متناقض با فرهنگ اسلامی را اصلاح کنند. مثلا کلمه مسجد جایگزین کلیسا شد و به همین ترتیب بقیه موارد نیز اصلاح گردید. اساس و زیربنای ساخت این ابزار جنبه های معنوی / مذهبی توحیدی است که می توان آنرا بدون توجه به گرایش های مذهبی خاص افراد در مورد آنها اجرا کرد. این مقیاس ۳۱ گویه دارد و بر پایه پنج مولفه مذهبی / معنوی تنظیم شده است: الف- بهزیستی وجودی (Existential Well-Being) (دارای ۶ گویه) این مولفه یک عنصر روانی-اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از این که کیست، چه کاری را و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد. این نوع بهزیستی ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می دهد. این مولفه احساس رضامندی زندگی و داشتن معنا و هدف را بررسی می نماید، بعضی از گویه های آن عبارتند از: آرامش باطنی عمیقی احساس می کنم؛ خودم را بخاطر گناهانی که مرتکب شده ام می بخشم، ب- انگیزه پرستش و سازگاری (Motivation, Devotion and Coping) (دارای ۹ گویه)، ج- تعالی معنوی (Spiritual Transcendence) (دارای ۷ گویه)، د- حمایت مذهبی (Religious Support) (دارای ۶ گویه) و ح- اعمال و نگرش مذهبی (Religious Attitudes and

گزارش نمودند که در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد گردید. همچنین عبادی و همکاران برای تعیین روایی پرسشنامه از روش تحلیلی "مقایسه گروه های شناخته شده" به همراه آزمون تحلیل واریانس استفاده نمودند و روایی این ابزار را برای گروه نمونه فوق الذکر تایید نمودند. همچنین بهترین نقطه برش در مورد پرسشنامه مذکور برابر ۳/۵ با حساسیت ۸۷ درصد و ویژگی ۶۰ درصد محاسبه شده است^(۲۶). چند مورد از گویه های پرسشنامه سلامت روان عبارت است از: حس می کنم دائما تحت فشار هستم؛ قادرم از فعالیت های روزانه لذت ببرم؛ بخاطر ناراحتی بیش از حد بی خوابی دارم.

۲. امید به آینده: جهت سنجش امید به آینده از مقیاس Snyder et al. استفاده شد^(۲۷). این پرسشنامه که برای سنجش امیدواری ساخته شده، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، و ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسشنامه دو خرده مقیاس را در بر می گیرد: گذرگاه (Pathway) و انگیزش (Motivation). برای پاسخ دادن به هر سؤال، پیوستاری از ۱ (کاملا غلط) تا ۴ (کاملا درست) در نظر گرفته شده است. حداقل نمره ۱۲ و حداکثر نمره در این ابزار ۴۸ می باشد. لازم به ذکر است که این پرسشنامه در بین دانش آموزان دختر در استان تهران توسط گلزاری (۱۳۸۶) اعتباریابی شده است و وی پایایی این ابزار را با روش همسانی درونی ۰/۸۹ گزارش نموده است. بعلاوه، مقیاس امید با مقیاس هایی که فرایندهای روانشناختی را می سنجد، همبستگی بالایی دارد. به عنوان مثال، نمره های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش بینی شیبور و کارور همبستگی دارد. همچنین، نمرات این مقیاس با نمرات سیاهه افسردگی یک همبستگی منفی دارد (۰/۵۱- و ۰/۴۲-). به علاوه، طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش روایی محتوایی نیز مورد تایید قرار گرفته است^(۲۸).

مقیاس اعتقاد قوی تر آنها به ابعاد مذهبی/معنوی را نشان می دهد. حداقل نمره در این آزمون ۳۱ و حداکثر ۲۱۷ بود. مزیت مهم این مقیاس آنست که در آن نسبت به مذهب خاص یا جهت گیری عقیدتی سوگیری وجود ندارد. زمان پاسخگویی به پرسشنامه های این پژوهش در مجموع بین (۲۰-۱۵) دقیقه بود.

داده ها به وسیله رایانه و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ در سطح آمار توصیفی؛ میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی و آمار استنباطی آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

۱۵۶ نفر (۷۳/۶ درصد) از مجموع ۲۱۲ نفر جامعه‌ی پژوهش را زنان و ۵۶ نفر (۲۶/۴ درصد) باقیمانده را مردان تشکیل می دادند. در بین نمونه های آماری ۶ بیمارستان، ۹۵ نفر (۴۴/۸ درصد) مجرد و ۱۱۲ نفر (۵۲/۸ درصد) متأهل و ۵ نفر (۲/۴ درصد) هم وضعیت تأهل خود را گزارش نمودند؛ از نظر تحصیلات، ۱ نفر (۰/۵ درصد) زیر دیپلم، ۱۲ نفر (۵/۷ درصد) دیپلم، ۱۹ نفر (۹ درصد) فوق دیپلم، ۱۶۰ نفر (۷۵/۵ درصد) لیسانس، ۴ نفر (۱/۹ درصد) فوق لیسانس، ۳ نفر (۱/۴ درصد) دکترا و ۱۳ نفر (۶/۱ درصد) گزارش نداده بودند.

(Practices) (دارای ۳ گویه). برخی از این گویه های این پرسشنامه عبارتند از: رابطه من با خدا به من کمک می کند تا احساس تنهایی نکنم؛ وقتی با خدا در ارتباط هستم احساس خشنودی زیادی می کنم؛ احساس می کنم می توانم همیشه به خدا پشتگرم باشم؛ من به مساجد تکایا و حسینیه ها می روم بدین خاطر که به من دریافتن دوستان و رفقای جدید کمک می کند. این پرسشنامه برای اولین بار توسط سجادیان و نادری (۱۳۸۹) به فارسی بازگردانده شد^(۲۸) و روایی (صوری و محتوایی) آن مورد تأیید قرار گرفته است. بدین ترتیب که بمنظور تأیید روایی صوری ۳۰ پرسشنامه در اختیار آزمودنی هایی از گروه نمونه قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا با مطالعه پرسشنامه ها گویه های مبهم یا نارسا را مشخص نمایند، پس از این مرحله پرسشنامه ها در اختیار ۱۰ نفر متخصص موضوعی و مسلط به اصول روانسنجی قرار داده شد تا میزان همخوانی و ناهمخوانی گویه های مولفه ها را بررسی کنند. بعد از تأیید متخصصین، پرسشنامه در بین آزمودنی های اصلی پژوهش اجرا گردید. همچنین پایایی این پنج مولفه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۳ بدست آمد که با توجه به اینکه همه این ضرایب بالاتر و مساوی ۰/۷ می باشد بنابراین پایایی ابزار تأیید شد. طیف پاسخگویی به این پرسشنامه هفت درجه ای لیکرت (کاملاً درست=۷ تا کاملاً نادرست=۱) می باشد. نمره بالاتر افراد در این

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف معیار و ماتریکس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- امید به آینده	۱۱/۷۷	۱/۹۵	-						
۲- انگیزه پرستش و سازگاری	۳۴/۹۲	۳/۶۹	۰/۲۳۶*	-					
۳- تعالی معنوی	۲۶/۸۴	۴/۴۴	۰/۰۹۸	۰/۵۱۱*	-				
۴- بهزیستی وجودی	۱۸/۴۴	۳/۶۱	۰/۲۷۵*	۰/۳۵۳*	۰/۵۰۶*	-			
۵- حمایت مذهبی	۱۸/۴۰	۵/۰۲	۰/۱۲۳	۰/۲۸۴*	۰/۳۳۵*	۰/۲۹۳*	-		
۶- اعمال و نگرش مذهبی	۱۰/۷۴	۳/۷۰	۰/۰۳۶	۰/۲۲۵*	۰/۳۵۰*	۰/۲۰۷*	۰/۳۰۳*	-	
۷- سلامت روان	۳۷/۴۶	۶/۵۱	۰/۱۷۱*	۰/۱۷۹*	۰/۲۶۳*	۰/۳۲۱*	۰/۴۲۷*	۰/۲۴۴*	-

*P<0/01

همبستگی را با سلامت روان دارد. در جدول ۲ نتایج ضریب همبستگی چندگانه مولفه های مذهبی / معنوی یعنی بهزیستی وجودی، انگیزه پرستش و سازگاری و سلامت روان در پیش بینی امید به آینده کارکنان نیز آمده است.

یافته ها جدول شماره ۱ حاکی از آن است که میانگین امید به آینده به نسبت نمره حداکثری (۴۸) در وضعیت مناسبی نیست (۱۱/۷۷±۱/۹۵) بدین معنا که کارکنان بیمارستان ها انگیزه ای برای رسیدن به اهداف آتی خود ندارند. امید به آینده بیشترین همبستگی را با بهزیستی وجودی و کمترین

جدول شماره ۲: نتایج رگرسیون چندگانه مولفه های مذهبی / معنوی و سلامت روان در پیش بینی امید به آینده کارکنان

متغیر ملاک	گامها	متغیرهای پیش بین	R	R ²	R ² تعدیلی	F	سطح معناداری
امید به آینده	۱	انگیزه پرستش و سازگاری	۰/۲۳۶	۰/۰۵۶	۰/۰۵۱	۱۲/۲۶۲	۰/۰۰۱
	۲	انگیزه پرستش و سازگاری سلامت روان	۰/۲۷۰	۰/۰۷۳	۰/۰۶۴	۸/۱۰۴	۰/۰۰۱
	۳	انگیزه پرستش و سازگاری سلامت روان بهزیستی وجودی	۰/۳۲۲	۰/۱۰۴	۰/۰۹۱	۷/۹۰۹	۰/۰۰۱
	۴	انگیزه پرستش و سازگاری بهزیستی وجودی	۰/۳۱۳	۰/۰۹۸	۰/۰۸۹	۱۱/۱۸۵	۰/۰۰۱

$$P \leq 0/01$$

سوم با ورود متغیر بهزیستی وجودی به ۹ درصد افزایش می یابد. اما چنانچه در جدول شماره ۲ مشاهده می شود در گام چهارم ترکیب انگیزه پرستش و سازگاری با بهزیستی وجودی ضریب تعیین ۹ درصدی را در پیش بینی امید به آینده نشان می دهد. F مشاهده شده در سطح $P \leq 0/01$ معنادار بوده بنابراین معادله رگرسیون قابل تعمیم به کل جامعه آماری می باشد. علاوه بر این در جدول شماره ۳ نیز نتایج رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد برای بررسی نقش بهزیستی وجودی، انگیزه پرستش و سازگاری و سلامت روان در پیش بینی امید به آینده کارکنان آمده است.

به طوریکه یافته های جدول شماره ۲ نشان می دهد از بین متغیرهای مورد مطالعه در رگرسیون گام به گام، بهترین پیش بینی کننده امید به آینده کارکنان به ترتیب، انگیزه پرستش و سازگاری، سلامت روان و بهزیستی وجودی بوده است. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه ارتباط بین متغیرهای انگیزه پرستش و سازگاری، سلامت روان و بهزیستی وجودی با امید به آینده معنادار بوده است. بر این اساس در گام اول انگیزه پرستش و سازگاری به تنهایی دارای ضریب تعیین ۵ درصدی در پیش بینی امید به آینده می باشد. با ورود متغیر سلامت روان در گام دوم ضریب تعیین به ۶/۴ درصد و در گام

جدول شماره ۳: ضرایب رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد برای پیش بینی امید به آینده کارکنان

متغیر ملاک	گامها	متغیرهای پیش بین	ضرایب غیر استاندارد		مقدار T	سطح معناداری
			ضرایب استاندارد β	خطای معیار		
امید به آینده	۱	انگیزه پرستش و سازگاری	۰/۱۲۵	۰/۰۳۶	۳/۵۰۲	۰/۰۰۱
	۲	انگیزه پرستش و سازگاری سلامت روان	۰/۱۱۳	۰/۰۳۶	۳/۱۲۰	۰/۰۰۲
	۳	انگیزه پرستش و سازگاری سلامت روان	۰/۰۸۱	۰/۰۳۷	۲/۱۶۲	۰/۰۳۲
	۴	انگیزه پرستش و سازگاری بهزیستی وجودی	۰/۰۲۴	۰/۰۲۱	۱/۱۵۰	۰/۲۵۱
امید به آینده	۱	انگیزه پرستش و سازگاری	۰/۱۰۶	۰/۰۴۰	۲/۶۵۴	۰/۰۰۹
	۲	انگیزه پرستش و سازگاری سلامت روان	۰/۰۸۴	۰/۰۳۷	۲/۲۵۲	۰/۰۲۵
	۳	انگیزه پرستش و سازگاری بهزیستی وجودی	۰/۱۱۸	۰/۰۳۸	۳/۰۹۸	۰/۰۰۲
	۴	انگیزه پرستش و سازگاری سلامت روان	۰/۰۸۱	۰/۰۲۱	۱/۱۵۰	۰/۲۵۱

$$P \leq 0/05$$

یافته های جدول شماره ۳ حاکی از آن است که ضریب بتا (با توجه به گام سوم) به ازای یک واحد افزایش در انگیزه پرستش و سازگاری، امید به آینده کارکنان را ۰/۱۵۳ واحد، به ازای یک واحد افزایش در سلامت روان، امید به آینده کارکنان را ۰/۰۸۱ واحد و به ازای یک واحد افزایش در بهزیستی وجودی میزان امید به آینده را ۰/۱۹۵ واحد افزایش می دهد. همانطور که از یافته های جدول فوق برمی آید در گام چهارم با حذف سلامت روان، ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در انگیزه پرستش و سازگاری، میزان امید به آینده را ۰/۱۵۹ واحد و به ازای یک واحد افزایش در بهزیستی وجودی، امید به آینده کارکنان را ۰/۲۱۹ واحد افزایش می دهد که در مقایسه با گام سوم، نتایج گام چهارم برای پیش بینی میزان امید به آینده کارکنان بالاتر است.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش دو سؤال اساسی مورد بررسی قرار گرفت: اولاً؛ آیا بین مولفه های مذهبی / معنوی، سلامت روان و امید به آینده در بین کارکنان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؟ و دوم اینکه کدامیک از مولفه های مذهبی / معنوی و سلامت روان قادر به پیش بینی امید به آینده در بین کارکنان می باشد؟ نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها درارتباط با سؤال اول پژوهش نشان داد که بین امید به آینده با بهزیستی وجودی و انگیزه پرستش و سازگاری بیشترین رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج بعضی از مطالعات پیشین همخوان است^(۲۱،۱۷). با توجه به اینکه بهزیستی وجودی یک عنصر روانی است و نشانه احساس فرد از این است که کیست، چه کاری را و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد و او را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می دهد، در نتیجه احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی را به تبع آن در وی به وجود می آورد. بنابراین وجود رابطه مثبت و قوی بین این نوع بهزیستی و امید به آینده تا حد زیادی منطقی و قابل انتظار است و چنانچه

امیدواری یکی از پیامدهای سلامت عمومی و روانی انسان و اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی در نظر گرفته شود، می توان اذعان کرد که انگیزه پرستش خداوند و سازگاری با آنچه خواست معبود تبارک و تعالی است ارتباطی بنیادی است آنگونه که خداوند نیز در قرآن مومنان را که شاخص های پرستش و سلامت را دارا هستند، امیدوار معرفی می کند^(۲۹). عدم وجود رابطه بین امید به آینده با تعالی معنوی، حمایت مذهبی و اعمال و نگرش مذهبی با یافته های بعضی از پژوهش ها ناهمخوان بود^(۲، ۱۵۰). این ناهمخوانی از دو منظر قابل بررسی است: اول از بعد تفاوت در نوع مطالعه و اینکه در مطالعات قبلی هر سه متغیر همزمان مورد بررسی قرار نگرفته است و دوم به لحاظ تفاوت های فرهنگی و مذهبی و نوع شعائر و آداب و مناسک خاص مذهبی در نظام اسلامی می توان چنین تفاوت هایی را محتمل دانست. از طرفی رابطه مثبت بین سلامت روان با تمامی مولفه های مذهبی / معنوی موید همخوانی این نتایج با یافته های پژوهش های قبلی بود که این یافته از یک طرف موید درک ماهیت توحید، گذشته از روش های دینداری در جوامع مختلف است، و از طرف دیگر سلامت ساز بودن اتکاء به خداوند و روش هایی است که او در قالب مذهب توصیه نموده است. از طرف دیگر اتکاء به معنویت بعنوان یک سازه مثبت آرامش بخش و خشنودکننده است و کاملاً روشن است که تاکید بر معنویت به سلامت عمومی انسان کمک خواهد کرد^(۸، ۱۷). اعتقاد به وجود حمایت می تواند به اندازه خود حمایت در زندگی انسان موثر باشد خصوصاً زمانی که این حمایت به یک قدرت لایزال مربوط باشد، می تواند حمایت کننده بسیار قدرتمندی باشد و سلامت روانی انسان را تضمین نماید^(۱۰). زیربنای پرستش و سازگاری با آنچه این قدرت لایزال برآنست و حتی آنچه بعنوان اعمال و مناسک مذهبی توسط افراد انجام می شود در مسیری حرکت می کند که ریشه در سالم نگاهداری جسم و روان و توکل بر منبع بی کران الهی در امور دارد

را می دهد و اعتماد را در وی دوچندان می کند. در قرآن کریم آمده است مومنان زندگی خویش را سرشار از معنا می دانند و به لطف و کرم الهی امید بسیار زیادی دارند. از یافته های این پژوهش چنین استنباط می شود که تعلیم و باورهای دینی قادر هستند افراد را به سوی کمال و رشد و در نتیجه سلامت روان هدایت کنند. ایمان به خدا یا ادراک جنبه های توحیدی چنان توانی را در فرد ایجاد می کند که زمینه های بروز عوامل تنش زا را که سلامت روان او را به خطر می اندازند در او از بین خواهد برد و زمینه رشد امیدواری را در فرد موجب خواهد شد.

بیمارستانها که با رویکرد خدمات درمانی در جامعه فعالیت می کنند، اخلاق مداری را از اصول پایه ی خود قلمداد می کنند و به دنبال آن هستند که با تقویت ابعاد مذهبی و معنوی، با تأکید بر حفظ سلامت روانی نیروی انسانی، امید به آینده را در کارکنان خویش تثبیت کنند. به عبارت دیگر، در صورتی که کارکنان درک مثبتی از مؤلفه های شناختی و گرایشهای اعتقادی و مذهبی در سازمان داشته باشند، می توانند به آینده امیدوار باشند، مدت بیشتری را در سازمان بگذرانند و تعهد بالایی را نسبت به انجام وظایف خود بروز دهند^(۳۰).

با توجه به یافته ها می توان دریافت که رفتارها و باورهای مذهبی، تأثیر مشخصی در معنادار کردن زندگی کارکنان در بیمارستان دارند. همچنین این باورها در پذیرش مسئولیت ها، اجرای رویه ها و تصمیمات سازمانی، برخورد ها و روابط انسانی نقش اساسی دارد. کارکنانی که آثار سودمند سازه های مثبت (مثل خوش بینی و امید به زندگی) را بر سلامت جسمانی و روانی خویش احساس کرده اند رضایت مندر و متعهدانه تر در سازمان کار می کنند، و تا زمان بازنشستگی مصمم به خدمت به مردم باقی می مانند. بدین ترتیب رضایت مشتریان بیمارستانها و افزایش روحیه کارکنان در محل کار تضمین می گردد و تعالی و بالندگی سازمانی میسر خواهد شد. گرچه یافته های این پژوهش خلاء دانش موجود در

بخصوص فعالیت های شغلی که خود نیز زیربنایی معنوی و یاری رسان داراست و رضایت خداوند از اهم انگیزه های این مشاغل می باشد. بنابراین بدست آمدن رابطه مثبت و معنادار بسیار بالا بین سلامت روان و حمایت مذهبی علاوه بر تایید مبانی نظری، بیانگر این آیه قرآن است؛ که آنانکه به ریسمان الهی چنگ زنند و حمایت و پشتیبانی خدا را طلب کنند از معصمین هستند (عصموا) بحبل الله جميعاً ولا تفرقوا). یافته های مربوط به سؤال دوم پژوهش نیز موید آن بود که تاثیر مولفه های مذهبی/معنوی و سلامت روان بر امید به آینده کارکنان ۱۰ درصد بوده است که البته در گام چهارم رگرسیون گام به گام متغیر سلامت روان به دلیل حضور بهزیستی وجودی و با توجه به توان بالای پیش بینی این متغیر از مدل خارج شد و در نهایت بهزیستی وجودی و انگیزه پرستش توانستند ۹ درصد از واریانس امید به آینده کارکنان را تبیین کنند. با توجه به اینکه هر دو متغیر بهزیستی وجودی و انگیزه پرستش و سازگاری جدید بوده و برای اولین بار در این مطالعه به عنوان متغیر پیش بین مورد استفاده قرار گرفته اند، امکان مقایسه با تحقیقات گذشته ناممکن می نماید، اما در یک سطح نظری این نتایج گویای این مطلب است که انسان های امیدوار، انگیزه پرستش بالایی دارند و حتی در هنگام پرستش نیز در قالب عبارات این امید به آینده را ابراز می دارند. در این رابطه یافته های پژوهش واحدی و غنی زاده نیز که روابط بین انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روان شناختی دانشجویان را بررسی می نمود در یک سطح کلی همخوان با نتایج پژوهش حاضر است. Pinaar دریافتند که گرایش و اعتقاد به مذهب و عدم لذت گرایی با بهزیستی در ارتباط است از طرفی Van Dierendonck Mohan & اظهار داشته اند که بهزیستی معنوی بطور کلی بر منبع درونی متمرکز بوده و آن شامل؛ آگاهی فردی از درون خویش و احساس عمیق معنویت است^(۲۹). چنین منبعی به فرد حس معناداری و قدرت در برابر مشکلات

آن استنتاج علت و معلولی بعمل نیاید. همچنین پیشنهاد می‌گردد که یک سیستم مناسب برای اندازه‌گیری میزان سلامت روان و امید به آینده طراحی و توسط مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران بیمارستان‌های دولتی اجرا گردد تا وضعیت روزانه، ماهانه و سالیانه‌ی سازمان به لحاظ مبانی مذکور پایش و نقاط ضعف آن در قالب یک برنامه‌ی استراتژیک مرتفع گردد. علاوه بر این پیشنهاد می‌گردد مسئولان این بیمارستان‌ها تلاش خود را بر تقویت ادراک کارکنان از جایگاه‌شان در نظام هستی، سازمان و ارزشمندی آنها برای سازمان که منجر به تعهد و رضایت بیشتر و ترک خدمت کمتر می‌شود، متمرکز نمایند.

تقدیر و تشکر

به این وسیله از دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) بابت حمایت مالی و گرانت‌اهدایی این طرح مصوب و همچنین تمامی عزیزانی که در این مطالعه شرکت نموده و زحمت پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش را بر خود هموار کردند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

رابطه با متغیرهای مربوطه را در جامعه کارکنان بیمارستانی تا حدی پر کرده است اما لازم است در کاربرد نتایج این مطالعه به گروه‌های دیگر و نمونه‌های فرهنگی دیگر جانب احتیاط رعایت گردد. همچنین با توجه به رابطه ابعاد مذهبی معنوی با سلامت روان پیشنهاد می‌گردد در سازمان‌های بهداشتی-درمانی مناسک عبادی جمعی باشکوه‌تر برگزار شود و مسئولین بخش‌ها با عنایت به عوامل انگیزاننده غیر مادی زمینه حضور همکاران را فراهم نمایند. همچنین علاوه بر تاکید بر ظواهر مذهبی، توصیه می‌شود بر شعائر و رفتارهایی تاکید شود که هدفمندی، معناداری، اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی را بهبود می‌بخشد (مثلا کمک کردن بی قید و شرط به هم‌نوع و همکاران در محیط کار)، بعلاوه در این راستا برگزاری دوره‌های آموزشی که تعمیق دهنده الگوهای فکری و رفتاری معطوف به معنویت و سلامت روان کارکنان باشد توصیه می‌گردد. با توجه به اینکه مطالعه حاضر در مورد کارکنان بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز انجام گرفت توصیه می‌گردد در تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها و سازمان‌ها و کارکنان بیمارستان‌ها در شهرهای دیگر جانب احتیاط در نظر گرفته شود. از طرفی بدلیل آنکه نوع مطالعه همبستگی بوده است از یافته‌های

فهرست منابع

- 1- Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, Medefindt J, et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *Int J Nurs Terminologie Classification*. 2003;14(4):113-24.
- 2- Ealati A, Abonajmi M. Study of mental health of Urmia University of Medical Sciences' hospitals staff. MSc Unpublished Thesis. Urmia: Urmia University of Medical Sciences, 2006. Persian
- 3- Hills J, Paice JA, Cameron JR, Shott S. Spirituality and distress in palliative care consultation. *J Palliat Med*. 2005 Aug;8(4):782-8.
- 4- Yang KP, Mao XY. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(6):999-1010.
- 5- Khodapanahi MK, Khaksar Beldachi MA. [The relationship between religious orientation and psychological adjustment in students]. *J Psychol*, 2005; 9(3): 310-320. persian
- 6- Rajaei AR. Religious Cognitive-Emotional Therapy (RCET). The 5th congress for psychotherapy, Beijing, China, *Iran J Psychiatry*, 2010; 5:81-87. Persian..
- 7- Haber JR, Jacob T, Spangler DJC. Dimensions of religion/spirituality and relevance to health research. *Int J Psychol Relig*. 2007;17(4):265-88.
- 8- Flannelly KJ, Galek K. Religion, evolution, and mental health: attachment theory and ETAS theory. *J Relig Health*. 2010 Sep;49(3):337-50.

- 9- Cohen D, Yoon DP, Johnstone B. Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices, and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *Int J Psychol Relig*. 2009;19(2):121-38.
- 10- Bahrami Ehsan H, Anahita T. [Dimensions of the relationship between religious orientation and mental health and assess of religious orientation scale]. *J Psychol Educ Sci*, 2004; 34(2): 41-63. Persian.
- 11- Cohen AB, Hall DE. Existential beliefs, social satisfaction, and well-being among Catholic, Jewish, and Protestant older adults. *Int J Psychol Relig*. 2009;19(1):39-54.
- 12- Krause N. Lifetime Trauma, Prayer, and Psychological Distress In Late Life. *Int J Psychol Relig*. 2009 Jan 1;19(1):55-72.
- 13- Keyes CL, Reitzes DC. The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults. *Aging Ment Health*. 2007 Jul;11(4):434-43.
- 14- Mazidi M, Ostovar S. Effects of religion and type of religious internalization on the mental health of Iranian adolescents. *Percept Mot Skills*. 2006 Aug;103(1):301-6.
- 15- Jang SJ, Johnson BR. Explaining religious effects on distress among African Americans. *J Sci Stud Relig*. 2004;43(2):239-60.
- 16- Doolittle BR, Farrell M. The association between spirituality and depression in an urban clinic. *Prim Care Companion J Clin Psychiatr*. 2004;6(3):114.
- 17- Bonab BG. Relation between mental health and spirituality in Tehran University student. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;5:887-91.
- 18- Miller L, Kelly BS. Relationship of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology in RF paloutzian and CL park (Eds). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, New York: The Guilford press, 2005.
- 19- Snyder CR. Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *J Couns Dev*. 1995;73(3):355-60.
- 20- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *optimism and pessimism*. Washington, Dc: American Psychological Association, 2001; 189-216.
- 21- Snyder CR. *Handbook of hope: theory, measures and applications*. San Diego: Academic Press, 2000.
- 22- Snyder C, Feldman D, Shorey H, Rand K. Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory. *J Pers Soc Psychol*. 2002;65:1061-70.
- 23- Hazar Jaribi J, Astin Afshan P. [Affecting Factors on social vitality (with emphasis on Tehran province)]. *Applied Soc*, 2009; 33(3): 119-146. Persian.
- 24- Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research methods in education*. 5th ed, London: Routledge Falmer, 2000.
- 25- Goldberg DP & Williams P. *A user's guide to the General Health Questionnaire*. 2nd ed. Windsor, Berks. : NFER-Nelson, 1988.
- 26- Ebadi M, Harirchi AM, Shariati M, Garmarudy GR, Fateh A and Montazeri A. [The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version]. *Quarterly Monitoring .Payesh*, 2002; 1(3):39-46. Persian.
- 27- Bijari H, Ghanbari Hashem Abadi A, Aghamohammadian Sherbaf HR, Homaii Shandiz F. [Review the effectiveness of group therapy based therapeutic approach in hopes of increasing the life expectancy of women with breast cancer in Mashhad]. *School Psychol Educ Sci Ferdowsi Uni Mashhad*, 2009; 10(1): 171-184. Persian.
- 28- Sajjadian E, Nadi MA. [Understanding the relationship between mental health and hope to future between employees in an industrial factory]. *Biennial conference Industrial/ Organizational Psychology*, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch Iran, 2010. Persian .
- 29- Vahedi S, Ghanizadeh S. [Path analysis model of the relationship between intrinsic religious motivation, prayers, spiritual well-being and quality of life and psychological well-being of students]. *J Research Psychol Health*, 2009; 9(2): 25-42. Persian.
- 30- Nadi MA, Hazeghy F. [Structural Equation Modeling of the Relationship between the Intention to Quit and Ethical Climate, Job Satisfaction, and Organizational Commitment among the Staff of Shiraz Private Hospitals]. *Health Inf Manag*, 2011; 8(5): 708. Persian.

Relationship between Religious / Spiritual Components, Mental Health and Hope for the Future in Hospital Staff of Shiraz Public Hospitals

Gahremani¹ N. MSc *Nadi² MA. PhD.

Abstract

Background & Aims: Spirituality and its components due to their effect on psychological constructs and their potential influence on organizational performance have been the researchers' concerns in recent years. This study aims to determine the relationship between the religious / spiritual components with mental health and hope for the future in hospital staff.

Material & Methods: It was a cross-sectional study. The study population were public hospitals' staff of Shiraz University of Medical Sciences (n=4000) from whom 250 were recruited by simple random sampling during 2010. Data was collected by three questionnaires including hope for the future, mental health and components of religion / spirituality (including existential well-being, motivation, devotion & coping, spiritual transcendence, religious support, religious attitudes & practices) and analyzed by Pearson Correlation and Stepwise regression using SPSS-PC (v. 18).

Results: There were significant relationships between Existential Well-Being and Hope for the Future, Motivation, Devotion & Coping and Hope for the Future, and Mental Health and Hope for the Future ($P<0/01$). Also, all religious / spiritual components had significant correlations with mental health ($P<0/01$). Stepwise regression analysis showed that there are significant relationships between hope for the future and Motivation, Devotion and Coping with variance of 5% in the first step; between hope for the future Motivation, Devotion and Coping with Mental Health with variance of 6/4% in the second step, between hope for the future and Motivation, Devotion and Coping with Mental Health and Existential Well-Being with variance of 9/1% in the third step; and between hope for the future and the combination of Motivation, Devotion and Coping and Existential Well-Being with variance of 8/9% in the fourth step.

Conclusion: The findings indicated that Motivation, Devotion and Coping, and Existential Well-Being were respectively the most important religious-spiritual components which along with mental health affect hope for the future in the hospital staff.

Key words: Religion, Spirituality, Mental Health, Hope for the Future, Hospital Staff

Received: 16 Oct 2012

Accepted: 25 Dec 2012

¹ - Master degree In Organizational / Industrial Psychology, Member of Young Researchers' Club- Islamic Azad University, Arsanjan Branch, Arsanjan, Iran.

² - Assistant professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran (*Corresponding author). Tel: 09171320106 Email: mnadi@khuisf.ac.ir