

Empathy and spiritual health in nurses predicts their general health: A cross-sectional study

Mohamad Saber Gerami¹, Maryam Ebrahimpour^{1*}, Saba Tutunchian¹

¹Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 13 Dec 2023

Accepted: 18 Feb 2024

ePublished: 2 Apr 2024

Keywords:

- Empathy
- Spiritual health
- Nurses
- General health

Abstract

Background. The Aim of this study was to investigate predictability of general health based on the level of spiritual health and empathy in nurses. Different dimensions of health have an interactive relationship with one another. In recent years an explosion of studies emphasizes on spiritual health. A nurse's relationship with spiritual dimension of Him/herself has grave impact on the quality of care he/she provides. Empathy reduces nurses job burnout and at the same time reduces patient's distress. We aimed to determine their roles in general health.

Methods. The descriptive research method was correlation type. The research sample included 175 nurses of Tabriz city, Iran, in 2023 and it was carried out by a convenience sampling method. Data were collected through General health questionnaire (GHQ), Spiritual well-being scale (SWBS) and Davis empathy scale. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and enter regression.

Results. The findings of the research show that there is a significant relationship between empathy and General health of nurses. We also found a significant relationship between spiritual health and general health. Existential health to some extent can predict general health better than spiritual health. In empathy and general health female nurses had higher score than males.

Conclusion. This study focused on empathy and spiritual health and their effect on general health. According to the finding of this study general health are predicted based on Spiritual health and empathy. This means that the more empathy and spiritual health the nurses have, the lower is the level of their physical symptoms, anxiety, depression and social dysfunction.

Practical Implications. The finding of this study can be applied for prevention of job burnout in nurses. Due to nature of spiritual health that can be learned we can teach nurses to cultivate their spiritual health and monitor their job burnout via empathy. Hence it could be used in teaching empathy to nurses and improve their academic curriculum.

How to cite this article: Gerami M S, EbrahimpourM, Tutunchian S. Empathy and spiritual health in nurses predicts their general health: A cross-sectional study. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2024;2(1):29-42 . doi: 10.34172/srhs.2024.003. (Persian)

Extended Abstract

Background

WHO defines Health as complete physical, psychological, social and spiritual well-being and not just absence of illness or disability. This definition introduces four dimensions of Health: physical, psychological, social and spiritual. Determining factors of health, are spectrums of individual, social,

economic and environmental factors that influence on one's health in society. These factors include variables in nexus of Social and economic (e g, social support network, health care service, education, income and social status), physical environment (Like place of living, Working ...), individual Characteristics (e g, Genetic, Gender) and Individual

* Corresponding author; Email: maryamebrahimpour86@gmail.com

2024 ©The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

behaviors. Different Aspects of health have interactive effect on one another. Physical problems affect mental and psychological dimension, psychological dimension can have effect of physical health, both of them can affect Society and social problems can have impact on physical and psychological health. Given the fact that health and Quality of life in health care Providers and in particularly nurses has grave effect on fortitude and effectiveness of a Health care system, the amount of attention given to this subject is not merited. Thus, it is important to identify the factors predicting nurse's health. Due to shortage of research on this area this study aims to identify factors that predict general health based of Psychological and Spiritual factors.

Method

The design of this study was Correlation design. Statistical population of this study were nurses of Private and public hospitals of city of Tabriz in Iran. Using Convenience Sampling we studied 175 nurses. Participants were asked to fill 3 questionnaires: General health questionnaire (GHQ), Spiritual well-being scale (SWBS) and Davis empathy scale. The data was analyzed using correlation and Enter regression analysis.

Results

This study focused on empathy and spiritual health and their effect on general health. According to the finding of this study general health are predicted based on Spiritual health and empathy This means that the more empathy and spiritual health the nurses have, the lower is the level of their physical symptoms, anxiety, depression and social dysfunction.

Conclusion

The results of this research can be used in in-service training for nurses and in developing a curriculum for nursing students. Empathy, emotional intelligence and problem-solving ability are three important characteristics that impact effective relationship development in clinical setting. Studies show that the more spiritual health has increased in nurses, the more they can provide a better care for

their patients. Spiritual health can be cultivated through education and leaning but the cultivation level defers from person to person. One reason for this is individual's sex. Previous studies show that spiritual health in nurses can be predicted very well via variables like meaning in life, spiritual well-being, and Existential well-being. Also, it can be concluded that variables like meaning in life, spiritual well-being and existential well-being have paramount role in preserving mental health in nurses.

Practical Implications

Considering Nurses being the largest group among health care providers in Iran, the level of care they provide, has a direct effect on effectiveness of health care system. This profession due to the nature of it, is constantly exposed to stress causing factors like excess workload, long hours of work shifts, death of patients. After a while job stress may cause job burnout and then decreasing physical and emotional stamina that may lead to maladaptive responses of individual to him/herself and others. With nurse's health being in jeopardy, it is very clear that this may lead to decline in quality of their lives, counterproductive relationship with patients and their families and a decrease in their general function level. Hence, identifying the factors that reducing or cultivating general health of nurses should be a priority for health care system. With result of this study being in line with these statements, findings demonstrated that two variables of empathy and spiritual health can have a role in cultivating general health of nurses. Finding of this can be used in assessment of Professional knowledge and skill and attitude of nurses. With female nurses being in better condition from aspect of general health, a more sensitive health care system to sex differences in required to boost the level of care provided for patients and their families. With regarding to the fact that longitudinal studies provide more exact and deeper knowledge than cross-sectional designs, using cross-sectional design in this study can be one the limitations of our work. Another limitation is lack of causal relationship in correlational studies. Correlational study only determines relationship of variables. We strongly suggest that health

psychologist among other researchers, try to repeat this study in other parts of Iran and in other cultures, for reaching a robust finding in this regard. We recommend that they do so with respect to other

variables that increase or decrease general health in nurses like personality variables. Also using more sophisticated statistical approaches in larger population are recommended.

پیش بینی سلامت عمومی پرستاران بر اساس سلامت معنوی و همدلی آن‌ها

محمد صابر گرامی^۱، مریم ابراهیم پور^{۱*}، صبا توتونچیان^۱

^۱مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۹/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۹

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱/۱۴

کلیدواژه‌ها:

- همدلی
- سلامت معنوی
- پرستاران
- سلامت عمومی

چکیده

زمینه. هدف این مطالعه بررسی رابطه‌ی میان همدلی و سلامت معنوی با سلامت عمومی پرستاران بود. ابعاد مختلف سلامت بر یکدیگر اثر دارند و تحت تأثیر یکدیگر هستند. در سال‌های اخیر حجم عمده‌ای از تحقیقات سعی در شناسایی سلامت معنوی و تأثیرات آن بر دیگر ابعاد سلامت داشته‌اند. ارتباط سلامت پرستاران با بعد معنوی‌شان بر کیفیت خدماتی که ارائه می‌دهند، بسیار تأثیر دارد و همدلی رنج بیماران را کاهش و فرسودگی شغلی پرستاران را کم می‌کند. این دو مؤلفه در سلامت پرستاران نقش کلیدی دارند و ما بر آن شدیم تا سهم آن‌ها را مشخص کنیم.

روش کار. پژوهش حاضر در قالب طرح همبستگی اجرا شده است. ۱۷۵ پرستار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg و Hiller، پرسشنامه سلامت معنوی Ellison و Paloutzian و پرسشنامه همدلی Davis استفاده شده است.

یافته‌ها. در همدلی، پرستاران زن، نسبت به پرستاران مرد نمرات بالاتری کسب کرده‌اند. پرستاران زن در سلامت معنوی کل نمرات بالاتری را کسب کرده‌اند و حال آنکه پرستاران مرد در سلامت وجودی نمره‌ی بالاتری نسبت به همکاران زن خود کسب کرده‌اند. سلامت وجودی تا اندازه‌ای بهتر از سلامت معنوی می‌تواند تعیین‌گر نمرات سلامت عمومی باشد، با این حال هر دو به خوبی می‌توانند پراکندگی سلامت عمومی را تبیین نمایند. ابعاد همدلی نیز به خوبی می‌تواند سلامت عمومی را پیش‌بینی کند.

نتیجه‌گیری. با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه مشخص شد که سلامت عمومی پرستاران از طریق دو مؤلفه همدلی و سلامت معنوی قابل پیش‌بینی است، بدین معنا که هر چه پرستاران از همدلی و سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند، میزان علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی در آن‌ها پایین‌تر است. همچنین میزان تأثیرگذاری آن‌ها تحت تأثیر متغیر جنسیت قرار دارد.

پایامدهای عملی. زنان توانایی بالایی در درک حالات هیجانی و رفتاری افراد دارند که موجب تسهیل در برقراری ارتباط مؤثر آن‌ها با سایرین شده است که بدین‌وسیله می‌توان از تفاوت‌های جنسیتی جهت آموزش همدلی به پرستاران استفاده کرد.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را بهزیستی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه صرفاً نبود بیماری و ناتوانی تعریف می‌کند.^۱ این تعریف چهار بعد سلامت را مشخص می‌کند: بعد جسمانی، بعد روانی، بعد اجتماعی و بعد معنوی. عوامل تعیین‌کننده سلامت، طیفی از عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی هستند که بر سلامت افراد جامعه تأثیر می‌گذارند. این عوامل شامل متغیرهای مربوط به محیط اجتماعی و اقتصادی (مانند شبکه‌های حمایت اجتماعی، خدمات بهداشتی، تحصیل، درآمد و موقعیت اجتماعی)، محیط فیزیکی (مانند محیط زندگی و محل کار)، ویژگی‌های فردی (مانند ژنتیک و جنسیت) و رفتارهای فردی می‌شوند.^۲ باید توجه داشت که ابعاد مختلف

سلامت یا بیماری بر یکدیگر اثر دارند و تحت تأثیر یکدیگر هستند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او، مشکلات مربوط به این دو بعد بر جامعه و در نهایت اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد سلامتی تأثیر می‌گذارند.^۳ امروزه توجه به بعد معنوی سلامت در بسیاری از تعاریف ارائه شده برای سلامتی مدنظر قرار گرفته است و پیشنهادهایی برای گنجاندن سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامتی در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت ارائه شده است.^۴ پژوهشگران در تلاش برای شناخت گسترده‌تر معنویت، ادبیات و منابع غیردینی مربوط به معنویت را مطالعه کرده و دریافتند که معنویت شامل نه ویژگی اساسی است: بعد روحانی یا فرا مادی،

* نویسنده مسؤول: ایمیل: maryamebrahimpour86@gmail.com

حق تالیف برای مولفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز 4.0 CC BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

به عنوان بزرگ‌ترین اعضای گروه مراقبت‌های بهداشتی که زمان بیشتری را نسبت به سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با بیماران خود می‌گذرانند، باید نیازهای معنوی بیماران را به عنوان یکی از حوزه‌های مراقبت پرستاری بشناسند.^{۱۸} برخی از مطالعات نشان داده‌اند که نحوه ارتباط پرستاران با بعد معنوی خودشان عامل مهمی در کیفیت مراقبت معنوی آن‌ها از بیماران است.^{۱۹} بنابراین اهمیت توانایی پرستاران در درک بعد معنوی خودشان قبل از ارزیابی نیازهای معنوی دیگران باید مورد تأکید قرار گیرد.^{۲۰} یکی از مفاهیم مهم در بین اعضای گروه مراقبت‌های بهداشتی که در ارتباط نزدیک با سلامت معنوی قرار می‌گیرد، همدلی (empathy) است.^{۲۱}

همدلی عملی متشکل از ادراک، فهم، تجربه و پاسخ به وضعیت هیجانی و ایده‌های شخص دیگر است.^{۲۲} همدلی سازه‌ای چندبعدی شامل اتخاذ دیدگاه دیگران (دیدن امور از دید دیگران)، توجه همدلانه (احساس‌های گرمی، دلسوزی و اهمیت دادن به دیگران)، تخیل (هم هویت شدن با شخص دیگر) و پریشانی شخصی (اضطراب و ناراحتی ناشی از مشاهده تجربه منفی فرد دیگری) است.^{۲۳} همدلی مؤثرترین مؤلفه ارتباط خوب بین بیمار و مراقبان سلامت است که نقش بسیار مهمی در روند درمان بیمار دارد.^{۲۴} درواقع، همدلی راهی سریع برای ارتباط با بیماران فراهم می‌کند و علاوه بر این، کیفیت رابطه را بهبود می‌بخشد. درک همدلانه هسته تعامل بین تیم پزشکی و بیماران را تشکیل می‌دهد. همدلی با بیمار به معنای توانایی درک شرایط و احساسات بیمار برای ارائه مراقبت مؤثر و با کیفیت است.^{۲۵} یکی از تعاریف رایج پذیرفته شده همدلی در بافت مراقبت‌های بهداشتی به این صورت است: همدلی یک ویژگی شناختی است که فرد را قادر به درک تجربیات و افکار بیمار می‌کند.^{۲۶} همدلی این احساس را در بیمار ایجاد می‌کند که پزشک قادر به درک دنیای ذهنی بیمار است.^{۲۵} علاوه بر این همدلی بخش مهمی از اتحاد درمانی با بیمار است که به تشخیص و درمان بهتر کمک می‌کند و همچنین رضایت بیمار را به ارمغان می‌آورد.^{۲۷} تحقیقات خبر از آن می‌دهند که همدلی، رنج هیجانی بیماران را کاهش و باعث ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود و به‌طور کلی نتایج بالینی درمان را بهبود می‌بخشد.^{۲۸} از آنجایی که همدلی یک عنصر مهم است که در کار خدمات سلامت بسیار با آن درگیر هستیم، مهم است که این توانایی در میان دانشجویان رشته‌های درمانی و سلامت مثل پرستاری سنجیده شود و شرایط کاری و تحصیلی آن‌ها در تحقیقات لحاظ شود.^{۲۹} به عقیده‌ی صاحب‌نظران، نظام‌های سلامت خوب و کارا، در آینده نیز همچنان وابسته به دو عامل

معنا و هدف در زندگی، داشتن رسالت در زندگی، تقدس زندگی، نوع‌دوستی، اهمیت ندادن به ارزش‌های مادی، ایده‌آل‌سیم یا آرمان‌گرایی، آگاهی از تراژدی (درد، مصیبت و مرگ قسمتی از زندگی هستند و به آن رنگ و روح می‌بخشند)، معنویت (معنوی بودن واقعی موجب تغییر همه جنبه‌های بودن و نحوه زیستن می‌شود).^{۳۰} در واقع سلامت معنوی به صورت سازه‌ای چندوجهی تعریف می‌شود که به نیاز انسان به تعالی اشاره دارد. این سازه در این معنا، رابطه با خود، دیگران، طبیعت، هنر؛ حس معنا و هدف در زندگی؛ آرامش درونی و هماهنگی؛ حس تعلق و پیوستگی وجودی را در برمی‌گیرد.^{۳۱-۳۲} سلامت معنوی در ارتباط نزدیک با نیازهای معنوی قرار می‌گیرد که به نیاز به یافتن معنا و ارزش در زندگی، آرامش و ارتباط اشاره دارد.^{۳۳} سلامت معنوی دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی منعکس‌کننده ارتباط با خدا یا یک قدرت بی‌نهایت و سلامت وجودی مطرح‌کننده ارتباط ما با دیگران، محیط و ارتباط درونی ما است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست.^{۳۴} سلامت معنوی تأثیرات مثبت قابل‌توجهی در مقابله کردن فرد با مشکلات روانی-اجتماعی ازجمله استرس، ترس و اضطراب دارد.^{۳۵} سلامت معنوی همچنین در مقابله کردن با بیماری^{۳۶} و افزایش بهزیستی روانی^{۳۷} نقش مثبتی دارد. یافته‌ای که در چندین مطالعه تکرار شده است حاکی از این است که سلامت معنوی و سلامت جسمانی بر عزت‌نفس افراد تأثیر می‌گذارند و افراد را قادر می‌سازند از طریق روابط مثبتی که می‌توانند با اطرافیان خود برقرار کنند، دیدگاه مثبتی نسبت به زندگی داشته باشند.^{۳۸، ۳۹} در پژوهشی که در سال ۲۰۰۰ توسط رایموند انجام شد، ۴ مکانیسم کلی که از طریق آن‌ها سلامت معنوی بر سلامت کلی فرد تأثیر می‌گذارد؛ مشخص شده است: ۱- رفتارهای بهداشتی، ۲- وضعیت روان‌شناختی، ۳- مکانیسم‌های مقابله‌ای و ۴- حمایت اجتماعی. بیشتر این مکانیسم به‌جای اینکه جداگانه عمل کنند، ممکن است به‌طور هم‌زمان عمل کنند و همپوشانی داشته باشند.^{۴۰} این بعد معنویت و مفاهیم مرتبط با آن، بهزیستی معنوی و سلامت معنوی در طول تاریخ برای همه حرفه‌ها بالاخص حرفه پرستاری مهم بوده است.^{۴۱} با توجه به اینکه سیستم مراقبت‌های بهداشتی به‌طور فزاینده‌ای پیچیده می‌شود، یک پیش‌نیاز حرفه‌ای برای پرستاران وجود دارد تا شایستگی خود را در ارائه مراقبت معنوی، ارزیابی و برآوردن نیازهای معنوی بیماران خود بهبود بخشند. مراقبت معنوی به عنوان مراقبتی که پرستاران برای رفع نیازهای معنوی و/یا مشکلات بیماران ارائه می‌دهند، تعریف می‌شود.^{۴۲} پرستاران

ضرورت‌های بیان‌شده، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس میزان سلامت معنوی و همدلی در پرستاران شهر تبریز انجام گرفته است. این پژوهش درصدد پاسخ به این سؤال است که سلامت معنوی و همدلی پرستاران چه رابطه‌ای با سلامت عمومی آن‌ها دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ هدف بنیادی و در قالب طرح همبستگی اجرا شده است. جامعه آماری این تحقیق شامل پرستاران بیمارستان‌های خصوصی و دولتی شهر تبریز بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. حجم نمونه این پژوهش ۱۷۵ نفر بود. در این پژوهش تحلیل داده‌ها با استفاده از روش همبستگی و تحلیل رگرسیون هم‌زمان به کمک نرم‌افزار SPSS صورت گرفته است. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی Goldberger و Hiller، پرسشنامه سلامت معنوی Paloutzian و Ellison و پرسشنامه همدلی Davis استفاده شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه توسط Goldberger در سال ۱۹۷۲ ابداع شد و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بود.^{۴۲} فرم ۲۸ سالی پرسشنامه سلامت عمومی توسط Goldberger و Hiller در سال ۱۹۷۹ تدوین و سؤال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سوالی اولیه استخراج گردید که دربرگیرنده ۴ خرد مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید بود و ۱۰ مشکل روان‌شناختی را در برمی‌گرفت.^{۴۲، ۴۳} این پرسشنامه به ۳۸ زبان ترجمه و به طور وسیع در فرهنگ‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است، به طوری که از آن در مطالعات روان‌سنجی ۷۰ کشور جهان استفاده شده است.^{۴۳} نسخه ۲۸ سوالی نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار و حساسیت است.^{۴۴} مرور مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف جهان در زمینه اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی توسط Marry و Williams در سال ۱۹۸۵، Bridges و Goldberger در ۱۹۸۶، Sriram و همکاران در ۱۹۸۹، Stansfield و همکاران در ۱۹۹۲، Aderibigbe و Gureje در ۱۹۹۲ و Goldberger و همکاران در ۱۹۹۷ دلالت بر اعتبار و روایی بالای این آزمون داشته است.^{۴۵-۴۹} با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی در ایران تاکنون توسط پالاهانگ، نصر و شاه‌محمدی در سال ۱۹۹۶ نجفی صولتی دهکردی و فروز بخش در سال ۲۰۰۰ و نوربالا و همکاران در سال

باقی خواهند ماند، طالب سلامت خوب بودن برای مردم و کادر درمانی که بتواند با بیماران ارتباط انسانی برقرار کند، شفقت ورزد، بیمار را درک کند، حتی اعضای خانواده‌شان را بشناسد و آن‌ها را چیزی بیشتر از یک "کیس" یا عدد روی برگه ببیند.^{۳۰} تحقیقات نشان داده‌اند که همدلی در برداشت بیماران از کیفیت خدمات درمانی، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.^{۳۱} علاوه بر همدلی، در مطالعه‌ای که عصاررودی و همکاران انجام داده‌اند مشخص شده است که سطوح بالای سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد، بدین گونه که سلامت معنوی ابعاد مختلف زندگی را با همدیگر هماهنگ کرده و کارکرد روانی و سازگاری را تقویت می‌کند.^{۳۲}

همچنین مطالعه Durmus و همکاران نشان داد که با افزایش سطح بهزیستی معنوی پرستاران شاغل در مراقبت‌های ویژه، میزان فرسودگی شغلی آن‌ها کاهش و کیفیت زندگی کاری آن‌ها افزایش یافت. علاوه بر این، مشخص شد که پرستارانی که آموزش مراقبت معنوی دریافت کرده‌اند نسبت به پرستارانی که آموزش ندیده‌اند، کیفیت زندگی کاری بالاتر و سطوح فرسودگی شغلی پایین‌تری دارند.^{۳۳} بر اساس مطالعات انجام شده بین همدلی پرستاران و فرسودگی شغلی آن‌ها رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد.^{۳۴-۳۶} فرسودگی در پرستاران با میزان بالای اضطراب، سردرد، افسردگی، اختلالات خواب و رفتارهایی که سلامتی فرد را به خطر می‌اندازند، در ارتباط است.^{۳۷}

با در نظر گرفتن اینکه پرستاران بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده خدمات سلامت در کشور بوده و کیفیت خدمات آن‌ها به طور مستقیم با اثربخشی سیستم‌های بهداشتی درمانی ارتباط دارد اما این حرفه به علت ماهیت خود دائماً با عوامل استرس‌زایی از جمله مرگ، بیماری، تقاضای زیاد در محل کار، فشار کاری زیاد در ارتباط است.^{۳۸} به مرور زمان استرس شغلی می‌تواند باعث فرسودگی شغلی شده و بدین ترتیب در اثر آن قوای جسمی و هیجانی فرد تحلیل رفته و به دنبال آن پاسخ‌های نامناسب فرد نسبت به خود و دیگران را در پی داشته باشد.^{۴۰} با توجه به اینکه سلامتی و کیفیت زندگی کارکنان سلامت به‌طور کلی و پرستاران به‌طور خاص، از عوامل مهم پایداری و اثربخشی سیستم بهداشتی درمانی می‌باشد، نیاز به توجه و بررسی بیشتری دارد.^{۴۱} بنابراین مهم است که بدانیم چه عواملی می‌توانند سلامت پرستاران را پیش‌بینی کنند. با توجه به اینکه تحقیقات داخلی و خارجی همخوانی که به بررسی رابطه بین سلامت با سلامت معنوی و همدلی پرستاران پرداخته باشند، محدود و انگشت شمار است، لزوم انجام چنین پژوهشی را نمایان می‌کند. بنابراین با توجه به پیشینه مطالعاتی و

میزان همدلی را در افراد مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. مؤلفه‌های این پرسشنامه عبارت است از دغدغه همدلانه، دیدگاه‌گرایی، آشفته‌گی شخصی. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بوده و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف امتیازبندی شده است.^{۲۳} پایایی پرسشنامه همدلی در پژوهش Davis با آلفای کرونباخ بالای ۷۰ درصد به‌دست آمده است.^{۲۳} همچنین روایی پرسشنامه از طریق تحلیل عوامل مطلوب بوده است.^{۲۳} در پژوهش صفاری‌نیا و ملکان ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

یافته‌ها

جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل رگرسیون همزمان) استفاده شده است که نتایج در ادامه ارائه می‌شوند. در جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به سلامت عمومی، سلامت معنوی و همدلی به تفکیک جنسیت آورده شده است. با ملاحظه جدول می‌توان دریافت که میان آزمودنی‌های مرد و زن، تفاوت جزئی در سلامت عمومی وجود دارد با این وجود زنان در همه زیرمقیاس‌های سلامت عمومی، مثل علایم جسمانی، اختلال عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی، نمرات بالاتری نسبت به مردان دارند. به استناد نتایج آزمون t پرستاران زن نسبت به پرستاران مرد در زیرمقیاس علایم جسمی ($t=2/13$)، در اختلال عملکرد اجتماعی ($t=2/78$)، در اضطراب ($t=2/10$) در افسردگی ($t=1/66$) و به طور کلی در سلامت عمومی ($t=2/16$) وضعیت بهتری دارند.

۱۹۹۹ انجام گرفته است.^{۵۰-۵۲} اقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را بر اساس سه روش باز آزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرارداد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان Middlesex ۰.۵۵ گزارش شده است.^{۵۰} این پرسشنامه همچنین از روایی مناسبی برخوردار است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسشنامه سلامت معنوی Paloutzian و Ellison: به منظور سنجش بعد سلامت معنوی در بین پرستاران از این آزمون استفاده شد. پرسشنامه سلامت معنوی Paloutzian و Ellison (SWBS) در سال ۱۹۸۲ طراحی شد. ۱۰ سؤال این پرسشنامه سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر آن سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. پاسخ این سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم (از نمره ۱ تا ۶) دسته‌بندی شده است، دامنه نمرات این پرسشنامه ۱۲۰-۲۰ است.^{۵۴} ضرایب پایایی آزمون باز آزمون این پرسشنامه در ۴ پژوهش صورت گرفته بافاصله ۱ تا ۱۰ هفته ۰/۹۳، ۰/۹۹، ۰/۹۹، ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درونی این پرسشنامه در ۷ نمونه مختلف در محدوده ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ قرار گرفت.^{۵۵} همچنین اله بخشیان و همکاران و رضایی ضریب آلفای کرونباخ ابزار را پس از ترجمه به فارسی ۰/۸۲ گزارش نموده است و روایی این پرسشنامه را از طریق روایی محتوایی مورد بررسی و تأیید قرار دادند.^{۵۶، ۵۷} در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

پرسشنامه همدلی Davis: پرسشنامه همدلی توسط Davis در سال ۱۹۸۳ معرفی شد. این پرسشنامه از ۲۱ گویه تشکیل شده است و

جدول ۱. اطلاعات توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در سلامت عمومی و همدلی به تفکیک جنسیت

متغیر	کل (تعداد= ۱۷۵)		زن (تعداد= ۱۲۱)		مرد (تعداد= ۵۱)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم جسمانی	۲/۰۶	۰/۴۷	۲/۱۳	۰/۴۶	۱/۸۹	۰/۴۴
اختلال عملکرد اجتماعی	۲/۷۵	۰/۶۱	۲/۷۸	۰/۵۸	۲/۶۹	۰/۶۸
اضطراب	۲/۰۶	۰/۶۵	۲/۱۰	۰/۶۶	۱/۹۷	۰/۶۲
افسردگی	۱/۵۸	۰/۵۹	۱/۶۶	۰/۶۴	۱/۴۰	۰/۴۳
سلامت عمومی کل	۲/۱۲	۰/۳۲	۲/۱۶	۰/۳۳	۲/۰۳	۰/۲۹
دغدغه‌ی همدلانه	۳/۸۷	۰/۶۹	۳/۹۳	۰/۶۷	۳/۷۳	۰/۷۳
دیدگاه‌گرایی	۳/۵۰	۰/۵۸	۳/۵۲	۰/۵۳	۳/۴۹	۰/۶۸
آشفته‌گی شخصی	۲/۸۴	۰/۸۳	۲/۸۵	۰/۸۰	۲/۸۲	۰/۹۱
همدلی کل	۳/۴۳	۰/۴۴	۳/۴۸	۰/۴۰	۳/۳۱	۰/۵۱
سلامت معنوی	۴/۶۴	۰/۹۵	۴/۷۱	۰/۹۲	۴/۴۷	۱
سلامت وجودی	۴/۱۱	۰/۹۳	۴/۰۷	۱	۴/۱۸	۰/۷۷
معنویت کل	۴/۳۷	۰/۸۱	۴/۳۹	۰/۸۴	۴/۳۲	۰/۷۴

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی همدلی و سلامت معنوی با سلامت عمومی

متغیرها	دغدغه همدلانه	دیدگاه گرای	آشفته‌گی شخصی	همدلی کل	اعلایم جسمانی	اضطراب	اختلال عملکرد اجتماعی	افسردگی	سلامت عمومی کل	سلامت معنوی	سلامت وجودی	سلامت معنوی کل
دغدغه همدلانه	۱											
دیدگاه گرای	۰/۲۹**	۱										
آشفته‌گی شخصی	۰/۲۰**	۰/۱۵*	۱									
همدلی کل	۰/۸۲**	۰/۵۲**	۰/۳۴**	۱								
علائم جسمانی	-۰/۰۸	-۰/۱۶*	-۰/۳۳**	۰/۰۴	۱							
اضطراب	۰/۲۸	-۰/۱۷*	-۰/۳۶**	۰/۱۲	۰/۶۱**	۱						
اختلال عملکرد اجتماعی	-۰/۰۵	-۰/۰۹	-۰/۴۵**	-۰/۰۴	-۰/۲۱**	۰/۲۲**	۱					
افسردگی	-۰/۰۷	-۰/۲۶**	-۰/۳۳**	-۰/۰۲	۰/۴۵**	۰/۶۱**	۰/۱۷*	۱				
سلامت عمومی کل	-۰/۰۲	-۰/۲۱**	-۰/۴۷**	۰/۰۷	۰/۷۴**	۰/۸۵**	۰/۴۲**	۰/۷۹**	۱			
سلامت معنوی	۰/۳۷**	۰/۱۹*	-۰/۰۲	۰/۲۸**	-۰/۰۸	-۰/۱۸*	-۰/۰۳	-۰/۲۸**	-۰/۱۴	۱		
سلامت وجودی	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۰۸	-۰/۰۳	-۰/۲۸**	-۰/۴۳**	-۰/۰۳	-۰/۰۶**	-۰/۴۵**	۰/۴۸**	۱	
سلامت معنوی کل	۰/۲۵**	۰/۱۷*	۰/۰۳	۰/۱۴	-۰/۲۱**	-۰/۳۵**	-۰/۰۰	-۰/۵۱**	-۰/۳۴**	۰/۸۶**	۰/۸۵**	۱

** یعنی همبستگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است.

* یعنی همبستگی در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار است.

مقیاس‌های خود قوی‌ترین ارتباط مثبت را با دغدغه‌ی همدلانه ($r=0/82$ و $P<0/001$) و با دیدگاه گرای ($r=0/52$ و $P<0/001$) ارتباط متوسط و با آشفته‌گی شخصی ($r=0/34$ و $P<0/001$) ارتباط ضعیف دارد. به غیر از زیر مقیاس‌های خود، شاخص همدلی کل با سلامت معنوی ($r=0/28$ و $P<0/001$) نیز ارتباط دارند.

در زیر مقیاس علایم جسمانی قوی‌ترین ارتباط مثبت به ترتیب با مقیاس سلامت عمومی کل ($r=0/74$ و $P<0/001$)، اضطراب ($r=0/61$ و $P<0/001$)، افسردگی ($r=0/45$ و $P<0/001$) و قوی‌ترین ارتباط‌های منفی را با آشفته‌گی شخصی ($r=0/33$ و $P<0/001$) و سلامت وجودی ($r=0/28$ و $P<0/001$) دارد. در زیر مقیاس اضطراب بیشترین ارتباط مثبت به ترتیب با سلامت عمومی کل ($r=0/85$ و $P<0/001$) سپس افسردگی ($r=0/61$ و $P<0/001$) و علایم جسمانی ($r=0/61$ و $P<0/001$) دارد. اضطراب همچنین قوی‌ترین ارتباط منفی را به ترتیب با سلامت وجودی ($r=-0/43$ و $P<0/001$)، آشفته‌گی شخصی ($r=-0/36$ و $P<0/001$) و سپس سلامت معنوی کل ($r=-0/35$ و $P<0/001$) دارد. زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی قوی‌ترین ارتباط مثبت را با سلامت عمومی کل ($r=0/42$ و $P<0/001$) و قوی‌ترین ارتباط منفی را با آشفته‌گی شخصی ($r=-0/45$ و $P<0/001$) دارد. زیر مقیاس افسردگی قوی‌ترین ارتباط مثبت را به ترتیب با سلامت عمومی کل ($r=0/79$ و $P<0/001$)، اضطراب ($r=0/61$ و $P<0/001$) و علایم جسمانی ($r=0/45$ و $P<0/001$) دارد. همچنین افسردگی قوی‌ترین ارتباط منفی را به

با عنایت به مستندات جدول ۱، در دغدغه‌ی همدلانه ($t=3/93$)، دیدگاه‌گرایی ($t=3/52$)، آشفته‌گی شخصی ($t=2/85$) و همدلی کل ($t=3/48$)، پرستاران زن نسبت به پرستاران مرد نمرات بالاتری کسب کرده‌اند که نشان‌دهنده‌ی همدلی بالاتر در آن‌هاست. با عنایت به جدول می‌تواند دید که پرستاران زن در سلامت معنوی کل ($t=4/39$) نمرات بالاتری را کسب کرده‌اند و علاوه بر آن در زیر مقیاس سلامت معنوی ($t=4/71$) نیز نمره‌ی بالاتری را کسب کرده‌اند حال آنکه پرستاران مرد در سلامت وجودی ($t=4/18$) نمره‌ی بالاتری نسبت به همکاران زن خود کسب کرده‌اند.

با توجه به جدول ۲، دغدغه همدلی بیشترین ارتباط را با خود مقیاس همدلی کل ($r=0/82$ و $P<0/001$) و با سلامت معنوی ($r=0/37$ و $P<0/001$) و با سلامت معنوی کل ($r=0/25$ و $P<0/001$) همبستگی کمتری دارد. دیدگاه‌گرایی بیشترین همبستگی را با همدلی کل ($r=0/52$ و $P<0/001$) دارد و کمترین همبستگی معنادار را با افسردگی ($r=-0/07$ و $P<0/001$) دارا است. آشفته‌گی شخصی بیشترین همبستگی را با همدلی کل ($r=0/34$ و $P<0/001$) و بیشترین ارتباط منفی را با مقیاس‌های سلامت عمومی مثل سلامت عمومی کلی ($r=-0/47$ و $P<0/001$)، علایم جسمانی ($r=-0/33$ و $P<0/001$)، افسردگی ($r=-0/33$ و $P<0/001$)، اضطراب ($r=-0/36$ و $P<0/001$) و اختلال در عملکرد اجتماعی ($r=-0/45$ و $P<0/001$) دارد. شاخص همدلی کل در میان زیر

($P < 0.001$ و $r = -0.43$) و علائم جسمانی ($P < 0.001$ و $r = -0.28$) مشهود است؛ و در نهایت شاخص سلامت معنوی کل قوی‌ترین ارتباط مثبت را با زیر مقیاس‌های خود، سلامت معنوی ($r = 0.86$) و سلامت وجودی ($r = 0.85$) و ($P < 0.001$) و با دغدغه همدلانه ($r = 0.25$ و $P < 0.001$) دارد. در حالیکه قوی‌ترین ارتباط منفی را به ترتیب با افسردگی ($r = -0.51$ و $P < 0.001$)، اضطراب ($r = -0.35$ و $P < 0.001$) و سلامت عمومی کل ($r = -0.34$ و $P < 0.001$) دارد.

جدول ۳ خلاصه‌ای از نتایج تحلیل رگرسیون با روش همزمان، برای پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس سلامت معنوی در پرستاران را نشان می‌دهد. از آنجا که آزمون تحلیل واریانس معنادار بود ($F = 23/32$ و $P < 0.001$) و R^2 برابر با ۰/۲۱ است، می‌توان گفت ۲۱ درصد از واریانس سلامت عمومی به طور معناداری بر اساس سلامت معنوی تبیین می‌شود. همچنین مندرجات جدول نشان می‌دهد برای پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس ابعاد همدلی در پرستاران، از آنجا که آزمون تحلیل واریانس معنادار بود ($F = 20/31$ و $P < 0.001$) و R^2 برابر با ۰/۲۶ است، می‌توان گفت ۲۶ درصد از واریانس سلامت عمومی به طور معناداری بر اساس ابعاد همدلی تبیین می‌شود.

ترتیب با سلامت وجودی ($r = -0.60$ و $P < 0.001$)، سلامت معنوی کل ($r = -0.51$ و $P < 0.001$)، آشفتگی شخصی ($r = -0.33$ و $P < 0.001$) و سلامت معنوی ($r = -0.28$ و $P < 0.001$) نشان داد. مقیاس سلامت عمومی کل، قوی‌ترین ارتباط مثبت را در زیر مقیاس‌های خود به ترتیب با اضطراب ($r = 0.85$ و $P < 0.001$)، افسردگی ($r = 0.79$ و $P < 0.001$)، علایم جسمانی ($r = 0.74$ و $P < 0.001$) و در آخر با اختلال عملکرد اجتماعی ($r = 0.42$ و $P < 0.001$) دارد. این مقیاس همچنین قوی‌ترین ارتباط منفی را به ترتیب با آشفتگی شخصی ($r = -0.47$ و $P < 0.001$)، سلامت وجودی ($r = -0.45$ و $P < 0.001$) و سلامت معنوی کل ($r = -0.34$ و $P < 0.001$) نشان داد. با نظر به جدول مشخص می‌شود که میان زیر مقیاس سلامت معنوی با سلامت معنوی کل ($r = 0.86$ و $P < 0.001$)، سلامت وجودی ($r = 0.48$ و $P < 0.001$) و دغدغه‌ی همدلانه ($r = 0.37$ و $P < 0.001$) و همدلی کل ($r = 0.28$ و $P < 0.001$) به ترتیب بیشترین ارتباط مثبت وجود دارد؛ و نیز با افسردگی ($r = -0.28$ و $P < 0.001$) قوی‌ترین ارتباط منفی وجود دارد. در مقیاس سلامت وجودی بیشترین ارتباط مثبت با سلامت معنوی کل ($r = 0.86$ و $P < 0.001$) و سلامت معنوی ($r = 0.48$ و $P < 0.001$) وجود دارد و از آن‌سو قوی‌ترین ارتباط‌های منفی به ترتیب با افسردگی ($r = -0.60$ و $P < 0.001$)، سلامت عمومی کل ($r = -0.45$ و $P < 0.001$)، اضطراب

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون همزمان برای پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس سلامت معنوی و ابعاد همدلی در پرستاران

متغیرها	مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P value	R^2	Adj. R^2	خطای استاندارد
سلامت معنوی	رگرسیون باقیمانده	۳/۹۵	۲	۱/۹۸	۲۳/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱۳	۰/۲۰۴	۰/۲۹
همدلی	رگرسیون باقیمانده	۴/۸۷	۳	۱/۶۲	۲۰/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۲۸

جدول ۴. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد

متغیرها	مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		T value	P value
		B مقدار	خطای استاندارد	β			
سلامت معنوی	مقدار ثابت	۲/۶۹	۰/۱۲	-		۲۲/۲۴	۰/۰۱
	سلامت معنوی	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۹		۱/۲۰	۰/۲۳
	سلامت وجودی	-۰/۱۷	۰/۰۲	-۰/۴۹		-۶/۴۷	۰/۰۱
ابعاد همدلی	مقدار ثابت	۲/۷۶	۰/۱۶	-		۱۷/۲۳	۰/۰۰۱
	دغدغه‌ی همدلانه	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۱۲		۱/۷۹	۰/۰۷۴
	دیدگاه گرایی	-۰/۰۹	۰/۰۳	-۰/۱۷		-۲/۵۱	۰/۰۱۳
	آشناختی شخصی	-۰/۱۸	۰/۰۲	-۰/۴۷		-۷/۰۹	۰/۰۰۱

بهبودی وجودی به خوبی 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.^{۶۶}

در تبیین رابطه همدلی با سلامت عمومی هم، در بررسی مطالعات داخلی و خارجی مطالعه‌ای دال بر بررسی ارتباط بین همدلی و سلامت عمومی یافت نشد؛ اما می‌توان گفت که بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده، همدلی رابطه معکوس معنی‌داری با فرسودگی شغلی دارد، فرسودگی نیز به نوبه خود با میزان بالای اضطراب^{۳۷}، سردرد^{۳۸}، افسردگی^{۳۸}، اختلالات خواب و رفتارهایی که سلامتی فرد را به خطر می‌اندازند^{۳۷}، در ارتباط است. در پژوهش حاضر پرستاران زن، نسبت به پرستاران مرد نمرات بالاتری کسب کرده‌اند؛ که نشان‌دهنده‌ی همدلی بالاتر در آن‌هاست. همدلی، هوش هیجانی و توانایی حل مسئله سه ویژگی مهمی هستند که بر ارتباطات مؤثر در عمل بالینی تأثیر می‌گذارند. در تأیید نتایج حاصل‌شده زنان در واقعیت هم توانایی بالایی در درک حالات هیجانی و رفتاری افراد دارند که موجب تسهیل در برقراری ارتباط مؤثر آن‌ها با سایرین شده است که بدین وسیله می‌توان از تفاوت‌های جنسیتی جهت آموزش همدلی به پرستاران استفاده کرد.^{۶۲}

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مشخص شد که سلامت عمومی پرستاران بر اساس همدلی و سلامت معنوی آن‌ها قابل پیش‌بینی است. با توجه به اینکه پرستاران با توجه به ماهیت شغلشان استرس و فرسودگی بیشتری را در مقایسه با سایر کارکنان حرفه سلامت متحمل می‌شوند بنابراین پرداختن به متغیرهایی که می‌توانند این عوامل را تشدید کرده و یا تضعیف کنند، پیشنهاد می‌شود. با نظر بر اینکه کاهش سلامت روانی و جسمانی پرستاران می‌تواند تأثیر منفی دو جانبه‌ای، هم بر خودشان و هم بر بیماران داشته باشد لذا این امر لزوم پرداختن به این مسئله را دو چندان می‌کند. نتایج این تحقیق همچنین خاطر نشان می‌سازد که همدلی و سلامت معنوی می‌تواند نقش کاهنده‌ای در مشکلات سلامتی اعم از مشکلات جسمی و روانی داشته باشد. از نتایج این تحقیق می‌توان در آموزش‌های ضمن خدمت برای پرستاران و در تدوین برنامه آموزشی برای دانشجویان پرستاری استفاده کرد. با نظر بر اینکه مطالعات طولی نسبت به مطالعات همبستگی نتایج دقیق‌تر و کامل‌تری ارائه می‌دهد، انجام پژوهش طی بازه زمانی کوتاه‌مدت می‌تواند تحت عنوان یکی از

با استناد به مستندات جدول ۴ و با توجه به ضرایب رگرسیونی به دست آمده در سلامت معنوی، این طور برمی‌آید که سلامت وجودی ($\beta = -0/49$ ، $t = -6/47$)، تا اندازه‌ای بهتر از سلامت معنوی ($\beta = 0/09$ ، $t = 1/20$)، می‌تواند تعیین‌گر نمرات سلامت عمومی باشد با این حال هر دو به خوبی می‌توانند پراکندگی سلامت عمومی را تبیین نمایند. همچنین با عنایت به ضرایب رگرسیونی به دست آمده برای ابعاد همدلی، می‌توان گفت که وضعیت پرستاران در ابعاد همدلی مثل دغدغه‌ی همدلانه ($\beta = 0/12$ ، $t = 1/79$)، دیدگاه‌گرایی ($\beta = -0/17$ ، $t = -2/51$) و به ویژه در آشفتگی شخصی ($\beta = -0/47$ ، $t = -7/09$)، به خوبی می‌تواند واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی کند.

بحث

مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس سلامت معنوی و میزان همدلی پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز انجام‌شده است. یافته‌ها نشان داد که بین همدلی (بعد دیدگاه‌گرایی و آشفتگی شخصی) و سلامت معنوی (بعد سلامت وجودی و سلامت معنوی کل) با سلامت عمومی در بین پرستاران رابطه معنی‌دار وجود دارد. بدین معنا که هر چه پرستاران از همدلی و سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند، میزان علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی در آن‌ها پایین‌تر است. نتیجه حاصل‌شده با نتایج پژوهش‌های صف‌آرا و همکاران^{۵۸}، نقیعی و همکاران^{۵۹}، غباری بناب^{۶۰} و نیکوگفتار و میرغفاری^{۶۱} همسویی دارد. در تبیین رابطه سلامت معنوی با سلامت عمومی می‌توان گفت که سلامت معنوی به‌عنوان وضعیتی که فرد نیروهای خود را یکپارچه و منسجم نموده و آن را در جهت حل مسائل روانی و اجتماعی خویش متمرکز می‌کند، باعث کاهش ابتلا به اختلالات روانی می‌شود. از منظر دیگر وقتی که فرد خود را در ارتباط با یک قدرت بالاتر می‌داند، می‌تواند سازگاری بیشتری با شرایط محیطی داشته و کمتر دچار اختلالات روانی شود. داشتن معنا در زندگی با جسمانی‌سازی، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، اضطراب، خصومت، فوبیاهای افکار پارانوییدی رابطه معکوس معنی‌داری دارد.^{۶۳،۶۴} نتایج این مطالعه با مطالعه Koenig و همکارانش که مشخص نمودند معنویت و اعتقاد مذهبی یک عامل مهم در پیشگیری از افسردگی در بزرگسالان است، هم‌راستا است.^{۶۵} مطالعات پیشین که به بررسی جزئی‌تر معنویت پرداخته‌اند و این موضوع را از ابعاد مختلف موردبررسی قرار داده‌اند نشان می‌دهد که سلامت روانی پرستاران توسط متغیرهای معنا در زندگی، بهزیستی مذهبی و

سلامت به حد "عالی"، اجرای مداخلات آموزشی در زمینه سلامت اجتماعی در بین پرستاران بیمارستان‌های مورد بررسی پیشنهاد گردیده است.^{۶۸}

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاق علمی و همچنین رازداری و رضایت آگاهانه رعایت شده است.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی پرستارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

تضاد منافع

محققان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه منافع متقابلی از تألیف و انتشار این مقاله ندارند.

محدودیت‌های مطالعه حاضر باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت تبیین علی مطالعات همبستگی است، چون مطالعات همبستگی فقط به بررسی روابط بین متغیرها می‌پردازد و رابطه علت و معلولی آن‌ها را مورد تحلیل و تفسیر قرار نمی‌دهد. محدودیت دیگری که برای این مطالعه می‌توان در نظر گرفت بررسی صرف پرستاران بدون در نظر گرفتن بخش کاری آن‌ها بوده است. نتایج مطالعه‌ای در کشور ژاپن نشان داده است که پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان متحمل سطح بالایی از اضطراب می‌باشند و پرستاران بخش‌های داخلی و جراحی دارای میزان متوسطی از علائم اختلالات سلامت روانی بوده و علائم افسردگی بالایی داشتند که این با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.^{۶۹} سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل‌دهنده سلامت است. لذا شایسته است برای دستیابی به نتایج قابل‌اعتماد برای تعمیم به جامعه، بعد اجتماعی زندگی پرستاران در کنار سایر عوامل مؤثر موردبررسی قرار بگیرد. در نتیجه مطالعه یوسفی به‌منظور ارتقاء سطح این

References

1. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public health*. 2019;172:22-30. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
2. Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: It's time to review the current WHO's health definition. *Journal of Health and Social Sciences*. 2016;1(1):11-6. Doi: 10.19204/2016/sprt2.
3. Jordan L, Swerdlow P, Coates TD. Systematic review of transition from adolescent to adult care in patients with sickle cell disease. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2013;35(3):165-9. DOI: 10.1097/MPH.0b013e3182847483
4. Abbasi M, Azizi F, Gooshki ES, Rad M.N, Lakeh M. A. Conceptual Definition and Operationalization of Spiritual Health: A Methodological Study. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 6(20):11-. Available from: <https://sid.ir/paper/195607/en>
5. West W. Crossing the line between talking therapies and spiritual healing. *Multicultural Aspects of Counseling Series*. 2005;22:38.
6. Damen A, Raijmakers N.J, Van Roij J, Visser A, Van den Beuken-Everdingen M, Kuip E, et al. Spiritual well-being and associated factors in Dutch patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;63(3):404-14. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.10.004>
7. Puchalski C.M, Vitillo R, Hull S.K, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*. 2014;17(6):642-56. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
8. Coppola I, Rania N, Parisi R, Lagomarsino F. Spiritual well-being and mental health during the COVID-19 pandemic in Italy. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:626944. doi: 10.3389/fpsy.2021.626944
9. Hawks S. R, Hull M. L, Thalman R.L, Richins P.M. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American journal of Health promotion*. 1995;9(5):371-8. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-9.5.371>
10. Durmuş M, Durar E. The relationship between spiritual well-being and fear of COVID-19 among Turkish elders. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2022;34(1):3-16. <https://doi.org/10.1080/15528030.2021.1894627>
11. Van Cappellen P, Toth-Gauthier M, Saroglou V, Fredrickson B.L. Religion and well-being: The mediating role of positive emotions. *Journal of Happiness studies*. 2016;17:485-505. DOI:10.1007/s10902-014-9605-5

12. Florez I.A, Allbaugh L.J, Harris C.E, Schwartz A.C, Kaslow N.J. Suicidal ideation and hopelessness in PTSD: spiritual well-being mediates outcomes over time. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2018;31(1):46-58. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1369260>
13. Halil E, Kardaş S. Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2017;2(1):73-88. DOI: 10.12738/spc.2017.1.0022
14. Phenwan T, Peerawong T, Tulathamkij K. The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian journal of palliative care*. 2019;25(1):119. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_101_18
15. Tsuang M.T, Simpson J.C, Koenen K.C, Kremen W.S, Lyons M.J. Spiritual well-being and health. *The Journal of nervous and mental disease*. 2007;195(8):673-80. Doi: 10.1097/NMD.0b013e31811f4062.
16. Ozbasaran, F., Ergul, S., Temel, A. B., Gurol Aslan, G., Coban, A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of clinical nursing*. 2011;20(21-22):3102-10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03778.x>
17. Wu L-F, Liao, Y-C, Yeh, D-C. Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*. 2012;20(3):219-27. DOI: 10.1097/jnr.0b013e318263d956
18. Mitchell, D. L, Bennett, M. J, Manfrin-Ledet, L. Spiritual development of nursing students: Developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. *Journal of Nursing education*. 2006;45(9):365. DOI: 10.3928/01484834-20060901-06
19. Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J, Middel, B, Post, D, Jochemsen, H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(20):2857-69. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>
20. Barber, J. R. Nursing students' perception of spiritual awareness after participating in a spirituality project: College of Saint Mary; 2008.
21. Hamidia A, Amiri P, Faramarzi M, Yadollahpour M. H, Khafri S. Predictors of physician's empathy: The role of spiritual well-being, dispositional perspectives, and psychological well-being. *Oman Medical Journal*. 2020;35(3):e138. doi: 10.5001/omj.2020.56
22. Gerdes K.E, Segal E.A, Lietz C.A. Conceptualising and measuring empathy. *British Journal of Social Work*. 2010;40(7):2326-43. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq048>
23. Davis M.H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*. 1983;44(1):113. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
24. Shariat S.V, Habibi M. Empathy in Iranian medical students: measurement model of the Jefferson scale of empathy. *Medical teacher*. 2013;35(1):e913-e8. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.714881>
25. Rafati S, Rejeh N, Davati A, Foroutani F. Empathic attitudes in medical students: using of the Jefferson Scale of Empathy. *Med Ethics J*. 2016;10(36):25-34. <https://research.shahed.ac.ir/wsr/webpages/Report/PaperView.aspx?PaperID=32140>
26. Batt-Rawden S.A, Chisolm M.S, Anton B, Flickinger T.E. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Academic Medicine*. 2013;88(8):1171-7. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318299f3e3
27. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal*. 2014;29(1):3. doi: 10.5001/omj.2014.02
28. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer M.R, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic medicine*. 2011;86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
29. Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: it is possible. *Medical teacher*. 2013;35(12):1002-8. DOI: 10.3109/0142159X.2013.802296
30. Rakel R. Family medicine--meeting new challenges. *Australian family physician*. 1996;25(9 Suppl 2):S91-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8854415/>
31. Mercer S.W, Reynolds W. J. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*. 2002;52(Suppl):S9-12. <https://bjgp.org/content/52/supplement/S9>
32. Osarrodi A, Golafshani A, Akaberi S. Relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012;3(4):79-88. <https://sid.ir/paper/187155/en>
33. Durmus M, Alkan H. Investigation of the relationship between quality of work life, burnout and spiritual well-being in intensive care nurses. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(2):264-72. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.889760>

34. Ferri P, Guerra E, Marcheselli L, Cunico L, Di Lorenzo R. Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Bio-Medica de L'ateneo Parmense*. 2015;86(Supplemento 2):104-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26629665/>
35. Omdahl B.L, O'Donnell C. Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;29(6):1351-9. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01021.x>
36. Pålsson M.B.R, Hallberg I, Norberg A, Björvell H. Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian journal of caring sciences*. 1996;10(1):19-26. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1996.tb00305.x>
37. Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2006;8(6):346-56. <https://doi.org/10.1097/00129191-200611000-00007>
38. Ostacoli L, Cavallo M, Zuffranieri M, Negro M, Sguazzotti E, Picci R.L, et al. Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliative & Supportive Care*. 2010;8(4):427-32. <https://dx.doi.org/10.1017/S1478951510000295>
39. Pak H, Ahmadi F, Anoosheh M. Spiritual beliefs and quality of life: a qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. *Koomesh*. 2010;12(2). http://www.koomeshjournal.ir/browse.php?a_id=1095&sid=1&slc_lang=en
40. Chiu M.C, Wang M.J.J, Lu C.W, Pan S.M, Kumashiro M, Ilmarinen J. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nursing outlook*. 2007;55(6):318-26. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.07.002>
41. Chang E.M, Hancock K.M, Johnson A, Daly J, Jackson D. Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & health sciences*. 2005;7(1):57-65. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00221.x>
42. Goldberg D.P, Gater R, Sartorius N, Ustun T.B, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*. 1997;27(1):191-7. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>
43. Werneke U, Goldberg D.P, Yalcin I, Üstün B. The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 2000;30(4):823-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291799002287>
44. Banks MH. Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychol Med*. 1983;13(2):349-53. DOI: [10.1017/s0033291700050972](https://doi.org/10.1017/s0033291700050972)
45. Mari J.D.J, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological medicine*. 1985;15(3):651-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291700031500>
46. Bridges K.W, Goldberg D.P. The validation of the GHQ-28 and the use of the MMSE in neurological in-patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1986;148(5):548-53. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.5.548>
47. Sriram T, Chandrashekar C, Isaac M, Shanmugham V. The General Health Questionnaire (GHQ) Comparison of the English version and a translated Indian version. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1989;24:317-20. <https://doi.org/10.1007/BF01788035>
48. Stansfield S, Marmot M. Social Psychiatry in British civil servants: A validated screening survey using the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1992;22(3):739-49. <https://doi.org/10.1017/S0033291700038186>
49. Aderibigbe Y, Gureje O. The validity of the 28-item General Health Questionnaire in a Nigerian antenatal clinic. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1992;27:280-3. <https://doi.org/10.1007/BF00788899>
50. Nourbala A, Bagheri Y.S, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. 2009. Available from: <https://sid.ir/paper/29519/en>
51. Palahang H, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental illnesses in Kashan city. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 1996;2(4):19-27. <https://sid.ir/paper/16592/en>
52. Nagafi M, Solati S, Forouzbakhsh F. The relationship between staff burnout and mental health in research center and production of nuclear fuel of Isfahan. *J Shahrekord Univ Medi Sci*. 2000;2(2):34-41. <https://sid.ir/paper/58534/en>
53. Taghvi M. Assessment of the validity and reliability of the general health questionnaire. *The Journal of Psychology*. 2001;5(4):381-98. https://www.researchgate.net/publication/256840200_

54. Paloutzian R. F, Ellison C.W. Manual for the spiritual well-being scale. Nyack, NY: Life Advance. 1991. https://www.westmont.edu/sites/default/files/users/user401/SWBS%20Manual%202.0_0.pdf
55. Bufford R.K, Paloutzian R.F, Ellison C.W. Norms for the spiritual well-being scale. Journal of psychology and theology. 1991;19(1):56-70. <https://doi.org/10.1177/009164719101900106>
56. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2010;12(3). <https://brieflands.com/articles/zjrms-94299.html>
57. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. Hayat. 2008;14. <https://sid.ir/paper/105992/en>
58. Safara M, Ghasemi-Yazdabadi A.H, Rezaeinasab A. Reexamining the Influential Components of Spiritual Health in Human Health. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;2022;8(1):130-146. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i3.24105>
59. Naghibi S.A, Ashari S, Rostami F, Hosseini S.H. Evaluation of the Relationship between Spiritual Health and Mental Health in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment. Journal of health research in community. 2015;1(3):61-9. <https://jhc.mazums.ac.ir/article-1-115-en.html>
60. Bonab B.G. Relation between mental health and spirituality in Tehran University student. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;5:887-91. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.204>
61. Nikoogoftar M, Mirghaffari S. The Relationship of Social Health and Psychological Capital of Parents with Adolescents' Prosocial Behavior: The Mediating Role of Empathy. Developmental Psychology: Iranian Psychologists. 2020; Vol. 17/ Issue 65. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jip/Article/1054511>
62. Deng X, Chen S, Li X, Tan C, Li W, Zhong C, et al. Gender differences in empathy, emotional intelligence and problem-solving ability among nursing students: A cross-sectional study. Nurse Education Today. 2023;120:105649. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105649>
63. Debats D.L, Drost J, Hansen P. Experiences of meaning in life: A combined qualitative and quantitative approach. British Journal of Psychology. 1995;86(3):359-75. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1995.tb02758.x>
64. Mascaro N, Rosen D.H. Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. Journal of personality. 2005;73(4):985-1014. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x>
65. Koenig H.G, Futterman A. Religion and health outcomes: A review and synthesis of the literature. Methodological Approaches to the Study of Religion, Aging, and Health, National Institute on Aging, Bethesda, MD, March. 1995;1617.
66. Jafari E.S. Spritual Predictors of Mental Health in Nurses: The Meaning in Life Religius Well-being and Existevtial Well-being. Nursing and Midwifery Journal. 2015;13(8):676-84. <https://sid.ir/paper/191123/en>
67. Yamagishi M, Kobayashi T, Kobayashi T, Nagami M, Shimazu A, Kageyama T. Effect of web-based assertion training for stress management of Japanese nurses. Journal of nursing management. 2007;15(6):603-7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00739.x>
68. yusefi A, Radinmanes M, Ahmadi M.M, Abbaszadeh M, Kavosi Z. A survey on social factors affecting social health in nurses in teaching hispitals of Shiraz university of medical sciences in 2018. Nursing and Midwifery Journal. 2018;16(8):603-11. <https://sid.ir/paper/371157/en>