مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۹۰
دوره سوم، شماره ۴، صفحات ۸۸-۷۹

Journal of North Khorasan University of Medical Scienc
Winter 2011
Vol 3, Issue 4, Page 81-88

ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران

عبدالقادر عصاررودی[۱]، اصغر گل افشانی[۲]، سید آرش اکابری*[۳]

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی ابعاد مختلف زندگی را با همدیگر هماهنگ کرده و کارکرد روانی و سازگاری را تقویت می‌کند. کیفیت زندگی می‌تواند تحت تأثیر عوامل روحی- روانی و محیط‌های شغلی قرار گیرد. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی- تحلیلی بر روی ۹۳ نفر از پرسنل پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد در سال ۱۳۹۰ انجام شد و پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 و سلامت معنوی SWBS که روایی و پایایی آنها مورد تأیید قرار گرفته است توسط پرستاران تکمیل گردید. نمرات کیفیت زندگی از ۱۰۰- ۰ و سلامت معنوی از ۱۲۰-۲۰ محاسبه گردید. داده ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل، دقیق فیشر، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه به روش قدم به قدم و رگرسیون لجستیک و بوسیله نرم افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها : میانگین سنی افراد تحت پژوهش ۷/۲ ± ۳۲/۵۲ و سابقه کاری ۶/۹ ± ۸/۶۶ سال بود ۳۴/۸٪ را آقایان و ۶۵/۲ ٪ را خانمها تشکیل می‌دادند. میانگین نمره کیفیت زندگی ۱۷/۸۴± ۶۴/۳۸ و سلامت معنوی ۱۶± ۹۴/۳ بود که در دو جنس تفاوت معنی‌داری نداشتند. کیفیت زندگی و سلامت معنوی به ترتیب در ۲۱/۵ و صفر درصد افراد پایین، ۴۵/۲ و ۶۱/۳ درصد افراد متوسط و ۳۳/۳ و ۳۸/۷ درصد افراد بالا بود. رگرسیون چندگانه نشان داد که سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی داری دارد. آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که با افزایش ۱۰ درصد به نمره سلامت معنوی، نسبت شانس (OR) کیفیت زندگی خوب، ۱/۷۸۱ برابر خواهد بود.

نتیجه گیری : سطوح بالای سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی داری داشت.

واژه های کلیدی : سلامت معنوی، کیفیت زندگی، پرستاران

[۱]- عضو هیئت علمی، گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
[۲]- کارشناس ارشد پرستاری، سوپروایز آموزشی بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد ایران
[۳]- کارشناس ارشد آمار حیاتی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
***نویسنده مسئول:** معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد
تلفن:۰۵۸۴-۲۲۲۰۱۳۳ پست الکترونیک: arashdata@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۶

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که درکنار ابعاد جسمی، روانی واجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقاء سلامت عمومی شده [۱] و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند که این کار باعث افزایش توان سازگاری [۲] وکارکرد روانی می‌شود [۳].

سلامت معنوی با ویژگیهایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط، تناسب و هماهنگی [۵،۴] داشتن معنی و هدف در زندگی [۶،۵]مشخص می‌شود.

سلامت معنوی دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی منعکس کننده ارتباط با خدا یا یک قدرت بی نهایت و سلامت وجودی مطرح کننده 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 [۷].

بررسی کیفیت زندگی بیش از ۲۰ سال است که در پژوهش های مرتبط با سرطان صورت می‌گیرد [۸] اما به مرور به سایر حیطه های بالینی نیز گسترش پیدا کرد بطوریکه در تصمیم‌گیری‌های درمانی، انتخاب مداخلات مناسب و ارزشیابی اثربخشی مداخلات به کار می‌رود [۸]. کیفیت زندگی را می‌توان احساس رضایت از زندگی و خوشبختی[۹] سلامت جسمی، روانی واجتماعی دانست [۱۰]. که با عواملی همچون فرهنگ، جنس، سن، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، بیماری و محیط اجتماعی در ارتباط است [۹]. کیفیت زندگی در علم پزشکی به دو شکل کیفیت زندگی عمومی (Quality of life) یا همان حس خوب بودن و کیفیت زندگی مرتبط با سلام (Health- related of life) که به تأثیر وضعیت سلامتی و بیماری بر روی احساس خوب بودن و رضایت از زندگی مربوط می‌شود طبقه بندی می‌گردد [۸،۱۱].

پرستاران بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات سلامت در همه کشورها بوده و کیفیت خدمات آنها بطور مستقیم با اثر بخشی سیستم‌های بهداشتی- درمانی در ارتباط می‌باشد [۱۲] رشته پرستاری به سبب ماهیت خود همواره با عوامل استرس‌زای بیشتری نسبت به سایر مشاغل در ارتباط است عواملی همچون مرگ، بیماری، تقاضای زیاد در محل کار، فشار کاری زیاد، کمبود آگاهی، کمبود حمایت و تعارضات از علل ایت استرس‌ها می‌باشند [۱۳] بخش‌های کاری متفاوت بدلیل دارا بودن مقدار متفاوتی از شرایط استرس‌زا می‌توانند تأثیرات متفاوتی بر وضعیت بهداشت روانی کارکنان داشته باشند [۱۴].

استرس شغلی به مرور باعث فرسودگی شغلی شده [۱۴،۹] که بر اثر آن قوای جسمی و هیجانی فرد تحلیل رفته وبروز پاسخ نامناسب فرد نسبت به خود و دیگران را در پی دارد همچنین بر کیفیت زندگی نیز اثر منفی می‌گذارد [۱۴].

از آنجا که ارتقاء کیفیت زندگی کاری پرسنل حرف پزشکی از عوامل مهم پایداری و اثر بخشی سیستم بهداشتی درمانی می‌باشد [۱۵،۱۲] و به سبب گروه بزرگی از عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی در حرفه پرستاری، به عنوان بزرگترین گروه ارایه دهنده خدمات و نبود پژوهشی که تأثیر متغیر سلامت معنوی به عنوان یک مقوله نوین را بر کیفیت زندگی این گروه سنجیده باشد. پژوهشگران بر آن شدند تا ارتباط سلامت معنوی وکیفیت زندگی را در پرستاران مورد بررسی قرار دهند.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی و مقطعی می‌باشد که بر روی ۹۳ نفر از کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان شهید هاشمی نژاد شهر مشهد در تابستان سال ۱۳۹۰ انجام گردید. روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰٪ و اطمینان ۹۵٪ برای بررسی ارتباط کیفیت زندگی و سلامت معنوی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون ۸۵ نفر برآورد شد. در این مطالعه از پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سؤالی[1] و پرسشنامه سلامت‌معنوی SWBS[2] استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی توسط سازمان بین‌المللی کیفیت زندگی طراحی شده است که شامل هشت حیطه عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش جسمی، محدودیت در ایفای نقش احساسی و هیجانی، انرژی و نشاط(سرزندگی)، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد جسمی و سلامت عمومی می‌باشد. پایایی وروایی این ابزار در مطالعات متعددی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است [۱۰،۹] بعنوان مثال در مطالعه منتظری و همکاران که بر روی ۴۰۰۰ نفر انجام شده است حیطه‌های مختلف گونه فارسی

1- SF-36
2-Spiritual Well-being Scale

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

SF36 از پایایی محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردار بوده اند [۱۶] شیوه پاسخگوی به سؤالات این پرسشنامه از حالت سه تایی تا طیف لیکرت متغیر است. در این ابزار با افزایش نمره سطح بهتر کیفیت زندگی وجود دارد. مطابق پروتکل پرسشنامه، ابتدا سؤالات مربوط به هر حیطه تفکیک گردید و سپس به هر سؤال مطابق پروتکل نمره بین صفر تا ۱۰۰ تعلق گرفت، امتیازات مربوط به هر حیطه با همدیگر جمع شده و میانگین آنها که به شکل درصد بیان می‌شود میزان سلامتی در آن بعد می‌باشد و برای محاسبه نمره کل پرسشنامه میانگین اعداد بدست آمده از هر حیطه که عددی بین ۰-۱۰۰ می‌باشد به عنوان نمره کل کیفیت زندگی معرفی می‌شود. همچنین کیفیت زندگی به سه طبقه کیفیت زندگی بالا (نمره ۷۵ و بیشتر) کیفیت زندگی متوسط (۵۰ تا ۷۴) و پایین (نمره زیر ۵۰) طبقه بندی شدند.

مطابق توصیه منتظری و همکاران مجموع حیطه های عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی به عنوان کیفیت زندگی در بعد جسمی و مجموع حیطه های محدودیت در ایفای نقش احساسی و هیجانی، انرژی و نشاط (سرزندگی) سلامت روانی و عملکرد اجتماعی به عنوان کیفیت زندگی در بعد روانی در نظر گرفته شدند [۱۶].

در پرسشنامه سلامت معنوی SWBS که توسط Paloutzian و Ellison طراحی شده است، ده گویه زوج، سلامت وجودی و ده گویه فرد، سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کردند. نمره سلامت معنوی حاصل مجموع نمرات این دو زیرگروه بود. پاسخ هر کدام از سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت در شش قسمت « کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» دسته بندی شده بودند. در عباراتی که فعل مثبت داشتند پاسخ کاملاً مخالفم، نمره یک وکاملاً موافقم، نمره شش و بالعکس در سؤالاتی که فعل منفی داشتند پاسخ کاملاً مخالفم نمره شش وکاملاً موافقم، نمره یک را به خود اختصاص می‌داد. حداقل نمره سلامت معنوی ۲۰ و حداکثر آن ۱۲۰ می‌باشد و در دو آیتم معنویت مذهبی و وجودی حداقل نمره ۱۰و حداکثر نمره ۶۰ می‌باشند [۲،۱].

پالوتزین والیسون ضریب آلفای کرانباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۳ گزارش کردند [۳] همچنین الهبخشیان و همکاران و رضایی و همکاران ضریب آلفای کرانباخ ابزار را پس از ترجمه به فارسی ۰/۸۲ گزارش نموده و روایی این پرسشنامه را از طریق روایی محتوی مورد بررسی و تأیید قرار دادند [۲،۱].

لازم به ذکر است که در ابتدای پرسشنامه کیفیت زندگی سؤالاتی در زمینه مشخصات فردی (سن، جنس، تأهل، سابقه کاری، تحصیلات و بخش کاری) گنجانده شده بود. در تجزیه و تحلیل داده ها به دلیل گستردگی بخش های کاری ادغام بخش‌ها به این شکل صورت گرفت : ویژه شامل : ICU ,CCU و نوزادان-داخلی شامل: داخلی، قلب و عفونی- جراحی شامل : جراحی عمومی، جراحی ارتوپدی- اورژانس شامل : اورژانس و سایر شامل : اداری، زایشگاه و غیره.

پرسشنامه‌ها به روش خود گزارش‌دهی توسط خود پرستاران تکمیل گردید و در نهایت داده ها با استفاده از مجذور کای، دقیق فیشر، ضریب همبستگی، آزمون های آماری رگرسیون چندگانه (به روش قدم به قدم Stepwise) و رگرسیون لجستیک بوسیله نرم افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی پرسنل پرستاری شرکت کننده در مطالعه ۷/۲۴ ±۳۲/۵۲ و سابقه کاری آنها ۶/۹۶± ۸/۶۶ سال بود. ۶۵/۲٪ شرکت کنندگان را خانمها و ۳۴/۸٪را آقایان تشکیل می‌دادند ۷۲/۸ درصد شرکت کنندگان متأهل و ۲۷/۲ درصد مجرد بودند. دارندگان مدرک تحصیلی لیسانس با ۷۴/۲ درصد بیشترین گروه را تشکیل می‌دادند. ۷۲/۸ درصد افراد متأهل و باقیمانده مجرد بودند. بخش‌های اورژانس، Icu و جراحی به ترتیب با ۲۰/۷، ۱۷/۴، ۱۵/۲ بیشترین شرکت کنندگان در مطالعه را دارا بودند.

نمره کیفیت زندگی به طور کلی ۱۷/۸۴± ۶۴/۳۸، و به تفکیک جنسیت در مردان ۱۶/۹۲± ۶۸/۳۶ و در زنان ۱۸/۱۰± ۶۲/۲۶ بود که تفاوت معنی‌داری نداشتند. و میانگین کیفیت زندگی در بخش‌های زایشگاه، اداری، اورژانس و ویژه از سایر بخش‌ها بیشتر بود. و به طور کلی میانگین کیفیت زندگی در بعد جسمی ۲۱/۸ ±۶۶/۹ و

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

کیفیت زندگی در بعد روانی ۲۰/۴ ±۵۶/۳ بود که کیفیت زندگی در هر دو بعد در محدوده متوسط می‌باشند. (جدول ۱)

۷۶/۳٪ افراد در حیطه عملکرد جسمی، ۳۷/۶٪ در حیطه محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، ۳۰/۱٪ در بعد محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات هیجانی، ۲۱/۵٪ در بعد انرژی و نشاط، ۱۲/۹٪ در بعد سلامت روان، ۵۹/۱٪ در عملکرد اجتماعی، ۵۷/۰٪ در بعد درد و ۴۴/۱٪ در حیطه سلامت عمومی کیفیت زندگی بالایی داشتند و بطور کلی ۲۱/۵٪ افراد کیفیت زندگی پایین، ۴۵/۲٪ کیفیت زندگی متوسط و ۳۳/۳٪ کیفیت زندگی بالایی داشتند.

میانگین نمره سلامت مذهبی ۷/۶± ۴۹/۹ و سلامت وجودی ۹/۶± ۴۴/۳ و سلامت معنوی که در برگرفته هر دو بعد می‌باشد ۱۶± ۹۴/۳ بود. مطابق نقاط برش استاندارد پرسشنامه سلامت معنوی هیچ یک از پرستاران مورد بررسی از نظر سلامت معنوی در محدوده ضعیف نبودند و ۶۱/۳ درصد سلامت معنوی متوسط و ۳۸/۷ درصد سلامت معنوی بالایی داشتند. میانگین نمرات سلامت مذهبی، سلامت وجودی وسلامت معنوی به طور کلی در دو جنس تفاوت معنی داری نداشت.

نتایج حاصل از مدل رگرسیون چندگانه به روش قدم به قدم (Stepwise) نشان داد که از بین متغیر های سن، جنسیت، تأهل، سابقه کاری و سلامت معنوی، تنها افزایش سلامت معنوی باعث ارتقاء کیفیت زندگی در بعد جسمی، ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی، ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی ونشاط، سلامت روان، سلامت عمومی و کیفیت زندگی بطور کلی به شکل معنی‌داری می‌گردد.(جدول۳) همچنین نتایج حاصل از تجزیه وتحلیل بر اساس مدل فوق نشان داد که علاوه بر سلامت معنوی، افزایش سن نیز باعث ارتقاء کیفیت‌زندگی در بعد اجتماعی به شکل معنی‌داری شده و آقایان به شکل معنی داری کیفیت زندگی بیشتری در بعد درد نسبت به خانمها دارند. (جدول۴) تأهل و سابقه کاری در پیشگویی هیچ یک از آیتم های کیفیت زندگی و خود کیفیت زندگی معنی‌دار نبودند.

و در نهایت آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که با افزایش ۱۰ درصدی سلامت معنوی، نسبت شانس (OR) کیفیت زندگی بالای ۸۰ درصد ۱/۱۸۷ خواهد بود.

جدول۱: توزیع میانگین نمرات کیفیت زندگی به تفکیک بخش کاری

حیطه های کیفیت زندگی	بخش						P value
	ویژه	داخلی	جراحی	اورژانس	سایر	کلی	
جسمی	۸۵/۶±۱۶/۶	۷۳/۷±۱۸/۱	۷۸/۴±۲۴/۲	۸۵/۳±۱۷/۷	۸۷/۲±۱۶/۵	۸۲/۴±۱۹/۱	۰/۱۹۳
م جسمی	۴۴/۶±۴۴/۶	۲۵/۰±۴۱/۲	۴۳/۴±۴۶/۳	۴۰/۸±۴۴/۳	۴۶/۹±۴۶/۴	۴۰/۸±۴۴/۳	۰/۶۶۳
م هیجانی	۳۱/۹±۴۳/۲	۳۷/۸±۴۶/۹	۳۱/۶±۴۵/۱	۵۰/۹±۴۷/۶	۴۷/۹±۴۲/۱	۳۹/۵±۴۴/۷	۰/۵۵۳
نشاط	۶۰/۴±۱۷/۷	۵۸/۷±۱۶/۲	۴۷/۴±۲۰/۹	۶۰/۰±۱۳/۹	۵۷/۸±۱۴/۶	۵۶/۹±۱۷/۴	۰/۱۰۹
روانی	۶۰/۰±۱۶/۵	۶۰/۵±۱۵/۳	۵۲/۲±۱۷/۵	۵۸/۹±۱۱/۵	۶۰/۰±۱۴/۰	۵۸/۳±۱۵/۲	۰/۴۲۵
اجتماعی	۷۰/۶±۲۱/۲	۶۸/۳±۲۳/۶	۷۲/۴±۲۸/۷	۶۸/۴±۲۵/۵	۷۱/۹±۲۰/۲	۷۰/۴±۲۳/۶	۰/۹۸۰
درد	۸۰/۹±۱۵/۸	۷۳/۲±۱۷/۰	۷۱/۷±۲۶/۰	۷۷/۴±۱۹/۶۴	۷۹/۴±۲۳/۰	۷۶/۸±۲۰/۴	۰/۵۸۳
عمومی	۶۷/۴±۲۲/۷	۶۴/۰±۲۰/۳	۵۹/۲±۲۵/۱	۷۵/۵±۱۶/۹	۷۱/۳±۲۰/۵	۶۷/۵±۲۱/۷	۰/۱۸۱
ک جسمی	۶۹/۶±۲۱/۶	۵۹/۰±۲۰/۹	۶۳/۲±۲۶/۳	۶۹/۷±۱۸/۱	۷۱/۲±۲۱/۳	۶۶/۹±۲۱/۸	۰/۴۳۶
ک روانی	۵۵/۷±۱۹/۸	۵۶/۳±۲۲/۷	۵۰/۹±۲۳/۴	۵۹/۶±۱۹/۴	۵۹/۴±۱۷/۷	۵۶/۳±۲۰/۴	۰/۷۰۷
کلی	۶۵/۵±۱۶/۴	۵۹/۶±۱۹/۰	۵۹/۱±۲۲/۰	۶۷/۵±۱۵/۲	۶۸/۳±۱۵/۵	۶۴/۱±۱۷/۸	۰/۳۸۳

- م جسمی: محدودیت در ایفای نقش جسمی
- م هیجانی: محدودیت در ایفای نقش احساسی و هیجانی
- ک جسمی: کیفیت زندگی در بعد جسمی
- ک روانی: کیفیت زندگی در بعد روانی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۲: توزیع میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی برحسب سطوح سلامت معنوی

حیطه های کیفیت زندگی	معنویت		P- value
	متوسط	بالا	
جسمی	۷۹/۷±۲۱/۲	۸۷/۱±۱۴/۳	۰/۰۷۰
م جسمی	۳۳/۸±۴۳/۹	۵۱/۴±۴۲/۷	۰/۰۶۰
م هیجانی	۳۳/۹±۴۳/۰	۵۰/۰±۴۶/۸	۰/۰۹۳
نشاط	۵۰/۸±۱۷/۰	۶۷/۱±۱۲/۸	<۰/۰۰۱
روانی	۵۳/۶±۱۵/۲	۶۶/۲±۱۱/۸	<۰/۰۰۱
اجتماعی	۶۴/۳±۲۳/۹	۸۰/۶±۱۹/۲	۰/۰۰۱
درد	۷۱/۸±۲۰/۸	۸۴/۰±۱۷/۵	۰/۰۰۴
عمومی	۶۰/۲±۲۱/۰	۷۹/۶±۱۷/۰	<۰/۰۰۱
ک جسمی	۶۱/۴±۲۱/۷	۷۵/۵±۱۸/۹	۰/۰۰۲
ک روانی	۵۰/۶±۲۰/۲	۶۶/۰±۱۷/۶	<۰/۰۰۱
کلی	±۱۷/۹	۷۲/۶±۱۴/۲	<۰/۰۰۱

جدول۳: ضرایب همبستگی بین مولفه های کیفیت زندگی و سلامت معنوی

	م مذهبی	م وجودی	سلامت معنوی	جسمی	م جسمی	م هیجانی	نشاط	روانی	اجتماعی	درد	عمومی	ک جسمی	ک روانی
م وجودی	۰/۷۲۰												
سلامت معنوی	۰/۹۰۹	۰/۹۴۳											
جسمی	۰/۲۸	۰/۲۶۱	۰/۲۹۰										
م جسمی	۰/۲۳۷	۰/۲۵۱	۰/۲۶۴	۰/۵۶۲									
م هیجانی	۰/۱۳۶	۰/۳۳۴	۰/۲۶۵	۰/۳۹۶	۰/۵۹۵								
نشاط	۰/۴۴۳	۰/۷۰۵	۰/۶۳۵	۰/۴۰۲	۰/۴۱۹	۰/۴۲۳							
روانی	۰/۴۵	۰/۷۳۱	۰/۶۵۴	۰/۳۲۶	۰/۲۶۷	۰/۴۳۲	۰/۸۳۱						
اجتماعی	۰/۳۹۰	۰/۴۹۰	۰/۴۸۰	۰/۲۸۷	۰/۴۲۲	۰/۵۲۶	۰/۵۱۹	۰/۶۰۱					
درد	۰/۴۴۶	۰/۴۴۹	۰/۴۸۲	۰/۵۷۷	۰/۶۳۴	۰/۴۱۲	۰/۵۵۵	۰/۵۰۳	۰/۴۷۵				
عمومی	۰/۴۰۰	۰/۶۲۷	۰/۵۶۷	۰/۳۸۰	۰/۵۳۲	۰/۴۵۲	۰/۶۵۷	۰/۵۵۳	۰/۵۳۰	۰/۵۵۸			
ک جسمی	۰/۳۸۶	۰/۴۴۷	۰/۴۵۲	۰/۷۳۵	۰/۹۱۲	۰/۵۹۹	۰/۵۹۵	۰/۴۶۳	۰/۵۲۰	۰/۸۲۲	۰/۷۳۴		
ک روانی	۰/۳۶۳	۰/۶۰۷	۰/۵۳۷	۰/۴۴۴	۰/۵۸۴	۰/۸۶۶	۰/۷۴۵	۰/۷۶۹	۰/۷۹۵	۰/۵۷۱	۰/۶۴۰	۰/۶۸۷	
کلی	۰/۴۱۵	۰/۶۵۶	۰/۵۳۷	۰/۷۵۰	۰/۸۱۷	۰/۷۴۲	۰/۷۳۰	۰/۶۵۴	۰/۶۴۴	۰/۷۵۴	۰/۷۵۲	۰/۹۴۳	۰/۸۶۵

- م وجودی: معنویت وجودی
- م مذهبی: معنویت مذهبی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول۴: ضرایب مدل رگرسیون چندگانه به روش قدم به قدم در پیشگویی کیفیت زندگی و مؤلفه های آن

پاسخ متغیر مستقل	جسمی	م جسمی	م هیجانی	نشاط	روانی	اجتماعی	درد	عمومی	ک جسمی	ک روانی	کلی
سن	–	–	–	–	–	۰/۶۶۷	–	–	–	–	–
جنسیت	–	–	–	–	–	–	۱۰/۷۶۹	–	–	–	–
سلامت معنوی	۳/۴۸	۶/۰۳	۶/۸۶	۶/۶۹	۶/۰۱	۶/۹۸	۵/۹۷	۷/۴۱	۵/۷۹	۶/۷۹	۵/۷۰
R* مدل*	۰/۲۸۶	۰/۲۲۱	۰/۲۴۵	۰/۶۳۴	۰/۶۳۴	۰/۵۶۹	۰/۵۴۵	۰/۵۵۵	۰/۴۳۲	۰/۵۳۷	۰/۵۲۴

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در محدوده متوسط (۱۷/۸۴± ۶۴/۳۸) بوده است و در مردان و زنان تفاوت معنی داری نداشت و به طور کلی میانگین کیفیت زندگی در بعد جسمی ۲۱/۸ ±۶۶/۹ و کیفیت زندگی در بعد روانی ۲۰/۴ ±۵۶/۳ بود که کیفیت زندگی در هر دو بعد در محدوده متوسط بود. در پژوهشی که توسط یزدی مقدم و همکاران [۹] انجام شده است نیز ۶۴ درصد پرستاران کیفیت زندگی متوسط در بعد جسمی و ۶۲ درصد کیفیت زندگی متوسط در بعد روانی داشتند. در پژوهش فلاحی خشکناب و همکاران که کیفیت زندگی پرستاران بخش‌های روانپزشکی را بررسی کرده اند [۱۷] ۱۱٪ روان پرستاران کیفیت زندگی عالی، ۶۷٪ خوب، ۲۱٪ متوسط داشته اند که باتوجه به نوع طبقه بندی کیفیت زندگی در پژوهش مذکور می‌توان گفت که کیفیت زندگی خوب در پژوهش آنها تقریباً معادل کیفیت زندگی متوسط در پژوهش حاضر می‌باشد. در پژوهش یزدی مقدم و همکاران کیفیت زندگی زنان پایین‌تر از مردان گزارش شده است که در پژوهش حاضر تنها در بعد درد، کیفیت زندگی آقایان بیشتر از خانمها بود. هژیری نیز در مطالعه خود نتیجه گرفت که مردان نسبت به زنان ارزیابی بهتری از وضعیت سلامت خود دارند(۱۸). و الهبخشیان و همکاران نیز ارتباطی بین کیفیت زندگی با جنس گزارش نکردند [۱].

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که افزایش سن تأثیری بر کیفیت زندگی ندارد به جز در بعد اجتماعی که با افزایش سن کیفیت زندگی در این بعد ارتقاء می‌یابد. در پژوهش یزدی مقدم و همکاران [۹] نیز بین سن و ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود نداشت. اما در مطالعه گشتاسبی و همکاران [۱۹] افزایش سن باعث کاهش امتیاز کیفیت زندگی گردیده بود. که با نتایج پژوهش حاضر متفاوت است که دلیل آن می‌تواند تفاوت ویژگیهای سنی در دو مطالعه باشد به طوری که ۴۰ درصد شرکت کنندگان در مطالعه گشتاسبی و همکاران را گروه سنی بین ۲۴-۱۵ سال و بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دادند در حالیکه در پژوهش حاضر هیچ شرکت کننده‌ای سن بالای ۶۵ سال نداشته و تنها ۸/۸ درصد شرکت کنندگان دارای سن ۲۴-۲۳ سال بوده اند.

در پژوهش حاضر میانگین کیفیت زندگی در بخش‌های زایشگاه، اداری، اورژانس و ویژه از سایر بخش‌ها بیشتر بود. در پژوهش یزدی مقدم و همکاران [۹] نیز کیفیت زندگی در بخش‌های مراقبت ویژه، جراحی و اورژانس از سایر بخش‌ها بیشتر بود و در پژوهش علاف جوادی و همکاران نیز(۱۴) کیفیت زندگی در بخش ویژه نسبت به بخش‌های داخلی جراحی به شکل معنی داری بیشتر بود.

در مطالعه حاضر میانگین نمره سلامت مذهبی۷/۶± ۴۹/۹ و سلامت وجودی ۹/۶± ۴۴/۳ و سلامت معنوی ۱۶± ۹۴/۳ بود و سلامت معنوی هیچ یک از پرستاران مورد بررسی از نظر سلامت معنوی در محدوده ضعیف نبودند و ۶۱/۳ درصد سلامت معنوی متوسط و ۳۸/۷ درصد سلامت معنوی بالایی داشتند همچنین میانگین نمرات سلامت مذهبی (p=۰/۴۸۳)، سلامت وجودی (p=۰/۴۰۴) و سلامت معنوی (p=۰/۴۰۴) به طور کلی در دو جنس تفاوت معنی‌داری نداشت. بیگدلی و همکاران نیز در مطالعه خود بیان کردند که تفاوت معنی داری بین سلامت روانی پرستاران زن ومرد وجود ندارد[۲۰] همچنین در مطالعه الهبخشیان و همکاران[۱] جنس تأثیری بر سلامت معنوی نداشت و ۹۷/۹٪ افراد دارای سلامت معنوی متوسط بودند. اما نمره سلامت وجودی از سلامت مذهبی بالاتر بود که با مطالعه ما متفاوت است که دلیل آن می‌تواند تفاوت در نمونه‌های پژوهش باشد به طوری که پژوهش حاضر بر روی پرستاران و پژوهش اله بخشیان بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. اما در مطالعه رضایی و همکاران نمره سلامت معنوی بیماران

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

مبتلا به سرطان بالاتر از سلامت وجودی آنها بود و نمره کل سلامت معنوی ۱۴/۳۶± ۹۸/۳۵ بود [۲] که به شکل کلی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه هیسائو[1] و همکاران نیز سلامت معنوی دانشجویان پرستاری در تایوان متوسط گزارش شده است [۲۱]. در بررسی صفایی راد و همکاران میانگین نمره سلامت معنوی دانشجویان ۱۷/۱۴± ۸۹/۱۸ گزارش شده است که همانند مطالعه حاضر در محدوده بالا قرار دارد [۳].

نتایج پژوهش نشان داد که افزایش سلامت معنوی باعث ارتقاء کیفیت زندگی به شکل معنی‌داری در پرستاران می‌گردد. لازم به یادآوری است که محققین هیچ گونه مطالعه‌ای که ارتباط این دو متغیر را با همدیگر در گروه پرستاران سنجیده باشد نیافتند. میشل طی مطالعه خود بیان می‌کند که پرستاران به دلیل ماهیت کاری خود، در معرض استرس‌های فراوانی قرار دارند که از آن جمله می‌توان به ارتباط مستمر و طولانی با بیماران بدحال و مشرف به مرگ، مسئولیت زیاد، درخواست‌های شغلی زیاد، عدم برخورداری از تسهیلات رفاهی و تفریحی کافی، پیشرفت‌های تکنولوژی سریع[۲۲] و فقدان حمایت‌های روانی اشاره کرد که کلیه موارد فوق پرستاران را مستعد ابتلا به مشکلات روحی و روانی در محیط کاری می‌نماید.

اما در مطالعات نزدیک به موضوع می‌توان به مطالعه سالسمن[2] و همکاران اشاره کرد که در آن سلامت معنوی ارتباط مثبتی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان‌های کولورکتال داشته است [۲۳]

در مطالعه دالمیدا[3]و همکاران نیز سلامت وجودی رابطه مثبتی با بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی در زنان آفریقایی-آمریکایی مبتلا به ایدز داشت و در نتیجه نهایی پژوهش گزارش شده بود که معنویت عامل مؤثری در زندگی و کیفیت زندگی زنان آفریقایی- آمریکایی مبتلا به ایدز می‌باشد [۲۴]. در مطالعه مورگان[4]و همکاران که بر روی بیماران آفریقایی- آمریکایی تحت درمان سرطان سینه انجام شد. رابطه معنی داری بین سلامت معنوی و بعد فیزیکی، روانی و عملکردی کیفیت زندگی مشاهده شد [۲۵]. در مطالعه اله بخشیان و همکاران بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، میان سلامت معنوی و سلامت مذهبی با کیفیت زندگی در بعد روانی و سلامت وجودی با هر دو بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت[۱]. در پژوهش مردانی حموله و همکاران نیز مشخص شد که بین سلامت روان (اندازه گیری شده بوسیله پرسشنامه‌سلامت عمومی) و کیفیت زندگی بیماران سرطانی‌ارتباط مثبتو معنی‌داری وجود دارد[۱۰].

نتیجه گیری

سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران تحت مطالعه در محدوده متوسط قرار داشت و سطح بالای سلامت معنوی با کیفیت زندگی بهتر در ابعاد مختلف در این پرستاران مرتبط بود. همچنین متغیرهای زمینه ای سن و جنس به طور کلی تأثیری بر روی سلامت معنوی و کیفیت زندگی نداشتند.

تشکر و قدردانی

از کلیه مسئولین و پرستاران محترم بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تقدیر و تشکر می‌شود.

1- Hsiao
2- Salsman
3 -Dalmida
4- Morgan

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1- Alahbakhshian M, Jafarpour alavi M, Parvizi 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 (ZJRMS) 2010; 12(3): 29-33[Persian].
2- Rezaei M, Seyed fatemi N, Hoseini F, Spiritual Well-being in Cancer Patients
3- who Undergo Chemotherapy, Hayat 2008; 14(3,4): 33-39[Persian].
4- Safayi Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahour M, The relationship between spiritual well-being and mental health of university students, Quarterly Journal of sabzevar university of Medical Sciences 2010; 17(4): 274-280[Persian].
5- Carven RF, Hirnle CJ, Fundamental of nursing: human health and function, 4th ed, Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins; 2003,1383-92.
6- Gomez R, Fisher JW, Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire, Personality and Individual Differences 2003; 35: 1975–1991.
7- 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.
8- Lane JA, The care of the human spirit, Journal of professional Nursing 1987; 3(6): 332-37.
9- Varricchio CG, Ferrans CE, QUALITY OF LIFE ASSESSMENTS
10- IN CLINICAL PRACTICE, Seminars in Oncology Nursing 2010; 26(1),12-17.
11- Yazdi Moghaddam H, Estaji Z, Heidari ,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): 50-56[persian].
12- Mardani Hamole M, Shahraki Vahed A, the relationship between mental health and quality of life in cancer patients, Journal of shaheed sadoughi university of Medical Sciences 2010; 18(2): 111-117[Persian].
13- Hemmati Maslak pak M, Ahmadi F, Anoosheh M, Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception, Koomesh Winter 2011; 12 (2): 144-151[Persian].
14- Chiu MC, Wang MJ, Lu CW, Pan SM, Kumashiro M, Ilmarinen J, Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan, NURSING OUTLOOK 2007; 55(6),318-326.
15- Chang EM, Hancock KM, Johnson A, Daly J, Jackson D, Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward, Nurs Health Sci 2005;7(1):57-65.
16- Allaf Javadi M, Parandeh A, Ebadi A, Haji Amini Z, Comparison of life quality between special care units and internal-surgical nurses, Iranian Journal of Critical Care Nursing 2010;3(3): 113-117[Persian].
17- Dehghan Nayeri N, Salehi T, Asadi Noughabi AA, Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship, Iranian Journal of Nursing Research 2008; 3(8,9): 27-37[Persian].
18- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdani nia M, Translate, relaibilit and validity of Persian SF36 scale, Payesh 2005; 5(1): 49-56[Persian].
19- Fallahee Khoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran, Hakim Medical Journal 2007; 9(4): 24- 30[Persian].
20- Hazhiri K, Hospital nurses assess the viewpoints of its health, Shiraz Univ Med Sci J 2003;3(1):12-6[Persian].
21- Goshtasebi A, Montazeri A, Vahdani nia M, Rahimi Foroshani A, Mohammad K, Assessmentthe health status of people in Tehran based on gender, education andresidential area: a population study, Payesh 2003; 2(3): 183-189[Persian].
22- Bigdeli E, Karimzadeh S, The effect of factors causing stress on mental health nurses in Semnan, Semnan Univ Med Sci J 2006;8(2):6-9[Persian].
23- Hsiao YC, Chiang HY, Chien LY, An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan, Nurse Education Today 2010; 30: 386–392.
24- Mitchell GJ, A qualitative study exploring how qualified mental health nurses deal with incidents that conflict with their accountability, J Psychiatr Ment Health Nurs 2001;8(3):241-8.
25- Salsman JM, Yost KJ, West DW, Cella D, Spiritual well-being and health-related quality of life in colorectal cancer: a multi-site examination of the role of personal meaning, Support Care Cancer; 2011:19(6):757-64.
26- Dalmida SG, Holstad MM, Diiorio C, Laderman G, Spiritual Well-Being and Health-Related Quality of Life Among African-American Women with HIV/AIDS, Appl Res Qual Life; 2011 : 6 (2) : 139-157.
27- Morgan PD, Gaston-Johansson F, Mock V, Spiritual well-being, religious coping and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study, ABNF J 2006:17(2):73-7.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]