

The Effect of Spiritual Self-Care Empowerment Based on Sound Heart Model on the Spiritual Health of Military Professors - Randomized Clinical Trial

Leila Lotfian¹, Mino Asadzandi^{2*}, Mahrooz Javadi³, Mojtaba Sepandi⁴

¹ Master of Military Nursing Student, Student Research Committee, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² PhD Assistant Professor, Research fellow. Medicine, Quran and Hadith Research Center, Anesthesiology Department, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Member of the Department of Spiritual Health of the Academy of Medical Sciences of Tehran, Tehran, Iran

³ BSN, MSN, Health Management Research Center, Department of Pediatric Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Health Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 28 August 2020 Accepted: 29 October 2020

Abstract

Background and Aim: Numerous job stresses in military professors damage their spiritual health and necessitate spiritual self-care. Considering the importance of teacher empowerment, the aim of the present study was to investigate the effect of spiritual empowerment with a multimedia method based on the sound heart model on the spiritual health of military teachers in an interventional study.

Methods: The present study was a randomized clinical trial, conducted in Tehran in 2019, on 98 military professors (49 in the experimental group and 49 in the control group). The samples were randomly divided into experimental and control groups. Intervention for the experimental group, a multimedia training based on a sound heart model with the aim of gaining trust, knowledge, communication development, motivation, by donating educational software and following the training in the virtual network, was implemented for 15 weeks. The control group did not receive any intervention. Before and immediately after the intervention, Pulotzin and Ellison spiritual health questionnaire was completed by both groups.

Results: The difference between the two groups in terms of spiritual health index, after receiving the desired intervention and adjusting the effect of baseline values in the two groups was equal to 24.09 (22.69-25.49) and this difference was statistically significant ($p < 0.001$). Also, after receiving the intervention, the difference between the two groups was significant in terms of religious health index 11.97 (11.11-12.83) and Existential health 11.90 (10.99-12.79) ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the results of the present study, it seems that the intervention based on the Sound Heart model has a significant effect on improving the spiritual health of military teachers.

Keywords: Empowerment, Faculty, Health, Military Personnel, Spirituality

تأثیر توانمندسازی خودمراقبتی معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر سلامت معنوی اساتید نظامی - کارآزمایی بالینی تصادفی شده

لیلا لطفیان^۱، مینو اسد زندی^{۲*}، مهروز جوادی^۳، مجتبی سپندی^۴

^۱ دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری نظامی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
^۲ دکترای مدیریت تحقیقات علوم پزشکی، محقق مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، استادیار گروه هوشبری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی کشور، تهران، ایران
^۳ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات مدیریت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
^۴ دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: استرس‌های متعدد شغلی در اساتید نظامی به سلامت معنوی ایشان آسیب می‌زند و انجام خود مراقبتی معنوی را ضروری می‌نماید. با توجه به اهمیت توانمندسازی اساتید هدف از مطالعه حاضر، بررسی تأثیر توانمندسازی معنوی با روش چند رسانه‌ای مبتنی بر مدل قلب سلیم بر سلامت معنوی اساتید نظامی در یک مطالعه مداخله‌ای بود.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده، در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران، بر روی ۹۸ نفر (۴۹ نفر گروه آزمون و ۴۹ نفر گروه کنترل) از اساتید نظامی ارتش اجرا شد. نمونه‌ها به روش تصادفی گروهی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. مداخله برای گروه آزمون، آموزش چندرسانه‌ای مبتنی بر مدل قلب سلیم با هدف جلب اعتماد، دانش افزایی، توسعه ارتباطات، انگیزش، با اهدای نرم افزار آموزشی و پیگیری آموزش‌ها در شبکه مجازی، به مدت ۱۵ هفته اجرا شد. گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند. قبل و بلافاصله بعد از مداخله، پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و آلیسون توسط هر دو گروه تکمیل شد.

یافته‌ها: اختلاف دو گروه از نظر شاخص سلامت معنوی پس از دریافت مداخله و تعدیل اثر مقادیر پایه در دو گروه برابر با (۲۵/۴۹- ۲۴/۰۹) و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین پس از دریافت مداخله مورد نظر اختلاف دو گروه مورد مطالعه از نظر شاخص سلامت مذهبی (۱۱/۱۱-۱۲/۸۳) و ۱۱/۹۷ و سلامت معنوی (۱۰/۹۹-۱۲/۷۹) معنی دار بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که مداخله مبتنی بر قلب سلیم تأثیر معنی داری بر بهبود سلامت معنوی اساتید نظامی دارد.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی، اساتید، سلامت، پرسنل نظامی، معنویت.

مقدمه

بهداشت و سطح سلامت می‌باشد (۱۴). توانمندسازی کمک به افراد برای کشف و استفاده از توانایی‌های فطری برای افزایش تسلط و کنترل بر بیماری تعریف می‌شود (۱۵). و نتایج حاصل از آن شامل اعتماد به نفس مثبت، توانایی دستیابی به هدف و داشتن احساس کنترل بر زندگی و فرآیندهای تغییر و نیز احساس امیدواری به آینده است (۱۶). مدل مراقبت معنوی قلب سلیم مبتنی بر معنویت اسلام، انسان را دارای روح (قلب) از عالم غیب می‌داند. سلامت معنوی را بر خورداری از قلب سلیم معرفی کرده، غفلت از یاد خدا و ناامیدی از رحمت خدا را، منشاء بروز دیسترس‌های معنوی می‌داند (۱۷). این مدل با رویکرد جامعه‌نگر و کل‌نگر به تأثیر بعد معنوی سلامت بر سایر ابعاد و تأثیر روح بر فکر و جسم توجه دارد و با تأکید بر مراقبت از خود، مراقبت در منزل، مشارکت خانواده و توانمندسازی معنوی، در مطالعات متعدد، در بیماران مختلف به کار رفته است (۱۸). در این میان مطالعاتی نشان داده‌اند که مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم باعث افزایش تجارب معنوی بیماران تحت عمل بای پس عروق کرونر شده است (۱۹). همچنین در مطالعه‌ای نشان داده شده است که مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد تأثیرگذار بوده است (۲۰). با توجه به اهمیت سلامت معنوی در کاهش بیماری‌ها و اختلالات روانی و نبود مطالعه‌ای مشابه در جامعه نظامی ایران، هدف از مطالعه حاضر، بررسی تأثیر توانمندسازی معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر سلامت معنوی اساتید نظامی در یک مطالعه مداخله‌ای است.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده می‌باشد. جامعه پژوهش شامل اساتید نظامی در یکی از مراکز آموزشی ارتش و یکی از بیمارستان‌های نیروی زمینی ارتش در شهر تهران، در سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول اختلاف دو میانگین ۴۴ نفر محاسبه گردید که با احتساب احتمال ریزش این تعداد به ۵۰ نفر افزایش یافت. اما نهایتاً ۴۹ نفر در هر گروه مطالعه را ادامه دادند. افراد مورد مطالعه بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و بعد از توضیح روش مطالعه و گرفتن رضایت آگاهانه، افرادی که حاضر به شرکت در مطالعه شده بودند و بعد از پر کردن پرسشنامه سلامت معنوی نمره متوسطی کسب کرده بودند به روش تصادفی گروهی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: فرماندهان نظامی (ارتش) که کار تربیتی، آموزشی یا مدیریتی انجام می‌دهند (دارای درجه ۱۴ و بالاتر)، نداشتن سابقه شرکت در تحقیق مشابه، نداشتن سابقه بیماری روانی مزمن در گذشته و اکنون، عدم مصرف داروهای روان‌گردان و نداشتن سابقه اعتیاد به مواد مخدر و بر خورداری از سلامت جسمی و معیارهای خروج از مطالعه انصراف از ادامه‌ی همکاری، انتقال فرمانده به مراکز دیگر و بروز بحران مهم در

در بین نیروهای نظامی، اساتید نظامی از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند چرا که بر اساس آموزش الگومحور، ایشان در نقش رهبر، نیروهای تحت امر خود را هدایت می‌کنند. توانمندسازی فرماندهان سبب می‌شود تا ایشان بهتر با مشکلات و استرس‌های شغلی خود مقابله کنند (۱). در نظامیان مسئولیت بیش از اندازه، انتظارات و ضرب‌الاجل‌های غیرواقع بینانه، وقت ناکافی برای تکمیل کردن مسئولیت‌ها، نداشتن منابع کافی و شرایط کاری بد (نور، صدا، تهویه هوا) منجر به ناخشنودی و نداشتن احساس مثبت به کار و در نهایت ایجاد استرس شغلی می‌شود (۲). سازمان ملل متحد استرس را بیماری قرن بیستم نامیده است و در طی سال‌های اخیر هم سازمان جهانی بهداشت استرس را مشکلی همه‌گیر اعلام کرده است (۳). استرس شغلی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات مرتبط با سلامت خصوصاً در دهه‌های اخیر مورد بحث قرار گرفته است (۴،۵). بر اساس تعریف انستیتوی ملی ایمنی و بهداشت کار، استرس شغلی عبارت است از "هر گونه واکنش غیر مفید روانی یا جسمانی که در نتیجه‌ی عدم تطابق فرد با توانایی‌هایش حاصل می‌شود" و می‌تواند سبب بروز رفتارهای پرخطر، پرخاشگرانه، صدمات شغلی، اختلالات روانی یا جسمانی، و حتی مرگ شود (۶). شکی نیست که در درازمدت استرس می‌تواند باعث ایجاد فرسودگی شغلی شود (۷). وجود سلامت معنوی در افراد یکی از راه‌های مقابله با استرس‌ها و فرسودگی‌های شغلی و در نتیجه افزایش بازدهی افراد است. تغییر نگرش افراد به حوادث زندگی به‌عنوان تجربه معنوی منجر به سلامت معنوی می‌شود (۸). سلامت معنوی از نظر آلیسون دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی که بر کیفیت و چگونگی درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است. سلامت وجودی که بر سازگاری افراد با جامعه و خود دلالت کرده و از نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد بحث می‌کند (۹،۱۰). با توجه به ابعاد زیستی، روانی-اجتماعی و معنوی سلامت، برخی معتقدند که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد سلامتی نمی‌توانند حداکثر عملکرد مورد نظر را داشته باشند و اختلال در سلامت معنوی سبب آشفتگی‌های روانی، افسردگی و از دست دادن معنی زندگی شده و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی را غیرممکن می‌کند (۱۱،۱۰). برای رسیدن به سلامت معنوی و بر خورداری از قلب سلیم، افراد بتوانند با استفاده از مهارت‌های معنوی، به درمان دیسترس‌های معنوی خود بپردازند (۱۲). مسلماً این مهم (خود مراقبتی معنوی) مانند هر مداخله دیگری نیازمند بهره‌گیری از مدل مراقبت است تا چگونگی امر مراقبت را بیان کند. مدلی هماهنگ با فرهنگ و باورهای افراد جامعه (مدل جامعه‌نگر) تا با توجه به اعتقادات فرهنگی، باورهای جامعه و نیاز و فرهنگ مردم هر جامعه بتواند راه‌کارهای اجرایی مؤثری ارائه کند (۱۳). منظور از توانمندسازی خودمراقبتی کمک به افراد جهت کسب توانایی در جهت ارتقاء

زندگی در حین مطالعه (نظیر بیماری جسمی روانی یا مشکلات اجتماعی) بود.

برای ارزیابی سلامت معنوی از پرسشنامه سلامت معنوی آلیسون استفاده شد که این پرسشنامه حاوی ۲۰ سوال است که پاسخ‌ها برطبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی (کاملاً موافقم، نسبتاً موافقم، کمی موافقم، نسبتاً مخالفم، کاملاً مخالفم) می‌باشد. در مطالعه نیک‌سرشت و همکاران روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص و تأیید شد. اعتبار به معنای برآورده شدن اهداف تحقیق توسط پرسشنامه یا ابزار طراحی شده است. تکرارپذیری یا پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید که بیانگر پایایی خوب این ابزار است (۲۱). پس از انتخاب افراد مورد مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه، افراد توسط روش تخصیص تصادفی گروهی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. در ابتدای مطالعه پرسشنامه سلامت معنوی توسط هر دو گروه پر شد. مداخله در گروه آزمون، اجرای برنامه آموزشی غیرحضوری چندرسانه‌ای، مبتنی بر مدل قلب سلیم با هدف جلب اعتماد، دانش‌افزایی، توسعه ارتباطات، انگیزش، همراه با اهدای نرم افزار آموزشی، و پیگیری آموزش‌ها در شبکه مجازی یک بار در هفته، به مدت ۱۵ هفته (۴ ماه) اجرا شد. اما برای افراد گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای صورت نپذیرفت. بلافاصله پس از پایان مداخله مورد نظر پرسشنامه سلامت معنوی مجدد توسط دو گروه پر شد. در برنامه توانمندسازی بخش‌های مختلفی لحاظ شد که شامل: پاور پوینت‌های آموزشی، فایل‌های صوتی سخنرانی، کلیپ، مقالات طراح نظریه، فصول مختلف از کتاب راهنمای اساتید در توانمندسازی معنوی دانشجویان بود. جهت آنالیز اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و روش‌های آماری تحلیلی شامل آزمون‌های ویلکاکسون و من ویتنی، آزمون کای مربع و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. از آنالیز کوواریانس (ANCOVA) به منظور مقایسه اختلاف میانگین نمره دو گروه پس از مداخله با کنترل اثر مقادیر پایه استفاده شد. جهت بررسی عوامل موثر بر نمره آلیسون از رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. تمامی آنالیزها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 و در سطح معنی‌داری $\alpha: 0/05$ صورت گرفت. جهت رعایت اخلاق در پژوهش کد اخلاق IR.BMSU.REC1398.231 از دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اخذ شد و محقق ضمن معرفی خود و تشریح اهداف پژوهش به نمونه‌ها یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و تأثیری بر روند ارزشیابی آن‌ها ندارد. ذکر نام و نام خانوادگی لازم نیست. در پایان افرادی که تمایل داشتند از نتایج مطالعه آگاه شدند. همچنین تمام مداخلات انجام گرفته برای گروه مداخله در اختیار گروه کنترل هم قرار گرفت.

نتایج

در مطالعه حاضر ۹۸ نفر مشارکت داشتند که ۴۹ نفر در گروه آزمون و ۴۹ نفر در گروه کنترل تا پایان مطالعه باقی ماندند. میانگین سنی گروه مداخله $43/73 \pm 8/05$ و میانگین سنی گروه کنترل برابر با $40/12 \pm 8/38$ بود. براساس نتایج تست من-ویتنی اختلاف معنی‌داری از نظر توزیع سنی بین دو گروه مشاهده نگردید ($P=0/33$).

میانگین سال‌های کاری در گروه مداخله $13/59 \pm 8/02$ و میانگین سال‌های کاری در گروه شاهد برابر با $12/98 \pm 8/36$ بود و از نظر سابقه کاری نیز اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نگردید ($P=0/71$) (جدول ۱- و جدول ۲-).

میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی آلیسون در گروه کنترل قبل از مداخله برابر با $83/88 \pm 4/01$ و بعد از مداخله برابر با $83/92 \pm 3/90$ بود. بر اساس نتایج تست ویلکاکسون اختلاف معنی‌داری بین میانگین قبل و بعد از مداخله از نظر این شاخص دیده نشد ($P=0/13$).

میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی آلیسون در گروه آزمون قبل از مداخله برابر با $82/1 \pm 3/48$ و بعد از مداخله برابر با $107/59 \pm 4/12$ بود. بر اساس نتایج تست ویلکاکسون اختلاف معنی‌داری از نظر تغییرات میانگین قبل و بعد از مداخله از نظر این شاخص دیده شد ($P < 0/001$).

تغییرات میانگین نمره شاخص سلامت وجودی و سلامت مذهبی بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در گروه کنترل از نظر آماری معنی‌دار نبود. اما میانگین این نمرات در گروه آزمون پس از دریافت مداخله مورد نظر افزایش معنی‌داری پیدا کرده بود ($P < 0/001$). مقایسه نمره سلامت وجودی و سلامت مذهبی بین قبل و بعد از مداخله مورد نظر در جدول ۳- نمایش داده شده است.

اختلاف دو گروه از نظر شاخص سلامت معنوی و پس از دریافت مداخله مورد نظر و تعدیل اثر مقادیر پایه در دو گروه برابر با $25/49-22/69$ ($24/09$) بود که براساس نتایج تست ANCOVA این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$). همچنین پس از دریافت مداخله مورد نظر اختلاف دو گروه مورد مطالعه از نظر شاخص‌های سلامت مذهبی ($11/11-12/83$) و سلامت وجودی ($10/99-12/79$) ($11/90$) معنی‌دار بود ($P < 0/001$) (جدول ۴-). در بررسی تأثیر متغیرهای مختلف نظیر سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و سابقه کار بر شاخص سلامت معنوی با استفاده از مدل رگرسیون خطی هیچ یک از متغیرهای مورد نظر بر این شاخص اثر معنی‌داری نشان ندادند ($P > 0/05$) (جدول ۵-).

جدول-۱. مقایسه متغیرهای کمی پایه بین دو گروه کنترل و آزمون (۴۹ نفر)

متغیر	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	P value
سن	کنترل	۸/۳۸ \pm ۴۰/۱۲	۰/۳۳
	آزمون	۸/۰۵ \pm ۴۱/۷۳	
سابقه کار	کنترل	۸/۳۶ \pm ۱۲/۹۸	۰/۷۴
	آزمون	۸/۰۲ \pm ۱۳/۵۹	

جدول-۲. مقایسه متغیرهای کیفی پایه بین دو گروه کنترل و آزمون

متغیر	گروه	زیر گروه	تعداد	P value
جنسیت	کنترل	مرد	۳۴(۶۹/۴)	۱/۰۰
		زن	۱۵(۳۰/۶)	
	آزمون	مرد	۳۴(۶۹/۴)	
		زن	۱۵(۳۰/۶)	
تأهل	کنترل	مجرد	۳۴(۶۹/۴)	۰/۳۴
		متأهل	۱۵(۳۰/۶)	
		مجرد	۳۴(۶۹/۴)	
	آزمون	متأهل	۱۳(۲۶/۵)	
		فوق دیپلم	۲(۴/۱)	
		لیسانس	۳۲(۶۵/۳)	
تحصیلات	کنترل	فوق لیسانس و بالاتر	۱۵(۳۰/۶)	۰/۳۵
		فوق دیپلم	۰(۰/۰)	
		لیسانس	۳۴(۶۹/۴)	
	آزمون	فوق لیسانس و بالاتر	۱۵(۳۰/۶)	
		فوق دیپلم	۲(۴/۱)	
		لیسانس	۳۰(۶۱/۲)	
درجه نظامی	کنترل	سرگرد	۱۷(۳۴/۷)	۰/۸۳
		سرهنگ	۲(۴/۱)	
		سرتیپ	۳۰(۶۱/۲)	
	آزمون	سرگرد	۱۸(۳۶/۷)	
		سرهنگ	۱(۲/۰)	
		سرتیپ	۱(۲/۰)	

جدول-۳. مقایسه سلامت معنوی آلیسون و زیر شاخه های آن در گروه کنترل و آزمون (۴۹ نفر)

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P value
سلامت مذهبی	کنترل	۴۲ \pm ۱۲/۲	۴۱/۹۴ \pm ۲/۴۸	۰/۸۱
سلامت وجودی		۴۱/۸۸ \pm ۲/۸۲	۴۲ \pm ۲/۳۰	۰/۶۶
سلامت معنوی آلیسون		۸۳/۸۸ \pm ۴/۰۱۴	۸۳/۹۲ \pm ۳/۹۰۴	۰/۱۳
سلامت مذهبی	آزمون	۴۱/۶۷ \pm ۲/۱۶	۵۳/۷۸ \pm ۲/۰۸	< ۰/۰۰۱
سلامت وجودی		۴۱/۶۵ \pm ۲/۳۳	۵۳/۸۲ \pm ۲/۲۶	< ۰/۰۰۱
سلامت معنوی آلیسون		۸۳/۱۰ \pm ۳/۴۸	۱۰۷/۵۹ \pm ۴/۱۲	< ۰/۰۰۱

جدول ۴- مقایسه اختلاف میانگین نمرات دو گروه از نظر سلامت معنوی آلیسون بر اساس نتایج ANCOVA (۴۹ نفر)

متغیر	زمان	میانگین	اختلاف میانگین	F	P	Partial Eta square
		گروه آزمون	گروه کنترل			
سلامت	قبل از مداخله	۸۳/۱±۳/۴۸	۸۳/۸۸±۴/۰۱	۳۳/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۶
معنوی	پس از مداخله	۱۰۷/۵۹±۴/۱۲	۸۳/۹۲±۳/۹۰	۱۱۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۳
						(۲۲/۶۹-۲۵/۴۹)
سلامت	قبل از مداخله	۴۱/۶۷±۲/۱۶	۴۲/۰۰±۲/۱۲	-	-	-
مذهبی	پس از مداخله	۵۳/۷۸±۲/۰۸	۴۱/۹۴±۲/۴۸	۷۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۹
						(۱۱/۱۱-۱۲/۸۳)
سلامت	قبل از مداخله	۴۱/۶۵±۲/۳۳	۴۱/۸۸±۲/۸۲	-	-	-
وجودی	پس از مداخله	۵۳/۸۲±۲/۲۶	۴۲/۰۰±۲/۳۰	۶۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۷
						(۱۰/۹۹-۱۲/۷۹)

جدول ۵- بررسی عوامل موثر بر نمره سلامت معنوی آلیسون در اساتید نظامی

سلامت معنوی آلیسون	ضریب	خطای معیار	T	P>t	فاصله اطمینان ۹۵٪
					حد پایین حد بالا
سن	-۰/۰۶	۰/۰۹	-۰/۷۰	۰/۴۸	-۰/۲۴ ۰/۱۱
جنسیت					
مرد	پایه	-	-	-	-
زن	۰/۱۷	۰/۹۱	۰/۱۹	۰/۸۴	-۱/۶۳ ۱/۹۸
تحصیلات					
دیپلم	پایه	-	-	-	-
لیسانس	۱/۲۶	۲/۹۹	۰/۴۲	۰/۶۷	-۴/۶۸ ۷/۲۲
کارشناسی ارشد	۳/۱۱	۳/۱۹	۰/۹۸	۰/۳۳	-۳/۲۲ ۹/۴۵
وضعیت ازدواج					
متاهل	پایه	-	-	-	-
مجرد	-۰/۴۹	۰/۹۴	-۰/۵۳	۰/۶۰	-۲/۳۷ ۱/۳۷
تجربه کاری	-۰/۰۲	۰/۰۸	-۰/۲۸	۰/۷۸	-۰/۱۸ ۰/۱۴
مقدار ثابت	۶۷/۳۶	۶/۵۹	۱۰/۲۲	۰/۰۰۱	۵۴/۲۵ ۸۰/۴۶

بحث

معنوی دانشجویان پرستاری انجام دادند که براساس آن آموزش معنویت طی ۴ هفته باعث افزایش سلامت معنوی دانشجویان پرستاری شد (۲۲). در مطالعه‌ای دیگر توسط معماری و همکاران که بر روی سالمندان انجام گرفت نتایج بیانگر آن بود که بعد از اجرای برنامه مراقبت معنوی روزانه، میزان سلامت معنوی سالمندان گروه آزمون افزایش معنی‌داری پیدا کرده بود (۲۳). در تایوان یک مطالعه نیمه‌تجربی، توسط Hsiao اقدام به اجرای برنامه آموزشی معنویت محور برای دانشجویان پرستاری کردند و چهار هفته پس از اتمام مداخله در مرحله پس‌آزمون، دریافتند که سلامت معنوی دانشجویان در گروه آزمون ارتقا یافته بود (۲۴). از نظر محقق اثرات

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر توانمندسازی خود مراقبتی معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر سلامت معنوی اساتید نظامی انجام شد و یافته‌های این مطالعه ضمن تأیید و حمایت از فرضیه پژوهش نشان داد که برنامه توانمندسازی خودمراقبتی معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم با روش چند رسانه‌ای بر سلامت معنوی فرماندهان نظامی تأثیر مثبت داشته است و تفاوت معنی‌داری در نمره سلامت معنوی آنان ایجاد کرده است. در این راستا مطالعاتی انجام شده است که هم‌سو با مطالعه حاضر می‌باشد. خلیفی و همکاران مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر آموزش معنویت بر سلامت

الهی باعث ایجاد سلامتی معنوی (قلب سلیم) با خرد، عفاف، شجاعت، عدالت، عزت، مهربانی و اخلاص در عمل می‌شود. ایمان مانع غفلت از یاد خدا و پیامدهای آن از قبیل سبک زندگی ناسالم، رفتارهای پرخطر، هیجان‌های مخرب، بیماری‌های روانی در مددجویان می‌شود و ترس، اضطراب، غم و ناامیدی را در افراد از بین می‌برد. سلامت معنوی سبب زندگی در زمان حال با صبر و شکرگزاری، ایجاد امیدواری، خوش‌بینی به آینده، شهامت مواجهه با بحران‌های زندگی می‌شود. با بهبود عملکرد سیستم عصبی، هورمونی و ایمنی بدن، سلامت روانی و جسمی را ارتقاء می‌دهد (۳۰).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به مجازی بودن آموزش و توانمندسازی اشاره نمود. همچنین ضرورت رعایت قوانین محیط‌های نظامی به علت نظامی بودن محیط مطالعه تعمیم نتایج به اساتید غیرنظامی را کم می‌نماید که باید با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده توانمندسازی معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم می‌تواند بر سلامت معنوی اساتید نظامی تأثیر مثبتی داشته باشد و از آن جایی که سایر ابعاد سلامت در گرو سلامت معنوی است پس افزایش سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت فرماندهان نظامی اثرگذار است و از این طریق می‌تواند بر بهبود عملکرد و کیفیت کاری آنان نیز تأثیرگذار باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به اهمیت افزایش سلامت معنوی بر بهبود عملکرد فرماندهان نظامی پرداخته شود و مداخله توانمندسازی مبتنی بر قلب سلیم در گروه‌های دیگر نیز صورت پذیرد.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- برنامه توانمندسازی خودمراقبتی معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم، مورد استفاده اساتید و کارکنان نظامی قرار گیرد.
- با افزایش سلامت معنوی افراد، قدرت مواجهه با بحران‌های زندگی بیشتر می‌شود. پیشنهاد می‌شود تقویت سلامت معنوی افراد در برنامه دانشگاهها و مراکز نظامی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: این مقاله بخشی از پایان‌نامه لیلا لطفیان

دانشجوی کارشناسی‌ارشد پرستاری نظامی به شماره ۴۵۷/۱ در تاریخ ۱۳۹۸/۶/۲۴ ثبت شده در جلسه شورای پژوهش دانشگاه و مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20190708044153N1 می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله و مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث دانشگاه بقیه‌الله انجام شده است. لذا پژوهشگران از تمامی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی و مرکز تحقیقات بقیه‌الله (عج) به خاطر اجازه انجام پژوهش و حمایت مالی و همچنین از نمونه‌های پژوهش تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند.

مفید و مثبت آموزش از طریق ارتقای اطلاعات و کسب مهارت و همچنین استفاده از ابزار مشترک می‌تواند توجیه‌کننده نتایج یکسان در مطالعات بررسی شده و مطالعه حاضر باشد. اما از مهم‌ترین تفاوت‌های بین این مطالعات استفاده از مقوله توانمندسازی خودمراقبتی و آن هم از طریق یک مداخله مربوط به معنویت به نام قلب سلیم در مطالعه حاضر می‌باشد که بر مبنای شواهد دینی طراحی شده است (۲۵).

باماحمدی و همکاران طی یک کارآزمایی بالینی نشان دادند که این مداخله در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد موثر است (۲۰). سعیدی طاهری و همکاران هم با اجرای مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که می‌توان از مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم به‌عنوان روشی بدون‌عارضه در بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی استفاده کرد (۲۶). به صورت هم‌راستا با مطالعه حاضر می‌توان گفت به منظور ارتقای رفتارهای بهداشتی و کاهش عوارض بیماری‌ها از این مداخله استفاده شده و به آن توجه شده است. در مطالعه حاضر شاخص سلامت وجودی و سلامت مذهبی بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در گروه آزمون پس از دریافت مداخله مورد نظر افزایش معنی‌داری پیدا کرده بود که با مطالعه احمدی‌فراز و همکاران هم‌سو می‌باشد (۲۷). در مطالعه علیایی‌نسب و همکاران، سلامت وجودی و مذهبی بعد از مداخله افزایش پیدا کرده بود که حاکی از اثربخش بودن مداخله می‌باشد (۲۸). می‌توان نتیجه گرفت که یاد خدا و اندیشیدن به عظمت پروردگار، تسبیح ذات حق موجب آرامش جان و سکینه قلب است که می‌تواند فرد را از هرگونه احساس اضطراب و استرس و نومیدی دور کند و به زندگی او معنا و مفهوم ببخشد و این احساس را در فرد ایجاد کند که بر قدرت بی‌پایانی تکیه دارد که او را در برابر تمامی مشکلات حفظ خواهد کرد (۲۹). در این مطالعه، مهم‌ترین ویژگی‌های صاحبان قلب سلیم در قرآن (رهایی از ترس و اضطراب آینده، اندوه و حسرت گذشته، زندگی کردن در زمان حال با صبر و شکرگزاری، حقیقت‌بندی به‌عنوان راهکار اصلی دستیابی به سلامت معنوی و سپس برخورداری از حیات طیبه (بالاترین کیفیت زندگی) معرفی شد.

از تفاوت‌های عمده‌ی این مطالعه با مطالعات بررسی شده، گروه هدف آن می‌باشد که اساتید نظامی طبعاً شرایط متفاوت‌تری از دانشجویان، بیماران قلبی و سالمندان دارند و با وجود اهمیت سلامت معنوی در تمام اقشار جامعه، بهره‌مندی اساتید نظامی از سلامت معنوی و ارتقای آن می‌تواند بسیار اثرات ارزشمند و مفیدی داشته باشد. در بررسی عوامل مؤثر بر سلامت معنوی آلیسون تأثیر سن، جنس، تحصیلات، وضعیت ازدواج، تجربه‌کاری بر این شاخص معنی‌دار نبود. عدم وجود ارتباط معنی در این مطالعه می‌تواند ناشی از حجم نمونه ناکافی یا وجود سایر عوامل مخدوش‌کننده باشد. سلامتی معنوی برای پرسنل بهداشتی، بیماران، خانواده‌ها و فرماندهان و مسئولین کشور ضروری است. اعتقاد به خدا و عشق

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع:

- Jahanshahi A, Minaei H. Explain the role of managerial factors in empowering Armed Forces personnel. *Strategic Studies Quartely*. 2017;15(67):55-76.
- Kavosi Z, Ranaei Kordshouli H, Zare Saadabadi M, Ghorbanian A. The Factors Related to the Employees' Job Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Health Management & Informatics*. 2018;5(4):145-51.
- Shareinia H, Khuniki F, Bloochi Beydokhti T. Comparison between job stress among emergency department nurses with nurses of other departments. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2018;6(3):48-56. doi:10.29252/ijnv.6.3.4.48
- Amponsah-Tawiah K, Dartey-Baah K. Occupational health and safety: key issues and concerns in Ghana. *International Journal of Business and Social Science*. 2011;2(14):.
- Ahmad T, Qureshi QA, Ahmad I. Occupational Stress among Workers in Developing Countries. *Gomal Journal of Medical Sciences*. 2017;15(4).
- Aluko OO, Adebayo AE, Adebisi TF, Ewegbemi MK, Abidoye AT, Popoola BF. Knowledge, attitudes and perceptions of occupational hazards and safety practices in Nigerian healthcare workers. *BMC research notes*. 2016;9(1):71. doi:10.1186/s13104-016-1880-2
- Zargar Balaye Jame S, Alimoradnori M, Daneshvar A. The Relationship Between Job Burnout and Its Dimensions with Job Stress in Isfahan University of Medical Sciences in 2018. *Journal of Hospital*. Tehran University of Medical Sciences. 2018 :87-99.
- Asadzandi M. Access to the Sound Heart identifies the concept of spiritual health. *Journal of Medical Jurisprudence*. 2014;6(18):143-73.
- Durepos P, Wickson-Griffiths A, Hazzan AA, Kaasalainen S, Vastis V, Battistella L, et al. Assessing palliative care content in dementia care guidelines: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*. 2017;53(4): 804-13. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.10.368
- Bagheri F, Akbarizadeh F, Hatami H. Relationship Between Nurses' spiritual Intelligence And Happiness In Iran. *Procedia social and Behavioral Science Journal*. 2010;5:1556-61. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.325
- Cheng Q, Liu X, Li X, Wang Y, Mao T, Chen Y. Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(9):3403-9. doi:10.1007/s00520-019-4636-4
- Asadzandi M. An Islamic religious spiritual health training model for patients. *Journal of religion and health*. 2020;59(1):173-87. doi:10.1007/s10943-018-0709-9
- Mazandarani HK, Asadzandi M, Saffari M, M K. The Effect of Spiritual Care Based on Sound Heart Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients. *J Psychiatry Behav Health Forecast*. 2018;1(1):18-24.
- Wacharasin C, Phaktoop M, Sananreangsak S. A family empowerment program for families having children with Thalassemia, Thailand. *Nursing & health sciences*. 2015;17(3):387-94. doi:10.1111/nhs.12201
- Lambert SD, Girgis A, McElduff P, Turner J, Levesque JV, Kayser K, et al. A parallel-group, randomised controlled trial of a multimedia, self-directed, coping skills training intervention for patients with cancer and their partners: design and rationale. *BMJ open*. 2013; 3(7):e003337. doi:10.1136/bmjopen-2013-003337
- Aslakson RA, Isenberg SR, Crossnohere NL, Conca-Cheng AM, Yang h, Weiss M, et al. Utilising advance care planning videos to empower perioperative cancer patients and families: a study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ open*. 2017;7(5):e016257. doi:10.1136/bmjopen-2017-016257
- Asadzandi M. Heart in Quran and Medicine, Close Connection of Soul with Physiological Heart *American journal of Cardiology and Cardiovascular Diseases*. 2019;2(2):1-4 ISSN 2641-20
- Saeedi Taheri Z, Asadzandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on spiritual experience in patients with coronary artery disease. *IJPN*. 2013;1(3): 45-53.
- Asadi M, Asadzandi M, Ebadi A. Effects of spiritual care based on Ghalb Salim nursing model in reducing anxiety of patients undergoing CABG surgery. 2014;7(3):142-51.

20. Babamohamadi H, Kadkhodaei-Elyaderani H, Ebrahimian AA, Ghorbani R, Tansaz Z. Effects of spiritual care based on GHALBE SALIM model on quality of life of patients with acute myocardial infarction. *Koomesh*. 2019;21(2):262-70.
21. Nikseresht F, Torabi F, Shirinabadi Farahani A, Sajjadi M, Rassouli M. Spirituality Measurement Tools in Iranian Nursing Studies. *Clinical Excellence*. 2016;4(2):56-67.
22. Khalifi T, Seyedfatemi N, Mardani - Hamooleh M, Haghani H. The Effect of Spiritual Education on Spiritual Health of Nursing Students: A Quasi-Experimental study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2018; 11(1):152-64.
23. Memari A, Dalvandi A, Mohammadi Shahbolaghi F, Fallahi Khoshknab M, Biglarian A. Impact of Spiritual Care on Spiritual Health of Elderly Residents of Kahrizak Nursing Home. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2016;3(1):1-8.
24. Hsiao YC, Chiang HY, Lee HC, Chen SH. The effects of a spiritual learning program on improving spiritual health and clinical practice stress among nursing students. *J Nurs Res*. 2012; 20(4):281-90.
[doi:10.1097/jnr.0b013e318273642f](https://doi.org/10.1097/jnr.0b013e318273642f)
25. Fazel A, Kamalian A, Rowshan A. Identification of effective dimensions and components on academic human resources empowerment, emphasizing the third and fourth generation of universities with fuzzy delphi approach: presenting a conceptual model. *Education Strategies in Medical Sciences*. 2017; 10(6):455-68.
26. Taheri ZS, Zandi MA, Ebadi A. the effect of spiritual care based on Ghalbe Salim model on the sleep quality of the patients with coronary artery disease. *Iran J Crit Care Nurs*. 2014;7(2): 94-103.
27. Ahmadifaraz M, Reisi-Dehkordi N, Mosavizadeh R, Ghaderi S. The Effect of Group Spiritual Intervention Based on the Quran and Prayer on Spiritual Health of Patients with Cancer. *J Isfahan Med Sch* 2015; 32(320): 2454-63. .
28. Olyanasab SZ, Shahandeh A. Investigating the Effect of Reciting the Quran and Listening to it on the Dimensions of Spiritual Well-Being of Payame Noor University Students. *J Res Relig Health* h. 2019; 4(5):103-117.
29. Dehghani F, Andishmand V. The Relationship of Religious Orientation and Spiritual Health to Resilience among High School Sophomores in Kerman. *J Res Relig Health*. 2017; 3(4):66-77.
30. Asadzandi M. Effect of spiritual health (Sound Heart) on the other dimensions of health at different levels of prevention. *Clinical Journal of Nursing Care and Practice*. 2018;2(1):018-24
[doi:10.29328/journal.cjnep.1001008](https://doi.org/10.29328/journal.cjnep.1001008)