

The Relationship between Religiosity and General Health in Postmenopausal Nurses

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Article Type <i>Analytical Review</i>	Considering that nurses play the most important role in providing health services in hospitals, identification of effective factors on the general health of nurses has a direct impact on the quality of care provision. One of the factors which seems to be related to general health is religiosity. Therefore, the present study was conducted to determine the relationship between religiosity and general health in postmenopausal nurses for the first time in Iran.
Aurhors AkramPeyman ¹	This descriptive study was conducted on 123 postmenopausal nurses working in Kashan city's hospitals in 2018. Data were collected using General Health Questionnaire (GHQ-28) and Glock & Stark Religion Questionnaire. The sample consisted of 123 nurses with an average age of 46/3±6/18 years old. In terms of religion, most nurses were in a desirable level, but the average score of nurses' general health was not suitable. Finally a meaningful correlation between religiosity and some subscales of general health was founded. Generally religiosity is related to general health and its dimensions. Since postmenopausal nurses are confronted with lots of stress, religiosity can enhance their general health so offering religious programs suiting different cultures are recommended.

How to cite this article

AkramPeyman, The
Relationship between
Religiosity and General
Health in Postmenopausal
Nurses 2019:3 (5):52-58

Keywords: General health, religiosity, Nurse, Menopause, Iran.

¹Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

²Corresponding author: PhD of Health Services management, Assistant Professor, Department of

* Correspondence:

Address:

Phone: +989125509750

E-mail: abasi.zeinab@yahoo.com

Article History

Received: 2020/06/18

Accepted: 2020/07/11

ePublished: 2020/08/11

بررسی رابطه بین دین‌داری و سلامت عمومی پرستاران یائسه

اکرم پیمان

دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

پرستاران نقش مهمی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی در بیمارستان‌ها ایفا می‌کنند و شناسایی وضعیت سلامت عمومی پرستاران نقش مهمی، بر کیفیت ارائه مراقبت‌ها خواهد داشت. از جمله عواملی که به نظر می‌رسد با سلامت عمومی ارتباط دارد، دین‌داری است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط دین‌داری و سلامت عمومی در پرستاران یائسه برای اولین بار در ایران انجام شد. این مطالعه توصیفی بر روی ۱۲۳ نفر از پرستاران خانم شاغل یائسه در بیمارستان‌های منتخب شهر کاشان، در سال ۱۳۹۷ انجام شد. برای گردآوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی (CHQ-28) و دین‌داری گلاک و استارک استفاده شد. نمونه‌های این پژوهش پرستاران یائسه، با میانگین سنی $46/30 \pm 6/18$ سال بودند. اکثر پرستاران در وضعیت مطلوبی از نظر دین‌داری قرار داشتند. اما میانگین نمره سلامت عمومی پرستاران مطلوب نبود. همچنین، بر اساس یافته‌های آماری در این مطالعه بین دین‌داری و برخی از خرده مقیاس‌های سلامت عمومی همبستگی معنی‌دار وجود داشت. از جمله نتایج این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که پرستاران با نمره بالاتر پرسش‌نامه دین‌داری، از سلامت عمومی بهتری برخوردار هستند. از آنجایی که پرستاران زن یائسه با تنش‌های متعددی مواجه می‌شوند، دین‌داری می‌تواند موجب ارتقای سلامت عمومی آنان شود، لذا پیشنهاد می‌شود بستر دینی متناسب با فرهنگ جوامع به منظور ارتقای باورهای دینی پرستاران فراهم شود.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی، دین‌داری، پرستار، یائسگی، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۱

نویسنده مسئول: abasi.zeinab@yahoo.com

مقدمه

یکی از مسائل مهم در هر سازمان که با کارایی و اثربخشی سازمان مرتبط است، سلامت عمومی کارکنان است^(۱). سلامت عمومی شامل پاسخ‌های سه گانه جسمی، روانی و اجتماعی نسبت به محرک‌های داخلی و خارجی در جهت ثبات و راحتی تعریف شده است. عامل نیروی انسانی از مهم‌ترین عوامل توسعه پایدار در هر سازمانی به‌ویژه در مراکز بهداشتی و درمانی در نظر گرفته می‌شود^(۲) اما علی‌رغم آنکه بخش مهمی از نیروی انسانی بیمارستان‌ها را پرستاران زن تشکیل می‌دهند، متأسفانه اغلب مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند^(۳). در حیطه سلامت عمومی این قشر، یانگ و همکاران، میزان اختلال در سلامتی پرستاران کشورهای مختلف را بین ۴۸/۸-۳۴ درصد گزارش کرده‌اند.^(۴) یافته‌های مطالعه مقصودی و همکاران در ایران نیز، وضعیت سلامت عمومی پرستاران را به‌طور قابل ملاحظه‌ای ضعیف ارزیابی نمودند^(۳). پرستاری شغلی پر استرس است. کار زیاد، شیفت‌های کاری متعدد کمبود حمایت روانی و مشاهده حوادث ناگوار مثل بیماری، تروما یا حتی مرگ^(۵)؛ تهدیدی برای سلامت عمومی آنها به شمار می‌روند. از سوی دیگر برخی از پرستاران در دوران یائسگی هنوز سنوات خدمت خود را تکمیل ننموده‌اند و عده‌ای نیز با توجه به وجود مشکلات معیشتی بعد از دوره بازنشستگی نیز در بیمارستان‌ها و مؤسسات خصوصی مجدداً به ارائه خدمات مراقبتی

می‌پردازند. کاهش سطح استروژن در دوره یائسگی منجر به بروز طیف گسترده‌ای از مشکلات جسمی و روحی مانند اختلالات خواب، سردرد، تحریک‌پذیری، افسردگی و اضطراب می‌شود^(۶،۷) که می‌تواند سلامت عمومی این گروه را تحت تأثیر قرار دهد. سلامت مطلوب در پرستاران از جمله موارد مهمی است که به بهتر شدن خدمات ارائه شده توسط آنان، افزایش کیفیت مراقبت‌های پرستاری و افزایش رضایت‌مندی بیماران بستری می‌انجامد^(۸) وجود تنش و مشکلات سلامتی می‌تواند شروعی برای سندرم فرسودگی باشد^(۹) و این سندرم در نهایت موجب ایجاد تصویر منفی از خود، نگرش منفی نسبت به شغل و نداشتن تمایل برای برقراری ارتباط با مددجو هنگام ارائه مراقبت شده و در نهایت موجب افت شدید کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود^(۱۰). بدین ترتیب شناسایی عوامل موثر بر سلامت عمومی پرستاران تأثیر مستقیمی بر کیفیت ارائه مراقبت‌ها دارد به همین دلیل عوامل موثر بر سلامت آنان موضوعی حیاتی و مهم برای بررسی است.

از جمله عواملی که مطابق تحقیقات پیشین با سلامت عمومی ارتباط دارد، دین‌داری است. دین، مجموعه‌ای عقاید، اخلاق، قوانین و مقرراتی برای اداره‌ی امور جامعه‌ی انسانی و پرورش انسان‌ها است^(۱۱). تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که دین‌داری نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، بلکه شرایط جسمانی آنها را نیز بهبود می‌بخشد^(۱۱،۱۲). مک فارلاند تأثیر اعتقادات مذهبی بالا، در افزایش سلامت روان سالمندان ایالات متحده را مثبت ارزیابی کرد^(۱۳). محمدی و همکاران گزارش کردند، بین جهت‌گیری مذهبی درونی با افزایش سلامت روان پرستاران زن ارتباط معنی‌داری وجود دارد^(۱۴) اما در مطالعه کشفی و همکاران، بین سلامت عمومی و نگرش مذهبی دانشجویان علوم پزشکی ارتباط معناداری گزارش نشد^(۱۵). بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که تاکنون تعدادی پژوهش پیرامون رابطه دین‌داری و سلامت عمومی انجام شده است، اما اکثر مطالعات بر روی دانش‌آموزان، دانشجویان و سالمندان انجام شده و در برخی مطالعات نیز نتایج ضد و نقیض گزارش شده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط دین‌داری و سلامت عمومی در پرستاران یائسه انجام شد.

ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران یائسه شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر کاشان بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران در سطح خطای $\alpha=0/05$ و توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0/2$) و حداقل مقدار ضریب همبستگی، ۱۲۳ نفر تعیین شد. در این مطالعه پرستاران یائسه شاغل که یکی از ادیان مورد قبول جمهوری اسلامی ایران را دارا بودند و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند؛ با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، به بیمارستان‌های انتخاب شده مراجعه و بعد از کسب اجازه از ریاست بیمارستان با پرستاران ملاقات نمود. در ابتدا توضیحات لازم درباره موضوع پژوهش، گویه‌های پرسش‌نامه و مقصود از ارزیابی نظرات آنها را به صورت شفاهی به پرستاران گفت همچنین، به پاسخ‌دهندگان اطمینان داده شد که همه اطلاعات و پاسخ‌های آنها محرمانه خواهد ماند. بعد از اخذ رضایت آگاهانه از آنها پرسش‌نامه‌ها در اختیار پرستاران قرار گرفت و از آنها

شاخص‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی اسپیرمن و تحلیل رگرسیون استفاده گردید.

یافته‌ها

نمونه‌های این پژوهش متشکل از ۱۲۳ پرستار زن یائسه، با میانگین سنی $46/30 \pm 6/18$ سال بود. ۹۱/۱ درصد از پرستاران دارای مدرک کارشناسی پرستاری و مابقی کارشناسی ارشد یا دکتری بودند، ۸۵/۴ درصد از افراد استخدام رسمی و ۹۴/۳ درصد افراد متأهل بودند. اکثریت پرستاران (۶۷/۴ درصد) نمره دین‌داری بالا داشتند و ۲۵/۲ درصد دارای نمره دین‌داری متوسط (نمره ۲۶ تا ۷۸) و کمترین میزان مربوط به افراد با دین‌داری پایین بود. با توجه به اینکه از طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (نمره‌گذاری از ۰ تا ۴) برای سنجش دین‌داری افراد و پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه استفاده شده بود، لذا نمره ۲ به عنوان حد وسط انتخاب و با توجه به آن نمرات آزمون مورد سنجش قرار گرفت. مطابق یافته‌ها دین‌داری کل دارای میانگین $3/23$ ؛ اعتقادی دارای میانگین $3/24$ ، تجربی دارای میانگین $3/27$ ، پیامدی دارای میانگین $3/52$ و مناسکی نیز دارای میانگین $3/28$ بود. بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش وضعیت دین‌داری پرستاران یائسه بیش از حد متوسط در تمامی ابعاد برآورد شد.

در این پژوهش سلامت عمومی (کل) پرستاران یائسه کاشان دارای میانگین $23/44$ و انحراف معیار $12/46$ بود. میانگین علائم جسمانی $6/56$ ؛ میانگین اضطراب و اختلال خواب $6/38$ ؛ میانگین اختلال در کارکردهای اجتماعی $5/61$ و میانگین افسردگی $6/46$ برآورد شدند. با توجه به اینکه نمره بالاتر از ۶ برای مؤلفه‌ها نشان‌دهنده علائم مرضی می‌باشد، بنابراین پرستاران در سطح مناسبی از علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی نبودند. تنها مؤلفه کارکردهای اجتماعی با میانگین $5/61$ دارای وضعیت تقریباً مناسبی در بین پرستاران حاضر در پژوهش بود و سلامت عمومی نیز با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱ و مطابق نقطه برش ۲۲ نامناسب و پایین‌تر از حد انتظار و حد متوسط جامعه برآورد شد.

هدف از این مطالعه پاسخ به این سؤال بود که آیا بین دین‌داری و سلامت عمومی پرستاران شاغل یائسه کاشان رابطه معنی‌داری وجود دارد؟ به منظور پاسخ به این سؤال از آنجا که آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که برخی از متغیرها واجد شرایط نرمال نبودند، از آزمون اسپیرمن استفاده شد. بر اساس یافته‌های جدول ۱، همبستگی بین دین‌داری با سلامت عمومی معنی دار است ($r = -0/249$). با توجه به منفی بودن این رابطه؛ دین‌داری بالا می‌تواند سلامت مناسب و خوب را سبب گردد همچنین بین تمامی مؤلفه‌های سلامت عمومی نیز با دین‌داری رابطه معنی‌دار معکوس وجود داشت. بدین صورت که بین دین‌داری و علائم جسمانی ($r = -0/221$)، اضطراب ($r = -0/231$) و افسردگی ($r = -0/248$) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱ و بین مؤلفه کارکردهای اجتماعی و دین‌داری ($r = -0/121$) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ رابطه معنی‌دار و معکوس وجود داشت.

خواسته شد که با دقت و حوصله به پرسش‌ها پاسخ دهند. در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه استفاده شد: بخش اول آن اطلاعات دموگرافیک پرستاران، بخش دوم پرسش‌نامه سنجش دین‌داری گلاک و بخش سوم آن شامل پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (General Health Quality) بود. پرسش‌نامه مشخصات فردی شامل سن میزان تحصیلات و سابقه خدمت بود.

GHQ اولین بار توسط گولدرگ در سال ۱۹۷۸ ساخته شد. این پرسش‌نامه چهار مقیاس هفت سؤالی دارد که به ترتیب سؤالات ۱-۷ نشانه‌های جسمی، ۸-۱۴ مقیاس اختلال اضطراب، ۱۵-۲۱ اختلال کارکرد اجتماعی و ۲۲-۲۸ مقیاس افسردگی را ارزیابی می‌کند. نمره گذاری ابزار بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۳ است. حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۸۴ است. در این ابزار افزایش نمره با بدتر شدن سلامت فرد همراه است؛ در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع سؤالات، کسب نمره ۲۲ و بالاتر بیانگر علائم مرضی است^(۱۶). پرسش‌نامه در ایران، در موارد مختلفی برای ارزیابی سلامت عمومی مورد استفاده قرار گرفته است^(۱۷). در ایران ابراهیمی و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت عمومی را بررسی کردند در پژوهش آنها ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی تنصیف ۰/۹۰، آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و بهترین نقطه برش بالینی ۲۲ بود^(۱۸).

پرسش‌نامه دین‌داری در سال ۱۹۶۵ توسط گلاک و استارک برای سنجیدن نگرش‌ها و باورهای دینی ساخته شد^(۱۹) نصر و همکاران نیز در پژوهش خود از این پرسش‌نامه استفاده نمودند^(۲۰). این پرسش‌نامه برای استاندارد کردن در کشورهای مختلف اروپا، امریکا، آفریقا و آسیا و بر روی ادیان مسیحیت، یهودیت و اسلام اجرا گردیده و با دین اسلام هم انطباق یافته است^(۲۱، ۲۲). فرم تعدیل شده این ابزار از چهار بعد اعتقادی (۷ گویه، در برگرفته باورهای که پیروان هر دین به آن معتقدند)، بعد تجربی (۶ گویه، شامل عواطف و احساسات مربوط به برقراری رابطه با واقعیت غایی یا اقتدار متعالی)، بعد پیامدی (۶ گویه شامل باور و دانش دینی) و بعد مناسکی یا تشریفاتی (۷ گویه شامل پایبند بودن و عمل کردن به اعمال دینی) تشکیل شده است. هر سؤال پنج درجه‌ای ارزشی را در بر می‌گیرد و ارزش هر سؤال بین صفر تا چهار متغیر است. حاصل جمع عددی ارزش هر یک از سؤالات ۲۶ گانه، نمره آزمودنی را در کل نشان می‌دهد که بین صفر تا ۱۰۴ نوسان دارد؛ نمره دین‌داری (۲۶-۷۸) ضعیف، (۷۸-۲۶) متوسط و (۱۰۴-۷۹) بالا در نظر گرفته شد. روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط ۲۰ نفر از پرستاران، کارشناسان دینی و اساتید دانشگاه تأیید شد. ضریب پایایی درونی این پرسش‌نامه در مطالعه اقومی و قهرمانی برای کل سؤالات ۰/۸۳، بعد اعتقادی ۰/۹۳، عاطفی ۰/۸۲، پیامدی ۰/۸۲ و مناسکی ۰/۸۹ بود^(۲۳).

کلیه مراحل آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ محاسبه شد. جهت بررسی و تأیید نرمال بودن توزیع داده‌های پرستاران از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف با توجه به حجم نمونه استفاده شد. سطح معناداری کلیه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۱ در نظر گرفته شد و به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات و آزمون فرضیه‌ها از

جدول ۱) همبستگی خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی و ابعاد دین‌داری در پرستاران شاغل یائسه					
متغیر	سلامت عمومی	جسمانی	اضطراب	اجتماعی	افسردگی
دین‌داری کل	ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۲۴۹**	-۰/۲۲۱**	-۰/۲۳۱**	-۰/۲۴۸**
	معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
اعتقادی	ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۲۳۱**	-۰/۱۰۵	-۰/۱۲۴*	-۰/۰۹۸
	معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	۰/۰۴۰	۰/۰۹۳
تجربی	ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۲۲۲*	-۰/۲۰۱*	-۰/۱۷۵*	-۰/۱۴۸*
	معنی‌داری	۰/۰۱۳	۰/۰۲۱	۰/۰۲۹	۰/۰۳۴
پیامدی	ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۱۱۷*	-۰/۰۵۷	-۰/۱۸۴*	-۰/۰۳۷
	معنی‌داری	۰/۰۴۴	۰/۰۳۰۴	۰/۰۱۸	۰/۳۶۷
مناسکی	ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۳۴۸**	-۰/۲۸۷**	-۰/۲۳۲**	-۰/۱۵۰*
	معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳۳
* سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ ** سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱					

متغیر دین‌داری تبیین کرد (جدول شماره ۲). این مطلب بیانگر آن است که ابعاد دین‌داری دارای توانایی لازم برای پیش‌بینی سلامت عمومی می‌باشند.

از آنجایی که گاهی دو یا چند متغیر پیش‌گو رابطه عمده‌ای با متغیر پاسخ دارند در این پژوهش از رگرسیون چندگانه جهت پیش‌بینی استفاده شد. در نهایت نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد، ۱۱/۷ درصد از تغییرات سلامت عمومی پرستاران یائسه را می‌توان از طریق

جدول ۲) نتایج آنالیز رگرسیون به منظور پیش‌بینی نمره سلامت عمومی از روی نمره دین‌داری پرستاران یائسه مورد مطالعه					
متغیر پیش‌بینی‌کننده مدل	N	R	R ²	F	P
نمره دین‌داری	۸۰	-۰/۲۴۹	۰/۱۱۷	۵/۶۷۳	۰/۰۰۲

توجه به تغییرات هورمونی در یائسگی و اختلالات متعاقب آن و همزمان با داشتن نقش اجتماعی و خانوادگی در پرستاران زن به نظر می‌رسد که اختلالات سلامت عمومی آنها بیشتر است. مطابق نتایج مطالعه کفایی و همکاران، زنان بعد از یائسگی نیاز به مراقبت بیشتر در حیطه سلامت جسمی و روانی دارند^(۲۱) اما تصور می‌شود، به دلیل حضور پرستاران در نوبت‌های کاری مختلف و متعدد، محدودیت‌های بیشتری نسبت به سایرین، جهت مراقبت از خود و شرکت در برنامه‌های ورزشی منظم، فعالیت‌های مذهبی و تفریحی دارند. این محدودیت‌ها می‌تواند موجب بروز اختلالات اضطرابی، افسردگی و جسمی در آنها گردد. از سوی دیگر آنچه در این پژوهش بارز بود، علی‌رغم سلامت عمومی نامناسب، سلامت اجتماعی پرستاران یائسه مطلوب بود. در تفسیر این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه یکی از وظایف مهم پرستاری برقراری ارتباط اجتماعی و عاطفی با بیماران و مراقبت دلسوزانه از آنها می‌باشد، نمونه‌های این پژوهش که افرادی مجرب و متعهد با سابق شغلی بیش از ۱۸ سال بودند در برآورد انجام شده از سلامت اجتماعی خوبی برخوردار بودند.

این پژوهش نشان داد رفتار و عملکرد منتج از دین‌داری، عواطف و احساسات دینی، باورها و شناخت دینی پرستاران رابطه معکوس و معناداری با نشانه‌های مرضی سلامت عمومی به‌خصوص افسردگی (-۰/۲۴۸) داشت رونیبرگ و همکاران نیز اظهار کردند که تسهیل فعالیت‌های مذهبی برای علاقه‌مندان می‌تواند در بهبود و پیش‌گیری از شروع افسردگی مؤثر باشد^(۲۲) وجود رابطه معکوس بین مؤلفه اضطراب با دین‌داری بیان می‌کند که دین به عنوان یکی از فاکتورهای آرامش‌زا و تنش‌زداست. این یافته با نتایج مطالعه خالک و همکاران که به تأثیر مثبت دین‌داری بر اضطراب زنان یائسه پی بردند هم‌سو است^(۲۳). در این مطالعه دین‌داری کمترین

بحث

در مطالعه حاضر رابطه دین‌داری با سلامت عمومی پرستاران یائسه شاغل در بیمارستان‌های دولتی بررسی شد. بر اساس یافته‌ها، اکثریت افراد این پژوهش از نظر متغیر دین‌داری در وضعیت مطلوبی قرار داشتند. کروز در مطالعه‌ای مروری، به منظور بررسی دین‌داری و معنویت در سالمندی اظهار داشت که زنان بیش از مردان به سمت مذهب جذب می‌شوند^(۲۴). این یافته‌ها در راستای مطالعات رابنویتز و همکاران^(۲۵) و موسوی مقدم و همکاران^(۲۶) نیز بود.

نکته دیگر حائز اهمیت در این مطالعه که نقطه قوت آن نیز محسوب می‌شد، بررسی میزان سلامت عمومی پرستاران زن یائسه بود پرستاران با میانگین سنی ۴۶ سال اغلب در شرف بازنشستگی بودند. عده‌ای بعد از بازنشستگی به علت نیازهای مالی و یا نیاز به تعامل اجتماعی خود به شکل پیمانی کار می‌کردند. اکثریت آنان مسئولیت‌های سنگین همسراری و تربیت فرزندان را هم‌زمان عهده‌دار بودند در حالی که تعدادی دیگر بیوه بوده و به تنهایی بار زندگی را بر دوش داشتند.

سلامتی و عوامل مؤثر بر آن از جمله مؤلفه‌های مهم و تأثیرگذار بر روی رفتار، عملکرد کاری و بهره‌وری پرستاران است^(۲۷) در این پژوهش میانگین نمره سلامت عمومی کلی و تمامی ابعاد آن به غیر از مؤلفه کارکرد اجتماعی؛ برای پرستاران زن یائسه بالاتر از نقطه برش بود؛ که نشان‌دهنده وجود علائم مرضی در پرستاران زن است. همسو با یافته فوق، نتایج پژوهش غفاری و همکاران نشان داد که ۴۱/۸ درصد از پرستاران زن مورد مطالعه با مشکلات سلامت عمومی اعم از استرس سطح بالا، اختلالات اضطرابی و مشکلات جسمی در حین کار مواجه هستند^(۲۸). مطالعات انجام شده در سایر کشورها نیز این یافته‌ها را تأیید می‌کنند^(۲۹،۳۰). با

آگاهانه شرکت کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از آن رعایت شده است.

تضاد منافع: شایان ذکر است که تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: این مقاله، با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کاشان انجام شد. بدین وسیله محققان مراتب قدردانی خود را از مسؤولان دانشگاه‌ها و پرستاران محترمی که با صبوری ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌نمایند.

References

1. Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Effect of personal and work stress on burnout, job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. *health sa gesondheid*. 2017;22(1):252-8.
2. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*. 2015;12(1):652-66.
3. Maghsoodi S, Hesabi M, Monfared A. General health and related factors in employed nurses in Medical-Educational Centers in Rasht. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2015;25(1):63-72. [in persian].
4. Yang MS, Pan SM, Yang MJ. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2004;58(6):636-41.
5. akbar Aghaeinejad A, Eshgh ZM, Peyman A, Sabzi Z. The relationship between occupational burnout to mental health in pre-hospital emergency personnel. *Advances in Environmental Biology*. 2014;754-61.
6. Iliodromiti S, Begbie R. Vasomotor symptoms in menopause and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*. 2018;110(4):e286..
7. Reed SD, Ludman EJ, Newton KM, Grothaus LC, LaCroix AZ, Nekhlyudov L, et al. Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. *Maturitas*. 2009;62(3):306-10.
8. Silva AA, Souza JMPd, Borges FNdS, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44(4):718-25.
9. Albert NM, Butler R, Sorrell J. Factors related to healthy diet and physical activity in hospital-based clinical nurses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2014;19(3): 5-12.
10. Fischer FM, Martinez MC. Work ability among hospital food service professionals: multiple

ارتباط با کارکرد اجتماعی پرستاران را داشت ($r^2 = -0.121$) در حالیکه مطابق نتایج مطالعه میلووسکی درگیری دینی افراد موجب برخورداری بیش‌تر از حمایت اجتماعی می‌گردد و افزایش حمایت اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی مفید است^(۳۴) در تفسیر این یافته معتقدیم که پرستاران از روز اول در این رشته می‌آموزند که روابط اجتماعی غنی با بیماران داشته باشند و این آموزش که بر اساس قوانین و اخلاق اسلامی است در عملکرد اجتماعی و دلسورانه همه پرستاران مشخص است.

در این مطالعه همبستگی بین دین‌داری با سلامت عمومی ($r^2 = -0.249$) در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ تأیید گردید. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از ایران همسو است^(۳۵،۳۶). بر اساس یافته‌های این مطالعه، بین بعد اعتقادی دین‌داری و مؤلفه‌های اضطرابی و اجتماعی سلامت عمومی؛ بین عواطف و احساسات مربوط به برقراری رابطه با معبود (بعد تجربی دین‌داری) و مؤلفه‌های جسمی، اضطرابی و افسردگی سلامت؛ بین باور و دانش دینی (بعد پیامدی دین‌داری) و مؤلفه‌های جسمی و اضطرابی؛ و بین عمل کردن به اعمال دینی (بعد تشریفاتی دین‌داری) و کلیه مؤلفه‌های سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در راستای یافته فوق، کلارک دریافت که دین‌داری از طریق بالا بردن توانایی مقابله با استرس، ایجاد فضای حمایت اجتماعی، ایجاد امید و کمک به ایجاد هیجان‌های مثبت بر ارتقای سلامتی افراد تأثیر می‌گذارد^(۳۷). رینالدو و همکاران نیز در سال ۲۰۱۹ نقش مذهب و مقابله معنوی در دانشجویان پرستاری چهار کشور را بررسی کردند. مطابق نتایج؛ تفاوت معناداری در دین‌داری و مقابله معنوی دانشجویان از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی وجود داشت. اما یافته‌ها نشان داد که حضور مکرر در فعالیت‌های مذهبی سازمان‌یافته و غیر سازمان‌یافته منجر به سلامت جسمی و اجتماعی بهتر و شرکت در فعالیت‌های مذهبی غیر سازمان‌یافته غالباً به بهبود سلامت روان منجر می‌شود^(۳۸).

در این تحقیق همچنین مشخص شد که دین‌داری دارای توانایی لازم برای پیش‌بینی سلامت عمومی است. به‌طوری که ۱۱/۷ درصد از تغییرات سلامت عمومی را می‌توان از طریق دین‌داری تبیین کرد. تحقیقات اسپید از ۲۶۷۰ نفر در این حیطه نشان داد که دین‌داری تأثیر یکسانی بر سلامتی همه افراد ندارد و میزان ارتباط آن با سلامت عمومی افراد با تجربیات، آموخته‌ها و میزان ایمان آنان متفاوت است (۱).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به انگیزه و تفاوت‌های فردی پرستاران از نظر احساسات، عقاید و طرز تفکر آنان نسبت به چگونگی پاسخ‌دهی به سؤالات اشاره کرد. همچنین استفاده از پرسش‌نامه به عنوان ابزار پژوهش می‌تواند موجب کاهش دقت در برخی نتایج شده و محدودیت مقطعی بودن پژوهش (از لحاظ زمانی و مکانی) تعمیم نتایج را دشوار می‌سازد. پیشنهاد می‌شود جهت تأیید رابطه علی و معلولی با برگزاری دوره‌های دانش‌افزایی دینی برای پرستاران به مطالعات مداخله‌ای گسترده پرداخته شود.

نتیجه‌گیری: دین‌داری ارتباط مثبتی با ارتقای سلامت عمومی پرستاران یافته دارد. دین می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای آرامش‌زا عمل نماید و دین‌گرایی منجر دوری از احساس اضطراب و افسردگی می‌شود.

حمایت مالی: این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن اطلاعات پرسش‌نامه‌ها و کسب رضایت

22. Gupta S, Avasthi A, Kumar S. Relationship between religiosity and psychopathology in patients with depression. *Indian journal of psychiatry*. 2011;53(4):330-335.
23. Aghvami M, Ghahremani Z, Afshin joo m, Hamzehpoor m, Torabi-Ahmadi M. Correlation of Religious Orientation Role in Academic Achievement in Students of Nursing &Midwifery Faculty of Zanjan in 2011. *Journal of Medical Education Development*. 2012;5(8):1-10. [in persian].
24. Krause N. Church-based emotional support and self-forgiveness in late life. *Review of religious research*. 2010;52(1):72.
25. Rabinowitz YG, Mausbach BT, Atkinson PJ, Gallagher-Thompson D. The relationship between religiosity and health behaviors in female caregivers of older adults with dementia. *Aging and Mental Health*. 2009;13(6):788-98.
26. Moghadam SRM, Chegeni ME, Hafez AA. Explore the relationship among spiritual health, marital satisfaction, and demographic characteristics(age, duration of marriage, duration of employment) in Mafi hospital nurses of Susa city in 1394. *Journal of Research on Religion & Health*. 2016;1(4): 38-44.[in persian].
27. Nasrabadi AN, Shali M. Informed Consent: A complex process in Iran's nursing practice. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2017;23(3):223-8.
28. Ghafari F, Azizi F, Mazloun SR. Multiple Roles and its Relationship with Mental Health of Female Nurses. *Iranian Journal Of Obstetrics, Gynecology And Infertility*. 2007; 10(1): 69-78. [in persian].
29. Iliodromiti S, Begbie R. Vasomotor symptoms in menopause and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*. 2018;110(4):e286.
30. Zimmer Z, Rojo F, Ofstedal MB, Chiu C-T, Saito Y, Jagger C. Religiosity and health: a global comparative study. *SSM-population health*. 2019;7:100322.
31. Kafaei-Atrian M, Solhi M, Azar FEF, Atoof F. Development and psychometric evaluation of the menopausal self-care questionnaire in a sample of Iranian postmenopausal women. *Nursing and Midwifery Studies*. 2019;8(4):210-6.
32. Ronneberg CR, Miller EA, Dugan E, Porell F. The protective effects of religiosity on depression: A 2-year prospective study. *The Gerontologist*. 2016;56(3):421-31.
- associated variables require comprehensive intervention. *Work*. 2012;41(1):3746-52.
11. Taghavinia M, Motavassel M. The Relationship between Religiosity and Academic Achievement in Students of Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015;15:19-26. [in persian].
12. Zimmer Z, Rojo F, Ofstedal MB, Chiu C-T, Saito Y, Jagger C. Religiosity and health: a global comparative study. *SSM-population health*. 2019;7:100322.
13. McFarland MJ. Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender?. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2009;65(5):621-30.
14. Mohamadi J, Gholamrezai F, Azizi A. The Relationship Between Religious Orientation And Mental Health Among Female Nurses Working In Public Hospitals Of Tabriz In 2014. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016; 6(1): 1080-1087. [in persian].
15. Kashfi SM, Yazdankhah M, Heydarabadi AB, Jeihooni AK, Tabrizi R. The relationship between religious attitude and mental health in students of Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Research on Religion & Health*. 2016;1(3): 33-40 . [in persian].
16. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(01):139-45.
17. Navidian A, Masoudi G, Mousavi S. Work-related Stress and the General Health of Nursing Staffs in Zahedans' Hospitals Emergency Wards. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2005;9(3):22-8. [in persian].
18. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi S, Bornamanesh A, Yaghoobi M. Validity, reliability and structure of persian version of general health questionnaire (GHQ) in Iranians with psychiatry disorders. *Behav Sci J*. 2012 Mar;51(9):5-12
19. Clayton RR, Gladden JW. The five dimensions of religiosity: Toward demythologizing a sacred artifact. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1974:135-43.
20. NASR EA, Rouzkhosh M, Deris P. Religiosity and Life Satisfaction in Iran. 2019.
21. Wells GM. The effect of religiosity and campus alcohol culture on collegiate alcohol consumption. *Journal of American College Health*. 2010;58(4):295-304.

33. Abdel-Khalek AM, Nuño L, Gómez-Benito J, Lester D. The Relationship Between Religiosity and Anxiety: A Meta-analysis. *Journal of religion and health*. 2019;58(5):1847-56.
34. Milevsky A. Religiosity and social support: A mediational model of adjustment in emerging adults. *Mental Health, Religion & Culture*. 2017;20(5):502-12.
- 35- Jafari N, EskandariPour S. The Relationship between Religiosity and General Health of the Alghadir Students in Zanjan-Iran. *International Journal of Academic Research in Business and Social sciences*. 2013;3(10): 289-294.
36. Kézdy A, Martos T, Boland V, Horváth-Szabó K. Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*. 2011;34(1):39-47.
37. Clark EM, Williams BR, Huang J, Roth DL, Holt CL. A longitudinal study of religiosity, spiritual health locus of control, and health behaviors in a national sample of African Americans. *Journal of religion and health*. 2018;57(6):2258-78.
38. Felicilda-Reynaldo RFD, Cruz JP, Papathanasiou IV, Shaji JCH, Kamau SM, Adams KA, et al. Quality of Life and the Predictive Roles of Religiosity and Spiritual Coping Among Nursing Students: A Multi-country Study. *Journal of religion and health*. 2019;58(5):1573-91.
39. Speed D. Unbelievable?! Theistic/epistemological viewpoint affects religion–health relationship. *Journal of religion and health*. 2017;56(1):238-57.