

مروری بر عوامل مرتبط با تطابق معنوی در نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی بر پایه تئوری رفتار منطقی

مریم رسولی^۱ * دکتر فریده یغمایی^۲

چکیده

مقدمه: کودکانی که در مراکز شبانه روزی مراقبتی و حمایتی زندگی می کنند، با تنش ها و مشکلات متعدد مواجه هستند. این مشکلات، هنگامی که کودک وارد دوره نوجوانی می شود، به سبب حساسیت این دوره تکاملی، به ایجاد تنش مضاعف در وی می انجامد. در این مقطع، شناسایی مهارت ها و راهبرد های تطابقی مؤثر برای غلبه بر شرایط دشوار موجود می تواند نیازهای عاطفی نوجوان را پاسخ داده و به تکامل شناختی و روانی وی کمک نماید. یکی از موضوعاتی که در این گروه از نوجوانان، نیاز به بررسی دارد، شناسایی راهبردهای تطابقی، از جمله تطابق معنوی در آنهاست. به نظر می رسد فقدان چارچوب پنداشتی یا نظری مناسب، یکی از دلایلی است که مانع از انجام پژوهش در این زمینه می گردد. براساس تئوری رفتار منطقی، نگرش و هنجارهای ذهنی نسبت به انجام یک رفتار که خود تحت تاثیر عوامل خارجی قرار می گیرند، مهم ترین عوامل پیش بینی کننده انجام آن رفتار هستند. هدف از تدوین این مقاله، پیشنهاد چارچوبی نظری بر پایه تئوری رفتار منطقی می باشد که عوامل خارجی شامل متغیرهای دموگرافیک (سن و جنس) و عوامل فردی (عزت نفس، خودکارآمدی و امیدواری) بوده و نگرش معنوی و هنجارهای ذهنی می توانند با تطابق معنوی نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی به عنوان رفتار مورد نظر در ارتباط باشند.

کلید واژه ها: تطابق معنوی، نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی، تئوری رفتار منطقی.

تأیید مقاله: ۱۳۸۷/۴/۲۵

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۴

^۱ - دکترای پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

^۲ - دانشیار، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. (نویسنده مسئول مکاتبات)

آدرس پست الکترونیکی: Farideh_Y2002@yahoo.com

مروری بر عوامل مرتبط با تطابق معنوی در نوجوانان

ساکن مراکز شبانه روزی بر پایه تئوری رفتار منطقی

نوجوانی، دوره انتقالی میان کودکی و بزرگسالی است که طی آن، نوجوان با دشواری ها و چالش های تکاملی متعددی مواجه می گردد. نوجوانی، حرکت از فرهنگ کودکی به سوی فرهنگ بزرگسالی است. میزان تنش را بودن این فرآیند، بستگی به تاثیر و تعامل میان فرد و شاخص های موقعیتی وی دارد. خانواده یکی از مهمترین عرصه هایی است که نوجوان، خود را درون آن می یابد. به نظر می رسد که رفتارهای تطابقی نوجوانان در خانواده های ازهم پاشیده، با نوجوانان دارای خانواده سالم، متفاوت است. نوجوانان مذکور، در مقایسه با نوجوانان ساکن در محیط خانواده، کمتر از روش هایی نظیر درخواست کمک های اجتماعی، تعلق یافتن و درخواست کمک از افراد حرفه ای استفاده می کنند (فرایدنبرگ^۱، ۱۹۹۷).

پدیده بی سرپرستی یکی از پدیده هایی است که سبب ایجاد فشار روحی فراوان در گروه های سنی خاص و از جمله نوجوانی می شود. نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی، در شرایط نامطلوب زندگی کرده و با تنش ها و مشکلات عدیده محیطی، جسمانی و روانی مواجه هستند (الیس و همکاران^۲، ۲۰۰۴).

زندگی در شرایط محیطی نامناسب، می تواند منبع فشار و تنش برای فرد تلقی شود که منجر به ایجاد تاثیرات مهمی بر وضعیت سلامت جسمی و روانی فرد می گردد. چنین تنشی از نوع تنش های مزمن و مداوم است که می تواند در مقایسه با تنش های کوتاه مدت، تاثیرات مخرب تری بر افراد برجای گذارد (کراوس^۳، ۱۹۹۸). آگاهی از روش انتخابی نوجوان برای تطابق، کمک می کند تا بتوان شیوه تطابقی مطلوب او را با مداخلات پرستاری به منظور ارتقای تطابق وی با تنش ها، هماهنگ نمود (هیندز و همکاران^۴، ۲۰۰۰).

تطابق فرآیندی روان شناختی است که به منظور اداره کردن مشکلات به کار می رود. مفهوم تطابق، بر اساس طرح ارایه شده توسط لازاروس و همکاران^۵ تعریف شده است. بر این اساس، تطابق عبارت است از پاسخ به تنش درک شده که به شکل تغییر مداوم تلاش های شناختی و رفتاری به منظور پاسخ به تقاضاهای خاص داخلی و خارجی که به عنوان

فشار وارد به فرد بیش از تحمل وی ارزیابی می شوند، تظاهر می نماید (تابت و همکاران^۶، ۲۰۰۴).

مشکلات اجتماعی منفی و مزمن نظیر فقر، بیکاری و تبعیض، عوامل تنش را محسوب می شوند (بلونا^۷، ۱۹۹۶). عوامل تنش زای گوناگون با تاثیر منفی که بر منابع مقابله فردی و اجتماعی شخص اعمال می کنند، باعث کاهش مقاومت فرد می گردند (ابوالقاسمی، ۱۳۸۳). در صورتی که منابع معمول نظیر حمایت های اجتماعی برای کاهش عوامل تنش زای مذکور کافی نباشند، غالب افراد برای مواجهه با مشکلات خود از سایر منابع بهره می گیرند که یکی از آنها، باورهای مذهبی می باشد (کراوس، ۱۹۹۸).

معنویت و مذهب می تواند به عنوان یکی از متغیرهای میانجی، اثرات منفی عوامل تنش را را تعدیل نماید. از جمله پژوهشگرانی که نظریه جامعی در زمینه نقش مذهب در تطابق با عوامل تنش را مطرح کرده اند، پارگامنت^۸ می باشد. وی سه سه شیوه ای را که مذهب می تواند در جریان مقابله با تنش های گوناگون روانی و محیطی تاثیرگذار باشد، چنین ذکر می کند: نخست آن که مذهب می تواند به عنوان بخشی از فرآیند مقابله تلقی گردد و بر نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدید کننده و شدت آن اثر گذارد. به عبارت دیگر، مذهب ممکن است متغیرهای تعدیل کننده (مانند محدودیت های شخصی و اجتماعی فرد و چگونگی ادراک از رویدادها و منابع تنش را) را تحت تاثیر قرار دهد. دوم آن که مذهب می تواند در فرآیند تطابق مداخله نماید، بدین معنی که در تعریف مجدد از مشکل به گونه ای که قابل حل باشد، کمک نماید. از این رو مذهب به افراد کمک می کند تا از نظر هیجانی خود را حفظ کنند و در برحورد با آن موقعیت، از طریق معنا جویی و امیدوار ماندن تلاش نمایند. سوم آن که مذهب می تواند بر روی نتایج و پیامدهای حاصل از عوامل تنش را تاثیر گذارد. به عبارت دیگر، تفسیر فرد از نتایج و عواقب مربوط به رویدادهای زندگی، تحت تاثیر باورها و اعتقادات مذهبی قرار می گیرد (ابوالقاسمی، ۱۳۸۳).

مدل های پنداشتی^۹ و تئوری ها، به منظور درک و توضیح رفتارهای بهداشتی، فرآیندهای تغییر رفتار و تاثیرات عوامل خارجی بر رفتار، اهمیت بسیار دارند (استوری و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۲). برای انجام هر پژوهش، وجود چارچوب

⁶ -Thabet et al

⁷ -Blonna

⁸ -Pargament

⁹ -Conceptual models

¹⁰ - Story et al

¹ - Frydenberg

² -Ellis et al

³ -Krause

⁴ -Hinds et al

⁵ -Lazarus et al

ضررها و سودمندی های انجام عملی خاص، استفاده می نمایند (پوس^۸، ۲۰۰۱).

در تئوری رفتار منطقی (شکل ۱)، رفتار عبارت است از انجام واقعی یک عمل که مورد اندازه گیری قرار می گیرد. فرض می شود که بهترین عامل پیش بینی کننده رفتار، تمایل و قصد انجام است که عبارت است از تصمیم آگاهانه فرد جهت انجام یک رفتار. تمایل و قصد انجام یک رفتار، به وسیله دو عامل پیش بینی می شود: نگرش و هنجارهای ذهنی نسبت به رفتار (بروئر و همکاران، ۱۹۹۹).

نگرش نسبت به یک رفتار عبارت است از ارزشیابی فرد از مثبت، منفی یا بینابینی بودن انجام رفتاری خاص (مک گایی و همکاران^۹، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، هنجارهای ذهنی، به عنوان درک فرد از فشارهای اجتماعی موجود جهت انجام دادن یا ندادن رفتاری خاص، تعریف شده است (بروئر و همکاران، ۱۹۹۹). به عبارت دیگر، هنجارهای ذهنی عبارت است از تأثیرات یا فشارهای اجتماعی درک شده جهت کسب رفتاری خاص (کلارک و ایش^{۱۰}، ۲۰۰۲).

نظر به اهمیت روز افزون معنویت به عنوان یکی از عوامل مؤثر در تطابق با شرایط تنش زای زندگی در نوجوانان و فقدان چارچوب پنداشتی یا نظری مناسب برای انجام پژوهش در این حوزه، در این مقاله، مدلی بر پایه تئوری رفتار منطقی ارائه شده و عوامل مرتبط با تطابق معنوی به عنوان رفتار مورد نظر، بر اساس مروری بر مطالعات و پژوهش های انجام شده، برای مدل مذکور تعریف گردیده اند. به عبارت دیگر، از این تئوری برای نشان دادن ارتباطات موجود میان عوامل خارجی (ویژگی های دموگرافیک و فردی)، نگرش معنوی، هنجارهای ذهنی و تطابق معنوی در نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی، استفاده شده است (شکل ۲). بر این اساس، نگرش معنوی و هنجارهای ذهنی نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی به عنوان مهمترین شاخص های پیش بینی تطابق معنوی منطقی پیشنهاد می گردند.

مفاهیم موجود در مدل

• عوامل خارجی

عوامل خارجی در این مدل به دو گروه تقسیم می شوند: الف) ویژگی های دموگرافیک شامل سن و جنس و ب) ویژگی های فردی شامل عزت نفس^{۱۱}، خودکارآمدی^{۱۲} و امیدواری^۱.

نظری یا مفهومی مناسب با اهداف تدوین شده برای پژوهش مورد نظر، ضرورت دارد تا بدینوسیله پایه و اساسی برای انجام مداخلات آتی براساس نتایج حاصل از پژوهش فراهم گردد. به نظر می رسد که معنویت و مذهبی بودن دارای تأثیرات محافظتی بر سلامت نوجوانان بوده و پیامدهای کوتاه مدت و درازمدت متعددی را بر سلامت آنها دارا می باشد. لذا انجام پژوهش های بیشتر در این راستا یک ضرورت تلقی می شود. از سوی دیگر، نتایج حاصل از مرور جامع^۱ مقالات مرتبط با معنویت در نوجوانان نشان داد که این گروه از مطالعات انجام شده، فاقد چارچوب مشخص و منطقی بوده اند (ریو و وانگ^۲، ۲۰۰۶).

مدل های روان شناسی اجتماعی چارچوبی روشن برای نشان دادن ارتباط میان باورها، نگرش و رفتارها می باشند. یکی از این مدل ها، تئوری رفتار منطقی است (بروئر و همکاران^۳، ۱۹۹۹). تئوری رفتار منطقی رفتارهای مرتبط با سلامت و تأثیر آنها بر سلامت فرد را توصیف کرده و توضیح می دهد. راهیابی چنین تئوری از حوزه روان شناسی به دنیای بهداشت و سلامت، اشکالات موجود در روش های پیشین آموزش بهداشت را مرتفع ساخته، اهمیت و تأثیر آموزش بر نگرش افراد و در نهایت، تغییر رفتار را بیان می کند (پایپر و براون^۴، ۱۹۹۸).

تئوری رفتار منطقی در سال ۱۹۶۷ توسط مارتین فیش بین^۵ ارائه گردید و مدتی بعد توسط ایزک آیزن^۶ مورد بازنگری قرار گرفت و توسعه یافت. حاصل تشریک مساعی این دو دانشمند، کتاب های متعددی است که به چگونگی طراحی ابزارهای سنجش، متدولوژی، کاربرد و ارزشیابی اجزای مختلف این نظریه اشاره کرده اند (داج و همکاران^۷، ۲۰۰۳).

مهمترین هدف تئوری مذکور، درک و پیش بینی تأثیرات انگیزشی بر رفتار فرد می باشد. این تئوری سعی دارد تا ارتباطات موجود میان نگرش، هنجارهای ذهنی، تمایل و رفتار را توضیح دهد. براساس پیش فرض اصلی تئوری رفتار منطقی، انسان ها موجوداتی منطقی بوده و از اطلاعات دردسترس خود، به شیوه ای منظم و منطقی برای ارزیابی

^۱ -Systematic review

^۲ -Rew & Wong

^۳ -Brewer et al

^۴ -Piper & Brown

^۵ -Martin Fishbein

^۶ -Icek Ajzen

^۷ -Dodge et al

^۸ - Poss

^۹ - McGahee et al

^{۱۰} -Clarke & Aish

^{۱۱} - Self-esteem

^{۱۲} -Self-efficacy

الف) ویژگی‌های دموگرافیک:

سن: به نظر می‌رسد که سن، متغیر تاثیرگذار بر مفهوم معنویت است. با افزایش سن، معنویت و مذهب در افراد افزایش یافته و نقش این مفاهیم در زندگی آنها پر رنگ و برجسته تر می‌گردد. در پژوهش انجام شده توسط ریپنتروپ و همکاران^۲ (۲۰۰۵)، یافته‌ها نشان دادند هر قدر افراد سن بیشتری داشتند، احتمال برخورداری آنها از تجربیات معنوی روزانه، باورها و ارزش‌های مذهبی، شرکت در مناسک عبادی فردی و تجربه بخشش، بیشتر بوده و همچنین، بیشتر خود را به عنوان فردی معنوی- مذهبی تلقی می‌کردند.

سن، همچنین یکی از عوامل تعیین کننده در انتخاب راهبرد های تطابقی می‌باشد (تابت و همکاران، ۲۰۰۴، میلر و همکاران^۳، ۲۰۰۰). در پژوهشی که تابت و همکاران (۲۰۰۴) در زمینه راهبردهای تطابقی به کار رفته در نوجوانان ساکن نوار غزه انجام دادند، مشخص گردید که تعداد زیادی از نوجوانان از شیوه های تطابقی هیجان محور نظیر ایمان به خداوند استفاده می‌کردند. استفاده از شیوه های تطابقی هیجان محور، در کوتاه مدت می‌تواند تاثیرات محافظتی بر نوجوان داشته باشد (تابت و همکاران، ۲۰۰۴).

جنس: پسرها، بیشتر از راهبرد های تطابقی مشکل محور استفاده می‌کنند. همچنین، پسرها بیش از دخترها دست به انکار و به فراموشی سپردن مشکل می‌زنند و بیشتر به فعالیت های ورزشی روی می‌آورند. دخترها بیشتر از حمایت های اجتماعی و تفکر آرزومندانه استفاده کرده و در جستجوی روش های کاهش تنش و حمایت معنوی هستند (فرایدنبرگ، ۱۹۹۷). ریو و وانگ (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافتند که دختران نوجوان بیشتر از پسران نوجوان تمایل به مذهبی بودن داشته و در اندازه گیری معنویت و مذهبی بودن، نمره بالاتری را به دست می‌آورند. در مجموع، جنس و سن، هردو متغیرهای معنی دار برای استفاده از راهبرد یافتن حمایت معنوی هستند بدین معنا که این راهبرد در نوجوانان با سن کمتر و همچنین در دختران، بیشتر از نوجوانان بزرگتر و پسران دیده می‌شود (ریو و وانگ، ۲۰۰۶).

ب) عوامل فردی:

عزت نفس: عزت نفس عبارت است از قضاوت فرد درباره ارزشمندی خویش که جنبه مهمی از تکامل در دوره نوجوانی محسوب می‌شود. عزت نفس می‌تواند بر تطابق فرد با مراقبت

از خود و فعالیت های مرتبط با سلامت در وی، مؤثر باشد. همچنین، اعتقادات نوجوان درباره توانایی خویش در به انجام رسانیدن وظایف آتی را تحت تاثیر قرار داده تاثیر تنش های زندگی بر نوجوان را تعدیل می‌نماید (هیندز و همکاران، ۲۰۰۰). مذهبی بودن و پرداختن به انجام امور مذهبی در بعد فردی^۴، سبب ارتقای عزت نفس، خودکارآمدی و پذیرش حمایت اجتماعی می‌گردد (نانمیکر و همکاران^۵، ۲۰۰۳).

خود کارآمدی: خود کارآمدی، انتظارات فرد از توانایی خود در غلبه بر شرایط است که متاثر از موفقیت های قبلی فرد و همچنین، میزان احتمال موفقیت وی در شرایط کنونی می‌باشد. براساس نتایج به دست آمده از پژوهش هیندز و همکاران (۲۰۰۰)، خود کارآمدی با میزان کمتر افسردگی و استفاده کمتر از راهبرد های تطابقی غیر فعال^۶ همراه می‌باشد. لذا به نظر می‌رسد که مفهوم خود کارآمدی، منجر به کاهش موارد استفاده از رفتارهای تطابق معنوی، به عنوان یکی از راهبرد های غیر فعال تطابق در نوجوانان می‌گردد. از سوی دیگر، نتایج حاصل از پژوهش انجام شده توسط نانمیکر و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده است که مذهبی بودن، سبب افزایش خودکارآمدی نوجوانان مورد مطالعه گردیده است.

امیدواری: امیدواری یکی از ویژگی های انسان است که به او کمک می‌نماید تا نا امیدی ها را پشت سر گذاشته، اهداف خود را تعقیب کرده و احساس غیر قابل تحمل بودن آینده را کاهش دهد. امیدواری در نوجوانان، پیش نیازی برای دستیابی به دوره بزرگسالی رضایت بخش بوده و جهت رفع تهدیدهای جدی در آینده، ارزش حیاتی دارد (هرت^۷، ۱۹۹۸). نوجوانان به طور معمول، آینده محور بوده و به داشتن یک زندگی خوب در آتیه، امیدوار می‌باشند. امید به داشتن زندگی بهتر، منجر به بهبود و ارتقای تطابق در فرد می‌گردد (کینگاس و همکاران^۸، ۲۰۰۱).

تنش معنوی معمولاً هنگامی اتفاق می‌افتد که زندگی، معنای خود را برای فرد از دست داده باشد. در چنین شرایطی، احساس خلا و ناامیدی در وی شکل می‌گیرد. فقدان امید و انگیزه یا رویارویی طولانی با وقایع جدی و تهدید کننده یا رویدادهای اجتناب ناپذیر در زندگی منجر به ایجاد تاثیرات سوء بر روان و جسم فرد می‌گردد (بوئرو و همکاران^۹، ۲۰۰۵).

• نگرش معنوی

⁴ - Private religiosity

⁵ -Nonnemaker et al

⁶ -Passive coping strategies

⁷ -Herth

⁸ -Kyngas et al

⁹ -Boero et al

¹ -Hopefulness

² -Rippentrop et al

³ -Miller et al

شد معنویت با راهبردهای تطابقی مؤثر ارتباط مثبت داشته و دارای ارتباط منفی با تنش درک شده^{۱۰}، عدم اطمینان، تنش روان شناختی و تطابق هیجان محور می باشد (تاک و همکاران، ۲۰۰۱). باورهای مذهبی، مکانیسمی مهم برای تطابق با بحران ها محسوب شده (باتن و اولتجنبرونز^{۱۱}، ۱۹۹۹) و معنویت و مذهب، عوامل مهمی در تطابق با عوامل تنش زای زندگی می باشند (جاکوبس پیلپسکی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۵).

• **هنجارهای ذهنی**

دورکهایم^{۱۳} تاکید نموده است که ابعاد تعامل اجتماعی و مذهبی و چگونگی تاثیرگذاری گروه های مذهبی بر جامعه، ممکن است با تکامل هویت فردی و به دنبال آن، متاثر شدن رفتارها مرتبط باشد (کونینگ و همکاران^{۱۴}، ۱۹۹۸).

بستر اجتماعی-فرهنگی که تطابق در آن روی می دهد، بر نوع راهبرد تطابقی استفاده شده، مؤثر است (تابت و همکاران، ۲۰۰۴). نوجوانان، نه تنها نسبت به آنچه که اطرافیان و دوستانشان، درباره آنها فکر می کنند، بلکه در برابر نظرات و واکنش های والدین، معلمان و افراد مذهبی نیز حساس هستند (ماک و اشمیت، ۲۰۰۴).

تاثیر گروه های همسان و همخوانی با هنجارهای گروهی، اغلب به عنوان یکی از ویژگی های عمده دوره نوجوانی در نظر گرفته می شود. علیرغم اهمیت موضوع، نقش گروه های همسان در تطابق معنوی نوجوان، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. نوجوانان در جستجوی فردیت خویش، استقلال و عدم وابستگی هستند و لذا ممکن است تمایلی به باور این حقیقت که رفتار آنها، متاثر از دیگران است، نداشته باشند. این امر، بررسی تاثیرات اجتماعی بر رفتار نوجوان را در قالب پرسیدن سؤالی ساده از وی در زمینه درک او از تاثیرات دوستان بر رفتار وی، دشوار می سازد (استوری و همکاران، ۲۰۰۲).

در نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی، روابط و مشکلاتی که در برقراری ارتباطات بین فردی وجود دارد، از محیط داخل مرکز، به شبکه همسانان نیز گسترش می یابد. جا به جایی های مکرر در مراکز مختلف، حفظ و تداوم ارتباط با دوستان را دشوار می سازد. همچنین، این نوجوانان غالبا بیان می کنند که به دلیل زندگی در مراکز نگهداری، از سوی گروه های

اگرچه نوجوانان، تا حد زیادی پذیرای نگرش والدین خویش در زمینه باورها و اعتقادات مذهبی هستند، ولی به تدریج می کوشند تا حکایت های مکتوب یا نقل شده عامه را پشت سر گذاشته و اصول و باورهای خود را در دنیای بیرون، مورد آزمون قرار دهند. می توان گفت میزان نفوذ معنویت در زندگی فرد که او را به مشارکت در تعاملات معنوی وادار می سازد، نگرش معنوی تلقی می شود (ماک و اشمیت^{۱۵}، ۲۰۰۴). معنویت، به گونه ای مثبت بر مکانیسم های عاطفی، شناختی و رفتاری که ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی را شکل می دهند، تاثیر گذاشته و آنها را هدایت می نماید (داسول^{۱۶}، ۲۰۰۳). این بدان معناست که هنجارهای ذهنی و تطابق معنوی ممکن است تحت تاثیر اعتقادات معنوی قرار گیرند.

تسوانگ و همکاران^{۱۷} (۲۰۰۲) معتقدند که عقاید و باورهای مذهبی، ممکن است با تطابق با ناملایمات زندگی، مرتبط باشد. افرادی که معتقدند که مذهب، نقش مهمی در تطابق دارد، ممکن است بیشتر، در پی یافتن حمایت اجتماعی از افراد هم عقیده خویش باشند ضمن اینکه در دست یابی به چنین حمایتی، معنا و رضایت بیشتری نیز کسب می نمایند (کیفه و همکاران^{۱۸}، ۲۰۰۱).

در پژوهشی که گرانت^{۱۹} (۲۰۰۴) بر روی ۲۹۹ پرستار شاغل در یکی از بزرگترین بیمارستان های دانشگاهی در ساوت وست^{۲۰}، با هدف بررسی نظر پرستاران درباره تاثیر معنویت و نوع و زمان استفاده از درمان های معنوی، انجام داد، تقریبا تمام پرستاران عقیده داشتند که معنویت به بیماران آرامش درونی، توانایی تطابق و خودآگاهی اعطا می نماید. این یافته ها، آرای نظریه پردازانی نظیر واتسون^{۲۱} و نیومن^{۲۲} را تایید می نماید. این نظریه پردازان نیز بر این عقیده اند که معنویت و درمان های معنوی، سبب ایجاد طیفی از تاثیرات مثبت نظیر آرامش درونی و خودآگاهی می گردد (گرانت، ۲۰۰۴).

در پژوهشی که تاک و همکاران^{۲۳} (۲۰۰۱)، با هدف بررسی ارتباط میان معنویت و متغیرهای روانی-اجتماعی، در نمونه ای شامل ۵۲ مرد مبتلا به ایدز انجام دادند، نشان داده

¹-Mauck & Schmidt

²-Doswell

³-Tsuang et al

⁴-Keefe et al

⁵-Grant

⁶-Southwest

⁷-Watson

⁸-Newman

⁹-Tuck et al

¹⁰-Perceived stress

¹¹-Batten & Oltjenbruns

¹²-Jacobs- Pilipski et al

¹³- Durkheim

¹⁴- Koenig et al

همچنین، به نظر می رسد در شرایط قابل کنترل، بیشتر از تطابق معنوی- مذهبی خود هدایتی^۵ استفاده می گردد در حالی که در شرایطی که فرد، کنترل زیادی بر آن ندارد، روش های ارجاعی^۶ و مشارکتی^۷ مطابق معنوی- مذهبی، مؤثرتر خواهند بود. تطابق معنوی-مذهبی، ممکن است از بعد روان شناختی، سودمند باشد زیرا راه هایی را به افراد ارایه می نماید که منجر به دست یابی به آرامش عاطفی و توانمندی فردی می گردد (کیفه وهمکاران، ۲۰۰۱).

بحث و نتیجه گیری

پیوند روان شناسی با علوم بالینی از جمله پرستاری، منجر به ایجاد بینشی ارزشمند در پرستاران، نسبت به انگیزش و رفتارهای انسان شده است. در این راستا، پرستار به جای تاکید بر نیازهای از پیش تعریف شده مددجویان، با استفاده از یکی از مدل های مناسب روان شناسی، می تواند رفتارهای مرتبط با سلامت در مددجو را در نظر گرفته و به شیوه ای عمل نماید که سبب حصول به پیامدهای قابل انتظار سلامتی گردد (پایپر و براون، ۱۹۹۸).

با توجه به اهمیت معنویت در جامعه ایران، نقش پرستار در ارایه مراقبت های معنوی و تاثیر باورها و نگرش معنوی بر تطابق، همچنین عدم وجود شواهد دال بر بررسی معنویت در گروه نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی، مدل برگرفته از تئوری رفتار منطقی، به منظور بررسی نقش نگرش معنوی و هنجارهای ذهنی در تطابق معنوی نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی مورد استفاده قرار گرفته است. به عبارت دیگر، از تئوری رفتار منطقی برای نشان دادن ارتباطات موجود میان ویژگی های دموگرافیک و فردی، نگرش معنوی، هنجارهای ذهنی و تطابق معنوی در نوجوانان ساکن مراکز شبانه روزی، استفاده شده است.

به نظر می رسد که می توان از این مدل، به منظور تدوین چارچوبی برای ارایه مراقبت های پرستاری در مراکز نگهداری از نوجوانان استفاده نمود. این مراقبت ها، با هدف ارتقای تطابق در نوجوانان ساکن این مراکز طراحی شده و مبتنی بر آموزش و تقویت راهبرد های معنوی برای رویارویی با شرایط دشوار زندگی می باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از پایان نامه دانشجوی دکتر خانم مریم رسولی و به راهنمایی دکتر فریده یغمایی می باشد.

همسان، انگ خورده و بد نام می شوند. برای نوجوان، مدرسه اصلی ترین عرصه رشد و تکامل محسوب می شود. در چنین محیطی، ارتباطات بین فردی و مهارت های زندگی برای عملکرد سالم در دوره های بعدی زندگی پایه گذاری می گردد. اختلالات مکرر در حضور نوجوانان شبانه روزی در مدرسه و عدم تداوم آموزش، از دیگر پیامدهای پدیده بی سرپرستی محسوب می شود (کولز و کندی^۱، ۲۰۰۳). از سوی سوی دیگر، مدارس نیز در غالب موارد، قادر به تامین حمایت عاطفی مورد نیاز این کودکان نیستند. آموزگاران، فاقد آگاهی کافی از چگونگی شناسایی مشکلات روان شناختی و اجتماعی آنها بوده و از عهده ارایه توجهات مطلوب بر نمی آیند (سنگندو و نامبی^۲، ۱۹۹۷).

نوجوانانی که دارای احساسات مثبت نسبت به مدرسه بوده و دارای باورهای مذهبی می باشند، از اختلالات رفتاری کمتری برخوردارند. ارتباط نوجوان با مدرسه و همچنین، وجود یک نظام اعتقادی برخاسته از جامعه، در تکامل هویت فرد اهمیت به سزایی دارد. مذهبی بودن، با کاهش رفتارهایی نظیر سیگار کشیدن، نوشیدن مشروبات الکلی، دزدی و فرار از مدرسه در نوجوانان، ارتباطی معنی دار داشته است (داسول و همکاران، ۲۰۰۳).

• تطابق معنوی

تطابق معنوی-مذهبی عبارت است از جستجوی معنا از طریق شیوه های روحانی در هنگام بروز تنش. اندازه گیری این نوع تطابق، مستلزم آن است که تعیین شود چگونه یک فرد از معنویت و مذهب، برای درک و کنار آمدن با عوامل تنش زا استفاده می نماید (پندلتون و همکاران^۳، ۲۰۰۲). تطابق معنوی-مذهبی بیانگر آن است که چگونه اعتقادات، نگرش ها و اعمال معنوی یا مذهبی فرد، بر واکنش او نسبت به رویدادهای تنش زای زندگی تاثیر می گذارند (سالماسی^۴، ۲۰۰۲).

اگرچه معمولاً متغیرهای معنوی و مذهبی در افراد مختلف، ثابت فرض می شوند (نظیر متوسط دفعات رفتن به کلیسا در طی سال گذشته)، ولی تجربیات معنوی و تطابق معنوی-مذهبی، ممکن است نسبت به فراز و نشیب های زندگی روزمره، حساس باشند. به عنوان مثال، مطالعات نشان داده اند که سطوح بالاتر تطابق مذهبی، در مواجهه با رویدادهای منفی جدی تر و تنش زاتر زندگی، همراه است.

^۱ -Kools & Kennedy

^۲ - Sengendo & Nambi

^۳ -Pendleton et al

^۴ -Sulmasy

^۵ -Self-directing

^۶ -Deferring

^۷ collaborative

- ابوالقاسمی ع (۱۳۸۳). بررسی رابطه ساده و چندگانه استرسورهای دانشجویی با عملکرد تحصیلی در دانشجویان با توجه به نگرش های مذهبی. *مجله علوم تربیتی و روان شناسی*، دوره سوم، سال یازدهم، شماره های ۱ و ۲، ۱۸-۱.
- Blonna R (1996). *Coping with Stress in a Changing World*. St. Louis: Mosby Co.
- Boero ME et al (2005). Spirituality of health workers: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*. 42 (8) 915-921.
- Brewer JL et al (1999). Theory of Reasoned Action predicts milk consumption in women. *Journal of the American Dietetic Association*. 99 (1) 39-44.
- Batten M Oltjenbrunse KA (1999). Adolescent sibling bereavement as a catalyst for spiritual development: A model for understanding. *Death Studies*. 23 (6) 526-546
- Clarke KE Aish A (2002). An exploration of health beliefs and attitudes of smokers with vascular disease who participate in or decline a smoking cessation program. *Journal of Vascular Nursing*. 20 (3) 96-105.
- Dodge JR et al (2003). From Ephedra to creatine. *American Journal of Health Studies*. 18(2/3)111-119.
- Doswell WM (2003). The role of spirituality in preventing early sexual behavior. *American Journal of Health Studies*. 18(4), 195-204.
- Ellis H et al (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared Romanian. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 43(10), 1283-12.
- Frydenberg E (1997). *Adolescent Coping*. London: Routledge.
- Grant D (2004). Spiritual interventions: How, when, and why nurses use them. *Holistic Nursing Practice*. 18(1) 36-41.
- Herth K (1998) Hope as seen through the eyes of homeless children. *Journal of Advanced Nursing*. 28(5) 1053-1062.
- Hinds PS et al (2000). An evaluation of the impact of a self-care coping intervention on psychological and clinical outcomes in adolescents with newly diagnosed cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 4(1), 6-17.
- Jacobs-Pilipski MJ et al (2005). Spirituality among young women at risk for eating disorders. *Eating Behaviors*. 6(4), 293-300.
- Keefe FJ et al (2001). Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain*. 2 (2) 101-110.
- Koenig HG et al (1998). The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. *The Journal of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 53A (6) M426-434.
- Kools S Kennedy C (2003). Foster child health and development: Implications for primary care. *Pediatric Nursing*. 29 (1) 39-44.

- Krause N (1998). Neighborhood deterioration, religious coping, and changes in health during late life. *The Gerontologist*. 38(6)653-664.
- Kyngas H et al (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*. 10(1), 6-13.
- Mauk KL Schmidt NK (2004). *Spiritual Care in Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McGahee TW et al (2000). A theoretical model for smoking prevention studies in preteen children. *Pediatric Nursing*. 26 (2) 135-141.
- Miller PM et al (2000). Developmental issues for young children in foster care. *Pediatrics*. 106 (5) 1145-1150.
- Nonnemaker JM et al (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine*. 57 (11) 2049-2054.
- Pendleton SM et al (2002). Religious/spiritual coping in childhood cystic fibrosis: A qualitative study. *Pediatrics*. 109 (1) 8-23.
- Piper SM Brown PA (1998). Psychology as a theoretical foundation for health education in nursing: Empowerment or social control? *Nurse Education Today*. 18 (8) 637-641.
- Poss JE (2001). Developing a new model for cross-cultural research: Synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *Advances in Nursing Science*. 23 (4) 15-20.
- Rew L Wong YJ (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*. 38 (4) 433-442.
- Rippentrop AE et al (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in chronic pain population. *Pain*. 116 (3) 311-321.
- Sengendo J Nambi J (1997). The psychological effect of orphanhood: A study of orphans in Rakai district. *Health Transit Review*. 7 (Suppl) 105-124.
- Story M et al (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*. 102 (3 Suppl) 540-551.
- Sulmasy DP (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*. 42 (3) 24-37.
- Thabet AA et al (2004). Maltreatment and coping strategies among male adolescents living in the Gaza Strip. *Child Abuse & Neglect*. 28 (1) 77-91.
- Tsuang MT et al (2002). Pilot study of spirituality and mental health in twins. *The American Journal of Psychiatry*. 159(3) 486-488.
- Tuck I et al (2001). Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *Journal of Advanced Nursing*. 33 (6) 776-783.