Journal Homepage: https://journals.sbmu.ac.ir/me DOI: https://doi.org/10.22037/mej.v20.53134

Original Article **Open Access**

Medical Ethics and Law Research Center

Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī
i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2026; 20: e12

Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Investigating the Association between Spiritual Health and Empathy toward Patients among Operating Room Staff in Hospitals Affiliated with Alborz University of Medical Sciences

Negin Larti[1], Pourya Gholipoor Chachakloo[2], Atena Sadeghi[3], Jaber Zabihi Rad[4], Fatemeh Edalattalab[5*]

1. Department of Operating Room Nursing, School of Paramedical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran; Department of Health in Emergencies and Disasters, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Anatomy, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Operating Room Technology, School of Paramedical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
4. Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; Department of Operating Room Technology, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
5. Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Department of Operating Room, Faculty of Paramedical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Spiritual health and empathy toward patients are key factors in enhancing the quality of life for healthcare staff and improving therapeutic care. This study was conducted to assess the association between spiritual health and empathy toward patients among operating room staff at hospitals affiliated with Alborz University of Medical Sciences in 2024.

Methods: This descriptive-analytical cross-sectional correlational study was conducted in hospitals affiliated with Alborz University of Medical Sciences in 2024. A total of 173 operating room staff members were recruited using convenience sampling. After excluding 10 participants due to incomplete questionnaires, data from 163 participants were analyzed. Participants completed the Jefferson Scale of Empathy and the Spiritual Wellbeing Scale developed by Paloutzian & Ellison. Data were analyzed using the one-sample t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), and Pearson's correlation coefficient, using the licensed version of SPSS software, version 27.

Ethical Considerations: Throughout all stages of this study, principles of originality, honesty, and academic integrity were upheld, and an ethics code was obtained. Furthermore, ethical considerations related to human research, including obtaining informed consent, ensuring data confidentiality, and respecting the right to withdraw from the study at any time, were observed.

Results: Data analysis was performed on 163 operating room staff members, the majority of whom were female (78.5%). The mean age of participants was 32.85±7.16 years, and their mean work experience was 9.11±6.77 years. The mean empathy score was 97.34±9.86. Most participants demonstrated a moderate (62%) or good (38%) level of empathy. The mean spiritual health score was 82.60±14.81, with 84.7% of participants reporting a moderate level and 15.3% reporting a high level; no participants were classified as having a low level of spiritual health. A significant positive correlation was found between total empathy and total spiritual health ($r=0.551$, $p<0.005$). Additionally, significant positive correlations were observed between total empathy and religious health ($r=0.517$) and existential health ($r=0.517$, $p<0.001$).

Conclusion: Findings indicated moderate to good levels of empathy and spiritual health among operating room staff, as well as a relatively strong positive correlation between these two variables. Given the lower score of the "taking others' perspective" component compared to other dimensions of empathy, future interventional studies should focus on evaluating the effectiveness of spiritual health promotion programs in improving this specific component and other dimensions of empathy. Furthermore, awareness of these associations can assist healthcare managers and policymakers in developing supportive and training frameworks aimed at enhancing the clinical performance of healthcare personnel.

Keywords: Spiritual Health; Empathy; Operating Room Staff

Corresponding Author: Fatemeh Edalattalab; **Email:** edalt19019@gmail.com

Received: August 10, 2026; **Accepted:** October 21, 2026; **Published Online:** November 16, 2026

Please cite this article as:

Larti N, Gholipoor Chachakloo P, Sadeghi A, Zabihi Rad J, Edalattalab F. Investigating the Association between Spiritual Health and Empathy toward Patients among Operating Room Staff in Hospitals Affiliated with Alborz University of Medical Sciences. Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e12.

This Open Access Article Distributed under the Terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CC BY-NC 4.0)

DOI: https://doi.org/10.22037/mej.v20.53134 Journal Homepage: https://journals.sbmu.ac.ir/me

دسترسی آزاد مقاله پژوهشی

مجله اخلاق پزشکی

دوره بیستم، ۱۴۰۵

بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و همدلی با بیمار در کارکنان اتاق عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز

نگین لارتی[۱]، پوریا قلی‌پور چچکلو[۲]، آتنا صادقی[۳]، جابر ذبیحی‌راد[۴]، فاطمه عدالت‌طلب[۵*]

۱. گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران؛ گروه سلامت در حوادث و بلایا، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. گروه آناتومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. گروه تکنولوژی اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۴. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران؛ گروه تکنولوژی اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۵. گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، گروه اتاق عمل دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی و همدلی با بیمار از مؤلفه‌های مهم در ارتقای کیفیت زندگی کارکنان سلامت و بهبود مراقبت‌های درمانی هستند. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و همدلی با بیمار در کارکنان اتاق عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز در سال ۱۴۰۳ انجام گردید.

روش: این مطالعه مقطعی توصیفی ـ همبستگی در سال ۱۴۰۳ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام شد. ۱۷۳ نفر از کارکنان اتاق عمل به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند که پس از ریزش ۱۰ نفر به دلیل ناقص‌بودن پرسشنامه‌ها، داده‌های ۱۶۳ نفر تحلیل گردید. پرسشنامه‌های همدلی جفرسون و سلامت معنوی Palutzian & Ellison توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی تک‌نمونه‌ای، تحلیل واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون با استفاده از نسخه دارای مجوز نرم‌افزار آماری SPSS 27 مورد تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری و اخذ کد اخلاق رعایت شده است و ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش‌های انسانی مانند اخذ رضایت آگاهانه، محرمانگی داده‌ها و حق انصراف از پژوهش در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها: تحلیل داده‌های پژوهش بر روی ۱۶۳ نفر از کارکنان اتاق عمل انجام شد که اکثریت آن‌ها زن (۷۸/۵ درصد) بودند. میانگین سنی پاسخگویان ۷/۱۶±۳۲/۸۵ سال و میانگین سابقه کار آن‌ها ۶/۷۷±۹/۱۱ سال بود. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره همدلی شرکت‌کنندگان ۹/۸۶±۹۷/۳۴ بود و بیشتر افراد در سطح متوسط (۶۲ درصد) و خوب (۳۸ درصد) قرار داشتند. همچنین میانگین سلامت معنوی ۱۴/۸۱±۸۲/۶۰ بود، به طوری که ۸۴/۷ درصد از افراد در سطح متوسط و ۱۵/۳ درصد در سطح بالا قرار داشتند و سطح پایین گزارش نشد. بین همدلی کل و سلامت معنوی کل رابطه مثبت و معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۵، r=۰/۵۵۱). همچنین همبستگی مثبت معنادار بین همدلی کل با سلامت مذهبی (r=۰/۵۱۷) و سلامت وجودی (r=۰/۵۱۷) مشاهده شد (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان‌دهنده سطح متوسط تا خوب همدلی و سلامت معنوی در کارکنان اتاق عمل و وجود همبستگی مثبت نسبتاً قوی بین این دو متغیر بود. با توجه به نمره پایین‌تر مؤلفه «خود را جای بیمار نهادن» نسبت به سایر مؤلفه‌های همدلی، پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای آینده به ارزیابی اثربخشی برنامه‌های ارتقای سلامت معنوی بر بهبود این مؤلفه و سایر ابعاد همدلی بپردازند. همچنین آگاهی از این ارتباطات می‌تواند به مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت در تدوین برنامه‌های حمایتی و آموزشی جهت بهبود عملکرد بالینی پرسنل کمک کند.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی؛ همدلی؛ کارکنان اتاق عمل

نویسنده مسئول: فاطمه عدالت‌طلب؛ **پست الکترونیک:** edalt19019@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۳۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۵/۰۷/۰۹؛ **تاریخ انتشار:** ۱۴۰۵/۰۷/۲۵

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Larti N, Gholipoor Chachakloo P, Sadeghi A, Zabihi Rad J, Edalattalab F. Investigating the Association between Spiritual Health and Empathy toward Patients among Operating Room Staff in Hospitals Affiliated with Alborz University of Medical Sciences. Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e12.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

مقدمه

یکی از مهم‌ترین ابعاد وجودی انسان معنویت می‌باشد (۱). معنویت شامل سه مؤلفه باور معنوی، تجربه معنوی و سلامت معنوی است. با این حال، گاهی سلامت تنها به بعد جسمانی محدود می‌شود و سایر ابعاد آن، به ویژه سلامت معنوی، نادیده گرفته می‌شود که این نگرش می‌تواند پیامدهای منفی گسترده‌ای بر سلامت روان افراد داشته باشد (۲). بررسی ابعاد معنوی در کنار ابعاد دیگر سلامت، ضرورتی انکارناپذیر در رویکردهای نوین سلامت به نظر می‌رسد. از این رو، درک نقش سلامت معنوی در حفظ تعادل روان‌شناختی افراد اهمیت ویژه‌ای یافته است.

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سلامتی در ابعادی چهارگانه دسته‌بندی می‌شود که این ابعاد شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد. سلامت معنوی به عنوان چهارمین بُعد از سلامتی، به حالتی اطلاق می‌شود که در آن فرد توانایی سازگاری با مسائل روزمره زندگی را داشته، معنای زندگی خود را یافته، در جهت این معنا تلاش نموده و به سوی کمال خویشتن در حرکت است. این حالت از سلامتی که از کودکی شکل می‌گیرد و در طول حیات بشر ادامه دارد، موجب ایجاد حس رضایت درونی در فرد و بهبود کیفیت زندگی او می‌شود (۳، ۴). نتایج پژوهشی در چین (۲۰۲۱ م.) کاهش نمرات سلامت معنوی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت و تاب‌آوری و افزایش افسردگی در پرستاران جدید در مقایسه با نمرات دانشجویی آن‌ها نشان می‌دهد که پرستار تازه‌کاربودن دشوارتر از دوران کارآموزی بوده است (۵). تحقیقات نشان داده‌اند که افرادی که از سلامت معنوی در سطح مطلوبی برخوردارند، بیشتر می‌توانند در زندگی خود معنا و هدف پیدا کنند، در هماهنگی و آرامش درونی باشند و از استرس در زندگی رهایی یابند (۶). از آنجا که رابطه بین استرس شغلی و سلامت معنوی در پرستاران به صورت معکوس بوده است، لذا به مدیران بیمارستان‌ها توصیه شده که آموزش‌هایی مرتبط با سلامت معنوی برگزار کنند تا استرس شغلی پرستاران کاهش یابد (۷، ۸).

نتایج پژوهش موحد و همکاران (۲۰۲۴ م.) نشان داد استرس شغلی و سلامت معنوی توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی را دارند؛ بنابراین توجه به سلامت معنوی برای بهبود کیفیت زندگی پرستاران ضروری است (۹). پرداختن به سلامت معنوی جز ضروری مراقبت کل‌نگر در برنامه آموزش پرستاری در کشور ایران است (۱۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد که سطوح بالاتر سلامت معنوی می‌تواند منجر به پیامدهای شخصی و حرفه‌ای، از جمله شادی، تاب‌آوری، عملکرد شغلی بهتر و فرسودگی شغلی کمتر در مراقبین درمانی شود (۱۱، ۱۲). ارائه مراقبت معنوی از سوی پرستاران برای بیماران یک امر ضروری است (۱۳). هدف اصلی از ارائه مراقبت معنوی، کاهش رنج، درد، ترس و در نتیجه کاهش اضطراب و ایجاد امید و رسیدن به آرامش درونی است (۱۴).

یکی از مفاهیم مورد بحث در این زمینه، مفهوم همدلی است. همدلی، یک مفهوم چندبعدی شناختی است که موجب درک تجربیات، نگرانی‌ها، دیدگاه بیمار و ارائه این درک و فهم به بیمار می‌شود (۱۵). همدلی شامل چهار مؤلفه اخلاقی، احساسی، شناختی و رفتاری است که مؤلفه اخلاقی آن، دربرگیرنده انگیزه درونی فرد برای همدلی‌کردن است (۱۶). در حوزه‌های درمانی، همدلی یک جزء بسیار مهم در روابط بین مراقبین درمانی با بیماران است که به معنای توانایی درک شرایط و احساسات بیماران به منظور ارائه مراقبت‌های مؤثر و باکیفیت به آنان است (۱۷). همدلی به عنوان ابزار قدرتمند یک درمانگر دارای نتایج مطلوبی هم برای بیمار و هم برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است (۱۸). مطالعه مردانی حموله و همکاران (۲۰۱۸ م.) نشان داد بین همدلی و نگرش معنوی در دانشجویان پرستاری رابطه معناداری وجود دارد، لذا ارتقای نگرش معنوی می‌تواند منجر به افزایش سطح همدلی در این دانشجویان شود (۱۹). همچنین نتایج یک مطالعه نیمه‌تجربی که بر روی پرستاران انجام شد، نشان داد آموزش همدلی می‌تواند به طور معناداری موجب افزایش انگیزش شغلی و حساسیت اخلاقی و همچنین کاهش ناگویی هیجانی در پرستاران شود. از این رو پژوهشگران استفاده از این آموزش را برای توانمندسازی پرستاران پیشنهاد کرده‌اند (۲۰).

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

یافته‌های مطالعه رفعتی و همکاران نیز نشان داد که میانگین نمرات همدلی دانشجویان پزشکی ۷/۰۸±۸۲/۹۴ بود که بالاتر از سطح میانگین بود و بالاترین میزان مربوط به بعد اتخاذ دیدگاه همدلانه ۲/۸۰±۲۶/۸۱ بود و افزایش سن همراه با انجام کار بالینی به دلایل احتمالی خستگی و استرس همراه با افزایش سنوات تحصیل باعث کاهش میزان همدلی با بیماران می‌شود (۲۱).

محیط اتاق عمل به دلیل ماهیت جراحی، برای بیماران تنش‌زا است و می‌تواند باعث واکنش‌های فیزیولوژیک (مانند ترس و استرس) شود. سطوح بالای استرس و اضطراب پیش از عمل، با اثرگذاری منفی بر ضربان قلب و فشارخون، روند بیهوشی و ریکاوری را مختل کرده و خطراتی نظیر افزایش درد، عفونت و تأخیر در بهبودی را به همراه دارد (۲۲). بنابراین با توجه به تأثیر ارتباط با بیماران بر کاهش اضطراب آن‌ها، ارتباط مؤثر توأم با همدلی قبل از عمل، از جمله وظایف مهم کارکنان اتاق عمل است (۲۳)، لذا از جمله ویژگی‌های اخلاقی که باید در کارکنان اتاق عمل تقویت شود می‌توان به مهربانی، همدلی، ارتباط توأم با معنویت با بیمار، فهم و درک مشکل بیمار، تعهد و مسئولیت‌پذیری و تلاش برای رفع نیازهای بیمار اشاره کرد (۲۴). بنابراین سلامت معنوی کارکنان اتاق عمل و ارتباط همدلانه آن‌ها با بیماران در محیط پر استرس اتاق عمل می‌تواند تأثیرات مثبتی روی تجربه حضور بیماران در اتاق عمل داشته باشد.

با توجه به ماهیت پراسترس، فنی و حساس محیط اتاق عمل به نظر می رسد، کارکنان این بخش بیش از سایرین در معرض فرسودگی عاطفی و افت همدلی قرار دارند. از سوی دیگر، سلامت معنوی به عنوان یک منبع درونی قدرتمند می‌تواند به کادر درمان در مواجهه با تنش‌های شغلی و حفظ رویکرد انسان‌دوستانه یاری رساند؛ با این وجود، شواهد اندکی پیرامون هم‌افزایی این دو مؤلفه حیاتی به طور اختصاصی در کارکنان اتاق عمل وجود دارد، لذا با توجه به توضیحات ذکرشده، تعیین نمره سلامت معنوی و همدلی در کارکنان اتاق عمل و بررسی ارتباط این دو مؤلفه با یکدیگر می‌تواند زمینه‌ساز تقویت نقاط قوت موجود یا برطرف‌کردن نقاط ضعف احتمالی باشد. بنابراین هدف از مطالعه حاضر، تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و همدلی با بیمار در کارکنان اتاق عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز در سال ۰۳-۱۴۰۲ بوده است.

روش

این پژوهش، یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی ـ همبستگی بود که در در بازه زمانی تیرماه تا شهریورماه سال ۱۴۰۳ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام شد. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل کلیه کارکنان اتاق عمل بود. نمونه‌های این پژوهش را کارکنان بیهوشی و اتاق عمل (۳۳۰ نفر) شاغل در مراکز درمانی امام علی (ع) (۴۵ نفر)، مدنی (۵۵ نفر)، شهید رجایی (۲۸ نفر)، کمالی (۲۰ نفر) و کوثر (۱۵ نفر) که معیارهای ورود به مطالعه را دارند، تشکیل دادند.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس (آسان) بود.

حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با در نظرگرفتن اندازه اثر متوسط (Medium Effect Size, r=0.3) برای آزمون همبستگی محاسبه شد. با فرض توان آماری ۸۰ درصد و سطح خطای ۵ درصد، حداقل حجم نمونه ۱۴۹ نفر تعیین گردید. با در نظرگرفتن ۲۰ درصد احتمال ریزش، تعداد ۱۷۳ پرسشنامه توزیع شد که پس از حذف موارد ناقص، ۱۶۳ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت.

معیارهای ورود، شامل کارکنان شاغل در اتاق عمل با مدارک کاردانی، کارشناسی و کارشناسی‌ارشد در رشته‌های فناوری اتاق عمل و بیهوشی، دارابودن حداقل ۶ ماه سابقه کار در اتاق عمل به منظور داشتن تجربه ارتباط با بیمار در این بخش بودند. معیار خروج نیز، پاسخ‌دهی ناقص به پرسشنامه‌ها و انصراف از ادامه پژوهش بود.

در پژوهش حاضر، از پرسشنامه‌های ذیل به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد:

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه شغلی و مدرک تحصیلی.

۱. پرسشنامه سلامت معنوی: به منظور سنجش سلامت معنوی جامعه مورد مطالعه، پس از بررسی مقالات مرتبط، ترجمه فارسی مقیاس تندرستی معنوی Palutzian & Ellison (۱۹۸۳ م.) برای انجام این پژوهش برگزیده شد. این پرسشنامه متشکل از ۲۰ گزاره است که در دو مقیاس دسته‌بندی می‌شود. ده گزاره سلامت مذهبی و ۱۰ گزاره دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه هر مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی، از ۱۰ تا ۶۰ نمره می‌باشد. نمره کل سلامت معنوی مجموع دو زیرگروه است که بین ۲۰ تا ۱۲۰ قرار دارد. سطح سلامت معنوی در این پرسشنامه، به ۳ سطح تقسیم‌بندی می‌شود: نمره ۲۰ الی ۴۰ سطح پایین، ۴۱ الی ۹۹ سطح متوسط و ۱۰۰ الی ۱۲۰ سطح بالای سلامت معنوی را نشان می‌دهد. این پرسشنامه مبتنی بر سیستم لیکرت شش نمره‌ای می‌باشد که شامل گزینه‌های: «کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم، و کاملاً موافقم» است. گزینه «کاملاً مخالفم» نمره ۱ و گزینه «کاملاً موافقم» نمره ۶ را دریافت می‌کند (۸).

پرسشنامه سلامت معنوی ابزاری معتبری است که روایی و پایایی نسخه‌های مختلف آن توسط مطالعات متعددی تأیید شده است (۸، ۱۹). جهت ارزیابی، از نسخه فارسیِ استاندارد و معتبرِ این مقیاس استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار است.

۲. پرسشنامه همدلی با بیمار جفرسون: ابزار مورداستفاده برای سنجش نمره همدلی با بیمار در این مطالعه، پرسشنامه استاندارد همدلی با بیمار جفرسون می‌باشد. این نسخه اختصاصاً برای افرادی که در حال حاضر در محیط‌های بالینی مشغول به کار هستند طراحی شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ گویه (آیتم) و دارای ۳ خرده‌مقیاس به شرح زیر است:

ـ اتخاذ دیدگاه با ۱۰ گویه (گویه‌های شماره ۲، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰).

ـ مراقبت همدلانه با ۸ گویه (گویه‌های شماره ۱، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۱۹).

ـ خود را به جای بیمارنهادن با ۲ گویه (گویه‌های شماره ۳ و ۶).

نمرات این پرسشنامه با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت سنجیده می‌شود که تکمیل‌کننده بر اساس میزان موافقت خود با آن، به هر گویه از بین یک تا هفت، نمره‌ای می‌دهد؛ نمره یک نشان‌دهنده عدم موافقت (بسیار مخالفم) و نمره هفت نشان‌دهنده حداکثر موافقت (بسیار موافقم) می‌باشد. همچنین این مقیاس دارای ۱۰ گویه منفی است (گویه‌های شماره ۱، ۳، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۱۹) که به صورت معکوس نمره‌دهی می‌شود. نمره قابل کسب برای کل پرسشنامه در محدوده ۱۴۰-۲۰ قرار می‌گیرد (نقطه برش ندارد) و کسب نمره بالاتر بدین‌معنی است که میزان همدلی با بیمار در فرد بیشتر است (۲۵).

پرسشنامه همدلی با بیمار جفرسون، ابزار معتبری است که روایی و پایایی نسخه‌های مختلف آن توسط مطالعات متعددی تأیید شده است (۱۷، ۲۶، ۲۷). ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که تمامی متغیرهای اصلی بیشتر از ۰/۷۰ بود.

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش توصیفی، از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی برای توصیف داده‌ها استفاده شد. در بخش استنباطی، با توجه به اهداف پژوهش، از آزمون‌های t، تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA)، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 27 و با بهره‌گیری از مجوز معتبر نرم‌افزار انجام گرفت. پیش از اجرای آزمون‌های پارامتریک، پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرها بررسی شد. بدین‌منظور، شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد. از این رو، استفاده از آزمون‌های پارامتریک امکان‌پذیر بود. در بخش استنباطی، از آزمون t تک‌نمونه‌ای

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

برای بررسی سطح همدلی و سلامت معنوی استفاده شد، به طوری که میانگین نمونه پژوهش با مقدار متوسط نظری مقایسه شد که مشخص شود آیا میانگین نمونه به طور معناداری بیشتر از متوسط نظری است یا کمتر از آن. برای بررسی سطح همدلی و سلامت معنوی، از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین سلامت معنوی و همدلی و از تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی تفاوت همدلی بر اساس متغیرهای زمینه‌ای استفاده شد. همچنین به منظور تعیین نقش سلامت معنوی و متغیرهای زمینه‌ای در پیش‌بینی همدلی، از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. در تمامی آزمون‌های آماری، سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد ($p<۰/۰۵$).

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی البرز به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.ABZUMS.REC.1403.043).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که اکثریت نمونه پژوهش را زنان (۷۸/۵ درصد)، افراد مجرد (۵۴/۶ درصد) و دارای تحصیلات کارشناسی (۸۸/۳ درصد) تشکیل می‌دادند و از نظر سنی بازه ۲۰ تا ۳۰ سال با ۴۶ درصد دارای بیشترین درصد بودند و میانگین سن پاسخگویان ۷/۱۶±۳۲/۸۵ سال و میانگین سابقه کار آن‌ها ۶/۷۷±۹/۱۱ سال بود. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره همدلی ۹/۸۶±۹۷/۳۴ بوده است که از نظر آماری به طور معناداری تفاوت داشت و سطح همدلی در نمونه پژوهش بالاتر از مقدار متوسط ارزیابی شد، به طوری که با نمره درصدی ۶۴/۴۵ درصد، اکثر پاسخگویان در سطح همدلی متوسط (۶۲ درصد) و خوب (۳۸ درصد) قرار داشتند و هیچ موردی با سطح همدلی ضعیف مشاهده نشد.

در جدول ۱ وضعیت یا میزان سلامت معنوی در پاسخگویان بررسی شد. دامنه میانگین مقیاس سلامت معنوی از ۲۰ تا ۱۲۰ بود بر اساس شیوه تفسیر و نمره‌گذاری پرسشنامه مقدار ۴۱ تا ۹۹ به عنوان میزان متوسط سلامت معنوی در نظر گرفته می‌شود که در نتیجه میانگین نمونه با مقدار متوسط یعنی عدد ۸۰ مقایسه شد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی میزان سلامت معنوی و نتایج آزمون t تک‌نمونه‌ای

متغیر	شاخص‌های توصیفی				آزمون t تک‌نمونه‌ای			
	دامنه نمرات	میانگین	انحراف استاندارد	نمره درصدی	نقطه برش	تفاوت میانگین	مقدار p	میزان
سلامت معنوی	۲۰-۱۲۰	۸۲/۶۰	۱۴/۸۱	۶۲/۶۰	۸۰	۲/۶۱	۰/۰۲۶	متوسط رو به بالا

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

نتایج جدول ۱ نشان داد میانگین سلامت معنوی در نمونه پژوهش برابر با ۱۴/۸۱±۸۲/۶۰ بود که با وجود این که تفاوت معنی‌داری با مقدار ۸۰ داشت، اما چون اختلاف میانگین فقط ۲/۶ نمره بود و میانگین نمونه در محدوده ۴۱ تا ۹۹ که مقدار متوسطی است قرار داشت، می‌توان در مجموع میزان سلامت معنوی را در نمونه پژوهش مقدار متوسط رو به بالا ارزیابی کرد. در جدول ۲ دسته‌بندی میزان سلامت معنوی آمده است و افراد بر حسب شیوه تفسیر پرسشنامه سلامت معنوی در یکی از سه دسته سلامت معنوی پایین، متوسط یا بالا قرار گرفتند.

جدول ۲: دسته‌بندی پاسخگویان از نظر میزان سلامت معنوی

دسته‌بندی متغیر		دامنه نمره	تعداد	درصد
میزان سلامت معنوی	پایین	۲۰-۴۰	۰	۰
	متوسط	۴۱-۹۹	۱۳۸	۸۴/۷
	بالا	۱۰۰-۱۲۰	۲۵	۱۵/۳
	مجموع		۱۶۳	۱۰۰

بررسی میانگین‌ها در جدول ۲ نشان داد اکثر پاسخگویان از نظر میزان سلامت معنوی در دسته متوسط قرار داشتند. مطابق یافته‌ها ۸۴/۷ درصد دارای میزان سلامت معنوی متوسط بودند که شامل اکثر پاسخگویان می‌شد. همچنین ۱۵/۳ درصد پاسخگویان دارای سلامت معنوی بالا بودند و هیچ‌کدام از پاسخگویان میزان سلامت معنوی پایین نداشتند. در جدول ۳ وضعیت یا میزان همدلی در پاسخگویان بررسی شد. دامنه میانگین مقیاس همدلی از ۲۰ تا ۱۴۰ بود. این پرسشنامه فاقد نقطه برش بود و بر این اساس میانگین به دست‌آمده با مقدار متوسط نظری این پرسشنامه که مقدار ۸۰ است مقایسه شد. چنانچه میانگین به طور معنی‌داری بیشتر از ۸۰ باشد، نشان از همدلی بالاتر از متوسط دارد. مقایسه میانگین همدلی در نمونه با نقطه برش با آزمون t تک‌نمونه‌ای انجام شد.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی میزان همدلی و نتایج آزمون t تک‌نمونه‌ای

متغیر	شاخص‌های توصیفی				آزمون t تک‌نمونه‌ای			
	دامنه نمرات	میانگین	انحراف استاندارد	نمره درصدی	معیار طبقه‌بندی توصیفی	تفاوت میانگین	مقدار p	میزان
همدلی	۲۰-۱۴۰	۹۷/۳۴	۹/۸۶	۶۴/۴۵	۸۰	۱۷/۳۴	<۰/۰۰۱	بالاتر از متوسط

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

نتایج جدول ۳ نشان داد میانگین همدلی در نمونه پژوهش برابر با ۹۷/۳۴ بود که با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون t تک‌نمونه‌ای کمتر از ۰/۰۵ بود، می‌توان نتیجه گرفت از نظر آماری میانگین نمونه با مقدار متوسط تفاوت داشت (p<۰/۰۵). یافته‌ها بیانگر این است که میزان همدلی بالاتر از مقدار متوسط ۸۰ است و اختلاف ۱۷/۳۴ نمره‌ای با مقدار متوسط دارد و بر این اساس می‌توان میزان همدلی را در نمونه پژوهش مقدار بالاتر از متوسط دانست. نمره درصدی همدلی برابر با ۶۴/۴۵ درصد است که بیشتر از ۵۰ درصد است.

نتایج جدول ۴ نشان داد بر اساس میانگین‌های به دست‌آمده و مقایسه آن با معیار نشان می‌دهد که دو مؤلفه اتخاذ دیدگاه و مراقبت همدلانه دارای میانگین بالاتر از متوسط بودند و مؤلفه خود را جای بیمارنهادن دارای میانگین کمتر از متوسط بود (p<۰/۰۵). بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که در مؤلفه اتخاذ دیدگاه و مراقبت همدلانه وضعیت بالاتر از متوسط و مناسب بود، اما در مؤلفه خود را جای بیمارنهادن میانگین کمتر از متوسط بود. مقایسه نمره درصدی مؤلفه‌ها نشان داد که دو مؤلفه اتخاذ دیدگاه و مراقبت همدلانه دارای نمره بالاتر از ۵۰ درصد بودند و نمره مؤلفه خود را جای بیمارنهادن» تنها ۳۴/۹۷ درصد از نمره کل مربوط به این مؤلفه را به دست آورد که نشان‌دهنده عملکرد ضعیف‌تر در این بعد است.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های همدلی و نتایج آزمون t تک‌نمونه‌ای

متغیر	شاخص‌های توصیفی				آزمون t تک‌نمونه‌ای		
	دامنه نمرات	میانگین	انحراف استاندارد	نمره درصدی	تفاوت میانگین	مقدار p	میزان
اتخاذ دیدگاه	۱۰-۷۰	۵۰/۹۱	۵/۶۷	۶۸/۱۹	۱۰/۹۱	<۰/۰۰۱	بالاتر از متوسط
مراقبت همدلانه	۸-۵۶	۴۰/۲۳	۴/۷۸	۶۷/۱۵	۸/۲۳	<۰/۰۰۱	بالاتر از متوسط
خود را جای بیمار نهادن	۲-۱۴	۶/۲۰	۲/۴۶	۳۴/۹۷	-۱/۸۰	<۰/۰۰۱	کمتر از متوسط

یافته‌های جدول ۵ نشان داد رابطه معنی‌داری بین همدلی و سلامت معنوی وجود داشت (p<۰/۰۵). جهت رابطه بین همدلی و سلامت معنوی مثبت بود و بیانگر این بود که افزایش سلامت معنوی با افزایش همدلی همراه بود. شدت همبستگی دو متغیر برابر با r=۰/۵۵۱ بود که نشان از وجود ارتباط قوی بین دو متغیر داشت. همچنین یافته‌ها نشان داد بین هر دو مؤلفه سلامت مذهبی و سلامت وجودی با نمره کل همدلی رابطه معنی‌داری وجود داشت که جهت رابطه‌ها مثبت و شدت هر دو رابطه برابر با r=۰/۵۱۷ بود. بین نمره کل سلامت معنوی با دو مؤلفه اتخاذ دیدگاه و مراقبت همدلانه رابطه مثبت وجود داشت (p<۰/۰۵)، اما بین نمره کل سلامت معنوی با مؤلفه خود را جای بیمارنهادن رابطه‌ای وجود نداشت (p>۰/۰۵).

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

جدول ۵: نتایج آزمون همبستگی بین سلامت معنوی و همدلی

متغیرها	سلامت مذهبی		سلامت وجودی		سلامت معنوی (کل)	
	ضریب	p	ضریب	p	ضریب	p
اتخاذ دیدگاه	۰/۵۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۲	<۰/۰۰۱
مراقبت همدلانه	۰/۳۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	<۰/۰۰۱
خود را جای بیمارنهادن	۰/۱۲۸	۰/۱۰۳	۰/۰۹۶	۰/۲۲۴	۰/۱۲۲	۰/۱۲۱
همدلی کل	۰/۵۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۱	<۰/۰۰۱

جهت بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای با همدلی، از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه یا ANOVA به منظور مقایسه میانگین همدلی در طبقات هر کدام از متغیرهای زمینه‌ای استفاده شد. نتایج در جدول ۶ آمده است. نتایج نشان داد از نظر آماری فقط بین سابقه کار و همدلی رابطه معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۵). مطابق یافته‌ها بین جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و سن با همدلی رابطه‌ای مشاهده نشد (p>۰/۰۵). از نظر سابقه کار بیشترین میانگین مربوط به سابقه کار ۱۶ تا ۲۰ سال بود که میانگین برابر با ۸/۲۷±۹۹/۳۶ بود و کمترین میانگین مربوط به سابقه کار بیشتر از ۲۰ سال با میانگین ۷/۹۸±۸۸/۵۰ بود.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل واریانس به منظور بررسی رابطه متغیرهای زمینه‌ای با همدلی

متغیر زمینه‌ای	طبقه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر
جنس	زن	۱۲۸	۹۷/۹۵	۹/۶۸	۲/۲۴	۰/۱۳۷	۰/۰۱۴
	مرد	۳۵	۹۵/۱۴	۱۰/۳۶			
میزان تحصیلات	کاردانی	۱۵	۹۷/۲۰	۸/۴۵	۱/۵۹	۰/۲۰۷	۰/۰۲۰
	کارشناسی	۱۴۴	۹۷/۱۲	۹/۹۷			
	کارشناسی‌ارشد	۴	۱۰۶/۰۰	۸/۸۷			
وضعیت تأهل	مجرد	۸۹	۹۶/۸۵	۱۰/۸۰	۰/۴۸	۰/۴۸۹	۰/۰۰۳
	متأهل	۷۴	۹۷/۹۳	۸/۶۴			
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۷۵	۹۸/۹۹	۱۰/۰۵	۱/۹۸	۰/۱۴۱	۰/۰۲۴
	۳۱ تا ۴۰ سال	۶۲	۹۶/۱۱	۹/۶۵			
	۴۱ تا ۵۰ سال	۲۷	۹۵/۵۶	۹/۴۵			
سابقه کار به عنوان پرستار بالینی*	۱ تا ۵ سال	۶۶	۹۸/۳۵	۹/۵۲	۲/۸۶	۰/۰۲۵	۰/۰۶۸
	۶ تا ۱۰ سال	۳۴	۹۵/۷۱	۱۱/۵۹			
	۱۱ تا ۱۵ سال	۳۱	۹۸/۴۲	۸/۸۸			
	۱۶ تا ۲۰ سال	۲۲	۹۹/۳۶	۸/۲۷			
	بیشتر از ۲۰ سال	۱۰	۸۸/۵۰	۷/۹۸			

* در نقش‌های فعالِ مراقبت از بیمار

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین نمرات سلامت معنوی و همدلی با بیمار در کارکنان اتاق عمل انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که میان سلامت معنوی و همدلی با بیمار همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد.

این یافته با نتایج مطالعه Moura و همکاران (۲۰۲۴ م.) که بر وجود رابطه‌ای مثبت و معنادار میان معنویت و همدلی تأکید داشتند، هم‌سو است (p<۰/۰۰۱). همچنین ارتباط مثبت و معناداری میان معنویت و تاب‌آوری گزارش کردند. این یافته‌ها بر اهمیت معنویت به عنوان عاملی چندبعدی تأکید دارد که نه‌تنها بر تمایلات همدلانه، بلکه بر ویژگی‌های روانی ـ اجتماعی گسترده‌تری همچون تاب‌آوری نیز تأثیرگذار است (۲۸). هم‌سویی نتایج این دو مطالعه، پتانسیل معنویت را به عنوان عنصری اساسی برای ارتقای همدلی با بیمار و بهبود روابط بین‌فردی در محیط‌های پرتنشی چون اتاق عمل، برجسته می‌سازد. هم‌سو با یافته‌های پژوهش حاضر، مطالعه Wang و همکاران (۲۰۲۲ م.) در چین نشان داد که ادراک از مراقبت معنوی با میزان همدلی رابطه مثبت و معناداری دارد و سلامت معنوی نیز در این میان نقش میانجی را ایفا می‌کند (۲۹).

یافته‌ها نشان داد که اکثر پاسخگویان از نظر میزان سلامت معنوی در دسته متوسط قرار داشتند که هم‌سو با پژوهش رفیعی و همکاران (۷) بود که میانگین سلامت معنوی پرستاران در حد متوسط گزارش شده است. این شباهت می‌تواند ناشی از ماهیت مشابه جامعه پژوهش باشد، به طوری که پرستاران به دلیل مواجهه مداوم با استرس‌های شغلی و چالش‌های روانی در محیط‌های درمانی، تمایل دارند برای حفظ تعادل روانی خود، سطح سلامت معنوی را در حد متوسط نگه دارند. در مقابل در مطالعه Amiri و همکاران (۳۰)، سطح سلامت معنوی در سطح نسبتاً بالایی گزارش شده بود. این اختلاف ممکن است ناشی از تفاوت در شغل شرکت‌کنندگان باشد، در حالی که مطالعه حاضر بر پرستاران تمرکز داشت، Amiri و همکاران عمدتاً پزشکان را مطالعه کردند (حدود ۷۰ درصد نمونه آن‌ها) که ویژگی‌های اجتماعی ـ جمعیت‌شناختی و مکانیسم‌های مقابله‌ای آن‌ها ممکن است متفاوت باشد.

میزان همدلی در پاسخگویان نشان از همدلی بالاتر از متوسط داشت و دو مؤلفه اتخاذ دیدگاه و مراقبت همدلانه دارای میانگین بالاتر از متوسط بودند و مؤلفه خود را جای بیمارنهادن دارای میانگین کمتر از متوسط بود که در پژوهش فتحی و همکاران (۳۱)، نتایج مطالعه نشان داد که میزان همدلی پرستاران در سطح بالایی قرار دارد. بیشترین میانگین مربوط به بعد اتخاذ دیدگاه و کمترین میانگین مربوط به بعد خود را به جای بیمار قراردادن بود. این هم‌سویی، نشان‌دهنده الگوی ثابتی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه و کارکنان اتاق عمل است. به نظر می‌رسد پرستاران، برای مواجهه با چالش‌های بالینی و تصمیم‌گیری‌های تخصصی، از ظرفیت «اتخاذ دیدگاه» برای درک نیازهای بیمار و پیش‌بینی نیازهای تیم جراحی استفاده می‌کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین جنس و سطح همدلی رابطه معناداری وجود ندارد. پژوهشی در سال ۲۰۲۳ توسط Deng و همکاران انجام شد که نشان داد تفاوتی در سطح همدلی دانشجویان در هر دو جنس، مشاهده نشده است (۳۲)، اما در مطالعه مردانی حموله و همکاران بین همدلی با جنس ارتباط مثبت وجود داشت و همدلی در زنان بیشتر بوده است (۱۹). این تضاد میان دو مطالعه دانشجویی (Deng و حموله) نشان می‌دهد که تفاوت در یافته‌ها لزوماً برخاسته از مرحله تحصیلی نیست، بلکه به نظر می‌رسد می‌تواند ناشی از تفاوت در ابزارهای مورد استفاده، بافت فرهنگی جامعه یا روش‌های نمونه‌گیری باشد. با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر که با Deng هم‌سو است، احتمال می‌دهد که جنسیت عامل تعیین‌کننده‌ای در سطح همدلی نباشد.

مطالعه Zeilani و همکاران (۲۰۲۳ م.) در اردن که بر روی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه (ICU: Intensive Care Unit) در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ انجام شد، نشان داد که جنسیت می‌تواند پیش‌بینی‌کننده ارتباط با مقیاس‌های مراقبتی باشد، به طوری که در آن مطالعه، زنان میزان مراقبت معنوی کمتری را نسبت به مردان گزارش کردند (۳۳). تفاوت

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

مشاهده شده میان یافته‌های این پژوهش و مطالعه Zeilani و همکاران به نظر می رسد می‌تواند ناشی از چند عامل باشد. نخست اینکه، متغیر مورد بررسی در مطالعه حاضر «همدلی» است که ماهیتی عاطفی و روان‌شناختی دارد، در حالی که در مطالعه پیشین بر «مراقبت معنوی» تمرکز داشته که جنبه‌ای عملیاتی و رفتاری در حوزه دین و معنویت است؛ دوم اینکه، شرایط محیطی و زمانی مطالعات متفاوت بوده است؛ مطالعه Zeilani در شرایط بحرانی پاندمی کووید-۱۹ انجام شده که فشار کاری بسیار بالا و فرسودگی شغلی شدیدی را بر پرستاران (به ویژه زنان که غالباً نقش‌های مراقبتی دوگانه در خانواده و محیط کار دارند) تحمیل کرده بود که این امر می‌تواند بر سطح توانایی آن‌ها در ارائه مراقبت‌های خاص تأثیر منفی گذاشته باشد. علاوه بر این، تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی در جوامع مورد مطالعه نیز می‌تواند در تبیین نحوه ابراز همدلی یا مراقبت‌های معنوی توسط زنان و مردان مختلف نقش داشته باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین میزان همدلی و مدرک تحصیلی نمونه‌ها ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (p=0.02). برخلاف مطالعه حاضر، در مطالعه علی‌آبادی و همکاران در سال ۲۰۲۱ ارتباط معنی‌داری میان میزان همدلی با مدرک تحصیلی نمونه‌ها به دست آمد (p<0/05) (۳۴). نکته‌ای متضاد در پژوهش فوق با پژوهش موجود، ارتباط میان میزان همدلی با مدرک تحصیلی بود که در تحقیق علی‌آبادی با (p<۰/۰۵) این ارتباط موجود، اما در نتایج ما چنین رابطه‌ای وجود نداشت. علت این تفاوت می‌تواند در تفاوت حجم نمونه‌ها و تفاوت در مدرک تحصیلی نمونه‌ها باشد، لذا تحقیقات بیشتر در زمینه ارتباط‌سنجی همدلی و همچنین عوامل مرتبط با معنویت با مدرک تحصیلی پیشنهاد می‌شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و تمرکز مطالعه تنها بر بخشی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه، قابلیت تعمیم‌یافتگی یافته‌ها را به کل جامعه کارکنان اتاق عمل محدود می‌سازد. از سوی دیگر، عدم کنترل برخی متغیرهای مخدوش‌کننده از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است؛ برای نمونه، عدم بررسی سوابق آموزشی شرکت‌کنندگان در حوزه سلامت معنوی و همدلی و همچنین احتمال تأثیر زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی بر پاسخ‌ها، می‌تواند منجر به بروز سوگیری در نتایج شده و دقت برآوردها را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به این محدودیت‌ها، نتایج این پژوهش باید با احتیاط تعمیم داده شود و پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، حجم نمونه بزرگ‌تر و کنترل دقیق‌تر متغیرهای مداخله‌گر استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج یافته‌های این پژوهش نشان داد که نمرات سلامت معنوی و همدلی در کارکنان اتاق عمل بیمارستان‌های مورد مطالعه در سطح متوسط قرار دارد. همچنین بین همدلی کل و سلامت معنوی کل همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد و سطح بالاتر سلامت معنوی با سطح بالاتر همدلی همراه بود. بررسی دقیق‌تر مؤلفه‌های همدلی مشخص کرد که دو مؤلفه «اتخاذ دیدگاه» و «مراقبت همدلانه» بالاتر از متوسط بودند، در حالی که مؤلفه «خود را جای بیمارنهادن» نمره پایین‌تری نسبت به نقطه برش داشت. از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، تنها سابقه کار با نمره همدلی رابطه معنادار نشان داد و سایر متغیرها از جمله جنسیت، سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات ارتباط معناداری با همدلی نداشتند. بر اساس این نتایج، می‌توان گفت سلامت معنوی یکی از عوامل مرتبط با همدلی در کارکنان اتاق عمل است. با توجه به نمره نسبتاً پایین مؤلفه «خود را جای بیمارنهادن»، تمرکز بر تقویت این بعد خاص در کنار توجه به سلامت معنوی، می‌تواند در ارتقای همدلی این گروه از کارکنان نقش داشته باشد. طراحی و اجرای مطالعات مداخله‌ای با هدف بررسی تأثیر برنامه‌های ارتقای سلامت معنوی بر ابعاد مختلف همدلی، به ویژه در کارکنان اتاق عمل، موضوع مناسبی برای پژوهش‌های آینده به نظر می‌رسد.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

نگین لارتی: ایده نخستین، طراحی مقاله، تهیه پیش‌نویس.
پوریا قلی‌پور چچکلو: نگارش، تدوین، نظارت و راهنمایی و بارگذاری مقاله.
آتنا صادقی: تجزیه و تحلیل و تفسیر نتایج آماری.
جابر ذبیحی‌راد: جمع‌آوری داده‌ها.
فاطمه عدالت‌طلب: فرمت‌بندی مقاله متناسب با فرمت.
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی البرز تأمین مالی شده است (شماره اعتبار: ۰-۰-۸۵-۶۸۳۲).

بیانیه هوش مصنوعی

بدین‌وسیله اعلام می‌گردد که در تهیه، نگارش و تحلیل محتوای این مقاله هیچ‌گونه کمکی از هوش مصنوعی دریافت نشده و تمام محتوای اثر اصیل و برآمده از کوشش فکری نویسندگان است.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

References

1. Araghian Mojarad F, Purbarar F, Yaghoubi TJI. The Role of Spirituality in Mental Health during COVID-19 Pandemic: A Review Study. Islam And Health Journal. 2022;7(1):9-16. [Persian]

2. Sahebdel F, Ghobari Bb, Hamidied B. Typology of spirituality in relation with spiritual health. Iranian Journal of Nursing Research. 2020;15(2):1-8. [Persian]

3. Counted V, Possamai A, Meade T. Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: An integrative research review. Health Quality of Life Outcomes. 2018;16(1):75.

4. Dhar N, Chaturvedi SK, Nandan D. Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. WHO South-East Asia Journal of Public Health. 2013;2(1):3-5.

5. Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Wu CL, Hsiao YC. The relationship between spiritual health, health-promoting behaviors, depression and resilience: A longitudinal study of new nurses. Nurse Education in Practice. 2021;56:103219.

6. Ünlügedik M, Akbaş E. The effect of spiritual well-being on compassion fatigue among intensive care nurses: A descriptive study. Intensive and Critical Care Nursing. 2023;77:103432.

7. Rafiei S, Kiaiei MZ, Sadeghi P, Rahmati Z. Role of Spiritual Health on Job Stress among Nurses: A Cross-sectional Study in an Educational Hospitals of Qazvin City. Hospital. 2019;18(1):33-41. [Persian]

8. Pakdaman M, Shamsi F, Malekpour N. The Relationship Between Spiritual Health and Job Stress of Nurses in Selected Teaching Hospitals in Yazd in 2020. Evidence Based Health Policy, Management & Economics. 2022;6(3):217-24.

9. Movahhed A, Abbasi Z, Rezazadeh F. The role of job stress and spiritual health in predicting the quality of life of nurses in Qaen city. Occupational Psychology. 2024;3(2):65-74. [Persian]

10. Asadzandi M. Designing and validating the students' spiritual self-care Empowerment model with sound heart approach. Education Strategies in Medical Sciences. 2021;14(1):53-62. [Persian]

11. Kim HS, Yeom HA. The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study. Intensive and Critical Care Nursing. 2018;46:92-7.

12. Heidari A, Afzoon Z, Heidari M. The correlation between spiritual care competence and spiritual health among Iranian nurses.BMC Nursing. 2022;21(1):277.

13. Hosseinabadi-Farahani M, Jenabi Ghods M, Metanat F, Motie M. Challenges and Solutions for Providing Spiritual Care in Nursing in IRAN: A Scoping Review. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2025;13(3):36-46. [Persian]

14. Weathers E, McCarthy G, Coffey A, editors. Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. Nursing Forum. 2016;51(2):79-96.

15. Ashori E, Bagheri M, Naseri N, Mohammadi Pelarti A. Analyzing the effect of reflective notes on the empathy of nursing students in oncology internship: a mixed study. Education Ethics In Nursing. 2025;14(3-4):40-50. [Persian]

16. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. Burnout Research. 2017;6:18-29.

17. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S, editors. The role of empathy in health and social care professionals. Healthcare. 2020;8(1):26.

18. Ezzati R, Tafazoli M, Mazlom SR. Assessment of Empathy Skills in Midwifery Students and its Relationship with Some of the Demographic Factors. Nursing Midwifery Journal. 2018;16(2):139-48. [Persian]

19. Mardani-Hamooleh M, Ahmadi M, Seyedfatemi N, Haghani H, Medicine Ho. Relationship between empathy and spiritual attitude among nursing students in Tehran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2018;11:176-88. [Persian]

20. Taeby M, Mirzaei MA, Sahaghi H, Mirzaei MZ. The Effect of Empathy Training on Employee Motivation, Moral Sensitivity and Alexithymia in Nurses. Faṣlnāmah-i akhlaq-i pizishkī. i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2023;17(48):1-11. [Persian]

21. Rafati S, Rejeh N, Davati A, Foroutani F. Empathic attitudes in medical students: Using of the Jefferson Scale of Empathy. Faṣlnāmah-i akhlaq-i pizishkī. i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2016;10(36):25-34. [Persian]

22. Baagil H, Baagil H, Gerbershagen MU. Preoperative Anxiety Impact on Anesthetic and Analgesic Use. Medicina. 2023;59(12):2069.

23. Abbasi S, Akbari L. The effect of personnel primary communication on the pre-operative anxiety of patients admitted to operating room. Nursing Practice Today. 2015;2(4):164-70. [Persian]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

24. Phillips N, Hornacky A. Berry & Kohn's Operating Room Technique. 14th ed. Elsevier Health Sciences; 2020.

25. Ouzouni C. An exploratory study of student nurses' empathy. Health Science Journal. 2012;6(3):534-52.

26. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. Academic Medicine. 2002;77(10 Suppl):S58-S60.

27. Managheb SE, Bagheri S. The Impact of Empathy Training Workshops on Empathic Practice of Family Physicians of Jahrom University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2013;13(2):114-22. [Persian]

28. Moura AT, Coriolano AM, Kobayasi R, Pessanha S, Cruz HL, Melo SM, et al. Is there an association among spirituality, resilience and empathy in medical students?. BMC Medical Education. 2024;24(1):704.

29. Wang Z, Liang Y, Zhao H, Zhu Y, Liu M, Zhang Y, et al. Spiritual care perceptions and empathy of Chinese nursing students: The mediating roles of spiritual well-being. Palliative & Supportive Care. 2022;20(5):701-10.

30. Amiri S, Daniyal M, Al-Houqani M, Al Neyadi S, Hefny A, Javaid SF, et al. Spiritual well-being, sleep quality as a buffer against burnout and in increasing professional fulfillment among healthcare professionals in the United Arab Emirates. Journal of Education and Health Promotion. 2026;15:344.

31. Fathi M, Barkhordari-Sharifabad M, Sedaghatikesbakhi M. Does self-esteem mediate the relationship between empathy and anxiety in nurses working in intensive care units?: A cross-sectional study. Journal of Critical Care Nursing. 2023;16(1):70-9. [Persian]

32. Deng X, Chen S, Li X, Tan C, Li W, Zhong C, et al. Gender differences in empathy, emotional intelligence and problem-solving ability among nursing students: A cross-sectional study. Nurse Education Today. 2023;120:105649.

33. Zeilani RS, Al-Qunneh AM, Arabiat DH, Hamdan-Mansour A. Gender as a moderator of spirituality and spiritual care in ICU nurses during COVID-19 pandemic. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2023;5(16):1271-81.

34. Aliabadi PK, Zazoly AZ, Sohrab M, Neyestani F, Nazari N, Mousavi SH, et al. The role of spiritual intelligence in predicting the empathy levels of nurses with COVID-19 patients.Archives of Psychiatric Nursing. 2021;35(6):658-63.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.