

Selected determinants of spirituality among nurses

Wybrane uwarunkowania duchowości wśród pielęgniarek

Alina Deluga¹ , Beata Dobrowolska² , Krzysztof Jurek³ , Grzegorz Nowicki¹ ,
Barbara Ślusarska¹ 

¹Department of Family Medicine and Community Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin/
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, UM Lublin

²Chair and Department of Management in Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin/
Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, UM Lublin

³Faculty of Social Sciences, Institute of Sociology, The John Paul II Catholic University of Lublin/
Wydział Nauk Społecznych, Instytut Socjologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Alina Deluga

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego

WNoZ UM w Lublinie

ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin

e-mail: alina.deluga@umlub.pl

STRESZCZENIE

WYBRANE UWARUNKOWANIA DUCHOWOŚCI WŚRÓD PIELĘGNIAREK

Wprowadzenie. Duchowość ma wielowymiarowy charakter, który nie pozostaje bez związku z działalnością zawodową pielęgniarek wykonujących zawód o charakterze opiekuńczym.

Cel pracy. Określenie wybranych uwarunkowań duchowości wśród pielęgniarek i ich związku z czynnikami społeczno-demograficznymi oraz religijnymi.

Material i metody. Badania przeprowadzono w 2018 r wśród 144 pielęgniarek/pielęgniary. Wszyscy ankietowani byli aktywni zawodowo. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu standaryzowanych narzędzi badawczych, tj: Kwestionariusz Samooceny (KS), Skala Transcendencji Duchowej (STD) i Skala Brief RCOPE (SBR).

Wyniki. Stwierdzono, że wiek i staż pracy korelują dodatnio z postawą religijną (KS), $p < 0,05$, Transcendencją Właściwą (STD), $p < 0,01$ oraz pozytywną religijną strategią radzenia sobie ze stresem (KBR), $p < 0,01$. Wykazano, także że deklaracja stosunku do wiary koreluje pozytywnie z podskalami kwestionariusza (KS), tzn. Postawą religijną ($r = 0,247$, $p < 0,01$), Wrażliwością etyczną ($\rho = 0,230$, $p < 0,01$) i Harmonią ($r = 0,218$, $p < 0,05$). Ponadto silne korelacje stwierdzono z Transcendencją Właściwą (STD), $r = 0,405$, $p < 0,01$ oraz pozytywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem (SBR), $r = 0,505$, $p < 0,01$, a deklaracją stosunku do wiary.

Wnioski. Wymiary duchowości pozostają w istotnym związku z wiekiem, stażem pracy, deklaracją stosunku do wiary oraz pozytywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Predyktorami duchowości wśród pielęgniarek są miejsce zamieszkania, Otwartość Duchowa oraz negatywne religijne strategie radzenia sobie ze stresem.

Słowa kluczowe:

duchowość, pielęgniarki, wymiary duchowości

ABSTRACT

SELECTED DETERMINANTS OF SPIRITUALITY AMONG NURSES

Introduction. Spirituality has a multi-dimensional nature which influences the professional activities of nurses in a caring profession.

Aim. Identifying selected determinants of spirituality among nurses and their relationship with socio-demographic factors.

Material and methods. Research was conducted in 2018 on 144 nurses. All of the respondents were active in their profession. The research was made with diagnostic survey method using standardized research tools, including a Self-Description Questionnaire (SDQ), the Spiritual Transcendence Scale (STS), and the Brief Religious Coping (RCOPE) questionnaire, (BR).

Results. It was established that age and professional seniority positively correlate with Religious Attitude (SDQ), $p < 0.05$; Transcendence Proper (STS), $p < 0.01$; and with positive religious stress-coping strategies (BR), $p < 0.01$. It shows that a declaration of relationship to faith positively correlates with the subscales of the questionnaire (SDQ), i.e. Religious Attitude ($r = 0.247$, $p < 0.01$), Ethical sensitivity ($\rho = 0.230$, $p < 0.01$), and Harmony ($r = 0.218$, $p < 0.05$). Moreover, a strong correlation was confirmed with Transcendence Proper (STS), $r = 0.405$, $p < 0.01$, and with positive religious strategies for coping with stress (BR), $r = 0.505$, $p < 0.01$, and declared relationship to faith.

Conclusions. The dimensions of spirituality are significantly related to age, seniority, declaration of attitude to faith, and positive religious stress-coping strategies. Predictors of spirituality among nurses are place of residence, spiritual openness and negative religious stress-coping strategies.

Key words:

spirituality, nurses, dimensions of spirituality

INTRODUCTION

The significance of the spiritual dimension in nursing depends to a great degree on how the concept of spirituality is understood. Research shows that nurses have quite differing perceptions of this concept and show varying levels of competence in the area of spiritual care [1]. Many various definitions of spirituality exist in international literature on nursing [2], and the meaning of the term “spirituality” does not have an unequivocal interpretation in practice [3]. Narayanasamy [4] observes that spirituality refers to the individual’s search for the meaning of life. On the other hand, Puchalski et al. [5] propose spirituality as a dynamic and inherent aspect of being human, through which a person seeks ultimate meaning, purpose and transcendence, and experiences relationships with himself, family, others, the community, society, nature, and that which is important or sacred. Spirituality is expressed in convictions, values, traditions, and practices.

For the purposes of the research being presented in this publication, it seemed most appropriate to adopt an approach that embraces spirituality and religiosity as separate, but overlapping, constructs. Spirituality is seen as a broader concept which represents transcendental beliefs and values. These may or may not be connected to a religious institution. The basis of spiritual orientation is its transcendental dimension (transcending, growing beyond, above, the tangible “I”), through which the individual perceives him- or herself, others, and life. It is a very individual, personal, and subjective experience, and yet it affects the real activity of the individual, including professional activity. A person may express himself through religious practices, but at the same time religiosity is not always a manifestation of spirituality and sometimes can even hamper it. While religiosity pertains chiefly to the set of rituals characteristic of a given church institution and to belief in God and to other religious beliefs, spirituality can be a non-denominational or a denominational pursuit of personal growth [6].

Research being conducted in this field provides an ever-broadening insight into what spirituality means in the context of healthcare in general, and of nursing in particular [7]. In their professional practice nurses encounter various difficult situations (e.g. death of a patient, mourning, performing resuscitation procedures, and the like) which cause high levels of stress in them. To cope with these situations they use, among others aids, various spiritual and religious support strategies [8]. Pargament [9], creator of religious coping theory, believes that religiosity can be employed as a defense mechanism in experiencing difficult situations. According to this author, religious coping with a difficult situation can be defined as the extent to which religiosity is part of the process of understanding and commitment that is triggered by critical life events [10].

AIM

The goal of this study was to define selected determinants of spirituality of nurses and their relationship with socio-demographic and religious factors.

MATERIAL AND METHODS

The study was conducted in 2018 among 144 male and female nurses: professionally active, studying nursing, and in postgraduate programs offered in nursing and midwifery education centers in the Lublin region. Standard research tools characterized by sound psychometric properties were used in collecting the material, i.e.: a Self-Description Questionnaire (SDQ) [11], the Spiritual Transcendence Scale (STS) [12], and the Brief Religious Coping (RCOPE) questionnaire, (BR) [13].

Self-Description Questionnaire (SDQ), which served to measure the dimensions of spirituality, was developed and validated in Poland by Heszen-Niejodek et al. [11]. It is composed of three subscales. These are: Religious Attitude (includes religious experiences, their meaning in daily life, their influence on moral choices and behavior, relationship with God); Ethical Sensitivity (meaning a high level of ethical values in one’s hierarchy of values, care taken in behaving in accordance with them, and a tendency to ethical reflection); and Harmony (that is, the seeking of harmony with the world, internal order, integrity in one’s various types of activity). It consists of twenty statements. Responses to each statement are expressed numerically using the Likert scale. The point range is from one to five, where one means, “I strongly agree” and five, “I strongly disagree.” The sum of the results for the individual subscales provides the overall result. The reliability of the tool, measured by the test-retest method, equals 0.88 for the general indicator. Theoretical accuracy, verified by means of correlating the general questionnaire index with other scales measuring related constructs, ranges from 0.24 to 0.70. Accuracy of the individual subscales: Religious Attitude, seven statements, Cronbach’s $\alpha=0.90$; Ethical Sensitivity, seven statements, Cronbach’s $\alpha=0.82$; Harmony, six statements, Cronbach’s $\alpha=0.81$.

The Spiritual Transcendence Scale (STS), based on the concept of spirituality of Ralph Piedmont [14] and prepared and validated in Poland by Piotrowski et al. [12], consists of two subscales: Transcendence Proper and Spiritual Openness. Each of these subscales consists of eleven questions. Transcendence Proper includes aspects of spirituality, namely: fulfillment in prayer, universality, a sense of connection, and idealism. Spiritual Openness includes being non-judgmental of and respectful of others, being content with what life offers, and tolerating ambiguity and diverse points of view [12].

The STS is characterized by sound psychometric properties and a high level of accuracy. Internal consistency for the Transcendence Proper subscale measures Cronbach’s $\alpha=0.89$ and time stability $r=0.92$. For Spiritual Openness these coefficients are Cronbach’s $\alpha=0.80$ and $r=0.81$. The internal coherence of the overall scale measures Cronbach’s $\alpha=0.87$ and time stability $r=0.91$. The tool includes a five-level response scale.

The Brief Religious Coping (RCOPE) questionnaire, (BR), authored by Pargament et al. [15], was adapted for Polish requirements by Jarosz [13], and is composed of fourteen items and measures two strategies for religious management of stress: positive (seven statements)

Selected determinants of spirituality among nurses

and negative (seven statements). The reliability measures of these subscales: positive coping - Cronbach's $\alpha=0.86$, negative coping - Cronbach's $\alpha=0.74$. The criterion accuracy of the scale was confirmed by obtaining high correlations, from $r=0.50$ to $r=0.87$, with the measurements for centrality of religiosity. The Polish version of this tool includes a five-level response scale.

Statistical analysis was carried out using the IBM SPSS Statistics 25 program. Standard descriptive statistics were used: average (M), standard deviation (SD), sample size (N) and percent (%). To determine the relationship between variables measured on a quantitative scale, the Pearson correlation coefficient (r) was used. For ordinal variables, Spearman's rho correlation coefficient was used. Differences between the independent groups were calculated using the Mann-Whitney U test. To determine the predictors of the dependent variable (spirituality), hierarchical regression analysis was used, with stepwise insertion of explanatory variables. Statistical significance was accepted at the level $p<0.05$.

This research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration and approved by the Bioethics Committee of the Medical University of Lublin (N. KE-0254/128/2018).

RESULTS

A decided majority of over 93.1% of the respondents were women. The average age of those researched was 36.48 years, $SD\pm 9.94$, and professional work experience was 12.32 years, $SD\pm 11.12$. Most of the respondents, over 79.9%, declared themselves as persons of faith.

■ Tab. 1. Characteristics of the Study Group

Variables		N=144	
		n	%
Gender	Female	134	93.1
	Male	7	4.9
	Data Unavailable	3	2.1
Education	Registered Nurse	13	9.0
	Bachelor of Nursing	83	57.6
	Master's Degree	42	29.2
	Not reported	6	4.2
Place of Residence	City	75	52.1
	Village	66	45.8
	Data Unavailable	3	2.1
Attitude towards Faith	Deeply Religious	11	7.6
	Believer	115	79.9
	Religiously Indifferent	11	7.6
	Non-Believer	3	2.1
	Not reported	4	2.8

Numerical amount (N, n), percentage (%)

It was determined that gender is related to religious strategies in coping with stress, Brief RCOPE questionnaire (BR), $p=0.009$. The women used positive strategies for coping with stress to a greater degree than the men did. A statistical relationship with the dimensions of spirituality (SDQ and STS) was not confirmed.

■ Tab. 2. Relationship of gender to spiritual dimensions (SDQ and STS) and religious coping strategies (BR)

	Female		Male		Statistics	
	M	SD	M	SD	Z	p
Religious Attitude (SDQ)	29.86	4.30	31.00	3.74	-0.638	0.523
Ethical Sensitivity (SDQ)	25.10	2.75	23.43	4.65	-1.045	0.296
Harmony (SDQ)	21.33	3.42	20.71	3.40	-0.620	0.535
Transcendence Proper (STS)	2.93	0.51	2.47	0.73	-1.735	0.083
Spiritual Openness (STS)	3.20	0.34	3.05	0.31	-1.186	0.235
Positive Strategies (BR)	23.71	5.87	17.14	6.34	-2.625	0.009
Negative Strategies (BR)	15.75	5.99	17.29	7.25	-0.656	0.512

Average (M), standard deviation (SD), normal distribution, Mann-Whitney U test result (Z), statistical significance (p).

Age and professional seniority correlated positively with the Religious Attitude subscale ($r=0.211$, $p<0.05$; $r=0.181$, $p<0.05$) in the Self-Description Questionnaire (SDQ), the Transcendence Proper subscale ($r=0.237$, $p<0.01$; $r=0.250$, $p<0.01$), the Spiritual Transcendence Scale (STS); and positive religious coping strategy ($r=0.245$, $p<0.01$; $r=0.256$, $p<0.01$) in the Brief RCOPE questionnaire (BR). It was also demonstrated that a declaration of a relationship to faith has a positive correlation with Religious Attitude ($\rho=0.247$, $p<0.01$), Ethical Sensitivity ($r=0.230$, $p<0.01$) and Harmony ($r=0.218$, $p<0.05$) in the Self-Description Questionnaire (SDQ). In addition, strong correlations were demonstrated between a declared relationship to faith and Transcendence Proper ($\rho=0.405$, $p<0.01$) in the Spiritual Transcendence Scale (STS) and positive religious strategies for coping with stress ($r=0.505$, $p<0.01$) in the Brief RCOPE questionnaire (BR).

■ Tab. 3. Correlations of age, seniority, and relationship to faith with dimensions of spirituality (SDQ and STS) and religious coping strategies (BR)

	Age	Seniority	Attitude towards Faith (1-nonbeliever; 4-deeply religious)
Religious Attitude (SDQ)	0.211*	0.181*	0.247**
Ethical Sensitivity (SDQ)	0.166	0.156	0.230**
Harmony (SDQ)	-0.010	-0.054	0.218*
Transcendence Proper (STS)	0.237**	0.250**	0.405**
Spiritual Openness (STS)	0.078	0.056	0.034
Positive Strategies (BR)	0.245**	0.256**	0.505**
Negative Strategies (BR)	0.045	0.072	0.133

** $p<0.01$; * $p<0.05$
Statistical significance (p).

A stepwise regression analysis was carried out. The explanatory variables were the result of the Self-Description Questionnaire (SDQ). The explanatory variables taken into account were place of residence, work seniority, education, spiritual openness and negative stress-coping strategies. In the first block, the significant predictor was spiritual openness. In the second block, the variable attached to the model was place of residence. In the third block, the statistically significant predictor entered into the model was negative strategies (Tab. 4). The final model fit the data well ($F(3,117)=8.296$; $p<0.001$) and accounted for the 18% variation in the SDQ. The dimensions of spirituality according to the SDQ were significantly determined by such predictors as: Spiritual Openness, place of residence, and negative religious coping strategies.

■ Tab. 4. Results of regression analysis (stepwise method) for the SDQ explanatory variable

Self-Description questionnaire (SDQ)					
Block	Predictors	Beta	t	p	ΔR^2
1	(Fixed)		6.550	.000	0.09
	Spiritual Openness (STS)	0.307	3.513	.001	
2	(Fixed)		6.756	.000	0.14
	Spiritual Openness (STS)	0.324	3.771	.000	
	Place of Residence	-0.207	-2.411	.017	
3	(Fixed)		6.187	.000	0.18
	Spiritual Openness (STS)	0.315	3.731	.000	
	Place of Residence	-0.204	-2.423	.017	
	Negative Strategies (BR)	0.198	2.350	.020	
Statistics for the overall model:					
R ² =0.18					
Adjusted R ² =0.15					
F(3,117)=8.296; p<0.001					
D-W=1.888					

*p<0.05; **p<0.01

Coefficient of determination (R²), F- test (Fisher- Snedecor) decomposition (F), Student's t-test result (t), Durbin Watson statistic test (D-W).

DISCUSSION

In the study presented, it was found that the dimensions of spirituality are significantly related to age, seniority, declaration of attitude towards faith, and positive religious stress-coping strategies.

A survey of 4054 British male and female nurses found that the respondents had a broad, inclusive understanding of spirituality, owing to the wide spectrum of their spiritual convictions [16]. Differences occurring in the results on spirituality were related to personal factors of the respondents, i.e. age, gender, work experience, personal spirituality. Research in this area confirms the positive correlation between nurses' perception of the importance of spirituality and the spiritual care they provide [17]. Dutch nurses (n=372) assert that spiritual care is essential in nursing, but they are also aware that in the nursing practice of today this is far from universal. Studies have shown that age and religious affiliation appear to be predictors of the manner and extent of spiritual care provided by nurses [18].

Literature on the subject demonstrates that positive religious strategies are associated with better overall adjustment in those who use them in situations of stress [19], with reduced depression rates, and with higher self-esteem, satisfaction with life, and quality of life [20]. Spiritual Transcendence, meanwhile, is closely linked to religiosity. According to Piedmont, this is a trait common to people all over the world [21]. MacDonald and Harris Friedman [22] suggest that persons who regularly experience feelings of blessing (happiness), connection, and transcendence are less susceptible to fatigue and exhaustion in the workplace. According to those authors, a higher level of spirituality correlates with a lower level of professional burnout in nurses. Of a similar opinion are Holland and Niemeyer [23], who argue that daily spiritual experiences can alleviate physical, mental, and emotional forms of personnel burnout.

This study demonstrates that the dimensions of spirituality among nurses as defined by the SDQ are significantly related to Spiritual Openness, place of residence, and negative religious stress-coping strategies. The determinants of spirituality in terms of reference to a negative religious strategy in stressful situations point to an ethical nature – indicative of behaviors also present in the common religiosity of Poles, e.g. doubting the power of God or the feeling of being punished for sins [24].

CONCLUSIONS

1. Declaration of relationship to faith along with variables such as age or work seniority are significantly associated with religious attitude, Transcendence Proper, and positive religious stress-coping strategies.
2. Women use positive religious strategies for coping with stress more often than men.
3. Significant predictors of spirituality among nurses are place of residence, Spiritual Openness, and negative religious stress-coping strategies.

Wybrane uwarunkowania duchowości wśród pielęgniarek

WSTĘP

Znaczenie wymiaru duchowego w pielęgniarstwie jest w dużym stopniu uzależnione od rozumienia pojęcia duchowości. Badania pokazują, że pielęgniarki mają bardzo zróżnicowane postrzeganie tego pojęcia i wykazują odmienne kompetencje w zakresie opieki duchowej [1]. W międzynarodowej literaturze pielęgniarstwie istnieje wiele różnych definicji duchowości [2], a znaczenie terminu „duchowość” nie jest jednoznacznie rozumiane w praktyce [3]. Narayanasamy [4], uważa, że duchowość odnosi się do poszukiwania sensu w życiu przez jednostkę. Natomiast Puchalski et. al. [5] podają, że duchowość jest dynamicznym i nieodłącznym aspektem człowieczeństwa, poprzez który osoby poszukują ostatecznego znaczenia, celu i transcendencji oraz doświadczają relacji z samym sobą, rodziną, innymi, wspólnotą, społeczeństwem, naturą i tym, co istotne lub święte. Duchowość wyraża się w przekonaniach, wartościach, tradycjach i praktykach.

Dla celów badań zaprezentowanych w niniejszej publikacji najważniejsze wydaje się przyjęcie podejścia ujmującego duchowość i religijność, jako konstrukty oddzielne, ale nakładające się na siebie. Duchowość postrzegana jest, jako szerszy koncept, który reprezentuje transcendentalne przekonania i wartości. Mogą one, lecz nie muszą mieć związek z instytucją religijną. Podstawą orientacji duchowej jest jej wymiar transcendentalny (wykraczanie, wzrost poza, ponad „ja realne”), przez który jednostka postrzega siebie, innych i życie. Jest to doświadczenie bardzo indywidualne, osobiste i subiektywne, a pomimo to rzutuje na realną aktywność człowieka, w tym także zawodową. Jednostka może wyrażać siebie poprzez praktyki religijne, ale też z drugiej strony religijność nie zawsze jest przejawem duchowości, a czasem może ją nawet utrudniać. Podczas, gdy religijność odnosi się głównie do zbioru rytuałów charakterystycznych dla danej instytucji kościelnej oraz wiary w Boga i innych przekonań religijnych, duchowość może być bezwyznaniowym lub wyznaniowym dążeniem do osobistego rozwoju [6].

Prowadzone badania w zakresie duchowości dają coraz szerszy wgląd w to, co oznacza to pojęcie w kontekście opieki zdrowotnej w ogóle, a konkretnie w pielęgniarstwie [7]. Pielęgniarki w swojej praktyce zawodowej spotykają się z różnymi sytuacjami trudnymi (np. śmierć pacjenta, przeżywanie żałoby, wykonywanie zabiegów reanimacyjnych, itp.), które wywołują u nich duży poziom stresu. W radzeniu sobie z tymi sytuacjami wykorzystują między innymi różne strategie duchowego i religijnego wsparcia [8]. Pargament [9] twórca teorii religijnego radzenia sobie uważa, że religijność może być zaangażowana do przeżywania sytuacji trudnej, w której pełni funkcje obronną. Według autora religijne radzenie sobie z sytuacją trudną można zdefiniować jako stopień, w jakim religijność staje się częścią procesu zrozumienia i zaangażowania, który jest uruchamiany w kontekście krytycznych zdarzeń życiowych [10].

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie wybranych uwarunkowań duchowości pielęgniarek i ich związku z czynnikami społeczno-demograficznymi oraz religijnymi.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w 2018 r wśród 144 pielęgniarek/pielęgniarzy, aktywnych zawodowo, studiujących na pielęgniarstwie i wśród uczestników kształcenia podyplomowego realizowanego w ośrodkach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na terenie województwa lubelskiego. Do zebrania materiału wykorzystano standaryzowane narzędzia badawcze, charakteryzujące się dobrymi właściwościami psychometrycznymi tj: Kwestionariusz Samoopisu (KS) [11], Skala Transcendencji Duchowej (STD) [12] i Skala Brief RCOPE (SBR) [13].

Kwestionariusz Samoopisu (KS) służy do pomiaru wymiarów duchowości, został opracowany i zwalidowany w Polsce przez Heszen-Niejodek i wsp. [11], składa się z 3 podskal tj: Postawa religijna (obejmuje: przeżycia religijne, ich znaczenie w codziennym życiu, ich wpływ na wybory moralne i postępowanie, stosunek do Boga), Wrażliwość etyczna (oznacza, wysokie miejsce wartości etycznych w hierarchii wartości, dbałość o zgodne z nimi postępowanie, skłonność do refleksji etycznej) i Harmonia (to, poszukiwanie harmonii ze światem, ładu wewnętrznego, spójności różnych form własnej aktywności). Zawiera 20 stwierdzeń. Odpowiedzi na każde stwierdzenie wyrażane są liczbowo przy pomocy skali Likerta. Przedział punktowy mieści się w granicach od 1-5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się” a 5 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Suma wyników w poszczególnych podskalach daje wynik ogólny. Rzetelność narzędzia mierzona metodą test-retest równa się 0,88 dla wskaźnika ogólnego. Trafność teoretyczna sprawdzona za pomocą korelacji wskaźnika ogólnego kwestionariusza z innymi skalami mierzącymi pokrewne konstrukty wynosi od 0,24 do 0,70. Rzetelność poszczególnych podskal: postawy religijne, 7 stwierdzeń, α Cronbacha=0,90; wrażliwość etyczna, 7 stwierdzeń, α Cronbacha=0,82; harmonia, 6 stwierdzeń, α Cronbacha=0,81.

Skala Transcendencji Duchowej (STD), opiera się na koncepcji duchowości Ralpa Piedmonta [14] została przygotowana i zwalidowana w Polsce przez Piotrowskiego i wsp. [12], składa się z dwóch podskal: Transcendencji Właściwej i Otwartości Duchowej. Każda z podskal zawiera po 11 pytań. Transcendencja Właściwa obejmuje aspekty duchowości tj.: spełnienie w modlitwie, uniwersalność, poczucie więzi oraz ideowość. Otwartość Duchowa obejmuje: nieosądzanie innych i szacunek wobec innych, zadowolenie z tego, co przynosi życie oraz tolerowanie wieloznaczności i odmiennych punktów widzenia [12].

STD charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Spójność wewnętrzna dla podskali Transcendencji Właściwej wynosi, α Cronbacha=0,89,

a stałość czasowa $r=0,92$. Dla Otwartości Duchowej współczynniki te wynoszą odpowiednio α Cronbacha=0,80 oraz $r=0,81$. Spójność wewnętrzna całej skali wynosi α Cronbacha=0,87, a stałość czasowa $r=0,91$. Narzędzie zawiera pięciostopniową skalę odpowiedzi.

Skala Brief RCOPE (SBR) autorstwa Pargament i et al. [15] została zaadoptowana do warunków polskich przez Jarosza [13], składa się z 14 itemów i mierzy dwie strategie religijnego radzenia sobie ze stresem: pozytywną (7 twierdzeń) i negatywną (7 twierdzeń). Rzetelność podskal wynosi: dla pozytywnej strategii radzenia sobie – α Cronbacha=0,86, zaś dla negatywnej – α Cronbacha=0,74. Trafność kryterialną skali potwierdzono poprzez uzyskanie wysokich korelacji od $r=0,50$ do $r=0,87$ z wymiarami centralności religijności. Wersja polska narzędzia zawiera pięciostopniową skalę odpowiedzi.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics, wersja 25. Wykorzystano standardowe statystyki opisowe: średnia (M), odchylenie standardowe (SD), liczebność (N) oraz odsetki (%). W celu ustalenia związku pomiędzy zmiennymi mierzonymi na skali ilościowej zastosowano współczynnik korelacji (r) Pearsona. W przypadku zmiennych porządkowych zastosowano współczynnik korelacji rho Spearmana. Różnice pomiędzy grupami niezależnymi obliczono za pomocą testu U Manna-Whitneya. W celu ustalenia predyktorów zmiennej zależnej (duchowość) zastosowano hierarchiczną analizę regresji, z krokowym wprowadzaniem zmiennych wyjaśniających. Przyjęto istotność statystyczną na poziomie $p<0,05$.

Procedura badawcza została przeprowadzona zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej i zatwierdzona przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (Nr KE-0254/128/2018).

WYNIKI

Zdecydowaną większość ponad 93,1%, wśród ankietowanych stanowiły kobiety. Średni wiek badanych wynosił 36,48 lat, $SD\pm 9,94$, a staż pracy w zawodzie - 12,32 lat, $SD\pm 11,12$. Najwięcej respondentów, ponad 79,9%, deklaroowało się jako osoby wierzące.

Tab. 1. Charakterystyka grupy badanej

Zmienne	N=144		
	n	%	
Płeć	Kobieta	134	93,1
	Mężczyzna	7	4,9
	Brak danych	3	2,1
Wykształcenie	Pielęgniarka dyplomowana	13	9,0
	Licencjat	83	57,6
	Magister	42	29,2
	Brak danych	6	4,2
Miejsce zamieszkania	Miasto	75	52,1
	Wieś	66	45,8
	Brak danych	3	2,1
Stosunek do wiary	Głęboko wierzący	11	7,6
	Wierzący	115	79,9
	Obojętny religijnie	11	7,6
	Niewierzący	3	2,1
	Brak danych	4	2,8

Liczebność (N, n), odsetki (%)

Wykazano, że płeć pozostaje w związku z religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem w oparciu o Skalę Brief RCOPE (SBR), $p=0,009$. Kobiety w większym stopniu korzystały z pozytywnej strategii radzenia sobie ze stresem niż mężczyźni. Nie stwierdzono statystycznego związku z wymiarami duchowości (KS i STD).

Tab. 2. Związek płci z wymiarami duchowości (KS i STD) i religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem (SBR)

	Kobieta		Mężczyzna		Statystyka	
	M	SD	M	SD	Z	p
Postawa religijna(KS)	29,86	4,30	31,00	3,74	-0,638	0,523
Wrażliwość etyczna(KS)	25,10	2,75	23,43	4,65	-1,045	0,296
Harmonia(KS)	21,33	3,42	20,71	3,40	-0,620	0,535
Transcendencja Właściwa(STD)	2,93	0,51	2,47	0,73	-1,735	0,083
Otwartość Duchowa(STD)	3,20	0,34	3,05	0,31	-1,186	0,235
Pozytywne strategie(SBR)	23,71	5,87	17,14	6,34	-2,625	0,009
Negatywne strategie(SBR)	15,75	5,99	17,29	7,25	-0,656	0,512

Średnia (M), odchylenie standardowe (SD), rozkład normalny, wynik testu U Manna-Whitneya (Z), istotność statystyczna (p)

Wiek i staż pracy korelowały dodatnio z podskalą Postawa religijna ($r=0,211$, $p<0,05$; $r=0,181$, $p<0,05$) w Kwestionariuszu Samooceny (KS), podskalą Transcendencja Właściwa ($r=0,237$, $p<0,01$; $r=0,250$, $p<0,01$), w Skali Transcendencji Duchowej (STD) oraz pozytywną religijną strategią radzenia sobie ze stresem ($r=0,245$, $p<0,01$; $r=0,256$, $p<0,01$), w Skali Brief RCOPE (SBR). Wykazano także, że deklaracja stosunku do wiary koreluje pozytywnie z Postawą religijną ($\rho=0,247$, $p<0,01$), Wrażliwością etyczną ($r=0,230$, $p<0,01$) i Harmonią ($r=0,218$, $p<0,05$) w Kwestionariuszu Samooceny (KS). Ponadto silne korelacje wykazano z Transcendencją Właściwą ($\rho=0,405$, $p<0,01$) w Skali Transcendencji Duchowej (STD) oraz pozytywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem ($r=0,505$, $p<0,01$) w Skali Brief RCOPE (SBR), a deklarowanym stosunkiem do wiary.

Tab. 3. Korelacje wieku i stażu pracy oraz deklaracji stosunku do wiary z wymiarami duchowości (KS i STD) i religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem (SBR)

	Wiek	Staż pracy	Stosunek do wiary (1-niewierzący; 4-głęboko wierzący)
Postawa religijna (KS)	0,211*	0,181*	0,247**
Wrażliwość etyczna(KS)	0,166	0,156	0,230**
Harmonia(KS)	-0,010	-0,054	0,218*
Transcendencja Właściwa (STD)	0,237**	0,250**	0,405**
Otwartość Duchowa (STD)	0,078	0,056	0,034
Pozytywne strategie(SBR)	0,245**	0,256**	0,505**
Negatywne strategie(SBR)	0,045	0,072	0,133

** $p<0,01$; * $p<0,05$
istotność statystyczna (p)

Przeprowadzono krokową analizę regresji. Zmienną objaśnianą był wynik Kwestionariusza Samopisu (KS). Zmienne objaśniające, które wzięto pod uwagę to miejsce zamieszkania, staż pracy, wykształcenie, Otwartość Duchowa i negatywne strategie radzenia sobie ze stresem. W bloku pierwszym istotnym predyktorem była Otwartość Duchowa. W bloku drugim zmienną dołączoną do modelu było miejsce zamieszkania. W bloku trzecim istotnym statystycznie predyktorem wprowadzonym do modelu były negatywne strategie (Tab. 4). Ostateczny model był dobrze dopasowany do danych ($F(3,117)=8,296$; $p<0,001$) i wyjaśniał 18% zmienności KS. Wymiary duchowości według kwestionariusza KS determinowane są istotnie przez takie predyktory jak: Otwartość Duchowa, miejsce zamieszkania oraz religijne negatywne strategie radzenia sobie ze stresem.

■ Tab. 4. Wyniki analizy regresji (metoda krokowa) dla zmiennej objaśnianej KS

Kwestionariusz Samoopisu					
Blok	Predyktory	Beta	t	p	ΔR^2
1	(Stała)		6,550	,000	0,09
	Otwartość Duchowa	0,307	3,513	,001	
2	(Stała)		6,756	,000	0,14
	Otwartość Duchowa	0,324	3,771	,000	
	Miejsce zamieszkania	-0,207	-2,411	,017	
3	(Stała)		6,187	,000	0,18
	Otwartość Duchowa	0,315	3,731	,000	
	Miejsce zamieszkania	-0,204	-2,423	,017	
	Negatywne strategie	0,198	2,350	,020	

Statystyki dla całego modelu:
 $R^2=0,18$
 Skorygowane $R^2=0,15$
 $F(3,117)=8,296$; $p<0,001$
D-W=1,888

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Współczynnik determinacji (R^2), rozkład F- Fisher- Snedecor test (F), wynik testu t-Studenta (t), test statystyczny Durбина-Watsona (D-W).

DYSKUSJA

W prezentowanych badaniach stwierdzono, że wymiary duchowości pozostają w istotnym związku z wiekiem, stażem pracy, deklaracją stosunku do wiary oraz pozytywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem.

Ankieta przeprowadzona wśród 4054 brytyjskich pielęgniarek/pielęgniarzy wykazała, że respondenci mieli szerokie, integracyjne rozumienie duchowości, ze względu na bogate spektrum przekonań duchowych [16]. Różnice, które wystąpiły w wynikach nt. duchowości, były związane z czynnikami osobistymi badanych tj. (wiek, płeć, doświadczenie zawodowe, duchowość osobista). Badania prowadzone w tym obszarze potwierdzają pozytywną korelację pomiędzy postrzeganiem przez pielęgniarki znaczenia duchowości a sprawowaną przez nie

opieką duchową [17]. Pielęgniarki holenderskie ($n=372$) twierdzą, że opieka duchowa jest istotna w opiece pielęgniarskiej, ale są również świadome, że w dzisiejszej praktyce pielęgniarskiej jest ona nadal daleka od powszechnej. Badanie wykazało, że wiek i przynależność religijna wydają się być predyktorem sposobu i stopnia, w jakim pielęgniarki zapewniają opiekę duchową [18].

Literatura przedmiotu pokazuje, że pozytywne religijne strategie wiążą się z lepszym przystosowaniem ogólnym osób, które je stosują w sytuacji stresu [19] zmniejszają wskaźniki depresji, wiążą się z wyższą samooceną, satysfakcją z życia i jakością życia [20]. Natomiast Transcendencja Duchowa jest ściśle powiązana z religijnością. Zdaniem Piedmonta jest ona cechą osobowości wspólną dla ludzi na całym świecie [21]. MacDonald i Harris Friedman [22], sugerują, że osoby, które regularnie doświadczają uczucia błogosławieństwa (szczęśliwości), więzi transcendencji, są mniej narażone na zmęczenie i znużenie w miejscu pracy. Według autorów wyższy poziom duchowości koreluje z niższym poziomem wypalenia zawodowego u pielęgniarek. Podobnego zdania są Holland i Niemeyer [23], którzy twierdzą, że codzienne doświadczenia duchowe mogą łagodzić fizyczne, poznawcze i emocjonalne formy wypalenia personelu.

W prezentowanych badaniach wykazano, że wymiary duchowości wśród pielęgniarek określone kwestionariuszem KS, pozostają w istotnym związku z Otwartością Duchową, miejscem zamieszkania i negatywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Uwarunkowania duchowości w wymiarze strategii negatywnego odwoływania się do religii w sytuacji stresującej ukazują charakter etykalny – wskazując na zachowania, które są obecne również w powszechnej religijności Polaków, np. wątplenie w moc Boga czy poczucie bycia ukaranym za grzechy [24].

WNIOSKI

1. Deklaracja stosunku do wiary oraz zmienne takie jak wiek, staż pracy, pozostają w istotnym związku z postawą religijną, Transcendencją Właściwą oraz pozytywnymi religijnymi strategiami radzenia sobie ze stresem.
2. Kobiety częściej niż mężczyźni, korzystają z pozytywnej religijnej strategii radzenia sobie ze stresem.
3. Istotnymi predyktorami duchowości wśród pielęgniarek są miejsce zamieszkania, Otwartość Duchowa oraz negatywne religijne strategie radzenia sobie ze stresem.

ORCID

Alina Deluga  <https://orcid.org/0000-0002-2881-8598>
 Beata Dobrowolska  <https://orcid.org/0000-0001-9178-9534>
 Krzysztof Jurek  <https://orcid.org/0000-0003-2641-0510>
 Grzegorz Nowicki  <https://orcid.org/0000-0002-0503-8847>
 Barbara Ślusarska  <https://orcid.org/0000-0003-0101-9216>

REFERENCES/PÍSMIENICTWO

- Attard J, Baldacchino D, Camilleri L. Nurses' and midwives acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Educ. Today*. 2014; 34: 1460-1466.
- Timmins F, McSherry W. Editorial - Spirituality: The Holy Grail of contemporary nursing practice. *J. Nurs. Manag.* 2012; 20: 951-957.
- Timmins F, Murphy M, Caldeira S, et al. Developing Agreed and Accepted Understandings of Spirituality and Spiritual Care Concepts among Members of an Innovative Spirituality Interest Group in the Republic of Ireland. *J. Relig.* 2016; 7(30): 1-15.
- Narayanasamy A. The puzzle of spirituality: A guide to practical assessment. *Br. J. Nurs.* 2004; 13: 1140-1145.
- Puchalski Ch, Vitillio R, Hull SK, et al. Improving the spirituals dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014; 7: 642-656.
- Hussain D. Spirituality, religion and health: reflections and issues. *Europe's J. Psychol.* 2011; 1: 187-197.
- Cone PH, Giske T. Nurses' comfort level with spiritual assessment: a study among nurses working in diverse healthcare settings. *J. Clin. Nurs.* 2017; 26(19-20): 3125-3136.
- Keenan PM, MacDermott C. Prayer and Religion Irish Nurses Caring for an Intellectually Disabled Child Who Has Died. *J. Relig.* 2016; 7(148): 1-6.
- Pargament KI. Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. [w:] Shafranske EP, red. *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington DC: American Psychological Association; 1996, s. 215-223.
- Pargament KI, Ano GG, Wachholtz AB. The Religious Dimension of Coping: Advances in Theory, Research, and Practice. [w:] Paloutzian R.F, Park CL, red. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press; 2005, s. 479-495.
- Heszen-Niejodek I, Gruszczyńska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Prz. Psychol.* 2004; 47(1): 15-31.
- Piotrowski J, Skrzyńska K, Żemojtel-Piotrowska M. Skala transcendencji duchowej. Konstrukcja i walidacja. *Rocz. Psychol.* 2013; 16(3): 451-467.
- Jaros M. Skala Religijnego Radzenia Sobie – wersja skrócona (Brief RCOPE). [w:] Jarosz M, red. *Psychologiczny pomiar religijności*. Lublin. Towarzystwo Naukowe KUL; 2011, s. 293-316.
- Piedmont R. Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the Five-Factor Model. *J Pers.* 1999; 67(6): 985-1013.
- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol.* 2000; 56(4): 519-543.
- McSherry W, Ross L. Nursing. [w:] Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B, red. *Textbook of Spirituality in Health Care*. New York: Oxford University Press; 2012, s. 70-83.
- McSherry W, Jamieson S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J. Clin. Nurs.* 2013; 22: 3170-3182.
- Schep-Akkerman A, van Leeuwen R. Spirituele zorg: vanzelfsprekend, maar nietvanzelf (Spiritual care: obvious, but not natural). *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*. 2009; 119: 34-39.
- Pargament, KI, Koenig, HG, Tarakeswar N, Hahn J. Religious coping methods as a predictors of psychological, physical, and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *J. Health Psychol.* 2004; 9: 713-730.
- Harrison MO, Koenig HG, Hays JC. The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. (special issue: Religion and psychiatry). *Int. Rev. Psychiatry.* 2001; 13(2): 86-93.
- Piedmont R. Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the Five-Factor Model. *J. Personal.* 1999; 67(6): 985-1013.
- MacDonald D, Friedman H. Assessment of humanistic, transpersonal and spiritual constructs: State of the science. *J. Humanist. Psychol.* 2002; 42: 102-125.
- Holland J, Neimeyer RA. Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliat Support Care.* 2005; 3: 173-181.
- Talik E, Szewczyk L. Ocena równoważności kulturowej religijnych strategii radzenia sobie ze stresem na podstawie adaptacji kwestionariusza RCOPE – Kennetha I. Pargamenta. *Prz. Psychol.* 2008; 51(4): 513-538.

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
08.06.2020

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
07.08.2020

Translation/Tłumaczenie: Maria Van Scott