تعیین ارتباط بین هوش معنوی با واکنش‌های هیجانی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه تهران

کبری خاوری* علی افشاری** مهدی طالبی*** رضا عباسی****

مقدمه: *هدف سیاست‌های اجتماعی، ارتقای رفاه، کیفیت زندگی و به طور خاص سلامت اعضای جامعه است. در این راستا، هوش معنوی یکی از توانایی‌های شناختی انسان است که نقش مهمی در ابعاد و جنبه‌های مختلف زندگی انسان دارد و به‌ویژه روی عملکرد افراد در سازمان‌ها تأثیر دارد.پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط هوش معنوی با واکنش‌های هیجانی (اضطراب، افسردگی و استرس) در پرستاران انجام گردید.*

روش: *پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی همبستگی می‌باشد که در بین ۲۷۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران با نمونه‌گیری در دسترس (آسان) اجرا شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی سه قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی و پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی بود که در اختیار پرستاران در سه شیفت صبح، عصر و شب قرار داده و پس از ۲٤ ساعت جمع‌آوری گردید و تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *نتایج نشان داد که بین هوش معنوی و هر سه مولفهٔ واکنش هیجانی یعنی اضطراب، افسردگی و استرس ارتباط وجود دارد.*

بحث: *جهت دستیابی به پیشرفت و ارتقاء عملکرد و رفتار پرستاران و همچنین کنترل واکنش‌های هیجانی آنان، می‌بایست علاوه بر آموزش‌های ضمن خدمت و دوره‌ای معمول، تمهیدات لازم جهت ارتقاء هوش معنوی نیز مورد توجه قرار گیرد.*

کلید واژه‌ها :استرس، اضطراب، افسردگی،واکنش‌های هیجانی، هوش معنوی.

تاریخ دریافت:۹۲/٤/۳۰ تاریخ پذیرش:۹۳/۳/۲۵

*کارشناس ارشد مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران <k_khavari@yahoo.com> (نویسنده مسئول)

**کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان

***دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

****کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد واحد تهران پزشکی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

هوش به‌عنوان یک توانایی شناختی در اوایل قرن بیستم توسط آلفرد بینه مطرح شد.اما در دو دهه‌ی اخیر مفهوم هوش به حوزه‌های دیگر مانند هوش طبیعی، هوش وجودی و هوش معنوی گسترش یافته است.سالووی عنوان کرد هوش انسان متشکل از مجموعه‌ی محدودی از قابلیت‌های شناختی نیست بلکه جنبه‌ی هیجانی نیز مطرح می‌باشد. بهره‌ی هوشی عموماً هوش تحلیلی ریاضی یا زبان شناختی نامیده می‌شود. گاردنر نظریه ی هوش‌های هشت گانه را عنوان می کند که عبارتند از: هوش زبانی-کلامی، منطقی- ریاضی، موسیقیایی- موزون، دیداری- فضایی، بدنی- جنبشی، درون فردی (شخصی) و هوش بین فردی و هوش طبیعت گرا. هوش معنوی هوشی است که از طریق آن مسائل مربوط به معنا و ارزش‌ها را حل کنیم،، هوشی که به ما کمک می‌کند بفهمیم کدام اقدامات یا کدام مسیر معنادارتر از دیگری است.

هوش معنوی برای کارکرد اثر بخش بهره‌ی هوشی و هوش عاطفی ضرورت دارد. هوش معنوی افراد را خلاق می‌کند. چون به افراد کمک می‌کند قواعد را جایگزین کنند و با مرزها بازی کنند، به ما توانایی تمیز و انتخاب می‌دهد، ما را سر شار از شفقت و ادراک می‌کند و به ما کمک می‌کند محدودیت‌ها را ببینیم.

امرام معتقد است هوش معنوی شامل حس معنا و داشتن رسالت در زندگی، حس تقدس در زندگی، درک متعادل از ارزش مادی و معتقد به بهتر شدن دنیا می‌باشد. کنار آمدن با فشارهای زندگی و کسب مهارت‌های فردی و اجتماعی همواره بخشی از واقعیت‌های زندگی انسان بوده و در ادوار مختلف زندگی به اشکال گوناگون تجلی می یابد. معنویت تمام جنبه‌های انسانیت را احاطه می‌کند و می‌تواند به عنوان یک بعد منسجم در رفاه و سلامتی هر فرد تعریف شود.

کسب آرامش و اطمینان و دوری از افسردگی و اضطراب از اساسی‌ترین نیازهای فطری ادمی است و از دیر باز جزو مسائل اساسی بشر بوده است. از طرف دیگر بهداشت وسلامت روانی یکی از نیازهای اجتماعی است چرا که عملکرد مطلوب جامعه مستلزم برخورداری از افرادی است که از حیث سلامت و بهداشت روانی در وضعیت مطلوبی قرارداشته باشند. بر همین اساس یکی از اهداف و برنامه‌های نظام‌های اجتماعی تلاش برای بالا بردن سطح رفاه و بهزیستی جامعه است. استرس واکنش بدنی، ذهنی و شیمیایی بدن در برابر رویدادهایی است که موجب ترس، هیجان، دست پاچگی، احساس خطر یا خشم می‌شوند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

هانس سلیه، استرس را پاسخ غیر اختصاصی بدن در برابر هر گونه درخواست تلقی نموده و هدف پاسخ‌های غیر اختصاصی را ایجاد تعادل و سازگاری فیزیولوژی می‌داند. مارگولیس نشان داد که استرس ناشی از میزان کار زیاد با نشانه‌های استرس و بیماری‌های روان نژندی ارتباط دارد. نشانه‌هایی چون غیبت از کار، بی‌تفاوتی در کار و کاهش انگیزش کاری در این افراد بیش‌تر از سایرین است. استرس از لحاظ پزشکی به عنوان میزان فرسایش جسم توصیف شده است. استرس بیماری شایع قرن ۲۱ است که در شرایط مختلف بر انسان اثر می‌گذارد. استرس مسئول ۳۰ درصد از بیماری‌ها و غیبت از کار در پرسنل مراکز بهداشتی می‌باشد که هزینه‌ای سالانه معادل ۳۰۰ تا۴۰۰میلیون دلار را در بر دارد. این رقم تنها بعد مادی مسئله‌ی استرس رابیان می‌کند، در حالیکه استرس تأثیرات به‌سزایی بر پرسنل، خانواده‌ی آن‌ها و بیماران می‌گذارد. استرسورها عوامل یا موقعیت‌هایی هستند که روی سلامتی و عملکرد افراد تاثیر می‌گذارند.

افسردگی و اضطراب با سرعت شیوع ۱۰ -۲۰درصد در سال در جمعیت عمومی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی هستند. در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب میشود و حدودا ۳۴۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می برند.

تحقیقات نشان میدهند که هر ساله در ایالت متحده‌ی آمریکا در حدود ۱۹ میلیون نفر ازمردم افسردگی را تجربه میکنند. اعتقاد بر این است که ۲۰-۱۰ درصد مردم، افسردگی در حد ضعیف تا شدید دارند. افسردگی بنا بر تعریف یکی از مهم‌ترین اختلالات خلقی است که با کاهش خلق از دست دادن علاقه، احساس بی ارزشی و گناه، اختلال خواب و اشتها، کاهش انرژی و ضعف تمرکز همراه است. افسردگی یکی از عمده‌ترین مسائل پزشکی و اجتماعی روز است و در صورت ادامه یافتن، نیروی کار و توانمندی‌های فرد و وضع اقتصادی و اجتماعی او را زایل می‌کند. هزینه‌ی افسردگی در ایالات متحده‌ی امریکا سالانه بیش از ۸۰ بیلیون دلار در سال محاسبه شده است. در ایران بر اساس نتایج بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر (۱۳۸۷) ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه مشکوک به اختلال روانی بوده و علایم افسردگی بیش‌ترین موارد را به خود اختصاص داده است. اضطراب واکنش در برابر خطری نامعلوم درونی، مبهم و از نظر منشا ناخود اگاه و غیر قابل کنترل بوده و عوامل متعددی آن را ایجاد می‌کنند. طبق آمارهای موجود ۱۵درصد از افراد جامعه در آمریکا مبتلا به اختلالات اضطرابی هستند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

به علت حساس بودن مسئولیت‌های شغلی و تعامل با بیماران پرستاران همواره در معرض مخاطرات بیماری‌های جسمی و روانی قرار می‌گیرند. از سویی می‌توان با تاکید بیان کرد که تعالی معنوی به عنوان بعد مؤثر در تمام عرصه‌ی زندگی حائز اهمیت است. معنویت به مثابه‌ی اگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. افکار مثبت و سخت رویی هر دو، مؤلفه‌های معنویت هستند و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. این تکیه گاه می‌تواند تاثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد و همچنین میان سلامت روانی، سلامت جسمی، رضایت از زندگی و سر زنده بودن، رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد.

معنویت به دلیل تأثیر سودمند بر سلامت و بهزیستی شخصیت افراد، می‌توانیم ان را تا حدودی به عنوان یک جنبه‌ی سازمان‌دهی شده‌ی بنیادی شخصیت در نظر بگیریم. شخصیت انسان واجد حیطه‌ی معنوی است و افراد زمانی از زندگی خود بهتر بهره می‌برند که بر طبق اصول کلی زندگی می‌کنند و آن را نوعی احساس شخصی رشد در ارتباط با خدا می‌دانند و معتقدند ارزیابی هویت معنوی فرد به بهبود و رشد آن‌ها کمک می‌کند.

در مشاغلی که در آن‌ها ارتباط انسانی، پزشکی و اموزشی مطرح است تنیدگی بیش‌تری وجود دارد. فشارهای روانی ناشی از شغل از جمله استرس‌هایی است که اگر بیش از حد باشد می‌تواند سبب عوارض جسمی، روانی و رفتاری برای فرد شده، سلامت وی را به مخاطره انداخته و با تهدید اهداف سازمانی،موجب کاهش کیفیت عملکرد فرد شود. اعضای گروه خدمات بهداشتی درمانی و به ویژه پرستاران افرادی هستند که سطح بالایی از استرس را در زندگی روزمره‌ی حرفه‌ای خود تجربه می‌کنند و استرس جزو شناخته شده‌ای از پرستاری مدرن محسوب می‌شود. غفلت از شناخت و مقابله با این استرس‌ها سبب عوارض جبران ناپذیری خواهد شد. تداوم حضور و تشدید اثر عوامل استرس زا می‌تواند سبب فرسودگی شغلی در پرستاران گردد. یکی از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه‌ی پایدار سلامتی در جوامع بشری،بخش بهداشت و درمان است که ارتباط مستقیمی با سلامت انسان‌ها دارد و وظیفه‌ی خطیر حفظ و اعاده‌ی سلامتی را به جامعه‌ی انسانی بر عهده دارد.

انجمن پزشکان خانوادگی آمریکا، برآورد نموده اند که حدود $\frac{2}{3}$(دو سوم) کسانی که در محل کار یا دفتر خود مورد معاینه قرار می‌گیرند دارای نشانه‌هایی از تنش یا استرس هستند. شناخت اثرات زیان‌بار مشکلات روانی بر کیفیت و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

میزان کار کارکنان، بررسی استرس‌های شغلی در کارکنان درمانی بیمارستانی و شناخت روش‌های رویارویی با استرس‌ها می‌تواند به افراد برای رویارویی با استرس کمک نماید. این نگرانی‌ها و تشویش‌ها در پیشه‌های گوناگون متفاوت است پرستاران در محیط کار با استرس‌های شغلی مواجه هستند که می‌تواند سلامت جسم و روح آن‌ها را به خطر اندازد. با توجه به اجتناب پذیر بودن برخی از عوامل استرس زا در حرفه‌ی پرستاری و لزوم پیشگیری از آثار روانی و رفتاری استرس به کارگیری تمهیدات و اقداماتی جهت بهبود کیفیت زندگی کاری و آموزش روش‌های مقابله‌ای از جمله وظایف مدیران سازمان‌های خدمات بهداشتی درمانی است.

با در نظر گرفتن مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر و ایران در ارتباط با هوش معنوی و ارتباط آن با سایر عوامل و نقش پرستار در سلامت بیماران و سیستم بهداشت و درمان پژوهش‌گران بر آن شدند تا تحقیقی با هدف تعیین ارتباط بین هوش معنوی با واکنش‌های هیجانی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه تهران انجام دهند تا شاید گامی در جهت ارتقاء سلامت روحی پرستاران باشد.

روش

این پژوهش، یک پژوهش توصیفی همبستگی است که روی ۲۷۰ نفر انجام شده است. نمونه‌ها به صورت تلفیقی از روش‌های نمونه‌گیری خوشه‌ای و در دسترس (آسان) از بین پرستاران شاغل در سه بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران یعنی امام خمینی، روزبه و بهارلو انتخاب شدند معیارهای ورود در این مطالعه برای واحدهای مورد پژوهش به این صورت بود: پرستاران سنین ۲۲-۵۰ سال و دارای مدرک لیسانس و بالاتر.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۳ قسمت بود: ۱) سؤالات مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی که شامل مشخصات دموگرافیک، سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه‌ی کار، مدرک تحصیلی و نام بخشی که مشغول به کار هستند می باشد.
۲) سؤالات مربوط به پرسش‌نامه هوش معنوی آقا بابایی و همکاران دارای٤ مؤلفه‌ی ٢٤ماده ای که شامل تفکر انتقادی وجودی، تولید معنای شخصی، اگاهی متعالی و بسط حالت هوشیاری می‌باشد که بین ۰ تا ٤ نمره‌گذاری می‌شود.
۳) سؤالات پرسش‌نامه‌ی DASS که توسط اصغری مقدم و همکاران اعتبار یابی شد و شامل ۳مقوله افسردگی،اضطراب واسترس می‌باشد. که توسط ٤ وضعیت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

اصلاً،کم،زیادو خیلی زیاد مشخص می گردد. شامل۲۱ ماده که هر کدام از مقوله‌ها شامل ۷ سئوال می‌باشد.

اعتبار پرسش‌نامه هوش معنوی از طریق اعتبار سازه (از نوع اعتبار همگرا) و با محاسبهٔ همبستگی بین هوش معنوی با آزمون جهت‌گیری مذهبی (r=۰/۳۵ p<۰/۰۱) و مقیاس خود ارزیابی معنویت (p<۰/۰۱,r=۰/٤٥) حاصل شد.

اعتبار آزمونDASS به دو صورت مورد بررسی قرار گرفت:۱)استفاده از اعتبار سازه با روش تحلیل عاملی اکتشافی و ۲)استفاده از اعتبار سازه با روش اعتبار همگرا جهت بررسی ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره‌های افراد آزمودنی در ۲ خرده مقیاس افسردگی و اضطراب با نمره‌های آزمودنی‌ها در دو پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و مقیاس چهار سامانه‌ای اضطراب نتایج به دست آمده از ٤۲۰ نفر نمونه غیر بالینی با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت.ابتدا به منظور بررسی عامل‌پذیری داده‌ها، آزمون کیزر میر اوکلین انجام شد که در ضریب به‌دست آمده رضایت‌بخش و در نتیجه اجرای تحلیل عاملی ممکن بود (KMO=۰/۹٦۰). همچنین، به عنوان روش دیگری برای تشخیص عامل‌پذیری داده‌ها جهت انجام تحلیل عامل، از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد که طبق نتایج به‌دست آمده (x۲=۷٦/۱۰۳۱۸ ؛p>/۰۰۰۱)، ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همانی نبوده و داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب است. جهت استخراج عوامل از روش تحلیل عوامل اصلی استفاده شد.در تحلیلی دیگر مقدار آزمون کیزر میر اوکلین رضایت‌بخش بود(KMO=۰/۹٦۰).همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت نیز معنادار بود(x۲=۹۳۲۷/۲۳،p<۰/۰۰۱). روش تحلیل عوامل اصلی منجر به استخراج ۳ عامل با ارزش‌های ویژه‌ی بزرگ‌تر از یک گردید(ارزش ویژه‌ی عامل اول ۱٦/۲۵،عامل دوم ۲/۷۰ و عامل سوم ۱/۷۵).این سه عامل در مجموع ٥٤/٥ درصد واریانس مشترک را تعیین کردند.که همانند تحلیل قبلی بالاترین ضریب همبستگی بین عامل اول و عامل سوم وجود داشت(r=۰/٦۱).

پایایی پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی اقا بابایی و همکاران برابر با ۰/۸۸ بوده است.

پایایی پرسش‌نامه‌ی DASS ضریب آلفای کرونباخ تمام خرده مقیاس‌های DASS از حداقل میزان قابل قبول توصیه شده به وسیله‌ی نانالی و برنشتاین (۰/۷۰) بالاتر است به علاوه چون تمام ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های DASS از حداقل میزانی که برای به کارگیری در فعالیت‌های بالینی توصیه شده است (۰/۹۰)بالاتر است.بنابراین مقیاس افسردگی،اضطراب و استرس را می‌توان در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

فعالیت‌های بالینی نیز به کار گرفت.خرده مقیاس‌های DASSدر یک نمونه‌ی ٤٠ نفری از جمعیت عمومی جامعه به فاصله‌ی ۳ هفته دو بار اجرا گردید،۲۰ مرد و ۲۰ زن با میانگین سن ۲۷/٤ سال (انحراف معیار ۷/۳۸سال)این نمونه کوچک را تشکیل می‌داد.ضرایب بازآزمایی (پیرسون) برای مقیاس افسردگی ۰/۸٤ و برای مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و برای مقیاس استرس ۰/۹۰ به‌دست آمد.ضرایب همبستگی مذکور در سطح $p<۰/۰۰۱$ معنادار است.علاوه بر این همبستگی درون طبقه‌ای بین دو بار اجرا برای ۳ خرده مقیاس افسردگی،اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۷۸، ۰/۸۷و ۰/۸۰ به‌دست آمد، با توجه به این که همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۷٤ و بالاتر را می‌توان دال بر پایایی قابل قبول یک آزمون تفسیر کرد و نیز با توجه به معنادار بودن ضرایب همبستگی بین ۲ بار اجرای آزمون می‌توان گفت که پایایی DASS در حد قابل قبولی است.

پرسش‌نامه‌های هوش معنوی،DASS ومشخصات فردی در اختیار پرستاران در سه شیفت صبح، عصر و شب قرار داده شد پس از ٢٤ ساعت پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS استفاده شد. برای توصیف و تحلیل اطلاعات از روش‌های آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون) استفاده گردید.

یافته‌ها:

در ارتباط با سن نمونه‌های مورد پژوهش، ۳۷/٤ درصد از پاسخ‌گویان در گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و ۳۰ درصد در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال قرار گرفته‌اند. در ارتباط با جنس، ٦٨/٥ درصد زن و مابقی مرد بودند.در ارتباط با وضعیت تأهل نمونه‌ها، ۷۰/٤ درصد از پاسخ‌گویان متأهل بودند. در ارتباط با تعداد فرزندان، ٤١/٥ درصد از پاسخ‌گویان ۱ فرزند و ٤١/٥ درصد ۲ فرزند داشتند. در ارتباط با سابقه‌ی کاری، ٤٤/۱ درصد از پاسخ‌گویان ۵ تا ۱۰ سال و ۲٤/۸ درصد کم‌تر از ۵ سال سابقه‌ی کاری داشتند.

در ارتباط با محل کار نمونه‌ها، ۲۱/۱ درصد از پاسخ‌گویان در بخش داخلی ۲۰/۷ درصد در بخش اورژانس مراکز جسمی، ۱۲/۲ درصد در بخش جراحی و ۱۱/۹ درصد در بخش‌های روانپزشکی شاغل بودند. بیش‌ترین نسبت‌های بعدی فعالیت پرستاران نیز به ترتیب مربوط به بخش‌های اوژانس روانپزشکی،CCU ICU، اطفال، Post CCU، دیالیز و زایشگاه بودند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

نتایـج پژوهـش نشـان داد میانگیـن نمـره‌ی هـوش معنـوی۵۹/۰۱ اسـت. ماکسـیمم نمـره‌ی هـوش معنـوی ۷٦ اسـت. میانگیـن نمـره‌ی اسـترس ۱۵، میانگیـن نمـره‌ی اضطـراب ۱٤/۳۵ و میانگیـن نمـره‌ی افسـردگی ۱٦/٤۵ بود(جـدول۱).

جدول (۱). میانگین، انحراف معیار، کم‌ترین و بیش‌ترین میزان مؤلفه‌های هوش معنوی و واکنش‌های هیجانی

متغیرها	مؤلفه‌ها	تعداد	کم‌ترین	بیش‌ترین	انحراف معیار	میانگین
هوش معنوی	بسط حالت هشیاری	۲۷۰	۸	۲۲	۳/۰۸	۱۵/۰٤
	تولید معنای شخصی	۲۷۰	۵	۲۲	۲/۹۸	۱۵/٦۲
	آگاهی متعالی	۲۷۰	۵	۲۰	۲/۵۲	۱۳/۱٦
	تفکر انتقادی وجودی	۲۷۰	٦	۲۱	۲/٤۵	۱۵/۱۸
واکنش‌های هیجانی	استرس	۲۷۰	۸	۱۸	۱/۸۵	۱۵
	اضطراب	۲۷۰	۹	۲۱	۲/٦۰	۱٤/۳۵
	افسردگی	۲۷۰	۷	۱۹	۳/۲۰	۱٦/٤۵

ارتبـاط هـوش معنـوی بـا هـر سـه خرده‌مقیـاس واکنـش هیجانـی یعنـی اضطـراب (p=۰/۰۰۱،r=۰/۵۳)، اسـترس (r=۰/٤۸، p=۰/۰۰۱) و افسـردگی (p=۰/۰۰۱،r=۰/٤۸) معنـی‌دار بـود. بیـن هـر چهـار مولفـهٔ هـوش معنـوی بـا افسـردگی یعنـی بسـط حالـت هوشـیاری (p=۰/۰۰۱،r=۰/٤۵)، تولیـد معنـای شـخصی (p=۰/۰۰۱،r=۰/٤۸) و آگاهـی متعالـی(p=۰/۰۳،r=۰/۳۵)و تفکـر انتقـادی وجـودی (p=۰/۰۰۱،r=۰/٤۳) ارتبـاط معنـی‌داری وجـود داشـت (جـدول ۳). ارتبـاط مؤلفه‌هـای هـوش معنـوی بـا اضطـراب نیـز در هـر چهـار مؤلفـه‌ی شـامل بسـط حالـت هوشـیاری (p=۰/۰۰۱،r=۰/۳۸)، تولیـد معنـای شـخصی (p=۰/۰۰۱،r=۰/٤۵)، آگاهـی متعالـی(p=۰/۰۲،r=۰/۳۵)و تفکـر انتقـادی وجـودی (p=۰/۰۰۱،r=۰/۳۱) معنـی‌دار بـود (جـدول شـماره٤). و در نهایـت ارتبـاط مؤلفه‌هـای هـوش معنـوی بـا اسـترس در مـورد هـر چهـار مؤلفـه‌ی بسـط حالـت هوشـیاری (p=۰/۰۰۱،r=۰/٤۸)، تولیـد معنـای شـخصی (p=۰/۰۰۱،r=۰/۵۱)و آگاهـی متعالـی(p=۰/۰۳،r=۰/۳۸)و تفکـر انتقـادی وجـودی (p=۰/۰۰۱،r=۰/٤۳) معنـی‌دار بـود (جـدول ۲).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

جدول (۲). ارتباط بین مؤلفه‌های هوش معنوی و مؤلفه‌های واکنش‌های هیجانی

	متغیرها	تعداد	r	p
بسط حالت هوشیاری	میزان افسردگی	۲۷۰	۰/٤٥	۰/۰۰۱
	میزان اضطراب	۲۷۰	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	میزان استرس	۲۷۰	۰/٤۸	۰/۰۰۱
تولید معنای شخصی	میزان افسردگی	۲۷۰	۰/٤۸	۰/۰۰۱
	میزان اضطراب	۲۷۰	۰/٤٥	۰/۰۰۱
	میزان استرس	۲۷۰	۰/٥۱	۰/۰۰۱
آگاهی متعالی	میزان اقسردگی	۲۷۰	۰/۳٥	۰/۰۳
	میزان اضطراب	۲۷۰	۰/۳٥	۰/۰۲
	میزان استرس	۲۷۰	۰/۳۸	۰/۰۳
تفکر انتقادی وجودی	میزان افسردگی	۲۷۰	۰/٤۳	۰/۰۰۱
	میزان اضطراب	۲۷۰	۰/۳۱	۰/۰۰۱
	میزان استرس	۲۷۰	۰/٤۳	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این پژوهش تعیین ارتباط هوش معنوی پرستاران با سه مولفهٔ واکنش هیجانی یعنی استرس، اضطراب و افسردگی در پرستاران شاغل در بیمارستان بود که طبق نتایج به‌دست آمده،، این رابطه در کل شاخص واکنش هیجانی معنی‌دار بود. در مورد این ارتباط هوش معنوی با مؤلفه‌های واکنش هیجانی نیز باید گفت که در مورد ارتباط آن با مولفهٔ استرس پرستاران، رابطه معنی‌دار بود. بدین مفهوم که با افزایش هوش معنوی، کاهش در میزان استرس افراد مشاهده شده است که نتایج به‌دست آمده مشابه پژوهش فرهنگی و همکاران (۱۳۸۸) است. دلایل هم‌خوانی را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که پرستاران دارای هوش معنوی بالا با توجه به توانایی‌های شناختی بیش‌تر، اعتماد به نفس و قدرت کنترل درونی بیش‌تری دارند و این عامل می‌تواند به کنترل استرس و یا تعدیل آن در فرد کمک نماید. افراد با داشتن هوش معنوی بالا با اضطراب کم‌تری در زندگی روبه‌رو شده و یا شدت اضطراب کم‌تری را تجربه کردند که نشان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

دهنـده‌ی ارتبـاط معنـی‌دار بیـن هـوش معنـوی و اضطـراب در ایـن پژوهـش اسـت. در مطالعـه‌ی بلقـان آبـادی و همـکاران (۱۳۹۱) بـا عنـوان تأثیـر هـوش معنـوی بـر روی دانشـجویان، نشـان داده شـد افـراد بـا هـوش معنـوی و شـناخت معنویـت بیش‌تـر، مکانیسـم‌های جبرانـی کارآمدتـری در برابـر اضطـراب از خـود نشـان داده و قـدرت تطبیـق بیش‌تـری دارنـد کـه نشـان دهنـده همخوانـی بـا پژوهـش حاضـر اسـت. شـاید بتـوان گفـت افـراد بـا هـوش معنـوی بـالا، کنتـرل بهتـر و بیش‌تـری بـر روی رفتارهـای هیجانـی خـود داشـته و بنابرایـن اضطـراب را در سـطح خفیفتـر تجربـه خواهنـد نمـود. با معنـی‌دار شـدن ارتبـاط بیـن هـوش معنـوی و افسـردگی، در ایـن پژوهش نشـان داده شـد کـه افـراد بـا سـطوح پاییـن هـوش معنـوی، بیش‌تـر در معـرض افسـردگی قـرار دارنـد. نتایـج پژوهـش حاضـر بـا مطالعـه بـای و همـکاران (۲۰۱۰) مطابقـت دارد. از آن‌جایـی کـه معنویـت حسـی والا اسـت کـه شـور و شـوق گرایـش و کنـش انسـان را بـرای عدالـت خواهـی و انصـاف افزایـش می‌دهـد و هـم نوایـی و پیوسـتگی و ارتبـاط بـا خـود و جهـان آفرینـش به‌وجـود مـی‌آورد، می‌تـوان نتیجـه گرفـت انسـان بـا داشـتن معنویـت، دیـد کلـی نگـر بـه جهـان و پیرامـون آن خواهـد داشـت و از احساسـاتی چـون پـوچ گرایـی و نـا امیـدی کـه سـر منشـاء اختلالاتـی چـون افسـردگی اسـت دور خواهـد شـد.

در مجمـوع، یافته‌هـای ایـن پژوهـش نشـان داد کـه هـوش معنـوی بـا واکنش‌هـای هیجانـی پرسـتاران ارتبـاط دارد. از آن‌جایـی کـه اسـترس و اضطـراب بـه تدریـج منجـر بـه افسـردگی مـی گردنـد بـه نظـر میرسـد کنتـرل و مدیریـت اسـترس و اضطـراب مـی توانـد در طـول زمـان منجربـه کاهـش بـروز افسـردگی و شـدت آن گـردد. لـذا بـا توجـه بـه تغییـرات و پیچیدگی‌هـای روز افـزون جامعـه، آمـاده سـازی افـراد بـه خصـوص پرسـتاران، کـه به‌طـور مرتـب در مواجهـه بـا موقعیت‌هـای دشـوار هسـتند، امـری ضـروری بـه نظـر مـی رسـد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

References

منابع و مآخذ

1) Rajaei, A. (2010). Spiritual intelligence: Perspectives and Challenges. ***Islamic Azad University 0f Bojnurd Journal***, 22: 21-50.

2) Samadi, P. (2006). Spiritual intelligence. ***Journal of new thoughts on education***, Alzahra university,2(3):99-144. (Persian)

3) Gardner, H. (2000). A case against spiritual intelligence. ***The international journal for the psychology of religion***,10(1)27-340

4) Zohar, D. and Marshall, I. (2000). SQ: ***Spiritual intelligence, the Ultimate Intelligence***. London Blooms bur.

5) Farhanghi, A.A., Fatahi, M., Vasegh, B. and Nargesian, A. (2009). Studying the Relationships between Emotional and Spiritual Intelligence and Transformational Leadership. ***Journal of Agricultural Science and Technology*** (JAST),4(15):31-57. (Persian)

6) Amram, J. (2005). Intelligence beyond IQ: The contribution of emotional and Spiritual Intelligences to effective business leadership. ***Institute of Transpersonal Psychology***.

7) Khushabi, K., Nikkhah, H.R. and Moradi, Sh. (2008). An Investigation of the Life Skills Knowledge among Female Students of Tehran City Universities. ***Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences***, 15(3); 72-76

8) Shives, T. (2008). ***Psychiatric mental health nursing***. Seven edition.

9) Movahed, Abtahi (2004). ***Mental health***. Hawzah univ, (41):4-7

10) Shefer, M. (1991). ***Psychological stress. Translation***: Bolorchi B. Tehran: Pazhang Publication.

11) Hashemzadeh, I., Orangi, M. and Bahredar, M.J. (2000). Occupational stress and its relation to mental health staff in Shiraz hospitals. ***Journal of andishe and rafter***, 22; 55-62

12) Kooper, K. L. (1994). ***Psychological stress: recognize and coping.*** Translation: Gharachedaghi, M. and Shariatzade N., Tehran: Roshd Publication.

13) Ahmadi, K. (2006). Crisis Psychology. Theran: ***planning center Education Department.***

14) Erans, W. and Kelly, B. (2004). Pre-registration diploma student nurse stress and coping measure. Journal of nursing Education Today, 24:473-482

15) Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: A Review of the literature. ***Journal of nursing management***, 9(2):101-106.

16) Ahmady, S., Changiz, T., Masiello, I. and Brommels, M. (2007). organizational Role stress Among medical school faculty members in iran:Dealing with Role conflict .***journal of Biomedical Education***,7(14):72-82

17) Center, C., Davis, M., Detret, T. and Ford, D. (2003). ***Confronting depression and suicide in physician a consensus statement***. JAMA, 289(23):3161-6

18) Amiri-Baramkoohi, A. (2009). Training Life Skills for Decreasing Depression. ***Journal of Iranian Psychologists***, 5(20): 297-306

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

–19) Najafipoor, S. and Yektatalab, Sh. (2008). The prevalence depression and relationships with academic failure on students of jahrom university medical science ***Journal of Jahrom Uiversity of Medical Sciences***, 6(2): 27-37

–20) Lewin, K. (2007). ***Depression assessment practice nurse***. 33(12):43-45.

–21) Brien, P., Winifred, Z. and Kennedy, Karen (2008). A. ***Psychiatric mental health nursing***. Sudbury: jones and Bartlett publication.

–22) Norbala, A.A., Kazem, M., Bagheri yazdi, A. and Yasemi, M.T. (2002). Barrasi vaziat salamat ravan dar afrade 15 sal va balatar dar jomhori Eslami iran dar sale1378.majaleye Pajouheshi hakim, 5(1):1-10.

–23) Stuart, G.W. and Laraia M.T. (2001). ***Principles and practice of psychiatric nursing*** 7thed.stlouis: Mosby, 275.

–24) Mohammadbeygi, A., Mohammad Salehi, N., Ghamari, F. and Salehi, B. (2009). Depression symptoms prevalence, general health status and its risk factors in dormitory students of Arak universities 2008. ***Arak University of Medical Sciences Journal***, 12 (3) :116-123.

–25) Meshkani, Z. and Koohdani, F. (2004). Study of Anxiety and influencing factors in nurses. ***Journal of Daneshvar Medicine***, 11(52): 47-53

–26) Piedmont, R.L. (2001). Spiritual Transcendence and the scientific study of spirituality. ***Journal Rehabilitation,*** 67:4-14

–27) Echstein, D. and Kern, R. (2002). ***Life style assessment and interactions, life style skills*** (5ed). Iowa: Kendll/Hunt.

–28) Piedmont, R.L. (2004). The logoplex as a paradigm for understanding spiritual transcendence. ***Research in the social scientific study of Religion***, 15(14):262-284.

–29) Miller, G. (2003). ***Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy (theory and technique)***. HobokenandNewjersy: JohnwielyandSons/Inc.

–30) Kayghobadi, S. (2002). Teaching Stressors in Nursing Instructors of Nursing and Midwifery Faculties in Tehran. ***Iranian Journal of Medical Education***, 5;61.

–31) Kit. N. and Sinostorm, J. (2000). Human Behavior at Work, "Organizational Behavior." Translated by Muhammad Ali Tusi. ***Public Management Education Centre Publications***.

–32) Ritchie, K. and Murray, F. (1997). ***Rate of Sickness absence among employees occupational and Environmental Medicine***, 59:702-708.

–33) Charenly, E. (1999). Occupational stress in the newly qualified staff nurse.***nursing standard***, 13(2):32-34.

–34) Heroabadi, S.H. and Marbaghi, A. (2007). ***Management in nursing and mid wifery***.2thed.tehran: Iran univ, medscipub, 216-272

–35) Atar h (1995). The relationship between job stress and job satisfaction and mental health of an industrial complex. ***Journal of andishe and rafter*** (thesis).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

References

منابع و مآخذ

36) Malakuti, K., Bakhshani, N. and Zahravi, T. (2005). The relationship between job stress and depression and anxiety in employees Zahedan University of Medical Sciences. ***Thought and Behavior in Clinical Psychology***, 1(3):76-86

37) Denis, L.M., Marsha, J. and Linda, M.L. (2006). Spiritual Development of Nursing students: Developing Competence to provide spiritual Care to patient at the end of Life, ***journal of nursing Education***,45(9):365-370

38) Tajuddin, Mohammad (2006). ***A study on the quality of nurses of government hospitals in Bangladesh***. www.pnspk.org/proc.

39) Aghababaei, N., Farahani, H. and Rahiminejad, A. (2010). Imaging features in a short questionnaire survey of Emotional Intelligence, ***Psychological Science***, 15(31):169-179

40) Asghari Moghaddam, M.A., Saed, F., Dibajnia, P. and Zangeneh, J. (2008). A Preliminary Validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non-clinical Sample. ***Journal of Daneshvar Raftar***, 31:23-38

41) Bolghan-Abadi, M., Ghofrani, F. and Abde-Khodaei M.S. (2012). Study of the Spiritual Intelligence Role in Predicting University Students' Quality of Life. ***J Relig Health***.

42) Tai, M. C. (2011). ***Spiritual character and self-identity in nurses***. Hu Li Za Zhi, Oct;58(5):17-22.

43) Bay, P.S., Ivy, S.S. and Terry, C.L. (2010). ***The effect of spiritual retreat on nurses' spirituality: a randomized controlled study***. Holist Nurs Pract, 24(3):125-33.

44) Tacey, D.J. (2003). The ***spirituality revolution: the emergence of contemporary spirituality***. Sydney Australia: HarperCollins Publishers.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]