

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 ۲۴ ساعت جمع‌آوری گردید و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین هوش معنوی و هر سه مولفه 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: ۹۲/۴/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۵

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

**کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان

***دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

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

مقدمه

هوش به عنوان 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 نظریه‌ی هوش‌های هشت گانه را عنوان می‌کند که عبارتند از: هوش زبانی-کلامی، منطقی-ریاضی، موسیقایی-موزون، دیداری-فضایی، بدنی-جنبشی، درون فردی (شخصی) و هوش بین فردی و هوش طبیعت‌گرا. 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 سرشار 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 می‌یابد. 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 دیرباز جزو مسائل اساسی بشر بوده است. از طرف دیگر بهداشت و سلامت 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 قرار داشته باشند. بر همین اساس یکی از اهداف 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، دست‌پاچگی، احساس خطر یا خشم می‌شوند.

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 تا ۴۰۰ میلیون دلار را در بر دارد. این رقم تنها بعد مادی مسئله‌ی استرس را بیان می‌کند، در حالیکه استرس تأثیرات به‌سزایی بر پرسنل، خانواده‌ی آنها و بیماران می‌گذارد. استرسورها عوامل یا موقعیت‌هایی هستند که روی سلامتی و عملکرد افراد تأثیر می‌گذارند. افسردگی و اضطراب با سرعت شیوع ۱۰-۲۰ درصد در سال در جمعیت عمومی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی هستند. در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می‌شود و حدوداً ۳۴۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند.

تحقیقات نشان می‌دهند که هر ساله در ایالت متحده‌ی آمریکا در حدود ۱۹ میلیون نفر از مردم 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 بی‌ارزشی 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 آمریکا سالانه بیش از ۸۰ بلیون 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 و آکنش در برابر خطری نامعلوم درونی، مبهم و از نظر منشا ناخود آگاه و غیر قابل کنترل بوده و عوامل متعددی آن را ایجاد می‌کنند. طبق آمارهای موجود ۱۵ درصد از افراد جامعه در آمریکا مبتلا به اختلالات اضطرابی هستند.

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 آگاهی 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 تاثیر سودمند بر سلامت و بهزیستی شخصیت افراد، می‌توانیم آن 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 آموزشی 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 استرس‌زا 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

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 استرس‌زا 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، روزه 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 می‌باشد. (۲) سؤالات مربوط به پرسش‌نامه هوش معنوی آقا بابایی و همکاران دارای ۴ مؤلفه‌ی ۲۴ ماده‌ای که شامل تفکر انتقادی وجودی، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی و بسط حالت هوشیاری می‌باشد که بین ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. (۳) سؤالات پرسش‌نامه‌ی DASS که توسط اصغری مقدم و همکاران اعتبار یابی شد و شامل ۳ مقوله افسردگی، اضطراب و استرس می‌باشد. که توسط ۴ وضعیت

اصلاً کم، زیاد و خیلی زیاد مشخص می‌گردد. شامل ۲۱ ماده که هر کدام از مقوله‌ها شامل ۷ سؤال می‌باشد.

اعتبار پرسش‌نامه هوش معنوی از طریق اعتبار سازه (از نوع اعتبار همگرا) و با محاسبه همبستگی بین هوش معنوی با آزمون جهت‌گیری مذهبی ($r=0/35$ $p<0/01$) و مقیاس خود ارزیابی معنویت ($r=0/45$ $p<0/01$) حاصل شد.

اعتبار آزمون DASS 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 ۴۲۰ 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 به دست آمده رضایت‌بخش و در نتیجه اجرای تحلیل عاملی ممکن بود ($KMO=0/960$). همچنین، به عنوان روش دیگری برای تشخیص عامل‌پذیری داده‌ها جهت انجام تحلیل عاملی، از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد که طبق نتایج به دست آمده ($p>0/001$; $\chi^2=76/10318$)، 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 ($KMO=0/960$). همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت نیز معنادار بود ($p<0/001$; $\chi^2=9327/23$). روش تحلیل عوامل اصلی منجر به استخراج ۳ عامل با ارزش‌های ویژه‌ی بزرگ‌تر از یک گردید (ارزش ویژه‌ی عامل اول ۱۶/۲۵، عامل دوم ۲/۷۰ و عامل سوم ۱/۷۵). این سه عامل در مجموع ۵۴/۵ درصد واریانس مشترک را تعیین کردند. که همانند تحلیل قبلی بالاترین ضریب همبستگی بین عامل اول و عامل سوم وجود داشت ($r=0/61$). 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

فعالیت‌های بالینی نیز به کار گرفت. خرده مقیاس‌های DASS در یک نمونه‌ی ۴۰ نفری از جمعیت عمومی جامعه به فاصله‌ی ۳ هفته دو بار اجرا گردید، ۲۰ مرد و ۲۰ زن با میانگین سن ۲۷/۴ سال (انحراف معیار ۷/۳۸ سال) این نمونه کوچک را تشکیل می‌داد. ضرایب بازآزمایی (پیرسون) برای مقیاس افسردگی ۰/۸۴ و برای مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و برای مقیاس استرس ۰/۹۰ به دست 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، ۰/۸۷ و ۰/۸۰ به دست آمد، با توجه به این که همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۷۴ 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 و مشخصات فردی در اختیار پرستاران در سه شیفت صبح، عصر و شب قرار داده شد پس از ۲۴ 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، ۳۷/۴ 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، ۶۷/۵ درصد زن و مابقی مرد بودند. در ارتباط با وضعیت تأهل نمونه‌ها، ۷۰/۴ درصد از پاسخ‌گویان متأهل بودند. در ارتباط با تعداد فرزندان، ۴۱/۵ درصد از پاسخ‌گویان ۱ فرزند و ۴۱/۵ درصد ۲ فرزند داشتند. در ارتباط با سابقه‌ی کاری، ۴۴/۱ درصد از پاسخ‌گویان ۵ تا ۱۰ سال و ۲۴/۸ 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 اورژانس روانپزشکی، CCU، ICU، اطفال، Post CCU، دیالیز و زایشگاه بودند.

نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمره‌ی هوش معنوی ۵۹/۰۱ است. ماکسیم نمره‌ی هوش معنوی ۷۶ است. میانگین نمره‌ی استرس ۱۵، میانگین نمره‌ی اضطراب ۱۴/۳۵ و میانگین نمره‌ی افسردگی ۱۶/۴۵ بود (جدول ۱).

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	۱۵/۰۴
	تولید معنای شخصی	۲۷۰	۵	۲۲	۲/۹۸	۱۵/۶۲
	آگاهی متعالی	۲۷۰	۵	۲۰	۲/۵۲	۱۳/۱۶
	تفکر انتقادی وجودی	۲۷۰	۶	۲۱	۲/۴۵	۱۵/۱۸
واکنش‌های هیجانی	استرس	۲۷۰	۸	۱۸	۱/۸۵	۱۵
	اضطراب	۲۷۰	۹	۲۱	۲/۶۰	۱۴/۳۵
	افسردگی	۲۷۰	۷	۱۹	۳/۲۰	۱۶/۴۵

ارتباط هوش معنوی با هر سه خرده‌مقیاس واکنش هیجانی یعنی اضطراب ($p=0/001, r=0/53$)، استرس ($p=0/001, r=0/48$) و افسردگی ($p=0/001, r=0/48$) معنی‌دار بود. بین هر چهار مؤلفه‌ی هوش معنوی با افسردگی یعنی بسط حالت هوشیاری ($p=0/001, r=0/45$)، تولید معنای شخصی ($p=0/001, r=0/48$) و آگاهی متعالی ($p=0/003, r=0/35$) و تفکر انتقادی وجودی ($p=0/001, r=0/43$) ارتباط معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳). ارتباط مؤلفه‌های هوش معنوی با اضطراب نیز در هر چهار مؤلفه‌ی شامل بسط حالت هوشیاری ($p=0/001, r=0/38$)، تولید معنای شخصی ($p=0/001, r=0/45$)، آگاهی متعالی ($p=0/002, r=0/35$) و تفکر انتقادی وجودی ($p=0/001, r=0/31$) معنی‌دار بود (جدول شماره ۴). در نهایت ارتباط مؤلفه‌های هوش معنوی با استرس در مورد هر چهار مؤلفه‌ی بسط حالت هوشیاری ($p=0/001, r=0/48$)، تولید معنای شخصی ($p=0/001, r=0/51$) و آگاهی متعالی ($p=0/003, r=0/38$) و تفکر انتقادی وجودی ($p=0/001, r=0/43$) معنی‌دار بود (جدول ۲).

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

<i>P</i>	<i>r</i>	تعداد	متغیرها	
۰/۰۰۱	۰/۴۵	۲۷۰	میزان افسردگی	بسط حالت هوشیاری
۰/۰۰۱	۰/۳۸	۲۷۰	میزان اضطراب	
۰/۰۰۱	۰/۴۸	۲۷۰	میزان استرس	
۰/۰۰۱	۰/۴۸	۲۷۰	میزان افسردگی	تولید معنای شخصی
۰/۰۰۱	۰/۴۵	۲۷۰	میزان اضطراب	
۰/۰۰۱	۰/۵۱	۲۷۰	میزان استرس	
۰/۰۳	۰/۳۵	۲۷۰	میزان افسردگی	آگاهی متعالی
۰/۰۲	۰/۳۵	۲۷۰	میزان اضطراب	
۰/۰۳	۰/۳۸	۲۷۰	میزان استرس	
۰/۰۰۱	۰/۴۳	۲۷۰	میزان افسردگی	تفکر انتقادی وجودی
۰/۰۰۱	۰/۳۱	۲۷۰	میزان اضطراب	
۰/۰۰۱	۰/۴۳	۲۷۰	میزان استرس	

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این پژوهش تعیین ارتباط هوش معنوی پرستاران با سه مؤلفه 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 مؤلفه 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 بیشتر 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

دهنده‌ی ارتباط معنی‌دار بین هوش معنوی و اضطراب در این پژوهش است. در مطالعه‌ی بلقان آبادی و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان تأثیر هوش معنوی بر روی دانشجویان، نشان داده شد افراد با هوش معنوی و شناخت معنویت بیشتر، مکانیسم‌های جبرانی کارآمدتری در برابر اضطراب از خود نشان داده و قدرت تطبیق بیشتری دارند که نشان دهنده همخوانی با پژوهش حاضر است. شاید بتوان گفت افراد با هوش معنوی بالا، کنترل بهتر و بیش‌تری بر روی رفتارهای هیجانی خود داشته و بنابراین اضطراب را در سطح خفیف‌تر تجربه خواهند نمود. با معنی‌دار شدن ارتباط بین هوش معنوی و افسردگی، در این پژوهش نشان داده شد که افراد با سطوح پایین هوش معنوی، بیش‌تر در معرض افسردگی قرار دارند. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه بای و همکاران (۲۰۱۰) مطابقت دارد. از آنجایی که معنویت حسی والا است که شور و شوق گرایش و کنش انسان را برای عدالت خواهی و انصاف افزایش می‌دهد و هم‌نوایی و پیوستگی و ارتباط با خود و جهان آفرینش به وجود می‌آورد، می‌توان نتیجه گرفت انسان با داشتن معنویت، دید کلی نگر به جهان و پیرامون آن خواهد داشت و از احساساتی چون پوچ‌گرایی و ناامیدی که سرمنشاء اختلالاتی چون افسردگی است دور خواهد شد.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که هوش معنوی با واکنش‌های هیجانی پرستاران ارتباط دارد. از آنجایی که استرس و اضطراب به تدریج منجر به افسردگی می‌گردند به نظر میرسد کنترل و مدیریت استرس و اضطراب می‌تواند در طول زمان منجر به کاهش بروز افسردگی و شدت آن گردد. لذا با توجه به تغییرات و پیچیدگی‌های روز افزون جامعه، آماده‌سازی افراد به خصوص پرستاران، که به‌طور مرتب در مواجهه با موقعیت‌های دشوار هستند، امری ضروری به نظر می‌رسد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرتال جامع علوم انسانی

- 1) Rajaei, A. (2010). Spiritual intelligence: Perspectives and Challenges. *Islamic Azad University Of 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., Nikkha, 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: Bolorch 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 raftar*, 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

- 19) Najafipour, S. and Yektatalab, Sh. (2008). The prevalence depression and relationships with academic failure on students of jahrom university medical science *Journal of Jahrom University 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).

- 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.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی