Journal of Spiritual Health

2022, Volume 1, Issue 2
Pages: 128-135

10.30491/JSH.1.2.128

Relationship between Spiritual Health and Emotional Intelligence of Nurses: A Cross-sectional Study in Southeastern Iran

Javad Jafari [1], Mohammadali Zare [2], Rahimeh Hosseini [3], Najmeh Saberi [1], Mojtaba Jafari [3*]

[1] *Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran*
[2] *Pasteur Hospital Clinical Research Center, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran*
[3] *Department of Nursing, School of Nursing, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran*

Abstract

Background and Aim: Nurses are constantly experiencing various tensions considering their sensitive profession, so that, their physical, mental, and spiritual health aspects are at risk, and this issue can affect the quality of their care for patients. In this regard, this study was conducted to investigate the relationships between nurses' spiritual health and emotional intelligence.

Methods: This is a descriptive-analytical cross-sectional study. The study's sample population included all nurses working in the Bam's Pasteur Hospital (Bam city, Kerman Province, Iran). Sampling was done by available methods and in the end, 165 nurses were accepted to participate in the present study. Paloutzian and Ellison Spiritual Health Questionnaire and Bradbury and Greaves Emotional Intelligence Questionnaire were used to assess nurses' spiritual health and emotional intelligence, respectively. The collected data from questionnaires were entered into SPSS-18 software and were analyzed using descriptive and analytical statistical tests.

Results: According to obtained results, the mean scores of spiritual health and emotional intelligence of the participants were 76.48 ± 13.29 and 118.80 ± 16.68, respectively. Among the demographic variables, only gender showed a significant relationship with the level of spiritual health (P = 0.016). Also, a positive and significant correlation was observed between spiritual health and emotional intelligence (r = 0.274, P = 0.002).

Conclusion: The present study revealed moderate levels of spiritual health and high levels of emotional intelligence in the participants. thus, providing workshops in hospitals seems necessary to promote spiritual health via enhancing emotional intelligence in working nurses. As a more effective and long-term solution, we suggest that universities pay more attention to future nurses' spiritual health by including courses related to spiritual well-being and emotional intelligence.

Keywords: Spiritual Health, Emotional Intelligence, Nurses.

*Corresponding author: **Mojtaba Jafari,** Email: mojaf62@yahoo.com

Received: 3 July 2022 **Accepted:** 12 October 2022

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.128]

مجله سلامت معنوی
دوره ۱، شماره ۲، مهر ۱۴۰۱
صفحات: ۱۳۵-۱۲۸
10.30491/JSH.1.2.128

ارتباط سلامت معنوی و هوش هیجانی پرستاران: یک مطالعه مقطعی در جنوب شرق ایران

جواد جعفری[۱]، محمدعلی زارع[۲]، رحیمه حسینی[۳]، نجمه صابری[۱]، مجتبی جعفری[۳*]

[۱] *مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران*
[۲] *مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان پاستور، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران*
[۳] *گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران*

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران با توجه به حرفه حساسی که دارند، مداوم تحت تأثیر تنش‌های گوناگون قرار می‌گیرند به طوری که ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی و معنوی آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد و این موضوع می‌تواند بر کیفیت مراقبت آن‌ها تأثیر گذارد. با این رویکرد مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی با هوش هیجانی پرستاران انجام گردید.

روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر به روش نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۱۶۵ پرستار انجام گردید. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون و پرسشنامه هوش هیجانی برادبر- گریوز استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ شد و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره سلامت معنوی افراد مورد مطالعه ۱۳/۲۹ ± ۷۶/۴۸ و هوش هیجانی آن‌ها ۱۶/۶۸ ± ۱۱۸/۸۰ به‌دست آمد. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی تنها جنسیت با سطح سلامت معنوی ارتباط معناداری را نشان داد ($P = ۰/۰۱۶$). همچنین بین سلامت معنوی با هوش هیجانی همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت ($P = ۰/۰۰۲$، $r = ۰/۲۷۴$).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد سلامت معنوی پرستاران در سطح متوسط و هوش هیجانی در سطح بالا قرار دارد. لذا پیشنهاد می‌شود در سطح بیمارستان‌ها کارگاه‌هایی جهت ارتقای سلامت معنوی از طریق تقویت هوش هیجانی برگزار شود. همچنین با دیدگاهی آینده‌نگر پیشنهاد می‌شود در دانشگاه‌ها به برنامه‌های درسی معنوی که مبتنی بر عوامل مرتبط با سلامت معنوی از جمله هوش هیجانی باشد توجه بیشتری شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، هوش هیجانی، پرستاران.

*نویسنده مسئول: **مجتبی جعفری**. پست الکترونیک: mojaf62@yahoo.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۲۰

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.1.2.128]

مقدمه

در رویکرد پرستاری جامع‌نگر انسان موجودی چند بُعدی با مرکزیت بُعد معنوی است که اختلال در هر کدام از این ابعاد بر سلامت و تمامیت وجودی فرد تأثیر می‌گذارد؛ لذا ارتباط پرستاری با معنویت در امر درمان همان انجام مراقبت جامع از بیماران است (۱).

بُعد معنوی به پرستاران در تعادل و هماهنگ نمودن نیروهای درونی‌شان کمک می‌کند (۲). این بُعد به افراد حس بودن را با کیفیت‌هایی نظیر فطرت، ظرفیت برای دانستن درونی، تجربه ذهنی مقدس، تعالی فرد به سوی ظرفیت برتر، یکی شدن با سایه کلی زندگی و یافتن معنایی برای زندگی القا می‌کند (۳). آن‌ها با توجه به مسئولیت حساسی که دارند با مشکلات و عوامل تنش‌زای مختلفی چون مرگ، بیماری، فشارهای کاری، درگیری هیجانی، تقاضای زیاد در محیط بالینی و کمبود حمایت مواجه می‌شوند. به همین دلیل حفظ سلامت معنوی آنان همانند سلامت جسمی و روانی از اهمیت خاصی برخوردار است (۴). سلامت معنوی دارای دو بُعد مذهبی که نشانه ارتباط با خدا و وجودی (عنصر روانی اجتماعی و احساس بودن فرد) است که به انسجام درونی افراد کمک می‌کند (۵). نتایج مطالعات نشان داده است افرادی که از سلامت معنوی مطلوبی برخوردارند، توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی می‌باشند (۶). و در صورت اختلال و عدم مطلوبیت در سلامت معنوی نتایج منفی در ارتباط پرستار و بیمار، کاهش زمان انجام مراقبت‌ها و افزایش هزینه‌های تحمیلی به سیستم بهداشتی را در پی خواهد داشت (۷،۸).

هر چند یافته‌های مطالعات حاکی از سطح متوسط سلامت معنوی در پرستاران بودند، Tsai و همکاران در مطالعه خود به این نکته اشاره کردند که آموزش مرتبط با سلامت معنوی باید در برنامه درسی گنجانده شود تا وضعیت معنوی پرستاران ارتقا یابد (۹). همچنین به سایر عوامل تأثیرگذار بر ابعاد سلامتی از جمله آگاهی هیجانی و هوش هیجانی که سبب ارتقای سلامت از جمله بُعد معنوی می‌شود اشاره نمودند (۱۰).

هوش هیجانی بنیان حرفه پرستاری است که توسط آن با پردازش اطلاعات عاطفی از طریق روابط درمانی و ارتباطات مؤثر منجر به تسهیل در امر مراقبت از بیمار می‌شود. این هوش، نوعی هوش غیر شناختی است که به عملکرد کلی و سازگاری انطباقی ابعاد عاطفی با توانایی‌های شناختی، درون‌نگری، سواد عاطفی و خودآگاهی فرد اشاره دارد (۱۱). هوش هیجانی کارکنان یک عامل مهم در سنجش نیازهای معنوی بیماران و مراقبت‌های پرستاری کارآمد است. هوش هیجانی و معنویت به بهبود مهارت‌های مراقبتی پرستاران کمک می‌کند (۱۲). این موضوع به توانایی درک، ارزیابی و بیان احساسات، ارتقا تفکر، استفاده از احساسات و مدیریت احساسات اشاره می‌کند و با مهارت‌های مهم زندگی فردی و اجتماعی در ارتباط است. لذا هوش هیجانی بالا می‌تواند دورنمای خوبی از موفقیت و پیشرفت فرد را ترسیم کند و کمک می‌کند تا با دریافت، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساساتی که افکار را تسهیل می‌کند آگاهی پیدا کرده و با برقراری تعادل میان افکار و هیجان‌های خود تصمیم‌گیری‌های مثبت و رفتاری مناسب داشته باشد (۱۳).

امروزه پرستاران علاوه‌بر مهارت عملی و دانش به مهارت حل مسئله، تصمیم‌گیری مناسب، توانایی برقراری ارتباط مؤثر و قضاوت صحیح در موقعیت‌های مختلف نیازمندند. اگرچه توانایی‌های شناختی و مهارت‌های پایه، لازمه شروع کار پرستاران است ولی در عملکرد شغلی اثربخش، هوش هیجانی نقش زیربنایی دارد. بسیاری از فارغ‌التحصیلان پرستاری فاقد مهارت‌های لازم برای سازگاری موفقیت‌آمیز با دنیای حرفه‌ای خود هستند (۱۴).

توسعه هوش هیجانی در فرد می‌تواند او را در قبال چگونگی رفتارش در مقابل دیگران، در درون جامعه و بویژه در محیط‌های کاری پاسخگو گرداند. افرادی که دارای هوش هیجانی بالایی هستند، خود را درک می‌نمایند، فهم پایداری از توانایی‌های خود دارند، به طور واقع گرایانه‌ای به بررسی خود می‌پردازند و فهم عمیقی از نقاط قوت، نقاط ضعف، نیازها و انگیزه‌های خود دارند (۱۵). این اشخاص احساسات و اعمال‌شان را مدیریت می‌نمایند، خلق‌وخوی و تکانش‌های هیجانی نامناسب‌شان را کنترل می‌کنند، سنجیده سخن می‌گویند، از قضاوت‌های عجولانه و شتاب‌زده خودداری می‌نمایند و اقداماتی را برای تسکین، آرام‌سازی و خلق محیط مورد اعتماد انجام می‌دهند (۱۵،۱۶).

نتایج مطالعه Pérez-Fuentes و همکاران نشان داد که پرستاران با سطوح هوش هیجانی بالاتر عملکرد بهتری در محیط کار داشتند (۱۷). Soto-Rubio و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی اثرات نامطلوب روانی اجتماعی مانند فرسودگی شغلی، شکایات روان‌تنی را کاهش و تأثیر مطلوب بر رضایت شغلی پرستاران دارد (۱۸).

بنابراین با توجه به این که سلامت پرستاران بر کیفیت ارائه خدمات درمانی و مراقبتی آن‌ها تأثیر دارد، شناخت عوامل روان‌شناختی مؤثر بر ابعاد مختلف سلامت در پرستاران ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به این که ارتباط سلامت معنوی با هوش هیجانی در مطالعات کمتر مورد توجه قرار گرفته است، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و هوش هیجانی در پرستاران جنوب شرق ایران انجام شد.

روش

مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۱۶۵ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستانی در جنوب شرق ایران (شهر بم) به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد.

پس از اخذ مجوز از شورای پژوهشی و هماهنگی با مسئولین مربوطه، پژوهشگران به بیمارستان مراجعه کرده و افرادی را که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، به صورت در دسترس انتخاب

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.128]

و از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. پس از توضیح اهداف مطالعه و کسب رضایت، پرسشنامه در اختیار افراد قرار گرفت و ضمن تأکید بر محرمانه بودن کلیه اطلاعات، از آنان درخواست شد تا به سؤالات پاسخ دهند.

ابزار پژوهش

از پرسشنامه سه قسمتی شامل : ۱. مشخصات دموگرافیک، ۲. سلامت معنوی پالوتزین و ۳. هوش هیجانی برادبر- گریوز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. قسمت اول، مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، بخش محل کار) بود. در قسمت دوم، برای سنجش سلامت معنوی پرستاران از مقیاس سلامت معنوی که در سال ۱۹۸۳ توسط پالوتزین و الیسون طراحی شده استفاده شد (۱۹). در این مطالعه از نسخه فارسی پرسشنامه سلامت معنوی که روایی و پایایی آن در مطالعات رضایی و عصارودی آلفای‌کرونباخ ۰/۸۲ و ۰/۹۱ بود، استفاده شد (۲۰،۲۱). این مقیاس دارای ۲۰ آیتم است که ۱۰ آیتم آن سلامت مذهبی و ۱۰ آیتم دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند و پاسخ‌های آن بر اساس مقیاس لیکرت ۶ قسمتی (از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) است. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰ تا ۶۰ است. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره کل سلامت معنوی (جمع نمره دو زیر گروه) صورت می‌گیرد که دامنه نمره آن ۲۰ تا ۱۲۰ در نظر گرفته شده است به‌طوری‌که برای سلامت معنوی در حد پایین نمره ۲۰ تا ۴۰، سلامت معنوی در حد متوسط نمره ۴۱ تا ۹۹ و سلامت معنوی بالا نمره ۱۰۰ تا ۱۲۰ در نظر گرفته شده است (۱۹). در قسمت سوم، برای سنجش هوش هیجانی پرستاران از مقیاس هوش هیجانی برادبر- گریوز استفاده شد. این مقیاس توسط برادبر و گریوز ساخته شده است (۲۲). در این مطالعه از نسخه فارسی پرسشنامه هوش هیجانی که توسط گنجی روایی و پایایی آن بررسی شد و با آلفای‌کرونباخ ۰/۹۰ مورد تایید قرار گرفته است، استفاده شد (۲۳). این مقیاس دارای ۲۸ ماده است که بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای چهار مؤلفه خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه بوده و یک نمره کلی هوش هیجانی نیز به‌دست می‌آید به طوری که نمره ۲۸ تا ۵۹ نشان‌دهنده هوش هیجانی پایین، نمره ۶۰ تا ۷۹ هوش هیجانی متوسط و نمره ۸۰ تا ۱۶۸ هوش هیجانی بالا را نشان می‌دهد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با کد اخلاق (IR.USWR.REC.1396.69) مورد تأیید قرار گرفته است. اقداماتی برای اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات انجام شد. از تمام شرکت‌کنندگان قبل از شروع مطالعه رضایت نامه اخذ شد. تمامی شرکت‌کنندگان در طول مطالعه حق خروج از مطالعه را داشتند.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

داده‌های پژوهش پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ شد و برای تجزیه و تحلیل از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی) و تحلیلی (آزمون آنوا، تی مستقل و ضریب همبستگی) استفاده شد و در همه تحلیل‌ها سطح معناداری $P<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

نتایج

۱۸۰ پرسشنامه بین پرستاران توزیع شد که تعداد ۱۵پرسشنامه به‌صورت ناقص تکمیل شده بودند و از مطالعه خارج شدند. در نهایت ۱۶۵ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت (میزان پاسخگویی ۹۱ درصد).

در مطالعه حاضر اکثریت شرکت‌کنندگان زن (۱۲۴ نفر)، متاهل (۱۳۳ نفر) و از نظر سنی کمتر از ۳۰ سال (۹۸ نفر) داشتند (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی افراد مورد مطالعه ۱۳/۲۹ ± ۷۶/۴۸ بود که در سطح متوسط (دامنه ۴۱ تا ۹۹) قرار دارد. یافته‌ها در خصوص نمره کلی هوش هیجانی نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره هوش هیجانی پرستاران مورد مطالعه ۱۶/۶۸ ± ۱۱۸/۸۰ است. آزمون همبستگی نشان داد بین سلامت معنوی با هوش هیجانی پرستاران مورد مطالعه همبستگی مثبت و معناداری برقرار است ($r = ۰/۲۷$، $P = ۰/۰۰۲$) و نیز میان بُعد سلامت مذهبی و هوش هیجانی ($P<۰/۰۰۱$، $r = ۰/۳۱$) و بُعد سلامت وجودی و هوش هیجانی ($r = ۰/۱۷$، $P = ۰/۰۴۰$) همبستگی مثبت و به لحاظ آماری معناداری برقرار است (جدول ۲).

از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر اساس آزمون تی‌مستقل تنها بین سلامت معنوی و متغیر جنسیت ارتباط معنادار وجود داشت ($P = ۰/۰۱۶$) اما در سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی از قبیل سن، وضعیت تأهل و بخش محل کار ارتباط معناداری وجود نداشت.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با هوش هیجانی در پرستاران شاغل در یک بیمارستان در جنوب شرق کشور انجام شد. یافته‌ها نشان داد میانگین نمره سلامت معنوی پرستاران مورد مطالعه در سطح متوسط قرار داشت که با مطالعات قبلی در این زمینه همخوانی دارد به‌طوری‌که اکثر مطالعات قبلی که سلامت معنوی را با پرسشنامه پژوهش حاضر اندازه‌گیری کردند سطح سلامت معنوی را متوسط گزارش کرده‌اند (۲۴). هر چند نتایج برخی مطالعات در سایر گروه‌ها از جمله اساتید (۴)، سالمندان (۲۵) بالاتر از مطالعه حاضر گزارش شده است، این موضوع می‌تواند به این دلیل باشد که کارکنان درمانی به‌ویژه پرستاران به علت داشتن شرایط کاری به مراتب سخت در معرض آسیب‌های متعدد در ابعاد مختلف سلامت از جمله سلامت معنوی هستند.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.128]

جدول-۱. میانگین نمرات سلامت معنوی و ابعاد آن به تفکیک ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران

متغیر	گروه	فراوانی (درصد)	نمره بُعد سلامت مذهبی	نمره بُعد سلامت وجودی	نمره کل سلامت معنوی
جنس	زن	۱۲۴ (۷۵/۲)	۳۸/۲۶ ± ۷/۳۵	۳۷/۵۶ ± ۶/۸۱	۷۵/۸۲ ± ۱۳/۴۴
	مرد	۴۱ (۲۴/۸)	۴۰/۶۸ ± ۶/۹۲	۳۹/۷۵ ± ۵/۵۷	۸۰/۴۳ ± ۱۱/۹۶
تأهل	مجرد	۳۲ (۱۹/۳)	۴۰/۰۴ ± ۹/۱۷	۳۹/۸۶ ± ۸/۳۱	۷۹/۹۱ ± ۱/۶۹
	متأهل	۱۳۳ (۸۰/۷)	۳۸/۲۳ ± ۶/۷۷	۳۷/۳۵ ± ۶/۱۲	۷۵/۵۹ ± ۱/۲۱
بخش	جراحی	۲۰ (۱۲/۱)	۴۱/۵۸ ± ۱۰/۱۶	۴۲/۰۰ ± ۸/۳۳	۸۳/۵۸ ± ۱۷/۹۸
	داخلی	۲۳ (۱۳/۹)	۳۵/۵۰ ± ۳/۷۵	۳۵/۶۱ ± ۳/۱۶	۷۱/۱۱ ± ۴/۱۸
	CCU	۲۱ (۱۲/۷)	۳۵/۳۳ ± ۳/۵۱	۳۵/۱۳ ± ۲/۱۹	۷۰/۴۶ ± ۴/۸۳
	اورژانس	۲۶ (۱۵/۷)	۴۳/۵۵ ± ۹/۱۹	۴۰/۷۷ ± ۹/۱۸	۸۴/۳۳ ± ۱۷/۹۲
	روان	۱۹ (۱۱/۵)	۳۸/۹۲ ± ۶/۹۶	۳۷/۰۰ ± ۵/۶۷	۷۵/۹۲ ± ۱۱/۵۸
	اطفال	۱۸ (۱۰/۹)	۳۶/۸۵ ± ۳/۱۵	۳۵/۶۴ ± ۲/۳۰	۷۲/۵۰ ± ۴/۷۱
	دیالیز	۱۳ (۷/۸)	۳۶/۷۱ ± ۳/۸۱	۳۶/۵۷ ± ۲/۵۰	۷۳/۲۸ ± ۴/۸۱
	ICU	۲۵ (۱۵/۱)	۳۹/۵۳ ± ۹/۲۳	۴۰/۰۰ ± ۲/۵۹	۷۹/۵۳ ± ۱۸/۳۳
سن	۳۰>	۹۸ (۵۹/۴)	۳۸/۰۱ ± ۶/۹۴	۳۷/۵۲ ± ۶/۶۶	۷۵/۵۴ ± ۱/۲۸
	۴۰-۳۰	۵۲ (۳۱/۵)	۳۸/۷۲ ± ۷/۵۱	۳۸/۲۷ ± ۶/۸۷	۷۰/۰۰ ± ۱/۳۷
	۴۰<	۱۵ (۹/۱)	۴۱/۸۸ ± ۸/۶۵	۳۸/۲۲ ± ۶/۳۲	۸۰/۱۱ ± ۱/۴۶
کل		۱۶۵ (۱۰۰)	۳۸/۷ ± ۶۰/۳۱	۳۷/۸۷ ± ۶/۶۷	۷۶/۴۸ ± ۱۳/۲۹

جدول-۲. همبستگی نمرات سلامت معنوی و هوش هیجانی پرستاران

ابعاد سلامت معنوی / ابعاد هوش هیجانی	سلامت مذهبی	سلامت وجودی	کل
خودآگاهی	r = ۰/۲۴۹ *P* = ۰/۰۰۴	r = ۰/۱۷۹ *P* = ۰/۰۳۰	r = ۰/۲۴۹ *P* = ۰/۰۰۴
خود مدیریتی	r = ۰/۱۸۵ *P* = ۰/۰۲۸	r = ۰/۱۶۷ *P* = ۰/۰۴۰	r = ۰/۱۸۷ *P* = ۰/۰۲۵
آگاهی اجتماعی	r = ۰/۰۱۹ *P* = ۰/۰۲۱	r = ۰/۱۶۹ *P* = ۰/۰۳۸	r = ۰/۲۱۲ *P* = ۰/۰۱۳
مدیریت رابطه	r = ۰/۳۶۸ *P*<۰/۰۰۱	r = ۰/۰۱۶ *P* = ۰/۰۴۵	r = ۰/۳۰۴ *P* = ۰/۰۰۱
کل	r = ۰/۳۱۵ *P*<۰/۰۰۱	r = ۰/۱۶۷ *P* = ۰/۰۴۰	r = ۰/۲۷۴ *P* = ۰/۰۰۲

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بود که این یافته با اکثر مطالعات قبلی همخوانی دارد. به عنوان مثال در مطالعه زارع و جهاندیده، نمره بُعد سلامت مذهبی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بالاتر از سلامت وجودی آن‌ها گزارش شد (۲۶). البته در مطالعه حاضر میانگین نمره بُعد سلامت مذهبی به تفکیک در زنان و مردان نیز بالاتر از سلامت وجودی به‌دست آمد که این یافته مغایر با برخی مطالعات قبلی از جمله الهبخشیان و همکاران (۲۷) است. به‌طور کلی بالاتر بودن سلامت مذهبی در مطالعه حاضر و سایر مطالعات قبلی شاید به این علت باشد که با توجه به شرایط حاکم بر جوامع اسلامی، افراد تمایل به ارزش‌های معنوی دارند لذا برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می‌آورند.

مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره سلامت معنوی و ابعاد آن در مردان بالاتر از زنان است که این یافته مغایر با مطالعات قبلی در این زمینه است (۴،۲۸). به عنوان مثال در مطالعه حیدرزادگان و کوچک‌زایی، نمره سلامت معنوی زن‌ها به طور معناداری از مردها بیشتر بود که علت بالاتر بودن سلامت معنوی زن‌ها نسبت به مردها را سازگارتر بودن نقش‌ها، صفات و رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی به زن‌ها نسبت داده می‌شود با برخی اصول و هنجارهای مذهبی و اجتماعی می‌داند (۲۸).

در مطالعه حاضر میانگین نمره سلامت معنوی افراد مجرد بالاتر از افراد متأهل به‌دست آمد که این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود، مصطفی‌زاده و اسدزاده (۲۹) همچون مطالعه حاضر رابطه معناداری را گزارش نکردند، اما صدرالهی و همکاران تفاوت معناداری بین نمره سلامت معنوی در جنس را گزارش کردند که نمره سلامت معنوی افراد مجرد بالاتر از افراد متأهل بود (۳۰). در مطالعه حبیبی و سوادپور گرچه رابطه میان سلامت معنوی و وضعیت تأهل معنادار نبود ولی برخلاف مطالعه حاضر سلامت معنوی افراد متأهل بالاتر از افراد مجرد بود (۳۱). در مطالعه امیری و همکاران، بُعد وجودی سلامت معنوی در افراد متأهل بالاتر از

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.128]

افراد مجرد گزارش شد (۳۲). بالعکس پژوهشگران مطالعه حاضر معتقدند که افراد متأهل به دلیل داشتن مسئولیت‌های به مراتب بیشتر نسبت به افراد مجرد، احتمال دارد اوقات کمتری را بتوانند به بررسی نیازهای معنوی خود اختصاص دهند و بیشتر در معرض بی‌علاقگی هستند که این موضوع می‌تواند دلیل احتمالی یافته مطالعه حاضر در خصوص پایین‌تر بودن میانگین نمره سلامت معنوی افراد متأهل نسبت به مجرد باشد.

در مطالعه حاضر میان سن و میانگین نمره سلامت معنوی پرستاران مورد مطالعه رابطه معناداری به‌دست نیامد. برخی مطالعات همچون مطالعه حاضر رابطه معناداری را میان سن و سلامت معنوی گزارش نکردند. در مطالعه Rabow و Knish بین سن و معنویت رابطه معناداری یافت نشد که همسو با مطالعه حاضر است (۳۳). از طرفی برخی مطالعات بیان کننده همبستگی مثبتی میان سن و سلامت معنوی هستند (۴،۲۶). به عنوان مثال زارع و جهاندیده گزارش کردند که با افزایش سن سلامت معنوی پرستاران نیز افزایش می‌یابد و به نقل از باتل و همکاران دلیل این موضوع چنین بیان شده است که پرستاران با سن بالاتر نسبت به جوانترها تمایل بیشتری به بررسی نیازهای معنوی خود دارند (۲۶). با توجه به یافته‌های متناقض در مطالعات گذشته، نیاز به مطالعات بیشتر و دقیق‌تری در خصوص ارتباط سن و سلامت معنوی احساس می‌شود.

همچنین در مطالعه حاضر به تفکیک بخش بیمارستانی محل کار پرستاران، بیشترین و کمترین میانگین نمره سلامت معنوی به ترتیب در میان پرستاران بخش اورژانس و CCU به‌دست آمد ولی به لحاظ آماری تفاوتی میان میانگین نمره سلامت معنوی پرستاران بخش‌های مختلف دیده نشد. در نگاه اول انتظار می‌رود سلامت معنوی پرستاران در بخش‌های مختلف متفاوت باشد چون شرایط کار بالینی در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها کاملا متفاوت است. اما با توجه به اینکه اکثر پرستاران بالینی بیمارستان‌ها در یک بخش ثابت نیستند و طی دوران حرفه‌ای خود چندین مرتبه بخش محل کار خود را تغییر می‌دهند یافته مطالعه حاضر در خصوص بخش بیمارستانی محل کار پرستاران قابل توجیه است.

یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص هوش هیجانی نشان داد که میانگین نمره هوش هیجانی به‌صورت کلی و همچنین به تفکیک در زنان و مردان در سطح بالا قرار داشت. میانگین نمره هوش هیجانی مردان اندکی بالاتر از زنان بود که این تفاوت به لحاظ آماری معنادار به دست نیامد. مسعودی و همکارانشان در مطالعات خود همچون مطالعه حاضر میان هوش هیجانی و جنس رابطه معناداری را گزارش نکردند (۱۵). در مطالعه ضیاءخدادادیان و همکاران نیز همچون مطالعه حاضر مردان در آزمون هوش هیجانی نمره بالاتری نسبت زنان به دست آوردند (۳۴)، اما برخلاف مطالعه حاضر این تفاوت به لحاظ آماری معنادار بود. یافته‌های بعضی از مطالعات مغایر با مطالعه حاضر بود. Pérez-Fuentes در مطالعات خود نمره هوش هیجانی زنان را به‌طور معناداری بالاتر از مردان گزارش کردند (۱۷). همچنین ملائی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که هوش هیجانی دخترها بالاتر از پسران است و هیجان خودبه‌خودی، خودکنترلی، خودآگاهی، هوشیاری و مهارت اجتماعی بالاتری دارند (۳۵). Sabanciogullari و همکاران نیز در مطالعه خود هوش هیجانی پرستاران را بالاتر از پزشکان گزارش کردند (۱۲).

در خصوص ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد آن با هوش هیجانی یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد میان نمره کلی سلامت معنوی و نیز ابعاد آن با نمره کلی هوش هیجانی همبستگی مثبت و معناداری برقرار است به این معنی که با افزایش هوش هیجانی پرستاران، سلامت معنوی آنها نیز به‌طور معناداری افزایش می‌یابد و بالعکس. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی سبب یکپارچگی سایر ابعاد سلامتی در انسان یا به عبارتی پیشرفت جوانب مختلف درون و برون انسانی می‌شود (۳۶) به‌طوری‌که در تأیید این جمله مطالعات بسیاری اذعان به ارتباط مستقیم سلامت معنوی با کیفیت زندگی دارند (۳۷). بنابراین لازم است تا پژوهشگران و برنامه‌ریزان آموزشی فعال در حیطه علوم پزشکی توجه بیشتری به عوامل همبسته با سلامت معنوی از جمله هوش هیجانی، در پرستاران که مورد غفلت قرار گرفته داشته باشند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد به‌طورکلی سلامت معنوی پرستاران در سطح متوسط است. از طرفی میانگین نمره سلامت معنوی پرستاران در این مطالعه پایین‌تر از اکثر مطالعاتی است که با پرسشنامه مطالعه حاضر سطح سلامت معنوی را در گروه‌های مختلف مورد سنجش قرار داده‌اند که این موضوع می‌تواند منعکس‌کننده غفلت پژوهشگران و برنامه‌ریزان آموزشی در خصوص سلامت معنوی پرستاران که خود ارائه‌دهندگان مراقبت معنوی به بیماران هستند، باشد. به‌طورکلی، توجه بیشتر به سلامت معنوی، هوش هیجانی و ظرفیت‌های انسانی در دانشجویان پرستاری می‌تواند زمینه‌ساز آینده حرفه‌ای موفق‌تر و مطلوب‌تر آن‌ها به عنوان یک پرستار باشد.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با کد اخلاق (IR.USWR.REC.1396.69) از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از پرستاران محترم شرکت‌کننده در این پژوهش و مسئولین معاونت پژوهشی دانشگاه، که در جهت تصویب و ارائه معرفی نامه‌ها همکاری کردند تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.128]

منابع

1. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives. Iran Journal of Nursing. 2006;18(44): 7-14. [In Persian]
2. Mahmoodishan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a qualitative content analysis study. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;3:6.
3. Mazaheri M, Falahi KM, Sadat MS, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2009;8(1):31-7. [In Persian]
4. Taghizadeganzadeh M, Shadfard Z, Montaseri MA, Zahedinia F, Karami Z, Pishgar Z. Spiritual Health in Nurses, Nursing Faculties, and Nursing Students of Jahrom University of Medical Sciences, Iran. Iran Journal of Nursing. 2020;33(126):16-27. [In Persian]
5. Shamsizadeh M, Oshvandi K, Moamer S, Maghsoudi Z. The Relationship between spiritual health and moral sensitivity in nursing students of Hamadan University of Medical Sciences, 2017. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2020;28(2):75-82. [In Persian]
6. Mohammadi F, Babaee M. Effects of participation in support groups on Alzheimer's family caregivers' strain and spiritual wellbeing. Iranian Journal of Ageing. 2011;6(1):29-37. [In Persian]
7. Ross L, Giske T, Van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, Jarvis P, et al. Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. Nurse Education Today. 2016;36:445-51.
8. Musa AS, Pevalin DJ, Shahin FI. Impact of Spiritual Well-Being, Spiritual Perspective, and Religiosity on the Self-Rated Health of Jordanian Arab Christians. Journal of Transcultural Nursing. 2016;27(6):550-7.
9. Tsai PC, Lin JH, Hsu HC. Exploring sleep quality, spiritual health, and related factors in nurses in the intensive care unit. Hu Li Za Zhi. 2019;66(4):49-59.
10. Agha Mohammad Hasani P, Mokhtaree M, Sayadi A, Nazer M, Niroomand M. Relationship between the components of emotional intelligence and marital satisfaction in academic staff of Rafsanjan University of Medical Sciences. Community Health Journal. 2017;6(3):46-57. [In Persian]
11. Holston EC, Talor JY. Emotional intelligence in nursing students. Int J Adv Psychol. 2017;5:11-22.
12. Sabanciogullari S, Çatal N, Doğaner F. Comparison of newly graduated nurses' and doctors' opinions about spiritual care and their emotional intelligence levels. Journal of Religion and Health. 2020;59(3): 1220-32.
13. Chinipardaz Z, Ghafourian Boroujerdni M, Pasalar P, Shiravy Khozany A, Keshavarz A. Investigation of emotional intelligence and its relationship with academic achievement in medical students of Tehran University of Medical Sciences in 2008-2009. Strides in Development of Medical Education. 2012;8(2):167-72. [In Persian]
14. Tagoe T, Quarshie ENB. The relationship between emotional intelligence and job satisfaction among nurses in Accra. Nursing Open. 2017;4(2):84-9.
15. Masoudi K, Alavi A. Relationship between nurses' emotional intelligence with clinical decision -making. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2021;29(1):14-22. [In Persian]
16. Barkhordari M, Rostambeygi P, Ghasemnejad M. Measuring emotional intelligence of nursing student. Iranian Journal of Nursing Research. 2016;10(4):12-9. [In Persian]
17. Pérez-Fuentes MD, Molero Jurado MD, Gázquez Linares JJ, Oropesa Ruiz NF. The role of emotional intelligence in engagement in nurses. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(9):1915.
18. Soto-Rubio A, Giménez-Espert MD, Prado-Gascó V. Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on burnout, job satisfaction, and nurses' health during the covid-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(21):7998.
19. Ellison LL. The spiritual well-being scale. News Notes; 2006.
20. Assarroudi A, Jalilvand M, Oudi D, Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). Modern Care Journal. 2012;9(2):156-62. [In Persian]
21. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. Hayat. 2009;14(4):33-9. [In Persian]
22. Bradberry T, Greaves J. Emotional Intelligence 2.0. Talent Smart; 2009.
23. Ganji H, Mirhashemi M, Sabet M. Bradberry-Greaves' emotional intelligence test: preliminary norming-process. Journal of Thought and Behavior. 2006;1(2):23-35.
24. Shamsizadeh M, Oshvandi K, Alipor k, Moamer S, Maghsoudi Z. The relationship between spiritual health and moral sensitivity in nursing students of Hamadan University of Medical Sciences, 2017. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2020;28(2):75-82. [In Persian]
25. Bahrami L, Mohammadi-Shahboulaghi F, Rahgoy A, Biglarian A. Predicting coping strategies based on spiritual health and resilience in the elderly in Tehran. Journal of Nursing Education. 2021;9(1): 56-65. [In Persian]
26. Zare A, Jahandideh S. The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients' spiritual care. Iranian Journal of Nursing Research. 2014;9(3):30-8. [In Persian]
27. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2010;12(3):29-33. [In Persian]
28. Heydarzadegan A, Koochakzaei M. Study of the

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.128]

relationship between spiritual well-being and self-efficacy of students of faculty of engineering and psychology and educational sciences. Iranian Journal of Engineering Education. 2015;17(65):79-93. [In Persian]
29. Mostafazadeh F, Asadzadeh F. Spiritual health of midwifery students. Journal of Health and Care. 201210;14(1):55-60. [In Persian]
30. Sadrollahi A, Khalili Z. Spiritual well-being and its associated factors among elderly living in the city of Kashan. Journal of Geriatric Nursing. 2014;1(2): 94-102. [In Persian]
31. Habibi A, Savadpour MT. Spiritual well-being in cancer patients under chemotherapy. Journal of Health and Care. 2011;13(3):16-21. [In Persian]
32. Amiri R, Mardani-Hamooleh M, Ashghali Farahani M, Ghaljeh M, Haghani S. The relationship between spiritual wellbeing with medication adherence in hypertensive patients referred to selected heart clinics of Iran University of Medical Sciences, Iran, 2020. Iran Journal of Nursing. 2021;34(133):54-65. [In Persian]
33. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. Supportive Care in Cancer. 2015;23(4):919-23.
34. Ziyakhodadadiyan M, Pishagooie SAH, Akbari K. The relationship between emotional intelligence and life satisfaction among nurses in selected army hospitals. Journal of Military Medicine. 2019;21(3): 290-8. [In Persian]
35. Molaei E, Asayesh H, Taghvakish B, Ghorbani M. Gender difference and emotional intelligence in Golestan University of Medical Sciences students. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery. 2012;8(2):30-4. [In Persian]
36. Padehban V, Barasteh S, Rahimi A, Chobin M. The relationship between spiritual health with general health and health literacy in Iranian naval personnel in 2016. Journal of Marine Medicine. 2020;2(3):157-63. [In Persian]
37. Shahabian M, Majidi A, Ashjaei E, Allahyari F, Hosseini Nejad SJ. Relationship between spiritual health and quality of life in patients with multiple sclerosis. Journal of Religion and Health. 2020;8(1): 11-8. [In Persian]

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.128]