

## رابطه مهارت‌های اجتماعی امیدواری و هوش معنوی با سلامت معنوی پرستاران

نرجس خاتون ذبیحی حصار<sup>۱</sup>  
طیبه حسینی<sup>۲</sup>  
سحر امین‌الشریعه<sup>۳</sup>  
فاخته ادیب<sup>۴</sup>  
سارا حقیقت<sup>۵</sup>  
معصومه عبداللهی<sup>۶</sup>

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی، امیدواری و هوش معنوی با سلامت معنوی پرستاران انجام شد. در یک مطالعه همبستگی از میان پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶، ۲۸۰ پرستار به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. همه آنها پرسشنامه‌های مهارت‌های اجتماعی (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰)، امیدواری (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱)، هوش معنوی (عبداله زاده و همکاران، ۱۳۸۸) و سلامت معنوی (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲) را تکمیل کردند. داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل همزمان تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین همکاری، قاطعیت، خویش‌داری، امیدواری و هوش معنوی با سلامت معنوی پرستاران رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. همچنین متغیرهای مهارت‌های اجتماعی، امیدواری و هوش معنوی به‌طور معناداری توانستند ۴۶/۳ درصد از تغییرات سلامت معنوی پرستاران را پیش‌بینی کنند ( $P < 0.05$ ). با توجه به نتایج برای بهبود سلامت معنوی پرستاران باید میزان همکاری، خویش‌داری، امیدواری و هوش معنوی آنان را افزایش داد. همچنین مسئولان، برنامه‌ریزان و مشاوران باید به نشانه‌های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه‌هایی برای بهبود سلامت معنوی پرستاران طراحی و اجرا کنند.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های اجتماعی، امیدواری، هوش معنوی، سلامت معنوی، پرستاران.

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
  ۲. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
  ۳. کارشناس ارشد روانشناسی، گرایش بالینی، گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات خراسان رضوی، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
  ۴. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران
  ۵. استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گروه روانشناسی، گرمسار، ایران
  ۶. دکتری تخصصی مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران (نویسنده مسئول)
- abdollahi@yahoo.com

## مقدمه

حرفه پرستاری یکی از مشاغل استرس‌زا است و عواملی چون فشار زیاد کاری، کار در شیفت‌های چرخشی، مواجهه با اورژانس حاد، تعداد ناکافی پرستاران باعث کاهش سلامت آنها می‌شوند (بنادی، پلیسیس و کوئن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). یکی از ابعاد مهم سلامت، سلامت معنوی<sup>۲</sup> می‌باشد. سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (لانفریدی، کاندینی، بوزا، فراری، بوئرو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند (کیم، هایوارد و کانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). وقتی سلامت معنوی به‌طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و باعث ایجاد زندگی معنادار و هدف‌دار می‌شود و زندگی افراد از یک زندگی مادی به یک زندگی معنوی تبدیل می‌شود (سیلوا، سیموئز، اسپرینتو-سانتو، مارکوئس و لیماس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶).

یکی از متغیرهای مرتبط با سلامت معنوی، مهارت‌های اجتماعی<sup>۶</sup> است. مهارت‌های اجتماعی مجموعه‌ای پیچیده از مهارت‌ها هستند که برای سازگاری و کنار آمدن با موقعیت‌های فشارزا حیاتی بوده و روابط سالم و عملکرد کلی را بهبود می‌بخشد (نلسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). دانش‌آموزان و کودکانی که مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند معمولاً افسرده و منزوی هستند و همکاری، مشارکت با دیگران، کمک کردن، آغازگر رابطه بودن، تقاضای کمک کردن، تعریف و تمجید از دیگران و قدردانی از دیگران مثال‌هایی از رفتارهای اجتماعی می‌باشند (الزیودی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). سطوح نامناسب مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان ابتدا منجر به تعامل‌های اندک و سپس منجر به طرد شدن توسط همسالان می‌شود. چنین افرادی در شروع و تداوم دوستی مشکل دارند و همین مشکل آنان علت احساس تنهایی، عزت نفس پایین و افسردگی است (ری و الیوت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). مهارت‌های اجتماعی شامل ابعاد همکاری<sup>۱۰</sup> (مهارت‌هایی نظیر اشتراک وسایل، پیروی از دستورالعمل‌ها و راهنمایی‌ها)، قاطعیت<sup>۱۱</sup> (مهارت‌های نظیر کسب اطلاع از دیگران، معرفی خود و پاسخ مناسب به رفتار دیگران) و خویش‌داری<sup>۱۲</sup> (مهارت‌هایی نظیر رفتار معقول در موقعیت‌های دشوار، رعایت نوبت و مصالحه) می‌باشند (ساوج و توکوناگا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۷). به‌طور خلاصه نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه معنادار بین مهارت‌های اجتماعی و سلامت معنوی می‌باشند (اسکندری، ۱۳۹۴؛ ضیغمی محمدی و تجویدی، ۱۳۹۰؛ کر، پوردلن، حیدری و قاسمی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۳). برای مثال اسکندری (۱۳۹۴) ضمن پژوهشی

1. Benade, Plessis & Koen
2. Spiritual Well-being
3. Lanfredi, Candini, Buizza, Ferrari & Boero
4. Kim, Hayward & Kang
5. Silva, Simoes, Espirito-Santo, Marques & Lemos
6. Social Skills
7. Nelson
8. Alzyoudi
9. Ray & Elliott
10. Cooperation
11. Assertiveness
12. Self-control
13. Savage & Tokunaga
14. Kor, Pordelan, Heydary & Ghasemi

درباره رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر به این نتیجه رسید که بین مهارت‌های اجتماعی و همه ابعاد آن با سلامت روان رابطه معناداری وجود داشت. ضیغمی محمدی و تجویدی (۱۳۹۰) ضمن پژوهشی با عنوان ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور (سال ۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که بین سلامت معنوی با ناامیدی رابطه منفی و معنادار و با مهارت اجتماعی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. همچنین کر و همکاران (۲۰۱۳) ضمن پژوهشی گزارش کردند که بین مهارت‌های اجتماعی و سلامت معنوی رابطه معنادار مستقیم وجود داشت. یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با سلامت معنوی، امیدواری<sup>۱</sup> است. در جنبش روانشناسی مثبت‌نگر توجه ویژه‌ای به امیدواری شده است. امیدواری به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌سازد تا با چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی خود را ببینند. افرادی که دچار رخداد‌های استرس‌زا شده‌اند با درجات متفاوتی از امیدواری در انتظار همه چیز حتی معجزه بوده و از آنجا که افراد به دنبال پیشگویی خودکام‌بخش هستند، مایلند تا در جهت پیش‌بینی‌های خود حرکت کنند (هالووی، بهولار و شات، ۲۰۱۷). امیدواری حالت انگیزشی مثبت و ذهنی مبتنی بر برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است که محصول تعامل فرد با محیط می‌باشد (لانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). امیدواری به عنوان یکی از منابع مقابله انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود و می‌تواند به‌عنوان یک عامل شفاف‌دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند نقش مهمی در سازگاری داشته باشد (لو و چو، ۲۰۱۶). به‌طور خلاصه نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه معنادار بین امیدواری و سلامت معنوی می‌باشند (دهباشی، سبزواری و تیرگری، ۱۳۹۳؛ عاشوری، ۱۳۹۳؛ عسگری، صفرزاده و مظاهری، ۱۳۹۲؛ رابو و راودین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ داگلیبی، کوپر و پنز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). برای مثال دهباشی و همکاران (۱۳۹۳) ضمن پژوهشی با عنوان بررسی سلامت معنوی و امید در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز شهر زاهدان در سال ۹۳ به این نتیجه رسیدند که بین سلامت معنوی و امید در بیماران همودیالیزی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. عسگری و همکاران (۱۳۹۲) ضمن پژوهشی درباره رابطه باورهای دینی و امید با سلامت معنوی به این نتیجه رسیدند که بین امید با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. همچنین رابو و راودین (۲۰۱۰) ضمن پژوهشی گزارش کردند که امید و سلامت معنوی با هم رابطه مستقیم معنادار داشتند.

از دیگر متغیرهای مرتبط با سلامت معنوی، می‌توان به هوش معنوی<sup>۵</sup> اشاره کرد. معنویت موجب معنی در زندگی انسان می‌شود، به‌گونه‌ای که فرد رفتارهای عقلانی و منطقی را جهت پیروی در زندگی استفاده می‌کند و ارتباطات وی با دیگران یک ارتباط انسانی و اعتقادی خواهد شد و نگرش مثبتی به خود و دیگران پیدا می‌کند (یوپادیای و یوپادیای<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶). هوش معنوی یکی از انواع هوش‌های چندگانه است که به‌طور مستقل می‌تواند رشد و توسعه یابد. هوش معنوی نیازمند شیوه‌های مختلف شناخت و وحدت زندگی درونی ذهن با زندگی در دنیای هستی است (یانگ و مائو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). هوش معنوی به‌معنای توانایی

1. Hope
2. Holloway, Bhullar & Schutte
3. Long
4. Lu & Cui
5. Rabow & Rawdin
6. Duggleby, Cooper & Penz
7. Spiritual Intelligence
8. Upadhyay & Upadhyay
9. Yang & Mao

عمل همراه با آگاهی و ترحم و در عین حال حفظ سلامت و آرامش درونی و بیرونی، صرف‌نظر از شرایط می‌باشد. در واقع هوش معنوی یک هوش ذاتی است و همانند هر هوش دیگر می‌تواند رشد کند (ریموس کانستانتین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). هوش معنوی لازمه سازگاری بهتر با محیط است و افرادی که از هوش معنوی بالاتری برخوردارند، تحمل آنان در مقابل فشارهای زندگی بیشتر است و توانایی بالاتری جهت سازگاری با محیط دارند (اسمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). به‌طور خلاصه نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه معنادار بین هوش معنوی و سلامت معنوی می‌باشند (حسین‌دخت، فتحی آشتیانی، تقی‌زاده، ۱۳۹۲؛ کینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). برای مثال حسین‌دخت و همکاران (۱۳۹۲) ضمن پژوهشی با عنوان رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی به این نتیجه رسیدند که بین هوش معنوی و بهزیستی معنوی رابطه معنادار مثبت وجود داشت. کینگ (۲۰۰۸) ضمن مطالعه‌ای گزارش کرد که هوش معنوی با سلامت معنوی رابطه معنادار دارد.

از یک سو پرستاران به علت‌های متفاوت دچار استرس می‌شوند و این استرس میزان سلامت آنها را کاهش می‌دهد (بنادی و همکاران، ۲۰۱۷) و از سوی دیگر بررسی سلامت معنوی به دلیل اینکه در اکثر ویژگی‌های روانشناختی نقش مهم و موثری دارد، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با اینکه پژوهش‌های نسبتاً زیادی درباره رابطه امید با سلامت معنوی انجام شده، اما پژوهش‌های اندکی درباره رابطه انواع مهارت‌های اجتماعی و هوش معنوی با سلامت معنوی انجام شده که در این پژوهش تلاش می‌شود به بررسی آنها پرداخته شود. در نتیجه این پژوهش با هدف بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی، امیدواری و هوش معنوی با سلامت معنوی پرستاران انجام شد.

### روش پژوهش

این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش همه پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶ بودند که تعداد آنها ۱۰۲۷ نفر بود. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۲۸۰ نفر برآورد شد که با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. در این روش نمونه‌گیری ابتدا فهرست بیمارستان‌های دولتی شهر ارومیه تهیه و سپس از هر بیمارستان به نسبت جمعیت پرستاران آن نمونه انتخاب شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات کاردانی، عدم مصرف داروهای روان‌گردان و عدم رخداد‌های تنش‌زا مثل طلاق، مرگ و غیره در شش ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل مصرف داروهای روانپزشکی، عدم تمایل به همکاری، عدم امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و دستیابی به پرسشنامه ناقص یا نامعتبر بود. نحوه اجرای پژوهش به این گونه بود که پس از هماهنگی با بیمارستان‌های دولتی شهر ارومیه، اجازه پژوهش و نامه همکاری با پژوهشگر گرفته شد و پس انتخاب اعضای نمونه و بیان هدف پژوهش، اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات و دریافت رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش، داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های زیر جمع‌آوری شدند.

پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی<sup>۴</sup>: این پرسشنامه توسط گرشام و الیوت<sup>۵</sup> (۱۹۹۰) طراحی شد که دارای ۳۰ گویه و ۳ بعد شامل همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری (هر بعد ۱۰ گویه) می‌باشد. گویه‌ها بر اساس مقیاس سه درجه‌ای لیکرت از یک تا سه نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنه نمرات هر بعد بین ۱۰ تا ۳۰

1. Remus Constantin
2. Smith
3. King
4. Social Skills Questionnaire
5. Gresham & Elliott

می‌باشد. نمره ابعاد از طریق مجموع نمره گویه‌های آن بعد به‌دست می‌آید و نمره بالاتر به معنای بیشتر داشتن آن ویژگی می‌باشد. گرشام و الیوت (۱۹۹۰) ضمن تایید روایی صوری و محتوایی ابزار، پایایی ابعاد را با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۶ گزارش کردند. همچنین شهیم (۱۳۸۴) ضمن تایید روایی ابزار با نظر متخصصان، پایایی ابعاد مذکور را با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ گزارش کرد.

پرسشنامه امیدواری<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط اسنایدر، هریس، اندرسون، هالیران، ایروینگ<sup>۲</sup> و همکارانش (۱۹۹۱) طراحی شد که دارای ۱۲ گویه می‌باشد. گویه‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ می‌باشد. نمره ابزار از طریق مجموع نمره گویه‌ها به‌دست می‌آید و نمره بالاتر به معنای امیدواری بیشتر می‌باشد. اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) پایایی ابزار را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین کرمانی، خدایانه و حیدری (۱۳۹۰) ضمن بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه امیدواری، روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تاییدی، تایید و پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش کردند.

پرسشنامه هوش معنوی<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط عبدالله‌زاده و همکاران (۱۳۸۸) طراحی شد که دارای ۲۹ گویه می‌باشد. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۲۹ تا ۱۴۵ می‌باشد. نمره ابزار از طریق مجموع نمره گویه‌ها به‌دست می‌آید و نمره بالاتر به معنای هوش معنوی بیشتر می‌باشد. عبدالله‌زاده و همکاران (۱۳۸۸) اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین علاوه بر روایی صوری که با نظر متخصصان تایید شد، همبستگی همه گویه‌ها بالای ۰/۳ بودند.

پرسشنامه سلامت معنوی<sup>۴</sup>: این پرسشنامه توسط پولوتزین و الیسون<sup>۵</sup> (۱۹۸۲) طراحی شد که دارای ۲۰ گویه می‌باشد. گویه‌ها بر اساس مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از یک تا شش نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. نمره ابزار از طریق مجموع نمره گویه‌ها به‌دست می‌آید و نمره بالاتر به معنای سلامت معنوی بیشتر می‌باشد. پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) روایی همگرا ابزار را با پرسشنامه سلامت مذهبی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین عسگری، روشنی و مهری آدریانی (۱۳۸۸) روایی همزمان ابزار را با پرسشنامه سلامت روان ۲۵ سوالی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند.

برای تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف متغیرها و در سطح استنباطی از روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل همزمان برای بررسی فرض‌های آماری استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۲۸۰ پرستار با میانگین سنی ۳۱/۲۷ سال شرکت داشتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنها به تفکیک جنسیت، تأهل و تحصیلات در جدول ۱ ارائه شد.

1. Hope Questionnaire
2. Snyder, Harris, Anderson, Holleran & Irving
3. Spiritual Intelligence Questionnaire
4. Spiritual Well-being Questionnaire
5. Paloutzian and Ellison

## جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران تفکیک جنسیت، تأهل و تحصیلات

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۲۹	۱۰/۳۶٪
	زن	۲۵۱	۸۹/۶۴٪
تأهل	مجرد	۱۶	۵/۷۱٪
	متأهل	۲۶۴	۹۴/۲۹٪
تحصیلات	کاردانی	۱۱	۳/۹۳٪
	کارشناسی	۲۴۲	۸۶/۴۳٪
	کارشناسی ارشد	۲۷	۹/۶۴٪

در جدول ۱ نتایج ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران به تفکیک جنسیت، تأهل و تحصیلات قابل مشاهده می‌باشد. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مهارت‌های اجتماعی، امیدواری، هوش معنوی و سلامت معنوی پرستاران در جدول ۲ ارائه شد.

## جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد، کمترین مقدار و بیشترین مقدار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
همکاری	۱۷/۳۴۸	۲/۱۲۰	۰	۱۰
قاطعیت	۱۱/۲۴۹	۱/۸۵۵	۰	۷
خویشتن‌داری	۱۹/۱۲۰	۲/۶۲۶	۰	۱۰
امیدواری	۳۱/۷۴۹	۴/۰۲۱	۱۸	۴۷
هوش معنوی	۹۳/۵۱۴	۱۲/۳۴۲	۴۳	۱۳۵
سلامت معنوی	۸۷/۰۳۲	۱۱/۸۴۶	۳۶	۱۱۹

در جدول ۲ نتایج شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، کمترین مقدار و بیشترین مقدار متغیرهای همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری، امیدواری، هوش معنوی و سلامت معنوی پرستاران قابل مشاهده می‌باشد. پیش از تحلیل داده‌ها با روش رگرسیون چندگانه، پیش فرض‌های آن بررسی شد که نتایج نشان داد که پیش فرض‌ها برقرار بودند. به عبارت دیگر نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن بود که فرض نرمال بودن برقرار است. نتایج مقدار عامل تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین در دامنه ۱/۰۰۰ تا ۲/۲۷۴ بود که از ۱۰ فاصله زیادی داشت، لذا فرض هم‌خطی چندگانه رد شد. همچنین مقدار آماره دوربین-واتسون برابر با ۲/۱۵۳ بود که از صفر و چهار فاصله داشت، لذا فرض همبستگی پسماندها نیز رد شد. برای بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی، امیدواری، هوش معنوی با سلامت معنوی پرستاران از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شد.

## جدول ۳. ضرایب همبستگی مهارت‌های اجتماعی، امیدواری، هوش معنوی با سلامت معنوی پرستاران

متغیرهای پیش‌بین / متغیر ملاک	سلامت معنوی	سطح معناداری
همکاری	۰/۲۶۳	۰/۰۰۱
قاطعیت	۰/۱۷۲	۰/۰۴۳
خوب‌شدن‌داری	۰/۲۹۰	۰/۰۰۱
امیدواری	۰/۳۲۵	۰/۰۰۱
هوش معنوی	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول ۳، همکاری ( $r=0/263$ )، قاطعیت ( $r=0/172$ )، خوب‌شدن‌داری ( $r=0/290$ )، امیدواری ( $r=0/325$ ) و هوش معنوی ( $r=0/472$ ) با سلامت معنوی پرستاران رابطه مثبت و معنادار داشتند ( $P>0/05$ ). به عبارت دیگر با افزایش همکاری، قاطعیت، خوب‌شدن‌داری، امیدواری و هوش معنوی، میزان سلامت معنوی پرستاران افزایش می‌یابد. برای بررسی سهم مهارت‌های اجتماعی، امیدواری و هوش معنوی در پیش‌بینی سلامت معنوی پرستاران از آزمون رگرسیون چندگانه با مدل همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شد.

## جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه با مدل همزمان برای پیش‌بینی سلامت معنوی پرستاران

متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>2</sup>	تغییر F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	معناداری
مهارت‌های اجتماعی، امیدواری و هوش معنوی	۰/۶۸۱	۰/۴۶۳	۴۱/۳۴۸	۵	۳۷۴	۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول ۴، متغیرهای مهارت‌های اجتماعی، امیدواری و هوش معنوی توانایی پیش‌بینی معنادار سلامت معنوی پرستاران را داشتند و متغیرهای مذکور توانستند به‌طور معناداری ۴۶/۳ درصد از تغییرات سلامت معنوی پرستاران را پیش‌بینی کنند ( $R^2=0/463$ ,  $P<0/001$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

پرستاران به دلیل دشواری‌های شغلی با استرس‌های زیادی مواجه هستند که این استرس‌ها میزان سلامت آنها را کاهش می‌دهد، لذا این پژوهش با هدف بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی، امیدواری و هوش معنوی با سلامت معنوی پرستاران انجام شد.

نتایج نشان داد که بین همکاری، قاطعیت و خوب‌شدن‌داری با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. نتیجه این پژوهش با نتیجه پژوهش‌های قبلی در این زمینه همسو بود (اسکندری، ۱۳۹۴؛ ضیغمی محمدی و تجویدی، ۱۳۹۰؛ کر و همکاران، ۲۰۱۳). برای مثال ضیغمی محمدی و تجویدی (۱۳۹۰) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین سلامت معنوی با مهارت اجتماعی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. همچنین کر و همکاران (۲۰۱۳) ضمن پژوهشی گزارش کردند که بین مهارت‌های اجتماعی و سلامت معنوی رابطه معنادار مستقیم وجود داشت. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر نلسون (۲۰۰۹) می‌توان گفت که مهارت‌های اجتماعی مجموعه‌ای پیچیده از مهارت‌ها هستند که برای سازگاری و کنار آمدن با موقعیت‌های فشارزا حیاتی بوده و روابط سالم و عملکرد کلی را بهبود می‌بخشد.

که این عوامل خود باعث بهبود سلامت می‌شود و با توجه به اینکه سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت می‌باشد، لذا با افزایش مهارت‌های اجتماعی، میزان سلامت معنوی نیز افزایش می‌یابد. تبیین دیگر اینکه مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان یک تکلیف برای افراد جامعه برای بهتر زیستن لازم می‌باشد. جامعه‌شناسان و روانشناسان در دهه‌های اخیر در بررسی اختلالات رفتاری و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیدند که بسیاری از اختلالات و آسیب‌ها در ناتوانی افراد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت و عدم احساس کنترل و کفایت شخصی جهت رویارویی با موقعیت‌های دشوار و عدم آگاهی برای حل مشکلات و مسائل اجتماعی به‌شيوه مناسب ریشه دارد. در نتیجه با توجه به تغییرات و پیچیدگی‌های روزافزون جوامع، برخورداری از مهارت‌های نقش مهمی در حل چالش‌ها دارد که در نهایت این عوامل باعث بهبود سلامت معنوی می‌شوند.

همچنین نتایج نشان داد که بین امیدواری با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. نتیجه این پژوهش با نتیجه پژوهش‌های قبلی در این همسو بود (دهباشی و همکاران، ۱۳۹۳؛ عاشوری، ۱۳۹۳؛ عسگری و همکاران، ۱۳۹۲؛ رابو و راودین، ۲۰۱۰؛ داگلی و همکاران، ۲۰۰۹). برای مثال عاشوری (۱۳۹۳) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که امید و سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار داشتند. همچنین رابو و راودین (۲۰۱۰) ضمن پژوهشی گزارش کردند که امید و سلامت معنوی با هم رابطه مستقیم معنادار داشتند. در تبیین این یافته بر مبنای نظر عاشوری (۱۳۹۳) می‌توان گفت امیدواری از خصوصیات مثبت انسان است که در آن پیامدهای مثبت به‌عنوان یک عامل درونی و ثابت در نظر گرفته می‌شود. زمانی که ادراک انسان با مفهوم مثبت همراه باشد، علاوه بر اینکه در امور روزمره یاری‌دهنده است در سازگاری با رخداد‌های تنش‌زا نیز به انسان کمک می‌کند. در نتیجه فرد امیدوار کمتر دچار اختلالات روانی شده و از سلامت بیشتری برخوردار است. تبیین دیگر اینکه امیدواری با قدرت بیکران به فرد این اطمینان را می‌دهد که نیروی قوی او را حمایت می‌کند و این افراد با تکیه بر امید خود کمتر دچار استرس می‌شوند. در نتیجه انتظار این افراد از آینده مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تر می‌شود و این امر باعث افزایش سلامت می‌شوند. دیگر نتایج نشان داد که بین هوش معنوی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. نتیجه این پژوهش با نتیجه پژوهش‌های قبلی در این زمینه همسو بود (حسین‌دخت و همکاران، ۱۳۹۲؛ کینگ، ۲۰۰۸). برای مثال حسین‌دخت و همکاران (۱۳۹۲) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین هوش معنوی و بهزیستی معنوی رابطه معنادار مثبت وجود داشت. کینگ (۲۰۰۸) ضمن مطالعه‌ای گزارش کرد که هوش معنوی با سلامت معنوی رابطه معنادار دارد. در تبیین این یافته بر مبنای نظر زوهار و مارشال<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) می‌توان گفت هوش معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است که منجر به هدفدار شدن و معنادار شدن زندگی می‌شود. افرادی که رویدادهای زندگی را معنادار درک می‌کنند، راحت‌تر با رویدادهای منفی کنار می‌آیند، رویدادهای منفی و چالش‌های زندگی را امتحان‌های الهی بدانند و به آنها معنای اخروی (نه دنیوی) می‌دهند و یک نیروی ماورایی را ناظر بر اعمال و رفتار خود می‌دانند که این امر باعث می‌شود در مواجهه با آنها استرس بسیار پایینی داشته باشند. در نتیجه این عوامل سبب می‌شوند که با افزایش هوش معنوی، سلامت معنوی افزایش یابد.

علاوه بر آن نتایج نشان داد که مهارت‌های اجتماعی، امیدواری و هوش معنوی توانایی پیش‌بینی معنادار سلامت معنوی پرستاران را داشتند. در نتیجه در یک مدلی که متغیرهای مذکور برای پیش‌بینی سلامت معنوی پرستاران وارد معادله رگرسیون شوند، توانایی پیش‌بینی معنادار سلامت معنوی را دارند و می‌توانند ۴۶/۳ درصد از تغییرات سلامت معنوی پرستاران را پیش‌بینی کنند. بنابراین مسئولان و برنامه‌ریزان



پرستاران مشغول در بیمارستان‌ها باید به نشانه‌های مهارت‌های اجتماعی، امیدواری و هوش معنوی توجه کرده و بر اساس آنها برنامه‌هایی را برای بهبود سلامت معنوی پرستاران طراحی کنند. علاوه بر آن، آنان می‌توانند اقدام به تربیت متخصصانی برای آموزش برنامه‌های خود در قالب کارگاه‌های آموزش بپردازند. بدون شک متخصصان آموزش دیده در مقایسه با متخصصانی که آموزش‌های لازم را ندیده‌اند نقش بسیار موثرتری در بهبود سلامت معنوی پرستاران خواهند داشت. همچنین مشاوران برای بهبود سلامت معنوی پرستاران می‌توانند میزان میزان همکاری، خویشتن‌داری، امیدواری و هوش معنوی را در پرستاران افزایش دهند.

نخستین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از ابزارهای خودگزارش‌ده برای جمع‌آوری داده‌ها و حجم نمونه نسبتاً پایین بود. زیرا ممکن است افرادی تلاش کنند در ابزارهای خودگزارش‌ده به‌طور ارادی یا غیرارادی خود را بهتر یا بدتر از آنچه که واقعاً هستند نشان دهند و حجم نمونه پایین تدوین برنامه‌های کاربردی برای همه پرستاران را با دشواری مواجه می‌سازد. محدودیت دیگر ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر مثل انگیزه و رغبت بالای برخی پرستاران در تکمیل کردن پرسشنامه‌ها و انگیزه و رغبت پایین برخی دیگر از پرستاران بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای تدوین برنامه‌های کاربردی برای گروه بزرگی از پرستاران اقدام به انجام پژوهش بر روی تعداد زیادی از پرستاران کنند. همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها می‌توان از مصاحبه ساختاریافته یا نیمه‌ساختاریافته استفاده کرد. همچنین انجام این پژوهش در پرستاران سایر شهرها و حتی سایر گروه‌ها مثلاً پزشکان، معلمان، مدیران و غیره و مقایسه نتایج آن با نتیجه این پژوهش می‌تواند نتایج مفیدی در پی داشته باشد.

### منابع

- اسکندری، مهرانگیز. (۱۳۹۴). رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر متوسطه شهرستان همدان. کنفرانس ملی روانشناسی علوم تربیتی و اجتماعی، مازندران: موسسه علمی تحقیقاتی کومه علم آوران دانش، ۱۴۹-۱۵۶.
- حسین‌دخت، آرزو؛ فتحی‌آشتیانی، علی و تقی‌زاده، محمداحسان. (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. مجله روانشناسی و دین، ۶(۲): ۷۴-۵۷.
- دهباشی، فاطمه؛ سبزواری، سکینه و تیرگری، بتول. (۱۳۹۳). بررسی سلامت معنوی و امید در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز شهر زاهدان در سال ۹۳. فصلنامه اخلاق پزشکی، ۸(۴): ۷۷-۹۷.
- شهیم، سیما. (۱۳۸۴). هنجاریابی مقیاس روش درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی برای کودکان پیش‌دبستانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۱(۲): ۱۷۶-۱۸۶.
- ضیغمی محمدی، شراره و تجویدی، منصوره. (۱۳۹۰). ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور (سال ۱۳۸۹). مجله مراقبت‌های نوین، ۸(۳): ۱۱۶-۱۲۴.
- عاشوری، جمال. (۱۳۹۳). رابطه امید، شادکامی و جهت‌گیری مذهبی با سلامت معنوی مریبان قرآن. دوفصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن کریم، ۵(۱): ۹۱-۱۰۲.
- عبدالله‌زاده، حسن؛ باقرپور، معصومه؛ بوژمهرانی، سمانه و لطفی، محدثه. (۱۳۸۸). هوش معنوی (مفاهیم، سنجش و کاربردهای آن). تهران: انتشارات روانسنجی.
- عسگری، پرویز؛ روشنی، خدیجه و مهری‌آدریانی، مریم. (۱۳۸۸). رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. مجله روانشناسی اجتماعی (یافته‌های نو در روانشناسی)، ۴(۱): ۲۷-۳۹.
- عسگری، پرویز؛ صفرزاده، سحر و مظاهری، محمدمهدی. (۱۳۹۲). رابطه باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی. فصلنامه مطالعات میان‌فرهنگی، ۷(۳): ۱۳۵-۱۵۷.

کرمانی، زهرا؛ خداپناهی، محمدکریم و حیدری، محمود. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۵(۳): ۷-۲۳.

- Alzyoudi, M. (2010). Differences in self-concept among student with and without learning disabilities in al karak district in Jorrdan. *International Journal of Special Education*, 25(2): 21-40.
- Benade, P., Plessis, E. D., & Koen, M. P. (2017). Exploring resilience in nurses caring for older persons. *Health SA Gesondheid*, 22: 138-149.
- Duggleby, W., Cooper, D., & Penz, K. (2009). Hope, self-efficacy, spiritual well-being and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11): 2376-2385.
- Gresham, F., & Elliott, S. N. (1990). *Social skills rating system*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Holloway, K., Bhullar, N., & Schutte, N. S. (2017). A latent profile analysis of dispositional hope and defense styles. *Personality and Individual Differences*, 114: 151-154.
- Kim, S., Hayward, R. D., & Kang, Y. (2013). Psychological, physical, social, and spiritual well-being similarities between Korean older adults and family caregivers. *Geriatric Nursing*, 34(1): 35-40.
- King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: a definition, model & measure*. Unpublished master's thesis. Trent University.
- Kor, A. N., Pordelan, N., Heydari, H., & Ghasemi, H. (2013). Relationship between spiritual health and social skills with adolescents identity styles. *Technical Journal of Engineering and Applied Sciences*, 3(15): 1635-1639.
- Lanfredi, M., Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Boero, M. E., & et al. (2014). The effect of service satisfaction and spiritual well-being on the quality of life of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 216(2): 185-191.
- Long, M. D. (2015). Infertility in inflammatory Bowel diseases: a cause for hope? *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 13(9): 1647-1649.
- Lu, W., & Cui, M. (2016). Research progress at hope level in patients with chronic non-malignant diseases. *Chinese Nursing Research*, 3(4): 147-150.
- Nelson, L. E. (2009). *An observational study of social skills learning within third, fourth and fifth grade*. Theses of Education, Indiana University of Pennsylvania.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W., (1982). Spiritual well-being scale. In P. C. Hill & R. W. Hood (Eds.), *Measures of religiosity* (p. 382-385). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Rabow, M., & Rawdin, B. (2010). Losing hope: the relationship between hope and pain, depression, and spiritual well-being among Ambulatory cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(2): 384-385.
- Ray, C. E., Elliott, S. N. (2006). Social adjustment and academic achievement: a predictive model for students with diverse academic and behavior competencies. *School Psychology Review*, 35(3): 493-501.
- Remus Constantin, B. (2013). The imperative of addressing the contemporary crisis of economics with spiritual intelligence. *Procedia Economics and Finance*, 6: 19-24.
- Savage, M. W., & Tokunaga, R. S. (2017). Moving toward a theory: testing an integrated model of cyberbullying perpetration, aggression, social skills, and internet self-efficacy. *Computers in Human Behavior*, 71: 353-361.
- Silva, E., Simoes, S., Espirito-Santo, H., Marques, M., & Lemos, L. (2016). Mindfulness, self-compassion and spiritual well-being in chronic depression. *European Psychiatry*, 23: 415-425.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S.A., Irving, S.A., & et al. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality Social Psychology*, 60(4): 570-585.
- Smith, S. (2004). Exploring the interaction of emotional intelligence and spirituality. *Traumatology*, 10(4): 231-243.

- Um, M., & Kim, D. H. (2015). The influence of adolescent physical abuse on school adjustment in South Korea: The mediating effects of perceived parenting types. *Children and Youth Services Review*, 59: 89-96.
- Yang, K., & Mao, X. (2007). A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6): 999-1010.
- Zohar, D., & Marshall, I. (2000) *Spiritual Intelligence, the ultimate intelligence*. London: Bloomsburg.

