

ارتباط بین هوش معنوی، سخت رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران

فاطمه اکبری زاده^{۱*}؛ فربرز باقری^۲؛ حمیدرضا حاتمی^۳؛ عبدالله حاجیوندی^۴

چکیده

زمینه: یکی از مشاغل پرتنشی که بر سلامت عمومی افراد تأثیر می‌گذارد حرفه پرستاری است. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین هوش معنوی، سخت رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر بوشهر در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

روش‌ها: واحدهای پژوهش در این تحقیق توصیفی-مقطعی، تعداد ۱۲۵ نفر از کارشناسان پرستاری شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان بودند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های هوش معنوی، سخت رویی و سلامت عمومی و مشخصات جمعیت‌شناختی جمع‌آوری شده و با روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، آزمون *t-test*، تجزیه و تحلیل واریانس یک‌طرفه و توکی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین هوش معنوی و سخت رویی ($P < /0.05$)، هوش معنوی و سلامت عمومی ($p < /0.05$) و سخت رویی و سلامت عمومی ($P < /0.01$) رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. از بین مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، بخش محل کار، وضعیت تأهل، سال‌های خدمت در شغل پرستاری و نوع مدرک تحصیلی)، تنها بخش محل کار با مؤلفه سوم هوش معنوی یعنی شکیبایی، رابطه معنادار و مثبتی داشت ($P < /0.05$).

نتیجه‌گیری: ارتقاء هوش معنوی و تقویت ویژگی شخصیتی سخت رویی می‌تواند به افزایش سلامت عمومی پرستاران کمک کند. کلیدواژه‌ها: هوش معنوی، سخت رویی، سلامت عمومی، پرستاران

پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۲۲

«دریافت: ۱۳۹۰/۱/۲۰»

۱. واحد سلامت روانی اجتماعی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران

۳. گروه روانشناسی، دانشگاه امام حسین (ع) تهران

۳. گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

* عهده‌دار مکاتبات: بوشهر، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، معاونت بهداشتی، واحد سلامت روان، کدپستی: ۷۵۱۴۶-۳۳۳۴۱، تلفن: ۰۷۷۱۲۵۳۰۷۴۱-۴۵

Email: fakbari1@yahoo.com

نمابر: ۰۷۷۱-۲۵۲۶۷۴۱

مقدمه

انسانی تا حدی ضعیف و حمایت‌های اجتماعی کم‌رنگ شده، مناسبات صحیح انسانی به مخاطره افتاده و از طرفی افراد را مجبور ساخته که برای گذران زندگی به تلاش بی‌وقفه دست زده و در عین حال از بسیاری خواسته‌ها و نیازهای فطری و انسانی خود صرف‌نظر نمایند، شرایط آسیب‌زایی را برای سلامت روانی و بهزیستی افراد از جمله پرستاران فراهم ساخته است (۲). پرستاری، حرفه‌ای است که با سلامتی مردم ارتباطی تنگاتنگ دارد و به‌وسیله جنبه‌هایی از مراقبت‌های پرستاری بالینی

تحقیقات متعدد همواره در پی این بوده‌اند که عواملی را کشف کنند که بتواند در شرایط آسیب‌زا به کمک انسان آمده و مانع از آسیب‌دیدگی و اضمحلال وی زیر فشار سنگین مسایل و مشکلات گردند (۱). در زندگی امروزی بیش از هر زمان دیگری شاهد تجارب استرس‌زایی هستیم که بهداشت روان افراد را به مخاطره انداخته و باعث بروز ناراحتی‌های روانی در انسان می‌گردند. زندگی در جهان صنعتی که در آن روابط

جمله پرستاری بسنجند. به‌عنوان مثال والکر مارشا (۲۰۰۴) با انجام تحقیقی بر روی پرستاران نشان داد که استفاده از تکنیک تماس قلبی (heart touch) (یک تمرکز درونی کوتاه‌مدت) می‌تواند بر روی سخت‌رویی، هوش معنوی و دریافت استرس تأثیر بگذارد. یافته‌های او نشان داد تکنیک تماس قلبی، فوایدی معنوی، عاطفی و روانی در کار و زندگی خانوادگی پرستاران دارد که شامل کاهش استرس و افزایش کنترل و ارتباطات معنادار با دیگران و یک نیروی بالاتراست و با سخت‌رویی (Hardiness) ارتباط معنادار و مثبتی دارد (۱۳). واژه سخت‌رویی را سوزان اولت (کوباسا) و سالواتورمدی ابداع کردند (۱۴). آن‌ها و دیگر محققین از جمله هریسون (Harrison) (۱۵)، وگت (Vogt) و همکاران (۱۶) و لمبرت (lambert) (۳) نشان دادند افرادی که از سخت‌رویی بالایی برخوردارند در شرایط پراسترس بیمار نمی‌شوند. افراد سخت‌رو عمیقاً درگیر فعالیت‌های زندگی هستند و بر پیچیدگی‌های زندگی چیره می‌شوند. آن‌ها معتقدند زندگی‌شان هدفمند است، تماشاگر منفعلی نیستند و برای معنادار کردن زندگی خود مسئولیت می‌پذیرند. افراد متعهد، رویدادهای زندگی را به‌عنوان تجارب معنادار تعبیر می‌کنند و معتقدند که همه فعالیت‌های زندگی آن‌ها یک هدف کلی دارد (۱۷). هرچند که حدود دو دهه از انتشار نتیجه تحقیقات گوناگون در زمینه هوش معنوی در سایر کشورها می‌گذرد اما متأسفانه در ایران تاکنون نتیجه تحقیقی در این زمینه به چاپ نرسیده است. بنابراین محققین تصمیم گرفتند با توجه به موضوعات مطرح‌شده، رابطه بین هوش معنوی، سخت‌رویی و سلامت عمومی پرستاران را بسنجند. این تحقیق برای اولین بار در ایران صورت گرفته است و می‌تواند زمینه‌ای برای پژوهش‌های بیشتر در این حوزه باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی توصیفی است که با اهداف اصلی تعیین رابطه بین هوش معنوی، ویژگی

مشمول بر ارتباطات انسانی بین افراد و گروه‌ها مشخص می‌گردد (۳). این گروه از شاغلین جامعه، روزانه در محیط کار با استرسورهای متعددی همچون کار بیش از حد توان، تعارضات فردی، کار شیفی، سر و کار داشتن با مرگ و میر، فقدان حمایت روانی، تضاد با پزشکان و ابهام در میزان اختیارات روبه‌رو می‌شوند. این عوامل می‌تواند بر سلامتی مراقبین سلامتی تأثیر بگذارد (۴). سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را نه تنها نبود بیماری، بلکه تلفیق و هماهنگی بهزیستی بین عوامل فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و معنوی (bio psycho social spiritual) تعریف می‌کند (۵). گزارش‌ها از گسترش علاقه به معنویت حکایت دارد. به‌عنوان نمونه، کاترویکس (Kantrovics) و همکارانش در سال ۱۹۹۴ گزارش کردند ۵۸ درصد از آمریکایی‌ها به دنبال رشد معنوی هستند (۲). واژه معنویت را پیدمونت (piedmont) به‌عنوان هسته درونی خود معرفی می‌کند که می‌تواند آرامش را به‌خصوص در شرایط استرس‌زا به انسان هدیه کرده و او را به یک نیروی برتر در این جهان هستی متصل کند (۶). پژوهشگران مختلفی از جمله دنیس (Denise) (۷)، والت (Walt) (۸)، مک‌وان (McEwen) (۹)، ونگ (Wong) (۱۰) و یانگ (Yang) (۱۱) نشان دادند افرادی که گرایش‌های معنوی دارند هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیتی که درون آن هستند، می‌دهند، موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و از سلامتی بهتری برخوردارند. در سال ۱۹۹۹ امونز (Emmons) با مشاهده در رفتارها و حالات افراد معنوی از جمله مادرترزا و گاندی، سازه‌های معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب کرده و واژه هوش معنوی (Spiritual intelligence) را به وجود آورد. از نظر او هوش معنوی عبارت است از ظرفیت انسان برای پرسیدن سؤالات نهایی درباره معنای زندگی و ارتباط یکپارچه بین ما و دنیایی که در آن زندگی می‌کنیم (۱۲). پس از آن، محققین سعی کردند ارتباط آن را با متغیرهایی همچون سخت‌رویی در حوزه شغلی مختلف از

دیدگاه‌های شخصی (سخت‌رویی) شامل ۵۰ آیت‌م است. هر خرده تست از یک مقیاس ۴ امتیازی (از ۱ صحیح نیست تا ۴ کاملاً صحیح است) تشکیل شده است. نمره‌ها روی سه سطح تعهد (۱۶-مورد)، کنترل (۱۷-مورد) و چالش (۱۷-مورد) محاسبه می‌گردد (۱۹). این پرسشنامه در ایران توسط قربانی (۱۳۷۳) ترجمه، روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده و در موارد لازم، اصلاحات به عمل آمده است. مطالعه قربانی نشان داد که ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۷۰، ۰/۰۵۲ و ۰/۰۵۲ است و این ضریب برای کل صفت سخت‌رویی ۰/۷۵ محاسبه شده است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت شکل گرفته که دامنه‌ای از ۰ (اصلاً درست نیست) تا ۳ (کاملاً درست است) دارد. نمرات ۳۹ ماده آن به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شود و برای هر یک از ۳ خرده مقیاس، نمره جداگانه ارائه می‌گردد و میانگین غیروزی این سه مقیاس به عنوان نمره کل سخت‌رویی محسوب می‌شود (۲۰). پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) را گلدبرگ (Goldberg) و هیلیر (Hiller) معرفی نمودند و به‌طور گسترده‌ای در بررسی‌های زمینه‌یابی در بسیاری از کشورها به کار برده شده است. سؤالات این پرسشنامه نیز چهارگزینه‌ای است و دارای چهار مقیاس فرعی به شرح ذیل می‌باشد که هر مقیاس دارای هفت پرسش است: الف) علائم بدنی، ب) علائم اضطرابی، ج) اختلال در کارکرد اجتماعی و د) علائم افسردگی. این پرسشنامه به روش لیکرت نمره‌گذاری شده است. به گزینه‌های الف تا د، به ترتیب نمره صفر تا سه داده می‌شود. در این آزمون برای هر فرد، ۵ نمره به دست می‌آید که چهار نمره مربوط به خرده‌مقیاس‌ها و یک نمره مربوط به کل آزمون است. در این تحقیق تنها نمره کل سلامت عمومی در نظر گرفته شد. ضریب پایایی این پرسشنامه توسط پالاهاگ و همکاران، ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۱). پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی محقق ساخته بود که متغیرهایی همچون جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و سال‌های خدمت در شغل پرستاری را می‌سنجید.

سخت‌رویی و سلامت عمومی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دولتی شهر بوشهر تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه از جدول مورگان و برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش گزینش تصادفی - طبقه‌ای بهره گرفته شد. مورگان (۱۹۷۹) در جدولی حجم نمونه چنین جامعه‌ای (۱۷۹ نفر) را ۱۱۸ نفر برآورد کرده است. ولی برای کاهش خطای نمونه‌گیری، حجم نمونه به ۱۳۵ نفر افزایش یافت. برای انتخاب آزمودنی‌ها جنسیت و بخش محل کار به عنوان طبقه، داشتن مدرک کارشناسی و بالاتر در رشته پرستاری به عنوان معیار ورود و مبادرت به کاری غیر از مراقبت از بیمار (به عنوان مثال منشی یا مسئول تکمیل پرونده‌ها) به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. سپس با تهیه فهرست پرستاران به تفکیک جنسیت و بخش محل کار آزمودنی‌ها به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. با مراجعه در شیفت‌های کاری صبح، بعد از اطمینان دادن به آزمودنی‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعاتشان، از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه‌های موردنظر را با دقت تکمیل نمایند. نهایتاً بعد از جمع‌آوری و کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص، داده‌های ۱۲۵ پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 تجزیه و تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های هوش معنوی، سخت‌رویی، سلامت عمومی و مشخصات جمعیت‌شناختی استفاده گردید. پرسشنامه هوش معنوی حاوی ۹۷ سؤال است و در سال ۱۳۸۷ توسط اسماعیل ناصری بر روی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی هنجاریابی شده است (۱۸). این پرسشنامه، چهار مؤلفه خودآگاهی متعالی، تجربیات معنوی، شکیبایی و بخشش را می‌سنجد. نمره‌گذاری به روش لیکرت و با استفاده از الگوی ۴-۱ (۴) تقریباً همیشه تا ۱ اصلاً) می‌باشد. در این پرسشنامه، ۷ سؤال نیز به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. اعتبار و روایی سؤالات این پرسشنامه بر اساس ضریب کرونباخ، ۰/۹۵ برآورد شده است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. پرسشنامه زمینه‌یابی

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه $32/58 \pm 7/35$ می‌باشد. ۲۸ نفر از شرکت‌کنندگان، مرد ($22/4\%$) و ۹۷ نفر آن‌ها زن ($77/6\%$) بودند. ۷۲ نفر متأهل ($69/8\%$) و ۳۷ نفر ($29/6\%$) مجرد بودند. مدرک تحصیلی شرکت‌کنندگان، به ترتیب عبارت بود از ۱۲۴ نفر لیسانس ($99/2\%$) و یک نفر فوق‌لیسانس ($0/8\%$). همچنین بیشتر شرکت‌کنندگان مربوط به بخش اورژانس بزرگسالان با ۲۱ نفر ($16/2\%$) و کم‌ترین مربوط به دفتر پرستاری و سایر بخش‌ها هر کدام با ۵ نفر ($3/8\%$) بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی خطی نشان داد که بین هوش معنوی و سخت‌رویی، رابطه خطی معنادار و مستقیم وجود دارد ($P < 0/005$). از بین ۴ مؤلفه هوش معنوی، سه مؤلفه آن یعنی خودآگاهی متعالی ($P < 0/005$)، تجربیات معنوی ($P < 0/005$) و شکیبایی ($P < 0/005$) با سخت‌رویی رابطه معنادار و مستقیم داشتند و تنها عامل چهارم یعنی بخشش با سخت‌رویی رابطه معنادار ندارد ($P < 0/005$) (جدول ۱). بین هوش معنوی و نمره کل سلامت عمومی ($P < 0/005$) و مؤلفه‌های هوش معنوی و سلامت عمومی یعنی خودآگاهی متعالی ($P < 0/005$)، تجربیات معنوی ($P < 0/005$)، شکیبایی ($P < 0/005$) و بخشش ($P < 0/005$) رابطه معنادار و مثبت است (جدول ۱). یافته‌ها همچنین نشان داد بین سخت‌رویی و سلامت عمومی پرستاران نیز رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد ($P < 0/001$) (جدول ۲). آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد از بین مشخصات جمعیت‌شناختی تنها بخش محل کار با یکی از مؤلفه‌های هوش معنوی یعنی شکیبایی ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0/005$ و $f = 2/943$) (جدول ۳). انجام آزمون تعقیبی توکی نشان داد این معناداری مربوط به بخش‌های اورژانس بزرگسالان و کودکان می‌باشد ($P < 0/005$) (جدول ۴). انجام آزمون t گروه‌های مستقل نشان داد که سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی از قبیل سن، جنس، تأهل و سابقه شغل پرستاری با دیگر مؤلفه‌های

هوش معنوی، سخت‌رویی و سلامت عمومی رابطه معناداری ندارند.

جدول ۱- ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های هوش معنوی با سخت‌رویی و سلامت عمومی (تعداد=۱۲۵)

هوش معنوی	سخت‌رویی		سلامت عمومی	
	r	p	r	P*
خودآگاهی متعالی	۰/۱۹۳	۰/۰۰۳	۰/۲۹۸	۰/۰۰۱
تجربیات معنوی	۰/۲۰۳	۰/۰۲۳	۰/۱۹۳	۰/۰۰۳
شکیبایی	۰/۳۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	۰/۰۰۱
بخشش	۰/۰۴۸	۰/۰۹۲	۰/۲۰۱	۰/۰۰۴
کل	۰/۲۴۶	۰/۰۰۶	۰/۲۵۱	۰/۰۰۵

* سطح معناداری برابر با $P < 0/005$ می‌باشد

جدول ۲- ارتباط بین سخت‌رویی و مؤلفه‌های آن با سلامت عمومی (تعداد=۱۲۵)

مؤلفه‌های سخت‌رویی	r	P*
چالش	۰/۲۷۸	۰/۰۰۱
تعهد	۰/۳۳۷	۰/۰۰۰
کنترل	۰/۳۱۵	۰/۰۰۲
کل	۰/۳۵۶	۰/۰۰۰

* سطح معناداری برابر با $P < 0/005$ می‌باشد.

جدول ۳- انجام تحلیل واریانس یک‌طرفه بین بخش محل کار و هوش معنوی، مؤلفه‌های آن (تعداد=۱۲۵)

متغیر	میانگین	SD	P
خودآگاهی متعالی	۱۷۸/۹۸	۱۶/۰۵۲	۰/۱۶۱
تجربیات معنوی	۵۴/۳۱	۷/۶۷۶	۰/۱۹۲
شکیبایی	۴۱/۱۸	۴/۶۳۶	*۰/۰۰۳
بخشش	۲۰/۰۷	۳/۲۸۸	۰/۳۵۰
نمره کل هوش معنوی	۲۹۴/۵۵	۲۵/۲۷۰	۰/۱۱۳

* سطح معناداری برابر با $P < 0/005$ می‌باشد.

جدول ۴- انجام آزمون توکی بین مؤلفه سوم هوش معنوی (شکیبایی) و بخش محل کار

سایر	اتاق عمل و زایشگاه	اعصاب و روان	NICU	CCU	تلاسمی و دیالیز	داخلی	ICU	اورژانس اطفال	اورژانس بزرگسالان	
۰/۹۲۷	۱/۰۰۰	۰/۸۶۶	۰/۹۷۶	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۰/۹۹۹	۱/۰۰۰	۰/۴۵۷	۱/۰۰۰	دفتر پرستاری
۰/۷۷۴	۱/۰۰۰	۰/۵۲۸	۰/۸۷۴	۱/۰۰۰	۰/۹۹۶	۰/۹۹۳	۰/۹۹۹	*۰/۰۳۲		اورژانس بزرگسالان
۱/۰۰۰	۰/۱۶۲	۱/۰۰۰	۰/۹۹۸	۰/۱۲۴	*۰/۰۱۳	*۰/۰۳۲	۰/۱۳۳	-	-	اورژانس اطفال
۰/۹۴۲	۱/۰۰۰	۰/۸۳۹	۰/۹۸۸	۱/۰۰۰	۰/۸۵۶	۰/۸۵۷	-	-	-	ICU
۰/۴۱۶	۰/۹۷۴	۰/۲۶۶	۰/۵۴۹	۰/۹۹۶	۱/۰۰۰	-	-	-	-	داخلی
۰/۳۹۲	۰/۹۷۸	۰/۳۲۱	۰/۵۳۶	۰/۹۹۸	-	-	-	-	-	تلاسمی و دیالیز
۰/۸۳۰	۱/۰۰۰	۰/۶۷۹	۰/۹۲۹	-	-	-	-	-	-	CCU
۱/۰۰۰	۰/۹۷۱	۱/۰۰۰	-	-	-	-	-	-	-	NICU
۱/۰۰۰	۰/۷۸۳	-	-	-	-	-	-	-	-	اعصاب و روان
۰/۹۰۳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اتاق عمل و زایشگاه

* سطح معناداری برابر با $P < 0/005$ می باشد.

بحث

بعدی (اخروی) که در آن این گونه دشواری‌ها وجود ندارد، امیدوار و خوشبین باشند (۲۲). شاید این موضوع به این دلیل باشد که احساس اشخاص از پدیده‌های ماوراء طبیعی می‌تواند حمایت روانشناختی فراهم کند و ممکن است یک حمایت معنوی نیز به همراه داشته باشد که نمی‌تواند به لحاظ پدیدارشناختی اندازه‌گیری شود. به دلیل ماهیت متعالی تجربه‌های معنوی، افراد دارای باورهای معنوی به‌طور مداوم در ارتباط با درکی از تجربه‌های زندگی خود هستند که شامل مداخلات معنوی و الهی است و این مداخلات می‌توانند رویدادهای زندگی و افکار و رفتار انسان را تغییر دهند و به نحو سودمندی به چگونگی مقابله شخص با رویدادهای نامطلوب تأثیر بگذارند. همچنین هنگامی که فرد برای مقابله با فشار زندگی نیاز به کمک مشاور دارد، حوزه معنوی می‌تواند به فرد کمک کند تا در موقعیت‌های استرس‌زا معنا و مفهومی بیابد و این مقابله را می‌توان به‌عنوان تلاشی در جهت پیدا کردن معنا در موقعیت‌های استرس‌زا توصیف کرد (۲۳). نتایج نشان می‌دهد که افراد

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین هوش معنوی، مؤلفه‌های آن و سخت‌رویی، رابطه خطی و معناداری وجود دارد. از ۴ مؤلفه هوش معنوی، آگاهی متعالی، تجربیات معنوی و شکیبایی با سخت‌رویی رابطه معناداری داشتند و عامل بخشش با سخت‌رویی رابطه معناداری نداشت. این نتیجه با تحقیق والکر (۱۳) همسو بود. به نظر می‌رسد پرستارانی که مؤلفه‌های هوش معنوی را در طول روز به کار می‌گیرند می‌توانند افکار و احساسات خود را کنترل کرده و بر تنش‌های خود فایز شوند. نتایج همچنین نشان می‌دهد نمرات هوش معنوی بانمرات سخت‌رویی رابطه معناداری دارد. پرستاران با ویژگی سخت‌رویی، داشتن معنا و هدف در زندگی و نظام باورها و اعتقادات را از ملزومات کار خود می‌دانند که مشابه با بعضی از مشخصات هوش معنوی است. سامانه باورهای معنوی و دینی به برخی افراد امکان می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهد معنا دهند و به یک زندگی

مشکلات و مصائب است. افرادی که از این صفت بی‌بهره‌اند در رفتاری‌ها بسیار زود از پا در می‌آیند. افراد دارای شکیبایی در مواجهه با استرس در طول زندگی، کنترل خود را از دست نمی‌دهند و در صورت امکان به روش سازگارانه‌ای به حل مسایل مربوط به آن موقعیت استرس‌زا می‌پردازند. با توجه به بحرانی بودن وضعیت بیماران در بخش‌های ذکرشده، پرستارانی که در این بخش‌ها کار می‌کنند نسبت به سایر بخش‌ها بایستی از شکیبایی بیشتری برخوردار باشند.

نتیجه‌گیری

هوش معنوی با سخت‌رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران رابطه معناداری دارد. با توجه به این که سلامت روحی و روانی پرستاران با کیفیت عملکرد آن‌ها در مراقبت از بیماران در ارتباط است، وجود محیط‌های کاری سالم و برخوردار از بهداشت روانی در کلیه سازمان‌ها از جمله بیمارستان‌ها که خود وظیفه سلامتی مردم را به‌عهده دارند بسیار ضروری است. در صورتی که پرستاران از هوش معنوی و سخت‌رویی بالایی برخوردار باشند، ممکن است محیط کار باعث برآوردن نیازهای آنان شده و سلامتی روحی و روانی خود و بیمارانشان تأمین شود. پیشنهاد می‌شود با توجه به فرهنگ ایرانی اسلامی و پذیرش موضوع‌های معنوی در ایران، موضوع تحقیق، به‌خصوص هوش معنوی در سطح گسترده‌تری اجرا گردد تا قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این تحقیق بر خود لازم می‌دانند از مدیر دفتر پرستاری، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، مسئول دفتر پرستاری بیمارستان‌های دولتی بوشهر و تمامی پرستارانی که در انجام این پژوهش ما را صمیمانه یاری کردند، تشکر و قدردانی به‌عمل آورند.

سخت‌رو همانند افرادی که هوش معنوی را جستجو می‌کنند، از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند. افراد سخت‌رو با توجه به این که تجربه‌های زندگی را سرشار از معنا می‌دانند و برخورد با آن‌ها را آموزنده تلقی می‌کنند نسبت به رویدادهای زندگی، احساس کنترل بیشتری می‌کنند و در برابر تنش‌ها مقاومت بیشتری دارند. این نتیجه با نتیجه سایر تحقیقات مشابه بود (۱۵). همچنین یافته‌های فرعی تحقیق نشان دادند بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با سخت‌رویی و سلامت عمومی و هوش معنوی رابطه معناداری وجود ندارد. این نتیجه با نتیجه تحقیق ناسل (۲۴) در ساخت اعتباریابی مقیاس هوش معنوی که نشان داد بین نمره افراد مؤنث و مذکر در کل مقیاس همبستگی ضعیفی وجود دارد و با نتایج تحقیق یانگ (۱۱) همسو بود البته سایر محققین، نتایج متفاوتی به‌دست آورده‌اند. ناصری (۱۸) در ساخت مقیاس هوش معنوی نشان داد که تفاوت میانگین نمرات زنان و مردان در کل پرسشنامه هوش معنوی در دو مؤلفه الوهیت و تجربه‌های معنوی، معنادار می‌باشد. امرام و درایر (Amram&Drayer) (۲۵) نیز در ساخت و اعتباریابی مقدماتی مقیاس هوش معنوی نشان دادند که میانگین نمرات پاسخ‌دهندگان مؤنث در کل مقیاس از پاسخ‌دهندگان مذکر، بیشتر می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که بین سخت‌رویی و مؤلفه‌های آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی، رابطه معناداری وجود ندارد. این نتیجه با نتیجه تحقیق هریسون (۱۵) و کورانیان (۱۹) همسو بود، ولی با نتیجه تحقیق هورست (Hurst) (۴) و سورت (Sortet) (۲۵) همسو نبود. از بین مشخصات جمعیت‌شناختی، تنها بخش محل کار با مؤلفه سوم هوش معنوی یعنی شکیبایی رابطه معناداری داشت. اجرای آزمون تعقیبی توکی نشان داد معناداری این رابطه در بخش‌های اورژانس بزرگسالان و اورژانس اطفال مشهود می‌باشد. شکیبایی به معنای استقامت و صبر در مقابل

References

1. Gobaribanab B. [Spiritual intelligence (Persian)]. *Journal of Andishe Novine Dini* 2008; 3(10):100-10.
2. Ghorbani N. [Spirituality experience is knowledge and modern cognitive to religion or a psychology constructing (Persian)]. *Articles and studies Philosophy* 2004; 76(2): 69-98.
3. Lambert VA, Lambert CE, Petrini M, Li XM, Zhang YJ. Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nurs Health Sci* 2007;9(2):120-6.
4. Hurst S, Koplín-Baucum S. A pilot qualitative study relating to hardiness in ICU nurses: hardiness in ICU nurses. *Dimens Crit Care Nurs* 2005;24(2):97-100.
5. Sadock B & Sadock V. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences*. 3rd ed. New York: William & Wilkins 2003; 2-3
6. Piedmont RL. Does spirituality represent the sixth factor of personality spiritual Transcendence and the five factor model? *Journal of personality* 1999; GY (6):685-1013.
7. Mitchell DL, Bennett MJ, Manfrin-Ledet L. Spiritual development of nursing students: developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. *J Nurs Educ*. 2006;45(9):365-70.
8. Walt V, Alletta E. A descriptive and exploratory study towards a spiritual intelligent transitional Model of organizational communication University of South Africa. *J Nurs Res* 2006; 35(2):273-80.
9. McEwan W. Spirituality in nursing: what are the issues? *Orthop Nurs*. 2004;23(5):321-6.
10. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res*. 2010;23(4):242-4.
11. Yang KP. The spiritual intelligence of nurses in Taiwan. *J Nurs Res*. 2006;14(1):24-35.
12. Emmons RA. *The psychology of ultimate concern: motivation and spirituality in personality*. New York: The Guilford Press 1999; 200-2.
13. Walker MJ. The effects of nurses' practicing of the HeartTouch technique on perceived stress, spiritual well-being, and hardiness. *J Holist Nurs*. 2006;24(3):164-75.
14. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol*. 1982;42(1):168-77.
15. Harrisson M, Loiselle CG, Duquette A, Semenic SE. Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *J Adv Nurs*. 2002;38(6):584-91.
16. Vogt DS, Rizvi SL, Shipherd JC, Resick PA. Longitudinal investigation of reciprocal relationship between stress reactions and hardiness. *Pers Soc Psychol Bull*. 2008;34(1):61-73.
17. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*. 1979;37(1):1-11.
18. Naseri E. [Standardization and validation of spiritual intelligence questioner (Persian)]. MA thesis in psychology Tehran: Allameh Tabatabaee University. 2008; 130-40.
19. Kuranaian F. [Assessment and relative between hardiness with source of control and burnout in nurses (Persian)]., *Journal of Gonabad University of Medical Sciences*. 2007;1: 30-7.
20. Jamhhiry F. [Assessment relationship of hardiness, depression and anxiety between students of man and woman in Tehran (Persian)]. Phd thesis in psychology. Tehran: Allameh tabatabaee University. 2001; 50-2.
21. Palahang H, Esfahani N, Baraheni M, Shahmohammadi D. [Epidemiology of mental disorders in Kashan (Persian)]. *Journal of Andisheh va Rafter*. 1997;4:2-19.
22. Smucker CJ. Nursing, healing and spirituality. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 1998;4(4):95-7.
23. Mabe PA, Josephson AM. Child and adolescent psychopathology: spiritual and religious perspectives. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2004;13(1):111-25, vii-viii.
24. Nasel DD. *Spiritual orientation in relation to spiritual intelligence: a consideration of traditional christianity and new age/individualistic spirituality* 2004. Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy in the University of South Australia
25. Amram Y, Dryer C. *The Development and integrated spiritual Intelligence Scale (ISIS)* 2005; Palo Alto, CA: Institute of Transpersonal Psychology Working. Available on WWW.geocities.com
26. Sortet JP, Banks SR. Hardiness, job stress, and health in nurses. *Hosp Top*. 1996;74(2):28-33.