

Comparison of spiritual intelligence and self-regulation of male and female nurses in intensive/ general wards of hospitals in Tehran city

Kobra Rezaee Haghighat¹, Anahita Khodabakhshi Koolae^{2*}

1- Department of Counseling, branch of Arak, Islamic Azad University, Arak, Iran

2- Department of Counseling, institute of higher education Khatam, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Objectives: Spiritual intelligence and self-regulation have the main impact on health care service to patients and having these features in the nurses of intensive ward is more important. Therefore, current study investigated the spiritual intelligence and self-regulation among male and female nurses of intensive and general wards in the hospitals of Tehran city.

Materials and Methods: This study is a descriptive comparative research that has performed on 180 male and female nurses in the hospitals of Tehran city. Self-Regulation Questionnaire (SRQ) and Spiritual Intelligence Assessment were utilized to gather the data. Finally, data analysis was done by MANOVA.

Results: The findings indicated that there is no significant difference in terms of spiritual intelligence and self-regulation between the nurses of intensive and general wards ($p < 0.05$). In addition, the difference of male and female in spiritual intelligence is not significant ($p < 0.05$), although the difference of male and female nurses in self-regulation is significant.

Conclusion: The results of current study can be utilized in effective engagement of medical staff specially nurses in divers wards (intensive and general).

Keywords: Spiritual intelligence, Self-regulation, Nurses, Intensive ward, General ward

مقایسه‌ی هوش معنوی و خودانضباطی پرستاران زن و مرد در بخش‌های ویژه و عمومی بیمارستان‌های شهر تهران

کبری رضایی حقیقت^۱، آناهیتا خدابخشی کولایی^{۲*}

۱- گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
۲- گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشگاه غیرانتفاعی خاتم، تهران، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: برخورداری از هوش معنوی و خودانضباطی تأثیر بسزایی در خدمات‌رسانی کادر درمانی به بیماران دارد و دارا بودن این ویژگی در پرستاران بخش ویژه از اهمیت بیش‌تری برخوردار است. بنابراین در این پژوهش به بررسی هوش معنوی و خودانضباطی در مردان و زنان پرستار شاغل در بخش‌های ویژه و عمومی بیمارستان‌های شهر تهران پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت توصیفی-مقایسه‌ی است که بر روی ۱۸۰ نفر از پرستاران زن و مرد شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی تهران، به صورت تصادفی-خوشه‌ی چند مرحله‌ی انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌ی خودانضباطی و پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی استفاده شد. در نهایت، تحلیل داده‌ها با استفاده از واریانس چندمتغیری (MANOVA) انجام پذیرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد تفاوت معناداری بین پرستاران بخش ویژه و عمومی، از نظر هوش معنوی و خودانضباطی وجود ندارد ($p < 0.05$). همچنین، تفاوت گروه‌های زن و مرد از نظر هوش معنوی معنی‌دار نیست ($p < 0.05$)؛ اما تفاوت دو گروه زن و مرد پرستار، از نظر متغیرهای خودانضباطی معنی‌دار است ($p < 0.05$) و زنان از خودانضباطی بالاتری برخوردارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتیجه‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که خودانضباطی و هوش معنوی در کار با بیماران در بخش‌های درمانی، از متغیرهای روان‌شناختی مؤثر است و در امر آموزش و به کارگماری پرستاران باید به این موارد خاص، توجه ویژه داشت.

واژگان کلیدی: هوش معنوی، خودانضباطی، پرستاران، بخش‌های ویژه، بخش‌های عمومی

مقدمه

معنوی، هوش بنیادی و اساسی انسان است. از دیدگاه زوهر و مارشال (۷) و جورج (۸)، مهم‌ترین کاربردهای هوش معنوی در محیط کار عبارت است از: ۱- ایجاد آرامش خاطر، ۲- ایجاد درک متقابل و تفاهم بین افراد؛ با توجه به اینکه یکی از بنیان‌های اساسی برای ایجاد رابطه‌ی سالم، یکدلی است. ۳- مدیریت کردن تغییرها و از میان برداشتن مانع‌های راه؛ و این عمیق‌ترین سطح هوشیاری معنوی است. این فرایند قادر است از نظر پدیدارشناختی به رویدادها و تجربه‌های فرد معنا و ارزش شخصی بیش‌تری بدهد (۹). باتوجه به این که پژوهش‌های زیادی رابطه‌ی بین موفقیت و معنویت را تأیید کرده است، ارزش‌های معنوی نه تنها به بهبود کیفیت زندگی کاری کارکنان می‌انجامد، بلکه این توانایی را دارد که منجر به ارتقای

اخیراً مطالعه‌های زیادی در زمینه‌ی تأثیر معنویت در سازمان‌ها و بهبود عملکرد افراد انجام شده (۱، ۲ و ۳) که آن را نیروی قدرتمندی برای سازگاری و تطابق بهتر افراد در مواجهه با مشکل‌ها معرفی کرده است (۴). علاوه بر این، توجه به عامل‌های انگیزاننده‌ی پرستاران، نقش مثبتی در ارتقای سازمان ایشان و بهره‌وری آن خواهد داشت (۵). هوش معنوی دربرگیرنده‌ی مجموعه‌ی از توانایی‌ها و ظرفیت‌هایی است که از منابع معنوی برای افزایش بهزیستی و انطباق‌پذیری فرد استفاده می‌کند (۶). هوش معنوی پایه و اساسی ضروری برای عملکرد مؤثر هوش منطقی و هوش هیجانی است. هوش

است (۱۹ و ۲۰). این درحالی است که محققان بر این باورند که با وجود پیشرفت‌هایی که در بخش مراقبت‌های ویژه در سال‌های اخیر رخ داده، اما مراقبت‌های روحی- روانی بیماران نادیده گرفته شده است (۲۱ و ۲۲). علاوه بر این، وجود محرک‌های متعدد و ناآشنا در بخش مراقبت‌های ویژه (۲۳)، موجب شده است تا قسمت عمده‌ی مشکل‌های بیماران بستری در این بخش، مشکل‌های هیجانی و روانی باشد (۲۴) و (۲۵). همچنین، کیرشوف^۵ و همکاران دریافته‌اند که استرس بیماران را در بخش‌های ویژه، می‌توان با دادن اطلاعات درباره‌ی بیماری و هدف‌های مداخله‌های پزشکی براساس تئوری خودانضباطی، کاهش داد (۲۶). بنابراین می‌توان گفت، از آنجا که در حرفه‌های مرتبط با علوم پزشکی، به ویژه مشاغلی چون پزشکی، پرستاری و مامایی که در ارتباط با بیمار همواره با موقعیت‌های حساس و بحرانی مواجه هستند؛ و نیز با توجه به آنچه گفته شد، این موارد در بخش مراقبت‌های ویژه از حساسیت بیشتری برخوردار است. از این رو، به کارگیری افرادی که دارای هوش معنوی و خودانضباطی بالاتری هستند، امری ضروری به نظر می‌رسد و این، در بخش‌های ویژه اهمیت شایانی دارد. بنابراین، در این پژوهش بر آن شدیم هوش معنوی و خودانضباطی را در پرستاران زن و مرد شاغل در بخش‌های ویژه و بخش‌های عمومی بیمارستان-های شهر تهران، بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ی به‌صورت توصیفی و از نوع مقایسه‌ی است که بر روی ۱۸۰ نفر از پرستاران زن و مرد شاغل در بیمارستان‌های تهران، در سال ۱۳۹۳ انجام شده و نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی بوده است. نمونه‌گیری در این بیمارستان‌ها در چند مرحله و به این صورت بود که ابتدا بخش‌های هر بیمارستان به دو طبقه‌ی عمومی و ویژه تقسیم شد و سپس از هر طبقه، به تصادف (متناسب با تعداد بخش‌ها)، بخش‌هایی برگزیده شدند. سپس در هر یک از بخش‌ها، بعد از هماهنگی با سرپرستار، متناسب با تعداد پرستار هر بخش، پرستاران به تصادف انتخاب شدند و سپس در هر شیفت به واحدهای پژوهش مراجعه شد و پس از کسب رضایت و توضیح دادن هدف از انجام پژوهش، وارد مطالعه شدند. از تعداد مورد بررسی، با در نظر گرفتن ریزش احتمالی (طبق جدول ۱)، تعداد ۸۹ پرسش‌نامه از بخش‌های ویژه و ۹۱ پرسش‌نامه از بخش‌های عمومی جمع‌آوری شد و مورد ارزیابی قرار گرفت. در

کل سازمان شود؛ بنابراین ورود معنویت به حرفه‌ها و مشاغل، پدیده‌ی نوپایی است که می‌تواند تأثیر مثبتی در بهبود عملکرد و صلاحیت افراد و ارتقای سازمان‌ها داشته باشد (۱۰). علاوه بر این، متغیر دیگری که ریشه در آموزه‌های معنوی (دستورالعمل‌هایی برای کنترل ذهن) دارد، خودانضباطی^۱ است (۱۱). خودانضباطی با پژوهش‌های گسترده‌ی هافمن^۲، در زمینه‌ی رشد تحولی اخلاق و درون‌سازی آن در کودکان، جای خود را در روان‌شناسی باز کرد. برای خودانضباطی چهار سطح تعریف شده که عبارت است از: سطح غیراخلاقی، سطح چسبندگی به قوانین، سطح هویت‌یابی و سطح درون‌سازی (۱۲). در دهه‌های اخیر، خودانضباطی در محیط مدرسه، خانواده و شغلی مورد بررسی و پژوهش و آموزش قرار گرفته است (۱۲). رفتارهای نشان-دهنده‌ی خودانضباطی عبارت است از: تعامل اجتماعی مثبت، خودداری از صدمه زدن به دیگران، درک روابط علت و معلولی و توانایی داشتن اسنادهای درونی، فرونشاندن تکانه‌های منفی، به تأخیر انداختن لذت و دیدن گزینه‌های دیگر در حل مشکل. خودانضباطی، توانایی شروع ادای وظیفه‌ها و هدایت آن‌ها به سوی تکمیل و اتمام است؛ و این، نشان‌دهنده‌ی فردی مولد است (۱۳ و ۱۴). براساس رویکرد شناختی- رفتاری، خودانضباطی، هدف‌نهایی سازگاری با سیستم اجتماعی است. خودانضباطی می‌تواند از طریق نقشی که در ارتقای بهره‌وری بازی می‌کند، احساس تعهد کارکنان را در انجام صحیح شغل خود افزایش دهد (۱۱). بنابراین، میزان درون‌سازی این هنجارها و ارزش‌ها، برای سازگاری با محیط و رشد بهره‌وری سازمان، جزو اصول الزامی است (۱۵). در مطالعه‌ی، نتیجه‌ها نشان داد که بین هوش معنوی پرستاران و صلاحیت بالینی آن‌ها، همبستگی معنادار و مثبت وجود دارد (۱۶) و هوش معنوی، بیش‌ترین تأثیر مثبت را در رضایت بیماران دارد (۱۷). همچنین در مطالعه‌ی که اکبری‌زاده و همکاران انجام داده‌اند، مشخص شد که بین هوش معنوی و سخت‌رویی، سلامت عمومی و سلامت پرستاران، رابطه‌ی معنادار و مثبتی وجود دارد (۱۸). این، بیانگر ویژگی سازگاری و تطابق بهتر پرستاران دارای هوش معنوی بالا، در مواجهه با استرس‌های روزمره است. از جانبی دیگر، براساس تحقیق‌های نظریه‌پردازان پرستاری چون، واتسون^۳ و نایتینگل^۴، معنویت و بررسی نیازهای معنوی بیماران، یکی از مهم‌ترین نقش‌های پرستاری

¹ Self-regulation

² Hoffman

³ Watson

⁴ Nightingale

⁵ Kirchoff

این تحقیق شرکت کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان به صورت محرمانه باقی می‌ماند.

برای مقایسه‌ی هوش معنوی و خودانضباطی پرستاران زن و مرد و پرستاران بخش‌های عمومی و ویژه، از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) و نرم افزار spss نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد بررسی و یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه، به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱، آمده است. براساس نتیجه‌های به دست آمده از پژوهش حاضر (طبق جدول ۲)، در حدود ۷۴/۴ درصد جمعیت مورد مطالعه را زنان و ۲۵/۶ درصد را نیز مردان تشکیل داده‌اند. تحصیلات افراد و میانگین سنی گروه مورد مطالعه نیز به ترتیب، کارشناسی پرستاری و ۳۳/۱ بوده است.

جدول ۱. توزیع گروه نمونه، به تفکیک گروه

متغیر	تعداد	درصد	
محل خدمت	بخش عمومی	۹۱	۵۰/۶
	بخش ویژه	۸۹	۴۹/۴
جنسیت	زن	۱۳۴	۷۴/۴
	مرد	۴۶	۲۵/۶

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد هوش معنوی به تفکیک جنسیت

جنسیت متغیرها	زن		مرد		جمع
	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین
درک و ارتباط با سرچشمه‌ی هستی	۵۲	۵/۸	۵۰	۶/۹	۵۱
زندگی معنوی	۶۷/۸	۹/۱	۶۶/۸	۹/۴	۶۷/۶
نمره‌ی کل هوش معنوی	۱۱۹/۸	۱۳/۹	۱۱۶/۷	۱۵/۵	۱۱۹/۱

۱۱۸/۹ است (جدول ۳). از طرفی، هیچ یک از سه شاخص آماری ملاک آزمون درباره‌ی تفاوت گروه‌های زن و مرد پرستار، از نظر هوش معنوی معنی‌دار نشده است (جدول ۳). این یافته به این معنا است که پرستاران زن و مرد از نظر هوش معنوی تفاوت معناداری با هم ندارند و تنها میانگین هوش معنوی زنان پرستار، با نمره‌ی ۱۱۹/۸، اندکی بالاتر از مردان، با نمره‌ی ۱۱۶/۷، است (جدول ۳).

این پژوهش برای سنجش هوش معنوی گروه مورد مطالعه، از پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی عبدالله‌زاده و همکاران استفاده شد (۲۷). پرسش‌نامه‌ی ۲۹ عبارتی هوش معنوی، به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ی است و حداقل نمره‌اش، ۲۹ و حداکثر نمره، ۱۴۵ است. این پرسش‌نامه بر روی دانشجویان هنجار شده و پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه گردیده است (۲۷). برای سنجش خودانضباطی نیز از پرسش‌نامه‌ی خودانضباطی استفاده شد که این پرسش‌نامه در چهار مقیاس و یک شاخص خودانضباطی کل، با ۵۰ پرسش تدوین گردید. مقیاس‌های این پرسش‌نامه عبارت بوده است از: غیراخلاقی بودن، چسبندگی به قوانین، هویت‌یابی و درون‌سازی. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه براساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵)؛ و حداقل نمره در پرسش‌نامه‌ی خودانضباطی، ۵۰ و حداکثر نمره، ۲۵۰ بود. ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی فوق، با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد که میزان قابل قبولی برای این پژوهش بود. زندگینامه‌ی، پایایی بازآزمایی را با فاصله‌ی دو هفته با تعداد ۵۰ نفر در بررسی اولیه، ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷۴ گزارش کرد. ضریب‌های همبستگی برای سطح‌های غیراخلاقی و چسبندگی، ۰/۷۰؛ و برای بُعدهای هویت‌یابی و درون‌سازی، ۰/۷۶ بود (۱۱). برای رعایت ملاحظه‌های اخلاقی پژوهش، نمونه‌ها به‌صورت داوطلبانه در

بر اساس اطلاعات جدول ۳، میانگین مؤلفه‌ها و نمره‌ی کل هوش معنوی پرستاران زن بالاتر از پرستاران مرد است.

نتیجه‌های به دست آمده نشان می‌دهد هیچ یک از سه شاخص آماری ملاک آزمون درباره‌ی تفاوت گروه‌های ویژه و عمومی از نظر هوش معنوی، معنی‌دار نشده است. این یافته به این معنا است که پرستاران بخش‌های ویژه و عمومی از نظر هوش معنوی تفاوت معناداری نسبت به هم ندارند (جدول ۳) و تنها میانگین هوش معنوی پرستاران بخش‌های عمومی، با نمره‌ی ۱۲۰/۴، اندکی بیشتر از بخش‌های ویژه با نمره‌ی

جدول ۳: نتیجه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت کلی هوش معنوی در گروه‌ها

منبع اثر	آماره‌ی لاگ	ارزش آماره	نسبت F	معناداری
پرستاران زن و مرد	پیلایی	۰/۰۲۷	۲/۳	۰/۱۰۴
	ویلکز	۰/۹۷۳	۲/۳	۰/۱۰۴
	هتلینگ	۰/۰۲۷	۲/۳	۰/۱۰۴
بخش‌های عمومی و ویژه	پیلایی	۰/۰۰۴	۰/۳۲	۰/۷۲۸
	ویلکز	۰/۹۹۶	۰/۳۲	۰/۷۲۸
	هتلینگ	۰/۰۰۴	۰/۳۲	۰/۷۲۸

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد خودانضباطی، به تفکیک جنسیت

متغیرها	جنسیت		مرد		زن	
	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD
سطح غیراخلاقی	۴۳/۹	۶/۹	۳۹/۵	۸/۲	۴۲/۹	۷/۴
چسبندگی به قوانین	۳۱/۵	۴/۷	۲۹/۷	۵/۶	۳۱/۱	۵
تعیین هویت	۴۶	۵	۴۵/۶	۵/۱	۴۵/۹	۵
درون‌سازی	۴۶/۹	۰/۲۵	۴۸/۱	۵/۳	۴۷/۱	۴/۴
نمره‌ی کل خودانضباطی	۱۶۸/۳	۱۲/۱	۱۶۲/۹	۱۱/۸	۱۶۷/۱	۱۲/۲

۵)، که این یافته به این معنا است که پرستاران بخش‌های ویژه و عمومی، از نظر خودانضباطی تفاوت معناداری با هم ندارند. از طرفی، هر سه شاخص آماره‌ی ملاک آزمون درباره‌ی تفاوت دو گروه زن و مرد پرستار، از نظر متغیرهای خودانضباطی مورد مطالعه، در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار شده است (جدول ۵).

بر اساس اطلاعات جدول ۴، در مؤلفه‌های سطح غیراخلاقی، چسبندگی به قوانین، تعیین هویت و نمره‌ی کل، میانگین زنان بالاتر است و در مؤلفه درون‌سازی، میانگین مردان بالاتر است. از سویی، هیچ یک از سه شاخص آماره‌ی ملاک آزمون درباره‌ی تفاوت گروه‌ها، از نظر خودانضباطی معنی‌دار نشده است (جدول

جدول ۵: نتیجه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت کلی خودانضباطی در گروه‌ها

منبع اثر	آماره‌ی لاگ	ارزش آماره	نسبت F	معناداری
بخش‌های عمومی و ویژه	پیلایی	۰/۰۲۵	۱/۱	۰/۳۴۱
	ویلکز	۰/۹۷۵	۱/۱	۰/۳۴۱
	هتلینگ	۰/۰۲۶	۱/۱	۰/۳۴۱
پرستاران زن و مرد	پیلایی	۰/۰۷۱	۳/۲	۰/۰۱۵
	ویلکز	۰/۹۲۹	۳/۲	۰/۰۱۵
	هتلینگ	۰/۰۷۷	۳/۲	۰/۰۱۵

بحث و نتیجه‌گیری

بخش‌ها بالاتر است، پرستاران این بخش‌ها از هوش معنوی بالاتری برخوردار باشند و در دامنه‌ی بالا قرار گیرند. از آنجاکه ویژگی‌های هوش معنوی ریشه در باورها و ارزش‌های دینی دارد و با توجه به جوّ مذهبی حاکم بر جامعه، می‌توان این نتیجه‌ها را پذیرفت (۲۸ و ۲۹). همان‌طور که نتیجه‌های تحقیق یانگ و همکاران در کشور چین نشان داد پرستاران دارای هوش معنوی پایین هستند، این نتیجه‌ها این امر را تأیید می‌کند که جایگاه مذهب و عقاید دینی حاکم بر جامعه، در ارزیابی افراد از میزان معنویت تأثیر مستقیم دارد (۳۰). از طرفی، بین میانگین نمره‌ی هر دو مؤلفه و نمره‌ی کل هوش معنوی در پرستاران زن و مرد تفاوت معناداری مشاهده

پژوهش حاضر برای بررسی مقایسه‌ی هوش معنوی و خودانضباطی در مردان و زنان پرستار شاغل در بخش‌های ویژه و عمومی بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد. نتیجه‌های حاصل از این پژوهش نشان داد بین گروه‌های ویژه و عمومی از نظر هوش معنوی، تفاوت معناداری وجود ندارد. البته انتظار می‌رفت، با توجه به این که پرستاران بخش‌های ویژه وظیفه‌ی مراقبت از بیمارانی را که نیاز به مراقبت‌های خاص دارند، برعهده دارند و در این بخش‌ها سرعت‌عمل، دقت، انضباط و تمرکز بالاتری نیاز است؛ و از طرفی استرس کارکردن در این

با توجه به نتیجه‌های به دست آمده در این پژوهش و پژوهشی که دادگری درباره‌ی میزان دانش، نگرش و مهارت پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام داد (۲۲)، به نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین عامل‌هایی که پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه را از بخش‌های دیگر مجزا می‌سازد، دارا بودن ویژگی‌هایی چون هوش معنوی، خودانضباطی و همچنین، آگاهی فراوان نسبت به نظریه‌های علمی است، تا بتوانند به بهترین نحو نیازهای بیماران را برآورده سازند. پس واضح و مبرهن است که بدین منظور، باید آگاهی و مهارت‌های پرستاران در دوره‌های متوالی و مستمر، متناسب با توسعه‌ی روزافزون تکنولوژی و دانش پزشکی افزایش یابد. علاوه‌براین، نباید این را نادیده گرفت که پزشکان و پرستارانی که در مرکزهای بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌ها انجام وظیفه می‌نمایند، در معرض صدمه‌ها و خطرهای متعددی، مانند خطرهای فیزیکی، شیمیایی، ارگونومیک، ایمنی و روانی (از جمله تنش، فشارکاری و حجم زیاد کار، مشاهده‌ی مصدومان تصادفاً و حادثه‌های فجیع، نزاع و درگیری) قرار دارند، که این‌ها سبب احساس نارضایتی شغلی و افزایش غیبت در کار و نیز کاهش خلاقیت و نوآوری می‌شود، تاحدی که ممکن است به کار افراد لطمه بزند. بنابراین، هوش معنوی و خودتنظیمی می‌تواند موجب بهبود صلاحیت پرستاران و ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران شود (۶).

در نهایت می‌توان به چندین نکته درباره‌ی نتیجه‌های به دست آمده‌ی تحقیق کنونی و پژوهش‌های مرتبط پیشین اشاره کرد؛ از آن جمله، به نظر می‌رسد استفاده از ابزارهای متفاوت برای اندازه‌گیری هوش معنوی، می‌تواند در نتیجه‌های متناقضی که در این باره به دست آمده، تأثیر داشته باشد. از سوی دیگر، با توجه به این که ادبیات پژوهشی گسترده‌ی مرتبطی درباره‌ی این دو متغیر وجود نداشت، امکان مقایسه‌ی گسترده‌ی نتیجه‌های به دست آمده، حاصل نشد. از این‌رو پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، به رابطه‌ی این دو مؤلفه با دیگر متغیرهای شخصیتی و شغلی پرداخته شود، چراکه ارتقای دانش درباره‌ی هر متغیر، نیازمند تمرکز بر عامل‌های اثرگذار بر آن است. مسلماً، بهبود و افزایش هوش معنوی و خودانضباطی، موجب رشد فردی افراد در بالاترین سطح‌های شناختی، رفتاری فردی و بین فردی و الزاماً شغلی خواهد شد.

نشد، که با یافته‌های رقیب و همکاران (۳۱)، حقیق و زری‌باف (۳۲) و صحراپیان و همکاران (۳۳)، همسو است. این محققان معتقدند که این امر می‌تواند ناشی از تأثیرهای شرایط موجود در جامعه باشد که موجب میزان تقویت معنویات در مردان می‌شود. لازم به ذکر است که در برخی از مطالعه‌ها، هوش معنوی به‌طور معناداری در زنان بیش‌تر از مردان بوده است. در مطالعه‌ی جورج و همکاران نیز ارتباط آماری معناداری بین جنسیت و هوش معنوی مشاهده شده، به نحوی که زنان از میانگین هوش معنوی بالاتری نسبت به مردان برخوردار بوده‌اند (۳۴). یونگ^۱ نیز معتقد است که روند تکامل هوش معنوی در زنان به‌طور متفاوتی از مردان صورت می‌گیرد (۳۵).

اما تفاوت گروه‌های پرستاران بخش‌های ویژه و عمومی از نظر خودانضباطی، معنی‌دار نبود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، با توجه به پژوهش‌های انجام شده، نتیجه‌های پیشین نشان داد پرستارانی که مؤلفه‌های هوش معنوی را در طول روز به کار می‌گیرند، می‌توانند فکرها و احساسات خود را کنترل کنند و بر تنش‌های خود چیره شوند (۳۶). محققان براین باورند که 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. این افراد با توجه به اینکه تجربه‌های زندگی را سرشار از معنا می‌دانند و برخورد با آن‌ها را آموزنده تلقی می‌کنند، نسبت به رویدادهای زندگی احساس کنترل بیش‌تری دارند و در برابر تنش‌ها مقاومتی (۶). همچنین کریمی موقی و همکاران در مطالعه‌ی نشان داده‌اند که رابطه‌ی معنادار و مثبتی بین هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران وجود دارد (۱۶). همچنین در مطالعه‌ی، گوپتا رابطه‌ی معنادار و مستقیم بین هوش معنوی و خودانضباطی در دانشجویان، مشاهده کرد (۳۷). پس می‌توان گفت هوش معنوی در میزان خودانضباطی دو گروه پرستاران بخش عمومی و ویژه تأثیر گذاشته و زمینه‌ی تقویت آن را فراهم کرده است. اما تفاوت دو گروه زن و مرد از نظر متغیرهای مورد مطالعه، در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار شده است. این نتیجه‌ها با یافته‌های گوپتا همسو است. گوپتا در پژوهشی دریافت که خودتنظیمی در دانشجویان دختر و پسر متفاوت است (۳۷) و می‌توان ریشه‌ی این تفاوت را در کودکی و نوع برخورد جنسیتی جامعه دانست (۳۸).

¹ Jung

قدردانی

محققان این پژوهش از همه‌ی پرستاران محترم و مسئولانی که با همکاری خود ایشان را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی دارند.

References

1. Wolman R. Thinking with your soul: Spiritual intelligence and why it matters. New York: Harmony Books; 2001.
2. Yang K. The spiritual intelligence of nurses in Taiwan. The journal of nursing research. 2006;14(1):24-35.
3. Yang K, Mao X. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2007;44(6):999-1010.
4. Saghrvany S, Ghayour baghbani M. Spirituality and their flourishing spiritual intelligence at work. Journal of Honareh modiriati. 2009;8: 27-31. (Full Text in Persian)
5. Imani B, karkhaneh B, Karampourian A. Investigating the relationship between nitrous oxide (N2O) concentration and the urine cortisol level in the Employees of the operating room. (Full Text in Persian)
6. Sohrabi F, Naseri E. spiritual intelligence and scales of Assessment. Tehran: Avaye Noor Publication; 2012. (Full Text in Persian)
7. Zohar D, Marshall IN, Marshall I. SQ: Connecting with our spiritual intelligence. Bloomsbury Publishing USA, 2000.
8. George M. Practical application of spiritual intelligence in the workplace. Human resource management international digest. 2006 ;14(5):3-5.
9. Nasel D. Spiritual orientation in relation to spiritual intelligence: A consideration of traditional Christianity and New Age/individualistic spirituality Doctoral dissertation, University of South Australia, 2004.
10. Ashmos D, Duchon D. Spirituality at work: A conceptualization and measure. Iranian Journal of Military Medicine. 2000;9(2):134- 45.
11. Zandkarimi GH, Yazdi M. self-discipline from childhood to Adulthood. Tehran: Jungle publication, 2011. (Full Text in Persian)
12. Hoffman FJ. The Religious Crisis in Modern Literature. Comparative Literature Studies. 1966; 3(3): 263-72.
13. Castle NJ. David Hume's theory of justice: a defence of the establishment without recourse to the argument for the divine right of kings, or a workable guiding principle of legitimate and lasting government? Doctoral dissertation, Durham University; 1998.
14. Pearman A, Storandt M. Predictors of Subjective Memory in Older Adults. Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2004;59(1): 4-6.
15. Yazdi SM, Karimi Z Gh. A Comparative Study of Self-Discipline and its Levels with Regard to Working Conditions among Production Workers. Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling. 2011; 3(9): 9-22. (Full Text in Persian)
16. Karimi Monaghi H, Gharezani A, Vaghei S, Ghoolami H, Salehe moghad AR, Ashoori, A. the association between spiritual intelligence and competence among nurses, Journal of medical science university of Sabzevar. 2011;18(1): 132-9. (Full Text in Persian)
17. Rezaian A, Hadizadeh MA, Naeiji MJ. Designing the model of patients' satisfaction in hospitals: Impact of medical staff's emotional intelligence, spiritual intelligence, and affectivity. Journal oh Hospital. 2011; 10(3): 33-41. (Full Text in Persian)
18. Akbarizadeh F, Bagheri F , Hatami HR, Hajivandi A. Relationship between nurses' spiritual intelligence with hardiness and general health. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2012; 6 (15): 466-72. (Full Text in Persian)
19. Khorami Markani A, Yagmaei F, Khodayari Fard M, Alavi Majd. Developing and measuring psychometrics of oncology nurses 'spiritual wellbeing scale. Journal of Nursing and Midwifery Urimia University of Medical Sciences. 2012; 10(1): 113-23.
20. Attard J, Baldacchino D. The demand for competencies in spiritual care in nursing and midwifery education: a literature review. Revista Pistis Praxis, Teologia Pastoral. 2014; 6:671-91.
21. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall A, Asiain C. Intensive care nurses' beliefs, and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. Nursing critical care journal .2006; 11: 33– 41.
22. Dadgari A, Yaghmaei F, Shahnazarian J, Dadvar L. Nurses knowledge, attitude and practice in prevention of ICU syndrome. Journal Knowledge and Health. 2007; 2(3): 28-35
23. Zetterlund P, Plos K, Bergbom I, Ringdal M. Memories from intensive care unit persist for several years—a longitudinal prospective multi-centre study. Intensive and Critical Care Nursing, 2012; 28(3): 159-67.
24. Jeitziner MM, Hamers JP, Bürgin R, Hantikainen V, Zwakhalen SM. Long-term consequences of pain, anxiety and agitation for critically ill older patients after an intensive care unit stay. Journal of clinical nursing. 2015; 24(17-18):2419-28.
25. Ahuja V, Goel N, Das S, Singh P. Intensive care unit psychosis a well known fact but rarely thought early. Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology. 2013; 29(3): 413-4.

26. Kirchhoff KT, Walker L, Hutton A, Spuhler V, Cole BV, Clemmer T. The vortex: families' experiences with death in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2002; 11(3): 200-9.
27. Abdolazhadeh H. *spiritual intelligence: Concepts, Assessment, and Applied*, Tehran: Ravansangi Publication, 2009. (Full Text in Persian)
28. Raghieb M, Ahmadi J, Siadat A. Analysis of Amount of Spiritual Intelligence among Students at University of Isfahan and its Relation to Demographic Traits. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2008; 5(8): 39-56. (Full Text in Persian)
29. Mohebi P, Rastgari L, Jafari E, Sepehrinia M. *Spiritual Intelligence in Zanjan Nursing and Midwifery Students and its Related Factors*. PCNM. 2013; 2 (2):49-56. (Full Text in Persian)
30. Yang K, Mao X. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Student*. 2007; 44 (6): 999-1010.
31. Raghieb M, Ahmadi J, Siadat A. Analysis of Amount of Spiritual Intelligence among Students at University of Isfahan and its Relation to Demographic Traits. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2008; 5(8): 39-56. (Full Text in Persian)
32. Ghorbani M, Haghighi M, Tajrishi MA, Rasthe MA. The study of relationship of spiritual intelligence and organizational commitment, *Quarterly journal of Management and Development process*, 2012; 25(3): 67-92. (Full Text in Persian)
33. Sahraian A, Gholami A, Omidvar B. The relationship between religious attitude and happiness in medical students in Shiraz University of Medical Sciences. *Gmuhs Journal*, 2011; 17(2): 69-75. (Full Text in Persian)
34. George M. Practical application of spiritual intelligence in the workplace. *Human Resource Management International Digest Journal*. 2006; 14(5): 3-5
35. Welch J. *Spiritual Pilgrims: Carl Jung and Teresa of Avila*. USA; Paulist Press, 1982.
36. Bagheri F, Akbari Zadeh F, Hatami HR. the relationship between spiritual intelligence , happiness and demographic variables among nurses in Boshehr city, *journal the south of Medicine*. 2011; 14(4): 256-63. (Full Text in Persian)
37. Gupta G. Spiritual intelligence and emotional intelligence in relation to self-efficacy and self-regulation among college students. *International Journal of Social Sciences & Interdisciplinary Research*. 2012; 1(2): 60-9.
38. Guastello DD, Guastello SJ. Androgyny, gender role behavior, and emotional intelligence among college students and their parents. *Sex roles*. 2003; 49(11-12): 663-73.