J Crit Care Nurs. 2025 SEP;18(2):5-14

10.30491/JCC.18.2.5 **Research Article**

The Role of resilience in Predicting the Spiritual Intelligence of ICU Nurses in Hospitals Affiliated with Iran University of Medical Sciences, Tehran, 2024: A Cross-Sectional Study

Akram Moghise[1], Amir Teimourpou[2], Maryam Jadid Milani[3*]

[1] Department Critical Nursing Care, Department of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran
[2] Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine, Tehran, Iran
[3] Department of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran

[*]**Corresponding Author:** Maryam Jadid Milani, Department of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: milani2000ir@yahoo.com milani@shahed.ac.ir

How to Cite: Moghise A, Teimourpour A, Jadid Milani M. The Role of resilience in Predicting the Spiritual Intelligence of ICU Nurses in Hospitals Affiliated with Iran University of Medical Sciences, Tehran, 2024: A Cross-Sectional Study. J Crit Care Nurs. 2025;18(2):5-14. doi: 10.30491/JCC.18.2.5

Received: 10 June 2025 **Accepted:** 29 June 2025 **Online Published:** 7 December 2025

Abstract

Background & aim: Nurses working in intensive care units face psychological pressures, difficult ethical decision-making, and numerous critical situations that may predispose them to reduced resilience. Among internal resources, spiritual intelligence can play an important role in enhancing nurses' adaptability. This study aimed to determine the predictive role of resilience in spiritual intelligence among nurses working in intensive care units of hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences in 2024.

Methods: This descriptive-analytical correlational study was conducted on 223 ICU nurses working in the intensive care units of six selected hospitals in Tehran, chosen using a multi-stage sampling method. Data collection tools included Abdullahzadeh's Spiritual Intelligence Questionnaire (29 items) and the Connor-Davidson Resilience Scale (25 items). The validity and reliability of the tools were confirmed in previous studies. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation, and multiple regression analysis in SPSS software.

Results: Findings showed that the mean of spiritual intelligence, and resilience were 123.43 ± 21.426, 80.84 ± 18.165, respectively. Among most nurses, levels of spiritual intelligence and resilience were high. A significant positive correlation was observed between spiritual intelligence and resilience ($r = 0.744$, $P = 0.001$). Approximately 55% of the variance in spiritual intelligence among intensive care nurses was explained by occupational resilience. Moreover, for each one-unit increase in resilience, spiritual intelligence increased by 0.774 units ($P < 0.001$).

Conclusion: Considering the protective role of spiritual intelligence, designing and implementing educational programs and workshops to enhance spirituality in nursing settings can improve nurses' mental health and enhance the quality of patient care.

Keywords: Spiritual Intelligence, Resilience, Nurse, Intensive Care Unit.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]

Copyright © 2025 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/5.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
مقاله پژوهشی
دوره ۱۸، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴
10.30491/JCC.18.2.5

نقش تاب‌آوری در پیش‌بینی هوش معنوی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۳شهر تهران: یک مطالعه مقطعی

اکرم مقیسه[۱]، امیر تیمورپور[۲]، مریم جدید میلانی[۳*]

[۱] گروه پرستاری ویژه،گروه پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات انتقال خون، مؤسسه آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون، تهران، ایران
[۳] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** مریم جدید میلانی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
پست الکترونیک: milani@shahed.ac.ir milani2000ir@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۲۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۰۷ انتشار مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه با فشارهای روانی، تصمیم‌گیری‌های اخلاقی دشوار و موقعیت‌های بحرانی متعددی مواجه هستند که می‌تواند آن‌ها را مستعد کاهش تاب‌آوری کند. در این میان، هوش معنوی به عنوان یکی از منابع درونی، می‌تواند نقش مهمی در افزایش سازگاری پرستاران ایفا نماید. هدف این مطالعه تعیین نقش پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری بر هوش معنوی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۳ بود.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع همبستگی بود. نمونه پژوهش شامل ۲۲۳ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه شش بیمارستان منتخب در تهران بود که با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه هوش معنوی عبدالله‌زاده (۲۹ گویه)، و پرسشنامه تاب‌آوری Connor-Davidson (۲۵ گویه) بود. روایی و پایایی ابزارها در مطالعات پیشین تایید شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره هوش معنوی ۲۱/۴۲۶ ± ۱۲۳/۴۳، تاب‌آوری ۱۸/۱۶۵ ± ۸۰/۸۴ بود و در اکثر پرستاران هوش معنوی و تاب‌آوری در سطح بالا قرار داشت. بین هوش معنوی و تاب‌آوری همبستگی مثبت و معنادار (P = ۰/۰۰۱ ، r = ۰/۷۴۴) مشاهده شد. ۵۵ درصد تغییرات هوش معنوی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به وسیله تاب‌آوری شغلی تبیین می‌شود. همچنین، به اندازه یک واحد افزایش تاب‌آوری، هوش معنوی۰/۷۷۴ واحد افزایش می‌یابد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش محافظتی هوش معنوی، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و کارگاه‌های ارتقای معنویت در محیط‌های پرستاری می‌تواند به بهبود سلامت روانی پرستاران و ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران منجر شود.

کلید واژه‌ها: هوش معنوی، تاب‌آوری، پرستار، بخش ویژه.

مقدمه

پرستاران در بخش‌های ویژه با استرس‌های زیادی از جمله لزوم برخورداری از دانش و مهارت بالا، لزوم پاسخ اورژانسی صحیح به وضعیت‌های بحرانی بیمار، مسئولیت‌های سنگین ناشی از مراقبت بیمار، مرگ و میر و حجم کاری بالا مواجه هستند [۱].

استرس و خستگی پرستاران می‌تواند جنبه‌های حیاتی و بحرانی عملکرد آنان را، از جمله توانایی حل مسئله، تصمیم‌گیری و خلاقیت، تحت تأثیر قرار دهد. این امر در نهایت می‌تواند به اختلال در مراقبت منجر شود [۲].

مراقبت پرستاری همراه با معنویت سبب بهبود عملکرد و کیفیت مراقبت از بیماران می‌شود [۳]، معنویت به عنوان یکی از جنبه‌های مهم انسان مورد توجه قرار گرفته است که با بهبود سلامت رابطه معناداری دارد و سازمان بهداشت جهانی بیان می‌کند سلامتی فقدان بیماری نیست بلکه تلفیقی از خوب بودن جسم، روان، اجتماع و معنویت است [۴]. در این ارتباط هوش معنوی (Spiritual Intelligence) در پرتو توجه به حوزه

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]
[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]

معنویت، مطـرح شده که سازه‌های معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب می‌کند [۵].

هوش معنوی شامل توانایی‌هایی مانند درک مسائل معنوی، بهره‌برداری از منابع معنوی برای حل مشکلات و سازگاری با محیط است .این ابعاد شامل ایمان، تواضع، و مهارت‌های تنظیم عواطف می‌شود. همچنین، هوش معنوی به افراد کمک می‌کند تا در محیط‌های کاری بهبود یافته و روابط بهتری برقرار کنند، که منجر به افزایش رضایت بیماران و بهره‌وری بیشتر می‌شود [۶،۷] در نهایت، پژوهش‌های بیشتری برای استانداردسازی پروتکل‌های آموزشی لازم است تا تأثیرات بلندمدت هوش معنوی به درستی ارزیابی شود [۸].

هوش معنوی به فرد اجازه می‌دهد موقعیت را تغییر داده و یا بهتر کرده و در واقع، آن را اداره (مدیریت) کند. افرادی که گرایش‌های معنوی دارند هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری می‌دهند و موقعیت و فشار را بهتر اداره می‌کنند و میزان افسردگی آنها کمتر است [۵]. هوش معنوی به عنوان توانایی عمل با خرد و دلسوزی، ضمن حفظ آرامش درونی و بیرونی، بدون توجه بـه شرایط توصیف شده است که افراد را قادر می‌سازد تا بـه طور مؤثر شرایط استرس‌زا و اضطراب را در موقعیت‌های نامطلوب مدیریت کنند [۹].

هوش معنوی نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری افراد دارد، زیرا توانایی‌های معنوی به آن‌ها کمک می‌کند تا با چالش‌ها و استرس‌ها بهتر کنار بیایند و از منابع درونی خود بهره‌برداری کنند. این ارتباط می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد منجر شود [۱۰] از پیامدهای برخورداری از هوش معنوی، تاب‌آوری است [۱۱].

تاب‌آوری (Resilience) یکی از اصلی‌ترین عواملی است که به سازگاری فرد با شرایط نامساعد، مرتبط است. تاب‌آوری به توانایی سازگاری فرد با شرایط تهدیدکننده اشاره می‌کند و به صورت توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط استرس‌زا است و با تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها به سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار تعریف می‌شود [۱۲].

تاب‌آوری برای پرستاران، جهت کاهش نتایج منفی و افزایش پیامدهای مثبت استرس بسیار مهم است. همچنین درک مفهوم تاب‌آوری می‌تواند در ارائه پشتیبانی و توسعه برنامه‌هایی برای کمک به پرستاران در ارتقا و ماندگاری در پرستاری کمک کند. تاب‌آوری از طریق دانش، مهارت و تجربیات بالینی حاصل می‌شود که منجر به اعتماد به نفس و انعطاف پذیری پرستاران در مقابله و سازگاری با محیط‌های کار پیچیده می‌شود [۱۳].

با عنایت بر اینکه ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت در کادر پرستاری حائز اهمیت است و برخورداری از هوش معنوی اثر چشمگیری بر صلاحیت بالینی پرستاران و کیفیت ارائه مراقبت به بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه دارد. هوش معنوی با تقویت اعتقادات و باورها و نیز شخصیت پرستاران باعث ارتقاء کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود که این امر متعاقباً باعث توسعه سلامت بیماران می‌شود. همچنین، ارتقاء هوش معنوی منجر به رشد مهارت‌های اجتماعی، شغلی و شخصی می‌شود و به پرستاران اجازه می‌دهد از موقعیت‌های نامناسب و دشوار عبور کند. ماهیت خاص بیماران بخش‌های مراقبت ویژه که نیازمند پرستارانی با مهارت و اعتماد به نفس و توانایی مدیریت استرس و مدیریت زمان هستند، موید ضرورت برخورداری پرستاران از هوش معنوی بالا در این بخش‌ها است [۱۴].

پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل مواجهه با شرایط بحرانی و استرس‌های شغلی، نیازمند توانمندی‌هایی مانند هوش معنوی و تاب‌آوری هستند که می‌توانند عملکرد و کیفیت مراقبت از بیماران را بهبود بخشند. با توجه به اهمیت ارتقای سلامت روانی پرستاران و نقش کلیدی هوش معنوی در تقویت تاب‌آوری، انجام پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری بر هوش معنوی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، با عنایت بر اینکه نتایج مطالعات، یافته‌های مختلفی را در خصوص هوش معنوی پرستاران گزارش کرده‌اند و بر اساس جستجوی پژوهشگر مطالعه‌ای در مورد تأثیرسنجی هوش معنوی با تاب‌آوری در پرستاران در شهر تهران یافت نشد. از این رو بر آن شدیم تا به تعیین نقش پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری بر هوش معنوی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۳ بپردازیم.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی با رویکرد همبستگی انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه شش بیمارستان آموزشی منتخب در شهر تهران بود. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی در رشته پرستاری، نداشتن سابقه ترک خدمت و نداشتن سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. معیار خروج از مطالعه، پرسشنامه‌های ناقص به‌گونه‌ای که امکان استفاده از داده‌ها وجود نداشت، در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای انجام شد. در مرحله نخست، بیمارستان‌های آموزشی منتخب (فیروزگر، حضرت رسول اکرم، هاشمی‌نژاد، شفا یحیاییان، یافت‌آباد و اکبرآبادی) به صورت در دسترس انتخاب شدند. در مرحله بعد، با روش سهمیه‌ای، تعداد مورد نیاز از هر بیمارستان بر اساس تعداد

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]

پرستاران ICU آن مرکز تعیین شد و نهایتاً پرستاران هر بیمارستان به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند.

با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳,۱ و آزمون رگرسیون خطی چند متغیره (Fixed Model, R^2 Increase)، با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان آزمون ۹۰ درصد و اندازه اثر متوسط (f^2 = ۰/۰۵)، حجم نمونه مورد نیاز با احتساب ۱۰ درصد ریزش برابر با ۲۵۷ نفر برآورد شد. پس از گردآوری داده‌ها، ۲۲۳ پرسشنامه کامل وارد تحلیل شد و ۳۴ پرسشنامه به علت نقص در پاسخ‌گویی کنار گذاشته شدند.

پس از اخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر به بیمارستان‌های منتخب مراجعه کرده و هدف پژوهش را برای پرستاران واجد شرایط توضیح داد. سپس رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ شد. پرسشنامه‌ها به صورت کاغذی توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری شدند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه و ناشناس نگهداری خواهد شد.

از ابزارهای زیر در پژوهش استفاده شد. برگه اطلاعات جمعیت‌شناختی: شامل سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، وضعیت استخدامی، سابقه خدمتی، سابقه خدمت در بخش ویژه، نام بخش محل کار، نوع شیفت و پست سازمانی، است.

پرسشنامه هوش معنوی عبداله‌زاده: این ابزار توسط عبداله‌زاده و همکاران در سال ۱۳۷۸ ساخته شد. پرسشنامه ۲۹ سؤال و شامل دو حوزه است: درک و ارتباط با سرچشمه هستی با ۱۲ آیتم (۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۲۴، ۲۷، ۲۹)، زندگی معنوی یا اتکا به هسته درونی با ۱۷ آیتم (۲، ۳، ۶، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱،۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۸) و پاسخ‌ها پنج طیف (۵–۱) دارند به صورت کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق و کاملاً موافق. دامنه امتیاز ۲۹ تا ۱۴۵ است کسب نمره بالاتر به معنی داشتن هوش معنوی بالاتر است. پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش‌شده است. روایی با استفاده از تحلیل عاملی نیز بررسی و همبستگی کلیه سؤالات بالای ۰/۳ گزارش شد و دو عامل برای آن به دست آمد [۱۵]. به کرات در نمونه‌های پرستاران استفاده شده است [۱۷،۱۶].

پرسشنامه تاب‌آوری (Connor- Davidson Resilience Scale) (CD-RISC): این پرسشنامه توسط Connor-Davidson در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهش در حوزه تاب‌آوری (۱۹۷۹–۱۹۹۱) طراحی شد و دارای ۲۵ سؤال و شامل پنج حیطه (تصور شایستگی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل، تأثیرات معنوی است. تصور شایستگی فردی دارای هشت گویه (۱۰، ۱۶،۱۲،۱۱، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی دارای هفت گویه (۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن دارای پنج گویه (۱، ۲، ۴، ۵، ۸)، کنترل سه گویه (۱۳،۲۱،۲۲) و تأثیرات معنوی دارای دو گویه (۳،۱۸) است. پاسخ‌ها پنج طیف به صورت کاملاً غلط، تا حدودی غلط، نظری ندارم، تا حدودی درست و کاملاً درست دارند. دامنه امتیاز صفر تا ۱۰۰ است هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود به این صورت که نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ است. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هر چه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش‌شده است [۱۹]. این مقیاس در ایران توسط جوکار در سال ۱۳۸۴ ترجمه و هنجاریابی شده است و برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۹۳ را گزارش کرده است [۲۰].

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد. برای بررسی پیش‌بینی اثر این متغیرها از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. این پژوهش با کد اخلاق IR.SHAHED.REC.1402.134 از کمیته اخلاق دانشگاه شاهد انجام شد. به شرکت‌کنندگان درباره هدف مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات، و اختیاری بودن مشارکت توضیحات کامل ارائه شد و رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. اصول اخلاق پژوهش شامل امانت‌داری علمی، ارجاع به منابع و بی‌طرفی در تحلیل داده‌ها رعایت شده است.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد میانگین سنی نمونه‌های پژوهش ۶/۱۱۵ ± ۳۶/۰۲ سال (۲۳ تا ۵۰ سال) بود. اکثریت پرستاران نمونه پژوهش، زن (۵۸/۷ درصد)، متأهل (۶۲/۳ درصد)، با میانگین تعداد فرزند ۰/۹۱ ± ۱/۲۱ (صفر تا ۳ فرزند) و دارای تحصیلات کارشناسی (۸۳/۴ درصد) بودند. از نظر وضعیت استخدام اکثریت رسمی (۵۵/۲ درصد)، در سمت پرستار (۷۴/۹ درصد)، بودند و اکثریت آنها در بخش ICU فعالیت داشتند (۷۴/۸ درصد). سابقه خدمت دارای میانگین ۵/۶۲۵ ± ۱۱/۹۱ سال (۲ تا ۲۵ سال) و سابقه کار در بخش ویژه دارای میانگین ۴/۱۹۶ ± ۷/۳۰ سال (یک تا ۲۲ سال) بود (جدول یک).

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران بخش‌های مراقبت‌ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۳

متغییر		فراوانی(درصد)
جنس	مرد	۹۲(۴۱/۳)
	زن	۱۳۱(۵۸/۷)
وضعیت تأهل	مجرد	۸۰(۳۵/۹)
	متأهل	۱۳۹(۶۲/۳)
	همسرفوت‌شده و از همسر جداشده	۱۴(۱/۷)
میزان تحصیلات	کارشناسی	۱۸۶(۸۳/۴)
	کارشناسی ارشد	۳۶(۱۶/۱)
	دکتری	۱(۰/۴)
وضعیت استخدام	رسمی	۱۲۳(۵۵/۲)
	پیمانی	۳۶(۱۶/۱)
	طرحی	۱۶(۷/۲)
	شرکتی	۲۹(۱۳)
	قراردادی	۱۹(۸/۵)
سمت شغلی	پرستار	۱۶۷(۷۴/۹)
	مسئول شیفت	۴۲(۱۸/۸)
	سرپرستار	۱۴(۶/۳)
نوبت شیفت	صبح	۴۹(۲۲)
	عصر	۲(۰/۹)
بخش محل فعالیت	شب	۵۷(۲۵/۶)
	درگردش	۱۱۵(۵۱/۶)
	ICU	۱۶۷(۷۴/۸)
	CCU	۵۶(۲۵/۱)

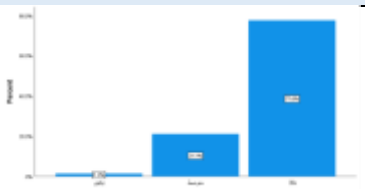
جدول دو نشان می‌دهد میانگین امتیاز هوش‌معنوی در پرستاران ۲۱/۴۲۶ ± ۱۲۳/۴۳ و میانگین امتیاز تاب‌آوری ۱۸/۱۶۵ ± ۸۰/۵۴ بود. نمودارهای یک و دو نشان می‌دهد که اکثریت پرستاران از سطح بالای هوش معنوی (۸۰/۳ درصد) و تاب‌آوری (۷۷/۶ درصد) برخوردار بودند.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی هوش معنوی و تاب‌آوری و حیطه‌های آنها در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۴۰۳ شهر تهران

	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	چولگی	کشیدگی
هوش معنوی	هوش معنوی کل	۱۲۳/۴۳	۲۱/۴۲۶	۱۴۵	۳۸	−۱/۳۷۴	۲/۱۲۹
	درک و ارتباط با سرچشمه هستی	۵۱/۳۷	۹/۵۶۳	۶۰	۱۳	−۱/۵۷۰	۲/۶۶۴
	زندگی معنوی یا اتکا به هسته درونی	۷۲/۰۶	۱۲/۴۰۹	۸۵	۲۴	−۱/۲۲۰	۱/۵۰۹
تاب‌آوری	تاب‌آوری کل	۸۰/۸۴	۱۸/۱۶۵	۱۰۰	۶	−۰/۹۵۵	۰/۵۴۸
	شایستگی فردی	۲۵/۹۴	۶/۱۹۹	۳۲	۰	−۰/۹۹۱	۰/۶۵۵
	غرایز فردی	۲۲/۴۳	۵/۴۷۹	۲۸	۳	−۰/۸۶۵	۰/۰۷۳
	پذیرش مثبت	۱۶/۲۰	۳/۸۶۳	۲۰	۲	−۱/۰۴۲	۰/۶۸۸
	کنترل	۹/۷۹	۲/۳۸۶	۱۲	۱	−۱/۰۲۵	۰/۵۱۳
	معنویت	۶/۴۷	۱/۵۵۰	۸	۰	−۱/۰۷۶	۱/۰۷۳



نمودار ۱. توزیع فراوانی هوش معنوی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۴۰۳ شهر تهران



نمودار ۲. توزیع فراوانی تاب‌آوری پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۴۰۳ شهر تهران

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]

جدول سه نشان می‌دهد مدل رگرسیون خطی به لحاظ آماری معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) بنابراین، دارای برازش است؛ ۵۵ درصد تغییرات هوش معنوی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به وسیله تاب‌آوری و همچنین حیطه‌های آن قابل پیش‌بینی است. همچنین، به اندازه یک واحد افزایش تاب‌آوری، هوش معنوی ۰/۷۷۴ واحد افزایش می‌یابد (P<۰/۰۰۱). حیطه‌های تصور شایستگی و معنویت به صورت معنی‌داری هوش معنوی را پیش‌بینی می‌کنند (P<۰/۰۰۱) و شایستگی فردی سهم بیشتری در پیش‌بینی هوش معنوی دارد (۰/۴۹۲ = β).

جدول ۳. بررسی میزان پیشگویی‌کنندگی هوش معنوی با تاب‌آوری پرستاران بخش‌های مراقبت‌ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۴۰۳ شهر تهران

متغیر	R^2	B	β	T	P	فاصله اطمینان ۹۵درصد برای B	
						سطح بالا	سطح پایین
تاب‌آوری	۰/۵۵۴	۰/۸۷۸	۰/۷۴۴	۱۶/۵۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۴	۰/۹۸۲
تصور شایستگی		۱/۷۰۰	۰/۴۹۲	۴/۳۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۹	۲/۴۷۱
غرایز فردی		۰/۳۳۴	۰/۰۸۵	۰/۶۶۶	۰/۵۰۶	۰-/۶۵۳	۱/۳۲۰
پذیرش مثبت تغییر	۰/۵۵۹	۰/۶۶۹	۰/۱۲۱	۱/۴۵۳	۰/۱۴۸	−۱/۵۷۶	۰/۲۳۸
کنترل		۰/۲۵۶	۰/۰۲۸	۰/۲۸۸	۰/۷۷۳	−۰/۴۹۱	۲/۰۰۳
تأثیر معنوی		۴/۵۶۴	۰/۳۳۰	۴/۶۹۵	<۰/۰۰۱	۲/۶۴۹	۶/۴۸۲

جدول ٤. بررسی میزان پیشگویی‌کنندگی بعد درک و ارتباط با سرچشمه هستی هوش معنوی با تاب‌آوری پرستاران بخش‌های مراقبت‌ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۴۰۳ شهر تهران

متغیر	R^2	B	β	T	P	فاصله اطمینان ۹۵درصد برای B	
						سطح بالا	سطح پایین
تاب‌آوری	۰/۶۶۶	۰/۳۵۰	۰/۶۶۶	۰/۸۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	۰/۴۷۰
تصور شایستگی		۰/۸۸	۰/۵۷۰	۴/۶۰۶	<۰/۰۰۱	۱/۲۵۶	۰/۵۰۳
غرایز فردی		۰/۱۱۷	۰/۰۶۷	۰/۴۷۷	۰/۶۳۴	۰/۳۶۵	−۰/۵۹۸
پذیرش مثبت تغییر	۰/۷۲۹	۰/۵۰۸	۰/۲۰۵	۲/۲۵۷	۰/۰۲۵	−۰/۰۶۴	−۰/۹۵۱
کنترل		۰/۳۳۳	۰/۰۸۳	۰/۷۶۹	۰/۴۴۳	۱/۱۸۶	−۰/۵۲۰
تأثیر معنوی		۲/۱۸۱	۰/۳۵۴	۴/۵۹۳	<۰/۰۰۱	۳/۱۱۶	۱/۲۴۵

جدول چهار نشان می‌دهد مدل رگرسیون خطی به لحاظ آماری معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) بنابراین، دارای برازش است، ۷۷ درصد تغییرات **بُعد درک و ارتباط با سرچشمه هستی هوش معنوی** پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به وسیله تاب‌آوری و همچنین حیطه‌های آن قابل پیش‌بینی است. همچنین به اندازه یک واحد افزایش تاب‌آوری، **بُعد درک و ارتباط با سرچشمه هستی هوش معنوی** ۰/۷۷۲ واحد افزایش می‌یابد (P<۰/۰۰۱). حیطه‌های تصور شایستگی و معنویت بصورت معنی‌داری **بُعد درک و ارتباط با سرچشمه هستی هوش معنوی** را پیش‌بینی می‌کنند (P<۰/۰۰۱) و شایستگی فردی سهم بیشتری در پیش‌بینی هوش معنوی دارد (β =۰/۵۷۰).

جدول ۵. بررسی میزان پیشگویی کنندگی زندگی معنوی یا اتکا به هسته درونی هوش معنوی با تاب‌آوری پرستاران بخش‌های مراقبت‌ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران سال ۱۴۰۳ شهر تهران

متغیر	R^2	B	β	T	P	فاصله اطمینان ۹۵درصد برای B	
						سطح بالا	سطح پایین
تاب‌آوری	۰/۶۶۶	۰/۳۵۰	۰/۶۶۶	۱۳/۲۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۳	۰/۲۹۸
تصور شایستگی		۰/۸۲۰	۰/۴۱۰	۴۳/۷۲۰	۰/۰۰۱	۱/۲۵۵	۰/۳۸۶
غرایز فردی		۰/۴۵۰	۰/۱۹۹	۱/۵۹۶	۰/۱۱۲	۱/۰۰۸	−۰/۱۰۶
پذیرش مثبت تغییر	۰/۷۹۳	۰/۱۶۱	۰/۵۰	۱/۶۲۲	۰/۵۳۵	۰/۳۵۰	−۰/۶۷۳
کنترل		۰/۰۷۷	۰/۰۱۵	۰/۱۵۴	۰/۸۷۸	۰/۹۰۸	−۱/۰۶۲
تأثیر معنوی		۲/۳۸۵	۰/۲۹۸	۴/۳۵۱	<۰/۰۰۱	۳/۴۶۵	۱/۳۰۴

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]

جدول پنج نشان می‌دهد مدل رگرسیون خطی به لحاظ آماری معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) بنابراین، دارای برازش است، ۶۶ درصد تغییرات **بُعد زندگی معنوی یا اتکا به هسته درونی هوش معنوی** پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به وسیله تاب‌آوری و همچنین حیطه‌های آن قابل پیش‌بینی است. همچنین، به اندازه یک واحد افزایش تاب‌آوری، **زندگی معنوی یا اتکا به هسته درونی هوش معنوی** ۰/۶۶۲ واحد افزایش می‌یابد (P<۰/۰۰۱). حیطه‌های تصور شایستگی و معنویت بصورت معنی‌داری **بُعد درک و ارتباط با سرچشمه هستی هوش معنوی** را پیش‌بینی می‌کنند (P<۰/۰۰۱) و شایستگی فردی سهم بیشتری در پیش‌بینی هوش معنوی دارد (β=۰/۵۷۰).

مدل رگرسیونی Enter جهت پیش‌بینی هوش معنوی توسط متغیرهای جمعیت‌شناختی به لحاظ آماری معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) بنابراین دارای برازش است. به میزان ۱۵ درصد تغییرات هوش معنوی توسط متغیرهای جمعیت‌شناختی تبیین می‌شود. از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، جنس (β = ۰/۱۵۰)، سابقه خدمت (β = ۰/۴۵۲) و کار در بخش CCU (β = ۰/۲۱۷) بصورت مستقیم و سِمَت، شغل، مسئول شیفت (β = −۰/۱۷۵) و کار در شیفت عصر (β = −۰/۱۵۵) بصورت معکوس توانستند هوش معنوی را پیش‌بینی کنند. بنابر این سابقه خدمت و سپس کار در بخش CCU سهم بیشتری در پیش‌بینی هوش معنوی دارد.

مدل رگرسیونی Enter جهت پیش‌بینی تاب‌آوری توسط متغیرهای جمعیت‌شناختی به لحاظ آماری معنی‌دار است (P = ۰/۰۰۸) بنابراین، دارای برازش است. کمتر از یک درصد تغییرات تاب‌آوری توسط متغیرهای جمعیت شناختی تبیین می‌شود. از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، جنس (β = ۰/۱۷۳) و سابقه خدمت (β = ۰/۶۳۹) بصورت مستقیم و سابقه کار در بخش مراقبت ویژه (β = −۰/۲۰۸) بصورت معکوس توانستند تاب‌آوری را پیش‌بینی کنند و سابقه خدمت و سپس سابقه کار در بخش ویژه سهم بیشتری در پیش‌بینی تاب‌آوری دارند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری در هوش معنوی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب علوم پزشکی ایران شهر تهران سال۱۴۰۳، انجام گرفت. با توجه به نتایج، به طور میانگین میزان هوش معنوی پرستاران نمونه پژوهش حاضر در سطح بالا بود. این میزان بالای هوش معنوی می‌تواند ناشی از ماهیت محیط کاری بخش مراقبت ویژه، مواجهه مداوم با بحران‌های اخلاقی، مرگ و زندگی و تجربه‌های عمیق انسانی در این فضا باشد. در این راستا نتایج پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها مقایسه شد: میزان هوش معنوی باز قلعه و همکاران در سال ۹۸ به روی پرستاران شهر شاهرود در دوران همه‌گیری کرونا کمتر از پژوهش حاضر بود. علت این تفاوت می‌تواند به علت همه‌گیری کرونا باشد بخصوص که این پژوهش در اوایل همه‌گیری انجام شده بود [۲۱]. همچنین Awad و همکاران (۲۰۲۲) با پژوهش بر روی پرستاران بخش ویژه در کشور مصر نیز هوش معنوی را در سطح متوسط نشان داد [۲۲]. که این پژوهش نیز در زمان همه‌گیری کرونا اتفاق افتاده است که می‌تواند علت تفاوت با پژوهش حاضر باشد. در پژوهش ابراهیمی برمی و همکاران (۱۳۹۸) به روی کارکنان توانبخشی شمیرانات شهر تهران [۲۳] و همچنین پژوهش حنانی و همکاران (۱۳۹۵) به روی دانشجویان اتاق عمل دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران [۲۴] سطح هوش معنوی در سطح متوسط بود. علت این تفاوت را می‌توان تا حد زیادی به تجربه زیسته و حضور مداوم این پرستاران در محیط‌های پرتلاطم بالینی نسبت داد، چرا که مواجهه مکرر با بحران‌های انسانی، رنج بیماران، و مرگ و زندگی می‌تواند ابعاد معنوی و درونی انسان را بیش از پیش تقویت کند و با توجه به اینکه پژوهش حاضر روی پرستاران بخش ویژه انجام شده که این امر خود می‌تواند در افزایش هوش معنوی آنها مؤثر باشد. در پژوهش حمید و همکاران (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه نیز میانگین سطح هوش معنوی کمتر از پژوهش حاضر بود [۲۵]. یکی از دلایل این تفاوت می‌تواند مربوط به تفاوت ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش باشد؛ چرا که پژوهش حاضر بر روی پرستاران فارغ‌التحصیل فعال در بخش‌های ویژه انجام شده است. به نظر می‌رسد هوش معنوی پرستاران بخش ویژه به دلیل شرایط خاص شغلی و مواجهه مستمر با بیماران بدحال، بیشتر از سایر گروه‌ها ارتقاء پیدا می‌کند. این دسته از پرستاران به واسطه مشاهده راز و نیاز بیماران و دعاهای همراهان برای بهبود عزیزانشان و همچنین تجربه موفقیت در مراقبت‌های پایان حیات، ارتباط عمیق‌تری با سرچشمه هستی برقرار کرده و نقش خداوند را در فرآیند بهبود بیماران بیشتر درک می‌کنند. این تجربیات مداوم در محیط کار می‌تواند موجب ارتقاء سطح هوش معنوی پرستاران بخش‌های ویژه شود.در پژوهش حاضر تاب‌آوری در سطح بالا بود. سطح بالای تاب‌آوری را می‌توان ناشی از انطباق تدریجی با فشارهای کاری، تجربه حرفه‌ای و توسعه راهبردهای مقابله‌ای اثربخش دانست. پرستاران مراقبت ویژه به دلیل مواجهه مستمر با موقعیت‌های پیچیده و دشوار، معمولاً تاب‌آوری بالاتری نسبت به سایر پرستاران دارند. در پژوهش برخورداری شریف‌آبادی و همکاران (۱۳۹۸) در شهر یزد میانگین تاب‌آوری پرستاران کم [۲۶] بود و همچنین، پژوهش حمید و همکاران (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان علوم پزشکی کرمانشاه [۲۵] کمتر از پژوهش حاضر بود.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]

نمونه‌های پژوهش حاضر پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بودند ولی نمونه‌های پژوهش برخورداری شریف‌آبادی و همکاران، کلیه پرستاران و پژوهش حمید و همکاران دانشجویان علوم پزشکی بودند که می‌تواند یکی از علت‌های تفاوت سطح تاب‌آوری در بین نمونه‌های پژوهش باشد. همچنین از آنجا که پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه از بیماران بدحال مراقبت می‌کنند این نیز سبب ارتقاء سطح تاب‌آوری آنها می‌شود که این یافته با انتظارات نظری و تجربی در زمینه سازگاری حرفه‌ای پرستاران در محیط‌های پرتنش سازگار است.در ارتباط با ارتباط هوش معنوی و تاب‌آوری نتایج پژوهش حاضر نشان داد ۵۵ درصد تغییرات هوش معنوی پرستاران بخش ویژه به وسیله شاخص تاب‌آوری و همچنین، بین هوش معنوی و حیطه‌های تاب‌آوری قابل پیش‌بینی است. در پژوهش ابراهیمی برمی و همکاران (۱۳۹۶) بر روی کارکنان توانبخشی شمیرانات [۲۳]، حمید و همکاران (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان علوم پزشکی کرمانشاه [۲۵] و Khan و همکاران (۲۰۲۳) در دانشجویان شهر پیشاور پاکستان [۲۷] بین هوش معنوی و تاب‌آوری ارتباط مثبت و معنی‌داری برقرار بود.نتایج نشان داد هوش معنوی نیز با سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، وضعیت استخدام، سابقه کار، سمت شغلی و بخش محل فعالیت ارتباط معنی‌داری داشت. در پرستارانی که سن بالاتر داشته یا همسر فوت شده یا جدا شده، تعداد فرزند بیشتر، وضعیت استخدام رسمی، سابقه کاری بالاتر داشته و یا سرپرستار بوده و یا در بخش CCU فعالیت می‌کردند از سطح هوش معنوی بالاتری برخوردار بودند. Ünlügedik و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند هوش معنوی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه ترکیه با سطح تحصیلات ارتباط داشت [۲۸]. تاب‌آوری نیز با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، وضعیت استخدام، سابقه کار و بخش محل فعالیت ارتباط معنی‌داری داشت. در پرستارانی که سن بالاتر داشته یا خانم بوده، تعداد فرزند بیشتر، وضعیت استخدام رسمی، سابقه کاری بالاتر داشته و یا سرپرستار بوده و یا در بخش ICU فعالیت می‌کردند، از سطح تاب‌آوری قوی برخوردار بودند. ولی، پرستاران مجرد از سطح تاب‌آوری ضعیفی برخوردار بودند. این نتایج نشان می‌دهد که پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه هر چه سن بالاتر و سابقه کاری بیشتری داشته باشند، از سطح هوش معنوی و تاب‌آوری مطلوبی برخوردارند که می‌تواند با تجربه میزان مواجهه با شرایط تنش‌زا و نحوه کنترل آن، آموزش‌های مرتبط با موقعیت‌های شایع در بخش‌های ویژه، اعتماد به نفس بالاتر و توانایی تصمیم‌گیری و قدرت حل مسئله آنها مرتبط باشد. همچنین بر اساس نتایج پرستاران شاغل در بخش CCU سطح هوش معنوی بالاتری را گزارش کردند که این نیز می‌تواند نشان از اختلاف سطح متغیرهای مرتبط در پرستاران با میزان ارتباط بیماران و پرستاران در این بخش‌ها باشد. پرستارانی که همسرشان فوت کرده یا از هم جدا شده بودند احتمالاً به علت درک تنهایی بیشتر و پناه بردن به نیایش در بحران‌های پیشین تجربه شده، سطح هوش معنوی بالاتری را گزارش کردند. در خصوص سطح تاب‌آوری پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه که یکی از اساسی‌ترین پایه‌های کیفیت ارائه خدمات ایمن و اثربخش در پرستاری بوده و سطح سلامت و رضایتمندی گیرندگان خدمت به آن وابسته است هرچه سن بالاتر داشته و سابقه پرستاران بیشتر بوده و استخدام رسمی و متأهل باشند و خصوصاً پرستاران خانم تاب‌آوری قوی‌تر دارند و همه متغیرهای جمعیت‌شناختی یاد شده می‌تواند برای ایجاد یا ارتقاء کیفی سطح مراقبت و مراقبت توأم با آرامش در بخش‌های مراقبت ویژه مؤثر باشد. از آنجا که بخش‌های مراقبت ویژه جزء مهمترین بخش‌های بیمارستانی است و بیماران به شدت بدحال و نیاز به سطوح بالای مراقبت در آن بستری می‌شوند و از طرفی کیفیت مراقبت از بیماران کاملاً با میزان بهبودی یا مرگ و میر بیماران مرتبط است که بخش اعظم وظیفه مراقبت و امورات درمانی نیز بر دوش پرستاران شاغل در این بخش‌ها است. با توجه به اینکه امروزه نسبت سالمندی و بیماری‌های زمینه‌ای مرتبط با آن در جوامع رو به افزایش است و همچنین صنعتی شدن و ماشینی بودن زندگی روزمره، مشکلات زیست محیطی، تنش‌های بین‌المللی و غیره سلامتی افراد را با خطرات جدی‌تری مواجه می‌کند که آنها را نیازمند دریافت خدمات مراقبت ویژه می‌نماید. عملکرد شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه یکی از عوامل بسیار مهم و تأثیرگذار در بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری و میزان سلامتی بیماران است و لذا، عوامل مثبت و منفی مؤثر بر آن نیز به نتایج درمان و مراقبت و میزان شاخص‌های برآیندی مراکز درمانی تأثیر خواهد گذاشت. بنابراین، شناسایی و تقویت عوامل مثبت و برطرف کردن عوامل منفی مؤثر بر عملکرد شغلی پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه باید مورد توجه قرار گیرد. پرستاران این بخش‌ها به طور روزمره با موقعیت‌های پیچیده، فشارهای روانی و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی دشوار مواجه هستندکه این شرایط، سلامت روانی، اخلاقی و حرفه‌ای آنان را بطور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، بررسی ساز وکارهای حمایتی درونی مانند هوش معنوی و تاب‌آوری می‌تواند نقشی تعیین‌کننده در حفظ کیفیت مراقبت و سلامت روانی پرستاران ایفا کند. بر اساس نتایج این پژوهش سطح هوش معنوی، تاب‌آوری و برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی بر میزان سطح عملکرد شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه تأثیرگذار است و هر چه پرستاران سطح هوش معنوی بالاتری داشته باشند از سطح تاب‌آوری قوی‌تری برخوردار خواهند بود. همچنین پرستارانی که سابقه کاری بالاتر داشته و آموزش‌های ضمن خدمت مرتبط با افزایش سطح هوش معنوی و تاب‌آوری

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]

را گذرانده و در بخش‌های ویژه به کارگرفته شوند، میزان عملکرد شغلی بهتری خواهند داشت. از سویی، مسئولان دست‌اندرکار باید به موارد مرتبط با متغیرهای هوش معنوی، تاب‌آوری پرستاران، اعم از رسیدگی به مشکلات رفاهی و معیشتی، رفع تبعیض و عدالت محوری، استخدام نیروی پرستاری، ارتباط مؤثر و میدانی با بدنه نیروهای پرستاری، تلاش برای تأمین ملزومات و تجهیزات مورد نیاز و ویژگی‌های طراحی و ساختاری بخش‌های ویژه توجه وافر نموده و برای رفع موانع برنامه‌ریزی نماید. از نتایج تحلیل رگرسیون نیز چنین برمی‌آید که متغیر تاب‌آوری قادر هست حدود ۵۵ درصد از تغییرات مربوط به هوش معنوی را پیش‌بینی کنند. این درصد قابل توجه از پیش‌بینی‌پذیری، گواهی بر پیوند عمیق میان این دو متغیر است و ضرورت توجه یکپارچه به آن‌ها در طراحی برنامه‌های آموزشی، مداخلات روان‌شناختی و سیاست‌گذاری‌های حرفه‌ای را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل، می‌توان نتیجه گرفت که هوش معنوی و تاب‌آوری از جمله توانمندی‌های مهم روانی- اجتماعی در پرستاران است که به آنان کمک می‌کند تا با چالش‌های شدید محیط کار، به ویژه در بخش‌های مراقبت ویژه، با کارایی بالاتر و سلامت روانی بهتر مواجه شوند. در مجموع، یافته‌های پژوهش گویای آن است که هوش معنوی بعنوان یک توانمندی درونی، با افزایش تاب‌آوری، نقش مهمی در بهبود عملکرد حرفه‌ای و سلامت روانی پرستاران ایفا می‌کند. این موضوع از منظر آموزشی، مدیریتی و بالینی اهمیت ویژه‌ای دارد و ضرورت توجه به تقویت این مؤلفه‌ها را در نظام سلامت و آموزش پرستاری نشان می‌دهد. انجام این پژوهش با محدودیت‌های زیر مواجه شد: نمونه‌های پژوهش اغلب تمایلی به همکاری در مطالعه نداشتند که پژوهشگر با مراجعه شخصی به هر پرستار و با برقراری ارتباط مؤثر و توضیح اهمیت پاسخ به پرسشنامه‌ها و دستاوردهای حرفه‌ای ناشی از پایان پژوهش آنها را علاقمند کرده نهایتاً تعداد نمونه‌ها تکمیل شدند. با توجه به اینکه چند بخش ویژه از یک بیمارستان به دلایلی غیر فعال شد مجبور به اضافه کردن دو بیمارستان دیگر، با اجازه کمیته اخلاق دانشگاه، جهت تکمیل نمونه‌ها شدیم که این فرآیند و نیاز به اخذ مجوز، منجر به افزایش مدت نمونه‌گیری شد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با کسب مجوز و دریافت کد اخلاق IR.SHAHED.REC.1402.134 از کمیته اخلاق دانشگاه شاهد انجام شد. به شرکت‌کنندگان درباره هدف مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن مشارکت توضیحات کامل ارائه شد و رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. اصول اخلاق پژوهش شامل امانت‌داری علمی، ارجاع به منابع و بی‌طرفی در تحلیل داده‌ها رعایت شده است. پژوهشگران این مطالعه از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، مسئولین دانشگاه علوم پزشکی تبریز و تمام پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز که ما را در انجام این تحقیق یاری نموده کمال تشکر و قدردانی داریم و آرزوی موفقیت برای این عزیزان را داریم.

تضاد منافع : بین نویسندگان مقاله تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Goudarzi F, Riahi S, Hasanvand S, Ebrahimzadeh F, Masoudi R. Training the Spiritual Intelligence and Changing its' Components in Critical Care Nurses. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019;8(3):462-71. URL: http://78.39.35.47/article-1-1134. [Persian]
2. Hydari A, Bordbar MRF, Kowkab Basiri M, Meshkinyazd A. Effect of spiritual intelligence training on perceived stress in a psychiatric nurse. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2018;7(11):6-10. URL: https://www.ijmrhs.com/medical-research/effect-of-spiritual-intelligence-training-on-perceived-stress-in-a-psychiatric-nurse
3. Beiranvand S, Safapour F, Zarea S. Assess relationship between nurses` spiritual intelligence and self-efficacy. 2 Journal of Nursing Education. 2019;8(5):19-24. URL: http://jne.ir/article-1-1017-en.html. [Persian]
4. Faribors B, Fatemeh A, Hamidreza H. The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010; 5(1):1-6. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.325
5. Ramezanzadeh S, Moslehamirdehi H. Explain the relationship between moral intelligence, spiritual intelligence and psychological resilience in students: the role of mediating spiritual intelligence. Pouyesh in Humanities Education. 2020;6(21):29-38. doi: 20.1001. 1. 27172260.1399.6.21.3.2 [Persian]
6. Stiliya JK, Antony JM, Joseph J. Spiritual Intelligence and Spiritual Care in Nursing Practice: A Bibliometric Review. Indian J Palliat Care. 2024 Oct-Dec;30(4):304-314. https://doi.org/10.25259/ijpc_155_2024
7. Soni S, Pareek DV. Nurturing Spirituality, and Spiritual Intelligence: A Vital Aspect for Healthcare Professionals in the Current Scenario. Adhyayan [Internet]. 2Aug.2024 [cited 2Oct.2025];14(01):76-3. doi. 10.21567/ adhyayan.v14i1.13

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]

8. Pinto CT, Veiga F, Guedes LÚ, Pinto S, Nunes R. Models of spiritual intelligence interventions: A scoping review. Nurse Educ Pract. 2023 Nov;73:103829. doi.org/10.1016/j. nepr. 2023. 103829
9. Pinto CT, Pinto S. From spiritual intelligence to spiritual care: A transformative approach to holistic practice. Nurse Educ in Practice. 2020;47(1):1-9. doi:10.1016/j.nepr.2020. 102823
10. Sareen S. Psychological resilience in relation to emotional wellbeing and spiritual intelligence among college students. Res Rev Int J Multidisciplinary. 2019;4(6):219-22. URL: https: old. rrjournals.com/wp-content/uploads/ 2019/06/219-222_RRIJM190406046
11. Sadeghian Mh, Abdolvand M. Investigating the relationship between resilience and spiritual health of medical staff in hospitals admitting patients with Coronavirus. Hospital. 2022;21(3):10-19. doi: 20.1001.1.20081928.1401.21.3.2.8 . [Persian]
12. Lin C-C, Liang H-F, Han C-Y, Chen L-C, Hsieh C-L. Professional resilience among nurses working in an overcrowded emergency department in Taiwan. International Emergency Nursing. 2019;42(1):44-50. doi: 10.1016/j.ienj.2018.05.005.
13. Hatami A, Mahmoudi R, Hafezi Nia D, Rasouli Badrani M, Salehi Kamboo M. The Relationship between Spiritual Intelligence and Resilience with Self-efficacy of Clinical Performance in Nurses Working in Shoushtar Educational Hospitals. J Res Med Dent Sci. 2019;7(3):8-13.
14. .Moradnezhad M, Seylani K, Navab E, Esmaeilie M. Spiritual intelligence of nurses working at the intensive care units of hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. Nursing practice today. 2017;4(4):170-9. URL: https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/ 257. [Persian]
15. Bakshaish A. Prediction of Marital Satisfaction Based on Couple's Emotional and Spiritual Intelligence. Quarterly Journal of Woman and Society. 2014;5(18):69-84. doi: 20.1001.1.20088566.1393.5.18.4.0
16. 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;15(6). URL: https://brieflands.com/articles/jkums-78899
17. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Sharif Nia H. The Relationship between Nursing Students' Spiritual Intelligence and their General Health in Tehran, 2012. Iranian Journal of Medical Education. 2014;14(1):1-14. URL: http://ijme. mui.ac.ir/article-1-2810-fa.html
18. Abolghasemi H, Asadzandi M. How Spiritual Health Affects Other Dimensions of Health. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(2):164-74. URL: http://ijhp. ir/article-1-166 Persian]
19. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82. doi.10.1002/da.10113
20. Jowkar B. Resilience mediating role in the relationship between emotional intelligence and general intelligence and life satisfaction. Journal of contemporary psychology. 2008;2(2):3-13. URL: https://bjcp.ir/article-1-963-fa.html
21. Bazghaleh M, Abbasi M, Bahonar E, Ghomian Z, Sadeghi M, Norouzadeh R. Perceived Stress, Moral Distress, and Spiritual Intelligence of Clinical Nurses in the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. Annals of Military and Health Sciences Research. 2023;21(1):1-6. doi: 10.5812/amh-134088.
22. Sengul U, Ozsaban A, Coşkun Ey, Karadeniz EyEsra U, Aşkan F. Spirituality, spiritual care perceptions and moral sensitivity of senior nursing students: a multicenter and cross-sectional study. Genel Tıp Dergisi. 2022;32(4):390-6. doi: 10.54005/geneltip.1084939
23. Ebrahimi Barmi B, Hosseini M, Abdi K, Bakhshi E. The Relationship of Spiritual Intelligence and Rehabilitation Staff's Perceived Stress in Welfare Organizations Centers in Tehran and Shemiranat: 2017. Archives of Rehabilitation. 2018;19(3):228-237. doi: 10.32598/rj.19.3.228. [Persian]
24. Hannani S, Kamali N, Amiri F, Hosseini AF. The relationship between spiritual intelligence and moral distress in operating room students. Medical Ethics Journal. 2018;11(42):23-33. doi: 10.22037/mej.v11i42.18901. [Persian]
25. Khan S, Shah SN, Ullah A. A Correlational Study of Spiritual Intelligence, Resilience and Perceived Stress among University Students of Peshawar, Khyber Pakhtunkhwa. CARC Research in Social Sciences. 2023;2(3):76-85. doi: 10.58329/criss.v2i3.33
26. Barkhordari SM, Hekayati M, Nasiriani K. The relationship between moral distress and resiliency in nurses. Faslnamah-i akhlaq-i pizishki - ie, Quarterly Journal of Medical Ethics. 2020;14(45):1-14. doi: 10.22037/mej.v14i45.26874. [Persian].
27. Awad TM, Osman FE, Abo-elyzeed SM. Relation between Cognitive Emotion Regulations, Spiritual Intelligence with Occupational Stress among Critical Care Nurses Staff. Tanta Scientific Nursing Journal. 2022;24(1):347-369. doi: 10.21608/tsnj.2022.218016.
28. Ünlügedik M, Akbaş E. The effect of spiritual well-being on compassion fatigue among intensive care nurses: A descriptive study. Intensive and Critical Care Nursing. 2023;77(1):1-10.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.2.5]