مقاله پژوهشی اصیل

ارتباط هوش معنوی با خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

میثم قائدرحمت[۱]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه
*** سیما زهری انبوهی[۲]، دکترای پرستاری**
فریبا برهانی[۳]، دکترای پرستاری
بهاره غلامی[۴]، دانشجوی دکترای آمار زیستی

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط هوش معنوی با خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بخش مراقبت-های ویژه قلبی انجام شد.

زمینه. افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد به افزایش مهارت‌های توانمندسازی نیاز دارند تا به‌طور موثر علایم و نشانه‌های بیماری خود را کنترل نمایند و همچنین، با ایجاد تغییر در سبک زندگی، مانع بروز عوارض ناشی از این بیماری شوند یا بروز آنها را به تاخیر اندازند. از این رو، خودکارآمدی به عنوان یک عامل موثر در بهبود مراقبت از خود و تعدیل‌کننده خطر بیماری عروق کرونر معرفی شده است. هوش معنوی باعث می‌شود میزان بیماری کاهش و طول عمر افزایش یابد. به نظرمی‌رسد افرادی که به معنویت تمایل دارند به هنگام مواجهه با آسیب، به درمان بهتر پاسخ می‌دهند.

روش کار. در این مطالعه توصیفی همبستگی، تعداد ۱۳۶ بیمار بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی (سی‌سی‌یو) در بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به صورت در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه‌ی هوش معنوی کینگ و پرسشنامه خودکارآمدی سالیوان جمع‌آوری شدند و در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، با استفاده از آمار توصیفی، رگرسیون خطی تک‌متغیره و تحلیل رگرسیون چندگانه بررسی شدند.

یافته‌ها. بر اساس یافته‌های این پژوهش، هوش معنوی پیش‌بینی کننده خودکارآمدی است. بیشتر افراد شرکت‌کننده در مطالعه، مرد (۶۱/۸ درصد)، متاهل (۶۹/۱ درصد) و دارای میانگین سنی ۵۸/۸۵ سال بودند. میزان هوش معنوی برابر با ۴۷/۱۸ بود. افراد شرکت‌کننده در این مطالعه در مؤلفه "تفکر انتقادی" نمره میانگین ۱۳/۷۲ و در مولفه "معنی‌سازی شخصی" نمره میانگین ۱۰/۱۹ به دست آوردند. میانگین مؤلفه "آگاهی متعالی" نیز برابر با ۹/۷۰ گزارش شد. این شاخص در مؤلفه "گسترش خودآگاهی" ۹/۴۷ بود.

نتیجه‌گیری: با افزایش هوش معنوی، خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد افزایش می‌یابد. توجه به راهکارهای ارتقای هوش معنوی می‌تواند سبب بهبود خودکارآمدی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد گردد. با توجه به امکان آموزش دادن هوش معنوی، می‌توان با انجام مطالعات در زمینه تأثیر آموزش هوش معنوی و مؤلفه‌های آن بر سطح خودکارآمدی، گام مهمی در جهت بهبود خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد برداشت.

کلیدواژه‌ها: سندرم کرونری حاد، هوش معنوی، خودکارآمدی

۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک:
simazohari@gmail.com
۳ استاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴ دانشجوی دکترای آمار زیستی، دانشکده آمار زیستی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-19]

مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی از دسته بیماری‌های مزمن هستند که قلب و عروق (شریان و ورید) را درگیر می‌کنند. بیماری‌های قلبی-عروقی علت اصلی مرگ در ایالات متحده امریکا هستند و در حال حاضر، شایع ترین علت مرگ در سرتاسر جهان محسوب می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۸). بیماری‌های قلبی‌عروقی علت هر یک مورد مرگ از سه مورد مرگ در ایالات متحده هستند و به طور میانگین، روزانه ۲۰۰۰ نفر آمریکایی به علت بیماری قلبی‌عروقی می‌میرند که تقریبا یک مرگ در هر ۴۵ ثانیه است (طوسی و همکاران، ۲۰۱۴). شایع ترین بیماری قلبی‌عروقی بزرگسالان، بیماری عروق کرونر و شایع ترین نوع بیماری عروق کرونر، بیماری آترواسکلروز است (المطارب و همکاران، ۲۰۱۳) که با تجمع غیر طبیعی لیپید، مواد چربی و بافت فیبری در دیواره رگ مشخص می‌شود و باعث انسداد، تنگی رگ و کاهش جریان خون به میوکارد می‌شود (اسمتلزر و همکاران، ۲۰۱۰). درمان ایده‌آل بیماری‌های قلبی‌عروقی معمولا تغییر سبک زندگی از طریق توقف مصرف سیگار، انتخاب غذاهای سالم، کاهش وزن، فعالیت مناسب، و استفاده از دارو طبق دستور پزشک است. علاوه بر این موارد، ایجاد انگیزه بری تغییر رفتار و تبعیت از مصرف داروهای تجویزشده در بلند مدت در کاهش خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی موثر است. به دلیل روند طولانی‌مدت درمان، این بیماران نیازمند تغییر سبک در زندگی جهت بهتر کنار آمدن با بیماری و مدیریت آن هستند. لذا درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و خودکارآمدی در انجام برخی از فعالیت‌های مراقبت از خود نمی‌تواند موثر باشد (نادری پور و همکاران، ۱۳۹۳).

خودکارآمدی مفهومی مهم است که به باورها و قضاوت‌های فرد به توانایی خود در انجام وظایف و مسئولیت ها اشاره دارد. آلبرت بندورا، روان‌شناس مشهور، اثرات یک بعدی محیط بر رفتار فرد را که یکی از فرضیه‌های مهم روان‌شناسان رفتارگرا بود رد کرد. او معتقد بود انسان‌ها دارای نظام خودکنترلی و نیروی خودتنظیمی هستند و توسط آن بر افکار، احساسات و رفتارهای خود کنترل دارند و در سرنوشت خود نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند. احساس خودکارآمدی، افراد را قادر می‌سازد با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند؛ بنابراین، خودکارآمدی درک‌شده عاملی مهم در انجام موفقیت‌آمیز عملکرد و مهارت‌های اساسی لازم برای انجام آن است. عملکرد موثر، هم به داشتن مهارت‌ها و هم به باور به توانایی انجام آن مهارت‌ها نیاز دارد. از طرفی، خودکارآمدی درک‌شده بر میزان تلاش برای انجام یک وظیفه اثر می‌گذارد. افرادی که به کارآمدی خود باور دارند برای غلبه بر موانع و مشکلات تلاش‌های مضاعفی می‌کنند (قارتپه و همکاران، ۲۱۰۵).

پرفشاری خون، رژیم غذایی پرچرب، مصرف سیگار، مقاومت به انسولین و دیابت نوع دو، چاقی، سبک زندگی ناسالم، عوامل روانی و اجتماعی از عوامل قابل تعدیل هستند که در بیش از ۹۰ درصد موارد، عامل بیماری عروق کرونری معرفی شده‌اند (نیک‌منش و همکاران، ۲۰۱۵). درمان و مراقبت ایده‌آل برای عوامل خطر عروق کرونر معمولا از طریق تغییرات سبک زندگی از جمله توقف مصرف سیگار، انتخاب غذای سالم، کاهش وزن، فعالیت زیاد و استفاده از دارو مطابق با دستور پزشک صورت می‌گیرد. در برنامه آموزشی افرا مبتلا به سندرم کرونری حاد، به مشارکت در درمان خود تاکید می‌شود و این، مستلزم تغییر رفتار و اعتقاد به داشتن توانایی در خود است. افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد در گروه بیماران مزمن قرار می‌گیرند و به دلیل تبعات ناشی از آن، مثل کاهش اعتماد به نفس در انجام کارهای روزانه و اضطراب و افسردگی، با کاهش شدید کیفیت زندگی مواجه می‌شوند، بنابراین، دانش پرستاری درباره افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد در طی دهه اخیر، بسیار تغییر یافته است و تاکید اصلی آن بر خودمراقبتی و توانمندسازی بیماران است (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۴). افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد به افزایش مهارت‌های توانمند سازی نیاز دارند، تا به‌طور موثر علایم و نشانه‌های بیماری خود را کنترل نمایند و همچنین، با ایجاد تغییر در سبک زندگی، مانع بروز عوارض ناشی از این بیماری شوند یا بروز آنها را به تاخیر اندازند. از این رو، خودکارآمدی به عنوان یک عامل موثر در بهبود مراقبت از خود و تعدیل‌کننده خطر بیماری عروق کرونر معرفی شده است (والتون، ۲۰۰۰).

بیمارانی که بعد معنوی آنها تقویت می‌شود به طور موثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل پایانی بیماری خود را بهتر بگذرانند. هوش معنوی بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که به کار بستن آنها در زندگی روزانه می‌تواند موجب افزایش انطباق‌پذیری فرد شود. هوش معنوی برای حل مشکلات و مسائل مربوط به معنای زندگی و ارزش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در واقع، این هوش بیشتر مربوط به پرسیدن است تا پاسخ دادن، بدین معنا که فرد سئوالات بیشتری را در مورد خود و زندگی و جهان پیرامون خود مطرح می‌کند (مومن نسب و همکاران، ۲۰۱۳). هوش معنوی باعث می‌شود میزان بیماری کاهش و طول عمرافزایش یابد. به نظرمی‌رسد افرادی که به معنویت تمایل دارند به هنگام مواجهه با آسیب، بهتر به درمان پاسخ می‌دهند و میزان افسردگی کمتر دارند (لی و همکاران، ۲۰۰۸).

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-19]

هوش معنوی نقش قابل ملاحظه‌ای در بهبود و تجربه بیماری دارد (گرولئو و همکاران، ۲۰۱۰). معنویت یک فرآیند طبیعی است که در همه بیماران وجود دارد، اما در نظریه‌ها و تحقیقات پرستاری مورد توجه قرار نگرفته است (لوییس و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند میزان خودکارآمدی و رعایت رفتارهای خودمراقبتی در افراد مبتلا به بیماری قلبی در سطح مطلوبی نیست و نیاز به ارتقای آن در برنامه‌های خودمراقبتی احساس می‌گردد. با توجه به اینکه خودکارآمدی به عنوان یکی از عوامل مهم و تعیین‌کننده رفتارهای خودمراقبتی در اشخاص مبتلا به بیماری قلبی از اهمیت زیادی برخوردار است، بنابراین، ضرورت تقویت آن، به‌ویژه در این بیماران احساس می‌شود. بنابراین، شناخت عوامل موثر بر خودکارآمدی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر بسیار مهم و ضروری است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط هوش معنوی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی همبستگی در سال ۱۳۹۶ در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. نمونه‌ها به روش غیرتصادفی و در دسترس از بیماران دارای معیارهای ورود به مطالعه جمع‌آوری گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل آگاهی بیمار به زمان، مکان و شخص، ثابت بودن وضعیت بالینی بیمار و نداشتن درد، و گذشت حداقل ۷۲ ساعت از بستری شدن بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه هوش معنوی کینگ و پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان بود. پرسشنامه هوش معنوی کینگ دارای ۲۴ گویه شامل تفکر وجودی نقادانه، معنی‌سازی شخصی، آگاهی متعالی وگسترش خودآگاهی است که هوش معنوی را توصیف می‌کند. برای هر گویه، طیف درجه‌بندی پنج‌گزینه‌ای در نظر گرفته شده است که از نمره یک (اصلا درست نیست) تا نمره چهار (کاملا درست است) و با دامنه صفر تا ۹۶ نمره‌گذاری می‌شود. نمره کلی پرسشنامه از مجموع نمره‌های حاصل از گویه‌ها به دست می‌آید. دامنه نمره زیرمقیاس "وجود نقادانه"، بین صفر تا ۲۸؛ زیرمقیاس "معنی‌سازی شخصی"، بین صفر تا ۲۰؛ زیرمقیاس "گسترش خودآگاهی"، بین صفر تا ۲۰؛ و زیرمقیاس "آگاهی متعالی"، بین صفر تا ۲۸ است. کینگ در پژوهشی با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به بررسی روایی پرسشنامه هوش معنوی در دانشجویان پرداخت و روایی آن را مطلوب گزارش کرد. در یک نمونه ۶۱۹ نفری از دانشجویان دانشگاه کانادا در سال ۲۰۰۷، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ و پایایی، از طریق دو نیمه کردن، ۰/۸۴ به‌دست آمد. برای انجام روایی و تایید مناسب بودن برای این پژوهش، این ابزار در اختیار ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفت. برای ارزیابی پایایی در این مطالعه، پرسشنامه توسط ۱۵ بیمار تکمیل شده و برای تعیین همسانی درونی، از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۵ به‌دست آمد. این نتایج نشان می‌دهند که این مقیاس ابزاری پایا برای سنجش هوش معنوی است و با توجه به روایی و پایایی مناسب، می‌توان آن را مورد استفاده قرار داد.

پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان شامل اطمینان بیمار در مورد رعایت مراقبت‌های عمومی، کنترل علایم بیماری و رعایت دستورات دارویی است. این پرسشنامه شامل ۱۳ سئوال است که میزان خودکارآمدی بیمار را در طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از صفر تا ۴ مورد ارزیابی قرار می‌دهد، و دامنه نمرات بین صفر تا ۵۲ است، به‌این معنی که نمره بیشتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است. طبق این ابزار، نمرات صفر تا ۱۹ نشان‌دهنده خودکارآمدی ضعیف، نمرات ۲۰ تا ۳۸ نشان‌دهنده خودکارآمدی متوسط، و نمرات ۳۹ تا ۵۲ نشان‌دهنده خودکارآمدی خوب هستند. پرسشنامه خودکارآمدی سالیوان در مطالعه باقری و همکاران (۱۳۹۱) استفاده شد که بعد از ترجمه توسط پژوهشگر، جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روایی محتوا و روایی صوری استفاده شد. پرسشنامه در اختیار ۶ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۵ نفر از افراد جامعه پژوهش، و ۲ نفر متخصص داخلی قلب قرار داده شد و پس از اعمال نظر ایشان و انجام اصلاحات، ابزار مورد استفاده قرار گرفت. همچنین، پایایی ابزار در این پژوهش با روش همسانی درونی، ۰/۸۵ و با روش آزمون مجدد، ۰/۸۰ به‌دست آمد.

پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق و دریافت معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، به بیمارستان‌های دانشگاه از جمله شهدای تجریش، لبافی نژاد، امام حسین (ع)، مسیح دانشوری، مدرس، طالقانی و لقمان حکیم مراجعه نمود و پس از هماهنگی با مسئولان و سرپرستار بخش اقدام به نمونه‌گیری نمود. پژوهشگر پس از معرفی خود به واحدهای پژوهش، توضیحات کافی درباره اهداف تحقیق و روش کار به آنها ارائه داد. پژوهشگر در نوبت‌های کاری مختلف (شیفت صبح، بین ساعت ۹/۳۰ تا ۱۲/۰۰ پس از ویزیت پزشکان؛ شیفت عصر، بین ساعت ۱۶/۳۰ تا ۱۹ پس از ساعت ملاقات) به بیمارستان‌ها مراجعه نمود و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، در صورت تمایل بیماران به شرکت در پژوهش و احراز معیارهای

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-19]

ورود به پژوهش، رضایت شفاهی اخذ کرد. داده‌ها با پرسشنامه‌های هوش معنوی کینگ و خودکارآمدی بیماران قلبی سولیوان جمع آوری شد. معیار تشخیص بیماری سندرم کرونری حاد، گزارش مکتوب متخصص داخلی قلب بود. داده‌ها بر اساس اظهارات آنها اخذ شد و در صورت لزوم، از اطلاعات همراهان و پرونده بیماران استفاده شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس از بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی (سی‌سی‌یو) بیمارستان‌های مورد نظر که دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش بودند، انجام شد. شایان ذکر است نمونه‌گیری به مدت دو ماه (۵ روز در هفته) انجام شد و مدت زمان تقریبی تکمیل پرسشنامه‌ها ۲۵ دقیقه بود. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، با استفاده از آمار توصیفی، رگرسیون خطی تک‌متغیره و تحلیل رگرسیون چندگانه بررسی شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان، ۵۸/۸۵ سال با انحراف معیار ۹/۸ بود. حداقل و حداکثر سن شرکت‌کنندگان، به ترتیب، ۳۲ و ۸۶ سال بود. بیشتر بیماران (۶۹/۱ درصد) متاهل بودند و سابقه بیماری قلبی فعلی داشتند (۶۸/۴۰ درصد) و میانگین مدت زمان ابتلا، ۵/۸ سال با انحراف معیار ۶/۶ بود. تنها ۳۱/۶ درصد بیماران اظهار داشتند که فاقد سابقه بیماری بودند و برای اولین بار، بیماری قلبی در آنها تشخیص داده شده بود. با توجه به یافته‌ها، میانگین نمره هوش معنوی شرکت‌کنندگان، ۴۷ ۱۷ با انحراف معیار ۱۴/۵ بود. بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه در مؤلفه "تفکر انتقادی" نمره ۱۳/۷۲، و در مولفه "معنی‌سازی شخصی" نمره ۱۰/۱۹، کسب کردند. میانگین نمره مؤلفه "آگاهی متعالی"، برابر با ۹/۷۰ و در مؤلفه "گسترش خودآگاهی" ۹/۴۷ بود. با توجه به نمره کلی پرسشنامه، این یافته نشان می‌دهد هوش معنوی شرکت‌کنندگان در سطح متوسط است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: شاخص‌های آماری هوش معنوی و زیرمقیاس‌های آن در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی

هوش معنوی	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
تفکر انتقادی	۱۳/۷۲	۴/۶	۰	۲۳
معنی‌سازی شخصی	۱۰/۱۹	۳/۴	۲	۱۷
آگاهی متعالی	۹/۷۰	۳/۵	۰	۱۷
گسترش خودآگاهی	۹/۴۷	۳/۷	۱	۱۸
کل	۴۷/۱۸	۱۴/۵	۶	۷۹

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی بیماران، ۲۹/۲۴ بود (جدول شماره ۲). به منظور بررسی رابطه هوش معنوی با خودکارآمدی، در یک مدل، از آزمون رگرسیون چندمتغیره به روش جبری استفاده شد که نتایج آن در جداول شماره ۳ و ۴ آمده است. رابطه ابعاد هوش معنوی با خودکارآمدی، برابر با ۰/۵۲۲ برآورد شده است. به عبارت دیگر، تقریبا ۲۷/۳ درصد واریانس نمره خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد به وسیله رابطه خطی با متغیرهای تفکر انتقادی، معنی‌سازی شخصی، آگاهی متعالی، و گسترش خودآگاهی تبیین می‌شود. از بین چهار متغیر پیش‌بین، سطح معنی‌داری تنها در ۲ متغیر معنی‌سازی شخصی و آگاهی متعالی کمتر از ۰/۰۵ است، یعنی تنها دو متغیر معنی‌سازی شخصی و آگاهی متعالی قادر به پیش‌بینی معنی‌دار خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد هستند.

جدول شماره ۲: شاخص‌های آماری خودکارآمدی و ابعاد آن در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی

خودکارآمدی	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
مراقبت‌های عمومی	۱۵/۷۲	۴/۷۶	۲	۲۷
کنترل علایم بیماری	۶/۴۳	۲/۲۶	۰	۱۱
رعایت دستورات دارویی	۷/۰۸	۲/۴۷	۰	۱۴
کل	۲۹/۲۴	۸/۲	۹	۵۰

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-19]

به منظور بررسی رابطه هوش معنوی با خودکارآمدی، در یک مدل، از آزمون رگرسیون چندمتغیره به روش جبری استفاده شد که نتایج نشان داد همبستگی مولفه‌های تاب‌آوری با خودکارآمدی برابر با ۰/۵۵ است؛ با این وجود، متغیرهای تفکر انتقادی و گسترش خودآگاهی نقش خود را در پیش‌بینی خودکارآمدی آزمودنی‌ها از دست داده‌اند. از این روی می‌توان گفت افزایش یک واحدی در نمره معنی‌سازی شخصی و آگاهی متعالی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد، به ترتیب موجب افزایش ۰/۳۱۸ و ۰/۲۴۲ واحدی خودکارآمدی آنها می‌شود (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳: نتیجه آزمون رگرسیون رابطه مولفه‌های هوش معنوی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد (متغیر ملاک، خودکارآمدی)

مدل	متغیرهای پیش‌بین واردشده در مدل	ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی	همبستگی تعدیل‌شده	سطح معنی‌داری
۱	تفکر انتقادی معنی سازی شخصی آگاهی متعالی گسترش خودآگاهی	۰/۵۲۲	۰/۲۷۳	۰/۲۵۱	۰/۰۱

جدول شماره ۴: ضرایب ابعاد هوش معنوی در پیش‌بینی خودکارآمدی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد

متغیرهای واردشده در مدل	مدل	B	SE	(Beta)	t	سطح معناداری
	۱. عرض از مبدأ	۱۵/۴	۲		۷/۴	۰/۰۱
تفکر انتقادی	ضریب متغیر	۰/۱۶۴	۰/۲۳	۰/۱	۰/۷۳	۰/۵
معنی‌سازی شخصی	ضریب متغیر	۰/۷۶۱	۰/۳۱	۰/۳۱۸	۲/۵	۰/۰۲
آگاهی متعالی	ضریب متغیر	۰/۳۳۶	۰/۲۸	۰/۲۴۲	۲	۰/۰۴
گسترش خودآگاهی	ضریب متغیر	۰/۰۵۶	۰/۲۹	۰/۰۲۵	۰/۱۹	۰/۸۵

بحث

بر اساس یافته‌های این مطالعه، خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد شامل رعایت مراقبت‌های عمومی، کنترل علایم بیماری، و رعایت دستورات دارویی در سطح متوسطی قرار داشت. باقری ساوه و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش‌های داخلی قلب بیمارستان توحید سنندج وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان میزان خودکارآمدی اکثر بیماران را متوسط گزارش کردد که این یافته با یافته های پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان داد افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد، بیشترین نمره را در مولفه "تفکر انتقادی" هوش معنوی (میانگین نمره ۱۳/۷۲) و کمترین نمره را در مولفه "گسترش خودآگاهی" هوش معنوی (میانگین نمره ۹/۴۷) کسب کرده‌اند. میانگین نمره کل هوش معنوی، ۴۷/۱۸ از ۹۶ بود که نشان می‌دهد هوش معنوی شرکت‌کنندگان در مطالعه در سطح متوسط قرار دارد.

نتایج نشان داد هوش معنوی با خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی ارتباط مثبت و معناداری دارد. پیش از این، نتایج پژوهش ضمیری و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد بر اساس هوش معنوی می‌توان خودکارآمدی افراد را پیش‌بینی نمود، بنابراین، می‌توان با ارتقای مهارت‌های هوش معنوی در افراد، میزان خودکارآمدی آنها را افزایش داد تا در امور مختلف عملکرد موثرتری داشته باشند که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در تبیین پیش‌بینی خودکارآمدی توسط هوش معنوی می‌توان گفت هوش معنوی نوعی از هوش است که با استفاده از آن افراد می‌توانند فعالیت‌ها و زندگی خود را در مسیری عمیق‌تر، غنی‌تر و معنادارتر هدایت کنند. به‌کارگیری الگوهای معنوی و دینی در زندگی روزمره بشر می‌تواند موجب افزایش سازگاری و بهزیستی انسان شود. بر همین اساس، زوهر معتقد است که هوش معنوی زاینده بینشی عمیق در وقایع زندگی است و شخص را در برابر حوادث زندگی مقاوم می‌کند و به وسیله آن، افراد به مشکلات معنایی و ارزشی می‌پردازند و آنها را حل می‌کنند. هوش معنوی سازه‌های هوش و معنویت را در یک سازه ترکیب نموده است، درحالی‌که معنویت جستجو برای یافتن

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-19]

عناصر مقدس، معنایابی، هشیاری بالا و تعالی است. هوش معنوی شامل توانایی برای استفاده از چنین موضوعاتی است که می‌تواند کارکرد و سازگاری فرد را پیش‌بینی کند و منجر به تولیدات و نتایج ارزشمندی گردد.

رضایی و همکاران (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی ارتباط مثبت و معنادار بین هوش معنوی و خودکارآمدی را گزارش کردند که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. تفاوت پژوهش آنان با پژوهش حاضر در جامعه مورد بررسی بود. رضایی و همکاران (۱۳۹۵) این یافته را در بین ماماهای شاغل در زایشگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد گزارش کردند. عزیزی و همکاران (۱۳۹۱) نیز ارتباط مثبت و معناداری بین هوش معنوی وخودکارآمدی گزارش کردند که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. نوری ثمرین (۱۳۹۵) و ضمیری و همکاران (۱۳۹۵) نیز رابطه مثبت و معناداری بین هوش معنوی و خودکارآمدی گزارش کردند که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. تفاوت پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۹۱) و نوری ثمرین (۱۳۹۵) و ضمیری و همکاران (۱۳۹۵) در جامعه مورد پژوهش بود که دانشجویان را مورد مطالعه قرار دادند. در تبیین این یافته، الکینز و کاوندیش (۲۰۰۴) بر این باورند که هوش معنوی سبب می‌شود فرد در برابر رویدادها و حوادث زندگی، با صبر و تحمل و بینشی عمیق از سختی‌های زندگی نترسد و با خودکارآمدی بالا با آنها مقابله نماید و راه حل‌های منطقی برای آنها بیابد.

توانایی‌های معنوی می‌تواند اثرات مثبت و محصولات سودمندی برای فرد به ارمغان آورد، به ویژه هنگامی که این نتایج بر اساس محیط اجتماعی و فرهنگی افراد مورد ارزشیابی قرار گیرد. لذا در تبیین این یافته که هوش معنوی به صورت معناداری می‌تواند خودکارآمدی را پیش‌بینی کند، می‌توان گفت با توجه به اینکه هوش معنوی توانایی تمرکز بر حل مسئله برای سازگاری و رسیدن به اهداف است و می‌تواند کارکرد و سازگاری فرد را پیش‌بینی کند و منجر به تولیدات و نتایج ارزشمندی گردد، احتمالا این تولیدات ارزشمند و توانایی حل مسائل به مرور زمان ارزیابی فرد از خودش را که همان خودکارآمدی است تغییر می‌دهد و فرد خود را فردی شایسته قلمداد می‌کند و به توانایی‌هایی خودش باور دارد و در امور، همیشه انتظار موفقیت دارد.

نتیجه‌گیری

خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد در سطح متوسطی قرار داشت. در بین مولفه‌های هوش معنوی، تنها دو متغیر "معنی-سازی شخصی" و "آگاهی متعالی" قادر به پیش‌بینی معنی‌دار خودکارآمدی بیماران هستند. با این وجود، متغیرهای "تفکر انتقادی" و "گسترش خودآگاهی" نقش خود را در پیش‌بینی خودکارآمدی نمونه‌ها از دست داده‌اند. با افزایش هوش معنوی، خودکارآمدی افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد بهبود می‌یابد و توجه به راهکارهایی برای ارتقای هوش معنوی می‌تواند سبب بهبود خودکارآمدی در افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد گردد. هوش معنوی به عنوان یکی از مفاهیم جدید هوش، دربردارنده نوعی سازگاری و رفتار حل مسئله است که بالاترین سطوح رشد را در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین‌فردی در افراد نشان می‌دهد و فرد را برای هماهنگی با پدیده‌های اطراف و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می‌کند. با توجه به امکان آموزش دادن هوش معنوی، می‌توان با انجام مطالعات در زمینه تاثیر آموزش هوش معنوی و مولفه‌های آن بر سطح خودکارآمدی، گام مهمی در جهت بهبود خودکارآمدی بیماران برداشت. همچنین، توصیه می‌گردد مسئولان و برنامه‌ریزان نظام درمانی و سلامت، در برنامه های آموزشی برای افراد مبتلا به سندرم کرونری حاد، موارد مذکور را نیز لحاظ نمایند.

باورهای معنوی می‌توانند با ایجاد احساس باعث شوند افراد با افزایش احساس کنترل و ارتقای احساس امنیت و تقویت اعتماد به نفس در جهت سازگاری و سلامت گام بردارند. افراد جامعه مسئولیت مهمی در پیشرفت و رشد کشور دارند و درک توانایی‌ها و باور به آن می‌تواند در سایه عنصر نیرومندی چون معنویت تحقق یابد. تسهیل شناخت ابعاد معنوی در سنین نوجوانی و جوانی می‌تواند به آنان در رشد و گسترش هویتی و معنوی کمک کند. علاوه بر این، بهره‌گیری از متون مذهبی و احادیث به عنوان منبعی غنی از ارزش‌های معنوی در کنار سایر مواد درسی و آموزشی از اوان کودکی می‌تواند موجبات رشد و تعالی را به همراه داشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه مصوبه شورای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تأییدشده در کمیته اخلاق با کد IR.SBMU.PHNM.1395.684 است. نویسندگان لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی و اعضای محترم هیئت علمی گروه پرستاری و پرسنل محترم و کارکنان پرستاری بیمارستان‌های مورد مطالعه کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-19]

منابع فارسی

باقری ساوه، م. و همکاران (۱۳۹۱)بررسی خود کارامدی با رفتار های خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش های داخلی قلب بیمارستان توحید سنندج.نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی. (۲۲)۷۸: ۱۷.

خانجانی ن، عبدالله زاده ر، مودی م، الهیاری الف(۱۳۹۴). رابطه هوش معنوی با تاب آوری در بیماران مبتلا به سرطان استان خراسان جنوبی. فصلنامهٔ پرستاری گروه های آسیب پذیر دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر. (۳)۲: ۲۴-۱۵.

ضمیری س،عزیزی س،شاکری الف، حسن دوست ز، محمددوست م، یوسفی ح، مسلم ع, اکابری الف، (۱۳۹۵)، پیش بینی خودکارآمدی دانشجویان بر اساس هوش معنوی، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار) ، دوره ۲۳ ،شماره ۲، ۲۰۳-۱۹۶.

عبدالهی ب (۱۳۸۵). نقش خودکارآمدی در توانمند سازی کارکنان. مجله تدبیر. (۸)۱۶: ۴۵-۴۰.

عزیزی، سکینه، حسن دوست، زهرا، محمدپرست، مژده، حمیده یوسفی، اقدس شاکری، آرش اکابری، (۱۳۹۱)، بررسی ارتباط هوش معنوی وخودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی ۱۳۹۱، خلاصه مقالات هشتمین همایش دانشجویی دانشگاه‌های علوم پزشکی شرق کشور.

نادریپور الف، اشتریان ح، میری ج، هاشمیان الف، حیدرپور ب، سعیدی م، رشیدی ع (۱۳۹۳). تاثیر آموزش برنامه خود مدیریتی بیماریهای مزمن بر خودکارآمدی بیماران تحت عمل جراحی پیوند کنارگذر عروق کرونر. مجله تحقیقات بالینی علوم پیراپزشکی.۳(۴)

نوری ثمرین ، شهرام، (۱۳۹۵) رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول، روان‌شناسی و دین، سال نهم، شماره اول، صفحات ۱۲۲-۱۰۷.

نیک منش ز، کیخا ش (۱۳۹۴). نقش خودکارآمدی و هوش معنوی در تاب آوری پرستاران مراکز آموزشی درمانی شهرستان زاهدان. مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی. (۳)۱۲: ۷۸-۷۱.

منابع انگلیسی

Azizi S, Hasandost Z, Mohamaparast M, Shakeri A and Akaberi A (2013) The relationship between Spiritual Intelligence and self-efficacy in students of Islamic Azad University of North Khorasan. Abstract of the eighth student conference of eastern Iran University of Medical Sciences

Al-Motareb A, Al- Fakim H. Wather Clinical presentation, management and outcome of acute coronary syndrome in Yemen Heart View Official Journal of Gulf Heart Association. 2013;14(4):159-64.

Elkins M and Cavendish R (2004) Developing a plan for pediatric spiritual care. Holistic Nursing . Practice 18(4): 179-184

Gharetepeh A, Safari Y, Pashai t, Razaei M, Kajbaf M. Emotional intelligence as a predictor of self-efficacy among students with different levels of academic achievement at Kermanshah University.

Groleau D, Whitley R, Lesperance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. Health Place 2010; 16(5): 853-60

Lee L, Connor K, Davidson J. Eastern and western spiritual beliefs and violent trauma: A U.S. national Community survey. Traumatology 2008; 14(3): 68-76

Lewis LM, Hankin S, Reynolds D, Ogedegbe G. African American spirituality: a process of honoring God, others, and self. J Holist Nurs 2007; 25(1): 16-23.

Momennasab M, Moatari M, Abaszadeh A, Shamshiri B (2013) Patients' spiritual experience when a heart attack occurs. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 1(4)

Norisamrin S (2017) The relationship between Spiritual Intelligence and self-efficacy in students of Islamic Azad University of Dezfool. Psychology and Religion 9(1): 107-122

Rezai F, Golmakani N and Mazlomi S (2016) The relationship between intelligence and self-efficacy of clinical performance of midwives in mashhad maternity hospitals. Iranian Juornal of Women and Infertility 19(29): 1-10

Smeltzer SZ, Brenda BG. Brunner and Sudarth s Text Book of Medical Surgical Nursing. 12th, editor. Philadephia2010.

Tousi S, Golshani S. Effect of Resilience in Patients Hospitalized with Cardiovascular Diseases. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014;24(116):102-9

Walton J, St CK. "A beacon of light". Spirituality in the heart transplant patient. Crit Care Nurs Clin North Am 2000; 12(1): 87-101.

WHO. Constitution of the World Health Organization. In: Organization WH, editor. 2018

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-19]

Original Article

The relationship between spiritual intelligence and self-efficacy in patients with acute coronary syndrome admitted to cardiac care unit

Meysam Ghaedrahamt[1], MSc
*** Sima Zohari Anboohi[2], PhD**
Fariba Borhani[3], PhD
Bahareh Gholami Chaboki[4], PhD Candidate

Abstract
Aim. This study aimed to address whether spiritual intelligence was correlated with self-efficacy in patients with acute coronary syndrome (ACS).
Background. Patients experiencing acute coronary syndrome (ACS) are often required to enhance their empowerment skills to manage their signs and symptoms in an effective manner. In this sense, self-efficacy has been considered as a useful factor to develop self-care practices and minimize the risks of coronary artery disease (CAD).
Method. Using a descriptive-correlational research design, a total number of 136 patients admitted to cardiac care units (CCUs) of the hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, were selected through the convenience sampling. The data were further collected via the demographic characteristics information questionnaire, King's Spiritual Intelligence Self-Report Inventory (SISRI, 2008), and the Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (CSEQ) developed by Sullivan et al. (1998), and then analyzed using the SPSS version 22.
Findings. Most patients in this study (61.8 percent) were male, married (69.1 percent) with a mean age of 58.85. Moreover, the score of spiritual intelligence was 47.18. The patients received a mean score of 13.72 in the "critical existential thinking" subscale and a mean score of 10.19 in the "personal meaning production" subscale. The mean scores for the "transcendental awareness" and "conscious state expansion" subscales were also 9.70 and 9.47, respectively (p=0.01).
Conclusion. It was concluded that higher levels of spiritual intelligence could improve self-efficacy in patients affected with ACS; therefore, adopting strategies to boost this type of intelligence could augment resilience in such individuals.

Keywords: Acute coronary syndrome, Spiritual intelligence, Self-efficacy

1 Master of Critical Care Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: simazohari@gmail.com
3 Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4 PhD candidate of Biostatistics, Department of Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-19]