

Effect of Spiritual Intelligence on Quality of Nursing Care of Educational and Treatment Hospitals in Hamadan

Zohre Sabzianpur¹, Soraya Nuri^{2*}

1. PhD., Department of Educational Technology, Faculty of Humanities, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
2. MSc., Department of Educational Technology, Faculty of Humanities, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Article Info

Received: 2018/09/04
Accepted: 2018/10/10
Published Online: 2019/03/22

DOI:

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: Spirituality and spiritual intelligence can be effective in all spheres of human life such as the spheres of work and social activities of human beings. The present research was conducted to investigate the effect of spiritual intelligence on the quality of nursing care in Hamadan University of Medical Sciences hospitals.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 174 nurses working in teaching hospitals in Hamadan city, using stratified random sampling method in 2018. The data gathering tool was a questionnaire of Spiritual Quran Inventory and Quality of Nursing Care Quality Questionnaire (QUALPAC). Data were analyzed using Cronbach's alpha, Kolmogorov-Smirnov tests and Pearson correlation in SPSS21 software and structural equation modeling in PLS software.

Results: The mean age of the majority of participants was 31-40. The mean and standard deviation of spiritual intelligence dimensions included: transcendental consciousness (25.49±6.066), personal meaning (18.28±4.516), and critical thinking (25.22±6.152) development of consciousness (18.01±4.707) and in dimensions of nursing care quality, psychosocial dimension (83.11±15.7), communication dimension (40.03±7.41), physical dimension (75.67±14.5). Transcendental consciousness, creation of personal meaning, existential thinking and development of consciousness had no significant effect on the quality of nursing care ($P>0.05$). There was no significant relationship between spiritual intelligence and psychosocial dimension and communication quality of nursing care ($P>0.05$). But Spiritual intelligence had a direct and significant relationship with the physical dimension of nursing care ($P<0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that the effect of the four components of spiritual intelligence (existential critical thinking, development of the position of consciousness, the creation of personal meaning, transcendental consciousness) on the quality of nursing care and its two dimensions, including psychosocial aspect was not significant. Only a weak relationship was found between the physical dimension of nursing care with spiritual intelligence. Finally, there is a weak correlation between spiritual intelligence and quality of nursing care.

Keywords: Intelligence, Spiritual Intelligence, Quality of Care, Nurse

Corresponding Information

Soraya Nuri, MSc., Department of Educational Technology, Faculty of Humanities, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran. Email: s.nouri35@yahoo.com

Copyright © 2019, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Sabzianpur Z, Nuri S. Effect of Spiritual Intelligence on Quality of Nursing Care of Educational and Treatment Hospitals in Hamadan. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2019; 27(1):18-24

بررسی تأثیر هوش معنوی بر کیفیت مراقبت پرستاری بیمارستان‌های آموزشی و درمانی شهرستان همدان

زهرا سبزیان پور^۱، ثریا نوری^{۲*}

۱. دکتر، گروه فناوری آموزشی، دانشکده علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
 ۲. کارشناس ارشد، گروه فناوری آموزشی، دانشکده علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: معنویت و در راستای آن هوش معنوی، در همه حوزه‌های زندگی بشری می‌تواند مؤثر باشد. حوزه‌های کاری و فعالیت‌های اجتماعی بشر نیز از این امر مستثنا نیستند. پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر هوش معنوی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر همدان اجرا شده است.</p> <p>روش کار: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی است که به بررسی ۱۷۴ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهرستان همدان، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای در سال ۱۳۹۷ پرداخته است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه استاندارد هوش معنوی کینگ و پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری (QUALPAC) است. داده‌ها به کمک آزمون‌های آلفای کرونباخ، کولموگروف-اسمیرنوف و همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار PLS تجزیه و تحلیل شدند.</p> <p>یافته‌ها: بیشتر شرکت‌کنندگان ۳۱ تا ۴۰ ساله بودند. میانگین و انحراف معیار ابعاد هوش معنوی شامل آگاهی متعالی (۲۵/۴۹±۶/۰۶۶)، ایجاد معنای شخصی (۱۸/۲۸±۴/۵۱۶) و تفکر انتقادی (۲۵/۲۲±۶/۱۵۲) توسعه موقعیت هوشیاری (۱۸/۰۱±۴/۷۰۷) است. همچنین در ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری، بعد روانی-اجتماعی (۸۳/۱۱±۱۵/۷)، بعد ارتباط (۴۰/۰۳±۷/۴۱) و بعد جسمی (۷۵/۶۷±۱۴/۵) را شامل می‌شد. آگاهی متعالی، ایجاد معنای شخصی، تفکر وجودی و توسعه حالت هوشیاری، تأثیر معناداری بر کیفیت مراقبت پرستاری نداشت ($P>0/05$). بین هوش معنوی و بعد روانی-اجتماعی و ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط معناداری دیده نشد ($P>0/05$)، اما هوش معنوی با بعد جسمی کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط مستقیم و معناداری داشت ($P<0/05$).</p> <p>نتیجه‌گیری: براساس نتایج این پژوهش، تأثیر چهار مؤلفه هوش معنوی (تفکر انتقادی وجودی، توسعه موقعیت هوشیاری، ایجاد معنای شخصی و آگاهی متعالی) بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری و دو بعد آن شامل بعد روانی-اجتماعی و بعد ارتباطی معنادار نیست و تنها ارتباط ضعیفی میان بعد جسمی کیفیت مراقبت پرستاری با هوش معنوی وجود دارد. در نهایت میان هوش معنوی و کیفیت مراقبت پرستاری همبستگی ضعیفی مشاهده می‌شود.</p> <p>کلیدواژه‌ها: هوش، هوش معنوی، کیفیت مراقبت، پرستار</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۶/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۱۸ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۱/۰۱</p> <p>نویسنده مسئول: ثریا نوری کارشناس ارشد، گروه فناوری آموزشی، دانشکده علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران</p> <p>پست الکترونیک: s.nouri35@yahoo.com</p>

مقدمه

هوش از جمله هوش معنوی بیانگر مجموعه مهارت‌ها و توانایی‌های گوناگون است که هریک به اشکال متفاوت در بافت‌های اجتماعی و تاریخی ظاهر می‌شوند. Walters و Gandner عقیده دارند هوش مجموعه‌ای از توانایی‌هاست که فرد را در حل مشکلاتش توانا می‌کند و این راه‌حل‌ها را در فرهنگی خاص جای می‌دهد [۱]. هوش معنوی ترکیبی از عناصر هوش و معنویت است [۱].

هوش از جمله هوش معنوی بیانگر مجموعه مهارت‌ها و توانایی‌های گوناگون است که هریک به اشکال متفاوت در بافت‌های اجتماعی و تاریخی ظاهر می‌شوند. Walters و Gandner عقیده دارند هوش مجموعه‌ای از توانایی‌هاست که فرد را در حل مشکلاتش توانا می‌کند و این راه‌حل‌ها را در فرهنگی خاص جای می‌دهد [۱]. هوش معنوی ترکیبی از عناصر هوش و معنویت است [۱].

هوش معنوی توانایی برای رفتارکردن همراه با دلسوزی و مهربانی و عقل و خرد با حفظ آرامش درونی و بیرونی بدون توجه به شرایط است [۲]. هشت مؤلفه برای هوش معنوی در نظر گرفته شده است که نشان‌دهنده رشد هوش معنوی است. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از درستی و صراحت، تمامیت، تواضع، مهربانی، سخاوت، تحمل، مقاومت و پایداری و تمایل به برطرف کردن نیازهای دیگران [۴]. همچنین ابعاد هوش معنوی از نظر King، مجموعه‌ای از توانایی‌ها و قابلیت‌های ذهنی است

Yang در تعریفی بیان می‌کند «هوش معنوی ظرفیت انسان است برای جست‌وجو و پرسش‌های غایی درباره معنای زندگی و هم‌زمان تجربه پیوند یکپارچه بین هریک از ما و جهانی که در آن زندگی می‌کنیم. با هوش معنوی با توجه به جایگاه معنا و ارزش آن مشکلات به حل آنها می‌پردازیم. هوشی که می‌توانیم به کمک آن به کارها و فعالیت‌های خود معنا و مفهوم دهیم، با

همدان به روش تصادفی طبقه‌ای وارد مطالعه شدند. معیار ورود پرستاران در پژوهش، سابقه کار بیش از سه ماه به‌عنوان پرستار در بخش مورد ارزیابی، صرف‌نظر از نوع استخدام هستند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، کیفیت مراقبت پرستاری و هوش معنوی بود.

پرسشنامه هوش معنوی

به‌منظور اندازه‌گیری هوش معنوی از پرسشنامه استاندارد هوش معنوی (SISRI) King-۲۴ استفاده شده است که شامل ۲۴ آیتم با چهار عامل (تفکر انتقادی وجودی، توسعه موقعیت هوشیاری، ایجاد معنای شخصی، آگاهی متعالی) و مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به‌صورت «کاملاً صادق است»، «بسیار صادق است»، «تاحدودی»، «چندان صادق نیست»، «به‌هیچ‌وجه صادق نیست» تنظیم شده است که از نمره ۵ (کاملاً صادق است) تا نمره ۱ (به‌هیچ‌وجه صادق نیست) را به خود اختصاص داده و میزان موافقت و موافق‌نبودن پاسخگویان را با توجه به چهار عامل فوق بررسی کرده است. عامل‌های مذکور در قالب پرسش‌ها به‌صورت زیر در پرسشنامه قرار گرفته‌اند [۱۱].

پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری

به‌منظور جمع‌آوری داده‌های مربوط به مراقبت و کیفیت پرستاری از پرسشنامه QUALPAC (Quality Patient Care) Scale استفاده شد که از سال ۱۹۷۵ در کشورهای آمریکا، انگلستان و نیجریه به کار گرفته شد. این پرسشنامه (جدول ۱) در سال ۱۳۸۲ در تبریز بررسی شد که با فرهنگ ایران تطبیق داده شده است. پرسشنامه مدنظر ۶۵ پرسش در سه بعد روانی-اجتماعی، ارتباطی و جسمی است که از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به‌صورت به‌ندرت: امتیاز ۱، گاهی: امتیاز ۲، بیشتر اوقات: امتیاز ۳، همیشه: امتیاز ۴ و موردی ندارد: امتیاز ۵ تنظیم شده است. پرسشنامه‌های پژوهش علاوه بر کسب نظر استادان محترم راهنما، در اختیار چند تن از خبرگان قرار گرفت که در حوزه مطالعاتی پژوهش صاحب‌نظر هستند و در جمع‌بندی نهایی نیز اصلاحات لازم با استادان محترم صورت گرفت و ابهاماتی که در این رابطه وجود داشت برطرف شد؛ بنابراین به‌منظور اندازه‌گیری قابلیت اعتماد، از روش آلفای کرونباخ و نرم‌افزار SPSS استفاده شد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه هوش معنوی، ۰/۹۱۴، برای پرسشنامه کیفیت مراقبت ۰/۹۷۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۷۱ محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت.

که تفکر انتقادی وجودی، ایجاد معنای شخصی، آگاهی متعالی و توسعه موقعیت هوشیاری را شامل می‌شود [۱۵]. درواقع این هوش بیشتر به پرسیدن مربوط است تا پاسخ دادن؛ یعنی فرد پرسش‌های بیشتری درمورد خود و زندگی و جهان پیرامون خود مطرح می‌کند [۱۶].

بحث هوش معنوی نه‌تنها در حوزه‌های فردی، بلکه در حوزه‌های سازمانی نیز مورد توجه است و علاوه بر حوزه‌های روان‌شناختی، وارد سایر حوزه‌های علوم انسانی از جمله مدیریت شده است. به‌جرت می‌توان گفت شاید دلیل پژوهش‌های فزاینده در حوزه معنویت مشاهده تأثیر چشمگیر آن در بعد بهبود عملکرد فردی و سازمانی است. سازمان‌هایی که به سطح بالاتری از کیفیت خدمات دست یابند، مزیت رقابتی پایدار خواهند داشت. همچنین هوش معنوی می‌تواند بر کیفیت مراقبت پرستاری مؤثر باشد [۱۷].

براساس مطالعه باقری و همکاران، هوش معنوی در شادمانی پرستاران تأثیر بسزایی دارد و بالابودن آن سبب سازگاری و تطابق بهتر پرستاران در مواجهه با استرس‌های روزمره می‌شود. Amram و همکاران نیز در پژوهش خود دریافتند هوش معنوی در مدیریت شغلی موفق و کارآمد تأثیر بسزایی دارد [۸، ۹]. با نظر به تأثیر انکارناپذیر کیفیت در حوزه خدمات بهداشتی و درمان [۱۰] و نقش پرستاران، که بزرگ‌ترین گروه در میان کارکنان بهداشتی درمانی هستند و این افراد از دیدگاه قانونی و اخلاقی، پاسخگوی کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده هستند، می‌توان گفت موثرترین نقش مراقبتی و همچنین بارزترین نقش را در کیفیت مراقبت از بیماران دارند و نیازمند حمایت‌های همه‌جانبه هستند [۱۱].

ارائه مراقبت‌ها و خدمات با کیفیت مناسب اولیتی در نظام خدمات بهداشتی درمانی به‌ویژه در زمینه خدمات پرستاری است؛ به‌طوری‌که در بیشتر کشورهای درجه‌بندی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، متأثر از مراقبت‌های پرستاری و کیفیت آن است [۱۲]؛ بنابراین با توجه به مطالب پیشین و مطالعات اندکی که در این زمینه انجام شده است پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر هوش معنوی بر کیفیت ارائه مراقبت پرستاران از بیماران در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی شهرستان همدان انجام دهد.

روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی است که در آن ۱۷۴ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی شهرستان

جدول ۱. پرسش‌های استفاده‌شده برای سنجش متغیرهای هوش معنوی

ردیف	ابعاد هوش معنوی	شماره پرسش در پرسشنامه
۱	تفکر وجودی	۱، ۳، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱
۲	آگاهی متعالی	۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۲
۳	بسط حالت هوشیاری	۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۴
۴	تولید معنای شخصی	۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳

شکل ۱ میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را نشان می‌دهد. براساس این نمودار، میان تفکر انتقادی وجودی، معنای شخصی، آگاهی متعالی، موقعیت هوشیاری و کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط آماری معناداری وجود ندارد ($P < 0.05$).

در جدول ۴، آزمون همبستگی پیرسون، همبستگی میان ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری و هوش معنوی آمده است. نتایج نشان می‌دهد میان بعد جسمی کیفیت مراقبت پرستاری و کیفیت مراقبت پرستاری کل و هوش معنوی، رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، اما بعد روانی-اجتماعی و ارتباطی با هوش معنوی ارتباط معناداری ندارد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۷۴ شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۴۳/۱ درصد آنها ۳۱ تا ۴۰ سال بودند. سایر مشخصات فردی در جدول ۲ ذکر شده است. در جدول ۳ نیز میانگین و انحراف معیار ابعاد هوش معنوی و کیفیت مراقبت پرستاری آمده است. در این پژوهش از آزمون معتبر کولموگروف-اسمیرنوف به منظور بررسی فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش مربوط به ابعاد هوش معنوی و کیفیت مراقبت پرستاری استفاده و مشخص شد همه متغیرهای بررسی شده در پژوهش حاضر توزیع نرمالی دارند.

جدول ۲. ویژگی‌های فردی افراد پژوهش

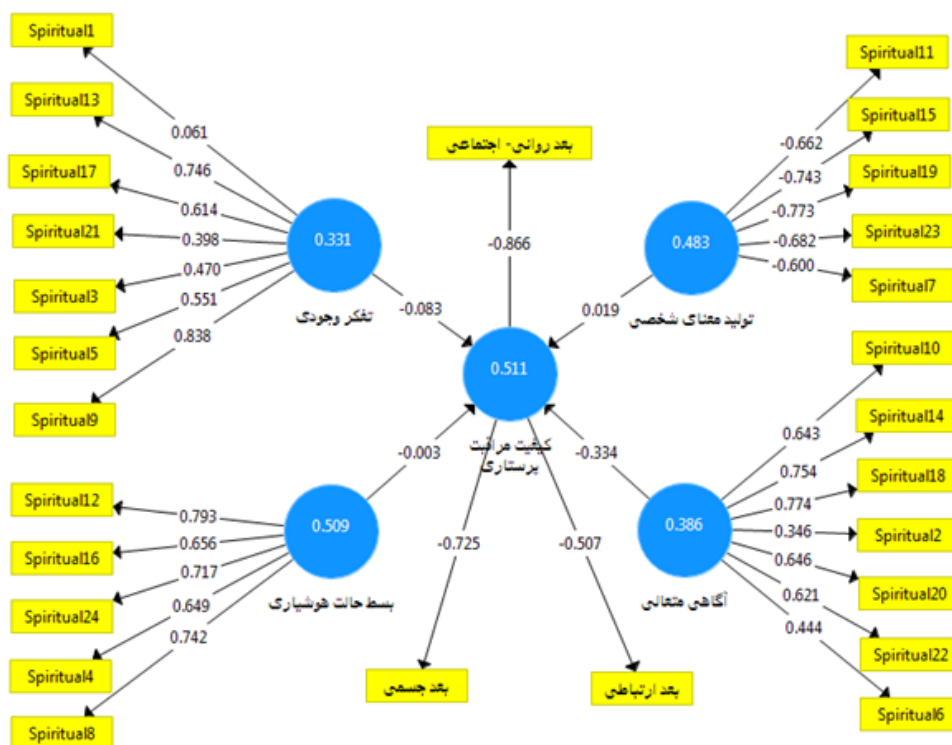
متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مذکر	۲۱/۸
	مؤنث	۷۸/۲
وضعیت تأهل	مجرد	۴۱/۴
	مؤنث	۵۸/۶
سن	۲۰-۳۰	۳۶/۸
	۳۱-۴۰	۴۳/۱
	۴۱-۵۰	۱۹/۵
	۵۱-۶۰	۰/۶
میزان تحصیلات	کارדانی	۶/۳
	کارشناسی	۸۰/۵
	ارشد و دکتری	۱۳/۲
	رسمی	۴۳/۱
نوع استخدام	رسمی-آزمایشی	۱۱/۵
	پیمانی	۱۶/۱
	قراردادی	۱۴/۴
	طرح و تعهد	۱۴/۹
	زیر ۵ سال	۱۸/۴
	۵-۱۰	۴۲/۵
سابقه کار	۱۰-۱۵	۲۲/۴
	۱۵-۲۰	۶/۳
	۲۰-۲۵	۷/۵
	۲۵-۳۰	۲/۹

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ابعاد هوش معنوی و کیفیت مراقبت پرستاران واحدهای پژوهش

میانگین و انحراف معیار	ابعاد
۱۸/۲۸±۴/۵۱۶	ایجاد معنای شخصی
۲۵/۲۲±۶/۱۵۲	تفکر انتقادی وجودی
۲۵/۴۹±۶/۰۶۶	آگاهی متعالی
۱۸/۰۱±۴/۷۰۷	توسعه موقعیت هوشیاری
۸۷+۲۱/۴۴۱	هوش معنوی
۷۵/۶۷±۱۴/۵	بعد جسمی کیفیت مراقبت پرستاری
۸۳/۱۱±۱۵/۷	بعد روانی-اجتماعی کیفیت مراقبت پرستاری
۴۰/۰۳±۷/۴۱	بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری
۱۹۸/۸۱+۳۷/۶۱	کیفیت مراقبت پرستاری

جدول ۴. بررسی همبستگی پیرسون بین ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری و هوش معنوی

ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (P)	ابعاد
-۰/۶۳۹	۰/۴۵۱	بعد روانی-اجتماعی کیفیت مراقبت پرستاری
-۰/۱۹۰	۰/۰۲۲	بعد جسمی کیفیت مراقبت پرستاری
-۰/۰۹۷	۰/۲۲۴	بعد ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری
-۰/۱۶۹	۰/۰۴۳	کیفیت مراقبت پرستاری



شکل ۱. نتیجه اجرای مدل پیشنهادی پژوهش با ضرایب استاندارد

بحث

از شاخص‌های ارزیابی عملکرد پرستاران نیست که این امر به کم‌توجهی پرستاران به شاخص هوش معنوی منجر شده است.

کمبود نیروی انسانی در محیط‌های آموزشی و درمانی سبب افزایش حجم زیاد شیفت‌های کاری و نداشتن انگیزه پرستاران برای ارائه کارایی و به تبع آن کاهش سطح کارایی و عدم برقراری ارتباط مؤثر با بیماران می‌شود. همچنین مطالعه Hansen و همکاران (۲۰۱۶) درباره ۱۰۰ پرستار دانشگاه علوم پزشکی نشان می‌دهد افزایش شیفت‌های کاری سبب کاهش سطح کارایی پرستاران شده است [۱۷].

در ارزیابی عملکرد پرستاران به‌ویژه در زمینه هوش معنوی در سطوح مختلف از افرادی مانند مدیران بخش‌ها و بیمارانی که به‌صورت مستقیم با پرستاران مرتبط هستند، استفاده نمی‌شود و این امر سبب کم‌رنگ شدن اهمیت هوش معنوی در پرستاران شده است. همچنین در پژوهش Chiang و همکاران (۲۰۱۶) به این مهم پرداخته شده است [۱۸].

انطباق نداشتن ویژگی‌های شخصیتی یا ویژگی‌های شغل پرستاری، همچنین نبود بررسی و مصاحبه لازم از نظر روانشناسی به‌منظور گزینش افراد مناسب برای شغل پرستاری از ابتدای آموزش و انتخاب رشته توسط سازمان سنجش و نبود انگیزه‌های مادی و معنوی از طرف مدیران ارشد از دلایل کاهش هوش معنوی بر کیفیت مراقبت پرستاری است.

یکی دیگر از علل ارتباط نداشتن هوش معنوی و کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری، تفاوت رفتار پرستاران در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی است؛ زیرا در بیمارستان‌های خصوصی انتخاب پرستاران براساس شاخصه‌های خاصی است که یکی از آنها هوش معنوی یا مؤلفه‌های آن است که ارائه خدمات افراد را براساس آن شاخص‌ها می‌سنجند و با توجه به آن شیفت‌های کاری را تنظیم می‌کنند تا پرستاران فرصت بیشتری برای ارتباط با بیمار از نظر جسمی یا روانی داشته باشند. همچنین چون در این بیمارستان‌ها پرستاران از نظر مالی حمایت بیشتری می‌شوند، ارتباط مؤثرتری با بیماران برقرار می‌کنند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن حجم نمونه، بررسی نشدن سایر عوامل مؤثر بر هوش معنوی مانند تفاوت‌های فرهنگی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود این مطالعه با روش‌ها و مدل‌های گوناگون نیز بررسی شود تا بتوان به ارتباط معناداری دست یافت و توصیه‌های کاربردی مناسبی در این زمینه به دست آورد.

همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود به مطالعاتی بپردازند که در آنها تأثیرات هوش معنوی را بر کیفیت مراقبت پرستاری در درازمدت بررسی کنند و به شیوه‌های مختلف تأثیر هوش معنوی بر کیفیت مراقبت پرستاری بپردازند.

نتیجه‌گیری

هوش معنوی با تقویت شخصیت و باورهای پرستاران می‌تواند بر کیفیت مراقبت پرستاران به‌ویژه بعد جسمی مؤثر باشد؛ بنابراین برخورداری از هوش معنوی بالا می‌تواند بر

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر هوش معنوی بر کیفیت مراقبت پرستاری بیمارستان‌های آموزشی و درمان شهرستان همدان انجام شد. براساس نتایج این پژوهش، میان هوش معنوی و بعد روانی-اجتماعی و ارتباطی کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط معناداری وجود ندارد، اما میان هوش معنوی و بعد جسمی کیفیت و کیفیت مراقبت پرستاری کل ارتباط معناداری مشاهده می‌شود که البته این ارتباط ضعیف بود؛ درحالی‌که با توجه به مطالعه Akbarizadeh و همکاران (۲۰۱۳) هوش معنوی و هوش هیجانی می‌توانند بر یکدیگر تأثیرگذار باشند [۱۳].

Bashirian و همکاران (۲۰۱۸) میان بهداشت روانی و هوش معنوی رابطه معناداری وجود دارد و بین دانشجویان پسر و دختر تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود [۱۴]. در ادامه، علل ارتباط نداشتن هوش معنوی و کیفیت مراقبت پرستاران در ابعاد روانی-اجتماعی و ارتباطی در پژوهش حاضر بیان می‌شود:

بیشتر جامعه آماری و متعاقب آن نمونه مورد پژوهش (حدود ۸۵ درصد) تحصیلات کارشناسی و کاردانی دارند که در درس گذرانده در این مقاطع کمتر از مباحث هوش معنوی استفاده شده است تا مقاطع بالاتر. همچنین دانشجویان مقطع ارشد و بالاتر پرستاری که طی دوران تحصیل با هوش معنوی و مراقبت معنوی بیشتر آشنا می‌شوند و سطح متوسطی از شایستگی‌های لازم در ارائه کیفیت مراقبت پرستاری را کسب می‌کنند، اما این سطح از شایستگی شاید نتواند به‌طور کامل همه ابعاد وجودی بیماران و افراد جامعه را به‌عنوان مراقبتی جامعه‌نگر برآورده کند؛ بنابراین می‌توان یکی از دلایل معنادار نبودن این ارتباط را آموزش ناکافی هوش معنوی در زمان تحصیل پرستاران دانست که مطالعه Nasehi و همکاران (۲۰۱۳) می‌تواند نشان‌دهنده این موضوع باشد که دانشجویان رشته پرستاری درباره مراقبت معنوی و هوش معنوی آموزش خاصی را دریافت نمی‌کنند [۱۵].

یکی دیگر از علل نبود ارتباط را می‌توان بی‌علاقگی به این شغل دانست؛ زیرا بین علاقه به حرفه پرستاری با هوش معنوی و همچنین شایستگی ارائه مراقبت پرستاری ارتباط مستقیمی وجود دارد. پرستارانی که با علاقه رشته پرستاری را انتخاب کرده‌اند، هوش معنوی بالاتری دارند و از شایستگی بیشتری برای مراقبت معنوی برخوردار هستند. همچنین علاقه به حرفه پرستاری قدرت حل مسئله و انعطاف‌پذیری در برابر مشکلات و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا را در پرستاران بیشتر می‌کند. بر این اساس، در مطالعه Rahimi و همکاران (۲۰۱۳) نمره مراقبت معنوی پرستاران و ماماها با افزایش علاقه آنان به این حرفه همخوانی دارد [۱۶].

با توجه به اینکه ارزشیابی عملکرد، روشی مناسب برای شناسایی کارکنان برجسته و کارآمد در هر حوزه کاری است، باید این ارزیابی به‌صورت جامع در همه ابعاد شغلی حرفه‌ای خاص انجام شود، اما متأسفانه شاخص هوش معنوی

۹۷/۳/۳۰ است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، کارکنان محترم بیمارستان‌های آموزشی و درمانی همدان کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

ارتقای کیفیت کار پرستاران و کادر درمان و در نهایت سلامت مددجویان مؤثر باشد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد فناوری آموزشی مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه با شماره مصوب ۱۴۰۸۹۶۲۰۶۰۸۹۶۲۰۶ مورخ

References

- Moeini B, Barati M, Farhadian M, Ara MH. The association between social support and happiness among elderly in Iran. *Korean journal of family medicine*. 2018; 39(4):260.
- Yang KP, and Mao XY. A Study of Nurses' Spiritual Intelligence: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44(6):999-1010. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.004>
- Dev RD, Kamalden TF, Geok SK, Abdullah MC, Ayub AF, Ismail IA. Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence, SelfEfficacy and Health Behaviors: Implications for Quality Health. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2018; 8(7):794-809.
- Dev RD, Kamalden TF, Geok SK, Ayub AF, Ismail IA. Spiritual intelligence on health behaviours among Malaysian university students in a Malaysian public university: The mediating role of self efficacy. *Malaysian Journal of Movement, Health & Exercise*. 2018; 7(2).
- King DB, De Cicco TL. A viable model and self-report measure of spiritual. *International Journal of Transpersonal Studies*. 2009; 28(1):68-85.
- Liu M, Kunaiktikul W, Senaratana W, Tonmukayakul O, Eriksen L. Development of competency inventory for registered nurses in the People's Republic of China: scale development. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(5):805-13.
- Pant N, Srivastava SK. The Impact of Spiritual Intelligence, Gender and Educational Background on Mental Health Among College Students. *Journal of religion and health*. 2019; 58(1):87-108.
- Bagheri F AF, Hatami H. The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; 5(15):56-61.
- Amram JY. The Contribution of Emotional and Spiritual Intelligences to Effective Business Leadership. *Institute of Transpersonal Psychology*; 2009.
- Babamiri M, Moeini B, Tahmasian H, Barati M, Roshanai G. The Study of Sleep Health Education Effect on Sleep Quality Among Lorestan Nursing Personnel. *Iranian Journal of Ergonomics*. 2017; 4(4):8-13. <http://journal.iehfs.ir/article-1-341-en.html>
- Miri KH, Keshavarz A, SHirdelzadeh S, Parsa P. The Relationship Between Nurses'spiritual El-ligence and Quality of Nursing Care Based on Nurses' and Patients' viewpoints. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2015; 13(6):518-24.
- Lambert Va, and Lambert Ce. Nurses' Workplace Stressors and Coping Strategies. *Indian Journal of Palliative Care*. 2008; 14(1):38. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.41934>
- Akbarizadeh F, Jahanpour F, Hajivandi A. The relationship of general health, hardiness and spir-itual intelligence relationship in Iranian nurses. *Iranian journal of psychiatry*. 2013; 8(4):165.
- Bashirian S, Barati M, Mohammadi Y, Moadd-abshoar L, Dogonchi M. An Application of the Protection Motivation Theory to Predict Breast Self-Examination Behavior among Female Healthcare Workers. *European Journal of Breast Health*. 2019; 15(2):90-97.
- Nasehi A, Rafiei H, Jafari M, Borhani F, Sabzevari S, Baneshi M, et al. Survey of Nurse's Students Competencies for Delivering Spiritual Care to Their Patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2013; 2(2):1-9.
- Rahimi N, Nouhi E, and Nakhaee N. Spiritual Well-Being and Attitude Toward Spirituality and Spiritual Care in Nursing and Midwifery Students. *Iran Journal of Nursing*. 2013; 26(85):55-65.
- Hansen AB, Stayner L, Hansen J, Andersen ZJ. Night shift work and incidence of diabetes in the Danish Nurse Cohort. *Occupational and Environmental Medicine*. 2016; 73(4):262-268.
- Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing Outlook*. 2016; 64(3):215-224.