

بررسی ارتباط هوش معنوی با خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماهاى شاغل در زایشگاهها و مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۴

فاطمه رضایی^۱، ناهید گلمکانی^{۲*}، دکتر سیدرضا مظلوم^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. مربی گروه پرستاری، مرکز مراقبت‌های مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۰۱

خلاصه

مقدمه: خودکارآمدی، اصلی‌ترین عامل در بروز رفتار و عملکرد افراد است. هوش معنوی نیز به عنوان زیربنای باورهای فرد، باعث اثرگذاری بر عملکرد، سازگاری و تطابق بهتر در مواجهه با مشکلات می‌شود. ماماها در خط مقدم ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به مددجویان قرار دارند و عملکرد آنها تا حد زیادی تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط هوش معنوی با خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماها انجام شد. **روش کار:** این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۳۲ مامای شاغل در زایشگاه‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مراکز بهداشتی درمانی انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات فردی، هوش معنوی بدیع و خودکارآمدی عملکرد بالینی چرآگی جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون من ویتنی و کای اسکور انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: اکثر واحدهای پژوهش از هوش معنوی قوی (۵/۵۶٪) و خودکارآمدی عملکرد بالینی بالایی (۵/۵۹٪) برخوردار بودند. بر اساس نتایج آزمون اسپیرمن، بین هوش معنوی و خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماها ارتباط مستقیم معنی‌داری وجود داشت ($r=0/4$ ، $p=0/0001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت خودکارآمدی و عملکرد بالینی ماما در تأمین سلامت مادران و نوزادان و با توجه به ارتباط معنادار هوش معنوی با خودکارآمدی، می‌توان با طراحی برنامه‌های آموزشی و بازآموزی در زمینه هوش معنوی گام مهمی جهت ارتقاء خودکارآمدی ماماها انجام داد.

کلمات کلیدی: خودکارآمدی، عملکرد بالینی، ماما، هوش معنوی

* نویسنده مسئول مکاتبات: ناهید گلمکانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک:

golmakanin@mums.ac.ir

مقدمه

تأمین و حفظ سلامتی افراد از دیرباز در جوامع بشری مدنظر بوده است (۱). مامایی یکی از رشته‌های وابسته به علوم پزشکی است که تلاش می‌کند سلامتی و تندرستی را در جامعه انسانی گسترش دهد (۲). ماما در خط مقدم ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به مددجویان قرار دارد و در سطح بیمارستان/ مرکز بهداشت، خانواده و جامعه نقش مهمی ایفاء می‌کند و عملکرد وی تا حد زیادی تعیین‌کننده کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است و نقش بسزائی در ارتقاء کیفیت خدمات دارد. کیفیت و نحوه مراقبت‌های مامایی ارائه شده، یکی از مسائلی است که تأثیر بسیاری بر نتایج زایمان می‌گذارد (۳). به رغم پوشش ۹۸ درصدی مراقبت‌های قبل از زایمان و حضور ۹۶ درصدی کارکنان ماهر در هنگام زایمان، میزان متعادل شده مرگ و میر مادران، ۲۵ در صد هزار موالید زنده بین سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۰۷ در ایران اعلام شده است (۴). در صورتی که کارشناسان مامایی دارای عملکرد مطلوب باشند، میزان مرگ و میر مادران به طور چشمگیری کاهش خواهد یافت (۵) و باعث افزایش زایمان سالم، کاهش مرگ و میر و عوارض نوزادی و مادری خواهد شد (۲).

عوامل متعددی در بروز رفتار و عملکرد انسان نقش دارند، با این وجود باور توانایی خود یعنی خودکارآمدی، اصل مهمی در رفتار است (۶). باورهای خودکارآمدی پایه و اساس فعالیت انسان است (۷). خودکارآمدی عبارت است از اعتمادی که شخص به توانایی‌اش برای پیگیری یک رفتار مشخص دارد. خودکارآمدی نقشی محوری در تغییر رفتار ایفاء می‌کند. مطالعه ابراهیمی‌پور و همکاران (۲۰۱۵) به نقل از بندورا خودکارآمدی را به عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده برای تغییر رفتار ذکر کرد، زیرا می‌تواند بر انتخاب فرد در مراحل اتخاذ رفتار تأثیر بگذارد. همچنین باعث می‌شود شخص تلاش بیشتری برای دستیابی به عمل صرف کند و در برابر مشکلات و موانع استقامت کند (۸). بر اساس نظریه بندورا، افراد با باور کافی به خودکارآمدی خود، بهتر قادر به سازگاری با نیازهای موقعیت خاص می‌باشند، در حالی که افرادی که از خودکارآمدی کافی برخوردار

نیستند، در ارائه فعالیت‌های خاص با مشکل روبرو می‌شوند (۹). تصور و برداشت هر فرد از خودش در رابطه با اثربخش بودن در محیط کار و محیط سازمانی بر روی میزان کارآیی و عملکرد وی اثر می‌گذارد. بنابراین افرادی که در مورد اثربخش بودن خود دید مثبت‌تری دارند، کارایی و عملکردشان بالاتر از اشخاصی است که دید کمتر مثبت یا احیاناً منفی نسبت به اثر بخش بودن خود دارند (۱۰). احساس قوی خودکارآمدی موجب بهبود دیدگاه‌های مثبت فردی و مشارکت بهتر فرد در انجام فعالیت‌ها، تنظیم اهداف و تعهد کاری می‌گردد (۱۱). همچنین اعتقاد افراد در خودکارآمدی برای پیشرفت عملکرد و انگیزش مهم است (۱۲). خودکارآمدی درک شده معیار داشتن مهارت‌های شخصی نیست، در واقع به این معنی است که فرد به این باور رسیده باشد، می‌تواند در شرایط مختلف با هر نوع مهارتی که داشته باشد، وظایف را به نحو احسن انجام دهد (۷).

خودکارآمدی عملکرد بالینی نیز به معنی قضاوت درباره توانایی سازمان دادن و اداره کردن مراقبت‌ها به طور مستقل و بر اساس فرآیند می‌باشد (۱۳). در مطالعه کیفی حسنی و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف خودکارآمدی و یادگیری خودتنظیم در عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری کارآموز در عرصه انجام شد، با توجه به درون‌مایه‌های حاصل، خودکارآمدی در عملکرد بالینی را مترادف کسب مهارت بالینی و ارائه مراقبت اصولی از بیمار، با تکیه بر دانش و تجربه در چارچوب مراحل بررسی بیمار، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مراقبت‌ها دانستند (۱۴). خودکارآمدی در محیط بالین از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در مطالعه حق‌باقری و همکاران (۲۰۰۴) مشاهده شد که خودکارآمدی همراه با مهارت بالینی، به پرستاران حس کفایت می‌دهد و آن‌ها را در کمک به مددجو خلاق می‌سازد و می‌توانند تصمیمات کارآمدتری اتخاذ کنند (۱۵). در آموزش، پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که خودکارآمدی در بکارگیری دانش و مهارت‌های علمی و حرفه‌ای نقش دارد (۱۶).

تقویت و توجه به ویژگی خودکارآمدی در عملکرد کارکنان، مستلزم شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده یا تعیین‌کننده آن می‌باشد. یکی از این عوامل که می‌تواند

با تمرین‌های مختلف توجه، تغییر هیجانات و تقویت کردن رفتارهای اخلاقی، هوش معنوی را افزایش داد (۲۷). در مطالعه نازل (۲۰۰۴) آگاهی هوشیارانه و سازگاری با وقایع و تجارب زندگی و پرورش خودآگاهی از جمله عوامل اصلی رشد هوش معنوی تلقی شد (۲۸). قابلیت رشد و امکان‌پذیری رشد هوش معنوی با قرار گرفتن در محیط‌های غنی و سؤال برانگیز و افزایش خودآگاهی می‌تواند به شفافیت رشته‌های ارتباطی انسان و ماوراء کمک کند (۲۴). عوامل مؤثر در هوش معنوی که در متون اسلامی، تقوا و پرهیزگاری قلمداد شده است، به همراه تمرینات روزمره از قبیل تدبیر در آفاق و نفس، روزه داری، عبادت، خواندن قرآن و تدبیر صادقانه در آیات قرآن می‌توانند نقش اساسی را در تقویت هوش معنوی داشته باشند (۲۹).

ماماها برای ارائه مؤثر خدمات بهداشت باوری باید علاوه بر دانش و مهارت از خودکارآمدی کافی برخوردار باشند، زیرا خودکارآمدی یکی از عوامل مؤثر بر عملکرد صحیح در شرایط اضطراری و پراسترس می‌باشد (۳۰). همچنین اگر خودکارآمدی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی برای ارائه خدمات خاصی بالاتر باشد انتظارشان از دستیابی به پیامد مورد نظر بالاتر است و در نتیجه در عملکرد خود توانایی بیشتری دارند (۳۱). از طرفی معنویت به عنوان نیروی قدرتمندی جهت‌سازگاری و تطابق بهتر افراد در مواجهه با مشکلات معرفی شده است و ارزش‌های معنوی نه تنها به بهبود کیفیت زندگی کاری کارکنان می‌انجامد، بلکه این توانایی را دارد که منجر به ارتقاء کل سازمان شود (۳۲). به نظر می‌رسد به منظور ارائه مراقبت بهتر و رفع نیازهای معنوی بیماران، مراقبین بهداشتی باید از سطح هوش معنوی بالایی برخوردار باشند (۳۳).

با توجه به اهمیت خودکارآمدی در عملکرد بالینی مؤثر و نقش عملکرد بالینی ماماها در تأمین سلامت مادران و نوزادان و حفظ و ارتقای بهداشت جامعه تاکنون مطالعه‌ای در زمینه ارتباط بین این متغیرهای در حیطه مامایی انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط هوش معنوی با خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماها در بیمارستان‌های آموزشی و مراکز بهداشتی درمانی شهرستان مشهد انجام شد.

خودکارآمدی کارکنان را تحت تأثیر قرار دهد، هوش معنوی است (۷).

سازه هوش معنوی^۱، یکی از مفاهیمی است که در پرتو توجه و علاقه جهانی روان‌شناسان به حوزه دین و معنویت، مطرح شده و توسعه یافته است. معنویت و رشد معنوی در انسان و نقش آن در بخش‌های مختلف زندگی او، در چند دهه اخیر به صورت روز افزون، توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (۱۷). سازمان جهانی بهداشت انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کند و معنویت را به عنوان یکی از ابعاد مهم انسان می‌داند (۱۸). هوش معنوی به عنوان درجه‌نهایی از هوش انسانی مطرح می‌باشد که از باورهای اساسی فرد نشأت می‌گیرد و بر رفتارهای او تأثیر می‌گذارد (۷). هوش معنوی بالاترین سطح رشد را در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین فردی شامل می‌شود و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های اطراف و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می‌کند (۱۹).

مک شری و همکاران (۲۰۰۲) تأکید می‌کنند که هوش معنوی زیربنای باورهای فرد است؛ به گونه‌ای که شکل واقعی زندگی را قالب‌بندی می‌کند (۲۰). افراد با هوش معنوی بالا انعطاف، خودآگاهی و ظرفیت بالاتری برای روبه‌رو شدن با دشواری و سختی‌ها را دارند (۲۱). هوش معنوی به افراد کمک می‌کند تا با ثبات‌تر باشند و با کاهش نگرانی و اضطراب بتوانند به طور عمیق‌تر با دیگران ارتباط برقرار کنند. برخی شواهد نشان می‌دهند که تمرین‌های معنوی (تعمق) باعث افزایش آگاهی و بینش افراد نسبت به سطوح چندگانه هوشیاری می‌شود و بر عملکرد افراد تأثیر مثبت دارند (۲۲). معنویت و هوش معنوی در ایجاد ارزش‌ها و دیدگاه‌های افراد نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند (۲۳).

مطالعات مختلف نشان دادند که هوش معنوی قابلیت ارتقاء دارد و آموزش‌پذیر است (۲۴-۲۶). در ارتباط با قابلیت ارتقای هوش معنوی، وگان (۲۰۰۲) نشان داد هوش معنوی به طور مستقل قابل تقویت است و می‌توان

¹ Spiritual intelligence

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۳۲ مامای شاغل در زایشگاه‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مراکز بهداشتی درمانی (قائم عج)، امام‌رضا (ع)، شهید هاشمی‌نژاد و ام‌البنین (س)) انجام شد. در ابتدا جامعه پژوهش به دو طبقه ماما‌های شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی و ماما‌های شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تقسیم شد و متناسب با حجم نمونه به دست آمده از مطالعه پایلوت و بر اساس تعداد ماما‌های شاغل در هر طبقه، تعداد نمونه مورد نظر انتخاب شدند. نمونه‌گیری در بیمارستان‌ها با استفاده از چارچوب نمونه‌گیری به صورت تصادفی و در مراکز بهداشتی-درمانی به شکل طبقاتی خوشه‌ای انجام شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول همبستگی با توان حداقل ۸۰٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪، ۲۳۲ نفر برآورد شد. سپس بر اساس چارچوب نمونه‌گیری، تعداد ۱۳۷ ماما از پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی و ۹۵ ماما از بیمارستان‌های آموزشی (متناسب با حجم طبقه) انتخاب شدند. در نهایت تعداد ۲۳۲ ماما وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل تحصیلات کاردانی مامایی، سابقه-کار حداقل ۶ ماه، سابقه کار حداقل ۳ ماه کار در بخش فعلی، نداشتن سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس، مصرف دارو یا بستری در بیمارستان به دلیل بیماری روانی طی یک سال گذشته و نداشتن استرس عمده (بیماری جدی خود، همسر یا فرزندان، فوت یکی از نزدیکان، مهاجرت، تصادف، اختلاف شدید خانوادگی) طی شش ماه اخیر بود.

پس از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی و تأیید مطالعه در کمیته اخلاق، معرفی‌نامه جهت انجام مطالعه در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی مربوطه اخذ شد. فرآیند گردآوری داده‌ها به این صورت بود که پژوهشگر در شیفت صبح به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی و در سه شیفت صبح، عصر و شب به بیمارستان‌های آموزشی قائم عج، امام‌رضا (ع)، شهید هاشمی‌نژاد و ام‌البنین (س) مراجعه نمود. پژوهشگر با کسب اجازه از مسئولین و با مراجعه مستقیم به واحدهای پژوهش، هدف و نحوه

اجرای مطالعه را برای آن‌ها توضیح داده شد و افراد در صورت داشتن معیارهای ورود پس از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. سپس پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه‌های خودارزیابی هوش معنوی و خودکارآمدی عملکرد بالینی در اختیار واحدهای مطالعه قرار داده شد تا در طی نوبت کاری و زمان فراغت، آن‌ها را تکمیل نمایند. پرسشنامه‌ها در ابتدای شیفت کاری و در زمان فراغت ماماها در اختیار آن‌ها قرار داده شد. در این مطالعه، پژوهشگر بر بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها، محرمانه بودن اطلاعات و عدم گزارش نتایج ارزیابی خودکارآمدی عملکرد ماماها در ارزشیابی سازمانی تأکید کرد و توضیحات لازم را به واحدهای پژوهش ارائه شد.

ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه‌های مشخصات فردی، پرسشنامه هوش معنوی بدیع و خودکارآمدی عملکرد بالینی چراغی و همکاران (۱۳۸۷) بود.

پرسشنامه هوش معنوی بدیع و همکاران (۱۳۸۸) در ایران ساخته و اعتبارسنجی شده است (۲۲). این پرسشنامه شامل ۴۲ گویه در ۴ حیطه است. حیطه اول شامل: تفکر کلی و بُعد اعتقادی (۱۲ گویه)، حیطه دوم: توانایی مقابله و تعامل با مشکلات (۱۵ گویه)، حیطه سوم: پرداختن به سجایای اخلاقی (۸ گویه) و حیطه چهارم: خودآگاهی و عشق و علاقه (۷ گویه) می‌باشد. نمره کل از جمع ۴ خرده مقیاس به دست می‌آید. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق از ۱ تا ۵ نمره‌دهی می‌شود (۵: کاملاً موافق، ۴: موافق، ۳: تا حدودی موافق، ۲: مخالف و ۱: کاملاً مخالف) که نمره‌دهی با توجه به مفهوم سؤالات و بار منفی آن، در حیطه دوم برعکس است. بنابراین حداقل و حداکثر نمره پرسشنامه به ترتیب، ۴۲ و ۲۱۰ است. سپس نمرات در ۳ طبقه به صورت ضعیف (۴۲-۹۸)، متوسط (۹۹-۱۵۵)، و قوی (۱۵۶-۲۱۱) طبقه‌بندی می‌شوند (۳۴). برای تعیین اعتبار پرسشنامه، نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که ارتباط مثبت و معناداری بین آن‌ها وجود دارد که نشان می‌دهد پرسشنامه هوش معنوی از اعتبار لازم برخوردار است (۳۵) $(p=0/055, r=0/0001)$. همچنین پایایی ابزار توسط طراحان پرسشنامه با استفاده از دو روش محاسبه

همچنین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی عملکرد بالینی توسط چراغی و همکاران (۱۳۸۷) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمده که همسانی درونی مناسب ابزار را نشان می‌دهد (۳۶). در مطالعه حاضر نیز پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. برای توصیف ویژگی‌های فردی از روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، دامنه و توزیع فراوانی) و جهت تعیین رابطه بین هوش معنوی و خودکارآمدی عملکرد بالینی پس از کنترل نرمالیت، از ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون من ویتنی و آزمون دقیق کای دو استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۵/۰±۸/۹ سال و در محدوده سنی ۲۳-۵۴ سال بود. ۲۱۳ نفر (۹۱/۸٪) از واحدهای پژوهش دارای مدرک کارشناسی، ۱۷۴ نفر (۷۵٪) متأهل و ۱۹۹ نفر (۸۵/۸٪) درآمدی در حد کفایت داشتند (جدول ۱).

ضریب آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن محاسبه شد که این ضرایب برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۷۸ بود (۲۲). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد. ابزار "خودکارآمدی عملکرد بالینی" توسط چراغی و همکاران (۱۳۸۷) ساخته شده است. این ابزار دارای ۳۷ عبارت و چهار حیطة، "بررسی بیمار (۱۲ گویه)"، "تشخیص و برنامه‌ریزی مراقبتی" (۹ گویه)، "اجرای برنامه مراقبتی (۱۰ گویه)" و "ارزشیابی برنامه مراقبتی" (۶ گویه)، در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از "اصلاً مطمئن نیستم" تا "اطمینان کامل دارم" می‌باشد. ترتیب نمره‌دهی ابزار بدین صورت بود که "اصلاً مطمئن نیستم، نمره ۱"، "مطمئن نیستم، نمره ۲"، "نسبتاً مطمئن هستم، نمره ۳"، "مطمئن هستم، نمره ۴" و "اطمینان کامل دارم، نمره ۵" کسب می‌کرد؛ به طوری که حداقل و حداکثر امتیاز افراد ۳۷ و ۱۸۵ می‌باشد. طبقه‌بندی نمره کل ابزار در سه طبقه به صورت ضعیف (۳۷-۹۲/۵)، متوسط (۹۲/۶-۱۳۸/۷۵) و بالا (۱۳۸/۷۶-۱۸۵) می‌باشد. اعتبار و پایایی ابزار طراحی شده توسط چراغی و همکاران سنجیده شده است که اعتبار همزمان ابزار خودکارآمدی عملکرد بالینی با ابزار خودکارآمدی عمومی نماینگر اعتبار مناسب ابزار می‌باشد ($p < 0/01$, $r = 0/73$).

جدول ۱- توزیع فراوانی ماماها شاغل در زایشگاه و مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه بر حسب برخی از مشخصات فردی

سطح متغیر	فراوانی (درصد)
مجرد	۵۴ (۲۳/۳)
وضعیت تأهل	۱۷۴ (۷۵/۰)
بیوه	۱ (۰/۴)
مطلقه	۳ (۱/۳)
مدرک تحصیلی	۱۸ (۷/۸)
کارشناسی	۲۱۳ (۹۱/۸)
ارشد و بالاتر	۱ (۰/۴)
سطح درآمد	۱۹۹ (۸۵/۸)
در حد کفایت	۱۷ (۷/۳)
کمتر از کفایت	۱۶ (۶/۹)
بیشتر از کفایت	۲۳۲ (۱۰۰/۰)
جمع	

(جدول ۲).

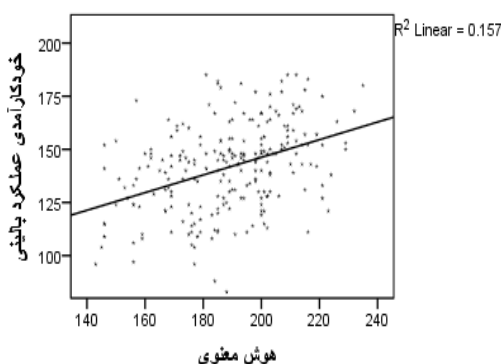
اکثر واحدهای پژوهش از هوش معنوی قوی و خودکارآمدی عملکرد بالینی بالایی برخوردار بودند

جدول ۲- توزیع فراوانی ماماهاى شاغل در زایشگاه و مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه بر حسب متغیرهای اصلی

متغیر	سطح	فراوانی (درصد)
هوش معنوی	ضعیف	۰ (۰/۰)
	متوسط	۱۰۱ (۴۳/۵)
	قوی	۱۳۱ (۵۶/۵)
خودکارآمدی عملکرد بالینی	ضعیف	۲ (۰/۹)
	متوسط	۹۲ (۳۹/۶)
	بالا	۱۳۸ (۵۹/۵)

میانگین هوش معنوی واحدهای پژوهش، $157/4 \pm 17/2$ با محدوده نمرات ۱۱۴-۲۰۱ و میانگین خودکارآمدی عملکرد بالینی واحدهای پژوهش $141/5 \pm 20/6$ و در محدوده ۸۳-۱۸۵ بود.

بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن، هوش معنوی با خودکارآمدی عملکرد بالینی ارتباط معنی داری داشت ($r=0/4, p<0/0001$) (نمودار ۱).



نمودار ۱- رابطه هوش معنوی با خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماهاى شاغل در زایشگاهها و مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه

همچنین میانگین نمرات خودکارآمدی عملکرد بالینی در افراد با هوش معنوی بالا بیشتر از سایر افراد بود که بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، میانگین نمرات خودکارآمدی عملکرد بالینی بر حسب سطوح هوش معنوی اختلاف آماری معنی داری داشت ($p<0/0001$), $Z=-5/1$). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ۵۶ نفر (۵۵/۴٪) از واحدهای پژوهش که هوش معنوی متوسط و

داشتند، سطح خودکارآمدی عملکرد بالینی متوسط و ۹۴ نفر (۷۱/۸٪) که از هوش معنوی بالایی برخوردار بودند، سطح خودکارآمدی عملکرد بالایی داشتند. با توجه به نتایج آزمون کای اسکور فراوانی خودکارآمدی عملکرد بالینی بر حسب سطوح هوش معنوی تفاوت معنی داری داشت ($p<0/0001$) (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی ماماها از نظر سطح خودکارآمدی بالینی بر حسب سطوح هوش معنوی

خودکارآمدی بالینی	هوش معنوی	متوسط فراوانی (درصد)	قوی فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)
ضعیف	۱ (۱/۰)	۱ (۰/۸)	۲ (۰/۹)	
متوسط	۵۶ (۵۵/۴)	۳۶ (۲۷/۵)	۹۲ (۳۹/۷)	
بالا	۴۴ (۴۳/۶)	۹۴ (۷۱/۸)	۱۳۸ (۵۹/۵)	
کل	۱۰۱ (۱۰۰/۰)	۱۳۱ (۱۰۰/۰)	۲۳۲ (۱۰۰/۰)	
میانگین خودکارآمدی	$133/6 \pm 20/5$	$147/6 \pm 18/6$	$141/5 \pm 20/6$	
نتیجه آزمون دقیق کای دو	$p<0/0001$			

بحث

مطالعه حاضر با هدف کلی تعیین ارتباط هوش معنوی و خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماها انجام شد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، اکثر ماماهاى شرکت‌کننده از هوش معنوی متوسط به بالایی برخوردار بودند. در مطالعه کریمی‌مونقی و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی ۲۱۲ پرستار بیمارستان آموزشی شهر مشهد با استفاده از پرسشنامه هوش معنوی سهرابی و همکاران انجام شد، بیشتر پرستاران شرکت‌کننده، نمره بالایی از هوش معنوی دریافت کردند (۳۲). در مطالعه فاطمی و همکاران (۲۰۱۱) نیز معنویت پرستاران بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در حد بالا و مثبت گزارش شد (۳۷). یانگ و همکاران (۲۰۰۷) که هوش معنوی را در پرستاران کشور چین بررسی کردند، از ۱۱۷ نفر پرستار، ۸۲/۹٪ دارای هوش معنوی پایین و ۱۷/۱٪ دارای هوش معنوی متوسط بودند و هیچ‌کدام هوش معنوی بالایی نداشتند (۳۸). این اختلاف با نتایج مطالعه حاضر می‌تواند به علت تفاوت در ابزار مطالعه، متفاوت بودن ارزش‌های فرهنگی و معنوی جامعه مطالعه و حجم نمونه متفاوت، باشد. در مطالعه حاضر هوش معنوی با پرسشنامه هوش معنوی بدیع که چهار بُعد متفاوت تفکر کلی و بُعد اعتقادی، توانایی مقابله و تعامل با مشکلات، پرداختن به سجایای اخلاقی و خودآگاهی و عشق و علاقه را مورد بررسی قرار می‌دهد، سنجیده شد که این پرسشنامه حداقل سوگیری فرهنگی، اجتماعی و جهت‌گیری دینی را دارا می‌باشد (۲۲) در حالی که پرسشنامه هوش معنوی هشتاد سؤالی ماتریس روانی معنویت (ولمن، ۲۰۰۱) (PSI) استفاده شده در مطالعه یانگ (۲۰۰۶) به منظور شناسایی الگوی منحصر به فرد هوش معنوی افراد ساخته شده است و به جای سنجش هوش معنوی بالاتر یا پایین‌تر، به تمرکز و الگوسازی معنویت می‌پردازد و شامل هفت عامل است که رفتار و تجربه‌های گوناگون معنوی را در بر می‌گیرد و الوهیت، مراقبت، روشن‌فکری، توجه به اجتماع، ادراک فراحسی، معنویت در دوره کودکی و تجربه ضربه روانی را می‌سنجد (۳۹).

در مطالعه حاضر سطح خودکارآمدی عملکرد بالینی اکثریت ماماها (۹۹/۱٪) متوسط و بالا بود. مطالعه نبوره و همکاران (۲۰۱۵) که بر روی ۱۸۵ پرستار دانشگاه علوم پزشکی انجام شد، نشان داد که سطح خودکارآمدی درک شده پرستاران در سطح متوسط و پایین قرار دارد (۴۰)، در مطالعه تقی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) نیز اکثر ماماها سطح خودکارآمدی متوسط داشتند و فقط ۱۹٪ ماماها سطح خوبی از خودکارآمدی را ابراز کردند (۳۰). دلیل اختلاف مطالعه حاضر با دو مطالعه قبلی، تفاوت در نوع ابزار سنجش خودکارآمدی و همچنین متفاوت بودن حجم نمونه‌ها است که می‌تواند بر نتایج مطالعات تأثیرگذار باشد. در مطالعه نبوره و همکاران (۲۰۱۵) از پرسشنامه "ریگر^۲" که خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد استفاده شد. در مطالعه تقی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) نیز خودکارآمدی ماماها با استفاده از پرسشنامه "خودکارآمدی ماماها برای ارائه خدمات بهداشت باروری در بلایا" که بر اساس تئوری بندورا طراحی شده است، سنجیده شد، ولی در مطالعه حاضر خودکارآمدی با پرسشنامه چراغی که به صورت اختصاصی جهت سنجش خودکارآمدی عملکرد بالینی کادر بهداشتی طراحی شده است، سنجیده شد. در ارتباط با هدف اصلی مطالعه، بین هوش معنوی و خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماها ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه پورزنجان و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف ارتباط خودکارآمدی و هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر، بر روی ۷۰ نفر از مراقبین (اعضای خانواده) سالمندان مبتلا به آلزایمر عضو انجمن آلزایمر ایران در تهران انجام شد، با استفاده از ابزار خودکارآمدی عمومی شرر^۳ و خودسنجی هوش معنوی نشان داد که بین هوش معنوی و خودکارآمدی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۴۱). همچنین مطالعه گوپتا (۲۰۱۲) که با هدف بررسی ارتباط هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی و خودتنظیمی به شکل تصادفی بر روی ۴۰ دانشجوی دختر و ۴۰ دانشجوی پسر دانشگاه کوروکشترتا (هاریانا) در شمال هندوستان انجام شد، نتایج با استفاده از پرسشنامه هوش معنوی

² Riggs

³ Scherer

¹ Psycho Matrix Spirituality Inventory



(PSI)^۱ ولمن (۲۰۰۱) و ابزار خودکارآمدی (SEQ)^۲ موریس (۲۰۰۱) سنجیده شد و نشان داد که هوش معنوی به شکل مثبت و معناداری با خودکارآمدی و ابعاد آن به جز خودکارآمدی اجتماعی در ارتباط است. در مطالعه میلر (۲۰۰۷) که با هدف بررسی مذهب و معنویت و تأثیر بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی درک شده بر روی ۴۴ بیمار مبتلا به بیماری قلبی و همسران آن‌ها انجام شد، از پرسشنامه هوش معنوی (SRC)^۳ سیلبر و همکار (۱۹۸۵) و خودکارآمدی اوارت (۱۹۸۳) استفاده شد که نتایج نشان داد بین هوش معنوی و خودکارآمدی بیماران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. دلیل این اختلاف با نتایج مطالعه حاضر می‌تواند تفاوت در نوع ابزار سنجش هوش معنوی و خودکارآمدی باشد، همچنین متفاوت بودن جمعیت هدف، حجم نمونه و تفاوت‌های فرهنگی و معنوی دو جامعه می‌تواند بر نتایج مطالعات تأثیرگذار باشد. در مطالعه حاضر رابطه بین متغیرهای مورد نظر در کادر بهداشتی-درمانی و بر روی ۲۳۲ ماما مورد بررسی قرار گرفت، در حالی که در مطالعه میلر بر روی افراد با شرایط خاص (بیماران قلبی) و بر روی ۴۴ زوج انجام شد. در مطالعه میلر (۲۰۰۷) از پرسشنامه هوش معنوی (SRC) استفاده شد که این پرسشنامه شامل ۱۱ سؤال است و اعتقادات مذهبی، نگرش‌ها، نیازها و رفتارهای معنوی را می‌سنجد، همچنین خودکارآمدی با پرسشنامه اوارت سنجیده شد که این ابزار جهت سنجش میزان اعتماد به نفس و توانایی بیمار برای انجام فعالیت‌های بدنی مشخص در دو بُعد خودکارآمدی جسمی و روانی طراحی شده است (۴۲).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین خودکارآمدی عملکرد بالینی در افرادی که هوش معنوی بالایی دارند بیشتر است، در واقع ماماهاهایی که نمره هوش معنوی بالاتری کسب کردند، نمره خودکارآمدی عملکرد بالینی بالاتری نیز داشتند. در مطالعه پورزنجان و همکاران (۲۰۱۲) نیز مراقبینی که از هوش معنوی بالاتری برخوردار بودند، خودکارآمدی بیشتری نیز در زمینه مراقبت از بیماران داشتند (۴۱). این رابطه را می‌توان

این‌گونه تبیین نمود که هوش معنوی را می‌توان به عنوان بالاترین هوش وجودی فرد دانست که باعث ایجاد نگرشی جدید و مثبت در فرد نسبت به خود، دیگران و جهان پیرامون او می‌شود و از آنجا که خودکارآمدی نیز اشاره به اعتقاد فرد به توانایی‌ها و مهارت‌های خود دارد، می‌توان بیان نمود که بالا بودن هوش معنوی در فرد باعث می‌شود تا شخص با نگاه مثبتی که نسبت به خودش به واسطه هوش معنوی پیدا می‌کند، بتواند در حین انجام کار نیز مهارت‌های خود را به خوبی به کار بگیرد (۴۳).

از نقاط قوت مطالعه حاضر، انتخاب واحدهای پژوهش به شکل تصادفی بود. همچنین در این مطالعه از ابزار خودکارآمدی عملکرد بالینی که مخصوصاً برای خودکارآمدی عملکرد کادر بهداشتی طراحی شده است، استفاده شد، در حالی که در مطالعات دیگر از ابزار خودکارآمدی عمومی جهت سنجش خودکارآمدی استفاده شد. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که توجه به مذهب و قرآن در جامعه ما ارزش تلقی می‌شود و شاید برخی از پاسخگویان صرفاً به دلیل ارزش بودن آن (نه دارا بودن آن) به پرسشنامه پاسخ داده باشند، همچنین هوش‌های دیگر مانند هوش عمومی و مخصوصاً هوش هیجانی بر میزان هوش معنوی تأثیرگذار هستند، که امکان ارزیابی و کنترل این هوش‌ها در این مطالعه وجود نداشت. با توجه به کم بودن مطالعات در زمینه بررسی ارتباط هوش معنوی با خودکارآمدی بالینی و سایر فاکتورهای روان‌شناسی مرتبط با عملکرد بالینی، می‌توان در آینده مطالعات بیشتری در زمینه ارتباط بین این متغیرها در سایر کارکنان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی مانند پزشکان و پرستاران انجام داد، همچنین با توجه به آموزش‌پذیر بودن هوش معنوی می‌توان با انجام مطالعات در زمینه تأثیر آموزش هوش معنوی و مؤلفه‌های آن بر سطح خودکارآمدی عملکرد بالینی، گام مهمی در جهت بهبود عملکرد بالینی کارکنان بهداشتی و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده برداشت.

نتیجه‌گیری

با توجه به ارتباط معنادار بین هوش معنوی و خودکارآمدی عملکرد بالینی ماماها، برگزاری کلاس‌های

^۱ Psycho Matrix Spirituality Inventory

^۲ Self-efficacy Questionnaire

^۳ The Spiritual and Religious Concerns



می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی انجام شد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی و ماماها مراکز بهداشتی درمانی، پایگاه‌های شهری و زایشگاه‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر مشهد تشکر و قدردانی می‌شود.

آموزشی و بازآموزی جهت ارتقاء هوش معنوی ماماها و سطح خودکارآمدی عملکرد بالینی آن‌ها توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پایان نامه کارشناسی ارشد با کد ۹۴۰۰۶۰ مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد

منابع

1. Tzeng HM, Ketefian S. Demand for nursing competencies: an exploratory study in Taiwan's hospital system. *J Clin Nurs* 2003; 12(4):509-18.
2. Hosseini S. A study of relationship between emotional intelligence and clinical performance in training field in Midwifery students of Nursing and Midwifery School. [Master Thesis]. Mashhad, Iran: University of Medical Sciences; 2011. (Persian).
3. Zareh Z. The effect of peer review evaluation on quality of nurses performance and patients satisfaction. *Iran J Nurs* 2010; 22(62):8-21. (Persian).
4. Iran (Islamic Republic of). Unicef At a glance. Available at: URL: http://www.unicef.org/infobycountry/iran_statistics.html; 2006.
5. Besharat M, Koochi S, Dehghani M, Farahani H, Momenzadeh S. Survey of moderating role of positive and negative affections on the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients. *Clin Psychol Personal* 2012; 19(7):103-13. (Persian).
6. Haghani F, Asgari F, Zare S, Mahjoob Moadab H. Correlation between self-efficacy and clinical performance of the internship nursing students. *Res Med Educ* 2013; 5(1):23-30. (Persian).
7. Golchin A. The relationship between spiritual intelligence and self-efficacy in high school teachers. [Master Thesis]. Tehran, Iran: University of Human Sciences; 2011. (Persian).
8. Ebrahimpour H, Jalali Akerdi B, Solhi M, Esmaeli H. Effect of educational intervention based on Self-Efficacy Theory (SET) on behavior of prevention of HIV/ AIDS in high risk women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(144):19-27. (Persian).
9. Mohammadi F, Hosseini MA. Rehabilitation sciences students' perception from clinical self-efficacy compared to evaluation by clinical teachers. *Iran J Med Educ* 2010; 10(2):155-63. (Persian).
10. Iranzadeh S, Soureshi AK, Mehregan F. A study of the relationship between some social factors with self-efficacy, job satisfaction, productivity among the employees of Islamic azad university, Mahabad and Orumie branches. *Pazhouhesh Nameye Tarbiati* 2010; 5(21):27-42. (Persian).
11. Strobel M, Tumasjan A, Spörrle M. Be yourself, believe in yourself, and be happy: self-efficacy as a mediator between personality factors and subjective well-being. *Scand J Psychol* 2011; 52(1):43-8.
12. Dykeman C, Wood C, Ingram M, Herr EL. Career development interventions and academic self-efficacy and motivation: a pilot study. Washington, DC: Office of Vocational and Adult Education (ED); 2003.
13. Mohamadi E, Bana Derakshan H, Borhani F, Hoseinabadi Farahani M, Hoseingholi P, Naderi Ravesh N. Relationship between nursing students' achievement motivation and self-efficacy of clinical performance. *Iran J Nurs* 2014; 27(90):33-43. (Persian).
14. Hassani P, Cheraghi F, Yaghmaei F. Self-efficacy and self-regulated learning in clinical performance of nursing students: a qualitative research. *Iran J Med Educ* 2008; 8(1):33-42. (Persian).
15. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing :a qualitative study. *BMC Nurs* 2004; 3(1):2. (Persian).
16. Zimmerman BJ. Self-efficacy: an essential motive to learn. *Contemp Educ Psychol* 2000; 25(1):82-91.
17. Khodabakhshi Koolae A, Heidari S, Khoshkanesh A, Heidari M. Relationship between spiritual intelligence and resilience of stress in preference of delivery method in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(58):8-15. (Persian).
18. Yaghoobi A. The study of relation between spiritual intelligence and rate of happiness in booli university students. *J Res Educ Sys* 2010; 4(9):85-95. (Persian).
19. Saghrvany S, Ghaur S. Spirituality and their flourishing spiritual intelligence at work. *J Commun Manag Group Imam Reza Univ* 2009; 8(1):27-31. (Persian).
20. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(7):723-34.
21. Sohrabi F. Principles of spiritual intelligence. *J Ment Health* 2008; 1(1):14-8. (Persian).
22. Raisi M, Ahmari Tehran H, Heidari S, Jafarbegloo E, Abedini Z, Bathaie SA. Relationship between spiritual intelligence, happiness and academic achievement in students of Qom University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2013; 13(5):431-40. (Persian).
23. Zohar D. Spirituality intelligence leadership. *Leader Leader* 2005; 38:45-51.

24. Haditabar H, Navabinejad S, Ahghar G. Effect of training spiritual intelligence on quality of life among veteran spouses. *Tebe Janbaz* 2012; 4(14):1-11. (Persian).
25. Amini JL, Zandipour T, Karami J. The effectiveness of spiritual intelligence training on female students' depression and happiness. *Soc Women* 2015; 6(2):141-68. (Persian).
26. Mohammadi H, Bahreinian A, Mortazavi MA, Mousavi MR, Ashrafnezhad Z. The effect of training spiritual intelligence on the mental health of male high school students. *J Res Relig Health* 2015; 1(1):28-39. (Persian).
27. Vaughan F. What is spiritual intelligence? *J Hum Psychol* 2002; 42(2):16-33.
28. Nasel D. Spiritual orientation in relation to spiritual intelligence: a consideration of traditional christianity and new age individualistic spirituality. [Doctorate Thesis]. Australia: The University of South Australia; 2004.
29. Ghobaribonab B, Salimi M, Salyani L, Nourimoghadam S. Spiritual Intelligence. *J Modern Relig Thought* 2007; 3(10):125-47. (Persian).
30. Taghizadeh Z, Kazemnejad A, Khoshknaz M, Abdolahi S. Self-efficacy of midwives in order to provide reproductive health services in disasters, Tehran, 2014. *J Res Relief* 2014; 6(3):81-90. (Persian).
31. Lowenstein LM, Perrin EM, Campbell MK, Tate DF, Cai J, Ammerman AS. Primary care providers' self-efficacy and outcome expectations for childhood obesity counseling. *Child Obes* 2013; 9(3):208-15.
32. Karimi Moonghi H, Gazrani A, Gholami H, Saleh Moghaddam A, Ashory A, Vaghei S. Relationship between spiritual intelligence and nurses' clinical competency. *Q J Sabzevar Univ Med Sci* 2011; 18(2):132-9. (Persian).
33. Gazrani A. A survey on spiritual intelligence, and its relationship with clinical competency in the nurses of Mashhad educational hospitals. [Master Thesis]. Mashhad, Iran: University of Medical Sciences; 2011. (Persian).
34. Badie A, Savari E, Bagheri Dashtbozorg N, Latifiazadegan V. Development and reliability and validity of the spiritual intelligence scale. National Psychology Conference Payamnour University, Tabriz, Iran; 2010. (Persian).
35. Khorramirad A, Arsangjang S, Ahmaritehran H, Dehghani H. The relation between spiritual intelligence and test anxiety among nursing and midwifery students: application of path analysis. *Iran J Med Educ* 2013; 13(4):319-30. (Persian).
36. Cheraghi F, Hasani P, Yaghmaei F, Alavi-Majd H. Developing a valid and reliable Self-Efficacy in Clinical Performance scale. *Int Nurs Rev* 2009; 56(2):214-21.
37. Fatemi MM, Nazari R, Safavi M, Naini MK, Savadpour MT. The relationship between nurse's spirituality and patient's satisfaction in the hospitals of To Ardabil university of medical science. *Med Ethics* 2011; 5(17):141-59. (Persian).
38. Yang KP. The spiritual intelligence of nurses in Taiwan. *J Nurs Res* 2006; 14(1):24-35.
39. Wolman R. *Thinking with your soul: spiritual intelligence and why it matters*. New York: Harmony Books; 2001.
40. Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care and emergency units in hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur university of medical sciences in 2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015; 14(6):443-54. (Persian).
41. Esmaeili PZ, Mashouf S, Safari Z, AbbasI M. Assessment of correlation between self-efficacy and spiritual intelligence of family caregivers of elderly patient with Alzheimer in Tehran 2012. *Med Figh Q* 2012; 4(11-12):151-66. (Persian).
42. Miller JF, McConnell TR, Klinger TA. Religiosity and spirituality: Influence on quality of life and perceived patient self-efficacy among cardiac patients and their spouses. *Journal of religion and health*. 2007;46(2):299-313.43. Niaz Azari M, khosroabadi S. Explaining the importance of spiritual intelligence and self efficacy-of managers in global competition. *Journal of Future Management*. 2014;25(101):43-51. (Persian)
- 43.