

بررسی تأثیر آموزش بر روی هوش معنوی پرستاران

منصور آزاد^۱، لیلا آلیلو*^۲، حسین حبیبزاده^۳، حمیدرضا خلخالی^۴، غلامرضا اسمحسینی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۱۱/۰۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۲/۰۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: به کارگیری هوش معنوی در محیط کار می‌تواند منجر به ارتقای مهارت‌های ارتباطی و انجام مراقبت بالینی بهینه شود. پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های ارتباطی با بیمار در پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر مهاباد در سال ۱۳۹۸ انجام شد. **مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی با گروه کنترل از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون است که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی مهاباد می‌باشد که ابتدا پرستاران بر اساس معیار ورود وارد مطالعه شده و به‌طور تصادفی ۷۰ نفر از بین آن‌ها به نسبت هر بخش انتخاب شدند، سپس افراد شرکت‌کننده در پژوهش بر اساس تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه هوش معنوی کینگ استفاده شد. برای گروه مداخله ۷ جلسه آموزش هوش معنوی به‌صورت کارگاه در طی ۲ ماه برگزار شد. بلافاصله دو هفته و یک ماه بعد از مداخله هر دو گروه پرسشنامه را تکمیل کردند. به گروه کنترل آموزشی داده نشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۷ و آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که دو گروه کاملاً همسان بودند. همچنین نتایج آزمون چندگانه بونفرونی نشان داد که میانگین نمرات هوش قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معناداری از لحاظ آماری ندارد ($P=0/162$). میانگین نمرات هوش معنوی در گروه مداخله قبل از آموزش ($57/48 \pm 19/54$) بود که دو هفته بعد از آموزش به‌طور معنی‌داری به ($61/80 \pm 14/12$) افزایش یافته بود. مقایسه‌های چندگانه بونفرونی نشان داد در پرستاران گروه کنترل از نظر آماری تفاوت معناداری در میانگین نمرات هوش معنوی قبل و دو هفته بعد از آموزش و در مرحله پیگیری وجود نداشت ($P=1/000$). ولی در گروه مداخله میانگین نمرات هوش معنوی قبل و دو هفته بعد از آموزش و در مرحله پیگیری اختلاف معناداری داشتند ($P<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاکی از وجود تأثیر آموزش بر روی هوش معنوی پرستاران می‌باشد. از آنجاکه هوش معنوی می‌تواند بر تمام حوزه‌های کاری پرستاران تأثیر گذارد بنابراین، بهتر است یافته حاصله در بالین، جهت ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری شده و افزایش رضایتمندی بیماران به‌طوری جدی مدنظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی: هوش، معنویت، هوش معنوی، پرستاران

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ۱۲۹، تیر ۱۳۹۹، ص ۳۱۸-۳۲۹

آدرس مکانیه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: alilueyla@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است..

مقدمه

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۲ استادیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استاد آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۵ استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

مراقبه و آرام‌سازی انجام می‌گیرد (۷۶). قدرت انجام رفتارهای پرفرضیلت (عفو و گذشت، سپاسگزاری، تواضع، مهرورزی) نیز از مؤلفه‌های هوش معنوی محسوب می‌شود (۸) چنین رفتارهای می‌تواند بین افراد روابط مثبت و سازنده ایجاد کند و حس اعتماد و صمیمیت را میان آن‌ها افزایش دهد (۹).

هوش معنوی امری اکتسابی است و می‌توان آن را با توجه، تغییر هیجان‌ها و تقویت کردن رفتارهای اخلاقی افزایش داد (۱۰). تحقیقات نشان داده است که هوش معنوی می‌تواند از طریق آموزش افزایش یابد (۱۱). آموزش هوش معنوی را می‌توان آموزش درک ما از خودمان و دیگران، انتخاب منابع معنوی و به‌کارگیری آن در تمامی لحظات زندگی، افزایش همگرایی افراد در زندگی، آزادسازی خودبه‌خود هوش درونی، درک دیگران در سطح عمیق‌تر، پذیرش تغییرات و اقدام درست در آن مواقع و کشف وجود واقعی خود تعریف نمود (۱۲). برخورداری از هوش معنوی بالا به کادر درمانی کمک می‌کند با معنادار و هدفمند دیدن خدماتی که به بیماران و جامعه ارائه می‌دهند، بهتر با فشارهای کاری کنار بیایند (۱۳). همچنین هوش معنوی در محیط‌های بیمارستانی بخصوص در جوامع مذهبی مانند ایران، می‌تواند به رابطه کارکنان و بیماران کمک کند (۹).

مکشری و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند که هوش معنوی باعث افزایش قدرت انعطاف‌پذیری و خودآگاهی انسان شده است به‌طوری‌که در برابر مشکلات زندگی بردباری و صبوری بیشتری دارند (۱۴). امرایی و همکارانش (۲۰۱۱) نیز ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی و هوش معنوی دانشجویان را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که میان خصوصیت پرخاشگری و هوش معنوی ارتباط منفی وجود دارد. همچنین میان ویژگی‌های شخصیتی هوشیاری، پذیرش و برون‌گرایی با هوش معنوی ارتباط مثبتی یافت شد (۱۵). یانگ (۲۰۰۹) در یک مطالعه دیگر باهدف تعیین هوش معنوی پرستاران در دو جامعه متفاوت (تایوان و چین) به این نتیجه دست یافت که سیستم‌های اجتماعی بر هوش معنوی پرستاران مؤثر هستند و معنویت در زمان کودکی و اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی تأثیر زیادی بر هوش معنوی پرستاران دارند و پیش‌بینی‌کننده هوش معنوی می‌باشند (۳).

در مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۰) حدود ۴۵ درصد پرستاران هوش معنوی پایین‌تر از نمره میانگین داشتند (۱۶). مطالعه رضائیان و همکاران (۲۰۱۱)، نشان داد که هوش عاطفی و هوش معنوی کادر درمانی می‌تواند باعث برقراری ارتباط اثربخش با

هوش به‌عنوان یک توانایی شناختی در اوایل قرن بیستم توسط آلفرد بینه^۱ طرح شد. پس از گسترش مفهوم هوش به سایر قلمروها، ظرفیت‌ها و توانایی‌های انسان و به‌خصوص مطرح‌شدن هوش هیجانی در روانشناسی، ایمونز^۲ با مشاهده در رفتارها و حالات افراد معنوی، سازه‌های معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب کرده و واژه هوش معنوی^۳ را به وجود آورد. او هوش معنوی را این‌گونه تعریف می‌کند: چارچوبی برای شناسایی و سازمان‌دهی مهارت‌ها و توانایی‌های موردنیاز برای درک عمیق سؤالات حیاتی و ارزش‌های بینشی برای سطوح چندگانه آگاهی معنوی که علاوه بر بهبود کیفیت زندگی کاری کارکنان، کارایی کل سازمان را ارتقا می‌بخشد (۱).

به عقیده غباری و همکاران (۲۰۰۹)، هوش معنوی مجموعه‌ای از فعالیت‌هاست که علاوه بر لطافت و انعطاف‌پذیری در رفتار سبب خودآگاهی و بینش عمیق فرد نسبت به زندگی و هدف‌دار نمودن آن می‌شود به‌گونه‌ای که اهداف فراتر از دنیای مادی ترسیم می‌گردد و همین فرایند موجب سازگاری فرد با محیط به خاطر خشنودی و رضایت دیگران شده است. زیرا فرد با این سازگاری درصدد جلب رضایت خداوند است (۲). از نظر یانگ هوش معنوی ظرفیتی انسانی است برای جستجو و پرسیدن سؤالات غایی درباره معنای زندگی و به‌طور هم‌زمان تجربه پیوند یکپارچه بین هر یک از ما و جهانی است که در آن زندگی می‌کنیم (۳).

جورج (۲۰۰۶) مشخصات مهم هوش معنوی را اطمینان فردی، تأثیرگذاری بر برقراری ارتباط، درک بین فردی، مدیریت تغییر و حرکت از مسیرهای دشواری می‌داند (۴). همچنین از دیدگاه کینگ چهار مؤلفه اصلی تشکیل‌دهنده هوش معنوی شامل؛ تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی، توسعه حالت آگاهی می‌باشند (۵). اولین مؤلفه هوش معنوی تفکر وجودی انتقادی شامل "ظرفیت اندیشیدن درباره معنا زندگی، هدف و دیگر موضوعات وجودی" می‌باشد. دومین مؤلفه هوش معنوی تولید معنای شخصی به‌عنوان "هدف داشتن در زندگی، داشتن حس جهت‌یابی، احساس نظم و دلیلی برای زندگی" تعریف شده است. سومین مؤلفه آگاهی متعالی شامل "ظرفیت تشخیص ابعاد خویش و دیگران و جهان مادی در خلال حالت‌های طبیعی هوشیاری است و همچنین به‌عنوان توانایی ادراک ابعاد معنوی زندگی" توضیح داده شده است و آخرین مؤلفه هوش معنوی توسعه حالت آگاهی شامل "توانایی ورود به حالت‌های اوج یافته هوشیاری در گرایش خود فرد" می‌باشد. تغییر حالات هوشیاری به‌وسیله خودتمیزی روانی، مانند

³ Spiritual Intelligence

¹ Alferd Bent

² Emmons

می‌گیرد و شامل چهار زیر مقیاس است مشتمل بر: تفکر وجود انتقادی، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی و بسط حالت هوشیاری. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه بدین صورت محاسبه می‌شود: تفکر وجود انتقادی دارای ۷ سؤال است و نمره کل آن بین ۰ تا ۲۸ است. این زیر مقیاس شامل سؤال‌های: ۱، ۳، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱ می‌باشد. تولید معنای شخصی دارای ۵ سؤال است و نمره کل آن بین ۰ تا ۲۰ است. این زیر مقیاس شامل سؤال‌های: ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳ می‌باشد. آگاهی متعالی دارای ۷ سؤال است و نمره کل آن بین ۰ تا ۲۸ است. این زیر مقیاس شامل سؤال‌های: ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۲ می‌باشد. بسط حالت هوشیاری دارای ۵ سؤال است و نمره کل آن بین ۰ تا ۲۰ است. این زیر مقیاس شامل سؤال‌های: ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۴ می‌باشد. هرچه فرد نمره بالاتری در این پرسشنامه بگیرد دارای هوش معنوی بالاتری می‌باشد. در این مطالعه میانگین نمرات مدنظر بود.

کینگ به‌منظور سنجش پایایی، این مقیاس در مطالعه‌های کینگ بر روی ۶۱۹ دانشجو در سال ۲۰۰۷ بر اساس ضریب آلفا ۰/۹۵ گزارش شده است، و آلفای زیر مقیاس‌های آن از جمله تفکر وجود انتقادی ۰/۸۸، ایجاد معناداری شخصی ۰/۸۷، هوشیاری متعالی ۰/۸۹ و گسترش هوشیاری متعالی ۰/۹۴ گزارش شده است. برای بررسی روایی، این مقیاس را با چندین پرسشنامه معتبر از جمله مقیاس خود تفسیری فراشخصی، مقیاس عرفان و مقیاس دین‌داری درونی و بیرونی مورد مقایسه قرار گرفته است. و ضریب همبستگی آن‌ها را به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۳ و ۰/۷۸ به دست آورده است (۲۳). همچنین در پژوهش رقیب و همکاران (۱۳۸۹)، پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد شد. روایی صوری و محتوایی مقیاس توسط متخصصان روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت. برای برآورد روایی همگرایی از پرسشنامه تجربه‌ی معنوی غباری بناب به‌طور هم‌زمان استفاده شده که ضرایب همبستگی این دو پرسشنامه ۰/۶۶ به دست آمده است. برای محاسبه‌ی روایی سازه مقیاس از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی مرتبه‌ی اول استفاده شد. نتیجه‌های به‌دست‌آمده نشان داد که این مقیاس ابزاری پایا برای سنجش هوش معنوی است و با توجه به روایی و پایایی مناسب، آن را می‌توان در محیط‌های آموزشی و پژوهشی مانند دانشگاه استفاده نمود (۲۴).

جهت نمونه‌گیری، ابتدا لیست کلیه بخش‌های بیمارستان امام خمینی مهاباد شامل ۱۲ بخش تهیه شد. سپس نام بخش‌ها در برگه‌های جداگانه نوشته شد و داخل کیسه‌ای قرار داده شد و به روش قرعه‌کشی (تصادفی ساده) از بین آن‌ها شش بخش انتخاب شد. در مرحله دوم قرعه‌کشی به روش تصادفی ساده یک بخش به گروه کنترل و یک بخش به گروه مداخله اختصاص یافت و در صورت

بیمار و در نتیجه رضایت بیماران شود (۱۷)، اکبری زاده و همکاران (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ارتقاء هوش معنوی از طریق آموزش و تقویت ویژگی شخصیتی سخت روی می‌تواند به افزایش سلامت عمومی پرستاران کمک کند (۱۸)، شعبانی و همکاران (۲۰۱۰) بیان کردند که هوش معنوی در سلامت روان تأثیر دارد (۱۹). باقری و همکاران (۲۰۱۱) نیز در یک مطالعه توصیفی نشان داده‌اند که هوش معنوی با شادمانی پرستاران ارتباط دارد (۲۰).

در کل با توجه به جدید بودن سازه هوش معنوی و نظریه‌هایی که در رابطه با این هوش وجود دارد و همچنین رابطه تنگاتنگ معنویت درونی پرستاران با میزان توجه و تمایل آن‌ها به ارائه مراقبت معنوی که یکی از جنبه‌های مراقبت کل‌نگر می‌باشد و نقش مهم پرستاران در ارائه خدمات به بیماران این مطالعه باهدف تعیین بررسی تأثیر آموزش بر روی هوش معنوی پرستاران در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر مهاباد در سال ۱۳۹۸ انجام گردید.

روش کار

این مطالعه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل باهدف تعیین تأثیر آموزش بر روی هوش معنوی پرستاران در سال (۱۳۹۸) بر روی (۷۰) نفر از پرستاران بیمارستان امام خمینی (ره) مهاباد که به‌صورت تصادفی انتخاب شده بودند در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. حجم نمونه مطابق مطالعه محمودی و همکاران (۲۱)، با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۵٪ محاسبه گردید:

که با احتساب ریزش ۱۰٪ تعداد ۳۵ نفر برای هر گروه و در مجموع ۷۰ نفر وارد مطالعه شدند. معیار ورود شامل: رضایت برای شرکت در مطالعه، دارا بودن حداقل تحصیلات کارشناسی پرستاری، عدم شرکت در کارگاه هوش معنوی در ۶ ماه اخیر، داشتن حداقل ۶ ماه تجربه کاربالین پرستاری و معیار خروج شامل: عدم تمایل به شرکت در مطالعه، عدم حضور بیش از یک جلسه از جلسات آموزش و ترک یا انتقال به بیمارستان دیگر در نظر گرفته شد.

قبل از اجرای مداخله، فرم مشخصات دموگرافیک شامل (اطلاعات مربوط به سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، میزان درآمد، بخش محل خدمت، سابقه کار و وضعیت استخدامی) و پرسشنامه هوش معنوی کینگ توسط دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۲)، در سال ۲۰۰۸ توسط کینگ طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ گویه است. مقیاس اندازه‌گیری مورد استفاده در این سنجش، لیکرت است که هر گویه پنج درجه ارزیابی از کاملاً نادرست تا کاملاً درست را دربر

امکانات فضای مجازی سعی در یادآوری مطالب و ایجاد انگیزه جهت همکاری بیشتر شرکت‌کنندگان داشت و پاسخگوی سؤالات پرستاران در حین مداخله و پس از اتمام جلسات مداخله‌ای بود. دو هفته و یک ماه پس از اتمام مداخله آموزشی، پرسشنامه هوش معنوی کینگ توسط دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهشی پس از پایان پژوهش محتوای آموزشی در قالب سی دی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

برای بررسی نتایج آماری از نرم‌افزار spss نسخه ۱۷ استفاده شد. برای بررسی مقایسه میانگین‌ها در سه زمان قبل، دو هفته بعد و یک ماه بعد از آزمون repeated measure استفاده شد. همچنین برای مقایسه میانگین نمره هوش کل درون گروهی در دو گروه کنترل و مداخله نیز از مقایسه‌های چندگانه بونفرونی استفاده شد. نرمال بودن داده‌ها نیز با آزمون شاپیروویلکس تجزیه تحلیل گردید. سطح معنی‌داری برای قضاوت ($P < 0/05$) در نظر گرفته شد.

پژوهشگر بعد از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه و کسب مجوز انجام پژوهش از کمیته با شماره مجوز: (۱۳۹۸،۰۵۸) ir.umsu.rec و دریافت مجوز به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی‌شهر مهاباد جهت هماهنگی لازم با مسئولین بیمارستان و انجام پژوهش مراجعه نمود.

عدم تمایل هر یک از افراد انتخاب شده برای شرکت در مطالعه، به‌صورت تصادفی نفر بعدی انتخاب و جایگزین شد.

پژوهشگر ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از آن‌ها، اقدام به پژوهش نمود. بعد از بیان اهداف پژوهش، تعداد جلسات و زمان و نحوه برگزاری جلسات، از افراد گروه مداخله خواسته شد که با توجه به اهداف پژوهش از تبادل هرگونه اطلاعاتی با گروه کنترل و سایر پرستاران متعهدانه خودداری نمایند. پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و این اطمینان هم به پرستاران داده شد که اطلاعات افراد پاسخ‌دهنده به‌صورت محرمانه باقی می‌ماند و تنها در راستای اهداف پژوهش استفاده می‌شود و در صورت تمایل نتایج مطالعه در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت. سپس آموزش هوش معنوی طی (۷) جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فاصله یک هفته به‌صورت کارگاه برای گروه مداخله برگزار گردید، برای گروه کنترل هیچ نوع آموزشی داده نشد.

جلسات پنج‌شنبه هر هفته از ساعت ۸:۳۰ تا ۱۰ در سالن کنفرانس بیمارستان امام خمینی (ره) برگزار شدند. پروتکل آموزشی بر اساس جلسات آموزش هوش معنوی از دیدگاه کینگ انتخاب شدند. محتوای آموزشی جلسات در جدول شماره ۱ شرح داده شده است. همچنین محقق در فواصل بین جلسات با استفاده از پیامک و

جدول (۱): جلسات آموزش هوش معنوی از دیدگاه کینگ

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی خود به نمونه‌های پژوهش- آشنایی اعضای گروه با همدیگر و هدف‌های پژوهش- ارائه‌ی اطلاعات کلی در مورد برنامه (مشخص کردن زمان و مکان و طول جلسات)- بیان قوانین و مقررات- تعریف و تبیین معنویت و هوش معنوی- آشنایی با موضوع معنویت- ارائه چند سؤال برای بحث.
جلسه دوم	آشنایی با کاربرد معنویت در زندگی روزمره و آشنایی با هوش معنوی از دیدگاه کینگ، فواید هوش معنوی و مؤلفه‌های آن در بهتر کردن تعاملات روزمره، توضیح مفهوم انعطاف‌پذیری و آشنایی با این مفهوم، شناخت عمیق اعضا نسبت به خود، لازم به ذکر است در همه جلسات مباحث هفته گذشته به‌صورت مختصر مرور و سپس چندین سؤال در مورد موضوع جلسه جهت بحث ارائه می‌گردد.
جلسه سوم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع ابهامات- آموزش اولین قسمت مؤلفه هوش معنوی از دیدگاه کینگ "تفکر وجود انتقادی" شامل: ظرفیت تفکر در مورد ماهیت جهان هستی و وجود خود، اهداف و دلایل زندگی، فکر کردن عمیق در مورد آنچه بعد از مرگ اتفاق می‌افتد، تفکر در مورد معنای رویدادهای زندگی، بحث در مورد ماهیت زمان و ارتباط بین گذشته، حال و آینده، تعریف صداقت و درستی و عدل و انصاف، نوشتن موضوعاتی در زمینه‌های وجودی.
جلسه چهارم	مرور مختصر مطالب گذشته و رفع ابهامات- آموزش دومین قسمت مؤلفه هوش معنوی "تولید معنای شخصی" شامل: توانایی فرد در دریافتن معنا و هدف زندگی برای غلبه بر شرایط استرس‌زا، توانایی معنی و مفهوم هدف و دلایلی برای زندگی کردن، تصمیم‌گیری بر طبق هدف‌های زندگی، تقسیم‌بندی شرکت‌کنندگان با نظر گروه جهت بحث به‌صورت گروهی- دادن تمریناتی مانند تعریف معنای زندگی و همه چیزهای که به زندگی افراد معنا می‌بخشد- نوشتن در مورد تجربیات معنادار زندگی و توانایی پیدا کردن معانی مثبت در تجربیات منفی

مرور مختصر مطالب گذشته و رفع ابهامات-آموزش سومین قسمت مؤلفه هوش معنوی "آگاهی متعالی" شامل: آگاهی متعالی به‌عنوان حالتی فراتر از تجربه طبیعی و فیزیکی انسان یا ماهیت وجودی بدون محدودیت‌های اصلی در دنیای مادی، شناختن و آگاهی جنبه‌های غیرمادی زندگی - آگاه بودن ذهن در دنیای درون و بیرون- توضیحات و تمرین برای گسترش حالت آگاهی متعالی (توجه کردن، مشاهده تصویر بزرگ‌تر، تفکر و اندیشه)- ارائه تجربه‌های از عوالم برتر توسط شرکت‌کنندگان

مرور مختصر مطالب گذشته و رفع ابهامات-آموزش چهارمین قسمت مؤلفه هوش معنوی "گسترش و افزایش حالت آگاهانه" شامل: توضیحات و تمرین در مورد روش‌های گسترش حالت‌های هوشیاری (تفکر و اندیشیدن، کاوش کردن)- نحوه انجام مراقبه و تمرین- ذهن آگاه بودن و تمرین- ارائه چندین سؤال برای سنجش بسط و افزایش حالت آگاهانه- تعریفی از خواب و کاربرد آن در زندگی

مرور مباحث جلسات گذشته و جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات شرکت‌کنندگان، تقدیر و تشکر از آزمودنی‌ها.

یافته‌ها

جدول (۲): مقایسه‌ی مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون کای دو	گروه مداخله		گروه کنترل		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$\chi^2= 4/0.01$	۲۵/۷	۹	۴۵/۷	۱۶	۲۹-۲۰
df= ۲	۴۸/۶	۱۷	۴۲/۹	۱۵	سن
p= ۰/۱۵۶	۲۵/۷	۹	۱۱/۴	۴	۴۹-۴۰
$\chi^2= 0/0.65$	۳۴/۳	۱۲	۳۱/۴	۱۱	مرد
df= ۱	۶۵/۷	۲۳	۶۸/۶	۲۴	جنس
p= ۰/۷۹۹					زن
$\chi^2= 0/0.94$	۸۲/۹	۲۹	۸۰	۲۸	کارشناسی
df= ۱	۱۷/۱	۶	۲۰	۷	تحصیلات
p= ۰/۷۵۹					ارشد
$\chi^2= 0/921$	۵۱/۴	۱۸	۴۰	۱۴	متاهل
df= ۱	۴۸/۶	۱۷	۶۰	۲۱	تاهل
p= ۰/۳۳۷					مجرد
$\chi^2= 1/721$	۱۷/۱	۶	۲۸/۶	۱۰	طرحی
df= ۳	۵/۷	۲	۸/۶	۳	وضعیت
p= ۰/۶۷۹	۵۷/۱	۲۰	۴۵/۷	۱۶	استخدامی
	۲۰	۷	۱۷/۱	۶	شرکتی
$\chi^2= 4/141$	۱۷/۱	۶	۱۱/۴	۴	دخل برابر خرج
df= ۲	۲/۹	۱	۱۷/۱	۶	درآمد
p= ۰/۱۳۶	۸۰	۲۸	۷۱/۴	۲۵	دخل بیشتر از خرج
	۳۷/۱	۱۳	۴۵/۷	۱۶	دخل کم‌تر از خرج
$\chi^2= 5/81$	۱۴/۳	۵	۳۱/۴	۱۱	۵-۱
df= ۴	۲۵/۷	۹	۱۱/۴	۴	۱۰-۶
p= ۰/۲۱۵	۱۱/۴	۴	۵/۷	۲	۱۵-۱۱
	۱۱/۴	۴	۵/۷	۲	۲۰-۱۶
					بیشتر از ۲۱

جدول اختلاف معناداری بین متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه مداخله و کنترل نشان داده نشد. به‌عبارت‌دیگر دو گروه از نظر

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک در دو گروه کنترل و مداخله از آزمون کای دو استفاده کردیم. با توجه به نتایج

دخلشان است. بیشترین درصد (۳۶ نفر) مربوط به پرستارانی بود که نوع استخدامی‌شان رسمی و کم‌ترین درصد (۵ نفر) مربوط به پرستاران پیمانی بود. درصد پرستاران با سابقه خدمت (۵-۱ سال) نسبت به سایرین بیشتر و (۱۶ سال) به بالاتر نسبت به سایرین کم‌تر بود. همچنین سنین بین ۳۰-۳۹ سال در هر دو گروه کنترل و مداخله (۳۲ نفر) دارای بیشترین درصد و سنین ۴۰-۴۹ سال در هر دو گروه کنترل و مداخله (۱۳ نفر) دارای کم‌ترین درصد بود.

متغیرهای موردنظر همسان بودند ($P > 0/05$). همچنین مطابق جدول فوق، از پرستاران مورد مطالعه، ۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه کنترل بودند. ۴۷ نفر مؤنث و ۲۳ نفر مذکر بودند، و این نشان می‌دهد که بیشتر پرستاران در گروه مداخله و کنترل دارای جنسیت زن بودند. همچنین بیشتر پرستاران در گروه‌های مداخله متأهل و در گروه کنترل مجرد بودند. ۵۷ نفر از پرستاران مورد مطالعه دارای مدرک لیسانس و ۱۳ نفر فوق‌لیسانس بودند. بیشتر پرستاران در گروه مداخله و کنترل اظهار داشتند که خرجشان بیشتر از

جدول (۳): نتایج آزمون شاپیروویلیکس در ارزیابی نرمال برای نمره هوش کلی

نمرات	مقدار آماره	درجه آزادی	p-value
نمره هوش کلی	۰/۹۷۵	۷۰	۰/۱۷۹

نتایج آزمون شاپیروویلیکس نشان داد که نمره هوش کلی دارای توزیع نرمال می‌باشد ($P > 0/05$).

جدول (۴): مقایسه میانگین نمرات هوش در بین گروه مداخله و کنترل قبل، دو هفته بعد و یک ماه بعد از مداخله

نمرات هوش	میانگین و انحراف معیار نمرات هوش در ۳ مقطع زمانی
گروه	قبل از مداخله
کنترل	۵۱/۶۸ ± ۱۴/۴۳
مداخله	۵۷/۴۸ ± ۱۹/۵۴
گروه	دو هفته بعد از مداخله
کنترل	۵۱/۷۷ ± ۱۵/۵۰
مداخله	۶۱/۸۰ ± ۱۴/۱۲
گروه	یک ماه بعد از مداخله
کنترل	۵۴/۲۸ ± ۱۷/۳۵
مداخله	۶۷/۰۵ ± ۱۳/۳۳

(۶۷/۰۵ ± ۱۳/۳۳) و در گروه کنترل (۵۱/۶۸ ± ۱۴/۴۳)، (۵۱/۷۷ ± ۱۵/۵۰) و (۵۴/۲۸ ± ۱۷/۳۵) می‌باشد.

بر اساس جدول فوق، میانگین نمرات هوش قبل از مداخله و دو هفته بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله در گروه مداخله، به ترتیب برابر با (۵۷/۴۸ ± ۱۹/۰۳۵۴)، (۶۱/۸۰ ± ۱۴/۱۲) و

جدول (۵): جدول آنالیز اندازه‌گیری مکرر نمرات هوش در ۳ مقطع زمانی بین دو گروه مداخله و کنترل

نمره مهارت	مجموع مربعات خطا	درجه آزادی	میانگین مربعات خطا	F	p-value	ارتباط هوش
اثر اصلی (زمان)	۱۲۹۶/۲۵	۱	۱۲۹۶/۲۵	۵/۹۵	P=0.017	اثر اصلی (زمان)
اثر متقابل (با مداخله)	۴۲۵/۲۵	۱	۴۲۵/۲۵	۵/۶۹	P=0.016	اثر متقابل (با مداخله)
مؤلفه خطای (زمان)	۱۴۸۰۰/۴۸	۶۸	۲۱۷/۶۵	-	-	مؤلفه خطای (زمان)
اثر اصلی (مداخله)	۴۷۷۱/۴۳	۱	۴۷۷۱/۴۳	۱۰/۴۱	P=0.020	اثر اصلی (مداخله)
مؤلفه خطای (مداخله)	۳۱۱۶۲/۹۵	۶۸	۴۵۸/۲۷	-	-	مؤلفه خطای (مداخله)

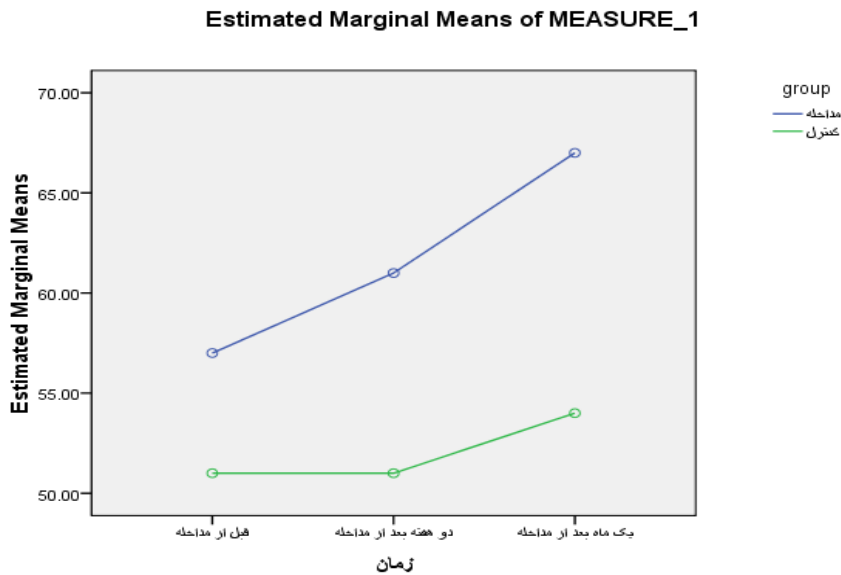
هوش معنی‌دار است ($P = 0/016$)، در واقع روند متغیر پاسخ (نمرات هوش) در طول زمان برای دو گروه یکسان نیست. ۲- اثر زمان: با توجه به اینکه مقدار معنی‌داری متغیر زمان کم‌تر از ۰/۰۵ است، لذا فرض یکسان بودن سطوح مختلف فاکتور

در جدول فوق سه اثر آزمون می‌شود:

۱- اثر متقابل زمان و مداخله: نتیجه آزمون آماری بیانگر این مطلب است که اثر متقابل زمان و مداخله بر روی میانگین نمرات

۳- اثر اصلی مداخله: هدف اصلی این تحقیق بررسی این اثر می‌باشد، که نتایج جدول آنالیز واریانس نشان می‌دهد در روند میانگین نمرات هوش تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل وجود دارد ($P=0/020$).

زمان، حداکثر با اطمینان ۰/۹۹ رد می‌شود. بنابراین تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمرات هوش در زمان‌های مختلف مشاهده گردید ($P=0/017$).



نمودار (۱): روند میانگین نمرات هوش در ۳ مقطع زمانی بین دو گروه مداخله و کنترل

یکدیگر داشتند.

با توجه به اینکه اثر متقابل زمان و مداخله معنی‌دار است، بنابراین مقایسه میانگین هوش در بین دو گروه مداخله و کنترل برحسب زمان‌های مختلف به‌عنوان اثر مداخله ارزیابی می‌شود. که خلاصه نتایج آن به روش مقایسه چندگانه بونفرونی در جدول زیر آمده است:

همان‌طور که در نمودارها مشخص می‌باشد در ابتدا میانگین هر دو گروه تقریباً یکسان بودند و در گروه کنترل در طی زمان‌های بعدی تقریباً میانگین‌ها شبیه به هم بودند و تغییر معناداری با یکدیگر نداشتند ولی در گروه مداخله در زمان‌های بعدی نمره میانگین افزایش داشته است و همچنین با توجه به افزایشی که داشتند نمرات میانگین با گروه کنترل نیز اختلاف معناداری با

جدول (۶): میانگین نمرات هوش بین دو گروه مداخله و کنترل برحسب زمان‌های مختلف

P-value	تفاضل انحراف معیار	تفاضل میانگین	گروه	زمان
۰/۱۶۲	۴/۱۰	-۵/۸۰	مداخله-کنترل	قبل از مداخله
۰/۰۰۶	۳/۵۴	-۱۰/۰۲	مداخله-کنترل	دو هفته بعد از مداخله
۰/۰۰۱	۳/۶۹	-۱۲/۷۷	مداخله-کنترل	یک ماه بعد از مداخله

همسان بودن هوش دو گروه قبل از مطالعه است. اما در تفاضل میانگین نمرات هوش دو هفته بعد از مداخله و یک ماه بعد از

نتایج جدول فوق نشان داد که قبل از مداخله میانگین هوش در دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد ($P=0/162$) که نشان‌دهنده

مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$). همچنین برای مقایسه میانگین هوش درون‌گروهی در دو گروه کنترل و مداخله نیز از مقایسه‌های چندگانه بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول زیر به‌دست آمده است:

جدول (۷): مقایسه میانگین نمرات هوش درون‌گروهی در گروه مداخله و کنترل

گروه	زمان	تفاضل میانگین	تفاضل انحراف معیار	P-value
کنترل	قبل با دو هفته بعد از مداخله	-۰/۰۸	۳/۳۹	۰/۱۱۵
	قبل با یک ماه بعد از مداخله	-۲/۶۰	۳/۵۲	۱/۰۰۰
	دو هفته بعد با یک ماه بعد از مداخله	-۲/۵۱	۱/۱۹	۱/۰۰۰
مداخله	قبل با دو هفته بعد از مداخله	-۴/۳۱	۳/۳۹	۰/۶۲۵
	قبل با یک ماه بعد از مداخله	-۹/۵۷	۳/۵۲	۰/۰۲۰
	دو هفته بعد با یک ماه بعد از مداخله	-۵/۲۵	۱/۱۹	۰/۰۰۰

(۲۵). مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۳)، (۲۶)، همچنین ناصحی و همکاران (۱۳۹۲)، (۲۷)، نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشند. نتایج مطالعات فوق نشان داد دانشجویان رشته پرستاری که در رابطه با مراقبت معنوی و هوش معنوی آموزش خاصی را دریافت کرده بودند نمره هوش معنوی بالاتری داشتند.

پرستارانی که دیدگاه معنوی دارند، نسبت به تغییر پذیرا تر و به دنبال هدف و معنا برای بیماران و سازمان خود هستند. اهمیت اتصال به یک کل بزرگ‌تر را می‌فهمند، ادراک و بیانی فردی از معنویت خود دارند. این افراد از ذهنیت وفور برخوردارند یعنی باور دارند که منابع کافی برای همه وجود دارد و نیاز به رقابت نیست. در نتیجه افراد راحت‌تر به یکدیگر اعتماد می‌کنند، اطلاعات و کارشان را به مشارکت می‌گذارند و با همکاران و اعضای گروهشان هماهنگ می‌شوند تا به اهداف نهایی خود که مراقبت از بیمار و پیشگیری از حوادث دلخراش برای او است، برسند (۲۸-۲۹). یافته‌های ساغروانی هم سو با مطالعه ما گزارش کردند که طبق تحقیقات آن‌ها کارکنان باهوش معنوی بالاتر با عشق، دلسوزی و خرد رفتار می‌کنند، مسئولیت پذیر بوده و در برابر تغییرات و مشکلات محیط کاری بردبار و متعهد به وظایف خویش هستند (۳۰). مطالعات دیگری که نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌کند شامل؛ نتایج مطالعه عبدالرانی و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرد که در مطالعاتی توصیفی-تحلیلی تأثیر آموزش هوش معنوی را بر عملکرد کاری پرستاران مثبت ارزیابی کردند؛ همچنین آنان به نقل از چندین مطالعه معتقدند که هوش معنوی به پرستاران کمک می‌کند که احساس خوب بودن، خرسندی و همچنین توانایی فائق آمدن بر استرس‌ها و نگاه درست به مشکلات را داشته باشند (۳۱).

بر اساس جدول فوق نتایج نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمرات هوش قبل با یک ماه بعد از مداخله و نمره میانگین هوش دو هفته بعد و یک ماه بعد با هم اختلاف معناداری داشتند ($P < 0/001$) ولی نمره هوش قبل با دو هفته بعد با یکدیگر اختلاف معنادار نداشتند. در گروه کنترل میانگین نمرات هوش قبل از مداخله با دو هفته بعد و یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری باهم نداشتند. همچنین نمره هوش دو هفته بعد و یک ماه بعد از مداخله باهم اختلاف معناداری نداشتند. یعنی در گروه مداخله، بعد از مداخله نمرات هوش به‌صورت صعودی افزایش داشته است. بنابراین مداخله مؤثر واقع شده است.

بحث

این مطالعه باهدف تعیین و مقایسه میانگین نمرات هوش معنوی پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر مهاباد بین دو گروه مداخله و کنترل قبل، دو هفته و یک ماه بعد از مداخله در سال ۱۳۹۸ انجام شد. نتایج نشان داد میانگین نمرات هوش معنوی در پرستاران گروه مداخله نسبت به پرستاران گروه کنترل بعد از آموزش هوش معنوی و در مرحله پیگیری به‌طور معناداری بیشتر است. بدین معنا که مداخله آموزشی هوش معنوی در افزایش میانگین نمرات هوش معنوی پرستاران گروه مداخله مؤثر بوده است. که با پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. نتایج مطالعه فوق نشان داد که آموزش هوش معنوی و مهارت‌های زندگی در افزایش هوش معنوی مؤثر می‌باشد. بنابراین برگزاری کلاس‌های آموزشی که موجب پرورش هوش معنوی و کاربردی کردن معنویت در زندگی شخصی نموده، و همچنین کارگاه‌های مناسب جهت رفع ابهامات در تعالی بیشتر هوش معنوی مؤثر و لازم به نظر می‌رسد

پرستاران و دانشجویان قرار دهند. پیشنهاد می‌گردد مدیران و مسئولان ارشد بیمارستانی برنامه‌های آموزشی مدون و منسجمی در زمینه آموزش هوش معنوی در نظر داشته باشند تا بتوان ضمن آشنایی و اجرای فنون ارتباطی، چارچوب و الگوی مشخص و روشنی از دانش اینگونه مهارت‌ها برای پرستاران فراهم آورند. لذا بر اساس یافته‌ها و همچنین محدودیت‌های مطالعه حاضر، از جمله؛ حضور نامنظم بعضی از پرستاران به دلایل شیفت و خستگی کاری، تفاوت در خصوصیات روحی و روانی، تفاوت در انگیزه و تفاوت‌های شخصی واحدهای مورد پژوهش از دیگر عواملی بودند که می‌توانستند در میزان درک و آگاهی و در نتیجه میزان نمره‌گذاری پرسشنامه تأثیر گذار باشند و کنترل این شرایط از عهده پژوهشگر خارج بود. پیشنهادهای ارائه می‌گردد؛ با توجه به اینکه این پژوهش در دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه صورت گرفته پیشنهاد می‌شود تحقیقی مشابه با این پژوهش در دیگر جوامع آماری بیمارستان‌ها و همچنین بیمارستان‌های غیر دولتی و سایر گروه‌های پرستاری اجرا شود و نتایج آن با این پژوهش بررسی و مقایسه گردد، همچنین با توجه به اینکه مدت زمان آموزش هوش معنوی در این تحقیق کوتاه بوده است، انجام تحقیقی که تأثیرات دراز مدت آموزش هوش معنوی و سایر توانمندی‌های افراد بررسی می‌کند، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، همچنین پیشنهاد می‌گردد هوش معنوی از دیدگاه اسلامی و بر اساس فرهنگ جامعه باز تعریف و بازبینی گردد. و بسته‌های آموزشی مطابق با آن طراحی و تأثیر این بسته‌های آموزشی مورد آزمون قرار گیرد.

تشکر و قدر دانی

این مطالعه بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته پرستاری گرایش داخلی - جراحی است لذا پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، و همچنین از تمامی پرستاران عزیز به جهت شرکت در این مطالعه، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

References:

1. Brown GT, Eklöf H. Swedish student perceptions of achievement practices: The role of intelligence. *Intelligence* 2018 1;69: 94-103.
2. Ghobari Bonab B, Salimi M, Soleimani L, Nouri Moghadam S. *Spiritual Intelligence*. 1st Ed. Tehran: Psychiatry Publishing House; 2009. P. 77-33. (Persian)

از آنجاکه نتایج نشان داده است که تأثیر آموزش هوش معنوی بر عملکرد پرستاران رابطه معنادار و مثبت است و موجب بهبود عملکرد آنان می‌شود. لذا نتایج حاصل از این پژوهش هنوز در مرحله ابتدایی و بر مبنای حجم نمونه کوچک و همچنین پرستاران یک مرکز (مرکز آموزشی درمانی امام خمینی مهاباد) است و از این رو بررسی هوش معنوی در محیط‌های کاری سازمان‌های دولتی دیگر در سایر شهرها و استان‌ها به شناسایی عوامل مؤثر در تقویت هوش معنوی و تأثیر آموزش آن در کارکنان سازمان‌های دولتی کمک خواهد کرد. یافته‌های اخیر حاکی از این امر بود که آموزش هوش معنوی به روش کارگاهی موفقیت نسبی خوبی در بهبود هوش معنوی پرستاران داشته است؛ از آنجایی که اثر آموزشی به هر شیوه‌ای و به هر فردی با هر ویژگی یک امر بدیهی است، لیکن از آنجایی که آموزش به روش‌های متفاوت نتایج متفاوتی نیز به همراه دارد، در مطالعات آتی تلاش جهت دستیابی به یک روش و محتوای مؤثر و پایدار آموزشی با توجه به عوامل دخیل در بهبود هوش معنوی پرستاران ضروری است.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه تأثیر آموزش هوش معنوی بر هوش معنوی کل پرستاران مؤثر بود. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پیگیری دو هفته‌ای و یک ماه آموزش‌های هوش معنوی بر حفظ و پایداری تأثیر آموزش‌ها در ارتقاء هوش معنوی پرستاران تا یک ماه مؤثر بوده است. با توجه به این یافته‌ها توجه به جنبه‌های معنوی باید به صورت جزئی ضروری از آموزش پرستاران بیمارستان‌ها در آید تا آن‌ها را برای ارائه خدمات و ارتباط با بیماران یاری دهد. بنابراین طبق نتایج به دست آمده میانگین نمرات هوش معنوی پرستاران بین دو گروه مداخله و کنترل قبل، دو هفته و یک ماه بعد از مداخله متفاوت بود.

همچنین یافته‌های این پژوهش می‌تواند توسط سیاست‌گذاران و برنامه ریزان آموزشی مورد استفاده قرار گیرد، تا نقش هوش معنوی را بیشتر مدنظر قرار داده و در برنامه‌های آموزشی و مراقبتی

3. Yang KP, Wu XJ. Spiritual intelligence of nurses in two Chinese social systems: a cross-sectional comparison study. *J Nurs Res* 2009 1; 17 (3):189-98.
4. George M. How intelligent are you... really? From IQ to EQ to SQ, with a little intuition along the way. *Training & Management Development Methods* 2006; 20 (4):425.

5. King DB, DeCicco TL. A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *Int Transpers Stud* 2009;28(1):8.
6. King DB. Personal meaning production as a component of spiritual intelligence. *Int J Exist Psychol Psychotherapy* 2010;3(1).
7. King DB. Rethinking claims of spiritual intelligence: a Definition. Model, and Measure: ProQuest; 2008.
8. Emmons RA. Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *The International Journal for the psychology of Religion* 2000;10(1):3-26.
9. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43 (3):311-8.
10. Ghobari Bonab B, Salimi M, Siliyani L, Nouri Moghadamadi F. Spiritual Intelligence. *J Modern Religious Stud* 2007; 3 (10): 125-47. (Persian)
11. Elias H, Krauss SE, Aishah S. A review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may contribute to individual differences in spiritual intelligence, and the related theories. *Int J Psychol Stud* 2010; 2(2):179.
12. Karimi S, Goodarzi MA, Aflakseir AA. The Effectiveness of Teaching Spiritual Intelligence and Life Skills on the Spiritual Intelligence of Medical Students of Islamic Azad University of Sirjan. *Society Health* 2017; 9 (4): 62-71. (Persian)
13. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res* 2010; 23 (4):242-4.
14. 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.
15. Amrai K, Farahani A, Ebrahimi M, Bagherian V. Relationship between personality traits and spiritual intelligence among university students. *Procedia Soc Behav Sci* 2011;15:609-12.
16. Karimi Munaq H, Gazorani A, Vagheei S, Gholami H, Salehmoghadam A, Ashori A. Spiritual intelligence and clinical competence. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2011; 18(2):132-9. (Persian)
17. Rezaian A, Hadizadeh MA, Naeiji MJ. Designing The Model of Patients' Satisfaction In Hospitals: Impact of Medical Staff's Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence, and Affectivity. *Hospital* 2011;10(3):2-8. (Persian)
18. Akbarizadeh F, Bagheri F, Hatami HR, Hajivandi A. Relationship between nurses' spiritual intelligence with hardiness and general health. *Behbood J* 2012;15(6):466-72. (Persian)
19. Shabani J, Hassan SA, Ahmad A, Baba M. Age as moderated influence on the link of spiritual and emotional intelligence with mental health in high school students. *J Am Sci* 2010; 6 (11):394-400. (Persian)
20. Bagheri F, Akbarizadeh F, Hatami H. The Relationship between Spiritual Intelligence and Happiness on the Nurse Staffs of the Fatemeh Zahra Hospital and Bentolhoda Institute of Boushehr City. *Iran South Med J* 2011; 14 (4) :256-63. (Persian)
21. Mahmoudirad G, Bagherian F. Effects of spiritual intelligence training on nurses' job stress. *Quart J Nurs Manag* 2015; 17 (16): 69-79. (Persian)
22. King DB. Rethinking claims of spiritual intelligence: a Definition. Model, and Measure. ProQuest; 2008.
23. King DB. The spiritual intelligence project. Trent University: Canada; 2007.
24. Raghieb M, Siyadat A, Hakiminia B, Ahmedi J. Validating King's Spiritual Intelligence Scale (SISRI 24) in Isfahan University Students. *J Psychol Achiev* 2012;17(1):141-64. (Persian)
25. Karimi S, Goodarzi MA, Aflakseir AA. The Effectiveness of Teaching Spiritual Intelligence

- and Life Skills on the Spiritual Intelligence of Medical Students of Islamic Azad University of Sirjan. *Commun Health J* 2017; 9 (4): 62-71. (Persian)
26. Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N. Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19(3):242-58. (Persian)
27. 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. *J Clin Nurs Midwifery* 2013; 18(4): 714-874.(Persian)
28. Altaf A, Awan MA. Moderating affect of workplace spirituality on the relationship of job overload and job satisfaction. *J Business Ethics* 2011;104(1):93-9.
29. Kalyanasundaram K, Balasubramanian P. Effect of Spirituality on Human Performance-A Myth or Reality? *Purushartha: A Journal of Management Ethics and Spirituality* 2015;7(1):34-42.
30. Saghrvani SZ. Spirituality, Self-actualization and Spiritual Intelligence in the Workplace. *Art Quarterly* 2010;6(1):11-91.
31. Abdul Rani A, Abidin I, Hamid M. The impact of spiritual intelligence on work performance: case studies in government hospitals of east coast of Mala. *The Macrotheme Review* 2013;2(3):46-59.

INVESTIGATING THE PERFORMANCE OF EDUCATION ON NURSES' SPIRITUAL INTELLIGENCE

Mansour Arad¹, Leyla Alilu², Hossein Habibzadeh³, HamidReza Khlkhali⁴, Gholamreza Esmhoseini⁵

Received: 29 Jan, 2020; Accepted: 28 Apr, 2020

Abstract

Background & Aims: Applying spiritual intelligence in the workplace can lead to improved communication skills and optimal clinical care. The aim of this study was to determine the effect of spiritual intelligence training on patient communication skills in nurses working in Imam Khomeini Hospital in Mahabad in 2019.

Materials & Methods: The present study is an experimental study with a control group of pre-test-post-test that was conducted in 2019. The statistical population of this study is all nurses working in Imam Khomeini Hospital of Mahabad. At first, nurses were included in the study based on the inclusion criteria and 70 of them were randomly selected from each ward. Then, the participants in the study were divided into control and intervention groups based on random allocation. Demographic characteristics form and King Spiritual Intelligence Questionnaire were used to collect information. For the intervention group, 7 sessions of spiritual intelligence training were held in a workshop for 2 months. Immediately two weeks and one month after the intervention, both groups completed the questionnaire. No training was given to the control group. Data analysis was performed using SPSS version 17 and descriptive and inferential statistics.

Results: The results showed that the two groups were completely identical. Also, the results of Bonferroni multiple test showed that the mean scores of intelligence before the intervention in the two groups were not statistically significant ($p = 0.162$). The mean score of spiritual intelligence in the intervention group before training was 54.19 ± 48.57 and it increased significantly (14.12 ± 61.80) two weeks after training. Multiple Bonferroni comparisons showed that there was no statistically significant difference in the mean scores of spiritual intelligence before and two weeks after training and in the follow-up phase among the nurses in the control group ($p = 1.000$). However, in the intervention group, the mean scores of spiritual intelligence before and two weeks after training and in the follow-up stage were significantly different ($p < 0.001$).

Conclusion: The findings of the study indicate the effect of education on nurses' spiritual intelligence. Since spiritual intelligence can affect all areas of nurses' work, it is better to use the findings to improve the quality of nursing care and increase patient satisfaction.

Keywords: intelligence, spirituality, spiritual intelligence, nurses

Address: Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlou Campus, 11 km of Sarv Road, Urmia, Iran.

Tel: +984432754961

Email: alilueyla@gmail.com

¹ MSc student, Internal Surgery Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor of Nursing, Department of Nursing, Urmia University of Medical Sciences and Health Services, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁵ Assistant Professor Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran