

Evaluation of the Relationship between Spiritual and Emotional Intelligence with Nursing Care Quality in Nurses Working in Ayatollah Taleghani Hospital in Kermanshah, Iran in 2018

Zahra Amiri^{1*}, Hasan Amiri²

1- MA in General Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Iran.

2- Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Iran.

*Corresponding Author: Zahra Amiri, Tel: 0833-37243181, Email: z1990a1990@gmail.com

Received: 25 Jan 2019

Accepted: 21 Feb 2019

Abstract

Background & Aim: Given the fact that spiritual and emotional intelligence increase nursing care quality in nurses through improving beliefs and overcoming stress, respectively, this study aimed to evaluate the relationship between spiritual and emotional intelligence with nursing care quality in nurses working in Ayatollah Taleghani Hospital in Kermanshah, Iran in 2018.

Materials & Methods: This descriptive and correlational research was performed on 225 nurses selected by convenience sampling. Data were collected using King's spiritual intelligence self-report inventory, emotional intelligence questionnaire by Petrides & Furnham, and quality patient care scale (QUALPAC). In addition, data analysis was carried out in SPSS version 21 using Pearson's correlation coefficient and simultaneous multiple regression.

Results: According to the results, there was a significant and reverse relationship between nursing care quality and components of spiritual intelligence, including personal meaning-making ($r=-0.229$, $P=0.042$) and transcendental consciousness ($r=-0.386$, $P=0.001$). On the other hand, the same relationship was observed between nursing care quality and components of emotional intelligence, including the perception of emotions and feelings of oneself and others ($r=-0.433$, $P=0.001$) and optimism and positive attitude ($r=-0.276$, $P=0.018$). Furthermore, the results of multiple regression analysis demonstrated that the components of spiritual and emotional intelligence explained 0.17 and 0.32 of changes in nursing care quality, respectively.

Conclusion: Given the fact that higher emotional and spiritual intelligence improve the nursing care quality of nurses, it is suggested that necessary training be provided to these individuals to enhance the quality of their emotional and spiritual intelligence.

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

How to cite this article:

Amiri Z, Amiri H. The Relationship between Spiritual and Emotional Intelligence and the Quality of Nursing Care in Nurses Working in Ayatollah Taleghani Hospital in Kermanshah in 2018. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2019; 5 (1): 82-93.

URL: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-217-fa.html>

بررسی ارتباط هوش معنوی و عاطفی با کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران شاغل در مرکز آموزشی-درمانی آیت الله طالقانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷

زهرا امیری^{۱*}، حسن امیری^۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، ایران.

۲- استادیار، گروه آموزشی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، ایران.

نویسنده مسئول: زهرا امیری، تلفن: ۰۸۳۳-۳۷۲۴۳۱۸۱، ایمیل: Email:z1990a1990@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۵

چکیده

زمینه و هدف: نظر به اینکه هوش معنوی از طریق تقویت باورها و شخصیت و هوش عاطفی به واسطه غلبه بر استرس، کیفیت مراقبت پرستاری را در پرستاران افزایش می‌دهند، مطالعه حاضر به بررسی رابطه هوش معنوی و عاطفی با کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران شاغل در مرکز آموزشی-درمانی آیت الله طالقانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. نمونه‌های مورد مطالعه را ۲۲۵ پرستاران شاغل در بیمارستان آیت الله طالقانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ تشکیل داده بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های استاندارد هوش معنوی King، هوش عاطفی Petrides & Furnham و پرسشنامه سنجش کیفیت مراقبت پرستار QUALPAC Quality patient care scale استفاده شد. داده‌ها با تحلیل شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد رابطه معکوس و معناداری بین کیفیت مراقبت پرستاری با مؤلفه‌های هوش معنوی از جمله معناسازی شخصی ($r = -0.229$ و $p = 0.042$) و آگاهی متعالی ($r = -0.386$ و $p = 0.001$) و مؤلفه‌های هوش هیجانی از جمله درک عواطف و احساس‌های خود و دیگران ($r = -0.433$ و $p = 0.001$) و خوش‌بینی و نگرش مثبت ($r = -0.274$ و $p = 0.018$) وجود دارد. همچنین یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه نیز نشان داد مؤلفه‌های هوش معنوی ۰/۱۷ و مؤلفه‌های هوش عاطفی ۰/۳۲ تغییرات مربوط به کیفیت مراقبت پرستاری را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: از آنجا که هوش معنوی و عاطفی بالاتر به ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری در پرستاران می‌انجامد لذا می‌توان با برنامه‌ریزی و آموزش‌های لازم در جهت بهبود کیفیت هوش معنوی و عاطفی پرستاران اقدام نمود.

واژه‌های کلیدی: هوش معنوی، هوش عاطفی، کیفیت مراقبت، پرستار

مقدمه

حرفه پرستاری یکی از مشاغل کلیدی و مهم در محیط‌های بهداشتی درمانی است. اخیراً پرداختن به کیفیت و سعی در بهبود کیفیت و ارزیابی در سیستم‌های مراقبت سلامت و پرستاری مورد توجه قرار گرفته است (۱). کیفیت مراقبت به عنوان بخش مهم پرستاری، مورد قبول بیشتر پرستاران و محققان پرستاری بوده و مترادف اقدامات پرستاری است. این مفهوم نمونه بارز احساس، فکر و عمل است که با خود رفاه جسمانی و روانی را فراهم می‌کند (۲). به دلیل تنوع شیف‌ت در زمان‌های مختلف، ممکن است که پرستار در ازای روزهای هفته ساعت‌های مختلفی از شبانه‌روز را در بیمارستان به سر برد. بنا به گفته پرستاران، کار شیف‌تی ممکن است پیامدهای منفی بر روی کیفیت مراقبت‌های پرستاری داشته باشد (۳). در نتیجه نحوه مقابله با مسائل و مشکلات کاری روزانه و عوامل مؤثر بر آن بسیار مهم است. کیفیت مراقبت پرستاری از مؤلفه‌های مختلف هوش عاطفی و هوش معنوی تأثیر می‌پذیرد. این نوع هوش مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و توانایی‌هایی است که فرد را قادر می‌سازد مسائل خود را حل کند و به هدف‌های خود در زندگی برسد (۴). اول اینکه باورهای معنوی به افراد امکان می‌دهد که با ناملایمات و فشارهای روانی که در زندگی رخ می‌دهند مقابله کنند؛ دوم اینکه، حضور در مناسک مذهبی، برای افراد حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد و سوم اینکه، باورهای معنوی اغلب با سبک زندگی سالم‌تری همراه است. همچنین هوش معنوی باعث ایجاد معنی و هدف برای زندگی می‌گردد (۵). سامانه باورهای معنوی به افراد امکان می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهد، معنا بدهند و به زندگی بعدی که در آن این‌گونه دشواری‌ها وجود ندارد،

امیدوار و خوش‌بین باشند (۶). Nightingal نیز همواره بر این مطلب تأکید داشت که توجه به بعد معنوی، روحی و روانی بیماران برای پرستاران الزامی است (۷). در حقیقت معنویت یک مفهوم شناخته‌شده در مراقبت کلی‌نگر پرستاری است (۸). به عقیده George (۲۰۰۶) مهم‌ترین کاربرد هوش معنوی در محیط کار ایجاد آرامش خاطر، درک متقابل و تفاهم بین همکاران و در نتیجه افزایش کیفیت مراقبت پرستاری می‌شود (۹). مطالعه کریمی (۱۳۹۰) نشان داد حدود ۴۵٪ پرستاران هوش معنوی پایین‌تر از نمره میانگین دارند (۱۰). ارتباط بین معنویت و هوش در تحقیقات و در نظریه‌ها مورد تأکید قرار گرفته است. نتایج مطالعه‌ای در این زمینه نشان می‌دهد که بین هوش معنوی و هوش عاطفی همبستگی بالایی وجود دارد (۱۱). به این ترتیب که هوش معنوی یکی از پایه‌های مهم برای عملکرد مؤثر هوش عاطفی است در نتیجه افرادی که از هوش معنوی بالایی برخوردارند از هوش عاطفی خوبی نیز برخوردارند (۱۲).

هوش عاطفی همواره یکی از پدیده‌های مورد توجه پژوهشگران بوده است. دلیل این امر توانایی بالای آن در حل بهتر مسائل و کاستن از میزان تعارضات بین آنچه که انسان احساس می‌کند با آنچه که فکر می‌کند، است (۱۳). Salovey & Mayer. (۱۳) هوش عاطفی را توانایی برای تشخیص درست هیجان‌ها و عواطف دیگران و پاسخ متناسب به آن‌ها، همچنین برانگیختن، آگاهی و نظم بخشیدن و کنترل پاسخ‌های هیجانی خویش می‌داند. هوش عاطفی با شناخت فرد از خود و دیگران، ارتباط با دیگران، سازگاری و انطباق با محیط پیرامون که برای موفق شدن در برآوردن خواسته‌های اجتماعی لازم است، ارتباط دارد (۱۴). تحقیقات

نشانگر آن است که احساس‌ها و عواطف، مانند سایر موضوع‌های علمی، دارای اصول و فئونی است که برخی در آن مهارت دارند و عده‌ای هم ضعیف هستند میزان مهارت پرستاران در هوش عاطفی می‌تواند آن‌ها را در زندگی شخصی و اجتماعی، افراد منعطف، سازگار، انسان‌دوست و موفق بکند (۱۵)؛ بنابراین هوش عاطفی به علت مرتبط بودن با مهارت زندگی شخصی و اجتماعی، نقش مهمی در موفقیت و هدایت افراد معنوی و هوش عاطفی با آموزش تقویت می‌شوند و با استفاده از آن می‌توان شاهد افزایش کیفیت خدمات پرستاری باشیم؛ لذا هدف کلی این پژوهش بررسی ارتباط هوش معنوی و عاطفی بر کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران شاغل در مرکز آموزشی-درمانی آیت‌الله طالقانی (ع) شهر کرمانشاه است تا از نتایج حاصل برای بهبود کیفیت خدمات مراقبت پرستاری استفاده شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) در بخش‌های (اورژانس، ویژه و بستری) در بیمارستان آیت‌الله طالقانی (ع) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۲۵ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین گردید. از جمله معیار ورود شامل حداقل یک سال سابقه در نظام شیفتی و تمایل به شرکت در مطالعه خواهد بود و معیار خروج شامل داشتن بیماری‌های جسمی و روحی بود همچنین از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های دموگرافیک، هوش معنوی

دارد. با توجه به اینکه بیمارستان جز لاینفک نظام بهداشتی است که خدمات مراقبتی و درمانی ارائه می‌کند، هر چند بیمارستان‌ها از نظر تعداد بخش کوچکی از نظام بهداشتی را تشکیل می‌دهند اما در حقیقت مهم‌ترین عنصر آن به شمار می‌روند (۱۶)؛ لذا کیفیت مراقبت پرستاری می‌تواند نقش تعیین‌کننده و مهمی در موفقیت آن به حساب بیاید. از طرفی هوش

King، هوش عاطفی Petrides & Furnham و پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری QUALPAC بود.

پرسشنامه هوش معنوی در سال ۲۰۰۸ توسط King ساخته شد. این پرسشنامه ۲۴ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس تفکر انتقادی وجودی، معنا سازی شخصی، آگاهی متعالی و گسترش خودآگاهی دارد. سؤال‌های پرسشنامه روی یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) تنظیم شده است. نمره‌ی هر خرده‌مقیاس برابر با مجموع نمرات هریک از سؤال‌های آن خرده‌مقیاس و نمره کل پرسشنامه برابر با مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌ها است. در این پژوهش نمره‌ی کل پرسشنامه در نظر گرفته شد. بدین ترتیب نمره این مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۹۶ متغیر باشد که نمره‌ی بالا نشان‌دهنده هوش معنوی بالا یا وجود چنین ظرفیتی است. King ضریب پایایی کل این پرسشنامه را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کرد (۱۷). در ایران چاری و ذاکری روایی و اعتبار این مقیاس در حد مطلوب گزارش کرده‌اند (۱۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

جهت سنجش هوش عاطفی از پرسشنامه سنجش ویژگی‌های هوش عاطفی استفاده شد این پرسشنامه توسط Petrides & Furnham (۲۰۰۳) تهیه شده و

۳۰ ماده دارد که به هر ماده، نمره ۱ تا ۷ (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) تعلق می‌گیرد که ۱۵ سؤال این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود.

این پرسشنامه، هوش عاطفی را در چهار حیطه درک عواطف و احساس‌های خود و دیگران، کنترل احساس‌ها و عواطف، تنظیم روابط خود با دیگران (مهارت‌های اجتماعی) و خوش‌بینی و نگرش مثبت می‌سنجد. هوش عاطفی فرد از مجموع نمره‌های چهار عامل به دست می‌آید که بیشترین و کمترین نمره در کل آزمون ۲۱۰ و ۳۰ است. Petrides & Furnham (۲۰۰۳) با استفاده از روش همسانی درونی سؤالات پرسشنامه، پایایی آن را ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند (۱۹). در پژوهش حاضر پایایی کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

جهت جمع‌آوری اطلاعات مربوط به کیفیت مراقبت پرستاری از پرسشنامه QUALPAC استفاده شد. این ابزار جهت بررسی فرآیند مراقبت و کیفیت مراقبت پرستاری از سال ۱۹۷۵ در کشورهای آمریکا، انگلستان و نیجریه مورد استفاده قرار گرفته است (۲۰). پرسشنامه فوق در سال ۱۳۸۲ در تبریز مورد بررسی قرار گرفته و بومی‌سازی شد (۲۱). پرسشنامه QUALPAC شامل

سه بخش مشخصات فردی- اجتماعی (۱۰ سؤال)، بعد روانی- اجتماعی (۲۸ سؤال) و بعد ارتباطی (۱۳ سؤال)، با پاسخ‌های رتبه‌ای به‌ندرت، گاهی، بیشتر اوقات است که به ترتیب نمرات یک تا سه به آن اختصاص یافت. نمره کل مراقبت از جمع کل سؤالات به دست آمده برابر با ۱۲۳ که بر این اساس در سه طبقه نامطلوب (۱-۴۱)، مطلوب (۴۲-۸۳)، بسیار مطلوب (۸۴-۱۲۳) قرار داده شدند. در مطالعه حاضر پایایی کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، آمار توصیفی و آمار تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به شیوه هم‌زمان) استفاده گردید.

یافته‌ها

اکثر پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه متأهل (۸۱/۷٪) و دارای جنسیت زن (۵۷/۳٪) در محدوده سنی ۳۱-۴۰ سال (۵۱/۵٪) با سابقه کاری ۱۱ تا ۱۵ سال (۳۹/۵٪) و شاغل در بخش‌های بستری (۵۴/۲٪) با نوع استخدام پیمانی (۴۳/۱٪) بودند. اطلاعات بیشتر در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول شماره ۱: توزیع بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک پاسخ‌دهندگان

ویژگی‌های دموگرافیک		فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	متأهل	۱۸۴	۸۱/۷
	مجرد	۴۱	۲/۱۸
جنسیت	زن	۱۲۹	۵۷/۳
	مرد	۹۶	۴۲/۶
بخش	اورژانس	۵۶	۲۴/۸
	ویژه	۴۷	۲۰/۸
	بستری	۱۲۲	۵۴/۲
سن (سال)	۳۰ سال و کمتر	۲۹	۱۲/۸
	۳۱-۴۰ سال	۱۱۶	۵۱/۵

۳۵/۵	۸۰	بیشتر از ۴۰ سال	سابقه کار
۱۶/۸	۳۸	۵ سال و کمتر	
۱۹/۱	۴۳	۶-۱۰ سال	
۳۹/۵	۸۹	۱۱-۱۵ سال	
۲۴/۴	۵۵	بیشتر از ۱۵ سال	
۳۸/۶	۸۷	رسمی	نوع استخدام
۴۳/۱	۹۷	پیمانی	
۱۸/۲	۴۱	قراردادی	

معکوس معنادار دارد ولی با سایر مؤلفه‌های هوش معنوی رابطه‌ی معناداری ندارد. همچنین کیفیت مراقبت پرستاری با مؤلفه‌های هوش هیجانی از جمله درک عواطف و احساس‌های خود و دیگران ($p=0/001$ ، $r=0/433$) و خوش‌بینی و نگرش مثبت ($p=0/018$ ، $r=0/274$) رابطه معکوس معنادار دارد ولی با سایر مؤلفه‌های هوش هیجانی رابطه‌ی معناداری ندارد.

جهت بررسی رابطه مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش عاطفی با کیفیت مراقبت پرستاری از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که کیفیت مراقبت پرستاری با مؤلفه‌های هوش معنوی از جمله معنا سازی شخصی ($p=0/042$ ، $r=0/229$) و آگاهی متعالی ($p\text{-value}=0/01$ ، $r=0/386$) رابطه

جدول ۲. ضرایب همبستگی و سطوح معناداری ارتباط میان مؤلفه‌های هوش معنوی و هیجانی با کیفیت مراقبت پرستاری

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	ضریب همبستگی	سطح معناداری
کیفیت مراقبت پرستاری	تفکر انتقادی وجودی	-۰/۰۸۰	۰/۲۹۸
	معنا سازی شخصی	-۰/۲۲۹	۰/۰۴۲
	آگاهی متعالی	-۰/۳۸۶	۰/۰۰۱
	گسترش خود آگاهی	-۰/۰۶۶	۰/۳۱۶
	درک عواطف و احساس‌های خود و دیگران	-۰/۴۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل احساس‌ها و عواطف	۰/۰۰۰	۰/۴۸۴
	تنظیم روابط خود با دیگران (مهارت‌های اجتماعی)	-۰/۱۱۴	۰/۲۰۸
	خوش‌بینی و نگرش مثبت	-۰/۲۷۴	۰/۰۱۸

برای تعیین تأثیر هر یک از مؤلفه‌های هوش معنوی از جمله تفکر انتقادی وجودی، معنا سازی شخصی، آگاهی متعالی و گسترش خودآگاهی در پیش‌بینی کیفیت مراقبت پرستاری از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود هم‌زمان استفاده شد. یکی از مفروضه‌های اساسی تحلیل رگرسیون چندگانه غیرخطی بودن متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیر وابسته است. در این پژوهش نمره کیفیت مراقبت پرستاری به عنوان متغیر ملاک و مؤلفه‌های هوش معنوی به عنوان متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شدند.

بر اساس نتایج جدول ۳ میزان F مشاهده شده معنادار است ($p < ۰/۰۴۳$) و مؤلفه‌های هوش معنوی حدود ۰/۱۷ از واریانس متغیر کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران را تبیین می‌کند. با توجه به مقدار بتا به ترتیب گسترش خودآگاهی ($r = -۰/۴۱۹$, $p = ۰/۰۰۸$)، آگاهی متعالی ($r = -۰/۱۵۹$, $p = ۰/۲۷۴$) و معنا سازی شخصی ($r = -۰/۱۶$, $p = ۰/۰۰۸$) می‌توانند تغییرات مربوط به کیفیت مراقبت پرستاری را پیش‌بینی کنند.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مؤلفه‌های هوش معنوی با نمره‌ی کلی کیفیت مراقبت پرستاری به روش ورود هم‌زمان

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	ضرایب رگرسیون	نسبت t	سطح معناداری	F	P	R	R^2	RS	دوربین واتسون
کیفیت مراقبت پرستاری	تفکر انتقادی وجودی	-۰/۰۹۶	-۰/۷۱۵	۰/۴۸۳						۲/۱۹
	معنا سازی شخصی	-۰/۱۶	-۰/۱۰۸	۰/۰۰۸	۲/۴۷۹	۰/۰۴۳	۰/۴۱۸	۰/۱۷۲	۰/۱۰۴	
	آگاهی متعالی	۰/۱۵۹	۱/۰۸۶	۰/۲۷۴						
	گسترش خودآگاهی	۰/۴۱۹	-۲/۷۸۵	۰/۰۰۸						

برای تعیین تأثیر هر یک از مؤلفه‌های هوش عاطفی در پیش‌بینی کیفیت مراقبت پرستاری از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود هم‌زمان استفاده شد، به نحوی که نمره کیفیت مراقبت پرستاری به عنوان متغیر ملاک و مؤلفه‌های هوش عاطفی از جمله درک عواطف و احساس‌های

خود و دیگران، کنترل احساس‌ها و عواطف، تنظیم روابط خود با دیگران (مهارت‌های اجتماعی) و خوش‌بینی و نگرش مثبت به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شدند. بر اساس نتایج جدول ۴ میزان F مشاهده شده معنادار است ($p < ۰/۰۰۳$) و مؤلفه‌های هوش

عاطفی حدود ۰/۳۲ از واریانس متغیر کیفیت مراقبت پرستاری پرستاران را تبیین می‌کند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود با توجه به مقدار بتا به ترتیب درک عواطف و احساس‌های خود و دیگران ($r = -0/612$ ، $p = 0/001$)، کنترل احساس‌ها و عواطف ($r = -0/286$ ، $p = 0/017$) و تنظیم روابط خود با دیگران ($r = -0/219$ ، $p = 0/017$) می‌توانند تغییرات مربوط به کیفیت مراقبت پرستاری را پیش‌بینی کنند.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مؤلفه‌های هوش عاطفی با نمره‌ی کلی کیفیت مراقبت پرستاری به روش ورود هم‌زمان

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	ضرایب رگرسیون	نسبت t	سطح معناداری	F	P	R	R^2	RS	دوربین واتسون
کیفیت مراقبت پرستاری	درک عواطف و احساس‌های خود و دیگران	-۰/۶۱۲	-۴/۲۲۴	۰/۰۰۱						۱/۷۷
	کنترل احساس‌ها و عواطف	-۰/۲۸۶	-۲/۵۰۵	۰/۰۱۷	۳/۶۸۵	۰/۰۰۳	۰/۵۳۲	۰/۳۲۱	۰/۲۳۰	
	تنظیم روابط خود با دیگران	۰/۲۱۹	۱/۴۵۲	۰/۰۱۷						
	خوش‌بینی و نگرش مثبت	۰/۰۰۳	-۰/۰۱۹	۰/۹۹۲						

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از بررسی رابطه مؤلفه‌های هوش معنوی با کیفیت مراقبت پرستاری نشان داد که مؤلفه‌های هوش معنوی ۱۷ درصد از واریانس متغیر کیفیت مراقبت پرستاری را تبیین می‌کنند. مؤلفه‌های هوش معنوی از جمله گسترش خودآگاهی، آگاهی متعالی بیش از سایر مؤلفه‌ها می‌توانند تغییرات مربوط به کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران را پیش‌بینی کنند. این یافته با مطالعات میری (۲۲)، اکبری زاده (۲۳) و Amra (۲۴) همخوانی دارد. البته این مسئله با توجه به جو دینی و معنوی حاکم بر جامعه کنونی ما دور از انتظار نیست، چرا که ویژگی‌های لازمه هوش معنوی در کنار توانایی‌های دیگری چون اعتقاد به معنویات و داشتن باورها و ارزش‌های دینی تبلور پیدا می‌کنند. همچنین اعتقادات و باورهای مذهبی قوی که در باور عمومی مردم است احتمالاً دلیلی برای درصد هوش معنوی به دست آمده در مطالعه حاضر است؛ اما در مطالعه‌ای که Yang به بررسی هوش معنوی پرستاران در کشور چین پرداخت گزارش کرد که هوش معنوی در پرستاران این کشور نقش چندان پررنگی ندارد، به‌طوری که ۸۲ درصد پرستاران دارای هوش معنوی پایین و ۱۷/۱ درصد هوش معنوی متوسط داشتند (۲۵). افزون بر این با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر ارتباط بین هوش معنوی با کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران به نظر می‌رسد که پرستاران با هوش معنوی بالاتر، به علت داشتن قابلیت شناخت خود و دیگران، مهارت تعیین هدف و چرایی حضور در بیمارستان، میزان بالایی از ارزش‌هایی مانند مسئولیت‌پذیری، دلسوزی و مدیریت هیجان‌ها را به نمایش می‌گذارند؛ بنابراین، می‌توان انتظار داشت که کیفیت مراقبت پرستاری بالایی را گزارش کنند.

پرستاران دارای هوش معنوی بالاتر از ظرفیت ذاتی و ذهنی خود، یعنی خلق یک معنای شخصی در برخورد با مشکلات و تنش‌ها، استفاده می‌کنند (۲۶). آن‌ها به فلسفه و چرایی انجام کار خود پی می‌برند و محیط کار و انجام وظایف را فرصتی برای رشد و بروز توانایی‌ها و ارزش‌های شخصی خود تلقی می‌کنند درواقع، ماهیت کل‌نگر و استفاده از سمبل‌ها در هوش معنوی باعث می‌شود ادراک فرد از خود و اطرافیان عمیق‌تر و به دنبال آن انجام دادن کار و تعهد کاری غنی‌تر شود و ارتقای تعهد کاری و مسئولیت‌پذیری نیز می‌تواند به افزایش کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران کمک کند.

نتایج حاصل از بررسی رابطه مؤلفه‌های هوش عاطفی با کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران نشان داد که مؤلفه‌های هوش عاطفی ۳۲ درصد از واریانس متغیر کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران را تبیین می‌کنند. مؤلفه‌های هوش عاطفی از جمله عواطف و احساس‌های خود و دیگران و کنترل احساس‌ها و عواطف بیش از سایر مؤلفه‌ها می‌توانند تغییرات مربوط به کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران را پیش‌بینی کنند. این یافته با نتایج ایزدی (۲۷)، Sy (۲۸) و Benson (۲۹) همخوانی دارد. در تبیین این یافته که نشان داده شد درک عواطف و احساس‌های خود و دیگران بیشترین نقش را در کیفیت مراقبت پرستاری داشت می‌توان بیان داشت که توانایی درک احساسات دیگران از طریق ارتباط کلامی مانند لحن صدا، توانایی درک احساسات دیگران از طریق شناخت توقعات اجتماعی در مورد این که کدام عواطف با موقعیت خاص تناسب دارد و توانایی ابراز واکنش در برابر احساسات افراد است (۳۰). درک هیجان همچنین

شامل توجه، کشف و ثبت پیام‌های هیجانی است که در می‌شود (۳۱)؛ بنابراین پرستاران دارای هوش عاطفی بالا احساسات و عواطف خود را می‌فهمند و به آن‌ها احترام می‌گذارند، از احساسات دیگران آگاهی دارند، توانایی همکاری سازنده در موقعیت‌های بین فردی و اجتماعی را دارند و در نهایت می‌توانند با بیمار همدلی بیشتری را نشان دهند. پرستاری که هوش عاطفی لازم را داشته باشد، خدمات را به گونه‌ای عرضه می‌کند که موجب رضایت بیشتر مراجعین می‌شود؛ به عبارت دیگر پرستاران دارای هوش عاطفی بالاتر، در روابط بین شخصی خود پیام‌ها را بهتر درک می‌کنند، دارای مهارت گوش دادن بیشتری هستند، نسبت به دیگران از بینش بیشتری برخوردارند، در روابط خود قاطعیت بیش‌تری نشان می‌دهند و مهارت آن‌ها در نظم دهی به هیجان‌ها بیشتر است (۳۲). استفاده از مهارت‌های هوش عاطفی به عنوان یک راه کمک‌کننده برای پرستاران است؛ زیرا به این وسیله دیدگاه ارزشمندی نسبت به پیچیدگی‌های بالین پیدا نموده و دید آن‌ها نسبت به نقش‌هایشان متحول خواهد شد و موجب اداره خردمندانه و بهبود کیفیت مراقبت پرستاری می‌گردد (۳۳).

با توجه به اینکه هوش معنوی و هوش عاطفی توانایی پیش‌بینی کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران مورد

ابراز احساسات مشاهده مطالعه را داشت لذا آموزش هوش معنوی و هوش عاطفی یک تحول و نیاز اساسی در پرستاری محسوب می‌شود؛ زیرا هوش معنوی و هوش عاطفی خط‌مشی پایداری را برای توسعه هنر ورزی در ارتباط بین پرستار- مددجو ایجاد می‌کند و به عنوان یک مهارت حرفه‌ای، می‌تواند موجب ارتقای حرفه شود. بنابراین توصیه می‌شود آموزش هوش معنوی و هوش عاطفی در دستور کار برنامه‌ریزان آموزش پرستاری قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جمعیت‌ها را کاهش می‌دهد، اشاره کرد. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه بود که جنبه‌ی خودگزارش‌دهی دارد، بنابراین بهتر است در تحقیقات بعدی از مصاحبه نیز جهت جمع‌آوری اطلاعات نیز استفاده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، به‌ویژه از تمامی پرستاران که در این پژوهش شرکت کردند، صمیمانه قدردانی و تشکر نمایند.

References

- 1- Izumi S, Baggs JG, Knafl KA. Quality nursing care for hospitalized patients with advanced illness: Concept development. *Research in nursing & health*. 2010;33(4):299-315.
- 2- Armstrong LE, Winant DM, Swasey PR, Seidle ME, Carter AL, Gehlsen G. Using isokinetic dynamometry to test ambulatory patients with multiple sclerosis. *Phys Ther*. Aug.2008;63(8):1274-9.
- 3- Motle RW, Arnett PA, Smith MM, Barwick FH, Ahlstrom B, and Stover EJ. Worsening of symptoms is associated with lower physical activity level in individuals multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2008; 14(1): 140-2.
- 4- Ciarrochi J V, Chan Y A, & Bajgar J. Measuring emotional intelligence in adolescents. *Journal of Personality and Individual Differences*. 2001; 31: 1105-1119.

- 5- Sim TN, Loh BSM. Attachment to God; measurement and dynamics. *J Soc Pers Relat*. 2011;20(7): 373-382.
- 6- Bickertson G.R. Miner H.M. & Griffin,B. Spiritual resources as antecedents of clergy well-being: the importance of occupationally specific variables. *Journal of vocational behavior*.2015; 78: 123-133.
- 7- Wong K, Lee L, Lee J. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Int Nurs Rev*. 2008;55(3):333-40.
- 8- O'Shea ER, Wallace M, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The effect of an educational session on pediatric nurses' perspectives toward providing spiritual care. *J Pediatr Nurs*. 2011;26(1):34-43.
- 9- George M. How intelligent are you...really? From IQ to EQ to SQ, with a little intuition along the way. *Training and Management Development Methods*. 2006; 20(4), 425-36.
- 10- Karimi Munaq H, Gazorani A, Vagheei S, Gholami H, Salehmoghadam A. Ashori A. Spiritual intelligence and clinical competence. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. Health.2011; 18(2):132-139. [In Persian].
- 11- Van Leeuwen, R. & B. Cusveller.nurses competencies for spiritual care, *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(3):234-246.
- 12- Hosaenian S, Shoja Kazemi M. Examine the relationship between intellectual intelligence and emotional intelligence among university students. *Journal of Women and Family Cultural Defense*. 2011; 17:27-7. [In Persian].
- 13-Akbarzadeh H, Naghizadeh H. Emotional intelligence and burn_out among the managers and nurses of university hospitals in Yazd.Occupational Medicine Quarterly Journal.2014;6(1):37-47.[In Persian].
- 14- Hosseinian S. Ghasemzadeh S. Niknam M. Prediction of quality of life in female teachers on the basis of emotional and spiritual intelligence variables. *Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling*, 2011;3(9): 42-60.[In Persian].
- 15- Cobb C. D. & J. D. mayer.Emotional Intelligence: what the Research says, *Educational Leadership*. 2000;58: 14-18.
- 16-Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46(1): 119-130.
- 17- Ragibi M, Gharechahi M. [Barasiye Rabeteye Hoshe Hayajani va Hosh Manaviye dar Zanan va Mardane dar Shorofe Talagh va Sazgar]. *Faslnameye Zan va Jamea*. 2013; 4(1): 123-140. [In Persian]
- 18-Hoseyne Chari M, Zakeri HR. [Tasire Zaminehaye Tahsili Daneshgahi, Oulom Dini va Honari Bar Hosh Manavi, Kosheshi Dar Rastaye Ravasazi va Payaei Sanjiye Hosh Manavi]. *Faslnameye Andaze Giriye Tarbiyati*. 2010; 1: 73-94. [In Persian].
- 19- Petrides KV, Frederickson N, Furnham A. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and individual differences*. 2004 Jan 1;36(2):277-93.
- 20- Dabirian A, Zolfaghary H, Abed Saidi JH, Alavi Majd H (2008) Views of AIDS patients regarding nursing care quality in health care centers affiliated to Shaheed Beheshti and Tehran Universitis of Medical Sciences. *Shaheed Beheshti Uniof Med Sci*.2008;18:40-45. [In Persian].
- 21-Haghighi Khoshkho N. The quality of nursing care from nurses and patients viewpoints in the Teaching hospitals of Tabriz university of Medical Sciences [Master Thesis]. Iran: Tabriz university of Medical Sciences. 2004.[In Persian].
- 22-Miri kh, Keshavarz A, Shirdel S,Parsa M. The Relationship between Nurses' Spiritual Intelligence and Quality of Nursing Care Based on nurses & patients' Viewpoints.2015;13(6): 518-524.[In Persian].

- 23- Akbarizadeh F BF, Hatami HR, Hajivandi A. Relationship between nurses: spiritual intelligence with hardiness and general health. Behbood. 2012;15(6):466-72. [In Persian].
- 24-Amram JY. The contribution of emotional and spiritual intelligences to effective business leadership: Institute of Transpersonal Psycholog. 2009:168.
- 25- Yang KP. The spiritual intelligence of nurses in Taiwan J Nurse Res. 2006;14 (1):24-35.
- 26- Miri K, Parsa P, SHirdelzadeh S, Keshavarz A. [The Relationship between Nurses'spiritual Elligence and Quality of Nursing Care Based on Nurses'& Patients'viewpoints]. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015;13(6):518 24.[In Persian].
- 27- Izadi, A. The Relationship between Nurses' Emotional Intelligence and the Quality of Nursing Services in Health Care Centers of Hamedan University of Medical Sciences.Master Thesis nursing, Hamedan :University of Medical Sciences Hamedan. 2017. [In Persian].
- 28- Sy, Thomas., Tram, Susanna & O'Hara, Linda A. Relation of employee and manager emotional intelligence to job satisfaction and performance Journal of Vocational Behavior, Orlando: 2006; 68(3):461-63.
- 29- Benson G, Ploeg J, Brown B. A cross-sectional study of emotional intelligence in baccalaureate nursing students. Nurse Educ Today. 2010; 49:30-53.
- 30- Goleman D. Emotional Intelligence what it can matter more than IQ. New York: Bantam Book; 1995.
- 31- Bar-On R. The bar-on emotional inventory (EQ-IQ), Technical Manual. Canada, Multi-Health System; 1997.
- 32- O'Connell B, Young J, Twigg D. Patientsatisfaction with nursing care: a measurement conundrum. Int J Nurs Pract .1999; 5 (2):72-7
- 33-Kooker BM, Shoultz J, Codier EE. Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. Prof Nurs Today. 2007; 23(1): 30-36