

بررسی ارتباط هوش معنوی و میزان حمایت پرستاران از بیماران در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶

میلاذ دریگوند^۱، نسرین ایمانی‌فر^{۲*}

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۹/۱۹

تاریخ انتشار: ۹۷/۱۲/۲۱

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

حمایت از بیمار یکی از وظایف حیاتی پرستاران است. هدف از این مطالعه، تعیین ارتباط هوش معنوی و میزان حمایت پرستاران از بیماران در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ بود. مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی حاضر از نوع همبستگی است و روی ۲۵۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ انجام شده است. معیارهای ورود به این مطالعه، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و یک سال سابقه‌ی کار بالینی بود. شرکت‌کنندگان در این مطالعه به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. همچنین دو پرسش‌نامه‌ی حمایت حفاظتی هنکس و هوش معنوی کینگ ابزار گردآوری اطلاعات بود. پایایی پرسش‌نامه‌ها نیز، به روش آلفای کرونباخ تأیید شد. داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار spss v.21 و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. ۶۷.۵ درصد (۱۶۴ نفر) از شرکت‌کنندگان زن و ۳۷.۵ درصد (۷۹ نفر) از آنان مرد بودند. ۶۳.۹ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سابقه‌ی کار کمتر از پنج سال بودند. یافته‌های این مطالعه نشان داد میانگین نمره‌ی هوش معنوی پرستاران 80.88 ± 11.19 و میانگین نمره‌ی حمایت پرستاران از بیماران 155.73 ± 21.41 بود. ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی معناداری بین نمره‌ی هوش معنوی و حمایت و مؤلفه‌های آن نشان داد ($r=0.62$). هوش معنوی و حمایت از بیمار، با یکدیگر ارتباطی مثبت و معنادار داشتند. از آنجایی که هوش معنوی اکتسابی است با برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی می‌توان هوش معنوی را ارتقا داد و از این طریق موجب افزایش حمایت پرستاران از بیماران و افزایش ایمنی بیماران شد.

واژگان کلیدی: پرستاران، حمایت از بیمار، هوش معنوی

۱. کارشناسی پرستاری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲. مربی، پرستاری داخلی جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: خرم‌آباد، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۰۶۶۳۳۱۲۰۱۵۹، Email: mdiran2013@yahoo.com

مقدمه

آنچه در پرستاری حمایت از بیمار را ضروری می‌سازد، آسیب‌پذیر بودن بیمار یا مددجوست (۱). اصطلاح «حمایت» از کلمه‌ی وکیل مدافع در قانون مشتق می‌شود که به معنای شخصی است که دیگران را کمک و حمایت کرده و به طرفداری از آن‌ها صحبت می‌کند (۲). پرستاران بیشتر از سایر مراقبین، در امر مراقبت با بیمار درگیرند؛ بنابراین در حمایت از بیماران و خانواده‌های آنان، نقشی مرکزی بر عهده دارند (۳). حمایت معمولاً توسط کسی که قدرتمند است به نمایندگی از کسی که بدون قدرت است صورت می‌گیرد (۴). از سال ۱۹۷۰ حمایت، در اخلاق پرستاری رایج و به‌عنوان یک روش مؤثر توانمندسازی پرستاران در نقش‌های حرفه‌ای‌شان قلمداد شد. بحث حمایت از بیمار، برای پرستاران راهی می‌گشاید تا از علایق و خواسته‌های بیمارانشان حمایت و حفاظت کنند و ارتباط بین پرستاران و بیمارانشان، پایه‌های مختلفی اقدامات پرستاری را فراهم می‌کند (۵).

حمایت در پرستاری، اغلب به‌عنوان یک وظیفه یا تعهد دیده می‌شود که از نقش پرستاران به‌عنوان ناظران همیشگی شرایط بیمارانشان ناشی می‌شود (۶). هنکس^۱ حمایت را به‌عنوان اقدامی برای نیازهای برآورده‌نشده‌ی بیمار توضیح می‌دهد؛ اقداماتی از قبیل آگاهی، حفاظت و نگهداری و صحبت برای بیماران حمایت به شمار می‌روند (۷). پرستاران حمایت را در چندین بُعد، در طی اعمال متقابلشان با بیماران و خانواده‌ها اجرا می‌کنند؛ نقش‌های حمایتی مدرس، هدایت‌کننده، حل‌کننده‌ی مشکلات، حمایت‌کننده‌ی معنوی، رهبر دگرگونی، شفاف‌کننده‌ی مراقبت و شخص در تماس محوری اشکال و نمودهای گوناگون حمایت پرستاران

1. Hanks

محسوب می‌شود (۸). حمایت از بیمار، همچنین شامل فرایندها و اعمالی نظیر آگاه‌کردن و آموختن، محترم‌شمردن، پشتیبانی جسمی و مالی و عاطفی، حفاظت و تأمین استمرار مراقبت‌ها، پیگیری و هماهنگ‌کردن است (۹).

در مطالعه‌ای مشابه آمده وقتی پرستار پزشک را از وضعیت بیمار آگاه می‌کند، اقدامات دارویی بیمار را انجام می‌دهد، نیازهای بیمار را تفسیر می‌کند، کار هماهنگی خدمات را انجام می‌دهد یا اینکه اطلاعات مورد نیاز بیمار را فراهم می‌کند، در واقع مکرراً به‌عنوان حامی بیمار عمل کرده است (۱۰). شواهدی شایان توجه نشان می‌دهد بسیاری از بیماران در معرض جراحات و تلفات قابل پیشگیری هستند؛ همچنین تخمین زده می‌شود که در حدود ۹۸۰۰۰ تا ۴۴۰۰۰۰ مرگ قابل پیشگیری در سال وجود دارد. این آمارها حاکی از اهمیت حمایت از بیمار است و نشان می‌دهد حمایت پرستاران می‌تواند در کاهش بخشی چشمگیر از آسیب‌ها و مرگ‌ها مؤثر باشد (۱۱). از جمله پژوهش‌های صورت‌گرفته در ایران برای سنجش میزان حمایت پرستاران از بیماران، مطالعه‌ی خضولو و همکاران (۱۳۹۱) است که کیفیت حمایت پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی مشهد را از بیماران بررسی کرده و میزان ایفای نقش حمایتی پرستاران را ۳۲/۱ درصد اعلام کرده‌اند (۱).

شناخت ناکافی پرستاران از نقش‌های حمایتی و محدودیت سرویس‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات باعث شده پرستاران فعالیت‌های مربوط به نقش حمایتی را با کمترین درصد مطلوب ارائه دهند؛ از طرفی اگر نیاز بیماران به حمایت برآورده نشود رضایت‌خاطر آنان نیز جلب نخواهد شد (۱۲). همسو با این بحث، نتایج یک مطالعه در ایران با هدف بررسی درک پرستاران از نقش خود به‌عنوان حامی بیماران نشان داد میانگین درک کلی پرستاران درباره‌ی نقش حمایتی از بیماران، نسبتاً مثبت است؛ باین حال با توجه به اهمیت موضوع حقوق

باشد (۲۲). چهار جزء این هوش عبارت‌اند از: تفکر انتقادی وجودی (توانایی تفکر انتقادی در زمینه‌هایی مانند حقیقت وجود جهان)، تولید معنای شخصی (توانایی ساخت معنای شخصی و یک هدف از تمام تجارب ذهنی و فیزیکی)، دانش متعالی (ظرفیت برای شناسایی ابعاد برتر از خود به‌عنوان یک متعالی و نفس فراشخصی از دیگران و جهان مادی) و توسعه‌ی سطوح آگاهی (توانایی برای ورود و خروج از حالت آگاهی معنوی بالاتر مانند آگاهی خالص، همبستگی و اتحاد با خوداختیار) (۲۳). این هوش بر توانایی‌هایی که باعث جلب پیش‌بینی عملکرد و سازگاری در چندین زمینه می‌شود، تأکید می‌کند (۲۴). این هوش شامل روش‌های مختلفی است که می‌تواند زندگی درونی و روح را با زندگی خارجی هماهنگ کند (۲۵). نوبل^۳ و واگان^۴، درستی و صراحت، تمامیت، مقاومت و پایداری، تواضع، مهربانی، سخاوت، تحمل و تمایل به برطرف کردن نیازهای دیگران را مؤلفه‌های هشت‌گانه‌ی نشان‌دهنده‌ی هوش معنوی می‌دانند (۱۴). با توجه به مطالب پیش‌گفته درباره‌ی حمایت و هوش معنوی و اهمیت مؤلفه‌های هوش معنوی از قبیل مسئولیت‌پذیری و تعهد حرفه‌ای در نقش حمایتی پرستاران از بیماران، می‌توان این‌گونه استنباط کرد که بهره‌مندی پرسنل پرستاری از هوش معنوی بیشتر می‌تواند در شکل‌گیری نقش حمایتی آن‌ها از بیمارانشان نقش مؤثری ایفا کند. همچنین با توجه به اینکه پرستاری و معنویت، از آغاز به یکدیگر گره خورده‌اند مطالعه‌ی حاضر به منظور تعیین رابطه‌ی هوش معنوی و میزان حمایت پرستاران از بیماران در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی است که روی ۲۵۰ پرستار شاغل در چهار

بیمار، نیاز به یافتن راه‌هایی برای افزایش درک پرستاران در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد (۱۳). بر اساس پژوهش‌های مختلف انجام‌شده در ایران، میزان ایفای نقش حمایت از بیمار توسط پرستاران بسیار پایین است (۱۴ و ۱۵)؛ همچنین پژوهش‌های گوناگون دیگر حاکی از آن است که پرستاران تعریف دقیقی از حمایت از بیمار ندارند (۱۶ و ۱۵). پرستاران برای ایفای وظایف اخلاقی باید تعهد حرفه‌ای و مسئولیت‌پذیری فراوانی داشته باشند و حمایت از جمله وظایف اخلاقی آنان است؛ همچنین توجه به این نکته ضروری است که مسئولیت‌پذیری و تعهد از جمله مؤلفه‌های هوش معنوی هستند. با توجه به توضیحات داده‌شده و پایین‌بودن میزان حمایت پرستاران از بیماران، می‌توان گفت هوش معنوی می‌تواند در ایفای نقش حمایتی پرستاران از بیمارانشان مؤثر باشد (۱۷ و ۱۸).

هوش معنوی، سازه‌های هوش و معنویت را با هم داراست؛ درحالی‌که معنویت جست‌وجو برای یافتن عناصر مقدس، معنایابی، هوشیاری بالا و تعالی است. هوش معنوی شامل توانایی برای استفاده از چنین موضوعاتی است که می‌تواند کارکرد و سازگاری فرد را پیش‌بینی کند و منجر به تولیدات و نتایج ارزشمندی شود (۱۹). مفهوم هوش معنوی را استیونز^۱ در سال ۱۹۹۶ برای اولین بار مطرح کرد؛ سپس ایمونز^۲ در سال ۱۹۹۹ آن را گسترش داد (۲۰). این هوش یک توانایی ذاتی مغز و روان انسان است. آن یک مهارت توسعه‌یافته است که به مغز برای پیدا کردن و استفاده از معانی در حل مشکلات اجازه می‌دهد (۲۱). زوهار و مارشال (۲۰۰۰) معتقدند این هوش باعث می‌شود فرد یک بینش عمیق در برابر حوادث و مشکلات زندگی پیدا کند و از مشکلات زندگی، سروکار داشتن با بیماران، تفکر آن‌ها و پیدا کردن راه‌حل‌های معقول و انسانی برای آن‌ها ترسی نداشته

3. Nobel
4. Vaughan

1. Stevens
2. Emmons

دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ابتدا تعداد کل پرستاران دارای معیار ورود در چهار بیمارستان آموزشی واقع در سطح شهر خرم‌آباد تعیین شدند؛ سپس چهار بیمارستان در چهار طبقه قرار گرفتند و از هر بیمارستان چند بخش و از هر بخش نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. این چهار بیمارستان دارای ۹۴۳ تخت و ۱۱۴۵ پرستار شاغل در بخش‌های مختلف بود. حجم نمونه‌ی لازم برای انجام دادن پژوهش طبق مطالعه‌ی ایمانی‌فر و همکاران (۱۳۹۴) با ۹۵ درصد اطمینان و ۸۰ درصد توان آزمون و همبستگی ۰/۱۷۹ از طریق فرمول زیر ۲۴۸ نفر محاسبه شد (۲۶):

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2}{(\omega)^2} = \frac{(1/96 + 0/86)^2}{(0/179)^2} = 248$$

آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تعیین شده است (۲۹). پایایی و روایی این پرسش‌نامه را در ایران، ایمانی‌فر و همکاران (۱۳۹۴) سنجیده‌اند؛ بدین‌صورت که برای تعیین روایی محتوای پرسش‌نامه، پس از ترجمه‌ی آن به زبان فارسی، ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند آن را بررسی و تأیید کردند؛ برای پایایی آن نیز، هفده پرستار پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد (۲۶). پایایی پرسش‌نامه‌ی مذکور در مطالعه‌ی حاضر به روش محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بود.

پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی کینگ شامل ۲۴ سؤال برای خوداظهاری هوش معنوی بود که دارای چهار زیرمقیاس تفکر انتقادی وجودی (هفت سؤال)، تولید معنای شخصی (پنج سؤال)، آگاهی متعالی (هفت سؤال) و توسعه‌ی حالت آگاهی (پنج سؤال) بود. طیف نمره دهی این پرسش‌نامه بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای بود که با گزینه‌های کاملاً نادرست (۰ امتیاز)، نادرست (۱ امتیاز)، تا حدودی درست (۲ امتیاز)، بسیار درست (۳ امتیاز) و کاملاً درست (۴ امتیاز) پاسخ داده

بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان واقع در سطح شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ انجام گرفته است. معیارهای ورود برای افراد شرکت‌کننده عبارت بودند از: تمایل و رضایت پرستاران برای شرکت در مطالعه؛ داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی پرستاری؛ داشتن حداقل یک سال سابقه‌ی کار بالینی. بی‌تمایلی فرد به ادامه‌ی شرکت در مطالعه، ناقص پُر شدن پرسش‌نامه و وجود بیماری روانی و شناختی در شرکت‌کنندگان، معیارهای خروج از مطالعه بودند. همچنین نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری، پس از اخذ مجوزهای لازم از ستاد

دو پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی کینگ^۱ (۲۷) و حمایت هنکس ابزار جمع‌آوری اطلاعات بودند. برای سنجش حمایت پرستار از بیمار، از پرسش‌نامه‌ی حمایت‌های حفاظتی هنکس در سال ۲۰۰۸ استفاده شد. این پرسش‌نامه، حمایت‌های حفاظتی پرستاران را از جنبه‌ی عقاید و اقدامات بررسی می‌کند. این پرسش‌نامه دارای ۴۳ سؤال با مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای از کاملاً موافقم با امتیاز پنج تا کاملاً مخالفم با امتیاز یک است؛ کمترین نمره ۴۳ و بیشترین نمره ۲۱۵ است. این پرسش‌نامه دارای چهار خرده‌مقیاس عمل‌کردن به‌عنوان یک وکیل مدافع، شرایط کاری و اقدامات حمایتی، تأثیر آموزش و محیط پشتیبانی و موانع حمایت است (۲۸). روایی و پایایی ابزار در مطالعه‌ی هنکس در سال ۲۰۱۰ در پژوهشی به منظور توسعه، تعیین خصوصیات سایکومتریک و تأیید اعتبار مقیاس حمایت محافظتی پرستار برای ۴۱۹ پرستار داخلی-جراحی در ایالت تگزاس انجام گرفته و تأیید شده است؛ بدین‌ترتیب شاخص روایی محتوا ۰/۷۹ و پایایی کل آیت‌ها با ضریب

1. King

پژوهش ۶۷.۵ درصد (۱۶۴ نفر) زن و ۳۷.۵ درصد (۷۹ نفر) مرد بودند. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان، در رده‌ی سنی ۲۵ تا ۳۰ سال و مجرد بودند. همچنین ۶۴/۷ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سابقه‌ی کار کمتر از پنج سال بودند. از نظر وضعیت استخدامی، ۴۵/۳ درصد نیروی رسمی، ۲۵/۱ درصد پیمانی و ۲۹.۶ درصد قراردادی بودند. ۵۴/۱ درصد از شرکت‌کنندگان دارای سابقه‌ی آموزش اخلاق در طول سنوات کاری خود بودند (نک: جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی پرستاران بررسی شده بر

حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۱۶۴
	مرد	۷۹
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۱۲۴
	۳۱ تا ۳۵ سال	۸۸
	۳۶ تا ۴۰ سال	۲۵
	بیشتر از ۴۰ سال	۲
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲۷
	متاهل	۱۱۶
سابقه‌ی کاری	کمتر از ۵ سال	۱۵۶
	۵ تا ۱۰ سال	۴۹
	۱۱ تا ۲۰ سال	۳۰
	بیشتر از ۲۰ سال	۶
وضعیت استخدام	رسمی	۱۱۰
	پیمانی	۶۱
بخش محل خدمت	قراردادی	۷۲
	اورژانس	۱۲۱
	ویژه عمومی	۴۹
سابقه‌ی آموزش اخلاق	بلی	۱۳۲
	خیر	۹۷

میانگین نمره‌ی هوش معنوی پرستاران بر اساس

شدند؛ همچنین مجموع نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۹۶ بود. کینگ (۲۰۰۹) روایی و پایایی ابزار را با پژوهشی روی ۶۱۹ شرکت‌کننده در کانادا، با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ تأیید کرده است (۲۷). دشت بزرگی و همکاران (۱۳۹۵) روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تأیید کرده‌اند (۳۰). در مطالعه‌ی حاضر نیز پایایی پرسشنامه‌ی هوش معنوی به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

پس از اخذ مجوزهای لازم برای انتخاب نمونه‌ها و پخش پرسشنامه‌ها، اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که پرسشنامه‌ها بی‌نام خواهد بود و اطلاعات مندرج در آن‌ها محرمانه خواهد ماند و صرفاً برای پژوهش از آن‌ها استفاده خواهد شد؛ همچنین به شرکت‌کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و در صورت عدم تمایل آن‌ها به همکاری، بر روند کاری آن‌ها تأثیری نخواهد داشت؛ سپس با اخذ رضایت آگاهانه به‌صورت شفاهی، شرکت‌کنندگان به مطالعه وارد شدند. افزون‌براین، در پایان پژوهش، در صورتی که شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که از نتایج مطالعه آگاه شوند و نشانی پست الکترونیک خود را نوشته بودند، نتایج مربوط به میزان حمایت از بیمار و نیز نمره‌ی هوش معنویشان برای آنان ایمیل شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات به وسیله‌ی پرسشنامه‌ها، یک نفر از تیم تحقیق داده‌ها را وارد نرم‌افزار کرده و یک آماربست با نرم‌افزار spss v21 با روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی تست مستقل) آن‌ها را تجزیه و تحلیل کرده است.

یافته‌ها

از ۲۵۰ پرسشنامه‌ی پخش شده، ۲۴۳ پرسشنامه‌ی تکمیل شده جمع‌آوری گردید. از شرکت‌کنندگان در این

ابعاد آن، رابطه‌ای مستقیم و معنادار دارد ($P < 0.05$) (نک: جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳- میانگین نمره‌ی مربوط به حمایت پرستار از بیمار در کل و مؤلفه‌های آن

حمایت کل	پشتیبانی و موانع حمایت	تأثیر آموزش و محیط	شرایط کاری و اقدامات حمایتی		میانگین
			وکیل مدافع	وکیل مدافع	
۱۵۵/۷۳	۲۶/۸۲	۲۹/۹۷	۱۷/۸۱	۶۱/۲۱	۱۵۵/۷۳
۲۱/۴۱	۶/۳	۵/۱۴	۴/۶۷	۸/۲۲	۲۱/۴۱

همچنین بُعد «آگاهی متعالی» نیز با حمایت از بیمار و تمام ابعاد آن به جز بُعد «شرایط کاری و اقدامات حمایتی» رابطه‌ی مستقیم و معناداری نشان داد ($P < 0.05$) (نک: جدول شماره ۴). همچنین نتایج نشان داد که بُعد «تفکر انتقادی» هیچ‌گونه همبستگی مثبت و معناداری با حمایت و هیچ‌کدام از مؤلفه‌های آن ندارد ($P < 0.05$) (نک: جدول شماره ۴).

پرسش‌نامه‌ی ۹۶ نمره‌ای کینگ در این مطالعه $۸۰/۸۸ \pm ۱۱/۱۹$ بود (نک: جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- میانگین نمره‌ی مربوط به هوش معنوی پرستاران در کل و مؤلفه‌های آن

میانگین	تفکر وجودی	تولید معنای شخصی	آگاهی متعالی	بسط حالت هوشیاری	هوش معنوی کل	انحراف معیار
۶/۹۹	۳/۰۱	۳/۴	۲/۹۳	۱۱/۱۹	۶/۹۹	۱۱/۱۹

میانگین نمره‌ی حمایت پرستاران از بیماران، از پرسش‌نامه‌ی ۲۱۵ نمره‌ای هنکس $۱۵۵/۷۳ \pm ۲۱/۴۱$ بود؛ این نتیجه نشان می‌دهد حمایت در سطح متوسط بود (نک: جدول شماره ۳).

نتایج مطالعه‌ی حاضر برای تعیین ارتباط بین هوش معنوی با حمایت از بیمار، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد هوش معنوی کل و ابعاد «تولید معنای شخصی» و «بسط حالت هوشیاری» با حمایت پرستار از بیمار و همه‌ی

جدول شماره ۴- رابطه‌ی هوش معنوی و مؤلفه‌های آن با حمایت از بیمار و مؤلفه‌های آن

حمایت کل	پشتیبانی و موانع حمایت	تأثیر آموزش و محیط	شرایط کاری و اقدامات حمایتی	عمل کردن به عنوان یک وکیل مدافع	حمایت	
					هوش معنوی	تفکر وجودی
.000	-.003	.016	.017	-.030	ضریب همبستگی	تفکر وجودی
1.000	.958	.806	.792	.664	p-value	انتقادی
.793	.589	.730	.242	.601	ضریب همبستگی	تولید معنای شخصی
.000	.000	.000	.000	.000	p-value	تولید معنای شخصی
.716	.472	.516	.203	.673	ضریب همبستگی	بسط حالت هوشیاری
.000	.000	.000	.002	.000	p-value	بسط حالت هوشیاری
.713	.274	.790	.123	.798	ضریب همبستگی	آگاهی متعالی
.000	.000	.000	.059	.000	p-value	آگاهی متعالی
.624	.354	.602	.169	.567	ضریب همبستگی	هوش معنوی کل
.000	.000	.000	.014	.000	p-value	هوش معنوی کل

بحث

هدف از مطالعه‌ی حاضر تعیین رابطه‌ی هوش معنوی و میزان حمایت پرستاران از بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان واقع در شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ بود. طبق یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمره‌ی هوش معنوی پرستاران از پرسش‌نامه‌ی ۹۶ نمره‌ای کینگ 11.19 ± 8.88 بود که این یافته با مطالعات کریمی موفقی و همکاران (۲۰۱۵) و کاتور و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی داشت (۳۱ و ۳۲). همچنین یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد پرستاران دارای حمایت متوسط با میانگین نمره‌ی 21.41 ± 15.73 بودند. این یافته نیز با پژوهش‌های بارلم و همکاران (۲۰۱۵) و گزرایان و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی داشت (۳۳ و ۳۴). بر اساس نتایج این مطالعه، ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمره‌ی هوش معنوی و حمایت و مؤلفه‌های آن همبستگی معناداری وجود داشت. وار و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ی خود که با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر حمایت از بیمار انجام دادند اذعان داشتند که نداشتن تعهد حرفه‌ای از موانع حمایت است؛ از آنجاکه تعهد حرفه‌ای از مؤلفه‌های هوش معنوی به شمار می‌رود، این یافته با یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر همخوانی داشت (۳۲ و ۳۵ و ۳۶).

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، بین مؤلفه‌های حمایت و اطلاعات دموگرافیک ارتباط معناداری مشاهده نشد. همسو با این یافته، عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه‌ی توصیفی درک پرستاران بیمارستان‌های آموزشی کرمان را از نقش خود به‌عنوان حامی بیمار و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک بررسی کرده و دریافته‌اند بین آن‌ها ارتباط معنی‌دار وجود نداشت که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۳۷). همچنین در مطالعه‌ی حاضر آشکار شد بین هوش معنوی و حمایت از بیمار همبستگی معناداری وجود داشت و میزان همبستگی ۶۲ درصد بود. در همین

جهت، میری و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی با هدف بررسی ارتباط هوش معنوی پرستاران با کیفیت مراقبت پرستاری از دید پرستاران و بیماران دریافته‌اند بین این دو، همبستگی مثبت و خطی وجود دارد و این یافته نیز با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همخوانی داشت (۳۸). واقعی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در مطالعه‌ی توصیفی همبستگی با عنوان «رابطه‌ی هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران» نشان داده‌اند بین هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران همبستگی معناداری وجود دارد که یافته‌های این مطالعه را تأیید می‌کند؛ چراکه حمایت یکی از مؤلفه‌های صلاحیت بالینی پرستاران است (۱۴).

نتایج مطالعه‌ی حاضر، مبنی بر ارتباط مستقیم و مثبت هوش معنوی و حمایت از بیمار را می‌توان به دو صورت استدلال کرد: اول اینکه چون اجرای نقش حمایتی پرستاران از بیماران در ابعاد مختلف باعث ایجاد اختلالاتی در ارتباط آنان با همکارانشان می‌شود، لذا اجرای نقش حمایتی پرستاران از بیماران برای پرستاران با مشکلاتی همراه است (۳۹)؛ این مشکلات به دلیل نقص ارتباط مؤثر پرستاران با همکارانشان می‌باشند. هوش معنوی نیز به پرستاران کمک می‌کند که مهارت‌های ارتباطی بهتری داشته باشند (۲۵)؛ لذا هوش معنوی با تأثیر بر بهبود مهارت‌های ارتباطی پرستاران با سایر همکارانشان، سبب می‌شود آنان نقش حمایت از بیمار را به نحو بهتری ایفا کنند. دوم اینکه با نظر به این حقیقت که افراد دارای ظرفیت‌های ذاتی معنویت هستند، پرستاران می‌توانند حرفه‌شان را نه به‌عنوان یک کار و شغل، بلکه به‌عنوان یک مأموریت معنوی در نظر بگیرند. در این صورت پرستاران نسبت به انجام اقدامات پرستاری و وظایف خود به صورت یک اقدام معنوی مثبت و نه یک وظیفه اجباری نگاه می‌کنند. همچنین از آنجاکه معنویت جنبه‌ای مهم از انسانیت به حساب می‌آید (۱۲) و حمایت پرستار از بیمار نیز یکی از مؤلفه‌های

نتیجه گیری

با توجه به مطالب ذکر شده، هوش معنوی تأثیر مثبتی بر افزایش میزان حمایت پرستاران از بیماران دارد. بین هوش معنوی و میزان حمایت پرستاران از بیمار ارتباط معناداری وجود دارد. از آنجایی که هوش معنوی اکتسابی است، با برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی می‌توان هوش معنوی را ارتقا داد و از این طریق موجب افزایش حمایت پرستاران از بیماران و افزایش ایمنی بیماران شد.

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۱۸ دانشکده‌ی پرستاری و مامایی خرم‌آباد با کد A-10-1493-1 بوده است. از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان و معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی خرم‌آباد و تمامی پرستاران و افرادی که ما را در انجام‌دادن این پژوهش یاری کردند سپاسگزاریم.

اصلی انسانیت می‌باشد، این حمایت پرستاران از بیماران خود نوعی انسانیت به شمار می‌آید، بنابراین باتوجه به این توضیحات، هوش معنوی دارای نقش مستقیمی در اجرای نقش حمایتی پرستاران از بیماران است که نتایج مطالعه‌ی حاضر مبنی بر ارتباط مستقیم و مثبت ارتباط هوش معنوی و حمایت پرستاران از بیماران را توجیه‌پذیر می‌کند.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد نمره‌ی کلی هوش معنوی پرستاران شرکت‌کننده، بر حسب سن، جنسیت، وضعیت تأهل و بخش‌های مختلف کاری تغییری ندارد؛ ولی نمره‌ی کلی هوش معنوی پرستارانی که دارای استخدام رسمی، سابقه‌ی کاری طولانی و سابقه‌ی آموزش اخلاق بودند، بیشتر بود. در مطالعه‌ی باقری و همکاران (۱۳۸۹) نیز بین نمره‌ی کلی هوش معنوی و سن، وضعیت تأهل و سابقه‌ی کاری پرستاران ارتباط معناداری مشاهده نشد (۲۵).

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان به استفاده از دو پرسش‌نامه و تعداد زیاد عبارات پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد که با توجه به شلوغی بخش‌ها سبب شد از دقت کافی شرکت‌کنندگان برای پاسخ‌دادن به عبارات کاسته شود. دیگر اینکه با توجه به خودارزیابی بودن پرسش‌نامه‌ها این امکان وجود دارد که درک مفهوم بعضی از عبارات برای شرکت‌کنندگان دشوار بوده باشد. از طرف دیگر نتایج مطالعه‌ی مذکور تعمیم‌دانی به دیگر جوامع نیست؛ از این رو انجام‌دادن مطالعات مشابه پیشنهاد می‌شود.

منابع

- 1- Khezerloo S, Saleh-Moghadam A, Mazloom R. A survey on the quality of patient advocacy by nurses in Mashhad's educational hospitals. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012; 13(1): 32-8. [in Persian]
- 2- Hanks RG. The Medical-Surgical Nurse Perspective of Advocate Role. *J Nur Forum*. 2010; 45(2): 107-16.
- 3- Zomorodi M, Foley BJ. The nature of advocacy vs paternalism in nursing: clarifying the thin line. *J Adv Nurs*. 2009; 65(8): 1746-52.
- 4- Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M, Hallberg IR. Patient advocacy: Barriers and facilitators. *BMC Nurs*. 2006; 5(3): 1-8.
- 5- Spence K. Ethical advocacy based on caring: A model for neonatal and paediatric nurses. *J Paediatr Child Health*. 2011; 47(9): 642-5.
- 6- Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs*. 2007; 57(1): 101-10.
- 7- Sundqvist AS, Carlsson AA. Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scand J Caring Sci*. 2014; 28(2): 281-88.
- 8- Adamson T, Paul IH, Curtis JA. The evolving healthcare landscape: Nurses cultivating the profession of nursing, healthcare reform, and health policy advocacy: A 2-Part Article. *J Dermatol Nurses Assoc*. 2011; 3(6): 357-66.
- 9- Kangasniemi M, Pakkanen P, Korhonen A. Professional ethics in nursing: An integrative review. *J Adv Nurs*. 2015; 71(8): 1744-57.
- 10- Kubsch SM, Sternard MJ, Hovarter R, Matzke V. A holistic model of advocacy: Factors that influence its use. *Complement Ther Nur and Midwifery*. 2004; 10(1): 37-45.
- 11- Jansson BS, Nyamathi A, Duan L, Kaplan C, Heidemann G, Ananias D. Validation of the patient advocacy engagement scale for health professionals. *Res Nurs Health*. 2015; 38(2): 162-72.
- 12- Zokaie Yazdi S, Mosayyeb Moradi J, Mehran A. Perspective of the nursing staff at hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences on the roles and activities of the nurses. *Hayat*. 2002; 8(3): 22-32. [in Persian]
- 13- Abbaszadeh A, Borhani F, Motamedjahromi M, Zaher H. Nursing advocacy in teaching hospitals of Kerman University of Medical Sciences: Nurses' attitude. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 5(7): 55-65. [in Persian]
- 14- Karimi H, Gazerani A, Vaghei S, Gholami H, Saleh A, Ashoori A. Relationship between spiritual intelligence and nurse competence. *Asrar*. 2012; 18(2): 132-39. [in Persian]
- 15- Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M. Patient Advocacy Barriers and Facilitators in Nurses' Experiences. *RJMS*. 2005; 12(47): 175-86. [in Persian]
- 16- Adib-Hajbaghery M, Aminoroayaei Yamini E. Nurses perception of professional support. *Feyz*. 2010; 14(2): 140-53. [in Persian]
- 17- David AA, Joy CA, Ominyi JN, Simon NO. Concept analysis of patients' advocacy: The nursing perspective. *Int J Nurs*. 2015; 5: 1-4.
- 18- Zare H, Pedram A, Shirvanian E. Prediction of student's spiritual intelligence by their personality characteristics. *Behav Sci Res*. 2012; 1(10): 59-68. [in Persian]
- 19- Semyari H, Heravi karimooi M, Nasiri M, Arabi F. Spiritual intelligence in the dental students of Tehran Universities 2013-2014. *J Nurs Educ*. 2015; 3(4): 48-57. [in Persian].
- 20- Zamani MR, Karimi F. Relationship between spiritual intelligence and job satisfaction among female high school teachers. *Educ Res Rev*. 2015; 10(6): 739-43.
- 21- Pant N, Srivastava S. Spiritual intelligence, gender and educational background as related to the quality of life of college students. *Indian J Posit Psychol*. 2015; 6(3): 226-32.
- 22- Ansari M. Investigating the Relationship between Spiritual Intelligence and Happiness and Quality of Life for Girl Students. *Int J Human Cult Stud*. 2016; 1(1): 1678-85.
- 23- Amirian ME, Fazilat Pour M. Simple and multivariate relationships between spiritual intelligence with general health and happiness. *J relig and health*. 2016; 55(4): 1275-88.
- 24- Amram Y. What is spiritual intelligence? An acumenical, grounded theory. *Inst of Transpers Psychol*. 2007: 1-31.
- 25- Bagheri F, Akbarizadeh F, Hatami H. The relationship between nurses' spiritual intelligence

- and happiness in Iran. *Procedia*. 2010; 5: 1556-61.
- 26- Imanifar N, Vaghar Seyedin A, Roshanzadeh M, Afshar L. The relationship between patient advocacy practice of nurses and their assertiveness. *J Med Ethics*. 2016; 9(32): 141-66. [in Persian]
- 27- King DB, DeCicco TL. A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *Int J Transpers Stud*. 2009; 28(1): 68-85.
- 28- Hanks RG. The lived experience of nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2008; 15(4): 468-77.
- 29- Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2010; 17(2): 255-67.
- 30- Dasht Bozorgi M, Dasht Bozorgi Z. The Relationship between Spiritual Intelligence, Coping Strategies, and Mental Health among Students. *International J Human and Cult Stud*. 2016: 636-46.
- 31- Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: A dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia. *Appl Nurs Res*. 2015; 28(4): 293-8.
- 32- Karimi Moonaghi H, Gazerani A, Vaghee S, Gholami H, Salehmoghaddam AR, Gharibnavaz R. Relation between spiritual intelligence and clinical competency of nurses in Iran. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2015; 20(6): 665-69.
- 33- Barlem JG, Lunardi VL, Barlem EL, Ramos AM, Figueira AB, Fornari NC. Nursing beliefs and actions in exercising patient advocacy in a hospital context. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015; 49(5): 811-8.
- 34- Gazarian PK, Fernberg LM, Sheehan KD. Effectiveness of narrative pedagogy in developing student nurses' advocacy role. *Nurs Ethics*. 2016; 23(2): 132-41.
- 35- Joolae S, Hajibabae F, Peyrovi H, Haghani H, Bahrani N. The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions. *Int Nurs Rev*. 2011; 58(1): 37-44.
- 36- Ware LJ, Bruckenthal P, Davis GC, O'Conner-Von SK. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: Results of the American society for pain management nursing survey. *Pain Manage Nurs*. 2011; 12(1): 25-32.
- 37- Abbaszadeh A, Borhani F, Motamedjahromi M, Zaher H. Nursing advocacy in teaching hospitals of Kerman University of Medical Sciences: Nurses' attitude. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 5(7): 55-65. [in Persian]
- 38- Miri K, Keshavarz S, Arsap M. Study of relationship of spiritual intelligence with nursing care quality between nurses. *Nurs Urmia J*. 2015; 13(6): 518-24.
- 39- Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M, Hallberg IR. The nature of patient advocacy. *JZUMS*. 2005; 13(53): 29-38. [in Persian]

The Relationship between Spiritual Intelligence and Patient Advocacy in Educational Hospitals in Khorramabad 2017

Milad Derikvand¹, Nasrin Imanifar^{*2}

¹ Bachelor of Nursing, Student Research Committee, Lorestan University of Medical Sciences, Koram Abad, Iran.

² Instructor, Internal Surgery Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Koram Abad, Iran.

Abstract

Patient Advocacy is one of the vital duties of nurses. The purpose of this study was to determine the relationship between spiritual intelligence and patient advocacy in educational hospitals in Khorramabad during 2017. This was a correlational descriptive-analytic study that was performed on 250 nurses working in educational hospitals in Khorramabad in 2017. The criteria for entering this study included a minimum degree of nursing and one year of clinical work experience. Participants in this study were selected by random sampling method. Data collection tools consisted of Hank's advocacy Questionnaire and King's spiritual intelligence. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential (correlation coefficients and regression coefficients) using SPSS v.21 software. Sixty seven percent (164 persons) were female and 37.5% (79 persons) were male. Sixty three percent of participants had a work experience of less than 5 years. The findings of this study showed the mean score of spiritual intelligence of nurses was 80.88 ± 11.19 . The average score for patient advocacy was 155.73 ± 21.41 . Pearson correlation coefficient showed that there was a significant correlation between spiritual intelligence score and Advocacy and its components ($p = 0.624$). The mean score of spiritual intelligence in nurses was high in the King questionnaire. The average score for patient advocacy was Hanks' questionnaire in the medium range. The present study showed that there was a significant positive correlation between spiritual intelligence and patient advocacy. As spiritual intelligence is acquired, spiritual intelligence can be promoted through classes and workshops, thereby increasing the patient advocacy and increasing the safety of patients.

Keywords: Nurses, Patient advocacy, Spiritual intelligence

¹ * **Corresponding Author:** Email: mdiran2013@yahoo.com