

ارتباط هوش معنوی و رفتار مراقبتی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبتی کودکان

مجببتی خوشدست کاخکی^۱، سیف‌الله علائی^{۲*}، مهری انصاری نیاکی^۲، مجید میرمحمدخانی^۳

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

^۲ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

^۳ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

*نویسنده‌ی مسئول: مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پردیس آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران. صندوق پستی: ۳۵۱۳۱۳۸۱۱۱، ایمیل: alaei616@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۶ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۰۹

چکیده

مقدمه: بررسی دقیق رفتار مراقبتی و عوامل موثر بر آن می‌تواند به بهبود و ارتقا ارائه مراقبت باکیفیت منجر گردد.

اهداف: از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین هوش معنوی پرستاران و رابطه آن با رفتار مراقبتی پرستاران بخش کودکان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی همبستگی در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲ روی ۱۱۵ نفر از پرستاران بخش‌های کودکان بیمارستان دکتر شیخ مشهد انجام شد. پرستاران واجد شرایط با حداقل ۳ ماه سابقه کار در بخش‌های کودکان، اشتغال به فعالیت‌های مراقبتی و رضایت جهت ورود به مطالعه، به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای وارد مطالعه شدند. ابزار استفاده شده در این مطالعه، پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک پرستاران، رفتار مراقبتی Wolf و پرسشنامه هوش معنوی کینگ بود. پرسشنامه‌ها در شیفت‌های صبح و عصر در اختیار پرستاران قرار داده می‌شد تا در فرصت مناسب تکمیل و در انتهای شیفت جمع‌آوری می‌گردید.

نتایج: میانگین نمره رفتار مراقبتی از دیدگاه پرستاران ($15/25 \pm 234/37$) و میانگین نمره هوش معنوی پرستاران ($14/16 \pm 53/01$) بوده است. یافته‌ها نشان داد که بین هوش معنوی و رفتار مراقبتی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبتی کودکان، همبستگی معنی‌داری وجود دارد ($r = 0/36$ و $P = 0/01$). ضمناً سن و وضعیت استخدامی پرستاران، از پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار مراقبتی محسوب می‌شوند.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط بین هوش معنوی و وضعیت رفتار مراقبتی پرستاران، می‌توان توجه به هوش معنوی پرستاران و راهکارهای بهبود آن را جهت ارتقا و بهینه‌سازی رفتار مراقبتی پرستاران شاغل به‌ویژه برای پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان پیشنهاد نمود. همچنین بسط حمایت‌های سازمانی به‌ویژه افزایش ثبات و امنیت شغلی می‌تواند در بهبود رفتار مراقبتی و درنهایت بهبود کیفیت خدمات مراقبتی موثر باشد.

کلمات کلیدی: بیمارستان، هوش معنوی، پرستار کودکان

۱. مقدمه

و رفع نیازهای مراقبتی وی دارد (۳). این رفتارهای مراقبتی می‌تواند کیفیت مراقبت را بهبود بخشد و در نتیجه باعث ایجاد احساس امنیت، کاهش اضطراب و ارتباط مؤثر بین ارائه‌دهنده و گیرنده مراقبت شود (۴). براساس یافته‌های مطالعه عزیزی فینی و همکاران رفتار مراقبتی پرستاران با رضایت بیمار و درنهایت با کیفیت ارائه خدمات در ارتباط است (۵). رفتار مراقبت پرستاری و ادراک پرستار از رفتار مراقبتی مؤثر، عمل و رفتاری است که توسط پرستاران حرفه‌ای اعمال می‌شود که نگرانی یا ایمنی و توجه را به

مراقبت جوهر پرستاری بوده و نقش منحصر به فرد پرستاران محسوب می‌شود (۱). مراقبت پرستاری در واقع رفتار حرفه‌ای و مراقبتی پرستار را شکل داده و در تعاملات بین پرستار و بیمار در بالین نمایان می‌گردد (۲). پرستاران بیش از سایر اعضای تیم درمان در دسترس بیماران بوده و وقت بیشتری را در کنار بیماران صرف می‌کنند، با انجام رفتارهای صحیح مراقبتی موجب کاهش نگرانی و افزایش راحتی و رضایتمندی بیماران می‌شوند (۳). رفتار مرتبط با مراقبت نقش مهمی در برقراری ارتباط تعاملی بین بیمار با پرستار

(۲۰)، همچنین نتایج مطالعه کریمی موقنی و همکاران بیانگر وجود ارتباط بین هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران در ایران بوده است (۱۶). با این حال برخی نتایج متناقض در این خصوص وجود دارد، به طور مثال در مطالعه برخورداری شریف آبادی و همکاران ارتباط آماری معنی داری بین هوش معنوی و رفتار مراقبتی و سطح همدلی پرستاران مشاهده نشد (۲۱).

۲. اهداف

با توجه به اهمیت و نقش رفتار مراقبتی در بهبود کیفیت مراقبت‌ها به ویژه در بخش‌های مراقبتی کودکان که به دلیل آن که بیماران آن را یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی یعنی کودکان و نوجوانان با هیجانات روحی بالا تشکیل می‌دهند، یکی از بخش‌های پراسترس بیمارستان محسوب می‌گردد و با توجه به اهمیت شناسایی عوامل مؤثر و مرتبط با رفتار مراقبتی از جمله هوش معنوی پرستاران و وجود نتایج متناقض مطالعات در زمینه ارتباط موجود بین این دو مؤلفه، مطالعه حاضر با هدف تعیین هوش معنوی پرستاران و رابطه آن با رفتار مراقبتی پرستاران بخش بستری کودکان طراحی و انجام گردید.

۳. مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی همبستگی است که روی پرستاران شاغل در بخش‌های ارائه‌دهنده مراقبت به کودکان بیمارستان تخصصی کودکان دکتر شیخ مشهد (بزرگترین بیمارستان کودکان شمال شرق کشور) در زمستان ۱۴۰۱ و بهار ۱۴۰۲ انجام شد. حجم نمونه با عنایت به این که ضریب همبستگی بین هوش معنوی و رفتار مراقبتی در مطالعه مقدماتی (پایلوت) انجام شده با ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط مطالعه، ۰/۳۶ به دست آمده و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، با بهره‌گیری از فرمول ذیل (۲۲) به ۸۲ نفر به دست آمد که به منظور افزایش قدرت مطالعه و رفع نگرانی از ریزش احتمالی نمونه، ۱۱۵ نفر تعیین گردید.

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{C} \right] + 3$$

$$C = 0.3 \times \ln \left[\frac{1+r}{1-r} \right]$$

$$Z_{\alpha} = 1/96, Z_{\beta} = 1/28, r = 0.36$$

در مطالعه حاضر پس از اخذ کد اخلاق (IR.SEMUMS.REC.1401.165) و کسب معرفی‌نامه برای ارائه به مسئولین بیمارستان دکتر شیخ مشهد، پژوهشگر با مراجعه حضوری به بخش‌های ارائه‌دهنده مراقبت به کودکان به نمونه‌گیری پرداخته است.

بیمار منتقل می‌کند (۶). یافته‌های مطالعه Seo و Lee (۷) نیز رابطه بین رفتار مراقبتی و کیفیت مراقبت‌ها را نشان داده است. رفتار مراقبتی بر حسب واحد کاری و شرایط گیرنده خدمات، می‌تواند نزد ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات، تعابیر متفاوتی داشته باشد (۸). براساس مطالعه Alikari و همکاران شرایط محیط کار، حجم کاری و مدیریت مهم‌ترین عوامل مؤثر در رفتارهای مراقبتی پرستاران است (۹). در برخی از مطالعات ابعاد اصلی عوامل مؤثر بر ادراک پرستاران از رفتار مراقبتی، شامل ویژگی‌های پرستار شامل سابقه تحصیلی، حجم کاری، رضایت شغلی، محل کار (۱۰) و حتی رابطه تیپ شخصیتی و رفتار مراقبتی پرستاران اشاره شده است (۱۱). مسئولیت‌پذیری، رشد معنوی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، روابط بین فردی و کنترل استرس، می‌تواند در ایفای نقش‌های محوله به پرستاران و رفتار مراقبتی آن‌ها مؤثر باشد (۱۲). بنابراین پرستاران بخش‌های کودکان به دلیل ویژگی‌های خاص بیماران و حساسیت خانواده‌های آنان، نیازمند دانش و مهارت حرفه‌ای بیشتری هستند و تعیین وضعیت رفتارهای مراقبتی پرستاران بخش کودکان و شناسایی عوامل مؤثر بر آن از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۳).

سلامت معنوی از جمله ابعاد مهم سلامتی معرفی شده و مراقبت معنوی در پرستاری نیز مورد توجه قرار گرفته است (۱۴). در این راستا مفهوم هوش معنوی برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط Stevens و بعد در سال ۱۹۹۹ توسط Emmons مطرح شد، که ایشان معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب و واژه هوش معنوی (Spiritual Intelligence) را مطرح و آن را به عنوان ظرفیت انسان برای پرسیدن سؤالات نهایی درباره معنای زندگی، تعریف کرد (۱۵). از هوش معنوی به عنوان نیروی قدرتمندی جهت سازگاری و تطابق بهتر افراد در مواجهه با مشکلات یاد شده است. ارزش‌های معنوی نه تنها به بهبود کیفیت زندگی کاری کارکنان می‌انجامد، بلکه این توانایی را دارد که منجر به ارتقا کل سازمان شود (۱۶). یافته‌های مطالعه شاه‌رخی و همکاران نشان داد که هوش معنوی پرستاران با استرس درک شده توسط آنان رابطه معنی دار دارد، لذا جهت کاهش استرس پرستاران یکی از راهکارهای مؤثر، تقویت هوش معنوی است (۱۶، ۱۷). نتیجه مطالعه خندان و همکاران نیز نشان داد که هوش معنوی با عملکرد شغلی پرستاران مرتبط است (۱۸). مطالعه Kaur و همکاران بیانگر آن است که هوش معنوی به عنوان یک عامل کلیدی به واسطه تأثیر مثبت بر هوش عاطفی، سلامت روان پرستاران فرسودگی شغلی را کاهش و رفتار مراقبتی‌شان را ارتقا داده است (۱۹). میری و همکاران در مطالعه خود به ارتباط مثبت و خطی بین هوش معنوی پرستاران با کیفیت مراقبت پرستاری اشاره کرده‌اند

نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای انجام شد. ابتدا بخش‌های اورژانس، ویژه، بستری عمومی و بخش‌های تخصصی کودکان را به‌عنوان طبقه در نظر گرفته و سپس از هر بخش، نیمی از پرستاران به‌طور تصادفی ساده (قرعه‌کشی) انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه اشتغال به فعالیتهای مراقبتی، داشتن حداقل ۳ ماه سابقه کار در بخش‌های مراقبتی کودکان و تمایل جهت شرکت در مطالعه بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک پرستاران (سن، جنس، بخش محل خدمت، سابقه کار، سابقه کار در بخش کودکان، وضعیت استخدام، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و سابقه شرکت در کارگاه اخلاق)، پرسشنامه رفتار مراقبتی Wolf و پرسشنامه هوش معنوی King بوده است. پرسشنامه Wolf دارای ۴۲ گویه و ۵ بعد قائل‌شدن احترام برای دیگری (گویه‌های ۱ الی ۱۲)، اطمینان از حضور انسانی (گویه‌های ۱۳ الی ۲۴)، ارتباط و گرایش مثبت (گویه‌های ۲۵ الی ۳۳)، دانش و مهارت حرفه‌ای (گویه‌های ۳۴ الی ۳۸) و توجه به تجارب دیگری (گویه‌های ۳۹ الی ۴۲) است. هر سوال شامل مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای (هرگز: ۱ تا همیشه: ۶) است. حداقل نمره پرسشنامه ۴۲ و حداکثر نمره آن ۲۵۲ یا بین میانگین متوسط ۱-۶ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده رفتار مراقبتی مناسب‌تر است. رفیعی و همکاران روایی صوری و محتوی نسخه فارسی این پرسشنامه را تأیید و پایایی آن را با آلفای کرونباخ ۸۵ درصد تعیین نمودند (۲۳). حاجی نژاد و همکاران نیز در پژوهش خود به بررسی اعتبار علمی این ابزار با روش اعتبار محتوی پرداختند که نتایج نشان‌دهنده اعتبار مناسب این پرسشنامه بود و پایایی مناسب این پرسشنامه را با آلفای کرونباخ ۹۲ درصد تأیید کردند (۲۴). علاوه بر توضیحات ارائه‌شده در خصوص پرسشنامه رفتار مراقبتی Wolf و پرسشنامه هوش معنوی King، بهره‌گیری و برخورداری همکاران از پرسشنامه‌های مذکور تأییدی بر منطقی بودن استفاده از ابزارهای مذکور است (۲۱). لازم به توضیح است Shank و همکاران بررسی‌های گسترده در خصوص یافتن ابزار اختصاصی تعیین رفتار مراقبتی کودکان انجام دادند، لیکن به نتیجه مناسبی نرسیدند (۲۵). پس از آن Fenizia و همکاران پرسشنامه Nurse Caring Behaviors Scale (NCBS) را جهت استفاده در سنجش رفتار مراقبتی بخش‌های مراقبتی کودکان دچار سرطان روانسنجی نموده‌اند (۲۶). در واقع این ابزار علاوه بر این که مختصر بوده و فاقد جامعیت و ابعاد است، هنوز به سطح اطمینان مناسبی برای استفاده گسترده برای سنجش مراقبت کودکان نرسیده است. لذا در مطالعه جاری از پرسشنامه رفتار مراقبتی Wolf استفاده گردید.

پرسشنامه هوش معنوی (The Spiritual Intelligence Self-Report Inventory = SISRI) در سال ۲۰۰۸ توسط King طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ گویه و ۴ بعد تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، بسط حالت هوشیاری و آگاهی متعالی است و نمره‌گذاری آن، براساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) و دامنه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ یا بین میانگین متوسط ۵-۱ است. هر چه فرد نمره بالاتری کسب کند، دارای هوش معنوی بیشتری است، به‌طوری که نمره مساوی و بالاتر از میانگین به‌دست‌آمده هوش معنوی مطلوب و پایین‌تر از آن نامطلوب در نظر گرفته می‌شود و پایایی پرسشنامه توسط King با ضریب آلفای کرونباخ ۹۵ درصد تأیید شد (۲۷). در ایران حسین چاری و ذاکری روایی و اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی در حد مطلوب گزارش کرده‌اند (۲۸) و در پژوهش زهرا امیری و حسن امیری نیز پایایی کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد (۲۹). در پژوهش حاضر به‌منظور ارزیابی پایایی از روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد. به این صورت که در ابتدای نمونه‌گیری نمره رفتار مراقبتی و همچنین هوش معنوی ۱۵ پرستار با این ابزارها توسط پژوهشگر در یک نوبت اندازه‌گیری شد و سپس ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابزار هوش معنوی ۰/۷۹ (و برای ابعاد آن بین ۰/۸۴ - ۰/۷۸) و برای ابزار رفتار مراقبتی ۰/۸۱ (و برای ابعاد آن بین ۰/۸۷ - ۰/۷۶) به‌دست آمد که این ضرایب برای ابزارهای مذکور مورد قبول تلقی می‌گردد.

پژوهشگر پس از انتخاب پرستاران واجد شرایط و اخذ رضایت‌نامه کتبی از مشارکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، رفتار مراقبتی Wolf و هوش معنوی King را در اختیارشان قرار می‌داد تا به‌صورت خودگزارش‌دهی (عدم حضور مجری) در وقت آزاد خود در بخش تکمیل نمایند. زمان مراجعه پژوهشگر به بخش‌ها در شیفت صبح و عصر بوده است. در صورتی که پرستاری فقط در شیفت شب ارائه خدمت می‌نمود پس از تماس تلفنی و هماهنگی قبلی پرسشنامه در بخش در ایستگاه پرستاری گذاشته می‌شد که هنگام مراجعه به بخش مربوطه تحویل گرفته و تکمیل نماید.

داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی اسپیرمن و پیرسون و آزمون رگرسیون لجستیک با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

۴. نتایج

یافته‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن پرستاران مورد مطالعه ($29/92 \pm 5/05$) سال با محدوده سنی بین (۲۲ - ۴۲) سال بوده است. میانگین و انحراف معیار سابقه کار پرستاران مورد مطالعه ($6/19 \pm 4/82$) سال و سابقه کار در بخش کودکان آن‌ها ($5/57 \pm 4/66$) سال بوده است.

اکثریت پرستاران ۱۱۲ ($97/4$ درصد) خانم بوده و ۱۱۳ نفر (۹۸/۳ درصد) آن‌ها دارای مدرک کارشناسی بودند. اکثریت مشارکت‌کنندگان از نظر وضعیت تأهل، ۷۶ نفر (۶۶/۱ درصد) متأهل و از نظر وضعیت استخدامی ۶۱ نفر (۵۳/۱ درصد) رسمی یا پیمانی بودند و اکثریت آن‌ها ۱۰۵ نفر (۹۱/۳ درصد) دارای شیفت کاری در گردش بوده و ۷۶ نفر (۶۶/۱ درصد) سابقه شرکت در کارگاه اخلاق را داشته‌اند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک پرستاران مورد مطالعه

متغیرها	فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	(حداکثر-حداقل)
سن	۱۱۵ (۱۰۰)	$29/92 \pm 5/05$	(۲۲ - ۴۲)
سابقه کار پرستاری	۱۱۵ (۱۰۰)	$6/19 \pm 4/82$	(۱ - ۱۹)
سابقه کار در بخش کودکان	۱۱۵ (۱۰۰)	$5/57 \pm 4/66$	(۱ - ۱۹)
جنسیت			
زن	۱۱۲ (۹۷/۴)		
مرد	۳ (۳/۶)		
وضعیت استخدامی			
رسمی یا پیمانی	۶۱ (۵۳/۱)		
سایر (طرحی، شرکتی)	۵۴ (۴۶/۹)		
نوع شیفت کاری			
ثابت	۱۰ (۸/۷)		
در گردش	۱۰۵ (۹۱/۳)		
سابقه شرکت در کارگاه اخلاق			
بلی	۷۶ (۶۶/۱)		
خیر	۳۹ (۳۳/۹)		

یافته‌ها نشان داده‌اند که میانگین و انحراف معیار نمره کلی رفتار مراقبتی از دیدگاه پرستاران $234/37 \pm 15/25$ است و در بین ۵ بعد رفتار مراقبتی از دیدگاه پرستاران، بیشترین

درصد نمره ($96/25$ درصد) به بعد توجه به تجارب دیگری و کمترین درصد نمره ($91/4$ درصد) به بعد قائل شدن احترام برای دیگری اختصاص یافته است (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کل رفتار مراقبتی از دیدگاه پرستاران تحت مطالعه و ابعاد آن

ابعاد رفتار مراقبتی از دیدگاه پرستاران	نمره حداکثر استاندارد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	درصد
قائل شدن احترام برای دیگری	۷۲	$65/81 \pm 5/17$	۹۱/۴
اطمینان از حضور انسانی	۷۲	$66/99 \pm 5/21$	۹۳/۰۴
ارتباط و گرایش مثبت	۵۴	$49/66 \pm 5/22$	۹۱/۹۶
دانش و مهارت حرفه‌ای	۳۰	$28/81 \pm 1/83$	۹۶
توجه به تجارب دیگری	۲۴	$23/10 \pm 1/65$	۹۶/۲۵
نمره کلی رفتار مراقبتی	۲۵۲	$234/37 \pm 15/25$	۹۳

همچنین یافته‌ها نشان داده‌اند که میانگین و انحراف معیار نمره کلی هوش معنوی پرستاران $14/16 \pm 53/01$ است و در بین ۴ بعد هوش معنوی، بیشترین درصد نمره ($45/6$ درصد)

به بعد تفکر وجودی انتقادی و کمترین درصد نمره ($37/2$ درصد) به بعد آگاهی متعالی اختصاص یافته است (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات هوش معنوی پرستاران

هوش معنوی	حداکثر نمره	انحراف معیار $\pm$ میانگین	درصد
بعد تفکر وجودی انتقادی	۳۵	$15/95 \pm 4/01$	۴۵/۶
بعد تولید معنای شخصی	۲۵	$11/70 \pm 3/05$	۴۵/۲
بعد بسط حالت هوشیاری	۳۵	$15/46 \pm 3/66$	۴۳/۷
بعد آگاهی متعالی	۲۵	$9/90 \pm 3/44$	۳۷/۲
نمره کلی هوش معنوی	۱۲۰	$53/01 \pm 14/16$	۴۳/۲

یافته‌های مطالعه نشان داده‌اند که بین نمره کل هوش معنوی و نمره کل رفتار مراقبتی در پرستاران بخش‌های کودکان بیمارستان مورد مطالعه همبستگی معنی‌داری وجود دارد ($r = 0/36$ و $P = 0/01$) اما همبستگی معنی‌داری بین ابعاد هوش معنوی و ابعاد رفتار مراقبتی مشاهده نشد (جدول ۴).

جدول ۴: ارتباط بین هوش معنوی پرستاران با رفتار مراقبتی از دیدگاه پرستاران^{الف}

هوش معنوی رفتار مراقبتی	تفکر وجود انتقادی	تولید معنای شخصی	بسط حالت هوشیاری	آگاهی متعالی	نمره کلی هوش معنوی
قائل شدن احترام برای دیگری	$P = 0/13, r = 0/11$	$P = 0/46, r = 0/07$	$P = 0/79, r = 0/02$	$P = 0/13, r = 0/12$	$P = 0/12, r = 0/15$
اطمینان از حضور انسانی	$P = 0/26, r = 0/09$	$P = 0/75, r = 0/04$	$P = 0/31, r = 0/08$	$P = 0/48, r = 0/06$	$P = 0/20, r = 0/12$
ارتباط و گرایش مثبت	$P = 0/54, r = 0/05$	$P = 0/19, r = 0/10$	$P = 0/14, r = 0/11$	$P = 0/27, r = 0/10$	$P = 0/09, r = 0/16$
دانش و مهارت حرفه‌ای	$P = 0/42, r = 0/07$	$P = 0/73, r = 0/03$	$P = 0/59, r = 0/05$	$P = 0/37, r = 0/07$	$P = 0/12, r = 0/15$
توجه به تجارب دیگری	$P = 0/17, r = 0/10$	$P = 0/26, r = 0/08$	$P = 0/39, r = 0/08$	$P = 0/36, r = 0/05$	$P = 0/07, r = 0/17$
نمره کل رفتار مراقبتی	$P = 0/08, r = 0/18$	$P = 0/10, r = 0/17$	$P = 0/12, r = 0/14$	$P = 0/17, r = 0/13$	$P = 0/01, r = 0/36$

^{الف}: در جدول علامت * به معنای ضریب همبستگی پیرسون و علامت ** به معنای ضریب همبستگی اسپیرمن است.

در خصوص تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار مراقبتی، آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که سن پرستاران ($P = 0/31$) و وضعیت استخدامی ($P = 0/42$) به‌عنوان

جدول ۵: پیشگویی‌کننده‌های رفتار مراقبتی پرستاران^{الف}

متغیرها	ضریب B	خطای استاندارد	آماره آزمون	مقدار P	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای نسبت شانس‌ها
					نسبت	حد بالا / حد پایین
سن پرستار	۰/۴۳۱	۰/۱۹۹	۴/۶۷۹	۰/۰۳۱	۰/۶۵۰	۰/۴۳۹ / ۰/۹۶۰
جنسیت پرستار	۰/۲۷۲	۱/۵۳۸	۰/۰۳۱	۰/۸۶۰	۰/۷۶۲	۰/۰۳۷ / ۱۵/۵۳۱
سابقه پرستار بیمارستان	۰/۳۳۵	۰/۲۰۸	۲/۵۷۷	۰/۱۰۸	۱/۳۹۷	۰/۹۲۹ / ۲/۱۰۳
تحصیلات پرستار	۷/۱۵۶	۶/۱۶۸	۱/۳۴۶	۰/۲۴۶	۱۲۸۲/۰۰۵	۰/۰۰۷ / ۲۲۷۹۲۴۱۰۷/۵۷۱
وضعیت تاهل پرستار	۰/۰۱۹	۰/۴۹۶	۰/۰۰۲	۰/۹۶۹	۰/۹۸۱	۰/۳۷۱ / ۲/۵۹۵
استخدام رسمی و پیمانی	۱/۵۵۹	۰/۷۶۸	۴/۱۲۲	۰/۰۴۲	۴/۷۵۶	۱/۰۵۶ / ۲۱/۴۲۸

سایر	۰/۴۶۰	۰/۵۱۷	۰/۷۹۲	۰/۳۷۴	۱/۵۸۵	۰/۵۷۵	۴/۳۶۸
نوع شیفت	۲/۰۴۰	۱/۱۳۶	۳/۲۲۱	۰/۰۷۳	۷/۶۸۹	۰/۸۲۹	۷۱/۳۲۵
شرکت در کارگاه اخلاق	۰/۸۶۷	۰/۴۵۳	۳/۶۶۵	۰/۰۵۶	۰/۴۲۰	۰/۱۷۳	۱/۰۲۱
نمره کل هوش معنوی	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۱/۰۰۸	۰/۳۱۵	۱/۰۱۷	۰/۹۸۴	۱/۰۵۲

الف: آزمون رگرسیون

۵. بحث

شده را توجیه نماید.

در راستای هدف تعیین وضعیت رفتار مراقبتی و هوش معنوی پرستاران بخش‌های کودکان و ابعاد آن، یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که میانگین هوش معنوی این پرستاران با میانگین نمره کلی ($14/16 \pm 53/01$) یا $2/2$ (از حداکثر ۵) تا حدودی کمتر از حد متوسط است. هر چند که نمره هوش معنوی در مطالعه برخورداری شریف آباد و همکاران یا نمره ($35/12 \pm 97/26$) بالاتر از مطالعه جاری بوده، لیکن هم‌راستا با یافته‌های مطالعه جاری، بیشترین آن مربوط به بعد تفکر وجودی انتقادی کمترین آن مربوط به بعد آگاهی متعالی بود (۲۱). نمره هوش معنوی در مطالعه Sunaryo و همکاران (۳۲) با نمره هوش معنوی ($3/48 \pm 1/00$) تا حدودی بیشتر از حد متوسط (از حداکثر ۵ نمره) بوده است. میانگین نمره هوش معنوی براساس مطالعه میری و همکاران (۲۰) در بیمارستان‌های آموزشی گناباد ($2/00 \pm 117/16$) و در مطالعه بیرانوند و همکاران روی پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دولتی خرم‌آباد (۲۳) به میزان $17/16 \pm 148/61$ گزارش شد. لازم به توضیح این که در مطالعات میری و بیرانوند از پرسشنامه ۴۲ گویه‌ای سنجش هوش معنوی با دامنه نمرات ۲۱۰-۴۲ استفاده شد و لذا می‌توان گفت نمره هوش معنوی در پرستاران محیط پژوهش میری، هم‌راستا با مطالعه جاری حدوداً در سطح متوسط بوده است اما با یافته‌های مطالعه شاه‌رخ و همکاران روی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه که میانگین نمره هوش معنوی در حد متوسط ($14/35 \pm 50/28$) گزارش شده است، هم‌راستا است (۱۷). با توجه به رابطه معکوس بین هوش معنوی و استرس ادراک‌شده در این مطالعه، شاه‌رخ هوش معنوی را به‌عنوان راهکاری موثر و پیش‌بینی‌کننده جهت کاهش استرس معرفی کرده است.

در راستای هدف تعیین ارتباط بین وضعیت هوش معنوی پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان با رفتار مراقبتی این پرستاران، یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که ارتباط مستقیم معنی‌داری بین نمره کلی هوش معنوی پرستاران با رفتار مراقبتی آن‌ها وجود دارد. این‌طور به‌نظر می‌رسد که پرستاران با هوش معنوی بالاتر، به‌علت داشتن توانایی بیشتر در شناخت خود و دیگران، تبیین مناسب‌تر هدف از

مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت رفتار مراقبتی و هوش معنوی پرستاران بخش‌های کودکان و ارتباط بین رفتار مراقبتی و هوش معنوی پرستاران انجام شده است. در راستای هدف «تعیین وضعیت رفتار مراقبتی پرستاران بخش‌های کودکان و ابعاد آن از دیدگاه پرستاران» یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان با میانگین ($15/25 \pm 234/37$) معادل متوسط $5/57$ (از حداکثر نمره ۶)، وضعیت رفتار مراقبتی خود را بسیار خوب ارزیابی کردند. در مطالعه مومنی و نعمت‌اللهی روی پرستاران شاغل در بخش‌های اطفال نیز یافته‌ها حاکی از بالا بودن نمره رفتار مراقبتی پرستاران بود. لازم به توضیح است که براساس پرسشنامه رفتار مراقبتی Larson نمره رفتار مراقبتی در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $5/16 \pm 256/61$ و $52/99 \pm 257/3$ از حداکثر نمره ۲۸۵ بوده، و همچنین آموزش رفتارهای مراقبتی موجب بهبود آن شده است (۳۰). در مطالعه زارع و همکاران نیز پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه، رفتار مراقبتی خود را خوب ($14/65 \pm 229/07$) ارزیابی کرده‌اند (۳۱). این یافته تا حدودی از یافته مطالعه برخورداری شریف آبادی و همکاران ($5/1 \pm 198/46$) در خصوص رفتار مراقبتی از منظر پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی کاشان (۲۱) و میانگین متوسط ($3/04 \pm 1/10$) از حداکثر ۶ در مطالعه Sunaryo و همکاران (۳۲)، در پرستاران دو بیمارستان اسلامی اندونزی و مطالعه lee و Seo (۷) در بیمارستان‌های عمومی کشور کره جنوبی با متوسط $3/6$ ، بالاتر است. به‌نظر می‌رسد این اختلاف به متفاوت بودن شرایط خاص حاکم بر بخش‌های مراقبتی مختلف مربوط باشد به‌طوری که حضور کودکان بیمار در بخش‌های مراقبتی کودکان شرایطی را ایجاد می‌نماید که پرستاران تصور می‌نمایند نقش موثرتری را در فرآیند مراقبتی ایفا می‌نمایند. از طرفی یکی از دلایل پایین بودن نمره رفتار مراقبتی در مطالعه Lee و Seo (۷)، مراقبت متنوع پرستاران از تعداد زیاد بیماران در مقایسه با تعداد محدودتر در بخش‌های تخصصی ذکر شده است که این استدلال می‌تواند بالاتر بودن نمره رفتار مراقبتی در مطالعه جاری که در بیمارستان تخصصی دارای بخش‌های تخصصی انجام

را نشان می دهد، لیکن بین سن پرستار و رفتار مراقبتی ارتباطی وجود نداشت (۷). لذا می توان گفت حمایت سازمانی و رضایت شغلی نسبت به ویژگی های فردی از عوامل موثرتر در رفتار مراقبتی پرستاران محسوب می شوند.

از جمله محدودیت های مطالعه جاری می توان به مشغله کاری پرستاران اشاره نمود که شاید در مواردی بر دقت در تکمیل پرسشنامه موثر باشد که تلاش بر این بود که با در نظر گرفتن وقت کافی به منظور پاسخ دهی به پرسشنامه ها، اثر آن را کاهش داد. نکته دیگر این که داده های مطالعه جاری صرفا از یک بیمارستان جمع آوری شده است و پیشنهاد می شود که این مطالعه به شکل چندمرکزی انجام گیرد. همچنین شاید بتوان استفاده از روش خودگزارش دهی را از دیگر محدودیت های این مطالعه دانست.

۱.۵. نتیجه گیری

با توجه به ارتباط معنی دار مشاهده شده بین هوش معنوی پرستاران با وضعیت رفتار مراقبتی آنان در بخش های مراقبتی کودکان، می توان به مسئولین پرستاری پیشنهاد نمود تا به مقوله هوش معنوی پرستاران توجه نمایند و با به کارگیری راهکارهایی در جهت آشنایی بیشتر پرستاران با مفهوم هوش معنوی و نقش آن در بهبود رفتار مراقبتی موجبات ارتقا و بهینه سازی رفتار مراقبتی پرستاران شاغل به ویژه برای پرستاران شاغل در بخش های کودکان فراهم نمایند. همچنین با توجه به نقش پیشگویی کنندگی وضعیت استخدامی بر رفتار مراقبتی پرستاران باید در جهت افزایش حمایت های سازمانی از پرستاران به ویژه افزایش ثبات و امنیت شغلی با دستیابی به وضعیت استخدامی رسمی و پیمانی که می تواند در بهبود رفتار مراقبتی و در نهایت بهبود کیفیت خدمات مراقبتی موثر باشد، تلاش گردد.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان به شماره طرح ۲۹۶۶ است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان و دانشکده پرستاری مامایی سمنان جهت حمایت در طراحی و انجام مطالعه قدردانی می گردد. همچنین از واحدهای پژوهش جهت همکاری در تکمیل پرسشنامه تشکر و قدردانی می شود.

مشارکت نویسندگان:

م.خ. و س.ع.: ایده و طراحی مطالعه؛ م.خ.: جمع آوری داده ها؛ س.ع.، م.ا.ن. و م.م.: آنالیز و تفسیر نتایج؛ م.خ.، س.ع. و م.ا.ن.: نگارش نسخه اول مقاله. همه نویسندگان نتایج را

حضور خود در بیمارستان، در حین کار تلاش می کنند تا مسئولیت پذیری و دلسوزی بیشتری از خود نشان داده و رفتار مراقبتی مطلوب تری را به نمایش می گذارند. با توجه به فواید متعدد هوش معنوی از جمله کمک به کاهش استرس (۱۷)، نقش آن در خود کارآمدی پرستاران (۳۳) و در نهایت کیفیت مراقبت های پرستاری (۲۰)، می بایست به عوامل و راهکارهای بهبود هوش معنوی پرستاران، به میزان بیشتری توجه شود.

در مطالعه Kaur و همکاران نیز رابطه معنی دار بین رفتار مراقبتی و هوش معنوی وجود داشته و نتایج مطالعه او نشان دهنده نقش مهم هوش معنوی در تاثیر گذاری بر رفتار مراقبتی پرستاران بود. به گفته کاور، معنویت و پرستاری از همان ابتدا باهم مرتبط بوده و در این حرفه، تعادلی بین بدن، ذهن و روح و به طور مشخص بعد معنوی وجود دارد (۱۹). یافته های مطالعه سوناریو و همکاران نیز بیانگر وجود ارتباط مثبت و معنی دار بین این دو مؤلفه هستند (۳۲). همچنین نتایج مطالعه سوناریو و Adamson نشان داد که هوش معنوی پرستاران تأثیر مستقیم و مثبتی بر ایجاد رفتار مراقبتی دارد (۳۴). این امر نشان می دهد که هوش معنوی دارای نقش برجسته ای در تعیین رفتار مراقبتی در بین پرستاران است. بر خلاف یافته های مطالعه حاضر، در مطالعه برخورداری شریف آبادی و همکاران (۲۱) رابطه معنی داری بین هوش معنوی و رفتار مراقبتی پرستاران مشاهده نشد. به نظر می رسد شرایط متفاوت مربوط به بیماران بستری و محیط کاری بخش های ویژه بزرگسالان با واحدهای مراقبتی کودکان، را بتوان از عوامل موثر در این تفاوت محسوب نمود. همچنین یافته های مطالعه بیانگر آن است که بین ابعاد هوش معنوی و ابعاد رفتار مراقبتی پرستاران ارتباط معنی داری وجود نداشته است.

بر اساس یافته های مطالعه حاضر در بین مشخصات دموگرافیک و شغلی و هوش معنوی پرستاران مشارکت کننده، صرفا متغیر سن و وضعیت استخدامی پرستاران نقش پیشگویی کننده برای رفتار مراقبتی داشته اند. به طوری که با افزایش سن و وضعیت استخدامی با ثبات تر و دارای امنیت شغلی بیشتر پرستاران رفتار مراقبتی بهتری از خود نشان می دهند. همسو با این یافته، یافته های مطالعه سلیمی و همکاران است که در آن سن، وضعیت استخدامی و سابقه خدمت با عوامل تعیین کننده رفتار مراقبتی ارتباط معنی دار داشته اند (۳۵). یافته های مطالعه Kim و Eo نیز رابطه بین ثبات سازمانی و رضایت شغلی پرستاران با رفتار مراقبتی را نشان داده است (۳۶). در مطالعه Sunaryo و همکاران (۳۲) رابطه منفی بین فرسودگی شغلی و رفتار مراقبتی پرستاران، ذکر شده است. در صورتی که بر اساس مطالعه یافته های مطالعه Seo و Lee نیز رابطه بین رضایت شغلی و رفتار مراقبتی پرستاران

References

1. Hamim N. Workload and Work Stress on Caring Behavior in nurse on Nursing Services. *Int J Hum Resource Stud*. 2015;5(3). <https://doi.org/10.5296/ijhrs.v5i3.8236>.
2. Pashae S, Lakdizaji S, Rahmani A, Zamanzadeh V. [Priorities of Caring Behaviors from Critical Care Nurses Viewpoints]. *Preventive Care Nurs Midwifery J*. 2014;4(1):65-73. Persian.
3. Chung HC, Chen YC, Chang SC, Hsu WL, Hsieh TC. Development and Validation of Nurses' Well-Being and Caring Nurse-Patient Interaction Model: A Psychometric Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15). [PubMed ID:34360044]. [PubMed Central ID:PMC8345567]. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157750>.
4. Zare F, Farokhzadian J, Nematollahi M, Miri S, Zakeri MA, Foroughameri G. Therapeutic Communication Skills Training: An Effective Tool to Improve the Caring Behaviors of ICU Nurses. *Acta Medica Iranica*. 2023;61(5). <https://doi.org/10.18502/acta.v61i5.13486>.
5. Azizi-Fini I, Mousavi M-S, Mazroui-Sabdani A, Adib-Hajbagheri M. Correlation Between Nurses' Caring Behaviors and Patients' Satisfaction. *Nurs Midwifery Stud*. 2012;1(1):36-40. <https://doi.org/10.5812/nms.7901>.
6. Oluma A, Abadiga M. Caring behavior and associated factors among nurses working in Jimma University specialized hospital, Oromia, Southwest Ethiopia, 2019. *BMC Nurs*. 2020;19:19. [PubMed ID:32210736]. [PubMed Central ID:PMC7087356]. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0407-2>.
7. Lee H, Seo K. Mediating Effect of Compassion Competence on the Relationship between Caring Behaviors and Quality of Nursing Services in South Korea. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(5). [PubMed ID:35628100]. [PubMed Central ID:PMC9140351]. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050964>.
8. Ziari A, binaei F, Ansari M, Valinejadi A. [The gap between the service quality and patients' expectations in Amir-al-momenin hospital of Semnan University of Medical Sciences in 2016, Semnan, Iran]. *koomesh*. 2018;20(2):e152952. Persian.
9. Alikari V, Fradelos E, Zartaloudi A, Kolovos P, Zyga S. Factors Affecting Nurses' Caring Behaviors: A Study in Greece. *preprints.org*. 2024;Preprint. <https://doi.org/10.20944/preprints202401.0464.v1>.
10. Esmail Hajinezhad M, Azodi P. Nurse caring behaviors from patients' and nurses' perspective: A comparative study. *Europ Online J Natural Soc Sci*. 2014;3(4):1010-7.
11. Mohammadi H, Seyedfatemi N, Mehran A. [Relationship between the circadian types and nurses' caring behaviours]. *koomesh*. 2015;16(3):e151263. Persian.
12. Kim MS, Yun SY. Effects of Eating Habits and Self-efficacy on Nursing Students' Health Promotion Behaviors : in convergence era. *Convergence Soc SMB*. 2017;7(2):111-7. <https://doi.org/10.22156/cs4smb.2017.7.2.111>.
13. Sims-Gould J, Race DL, Macdonald H, Houghton KM, Duffy CM, Tucker LB, et al. "I just want to get better":

بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تایید نمودند.

تضاد منافع:

هیچگونه تضاد منافع بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

بازيابی داده‌ها:

مجموعه داده ارائه شده در مطالعه با درخواست از نویسندگان مربوطه در حین ارسال یا پس از انتشار در دسترس است.

کد اخلاق:

IR.SEMUMS.REC.1401.165

حمایت مالی و معنوی:

این مطالعه منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان به شماره طرح ۲۹۶۶ است که در دانشگاه علوم پزشکی سمنان تصویب و بدون حمایت مالی اجرا شده است

رضایت آگاهانه:

رضایت نامه کتبی از مشارکت کنندگان دریافت شد.

- experiences of children and youth with juvenile idiopathic arthritis in a home-based exercise intervention. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2018;16(1):59. [PubMed ID:30236145]. [PubMed Central ID:PMC6148995]. <https://doi.org/10.1186/s12969-018-0273-6>.
14. Kalal AS, Asadzandi M, Ahmadi Y. [Design and psychometrics of spiritual health services competency questionnaire]. *Koomesh*. 2023;25(2):187-98. Persian.
 15. Ebrahimi Barmi B, Hosseini M, Abdi K, Bakhshi E. [The Relationship of Spiritual Intelligence and Rehabilitation Staff's Perceived Stress in Welfare Organizations Centers in Tehran and Shemiranat: 2017]. *J Rehabil*. 2018;19(3):228-37. Persian. <https://doi.org/10.32598/rj.19.3.228>.
 16. Karimi-Moonaghi H, Gazerani A, Vaghee S, Gholami H, Salehmoghaddam AR, Gharibnavaz R. Relation between spiritual intelligence and clinical competency of nurses in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(6):665-9. [PubMed ID:26793250]. [PubMed Central ID:PMC4700684]. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.170002>.
 17. Shahrokhi A, Elikaei N, Yekefallah L, Barikani A. [Relationship between spiritual intelligence and perceived stress among critical care nurses]. *J Inflam Dis*. 2018;22(3):40-9. Persian. <https://doi.org/10.29252/qums.22.3.40>.
 18. Khandan M, Eyni Z, Koohpaei A. Relationship between Spiritual Intelligence and Job Performance: A Case Study of Nurses and Nursing Aids in the Main University Hospital of Qom, Iran. *Health, Spirituality Med Ethics*. 2017;4(3):8-13.
 19. Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring be-

- havior of nurses: a dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia. *Appl Nurs Res*. 2015;**28**(4):293-8. [PubMed ID:26608428]. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.006>.
20. Miri K, Keshavarz A, Shirdelzadeh S, Parsa P. [The relationship between nurses' spiritual intelligence and quality of nursing care based on nurses' & patients' viewpoints]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2015;**13**(6):518-24. Persian.
21. Barkhordari-Sharifabad M, Nadian-Sadeh H, Sedaghati Kasbakhi M. [The relationship between spiritual intelligence with caring behavior and empathy in nurses working in hospitals affiliated to university of medical sciences of Kashan]. *J Nurs Educa*. 2020;**8**(6):8-17. Persian.
22. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing Clinical Research: an epidemiologic approach*. Philadelphia, United States: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
23. Rafii F, Oskouie SF, Peyrovi H, Haghani H. [A comparative study of the effectiveness of the clinical practice of fundamental nursing through role-play versus traditional method on caring behaviors of sophomore-level nursing students]. *Iran J Nurs*. 2009;**22**:42-52. Persian.
24. Hajinezhad M, Rafii F, Jafarjalal E, Haghani H. [Relationship between nurse caring behaviors from patients' perspectives & their satisfaction]. *Iran J Nurs*. 2007;**20**:73-83. Persian.
25. Shank J, Chamorro-Vina C, Guilcher GMT, Langelier DM, Schulte F, Culos-Reed SN. Evaluation Tools for Physical Activity Programs for Childhood Cancer: A Scoping Review. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2020;**37**(3):163-79. [PubMed ID:31847707]. <https://doi.org/10.1177/1043454219891987>.
26. Fenizia E, Marchese C, Spina M, Coppola L, Rostagno E, Castaing M, et al. Pediatric Version of the Nurse Caring Behavior Scale: A Cross-Sectional Study in Pediatric Hemato-Oncology Centers. *J Nurs Meas*. 2023;**31**(3):404-11. [PubMed ID:35793860]. <https://doi.org/10.1891/JNM-2021-0038>.
27. Wan Zulkifli WN, Ishak NA, Mat Saad Z. The spiritual intelligence self report inventory (Sisri 24) instrument reliability among delinquent teenagers. *IOSR J Hum Soc Sci (IOSR-JHSS)*. 2017;**22**(7):44-7.
28. Hossein Jari M, Zakeri H. [The effect of studying university majors, religious and art sciences on spiritual intelligence: a trial for validation and measuring reliability of spiritual intelligence scale]. *Quarterl Educ Measurement*. 2010;**1**(1):1-21. Persian.
29. 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]. *Sci J Nurs, Midwifery Paramedical Faculty*. 2019;**5**(1):82-93. Persian.
30. Monemi E, Nematollahi M. Online education and improvement of caring behaviors of nurses in pediatric wards: a quasi-experimental study. *BMC Nurs*. 2023;**22**(1):157. [PubMed ID:37158863]. [PubMed Central ID:PMC10169496]. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01315-8>.
31. Zare Z, Sanagoo A, Behnampour N, Jouybari L. [Comparison of Nurses' and Patients' Perspective on Caring Behaviors in Intensive Care Units of Educational and Medical Hospitals Affiliated Golestan University of Medical Sciences in 2021]. *J Nurs Educ*. 2022;**11**(2):23-31. Persian. <https://doi.org/10.22034/jne.11.2.23>.
32. Sunaryo H, Nirwanto N, Manan A. The Effect of Emotional and Spiritual Intelligence on Nurses Burnout and Caring Behavior. *Int J Acad Res Business Soc Sci*. 2018;**7**(12). <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v7-i12/3753>.
33. Beiranvand S, Safapour F, Zare S. [Spiritual Intelligence and its Relationship with Nurses' Self-Efficacy]. *J Nurs Educ*. 2020;**8**(5):20-4. Persian.
34. Adamson E. Caring behaviour of nurses in Malaysia is influenced by spiritual and emotional intelligence, psychological ownership and burnout. *Evid Based Nurs*. 2014;**17**(4):121. [PubMed ID:24591548]. <https://doi.org/10.1136/eb-2013-101704>.
35. Salimi S, Azimpour A, Fesharaki M, Mohammadzadeh S. Nurses' Perception of Importance of Caring Behaviors and Its Determinant factors. *J Urmia Nurs Midwifery Faculty* (2228-6411). 2012;**10**(1).
36. Eo HK, Kim S. Impacts of burden from behavioral psychological symptoms of dementia, dementia attitude, and emotional labor on caring behavior of nurses in long-term care hospital. *J Muscle Joint Health*. 2021;**28**(2):111-20.

Research Article

The Relationship Between Spiritual Intelligence and Caring Behavior in Nurses Working in Pediatric Care Wards

Mojtaba Khoshdast ¹, Seifollah Alaei ^{2,*}, Mehri Ansariniaki ², Majid Mirmohammadkhani ^{3,*}

¹Student Research Committee, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

²Nursing Care Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

³Social Determinants of Health Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

*Corresponding author: Nursing Care Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran. P.O. Box, -35145 331. Email: alaei616@gmail.com

Received 07/12/2023; Accepted 30/07/2024

Abstract

Background: This study examines the relationship between spiritual intelligence and caring behavior in nurses working in pediatric wards.

Objectives: The research aims to identify how spiritual intelligence influences nurses' caregiving quality, offering novel insight into enhancing nursing practices in pediatric care.

Methods: A cross-sectional descriptive-correlational design was employed in 2023 - 2024, involving 115 nurses from Dr. Sheikh Hospital's pediatric wards in Mashhad. Nurses with a minimum of 3 months of experience in pediatric care and active involvement in caregiving activities were selected through stratified random sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, Wolf's Caring Behavior Questionnaire, and King's Spiritual Intelligence Questionnaire. The surveys were administered during morning and evening shifts.

Results: The mean score of caring behavior from the nurses' perspective was 15.25 ± 234.37 , while the mean score of spiritual intelligence was 14.16 ± 53.01 . There was a significant correlation between spiritual intelligence and caring behavior ($r = 0.36$, $P = 0.01$). Additionally, age and employment status were significant predictors of caring behavior.

Conclusions: The findings suggest that spiritual intelligence significantly influences the caring behavior of nurses in pediatric units. Enhancing nurses' spiritual intelligence could improve caregiving quality. Additionally, increased organizational support, job stability, and security are recommended further to enhance caring behaviors and the overall quality of care.

Keywords: Hospital, Spiritual Intelligence, Pediatric Nursing