

## توسعه مراقبت معنوی از بیماران در حال مرگ در ایران: ضرورتی مغفول مانده

عبدالله خرمی مارکانی<sup>۱</sup>، الهام امیری<sup>۲\*</sup>، مریم وحیدی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۱۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۹/۰۴

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۲۳، دی ۱۳۹۸، ص ۷۷۰-۷۶۷

آدرس مکاتبه: تبریز، شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری مامایی تبریز، تلفن: ۰۴۴-۳۶۳۵۹۴۸۱

Email: Eamiri1363@gmail.com

بیماران، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی وی می‌باشد در زمان احتضار بایستی ارائه گردد (۷) و با توجه به اینکه ایران، کشوری اسلامی است در تعداد معدودی از بیمارستان‌های ایران، روحانیون آشنا به مسائل بهداشتی به ارائه خدمات مراقبت معنوی می‌پردازند اما باز هم یک دستورالعمل یکپارچه برای چنین امری وجود ندارد (۸). مطالعات متعددی در ایران نشان داد که پرستاران از صلاحیت‌های لازم برای ارائه مراقبت معنوی برخوردار نیستند (۳، ۹) و این در حالی است که در کشورهای غربی، مراقبت‌های معنوی به‌عنوان بخش مهمی از عملکرد پرستاری پذیرفته شده و پرستاران مراقبت معنوی را جزئی از فعالیت‌های روزانه خود می‌دانند (۱۰). از جمله نیازهای معنوی پاسخ داده نشده در ایران، فراهم نبودن امکان مرگ با آرامش در بیمارستان‌ها می‌باشد (۱۱). برای افراد در حال مرگ، احساس ارزشمندی می‌تواند به‌منزله نوعی احساس بهبودی باشد، زیرا زمانی که انجام اقدامات استاندارد پزشکی بی‌فایده هستند، ممکن است بهبودی صرفاً از طریق مراقبت معنوی صورت گیرد (۱۲).

تعداد کثیری از پرستاران در ایران از اهمیت مراقبت معنوی برای بیماران آگاه‌اند، ولی در عمل به دلیل فراهم نبودن شرایط لازم، مراقبت معنوی انجام نمی‌دهند (۱). حجم کاری بالا، محدودیت زمانی، محدودیت‌های فرهنگی، عدم آگاهی از نیازهای معنوی بیماران و نیز عواملی مانند عادت به انجام کار روتین، مناسب نبودن فرد برای شغل پرستاری، تفاوت جنسی پرستار و بیمار و به‌عنوان موانع اصلی ارائه مراقبت معنوی گزارش شده است (۱۱). یکی دیگر از موانع مهم در مطالعه Adib Hajbaghery در ایران، انگیزه کاری ضعیف به دلیل عدم پشتیبانی از طرف مدیران بود. درون سیستم

معنویت به‌عنوان یکی از جنبه‌های وجود آدمی، با تمام جنبه‌های سلامتی و بیماری همراه بوده و منبع حمایت و بهبودی برای بیماران می‌باشد (۱). البته نیازهای معنوی در تمامی بیماران وجود دارد اما در بیمارانی که در مرحله پایان حیات قرار دارند که فرد در شرایط توأم با عدم قطعیت روبرو می‌شود، مسائل معنوی از اهمیت بیشتری برخوردار است (۲). پرستاران نیز از لحاظ اخلاقی و حرفه‌ای موظف‌اند که مراقبت معنوی را فراهم نمایند (۳). ارائه مراقبت معنوی به بیماران می‌تواند موجب آسودگی روانی و ایجاد هدف و معنا در بیماران گردد (۴)، به طوری که ارتباط مراقبت معنوی با بهبودی مددجویان باعث شده که انجمن پرستاران امریکا مراقبت معنوی را در استانداردها و کدهای اخلاقی خود به رسمیت بشناسند و مراقبت معنوی به‌عنوان جزئی از مراقبت کلی در برنامه درسی پرستاری گنجانده شود (۵).

بالا بودن وجود، شواهد نشان می‌دهد که مراقبت معنوی برای بیماران معمولاً در کم‌ترین حد ارائه می‌گردد به طوری که یکی از چالش‌های سیستم بهداشتی درمانی در جوامع کنونی، ارائه مراقبت مؤثر در مرحله پایان حیات می‌باشد و علی‌رغم اقداماتی که تاکنون در زمینه آموزش سلامت معنوی صورت گرفته است، پرستارانی که مراقبت‌های معنوی را فراهم می‌کنند در اقلیت هستند (۳). به طوری که مطالعات نشان می‌دهند اگرچه بیشتر پرستاران، مراقبت معنوی را بخش مهمی از مراقبت کل‌نگر می‌دانند، ولی فقط نزدیک به نیمی از آن‌ها به آن عمل می‌کنند و در اغلب موارد، این مراقبت‌ها نادیده گرفته می‌شود (۶).

در ایران بر اساس منشور حقوق بیماران در مراحل پایانی حیات، خدمات مراقبتی باهدف حفظ آسایش بیمار که شامل کاهش درد

<sup>۱</sup> دانشیار پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

و تلاش همگانی برای جایگزین کردن آن با روش‌های مبتنی بر بیمارمحوری و تأکید بر حفظ تمامیت وجودی بیمار مورد اجماع همه صاحب‌نظران پرستاری می‌باشد (۱۵).

با توجه به اثربخش بودن مراقبت معنوی در افزایش کیفیت زندگی بیماران در پایان حیات، توجه به زیرساخت‌های مراقبت معنوی در کشور امری ضروری است و توجه به این مهم بایستی در دستور کار سیاست‌گذاران سلامت در سطوح مختلف قرار گیرد. همچنین با توجه به نقش پرستاران در شناسایی نیازهای معنوی بیماران با بحران‌های معنوی، لازم است آموزش مراقبت معنوی در دوره آموزش دانشگاهی و دوره‌های بازآموزی بالینی موردتوجه مسئولین آموزشی بیمارستان‌ها قرار گیرد.

پرستاری ایران جوی از "عدم‌حمایت معنوی" حاکم است. هنگامی که پرستاران حمایت‌های مادی و معنوی لازم برای رفع نیازهای خود و مددجویان را دریافت نکنند، قادر به برآورده‌سازی نیازهای اساسی ازجمله نیازهای معنوی مددجویان نخواهند بود. تحقیر پرستار، جانب‌داری از پزشک در تعارضات میان پزشک و پرستار و فقدان گوش شنوا برای حرف‌های پرستاران، ازجمله مواردی هستند که پرستاران از آن‌ها به‌عنوان مصادیق عدم‌حمایت معنوی یاد کرده‌اند (۱۳). از طرفی مراقبت معنوی مستلزم به‌کارگیری رویکردی بی‌مار محور است (۱۴). درحالی‌که در ایران، اکثر اقدامات پرستاران پزشک‌محور می‌باشد. امروزه روتین محور بودن کار پرستاری به‌عنوان نقیصه‌ای جدی در پرستاری مطرح است

## References

1. Khorami MA, Yaghmaiee F, Khodayarifard M, Alavi MH. Developing a measure for assessing oncology nurses' attitudes toward providing spiritual care: psychometric properties. *Payesh* 2013; 12 (4):393-402.
2. O'brien MR, Kinloch K, Groves KE, Jack BA. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *J Clin Nurs* 2019;28(1-2):182-9.
3. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2014;22(4):23-32.
4. Khorami Markani A, Radfar M, Naseri O, Khalkhali H. Evaluating the effect of spiritual counseling on spiritual well-being of cancer patients undergoing chemotherapy inomid research-treatment hospital in Urmia, in 2014. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016;14(7):592-600.
5. Vincenzi BB. Spiritual care in advanced practice nursing [Internet] [Ph.D.]. [United States -- Illinois]: Loyola University Chicago; 2011 [cited 2020 Feb 26]. Available from: <https://search.proquest.com/docview/895934202/abstract/AAD50227A8B4462APQ/1>
6. Gallison BS, Xu Y, Jurgens CY, Boyle SM. Acute care nurses' spiritual care practices. *J Holistic Nurs* 2013;31(2):95-103.
7. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Patient's rights charter in Iran. *Acta Medica Iranica* 2014:24-8.
8. Memariyan N, Rasooli M, Vahidshahi K. Developing educational goals and expected competencies for teaching spiritual health to the students of medical sciences. *Iran J Med Educ* 2017;17:116-25.
9. Azarsa T, Davoodi A, Markani AK, Gahramanian A, Vargaeei A. Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. *J Car Sci* 2015;4(4):309.
10. Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, Boyken L, Wilkie DJ. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliative care* 2015;14(1):8.
11. Rahnema M, Fallahi Khoshknab M, Seyed Bagher Madah S, Ahmadi F. Cancer patients' perception of spiritual care. *Iran J Med Ethics History Med* 2012;5(3):64-80.
12. Beng KS. The last hours and days of life: A biopsychosocial-spiritual model of care. *Asia Pacific Fam Med* 2004;4:1-3.
13. Adib-Hajbaghery M, Aminoroayaei Yamini E. Nurses perception of professional support. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2010;14(2):140-53.

14. Deal B. A pilot study of nurses' experience of giving spiritual care. *The Qualitative Report* 2010;15(4):852-63.
15. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S, Fini IA. Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014. *Nursing Ethics* 2017;24(4):462-73.

## SPIRITUAL CARE OF END OF LIFE PATIENTS IN IRAN: A NEGLECTED NURSING PRACTICE

*Abdollah Khorrami Markani<sup>1</sup>, Elham Amiri<sup>2\*</sup>, Maryam Vahidi<sup>3</sup>*

*Received: 07 Sep, 2019; Accepted: 26 Nov, 2019*

Spirituality as one of the human being aspects, is associated with all domains of health and disease as well as the source of power and improvement in patients (1). Although, all of patients have spiritual needs, but end of life patients that encounter with unassertiveness, spiritual needs are very important (2). Nurses have responsibility to carry out spiritual care ethically and professionally (3). Spiritual care providing can create mental comfort and make purpose and meaning in patients' lives (4) so that it has caused the American Nurses Association (ANA) has included the spiritual care as own standards and ethical codes and also has integrated it as component of nursing education curriculum (5).

Considering the vital importance of spiritual care, evidences has showed that spiritual care providing has not performed by many health professionals in throughout of world so that it is one of health care delivery system challenges in end of life care arena. However, has performed some actions about spiritual health education, few of nurses has acquired enough knowledge about this issue (3). Meanwhile, according to literature although the most of nurses consider spiritual care as vital component of whole nursing, only half of them carry out spiritual practice and often this care was neglected by them (6).

In Iran based on patient right charter end of life care must be done to provide comfort to patients including pain relief, and considering psychological, social and spiritual needs in the time of death (7). In IRAN, as an Islamic country there is not spiritual nurse in the hospitals even practitioner nurses do not train about spiritual dimension of care result in they are not prepare to provide spiritual care. Although, there are religious oriented clergies in some hospitals but there is not an integral guideline for important issue (8). Many studies in IRAN indicated that nurses do not have necessary competencies to provide spiritual care (3, 9). According to literature in the western countries spiritual care was included in the nursing practice and all of nurses accepted it as an important component of daily nursing care (10). One of the unanswered spiritual needs in Iran is the inability to die peacefully in hospitals (11). For end of life patients feeling value and experiencing love can create feeling of wellbeing because when the medical actions are useless spiritual care can improve their health status (12).

The most of nurses in IRAN know what is spirituality and spiritual care but they cannot provide spiritual care due to some practical problems such as lack of hospital specified policy (1). According to some studies in our country the main barriers to provide spiritual care are following: high nurses work load, time restrictions, cultural limits, lack of nurses knowledge about spiritual needs, having routine nursing practices, lack of eligibility in some nurses, complexity of spirituality with religious rituals and sex differences between nurses and patients (11). Adib Hajbaghery found that motivation of nurses are very low due to lack of support system from nursing managers. He added there is a climate of lack of spiritual support in the nursing system. When nurses don't receive enough spiritual and financial support to meet own and their clients, they do not capable to meet patients basic needs such as spiritual needs (13). In other side, the requirement of spiritual care is applying client center approach (14). There is a basic problem because in IRAN health care system medical system is a dominant system and all of patients' actions must be ordered by doctors. Today nursing routine based practice is under debate and all of nursing pioneers try to find an alternative approach as client centered and holistic focused (15).

Considering to effectiveness of spiritual care in promotion of patients' quality of life in end of life period, spiritual care must be emphasis by nursing managers. All of health policy makers must consider to this vital issue in health care delivery system. Also, according to main role of nurses in addressing patients spiritual needs in spiritual crises it is necessary spiritual education must be integrated in all nursing education programs and clinical nursing in service.

**Address:** Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

**Tel:** +984436359481

**Email:** Eamiri1363@gmail.com

<sup>1</sup> Associate Professor of Nursing, Khoy School of Medical Sciences, Khoy, Iran

<sup>2</sup> Master of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> PhD of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran