

نیازسنجی و تدوین اهداف آموزشی برنامه ارائه مراقبت معنوی در پرستاران

مریم رسولی^۱، نیرسلمانی*^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران از لحاظ حرفه‌ای و اخلاقی موظف به ارائه مراقبت معنوی، به عنوان بخشی از مراقبت جامع به بیماران هستند مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین نیازهای آموزشی پرستاران برای ارائه مراقبت معنوی و تدوین اهداف آموزشی مبتنی بر این نیازها انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه با رویکرد بهره‌گیری از نظرات متخصصان طی دو مرحله و با استفاده از تکنیک دلفی انجام شد. در مرحله نخست، ۳۰ نفر از پرستاران به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به پرسشنامه با یک سوال باز جهت تعیین نیازهای آموزشی مرتبط با ارائه مراقبت معنوی پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری نظرات پرستاران برای نیازهایی که ضریب توافق بیش از ۸۰ درصد بودند، از طریق مرور متون، اهداف آموزشی مرتبط طراحی شده و برای ۲۰ نفر از صاحب‌نظران ارسال گردید. پس از آنالیز اطلاعات اجماع نظر متخصصین، اهداف آموزشی کلی، جزئی و رفتاری تعیین شد.

یافته‌ها: در راند اول نیازسنجی، ۲۵ نیاز به عنوان نیازهایی نهایی انتخاب و منجر به شکل‌گیری سه هدف شامل «تکامل خودآگاهی فرد از بعد معنوی»، «تبیین معنویت در حرفه پرستاری و جایگاه آن در مراقبت پرستاری» و «آماده‌سازی پرستاران جهت ارائه‌ی مراقبت معنوی» به عنوان اهداف کلی برنامه آموزشی مراقبت معنوی شدند.

نتیجه‌گیری: از نتایج این مطالعه می‌توان در طراحی برنامه‌ی آموزشی مراقبت معنوی در پرستاران به عنوان یک راهنمای عملی جهت افزایش دانش و مهارت و توانمندسازی پرستاران در ارائه مراقبت معنوی به بیماران و نیز به عنوان زمینه‌ای برای پژوهش‌های بعدی در این زمینه استفاده کرد.

کلمات کلیدی: نیاز، اهداف، مراقبت معنوی، پرستاران

۱. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، rassouli.m@gmail.com

۲. * نویسنده مسئول، استادیار، دانشکده پرستاری میبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران n.salmani@ssu.ac.ir

مقدمه

معنویت مفهومی است که با معنا، امیدواری، تعلق، ایمان (۱) و وابستگی مرتبط بوده (۲) و نیروی محرکه‌ای است که فرد را وادار به حرکت می‌کند. معنویت به زندگی معنا می‌دهد و تقویت‌کننده‌ی فرد برای رویارویی با چالش‌های زندگی به ویژه در هنگام بیماری، بحران و مراحل انتهایی زندگی است (۳). در این راستا، اغلب بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی خود بوده و تمایل دارند که مراقبت‌کنندگان به این موضوع توجه نمایند (۴). زمانی که جنبه‌ی معنویت در مراقبت نادیده گرفته شود بیمار ممکن است دچار پریشانی معنوی شده و درد و رنج بیشتری را متحمل شود و خشم، انزوا و ناامیدی را تجربه کند (۵).

در سال‌های اخیر رشد فزاینده‌ای در توجه به بعد معنوی انسان‌ها در جهت تامین مراقبت سلامتی با کیفیت بهتر رخ داده (۶) سلامتی معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مطرح شده است (۷) بنابراین، با در نظر گرفتن انسان به عنوان یک کل، لازم است تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تحت مراقبت قرار گیرد. امروزه مراقبت معنوی به عنوان یکی از حیطه‌های مراقبت پرستاری است (۸) که با ۷ ویژگی شامل حضور شفا بخش، استفاده درمانی از خود، حس بصری، اکتشاف دیدگاه معنوی، بیمار محوری، معنا محوری، مداخلات درمانی، ایجاد یک محیط پرورش دهنده‌ی معنوی تعریف شده است (۹). این تعریف بر اهمیت ارائه مراقبت معنوی توسط پرستاران به عنوان افرادی که در ارتباط نزدیک با بیمار بوده و همچنین، بر مداخلات درمانی که در این ارتباط ارائه می‌شود تاکید دارد (۱۰-۱۵).

پرستاران از لحاظ حرفه‌ای و اخلاقی موظفند که مراقبت معنوی را فراهم کنند لذا برخورداری از دانش و مهارت کافی برای ارائه مراقبت معنوی جهت رسیدن به این هدف الزامی است؛ به نظر می‌رسد زمان آن است که معنویت و مراقبت معنوی به عنوان

مفاهیم مهم در سیلابسهای درسی آموزش پرستاری وارد شود. (۱۶). با این وجود، آموزش مراقبت معنوی به گونه‌ای شایسته، مورد توجه قرار نگرفته (۳) و عواملی نظیر بی‌توجهی به مراقبت معنوی در کوریکولوم کارشناسی پرستاری (۱۷)، عدم آموزش کافی در زمینه‌ی مراقبت معنوی (۱۸)، نبودن توافق درباره نحوه‌ی آموزش مراقبت معنوی در کوریکولوم‌های آموزش پرستاری (۱۰)، و کمبود گایدلاین‌ها و راهنماهای واضح جهت ارائه‌ی مراقبت معنوی (۲۰) موانعی در جهت عملیاتی کردن مراقبت معنوی در عملکرد بالینی پرستاران هستند. بنابراین شکل دادن به یک برنامه آموزشی در هر بستری و ملیتی ضروری است (۲۱).

اولین قدم در طراحی برنامه آموزشی، بررسی نیازهای آموزشی است (۲۲). زیرا برنامه‌ریزی آموزشی وقتی که با شناسایی صحیح نیازها انجام پذیرد از دوباره کاری جلوگیری کرده و برنامه‌های انتخابی با کیفیت و کمیت مناسب‌تر برگزار می‌گردد. در واقع نیازسنجی جزو جدایی‌ناپذیر برنامه‌ریزی محسوب می‌شود که طی این فرآیند نیازها مشخص شده و برحسب اولویت برای تحقق آنها اقدام می‌شود. نیازسنجی منبع تعیین اهداف آموزشی به شمار می‌آید و بر اساس اهداف آموزشی، برنامه‌ریزی آموزشی و برنامه‌ریزی درس و فعالیت‌های درون سیستم آموزشی شکل می‌گیرد (۲۳). به طوریکه اگر هدف‌های آموزشی دقیق و روشن بیان نشده باشد، هیچ مبنای معتبری برای طراحی و انتخاب محتوا، روش‌های آموزش، انتخاب مواد و وسایل وجود نخواهد داشت (۲۴) (۲۸) لذا با تمرکز بر این که تا کنون صرفاً مطالعات محدودی در ایران در زمینه‌ی بررسی دانش، نگرش و مهارت پرستاران در مراقبت معنوی به انجام رسیده و از سوی دیگر آموزش مراقبت معنوی هنوز در کوریکولوم کارشناسی پرستاری کشور ایران به عنوان یک مبحث درسی جدا تعریف نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین نیازهای آموزشی پرستاران برای ارائه مراقبت معنوی و تدوین اهداف آموزشی مبتنی بر این نیازها انجام شده است.

روش کار

این مطالعه با رویکرد بهره‌گیری از نظرات متخصصان طی دو مرحله با تکنیک دلفی انجام شد. در مرحله‌ی اول با هدف تعیین نیازهای آموزشی پرستاران در زمینه ارائه مراقبت معنوی، پرسشنامه‌ای شامل یک سوال باز «به‌عنوان یک پرستار در رابطه با ارائه مراقبت معنوی و به‌کارگیری دانش مرتبط با آن در عملکرد بالینی نیازمند به دریافت آموزش در چه زمینه‌هایی هستید؟» در اختیار پرستاران قرار گرفت. جهت ارائه‌ی پرسشنامه به پرستاران، بعد از مراجعه به دفتر پرستاری بیمارستان شهید صدوقی یزد و تهیه‌ی لیستی از پرستاران، ۳۰ نفر از پرستاران با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و براساس معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۱۰ سال سابقه‌ی کار در بخش‌های مختلف داخلی، جراحی یا ویژه، با استخدامی رسمی آزمایشی یا رسمی قطعی انتخاب شده سپس از طریق ملاقات حضوری و بیان اهداف مطالعه و نحوه‌ی انجام آن، در صورت تمایل پرستار برای شرکت در مطالعه، فرم رضایت شرکت در مطالعه تکمیل و پرسشنامه در اختیار پرستار قرار داده شد. بعد از یک هفته، محقق با مراجعه حضوری پرسشنامه تکمیل شده را دریافت نمود. پاسخ‌های پرستاران استخراج و گویه‌های مربوط به نیازهای پیشنهاد شده لیست شد. در گام بعدی، مقابل هر نیاز استخراج شده، درجه‌بندی بر اساس طیف لیکرت (خیلی زیاد (۵ امتیاز) - زیاد (۴ امتیاز) - بی نظر (۳ امتیاز) - کم (۲ امتیاز) - خیلی کم (۱ امتیاز) جهت تعیین درجه اهمیت گویه‌ها قرار داده شده و مجدداً با مراجعه محقق به پرستاران، لیست نیازها در اختیار پرستاران قرار گرفت تا نظرات خود را در رابطه با درجه اهمیت نیازها اعلام کنند. بعد از تکمیل لیست و جمع‌آوری آن‌ها، میانگین نمره و انحراف معیار برای هر نیاز محاسبه و نیازها به ترتیب از بالاترین میانگین تا پایین‌ترین میانگین لیست شده و برای بار سوم جهت دریافت نظرات نهایی پرستاران از لحاظ توافقشان با نیازهای لیست شده، محقق مجدداً با مراجعه به پرستاران، لیست نیازهای حاصل از راند

دوم را در اختیار پرستاران قرار داد و بعد از اعلام نظرات، لیست‌ها را جمع‌آوری و نیازهایی که دارای سطح اجماع قابل قبول ۸۰٪ بودند به‌عنوان نیازهای نهایی مورد توافق انتخاب و لیست شدند. پژوهشگران طی برگزاری چندین جلسه نیازهای نهایی شده را مورد بحث و بررسی قرار داده و آنها را در سه حیطه شناختی، عاطفی و روانی - حرکتی تقسیم‌بندی نمودند، سپس بر اساس مطالعات کتابخانه‌ای و مرور متون، اهداف کلی، اهداف جزئی و اهداف رفتاری را تعیین نمودند.

در مرحله دوم مطالعه، ۲۰ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که دارای حداقل ۱۰ سال سابقه کار، تجربه در زمینه‌ی طراحی برنامه‌های آموزشی و یا متخصص در زمینه‌ی مراقبت معنوی بودند. به شیوه‌ی نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و بعد از برقراری تماس تلفنی و کسب اجازه پروپوزال مطالعه از طریق ایمیل ارسال شد.

زمانی که متخصصین تمایل خود را برای شرکت در مطالعه اعلام می‌کردند، محتوای آماده شده مشتمل بر نیازهای شناسایی و طبقه‌بندی شده، اهداف کلی، اهداف جزئی و اهداف رفتاری) برای آنان ایمیل و نظرات و پیشنهادهای صاحب نظران در رابطه با محتوای ارسالی جمع‌آوری و توسط پژوهشگران در چندین جلسه مورد بحث و بررسی قرار گرفت. موارد مورد اختلاف برای راند دوم دلفی به صاحب نظران ارسال شد و در نهایت پس از آنالیز اطلاعات اجماع نظر متخصصین، اهداف آموزشی نهایی شد.

یافته‌ها

در مرحله‌ی اول مطالعه، نیازهای آموزشی پرستاران جهت ارائه‌ی مراقبت معنوی شناسایی شد. در راند اول نیازسنجی، ۳۲ نیاز استخراج شده و لیست شد (جدول شماره ۱). در راند دوم که برای تعیین درجه اهمیت نیازهای شناسایی شده انجام شد، نیاز به دریافت آموزش در زمینه‌ی آشنایی با نحوه‌ی بررسی

نیازسنجی و تدوین اهداف آموزشی برنامه ارائه مراقبت معنوی در پرستاران

آشنایی با بعد معنوی خود به عنوان نیازهایی با بالاترین نمره میانگین (۴/۶) شناسایی شدند (جدول شماره ۲). در نهایت در راند سوم نیازسنجی، ۲۵ نیاز به عنوان نیازهایی نهایی مورد توافق (۸۰٪) انتخاب و در سه حیطه شناختی، عاطفی، روانی - حرکتی تقسیم بندی شدند (جدول شماره ۳).

و شناسایی نیازهای معنوی، آشنایی با تشخیص های پرستاری مرتبط با سلامت معنوی و پریشانی معنوی، آشنایی با نحوه ی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران مختلف بر حسب نوع بیماری (حاد - مزمن)، آشنایی با نحوه ی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران مختلف بر حسب سن (کودک - بزرگسال - سالمند)، آشنایی با مفهوم مراقبت معنوی، آشنایی با مفهوم پریشانی معنوی و

جدول شماره ۱: فراوانی مطلق و نسبی نیازهای شناسایی شده بر اساس نظرات پرستاران

نیازها	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)
۱- بررسی و شناسایی نیازهای معنوی	۲۹	۱۰۰
۲- تشخیص های پرستاری مرتبط با سلامت معنوی و پریشانی معنوی	۲۸	۹۶/۶
۳- مفهوم مراقبت معنوی.	۲۸	۹۶/۶
۴- مفهوم سلامت معنوی	۲۹	۱۰۰
۵- مفهوم پریشانی معنوی	۲۸	۹۶/۶
۶- چگونگی برقراری ارتباط جهت ارائه ی مراقبت معنوی	۲۹	۱۰۰
۷- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران مختلف بر حسب نوع بیماری (حاد - مزمن)	۲۹	۱۰۰
۸- انواع مراقبت معنوی	۲۸	۹۶/۶
۹- مفهوم معنویت	۲۹	۱۰۰
۱۰- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران مختلف بر حسب سن (کودک - بزرگسال - سالمند)	۲۹	۱۰۰
۱۱- اثرات مراقبت معنوی بر بیماران	۲۹	۱۰۰
۱۲- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران بخش ویژه	۲۹	۱۰۰
۱۳- چگونگی برقراری ارتباط و دادن خبر بد جهت ارائه مراقبت معنوی	۲۹	۱۰۰
۱۴- اهمیت و ضرورت مراقبت معنوی از بیماران	۲۸	۹۶/۶
۱۵- مراقبت معنوی اسلامی	۱۶	۵۵/۲
۱۶- نقش پرستار در تامین سلامت معنوی	۲۹	۱۰۰
۱۷- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی به همراهان بیماران	۲۱	۷۵/۹
۱۸- چگونگی ارائه مراقبت معنوی به بیمار در حال مرگ و خانواده بیمار	۲۷	۹۳/۱
۱۹- جنبه های اخلاقی مراقبت معنوی	۲۹	۱۰۰

۷۵/۹	۲۱	۲۰- چگونگی ارائه مراقبت معنوی به بازماندگان بیماران فوت شده
۹۳/۱	۲۷	۲۱- سلامت معنوی بانگرش دین اسلام
۸۲/۸	۲۴	۲۲- شناسایی بعد معنوی خود
۹۳/۱	۲۷	۲۳- شناسایی ارزش ها، اعتقادات و باورهای شخصی خود در زندگی
۸۲/۸	۲۴	۲۵- تسهیل کننده های ارائه ی مراقبت معنوی در سیستم مراقبتی
۸۲/۸	۲۴	۲۴- موانع ارائه ی مراقبت معنوی در سیستم مراقبتی
۸۲/۸	۲۴	۲۶- تفاوت میان مذهبی بودن و معنویت
۵۵/۲	۱۶	۲۷- انواع ارزش ها ، اعتقادات ، باورها و رسومات رایج در کشورم
۵۵/۲	۱۶	۲۸- انواع مذاهب رایج در کشورم
۵۵/۲	۱۶	۲۹- تعصبات مذهبی
۸۲/۸	۲۴	۳۰- شناخت ماهیت انسان
۵۵/۲	۱۶	۳۱- حرفه پرستاری و ارتباط آن با علوم اجتماعی، انسان شناسی و هنر
۸۲/۸	۲۴	۳۲- شناسایی جهان بینی وایدئولوژی در زندگی

همانگونه در جدول شماره یک مشخص شده است ، ۳۲ نیاز، ۸۰٪ پرستاران، آن نیاز را برای ارائه ی مراقبت معنوی معرفی کرده بودند . نیاز بر اساس نظرات پرستاران شناسایی شده است . در ۲۵

جدول ۲: میانگین و انحراف از معیار نیازهای شناسایی شده بر حسب درجه اهمیت

انحراف معیار	میانگین	نیازها
۰/۴۹	۴/۶	۱- بررسی و شناسایی نیازهای معنوی
۰/۵۵	۴/۶	۲- تشخیص های پرستاری مرتبط با سلامت معنوی و پریشانی معنوی
۰/۵۵	۴/۶	۳- مفهوم مراقبت معنوی .
۰/۴۹	۴/۶	۴- مفهوم پریشانی معنوی
۰/۴۹	۴/۶	۵- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران مختلف بر حسب نوع بیماری (حاد - مزمن)
۰/۴۹	۴/۶	۶- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران مختلف بر حسب سن (کودک- بزرگسال- سالمند)
۰/۴۹	۴/۶	۷- شناسایی بعد معنوی خود
۰/۵۰	۴/۵	۸- اهمیت و ضرورت مراقبت معنوی از بیماران
۰/۵۰	۴/۵	۹- چگونگی ارائه مراقبت به بیمار در حال مرگ و خانواده بیمار



۰/۴۹	۴/۴	۱۰- چگونگی ارائه مراقبت معنوی به بازماندگان بیماران فوت شده
۰/۶۶	۴/۳	۱۱- مفهوم معنویت
۰/۴۶	۴/۳	۱۲- جنبه های اخلاقی مراقبت معنوی
۰/۵۴	۴/۳	۱۳- سلامت معنوی
۰/۶۶	۴/۳	۱۴- نگرش دین اسلام به سلامت معنوی و مراقبت معنوی
۰/۵۲	۴/۲	۱۵- شناسایی ارزش ها ، اعتقادات و باورهای شخصی خود در زندگی
۰/۴۸	۴/۲	۱۶- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران بخش ویژه
۰/۸۱	۴/۱	۱۷- انواع مراقبت معنوی
۰/۵۹	۴/۱	۱۸- آشنایی با نحوه ی برقراری ارتباط جهت ارائه ی مراقبت معنوی
۰/۵۷	۴/۱	۱۹- نقش پرستار در تامین سلامت معنوی
۰/۸۱	۴/۱	۲۰- انواع ارزش ها ، اعتقادات ، باورها و رسومات رایج در کشورم
۰/۴۹	۴	۲۱- شناخت ماهیت انسان
۰/۹۴	۴	۲۲- انواع مذاهب رایج در کشورم
۰/۵۴	۳/۹	۲۳- اثرات مراقبت معنوی بر بیماران
۰/۷۳	۳/۵	۲۴- تسهیل کننده های ارائه ی مراقبت معنوی در سیستم مراقبتی
۰/۶۲	۳/۵	۲۵- چگونگی برقراری ارتباط و دادن خبر بد جهت ارائه مراقبت معنوی
۰/۵۷	۳/۵	۲۶- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی به همراهان بیماران
۰/۷۳	۳/۵	۲۷- موانع ارائه ی مراقبت معنوی در سیستم مراقبتی
۰/۷۳	۳/۵	۲۸- تفاوت میان مذهبی بودن و معنویت
۰/۴۶	۳/۳	۲۹- تعصبات مذهبی
۰/۵۳	۳/۳	۳۰- حرفه پرستاری و ارتباط آن با علوم اجتماعی ، انسان شناسی و هنر
۰/۶۳	۳/۲	۳۱- شناسایی جهان بینی و ایدئولوژی در زندگی
۰/۶۳	۳/۲	۳۲- مراقبت معنوی اسلامی

معنوی در بیماران مختلف بر حسب سن (کودک-بزرگسال- سالمند)، آشنایی با مفهوم مراقبت معنوی، آشنایی با مفهوم پریشانی معنوی و آشنایی با بعد معنوی خود به عنوان نیازهایی با بالاترین نمره میانگین (۴/۶) شناسایی شدند.

همانگونه که در جدول شماره دو مشخص شده است ، بررسی و شناسایی نیازهای معنوی، آشنایی با تشخیص های پرستاری مرتبط با سلامت معنوی و پریشانی معنوی، آشنایی با نحوه ی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران مختلف بر حسب نوع بیماری (حاد - مزمن) ، آشنایی با نحوه-ی ارائه-ی مراقبت

جدول ۳: نیازهای آموزشی مورد اجماع پرستاران جهت ارائه ی مراقبت معنوی بر حسب حیطه ها

حیطه ها	نیازها
شناختی	۱- مفهوم معنویت
	۲- مفهوم سلامت معنوی
	۳- مفهوم پریشانی معنوی
	۴- مفهوم مراقبت معنوی
	۵- تشخیص های پرستاری مربوط به سلامت معنوی و پریشانی معنوی
	۶- انواع مراقبت معنوی
	۷- اثرات مراقبت معنوی
	۸- شرایط تسهیل کننده مراقبت معنوی
	۹- موانع ارائه مراقبت معنوی
	۱۰- بررسی و شناسایی نیازهای معنوی
	۱۱- تفاوت میان مذهبی بودن و معنویت
	۱۲- شناخت ماهیت انسان
	۱۳- نگرش اسلام به سلامت معنوی و مراقبت معنوی
عاطفی	۱۴- نقش پرستار در تامین مراقبت معنوی
	۱۵- جنبه های اخلاقی مراقبت معنوی
	۱۶- شناسایی بعد معنوی خود
	۱۷- شناسایی جهان بینی و ایدئولوژی در زندگی
	۱۸- شناسایی ارزش ها، اعتقادات و باورهای شخصی خود در زندگی
	۱۹- اهمیت و ضرورت مراقبت معنوی از بیماران
روانی - حرکتی	۲۰- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی به بیماران مختلف برحسب سن
	۲۱- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی به بیماران مختلف برحسب نوع بیماری
	۲۲- چگونگی برقراری ارتباط با بیماران جهت ارائه مراقبت معنوی
	۲۳- ارائه ی مراقبت معنوی از بیمار در حال مرگ و خانواده بیمار
	۲۴- چگونگی ارائه ی مراقبت معنوی به بیماران بخش ویژه
۲۵- چگونگی برقراری ارتباط جهت دادن خبر بد	

در فاز دوم مطالعه، پژوهشگران بعد از حیطه بندی نیازها بر اساس مرور متون و مطالعه ی برنامه های آموزشی مشابه طراحی شده در دیگر کشورها، طی چندین جلسه اهداف را طراحی و به صاحب نظران و اساتید آموزش پزشکی و معنویت مشارکت کننده در فاز دوم مطالعه ارسال و نظرات پیشنهادی آنان را در رابطه با

همانگونه که در جدول شماره سه مشخص شده است از بین ۳۲ نیاز شناسایی شده در مرحله اول، بعد از تعیین درجه اهمیت و میانگین کسب شده در مرحله دوم و ارائه ی آنها به پرستاران، ۲۵ نیاز به عنوان نیازهایی نهایی که حداقل ۸۰٪ پرستاران با آن موافق بودند، انتخاب شدند.



اهداف ، دریافت و اصلاحات را انجام و مجددا به آنان ارسال و نظرات نهایی در رابطه با مورد تایید بودن اهداف دریافت شد .
بدین ترتیب سه هدف کلی و متناسب با هر هدف کلی ، اهداف جزئی و اهداف رفتاری تعیین شد. (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: اهداف کلی، جزئی و رفتاری جهت ارائه ی مراقبت معنوی

اهداف کلی	اهداف جزئی	اهداف رفتاری
شناخت ماهیت انسان	۱- ماهیت وجودی انسان را تشریح نماید.	
تکمیل خودآگاهی	۲- شناسایی جهان بینی و ایدئولوژی خود در زندگی	۲- جهان بینی و ایدئولوژی خود نسبت به زندگی را تشریح نماید
فرد از بعد معنوی	۳- شناسایی ارزش ها، اعتقادات و باورهای شخصی خود در زندگی	۳- ارزش ها ، اعتقادات و باورهای شخصی خود در زندگی را تحلیل کند.
خود شناسی معنوی	۴- در رابطه ی با بعد معنوی خود و نحوه ی بی بردن به آن بحث نماید..	۴- در رابطه ی با بعد معنوی خود و نحوه ی بی بردن به آن بحث نماید..
آشنایی با مفهوم معنویت در علوم الهیات، پزشکی، سایکولوژی و جامعه شناسی	دانش پرستاری را با مفاهیمی از علوم الهیات، سایکولوژی و جامعه شناسی ادغام نموده و درباره ی آن بحث نماید .	
آشنایی با مفهوم سلامت معنوی و مولفه های آن در بستر پرستاری	۴. آشنایی با مفهوم معنویت در مذاهب مختلف	مفهوم سلامتی را به عنوان یک کل تبیین و سلامت معنوی را به عنوان بخشی از مفهوم سلامتی، تشریح کند .
تبیین معنویت در حرفه پرستاری و جایگاه آن در مراقبت پرستاری	۵. آشنایی با اثرات ناشی از اعتقادات مذهبی بر مراقبت معنوی	مفهوم پریشانی معنوی را تحلیل کند .
	۶. آشنایی با مفهوم مراقبت و انواع آن	۴. مفهوم معنویت در مذاهب مختلف را شرح دهد .
	۷. آشنایی با نقش پرستار در تامین مراقبت معنوی	۵. تاثیر اعتقادات مذهبی بر مراقبت معنوی را با تاکید بر دین اسلام توضیح دهد .
	۸. آشنایی با اثرات مراقبت معنوی در سیر بهبودی	۶. در رابطه ی با دیدگاه اسلام در زمینه ی مراقبت معنوی بحث نماید.
	۹. آشنایی با تئوری پرستاری مربوط به مراقبت معنوی (تئوری نیومن و فاست (۲۰۱۰)، تئوری لیننجر (۲۰۰۱)، تئوری روبر و لوگان و ترنی (۲۰۰۰))	۷. به اهمیت ارائه مراقبت معنوی در کنار سایر مراقبت ها توجه نماید
	۱۰- آشنایی با جنبه های اخلاقی مراقبت معنوی	۸. مراقبت معنوی را تعریف کند .
		۹. اثرات ناشی از ارائه مراقبت معنوی را تشریح کند .
		۱۰. دیدگاه و نظرات خود در رابطه ی با نقش پرستار در زمینه ی تامین مراقبت معنوی را توضیح دهد.
		۱۱. براساس یک تئوری پرستاری مربوط به مراقبت معنوی ، یک طرح مراقبتی طراحی نماید
		۱۲- در رابطه با چالش های اخلاقی مرتبط با انجام مراقبت معنوی در بستر مراقبتی حاضر بحث نماید .

- آشنایی با مفهوم ارتباط درمانی و اصول آن
 آشنایی با چگونگی برقراری ارتباط درمانی جهت ارائه ی
 مراقبت معنوی
 ۳. آشنایی با نحوه ی ارزیابی نیازهای معنوی بیماران
 ۴. آشنایی با تشخیص های پرستاری مربوط به سلامت
 معنوی
 ۵. آشنایی با تشخیص های پرستاری مربوط به پریشانی
 معنوی
 ۶. آشنایی با انواع مراقبت های معنوی
 ۷. آشنایی با تسهیل کننده های ارائه مراقبت معنوی
 ۸. آشنایی با موانع ارائه مراقبت معنوی
 ۹. آشنایی با نحوه ی ارائه ی مراقبت معنوی در بیماران
 مختلف بر حسب سن / نوع بیماری و شرایط بیماری
 ۱۰. آشنایی با نقش پرستار در فرایند مرگ
 ۱۱. آشنایی با مراقبت کل نگر از بیمار در حال مرگ
 ۱۲. آشنایی با نیازهای معنوی بیمار در حال مرگ و
 خانواده ی بیمار
 ۱۳. آشنایی با نحوه ی ارائه ی مراقبت معنوی به بیمار
 در حال مرگ و خانواده ی بیمار
 ۱۴. آشنایی با روش ارائه مراقبت معنوی به خانواده
 بیمار در دوره سوگ
- دیدگاه و نظرات خود در رابطه با نحوه ی برقراری ارتباط با
 بیماران را بیان نماید.
 مفهوم ارتباط درمانی را تعریف و اصول ارتباط درمانی در بیماران
 مختلف را توضیح دهد.
 حداقل با دو بیمار جهت ارائه ی مراقبت معنوی ارتباط برقرار
 نماید.
 ۴. حداقل برای دو بیمار فرایند مراقبت معنوی را اجرا نماید.
 ۵. موانع و تسهیل کننده های ارائه مراقبت معنوی را در بستر
 مراقبتی خود را تجزیه و تحلیل نماید.
 ۶. دیدگاه و نظرات خود در رابطه ی با نقش پرستار در زمینه ی
 تامین مراقبت معنوی برای بیمار در حال مرگ و خانواده ی بیمار
 را توضیح دهد.
 ۷. چگونگی تعیین نیازهای معنوی بیمار در حال مرگ و خانواده
 ی بیمار را تشریح کند.
 ۸. حداقل برای دو بیمار در حال مرگ و خانواده ی بیمار فرایند
 مراقبت معنوی را اجرا نماید
- آماده سازی
 پرستاران
 جهت ارائه ی
 مراقبت معنوی

بحث

اهداف، بر پایه مجموع ۲۵ نیاز شناسایی شده در پژوهش حاضر، تدوین گردیدند. هدف کلی آموزشی اول که براساس چهار نیاز شامل «خودشناسی معنوی»، «شناسایی جهان بینی و ایدئولوژی خود در زندگی»، «آگاهی از ارزش ها، اعتقادات و باورهای شخصی خود در زندگی» و «شناخت ماهیت انسان توسط پرستاران» طراحی گردید، «تکامل خودآگاهی فرد از بعدمعنوی» نام گذاری شد. در تایید این یافته ها می توان به مطالعه ی، Piret Paal و همکاران (۲۰۱۵) اشاره کرد که طی یک مرور سیستماتیک، ضرورت خودشناسایی معنوی را از نیازهای آموزش مراقبت معنوی برای اعضای تیم مراقبت سلامتی، معرفی نمودند (۲۵). همچنین در کوریکولوم پیشنهادی توسط Har-

اگرچه یکی از حیطه های فعالیت پرستاران، ارائه مراقبت معنوی است اما هنوز توافقی مبنی بر محتوای آموزشی جهت آمادگی پرستاران برای ارائه ی مراقبت معنوی به بیماران، صورت نگرفته است؛ لذا شناسایی نیازهای آموزشی پرستاران در این راستا و طراحی برنامه ی آموزشی مبتنی بر نیازها می تواند گامی در جهت تسهیل ارائه مراقبت معنوی باشد. مطالعه حاضر، با هدف تعیین نیازهای آموزشی پرستاران و تدوین اهداف آموزشی مرتبط با هر نیاز، انجام شده است.
 یافته های مطالعه حاضر که در طی دو فاز انجام پذیرفت، در نهایت به سه هدف کلی آموزشی منتهی گردید که این



می‌شوند که هیچ وابستگی مذهبی ندارند اما نیازهای معنوی خود را عنوان و انتظار دارند پرستاران آنها را برآورده نمایند (۳۱). دقیقاً به همین دلیل است که آشنایی پرستاران با مناسک مختلفی که بیماران در راستای باورهای معنوی یا مذهبی خود اجرا می‌کنند، ضرورت یافته و صرف آگاهی از دین غالب مردم یک جامعه، جهت ارائه مراقبت معنوی کافی نیست.

از دیگر نیازهای مطرح شده در مطالعه‌ی حاضر، نیاز به آشنایی با مفهوم پریشانی معنوی و مراقبت معنوی، آشنایی با نقش پرستار در تامین مراقبت معنوی، اهمیت و ضرورت مراقبت معنوی از بیماران و اثرات مراقبت معنوی بود. در واقع واضح‌سازی نقش معنویت در علوم پزشکی و اهمیت آن در مراقبت معنوی از طریق تبیین مفاهیم اصلی معنویت، مراقبت معنوی، سلامت معنوی و پریشانی معنوی امکان‌پذیر خواهد بود (۳۲). در مطالعه‌ای که با هدف طراحی دوره آموزش مراقبت معنوی و اجرای آن در تایوان به انجام رسیده بود یکی از عناصر محتوای دوره، مفهوم پریشانی معنوی بود که بر حسب بیماری مزمن و بیماری حاد تقسیم‌بندی شده بود که این بخش در مطالعه حاضر به این گونه شناسایی نشده بود به علت اینکه در مطالعه‌ی تایوان، انجام طراحی دوره از طریق ۴ منبع شامل برنامه‌ی آموزش مراقبت معنوی دانشکده‌های پرستاری امریکای شمالی، مرور تشخیص‌های پرستاری امریکای شمالی، مرور مقالات کشور چین در زمینه‌ی مراقبت معنوی و تجربیات بالینی محققین از مراقبت معنوی انجام گرفت که اطلاعات جامعی را در خصوص عناصر مورد نیاز برای آموزش مراقبت معنوی فراهم آورد (۳۳) ولی در مطالعه حاضر، منبع اولیه برای تعیین عناصر دوره آموزشی، نیازهای مورد تایید پرستاران بوده است که با توجه به عدم آشنایی این گروه با مفهوم معنویت و مراقبت معنوی به صورتی منسجم و علمی، ممکن است داده‌های حاصل به نوعی ناکافی به نظر رسد.

binson و همکاران (۲۰۱۵) و Giske (۲۰۱۲)، «آگاهی یافتن از بعد معنوی خود» به عنوان یکی از سرفصل‌های آموزش مراقبت معنوی اعلام شده است. (۳، ۲۶). در واقع محتوای آموزشی مراقبت معنوی یایستی شامل تفکر درباره‌ی معنا و مفهوم زندگی باشد (۲۷) و لازمه‌ی ارائه مراقبت معنوی، آگاهی یافتن فرد از بعد معنوی و نیازهای معنوی خود است؛ در چنین شرایطی قضاوت فرد نسبت به بعد معنوی بیماران و خانواده‌ی آنان تغییر خواهد کرد (۲۵). همچنین ضروری است که در ابتدا کنکاش در باورها و اعتقادات شخصی مرتبط با معنویت به عنوان اولین گام برای درک و فهم مراقبت معنوی صورت گیرد (۲۸).

دومین هدف کلی استخراج شده در مطالعه، تبیین معنویت در حرفه پرستاری و جایگاه آن در مراقبت پرستاری بود که بر اساس ده نیاز طراحی شد؛ نیاز به آشنایی با مفهوم معنویت، مفهوم سلامت معنوی و آشنایی با تفاوت میان مذهبی بودن و معنویت نیازهایی بودند که در مطالعه‌ی معماریان و همکاران هم که با هدف شناسایی نیازهای آموزشی جهت ادغام معنویت در آموزش پزشکی کشور ایران، از طریق انجام مصاحبه با افراد مختلف اعم از افراد شاغل در امر آموزش پزشکی، طراحی کوریکولوم، ارائه دهندگان مراقبت سلامتی و افراد حرفه‌ایی در مذهب و... انجام شده بود، شناسایی شدند (۲۹) که به نظر می‌رسد با توجه به یکسان بودن بافت فرهنگی و اجتماعی مشابه در دو مطالعه، همسو بودن یافته‌ها قابل انتظار باشد. در مطالعه‌ای مشابه با مطالعه حاضر بر روی پرستاران ساکن جنوب افریقا، با توجه به ادیان و مناسک متعدد مردم جنوب افریقا، پرستاران نیازمند شناخت تنوع مذهبی و معنوی موجود و تاثیرات این تنوع می‌تواند بر سلامت و بیماری افراد هستند (۳۰). اگرچه معنویت و مذهب برای برخی افراد معنای یکسانی داشته ولی در عمل ممکن است این دو مفهوم با هم همپوشانی داشته باشند، بسیاری از افراد خود را افراد معنوی می‌دانند در حالیکه مذهبی نیستند؛ در این راستا، پرستاران با بیمارانی مواجهه

مفهوم حساسیت فرهنگی و اهمیت توجه به فرهنگ در ارائه‌ی مراقبت به بیماران در این بین نقش داشته است. بر اساس سرفصل دوس دوره‌ی کارشناسی پرستاری در کشور ایران، هیچ بحث اختصاصی مرتبط با مراقبت معنوی تا کنون طراحی و ارائه نشده است و موضوع معنویت صرفاً یکی از موضوعات مربوط به درس اخلاق پرستاری است و سایر مفاهیم مرتبط با آن اعم از فرهنگ، مذهب و چالش‌های ناشی از آنها در ارائه‌ی مراقبت معنوی هنوز جایگاه تعریف شده‌ایی را در بین دروس پرستاری نداشته و توسط مدرسین پرستاری مورد تدریس قرار نمی‌گیرد لذا به نظر می‌رسد که پرستاران بعد از فراغت از تحصیل و وارد شدن به محیط بالین در مواجهه با بیماران، هنوز به اندازه‌ی لازم و کافی از حساسیت فرهنگی برخوردار نیستند. همچنین با تمرکز به این که دین اکثریت مردم کشور ایران اسلام است، این امر باعث می‌شود نیازی به درک و آشنایی با سایر مذاهب احساس نشود.

هدف سوم حاصل از مطالعه حاضر، آماده‌سازی پرستاران جهت ارائه‌ی مراقبت معنوی بود که بر اساس یازده نیاز طراحی شد. پرستاران در مطالعه‌ی حاضر نیازمند آشنایی با چگونگی بررسی و شناسایی نیازهای معنوی بیماران بودند تا بتوانند بر اساس آن تشخیص پرستاری مرتبط را ارائه داده و سپس بر حسب سن، نوع بیماری و شرایط بیمار و خانواده (بیمار در حال مرگ، بیمار بستری در بخش ویژه، بیمار فوت شده) مراقبت معنوی مورد نیاز را ارائه دهند. در این بین آشنا بودن با اصول برقراری ارتباط جهت تامین مراقبت معنوی را نیاز ضروری برشمردند. در واقع هدف از آموزش مراقبت معنوی آماده کردن پرستاران به گونه‌ایی است که ابزارهای بررسی بعد معنوی (۳۰) و پریشانی معنوی (۲۵) را بشناسند، بتوانند نشانه‌های مرتبط با بعد معنوی را شناسایی کنند (۳۹). نیازهای معنوی بیماران و خانواده‌ی آنان را شناسایی کنند (۳۳، ۴۰)، با چگونگی شروع و اتمام یک ارتباط جهت برقراری مراقبت معنوی (۴۱) با حضور

آشنایی با نگرش اسلام به سلامت معنوی و آشنایی با جنبه‌های اخلاقی مراقبت معنوی از جمله نیازهای بعدی مربوط به هدف کلی دوم بودند. از دیدگاه اسلام، معنویت مبتنی بر دین است و مسلماً آنان باید معنویت خویش را بر اساس دین اسلام استوار سازند. حدود معنویت را دین معین می‌کند و نوع ارتباط چهارگانه یک فرد مسلمان یعنی ارتباط با خویشان، دیگران، محیط و با خدا، بر اساس آموزه‌ها و تعالی مدینی تعیین می‌گردد (۳۴) از دیدگاه اسلام، مراقبت معنوی بر پایه آموزه‌های دینی، با تولید عواطف مثبت، سبب عملکرد مطلوب دستگاه‌های فیزیولوژیک از طریق دستگاه عصبی خودمختار می‌گردند. اگر فرد، بیمار باشد از این طریق می‌توان به بهبودی او کمک کرد و اگر سالم باشد این امر در ارتقاء سلامت او مؤثر می‌باشد (۳۵). در فرهنگ و فضای ایرانی اسلامی، مهمترین عامل تأثیرگذار بر سلامت فرد مؤمن، یافتن سلامت معنوی و معنویت اسلامی است که اندیشه و ادبیات آن بر اساس قرآن شکل گرفته و تدوین یافته است. اندیشه و ادبیات یاد شده منبعی مهم برای توصیف سلامت معنوی و ارائه راه‌های رسیدن به آن به شمار می‌رود (۳۶). در مجموع موضوع مذهب و معنویت دو موضوع مهمی هستند که بایستی طراحی کوریکولوم آموزش مراقبت معنوی گنجانده شود (۱۶) همچنین حساسیت مذهبی و فرهنگی (۲۵)، آشنایی با خط مرزهای بین مذاهب (۳۲)، فرهنگ و نگرانی‌های اخلاقی و مسائل غامض مرتبط با آن (۳۷) و ترجیحات فرهنگی (۳۸) هم مجموعه موضوعات با ارزشی می‌باشند که لازم است در کوریکولوم‌های آموزشی مراقبت معنوی به آنها پرداخته شود.

در مطالعه‌ی حاضر، علی‌رغم آنکه نیاز به آشنایی با ارزش‌ها، اعتقادات، باورها، رسومات، انواع مذاهب رایج در کشور و گرایش‌های مذهبی توسط برخی پرستاران مطرح شده بود اما مورد توافق ۸۰٪ پرستاران مورد مطالعه قرار نگرفته و این نیازها حذف شدند. به نظر می‌رسد که آشنا نبودن پرستاران ایرانی با



همدلانه، حساسیت مذهبی و فرهنگی، اخلاق زیست پزشکی، طب مکمل (۲۶)، نحوه‌ی ارائه‌ی خبر بد (۴۲)، نحوه‌ی تعامل با بیمار و خانواده بیمار را یاد بگیرند (۴۲-۴۴) و ارتباطی مبتنی بر اعتماد، همراه با احترام و حساسیت به اعتقادات بیماران برقرار کنند (۳۹) و در نهایت با به‌کارگیری فرآیند پرستاری جهت ارائه مراقبت معنوی vanLeeuwen و همکاران (۱۳)، مراقبتی کل نگر ارائه دهند (۳۹).

در مجموع یافته‌های حاصل از مطالعات مختلف حاکی از آن بود که نیازها و اهداف شناسایی شده در مطالعه‌ی حاضر در بسیاری از مطالعات دیگر که در بسترهایی متفاوت از بستر کشور ما به انجام رسیده مشابه بوده است، این امر می‌تواند نشان دهنده‌ی آن باشد که ارائه‌ی مراقبت معنوی توسط پرستاران در هر بستری فارغ از خط مرزهای دینی و فرهنگی دارای وجوه مشترکی است و هنوز هیچ توافقی بر روی محتوای آموزشی در برنامه‌های آموزشی مراقبت معنوی وجود ندارد (۱۳)، (۴۵) و تاکنون برنامه‌های آموزشی متنوعی در زمینه‌ی معنویت و مراقبت معنوی برای فارغ التحصیلان دوره‌ی کارشناسی و دانشجویان مقطع کارشناسی ارائه دهندگان مراقبت سلامتی طراحی شده است که از لحاظ هدف و محتوا دارای تنوع وسیعی می‌باشند و این تفاوت می‌تواند مربوط به آن باشد که آموزش مراقبت معنوی در مطالعات مختلف بر حسب نیازها و اهداف خاص گروه هدف طراحی و ارائه شده است (۳۹) اما نکته قابل تامل این است که شناسایی نیازهای آموزشی در زمینه‌ی معنویت و مراقبت معنوی و طراحی برنامه‌ی آموزشی بر اساس آن می‌تواند فرصتی را برای تکامل مهارت‌های پرستاران جهت ارائه مراقبت معنوی فراهم آورد (۴۶).

محدودیت مطالعه

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، میتوان به پاسخ دهی با تاخیر اساتید مشارکت کننده در فاز دوم مطالعه اشاره داشت که منجر به طولانی شدن فرایند فاز دوم شد.

نتیجه‌گیری

برای توسعه دانش و مهارت پرستاران در جهت ارائه‌ی مراقبت معنوی از بیماران و خانواده‌ی بیماران ضروری است که پرستاران آمادگی لازم را به دست آورند و این مهم میسر نمی‌شود مگر آنکه دوره‌های آموزشی مرتبط را گذرانده باشند و برگزاری چنین دوره‌های نیازمند تدوین برنامه‌های آموزشی است. اولین قدم در تدوین برنامه‌های آموزشی تعیین نیازهای آموزشی و تدوین اهداف مبتنی بر نیازهای شناسایی شده است که در این مطالعه به این مهم پرداخته شد و از نتایج این مطالعه می‌توان در برنامه‌ی آموزشی پرستاران، برای تعیین یک راهنمای عملی جهت افزایش آمادگی پرستاران و به‌عنوان زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی در رابطه‌ی با مراقبت معنوی استفاده کرد همچنین پیشنهاد می‌شود که تحقیقات بعدی به منظور تکمیل برنامه آموزشی انجام و در گام بعد برنامه تدوین شده بر اساس نیازها و اهداف شناسایی شده در مطالعه حاضر، به مرحله اجرا در آمده و مورد ارزشیابی قرار گیرد.

- concept analysis. *International nursing review*. 2014;61(2):211-9.
10. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal of clinical nursing*. 2004;13(8):934-41.
 11. Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care: The perceived impact on undergraduate nursing students. *Nurse education today*. 2008;28(4):501-12.
 12. Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Education Today*. 2008;28(5):550-62.
 13. Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(20):2768-81.
 14. Shores CI. Spiritual perspectives of nursing students. *Nursing education perspectives*. 2010;31(1):8-11.
 15. Ross L, van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Education Today*. 2014;34(5):697-702.
 16. Caldeira S, Simões Figueiredo A, da Conceição AP, Ermel C, Mendes J, Chaves E, et al. Spirituality in the undergraduate curricula of nursing schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions*. 2016;7(11):134.
 1. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of clinical nursing*. 2006;15(7):852-62.
 2. Rykkje L, Eriksson K, Råholm M-B. A qualitative metasynthesis of spirituality from a caring science perspective. *International Journal for human caring*. 2011;15(4):40.
 3. Giske T. How undergraduate nursing students learn to care for patients spiritually in clinical studies—a review of literature. *Journal of nursing management*. 2012;20(8):1049-57.
 4. Clark PA, Drain M, Malone MP. Addressing patients' emotional and spiritual needs. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2003;29(12):659-70.
 5. Narayanasamy A. ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. *Nurse Education Today*. 1999;19(4):274-85.
 6. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *Journal of pain and symptom management*. 2010;40(2):163-73.
 7. Timmins F, Murphy M, Neill F, Begley T, Sheaf G. An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. *Nurse education today*. 2015;35(1):277-82.
 8. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of clinical nursing*. 2006;15(7):885-96.
 9. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a





27. Attard J, Baldacchino D. The demand for competencies in spiritual care in nursing and midwifery education: a literature review. *Revista Pistic & Praxis: Teologia e Pastoral*. 2014;6(2).
28. Pesut B. The development of nursing students' spirituality and spiritual care-giving. *Nurse Education Today*. 2002;22(2):128-35.
29. Mmaryan N, Rassouli M, Nahardani SZ, Amiri P. Integration of spirituality in medical education in iran: a qualitative exploration of requirements. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015;2015.
30. Chandramohan S, Bhagwan R. Spirituality and spiritual care in in the context of nursing education in South Africa. *Curationis*. 2015;38(1):1-15.
31. Bennett V, Thompson ML. Teaching spirituality to student nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014;5(2):26.
32. Lemmer CM. Reflections on teaching "spirituality in the healthcare environment". *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(2):145-9.
33. Shih FJ, Gau ML, Mao HC, Chen CH, Kao Lo CH. Empirical validation of a teaching course on spiritual care in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;36(3):333-46.
34. Lan, I., Mitroff., and, Elizabeth, A., et al. *Methodology of Social Sciences and Humanities*. 2004;9(37):163-84.
35. A A, M A, H Z, M Z. the status of prayer in the physical and mental health. *psychotherapical novelties*. 2012;61 , 62.
36. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33.
17. Baldacchino DR. Spiritual care: is it the nurse's role? *Spirituality and Health International*. 2008;9(4):270-84.
18. Barnett KG, Fortin AH. Spirituality and medicine. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(5):481-5.
19. Carson VB. What is the essence of spiritual care? *Journal of Christian Nursing*. 2011;28(3):173.
20. Lantz CM. Teaching spiritual care in a public institution: Legal implications, standards of practice, and ethical obligations. *Journal of Nursing Education*. 2007;46(1).
21. Kattimani S. Spirituality and medical education in India: Are we ready? *Journal of Research in Medical Sciences*. 2012;17(5).
22. Yarmohammadian M, Bahrami S, FOROUGHII AAA. Health Directors and experts, and proper need assessment models. 2003.
23. Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. *Bmj*. 2002;324(7330):156-9.
24. Baraz Pordanjani S, Fereidooni Moghadam M, Loorzade M. Clinical education status according to the nursing and midwifery students' point of view, Tehran university of medical sciences. *Strides in Development of Medical Education*. 2009;5(2):102-12.
25. Paal P, Helo Y, Frick E. Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2015;69(1):19-30.
26. Harbinson MT, Bell D. How should teaching on whole person medicine, including spiritual issues, be delivered in the undergraduate medical curriculum in the United Kingdom? *BMC medical education*. 2015;15(1):96.

41. Burkhart L, Schmidt W. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. *Journal of professional nursing*. 2012;28(5):315-21.
42. Attar MA, Hernandez ME, Mullan PB, Tang TS, Haftel H. Pediatric residents' competency in communicating bad news and eliciting spiritual needs: Development and evaluation of a skills-based curriculum. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 2010;3(3):177-85.
43. Costello M, Atinaja-Faller J, Hedberg M. The use of simulation to instruct students on the provision of spiritual care: A pilot study. *Journal of Holistic Nursing*. 2012;30(4):277-81.
44. Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self_study programme to teach spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(8):1131-40.
45. Caldeira S. A espiritualidade no currículo de Enfermagem. *Revista Nursing Portuguesa*. 2012;282:18-21.
46. Ross LA. Teaching spiritual care to nurses. *Nurse education today*. 1996;16(1):38-
37. Ellman MS, Schulman-Green D, Blatt L, Asher S, Viveiros D, Clark J, et al. Using online learning and interactive simulation to teach spiritual and cultural aspects of palliative care to interprofessional students. *Journal of palliative medicine*. 2012;15(11):1240-7.
38. Bell D, Harbinson M, Toman G, Crawford V, Cunningham H. Wholeness of healing: an innovative Student-Selected Component introducing United Kingdom medical students to the spiritual dimension in healthcare. *Southern medical journal*. 2010;103(12):1204-9.
39. Cone PH, Giske T. Teaching spiritual care—a grounded theory study among undergraduate nursing educators. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(13-14):1951-60.
40. Hall P, Weaver L, Fothergill-Bourbonnais F, Amos S, Whiting N, Barnes P, et al. Interprofessional education in palliative care: a pilot project using popular literature. *Journal of Interprofessional Care*. 2006;20(1):51-9.

Need assessment and development of the educational goals of spiritual care delivery by the nurses

Maryam Rassouli¹, Naire Salmani^{*2}

Abstract:

Background and Objective: From the Professional and ethical viewpoint nurses are required to provide spiritual care as part of holistic care to the patients. this study aimed to determine the nurses' educational needs for delivering the spiritual care and formulating the educational need-based goals.

Methods and Materials: This study was conducted on the basis of the Delphi technique using the experts' opinions in two phases. 30 nurses were selected through the purposive sampling method. A questionnaire consisting of an open-ended question which evaluate the educational needs concerning the provision of spiritual care was filled out by each nurse then, the needs with higher frequency were listed and returned to the nurses in two separate rounds to determine their degrees of importance and priority. In the second phase of the study, the educational goals for the needs with more than 80% agreement coefficient were set through literature review and were sent to 20 experts. After the data were analyzed general, partial and behavioral educational objectives were determined.

Results: 25 needs were selected as the final needs and three main goals including "The development of self-awareness concerning the spiritual dimension", "The explanation of spirituality in nursing profession and its importance in nursing care" and "Preparing the nurses for provision of the spiritual care" were identified as general goals of the spiritual care curriculum.

Conclusion: The findings can be beneficial as a practical guide for development of a spiritual care educational curriculum in nursing profession in order to enhance the nurses' knowledge and skills in the provision of spiritual care to the patients. Furthermore, these findings appear to provide basic information for further research in this context.

Keywords: Need, Goals, Spiritual care, Nurses

1. Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. rassouli.m@gmail.com

2*. Corresponding author, Department of Meybod Nursing, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. n.salmani@ssu.ac.ir