

واکاوی صلاحیت مراقبت معنوی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس در سال ۹۵-۱۳۹۴

الناز یزدان پرست^۱ سیده سارا افرازنده^۲ سید حسن قربانی^۳ فریبا اسدی^۴
*راحله رجیبی^۵ لیلی ناصری^۶ فاطمه سکندری^۷

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت معنوی جنبه مهمی از مراقبت‌های بهداشتی است که در طول دهه‌های گذشته مورد توجه قرار گرفته است، به نحوی که امروزه به عنوان جزء جدایی ناپذیری از مراقبت کل نگر پیشنهاد می‌شود. یکی از موارد لازم جهت ارائه مراقبت‌های معنوی صحیح به بیماران، داشتن صلاحیت لازم در این رابطه می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی صلاحیت مراقبت معنوی دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت شهرستان فردوس در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی- تحلیلی بود. جامعه پژوهش شامل ۲۴۰ نفر از دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس بودند؛ که ۱۹۰ نفر بر اساس تمایل به همکاری، به عنوان نمونه پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه "مقیاس صلاحیت مراقبت معنوی" بود. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمره صلاحیت مراقبت معنوی $12/69 \pm 10/72$ به دست آمد، که نشان می‌دهد دانشجویان از صلاحیت معنوی بالایی برخوردار بودند. آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره صلاحیت مراقبت معنوی از نظر جنسیت ($P=0/31$)، وضعیت تأهل ($P=0/1$)، وضعیت سکونت ($P=0/36$) و سابقه کار بالینی ($P=0/64$) تفاوت معنی‌داری ندارد. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نیز نشان داد که میانگین نمره صلاحیت مراقبت معنوی بین ترم‌های مختلف تحصیلی ($P=0/03$) تفاوت معنی‌داری دارد.

نتیجه‌گیری کلی: تقویت پایه‌های اخلاقی و معنوی الگوهای اصلی منتخب دانشجویان (اساتید، مربیان)، تدوین برنامه و محتوی منسجم، کاربرد راهبردهای آموزشی مناسب، ایجاد فضای آموزشی عاطفی در معیت افراد محبوب و متعهد، زمینه یادگیری ارائه مراقبت معنوی را تسهیل خواهد کرد.

کلید واژه‌ها: معنویت، سلامت معنوی، صلاحیت حرفه‌ای، پرستاری

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۲۸

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند.
 ۲. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند.
 ۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی گناباد، دانشگاه علوم پزشکی گناباد.
 ۴. کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند.
 ۵. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. (*نویسنده مسئول)
- شماره تماس: ۰۹۱۳۳۹۷۲۱۸۷ Email: rajabi_raheleh@yahoo.com
۶. دانشجوی کارشناسی اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند.
 ۷. دانشجوی کارشناسی اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند.

مقدمه

تا قبل از قرن ۱۸ میلادی، مراقبت‌های پزشکی و پرستاری بر جسم و روح مددجویان متمرکز بود و انسان به عنوان یک کل در نظر گرفته می‌شد، ولی در قرن ۱۸ میلادی با گسترش دانش و پژوهش‌های پزشکی، مراقبت‌های جسمانی و روانی از یکدیگر جدا شدند. مراقبت‌ها بر فرآیند بیماری و اطلاعات ناشی از اندازه‌گیری‌های دقیق متمرکز شد و مدل پزشکی، اساس و الگوی مراقبت را تشکیل داد. بر اساس این مدل، مراقبت‌ها بر بعد جسمانی متمرکز و سایر ابعاد روانی، معنوی و اجتماعی نادیده گرفته شد. این روند تا ۵۰ سال گذشته ادامه داشت، ولی پس از آن، شاهد افزایش تلاش برای بازگشت به دوران مراقبت جامع هستیم^(۱). در الگوی مراقبت جامع نگر، انسان به عنوان موجودی زیستی، اجتماعی، روانی و معنوی در نظر گرفته شده و در روند مراقبت از وی به تمامی ابعاد وجودی او توجه می‌شود، زیرا این ابعاد پویا و مؤثر بر یکدیگر هستند و در کنار هم سلامتی را تشکیل می‌دهند^(۲).

شواهد نشان می‌دهد که در بین این ابعاد، بعد معنوی انسان در مراقبت‌های بهداشتی - درمانی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد^(۳،۴). این در حالی است که بعد معنوی، سایر ابعاد وجودی انسان را احاطه می‌کند و می‌تواند به عنوان یک بعد منسجم در رفاه و سلامتی هر فرد تعریف گردد^(۲). بعد معنوی همانند ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی، یکی از ابعاد چهارگانه مراقبت کل نگر انسان بوده و حائز اهمیت است^(۵).

رشته پرستاری یک رشته کل نگر بوده که بر اساس آن انسان موجودی چند بعدی است که بعد معنوی در مرکز این ابعاد قرار داشته و در کسب سلامتی تأثیر بسزایی دارد. بنابراین ارائه مراقبت‌های معنوی و پرداختن به نیازهای معنوی بیماران بخش مهمی از عملکرد پرستاران را تشکیل می‌دهد^(۵).

شواهد نشان دهنده ارتباط مراقبت معنوی با بهبودی مددجویان بوده است و این امر باعث به رسمیت شناخته

شدن مراقبت معنوی در تدوین استانداردها، بیانیه‌ها و کدهای اخلاقی از سوی سازمان‌های بین‌المللی از جمله انجمن پرستاران آمریکا و همچنین گنجاندن مراقبت معنوی به عنوان جزئی از مراقبت کلی در برنامه درسی پرستاری شده است^(۶).

مراقبت معنوی از بیمار شامل مجموعه فعالیت‌هایی است که به افراد کمک می‌کند تا بهتر بتوانند با بحران مواجه شوند و زمانی ضرورت می‌یابد که فرد دچار شک، اضطراب، بحران و فقدان شود. این حمایت شامل حمایت مذهبی، همچون عبادت کردن با بیمار، صحبت کردن با وی در مورد خدا، بحث مذهبی، روشن کردن رابطه بیمار با خدا، استفاده از متون دینی و مذهبی، مهارت‌های ارتباطی، برقرار کردن رابطه واقعی با بیمار، حمایت عاطفی از وی، امید دادن به بیمار، تشویق بیمار به بیان احساسات، گوش دادن فعال و تشویق بیمار به تفکر مثبت، در دسترس بودن بیمار و پذیرای دیدگاه و احساسات بیمار بودن است^(۷،۸). ارائه مراقبت معنوی به بیمار و خانواده وی می‌تواند موجب آسایش و کاهش دردهای جسمانی، آسودگی روانی، کاهش ابتلا به افسردگی، کاهش اضطراب، افزایش سرعت بهبودی، افزایش امیدواری، ارتباط عمیق‌تر بیمار و پرستار و ایجاد هدف و معنی در زندگی شود^(۹،۱۰).

مراقبت معنوی اغلب توسط پرستاران نادیده گرفته می‌شود و علل متفاوتی برای آن بیان شده است. موانع ارائه مراقبت معنوی از دیدگاه پرستاران شامل نداشتن شفافیت نقش، به رسمیت شناخته نشدن اهمیت مراقبت معنوی و نداشتن دانش و مهارت کافی است^(۱۱). نتایج مطالعه Lin نیز در بررسی درک پرستاران از معنویت و مراقبت معنوی و عوامل تأثیرگذار بر آن نشان داده است؛ که پرستاران در رابطه با معنویت و ارائه مراقبت‌های معنوی به بیماران نیاز به آموزش‌های لازم دارند^(۱۲). نتایج مطالعه Ozbasaran و همکاران نشان داد، میانگین نمره معنویت و نگرش به معنویت در میان پرستاران ۲۱/۳ بوده

دانشجویان در رابطه با ارائه مراقبت‌های معنوی به بیماران، دانستن وضعیت موجود و نقاط ضعف و قوت آن می‌باشد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف واکاوی صلاحیت دانشجویان پرستاری، اتاق عمل و فوریت پزشکی در ارائه مراقبت‌های معنوی به بیماران در دانشکده پیراپزشکی و بهداشت شهرستان فردوس در سال ۹۵-۱۳۹۴ طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی در سال ۹۵-۱۳۹۴ در دانشکده بهداشت و پیراپزشکی شهرستان فردوس انجام شده است. نمونه پژوهش را ۱۹۰ نفر از دانشجویان دانشکده که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده بودند، تشکیل می‌دادند. معیار ورود به این مطالعه شامل نداشتن سابقه شرکت در کارگاه‌های اخلاقی با مضامین معنویت و مراقبت معنوی بوده است. از شرکت کنندگان برای ورود به مطالعه رضایت شفاهی گرفته شد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و همچنین مقیاس صلاحیت مراقبت معنوی (Spiritual Care Competence Scale=SCCS) که توسط Van Leeuwen در سال ۲۰۰۹ طراحی شده است و روایی و پایایی آن در مطالعه ناصحی و همکارانش بررسی و تأیید شده است؛ استفاده شد^(۵،۱۸). این مقیاس دارای شش بعد شامل "بررسی و اجرای مراقبت معنوی" (سؤالات یک تا شش)، "حرفه‌ای نمودن و بهبود کیفیت مراقبت معنوی" (سؤالات هفت تا ۱۲)، "حمایت فردی و مشاوره بیماران" (سؤالات ۱۳ تا ۱۸)، "ارجاع" (سؤالات ۱۹ تا ۲۱)، "نگرش به معنویت بیمار" (سؤالات ۲۲ تا ۲۵) و "ارتباط" (سؤالات ۲۶ تا ۲۷) بوده است.

پاسخ‌ها بر حسب مقیاس لیکرت پنج قسمتی (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) رتبه بندی شده‌اند. نمره کلی این مقیاس بین ۲۷ تا ۱۳۵ می‌باشد.

نمره بندی مقیاس در پژوهش حاضر بدین صورت بوده است که نمره بین ۲۷ تا ۶۲ نشان دهنده صلاحیت معنوی

است؛ که حاکی از برداشت نامشخص و تعریف ناواضح از معنویت و مراقبت معنوی در بین پرستاران است^(۱۳).

ارائه صحیح مراقبت‌های معنوی به بیماران تحت تأثیر عوامل شخصی، فرهنگی و آموزشی قرار دارد و افراد ارائه دهنده این مراقبت‌ها، خود باید از صلاحیت معنوی و اخلاقی کافی برخوردار باشد^(۱۴). از طرف دیگر تمایل سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامتی در بکارگیری نیروی کار ماهر باعث شده تا صلاحیت شاغلان حرفه‌ای مرتبط با سلامتی، بیش از پیش مورد توجه قرار بگیرد^(۸).

بنابراین صلاحیت به عنوان مفهومی پیچیده و مبهم و یکی از موضوعات بحث برانگیز در حوزه مراقبت سلامتی می‌باشد که در حیطه‌های مختلف پرستاری از جمله آموزش، بالین و مدیریت پرستاری اهمیت زیادی دارد. صلاحیت مجموعه‌ای از صفات و خصوصیات است که پایه و اساس عملکرد مطلوب محسوب می‌شود^(۱۵).

صلاحیت در مراقبت معنوی نیز به مجموعه‌ای از مهارت‌های بکار گرفته شده در زمینه‌ای حرفه‌ای یا فرآیند پرستاری بالینی اشاره دارد که شامل ارتباط درمانی پرستار-بیمار، در دسترس بیمار بودن، گوش کردن فعال، نشان دادن همدلی و همدردی که به زندگی ارزش و امید می‌دهد، تسهیل مهارت‌های مذهبی برای بیماران با اعتقادات مذهبی خاص، کمک به بیمار برای ایجاد فضای آرام و تکمیل کارهای ناتمام و ارجاع به روحانی یا دیگر متخصصین معنوی می‌باشد^(۱۶،۱۷).

در مطالعه Ross و همکاران نیز دو عامل درک مراقبت معنوی و معنویت شخصی دانشجویان در درک صلاحیت آنان نسبت به مراقبت معنوی قابل توجه بوده‌اند و به عنوان فاکتورهای تأثیرگذار بر صلاحیت درک شده دانشجویان در امر مراقبت معنوی مطرح شده‌اند^(۷).

ارائه صحیح مراقبت‌های معنوی به بیماران، نیازمند آن است که ارائه دهندگان این مراقبت‌ها صلاحیت لازم در این رابطه را داشته باشند. به منظور داشتن صلاحیت کافی برای پرستاری از بیماران، باید آموزش‌های لازم در دوران دانشجویی دریافت شود. اولین گام جهت آموزش

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک مورد بررسی در دانشجویان

متغیر	گروه‌ها	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۰۴	۵۴/۷
	مرد	۸۶	۴۵/۳
وضعیت تأهل	متأهل	۵۱	۲۶/۸
	مجرد	۱۳۹	۷۳/۲
رشته تحصیلی	پرستاری	۸۰	۴۲/۱
	اتاق عمل	۷۰	۳۶/۸
	فوریت پزشکی	۴۰	۲۱/۱
ترم تحصیلی	یک	۴۳	۲۲/۶
	دو	۲۱	۱۱/۱
	سه	۵۹	۳۱/۱
	پنج	۴۱	۲۱/۶
	هفت	۲۶	۱۳/۷

آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره صلاحیت مراقبت معنوی از نظر جنسیت ($P=0/31$)، وضعیت تأهل ($P=0/1$)، وضعیت سکونت ($P=0/36$) و سابقه کار بالینی ($P=0/64$) تفاوت معنی‌داری ندارد. آنالیز واریانس یک طرفه نیز نشان داد که میانگین نمره صلاحیت مراقبت معنوی بین ترم‌های مختلف تحصیلی تفاوت معنی‌داری دارد ($P=0/03$)، اما بین سه رشته تحصیلی پرستاری، اتاق عمل و فوریت پزشکی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/3$) (جدول شماره دو).

کم، نمره بین ۶۳ تا ۹۸ نشان دهنده صلاحیت متوسط و نمره بالاتر از ۹۸ نشان دهنده صلاحیت معنوی بالا در نظر گرفته شده بود. با مراجعه به دانشکده، مجوز لازم از ریاست و مسئول آموزش جهت ورود به کلاس‌ها دریافت گردید.

ابتدا به شرکت کنندگان در پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد و پس از پاسخگویی به سؤالات حاضران و اعلام رضایت شفاهی آنان برای شرکت در تحقیق، پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۹۰ دانشجویی که به شیوه در دسترس از بین ۲۴۰ دانشجوی انتخاب شده بودند، قرار داده شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. در تمامی آزمون‌های آماری سطح معنی‌داری ($P \leq 0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۹۰ نفر دانشجوی شرکت کننده در تحقیق، ۷۳/۲ درصد مجرد و ۲۶/۸ درصد متأهل و همچنین ۴۲/۱ درصد از آن‌ها دانشجوی کارشناسی پرستاری، ۳۶/۸ درصد از آن‌ها دانشجوی کارشناسی اتاق عمل و ۲۱/۱ درصد از آن‌ها دانشجوی کاردانی فوریت پزشکی بودند (جدول شماره یک).

جدول شماره ۲: نمرات کسب شده از مقیاس صلاحیت مراقبت معنوی دانشجویان بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	p-value
جنسیت	زن	۱۰۰/۸۷	۱۲/۸۹	۰/۳۱
	مرد	۱۰۲/۷۴	۱۲/۴۳	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۴/۱۷	۱۳/۴۱	۰/۱۱
	مجرد	۱۰۰/۸۲	۱۲/۳۴	
رشته تحصیلی	پرستاری	۱۰۲/۱۳	۱۱/۷۸	۰/۳۱
	اتاق عمل	۱۰۰/۰۵	۱۳/۴۸	
	فوریت پزشکی	۱۰۳/۸	۱۲/۹۵	
ترم تحصیلی	یک	۱۰۰/۸۶	۱۴/۹۱	۰/۰۳
	دو	۹۸/۴۲	۹/۷۷	
	سه	۱۰۴/۷۲	۱۱/۸	
	پنج	۱۰۳/۳۶	۱۲/۶	
	هفت	۹۶/۳۸	۱۱/۱۳	

واکاوی صلاحیت مراقبت معنوی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و... الناز یزدان پرست و همکاران

نمودن و بهبود کیفیت مراقبت معنوی $3/61 \pm 21/66$ ، در
حیطه حمایت فردی و مشاوره بیماران $3/43 \pm 22/91$ ، در
حیطه ارجاع $2/06 \pm 10/44$ ، در حیطه نگرش به معنویت
بیمار $2/95 \pm 16/21$ و در حیطه ارتباط $1/57 \pm 8/29$ بود
(جدول شماره سه و چهار).

میانگین نمره صلاحیت مراقبت معنوی کل دانشجویان
 $12/69 \pm 101/72$ به دست آمد و با توجه به نمره بندی
میانگین، دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش از
صلاحیت مراقبت معنوی بالایی برخوردار بودند. میانگین و
انحراف معیار نمره صلاحیت آن‌ها در حیطه بررسی و
اجرای مراقبت معنوی $3/54 \pm 22/19$ ، در حیطه حرفه‌ای

جدول شماره ۳: چگونگی پاسخ دانشجویان به ابعاد مختلف صلاحیت مراقبت معنوی

مقیاس صلاحیت مراقبت معنوی	انحراف معیار \pm میانگین
بعد بررسی و اجرای مراقبت معنوی	$22/19 \pm 3/54$
بعد حرفه‌ای نمودن و بهبود کیفیت مراقبت معنوی	$21/66 \pm 3/61$
بعد حمایت فردی و مشاوره بیماران	$22/91 \pm 3/43$
بعد ارجاع	$10/44 \pm 2/06$
بعد نگرش به معنویت بیمار	$16/21 \pm 2/95$
بعد ارتباط	$8/29 \pm 1/57$

جدول شماره ۴: چگونگی پاسخ دانشجویان به سوالات هر جزء از ابعاد صلاحیت معنوی

ابعاد پرسشنامه به تفکیک سؤالات آن		کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
بعد بررسی و اجرای مراقبت معنوی						
من قادر به گزارش، نیازهای معنوی بیمار به صورت شفاهی و کتبی می‌باشم.	۳۶ (۱۸/۹)	۹۷ (۵۱/۱)	۴۸ (۲۵/۳)	۶ (۳/۲)	۳ (۱/۶)	
من می‌توانم مراقبت معنوی خود را متناسب با نیازهای معنوی هر بیمار تنظیم کنم.	۲۳ (۱۲/۱)	۹۴ (۴۹/۵)	۵۳ (۲۷/۹)	۱۸ (۹/۵)	۲ (۱/۱)	
من می‌توانم مراقبت معنوی را بر اساس نیازهای بیمار و پس از مشورت با تیم مراقبتی تنظیم کنم.	۲۸ (۱۴/۷)	۱۰۴ (۵۴/۷)	۴۵ (۲۳/۷)	۱۰ (۵/۳)	۳ (۱/۶)	
من قادر به گزارش بخش معنوی مراقبت پرستاری، در برنامه مراقبتی بیمار هستم	۲۲ (۱۱/۶)	۹۶ (۵۰/۵)	۵۸ (۳۰/۵)	۱۴ (۷/۴)	۰ (۰)	
من می‌توانم عملکرد معنوی بیمار را بصورت کتبی یادداشت کنم.	۲۶ (۱۳/۷)	۹۰ (۴۷/۴)	۵۲ (۲۷/۴)	۱۹ (۱۰)	۳ (۱/۶)	
من می‌توانم عملکرد معنوی بیمار را به طور شفاهی گزارش کنم.	۳۲ (۱۶/۸)	۹۰ (۴۷/۴)	۴۹ (۲۵/۸)	۱۹ (۱۰)	۰ (۰)	
بعد حرفه‌ای نمودن و بهبود کیفیت مراقبت معنوی						
من می‌توانم در زمینه تضمین کیفیت مراقبت معنوی در بخش مشارکت داشته باشم.	۲۵ (۱۳/۲)	۱۰۰ (۵۲/۶)	۵۱ (۲۶/۸)	۱۴ (۷/۴)	۰ (۰)	
من می‌توانم در زمینه ارتقاء حرفه‌ای مراقبت معنوی در بخش مشارکت داشته باشم.	۳۰ (۱۵/۸)	۸۹ (۴۶/۸)	۵۱ (۲۶/۸)	۱۸ (۹/۵)	۲ (۱/۱)	
من می‌توانم مشکلات پرستاری مربوط به مراقبت معنوی را در جلسات بحث با همکاران مشخص کنم.	۳۰ (۱۵/۸)	۷۱ (۳۷/۴)	۷۱ (۳۷/۴)	۱۵ (۷/۹)	۳ (۱/۶)	
من می‌توانم سایر همکاران را در زمینه ارائه مراقبت معنوی به بیمار هدایت کنم.	۲۳ (۱۲/۱)	۹۰ (۴۷/۴)	۶۱ (۳۲/۱)	۱۶ (۸/۴)	۰ (۰)	
من می‌توانم توصیه‌هایی برای تنظیم سیاستهای مراقبت معنوی در	۲۸ (۱۴/۷)	۶۸ (۳۵/۸)	۶۸ (۳۵/۸)	(۱۲/۱)	۳ (۱/۶)	

۲۳					بخش ارائه کنم.	
۲ (۱/۱)	۱۵ (۷/۹)	۷۱ (۳۷/۴)	۷۷ (۴۰/۵)	۲۵ (۱۳/۲)	من می‌توانم راهکارهایی برای ارتقا مراقبت معنوی در بخش پرستاری اجرا کنم.	
بعد حمایت فردی و مشاوره بیماران						
۲ (۱/۱)	۱۷ (۸/۹)	۴۵ (۲۳/۷)	۹۷ (۵۱/۱)	۲۹ (۱۵/۳)	من می‌توانم از بیمار مراقبت معنوی به عمل آورم.	
۲ (۱/۱)	۷ (۳/۷)	۶۰ (۳۱/۶)	۹۶ (۵۰/۵)	۲۵ (۱۳/۲)	من می‌توانم مراقبت معنوی که برای بیمار انجام داده‌ام را با مشورت با بیمار و تیم مراقبتی ارزشیابی کنم	
۴ (۲/۱)	۱۱ (۵/۸)	۵۱ (۲۶/۸)	۸۷ (۴۵/۸)	۳۷ (۱۹/۵)	من می‌توانم به بیمار اطلاعاتی در خصوص تسهیلات معنوی که در بیمارستان وجود دارد ارائه کنم (شامل مراقبت معنوی، مرکز مدیتیشن، خدمات مذهبی)	
۴ (۲/۱)	۹ (۴/۷)	۲۵ (۱۳/۲)	۹۸ (۵۱/۶)	۵۴ (۲۸/۴)	من می‌توانم به بیمار کمک کنم تا فعالیت‌های معنوی روزانه خود را انجام دهد (شامل ایجاد فرصتی برای پرداختن به سنت‌ها، دعاها، مدیتیشن، خواندن انجیل یا قرآن و گوش کردن به موسیقی)	
۶ (۳/۲)	۹ (۴/۷)	۲۷ (۱۴/۲)	۹۸ (۵۱/۶)	۵۰ (۲۶/۳)	من می‌توانم در حین مراقبت جسمی روزانه به حالت معنوی یا روحانی بیمار توجه کنم	
۴ (۲/۱)	۸ (۴/۲)	۴۶ (۲۴/۲)	۹۱ (۴۷/۹)	۴۱ (۲۱/۶)	من می‌توانم اعضای خانواده بیمار را در صورتی که نیازهای معنوی در خواست کند به فرد مذهبی ارجاع دهم.	
بعد ارجاع						
۷ (۳/۷)	(۱۹/۵)	۷۳ (۳۸/۴)	۵۳ (۲۷/۹)	۲۰ (۱۰/۵)	من می‌توانم به صورت موثر، مراقبت از نیازهای معنوی یک بیمار را به همکار دیگرم واگذار کنم.	
۴ (۲/۱)	۱۴ (۷/۴)	۵۳ (۲۷/۹)	۸۸ (۴۶/۳)	۳۱ (۱۶/۳)	من می‌توانم در زمان مناسب و به گونه‌ای موثر در صورتی که بیمار نیاز معنوی داشته باشد و یا به فرد دیگری مانند (پیش‌نماز، یا روحانی آشنای بیمار) ارجاع دهم.	
۴ (۲/۱)	۱۳ (۶/۸)	۷۲ (۳۷/۹)	۷۷ (۴۰/۵)	۲۴ (۱۲/۶)	من می‌دانم چه موقع باید برای مراقبت معنوی بیمار با یک مشاور صحبت کنم	
بعد نگرش به معنویت بیمار						
۴ (۲/۱)	۶ (۳/۲)	۳۳ (۱۷/۴)	۷۰ (۳۶/۸)	۷۷ (۴۰/۵)	من بدون هر گونه پیشداوری و تعصب نسبت به پیشینه مذهبی / معنوی بیمار، به اعتقادات مذهبی و معنوی او احترام می‌گذارم.	
۸ (۴/۲)	۱۰ (۵/۳)	۲۷ (۱۴/۲)	۷۹ (۴۱/۶)	۶۶ (۳۴/۷)	من دیدگاه باز و روشنی نسبت به عقاید معنوی و مذهبی بیمار دارم هر چند که با من متفاوت باشد.	
۴ (۲/۱)	۱۰ (۵/۳)	۱۸ (۹/۵)	۷۴ (۳۸/۹)	۸۴ (۴۴/۲)	من سعی نمی‌کنم که عقاید مذهبی و معنوی خود را به بیمار تحمیل کنم.	
۴ (۲/۱)	۹ (۴/۷)	۳۸ (۲۰)	۸۰ (۴۲/۱)	۵۹ (۳۱/۱)	من از محدودیت‌های شخصی خود در برخورد با اعتقادات مذهبی و معنوی بیمار آگاه هستم.	
بعد ارتباط						
۴ (۲/۱)	۸ (۴/۲)	۲۶ (۱۳/۷)	۷۵ (۳۹/۵)	۷۷ (۴۰/۵)	من می‌توانم بطور جدی به داستان زندگی بیمار در رابطه با بیماری یا معلولیتش گوش کنم.	
۳ (۱/۶)	۷ (۳/۷)	۱۹ (۱۰)	۸۶ (۴۵/۳)	۷۵ (۳۹/۵)	من دارای روحیه پذیرا در قبال بیمار هستم (حساس، همدل، القا کننده احترام و اعتماد، صادق، صمیمی و بدون ریا)	

بحث و نتیجه‌گیری

در طول دوره بیماری، دانشجویان پرستاری در کنار کارکنان درمانی به راحتی در قلمرو خصوصی بیماران پذیرفته می‌شوند، از این رو باید قادر باشند به مسایل معنوی بپردازند. طبق تعریف انجمن پرستاران آمریکا، پرستاران باید مراقبت معنوی را نیز برای بیماران خود فراهم آورند^(۱۹). در پژوهش حاضر میانگین نمرات صلاحیت مراقبت معنوی دانشجویان بالاتر از ۹۸ بود که نشان می‌دهد بیشتر دانشجویان شرکت کننده در پژوهش نمره صلاحیت مراقبت معنوی بالایی را بدست آورده‌اند. البته چنین نتایجی برای جامعه ما که مذهبی و متمایل به ارزش‌های معنوی است دور از انتظار نیست. در پژوهش دیگری در کشور چین، Wong و همکاران به بررسی درک ۴۲۹ پرستار چینی در رابطه با مراقبت‌های معنوی و ارائه آن به بیماران پرداخته‌اند. مشابه با نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، گزارش کردند که پرستاران درک مثبتی از ارائه مراقبت‌های معنوی دارند و همچنین اعتقادات مذهبی و افزایش سطح تحصیلات پرستاران سبب ارتقاء درک آن‌ها در رابطه با معنویت و مراقبت‌های معنوی می‌گردد^(۱۱). نتایج مطالعات ناصحی، سبزواری در کرمان و Attard در مالتا نیز نشان داده است که صلاحیت دانشجویان پرستاری در ارائه مراقبت معنوی در سطح مطلوبی قرار دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد^(۵،۲۰،۲۱).

این در حالی است که نتایج مطالعه عباسی نشان داد، دانشجویان پرستاری از سلامت معنوی متوسطی برخوردار بوده و همچنین اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از دانشجویان سال اول و سال چهارم پرستاری نسبت به معنویت و مراقبت‌های معنوی وجود نداشته است که این امر نیاز به دریافت آموزش‌های لازم در این رابطه را نشان می‌دهد؛ این یافته با نتایج پژوهش حاضر همسو نیست^(۲۲). یکی از دلایل این تفاوت می‌تواند تفاوت در زمان انجام دو پژوهش باشد. در سال‌های اخیر دانشکده‌های پیراپزشکی و پرستاری توجه بیشتری را به

آموزش مراقبت‌های معنوی داشته‌اند که این موضوع سبب شده تا دانشجویان شرکت کننده در پژوهش حاضر از صلاحیت معنوی بالاتری برخوردار باشند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان صلاحیت بالایی در بعد ارتباط و نگرش نسبت به معنویت در بیماران دارند. همچنین بیشتر آنان در بعد حمایت فردی و مشاوره بیماران صلاحیت کافی دارند که همراستا با مطالعه Ross می‌باشد. همچنین در این مطالعه دانشجویان نمره بالایی در بعد بررسی و اجرای مراقبت معنوی و بعد حرفه‌ای نمودن و بهبود کیفیت مراقبت در ارائه خدمات معنوی به بیماران را داشتند؛ در حالی که در پژوهش Ross نتایج متفاوتی یافت شد. آن‌ها معتقد بودند که کمترین صلاحیت را در دو بعد ذکر شده در بند قبل دارند و نیازمند افزایش این صلاحیت‌ها از طریق برگزاری جلسات یا کارگاه‌های آموزشی می‌باشند^(۲۳).

Cooper معتقد است که از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه ارائه مراقبت معنوی توسط دانشجویان پرستاری برای بیماران می‌توان صلاحیت دانشجویان در ارائه مراقبت را افزایش داد^(۲۴) و باید آگاهی دانشجویان و حساسیت آن‌ها نسبت به نیازهای معنوی بیماران را توسعه داد. زیرا با افزایش یافتن آگاهی، دانشجویان به اهمیت آن پی می‌برند و بهتر می‌توانند مراقبت معنوی به بیماران را ارائه دهند^(۲۳).

به طور کلی می‌توان گفت در مطالعه حاضر صلاحیت مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری در تمام ابعاد در سطح بالایی بود که می‌تواند ناشی از توجه ویژه‌ای باشد که در سال‌های اخیر به مقوله معنویت و مراقبت معنوی در آموزش پرستاری گردیده و منجر به افزایش آگاهی و درک این مفهوم شده است و از طرف دیگر ممکن است به این دلیل باشد که دانشجویان پرستاری هنوز رویکرد انسان‌گرایانه خود را حفظ نموده‌اند و همانند پرستاران شاغل گرفتار مسائلی از قبیل فشار کاری، کمبود زمان و سایر برنامه‌های روتین پرستاری نیستند.

برنامه‌های آموزشی مناسب برای ارتقای صلاحیت آن‌ها طراحی شده و در برنامه درسی آنها قرار گیرد. توصیه می‌شود در محیط‌های بالینی به نیازهای معنوی بیماران در کنار نیازهای جسمی و روانی آنها اهمیت داده شود و مراقبت معنوی در طراحی برنامه مراقبت پرستاری قرار گیرد و به افراد فرصت داده شود تا در کنار کسب مهارت و شایستگی در زمینه مراقبت‌های معمول پرستاری، در مورد مراقبت معنوی نیز توانمندی‌های لازم را کسب کنند. تعداد کم دانشجویان شرکت کننده در مطالعه حاضر و انجام پژوهش در یک محیط محدود می‌تواند مانع مهمی در تعمیم پذیری نتایج و محدودیت مطالعه باشد، از این رو انجام مطالعه در نمونه‌های بیشتر دانشجویی به صورت گسترده‌تری توصیه می‌شود.

از آنجایی که ابزار مطالعه، پرسشنامه خودارزیابی است، می‌توان خودارزیابی را محدودیت پژوهش محسوب کرد زیرا ارزیابی دانشجویان از خود ممکن است واقعی نباشد. از این رو، استفاده از ابزارهای دیگر در سنجش این گونه مهارت‌ها برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود. آموزش مراقبت معنوی در دانشگاه‌ها و اختصاص بخشی از محتوای درسی برنامه دروس پرستاری، اتاق عمل و فوریت پزشکی به مراقبت معنوی و معنویت به منظور ایجاد نگرش صحیح، مثبت و بالاتر در دانشجویان توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل از طرح پژوهشی انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد ۸۴/۹۴ است که در جلسه مورخ ۱۳۹۵/۲/۱۳ شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به تصویب رسیده است؛ بدین وسیله از دانشجویان پرستاری، اتاق عمل و فوریت پزشکی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس و از ریاست این دانشکده و همه همکاران دانشکده که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

نتایج مطالعه ادیب و همکاران نشان داد که اگرچه شرکت کنندگان تنها حدود نیمی از نمره صلاحیت حرفه‌ای را در حیطه ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی بدست آوردند، اما در حیطه نگرش، ۷۰ درصد از نمره را کسب کرده‌اند. به عبارت دیگر، بر اساس یافته‌های ادیب و همکاران، شرکت کنندگان، نگرش مطلوبی نسبت به معنویت و مراقبت معنوی داشته‌اند و ارائه مراقبت معنوی به بیماران را از وظایف حرفه‌ای خود می‌دانسته‌اند^(۲۵). نتایج مطالعه مظاهری و همکاران در تهران نیز نشان داد که پرستاران نگرش مثبتی به معنویت و تمایل به ارائه مراقبت معنوی دارند^(۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر بررسی ارتباط نمرات صلاحیت مراقبت معنوی با ویژگی‌های فردی در دانشجویان، بین نمرات صلاحیت مراقبت معنوی با جنس و وضعیت تأهل و محل سکونت و سابقه کار بالینی دانشجویان ارتباط معنی داری مشاهده نشد. نتایج مطالعه کریمی مونقی و همکاران نیز نشان داد که نمرات صلاحیت بالینی با متغیرهای فردی و شغلی به جز بیمارستان محل کار، ارتباط معنی داری نداشته است^(۲۷). در پژوهش حاضر چگونگی مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری، اتاق عمل و فوریت‌های پزشکی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس توصیف شد؛ و نتایج نشان داد که دانشجویان در ارائه مراقبت معنوی و همه ابعاد آن صلاحیت کافی را دارند.

در کل می‌توان نتیجه گرفت با توجه به ماهیت رشته پرستاری و تعاملات نزدیک پرستاران با بیماران، هرچه دانشجویان پرستاری از صلاحیت بالاتری در ارائه مراقبت معنوی برخوردار باشند، مراقبت و مداخلات بهتری برای بیماران خود انجام می‌دهند. از آنجا که بیمار محور بودن مراقبت‌های پرستاری، سبب رفع مشکلات بیمار و رسیدن وی به آرامش جسمی، روحی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی می‌شود، پیشنهاد می‌شود عوامل مؤثر بر کسب مهارت‌های مراقبت معنوی و شایستگی دانشجویان جهت ارائه مراقبت معنوی جامع به بیماران شناسایی شوند؛ تا

فهرست منابع

- 1- McSherry W, Ross L. Spiritual assessment in healthcare practice. London and Philadelphia: M&K Update Ltd; 2010.
- 2- Rezaei M, Fatemi N, Adib-HajBaghery M. [Spirituality, cancer and nursing]. Kashan, Iran: Morsal. 2008. Persian
- 3- McSherry W, Jamieson S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2013;22(21-22):3170-82.
- 4- Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013;33(6):574-9.
- 5- Nasehi A, Rafiei H, Jafari M, Borhani F, Sabzevari S, Baneshi M, et al. [Survey of nurse's students competencies for delivering spiritual care to their patients]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2013;2(2):1-9. Persian
- 6- Daly L, Fahey-McCarthy E. Attending to the spiritual in dementia care nursing. *Br J Nurs*. 2014;23(14):787-91.
- 7- Ross L, Giske T, van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2016;36:445-51.
- 8- Hummel L, Galek K, Murphy KM, Tannenbaum HP, Flannelly LT. Defining spiritual care: an exploratory study. *J Health Care Chaplain*. 2009;15(1):40-51.
- 9- McBrien B. Nurses' provision of spiritual care in the Emergency Setting—An Irish Perspective. *Int Emerg Nurs*. 2010;18(3):119-26.
- 10- Vlasblom JP, Van Der Steen JT, Walton MN, Jochemsen H. Effects of nurses' Screening of spiritual needs of hospitalized patients on consultation and perceived nurses' support and patients' spiritual well-being. *Holist Nurs Pract*. 2015;29(6):346-56.
- 11- Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res*. 2010;23(4):242-4.
- 12- Wu L-F, Lin L-Y. Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res*. 2011;19(4):250-6.
- 13- Ozbasaran F, Ergul S, Temel AB, Gurol Aslan G, Coban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011;20(21-22):3102-10.
- 14- Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013;33(6):574-9.
- 15- Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care: The perceived impact on undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2008;28(4):501-12.
- 16- van de Geer J, Veeger N, Groot M, Zock H, Leget C, Prins J, et al. Multidisciplinary Training on Spiritual Care for Patients in Palliative Care Trajectories Improves the Attitudes and Competencies of Hospital Medical Staff: Results of a Quasi-Experimental Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2017.
- 17- Strand K, Carlsen LB, Tveit B. Nursing students' spiritual talks with patients—evaluation of a partnership learning programme in clinical practice. *J Clin Nurs*. 2017. 26(13-14):1878-86.
- 18- Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs*. 2009;18(20):2857-69.
- 19- Association AN. Nursing: Scope and standards of practice. 2nd ed. Silver Spring, Md: Nursesbooks; 2010. 142.
- 20- Attard J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Educ Today*. 2014;34(12):1460-6.
- 21- Jafari M, Sabzevari S, Borhani F, baneshi MR. [Perspective of nurses and nursing students of Kerman university of medical sciences to spiritual care]. *J Med Ethics*. 2012;6(20):155-70. Persian
- 22- Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N. [Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(3):242-7. Persian
- 23- 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 Educ Today*. 2014;34(5):697-702.

- 24- Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013;33(9):1057-61.
- 25- Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. [Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014]. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2014;22(4):23-32. Persian
- 26- Mazaheri M, Khoshknab MF, Maddah SSB, Rahgozar M. [Nursing attitude to spirituality and spiritual care]. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research*. 2008;8(1):31-7. Persian
- 27- Karimi Moonghi H, Gazrani A, Gholami H, Saleh Moghaddam A, Ashory A, Vaghei S. [Relationship between spiritual intelligence and nurses' clinical competency]. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2011;18(2):132-9. Persian

Analysis of Spiritual Care Competence in Students of Ferdows Health and Paramedical School: 2014-15

Yazdan Parast E.MS.¹ Afrazandeh S.MS.² Ghorbani H.MS.³
Asadi F.MS.⁴ *Rajabi R.MS.⁵ Naseri L.BS.⁶ Sekandari F.BS.⁷

Abstract

Background & Aim: Spiritual care is an important aspect of health care which has been considered during recent decades. Spiritual care should be considered as an important part of holistic care. Having competency is necessary for delivering good level of spiritual care to patients. The present study has been carried out in order to investigate the spiritual care competence in students at Ferdows Health and Paramedical School during 2014-15.

Materials & Methods: This was a cross-sectional descriptive study. The study population included 240 students at Ferdows Health and Paramedical School. Finally, 190 students, who volunteered to participate in the study, were studied as the study samples. Data about students' competency in spiritual care were collected, using Spiritual Care Competence Scale. Research data were analyzed using SPSS version 16.

Results: The mean score of students' spiritual care competency was 101.72 ± 12.69 which indicates that students have a high level of competencies in spiritual care. Independent t-test showed no significant relationship between the mean of spiritual care competency and other parameters such as gender ($P = 0.31$), marital status ($P = 0.1$), housing status ($P = 0.36$), history of clinical practice ($P = 0.64$). ANOVA test showed that there is a significant difference between the mean scores of spiritual care competency and different academic semesters ($P = 0.03$).

Conclusion: Reinforcing ethical and spiritual foundations of student's role models (such as professors), programming a unified plan, applying educational strategies, and making emotional educational atmosphere accompanied by trustee people will facilitate spiritual care.

Keywords: Spirituality, Spiritual Healing, Professional Competence, Nursing

Received: 11 Jan 2017

Accepted: 17 Apr 2017

¹. MS in Nursing and Instructor, Department of Nursing, Paramedic School of Ferdows, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

². MS in Nursing and Instructor, Department of Nursing, Ferdows Health and Paramedical School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

³. MS Student in Nursing, Department of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

⁴. MS in Biostatistics, Ferdows Health and Paramedical School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

⁵. MS in Nursing and Instructor, Ferdows Health and Paramedical School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. (*Corresponding Author) Tel: 09132972187 Email: rajabi_raheleh@yahoo.com

⁶. Bachelor Student in Operating Room. Ferdows Health and Paramedical School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

⁷. Bachelor Student in Operating Room. Ferdows Health and Paramedical School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.