

بررسی صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی در شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۳

دکتر محسن ادیب حاج باقری^{۱*}، سمیرا زهتاب چی^۲

۱- استاد گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲- کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، بیمارستان الزهرا، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۱

دریافت: ۹۳/۹/۲۹

چکیده:

مقدمه: مراقبت معنوی، در ایجاد احساس سلامتی و آرامش در بیمار و خانواده وی، نقش اساسی دارد، لذا برخورداری از صلاحیت حرفه‌ای برای پرستاران ضروری است. با توجه به اهمیت مراقبت معنوی و ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در این حیطه، این مطالعه با هدف تعیین صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی در شهرستان کاشان سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تعیین صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی گردآوری و تجزیه و تحلیل آن‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS/11.5 انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۲۳۹ پرستار شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار نمره کل صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی $25/95 \pm 99/64$ بود. میانگین و انحراف معیار نمره صلاحیت حرفه‌ای آن‌ها در حیطه ارزیابی و اجراء مراقبت معنوی $17/54 \pm 46/70$ ، در حیطه ارزش‌های انسانی $4/60 \pm 20/68$ ، در حیطه آگاهی $3/12 \pm 11/85$ ، در حیطه نگرش $2/78 \pm 11/28$ و در حیطه خودشناسی $1/54 \pm 7/50$ بود. پرستاران بخش‌های اورژانس از پایین‌ترین صلاحیت در ارائه مراقبت معنوی برخوردار بودند.

نتیجه نهایی: مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران شرکت کننده از صلاحیت حرفه‌ای مناسبی در ارائه مراقبت معنوی برخوردار نیستند و تاکنون آموزشی در رابطه با این مفهوم دریافت نکرده‌اند. این یافته‌ها لزوم مطالعات بیشتر در زمینه معنویت و مراقبت معنوی در ایران را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: پرستاران / صلاحیت حرفه‌ای / مراقبت معنوی

* نویسنده مسئول: دکتر محسن ادیب حاج باقری؛ عضو هیئت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
Email: adib1344@yahoo.com

مقدمه:

خود)، احساس تمامیت و تعالی و بهبود ارتباطات او با دیگران تأثیر مثبت دارد (۷). رایت بیان می‌کند که مراقبت معنوی تلاش دارد به هر فرد بر اساس عشق بدون قضاوت (بی قید و شرط) ارزش بدهد. مراقبت معنوی از طریق اظهار عشق و محبت به بیماران، کیفیت مراقبت بین فردی را ارتقا می‌بخشد. این مراقبت، به تصدیق درک معنا و مقصود در زندگی توسط فرد که ممکن است از طریق باورها و عملکردهای مذهبی نشان داده شود یا نشود، مربوط است (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 معنا در زندگی شود (۹-۱۱، ۶).

با توجه به نقش اساسی مراقبت معنوی در سلامت و آرامش بیماران و خانواده‌های آنان، برخورداری از صلاحیت حرفه‌ای در این حیطه برای اعضای تیم مراقبتی بخصوص پرستاران ضروری است. مطالعاتی که به بررسی صلاحیت پرستاران در ارائه مراقبت معنوی پرداخته، نشان می‌دهند که دانشجویان پرستاری از صلاحیت مطلوبی در این حیطه برخوردار هستند (۱۲-۱۴). با وجود این، مطالعاتی که به بررسی درک و نگرش پرستاران در رابطه با معنویت و مراقبت معنوی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که بیشتر پرستاران، معنویت را در رابطه با مذهب می‌دانند و مراقبت معنوی را با فراهم آوردن امکان اعمال مذهبی یکی می‌دانند (۱۵، ۱۶). نتایج یک پژوهش نیز نشان داده است که، یک چهارم از پرستاران تا کنون آموزشی در رابطه با معنویت و مراقبت معنوی دریافت نکرده‌اند و ۴۵٪ از آنها توانایی خود را برای ارائه مراقبت معنوی ضعیف می‌دانند (۱۷).

ارزیابی صلاحیت حرفه ای، که در برگزیده مراقبت معنوی است به عنوان یک معیار برای بررسی عملکرد سیستم‌های مراقبتی - درمانی عمل می‌کند (۱۸) و جهت حصول اطمینان از دستیابی به اهداف آموزشی، ارائه مراقبت مطلوب و کسب حداقل استانداردهای صلاحیتی و حفظ و ارتقاء آن ضروری است (۱۹). مراقبت معنوی اغلب توسط پرستاران نادیده گرفته می‌شود و علل متفاوتی برای آن بیان شده است. موانع ارائه مراقبت معنوی از دیدگاه پرستاران شامل عدم شفافیت نقش، عدم به رسمیت شناختن اهمیت مراقبت معنوی و عدم دانش و مهارت

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 فرایند 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 شد 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).

در دوران بحران و بیماری، معنویت اهمیت بیشتری می‌یابد. در واقع در این دوران، نیازهای معنوی آشکارتر می‌شوند و این می‌تواند فرصتی برای تأمین مراقبت معنوی توسط پرستاران باشد. در طول دوران بستری، پرستاران به راحتی در قلمرو خصوصی بیماران خود پذیرفته می‌شوند، از این رو، این امکان را دارند که مسائل معنوی بیماران را ارزیابی کنند (۵). با توجه به ماهیت انتزاعی معنویت، مراقبت از بعد معنوی بیماران پیچیده‌تر از مراقبت از سایر ابعاد است. با وجود این، پرستاران از لحاظ حرفه‌ای و اخلاقی، مسئول مراقبت از بعد معنوی بیماران خود هستند (۶).

مراقبت معنوی به‌صورت فعالیت‌ها و روش‌هایی از مراقبت تعریف می‌شود که باعث ارتقاء کیفیت زندگی معنوی، سلامت معنوی و عملکرد معنوی می‌شود. انجام مراقبت معنوی، بر پاسخ فرد به استرس، سلامت معنوی (تعادل بین جوانب جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی

حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی انجام شد. پرسشنامه مذکور در سال ۱۳۹۳ توسط ادیب حاج باقری و زهتابچی طراحی شد. برای بررسی روایی، از روش بررسی روایی محتوا استفاده و *CVI* و *CVR* محاسبه شد. برای هر یک از سوالات *CVI* مرتبط بودن در محدوده ۰/۸۷ تا ۱، *CVI* سادگی در محدوده ۰/۸ تا ۱، *CVI* واضح بودن در محدوده ۰/۸ تا ۱ و *CVR* در محدوده ۰/۶ تا ۱ قرار داشت. *CVI* مرتبط بودن، سادگی و واضح بودن برای کل ابزار به ترتیب برابر با ۰/۹۶۳، ۰/۹۳۶ و ۰/۸۵۷ بود. همچنین، پایایی ابزار فوق به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل ابزار برابر با ۰/۹۴۱ بود (۲۰). پرسشنامه مذکور دارای سه بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیتی شناختی مشتمل بر ۹ سؤال در مورد سن (سال)، جنس (زن و مرد)، وضعیت تأهل (متاهل و مجرد)، سابقه کاری (سال)، میزان تحصیلات (کارדانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد)، وضعیت استخدامی (رسمی، پیمانی، قراردادی و طرحی)، عنوان بخش کاری (جراحی، داخلی، اورژانس و مراقبت ویژه)، سمت پرستار (پرستار و سر پرستار) و آموزش دیدن درباره مراقبت معنوی (بله و خیر) بود. بخش دوم، مقیاس تعیین صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی و مشتمل بر ۳۲ سؤال در ۵ بخش ارزیابی و اجراء مراقبت معنوی (۱۷ سؤال)، ارزش‌های انسانی (۶ سؤال)، آگاهی (۴ سؤال)، نگرش (۳ سؤال) و خودشناسی (۲ سؤال) بود. سوالات این مقیاس در طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (همیشه = ۵، اغلب = ۴، گاهی = ۳، بندرت = ۲، هرگز = ۱) و به صورت خود گزارش دهی پاسخ داده می‌شود. مجموع نمرات کسب شده از مقیاس تعیین صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی در دامنه ۳۲ تا ۱۶۰ قرار دارد و نمره بیشتر نشان دهنده صلاحیت بیشتر است. بخش سوم شامل یک سؤال باز «به نظر شما موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران چیست؟» بود. داده‌ها در تیر و مرداد ماه سال ۱۳۹۳ جمع‌آوری شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها:

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم افزار *SPSS/11.5* تجزیه و تحلیل شد. برای بررسی تفاوت از نظر وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت استخدام، و بخش کاری بین دو جنس از آزمونهای کای دو و دقیق فیشتر استفاده شد. همچنین، با توجه به نرمال بودن نمرات

کافی است (۱۵). ارزیابی صلاحیت پرستاران در ارائه مراقبت معنوی و شناسایی نقاط قوت و ضعف موجود، می‌تواند بسیاری از این موانع را برطرف سازد، از این رو اهمیت ویژه‌ای دارد.

با توجه به اهمیت موضوع مراقبت معنوی و ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در این حیطه، و این که مطالعات بسیار محدودی در زمینه تعیین صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی و با ابزارهای غیر بومی در ایران انجام شده است، این مطالعه با هدف تعیین صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی در شهرستان کاشان سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی و جامعه پژوهش آن، کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران (سطح اطمینان ۰/۹۵ و حداکثر اشتباه نمونه گیری ۰/۰۵) ۲۴۰ نفر برآورد گردید (۱۳). روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی ساده بود، به این صورت که نمونه‌ها از بین لیست اسامی پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها بر حسب مضر ۶ (به دلیل بخش پذیر بودن تعداد پرستاران بر عدد ۶) و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، انتخاب شدند. سپس محقق با حضور در بخش‌های بالینی، با افراد منتخب ملاقات می‌کرد و در صورت تمایل آن‌ها به شرکت در مطالعه، پرسشنامه در همان مکان به آنها تحویل داده و پس از تکمیل بلافاصله جمع‌آوری می‌شد. صرفاً در صورت رضایت پرستار اقدام به جمع‌آوری اطلاعات می‌شد و در صورت عدم تمایل، فرد دیگری به صورت تصادفی از لیست اسامی پرستاران شاغل همان بیمارستان، به روش فوق، جایگزین می‌شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل شاغل بودن پرستاران در زمان تحقیق در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان و داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش بود. کلیه ملاحظات اخلاقی در مراحل پژوهش رعایت شد، و پس از کسب اجازه از مسئولان دانشگاه و بیمارستان‌ها اقدام به جمع‌آوری داده‌ها شد. پرسشنامه‌ها بی‌نام بود. در مورد ماهیت و اهداف پژوهش به کلیه افراد توضیح داده می‌شد و به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات فردی آنها محرمانه خواهد ماند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تعیین صلاحیت

معناداری بین نمره صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی در دو جنس نشان نداد. همچنین آزمون آماری آنالیز واریانس، تفاوت معناداری بین نمرات صلاحیت حرفه‌ای ارائه مراقبت معنوی در پرستاران با وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی و سطح تحصیلات مختلف نشان نداد. آزمون آماری تی، تفاوت معناداری بین نمره کل صلاحیت حرفه‌ای ارائه مراقبت معنوی در پرستاران با سابقه آموزش و بدون سابقه آموزش در این زمینه، نشان داد (جدول ۲).

آزمون آماری آنالیز واریانس، تفاوت معناداری بین نمره کل صلاحیت حرفه‌ای ارائه مراقبت معنوی در پرستاران بخش‌های مختلف نشان داد ($p < 0.001$) (جدول ۳). آزمون تعقیبی توکی نیز نشان داد که نمرات پرستاران بخش‌های اورژانس، مراقبت ویژه، و روانپزشکی با سایر بخشها و نیز با یکدیگر، تفاوت معنی دار، دارد ($p < 0.001$). به گونه‌ای که نمره صلاحیت پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و روانپزشکی بالاتر از نمره پرستاران شاغل در بخش اورژانس بود (جدول ۳). آزمون آماری تی، تفاوت معناداری را بین نمرات پرستاران و مدیران پرستاری در نمره کل صلاحیت حرفه‌ای ارائه مراقبت معنوی نشان داد (جدول ۴)، به گونه‌ای که مدیران پرستاری نسبت به پرستاران بالینی نمرات بالاتری را کسب نمودند. ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنادار مستقیمی را بین سن با نمره کل صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در مراقبت معنوی نشان داد ($r = 0.249$ و $p < 0.001$)، به گونه‌ای که با افزایش سن، نمره کل صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در ارائه مراقبت معنوی افزایش می‌یافت.

ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنادار مستقیمی را بین سابقه کار با نمره کل صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در ارائه مراقبت معنوی نشان داد ($r = 0.223$ و $p < 0.001$)، به گونه‌ای که با افزایش سابقه کار، نمره کل صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در ارائه مراقبت معنوی افزایش می‌یافت. از نظر پرستاران موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران به ترتیب شامل حجم کاری بالا (۹۲/۱٪)، محدودیت زمان (۶۴٪)، عدم آشنایی با نحوه ارائه مراقبت معنوی (۴۱٪)، محدودیت‌های فرهنگی (۳۹/۳٪)، عدم آگاهی از نیازهای معنوی بیماران (۳۶/۸٪)، عدم آشنایی با مفهوم و معنای مراقبت معنوی (۳۴/۳٪) و شخصی بودن معنویت (۳۰/۱٪) بود.

صلاحیت حرفه‌ای در آزمون کولموگروف اسمیرنوف، جهت بررسی تفاوت نمره صلاحیت حرفه‌ای بر حسب متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت استخدامی، عنوان بخش کاری، سمت پرستار و آموزش مراقبت معنوی از آزمون‌های آماری تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه و نیز آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. جهت بررسی همبستگی بین متغیرهای کمی از قبیل نمره کل صلاحیت حرفه‌ای با سن و میزان سابقه کاری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی داری در همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در این مطالعه ۲۴۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان شرکت کردند. یکی از پرسشنامه‌ها به صورت ناقص تکمیل شده بود و آنالیز نهایی بر روی ۲۳۹ نفر انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن پرستاران $31/83 \pm 5/46$ سال بود. اکثر شرکت کنندگان (۷۹/۹٪) زن بودند. از لحاظ وضعیت تأهل، ۸۲/۸٪ متأهل بودند. از نظر تحصیلات، ۹۸/۷٪ مدرک کارشناسی داشتند. وضعیت استخدامی در ۴۹٪ از پرستاران از نوع پیمانی بود (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار سابقه کاری $7/95 \pm 5/36$ سال بود. در رابطه با سابقه آموزش دیدن در زمینه ارائه مراقبت معنوی، ۸۶/۲٪ از پرستاران تاکنون هیچ گونه آموزشی در رابطه با مفهوم مراقبت معنوی دریافت نکرده بودند. میانگین و انحراف معیار نمره کل صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی برابر با $25/95 \pm 99/64$ بود. به عبارت دیگر، شرکت کنندگان در مجموع $16/21 \pm 62/27$ درصد از کل نمره صلاحیت حرفه‌ای را کسب کردند. میانگین و انحراف معیار نمره صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه ارزیابی و اجراء مراقبت معنوی $17/54 \pm 46/70$ (معادل $20/63 \pm 54/94$ درصد از نمره مربوطه)، در حیطه ارزش‌های انسانی $20/68 \pm 4/60$ (معادل $15/33 \pm 68/93$ درصد از نمره مربوطه)، در حیطه آگاهی $3/12 \pm 11/85$ (معادل $15/60 \pm 59/25$ درصد از نمره مربوطه)، در حیطه نگرش $11/28 \pm 2/78$ (معادل $18/53 \pm 75/20$ درصد از نمره مربوطه) و در حیطه خودشناسی $1/54 \pm 7/50$ (معادل $15/40 \pm 75$ درصد از نمره مربوطه) بود. آزمون آماری تی، تفاوت

جدول ۱: مقایسه بعضی از متغیرهای دموگرافیک بر اساس جنس شرکت کنندگان

P value	زن (%) تعداد	مرد (%) تعداد	جنس	
			متغیرهای دموگرافیک	
۰/۹۴۲	۳۱ (۱۶/۲)	۸ (۱۶/۷)	مجرد	وضعیت تأهل
	۱۶۰ (۸۳/۸)	۴۰ (۸۳/۳)	متأهل	
۰/۴۹۱*	۱۸۹ (۹۹)	۴۷ (۹۷/۹)	کارشناسی	وضعیت تحصیلی
	۲ (۱)	۱ (۲/۱)	کارشناسی ارشد	
۰/۰۲۶	۲۹ (۱۵/۲)	۱۲ (۲۵)	رسمی	وضعیت استخدامی
	۹۹ (۵۱/۸)	۱۸ (۳۷/۵)	پیمانی	
	۵۱ (۲۶/۷)	۱۰ (۲۰/۸)	قراردادی	
	۱۲ (۶/۳)	۸ (۱۶/۷)	طرحی	
۰/۰۲۴	۱۸۱ (۹۴/۸)	۴۱ (۸۵/۴)	غیر روانپزشکی**	بخش کاری
	۱۰ (۵/۲)	۷ (۱۴/۶)	روانپزشکی	

* آزمون دقیق فیشر انجام شد

** بخش های طبی، جراحی، اورژانس و مراقبت ویژه

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره صلاحیت ارائه مراقبت معنوی بر حسب آموزش مراقبت معنوی

آزمون تی تست P value	آموزش در رابطه با مراقبت معنوی		سطوح حیطه ها
	خیر (Mean ± SD)	بله (Mean ± SD)	
< ۰/۰۰۱	۹۶/۰۹ ± ۲۴/۷۶	۱۲۲ ± ۲۲/۵۳	نمره کل
< ۰/۰۰۱	۴۴/۳۵ ± ۱۶/۸۹	۶۱/۶۲ ± ۱۴/۵۰	ارزیابی و اجراء مراقبت معنوی
< ۰/۰۰۱	۲۰/۰۸ ± ۴/۳۶	۲۲/۳۴ ± ۴/۴۴	ارزش های انسانی
< ۰/۰۰۱	۱۱/۴۸ ± ۳/۰۴	۱۴/۰۶ ± ۲/۶۵	آگاهی
< ۰/۰۰۱	۱۱/۱۲ ± ۲/۹۳	۱۲/۳۴ ± ۲/۲۰	نگرش
< ۰/۰۰۱	۷/۳۴ ± ۱/۵۵	۸/۴۴ ± ۱/۰۴	خود شناسی

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره صلاحیت ارائه مراقبت معنوی بر حسب بخش کاری

نمره صلاحیت در ارائه مراقبت معنوی (Mean ± SD)	صلاحیت بخش کاری
۹۶/۱۶ ± ۲۸/۱۰	جراحی
۹۷/۹۴ ± ۲۵/۰۴	داخلی
۸۶/۱۰ ± ۲۱/۰۴	اورژانس
۱۰۹/۸۵ ± ۲۴/۵۹	مراقبت ویژه
۱۱۴/۱۲ ± ۱۸/۷۳	روانپزشکی
< ۰/۰۰۱	P value (آزمون آنوا)

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمره صلاحیت ارائه مراقبت معنوی بر حسب سمت پرستار

آزمون تی <i>P value</i>	سمت		حیطه ها
	پرستار بالینی (Mean ± SD)	مدیر پرستاری (Mean ± SD)	
< ۰/۰۰۱	۹۶/۸۰ ± ۲۵/۴۹	۱۱۹/۴۰ ± ۲۰/۱۶	نمره کل
< ۰/۰۰۱	۴۴/۸۲ ± ۱۷/۲۳	۵۹/۷۷ ± ۱۳/۹۶	ارزیابی و اجراء مراقبت معنوی
< ۰/۰۰۱	۲۰/۲۴ ± ۴/۵۰	۲۳/۷۳ ± ۳/۸۰	ارزش های انسانی
< ۰/۰۰۱	۱۱/۵۵ ± ۳/۰۹	۱۳/۹۳ ± ۲/۴۶	آگاهی
< ۰/۰۰۱	۱۱/۰۸ ± ۲/۹۳	۱۲/۷۰ ± ۱/۸۴	نگرش
< ۰/۰۰۱	۷/۴۰ ± ۱/۵۰	۸/۱۷ ± ۱/۳۶	خود شناسی

بحث:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اگرچه شرکت کنندگان در این مطالعه حدود نیمی از نمره صلاحیت حرفه ای را در حیطه ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی کسب نمودند، اما در حیطه نگرش، ۷۵ درصد از نمره را کسب کردند. به عبارت دیگر، شرکت کنندگان در مطالعه حاضر، نگرش مطلوبی نسبت به معنویت و مراقبت معنوی داشتند و ارائه مراقبت معنوی به بیماران را از وظایف حرفه‌ای خود می‌دانستند. نتایج مطالعه مظاهری و همکاران در تهران نیز نشان داد که پرستاران نگرش مثبتی به معنویت و تمایل به ارائه مراقبت معنوی دارند (۵). در مطالعه گارنر و همکاران نیز دیدگاه معنوی دانشجویان پرستاری در سطح مطلوبی قرار داشت (۲۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. معنویت یک مفهوم جهانی و متعلق به تمامی انسان‌ها است که می‌تواند در ارتباط با مذهب و سیستم اعتقادی فرد باشد ولی تنها به آن محدود نمی‌شود و مفهومی گسترده‌تر دارد (۲۵، ۹). معنویت، محرک اصلی زندگی و به وجود آورنده معنا، هدف و امیدواری در زندگی است و نگرش مطلوب پرستاران نسبت به معنویت و مراقبت معنوی می‌تواند بر تمایل آنها به توجه به بعد معنوی بیماران و نحوه ارائه مراقبت معنوی توسط آنان تأثیر گذار باشد، از این رو، اهمیت ویژه‌ای دارد (۲۶، ۱۷).

در این مطالعه، تفاوت معناداری بین نمره کل صلاحیت حرفه‌ای پرستاران بخش‌های مختلف در ارائه مراقبت معنوی یافت شد، به گونه‌ای که نمره صلاحیت پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و روانپزشکی بالاتر از نمره پرستاران شاغل در بخش اورژانس بود. در مطالعه جعفری و همکاران نیز بین دیدگاه پرستاران نسبت به معنویت و مراقبت معنوی با نوع بیمارستان محل اشتغال

مطالعه حاضر نشان داد که شرکت کنندگان در مطالعه حدود ۶۲ درصد از نمره کل صلاحیت حرفه ای در ارائه مراقبت معنوی را کسب نمودند. این یافته بیانگر آن است که صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در زمینه ارائه مراقبت معنوی، به ویژه با توجه به فرهنگ اسلامی جامعه، چندان مطلوب نیست. مطالعه ناصحی و همکاران در کرمان نشان داد که صلاحیت دانشجویان پرستاری در ارائه مراقبت معنوی در سطح مطلوبی قرار دارد (۱۲). مطالعه Attard و همکاران در مالتا نیز نشان داد که صلاحیت دانشجویان پرستاران در ارائه مراقبت معنوی در سطح مطلوبی قرار دارد (۱۳). نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت و احتمالاً علت آن، تفاوت در بین جامعه پژوهش مطالعات مذکور (دانشجویان پرستاری) با مطالعه حاضر (پرستاران شاغل در بخش‌های بالینی) است، زیرا مطالعات نشان داده‌اند که در سال‌های اخیر مفاهیم معنویت و مراقبت معنوی در آموزش پرستاری وارد شده است و دانشجویان پرستاری نسبت به پرستاران با سابقه، درک بهتری از معنویت و نیازهای معنوی بیماران دارند (۲۱). آموزش معنویت و آگاه شدن از دیدگاه معنوی سایر افراد، موجب می‌شود فرد به مرتبه بالاتری از درک معنوی برسد، نگرش وی را نسبت به معنویت و مراقبت معنوی تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به افزایش مهارت در شناسایی نیازهای معنوی و ارائه بهتر مراقبت معنوی می‌گردد (۲۳، ۲۲). این در حالی است که ۸۶/۲٪ از پرستاران شرکت کننده در این مطالعه تاکنون هیچ گونه آموزشی در رابطه با مفهوم مراقبت معنوی دریافت نکرده بودند.

که حجم کاری بالا، محدودیت زمانی، عدم آشنایی با نحوه ارائه مراقبت معنوی، محدودیت های فرهنگی، عدم آگاهی از نیاز های معنوی بیماران، عدم آشنایی با مفهوم و معنای مراقبت معنوی و شخصی بودن معنویت از موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران است. مطالعه *McBrien* و همکاران نیز نشان داد که کمبود پرسنل پرستاری، عدم آگاهی از نیازهای معنوی بیمار و محدودیت زمانی از موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران است (۱۰). مطالعه *Wong* و همکاران نیز نشان داد که تفاوت های فرهنگی، حجم کاری بالا، عدم حمایت مدیریتی و عدم دانش و مهارت کافی در ارائه مراقبت معنوی از موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران است (۱۵). ارائه مراقبت معنوی برای بیماران و خانواده های آنان مزایای بسیاری به همراه دارد و لازم است که موانع ارائه مراقبت معنوی شناسایی و رفع شود.

نتیجه نهایی:

در مطالعه حاضر، پرستاران در حدود ۶۲ درصد از نمره کل صلاحیت حرفه ای در ارائه مراقبت معنوی را کسب نمودند و نشان می دهد که از صلاحیت حرفه ای مطلوبی در این زمینه برخوردار نبوده اند و اکثر آنان تا کنون هیچ گونه آموزشی در رابطه با مراقبت معنوی دریافت نکرده اند، این یافته لزوم انجام مطالعات بیشتر در زمینه معنویت و مراقبت معنوی را، در ایران نشان می دهد.

از محدودیت های این پژوهش، تعداد کم پرستاران شرکت کننده و انجام پژوهش در یک محیط پژوهش محدود و تنها در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی کاشان است. پیشنهاد می شود پژوهش های بعدی صلاحیت حرفه ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی را با استفاده از این ابزار به صورت گسترده تری مورد سنجش قرار دهند.

سپاسگزاری:

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی است که با شماره ۹۲۱۴۶ در مورخه ۱۳۹۲/۱۲/۱ در دانشگاه علوم پزشکی کاشان به تایید رسیده است.

References

1. *McSherry W, Ross L. Spiritual assessment in healthcare practice. London and Philadelphia: M&K Update Ltd; 2010.*

رابطه معناداری یافت شد، به گونه ای که پرستاران شاغل در بیمارستان روان پزشکی نسبت به پرستاران شاغل در بیمارستان های عمومی دیدگاه مطلوب تری نسبت به معنویت و مراقبت معنوی داشتند (۲۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در بخش های روان پزشکی نسبت به سایر بخش، ارتباط با بیمار اهمیت بیشتری دارد و مراقبت معنوی در این بخش ها از جایگاه ویژه ای برخوردار است (۲۷) و انتظار می رود به دلیل ماهیت بیماری های روانی، پرستاران شاغل در این بخش ها با مفهوم مراقبت معنوی آشنایی بیشتری داشته باشند. یکی از موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران محدودیت زمانی و حجم کاری بالا است (۱۰). پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه به دلیل تعداد محدودتر بیماران نسبت به سایر بخش های بالینی فرصت بیشتری برای ارائه مراقبت معنوی به بیماران دارند. نمرات پایین تر پرستاران اورژانس در مطالعه حاضر باید توجه مدیران را به این مهم جلب نماید. زیرا این بخش در بسیاری از موارد نه تنها اولین ورودی بیماران به بیمارستان است، بلکه مراجعان آن نیز شرایط بحرانی روحی دارند و از لحاظ به توجه و مراقبت معنوی بیشتری نیاز دارند. فقدان صلاحیت پرستاران بخش اورژانس در ارائه مراقبت معنوی، بر نتایج کلی مراقبت و نیز بر رضایت بیماران تاثیر نامطلوبی خواهد داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدیران پرستاری نسبت به پرستاران بالینی نمرات بالاتری از پرسشنامه صلاحیت حرفه ای ارائه مراقبت معنوی کسب کردند. مطالعه مظاهری و همکاران نیز نشان داد که مدیران پرستاری نسبت به پرستاران بالینی دیدگاه مطلوب تری نسبت به معنویت و مراقبت معنوی دارند (۵) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. علت این یافته می تواند سطح تحصیلات و یا سابقه کار بالاتر مدیران پرستاری نسبت به پرستاران بالینی باشد که منجر به افزایش صلاحیت حرفه ای آنان در حیطه مراقبت معنوی شده است.

پرستاران شرکت کننده در این مطالعه گزارش دادند

2. *Rezaei M, Fatemi NS, Adib-HajBaghery M. Spirituality, Cancer and Nursing. Kashan: Morsal; 2008. (persian)*
3. *Chan MF, Chung LYF, Lee ASC, Wong WK,*

Lee GSC, Lau CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: Results of a cluster analysis. *Nurse Education Today*. 2006;26(2):139-150.

4. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Education Today*. 2013;33(6):574-579.

5. 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):31-37. (persian)

6. Pesut B. The development of nursing students' spirituality and spiritual care-giving. *Nurse Education Today*. 2002;22(2):128-135.

7. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, Medelindt J, et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003;14(4):113-124.

8. Wright M. The essence of spiritual care: a phenomenological enquiry. *Palliative Medicine*. 2002;16(1):125-132.

9. Kociszewski C. Spiritual care: A phenomenologic study of critical care nurses. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2004;33(6):401-411.

10. McBrien B. Nurses' provision of spiritual care in the Emergency Setting – An Irish Perspective. *International Emergency Nursing*. 2010;18(3):119-126.

11. McSherry W. Making sense of spirituality in nursing and health care practice: An interactive approach. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2006.

12. 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)

13. Attard J, Baldacchino DR, Camiller L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Education Today*. 2014;1(1):1-7.

14. 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.

15. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research*. 2010;23(4):242-244.

16. Dhamani KA, Paul P, Olson JK. Tanzanian nurses understanding and practice of spiritual care. *ISRN nursing*. 2011;2011:534803. Epub 2011/10/19.

17. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *Western Journal of Nursing Research*. 2001;23(1):90-104.

18. Nasiriani FF, Salimi T, Shahbazi L, Motevaselian M. Evaluation of new nursing graduates in the acquisition of clinical skills in medical – surgical units. *Iranian Journal of Medical Education*. 2006;6(1):93-100. (persian)

19. Norman IJ, Watson R, Murrells T, Calman L, Redfern S. The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of pre-registration nursing and midwifery students. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39(2):133-145.

20. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Developing and validating an instrument to assess the nurses' professional competence in spiritual care. *Journal of Nursing Measurement*. 2015; Under Press.

21. Jafari M, Baneshi MR, Borhani F, Sabzevari S. Nurses and nursing students views on spiritual care in kerman medical university. *Journal of Medical Ethics*. 2012;6(20):1-7. (persian)

22. Chan M, Chung L, Lee A, Wong W, Lee G, Lau C, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse Education Today*. 2006;26(2):139-150.

23. Mooney B, Timmins F. Spirituality as a universal concept: Student experience of learning about spirituality through the medium of art. *Nurse Education in Practice*. 2007;7(5):275-284.

24. Garner L, McGuire A, Snow D M, Gray J, Wright K. Spirituality among baccalaureate nursing students at a private Christian university and a public state university. *Christian Higher Education*. 2002;1(1):371-384.

25. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39(7):723-34.

26. McSherry W, Gretton M, Draper P, Watson R. The ethical basis of teaching spirituality and spir-

itual care: A survey of student nurses perceptions. Nurse Education Today. 2008;28(8):1002-1008.

27. Wachholtz A, Pargament K. *Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac,*

and pain outcomes. Journal of Behavioral Medicine. 2008;28(4):369-384.

Original Article

Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014

M. Adib-Hajbaghery, Ph.D.^{1*}; S. Zehtabchi²

1-Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

2- Master of Science in Gerontological Nursing, Dept. of Nursing, Alzahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 20.12.2014

Accepted: 10.2.2015

Abstract

Background: Spiritual care has the crucial role in the health and welfare of patient and her/his family. Being competent in the provision of spiritual care is necessary for all of the healthcare professionals and especially for nurses. Given the importance of spiritual care, and the crucial role of assessing this competency, this study aimed to evaluate the professional competence of a sample of nurses in the area of spiritual care.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2014. The study population consisted of all nurses worked in hospitals affiliated with Kashan University of Medical Sciences. The instrument was a scale for assessment of the nurses' competencies in spiritual care (SANCSC). Data analysis performed using SPSS/11.5 software.

Result: The study was conducted on 239 nurses. The mean of the nurses' overall competence in spiritual care was 99.64 ± 25.95 . The mean score was 46.70 ± 17.54 in the domain of performance and evaluation, 20.68 ± 4.60 in the domain of human values, 11.85 ± 3.12 in the domain of awareness, 11.28 ± 2.78 in the domain of attitudes, and 7.50 ± 1.54 in the domain of self-recognition. Nurses who worked in emergency departments had the least competence in spiritual caring.

Conclusion: The present study showed that nurses had not appropriate competence in providing spiritual care. Most of them were not trained on this issue. More attention should be paid to this issue.

Keywords: Nurses / Professional Competence / Spiritual Care

*Corresponding Author: M. Adib-Hajbaghery, Ph.D.; Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. Email: adib1344@yahoo.com