



پژوهشی پرستاری

دوره نهم شماره ۳ (پیاپی ۳۴) پاییز ۱۳۹۳ - شماره استاندارد بین المللی: ۱۷۳۵-۷۰۱۲

- ۱ - بررسی تأثیر تمرینات هاتا یوگا بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی
ملیحه باباجاچی - علی طیبی - عباس عبادی - شهین عسگری - سیدمیثم ابراهیمی - سیده فریبا شرفی
- ۱۰ - نقش باورهای فراشناختی و عاطفه مثبت و منفی در ترس از زایمان زنان باردار نخست‌زا
سیما دلاورقوام - جابر علیزاده گورادل
- ۱۹ - بررسی میزان فرسودگی شغلی و تمایل به ترک خدمت و ارتباط آن‌ها در پرسنل پرستاری بخش اورژانس
علیرضا نیکبخت نصرآبادی - امیر سالاری - محمد حسین پور - میرسعید یکانی‌نژاد
- ۳۰ - تأثیر سلامت معنوی پرستاران بخش‌های ویژه بر آرایه مراقبت معنوی از بیماران بستری
اعظم زارع - سپیده جهاننیده
- بررسی کیفیت برنامه‌های بهسازی نیروی انسانی پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران از دید کارکنان
پرستاری
۳۹ - تهمنه صالحی - حرمت سادات امامزاده قاسمی
- ۴۸ - تبیین مفهوم مراقبت در متون اسلامی و تفاوت آن با مفهوم مراقبت در تئوری‌های مراقبتی پرستاری
اکرم السادات سادات حسینی - عبدالحسین خسروپناه - رضا نگارنده
- ۶۲ - تأثیر استفاده هم‌زمان قفل هوا و طول مدت تزریق بر روی شدت درد و میزان کبودی ناشی از تزریق زیرجلدی هپارین
۶۲ - رضا فتحی - معصومه ایمانی‌پور - شهزاد پاشایی‌پور - علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- ۶۸ - مقایسه دو روش ساکشن لوله تراشه با فشار منفی ۱۰۰ و منفی ۲۰۰ میلی‌متر جیوه
۶۸ - جهانبخش وحدت‌نژاد - محمد عباسی‌نیا - شهلا حسین‌پور - عطیه بابایی

به نام خداوند جان و خرد

مجله پژوهش پرستاری

فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره نهم - شماره ۳ (پیاپی ۳۴) - پاییز ۱۳۹۳

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: افسانه صدوقی اصل
- شماره پروانه انتشار: ۱۲۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین‌المللی منبع: ۱۷۳۵-۷۰۱۲
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل ا... احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری

• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: فرشته حیدری

• طراح جلد: اصغر سورانی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نامبر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir

این مجله در Google Scholar و Iran Medex و Magiran و SID و ISC نمایه می‌شود

تأثیر سلامت معنوی پرستاران بخش‌های ویژه بر ارایه مراقبت معنوی از بیماران بستری

اعظم زارع^۱، سپیده جهان‌دیده^۲

چکیده

مقدمه: بعد معنوی نقش مهمی در سلامت، خوب بودن و کیفیت زندگی بیماران دارد. کمک در برآورده شدن نیازهای معنوی بیماران عنصر اساسی مراقبت‌های بالینی شناخته شده است. بنابراین، نیاز حرفه‌ای پرستاران برای دستیابی به این شایستگی در ارایه مراقبت معنوی منطقی به نظر می‌رسد. هدف این پژوهش بررسی تأثیر سلامت معنوی پرستاران بر ارایه مراقبت معنوی به بیماران بود.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی است که با هدف تعیین تأثیر پرستاری سلامت معنوی در ارایه مراقبت معنوی از بیماران انجام شده است. دو پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی پالیتزیان و الیسون و شایستگی مراقبت معنوی وان لئون و همکاران استفاده شد. پرسشنامه سلامت معنوی بین ۲۱۰ پرستاران از گروه‌های مختلف شاغل بخش‌های ویژه توزیع گردید که ۹۰٪ پرسشنامه‌ها بازگردانده شد و پرسشنامه مراقبت معنوی به وسیله پژوهشگران برای بررسی مراقبت معنوی ارایه شده توسط پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش به ۵۴۰ بیمار بستری در بخش ویژه تکمیل گردید. پژوهش از شهریور تا بهمن سال ۱۳۹۲ انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی - استنباطی استفاده گردید.

یافته‌ها: اکثر شرکت‌کنندگان در پژوهش را زنان تشکیل داده‌اند و محدوده سنی جامعه مورد پژوهش از ۲۶-۳۰ سال و بیشتر آن‌ها سابقه کار بالاتر از ۵ سال داشتند (۴۱٪). ۵۹/۲٪ از پرستاران دارای سطح سلامت معنوی متوسط و ۴۰/۸٪ دارای سطح سلامت معنوی بالا بودند. در رابطه با سلامت معنوی ارایه شده به بیمار توسط پرستاران ۵/۸٪ مراقبت معنوی متوسط، ۵۳/۴٪ مراقبت معنوی مطلوب و ۳۹/۸٪ مراقبت معنوی بسیار مطلوب را به بیماران بستری ارایه داده‌اند. ارتباط معناداری بین میانگین نمره سلامت معنوی و سن ($p < 0/04$)، سابقه کار و سلامت معنوی ($p < 0/02$)، آموزش‌های دیده شده و سلامت معنوی ($p < 0/03$) و آموزش دیده شده و مراقبت معنوی ($p < 0/02$) وجود دارد. به طور کلی، ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و مراقبت‌های معنوی ($p < 0/01$) مشاهده شده است.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که اگرچه اکثر شرکت‌کنندگان قادر به پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران بودند، ولی برخی از آنان توانایی برآورده کردن نیازهای بیماران را نداشته‌اند و با توجه به وجود ارتباط بین سلامت معنوی و مراقبت معنوی، توانمندسازی پرستاران در این زمینه و ارایه برنامه‌های مراقبتی - درمانی برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون بیماری‌های قلبی توسط پرستاران در اولویت قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: مراقبت معنوی، سلامت معنوی، پرستار، بخش‌های ویژه

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۱۰

۱ - بیمارستان خیریه قلب الزهرا (س) و کودکان شهید حجازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲ - بیمارستان خیریه قلب الزهرا (س) و کودکان شهید حجازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: jahandideh@sums.ac.ir

مقدمه

انسان‌ها موجوداتی چند بعدی هستند و نادیده گرفتن هر یک از این ابعاد بخشی حیاتی از انسانیت افراد را که بر کل زندگی تأثیر قابل توجهی دارد، حذف می‌کند. یکی از مهم‌ترین ابعاد وجودی انسان معنویت می‌باشد و شامل مجموعه‌ای از ارزش‌ها، نگرش‌ها و امیدهایی است که فرد را به یک وجود برتر متصل می‌نماید و با سلامتی، احساس خوب بودن و بهبودی پیوند می‌دهد (۱ و ۲).

معنویت جزء اساسی سلامت و بهداشت است. در دهه اخیر بعضی از شاغلین تیم پزشکی، روان‌شناسان، پرستاران و جامعه‌شناسان دریافته‌اند که معنویت می‌تواند روی جنبه‌های مختلف مراقبت پزشکی اثر قابل توجهی داشته باشد (۳).

مطالعات بیانگر وجود ارتباط قوی بین درجه احساسات مذهبی پرسنل و نیازهای معنوی و رضایت بیماران می‌باشد (۴).

امروزه، نقش معنویت در ارتقاء سلامت بیمار بیشتر مورد توجه قرار گرفته است و کمک به برآورده شدن نیازهای معنوی بیماران و خانواده آن‌ها به عنوان عنصر اساسی مراقبت بالینی در نظر گرفته می‌شود (۵). توجه به نیازهای معنوی بیماران جزء لاینفک مراقبت‌های پرستاری به شمار می‌آید و مطالعات بر مراقبت پرستاری جامع‌نگر به معنای مراقبت جسم، ذهن و روح تأکید کرده‌اند. مراقبت معنوی جزء اساسی عملکرد پرستاری و بخش ضروری و حیاتی مراقبت‌دهنده و جنبه منحصر به فرد مراقبت می‌باشد. پرستاری که مدعی است مراقبت همه جانبه آرایه می‌دهد باید همه نیازهای بیمار از جمله نیازهای معنوی را تعیین نماید (۶).

تحقیقات نشان داده است که در میان پرستاران اشتیاقی برای پرداختن به نیازهای معنوی بیماران است اما در مورد این که مراقبت معنوی واقعی شامل چه مواردی است ابهام وجود دارد. مطالعات بین‌المللی نیز نشان داد که عواملی از قبیل معنویت فردی، آموزش نحوه مراقبت معنوی، درجه اعتقادات، تجربه زندگی و سن پرستاران با نگرش آن‌ها به مراقبت معنوی ارتباط دارد (۷).

Flurace Nightingale معتقد است که پرستار با در نظر گرفتن جنبه‌های معنوی و روانی بیمار در ارتقاء سلامت بیمار نقش مؤثری دارد (۸). انجمن پرستاری

آمریکا نیز در بیان استانداردهای عملکرد بالینی، بعد معنوی را مرکز بررسی پرستاری در نظر گرفته است (۹).

از آنجا که بیماران در زمان بستری شدن علاوه بر نیازهای جسمی دارای نیازهای معنوی می‌باشند، که برآوردن آن‌ها باعث تأثیر بر سیر بهبودی بیمار می‌شود، لذا بر پرستاران است که با در نظر گرفتن جنبه‌های معنوی بیمار و احترام به ارزش‌ها و اعتقادات بیمار وظایف خود را انجام دهند. مداخله معنوی در کنار دیگر مداخلات پرستاری سبب تعادل بین جسم، روان و معنویت می‌شود که گامی جهت کسب سلامتی کامل و همه جانبه خواهد بود (۱۰).

مراقبت معنوی شامل مداخلاتی از قبیل در نظر داشتن اعتقادات معنوی بیمار و عقاید فرهنگی، ارتباط با بیمار، بودن با بیمار از طریق مراقبت کردن، حمایت کردن، همدلی، فراهم کردن تسهیلاتی برای شرکت در مراسم مذهبی، بهبود حس خوب بودن و ارجاع به روحانی می‌باشد (۱۱ و ۱۲).

مطالعه Strang و همکاران نشان داد که ۸۷٪ از پرستاران تا حد زیادی معتقدند که باید به نیازهای معنوی بیماران توجه کرد ولی تنها ۴۲٪ آن‌ها فکر می‌کردند که این اقدامات در بخش‌هایشان انجام می‌شود (۱۳). مطالعه مظاهری و همکاران بیانگر نگرش مثبت به معنویت پرستاران و تمایل آن‌ها به آرایه مراقبت معنوی بود (۱۴). مطالعه Catanzaro و McMullen نشان داده است که بین اعتقادات مذهبی پرستاران و مراقبت‌های مذهبی آرایه شده توسط آن‌ها ارتباط وجود دارد (۱۵).

Matthew مراقبت معنوی را بخشی از مراقبت پرستاری می‌داند و بیان می‌کند اگرچه همه دانشکده‌های پرستاری، آموزش می‌دهند که مراقبت پرستاری، مراقبتی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است اما محتوای مراقبت معنوی، معمولاً در حداقل آرایه می‌شود. اغلب مراقبت معنوی در متون پرستاری به عنوان بخشی از مراقبت روانی-اجتماعی با بیان جمله‌ای نظیر «توجه دادن به عقاید معنوی بیماران» مطرح می‌شود (۱۶).

لازم است که پرستاران برای آرایه مراقبت معنوی، بیماران را از نظر نیازهای جسمی، روحی و معنوی بررسی کنند. معمولاً زمانی که پرستار با وظایف خود آشنا می‌شود نسبت به بعد معنوی مراقبت غفلت می‌شود به همین دلیل پرستاران به مراقبت معنوی به عنوان یک وظیفه در مراقبت از بیمار توجه ندارند (۱۷).

رضایت آگاهانه و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه سلامت معنوی را جهت تکمیل به ۲۱۰ پرستار تحویل داد که ۱۸۰ پرسشنامه بازگردانده شد.

با بهره‌گیری از امتیاز مراقبت پرستاری موردی در این بیمارستان، پژوهشگر گویه‌های پرسشنامه مراقبت معنوی برای هر یک از پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه در طی دوره‌های زمانی متوالی به طور تصادفی از ۳ بیمار تحت مراقبت پرستار، همکاران و مستندات موجود در بخش تکمیل نمود که جمعاً مراقبت معنوی ۵۴۰ بیمار بستری در بخش ویژه مورد ارزیابی قرار گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش ابزارهای استاندارد بررسی سلامت معنوی و شایستگی مراقبت معنوی می‌باشد.

پژوهشگر برای سنجش سلامت معنوی پرستاران از پرسشنامه استاندارد مقیاس سلامت معنوی Paloutzian و Ellison (۱۹۹۸) استفاده کرد (۱۷) که حاوی ۲۰ عبارت است، عبارات مثبت بر طبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی از کاملاً موافقم (عدد ۶) تا کاملاً مخالفم (عدد ۱) و برای عبارات منفی به صورت برعکس نمره‌گذاری شده‌اند. این مقیاس به دو گروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام شامل ۱۰ عبارت می‌باشد و نمره ۱۰-۶۰ را به خود اختصاص داده است. نمره کل سلامت معنوی جمع این دو گروه می‌باشد که بین ۲۰-۱۲۰ قرار دارد. تقسیم‌بندی به این صورت است که برای سلامت معنوی در حد پایین نمره ۴۰-۲۰، سلامت معنوی در حد متوسط نمره ۹۹-۴۱ و سلامت معنوی در حد بالا نمره ۱۲۰-۱۰۰ در نظر گرفته شده است (۲۱ و ۲۲).

در خصوص بررسی مراقبت معنوی از پرسشنامه وان لثوون و همکاران استفاده شد که در ۶ بعد شایستگی پرستار را در ارایه مراقبت بررسی می‌نماید که شامل بعد ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی (۶ سؤال)، حرفه‌ای بودن و بهبود مراقبت معنوی (۶ سؤال)، حمایت شخصی و مشاوره با بیمار (۶ سؤال)، ارجاع به متخصصان (۳ سؤال)، نگرش به روحیات مذهبی بیمار (۴ سؤال)، ارتباطات (۲ سؤال) می‌باشد و که براساس طیف لیکرت سطح شایستگی پرستار در ارایه مراقبت معنوی سنجیده می‌شود به پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۶ و کاملاً مخالفم نمره ۱ اختصاص داده شد. بیشترین نمره ۱۶۸ و کمترین نمره ۲۷

مطالعات انجام شده بیانگر ارتباط مثبت بین دیدگاه پرستاران در مورد عقاید و باورهای مذهبی و نگرش آن‌ها به ارایه مراقبت معنوی می‌باشد (۱۸، ۱۴، ۱۲). مطالعه Chan نشان داد که بین درک معنوی و مراقبت روحی معنوی پرستار ارتباط وجود دارد. همچنین بیان می‌کند که هرچه درک از مراقبت معنوی بیشتر باشد، مراقبت معنوی مداوم‌تری را در عمل برای بیمار انجام می‌دهد (۱۹). مطالعه Vance نیز بیانگر وجود ارتباط بین معنویت پرستاران و ارایه مراقبت معنوی می‌باشد (۲۰).

با توجه به این که ما در کشوری زندگی می‌کنیم که بر اصول اسلامی بنا شده و بر اجرای اصول و احکام شرعی تأکید دارد، بنابراین، رعایت اصول مذهبی و فراهم کردن شرایط لازم برای انجام اعمال مذهبی و رفع نیازهای مذهبی بیماران اولین فعالیت تعیین نیازهای مذهبی آن‌ها می‌باشد که متأسفانه در بیمارستان‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به علاوه، با توجه به ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن همچون بیماری‌های قلب و عروق نحوه ارایه مراقبت معنوی به بیماران از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. لذا، این پژوهش به بررسی سلامت معنوی پرستاران و تأثیر آن در ارایه مراقبت معنوی به بیماران می‌پردازد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی و توصیفی-تحلیلی است که با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی پرستاران با مراقبت معنوی از بیماران در بخش‌های ویژه یکی از بیمارستان‌های شیراز طی سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران از رده‌های مختلف پرستاری (سرپرستار، پرستار، بهیار، کمک بهیار) می‌باشد که بیماری روحی و روانی نداشته باشند.

نمونه‌گیری به روش آسان بود و ۱۸۰ پرستار در این مطالعه شرکت کردند. پژوهش از شهریور تا بهمن سال ۱۳۹۲ انجام شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها پژوهشگر پرسشنامه سلامت معنوی براساس نام پرستار ارایه‌دهنده مراقبت کدگذاری کرد و با حضور در جلسه درون بخشی، اهداف پژوهش را برای پرسنل گروه پرستاری توضیح داد و بعد از دریافت

میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی به ترتیب ۸۴/۳ و ۱۳/۱ بود که در حد متوسط می‌باشد و میانگین و انحراف معیار کلی دیدگاه پرستاران در مورد مراقبت معنوی نیز به ترتیب ۱۱۴/۲ و ۲۲/۹ بود که در سطح تاحدی مطلوب می‌باشد (جدول شماره ۳).

یافته‌ها نشان داد که ۵۹/۲٪ پرستاران دارای سطح سلامت معنوی متوسط و ۴۰/۸٪ پرستاران دارای سطح سلامت معنوی بالا بودند.

همچنین در بررسی مراقبت معنوی ارایه شده به بیماران ۵/۸٪ مراقبت‌ها در سطح پایین، ۵۳/۴٪ در سطح متوسط و تاحدی مطلوب و ۳۹/۸٪ مراقبت‌ها در سطح بالا و مطلوب ارایه شده بود.

در خصوص ارتباط بین مشخصات دموگرافیکی و سلامت معنوی نتایج بیانگر وجود ارتباط بین سلامت معنوی و سن ($p < 0/04$)، سلامت معنوی و سابقه ($p < 0/02$)، سلامت معنوی و آموزش اصول معنوی در دوران تحصیل ($p < 0/03$) بود.

در بررسی ارتباط بین مشخصات دموگرافیکی و دیدگاه پرستاران در ارایه مراقبت معنوی نتایج نشان داد که بین مراقبت معنوی و سطح تحصیلات ($p < 0/02$)، آموزش دیده شده و مراقبت معنوی ($p < 0/02$) وجود دارد.

در خصوص ارتباط بین ابعاد سلامت معنوی و ابعاد مراقبت معنوی یافته‌ها نشان داد که بین بعد سلامت مذهبی و بعد ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی ($p < 0/01$)، حرفه‌ای بودن و بهبود مراقبت معنوی ($p < 0/003$)، ارجاع به متخصصان ($p < 0/053$)، ارتباطات ($p < 0/002$) و همچنین بین سلامت وجودی و بعد ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی ($p < 0/034$)، حرفه‌ای بودن ($p < 0/002$) و ارتباطات ($p < 0/002$) ارتباط وجود دارد.

در بررسی کلی با استفاده از آزمون اسپیرمن ($I = 0/60$ ، $p < 0/001$) تعیین گردید که بین میانگین نمره سلامت معنوی و میانگین نمره مراقبت معنوی ارایه شده توسط پرستار ارتباط معناداری وجود دارد.

در نظر گرفته شد. در این پژوهش نمرات ۱۶۸-۱۲۲ سطح بالا و مطلوب، نمره ۱۲۱-۷۵ سطح متوسط و تاحدی مطلوب و سطح ۷۴-۲۷ سطح پایین و نامطلوب مراقبت معنوی در نظر گرفته می‌شود (۲۳).

برای بررسی سلامت معنوی از پرسشنامه‌ای استفاده شد که در مطالعه فاطمی پایایی آن را با آلفا کرونباخ ۰/۸۷ (۲۴)، و در مورد پرسشنامه بررسی مراقبت معنوی از پایایی پرسشنامه شایستگی پرستار در انجام مراقبت معنوی استفاده شد که مطالعه خلج و همکاران آلفا کرونباخ آن را ۰/۷۷ تعیین کردند (۲۵).

پایایی پرسشنامه در این مطالعه محاسبه گردید که در مورد سلامت معنوی ۰/۸۵ و مراقبت معنوی ۰/۹۴ می‌باشد.

تجزیه و تحلیل نتایج با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، میانه و انحراف معیار) و آمار تحلیلی ضریب اسپیرمن و کای‌دو، از طریق نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از بررسی داده‌ها نشان داد که ۹۸٪ افراد مورد پژوهش مؤنث، ۵۵/۳٪ در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال، ۶۶/۳٪ متأهل، ۹۳/۲٪ کارشناس پرستاری بودند، بیشتر آن‌ها سابقه کار بالاتر از ۵ سال (۴۱٪) داشتند و ۲۸٪ از پرستاران در طی دوران تحصیل در زمینه مراقبت معنوی از بیماران آموزش دیده‌اند.

در بررسی پرسشنامه سلامت معنوی نتایج نشان داد که انحراف معیار و میانگین قسمت سلامت مذهبی به ترتیب ۷/۲۶ و ۴۷/۹۵ و انحراف معیار و میانگین مراقبت وجودی پرستاران به ترتیب ۱۳/۳ و ۸۴/۱ بودند که در سطح متوسط قرار داشت (جدول شماره ۱).

در بررسی پرسشنامه مراقبت معنوی بالاترین انحراف معیار (۶/۱۹) و میانگین (۲۷/۱۵)، به بعد «حمایت فردی و مشاوره با بیمار» اختصاص داشت (جدول شماره ۲).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی

ابعاد سلامت معنوی	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
سلامت مذهبی	۲۴	۶۲	۴۷/۹	۷/۲
سلامت وجودی	۲۲	۶۰	۴۶/۸	۷/۴

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مراقبت معنوی

گویه‌ها	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی	۶	۳۶	۲۲/۳	۶/۶۲
حرفه‌ای بودن و بهبود مراقبت معنوی	۶	۳۶	۲۴	۶/۵
حمایت شغلی و مشاوره با بیمار	۱۱	۳۶	۲۷/۱	۶/۱
ارجاع به متخصصان	۲	۱۸	۱۲/۳	۳/۶
نگرش و روحیات مذهبی	۸	۲۴	۱۸/۵	۴/۲
ارتباطات	۴	۱۲	۹/۹	۱/۹

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و مراقبت معنوی

میانگین	ماکزیمم	مینیمم	انحراف معیار	
۸۴/۳	۱۰۷	۴۰	۱۳/۱	سلامت معنوی
۱۱۴/۲	۱۶۲	۴۶	۲۲/۹	مراقبت معنوی

بحث

تحقیقات نشان داده است پرستارانی که دارای سلامت مذهبی هستند بیشتر به شناخت نیازهای معنوی بیماران تمایل داشتند (۱۴، ۲۰ و ۲۷). بنابراین، پژوهشگر معتقد است که پرستاران به علت نداشتن آشنایی با بررسی نیازهای مذهبی و نداشتن دانش و مهارت کافی در رابطه با ارایه مراقبت‌های مذهبی (میانگین بعد توانایی ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی ۲۲/۳)، قادر به ایجاد ارتباط با بیمار نبوده (میانگین بعد ارتباطات ۹/۹) و ممکن است گاهی بیمار تصور کند در حقیقت پرستار قصد دخالت در امور مذهبی او را دارد در حالی که اگر پرستار با نحوه ارزیابی مذهبی بیمار آشنایی داشته باشد و آن را جزئی از حرفه خود بداند و همچنین مهارت جهت برقراری ارتباطی مناسب با بیمار باشد قادر خواهد بود نیازهای معنوی بیمار را شناسایی و همانند سایر نیازهای جسمی و روحیش تأمین نماید (میانگین بعد نگرش و روحیات مذهبی ۱۸/۵). بدین ترتیب با توجه به اهمیت بعد معنوی در پرستاری جهت ارایه مراقبت معنوی به بیمار در کنار مراقبت جسمی و روانی و لزوم عملی شدن این مهارت در پرستاران پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌های آموزش مداوم در زمینه مراقبت معنوی برگزار گردد تا بدین وسیله مراقبت پرستاری‌شان تقویت گردد و مدیریت بیمارستان برای اجرای مراقبت معنوی، پرستاران را با خدمات بیمارستانی فراهم شده از قبیل روان‌شناسان و روحانیون هماهنگ نماید (میانگین بعد ارجاع به متخصصان ۱۲/۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سلامت معنوی و سن ارتباط وجود دارد. مطالعات نیز بیانگر تأثیر سن بر سلامت معنوی می‌باشد (۱۵ و ۱۸) Boutell

نگرش و آگاهی پرستاران از مراقبت معنوی و عوامل مؤثر بر آن، باعث برآوردن نیازهای معنوی بیماران می‌شود (۶). پرستار قادر است که محیط محبت‌آمیز و مناسبی را فراهم نماید تا قدرت شفابخشی درونی بیماران را تسهیل نماید. برای افراد معتقد، اعتقادات مذهبی ممکن است به درمان آنان در شرایط سخت کمک کند. مراقبت معنوی پرستاری ماورای نیازهای فیزیکی می‌باشد که با همه ابعاد انسانی (فیزیکی، عاطفی، عقلانی، اجتماعی و روحی) آمیخته شده است.

این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی پرستاران در حد متوسط (تاحدی مطلوب) می‌باشد (Pesut و Hsiao در مطالعات خود نشان دادند که سطح سلامت معنوی پرستاران در حد متوسط تا خوب می‌باشد (۱۵ و ۱۸). ظرفیت پرستاران برای تأمین مراقبت معنوی به میزان معنویت آن‌ها و ابعاد آموزش مراقبت معنوی ارتباط دارد (۲۶). در بررسی نتایج بیانگر ارایه تا حدی مطلوب مراقبت‌های معنوی ارایه شده به بیمار می‌باشد.

نتایج حاصل از مطالعه بیانگر وجود ارتباط بین ابعاد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و وجودی) و مراقبت معنوی (ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی، حرفه‌ای بودن و بهبود مراقبت معنوی، ارجاع به متخصصان، ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی و ارتباطات) بود.

یافته‌های فوق با نتایج مطالعه مظاهری و همکاران و Vance که گزارش کردند هیچ ارتباطی بین معنویت و مراقبت معنوی وجود ندارد در تعارض است (۱۴ و ۲۰).

صرف‌نظر از سطح درک پرستاران از مراقب معنوی، پرستاران به ندرت به انجام مراقبت معنوی می‌پردازند (۳۲). دو بعد مهم برای آرایه مراقبت معنوی شامل ارتقاء بعد معنوی آرایه‌دهنده خدمت و آگاهی از مداخلات معنوی فرهنگی مربوطه برای برآورد نیازهای بیماران ضروری است (۳۳).

علی‌رغم توجه و اهمیتی که در سال‌های اخیر به مقوله معنویت در حیطه بهداشت و درمان و به ویژه مراقبت معنوی، که از وظایف الزامی پرستاران شمرده شده، معطوف گردیده است و با وجود ایرانی و مسلمان بودن ما و توجه به نقش گسترده، عمیق و تاریخی معنویت و مذهب در نهاد تک تک افراد و حوزه‌های اجتماع ایرانی، هنوز بیمارستان‌ها نیاز به حرکت در راستای ارتقای مراقبت معنوی دارند. امید است با همکاری جدی بین اعضای تیم سلامت جهت اجرای مراقبت معنوی نقش مؤثری در بهبود کیفیت خدمات بیمارستان‌ها داشته باشند.

نتیجه‌گیری

در رویکرد جامع‌نگر مراقبت پرستاران باید مطمئن شوند که همراه با سایر ابعاد مراقبت به بعد معنوی نیز بپردازند. سایر مطالعات اثر مثبت مراقبت معنوی بر بیماران و خانواده آن‌ها و حتی خود پرستاران را مورد تأیید قرار داده‌اند. این بعد مهم مراقبت جامع‌نگر، بهزیستی کلی بیمار و خانواده آن‌ها را ارتقا می‌دهد (۲۵). در مبتلایان به بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده که با بحران‌های حاد سلامتی یا فقدان و اندوه روبه‌رو می‌باشند، معنویت در نقش عامل ایجادکننده هدف و معنا در زندگی و در نتیجه بهبوددهنده وضعیت زندگی شناخته شده است و پرستاران با تأمین مراقبت‌های معنوی بیماران می‌توانند نقش مؤثری در ارتقای سلامت داشته باشند (۳۴).

تشکر و قدردانی

پژوهشگران به این وسیله از کلیه کارکنان بیمارستان که در اجرای پژوهش همکاری کردند نهایت تشکر را داریم.

گزارش کرد پرستاران بین ۵۰ تا ۵۹ سال بیشتر از پرستاران سنین بین ۳۰ تا ۳۹ سال تمایل به بررسی نیازهای معنوی بیماران دارند (۲۸).

مطالعه حاضر نشان داد که هرچه سابقه پرسنل پرستاری بیشتر باشد سلامت معنوی بالاتری دارد. مطالعه Wu و Lin نشان داد که پرستاران با سابقه ۱۱ تا ۱۹ سال تجربه بالینی نسبت به پرسنلی که سابقه کار بالینی کمتری دارند سطح بالاتری از سلامت معنویت را داشتند (۱۲). مطالعه مظاهری نشان داد که بین متغیر سابقه و نگرش به معنویت ارتباطی وجود ندارد که با نتایج پژوهش حاضر مغایر است (۱۴).

نتایج این مطالعه نشان داد که پرستارانی که در دوران تحصیل اصول معنوی را آموزش می‌بینند مراقبت معنوی بالاتری را آرایه می‌دهند.

آموزش روی ابعاد مختلف مراقبت معنوی توسط پرستاران اثر مثبتی دارد با افزایش دانش پرستاران درباره معنویت توانایی آن‌ها برای آرایه مراقبت معنوی افزایش می‌یابد. دیدگاه مثبت و تجربیات مذهبی خود آگاهی فرد را درباره معنویت افزایش داده و به تبع آن توجه بیشتری به نیازهای معنوی بیمار می‌کند (۲۹).

در مطالعه کیفی که توسط Wong و همکاران در هنگ کنگ انجام شد بررسی تجربیات پرستاران در معنویت و آرایه مراقبت معنوی پرداخت پرستاران نگرانشان را به دلیل نداشتن اطلاعات و مهارت کافی در مورد آرایه مراقبت معنوی می‌دانستند (۳۰).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که هرچه درجه تحصیلی پرسنل پرستاری بالاتر باشد به انجام مراقبت معنوی بیشتر توجه می‌کنند. نتایج مطالعه Wu و Lin مؤید این موضوع است که پرستاران با سطح علمی بالاتر دیدگاه مثبت‌تری نسبت به مراقبت معنوی داشتند (۱۲). مطالعه عباسی و همکاران نشان داد که دانشجویان سال بالاتر نسبت به دانشجویان سال پایین‌تر بیشتر به آرایه مراقبت معنوی توجه دارند (۳۱).

نتایج حاصل بیانگر وجود ارتباط بین سلامت معنوی و مراقبت معنوی می‌باشد به طوری که پرستارانی که سلامت معنوی بالاتری دارند مراقبت معنوی بهتری را آرایه می‌دهند. مطالعه Chan و همکاران نشان داد

منابع

- 1 - Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D: Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *International Journal of Nursing Terminologies and classifications* 2003; 14: 111-20.
- 2 - Ross L, Leeuwen RV, Baldacchino D. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. *Nurse Education Today*. 2014; 34: 697-702.
- 3 - Emmons RA, Paloutzian R. The psychology of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 26(6): 1183-88.
- 4 - Bentur N, Resnitzky S, Sterne A. Attitudes of stakeholders and policymakers in the healthcare system towards the provision of spiritual care in Israel. *Journal of Health Policy*. 2010; 96: 13-19.
- 5 - McShery W. Making sense of spring in nursing practice: An interactive approach. UK: Churchill Livingstone; 2000.
- 6 - Newman MA, Sime A, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 1991; 14: 1-6.
- 7 - Lundmark M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 863-74.
- 8 - Macrae J. *Nursing as a Spiritual Practice: A Contemporary Application of Florence views*. New York: Springer.
- 9 - American Nurses Association. *Code for nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing; 2003.
- 10 - Yousefi H, Abedi HA. Spiritual care in hospitalized patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011; 16(1): 125-2.
- 11 - Khoshknab MF, Mazaheri M, Maddah SB, Rahgozar M. Validation and reliability test of Persian version of The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19: 2939-41.
- 12 - Wu LF, Lin LY. Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res*. 2011 Dec; 19(4): 250-6.
- 13 - Strang S, Strang P, Ternstedt BM. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11: 48-7.
- 14 - Mazaheri M, Fallahi Khoshknab M, Maddah S, Rahgozar M. [Nurses' Attitudes to Spirituality and Spiritual Care]. *Payesh*. 2008; 8(1): 31-37. (Persian)
- 15 - Hsiao Y, Chiang H, Chien L. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Education Today*. 2010; 30: 386-92.
- 16 - Matthew D. Can every nurse give spiritual care? *Kansa Nurse*. 2000; 75(10): 6-4.
- 17 - Donia RB. Nursing competencies for spiritual care. *Journal compilation nurse*. 2006; 15(7): 885-96.

- 18 - Pesut B. The development of nursing students spirituality and spiritual care giving. *J of Nurse Education Today*. 2002; 22: 128-5.
- 19 - Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *J Clin Nurs*. 2010; 19(15-16): 2128-6.
- 20 - Vance DL. Nurses' attitudes towards spirituality and spiritual care. *Medsurg Nurs*. 2001; 10: 264-8.
- 21 - Farahani M, Abbasi M, Givarry A, Haqqani H. Spiritual health of nursing students and their views on spirituality and spiritual care of patients. *Iran Journal of Nursing*. 2005; 18(44): 8-14.
- 22 - Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons; 1982. P. 224-35.
- 23 - 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 Oct; 18(20): 2857-69.
- 24 - Fatemi SN, et al. The effect of prayer on mental health of cancer patients. *J of Payesh*. 2006; 5(4): 295-4.
- 25 - Khalaj M, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi I. Validity and reliability of a Persian version of nursing students' competence scale in spiritual care. *JQUMS*. 2013; 17(2): 63-70.
- 26 - Callister LC, Bond AE, Matsumura G, Mangum S. Threading spirituality throughout nursing education. *Holist Nurs Pract*. 2004; 18: 160-6.
- 27 - Waugh LA. *Spiritual Aspects of Nursing: a descriptive study of nurses' perceptions*. Unpublished Ph.D Thesis. Queen Margaret College Edinburgh, 1992.
- 28 - Boutell KA, Boett FW. Nurses' assessment of patients' spirituality: Continuing education implications. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 1990; 21: 172-6.
- 29 - Attard J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Education Today* xxx. 2014; xxx-xxx.
- 30 - Wong KF, YAU SU. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research*. 2010; 23: 242-244.
- 31 - Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N. Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 May-Jun; 19(3): 242-247.
- 32 - Chan MF, Chung LY, Lee AS, Wong WK, Lee GS, Lau CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse Educ Today*. 2006 Feb; 26(2): 139-50.
- 33 - Conner NE, Sanzero Eller LS. Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of Christian African-Americans. *J Adv Nurs*. 2004; 46: 624-32.
- 34 - Bussing A, Ostermann T, Koenig HG. Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases. *Int J Psychiatry Med*. 2007; 37(1): 39-57.

The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients' spiritual care

Zare¹ A (MSc.) - Jahandideh² S (MSc.).

Abstract

Introduction: Spiritual aspect has played a significant role in patient's well being and quality of life. Acquiring patient's spiritual needs is considered as an essential element in medical care. Therefore, it seems very logical that there is a professional requirement for nurses to achieve competence in the delivery of spiritual care. The purpose of this study was to examine the impact of nursing spiritual well-being on patient spiritual care.

Method: The cross-sectional descriptive-analytical study had been conducted to determine the impact of nursing spiritual well-being on patient spiritual care. Two standard questionnaires- Basic Psychological Needs Questionnaire by Emmons and Paloutzian and Spiritual Care Competence Scale by Van Leeuwen et al- were used. The spiritual health questionnaires were distributed between 210 nurses of special wards (response rate, 90%) and the spiritual care questionnaires were completed by researchers for evaluating nurses' spiritual care of 567 patients during their hospitalization period (from September to February in 2014). Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data.

Results: Most participants were women, ranging in age from 26 to 30 year old. Participants' clinical experience was upper 5 years (41%). 59.2 percent of the nurses have Spiritual health scores in Medium level and 40.8 per cent were high. In relation to the spiritual health nurses provided 5.8% of spiritual care in poor, 53.4% optimal level and 39.8% in the highly desirable. There are significant relations between the average scores of spiritual health and age ($P<0.04$), clinical experience and spiritual health ($P<0.02$), education and spiritual health ($P<0.03$) and education and spiritual care ($P<0.02$). Overall, a significant relationship observed between spiritual health and spiritual care ($P<0.01$).

Conclusion: This study found that most participants were able to meet the spiritual needs of patients; however, some of the nurses cannot. Whereas, there is a positive relationship between spiritual health and spiritual care, providing workshops and training in spiritual care for improving the ability of nurses in catering to the spiritual needs of patients could be of benefit.

Key words: Spiritual health, spiritual care, special wards' nurses

Accepted: 30 April 2014

Accepted: 15 September 2014

1 - Alzahra Heart Charity Hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2 - Corresponding author: Alzahra Heart Charity Hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

e-mail: jahandideh@sums.ac.ir



Iranian Nursing
Scientific Association

Iranian Journal of

Nursing Research

Vol. 9 No. 3 (Serial 34) Autumn 2014 ISSN: 1735 - 7012

- *Effect of Hathayoga exercise on sleep quality of hemodialysis patients*..... 9
Babahaji M (MSc.) - Tayebi A (MSc.) - Ebadi A (Ph.D) - Askari Sh (MSc.) - Ebrahimi SM (MSc.) -
Sharafi SF (MSc.).
- *The role of metacognitive beliefs and positive and negative affect in the Fear of childbirth of pregnant women with first experience* 18
Delavar Gavam S (MSc.) - Alizadeh Goradel J (MSc.).
- *Study the rate of burnout and intention to leave and their relationship among emergency department nurses*..... 29
Nikbakht Nasrabadi A (Ph.D) - Salari A (Ph.D Student) - Hosseinpour M (MSc.) - Yekaninejad MS (Ph.D).
- *The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients' spiritual care*..... 37
Zare A (MSc.) - Jahandideh S (MSc.).
- *The assay of quality of nursing staff development programs at Tehran University medical sciences hospitals from the perspective of nurses* 48
Salehi T (Ph.D) - Emamzadeh Ghasemi HS (Ph.D Candidate).
- *Explanation the concept of carein Islamic document and explain of deferent of it with caring theories*..... 61
Sadat Hoseini AS (Ph.D) - Khosropanah A (Ph.D) - Negarandeh R (Ph.D).
- *Effect of simultaneous use of air lock and injection duration on ecchymosis extension and pain intensity associated with subcutaneous heparin injection*..... 67
Fathi R (MSc.) - Imanipour M (MSc.) - Pasheypoor Sh (Ph.D) - Nikbakht Nasrabadi A (Ph.D).
- *The comparison between two methods of endotracheal tube suctioning with negative pressure of 100 and 200 mmHg*..... 75
Vahdatnejad J (MSc.) - Abbasinia M (MSc.) - Hoseinpour Sh (B.Sc) - Babaii A (MSc.).