

بررسی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی: یک مطالعه توصیفی در بیمارستانهای آموزشی شهر بیرجند

فریبا برهانی

سمیه محمدی

مصطفی روشن زاده^۱

چکیده

معنویت و مراقبت معنوی جزء لاینفک مراقبت کل نگر در پرستاری محسوب شده و توجه به آن می‌تواند نقش مهمی در بهبودی بیماران و دستیابی به اهداف سلامتی داشته باشد. نگرش و آگاهی پرستاران نسبت به مراقبت معنوی می‌تواند نقش مهمی را جهت اجرای این مراقبت ایفا نماید. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی صورت گرفته است. واحدهای مورد پژوهش ۲۲۰ پرستار از دو بیمارستان آموزشی شهر بیرجند بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه نگرش نسبت به مراقبت معنوی (SCPS) صورت گرفته و داده‌ها توسط نرم افزار $Spss_{16}$ مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده حاکی از نگرش بالای پرستاران نسبت به مراقبت معنوی بوده است ($M=4$, $SD=0/8$). بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی و سن، تعداد سال‌های خدمت و نوع بخش خدمت رابطه معنی‌داری گزارش شد ($P<0/05$). در این زمینه پیشنهاد می‌گردد که بایستی علاوه بر ایجاد نگرش مثبت نسبت به مراقبت معنوی راهکارهایی در جهت اجرای هر چه بیشتر این جنبه از مراقبت در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی:

معنویت، مراقبت معنوی، نگرش پرستاران

۱- کارشناسی ارشد آموزش پرستاری؛ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ایران
Email: mroshanzadeh62@bums.ac.ir

مقدمه

انسان از ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی تشکیل شده و بی توجهی به هر یک از این ابعاد مشکلاتی را در دستیابی به اهداف سلامتی در پی خواهد داشت. (کارسون، ۲۰۰۰م). اصل مراقبت جامع و کل‌نگر در پرستاری نیز مؤید این است که انسان به صورت یک کل بوده و نبایستی به طور جداگانه مورد توجه قرار گیرند. در این میان بعدی که تاکنون به طور مکرر نادیده انگاشته شده است؛ بعد معنوی انسان است. (لمر، ۲۰۰۲م، ص ۴۹۱-۴۸۲)

معنویت مفهومی چند بعدی است و در ابعاد مختلف شناختی، تجربی و رفتاری تجلی می‌یابد. (تیلور، ۲۰۰۶م، ص ۸۲-۷۱؛ آرباسل، ۲۰۰۶م). معنویت با نوعی میل باطنی همراه بوده که از طریق یک احساس وابستگی به نیروی مافوق در جهت یافتن معنی و هدف نهایی زندگی است. (پهلر، ۲۰۰۹م، ص ۴۹۴-۴۸۱) نیاز به معنویت به طور بالقوه در نهاد همه انسان‌ها وجود دارد. اما شرایط خاصی همانند بیماری سبب کاهش اعتماد به نفس فرد و نوعی عدم اطمینان و غم و اندوه نسبت به آینده می‌شود. در چنین شرایطی است که با توجه به باز بودن مرزهای بیماران بر روی پرستاران، توجه به این بعد از نیازهای بیماران و همچنین ارائه مراقبت در این ابعاد نقش مؤثری در مقابله با مشکلات آنها خواهد داشت. (کریم‌اللهی و همکاران، ۱۳۸۸ش، ص ۴۹۹-۴۹۱؛ فاطمی و همکاران، ۲۰۰۷ش، ص ۳۰۴-۲۹۵)

مراقبت معنوی^۱ جزء لاینفکی از اقدامات مراقبتی بوده و شامل اقداماتی همانند کمک به انجام اعمال مذهبی و فعالیت‌هایی است که باعث حمایت و راحتی بیمار می‌شود. (باتل و بوزت، ۱۹۹۰م، ص ۱۷۶-۱۷۲؛ نیومن و همکاران، ۱۹۹۱م، ص ۶-۱) مراقبت معنوی باعث پیشرفت در روند بهبودی (کاوندیش و همکاران، ۲۰۰۳م، ص ۱۲۰-۱۱۱؛ نارایاناسامی، ۲۰۰۳م، ص ۱۴۶۹-۱۴۶۱) و تفاوت قابل توجهی در

پیامدهای جسمی و روانی بیماران می‌شود. (چانگ و همکاران، ۲۰۰۷م، ص ۱۷۰-۱۵۸؛ تی و همکاران، ۲۰۰۶م، ص ۱۳۹-۱۵۰) اضافه شدن این جنبه از مراقبت به مراقبت پرستاران باعث افزایش اعتماد به نفس بیماران شده و منافع روحی، جسمی و اقتصادی را به دنبال خواهد داشت. (عابدی و همکاران، ۱۳۸۴ش، ص ۲۳-۱۶) مراقبت معنوی می‌تواند باعث کاهش اضطراب، افسردگی و تنهایی بیماران شده و به دنبال افزایش احساسات مثبت و لذت، کیفیت زندگی را در آنها ارتقا دهد. (هارفام، ۲۰۰۵م؛ رینولد، ۲۰۰۶م، ص ۱۲۶-۱۲۱) همچنین توجه به این بعد در مراقبت خواهد توانست توانایی سازگاری و پیشگیری از بیماران را افزایش داده (۲۳ گالاتر، ۲۰۰۶م) و به طور کلی سلامتی و بهزیستی را تحت تأثیر قرار دهد. (دامانی و همکاران، ۲۰۱۱م، ص ۷-۱؛ تامپسون، ۱۹۸۴م).

مطالعات حاکی از آن است که این بعد از مراقبت کمتر توسط ارائه دهندگان مورد توجه قرار گرفته است. (۱۴ کالفورد، ۲۰۰۲م، ص ۱۴۳۶-۳۴) علل متفاوتی از آن جمله فقدان آموزش تخصصی در این حیطه، فقدان انتظار متخصصان برای ارائه این مراقبت، مشکل در برقراری ارتباط بین بیمار و فراهم کننده مراقبت، کمبود وقت و آگاهی، نامفهوم بودن و فقدان تعریف صریحی از این مراقبت می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد. پرستاران در جهت تأمین مراقبت معنوی به مهارت‌هایی همانند: هماهنگی، ارتباطات غیرکلامی، حساسیت، صداقت، گسترش اعتماد، خودآگاهی و ... نیازمند هستند؛ (فارسی و صلصالی، ۱۳۸۷ش، ص ۲۱-۸ رامبد و همکاران، ۱۳۸۸ش، ص ۶۱-۵۱؛ حجتی و همکاران، ۲۰۱۰م، ص ۷۹-۷۵).

مطالعات متعددی در این باره صورت گرفته است. رینولدز^۲ در طی مطالعه‌اش ضمن بررسی مراقبت معنوی بیان نموده است که مراقبت معنوی توانایی مقابله بیمار با بیماری حاد را بالا برده و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد. (۲۰۰۶م، ص ۱۲۶-۱۲۱) بیماران نیز معتقدند که معنویت نقش مهمی در زندگی‌شان داشته و

ارتباط مثبتی با روند بهبودشان دارد. (گالانتر، ۲۰۰۶م؛ تیلور، ۲۰۰۶م، ص ۸۲-۷۱) بیماران مایل اند مراقبت معنوی به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی آنها مورد توجه قرار گیرد. (۲۷، ۲۶ سالماسی، ۱۹۹۹م، ص ۱۰۰۵-۱۰۰۲؛ تانی بویل و همکاران، ۲۰۰۶م). باقری و دیگران نیز بیان نموده اند که معنویت یکی از جنبه های مهم وجود آدمی بوده و ارتباط مهمی با سلامتی افراد دارد. (۲۰۱۰م، ص ۱۵۶۱-۱۵۵۶) مظاهری و همکاران در طی مطالعه شان نگرش پرستاران بخش های روانپزشکی را نسبت به مراقبت معنوی مثبت ارزیابی کرده است. (۱۳۸۷ش، ص ۳۷-۳۱) همچنین مطالعات حاکی از آن است که بین درک پرستاران و مهارت مراقبت معنوی ارتباط مثبتی وجود دارد. (چان و همکاران، ۲۰۰۶م، ص ۱۵۰-۱۳۹) فراهانی نیز در مطالعه اش بیان نموده است که مراقبت معنوی سهم قابل توجهی در دستیابی به اهداف سلامتی دارد. (۱۳۸۴ش، ص ۱۳-۷) جعفری و همکارانش دیدگاه پرستاران را نسبت به مراقبت معنوی متوسط و مطلوب ارزیابی کرده است. (۱۳۹۱ش، ص ۱۷۱-۱۵۵) شهرآبادی و همکاران نیز در مطالعه شان ضمن مقایسه نگرش دانشجویان پرستاری و پزشکی نگرش آنها را نسبت به مراقبت معنوی مثبت ارزیابی می کند. (۱۳۹۱ش، ص ۳۴-۳۰)

در کنار توجه به اهمیت این حیطه از مراقبت، درک و دانش پرستاران به عنوان فراهم آورنده این مراقبت حائض اهمیت است. پرستاران بایستی جهت تأمین مراقبت معنوی، دانش و درک خود را از معنویت گسترش داده و آن را به طور موفقیت آمیز و مؤثری با عملکرد حرفه ای خود تلفیق نمایند. (نارایاناسامی، ۱۹۹۳م، ص ۲۰۱-۱۹۶) لذا با در نظر گرفتن نقش انکار ناپذیری که مراقبت معنی می تواند در سلامتی بیماران ایفا نماید و همچنین اهمیتی که نگرش پرستاران در به اجرا درآوردن این مراقبت دارد و با توجه به اینکه مراقبت معنوی

در ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی صورت گرفته است.

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی- توصیفی است که به بررسی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی پرداخته است. نمونه مطالعه حاضر شامل ۲۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند بودند. پرستاران مورد مطالعه به صورت سرشماری و از دو بیمارستان امام رضا و ولیعصر شهر بیرجند انتخاب شدند. تعداد پرستاران انتخابی از بیمارستان‌های امام رضا ۱۰۰ نفر و از مرکز ولیعصر ۱۲۰ نفر بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و داشتن یک سال سابقه کار در بخش‌های بالینی در بیمارستان‌ها بوده است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه دو قسمتی است. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنس، تعداد سال‌های خدمت، نوع استخدامی و نوع بخش محل خدمت است. بخش دوم شامل پرسشنامه دیدگاه نسبت به مراقبت معنوی (SCPS) Spiritual Care Perspectives Scale است. این پرسشنامه از ۱۳ گزینه در زمینه مراقبت معنوی از بیماران تشکیل شده است. گزینه‌های آن نیز مطابق با مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) مرتب شده است. (مک شری، ۲۰۰۰م، ص ۸۸-۸۱) این پرسشنامه در مطالعات گذشته مورد روایی و پایایی قرار گرفته است. (فراهانی و همکاران، ۱۳۸۴ش، ص ۷-۱۳) همچنین در مطالعه حاضر نیز این پرسشنامه مورد روایی و پایایی قرار گرفت. روایی این پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی ۱۰ نفر از اساتید متخصص در این امر و از نظر معیارهای وضوح، سادگی و مربوط بودن صورت گرفته و شاخص روایی محتوا (CVI) به صورت ۷۸ درصد محاسبه شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب

همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) $0/8$ محاسبه گردید. پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت موارد اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آنها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آنها برای شرکت و یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. پرسشنامه‌ها پس از یک هفته و با مراجعه به بخش‌های مربوطه جمع‌آوری گردید. طول مدت جمع‌آوری داده‌ها از کل بخش‌ها دو هفته بوده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS¹⁶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به هدف‌های مطالعه از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در این زمینه برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شده و برای بررسی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی نیز از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بیان ارتباط بین میانگین مراقبت معنوی و ویژگی‌های دموگرافیک از ضریب همبستگی پیرسون، تی تست و آنالیز واریانس استفاده شد.

نتایج

نتایج به دست آمده حاکی از آن است که میانگین سنی پرستاران شرکت کننده در این مطالعه $31/12$ سال بوده است و دامنه سنی این افراد نیز $23-47$ سال گزارش شد. از نظر جنسی $12/7$ درصد از پرستاران را مردان و $85/9$ درصد از آنها را زنان به خود اختصاص می‌دادند. از نظر تعداد سال‌های خدمت، کمترین تعداد سال خدمت در پرستاران 1 سال و بیشترین سال خدمت 27 سال بوده است. واحدهای مورد پژوهش از نظر نوع استخدام در 3 طبقه جای گرفتند. بیشترین درصد فراوانی مربوط به پرستاران رسمی ($47/7$) و کمترین درصد فراوانی مربوط

به پرستاران طرحی (۱۳/۲) بود. فراوانی نسبی پرستاران قراردادی نیز (۳۹/۱) بوده است. بر اساس بخش محل خدمت واحدهای پژوهش در ۷ گروه قرار گرفتند (جدول شماره ۱).

میانگین نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی ۴ و انحراف معیار آن ۰/۸ بوده است. لازم به ذکر است که نمره کل نگرش نسبت به مراقبت معنوی در دامنه ۵-۱ بوده است.

در زمینه ارتباط بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی با سن و تعداد سالهای خدمت در پرستاران رابطه معنی داری وجود داشته است (جدول شماره ۲). همچنین ارتباط بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی و نوع بخش محل خدمت معنی دار گزارش شده است (جدول شماره ۱).

بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی با جنس و نوع استخدام رابطه معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

جدول شماره ۱: میانگین نگرش نسبت به مراقبت معنوی بر حسب بخش محل خدمت

بخش محل خدمت	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین نگرش مراقبت معنوی	انحراف معیار
جراحی	۶۵	۲۹/۵	۳/۱	۱
مراقبت ویژه	۸۱	۳۶/۸	۲/۷	۰/۸
داخلی	۳۳	۱۵	۴/۵۱	۰/۶۶
اورژانس	۲۰	۹/۱	۲/۹۹	۰/۷۳
زنان	۶	۲/۷	۲/۶۶	۰/۷
کودکان	۷	۳/۲	۳/۱	۰/۸۱
روانپزشکی	۸	۳/۶	۴/۲	۰/۵
سطح معنی داری			($P=0.03$)	

جدول شماره ۲: ارتباط بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی با سن و تعداد سالهای خدمت در پرستاران

متغیر	نگرش نسبت به مراقبت معنوی
سن	$P=0/03$ $r=0/2$
تعداد سال‌های خدمت	$P=0/02$ $r=0/3$

بحث

نتایج حاکی از آن است که نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی از سطح بالایی برخوردار بوده است. نتایج سایر مطالعات صورت گرفته نیز نتایج این مطالعه را مورد تأیید قرار می‌دهند. مظاهری و همکاران نگرش پرستاران نسبت به معنویت و مراقبت معنوی را مطلوب ارزیابی کرده و میزان آن را مثبت و بالا دانسته است. (۱۳۸۷ش، ص ۳۷-۳۱) ماک و اشמיד^۳ نیز در مطالعه‌شان نمره نگرش پرستاران بخش روانپزشکی را نسبت به مراقبت معنوی مثبت و بالا ارزیابی می‌کند. (۲۰۰۴م). شورز^۴ نیز در طی مطالعه‌اش ضمن بررسی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی میزان آن را بالا گزارش کرده است. (۲۰۱۰م، ص ۸-۱۱) جعفری و همکاران نیز در طی مطالعه‌شان نگرش پرستاران را نسبت به مراقبت معنوی بالا و مطلوب ارزیابی کرده‌اند. (۱۳۹۱ش، ص ۱۷۱-۱۵۵) همان‌طور که بیان شد اکثر مطالعات صورت گرفته به خصوص در ایران در زمینه مراقبت معنوی نگرش پرستاران را بالا و مطلوب ارزیابی کرده است. می‌توان چنین استنباط کرد که با توجه به ساختار مذهبی ایران طبیعی به نظر می‌رسد که پرستاران نسبت به این مراقبت نگرش مثبتی داشته باشند. این حتی در صورتی است که ممکن است عملاً این مراقبت را به طور رسمی به مرحله اجرا در نیاورند. آگاهی و داشتن نگرش

مثبت در مورد این نوع مراقبت اولین گام در جهت اجرای آن محسوب می‌شود. لازم به ذکر است به طور کل این بعد از مراقبت در بسته مراقبتی نظام بهداشتی ما کمتر به طور رسمی مورد توجه قرار گرفته است. ولی نمی‌توان گفت که به طور غیررسمی صورت نمی‌گیرد. در توضیح می‌توان به این نکته اشاره نمود که از گذشته‌ای دور این مراقبت به طور غیر رسمی توسط اطرافیان بیمار و حتی سیستم مراقبتی اجرا می‌شده است. پس طبیعی است که پرستاران نیز آن را به صورت غیررسمی در غالب دادن امیدواری و توکل به خدا در مواجهه با بیماران اجرا می‌کرده‌اند. این عملکرد حتی در سطح ضعیف خود نیز می‌تواند ریشه در نگرش مثبت پرستاران ایرانی نسبت به این امر داشته باشد.

در زمینه ارتباط بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی با سن و تعداد سال‌های خدمت در این مطالعه ارتباط مثبت و معنی داری مشاهده شده است. این بدان معنا است که با افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت پرستاران در محیط‌های بالینی نگرش آنها نیز افزایش یافته و مثبت‌تر می‌شود. وانس^۵ در مطالعه‌اش بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی و سن و تعداد سال‌های خدمت ارتباطی مشاهده نکرده است. (۲۰۰۱م، ص ۲۷۰-۲۶۴) مظاهری نیز رابطه بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی و سن و تعداد سال‌های خدمت را معنی‌دار معرفی نکرده است. (۱۳۸۷ش، ص ۳۷-۳۱) بوتل^۶ در مطالعه‌اش نتایج مطالعه حاضر را مورد تأیید قرار داده و اشاره می‌کنند که پرستاران در سنین بالاتر نسبت به ارائه مراقبت معنوی متمایل‌تر می‌شوند. (۱۹۹۰م، ص ۱۷۶-۱۷۲) شاید تفاوت مشاهده شده را بتوان این طور توضیح داد که به طور کل وقتی سن افراد افزایش می‌یابد؛ توجه آنها به ابعاد مذهبی زندگی و معنویت افزایش می‌یابد. با توجه به اینکه عملکرد پرستاران تحت تأثیر نگرش آنها است پس شاید طبیعی باشد که با افزایش سن توجه آنها به این بعد بیشتر

بوده و نگرششان نسبت به این امر مثبت تر خواهد بود. در زمینه افزایش تعداد سال‌های خدمت نیز می‌توان گفت که پرستاران با افزایش تعداد سال‌های خدمتشان تجربه رویارویی با بیماران و شرایط مراقبتی مختلفی را کسب کرده و شاید به این درک برسند که نادیده گرفتن این بعد اثرات مهمی را در سلامت بیماران خواهد گذاشت و در نتیجه شاید پرستاران با تجربه تر دیدگاه و نگرش مثبت تری نسبت به مراقبت معنوی داشته باشند.

نتایج به دست آمده در زمینه ارتباط بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی و بخش محل خدمت معنی‌دار ارزیابی شده است. در این مطالعه میانگین نگرش نسبت به مراقبت معنوی در پرستاران بخش‌های داخلی و روان بالا گزارش شده است. ماک، اشمیت و بوتل در طی مطالعاتشان نگرش روان پرستاران نسبت به مراقبت معنوی را نسبت به سایر پرستاران بالاتر و مثبت تر ارزیابی کرده‌اند. (۲۰۰۴؛ ۱۹۹۰م، ص ۱۷۶-۱۷۲) جعفری نیز نگرش پرستاران بیمارستان‌های روانی را نسبت به سایر بیمارستان‌ها بالاتر گزارش کرده است. (۱۳۹۱ش، ص ۱۷۱-۱۵۵) در مطالعه مظاهری نیز میزان این نگرش در پرستاران بخش روانپزشکی بالا گزارش شده است. (۱۳۸۷ش، ص ۳۷-۳۱) در توضیح این نتایج می‌توان به این نکته اشاره کرد که شاید ماهیت ارائه خدمات در بخش‌های داخلی و همچنین روانپزشکی به گونه‌ای است که هم امکان مشاوره و ارتباط معنوی بین بیماران و پرستاران بهتر امکان پذیر بوده و هم بیماران در شرایط پایداری قرار داشته و امکان اجرای این مراقبت بهتر امکان پذیر می‌باشد. بوتل نیز اشاره می‌کند که پرستاران بخش روان فرصت بهتری برای مشاوره و ارتباط با بیماران که جزئی از مراقبت معنوی است را داشته و شاید بالا بودن نگرش آنها نسبت به این امر مربوط به این موضوع باشد.

در زمینه ارتباط بین مراقبت معنوی با جنس و نوع استخدام رابطه معنی‌داری مشاهده نشده است. مظاهری نیز در مطالعه‌اش رابطه معنی‌داری بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی و جنس بیان نکرده است. (۱۳۸۷ش، ص ۳۷-۳۱) مطالعه جعفری و همکاران نیز نتایج مطالعه حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهد. (۱۳۹۱ش، ص ۱۷۱-۱۵۵) ارتباط بین نگرش نسبت به مراقبت معنوی و نوع استخدام مورد بررسی قرار نگرفته است. در توضیح می‌توان به این نکته اشاره نمود که معنویت و نگرش نسبت به مراقبت معنوی جدای از جنس و نوع استخدام می‌تواند در افراد وجود داشته باشد. هر چند که ممکن است تفاوت‌هایی در نحوه عملکرد و مراقبت معنوی در پرستاران زن و مرد مشاهده شود. ولی به طور کل در نگرش آنها با توجه به بنیاد مذهبی پرستاران ایرانی تفاوت معنی‌داری وجود نخواهد داشت.

نتیجه‌گیری

ارزیابی نتایج مطالعه مورد نظر حاکی از آن است که نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی بالا و مثبت بوده است. بین نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی و سن و تعداد سال‌های خدمت و همچنین نوع بخش محل خدمت تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است. نتایج به دست آمده خود حاکی از آن است که نگرش نسبت به مراقبت معنوی در پرستاران جدای از جنس و نوع بخش محل خدمت وجود دارد. این نتایج نشان‌دهنده آن است که جدای از بحث اجرای عملکرد مراقبت معنوی در محیط‌های بالینی دیدگاه پرستاران نسبت به این امر مثبت و مطلوب می‌باشد. اما داشتن نگرش مثبت به تنهایی نخواهد توانست زمینه اجرای مراقبت معنوی را در محیط‌های بالینی فراهم آورد؛ بلکه بایستی در کنار این نگرش مثبت، بحث آگاهی دادن پرستاران نیز مورد توجه قرار گیرد. لازم به

یادآوری است که با توجه به موانع موجود در زمینه اجرای مراقبت معنوی بایستی شکل واضح و عملیاتی نیز برای اجرای این نوع از مراقبت در محیط‌های بالینی طراحی شده تا بتوانیم در جهت اجرا کردن هر چه بیشتر این نوع مراقبت گام‌های مؤثری برداشته شود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره نمود که مطالعه حاضر فقط در نقطه خاصی از ایران صورت گرفته و نیاز به بررسی‌های وسیع‌تری در این حیطة وجود دارد.

سپاسگزاری

در اینجا از تمامی پرستاران و کسانی که ما را در این پژوهش همراهی کردند؛ تشکر و قدردانی می‌کنیم.

پی نوشت

1. Spiritual care
2. Reynolds
3. Mauk Schmidt
4. Shores
5. Vance
6. Boutell

فهرست منابع

- جعفری م، سزواری س، برهانی ف، بانسی م (۱۳۹۱). دیدگاه دانشجویان پرستاری و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان نسبت به مراقبت معنوی. فصلنامه اخلاق پزشکی؛ دوره ۶ (شماره ۲۰): ۱۷۱-۱۵۵.
- رامبد م، رفیعی ف، حسینی ف (۱۳۸۸). ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران با نارسایی مزمن کلیه. مجله زندگی؛ دوره ۱ (شماره ۲): ۶۱-۵۱.
- سید فاطمی ن، رضایی م، گیوری الف، حسینی ف (۱۳۸۶). دعا و بهبودی معنوی در بیماران سرطانی. مجله پایش؛ دوره ۵ (شماره ۴): ۳۰۴-۲۹۵.
- شهر آبادی ر، مسرور د، حاجی زاده س، حسینی ف (۱۳۹۱). مقایسه نگرش دانشجویان پرستاری و پزشکی سال آخر در زمینه مراقبت معنوی از بیماران در دانشگاه علوم پزشکی ایران. نشریه پرستاری قلب و عروق؛ دوره ۱ (شماره ۱): ۳۴-۳۰.
- عابدی حیدر علی، عسگری مجید، کاظمی زهرا، صفاری فرد فرانک، نصیری محمود (۱۳۸۴). مراقبت‌های مذهبی بیماران بستری و موانع آن. طب و تزکیه؛ دوره ۲۳: ۱۴-۱۶.
- فارسی ز، صلصالی م (۱۳۸۷). پارادایم مفهومی و مراقبت پرستاری در اسلام؛ دوره ۱۶ (شماره ۶۴-۶۶): ۲۱-۸.
- فراهانی نیا م، عباسی م، گیوری الف، حقانی ح (۱۳۸۴). سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آن‌ها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران. فصلنامه پرستاری ایران؛ دوره ۱۸ (شماره ۱۴): ۱۳-۷.
- کریم اللهی م، عابدی ح ع، یوسفی ر (۱۳۸۸). مراقبت معنوی در پرستاری. مجله پژوهشی علوم بیولوژی؛ دوره ۳ (شماره ۵): ۴۹۹-۴۹۱.

مظاهری م، فلاحی. خشکتاب م، مداح ب، رهگذر م (۱۳۸۷). نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت معنوی. فصلنامه پایش؛ دوره ۸ (شماره ۱): ۳۷-۳۱.

- Arbuckle JL (2006). " Amos user's guide." Chicago, IL, USA: Small Waters.
- Bagheri F, Akbarizadeh F & Hatami H (2010). "The Relationship Between Nurses' Spiritual Intelligence And Happiness In Iran." *Procedia Social and Behavioral Science journal* 5: 1556-1561.
- Boutell KA, Bozett FW (1990). "Nurses' assessment of patients' spirituality: Continuing education implications." *Journal of Continuing Education in Nursing* 21: 172-176.
- Carson VB (2000). " Mental Health Nursing 1st Edition." WB Saunders Co: Philadelphia.
- Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D (2003). "Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels." *International Journal of Nursing Terminologies and classifications* 14: 111-120.
- Chan MF, Chung LY, Lee AS, Wong WK & et al (2006). " Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis." *Nurse Education Today* 26(2): 139-150.
- Chung LY, Wong FK, Chan MF (2007). " Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care." *Journal of Advanced Nursing* 58(2): 158-170.
- Culliford L (2002). "Spirituality and clinical care." *British medical journal* 325: 1434-1436.
- Dhamani K A, Paul P & Olson J K (2011). "Tanzanian Nurses Understanding and Practice of Spiritual Care." *International Scholarly Research Network Nursing* 11: 1-7.
- Galanter M (2006). " Spirituality and addiction: A research and clinical perspective." *American Journal on Addictions* 15.
- Harpham WS (2005). " Happiness in a storm." New York, NY: WW Norton & Co 24(3).
- Hojjati H, Tahery N, Akhondzadeh G, Hydary B, Sharifnia H (2010). "Pray rate in hemodialysis patients of Golestan province." *J Crit Care Nurs* 3(2): 75-79.
- Lemmer C (2002). "Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of U.S. baccalaureate nursing program." *Journal of Nursing Education* 41: 482-491.

- Mauk K.L, Schmidt N.K(2004). "Spiritual care in nursing practice. 1st Edition." Lippincott Williams & Wilking Co: Philadelphia.
- Mc sherry W (2000). "Making sense of spirituality in nursing practice: an interactive approach. Harcourt Publishers 1. Anandarajah G., Night E. (2001) Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool." American Family Physician 63: 81-88.
- Narayanasamy A (1993). "Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs." Nurse Education Today 13: 196- 201.
- Narayanasamy A (2003). "Spirituality coping mechanisms in chronically ill patients." British Copping of Nursing 11: 1461-1469.
- Newman M.A, Sime A, Corcoran-Perry S A (1991). "The focus of the discipline of nursing." Advances in Nursing Science: 14-16.
- Pehler SR, Craft-Rosenberg M (2009). "Longing: the lived experience of sprituality in adolescents withDuchenne muscular dystrophy." J Pediatr Nurs 24(6): 481-494.
- Reynolds D(2006). "Examining spirituality among women with breast cancer." Holistic Nursing Practice 20: 118-121.
- Richards, p. s. and bergin, A. E(2005). " Spiritual strategy for counseling psychotherapy." American psychological association (APA): 2nd edition.
- Sulmasy DP (1999). "Is medicine a spiritual practice? Academic Medicine 74, 1002-1005. Shores, I. C.(2010). Spiritual Perspective of Nursing Students." Nursing Education Research 31(1): 8-11.
- Taylor EJ (2006). " Spirituality and the cancer experience." Oncology Nursing Press 12(1): 71-82.
- Thompson, J. H(1984). "Spiritual consideration in prevention, treatment and cure of disease." Oriel press, London.
- Thune´-Boyle IC., Stygall JA., Keshtgar MR. et al. (2006). "Do religious/spiritual coping strategies affect illness ".
- TT, Liu ML& Ng JW (2006). " Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis." Nurse Education Today 26(2): 139-150.
- Vance DL (2001). "Nurses, attitudes towards spirituality and spiritual care." Measuring Nursing 10: 264-270.

یادداشت شناسه مؤلفان

فریبا برهانی: دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه و مدیر گروه اخلاق پرستاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.

سمیه محمدی: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری و پژوهشگر گروه اخلاق پرستاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.

مصطفی روشن زاده: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیکی: mroshanzadeh62@bums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۰