

Original Article

Barriers to Provide Patients Admitted to Hospitals in Kashan with Spiritual Care: Nurses' Viewpoints

Mohsen Adib-Hajbaghery^{1*}, Zahra Saeadnejad²

1. Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (Corresponding Author) Email: adib1344@yahoo.com

2. MSc Student, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Received: 21 Feb 2016 Accepted: 30 Sep 2016

Abstract

Background and Aim: Spiritual care is an essential part of holistic nursing care. The present study, therefore, aimed to determine the barriers to provide patients admitted to hospitals in Kashan with spiritual care from the viewpoint of the nurses.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out on 306 nurses working at hospital affiliated with Kashan University of Medical Sciences in 2015. Quota sampling was chosen to select the participants. The data collection instrument was a researcher-made questionnaire designed through library research and reviewing various articles. Running descriptive and inferential statistics in SPSS version 16 statistical software, the data were analyzed.

Ethical Considerations: After explaining the purpose and the nature of the research to all the participants, their informed consent was obtained. The questionnaires were anonymous and the participants were assured that their personal information will remain confidential.

Findings: In the nurses' point of view, the major barriers to spiritual care were reported to be the lack of a sufficient number of staff to provide comprehensive care (78.1%), lack of private space for having a dialogue with the patient (70.3%), heavy workload and its related fatigue (67.4%), inadequate training (66.3%), dedication of more attention to the physical needs (66.3%), lack of organizational support (62.8%), insufficient time (62.7%), inability to communicate (56.9%), nurses and patients' sexual differences (56.2%) and the belief in a better spiritual care by clergymen and psychologists (54.3%).

Conclusion: The findings pointed to the lack of a sufficient number of staff to provide comprehensive care and the lack of private space for having a dialogue with the patient as the most important barriers to provide spiritual care. It is recommended that health planners take the barriers into account to provide the patients with spiritual care, adopt appropriate measures to address them in order to improve the quality of holistic nursing care, and increase the patient and nurse satisfaction.

Keywords: Nursing Care; Spirituality; Holistic Nursing; Patient-Centered Care

Please cite this article as: Adib-Hajbaghery M, Saeadnejad Z. Barriers to Provide Patients Admitted to Hospitals in Kashan with Spiritual Care: Nurses' Viewpoints. *Med Ethics J* 2016; 10(37): 49-59.

موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر کاشان از دیدگاه پرستاران

محسن ادیب حاج باقری^{۱*}، زهرا سعیدنژاد^۲

۱. استاد گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: adib1344@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۲ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۹

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت معنوی بخش اساسی از مراقبت کل نگر است. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر کاشان، از دیدگاه پرستاران در سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۰۶ پرستار شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که با مطالعه و مرور متون تنظیم گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، در نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی: پس از توضیح اهداف و ماهیت پژوهش به تمامی افراد، رضایت آگاهانه جهت شرکت در تحقیق از آن‌ها اخذ گردید. پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات فردی آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

یافته‌ها: مهم‌ترین موانع مراقبت معنوی از نظر پرستاران شامل عدم وجود تعداد کافی کارکنان جهت ارائه مراقبت جامع (۷۸/۱ درصد)، نبود فضای خصوصی برای گفتگو با بیماران (۷۰/۳ درصد)، حجم کاری بالا و خستگی ناشی از آن (۶۷/۴ درصد)، آموزش ناکافی (۶۶/۳ درصد)، توجه عمده به نیازهای جسمی (۶۶/۳ درصد)، عدم حمایت سازمانی (۶۲/۸ درصد)، زمان ناکافی (۶۲/۷ درصد)، ناتوانی در برقراری ارتباط (۵۶/۹ درصد)، تفاوت جنسی پرستار و بیمار (۵۶/۲ درصد) و اعتقاد به بهتر انجام‌شدن مراقبت معنوی توسط روحانیون و روانشناسان (۵۴/۳ درصد) گزارش گردید.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاکی از عدم وجود تعداد کافی کارکنان جهت ارائه مراقبت جامع و نبود فضای خصوصی برای گفتگو با بیماران، به عنوان مهم‌ترین موانع ارائه مراقبت معنوی بود. توصیه می‌گردد، برنامه‌ریزان امر سلامت، موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران و اتخاذ تدابیر مناسب برای رفع آن‌ها در جهت بهبود کیفیت مراقبت پرستاری کل نگر و افزایش رضایتمندی بیمار و پرستار مد نظر قرار دهند.

واژگان کلیدی: مراقبت پرستاری؛ معنویت؛ پرستاری کل نگر؛ مراقبت بیمارمحور

مقدمه

مراقبت معنوی، بخش جدایی‌ناپذیر و یکپارچه در روند مراقبت پرستاری است (۱) و به مجموعه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که به افراد کمک می‌کند تا بهتر با بحران مواجه شوند. این مراقبت‌ها، زمانی ضرورت می‌یابد که فرد دچار شک، اضطراب، بحران و فقدان می‌شود (۲). این مراقبت، با مراقبت مذهبی یا مراقبت روانی - اجتماعی مترادف نیست و به سؤالات بنیادی انسان، نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ پاسخ می‌دهد (۳). مظاهری به نقل از Narayanasamy می‌نویسد: پرستاران باید به مفهوم مراقبت کل‌نگر متعهد باشند و به جنبه‌های جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی، و معنوی نیازهای مراقبتی بیماران توجه کنند (۴).

با وجود این، مطالعات نشان می‌دهند که اگرچه بیشتر پرستاران، مراقبت معنوی را بخش مهمی از مراقبت کل‌نگر می‌دانند، ولی تنها ۲۷٪ از آن‌ها به طور مداوم (۵) و نزدیک به نیمی از آن‌ها به ندرت به آن عمل می‌کنند (۶) و در اغلب موارد، این مراقبت‌ها نادیده گرفته می‌شود (۳، ۱۰-۶). در حالی که ارائه مراقبت معنوی می‌تواند سبب آسایش و کاهش دردهای جسمانی، روانی، کاهش اضطراب و برقراری ارتباط عمیق‌تر میان بیمار و پرستار (۱۱)، افزایش سازگاری با بیماری و رنج و احساس آرامش و شادی خانواده بیمار شود. در واقع، وضعیت کلی رفاه بیمار و خانواده‌ی او محصول مراقبت جامع است که مراقبت معنوی بعد مهمی از آن است (۱۲)، زیرا بعد معنوی، بر سایر ابعاد یک انسان کل‌گرا احاطه داشته و تکمیل کننده رفاه و سلامتی هر فرد است (۱۳). بنابراین این مراقبت در کنار دیگر مراقبت‌های پرستاری، سبب تعادل میان جسم، روح و روان، و کسب سلامتی کامل و همه‌جانبه خواهد شد (۱۴).

مراقبت معنوی شامل مراقبت مذهبی و غیر مذهبی است (۱۵). بعد مذهبی مراقبت معنوی شامل اقداماتی مانند عبادت و دعاکردن با بیمار، صحبت‌کردن با وی در مورد خدا، روشن کردن رابطه بیمار با خدا، استفاده از متون دینی و مذهبی و ارجاع بیمار به مراجع مذهبی است. بعد غیر مذهبی مراقبت معنوی نیز عبارت از مهارت‌های ارتباطی، مشاوره، حمایت

عاطفی و معنوی از وی، تشویق بیمار به ابراز احساسات، گوش دادن فعال و تشویق بیمار به تفکر مثبت، ارتباط همدلانه با فرد و احترام‌گذاشتن به مددجو است (۱۶).

علل متفاوتی برای نادیده‌گرفتن مراقبت معنوی در محیط‌های بالینی گزارش شده است. مطالعات انجام‌شده در آمریکا نشان می‌دهد که کمبود وقت (۷-۶، ۱۷)، تصور این که معنویت امری خصوصی و خارج از نقش‌های پرستار است (۶)، آموزش ناکافی در زمینه مراقبت معنوی (۱۷)، مشکل زبان و ارتباط نامناسب بین پرستار و بیمار (۱۸) از مهم‌ترین موانع ارائه مراقبت معنوی هستند. مطالعات انجام‌شده در انگلستان (۱۹) و ایرلند (۸)، علاوه بر کمبود وقت و فقدان آموزش، بی‌میلی بیماران به شرکت در بحث‌های معنوی و شلوغی بیش از حد بخش‌های بالینی را به عنوان موانع ارائه مراقبت معنوی گزارش کرده‌اند. در ایران، مطالعاتی درباره نگرش دانشجویان پرستاری و مامایی نسبت به مراقبت معنوی (۲۰)، نقش اعتقادات معنوی در سلامت بیماران (۲۱-۲۲)، درک بیماران از مراقبت معنوی (۲۳) و صلاحیت پرستاران در ارائه مراقبت معنوی (۲۴) انجام شده است، اما با این حال، مطالعات معدودی به بررسی موانع ارائه مراقبت معنوی پرداخته‌اند. در یکی مطالعه کیفی که با هدف تعیین ادراک بیماران مبتلا به سرطان از مراقبت معنوی انجام شده است، عواملی مانند کمبود وقت و خستگی پرستاران به دلیل حجم کاری زیاد، ناتوانی پرستاران در ارائه نقش‌های حرفه‌ای، عادت به انجام کار روتین، مناسب‌نبودن فرد برای شغل پرستاری، تفاوت جنسی پرستار و بیمار و بی‌تفاوتی برخی پرستاران، به عنوان موانع اصلی ارائه مراقبت معنوی گزارش شده است (۲۳). زمان‌زاده و همکاران نیز در مطالعه‌ای که با هدف تبیین معنویت در مراقبت سرطان انجام داده‌اند، احساس ناتوانی پرستاران برای مراقبت معنوی، شرایط نامناسب محیط کار و عدم حمایت از طرف روحانیون را از علل عدم آمادگی برای مراقبت معنوی گزارش نموده‌اند (۲۵). ادیب حاج‌باقری و زهتابچی (۱۳۹۳ ش.) نیز گزارش داده‌اند که پرستاران از صلاحیت‌های لازم برای ارائه مراقبت معنوی برخوردار نیستند (۲۴). یک مطالعه کیفی دیگری با هدف تعیین موانع

ارائه مراقبت‌های مذهبی، تنها به بررسی بعد غیر مذهبی مراقبت معنوی بسنده کرده‌اند (۲۶).

با توجه به نتایج متفاوت مطالعات و عدم انجام مطالعه اختصاصی درباره موانع ارائه مراقبت معنوی در کشور، مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر کاشان از دیدگاه پرستاران در سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - مقطعی بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۹۴ انجام شده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول
$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$
 با ضریب اطمینان ۰/۹۵، انحراف معیار ۶/۷۴ و دقت ۰/۶۷ برابر ۳۸۴ نفر برآورد شد (۶). برای نمونه‌گیری ابتدا با همکاری دفاتر پرستاری بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه، فهرستی از پرستاران شاغل در هر بیمارستان تهیه و به عنوان چارچوب نمونه‌گیری استفاده شد، سپس با توجه به تعداد پرستاران در هر بیمارستان، سهمیه نمونه لازم برای هر بیمارستان محاسبه شد. به این ترتیب، سهمیه بیمارستان‌های شهید بهشتی، متینی، کارگرنژاد، و نقوی، به ترتیب ۳۰۵، ۳۱، ۳۰ و ۱۸ نمونه محاسبه گردید، پس از کسب اجازه از مسؤولان دانشگاه و بیمارستان‌ها اقدام به جمع‌آوری داده‌ها شد. به این منظور، پژوهشگر طی دو ماه و در نوبت‌های کاری مختلف در بخش‌های بالینی بیمارستان‌ها حاضر شده و نمونه‌ها را از بین افراد دسترس انتخاب می‌کرد و ضمن بیان اهداف مطالعه و زمان تقریب لازم برای پاسخ‌دهی به پرسشنامه (حدود ۳۰ دقیقه)، در صورت تمایل آن‌ها به شرکت در تحقیق، پرسشنامه را در به آن‌ها تحویل می‌داد، سپس در حدود نیم تا یک ساعت بعد پژوهشگر جهت جمع‌آوری پرسشنامه‌های تکمیل‌شده به افراد مراجعه می‌کرد. در صورتی که افراد طی این مدت موفق به تکمیل پرسشنامه نشده بودند، با هماهنگی خودشان زمان دیگری در همان روز برای جمع‌آوری مشخص می‌شد و یا از آن‌ها خواسته می‌شد که پرسشنامه تکمیل‌شده را به منشی بخش تحویل دهند، سپس پژوهشگر در اولین فرصت پرسشنامه‌ها

را جمع‌آوری می‌کرد. در موارد معدودی که جمع‌آوری داده‌ها با کلاس‌های آموزشی بیمار بیمارستان هم‌زمان شده بود، پژوهشگر در پایان آن کلاس به برخی از پرستاران مراجعه و پرسشنامه را به ایشان تحویل می‌داد و زمان و مکانی را برای عودت آن مشخص می‌کرد.

معیار ورود به پژوهش شامل شاغل بودن پرستاران در زمان پژوهش در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته‌ای بود که از طریق مطالعه کتابخانه‌ای و مرور مقالات مختلف طراحی گردید (۶-۷، ۱۴، ۱۹-۱۸، ۲۷-۲۳). برای بررسی روایی، از روش روایی محتوا به صورت کیفی و کمی استفاده شد. در بررسی روایی محتوا، از ۸ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه نظرخواهی و درخواست شد تا بازخورد لازم را در ارتباط با ضرورت و مرتبط بودن، سادگی و واضح بودن هر یک از گویه‌های ابزار ارائه دهند، سپس نسبت روایی محتوا (CVR) و ضریب روایی محتوای ابزار (CVI) محاسبه شد. برای هر یک از گویه‌ها CVI مرتبط بودن در محدوده ۰/۸۲ تا ۱، CVI سادگی در محدوده ۰/۸ تا ۱، CVI واضح بودن در محدوده ۰/۸ تا ۱ و CVI در محدوده ۰/۶ تا ۱ قرار داشت. CVI مرتبط بودن، سادگی و واضح بودن برای کل ابزار به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۳ بود.

پس از تأیید روایی محتوا، ابزار بر روی ۱۵ نفر که در نمونه نهایی تحقیق وارد نشدند، اجرا شده و پایایی آن به روش همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha) محاسبه شد. مقدار آلفای کل ابزار برابر با ۰/۷۸، برای حیطه حمایت معنوی و مذهبی برابر با ۰/۹۱ و برای حیطه موانع ارائه مراقبت معنوی برابر با ۰/۸۶ محاسبه شد. این پرسشنامه دارای دو بخش اطلاعات فردی واحدهای پژوهشی و اطلاعات تخصصی بود. اطلاعات فردی واحدهای پژوهشی شامل ۱۱ سؤال بود که دربردارنده پنج سؤال در مورد سن، جنس، نام بخش محل کار، سابقه کار، میزان تحصیلات بود. همچنین طی دو سؤال بلی/خیر از افراد در مورد گذراندن آموزش برای ارائه مراقبت معنوی به بیماران و نیز این که آیا نیازهای معنوی بیماران خود را ارزیابی می‌کنند، پرسش می‌شد.

دادن اطمینان خاطر درباره محرمانگی اطلاعات، رضایت کتبی آگاهانه برای مشارکت در تحقیق از شرکت‌کنندگان کسب گردید.

یافته‌ها

از مجموع پرسشنامه‌های توزیع شده، ۳۰۶ پرسشنامه پاسخ داده شد که ۸۶/۳ درصد افراد به طور کامل به سؤالات اصلی آن پاسخ داده بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۳۱/۹۴±۵/۵۳ سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان (۷۷/۸ درصد) زن بودند، ۹۳/۱ درصد آن‌ها دارای مدرک کارشناسی و بیشتر آن‌ها (۷۸/۴ درصد) در بیمارستان شهید بهشتی کاشان مشغول به کار بودند. میانگین و انحراف معیار سابقه کار شرکت‌کنندگان ۸/۶۶±۶/۲۷ سال بود (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی اطلاعات فردی افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)	بدون پاسخ (درصد)
سن (سال)	کم‌تر از ۲۵	۵۵ (۱۸)
	۲۶-۳۵	۱۷۵ (۵۷/۲)
	بیشتر از ۳۶	۷۶ (۲۴/۸)
جنس	زن	۲۳۸ (۷۷/۸)
	مرد	۶۶ (۲۱/۶)
بخش کاری	داخلی	۷۶ (۲۴/۸)
	جراحی	۵۸ (۱۹)
	انکولوژی	۱۶ (۵/۲)
	اورژانس	۴۴ (۱۴/۴)
	مراقبت ویژه	۵۸ (۱۹)
	اتاق عمل و ریکلوری	۲۸ (۹/۲)
	روان	۲۶ (۸/۵)
سابقه کار (سال)	کم‌تر از ۲ سال	۶۱ (۱۹/۹)
	۲-۵ سال	۴۰ (۱۳/۱)
	۵-۱۱ سال	۱۱۷ (۳۸/۲)
	بیش‌تر از ۱۱ سال	۸۸ (۲۸/۸)
میزان تحصیلات	کاردانی	۸ (۲/۶)
	کارشناسی	۲۸۵ (۹۳/۱)
	کارشناسی ارشد	۱۱ (۳/۶)

علاوه بر این، در چهار سؤال که به صورت به هیچ وجه، کم، متوسط، یا زیاد پاسخ داده می‌شد، از پرستاران پرسیده می‌شد که تا چه حد خود را یک فردی معنوی و مذهبی، می‌دانند؟ و اعتقادات معنوی، و مذهبی آن‌ها تا چه حد روی کارشان تأثیر می‌گذارد؟ بخش اطلاعات تخصصی دارای دو قسمت بود. قسمت اول دارای سه گویه در زمینه میزان حمایت معنوی و سه گویه در زمینه میزان حمایت مذهبی از بیماران بود. این گویه‌ها به صورت لیکرت ۵ نمره‌ای (بسیار کم، کم، متوسط، زیاد، بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شد. قسمت دوم دارای ۳۰ سؤال در زمینه موانع ارائه مراقبت معنوی بود که ۲۸ سؤال ابتدایی آن به صورت لیکرت پنج نمره‌ای (کاملاً مخالفم=۵، مخالفم=۴، نظری ندارم=۳، موافقم=۲، کاملاً موافقم=۱) پاسخ داده می‌شد. سؤال ۲۹ در زمینه موانع ارائه مراقبت معنوی به صورت سؤال باز و سؤال ۳۰ آن به صورت بله، خیر در زمینه تمایل به فراگیری مراقبت معنوی بود. مجموع نمرات بخش موانع در دامنه ۲۸ تا ۱۴۰ قرار دارد و نمره بیشتر نشان‌دهنده اهمیت بیشتر موانع در ارائه مراقبت معنوی است.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد. برای بررسی دیدگاه پرستاران درباره موانع ارائه مراقبت معنوی به تفکیک سن، جنس، سابقه کاری، بخش محل کار، میزان تحصیلات، میزان معنویت و مذهبی بودن فرد، تأثیر اعتقادات معنوی و مذهبی روی کار و علاقه به فراگیری بیشتر مراقبت معنوی، از آزمون‌های آماری تی تست و آنالیز واریانس یک‌طرفه و نیز آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. سطح معنی‌داری در همه آزمون‌ها کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با شماره ۹۴۱۳۸ در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و با دریافت کد کمیته اخلاق به شماره IR.KAUMS.REC.1394.138 به تصویب رسیده است. شرکت افراد در تحقیق داوطلبانه بوده و پرسشنامه‌ها به صورت بی‌نام تکمیل گردید، پس از توضیح درباره فرایند و اهداف پژوهش،

جدول ۳: توزیع فراوانی میزان حمایت و ارائه مراقبت معنوی و مذهبی

سطح حمایت و معنوی و مذهبی	بسیار کم درصد	کم درصد	متوسط درصد	زیاد درصد	بسیار زیاد درصد	بدون پاسخ (درصد)
شخصاً در اعمال معنوی که معنویت بیمارانم را افزایش دهد، مشارکت می‌کنم.	۱۰/۸	۲۰/۹	۴۸	۱۶	۳/۹	۱ (۰/۳)
شخصاً در اعمال مذهبی که معنویت بیمارانم را افزایش دهد، مشارکت می‌کنم.	۱۰/۸	۲۳/۲	۴۶/۱	۱۶/۳	۲/۶	۳ (۱)
در برنامه مراقبت بیمارانم، اعمال معنوی را در نظر می‌گیرم.	۳/۹	۱۱/۸	۴۳/۵	۳۵	۵/۲	۲ (۰/۷)
در برنامه مراقبت بیمارانم، اعمال مذهبی را در نظر می‌گیرم.	۳/۹	۱۴/۷	۴۱/۲	۳۳/۳	۵/۲	۵ (۱/۶)
استفاده از اعمال معنوی و تکنیک‌های سازشی در گذشته یا حال را مشاهده می‌کنم یا می‌پرسم.	۱۰/۸	۲۹/۴	۴۳/۵	۱۱/۱	۳/۳	۶ (۲)
استفاده از اعمال مذهبی در گذشته یا حال را مشاهده می‌کنم یا می‌پرسم.	۱۰/۸	۳۰/۴	۴۲/۲	۱۳/۱	۲/۶	۳ (۱)

۶۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که تاکنون هیچ گونه آموزشی در رابطه با مفهوم مراقبت معنوی دریافت نکرده‌اند (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی اطلاعات مربوط به وضعیت معنوی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر		تعداد (درصد)	بدون پاسخ (درصد)
میزان معنویت فردی	کم	۳۵ (۱۱/۴)	۰
	متوسط	۲۲۹ (۷۴/۸)	
	زیاد	۴۲ (۱۳/۷)	
میزان مذهبی بودن فردی	کم	۴۵ (۱۴/۷)	۰
	متوسط	۲۲۷ (۷۴/۲)	
	زیاد	۳۴ (۱۱/۱)	
تأثیر اعتقادات معنوی پرستار بر نحوه انجام مراقبت	کم	۱۸ (۵/۹)	۶ (۲)
	متوسط	۱۰۲ (۳۳/۳)	
	زیاد	۱۸۰ (۵۸/۸)	
تأثیر اعتقادات مذهبی پرستار بر نحوه مراقبت	کم	۲۱ (۶/۹)	۶ (۲)
	متوسط	۱۱۲ (۳۶/۶)	
	زیاد	۱۶۷ (۵۴/۶)	
نیازهای معنوی بیماران را ارزیابی می‌کنم	بله	۱۴۱ (۴۶/۱)	۶ (۲)
	خیر	۱۵۹ (۵۲)	
گذراندن آموزش خاص برای ارائه مراقبت معنوی به بیماران	بله	۹۵ (۳۱)	۷ (۲/۳)
	خیر	۲۰۴ (۶۶/۷)	

۷۲/۵ درصد از آنان به فراگیری بیشتر مراقبت معنوی اظهار علاقه کردند. میزان حمایت و ارائه مراقبت معنوی و مذهبی در جدول ۳ ذکر شده است.

عدم وجود کارکنان کافی جهت ارائه مراقبت جامع (۷۸/۱ درصد)، نبود فضای خصوصی برای گفتگو با بیماران (۷۰/۳ درصد) و حجم کاری بالا و خستگی ناشی از آن (۶۷/۴ درصد) به عنوان مهم‌ترین موانع ارائه مراقبت معنوی گزارش شدند (جدول ۴).

جدول ۴: توزیع فراوانی ۱۰ مانع اول ارائه مراقبت معنوی

موانع	درصد*
کارکنان کافی جهت ارائه مراقبت جامع وجود ندارد.	۷۸/۱
فضای خصوصی برای گفتگو درباره نیازهای معنوی با بیماران وجود ندارد.	۷۰/۳
به دلیل حجم کاری بالا و خستگی ناشی از آن نمی‌توانم مراقبت معنوی انجام دهم.	۶۷/۴
آموزش کافی برای ارائه مراقبت معنوی ندیده‌ام.	۶۶/۳
در شرایط موجود عمدتاً امکان توجه به نیازهای جسمی وجود دارد.	۶۶/۳
حمایت سازمانی برای ارائه مراقبت معنوی وجود ندارد.	۶۲/۸
زمان کافی در طول برنامه کار روزانه‌ام برای رسیدگی به نیازهای معنوی بیماران ندارم.	۶۲/۷
ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب با بیمار مانع از ارائه مراقبت معنوی می‌شود.	۵۶/۹
تفاوت جنسی پرستار و بیمار مانع از ارائه مراقبت معنوی می‌شود.	۵۶/۲
معتقدم که مراقبت معنوی توسط دیگران (روحانیون و روانشناسان) بهتر انجام می‌شود.	۵۴/۳

* درصد مذکور، حاصل جمع درصد موافقم و کاملاً موافقم می‌باشد.

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمره موانع ارائه مراقبت

موانع ارائه مراقبت معنوی (Mean±SD)		متغیر		P value
نمره مراقبت معنوی	نمره	سن	کم‌تر از ۲۵	۰/۳۰۱*
	۸۹/۳۲±۱۲/۴۹		۲۶-۳۵	
	۸۵/۹۶±۱۲/۰۹		بیشتر از ۳۶	
جنس	زن	جنس	مرد	۰/۲۰***
	۸۷/۰۴±۱۱/۷۷		۸۹/۱۸±۱۰/۳۷	
بخش کاری	داخلی	بخش کاری	جراحی	۰/۰۱*
	۸۹/۶۳±۱۱/۴۹		انکولوژی	
	۸۹/۹۶±۱۱/۰۵		اورژانس	
	۷۸/۸۳±۹/۷۵		مراقبت ویژه	
	۸۸/۶۹±۱۰/۳۲		اتاق عمل و ریکاوری	
	۸۵/۵۰±۱۲/۱۹		روان	
سابقه کار	کم‌تر از ۲ سال	سابقه کار	۲-۵ سال	۰/۰۸۱*
	۹۰/۳۷±۱۱/۵۳		۵-۱۱ سال	
	۸۸/۲۸±۹/۷۳		بیش‌تر از ۱۱ سال	
	۸۷/۲۰±۱۰/۵۸			
میزان تحصیلات	کاردانی	میزان تحصیلات	کارشناسی	۰/۰۲*
	۷۷/۸۷±۱۳/۲۱		کارشناسی ارشد	
	۸۷/۹۵±۱۰/۹۸			
	۸۳/۴۴±۱۹/۸۴			

آزمون تعقیبی توکی نشان داد که نمره پرستاران بخش انکولوژی با نمرات پرستاران بخش‌های داخلی و جراحی تفاوت معنادار دارد ($p=0/03$)، به گونه‌ای که پرستاران بخش انکولوژی نمره‌ی کم‌تری از سایر بخش‌ها کسب نمودند. همچنین آزمون تعقیبی توکی نشان داد که نمرات پرستاران با تحصیلات کارشناسی و کاردانی تفاوت معنادار دارد ($p=0/04$)، به گونه‌ای که پرستاران با تحصیلات کارشناسی نمره بالاتری از پرستاران با تحصیلات کاردانی کسب نمودند.

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که از دیدگاه پرستاران، عدم وجود کارکنان کافی، نبود فضای خصوصی برای گفتگو با بیماران و

آزمون آماری تی، تفاوت معناداری بین نمرات موانع ارائه مراقبت معنوی و تمایل به فراگیری معنویت در بین دو جنس نشان نداد. همچنین آزمون آماری آنالیز واریانس، تفاوت معناداری بین نمرات موانع ارائه مراقبت معنوی در سنین و سوابق کاری متفاوت، نشان نداد، اما آزمون آنالیز واریانس تفاوت معناداری را بین نمرات موانع ارائه مراقبت معنوی در بخش‌های کاری ($p=0/01$) و میزان تحصیلات مختلف را نشان داد ($p=0/02$) (جدول ۵).

حجم کاری بالا و خستگی ناشی از آن مهم‌ترین موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران هستند. در حالی که ناراحت‌کننده بودن بحث درباره مسائل معنوی، در اولویت‌نبودن مراقبت معنوی و خصوصی‌بودن معنویت کم‌ترین مانع را در ارائه مراقبت معنوی ایجاد می‌کند. مطالعه ادیب حاج‌باقری و زهتابچی (۱۳۹۳ ش.) در کاشان با هدف تعیین صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه مراقبت معنوی نشان داد که از نظر پرستاران، حجم کاری بالا، محدودیت زمان و عدم آشنایی با نحوه ارائه مراقبت معنوی، مهم‌ترین موانع و شخصی‌بودن معنویت، ضعیف‌ترین مانع به حساب می‌آیند (۲۴)، اگرچه نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر هم‌پوشانی دارد، اما به طور کامل همخوانی ندارد. هم‌پوشانی آن در حجم کاری بالا به عنوان یکی از مهم‌ترین موانع و شخصی‌بودن معنویت به عنوان یکی از ضعیف‌ترین موانع است که احتمالاً علت این امر، تشابه جامعه پژوهش است، اما تفاوت دو مطالعه در توزیع درصد و اهمیت موانع است که احتمالاً علت این تفاوت در نوع سؤالات ابزارهای دو مطالعه است، زیرا در مطالعه ادیب حاج باقری و زهتابچی (۱۳۹۳ ش.)، موانع ارائه مراقبت معنوی با یک سؤال باز مورد سنجش قرار گرفته، ولی در مطالعه حاضر موانع ارائه مراقبت معنوی با فهرستی از سؤالات در طیف لیکرت ۵ نمره‌ای مورد سنجش قرار گرفتند. مطالعه معینی و همکاران (۲۰۱۵ م.) در اصفهان نشان داد که از نظر پرستاران سه مانع مهم مرتبط با بیمار، تنوع اعتقادات مذهبی و فرهنگی بیمار، کمبود وقت و تفاوت‌های فردی و سه مانع مهم مرتبط با پرستار، کمبود کارکنان و حجم کاری سنگین، انگیزه‌ی کاری ضعیف به دلیل عدم پشتیبانی از طرف مدیران و فقدان برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی در زمینه مراقبت معنوی بود (۲۸). با توجه به تفاوت محیط پژوهش و وجود اقلیت‌های مذهبی مختلف در اصفهان، تنوع اعتقادات مذهبی و فرهنگی بیماران به عنوان مهم‌ترین مانع گزارش شده است، ولی در مطالعه حاضر، این مانع اهمیت کم‌تری داشته است. مطالعه Gallison و همکاران (۲۰۱۳ م.) در نیویورک نشان داد که زمان ناکافی، خصوصی‌بودن معنویت و خارج‌بودن ارائه مراقبت معنوی از حیطه نقش‌های پرستار رایج‌ترین موانع ارائه مراقبت معنوی

هستند، ولی دریافت آموزش توسط تعداد کمی از پرستاران به عنوان مانع ارائه مراقبت معنوی گزارش شده است (۶). در مطالعه حاضر، آموزش ناکافی، چهارمین رتبه را در بین موانع به خود اختصاص داده بود. در ضمن ۶۶/۷ درصد از شرکت کنندگان اظهار داشتند که دوره آموزشی خاصی را برای ارائه مراقبت معنوی به بیماران نگذرانیده‌اند، اگرچه تفاوت در رتبه آموزش ناکافی احتمالاً به علت محیط پژوهشی متفاوت و عدم اجرای کشوری این برنامه می‌باشد، عدم دریافت آموزش در خصوص ارائه مراقبت معنوی با مطالعات قبلی در این زمینه همخوانی دارد، به گونه‌ای که بیش از نیمی از پرستاران یک مطالعه در آمریکا (۲۹) و نیز اکثر پرستاران در مطالعه ادیب حاج‌باقری و همکاران (۲۰۱۵ م.) در ایران گزارش نموده‌اند که در این زمینه آموزش ندیده‌اند (۳۰). دریافت آموزش در زمینه مفهوم معنویت و نحوه ارائه مراقبت معنوی می‌تواند بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه ارائه مراقبت معنوی تأثیر بگذارد. بنابراین آموزش مستمر پرستاران و گنجاندن این دوره‌ها در برنامه آموزش مداوم پرستاران، توصیه می‌گردد. یک مطالعه در بوستون نیز گزارش کرده است که کمبود وقت، آموزش ناکافی، عدم حفظ حریم خصوصی و تصور مناسب‌تربودن روحانیون و روانشناسان برای ارائه مراقبت معنوی، از موانع ارائه مراقبت معنوی هستند (۷).

مطالعه McBrien (۲۰۱۰ م.) نشان داد که موانع فردی، حرفه‌ای و فیزیکی، از جمله فقدان آموزش، محدودیت زمانی و شلوغی بیش از حد، از موانع ارائه مراقبت معنوی در بخش اورژانس و تصادفات بوده‌اند (۸). Yau و Wong (۲۰۱۰ م.) نیز طی مطالعه‌ای در هنگ‌کنگ نشان داده‌اند که مشکلاتی چون حجم کاری زیاد، دانش و مهارت ناکافی، کمبود حمایت‌های مدیریتی، منابع و نیروی انسانی ناکافی و عوامل فرهنگی، بر سر راه ارائه مراقبت معنوی وجود دارد (۱۱). رهنما و همکاران (۱۳۹۱ ش.) در تهران نیز گزارش دادند که موانع ارائه مراقبت معنوی از نظر بیماران، کمبود وقت و خستگی پرستاران به واسطه حجم کاری زیاد، روتین کاری پرستاران، ناتوانی پرستاران در ارائه تمامی نقش‌های حرفه‌ای، مناسب‌نبودن فرد برای شغل پرستاری، تفاوت جنسی پرستار و

بیمار و بی‌تفاوتی برخی پرستاران است (۲۳). زمان‌زاده و همکاران (۱۳۹۲ ش.) نیز طی مطالعه‌ای کیفی در تبریز گزارش داده‌اند که پرستاران توانایی ناکافی خود در مراقبت معنوی، عدم حمایت از طرف روحانیون برای حل تنش معنوی بیماران و شرایط نامناسب محیط کاری را از دلایل اصلی عدم آمادگی برای مراقبت معنوی می‌دانند (۲۵). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. با وجود این، تمامی مطالعات مذکور به صورت کیفی انجام شده و میزان موانع را گزارش نکرده‌اند.

در مطالعه حاضر، تفاوت معناداری بین نمرات موانع ارائه مراقبت معنوی در بخش‌های مختلف بیمارستان و نیز در پرستاران با تحصیلات مختلف یافت شد. به گونه‌ای که پرستاران بخش انکولوژی نمره‌ی کم‌تری از سایر بخش‌ها کسب نمودند که احتمالاً به این علت است که پرستاران شاغل در این بخش بیشتر با بیماران در مرحله پایان حیات مواجه می‌شوند، البته نباید از تعداد کم نمونه در این بخش‌ها به عنوان محدودیت پژوهش غافل بود. همچنین پرستاران با تحصیلات کارشناسی نمره بالاتری از پرستاران با کاردانی کسب نمودند که می‌تواند به دلیل درصد کم افراد با تحصیلات کاردانی می‌باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام پژوهش در یک محیط محدود و انجام نمونه‌گیری به روش سهمیه‌ای اشاره نمود، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در سطح وسیع‌تر و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود، اگرچه ابزار مورد استفاده در این مطالعه مورد روایی سنجی قرار گرفت و از پایایی مناسبی برخوردار بود، با وجود این، ممکن است نوع درک پرستاران از برخی از گویه‌ها متفاوت بوده باشد. کاربرد این ابزار در پژوهش‌های بعدی می‌تواند به اصلاح و بهبود آن کمک کند.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه، عدم وجود کارکنان کافی جهت ارائه مراقبت جامع، نبود فضای خصوصی برای گفتگو با بیماران و حجم کاری بالا و خستگی ناشی از آن به عنوان مهم‌ترین موانع ارائه مراقبت معنوی شناخته شدند. در عین حال، اکثر

پرستاران در مورد نحوه ارائه مراقبت معنوی آموزش ندیده بودند. همچنین پرستاران بخش انکولوژی و نیز پرستاران با تحصیلات کاردانی، نمرات کم‌تری در زمینه ارائه مراقبت معنوی کسب کردند. شایسته است که برنامه‌ریزان امر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تدابیری جهت رفع موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران اتخاذ نمایند تا کیفیت مراقبت پرستاری کل‌نگر بهبود یافته و رضایتمندی بیماران و پرستاران افزایش یابد. با توجه به یافته‌های پژوهش، پرستاران شاغل در بخش انکولوژی و نیز پرستاران با مقطع تحصیلی پایین‌تر را باید برای اقدامات حمایتی و آموزشی در زمینه ارائه مراقبت معنوی به بیماران، در اولویت قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان برای همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها و نیز حمایت مالی و اجرایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان تشکر و قدردانی می‌گردد. تعارض منافع وجود ندارد.

References

- McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 905-917.
- Borjaliloo S, Shahidi S, Imami AH. Care, everyday experiences and spiritual well-being among the nurses of hospitals in Tehran. *Ravanshenasi Va Din* 2014; 6(4): 119-132. [Persian]
- Shafiee E, Mousavi F, Gharasi Manshadi M, Fadaei Dehcheshmeh N, Bibak A, Azmal M. The evaluation of nurses' perception, capability, and adequacy of training about spirituality and spiritual care in Genaveh hospitals. *Payavard Salamat* 2015; 8(6): 506-516. [Persian]
- Mazaheri M, Fallahi Khoshknab M, Maddah SSB, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh Health Monit* 2009; 8(6): 31-37. [Persian]
- Hubbell SL, Woodard EK, Barksdale-Brown DJ, Parker JS. Spiritual care practices of nurse practitioners in federally designated nonmetropolitan areas of North Carolina. *J Am Acad Nurse Pract* 2006; 18(8): 379-385.
- Gallison BS, Xu Y, Jurgens CY, Boyle SM. Acute care nurses' spiritual care practices. *J Holist Nurs* 2013; 31(2): 95-103.
- Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48(3): 400-410.
- McBrien B. Nurses' provision of spiritual care in the emergency setting an Irish perspective. *Int Emerg Nurs* 2010; 18(3): 119-126.
- Strang S, Strang P, Ternestedt BM. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *J Clin Nurs* 2002; 11(1): 48-57.
- Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurse's perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurs Educ Today* 2013; 33(6): 574-579.
- Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res* 2010; 23(4): 242-244.
- Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs* 2001; 33(4): 446-455.
- Rezaei M, Fatemi NS, Adib-HajBaghery M. *Spirituality, cancer and nursing*. Kashan: Morsal; 2008. [Persian]
- Saeedi-Taheri Z, Asadzandi M. spirituality and spiritual care. *Sci Educ Q Nurs Fac* 2014; 15(54): 59-66. [Persian]
- Zehtab S, Adib-Hajbaghery M. The Importance of spiritual care in nursing. *Nurs Midwifery Stud* 2014; 3(3): e22261.
- Hummel L, Galek K, Murphy KM, Tannenbaum HP, Flannelly LT. Defining spiritual care: an exploratory study. *J Health Care Chaplain* 2008; 15(1): 40-51.
- Vance DL. Nurses' attitudes towards spirituality and patient care. *Medsurg Nurs* 2001; 10(5): 264-278.
- Clark WS. *Nurses' attitudes and barriers toward spirituality when caring for terminally ill patients* [PhD Thesis]. Ann Arbor: Walden University; 2008.
- Yardley SJ, Walshe CE, Parr A. Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliat Med* 2009; 23(7): 601-607.
- Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual well-being and attitude toward spirituality and spiritual care in nursing and midwifery students. *Iran J Nurs* 2013; 26(85): 55-65. [Persian]
- Akhbardeh M. Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study. *Quran Med* 2011; 1(1): 5-9. [Persian]
- Bamdad M, Fallahi Khoshknab M, Dalvandi A, Khodayi Ardakani MR. Impact of spiritual care on spiritual health of hospitalized amphetamin dependents. *Iran J Psychiatr Nurs* 2013; 1(3): 10-18. [Persian]
- Rahnama M, Fallahi Khoshknab M, Maddah SSB, Ahmadi F. Cancer patients' perception of spiritual care. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(3): 64-80. [Persian]
- Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2015; 22(4): 23-32. [Persian]
- Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar AR, Alavi-Majd H, Mirza-Ahmadi F, et al. Spirituality in cancer care: a qualitative study. *J Qualitative Res Health Sci* 2014; 2(4): 366-378. [Persian]

26. Abedi HA, Asgari M, Kazemi Z, Safarifar F, Nassiri M. Barriers the care of religious patients. *Teb Tazkiyeh* 2005; 14(57): 16-23. [Persian]
27. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* 2006; 15(7): 885-896.
28. Moeini M, Momeni T, Musarezaie A, Sharifi S. Nurse's spiritual well-being and their perspectives on barriers to providing spiritual care. *Iran J Crit Care Nurs* 2015; 8(3): 159-166.
29. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *West J Nurs Res* 2001; 23(1): 90-104.
30. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S, Azizi Fini I. Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014. *Nurs Ethics* 2015; 25: 0969733015600910.