

سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در دانشجویان پرستاری و مامایی

*ندارحیمی^۱

عصمت نوحی^۲

نوذر نخعی^۳

چکیده

زمینه و هدف: هر چه دانشجویان پرستاری و مامایی از سلامت معنوی بیشتری برخوردار باشند، مراقبت و مداخلات بهتری برای بیماران خود انجام می‌دهند. مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۱ صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه پژوهش شامل تعداد ۲۲۲ نفر از دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بودند که همگی به عنوان نمونه پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سلامت معنوی Palutzian & Ellison و پرسشنامه نگرش به معنویت و مراقبت معنوی (SSCRS) بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری به وسیله نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آزمونهای آماری پارامتریک (تی مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی در حد متوسط قرار دارد (۹۳/۰۱±۱۳/۷۸ و ۵۷/۵۷±۱۰/۷۰). هم‌چنین از میان متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، سال تحصیلی، گذراندن دوره آموزشی در ارتباط با معنویت و رشته تحصیلی تنها متغیر جنس با میانگین نمره سلامت معنوی و متغیر سن با میانگین نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی از نظر آماری ارتباط معنا داری وجود داشت. ($p=۰/۰۰۴$ و $p=۰/۰۲۹$) بین دو متغیر سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی نیز همبستگی مثبتی یافت شد. ($P<۰/۰۰۱$)

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به یافته‌های پژوهش سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری و دانشجویان مامایی در حد متوسط بود که این نتایج اهمیت پرداختن به موضوع معنویت در بین دانشجویان پرستاری و مامایی را نشان می‌دهد و لازم است برای ارتقا سطح معنویت دانشجویان پرستاری و مامایی برنامه ریزی‌های لازم صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: سلامت معنوی، نگرش به معنویت و مراقبت معنوی، دانشجویان پرستاری، دانشجویان مامایی

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۴

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
(نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۳۹۱۵۲۲۶۹۶۱ E-mail: neda.rahimi90@yahoo.com

^۲ استادیار، عضو هیئت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۳ دانشیار، عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مقدمه

در طول دهه ها، سلامتی براساس ابعاد خاصی (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی) تحلیل شده بود. پیشنهاد گنجانیدن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت، از سوی Russell و Osman، یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فرا روی صاحب نظران درگیر در امر سلامت قرارداد^(۱). درحقیقت سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت میباشد که در کنار ابعاد دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است^(۲). حتی برخی عقیده دارند که بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمیتوانند حداکثر عملکرد مورد نظر را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکانپذیر نیست^(۳). تعریف سلامت معنوی بسیار دشوار است. بدون شک معنی کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات روحی در بهبودی بیماریها و جانشین شدن آن برای درمانهای رایج طبی و یا طب مکمل نیست^(۱). اما در یک تعریف جامع می توان گفت سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق، و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می آید. این تعریف، بیش از همه، توامان تعریفی ذاتی (جوهری) / کارکردی و اشمالی / حصری از سلامت معنوی است^(۴). درحقیقت سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: الف- چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است، ب- چشم انداز سلامت معنوی وجودی که بر نگرانی های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند، بحث می کند. و سلامت مذهبی نیز به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک

معنا و هدف در زندگی اطلاق میشود^(۵). سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می کند و تاثیر مثبتی در ارتقا سلامت ذهنی شخص و کاهش اختلالات ذهنی دارد؛ زیرا اعتقادات معنوی و مذهبی ارتباط قابل توجهی با نشانه های سلامت ذهنی مانند کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش اعتماد به نفس و کنترل خود دارد^(۶). به طور کلی می توان گفت معنویت نقش زیادی بر سلامت روانی و جسمی افراد دارد و به عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات به حساب می آید^(۷). مراقبت نیز مرکز و جوهر پرستاری و همواره جزئی جدایی ناپذیر از تعاریف پرستاری بوده است. در غرب، عقیده مراقبت رسمی در پرستاری به فلورانس نایتینگل و در زمینه اسلامی به مسجد پیامبر در مدینه بر می گردد^(۸). از طرفی اصطلاح «مراقبت کل نگر» یا «جامع» (Wholistic) برای همه پرستاران در دهه گذشته اصطلاحی آشناست. مراقبت کلی نگر از واژه holism گرفته شده است که در واژه به معنی جمع چند جز است یعنی درمان شخص در تمام ابعاد نه صرفا رفع علائم جسمی^(۹). اکثریت مدل های پرستاری بر رویکرد کل نگر تأکید می کنند. هیچ یک از سیستم های زیستی، روان شناختی، معنوی و محیطی را نمی توان جداگانه دید، زیرا همه آنها کل را می سازند. Narayanasamy می نویسد: از پرستاران خواسته می شود که به مفهوم مراقبت کل نگر متعهد باشند و اهمیت توجه به جنبه های جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی، معنوی و معنی نیازها و مراقبت ها را بشناسند^(۱۰). فلورانس نایتینگل نیز همواره بر این مطلب تاکید داشت که توجه به بعد معنوی و روحی روانی بیماران برای پرستاران الزامی است^(۱۱). در حقیقت معنویت یک مفهوم شناخته شده در مراقبت کلی نگر پرستاری است^(۱۲). در مامایی نیز شرط مراقبت کلی نگر توجه به بعد معنوی و مذهبی است^(۱۳). برای تأمین مراقبت معنوی متناسب، پرستاران باید دانش و درک خود را از معنویت گسترش دهند، معنویت را در مراقبت پرستاری خود تلفیق کنند. سازمان بهداشت جهانی

(WHO) گزارش می کند که در پرستاری کلیه اقدامات متمرکز بر درمان شخص با تمامی ابعاد است اما با این وجود بعد معنوی بیشترین بعدی است که مورد غفلت قرار می گیرد^(۱۴). با توجه به اهمیت پیدا کردن بعد معنوی، امروزه ما با مفهوم مراقبت معنوی رو به رو هستیم. در حقیقت مراقبت معنوی جزء اساسی عملکرد پرستاری است. مقصود، آن دسته از مداخلات پرستاری است که به منظور برآورده سازی نیازهای معنوی بیماران به کار برده می شوند. در هر نظامی که سعی دارد مراقبت جامع ارائه نماید، مراقبت معنوی یک بخش ضروری و حیاتی مراقبت دهنده است^(۱۵). مراقبت معنوی می تواند به بیماران در پیدا کردن استراتژی برای سازگاری موثر باشد^(۱۶). انجمن پرستاری آمریکا نیز معنویت و مراقبت معنوی را به عنوان بعدی از عملکرد استاندارد اخلاقی پرستاری تعریف می کند. در واقع مراقبت معنوی با تایید احساس فرد از معنا داشتن و هدف در زندگی مرتبط بوده و ارتباط با مددجویان و خانواده هایشان را بهبود می بخشد^(۱۷). دانشجویان مامایی نیز باید مفهوم معنویت و چگونگی تاثیر آن بر دوران بارداری و نوزاد را درک کنند و در چارچوب پرستاری ارزش مراقبت معنوی خصوصا در مراقبت پایان عمر تایید می شود^(۱۸). در ارتباط با نقش سلامت معنوی در زندگی روزمره می توان به دو مطالعه عصاررودی و همکاران در سالهای ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ اشاره کرد که سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و رضایت از زندگی کارکنان پرستاری ارتباط مثبتی دارد^(۱۹). در مطالعه ی Duggleby و همکارانش نیز مشخص شد که سلامت معنوی بر رضایت شغلی تاثیر دارد^(۲۰). جدا از تاثیر سلامت معنوی بر روی رضایت از زندگی پرستاران بر طبق مطالعه ی فاطمی و همکاران می توان گفت سلامت معنوی پرستاران بر رضایت بیماران از مراقبت های پرستاری نیز موثر است^(۲۱). با توجه به تاثیرات مثبت سلامت معنوی بر پرستاران و ماماها، برای ارتقای سطح سلامت معنوی و بهره بردن از تاثیرات آن ابتدا باید سطح سلامت معنوی مشخص شود.

پژوهشگران مطالعات متعددی در این زمینه انجام داده اند اما بیشتر آنها در ارتباط با بیماران بوده است و مطالعات درارتباط با تعیین سطح سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی بسیار اندک است یکی از این مطالعات، مطالعه ی فراهانی و همکاران در سال ۱۳۸۵ است که نشان داد ۹۸/۸ درصد دانشجویان پرستاری سال اول و ۱۰۰ درصد دانشجویان پرستاری سال چهارم دارای سلامت معنوی درحد متوسط بودند^(۲۲). مصطفی زاده و همکارش سلامت معنوی دانشجویان مامایی اردبیل را بررسی کردند. یافته های پژوهش آنها نشان داد که ۹۴/۷۳ درصد از دانشجویان مامایی دارای سلامت معنوی در حد متوسط بودند و میانگین کلی امتیاز سلامت معنوی دانشجویان مامایی (۷۳/۶۵±۱/۵) بود^(۲۳). Hsiao و همکاران سلامت معنوی دانشجویان ارشد پرستاری در تایوان و فاکتورهای موثر بر سلامت معنوی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که سلامت معنوی دانشجویان در حد متوسط بود^(۲۴). در مورد نگرش به معنویت و مراقبت معنوی نیز می توان به مطالعه ی مظاهری و همکاران اشاره کرد که نشان داد نگرش پرستاران مرکز آموزشی - درمانی روان پزشکی رازی به معنویت و مراقبت معنوی را در سطح بالا و مطلوب قرار دارد^(۲۵). در مطالعه ی فاطمی و همکاران نیز معنویت پرستاران بیمارستان های منتخب علوم پزشکی اردبیل در حد بالا و مثبت قرار داشت^(۲۶). شهرآبادی و همکاران نیز گزارش کردند که ۵۶ درصد دانشجویان پرستاری و ۵۱/۸ درصد دانشجویان پزشکی سال آخر دانشگاه علوم پزشکی ایران نسبت به مراقبت معنوی از بیماران نگرش مثبت داشتند^(۲۷). در پژوهش Hubbell و همکاران با هدف بررسی نحوه ی ارائه مراقبت معنوی پرستاران کارولینا مشخص شد که اگر چه اکثر پرستاران احساس می کنند که مراقبت معنوی بخش مهمی از مراقبت پرستاری است اما ۷۳٪ از آنها به طور روتین مراقبت معنوی را برای بیماران انجام نمی دهند^(۲۸). Baldacchino نیز شایستگی و صلاحیت پرستاری برای مراقبت معنوی به بیماران مبتلا به سکتی ی

قلبی را طی یک مطالعه ی توصیفی و تحلیلی بررسی کرد و به این نتیجه دست پیدا کرد که مراقبت معنوی پیچیده است و نیاز است پرستاران آگاهی خودشان از یگانگی شخصیت هر بیمار با توجه به ارتباط بین ذهن و روح را افزایش دهند^(۲۵). در مطالعه ی Chung و همکاران بر روی ادراکات پرستاران هنگ کنگ از مراقبت معنوی نیز مشخص شد که علی رغم سطح درک پرستاران نسبت به مراقبت معنوی پرستاران به ندرت عملکرد مراقبت معنوی را با مراقبت پرستاری روزانه ترکیب می کنند و سطح آگاهی بعضی از پرستاران از مراقبت معنوی پایین بود^(۱۶). با همه این تفاسیر می توان گفت که معنوی بودن اولین گام در دادن مراقبت معنوی می باشد^(۲۶). از طرفی تحقیقات از این مطلب حمایت می کند که بیماران خواستار این هستند که نیازهای معنوی آنها بررسی شود. اما این مسئله از طرق پزشکان و پرستاران نادیده گرفته می شود^(۲۷). که شاید ناشی از نگرش و آگاهی پایین پرستاران و ماماها نسبت به مراقبت معنوی باشد. بنابراین با توجه به جدید بودن سازه ی معنویت، نقش بارز معنویت در بهبودی بیماران و ارتقای سلامت و تاثیر نگرش پرستاران و ماماها در انجام مراقبت های پرستاری و مامایی بر ارتقای کیفیت خدمات پرستاری و مامایی، این مطالعه با هدف تعیین سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۱ صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی است. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود (۲۲۲ نفر) و تمامی دانشجویان وارد مطالعه شدند. (۱۵۰ نفر دانشجوی پرستاری و ۷۲ نفر دانشجوی مامایی) معیار ورود به مطالعه: حداقل سه ترم از دوره کارشناسی خود را گذرانده باشند (به دلیل اینکه دانشجویان مفاهیم پایه مراقبت را گذرانده باشند). داشتن

سابقه کار پرستاری و بهیاری. در این مطالعه از پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی پولوتزین والیسون (۱۹۸۲) استفاده شد که قبلا هم در مطالعه ی فراهانی نیا (۱۳۸۴)، عسگری (۱۳۸۹)، مصطفی زاده (۱۳۹۱) و عصارودی (۱۳۹۰) مورد استفاده قرار گرفته است^(۲۰، ۲۱، ۲۲). و شامل ۲۰ سوال است که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می باشد. برای زیر گروه های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم دسته بندی شده و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی شده است. در مطالعه ی سید فاطمی و همکاران، روایی پرسشنامه ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن در سال ۱۳۸۵ توسط رضایی در تهران با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ مورد تایید قرار گرفت^(۱۹). پرسشنامه دوم پرسشنامه ی نگرش به معنویت و مراقبت معنوی (SSCRS) Spirituality and Spiritual Care Rating Scale بود که شامل ۲۳ سوال (۱۳ سوال مربوط به معنویت و ۱۰ سوال مربوط به مراقبت معنوی) در دو بخش معنویت و مراقبت معنوی است. بخش اول این مقیاس، ۹ شاخص مربوط به معنویت را در بر می گیرد که شامل امید، معنا و هدف، بخشش، عقاید و ارزش ها، روابط، اعتقاد به خدا، اخلاقیات، نوآوری و خودبینی است. در بخش دوم، سؤالات مربوط به مراقبت معنوی لحاظ گردیده است که شاخص های آن شامل گوش دادن، صرف زمان، احترام به خلوت و شأن بیمار، حفظ اعمال مذهبی و ارائه مراقبت با نشان دادن کیفیاتی نظیر مهربانی و توجه است. که بر مبنای لیکرت ۵ درجه ای از

پرستاری و مامایی هیچ دوره ی آموزشی در ارتباط با معنویت نگذرانده بودند. نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی $13/78 \pm 93/01$ بود که متوسط ارزیابی می شود. میانگین و انحراف معیار نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی نیز $10/70 \pm 57/57$ بود که باز هم متوسط و نسبتا مطلوب ارزیابی می شود. سطح بندی نمرات کسب شده نیز در جدول شماره ۱ و ۲ آمده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی به صورت رده بندی شده

درصد	تعداد	
۳۶/۲۲	۶۷	بالا
۶۳/۷۸	۱۱۸	متوسط
-	-	پایین

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی به صورت رده بندی شده

درصد	تعداد	
۶۲/۲	۸۶	بالا
۵۱/۳۵	۹۵	متوسط
۲/۱۶	۴	پایین

هم چنین میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب برابر با $(49/54 \pm 7/25)$ و $(43/46 \pm 7/86)$ بود در جدول شماره ۳ بین متغیرهای سلامت معنوی و جنس ارتباط معنی داری دیده می شود و در جدول شماره ۴ نیز بین متغیرهای نگرش به معنویت و مراقبت معنوی و سن ارتباط معنی دار است. همچنین ضریب همبستگی $0/388$ ($P < 0/001$) بین دو مقوله سلامت معنوی و نگرش نسبت به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی نشان دهنده وجود رابطه معنا دار و مثبت است. سطح معنی داری آماری $0/05$ ($\alpha = 0/05$) در نظر گرفته شده است.

کاملا موافق = ۴ تا کاملا مخالف = ۰ تقسیم بندی شده است. بیشترین نمره ۹۲ و کمترین نمره صفر در نظر گرفته شده است. نمرات ۶۳ تا ۹۲ بالا و مطلوب، نمرات ۳۲ تا ۶۲ متوسط و تا حدی مطلوب و نمرات ۰ تا ۳۱ پائین و نامطلوب در نظر گرفته شده اند. در مطالعه ی فلاحي خشکناز و همکاران به منظور تعیین اعتبار ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا استفاده شده است. ضریب آلفا کرونباخ در این مطالعه $0/85$ بود که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه است^(۱۰). پس از اخذ مجوز از دانشکده پرستاری و مامایی رازی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان پرسشنامه ها در کلاس های تئوری و در بخش های دانشجویان کارورز توزیع و پس از تکمیل و جمع آوری پرسشنامه ها داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آزمون های آماری پارامتریک (تی مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. افراد بصورت آگاهانه و اختیاری پس از اخذ رضایت نامه شخصی و توضیحات لازم در ارتباط با اهداف تحقیق وارد مطالعه شدند. پرسشنامه ها بدون نام بود و این اطمینان هم به دانشجویان داده شد که از اطلاعات افراد پاسخ دهنده تنها در راستای اهداف پژوهش استفاده خواهد شد.

یافته ها

از مجموع ۲۲۲ دانشجوی پرستاری و مامایی ۱۸۵ دانشجو در مطالعه شرکت کردند. در این مطالعه $66/5$ درصد دانشجویان بالای ۲۰ سال و $33/5$ درصد دامنه ی سنی بین ۱۹-۲۰ سال داشتند. اکثریت دانشجویان در این مطالعه دختر ($81/6\%$) و اکثر دانشجویان مجرد ($76/2\%$) بودند. 27 درصد دانشجویان در سال دوم $41/6$ درصد در سال سوم و $31/4$ درصد در سال چهارم دوره ی تحصیلی خود بودند. همچنین $71/36$ درصد از شرکت کنندگان دانشجوی رشته پرستاری و $28/64$ درصد دانشجوی رشته مامایی بودند و $62/2$ درصد از دانشجویان

جدول شماره ۳: مقایسه سلامت معنوی برحسب ویژگی های دموگرافیک دانشجویان پرستاری و مامایی

مقدار P	میانگین انحراف معیار	تعداد	متغیر	
	$4/77 \pm 0/70$	۱۲۳	بالای ۲۰ سال	سن
۰/۱۷۰	$4/55 \pm 0/64$	۶۲	۱۹-۲۰	
	$4/70 \pm 0/66$	۱۵۱	مونث	جنس
۰/۰۰۴	$4/34 \pm 0/73$	۳۴	مذکر	
	$4/61 \pm 0/71$	۱۴۱	مجرد	وضعیت تاهل
۰/۲۱۸	$4/76 \pm 0/60$	۴۴	متاهل	
	$4/59 \pm 0/66$	۵۰	سال دوم	سال تحصیلی
۰/۶۳۲	$4/63 \pm 0/70$	۷۷	سال سوم	
	$4/71 \pm 0/69$	۵۸	سال چهارم	
	$4/60 \pm 0/64$	۱۳۲	پرستاری	رشته تحصیلی
۰/۳۶۷	$4/77 \pm 0/70$	۵۳	مامایی	
	$4/77 \pm 0/70$	۱۸۵	کل	

جدول شماره ۴: مقایسه نگرش به معنویت و مراقبت معنوی برحسب ویژگی های دموگرافیک دانشجویان پرستاری و مامایی

مقدار P	میانگین و انحراف معیار	تعداد	متغیر	
	$2/55 \pm 0/45$	۱۲۳	بالای ۲۰ سال	سن
۰/۰۲۹	$2/39 \pm 0/46$	۶۲	۱۹-۲۰	
	$2/52 \pm 0/44$	۱۵۱	مونث	جنس
۰/۱۰۵	$2/38 \pm 0/55$	۳۴	مذکر	
	$2/52 \pm 0/45$	۱۴۱	مجرد	وضعیت تاهل
۰/۱۹۶	$2/42 \pm 0/49$	۴۴	متاهل	
	$2/39 \pm 0/44$	۵۰	سال دوم	سال تحصیلی
۰/۰۵۲	$2/48 \pm 0/50$	۷۷	سال سوم	
	$2/61 \pm 0/41$	۵۸	سال چهارم	
	$2/55 \pm 0/49$	۷۰	بله	گذراندن دوره آموزشی
۰/۲۷۷	$2/47 \pm 0/44$	۱۱۵	خیر	معنویت
	$2/50 \pm 0/48$	۱۳۲	پرستاری	رشته تحصیلی
۰/۴۷۹	$2/50 \pm 0/41$	۵۳	مامایی	
	$2/50 \pm 0/46$	۱۸۵	کل	

نتایج نشان داد که نمرات سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی بین (۹۱-۹۹) با میانگین نمره ۹۳/۰۱ با انحراف معیار ۱۳/۷۸ (حداکثر نمره سلامت معنوی ۱۲۰) بوده است که در سطح متوسط ارزیابی می شود. هم چنین نمرات نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی بین (۳۲-۶۲) با میانگین نمره ۵۷/۵۷ با انحراف معیار ۱۰/۷۰ (حداکثر نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی ۹۲) بود که در سطح متوسط و نسبتاً مطلوب ارزیابی می شود. البته چنین نتایجی برای جامعه ما که مذهبی و متمایل به ارزشهای معنوی می باشد دور از ذهن نیست، بنابراین جو مذهبی در ایران ممکن است در پاسخ دهی به سوالات موثر باشد. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق فراهانی نیا و همکاران و مصطفی زاده و همکاران همسو است. آنها نیز در مطالعه ی خود سلامت معنوی دانشجویان را متوسط ارزیابی کردند.^(۲۰،۲۱) در مطالعه ی شهر آبادی و همکاران نیز مشخص شد که ۵۶ درصد دانشجویان پرستاری و ۵۱/۸ درصد دانشجویان پزشکی سال آخر دانشگاه علوم پزشکی ایران نسبت به مراقبت معنوی از بیماران نگرش مثبت داشتند که با نتایج ما مطابقت دارد^(۲۳). اما در مطالعه ی مظاهری و همکاران مشخص شد که نگرش پرستاران مرکز آموزشی - درمانی روان پزشکی رازی به معنویت و مراقبت معنوی در سطح بالا و مطلوب قرار داشت زیرا روان پرستاران نسبت به پرستاران سایر بخش ها تمایل به ارزیابی نیازهای معنوی بیماران دارند و زمان بیشتری در اختیار دارند و به مشاوره دادن عادت کرده اند.^(۱۰) در یک مطالعه دیگر هم که توسط فاطمی و همکاران انجام شد نیز معنویت پرستاران بیمارستان های منتخب علوم پزشکی اردبیل در حد بالا و مثبت گزارش شد.^(۱۹) هم چنین نتایج نشان داد که میان نمرات سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی و ویژگی های فردی سن، وضعیت تاهل و سال تحصیلی از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد که با مطالعه ی مصطفی زاده و همکاران که گزارش کردند که هیچ رابطه

معنی داری میان سلامت معنوی و ویژگی های دموگرافیک چون سن، ترم تحصیلی و وضعیت تاهل وجود ندارد منطبق است^(۲۳). در مورد متغیر نگرش نیز باید اشاره کرد که میان نمرات نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی و ویژگی های فردی جنس و وضعیت تاهل از لحاظ آماری تفاوت معناداری یافت نشد که با مطالعه ی مظاهری و همکاران و مطالعه ی Chung و همکاران که گزارش کردند که هیچ رابطه ی معنی داری بین نگرش به معنویت و مراقبت معنوی و ویژگی های دموگرافیک چون جنس و وضعیت تاهل وجود ندارد منطبق است^(۱۰،۱۴). همچنین میان سلامت معنوی، نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان و سال تحصیلی رابطه ی معناداری یافت نشد که با نتایج پژوهش فراهانی نیا مشابهت زیادی دارد در مطالعه ی فراهانی نیا نیز سلامت معنوی دانشجویان سال اول و چهارم یکسان بود^(۲۰). این یافته موید آن است که دانشجویان پرستاری و مامایی سال های بالاتر نسبت به دانشجویان سال پایین تر از سلامت معنوی و نگرش یکسان برخوردار هستند. یعنی گذراندن یک دوره ی چهارساله ی آموزش پرستاری و مامایی نتوانسته در ارتقا سلامت معنوی و ایجاد نگرش مثبت در دانشجویان کمک کننده باشد. نتایج دیگر این مطالعه نشان داد که میان رشته تحصیلی و میانگین نمرات سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان از لحاظ آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد و اختلافی بین سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان در دو رشته ی پرستاری و مامایی وجود نداشت. در مطالعه ی شهرآبادی و همکارانش نیز بین نمرات نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در دانشجویان رشته ی پرستاری و پزشکی اختلاف معناداری یافت نشد^(۲۳). این امر نشان می دهد که در هیچ یک از رشته های تحصیلی به پرورش سلامت معنوی و ایجاد نگرش مثبت نسبت به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان کمکی نشده است. اما نتایج نشان داد که میان میانگین نمرات

سلامت معنوی و متغیر جنس اختلاف معناداری وجود دارد که نشان می دهد دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر از سلامت معنوی بالاتری برخوردار هستند که با نتایج jafari و همکاران که نشان دادند پرستاران زن نسبت به پرستاران مرد از سلامت معنوی بالاتری برخوردار هستند مطابقت دارد^(۶). شاید دلیل آن نقش ها و خصوصیات متفاوت خانم ها و سازگاری بیشتر آنها با اصول معنوی باشد. همچنین میان متغیر سن و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی ارتباط معنی داری یافت شد که با مطالعه ی Chung و همکاران هم خوانی ندارد، زیرا در این مطالعه میان سن و نگرش اختلاف معنی داری یافت نشد^(۱۴). همچنین در این مطالعه میان نگرش و گذراندن دوره ی آموزشی در ارتباط با معنویت از لحاظ آماری ارتباطی یافت نشد که با مطالعه ی Vlasblom, Taylor, Wallace Kazer هم خوانی ندارد که شاید دلیل مغایرت نتایج این سه مطالعه با نتایج ما این باشد که این سه مطالعه تاثیرات برنامه ی آموزشی مشخص و معینی بر روی نگرش دانشجویان پرستاری و پرستاران بررسی کردند^(۲۸،۲۹،۳۰). اما در مطالعه ما تنها گذراندن یک دوره ی آموزشی در ارتباط با معنویت مورد بررسی قرار گرفته است نه یک برنامه ی آموزشی مدون و معین. یکی دیگر از نتایج پژوهش وجود همبستگی میان سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی بود که متأسفانه مطالعه ی مشابه در این زمینه یافت نشد. در کل می توان نتیجه گرفت با توجه به ماهیت رشته پرستاری و مامایی و تعاملات نزدیک پرستاران و ماماها با بیماران، هر چه دانشجویان پرستاری و مامایی از سلامت معنوی و نگرش بالاتری نسبت به معنویت و مراقبت معنوی بیشتری برخوردار باشند، مراقبت و مداخلات بهتری برای بیماران خود انجام می دهند. چون

اصولاً بیمار محور بودن مراقبت های پرستاری، سبب رفع مشکلات بیمار و رسیدن وی به آرامش جسمی، روحی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی می شود. مفهوم معنویت و سلامت معنوی اگرچه به ظاهر بسی دور از علوم زیست پزشکی است اما در عمل از بسیاری جهات با آن ارتباط دارد. آموزش سلامت معنوی در دانشگاه ها مکرراً توصیه شده است. لازم است که در این راستا محتوا و محیط آموزشی مناسب نیز فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می گردد که محتوای درسی در مورد معنویت و مراقبت معنوی به منظور ایجاد نگرش مثبت در دانشجویان در برنامه آموزش پرستاری و مامایی گنجانده شود. از جمله محدودیت های این پژوهش عدم مقایسه ی ابعاد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با ویژگی های دموگرافیک دانشجویان بود. پیشنهاد می شود که پژوهشگران و صاحب نظران پرستاری و مامایی با انجام پژوهش های مختلف در مورد این بعد از وجود انسان به شناساندن هرچه بیشتر اهمیت بعد معنوی به عنوان جز اصلی و مرکزی در سلامتی انسان تلاش کنند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از دانشجویان پرستاری و مامایی دانشکده رازی که صمیمانه و با دقت کافی در این مطالعه مشارکت نمودند تقدیر و تشکر می گردد. این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد اخلاق K/۹۲/۲۹۱ می باشد که در تاریخ ۹۲/۴/۲۵ و با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تصویب گردیده است. پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را به معاونت پژوهشی دانشگاه تقدیم می کنند.

فهرست منابع

1. Marandi A, Azizi F., [The position, based on the difficulties of defining and spiritual health of the population – Islam]. *J Medical Ethics*.2010; 4 (14) :11-21. Persian
2. Assarroudi A, Jalilvand M, Oudi D, Akaberi A. [The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011)]. *Modern Care Journal*. 2012;9(2):156-62. Persian
3. Omidvari S., [Spiritual health; concepts and challenges]. *Quranic Interdisciplinary Studies Journal of Iranian Student's Quranic Organization*. 2009;1(1): 5-17. Persian
4. Abbasi M, Azizi F, Shamsi A, Naseri M, Akbari M., [The definition of the concepts and operations of Spiritual Health: A methodological study].*J Medical Ethics*. 2012; 6(20): 11-44. Persian
5. Habibi A, Savadpour M., [Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy].*Iranian Journal health and care*.2011; 13(3): 16-20 Persian
6. Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. [Spiritual well-being and mental health in university students.] *Procedia-Soc Behav Sci*. 2010;5:1477-81. persian
7. Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M. [The Relationship between Spiritual Health and Social Anxiety in Chemical Veterans.] *Journal Mil Med*. 2012;14(3):186-91. Persian
8. Farsi Z., [The concept of nursing care and Mtaparadaym Islam].*Teb va Tazkiyeh* .2007; 16:8-21. Persian
9. Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013;33(9):1057-61.
10. Mazaheri M, Fallahi KHM, Sadat MS., Rahgozar M. [Nursing attitude to spirituality and spiritual care]. *Payesh Journal*. 2009; 8 (1) :7-31. Persian
11. Wong K, Lee L, Lee J. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Int Nurs Rev*. 2008;55(3):333-40.
12. O'Shea ER, Wallace M, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The effect of an educational session on pediatric nurses' perspectives toward providing spiritual care. *J Pediatr Nurs*. 2011;26(1):34-43.
13. Mitchell M, Hall J. Teaching spirituality to student midwives: a creative approach. *Nurse Education in Practice*. 2007;7(6):416-24.
14. 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 Educ Today*. 2006;26(2):139-50.
15. Baldacchino DR. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*. 2011;11(1):47-53.
16. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(4):728-53.
17. Osarrodi A.A., Golafshan A., Akaberi S.A.,[The relationship between spiritual well-being and quality of in nursing] .*J North Khorasan University of Medical Sciences*.2012; 3 (4):79-86. Persian
18. Duggleby W, Cooper D, Penz K. Hope, self-efficacy, spiritual well-being and job satisfaction. *J Adv Nurs*. 2009;65(11):2376-85.
19. Fatemi M, Nazari R, SafaviM, Naeini M, SvadpvrM., [Relationship between spirituality and nurses on patient satisfaction with nursing care]. *J Medical Ethics*. 2011; 5 (17) :140-59. Persian
20. Farahaninia M, Abbasi M, Givarry A, Haqqani H. [Spiritual health of nursing students and their views on spirituality and spiritual care of patients.] *I J N*. 2005;18(44):7-14. Persian
21. Mostafazadeh F, Asadzadeh F., [Spiritual Health of Midwifery Students].*J Health & Care*. 2012; 14 (1 & 2) :55-60. Persian
22. Hsiao Y-C, Chiang H-Y, Chien L-Y. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Educ Today*. 2010;30(5):386-92.
23. Shahrabadi R, Masror D, Hajizadeh S, Hosseini F.,[Comparison to the attitudes of the last year nursing and medical students spiritual care of patients].*Iranian Journal Cardiovascular Nursing*. 2012; 1(1) :30-34. Persian

24. 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):379-85.
25. Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods. *Nurse Educ Today.* 2008;28(5):550-62.
26. Tanyi RA, McKenzie M, Chapek C. How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009;21(12):690-7.
27. Abbasiyan L, Abbasi M, Goshky SH, Memariani Z., [Spiritual health status of science and its role in disease prevention: a pilot study]. *J Medical Ethics.* 2010; 4 (14):83-104. Persian
28. Wallace M, Campbell S, Grossman SC, Shea JM, Lange JW, Quell TT. Integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2008;5(1):1-13.
29. Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J Clinl Nurs.* 2009;18(8):1131-40.
30. Vlasblom JP, van der Steen JT, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ Today.* 2011;31(8):790-6.

Spiritual Well-being and Attitude toward Spirituality and Spiritual Care in Nursing and Midwifery Students

¹Rahimi N., MS*

²Nouhi E., PhD.

³Nakhaee N., PhD.

Abstract

Background & Aims: The nursing and midwifery students are more spiritual health, better care and interventions for their patients are doing. The present study has been carried out in order to investigate the spiritual well-being and the attitude toward spirituality and spiritual care in nursing and midwifery students of Kerman University of Medical Sciences during 2012.

Material & Methods: This was a cross-sectional study. The population consisted of 222 students of nursing and midwifery studying in Kerman University of Medical Sciences, all of which were chosen as the sample of the study. Palutzian & Ellison questionnaire of spiritual well-being and (SSCRS) questionnaire of attitude toward spirituality and spiritual care was used to gather the data. The obtained data were then analyzed through SPSS 20 software using parametric statistical tests such as independent T-test, Anova test and Pearson correlation coefficient.

Results: Results showed the average of spiritual well-being and the attitude toward spirituality and spiritual care of nursing and midwifery students was in the good range ($93/01 \pm 13/78$, $57/57 \pm 10/70$). the except Gener, No significant relationship was statistically observed between the mean of spiritual well-being and another parameters such as age, marital status, academic year, field of study and trainings in spirituality. And except age, No significant relationship was statistically observed between the mean of attitude toward spirituality and spiritual care and another parameters such as, Gener, marital status, academic year, trainings in spirituality, and field of study. ($p=0/004$, $p=0/029$) Between two variables, spiritual well-being and attitudes toward spirituality and spiritual care was found to be positively correlated. ($p<0/001$)

Conclusion: According to the findings of spiritual health nursing and midwifery students was moderate The significance of these results to address the issue of spirituality in nursing and midwifery students show. It is necessary to promote spirituality and nursing and midwifery students planning to take place.

Keyword: Spiritual health, Attitude toward spirituality and spiritual care, Nursing students, Midwives students

Received: 8 Oct 2013

Accepted: 25 Dec 2013

¹ Master degree, Razi School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, kerman, Iran
(*Corresponding author). Tel: +98-3915226961 Email: neda.rahimi90@yahoo.com

² Assistant professor, Razi School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, kerman, Iran

³ Associate professor, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, kerman, Iran