

بررسی تأثیر آموزش معنویت بر سلامت معنوی دانشجویان پرستاری؛ مطالعه‌ای نیمه تجربی

طلیعه خلیفی^۱، نعیمه سیدفاطمی^۲، مرجان مردانی حموله^{۳*}، حمید حقانی^۴

تاریخ دریافت: 96/8/10

تاریخ پذیرش: 97/9/19

تاریخ انتشار: 97/11/29

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

سلامت معنوی، سبب رسیدن به کمال در زندگی می‌شود. وقتی سلامت معنوی به خطر افتد، فرد احساس می‌کند معنای زندگی‌اش را از دست داده است. در حرفه‌ی پرستاری، خدمات مراقبتی و سلامت معنوی به یکدیگر مرتبط‌اند؛ بنابراین، ضروری است برای ارائه‌ی خدمات بهتر به بیماران، سلامت معنوی پرستاران ارتقا یابد. هدف تحقیق حاضر، تعیین تأثیر آموزش معنویت بر سلامت معنوی دانشجویان پرستاری بود. این مطالعه‌ی نیمه تجربی، با مشارکت ۷۶ دانشجوی کارشناسی پرستاری، در تهران، انجام شد. نمونه‌ها به شیوه‌ی تصادفی ساده، انتخاب و با روش تخصیص تصادفی، به دو گروه ۳۸ نفره‌ی آزمون و کنترل، تقسیم شدند. مداخله برای گروه آزمون، طی چهار هفته، هر هفته یک جلسه‌ی شصت دقیقه‌ای، انجام شد. گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. چهار هفته پس از مداخله، از هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد و محتوای ارائه‌شده به گروه آزمون، به گروه کنترل نیز، داده شد. پرسش‌نامه‌ی تحقیق، مقیاس سلامت معنوی / پالوتزیان و الیسون بود. در تحلیل داده‌ها، آزمون تی مستقل، اختلافی معنادار را قبل از مداخله در نمره‌ی سلامت معنوی دو گروه، نشان نداد ($P = 0/62$ و $t = -0/49$). در مرحله‌ی پس‌آزمون، میانگین نمره‌ی یادشده در گروه آزمون، در مقایسه با گروه کنترل، افزایش داشت ($P < 0/03$ و $t = 2/14$). پس از مداخله، آزمون تی زوجی، بیانگر افزایشی معنادار در نمره‌ی سلامت معنوی دانشجویان گروه آزمون، بود ($P < 0/001$ و $t = 4/39$)؛ اما اختلافی در دانشجویان گروه کنترل در مراحل پیش و پس آزمون، دیده نشد ($P = 0/79$ و $t = -0/25$). آموزش معنویت، بر سلامت معنوی دانشجویان پرستاری مؤثر بود؛ پیشنهاد می‌شود به آموزش معنویت به‌عنوان یکی از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی دانشجویان توجه شود.

واژگان کلیدی: آموزش معنویت، اخلاق پرستاری، دانشجویان پرستاری، سلامت معنوی

1. مربی، گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
2. استاد، گروه روان‌پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
3. استادیار، گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
4. مربی، گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی مسؤول: تهران، خیابان ولیعصر (عج)، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشید یاسمی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم

پزشکی ایران، تلفن: ۰۹۱۳۲۸۶۴۰۷۷۷، Email: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

مقدمه

معنویت یکی از ابعاد وجودی انسان‌هاست. این واژه، برگرفته از کلمه‌ی «روح» است که نمایانگر سرشت منحصر به فرد هر شخص در زندگی است. این گوهر وجودی که در نهاد انسان‌ها به ودیعه نهاده شده، به صور گوناگون، عشق، امید، اعتقاد و ایمان و... در هر شخص، جلوه می‌کند و بدین ترتیب، هر انسانی را منحصر به فرد و متمایز از انسان‌های دیگر می‌نماید. معنویت، نیروی محرکه‌ی هر فرد، برای یافتن معنا و هدف در همه‌ی تجارب زندگی، به‌ویژه سختی‌ها و بحران‌هاست (۱). امروزه، چشم‌اندازی وسیع از سلامت در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، مطرح است که از ایم میان، بعد معنوی سلامت را عاملی مهم در رشد و تکامل انسان برشمرده‌اند (۲ و ۳): در واقع، سلامت معنوی هسته‌ی مرکزی سلامتی در انسان است (۴). نخستین بار، ائتلاف ملی ادیان کهن، در سال ۱۹۷۵ میلادی، پیشنهاد خود را مبنی بر تعریف مفهوم سلامت معنوی ارائه کرد و بر همین اساس، سلامت معنوی را ارتباط هماهنگ با خود، دیگران، طبیعت و خداوند (یا وجود متعالی) معرفی کرد (۲). سلامت معنوی با سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و تاب‌آوری در برابر فشارهای روانی و بحران‌های زندگی در ارتباط است و همگام و متناسب با آن نیز، سلامت روان را در انسان افزایش می‌دهد؛ لذا زمانی که سلامت معنوی در انسان به خطر افتد، فرد ممکن است دچار احساس تنهایی، افسردگی و ازدست‌دادن معنا در زندگی شود (۵-۷).

در میان حرفه‌های مرتبط با سلامت، پرداختن به مفهوم سلامت معنوی در حرفه‌ی پرستاری، حائز اهمیت فراوان است. در حقیقت، برخورداری از سلامت معنوی برای پرستاران، در ابعاد شخصی، حرفه‌ای و سازمانی، منافی به همراه دارد؛ در بعد شخصی، پرستارانی که سلامت معنوی بیشتری دارند، امیدوارترند (۸) و اضطرابی کمتر را نیز تجربه

می‌کنند (۹). افزون‌براین، در بعد حرفه‌ای و سازمانی، سلامت معنوی برای پرستاران، سبب خلق نظامی ارزشی و اعتقادی می‌شود که می‌تواند بر نگرش و عملکرد مراقبتی آنان آثار مثبت داشته باشد؛ به‌گونه‌ای که منجر به ارائه‌ی خدماتی همراه با عشق و محبت به بیمار شود و از سوی دیگر، تعهد حرفه‌ای را در آنان ارتقا دهد (۱۰). به نظر می‌رسد با توجه به ماهیت و ذات حرفه‌ی پرستاری که باعث تعاملات طولانی‌مدت میان پرستار و بیمار می‌شود، هر چه دانشجویان شاغل به تحصیل در این رشته، سلامت معنوی بیشتری داشته باشند، به همان نسبت، از بیماران بهتر مراقبت می‌کنند. بر این اساس، پرداختن به مفهوم سلامت معنوی در دانشجویان پرستاری، در کانون توجه پژوهشگران قرار گرفته است؛ به‌طوری‌که مطالعه‌ای در ایران نشان داد اکثر دانشجویان پرستاری (۴۹/۴٪)، دارای سلامت معنوی در سطح متوسط بوده‌اند (۹)؛ همچنین، مطالعه‌ای که در آن شش دانشگاه منتخب در قاره‌ی اروپا بررسی شده، نشان داده است که ۷۱/۹٪ دانشجویان پرستاری، از سلامت معنوی بالا و ۲۸/۱٪ از سلامت معنوی متوسط برخوردار بوده‌اند و هیچ یک از آن‌ها، سلامت معنوی پایینی نداشته‌اند (۱۱).

با توجه به مطالب پیش‌گفته و اهمیت مفهوم سلامت معنوی در حرفه‌ی پرستاری، ضروری است که سلامت معنوی افراد شاغل در این حرفه، ارتقا یابد. به نظر می‌رسد یکی از راهکارهای رسیدن به این هدف، آموزش معنویت باشد. در این راستا، نظریه‌پردازان پرستاری، بر مفهوم معنویت در نظریه‌هایشان تأکید کرده‌اند (۱۲). بر همین اساس، آنان در قرن نوزدهم، تدریس معنویت و توسعه‌ی آن را در آموزش پرستاری، الزامی دانستند (۱۳)؛ زیرا معنویت، به‌عنوان راهبردی حمایتی برای دانشجویان پرستاری، مطرح است (۱۴) و دلیل اینکه پرستاران نیازهای معنوی مددجویان را

درک نمی‌کنند، آموزش‌ندیدن آن‌ها در زمینه‌ی معنویت و علوم مرتبط با آن است. این امر موجب شده است که بسیاری از پرستاران، دانش و مهارت لازم را در این زمینه نداشته باشند (۱۷-۱۵)؛ در واقع، موانع بسیاری همچون: کمبود زمان، نبود دانش کافی در زمینه‌ی معنویت، ترس و دشواری پرداختن به این موضوع و در نهایت، نادیده‌گرفتن ضرورت مبحث فوق در طول دوران آموزش در دانشگاه، منجر به بی‌توجهی به این بعد ضروری در انسان شده است (۱۵ و ۱۸). مطالعه‌ای که در ترکیه انجام شده، نشان داده که تنها، ۴۷ درصد از دانشجویان پرستاری، از دانش کافی در زمینه‌ی معنویت و مراقبت معنوی برخوردار بوده‌اند و این دانش، با مطالعه در طول دوران تحصیل کسب شده است؛ همچنین، ۵۳ درصد از دانشجویان، در این زمینه دانش و آگاهی نداشته‌اند (۱۹).

بر اساس مطالب ذکرشده، برای افزایش دانش و درک دانشجویان پرستاری از معنویت، گنجاندن آموزش‌های لازم در برنامه‌ی آموزشی دوران تحصیل آنان ضروری است و لازم است که این دانشجویان، آموزش‌های متناسب با مفاهیم معنوی را در طول دوران تحصیل کسب کنند؛ لذا، با توجه به تأکید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی، به‌ویژه دانشجویان پرستاری و با عنایت به اینکه تاکنون، مداخله‌ی آموزشی درباره‌ی معنویت در ایران به منظور ارتقای سطح سلامت معنوی دانشجویان پرستاری، انجام نگرفته بود؛ پژوهش پیش رو شکل گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه‌تجربی بود. جامعه‌ی پژوهش را همه‌ی دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵، تشکیل دادند. شرایط ورود به مطالعه،

تحصیل در مقطع کارشناسی رشته‌ی پرستاری (ترم یک و بالاتر) و داشتن تمایل و رضایت کامل برای شرکت در پژوهش بود. بر این اساس، دانشجویان رشته‌های دیگر در مطالعه حضور نداشتند. حجم نمونه بر مبنای مطالعه‌ی هسیائو^۱ و همکارانش (۲۰)، با ضریب خطای (۰/۰۵ =) و توان آزمون (۰/۸ = β) ۳۴ نفر برای هر گروه برآورد شد که با احتمال ریزش ده درصد، ۳۸ دانشجوی پرستاری واجد شرایط، به‌عنوان نمونه‌ی نهایی در هر گروه، انتخاب شدند. حجم نمونه‌ی کلی، ۷۶ نفر تخمین زده شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از کسب اجازه از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC 1395.9311688005)، نمونه‌گیری در مدت دو ماه انجام شد؛ همچنین، به دانشجویان گفته شد که اطلاعات مندرج در پرسش‌نامه، بی‌نام و محرمانه خواهد ماند و هیچ‌گونه اجباری برای شرکت در پژوهش وجود نخواهد داشت.

برای گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی «SWB»^۲ پالوتزیان^۳ و الیسون^۴ که شامل دو قسمت بود، استفاده شد (۲۱)؛ همچنین، برای سنجش متغیرهای سن، جنس، وضعیت نیمسال تحصیلی، تأهل و اشتغال به کار، فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی به کار برده شد. پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی، متشکل از بیست گویه، در دو زیرمقیاس است. در این پرسش‌نامه، ده گویه، سلامت مذهبی و ده گویه‌ی دیگر، سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه‌ی نمره‌ی سلامت مذهبی و وجودی، هر یک، ۱۰ تا ۶۰ نمره است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و سلامت وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره‌ی

¹. Hsiao

². Spiritual Wellbeing

³. Paloutzian

⁴. Ellison

به منظور جلب مشارکت نمونه‌ها، در هر نیمسال تحصیلی، از طریق نمایندگان هر کلاس، فهرستی از اسامی داوطلبان (از میان دانشجویان ترم یک و بالاتر) تهیه شد. سپس، نمونه‌ها، به شیوه‌ی تصادفی ساده، انتخاب و با روش تخصیص تصادفی، به دو گروه آزمون (۳۸ نفر) و کنترل (۳۸ نفر) تقسیم شدند. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی موجود در کشور ایران، برای به حداقل رساندن تورش حاصل از این موضوع، این مطالعه به صورت دوگروهی اجرا شد تا از نتایج گروه کنترل برای مقایسه با گروه آزمون استفاده شود؛ همچنین، پژوهشگر، با انتخاب تصادفی دانشجویان، فرصتی برابر را برای شرکت در مطالعه برای یکایک آنان فراهم کرد. با توجه به اینکه انتخاب گروه کنترل و آزمون، به صورت هم‌زمان، از یک دانشکده صورت گرفت، برای جلوگیری از پخش اطلاعات، ابتدا، گروه کنترل و سپس، گروه آزمون بررسی شدند. در هر دو گروه، پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی، در دو بازه زمانی نخستین بار (پیش‌آزمون) و پس از چهار هفته از انجام مداخله (پس‌آزمون) تکمیل شد. مداخله‌ی آموزشی برای گروه آزمون به مدت چهار هفته، هر هفته یک جلسه‌ی شصت دقیقه‌ای، انجام گرفت. نحوه‌ی برگزاری جلسات آموزشی، برای جلوگیری از تداخل جلسات با کلاس‌های درسی و کارآموزی دانشجویان، در ساعت استراحت و نهار (۱۳ تا ۱۲ ظهر) برگزار شد. از آنجاکه دانشجویان داوطلب در گروه آزمون، از نیمسال‌های تحصیلی متفاوت بودند، طبق هماهنگی با آن‌ها، آموزش برای گروه آزمون، طی چندین نوبت در طول هفته و در گروه‌های ده تا دوازده نفره، انجام شد. محل برگزاری جلسه‌ها نیز، سالن شورای پژوهش دانشکده‌ای بود که میزگرد داشت. مداخله‌ی آموزشی، بر اساس کتابچه‌ی آموزش معنویت که مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود و به

به دست آمده، صورت می‌گیرد. هر چه نمره‌ی حاصل، بیشتر باشد، سلامت مذهبی و وجودی، بیشتر است. نمره‌ی سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه‌ی آن بین ۱۲۰ تا ۲۰ است. در کل، نمره‌گذاری پرسش‌نامه، بر اساس طیف لیکرت شش درجه‌ای، از کاملاً مخالفم، نسبتاً مخالفم، کمی مخالفم، کمی موافقم، نسبتاً موافقم و کاملاً موافقم، است. سطح سلامت معنوی، به سه سطح پایین (۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹) و بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم می‌شود. محققان ایرانی، در مطالعات پیشین، از این پرسش‌نامه در داخل کشور استفاده کرده‌اند و روایی مطلوبی دارد (۸، ۹، ۲۲ و ۲۳)؛ با وجود این، پژوهشگر، برای تعیین پایایی آن، پرسش‌نامه را در اختیار پانزده نفر از دانشجویان پرستاری که خارج از جامعه‌ی پژوهش بودند، اما مشخصات مشابه با این جامعه را داشتند، قرار داد و سپس، به روش همسانی درونی، با تعیین ضریب آلفای کرونباخ، پایایی کل پرسش‌نامه را به دست آورد؛ پایایی کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ و دو بعد سلامت مذهبی و وجودی، به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۵ بود.

پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی، در ابتدای پژوهش و چهار هفته پس از اتمام مداخله، میان شرکت‌کنندگان توزیع شد. در گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت؛ اما پس از اجرای پس‌آزمون، برای هر دو گروه، محتوای آموزشی ارائه شده به گروه آزمون، در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. لازم به ذکر است به دلیل امکان پذیر نبودن دستیابی به دانشجویان ترم آخر در بازه‌ی زمانی طولانی‌تر از یک ماه، پس‌آزمون، یک ماه پس از اتمام مداخله انجام گرفت تا بدین ترتیب، از افت نمونه‌ی پژوهش جلوگیری شود. در مطالعه‌ی مشابه دیگری نیز که در تایوان انجام شد، پس‌آزمون، یک ماه بعد از اجرای برنامه‌ی آموزشی معنویت برای دانشجویان پرستاری، برگزار شد (۲۰).

تأیید جمعی از استادان و فقها رسیده بود (۲۴). بدین ترتیب، ارائه شد: در جلسه‌ی نخست، تعریف معنویت و ویژگی‌های انسان معنوی مطرح شد؛ همچنین، ضرورت پرداختن به معنویت، تعاریف مختلف آن، تفاوت‌ها و شباهت‌های معنویت با مذهب، نظریه‌های موجود در زمینه‌ی معنویت و ویژگی‌های انسان معنوی، بیان گردید. در جلسه‌ی دوم، تعریف مفهوم خودآگاهی و اهمیت معنویت در خودآگاهی و تأثیر خودآگاهی بر سلامت توضیح داده و مفهوم سلامت معنوی، به‌عنوان بعد چهارم سلامت، واکاوی شد. در جلسه‌ی سوم، مفهوم مراقبت معنوی و توجه به آن در پرستاری بالینی، مدنظر قرار گرفت و به اهمیت وجود معنویت در برنامه‌ی مراقبتی مددجویان، توجه به شرح حال معنوی آنان، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی، طبق فرایند پرستاری در زمینه‌ی مراقبت معنوی، پرداخته شد. سپس، درباره‌ی تعریف حل مسئله و مراحل آن با رویکرد معنوی، بحث و گفت‌وگو شد. جلسه‌ی چهارم، به یادآوری مباحث سه جلسه‌ی گذشته و نظرات و پیشنهادهاى ارزشمند دانشجویان در این زمینه اختصاص یافت. مباحث، در قالب پاورپوینت و همراه با ارائه‌ی مقالات به‌روز، برای کمک به رفع ابهامات پیش‌آمده، درک صحیح مطالب بیان‌شده و مطابق با گفتمان‌هایی که به‌صورت پرسش‌وپاسخ در میان دانشجویان، پژوهشگر و استادان گروه تحقیق انجام می‌گرفت، ارائه و آموزش داده شد. دانشجویان حاضر در کلاس، تجارب خود را در زمینه‌ی موضوعات بحث، مطرح و متناسب با آن به گفت‌وگو و تبادل نظر با پژوهشگر و استادان پرداختند. گروه تحقیق نیز، ضمن شرکت در بحث و گفت‌وگو با دانشجویان، به روند هدایت و پیشبرد اهداف کلاس در مسیر اصلی خود، کمک می‌کرد.

تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۲۴) و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (کای دو، تست دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی)، انجام شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۷۶ دانشجوی پرستاری، در دو گروه کنترل و آزمون، در کانون مطالعه قرار گرفتند. مشخصات این دانشجویان در جدول شماره‌ی یک نمایان است. طبق این جدول، دو گروه، از نظر جنس، وضعیت نیمسال تحصیلی، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و وضعیت اشتغال به کار، همگن بودند و فقط، از نظر میانگین سنی تفاوت داشتند. مقایسه‌ی نتایج در دو گروه کنترل و آزمون (جدول شماره‌ی دو)، نشان داد که بر اساس آزمون تی مستقل، در سطح سلامت مذهبی ($P=0/67$) و سلامت وجودی دانشجویان ($P=0/63$)، قبل از انجام مداخله، اختلاف آماری معناداری، وجود نداشته؛ اما، این وضعیت، چهار هفته پس از انجام مداخله، تغییر کرده و سلامت مذهبی و وجودی گروه آزمون، افزایش آماری معناداری یافته است؛ سطح سلامت مذهبی ($P<0/04$) و سطح سلامت وجودی ($P<0/049$) شده است. نتایج دیگر (جدول شماره‌ی سه)، نشان داد که پس از چهار هفته، براساس آزمون تی زوجی، در سطح سلامت مذهبی ($P=0/96$) و وجودی دانشجویان گروه کنترل، اختلاف آماری معناداری مشاهده نشده ($P=0/67$)؛ اما در گروه آزمون، افزایش آماری معناداری در هر دو سطح دیده شده؛ سطح سلامت مذهبی ($P<0/001$) و سطح سلامت وجودی ($P<0/001$) بوده است.

جدول شماره ۱ - مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش

نتایج	آزمون		کنترل		متغیر
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	
آزمون کای دو					جنس
$\chi^2=0/47$	۴۴/۷	۱۷	۵۲/۶	۲۰	زن
$df=1$	۵۵/۳	۲۱	۴۷/۴	۱۸	مرد
$P=0/49$					
آزمون تی مستقل					سن
$t=3/19$	۳۴/۲	۱۳	۲۱/۱	۸	۱۸-۲۰
$df=74$	۶۰/۵	۲۳	۵۵/۳	۲۱	۲۱-۲۲
$P<0/002$	۵/۳	۲	۲۳/۷	۹	≥ 23
آزمون کای دو					سال تحصیلی
$\chi^2=2/36$	۲۱/۱	۸	۲۸/۹	۱۱	اول
$df=3$	۲۳/۷	۹	۲۶/۳	۱۰	دوم
$P=0/52$	۲۸/۹	۱۱	۳۱/۶	۱۲	سوم
	۲۶/۳	۱۰	۱۳/۲	۵	چهارم
آزمون دقیق فیشر					وضعیت تأهل
$P=0/49$	۱۰۰	۳۸	۹۴/۷	۳۶	مجرد
	۰	۰	۵/۳	۲	متاهل
آزمون کای دو					وضعیت اقتصادی
$\chi^2=0/1$	۱۰/۵	۴	۱۰/۵	۴	خوب
$df=2$	۷۶/۳	۲۹	۷۳/۷	۲۸	متوسط
$P=0/94$	۱۳/۲	۵	۱۵/۸	۶	ضعیف
آزمون دقیق فیشر					وضعیت اشتغال به کار
$P=0/06$	۷۳/۷	۲۸	۹۲/۱	۳۵	بیکار
	۲۶/۳	۱۰	۷/۹	۳	شاغل

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و مقایسه‌ی میانگین نمرهای دو گروه، قبل و بعد از مداخله

گروه	گروه کنترل قبل از انجام مداخله	گروه آزمون قبل از انجام مداخله	گروه کنترل پس از انجام مداخله	گروه آزمون پس از انجام مداخله	df=۷۴	df=۷۴
سلامت معنوی						
سلامت مذهبی	$48/10 \pm 10/79$	$49/16 \pm 10/70$	$48/21 \pm 10/93$	$52/76 \pm 7/73$	$t = -2/09$ $P < 0/04$	$t = -0/42$ $P = 0/67$
سلامت وجودی	$44/63 \pm 10/38$	$45/74 \pm 9/55$	$45/63 \pm 10/73$	$49/87 \pm 7/98$	$t = -1/95$ $P < 0/049$	$t = -0/48$ $P = 0/63$

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و مقایسه‌ی درون‌گروهی قبل و پس از مداخله در دو گروه

گروه	نمره‌ی گروه کنترل قبل از مداخله	نمره‌ی گروه کنترل پس از مداخله	نمره‌ی گروه آزمون قبل از مداخله	نمره‌ی گروه آزمون پس از مداخله	df=۷۴	df=۷۴
سلامت معنوی						
سلامت مذهبی	$48/10 \pm 10/79$	$48/21 \pm 10/93$	$49/16 \pm 10/70$	$52/76 \pm 7/73$	$t = -4/32$ $P < 0/001$	$t = -0/05$ $P = 0/96$
سلامت وجودی	$44/63 \pm 10/38$	$45/63 \pm 10/73$	$45/74 \pm 9/55$	$49/87 \pm 7/98$	$t = -0/42$ $P < 0/001$	$t = -0/42$ $P = 0/67$

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، برای ارتقای سطح سلامت معنوی دانشجویان پرستاری، پژوهشگر، جلساتی را برای آموزش معنویت به این دانشجویان ترتیب داد و چهار هفته بعد از اجرای مداخله، تأثیر این آموزش را بر سلامت معنوی آن‌ها بررسی کرد. یافته‌ها حاکی از آن بود که در مرحله‌ی پیش‌آزمون، میان نمره‌ی سلامت معنوی دو گروه کنترل و آزمون، اختلاف آماری معناداری وجود نداشته؛ اما چهار هفته پس از انجام مداخله‌ی آموزش معنویت، افزایش آماری معناداری در سطح سلامت معنوی گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شده است.

در پژوهشی مشابه، پژوهشگران در تایوان با انجام

مطالعه‌ای نیمه‌تجربی، اقدام به اجرای برنامه‌ی آموزشی معنویت‌محور برای دانشجویان پرستاری کردند و چهار هفته پس از اتمام مداخله در مرحله‌ی پس‌آزمون، دریافتند که سلامت معنوی دانشجویان در گروه آزمون ارتقا یافته است (۲۰)؛ همچنین، یافته‌های پژوهش کنونی، با نتایج مطالعه‌ای که تأثیر الحاق مبحث معنویت به برنامه‌ی درسی دانشجویان مقطع کارشناسی پرستاری در ترکیه را بررسی کرده بود، همسو است؛ بر اساس نتایج این پژوهش، افزایش آماری معناداری در نگرش و درک دانشجویان پرستاری از معنویت در گروه آزمون مشاهده شده است. گروه آزمون با استفاده از سیستم ادغام، یعنی با اضافه‌شدن مبحث معنویت به برنامه‌ی درسی، آموزش لازم در این زمینه را دریافت کرده بودند؛ اما

در زمینه‌ی مفاهیم معنوی برای پرستاران، فراهم کردن فرصت‌هایی برای پیاده کردن آموزش‌های فراگرفته درباره‌ی معنویت برای آنان و استفاده از نظراتشان در این زمینه؛ همچنین، مطرح کردن نمونه‌ها و موارد شبیه‌سازی شده با ایجاد فرصت برای تفکر و حل مشکل پرستاران. با توجه به اینکه آموزش معنویت به دانشجویان در راستای شناخت نشانه‌های معنوی، نخست در خویشتن و عمل بر طبق آن است، هر دانشجو قادر خواهد بود پس از قرارگرفتن در محیط درمانی، با ایجاد رابطه‌ای درمانی با مددجویان، ضمن حفظ حریم شخصی آنان، به تشخیص و شناسایی نیازهای معنوی‌شان بپردازد (۳۲ و ۱۷).

در این پژوهش، در نمره‌ی سلامت معنوی دانشجویان گروه کنترل، اختلاف آماری معناداری، بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، دیده نشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های هسپانو و همکارانش در تایوان (۲۰۱۲)، یلماز^۲ و گورلر^۳ در ترکیه (۲۰۱۴)، فروزنده و همکارانش در ایران (۲۰۱۵) و لوپز^۴ و همکارانش در استرالیا (۲۰۱۵)، همسو است (۲۰، ۲۵، ۲۶ و ۲۸). این مطالعات، بر این مطلب صحه گذاشته‌اند که محتوای آموزشی موجود در دروس پرستاری، در ارتقای سلامت معنوی دانشجویان اثرگذار نیست و برای دستیابی به این مهم، به ارائه‌ی آموزش‌های لازم در این زمینه نیاز است.

در خاتمه باید گفت باینکه پرستاری، حرفه‌ای است که پرستاران را به استفاده از مفهوم ساختن معنای زندگی، به عنوان یکی از مفاهیم اصلی و زیربنای معنویت و چارچوبی در ارائه‌ی مراقبت معنوی به مددجویان تشویق و توصیه می‌کند (۱۲)، از این بعد مهم و حیاتی در آموزش و همچنین، در پرستاری بالینی غفلت شده است (۲۵، ۳۲ و ۳۳)؛ لذا بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، یکی از راه‌های پیشرفت

در گروه کنترل، تغییری در ارتقای سلامت معنوی دیده نشده است (۲۵). می‌توان چنین استنباط کرد که ادغام مبحث معنویت به برنامه‌ی درسی کارشناسی پرستاری، منجر به افزایش درک دانشجویان از نیازهای معنوی مددجویان و همچنین، بهبود عملکرد آن‌ها در مراقبت معنوی از بیماران شده است. در پژوهش کنونی نیز، آموزش معنویت سبب ارتقای سطح سلامت معنوی در دانشجویان پرستاری جامعه‌ی پژوهش شد. محققان استرالیایی نیز، در مطالعه‌ی خود، تأثیر مثبت آموزش معنویت را در گروه آزمون خاطرنشان کرده و آموزش معنویت را از عوامل اثرگذار در ارتباط با نیروی متعالی، احساس رضایت‌مندی، شادی، آرامش، امید و یافتن معنا و هدف در زندگی دانشجویان پرستاری دانسته‌اند (۲۶).

روس^۱ و همکارانش نیز گفته‌اند آموزش معنویت در نگرش و درک دانشجویان پرستاری از معنویت اثرگذار است (۱۱). نتایج مطالعه‌ی کیفی در ایران، معنویت را به عنوان عامل مهم و اثرگذار در تکامل و پیشرفت زندگی انسان و عاملی ارزشمند که از روابط و تعاملات انسانی سرچشمه گرفته و از زمینه‌ی فرهنگی و تجارب فردی نیز اثر می‌پذیرد، معرفی کرده است (۲۷). این مطالعه، آموزش معنویت را برای ارتقای درک پرستاران از معنویت ضروری دانسته است. یافته‌های مطالعات دیگری که در ایران و جهان انجام شده نیز، مبین آن است که آموزش معنویت می‌تواند در ارتقای سطح سلامت معنوی، نگرش به معنویت و مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری مؤثر باشد (۲۰، ۲۶، ۲۸-۳۱). این مطالعات، برای ارائه‌ی آموزش معنویت به دانشجویان پرستاری، فارغ التحصیلان و پرستاران مبتدی، به منظور درک جامع از مفهوم معنویت، افزایش مهارت در آنان و چگونگی ارائه‌ی مراقبت معنوی به مددجویان و توجه به نیازهای معنوی آنان، روش‌هایی مختلف را بیان کرده‌اند. این روش‌ها عبارت‌اند از: تشکیل کارگاه‌هایی

2. Yilmaz
3. Gurler
4. Lopez

1. Ross

سطح سلامت معنوی دانشجویان، اجرای برنامه‌ی آموزش معنویت است. ضرورت این موضوع تاحدی است که آشنایی با مفاهیم معنوی باید به صورت دوره‌ی آموزشی، در مقطع کارشناسی پرستاری گنجانده شود تا دانشجویان پرستاری با این مفاهیم آشنا شوند و بتوانند آن را در بالین نیز به کار برند. اعم مفاهیم و مباحث مطرح شده در زمینه‌ی آموزش معنویت در پژوهش حاضر، برگرفته از کتابچه‌ی مدون مهارت‌های معنوی (۲۴) بود. با اینکه مطالب این کتابچه، کمکی شایان به پژوهشگر کرد، پاسخ‌گوی همه‌ی سؤالات و نیازهای آموزشی دانشجویان در این زمینه نبود؛ به طوری که گروه تحقیق، در حد توان، از مقالات به روز، برای شروع آموزش و کمک به درک بیشتر و ملموس شدن مفهوم معنویت و اهمیت آن برای دانشجویان، استفاده کردند؛ همچنین، یکی از محدودیت‌ها و موانع بسیار مهم که پژوهشگر را با نگرانی مواجه ساخت، زمان در نظر گرفته شده برای آموزش به دانشجویان بود؛ از آنجاکه دانشجویان از نیمسال‌های مختلف تحصیلی و با برنامه‌ی درسی و کارآموزی متفاوت انتخاب شده بودند و با توجه به هماهنگی دقیق پژوهشگر با دانشجویان و همکاری بی نظیرشان در زمان بندی و ساعات در نظر گرفته شده برای آموزش، این جلسات همان طور که قبلاً نیز گفته شد، در ساعت استراحت و نهار و بین کلاس‌های درسی دانشجویان انجام گرفت. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش، تورش حاصل از تفاوت‌های فرهنگی دانشجویان بود که محقق تلاش کرد با انتخاب تصادفی نمونه‌ها، تا حد امکان، بر آن فائق آید.

با توجه به اینکه در مطالعه‌ی حاضر، تأثیر آموزش معنویت بر نمره‌ی سلامت معنوی دانشجویان پرستاری، تأیید شد، به علت اهمیت و ضرورت مبحث معنویت، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، تأثیر آموزش معنویت بر سایر دانشجویان علوم پزشکی و پرستاران نیز، بررسی شود. به علاوه، از آنجاکه مفهوم سلامت معنوی می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ قرار گیرد؛ پیشنهاد می‌شود محققان دیگر رشته‌ی پرستاری، به منظور مقایسه‌ی سلامت معنوی دانشجویان پرستاری در بسترهای فرهنگی متفاوت، مطالعات میان فرهنگی انجام دهند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری نویسنده‌ی اول، در دانشگاه علوم پزشکی ایران است. پژوهشگران، از معاونت پژوهشی دانشگاه مذکور و همه‌ی دانشجویان پرستاری که در این پژوهش مشارکت کرده‌اند، سپاسگزارند.

منابع

- 1- McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011; 20: 1757-67.
- 2- Dhar N, Chaturvedi S, Nandan D. Spiritual health scale defining and measuring 4 dimension of health. *Indian J Community Med*. 2011; 36(4): 275-82.
- 3- Biro AL. Creating conditions for good nursing by attending to the spiritual. *J Nurs Manag*. 2012; 20: 1002-11.
- 4- Ross L, Giske T, Leeuwen RV, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Factors contributing to student nurses midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Education Today*. 2016; 36(1): 445-51.
- 5- Snider AM, McPhedran S. Religiosity spirituality mental health and mental health treatment outcomes in Australia: A systematic literature review. *Journal of Mental Health, Religious & Culture*. 2014; 17(6): 568-81.
- 6- Bonelli R, Koenig H. Mental disorders religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *J Relig Health*. 2013; 52(2): 657-73.
- 7- Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(2): 176-82.
- 8- Ebadi BN, Rahgoi A, Hosseini MA, Fallahi khoshknab M, Biglarian A. The Correlation between Spiritual Well- Being and Hope among Nursing Students of medical sciences universities and Islamic Azad Universities of Yazd. *Journal of Health Promotion Management*. 2017; 6(2): 8-13. [in Persian]
- 9- Rahimi N, Asadolahi Z, Afsharipour A. The relationship between spiritual well-being and anxiety levels in the students of school of nursing and midwifery in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2015. *Iran Journal of Nursing*. 2017; 30(106): 78-86. [in Persian]
- 10- Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nurs outlook*. 2016; 64(3): 215-24.
- 11- Ross L, Giske T, Leeuwen RV, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. *Nurse Education Today*. 2014; 34: 697-702.
- 12- Mahmoodishan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a qualitative content analysis study. *J Med Ethics Hist Med*. 2010; 3: 6.
- 13- Salmon B, BruickSorge C, Beckman S. The evolution of student nurses' concepts of spirituality. *Holist Nurse Pract*. 2010; 24: 73-8.
- 14- Wynn ST. Overcoming education failures and retakes: A spiritual process. *J Christ Nurs*. 2017; 34(4): 232-5
- 15- Timmins F, Murphy M, Neill F, Begley T, Sheaf G. An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. *Nurse Educ Today*. 2015; 14: 1-27.
- 16- Timmins F, Neill F. Teaching nursing students about spiritual care: A review of the literature. *Nurse Educ Pract*. 2013; 1: 1-7.
- 17- Bennett V, Thompson ML. Teaching spirituality to student nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2015; 5: 26-33.
- 18- Lucchetti G, Lucchetti A, Espinha D, deOliveira L, Leite J, Koenig H. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ*. 2012; 12: 2-8.
- 19- Kalkim A, Sagkal M, Baysal E. An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual care. *Religions*. 2016; 7: 1-13.
- 20- Hsiao YC, Chiang HY, Lee HC, Chen SH. The effects of a spiritual learning program on improving spiritual health and clinical practice stress among nursing students. *J Nurs Res*. 2012; 20: 281-9.
- 21- Paloutzian RF, Ellison C. *Loneliness spiritual well-being and quality of life*. New York: Wiley; 1982.
- 22- Seyyed Fatemi N, Rezaei M, Ghiyri A, Hosseini F. Effect of prayer on the spiritual health of cancer patients. *Payesh*. 2006; 5(4): 295-304.

[in Persian]

23- Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014; 19(3): 242-7.

24- Bolhari J, Ghobaribonab B, Ghahari S, Mirzaei M, Raghebian R, Dousalivand H, et al. *Spiritual Skills*. Tehran: University of Tehran; 2013.[in Persian]

25- Yilmaz M, Gurler H. The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Nurs Ethics.* 2014; 4: 929-45.

26- Frouzandeh N, Aein F, Noorian C. Introducing a spiritual care training course and determining its effectiveness on nursing students' self-efficacy in providing spiritual care for the patients. *J Educ Health Promot.* 2015; 4: 1-5

27- Mokhtari Noori J, Ebadi A, Alhani F, Rejeh N. Spirituality-based education by role model nursing instructors: A qualitative study. *Medical Ethics & History of Medicine.* 2013; 6(3): 84-93. [in Persian]

28- Lopez V, Leigh M, Fischer I, Larkin D, Webster S. Perceptions of spirituality in Australian undergraduate nursing students: A pre and post test study. *Nursing Practice Today.* 2015; 2(1):5-10.

29- Wu L, Liao Y, Yeh D. Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res.* 2012; 20: 219-27.

30- Vlasblom JP, vander ST, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ Today.* 2011; 31: 790-6.

31- Attard J, Baldacchino D, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Educ Today.* 2014; 4: 1-7.

32- Cone P, Giske T. Teaching spiritual care a grounded theory study among undergraduate nursing educators. *J Clin Nurs.* 2013; 22(13-14): 1951-60.

33- Tiew L, Creedy D, Chan M. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today.* 2013; 33: 574-9.

The Effect of Spiritual Education on Spiritual Health of Nursing Students: A Quasi-Experimental study

Talieh Khalifi¹, Naimeh Seyedfatemi², Marjan Mardani - Hamooleh^{*3}, Hamid Haghani⁴

¹MSc, Department of Psychiatric Nursing, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Professor, Department of Psychiatric Nursing, Center for Nursing Care Research, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴Instructor, Department of Biostatistics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Spiritual health (SH) is a supernatural force and endeavor to achieve perfection and peace of mind in life. When it is endangered, a person experiences loss of meaning in life. In nursing, caring services and SH are related to each other. It is necessary to promote the SH of nurses so that patients will receive better care. The study aim was the effect of spiritual education on SH of nursing students. In this quasi-experimental study, 76 of undergraduate nursing students were selected using random simple sampling method and divided into experimental group (EG) and control group (CG) (n= 38) with random allocation method. Educational intervention was done for the EG for a period of 4 weeks, a 60-minute session per week, but no intervention was performed for the CG. Four weeks after the intervention, the post-test was taken in 2 groups. Data were collected using the SH scale by Paloutzian and Ellison. Independent t-test didn't indicate any difference before the intervention in the mean score of SH in 2 groups ($t=-0.49$, $p=0.62$), while in the post-test, the independent t-test indicated the mean score of SH was higher in the EG than in the CG ($t=-2.14$, $p<0.03$). After the intervention, there was a significant increase in the SH ($t=-4.39$, $p<0.001$) in the EG. The paired t-test indicated no difference in the SH in the CG compared to the pre and post-test ($t=-0.25$, $p<0.79$). Spiritual education influenced SH of nursing students. It is recommended that spiritual education be considered as one of the strategies for promoting SH in students.

Keywords: Spiritual education, Nursing ethics, Nursing students, Spiritual health

* Corresponding Author: Email: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

پیوست

پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی Ellison و Paloutzian (۱۹۸۲)

ردیف	عبارات	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	کمی مخالفم	کمی موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
۱	در دعا و خلوت با خداوند، زیاد، احساس رضایت نمی‌کنم.						
۲	نمی‌دانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت.						
۳	عقیده دارم که خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است.						
۴	احساس می‌کنم زندگی تجربه‌ای مثبت است.						
۵	معتقدم خداوند تجسم‌کردنی/شدنی است و به من و زندگی روزانه‌ام توجه ندارد.						
۶	احساس می‌کنم آینده‌ای نامعلوم دارم.						
۷	با خداوند ارتباط معنادار خاصی دارم.						
۸	در زندگی به حد کمال رسیده‌ام و از زندگی رضایت دارم.						
۹	از خداوند نیرو و حمایت زیادی دریافت نمی‌کنم.						
۱۰	نسبت به مسیر زندگی که پیش رو دارم، احساس خوبی می‌کنم						
۱۱	باور دارم که خداوند به فکر مشکلات من است.						
۱۲	از زندگی‌ام زیاد لذت نمی‌برم.						
۱۳	ارتباط فردی رضایت‌بخشی با خداوند ندارم.						
۱۴	به آینده‌ام احساسی خوب دارم.						
۱۵	ارتباط با خداوند به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم.						
۱۶	احساس می‌کنم زندگی پر از نااملائی‌هاست و ناخوشی‌هاست.						
۱۷	وقتی رابطه‌ای صمیمی و نزدیک با خداوند دارم، احساس کمال می‌کنم.						
۱۸	زندگی معنای بسیاری ندارد.						
۱۹	ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد.						
۲۰	معتقدم هدفی خاص برای زنده‌بودنم وجود دارد.						