

Validity and reliability of a Persian version of nursing students' competence scale in spiritual care

M. Khalaj*

A. Pakpour Hajiagha**

I. Mohammadi Zeidi**

*Assistant Professor of Optometry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

**Assistant Professor of Health Education, Research Center for Social Determinants of Health (SDH), Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

*Abstract

Background: Measuring nursing students' competencies in spiritual care and their development is important and the application of a reliable and valid instrument is recommended in the literature.

Objective: The aim of this study was to determine the validity and reliability of the Persian version of Spiritual Care Competence Scale (SCCS) among nursing students.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 110 nursing students in Qazvin University of Medical Sciences in 2011. Spiritual Care Competence Scale by Van Leeuwen et al, 2009 was translated into Persian and back-translated, then pilot study was performed to determine the cultural sensitivity. Construct validity was evaluated by exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). Internal consistency was estimated by Cronbach's alpha and the average inter-item correlation. In addition, the test-retest reliability of the scale was determined in 20 subjects within two weeks.

Findings: The order of the factors was entirely consistent with those extracted previously during the psychometric assessment of the English version of the scale. The cronbach's alpha coefficient was 0.77 for the total scale and ranged from 0.65 to 0.85 for subscales. The inter-item correlations was statistically significant in all questions ($P < 0.05$). The test-retest indicated that the translated scale and its subscales are reliable. Exploratory factor analysis with Varimax rotation yielded six factors with eigen values more than 1 that explained 63.18% of the variance. The subscales showed good homogeneity with average inter-item correlations more than 0.35 and a good test-retest reliability. The CFA of the six-factor model based on the EFA represented an acceptable fit.

Conclusion: With regard to the results, the SCCS can be used for research, educational and practical purposes to assess paramedics' competency specially nurses' competencies qualified for spiritual care. The psychometric quality of the scale was satisfactory. Methodological limitations should be taken into account in any further development of the spiritual care competence scale.

Keywords: Validity, Reliability, Nursing, Competence, Spiritual Care

Corresponding Address: Isa Mohammadi Zeidi, Department of Public Health, Qazvin University of Medical Sciences, Shahid Bahonar Blvd., Qazvin, Iran

Email: mohamm_e@yahoo.com

Tel: +98-281-3338034

Received: 29 Sep 2012

Accepted: 9 Jan 2013

روایی و پایایی پرسش‌نامه شایستگی دانشجویان پرستاری در ارزیابی مراقبت‌های معنوی

دکتر محمد خلج*

دکتر امیر پاکپور حاجی آقا**

دکتر عیسی محمدی زیدی**

* استادیار بینایی سنجی گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
 ** استادیار آموزش بهداشت مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس نویسنده مسؤول: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، تلفن ۳۳۳۸۰۳۴-۲۸۱

Email: mohamm_e@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۷/۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

* چکیده

زمینه: اندازه‌گیری شایستگی دانشجویان پرستاری در ارزیابی مراقبت‌های پرستاری و گسترش آن‌ها اهمیت فراوان دارد و کاربرد ابزاری روا و پایا در متون علمی توصیه شده است.

هدف: مطالعه به منظور تعیین روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه شایستگی دانشجویان پرستاری در ارزیابی مراقبت‌های معنوی انجام شد.
مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۱۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد. پرسش‌نامه شایستگی در ارزیابی مراقبت‌های معنوی پرستاری وان لئون و همکاران به فارسی ترجمه و مجدداً ترجمه برگردان شد و برای تعیین حساسیت‌های فرهنگی مورد آزمایش پایلوت قرار گرفت. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی ارزیابی شد. توافق درونی با آلفای کرونباخ و میانگین همبستگی بین سؤال‌ها تخمین زده شد. علاوه بر این، پایایی آزمون باز آزمون مقیاس در فاصله دو هفته بین ۲۰ نفر تعیین شد.
یافته‌ها: ترتیب عوامل به طور کامل با همان‌هایی که قبلاً در جریان روان سنجی نسخه انگلیسی استخراج شده بود، منطبق بود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۷۷ و برای زیر شاخه‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ بود. همه سؤال‌ها همبستگی بین سؤالی معنی‌داری داشتند ($P < ۰/۰۵$). نتایج آزمون بازآزمون نشان‌دهنده ثبات پرسش‌نامه و زیر شاخه‌های آن بود. تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس ۶ عامل را با مقدار ایگن بیش‌تر از یک ایجاد کرد که ۶۳/۱۸٪ واریانس را توصیف می‌کردند. زیر شاخه‌ها همگنی خوبی را نشان دادند که میانگین همبستگی بین سؤالی بیش‌تر از ۰/۳۵ و ضریب پایایی آزمون بازآزمون نیز خوب بود. تحلیل عاملی تأییدی برازش قابل قبولی را برای مدل ۶ عاملی نشان داد.
نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، پرسش‌نامه می‌تواند برای مقاصد تحقیقاتی، آموزشی و عملی در ارزیابی شایستگی‌های پیراپزشکان به خصوص پرستاران دارای شرایط لازم برای ارزیابی مراقبت‌های معنوی استفاده شود. کیفیت روان سنجی ابزار نیز راضی‌کننده بود. البته محدودیت‌های روش‌شناسی باید در توسعه بیش‌تر پرسش‌نامه شایستگی مراقبت معنوی مد نظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: روایی، پایایی، پرستاری، شایستگی، مراقبت معنوی

* مقدمه:

ارایه‌کنندگان مراقبت‌ها باشند.^(۲) در سال‌های اخیر، به معنویت با درک نقشی که در بهبودی دارد، توجه بسیار شده است. کمک در برآورده شدن نیازهای روحی بیماران و خانواده آن‌ها، عنصر اساسی مراقبت بالینی شناخته شده است.^(۳) محققان در دو نکته با یکدیگر هم رأی هستند: یکی معنوی بودن انسان‌ها و دوم ارتباط بین معنویت و بهبودی.^(۴) متون علمی نیز در تأثیر معنویت بر بهبودی، توان انسان در مقابله با تغییر و سازگاری با آن اجماع دارند.^(۵،۶)

افرادی که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، دردمند و بیمار هستند و دوره‌های زمانی متفاوتی را در بیمارستان با تحمل درد و رنج جسمانی می‌گذرانند.^(۱) بیماری‌ها، اتفاق‌های منحصر به فردی هستند که یک پاسخ معنوی را بر می‌انگیزند و این کارکنان درمانی هستند که طی وقایعی نظیر بیماری، تولد و مرگ حضور دارند. وقایع معنوی که پاسخ معنوی را در بیماران بر می‌انگیزند، می‌توانند فرصتی برای تأمین مراقبت معنوی توسط

با توجه به اهمیت مراقبت معنوی در بهبود بیمار و نقش پر رنگ دانشجویان پرستاری به عنوان پرستاران آتی در ارتقای مراقبت‌های معنوی، مطالعه حاضر با هدف تعیین روایی و پایایی پرسش‌نامه شایستگی پرستاران در زمینه ارایه مراقبت‌های معنوی انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مقطعی در نیمه اول سال ۱۳۹۰ در دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد. تمام دانشجویان مقطع کارشناسی پرستاری دانشگاه که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند (۱۱۰ نفر) برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. پس از توضیح هدف مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات دانشجویان، پرسش‌نامه در حضور یکی از اعضای گروه تحقیق تکمیل شد. پرسش‌نامه‌ها بی نام و فاقد کد رهگیری بودند. پرسش‌نامه اصلی مربوط به مطالعه وان لئون و همکاران (۲۰۰۹) بود.^(۱۲) این پرسش‌نامه شامل ۶ بُعد مرتبط با شایستگی پرستاری در ارایه مراقبت‌های معنوی به شرح زیر است: «مراقبت معنوی» ارزیابی و اجرای بُعد به توانایی تعیین نیازها و مشکلات معنوی و برنامه‌ریزی برای مراقبت معنوی اشاره می‌کند (۶ سؤال). «حرفه‌ای بودن و بهبود کیفیت مراقبت معنوی» شامل آن قسمت از فعالیت‌های پرستاران است که هدفش اطمینان از کیفیت مراقبت‌ها و گسترش خط مشی‌ها در حوزه مراقبت‌های معنوی است (۶ سؤال). «حمایت شخصی و مشاوره با بیمار» که قلب مراقبت معنوی است و تدارک حقیقی و ارزشیابی مراقبت‌های معنوی به صورت چهره به چهره برای بیمار و بستگانش است (۶ سؤال). «ارجاع به متخصصان» به همکاری با سایر حیطه‌های مراقبت بهداشتی مرتبط است و مشاور مذهبی یا فرد خبره در ارایه مشاوره‌های مذهبی به طور واضح نقطه ثقل آن است (۳ سؤال). «نگرش نسبت به روحیات مذهبی بیمار» که عوامل فردی مرتبط با تدارک مراقبت‌های معنوی در آن طبقه‌بندی می‌شوند (۴ سؤال). «ارتباطات» که تماس بین پرستار و بیمار است (۲ سؤال). از دانشجویان خواسته شد تا روی یک طیف لیکرتی ۵ نقطه‌ای، سطح شایستگی خود را برای ارایه مراقبت‌های

در طول دوره بیماری، دانشجویان پرستاری در کنار کارکنان درمانی به راحتی در قلمرو خصوصی بیماران پذیرفته می‌شوند. از این رو باید قادر باشند به راحتی به مسایل معنوی بپردازند. طبق تعریف انجمن پرستاران آمریکا، پرستاران باید مراقبت معنوی را نیز برای بیماران خود فراهم آورند.^(۹) با توجه به اهمیت این موضوع، نیاز به آموزش دانشجویان پرستاری در ارتباط با مراقبت معنوی و اندازه‌گیری اثرات چنین آموزشی، به طور وسیع تشخیص داده شده است.^(۹و۸) متون علمی بر ذهنی و درونی بودن معنویت و مراقبت معنوی تأکید دارند. به نظر آن‌ها این وضعیت، طراحی و استفاده از یک ابزار را برای ارزیابی معنویت و مراقبت معنوی سخت می‌کند. از این دید، دلیلی وجود ندارد که افراد فهم یکسانی از وجود ابعاد معنوی یا معنی آن داشته باشند.^(۱۰) موفقیت ابزارهای اندازه‌گیری معنویت، به حساسیت و همدمی پرستار بستگی دارد.^(۱۱) قصد این ابزارها کمک به متخصصان مراقبت بهداشتی برای آگاهی بیش‌تر و حساسیت بالاتر در مورد معنویت بیماران و کمک به آن‌ها برای شناسایی نیازهای نهان معنوی بیماران است.^(۱۲)

مراقبت معنوی در پرستاری به مراقبت‌هایی گفته می‌شود که توسط پرستار ارایه می‌شوند و با نیازهای مذهبی و وجودی بیماران از قبیل سؤال‌ها و تجارب آن‌ها در خصوص معنی و هدف مذهب و معنویت مرتبط هستند.^(۱۳) معنویت و مراقبت‌های معنوی دو مفهوم مجزا هستند که ابعاد ویژه‌ای از مراقبت را مد نظر قرار می‌دهند.^(۱۰) شایستگی معنوی در مراقبت معنوی به مجموعه‌ای از مهارت‌ها اشاره می‌کند که در فرایند پرستاری بالینی به کار می‌رود.^(۱۳) مؤلفان دیگری نیز طبیعت و محتوای شایستگی‌های پرستاری را در مراقبت‌های معنوی توصیف کرده‌اند.^(۱۴و۱۵)

در بین ابزارهای موجود برای اندازه‌گیری شایستگی در ارایه مراقبت‌های معنوی، پرسش‌نامه تدوین شد که توسط ون لئون و همکاران در سال ۲۰۰۹ از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و نقاط ضعف ابزارهای قبلی را ندارد.^(۱۲)

همبستگی پیرسون (r) بین مؤلفه‌ها با استفاده از مجموع نمرات افراد مشارکت‌کننده محاسبه شد. نسبت واریانس توضیح داده شده به طور خطی (r^2) بین مؤلفه‌ها از طریق تقریب مربع r تخمین زده شد. تحلیل عاملی اکتشافی با نرم‌افزار SPSS و ویرایش ۱۳ و تحلیل عاملی تأییدی با نرم‌افزار AMOS و ویرایش ۱۶ انجام شد. همه آزمون‌های آماری دو دامنه‌ای بودند. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

* یافته‌ها:

میانگین سنی دانشجویان مورد مطالعه $21 \pm 1/4$ سال (حداکثر ۲۸ و حداقل ۱۸ سال) بود. تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس و مقدار ایگن کم‌تر از یک، ۶ بُعد را نشان داد که قادر بود ۶۳/۱۸ درصد کل واریانس را توضیح دهد. بُعد «نگرش نسبت به روحیات معنوی بیمار» آلفای کرونباخ ضعیفی را نشان داد، اما همبستگی بین سؤال‌های آن به یکسان بودن مقیاس اشاره کرد. آنالیز مؤلفه اصلی با چرخش واریماکس شواهدی را درباره چند بُعدی بودن پرسش‌نامه مذکور ارائه کرد (جدول شماره ۱).

یافته‌های مرتبط با همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌ها نشان داد که فقط ارتباط بین نگرش و بُعد ارزیابی به خاطر خطای تصادفی ناچیز بود و بین بقیه مؤلفه‌ها همبستگی معنی‌داری دیده شد (جدول شماره ۲) ($P < 0/05$).

نتایج فرایند آزمون بازآزمون نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین آزمون و بازآزمون برای زیر شاخه «نگرش درباره معنویت بیمار» بود. به هر حال اهمیت این تغییرها در طول زمان با توجه به حد آستانه تعیین شده توسط کوهن جزئی و ناچیز بود ($ES < 0/20$) (جدول شماره ۳). نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که مدل ۶ عاملی استخراج شده، برازش مناسبی با داده‌های حاصله داشت ($RMSEA = 0/058$ ، $CFI = 0/94$ ، $GFI = 0/92$ ، $AGFI = 0/76$).

معنوی مشخص کنند. برای مثال «می‌توانم به بیمار کمک کنم تا فعالیت‌های مذهبی روزانه‌اش (نماز خواندن، تلاوت قرآن و گوش کردن به نواهای مذهبی) را ادامه دهد». گزینه‌های پاسخ از ۱ به عنوان کاملاً مخالفم تا ۵ به عنوان کاملاً موافقم ادامه داشت. ابتدای پرسش‌نامه نیز حاوی اطلاعات جمعیتی شامل سن و سال ورود به دانشگاه بود.

در این پژوهش برای فرایند ترجمه از رویکرد جونز و همکاران استفاده شد که مخلوطی از راهبردهای متقارن و نامتقارن است.^(۱۶) پرسش‌نامه در چندین مرحله به زبان فارسی ترجمه شد که شامل (الف) ترجمه از انگلیسی به فارسی و برگردان ترجمه از فارسی به انگلیسی توسط مترجم‌های جداگانه (ب) بررسی نسخه‌های اصلی انگلیسی، فارسی و نسخه برگردان توسط پانل خبرگان و تعادل در معنایی (ج) پیش آزمون و اصلاح ترجمه فارسی در نمونه ۲۰ نفری و (د) انجام تحلیل عاملی اکتشافی به منظور تأیید روایی سازه. جهت تعیین اعتماد یا پایایی ابزار از روش بازآزمایی با فاصله دو هفته (بین ۲۰ نفر) و برای بررسی تجانس درونی از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. افرادی که در مطالعه پایلوت مانند تعیین ضریب بازآزمون و غیره شرکت داشتند، از مطالعه نهایی حذف شدند. برای تعیین اعتبار سازه با روش تحلیل عاملی تأییدی، پرسش‌نامه توسط ۱۱۰ نفر از دانشجویان تکمیل شد.^(۱۷) مقدار آماره تی و شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit, GFI)، ریشه میانگین مربع خطای تقریبی (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA)، شاخص کای دو و درجه آزادی متناظر با آن، شاخص برازش مقایسه‌ای یا تطبیقی (Comparative Fit Index, CFI) و ریشه میانگین مربع باقی‌مانده (Root Mean Square Residual, RMR) برای تعیین برازندگی تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.^(۱۸) شاخص RMSEA و RMR کوچک‌تر یا مساوی ۰/۰۸، GFI و CFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰، نسبت کای دو به درجه آزادی کم‌تر از ۵، نشان‌دهنده برازش مناسب بود.^(۱۹) آزمون KMO و آماره بارتلت نشان دادند که داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی مناسب بودند ($P > 0/05$ ، $KMO = 0/91$). ضرایب

جدول ۱- تحلیل مؤلفه‌های اصلی پرسش‌نامه شایستگی‌های دانشجویان پرستاری برای ارزیابی مراقبت‌های معنوی

ابعاد	سؤال‌ها	ضریب آلفای کرونباخ سؤال‌ها	ضریب آلفای کرونباخ سازه	میانگین همبستگی بین سؤال‌ها
ارزیابی و اجرای مراقبت‌های معنوی	گزارش شفاهی پرستار درباره عملکرد معنوی بیمار	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۴۱
	گزارش مکتوب پرستار درباره عملکرد معنوی بیمار	۰/۸۱		
	نقش مستندسازی پرستار برای مراقبت معنوی در برنامه مراقبت از بیمار	۰/۸۰		
	هماهنگی مراقبت معنوی در مشاوره در ابعاد مختلف	۰/۷۵		
	هماهنگی مراقبت معنوی در گفتگو با بیمار	۰/۶۳		
	گزارش شفاهی و مکتوب از نیازهای معنوی بیمار	۰/۵۰		
تخصص‌گرایی و بهبود کیفیت مراقبت‌های معنوی	پیشنهاد‌های مرتبط با خط مشی برای مدیریت مراقبت‌های معنوی	۰/۷۹	۰/۸۲	۰/۳۸
	همکاری با متخصصان و افراد خبره در مراقبت‌های معنوی	۰/۷۸		
	هدایت کارکنان مراقبت بهداشتی در ارزیابی مراقبت‌های معنوی	۰/۷۵		
	اجرای پروژه‌های بهبود کیفیت مراقبت‌های معنوی	۰/۶۸		
	مشارکت در کیفیت مراقبت‌ها معنوی	۰/۵۵		
	توجه به مشکلات کاری مرتبط با مراقبت‌های معنوی	۰/۴۸		
حمایت فردی و مشاوره با بیمار	کمک به بیمار برای ادامه عادات و تشریفات مذهبی روزمره	۰/۷۱	۰/۷۶	۰/۴۲
	تدارک مراقبت معنوی برای بیمار	۰/۶۹		
	تدارک اطلاعات برای بیمار با توجه به وضع مذهبی‌اش	۰/۶۷		
	توجه به سؤال‌های مذهبی بستگان بیمار	۰/۶۱		
	توجه به اعمال مذهبی بیمار طی مراقبت‌های روزانه	۰/۶۰		
	ارزیابی مراقبت معنوی با بیمار و گروه	۰/۵۹		
ارجاع به متخصصان	ارجاع بیمار با نیازهای مذهبی به سایر کارکنان مراقبت بهداشتی و درمانی	۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۴۸
	اختصاص کافی مراقبت‌های معنوی	۰/۸۱		
	آگاهی از زمان مشاوره با مشاور مذهبی یا روحانی	۰/۷۶		
نگرش درباره معنویت بیمار	عدم تعصب نسبت به باورهای مذهبی بیماران	۰/۷۸	۰/۷۲	۰/۳۳
	تحمیل نکردن مسایل معنوی شخصی به بیماران	۰/۷۵		
	احترام به عقاید مذهبی بیماران	۰/۷۰		
	تشخیص محدودیت‌های شخصی در مراقبت‌های معنوی	۰/۶۶		
ارتباطات	گوش دادن فعالانه به داستان زندگی بیمار	۰/۸۵	۰/۶۵	۰/۵۷
	نشان دادن نگرش‌های پسندیده در مقابل روحیه مذهبی بیمار	۰/۸۲		

جدول ۲- همبستگی ابعاد پرسش‌نامه و واریانس توضیح داده شده به طور خطی بین ابعاد [F (r²)]

نگرش	ارتباطات	ارجاع	حمایت فردی	تخصص‌گرایی	ارزیابی
۰/۲۳ (۰/۰۸)	۰/۳۲ (۰/۱۲)	۰/۵۶ (۰/۳۱)	۰/۳۱ (۰/۱۱)	۰/۵۹ (۰/۳۵)	ارزیابی
۰/۳۹ (۰/۱۸)	۰/۳۰ (۰/۱۰)	۰/۵۸ (۰/۳۴)	۰/۴۸ (۰/۲۳)		تخصص‌گرایی
۰/۱۱ (۰/۰۶)	۰/۱۸ (۰/۰۴)	۰/۳۷ (۰/۱۶)			حمایت فردی
۰/۲۲ (۰/۰۷)	۰/۳۵ (۰/۱۴)				ارجاع
۰/۲۷ (۰/۰۹)					ارتباطات
					نگرش

F = ضریب همبستگی بین ابعاد پرسش‌نامه ، F² واریانس خطی توضیح داده شده بین ابعاد

جدول ۳- تحلیل پایایی آزمون بازآزمون در فاصله زمانی دو هفته

ابعاد	میانگین (انحراف معیار)	شروع کار	۲ هفته بعد	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	فاصله اطمینان
ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی	۱۵/۶ (۲/۷۱)	۱۵/۶ (۲/۷۱)	۱۵/۴ (۲/۰۶)	۰/۵۲	n.s	
تخصص‌گرایی و بهبود کیفیت مراقبت	۱۵/۸ (۳/۳)	۱۵/۸ (۳/۳)	۱۵/۹۵ (۲/۷)	۰/۶۸	n.s	
حمایت فردی و مشاوره با بیمار	۱۶/۵ (۰/۷۶)	۱۶/۵ (۰/۷۶)	۱۶/۹۵ (۱/۲۴)	۰/۵۸	n.s	
ارجاع به متخصص	۷/۹ (۱/۶)	۷/۹ (۱/۶)	۸/۴ (۱/۱۴)	۰/۵۳	n.s	
نگرش درباره معنویت بیمار	۱۳/۳۵ (۱/۵۳)	۱۳/۳۵ (۱/۵۳)	۱۴/۱۵ (۱/۴۲)	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۱۱ (۰/۴۳)
ارتباطات	۷/۰۵ (۱/۱۴)	۷/۰۵ (۱/۱۴)	۶/۵ (۱/۴)	۰/۰۹	n.s	

n.s = غیر معنی‌دار

* بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد که ترتیب عوامل استخراج شده از داده‌های مرتبط با پرسش‌نامه شایستگی دانشجویان پرستاری در ارایه مراقبت‌های معنوی کاملاً با نسخه اصلی منطبق بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۷۷ و برای زیر شاخه‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ و تمام ضرایب همبستگی بین سؤالی، معنی‌دار بود. پرسش‌نامه پایایی مناسبی داشت و ۶ عامل استخراج شده قادر به توضیح ۶۳/۱۸ درصد واریانس متغیر اصلی بودند که با پژوهش اصلی مشابهت داشت.^(۱۴) به طور کلی، پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری شایستگی دانشجویان پرستاری در سطح گروهی در قالب آموزش در گروه‌های سازمانی و همچنین به عنوان ابزاری برای تحقیق‌های آتی مناسب بود. این یافته‌ها مشابه تحقیق وان لئون و کاسولر بود.^(۱۴) سه بُعد کلی (هوشیاری و خود کنترلی، ابعاد معنوی مراقبت پرستاری، اطمینان از کیفیت و تخصص) در این مطالعه نیز قابل تشخیص بودند. این یافته‌ها نشان داد پرسش‌نامه مذکور اساس نظری محکم و استواری دارد و تقریباً تمام نکته‌های کلیدی که در نیمرخ شایستگی توصیف شده است، در این مطالعه مورد تأیید قرار گرفته‌اند. همچنین سؤال‌هایی را درباره محتوای مراقبت معنوی در پرستاری طرح نموده است.^{(۱۵) (۱۴ و ۱۵)}

معنویت، راهبرد و منبع قدرتمندی برای مقابله است و در زمان تنش و بیماری، مقابله را تسهیل می‌کند.^(۲۰ و ۲۱) همچنین مطالعه‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای سلامت معنوی، فشار کم‌تری را تحمل می‌کنند.^(۲۳-۲۱) در رویکرد جامع‌نگر مراقبت، پرستاران اهمیت معنویت را در انسان به عنوان موجود زیستی- روانی- اجتماعی و معنوی پذیرفته‌اند.^(۲۴ و ۲۵) بنابراین پرستاران باید مطمئن شوند که همراه با سایر ابعاد مراقبت جامع‌نگر، به بُعد معنوی نیز بپردازند.^(۲۶) سایر مطالعه‌ها نیز اثرات مثبت مراقبت معنوی بر بیماران، خانواده آن‌ها و حتی خود پرستاران را مورد تأیید قرار داده‌اند. این بُعد مهم مراقبت جامع‌نگر، بهزیستی کلی بیماران و خانواده آن‌ها را ارتقا می‌بخشد.^(۲۷)

در این مطالعه ارتباط بین ابعاد ارزیابی و تخصص‌گرایی، تخصص‌گرایی و ارجاع قابل توجه بود. دانشجویان پرستاری که به مراقبت معنوی به عنوان بخش مهمی از مراقبت‌ها و خط مشی‌های بهداشتی توجه می‌کنند، احتمال بیش‌تری دارد تا مراقبت‌های معنوی را به کسانی که تخصص بیش‌تری در این حیطه دارند ارجاع دهند. نتایج مشابهی به هنگام ارزیابی روابط بین نگرش نسبت به ارزیابی، ارزشیابی و ارجاع به متخصصان حرفه‌ای‌تر و دارای مهارت بیش‌تر دیده می‌شود. بنابراین در کسانی که تمایل به ارزیابی و گزارش نیازها و اجرای مراقبت‌های معنوی بیمار دارند، این احتمال بیش‌تری است که بیماران دارای نیازهای معنوی را به افراد خبره در زمینه مذهبی ارجاع دهند.

تفسیر شخصی دانشجویان از سؤال‌های زیر شاخه «نگرش در مورد معنویت بیمار» ممکن است در تنوع پاسخ‌گویی به سؤال‌ها نقش مهمی داشته باشد. در جریان آموزش، دانشجویان باید فهم و درک یکسان و یکنواختی را از چنین سؤال‌هایی کسب کنند؛ چرا که این جنبه‌ها براساس نگرش‌هایی استوار هستند که با شخصیت ویژه یک پرستار مربوط است.^(۱۲) در مطالعه‌های داخلی نیز آمده است که پرستاران آن گونه به معنویت و مراقبت معنوی می‌نگرند که سایر افراد از نژادها و مذاهب دیگر به آن نگاه می‌کنند.^(۲۸) معنویت فراتر از رنگ‌ها، ویژگی‌ها و مرزهای جغرافیایی است و متحدکننده فرد با سایر افراد، دنیای پیرامون و خداست. بنابراین درک دانشجویان درباره معنویت، نقش مهمی هنگام پاسخ‌گویی به سؤال‌ها بازی می‌کند، به خصوص هنگامی که به جنبه‌هایی از نگرش فردی پرداخته می‌شود. البته نتایج و پاسخ‌ها ممکن است تا حدودی به تجربه بالینی قبلی دانشجویان در مراقبت معنوی بستگی داشته باشد. این نتایج مشابه یافته مطالعه‌ای بود که بیان می‌کند تجربه بالینی به ارزیابی مجدد ارزش‌ها منجر می‌شود به خصوص در کارکنانی که درگیر مراقبت‌های معنوی هستند.^(۲۹)

- al. Spiritual care activities of nursing using Nursing Intervention Classification (NIC) labels. *Int J Nurs Terminol Classif* 2003 Oct-Dec; 14 (4): 113-24
3. Lemmer C. Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of U.S. baccalaureate nursing programs. *J Nurs Educ* 2002 Nov; 41 (11): 482- 91
4. Narayanasamy A. Spirituality coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J Nurs* 2002 Dec 12-2003 Jan 8; 11 (22): 1461-70
5. Monareng LV. Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis* 2012 Oct 8; 35(1): E1-9
6. Culliford L. Spirituality and clinical care. *BMJ* 2002; 325: 1434-35
7. American Nurses Association. *Nursing: Scope and standards of practice*. 2nd ed. Silver Spring, Md: Nursesbooks; 2010. 142
8. Strang S, Strang P, Ternstedt BM. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *J Clin Nurs* 2002 Jan; 11 (1): 48-57
9. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of research to date. *J Clin Nurs* 2006 Jul; 15 (7): 852-62
10. McSherry W. Making sense of spirituality in nursing and healthcare practices: an interactive approach. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006, 79-83
11. Swinton J, Narayanasamy A. Response to: 'A critical view of spirituality and spiritual assessment' by P. Draper and W. McSherry (2002) *J Adv Nurs* 39, 1-2. *J Adv Nurs* 2002 Oct; 40 (2): 158-60
12. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, et al. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs* 2009 Oct; 18 (20): 2857-69
13. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H.

هر قدر دانشجویان پرستاری از وضعیت روحی خود آگاه‌تر باشند، از وضعیت روحی بیماران خود نیز آگاه‌تر می‌شوند. این آگاهی و پرورش معنویت در دانشجویان، پیش شرطی برای ایجاد تعهد در فرایند مراقبت معنوی است.^(۳۰) در حقیقت به منظور نزدیک شدن به بیمار دارای تنش، آنان باید از زندگی معنوی خود آگاه باشند. در ضمن مطابق استانداردها، پرستاران باید دارای مهارت‌های لازم برای رفع نیازهای معنوی بیماران باشند.^(۳۱،۳۲)

دانشجویان ممکن است احساس کنند برای تدارک مراقبت‌های روانی به بیمار، فرد مناسبی نیستند یا نقش کم رنگی دارند. دلایل این مسأله ممکن است فقدان مهارت کافی، اعتماد به نفس پایین و فهم کم نسبت به مراقبت‌های معنوی باشد. بنابراین اطمینان بخشی و افزایش آگاهی از طریق آموزش می‌تواند شایستگی پرستاران را در ارایه مراقبت‌ها افزایش دهد و موجب آرامش و ارتقای سلامت بیمار شود. براساس متون قبلی و علی‌رغم این حقیقت که این ابزار براساس منابع پرستاری طراحی شده است، ولی می‌توان آن را در سایر حوزه‌های مراقبت بهداشتی مانند پزشکان، پیراپزشکان و غیره به کار برد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که پرسش‌نامه تنها در گروهی از دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین بررسی شد و این نمونه گویای کل جامعه دانشجویان پرستاری و پرستاران نیست. مطالعه‌های آتی، می‌توانند پرسش‌نامه را در دانشجویان یا پرستاران مناطق دیگر با فرهنگ و عقاید مذهبی مختلف بکار ببرند. همچنین، پژوهش‌های کیفی می‌توانند محتوای سؤال‌ها و اعتبار پرسش‌نامه را ارتقا دهند.

* مراجع:

1. Abolghasemi Mahani S. Spirituality role in nursing care and its application at hospitals and health care center. *Quarterly J Med Ethics* 2008; 2 (6): 121-53 [In Persian]
2. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, et

- Nurse competence scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs* 2004 Jul; 47 (2): 124-33
14. van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *J Adv Nurs* 2004 Nov; 48 (3): 234-46
15. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* 2006 Jul; 15 (7): 885-96
16. Jones EG, Mallinson RK, Phillips L, Kang Y. Challenges in language, culture, and modality: translating English measures into American sign language. *Nurs Res* 2006 Mar-Apr; 55 (2): 75-81
17. Arojjan KJ, Norris AE. Confirmatory factor analysis. In: Munro BH. *Statistical methods for health care research*. 5th ed. New York: Lippincott; 2005. 351-75
18. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2007. 109-111
19. Byrne BM. *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. 1st ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2006. 216
20. Black JM, Hawks JH. *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcome*. 8th ed, Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2009. 32-41
21. Shives LR. *Basic concept of psychiatric-mental health nursing*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 2008. 20-6
22. Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of nursing research literature. *J Adv Nurs* 2001 Jun; 34 (6): 833-41
23. Berman A, Snyder J. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts process and practice*. 9th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2008. 205-49
24. Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatr Nurs* 2005 May-Jun; 26 (3): 154-61
25. Mauk KL, Schmidt NK. *Spiritual care in nursing practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2004. 303-34
26. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res* 2010 Nov; 23 (4): 242-4
27. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs* 2001 Feb; 33 (4): 446-55
28. Mazaheri M, Falahi M, Madah SB, Rahgozar M. Nursing attitude toward spirituality and spiritual care. *Payesh* 2008; 8 (1): 31-7 [In Persian]
29. Meyer CL. How effectively are nurse educators preparing students to provide spiritual care? *Nurse Educ* 2003 Jul-Aug; 28 (4): 185-90
30. Pesut B. The development of nursing student's spirituality and spiritual care-giving. *Nurs Educ Today* 2002 Feb; 22 (2): 128-35
31. McSherry W, Gretton M, Draper P, Watson R. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: A survey of student nurses perceptions. *Nurs Educ Today* 2008 Nov; 28 (8): 1002-8
32. Draper P, McSherry W. A critical view of spirituality and spiritual assessment. *J Adv Nurs* 2002 Jul; 39 (1): 1-2