

آموزش معنویت و مراقبت معنوی در پرستاری: چالشی برای برنامه ریزی درسی

عبدالله خرمی مارکانی^{۱*}، دکتر فریده یغمایی^۲، دکتر احمد ایزدی^۳

۱. دانشجوی دکترای پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
۲. دانشیار، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه تعلیم و تربیت، دانشگاه امام حسین(ع)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: معنویت به عنوان اساس هستی انسانی و تاثیر آن در التیام و شفا بخشی انسان در سال های اخیر مورد توجه فزاینده ای قرار گرفته است. بعد معنوی یکی از ابعاد چهارگانه مراقبت کلی نگر بوده و مانند ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی انسان از اهمیت خاصی برخوردار است. رویکرد کلی نگر راهکار مناسبی برای شاغلین حرفه های بهداشتی درمانی به ویژه پرستاران، جهت توجه به تمامی ابعاد وجودی انسان فراهم کرده است. سازمان جهانی بهداشت، مجمع بین المللی پرستاران، کدهای اخلاقی دانشگاه های دنیا و نیز اکثر نظریه پردازان پرستاری بر لزوم توجه به آموزش معنویت و مراقبت معنوی در چارچوب رویکرد کلی نگر تاکید دارند. از آن جایی که حرفه پرستاری وظیفه مراقبت جسمی، روانی اجتماعی، فرهنگی و معنوی بیماران را بر عهده دارد، برای توجیه این ادعا، به پرستاران آگاه و توانا جهت پاسخ گویی به نیازهای معنوی بیماران نیاز دارد. این مقاله با مرور جامع بر متون مربوط، قصد دارد به اهمیت آموزش معنویت و مراقبت معنوی در پرستاری پرداخته و ضمن توجه به الزامات قانونی و اخلاقی ادغام آن در برنامه های آموزشی، آن را به عنوان چالشی برای برنامه ریزی دوره کارشناسی پرستاری در ایران مورد توجه قرار دهد.

مواد و روش ها: در این مطالعه، مرور جامع و عمیق متون با استفاده از شبکه جهان گستر از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۹ میلادی با کلید واژه های پرستاری، آموزش معنویت و مراقبت معنوی در پایگاه داده های ایرانی و بین المللی از جمله PubMed, IranDoc, IranMedex, ProQuest, ERIC, ScienceDirect و Ovid انجام گرفت.

یافته ها: مرور متون نشان داد که در برنامه های درسی اکثر دانشگاه های کشورهای غربی و شرقی آموزش معنویت و مراقبت معنوی وارد شده است، ولی به دلایل مختلف، پرستاران هنوز آمادگی لازم جهت شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران را نداشته و به آموزش دانشگاهی بیشتری نیاز دارند. در ایران هیچ پژوهشی در مورد لزوم ورود معنویت و مراقبت معنوی در برنامه درسی دوره کارشناسی پرستاری انجام نشده است.

نتیجه گیری: مدرسین پرستاری در آماده سازی دانشجویان پرستاری جهت تشخیص و رفع نیازهای معنوی بیماران نقش مهمی دارند. اصول معنویت و مراقبت معنوی باید در برنامه درسی دوره کارشناسی پرستاری وارد شده و در دانشکده های پرستاری تدریس شود.

کلید واژه ها: معنویت، مراقبت معنوی، آموزش پرستاری، برنامه ریزی درسی

زمینه و هدف

معنویت جوهره هستی انسان است که به سفر زندگی شکل داده و توسط زندگی شکل می گیرد (O'Brien, ۲۰۰۴).

معنویت جنبه های غیر فیزیکی انسان را شامل شده و از طریق ارتباط زندگی انسان با خدا، خود، دیگران و طبیعت تجربه می شود (Bradshaw, ۱۹۹۷). اعتقادات معنوی با تمام جنبه های سلامتی و بیماری فرد همراه بوده، عادات روزانه زندگی را هدایت کرده و منشأ حمایت، قدرت و بهبودی است. بعد معنوی یکی از ابعاد چهارگانه مراقبت کلی نگر بوده و مانند ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی انسان از اهمیت خاصی برخوردار است (McSherry, ۱۹۹۷). معنویت

*نویسنده مسئول مکاتبات: عبدالله خرمی مارکانی؛ تهران، خیابان شریعتی، جنب بیمارستان مفید، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی
آدرس پست الکترونیک: Khorami.Abdollah@gmail.com

صورت یک متغیر ذاتی می داند که جزء ساختار پایه فرد بوده و تندرستی، سلامتی و ثبات مطلوب را تسهیل می کند. در تئوری Watson (۱۹۹۹) معنویت به صورت یکی از توانایی های انسان در نظر گرفته شده که فرد را برای خودآگاهی، افزایش هوشیاری و تعالی خود قادر می سازد. هم چنین به گفته Chinn & Kramer (۲۰۰۴) نظریه پردازان پرستاری از جمله Orem, Rogers, Neuman و Roy به ماهیت کلی نگر و یکپارچه انسان در توصیف مفهوم شخص تاکید نموده و مراقبت معنوی را فعالیت ها و روش هایی می دانند که کیفیت زندگی معنوی، تندرستی معنوی و عملکرد معنوی مددجویان را ارتقاء می دهد (Taylor ۲۰۰۲; Cheryl, ۲۰۰۷).

از آن جایی که پرستاران وظیفه مراقبت جامع از بیماران را بر عهده دارند، می بایست پاسخ گوی نیازهای معنوی بیماران نیز باشند. به علاوه، پرستاران برای برآورده نمودن نیازهای معنوی مددجویان و دانشجویان پرستاری، باید در باره معنویت، موانع ارایه مراقبت معنوی و مهارت های مورد نیاز انجام مراقبت معنوی از جمله مهارت های ارتباطی و بین فردی، نحوه ایجاد اعتماد، خود آگاهی، توجه به ارزش های فردی، صداقت و همکاری چند رشته ای (Narayanasamy, ۱۹۹۹; Cheryl, ۲۰۰۷; Nolace & Kristen, ۲۰۰۴) آموزش دریافت کرده و آن را به طور کامل اجرا نمایند. نتایج پژوهش ها شواهد زیادی در مورد عدم آگاهی پرستاران در باره بعد معنوی به عنوان بخش مهمی از مراقبت پرستاری فراهم کرده است که با پیامد نارسایی در انجام مراقبت کلی نگر همراه است (Baldachino, ۲۰۰۳; Ross, ۱۹۹۷). اگر چه آموزش های زیادی برای یادگیری معنویت در مراقبت پرستاری از طرف صاحب نظران توصیه شده است ولی پژوهش های اندکی، شکل و چگونگی آموزش آن را بررسی کرده است. لذا لازم است جایگاه آموزش معنویت در پرستاری، مسائل و موانع پیرامون آموزش و الزامات قانونی و اخلاقی آن به عنوان موضوعاتی مهم برای برنامه ریزان درسی و مدرسان پرستاری مورد توجه قرارگیرد.

مواد و روش ها

در این مطالعه، مرور جامع و عمیق متون با استفاده از شبکه جهان گستر از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۹ میلادی انجام شد. کلید واژه های مورد استفاده، پرستاری، معنویت، آموزش معنویت، مراقبت معنوی و برنامه ریزی درسی بودند که در مجلات معتبر موجود در پایگاه داده های ایرانی و بین المللی از جمله ScienceDirect, PubMed, IranDoc, IranMedex

به عنوان جوهره وجودی انسان و تاثیر آن در التیام و شفابخشی انسان در سال های اخیر مورد توجه فزاینده ای قرار گرفته است. سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) سلامتی را از چهار جنبه تندرستی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف کرده و بر توجه به عقاید و اعتقادات بیماران در التیام بخشی و ارتباط افراد حرفه ای با بیماران تاکید نموده است. امروزه سلامتی به صورت یک فرایند پویای دستیابی به سطوح بالاتر تندرستی در هر یک از ابعاد چهارگانه وجودی انسان در نظر گرفته می شود. رویکرد کلی نگر راهکار مناسبی برای شاغلین حرفه های بهداشتی درمانی به ویژه پرستاران جهت توجه به تمامی ابعاد وجودی انسان است. در این رابطه، پرستاران خود را مدعی انجام مراقبت کلی نگر معرفی کرده و می توانند به حفظ تندرستی بیماران کمک نمایند (Baldachino, ۲۰۰۷; Govier, ۲۰۰۰).

از دیدگاه بسیاری از روان شناسان، انسان یک کل است. بر این اساس کنش انسان تحت تاثیر تمام ابعاد وجودی او قرار دارد. اگر بیماری به عنوان یک کنش در نظر گرفته شود، بدیهی است که این کنش تحت تاثیر ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی او قرار دارد. بنابراین، افراد دست اندر کار سلامت علاوه بر دانش و مهارت لازم در باره جسم، به اطلاعات دقیق در زمینه مسائل معنوی بیماران نیز نیاز دارند (Adolphs et al, ۲۰۰۳; Dowling et al, ۲۰۰۴; Woolfolk, ۱۹۹۵).

مجمع بین المللی پرستاران (۲۰۰۰) نیز نقش پرستاران را در ارتقاء دادن محیط مشخص نموده است که در آن حقوق انسانی، ارزش ها، عادات و اعتقادات معنوی فرد، خانواده و جامعه مورد احترام قرار می گیرد. از طرفی طبق کدهای اخلاقی اکثر دانشگاه ها، از پرستاران انتظار می رود مراقبت را بر اساس وضعیت و نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران انجام دهند. بنا به دلایل فوق آموزش معنویت جهت ارایه مراقبت پرستاری جامع ضروری بوده و پرستاران باید نقش فعالی در رفع نیازهای معنوی بیماران داشته باشند (Van Leeuwen و همکاران، ۲۰۰۶; Lemmer, ۲۰۰۲).

نویسندگان و نظریه پردازان پرستاری معنویت را به صورت های مختلفی مانند جستجوی معنی و هدف زندگی، ارتباط با یک نیروی مافوق و تعادل انرژی تعریف کرده اند. نایتینگل (Nightingale)، نیومن (Neuman)، واتسون (Watson)، تراول بی (Travelbee) و لنینجر (Leninger) توجه به نیازهای معنوی بیماران را به عنوان نقش پرستاری در نظریه های خود مورد توجه قرار داده اند (Meleis, ۱۹۹۱; Mitchel و همکاران، ۲۰۰۶). Neuman (۱۹۹۵) معنویت را به

ERIC, ProQuest و Ovid مورد جستجو قرار گرفت. نتایج جستجوی متون در سه بخش معنویت و مراقبت معنوی در آموزش پرستاری، مسائل پیرامون آموزش معنویت در پرستاری و ضرورت اخلاقی و قانونی آموزش معنویت و مراقبت معنوی ارائه می شود.

یافته ها

نتایج مطالعه Calister و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که فقط تعداد کمی (۱۵/۵ درصد) از دانشجویان با معنویت و مراقبت معنوی آشنا بودند. هم چنین در این مطالعه در باره آموزش معنویت در پرستاری، وجود خلاء در متون گزارش شد. جهت رفع شکاف موجود، پژوهشگران ارائه درس معنویت و مراقبت معنوی را در برنامه آموزش کارشناسی پرستاری پیشنهاد کردند. طبق نتایج پژوهش اقداماتی مانند برقراری ارتباط مبتنی بر اعتماد، تدارک و تسهیل محیط معنوی حمایت کننده، توجه به ارزش های اعتقادی، فرهنگی و معنوی بیماران، اهمیت دادن به حضور پرستار طی دوره تنش معنوی در بالین بیمار و ادغام معنویت در طرح مراقبتی در اکثر مقالات بالینی دانشجویان منعکس شده است (Lynn و همکاران، ۲۰۰۴).

در مطالعه Olson و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف شناسایی محدوده معنویت در برنامه های درسی کارشناسی پرستاری در دانشگاه های کانادا انجام شد، وجود سردرگمی مفهومی در باره معنویت و لحاظ نشدن بعد معنوی در اهداف برنامه درسی و دوره آموزشی مشخص شد و در نهایت پژوهشگران توصیه نمودند که در آموزش پرستاری به بعد معنوی باید توجه بیشتری مبذول شود (Corinne & Lemmer، ۲۰۰۵؛ Olson و همکاران، ۲۰۰۳). در یک مطالعه گراند تئوری با نمونه ۴۶ نفری از پرستاران ارایه دهنده مراقبت معنوی نتیجه گیری شد که اکثر پرستاران (۸۵ درصد) آمادگی کمی را برای انجام مراقبت معنوی از برنامه های کارشناسی پرستاری کسب کرده بودند (Schnorr، ۱۹۹۸). در مطالعه Piles (۱۹۹۰) نیاز به محتوای مراقبت معنوی در برنامه های پرستاری پایه نشان داده شد و مشخص شد که سطح مراقبت معنوی عملی پرستاران به صورت مثبت با برنامه های پایه پرستاری ارتباط دارد. در این مطالعه ۹۶/۵ درصد پرستاران اعتقاد داشتند که مراقبت کلی نگر شامل مراقبت معنوی بوده و ۶۵ درصد آنان اظهار کردند که آمادگی کافی برای اجرای مهارت های مراقبت معنوی را ندارند. به اعتقاد پرستاران، بیماران نیازهای معنوی متعددی داشته اند که در ۶۶ درصد موارد بر آورده نشده یا به طور

ضعیف بر آورده می شود. در همین مطالعه مشخص شد ۶۰ درصد از پرستاران تمایل به کسب آموزش بیشتر جهت مراقبت معنوی را داشتند (Lemmer، ۲۰۰۲).

در باره ضرورت آموزش معنویت برای پرستاری حرفه ای تاکید شده است که فارغ التحصیلان پرستاری باید قادر به اجرای بررسی کلی نگر باشند که شامل شرایط معنوی مددجویان و توجه به جنبه های معنوی سلامتی در کار عملی می باشد. هم چنین آن ها در بخش استاندارد های کاری پرستاری بالینی به بعد معنوی به عنوان یک عرصه متمرکز برای بررسی پرستاری تاکید کردند (Taylor & Amenta، ۱۹۹۴). طبق مطالعه Highfield & Cason

(۱۹۸۳) به دلیل عدم وضوح مفاهیم معنویت و مراقبت، پرستاران نیازهای معنوی را با نیازهای روانی اجتماعی بیماران ادغام می کنند. هم چنین در این پژوهش مشخص شد دانش و آگاهی اندک مدرسان پرستاری در مورد معنویت، آموزش آن را تحت تاثیر قرار می دهد.

در یک پژوهش کیفی نیز نتایج حاکی از این بود که مدرسان پرستاری باید معنویت خود را بررسی کرده و با استفاده از راهکارهای عملی در آموزش کلاسی، احساس راحتی نمایند. نویسنده توصیه کرده است که قبل از این که دانشجویان و اعضای هیئت علمی دانشکده های پرستاری جهت ادراک و رفع نیازهای معنوی دیگران تلاش کنند باید ابتدا سطح آگاهی معنوی خود را تعیین کرده و سپس آن را توسعه دهند (Fulton، ۱۹۹۶).

با توجه به بررسی انجام شده در ایران هیچ پژوهشی در مورد لزوم ورود معنویت و مراقبت معنوی به برنامه درسی دوره کارشناسی پرستاری صورت نگرفته است. فقط در زمینه سلامت معنوی و نگرش پرستاران و دانشجویان پرستاری نسبت به معنویت و اعمال مراقبت معنوی چندین مطالعه انجام شده است.

معنویت و مراقبت معنوی در آموزش پرستاری

توجه به مفهوم معنویت در پرستاری به صورت قابل توجهی در دهه گذشته افزایش یافته است (Pesut، ۲۰۰۷، Cheryl؛ Silverman، ۲۰۰۳؛ Corinne & Lemmer، ۲۰۰۵؛ McSherry، ۱۹۹۷). قوانین حکومتی (دپارتمان بهداشت، ۱۹۹۲)، کدهای حرفه ای و سازمان های قانونی مانند انجمن مرکزی پرستاری مامایی و بهداشت انگلستان (UKCC، ۱۹۸۶) همه بر لحاظ شدن این بعد از کلی نگر در مراقبت بهداشتی تاکید دارند. طبق توصیه منشور بیماران دپارتمان

گذارد. Hall and Lanig (۱۹۹۳) در مطالعه خود همبستگی مثبتی بین تصور پرستاران از ارزش های اعتقادی مسیحیت و درجه راحتی آن ها در فراهم سازی مراقبت معنوی پیدا کردند. در همین رابطه Soken & Carson (۱۹۸۶) نیز همبستگی مثبتی بین تندرستی معنوی دانشجویان پرستاری و نگرش آنان به انجام مراقبت معنوی را نشان دادند. با وجود این، در مورد چگونگی تعریف معنویت و نقش پرستار در مراقبت معنوی عدم توافق قابل ملاحظه ای وجود داشت (Ross, ۱۹۹۷).

با توجه به افزایش علاقه به بعد معنوی و نتایج پژوهش های انجام شده در سال های اخیر، تلاش فراوانی برای ادغام معنویت در برنامه درسی پرستاری انجام شده است. این مسئله منجر به سوالات مهمی شده است از جمله اینکه چگونه باید معنویت در برنامه درسی پرستاری وارد شود؟ چه کسی معنویت را تدریس نماید؟ آیا معنویت می تواند آموزش داده شود یا آیا ویژگی ذاتی برای یادگیری معنویت در دانشجویان و اعضای هیأت علمی وجود دارد؟ بسیاری از برنامه های آموزش پرستاری که تلاش کرده اند معنویت را در برنامه درسی وارد کنند در ارایه تعریفی واحد از معنویت دچار اشکال شده اند (Pesut, ۲۰۰۰). نتایج پژوهش در دانشکده های پرستاری کانادا نشان داد که در ۶۲ درصد موارد در باره تعریف معنویت اتفاق نظر وجود ندارد و مفهوم معنویت بندرت تعریف شده و یا بندرت در اهداف برنامه درسی گنجانده شده است.

طبق پژوهش McSherry (۱۹۹۷) تعدادی از پرستاران جهت شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران آمادگی کافی نداشته و نیاز به آموزش دانشگاهی دارند. در این زمینه نتایج پژوهش های انجام شده (Bradshaw, ۱۹۹۷; Narayanasamy, ۱۹۹۹; Dossey & Dossey, ۱۹۹۸; Kristen & Nola, ۲۰۰۴; Stern, ۲۰۰۴) حاکی از آن است که پرستاران به دانش لازم و نیز مشارکت بیشتر در تعیین نیازهای معنوی بیماران خود علاقه دارند. پرستاران در مطالعات حالت دوگانگی بین انتظارات خود از آموزش معنویت و واقعیت های کار عملی احساس کردند. از طرف دیگر، گروه های ارزشیابی نیز انتظار دارند دستیابی پرستاران به سطح خاصی از مهارت و توانایی عملی در شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران را تایید نمایند. این توانایی ها شامل شناسایی نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران، آگاهی از ارزش مراقبت، طراحی برنامه مراقبتی، مشارکت در اجرا و ارزشیابی آن با بکارگیری رویکرد حل مسئله می باشد (UKCC, ۲۰۰۰).

بهداشت (۱۹۹۲) کارکنان مراقبت بهداشتی باید به حقوق فردی بیماران جهت حفظ خلوت و شان انسانی احترام گذاشته و تفاوت های معنوی و مذهبی را مدنظر قرار دهند. طبق پژوهش Barnum (۱۹۹۶) علاقه به برنامه های خودیاری معنوی در گروه های پرستاری و مراقبت معنوی افزایش یافته است و جامعه بیشتر از مفاهیم تندرستی کلی نگر حمایت می کند. بنا به گفته McSherry & Draper (۱۹۹۸) قبل از اینکه مراقبین بهداشتی به انجام مراقبت معنوی اقدام نمایند، باید ابتدا در باره انگیزه های خود سوال کنند. این امر هم چنین موانع پنهانی ادغام رسمی آموزش و بالین را آشکار می کند. این موانع به دو شکل عوامل درونی و عوامل بیرونی دیده می شوند. عوامل درونی از موسسه آموزشی ناشی می شود مانند عوامل سیاسی، اقتصادی و مدیریتی و عوامل بیرونی از فرد یا جامعه مانند هنجارهای فرهنگی و وابستگی مذهبی. بعضی از عوامل درونی مانند نیاز بیشتر به هوشیاری و آگاهی فرهنگی نیز ممکن است انگیزه ادغام رسمی معنویت را تحت تاثیر قرار دهد. سایر عوامل درونی مانند ترس های شخصی، پیش داوری و سوء برداشت های پیرامون معنویت ممکن است به صورت باز دارنده عمل کنند. این موانع باید توسط برنامه ریزان که به ادغام معنویت در برنامه ریزی درسی اقدام می کنند، مورد شناسایی قرارگیرد (Bradshaw, ۱۹۹۷; McSherry, ۱۹۹۷).

مسایل پیرامون آموزش معنویت در پرستاری

مرور متون نشان می دهد که در مورد آموزش معنویت در پرستاری مطالب کمی منتشر شده است. در این زمینه فقط توصیفی از یک دانشگاه اعتقاد محور وجود دارد که روش هایی را برای افزایش حساسیت معنوی دانشجویان پرستاری در برنامه درسی دوره کارشناسی طراحی نموده است (Baldachino, ۲۰۰۷). مطالعات انجام شده در دانشگاه های کشورهای غربی و شرقی در مورد ضرورت آموزش معنویت در پرستاری و اهمیت آن در کار بالینی، نشان می دهد که در این مورد توافق وجود دارد (Greenstreet, ۱۹۹۸; Fawcett & Nobel, ۲۰۰۴). مطالعات مطرح می کنند که بیماران، از پرستاران انتظار دارند که توانایی بحث در باره مسایل معنوی آن ها را داشته باشند. هم چنین طبق نتایج مطالعات، مراقبت معنوی انتظاری است که بیماران از پرستاران و پزشکان طلب می کنند و هم چنین تصورات پرستاران از معنویت خود بر میزان تشخیص نیازهای معنوی بیماران و اقدامات برنامه ریزی و اجراء شده تاثیر می

موردی، بحث در گروه های کوچک، مشارکت دادن تجارب بالینی، تفکر انتقادی در باره معنویت فردی و کار پرستاری و نیز ارایه سمینارهای دانشجویی بود.

طبق پژوهش McSherry & Ross (۲۰۰۲)، Bradshaw (۱۹۹۷) آموزش معنویت تنها بر پایه تجارب بالینی بینش کافی در یادگیرندگان ایجاد نمی کند و معنویت حاصله نیز بی ثبات خواهد بود. هم چنین طبق نتایج پژوهش ها آگاهی معنوی در تمام محیط های کاری پرورش نمی یابد و گروه های بزرگ یادگیرندگان برای آموزش معنویت مناسب نیست. لذا پیشنهاد شده است که موضوع معنویت در گروه های ۱۵-۱۰ نفری به روش کارگاهی آموزش داده شود (Narayanasamy, ۱۹۹۹). در این زمینه (King & Krisp, ۲۰۰۵) از روش های تدریس نظری، مربی گری (Mentorship)، راندهای سرپایی، ویزیت های همراه روحانی (Chaplain)، سفرهای عرصه ای (Field Journey) برای مشاهده مراسم معنوی و مذهبی، ارایه مراقبت معنوی به مددجویان در بیمارستان یا در جامعه و انجام مطالعات موردی برای آموزش معنویت و مراقبت معنوی استفاده نمودند.

در زمینه ویژگی های مدرسین معنویت، نتایج پژوهش McSherry & Draper (۱۹۹۷) نشان داد که ۷۶/۷ درصد از پرستاران بالینی برای آموزش معنویت و مراقبت معنوی به دانشجویان پرستاری و پرستاران، رویکرد تیمی و بین رشته ای (Interdisciplinary approach) را ترجیح می دهند. Narayanasamy (۱۹۹۹) نیز بر اهمیت کار تیمی بین رشته ای با شاغلین حرفه های بهداشتی درمانی جهت انجام مراقبت معنوی به بیماران و با همکاری روحانی تاکید می کند. طبق نظر ایشان، روحانیون برای کمک به پرستاران و خانواده آن ها آمادگی لازم را دارند (McClung و همکاران، ۲۰۰۶؛ Kofinas, ۲۰۰۶). با وجود این نباید یادگیرندگان انتظار داشته باشند که مدرسین پرستاری آموزش دهنده معنویت و مراقبت معنوی، کارشناس الهیات بوده و یا در دانشکده الهیات حضور داشته باشند. این مسئله به محدود شدن آموزش درسی معنویت منجر می شود. بنابراین، مدرسین معنویت باید به موضوع معنویت و مراقبت معنوی علاقمند، دارای دانش و آگاهی معنوی کافی، مهارت های بین فردی خوب بوده و از حمایت های کافی برخوردار باشند (McSherry & Draper, ۱۹۹۸).

برای برنامه ریزی جهت آموزش معنویت و مراقبت معنوی باید به تعریف واحد و جامع از معنویت، ضرورت آموزش، چگونگی آموزش، محیط آموزش و ویژگی های مدرسین توجه شود. مرور متون نشان داد که معنویت مفهومی ذهنی و ترکیبی از جنبه های مختلف وجودی انسان می باشد. معنویت به صورت دو قطبی با معنای ضمنی مذهبی و غیر مذهبی (Cawley, ۱۹۹۷)، مفهومی ماورای وابستگی مذهبی (Murray & Zentner, ۱۹۸۹)، جوهره و خدای درون فرد مرتبط با هوشیاری، معنی، ارزش، هدف و رضایت از زندگی و شان انسانی (Amenta & Taylor, ۱۹۹۴)، جهان بینی، ارتباط درون فردی و ارتباط بین فردی (Pesut, ۲۰۰۳) تعریف شده است. با وجود این، رسیدن به اجماع کامل در مورد معنی و تعریف دقیق معنویت مشکل به نظر می رسد (McSherry & Draper, ۱۹۹۸). برنامه ریزان درسی باید توجه نمایند که برنامه آموزش معنویت باید تمام ابعاد معنویت را پوشش داده و با تمرکز بر ابعاد مختلف به صورت عینی به کنترل افراط و تفریط ها کمک نموده و از آن به عنوان فرصتی برای گسترش بینش و جهان بینی یادگیرندگان استفاده نمایند.

در مورد نحوه آموزش معنویت بسیاری از دانشمندان، پژوهشگران و مدرسین پرستاری اعتقاد دارند که معنویت می تواند توسط روش های آموزشی نوین آموزش داده شود (Narayanasamy, ۱۹۹۹؛ Kristen & Nola, ۲۰۰۴). در زمینه آموزش معنویت باید به فرایندها و مسائل پشتیبانی کننده مرتبط با ادغام رسمی معنویت در برنامه درسی مانند خطر جدایی معنویت از سایر جنبه های مراقبت و تکامل شخصیتی یادگیرندگان در طول آموزش نیز توجه کافی بعمل آید. در این زمینه McSherry & Ross (۲۰۰۲) ضمن تاکید بر آموزش معنویت در برنامه درسی دانشجویان پرستاری، معتقد است که تدریس معنویت در برنامه درسی با الگوهای فلسفی آموزش دانشگاهی و با استفاده از تجارب بالینی اساتید مطابقت دارد. در این رابطه بعضی از دانشگاه های آمریکا و انگلستان در زمینه تدریس معنویت و مراقبت معنوی به پرستاران شهرت جهانی دارند. از جمله برنامه های آموزشی دارای ساختار محتوا و روش تدریس می توان به برنامه Hoover (۲۰۰۲) با دوره ۱۵ هفته ای و دوره ۱۸ هفته ای، Ellis (۱۹۸۶) با دوره ۳ تا ۸ ساعتی، Gerardy Carson & (۱۹۸۵) با دوره ۴ تا ۱۰ ساعتی هفته ای یکبار اشاره نمود (Baldachino, ۲۰۰۳). روش های آموزشی مورد استفاده شامل روش های اکتشافی تدریس از جمله سوال پرسیدن، تجزیه و تحلیل مطالعات

ضرورت اخلاقی و قانونی آموزش معنویت و مراقبت معنوی

در سال های اخیر علاقمندی به معنویت و مراقبت معنوی و آموزش آن در دانشکده های پرستاری و ادغام نظریه های معنوی در حرفه پرستاری افزایش یافته است. با وجود عدم خط مشی های مشخص برای راهنمایی آموزش دهندگان، آموزش پرستاری با چالش جدید آموزش نظریه های مراقبت معنوی و اقدامات مراقبتی به دانشجویان پرستاری روبرو می باشد (Lemmer, ۲۰۰۲; Barnum, ۱۹۹۶; Cheryl, ۲۰۰۷). نظریه پردازان بزرگ پرستاری در مدل های

مفهومی خود بر ماهیت کلی نگر و یکپارچه انسان تاکید نموده اند. با وجود اختلاف در اجزای تئوری ها، مفهوم شخص در تمام نظریه ها شامل یک تصویر کلی نگر با بعد معنوی می باشد. با توجه به تاکید فزاینده بر معنویت و مراقبت معنوی، ضروری است که مدرسان پرستاری هنر و علم مراقبت معنوی، روش های بررسی معنویت، تشخیص های پرستاری معنوی، روش های اجرا و ارزشیابی مراقبت معنوی را آموزش دهند. برای کسب آمادگی لازم برای کار پرستاری حرفه ای، دانشجویان باید با نظریه های مراقبت معنوی و مراقبت بر مبنای تئوری آشنا شوند (Chinn, ۲۰۰۴ & Krammer). برای رفع نیازهای معنوی بیماران، لازم است دانشجویان پرستاری در باره بعد معنوی انسان آموزش دریافت کرده و آن را درک نمایند. اجرا و عملی شدن مراقبت معنوی با آموزش دانشجویان شروع می شود. پس مدرسان پرستاری باید بطور موثر مفاهیم مربوطه را درک نموده و سپس آن را آموزش دهند (Amenta & Taylor, ۱۹۹۴).

مدرسان پرستاری از نظر اخلاقی و قانونی مسئولیت دارند تا علم و هنر تدریس و برنامه ریزی درسی مراقبت های معنوی را مورد توجه قرار دهند (Clark, ۲۰۰۵). معنویت و انجام مراقبت معنوی تنها به بحث های مذهبی محدود نمی شود و اعمال اعتقادی و مذهبی پایه و اساس بررسی معنویت و مهارت لازم برای اقدامات معنوی هستند. مذهب پلی برای معنویت است، طوری که مذهب با تشویق مردم به استفاده از روش های تفکر، احساس و رفتار، به تجربه حس معنی دار معنویت کمک می کند. مفاهیم ایمان و مذهب باید به دانشجویان پرستاری به عنوان اساس ادراک مراقبت معنوی آموزش داده شود (Taylor, ۲۰۰۲). توانایی معنوی دانشجویان پرستاری منجر به رشد فردی و حرفه ای آن ها و مراقبت جامع از بیماران می شود. هم چنین تسهیل نمودن پاسخ های معنوی دانشجویان با استفاده از نقشه مفهومی مراقبتی،

راهکاری برای تفکر در باره ماهیت وجودی زندگی، بیماری و رنج کشیدن در خود و بیماران فراهم می کند (Mitchel و همکاران ۲۰۰۶).

اصول اخلاقی مانند احترام، حمایت و استقلال در اجرای آموزش مراقبت معنوی به عنوان اصول اساسی غیر قابل تفکیک در تاریخچه آموزش پرستاری نهادینه شده اند. این اصول برای آموزش معنویت و مراقبت معنوی در اکثر محیط های آموزشی و بالینی باید مورد توجه قرار گیرد و معیارهای اعتبار بخشی برنامه های آموزش پرستاری نیز بر ادغام این اصول برای مراقبت معنوی از بیماران تاکید می کند (Taylor, ۲۰۰۲). طبق نظر Matso & Sherman (۲۰۰۱) تکامل معنویت در بیماران توسط دعا و عبادت، تعهدهای مذهبی و ایمان شخصی و نیز ارتباط با دیگران و شاغلین حرفه های بهداشتی درمانی می تواند منبع حمایت یا تسکین در دستیابی به تندرستی معنوی آن ها باشد. در این رابطه حرفه پرستاری که ادعای مالکیت مراقبت معنوی در ابعاد مختلف وجودی انسان را دارد، باید توانایی شناسایی و پاسخ گویی به نیازهای معنوی بیماران و روش های رفع آن ها را داشته باشند (Taylor & Amenta, ۱۹۹۴).

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش های مرتبط با آموزش پرستاری نشان داده که در فلسفه تمام برنامه های درسی دانشکده های پرستاری تاکید شده است که دانشجویان کارشناسی پرستاری باید بعد معنوی مراقبت را که شامل آماده کردن آن ها برای ایفای نقش های حرفه ای آینده می باشد، تشخیص داده و یاد بگیرند. در اکثر برنامه های آموزشی به چارچوب پرستاری کلی نگر توجه شده است که دیدگاهی برای آموزش دانشجویان جهت بررسی و رفع نیازهای معنوی بیماران فراهم می کند (Reed, ۱۹۹۲). هم چنین نتایج پژوهش های انجام شده در سایر کشورها نشان داد که علل عدم تمایل دانشکده های پرستاری به ادراک و آموزش معنویت و مراقبت معنوی به عواملی از جمله فقدان دانش معنوی مدرسین، وجود ابهام در مفهوم معنویت، راحت نبودن مدرسین پرستاری با مسایل معنوی و نیز عدم وضوح اجزای تشکیل دهنده معنویت و مراقبت پرستاری معنوی مربوط می شود. Piles (۱۹۹۰) نیز عمده ترین دلیل لحاظ نشدن مراقبت معنوی در برنامه مراقبتی پرستاری را کمبود پرستاران آموزش دیده می داند.

در ایران هیچ پژوهشی در باره آموزش معنویت و مراقبت معنوی و ادغام آن ها در برنامه درسی دوره کارشناسی پرستاری صورت نگرفته است. با توجه به اینکه رویکرد اکثر برنامه های آموزشی کشورهای غربی بر ادیان مسیحیت یا

دانشکده ها تدریس شده و توسط حرفه پرستاری مورد حمایت واقع شود. دانشکده های پرستاری، برنامه ریزان و مدرسین آن در کشور لازم است به مطالعه و بررسی دقیق چگونگی توجه به بعد معنوی مراقبت در برنامه های آموزشی توجه نمایند و با توجه به جنبه های قانونی و اخلاقی، برنامه های درسی را طوری تعدیل نمایند که ضمن ارایه تفسیر گسترده از معنویت، به فلسفه و مأموریت سازمان آموزشی نیز توجه شود. روش های آموزش معنویت و مراقبت معنوی بیشتر مشارکتی و یادگیرنده- محور هستند که در صورت ادغام در برنامه آموزشی پرستاری ایران به راحتی قابل اجرا می باشد. در خصوص آموزش معنویت در حوزه درمان و مراقبت پرستاری، برنامه ریزان درسی باید به سوالات زیر با دقت پاسخ دهند:

الف- نیاز آموزشی چیست؟ چه مسایلی ضرورت آموزش معنویت به پرستاران را مشخص می کند؟ منظور از معنویت چیست؟ چه ابعادی از معنویت در درمان و مراقبت تاثیر بیشتری دارند؟ آیا نیازهای معنوی موثر بر درمان در تمام بیماران یکسان است؟

ب- محتوای آموزشی چیست؟ برای رفع نیازهای معنوی بیماران، مناسب ترین محتوا کدام است؟ آیا یافته های دینی در این زمینه کفایت می کنند؟ و یا نیاز به مطالب جدید وجود دارد؟ آیا در ایران نیاز به محتوای معنویت بومی وجود دارد و یا می توان از مطالب سایر فرهنگ ها استفاده کرد؟

ج- روش های آموزشی کدام است؟ مناسب ترین روش برای آموزش معنویت به پرستاران ایران کدام است؟ آیا روش های سنتی کفایت می کنند و یا نیاز به روش های نوین است؟ بهترین افراد برای آموزش معنویت در پرستاری چه کسانی هستند؟

د- ارزشیابی آموزشی چگونه صورت گیرد؟ چگونه از تغییرات معنوی صورت گرفته در پرستاری اطمینان حاصل شود؟ آیا ارزشیابی باید در بیمارستان ها صورت گیرد؟ و آیا ارزشیاب و مربی باید یک نفر باشد؟ (Adolphs و همکاران، ۲۰۰۳ ; Dowling و همکاران، ۲۰۰۴ ; Woolfolk، ۱۹۹۵).

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات سرکار خانم اعظم دبیریان، معاون آموزشی و سرکار خانم دکتر مریم رسولی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی به جهت راهنمایی های ارزنده شان تشکر و قدردانی می شود.

یهودیت بنا شده است، ضروری است با توجه به تاکید اسلام بر انسان به عنوان اشرف مخلوقات و لزوم توجه همه جانبه به نیازهای وی، با یک رویکرد مبتنی بر اسلام معنویت و مراقبت معنوی به عنوان چالشی جدی مورد توجه برنامه ریزان آموزشی کشور ایران قرار گیرد.

یکی از مهم ترین دلایل عدم توجه به معنویت و مراقبت معنوی در پرستاری ایران، دیدگاه برنامه ریزان و مسئولان آموزشی است که معنویت را معادل مذهب می پندارند. این در حالی است که معنویت در حیطه پرستاری مفهومی گسترده تر از مذهب بوده و معادل مذهب نمی باشد. پایه و اساس مفهوم معنویت جستجوی معنی در زندگی و حوادث ویژه آن مانند بیماری می باشد. دانشجویان پرستاری باید از اشکال مختلف رویداد پریشانی معنوی بیماران آگاه باشند. در اکثر متون تاکید شده است که مدرسین و پرستاران قبل از شناسایی نیازهای معنوی دانشجویان و بیماران، باید به معنویت خود توجه نمایند. این مسئله نقطه شروع مناسبی برای مسائل آموزشی پرستاری فراهم می کند. در مرحله بعد نیاز است که مشکلات معنوی و روش های حمایت معنوی در برنامه آموزشی مورد توجه قرار گیرد (Greenstreet، ۱۹۹۹). به گفته Schnor (۱۹۸۸) عواملی مانند مرحله تکاملی، تجارب زندگی و تندرستی معنوی خود پرستاران در پیش بینی و تعیین مراقبت معنوی موثر می باشد. در حوادث بحرانی زندگی مانند تولد، بیماری و مرگ نیاز به مراقبت معنوی ضروری است. روش های پرستاری مورد استفاده برای رفع نیازهای معنوی شامل ارتباط پرستار- بیمار، سازگاری بیماران، آگاهی پرستاران از اعتقادات و ارزش ها و مهارت های پرستاران در رفع نیازهای معنوی می باشد. اساس ارتباط بر اعتماد بین پرستار و بیمار، زمان صرف شده توسط پرستاران برای انجام مداخلات و همدلی با بیمار استوار است که بیماران را قادر می سازد تا نگرانی های معنوی خود را با پرستاران مطرح نمایند.

بر اساس نتایج مطالعات متعدد، مسائل آموزشی پیرامون آموزش معنویت و مراقبت معنوی پیچیده و متنوع بوده و روش های یادگیری اکتسابی و رسمی آن به هم وابسته هستند. عدم توجه به روش های کسب دانش معنوی، شکاف بین تئوری و عمل را گسترده تر می کند. مدرسین پرستاری نقش مهمی در ادراک نقش پرستاران در فراهم سازی مراقبت پرستاری معنوی دارند. لذا ابتدا باید به صورت چالشی احساسات خود را در باره معنویت و مراقبت معنوی بیان نمایند. هم چنین اصول و الگوی مراقبت کلی نگری باید در

REFERENCES

- Adolphs R et al (2003). Dissociable neural system for recognizing emotions. *Brain and Cognition*. 52 (1) 61- 69.
- Baldachino DR (2007). Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods. *Nurse Education Today*. 28 (4) 501- 512.
- Bradshaw A (1997). Teaching spiritual to nurses: An alternate approach. *International Journal of Palliative Nursing*. 3 (1) 57- 59.
- Barnum BS (1996). *Spirituality in Nursing: From Traditional to New Age*. New York: Springer.
- Calister CL et al (2005). Threading spirituality throughout nursing education. *Holistic Nursing Practice*. 18 (3) 160- 167.
- Carson V Gerardy R (1985). Spirituality for credit: Finding a place in the secular curriculum. *Journal of Christian Nursing*. 2 (3) 28- 30.
- Cawley N (1997). An exploration of the concept of spirituality. *International Journal of Palliative Nursing*. 3 (1) 31- 36.
- Clark CS (2005). Transforming nursing education: A partnership social system for alignment with philosophies of care. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2(8), 86- 95.
- Cheryl M (2007). Teaching spiritual care in a public institution: Legal implications, standards of practice and ethical obligations. *Journal of Nursing Education*. 1 (5) 33- 37.
- Chinn PL Kramer MK (2004). *Integrated Knowledge Development in Nursing*. 6th edition. ST Louis: Mosby Co.
- Corinne M Lemmer H (2005). Recognizing and caring for spiritual needs of clients. *Journal of Holistic Nursing*. 23 (3) 310- 322.
- Department of Health (1992). *Patient, s Charter*. London: HMSO.
- Dossey B Dossey L (1998). Attending to holistis care. *American Journal of Nursing*. 98 (8) 35- 38.
- Dowling E et al (2004). Structural relations among spirituality, religiosity, and thriving in adolescence. *Applied Developmental Sciences*. 8 (1) 7- 16.
- Ellis C (1986). Course prepares nurses to meet patients, spiritual needs. *Health Progress*. 67(3) 76- 77.
- Fawcett T.N Noble A(2004) The challenge of spiritual care in a multi- faith society experienced as a Christian nurse. *Journal of Clinical Nursing*. 13(2) 136- 142.
- Fulton RA (1996). Spirituality and nursing education. *Review of Research in Nursing Education*. 7(9), 127- 147.
- Govier I (2000). Spiritual care in nursing: a systemic review, approach. *Nursing Standard* .14(1), 32- 36.
- Greenstreet WM (1999). Teaching spirituality in nursing: a literature review. *Nurse Education Today*. 19(8), 649- 658.
- Hall C Lanig H (1993) .Spiritual caring behaviours as reported by Christian nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 15 (6) 730- 741.
- Highfield M Cason C (1983). Spiritual needs of patients: Are they recognized? *Cancer Nursing*. 6 (2) 187- 192.
- Hoover J (2002) The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring. *Journal of Advanced Nursing*. 37(1), 79- 86.
- International Council of Nurses (ICN) (2000) *Code for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses Press.
- King DE Crisp J (2005). Spirituality and health care educationin family medicine residency programs. *Family Medicine*. 37 (6) 399- 403.
- Kristen LM Nolac KS (2004). *Spiritual Care in Nursing Practice*. U. S.A: Lippincott Williams Wikins.
- Kofinas S (2006). Chaplaincy in Eroupe. *Southern Medical Journal*. 99 (6) 671- 674.
- Lemmer SC (2002). Teaching the spiritual dimension of nursing care: A survey of U.S baccalaureate nursing programs. *Journal of Nursing Education*. 41(11) 482- 490.
- Lynn C et al(2004) Threading spirituality Throughout nursing education.*Holistic Nursing Practice*. 18(3), 160- 167.
- Matzo M.L & Sherman DW (2001). *Palliative Care of End of Life*. New York: Springer.
- McSherry W (1997). A descriptive survey of nurses, perceptions of spirituality and spiritual care. Unpublished Master of Philosophy Thesis. England, The University of Hull.

- Meleis A (1991). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 2nd edition, Philadelphia: Lippincott Co.
- McSherry W Draper P (1998). The debates emerging in the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 27 (4) 683- 691.
- McSherry W Ross L (2002). Dilemmas of spiritual assessment: Considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (5) 479- 488.
- McClung E et al (2006). Collaborating with chaplains to meet spiritual needs. *Medical Surgical Nursing*. 15(3), 147-156.
- Mitchell DL et al (2006). Spiritual development of nursing students: Developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. *Journal of Physical Therapy Education*. 45(9), 365- 370.
- Murray R.B Zentner JB (1989). *Nursing Concept for Health Promotion*. London: Prentice Hall Co.
- Narnyanasamy A (1999). Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Education Today*. 19 (5) 386- 395.
- Neuman B (1995). *The Neuman System Model*. 3rd edition, Norwalk: Appleton and Lang Co
- O'brien ME (2004). *A Nurse, s Handbook of Spiritual Care: Standing on Holy Ground*. U.S.A, Sudbury Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Olson JK et al (2003). Addressing the spiritual dimension in Canadian undergraduate nursing education. *Canadian Journal of Nursing Research*. 35 (3) 94- 107.
- Pesut B (2003). Worldviews, intraconnectedness, interconnectedness. *Nursing Education Perspectives*. 24(6), 290-294.
- Piles CL (1990). Providing spiritual care. *Nurse Educator*. 15 (32) 186- 192.
- Reed PG (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*. 15 (8) 349- 357.
- Ross A (1997). Teaching spiritual care to nurses. *Nurse Education Today*. 16 (1) 38- 43.
- Silverman H (2007). Creating a spirituality curriculum for family practice residents. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 3 (6) 54- 61.
- Schnorr M (1988). *Spiritual nursing care: Theory and curriculum development*. Unpublished doctoral dissertation, Northern Illinois University,
- Soken KL & Carson VJ (1986) Study measures nurses' attitudes about providing spiritual care. *Health Progress*. 67(3), 25-55.
- Stern JS (2006). Every person matters: Enabling spirituality education for nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 15 (7) 897-904.
- Taylor EJ Amenta M (1994). Attitudes and beliefs regarding spiritual care: A survey of cancer nurses. *Cancer Nursing*. 17 (6) 479-489.
- Taylor EJ (2002). *Spiritual Care: Nursing Theory, Research and Practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice- Hall Co.
- United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1986). *Project 2000: A New Preparation for Practice*. London, UKCC.
- Van Leeuwen R et al (2006). Spiritual Care: implications for nurses, professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*. 15 (7) 875- 884.
- Watson J (1999). *Art, Caring, Spirituality and Humanity: Exploring the Spiritual Dimension of Care*. Lancaster, Quarry Publisher.
- Woolfolk AE (1995). *Educational Psychology*, 6th edition, Boston: Allyn and Bacon publisher.
- World Health Organization (WHO), (1998). Executive Board Meeting Document 101, Geneva.