مقیاسی روا و پایا برای سنجش نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی: طراحی و روان سنجی

عبدالله خرّمی مارکانی[1]، فریده یغمایی[2*]، محمد خدایاری فرد[3]، حمید علوی مجد[4]

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و بهداشت محیط خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
۲. گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۴. گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره چهارم مرداد ـ شهریور ۱۳۹۲ صص ۴۰۲-۳۹۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۳/۱۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۲/۴/۱۶]

چکیده

با توجه به این که نگرش، مهم‌ترین شاخص و پیشگویی کننده تمایل افراد به انجام رفتار است، سنجش آن در پرستاران با ابـزاری روا و پایا از اهمیت خاصی برخوردار است.

این پژوهش، یک مطالعه با طرح اکتشافی است که برای طراحی و روان سنجی «مقیاس نگـرش بـه انجـام مراقبـت معنـوی پرسـتاران انکولوژی» انجام شد. محیط پژوهش، ۱۲بیمارستان وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران بود. جامعه پـژوهش، کلیـه پرستاران انکولوژی شاغل در بیمارستان‌ها بودند که از بین آنها ۲۴ نفر در بخش کیفی به صورت مبتنی بر هدف و ۱۳۰ نفر در بخش کمّی به صورت تمام شماری وارد مطالعه شدند. داده‌ها در بخش کیفی، با انجام مصاحبه‌هـای نیمـه سـاختار یافتـه و گـروه مـدار بـا پرسـتاران انکولوژی گردآوری شد. بعد از انجام ۲۴ مصاحبه نیمه ساختار یافته و یک جلسه گروه مدار، داده‌ها به حدّ اشباع رسید. متن مصاحبه‌ها بـا روش تحلیل محتوای کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. عبارات حاصل با عبارات متون ادغام شده و خزانه عبارات از نظر روایی محتوا، روایی صوری، روایی سازه، روایی ملاکی همزمان، پایایی همسانی درونی و پایایی ثبات مورد بررسی قرار گرفت.

برای نگرش به انجام مراقبت معنوی، ۲۲۶ عبارت به دست آمد که با ۸۰ عبارت حاصل از متون ادغام شد. برای تعیین روایی محتوا، ۲۰ نفر از متخصصان در دانشگاه‌های تهران با استفاده از شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا عبارات مقیـاس را بررسـی کردنـد کـه در نهایت، تعداد عبارات به ۶۸ عبارت تقلیل یافت. در بررسی روایی سازه (تحلیل عاملی) ۳ عامل زیر بنایی دانش و آگاهی، احساس و عملکرد ذهنی شناسایی شده، ۴۵ درصد واریانس را تبیین کردند. برای بررسی روایی ملاکی همزمان از «مقیاس دیدگاه مراقبت معنـوی» تیلـور و همکاران استفاده شده و ضریب همبستگی (۰/۶۴) محاسبه شد. برای بررسی پایایی همسانی درونی از ضریب آلفاکرونباخ (۰/۹۰) و بررسی ثبات از روش آزمون مجدد (بازآزمایی) استفاده شد که ضریب همبستگی آن (۰/۷۳) محاسبه شد.

«مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی»، با روایی و پایایی بالا، می‌تواند برای سنجش نگرش پرستاران به انجام مراقبت معنوی، به ویژه پرستاران انکولوژی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: معنویت، مراقبت معنوی، نگرش به انجام مراقبت معنوی، پرستاران انکولوژی

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
E-mail: Farideh_Y2002@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

مقدمه

معنویت جوهره هستی انسان است که به سفر زندگی وی شکل داده و توسط زندگی شکل می‌گیرد [۱]. اعتقادات و اعمال معنوی با تمام جنبه‌های سلامتی و بیماری فرد همراه بوده، عادات روزانه زندگی را هدایت نموده و منبع حمایت، قدرت و بهبودی است [۲]. توجه به بعد معنوی مراقبت، باعث تفاوت قابل توجهی در پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی بیماری می‌شود [۳]. نتایج مطالعات نشان داده است مشارکت افراد در مراسم مذهبی و معنوی با پیامدهای بهداشتی بهتری مانند افزایش طول عمر، کاهش بیماری‌های قلبی ـ عروقی، کاهش خطر افسردگی، اضطراب، سوء مصرف دارو و خودکشی، توانایی بهتر سازگاری با بیماری و بهبود کیفیت زندگی همراه است [۴]. از طرف دیگر، طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری سرطان یک علت منتهی شونده به مرگ در دنیا بوده و بیش از ۸۰ درصد از مرگ‌های ناشی از سرطان در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی می‌دهد [۵].

حرفه پرستاری سابقه طولانی در ارایه مراقبت معنوی دارد و پرستاران برای کمک به افراد جهت حفظ تندرستی جسمی، روانی و معنوی پیشقدم هستند. پرستاران در مراقبت از بیماری‌های مزمن و انتهایی و یا تجربه فرایند مرگ توسط بیماران نقش مهمی بر عهده دارند. در سال‌های اخیر، شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان به عنوان یک هدف مطلوب و حیطه مهمی از مراقبت پرستاری مورد توجه قرار گرفته است. اکثر نظریه پردازان پرستاری از جمله Nightingale، Neuman، Watson، Travelbee و Leninger به اهمیت معنویت و بررسی نیازهای معنوی بیماران، به عنوان یکی از مهم‌ترین نقش‌های پرستاری تأکید نموده‌اند [۷، ۶، ۱]. پرستاران برای ارایه مراقبت پرستاری کل نگر، باید در زندگی فردی و حرفه‌ای خود تعادل ایجاد نمایند و درباره تأثیر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود بر کیفیت ارایه مراقبت معنوی تفکر نموده و نگرش مثبتی به آن داشته باشند. لذا داشتن انرژی لازم برای شناسایی ابعاد تندرستی بیماران سرطانی با نیازهای متعدد ضروری بوده و پرستاران باید از تندرستی معنوی خود به عنوان یک اولویت کاری آگاه باشند [۸].

نگرش، مهم‌ترین شاخص تمایل فرد به انجام رفتار است. عامل تعیین کننده نگرش فرد نسبت به یک رفتار، اعتقاد و باوری است که فرد نسبت به رفتار مذکور دارد [۹]. نگرش زمانی می‌تواند پیش بینی کننده رفتار باشد که تعریف دقیقی از نگرش و رفتار وجود داشته و هر دوی این مفاهیم قابل اندازه گیری باشند [۱۰]. دانش جزء جدایی ناپذیر در تشکیل نگرش بوده و زمانی که نگرش نسبت به انجام رفتاری خاص نامطلوب باشد، هیچگاه فرد دست به انجام آن رفتار نمی‌زند [۱۱]. درک عوامل مؤثر در تشخیص نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان، اولین قدم در پذیرش مسئولیت جهت انجام مراقبت معنوی است. اگر پرستاران در مورد معنویت و مراقبت معنوی، آگاهی کافی و نگرش مثبت داشته باشند، بهتر می‌توانند به بیماران مراقبت معنوی لازم را ارائه نمایند [۱۲].

پژوهش‌های متعددی درباره نقش تعیین کننده نگرش پرستاران در پیشگویی نیازهای بیماران از جمله در زمینه مراقبت معنوی انجام شده است. طبق نتایج، پرستارانی که به اهمیت مراقبت معنوی اعتقاد دارند، بیشتر به بررسی اعتقادات مذهبی بیماران پرداخته و به نوشتن طرح‌های مراقبتی معنوی تمایل بیشتری نشان می‌دهند که این امر مراقبت معنوی را بیشتر وارد برنامه‌های مراقبتی می‌کند [۱۳]. در پژوهش گرانت، با نمونه ۲۹۹ نفری از پرستاران با هدف بررسی نظر پرستاران درباره تأثیر معنویت و درمان‌های معنوی، تقریباً تمام پرستاران اعتقاد داشتند که معنویت به بیماران آرامش درونی، توانایی تطابق و خودآگاهی می‌دهد [۱۴]. Stranahan و Taylor, Highfield & Amenta در پژوهش خود ارتباط مثبتی بین معنویت پرستاران و نگرش آنها به انجام مراقبت معنوی و اقدامات مراقبت معنوی پیدا کردند [۱۶، ۱۵]. در نهایت به دلیل این که نگرش به انجام مراقبت معنوی، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های پیش بینی رفتار پرستاران در برخورد با بیماران است، سنجش نگرش آنها با ابزاری روا و پایا ضروری است. در ایران تعداد اندک پژوهش‌های انجام شده با مقیاس‌های غربی صورت گرفته و نتایج حاصل از آنها برای جامعه پرستاری ایران چندان قابل استفاده نیست. بر طبق مرور متون، در ساخت اکثر ابزارهای موجود، فقط بر فلسفه نظری ادیان یهودیت و مسیحیت تأکید شده است و جهت اندازه گیری نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی، ابزاری با ویژگی‌های روان سنجی ایرانی و اسلامی طراحی نشده است و هیچکدام از ابزارهای ساخته شده برای اندازه گیری آن، با شرایط فرهنگی، مذهبی و اجتماعی جامعه ایرانی و به ویژه پرستاران انکولوژی سازگار نیست.

هدف از این پژوهش، طراحی و روان سنجی مقیاسی برای اندازه گیری نگرش به انجام مراقبت معنوی در پرستاران بخش انکولوژی است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

مواد و روش کار

این پژوهش، یک مطالعه با طرح اکتشافی است که در دو مرحله به صورت کیفی و کمّی انجام شده است. محیط پژوهش، شامل ۱۲ بیمارستان وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران بود. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران انکولوژی شاغل در بیمارستان‌ها بودند که از بین آنها ۲۴ نفر در بخش کیفی به صورت مبتنی بر هدف و ۱۳۰ نفر در بخش کمّی به صورت تمام شماری وارد مطالعه شدند.

در مرحله اول، مفهوم نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی به صورت «دانش، احساس و عملکرد ذهنی پرستاران انکولوژی برای تشخیص و رفع نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان» تعریف شد. در این مرحله پژوهشگر با مروری بر متون و انجام مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با پرستاران انکولوژی، مفهوم نگرش به انجام مراقبت معنوی و ابعاد مختلف آن را استخراج نمود. این پرستاران همگی مسلمان، دارای حداقل یک سال سابقه کار در بخش انکوژی بوده و تمایل به بیان تجارب معنوی خود بودند که به صورت مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند.

برای دستیابی به نمونه‌های پژوهش، ابتدا پژوهشگر پس از اخذ اجازه از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران، به بیمارستان‌های تابعه معرفی شد. سپس با همکاری مدیران خدمات پرستاری، به انتخاب و جلب موافقت پرستاران انکولوژی اقدام کرد. در این مرحله پژوهشگر، ابتدا خود و اهداف مطالعه را معرفی نموده و به آنها اطمینان داد که کلیه اطلاعات محرمانه مانده و پس از آن اقدام به کسب موافقت کتبی از سوی نمونه‌ها جهت شرکت در مطالعه کرد. به منظور افزایش دقت مطالعه از دستگاه ضبط صوت در مصاحبه‌ها استفاده شد. مصاحبه‌ها با استفاده از فرم سؤالات مصاحبه نیمه ساختار یافته طراحی شده توسط پژوهشگر انجام شد. جلسات مصاحبه بنا به نظر شرکت کنندگان در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌ها برگزارشد. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌های ضبط شده به صورت کلمه به کلمه روی کاغذ آورده شده و به طور همزمان با فرایند جمع آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل شد. در هر بخش از مصاحبه بر حسب ضرورت و به منظور کسب اطلاعات بیشتر و برطرف کردن ابهام‌های احتمالی در زمینه اطلاعات ارائه شده از روش تشویق کردن استفاده شد. در حین انجام مصاحبه‌ها به رفتارهای غیر کلامی پرستاران نظیر تغییر حالات چهره نیز توجه شده و از تماس چشمی استفاده گردید. پس از هر مصاحبه، در کوتاه‌ترین زمان ممکن و پس از ۳-۲ بار گوش دادن کلمه به کلمه بر روی کاغذ انتقال یافتند. بعد از انجام ۲۴ مصاحبه انفرادی و یک جلسه گروه مدار با پرستاران با سابقه کار بالا، به غیر از پرستاران مصاحبه انفرادی، داده‌ها به حدّ اشباع رسیدند. جملات پرستاران انکولوژی که هر یک به طور معمول در قالب یک عبارت معنایی بوده و بر یک واحد معنایی دلالت داشت، از متن مصاحبه‌ها استخراج گردیدند. بدین منظور و با استفاده از روش تحلیل محتوای تراکمی ابتدا متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی تقسیم شدند که در مرحله بعد خلاصه شده و به کدها تبدیل شدند. کدهای مختلف بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌هایشان با هم مقایسه شده و به طبقه‌هایی دسته بندی شدند. در این مرحله، طبقه‌های اولیه توسط دو پژوهشگر جهت رسیدن به بن مایه‌ها مورد بحث و بازنگری قرار گرفتند [۱۷]. به منظور افزایش اعتبار و مقبولیت داده‌ها از تحلیل همزمان داده‌ها، انتخاب مطلعان اصلی، استفاده از تلفیق زمانی، رسیدگی و مشاهده مداوم، توصیف دقیق و عمیق و بازنگری ناظرین استفاده شد [۱۸]. این عبارات در قالب مقیاس سنجش از نوع طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم با نمره صفر و کاملاً موافقم با نمره ۵) طراحی گردید. در بخش کمّی، روایی (اعتبار) و پایایی مقیاس بررسی شد. برای بررسی اعتبار (روایی) مقیاس، از شیوه‌های سنجش اعتبار (روایی) محتوا، صوری، سازه و ملاکی و برای بررسی پایایی از روش همسانی درونی و ثبات استفاده شد. برای تعیین اعتبار (روایی) محتوا و صوری به دو صورت کمی و کیفی، از نظرات گروه ۲۰ نفری از اعضای هیئت علمی از دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، علوم بهزیستی، تربیت مدرس، دانشکده روان شناسی و دانشکده الهیات دانشگاه تهران در چهار گروه پرستاری، روان شناسی، الهیات و معارف اسلامی دارای دانش و تجربه کافی در زمینه‌های طراحی ابزار، معنویت، پرستاری، مراقبت تسکینی در سرطان، الهیات، معارف اسلامی و روان شناسی، بهره گرفته شد تا بر پایه شاخص روایی محتوای والتس و باسل [۱۹]، میزان مربوط بودن، روشن بودن و ساده بودن هر یک از عبارات موجود در مقیاس را بر پایه شاخص سه بخشی با چهار نمره (۱) تا (۴) تعیین نمایند. بر پایه این شاخص در ابتدا، مربوط بودن تمام عبارات سنجیده شد. در خصوص هر عبارت، شاخص‌ها با میزان ۷۵ درصد یا بالاتر مورد پذیرش قرار گرفت و در غیر این صورت عبارت از مقیاس حذف شد که در این مرحله ۲۲ عبارت از مقیاس حذف گردید. سپس ضرورت عبارات با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

استفاده از شاخص سه قسمتی نسبت اعتبار محتوا (ضروری بودن، نسبتاً ضروری بودن و غیر ضروری بودن) با استفاده از جدول لاوشه و تعداد متخصصان با نقطه برش ۰/۴۵ بررسی گردید که باعث حذف شدن ۱۶ عبارت از مقیاس شد [۲۰]. همچنین مقیاس در اختیار ۱۰ نفر از پرستاران انکولوژی با سابقه قرار گرفت تا در یک جلسه مصاحبه حضوری، عبارات مقیاس را از نظر سطح دشواری، تناسب و ابهام بررسی نمایند. برای انجام تحلیل عاملی جهت تعیین روایی (اعتبار) سازه مقیاس، ۱۳۰ نفر از پرستاران انکوژی مسلمان و شاغل در ۱۲ بیمارستان با سابقه کار حداقل یک سال و مایل به شرکت در مطالعه، بعد از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. در این رابطه، برخی از متخصصان، تعداد نمونه ۱۰- ۵ نفری و برخی حتی ۳ نفری را به ازای هر عبارت مقیاس کافی دانسته‌اند [۲۱].

از مقیاس دیدگاه مراقبت معنوی Taylor, Highfield & Amenta به عنوان ابزار ملاک، جهت تعیین روایی ملاکی مقیاس استفاده شد [۲۲]. نسخه انگلیسی مقیاس مذکور با اجازه طراح اصلی و طبق روند توصیه شده افراسیابی فر و همکاران در هفت مرحله ترجمه شده و همسانی درونی و ثبات آن تعیین شد [۲۳].

برای تعیین پایایی مقیاس از دو شیوه تعیین همسانی درونی (آلفاکرونباخ) و پایایی ثبات (بازآزمایی) بهره گرفته شد. بررسی همسانی درونی مقیاس در دو مرحله، قبل از تحلیلی عاملی با نمونه ۲۰ نفری و بعد از تحلیل عاملی، ضریب آلفاکرونباخ برای هر عامل و نیز برای کل مقیاس با نمونه ۱۳۰ نفری از پرستاران بخش انکولوژی انجام شد.

یافته‌ها

بعد از انجام تحلیل محتوای کیفی، برای نگرش به انجام مراقبت معنوی ۲۲۶ عبارت به دست آمد که با ۸۰ عبارت حاصل از مرور متون تلفیق شد. پس از چندین بار بررسی سؤالات، تعداد عبارات مقیاس به ترتیب به ۲۸۶، ۱۹۲، ۱۲۱ ، ۸۸ و ۶۸ عبارت کاهش یافت. در بخش کمّی، روایی محتوای «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی» بر پایه شاخص اعتبار (روایی) محتوای والتس و باسل و نسبت روایی محتوا بررسی گردید [۱۹]. در این مرحله عبارات با شاخص روایی محتوای کمتر از ۷۵ درصد و نسبت روایی محتوا کمتر از ۴۵ درصد از مقیاس حذف شده و تعداد عبارات مقیاس به ۷۸ کاهش یافت. برای بررسی روایی ملاکی همزمان «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی» از «مقیاس دیدگاه مراقبت معنوی» تیلور و همکاران استفاد شد که همبستگی میان نمرات دو مقیاس$r=۰/۵۴$ برآورد شد، که هر دو ضریب همبستگی در سطح $P<۰/۰۰۵$ معنی دار بودند. برای بررسی اعتبار سازه مقیاس از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. نمونه‌های پژوهش تعداد ۱۳۰ نفر از پرستاران انکولوژی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی بودند که اکثر آنها مؤنث (۹۱/۵ درصد) و در محدوده سنی ۳۲-۲۲ سال قرار داشتند که از طریق تمام شماری انتخاب شده و به صورت داوطلبانه و پس از تکمیل فرم رضایت نامه کتبی در پژوهش شرکت نمودند. از تعداد ۱۵۰ پرسشنامه توزیع شده، تعداد ۱۳۴ پرسشنامه عودت داده شد. از این تعداد، ۴ پرسشنامه به دلیل تکمیل نبودن حذف شدند. میزان پاسخ دهی ۸۴ درصد محاسبه گردید.

ابتدا برای تعیین کفایت نمونه گیری جهت استفاده از تحلیل عاملی از آماره Kaiser-Meyer-Olkin استفاده شد که میزان آن ۰/۸۰۷ برآورد شد که مقدار نسبتاً مناسبی است. سپس برای معنی داری اطلاعات موجود در ماتریس، از آماره مربع کای Bartlett استفاده شد. معنی دار بودن آماره کای دو و آزمون بارتلت حداقل شرط لازم برای تحلیل عاملی است. به همین منظور برای بررسی وجود همبستگی کافی میان عبارات مقیاس تندرستی معنوی آز آزمون بارتلت استفاده شد که مقدار آن ۷۳۸۴/۸۰۰ به دست آمد ($P<۰/۰۰۱$).

ابتدا بر اساس دیدگاه نظری پژوهشگر، ۳ عامل زیربنایی برای نگرش انتخاب شد [۲۴] و به کمک این ۳ عامل تحلیل عاملی را انجام داد که ۴۵درصد واریانس تبیین شد. در این مرحله تعداد ۱۰ عبارت از مقیاس به دلیل داشتن مقدار ویژه کمتر از ۰/۳ حذف شدند و تعداد عبارات «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی» به ۵۸ عبارت کاهش یافت. به عبارت دیگر، تعداد عبارات «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی» به سه زیر مقیاس تقسیم شد.

به همین منظور، عامل اول که به تنهایی ۳۲/۱۲۲ درصد واریانس را تبیین می کرد، تحت عنوان «آگاهی و دانش» نام گذاری گردید (جدول شماره ۱). این خرده مقیاس شامل ۳۵ عبارت به شرح زیر بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

جدول شماره ۱- ماتریس چرخش یافته «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی» (عامل ۱: آگاهی و دانش)

	بار عاملی ۱
انجام مراقبت معنوی نقش معنویت را در زندگی بیماران تقویت می‌کند.	۰/۸۲۹
انجام مراقبت معنوی واکنش بیمار به درمان را بهتر می‌کند.	۰/۸۰۴
انجام مراقبت معنوی در یافتن معنی زندگی به بیماران سرطانی کمک می‌کند.	۰/۷۶۸
انجام مراقبت معنوی سبب پیگیری درمان توسط بیمار می‌شود.	۰/۷۵۴
انجام مراقبت معنوی جهت تطابق بیمار با واقعیت های زندگی ضروری است.	۰/۷۳۷
با انجام مراقبت معنوی به نیازهای معنوی بیماران توجه می‌شود.	۰/۷۲۶
انجام مراقبت معنوی به بیمار روحیه می‌دهد.	۰/۷۱۳
انجام مراقبت معنوی رابطه بیمار با خدا را تقویت می‌کند.	۰/۷۰۳
انجام مراقبت معنوی با مراقبت مذهبی تفاوتی ندارد.	۰/۶۷۶
انجام مراقبت معنوی سبب آرامش بیماران سرطانی می‌شود.	۰/۶۷۳
انجام مراقبت معنوی برای بیماران سرطانی ضروری است.	۰/۶۶۴
با انجام مراقبت معنوی انگیزه ادامه زندگی در بیمار افزایش می‌یابد.	۰/۶۶۱
انجام مراقبت معنوی به بیمار سرطانی امید می‌دهد.	۰/۶۵۳
انجام مراقبت معنوی سبب بهبود عملکرد پرستاران می‌شود.	۰/۶۵۰
کسب مهارت های لازم انجام مراقبت معنوی برای پرستاران ضروری است.	۰/۶۳۸
مطالعه کتب مذهبی را جهت انجام بهتر مراقبت معنوی ضروری می‌دانم.	۰/۶۲۸
با انجام مراقبت معنوی کیفیت زندگی بیمار ارتقا می‌یابد.	۰/۶۲۳
مراقبت معنوی بخش ضروری مراقبت کل نگر است.	۰/۶۱۱
انجام مراقبت معنوی رضایت مندی بیماران را از خدمات درمانی افزایش می‌دهد.	۰/۶۱۱
در مراقبت معنوی به کلیه جنبه های وجودی بیمار توجه می‌شود.	۰/۵۹۲
مشارکت پرستاران در شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران سرطانی ضروری است.	۰/۵۷۴
انجام مراقبت معنوی سبب خشنودی پرستاران می شود.	۰/۵۷۱
به انجام مراقبت معنوی علاقه دارم.	۰/۵۲۱
با انجام مراقبت معنوی احساس رضایت می‌کنم.	۰/۵۱۸
معنویت خود پرستار در انجام مراقبت معنوی از بیمار سرطانی مهم است.	۰/۴۹۶
به انجام مراقبت معنوی در بیماران بدحال اهمیت می‌دهم.	۰/۴۷۲
با گذشت زمان خود را برای انجام مراقبت معنوی آماده تر می‌بینم.	۰/۴۶۶
در صورت داشتن وقت در انجام مراقبت معنوی موفق هستم.	۰/۴۶۱
هنگام انجام مراقبت معنوی خدا را ناظر بر اعمال خود می‌بینم.	۰/۴۶۱
جهت مراقبت معنوی کامل از بیماران تلاش می‌کنم.	۰/۴۵۸
برای انجام مراقبت معنوی از خدا کمک می‌گیرم.	۰/۴۵۵
به توانمندی معنوی بیماران سرطانی کمک می‌کنم.	۰/۴۳۰
فراهم کردن محیط عبادت برای بیمار مسئولیت پرستاری است.	۰/۴۲۳
بیماران سرطانی نیازهای معنوی زیادی دارند.	۰/۴۱۹
انجام مراقبت معنوی از مسئولیت های پرستاری است.	۰/۴۱۴

عامل دوم، ۶/۰۸۱ درصد واریانس را تبیین نمود و شامل ۱۵ عبارت بود که تحت عنوان «احساس» نام گذاری شد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- ماتریس چرخش یافته «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی» (عامل ۲: احساس)

	بار عاملی ۲
نگرانی‌های معنوی بیماران به پرستار ارتباطی ندارد.	-۰/۷۶۴
به موضوعات معنوی بیماران علاقه نشان می‌دهم.	-۰/۷۳۹
نسبت به انجام مراقبت معنوی احساس مثبتی ندارم.	-۰/۷۰۹
انجام مراقبت معنوی مرا خسته می‌کند.	-۰/۷۰۰
انجام مراقبت معنوی در بیماران سرطانی را امری بیهوده می‌دانم.	-۰/۶۵۴
هنگام انجام مراقبت معنوی احساس ناراحتی می‌کنم.	-۰/۵۸۶
مطالعه کتب مذهبی را جهت انجام بهتر مراقبت معنوی ضروری می‌دانم.	-۰/۵۵۱
از انجام مراقبت معنوی به بیماران سرطانی خوشحال می‌شوم.	۰/۵۴۴
برای انجام مراقبت معنوی با بیمار ارتباط دوستانه برقرار می‌کنم.	۰/۵۰۸
احساس می‌کنم معنویت موضوعی فردی بوده و نباید با بیمار بحث شود.	-۰/۴۷۵
به انجام مراقبت معنوی علاقه دارم.	۰/۴۶۹
هنگام انجام مراقبت معنوی احساس ناراحتی می‌کنم.	۰/۴۶۱
برای سلامتی بیماران سرطانی دعا می‌کنم.	۰/۴۵۴
به نیازهای معنوی بیماران ارزش می‌گذارم.	۰/۴۳۳

عامل سوم، ۵/۸۷۹ درصد واریانس را تبیین نمود و شامل ۸ عبارت بود که تحت عنوان «عملکرد ذهنی» نامگذاری شد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- ماتریس چرخش یافته «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی» (عامل ۳: عملکرد)

	بار عاملی ۳
پرستاران سرشان شلوغ‌تر از آن است تا مراقبت معنوی انجام دهند.	-۰/۶۹۷
انجام مراقبت معنوی را در اولویت کار خود قرار می‌دهم.	۰/۵۹۷
پرستاران برای انجام مراقبت معنوی آموزش دریافت نکرده‌اند.	-۰/۵۷۷
مشکلات معنوی بیماران را بررسی می‌کنم.	۰/۵۲۸
پرستاران برای انجام مراقبت معنوی به وقت بیشتری نیاز دارند.	-۰/۵۲۳
انجام مراقبت معنوی از مراقبت‌های دیگر مهم‌تر است.	۰/۵۲۰
به تشخیص پرستاری معنوی در طرح مراقبتی توجه می‌کنم.	۰/۵۱۳
پرستاران برای انجام مراقبت معنوی تراکم کاری دارند.	-۰/۴۹۷

ضریب آلفا کرونباخ اولیه مقیاس (پس از بررسی شاخص روایی محتوا و روایی صوری) با نمونه ۲۰ نفری و با ۶۸ عبارت، ۰/۸۶۶ بود. همبستگی تمام عبارات با نمره کل مقیاس، زیاد و از نظر آماری معنی دار بود. آلفا کرونباخ کل مقیاس پس از انجام تحلیل عاملی و حذف ۱۰ عبارت، ۰/۹۰ محاسبه گردید. بدین ترتیب تعداد عبارات «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی» به ۵۸ عبارت تقلیل یافت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

آلفا کرونباخ هر یک از خرده مقیاس‌های نگرش به انجام مراقبت معنوی نیز محاسبه شد. خرده مقیاس اول با عنوان «آگاهی و دانش» با ۳۵ عبارت دارای ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۴، خرده مقیاس دوم با عنوان «احساس» با ۱۴ عبارت دارای ضریب آلفا کرونباخ ۰/۵۸ و خرده مقیاس سوم با عنوان «عملکرد ذهنی» با ۸ عبارت دارای ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۹ بود.

ضریب همستگی پیرسون بین نمرات به دست آمده از مقیاس به روش بازآزمایی، ۰/۷۳۴ بود. همچنین آزمون ویلکاکسون، تفاوت معنی دار بین نمرات مقیاس مذکور در دو بار اجرای آن نشان نداد.

بحث و نتیجه گیری

برخی از توصیف‌های تجارب پرستاران انکولوژی که پس از انجام تحلیل محتوای کیفی در عبارات «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی» ظاهر شد، اهمیت مراقبت معنوی برای شرکت کنندگان بود که مراقبت معنوی را جزء ضروری کار پرستاری دانسته و تعاریف متفاوتی از آن ارائه نمودند. از جمله این که بعضی از پرستاران انکوژی، مراقبت معنوی، اقدام پرستاری تعریف کردند که به بیمار سرطانی امید داده، به حفظ روحیه وی کمک نموده و باعث تطابق بهتر بیمار با شرایط موجود می‌شود. این یافته‌ها با نتایج بررسی تیلور و همکاران همخوانی دارد [۲۰] که اهمیت مراقبت معنوی و توجه به نیازهای معنوی بیماران را طی مرور متون جامع، در طرحی مقیاس دیدگاه مراقبت معنوی مورد توجه قرار داده‌اند. در مطالعه حاضر، با این که پرستاران بخش انکولوژی به لزوم ورود مراقبت معنوی در کار پرستاری واقف بوده و آن را ماورای سایر مراقبت‌ها می‌دانستند، ولی در عمل، به دلیل فراهم نبودن شرایط لازم، مراقبت معنوی انجام نمی‌دادند. این یافته در عبارات مقیاس‌های مرتبط مرور شده توسط پژوهشگر کمتر مورد توجه قرار گرفته و یا وجود نداشت. دلیل این تفاوت، این مسئله می‌تواند باشد که بحث معنویت و مراقبت معنوی نزدیک به ۳ دهه است که در دانشگاه‌های روز دنیا به عنوان بخش ضروری برنامه درسی پرستاری تدریس می‌شود و دانشجویان کارشناسی پرستاری بعد از فراغت از تحصیل توانایی لازم برای بررسی نیازهای معنوی و انجام مراقبت معنوی را دارند، ولی در نظام آموزش پرستاری ایران به آموزش معنویت و مراقبت معنوی در برنامه‌های درسی پرستاری توجهی نمی‌شود. از درون مایه‌های مهم دیگر حاصل از بخش کیفی پژوهش، این بود که شرکت کنندگان اعتقاد داشتند مراقبت معنوی به یافتن معنی، هدف و ارزش‌های زندگی منجر شده و رابطه بیمار سرطانی را با خدا تقویت نموده و پیش آگهی بیماری را بهتر می‌کند. این توصیف تجربه با عبارات مقیاس دیدگاه مراقبت معنوی تیلور و همکاران همخوانی نداشته [۲۲]، ولی در مطالعه طراحی «مقیاس نقش معنوی افراد حرفه‌ای بهداشت» (Health Professional's Spiritual Role Scale) سوکن و کارسون، به این موضوع توجه شده است [۲۵]. علت عدم همخوانی یافته اخیر با مطالعه تیلور و همکاران این است که اکثر عبارات مقیاس آنها فقط به اهمیت مراقبت معنوی از دیدگاه پرستاران اشاره می‌کنند و به ابعاد مختلف معنویت و مراقبت معنوی پرداخته نشده است. این توصیف پرستاران در «مقیاس راحتی اقدام معنوی» (Spiritual Care Comfort Scale) سیمینو نیز به صورت عبارات مقیاس مورد استفاده قرار گرفته است [۲۶]. یافته مهم دیگر این پژوهش، نقش و تأثیر معنویت و مراقبت معنوی بر پرستاران بود که باعث افزایش رضایتمندی و خشنودی بیمار و به ویژه پرستاران از خدمات پرستاری شده است. این یافته با اکثر یافته‌های متون و ابزارهای مرتبط با موضوع، از جمله «مقیاس نقش معنوی افراد حرفه‌ای بهداشت» سوکن و کارسون، «مقیاس راحتی اقدام معنوی» سیمینو و «مقیاس دیدگاه معنوی» Reed [۲۷] منطبق است. یکی از ویژگی‌های مشترک شرکت کنندگان در ارتباط با چگونگی آماده شدن آنان برای ارائه مراقبت معنوی، توکل به خدا، ذکر یاد خدا، تشویق بیماران به خواندن کتب مذهبی و نیز دعا کردن بود که روزانه در مقدمه کار خود انجام می‌دادند. این یافته با یافته‌های پژوهش Hussein Rassool منطبق است که اهمیت گفتن کلمه «بسم الله الرحمن الرحیم» و «خواندن دعا» را طبق سفارشات قرآن کریم و آموزه‌های دینی مسلمانان مورد تأکید قرار داده است [۲۸]. این یافته همچنین با یافته‌های مطالعه سیمینو منطبق است که در «مقیاس نقش معنوی افراد حرفه‌ای بهداشت» اهمیت دعای پرستار برای بیمار و دعا کردن با خانواده بیمار را در دو عبارت جداگانه مورد توجه قرار داده است [۲۶]. به منظور بررسی اعتبار ملاکی «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی»، همبستگی این مقیاس با مقیاس دیدگاه مراقبت معنوی تیلور و همکاران سنجیده شد که همبستگی بین آنها در حد متوسط و معنی دار بود. ضریب همبستگی، مثبت و پایین‌تر از متوسط بین مقیاس‌های مذکور نشان دهنده این است که مقیاس‌های مذکور هر دو سازه‌های مشابه و مرتبط را اندازه گیری می‌کنند. پایین بودن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

ضریب همبستگی بین مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران بخش انکولوژی با مقیاس ملاک آنها می‌تواند به این دلیل باشد که عبارات مقیاس ملاک، از متون مرتبط استخراج شده و فقط دیدگاه پرستاران را نسبت به مراقبت معنوی می‌سنجند ولی عبارات مقیاس طراحی شده، حاصل تحلیل محتوای کیفی مصاحبه‌های انجام شده با پرستاران بخش انکولوژی و مختص نمونه‌های پرستاری و به ویژه پرستاری انکولوژی است. نکته دیگر درباره ضریب همبستگی پایین مقیاس‌های طراحی شده با مقیاس ملاک این است که مقیاس ملاک با رویکرد مسیحیت و یهودیت طراحی شده، ولی رویکرد مقیاس طراحی شده توسط پژوهشگر مبتنی بر دین اسلام است که این مسئله در نمونه‌های پژوهش حاضر، مختصری باعث تلفیق ابعاد معنویت، و مراقبت معنوی با مراقبت مذهبی شده است. یافته‌های تحلیل عاملی نشان داد «مقیاس نگرش به انجام مراقبت معنوی پرستاران انکولوژی» دارای سه بعد دانش و آگاهی، احساس و عملکرد است که منطبق بر ساختار نگرش واقعی در اکثر مطالعات بوده و اعتبار سازه نگرش بدین صورت تأیید می‌شود. این در حالی است که «مقیاس دیدگاه مراقبت معنوی» تیلور و همکاران و «مقیاس راحتی اقدام معنوی» سیمینو تک بعدی و «مقیاس نقش معنوی افراد حرفه‌ای بهداشت» سوکن و کارسون دو بعدی است [۲۶، ۲۵، ۲۲]. سه بعدی بودن مقیاس طراحی شده، دقت و اعتبار داده‌های حاصل از مقیاس را افزایش می‌دهد. همچنین آلفا کرونباخ زیر مقیاس دوم مقیاس (احساس) در حد متوسط بود. با توجه به عدم اجرای مراقبت‌های معنوی توسط پرستاران بخش انکولوژی، نمره گذاری عبارات احساسی مقیاس پراکندگی بیشتری داشته است که باعث کاهش آلفا کرونباخ کلی این زیر مقیاس شده است. نتایج بررسی پایایی همسانی درونی مقیاس پژوهش نشان داد که ضریب آلفا کرونباخ مقیاس آن در حد عالی است که می‌تواند به دلیل فرایند دقیق و طولانی بررسی روایی (اعتبار) محتوا و صوری مقیاس مذکور توسط استادان راهنما، مشاور و سایر متخصصان از دانشگاه‌های مختلف تهران و نیز استفاده از روش‌های کیفی و کمی بررسی روایی (اعتبار) مقیاس باشد. همچنین پایایی ثبات مقیاس پژوهش با استفاده از آزمون مجدد با فاصله ۳ هفته انجام پذیرفت که نتایج حاصله همبستگی مثبت بالایی بین اجرای اول و دوم مقیاس و در نتیجه ثبات بالای آن را نشان داد. با وجود انتزاعی بودن مفاهیم مورد بررسی به ویژه معنویت و مراقبت معنوی به دلیل این که بسیاری از عبارات مقیاس، حاصل درون مایه‌های مرتبط با عقاید معنوی و دینی پرستاران مسلمان بود که این باعث افزایش پایایی ثبات مقیاس شد. با توجه به پایایی همسانی درونی بالای مقیاس طراحی شده، امکان تقلیل عبارات مقیاس مذکور در آینده وجود دارد که می‌تواند باعث سهولت به کارگیری آن در عمل و صرفه جویی در وقت و هزینه توسط پژوهشگران و نمونه‌های پژوهشی گردد.

در این پژوهش، بسیاری از شرکت کنندگان در بعد احساسی نگرش، به انجام مراقبت معنوی احساس مثبتی نشان داده، در انجام آن احساس راحتی کردند که این موضوع با یافته‌های سایر مطالعات موجود در متون مرتبط از جمله مطالعه سیمینو همخوانی دارد [۲۶]. از مقیاس طراحی شده می‌توان در محیط‌های آموزشی و بالینی برای سنجش معنویت و نگرش پرستاران و دانشجویان پرستاری برای ارزیابی تأثیر دوره‌های آموزشی استفاده نمود. همچنین مقیاس مذکور برای حیطه کاری پرستاری بخش انکولوژی طراحی شده است. با تغییر و اصلاح بعضی از عبارات مقیاس، می‌توان آن را در سایر حیطه‌های کاری پرستاری نیز مورد استفاده قرار داد. در نهایت، با وجود مناسب بودن روایی و پایایی مقیاس طراحی شده، روان سنجی آن با نمونه‌های بیشتر و متنوع جهت رفع اشکالات احتمالی و تسهیل کاربرد آن در آینده پیشنهاد می‌شود.

سهم نویسندگان

عبدالله خرّمی مارکانی: طراحی طرحنامه، مرور متون، انجام مصاحبه‌ها، تحلیل کیفی داده‌ها، جمع آوری و ورود داده‌ها، تهیه مقاله

فریده یغمایی: استاد راهنما (ویراستاری علمی مقاله، کمک به استخراج کدها و انجام روان سنجی مقیاس)

محمد خدایاری فرد: استاد مشاور (ویراستاری مقاله و کمک به انجام روان سنجی مقیاس)

حمید علوی مجد: مشاور آماری (ارائه مشاوره آماری و کمک به تحلیل داده‌ها)

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره۶۷۸۶-۸۶ -۰۱- ۸۸ و تاریخ ۱۳۸۹/۲/۱۹ مصوب شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بخشی از رساله دکتری آقای عبدالله خرّمی مارکانی به راهنمایی سرکار خانم دکتر فریده یغمایی است. بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از اعضای محترم شورای پژوهش دانشکده، مسئولان بیمارستان‌ها به ویژه پرستاران بخش انکولوژی اعلام می‌دارند.

منابع

1. Brien ME. Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground. 1 st Edition, Jones & Bartlett Publisher: Boston, 2004
2. McSherry W. Nurses, perceptions of spirituality and spiritual care. Nursing Standard 1998; 13: 36-40
3. Khorami Markani A, Yaghmaei F, Izadi A. Spirituality and spiritual care education in nursing: A challenge for curriculum development. Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery Quarterly 2010; 20: 41-50 [Persian]
4. Muller P, Pelvek KD, Rummans T. Religious involvement spirituality and medicine: Implications for clinical practices. Mayo Clinic Proceedings 2001; 76: 1225-35
5. Fasihi Harandi T, Ghofranipour F, Montazeri A, Anoosheh M. Muslim Breast Cancer Survivor Spirituality: Coping Strategy or Health Seeking Behavior Hindrance? Health Care for Women International 2010; 31: 88-98
6. Mitchell DL, Bennett MJ, Manfrin-Ledet L. Spiritual development of nursing students: Developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. Journal of Physical Therapy Education 2006; 45: 365-70
7. Vance DL. Nurses attitudes toward spirituality and patient care. Medical Surgical Nursing 2001; 10: 264-69
8. Mauk KL. Schmidt NK. Spiritual Care in Nursing Practice. 1 st Edition, Lippincott Co: Philadelphia, 2004
9. Poss JE. Developing a new model for cross- cultural research: Synthesizing the health belief model and the theory of reseasoned action. Advanced in Nursing Science 2001; 23: 15-20
10. Brewer JL, Blake AJ, Rankin SA, Douglass LW. Theory of Reasoned action predicts milk consumption in women. Journal of American Dietetic Association 1999; 99: 39-44
11. Rasooli M, Yaghmaei F, Alavi Majd H, Saeedolzakerin M. Development and Psychometrics of Institutionalized Adolescents Spiritual Coping Scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2009; 15: 25-32 [Persian]
12. Neuman B. The Neuman Systems Model. In: B.Neuman(Ed), The Neuman Systems Model. 3 rd Edition, Appleton & Lounge: Norfolk CT, 1995
13. Scott MS, Grzybowski M. Perceptions and practices of registered nurses regarding pastoral care and the spiritual need of hospital patients. The Journal of Pastoral Care 1994; 48: 171-79
14. Grant D. Spiritual interventions: How, when and why nurses use them? Holistic Nursing Practice 2004; 18: 36-41
15. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. Western Journal of Nursing Research 2001; 23: 90-104
16. Taylor EJ, Highfield MF, Amenta MO. Predictors of oncology and hospice nurses spiritual care perspectives and practices. Applied Nursing Research 1999; 12: 30-37
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24: 105-12
18. Streubert Speziale HJ, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing. 1 st Edition, Lippincott Williams & Wilkins Co: Philadelphia, 2009
19. Yaghmaie F. Content validity and its estimation. Journal of Medical Education 2003; 3: 25-27
20. Waltz CF, Bausell RB. Nursing Research: Decision Statistics and Computer Analysis. 2nd Edition, Fa Davis Co: Philadelphia, 1983
21. LoBiondo-Wood, Haber J. Nursing Research. 6th Edition, Mosby Co: UK, 2006
22. Taylor EJ, Highfield MF, Amenta MO. Attitudes and beliefs regarding spiritual care: A survey of cancer nurses. Cancer Nursing 1994; 17: 479-87
23. Afrasiabifar A, Yaghmaei F, Abdoli S, Abed Saeedi G. Research tool translation and cross-cultural adaptation. Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery Quarterly 2006; 16: 58-67 [Persian]
24. Alerk PL, Settle RB. The Survey Research Handbook: Guidelines and strategies for Conducting a Survey. 1 st Edition, Irvin Incorporation: Chicago, 1995

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

25. Soken KL, Carson VJ. Study measures nurses' attitudes about providing spiritual care. Health Progress 1986; 67: 52-55

26. Cimino SM. Nurses, Spiritual Well-being as Related to Attitudes Toward and Degree of Comfort in Providing Spiritual Care. PhD Thesis in Philosophy, Boston College, Graduate School of Arts & Sciences, 1992 [online]. Available at: http://proquest.umi.com: 28 Februay

27. Reed PG. Spirituality and wellbeing in terminally ill hospitalized adults. Research in Nursing and Health 1987; 10: 335-44

28. Hussein Rassool G. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations toward an understanding of the Islamic perspectives on caring. Journal of Advanced Nursing 2000; 32: 1476-84

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

ABSTRACT

Developing a measure for assessing oncology nurses' attitudes toward providing spiritual care: psychometric properties

Abdollah Khorami Markani[1], Farideh Yaghmaie[*2], Mohammad Khodayari Fard[3], Hamid Alavi Majd[4]

1. Department of Nursing, Urmieh Medical Sciences University, Urmieh, Iran
2. Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran
4. Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 393-402
Accepted for publication: 7 June 2012
[EPub a head of print-7 July 2013]

Objective (s): To develop a measure for assessing oncology nurses' attitudes toward providing spiritual care.
Methods: This was a two-part study (qualitative and quantitative) that carried out in 12 hospitals affiliated to Shahid Beheshti and Tehran Universities of Medical Sciences. In all 154 nurses (24 nurses in qualitative phase and 130 nurses in quantitative phase) took part in the study. Data were collected through semi- structured and focus group interviews with oncology nurses. Interviews were analyzed with qualitative content analysis approach. Then items derived from content analysis mixed with items derived from literature and item pool was assessed for content, face, construct, and criterion validity. Internal consistency and stability was performed to assess reliability.
Results: In all 286 items were identified and after indicating the content validty index and the content validity ratio, the number of items was reduced to 68 (CVI 0.75% and CVR 0.45%). To determine construct validity, we used factor analysis that was identified 3 principal components consisting of knowledge, emotion and performance that explained 45% of variance observed. Taylor spiritual care perspective was used to assess criterion validity. The correlation coefficient between two questionnaires was acceptable (r = 0.548). The Cronbach's alpha coefficient was used to determine internal consistency and test- retest for stability of the scale and both showed satisfactory results (α= 0.903 and r= 0.734) respectively.
Conclusion: Oncology nurses attitude towrd providing spiritual care is a valid and reliable measure.
Key Words: Spirituality, Spiritual Care, Attitude to spiritual care, Oncology Nurses

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.8.3]

[*] Corresponding author: Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
E-mail: Farideh_Y2002@yahoo.com