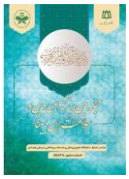
JORH
Journal of Religions & Health
J Religions & Health, 2024; 4(2): 1-11 Doi: 10.32592/jorh.4.2.1
https://aijrh.umsha.ac.ir/



Original Article

Elucidating Spiritual, Facilitating, Inhibiting Needs and Their Factors in Nurses in the Care units of COVID-19 Patients at Hajar Hospital, Shahrekord: A Qualitative Study

Seyed Yahya Kazemi[1], Mehbobeh Mohammad Pour[2], Shahram Etemadi Far[3*]

1- Department of Islamic Studies, Shahrekord Branch, University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
2- Research expert, Shahrekord Branch, University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
3- Department of Nursing and Midwifery, Shahrekord Branch, University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

Article history:
Received: 01 October 2024
Revised: 16 December 2024
Accepted: 15 January 2025
ePublished: 01 March 2025

*Corresponding author: Shahram Etemadi Far, Department of Nursing and Midwifery, Shahrekord Branch, University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

Email: sh.etemadifar@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: The spread of the coronavirus has affected the mental health of individuals in society, including patients, their families, and health service providers, especially nurses. Nurses are one of the most vulnerable people in terms of spiritual needs due to their close relationship with patients and their pain and suffering. They are professionally and morally obligated to provide spiritual care as part of comprehensive care for patients. Therefore, identifying their spiritual needs and meeting these needs seems important. The present study was carried out with the aim of explaining the spiritual needs of nurses in the care departments of patients with COVID-19 in Hajar Hospital in Shahrekord City.

Materials and Methods: The present qualitative research is of the content analysis type and was conducted in 2021-2024. The research population consisted of 16 nurses from the care departments of COVID-19 patients at Hajar Hospital, affiliated with Shahrekord University of Medical Sciences. The participants were selected using a purposive sampling method. Data were collected through semi-structured interviews in the hospital and their workplaces and recorded with their consent. Data collection continued until data saturation. The text analysis of the extracted interviews was done at the same time as the data collection and was classified into primary themes, sub-themes, and main themes using the content analysis method.

Results: A total of 16 nurses with the age range of 23 to 56 years participated in this study. The majority of nurses had bachelor's degrees (87%) and master's degrees (13%). The main findings of this study included 3 main themes and 11 sub-themes. One of the main themes was the concept of spiritual care, with sub-themes including the understanding of life's meaning, deeper familiarity with the Creator, the purposefulness of human creation, connection with God and patients fostering kindness, charity, empathy, and companionship with patients, reliance on God, prayer, and supplication leading to peace of mind and hope. Another main theme of the study was the facilitators of spiritual care, with sub-themes including the availability of necessary facilities and equipment for providing spiritual care, religious beliefs, participation in religious programs promoting psychological and spiritual peace, the need for education and empowerment of nurses, forming spiritual care teams, and the necessity for understanding and support from authorities regarding the importance of nurses' spiritual care. The other main theme comprised the barriers to spiritual care, with sub-themes including religious and cultural prejudices leading to neglect of spiritual care needs, lack of support from authorities, heavy workloads, neglect of nurses' spiritual needs, the need for understanding by family, community, and the healthcare system, providing care with inadequate resources and experience, facing unsuitable conditions for patients and families, separation from family and concern about disease transmission to family members, the poor condition of patients, and hopelessness regarding the treatment and recovery of patients.

Conclusion: The findings of this research contributed to the understanding and clarification of the spiritual needs of nurses in COVID-19 patient care, encompassing the concept of spiritual care, facilitators of spiritual care, and barriers to spiritual care. Offering suitable strategies to address the identified needs, considering the facilitators and barriers to spiritual care outlined in this study, will be significantly beneficial for nurses facing similar job situations stemming from pandemic-related illnesses. Furthermore, identifying the spiritual needs of nurses is crucial for healthcare authorities and nursing managers in order to develop educational programs and spiritual care packages aimed at addressing nurses' spiritual needs.

Keywords: Care of COVID-19 patients, COVID-19, Facilitators and barriers to spiritual health, Nurse, Spiritual care needs

Please cite this article as follows: Kazemi SY, Etemadi Far Sh, Mohammad Pour M. Elucidating Spiritual, Facilitating, Inhibiting Needs and Their Factors in Nurses in the Care units of COVID-19 Patients at Hajar Hospital, Shahrekord: A Qualitative Study Shahrekord Hospital: A Qualitative Study. J Religions & Health. 2024; 4(2): 1-11. DOI: 10.32592/jorh.4.2.1

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

Copyright © 2023 Journal of Religions and Health. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

JOHE
مجله بین رشته ای دین و سلامت ابن سینا
دوره ۴، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۱-۱
https://aijrh.umsha.ac.ir/
UMSHA Press



مقاله پژوهشی

تبیین نیازهای معنوی و عوامل تسهیلگر و بازدارنده آن در پرستاران بخش‌های مراقبت از بیماران کووید ۱۹ بیمارستان «هاجر» شهرکرد: یک مطالعه کیفی

سیّدیحیی کاظمی[۱]، محبوبه محمّدپور[۲]، شهرام اعتمادی‌فر[۳]*

۱- گروه معارف اسلامی، واحد شهرکرد، دانشگاه علوم‌پزشکی، شهرکرد، ایران
۲- واحد شهرکرد، دانشگاه علوم‌پزشکی، شهرکرد، ایران
۳- گروه پرستاری و مامایی، واحد شهرکرد، دانشگاه علوم‌پزشکی، شهرکرد، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۱۰
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۱۱

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** شهرام اعتمادی فر، گروه پرستاری و مامایی، واحد شهرکرد، دانشگاه علوم‌پزشکی، شهرکرد، ایران

ایمیل: sh.etemadifar@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: شیوع ویروس کرونا سلامت روان افراد جامعه ازجمله بیماران، خانواده آن‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و به‌خصوص پرستاران را تحت‌تأثیر قرار داده است. پرستاران به‌واسطه ارتباط تنگاتنگی که با بیماران و درد و رنج آن‌ها دارند، یکی از آسیب‌پذیرفته‌ترین افراد در مقوله نیازهای معنوی هستند. پرستاران ازنظر حرفه‌ای و اخلاقی موظّف به ارائه مراقبت معنوی، به‌عنوان بخشی از مراقبت جامع به بیماران هستند. بنابراین شناسایی نیازهای معنوی آن‌ها و مرتفع ساختن این نیازها حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف تبیین نیازهای معنوی پرستاران بخش‌های مراقبت از بیماران کووید ۱۹ بیمارستان «هاجر» شهرکرد انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر کیفی از نوع آنالیز محتواست و در سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۳ انجام شد. جامعه پژوهش ۱۶ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت از بیماران کووید ۱۹ بیمارستان «هاجر» شهرکرد وابسته به دانشگاه علوم‌پزشکی شهرکرد بودند. مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. اطلاعات ازطریق انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته در بیمارستان و بخش محلّ کار آنان جمع‌آوری و با رضایت آنان ضبط شد. جمع اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تجزیه‌وتحلیل متن مصاحبه‌های استخراج‌شده هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها و به روش تحلیل محتوا انجام شد و به تم‌های اوّلیه، تم‌های فرعی و تم‌های اصلی طبقه‌بندی گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه، درمجموع ۱۶ پرستار با رده سنّی ۲۳ تا ۵۶ سال شرکت کردند. تحصیلات غالب پرستاران کارشناسی (۸۷٪) و کارشناسی‌ارشد (۱۳٪) بود. یافته‌های اصلی این مطالعه شامل ۳ تم اصلی و ۱۱ تم فرعی بود. یکی از تم‌های اصلی مفهوم مراقبت معنوی با تم‌های فرعی درک معنای زندگی و آشنایی بیشتر با خالق هستی و هدف‌دار بودن خلقت انسان، ارتباط با خدا و بیماران زمینه‌ساز مهرورزی و احسان و همدلی و همراهی با بیماران، توکّل به خدا، نماز و دعا مسبّب ایجاد آرامش روحی روانی و امید بود. دیگر تم اصلی مطالعه شامل عوامل تسهیل‌کننده مراقبت معنوی با تم‌های فرعیِ فراهم بودن امکانات و تجهیزات و شرایط لازم برای ارائه مراقبت معنوی، اعتقاد مذهبی و شرکت در برنامه‌های مذهبی مسبّب ایجاد آرامش روانی و معنوی، نیاز به آموزش و توانمندسازی پرستاران و تشکیل تیم مراقبت معنوی، لزوم توجه و درک و حمایت مسئولان درخصوص اهمیت مراقبت معنوی پرستاران) بود. تم اصلی دیگر مطالعه شامل عوامل بازدارنده مراقبت معنوی با تم‌های فرعیِ تعصّبات مذهبی و فرهنگی مسبّب غفلت از توجه به نیازهای مراقبت معنوی، عدم حمایت مسئولان و بارِکاری زیاد و عدم توجه به نیازهای معنوی پرستاران و نیاز به درک شدن توسط خانواده و جامعه و سیستم درمانی، مراقبت با امکانات و تجربه ناکافی پرستاران و مواجهه با شرایط نامناسب بیماران و خانواده‌ها، دوری از خانواده و نگرانی از انتقال بیماری به اعضای خانواده و شرایط بدِ بیماران و ناامیدی از درمان و بهبودی بیماران بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش به تفهیم و روشن‌سازی نیازهای معنوی پرستاران بخش‌های مراقبت از بیماران کووید ۱۹ که شامل مفهوم مراقبت معنوی، عوامل تسهیل‌کننده مراقبت معنوی و عوامل بازدارنده مراقبت معنوی بود، منجر شد. ارائه راهکارهای مناسب در راستای رفع نیازهای استخراج‌شده با توجه به عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده مراقبت معنوی در این مطالعه، اهمیت زیادی در مواجهه پرستاران در موقعیت‌های شغلی مشابه و ناشی از بیماری‌های پاندمیک خواهد داشت است. همچنین، شناسایی نیازهای معنوی پرستاران برای مسئولان و مدیران پرستاری در راستای آموزش و تدوین بسته مراقبت معنوی درجهت مرتفع ساختن نیازهای معنوی پرستاران حائز اهمیت است.

واژگان کلیدی: پرستار، نیازهای مراقبت معنوی، عوامل تسهیلگر و بازدارنده سلامت معنوی، بیماری کرونا، مراقبت از بیماران کووید ۱۹

استناد: کاظمی، سیدیحیی؛ اعتمادی فر، شهرام؛ محمدپور، محبوبه. بررسی تأثیر نماز بر سلامت نفس مبتنی‌بر خوانش سوره «معارج». مجله بین رشته ای دین و سلامت ابن سینا، پاییز و زمستان ۱۴۰۳؛۴(۲): ۱۱-۱

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

مقدمه

کووید ۱۹ یک بیماری واگیردار جدید است که از دسامبر (۲۰۱۹) برای اوّلین‌بار در شهر ووهان چین گزارش شد و شیوع سریع این بیماری آن را به یک نگرانی جهانی مبدّل ساخت. در ایران نیز اوّلین مورد ابتلا به بیماری کرونا در ۳۰ بهمن ۱۳۹۸ در شهر قم به‌صورت رسمی تأیید شد و در مدت کوتاهی در کل کشور شیوع پیدا کرد [۱، ۲]. این بیماری دارای علائم متغیّر از طیف خفیف تا شدید است که شایع‌ترین علائم بالینی آن شامل تب و سرفه است. همچنین، علائم غیراختصاصی آن به شکل تنگی‌نفس، سردرد، درد عضلانی و خستگی ظاهر می‌شود و با میزان بالای مرگ‌ومیر همراه است [۳، ۴]. طبق آخرین آمار پایگاه اطلاعاتی سازمان بهداشت جهانی، از زمان شروع بیماری تا ۲۹ نوامبر (۲۰۲۰)، کلّ مبتلایان به این بیماری در سراسر جهان به ۶۱,۸۶۹,۳۳۰ نفر رسید که از این تعداد ۱,۴۴۸,۸۹۶ نفر جان خود را از دست داده‌اند. ایران نیز از این قاعده مستثنا نبوده و از تعداد ۹۳۵۷۹۹ نفر مبتلا به کرونا، تعداد ۴۷۴۸۶ نفر جان خود را از دست داده‌اند. درحال‌حاضر، بیماری کرونا با شیوع سریع به یک فاجعه جهانی مبدّل شده است و عاملی جهت تهدید سلامت روانی، اقتصادی، اجتماعی، تاریخی و فرهنگی به‌شمار می‌رود [۵، ۶]. انتشار اوّلین موارد مرگ ناشی از ویروس کرونا و افزایش حجم اخبار در ارتباط با موارد ابتلای جدید نه‌تنها به افزایش چشمگیر تنش در سطح جوامع منجر شد، بلکه با ایجاد افکار منفی، ترس از بیماری و مرگ ناشی از آن سلامت روان افراد را تحت‌تأثیر جدّی قرار داده است. همچنین، ارائه اطلاعات غلط در این زمینه نیز سبب افزایش نگرانی‌ها شده است [۷]. بحث آثار روان‌شناختی این بیماری بر امنیت روانی افراد در سطوح مختلف جامعه غیرقابل‌چشم‌پوشی است؛ زیرا سلامت روان کلّ افراد جامعه و همچنین بیماران و خانواده‌های آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار داده است و برخی افراد مبتلا به بیماری کرونا افکار ناخوشایندی مانند ناامیدی و در درجات شدیدتر پرخاشگری و افکار خودکشی را تجربه می‌کنند [۸].

با توجه به آنچه که بیان شد، می‌توان گفت که شیوع ویروس کرونا سلامت روان افراد جامعه ازجمله بیماران، خانواده آن‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و به‌خصوص پرستاران را تحت‌تأثیر قرار داده و لزوم توجه به سلامت آنان و توجه به نیازهای مراقبت معنوی در بیماران، خانواده‌ها و پرسنل درمان را بیش‌ازپیش مشخص کرده است. نمودهای مراقبت معنوی در پرستاران ایرانی شامل همدلی، امید، تسهیل معنا در عبادات، تسهیل ارتباط با خدا، حفظ خلوت درونی با خود، احترام به هم‌نوعان، گوش دادن و توجه کردن است [۹]. استیونتس بارنوم درکتاب *پرستاری مبتنی بر معنویت* خود نوشته است «افرادی که نیازهای معنویشان برطرف نشده، غیرممکن است بتوانند تفکّر و احساسات افرادی را که سطوح بالایی از سلامت معنوی دارند، درک کنند یا اینکه به افرادی که ناراحتی معنوی دارند، بتوانند یاری برسانند و مراقبت معنوی ارائه بدهند [۱۰]. گرایش به معنویت در حرفه پرستاری با مراقبت مطلوب در تعامل با بیمار، همکاری سازنده با همکاران، دوری از رفتارهای منفی وگرایش به رفتارهای سازنده در ارتباط است [۱۱]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بی‌توجهی و غفلت از نیازهای معنوی در پرستاران موجب احساس از دست دادن معنا در زندگی [۱۲]، سردرگمی [۱۳]، تنش [۱۴]، استرس، اضطراب، خشم [۱۵] و خستگی [۱۶] در زندگی پرستاران می‌شود و برعکس باعث ارتقای نیازهای معنوی پرستاران رضایت شغلی [۱۷] خرسندی، شادکامی و تندرستی [۱۸]، رضایت بیماران از مراقبت‌های پرستاری [۱۹] عزّت‌نفس، توانایی‌های اجتماعی، رضایت از زندگی و خلق مثبت پرستاران می‌شود [۲۰] و رویارویی پرستاران با نیازهای معنوی بیماران را تسهیل می‌کند [۱۱]. پس می‌توان نتیجه گرفت که هرچه نیازهای معنوی پرستار مرتفع‌تر باشد، نه‌تنها در ارائه مراقبت معنوی به بیمار تواناتر خواهد بود، بلکه زمینه سلامتی جسمی، اجتماعی، روانی و کیفیت زندگی وی نیز فراهم خواهد شد.

فیشر در مطالعات خود اظهار می‌دارد که توجه پرستار به نیازهای معنوی خود باید جزء اولویت‌های کاری حرفه‌ی پرستاری باشد [۲۱]. این اولویت به کمک ارائه مراقبت معنوی با هدف تقویت انسجام درونی افراد، ترویج روابط بین‌فردی و رفع نیازهای معنوی صورت می‌گیرد [۲۲]. پرستاران معنوی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین واسطه‌ها ازطریق برطرف کردن نیازهای معنوی بیماران می‌توانند به افزایش رضایتمندی آن‌ها از زندگی کمک کنند. بنابراین معنوی بودن و ارتقای نیازهای معنوی در پرستار لازمه ارائه مراقبت معنوی به بیمارانشان است [۲۳].

معنوی بودن و ارتقای نیازهای معنوی اوّلین گام در ارائه مراقبت معنوی است. به نظر می‌رسد پرستارانی که درمورد معنویت آگاه هستند، بهتر مراقبت معنوی را ارائه می‌دهند. یک پرستار معنوی دانش و تجارب خود از معنویت را به مرکز مراقبت می‌آورد و قسمتی از نیازهای معنوی بیمار را رفع می‌کند [۲۴]. چیانگ و همکاران ( ) بر این باورند که معنویت در پرستاران ازجمله مهم‌ترین نظام‌های ارزشی و اعتقادی آن‌هاست و می‌تواند تأثیر زیادی بر نگرش و عملکرد آن‌ها در مراقبت از بیماران و تعهّد حرفه‌ای آن‌ها داشته باشد. آن‌ها نشان دادند پرستارانی که معنویت بالاتری دارند، با عشق و محبت بیشتری به مراقبت از بیمارانشان می‌پردازند و توجه بیشتری به مراقبت معنوی آن‌ها دارند [۱۱].

پرستاران باور دارند مراقبت معنوی بخش مهمی از مراقبت پرستاری است، ولی به‌ندرت نیازهای معنوی بیماران‌شان را موردتوجه قرار می‌دهند [۲۵]. این مسئله می‌تواند به‌این‌علت باشد که نیازهای معنوی این پرستاران مرتفع نشده است. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۷ بر ۵۷۶ پرستار در ۳ کشور اروپا (قبرس، جمهوری چک، یونان) انجام شد، نشان داد پرستارانی که نیازهای معنوی بیشتری دارند، به‌ندرت مراقبت معنوی را به بیماران ارائه می‌دهند [۲۶]. همچنین، مک شری و استیوجیسون (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای که بر ۴۰۵۴ پرستار انجام دادند، نشان دادند که فقط ۴۱/۴٪ از پرستاران روزانه به ارائه مراقبت معنوی اقدام می‌کنند. درحالی‌که توانایی پرستاران در شناسایی، سازمان‌دهی و حمایت از اعتقادات معنوی بیماران در دوره بستری در بیمارستان اهمیت دارد [۲۷].

باوجودِ اهمیتی که پیرامون نیازهای معنوی پرستاران و معنویت آن‌ها گزارش شده است، پژوهشی که درآن نیازهای معنوی آن‌ها را شناسایی کرده باشد، یافت نشده است و عمده پژوهش‌ها صرفاً بر

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

آموزش نیازهای معنوی پرستاران جهت ارائه مراقبت معنوی به بیمارانشان صورت گرفته است. تنها مطالعه‌ای که در این زمینه در ایران یافت شده است، مطالعه‌ای کیفی توسط رسولی و سلمانی [۲۸] با هدف نیازسنجی و تدوین اهداف آموزشی برنامه مراقبت معنوی در پرستاران است. در این پژوهش مهم‌ترین نیازهای آموزشی معنوی پرستاران، نیاز به شناسایی مفهوم معنویت، توانمندی جهت شناسایی نیازهای معنوی در بیماران، چگونگی ارائه مراقبت معنوی به بیماران در گروه‌های سنّی مختلف، اهمیت و ضرورت ارائه مراقبت معنوی به بیماران و انواع مراقبت‌های معنوی بوده است. تنها یک مطالعه خارج از ایران پیرامون نیازهای معنوی پرستاران یافت شد. مطالعه‌ای نیمه‌تجربی در دانشگاه کدرویل تحت‌عنوان «بررسی تأثیر یک برنامه ارتقادهنده مراقبت معنوی بر صلاحیت ارائه مراقبت معنوی پرستاران آسایشگاه مراقبت تسکینی به بیماران مبتلا به سرطان» انجام شد. در این پژوهش، از مدل ارتقای معنویت سه‌محوری ایمان، امید و عشق استفاده گردید. محورهای این پژوهش روح انسانیت، معنویت و نیازهای معنوی بود. یافته‌ها نشان دادند برنامه ارتقادهنده مراقبت معنوی با استفاده از این مدل سبب بهبود اعتمادبه‌نفس پرستاران، مرتفع شدن نیازهای معنوی در پرستاران و متعاقب آن افزایش کیفیت ارائه مراقبت معنوی توسط پرستاران به بیماران می‌شود [۱۲]. حلقه مفقوده در این پژوهش‌ها این است که یک پرستار به‌عنوان یک عضو حرفه‌ای که در امر مراقبت و درمان بیمار و خانواده دخیل است، چه نیازهای معنوی شخصی دارد و شایع‌ترین و عمومی‌ترین این نیازها کدام‌اند؟ در پژوهش‌های مختلفی که در بالا ذکر شده است، به این مسئله اشاره شده که پرستاران از ضرورت ارائه مراقبت معنوی به بیمارانشان مطّلع هستند و گاهی‌اوقات در این زمینه آموزش‌های لازم را دیده‌اند، ولی به‌ندرت مراقبت معنوی را به بیمارانشان ارائه می‌دهند.

پرستاران ازنظر حرفه‌ای و اخلاقی موظّف به ارائه مراقبت معنوی، به‌عنوان بخشی از مراقبت جامع به بیماران هستند. بنابراین با توجه به تفاوت‌های فرهنگی مردم ایران با سایر کشورها و عدم امکان تعمیم نتایج یافته‌های آن‌ها پیرامون نیازهای معنوی پرستاران به جامعه پرستاری ایران، ضرورت انجام پژوهشی با رویکرد بومی احساس می‌شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین نیازهای معنوی پرستاران بخش‌های مراقبت از بیماران کووید ۱۹ بیمارستان «هاجر» شهرکرد انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر به‌صورت کیفی از نوع تحلیل محتواست که در طول سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۳ در بیمارستان «هاجر» شهرکرد انجام شده است. جامعه موردپژوهش شامل ۱۶ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت از بیماران کووید ۱۹ بیمارستان «هاجر» شهرکرد بود. شرط ورود نمونه‌ها به این مطالعه شامل حداقل یک ماه سابقه کار در بخش‌های کووید ۱۹ و تمایل به شرکت در مطالعه و معیار خروج آنان عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش در هر مرحله از مراحل انجام پژوهش بود.

نمونه‌گیری مشارکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات، از مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند با پرستاران شاغل در بخش‌های استفاده گردید. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت و مدت‌زمان تقریبی مصاحبه بین ۳۰-۴۵ دقیقه و در محلّ کار شرکت‌کنندگان بود. مصاحبه‌ها غالباً در اتاق استراحت پرسنل که مجهز به میز و صندلی و امکاناتِ لازم بود، انجام شدند.

جهت آغاز مصاحبه، ابتدا اهداف مطالعه توضیح و رضایت آن‌ها به‌صورت شفاهی و کتبی اخذ شد. سپس سؤالات کوتاه و باز اصلی و پیگیر درمورد نیازهای مراقبت معنوی به‌صورت مصاحبه همانند (۱) چه چیزی به شما آرامش و معنا می‌دهد؟ (۲) چه چیزی شما را نگران می‌کند؟ منشأ نگرانی شما چیست؟ (۳) به نظر شما یک پرستار چه نیازهای روانی و معنوی در زندگی حرفه‌ای خود دارد؟ (۴) آیا بیماران کووید ۱۹ به موضوعات معنوی نیازمند هستند؟ شایع‌ترین نیاز معنوی بیمارانتان چه بوده است؟ (۵) آیا تاکنون با بیماران خود درمورد نیازهای معنوی گفت‌وگو داشته‌اید؟ در صورت امکان تجربیات خود در گفت‌وگو با بیمار جهت آرامش‌بخشی به بیمار را بیان کنید؟ از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. تمام مصاحبه‌ها با استفاده از تلفن‌همراه ضبط و بلافاصله و هم‌زمان پس از اتمام مصاحبه‌ها بر روی کاغذ اجرا و تایپ شدند. فرایند استخراج کدها با خواندن مکرّر متون مصاحبه تا زمان نام‌گذاری کدها ادامه یافت. برای افزایش دقت و مقبولیت یافته‌ها، از تلفیق چند روش مصاحبه، کنترل و مصاحبه مجدّد با مشارکت‌کنندگان استفاده شد. آنالیز استنتاجی محتوا هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات صورت گرفت و مصاحبه و نکته‌برداری تا رسیدن به اشباع اطلاعات انجام شد تا زمانی‌که هیچ اطلاعات جدیدی حاصل نشد. سپس کدهای اوّلیه در محیط Word کدگذاری و سپس با استفاده از روش آنالیز محتوی پولیت و بکتم‌های اوّلیه، فرعی و اصلی استخراج شدند. روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد متعارف به شیوه استقرایی با رویکرد پولیت و بک جهت کسب درک عمیق و توصیف این پدیده شامل مراحل تعیین محتوای تحلیل و واحد تحلیل، تعیین واحد معنایی یا واحد کدگذاری، فشرده‌سازی و تلخیص و شکل‌گیری کدها، دسته‌بندی کدها در زیرطبقات، شکل‌گیری طبقات از زیرطبقات، شکل‌گیری تم‌ها از طبقات بود که مورداستفاده قرار گرفت. همچنین، کدهای حاصل از تحلیل داده‌ها تا مراحل پایانی نگارش طرح پژوهشی بازنگری و اصلاح شدند.

صحّت یا استحکام داده‌ها

در مطالعات کیفی به‌جای اعتبار و پایایی داده‌ها، از اصطلاح صحّت یا استحکام استفاده می‌شود. در این پژوهش، صحّت و استحکام یافته‌های کیفی براساس چهار معیار لینکن و گوبا انجام شد [۲۹].

- **اعتبار (مقبولیت):** اعتبار شامل تمام فعالیت‌هایی می‌شود که احتمال اینکه داده‌های معتبرحاصل شود را افزایش می‌دهد. در این پژوهش پس از ارتباط مناسب با مشارکت‌کنندگان، به‌منظور درگیری عمیق و طولانی‌مدت آن‌ها، مصاحبه‌ها در مکان مورددلخواه مشارکت‌کنندگان انجام شدند. در روش بازبینی پس از کدگذاری هر مصاحبه، متن‌ها در اختیار تعدادی از شرکت‌کنندگان قرار داده شدند تا از صحّت و اعتبار کدها و تفاسیر اطمینان حاصل

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

شود. روش دیگر بازبینی، تفسیر داده‌ها توسط همکاران بود که در این پژوهش این امر توسط افراد صاحب‌نظر انجام شد.

– **قابلیت اعتماد (همسان بودن):** اعتمادپذیری معادل پایایی در پژوهش‌های کمّی است و ازطریق حسابرسی صورت می‌گیرد و زمانی حاصل می‌شود که محقّق اعتبار یافته‌ها را اثبات کرده باشد. در این پژوهش، از مصاحبه‌های عمیق، نیمه‌ساختاریافته، توصیف و ثبت تمام جزئیات در همه مراحل تحقیق درجهت افزایش وابستگی داده‌ها استفاده شد.

– **تأییدپذیری:** تأییدپذیری زمانی تحقّق می‌یابد که سایر پژوهشگران بتوانند به‌روشنی مسیر پژوهش و اقدامات صورت‌گرفته توسط پژوهشگر را دنبال کنند. روشی که می‌توان برای تأییدپذیری یافته‌ها به کار برد، روشن گذاشتن یک وسیله ضبط صداست که تمامی صحبت‌های افراد را در طی زمان مصاحبه ضبط می‌کند. برای تأییدپذیری در این پژوهش، از تلفن‌همراه برای ضبط تمامی صحبت‌های افراد در مصاحبه استفاده شد.

– **قابلیت انتقال:** به معنای تناسب و قابلیت انتقال نتایج در موقعیت مشابه است. لینکن و گوبا قابلیت انتقال را معادل تعمیم می‌دانند و به معنی آن است که اگر افراد دیگری با تجربه مشابه که در تحقیق شرکت نداشته‌اند نتایج تحقیق را بخوانند، تشابه مناسبی میان نتایج تحقیق با تجارب خود بیابند. ازطرفی، نتایج تحقیق در اختیار تعدادی از افرادی که دارای موقعیت و مشخصات مشابه با مشارکت‌کنندگان در مطالعه هستند، ولی در پژوهش شرکت نداشته‌اند، قرار گرفت تا آن‌ها میزان تشابه نتایج تحقیق را با تجارب خود قضاوت کنند.

یافته ها

در این مطالعه، درمجموع ۱۶ پرستار با رده سنّی ۲۳ تا ۵۶ سال شرکت کردند. تحصیلات غالب پرستاران کارشناسی (۸۷٪) و کارشناسی‌ارشد (۱۳٪) بود. یافته‌های اصلی این مطالعه شامل ۳ تم اصلی و ۱۱ تم فرعی بود. یکی از تم‌های اصلی مفهوم مراقبت معنوی با تم‌های فرعیِ درک معنای زندگی و آشنایی بیشتر با خالق هستی و هدف‌دار بودن خلقت انسان، ارتباط با خدا و بیماران زمینه‌ساز مهرورزی و احسان و همدلی و همراهی با بیماران، توکّل به خدا، نماز و دعا مسبّب ایجاد آرامش روحی روانی و امید بود.

دیگر تم اصلی مطالعه شامل عوامل تسهیل‌کننده مراقبت معنوی با تم‌های فرعیِ فراهم بودن امکانات و تجهیزات و شرایط لازم برای ارائه مراقبت معنوی، اعتقاد مذهبی و شرکت در برنامه‌های مذهبی مسبّب ایجاد آرامش روانی و معنوی، نیاز به آموزش و توانمندسازی پرستاران و تشکیل تیم مراقبت معنوی، لزوم توجه و درک و حمایت مسئولان درخصوص اهمیت مراقبت معنوی پرستاران بود. تم اصلی دیگر مطالعه شامل عوامل بازدارنده مراقبت معنوی با تم‌های فرعیِ تعصّبات مذهبی و فرهنگی مسبب غفلت از توجه به نیازهای مراقبت معنوی، عدم حمایت مسئولان و بارِ کاری زیاد و عدم توجه به نیازهای معنوی پرستاران و نیاز به درک شدن توسط خانواده و جامعه و سیستم درمانی، مراقبت با امکانات و تجربه ناکافی پرستاران و مواجهه با شرایط نامناسب بیماران و خانواده‌ها، دوری از خانواده و نگرانی از انتقال بیماری به اعضای خانواده و شرایط بدِ بیماران و ناامیدی از درمان و بهبودی بیماران بود (جدول ۱).

جدول ۱. تم‌های فرعی و اصلی مطالعه

تم‌های فرعی	تم‌های اصلی
درک معنای زندگی و آشنایی بیشتر با خالق هستی و هدف‌دار بودن خلقت انسان	مفهوم مراقبت معنوی
ارتباط با خدا و بیماران زمینه‌ساز مهرورزی و احسان و همدلی و همراهی با بیماران	
توکّل به خدا، نماز و دعا مسبّب ایجاد آرامش روحی روانی و امید	
فراهم بودن امکانات و تجهیزات و شرایط لازم برای ارائه مراقبت معنوی	عوامل تسهیل کننده مراقبت معنوی
اعتقاد مذهبی و شرکت در برنامه‌های مذهبی مسبّب ایجاد ارامش روانی و معنوی	
نیاز به آموزش و توانمندسازی پرستاران و تشکیل تیم مراقبت معنوی	
لزوم توجه و درک و حمایت مسئولان درخصوص اهمیت مراقبت معنوی پرستاران	
تعصّبات مذهبی و فرهنگی مسبب غفلت از توجه به نیازهای مراقبت معنوی	عوامل بازدارنده مراقبت معنوی
عدم حمایت مسئولان و بارِ کاری زیاد و عدم توجه به نیازهای معنوی پرستاران و نیاز به درک شدن توسط خانواده و جامعه و سیستم درمانی	
مراقبت با امکانات و تجربه ناکافی پرستاران و مواجهه با شرایط نامناسب بیماران و خانواده‌ها	
دوری از خانواده و نگرانی از انتقال بیماری به اعضای خانواده و شرایط بدِ بیماران و ناامیدی از درمان و بهبودی بیماران	

۱– مفهوم مراقبت معنوی

مفهوم مراقبت معنوی در این مطالعه شامل تم‌های فرعی درک معنای زندگی و آشنایی بیشتر با خالق هستی و هدف‌دار بودن خلقت انسان، ارتباط با خدا و بیماران زمینه‌ساز مهرورزی و احسان و همدلی و همراهی با بیماران، توکّل به خدا، نماز و دعا مسبّب ایجاد آرامش روحی روانی و امید است. پرستاران معتقد بودند که مراقبت معنوی درواقع درک معنای زندگی و هدف‌دار بودن خلقت انسان‌ها ازطریق ارتباط با خدا و توکّل به او ازطریق نماز و دعا و انجام عبادات مذهبی است که سبب ایجاد آرامش روحی روانی و امید و درنهایت درک و ارتباط بهتر با بیماران می‌شود که در ادامه

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

تم‌های فرعی و بیانات شرکت‌کنندگان در همین زمینه بیان می‌شوند:

- درک معنای زندگی و نیازهای معنوی و آشنایی بیشتر با خالق هستی و هدف‌دار بودن خلقت انسان

«خودمراقبتی معنوی با درک معنای واقعی زندگی و هویّت واقعی‌مان مرتبط است. تأمین معنویات باعث می‌شود که فرد با خالق هستی آشنا شود و معنای زندگی را بهتر درک کند. مراقبت معنوی، یعنی اعتقاد به ماورای طبیعت، ایمان، هدف‌دار دیدن خلقت و انسان و باور به کرامت ذاتی انسان» P ۲.

«درمورد مراقبت معنوی که فرمودید، ما باید نیازهای معنوی را بفهمیم. هر فردی نیازهای معنوی متفاوتی دارد، ولی درزمینه کار ما همین‌که بتوانیم نیازهای خود و بیمار را درک کنیم تا او را همراهی کنیم، در سیر بیماری بسیار مفید است» P ۳.

- ارتباط با خدا و بیماران زمینه‌ساز مهرورزی و احسان و همدلی و همراهی با بیماران

«مراقبت معنوی، یعنی ارتباط با خدا جهت مهرورزی به هم‌نوعان، حُسن خُلق، حُسن ظن به دیگران، گذشت و احسان به دیگران که در کار پرستاری اهمیت زیادی دارد» P ۲.

«اولین اقدام با روی خوش برخورد کردن است و اینکه خودمان را با جملاتی مانند ما کنارتان هستیم و اصلاً جای نگرانی نیست، هر مشکل یا سؤالی داشتید، ما در خدمت هستیم و... همراه بیمار نشان دهیم. بعضی‌مواقع دستان بیمار را به‌گرمی بفشاریم و حسّ دلگرمی را انتقال دهیم» P ۱۱.

- توکّل به خدا، نماز و دعا مسبّب ایجاد آرامش روحی روانی و امید

«از خداوند کمک خواستن و توکّل به خدا، تحمل کردن دردهای جزئی در مقابل دردهای بزرگ زندگی چیز ناچیزی است؛ ائمه و بزرگان دردهای بسیاری تحمل کرده‌اند» P ۱۱.

«کادر مراقبت درمانی باید کار را با یاد و نام خدا شروع کنند، مرتباً ذکر بسم‌الله را تکرار کنند، آیت‌الکرسی بخوانند و برای خود و اطرافیانشان دعا کنند» P ۱۶.

۲- عوامل تسهیل‌کننده مراقبت معنوی

در این زمینه پرستاران بیان داشتند که برای مرتفع ساختن نیازهای مراقبت معنوی، نیاز به امکانات و شرایط لازم برای برطرف ساختن نیازهای معنوی خود و بیماران در محیط کار و بخش مانند مسجد و نمازخانه، سنگ تیمّم و کتاب‌های مذهبی قرآن و مفاتیح و برگزاری و شرکت در برنامه‌های مذهبی به‌منظور ایجاد آرامش روانی و معنوی مانند مراسم دعاهای مختلف وجود دارد. همچنین آنان معتقد بودند جهت مرتفع ساختن نیازهای معنوی خود و بیماران، نیازمندِ گذراندن دوره‌های آموزشی لازم و تشکیل تیم‌های ارائه‌کننده مراقبت معنوی و توجه و درک و حمایت بهتر مسئولان و مدیران بیمارستان دراین‌خصوص هستند که در ادامه تم‌های فرعی و بیانات شرکت‌کنندگان در همین زمینه بیان می‌شوند:

- فراهم بودن امکانات و تجهیزات و شرایط لازم برای ارائه مراقبت معنوی

«خودمان که از مسجد بیمارستان و اتاق استراحت برای نماز و دعا استفاده می‌کنیم، بیماران مانند خودِ ما معمولاً در حال توکّل به خدا یا ائمه هستند. درمورد نماز و غیره، بسیاری از بیماران باید روی تخت نماز بخوانند. برای این بیماران، وسایل لازم مانند سنگ تیمّم و غیره فراهم می‌کنیم. بیمارانی که می‌توانند از تخت بیرون بیایند، سجّاده حاضر می‌کنیم. در جلوی همه تخت‌ها قبله‌نما نصب و جهت قبله مشخص شده است. اگر بیمار سواد نداشته یا مشکل بینایی داشته باشد، در تشخیص جهت قبله به او کمک می‌کنیم» P ۱.

«در داخل بخش ما قفسه‌هایی وجود دارد که اگر خودمان یا بیماران بخواهند دعا بخوانند، در آن قفسه‌ها قرآن و مفاتیح قرار داده شده است. در بسیاری از اوقات در همان وقتِ استراحت کمی که پیدا می‌کنیم، برای اینکه نیرو و انرژی و امید خودمان را حفظ کنیم، در همان ایستگاه پرستاری قرآن و دعا می‌خوانیم» P ۹.

- اعتقاد مذهبی و شرکت در برنامه‌های مذهبی مسبّب ایجاد آرامش روانی و معنوی

«در شب‌های قدر، بیماری در بخش ما بستری شد که دو هفته قبل کرونا گرفته بود. بیمار درد بسیار بسیار شدیدی داشت، ولی مصر بود همه اعمال شب قدر خود را انجام دهد. برای او توضیح دادیم که نمی‌تواند در این شرایط از تخت پایین بیاید و از او خواستیم که تیمّم کند. بیمار شرایط لازم را پذیرفت؛ تیمم کرد و تمام اعمال شب قدر را انجام داد. برای من آموزنده بود که بیمار با آن درد خیلی شدیدی که داشت، بازهم به اعتقادات معنوی خود پایبند بود و تمام اعمال را انجام داد» P۱.

«وقت نماز و نماز خواندنِ خودم که می‌شود و پیش از اذان، بیمارانی را که امکان خواندن نماز را دارند، به نمازخانه راهنمایی می‌کنم. بعداً حس می‌کنم خودم و بیمارم آرامش و معنویت و امید بیشتری گرفتیم» P ۱۶.

- نیاز به آموزش و توانمندسازی پرستاران و تشکیل تیم مراقبت معنوی

«کسی که بیشترین ارتباط را با بیمار دارد، پرستار است و اگر دوره‌های آموزشی لازم درخصوص مراقبت معنوی را ببیند، می‌تواند مراقب معنوی بهتری از خود و بیمارانش داشته باشد. اگر پرستاران دوره‌های آموزشی لازم را بگذرانند، شاید بتوانند در این زمینه کمک‌کننده باشند. تیم مراقبت معنوی در بیمارستان‌ها بسیار لازم

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

است. الان در اکثر بیمارستان‌های خارج از کشور این تیم وجود دارد، ولی در ایران به‌تازگی راه‌اندازی شده و هنوز جا نیفتاده است» ۸ P.

«آموزش به پرستاران و مراقبان سلامت و کسانی که عهده‌دار این امر هستند، امری ضروری است؛ چون بُعدهای انسان به هم وابسته است تا با متعادل شدن این نیازها و برطرف شدن نیازهای معنوی، نیازهای جسمیِ بیمار هم متعادل شود» ۱۶ P.

- لزوم توجه و درک و حمایت مسئولان درخصوص اهمیت مراقبت معنوی پرستاران

«درخصوص نیازهای مراقبت معنوی، ما به گوش داده شدن و شنیده شدن ازسوی مسئولان مافوق خودمان نیاز داریم؛ اینکه باید شرایط و زمانش را در حین شیفت‌های کاری برایمان فراهم کنند تا ما دوباره انرژی و انگیزه و آرامش بگیریم» ۱۲ P.

«پرستار نیاز دارد که ازطرف جامعه درک شود؛ او به همدلی و درک شدن ازطرف مسئولان نیاز دارد. امنیت ازلحاظ شغلی برای پرستار خیلی مهم است تا فرد ازلحاظ معنوی و روحی و روانی هم تأمین شود و همان‌طور که براساس هرم نیازها به تعالی و رشد نیاز دارد، ازلحاظ معنوی و روحی نیازمند به ارتباط با قدرتی متعالی است» ۸ P.

۳- عوامل بازدارنده مراقبت معنوی

دراین‌خصوص، پرستاران معتقد بودند که وجود تعصّبات مذهبی و فرهنگی در محیط کار و عدم آمادگی و وجود اعتقادات مذهبیِ راسخ در برخی از پرستاران و بیماران مانع از توجه و ارائه مراقبت معنوی می‌شود. عدم حمایت سازمانی مسئولان و بارِ کاری زیاد پرستاران در دوران اپیدمی کرونا و لزوم ارائه مراقبت در این شرایط باوجودِ تعدادِ زیادِ بیماران، اطلاعات ناکافی درمورد بیماری و پاسخ نامشخص آن نسبت به درمان و مراقبت که همواره به‌دلیل شرایط حاد با خطر مرگ روبه‌رو بودند، امکانات و تجهیزات ناکافی تشخیصی، درمانی و مراقبتی و تجربه ناکافی پرستاران برای مراقبت از این بیماران سبب عدم توجه کافی به نیازهای معنوی کارکنان و بیماران همراه با عدم درک کافی آنان و خانواده‌هایشان می‌شد. همچنین نگرانی از انتقال بیماری به اعضای خانواده پرستاران به‌دلیل ماهیّت نامشخص بیماری، شرایطی بودند که سبب ایجاد استرس و اضطراب زیاد در کارکنان و بیماران و خانواده‌های آنان می‌شدند که در ادامه تم‌های فرعی و بیانات شرکت‌کنندگان در همین زمینه بیان می‌شوند:

- تعصّبات مذهبی و فرهنگی سبب غفلت از توجه به نیازهای مراقبت معنوی

«محیط بدِ و نامناسبِ کاری، اطرافیان و دوستان و همکارانی که انرژی منفی دارند و مراقبت‌های معنوی را منع می‌کنند» ۱۱ P.

«اعتقادات و فرهنگ افراد هم خیلی مهم است؛ تعصّبات مذهبی اشتباه داشتن هم همین‌طور. به‌عنوان‌مثال، بعضی‌ها به مراقبت معنوی و اثراتی که برای خود و بیمارشان در شرایط بدِ بیماری دارد، اعتقادی ندارند و توجهی هم نمی‌کنند» ۱۶ P.

- عدم حمایت مسئولان و بارِ کاری زیاد و عدم توجه به نیازهای معنوی پرستاران و نیاز به درک شدن ازسوی خانواده و جامعه و سیستم درمانی

«گاهی بیماری نیاز معنوی دارد، ولی شرایطش به‌نحوی نیست که به او کمکی کنیم. برای مثال، بیمار می‌خواهد در خود فرورفته بماند. تیپ شخصیتی بیمار هم مهم است که درون‌گرا یا برون‌گرا باشد که گاهی فردِ درون‌گرا نیاز معنوی هم دارد، ولی ابراز نمی‌کند. گاهی‌اوقات هم امکان دارد پرستار نیاز معنوی بیمار را شناسایی بکند، ولی خودش ازلحاظ روحی آمادگیِ برطرف کردن نیاز را نداشته باشد. فرصت پرستار هم مطرح است. ممکن است پرستار شیفت خیلی شلوغی داشته باشد، در حدّی که فقط بتواند به بیمار دارو بدهد» P۴.

«تعداد شیفت‌های زیاد و حجم کاریِ بالا یک «خسته‌نباشید» اساسی را ازسمت مسئولان می‌طلبید که هیچ‌وقت درست‌وحسابی این اقدام ازسمت مسولان صورت نگرفت و برخی‌مواقع مجبور بودیم باوجودِ بیماری خود ما یا فرزندانمان حضور پیدا کنیم» ۸ P.

- مراقبت با امکانات و تجربه ناکافی پرستاران و مواجهه با شرایط نامناسب بیماران و خانواده‌ها

«یکی از بزرگ‌ترین مشکلات ما در روزهای اوّل عدم داشتن تجربه برای مراقبت از این بیماران بود. وقتی ترس و وحشت زیادی در وجود یک بیمار می‌دیدیم، خودمان هم استرس می‌گرفتیم. تجهیزات پزشکی، تخت و نیرو به‌اندازه کافی نبود و گاهی‌اوقات عدم رسیدگی کافی باعث پرخاشگری بیماران و همراهان می‌شد که برای ما خوشایند نبود» ۴ P.

«آمار بالای مرگ‌ومیر این حس را به ما می‌داد که هرقدر هم تلاش کنیم، مؤثر نیست و حسّ بی‌اثر بودن درمان‌ها و مراقبت را به ما می‌داد. مشکل کمبود تخت و پرسنل باعث می‌شد که بیماران زودتر از زمان لازم از بیمارستان ترخیص شوند تا برای سایر مراجعه‌کنندگان تخت خالی شود که ممکن بود ادامه درمان به‌درستی در منزل انجام نشود و به وخیم‌تر شدن و مرگ بیمار منجر شود و این برای کادرِ درمان ناراحت‌کننده بود، ولی اقدامی درجهت رفع این مشکل نمی‌توانستند انجام دهند» ۹ P.

- دوری از خانواده و نگرانی از انتقال بیماری به اعضا خانواده و شرایط بد بیماران و ناامیدی از درمان و بهبودی بیماران

«دوری از خانواده و نگران در گیرشدن اعضای خانواده به کرونا ازجمله دغدغه ذهنی پرستاران در دوران کووید بود. همیشه نگران

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

این بودم که مبادا پدرم که دیابت دارد، به کرونا مبتلا شود و بلاخره هم درگیر شد» P ۳.

«برخی از نیروهای بسیجی یا نیروهای بهداشتیِ غیربیمارستانی در دوران کرونا به ما کمک می‌کردند که گاهی‌اوقات در برخی شیفت‌ها حضورشان خیلی خوب و مؤثر بود. واقعاً بارِ کاری را کم می‌کرد، ولی گاهی‌اوقات کارها را به‌دلیل عدم تجربه و آشنایی کافی با درمان و داروها انجام می‌دادند که اشتباه بود و همین نگرانی ما را بیشتر می‌کرد؛ چون ممکن بود به مرگ یا وخیم‌تر شدن حالِ بیمار منجر شود» P ۶.

نتایج

یافته‌های این مطالعه شامل ۳ تم اصلی و ۱۱ تم فرعی بود. یکی از تم‌های اصلی این مطالعه تبیین مفهوم مراقبت معنوی با تم‌های فرعیِ درک معنای زندگی و آشنایی بیشتر با خالق هستی و هدف‌دار بودن خلقت انسان، ارتباط با خدا و بیماران زمینه‌ساز مهرورزی و احسان و همدلی و همراهی با بیماران، توکّل به خدا، نماز و دعا مسبّب ایجاد آرامش روحی روانی و امید بود. دراین‌خصوص، پرستاران معتقد بودند که مراقبت معنوی درواقع درک معنای زندگی و هدف‌دار بودن خلقت انسان‌ها ازطریق ارتباط با خدا و توکّل به او ازطریق نماز و دعا و انجام عبادات مذهبی است که سبب ایجاد آرامش روحی‌روانی و امید و درنهایت درک و ارتباط بهتر با بیماران می‌شود. در این زمینه و همسو با نتایج مطالعه حاضر، یافته‌های مطالعات اسلامی و همکاران (۲۰۱۶) و تیمن و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد خواندن نماز یا قرآن کمک، گرفتن از خداوند و احساس حمایت از نیروی برتر سبب کاهش تنش و استرس و رنجِ کاریِ پرستاران، به‌خصوص در بخش‌های ویژه و در محیط کاری، می‌شود [۳۰، ۳۱]. همچنین نتایج مطالعات تیمنس و همکاران (۲۰۱۵)، راس و همکاران (۲۰۱۴) و ویلفرد (۲۰۰۶) نشان داد که معنویت را می‌توان به‌عنوان امید و قدرت، اعتماد، مفهوم و هدف، بخشندگی، عقاید، اعتماد داشتن به خود و دیگران، عقیده داشتن به وجودی بالاتر، عشق و ارتباط، اخلاق، خلاّقیت، خودشکوفایی و یافتن منابعی از امید و قدرت در شرایط ناامیدی تعریف کرد [۳۲، ۳۳، ۳۴].

یکی دیگر از تم‌های اصلی مطالعه عوامل تسهیل‌کننده مراقبت معنوی با تم‌های فرعیِ فراهم بودن امکانات و تجهیزات و شرایط لازم برای ارائه مراقبت معنوی، اعتقاد مذهبی و شرکت در برنامه‌های مذهبی مسبّب ایجاد آرامش روانی و معنوی، نیاز به آموزش و توانمندسازی پرستاران و تشکیل تیم مراقبت معنوی، لزوم توجه و درک و حمایت مسئولان درخصوص اهمیت مراقبت معنوی پرستاران بود. دراین‌خصوص، پرستاران بیان کردند که برای مرتفع ساختن نیازهای مراقبت معنوی، نیاز به امکانات و شرایط لازم برای برطرف ساختن نیازهای معنوی خود و بیماران در محیط کار و بخش مانند مسجد و نمازخانه، سنگ تیمّم و کتاب‌های مذهبی قرآن و مفاتیح و برگزاری و شرکت در برنامه‌های مذهبی به‌منظور ایجاد آرامش روانی و معنوی مانند مراسم و دعاهای مختلف وجود دارد. همچنین، آنان معتقد بودند جهت مرتفع ساختن نیازهای معنوی خود و بیماران، نیازمند گذراندن دوره‌های آموزشی لازم و تشکیل تیم‌های ارائه‌کننده مراقبت معنوی و توجه و درک و حمایت بهترِ مسئولان و مدیران بیمارستان دراین‌خصوص هستند. در این زمینه یافته‌های مطالعه سعیدی طاهری و همکاران (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که در صورت لزوم کمک گرفتن از یک فرد روحانی، تسهیل انجام تشریفات مذهبی و فراهم کردن حمایت معنوی، عبادت و خواندن کتاب مقدّس و مطالب معنوی می‌تواند بسیار درزمینه رفع نیازهای مراقبت معنوی کمک‌کننده باشد [۳۵].

در همین رابطه، بحرانی و همکاران (۲۰۱۳)، تیرگیری و همکاران (۲۰۱۳) و زهتاب و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند مراقبت معنوی شامل اقداماتی همچون کمک به انجام اعمال مذهبی و فعالیت‌هایی است که باعث آسایش و راحتی، افزایش اعتمادبه‌نفس، سلامتی معنوی، احساس تمامیت و خوب بودن، بهبود کیفیت زندگی و همچنین بهبود ارتباطات بین‌فردی و در مقابل به کاهش احساس تنهایی، دیسترس معنوی و کاهش سطوح اضطراب، استرس و افسردگی منجر می‌شود [۳۶، ۳۷، ۳۸].

همسو با نتایج مطالعه حاضر، مروری بر متون موجود نشان می‌دهد مفهوم معنویت و مراقبت معنوی در سیستم سلامت همچنان به‌صورت مفهومی ذهنی، مبهم و پیچیده باقی مانده است و نتایج اغلب مطالعات بیانگر این هستند که آموزش تأثیر زیادی بر پیشرفت و تکامل مراقبت معنوی در پرستاری دارد و برای افزایش قدرت پرستاران در تیم سلامت لازم است توجه بیشتری به امر آموزش مراقبت معنوی به‌عنوان یک ضرورت معطوف شود [۳۹]. پرستاران اذعان دارند که آموزش‌های کافی در حیطه مراقبت معنوی را دریافت نمی‌کنند و در ارائه این مراقبت با مشکل مواجه‌اند [۴۰]. در همین زمینه، راس معتقد است که کارکنان سلامتی ازطریق احترام به باورهای مذهبیِ بیمار و پیش‌بینی امکاناتی برای انجام اَعمال مذهبی، تسهیل حمایت از خانواده و دوستان، ارائه مراقبت جسمانی خوب و اطلاعات مناسب، حضور داشتن در کنار بیمار، گوش دادن به صحبت‌های او و ابراز همدلی و توجه می‌توانند مراقبت معنوی مناسبی را ارائه دهند [۴۱]. دراین‌راستا، نتایج مطالعه‌ای درخصوص آموزش مراقبت معنوی در بالین نشان داد که افراد پس از دریافت مداخله و آموزش‌های کافی در مقایسه با زمانی‌که آموزش کافی در حیطه مراقبت معنوی را دریافت نکرده بودند، میانگین نمرات بالاتری را در حیطه شایستگی و مهارت در انجام مراقبت معنوی در بالین کسب کردند. بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش مراقبت معنوی می‌تواند در ارتقای مهارت پرستاران برای انجام مراقبت معنوی، نقش داشته وکاربردی باشد [۴۲].

دیگرتم اصلی این مطالعه شامل عوامل بازدارنده مراقبت معنوی با تم‌های فرعیِ تعصّبات مذهبی و فرهنگی مسبّب غفلت از توجه به نیازهای مراقبت معنوی، عدم حمایت مسئولان و بارِ کاری زیاد

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

و عدم توجه به نیازهای معنوی پرستاران و نیاز به درک شدن ازسوی خانواده و جامعه و سیستم درمانی، مراقبت با امکانات و تجربه ناکافی پرستاران و مواجهه با شرایط نامناسب بیماران و خانواده‌ها، دوری از خانواده و نگرانی از انتقال بیماری به اعضای خانواده و شرایط بدِ بیماران و ناامیدی از درمان و بهبودی بیماران بود. در همین خصوص، پرستاران معتقد بودند وجود تعصّبات مذهبی و فرهنگی در محیط کار و عدم آمادگی و وجود تعصّبات مذهبی و فرهنگی خاص در برخی از پرستاران و بیماران مانع از توجه و ارائه مراقبت معنوی میشود. عدم حمایت سازمانی مسئولان و بارِ کاری زیاد پرستاران در دوران اپیدمی کرونا و لزوم ارائه مراقبت در این شرایط باوجودِ تعدادِ زیادِ بیماران، اطلاعات ناکافی در مورد بیماری و پاسخ نامشخصان نسبت به درمان و مراقبت که همواره به‌دلیل شرایط حاد با خطر مرگ روبه‌رو بودند، امکانات و تجهیزات ناکافی تشخیصی، درمانی و مراقبتی و تجربه ناکافی پرستاران برای مراقبت از این بیماران سبب عدم توجه کافی به نیازهای معنوی کارکنان و بیماران همراه با عدم درک کافی آنان و خانواده‌هایشان می‌شد. همچنین، نگرانی از انتقال بیماری به اعضای خانواده پرستاران به‌دلیل ماهیّت نامشخص بیماری، شرایطی بودند که سبب ایجاد استرس و اضطراب زیاد در کارکنان و بیماران و خانواده‌های آنان می‌شدند.

در این زمینه نتایج مطالعه سارا و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که باوجوداینکه اکثر پرستاران مراقبت معنوی را به‌عنوان بخشی مهم از مراقبت پرستاری می‌دانند، اما ۷۳٪ آن‌ها به‌طور روزمرّه مراقبت معنوی را جزء فرایند مراقبتی قرار نمی‌دادند و اعتقاد عمیقی به آن نداشتند [۴۳]. ازسوی‌دیگر، عبادت و انجام مناسک مذهبی همواره نمودهای معنوی برای ارتباط با قدرت برتر در فرهنگ‌های مختلف است که شرایط امنی را برای پرستار ایجاد می‌کند؛ به‌خصوص زمانی‌که پرستار با مرگ، ترس و شرایط سخت روبه‌رو می‌شود، انجام این اعمال یک رفتار مقابله‌ای جهت رویارویی با تنش و شرایط سختِ کاری است [۴۴، ۴۵]. همان‌طور که با شیوع پاندمی کووید ۱۹ وقتی پرستاران با خستگی شدید، مرگ فاجعه‌آمیز و ناامیدی روبه‌رو شدند، جهت حفاظت از خود به مراقبت معنوی روی آوردند [۴۵]. به‌نحوی‌که پرستارانی که به نیازهای معنوی خود و بیماران آگاه بودند و ارتباط بهتری دراین‌خصوص با بیماران و خانواده‌های آنان برقرار می‌کردند، زمینه آرامش و تنش و استرس کمتری را برای خود و بیماران فراهم می‌آوردند [۴۶].

درخصوص عدم اعتقاد و وجود تعصّبات مذهبی و فرهنگی، نتایج مطالعات نشان می‌دهد افراد ممکن است نسبت به وجود قدرتی بالاتر دچار شک و تردید شوند؛ زیرا سلامت و بیماری را تاوان نیروی کائنات می‌دانند. آنان می‌اندیشند اگر خدایی هست، چرا این‌همه درد و رنج پایان ندارد. شاید وجود من هم در این بخش قسمتی از تاوان گناهی است که انجام داده‌ام. اگر زندگی انسان می‌تواند با درد و رنج پایان پذیرد، پس وجود انسان چه ارزشی دارد [۴۷]؟ ازطرفی همسو با نتایج مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد بروز شرایط ناشناخته جدید، مثل همه‌گیری کرونا، تهدیدهای جدّی برای سلامت جسمی و زندگی پرستاران ایجاد کرده است و همچنین سبب ایجاد علائم جسمی، انزوای اجتماعی و مشکلات گسترده روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و تنیدگی در عموم افراد و به‌خصوص پرستاران شده است [۴۸]. مشکلات روان‌شناختی پرستاران ناشی از افزایش حجمِ کار و تنهایی و دوری از خانواده درنتیجه دوره قرنطینه، مواجهه با مورتالیته بالا، نیاز به مراقبت‌های پزشکی و پرستاری با حجم کارِ بیشتر، کاهش یافتن تعاملات زندگی و خانوادگی، مشکلات جنسی، تغییرات در سبک زندگی کاری و بروز استرس‌های شغلی همراه می‌شود [۴۹].

محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش تحقیق کیفی به‌منظور تبیین نیازها و عوامل تسهیلگر و بازدارنده مراقبت و سلامت معنوی پرستاران در مراقبت از بیماران کووید ۱۹ و همچنین استفاده از تجارب پرستاران دانشگاه علوم‌پزشکی شهرکرد در این زمینه بود که براساس ماهیّت مطالعات کیفی، تعمیم نتایج به سایر گروه‌های مشابه بایستی بااحتیاط انجام شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش به تفهمیم و روشن‌سازی نیازهای معنوی پرستاران بخش‌های مراقبت از بیماران کووید ۱۹ که شامل مفهوم مراقبت معنوی، عوامل تسهیل‌کننده مراقبت معنوی و عوامل بازدارنده مراقبت معنوی بود، منجر شد. ارائه راهکارهای مناسب در راستای رفع نیازهای استخراج‌شده با توجه به عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده مراقبت معنوی در این مطالعه اهمیت زیادی در مواجهه پرستاران در موقعیت‌های شغلی مشابه و ناشی از بیماری‌های پاندمیک خواهد داشت. همچنین، شناسایی نیازهای معنوی پرستاران برای مسئولان و مدیران پرستاری در راستای آموزش و تدوین بسته مراقبت معنوی درجهت مرتفع ساختن نیازهای معنوی پرستاران حائز اهمیت است.

تشکّر و قدردانی

تقدیر و تشکر از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، همکاران گرامی و پرستاران محترم بیمارستان هاجر سلام الله علیه که در این طرح ما را یاری رساندند تقدیر و تشکر به عمل می آوریم.

تضاد منافع

این مقاله تضاد منافع ندارد

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی از دانشگاه علوم‌پزشکی شهرکرد جهت انجام پژوهش تحت‌عنوان تبیین نیازهای معنوی پرستاران بخش‌های مراقبت از بیماران کووید ۱۹ بیمارستان «هاجر» شهرکرد بود. همچنین در این پژوهش ابتدا هدف تحقیق، روش مصاحبه و حقّ مشارکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه یا امتناع از آن توضیح داده شد. اصول محرمانه بودن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه کتبی جهت مصاحبه و ضبط گفت‌وگو نیز رعایت گردید.

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

سهم نویسندگان

نویسنده مسئول: آقای دکتر شهرام اعتمادی فر

نویسنده اول: آقای دکتر یحیی کاظمی

نویسنده دوم: محبوبه محمدپور

حمایت مالی

حمایت مالی در مرحله طرح تحقیقاتی با معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه می باشد.

REFERENCES

1- Shahyad S, Mohammadi MT. Psychological impacts of Covid-19 outbreak on mental health status of society individuals: A narrative review. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(2):92-184. DOI:10.30491/JMM.22.2.184
2- Janbozorgi M. The effectiveness of God-given spiritual therapy and non-spiritual therapies in managing the stress caused by the corona outbreak crisis and the preliminary design the spiritual model of psychological intervention in corona crisis. *Clini Psychol Person*. 2020;18(1):14-20. Link
3- Delavari A, Shokoohi L. Assessing the status of happiness and life satisfaction of students in new corona crisis time (Covid 19). *Quarterl Edu Psychol*. 2020; 16(56):1-25. DOI:10.22054/jep.2020.52767.3018
4- Saghezi A, Yazdani-Esfidvajani H, Golmohammadian M. The mediating role of metacognition and positive motivation in the relationship of support perceived social with corona anxiety. *Quarterl Counsel Culture Psychother*. 2020;11(43):33-62. DOI:10.22054/qccpc.2020.52626.2428
5- Farahati M. Psychological impacts of the spread of coronavirus in society. *Social Impact Assessment*. 2020; (4):207-225. Link
6- Yarian S, Rahian H, Asgharnejad F, Vahedi H, Ameri NF, Dehghan Najmabadi M. Effectiveness of ontological security training on psychological safety and existential anxiety of elder people. *Journal of Gerontology*. 2019;3(4):1-10. DOI: 10.29252/joge.3.4.1
7- Nazok Tabar H, Khamseh F, Safarfar A. Investigating the relationship between Islamic lifestyle and students' social health and psychological security. *J Islamic Lifestyle Centered on Health*. 2019;3(3):32-40. Link
8- Nadighara A A, Abedi G, Abedi E, Rostami F. Designing and validating a scale to measure the sense of security in hospitalized patients. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016;26(139):178-189. Link
9- Karimollahi M, Abedi H, Yousefy A. Self-preservation in both sides: Pathology of spiritual care in Iran. *J Relig Health*. 2017;56(1):77-88. DOI: 10.1007/s10943-015-0116-4
10- Stevens Barnum,B. Spirituality in nursing: The challenges of complexity. *Springer Publishing Company*. Third edition. 2010. Link
11- Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nurs Outlook*. 2016;64(3):215-224. DOI: 10.1016/j.outlook.2015.11.012
12- Alavimajd H, Khorrami Markani A, Khodayarifard M, Yaghmai F. The Experience of spiritual well-being from the perspective of oncology Nurses: A qualitative content analysis. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 1970;18(3): 206-216. Link
13- Wolpert NS. Blessing of hands. Nursing management. 2010;41(5):28-30.
14- Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*. 2008;16(3):360-373. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2007.00798.x
15- Jafary E, Kamarzarin H, Kordmirza E, Sefizadeh V. The role of spiritual well-being and coping skills in prediction of job satisfaction in nurses. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015; 4 (1) :50-58. Link
16- Rassouli M, Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A. Experiences of patients with cancer and their nurses on the conditions of spiritual care and spiritual interventions in oncology units. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(1):25-33. PMID: 25709687
17- Duggleby W, Cooper D, Penz K. Hope, self-efficacy, spiritual well-being and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(11)2376-2385. DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05094.x
18- Sotoudeh H, Shakerinia I, Ghasemi Joyneh R, Khairati M, Hosseini Sedigh MS. Role of family health and spiritual health on nurses psychological wellbeing. *History of Medicine Journal*. 2015;7(25):161-184. Link
19- Petersen CL, Callahan MF, McCarthy DO, Hughes RG, White-Traut R, Bansal NK. An online educational program improves pediatric nncology nurses' knowledge, attitudes, and spiritual care competence. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2017;34(2):130-139. DOI: 10.1177/1043454216646542
20- Amoah VA.The Effect of spiritual competence in the assessment and implementation of spiritual care with their patients: A Quasi-experimental Study. *Journal Spiritual*. 2015;1-33.
21- Fisher J. Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Journal of Religions*.2010;1(1):105-121. DOI:10.3390/rel1010105
22- McEwen M. Theoretical basis for nursing. Edition 4.2 spiritual needs: Developing a model of spiritual care. 2014; 26(3), 380–400.
23- Hodge DR, Sun F, Wolosin RJ. Hospitalized Asian patients and their spiritual needs: developing a model of spiritual care. *J Aging Health*. 2014;26(3):380-400. DOI: 10.1177/0898264313516995
24- Fatemi M, Nazari R, Safavi Mk, Savadpour MT. The Relationship between nurses' spirituality and patient satisfaction in hospitals of ardabil university of medical sciences. *Journal of Medical Ethics*. 2011;5(17):141-159. Link
25- Epstein-Peterson ZD, Sullivan AJ, Enzinger AC, Trevino KM, Zollfrank AA, et al. Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(7):750-7. DOI: 10.1177/1049909114540318
26- Charalambous A, Adamakidou T, Cloconi C, Charalambous M, Tsitsi T, et al. The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in Europe. *Eur J Oncol Nurs*. 2017; 27:45-52. DOI: 10.1016/j.ejon.2016.12.006
27- Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemp Nurse*. 2017;53(1):48-59. DOI: 10.1080/10376178.2016.1276401
28- Rassouli M, Salmani N, Need assessment and development of the educational goals of spiritual care delivery by the nurses, *Journal of Medicine Spiritual Cultivation*, 2018; 27(1): 67-82. Link
29- Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. London, England: Sage. 2005. Link
30- Akbar RE, Elahi N, Mohammadi E, Fallahi -Khoshknab M. What Strategies Do Nurses Apply to Cope with Job Stress? A Qualitative Study. *Glob J Health Sci*. 2016;8(6):55. DOI:10.5539/gjhs.v8n6p55
31- Thieman L. Selfcare for healthcare: The best way to care for patients is to care for ourselves. *Nurse Leader*. 2018;16(6):393-397. DOI:10.1016/j.mnl.2018.07.014
32- Timmins F, Murphy M, Neill F, Begley T, Sheaf G. An

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]

exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. *Nurse Educ Today*. 2015;35(1):277-282. DOI: 10.1016/j.nedt.2014.05.008

33- Ross L, van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Educ Today*. 2014 May;34(5):697-702. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.09.014

34- McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):905-17. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x

35- Saeedi Taheri Z, Asadzandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on spiritual experience in patients with coronary artery disease. *Iran J Psychiatric Nurs*. 2013; 1(3):45-53. Link

36- Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Nurses' attitude towards spiritual care: a descriptive study in educational hospitals in Birjand. *Figh Med J*. 2013;5(15-16):156-170. DOI:10.22037/mfj.v5i16-15.5907

37- Tirgari B, Iranmanesh S, Ali Cheraghi M, Arefi A. Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences. Holist Nurs Pract. 2013;27(4):199-206. DOI: 10.1097/HNP.0b013e318294e774

38- Zehtab S, Adib-Hajbaghery M. The importance of spiritual care in nursing. *Nurs Midwifery Stud*. 2014;3(3):e22261. DOI: 10.17795/nmsjournal22261

39- soheili mojgan

40- Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013;33(9):1057-1061. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.04.005

41- Ross L. Spiritual care in nursing: An overview of the research to date. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):852-862. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01617.x

42- Attard J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Educ Today*. 2014;34(12):1460-1466. DOI: 10.1016/j.nedt.2014.04.015

43- Hubbell SL, Woodard EK, Barksdale-Brown DJ, Parker JS. Spiritual care practices of nurse practitioners in federally designated nonmetropolitan areas of North Carolina. *J Am Acad Nurse Pract*. 2006;18(8):379-385. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2006.00151.x

44- Dezorzi LW, Crossetti Mda G. Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. Rev Lat Am Enfermagem. 2008 Mar-Apr;16(2):212-217. DOI: 10.1590/s0104-11692008000200007

45- Eslami Akbar R, Elahi N, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M. what strategies do the nurses apply to cope with job stress?: A qualitative study. *Glob J Health Sci*. 2015 28;8(6):55-64. DOI: 10.5539/gjhs.v8n6p55

46- Mahmoodishan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a qualitative content analysis study. *J Med Ethics Hist Med*. 2010 20;3:6. PMID: 23908741

47- Taghlili F, Mohammadi Shahboulaghi F, khankeh H R, Norouzi Tabrizi K. Nurses'spiritual self-care: A concept analysis by walker and avant. *Nurs Midwifery J*. 2023;21(7): 547-557. DOI: 10.61186/unmf.21.7.547

48- Akhlaghifard M, Meraji N. Predicting corona anxiety based on emotional distress (depression, anxiety and stress) and spiritual health in nurses and aides. *Rooyesh*; 2021; 10(6):161-170. Link

49- Heidari F, Mohammadkhan-Kermanshahi S. Health Related Lifestyle in Nurses. *J Health Care*. 2012; 14 (3). Link

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-01]