



نقش پرستاران در ارتقای سلامت معنوی بیماران: یک تحلیل محتوای کیفی

نویسندگان:

قدرت الله مومنی^۱، زینب همتی^۲، مریم السادات هاشمی^{۳*}

- ۱- استادیار، مرکز تحقیقات میان رشته ای تعلیم و تربیت اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- استادیار، عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو هیئت علمی گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- استادیار، عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو هیئت علمی گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.14, No.1&2, Spring & Summer 2025

چکیده:

مقدمه: سلامت معنوی، نقش اثرگذاری در سلامت، خوب بودن و کیفیت زندگی بیماران دارد. کمک در برآورده شدن نیازهای سلامت معنوی بیماران، عنصر اساسی مراقبتهای پرستاری شناخته شده است. هدف پژوهش حاضر، تبیین راهکارهای ارتقای سلامت معنوی بیماران، از دیدگاه پرستاران بود.

روش کار: پژوهش حاضر، به صورت کیفی و با رویکرد تحلیل محتوا، در فاصله زمانی ۳۰ فروردین ۱۴۰۳ تا ۳۰ دی ماه ۱۴۰۳، انجام شد. مشارکت-کنندگان، مشتمل بر ۳۰ نفر پرستار شاغل در بخشهای عمومی و مراقبت ویژه بیمارستانهای آموزشی شهر اصفهان بودند که به صورت نمونه گیری هدفمند، با حداکثر تنوع، وارد مطالعه شدند. روش جمعآوری دادهها شامل مصاحبه نیمهساختارمند فردی بود. تمام دادهها پس از ضبط و پیادهسازی، از طریق تحلیل محتوای کیفی به روش گرانهایم و لوندمن و با استفاده نرمافزار مکس کیودا (MAXQDA) نسخه ۲۰۲۰، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافتهها: در راستای گردآوری «راهکارهای ارتقای سلامت معنوی بیماران از دیدگاه پرستاران»، با تجزیه و تحلیل دادهها، ۷۴۰ کد اولیه، ۱۴ طبقه فرعی و ۶ طبقه اصلی ارتقای حمایت روانشناختی بیماران، ارتقای حمایت اجتماعی از بیماران، اصلاح ساختار آموزش پرستاری، مدیریت اثربخش نیروی انسانی، تقویت همکاریهای بین حرفهای و فراهم کردن محیط معنوی در مراکز بهداشتی-درمانی پدیدار شد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج برآمده در پژوهش حاضر، مدیران باید در راستای ارتقای کیفیت مراقبت معنوی، در برنامه عملیاتی مراکز درمانی، استراتژیهایی در راستای ارتقای حمایت روانشناختی و اجتماعی از بیماران، اصلاح ساختار آموزش پرستاری، آموزش اعضای تیم سلامت در زمینه مراقبت معنوی، بهبود شاخصهای نیروی انسانی، ارتقای انگیزه شغلی پرستاران، شایسته سالاری، ارتقای همکاریهای بین حرفهای و فراهم کردن محیط معنوی در بیمارستانها اتخاذ کنند.

J Educ Ethics Nurs 2025;14(1&2):85-98

واژگان کلیدی: راهکارها، سلامت معنوی، پرستاران، مطالعه کیفی

مقدمه

جهان و توانایی مقابله با چالشها از طریق باورها و ارزشهای شخصی است (۱). مراقبت معنوی نیز به عنوان یکی از مؤلفههای اصلی مراقبتهای کلنگر، به پرستاران و اعضای تیم سلامت

سلامت معنوی، به عنوان یکی از ابعاد کلیدی سلامت جامع، نقش حیاتی در بهبود کیفیت زندگی و تسهیل فرایندهای بهبودی بیماران ایفا می کند. سلامت معنوی شامل: احساس معنا و هدف در زندگی، تجربه صلح درونی، ارتباط عمیق با خود، دیگران و

* نویسنده مسئول، نشانی: استادیار، عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو هیئت علمی گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

پست الکترونیک: maryamhashemi956@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۳۴۱۱۸۹۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۵

است که نیاز به بررسی جنبه‌های ذهنی و اجتماعی دارند (۱۴)؛ بنابراین پژوهش حاضر، با هدف تبیین راهکارهای ارتقای سلامت معنوی بیماران، از دیدگاه پرستاران طراحی شد.

روش کار

پژوهش کیفی حاضر، از نوع تحلیل محتوا بود که ۳۰ نفر از پرستاران شاغل، در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (بیمارستان‌های الزهرا، نور و حضرت علی‌اصغر، کاشانی، سیدالشهدا، کاشانی، امین و چمران) به روش نمونه‌گیری هدفمند، با حداکثر تنوع، وارد مطالعه شدند. هدف از انتخاب این روش نمونه‌گیری، جلب دیدگاه‌های متنوع از شرکت‌کنندگان، با توجه به متغیرهای مختلفی مانند: سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه کار، نوع بخش و بیمارستان بوده است. معیار ورود به مطالعه شامل: پرستاران، با سابقه کار بالینی به مدت حداقل ۲ سال، عدم ابتلا به اختلالات شنوایی و تکلم و بیماری شناخته شده روانی و همچنین برخورداری از انگیزه لازم جهت انجام مصاحبه و معیار خروج، حاوی عدم تمایل جهت شرکت در مطالعه بود. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه‌های فردی و مکان انجام مصاحبه، اتاق استراحت پرسنل، در بخش‌های جنرال و ویژه بیمارستان‌های مرتبط بود. برای کاهش عوامل مزاحم در محیط مصاحبه، اقداماتی مانند انتخاب زمان مناسب (مصاحبه در شیفت‌های خلوت به خصوص آخر هفته) و استفاده از فضای اتاق استراحت پرسنل که نسبتاً آرام بود، همه مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان، توسط ضبط صوت، ثبت شدند. علاوه بر این، از یادداشت‌برداری میدانی برای ثبت نکات مهم و غیرکلامی استفاده گردید. پس از هر مصاحبه، فایل‌های ضبط شده به صورت کامل، تبدیل به متن و برای تحلیل، مهیا گشتند. هر مصاحبه ۴۵ الی ۶۰ دقیقه، طول انجامید و از راهنمای مصاحبه (Interview Guide) استفاده شد که بر اساس ادبیات موضوع و اهداف پژوهش، تدوین شده بود. سؤالات اولیه مواردی مانند: «نیازهای مراقبت معنوی بیماران چیست؟» و «نقش پرستاران در برآورده کردن این نیازها چگونه است؟» و «چه موانعی در این ارتباط وجود دارد؟» تشکیل داد. سؤالات اکتشافی نیز بر اساس پاسخ‌های شرکت‌کنندگان طراحی شدند. انجام مصاحبه‌ها تا زمان اشباع اطلاعات و تکراری شدن گفته‌ها ادامه یافت؛ به طوری که در ۳ مصاحبه آخر به بعد، کدهای جدیدی به دست نیامده بود و داده‌ها، شروع به تکرار شدن کردند. برای اطمینان از اشباع پژوهشگر تمام داده‌ها را دوباره مرور کرد و کدها و طبقات را مورد بازبینی قرار داد. این فرایند، تأیید شد که دیگر اطلاعات جدیدی به دست نخواهد آمد. فرایند بازبینی و مرور داده‌ها به صورت نظام‌مند انجام شد. پس از هر مرحله کدگذاری، داده‌ها با

کمک می‌کند تا نیازهای معنوی بیماران را شناسایی و برآورده کنند (۲، ۳).

مراقبت کل‌نگر، به معنای در نظر گرفتن تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران است و فواید آن شامل: بهبود کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، کاهش دوره بستری در بیمارستان (۴) و تسهیل فرایندهای بهبودی است (۳) از سوی دیگر، عدم ارائه مراقبت کل‌نگر، به‌ویژه عدم توجه به بُعد معنوی می‌تواند، باعث عوارض جدی مانند: افزایش احساس تنهایی، اضطراب، افسردگی، کاهش انگیزه برای همکاری در درمان و حتی کاهش نتایج بالینی شود (۵).

با این حال، در نظام‌های بهداشتی- درمانی مدرن، توجه به بُعد معنوی سلامت، اغلب نادیده گرفته می‌شود و بیشتر تمرکز، بر درمان‌های فیزیکی و پزشکی است. این موضوع باعث شکاف‌هایی در ارائه مراقبت‌های جامع به بیماران می‌شود (۶). پرستاران، به‌عنوان خط مقدم مراقبت‌های بهداشتی، نقش کلیدی در شناسایی و پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران دارند؛ اما مطالعات نشان دادند که پرستاران اغلب از نظر دانش، مهارت و حمایت سازمانی برای ارائه مراقبت معنوی، با چالش‌هایی روبه‌رو هستند (۷، ۸).

بررسی ادبیات موجود بیان کرد که تحقیقات اندکی به بررسی راهکارهای عملی ارتقای سلامت معنوی بیماران، از دیدگاه پرستاران پرداختند؛ اگرچه مطالعات متعددی به اهمیت سلامت معنوی اشاره کردند؛ اما اکثر آن‌ها بر جنبه‌های نظری یا تجربیات فردی متمرکز بودند و کم‌تر به استراتژی‌های اجرایی و ساختاری پرداختند (۹)؛ همچنین بسیاری از مطالعات قبلی، با استفاده از روش‌های کمی انجام شدند که ممکن است به دلیل ماهیت پیچیده و ذهنی سلامت معنوی نتوانند، تمام ابعاد این موضوع را پوشش دهند (۱۰-۱۲).

علاوه براین، تحقیقات کمی در زمینه نقش پرستاران در ارتقای سلامت معنوی بیماران، به‌ویژه در بیمارستان‌های آموزشی ایران، وجود دارد. این شکاف در دانش، نیاز به مطالعات کیفی را ضروری کرده تا بتواند، دیدگاه‌ها و تجربیات پرستاران را به صورت عمیق‌تری بررسی کند و راهکارهای عملی برای بهبود مراقبت‌های معنوی ارائه دهد (۱۳).

با توجه به نقش حیاتی سلامت معنوی در بهبود کیفیت زندگی بیماران و کمبود تحقیقات کیفی در این زمینه، ضرورت انجام پژوهش حاضر، مشخص شد. پژوهش حاضر، با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی، به دنبال شناسایی و تبیین راهکارهای ارتقای سلامت معنوی بیماران، از دیدگاه پرستاران بوده است. این رویکرد، به دلیل توانایی درک عمیق‌تر از تجربیات و دیدگاه‌های پرستاران، ابزار مناسبی برای پاسخگویی به سؤالات پژوهشی

شرکت کردند. بر اساس نظرات آن‌ها تعدادی از کدها اصلاح شدند تا دقیق‌تر با دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان همخوانی داشته باشند. از روش بررسی همتایان نیز برای تأیید اعتبار (مقبولیت داده‌ها) استفاده شد؛ یعنی داده‌های پژوهش، مراحل کدگذاری و رسیدن به طبقات، توسط ۳ نفر از افراد صاحب‌نظر و آشنا با پژوهش‌های کیفی که در مطالعه شرکت نداشتند، بررسی شد تا از تطبیق و همخوانی کدها و طبقات با داده‌ها، اطمینان حاصل شود. افراد صاحب‌نظر از بین اساتید دانشگاه و محققان با تجربه، در زمینه پژوهش‌های کیفی انتخاب شدند. معیارهای انتخاب شامل: تسلط بر روش‌شناسی کیفی، آشنایی با موضوع پژوهش و تجربه در ارزیابی مطالعات مشابه بود. این افراد، داده‌ها و مراحل کدگذاری را بررسی و تأیید کردند که کدها و طبقات، با داده‌ها همخوانی دارند (۱۵، ۱۶).

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، ۳۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های عمومی و مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان بودند که ۵ نفر، مدرک کارشناسی ارشد و ۲۵ نفر مدرک کارشناسی پرستاری داشتند. در راستای «راهکارهای ارتقای سلامت معنوی بیماران از دیدگاه پرستاران»، با تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۷۴۰ کد اولیه، ۱۴ طبقه فرعی و ۶ طبقه اصلی ارتقای حمایت روانشناختی بیماران، ارتقای حمایت اجتماعی از بیماران، اصلاح ساختار آموزش پرستاری، مدیریت اثربخش نیروی انسانی، تقویت همکاری‌های بین حرفه‌ای و فراهم کردن محیط معنوی در مراکز بهداشتی-درمانی پدیدار شد. طبقه اصلی ارتقای حمایت روانشناختی بیماران با ۲ زیر طبقه (ارتقای سازگاری بیماران با بیماری‌شان و به‌کارگیری مداخلات روحی-روانی)، طبقه اصلی ارتقای حمایت اجتماعی از بیماران با ۲ طبقه فرعی (آموزش خانواده و معرفی بیماران به گروه‌های همیار)، طبقه اصلی اصلاح ساختار آموزش پرستاری با ۳ طبقه فرعی (آموزش پرستاران و تغییر نگرش پرستاران درباره مفهوم مراقبت و آموزش پرستاران در زمینه برقراری ارتباط مؤثر)، طبقه اصلی مدیریت اثربخش نیروی انسانی با ۳ طبقه فرعی (ارتقای انگیزه شغلی پرستاران، رعایت استانداردهای نیروی انسانی و شایسته سالاری)، طبقه اصلی تقویت همکاری‌های بین حرفه‌ای با ۲ طبقه فرعی (آموزش بین حرفه‌ای و لزوم تقویت نظام ارجاع) و طبقه اصلی فراهم کردن محیط معنوی با ۲ طبقه فرعی (رعایت خلوت بیمار و فراهم کردن شرایط عبادت) تشکیل شد.

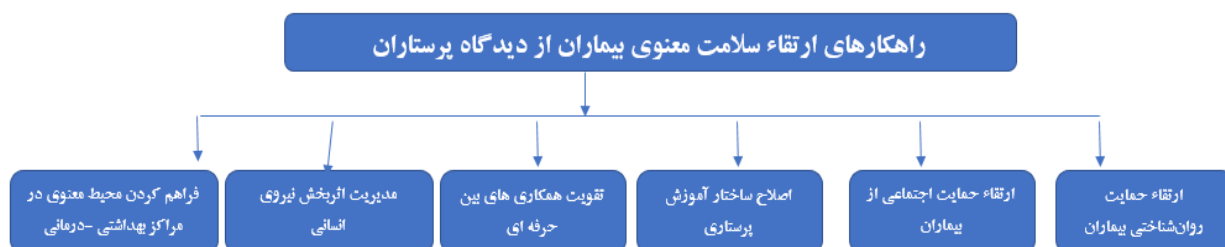
مصاحبه‌های قبلی مورد مقایسه قرار گرفتند تا اطمینان حاصل شود که تمام ابعاد موضوع، پوشش داده شده است. در پژوهش حاضر از رویکرد تحلیل محتوای مرسوم (Conventional)، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای آنالیز مصاحبه‌ها، از تحلیل محتوای کیفی مرسوم (Conventional) با رویکرد گرانهایم و لوندمن (Graneheim & Lundman)، استفاده گردید و از طبقات از پیش تعیین شده، کاملاً خودداری کردند. گام‌های مورد استفاده در تحلیل این‌گونه بودند که ابتدا، هر مصاحبه برای کسب درک اولیه به دقت خوانده شد. به این صورت که در مرحله نخست، جهت آشنایی با داده‌ها، کل متن به‌طور کامل خوانده شد و ایده‌های دریافتی خود را از مصاحبه، به شکلی کلی یادداشت کرد؛ سپس عبارات یا کلمات مربوط به مفهوم مورد مطالعه مشخص شد. تولید کدهای ابتدایی و سپس کدهای مشابه به لحاظ مفهومی در یک خوشه و خوشه‌های مرتبط، به لحاظ معنایی در یک طبقه قرار گرفتند و سرانجام، طبقات مشابه در هم تلفیق شدند. در جریان فرایند پژوهش، از جمع‌آوری داده‌ها تا پایان تجزیه و تحلیل و گزارش یافته‌ها، مواردی همچون: رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه و مفاد تعهدات اخلاقی رعایت شد.

در پژوهش حاضر، تلاش گردید با کمک روش‌های بیان شده، اعتبار (مقبولیت) یافته‌ها، افزایش یابد. محقق، برای جمع‌آوری داده‌های کیفی در پژوهش حاضر، حدود ۱۰ ماه در محیط مطالعه حضور داشت و سعی کرد با حضور و درگیری طولانی‌مدت در انجام مصاحبه‌ها، به جمع‌آوری اطلاعات معتبر کمک کند. در طول ۱۰ ماه حضور در محیط پژوهش، محقق علاوه بر انجام مصاحبه‌ها، مشاهده غیرمداخله‌ای از فعالیت‌های روزمره پرستاران و تعاملات آن‌ها با بیماران انجام داد. این فعالیت‌ها به درک عمیق‌تری از زمینه پژوهش کمک کرد.

در پژوهش حاضر، از مصاحبه‌های کامل، برای دستیابی به داده‌های ژرف، استفاده شد. مشارکت‌کنندگان، با حداکثر تنوع از نظر نوع (سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح اقتصادی-اجتماعی، سابقه کار، برنامه شیفت در گردش، نوع بخش و بیمارستان) انتخاب شدند. پژوهشگر، از روش بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان، برای تأیید صحت داده‌ها، کدهای برآمده و یا اصلاح آن‌ها استفاده کرد؛ بدین‌صورت که بعد از کدگذاری ۵ مصاحبه، متن آن‌ها همراه با کدهای داده شده به خود شرکت‌کنندگان بازگردانده تا از صحت کدها اطمینان حاصل شود و در موارد خاص، کدهایی که بیانگر دیدگاه آن‌ها نبود، اصلاح گردید. حدود ۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان، در فرایند بازبینی

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مصاحبه‌های کیفی

مشارکت کنندگان	سن	جنس (مرد/زن)	تحصیلات	میانگین سابقه کار (سال)	بخش
P1	۴۰	زن	کارشناسی ارشد	۱۸	ICU اعصاب
P2	۶۳	مرد	کارشناسی ارشد	۳۵	داخلی اعصاب
P3	۵۴	مرد	کارشناسی	۳۲	اونکولوژی
P4	۴۵	زن	کارشناسی	۱۷	دیالیز
P5	۳۵	مرد	کارشناسی	۱۶	اورژانس قلب
P6	۳۵	مرد	کارشناسی	۱۳	ریه
P7	۴۲	مرد	کارشناسی	۲۰	نفروولوژی
P8	۲۸	مرد	کارشناسی	۷	CCU
P9	۳۲	مرد	کارشناسی	۹	اورولوژی
P10	۳۷	مرد	کارشناسی	۱۲	داخلی زنان
P11	۲۷	مرد	کارشناسی	۵	ارتوپدی
P12	۵۲	زن	کارشناسی	۳۰	قلب
P13	۲۲	زن	کارشناسی	۴	مسمومین
P14	۵۱	زن	کارشناسی ارشد	۲۸	ICU تروما
P15	۲۷	مرد	کارشناسی	۵	ICU جراحی قلب
P16	۴۸	مرد	کارشناسی	۲۰	هماتولوژی
P17	۵۸	مرد	کارشناسی	۲۸	اورولوژی
P18	۳۸	زن	کارشناسی	۱۹	ارتوپدی
P19	۴۷	زن	کارشناسی	۲۵	جراحی عروق
P20	۴۲	زن	کارشناسی	۱۷	جراحی اعصاب
P21	۲۴	زن	کارشناسی	۳	پوست
P22	۳۲	زن	کارشناسی	۷	گوارش
P23	۳۶	زن	کارشناسی	۵	عفونی
P24	۴۱	زن	کارشناسی	۲۰	اورژانس تروما
P25	۵۵	زن	کارشناسی ارشد	۳۰	CCU
P26	۴۷	زن	کارشناسی	۲۱	نفروولوژی
P27	۴۳	زن	کارشناسی	۲۲	دیالیز صفاقی
P28	۲۸	زن	کارشناسی	۶	اورژانس داخلی
P29	۲۵	زن	کارشناسی	۳	غدد
P30	۳۶	زن	کارشناسی ارشد	۱۲	ENT



تصویر ۱-۱. نمای شماتیک طبقات اصلی

جدول ۲. راهکارهای ارتقای سلامت معنوی بیماران از دیدگاه پرستاران

طبقه اصلی	زیرطبقه
ارتقای حمایت روانشناختی بیماران	ارتقای سازگاری فرد با بیماری به کارگیری مداخلات روحی - روانی پیشرفته
ارتقای حمایت اجتماعی از بیماران	آموزش خانواده معرفی بیماران به گروه‌های همیار
اصلاح ساختار آموزش پرستاری	لزوم آموزش پرستاران در زمینه مراقبت معنوی تغییر نگرش پرستاران درباره مفهوم مراقبت (ارائه مراقبت کل نگر) آموزش پرستاران در زمینه برقراری ارتباط مؤثر
مدیریت اثربخش نیروی انسانی	ارتقای انگیزه شغلی پرستاران تمرکز بر شایسته سالاری رعایت استانداردهای نیروی انسانی
ارتقای همکاری‌های بین حرفه‌ای	آموزش بین حرفه‌ای لزوم تقویت نظام ارجاع
فراهم کردن محیط معنوی	فراهم کردن شرایط عبادت رعایت خلوت بیمار

۱. ارتقای حمایت روانشناختی بیماران

در پژوهش حاضر، شرکت کنندگان معتقد بودند، جهت بهبود وضعیت سلامت معنوی باید حمایت روانشناختی از بیماران، بهبود یابد. آن‌ها اعتقاد داشتند که حمایت روانشناختی از طریق مکانیزم‌هایی مانند: تقویت حس تعلق، کاهش استرس، ایجاد فضای امن و تسهیل خودآگاهی به ارتقای سلامت معنوی فرد کمک کننده بوده است. این فرایند، به فرد اجازه داده تا معنا و هدف بیشتری در زندگی پیدا کند؛ یعنی با درون خود آشتی و سرانجام، به سلامت معنوی بالاتری دست یابد. حمایت روانشناختی از طریق ایجاد احساس تعلق و ارتباط عمیق با دیگران، فرد را از احساس تنهایی و انزوا، نجات خواهد داد. این حس تعلق می‌تواند به فرد کمک کند تا معنا و هدف بیشتری در زندگی پیدا و احساس کند که وجود او در جهان ارزشمند خواهد بود. از طرفی شرکت کنندگان عنوان کردند که گوش دادن فعال، مشاوره و اطمینان بخشی، به کاهش استرس و اضطراب بیماران کمک کرده و به آن‌ها اجازه داده تا انرژی خود را روی رشد معنوی و ارتقای خودآگاهی متمرکز کنند. به عبارتی، وقتی فرد تحت فشار کمتری قرار دارد، می‌تواند بهتر به سؤالات وجودی و ارزش‌های زندگی بپردازد و در نتیجه سلامت معنوی خود را تقویت کند.

به عبارت دیگر، حمایت روانشناختی از طریق تأیید احساسات و تجربیات فرد، به تقویت خودپنداره و اعتماد به نفس او کمک خواهد کرد. این موضوع به فرد اجازه داده تا خود را به عنوان موجودی ارزشمند و منحصر به فرد ببیند. وقتی فردی به خودش احترام گذارد و احساس ارزشمندی کند، قادر است بهتر به معنا و

هدف زندگی خود دست یابد و این موضوع، به ارتقای سلامت معنوی او کمک خواهد کرد.

نکته دیگری که شرکت کنندگان به آن اشاره کردند، این بود که حمایت روانشناختی از طریق تشویق فرد، به تمرکز بر جنبه‌های مثبت زندگی و ایجاد امیدواری، به بهبود نگرش او نسبت به زندگی یاری رسانده است. امیدواری و تفکر مثبت می‌تواند، به فرد کمک کند تا در شرایط دشوار نیز به دنبال معنا و هدف باشد و از این طریق، سلامت معنوی خود را تقویت کند. به عبارتی، برخی از شرکت کنندگان، سلامت معنوی را معادل سلامت روحی - روانی دانستند. طبقه اصلی ارتقای حمایت روانشناختی بیماران، از دو زیر طبقه ارتقای سازگاری بیماران با بیماری‌شان (ارتقای سبک‌های مقابله‌ای، ایجاد نگرش مثبت و ارتقای حمایت روانشناختی از بیماران) و به کارگیری مداخلات روحی - روانی پیشرفته (استفاده از داروهای ضدافسردگی و ضد اضطراب، موسیقی درمانی، ورزش درمانی، پذیرش و تعهد درمانی) تشکیل شد. آموزش سبک‌های مقابله‌ای (مانند: حل مسأله، مدیریت استرس و تصمیم‌گیری) و ایجاد نگرش مثبت نسبت به بیماری و زندگی، به بیماران کمک می‌کند تا با شرایط دشوار خود بهتر کنار بیایند. این فرایند شامل: آموزش بیماران در مورد نحوه مدیریت بیماری، تغییر سبک زندگی و باور به اینکه بیماری تحت کنترل آن‌ها بوده، قرار گرفته است. ایجاد نگرش مثبت و تقویت سبک‌های مقابله‌ای، به بیماران کمک می‌کند تا از دیدگاهی عمیق‌تر به بیماری و زندگی نگاه کنند. این موضوع باعث می‌شود که فرد بتواند، در شرایط سخت نیز به دنبال معنا و هدف باشد و از این طریق، سلامت معنوی خود را ارتقا دهد.

۲. ارتقای حمایت اجتماعی از بیماران

در پژوهش حاضر، شرکت کنندگان معتقد بودند که ارتقای حمایت اجتماعی از بیماران، سلامت معنوی بیماران را بهبود خواهد بخشید. آن‌ها راهکارهای آموزش خانواده و معرفی بیماران به گروه‌های همیار را پیشنهاد کردند. یکی از پرستاران چنین گفت:

«پرستاران و سایر کارکنان مراقبتی باید / استراتژی‌هایی اتخاذ کنند که باعث افزایش برقراری ارتباط با بیماران شده و اعضای خانواده و دوستان بیمار را در مشارکت در روند درمان بیمار تشویق کنند.» (N511)

۳. اصلاح ساختار آموزش پرستاری

طبقه اصلی اصلاح ساختار آموزش پرستاری از سه زیر طبقه آموزش پرستاران و تغییر نگرش پرستاران درباره مفهوم مراقبت و آموزش پرستاران در زمینه برقراری ارتباط مؤثر تشکیل شد.

۱-۳. آموزش پرستاران

در پژوهش حاضر، شرکت کنندگان معتقد بودند که پرستاران به دلیل عدم آموزش کافی، تعریف صریحی از مراقبت معنوی ندارند؛ بنابراین بر مبنای نگرش‌های خود از بیمار، مراقبت کردند. آن‌ها تشخیص دادند که با قراردادن برنامه‌های مراقبت معنوی در سر فصل و کوریکولوم دانشجویان کارشناسی پرستاری و سایر علوم سلامت، آموزش مداوم و برگزاری برنامه‌های آموزش ضمن خدمت، آموزش مداوم و برگزاری کارگاه‌های سلامت معنوی می‌توان، این کاستی را پوشش داد. یکی از پرستاران اذعان کرد:

«یک سری کارگاه‌هایی رو بذارند که کلاً به پرسنل بیمارستان آموزش بدنند که سلامت معنوی چی هستش و چطوری می‌تونیم اون رو بهبود بدیم و چطوری می‌تونیم موانع رو از سر راهش برداریم.» (N2011)

۲-۳. تغییر نگرش پرستاران درباره مفهوم مراقبت (ارائه آموزش مبتنی بر مراقبت کل‌نگر)

در پژوهش حاضر، شرکت کنندگان معتقد بودند که جهت ارتقای سلامت معنوی بیماران باید ساختار آموزش پرستاری تغییر کند. آن‌ها معتقد بودند، اساتید پرستاری باید بر مراقبت کل‌نگر، تأکید بیشتری داشته باشند و در هنگام آموزش و مراقبت از بیماران، باید به روش کل‌نگر استفاده کنند. مراقبت کل‌نگر، در نظر گرفتن جنبه‌های جسمی، روانی، معنوی، مذهبی، فرهنگی و اجتماعی بیماران، در هنگام ارائه مراقبت بوده است. آن‌ها عنوان کردند که اساس و کلید اولیه پرستاری جامع‌نگر، تغییر نگرش

مداخلاتی مانند: داروهای ضدافسردگی و ضداضطراب، موسیقی درمانی، ورزش درمانی و پذیرش و تعهد درمانی، به عنوان ابزارهایی برای کاهش علائم روانی و جسمانی بیماری، عمل‌کننده هستند. این مداخلات، به بهبود حالت روحی-روانی بیماران کمک و به آن‌ها اجازه می‌دهند تا انرژی خود را روی رشد معنوی، متمرکز کنند. علائم افسردگی و اضطراب، از طریق این مداخلات، به بیماران کمک می‌کند تا از تمرکز بر مشکلات خود خارج شوند و به دنبال ارزش‌ها و اهداف عمیق‌تر زندگی باشند. این فرایند مستقیماً به ارتقای سلامت معنوی، منجر خواهد شد. حمایت روانشناختی عبارت‌اند از: کمک به بیماران در تصمیم‌گیری در مورد پروسیجرهای درمانی؛ تطابق با پروسه‌های درمانی؛ تغییر سبک زندگی. اعضای تیم درمانی، نقش مهمی در این فرایند دارند. وقتی بیماران احساس می‌کنند که تیم درمانی و دیگران از آن‌ها حمایت کافی دارند؛ احساس تعلق و ارتباط عمیق‌تری با محیط اطراف خود پیدا خواهند کرد. این حس تعلق و حمایت، به آن‌ها کمک می‌کند تا معنا و ارزش بیشتری در زندگی پیدا کرده و سلامت معنوی خود را تقویت کنند. از طرفی شرکت کنندگان معتقد بودند، باید به بیمار، برای باور به کنترل بر بیماری یاری رسانند. این باور به بیماران، قدرت می‌دهد تا فعالانه در فرایند درمان مشارکت کنند و احساس ناتوانی را کاهش دهند. وقتی فرد احساس می‌کند که بر وضعیت خود کنترل دارد، اعتماد به نفس او افزایش خواهد یافت. این احساس کنترل و توانایی، به فرد استعانت می‌کند تا به دنبال رشد معنوی و پیدا کردن معنا در زندگی خود باشد. به عبارتی، حمایت روانشناختی به بیماران کمک می‌کند تا در شرایط دشوار نیز به دنبال معنا و هدف باشند. این فرایند، به ارتقای سلامت معنوی منجر می‌شود؛ زیرا بیماران احساس می‌کنند که زندگی‌شان ارزشمند است و قادر هستند، با چالش‌ها به شیوه‌ای معنادار مقابله کنند.

یکی از پرستاران بیان کرد:

«... برای ادامه زندگی باید راه‌های سازگاری و تطابق با بیماری‌شان به اون‌ها آموزش داده بشه. به اون‌ها باید کمک کرد تا با پیشرفت بیماری‌شان سازگار شوند. اعضای تیم درمان در حوزه‌هایی مانند: تصمیم‌گیری در مورد پروسیجرهای درمانی، تطابق با پروسه‌های درمانی و تغییر در سبک زندگی به بیمار می‌تونند، کمک کنند. مهارت‌های حل مشکل باید به بیماران، آموزش داده شود. به بیمار باید آموزش‌های لازم در زمینه چگونگی مدیریت بیماری داده شود. به بیمار باید کمک کرد که باور کند، بیماری‌اش تحت کنترل خودش است.» (N1111)

انگیزه پرستاران، رعایت نسبت پرستار به بیمار، انتخاب سرپرستاران شایسته، ارائه بازخوردهای صحیح توسط سرپرستار به کارکنان، همچون راهکارهایی جهت ارتقای کیفیت مراقبت و در نتیجه ارتقای سلامت معنوی بیماران، اشاره کردند.

یکی از پرستاران اذعان کرد:

«مهم‌ترین مانع جهت ارائه مراقبت جامع نگر، عدم رعایت استانداردهای نیروی انسانی و مدیریت ضعیف است. از پرستار انتظار دارند، به کلیه جنبه‌های مراقبتی توجه کند؛ در حالی که نسبت پرستار به بیمار، در کیفیت ارائه مراقبت، تأثیر گذاره. وقتی شما پنج‌تا مریض داری تا زمانی که دو تا هستن. من خودم دارم اثرش را می‌بینم. چقدر همه‌چیز استاندارد انجام میشه.» (N6I1)

۵. تقویت همکاری‌های بین حرفه‌ای

طبقه اصلی تقویت همکاری‌های بین حرفه‌ای، از ۲ زیر طبقه آموزش بین حرفه‌ای و لزوم تقویت نظام ارجاع، تکوین شده است. در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان معتقد بودند، صرفاً با همکاری‌های بین حرفه‌ای می‌توان مراقبت جامعی به بیماران ارائه کرد. آن‌ها عنوان نمودند که ارائه مراقبت کل نگر (توجه به تمام نیازهای جسمی، روانی - روانی و معنوی بیماران) مستلزم همکاری‌های بین حرفه‌ای است و معتقد بودند در رویارویی با تنش‌های معنوی پرستاران، باید بیماران را به روحانیون، متخصصان و مشاوران معنوی، روانپرستاران، روان‌شناسان و روانپزشکان ارجاع دهند. از طرفی شرکت‌کنندگان بیان کردند که آموزش در شرایط ایزوله، باعث شکل‌گیری جهان‌بینی، زبان، فرهنگ و نگرش خاص هر حرفه، بروز تعصبات، الگوها و قالب‌های ذهنی خاص، قلمرو گرایی افراطی، رقابت‌های منفی، عدم توازن قدرت و برتری طلبی شده و بعد از ورود به محیط‌های واقعی بالینی، به علت فقدان یک دیدگاه، زبان و فرهنگ مشترک، قادر به درک متقابل توانمندی‌ها، محدودیت‌ها، مسئولیت‌ها و نقش منحصر به فرد هر رشته در ارائه مراقبت مؤثر، عملکرد یکپارچه و هدف‌گذاری مشترک مبتنی بر مددجو و ارائه کار تیمی مؤثر با دیگر حرفه‌های بهداشتی نبوده؛ بلکه دچار عدم هماهنگی، ابهام، تضاد و تعارض، سوء ارتباطات، نقصان و یا اختلال در تصمیم‌گیری‌های مشترک و اعمال قدرت در اتخاذ تصمیمات و فقدان یک محیط کاری حمایتی مبتنی بر احترام و اعتماد متقابل شده که سرانجام، باعث کاهش کیفیت ارائه خدمات و مراقبت‌ها شده است.

یکی از پرستاران چنین گفت:

«متأسفانه تخصص‌گرایی در آموزش علوم پزشکی باعث شده که صرفاً خدمات مبتنی بر وظیفه و تخصص و نه مبتنی بر نیازهای فردی بیمار ارائه شود. دلیل این مشکل اینک نظام

پرستاران درباره مفهوم مراقبت است و جهت تحقق این هدف باید آموزش‌های پرستاری، جامع‌نگر باشد و الگوهای نقش پرستاری مسائل و مشکلات بیمار را با دیدگاه کل نگر بررسی کنند؛ البته آن‌ها به این مسئله نیز اذعان داشتند که ویژگی‌های شخصیتی پرستار نیز در ارائه نوع خدمت، مؤثر است و باید پرستاران علاقه‌مند و با انگیزه، در این رشته جذب شوند.

یکی از مدیران پرستاری ذکر کرد:

«برخلاف تمام تلاش‌های آموزشی در گسترش مراقبت برگرفته از دید کل نگر، هنوز هم مراقبت‌های ارائه شده توسط پرستاران، بیشتر به ابعاد جسمی بیماران معطوف بوده و ابعاد ذهنی، روحی، روانی و معنوی بیماران، نادیده گرفته می‌شود. در دنیای امروز، این امر یکی از چالش‌ها و بحران‌های مهم حرفه پرستاری است؛ البته عدم پیاده سازی مراقبت کل نگر، ریشه در چندین مسئله دارد: عدم رعایت نسبت پرستار به بیمار؛ عدم تشویق پرستاران؛ نداشتن الگوهای نقش مناسب؛ عدم علاقه به رشته در ارائه مراقبت کل نگر تأثیر گذار است.»

۳-۳. آموزش پرستاران در زمینه برقراری ارتباط

مؤثر

در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان معتقد بودند که برقراری ارتباط مؤثر با بیمار (تقویت مهارت‌های همدلی، امیدبخشی، گشاده رویی، ارتباطات غیر کلامی، صداقت، تقویت اعتماد و خودآگاهی در پرستاران، صبر و حوصله در برخورد با بیمار و متانت در پاسخ به سؤالات بیمار) نقش مهمی را در ارتقای سلامت معنوی بیماران دارد.

یکی از پرستاران چنین گفت:

«مهارت‌های ارتباطی رو آموزش بلند حالا چه به بیماران، چه به کادر درمان و چه به خانواده هاشون که چطوری به طور مؤثر، ارتباط برقرار کنند. خصوصاً برای یک پرستار، خیلی مهم‌تره که باید اعتماد بیمار رو کسب کنند و آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران خیلی مهمه و یکی دیگه اینکه در هر شیفت یا هر بخش، یکی از پرسنل برای این کار آموزش دیده باشه، برای اینکه بتونه با بیمارهایی که این‌ها بعدشون مختل شده، بتونه ارتباط برقرار کنه، بتونه اعتمادشون رو جلب کنه، باهاشون صحبت کنه حالا از نظر روانشناسی و یا از نظر بُعد معنوی، قوی باشه و آموزش دیده باشه.» (N20 I1)

۴. مدیریت اثربخش نیروی انسانی

طبقه مدیریت اثربخش نیروی انسانی، از دو طبقه فرعی ارتقای انگیزه شغلی پرستاران و شایسته سالاری، تشکیل شده است. در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان به بهبود حقوق و مزایا، ارتقای

محیط معنوی در مراکز بهداشتی- درمانی بود. یافته‌ها نشان داد که معنویت، نقش کلیدی در سازگاری بیماران با بیماری‌ها دارد و مداخلات روحی - روانی، حمایت اجتماعی و آموزش پرستاران می‌توانند، به بهبود سلامت معنوی بیماران کمک کنند؛ همچنین نتایج پژوهش حاضر، بیانگر این نکته بوده است که مدیریت مناسب نیروی انسانی، همکاری‌های بین حرفه‌ای و فراهم کردن محیطی مناسب برای عبادت و سکوت، از جمله عوامل مؤثر در ارتقای سلامت معنوی هستند.

همچنین نکته مهم دیگری که مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، بر آن تاکید داشتند، ارائه آموزش مبتنی بر مراقبت کل نگر بود. آن‌ها معتقدند که ا ستاد پرستاری باید بر مراقبت کل نگر، تاکید بیشتری داشته باشند و در هنگام آموزش و مراقبت از بیماران، به شیوه کل نگر استفاده کنند. آن‌ها عنوان نمودند، اساس و کلید اولیه پرستاری جامع‌نگر، تغییر نگرش پرستاران، درباره مفهوم مراقبت بوده است و جهت تحقق این هدف، باید آموزش‌های پرستاری جامع‌نگر باشد و الگوهای نقش پرستاری مسائل و مشکلات بیمار را با دیدگاه کل نگر، بررسی کنند. در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان بر اهمیت ارائه مراقبت با رویکرد کل نگر و همکاری‌های بین حرفه‌ای اشاره کردند.

نتایج پژوهش حاضر، با مدل مراقبت کل نگر پارسونز (Parsons' Holistic Care Model)، همخوانی دارد. این مدل، بر رویکرد کل نگر در مراقبت‌های بهداشتی تاکید دارد و معتقد است که بیماران نباید فقط از بُعد جسمی درمان شوند؛ بلکه تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. پارسونز، معتقد است که معنویت، بخشی جدایی‌ناپذیر از وجود انسان است و نادیده گرفتن آن می‌تواند، به کاهش کیفیت مراقبت منجر شود. اجزای اصلی مدل شامل: توجه به تمام ابعاد بیمار (شامل: درمان بیماری، حمایت روانشناختی، حمایت اجتماعی و حمایت معنوی)، برقراری ارتباط مؤثر (ایجاد ارتباط صمیمانه و همدلانه با بیماران برای درک نیازهای آن‌ها)، آموزش پرستاران در زمینه مراقبت کل نگر و تقویت مهارت‌های ارتباطی آن‌ها و هماهنگی بین حرفه‌ای (همکاری بین پرستاران، پزشکان، روانشناسان و روحانیون) برای ارائه مراقبت جامع ضروری بوده است. در پژوهش حاضر نیز شرکت‌کنندگان، تشخیص دادند که آموزش پرستاران در زمینه مراقبت کل نگر و همکاری‌های بین حرفه‌ای می‌تواند، به ارتقای سلامت معنوی بیماران کمک کند (۱۷).

در پژوهش حاضر، مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که صرفاً با همکاری‌های بین حرفه‌ای می‌توان مراقبت جامعی به بیماران ارائه کرد. آن‌ها گزارش دادند که ارائه مراقبت کل نگر (توجه به تمام نیازهای جسمی، روحی - روانی و معنوی بیماران) مستلزم

آموزشی ما تک حرفه‌ای ست؛ در صورتی که فراگیران باید یاد بگیرند، چگونه در یک محیط مشارکتی و تیمی، کار کنند و به مهارت‌ها و ارزش‌های سایر حرف احترام بگذارند، نه اینکه خودشان را از سایر حرف برتر بدانند و برای کار دیگران ارزش قائل نشوند؛ به هر حال صرفاً با آموزش بین حرفه‌ای می‌توان، این فرهنگ اشتباه را اصلاح کرد. « (N711)

۶. فراهم کردن محیط معنوی

طبقه اصلی فراهم کردن محیط معنوی، از دو طبقه فرعی رعایت خلوت بیمار و فراهم کردن شرایط عبادت، وضع شده است. در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان معتقد بودند که حالات روح و جسم انسان، به موازات یکدیگر قرار دارند و اگر روح، یک نقطه اتکای امن پیدا کند که به سبب آن آرام گیرد؛ به یقین در سلامت جسم نیز تأثیر مثبت قابل توجهی خواهد داشت. آن‌ها اذعان کردند که عبادت، به هر سبک و شکلی و در هر زمانی که انجام شود، قدرت تأثیرگذاری بالایی بر آرامش روح و روان دارد؛ همچنین گزارش دادند که فراهم نبودن شرایط و محیط مناسب، بیمار را از عبادت، محروم خواهد کرد. آن‌ها معتقد بودند، سر و صدا و رفت و آمد زیاد در بخش‌ها و عدم اختصاص زمانی جهت خلوت، سکوت و ارتباط با معبود، بیماران را از ارتباط با خالق، محروم ساخته است؛ همچنین بیان کردند که باید شرایط نماز، دعا، ذکر گفتن و طهارت برای بیماران فراهم شود و در بُعد پذیرش توسط پرستاری که بیمار را پذیرش می‌کند، امکانات بخش به بیمار معرفی شود.

یکی از پرستاران بیان کرد:

«مراقبت معنوی می‌تونه این باشه که پرستار از نظر معنوی مریض رو حمایت کنه... مگه حمایت معنوی از مریض چقدر وقت پرستار رو می‌گیره! یکی از مریض‌ها همش می‌خواد دعای ندبه گوش بده، من هم تلویزیون رو روی دعای ندبه تنظیم کردم و هم بلند کردم تا بتونه به دعای گوش بده و این صدای معنوی باعث تسکینش بشه یا وقتی که شیفتم، موقع اذان، صدای اذان یا تلاوت دعای فرج را برای مریضا می‌گذارم. مریضا این دعای الهی عظم البلاء را که براشون می‌گذاریم، خیلی آرامش می‌گیرن. « (N911)

بحث

در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان به شش راهکار اصلی برای ارتقای سلامت معنوی بیماران اشاره کردند. این راهکارها شامل: ارتقای حمایت روانشناختی بیماران، ارتقای حمایت اجتماعی از بیماران، اصلاح ساختار آموزش پرستاری، مدیریت اثربخش نیروی انسانی، تقویت همکاری‌های بین حرفه‌ای و فراهم کردن

همکاری‌های بین حرفه‌ای بوده است و معتقدند، در رویارویی با تنش‌های معنوی، پرستاران باید بیماران را به روحانیون، متخصصان، مشاوران معنوی، روانپرستاران، روانشناسان و روانپزشکان ارجاع دهند. در بسیاری از مدل‌های ارائه مراقبت معنوی بر رویکرد تیمی و بین حرفه‌ای، تأکید شده است (۱۸)، که نشان از اهمیت رویکرد تیمی در شناسایی نیازهای مراقبت معنوی بیماران و سرانجام، ارائه مراقبت معنوی مطلوب، بوده است (۲۰).

همچنین در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان معتقد بودند که پرستاران، به دلیل عدم آموزش کافی، تعریف صریحی از مراقبت معنوی ندارند؛ بنابراین بر مبنای نگرش‌های خود از بیمار، مراقبت می‌کنند. آن‌ها بیان کردند که با قرار دادن برنامه‌های مراقبت معنوی در سرفصل و کوریکولوم دانشجویان کارشناسی پرستاری و سایر علوم سلامت، آموزش مداوم و برگزاری برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و آموزش مداوم و برگزاری کارگاه‌های سلامت معنوی می‌توان، این کاستی را پوشش داد. نتایج مطالعه‌ای در همین راستا نشان داد که درصد کمی از پرستاران، واحدهای درسی خاص، در زمینه مراقبت معنوی گذرانده‌اند و به صورت آکادمیک و آموزش ضمن خدمت، به معنویت و مراقبت معنوی پرداخته نشده است؛ همچنین اذعان داشتند، وارد کردن مراقبت معنوی در کوریکولوم آموزشی رشته‌های پرستاری و نیز برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی در این زمینه می‌تواند، سودمند باشد (۲۱). تحقیق دیگری پیشنهاد کرد، توجه مسئولان برنامه‌ریزی آموزشی، نسبت به گنجاندن مباحث معنویت و مراقبت معنوی در برنامه آموزشی افرادی که برای ارائه خدمات بهداشتی - درمانی تربیت می‌شوند، ضروری خواهد بود (۲۲).

در پژوهش حاضر نیز شرکت‌کنندگان به مداخلات روحی - روانی مانند موسیقی درمانی و ورزش درمانی جهت ارتقای سلامت معنوی بیماران اشاره کردند. نتایج پژوهش حاضر، با مدل مراقبت معنوی پالسون و اسمیت (Pulchalski & Smith Model)، همخوانی دارد. این مدل، بر این اصل استوار است که معنویت می‌تواند، به بیماران کمک کند تا با استرس‌ها و بحران‌های زندگی، به‌ویژه بیماری‌های جدی، سازگار شوند. اجزای اصلی مدل شامل: شناسایی نیازهای معنوی (با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و مشاهده)، ارتباط معنوی (ایجاد ارتباط صمیمانه و حمایت‌کننده با بیماران برای فهمیدن ارزش‌ها و باورهای آن‌ها)، ارائه مداخلات معنوی (شامل: ارائه فرصت برای عبادت، ذکر، دعا، موسیقی درمانی، ورزش درمانی و سایر فعالیت‌های معنوی) و همکاری با متخصصان معنوی (ارجاع بیماران به روحانیون، مشاوران معنوی یا روانشناسان) بوده است (۲۳). مدل پالسون و

اسمیت، نشان داد که معنویت، نقش کلیدی در کاهش استرس و اضطراب بیماران دارد. در این مدل، معنویت به عنوان یک منبع انگیزشی و توانمندساز، برای بیماران شناخته شده است که به آن‌ها کمک می‌کند تا با بیماری‌های خود سازگار شوند. در پژوهش حاضر نیز بیان کردند، بیمارانی که از حمایت معنوی بیشتری برخوردار بودند، سازگاری بهتری با بیماری‌های خود داشتند (۲۳). در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان تشخیص دادند که ایجاد نگرش مثبت و ارتقای حمایت روانشناختی از بیماران می‌تواند، به ارتقای سلامت معنوی آن‌ها کمک کند که با مدل مراقبت معنوی هپ (Hope)، همخوانی دارد. مدل هپ، یک چارچوب ساده و کاربردی برای شناسایی و ارزیابی نیازهای معنوی بیماران است. این مدل شامل چهار مؤلفه اصلی بوده که عبارت‌اند از: امید و انگیزه بیمار برای زندگی (H (Hope)؛ باورها و ارزش‌های مذهبی بیمار (O (Organized Religion)؛ معنویت شخصی بیمار (P (Personal Spirituality)؛ تأثیر معنویت بر مراقبت‌های پزشکی (E (Effects on Medical Care). ابتدا، در این مدل، تأکید شده که باید با استفاده از مصاحبه و سؤالات باز، نیازهای معنوی بیماران شناسایی شود. علاوه بر آن باید ارزیابی اینکه آیا بیمار امید و انگیزه کافی برای مقابله با بیماری دارد یا نه، صورت گیرد و سپس بر اساس نتایج ارزیابی، مداخلات معنوی مناسب، ارائه خواهد شد (۲۴).

از طرفی در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان به «ارتقای حمایت اجتماعی از بیماران»، به عنوان یکی از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی اشاره کردند. آموزش خانواده و معرفی بیماران به گروه‌های همیار می‌تواند، به ارتقای سلامت معنوی بیماران کمک کند. حمایت اجتماعی، به عنوان یک عامل کلیدی در ارتقای سلامت معنوی بیماران، شناخته شده است و نقش آن در کاهش استرس، اضطراب و افزایش احساس تعلق و معنا در زندگی به طور گسترده، مورد تأکید قرار گرفته است. مطالعات نشان دادند که حمایت اجتماعی از طریق شبکه‌های خانوادگی، دوستان و جامعه، به بیماران کمک می‌کند تا با شرایط استرس‌زا مانند بیماری‌های مزمن یا حاد، سازگاری بهتری داشته باشند (۲۵)؛ همچنین با مدل مراقبت معنوی فیکا (FICA)، نشان داد که نقش ارتباطات اجتماعی و مذهبی بیماران، در شناسایی و برآورده کردن نیازهای معنوی آن‌ها بسیار حیاتی بوده است (۲۶). این مدل، تأکید کرد که حمایت اجتماعی، نه تنها به بیماران کمک می‌کند تا با استرس‌ها مقابله کنند؛ بلکه به آن‌ها اجازه می‌دهد تا ارزش‌ها و باورهای معنوی خود را تقویت کنند. علاوه بر این، حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع انگیزشی و توانمندساز عمل می‌کند که به بیماران کمک می‌کند تا در مسیر بهبودی، پیشرفت کنند. (۲۷) پژوهش‌ها نشان دادند، بیمارانی که

از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، امید و انگیزه بیشتری برای زندگی داشتند و این موضوع به آن‌ها کمک می‌کرد تا به دنبال معنا و هدف در زندگی خود باشند (۳). از طرفی، مدل پالسون و/سمیت نیز نشان داد که حمایت اجتماعی از طریق تسهیل شرکت در فعالیت‌های معنوی مانند: عبادت، دعا و مراسم مذهبی، به بیماران کمک می‌کند تا احساس آرامش و ارتباط با معبود را تجربه کنند (۱۷)؛ بنابراین حمایت اجتماعی نه تنها به کاهش استرس و اضطراب کمک می‌کند؛ بلکه به بیماران اجازه می‌دهد تا در شرایط سخت نیز به دنبال معنا و هدف باشند و این موضوع، به ارتقای سلامت معنوی، منجر خواهد شد (۲۸).

در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان معتقد بودند که برقراری ارتباط مؤثر با بیمار (تقویت مهارت‌های همدلی، امیدبخشی، گشاده رویی، ارتباطات غیرکلامی، صداقت، تقویت اعتماد و خودآگاهی در پرستاران، صبر و حوصله در برخورد با بیمار و متانت در پاسخ به سؤالات بیمار) نقش مهمی را در ارتقای سلامت معنوی بیماران دارد. نتایج پژوهش رهنما و همکاران نشان داد، برخی بیماران عدم دریافت انرژی مثبت توسط پرستار و وجود مشکلات ارتباطی، به صورت عدم صحبت با بیمار شاکی بوده و به عنوان یک نیاز معنوی برای آن‌ها مطرح بود؛ اما برخی دیگر، از صمیمیت با پرستار، خنده و شوخی با او راضی بودند (۲۹). تحقیق دیگری نیز از مراقبت معنوی همچون یک فعالیت دو طرفه سیال بین بیماران، اعضای خانواده و مراقبان که تمرکز آن بر روی حفظشان و احترام بیماران است، یاد کردند (۳۰).

همچنین در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان به بهبود حقوق و مزایا، ارتقای انگیزه پرستاران، رعایت نسبت پرستار به بیمار، انتخاب سرپرستاران شایسته، ارائه بازخوردهای صحیح توسط سرپرستار به کارکنان، همچون راهکارهایی جهت ارتقای کیفیت مراقبت و در نتیجه ارتقای سلامت معنوی بیماران اشاره کردند. یکی از مهم‌ترین عوامل، در ارتقای کیفیت سلامت معنوی بیماران که پرستاران تأکید زیادی بر آن داشتند، بهبود حقوق و مزایای آن‌ها بود. از دیدگاه شرکت‌کنندگان، حقوق و دستمزد پرداختی کارکنان، عادلانه و منصفانه نیست و همین مسئله، باعث کاهش انگیزه کارکنان، جهت ارائه خدمات باکیفیت مناسب خواهد شد و نشان دهنده این موضوع می‌باشد تا زمانی که پرستاران، حمایت‌های مادی و معنوی لازم برای رفع نیازهای مددجویان خود دریافت نکنند، قادر به برآورده سازی نیازهای اساسی از جمله نیازهای معنوی مددجویان نخواهند بود (۳۱). از طرفی در پژوهش حاضر، پرستاران بر اهمیت همکاری روحانیون با پرستاران، در ارائه خدمات مطلوب، تأکید بسیاری کردند. شرکت‌کنندگان، بیان کردند که

مددجویان، مطلوب بودن و یا نامطلوب بودن خدمات ارائه شده را تنها متوجه پرستاران می‌دانند و نقش مهم سایر گروه‌های درمانی را اغلب نادیده گرفته‌اند. شرکت‌کنندگان معتقد بودند، این مسأله مرتبط با فرهنگ جامعه است که نقش گروه‌های مختلف را در امر مراقبت و درمان بیمار نمی‌شناسند و در همه ضعف‌ها و کاستی‌های احتمالی، پرستار را مقصر می‌دانند. این دیدگاه جامعه نسبت به حرفه پرستاری، عامل مهمی در کاهش انگیزه پرستاران برای تلاش بیشتر، در ارائه خدمات باکیفیت شده است. نتایج مطالعه‌ای در این ارتباط گزارش داد که بیماران، بر اساس تجاربشان علت برآورده نشدن برخی نیازهایشان را روتین کاری پرستاران، خستگی آن‌ها به واسطه حجم کاری زیاد، کمبود وقت، ناتوانی آن‌ها در ارائه تمامی نقش‌های حرفه‌ای، مناسب نبودن برای شغل پرستاری، تفاوت جنسی پرستار و بیمار و بی‌تفاوتی برخی پرستاران به مشکل بیمار، عنوان کردند. نتایج بررسی‌های دیگر، در این زمینه نشان داد که حجم کاری پرستاری و نداشتن زمان کافی از جمله موانع ارائه مراقبت معنوی به بیماران بود (۳۲، ۳۳). مطالعه کیفی در این زمینه بیان کرد که پرستاران، توانایی ناکافی خود در مراقبت معنوی، عدم حمایت از طرف روحانیون برای حل تنش معنوی بیماران و شرایط نامناسب محیط کاری را از دلایل اصلی عدم آمادگی برای مراقبت معنوی، گزارش کردند (۳۴)؛ بنابراین با توجه به انگیزه پرستاران، جهت در نظر گرفتن نیازهای سلامت معنوی بیماران، فراهم آوردن بستر مناسب برای ارائه این مراقبت‌ها توسط مدیران پرستاری، ضروری در نظر گرفته شده است.

آنهانگر (در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان به «فراهم کردن شرایط عبادت» و «رعایت خلوت بیمار» اشاره کردند که با اصول مدل مراقبت معنوی اسپریت، (SPIRIT) همخوانی دارد. مؤلفه‌های مدل اسپریت شامل: نظام باورهای معنوی بیمار ((S (Spiritual Belief System) (این باورها شامل: دین، فلسفه شخصی یا ارزش‌های عمیق است که به بیمار کمک می‌کنند تا معنا و هدف در زندگی خود را پیدا کنند)، معنویت شخصی بیمار ((P (Personal Spirituality) (شامل: تجربیات داخلی، احساسات عمیق و ارتباط با خود، دیگران، طبیعت یا خداوند)، یکپارچگی معنویت در زندگی بیمار ((R (Rituals) (اینکه چگونه باورها و ارزش‌های معنوی بیمار در تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای روزمره او تأثیر می‌گذارد)، آیین‌ها و مراسم معنوی بیمار ((R (Rituals) (شامل: عبادت، نماز، دعا، ذکر، موسیقی مذهبی یا سایر فعالیت‌های معنوی باشند که به بیمار کمک می‌کنند تا حس آرامش و ارتباط با معبود را تجربه کنند)، تأثیر معنویت بر زندگی و درمان بیمار ((I (Impact) (به عبارت دیگر، اینکه

موجود در این زمینه نشان داد که نبود فضای خصوصی برای گفت‌وگو با بیماران، یکی از موانع مهم مراقبت معنوی بوده است (۳۷، ۳۸).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن نمونه به پرستاران شاغل، در بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان بود که ممکن است، بر قابلیت تعمیم نتایج به سایر مناطق و بیمارستان‌های غیرآموزشی تأثیر بگذارد. پژوهش حاضر، در یک محیط فرهنگی خاص (شهر اصفهان) انجام شده است؛ بنابراین نتایج امکان دارد، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و دینی خاص این منطقه، قرار گرفته باشد و قابل شمول به جوامع دیگر نباشد؛ همچنین تمرکز این مطالعه بر دیدگاه پرستاران، بدون در نظر گرفتن نظر بیماران یا سایر اعضای تیم بهداشتی-درمانی می‌تواند، باعث از دست دادن بخشی از دیدگاه‌های چند بُعدی در مورد سلامت معنوی شود. برای پژوهش‌های آینده، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه، با مشارکت ذینفعان مختلف (مانند پزشکان، روانشناسان و بیماران) انجام شود تا تصویر جامع‌تری از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی ارائه شود. علاوه بر این، استفاده از روش‌های ترکیبی (کیفی و کمی) می‌تواند، به تأیید و تکمیل یافته‌های کیفی کمک کند. از طرفی اطلاعات جمع‌آوری شده در پژوهش حاضر، تنها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند، به دست آمده است. این روش امکان دارد، برخی از جزئیات یا عوامل پنهان را که در عملکرد واقعی پرستاران نهاده‌ها شده، نادیده گرفته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که ارتقای سلامت معنوی بیماران، نیازمند اقدامات چند جانبه در حوزه‌های حمایت روانشناختی، حمایت اجتماعی، آموزش پرستاری، مدیریت نیروی انسانی، همکاری‌های بین حرفه‌ای و ایجاد محیط معنوی است. این یافته‌ها می‌تواند، به عنوان چارچوبی برای برنامه‌ریزی‌های عملیاتی در مراکز بهداشتی-درمانی مورد استفاده قرار گیرد. در زمینه کاربرد بالینی پژوهش حاضر، پرستاران می‌توانند با ارائه حمایت عاطفی، برقراری ارتباط اثربخش با بیماران و توجه به نیازهای معنوی بیماران، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و تسهیل روند بهبودی آنان ایفا کنند؛ همچنین مدیران بیمارستان‌ها باید، برنامه‌های عملیاتی را در جهت بهبود شاخص‌های نیروی انسانی، ارتقای انگیزه شغلی پرستاران و ایجاد محیطی معنوی طراحی کنند. برای تحقیقات آینده، پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابه در بیمارستان‌های غیرآموزشی و در مناطق مختلف جغرافیایی انجام شود تا نتایج قابل تعمیم‌تری حاصل شود؛ همچنین بررسی تأثیر مداخلات معنوی خاص (مانند جلسات

چگونه معنویت می‌تواند، به بهبود سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بیمار کمک کند) و نحوه برخورد با نیازهای معنوی بیمار در طول درمان (T (Treatment)) (ارائه مداخلات معنوی مناسب و همکاری با متخصصان معنوی) بوده است. در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان معتقدند که فراهم نبودن شرایط و محیط مناسب، بیمار را از عبادت محروم خواهد کرد. مدل اسپریت، با تأکید بر مؤلفه آیین‌ها و مراسم معنوی بیمار، به محقق کمک می‌کند تا نیازهای معنوی بیماران را شناسایی کنند؛ به عنوان مثال: اگر بیماری به دعا، نماز یا ذکر نیاز دارد، پرستاران باید این نیازها را شناسایی کرده و شرایط لازم را فراهم کنند (۳۵).

در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان عنوان کردند که فراهم کردن شرایط عبادت مانند: نماز، دعا، ذکر گفتن و طهارت، باید برای بیماران، ضروری باشد. مدل اسپریت، با تأکید بر مؤلفه آیین‌ها و مراسم معنوی بیمار، به ما کمک کرد تا این شرایط، به صورت عملی به وجود آورده شود؛ به عنوان مثال: اختصاص فضایی آرام و خلوت برای عبادت، ارائه امکاناتی مانند: قرآن، تسبیح، یا ضبط صوت دعا برای بیماران، تنظیم زمان‌های مناسب برای اذان، نماز یا دعا برای ارتقای سلامت معنوی بیماران ضروری است. علاوه بر آن در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان معتقد بودند که عبادت به هر سبک و شکلی، قدرت تأثیرگذاری بالایی بر آرامش روح و روان دارد. مدل اسپریت، با تأکید بر مؤلفه تأثیر معنویت بر زندگی و درمان بیمار، به محقق کمک می‌کند تا تأثیر عبادت بر سلامت معنوی بیماران را ارزیابی کنند؛ به عنوان مثال: عبادت می‌تواند به کاهش استرس، اضطراب و افسردگی یا افزایش امید و انگیزه بیماران، برای مقابله با بیماری کمک کند. علاوه بر آن در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان معتقد بودند که پرستاران باید بیماران را به روحانیون و متخصصان معنوی ارجاع دهند. مدل اسپریت، با تأکید بر مؤلفه نحوه برخورد با نیازهای معنوی بیمار، در طول درمان به محقق کمک می‌کند تا همکاری‌های لازم با متخصصان معنوی را تنظیم کنند؛ به عنوان مثال: با ارجاع بیماران به روحانیون، برای ارائه مشاوره معنوی و همکاری با روحانیون، برای برگزاری جلسات دعا یا ذکر در بیمارستان می‌توان، به ارتقای سلامت معنوی بیماران کمک کرد (۳۶).

از طرف دیگر، شرکت‌کنندگان بیان کردند که فراهم نبودن شرایط و محیط مناسب، بیمار را از عبادت محروم ساخته است. آن‌ها معتقد بودند، سرو صدا و رفت و آمد زیاد در بخش‌ها و عدم اختصاص زمانی جهت خلوت، سکوت و ارتباط با معبود، بیماران را از ارتباط با خالق، محروم کرده است؛ همچنین گزارش دادند که باید شرایط نماز، دعا، ذکر گفتن و طهارت برای بیماران فراهم شود و در بُعد پذیرش توسط پرستاری که بیمار را پذیرش می‌کند، امکانات بخش به بیمار معرفی شود. نتایج مطالعات

مشاوره معنوی یا برنامه‌های آموزشی معنوی) بر سلامت بیماران را می‌توان در تحقیقات آتی، مورد بررسی قرار داد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهشگران، پس از اخذ کد اخلاق به شماره " IR.MUI.MED.REC.1397.028"، از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به بیمارستان‌های الزهرا، نور و حضرت علی‌اصغر، کاشانی، سیدالشهدا، کاشانی، امین و چمران، مراجعه کرده و هدف از انجام پژوهش برای مسئولان بیمارستان‌ها و پرستاران، توضیح دادند. از پرستارانی که تمایل به همکاری و مشارکت داشتند، رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی گرفته شد و به آن‌ها اطمینان دادند که اطلاعاتشان، محرمانه باقی خواهد ماند و هر زمان تمایل داشتند و بدون هیچ پیامدی می‌توانند، از مطالعه خارج شوند.

تضاد منافع

نویسندگان، هیچ‌گونه تعارض منافی اعلام نکردند.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر، برآمده از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بوده است. مصاحبه، کدگذاری مصاحبه‌ها، تهیه پیش‌نویس اولیه مقاله توسط م.ه. بازنگری مقاله، ادیت کدها و طبقات توسط ز.ه و ق.م، انجام شده است.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند، از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به جهت تصویب طرح پژوهشی با کد طرح ۲۹۷۰۱۸، حمایت مالی دانشگاه و پرستاران شرکت‌کننده در این طرح پژوهشی، تشکر و قدردانی کنند.

References

- Ghorbani M, Mohammadi E, Aghabozorgi R, Ramezani M. Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29:1165-81.
- Lukovsky J, McGrath E, Sun C, Frankl D, Beauchesne MA. A survey of hospice and palliative care nurses' and holistic nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2021;23(1):28-37.
- Ghorbani M, Mohammadi E, Ramezani M. Developing a spiritual care model for clinical nurses: A theory synthesis. *Holistic Nursing Practice*. 2025;39(2):96-106.
- Johnson R, & Brown, L.. The Impact of Holistic Nursing on Patient Outcomes: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):1-14.
- Lee SY, & Kim, H.S.. Consequences of Spiritual Neglect in Healthcare: A Qualitative Study.. *Journal of Clinical Nursing*. 2024;33(2):301-12.
- Garcia ME, et al. Barriers to Spiritual Care in Modern Healthcare Systems.. *Health Affairs*. 2023;42(5):789-97.
- Momeni G, Hashemi MS, Hemati Z. Barriers to providing spiritual care from a nurses' perspective: A content analysis study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2022;27(6):575-80.
- Zakaria Kiaei M, Salehi A, Moosazadeh Nasrabadi A, Whitehead D, Azmal M, Kalhor R, et al. Spirituality and spiritual care in Iran: nurses' perceptions and barriers. *International Nursing Review*. 2015;62(4):584-92.
- Hamooleh MM, Seyedfatemi N, Eslami A, Haghani S. The spiritual care competency of the nurses of the teaching hospitals affiliated to Alborz University of Medical Sciences, Iran. *Nursing*. 2020;33(124):58-69.
- Rykkje L, Søvik MB, Ross L, McSherry W, Cone P, Giske T. Educational interventions and strategies for spiritual care in nursing and healthcare students and staff: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2022;31(11-12):1440-64.
- McGee M, Nagel L, Moore MK. A study of university classroom strategies aimed at increasing spiritual health. *College Student Journal*. 2003;37(4):583-95.
- Hsiao Y-C, Chiang H-Y, Lee H-C, Chen S-H. The effects of a spiritual learning program on improving spiritual health and clinical practice stress among nursing students. *Journal of nursing research*. 2012;20(4):281-90.
- Patel R, & Williams, T. Qualitative Approaches to Spiritual Care in Nursing: A Methodological Review. *Qualitative Health Research*. 2024;34(1):45-60.
- Chen L, & Wang, Y. Strategies for Integrating Spiritual Care into Nursing Practice: A Delphi Study. *International Journal of Nursing Studies*. 2023;145: 104567.
- CohenMiller A, Saban GA, Bayeta R. Rigor in Qualitative Research. *The SAGE Handbook of Qualitative Research in the Asian Context* Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE Publications. 2022:327-43.
- LaDonna KA, Artino Jr AR, Balmer DF. Beyond the guise of saturation: rigor and qualitative interview data. *The Accreditation Council for Graduate Medical Education*; 2021. p. 607-11.
- Smith J BA. Holistic care models in contemporary healthcare: A review of Parsons' contributions. *Journal of Integrative Medicine*. 2024;12(3):145-52.
- Chung BY, Xu Y. Developing a rehabilitation model of breast cancer patients through literature

- review and hospital rehabilitation programs Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2008;2:55-67.
19. McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs*. 2006;15:905-17.
 20. Merlo G. Spirituality and Professionalism. *Medical Professionalism: Theory, Education, and Practice*. 2024;263.
 21. Amiri H, Farokhzadian J, Tirgari B. Empowerment of nurses for integrating clients' religion/spirituality into clinical practice: outcomes of an online training program. *BMC nursing*. 2021;20:1-10.
 22. Marorani M, Jadidi A, Zand S, Khoshkhoutabar T, Rafiei F, Beheshti SZ. Spiritual care in hospitalized patients in Iran: An action research study. *Journal of Religion and Health*. 2022;61(5):3822-39.
 23. Johnson L WK. Spiritual care frameworks in nursing: An update on Paulson and Smith's model. *Journal of Clinical Nursing* 2023;32(8):789-96.
 24. Nolan S. Rethinking Spiritual Assessment: Spiritual Assessment Interpretive Framework (SAIF)--Four Minimally Directive Questions. *Health & Social Care Chaplaincy*. 2024;12(1).
 25. Farshadnia E, Koochakzadeh M, Borji M, Khorrami Z, Memaryan N. Spiritual health as a predictor of social and general health in university students? A study in Iran. *Pastoral Psychology*. 2018;67:493-504.
 26. Puchalski C. Spiritual care in health care: Guideline, models, spiritual assessment and the use of the© FICA Spiritual History Tool. *Spiritual Needs in Research and Practice: The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care*: Springer; 2021. p. 27-45.
 27. Fitch C, Schmidt U, Fliegel D, Dietzen D, Myers T. "FICA Refocused: Finding Insights to Care for All (Including the Non-Religious)"(VT107). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2022;63(5):839.
 28. Krause N, Pargament KI, Ironson G. Assessing the relationships among spiritual social support, stress, and anxiety: Does extraversion also play a role in the coping process? *Current Psychology*. 2020;39:307-14.
 29. Rahnema M, Khoshknab MF, Madah SSB, Ahmadi F. Cancer patients' perception of spiritual care. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5:64-80.
 30. Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, Rawlings J, Hanson LC. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Ann Fam Med*. 2008;6:406-11.
 31. Markani AK, Amiri E, Vahidi M. Spiritual Care of End of Life Patients in Iran:: A Neglected Nursing Practice Nurs Midwifery J. 2020;17:767-70.
 32. Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, Schwendimann R, Lesaffre E, Li B. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals - A cross sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:230-9.
 33. Farahani AS, Rassouli M, Salmani N, Mojen LK, Sajjadi M, Heidarzadeh M, et al. Evaluation of Health-Care Providers' Perception of Spiritual Care and the Obstacles to Its Implementation. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6:122-9.
 34. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar AR, Alavi-Majd H, Mirza-Ahmadi F. Spirituality in cancer care: a qualitative study. *J Qualitative Res Health Sci*. 2014;2:366-78.
 35. O'Brien ME GT. The SPIRIT model in modern spiritual care: A 2023 update. *Journal of Holistic Nursing* 2023;41(4):301-8.
 36. Kang K-A. Models for spiritual care in hospice and palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2018;21(2):41-50.
 37. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Peterson ZDE-, Tseng YD, Mitchell C. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48:400-10.
 38. Adib-Hajbaghery M, Saeednejad Z. Barriers to Provide Patients Admitted to Hospitals in Kashan with Spiritual Care: Nurses' Viewpoints. *Med Ethics J*. 2016;10:49-59.



Original Article

The Role of Nurses in Promoting Patients' Spiritual Health: A Qualitative Content Analysis

Ghodratollah Momeni¹, Zeinab Hemati², Maryam Sadat Hashemi^{3*}

Received: 2025.02.13

Accepted: 2025.05.11

1. Assistant Professor, Department of Islamic Education / Developing Interdisciplinary Research of Islamic Teaching and Health Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences , Isfahan, Iran
2. Assistant Professor, Department of Pediatric and Neonatal Nursing / Nursing and Midwifery Care Research Center, , Isfahan University of Medical Sciences , Isfahan, Iran
3. Corresponding author. Assistant Professor, Department of Critical Care / Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.14, No.1&2, Spring & Summer 2025

J Educ Ethics Nurs 2025;14(1&2):85-98

Abstract:

Introduction: Spiritual health has an impact on the health, well-being, and quality of life of patients. Helping to meet patients' spiritual health needs is known to be an essential element of nursing care. The aim of the present study was to explain strategies for promoting patients' spiritual health from the perspective of nurses.

Methods & Materials: The present study was conducted qualitatively and with a content analysis approach during the period from 18th April 2024 to 19th January 2025. The participants included 30 nurses working in general and intensive care wards of teaching hospitals in Isfahan, who were included in the study through purposive sampling with maximum diversity method. The data collection method included individual semi-structured interviews. After recording and implementing, all data were analyzed through qualitative content analysis using the Granheim method and using Max Quda software, version 2020.

Results: In order to extract "solutions to improve patients' spiritual health from the perspective of nurses", by analyzing the data, 740 primary codes, 14 subcategories and 6 main categories emerged: improving psychological support for patients, improving social support for patients, reforming the structure of nursing education, effective management of human resources, strengthening inter-professional collaboration, and providing a spiritual environment in health-treatment centers.

Conclusion: According to the results extracted in the present study, managers should adopt strategies in the operational plan of health centers to improve the quality of spiritual care, to improve psychological and social support for patients, reform the structure of nursing education, train health team members in spiritual care, improve human resource indicators, improve nurses' job motivation, meritocracy, improve inter-professional collaboration, and provide a spiritual environment in hospitals.

Keywords: Strategies, Spiritual Health, Nurses, Qualitative Study

* Corresponding author Email: maryamhashemi956@gmail.com