





Explaining the Perception of Spiritual Care from the Perspective of Hospitalized Patients: A Qualitative Study

Hoda Ahmari Tehran¹ , Zohre Khalajinia^{2*} , Akram Heidari³ , Morteza Heidari⁴ 

¹ Spiritual Health Research Centre, Medical Education Department, Qom University of Medical Sciences

² Spiritual Health Research Centre, Midwifery Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

³ Spirituality Health Research Centre, Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

⁴ Spiritual Health Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Abstract

Article history:

Received: 15 January 2023

Revised: 23 June 2023

Accepted: 26 July 2023

ePublished: 19 March 2024

*Corresponding author:

Zohre Khalajinia, Spiritual Health Research Centre, Midwifery Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email: z.khalaji@muq.ac.ir



Background and Objective: Spirituality has an undeniable impact on healing power, the ability to cope with and adapt to change, and health-related conditions. Spirituality is an essential component of health care; it is critical, vital, and distinct from other types of care. Therefore, the current study aimed to explain the perception of spiritual care from the perspective of hospitalized patients.

Materials and Methods: The present study was carried out in the educational and medical centers of Qom University of Medical Sciences in 2020 using a qualitative approach and content analysis. Data were collected and analyzed concurrently through semi-structured, in-depth interviews with 12 participants using purposive sampling.

Results: The participants included seven women and five men. The mean age score of participants was 44.16 ± 10.1 years. From the analysis of interviews, 366 primary codes, 10 subcategories, and 3 main categories were extracted, indicating participants' understanding of spiritual care. The categories included religious (belief in the presence of God, observance of Sharia rules, respect for religious beliefs), moral (respect for privacy, responsibility, honesty, secrecy), and emotional (protection, support, follow-up, and continuity of care).

Conclusion: In light of the findings of this study, spiritual care has a religious and ethical foundation, and its supportive aspects should receive more emphasis. According to patients, spiritual care entails responsibility, honesty, and confidentiality, as well as considering moral values and religious beliefs as a valuable resource that maximizes patient's self-care control and recovery.

Keywords: Care; Patients; Qualitative Research; Spiritual Care

Extended Abstract

Background and Objective

After several decades of considering spiritual care a part of medical care, today, this dimension of nursing care has received assiduous attention, and treatment services are deemed incomplete without it. Moreover, the International Council of Nurses considers the provision of spiritual care a vital part of the nurse's role. In related documents, spiritual care is regarded as a necessary, vital, and unique component of holistic care. Spiritual care is a mental, dynamic, interactive, and collaborative concept that is the manifestation of the unique dimension of nursing care and the integrator of its other dimensions.

Objective and practical manifestations in the spiritual care of patients include patient-centeredness, healing presence, exploring patient's spiritual perspectives, and understanding the meaning of life, as well as meaningful therapeutic interventions and creating a spiritually nurturing environment in nurse-patient interaction. Spiritual care is helping people who have faced daunting challenges in their beliefs, values, and meaning in life. Patients experience this situation when they are faced with a range of diseases; therefore, in disease conditions, especially incurable diseases, more emphasis is placed on spiritual nursing care. This type of care results in reduced physical pain, depression, and anxiety, as well as increased mental comfort and speed of recovery. Based on this, doctors and nurses should be able to identify and respond to the needs related to their spiritual care in their interactions with patients.

Based on previously conducted studies, the provision of spiritual care to patients and their families can bring comfort and hope, reduce physical and mental pain, increase the speed of recovery, and create purpose and meaning in life. Nonetheless, spiritual care is often a neglected area in the fields of care, and many patients do not receive the spiritual care they require. Since these needs and how they respond to them vary according to the patient's perception, which is affected by cultural and social differences, the present study aimed to explain the perception of spiritual care from the patient's perspective.

Materials and Methods

This qualitative study was conducted using a content analysis method in 2020. The research setting was all educational and treatment centers of Qom University of Medical Sciences (Shaheed Beheshti, Kamkar, Shohada, Khayerine Salamat) in internal medicine, surgery, orthopedics, chemotherapy, and gynecology departments. Participants were selected via purposive sampling method from among patients hospitalized in different departments of all four aforementioned hospitals. The inclusion criteria entailed being hospitalized in one of the stated departments, the experience of receiving hospital care, willingness to participate in the study, being Muslim, and an age range of over 18 years. Participants' reluctance to continue the interview was regarded as the exclusion criterion. Sampling continued until data saturation,

and finally, the data obtained from 12 participants reached the necessary saturation in the form of categories and subcategories.

According to the principle of maximum diversity in sampling, the participants in the study were different in terms of age, gender, level of education, occupation, type of disease, and hospitalization department. Data were collected through quasi-structured, in-depth interviews with 12 inpatients in the Departments of Gynecology and Obstetrics, internal medicine, surgery, orthopedics, and chemotherapy. Each interview lasted from 25-50 min. Each of the interviews started with the following question: "What does spiritual care mean to you?" Describe your experience in this regard. More exploratory questions were asked to the participants' answers. The conventional content analysis method was used to analyze the data. Immediately after recording each session of the interview, the researcher listened to the interviews several times, and after finding a general view of them, he transcribed all the interviews. Thereafter, the extracted text was entered into MAXQDA software (version 10).

Results

The participants included seven women and five men. The mean age of the subjects was 44.16 ± 10.1 years. The analysis of interviews yielded 366 primary codes, 10 subcategories, and 3 main categories, indicating the nature of the participants' perception of spiritual care. The categories included religious (belief in the presence of God, observance of Sharia rules, respect for religious beliefs), moral (respect for privacy, responsibility, honesty, secrecy), and emotional (protection, support, follow-up, and continuity of care).

Conclusion

Hospitalization is associated with stressors and is often referred to as a period of crisis for patients and families. In related manuscripts, spiritual care includes counseling communication skills, emotional and spiritual support for the patient, encouraging patients to express their feelings, active listening and encouraging patients to think positively, being available, having empathic communication with clients, and respecting them. Moreover, people's religion and religious beliefs are considered to be influential factors in adapting to the adversities they face during their illness. In such cases, the patient establishes a kind of emotional relationship with God and religious leaders, and these relationships can help the person face the disease, recover, and restore health.

From the point of view of most participants, one of the signs of spiritual care was believing in the presence of God when providing services to patients. In addition, behaviors, such as mentioning God's name while caring, praying, and reciting the Qur'an at the patient's bedside were considered other examples of spiritual care. As evidenced by the findings of this study, spiritual care has a religious and ethical approach, and more attention should be paid to its supportive aspects.

Considering that from patients' point of view, spiritual care includes responsibility, honesty, confidentiality, paying attention to moral values and religious beliefs,

and providing care with love and kindness, it is recommended that service providers in patient care benefit from these concepts as a valuable resource.

تبیین درک مفهوم مراقبت معنوی از دیدگاه بیماران بستری: مطالعه کیفی

هدی احمري طهران^۱ ID، زهره خلجي نيا^{۲*} ID، اکرم حيدري^۳ ID، مرتضی حيدري^۴ ID

^۱ مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۲ مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۳ مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۴ مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

چکیده

سابقه و هدف: مراقبت معنوی عنصر ضروری، حیاتی و جزء منحصربه‌فرد مراقبت کل‌نگر است. پزشکان و پرستاران باید بتوانند در تعاملات خود با بیماران، نیازهای مرتبط با مراقبت معنوی آنان را شناسایی کنند و به آن پاسخ دهند. از آنجایی که این نیازها و راه پاسخ دادن به آن‌ها با توجه به ادراک بیمار که خود متأثر از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی است، متغیر است، مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین درک مراقبت معنوی از دیدگاه بیماران انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر به روش کیفی و رویکرد تحلیل محتوا در تمام مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۹ انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی عمیق نیمه‌ساختارمند با ۱۲ مشارکت‌کننده‌ی بستری در بخش‌های داخلی، جراحی، ارتوپدی، شیمی‌درمانی و زایمان به روش نمونه‌گیری هدفمند، جمع‌آوری و به‌شیوه‌ی تحلیل محتوای قراردادی تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: مشارکت‌کنندگان شامل ۷ زن و ۵ مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن مشارکت‌کنندگان $10/1 \pm 1/6$ سال بود. از تحلیل مصاحبه‌های انجام‌شده با بیماران، ۳۶۶ کد اولیه، ۱۰ طبقه‌ی فرعی و ۳ طبقه‌ی اصلی استخراج شد که نشان‌دهنده‌ی ماهیت درک مشارکت‌کنندگان از مراقبت معنوی بود. طبقات شامل مذهبی (باور به حضور خدا، رعایت احکام شرعی، تکریم باورهای دینی)، اخلاقی (رعایت حریم خصوصی، مسئولیت‌پذیری، صداقت، رازداری) و عاطفی (حفاظت، حمایت، پیگیری و استمرار مراقبت) بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، مراقبت معنوی رویکردی مذهبی و اخلاق‌محور دارد و بایستی به جنبه‌های حمایتی آن توجه بیشتری مبذول داشت. با توجه به اینکه از دیدگاه بیماران، مراقبت معنوی شامل مسئولیت‌پذیری، صداقت، رازداری و توجه به ارزش‌های اخلاقی و باورهای مذهبی بود، توصیه می‌شود ارائه‌کنندگان خدمت در مراقبت از بیمار از این مفاهیم به‌عنوان منبعی ارزشمند، بهره بگیرند.

واژگان کلیدی: مراقبت؛ مراقبت معنوی؛ بیماران؛ مطالعه‌ی کیفی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۲۵

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۰۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۰۴

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: زهره خلجي نيا، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
ایمیل: z.khalaji@muq.ac.ir

استناد: احمري طهران، هدی؛ خلجي نيا، زهره؛ حيدري، اکرم؛ حيدري، مرتضی. تبیین درک مفهوم مراقبت معنوی از دیدگاه بیماران بستری: مطالعه کیفی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، زمستان ۱۴۰۲؛ ۳۲(۱): ۶۹-۷۹.

مقدمه

مراقبت معنوی کمک کردن به افرادی است که در باورها، ارزش‌ها و معنای زندگی خود دچار چالش شده‌اند. این حالت در بیماران زمانی رخ می‌دهد که آنان در مواجهه با طیفی از انواع بیماری‌ها قرار می‌گیرند. بنابراین، در شرایط بیماری، به‌ویژه بیماری‌های سخت و لاعلاج، بر مراقبت‌های پرستاری متمرکز بر ارائه‌ی مراقبت معنوی تأکید بیشتری می‌شود. بر این اساس، ارائه‌ی این‌گونه از مراقبت‌ها موجب کاهش دردهای جسمانی، آسودگی

مراقبت معنوی مفهومی ذهنی، پویا، تعاملی و مشارکتی است که تجلی بعد منحصربه‌فرد مراقبت پرستاری و یکپارچه‌کننده‌ی سایر ابعاد آن است. جلوه‌های عینی و عملی در فرایند مراقبت معنوی از بیماران شامل بیمارمحوری، حضور التیام‌بخش، کاوش چشم‌اندازهای معنوی بیمار و درک معنای زندگی او و همچنین، مداخلات درمانی معناگرا و خلق محیط پرورش‌دهنده‌ی معنوی است که در تعامل مشترک پرستار و بیمار پدیدار می‌شود [۱].

می‌شود [۱۵]. علی‌رغم توجه و اهمیتی که در سال‌های اخیر به مقوله‌ی معنویت در حیطه‌ی بهداشت و درمان و به‌ویژه مراقبت معنوی که از وظایف الزامی ارائه‌دهندگان خدمت شمرده می‌شود، معطوف شده است و با وجود بستر فرهنگی، مذهبی و اجتماعی در کشور ما در ارتباط با تبیین مراقبت معنوی از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمات، مطالعات محدودی انجام شده است. همچنین، تحقیقات نشان داده است که در میان دریافت‌کنندگان خدمات درمانی، اشتیاقی برای پرداختن به نیازهای معنوی وجود دارد؛ اما درک مفهوم مراقبت معنوی و وظایف در این رابطه مبهم است [۱۶-۱۸]. با توجه به اینکه از یک سو، تجارب دریافت‌کنندگان خدمات درمانی می‌تواند نقش مهم و ارزشمندی در تبیین مراقبت معنوی داشته باشد و از سوی دیگر، دیدگاه و تجارب دریافت‌کنندگان در زمینه‌ی مراقبت‌های معنوی در ایران، به‌طور محدود مطالعه شده است، به‌عنوان گام اول، درک دریافت‌کنندگان از مراقبت معنوی بررسی شد. لذا هدف از اجرای این تحقیق تبیین درک مراقبت معنوی توسط دریافت‌کنندگان بود.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر به روش کیفی و رویکرد تحلیل محتوای استقرایی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. تحلیل محتوا روش تحقیق معتبری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها است. تحلیل محتوا روشی مناسب برای به‌دست‌آوردن نتایج معتبر از داده‌های متنی به‌منظور ایجاد دانش، بینش جدید، ارائه‌ی حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد است. همچنین، تحلیل محتوای کیفی را می‌توان روش تحقیقی برای تفسیر ذهنی محتوایی داده‌های متنی از طریق فرایندهای طبقه‌بندی نظام‌مند، کدبندی و تم‌سازی یا طراحی الگوهای شناخته‌شده دانست [۱۹].

عرصه‌ی پژوهش تمام مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم (شهید بهشتی، کامکار، شهید، خیرین سلامت) در بخش‌های داخلی، جراحی، ارتوپدی، شیمی‌درمانی و زایمان بود. نمونه‌گیری به‌شیوه‌ی هدفمند و در دسترس با مراجعه‌ی حضوری به بخش‌های مختلف هر چهار بیمارستان از میان افراد بستری انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه بستری بودن در یکی از بخش‌های درمانی، تجربه‌ی دریافت مراقبت‌های بیمارستانی و تمایل به مشارکت در مطالعه، مسلمان بودن و داشتن سن بالای ۱۸ سال بود. عدم تمایل مشارکت‌کنندگان به ادامه‌ی مصاحبه نیز معیار خروج از مطالعه بود. نمونه‌گیری تا سرحد اشباع داده‌ها و عدم شکل‌گیری کد جدید ادامه یافت و در نهایت، داده‌های به‌دست‌آمده از ۱۲ مشارکت‌کننده در قالب طبقات اصلی و فرعی به غنا و عمق لازم رسید.

با توجه به اصل حداکثر تنوع در نمونه‌گیری، مشارکت‌کنندگان در مطالعه از نظر سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، نوع بیماری و بخش بستری متفاوت بودند.

روانی، کاهش ابتلا به افسردگی، کاهش اضطراب و افزایش سرعت بهبود و نیز ارتباط عمیق‌تر بین بیمار و پرستار می‌شود [۲].

پس از گذشت چند دهه از طرح موضوع مراقبت معنوی به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های درمانی [۳]، امروزه، این بعد از مراقبت‌های پرستاری از چنان جایگاهی برخوردار شده است که بدون آن، خدمات مراقبتی و درمانی ناقص و نارسا تلقی می‌شود، تا آنجا که شورای بین‌المللی پرستاری ارائه‌ی مراقبت معنوی توسط پرستاران را مراقبتی ضروری برای تمامی بیماران می‌داند [۴]. از آنجاکه پژوهش‌های مبتنی بر شواهد نیز مؤید توسعه‌ی مراقبت معنوی است، استانداردهای مراقبت معنوی آن را بخش ثابت و تلفیق‌شده در خط‌مشی‌های مراقبتی پرستاران در نظر می‌گیرد [۵] که تفکیک‌ناپذیری آن از خدمات سلامت پذیرفته شده است و نقش غیرقابل‌انکاری در سلامت، بهبود و کیفیت زندگی بیماران دارد [۶].

به نیازهای معنوی بیماران به‌طور خاص، در بیماری‌های صعب‌العلاج یا بیماران در آستانه‌ی مرگ و در مراقبت تسکینی توجه شده است [۷] و بسیاری از پژوهش‌های مرتبط با مراقبت معنوی و نیازهای معنوی عمدتاً متمرکز بر سالمندان و بیماران مزمن است. با این حال، استانداردهای مراقبت کل‌نگر در کشور کانادا، آن را جزء اولویت‌های خود در بسیاری از خدمات، از قبیل مراقبت‌های اولیه، فوریت‌های پزشکی، مراقبت‌های ویژه، مراقبت‌های سلامت روان، مراقبت در منزل و... در نظر گرفته است [۸]. این بدان معنی است که مراقبت معنوی به گروه خاصی از بیماران اختصاص ندارد و جزئی از پازل مراقبت کل‌نگر و فردمحور است که درک آن بدون درک و شناخت این اجزا میسر نخواهد شد [۹]. در نگاه کل‌نگر به سلامت، نظام ارائه‌ی خدمات سلامت فقط متولی سلامت جسمانی نیست و در قبال سایر ابعاد سلامت نیز مسؤولیت دارد.

یافته‌های موجود در تحقیقات علمی و شواهد دینی در دهه‌های اخیر بر التیام‌بخشی اعتقادات بیماران تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که اعتقادات معنوی با تمام جنبه‌های سلامت و بیماری فرد همراه است، عادات روزانه‌ی زندگی را هدایت می‌کند، منشأ حمایت، قدرت و بهبود است [۱۰]، توانایی مقابله با وقوع بیماری را بالا می‌برد و سرعت بهبود را افزایش می‌دهد [۱۱] و باعث می‌شود افراد احساس بهتری داشته باشند و با بیماری خود بهتر سازگاری پیدا کنند [۱۲]. اما هنوز متأسفانه، موضوع معنویت در مراقبت از سلامت در مددجویان و مراجعان سالم مدنظر علم روز دنیا نیست و کمتر به این بعد از سلامت در ارائه‌ی مراقبت‌ها پرداخته شده است [۱۳، ۱۴].

ارائه‌ی مراقبت معنوی به بیمار و خانواده‌ی وی می‌تواند موجب آسایش و کاهش دردهای جسمانی و روانی، افزایش سرعت بهبود، افزایش امیدواری و ایجاد هدف و معنی در زندگی شود [۱۴]؛ اما حیطه‌ی مراقبت معنوی حیطه‌ای است که مکرر نادیده گرفته می‌شود و بسیاری از بیماران مراقبت معنوی را که متقاضی آن‌اند، دریافت نمی‌کنند یا در برخی کشورها، به رهبری مذهبی تفویض

انتقال‌پذیری و تصدیق‌پذیری استفاده شد [۲۰]. در همین راستا، با تأکید بر انتخاب بستر مناسب، منابع اطلاعاتی و مشارکت‌کنندگان واجد شرایط، مشارکت و تعامل نزدیک، دقیق و طولانی‌مدت، مکرر و مستمر، درگیر کردن مشارکت‌کنندگان، اتخاذ رویکرد تیمی با استفاده از نظرات جمعی تیم تحقیق، مراجعه‌ی مجدد به شرکت‌کنندگان و نیز بهره‌گیری از نظرات تأییدی افرادی خارج از مطالعه ولی مطلع و مشرف بر ابعاد مختلف پدیده‌ی تحت مطالعه، سعی شد از صحت و اعتبار یافته‌های مطالعه اطمینان لازم حاصل شود. آن اصول اخلاقی که محقق در پژوهش به کار گرفت، شامل موارد زیر بود: انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم، توضیح اهداف و روش‌های مورد استفاده در پژوهش برای مشارکت‌کنندگان، اخذ رضایت کتبی آگاهانه از مشارکت‌کنندگان در پژوهش، محرمانه ماندن تمام مطالب مطرح‌شده، توضیح هدف استفاده از ضبط صوت، یادآوری اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان اعلام انصراف در هر مرحله و رعایت اصول امانت‌داری در نقل‌قول‌ها و حقوق مؤلفان.

نتایج

در پژوهش حاضر، تعداد شرکت‌کنندگان ۱۲ نفر بود. سن مشارکت‌کنندگان بین ۲۵ تا ۶۵ سال متغیر بود. میانگین و انحراف معیار سن مشارکت‌کنندگان $44/16 \pm 10/1$ سال بود [۱]. ۵ نفر از مشارکت‌کنندگان مرد و ۷ نفر زن بودند. مصاحبه‌ها کدگذاری شدند و سپس، با ادغام بسیاری از موارد مشترک، در نهایت در این مطالعه، برای تبیین درک مراقب معنوی توسط دریافت‌کنندگان خدمات درمانی طبقات شامل مذهبی (باور به حضور خدا، رعایت احکام شرعی، تکریم باورهای دینی)، اخلاقی (رعایت حریم خصوصی، مسئولیت‌پذیری، صداقت، رازداری) و عاطفی (حفاظت، حمایت، پیگیری و استمرار مراقبت) استخراج شد [۲].

پس از کسب موافقت و رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و کتبی از مشارکت‌کنندگان و شرح مختصری درباره‌ی مطالعه، با نمونه‌ها به‌صورت فردی و با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق و چهره‌به‌چهره گفت‌وگو شد و به‌طور کلی، هر مصاحبه بین ۲۵ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید. هریک از مصاحبه‌ها با سؤال «از نظر شما مراقبت معنوی چه معنایی دارد؟ تجربه‌ی خود را در این زمینه شرح دهید.» آغاز شد. سؤالات اکتشافی بیشتر با توجه به پاسخ مشارکت‌کنندگان بیان شد. از سؤالات کاوشی مانند «ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ آیا منظورتان از... این بود که...؟» نیز استفاده شد. همچنین، بر اساس طبقات استخراج‌شده، سؤالات مصاحبه‌های بعدی تنظیم می‌شد. اطلاعات کسب‌شده از مشارکت‌کنندگان به‌طور هم‌زمان، با روش کیفی آنالیز محتوای قراردادی در نرم‌افزار MAXQDA 10 تحلیل شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا از نوع قراردادی استفاده شد. محقق بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه از مصاحبه، چندین مرتبه به مصاحبه‌ها گوش سپرد و بعد از پیدا کردن دیدی کلی از آن‌ها، تمام مصاحبه‌ها را کلمه‌به‌کلمه مکتوب کرد. سپس، متن پیاده‌شده وارد نرم‌افزار MAXQDA 10 شد و فرایند کدگذاری انجام شد.

بدین صورت که متن پیاده‌شده سطر به سطر خوانده شد، جملات و عبارات مهم تعیین و زیر آن‌ها خط کشیده شد و جوهره‌ی آن نام‌گذاری شد (کدگذاری). سپس، کدهای مشابه ادغام و دسته‌بندی شدند. دسته‌ها بر اساس ایده‌ای که در بر گرفته‌اند، نام‌گذاری شدند. دسته‌های استخراج‌شده از مصاحبه‌ها با هم مقایسه شدند و در صورت مشابهت، در کنار هم قرار گرفتند و طبقات اصلی ظهور یافت. با کمک طبقات استخراج‌شده، مراقبت معنوی از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمت تبیین شد.

برای دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، از معیارهای ارائه‌شده توسط Guba و Lincoln، یعنی مقبولیت، اعتمادپذیری،

جدول ۱: مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در پژوهش

ردیف	شغل	وضعیت تأهل	سن
خانم	خانه‌دار	متاهل	۶۵
خانم	پرستار لیسانس شاغل (در حال مرخصی)	متاهل	۴۷
خانم	خانه‌دار و فوق دیپلم (صاحب دو فرزند)	متاهل	۲۷
آقا	آزاد، فروشنده	متاهل	۳۵
آقا	کارمند، دانشگاه	متاهل	۵۳
خانم	خانه‌دار	متاهل	۵۸
خانم	شاغل	متاهل	۴۴
آقا	کارمند	متاهل	۵۲
آقا	فروشنده	متاهل	۴۹
خانم	خانه‌دار	بیوه	۴۲
آقا	کمک‌مکانیک	مجرد	۲۵
خانم	شاغل	مطلقه	۳۳

طبقه اصلی	طبقه فرعی
مذهبی	باور به حضور خدا رعایت احکام شرعی تکریم باورهای دینی
اخلاقی	حریم خصوصی مسئولیت پذیری صداقت رازداری
عاطفی	حفاظت حمایت پیگیری و استمرار مراقبت‌ها

دستم بیندم. چه اشکالی داره. البته اگر باز پرستارم بگه این رو باز کن، خب باز می‌کنم؛ ولی ته دلم می‌دونم اگر اون به دستم بسته باشه امام‌ها هوای من رو دارن. این جوری زودتر هم خوب می‌شم.»

۲.۱. رعایت احکام شرعی

احکام شرعی در اصطلاح فقهی قانون‌هایی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، نظر دین را درباره‌ی هریک از رفتارهای انسان بیان می‌کنند. بر اساس تعریفی دیگر، حکم شرعی قانونی است که از جانب خداوند متعال برای تنظیم و سامان‌دهی زندگی انسان صادر شده است.

شرکت‌کننده‌ی دهم در این باره گفت: «برا پرستاری که معنوی باشه، باید حتماً رو مراقبتش از بیمار بیشتر دقت کنه. ما مسلمونیم و خب رعایت یه سری چیزها واجبه. مثل اینکه من بخوام نماز بخونم، خب باید رو به قبله باشم. تخت مریض‌ها اغلب اوقات رو به قبله نیست و این خیلی اذیت‌کننده‌ست.»

۳.۱. تکریم باورهای دینی

دریافت‌کنندگان خدمت احترام به باورهای مذهبی بیمار و درک اعتقادات آنان و اعتقاد به معجزه را از مواردی ذکر کردند که باعث می‌شد بیماران از خدمت ارائه‌شده رضایت بیشتری داشته باشند. همچنین، کمک به اجرای مراسم مذهبی و ارجاع بیمار به مراجع مذهبی از سمت پرستاران را جزء مراقبت معنوی می‌دانستند.

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی هفت بیان کرد: «پرستاران و پزشکان موظفانده به اعتقادات مذهبی بیمارانشون احترام بذارن. خود این احترام گذاشتن باعث می‌شه ما بیشتر به حرف اون‌ها گوش بدیم.»

۲.۱. اخلاقی

این طبقه از چهار زیرطبقه‌ی تکریم حریم خصوصی، مسئولیت‌پذیری، صداقت و رازداری تشکیل شد.

۱. مذهبی

این طبقه از سه زیرطبقه‌ی باور به حضور خدا، رعایت احکام شرعی و تکریم باورهای دینی تشکیل شد.

مذهب و باورهای دینی افراد از عوامل تأثیرگذار سازگاری با سختی‌های زمان بیماری است. در این‌گونه مواقع، بیمار نوعی ارتباط عاطفی با خدا و اولیای دین برقرار می‌کند و این روابط می‌تواند فرد را در مواجهه با بیماری و بهبود آن یاری کند تا بیماران سلامت خود را زودتر به دست آورند [۲۱].

در تحقیق حاضر، مشارکت‌کنندگان رویکرد مذهب را یکی از مؤلفه‌های مهم ارائه‌ی مراقبت معنوی برشمردند و عواملی همچون باور به حضور خدا حین مراقبت از بیمار، رعایت احکام شرعی و تکریم باورهای مذهبی بیمار را در تثبیت مراقبت مذهبی ارائه‌شده توسط ارائه‌دهندگان خدمت مؤثر دانستند که در ذیل همراه با نقل قول مشارکت‌کنندگان ارائه می‌شود.

۱.۱. باور به حضور خدا

یکی از نشانه‌های مراقبت معنوی باور به حضور خدا در زمان ارائه‌ی خدمت به بیماران است. مشارکت‌کنندگان رفتارهایی چون ذکر نام خدا حین انجام مراقبت، دعا و تلاوت قرآن بر بالین بیمار، توسل به ائمه‌ی اطهار و نذر برای شفای بیماران را از انواع مصادیق باور به حضور خدا در زمان دریافت مراقبت توسط پرستاران می‌دانستند.

شرکت‌کننده‌ی سوم در این باره گفت: «همه‌ی ما احتمال داره یه روزی مریض بشیم. اون موقع است که دست به دامن ائمه می‌شیم، به خدا متوسل می‌شیم. من سعی می‌کنم حتی شده یه نذری کنم که زودتر خوب بشم. برای همینه که دوست دارم پرستارم برای آرامشم حداقل موقع رگ‌گیری یا هر کار دیگه‌ای نام خدا را بگه.»

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی یازده بیان کرد: «من به دعا و توسل به ائمه خیلی خیلی باور دارم. اصلاً دوست دارم یه پارچه تبرکی به

۱.۲. تکریم حریم خصوصی

در اخلاق پزشکی، حریم خصوصی یکی از ابعاد مهم حقوق بیمار است؛ زیرا بیماران از نظر جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی از گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی هستند و قادر به کنترل حریم خصوصی خود نیستند [۲۲].

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی چهار بیان کرد: «پانسمانم روی ناحیه‌ی تناسلی منه. شلووارم رو هم نمی‌تونم خودم بپوشم؛ ولی دکتر و پرستارم هر وقت بخوان پانسمان انجام بدن، حواسشون هست و روی ناحیه‌ی تناسلی‌م رو با یه ملحفه یا یه پارچه‌ای می‌پوشون. وقتی این چیزها رو رعایت می‌کنن، مریضا کمتر خجالت می‌کنن. خوبه که پرستارم هم خانمه.»

۲.۲. مسئولیت‌پذیری

یکی دیگر از زیردرون‌مایه‌های استخراج‌شده مسئولیت‌پذیری یا احساس مسئولیت بود. مسئولیت‌پذیری از مفاهیم اساسی و بنیادی کار ارائه‌دهندگان خدمت است. نبود یا نقصان مسئولیت‌پذیری از سوی ارائه‌دهندگان مراقبت سبب بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و در نهایت، آسیب به بیماران می‌شود.

این احساس بنابه تجربه‌ی شرکت‌کنندگان نوعی الزام و تعهد درونی است که ارائه‌دهندگان خدمت به آن مقید و معتقد هستند. در رابطه با اینکه ماهیت ارائه‌ی مراقبت‌های درمانی با مسئولیت‌پذیری عجین است، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی پنج در این رابطه اظهار کرد: «پرستارها و پزشکان باید بیمار را مثل اعضای خانواده‌ی خودشون ببینن. چه جوری مواظب و مراقب بچه و مادر و پدرشون هستن، همون جوری هم در قبال بیماری که اینجا خوابیده مسئولیت دارن.»

۳.۲. صداقت

صداقت یکی از موارد ارتباط مؤثر و جزء لاینفک مراقبت پرستاری است. مطالعات نشان داده که بیماران نگران هستند که تیم درمانی آنان را از روند مراقبت و درمان مطلع نکنند [۲۳].

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی یازده بیان کرد: «من از اینجا خاطره‌ی خوبی دارم. چند وقتیته فهمیدم سرطان دارم. سرطان تخمدان. دیروز وقتی داشتم داروم رو می‌گرفتم، دیدم دکترم به پرستارها یه چیزی گفت. خب خیلی ترسیدم. راستش خیلی نگران شدم و ازش پرسیدم دکترم چی گفت. اون صادقانه بهم گفت که نگران نباشم و جای نگرانی نیست؛ چون دکتر متوجه شده که بهتره داروی دیگه‌ای برای من اضافه بشه. خب این خیلی خوبه که راستش رو به مریض بگن. هم اعتماد زیاد می‌شه و هم خیال مریض راحت می‌شه.»

۴.۲. رازداری

برای حفظ احترام بیمار، مراقبان درمان باید به حفظ اسرار آن‌ها در حین درمان یا شرکت در فرایند آموزش بر بالین بیمار

حساس باشند و بدون رضایت آگاهانه و کتبی بیماران، پرسنال درمانی حق انجام معاینات بالینی برای بیماران را ندارند.

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی شش بیان کرد: «من حدود چند ماهیه مداوم شیمی‌درمانی می‌شم. اینجا خیلی می‌آم و می‌رم. تقریباً پرستارها و دکترها را شناختم. وقتی زیر سرم خوابیدم، گاهی که حالم بد می‌شه، یه چیزی می‌گم. گریه می‌کنم. اما خب اون موقع درد دارم، نمی‌فهمم چی می‌گم. مهمه که پرستارم که اونجاست هوای من رو داشته باشه. به حرف‌هام گوش کنه و رازدار من باشه.»

۳.۳. عاطفی

بستری شدن در بیمارستان با عوامل استرس‌زایی همراه است که غالباً با عنوان دوران بحران برای بیماران و خانواده‌ها از آن یاد می‌شود. خانواده‌ها باید با این واقعیت سخت روبه‌رو شوند که با محیط جدید، پیامدهای ناشناخته یا حتی مرگ بیمار مواجه خواهند شد [۲۴].

در تحقیق حاضر، این طبقه از سه زیرطبقه‌ی حفاظت، حمایت و پیگیری و استمرار مراقبت تشکیل شد. دریافت‌کنندگان خدمت از مراقبان سلامت انتظار داشتند که آنان از درخواست بیمار و همراهانش به شرطی که با درمان وی تداخلی نداشته باشد، حمایت کنند و تسلی‌بخش آلام او باشند و رفتاری همدلانه از خود نشان دهند.

۱.۳. حفاظت

اکثر بیماران درجات مختلفی از آسیب‌پذیری را به‌واسطه‌ی ماهیت بیماری، فرهنگ، پیشینه‌ی اقتصادی یا آموزشی، شخصیت و تجربه‌ی قبلی با مراقبت بهداشتی نشان می‌دهند؛ بنابراین، در صورت به مخاطره افتادن حقوق اساسی و رفاه بیماران، ضروری است که فردی حمایت از آنان را به عهده گیرد که با ابعاد مختلف مراقبت به‌خوبی آشنا است و آن‌ها را رعایت می‌کند [۲۵].

مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که اقدامات پرستاری باید در جهت حفاظت از بیماران باشد. مشارکت‌کننده‌ی اظهار کرد که اقدامات پزشکی و پرستاری می‌بایست در جهت حفاظت از بیماران باشد. مشارکت‌کننده‌ی اذعان کرد: «پرستار باید مراقب ما باشه تا خدای نکرده اتفاق بدی نیفته. ببینید مثلاً دیروز یکی از مریضا داشت از تخت می‌افتاد. اینجا اتاق بیماران بدحاله. خب مریضا خیلی خواس ندارن. نرده‌ی کنار تخت بالا نبود. مریض خیلی شانس آورد که نیفتاد جاییش بشکنه.»

۲.۳. حمایت

حمایت جسمی، عاطفی و مالی در زمان بستری در بیمارستان به کاهش احساس ترس و ناامنی بیمار و همراهان وی کمک شایانی می‌کند و در آن‌ها آمادگی کافی روانی برای رویارویی با روند درمان ایجاد می‌کند. بیمار و خانواده‌ی وی باید از حمایت مالی برای تأمین هزینه‌های درمانی خود اطمینان خاطر داشته باشند؛ چراکه

نیازی ضروری برشمردند. در واقع، پرستار باید با چگونگی شروع و اتمام یک ارتباط جهت برقراری مراقبت معنوی آشنا باشند و ارتباط همدلانه، حساسیت مذهبی و فرهنگی، نحوه‌ی تعامل با بیمار و خانواده‌ی بیمار را یاد بگیرد و ارتباطی مبتنی بر اعتماد، همراه با احترام و حساسیت به اعتقادات بیماران برقرار کند و در نهایت، مراقبتی کل‌نگر ارائه دهد [۲۸].

مراقبت معنوی در بیانات مشارکت‌کنندگان شامل جهت دادن به اعتقادات بیمار، کمک به بیمار در انجام فرایض، تشویق به انجام فعالیت‌های مذهبی، یاد خدا در ارائه‌ی مراقبت‌های درمانی، صحبت‌هایی در مورد امکان بهبود به دنبال معجزه و توکل به خداوند بود. همچنین، در این راستا، اکثریت تمایل داشتند که بیمارستان رعایت احکام شرعی را برای بیماران در نظر گرفته باشد. به‌طور مثال، تخت‌ها رو به قبله قرار داده شود. در تحقیقات انجام‌شده، از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمت نیز مراقبت معنوی بر پایه‌ی آموزه‌های دینی می‌تواند به بهبود بیماران کمک شایانی کند و در ارتقای سلامت آنان مؤثر باشد [۱۳]. از نظر مسلمانان اندونزی نیز مراقبت معنوی شامل توجه، صرف وقت برای بیمار، حمایت، احترام به اعتقادات مذهبی و فرهنگی، حفظ حریم بیمار، مهربانی، شادی، یافتن معنا و هدف در بیماری، تسهیل دعا، کمک به خواندن پنج نوبت نماز در روز، خواندن یا گوش دادن به قرآن کریم و ذکر و یاد خدا است [۲۹].

در مطالعه‌ی حاضر، احترام به باورهای مذهبی بیماران و درک اعتقادات آنان از مواردی بود که شرکت‌کنندگان ذکر کردند که باعث می‌شد بیماران از خدمت ارائه‌شده رضایت بیشتری داشته باشند. همچنین، اعتقاد داشتند که کمک به اجرای مراسم مذهبی و ارجاع بیمار به مراجع مذهبی از سمت پرستاران جزء مراقبت‌های معنوی است. طبق مطالعات انجام‌گرفته، مداخلات مراقبت معنوی شامل دادن اطلاعات به بیمار، کمک به عبادت بیماران هنگام بستری، در نظر داشتن اعتقادات معنوی بیمار و عقاید فرهنگی، ارتباط با بیمار، بودن با بیمار از طریق مراقبت کردن، حمایت کردن، همدلی، فراهم کردن تسهیلاتی برای شرکت در مراسم مذهبی، بهبود حس خوب بودن و ارجاع به روحانی است [۳۰، ۳۱]. در مطالعه‌ی مروری حیدری و همکاران (۲۰۲۰)، حمایت از مراسم و آداب مذهبی قابل باور بیماران یکی از ابعاد مراقبت معنوی بوده است [۳۲]. در مطالعه‌ی راهنما و همکاران، بیماران بیان کردند که پرستاران با فراهم آوردن امکانات لازم برای به جا آوردن نماز و امکان طهارت، به بیمار در انجام عبادت وی کمک خواهند کرد. همچنین، اظهار کردند که پرستاران می‌توانند از طریق ترغیب و ایجاد توکل به خداوند در حین ارائه‌ی مراقبت‌ها به آرامش بیماران کمک کنند و از طریق صحبت‌هایی در مورد امکان بهبود به دنبال معجزه و توکل به خداوند به کسب امید بیمار کمک کنند [۳۳].

شرکت‌کنندگان رعایت و احترام به حریم خصوصی بیماران را در پذیرش سیر درمان و مراقبت خود تأثیرگذار می‌دانستند. به

دغدغه‌های مالی موجب اضطراب در بیماران می‌شود [۲۶].

مشارکت‌کنندگان اذعان کردند که در دوران بستری در بیمارستان نیازمند حمایت جسمی، روانی و مالی هستند. بیماران در ناراحتی‌ها و اندوه‌های خود از سوی پرستاران و پزشکان انتظار حمایت داشتند. همچنین، توجه به نشاط‌آور بودن محیط بخش و اتاق بستری، فراهم کردن اتاق خصوصی در صورت نیاز و توجه به آرامش بخش بستری از دیگر جنبه‌های حمایت از بیماران بیان شد. شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی هشت اظهار کرد: «به پرستار باید به بیمار اجازه بده که احساساتش رو بیان کنه و به او کمک کنه تا بتونه تو اون شرایط سخت، بیماری‌ش رو پشت سر بذاره. بالا سرش از کلمه‌های امیدبخش و تسکین‌دهنده استفاده کنه. از اون بخواه در مورد بیماری‌ش فکرها‌ی خوبی بکنه و به درمان و بهبودی‌ش امیدوار باشه. وقتی بی‌تابی می‌کنه و داره گریه می‌کنه، بهش گوش بده. یه جورایی انگار سنگ صبور مریضش باشه و امید به خدا رو تو دل اون تقویت کنه.»

۳.۳. پیگیری و استمرار مراقبت

مراقبت مستمر بر این دو موضوع اساسی تأکید می‌کند که مراقبت به‌طور پیوسته ارائه شود و بر نیازهای فردی بیمار تمرکز کند. از دید دریافت‌کنندگان خدمت، تداوم یا حفظ پیوستگی مراقبت‌ها یکی از بخش‌های اصلی مراقبت معنوی در نظر گرفته شد. شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی دوازده بیان کرد: «به نظرم یه پرستار باید در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس مریض‌ها باشه. در تمام مواقع بستری شدن، مراقب باید در کنار بیمار باشه.»

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر در تبیین درک مراقبت معنوی از دیدگاه بیماران به سه طبقه‌ی اصلی مذهبی، اخلاقی و عاطفی دست یافت. در این مطالعه از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، ارائه‌ی مراقبت مذهبی یکی از ارکان مهم مراقبت معنوی به شمار آمد. مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر معتقد بودند ارائه‌ی مراقبت مذهبی از عوامل تأثیرگذار بر سازگاری با سختی‌های دوران بیماری است که می‌بایست ارائه‌دهندگان خدمت آن را مهم تلقی کنند. عراقیان و همکاران نیز در تحقیق کیفی خود درباره‌ی تبیین تجارب پرستاران در خصوص مراقبت مذهبی و معنوی بیماران به نتیجه‌ای مشابه با نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر دست یافتند. تجارب پرستاران حاکی از آن بود که ارائه‌ی مراقبت مذهبی به بیماران آنان را در مواجهه با سیر بیماری یاری کرده است. تیم سلامت در تجربیات خود بر بالین بیماران با صحنه‌هایی مواجه شده بود که باعث استمرار اعتقاد آنان بر این باور شده بود که ارائه‌ی مراقبت مذهبی و احترام به باورهای مذهبی بیماران آنان را در لحظات واپسین مرگ و زجر نکشیدن کمک کرده است [۲۷، ۲۸]. رسولی و سلمانی آشنا بودن پرستاران با اصول برقراری ارتباط جهت تأمین مراقبت معنوی بیماران را

نتیجه‌گیری

در الگوی مراقبت جامع‌نگر، انسان موجودی زیستی، اجتماعی، روانی و معنوی در نظر گرفته می‌شود و در روند مراقبت از وی، به تمام ابعاد وجودی او توجه می‌شود. در تحقیق حاضر، درک بیماران از مراقبت معنوی نوعی مراقبت مشتمل بر رویکرد مذهبی، اخلاقی و عاطفی بود. شواهد نشان می‌دهد که در بین این ابعاد، تیم سلامت به بعد معنوی مراقبت‌ها کمتر توجه کرده است. از دیدگاه پرستاران، برداشت نامشخص و درک ناصحیح از مفهوم مراقبت معنوی و روشن نبودن مصادیق آن از موانع ارائه‌ی مراقبت معنوی است. از آنجایی که تحلیل داده‌های تحقیق حاضر نشان داد که مراقبت معنوی شامل مراقبت مذهبی، اخلاقی و عاطفی است، در نظر گرفتن این ابعاد در ارائه‌ی خدمات مراقبتی به بیماران توسط تیم سلامت توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم به جهت تأمین منابع مالی تشکر فراوان دارند.

تضاد منافع

هیچ‌یک از نویسندگان این مطالعه، افراد یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش کد اخلاق مطالعه (IR. MUQ. REC. 1396.63) از دانشگاه علوم پزشکی قم اخذ شد. همچنین، جلب رضایت آگاهانه‌ی شرکت‌کنندگان رعایت و به افراد درباره‌ی محرمانه بودن نتایج اطمینان داده شد.

سهم نویسندگان

مقاله‌ی حاضر از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی قم استخراج شده است. در تدوین این مقاله تمام نویسندگان در نگارش طرح مطالعه، روش‌شناسی پژوهش و نهایی‌سازی مقاله نقش یکسانی داشتند. مصاحبه‌های فردی، تحلیل داده‌ها، پیش‌نویس و ویرایش مقاله به عهده‌ی هدی احمری طهران و زهره خلجی نیا بود.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شده است و از حمایت مالی دیگری برخوردار نبوده است.

اعتقاد شرکت‌کنندگان، تخت‌های بیمارستانی بایستی دارای حریم خصوصی باشند و به گونه‌ای در اتاق‌های عمومی قرار داده شوند که هر فردی به صورت جداگانه، حریمش حفظ شود. کادوررا و همکاران نیز (۲۰۱۸) در مطالعه‌ی خود، نشان دادند که از دید بیماران، مراقبت معنوی ارائه‌ی مراقبت توأم با محبت، احترام، حفظ حریم خصوصی بیمار، درک نگرانی و خوش‌رویی هنگام مراقبت درمانی بیمار است [۳۱].

یکی دیگر از درون‌مایه‌های اصلی مراقبت معنوی از دیدگاه بیماران، حمایت بود. رفتارهای حمایتی درک‌شده توسط شرکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر شامل حفاظت، پشتیبانی و استمرار و پیگیری مراقبت‌ها از سوی ارائه‌دهندگان خدمت بود. در این رابطه، مطالعه‌ی خلجی نیا و همکاران نشان داد که شرکت‌کنندگان بر بیان و ابراز احساسات، امنیت، همدلی، توجه به رفتارهای حمایتی تأکید داشتند [۱۳]. در مطالعه‌ی حاضر، مشارکت‌کنندگان بر دغدغه‌ی بیماران برای هزینه‌های بیمارستان تأکید داشتند. طبق ابراز شرکت‌کنندگان، ارائه‌دهندگان خدمت باید به راه‌های قانونی و استفاده از بیمه برای کاهش هزینه‌های بیمارستانی اشراف داشته باشند و بیماران را راهنمایی کنند. با حمایت مالی از بیماران کم‌بضاعت، جایگاه انسانی افراد در سیستم نظام سلامت پررنگ‌تر می‌شود و این امر نوعی حس ارزشمندی و عدالت در ارائه‌ی خدمات در اذهان بیماران تلقی می‌شود.

راهنما و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که از نظر بیماران مبتلا به سرطان، خصوصیات خلقی (خوش‌اخلاقی، دلداری، مهربانی و خوش‌برخوردی) پرستار نشان‌دهنده‌ی مراقبت معنوی است [۳۳]. در مطالعات، مراقبت معنوی شامل مهارت‌های ارتباطی، مشاوره، حمایت عاطفی و معنوی از بیمار، تشویق بیمار به ابراز احساسات، گوش دادن فعال و تشویق بیمار به تفکر مثبت، ارائه‌ی مراقبت‌های التیام‌بخش، در دسترس بودن، ارتباط همدلانه با فرد و احترام گذاشتن به مددجو است [۲۵، ۳۴، ۳۵].

با توجه به اینکه پژوهش‌های کیفی به بررسی ذهنی پدیده‌ها می‌پردازند و نتایج حاصل از آن‌ها ریشه در داده‌های حاصل از موقعیت‌ها و گروه‌های خاص دارد، در به‌کارگیری این نتایج در موقعیت‌های دیگر باید با احتیاط عمل کرد.

REFERENCES

- Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *Int Nurs Rev.* 2014;61(2):211-9. PMID: 24712404 DOI: 10.1111/inr.12099
- Rosa WE, Hope S, Matzo M. Palliative Nursing and Sacred Medicine: A Holistic Stance on Entheogens, Healing, and Spiritual Care. *J Holist Nurs.* 2019; 37(1):100-106. PMID: 29669454 DOI: 10.1177/0898010118770302
- Ross L, McSherry W, Giske T, van Leeuwen R, Schep-Akkerman A, et al. Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Educ Today.* 2018;67:64-71. PMID: 29763841 DOI: 10.1016/j.nedt.2018.05.002
- Heidari M, Ghodusi Borujeni M, Kabirian Abyaneh S, Rezaei P. The Effect of Spiritual Care on Perceived Stress and Mental Health Among the Elderlies Living in Nursing Home. *J Relig Health.* 2019;58(4):1328-1339. PMID: 30796566 DOI: 10.1007/s10943-019-00782-1
- Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014;17(6):642-56. PMID: 24842136 DOI: 10.1089/jpm.2014.9427
- Connerton CS, Moe CS. The Essence of Spiritual Care. *Creat Nurs.* 2018;24(1):36-41. PMID: 29490834 DOI: 10.1016/j.creatnurs.2017.11.002

- [10.1891/1078-4535.24.1.36](https://doi.org/10.1891/1078-4535.24.1.36)
7. Ahangarkani M, Rahimian Boogar I, Makvand Hossein S. The relationship between contextual factors and spiritual needs with spiritual well-being in patients with cancer diseases. *Sadra Med Sci J*. 2019; 7(4): 335-356. DOI: [10.30476/smsj.2019.83221.1053](https://doi.org/10.30476/smsj.2019.83221.1053)
 8. Partners MsSHC. Core Competencies for Spiritual Health Care Practitioners. 2017.
 9. Mohammadi S, Soleymanpoor L, Borhani F, Roshanzadeh M. Spiritual Intelligence and Spiritual Wellbeing in the Students of a Nursing College. *IJN*. 2018; 31 (113) :1-9. DOI:[10.29252/ijn.31.113.1](https://doi.org/10.29252/ijn.31.113.1)
 10. Ghorbani M, Mohammadi E, Ramezani M. Developing a Spiritual Care Model for Clinical Nurses: A Theory Synthesis. *Holist Nurs Pract*. 2022;10-97. PMID: [35947417](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35947417/) DOI: [10.1097/HNP.0000000000000522](https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000522)
 11. Araghian Mojarad F, Sanago A, Joibari L. Explanation of the viewpoints and experiences of nurses in intensive care units regarding religious-spiritual care. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020; 4(4):426-37.
 12. Tirgari B, Iranmanesh S, Ali CM, Arefi A. Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences. *Holist Nurs Pract*. 2013; 27(4): 199-206. PMID:[23774719](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23774719/) DOI: [10.1097/HNP.0b013e318294e774](https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e318294e774)
 13. Khalajinia Z, Tehran HA, Heidari A. Explaining the perception of spiritual care from the perspective of health personnel: A qualitative study. *J Educ Health Promot*. 2021 ;10:53. PMID: [34084800](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34084800/) DOI: [10.4103/jehp.jehp_599_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_599_20)
 14. Bakouei S, Bakouei F, Raisi M, Ahmari Tehrani H, Dehghan H. Self-reported health and health-promoting behaviors in women of reproductive age. *J Babol Univ Med Sci*. 2017 ;19(3):29-37. DOI: [10.22088/jbums.19.3.29](https://doi.org/10.22088/jbums.19.3.29)
 15. Kaddourah B, Abu-Shaheen A, Al-Tannir M. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care at Five Tertiary Care Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Oman Med J*. 2018;33(2):154-158. PMID: [29657685](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29657685/) DOI: [10.5001/omj.2018.28](https://doi.org/10.5001/omj.2018.28)
 16. Lincoln YS, Guba EG. Establishing trustworthiness. *Naturalistic inquiry*. 1985:289 -331
 17. Heidari M, Norouzadeh R. Respecting the spiritual beliefs of patients from the perspective of nurses: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2014:239-46.
 18. Ebrahimi H, Areshtanab HN, Jafarabadi MA, Khanmiri SG. Health Care Providers' Perception of Their Competence in Providing Spiritual Care for Patients. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(1):57-61. PMID: [28216864](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28216864/) DOI: [10.4103/0973-1075.197957](https://doi.org/10.4103/0973-1075.197957)
 19. Gaglio B, Henton M, Barbeau A, Evans E, Hickam D, Newhouse R, Zickmund S. Methodological standards for qualitative and mixed methods patient centered outcomes research. *Bmj*. 2020 Dec 23;371. DOI: [10.1136/bmj.m4435](https://doi.org/10.1136/bmj.m4435)
 20. Tazakori Z, Valizadeh S, Mohamadi E, Hasankhani H. Process of spiritual care learning in Iranian nursing students: A Grounded Theory Study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2013; 10(1): 51-63.
 21. Dillard V, Moss J, Padgett N, Tan X, Kennedy AB. Attitudes, beliefs and behaviors of religiosity, spirituality, and cultural competence in the medical profession: A cross-sectional survey study. *Plos one*. 2021 Jun 15;16(6):e0252750. DOI: [10.1371/journal.pone.0252750](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252750)
 22. Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P, Powell RA, Deskur-Smielecka E, Glajchen M, Adler S, Puchalski C. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative medicine*. 2018 Jan;32(1):216-30. DOI: [10.1177/0269216317734954](https://doi.org/10.1177/0269216317734954)
 23. Hasan Tehrani T, Seyed Bagher Maddah S, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi Shahboulaghi F, Ebadi A. Outcomes of Observance Privacy in Hospitalized Patients: A Qualitative Content Analysis. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2020; 27 (6):441-50. DOI: [10.30699/ajnmc.27.6.441](https://doi.org/10.30699/ajnmc.27.6.441)
 24. Shorofi S A, Jannati Y, Roohi Moghaddam H. The psychosocial needs of the families of the patients admitted to intensive care units: A review of literature. *Clin Exc*. 2014; 3 (1) :46-57
 25. Sabzianpur Z, Nuri S. Effect of Spiritual Intelligence on Quality of Nursing Care of Educational and Treatment Hospitals in Hamadan. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019; 27 (1) :18-24. DOI: [10.30699/ajnmc.27.1.18](https://doi.org/10.30699/ajnmc.27.1.18)
 26. Sarhadi M, Navidian A, Fasihi Harandy T, Keykhaei A. Assessment of psychological - social needs, family, special in patient unit ICU, CCU. *Iran J Crit Care Nurs*. 2013; 6(4):259-268.
 27. Kachoei A, Ahmari Tehran H, Dehghani F, Abbasi M, Parizad A. Physicians' attitudes towards spirituality and pastoral care. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;26(138):151-60.
 28. Rassouli M, Salmani N. Need assessment and development of the educational goals of spiritual care delivery by the nurses. *Journal of Medicine and Spiritual Cultivation*. 2018;27(1):67-82.
 29. Herlianita R, Yen M, Chen CH, Fetzer SJ, Lin EC. Perception of spirituality and spiritual care among Muslim nurses in Indonesia. *J Relig Health*. 2018;57:762-73. DOI: [10.1007/s10943-017-0437-6](https://doi.org/10.1007/s10943-017-0437-6)
 30. Ross L, Giske T, van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Factors contributing to student nurses/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2016;36:445-51. PMID: [26541988](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26541988/) DOI: [10.1016/j.nedt.2015.10.005](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.005)
 31. Hajinejad F, Ebrahimi E, de Jong A, Ravanipour M. Factors promoting Iranian older adults' spirituality: a qualitative content analysis. *BMC geriatrics*. 2019 Dec;19:1-0. DOI: [10.1186/s12877-019-1146-7](https://doi.org/10.1186/s12877-019-1146-7)
 32. Heidari A, Kazemi A, Abbasi M, Adeli SH, Ahmari Tehran H, Eskandari N, Heidari M, Khalajinia Z, Yoosefee S. Developing a charter of spiritual care for patients. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(1):mzaa172. PMID: [33367741](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33367741/) DOI: [10.1093/intqhc/mzaa172](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa172)
 33. Rahnama M, Fallahi Khoshknab M, Seyed Bagher Madah S, Ahmadi F. Cancer patients' perception of spiritual care. *IJMEHM*. 2012; 5 (3) :64-80.
 34. Soheili M, Mollai Iveli M. A Review of the Role of Spiritual Cares in the Nursing Profession. *JRH*. 2019; 7 (1) :75-84.
 35. Samari B, Mohammadi E, Ahmadi F. Effect of Healing Program on Quality of Life in Chemotherapy Patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019; 27 (4) :222-30. DOI: [10.30699/ajnmc.27.4.222](https://doi.org/10.30699/ajnmc.27.4.222)