



Investigating The Competence Of Spiritual Care Among Nurses Working In Teaching Hospitals Affiliated With Shahid Sadoughi University Of Medical Sciences In Yazd, 2023

Askari.Roohollah¹, Jafari.Hassan², Dehghani Tafti.Arefeh³, Futuhi Tafti.Neda^{*4}

- 1- Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
- 2- Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
- 3- Ph.D. student of statistics, member of statistics and epidemiology group, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
- 4- BSc student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Received Date:

2024.8.21

Accepted Date:

2024.10.21

*Corresponding

Author Email:

nedaf1380@gmail.com

Abstract

Background and purpose: Nurses, as the closest healthcare providers to patients, hold significant popularity and trust. Strengthening their competence in spiritual care is critical in ensuring holistic healthcare delivery. This study aimed to evaluate the spiritual care competence of nurses working in selected teaching hospitals of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd in 2023.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 262 nurses employed in three selected teaching hospitals (Shahid Sadoughi, Shahid Rahnamoun, and Afshar hospitals). Data were collected using the Standard Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCS) and analyzed through ANOVA, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis tests, and Spearman's correlation coefficient using SPSS version 21 software.

Results: The overall mean score and standard deviation of spiritual care competence among nurses were 83.9 ± 18.2 , indicating an optimal level of competence. Among the dimensions of spiritual care competence, the "personal support and consultation with the patient" dimension scored the highest (18.8 ± 5.2), while the "communication" dimension scored the lowest (7.3 ± 1.6). The highest overall competence score was observed at Shahid Rahnamoun Hospital (88.5 ± 17.7)

Conclusion: While the overall competence in spiritual care among the nurses studied was favorable, the low score in the communication dimension highlights the need for workshops focused on effective nurse-patient communication. Developing these skills can significantly enhance nurses' roles in improving patient health outcomes.

Keywords: Competence, Spiritual Care, Nurses, Teaching Hospitals, Yazd



Copyright©2024 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Journal of Hospital, Volume 23, Issue 1, Spring 2024

بررسی شایستگی مراقبت معنوی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه

علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۲

روح‌الله عسکری^۱، حسن جعفری^۲، عارفه دهقانی تفتی^۳، ندا فتوحی تفتی^{۴*}

- ۱- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
- ۳- دانشجوی دکتری آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
- ۴- کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

چکیده:

زمینه و هدف: پرستاران به عنوان نزدیک‌ترین افراد در حوزه سلامت نزد بیماران دارای محبوبیت زیادی هستند؛ لذا تقویت مهارت شایستگی مراقبت معنوی در این گروه از کارکنان بیمارستان حائز اهمیت می‌باشد. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت شایستگی مراقبت معنوی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۲ انجام گردید.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر کاربردی-مقطعی بود که بر روی ۲۶۲ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی منتخب (بیمارستان‌های شهید صدوقی، شهید رهنمون، افشار) انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد شایستگی مراقبت معنوی (SCCS) جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های ANOVA، Mann-whitney Test، Wallis Test Kruskal و ضریب همبستگی اسپیرمن و از طریق نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۱ تحلیل شد.

نتایج: بر اساس نتایج مطالعه میانگین و انحراف معیار نمره کلی شایستگی مراقبت معنوی پرستاران (۸۳/۹±۱۸/۲) بود که در سطح مطلوب ارزیابی شد. همچنین در بین ابعاد شایستگی مراقبت معنوی بعد حمایت شخصی و مشاوره با بیمار بالاترین نمره (۱۸/۸±۵/۲) و بعد ارتباطات پایین‌ترین نمره (۷/۳±۱/۶) را داشتند و بیشترین نمره شایستگی مراقبت معنوی نیز مربوط به بیمارستان شهید رهنمون (۸۸/۵±۱۷/۷) بود.

نتیجه‌گیری: هرچند میانگین نمره کلی شایستگی مراقبت معنوی پرستاران مورد مطالعه مطلوب ارزیابی شد اما پایین بودن نمره شایستگی پرستاران در بعد ارتباطات؛ لزوم برگزاری کارگاه‌های نحوه برقراری ارتباط مؤثر پرستار با بیمار را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد پرستاران با برخورداری از این مهارت‌ها نقش مهمی در ارتقای سلامت بیماران ایفا خواهند کرد.

کلیدواژه: شایستگی، مراقبت معنوی، پرستاران، بیمارستان‌های آموزشی، یزد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۷/۳۰

* نویسنده مسئول مقاله:

nedaf1380@gmail.com

مقدمه

یکی از مهم‌ترین ابعاد وجودی انسان معنویت می‌باشد و شامل مجموعه‌ای از ارزش‌ها، نگرش‌ها و امیدهایی است که فرد را به یک وجود برتر متصل می‌نماید و با سلامتی، احساس خوب بودن و بهبودی پیوند می‌دهد (۱، ۲). معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شوند که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که ارتباط نزدیکی با خداوند دارد (۳). معنویت موجب بهبود افسردگی، مدیریت استرس، مقابله با ناامیدی می‌گردد و از طرفی نبود آن ممکن است منجر به اضطراب عاطفی بیشتر، درد و خستگی شدید، بار فزاینده بیماری و کاهش کیفیت زندگی شود (۴، ۵). مراقبت معنوی به صورت فعالیت‌ها و روش‌هایی از مراقبت تعریف می‌شود که باعث ارتقاء کیفیت زندگی معنوی، سلامت معنوی و عملکرد معنوی می‌شود. انجام مراقب معنوی، بر پاسخ فرد به استرس، سلامت معنوی (تعادل بین جوانب جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود)، احساس تمامیت و تعالی و بهبود ارتباطات او با دیگران تأثیر مثبت دارد (۱). این مفهوم، گروهی از مهارت‌های به کار گرفته شده در زمینه حرفه پرستاری است که در فرآیند پرستاری دارای جایگاه می‌باشد و دربردارنده مؤلفه‌هایی مانند ارتباط میان پرستار و بیمار، در دسترس بیمار بودن، گوش کردن فعال، نشان دادن همدلی و همدردی جهت ارزش و امید دادن به زندگی بیمار، تسهیل مهارت‌های مذهبی برای بیماران با اعتقادات مذهبی خاص، کمک به بیمار برای ایجاد فضای آرام و ارجاع وی به متخصصین حوزه معنویت است (۶). بویاتزیس^۱ (۱۹۸۲) در تعریف مفهوم شایستگی بر ویژگی‌هایی تأکید کرد که به عملکرد برتر یک فرد در یک شغل منجر می‌شود. عملکرد برتر در یک شغل نیز زمانی اتفاق می‌افتد که توانایی یا استعداد

فرد با نیازهای شغلی و محیط سازمانی تناسب داشته باشد (۷) که این تناسب و هماهنگی از طریق فرایندهای جذب، ارتقاء و پاداش دهی به افراد مناسب حاصل می‌شود (۸). از نظر اسپنسر و اسپنسر^۲ (۱۹۹۳) شایستگی، یک ویژگی و خصیصه اصلی و درونی یک فرد است که پیش‌بینی کننده عملکرد مؤثر یا برتر در یک شغل یا موقعیت است که شامل انگیزه‌ها، خصلت‌ها، خودپنداره، دانش و مهارت‌ها می‌شود (۹). در این میان، توجه به مهارت شایستگی مراقبت معنوی پرستاران، می‌تواند ارزشمند باشد زیرا به نظر می‌رسد پرستاران با بهره‌گیری از این مهارت در محیط پیچیده بالین، قادر می‌گردند که مراقبت‌های بهتری به بیماران خود ارائه دهند (۱۰).

تحقیقات نشان داده است که در میان پرستاران اشتیاقی برای پرداختن به نیازهای معنوی بیماران است اما در مورد این که مراقبت معنوی واقعی شامل چه مواردی است ابهام وجود دارد. مطالعات بین‌المللی نشان داد که عواملی از قبیل معنویت فردی، آموزش نحوه‌ی مراقبت معنوی، درجه‌ی اعتقادات، تجربه‌ی زندگی و سن پرستاران با نگرش آن‌ها به مراقبت معنوی ارتباط دارد (۱۱). یکی از ابعاد مراقبت پرستاری، مراقبت معنوی است که شامل اقداماتی همچون کمک به انجام اعمال مذهبی و فعالیت‌هایی می‌باشد که باعث آسایش و راحتی بیمار، افزایش اعتماد به نفس، سلامتی معنوی، احساس تمامیت و خوب بودن، بهبود کیفیت زندگی و همچنین بهبود ارتباطات بین فردی شده و در مقابل منجر به کاهش احساس تنهایی، دیسترس معنوی و کاهش سطوح اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران می‌گردد (۱۲-۱۴). مطالعات قبلی نشان داده است که معنویت می‌تواند مقاومت بیماران را نسبت به بحران سلامت روانی پس از تشخیص و درمان سرطان افزایش دهد. مداخلات معنوی نیز برای پیشگیری و بهبود طیف

^۱ Boyatzis^۲ Spencer & Spencer

معنوی جز اصلی مراقبت تسکین‌دهنده است. با این حال، اغلب در عملکرد بالینی و تحقیقات غفلت می‌شود (۲۳). ارائه صحیح مراقبت‌های معنوی به بیماران تحت تأثیر عوامل شخصیتی، فرهنگی و آموزشی قرار دارد و افراد ارائه‌دهنده این مراقبت‌ها، خود باید از صلاحیت معنوی و اخلاقی کافی برخوردار باشند (۲۴). از طرف دیگر تمایل سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامتی در بکارگیری نیروی کار ماهر باعث شده تا صلاحیت شاغلان حرفه‌ای مرتبط با سلامتی، بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد (۲۵). با توجه به اهمیت موضوع ارائه مراقبت معنوی، تأمین نیازهای مذهبی و معنوی بیماران ضرورت دارد و نیازمند توجه بیشتر می‌باشد. پرورش و ارتقاء این مهارت در پرستاران جهت ارائه مطلوب مراقبت معنوی در شرایط گوناگون کاری ممکن است مؤثر و نافع باشد. به همین منظور برخورداری از شایستگی مراقبت برای پرستاران جهت ارائه مراقبت‌های پرستاری ضرورت دارد. با توجه به موارد فوق‌الذکر و همچنین عدم انجام مطالعه‌ی مشابه در بیمارستان‌های مورد پژوهش، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت شایستگی مراقبت معنوی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کاربردی-مقطعی بود که داده‌ها در سه ماه سوم سال ۱۴۰۲ گردآوری شد. جامعه پژوهش شامل پرستاران شاغل در ۳ بیمارستان آموزشی شهر یزد (شهید صدوقی، شهید رهنمون و افشار) بود. برای تعیین حجم نمونه، با احتساب انحراف معیار ۶/۶ (بعد ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی) و سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه خطای ۰/۸ بر اساس مطالعه مرتبط (۲۶)، تعداد نمونه برابر با ۲۶۲ نفر تعیین شد که متناسب با سهم هر

وسعی از بیماری‌های جسمی و مقابله با درد مزمن و مرگ یافت شده است (۱۵). از آنجا که بیماران در زمان بستری شدن علاوه بر نیازهای جسمی دارای نیازهای معنوی می‌باشند، که بر آوردن آن‌ها باعث تأثیر بر سیر بهبودی بیمار می‌شود، لذا بر پرستاران است که با در نظر گرفتن جنبه‌های معنوی بیمار و احترام به ارزش‌ها و اعتقادات بیمار وظایف خود را انجام دهند (۱۶). اسنادی در متون تحقیقاتی وجود دارد که معنویت می‌تواند با تسهیل استقلال بیماران به آن‌ها در روند بهبود بیماری کمک کند و به آن‌ها برای زندگی و فائق آمدن بر محدودیت‌های ناشی از بیماری‌شان یاری رساند (۱۷). انجمن پرستاری آمریکا نیز در بیان استانداردهای عملکرد بالینی، بعد معنوی را مرکز بررسی پرستاری در نظر گرفته است (۱۸). همچنین مطالعه Strang و همکاران نشان داد که ۸۷ درصد از پرستاران تا حد زیادی معتقدند که باید به نیازهای معنوی بیماران توجه کرد ولی تنها ۴۲ درصد آن‌ها فکر می‌کردند که این اقدام‌ها در بخش‌هایشان انجام می‌شود (۱۹). یافته‌های مطالعه‌ای در کاشان که به منظور سنجش شایستگی مراقبت معنوی پرستاران انجام شد، نشان داد، پرستاران از شایستگی حرفه‌ای مطلوب جهت ارائه مراقبت معنوی برخوردار نبودند (۲۰). بنابراین، مراقبت معنوی اغلب توسط پرستاران نادیده گرفته می‌شود و علل متفاوتی برای آن بیان شده است. موانع ارائه مراقبت معنوی از دیدگاه پرستاران شامل عدم شفافیت نقش، عدم به رسمیت شناختن اهمیت مراقبت معنوی و عدم دانش و مهارت کافی است (۲۱). اهمیت معنویت در مراقبت‌های بهداشتی در سال‌های اخیر افزایش یافته است. محققان و پزشکان اکنون معنویت را به عنوان نیاز بیمار به رسمیت می‌شناسند که به ویژه برای خدمات مراقبت تسکینی میان رشته‌ای نیاز به توجه خاص دارد (۲۲). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی از مراقبت تسکین‌دهنده، مراقبت

۴. ارجاع به متخصصان (در سه گویه، ۲۱-۱۹) که به همکاری با سایر حیطه‌های مراقبت بهداشتی مرتبط است و مشاور مذهبی با فرد خبره در ارائه مشاوره‌های مذهبی به طور واضح نقطه ثقل آن است.

۵. نگرش به روحيات معنوی بیمار (در چهار گویه، ۲۵-۲۲) که عوامل فردی مرتبط با تدارک مراقبت‌های معنوی در آن طبقه‌بندی می‌شوند.

۶. ارتباط (در دو گویه، ۲۶ و ۲۷) که تماس بین پرستار و بیمار است (۶).

گویه‌ها بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت با پاسخ‌های بسیار ضعیف (۱ نمره) تا بسیار خوب (۵ نمره) نمره‌دهی می‌شوند. بیشترین نمره ۱۳۵ و کمترین نمره ۲۷ است. نمره بین ۵۴-۲۷ نشان‌دهنده شایستگی کم پرستاران، نمره بین ۸۱-۵۴ نشان‌دهنده شایستگی متوسط و نمره بالاتر از ۸۱ نشان‌دهنده شایستگی زیاد پرستاران در ارائه مراقبت معنوی است. دریافت نمرات بیشتر بیانگر شایستگی مراقبت معنوی مطلوب است.

در ایران، خلع و همکاران اقدام به روان‌سنجی این ابزار کردند و روایی سازه این ابزار را با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی، تأیید کردند. همچنین، پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ اعلام نموده‌اند (۲۷).

پژوهشگر پس از تصویب پروپوزال و اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (کد اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1402.087) و دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد، با مدیریت بیمارستان‌های مورد نظر هماهنگی‌های لازم به عمل آورد و در نوبت‌های مختلف کاری (صبح، عصر و شب) به بخش‌های کاری پرستاران واجد شرایط مراجعه نمود.

بیمارستان و در هر بخش، تعداد نمونه‌ها به صورت طبقه‌ای و به تناسب کل پرستاران در هر طبقه به صورت تصادفی از ۳ بیمارستان انتخاب شد. بدین صورت که بیشترین پرسشنامه طبق نمونه‌گیری صورت گرفته توسط بیمارستان شهید صدوقی ۱۳۰ نفر تکمیل شد، کمترین نمونه مربوط به بیمارستان افشار ۵۴ نفر و تعداد نمونه بیمارستان شهید رهنمون نیز ۷۸ نفر بود. معیار ورود بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد به جز بیمارستان‌های تک تخصصی و نیز شرکت کنندگانی که حداقل ۱ سال سابقه کاری داشتند وارد مطالعه شدند. همچنین میزان پاسخگویی ۱۰۰ درصد بود. ابزار پژوهش حاضر پرسشنامه استاندارد شایستگی مراقبت معنوی در دو قسمت مشخصات جمعیت شناختی و شایستگی مراقبت معنوی بود. مشخصات جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، سمت، تحصیلات، سابقه کاری، نام بیمارستان و بخش کاری بود. وان لئون (Van Leeuwen) و همکاران در سال ۲۰۰۹، پرسشنامه شایستگی مراقبت معنوی (SCCS)^۱ را طراحی کردند که شامل ۲۷ گویه در ۶ بعد است.

۱. ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی (در شش گویه، ۶-۱) که به توانایی تعیین نیازها و مشکلات معنوی و برنامه‌ریزی برای مراقبت معنوی اشاره می‌کند.

۲. حرفه‌ای بودن و بهبود کیفیت مراقبت معنوی (در شش گویه، ۱۲-۷)، شامل آن قسمت از فعالیت‌های پرستاران است که هدفش اطمینان از کیفیت مراقبت‌ها و گسترش خط‌مشی‌ها در حوزه مراقبت‌های معنوی است.

۳. حمایت فردی و مشاوره با بیمار (در شش گویه، ۱۸-۱۳) که قلب مراقبت معنوی است و تدارک حقیقی و ارزشیابی مراقبت‌های معنوی به صورت چهره به چهره برای بیمار و بستگانش است.

¹ competencies in spiritual care

یافته‌ها

در خصوص تعیین شایستگی مراقبت معنوی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۲، ۲۶۲ پرستار مورد مطالعه قرار گرفتند. بدین صورت که بیشترین نمونه مربوط به بیمارستان شهید صدوقی (۱۳۰ نفر) و کمترین نمونه مربوط به بیمارستان افشار (۵۴ نفر) بود. همچنین تعداد نمونه بیمارستان شهید رهنمون ۷۸ نفر بود.

در مطالعه حاضر بیشتر پرستاران دارای رده سنی ۳۰-۲۵ سال (۳۱/۷ درصد)، زن (۷۰/۶ درصد) بودند. بیشتر افراد مورد مطالعه پرستار (۹۴/۳ درصد)، دارای مدرک کارشناسی (۹۱/۶ درصد)، دارای سابقه کار کمتر از ۱۰ سال (۵۹/۲ درصد) و در بخش ویژه مشغول به کار (۳۶/۳) بودند. توزیع فراوانی مشخصات فردی پرستاران در جدول ۱ شرح داده شده است.

پژوهشگر روند و اهداف مطالعه را برای هریک توضیح داد و به ابهاماتی که برای شرکت کنندگان وجود داشت، پاسخ داده شد و در ادامه از نمونه‌ها جهت شرکت در پژوهش، رضایت آگاهانه دریافت شد و به آن‌ها در زمینه حفظ اطلاعات و محرمانگی نیز اطمینان داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در دو بخش شاخص‌های توصیفی (فراوانی، درصد و میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری متناسب با متغیرهای کمی و کیفی همچون ANOVA، Kruskal Wallis، Mann-whitney Test، Test و ضریب همبستگی اسپیرمن، انجام شد. با توجه به پراکندگی زیاد داده‌ها، داده‌های ۶ بعد شایستگی مراقبت معنوی در متغیرهای سمت، مدرک و جنس از آزمون Mann-whitney و در متغیر سابقه، سن، بخش و بیمارستان از آزمون Kruskal Wallis استفاده شد و همچنین برای داده‌های نرمال آزمون ANOVA مورد استفاده قرار گرفت. در تحلیل داده‌ها، سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک پرستاران مورد مطالعه

شاخص آماری		متغیر	
درصد	فراوانی		
۲۹/۴	۷۷	مرد	جنسیت
۷۰/۶	۱۸۵	زن	
۹۱/۶	۲۴۰	کارشناسی	مدرک
۸/۴	۲۲	کارشناسی ارشد	
۹۴/۳	۲۴۷	پرستار	سمت
۵/۷	۱۵	سرپرستار	
۲۱/۴	۵۶	۲۰-۲۵ سال	سن
۳۱/۷	۸۳	۲۵-۳۰ سال	
۱۷/۶	۴۶	۳۰-۳۵ سال	
۱۳	۳۴	۳۵-۴۰ سال	
۱۴/۱	۳۷	۴۰-۴۵ سال	
۲/۳	۶	۴۵ سال به بالا	

شاخص آماری		متغیر
درصد	فراوانی	
۵۹/۲	۱۵۵	کمتر از ۱۰ سال
۱۹/۱	۵۰	۱۰-۱۵ سال
۱۳	۳۴	۱۵-۲۰ سال
۸/۸	۲۳	بالاتر از ۲۰ سال
۲۶/۳	۶۹	داخلی
۳۶/۳	۹۵	ویژه
۷/۳	۱۹	اورژانس
۲۴/۸	۶۵	جراحی
۵/۳	۱۴	اطفال

پرستاران مطلوب است. بیشترین میانگین نمره نیز مربوط به بعد حمایت شخصی و مشاوره با بیمار ($18/8 \pm 5/2$) و کمترین نمره مربوط به بعد ارتباطات ($7/3 \pm 1/6$) بود (جدول ۲).

یافته‌ها حاکی از آن بود که نمره کلی شایستگی مراقبت معنوی پرستاران ($83/9 \pm 18/2$) است که با توجه به میانه ابزار که ۸۱ است؛ نشان می‌دهد که شایستگی مراقبت معنوی

جدول ۲- میانگین نمره شایستگی مراقبت معنوی و ابعاد آن

شاخص آماری				ابعاد
میانگین \pm انحراف معیار	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	
$17/5 \pm 2$	۶	۳۰	۱۸(۷)	مراقبت‌های معنوی
$16/5 \pm 7/4$	۶	۳۰	۱۷(۸)	حرفه‌ای بودن
$18/5 \pm 8/2$	۶	۳۰	۱۷(۷/۲)	حمایت شخصی
$8/2 \pm 3/8$	۳	۱۵	۸/۵(۴)	ارجاع به متخصصان
$15/3 \pm 3/3$	۴	۲۰	۱۶(۵)	نگرش
$7/1 \pm 3/6$	۲	۱۰	۸(۲)	ارتباطات
$83/18 \pm 9/2$	۴۰	۱۳۲	۸۴(۲۷/۲)	شایستگی مراقبت معنوی

صورت که شایستگی پرستاران بیمارستان شهید رهنمون
($88/5 \pm 17/7$) بالاتر از دو بیمارستان دیگر (شهید صدوقی و
افشار) بود. (جدول ۳).

سایر نتایج مطالعه نشان داد که شایستگی مراقبت معنوی
پرستاران به جز بیمارستان ($P=0/2$) با سایر متغیرهای جمعیتی
و شغلی ارتباط معنی دار آماری نداشت ($p > 0/05$). بدین

جدول ۳- تعیین و مقایسه میانگین نمره ابعاد شایستگی مراقبت معنوی برحسب بیمارستان

p-v	بیمارستان			ابعاد
	افشار	شهید رهنمون	شهید صدوقی	
*0/005	5±16/6	18/5±8/2	16/4±7/5	$\bar{X} \pm SD$
	17(9/2)	19(9/2)	17(6)	میانه (IQR)
*0/004	16/5±1/4	18/5±4/3	15/5±9/1	$\bar{X} \pm SD$
	16(8/2)	19(9)	16(7/2)	میانه (IQR)
*0/309	18/4±6/9	19/5±6/1	18/5±5/3	$\bar{X} \pm SD$
	18(6/7)	19(8)	19(7/2)	میانه (IQR)
<0/0001*	7/7±2/5	9/3±2/8	7/9±2/9	$\bar{X} \pm SD$
	7/5(3/2)	10(4/2)	8(4)	میانه (IQR)
*0/045	14/9±2/9	14/8±3/4	15/8±3/3	$\bar{X} \pm SD$
	15/5(3)	16(5/2)	16(5)	میانه (IQR)
*0/948	7/4±1/4	7/3±1/5	7/2±1/8	$\bar{X} \pm SD$
	8(1)	8(2)	7/5(3)	میانه (IQR)
**0/022	80/8±18/1	88/5±17/7	82/3±18/1	$\bar{X} \pm SD$
	81/5(30)	89(24)	83(26/2)	میانه (IQR)

وجود دارد ($P=0/04$). میانگین نمره سایر ابعاد (مراقبت
معنوی، حرفه‌ای بودن، حمایت شخصی، ارجاع به متخصصان)
در بین بخش‌های مورد مطالعه از لحاظ آماری اختلاف
معنی داری نداشت. (جدول ۴).

همچنین یافته‌ها نشان دادند که بیشترین میانگین نمره بعد
نگرش ($18/4 \pm 1/8$) و ارتباطات ($8/5 \pm 1/5$) در بین بخش‌ها،
مربوط به بخش اطفال بود که نشان می‌دهد در بین بخش‌های
مورد مطالعه و این دو بعد از لحاظ آماری اختلاف معنی داری

جدول ۴- تعیین و مقایسه میانگین نمره شایستگی مراقبت معنوی و ابعاد آن بر حسب بخش

P value	بخش					ابعاد
	اطفال	جراحی	اورژانس	ویژه	داخلی	
۰/۳۲۰*	۱۶/۴±۱/۵	۱۸±۵/۲	۱۵/۵±۷/۶	۱۷/۵±۵/۱	۱۶/۴±۶/۶	$\bar{X} \pm SD$
	۱۶/۵(۸/۸)	۱۸(۸/۵)	۱۶(۱۰)	۱۸(۷)	۱۷(۷)	میان
۰/۴۶۷*	۱۷/۸±۵/۵	۱۷/۵±۵/۵	۱۶±۵/۱	۱۶/۶±۵/۷	۱۶±۴/۷	$\bar{X} \pm SD$
	۱۸(۸/۵)	۱۷(۹)	۱۶(۴)	۱۸(۹)	۱۶(۷)	میان
۰/۶۶۰*	۲۰/۸±۵/۷	۱۹±۵/۲	۱۸/۴±۳/۸	۱۸/۵±۹/۲	۱۸/۵±۵/۲	$\bar{X} \pm SD$
	۲۱/۵(۶)	۱۸(۷)	۱۸(۶)	۱۸(۸)	۱۹(۷)	میان
۰/۱۶۹*	۸/۹±۳	۸/۷±۲/۹	۲/۵±۷/۸	۲/۹±۸/۴	۲/۶±۷/۶	$\bar{X} \pm SD$
	۹(۴)	۹(۴)	۸(۳)	۹(۵)	۸(۴)	میان
۰/۰۰۴*	۱۸/۴±۱/۸	۱۵/۲۷±۳/۳	۲/۷±۱۵/۲	۳/۳±۱۵	۳/۲±۱۵/۳	$\bar{X} \pm SD$
	۱۹(۲)	۱۶(۵)	۱۶(۵)	۱۶(۵)	۱۶(۴)	میان
۰/۰۰۴*	۸/۵±۱/۵	۷/۳±۱/۵	۱/۹±۶/۸	۱/۶±۷/۵	۱/۶±۶/۹	$\bar{X} \pm SD$
	۹(۳)	۸(۲)	۷(۲)	۸(۲)	۷(۲)	میان
۰/۲۶۱**	۹۰/۷±۱۷/۱	۸۶/۰۷±۱۸/۰۹	۱۷/۹±۸۰/۱	۱۹/۳±۸۴/۱	۱۶/۸±۸۱/۲	$\bar{X} \pm SD$
	۹۰/۵(۳۰/۵)	۸۴(۲۳)	۸۲(۲۳)	۸۶(۳۱)	۸۲(۲۸)	میان

* Test Kruskal Wallis

** ANOVA

جدول ۵- ضریب همبستگی بین ابعاد شایستگی مراقبت معنوی

ارتباطات	نگرش	ارجاع	حمایت	حرفه‌ای	مراقبت معنوی	ابعاد
۰/۱۶۰r = *	r = ۰/۰۹۳	* r = ۰/۶۱۴	* r = ۰/۵۴۸	* r = ۰/۷۵۳	۱	مراقبت معنوی
۰/۰۱ p =	۱۳۴/۰ p =	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p		
۰/۲۴۸r = *	۰/۲۲۷r = *	۰/۷۶۸r = *	۰/۷۲۴r = *		۰/۷۵۳r = *	حرفه‌ای بودن
< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p		< ۰/۰۰۱ p	
۰/۳۲۲r = *	۰/۳۸۲r = *	۰/۷۳۱r = *	۱	۰/۷۲۴r = *	۰/۵۴۸r = *	حمایت شخصی
< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p		< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	
۰/۲۸۱r = *	۰/۲۸۵r = *	۱	۰/۷۳۱r = *	۰/۷۶۸r = *	۰/۶۱۴r = *	ارجاع
< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p		< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	
۰/۴۶۳r = *	۱	۰/۲۸۵r = *	۰/۳۸۲r = *	۰/۲۲۷r = *	۰/۰۹۳r =	نگرش
< ۰/۰۰۱ p		< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	۰/۱۳۴p =	
۱	۰/۴۶۳r = *	۰/۲۸۱r = *	۰/۳۲۲r = *	۰/۲۴۸r = *	۰/۱۶۰r = *	ارتباطات
	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	< ۰/۰۰۱ p	۰/۰۱۰p =	

* Correlation is significant at the 0/01 level

معنی دار آماری بین هر یک از ابعاد شایستگی مراقبت معنوی با سایر ابعاد آن بود. (جدول ۵).

اطلاعات به دست آمده در ارتباط با ضریب همبستگی بین ابعاد شایستگی مراقبت معنوی حاکی از وجود اختلاف

افزایش سابقه کار، شایستگی ارائه مراقبت معنوی افزایش می‌یابد ($R^2=0/01$) ($P>0/05$). سایر نتایج نشان داد بین مؤلفه‌های جنسیت، مدرک، سمت، بخش، سن و بیمارستان رابطه معناداری وجود ندارد. (جدول ۶)

نتایج تحلیل رگرسیون با روش همزمان یا ورود با تعیین میزان ضریب همبستگی چند متغیری به منظور ترکیب خطی شایستگی مراقبت معنوی و متغیرهای سن، جنس، مدرک، بخش کاری، بیمارستان، سمت و سابقه کار، نشان داد که با

جدول ۶- نتایج تحلیل رگرسیون بین متغیرهای دموگرافیک و شایستگی مراقبت معنوی پرستاران

متغیر	ضریب رگرسیون	F	R2	سطح معنادار
جنس	۰/۳	۰/۲	۰/۰۰۱	۰/۶
مدرک	-۰/۵	۰/۲	۰/۰۰۱	۰/۶
سمت	۰/۹	۰/۴	۰/۰۰۲	۰/۵
بخش	۰/۱	۰/۶	۰/۰۰۲	۰/۴
سن	۰/۲	۱	۰/۰۰۴	۰/۳
سابقه کار	۰/۶	۴/۹	۰/۰۱	۰/۰۲
بیمارستان	۰/۱	۰/۰۰۲	۰	۰/۹

بحث

معنوی در حد مطلوب ارزیابی شد ($100/71 \pm 14/45$). بابا محمدی و همکاران (۲۹) نیز در پژوهشی با هدف شایستگی دانشجویان پرستاری ایرانی در ارائه مراقبت معنوی به بیماران در سمنان بیان داشتند که دانشجویان پرستاری شرکت کننده در مطالعه از صلاحیت متوسط و بالایی در ارائه مراقبت معنوی بیماران برخوردار بودند. مطالعه یزدان پرست و همکاران (۳۰) با هدف واکاوی صلاحیت مراقبت معنوی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت در شهر فردوس گویای آن بود که دانشجویان شاغل به تحصیل در رشته‌های پیراپزشکی دارای سطح مطلوب شایستگی مراقبت معنوی بودند ($101/12 \pm 72/69$). هر چند این شایستگی علاوه بر کشور ایران در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سایر کشورها نیز

در مطالعه حاضر، به طور کلی، میانگین نمره شایستگی مراقبت معنوی پرستاران تحت مطالعه $83/9 \pm 18/2$ بود که در وضعیت مطلوبی (نمره بالاتر از ۸۱) قرار داشت. اگر چه پژوهش‌ها در رابطه با بررسی شایستگی مراقبت معنوی پرستاران با پرسشنامه SCCS محدود می‌باشد ولی در رابطه با سایر جنبه‌ها مراقبت معنوی از قبیل سلامت معنوی و نگرش و درک پرستاران نسبت به این موضوع‌ها مطالعات متعددی در داخل و خارج از کشور انجام پذیرفته است که نتایج به دست آمده از پژوهش را تأیید کرد. جعفر جلال و همکاران (۲۸) در مطالعه بررسی شایستگی مراقبت معنوی پرستاران بخش ویژه کووید ۱۹ نشان دادند که میانگین نمره شایستگی مراقبت

مورد مطالعه را می‌توان نتیجه‌ی اجرای طرح مراقبت معنوی در دو سال اخیر در بیمارستان‌های مذکور دانست.

این پژوهش محدودیت‌هایی نیز داشت. همچون حالات عاطفی نمونه‌ها هنگام پاسخگویی به ابزار پژوهش و متفاوت بودن عقاید مذهبی و معنوی نمونه‌ها از کنترل پژوهشگر خارج بود و پژوهش در یک محیط پژوهش محدود و تنها در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی یزد به غیر از بیمارستان تک تخصصی انجام شده است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در زمینه شایستگی مراقبت معنوی با استفاده از این ابزار به صورت گسترده‌تری مورد بررسی قرار گیرد. شاید بتوان گفت توجه به شایستگی پرستاران در ارائه مراقبت معنوی به بیماران به عنوان یک نقطه قوت بتواند زمینه‌ساز ارتقای سلامتی بیماران گردد. محدود بودن جامعه پژوهش نیز از نقاط ضعف مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد، هرچند میانگین نمره کلی شایستگی مراقبت معنوی پرستاران مورد مطالعه مطلوب ارزیابی شد و بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد حمایت شخصی و مشاوره با بیمار بود، اما پایین بودن نمره شایستگی پرستاران در بعد ارتباطات؛ لزوم برگزاری کارگاه‌های نحوه برقراری ارتباط مؤثر پرستار با بیمار را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد پرستاران با برخورداری از این مهارت‌ها نقش مهمی در ارتقای سلامت بیماران ایفا خواهند کرد. در نتیجه‌ی اجرای طرح مراقبت معنوی حدود دو سال در بیمارستان‌های مورد مطالعه، طبق نتایج مطالعه حاضر پرستاران شایستگی نسبتاً مطلوبی در ارائه این نوع مراقبت کسب کردند. انتظار می‌رود استمرار این طرح به همراه ایجاد سیاستی همچون تهیه برگه گزارش مراقبت معنوی همچون سایر

نتایج مطلوبی داشته است (۳۱-۳۳). با این حال مطالعاتی نیز وجود داشتند که یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید نکردند (۲۰، ۳۴، ۳۵). شاید این مغایرت در نتایج به دست آمده از مطالعات گوناگون را بتوان با عواملی مانند تفاوت در محیط پژوهش، ابزار اندازه‌گیری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، بازه زمانی انجام کار و حتی فرهنگ حاکم بر محل کار توجیه نمود.

در بین ابعاد شایستگی مراقبت معنوی، بعد حمایت شخصی و مشاوره با بیمار ($18/8 \pm 5/2$) بالاترین نمره و بعد ارتباطات ($7/1 \pm 3/6$)، پایین‌ترین نمره را به خود اختصاص داده است که به نظر می‌رسد این بعد در بیمارستان‌های مورد مطالعه نیازمند توجه بیشتری است که این نتایج در مطالعه زارع و جهاندیده و یزدان پرست و همکاران مورد تأیید بود (۲۶، ۳۰). این در حالی بود که مطالعه جعفرجلال و همکاران بعد ارتباط بالاترین نمره و ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی کمترین نمره را داشت که ناهمسو با مطالعه حاضر بود که ممکن است این مغایرت به دلیل اهمیت و اجرای بیشتر به بعد ارتباطات در مطالعه ذکر شده باشد (۲۸). همچنین مطالعه‌ای در هلند بیشترین نمره مربوط به بعد ارتباطات بود. در حالی که در مطالعه حاضر این بعد کمترین نمره را کسب کرده است بنابراین نتایج این دو همخوانی نداشت. بدین منظور در اولویت قرار دادن اجرای بعد ارتباطات در مطالعه حاضر دارای درجه اهمیت بالاتری می‌باشد (۳۲). از آنجا که شایستگی مراقبت معنوی پرستاران تحت مطالعه در بعد حمایت شخصی و مشاوره با بیمار در وضعیت بهتری نسبت به سایر ابعاد قرار داشت، به نظر می‌رسد شرکت‌کنندگان در مطالعه کنونی از طریق همدلی و همدردی و اختصاص زمانی جهت گفتگو با بیمار و بستگانش به ارزشیابی مراقبت معنوی می‌پردازند و در این بعد مهارت بیشتری دارند. همچنین بالا بودن نمره شایستگی پرستاران در ارائه مراقبت معنوی در بیمارستان‌های

برگه گزارش مراقبت معنوی مانند سایر گزارشات و تکمیل آن توسط پرستاران می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر بر گرفته از طرح تحقیقاتی (کد طرح ۱۵۹۰۹) مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کد اخلاق (IR.SSU.SPH.REC.1402.087) بوده است.

تشکر و قدردانی

محققین مطالعه از تمام افرادی که در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها و انجام امور پژوهش همکاری نموده‌اند به ویژه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مورد مطالعه تشکر و قدردانی می‌کنند.

گزارشات پرستاری، شاهد نتایج بسیار بهتری در این زمینه در آینده‌ای نه چندان دور باشیم. طبق نتایج مطالعه پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی نیز در جهت شناسایی عوامل تأثیرگذار در پایین بودن نمره بعد ارتباطات انجام شود. همچنین توصیه می‌شود سایر مطالعات با این مضمون در جامعه آماری بیشتر، به روش‌های گوناگون در سایر بیمارستان‌ها (خصوصی و تأمین اجتماعی) انجام پذیرد. در ضمن توصیه می‌شود که برای ارائه مراقبت معنوی و ارتقاء شایستگی این مراقبت در پرستاران، آموزش و آگاهی‌دادن به پرستاران و دانشجویان پرستاری که در آینده نزدیک بیشتر با بیماران مواجه می‌شوند، مورد تأکید مستمر قرار گیرد. راهکار عملیاتی پیشنهادی تهیه

References

1. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, BS ML, et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003;14(4):113-24.
2. Ross L, Van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Education Today*. 2014;34(5):697-702.
3. Beigi A, Habibi S, Rezaei HH, Niasty R, Shams AZ, Ashoori J, et al. Effect of spiritual training on decreased anxiety and increased quality of life of women with gestational diabetes in the assessment of nursing and modern care. 2016.
4. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a training course for spiritual counselors in health care: Evidence from Iran. *Indian journal of palliative care*. 2018;24(2):145.
5. Heidari A, Hajebi A, Bolhari J, Damari B. A plan for spiritual health services in Iranian hospitals. *Journal of Medicine and Spiritual Cultivation*. 2018;27(1):56-66. (In Persian)
6. Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(20):2857-69.
7. Boyatzis RE. Competencies in the 21st century. *Journal of management development*. 2008;27(1):5-12.
8. Özçelik G, Ferman M. Competency approach to human resources management: Outcomes and contributions in a Turkish cultural context. *Human Resource Development Review*. 2006;5(1):72-91.
9. Spencer LM, Spencer PSM. *Competence at Work models for superior performance*: John Wiley & Sons; 2008.
10. Kuven BM, Giske T. Talking about spiritual matters: First year nursing students' experiences of an assignment on spiritual conversations. *Nurse Education Today*. 2019;75:53-7.
11. Lundmark M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *Journal of clinical nursing*. 2006;15(7):863-74.
12. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Nurses' attitude towards spiritual care: a descriptive study in educational hospitals in Birjand. *Journal of Medicine*. 2013;5(15-16):155-70.
13. Tirgari B, Iranmanesh S, Cheraghi MA, Arefi A. Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences. *Holistic nursing practice*. 2013;27(4):199-206. (In Persian)
14. Zehtab S, Adib-Hajbaghery M. The importance of spiritual care in nursing. *Nursing and Midwifery Studies*. 2014;3(3).
15. Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(1):88-93. (In Persian)
16. Yousefi H, Abedi HA. Spiritual care in hospitalized patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2011;16(1):125. (In Persian)
17. Ho RTH, Chan CKP, Lo PHY, Wong PH, Chan CLW, Leung PPY, et al. Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study. *BMC psychiatry*. 2016;16:1-11.
18. American Nurses Association. *Code for nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing; 2003.
19. Strang S, Strang P, TERNESTEDT BM. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of clinical nursing*. 2002;11(1):48-57.
20. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2014;22(4):23-32. (In Persian)
21. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research*. 2010;23(4):242-4.

22. Gomez-Castillo BJ, Hirsch R, Groninger H, Baker K, Cheng MJ, Phillips J, et al. Increasing the number of outpatients receiving spiritual assessment: A pain and palliative care service quality improvement project. *Journal of pain and symptom management*. 2015;50(5):724-9.
23. Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of pain and Symptom Management*. 2014;48(4):518-31.
24. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse education today*. 2013;33(6):574-9.
25. Hummel L, Galek K, Murphy KM, Tannenbaum HP, Flannelly LT. Defining spiritual care: An exploratory study. *Journal of health care chaplaincy*. 2009;15(1):40-51.
26. Zare A, Jahandideh S. The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients' spiritual care. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2014;9(3):30-8. (In Persian)
27. Khalaj M, Pakpour A, Mohammadi Zeidi I. Validity and reliability of a Persian version of nursing students' competence scale in spiritual care. *Journal of Inflammatory Diseases*. 2013;17(2):63-70. (In Persian)
28. Ebrahimi F, Jafarjalal E, Najafi Ghezalche T, Haghani S. Assessing the Spiritual Care Competence of Nurses in the Special Care Units for COVID-19 in Teaching Hospitals in Arak, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2023;36(141):66-79. (In Persian)
29. Babamohamadi H, Tafreshi A, Khoshtakht S, Ghorbani R, Asgari M. Nursing Students' Professional Competence in Providing Spiritual Care in Iran. *Journal of religion and health*. 2022;61. (In Persian)
30. Yazdan Parast E, Afrazandeh S, Ghorbani H, Asadi F, Rajabi R, Naseri L, et al. Analysis of Spiritual Care Competence in Students of Ferdows Health and Paramedical School: 2014-15. *Iran Journal of Nursing*. 2017;30(105):47-57. (In Persian)
31. Özakar Akça S, Gülnar E, Özveren H. Spiritual care competence of nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2022;53(5):225-31.
32. Vogel A, Schep-Akkerman AE. Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018;32(4):1314-21.
33. Guo Z, Zhang Y, Li P, Zhang Q, Shi C. Student nurses' spiritual care competence and attitude: An online survey. *Nursing Open*. 2023;10(3):1811-20.
34. 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. (In Persian)
35. Askari R, Keyghobadi N, Nodoushan F, Rafiei S. Nurses' attitude toward spiritual care in teaching hospitals affiliated to Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2017. (In Persian)