Journal of Spiritual Health

2023, Volume 2, Issue 2
Pages: 109-116

10.30491/JSH.2.2.109

Spiritual Health and Demographic Characteristics of Nurses in the Post-COVID-19 Era

Jafar Shahbazpour [1], Leila GHanbari-Afra [2*], Maryam Ebrahimpour Roodposhti [3], Mohammad Abbasinia [4], Monireh Ghanbari-Afra [5]

[1] *Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran*
[2] *Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran*
[3] *Trauma Nursing Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran*
[4] *Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran*
[5] *Shahid Beheshti -Amir al-Momenin Departmant, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran*

Abstract

Background and Aim: The COVID-19 pandemic has had many effects on various aspects of health, including the spiritual health of nurses, and has created challenges. Therefore, the present study aimed to investigate nurses' spiritual health and related factors in the post-corona era.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 260 nurses working in the hospitals of Qom University of Medical Sciences who have cared for patients with COVID-19 in recent years, in 2022. Sampling was done by simple random method. The data collection tool was the Spiritual Health questionnaire. Data analysis was performed using SPSS software version 23.

Results: The mean spiritual health score was 68.10 ± 7.7 and the mean religious health and existential health were 32.95 ± 4.45 and 35.38 ± 5.04, respectively. Also, gender, marital status, and having a job except for the medical staff explain 43% of the variance in nurses' spiritual health (R = 0.436, *P* = 0.001). In the post-corona era, the spiritual health of women was higher than men, and it was higher in married nurses.

Conclusion: The spiritual health of nurses in the post-corona era was at an average level. The male gender, being married, and having a job except for the medical staff were more effective in spiritual health. Therefore, it is suggested that hospital managers consider the necessary plans to improve the spiritual health of nurses.

Keywords: Spiritual Health, Post-COVID-19, Nurse, Iran.

*Corresponding author: **Leila GHanbari-Afra,** Email: ghanbari.afra91@yahoo.com

Received: 22 June 2023 **Accepted:** 2 September 2023

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.30491/JSH.2.2.109]

مجله سلامت معنوی
دوره ۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲
صفحات: ۱۱۶-۱۰۹
10.30491/JSH.2.2.109

سلامت معنوی و مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران در دوران پساکرونا

جعفر شهبازپور[۱]، لیلا قنبری‌افرا[۲]*، مریم ابراهیم‌پور رودپشتی[۳]، محمد عباسی‌نیا[۴]، منیره قنبری‌افرا[۵]

[۱] دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
[۲] دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
[۳] مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
[۴] گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
[۵] بیمارستان امیرالمومنین (ع)، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

چکیده

زمینه و هدف: همه‌گیری کووید-۱۹ تاثیرات متعددی بر جنبه‌های مختلف سلامتی از جمله سلامت معنوی پرستاران گذاشته و چالش‌هایی را به‌وجود آورده است. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی پرستاران و عوامل مرتبط در دوران پساکرونا انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش به صورت توصیفی- تحلیلی بر روی ۲۶۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی قم که طی سال‌های اخیر از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مراقبت نموده‌اند، در سال ۱۴۰۱ انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه "سلامت معنوی" بود. تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره سلامت معنوی ۷/۷ ± ۶۸/۱۰ و بُعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ۴/۴۵ ± ۳۲/۹۵ و ۵/۰۴ ± ۳۵/۳۸ بود. جنسیت، وضعیت تاهل و داشتن شغلی به‌جز کادر درمان، ۴۳ درصد از تغییرات واریانس سلامت معنوی پرستاران را تبیین می‌کند ($P = ۰/۰۰۱$ و $R = ۰/۴۳۶$). در دوران پساکرونا، سلامت معنوی زنان بیشتر از مردان و سلامت معنوی متاهلین بیش از مجردین بود.

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی پرستاران در دوران پساکرونا در سطح متوسط بوده است. جنسیت مرد، متاهل بودن و داشتن شغلی به جز کادر درمان در سلامت معنوی بهتر موثر است. لذا پیشنهاد می‌شود مدیران بیمارستانی برنامه‌ریزی‌های لازم برای ارتقای سلامت معنوی پرستاران را در نظر بگیرند.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، پساکرونا، پرستار، ایران.

*نویسنده مسئول: **لیلا قنبری‌افرا.** پست الکترونیک: ghanbari.afra91@yahoo.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۱۱

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.30491/JSH.2.2.109]

مقدمه

اوج‌گیری فاجعه بهداشتی در قالب کرونا، تمام جهان را دستخوش تغییرات فراوانی کرد و ویرانی‌های عظیمی را به بار آورد که نه تنها رفاه افراد را تحت تأثیر قرار داده بود، بلکه تأثیرات فاجعه باری را در بخش‌های بهداشتی- درمانی، اقتصادی، آموزشی و سایر بخش‌های وابسته به سلامت جامعه ایجاد کرد. این امر باعث ایجاد شرایط بی‌ثباتی در کشورها شد. استرس ناشی از بحران باعث اختلال در ثبات روانی فرد و واکنش‌های جبرانی وی می‌گردد. در این شرایط بحرانی، سلامت معنوی می‌تواند فرد تحت تهدید دائمی غم و اندوه، اضطراب و از دست دادن زندگی را کمک نماید (۱).

سلامتی مفهومی است که تمام جنبه‌های جسمی، اجتماعی، روانی و معنوی را در برمی‌گیرد. یکی از جنبه‌های اساسی سلامت، سلامت معنوی است. سلامت معنوی را می‌توان به عنوان نیروها و منابع درونی فرد تعریف کرد که به آن‌ها اجازه می‌دهد معنای منحصر به فردی از خود ایجاد کنند که از طریق ارتباط آن‌ها با خود، دیگران و موجودی برتر منعکس می‌شود و دارای دو بُعد وجودی و مذهبی است (۲). سلامت معنوی موجب قدرت بالاتر، درک احساسات در ارتباط، درک هدف و معنای زندگی و تعالی می‌گردد و به سلامت و رفاه افراد کمک می‌کند (۳).

انسان‌های دارای سلامت معنوی مطلوب، رویکردی کل‌نگر در زندگی دارند و می‌توانند در رویارویی با مشکلات، با ذهنی باز و پویا عمل کنند (۴). وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر می‌افتد، ممکن است فرد دچار اختلالات روانی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود (۵).

یکی از چالش برانگیزترین محیط‌های شغلی، بیمارستان‌ها هستند (۶). پرستاران بزرگترین گروه سیستم بهداشت و درمان را تشکیل می‌دهند (۱). پرستاران در طول زندگی کاری خود با درد و رنج انسان‌ها در ارتباط هستند که می‌تواند بر مولفه‌های سلامتی آن‌ها تاثیر بگذارد (۷). سلامت معنوی در پرستاران می‌تواند راهی برای مقابله با استرس مرگ‌ومیر بیماران، ارائه مراقبت کل‌نگر و سختی‌های محیط کار باشد(۸). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که سلامت معنوی نقش اساسی در سلامت جسمی، روانی، رفتارهای حرفه‌ای و مراقبتی پرستاران دارد (۲،۷).

مطالعات متفاوتی در زمینه سلامت معنوی در شرایط متفاوت در پرستاران انجام شده است. سلامت معنوی پرستاران در دوران قبل از کووید-۱۹ در سطح متوسط گزارش شده است (۹). همچنین اکثر مطالعات انجام شده در دوران کووید-۱۹ نیز، سلامت معنوی را در سطح متوسط نشان داده‌اند (۱۱-۹). در برخی از این مطالعات به مقایسه بُعد وجودی و مذهبی سلامت معنوی پرداخته‌اند که بُعد مذهبی در بیشتر مطالعات بالاتر بوده‌است (۵،۱۰،۱۱).

مطالعات مختلف عوامل متعددی را در سلامت معنوی پرستاران موثر دانسته‌اند. سلامت معنوی پرستاران در مطالعه احسانی (۲۰۱۵) با سن و سابقه کار (۱۲)، در مطالعه توان (۲۰۱۵) با جنسیت (۱۳)، در مطالعه رمضان‌زاده (۲۰۱۷) با تاهل، تحصیلات، نوع بخش، نوع شیفت و داشتن مسئولیت (۱۴)، و در مطالعه مارکانی (۲۰۱۸) با وضعیت مالی ارتباط داشته است (۱۵).

با توجه به مطالعات موجود باید توجه داشت که بیشترین تعداد افراد در کادر درمان پرستاران هستند. همچنین تغییر شرایط سلامت جامعه با پاندمی کرونا، می‌تواند موجب تغییر سلامت پرستاران از جمله سلامت معنوی آن‌ها شده و چالش‌هایی را پیش‌رو آورد. از طرفی مطالعه‌ای در مورد سلامت معنوی پرستاران در دوران پساکرونا یافت نشد. لذا با توجه به اهمیت سلامت معنوی در بهبود سلامت عمومی پرستاران، لزوم توجه مدیران به سلامت پرستاران و تاثیر آن در افزایش کیفیت خدمات پرستاری، مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی و مشخصات جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان قم در دوران پساکرونا انجام شد.

روش

این پژوهش به صورت توصیفی- تحلیلی بر روی پرستاران شاغل در مراکز درمانی کامکار و فرقانی در دانشگاه علوم پزشکی قم که طی سال‌های اخیر از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مراقبت نموده‌اند، در دی ماه سال ۱۴۰۱ انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده انجام شد. برای بررسی حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد. با در نظر گرفتن حجم جامعه آماری (N) ۸۰۰ نفر، خطای مجاز ۰/۰۵، نسبت برخورداری از صفت مورد نظر معادل ۰/۵ و سطح اطمینان ۹۵٪ ، حداقل حجم نمونه لازم برای مطالعه ۲۶۰ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{\frac{Z^2\,pq}{d^2}}{1+\frac{1}{N}\left(\frac{Z^2\,pq}{d^2}-1\right)}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن مدرک دانشگاهی در رشته پرستاری، اشتغال به کار تمام وقت، داشتن حداقل یک سال سابقه کار، داشتن سابقه کار با بیمار مبتلا به کووید-۱۹، عدم مصرف داروهای روان‌گردان به گفته خود پرستار، عدم ابتلا به بیماری روانی شناخته شده، توانایی تکلم به زبان فارسی، تمایل و رضایت جهت شرکت در مطالعه و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل چک‌لیست "مشخصات جمعیت‌شناختی" (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت استخدامی، سابقه کار، ساعت اضافه کار در ماه، داشتن شغل دوم، داشتن کاری غیر از پرستاری) و پرسشنامه "سلامت معنوی" بود.

پرسشنامه سلامت معنوی Paloutzian و Ellison (۱۹۸۲) متشکل از ۲۰ گویه و دو زیر مقیاس سلامت مذهبی (۱۰ سوال) و

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.30491/JSH.2.2.109]

سلامت وجودی (۱۰ سوال) می‌باشد. پاسخ عبارات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای کاملاً موافقم نمره ۶ و کاملاً مخالفم نمره ۱ در نظر گرفته شده است و بر همین مبنا سوالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ به صورت برعکس نمره‌دهی می‌شوند. دامنه نمره سلامت مذهبی و سلامت وجودی هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشند. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه (۱۲۰-۲۰) در نظر گرفته شده است. نمره بالاتر به منزله سلامت معنوی بیشتر است. پرسشنامه مذکور توسط بیگلری در سال ۲۰۱۸ به فارسی ترجمه و روانسنجی شده است و آلفا کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نموده است (۱۶).

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. از آزمون‌های توصیفی برای گزارش متغیرهای زمینه‌ای و از آزمون تی‌تست مستقل و آنوا برای بررسی توزیع سلامت معنوی در متغیرهای زمینه‌ای استفاده شد. برای بررسی اثر مخدوش‌کننده متغیرهای دموگرافیک و بالینی در سلامت عمومی از آزمون رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره استفاده شد. در ابتدا متغیرهای مخدوش‌گر (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت استخدامی، سابقه کار، ساعت اضافه کاری در ماه، داشتن شغل دوم و داشتن کاری غیر از پرستاری) در آنالیز رگرسیون خطی تک متغیره وارد شدند. سپس متغیرهایی که $P<0/2$ داشتند (جنسیت، وضعیت تاهل، داشتن شغل دوم و داشتن کاری غیر از پرستاری) وارد آنالیز رگرسیون چند متغیره شدند. در این مطالعه سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

ملاحظات اخلاقی

پس از اخذ تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم به شماره IR.MUQ.REC.1401.180 برای طرح به شماره ۲۶۴۶ درتاریخ ۱۴۰۱/۹/۱۳، با کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی قم به بیمارستان کامکار و فرقانی مراجعه و لیست اسامی پرستاران از دفتر پرستاری دریافت و سپس با توجه به معیارهای ورود، تعداد ۲۶۰ نفر از پرستاران به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در ابتدای هر شیفت به بخش مربوطه مراجعه و پس از جلب رضایت کتبی و شفاهی پرستاران واجد شرایط، در رابطه با نحوه تکمیل ابزار توضیحات کلی برای آنها ارائه‌شده و پس از گذشت ۴۰-۳۰ دقیقه، از آن‌ها تحویل گرفته شد. جهت محرمانه بودن نام پرستاران برای آن‌ها کد در نظر گرفته شد. از تمامی شرکت کنندگان بعد از ارائه توضیحات رضایتنامه آگاهانه اخذ شد. شرکت کنندگان در صورت عدم رضایت می‌توانستند انصراف خود را از شرکت در مطالعه بیان کنند. اصل حفاظت از اطلاعات و استفاده از نتایج تمامی مطالعات در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۶۰ نفر شرکت‌کننده وجود داشت. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۸/۸ ± ۳۱/۹۹ و در محدوده ۲۲ تا ۵۲ بود. متوسط سابقه کار و ساعت اضافه کار آن‌ها به ترتیب ۸/۸ ± ۲۶/۷۸ و ۵/۸۱ ± ۸۴/۷۲ بود. بیش از دو سوم افراد شرکت‌کننده تحصیلات

جدول-۱. مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران بخش‌های کرونایی در دوران پساکرونا در دانشگاه علوم پزشکی قم

متغیرها		تعداد	درصد	متوسط و انحراف معیار سلامت معنوی	*P*-value
جنسیت*	زن	۱۱۸	۴۵/۵	۶۸/۴۷ ± ۷/۶۹	۱/۰۸
	مرد	۱۴۲	۵۴/۶	۶۶/۷۵± ۶/۸۴	
تاهل*	مجرد	۱۰۱	۳۸/۸	۶۶/۲۷ ± ۶/۰۳	۰/۰۰۳
	متاهل	۱۵۹	۶۱/۲	۶۹/۳۹ ± ۸/۴۶	
تحصیلات**	کاردانی	۱۹	۷/۳	۶۶/۷۱± ۵/۲۰	۰/۰۰۳
	کارشناسی	۲۰۴	۷۸/۴۶	۶۷/۸۶ ± ۷/۱۹	
	کارشناسی ارشد	۳۶	۱۳/۸۵	۶۹/۸۴ ± ۷/۵۷	
	دکتری	۱	۰/۳۹	۵۷/۰۰± ۰/۰۰	
وضعیت اشتغال**	طرحی	۵۸	۲۲/۳۱	۶۸/۲۳ ± ۹/۱۶	۰/۰۱۶
	شرکتی	۹	۳/۴۶	۶۰/۰۰± ۰/۰۰	
	قراردادی	۹	۳/۴۶	۷۰/۰۰± ۰/۰۰	
	پیمانی	۵۶	۲۱/۵۴	۷۰/۰۴± ۰/۰۰	
	رسمی	۱۲۸	۴۹/۲۳	۶۶/۶۸± ۵/۶۹	
نوع شیفت**	صبح یا عصر ثابت	۱۵	۵/۷۷	۶۵/۰۰± ۰/۰۰	۰/۶۱۳
	ثابت شب	۲۰	۷/۶۹	۶۹/۰۰± ۱/۰۵	
	در گردش	۲۲۵	۸۶/۵۴	۶۸/۰۸± ۷/۸۵	
داشتن شغل دوم*	خیر	۱۹۸	۷۶/۱۵	۶۸/۶۰± ۷/۹۲	۰/۰۰۵
	بله	۶۲	۲۳/۵۸	۶۵/۸۸± ۴/۱۹	
داشتن شغل بجز کادر درمانی*	خیر	۲۱۹	۸۴/۲۳	۶۷/۴۵± ۶/۹	۰/۰۰۶
	بله	۴۱	۱۵/۷۷	۷۱/۸± ۸/۹	

*تی تست، ** انوا

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.30491/JSH.2.2.109]

کارشناسی داشتند. بیش از نیمی از افراد متاهل بودند. اکثریت افراد دارای شیفت در گردش بودند. میانگین نمره سلامت معنوی ۷/۷ ± ۶۸/۱ و میانگین نمره بُعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ۴/۴۵ ± ۳۲/۹۵ و ۵/۰۴ ± ۳۵/۳۸ بود. توزیع سلامت معنوی بر اساس متغیرهای زمینه‌ای در جدول ۱ تفکیک شده است. بر اساس چارک‌های محاسبه شده بیش از ۵۰ درصد پرستاران در دوران پساکرونا سلامت معنوی در حد نمره ۶۷/۰۰ (متوسط) داشته‌اند.

نتایج حاصل از رگرسیون خطی تک متغیره نشان داد که متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، داشتن شغل دوم و داشتن شغلی به جز کار درمانی قادر به پیش‌بینی سلامت معنوی می‌باشند (جدول ۲). بر اساس نتایج حاصل از آزمون رگرسیون خطی چند متغیره، متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل و داشتن شغلی به جز کادر درمان، ۴۳ درصد از تغییرات واریانس سلامت معنوی پرستاران را تبیین می‌کند ($P = ۰/۰۰۱$ و $R = ۰/۴۳۶$) (جدول۳). با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره جنسیت، نمره سلامت معنوی ۰/۱۷ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. در جنسیت زن نمره سلامت معنوی به طور معنی‌دار بیشتر از مردان است. همچنین با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره وضعیت تاهل، نمره سلامت معنوی قریب ۰/۲۵ انحراف استاندارد کاهش خواهدیافت. در افراد مجرد نمره سلامت معنوی به طور معنی‌دار کمتر از متاهلین است و در صورت افزایش انحراف استاندارد در نمره داشتن شغلی به جز کادر درمان، نمره سلامت معنوی قریب ۰/۲۴ انحراف استاندارد بالا می‌رود. به عبارتی در افرادی که شغلی به جز کادر درمان دارند، نمره سلامت معنوی به طور معنی‌دار بیشتر از افرادیست که شغل دوم به جز کادر درمان ندارند، می‌باشد.

جدول-۲. بررسی اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی در سلامت معنوی در پرستاران بخش‌های کرونایی در دوران پساکرونا بر اساس رگرسیون تک‌متغیره

متغیر وابسته	B	R	*P*-value	CI پایین	CI بالا
سن	-۰/۰۶۶	۰/۰۷۶	۰/۳۰۰	-۰/۱۹۳	۰/۰۶۰
جنسیت	۱/۷۲۰	۰/۱۰۶	۰/۱۱۸	-۰/۳۶۶	۱/۸۰۷
وضعیت تاهل	-۳/۱۲۰	۰/۲۱۲	۰/۰۰۳	-۵/۱۹۹	-۱/۰۴
تحصیلات	-۰/۶۷۶	۰/۰۵۲	۰/۴۸۲	-۲/۵۶۹	۱/۲۱۸
وضعیت اشتغال	-۰/۱۶۹	۰/۰۳۶	۰/۶۳۹	-۰/۸۷۶	۰/۵۳۹
سابقه کاری	۰/۰۸۶	-۰/۰۸۱	۰/۲۸۷	-۰/۲۳۰	۰/۰۶۸
شیفت	۰/۷۸۵	۰/۰۴۲	۰/۵۹۸	-۲/۰۷۴	۳/۵۹۰
ساعت اضافه کاری	۰/۰۸۹	۰/۰۱۴	۰/۴۲۸	-۰/۰۲۱	۰/۰۴۹
داشتن شغل دوم	-۲/۷۲۵	۰/۱۶۰	۰/۰۳۶	-۵/۲۷۶	-۰/۱۷۴
داشتن شغلی به جز کار درمانی	۴/۳۴۹	۰/۲۱۱	۰/۰۰۶	۱/۲۵۲	۷/۴۴۷

جدول-۳. بررسی اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی در سلامت معنوی در در پرستاران بخش‌های کرونایی در دوران پساکرونا بر اساس رگرسیون چندمتغیره

متغیر وابسته	Beta	Pvalue	CI پایین	CI بالا
جنسیت	۰/۱۷۲	۰/۰۴۹	۰/۰۰۳	۵/۱۱۶
وضعیت تاهل	-۰/۲۴۹	۰/۰۰۲	-۶/۲۳۴	-۱/۱۴۴
داشتن شغل دوم	-۰/۱۶۴	۰/۰۵۸	-۵/۷۱۸	۰/۰۹۸
داشتن شغلی به جز کار درمانی	۰/۲۳۹	۰/۰۰۶	۱/۴۱۱	۸/۴۶۶

بحث

در مطالعه حاضر نمره سلامت معنوی پرستاران در دوران پساکرونا در حد متوسط بود. مطالعات اندکی به بررسی سلامت معنوی پرستاران ایرانی با پساکرونا پرداخته است (۱۷). در مطالعه اخلاقی فرد (۲۰۲۱) هم‌راستا با مطالعه حاضر سلامت معنوی پرستاران در دوران پساکرونا در حد متوسط گزارش شده است (۱۷). در بررسی مطالعات پیش از کرونا در پرستاران نیز سلامت معنوی پرستاران سطح متوسطی داشته است (۱۸،۱۳،۱۱،۱۰،۵-۲۷).

عدم تغییر سلامت معنوی در پرستاران در دوران پیش از کرونا، کرونا و پساکرونا با مطالعه Davis که بر روی بزرگسالان دارای بیماری مزمن انجام شده است، مطابقت دارد. در مطالعه Davis، یک ماه قبل از اعلام همه‌گیری کووید-۱۹ و همچنین بعد از اعلام همه‌گیری کووید-۱۹ در مجموع افراد در طول زمان در پیامدهای روان‌شناختی یا معنوی تغییر اساسی نکردند (۲۸).

این سطح از سلامت معنوی در پرستاران به عنوان گروهی از جامعه که به طور مداوم در ارتباط با عوامل استرس‌زا هستند، نگران کننده است. زیرا سلامت معنوی همچون سپری، از اقشار مختلف جامعه در بحران‌ها محافظت می‌کند. پرستاران نیز به عنوان گروهی از جامعه، در دوران پاندمی و پساپاندمی و همین‌طور در شرایط عادی به سلامت معنوی به عنوان سپری محافظت کننده نیازمندند. از سوی دیگر مطالعه حاضر در کشور ایران انجام شده است که سلامت معنوی با توجه به فرهنگ و دین مورد توجه است و می‌تواند به شدت در شرایط بحرانی کاربردی باشد اما مطالعه حاضر سطح متوسط و نه قابل توجهی از سلامت معنوی را در این پرستاران

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.30491/JSH.2.2.109]

نشان داده است (۱۷). این مورد ضرورت توجه ویژه مدیران پرستاری برای بهبود سلامت پرستاران در بُعد معنوی را می‌طلبد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره سلامت معنوی در بُعد وجودی بالاتر از بُعد مذهبی در دوران پسا کرونا بوده است. این در حالی است که در بیشتر مطالعات گذشته بُعد مذهبی بیشتر از وجودی بود (۵،۱۰،۱۱). از طرفی رحمتی و همکاران همچون مطالعه حاضر، میانگین نمره بُعد وجودی سلامت معنوی پرستاران را بیشتر از بُعد مذهبی گزارش نمودند (۱۸).

بُعد وجودی سلامت معنوی مبین ارتباط فرد با دیگران، محیط و خود است. شاید بتوان گفت بالاتر بودن سلامت معنوی در بُعد وجودی در دوران کرونا و پساکرونا در پرستاران احتمالاً به علت افزایش توجه جامعه و مردم به پرستاران به عنوان قهرمان در میدان است، که موجب سلامت معنوی بالاتر در بُعد وجودی است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد سلامت معنوی با تاهل در ارتباط است. سلامت معنوی افراد متاهل در دوران پساکرونا بیشتر از افراد مجرد است. رمضان‌زاده نیز در مطالعه‌ای بر روی پرستاران تمام بخش‌های بالینی در نیشابور، نشان داد که سلامت معنوی با تاهل در دوران پیش از همه‌گیری در ارتباط بوده است (۱۵). در مطالعه Parisi در سال ۲۰۲۱ نیز مجردها در جمعیت عمومی سلامت معنوی پایین‌تری داشته‌اند (۲۹). به نظر می‌رسد زناشویی خوب در متاهلین در پی ایجاد آرامش و روان آسوده یکی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده سلامت در ابعاد مختلف است و بر سلامت معنوی افراد نیز تاثیرگذار است (۳۰،۳۱).

در مطالعه حاضر جنسیت پرستاران قادر به تبیین سلامت معنوی است. سلامت معنوی زنان در دوران پساکرونا بیش از مردان است. هم راستا با مطالعه حاضر در مطالعه توان جنسیت و سلامت معنوی در ارتباط بوده‌اند و زنان سلامت معنوی بیشتری داشته‌اند (۱۳). در مطالعه مقدم نیز جنسیت، پیش‌بینی کننده سلامت معنوی بوده است (۲۵). نتیجه بررسی مطالعات مختلف نشان داده است که تغییرات عاطفی، هورمونی و واکنش‌های مقابله‌ای در مردان و زنان در حین مواجهه با بحران‌ها و عوامل استرس‌زا بویژه در دوران پاندمی متفاوت بوده است. لذا پاسخ‌های متفاوتی را در سلامت معنوی آن‌ها ایجاد می‌کند. در دوران پساکرونا، به دلیل وجود استرس مداوم پرستاران از عود مجدد این بیماری و بحران‌های مشابه انتظار می‌رود که جنسیت در تبیین سلامت معنوی تاثیر داشته باشد (۳۲).

داشتن شغلی به جز کار درمانی نیز قادر به تبیین سلامت معنوی می‌باشد و افرادی که شغلی به جز کادر درمان دارند، سلامت معنوی بالاتری داشتند. پرستاران با توجه به ماهیت حرفه خود از جمله تماس مستقیم و دائم با درد و رنج بیماران، کمبود پرسنل، شرایط کاری نامناسب (۳۳)، وظایف متعدد، حجم زیاد کار، درگیری و پشتیبانی ناکافی (۳۴)، چرخشی بودن نوبت‌های کاری و اختلال خواب ناشی از آن، مشکلات جسمی، پیچیدگی خدمات پرستاری (۳۵،۳۶)، تضاد بین شغل و زندگی خانوادگی و اختلال در سبک زندگی (۳۶)، بیش از سایر مشاغل در معرض عوامل تنش‌زای فیزیکی، جسمی، روانشناختی و اجتماعی هستند (۳۷)، که این عوامل سلامت، به خصوص سلامت معنوی آن‌ها را آسیب‌پذیر می‌کند (۵). شاید بتوان گفت دور شدن افراد از محیط پرمشغله و پرکار بیمارستان‌ها می‌تواند فرصتی را برای پرستاران ایجاد کند تا بیشتر به سلامت خود از جمله سلامت معنوی بپردازند.

محدودیت‌های پژوهش

گرچه حجم نمونه نسبتاً بالا و انجام آنالیز چندگانه از نقاط قوت مطالعه فعلی است؛ با این‌حال لازم به ذکر است عوامل متعددی همچون تنها زندگی کردن و یا زندگی در کنار خانواده، سابقه مشکلات زمینه‌ای و جسمی پرستاران، داروهای مصرفی آن‌ها، داشتن فعالیت‌های تفریحی و ورزشی، بحران‌های تجربه شده در یک‌سال گذشته، شرایط غیرقابل پیش‌بینی مثل بحران‌ها و زمان صرف‌شده برای مسایل معنوی که سلامت معنوی پرستاران را تحت تاثیر قرار می‌دهند، در این مطالعه به آن‌ها توجه نشده است. البته جهت درک عمیق عوامل موثر بر سلامت معنوی پرستاران، پرداختن به پژوهش‌های کیفی مناسب‌تر به‌نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه سلامت معنوی پرستاران در دوران پساکرونا در سطح متوسط است. سلامت معنوی در بُعد وجودی بیش از بُعد معنوی بود. همچنین عواملی همچون جنسیت، تاهل و مشغول بودن به شغلی جز کادر درمان قادر به تبیین سلامت معنوی پرستاران در دوران پساکرونا می‌باشد. لذا با توجه به اهمیت سلامت معنوی در بهبود سلامت و آسیب‌های ناشی از همه‌گیری در دوران پساکرونا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های لازم جهت بررسی سلامت معنوی و فاکتورهای آن در جوامع مختلف انجام گیرد. همچنین در آموزش پرستاری در سطح دانشگاهی سلامت معنوی و راه‌های بهبود آن در فهرست مباحث درسی قرار گیرد و بر آموزش مداوم آن در طول کار مبادرت گردد.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی قم با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1401.180 است. بدینوسیله محققین از کلیه پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.30491/JSH.2.2.109]

منابع

1. Mitra S, KAR S. Spirituality as a Tool to attain a State of equilibrium in the rebooting Procedure of Post-corona. Keanean Journal of Arts. 2021;8(1):36-40.
2. Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Wu CL, Hsiao YC. The relationship between spiritual health, health-promoting behaviors, depression and resilience: A longitudinal study of new nurses. Nurse Education in Practice. 2021;56:103219.
3. Rachel H, Chiara C, Robert K, Francesco S. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. Acta Bio Medica: Atenei Parmensis. 2019;90(Suppl 4):44-55.
4. Shamsaei F, Jahani Sayad Noveiri M, Mohammadgholimezerji N, Ranjbar S, Khazaei M, Maghsoudi Z. Relationship Between Spiritual Health and Moral Distress of Nurses Working in Emergency Department of Hamadan University of Medical Sciences Hospitals. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2020;13: 253-62. [In Persian]
5. Abdolmaleki M, Zareei A, Kanani B, Zareei S. Studying the relationship between job satisfaction and spiritual health of nurses working in the selected treatment centers of Kurdistan University of Medical Sciences. Islam and Health Journal. 2020;5(2):50-7. [In Persian]
6. Yusefi A, Ahmadi Marzaleh M, Radinmanesh M, Abbaszadeh M, Kavosi Z. A Survey On Social Factors Affecting Social Health In Nurses In Teaching Hospitals Of Shiraz University Of Medical Sciences In. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2018;16(8):603-11. [In Persian]
7. de Diego-Cordero R, López-Gómez L, Lucchetti G, Badanta B. Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. Nursing Outlook. 2022;70(1):64-77.
8. Greene CA, Haisley L, Wallace C, Ford JD. Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. Clinical Psychology Review. 2020;80: 101891.
9. Ghanbari-Afra L, Yadollahi S, Taheri L, Fendereski MA. Evaluation of Spiritual Health and Its Related Factors in Iranian Nurses and Nursing Students: A Narrative Review. Health, Spirituality & Medical Ethics Journal. 2022;9(3):113-32. [In Persian]
10. Jalali A, Rahmati M, Dastmozd B, Salari N, Bazrafshan MR. Relationship between spiritual health and clinical competency of nurses working in intensive care units. Journal of Health Sciences & Surveillance System. 2019;7(4):183-7.
11. Shamsaei F, Jahani Sayad Noveiri M, Mohammadgholimezerji N, Ranjbar S, Khazaei M, Maghsoudi Z. Relationship Between Spiritual Health and Moral Distress of Nurses Working in Emergency Department of Hamadan University of Medical Sciences Hospitals. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2020;13: 253-62. [In Persian]
12. Ehsani SR, Mohamadkhani Ghiasvad A, Mohammadnejad E, Nemati Dopolani F. The concept of spiritual health from the viewpoint of nurses working in intensive care units. Journal of Nursing and Midwifery Sciences. 2015;2(2):48-52. [In Persian]
13. Tavan H, Khalfzadeh A, Jamshidbeygi Y, Shojaee S, Kokhazadeh T. Spiritual health nurses working in hospitals and critical care departments of Ilam city in 2015. Journal of Research on Religion and Health. 2016;2:46-53. [In Persian]
14. Ramezanzade Tabriz E, Orooji A, Bikverdi M. Investigation clinical competence and its relationship with professional ethics and spiritual health in nurses. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2017;4(1):2-9.
15. Markani AK, Yaghmaei F. Relationship between oncology nurses' spiritual wellbeing with their attitudes towards spiritual care providing based on Neuman System Model: Evidences from Iran. Journal of Caring Sciences. 2018;7(2):113-8.
16. Abhari MB, Fisher JW, Kheiltash A, Nojomi M. Validation of the Persian version of spiritual well-being questionnaires. Iranian journal of medical sciences. 2018;43(3):276-85.
17. Akhlaghifard M, Meraji N. Predicting corona anxiety based on emotional distress (depression, anxiety and stress) and spiritual health in nurses and aides. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2021;10 (6):161-70. [In Persian]
18. Rafiei S, Kiaeie MZ, Sadeghi P, Rahmati Z. Role of spiritual health on job stress among nurses: a cross-sectional study in an educational hospitals of Qazvin city. Hospital. 2019;18(1):33-41.
19. Atashzadeh SF, Abdoljabbari M, Karamkhani M, Shokri KM, Pishgooie SA. The relationship between nurses'spiritual health and their caring behaviors. J Res Relig Health. 2017;3(1):5-15.
20. Moeini M, Momeni T, Musarezaie A, Sharifi S. Nurses' spiritual well-being and their perspectives on barriers to providing spiritual care. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2015;8(3):159-66.
21. 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]
22. Golipoor Khanmiri S, Khodaei A, Shirazi M, Naziri K. Evaluation of association between nurses' spiritual well-being and job satisfaction in educational-therapeutic center Shohadaye Tabriz. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2018;11:220-30. [In Persian]
23. Chavoshian SA, Moeini B, Bashirian S, Feradmal J. The role of spiritual health and social support in predicting nurses' quality of life. Journal of Education and Community Health. 2015;2(1):19-28. [In Persian]
24. Masoumi M, Tahmasebi R, Jalali M, Jafari F. The Study of the relationship between Job stress and spiritual health of nurses working in Intensive care ward at Bushehr Hospitals. Nursing Journal of the

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.30491/JSH.2.2.109]

vulnerable. 2016;3(8):37-47. [In Persian]
25. Moghadam SR, Chegeni ME, Hafez AA. Explore the relationship among spiritual health, marital satisfaction, and demographic characteristics (age, duration of marriage, duration of employment) in Mafi hospital nurses of Susa city in 1994. J Relig Health. 2015;1(4):38-44. [In Persian]
26. Azarsa T, Davoodi A, Markani AK, Gahramanian A, Vargaeei A. Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. Journal of Caring Sciences. 2015;4(4):309-20.
27. Jahandideh S, Zare A, Kendall E, Jahandideh M. Nurses' spiritual well-being and patients' spiritual care in Iran. COJ Nurse Healthcare. 2018;1(3):1-5.
28. Davis EB, McElroy-Heltzel SE, Lemke AW, Cowden RG, VanderWeele TJ, Worthington Jr EL, et al. Psychological and spiritual outcomes during the COVID-19 pandemic: A prospective longitudinal study of adults with chronic disease. Health Psychology. 2021;40(6):347.
29. Parisi R, Lagomarsino F, Rania N, Coppola I. Women face to fear and safety devices during the COVID-19 pandemic in Italy: Impact of physical distancing on individual responsibility, intimate, and social relationship. Frontiers in Public Health. 2021;9:622155.
30. Hori M, Kamo Y. Gender differences in happiness: The effects of marriage, social roles, and social support in East Asia. Applied Research in Quality of Life. 2018:839-57.
31. Goldfarb MR, Trudel G. Marital quality and depression: A review. Marriage & Family Review. 2019;55(8):737-63.
32. Ferraz-Torres M, San Martín-Rodríguez L, García-Vivar C, Soto-Ruiz N, Escalada-Hernández P. Passive or interactive virtual reality? The effectiveness for pain and anxiety reduction in pediatric patients. Virtual Reality. 2022;26(4):1307-16.
33. Hakola T, Paukkonen M, Pohjonen T. Less quick returns—greater well-being. Industrial health. 2010;48(4):390-4.
34. Pak HM, Ahmadi F, Anoosheh M. Spiritual beliefs and quality of life: a qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. Koomesh. 2010;12(2):144-51. [In Persian]
35. Farahaninia M, Ehyaei P, Ahmadi Z, Haghani H. relationship between nurses' social health and quality of life. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2019;5(2):131-40. [In Persian]
36. Heidari F, Mohammadkhan-Kermanshahi S. Health related lifestyle in nurses. Journal of Health and Care. 2012;14(3):23-33. [In Persian]
37. Darvishpoor Kakhki A, Ebrahim H, Alavi Majd H. Health status of nurses of hospitals dependent to Shahroud Medical University. Iran journal of Nursing. 2009;22(60):19-27. [In Persian]

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.30491/JSH.2.2.109]