Journal of Spiritual Health

2026, Volume 5, Issue 2
Pages: 935-944
10.30491/JSH.5.2.935

The Effect of a Spiritual Skills Promotion Educational Program on the Professional Self-Concept of Nursing Students: A Quasi-Experimental Study

Maryam Rafiei [1], Maryam Moghimian [1*], Fatemeh Salmani [1]

[1] *Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na. C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran*

Abstract

Background and Aim: Professional self-concept plays an influential role in shaping the clinical identity of nursing students, with spiritual skills serving as an essential contributor to this development. Accordingly, the present study aimed to evaluate the effect of a spiritual skills promotion training program on the professional self-concept of undergraduate nursing students.

Methods: This quasi-experimental study employed a two-group, three-stage design (pre-test, post-test, and 1-month follow-up). The study population comprised nursing students from the Islamic Azad University of Najafabad in 2025. Seventy participants were purposively selected and randomly allocated into intervention and control groups. Baseline assessment was performed using Cowin's Nurses Professional Self-Concept Questionnaire (NSCPQ). The intervention group received eight 60-minute sessions of spiritual skills training, whereas the control group received no such intervention. Both groups were reassessed immediately post-intervention and at the 1-month follow-up.

Results: At baseline, the mean professional self-concept scores in the intervention (79.15 ± 21.51) and control (79.95 ± 22.30) groups showed no statistically significant difference (P >0.05). Following the intervention, the mean score increased to 98.89 ± 19.06 in the intervention group, compared to 81.90 ± 21.51 in the control group. At the 1-month follow-up, the mean score was 98.83 ± 33.93 in the intervention group and 81.68 ± 20.36 in the control group. The time-by-group interaction effect was statistically significant (P <0.001, F = 29.35, ηp2 = 0.301). Within the intervention group, professional self-concept scores increased significantly from baseline to the post-test and follow-up assessments (P <0.001); however, the score difference between the post-test and follow-up was not statistically significant (P = 0.324), indicating the sustainability of the intervention's effect over time. No significant changes across time were observed in the control group (P >0.05).

Conclusion: The spiritual skills training program effectively enhanced the professional self-concept of nursing students, with treatment gains sustained over time. Therefore, integrating spiritual skills training into the undergraduate nursing curriculum represents a viable educational strategy to strengthen students' professional self-concept.

Keywords: Nursing Education, Professional Self-Concept, Spiritual Skills, Nursing Students.

[*]Corresponding author: **Maryam Moghimian,** Email: Maryam.moghimian@iau.ac.ir

Received: 20 August 2025 **Accepted:** 20 September 2026

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]

مجله سلامت معنوی
دوره ۵، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵
صفحات: ۹۴۴-۹۳۵
10.30491/JSH.5.2.935

تأثیر برنامه آموزشی ارتقای مهارت‌های معنوی بر خودپنداره حرفه‌ای دانشجویان پرستاری: یک مطالعه نیمه‌تجربی

مریم رفیعی[۱]، مریم مقیمیان[۱]*، فاطمه سلمانی[۱]

[۱] گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خودپنداره حرفه‌ای در تکوین هویت بالینی دانشجویان پرستاری موثر است. مهارت‌های معنوی نقش مهمی در این فرایند دارند. براین اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی ارتقای مهارت‌های معنوی بر خودپنداره حرفه‌ای دانشجویان پرستاری انجام شد.

روش‌ها: روش مطالعه نیمه‌تجربی با طرح دو گروهی سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک‌ماهه) بود. جامعه آماری دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد نجف آباد در سال ۱۴۰۴ بودند. ۷۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل گمارده شدند. پیش‌آزمون به‌وسیله پرسشنامه خودپنداره حرفه‌ای پرستاران کوین اجراشد. گروه مداخله ۸ جلسه یک‌ساعته مهارت‌های معنوی دریافت کرد. گروه کنترل این آموزش را دریافت نکرد. دو گروه در پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بررسی شدند.

یافته‌ها: قبل از مداخله، میانگین نمره خودپنداره حرفه‌ای گروه مداخله ۲۱/۵۱ ± ۷۹/۱۵ و کنترل ۲۲/۳۰ ± ۷۹/۹۵ بود که تفاوت معناداری نداشتند (P >۰/۰۵). پس از مطالعه، نمره گروه مداخله به ۱۹/۰۶ ± ۹۸/۸۹ و کنترل به ۲۱/۵۱ ± ۸۱/۹۰ رسید. در پیگیری یک‌ماهه نمره گروه مداخله ۳۳/۹۳ ± ۹۸/۸۳ و کنترل ۲۰/۳۶ ± ۸۱/۶۸ شد. اثر تعاملی زمان و گروه معنادار بود (P <۰/۰۰۱، ηp2 = ۰/۳۰۱، F = ۲۹/۳۵). در در گروه مداخله، این نمره در پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معنادار افزایش یافت (P <۰/۰۰۱). اما تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود (P = ۰/۳۲۴) که حاکی از پایداری اثر مداخله در طول زمان است. در گروه کنترل این تغییر معنادار نبود (P >۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، آموزش مهارت‌های معنوی بر ارتقای خودپنداره دانشجویان پرستاری تاثیر دارد. بنابراین این آموزش‌ها را می‌توان در کوریکولوم پرستاری به‌عنوان روشی مؤثر در تقویت خودپنداره حرفه‌ای درنظر گرفت.

کلیدواژه‌ها: آموزش پرستاری، خودپنداره حرفه‌ای، مهارت‌های معنوی، دانشجویان پرستاری.

*نویسنده مسئول: **مریم مقیمیان.** پست الکترونیک: Maryam.moghimian@iau.ac.ir
دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۰۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۲۹

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]

مقدمه

آموزش پرستاری زیربنای تأمین نیروی انسانی کارآمد در حرفه پرستاری است و وظیفه اصلی آن ایجاد سطح مناسبی از دانش، نگرش و مهارت در پرستاران آینده است. مهم‌ترین عامل در رسیدن به این هدف، طراحی آموزشی پرمحتوا و قوی برای دانشجویان پرستاری است (۱). آموزش باید مهارت دانشجویان پرستاری را به‌گونه‌ای افزایش دهد که سطوح بالای یادگیری اتفاق بیفتد؛ زیرا هر تجربه فقط یادگیری یک دانش یا مهارت عملی نیست، بلکه امکان به‌کاربستن تئوری، پالایش مهارت‌ها و پذیرش نقش پرستاری حرفه‌ای را فراهم می‌سازد و باید این توانمندی را در دانشجویان ایجاد کند که بتوانند با اعتمادبه‌نفس مراقبت ارائه دهند (۲). قرارگرفتن دانشجویان پرستاری در محیط‌های واقعی می‌تواند به شکل‌گیری هویت آنان به‌عنوان پرستار کمک کند (۳). با این حال، مشکلاتی از جمله ضعف در برنامه آموزشی و نقص در هویت حرفه‌ای برخی مدرسان، مانع دستیابی کامل به این اهداف بوده است؛ به‌طوری‌که برخی دانشجویان حتی در ترم‌های پایانی هنوز برای ماندن در این رشته تردید دارند، عملکرد مطلوبی ارائه نمی‌کنند و در محیط بالینی از خودپنداره حرفه‌ای مناسبی برخوردار نیستند (۴).

خودپنداره حرفه‌ای، درک فرد از خود به‌عنوان یک فرد حرفه‌ای است که بر چگونگی تفکر، تکامل نقش، رفتار و عملکرد حرفه‌ای او تأثیرگذار است (۵). ارتقای خودپنداره حرفه‌ای دانشجویان یکی از اهداف مهم آموزش پرستاری است، چراکه چگونگی قضاوت آنان درباره حرفه خود بر کارایی و عملکردشان اثرگذار است (۶). وجود احساس خوب‌بودن در دانشجویان پرستاری یکی از اجزای مهم موفقیت پرستاران آینده است (۷) و رشد یک خودپنداره حرفه‌ای سالم به تعدیل اثر محیط کاری پراسترس آنان کمک می‌کند (۸)؛ در مقابل، خودپنداره حرفه‌ای پایین با افزایش خطاهای مراقبتی، ترک حرفه، کاهش عزت‌نفس و در نهایت کاهش کمیت و کیفیت مراقبت‌های پرستاری همراه است (۹) و خودپنداره بالا به‌عنوان عاملی محافظت‌کننده در برابر فرسودگی تحصیلی آن‌ها عمل می‌کند (۱۰). تقویت خودپنداره حرفه‌ای دانشجویان مستلزم شناسایی عوامل پیش‌بین آن است؛ از جمله ویژگی‌های شخصیتی، توانایی‌های فردی و اجتماعی و به‌ویژه باورهای درونی افراد که باورهای معنوی از مهم‌ترین آن‌ها به شمار می‌روند که دربرگیرنده سلامت معنوی افراد است (۱۱).

از جمله عوامل موثر در رشد خودپنداره حرفه ای دانشجویان پرستاری، سلامت معنوی و برخورداری از مهارت‌های معنوی است که از اجزای کلیدی توسعه فردی و حرفه‌ای به‌شمار می‌رود (۱۲). برخورداری از مهارت صادق بودن، خلوت با خود، آرامش درونی، همدلی، پرورش عشق الهی، دعا و نیایش، شکستن عادات و انجام کارهای نو، توکل، بخشش، گذشت صبر، حل مسئله، طبیعت گردی، حضور بیشتر در زندگی و فعالیت‌ها، تلاش برای اهداف والا و پذیرش، از جمله مهارت‌های معنوی محسوب می‌شوند (۱۳). معنویت بعد پویای زندگی انسان و راهی است که افراد از طریق آن با معبود، خود، دیگران و طبیعت ارتباط برقرار می‌کنند؛ برخی آن را در موسیقی و هنر، برخی در ارتباط با طبیعت یا دیگران و برخی در ارزش‌ها و اصول اعتقادی خود می‌یابند، و صرف‌نظر از عقیده، فرهنگ، نژاد یا مذهب، پدیده‌ای جهانی تلقی می‌شود (۱۴).

در فعالیت‌های پرستاری، معنویت هسته مرکزی مراقبت از بیمار محسوب می‌شود و مهارت‌های معنوی، پرستاران و دانشجویان را به‌سوی ارائه مراقبتی مؤثرتر و انسان‌دوستانه‌تر سوق می‌دهد (۱۵). ازآنجاکه پرستاران با فشار روانی و بار کاری سنگین روبه‌رو هستند، این مهارت‌ها می‌توانند به‌عنوان یک منبع حمایتی عمل کرده، توانایی مدیریت استرس، ارائه مراقبت باکیفیت و تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی را افزایش دهند و به شناسایی و پاسخ به نیازهای عاطفی و معنوی بیماران کمک کنند (۱۶). نشان داده شده است که برخورداری از مهارت معنوی، با صلاحیت مراقبت دانشجویان پرستاری (۱۷)، اعتماد به نفس (۱۸) و شادی دانشجویان پرستاری (۱۹) مرتبط است. با این حال، شواهد در این زمینه یکدست نیست: در مطالعه‌ای بر دانشجویان ترم آخر پرستاری، رابطه معناداری میان هوش اخلاقی و شایستگی دانشجویان در ارائه مراقبت معنوی مشاهده شد، اما این رابطه برای خودپنداره حرفه‌ای معنادار نبود (۲۰)؛ همچنین در دانشجویان پرستاری، سطح بالاتر معنویت به‌ویژه از طریق آرامش درونی و ایمان با کاهش استرس ادراک‌شده و ارتقای خودمراقبتی جسمی، درونی و اجتماعی مرتبط بود، هرچند بُعد خودمراقبتی درونی کمترین سطح رشد را داشت (۱۶). این ناهمسویی نشان می‌دهد رابطه مهارت‌های معنوی با متغیرهای نزدیک همچون شایستگی مراقبت معنوی، خودکارآمدی و هویت حرفه‌ای نسبتاً بیشتر بررسی شده، اما تأثیر مستقیم ارتقا مهارت‌های معنوی بر خودپنداره حرفه‌ای دانشجویان پرستاری به‌ویژه در قالب یک مطالعه مداخله‌ای کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر، برنامه درسی پرستاری در ایران عمدتاً بر ابعاد علمی و فنی متمرکز است و به توسعه مهارت‌های معنوی توجه کافی نشده است (۲۱). با توجه به این خلأ، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی ارتقای مهارت‌های معنوی بر خودپنداره حرفه‌ای دانشجویان پرستاری انجام شد.

روش

این مطالعه به‌صورت نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگری با گروه کنترل، در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بر روی ۷۰ دانشجوی ترم‌های ۵ و ۶ کارشناسی پرستاری دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان ترم‌های ۵ و ۶ کارشناسی پرستاری این دانشکده (۸۰ نفر) بود که از میان آنان، افراد واجد معیارهای ورود انتخاب شدند. نمونه‌ها به‌صورت دردسترس انتخاب و سپس

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]

با تخصیص تصادفی با شیوه قرعه‌کشی با روش تولید توالی تصادفی در دو گروه مساوی مداخله و کنترل قرار گرفتند. حجم نمونه براساس فرمول مقایسه دو میانگین به شرح زیر و با درنظر گرفتن ۱/۹۶ =Z1، ۰/۸۴ = Z2، توان آزمون ۸۰٪، سطح اطمینان ۹۵٪، S = ۵/۷۱، d = ۴، ۳۲ نفر برای هر گروه محاسبه شد که با احتساب ۱۰٪ احتمال ریزش نمونه، به ۳۵ نفر در هر گروه (مجموعاً ۷۰ نفر) افزایش یافت.

$$n = \frac{(Z_1 + Z_2)^2 \times (2S^2)}{d^2}$$

معیارهای ورود شامل اشتغال به تحصیل در ترم‌های ۵ یا ۶ پرستاری و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای عدم ورود شامل گذراندن دوره‌های معنویت‌درمانی، تحصیل همزمان در رشته روانشناسی، حوزوی یا رشته‌های علوم‌پزشکی، و داشتن سابقه کار بالینی بود. معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از یک جلسه از دوره آموزشی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، معدل) و پرسشنامه خودپنداره حرفه‌ای پرستاری بود که در سه نوبت، پیش از مداخله، بلافاصله پس از پایان مداخله، و یک ماه پس از پایان مداخله توسط هر دو گروه تکمیل شد. این پرسشنامه توسط کوین در سال ۲۰۰۱ طراحی شده و دارای ۳۶ گویه در ۶ حیطه است: خودپنداره عمومی پرستاری (سؤالات ۳، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۷)، مراقبت (۱، ۲۰، ۲۳، ۲۹، ۳۱، ۳۴)، ارتباط با همکاران (۲، ۷، ۱۵، ۲۴، ۳۰، ۳۲)، ارتباط (۹، ۱۱، ۱۳، ۲۱، ۲۶، ۳۶)، دانش (۴، ۱۰، ۱۴، ۱۹، ۲۵، ۳۵) و رهبری (۵، ۸، ۱۷، ۲۲، ۲۸، ۳۳)، و براساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (از کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره کل آن از ۳۶ تا ۲۱۶ است. نمره ۳۶ تا ۷۲ نشاندهنده خودپنداره پایین، ۷۲ تا ۱۴۴ متوسط، و بالاتر از ۱۴۴ خودپنداره بالا تلقی می‌شود (۵). جهرمی و همکاران روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه خودپنداره حرفه ای پرستاری را بررسی کردند. روایی سازه، صوری و محتوایی پرسشنامه تأیید شد. پایایی آن نیز با محاسبه ضرایب همبستگی اسپیرمن براون و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۹۷ به دست آمد (۲۲)؛ پایایی ابزار در نمونه حاضر نیز با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه و تأیید شد.

جدول-۱. محتوای برنامه آموزشی ارتقا مهارت‌های معنوی برای گروه مداخله

جلسه	هدف جلسه	محتوای آموزشی
۱	آشنایی با قوانین گروه و طرح موضوع جلسات آشنایی با مفهوم خودآگاهی	بیان اهداف و قوانین جلسات ، توضیح خودآگاهی یا شناخت خود، انسان موجودی چند بعدی، ارائه تمرین در خصوص نوشتن لیست کردن نقاط قوت و ضعف خود
۲	آشنایی با مفهوم هویت	بررسی تمرین‌های جلسه قبل و پاسخ به سوالات، توضیح هویت و ابعاد مختلف خود، ارائه تمرین در خصوص تکمیل سوالات هویتی من که هست؟ چه هدفی دارم؟ برای چه زندگی میکنم و ...
۳	آشنایی با مفهوم معنویت و خوداگاهی معنوی	بررسی تمرین‌های جلسه قبل و پاسخ به سوالات، توضیح معنویت و خودآگاهی معنوی، ارائه تمرین در خصوص لیست کردن مصادیق معنویت فردی متصل و منفصل از دین
۴	آشنایی با مفهوم انسان معنوی	بررسی تمرین‌های جلسه قبل و پاسخ به سوالات، توضیح ویژگی‌های انسان‌های معنوی، ارائه تمرین در خصوص لیست کردن راهکارهای معنوی شدن شخصی
۵	آشنایی با مفهوم معنای زندگی	بررسی تمرین‌های جلسه قبل و پاسخ به سوالات ، توضیح معنای زندگی، ارائه تمرین در خصوص لیست کردن وقایع و معنای برداشت شده از آن طی یکسال گذشته
۶	آشنایی با روش‌های پرورش دین و معنویت	بررسی تمرین‌های جلسه قبل و پاسخ به سوالات، توضیح روش‌های پرورش معنویت، ارائه تمرین در خصوص اجرای روش‌های آموخته شده طی یک هفته و تکمیل کاربرگ
۷	آشنایی با روش‌های مقابله‌ای معنوی	بررسی تمرین‌های جلسه قبل و پاسخ به سوالات، توضیح مقابله‌های معنوی (صادق بودن، خلوت با خود، آرامش درونی، همدلی، پرورش عشق الهی، دعاو نیایش شکستن عادات و انجام کارهای نو، توکل، بخشش و گذشت)، ارائه تمرین در خصوص بکارگیری روش‌های آموخته شده طی یک هفته و تکمیل کاربرگ مربوطه
۸	آشنایی با روش‌های مقابله‌ای مذهبی معنوی	بررسی تمرین‌های جلسه قبل و پاسخ به سوالات، توضیح مقابله‌های معنوی (صبر، حل مسئله، طبیعت‌گردی، حضور بیشتر در زندگی و فعالیت‌ها، تلاش برای اهداف والا و پذیرش)، ارائه کار در جلسه در خصوص اجرای روش‌های آموخته شده طی یک هفته و تکمیل کاربرگ

پس از تأیید کمیته اخلاق در پژوهش و کسب مجوز از مسئولان دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، نمونه‌گیری آغاز شد. پژوهشگر با حضور در کلاس‌های درسی ترم‌های ۵ و ۶ پرستاری، اهداف مطالعه را تشریح و از دانشجویان واجد شرایط برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آورد؛ افراد داوطلب آمادگی خود را از طریق پیامک به پژوهشگر اعلام کردند. سپس با قرعه‌کشی، افراد واجد شرایط به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. برای هماهنگی بیشتر، دو گروه مجزا

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]

در شبکه اجتماعی ایتا تشکیل شد. طی یک جلسه هماهنگی حضوری در دانشکده، تمامی نمونه‌ها فرم رضایت آگاهانه را امضا و فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه خودپنداره حرفه‌ای را به‌عنوان سنجش پیش‌آزمون تکمیل کردند.

گروه مداخله، آموزش مهارت‌های معنوی را طی ۸ جلسه یک‌ساعته، به‌صورت ترکیبی (حضوری و مجازی) و دو جلسه در هفته (شنبه‌ها و دوشنبه‌ها) دریافت کرد. محتوای آموزشی بر اساس کتاب‌کار دانشجویان ویژه آموزش مهارت‌های معنوی، مصوب وزارت علوم، طراحی شد (۲۳) (جدول ۱). سه جلسه (اول، پنجم و هشتم) به‌صورت حضوری و با روش سخنرانی تعاملی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و ارائه تکلیف در دانشکده برگزار شد؛ پنج جلسه باقیمانده به‌صورت مجازی و با همان روش، در بستر مجازی دانشکده ارائه شد. در جلسات مجازی، تکالیف به‌صورت فایل برای اعضای گروه مداخله در شبکه ایتا ارسال و ظرف یک روز پس از تکمیل، به‌صورت فایل یا عکس برای پژوهشگر بازگردانده می‌شد. گروه کنترل در طول مطالعه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و صرفاً به منظور جلوگیری از تبادل محتوای آموزشی میان دو گروه، از اعضای گروه مداخله خواسته شد محتوای دوره را با سایر همکلاسی‌های خود در میان نگذارند و رعایت این محرمانگی به عنوان بخشی از تعهد اخلاقی مشارکت در پژوهش به آنان یادآوری شد.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ (IBM Corp., Armonk, NY, USA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. متغیرهای کمی به‌صورت میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی به‌صورت فراوانی و درصد گزارش شدند. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو–ویلک و ارزیابی شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد و همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین ارزیابی گردید. به‌منظور مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک پایه‌ای میان دو گروه آزمون و کنترل، از آزمون تی مستقل برای متغیرهای کمی پیوسته و آزمون کای‌دو برای متغیرهای کیفی استفاده شد. جهت مقایسه میانگین نمرات خودپنداره حرفه‌ای و ابعاد شش‌گانه آن بین دو گروه در هر یک از مقاطع زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه)، آزمون تی مستقل به کار رفت. همچنین برای بررسی تغییرات درون‌گروهی نمرات در طول زمان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بهره گرفته شد. پیش‌فرض کروی بودن داده‌ها با آزمون کرویت ماچلی ارزیابی گردید و در صورت نقض این پیش‌فرض، از تعدیل گرین‌هاوس–گیسر استفاده شد. برای کنترل اثر نمرات پایه (پیش‌آزمون) و ارزیابی دقیق اثر مداخله، تحلیل کوواریانس نیز اجرا گردید. آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه‌های زوجی زمان‌ها اعمال شد. در تمامی محاسبات آماری، سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله بخشی از یافته‌های پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد است که پس اخذ تأییدیه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه (کد: IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.166) انجام شد. کلیه اصول اخلاقی مطابق توافقنامه هلسینکی از جمله اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و شفاهی برای ورود به مطالعه، برخورداری از اختیار برای خروج از مطالعه و رعایت اصل محرمانگی اطلاعات رعایت شده است.

نتایج

در این مطالعه، ۷۰ دانشجوی پرستاری با دامنه سنی ۲۱ تا ۲۴ سال در دو گروه مداخله و کنترل وارد تحلیل نهایی شدند. اکثریت شرکت‌کنندگان در هر دو گروه خانم و مجرد بودند. بر اساس نتایج آزمون‌های تی مستقل و کای‌اسکوئر، تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل و معدل کل) در خط پایه وجود نداشت و دو گروه از تجانس و همگنی لازم برخوردار بودند (P >۰/۰۵) (جدول ۲).

جدول-۲. توزیع فراوانی و شاخص‌های توصیفی مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر		گروه مداخله (تعداد = ۳۵) n (%)	گروه کنترل (تعداد = ۳۵) n (%)	آماره	P
جنس	آقا	۹ (۲۵/۷)	۱۰ (۲۸/۶)	$\chi2$ = ۰/۰۷۳	۰/۷۸۷
	خانم	۲۶ (۷۴/۳)	۲۵ (۷۱/۴)		
وضعیت تاهل	مجرد	۳۳ (۹۴/۳)	۳۲ (۹۱/۴)	$\chi2$ = ۰/۲۱۲	
	متاهل	۲ (۵/۷)	۳ (۸/۶)		۰/۶۴۱
سن (سال)، (mean ± SD)		۲۲/۱۵ ± ۱/۱۳	۲۲/۵۴ ± ۱۵/۶۱	t = −۱/۲۰	۰/۲۳۴
معدل (mean ± SD)		۱۷/۱۳ ± ۱/۰۶	۱۷/۰۴ ± ۱/۲۷	t = ۰/۳۳	۰/۷۵۳

داده‌ها برای متغیرهای کیفی به صورت فراوانی (درصد) و برای متغیرهای کمی پیوسته به صورت میانگین ± انحراف معیار (Mean ± SD) گزارش شده‌اند. $\chi2$: آزمون مجذور کای برای متغیر جنس و وضعیت تاهل و (test) t: آزمون تی مستقل، برای متغیر سن و معدل استفاده شده‌اند. سطح معناداری در کلیه آزمون‌ها P<۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که اثر تعاملی زمان و گروه بر نمره کل خودپنداره حرفه‌ای معنادار بود (P <۰/۰۰۱، ηp2 = ۰/۳۰۱، F = ۲۹/۳۵). همچنین در تمام زیرمقیاس‌های شش‌گانه خودپنداره حرفه‌ای (شامل خودپنداره عمومی،

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]

جدول-۳. مقایسه میانگین نمرات خودپنداره حرفه‌ای و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه

حیطه‌ها/ متغیر	مرحله ارزیابی	گروه مداخله (تعداد = ۳۵) (mean±SD)	گروه کنترل (تعداد = ۳۵) (mean±SD)	F اثر متقابل (گروه× زمان)	P	η^2p
خودپنداره عمومی	پیش‌آزمون	۱۴/۳۷ ± ۶/۱۴	۱۴/۱۸ ± ۵/۳۲	۱۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
	پس‌آزمون	۱۷/۴۶ ± ۶/۸۸	۱۴/۵۸ ± ۴/۹۶			
	پیگیری	۱۸/۴۰ ± ۶/۸۰	۱۴/۵۱ ± ۴/۶۶			
مراقبت	پیش‌آزمون	۱۴/۱۷ ± ۴/۱۴	۱۴/۲۳ ± ۳/۶۲	۱۹/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۲
	پس‌آزمون	۱۷/۱۷ ± ۴/۰۴	۱۴/۷۱ ± ۴/۶۰			
	پیگیری	۱۷/۱۰ ± ۴/۰۰	۱۴/۵۱ ± ۴/۳۰			
ارتباط بین همکاران	پیش‌آزمون	۱۱/۳۱ ± ۴/۶۹	۱۱/۸۹ ± ۴/۴۵	۱۰/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۷
	پس‌آزمون	۱۴/۷۱ ± ۴/۵۹	۱۲/۱۴ ± ۴/۱۲			
	پیگیری	۱۴/۱۱ ± ۴/۱۸	۱۲/۱۰ ± ۲/۷۴			
ارتباط	پیش‌آزمون	۱۱/۷۱ ± ۴/۳۷	۱۱/۷۴ ± ۴/۱۰	۱۲/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۴
	پس‌آزمون	۱۴/۴۳ ± ۴/۱۰	۱۱/۹۴ ± ۳/۸۶			
	پیگیری	۱۴/۲۰ ± ۵/۱۳	۱۱/۸۱ ± ۲/۷۴			
دانش	پیش‌آزمون	۱۲/۶۰ ± ۴/۱۷	۱۲/۳۰ ± ۳/۷۸	۱۷/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۰۱
	پس‌آزمون	۱۵/۶۳ ± ۳/۷۰	۱۲/۸۰ ± ۳/۵۶			
	پیگیری	۱۶/۲۰ ± ۳/۹۰	۱۲/۱۳ ± ۳/۸۲			
رهبری	پیش‌آزمون	۱۵/۳۴ ± ۵/۷۴	۱۵/۶۰ ± ۵/۴۵	۱۳/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۲
	پس‌آزمون	۱۸/۴۹ ± ۴/۸۷	۱۵/۱۷ ± ۵/۰۸			
	پیگیری	۱۸/۲۲ ± ۴/۰۱	۱۵/۹۵ ± ۵/۱۶			
نمره کل خودپنداره حرفه‌ای	پیش‌آزمون	۷۹/۵۱ ± ۲۱/۵۱	۷۹/۹۵ ± ۲۲/۳۰	۲۹/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۱
	پس‌آزمون	۹۷/۸۹ ± ۱۹/۰۶	۸۱/۹۰ ± ۲۱/۵۱			
	پیگیری	۹۸/۸۳ ± ۳۳/۹۳	۸۱/۶۸ ± ۲۰/۶۳			

داده‌ها بر اساس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر گزارش شده‌اند. پیش‌فرض کروی بودن داده‌ها با آزمون موچلی ارزیابی شد و در صورت تخطی، اصلاح گرین‌هاوس-گایزر اعمال گردید. $\eta p2$: اندازه اثر مجذور اتای تفکیکی

جدول-۵. مقایسه‌های جفتی درون‌گروهی نمرات خودپنداره حرفه‌ای در طول زمان با تعدیل بونفرونی

متغیر/ زیرمقیاس	گروه	مقایسه زمان‌ها	تفاوت میانگین (MD)	خطای استاندارد (SE)	فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI)	P تعدیل شده
خودپنداره عمومی	مداخله	پیش آزمون ← پس آزمون	۳/۰۹	۰/۵۷	[۴/۵۴ و ۱/۶۴]	<۰/۰۰۱
		پیش آزمون ← پیگیری	۴/۰۳	۰/۶۱	[۵/۵۶ و ۲/۵۰]	<۰/۰۰۱
		پس آزمون ← پیگیری	۰/۹۴	۰/۴۲	[۱/۹۹ و ۰/۱۱-]	۰/۰۸۲
	کنترل	پیش آزمون ← پس آزمون	۰/۴۰	۰/۴۹	[۱/۶۳ و ۰/۸۳-]	۰/۸۱۴
		پیش آزمون ← پیگیری	۰/۳۳	۰/۵۲	[۱/۶۴ و ۰/۹۸-]	۱/۰۰۰
		پس آزمون ← پیگیری	۰/۰۷-	۰/۳۸	[۰/۸۸ و ۱/۰۲-]	۱/۰۰۰
مراقبت	مداخله	پیش آزمون ← پس آزمون	۳/۰۰	۰/۴۸	[۴/۲۰ و ۱/۸۰]	<۰/۰۰۱
		پیش آزمون ← پیگیری	۲/۹۳	۰/۵۱	[۴/۲۱ و ۱/۶۵]	<۰/۰۰۱
		پس آزمون ← پیگیری	۰/۰۷-	۰/۳۳	[۰/۷۶ و ۰/۹۰-]	۱/۰۰۰
	کنترل	پیش آزمون ← پس آزمون	۰/۴۸	۰/۴۲	[۱/۵۳ و ۰/۵۷-]	۰/۷۸۱
		پیش آزمون ← پیگیری	۰/۲۸	۰/۴۶	[۱/۴۳ و ۰/۸۷-]	۱/۰۰۰
		پس آزمون ← پیگیری	۰/۲۰-	۰/۳۶	[۰/۷۰۴ و ۱/۱۰-]	۱/۰۰۰
ارتباط بین همکاران	مداخله	پیش آزمون ← پس آزمون	۳/۴۰	۰/۵۴	[۴/۷۵ و ۲/۰۵]	<۰/۰۰۱
		پیش آزمون ← پیگیری	۲/۸۰	۰/۵۰	[۴/۰۵۴ و ۱/۵۵]	<۰/۰۰۱
		پس آزمون ← پیگیری	۰/۶۰-	۰/۳۵	[۵۲۸۰ و ۱/۴۸-]	۰/۲۶۴
	کنترل	پیش آزمون ← پس آزمون	۰/۲۵	۰/۴۱	[۱/۲۸ و ۰/۷۸-]	۱/۰۰۰
		پیش آزمون ← پیگیری	۰/۲۱	۰/۴۳	[۱/۲۹ و ۰/۷۸-]	۱/۰۰۰

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]

		پس آزمون ← پیگیری	-۰/۰۴	۰/۳۱	[-۰/۸۲ و ۰/۷۴]	۱/۰۰۰
ارتباط	مداخله	پیش آزمون ← پس آزمون	۲/۷۲	۰/۴۹	[۱/۴۹ و ۳/۹۵]	<۰/۰۰۱
		پیش آزمون ← پیگیری	۲/۴۹	۰/۴۷	[۱/۳۱ و ۳/۶۷]	<۰/۰۰۱
		پس آزمون ← پیگیری	-۰/۲۳	۰/۳۲	[-۱/۰۳ و ۰/۵۷]	۱/۰۰۰
	کنترل	پیش آزمون ← پس آزمون	۰/۲۰	۰/۴۵	[-۰/۹۳ و ۱/۳۳]	۱/۰۰۰
		پیش آزمون ← پیگیری	۲/۰۷	۰/۵۲	[۰/۷۶ و ۳/۳۸]	۰/۰۰۲
		پس آزمون ← پیگیری	۱/۸۷	۰/۴۸	[۰/۶۶ و ۳/۰۸]	۰/۰۰۱
دانش	مداخله	پیش آزمون ← پس آزمون	۳/۰۳	۰/۴۶	[۱/۸۸ و ۴/۱۸]	<۰/۰۰۱
		پیش آزمون ← پیگیری	۲/۶۰	۰/۴۸	[۱/۴۰ و ۳/۸۰]	<۰/۰۰۱
		پس آزمون ← پیگیری	-۰/۴۳	۰/۳۰	[-۱/۱۸ و ۰/۳۲]	۰/۴۸۳
	کنترل	پیش آزمون ← پس آزمون	۰/۵۰	۰/۴۱	[-۰/۵۳ و ۱/۵۳]	۰/۶۸۹
		پیش آزمون ← پیگیری	-۰/۱۷	۰/۴۵	[-۱/۳۰ و ۰/۹۶]	۱/۰۰۰
		پس آزمون ← پیگیری	-۰/۶۷	۰/۳۸	[-۱/۶۲ و ۰/۲۸]	۰/۲۴۶
رهبری	مداخله	پیش آزمون ← پس آزمون	۳/۱۵	۰/۵۸	[۱/۷۰ و ۴/۶۰]	<۰/۰۰۱
		پیش آزمون ← پیگیری	۲/۸۸	۰/۵۲	[۱/۵۸ و ۴/۱۸]	<۰/۰۰۱
		پس آزمون ← پیگیری	-۰/۲۷	۰/۳۷	[-۱/۲۰ و ۰/۶۶]	۱/۰۰۰
	کنترل	پیش آزمون ← پس آزمون	-۰/۴۳	۰/۵۱	[-۱/۷۱ و ۰/۸۵]	۱/۰۰۰
		پیش آزمون ← پیگیری	۰/۳۵	۰/۵۴	[-۱/۰۰ و ۱/۷۰]	۱/۰۰۰
		پس آزمون ← پیگیری	۰/۷۸	۰/۴۴	[-۰/۳۲ و ۱/۸۸]	۰/۲۴۱
نمره کل خودپنداره حرفه‌ای	مداخله	پیش آزمون ← پس آزمون	۱۸/۳۸	۲/۴۱	[۲۴/۴۲ و ۱۲/۳۴]	<۰/۰۰۱
		پیش آزمون ← پیگیری	۱۵/۷۳	۲/۵۵	[۲۲/۱۲ و ۹/۳۴]	<۰/۰۰۱
		پس آزمون ← پیگیری	-۲/۶۵	۱/۶۲	[-۶/۷۱ و ۱/۴۱]	۰/۳۲۴
	کنترل	پیش آزمون ← پس آزمون	۱/۹۵	۲/۱۰	[-۳/۳۱ و ۱/۲۱]	۱/۰۰۰
		پیش آزمون ← پیگیری	-۱/۲۷	۲/۲۵	[-۶/۹۱ و ۴/۳۷]	۱/۰۰۰
		پس آزمون ← پیگیری	-۳/۲۲	۱/۷۵	[-۷/۶۰ و ۱/۱۶]	۰/۲۱۱

تفاوت میانگین‌ها (MD) بر مبنای برآورد میانگین‌های حاشیه‌ای تخمین‌زده شده است. تمامی مقادیر P با روش تعدیل بونفرونی برای مقایسه‌های چندگانه اصلاح شده‌اند. CI: فاصله اطمینان در حدود ۹۵٪ محاسبه شده است.

مراقبت، ارتباط بین همکاران، ارتباط، دانش و رهبری) این اثر از لحاظ آماری معنادار گزارش شد (P <۰/۰۰۱) (جدول ۳).

بررسی مقایسه‌های جفتی درون‌گروهی با تعدیل بونفرونی نشان داد که در گروه مداخله، نمره کل خودپنداره حرفه‌ای در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافته است (P <۰/۰۰۱). با این حال، تفاوت میانگین نمرات بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله از نظر آماری معنادار نبود (P = ۰/۳۲۴) که حاکی از پایداری و ماندگاری اثر مداخله آموزشی مهارت‌های معنوی در طول زمان است. در مقابل، در گروه کنترل هیچ‌گونه تغییر معناداری در نمره کل و اکثر ابعاد در طول زمان مشاهده نشد (P >۰/۰۵) (جدول ۴).

بحث

هدف از مطالعه حاضر، تعیین تأثیر برنامه آموزشی ارتقای مهارت‌های معنوی بر خودپنداره حرفه‌ای و ابعاد شش‌گانه آن شامل خودپنداره عمومی، مراقبت، ارتباط بین همکاران، ارتباط، دانش و رهبری در دانشجویان پرستاری بود. یافته‌ها نشان داد که اجرای این برنامه آموزشی به شکل معنادار و با اندازه اثر بالا موجب ارتقای نمره کل خودپنداره حرفه‌ای و تمامی زیرمقیاس‌های آن در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است. علاوه بر این، ارزیابی مرحله پیگیری یک‌ماهه حاکی از پایداری و ثبات این دستاوردها در طول زمان بود که بیانگر درونی‌سازی مفاهیم و فراتر رفتن مداخله از یک اثر القایی کوتاه‌مدت است.

نتایج مطالعه حاضر با شواهد مروری نظام‌مند و متاآنالیز شریف‌نیا و همکاران (۲۰۲۲) همسو است؛ آن‌ها نشان دادند که مداخلات آموزشی مبتنی بر مهارت‌های معنوی می‌تواند به شکلی معنادار و با پایداری زمانی منجر به بهبود شایستگی مراقبت معنوی، ارتقای مهارت‌های ارتباطی و کاهش استرس کلی در پرستاران و دانشجویان پرستاری شود (۲۴). همچنین، حجت و بدیع‌پیمای جهرمی (۲۰۲۱) (۲۵) و رایان و همکاران (۲۰۲۴) (۲۶) در پژوهش‌های خود نشان دادند که مؤلفه‌های معنویت همبستگی مستقیم و قوی با خودپنداره حرفه‌ای پرستاران دارند و به عنوان سازه‌های زیربنایی در جهت‌گیری مثبت فرد نسبت به نقش‌های بالینی عمل می‌کنند. در سطح نظری، این نتایج با نظریه مراقبت انسانی واتسون قابل تبیین است؛ بر اساس این الگو، معنویت هسته مرکزی مراقبت کل‌نگر است و هنگامی که مهارت‌های مراقبت معنوی در دانشجو درونی می‌شود، درک وی از رسالت حرفه‌ای از یک مجری پروتکل‌های درمانی صرف به یک تسهیل‌کننده فرایند شفا ارتقا می‌یابد (۲۷).

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]

در بررسی تفکیکی ابعاد خودپنداره حرفه‌ای، ارتقای بارز در خرده‌مقیاس‌های «ارتباط» و «روابط با همکاران» بازتابی از بعد بین‌فردی آموزش مهارت‌های معنوی است. پرورش مهارت‌هایی چون گوش دادن فعال و رزونانس عاطفی، تعاملات دانشجو با بیماران، همتایان و مربیان بالینی را بهبود می‌بخشد. این یافته با گزارش ریاحی و همکاران مبنی بر بهبود معنادار صلاحیت‌های ارتباطی و بالینی در پی آموزش‌های معنوی مطابقت دارد (۲۸). درک موفقیت‌آمیز نیازهای عاطفی و وجودی بیمار توسط دانشجو، خودکارآمدی ارتباطی او را تقویت کرده و از اضطراب مواجهه با محیط‌های پیچیده بالینی می‌کاهد.

از سوی دیگر، بهبود معنادار در ابعاد «انعطاف‌پذیری»، «شایستگی» و «رضایت» گویای نقش مهارت‌های معنوی در افزایش تاب‌آوری روانی دانشجویان است. کارآموزی‌های بالینی همواره با موقعیت‌های تنش‌زا، بار کاری بالا و تعارض‌های اخلاقی همراه است. مهارت‌های معنوی با ارائه راهبردهای مقابله‌ای درون‌زاد، به دانشجویان کمک می‌کنند تا عوامل استرس‌زا را بازتفسیر کرده، در بطن شرایط سخت بالینی معنا بیابند و تعادل هیجانی خود را حفظ نمایند. همان‌گونه که رمضانی و همکاران در مطالعه خود مطرح کرده‌اند، مراقبت معنوی زمینه‌ساز سازگاری استعلایی و هماهنگی درونی می‌گردد (۲۹)؛ در نتیجه، دانشجویان در برابر تغییرات محیط بالینی سازگارتر شده و رضایت عمیق‌تری از انتخاب حرفه خود احساس می‌کنند. پایداری این اثرات در پیگیری یک‌ماهه نیز حاکی از درونی‌سازی الگوهای بازاندیشانه و تداوم کاربست آن‌ها در فرآیند مراقبت بالینی است و اثر مداخله را فراتر از یک تغییر مقطعی نشان می‌دهد.

در تبیین عمیق‌تر روان‌شناختی و شناختی این یافته‌ها، می‌توان به فرآیند «ارزیابی شناختی» و نظریه «مقابله معنامحور» اشاره کرد. دانشجویان کارشناسی پرستاری هنگام ورود به محیط‌های بالینی واقعی، مکرراً با رنج و درد بیماران، تعارضات بین‌فردی و شوک واقعیت روبه‌رو می‌شوند؛ امری که ارزیابی اولیه آنان از موقعیت را به سمت تهدید و ارزیابی ثانویه را به سمت ناکارآمدی سوق داده و موجب تزلزل در خودپنداره حرفه‌ای می‌گردد. آموزش ساختاریافته مهارت‌های معنوی با تقویت تمرین‌های ذهن‌آگاهی، بازتفسیر مثبت موقعیت‌ها و تقویت حس هدفمندی زیسته، دانشجویان را از مکانیسم‌های دفاعی اجتنابی به سمت مقابله‌های مسئله‌محور و معنامحور هدایت می‌کند. این تغییر پارادایم درونی، حس تسلط شخصی و کنترل درونی را ارتقا داده و با خنثی‌سازی فرسودگی ناشی از اضطراب بالینی، احساس کفایت، اعتمادبه‌نفس و تعلق حرفه‌ای دانشجو را در مواجهه با چالش‌های بالین بازسازی و تثبیت می‌نماید.

مطالعه حاضر با نقاط قوتی نظیر بهره‌گیری از طرح نیمه‌تجربی همراه با گروه کنترل، پیگیری زمانی برای ارزیابی ثبات اثرات مداخله و استفاده از پرسشنامه معتبر خودپنداره حرفه‌ای پرستاری کوین همراه بوده است. با این وجود، تفسیر نتایج باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های مطالعه صورت پذیرد؛ از جمله اینکه پژوهش در یک دانشکده پرستاری انجام شد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر مراکز با الگوهای آموزشی متفاوت را با محدودیت مواجه می‌سازد. علاوه بر این، تکیه بر ابزار خودگزارش‌دهی احتمال سوگیری مطلوبیت اجتماعی را به همراه دارد و با وجود زمان‌بندی مجزای مداخله، به دلیل حضور دانشجویان در محیط‌های آموزشی و بیمارستانی مشترک، حذف کامل احتمال تبادل اطلاعات و سوگیری سرایت امکان‌پذیر نبود. انجام کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی شده چندمرکزی با پیگیری‌های طولانی‌تر و ارزیابی‌های مبتنی بر عملکرد عینی در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.

یافته‌های این پژوهش حامل پیام‌های کاربردی برای آموزش و مدیریت خدمات بالینی پرستاری است. از منظر پداگوژیک، پیشنهاد می‌شود که طراحان کوریکولوم و مدرسان پرستاری، سرفصل‌های مرتبط با مهارت‌های معنوی را نه صرفاً به‌صورت مباحث نظری اختیاری، بلکه در قالب کارگاه‌های تجربی، شبیه‌سازی‌های بالینی و جلسات بازاندیشی گروهی در برنامه درسی رسمی ادغام نمایند. این رویکرد به دانشجویان کمک می‌کند تا با تجهیز به سپرهای روانی- معنوی، دوره گذار از محیط آکادمیک به بالین را با کمترین شوک نقشی سپری کرده و هویت حرفه‌ای بالنده‌تری را تجربه کنند.

در راستای بسط شواهد تجربی این حوزه، به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌گردد کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی‌شده چندمرکزی با بازه‌های پیگیری طولانی‌مدت‌تر به‌ویژه پس از فارغ‌التحصیلی و ورود به عرصه بالین طراحی نمایند تا پایداری و ثبات بلندمدت این دستاوردها سنجیده شود. همچنین، بهره‌گیری از روش‌های ترکیبی (آمیخته) و ابزارهای سنجش عینی عملکرد نظیر آزمون‌های ساختاریافته عینی در کنار پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی، و مقایسه متدهای نوین آموزشی نظیر شبیه‌سازی با واقعیت مجازی، می‌تواند ابعاد ناگفته و عینی‌تری از فرآیند انتقال مهارت‌های معنوی به بالین را آشکار سازد.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این مطالعه، ارتقا مهارت‌های معنوی بر خودپنداره حرفه‌ای دانشجویان پرستاری در حیطه‌های دانش، ارتباط، مراقبت و رهبری تحت تاثیر برنامه آموزش‌های مهارت معنوی که مشتمل بر خوداگاهی، حل مساله، پرداختن به مسائل مذهبی و توجه به ارتباط موثر و هویت بخشی به خود و دیگران بود ارتقا یافت. این یافته‌ها می‌تواند برای مدرسان پرستاری در راستای تقویت مهارت های معنوی دانشجویان به منظور ارتقای خودپنداره آنان مفید باشد. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های بعدی برنامه درسی پرستاری کشور، به مولفه معنویت توجه بیشتری شده و با گنجاندن آن به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان در دروس

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]

مختلف و نیز به عنوان یک درس جداگانه مراقبت معنوی، دستیابی به برایندهای مورد انتظار از تربیت نیروی انسانی کارامد پرستاری تسهیل گردد.

تشکر و قدردانی: از همکاری مسئولین دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و دانشجویان محترم پرستاری شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌گردد.

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

منابع

1. Sumpter D, Blodgett N, Beard K, Howard V. Transforming nursing education in response to the future of nursing 2020–2030 report. Nursing Outlook. 2022;70(6):S20-31.
2. Şahbaz M, Denat Y, Tuğrul E. The effect of learning by teaching in nursing skills education on the learner's knowledge and skill levels: a quasi-experimental study. BMC Nursing. 2025;24(1): 1305.
3. Wu C, Palmer MH, Sha K. Professional identity and its influencing factors of first-year post-associate degree baccalaureate nursing students: A cross-sectional study. Nurse Education Today. 2020;84:104227.
4. Joudyian N, Pour Naghiazar F, Azami-Aghdash S, Mosavi A. Identification and comparison of factors affecting the quality of clinical education from the perspective of medical and dental students of Tabriz University of Medical Sciences in 2020. Educational Development of Judishapur. 2021;12(3):811-7.
5. Cowin L. Measuring nurses' self-concept. Western Journal of Nursing Research. 2001;23(3): 313-25.
6. Xu Y, Liang Y, Ye H, Xu Y. Literature review of the research on nursing students' professional self-concept. Medical Education Online. 2023;28(1): 2153396.
7. Woods-Giscombe CL. An innovative program to promote health promotion, quality of life, and wellness for School of Nursing faculty, staff, and students: Facilitators, barriers, and opportunities for broad system-level and cultural change. Archives of Psychiatric Nursing. 2021;35(2):185-8.
8. Barry A, Parvan K, Jabbarzadeh TF, Sarbakhsh P, Safa B. Is professional self-concept associated with stress among nursing students in clinical setting: A descriptive correlational research. Crescent Journal of Medical and Biological Sciences. 2019:191-5.
9. Juanamasta IG, Aungsuroch Y, Preechawong S, Gunawan J. Factors related to professional self-concept of nursing students and nurses: a systematic review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2023;28(6):642.
10. Salameh B, Malak MZ, Obiedate KM, Bani-Hani M. Relationship between professional identity, professional self-concept, and academic burnout among palestinian fourth-year nursing students. International Journal of Educational Research. 2025;133:102743.
11. Li G, Hu J. The Impact of Spiritual Leadership on Employee Resilience: A Self-Concept Theory Perspective. Human Resource Management Journal. 2025;35(4):924-41.
12. Isnawati IA, Nambiar N, Said FM. Self Awareness, Self Concept and Spiritual Intelligence Among Nursing Students: The Mediating Role of Spiritual Well-being. Age. Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences. 2025;21 (SUPP3):131-5.
13. Ghaempanah Z, Shamsaee M, Baratian R. Common Concepts in Spiritual Skills: A Review Study. Cultural Psychology. 2022;6(1):24-45.
14. Cook CC, Powell A, editors. Spirituality and psychiatry. Cambridge University Press; 2022.
15. Veloza-Gómez M, Muñoz de Rodríguez L, Guevara-Armenta C, Mesa-Rodríguez S. The importance of spiritual care in nursing practice. Journal of Holistic Nursing. 2017;35(2):118-31.
16. Fernández-Pascual MD, Reig-Ferrer A, Santos-Ruiz AM, Martínez-Rodríguez L. Spirituality in managing perceived stress and promoting self-care: A descriptive study on nursing students in Spain. Journal of Religion and Health. 2025;64(2):882-98.
17. Ahmadi M, Izadi A, Poormansouri S, Sedighie L, Estebsari F, Zarea K. Relationship between nursing students' professional competence in spiritual care and spiritual intelligence. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2018; 25(5):189-99.
18. Khadivi A, Adib Y, Farahangpour F. Relationship of spiritual intelligence and self-esteem with students'educational improvement. European Journal of Experimental Biology. 2012;2(6):2408-14.
19. Hasandost F, Haj Hashemkhani MA, Alizadeh A, Momeni M, Norozi N, Yousefi F, et al. The relationship between spiritual intelligence & happiness in nursing students in 2015. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2016; 24(4):264-71.
20. Eskandari N, Golaghaie F, Aghabarary M, Dinmohammadi M, Koohestani H, Didehdar M, et al. Explaining the relationship between moral intelligence and professional self-concept with the competency of nursing students in providing spiritual care to promote nursing education. Journal of Education and Health Promotion. 2019;8:230.
21. Heidari M, AhmariTehran H, Heidari A. The necessity of addressing spiritual health in medical education curricula. Journal of Spiritual Health. 2024;3(2):356-64.
22. Badiyepeymaye Jahromi Z, Keshavarzi S,

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]

Jahanbin I. Determination of the reliability and validity of the Persian version of nurses' self-concept questionnaire (NSCQ). Journal of Nursing Education. 2014;2(4):63-71.
23. Nouri R. Teaching Spiritual Skills: Student Workbook. Tehran: Tehran University Counseling Center. 2013.
24. Sharifnia AM, Fernandez R, Green H, Alananzeh I. The effectiveness of spiritual intelligence educational interventions for nurses and nursing students: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education in Practice. 2022;63:103380.
25. Hojat M, Badiyepeymaiejahromi Z. Relationship between spiritual intelligence and professional self-concept among Iranian nurses. Investigacion y educacion en enfermeria. 2021;39(3):e12.
26. Rayan A, Al-Ghabeesh S, Baqeas MH, Alenezi I, Fawaz M, El Masri M. The Mediating Role of Spiritual Intelligence in the Relationships Among Well-Being, Professional Self-Concept and Empathy Among Nurses. Nursing Open. 2026; 13(5):e70613.
27. Watson J. Unitary caring science: Philosophy and praxis of nursing. University press of Colorado; 2018.
28. Riahi S, Goudarzi F, Hasanvand S, Abdollahzadeh H, Ebrahimzadeh F, Dadvari Z. Assessing the effect of spiritual intelligence training on spiritual care competency in critical care nurses. Journal of Medicine and Life. 2018;11(4):346.
29. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. International Nursing Review. 2014;61(2): 211-9.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.5.2.935]