

بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی جهرم نسبت به سلامت معنوی در سال ۱۳۹۱

نویسندگان:

سید اسماعیل مناقب^{۱*}، فروزان رحیم پور^۲

۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
 ۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 5, Number 1, Spring 2016

چکیده:

مقدمه: سلامت معنوی یک از مهمترین ابعاد چهارگانه تعریف سلامتی می باشد. یافته ها نشان می دهد اعتقادات معنوی سبب تسهیل مواجهه بیماران با اثرات منفی بیماری می شود، این مطالعه به منظور بررسی دیدگاه بیماران نسبت به سلامت معنوی در شهرستان جهرم طراحی شد.

روش کار: این یک پژوهش مقطعی- تحلیلی بود که بر روی ۳۲۱ نفر از بیماران بستری در بخش های داخلی و جراحی بیمارستانهای شهرستان جهرم که بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند، در سال ۱۳۹۱ انجام شد. پرسشنامه ای حاوی ۱۰ سوال که روایی آن توسط چهار نفر از کارشناسان بصورت روایی صوری تأیید شد و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰.۸۷٪ محاسبه گردید، پرسشنامه ها توسط بیماران تکمیل گردید و اطلاعات حاصل از آن با نرم افزار spss16 در سطح آمار توصیفی و با استفاده از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شد، بر اساس میانگین نمره دیدگاه بیماران، نمره ۳۰ و یا کمتر به عنوان دیدگاه منفی و بیشتر از ۳۰ به عنوان دیدگاه مثبت تلقی گردید.

یافته ها: میانگین نمره بیماران از ۳۶.۵ ± ۴.۷ در افراد بیسواد تا ۳۷.۶ ± ۵.۲ در افراد لیسانس متفاوت بود. میانگین نمره دیدگاه بیماران نسبت به سلامت معنوی با جنس و نوع بیماری ارتباط وجود دارد (p=۰/۰۰۰). بین دیدگاه بیمار به سلامت معنوی با بخش بستری ارتباط معنادار وجود نداشت (p=۰/۰۹). همچنین با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط بین دیدگاه بیماران با سطح تحصیلات مشاهده شد (p=۰/۰۰۰).

نتیجه گیری: نتایج تحقیق حاضر نشان داد که دیدگاه بیماران نسبت به سلامت معنوی دیدگاهی مثبت بوده و به عقیده بیماران معنویات تاثیر مثبتی بر درمان و سیر بهبود بیمار دارد. بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، باور معنوی، باورهای مذهبی، سلامتی

J Educ Ethics Nurs 2016;5(1):19-26

مقدمه:

دارد و به طور اولیه یک روند پویا، شخصی و تجربی است [۵و۶]. معنویت، کیفیتی فراتر از وابستگی مذهبی است و این حالت معنویت حتی در کسانی که به هیچ خدایی اعتقاد ندارند می تواند وجود داشته باشد [۷]. به همین ترتیب مراقبت مذهبی با مراقبت معنوی نیز متفاوت است. مراقبت معنوی به سؤالات انسانی بنیادی و اساسی، نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ، پاسخ می دهد [۸]. سلامت معنوی نیز مفهوم وسیعی است و تعریف آن وابسته به شرایط گوناگون فرهنگی و اجتماعی است [۹]. سلامت معنوی، تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: الف- چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی

حدود سه دهه است که سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی تعریف شده است [۱]. و بسیاری از دولت ها متعهد شده اند که به نیازهای معنوی مردم توجه کنند [۲]. «سلامت» از نظر سازمان جهانی بهداشت، صحت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی و معنوی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی تعریف می شود [۳].

متاسفانه هنوز در تعریف سلامت معنوی چالش ها و اختلاف نظرهایی وجود دارد [۴]. مذهبی بودن به درجه شرکت یا میزان پذیرش باورها و اعمال یک مذهب سازمان یافته، اطلاق می شود. در حالی که «معنویت» (Spirituality) مفهومی وسیع تر از مذهب

نویسنده مسئول، نشانی: جهرم، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، گروه پزشکی اجتماعی

پست الکترونیک: managhebs@sums.ac.ir

تلفن تماس: ۰۷۱-۵۴۳۴۰۳۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۷

باعث افزایش سرعت بهبودی فرد می‌شود [۲۱]. یکی از جنبه‌های مهم سلامت معنوی بیماران، توجه و تأمین این مهم از طرف پزشکان و پرستاران و از طرف دیگر نیاز بیماران به آن می‌باشد. در واقع میزان نیازمندی و توجه و اهمیت به این مقوله از طرف بیماران، می‌تواند لزوم توجه بیشتر به آن و سعی در تأمین آن از طرف پزشکان و پرستاران را مشخص نماید [۲۱]. در مداخلات پزشکی و پرستاری بیشتر توجه، معطوف به حیطه سلامت جسمی است و از همین رو جای توجه به ابعاد معنوی درمان در این مداخلات خالی احساس می‌شود [۲۰]. در حال حاضر متأسفانه در بخش‌های درمانی توجه به مراقبت‌های مذهبی بیمار مورد غفلت قرار گرفته است؛ از طرفی تحقیقات جامع و کاملی در رابطه با مراقبت‌های مذهبی، نیازهای مراقبت مذهبی و علل و عوامل مؤثر در اجرای آن‌ها در ایران صورت نگرفته است؛ همچنین اطلاعات اولیه جهت انجام پژوهش‌های گسترده وجود ندارد [۲۱]. با توجه به این که ما در کشوری زندگی می‌کنیم که پایبندی به احکام شرعی و ارزش‌های دینی را بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی و حتی لحظات مرگ می‌دانیم، بنابراین رعایت اصول مذهبی و ایجاد امکانات لازم جهت اعمال مذهبی و برطرف ساختن نیازهای مذهبی و معنوی بیماران امری لازم و ضروری است. لذا جهت مراقبت مذهبی و رفع نیازهای دینی و مذهبی بیماران اولین قدم تعیین نیازهای مذهبی بیماران می‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی دیدگاه بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی جهرم نسبت به سلامت معنوی انجام شد.

روش کار:

این یک پژوهش مقطعی-تحلیلی بود که برای بررسی دیدگاه بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های پیمانیه و مطهری شهرستان جهرم نسبت به سلامت معنوی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جمعیت آماری در این پژوهش، بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های پیمانیه و مطهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم بود. حجم نمونه به روش سرشماری ۳۲۱ نفر تعیین گردید و نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. معیار ورود، بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های پیمانیه و مطهری، سن بالای ۲۰ سال، بدحال نبودن، عدم مصرف داروهای روان گردان، عدم ابتلاء به اختلالات روانی و اختلالات هوشیاری بود. پرسشنامه‌ای روا و پایا که روایی آن توسط ۴ تن از اساتید بخش اخلاق پزشکی بصورت روایی محتوی تأیید شد و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰.۸۷٪ تعیین گردید، توسط پرسشگر بصورت حضوری تحویل بیماران می‌شد. حد یا مزن بودن بیماری توسط

در زندگی معنوی شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است و ب- چشم انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است [۱۰]. می‌توان شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمرات معنوی را به عنوان چهار مؤلفه اصلی تشکیل دهنده سلامت معنوی دانست [۱۱]. همانگونه که در قرآن کریم آمده است، ایمان به خدا باعث می‌شود که فرد متکی بر موجودی شود که علم، قدرت و خیر خواهی بی‌نهایت دارد، و لذا ترس و دلهره و اضطراب و تزلزل در فرد ایجاد نمی‌شود و احساس بی‌نیازی و آرامش به او دست می‌دهد. «هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ...» (خدا) کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد... «فتح/۴ [۱۲]. اعتقاد به مقدرات الهی از مراتب بالای ایمان بوده و برآن تأکید شده است، چرا که این اعتقاد سازگاری فرد را با تبعات یک حادثه آسان تر خواهد کرد. «قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا...» بگو هیچ حادثه‌ای برای ما رخ نمی‌دهد، مگر آنچه خداوند برای ما نوشته و مقرر داشته است؛ او مولا (و سرپرست) ماست... توبه/۵۱ [۱۳]. یکی از اموری که به انسان آرامش می‌بخشد یاد خداست، «... أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ...» آگاه باشید، تنها با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد. رعد/۲۸ [۱۴]. در مقابل، دوری از یاد خدا، زندگی را دشوار می‌سازد، «وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا...» هر کس از یاد من روی گرداند، زندگی (سخت و) تنگی خواهد داشت... طه/۱۲۴ [۱۵].

بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود به طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند [۱۶]. بیماری‌های ناتوان کننده و مزمن، فرد را با سوالاتی درباره معنا و هدف در زندگی مواجه می‌کنند [۱۰]؛ و بستری شدن در بیمارستان ممکن است احساس تنهایی را به فرد القا کند و در یک کلام می‌توان گفت که در فرد بحران معنوی (Spiritual crisis) پدیدار می‌شود [۱۷].

یافته‌ها نشان می‌دهد اعتقادات معنوی مثبت سبب تسهیل مواجهه بیماران با اثرات روانی منفی بیماری مزمن شده و از سوی دیگر داشتن اعتقادات معنوی منفی می‌تواند باعث ایجاد واکنش انفعالی در بیماران می‌شود و پیوستگی بیماران به رژیم درمانی را کاهش داده و منجر به افت سطح سلامتی بیماران می‌گردد [۱۸]. روشن شده است که معنویت توانایی مقابله بیمار را با وقوع یک بیماری بالا برده و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد [۱۹]. نیومن بیماری را یک شوک می‌داند که معنویت نقش مهمی برای برگشت به حالت اولیه و تعادل سلامتی بازی می‌کند [۲۰]. انجام اعمال مذهبی مثل نماز خواندن و دعا کردن، یک مکانیسم سازگار شایع است که احساس لیاقت و امید را افزایش می‌دهد. به طور کلی انجام احکام دینی، منبعی قدرت بخش برای بیماران است که

یافته ها:

از ۳۲۱ بیمار شرکت کننده در مطالعه ۱۰۰٪ افراد، مسلمان و شیعه بودند. ۲۱۸ نفر (۶۸٪) مرد و ۱۰۳ نفر (۳۲٪) زن بودند. میانگین سن ۳۷ سال، با حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۶۸ سال بود. ۱۵۱ نفر (۴۷٪) از بیماران در بخش داخلی و ۱۷۰ نفر (۵۳٪) در بخش جراحی بستری بوده اند. ۲۳۶ نفر (۷۴٪) دارای بیماری حاد و ۸۵ نفر (۲۶٪) دارای بیماری مزمن بوده اند. فراوانی بیماران بر حسب سطح تحصیلات در جدول ۱ آمده است.

پاسخ به سؤالات پرسشنامه به صورت درصد و فراوانی در قالب طیف لیکرت در جدول ۲ آمده است. که برای سهولت موارد موافق و کاملاً موافق با هم و موارد مخالف و کاملاً مخالف نیز با هم در یک ستون جمع شده اند.

آزمون تی نشان داد که بین میانگین نمره دیدگاه بیمار نسبت به سلامت معنوی با جنس و نوع بیماری ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($p=0/000$). ولی بین دیدگاه بیمار به سلامت معنوی با بخش محل بستری ارتباط معنادار وجود ندارد ($p=0/09$). همچنین با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بین دیدگاه بیماران با سطح تحصیلات ارتباط معنادار آماری مشاهده شد ($p=0/000$)، اما تغییرات نمره دیدگاه بیماران با افزایش سطح تحصیلات ارتباط خطی ندارد. بدین صورت که میانگین نمره دیدگاه در افراد فوق دیپلم، بیسواد، لیسانس، زیر دیپلم و دیپلم به ترتیب افزایش یافته است. این اطلاعات در جدول ۳ آمده است.

بعد از محاسبه کلی، میانگین نمره کلی دیدگاه بیماران نسبت به سلامت معنوی $48,5 \pm 5,74$ به دست آمد، حداقل نمره ۱۸ و حداکثر نمره ۴۸,۵ محاسبه شد. با توجه به اینکه این نمره بزرگتر از ۳۰ می باشد، دیدگاه بیماران نسبت به سلامت معنوی مثبت ارزیابی می شود.

پزشک معالج تشخیص داده شده و توسط پرسشگر علامت گذاری می گردید. سپس از بیماران تقاضا می شد که با دقت و صحت به پرسشها پاسخ دهند و پس از تکمیل، پرسشنامه ها از آنها تحویل گرفته می شد. در مورد بیماران بیسواد سؤالات پرسشنامه برای آنها خوانده می شد و پاسخ آنها عیناً و بدون دخل و تصرف ثبت می گردید.

پرسشنامه ها فاقد نام بودند و پس از مقدمه ای که ضمن توضیح مطالعه برای بیماران از آنها تقاضا شده با دقت به پرسشها پاسخ دهند، شامل ۲ بخش بود: یک بخش حاوی اطلاعات دموگرافیک: سن و جنس، بخش بستری، نوع بیماری (حاد یا مزمن که توسط پزشک معالج تعیین می گردید)، دین و مذهب. بخش دیگر حاوی ۱۰ سوال اختصاصی بررسی دیدگاه بود، که بصورت لیکرت ۵ گزینه ای (کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف)، طراحی شد که از ۱ تا ۵ نمره گرفتند. نمره بندی پاسخ ها به این صورت بود که در سؤالات مثبت «کاملاً موافق» ۵ نمره و در سؤالات منفی «کاملاً مخالف» ۱ نمره امتیاز داده شد. میانگین نمره دیدگاه بیماران ۳۰ و یا کمتر به عنوان دیدگاه منفی و بیشتر از ۳۰ به عنوان دیدگاه مثبت تلقی گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پس از جمع آوری پرسشنامه ها، داده ها وارد نرم افزار آماری spss ۱۶ گردید و در سطح آمار توصیفی و با آزمون های تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه در سطح معنی دار $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ضمن که برای سهولت مطالعه جدول نتایج، جمع موارد موافق و کاملاً موافق در ستون موافق و جمع موارد مخالف و کاملاً مخالف نیز با هم در یک ستون مخالف ارایه شد اند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران بر حسب سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
بیسواد	۵۹	۱۸,۴
زیر دیپلم	۱۳۶	۴۲,۴
دیپلم	۷۴	۲۳,۱
فوق دیپلم	۴۰	۱۲,۵
لیسانس	۶	۱,۹
جواب نامعتبر	۶	۱,۹
مجموع	۳۲۱	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات پرسشنامه سلامت معنوی

سوال	مخالفم و کاملاً مخالفم	نظری ندارم	موافقم و کاملاً موافقم	پاسخ نامعتبر
بیماری بر اعتقادات مذهبی-معنوی من تاثیر مثبت گذاشته است	۴٫۶٪ (۱۴)	۱۴٫۶٪ (۴۸)	۸۰٫۸٪ (۲۵۹)	۰٪ (۰)
باورهای مذهبی به بهبود بیماری من کمک می کند	۷٫۳٪ (۲۴)	۱۰٪ (۳۲)	۸۲٫۷٪ (۲۶۵)	۰٪ (۰)
باورهای مذهبی-معنوی در تصمیم گیریهای زندگی من نقش دارد	۳٫۶٪ (۱۱)	۸٪ (۲۵)	۸۹٫۴٪ (۲۸۷)	۰٪ (۰)
فعالیت‌های مذهبی-معنوی در آرامش ذهن و روان من موثر است	۴٪ (۱۲)	۱۲٫۷٪ (۴۱)	۷۹٫۲٪ (۲۵۵)	۴٫۱٪ (۱۳)
پزشک می باید بیمار را از نظر معنوی حمایت کند	۹٪ (۲۸)	۱۹٫۴٪ (۶۱)	۷۵٫۶٪ (۲۴۲)	۰٪ (۰)
پزشک باید به اعتقادات مذهبی-معنوی من اهمیت دهد	۱۱٫۷٪ (۳۸)	۱۳٫۲٪ (۴۳)	۶۹٫۶٪ (۲۲۳)	۵٫۵٪ (۱۷)
جنبه های خاصی از درمان وجود دارد که من از روی اعتقاد خود از آن چشم پوشی یا خودداری می کنم (مانند روشهای نوین درمان نازایی)	۳٫۹٪ (۱۳)	۱۱٫۳٪ (۳۶)	۸۱٫۶٪ (۲۶۲)	۳٫۲٪ (۱۰)
برخی از سوالات مذهبی در بیمارستان برای بیمار مطرح می شود که نیاز به مشاوره با یک مشاور مذهبی یا روحانی می باشد	۴٪ (۲۵)	۲۳٫۵٪ (۷۶)	۶۵٫۳٪ (۲۱۰)	۳٫۲٪ (۱۰)
پزشکان توجهی به مسایل مذهبی و اعتقادی بیمار ندارند	۴۸٫۸٪ (۱۵۷)	۲۱٪ (۶۹)	۲۷٪ (۸۵)	۳٫۲٪ (۱۰)
لازم است پزشکان از احکام دینی مرتبط با بیماران آگاهی کامل داشته باشند	۳۷٫۵٪ (۱۲۰)	۱۰٪ (۳۲)	۴۹٫۳٪ (۱۵۹)	۳٫۲٪ (۱۰)

جدول ۳: مقایسه دیدگاه بیماران بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی با آزمونهای تی و آزمون واریانس یک طرفه

متغیر	میانگین نمره دیدگاه	انحراف معیار	تعداد	F	t	df	p-value
جنسیت	مرد	۵٫۶۷	۲۱۸	۰٫۲۴۶	۳٫۷	۱۹۴	<۰/۰۰۱
	زن	۵٫۸۳	۱۰۳				
بخش	داخلی	۶٫۰۱	۱۵۱	۲٫۷	-۲٫۷	۳۰۷	۰٫۰۹
	جراحی	۵٫۵	۱۷۰				
بیماری	حاد	۶٫۰۴	۲۳۶	۴۵٫۸	-۹٫۸	۲۸۷	<۰/۰۰۱
	مزمن	۳٫۲	۸۵				
تحصیلات	بیسواد	۴٫۷	۵۹	۶/۵	۳۱۰	بین گروهی و درون گروهی ۴	<۰/۰۰۱
	زیر دیپلم	۵٫۲	۱۳۶				
	دیپلم	۵٫۹	۷۴				
	کاردانی	۷٫۴	۴۰				
کارشناسی	۵٫۲	۶					

بحث:

کردن در دو جنس، نشانگر اختلاف معنادار آماری و بهتر بودن نگرش دختران نسبت به پسرها بود [۲۲]. این یافته با مطالعه سید فاطمی و همکارانش همخوانی نداشت [۲۳]. در مطالعه ایشان نیز زنان در مقایسه با مردان نگرش بهتری نسبت به دعا کردن داشته اند و میانگین نمره دعا و سلامت معنوی در زنان بیشتر از مردان

این مطالعه به منظور بررسی دیدگاه بیماران نسبت به سلامت معنوی صورت گرفت، در مطالعه حاضر جنسیت و دیدگاه بیماران رابطه معناداری داشت، به طوری که میانگین دیدگاه زنان نسبت به سلامت معنوی بالاتر از میانگین دیدگاه مردان بود. در تحقیق خلیلی و همکاران مقایسه میانگین نمرات نگرش نسبت به دعا

این معنی که بیماران دارای سطح تحصیلات ابتدایی از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند [۱۷].

در مطالعه حاضر دیدگاه بیماران و بخش بستری آنها ارتباط معناداری نداشت ($p=0/09$)، که این می تواند ناشی از عدم تأثیر محیط بستری بر نگرش آنها باشد. به هر حال نگرش افراد در طول زمان تحت تأثیر عوامل مختلف محیطی و فرهنگی شکل گرفته است.

در مطالعه حاضر حدود ۸۰٫۸ درصد بیماران معتقد بودند که بیماری بر اعتقادات مذهبی - معنوی آنها تأثیر مثبت می گذارد. ۸۲٫۷ درصد اعتقاد داشتند باورهای مذهبی به بهبود بیماری کمک می کند. مطالعات نشان داده اند که تأثیر باورهای مذهبی معنوی بیماران می تواند به صورت خود کنترلی، اعتماد به نفس بیشتر و تسریع در درمان بیماران خود را نشان دهد [۲۶]. همچنین در مطالعه آسترو و سولماسی ۷۶٪ پزشکان مذهبی معتقدند که مذهب و معنویت برای مقابله، تحمل بیماری و رنج ناشی از آن به بیمار کمک می کند [۲۷].

در این مطالعه ۷۹٫۲ درصد معتقد بودند که انجام فعالیتهای مذهبی در ایجاد آرامش روانی و ذهنی موثر است. در پژوهشی دیگر نیز که بر روی ۲۲۶ نفر با هدف بررسی ارتباط بین مذهب و سلامت روان و اضطراب صورت گرفته، نشان داده شد که افراد بیشتر مذهبی واضحاً اضطراب کمتری داشتند و سازگاری روان آنها نسبت به افراد کمتر مذهبی بیشتر گزارش شد [۲۸]. کویینگ و همکاران نیز عقیده دارند در موقعیت های تنش زا به ویژه مسایل مرتبط با سلامتی، معنویت منبع مهم سازگاری به شمار می رود [۲۹]. همچنین نلسون و همکاران در پژوهشی که مذهب، معنویت و افسردگی را در بیماران مراحل نهایی بیماری بررسی کردند، نشان دادند که سطوح بالای سلامت معنوی با سطوح پایین متغیرهای مرتبط با اختلالات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در میان بیماران مرتبط است [۳۰]. برای بیماران سختی که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی هم مهم تر باشد [۳۱].

در مطالعه ما به نظر ۶۹٫۶ درصد از بیماران، پزشک می بایست به اعتقادات مذهبی و معنوی آنها اهمیت دهد و ۷۵٫۶ درصد از آنها معتقد بودند که پزشک باید بیمار را از نظر معنوی حمایت کند و از احکام دینی مرتبط با بیماری آگاهی کامل داشته باشند (۴۹٫۳٪). بر اساس مطالعات مولر و همکاران اکثر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند [۶]. در پژوهشی که با هدف بررسی نگرش پزشکان نسبت به تأثیر میزان معنویت در روند درمان بیماران صورت گرفت، نشان داده شد که پزشکان با نگرش مذهبی معنوی اعتقاد دارند که ارزیابی

بود، ولی از نظر آماری اختلاف معناداری بین نمرات نگرش مردان و زنان نبوده است. اما بین تناوب آداب دعا کردن و جنسیت بیماران ارتباط معنادار مشاهده شد [۲۳]. بررسی هایفیلد نیز نشان داد که بین سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان ریه و جنسیت آن ها ارتباط معناداری وجود ندارد [۱۷]. همچنین نتایج پژوهش اله بخشیان و همکاران نشان داد که بین جنسیت و سلامت معنوی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد [۲۴]. فرنسلر و همکاران نیز به این نکته اشاره داشتند که اگرچه انتظار نمی رود که جنسیت تأثیری روی سلامت معنوی بیماران داشته باشد، ولی نمره سلامت معنوی در زنان بالاتر از مردان است [۲۵].

در این مطالعه نشان داده شد که میانگین دیدگاه بیماران نسبت به سلامت معنوی مثبت است. (با میانگین نمره ۳۸٫۲ از حداکثر نمره ۵۰) این نتیجه با مطالعه سید فاطمی و همکاران [۲۳] همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر بین نوع بیماری از لحاظ حاد یا مزمن بودن و دیدگاه بیماران رابطه معنادار وجود داشت ($p=0/00$). به طوری که میانگین نمره دیدگاه بیماران مزمن بالاتر از بیماران حاد بود (۴۱ در مقابل ۳۶). این نتیجه با تحقیق اله بخشیان و همکاران هم خوانی دارد [۲۴]. آنها به این نتیجه رسیدند که احتمالاً مبتلایان به بیماری های مزمن، تغییرات اجتماعی و روانی تنش - زایی همچون کشمکش های وجودی مرتبط با معنا و هدف را متحمل می شوند و رنج و درد ناشی از بیماری غالباً معنای زندگی و هدف از زیستن را در آن ها مورد چالش قرار می دهد، و افراد دارای بیماری مزمن، دارای سلامت معنوی بالایی هستند [۲۴]. درحالی که برخی نیز معتقدند بیماری های مزمن، بحران معنوی را به دنبال داشته و موجب افسردگی می گردند [۱۷].

در مطالعه حاضر سطح تحصیلات با دیدگاه بیماران ارتباط معنادار نشان داد. بین دیدگاه بیماران نسبت به سلامت معنوی بر اساس تحصیلات آنها ارتباط معنادار وجود داشت، اما تغییرات نمره دیدگاه بیماران با افزایش سطح تحصیلات ارتباط مستقیم نشان نداد. بدین صورت که میانگین نمره دیدگاه در افراد فوق دیپلم، بیسواد، لیسانس، زیر دیپلم و دیپلم به ترتیب افزایش یافت. بر اساس مطالعات و پژوهش های رضایی و همکاران، بیمارانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند، سطح سلامت معنوی شان متوسط بود و بر عکس بیمارانی که سطح تحصیلات پایین تری داشتند از سطح سلامت معنوی بالا برخوردار بودند [۲۳]. در حالیکه در مطالعه هایفیلد هیچ ارتباطی بین سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سرطان و سلامت معنوی آن ها نشان نداد [۱۷] همچنین نتایج مطالعات فرنسلر و همکاران نیز نشان داد که بین سلامت معنوی و سطح تحصیلات بیماران ارتباط معناداری وجود دارد به

نتیجه گیری:

به طور کلی نتایج تحقیق حاضر نشان داد که دیدگاه بیماران نسبت به سلامت معنوی دیدگاهی مثبت بوده و مذهب و معنویات در زندگی آنها نقش پر رنگی دارد. اکثر بیماران باور داشتند که مذهب و معنویات در تصمیم گیری های آنها نقش مهمی دارد. به عقیده بیماران معنویات نقش اساسی بر بهبود بیماری و سیر درمان دارند. همچنین پزشکان باید به اعتقادات مذهبی بیماران خود توجه کنند و نسبت به گرایش مذهبی و معنوی بیماران جویا شوند. از آنجا که مراقبت از بیمار فراتر از درمان بیماری است، بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود توسط پزشکان هستند و پزشکان نقش مهمی در حمایت معنوی از بیماران خود می توانند داشته باشند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم با شماره ثبت ۱۳/۹۲ و کد اخلاق ۱۳-۹۲-۶-ethic است. از بیماران محترم که در این مطالعه شرکت کردند و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم تشکر می شود.

دیدگاه معنوی بیماران از سوی پزشکان مشکلات آنان را کاهش می دهد، همکاری آنان در اجرای طرح درمان را تسریع می بخشد، و با کاهش اضطراب آنان و پذیرش بیماری خود اثر بخشی و کارآمدی درمان آنان تسریع می گردد [۳۲]. در پژوهشی شهرآبادی نیز نشان داده شد که ۵۶٪ دانشجویان پرستاری و ۵۲٪ دانشجویان پزشکی نسبت به مراقبت معنوی از بیماران نگرش مثبت داشتند [۳۳]. بر اساس نتایج مطالعه حاضر به نظر ۴۸٫۸ درصد از بیماران، پزشکان توجهی به مسایل مذهبی و اعتقادی بیماران ندارند. سایر تحقیقات نیز نشان می دهند که مراقبت معنوی تاکنون به طور مناسب مورد توجه قرار نگرفته است [۳۴]. بسیاری از بیماران نیاز به مشاوره با یک مشاور مذهبی یا یک فرد روحانی را لازم می دانستند (۶۵٫۳٪) که متأسفانه در این زمینه تحقیقات دیگری انجام نشده است. از محدودیت های مطالعه می توان به فقدان پرسشنامه استاندارد در این زمینه و همچنین به این نکته اشاره کرد که این مطالعه فقط بیماران بستری در بخش داخلی و جراحی را در بر می گرفت و بهتر است مطالعات مشابه بر روی بیماران غیر بستری یا بیماران سر پایی انجام شود. پیشنهاد می گردد که پژوهش های بیشتر در مورد ابعاد مختلف سلامت معنوی و تاثیر حمایت معنوی بر روند بیماری بخصوص در کشورهای اسلامی انجام شود. همچنین پژوهشی مشابه با تعداد پرسشهای بیشتر که وجوه مختلف نگرش های مذهبی- معنوی و سلامت معنوی را در بیماران بررسی می کند انجام شود.

References:

- Vader J. Spiritual health: the next frontier. Eur J Public Health 2006; 16(5):457.
- Leeuw E, Tang K C, Beaglehole R. Ottawa to Bangkok — Health promotion's journey from principles to 'glocal' implementation. Health Promot Int 2006; 21(1): 1-3.
- Larson J.S. The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Soc Indicators Res 1996; 38(2): 181-192.
- Hawks S R, Hull M, Thalman R L, Richins P M. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. Am J Health Promotion 1995; 9(5):371-8.
- Omidvari S. Spiritual health; concepts and challenges. Consequently, interdisciplinary research. Printing, Tehran, salim, 2008: 89-92
- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo Clin Proc 2001; 76(12): 1225-35.
- Laurie M. An introduction to landscape Architecture. 2nd edith. Newyork:Elsevier Publishing Company, 1986:1-34.
- Newman M A, Sime A, Corcoran-Perry S A. The focus of the discipline of nursing. Adv Nurs Sci 1991; 14(1): 1-6.
- Esfahani M. spiritual health and perspectives. J Med Ethics 2010; 4(14): 18-22.
- Reily BB, Perna R, Tate DG. Type of spiritual well being among persons with chronic illness: Their relationship to various forms of quality of life. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79(3):258-264.
- Abbasi M, Shamsi kushki A, Azizi F, Naseri rad M. Akbari lake M. A conceptional definition and operational planning of spiritual health: a methodological study. J Med Ethics 1391; 6 (20):1-22.
- Makarem Shirazi. Holly KORAN. Alfateh. Qom. The great printing Office of Holly Oran. Al Fateh, 2008:303.
- Makarem Shirazi. Holly KORAN. Alfateh. Qom. The great printing Office of Holly Oran. Al Tovbeh, 2008:109.
- Makarem Shirazi. Holly KORAN. Alfateh. Qom. The great printing Office of Holly Oran. Al Raad, 2008:144.
- Makarem Shirazi. Holly KORAN. Alfateh. Qom. The great printing Office of Holly Oran. Al Taha, 2008:187.
- Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual wellbeing in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. J Adv Nurs 2003; 44(1):69-80.

17. Highfield MF. Spiritual health of oncology patients: nurse and patient perspectives. *Cancer Nurs* 1992; 15(1):1-8.
18. Foladi N, Salsali M, Ghofranipoor F. Facilitating and inhibiting factors in the health of patients with chronic diseases: a qualitative study. *J Ardabil Univ Med Sci* 2006; 6 (3):260-278
19. Lemmer C. Teaching The spiritual Dimension of Nursing Care. *J Nurs Educ* 2002; 41(11): 482-483.
20. Vance DL. Nurses Attitudes Towards Spirituality and Patient Care. *Medsurg Nurs* 2001; 10(5):264- 267.
21. Zand S, Rafii M. Needs of Religious care of inpatients. *Teb va Tazkieh Quarterly* 2. 19(4): 21-34.
22. Khalili F, Iranlo T, Asayesh H, Abdollah Tabar H. Relation between attitudes and behaviors associated with prayer and mental health of students. *J Nurs Midwifery, Gorgan* 2010; 7(1): 55-62.
23. Rezai m, Seyyed Fatemi N, Hoseyni F. Spiritual health in cancer patients undergoing chemotherapy. *J Nurs Midwifery, Tehran Univ Med Sci (HAYAT)* 2008; 3-4 (39): 33-39.
24. Allah Bakhshian M, Jafarpoor Alavi J, Parvizi S, Haghani H. Relationship between spiritual well-being and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Zahedan J Res Med Sci*, 2010, 12 (3): 10-13.
25. Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual wellbeing and demands of illness in people with colorectal. *Cancer Nurs* 1999 Apr; 22(2):134-40.
26. White ML, Peters R, Schim SM. Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory. *Nurs Sci Q* 2011; 24:48-56.
27. Astrow AB, Sulmasy DP. STUDENTJAMA. Spirituality and the patient/physician relationship. *JAMA* 2004; 29(23):2884.
28. Mark E, Paul j, Handal c, Richard L. The relationships between religion and mental health/distress. *Rev Relig Res* 1989; 1(31):16-20.
29. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB, editors. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press, 2001: 111-121.
30. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002; 43:213-20.
31. Mc Clain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well being on the end of life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361(9369):1603-1607.
32. Bahreynian A, Delshad H, Shakeri N, Azizi F. The attitude of physicians about the effects of spirituality in the healing process of patients. *J Med Ethics* 2012; 6 (20): 127-153.
33. Shahrabadi R, Masror D, Hajizadeh S, Hoseini F. Compared to the attitudes of senior medical and nursing students in the care of patients in Iran University of Medical Sciences. *J Card Nurs* 2012; 1(1): 30-35.
34. Narayanasamy A, Owen J. A Critical incident Study of Nurses responses to the Spiritual needs of their Patients. *J Adv Nurs* 2001; 33(4): 447.

Viewpoint of the patients toward the spiritual health

Sayed Esmaeil managheb ^{*1}, Forouzan Rahimpour²

Received: 5/17/2015

Accepted: 5/21/2016

1. Dept of Social Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 5, Number 1, Spring 2016

J Educ Ethics Nurs 2016;5(1):19-26

Abstract:

Introduction:

Spiritual health is one of the most well-defined four aspects of health. The findings suggest that spiritual beliefs help patients to face negative effects of chronic diseases. This study was designed to survey the viewpoints of the patients toward the spiritual health in Jahrom.

Materials and Methods:

This was a cross-sectional study on 321 hospitalized patients of internal and surgery wards of the hospitals in the city of Jahrom who were selected by available sampling, in the year 1391. A questionnaire containing 10 questions, which was narrated by 4 professors and its validity was calculated with Chronbach'alpha 87%, delivered to the patients personally and the information analysed by Spss16 software in descriptive statistics level and by t-test and oneway anova test and the average score for the patients'view by 30 or less considered as a negative view and more than 30 as a positive one.

Results:

The average score of viewpoints was varied from 36.5 ± 4.7 in illiterate individuals to 37.6 ± 5.2 in licensed ones. Average score of Viewpoint of patients toward the spiritual health was associated with gender and disease ($p=0.00$). But, there was no significant association between Average score of viewpoint of patients toward the spiritual health with hospital ward ($p=0.09$). Also using one-way ANOVA test was observed significant association between Average score of viewpoint of patients toward the spiritual health with the level of education ($p = 0.000$).

Conclusion:

According to the average score obtained, it was seen that patients had a positive perspective towards spritual health. Patients believe spirituality has a positive impact on the treatment and recovery process. Patients want their spiritual needs are addressed and met. Physicians must to take care of their patients' religious beliefs. And they can play an important role in the spiritual support of their patients.

Keywords: Spiritual Health, Spiritual belief, Religious Belief, Health

* Corresponding author, Email: