

ابعاد مراقبت معنوی از بیماران مزمن: یک مقاله مروری

دکتر مریم مقیمیان

عضو هیات علمی، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

مقدمه

معنویت، یک نیاز ذاتی همه انسان ها است و بیانگر ارتباط هماهنگ با خود، دیگران، طبیعت و خدا و جستجویی برای یافتن معنا و هدف در زندگی است (۱). معنویت، قدرتی است که همه ابعاد زندگی را منسجم کرده و جهت و مسیر را مشخص می کند (۲). بروز بیماری بخصوص بیماری های تهدید کننده زندگی بحران مهمی در زندگی هر فرد می باشد. Seaward (۲۰۰۰) معتقد است که هر بحران، در واقع یک بحران معنوی است (۳).

بیماری های مزمن در واقع یک رویداد ناتوان کننده و تهدید کننده وضعیت زندگی است که تجربه منحصر به فردی را بوجود می آورد و علاوه بر پیامدهای جسمی، بر ابعاد روانی، اجتماعی و بخصوص معنوی فرد بطور قابل ملاحظه ای تاثیر گذار است (۳). بیماری های مزمن یکی از عوامل ناتوانی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد (۴) و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت ۴۳٪ مرگ و میرها در جهان ناشی از بیماریهای مزمن است (۵). بیماران مزمن در گذر از مراحل بیماری، سه فاز را تجربه می کنند: فاز بحرانی جهت دستیابی به وضعیت پایداری نسبی با نیاز به درمان و مراقبت روتین، فاز ثانویه جهت دستیابی به توان عملکرد فردی با نیاز به بستری شدن و دریافت مراقبت های حمایتی و تسکینی، فاز ثالثیه یا انتهایی، با ناتوانی و وابستگی که ممکن است چند روز یا هفته ها طول بکشد و این زمان قابل پیش بینی نیست (۶). در این زمان، بیمار در معرض یک بحران واقعی، تجربه پراسترس و تهدید کننده در زندگی قرار می گیرد (۷) که این تجربه ناخوشی، ناتوانی و مواجهه با مرگ در ماهیت تجارب معنوی هستند (۸).

تجارب معنوی افراد، با زمینه فرهنگی (۹، ۱۰)، سوابق شخصی (۱۱)، مذهب و شرایط اجتماعی (۱۲) آنها درآمیخته است. بیماران بدنبال تجربه ناتوانی و مواجهه با مرگ، نیازهای معنوی غیر منتظره ای را نشان می دهند که برای پاسخگویی، نیازمند مراقبت های معنوی است (۱۳) تا بتوان احساس سازگاری (۱۴) و آسودگی بخصوص در لحظات پایان زندگی را برای آنها فراهم نمود (۱۵). اکثر بیماران، درد و رنج را آزمایش خداوند و موقعیتی برای معنا بخشی به زندگی و بروز خلاقیت در اداره کردن خود معنا می کنند (۱۶). این بیماران در مواجهه با آسیب و بیماری، آنچه را که در زندگی شان مهم بوده است مورد ارزشیابی قرار می دهند و اغلب از خود سوالات ایدئولوژیک می پرسند که آیا خدا وجود دارد؟ آیا زندگی معنا و هدفی دارد؟ آیا بیماری به من صدمه می زند؟ آیا من در حال مرگ هستم؟ آیا فردی مورد اطمینان در این لحظات سخت وجود دارد؟ (۱۷). پاسخ های معنوی به این سوالات می تواند منبع مفیدی برای درمان و مراقبت باشد که تیم سلامت با همکاری روحانیون و کشیشان، با مداخله مستقیم و پاسخگویی به این ابهامات، یا با ارجاع بیماران به جامعه ایمانی خویش در افزایش امید به زندگی و تسهیل درمان و مراقبت بیماران نقش مهمی ایفا می کنند (۱۸).

در واقع کمک به بیماران در جهت تامین نیازهای معنوی، به عنوان یک عامل حمایت کننده می باشد (۱۹). جهت برنامه ریزی حمایتی- مراقبتی لازم است تیم سلامت نیازهای معنوی بیماران را بررسی کنند و یک برنامه مراقبت معنوی بیمار محور برای هر بیمار طراحی نمایند. دیسترس معنوی را می توان بوسیله سوالاتی در زمینه معنای تغییر یافته زندگی و ناخوشی شناسایی کرد (۲۰). مطالعات زیادی ارتباط بین تامین نیازهای معنوی بیماران و پیامدهای آن را نشان داده اند (۲۱) و نتیجه گیری کرده اند که عدم توجه به نیازهای معنوی بیماران منجر به پیامدهای ضعیف درمان می گردد (۲۲) و بیماران را نیازمند

دوره مراقبت و درمان طولانی مدت خواهد کرد (۲۳، ۲۴). البته نیازهای مختلف معنوی به زمینه فرهنگی، تاریخی، اجتماعی و ارزشهای خاص مذهبی آنها بستگی دارد (۲۵) و مراقبت معنوی با همکاری بین حرفه ای تیم سلامت میسر است (۲۶). در زمینه فرهنگی ایران، مردم مسلمان، مسیحی و کلیمی و... در کنار هم زندگی می کنند. اما دین اسلام توسط اکثر ایرانیان پذیرفته شده است. آنها معتقدند که بیماری و ناخوشی به خواست خداوند است (۲۷). در اسلام مهمترین بخش نیازهای معنوی مربوط به درک معنای ماهیت انسان و ارتباط فرد با خدا بر پایه اعتقادات و باورهای مذهبی است، همچنین معنویت زیر چتر مذهب قرار دارد (۲۸) بر این اساس لازم است باورهای مذهبی بیماران در مراقبت معنوی مد نظر قرار گیرد.

روش بررسی:

در این مقاله مروری، روش جمع آوری اطلاعات شامل جستجوی منابع الکترونیکی شامل بانک های اطلاعاتی (از جمله Science direct, Pub med, ... از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶ و بانک های اطلاعاتی فارسی (از جمله SID, IRANMEDEX) از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۷ و نیز جستجوی دستی از طریق کتابخانه ای و پیشرفته در موتور جستجوگر google می باشد. از جمله مفاهیم مورد جستجو به صورت ترکیبی از: Spiritual care, Inter professional collaboration, Holistic care, wellbeing, Spiritual needs, Spiritual و مفاهیم فارسی مورد جستجو به صورت ترکیبی از همکاری بین حرفه ای، مراقبت معنوی، سلامت معنوی، نیازهای معنوی و مراقبت کل نگر بوده است.

یافته ها و بحث:

یکی از ابعاد مراقبت معنوی، در راستای تامین نیازهای مذهبی بیماران است که در برگزیده نیاز بیماران به انجام اعمال مذهبی مانند عبادت کردن، خواندن کتاب دینی و ادعیه، توسل به پیشوایان دینی و نیز ادای اعمال خاصه مانند رفتن به کلیسا، عزاداری و... است. همچنین آداب مذهبی مانند نوشتن وصیت نامه، روبه قبله خوابیدن، رعایت آداب طهارت، دعا، نذر و...، که مورد توجه بیماران است. برای بیماران، توجه به ارزشهای مذهبی مانند توبه و استغفار کردن قبل از مرگ، جبران گذشته، ادای دین، طلب حلالیت و... در زمانی که فرد احساس می کند امید به بهبودی ندارد با اهمیت است. بیماران ایرانی بطور اکثریتی نیازهای مذهبی را همان نیازهای معنوی می نامند و اکثر بیماران و مراقبین مذهب را عامل مهمی در کنار آمدن با مشکلات بیماری می دانند (۲۹). همانگونه که Westerink و همکاران بیان کردند مفاهیم معنویت و مذهب با همدیگر همپوشانی داشته و اگر معنویت و مذهب جدا گردد عاری از هر گونه معنا و مفهوم خواهد شد (۳۲). Jantos و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که گاهی نماز خواندن، بیمار را برای مدتی از فضا، مکان و زمان فعلی که استرس زا است دور میکند و بدین صورت، بسیاری از بیماران با اتصال به یک منبع تعالی بخش که قدرت ماورایی آن می تواند کاهش دهنده درد و رنج آنها باشد توان و نیروی مقابله پیدا می کنند (۳۳).

بعد دیگر مراقبت معنوی، در راستای تامین نیازهای معرفت شناسی بیماران است. تعالی نفس، تمرینات معنوی، ارتباط با خویشتن، معنایابی برای زندگی / مرگ و میل به جاودانگی از جمله این نیازهایی است که بیماران مختلف بیان کرده اند. این نیازها زمانی پررنگ تر می شود که بیمار چرایی آنچه در حال وقوع است را با معادلات شخصی، اعتقادی و عملکردی خود مورد سنجش و بازبینی قرار می دهد (۲۹). در مطالعه Sacco و همکاران نیز بیان شده است که بیماران در مرحله ناخوشی شدید، تجارب زندگی را مرور کرده و بر این اساس معنای زندگی خود را تعبیر و تفسیر می کنند (۳۴). خلوت گزینی و اندیشیدن در معانی زندگی و تعبیر و تفسیر آن، احوال معنوی خاصی در بیماران ایجاد می کند که برای غلبه بر این جنگ و گریزهای درونی نیازمند کمک است (۹). تا با دستیابی به سلامت معنوی امید از دست رفته را بازیابی کند (۳۵). درگیر شدن بیمار با سوالات معنایی مانند "آینده چیست؟" بیماری را به یک تراژدی تبدیل می کند که نشانه آن بروز علائم روان تنی است (۱۶).

بعد سوم مراقبت معنوی در راستای تامین نیازهای روانشناختی بیماران مزمن است که شامل نیاز به کمک برای پذیرش و سازش با وضعیت موجود، آرامش خاطر، شفقت و همدلی و یافتن منبع امیدواری/ اعتماد و خلاقیت است. بخش اعظمی از تمایلات بیماران، به کاهش نگرانی ها و افکار آزاردهنده ای که فرد را به سوی ناامیدی و یاس می کشاند اختصاص دارد و سازگاری با وضعیت پیش آمده را در گرو حل تعارضات فکری در ارتباط با دیگران مانند ابراز علاقه خانواده، امید، موقعیت های شادی آفرین، محبت و توجه فرزندان، شفقت همسر و ارتباط با دوستان / آشنایان می دانند (۲۹). Dev و همکاران در مطالعه خود اظهار داشتند که بیماران در مراحل پایان زندگی تمایل دارند که خانواده و دوستان در کنارشان باشند و آنها را در گذر از این مراحل سخت تنها نگذارند (۳۶). آنها تمایل به برقراری ارتباط و صحبت کردن با پزشک و پرستار دارند تا از این طریق بتوانند امید خود را که به دنبال نگرانی ها از دست داده اند بازیابی کنند (۳۷) و تیم سلامت به همراه خانواده و دوستان بیمار، می توانند با همدلی و مهربانی در دستیابی به حس بودن به بیماران کمک کنند (۳۸).

بعد چهارم مراقبت معنوی از بیماران مزمن را تامین نیازهای حمایتی تشکیل میدهد. خواسته هایی همچون پشتیبانی، پیگیری و کمک، تامین و استمرار مراقبت، محترم شمردن و آگاهی دادن در زمره نیازهای روانشناختی بیماران است. بیماران، با تغییر در نقش و توان خود و مختل شدن عهده برای موثر فردی، بیشتر نیازمند کمک هستند (۲۹). یک بعد مراقبت ها مربوط به امور جسمی است که بیماران ترجیح می دهند سهم بیشتر این مراقبت در منزل صورت گیرد و اعضای تیم سلامت خانواده را در این راه کمک کنند (۳۹). اما از آنجا که مراقبت از بیماری که توانایی عملکرد ندارد بسیار طاقت فرساست، ممکن است مراقبین، دچار خستگی و درماندگی شده و بعضاً برخورد ناشایستی با بیمار نشان دهند. بیماران آرزو داشتند برای یک لحظه، دیگران خود را به جای آنها بگذارند و درجه ناراحتی آنها را از بابت زحماتی که برای اطرافیان ایجاد کرده اند درک کنند و در برخورد خود مدارا کنند (۴۰). نتایج مطالعات نشان داده اند که تامین مالی بیماران صعب العلاج می تواند یکی از راههای سازگاری فرد با وضعیت ناتوانی و بحران حاصل از بیماری باشد (۱۸).

بر اساس یافته های حاصل از مرور مقالات، نتیجه گیری می شود تیم سلامت باید همواره به خاطر داشته باشند که ارائه مراقبت معنوی مبتنی بر نیازهای معنوی بیماران، پایبندی آنها را به توصیه های بهداشتی و درمانی بیشتر خواهد کرد. این موضوع در بیماران مبتلا به ناخوشی مزمن می تواند اصلاح کننده سبک زندگی افراد، در جهت انطباق با فرایند درمان باشد (۴۱).

نتیجه گیری:

در زمانی که بیمار مبتلا به ناخوشی مزمن، مراحل ناتوانی را می گذراند، نیازهای معنوی اساسی را احساس می کند. بسیار حائز اهمیت است که اعضای تیم سلامت این نیازها را شناسایی کرده و بر آن اساس، برنامه مراقبتی خاص هر بیمار تنظیم نمایند. توجه به نیازهای معنوی، می تواند در پذیرش و سازش شرایط موجود و حتی مرگ به بیمار کمک کند. بنابراین اعضای تیم سلامت باید با این مفاهیم آشنا بوده و با ارائه مراقبت مناسب، تحمل درد و رنج حاصل از ناخوشی و ناتوانی را تسهیل نمایند.

منابع:

1. Pehler S-R, Craft-Rosenberg M. Longing: the lived experience of spirituality in adolescents with Duchenne muscular dystrophy. *Journal of pediatric nursing*. 2009;24(6):481-94.
2. Ellershaw J. *Care of the dying: a pathway to excellence*: Oxford University Press, USA; 2011.
3. Bingham VL. *The recovery experience for persons with a myocardial infarction and their spouses/partners*: The University of Alabama at Birmingham; 2007.
4. Verdiani V, Ognibene A, Rutili MS, Lombardo C, Bacci F, Terreni A, et al. NT-ProBNP reduction percentage during hospital stay predicts long-term mortality and readmission in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Medicine*. 2008;9(7):694-9.
5. Organization WH. *The top 10 causes of death: The 10 leading causes of death by country income group (2012)*. 2015.
6. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*. 2009;11(5):433-43.
7. Svedlund M, Danielson E, Norberg A. Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of advanced nursing*. 2001;35(2):197-205.
8. Walton J. Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction a grounded theory study. *Journal of Holistic Nursing*. 1999;17(1):34-53.
9. Groleau D, Whitley R, Lespérance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health & place*. 2010;16(5):853-60.
10. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *Western journal of nursing research*. 2004;26(4):405-28.
11. Canfield C, Taylor D, Nagy K, Strauser C, VanKerkhove K, Wills S, et al. Critical Care Nurses' Perceived Need for Guidance in Addressing Spirituality in Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*. 2016;25(3):206-11.
12. Yuen EJ. Spirituality, religion, and health. *American Journal of Medical Quality*. 2007;22(2):77-80.
13. Hupcey JE, Penrod J, Fenstermacher K. A model of palliative care for heart failure. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2009.
14. Bekelman DB, Hutt E, Masoudi FA, Kutner JS, Rumsfeld JS. Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. *International journal of cardiology*. 2008;125(2):183-90.
15. Hupcey JE, Penrod J, Fogg J. Heart failure and palliative care: implications in practice. *Journal of palliative medicine*. 2009;12(6):531-6.
16. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. *Oxford textbook of spirituality in healthcare*: Oxford University Press; 2012.
17. Taylor CR, Lillis C, Lynn PB, LeMone P. *Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered nursing care* 2015.
18. Meyerstein I. A Jewish Spiritual Perspective on Psychopathology and Psychotherapy: A Clinician's View. *Journal of Religion and Health*. 2004;43(4):329-41.
19. Holt-Lunstad J, Steffen PR, Sandberg J, Jensen B. Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. *Journal of behavioral medicine*. 2011;34(6):477-88.
20. Agrimson LB, Taft LB. Spiritual crisis: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(2):454-61.
21. Neff JA, MacMaster SA. Applying behavior change models to understand spiritual mechanisms underlying change in substance abuse treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2005;31(4):669-84.
22. Miller WR, Bogenschutz MP. Spirituality and addiction. *Southern Medical Journal*. 2007;100(4):433-7.
23. O'Reilly ML. Spirituality and mental health clients. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2004;42(7):44-53.
24. Kaye J, Raghavan SK. Spirituality in disability and illness. *Journal of Religion and Health*. 2002;41(3):231-42.

25. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*. 2010.
26. Irajpour A, Ghaljaei F, Alavi M. Concept of collaboration from the Islamic perspective: the view points for health providers. *Journal of Religion and Health*. 2015;54(5):1800-9.
27. Quran H. Translated by Ayatollah Makarem Shirazi. Tehran Publication center of Quran of Islamic Republic of Iran. 2008.
28. Cobb M, Dowrick C, Lloyd-Williams M. What can we learn about the spiritual needs of palliative care patients from the research literature? *Journal of pain and symptom management*. 2012;43(6):1105-19.
29. Irajpour A, Moghimian M, Arzani H. Spiritual aspects of care for chronic Muslim patients: A qualitative study. *Journal of education and health promotion*. 2018;7.
30. Grove SK, Burns N, Gray JR. *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*: Elsevier Health Sciences; 2014.
31. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
32. Westerink H. Spirituality in psychology of religion: A concept in search of its meaning. *Archive for the Psychology of Religion*. 2012;34(1):3-15.
33. Jantos M, Kiat H. Prayer as medicine: how much have we learned? *Medical Journal of Australia*. 2007;186(10):S51.
34. Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamshiri B. Spiritual experience of heart attack patients: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013;1(4):284-97.
35. Moghimian M, Salmani F. The study of correlation between spiritual well-being and hope in cancer patients referring to seyedo shohada training-therapy Center of Isfahan University of Medical Sciences, 2010, Isfahan, Iran. 2012.
36. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*: Oup Usa; 2012.
37. Heo S, Moser DK, Riegel B, Hall LA, Christman N. Testing a published model of health-related quality of life in heart failure. *Journal of cardiac failure*. 2005;11(5):372-9.
38. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice®*. 2009;15(2):103-12.
39. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaitth spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of clinical psychology*. 2010;66(4):430-41.
40. Tilley S. Reflections on Spirituality and Health-by Wright, SG. *Sociology of Health & Illness*. 2006;28(5):655-7.
41. Naghi JJ, Philip KJ, Phan A, Cleenewerck L, Schwarz ER. The Effects of Spirituality and Religion on Outcomes in Patients with Chronic Heart Failure. *Journal of Religion and Health*. 2012;51(4):1124-36.