

اولین همایش منطقه‌ای توسعه علوم پرستاری و مامایی با محوریت خدمات مراقبتی جامعه نگر

دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی- ۲۰ آذرماه ۱۳۹۶

جایگاه و نقش معنویت در نظام سلامت

علیرضا ایرج پور، مریم مقیمیان*

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. a. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
b. مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. mmoghimian243@gmail.com

مقدمه:

معنویت، یک نیاز ذاتی همه انسان‌ها است و جستجویی برای یافتن معنا و هدف در زندگی است (Pehler, 2009). . معنویت، قدرتی است که همه ابعاد زندگی را منسجم کرده و جهت و مسیر را مشخص می‌کند (Ellershaw, 2011). بروز بیماری و ناخوشی بخصوص بیماری‌های تهدید کننده زندگی بحران مهمی در زندگی هر فرد می‌باشد که لزوم توجه کل نگر به همه ابعاد انسان از جمله بعد معنوی را در مراقبت سلامت خاطر نشان می‌سازد (Bingham, 2007).

روش بررسی:

به منظور یافتن مطالعات و منابع مرتبط با موضوع از پایگاه‌های اطلاعاتی موجود در کتابخانه ملی دیجیتال ایران، پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی استفاده گردید. جستجوی مقالات با استفاده از کلید واژه‌های معنویت، مراقبت، نظام سلامت، بیمار به صورت مجزا و ترکیبی انجام شد.

یافته‌ها:

انسان‌ها در شرایط بحرانی مانند بیماری و ناتوانی معمولاً با دامنه وسیعی از احساسات منفی از جمله اضطراب، عصبانیت و افسردگی مواجه می‌شوند. به گونه‌ای که احترام به خود و هویت فردی آن‌ها، تحت تاثیر قرار می‌گیرد. به خصوص وقتی بیماری یا ناتوانی، منجر به کاهش نقش افراد و تغییر در ارتباطات اجتماعی شود، فعالیت‌های قبلی بیمار مشکل شده و یا غیرممکن می‌گردد (اخبارده، ۱۳۹۰). جهت کمک به افراد، برای غلبه بر این مشکلات و ارتقاء کیفیت زندگی آنها، لازم است برنامه‌ریزی‌های مناسب مراقبتی صورت گیرد تا علاوه بر مشکلات جسمی، نیازها و مشکلات روانی، حمایتی و معنوی آنها نیز، مدیریت گردد (Farbicka et al, 2012). شواهد نشان داده است که در برنامه‌های مراقبتی در نظام سلامت کشور، بعد جسمی بیشتر از

اولین همایش منطقه‌ای توسعه علوم پرستاری و مامایی با محوریت خدمات مراقبتی جامعه نگر

دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی - ۲۰ آذرماه ۱۳۹۶

سایر ابعاد سلامتی مورد توجه قرار می‌گیرد و بعد معنوی، کمتر مد نظر است. این در حالی است که بعد معنوی، به عنوان یک بعد مهم در رفاه و سلامت هر فرد تعریف می‌شود (Adib-Hajbaghery et al., 2015).

معنویت دارای سه بعد است، یک بعد، منعکس کننده برتری انسان است، بعد دیگر دربرگیرنده ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و یا یک قدرت بی نهایت، است و بعد سوم معنای زندگی است (Ross et al., 2016). امروزه معنویت یک پدیده جهانی است که برای همه افراد، اعم از معتقدان و بی اعتقادها، به کار می‌رود و برای افراد مختلف بسته به نگرش آنها به جهان و فلسفه زندگی معنای متفاوت دارد. اما متعاقب پذیرش یک دین یا مذهب، معنویت به عنوان یک نیاز اساسی مطرح می‌شود و اگر معنویت از دین جدا شود عاری از هر گونه معنا یا مفهوم واقعی می‌گردد. بر این اساس، در افراد دیندار به خصوص مسلمانان، دریافت مراقبت و درمان بدون جوهره معنوی آن، رضایت بخش نیست (Westerink, 2012).

شواهد منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی نیز توجه به بعد معنوی را عامل مهمی در سلامت و بهبودی دانسته و مراقبت معنوی را بخش جدایی ناپذیر از مراقبت بیمار، معرفی کرده است. به نحوی که در کدهای بین المللی اخلاق مراقبت، به آن اشاره گردیده و توجه به آن طی پنج سال اخیر فزونی یافته است (Vincenzi, 2011). مطالعات انجام گرفته در ایران و جهان نشان داده اند که مراقبت های جسمی، روانی و اجتماعی در بیمارستان به تنهایی نتوانسته است در جهت سازگاری با استرس ناتوانی، موثر باشد و رضایت از زندگی را برای آن ها ایجاد نکرده است. این نتایج، حاکی از کمبود توجهات معنوی در ارائه مراقبت جامع نگر می باشد (Shafranske, 2005) (اخبارده، ۱۳۹۰). اما در ایران، مراقبت معنوی دارای چارچوب واضحی برای کارکنان نظام سلامت نیست. مواردی همچون وجود اشکال در تعریف صریح مفهوم معنویت، ابهام در کاربرد استفاده از مفهوم مراقبت معنوی، عدم درک درست این مفهوم، نوع نگرش مراقبین به معنویت (جعفری و همکاران 2012)، عدم مهارت لازم در برقراری ارتباط تیمی (فارسی و همکاران، ۱۳۸۶)، فقدان آموزش تخصصی کارکنان نظام سلامت، فقدان توقع از متخصصان برای ارائه مراقبت معنوی (زمان زاده و همکاران، 1393) (برجلی لو و همکاران، ۱۳۹۲)، ضعف در برقراری صمیمیت با بیمار، تجربه و درک منفی نسبت به باورهای مذهبی در گذشته (زند و همکاران، ۱۳۸۹) ، کمبود وقت پرستاران (Adib-Hajbaghery et al., 2015)، فقدان آگاهی، احساس بی کفایتی و کمبود اعتماد به نفس در کارکنان نظام سلامت (عابدی و همکاران، ۱۳۸۴)، به عنوان دلایلی برای غفلت از مراقبت معنوی مطرح شده است. همچنین در مطالعات انجام شده در ایران، بیشتر شکایات بیماران حاکی از عدم رعایت انطباق جنسیتی پزشک و پرستار با بیمار (Ghasemi et al., 2013)، عدم رعایت حریم خصوصی بیمار (Sarkhil et al., 2013)، کمبود تسهیلات جهت انجام فرائض در بیمارستان، عدم اطلاع رسانی در مورد نحوه دسترسی به امکانات جهت انجام فرائض، نامناسب بودن وضعیت بهداشتی مکان های تهویه، نامناسب بودن امکانات برای انجام فرائض بر روی تخت، عدم کمک به بیمار در انجام فرائض (Rahnama et al., 2012)، کمبود امکانات طهارت، عدم اطلاع از دسترسی به مشاورین، عدم اطلاع از چگونگی دسترسی به منابع دینی، فقدان فضای خصوصی برای اعمال معنوی و مذهبی، عدم توجه و احترام به اعتقادات و ارزش های معنوی بیماران (زمانزاده و همکاران، ۱۳۹۲)، رعایت ناکافی مسائل روانی مرتبط با سن و جنس بیماران، عدم رعایت رازداری، عدم عیادت تیم سلامت از بیمار، برخورد نامناسب تیم سلامت با بیمار و همراهان، عدم ارجاع بیماران نیازمند به دریافت خدمات حمایتی به مراکز دیگر، می باشد (امامی و همکاران، ۱۳۹۴). مسئولین امر مراقبت در کشور نیز، با انتقاد از وضعیت فعلی مراقبت معنوی، اذعان می دارند که به عنوان یک کشور مسلمان، بسیار کم بر روی جنبه های مختلف مراقبت معنوی کار شده است و به خصوص پرستاران که در خط اول مراقبت از بیماران قرار دارند، تسلط کافی در تشخیص نیازهای معنوی بیماران و ارائه مراقبت معنوی ندارند و امکانات و شرایط موجود در بیمارستان ها نیز برای ارائه مراقبت معنوی کافی نیست و باید بر روی این موارد کار شود. براین اساس، در سال های اخیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، توسعه مراقبت های معنوی را در دستور کار خود قرار داده است که در آن به موضوع آموزش و تهیه و توزیع متونی که به مبحث مراقبت معنوی نگاه جدی تری داشته باشد توجه شده است (میرزاییگی، ۱۳۹۴).

نتیجه گیری:

کمبود مطالعات راهبردی در حوزه معنویت، عدم اتفاق نظر در محتوای مراقبت معنوی و فقدان راهنمای بالینی جهت ارائه این مراقبت ها، روحیه نامناسب برخی از کارکنان نظام سلامت و نیاز به توانمند سازی روانی معنوی آنها، عدم دانش و مهارت کافی تیم سلامت در خصوص مراقبت معنوی، توقع مسئولین از پرستاران برای ارائه مراقبت جسمی، کمبود وقت پزشکان و پرستاران، عدم شرح وظایف واضح برای کارکنان نظام سلامت در ارائه

اولین همایش منطقه‌ای توسعه علوم پرستاری و مامایی با محوریت خدمات مراقبتی جامعه‌نگر

دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی-۲۰ آذرماه ۱۳۹۶

مراقبت معنوی، باعث شده است که این افراد بدون گرفتن آموزش رسمی و یا بدون استناد به یک راهنمای بالینی مراقبت معنوی، طبق باور و فرهنگ خود به ارائه مراقبت معنوی از بیماران مبادرت ورزند که این نحوه عملکرد، توجهات معنوی را در حاشیه مراقبت‌های جسمی قرار داده است که لازم است دست اندرکاران نظام سلامت به این موضوع توجه ویژه‌ای داشته باشند.

منابع

- Adib--Hajbagheri, M. & Zehtabchi, S. 2015. Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*, 22, 23-32.
- Bingham VL. The recovery experience for persons with a myocardial infarction and their spouses/partners: The University of Alabama at Birmingham; 2007
- Ellershaw J. Care of the dying: a pathway to excellence: Oxford University Press, USA; 2011.
- Farbicka, P., Nowicki, A. 2012. Selected aspects of palliative care and quality of life at the terminal stage of neoplastic disease. *Contemp Oncol (Pozn)*, 16, 506-11.
- GHASEMI, G., POORAMIRY, S. V., YAVARI, P. & KHOUSHKI, A. M. 2013. A Comparative Study of Satisfaction with Physicians among Patients at Outpatient Departments Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Isfahan Medical School*, 31, 1314-1323
- Jarvis, P., Schep-Akerman, A. 2016. Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse education today*, 36, 445-451
- 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.
- Ross, L., Giske, T., Van Leeuwen, R., Baldacchino, D., MeshryY, W., NarayanasamyY, A., 2016. Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse education today*, 36, 445-451.
- SARKHIL, H., DARVISHPOOR-KAKHAKI, A. & BORZABADI-FARAHANI, Z. 2013. Respecting patient's privacy in cardiac care units of Tehran's selected hospitals. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 40-47.
- SHAFRANSKE, E. P. 2005. A psychoanalytic approach to spiritually oriented psychotherapy.
- VINCENSI, B. B. 2011. Spiritual care in advanced practice nursing.
- WESTERINK, H. 2012. Spirituality in psychology of religion: A concept in search of its meaning. *Archive for the Psychology of Religion*, 34, 3-15.
- عابدی ح ع، عسگری م، کاظمی ز، صفاری فر ف، نصیری م. مراقبت‌های مذهبی بیماران بستری و موانع آن. *مجله طب و تزکیه*. ۱۳۸۴؛ ۱۴(۲): ۲۳-۱۶.
- اخبارده، م. ۱۳۹۰. نقش اعتقادات معنوی و نماز در اعتلای سلامت بیماران مزمن: مطالعه کیفی. *فصلنامه قران و طب*، ۱، ۹-۱۲.
- امامی، ع، بصیری، ه، شکنی، ژ، سعید، ع. ن، بلسی، ل. ر. نژادلیلی، ا. ک. ۱۳۹۴. وضعیت ارائه مراقبت‌های مذهبی به بیماران بستری. *مجله پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۵، ۱-۷.
- برجعی لو، س، شهیدی، ش. امامی، ا. ۱۳۹۲. مراقبت، تجارب روزانه و بهزیستی معنوی در پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران روانشناسی دین، ۴، ۱۳۲-۱۱۹.
- جعفری، م، سبزواری، س، برهانی، ف. بانسی، م. ۲۰۱۲. دیدگاه دانشجویان پرستاری و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان نسبت به مراقبت معنوی. *مجله اخلاق پزشکی*، ۶، ۱۵۵.
- زمان زاده، و، رسولی، م، زاده، ع، نیکانفر، ع، مجد، ح، ع، احمدی، ف. م. قهرمانیان، ا. ۱۳۹۲. معنویت در مراقبت سرطان: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۲، ۳۶۶-۳۷۸.