

سلامت معنوی مدلی برای کاربرد در پرستاری

عباس عباس‌زاده^۱

فریبا برهانی^۲

محمود عباسی^۳

چکیده

سازمان بهداشت جهانی سلامت را در چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی طبقه‌بندی می‌کند. پرستاران از مهم‌ترین حرفه‌ها در تیم سلامت هستند که بر سلامتی مردم تأثیر می‌گذارند. برای این که این تأثیرگذاری همه‌جانبه و به سمت بهبود و کمال باشد، می‌بایست موضوع سلامت معنوی همچون سایر ابعاد سلامت در پرستاری تعریف و تبیین شده و مدلی از سلامت معنوی به عنوان پایه اقدامات پرستاری مورد توافق قرار گیرد. هدف از این مقاله ارائه یک مدل برای درک سلامت معنوی در پرستاری است. این مدل به تشریح روابط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت پرداخته و برای این روابط حالت سلسله مراتبی در نظر می‌گیرد. بر اساس این مدل هسته اصلی سلامت بعد معنوی آن است و سایر ابعاد به عنوان لایه‌های محافظ از این هسته مرکزی حمایت می‌کنند. پرستاران با در نظر گرفتن این مدل می‌توانند بررسی‌ها، مداخلات و ارزیابی‌های خود را به گونه‌ای طراحی کنند که حداکثر میزان سلامت مددجود در بعد معنوی حفظ شده و افزایش یابد.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، اخلاق

۱. دکترای پرستاری و فلوشیپ اخلاق زیست پزشکی، استاد گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: aabaszadeh@hotmail.com

۲. معاون پژوهشی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دکترای حقوق پزشکی و فلوشیپ اخلاق زیست پزشکی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۷/۱۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۹/۲

مقدمه

عملکرد حرفه‌ای پرستاری در راستای مراقبت جامع از مددجویان شامل مراقبت معنوی نیز می‌شود. با این حال بسیاری از پرستاران با این جنبه از مراقبت آشنایی نداشته و حتی از ورود به آن استقبال نمی‌کنند. این در حالی است که بیماران بیش از گذشته به این جنبه از مراقبت نیازمند هستند. (امبلن و همکاران، ۲۰۰۱ م.) دلایل افزایش نیاز به مراقبت معنوی فراوان می‌باشند، اما از زمره مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به افزایش طول عمر، افزایش میزان بیماری‌های مزمن، بالارفتن سطح دانش و اطلاعات مددجویان، فراوانی محتوا و راه‌های ارتباطی، تأثیرگذاری رسانه‌ها و نظایر آن اشاره کرد. تا جایی که بعضی از دانشمندان قرن حاضر را قرن بازگشت به معنویت دانسته و معتقدند که پیشرفت‌های عمده در این قرن دیگر وابسته به فناوری نبوده، بلکه منوط به شناخت عمیق انسان از خود است. اگر کانون توجه و رشد علمی در قرن بیستم محیط خارجی بوده، در قرن بیست و یکم توجه علمی به درون انسان معطوف خواهد بود. به عبارت دیگر باید منتظر زمانی باشیم که هیجان‌انگیزترین و مهم‌ترین اکتشافات نه از محیطی که ما را احاطه کرده، بلکه از دنیای درون ما خواهد بود. (مروندی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) نیازهای معنوی به صورت نیازی همگانی است که خاستگاه آن در نهاد همه انسان‌هاست و مأموریت آن معنی‌دادن به وجود می‌باشد. این نیاز هم در انسان‌های مذهبی و هم افراد سکولار وجود دارد. تأمین نیازهای معنوی می‌تواند به رضایتمندی از زندگی منجر شده و در این میان پرستاران به عنوان یکی از مهم‌ترین واسطه‌ها با کمک به برطرف کردن نیازهای معنوی می‌توانند به افزایش رضایتمندی بیماران از زندگی کمک کنند. (هوج و همکاران، ۲۰۱۴ م.)

از مهم‌ترین دلایلی که پرستاران به نیازهای معنوی بیماران توجه کافی نمی‌کنند را می‌توان در موارد زیر جستجو کرد: آموزش ناکافی، احساس ناخوشایند از ورود به موضوع معنویت، احساس عدم کارآمدی در این زمینه، و احساس اضطراب از مواجهه با مشکلات سلامت معنوی بیماران. یکی از مشکلات عمده در حوزه سلامت معنوی به دست‌دادن تعریف جامعی از این بعد سلامت است. با این‌که همه محافل علمی و از جمله سازمان بهداشت جهانی برای بعد معنوی سلامت اهمیت ویژه‌ای قائل هستند، اما به دلیل نبود برداشت یکسان از این حوزه، پیشرفت تفکر سلامت معنوی بسیار کند است و ورود آن به برنامه کشوری سلامت و مراقبت‌های روزمره پزشکی و پرستاری و پیشگیری از بیماری‌ها معوق مانده است. بدون شک معنی تام سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات روحی بر بهبودی بیماری و جانشین شدن آن برای درمان رایج طبی و یا حتی طب مکمل نیست، بلکه سلامت معنوی به معنی باور این واقعیت است که دیدگاه معنوی، باورها و اعتقادات، نگرش‌ها و ارزش‌ها و رفتارهای حاصل از آن، بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی بدن تأثیر می‌گذارد و این تأثیر بر ذهن و بدن را بعضی سلامت معنوی می‌دانند. (مرندی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) گاهی موضوع معنویت از جنبه تأثیرگذاری بر سلامت جسمی (که شناخته‌شده و ملموس است) مورد بررسی قرار گرفته است. به نحوی که برخی محققین معتقدند که مؤلفه‌های سلامت معنوی می‌توانند در خدمت سلامت جسمی قرار گیرند و منافی را متوجه بیماران کنند. حتی این مؤلفه‌ها می‌توانند تأثیرات پیشگیری‌کننده از بیماری‌های جسمی داشته باشند. (عباسیان و همکاران، ۱۳۸۹ ش.)

با وجود این‌که توجه به بعد معنوی و سلامت معنوی مددجویان در منابع از وظایف پرستاران برشمرده شده است، اما اغلب در پرستاری به این بعد از مراقبت

توجه لازم نمی‌شود. در این زمینه مطالب علمی به اندازه کافی وجود ندارد. تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد که مراقبت معنوی به سه دلیل مبهم‌بودن نقش معنویت در پرستاری، عدم ارتباط مناسب میان پرستار و بیمار و عوامل محیطی تا کنون به طور مناسب مورد توجه قرار نگرفته است. (فراهانی‌نیا و همکاران، ۱۳۸۴ ش.) در مجموع سلامت معنوی با می‌بایست بر اساس تعریف معنویت تبیین کرد. معنویت حالتی از بودن است و سلامت معنوی حالتی از داشتن. سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق می‌شود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامد شخصی حاصل می‌آید. شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمرات معنوی مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی‌اند. (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.)

بعضی از دانشمندان مسلمان کوشیده‌اند تا موضوع سلامت معنوی از جنبه دینی را مورد بررسی قرار داده و از این دیدگاه سلامت معنوی را تعریف کنند. آن‌ها معتقدند که وجود یک نظام هوشمند تحت عنوان قوه مدبره یا طبیعت در نهاد انسان وجود دارد که بر تنظیم افعال و فرایندها و واکنش‌های درونی احاطه دارد و ضامن تأمین سلامت، دفع بیماری‌ها و حمایت از بقای انسان می‌باشد و به عنوان حقیقتی ملموس چگونگی تأثیر معنویت و اعتقادات دینی بر سلامت را توضیح می‌دهد. (اصفهانی، ۱۳۸۹ ش.) گروهی دیگر از مؤلفین ارتباط سلامت معنوی را با حوزه عرفان مورد بررسی قرار داده و انسان کامل را از این منظر واجد سلامت معنوی می‌دانند و سلامت جسمی و روحی را مقدمه دستیابی به مقام انسان کامل می‌دانند. (بیزدانی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.)

اقدامات معنوی پرستاران

مراقبت معنوی از بیمار مثل سایر جنبه‌های مراقبت وی می‌بایست در قالب فرآیند پرستاری صورت گیرد. آگاهی از نیازهای معنوی بیمار و همچنین اثرات احتمالی که بیماری کنونی بر روی تجربیات معنوی وی گذاشته است در جریان مراقبت از او امری ضروری است. احترام به عقاید معنوی بیمار و در نظر گرفتن آن‌ها در روند مراقبت از او همواره امری مهم تلقی می‌گردد. بنابراین، از آنجا که امروزه سلامتی به صورت یک فرایند پویای دستیابی به سطوح بالاتر سلامت در هر یک از ابعاد چهارگانه وجودی انسان در نظر گرفته می‌شود رویکرد کلی‌نگر راهکار مناسبی برای شاغلین بخش سلامت به ویژه پرستاران جهت توجه به تمامی ابعاد وجودی انسان است. در این رابطه، مسؤولیت مراقبت کل‌نگر از بیماران بر عهده پرستاران نهاده شده و از این طریق می‌توانند به حفظ سلامت بیماران کمک نمایند. مطالعات نشان می‌دهند که بیماران، از پرستاران انتظار دارند که توانایی بحث درباره سلامت معنوی آن‌ها را داشته باشند. همچنین طبق نتایج مطالعات، مراقبت معنوی که بیماران از پرستاران خود انتظار دارند بر میزان تشخیص نیازهای معنوی بیماران و اقدامات برنامه‌ریزی و اجرا شده تأثیر می‌گذارد. (عباسیان و همکاران، ۱۳۸۹ ش). مطالعات نشان داده‌اند که گوش‌دادن به دعا سبب ارتقای سلامت معنوی بیماران می‌شود. این ارتباط حتی با سلامت جسمی هم برقرار می‌شود و نشان می‌دهد که حمایت ناشی از منابع مذهبی و برقراری ارتباط با قدرت برتر، سودمند بوده و می‌تواند برای ارتقای کیفیت زندگی، حمایت بین فردی و کاهش علایم و بهبود نتایج جسمی مؤثر باشد. (شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱ ش). در مطالعات انجام‌شده در مورد وضعیت مراقبت معنوی از گروه‌های مختلف وضعیت سلامت معنوی مددجویان سالمند نمره سلامت معنوی آنان وضعیت

مطلوبی نداشته است. (سیدالشهدایی و همکاران، ۱۳۹۲ ش.) در بررسی نمرات سلامت معنوی مددجویان با رفتارهای مراقبتی در مواردی رابطه معنی‌داری مشاهده نشده است. با این وجود نمره سلامت معنوی بیماران دیابتی مورد بررسی در این پژوهش نسبتاً بالا می‌باشد. (حیدری و همکاران، ۱۳۹۲ ش.) در مطالعاتی که نگرش پرستاران را نسبت به مراقبت معنوی و سلامت معنوی در پرستاران انجام شده است، پرستاران در این زمینه نگرش متوسطی را ابراز کرده‌اند. (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۲ ش.)

موضوع مراقبت معنوی هرچند که در همه مددجویان اهمیت دارد و حتی در بعد پیشگیری واجد اهمیت و کاربرد می‌باشد، اما در بیماری‌های دارای سیر طولانی و مزمن کاربرد بیشتری می‌یابد. در مطالعه‌ای که در زمینه سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شده، بین سلامت معنوی و راهبردهای مذهبی این بیماران ارتباط مستقیم و معناداری مشاهده شد. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبع قدرت، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی از روش‌هایی هستند که بیماران همودیالیزی با کاربرد آن توانسته‌اند با تمسک به آن آسیب کمتری را متحمل شوند. (طاهری خرامه و همکاران، ۱۳۹۲ ش.) اقدامات مراقبت معنوی خاص افراد بزرگسال نیست، بلکه در نوجوانان هم دارای اثرات مثبتی می‌باشد به نحوی که افزایش سلامت معنوی نوجوانان مبتلا به تالاسمی در اثر اقدامات مراقبت معنوی پرستاری توانسته است با افزایش امید و مهارت اجتماعی باعث بهبود کیفیت زندگی آنان شود. لذا در این گروه نیز مثل همه بیماران دیگر آگاهی از نیازهای معنوی و تشویق به استفاده از مداخلات معنوی و حمایت معنوی توسط پرستاران ضرورت دارد. (ضیغمی محمدی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

بعضی از مؤلفین پرستاری تلاش کرده‌اند قبل از ورود به موضوع سلامت معنوی به تبیین معنای معنویت از دیدگاه مددجویان بپردازند، چراکه شناسایی و تعریف دقیق مفهوم معنویت و اثرات آن می‌تواند به عنوان راهبردی مناسب برای تأثیر بیشتر داروها و حتی درمان‌های غیر دارویی مورد استفاده قرار گیرد، هرچند که همین محققین نتیجه گرفته‌اند که معنویت مفهومی چندبعدی است و به سختی می‌توان تعریف ساده و قابل کاربردی از آن ارائه داد. (واحدیان عظیمی و همکاران، ۱۳۹۲ ش.) مطالعات مربوط به مراقبت معنوی به ویژه در بیماران مبتلا به سرطان، نشان می‌دهد که پرستاران می‌بایست از تأثیر معنویت و مذهب بر شکل‌دهی به معنای زندگی و مرگ و کشف راه‌های مقابله با تنش‌های جسمی و معنوی استفاده کنند، (رضایی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) اما در حال حاضر هنوز این ظرفیت اساسی مورد استفاده کامل قرار نگرفته است. (زمان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲ ش.)

در زمینه ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی هم تحقیقاتی انجام شده است، هرچند که نتایج متفاوتی از آن به دست آمده است. (نباتیان و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) مطالعات در زمینه معنویت در پرستاری نشان‌دهنده آن است که موضوع معنویت در شرایط خطیر بیماری و شدت یافتن نشانه‌ها نقش مهم‌تری پیدا می‌کند. نتایج مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد که نقش معنویت در عبور از بحران وقوع حمله قلبی در بارز بوده و بیماران در هنگام بروز حمله قلبی، بر علایق معنوی خود تمرکز بیشتری پیدا می‌کردند. در واقع خطری که برای سلامتی پیش می‌آید فرد را به سمت استفاده از ظرفیت معنویت برای حفظ تمامیت خود هدایت می‌کند. (مؤمن‌نسب و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) آثار مثبت مراقبت معنوی بر افزایش قدرت سازگاری و انطباق بیماران سندرم کرونری حاد در

مطالعات دیگری هم مورد تأیید قرار گرفته است. (جهانی و همکاران، ۲۰۱۴ م.) مراقبت معنوی منحصر به بیماران نبوده و خانواده آن‌ها را نیز در برمی‌گیرد. در همین رابطه مطالعات نشان داده که استفاده از ظرفیت توانایی‌های معنوی ظرفیت خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر را در رویارویی با مشکلات مراقبتی افزایش داده و عوارض منفی مراقبت از این قبیل بیماران را کم می‌کند. (محمدی، و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

البته بعضی مطالعات معتقدند که موضوع معنویت در پرستاران و برداشت از موضوع مراقبت معنوی و حتی سلامت معنوی خود پرستاران بر نحوه مراقبت معنوی که ارائه خواهند دارد تأثیر قطعی دارد. این مطالعات نشان از آن دارد که سلامت معنوی پرستاران در سطح متوسطی قرار دارد. (عصاروردی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) مطالعات انجام‌شده در سایر کشورها هم نشان می‌دهد که پرستاران به اهمیت موضوع مراقبت معنوی اذعان دارند، اما هنوز موانع اساسی را برای انجام مراقبت معنوی از بیماران مشاهده می‌کنند. مهم‌ترین این موانع به دست‌نیاوردن شناخت مناسب و کافی از موضوع معنویت و سلامت معنوی و راه‌هایی کمک به بیمار در دستیابی به آن است. (کریستنسن و همکاران، ۲۰۰۸ م.) پرستاران از جنبه‌های مختلفی در موضوع معنویت مورد بررسی قرار گرفته‌اند یکی از این زمینه‌ها هوش معنوی است. نتایج مطالعات نشان داده است که بین هوش معنوی و سلامت عمومی و عملکرد مثبت پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود دارد. (اکبری‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

آنچه مسلم است اقدامات مراقبت معنوی پرستاران را مثل سایر جنبه‌های مراقبت حداقل با دانش امروزی نمی‌توان در قالب روتین‌ها و دستورالعمل‌های ساده و ابلاغی قرار داد. مراقبت پرستاری معنوی نیازمند خلاقیت، درک عمیق بین فردی، نوع دوستی، و نیازمند آگاهی و رشد و تعالی پرستاران می‌باشد. در

عین به دست‌آوردن این شناخت اقدامات مراقبت معنوی بستگی به خواست و ظرفیت بیمار داشته و هنگامی امکان‌پذیر است که تفاهم و تشریک مساعی لازم بین بیمار و پرستار اتفاق افتد و موانع مربوطه برطرف گردد. پرستار برای ورود به موضوع مراقبت معنوی ابتدا باید دیدگاه خود را در خصوص معنویت سازمان داده و سپس با احترام به آزادی و خواست بیمار به او کمک کند. باید این واقعیت را هم پذیرفت که هر انسانی به صورت انحصاری با موضوع معنویت تعامل و برخورد می‌کند. (ساواتزکی و همکاران، ۲۰۰۵ م.) طبعاً موضوع مراقبت معنوی از آموزش دانشجویان آغاز شده و متولیان آموزش پرستاری می‌بایست به دنبال راه‌هایی باشند که یادگیری دانشجویان در این زمینه را افزایش دهد. یکی از این زمینه‌ها استفاده از روش شبیه‌سازی برای آموزش دانشجویان است که نتایج مفیدی هم به دنبال داشته است. (کاستلو و همکاران، ۲۰۱۲ م.)

مدل توصیفی روابط اجزای سلامت

استفاده از مدل می‌تواند به مراقبت‌های پرستاری و همراهی آن با جنبه‌های عملی مراقبت‌های پرستاری کمک کند. برای انجام مراقبت معنوی هنوز مدلی فراگیر که بتواند این مراقبت‌ها را هماهنگ کند وجود ندارد. البته در این زمینه اقداماتی شده است که عمدتاً در خارج از کشور بوده است. به طور مثال با استفاده از نظریه خودمراقبتی اورم، موضوع خودمراقبتی در جنبه معنوی مورد بررسی قرار گرفته و بین مدل خودمراقبتی و نیازهای معنوی ارتباطی تبیین شده است. (وایت و همکاران، ۲۰۱۱ م.) اقداماتی نیز در کشور ما صورت گرفته که از جمله می‌توان به کاربرد مدل قلب سلیم بر اساس تعیین نیازها و اصلاح ارتباطات چهارگانه معنوی انسان در بستر مذهبی یعنی ارتباط با خدا، ارتباط با خود،

ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت و محیط می‌توان نام برد. کاربرد این مدل در بیماران عروق کرونر باعث افزایش سطح معنوی آن‌ها شده است. (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲ ش.) مؤلفین مختلف بر ضرورت داشتن دستورالعمل‌ها و راهنماهایی برای مراقبت معنوی در پرستاری توجه کرده‌اند. راهنماها و دستورالعمل‌های مراقبتی در پرستاری هرچند که به مراقبت معنوی توجه کرده‌اند، اما عموماً این توجه در حد یادآوری نیازهای معنوی مددجویان می‌باشد. این درحالی است که هنوز کار بر روی طراحی مدل‌هایی از معنویت و مراقبت معنوی در پرستاری ادامه دارد. (بارس، ۲۰۱۲ م.) در کنار همه موانعی که پرستاران برای عدم انجام کامل پرستاری به آن اشاره می‌کنند از قبیل کمبود وقت، نداشتن محیط و امکانات مناسب و نظایر آن، یکی از موانع مهم درک متفاوت از موضوع معنویت و این‌که معنویت را امری شخصی و خصوصی برمی‌شمارند، ابراز شده است. (گالیسون و همکاران، ۲۰۱۳ م.) این امر ضرورت ارائه مدل‌هایی در خصوص چیستی سلامت معنوی را نشان می‌دهد.

در این‌که بین ابعاد مختلف وجود انسان و بعد معنوی و مذهبی ارتباط وجود دارد با مطالعات و تحقیقات اخیر تقریباً جای تردیدی باقی نمی‌ماند، اما هنوز مطالعات نتوانسته‌اند چگونگی این ارتباط را به طور کامل نشان داده و مدلی قطعی و جهانی از این ارتباط ارائه کنند. (هولت و همکاران، ۲۰۰۷ م.) مطالعات تجربی فراوانی انجام شده است تا رابطه بین مذهب، ذهن و جسم را مورد بررسی قرار دهند؛ در اغلب این مطالعات تأثیرگذاری این اجزا بر هم مشخص شده است. در پرستاری هم از این مدل ارتباطی استفاده شده است، اما هنوز به خوبی این روابط تبیین نشده است. در یکی از موارد معنویت به عنوان یک لایه محافظ

بیرونی که انسان را احاطه کرده است در نظر گرفته شده است. پرستار با استفاده از تقویت این لایه می‌تواند به مراقبت از بیمار کمک کند. (لوتز و همکاران، ۲۰۰۲ م.) نکته‌ای که در اکثر مطالعات حوزه معنویت، مراقبت معنوی و سلامت معنوی وجود دارد این است که عمدتاً معنویت به عنوان متغیر مستقل فرض شده و مطالعات این‌گونه طراحی شده‌اند که تأثیر مراقبت معنوی را بر متغیرهای سلامت جسمی و از جمله شاخص‌های فیزیک و شیمیایی و فیزیولوژیک (به عنوان مثال، ارتباط فعالیت‌های مذهبی و سلامت معنوی با کنترل قند خون در بیماران دیابتی) را نشان دهند. (حیدری و همکاران، ۱۳۹۲ ش.) این پیش‌فرض چنین القا می‌کند که مهم‌ترین جزء وجود انسان بعد جسمی آن است و معنویت ابزاری برای رفع مشکلات و بیماری‌های جسمی و کمک به تقویت این بعد از انسان می‌باشد. از معارف قرآنی چنین بر می‌آید که مفهوم معنویت در مقابل مادیت است، اما نه بدان معنا که ضد یکدیگر باشند. بلکه معنویت در بطن مادیت است. به بیان دیگر معنویت به ابعاد غیر مادی وجود انسان تعلق دارد، اگرچه شعاع اثرات آن، ماده (جسم) را نیز بی‌بهره نمی‌گذارد. به بیان بزرگان امور جسمانی همان امور مادی و امور ماوراء ماده همان امور معنوی هستند که به حقیقت انسان مربوط است. (لاریجانی و دیگران، ۱۳۹۳ ش.) خواجه نصیرالدین طوسی^۱، سلامت بدن و مزاج را برای ظهور سالم نفس ضروری می‌داند. از علمای معاصر، امام خمینی (ره) سلامت نفس را اعتدال در طریق انسانیت می‌داند. همچنین به عقیده ایشان سلامت نفس به آن است که خود را سالم و کامل از روزنه قوای مادی نمایش دهد. ایشان زهد را عامل اصلی برای سلامت نفس می‌داند. ایشان عوامل دیگری را نیز بر سلامت نفس مؤثر می‌دانند از جمله رعایت آداب و شرایط ازدواج، لقاح، بارداری، شیردهی، تولد، تربیت و معاشرت. شهید مطهری، سلامت بدن را در سلامت نفس

مؤثر می‌داند. به نظر وی رذائل اخلاقی نفس را از سلامت باز می‌دارد و تقوا و ایمان، عوامل اساسی برای برخورداری از بدن سالم و نیز نفس سالم هستند. (لاریجانی و دیگران، ۱۳۹۳ ش.)

مدل سلامت معنوی که در این مقاله معرفی می‌شود، بر اساس این پیش‌فرض بنا شده که معنویت مفهوم اصلی و بخش پایدار وجود انسان است. سلامت معنوی به معنی عاقبت خیر، شکوفایی وجود انسان یا کمال انسانی بعدی از سلامت انسان است که با مرگ از بین نمی‌رود. بنابراین متغیرها و ابعاد دیگر سلامت یعنی جسم، روان و اجتماع به عنوان متغیرهای مستقل در ارتباط با هسته اصلی وجود بشر یعنی معنویت قابل درک می‌باشند. طبیعی است که کل وجود انسان بر اساس نگرش سیستمی روابط متقابلی بین ابعاد سلامت وجود دارد و قطعاً می‌توان اثرات مثبت جسمی از سلامت معنی انتظار داشت و حتی با طرح‌های پژوهشی آن را اثبات کرد. چنین ارتباطی بین سلامت معنوی و سلامت روانی و اجتماعی هم قابل بررسی و تبیین است، اما بر اساس این مدل جوهر اصلی سلامت انسان که ارج و دوام بیشتری دارد، سلامت معنوی است. ابعاد دیگر سلامت عهده‌دار پرورش، تقویت و محافظت از سلامت معنوی هستند (شکل ۱).

سلامت



در این مدل جوهره اصلی وجود انسان بعد معنوی آن است. این بخش از وجود انسان با مرگ از بین نرفته و سلامت آن هدف اصلی ارگانیزم در طول دوران زندگی می‌باشد. تمام لایه‌های دیگر در تلاشند که این مرکزیت و محور وجود را حفظ کرده و سالم نگه دارند. در نگاه مراقبت از سلامت چون جوهره اصلی و پایدار و جاوید وجود بعد معنوی آن است تمام تلاش‌ها متوجه سلامت این بخش می‌باشد. بعد جسمی به عنوان خارجی ترین لایه در معرض انواع عوامل پاتوژن قرار می‌گیرد و برای این که جسم بتواند حمایت و پشتوانه مناسب معنویت باشد بایستی هم خود را سالم نگه دارد و هم سایر ابعاد را محافظت کند. اگر به دلایلی مشکل و نقصی در بعد جسمی ایجاد شد این ابعاد دیگر هستند که همچنان به محافظت از معنویت می‌پردازند. به طور مثال در یک معلول جسمی قدرت روانی و حمایت اجتماعی به مدد می‌آید تا همچنان معنای زندگی حفظ گردد. بعد روانی هم وظیفه مشابهی را داراست و در صورتی که به خوبی نتواند عمل کند حمایت‌های اجتماعی در جهت تضمین سلامت بکار گرفته می‌شود و در پایان زندگی که همه انواع سلامت جسمی، روانی و اجتماعی پایان یافته است. سلامت معنوی همچنان بعدی از وجود انسان است که اگر خوب تقویت و ساخته شده باشد تضمین‌کننده سلامت و سعادت در جهان دیگر است.

این مدل با رویکردی که پرستاری در تعریف از سلامت دارد و آن را وضعیت قرارگرفتن فرد در پیوستاری از سلامت کامل تا ناخوشی کامل و مرگ می‌داند و اقدامات پرستاری در هر لحظه را متوجه بهتر حرکت‌دادن موقعیت مددجو به وضع بهتر می‌داند و در واقع سلامت را امری نسبی می‌داند سازگاری کامل دارد. چنانچه بیماری سلامت جسمی خود را به طور نزدیک به کامل از دست داده باشد (که در بیماری‌های انتهای زندگی اتفاق می‌افتد) مراقبت از لایه‌های درونی‌تر و به

خصوص بعد معنوی همچنان باقی می‌ماند. مراقبتی که موجب افزایش سلامت معنوی مددجو در این شرایط سخت و بحرانی می‌گردد.

بر اساس این مدل تقویت و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی به نحو غیر مستقیم به بهبود سلامت معنوی می‌انجامد و سلامت معنوی خود نیز به صورت مستقیم قابل ارتقا می‌باشد. بهداشت جسم، پیشگیری از بیماری‌ها، تغذیه حلال و پاکیزه، علاوه بر تقویت جسم به سلامت معنوی کمک می‌کند. به همین نحو آرامش روانی، مدیریت استرس، ایمان و توکل، و نظایر آن با تقویت بعد روانی به سلامت معنوی خدمت می‌کند. به همین نحو اطرافیان و جامعه سالم و روابط سالم اجتماعی به معنویت کمک می‌کند. از طرف دیگر بعد معنوی سلامت مستقیماً قابل حفاظت است. به نظر می‌رسد آنچه مستقیماً سلامت معنوی را تضمین می‌کند، التزام به اخلاق است. اخلاق نیک، صداقت و امانتداری، وفاداری و عدالت، احترام به کرامت انسان‌ها، تواضع و فروتنی، رضا و صبر در واقع تصویر رفتاری و عینی سلامت معنوی هستند و به نحو متقابل سلامت معنوی را تقویت می‌کنند. بر مبنای این مدل؛ پرستاری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی هر کدام راهبردهای ارتقای سلامت در حوزه خود را مورد تبیین، تمرین و تقویت قرار می‌دهند و با هدف‌های به ظاهر متفاوت به یک هدف کلی یعنی سلامت معنوی خدمت می‌کند.

نتیجه‌گیری

برای دستیابی به مراقبت‌های معنوی می‌بایست از آموزش شروع کرد. وجود یک نظام آموزشی قوی و هدفمند، به خصوص در حوزه آموزش علوم پزشکی باعث شکوفایی علمی و به حرکت درآمدن چرخ‌های مادی و ارتقای سطح معنوی یک جامعه خواهد شد. از سویی اگر برنامه آموزشی هماهنگ با فطرت الهی انسان طراحی شود جنبه معنوی آن نیز تحقق پیدا می‌کند، به علاوه این که هر قدر مدرسین، فراگیران و دیگر دست‌اندرکاران امر آموزش با برنامه سلامت معنوی آشنایی داشته باشند، فضای تربیتی معنوی به وجود خواهد آمد که خود موجب تقویت نظام آموزشی خواهد شد. (اکبری لاکه و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) مدل توصیفی روابط اجزای سلامت می‌تواند مبنای مناسبی برای آموزش پرستاران در مراقبت از بیماران در تمام ابعاد آن در پرستاری باشد. این مدل باعث می‌شود که دیدگاه جامع‌نگر در مراقبت از پرستاری حفظ شده و مقوله مراقبت معنوی به عنوان یک موضوع در هم آمیخته با همه اقدامات از گسیختگی و تقطیع اقدامات پرستاری جلوگیری می‌کند.

پی‌نوشت

۱. ۶۷۲-۵۹۷ هـ.ق

فهرست منابع

منابع فارسی:

- اصفهانی، س. م. (۱۳۸۹ ش.). سلامت معنوی و دیدگاه‌ها. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. سال چهارم، شماره چهاردهم، ۹-۴۱.
- اکبری‌زاده، ف. باقری، ف. حاتمی، ح. ر. حاجیوندی، ع. (۱۳۹۰ ش.). ارتباط بین هوش معنوی، سخت رویی و سلامت عمومی در پرستاران. *بهبود دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*. سال پانزدهم، شماره ششم، ۷۴-۴۶۶.
- اکبری لاکه، م. شمس‌گوشکی، ا. عباسی، م. (۱۳۸۹ ش.). سلامت معنوی در برنامه آموزش علوم پزشکی. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. سال چهارم، شماره چهاردهم، ۳۰-۱۱۳.
- رحیمی، ن. نوحی، ع. نخعی، ن. (۱۳۹۲ ش.). سلامت معنوی و نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در دانشجویان پرستاری و مامایی. *نشریه پرستاری ایران*. ۲۶ (۸۵): ۶۵-۵۵.
- رضایی، م. سیدفاطمی، ن. حسینی، ف. (۱۳۸۷ ش.). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی. *حیات*. ۱۴ (۴ و ۳): ۹-۳۳.
- زمان‌زاده، و. رسولی، م. عباس‌زاده، ع. نیکانفر، ع. ر. علوی مجد، ح. میرزااحمدی، ف. قهرمانیان، ا. (۱۳۹۲ ش.). معنویت در مراقبت سرطان: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. ۲ (۴): ۷۸-۳۶۶.
- حیدری، س. رئیسی، م. احمری طهران، ه. خرمی راد، ا. (۱۳۹۲ ش.). ارتباط فعالیت‌های مذهبی و سلامت معنوی با کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت. *نشریه پرستاری ایران*. ۲۶ (۸۱): ۷۸-۷۸.
- سعیدی طاهری، ز. اسدزندی، م. عبادی، ع. (۱۳۹۲ ش.). تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجربه معنوی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر. *روان پرستاری*. ۱ (۳): ۵۳-۴۵.

سیدالشهدایی، م. حشمت، ش. سیدفاطمی، ن. حقانی، ح. مهرداد، ن. (۱۳۹۲ ش.). سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان و مقیم منزل. نشریه پرستاری/ایران. ۲۶ (۸۱): ۲۰-۱۱.

شریف‌نیا، س. ح. حجتی، ح. نظری، ر. قربانی، م. آخوندزاده، گ. (۱۳۹۱ ش.). تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیزی. مجله پرستاری مراقبت ویژه. ۴ (۲): ۲۹-۳۴.

ضیغمی محمدی، ش. تجویدی، م. (۱۳۹۰ ش.). ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور (سال ۱۳۸۹). مراقبت‌های نوین (فصلنامه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری - مامایی بیرجند). ۸ (۳): ۲۴-۱۱۶.

طاهری خرامه، ز. آسایش، ح. زمانیان، ه. شعوری بیدگلی، ع. ر. میرقیصری، ا. شریفی فرد، ف. (۱۳۹۲ ش.). سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ی مذهبی در بیماران همودیالیزی. روان پرستاری. ۱ (۱): ۴۸-۵۴.

عباسی، م. عزیزی، ف. شمسی گوشکی، ا. ناصری راد، م. اکبری لاکه، م. (۱۳۹۱ ش.). تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش شناختی. فصلنامه اخلاق پزشکی. سال ششم، شماره بیستم، ۴۴-۱۱.

عباسیان، ل. عباسی، م. شمسی گوشکی، ا. معماربانی، ز. (۱۳۸۹ ش.). بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از بیماری‌ها: یک مطالعه مقدماتی. فصلنامه اخلاق پزشکی. سال چهارم، شماره چهاردهم، ۱۰۴-۸۳.

عصاررودی، ع. جلیلود، م. ر. عودی، د. اکبری، آ. (۱۳۹۱ ش.). ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد. مراقبت‌های نوین (فصلنامه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری - مامایی بیرجند). ۹ (۲): ۶۲-۱۵۶.

فراهانی‌نیا، م. عباسی، م. گیوری، ا. حقانی، ح. (۱۳۸۴ ش.). سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آن‌ها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران. نشریه پرستاری/ایران. ۱۸ (۴۴): ۱۴-۷.

لاریجانی، ب. زاهدی، ف. پورذهبی، ز. تیرگر، س. میرزایی (لطفی‌آذر)، ف. (۱۳۹۳ ش.). سبک زندگی عالمان بزرگ اسلامی، رهیافتی بر سلامت معنوی در آئینه نگاه و عمل علامه حسن‌زاده آملی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی. ۷ (۳): ۱۳-۱.

- محمدی، ف. بابایی، م. (۱۳۹۰ ش.). تأثیر مشارکت در گروه‌های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در «مراقبین عضو خانواده» سالمندان مبتلا به آلزایمر. *مجله سالمندی/ایران*. ۶(۱): ۳۷-۲۹.
- مردی، س. ع. ر. عزیزی، فریدون. (۱۳۸۹ ش.). جایگاه تعریف و دشواری‌های پایه‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی - اسلامی. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. سال چهارم، شماره چهاردهم، ۲۱-۱۱.
- مؤمن‌نسب، م. معطری، م. عباس‌زاده، ع. شمشیری، ب. (۱۳۹۱ ش.). تجربه معنوی بیماران در هنگام بروز حمله قلبی: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. ۱(۴): ۹۷-۲۸۴.
- نباتیان، ا. قمرانی، ا. ذاکریان، م. مهدی‌زاده، ا. (۱۳۹۱ ش.). رابطه سلامت معنوی با کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شهر بیرجند. *طب جانباز*. ۵(۲): ۹-۳۵.
- واحدیان عظیمی، ا. رحیمی، ا. (۱۳۹۲ ش.). تبیین مفهوم معنویت: تحلیل محتوای قراردادی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. ۲(۱): ۲۰-۱۱.
- یزدانی، ع. ا. عباسی، م. ابراهیمی، م. ن. (۱۳۸۹ ش.). مبانی عرفانی سلامت معنوی. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. سال چهارم، شماره چهاردهم، ۸۲-۶۵.

منابع انگلیسی:

- Barss, KS. (2012). An affirming model for inclusive spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*. 30 (1): 24-34.
- Christensen, KH. Turner, S. (2008). Spiritual care perspectives of danish registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*. 26 (1): 7-14.
- Costello, M. Atinaja-Faller, J. Hedberg, M. (2012). The use of simulation to instruct students on the provision of spiritual care: a pilot study. *Journal of Holistic Nursing*. 30 (4): 277-81.
- Emblen, J. Pesut, B. (2001). Strengthening transcendent meaning a model for the spiritual nursing care of patients experiencing suffering. *Journal of Holistic Nursing*. 19 (1): 42-56.
- Gallison, BS. Yan, XU. Jurgens, CY. Boyle, SM. (2013). Acute care nurses' spiritual care practices. *Journal of Holistic Nursing*. 31 (2): 95-103.

- Hodge, DR. Sun, F. Wolosin, RJ. (2014). Hospitalized Asian patients and their spiritual needs: Developing a model of spiritual care. *Journal of Aging and Health*. 26 (3) 380-400.
- Holt, CL. Clark, EM. Klem, PR. (2007). Expansion and validation of the spiritual health locus of control scale. Factorial analysis and predictive validity. *Journal of Health Psychology*. 12 (4): 597-612.
- Jahani, A. Rejeh, N. Heravi-Karimooi, M. Vaismoradi, M. Jasper, M. (2014). Spiritual wellbeing of Iranian patients with acute coronary syndromes: a cross-sectional descriptive study. *Journal of Research in Nursing*. 19 (6): 518-27.
- Lottes, CR. Engstrom, D. Engstrom, LF. (2002). Applied concepts of holistic nursing, a spiritual health community seminar based on religious commitment research. *Journal of Holistic Nursing*. 20 (4): 418-24.
- Sawatzky, R. Pesut, B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 23 (1): 19-33.
- White, ML. Peters, R. Schim, SM. (2011). Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*. 24 (1): 48-56.

یادداشت شناسه مؤلفان

عباس عباس زاده: دکترای پرستاری و فلوشیپ اخلاق زیست پزشکی، استاد گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیک: aabaszadeh@hotmail.com

فریبا برهانی: معاون پژوهشی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

محمود عباسی: رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دکترای حقوق پزشکی و فلوشیپ اخلاق زیست پزشکی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Spiritual health, a model for use in nursing*A. Abbaszadeh**F. Borhani**M. Abbasi***Abstract**

The World Health Organization defining the health in physical, mental, social and spiritual dimensions. Nurses among the health professions are the most important influence on people's health. This paper presents a model for understanding spiritual health in nursing. This model describes the relationship between spiritual health and well-being and other aspects of health, to consider this relationship proposed a hierarchical relationship between aspects of health. According to this model the core of health is the spiritual dimension and other aspects of health are as protective layers around this core. Nurses Regarding this model can assess, intervene and evaluate in manners that provide the maximum level of client's spiritual health is maintained and increased.

Keywords

Spiritual Health, Physical Health, Mental Health, Social Health, Ethics