

## نقش معنویت در مراقبت‌های پرستاری و کاربست آن در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی

سمیه ابوالقاسمی ماهانی<sup>۱</sup>

### چکیده

#### یا مَنْ إِسْمُهُ دَوَاءٌ وَ ذِكْرُهُ شِفَاءٌ

پرداختن به نیازهای معنوی، جزء ضروری مراقبت کل‌نگر در پرستاری شناخته می‌شود. معنویت، بعدی از انسان تعریف شده است که به افراد احساس بودن را با کیفیت‌هایی نظیر فطرت، ظرفیت برای دانستن درونی و منبع تقویتی، تجربه ذهنی مقدس، تعالی فرد به سوی ظرفیت عشق و دانش بزرگ‌تر، یافتن معنایی برای موجودیت فرد که محور هر موجودی است، به انسان القا می‌کند. هم‌چنین، مجموعه‌ای از ارزش‌ها، نگرش‌ها و امیدهایی دانسته شده است که با هستی برتر ارتباط دارد و زندگی فرد را هدایت می‌کند و به ویژه با تجاربی از زندگی که فرد را به آستانه عدم قطعیت می‌کشاند، مرتبط است. وقایع زندگی اتفاقاتی منحصر به فرد هستند و پاسخ‌های معنوی را بر می‌انگیزند. در این میان وقایع معنوی که پاسخ معنوی در بیماران را بر می‌انگیزد، می‌تواند فرصتی برای تأمین مراقبت معنوی توسط پرستاران باشد. در طول دوران بیماری، پرستاران به راحتی در قلمرو خصوصی بیماران پذیرفته می‌شوند. از این رو، باید قادر باشند به راحتی به مسائل معنوی بپردازند. در این پژوهش نگارنده بر آن است تا به «تبیین نقش

۱- کارشناس مامایی، کارشناس ارشد فلسفه تعلیم و تربیت، بیمارستان علی بن ابی طالب، راور

معنویت در مراقبت‌های پرستاری و کاربرد مداخلات پرستاری برای بیماران بستری در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی» پردازد.

واژگان کلیدی: معنویت، مراقبت معنوی، مذهب، ایمان، پرستار، مرکز درمانی

### مقدمه

در دورانی به سر می‌بریم که مراقبت‌های بهداشتی، انعکاسی از تغییرات زمانی است. در دورانی به سر می‌بریم که عدم قطعیت و بی‌ثباتی و حکومت سکولاریسم و مدرنیسم بر تمدن بشری مشهود است. این عدم قطعیت‌ها منجر شده است تا افراد بشری شروع به پرسش در مورد سیستم اعتقادی و ایدئولوژی خود نمایند و مسائل معنوی برای آنان اهمیت بسیار یافته است. افرادی که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، دردمند و بسیار ناخوش می‌باشند و دوران اقامت کوتاهی را همراه با تحمل درد و رنج جسمانی تحمل می‌کنند.

کاوندیش<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) اظهار می‌دارد، عدم قطعیت وقایع زندگی، باعث پایدار شدن نیازهای معنوی می‌شود که در هر فرد بیمار وجود دارد. وقایع زندگی، اتفاقاتی منحصر به فرد هستند که یک پاسخ معنوی را برمی‌انگیزند و این پرستاران و کادر درمانی هستند که در طی وقایعی نظیر بیماری، تولد و مرگ حاضر می‌باشند. وقایع معنوی که پاسخ معنوی را در بیماران بر می‌انگیزند، می‌توانند فرصت‌هایی برای تأمین مراقبت معنوی توسط پرستاران باشند.<sup>۲</sup>

1- Cavendish

2- Cavendish, R.Konecny, L.;Mitzeliotis, C.;Russo,D., rt al. (2003).Spiritual care activities of nursing using nursing intervention classification (NIC) labels, International Journal of Nursing Terminologies and classifications, 14(4),20-111

معنویت، بخشی از انسانیت انسان است. وقتی درباره معنویت بحث می‌شود، از معنا حرف می‌زنیم. در حکمت و در ادیان، خداوند اصل معناست؛ حقیقت معناست. اصلاً خود معناست.<sup>۱</sup> مقام رهبری<sup>۲</sup> می‌فرمایند؛ «معنویت در وجود یک انسان، برای او مایه‌ی هدف‌دار شدن است؛ زندگی او را معنا می‌کند و به آن جهت می‌دهد؛ هم چنان که آرمان‌های معنوی و اخلاقی، زندگی یک جامعه و یک کشور و یک ملیت را جهت‌دار می‌سازد و به تلاش و مبارزه‌ی آن‌ها معنا می‌دهد و برای انسان هویت می‌سازد».

استاد مطهری (۱۳۷۲) نیز معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان به امور غیرعادی مانند؛ علم و دانایی، جمال و زیبایی، تقدیس و پرستش می‌داند که وجه تمایز انسان و موجودات دیگر می‌باشد.<sup>۳</sup> در فرهنگ لغت انگلیسی آکسفورد، ده صفحه اطلاعات مرجع در مورد مفهوم معنویت وجود دارد. دو موضوع (درون مایه) مربوط به هم، ظاهراً در این اطلاعات غالب است: موضوع اول، مفهوم معنویت است که با حیات بخش‌ترین یا حیاتی‌ترین کیفیات زندگی سر و کار دارد. موضوع دوم مفهوم معنویت، متضمن ویژگی‌های غیر مادی‌تر در زندگی است که از جسم یا سایر امور مادی و محسوس از جمله حواس ما نظیر بینایی و شنوایی متمایز است. دیسون<sup>۴</sup> و دیگران (به نقل از نیولین<sup>۵</sup>، نالف<sup>۶</sup> و ملکوس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲، ص ۵۹) بر اساس مروری اجمالی بر منابع در مورد معنای معنویت، عناصر

۱- اعوانی، غلامرضا. (۱۳۸۳). میزگرد چشم انداز علم و معنویت در هزاره‌ی جدید، روزنامه ایران، شماره ۳۰۷۳.

۲- در دیدار فرماندهان سپاه پاسداران و نیروی انتظامی، خانواده‌های شهداء و جانبازان شیمیایی (۱۳۷۱)

۳- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۲). مقدمه‌ای بر جهان بینی توحیدی، تهران، نشر صدرا

4- Dyson

5- Nyolin

6- Knalf

7- Melkus

کلیدی معنویت را چنین بر می‌شمرند: خود<sup>۱</sup>، دیگران و خدا. در متن این سه عنصر، تم‌های دیگری نیز بیان می‌شوند که شامل: معنا، امید، ارتباط، عقاید و بیان معنویت می‌باشند.<sup>۲</sup>

نتایج مطالعات بوتل<sup>۳</sup> و بوزت<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) نیز نشان داد که چهار بخش از معنویت که معمولاً مورد ارزیابی قرار می‌گیرد عبارتند از: ترس از اقدامات پزشکی، منابع قوت درونی بیماران، احساس امیدواری و اعمال مذهبی مرتبط با جراحی. بوتل عنوان نمود که جنبه‌ای از ارزیابی معنوی که پرستاران مورد مطالعه، کمتر گزارش داده‌اند یکپارچگی (تمامیت وجود<sup>۵</sup>) بوده است. یافته‌های پژوهش بوتل نشان داد که سن مراقبت دهندگان، ارتباط معناداری با مورد ارزیابی قرار دادن نیازهای معنوی بیماران دارد. پرستاران دارای سنین بین ۵۰ تا ۵۹ سال بیشتر از پرستاران سنین ۳۰ تا ۳۹ سال تمایل به عنوان نمودن نیازهای معنوی بیماران داشتند. پژوهشگر، علت را نیز به این امر مرتبط دانسته که آگاهی از معنویت از زمانی که فرد شروع به پرسیدن سوالاتی در مورد مرگ خویش و معنویت می‌کند بیشتر پیش می‌آید.<sup>۶</sup>

1- self

2- Newlin, K., Knalf, K. and Melkus, G. D. (2002, dec). African-American spirituality: A concept analysis. ANS. 25(2), 71-57

3- Boutle

4- Bozett

5- integrative معنویت به نیرویی متحد کننده، متعالی و مربوط به مسئله ای جهانی

6- Boutell, K.A. Bozett, F.W. (1990). Nurses' assessment of patients' spirituality: continuing education implications. Journal of Continuing Education in nursing. 21(4):172-176

با این وجود، قدمت مفهوم معنویت، همزاد با خلقت انسان است. از بدوی ترین شکل‌های ابراز معنویت، که در پی ارضای مطالبات متافیزیکی بشر نخستین شکل گرفته، تا اشکال جدید ظهور این مفهوم، همگی بستری فراهم کرده‌اند تا تفکر در این بستر را به عنوان پدیده‌ای شاخص در شناسایی ذهنیت تاریخی بشر قوام بخشد. معنویت در هر عصری با خصایص آن دوره آفریده شده و متجلی گشته است، چرا که در وجود انسان‌ها و در معناسازی‌های آنان در مواجهه با هستی شکل گرفته و هویت یافته است که توجه آکادمیک به این مفهوم محصول اواخر قرن نوزده و گسترش مبانی آن نیز متعلق به قرن بیستم است. مطالعات تجربی کنترل شده در مورد دین و معنویت در قرن بیستم به استثنای معدودی، فی الواقع در اواخر دهه‌ی ۱۹۶۰ آغاز گردید و از آن زمان بدین سو به شدت افزایش یافت. اما جالب آن که تحقیقات معطوف به دین یا دیانت پیشگی بوده‌اند نه به معنویت که نسبتاً یا کاملاً مستقل از دین تلقی می‌گردید. در این جا به اختصار به تعدادی از این تحقیقات اشاره می‌گردد.

مطالعه‌ی پدیدارشناختی رزاریو<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) از اشخاص از کار افتاده و مبتلا به بیماری مزمن (۳۵ نفر) و شرح حال نگاری‌ها (۱۴ مورد) آشکار ساخت که آزمودنی‌ها زمانی که به هوشیاری معنوی می‌رسند در زندگی معنا پیدا می‌کنند و حس شکیبایی بدست می‌آورند. این هوشیاری آن‌ها را امیدوار می‌سازد و پیوندشان با قدرت برتر موجب ایجاد یک منبع حمایت در زندگی می‌شود.<sup>۲</sup> در تحقیقی در مورد رابطه‌ی بین نگرش مذهبی و بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد

1- Rozario

2- Rozario, L. D. (1997). Spirituality in the lives of people with disability & chronic illnesses; a creative paradigm of wholeness & reconstruction. *Disability & Rehabilitation*. 19, 427-434

اسلامی و طلاب علوم دینی<sup>۱</sup>، نتایج نشان داد، بین ضریب همبستگی بهداشت روانی و نگرش مذهبی مردان و زنان تفاوت وجود دارد و نیز هر چه نگرش مذهبی بالاتر باشد، بهداشت روانی نیز بالاتر است. آراین (۱۳۷۸) با تحقیق بر روی رابطه ی بین دین داری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا بیان نمود که براساس نتایج بدست آمده بین دین داری و روان درستی، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. بین دین داری با رضایتمندی و خشنودی که از مؤلفه های روان درستی است همبستگی منفی و معنادار دارد. بین زنان و مردان و هم چنین بین افراد متاهل و مجرد در عامل دین داری اختلاف معناداری وجود ندارد.<sup>۲</sup> خشکنا ب (۱۳۸۶) در تحقیقی تاثیر سفر زیارتی مشهد مقدس و زیارت حضرت امام رضا(ع) را بر مهارت های ارتباطی و اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بررسی نمود که نتایج نشان داد این فعالیت معنوی بر مهارت های ارتباطی و اجتماعی بیماران تأثیر گذاشته است و از نظر آماری معنی دار بوده که نشانگر این حقیقت است. لذا مداخله در بعد معنوی و توجه به آن در بعد دیگر انسان یعنی بعد اجتماعی تأثیر دارد.<sup>۳</sup> در طرح پژوهشی<sup>۴</sup> که برای بررسی دانش و عملکرد پرستاران در مراقبت از بیماران براساس موازین شرعی انجام شد، نتایج نشان داد که از نظر عملکرد در

۱- اعتباری، صدیقه. (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان و طلاب علوم دینی. پایان نامه کارشناسی رشته مشاوره و راهنمایی. دانشگاه آزاد اسلامی بهبهان.

۲- آراین، خدیجه. (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین دینداری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا. پایان نامه دکتری روان شناسی عمومی، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان شناسی علوم تربیتی

۳- فلاحتی خشکنا ب و همکاران. (۱۳۸۶). تأثیر تفریح درمانی بر وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیای مزمن، فصلنامه علمی پژوهشی روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، پاییز سال ۱۳۸۶ شماره ۳، انستیتو روانپزشکی تهران.

۴- مرادی، آذر. (۱۳۸۰). بررسی دانش و عملکرد پرستاران در مراقبت از بیماران بر اساس موازین شرعی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

زمینه‌ی مراقبت از بیمار، صد در صد افراد، دارای عملکرد ضعیفی بودند. محقق پیشنهاد نموده بود که با توجه به نتایج تحقیق که دانش متوسط و عملکرد ضعیف پرستاران را نشان می‌داد، شرایط می‌بایست با برنامه‌های مدون توسط مسئولین امر تغییر یافته و مشکلات مربوط به موانع اجرای موازین شرعی مرتفع گردد. با وجود پژوهش‌های انجام شده و تحقیقات صورت گرفته مسئله معنویت درمانی و مراقبت معنوی مسأله‌ای است که باید براساس عناصر کلیدی معنویت بخوبی تبیین و مداخلات پرستاری ممکن در این خصوص ارائه گردد که در این پژوهش بر آن شدیم تا با توجه به موضوع پژوهش به تبیین مفهوم معنویت در علوم سلامتی، تاثیر معنویت در امر سلامت جسم و روان و بررسی تفاوت‌های موجود بین دو روش دارومداری و مراقبت معنوی پرداخته که امید است یافته‌های پژوهش بر عملکرد بالینی کادر درمان جهت آماده‌سازی پرسنل برای ارائه مراقبت‌های معنوی به بیماران مفید باشد. در این راستا سه سؤال پژوهشی ذیل مطرح و مورد بررسی قرار گرفتند:

۱) مفهوم معنویت در علوم سلامتی چیست؟

۲) تأثیر معنویت در امر سلامت جسم و روان چگونه است؟

۳) روش مراقبت معنوی و روش دارومداری چگونه اند؟

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع تحلیل اسنادی می‌باشد و کلیه اسناد و مدارک موجود و در دسترس مرتبط با موضوع پژوهش به منظور پاسخگویی به سؤال‌های پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

با توجه به روش پژوهش، جامعه پژوهش شامل کلیه اسناد، مدارک و منابع مرتبط با موضوع مورد بررسی «تبیین معنویت در مراقبت معنوی و معنویت درمانی جهت کاربست مداخلات پرستاری برای بیماران بستری در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی» است. از آنجا که در پژوهش حاضر کلیه منابع و مراجع موجود و در دسترس فیش برداری و در راستای سؤال‌های پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، نمونه‌گیری انجام نشده و کلیه منابع و مراجع در دسترس مذکور مورد بررسی و تحلیل واقع شده است.

### ابزار پژوهش

به معنای خاص پژوهش‌های میدانی، ابزاری در پژوهش استفاده نشده ولی در این ارتباط از فرم‌های فیش‌برداری به منظور گردآوری نتایج مطالعات مرتبط، استفاده شده است.

### مراحل انجام پژوهش

- ۱- جمع‌آوری منابع و مراجع مربوط به موضوع
- ۲- مطالعه منابع و فیش‌برداری از آن‌ها در راستای مفاهیم کلیدی پژوهش
- ۳- طبقه‌بندی و تحلیل داده‌های به دست آمده، برای دستیابی به مفهومی روشن از متغیرهای اصلی مورد بررسی چون؛ مفهوم معنویت در علوم سلامتی، مراقبت معنوی، مذهب، ایمان

## شیوه تحلیل داده‌ها

از آنجا که داده‌های به دست آمده کیفی است بنابراین با روش کیفی تحلیل و جمع بندی شده است.

## تحلیل یافته‌های پژوهش

در اینجا نتایج بررسی سوال‌های پژوهش ارائه خواهد شد:

## ۱- بررسی سؤال اول پژوهش

اولین سؤال پژوهشی عبارت بود از «مفهوم معنویت در علوم سلامتی چیست؟» انسان‌ها، موجوداتی چند وجهی هستند. منابع علمی، وجوه جسمی، روان شناختی، اجتماعی و روحی را برای انسان‌ها بر می‌شمارند. هر یک از این وجوه که نادیده انگاشته شود، بخشی حیاتی از انسانیت فرد و نیز نتایج قابل توجهی که بر کل زندگی دارد، آسیب می‌بیند.<sup>۱</sup>

سلامت حالتی از رفاه جسمانی، روانی، اجتماعی و روحی و نیز بیماری یا ناتوانی است. اما متأسفانه همان طور که ماکیجا<sup>۲</sup> اشاره دارد سیستم مدرن مراقبت های سلامتی تنها به مراقبت جسمانی توجه دارد.

در سال های اخیر معنویت به عنوان یک بعد فرد انسانی و با توجه به نقشی که در بهبودی دارد، توجه فزاینده ای را به دست آورده است. لمار<sup>۳</sup> و منابع موجود در

1-Carson, v.B. (2000).Mental Health Nursing,Philadelphia: WB Saunders co. Cavendish, R.;Luise,B.;Horne,K., Bauer, M.; Gallo, M.A., Medefindt.J.,et al.

2- Makhija, N.(2002,jan),Spiritual coping mechanism chronically ill 1461-patients,British Journal of Nursing, 11(22),70

3- Lemmar, C.(2002)teaching the spiritual dimation of nursing care:A survey of U.S. baccalaur eare nursing program,Journal of nursing Education,41 (11)و 91-482

حوزه ی سلامت، به طور فزاینده ای در حال برجسته کردن معنویت و اهتمام ورزی به آن در سلامت و بیماری هستند.<sup>۱</sup>

مک شری<sup>۲</sup> اذعان داشته که امروزه نقش معنویت در ارتقاء سلامت و توسعه ی پاسخ های بیمار به بیماری، مورد توجه بیشتری است. کمک به برآورده شدن نیازهای روحی بیماران و خانواده های آن ها به عنوان عنصر اساسی مراقبت بالینی شناخته شده است. به نظر می رسد پرستاران نیز حداقل به خاطر رفاه بیماران شان به طور روز افزونی به معنویت علاقه مند شده اند.

حس رفاه معنوی یا سلامت معنوی خوب توسط الیسون<sup>۳</sup> به عنوان حس «زنده بودن، هدف مند بودن و رضایت داشتن» تعریف شده است. افرادی که حس رفاه معنوی دارند، زندگی شان را تجربه ی مثبتی می دانند که با قدرتی بزرگ تر از خودشان ارتباط دارند، درباره ی آینده احساس خوبی دارند و اعتقاد دارند که اهدافی حقیقی در زندگی وجود دارد. اگر ما دریابیم که زندگی مان، کمبود معنا دارد و سلامت معنوی مان دچار نقصان است، چگونه می توانیم رفاه معنوی داشته باشیم؟ عبادات روزانه و مدیتیشن، در حفظ خود معنوی بسیار مهم هستند.<sup>۴</sup>

بهبود معنوی به گفته ی نوماس وقتی حاصل می آید که در تلاش برای مواجهه شدن با نیازهای معنوی زیر باشیم: جستجو برای معنا و تعالی، حس بخشش (بخشیده شدن و بخشیدن)، حفظ امیدواری و ارزش، دوست داشتن و روابط.

1- Narayanasamy, A.(2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. British journal of nursing, 12(11):1470-1461

2- Mc Shery, W.(2000), Making sense of spring in nursing practice: An interactive approach. UK: Churchill Livingstone

3- Elison

4- zerwekh, J. and claburn, J. C. (1997). nursing today: transition and trends. Philadelphia: saunders

تامین مراقبت معنوی نیز به سطوح بالاتری از رفاه ارتباط داده شده است و ارزش ها و مهارت های معنوی به طور فزاینده ای به عنوان جنبه های لازم مراقبت بالینی شناخته شده است.<sup>۱</sup>

اصطلاح «مراقبت کل نگر»<sup>۲</sup> یا «جامع» برای همه ی متخصصان مراقبت در دهه ی گذشته اصطلاحی آشناست. اکثریت مدل های پرستاری مفهوم معنویت را عنوان می نمایند<sup>۳</sup> ماکیجا (۲۰۰۲، ص ۱۲۹) می گوید مدل های پرستاری (نظیر نیومن<sup>۴</sup>، راجرز<sup>۵</sup>، تراولبی<sup>۶</sup> و واتسون<sup>۷</sup>) معنویت را مستقیماً در اصطلاح نیازهای انسانی عنوان کرده اند.<sup>۸</sup>

حیطه ی مراقبت معنوی، حیطه ای است که مکرراً نادیده گرفته شده است و یا در برخی کشورها به یک رهبر مذهبی تفویض می شود. پرداختن به نیازهای معنوی به عنوان جزء ضروری مراقبت کل نگر در پرستاری شناخته شده است. در منابع، مراقبت جامع و کل نگر به عنوان مراقبت جسم، ذهن و روح توصیف شده است.<sup>۹</sup>

1- Culliford, L.(2002,Dec).Spirituality and clinical care, British medical Journal 325(7378), 1434\_6. Retrieved april 14, 2004from proquest database

2- holistic care

3- Mc Shery,W.(2000),Making sense of spring in nursing practice: An interactive approach. UK: Churchill Livingstone

4- Newman

5- Ragers

6- Trawelbee

7-Watson

8-Makhija,N.(2002,jan),Spiritual coping mechanism chronically ill patients,British Journal of Nursing, 11(22),70-1461

9- Narayanasamy, A.(2002). Spiritual coping mechanisms in chonically ill patients. British journal of nursing, 12(11):1470-1461

کاوندیش (۲۰۰۳) به نقل از کوپلوماکی<sup>۱</sup> می گوید؛ پرستارانی که مراقبت های معنوی را فراهم می کنند و از آن حمایت می نمایند در اقلیت هستند و همه آن هایی که آن را ارائه می دهند، آن را ثبت نمی کنند و برخی از پرستاران از فعالیت های مکمل نظیر برگرداندن پیام، موسیقی و فعالیت های معنوی برای مراقبت بیماران و رفاه فردی آنان اطلاع و آگاهی ندارند.<sup>۲</sup>

نیومن (۱۹۹۵) اعتقاد دارد که در نظر گرفتن متغیر معنویت برای داشتن چشم اندازی جامع و درست و برای توجه مراقبتی صحیح به مددجو در سیستم مددجو لازم است. چنانکه در هر سیستمی که سعی دارد مراقبت جامع را ارائه نماید، مراقبت معنوی یک بخش ضروری و حیاتی مراقبت دهنده است.<sup>۳</sup>

## ۲- بررسی سوال دوم پژوهش

دومین سوال پژوهشی عبارت بود از « تاثیر معنویت در امر سلامت جسم و روان چگونه است؟ ».

در دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، منابع پرستاری در مورد معنویت گسترش یافت و بررسی منابع دال بر آن است که معنویت چیزی فراتر از اعمال مذهبی است. در

1- kuppelomaki

2- Cavendish, R.Konecny, L.;Mitzeliotis, C.;Russo,D., et al. (2003).Spiritual care activities of nursing using nursing intervention classification (NIC) labels, International Journal of Nursing Terminologies and classifications,

3- Neuman,B.(1995). The newman system model, 2nd .end. Appleton and lange, Norwalk

سال ۱۹۸۸، تشخیص پرستاری «استرس روحی» در طبقه بندی انجمن تشخیص پرستاری آمریکای شمالی<sup>۱</sup> پذیرفته شده است.

پرستار<sup>۲</sup> از یک کلمه یونانی به معنای تغذیه روح انسان گرفته شده است. امروز نیز برخی از پرستاران عنصر معنویت را در امر بهبودی به کار می برند و در ایالات متحده ی آمریکا، در جوامع متعدد، مفهوم پرستار کلیسایی در حال اجرا شدن است و این متخصصان و پرستاران با احترام و توجهی که به کل فرد می گذارند تاکید می کنند که معنویت یک بعد کلیدی برای سلامت و بهبودی است.<sup>۳</sup> مراقبت معنوی مستلزم فهم عقاید معنوی بیمار و شناخت نیازهای معنوی است<sup>۴</sup> و پرستاران بایستی دانش و درک خود را از معنویت توسعه بخشند، معنویت را در مراقبت پرستاری خویش تلفیق سازند و ارتباط با مددجویان و خانواده های آن ها را ارتقاء دهند.<sup>۵</sup>

برای تامین مراقبت معنوی مهارت هایی چون، هماهنگی با توجه؛ ارتباطات غیر کلامی؛ حساسیت؛ صداقت؛ گسترش اعتماد و به مهارت های ارتباطی بین فردی؛

1- North America Nursing Diagnosis Association

2- nurse

3- Chin, p. L. and Kramer, M.K. (2004). Integrated Knowledge development in nursing, Mosby

4- sensivity

5- Mc Ewen, M. (2000). Community-based nursing: An introduction. Philadelphia: saunders

6- Shirahama, K., and Iove, E. M. (2001). Spirituality in nursing from a japaness perspective. Holistic nursing practice. 15(3), 73-63

7- O' Brien, M.E. (1999). Spirituality in nursing: standing on holy ground. USA: jones and Bartlett

خودآگاهی؛ تشریک تساعی؛ شناخت محدودیت های خود و نیازهای مذهبی ملزم است.<sup>۱</sup>

سه نیاز معنوی در همه ی افراد بشری وجود دارد؛ نیاز به معنا و هدف، نیاز به عشق و ارتباط و نیاز به بخشش<sup>۲</sup> این نیازها برای پرستاران معمول و شایع است. ضمن آنکه در ارزیابی معنویت حیطة های زیر مورد توجه است: مفهوم فرد از خدا یا الوهیت؛ منبع قدرت و امید در فرد؛ اهمیت اعمال و مناسک مذهبی برای فرد؛ درک فرد از رابطه ی بین عقاید شخصی خود و وضعیت سلامتی اش.<sup>۳</sup>

مداخلات مراقبت معنوی از طرف پرستار می تواند شامل گوش دادن به بیم ها و نگرانی ها، عبادت به همراه مددجو، خواندن کتب مقدس دینی، اظهار امیدواری و تبیین اهمیت نگرانی های معنوی در مرحله انتهایی زندگی، ارجاع به روحانی یا سایر ارائه دهندگان معنویت باشد.<sup>۴</sup>

ریچارد و برجین (۲۰۰۵) برآنند که مداخلات معنوی- مذهبی، اعمال و آیین هایی هستند که پیروان دین از قرن ها پیش به اشکال گوناگون اجرا می کرده اند. این اعمال مذهبی مورد قبول ادیان مذهبی بزرگ دنیاست، زیرا به طرق مختلف به ژرف ترین نیازها و دغدغه های فکری و مسائل مختلف اشخاص پاسخ می دهند

1- Shelly, J. A., fish, S. (1988). Spiritual car: the nurse's role, 3rd edn. Inter varsity press. Illinois

2- Stoll, R. L. (1979) Guidelines for spiritual assessment. American journal of Nursing. 1, 9,577-5744

3- Mc Ewen, M. (2000). Community-based nursing: An introduction. Philadelphia: saunders

4- Richards, p. s. and bergin, A. E. (2005). Spiritual strategy for counseling psychotherapy. American psychological association (APA): 2nd edition

که از جمله این اعمال می توان اندیشه معنوی، خواندن نوشته های مقدس، توبه و بخشش، دعا، عبادت و مناسک را نام برد.<sup>۱</sup>

مذهب، روان شناسی و روان پزشکی از بدو ظهور و گسترش فعالیت های خود، اهداف مشترکی نظیر اصلاح و هدایت احساسات، تفکرات و رفتارهای فردی و گروهی انسان ها را داشته اند.<sup>۲</sup>

هویت جسم در مواجهه با بیماری واحد برای افراد متعدد دارای زمینه های متفاوت است و یک نوع بیماری را در افراد مختلف نمی توان از یک طریق واحد درک نمود. چنانچه مشخص است اثرات دارو در بیماری های صعب العلاج به طور نسبی بر بیماران تاثیر می گذارد.<sup>۳</sup>

یونگ، دین را حالت خاصی از روح انسان می داند که از ضمیر ناهشیار انسان سرچشمه می گیرد و معتقد است که انسان به رشد معنوی روی می آورد تا سطح جدیدی از سلامت روان بدست آورد.

مازلو یکی از خصوصیات انسان خود شکوفا را توجه به دین می داند که این امر منجر به فعالیت های مثبت اجتماعی مانند همدردی و همدلی می شود. به باور

1- Richards, p. s. and bergin, A. E. (2005). Spiritual strategy for counseling psychotherapy. American psychological association (APA): ۲nd edition

۲- بوالهروی، جعفر (۱۳۷۸). بررسی رابطه ی بین عوامل تنش زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انستیتو روان پزشکی تهران

۳- صالحی، صلاح الدین (۱۳۸۴). حیظه های کاربردی علوم روان شناسی دینی در علوم پزشکی، چکیده ی مقالات نخستین همایش گفتگوی علم و دین: مفهوم حیات، انسان و مباحث کاربردی، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

4- young

فرانکل در معنای انسان سالم، معنویت مستتر است و همین سلامت معنوی راه رسیدن به کمال را هموار می سازد. شواهد تحقیقی به وضوح ثابت نموده است که بعد معنوی مراقبت، باعث تفاوت قابل توجهی در پیامدهای جسمی و روان شناختی شده است. پایه تجربی و علمی رابطه‌ی بین ایمان و سلامتی، رشد فزاینده‌ای را شاهد است. همبستگی‌های مثبت بین عوامل دینی و سلامتی جسمانی یافت شده است.<sup>۱</sup>

اگر چه بررسی جنبه‌های خاص دین‌داری، یافته‌های مثبت نسبتاً سازگاری به دست داده<sup>۲</sup>، اما ماهیت دقیق ارتباط بین عوامل دینی و پیامدهای سلامتی مبهم است.<sup>۳</sup>

1- Waugh, L. A. spiritual aspect of nursing: a descriptive study of nurses' perceptions. Unpublished phd thesis. Queen Margaret college Edinburgh:1992

-George, L. k., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Mc Cullough, M. E.(2000) spirituality and health: what we know, what we need to know. Journal of health psychology, 4, 433-413

-Koenig, H. G.(1999). The healing power of faith: science explores medicin' s last great frontier. New York: simon and shuster

-Larson, D. B., & Larson, S. (1994). The forgotten factor in physical and mental health. Rockville, MD: National Istitue of healthcare Research

-Larson, D. B., Koenig, H. G. & Kaplan, B. H. (1989). The impact of religion on men's blood pressure. Journal of religion and health. 28, 278-265

- Levin, j.s., & vanderpool, H.Y. (1991) Religious factors in physical health and the prevention of illness. Prevention in human services, 9, 149-143

2- Bergin,A.E.(1991). Values and regiois issues in psychotheraoy and mental health, Amercia psychologist, 46,394-403

-Payne, I. R., Bergin,A.E., Bielema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning. Prevention I Human Services,9,40-11

3- Hill, P. C., & Butter, E. M. (1995) the role of religion in promoting physical health. Journal of psychology and Christianity, 14, 155-141

در مطالعه ای، باور مذهبی بیماران و عبادت به طور قابل توجهی با کاهش عوارض بعد از عمل و میزان مرگ و میر همراه بوده است. به علاوه، عبادت و داشتن دیدگاه معنوی و مذهبی، تاثیر مثبتی بر روی افزایش مکانیسم های مقابله ای در جهت کنار آمدن با استرس جراحی و بیماری و احساس رفاه در اواخر بیماری داشته است.<sup>۱</sup>

### ۳- بررسی سوال سوم پژوهش

سومین سوال پژوهشی عبارت بود از «روش مراقبت معنوی و روش دارومداری چگونه اند؟».

فلوتن<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) نیازهای معنوی را شامل موارد زیر دانسته است:

- نیاز به معنا و هدف در زندگی
- نیاز به دریافت عشق و عشق (مهر) ورزی
- نیاز به امیدواری و خلاقیت
- نیاز به بخشش، روابط صادقانه با خود، دیگران و خدا یا یک معبود یا فلسفه‌ی هادی<sup>۳</sup>

ترنیر<sup>۴</sup> (۱۹۵۴) می گوید؛ نیاز امروز ما این است که پزشکان، مداوا و تلاش های خود را به جای بیماری بر روی شخص بیمار متمرکز نمایند. او می نویسد؛

1- Vance, D. L. (2001). Nurses, attitudes towards spirituality and spiritual care. Medsurg Nursing, forum. 36(3), 30-18  
 2- Fulton  
 3- fulton, R.A.B. (1996). Spirituality and nursing education. Review of research in nursing education, 7,147-127  
 4-Tournier

ممکن است ما به این نتیجه برسیم که هر بیماری به دو تشخیص نیاز دارد؛ تشخیص علمی و علت شناسانه و تشخیص معنوی که دلیل و ماهیت بیماری ما را بررسی نماید.<sup>۱</sup>

امروزه فرایند سکولارگرایی، درمان رسمی و نهادینه شده را به تصرف خود درآورده است و در نتیجه از اهمیت تمام مسائل معنوی کاسته شده است. پیامد این رویکرد، توجه صرف و مفرط به دانش پزشکی و متاسفانه گرایش به اولویت قرار دادن بیماری به جای شخص بیمار بوده است.<sup>۲</sup>

در مراقبت درمانی، توجه بیشتر صرف شرایط و عوامل بیماری شده است تا اشخاصی که درگیر و یا تحت تاثیر بیماری شده اند. مطلب نگران کننده ی دیگر در رابطه با دارومداری (اعم از دارویی و الگوی زیست شناختی)، نگرش تجزیه گرا و نظام گرای آن است که افراد را به عنوان بیمار در نظر می گیرد. برای مثال، شخصی را دیابتی و دیگری را صرعی فرض می کند. هر کدام از این بیماری ها توسط متخصص مربوط مورد رسیدگی قرار می گیرند؛ دیابتی را متخصص غدد و بیماری صرع را متخصص اعصاب معالجه می نماید.

مراقبت معنوی جایگزین مناسب برای این جمله است که دارومداران می گفتند: ما می دانیم بهترین روش چیست؟

1- tournier, p. (1954). A doctor's care book in the light of the bible. SCM press, London

2- Mc Cavery R 1985 spiritual care in acute illness, in: Mc Gilloway P, Myco F(eds) Nursing and spiritual; care, Harper & Row, London

3- sampson,C.(1982). The neglected ethic: religious and cultureal factors in the care of patients. Mc Graw-Hill, London

در مداوای بیماران، دارومداری را باید مخالف ارزش ها و عقاید اشخاص قلمداد کرد. سمپسون<sup>۱</sup> به راه حل احتمالی مشکلات مربوط به دارو مداری تاکید داشته است. پیشنهاد شده که آگاهی های فرهنگی افزایش یابد و به آن بذل توجه بیشتری شود. هر پیشرفت پزشکی و یا جراحی ممکن است موجب نگرانی های متفاوتی بر ارزش های شخصی و یا اعتقادات مذهبی بیماران شود. مثلاً می توان از زنی که لازم است بر روی او عمل جراحی جدا کردن و برداشتن سیستم تولید مثل انجام شود پرسید که نظر وی درباره ی از دست دادن آن و استفاده از جایگزین هورمونی چیست؟ با افزایش آگاهی از ابعاد مختلف زندگی فرد، اطلاعاتی به دست می آید که بر اساس آن خدمات درمانی به گونه ای ارائه می شوند که موجبات رضایت مندی را فراهم آورند و به ارزش ها و اعتقادات فردی توجه شود. این رویکرد راه زیادی در پیش دارد تا جایگزین نظریه ی دارو مداری شود که بر اساس آن می گفتند؛ «ما می دانیم بهترین روش چیست؟». سکولاریسم و مادی گرایی نیروهای جهت دهنده ی خدمات درمانی می باشند. کلیتون<sup>۲</sup> و کلارک<sup>۳</sup> و دیگران<sup>۴</sup> نشان داده اند که با تغییر دیدگاه ها و نظرات مواجه هستیم و اهمیت

1- Coliton Colliton, M.A. (1981). The spiritual dimension of nursing, in: Beland IL, passos J Y(eds)Clinical Nursing, 4th edn,Macmillan,New York

2- Clark

3- Klark,C. C., Cross, J.R., Deane, D. M., & Lowry, L.W.(1991). Spirituality integral to quality care, Holistic Nursing Practice, 3(5):76-67

توجه به بیمار به صورتی جامع نگرانه و توجه خاص به بعد معنوی اهمیت دارد. بررسی مسائل مرتبط با معنویت در پایگاه داده ها که هم اکنون در همه ی کتابخانه های دانشگاه ها وجود دارند به روشنی نشان دهنده ی رشد تدریجی مقالاتی است که در این باره از دهه ی ۱۹۵۰ نگاشته شده است؛ گر چه علاقه به بعد معنوی پرستاری در انگلستان در اواخر دهه ی ۱۹۸۰ شتاب گرفت. این توجه دوباره به جنبه ی معنوی پرستاری موید نظراتی است که طبق آن، اهمیت توجه به نیازهای روحی بیمار برای سلامت و احساس سعادت فردی وی تعیین کننده است، کاری که دانش پزشکی و دارو به تنهایی قادر به انجام آن نیستند.<sup>۱</sup> همان ذهنیت و همان ابهامی که در مورد معنویت وجود دارد در مورد مراقبت معنوی نیز وجود دارد. در منابع، اعمال معینی (شامل مراقبت معنوی) را که پرستار ممکن است بر عهده بگیرد چنین عنوان می کنند؛ حفظ خلوت و ارزش بیمار<sup>۲</sup>، با توجه به گوش دادن به بیمار<sup>۳</sup>، قادر ساختن افراد بستری به حفظ اعمال مذهبی شان<sup>۴</sup> یا کمک به افراد در یافتن معنا و مفهوم بیماری شان<sup>۵</sup> شواهدی که از منابع بدست

- 
- 1- Thompson, J. H. (1984). Spiritual consideration in prevention, treatment and cure of disease. Oriel press, London
  - 2- Mc Shery, W. (2000), Making sense of spring in nursing practice: An interactive approach. UK: Churchill Livingstone
  - 3- Burnard, P. (1988). Discussing spiritual issues with clients. Health visitor. 61(December), 372-371
  - 4- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. British journal of nursing, 12(11):1470-1461
  - 5- Sampson, C. (1982). The neglected ethic: religious and cultural factors in the care of patients. Mc Graw-Hill, London

می‌آید، اذعان می‌دارند که مفاهیم معنویت و مراقبت معنوی در پرستاری، هنوز در مرحله‌ی تکاملی هستند؛ زیرا این مفاهیم هنوز در حال طبقه‌بندی و رده‌بندی شدن می‌باشند.<sup>۱</sup>

ماتثو<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) مراقبت معنوی را بخشی از مراقبت پرستاری می‌داند و می‌گوید؛ اگر چه همه‌ی دانشکده‌های پرستاری، آموزش می‌دهند که مراقبت پرستاری، مراقبتی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است اما محتوای مراقبت معنوی، معمولاً در حداقل ارائه می‌شود. اغلب مراقبت معنوی در متون پرستاری به عنوان بخشی از مراقبت روانی- اجتماعی با بیان جمله‌ای نظیر « توجه دادن به عقاید معنوی بیماران» مطرح می‌شود.<sup>۳</sup>

مک دور<sup>۴</sup> و بکن<sup>۵</sup>، مراقبت معنوی را مرکز و قلب موجودیت انسان می‌دانند. بنابراین پرستارانی که مراقبت معنوی را ارائه می‌نمایند، در بطن و قلب افرادی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند هستند. این سطح تمایلات، معانی و خاطراتی می‌آفریند که برای پرستار و نیز برای بیمار، زندگی بخش و سلامت آفرین هستند. فعالیت‌های مراقبت معنوی شامل طیف وسیعی از مداخلاتی است که ممکن است برای هر بیمار، منحصر به فرد باشد.

1- Mc Shery,W.(2000),Making sense of spring in nursing practice: An interactive approach. UK: Churchill Livingstone  
2- Mathew  
3- Matthew,D.(2000). Can every nurse give spiritual care? Kansa Nurse, 75(10),6-4

انجمن تشخیص پرستاری آمریکای شمالی «استرس روحی» را به عنوان یک تشخیص پرستاری شناخته است<sup>۱</sup> و سیستم طبقه بندی مداخلات پرستاری، «القای امید»<sup>۲</sup>، «تسهیل رشد معنوی» و «حمایت معنوی» را به عنوان مداخلات پرستاری طراحی کرده است.<sup>۳</sup>

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش بر آن است که در درمان بیماری ها علاوه بر بیماری، شخص بیمار را باید مد نظر داشته باشیم و به منظور تسهیل امر درمان و بهبودی بعد پنهان وجود آدمی را نیز مورد عنایت داشته باشیم؛ بگونه ای که مداخلات مراقبت معنوی نیز در امر درمان وارد گردد. بدین منظور لازم است پرستاران حمایت های روحی و معنوی بیماران را به کار گیرند. مراقبت هایی چون؛ داشتن برخورد باز در برابر اظهار تنهایی و ضعف بیمار، استفاده از تکنیک هایی به منظور روشن سازی ارزش ها برای کمک به بیمار در روشن سازی عقاید و ارزش ها به نحو مناسب، همدلی با احساسات بیمار، ارائه اطمینان به بیمار در همراهی پرستار در زمان تحمل رنج و درد بیمار و غیره. بنابراین مراقبت معنوی، نوعی مراقبت روانی-اجتماعی است که با توجه به عقاید معنوی بیماران میسر می گردد و مفاهیم معنویت و مراقبت معنوی هنوز در حال طبقه بندی و رده بندی شدن می باشند. پس سیر تکاملی تبیین

1-Carpenito,L.J.(1999).Handbook of Nursing Diagnosis,۸th ed. Philadelphia:Lippincott,Williams and Wikins

2- hope instillation

3- Vance, D. L. (2001). Nurses, attitudes towards spirituality and spiritual care. Medsurg Nursing,forum. 36(3), 30-18

این مفاهیم هم چنان در جریان است و در این مسیر پر تلاطم بازوی قوی نوگرایی و سکولاریسم و مادی گرایی، خدمات درمانی را جهت می دهند.

معنویت، بخشی از انسانیت است و دلیل اصلی عدم طرح مفهوم معنویت به حضور با صلابت مذهب در جامعه برمی گردد. چنانکه وجود مذاهب رسمی و پیامبران الهی، که با دارا بودن سلسله درجات ارزشی و فقهی، مراتب معنویت را پوشش می دادند و اقسام آن را در شکل های همسو با ماهیت زمانی و مکانی مذاهب قالب بندی می نمودند، موجب می شود تا مفهوم معنویت به شکلی مستقل امکان بروز یابد. بنابراین هر چند ماهیت دقیق ارتباط عوامل دینی و پیامدهای سلامتی آن مبهم است، الهام گرفتن از آموزه های دینی و الهی در امر تبیین و کاربرست معنویت در مراقبت های معنوی بیماران میسر و کارآمد می باشد. چنانکه می توان اظهار داشت، مطالعات بر آنند که باور مذهبی بیماران و عبادت به طور قابل توجهی با کاهش عوارض اعمال جراحی و میزان مرگ و میر بیماران همراه است. به عبارتی عبادت و داشتن دیدگاه معنوی و مذهبی، تاثیر مثبتی بر روی افزایش مکانیسم های مقابله ای در جهت کنار آمدن با استرس جراحی و بیماری و احساس رفاه در اواخر بیماری دارد.

تعالیم اسلام، با ایجاد جهت گیری الهی در مسوولیت پزشکی و توصیه ی پزشک به کسب ویژگی های اخلاقی و رعایت آن ها، محیط درمان را به محیط انسانی-الهی مبدل ساخته و بنابراین تاثیرات درمانی به مراتب افزایش می یابد. بنابراین گنجاندن معنویت و درمان و مراقبت معنوی در برنامه آموزشی کسانی که برای ارائه خدمات بهداشتی-درمانی تربیت می شوند، امری بسیار ضروری می نماید و باید برنامه ریزان آموزشی و مسئولین آموزشی به این امر اهتمام ورزند.

جدول ۱: اختلاف میان روش دارومداری و مراقبت معنوی

شاخصه های روش دارومدار	شاخصه های روش مراقبت معنوی
دارو بیشتر از فرد انسانی اولویت دارد.	معنویت بخشی از انسانیت قلمداد می شود.
دارو بهترین گزینه برای تمام اشخاصی است که به مداوا و مراقبت پزشکی نیاز دارند.	در این روش حفظ خلوت و ارزش های بیمار و توجه به عقاید مذهبی بیمار در رفع درد و درمان بیماری موثر است.
در این روش همدردی و درک وجود ندارد.	اغلب، مراقبت معنوی را جزء این روش با ارزش ها و عقاید اشخاص در تقابل است.
	بخش مراقبت روانی-اجتماعی معنا می بخشند.
	در این روش، پرستار در معنای تغذیه روح انسان مورد توجه است.
	پرستاران جهت ارائه مراقبت معنوی بایسته به بیمار نیازمند کسب مهارت هایی چون صداقت، خود آگاهی، مهارت های ارتباط بین فردی خواهد بود.

## جدول ۲: تقابل آراء در خصوص معنویت درمانی

استاد مطهری (۱۳۷۲)؛ معنویت نوعی احساس و گرایش ذاتی به امور غیر عادی چون دانایی و پرستش است.

جهانگیر (۱۳۸۲)؛ بر آن است که دعا درمانی نوعی فیدبک است که از میدان انرژی یک فرد سالم به میدان انرژی فرد بیمار وارد می شود.

ترنیر<sup>۱</sup> (۱۹۵۴) چنین اظهار عقیده نموده است که امروزه پزشکان باید مداوا و تلاش های خود را به جای بیماری بر روی شخص بیمار متمرکز نمایند.

فرای<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) چنین می گوید که معنویت و مراقبت پرستاری، در تعاملات میان پرستار و بیمار تنیده شده است.

نارایاناسامی<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) می گوید؛ مدرنیسم، ماتریالیسم و سکولاریسم سه مکتب مهمی هستند که به نظر می رسد در منتهی درجه شان با معنویت سازگار می باشند.

به اعتقاد مک کاوری<sup>۴</sup> (۱۹۸۵) فرایند سکولارگرایی را در به رسمیت شناختن درمان رسمی و نهادینه موثر می داند.

موری<sup>۵</sup> و زنتر<sup>۶</sup> (۱۹۸۹) معنویت را کیفیتی فراتر از وابستگی های مذهبی می دانند.

مک شری<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) فرد انسانی را دارای نیازهای معنوی چون نیاز به بخشش، خلاقیت، اعتماد و حفظ اعمال معنوی می داند.

ماکیجا<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) می گوید؛ در مراقبت های بالینی توام با معنویت فرد انسانی به عنوان یک کل<sup>۳</sup> درک می شود.  
 به عقیده ونسلی<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) بهبود معنوی هنگامی حاصل می آید که فرد در تلاش برای مواجهه با نیازهای معنوی ای چون حس بخشش، حفظ امیدواری، ارزش دوست داشتن و روابط است.

از مجموع بحث حاضر چنین برمی آید که معنویت بخش تفکیک ناشدنی از ماهیت انسانی است و با وجود پیشرفت علم و مهارت پزشکان و کادر درمان باز هم جای توجه به رفع نیازهای بعد غیر مادی انسان باز است و در امر درمان باید درصدد رفع تمامی نیازهای جسمانی و روحانی فرد مددجو باشیم.

1-Mc Sherry  
 2-Makija  
 3-whole  
 4-vance

## پیشنهادات

از پرستاران خواسته می شود تا به مفهوم مراقبت کل نگر متعهد باشند و اهمیت توجه به جنبه های جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی، معنوی و معنای نیازها و مراقبت ها را بشناسند.

علی رغم توجه به اهمیتی که در سال های اخیر به مقوله معنویت در حیطه بهداشت و درمان و به ویژه مراقبت معنوی که از وظایف الزامی پرستاران شمرده شده، معطوف گردیده است و با توجه به نقش گسترده، عمیق و تاریخی معنویت و مذهب در نهاد تک تک افراد و کلیه حوزه های اجتماعی ایران، مولفان در جستجوهای خود در داخل کشور به کمتر مطالعه پژوهشی در حوزه معنویت برخورد کرده اند و ضروری است که اعضای تیم درمان و توان بخشی با توجه به فرهنگ مددجویان این مرز و بوم وظایف خود را در ابعاد معنوی تعریف نمایند.

با توجه به آنچه که در ارزیابی معنویت مورد توجه است پرستاران باید: عقایدی معنوی داشته باشند که نیاز به معنا و هدف، عشق و ارتباط و بخشش را برآورده سازد. دانش خود را در مورد چگونگی تاثیر عقاید معنوی بیمار بر شیوه ی زندگی، پاسخ به بیماری، انتخاب های مراقبت سلامتی و درمانی افزایش دهد.

برای کمک به بیماران در استرس معنوی، استراتژی های موفقیت آمیز پرستاری را توسعه بخشد. در تعاملاتش با دیگران، صلح و آرامش، نیروی درونی، توجه و خلاقیت خویش را تثبیت نماید. به عقاید و اعمال معنوی دیگران احترام بگذارد.

به منظور مداخلات پرستاری مراقبت معنوی بهتر است پرستاران در عمل، فعالیت هایی نظیر گوش دادن فعال، ارجاع و تسهیل و اعتباردهی مددجویان، نشان

دادن پذیرش و القای امید را به کاربرند و فضاهای درمانی با رنگ های آرامش بخش و معنوی، همچون رنگ آبی آراسته شوند و از عطرهای القا کننده مراسم مذهبی در صورت امکان در محیط استراحت بیمار استفاده گردد. بیان خاطرات درمان و علاج بیماران دیگر توسط پرستار مراقب نیز کمک کننده و روحیه بخش است.

پرستار باید خود پایبند به مذهب و دین بوده و قدرت پذیرش ادیان مختلف را داشته باشد. حتی باید به اعتقادات مذهبی بیماران احترام گذاشته و امکان داشتن فرصت برای ارتباط با معبود و خالق را به بیمار بدهد.

## Spirituality in Nursing Care and its Application in Hospitalized Patients

S.Abolghasemi Mahani

### Abstract

Dealing with the spiritual needs of patients has been recognized as an essential part of the holistic care in nursing. Spirituality is defined as an aspect of human beings gives them a feeling of being with such qualities as nature, capacity for internal knowledge, imagination of the sacred, transcendence to love and to find a meaning for existence.

Also, it is recognized as a set of values, insights and hopes that are associated with the transcendent existence and guides the life of the individual. Life events are unique occurrences and cause spiritual responses. Meanwhile, spiritual events can be regarded as opportunities for nurses to be regard as proved spiritual care. During the disease process, nurses are easily accepted in the private real of the patients.

So, they can easily deal with the spiritual issues. Thus, in this research we tried to explain the role of spirituality in nursing care for hospitalized patients

**Keywords:** spirituality, spirant lacer, faith, nurse.

## منابع

- 1) Cavendish, R.Konecny, L.;Mitzeliotis, C.;Russo,D., rt al. (2003).Spiritual care activities of nursing using nursing intervention classification (NIC) labels, International Journal of Nursing Terminologies and classifications, 14(4),20-111
- ۲) اعوانی، غلامرضا.(۱۳۸۳). میزگرد چشم انداز علم و معنویت در هزاره ی جدید، روزنامه ایران، شماره ۳۰۷۳
- ۳) مطهری، مرتضی.(۱۳۷۲). مقدمه ای بر جهان بینی توحیدی، تهران، نشر صدرا
- 4) Newlin, K., Knalf, K. and Melkus,G. D. (2002,dec). African-American spirituality: A concept analysis. ANS. 25(2۲), 71-57
- 5) Boutell,K.A.,Bozett,F.W.(1990).Nurses'assessment of patients' spirituality: continuig education implications. Jornal of Continuing Education in nursing.21(4):172-176
- 6) Rozario, L. D. (1997). Spirituality in the lives of people with disability & chronic illnesses; a creative paradigm of wholeness & reconstruction. Disability & Rehabilitation. 19, 427-434
- ۷) اعتباری، صدیقه.(۱۳۸۰). بررسی رابطه بین نگرش مذهبی و بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان و طلاب علوم دینی. پایان نامه کارشناسی رشته مشاوره و راهنمایی. دانشگاه آزاد اسلامی بهبهان
- ۸) آرین، خدیجه.(۱۳۷۸). بررسی رابطه بین دینداری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا. پایان نامه دکتری روان شناسی عمومی، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان شناسی علوم تربیتی
- ۹) فلاحتی خشکناز و همکاران.(۱۳۸۶). تاثیر تفریح درمانی بر وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیای مزمن، فصلنامه علمی پژوهشی روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۳ شماره ۳، پاییز ۸۶ انستیتو روانپزشکی تهران
- ۱۰) مرادی، آذر. (۱۳۸۰). بررسی دانش و عملکرد پرستاران در مراقبت از بیماران براساس موازین شرعی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- 11) Carson, v.B. (2000).Mental Health Nursing,Philadelphia: WB Saunders co. Cavendish, R;Luise,B.;Horne,K., Bauer, M.; Gallo, M.A., Medefindt.J.,et al.

- 12) Makhija, N. (2002, Jan), Spiritual coping mechanism chronically ill patients, *British Journal of Nursing*, 11(22), 70-1461
- 13) Lemmer C. (2002) teaching the spiritual dimension of nursing care: A survey of U.S. baccalaureate nursing program, *Journal of Nursing Education*, 41 (11) و 91-482
- 14) Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *British journal of nursing*, 12(11):1470-1461
- 15) Mc Shery, W. (2000), *Making sense of spring in nursing practice: An interactive approach*. UK: Churchill Livingstone
- 16) Zerwekh, J. and Claburn, J. C. (1997). *Nursing today: transition and trends*. Philadelphia: Saunders
- 17) Culliford, L. (2002, Dec). Spirituality and clinical care, *British Medical Journal* 325(7378), 1434\_6. Retrieved April 14, 2004 from Proquest database
- 18) Neuman, B. (1995). *The Newman System Model*, 2<sup>nd</sup> ed. Appleton and Lange, Norwalk
- 19) Chin, P. L. and Kramer, M. K. (2004). *Integrated Knowledge Development in Nursing*, Mosby
- 20) Mc Ewen, M. (2000). *Community-based nursing: An introduction*. Philadelphia: Saunders
- 21) Shirahama, K., and Iove, E. M. (2001). Spirituality in nursing from a Japanese perspective. *Holistic Nursing Practice*. 15(3), 73-63
- 22) O'Brien, M. E. (1999). *Spirituality in nursing: standing on holy ground*. USA: Jones and Bartlett
- 23) Shelly, J. A., Fish, S. (1988). *Spiritual Care: the nurse's role*, 3<sup>rd</sup> edn. InterVarsity Press, Illinois
- 24) Stoll, R. L. (1979) Guidelines for spiritual assessment. *American Journal of Nursing*. 1, 9, 577-574
- 25) Richards, P. S. and Bergin, A. E. (2005). *Spiritual strategy for counseling psychotherapy*. American Psychological Association (APA): 2<sup>nd</sup> edition

۲۶) بوالهیری، جعفر (۱۳۷۸). بررسی رابطه‌ی بین عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انستیتو روان پزشکی تهران

۲۷) صالحی، صلاح الدین (۱۳۸۴). حیطه های کاربردی علوم روان شناسی دینی در علوم پزشکی، چکیده ی مقالات نخستین همایش گفتگوی علم و دین: مفهوم حیات، انسان و مباحث کاربردی، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

28) Waugh, L. A. spiritual aspect of nursing: a descriptive study of nurses' perceptions. Unpublished phd thesis. Queen Margaret college Edinburgh: 1992

29) George, L. k., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Mc Cullough, M. E. (2000) spirituality and health: what we know, what we need to know. Journal of health psychology, 4, 433-413

30) Koenig, H. G. (1999). The healing power of faith: science explores medicin's last great frontier. New York: simon and shuster

31) Larson, D. B., & Larson, S. (1994). The forgotten factor in physical and mental health. Rockville, MD: National Istitute of healthcare Research

32) Larson, D. B., Koenig, H. G. & Kaplan, B. H. (1989). The impact of religion on men's blood pressure. Journal of religion and health. 28, 278-265

33) Levin, j.s., & vanderpool, H.Y. (1991) Religious factors in physical health and the prevention of illness. Prevention in human services, 9, 149-143

34) Bergin, A.E. (1991). Values and religous issues in psychotheraoy and mental health, Amercia psychologist, 46, 394-403

35) Payne, I. R., Bergin, A.E., Bielema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning. Prevention I Human Services, 9, 40-11

36) Hill, P. C., & Butter, E. M. (1995) the role of religion in promoting physical health. Journal of psychology and Christianity, 14, 155-141

37) Vance, D. L. (2001). Nurses, attitudes towards spirituality and spiritual care. Medsurg Nursing, forum. 36(3), 30-18

38) fulton, R.A.B. (1996). Spirituality and nursing education. Review of research in nursing education, 7, 147-127

39) tournier, p. (1954). A doctor's care book in the light of the bible. SCM press, London

40) Mc Cavery R 1985 spiritual care in acute illness, in: Mc Gilloway P, Myco F (eds) Nursing and spiritual; care, Harper & Row, London

- 41) Sampson, C. (1982). The neglected ethic: religious and cultural factors in the care of patients. Mc Graw-Hill, London
- 42) Colliton, M.A. (1981). The spiritual dimension of nursing, in: Beland IL, passos J Y (eds) Clinical Nursing, 4<sup>th</sup> edn, Macmillan, New York
- 43) Klark, C. C., Cross, J.R., Deane, D. M., & Lowry, L.W. (1991). Spirituality integral to quality care, Holistic Nursing Practice, 3(5):76-67
- 44) Thompson, J. H. (1984). Spiritual consideration in prevention, treatment and cure of disease. Oriel press, London
- 45) Burnard, P. (1988). Discussing spiritual issues with clients. Health visitor. 61(December), 372-371
- 46) Matthew, D. (2000). Can every nurse give spiritual care? Kansa Nurse, 75(10), 6-4
- 47) Carpenito, L.J. (1999). Handbook of Nursing Diagnosis, 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wikins
- ۴۸) جهانگیر، اکرم (۱۳۸۲). آموزش کاربرد دعا در درمان پزشکی، نقش دین در بهداشت روان (مجموعه مقالات)، جلد دوم، پژوهشکده فرهنگ و معارف، دفتر نشر معارف
- 49) Fry, E. Spirituality: connectedness through being and doing in Ronaldson S, ed. Spirituality: the heart of nursing. Melbourne Alismed Publication 1997; 21-5
- 50) Murray, R. B. and Zentner, J.B. (1989) Nursing Concepts for Health promotion. Prentic- Hall. London