

بررسی نگرش پزشکان نسبت به تأثیر میزان معنویت در روند درمان بیماران

سیدعبدالمجید بحرینیان^۱

حسین دلشاد

نزهت شاکری

فریدون عزیزی

چکیده

مقدمه: تأثیر نگرش معنوی پزشکان بر بهبود بیماری عنوانی است که امروزه نظر بسیاری از متخصصان و اندیشمندان را بر خود جلب کرده است. در تحقیقات اخیر نشان داده شده است که نگرش معنوی می‌تواند بر روند درمان بیماری تأثیرگذار باشد. هدف اصلی این پژوهش بررسی نگرش پزشکان تهرانی پیرامون تأثیر میزان معنویت در روند درمان بیماران است.

روش: جامعه آماری این تحقیق را پزشکان تشکیل می‌دهند. ۵۰۰ پزشک به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شد. در این تحقیق از یک پرسشنامه جهت ارزیابی نگرش معنوی پزشکان در درمان بیماران استفاده شد. براساس اظهارات خود پزشکان، آنها به دو گروه مذهبی و کمتر مذهبی تقسیم شدند و نظرات دو گروه مقایسه گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها تأثیر نگرش مذهبی - معنوی پزشکان بر سلامت بیماران در دو گروه مذهبی از یک سو و گروه کمتر مذهبی را معنادار نشان داد ($P < 0.00$). بدین معنی که پزشکان مذهبی در مقایسه با گروه مقابل بیشتر قائل به تأثیر مذهب یا معنویت بر سلامت بیمار بودند. ۶۸٪ پزشکان مذهبی یا متوسط اعتقاد داشتند که مذهب/معنویت در حد زیاد و حتی خیلی زیاد بر روی سلامت بیمار مؤثر است، در صورتی که ۷۰٪ پزشکان گروه دوم اعتقاد داشتند که مذهب/معنویت کمی تا حدودی بر روی سلامت

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران (نویسنده مسؤول)
Email: majid.bahrainian@gmail.com

بیمار مؤثر است. از کل جمعیت پزشکان در پاسخ به این سؤال که مذهب - معنویت تا چه حد بر روی سلامت بیمار مؤثر است، ۱۸٪ گزینه خیلی زیاد، ۴۳٪ گزینه زیاد، ۳۴٪ گزینه تا حدودی و ۴٪ گزینه کمی را انتخاب کرده‌اند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که باید به پتانسیل‌های معنوی بیماران و پزشکان در روند درمان بیماران توجه ویژه‌ای داشت.

واژگان کلیدی

پزشکان، درمان، مذهبی بودن، معنویت

بررسی نگرش پزشکان نسبت به تأثیر میزان معنویت در روند درمان بیماران

از دیرباز وجود یک انگیزه و هدف مذهبی در افراد وجود داشته است (پارگامنت و دیگران، ۲۰۰۵م؛ لوبا، ۱۹۳۳م). میزان قابل ملاحظه‌ای از ادبیات و مطالعات نیز به رابطه مذهب و معنویت با سلامتی پرداخته است (شرو - نیگر و ادلشتاین، ۲۰۰۴م؛ جرج و دیگران، ۲۰۰۰م؛ ابو - راس و لایرد، ۲۰۱۱م؛ وایت و دیگران، ۲۰۱۱م؛ فیتچل و دیگران، ۲۰۰۹م؛ فورسارلی، ۲۰۰۸م و بردل و دیگران، ۲۰۱۱م). مذهب و معنویت در ادبیات و مطالعات از یکدیگر تفکیک و شناسایی شده‌اند لیکن با این حال در مفاهیم تداخلاتی دیده می‌شود (جرج و دیگران، ۲۰۰۰م؛ ابو - راس و لایرد، ۲۰۱۱م؛ وایت و دیگران، ۲۰۱۱م؛ فیتچل و دیگران، ۲۰۰۹م؛ فورسارلی، ۲۰۰۸م و بردل و دیگران، ۲۰۱۱م). «مذهب به عنوان مجموعه‌ای از عقاید، شیوه‌ها و باورها در جهت رسیدن به اهداف متعالی است.» در صورتی که معنویت «کوششی فردی برای دستیابی به درک ویژه از زندگی و هدف و معنای آن است» (وایت و دیگران، ۲۰۱۱م؛ نلسون و دیگران، ۲۰۰۲م). معنویت و مذهب دربرگیرنده مفاهیم پیچیده و چندبُعدی می‌باشند که انسان را برای رسیدن به هدفی واحد هدایت می‌کند و به همین دلیل تمیز دادن مذهب و معنویت از یکدیگر آسان نیست (بردل و دیگران، ۲۰۱۱م؛ کوئینگ و دیگران، ۲۰۰۱م؛ کندلر و دیگران، ۲۰۰۳م؛ هال و دیگران، ۲۰۰۸م؛ هیل و هود، ۱۹۹۹م). قلمرو رفتارهای دینی و مذهبی / معنوی مانند نماز و نیایش و مقابله‌های مذهبی و ارزیابی‌های معنوی/مذهبی در پاره‌ای مقالات گزارش شده است (کوئینگ و دیگران، ۲۰۰۱م و هال و دیگران، ۲۰۰۸م). تأثیر نقش معنویت و مذهب پزشکان در درمان بیماران و تأثیر آن در شکل‌گیری روابط پزشک و بیمار در پاره‌ای گزارشات به‌طور برجسته‌ای نشان داده شده است (آسترو و سولماسی، ۲۰۰۴م؛ اهن و دیگران، ۱۹۹۹م؛ ایچلمن، ۲۰۰۷م؛ کاین و دیگران، ۲۰۰۰م؛ مونرو و دیگران، ۲۰۰۳م؛ مک کارد

و دیگران، ۲۰۰۴م؛ کینگ و بوشویک، ۱۹۹۴م؛ موگانز و وادلند، ۱۹۹۱م). برقرای رابطه درمانی، بالا بردن حس اعتماد به خود، و ارتقای توانمندی بیماران برای مدیریت بر خود بخشی از فواید داشتن نگرش مذهبی/ معنوی در درمان است (کورلین و دیگران، ۲۰۰۷م؛ پاول و دیگران، ۲۰۰۳م).

پارهای از مطالعات به نقش ایمان در تصمیم‌گیری‌های درمانی اشاره کرده و ذکر می‌کنند اگر ایمان نقش مهم در درمان داشته باشد و پزشکان به آن توجه نکنند فرایند تصمیم‌گیری در مورد طرح درمان می‌تواند نامناسب باشد (کاین و دیگران، ۲۰۰۰م. و لو و دیگران، ۲۰۱۱م).

برخی مطالعات اخیر بر تأثیر نگرش مذهبی پزشک یا بیمار بر روند درمان حکایت داشته است. این مطالعات عموماً بر نقش ایمان مذهبی بیماران بستری و نیز تأثیر دعا بر درمان آنان و همچنین تأثیر مذهبی بودن پزشک و کنجکاوی او از عقاید بیمارانش بر روند درمان سخن به میان آورده است (کندلر و دیگران، ۲۰۰۳م؛ هال و دیگران، ۲۰۰۸م؛ هیل و هود، ۱۹۹۹م؛ کاین و دیگران، ۲۰۰۰م؛ مک کارد و دیگران، ۲۰۰۴م؛ نلسون و دیگران، ۲۰۰۲م).

آگاهی از تأثیر معنویت بر درمان بیماران می‌تواند بر طول عمر بیشتر آنها اثر بگذارد (پاول و دیگران، ۲۰۰۳م؛ لو و دیگران، ۲۰۱۱م؛ کاین و دیگران، ۲۰۰۰م؛ وایت و دیگران، ۲۰۱۱م). در مطالعاتی به بررسی احساس بیماران در مورد معنویت و مذهب پرداخته شده و گفته شده است که چرا بیماران از پزشکان می‌خواهند عقاید مذهبی آنها را جويا شوند و پزشکان نیز به چه نوع اطلاعاتی نیاز دارند (آسترو و سولماسی، ۲۰۰۴م). یک بررسی روی ۹۲۰ فرد بزرگسال نشان می‌دهد که بیماران می‌خواهند پزشک در مورد معنویت با آنها به بحث و گفتگو پردازد (مک کارد و دیگران، ۲۰۰۴م).

در یک نظرسنجی از ۱۸۲۰ پزشک دو سوم از پزشکان معتقدند که افزایش آگاهی بیماران از بیماریشان اغلب یا همیشه آنها را به دین و معنویت نزدیک‌تر می‌کند. علاوه بر این، ۵۶ درصد معتقدند دین و معنویت بر سلامت آنها تأثیر قابل توجهی دارد و این نفوذ بیشتر به بیماران کمک می‌کند تا با بیماری کنار بیایند (مک کارد و دیگران، ۲۰۰۴م). در این مطالعه که تنها ۶۳ درصد به آن پاسخ داده‌اند، اکثر پزشکان (۸۵ درصد) گفته‌اند که دین و معنویت به طور کلی بر درمان تأثیر مثبت دارد و ۷۶ درصد از پزشکان معتقد بودند که دین و معنویت می‌تواند برای مقابله و کمک به بیماران مؤثر باشد و ۷۴ درصد بیان نمودند که این عقیده می‌تواند افکار مثبت را در آنها افزایش دهد (مک کارد و دیگران، ۲۰۰۴م). پزشکان می‌گویند ارزیابی معنوی در مورد دیدگاه‌های زندگی، مشکلات را کاهش می‌دهد (آسترو و سولماسی، ۲۰۰۴م).

نتایج یک مطالعه پیشنهاد کرد، پزشکان به ندرت در مورد عقاید مذهبی بیماران از آنها سؤال کنند اگرچه این نگرانی به‌طور همزمان مطرح شد که پاره‌ای از یافته‌های این مطالعه می‌تواند بر خلاف خواسته بیماران باشد و در نتیجه بر فرایند مراقبت‌های درمانی اثر بگذارد (مک کارد و دیگران، ۲۰۰۴م).

با توجه به اینکه مطالعه جامعی در زمینه نقش معنویت در درمان بیماران و بازتاب آن بر رابطه پزشکان و بیماران در ایران انجام نشده است، هدف این مطالعه بررسی تأثیر نگرش پزشکان در مورد نقش مذهب و معنویت در درمان بیمارانشان می‌باشد.

روش

در این مطالعه از روش توصیفی و زمینه‌یابی استفاده شده است. این روش به ما کمک می‌کند تا بتوانیم تأثیر نگرش معنوی پزشکان و بیماران و یا هر دو را در روند درمان بیماری توصیف کنیم. برای توزیع پرسشنامه پزشکان در ابتدا به تعدادی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه شهید بهشتی در تهران مراجعه کرده و پس از اخذ اجازه از رییس بیمارستان، معاونت آموزش بیمارستان و هماهنگی لازم با سرپرستاری، اجازه توزیع پرسشنامه‌ها را بین پزشکان گرفته و با مراجعه به تک تک پزشکان و البته کمی صحبت در مورد موضوع و پرسشنامه، بعضی از پزشکان فرم‌ها را تکمیل می‌کردند و البته تعدادی از پزشکان نیز از این کار خودداری می‌کردند، این پرسشنامه‌ها در بین تعدادی از بیمارستان‌های خصوصی پخش و پس از پر شدن جمع‌آوری شد. مطالعه بر روی ۵۰۰ پزشک انجام گرفت. از این تعداد ۲۷ نفر همکاری نکردند و یا پرسشنامه ناقص برگرداندند که این تعداد از مطالعه کنار گذاشته شدند.

«پرسشنامه پزشکان» که نگرش معنوی و مذهبی پزشکان را در روند درمان مورد مطالعه قرار می‌دهد توسط رابرت جانسون در دانشگاه شیکاگو در سال ۲۰۰۷ ساخته شده است (۳۱) که توسط محقق از زبان اصلی به زبان فارسی ترجمه شده است. این پرسشنامه در سه بخش تنظیم گردیده است.

بخش اول: به دیدگاه و نظر پزشک در مورد مذهب، معنویت و سلامت می‌پردازد. بخش دوم: شخصیت فرد از نظر مذهب و معنویت را مورد سؤال قرار می‌دهد و بخش سوم: آمارگیری‌های حرفه پزشکی می‌باشد. در این پرسشنامه نیز هیچ جواب غلط یا درستی وجود ندارد و مذهب و معنویت را یکسان فرض کرده است.

مراحل آماده‌سازی پرسشنامه

پرسشنامه‌های اولیه پس از تهیه، ترجمه شد. نسخه‌های ترجمه شده توسط جمعی از پزشکان صاحب‌نظران و کارشناسان مذهبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پرسشنامه طراحی شده پس از بررسی در ۲ مرحله مورد ویرایش قرار گرفت و به صورت مقدماتی بین چند پزشک و بیمار اجرا و از آنان خواسته شد تا ضمن پاسخگویی به سؤالات، نظرات خود را در خصوص مفهوم بودن سؤالات نیز بیان نمایند. پس از جمع‌آوری پاسخنامه‌ها و تحلیل آنها دو سؤال که به پیشنهاد کارشناسان مناسب با موقعیت فرهنگی جامعه ایران نبود حذف و تغییراتی در فرم اولیه سؤالات داده شد. پایایی این پرسشنامه با به‌دست آوردن ضریب آلفای کراباخ مساوی ۰/۸۴ مورد تأیید قرار گرفت. داده‌های حاصل با آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه از تعداد ۵۰۰ پزشک پرسشگری انجام شد که ۴۷۳ نفر به پرسشنامه کامل جواب دادند میانگین سن پزشکان $46/34 \pm 9$ سال بود. با توجه به پرسشی از پزشکان مبنی بر این که شما خود را تا چه حدود مذهبی می‌دانید ۵۱ نفر (۱۱٪) خیلی مذهبی و ۳۳۱ نفر (۷۰٪) مذهبی میانه‌رو و ۸۸ نفر (۱۹٪) کمی مذهبی را پاسخ دادند. بر این اساس پزشکان به دو گروه مذهبی (خیلی مذهبی یا متوسط شامل ۳۸۶ نفر) و گروه کمتر مذهبی شامل ۸۸ نفر تقسیم شدند. سایر پاسخ‌های پزشکان با میزان مذهبی - معنوی بودن آنان سنجیده شد.

جدول ۱. توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی یا متوسط و گروه کمتر مذهبی بر حسب پاسخ آن‌ها به سوال «به‌طور کلی مذهب / معنویت تا چه حد بر روی سلامت بیمار مؤثر است؟»

گروه پزشکان	خیلی زیاد	زیاد	تاحدودی	کمی	سطح معنی‌داری
مذهبی (%) (n=۳۸۰)	۲۰	۴۸	۲۹	۲	P<۰/۰۰۰۵
کمتر مذهبی (%) (n=۹۳)	۹	۲۲	۵۷	۱۳	
جمع (%) (n=۴۷۳)	۱۸	۴۳	۳۴	۴	

جدول ۱ توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی و گروه کمتر مذهبی را بر حسب پاسخ آن‌ها به سؤال «به‌طور کلی مذهب / معنویت تا چه حد بر روی سلامت بیمار مؤثر است؟» نشان می‌دهد. با استفاده از آزمون کندال، مشاهده می‌شود که نظر پزشکان در دو گروه با یکدیگر اختلاف معنی‌دار دارد. به عبارت دیگر، ۶۸٪ پزشکان مذهبی اعتقاد داشتند که مذهب / معنویت در حد زیاد و حتی خیلی زیاد بر روی سلامت بیمار مؤثر است، در صورتی که ۷۰٪ پزشکان گروه دوم اعتقاد داشتند که مذهب / معنویت کمی تا حدودی بر روی سلامت بیمار مؤثر است. از کل جمعیت پزشکان در پاسخ به این سؤال که مذهب - معنویت تا چه حد بر روی سلامت بیمار مؤثر است، ۱۸٪ گزینه خیلی زیاد، ۴۳٪ گزینه زیاد، ۳۴٪ گزینه تا حدودی و ۴٪ گزینه کمی را انتخاب کرده‌اند.

جدول ۲. توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی یا متوسط و گروه کمتر مذهبی بر حسب پاسخ آن‌ها به سؤال «به طور کلی تأثیر مذهب / معنویت بر روی سلامت را مثبت یا منفی ارزیابی می‌کنید؟»

گروه پزشکان	به طور کلی مثبت	به طور کلی منفی	هم مثبت و هم منفی	هیچ تاثیری ندارد	سطح معنی‌داری
مذهبی (%) (n=۳۸۱)	۷۷	۰	۲۳	۰	P<۰/۰۰۰۵
کمتر مذهبی (%) (n=۹۳)	۵۶	۱	۴۰	۳	
جمع (%) (n=۴۷۴)	۷۳	۰	۲۶	۱	

جدول ۲ توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی و گروه کمتر مذهبی را بر حسب پاسخ آن‌ها به سؤال «به‌طور کلی تأثیر مذهب / معنویت بر روی سلامت را مثبت یا منفی ارزیابی می‌کنید؟» نشان می‌دهد. در مجموع ۷۳٪ پزشکان ارزیابی به‌طور کلی مثبت از تأثیر مذهب / معنویت بر روی سلامت و ۲۷٪ ارزیابی به‌طور کلی منفی، هم مثبت و هم منفی و بی‌تأثیر داشتند. به منظور انجام آزمون کای دو برای مقایسه دو گروه پزشکان، گروه به‌طور کلی منفی و گروه هیچ تأثیری ندارد را حذف و آزمون را برای دو انتخاب باقی‌مانده انجام دادیم. نتیجه آزمون نشان داد که ارزیابی پزشکان دو گروه با یکدیگر اختلاف معنی‌داری دارد، به‌طوری که نسبت پزشکانی که ارزیابی مثبت از تأثیر مذهب / معنویت بر سلامت داشتند در گروه مذهبی بیشتر از گروه کمتر مذهبی بود (۷۷٪ در برابر ۵۶٪).

جدول ۳. توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی یا متوسط و گروه کمتر مذهبی بر حسب پاسخ آن‌ها به سؤال «به نظر شما خدا یا هر چیز ما فوق طبیعی دیگری، در سلامت بیمار مداخله می‌کند یا خیر؟»

گروه پزشکان	بله	خیر	در این مورد فکر نکردم	سطح معنی‌داری
مذهبی (%) (n=۳۷۴)	۹۱	۲	۷	P<۰/۰۰۰۵
کمتر مذهبی (%) (n=۹۱)	۷۰	۱۰	۲۰	
جمع (%) n=۴۶۵	۸۷	۳	۱۰	

براساس داده‌های جدول ۳ که توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی و گروه کمتر مذهبی را بر حسب پاسخ آن‌ها به سؤال «به نظر شما خدا یا هر چیز ما فوق طبیعی دیگری، در سلامت بیمار مداخله می‌کند یا خیر؟» نشان می‌دهد، اختلاف معنی‌داری در دو گروه مشاهده می‌شود. ۸۷٪ کل پزشکان (اعم از خیلی مذهبی یا متوسط و کمتر مذهبی) به سؤال «به نظر شما خدا یا هر چیز ما فوق طبیعی دیگری، در سلامت بیمار مداخله می‌کند یا خیر»، پاسخ: بله: (مداخله می‌کند) را دادند.

جدول ۴. توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی و گروه کمتر مذهبی برحسب پاسخ آن‌ها به سؤال «به طور کلی آیا صحیح است در مواردی که بیمار موضوع مذهب / معنویت را مطرح می‌کند، پزشک نیز در این مورد به بحث و گفتگو بپردازد؟»

گروه پزشکان	بله	معمولاً بله	معمولاً خیر	خیر	سطح معنی داری
خیلی مذهبی (%) (n=۳۶۴)	۲۶	۵۱	۱۹	۴	P<۰/۰۰۰۵
کمتر مذهبی (%) (n=۹۱)	۱۲	۳۸	۲۵	۲۵	
جمع (%) (n=۴۶۰)	۲۳	۴۸	۲۰	۸	

جدول ۴ توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی و گروه کمتر مذهبی را برحسب پاسخ آن‌ها به سؤال «به طور کلی آیا صحیح است در مواردی که بیمار موضوع مذهب / معنویت را مطرح می‌کند، پزشک نیز در این مورد به بحث و گفتگو بپردازد؟» نشان می‌دهد. آزمون کای دو نشان می‌دهد که دو گروه نظر متفاوتی دارند. به این صورت که ۷۷٪ پزشکان مذهبی و ۵۰٪ پزشکان کمتر مذهبی عقیده به بحث و گفتگو دارند. در مجموع ۴۸٪ پزشکان (۴۸٪ پزشکان مذهبی و ۴۶٪ پزشکان کمتر مذهبی) عقیده دارند که پرسش پزشک در مورد روحیه مذهبی معنوی بیمار صحیح است. با استفاده از آزمون کندال مشخص می‌شود که دو گروه اختلاف معنی داری ندارند. آزمون کای دو تفاوت نگرش و در نهایت تفاوت عملکرد دو گروه از پزشکان در ارتباط با صحبت در مورد اعتقادات مذهبی و یا تجربیات خود با بیماران را معنی دار نشان داد، به طوری که ۲۸٪ پزشکان کمتر مذهبی در این مورد با بیمار صحبتی نمی‌کنند در حالی که این

نسبت در مورد پزشکان مذهبی ۱۵٪ است. همچنین ۳۲٪ از پزشکان کمتر مذهبی گفته‌اند فقط وقتی بیمار در این مورد سؤال کند اشکالی ندارد در حالی که این میزان برای پزشکان خیلی مذهبی ۴۲٪ می‌باشد.

جدول ۵. توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی یا متوسط و گروه کمتر مذهبی بر حسب پاسخ آن‌ها به سؤال «آیا صحیح است که پزشک با بیمار به دعا بپردازد؟»

گروه پزشکان	خیر	فقط وقتی بیمار بخواهد	هرگاه پزشک احساس کند صحیح است، اشکالی ندارد	سطح معنی‌داری
مذهبی (%) (n=۳۷۵)	۱۲	۳۷	۵۱	P<۰/۰۰۰۵
کمتر مذهبی (%) (n=۹۳)	۳۲	۲۲	۴۶	
جمع (%) (n=۴۶۸)	۱۶	۳۴	۵۰	

جدول ۵. توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی و گروه کمتر مذهبی را بر حسب پاسخ آن‌ها به سؤال «آیا صحیح است که پزشک با بیمار به دعا بپردازد؟» نشان می‌دهد. آزمون کای نشان می‌دهد که نگرش دو گروه از پزشکان در ارتباط با ضرورت انجام دعا همراه بیمار اختلاف معنی‌دار دارد، به طوری که ۸۸٪ پزشکان مذهبی و ۶۸٪ پزشکان کمتر مذهبی اعتقاد دارند که صحیح است پزشک با بیمار به دعا بپردازد.

پاسخ آن‌ها به سؤال «آیا در هنگام بحث و گفتگو در مورد دلوپسی و نگرانی‌های مذهبی معنوی بیمار، هنگامی که خود بیمار این موضوع را مطرح می‌کند، احساس راحتی می‌کنید؟» نشان می‌دهد. در مجموع ۵۹٪ پزشکان پاسخ

کاملاً موافقم و یا موافقم را به این سؤال داده‌اند. گرچه آزمون کای دو نشان می‌دهد که این نسبت در دو گروه اختلاف معنی‌دار دارد به این صورت که ۶۴٪ پزشکان مذهبی و ۴۰٪ پزشکان کمتر مذهبی پاسخ کاملاً موافقم و یا موافقم را به این پرسش داده‌اند.

در مجموع ۵۵٪ پزشکان از بحث با بیمار در مورد مسائل مذهبی / معنوی لذت می‌برند، گرچه این نسبت با اختلاف معناداری در گروه پزشکان مذهبی بیشتر از گروه کمتر مذهبی است (۶۲٪ در برابر ۲۷٪).

در مجموع ۷۸٪ پزشکان اعتقاد داشتند که با توجه به تجربه شخصی آنها، بیماران، گاهی، خیلی و یا همیشه به مسائل مذهبی مانند خدا، تعمق و اندیشه، دعا، قرآن و... اشاره می‌کنند. با استفاده از آزمون کندال، مشاهده می‌شود که نظر پزشکان در دو گروه با یکدیگر اختلاف معنی‌دار دارد ($P < 0.00$). به عبارت دیگر، ۸۱٪ پزشکان مذهبی این تجربه را داشتند، در صورتی که ۶۴٪ پزشکان گروه دوم بر این اعتقاد بودند. در پاسخ به سؤال «با توجه به تجربه شخصی شما، تا چه اندازه بیماران شما از طرف اجتماع مذهبی خود مورد حمایت روحی و عملی قرار گرفته‌اند»، ۷۱٪ پزشکان مذهبی و ۵۴٪ پزشکان کمتر مذهبی اظهار داشته‌اند که بیماران گاهی، خیلی و یا همیشه از سوی اجتماع مذهبی خود مورد حمایت روحی و عملی قرار گرفته‌اند و اختلاف معنی‌دار بود ($P < 0.00$). در پاسخ به سؤال «با توجه به تجربه شخصی شما، تا چه اندازه بیماران شما از مذهب / معنویت به عنوان دلیل برای عدم قبول مسئولیت سلامت خود استفاده کرده‌اند»، ۷۶٪ پزشکان پاسخ هرگز یا به ندرت داده‌اند. و آزمون کندال تفاوت معنی‌داری در پاسخ‌های این دو گروه نشان نمی‌دهد.

۷۶٪ پزشکان مذهبی در پاسخ به سؤال «با توجه به تجربه شخصی شما، مذهب / معنویت تا چه اندازه به بیمار برای مقابله، تحمل بیماری و رنج ناشی از آن کمک می‌کند» پاسخ خیلی و همیشه را داده‌اند. در صورتی که این نسبت در گروه کمتر مذهبی ۳۹٪ است ($P < 0.00$).

در ارتباط با سؤال «با توجه به تجربه شخصی شما، مذهب / معنویت تا چه اندازه موجب احساس گناه، اضطراب یا سایر احساسات منفی می‌شود که موجب تشدید رنج بیمار می‌شود»، در مجموع ۷۹٪ پزشکان، پاسخ هرگز یا به ندرت را داده‌اند. این نسبت با اختلاف معنی‌دار در گروه پزشکان مذهبی ۸۲٪ و در گروه پزشکان کمتر مذهبی ۶۸٪ می‌باشد ($P < 0.00$).

در پاسخ به سؤال «با توجه به تجربه شخصی شما، مذهب / معنویت تا چه اندازه وضعیت روحی خوب و مؤثری به بیمار می‌دهد»، ۶۵٪ پزشکان پاسخ خیلی یا همیشه را داده‌اند و با اختلاف معنی‌داری نسبت پزشکان مذهبی که این پاسخ را داده‌اند نسبت به گروه کمتر مذهبی بیشتر است ۷۱٪ در برابر ۴۵٪ ($P < 0.00$).

در پاسخ به سؤال «با توجه به تجربه شخصی شما، مذهب / معنویت تا چه اندازه می‌تواند موجب سرباز زدن، تأخیر در جلسه درمان و یا توقف درمان از سوی بیمار شود»، ۷۷٪ پزشکان پاسخ هرگز و یا به ندرت را ارائه کرده‌اند. با اختلاف معنی‌داری پزشکان مذهبی ۸۰٪ و پزشکان کمتر مذهبی ۶۰٪ پاسخ هرگز و یا به ندرت را داده‌اند ($P < 0.00$).

در پاسخ به سؤال «با توجه به تجربه شخصی شما، مذهب / معنویت تا چه اندازه در جلوگیری از پیامدهای ناخوشایند پزشکی مانند سکته قلبی، بیماری‌های واگیردار و عفونی و حتی مرگ مؤثر است»، ۳۴٪ پزشکان مذهبی و ۲۳٪ پزشکان

کمتر مذهبی قائل به پاسخ خیلی یا همیشه بودند. آزمون کندال حاکی از اختلاف معنی‌دار دو گروه است ($P < 0.00$).

در پاسخ به سؤال «تا چه حد می‌توانید ادعا کنید که تجربه کردن یک بیماری موجب افزایش توجه بیمار نسبت به مذهب/ معنویت می‌شود؟» ۶۷٪ پزشکان گزینه اغلب اوقات و یا همیشه را انتخاب کرده‌اند. اختلاف نظر دو گروه پزشکان معنی‌دار است. به این صورت که ۴۰٪ پزشکان کمتر مذهبی قائل به پاسخ گاهی اوقات بوده‌اند ولی این نسبت در گروه پزشکان مذهبی ۲۶٪ بوده است. ۶۹٪ پزشکان مذهبی و ۵۷٪ پزشکان کمتر مذهبی به این سؤال پاسخ همیشه و اغلب اوقات داده‌اند ($P < 0.00$).

در پاسخ به سؤال «تا به حال در مورد مسائل مذهبی / معنوی از بیمار پرس‌وجو کرده‌اید؟» نسبت پزشکان مذهبی که به این سؤال پاسخ مثبت داده‌اند با پزشکان کمتر مذهبی متفاوت است (۵۲٪ در برابر ۳۶٪) و اختلاف پاسخ‌ها نیز معنی‌دار است ($P < 0.00$).

پزشکان مذهبی و کمتر مذهبی در پاسخ به سؤال «در شرایط بالینی متفاوت چه میزان در مورد مسائل مذهبی / معنوی پرس و جو می‌کنید؟» پاسخ می‌دهند؛ در صورتی که بیمار جراحی یا بیماری مختصری داشته باشد، ۹۳٪ پزشکان به ندرت یا هرگز در مورد مسائل مذهبی / معنوی پرس‌وجو نمی‌کنند و این عملکرد در هر دو گروه از پزشکان کم و بیش یکسان است. در صورتی که بیمار برای پیشینه پزشکی و جسمانی خود مراجعه کرده باشد نیز تفاوت معنی‌داری در عملکرد پزشکان مشاهده نمی‌شود و در این حالت نیز به‌طور کلی ۸۰٪ پزشکان به ندرت یا هرگز در مورد مسائل مذهبی / معنوی پرس‌وجو نمی‌کنند.

در صورتی که بیمار با یک بحران و یا یک بیماری خطرناک روبه‌رو شده، یا به پایان عمر خود رسیده باشد، از اضطراب و افسردگی رنج برد و یا دچار سرگردانی اخلاقی شده باشد، عملکرد پزشکان دو گروه، تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0.00$). اکثریت پزشکان مذهبی گزینه خیلی موارد یا همیشه را انتخاب کرده‌اند ولی گروه کمتر مذهبی گزینه‌های گاهی، به ندرت یا هرگز را انتخاب کرده‌اند.

شیوه پزشکان دو گروه در موقع بحث کردن با بیماران پیرامون موضوعات مذهبی - معنوی متفاوت و معنی‌دار است. این شیوه‌ها عبارتند از همدلی کردن (۵۰٪ پاسخ همیشه و خیلی در پزشکان مذهبی در مقابل ۳۳٪ در پزشکان کمتر مذهبی)، مؤدبانه موضوع را عوض کردن (۹٪ پاسخ همیشه و خیلی در پزشکان مذهبی در مقابل ۲۱٪ در پزشکان کمتر مذهبی)، تشویق بیماران با اعتقادات و آداب و رسوم مذهبی و معنوی (۳۶٪ پاسخ همیشه و خیلی در پزشکان مذهبی در مقابل ۱۱٪ در پزشکان کمتر مذهبی)، با احترام نظرات خود را با بیمار در میان گذاشتن (۱۸٪ پاسخ همیشه و خیلی در پزشکان مذهبی در مقابل ۷٪ در پزشکان کمتر مذهبی) و با بیمار به دعا پرداختن (۱۳٪ پاسخ همیشه و خیلی در پزشکان مذهبی در مقابل ۴٪ در پزشکان کمتر مذهبی). به عبارت دیگر هنگام صحبت کردن پیرامون مسایل مذهبی - معنوی پزشکان مذهبی در مقابل پزشکان کمتر مذهبی از شیوه‌های ذکر شده در راستای خواست بیمار و ادامه گفتگوی مذهبی با وی بیشتر استفاده می‌کنند. نتایج آزمون کندال حاکی از آن است که عملکرد دو گروه پزشکان اختلاف معنی‌داری دارد ($P < 0.00$).

پزشکان به تفکیک گروه مذهبی و گروه کمتر مذهبی در پاسخ به سؤال «بیماری با افسردگی شدید ۲ ماه پس از فوت همسرش به شما مراجعه می‌کند. اگر بخواهید او را ارجاع دهید، به کدام یک از موارد زیر ارجاع می‌دهید؟» یک

روان‌پزشک یا روان‌شناس، یک روحانی یا سایر مشاورین مذهبی، یا یک عبادتگاه ویژه سلامت. نتایج نشان می‌دهد که ۸۹٪ پزشکان (۸۸٪ پزشکان مذهبی - معنوی در مقابل ۹۴٪ پزشکان کمتر مذهبی - معنوی)، بیمار را به یک روان‌پزشک یا روان‌شناس ارجاع می‌دهند. بدون آنکه اختلاف معنی‌داری در عملکرد دو گروه از پزشکان مشاهده شود.

جدول ۶. توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی یا متوسط و گروه کمتر مذهبی بر حسب پاسخ آن‌ها به سؤال «کدام یک از موارد زیر شما را از بحث و گفتگو با بیمار در مورد مذهب / معنویت باز می‌دارد؟»

گروه پزشکان	ناراحتی و نگرانی‌ای عمومی که ممکن است انسان در مورد بحث در مورد مذهب داشته باشد.	نداشتن دانش و آموزش کافی	کمبود وقت	نگرانی از رنجش بیمار	نگرانی از اینکه همکارانم این مورد را نپذیرند.	موارد دیگر	سطح معنی‌داری
مذهبی (%) (n=۳۷۶)	۶	۲۴	۳۶	۳۰	۱	۳	/۰۰۸ P<0
کمتر مذهبی (%) (n=۸۸)	۵	۲۱	۵۸	۱۶	.	۱	
جمع (%) (n=۴۶۴)	۶	۲۳	۴۱	۲۷	۱	۳	

جدول ۶ توزیع فراوانی درصد پزشکان به تفکیک گروه مذهبی و گروه کمتر مذهبی را بر حسب پاسخ آن‌ها به سؤال «کدام یک از موارد زیر شما را از بحث و گفتگو با بیمار در مورد مذهب / معنویت باز می‌دارد؟» نشان می‌دهد. ۶۹٪ پزشکان

(اعم از مذهبی - معنوی یا کمتر مذهبی) معتقدند که وقت صرف شده با بیمار برای مسائل مذهبی / معنوی کافی است و تفاوت معنی‌داری در این زمینه پیدا نشد. پاسخ دو گروه از پزشکان در مورد مسایل بحث‌انگیز پزشکی از جمله همکاری پزشک در خودکشی بیمار (۸۶٪ پزشکان مذهبی مخالفند در مقابل مخالفت ۷۵٪ پزشکان کمتر مذهبی و تفاوت معنی‌دار است $P < 0.02$)، قطع دستگاه که برای کمک به زنده ماندن بیماران استفاده می‌شود از جمله در بیماران مغز مرگی (۶۲٪ پزشکان مذهبی مخالفند در مقابل مخالفت ۴۶٪ پزشکان کمتر مذهبی و تفاوت معنی‌دار است $P < 0.01$)، سقط جنین در موارد نارسایی‌های مادرزادی (۵۳٪ پزشکان خیلی مذهبی یا متوسط مخالفند در مقابل مخالفت ۳۹٪ پزشکان کمتر مذهبی و تفاوت معنی‌دار است $P < 0.01$)، سقط جنین در مواردی که جلوگیری از بارداری موفق نبوده است (۷۳٪ پزشکان مذهبی مخالفند در مقابل مخالفت ۵۳٪ پزشکان کمتر مذهبی و تفاوت معنی‌دار است $P < 0.00$). پاسخ دو گروه پزشکان در مورد تسکین دادن درد تا حد بیهوشی در بیماران رو به مرگ و تجویز داروی ضد بارداری در نوجوانان بین ۱۴ تا ۱۶ سال در صورتی که والدین موافق نیستند اختلاف معنی‌دار نشان نداد.

۹۹٪ پزشکان شرکت‌کننده در مطالعه به وجود خدا اعتقاد داشتند (۹۹٪ پزشکان خیلی مذهبی - معنوی در مقابل ۹۹٪ پزشکان کمتر مذهبی - معنوی) و تفاوت معنی‌دار نشان نداد.

نتیجه

مهمترین دستاورد مطالعه حاضر بررسی نگرش پزشکان در مورد معنویت و تأثیر آن بر سلامت بیماران است. پزشکان مذهبی در مقایسه با پزشکان کمتر مذهبی بیشتر قائل به تأثیر مذهب بر سلامت بودند. این یافته با مطالعات سایر پژوهشگران که روی تأثیر نگرش مذهبی پزشکان بر سلامت بیماران کار کرده‌اند همخوانی دارد (نلسون و دیگران، ۲۰۰۲؛ کندلر و دیگران، ۲۰۰۳؛ اهن و دیگران، ۱۹۹۹؛ کاین و دیگران، ۲۰۰۰؛ مک کارد و دیگران، ۲۰۰۴). ۶۸٪ پزشکان مذهبی اعتقاد داشتند که مذهب/ معنویت در حد زیاد و حتی خیلی زیاد بر روی سلامت بیمار مؤثر است، در صورتی که ۷۰٪ پزشکان گروه دوم اعتقاد داشتند که مذهب/ معنویت کمی تا حدودی بر روی سلامت بیمار مؤثر است. این تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود. این یافته نیز با برخی از مطالعات پیشین همسو بود (آسترو و سولماسی، ۲۰۰۴). نتیجه آزمون همچنین نشان داد که پزشکانی که ارزیابی مثبت از تأثیر مذهب/ معنویت بر سلامت داشتند در گروه مذهبی بیشتر از گروه کمتر مذهبی بود (۷۷٪ در برابر ۵۶٪ و تفاوت معنی‌دار بود).

پاسخ دو گروه مبنی بر اینکه خدا یا هر چیز مافوق طبیعی دیگری، در سلامت بیمار مداخله می‌کند یا خیر؟ «اختلاف معنی‌داری نشان‌داری نشان می‌دهد. ۷۷٪ پزشکان مذهبی و ۵۰٪ پزشکان کمتر مذهبی عقیده به بحث و گفتگو با بیمار در مواردی که بیمار خود موضوع مذهب/ معنویت را مطرح می‌کند دارند و اختلاف معنی‌دار است (آسترو و سولماسی، ۲۰۰۴؛ سیلورستری و دیگران، ۲۰۰۳؛ مک کارد و دیگران، ۲۰۰۴). مطالعات مکرر نگرش مداخله‌ای پزشکان در تجربیات مذهبی و معنوی بیماران را به شرایط بالینی که بیماران در آن زیست می‌کنند وابسته دانسته‌اند. نتایج این مطالعه تأیید می‌کند که پزشکان مایل نیستند در امور مذهبی و

معنوی بیماران مداخله کنند و حتی کنجکاوی و مداخله در این امر را غیراخلاقی می‌دانند. به جز در مواردی که بیماران خود این درخواست را داشته باشند و یا بیمار در شرایط بالینی خیلی سخت و یا ویژه‌ای قرار داشته باشد (موگانز و وادلند، ۱۹۹۱م؛ لو و دیگران، ۲۰۱۱م، پارگامنت و دیگران، ۲۰۰۵م).

از مجموع یافته‌های این مطالعه و یافته‌های مشابه چنین استنباط می‌شود که پزشکان با نگرش مذهبی - معنوی اعتقاد دارند که ارزیابی دیدگاه معنوی بیماران از سوی پزشکان مشکلات آنان را کاهش می‌دهد، همکاری آنان در اجرای طرح درمان را تسریع می‌بخشد، و با کاهش اضطراب آنان و پذیرش بیماری خود اثربخشی و کارآمدی درمان آنان تسریع می‌گردد. تبیین بیشتر این پدیده احتمالاً چنین است که پزشکان مذهبی در مقابل پزشکان کمتر مذهبی به راهبردهای سازگارانه و روش‌های مقابله‌ای مذهبی بیماران آگاه‌تر و در این زمینه حساس‌تر از پزشکان کمتر مذهبی عمل می‌کنند. به همین دلیل کسانی که تأثیر معنویت را بر سلامت بیشتر تجربه کرده‌اند بیشتر از تجربه‌های مذهبی بیماران سؤال می‌کنند (آسترو و سولماسی، ۲۰۰۴م). پزشکان مذهبی و کمتر مذهبی در میزان حمایت اجتماع مذهبی از بیماران خود اختلاف نظر داشتند و پاسخ این دو گروه تفاوت معنی‌دار داشت. شاید یکی از علل این امر توجه نشان دادن و حساسیت بیشتر پزشکان مذهبی به اعتقادات و باورهای مذهبی بیمارانشان باشد که متأثر از زبان مشترک فرهنگی و اعتقادی پزشکان و بیماران می‌باشد و نیز موجب تأثیرگذاری گفتگوی مذهبی و عمل کردن بیماران به راهبردهای مذهبی - معنوی در درمان آنان باشد. شاید به همین دلیل است که ۷۶٪ پزشکان مذهبی در این مطالعه معتقدند که مذهب و معنویت به بیمار برای مقابله، تحمل بیماری و رنج ناشی از آن کمک می‌کند (آسترو و سولماسی، ۲۰۰۴م). هر دو گروه پزشکان این

نکته را رد می‌کنند که یک دلیل برای روی آوردن بیماران به مذهب و معنویت نپذیرفتن مسؤولیت بیماری‌شان می‌باشد.

جمع‌بندی این یافته‌ها نشان می‌دهد که نقش مذهب و معنویت در درمان بیماری احتمالاً نه تنها اثر سوء جدی به دنبال نداشته است بلکه مطالعات پیشین تأیید کرده‌اند که تأثیر باورهای مذهبی - معنوی بیماران می‌تواند به صورت خود کنترلی، اعتماد به نفس بیشتر و تسریع در درمان بیماران خود را نشان دهد (وایت و دیگران، ۲۰۱۱م؛ کولین و دیگران، ۲۰۰۷م و پاول و دیگران، ۲۰۰۳م).

این مطالعه همچنین نشان می‌دهد که عملکرد و نگرش پزشکان در شرایط بالینی متفاوت در قبال باورهای دینی و معنوی بیماران یکسان نبوده و در این امر تفاوتی میان پزشکان مذهبی و کمتر مذهبی وجود ندارد. ولی در صورتی که بیمار با یک بحران و یا یک بیماری خطرناک روبه‌رو شده، یا به پایان عمر خود رسیده باشد، از اضطراب و افسردگی رنج ببرد و یا دچار سرگردانی اخلاقی شده باشد، عملکرد پزشکان مذهبی یا متوسط با پزشکان کمتر مذهبی تفاوت معنی‌داری دارد. در این مطالعه تمایل به بحث مذهبی کردن با بیمار با میزان مذهبی بودن پزشک ربطی ندارد و این امر نشانگر آن است که پزشکان مذهبی و معنوی در برخورد با بیمارانشان براساس اولویت‌ها و نیازها و خواسته‌های بیمارانشان عمل می‌کنند و نه صرفاً به دلیل نگرش مذهبی و معنوی خود. به عبارت دیگر پزشکان مذهبی و معنوی در چارچوب فعالیت حرفه‌ای خود و فراتر از تعلقات مذهبی خود عمل کرده و تنها به اموری می‌پردازند که با مشکلات بیمار سروکار داشته باشد و مشکلی از بیماران برداشته شود. شیوه برقراری ارتباط بیمار و پزشک هنگام انجام بحث مذهبی مثل به دقت گوش دادن و همدلی کردن با بیمار، مؤدبانه موضوع را عوض کردن، تشویق بیمار با اعتقادات مذهبی، در میان گذاشتن تجربیات مذهبی

پزشک با بیمار در پزشکان مذهبی و معنوی در مقابل با پزشکان کمتر مذهبی از برتری قابل توجه برخوردار بود. که توسط مطالعات متعددی حمایت می‌گردد (آسترو و سولماسی، ۲۰۰۴م؛ اهن و دیگران، ۱۹۹۹م. ایچلمن، ۲۰۰۷م؛ کاین و دیگران، ۲۰۰۰م؛ مونرو و دیگران، ۲۰۰۳م؛ مک کارد و دیگران، ۲۰۰۴م؛ کینگ و بوشویک، ۱۹۹۴م؛ موگانز و وادلند، ۱۹۹۱م). تبیین این امر بدین نحو است که پزشک مذهبی و معنوی احترام به حقوق - شخصیت و اعتقادات بیمار را در کنار انجام وظایف حرفه‌ای خود از جمله اعتقادات خود دانسته و بدان پایبند است. این در حالی است که پزشکان کمتر مذهبی در مقایسه با پزشکان مذهبی به حرفه پزشکی بیشتر به عنوان شغل نگاه می‌کردند. در حالی که ارزیابی نگرش پزشکان معنوی و مذهبی نشانگر آن است که خط‌مشی زندگی آنان براساس مذهب بنا شده است. یعنی فراتر از شغل خود. یافته‌ها نشان داد که پزشکان مذهبی و کمتر مذهبی در ارجاع بیمار به متخصصین یا سایر مراکز تفاوت معنی‌دار نداشتند. این امر حاکی از آن است که پزشک مذهبی و کمتر مذهبی در مبانی علمی و حرفه‌ای خود با یکدیگر تفاوت ندارند بلکه باورهای مذهبی - معنوی پزشکان مذهبی علاوه بر تخصص و تعهد پزشکی به مدد بیمارانشان درآمده است.

این مطالعه همچنین نشانگر این است که دو گروه از پزشکان مذهبی و کمتر مذهبی در مواردی که آنان را از بحث مذهبی - معنوی با بیماران بازمی‌دارد با هم اختلاف نگرش معنادار دارند. درصد پاسخ‌های کمبود وقت و نداشتن دانش و آموزش کافی به‌عنوان عوامل بازدارنده در پزشکان کمتر مذهبی بیشتر از پزشکان مذهبی است ولی درصد نگرانی از رنجش بیمار در پزشکان مذهبی به‌عنوان عوامل بازدارنده بحث مذهبی با بیماران دو برابر پزشکان کمتر مذهبی است و این تفاوت‌ها معنادار است. پاسخ دو گروه از پزشکان در مورد مسایل بحث‌انگیز پزشکی از جمله همکاری پزشک در خودکشی بیمار، قطع دستگاه که برای

کمک به زنده ماندن بیماران استفاده می‌شود، از جمله در بیماران مغز مرگی، سقط جنین در موارد نارسایی‌های مادرزادی، سقط جنین در مواردی که جلوگیری از بارداری موفق نبوده است متفاوت و معنادار بوده است و به‌عنوان مثال انگیزه‌های مذهبی پزشکان مذهبی در عدم «همکاری پزشک در خودکشی بیمار» از انگیزه‌های مذهبی پزشکان کمتر مذهبی بیشتر بود.

این مطالعه همانند مطالعات پیشین در زمینه تأثیر معنویت در درمان بیماران به‌خصوص از سوی پزشکان مذهبی نشان می‌دهد در صورتی که قابلیت‌های مذهبی و معنوی بیماران شناسایی شود پزشکان مذهبی و یا حتی سایر پزشکان به تناسب وضعیت بیمار می‌توانند در جلب همکاری بیماران و ایجاد امید و کاهش اضطراب و افسردگی در آنان به بیماران کمک کنند و گام مهمی در سلامت جسمی و روانی آنان برداشته شود.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. اولاً پرسشنامه مشخصی وجود نداشت که باور مذهبی و معنوی را از یکدیگر تفکیک نماید و البته این مورد جزء محدودیت مطالعات پیشین نیز می‌باشد، شاید این امر توانسته باشد روی پاسخ‌ها تأثیر بگذارد. ثانیاً معنوی / مذهبی بودن از طریق پرسشنامه تعیین شده است و مشخص نیست که افراد به‌طور عملی چه درجاتی از معنوی یا مذهبی بودن را نشان می‌دهند. به‌خصوص علیرغم اینکه اعتبار و پایایی پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه تأیید شده است معلوم نیست تا چه حد نسبت به مفاهیم مورد سنجش حساسیت لازم داشته باشد و تا چه میزان بیماران سؤالات پرسشنامه را درک کرده باشند. شاید اگر مصاحبه کیفی و استاندارد شده در این زمینه به‌کار می‌رفت یافته‌ها معتبرتر بود.

در کل، مطالعه نشان داد که باید به پتانسیل‌های معنوی بیماران و پزشکان در جهت درمان آنان توجه ویژه‌ای مبذول نمود آگاهی از این امر نه تنها رابطه پزشک و بیمار را تسهیل می‌نماید بلکه دریچه جدیدی به فرایند درمان بیماران بازگشایی خواهد نمود. آگاهی پزشکان از این امر که تا چه حد میزان معنویت و مذهبی بودن آنان می‌تواند در روند درمان تسهیل ایجاد کند و احتمالاً بر پاسخ‌دهی بیماران تأثیر بگذارد می‌تواند آغاز جدیدی برای کشف، استخراج، استفاده و به‌کارگیری این توانمندی در پزشکان جهت درمان بیماران باشد. در این صورت این موضوع نیازمند انجام پژوهش‌های جدیدی است که چالش‌های پیش‌رو را شناسایی و در جهت هموار ساختن آن اقدام نمایند. انجام پژوهش‌ها نه تنها می‌تواند منجر به شناسایی الگوهای مؤثر معنوی - مذهبی در درمان بیماران باشد بلکه دریچه جدیدی به نگاه جامع‌نگرانه به درمان بیماران باز خواهد کرد.

فهرست منابع

- Pargament KI, Magyar-Russell GM, Murray-Swank NA. The Sacred and the Search for Significance: Religion as a Unique Process. *J Soc Issues* 2005; 61:665-87.
- Leuba JH, editor. *God or man? A study of the value of God to man*. New York: Henry Holt and Company; 1933.
- Shreve-Neiger AK, Edelstein BA. Religion and anxiety: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2004 ; 24:379-97.
- George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and Health: What We Know, What We Need to Know. *J Soc Clin Psychol* 2000; 19:102-16.
- Abu-Ras W, Laird L. How Muslim and non-Muslim chaplains serve Muslim patients? Does the interfaith chaplaincy model have room for Muslims' experiences? *J Relig Health* 2011; 50:46-61.
- White ML, Peters R, Schim SM. Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory. *Nurs Sci Q*. 2011; 24:48-56.
- Fitchett G, Rasinski K, Cadge W, Curlin FA. Physicians' experience and satisfaction with chaplains: a national survey. *Arch intern Med* 2009; 169:1808-10.
- Fosarelli P. Medicine, spirituality, and patient care. *JAMA* 2008; 300:836-8.
- Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions* 2011;2:77-94.
- Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28:242-50.
- Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002; 43:213-20.
- Baetz M, Bowen R, Jones G, Koru-Sengul T. How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry* 2006; 51:654-61.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB, editors. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001.
- Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2003;160:496-503.
- Hall DE, Meador KG, Koenig HG. Measuring religiousness in health research: review and critique. *J Relig Health* 2008;47:134-63.
- Hill PC, Hood RW, editors. *Measures of religiosity*. Birmingham, Ala: Religious Education Press; 1999.
- Astrow AB, Sulmasy DP. STUDENTJAMA. Spirituality and the patient-physician relationship. *JAMA* 2004; 291:2884.

- Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med* 1999; 159: 1803-6.
- Eichelman B. Religion, spirituality, and medicine. *Am J Psychiatry* 2007 ;164:1774-5.
- Caine KW, Kaufman BP, Siegel BS, editors. *Prayer, Faith and Healing: Cure Your Body, Heal Your Mind and Restore Your Soul.* New York: Rodale Books; 2000.
- Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Arch intern Med* 2003; 163:2751-6.
- McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2004; 2:356-61.
- King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract* 1994; 39:349-52.
- Maugans TA, Wadland WC. Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. *J Fam Pract* 1991; 32:210-3.
- Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, et al. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1825-31.
- Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol* 2003; 58:36-52.
- Lo C, Gagliese L, Li M, Rodin G. Sources of spiritual well-being in advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care* 2011;1:149-53.
- Silvestri GA, Knittig S, Zoller JS, Nietert PJ. Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *J Clin Oncol* 2003; 21:1379-82.
- McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2004; 2:356-61.
- Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *J Psychiatr Res* 2011; 45:848-54.

یادداشت شناسه مؤلفان

سید عبدالمجید بحرینیان: گروه روان‌شناسی بالینی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران. (نویسنده مسؤل)
نشانی الکترونیکی: majid.bahrainian@gmail.com

حسین دلشاد: پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران.

نزهت شاکری: پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران.

فریدون عزیزی: پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۵