

بررسی نگرش بیماران نسبت به تأثیر معنویت در روند درمان آنان

سیدعبدالمجید بحرینیان^۱

راضیه سعادت

نزهت شاکری

فریدون عزیزی

چکیده

مقدمه: تأثیر نگرش معنوی بیماران و 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 بیماران تهرانی پیرامون تأثیر میزان معنویت آنان در روند درمان بود.

روش: از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تهران ۱۰۰۰ بیمار به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدن. از یک پرسشنامه معتبر که اعتبار آن توسط صاحب‌نظران تأیید شده بود، برای ارزیابی معنویت بیماران استفاده شد. ابعاد مختلف معنوی و مذهبی بودن، درجه مذهبی بودن، کیفیت زندگی، استرس و علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی - معنوی و اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان توسط این پرسشنامه سنجیده شد.

یافته‌ها: همچنین یافته‌ها نشان داد که مذهبی بودن یا معنویت بیماران با کیفیت زندگی و درمان آنان رابطه معنادار و مستقیم دارد ($r=0.11$ ، $p=0.004$). همچنین رابطه کیفیت زندگی و درجه‌بندی میزان معنویت بیماران معنی‌دار بود. رابطه اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان نیز با مذهبی بودن و معنوی بودن بیماران معنی‌دار

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

بود ($r=0.289$ ، $p<0.001$). تفاوت مختصری بین دو جنس وجود داشت، به طوری که بین معنویت و مذهبی بودن مردان و استرس رابطه معنی‌داری نبود ولی در زنان رابطه معکوس بین این دو متغیر بود.

نتیجه‌گیری: مذهبی بودن و معنویت بیماران با کیفیت زندگی آنان و اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان آنان رابطه مستقیم و معنی‌داری دارد.

واژگان کلیدی

معنویت، رابطه پزشک و بیمار، درمان

بررسی نگرش بیماران نسبت به تأثیر معنویت در روند درمان آنان

جمعیت کثیری از مردم جهان خود را مذهبی می‌دانند (George H; 2003). بخش زیادی از ادبیات و مکتوبات نیز به رابطه مذهب و معنویت با سلامتی اختصاص یافته است (George H; 2003; Shreve-Neiger AK, Edelstein BA. 2004; George LK, et al, 2000;19:102-16). دین و معنویت در ادبیات و مکتوبات به صورت‌های مجزا از هم بازشناسی شده است، لیکن هنوز مفاهیم با یکدیگر تداخل دارند (Moreira-Almeida A, 2006; 28:242-50; Nelson CJ, 2002; 43:213-20; Baetz M, et al. 2006; 51:654-61).

مذهب به عنوان «نظام سازمان‌یافته‌ای از عقاید، شیوه‌ها و آیین‌های طراحی شده برای تسهیل نزدیکی به مقدسات، آیین‌ها و حالات متعالی است.» در حالی که معنویت به‌عنوان «تلاش شخصی برای فهم و درک مسایل زندگی و نیز معنا و هدف زندگی» مطرح شده است (Moreira-Almeida A, 2006; 28:242-50).

مذهب و معنویت مفاهیم پیچیده، چندوجهی هستند که یک میزان و ملاک واحد را در فرد توسعه می‌دهد و این تفکیک مذهبی بودن و معنویت را از یکدیگر به‌طور کلی مشکل ساخته است (Koenig HG, et al, 2001; Kendler KS, et al. 2003; 160:496-503; Hall DE, Meador KG, et al. 2008; 47: 134-63; Hill PC, Hood R, 1999).

اکثر مطالعات تجربی به بررسی دامنه‌های فردی از رفتارهای دینی و معنوی پرداخته و از طریق اقداماتی مانند فراوانی حضور مذهبی، نماز و دعاهای خصوصی، میزان درجه اهمیت خود ارزیابی مذهبی، مقابله معنوی (انس معنوی) و میزان خود ارزیابی معنوی را بررسی کرده‌اند (Koenig HG, et al, 2001; Kendler KS, et al. 2003; 160:496-503; Hall DE, Meador KG, Koenig HG. M 2008; 47: 134-63).

جنبه‌های معنویت با سطوح پایین‌تر افسردگی و کاهش معنی‌دار خودکشی مرتبط بوده است و تندرستی معنوی با کیفیت کلی زندگی، حتی بعد از بررسی تندرستی فیزیکی روانی مرتبط است

(Cross T. et al. 2002; 15: 37-8; Rasic D, et al. 2011; 45: 848-54).

اخیراً معنویت و عناصر آن در جامعه پزشکی مورد توجه بیشتری قرار گرفته است. به‌خصوص نقش معنویت و اعتقادات در روابط بین پزشکان و بیماران (Astrow AB, Sulmasy DP. 2004; 291: 2884; Caine KW, Kaufman BP, Prayer, 2000; Murgans TA, Wadland WC. 1991; 32: 210-3; King DE, Bushwick B. 1994; 39: 349-52; Monroe MH, et al. 2003; 163:2751-6; McCord G, et al. 2004; 2: 356-61)

پاره‌ای مطالعات فواید توجه به معنویت را توسعه خودکنترلی، اعتماد به نفس و اطمینان بیشتر ذکر کرده‌اند (Curlin FA, 2007; 356: 593-600). در مطالعاتی روی بیماران سرطانی، نقش مذهب، ایمان به خدا و نیایش، بر درمان بیماری و اثرات جانبی آن، تسهیل همکاری بیماران در درمان و کاهش اختلالات تنظیم، افسردگی، پریشانی، و تولید احساساتی نظیر ترس، عصبانیت، احساس گناه و احساسات سرکوب‌کننده بوضوح دیده شد (Caine KW, Kaufman BP, Prayer, 2000; McCord G, et al. 2004; 2: 356-61; Khalsa DS, et al. 2002. p. 352; Puig A, Lee SM, Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. 2003; 58:36-52 Goodwin L, 2006; 33: 218-28).

گفته شده است اگر ایمان نقش مهم در درمان داشته باشد و پزشکان به آن توجه نکنند فرآیند تصمیم‌گیری در مورد طرح درمان می‌تواند غیرمطلوب باشد (Caine KW, Kaufman BP, 2000). شواهد نشان می‌دهد بیشتر پزشکان مایلند با بیمارانشان به دعا بپردازند به‌ویژه اگر این امر به درخواست بیماران باشد (Monroe MH, et al. 2003; 163:2751-6). یافته‌ها نشان می‌دهد اعمال مذهبی برای کاهش فشار خون بالا مفید بوده و احتمال بیماری و ایست قلبی را کاهش می‌دهد. افراد مذهبی کمتر دست به خودکشی می‌زنند و دارای سلامت روحی بیشتری هستند

(Koenig HG, et al. 2001; Rasic D, et al. 2011; 45: 848-54; Powell LH,)
 مطالعات دیگر روی گروه‌های مسیحی و هندو نشان داد که عامل ایمان در کاهش مسایل روانی، کاهش فشارخون بالا و پیشگیری از ایست قلبی مؤثر است (McCord G, et al. 2004; 2)
 61-356). افراد صاحب باورهای محکم‌تر مذهبی - معنوی سلامتی بهتر و بیشتری را تجربه می‌کنند و در افراد ضعیف‌تر علایم افسردگی بیشتر مشخص است (Ellis MR, Campbell JD. 2004; 97: 1158-64).
 جوانانی که به کلیسا می‌روند کمتر دچار اضطراب می‌شوند (Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD.)
 600-593:356:2007) و مبتلایان به اچ آی وی (ایدز)، بیماری‌های قلبی عروقی، افراد چاق، یا دچار سندرم روده تحریک‌پذیر، همه می‌توانند بهره‌مند از تأثیر مثبت تمرین معنوی و واقعی باورهای مذهبی باشند (Anandarajah G, Stumpff J. 2004;)
 1-160:36). معنویت و دین، به‌طور چشمگیری می‌تواند در کاهش اثرات بیوشیمیایی منفی ناشی از استرس مفید باشد (همان) و موجب کاهش استرس و مرگ‌ومیر و غلبه بر ترس گردد (Koenig HG, George LK, Titus P. 2004;)
 62-554:52; McCord G, et al. 2004; 2:356-61; Silvestri GA, et al., 2003; Pérez JE, Little TD,)
 82-1379:21). رابطه مذهب و معنویت با سلامت روان (Henrich CC, 2009; 4: 380-6)
 نقش معنویت و مذهب در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان کره‌ای (You KS, Lee HO, Fitzpatrick JJ, Kim S, Marui E, Lee JS,)
 22-309:23:2009; Cook P.)
 62-1857:29:2004; Olson J. Spirituality,)
 و بالاخره ارتقای کیفیت زندگی در بیماران قلبی (Bekelman DB, Parry C, Curlin FA,)
 26-515:39:2010; Yamashita TE, et al.)
 حاصل مطالعات نقش معنویت در زندگی بیماران و افراد سالم می‌باشد.

در یک جمع‌بندی کوتاه پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در این زمینه انجام شود تا نیازهای روحی و اعتقادی بیماران را در نمونه‌ای که بیشتر معرف جمعیت عمومی باشد، ارزیابی کند و بررسی شود که چگونه ارضای این نیازها می‌تواند بر نتیجه درمان، پاسخ به درمان، همکاری در درمان، کیفیت زندگی و رضایت از رابطه با پزشک اثر بگذارد (Astrow AB, Sulmasy DP. 2004; 291: 2884). با توجه به اینکه مطالعه نگرش‌سنجی در زمینه نقش معنویت در درمان بیماران در تهران انجام نشده است انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. لذا هدف این مطالعه بررسی تأثیر نگرش مذهبی بیماران تهرانی در درمان آنان می‌باشد.

روش

در این مطالعه از روش توصیفی، زمینه‌یابی استفاده شده است. این روش به ما کمک می‌کند تا بتوانیم تأثیر نگرش معنوی / مذهبی پزشکان و بیماران و یا هر دو را در روند درمان بیماری توصیف کنیم (Poage ED, Ketzenberger KE, Olson J. Spirituality, 2004; 29:1857-62). نمونه این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شد. ابتدا فهرست بیمارستان‌های موجود در شهرستان تهران تهیه شد و سپس با استفاده از نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده، چند بیمارستان به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از کسب موافقت از رئیس بیمارستان و هماهنگی با دفتر پرستاری به مدت شش ماه، پرسشنامه‌های بیماران در کلیه بخش‌ها توسط پرسشگران به صورت انفرادی توزیع و جمع‌آوری شد. مطالعه بر روی ۱۰۰۰ بیمار انجام گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بیماران (Self Tests/ Spirituality and well being): این پرسشنامه در تحقیقاتی که در هاروارد و سایر مراکز صورت گرفته به کار رفته است تا تأثیر

دیدگاه مذهبی و معنوی را در افراد ارزیابی کند (Kass J. QUIZ). در این پرسشنامه سه سری خودآزمایی در مورد ارتباط معنویت و سلامت مورد استفاده قرار گرفته است:

بخش اول تجربه معنوی: این فهرست از تجربه هسته معنویت، روحیه دادن یا تشویق برای بالا بردن سلامت می‌باشد. مردم از هسته معنویت یا قدرت برتر تصورات مختلفی دارند، پرسشنامه برای تعیین عمق آگاهی معنوی کمک می‌کند. در این زمینه هیچ جواب درست یا غلطی وجود ندارد.

بخش دوم از احساس فرد از رفاه و بهبود کیفیت زندگی سؤال می‌شود. در این فهرست می‌توان از ترس، اضطراب و دیگر مسائل روانی فرد اطلاعات به دست آورد. بخش سوم بار استرس و واکنش فرد را نسبت به وقایع می‌سنجد.

در این پرسشنامه پاسخ به سؤالات به روش لیکرت درجه‌بندی شده است. برای تجزیه و تحلیل پاسخ‌ها در چارچوب سه بخش فوق پاسخ به سؤالات طبقه‌بندی شده است. بدین ترتیب که میانگین پاسخ به سؤالات ۱ تا ۶ روی هم رفته به عنوان شاخص معنوی و مذهبی (Religion index)، و میانگین پاسخ‌های ۷ تا ۱۸ به عنوان درجه مذهبی بودن (Religion degree)، میانگین سؤالات ۱۹ تا ۵۰ درجه‌بندی رفاه و بهبود کیفیت زندگی (Quality of life) تعریف شده است. میانگین سؤالات ۵۱ تا ۵۳ درجه‌بندی استرس و واکنش در برابر آن (Stress scale)، میانگین پاسخ به سؤالات ۵۴ تا ۵۸ علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی - معنوی و بالاخره میانگین پاسخ به سؤالات ۵۹ تا ۶۴ به عنوان اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان تعریف شده است.

پرسشنامه‌های اولیه پس از تهیه ترجمه شد. نسخه‌های ترجمه شده توسط جمعی از پزشکان و کارشناسان مذهبی برای تعیین اعتبار (Validity) 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. همچنین با به‌دست آوردن ضریب آلفای کرانباخ مساوی ۸۱٪ توافق مورد نظر اخذ گردید.

یافته‌ها

یک هزار بیمار در این مطالعه شرکت کردند که پرسشنامه ۳۵ نفر به دلیل همکاری ناقص از مطالعه کنار گذاشته شدند. در میان ۹۶۵ بیمار ۳۹۳ نفر (۴۵٪) زن و ۴۸۷ نفر (۵۵٪) مرد بودند. متوسط انحراف معیار سن بیماران $44/5 \pm 12/1$ سال بود.

۹۵/۶٪ بیماران کاملاً یا تا حدودی خود را مذهبی دانسته‌اند و از این تعداد ۵۱/۷٪ خود را کاملاً مذهبی دانسته‌اند. آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که مذهبی بودن و معنویت بیماران (Religion index) با کیفیت زندگی آنان (Quality of life) رابطه مستقیم و معنی‌دار داشته است ($p=0/003$ ، $r=0/10$). همچنین رابطه کیفیت زندگی و درجه‌بندی میزان معنویت بیماران طی همین آزمون معنی‌دار بوده است ($p=0/014$ ، $r=0/083$). آزمون اسپیرمن همچنین نشان داد که درجه‌بندی استرس و واکنش در برابر آن از یک‌سو با مذهبی بودن و معنویت ($r=0/076$ ، $p<0/027$) و نیز با درجه‌بندی میزان معنویت ($r=-0/304$ ، $p<0/001$) رابطه معنی‌دار داشته است بدین معنی که هر چه میزان معنویت و مذهبی بودن در آزمودنی‌ها بالا باشد میزان استرس درک شده در آنها کمتر است. همچنین درجه‌بندی استرس و واکنش در برابر آن با کیفیت زندگی در بیماران معنی‌دار و

رابطه معکوس دارد ($r = -0/11$, $p < 0/001$) آزمون اسپیرمن همچنین نشان داد رابطه علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی - معنوی با مذهبی و معنوی بودن ($r = 0/323$, $p < 0/001$) و درجه میزان معنویت ($r = 0/125$, $p < 0/005$) معنی دار می باشد. رابطه اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان نیز با مذهبی بودن و معنوی بودن بیماران معنی دار می باشد ($r = 0/289$, $p < 0/001$).

آزمون Mann-whitney تفاوت بین زن و مرد را در شاخص مذهبی - معنوی بودن ($p < 0/009$) و درجه میزان معنویت ($p < 0/0005$) و کیفیت زندگی بیماران ($p < 0/023$) معنی دار نشان داد. بدین معنی که ملاک مذهبی بودن در زنان بالاتر از مردان، درجه میزان معنویت نیز در زنان بالاتر از مردان و کیفیت زندگی مردان بالاتر از زنان بود.

در مردان بین شاخص مذهبی و معنوی و استرس رابطه معنی دار مشاهده نشد. بین درجه بندی میزان معنویت و استرس رابطه مستقیم و معنی دار به دست آمد ($r = 0/3$, $p < 0/0005$) بین شاخص مذهبی و معنوی و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی دار مشاهده شد ($r = 0/12$, $p < 0/008$). رابطه کیفیت زندگی و استرس در مردان ($r = -0/098$, $p < 0/03$) معکوس بود ولی بین درجه معنوی و مذهبی بودن با کیفیت زندگی آنان رابطه معنی دار مشاهده شد ($r = 0/125$, $p < 0/006$). یعنی در مردان مذهبی تر کیفیت زندگی بالاتر است. بین شاخص مذهبی و معنوی و علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی - معنوی ارتباط معنی داری مشاهده شد ($r = 0/349$, $p < 0/005$) و بین درجه بندی میزان معنویت و علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی - معنوی نیز ارتباط معنی دار مشاهده شد ($p < 0/035$). بین شاخص مذهبی و معنوی و اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان ارتباط معنی داری مشاهده شد ($r = 0/1$, $p < 0/0005$) ولی بین درجه بندی میزان معنویت و اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

جدول شماره ۱. ضریب همبستگی و سطح معنی‌داری شاخص‌های مطالعه شده در گروه مردان مورد مطالعه

متغیر	درجه معنویت r (p)	کیفیت زندگی r (p)	استرس و واکنش در برابر آن r (p)	علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی / معنوی r (p)	اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان r (p)
شاخص مذهبی و معنوی بودن	۰/۴۶ (۰/۰۰۱)	۰/۱۲ (۰/۰۰۸)	۰/۰۸ (۰/۰۰۷)	۰/۳۵ (۰/۰۰۱)	۰/۳۲ (۰/۰۰۰۵)
درجه معنویت		۰/۱۲ (۰/۰۰۶)	۰/۳۲ (۰/۰۰۰۵)	۰/۱ (۰/۰۳۵)	ns
کیفیت زندگی			-۰/۰۹۸ (۰/۰۳)	۰/۱۳ (۰/۰۰۶)	۰/۰۹ (۰/۰۰۶)
استرس و واکنش در برابر آن				ns	-۰/۱۸ (۰/۰۰۰۵)
علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی / معنوی					۰/۴۲ (۰/۰۰۰۵)

ns: اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نیست.

در زنان بین شاخص مذهبی و معنوی بودن و استرس رابطه معنی‌دار مشاهده نشد. در صورتی که بین درجه‌بندی میزان معنویت و استرس همبستگی معنی‌داری مشاهده شد ($r=0/3$, $p < 0/0005$). همچنین بین شاخص مذهبی و معنوی بودن و کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار به دست آمد ($r=0/09$, $p < 0/08$). همچنین بین درجه‌بندی میزان معنویت و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد. بین شاخص مذهبی و معنوی بودن و علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی - معنوی ارتباط مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد ($r=0/36$, $p < 0/0005$). همچنین بین

درجه بندی میزان معنویت و علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی - معنوی ارتباط مستقیم و معنی داری مشاهده شد ($r=0/16$, $p < 0/003$). بین شاخص مذهبی و معنوی و اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان ارتباط مستقیم و معنی داری مشاهده شد ($r=0/25$, $p < 0/0005$). ولی بین درجه بندی میزان معنویت و اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان ارتباطی مشاهده نشد.

جدول شماره ۲. ضریب همبستگی و سطح معنی داری شاخص های مطالعه شده در گروه زنان مورد مطالعه

متغیر	درجه معنویت r (p)	کیفیت زندگی r (p)	استرس و واکنش در برابر آن r (p)	علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی / معنوی r (p)	اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان r (p)
شاخص مذهبی و معنوی بودن	0/49 (0/001)	0/09 (0/07)	ns	0/36 (0/001)	0/25 (0/0005)
درجه معنویت		ns	0/27 (0/0005)	0/16 (0/003)	ns
کیفیت زندگی			-0/144 (0/025)	ns	ns
استرس و واکنش در برابر آن				ns	-0/09 (0/08)
علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی / معنوی					0/43 (0/0005)

نتیجه

این مطالعه نشان داد که مذهبی بودن و معنویت بیماران با کیفیت زندگی آنان رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد. یک پرسشنامه حاوی سؤالاتی جهت ارزیابی نگرش مذهبی و معنوی روی آنان اجرا شد. این پرسشنامه همانند سایر مطالعات پیشین مقوله معنوی و مذهبی بودن را یک مفهوم گرفته است. تقریباً در همه مطالعات پیشین مقوله مذهبی و معنوی بودن مترادف هم گرفته شده و یا اینکه به یک معنی انگاشته شده‌اند. حال آنکه معنویت مفهومی عام‌تر نسبت به مذهبی بودن است و حیطة گسترده‌تری دارد و متغیرها و ویژگی‌های بیشتری را دربر می‌گیرد

(Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. 2006; 28:242-50; Nelson CJ, Rosenfeld B, et al. M. 2002; 43:213-20; Baetz M, et al. 2006; 51:654-61; Koenig HG, et al. 2001; Kendler KS, et al. 2003; 160:496-503; Hall DE, et al. 2008; 47: 134-63; Hill PC, Hood R, editors. 1999).

یافته‌های مطالعه کنونی با سایر مطالعات در مورد نقش معنویت در ارتقای کیفیت زندگی همخوانی دارد (You KS, et al. 2009; 23:309-22; Poage ED, et al. 2004; 29:1857-62; Bekelman DB, et al. 2010; 39:515-26).

همچنین در تحقیقی که دیوید بکلمن در سال ۲۰۰۹ روی بیماران انجام داد نقش معنویت در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران معنی‌دار خوانده شده است (Bekelman DB, et al. 2010; 39:515-26)

این مطالعه همچنین نشان داد که مذهبی - معنوی بودن با درجه‌بندی میزان استرس و واکنش در برابر آن رابطه عکس و معنادار داشته دارد یعنی هر چه میزان معنویت فرد بالاتر باشد درجه استرس وی در مواجهه با مشکلات کاهش می‌یابد که با یافته‌های سایر محققین همخوانی دارد

(Poage ED, et al. 2004; 29:1857-62; Bekelman DB, et al. 2010; 39:515-26).

یکی از عناصر مذهبی - معنوی بودن ایمان به خداست که رابطه آن در مطالعه حاضر با کاهش استرس کاملاً مشهود و معنی‌دار است و سایر مطالعات هم بر نقش ایمان در کاهش مسایل روانی تأکید کرده‌اند (McCord G, et al. 2004; 2: 356-61).

همچنین بین کیفیت زندگی زنان و مردان مذهبی و معنوی با درجه استرس آنان رابطه معکوس نشان داده شد که هماهنگ با پاره‌ای مطالعات در این زمینه است (Bekelman DB, et al. 2010; 39:515-26). در مجموع یافته‌هایی که نشانگر تأثیر معنویت بر کاهش استرس بیماران می‌باشد و از سوی گروهی از مطالعات دیگر نیز تأیید شده است گویای آن است که از طریق رفع احتیاجات روانی و پاسخگویی به نیازهای معنوی - مذهبی بیماران می‌توان استرس بیماران را کاهش داد که این امر به‌خصوص توسط پزشکان مذهبی و سایر متخصصین علوم پزشکی به راحتی قابل اجرا و پیاده شدن می‌باشد

(Anandarajah G, Stumpff J. 2004; 36: 160-1; Koenig HG, George LK, Titus P. 2004; 52:554-62; McCord G, et al. 2004; 2:356-61; Silvestri GA, Knittig S, Zoller JS, 2003; 21:1379-82)

ارزیابی نگرش بیماران میزان مذهبی بودن در زنان و مردان را با کیفیت زندگی آنان دارای رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار نشان داده است. عمل به اعتقادات مذهبی و معنوی که دربرگیرنده احساس امنیت بیشتر و اعتماد به نفس و حس امیدواری به آینده می‌باشد می‌تواند تعاملات و روابط فرد با دیگران را مؤثرتر نماید و از گرایش به اضطراب و افسردگی فرد بکاهد. شواهد نشان می‌دهد که معنویت با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و با افسردگی کاملاً رابطه معکوس دارد، (Rasic D, et al. 2011; 45: 848-54) به‌خصوص که شواهد بر تأثیر معنویت و مذهب در ارتقای کیفیت زندگی بیماران قلبی حکایت دارد (Bekelman DB, et al. 2010; 39:515-26)

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که زنان و مردان مذهبی و معنوی‌تر در مقایسه با بیماران کمتر مذهبی علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی و معنوی دارند. این یافته در زنان و مردان بیمار به‌طور جداگانه رابطه‌ای مستقیم با مذهبی و معنوی بودن دارد. این یافته با مطالعات (McCord G, et al. 2004; 2: 356- Mccord

61) که معتقد است بیماران دوست دارند در مورد مسائل مذهبی با آنها گفتگو شود و گفتگوی پزشک و بیمار پیرامون مسائل مذهبی می‌تواند مفید باشد همخوانی دارد. مطالعه حاضر همچنین اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان را با مذهبی و معنوی بودن بیماران معنی‌دار دانست که با یافته‌های سایر محققین مبنی بر نقش ایمان به خداوند و باور مذهبی در دوره‌های دشوار و تحمل‌ناپذیری از جمله رویارویی با بیماری‌های سخت بدنی ایجاد و آرامش‌بخشی به انسان، همسو می‌باشد (Astrow AB, Sulmasy DP. 2004; 291: 2884; Caine KW, et al. 2000; Maugans TA, et al. WC. 1991; 32: 210-3; King DE, et al. 1994; 39: 349-52; Monroe MH, et al. 2003; 163:2751-6; McCord G, et al. 2004; 2: 356-61)

برخی از این مطالعات بر تأثیر داشتن نگرش مذهبی و نقش دعا در زندگی و نیز تأثیر آن‌ها در درمان بیماری‌ها تأکید کرده‌اند که همسو با یافته‌های مطالعات حاضر می‌باشد. شواهد نشان می‌دهند افرادی که دارای عقاید محکم مذهبی هستند سلامتی بیشتر و بهتری را تجربه می‌کنند و در افراد با عقاید ضعیف‌تر افسردگی بیشتر مشخص است (Ellis MR, Campbell JD. 2004; 97: 1158-64). یافته این مطالعه همچنین با مطالعه آسترو و سول مسی (Astrow AB, Sulmasy DP. 2004; 291: 2884) در مورد تأثیر نگرش مذهبی پزشکان در درمان همسو و هماهنگ می‌باشد (Koenig HG, George LK, Titus P. 2004; 52:554-62). یک جمع‌بندی اجمالی بر روی مطالعاتی که تاکنون روی نقش مذهب و معنویت در درمان بیماران صورت گرفته است نشان می‌دهد که پزشکان و درمانگران به‌خصوص پزشکان مذهبی - معنوی می‌توانند پتانسیل مذهبی بیماران خود را کشف و با آنان در زمینه علایق مذهبی آنان به گفتگو پردازند. اجماع زیادی در این زمینه وجود دارد که می‌تواند به‌عنوان دستورالعمل یا راهبرد به مدد درمان بیماران درآید (Astrow AB, Sulmasy DP. 2004; 291: 2884; Caine KW, et al. 2000; Maugans TA, et al. 1991; 32: 210-3; King DE, Bushwick B. 1994; 39: 349-52; Monroe MH, et al. 2003; 163:2751-6; McCord G, et al. 2004; 2: 356-61).

یافته مطالعه حاضر نیز همسو با این دستاورد علمی و پزشکی است. این امر تقریباً بین اکثر پزشکان اعم از مذهبی و غیرمذهبی قابل پذیرش است که در صورتی که بیمار خود درخواست کند که با او گفتگوی مذهبی شود، این درخواست به میل بیمار توسط پزشک عملی 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 به کار می‌رفت یافته‌ها معتبرتر بود. این مطالعه نشان داد که باید به پتانسیل‌های معنوی بیماران 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. انجام پژوهش‌های بیشتر می‌تواند ضمن بازشناسی اجزا و عناصر شکل‌دهنده معنویت منجر به ساختن مدل‌ها و الگوهای معنوی گردد که در سایه آن بتوان به بیماران به‌ویژه افراد داوطلب مسائل و مفاهیم معنوی مؤثر در درمان بیماری را آموزش داد و یا رفتارها و ویژگی‌های معنوی آنان را بازشناسی و تقویت نمود و در نتیجه آنان را در برابر آن دسته از آسیب‌های پزشکی که در مقابل معنویت و ایمان و امید به زندگی و آینده حساس می‌باشند ارتقا بخشید.

فهرست منابع

- a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28:242-50.
- Anandarajah G, Stumpff J. Integrating spirituality into medical practice: a survey of FM clerkship students. *Fam Med* 2004; 36: 160-1.
- Astrow AB, Sulmasy DP. STUDENTJAMA. Spirituality and the patient-physician relationship. *JAMA* 2004; 291: 2884.
- 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.
- Bekelman DB, Parry C, Curlin FA, Yamashita TE, Fairclough DL, Wamboldt FS. A Comparison of Two Spirituality Instruments and Their Relationship To Depression and Quality of Life in Chronic Heart Failure. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39:515-26.
- Caine KW, Kaufman BP, Prayer, Faith, and Healing: Cure Your Body, Heal Your Mind, and Restore Your Soul. Rodale Books, 2000.
- Cross T. Spirituality and Mental Health: A Native American Perspective. *Focal Point* 2002; 15: 37-8
- Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med* 2007; 356: 593-600.
- Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med*, 2007;356:593-600.
- Ellis MR, Campbell JD. Patients' views about discussing spiritual issues with primary care physicians. *South Med J* 2004; 97: 1158-64.
- George H; Gallup International Institute, editor. Americans spiritual search turns inward. 2003 Feb [cited 2011 Sep]. Available From: URL: <http://www.gallup.com/poll/7759/americans-spiritual-searches-turn-inward.aspx>.
- George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and Hall DE, Meador KG, Koenig HG. Measuring religiousness in health research: review and critique. *J Relig Health* 2008; 47: 134-63.
- health: what we know, what we need to know. *J Soc Clin Psychol* 2000;19:102-16.
- Hill PC, Hood R, editors. Measures of religiosity. Birmingham: Religious Education Press; 1999.
- Kass J. QUIZ: Spirituality and Well-Being: Two Tests Across Your Soul Body Connection. Available From: URL: <http://www.scribd.com/doc/99490801/Quiz-Spirituality-and-Well-Being>.
- Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to life time psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiat* 2003; 160:496-503.
- Khalsa DS, Stauth C, Khalsa J, editors. Meditation As Medicine: Activate the Power of Your Natural Healing Force. New York: Artia books; 2002. p. 352.
- King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract* 1994; 39: 349-52.

- Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:554-62.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB, editors. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001.
- Maugans TA, Wadland WC. Religion and family medicine: A Survey of physicians and patients. *J Fam Pract* 1991; 32: 210-3.
- 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.
- McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Patients Want Doctors to Discuss Spirituality. *Ann Fam Med* 2004; 2:356-61.
- 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.
- Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002; 43:213-20 of the literature. *Clin Psychol Rev* 2004; 24:379-97.
- Pérez JE, Little TD, Henrich CC. Spirituality and Depressive Symptoms in a School-Based Sample of Adolescents: A Longitudinal Examination of Mediated and Moderated Effects. *J Adolesc Health* 2009; 4: 380-6.
- Poage ED, Ketzenberger KE, Olson J. Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics. *Addict Behav* 2004; 29:1857-62.
- Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol* 2003; 58:36-52.
- Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PAD. The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *Art Psychother* 2006; 33: 218-28.
- 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 Psychiat Res* 2011; 45: 848-54.
- Shreve-Neiger AK, Edelstein BA. Religion and anxiety: a critical review
- Silvestri GA, Knittig S, Zoller JS, Nietert PJ. Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *J Clin Oncol* 2003; 21:1379-82.
- You KS, Lee HO, Fitzpatrick JJ, Kim S, Marui E, Lee JS, Cook P. Spirituality, Depression, Living Alone, and Perceived Health Among Korean Older Adults in the Community. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23:309-22.

یادداشت شناسه مؤلفان

سید عبدالمجید بحرینیان: گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

نشانی الکترونیک: majid.bahrainian@gmail.com

راضیه سعادت: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده روان‌شناسی.

زهت شاکری: دکترای آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

فریدون عزیزی: فوق تخصص غدد و متابولیسم، پژوهشکده غدد و متابولیسم، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۷/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۳