

سلامت معنوی و مراقبت‌های سلامت و پزشکی

فریدون عزیزی^۱

چکیده

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت شناخته شده است و سازمان جهانی بهداشت از کشورهای عضو خواسته است که برای تأمین، حفظ و ارتقای این بعد از سلامت تلاش نمایند. مطالعات نشان‌دهنده آن است که متأسفانه صاحبان حرف پزشکی در طی دوران تحصیل در دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی با مفاهیم و شاخص‌های سلامت معنوی آشنا نمی‌شوند. از این رو در ارائه خدمات بهداشتی درمانی، از رسیدگی به بعد سلامت معنوی احتراز می‌نمایند. در حالی که دیدگاه پزشکی کل‌نگر بر پرداختن صاحبان مشاغل پزشکی به همه ابعاد سلامت شامل سلامت معنوی، جسمی، روانی و اجتماعی تأکید دارد. از این رو مطالعه حاضر به مروری بر مراقبت‌های پزشکی در حیطه سلامت معنوی و راهکارهای آن می‌پردازد.

واژگان کلیدی

سلامت معنوی، مراقبت‌های پزشکی، پزشکی کل‌نگر

۱. رییس پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ معاون علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.

Email: azizi@endocrine.ac.ir

نوع مقاله: مروری تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۸/۲۴

مقدمه

پزشکی مدرن غرب در اوایل قرن بیستم میلادی بنیان گذاشته شده است. باید اذعان کرد که پدیده‌های فرهنگی اجتماعی سیاسی قرون ۱۵ تا ۱۹ میلادی در شکل‌گیری پزشکی جدید نقش عمده‌ای داشته است. در پزشکی یونانی و سپس پزشکی اسلامی، انسان به عنوان یک مجموعه کامل مورد بررسی پزشکی قرار گرفته و به تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی او در پیشگیری و درمان توجه خاص مبذول می‌شد، لذا پزشکان متقدم ایرانی بیشتر به نام حکیم شناخته می‌شدند و کتب جامع پزشکی که توسط رازی، ابن سینا، جرجانی و سایر پزشکان برتر ایرانی نوشته شده است، مجموعه گران‌بهایی در زمینه سلامت و مراقبت جسمی، روانی، اجتماعی و به ویژه معنوی است.

اولین فیلسوف اروپایی که جدایی دین و مذهب را مطرح کرد، رنه دکارت فرانسوی (۱۵۹۶ تا ۱۶۵۰) بود. او معتقد بود که بخش‌های مذهبی باید به عقل و روح توجه کنند و جسم باید توسط پزشکان و مؤسسات علمی بررسی شود که این طرز تفکر منجر به نگاه جدایی‌طلبانه و دوگانه به جهان شد. (میسو کومر و همکاران^۱، ۲۰۰۲ م.) از این رو دانشکده‌ها و مؤسسات آموزش پزشکی اروپا (و بعدها که آمریکا تشکیل شد) بررسی و مراقبت از بخشی از انسان، یعنی جسم او را عهده‌دار شدند و ابعاد دیگر انسانی را که قابل لمس و دیدن و حس کردن نبود، به دست فراموشی سپردند و بسیاری از جنبه‌های مهم آن را نیز غیر علمی یا غیر واقعی دانستند. (حیات^۲، ۱۹۸۶ م.) از سوی دیگر انگیزه اغلب افراد از انتخاب مشاغل پزشکی، صرفاً رسیدن به رتبه علمی یا جایگاه اجتماعی یا اندوختن مال نیست، بلکه به دلیل علاقه به «انجام وظیفه» و «خدمت» به جامعه بشری و خلق خدا این حرفه مقدس را برمی‌گزینند. متأسفانه در آموزش طب کنونی فقط به جسم و

به میزان کمتری به روان پرداخته می‌شود و با بعد معنوی انسان ارتباط برقرار نمی‌کند. از این رو نمی‌تواند تأمین‌کننده سلامت با کیفیت برای انسان‌ها باشد. منشأ بسیاری از نارضایتی‌ها در بیماران، افراد جامعه و نیز خود پزشکان از مراقبت‌های سلامت را می‌توان در همین نکته یافت نمود (کوئینینگ^۳، ۲۰۰۸ م؛ وندکرینگ و همکاران^۴، ۲۰۰۱ م). حتی در ابعاد جسمی نیز در بسیاری موارد مراقبین سلامت به نکات بسیار مهم پیرامون بیمار، مانند مشکلات اقتصادی و اجتماعی او توجهی ندارند.

به طور یقین، برای کسانی که طب را به آن نحوه فرا گرفته‌اند، بسیار دشوار است که اهمیت ارتباط بین بُعد سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت و لزوم ورود آن در آموزش پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی درمانی را به سادگی درک کنند، چراکه اساتید آن‌ها برای دهه‌های متوالی فقط به بعد جسمی انسان توجه کرده‌اند و بهبودی مستمر و طولانی‌مدت در همه ابعاد انسانی در زمره اهداف پزشکی آن‌ها نبوده است، ولی شواهد علمی جدید که در قالب ارائه مقاله تحقیقاتی و کتب ارزشمند علمی ارائه شده‌اند، ارتباط تنگاتنگ و تأثیرگذار سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت یعنی سلامت جسمی، اجتماعی و روانی را به وضوح نشان می‌دهند. همچنین سبب شده است مؤسسات پزشکی به ملحوظ کردن سلامت معنوی در آموزش پزشکی مراقبت‌های بهداشتی درمانی رو کنند. در کشورهای آمریکا و کانادا مراجع ذیربط آن‌ها بارها از تیم‌های مراقبت بهداشتی درمانی خواسته‌اند که به نیازها و ارزش‌های معنوی بیماران در هنگام ارائه خدمات توجه ویژه داشته باشند. (بودرناکس و همکاران^۵، ۲۰۰۲ م). از این رو مطالعه حاضر به مروری بر مراقبت‌های پزشکی در حیطه سلامت معنوی و راهکارهای آن می‌پردازد. به همین منظور، کتب و مقالات موجود در زمینه سلامت معنوی مرور و تحلیل گردید.

الف - سلامت معنوی و کارکنان بهداشتی درمانی

بسیاری معتقدند که ارتباط بین پزشک و بیمار یک ارتباط معنوی است. (لوکهاپت و همکاران^۶، ۲۰۰۵ م.) بیماران بسیاری هستند که در مورد مسائل معنوی با پزشک خود صحبت می‌کنند، با آن‌ها دعا می‌کند و در مواقع بحرانی بیماری، طلب نیاز می‌نمایند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که کارکنان بهداشتی درمانی کم‌تر از مردم عادی دیندار هستند. در حالی که ۷۲٪ مردم آمریکا اظهار می‌کنند که همه اقدامات زندگی من بر اساس باورهای دینی است؛ فقط ۳۳٪ روانشناسان، ۳۶٪ روانپزشکان، ۴۶٪ مددکاران و ۶۲٪ مشاورین درمانی خانواده‌ها این اعتقاد را دارند. (برگین^۷، ۱۹۹۱ م.) همچنین در ایالات ورمانت آمریکا ۹۱٪ بیماران به خداوند اعتقاد داشته و ۷۴٪ خود را به خدا نزدیک می‌دانستند در حالی که پاسخ ۱۴۶ پزشک خانواده برای دو مورد فوق فقط ۶۴٪ و ۴۳٪ مثبت بود. در همین مطالعه تنها ۱۱٪ پزشکان خانواده گزارش کردند که همیشه یا اکثراً مسائل دینی را با بیماران بحث می‌کنند و تقریباً همه ۱۳۵ بیمار که مصاحبه شدند به خاطر نداشتند پزشکی با آن‌ها در مورد مسائل دینی مذاکره کرده باشد. در حالی که ۴۰ درصد آن‌ها اعتقاد داشتند که پزشک می‌بایست سؤالاتی در مورد دین و معنویت از آن‌ها می‌پرسیده است. (مائوگانز و همکاران^۸، ۱۹۹۱ م.)

در ایالت کارولینای شمالی نیز وقتی از ۲۰۳ بیمار بستری در بیمارستان در مورد مسائل معنوی سؤال شد، ۸۰٪ گزارش کردند که پزشکان هیچ‌وقت و یا بسیار به ندرت در مورد مسائل معنوی با آن‌ها صحبت کرده‌اند، در حالی که ۷۷٪ آن‌ها باور داشتند که پزشکان می‌بایست مسائل معنوی آن‌ها را جستجو کنند و حتی ۴۸٪ باور داشتند که پزشکان باید با آن‌ها دعا کنند و ۴۲٪ معتقد بودند که

پزشکان باید در مورد تجربیات معنوی آن‌ها که سبب بیماری‌شان شده از آن‌ها سؤال می‌کردند. (کینگ و همکاران^۹، ۱۹۹۴ م.)

اگرچه بیشتر مطالعات در این زمینه در کشور آمریکا و معدودی در کشورهای اروپایی انجام شده‌اند، ولی مشاهدات و تجربیات نشان می‌دهند که سؤالات پزشک در مورد باورهای دینی و معنوی بیماران در کشورهای دیگر و به ویژه کشورهای اسلامی، نه تنها بهتر نیست، بلکه در موارد بسیار نادر انجام می‌شود.

مطالعاتی که در کشور ما توسط بحرینیان و همکارانش انجام شده است، نشان می‌دهد که باور پزشکان متدین این است که پزشک می‌بایست به مسائل دینی و مذهبی بیمار اهمیت دهد و نیز بیماران نیز به میزان زیادی این انتظار را از پزشکان دارند. (بحرینیان و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) هدف مطالعه اول بررسی نگرش پزشکان تهرانی پیرامون تأثیر میزان معنویت آنان بر روند درمان بود. بر اساس اظهارات خود پزشکان، آن‌ها به دو گروه مذهبی و کم‌تر مذهبی تقسیم شدند. یافته‌ها تأثیر نگرش مذهبی - معنوی پزشکان بر سلامت بیماران در دو گروه مذهبی از یکسو و گروه کم‌تر مذهبی را معنادار نشان داد. بدین معنی که پزشکان مذهبی در مقایسه با گروه مقابل بیشتر قایل به تأثیر مذهب/ معنویت بر سلامت بیمار بودند. ۶۸٪ پزشکان مذهبی اعتقاد داشتند که مذهب یا 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 کردند. این مطالعه نشان داد که بیش از ۶۰٪ پزشکان تهرانی معتقد بودند که مذهب/ معنویت بر سلامت بیمار

مؤثر است. (بحرینیان و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) هدف مطالعه دوم بررسی نگرش بیماران تهرانی پیرامون تأثیر میزان معنویت آنان بر روند درمان بود. 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 یک پرسشنامه سنجیده شد. یافته‌ها نشان داد که مذهبی بودن یا معنویت بیماران با کیفیت زندگی و درمان آنان رابطه معنادار و مستقیم دارد. همچنین رابطه کیفیت زندگی و درجه بندی میزان معنویت بیماران معنی دار بود. رابطه اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان نیز با مذهبی بودن و معنوی بودن بیماران معنی دار بود. تفاوت مختصری بین دو جنس وجود داشت، به طوری که بین معنویت و مذهبی بودن مردان و استرس رابطه معنی داری نبود، ولی در زنان رابطه معکوس بین آن دو متغیر بود، لذا مذهبی بودن و معنویت بیماران با کیفیت زندگی آنان و اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان آنان رابطه مستقیم و معنی داری داشت. (بحرینیان و همکاران، ۱۳۸۹ ش.)

در یک مطالعه که بر روی ۱۷۰ پزشک خانواده در ایالت میسوری کشور آمریکا انجام شد، ۹۶٪ آن‌ها اعتقاد داشتند که سلامت معنوی بخش مهمی از سلامت مطلوب است، ۸۶٪ موافق بودند که بیمارانی که سؤالات معنوی دارند بهتر است به یک روحانی یا متخصص دینی معرفی شوند و ۵۸٪ موافق بودند که پزشک باید به مسائل معنوی بیماران خود توجه کند، ولی اکثریت این پزشکان هرگز امور معنوی را از بیماران سؤال نمی‌کردند و در مورد باورهای آن‌ها وارد مذاکره نمی‌شدند. (الیس و همکاران، ۱۹۹۹ م.) همچنین در این مطالعه، از پزشکان سؤال شد که چه عواملی سبب می‌شود که پزشک به امور معنوی بیماران بی‌توجه باشد. نتایج پاسخ به این سؤال در جدول ۱ آورده شده است.

در کشورهای غربی که مطالعات و نظرسنجی پزشکان درباره سلامت معنوی، واقعیات تلخی را نشان داده است که نمایانگر کاستی‌های آموزش پزشکی مدرن است:

۱- برخی پزشکان معنویت و دین را با نظریات پزشکی جدید مغایر می‌دانند، لذا بسیاری از آن‌ها معتقدند که این غیر اخلاقی و غیر مرتبط با واقعیت‌های پزشکی نوین است که در مورد دین و یا معنویت بیماران کنکاش شود. (لوکهاپت و همکاران، ۲۰۰۵ م.)

۲- برای برخی پزشکان که خود را در علم و تحقیق غرق کرده‌اند، معنویت یک مقوله علمی نیست، زیرا یک سیستم یا مهارت به شمار نمی‌رود و به طور عینی نمی‌تواند مورد بررسی قرار گیرد. (هیپ^{۱۱}، ۱۹۹۸ م.)

۳- اکثر پزشکان هیچ‌گونه آموزش و تعلیمی در مسائل سلامت معنوی ندیده‌اند و معانی و مفاهیم آن و تفاوت‌های معنویت با دین را نمی‌شناسند.

۴- اغلب نمی‌دانند که کدام‌یک از بیماران نیاز به مراقبت‌های سلامت معنوی در مراقبت‌های مختلف سرپایی و یا بالینی دارند.

۵- اکثر پزشکان نمی‌دانند که سلامت معنوی را چگونه ارزیابی کنند و در صورت نیاز، بیمار را به چه کسی ارجاع دهند.

۶- برخی پزشکان تصور می‌کنند که صحبت در مورد دین و معنویت منحصراً در بیمارانی مصداق دارد که در انتهای زندگی و یا در شرف مرگ هستند. (مونورو و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۳ م.)

۷- بسیاری از پزشکان نیز معتقدند که در موارد همه مسائل مهمی که در مراقبت از بیمار انجام می‌دهند، وقت کافی برای رسیدن به ابعاد سلامت معنوی در بیماران وجود ندارد. (الیس و همکاران^{۱۳}، ۱۹۹۹ م.)

۸- برخی از صاحب نظران و مؤسسات ارائه خدمات بهداشتی درمانی نیز توصیه می کنند که پزشکانی که آشنایی با مسائل پیچیده سلامت معنوی ندارند، اقدام به مراقبت خاص آن نکنند، مگر این که به اندازه کافی آموزش در این زمینه دیده باشند. در سال ۱۹۹۲ فقط سه دانشکده پزشکی در آمریکا دروس مذهبی و معنوی داشته اند، ولی در سال ۲۰۰۶ بیش از ۱۰۰ از ۱۴۱ دانشکده پزشکی آمریکا و کانادا این دروس را عرضه می کنند. (کوئینینگ^{۱۴}، ۲۰۰۱ م.) در این ۱۰۰ دانشکده پزشکی، ۷۰٪ این واحدهای درسی اجباری است. برخی دانشکده های پزشکی (مانند دانشگاه کانزاس سیتی میسوری) دروس عملی سلامت معنوی را نیز با کمک کشیش ها و سایر افراد برای دانشجویان پزشکی فراهم کرده اند. دانشجویانی که در ابتدا خیلی مایل نبودند دوره های عملی را بگذرانند، پس از کسب مهارت، آن را بسیار مثبت و مفید در ارائه خدمات بهداشتی درمانی دانسته اند. (گراوس و همکاران^{۱۵}، ۲۰۰۲ م.)

ب - ارائه خدمات مراقبت معنوی

اکنون این سؤال مطرح می گردد که از بین نیروهای بهداشتی درمانی چه کسانی می توانند در مراقبت های معنوی شرکت نمایند؟ در حالی که روحانیون و افرادی که برای ارائه خدمات مراقبت معنوی آموزش دیده اند، متخصصین ارائه خدمات سلامت معنوی محسوب می شوند، گرفتن شرح حال خلاصه سلامت معنوی را اکثر نیروهای بهداشتی درمانی، با کمی آموزش، می توانند انجام دهند. پزشکان، پرستاران و مددکاران اجتماعی، اعضای اصلی ارائه دهنده مراقبت های عمومی، سلامت معنوی را تشکیل می دهند، اگرچه اکثر آن ها خود را متدین و یا معنوی می دانند، ولی بسیاری فاقد آموزش کافی برای ارائه مطلوب مراقبت معنوی

هستند. به علاوه اکثر آنها نمی‌دانند که کجا ممکن است این آموزش را فرا گیرند و این نوع توانمندی را احراز نمایند. نداشتن آموزش سبب می‌شود که اکثر نیروهای بهداشتی درمانی در مقابل بیماری که نیاز به مراقبت‌های معنوی دارند، خود را ناتوان احساس کنند.

یکی از راه‌هایی که کارکنان بهداشتی درمانی می‌توانند آموزش مؤثر خود را در مراقبت معنوی شروع کنند، این است که سلامت معنوی خویشان را مورد ارزیابی قرار دهند. به عبارت دیگر با پاسخ به سؤالات مقیاس سنجش سلامت معنوی ایرانی - اسلامی، باورهای خود، بینش رفتار و عملکرد خود را در ارتباط با خداوند، خویشان و با افراد دیگر جامعه پیرامون ارزیابی نمایند. همچنین تعهد خویشان را برای ارائه مراقبت‌های سلامت معنوی در نظام بهداشتی درمانی، توانمندی خود را برای ارائه خدمات سلامت معنوی و نیازهای شخصی خود را برای این که بتوانند نقش ارائه‌دهنده خدمات سلامت معنوی را ایفا نمایند، ارتقا بخشند. برای کسانی که تمایل به تکمیل پرسشنامه‌های طولانی ندارند، پاسخ به سؤالات زیر پیشنهاد شده است: (بورخارت و همکاران^{۱۶}، ۲۰۰۵ م.)

- آیا دین و معنویت برای من اهمیت دارد؟

- آیا به خداوند اعتقاد دارم؟

- آیا در مراسم مذهبی شرکت می‌کنم؟

- آیا نماز می‌خوانم؟

- آیا اعتقاد دارم که مراقبت سلامت معنوی، رکن عمده‌ای از مراقبت‌های بهداشتی

درمانی است؟

- چه توانمندی به عنوان ارائه‌دهنده خدمات سلامت معنوی دارم؟

- چه موضوعاتی را باید تقویت کنم تا بتوانم خدمات سلامت معنوی مؤثر و مفیدی را ارائه دهم؟

بدیهی است کسی می‌تواند مراقبت‌های سلامت معنوی را به طور مطلوب به بیماران ارائه دهد که خود از سطح سلامت معنوی بالایی برخوردار باشد، بینش و نگرش و عملکرد او در ارتباط با خالق، با خویشتن، با افراد دیگر و جامعه پیرامون در سطح عالی باشد و نیز توانمندی لازم برای ایجاد ارتباط با دیگران و استفاده از روش‌های صحیح نظری و عملی را احراز کرده باشد.

ج - موانع ارائه خدمات سلامت معنوی

در حال حاضر محدودیت‌ها و موانع زیادی برای ارائه خدمات سلامت معنوی به بیماران وجود دارد، اگرچه بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی عقیده بر این دارند که ارتباط تنگاتنگی بین ابعاد مختلف سلامت و به ویژه سلامت جسمی و سلامت معنوی وجود دارد، ولی بسیاری از آن‌ها از کسب مهارت‌هایی که آنان را برای آشنایی با سلامت معنوی و ارائه خدمات سلامت معنوی به بیماران توانمند می‌کند، احتراز می‌کنند. یک بررسی نشان داد که ۷۷٪ بیماران نیاز دارند که به سلامت معنوی آن‌ها در مجموعه مراقبت‌های پزشکی توجه شود، (آناندرجاه و همکاران^{۱۷}، ۲۰۰۱ م.) ولی مطالعه دیگری گزارش نمود که ۵۳٪ پرستاران با بیماران خود دعا نمی‌کنند، ۶۶٪ به هیچ وجه با مسائل مذهبی و معنوی بیمار آشنا نیستند و اکثر آن‌ها توکل به خداوند را با بیماران خود در میان نمی‌گذارند. (داویدهزار و همکاران^{۱۸}، ۲۰۰۰ م.) علل اصلی عدم تمایل نیروی بهداشتی درمانی برای توجه به خدمات سلامت معنوی عبارتند از:

۱- فقدان آموزش و آگاهی: در برنامه آموزشی اغلب دانشکده‌های گروه پزشکی، اثری از آموزه‌های سلامت معنوی وجود ندارد. در دوره‌های بازآموزی پزشکی نیز مباحث سلامت معنوی گنجانیده نشده است.

۲- عدم اعتماد به توانمندی خود: اکثریت قریب به اتفاق نیروهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی احساس می‌کنند که توانمندی کافی برای ارزیابی مشکلات معنوی و ارائه خدمات مطلوب ندارند.

۳- نداشتن وقت کافی: بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت احساس می‌کنند که وقت کافی برای پرداختن به موضوعات مربوط به سلامت معنوی وجود ندارد.

۴- عدم وجود محیط مناسب: برخی اعتقاد دارند که در محیط بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی فضای مناسب برای پرداختن به این نوع موضوعات و ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت معنوی وجود ندارد. مدت تماس با بیماران کافی نیست، ترس از ورود به حریم شخصی بیماران وجود دارد و محیط مناسبی برای پرداختن به کهنه باورها و نگرش‌های سلامت معنوی فراهم نیست. (کوئینینگ^۹، ۲۰۰۷ م؛ اکانر^{۲۰}، ۲۰۰۱ م؛ رایت^{۲۱}، ۲۰۰۲ م).

۵- علمی نبودن ارائه خدمات سلامت معنوی: با کمال تأسف آموزش پزشکی و پرستاری در قرن گذشته به نحوی ارائه شده است که فارغ‌التحصیلان احساس می‌کنند، یک حرفه علمی را کسب کرده‌اند و کم‌تر احساس می‌کنند که یک حرفه خدماتی به آن‌ها تعلیم شده است و آن‌ها باید در مقابل نیازهای همه ابعاد چهارگانه سلامت مردم پاسخگو باشند.

نتیجه‌گیری

ممکن است، پزشکان و سایر صاحبان مشاغل پزشکی که بایستی خدمات سلامت را در سطح عالی، در ابعاد چهارگانه سلامت ارائه دهند، احساس کنند که بسیاری از اصول خدمات اجتماعی، روانی و به ویژه معنوی غیر علمی است و در حیطه وظایف آنها نمی‌باشد. در حالی که حرفه پزشکی، حرفه مقدسی است که صاحبان آن مسئولیت حفظ، تأمین و ارتقای سلامت جامعه را بر عهده دارند. از این رو توجه گروه پزشکی و پاسخ‌گویی آنها به ابعاد مختلف معنوی، جسمی، روانی و اجتماعی سلامت ضروری است. تحقق این امر تحول اساسی در آموزش نظری و عملی دانشجویان گروه پزشکی و نیز نگرشی دوباره به برنامه‌های آموزش مداوم سلامت و پزشکی را طلب می‌کند.

جدول ۱: عواملی که سبب می‌شوند پزشک به امور معنوی بیماران بی‌توجه باشد

درصد	عامل
۷۱	کمبود وقت
۵۹	کمبود تجربه و نبود آموزش قبلی درباره سؤالات معنوی
۵۶	عدم اطمینان از این‌که چگونه بیماری را پیدا کنند که علاقمند به بحث در مورد امور معنوی است
۵۳	واهمه از این‌که باورهای خود را به بیماران القا کنند
۴۹	عدم اطمینان از این‌که چگونه با امور معنوی که بیمار ابراز می‌کند، برخورد کنند
۴۵	اولویت‌نداشتن امور معنوی در مقابل مسائل حاد پزشکی
۴۲	عدم احساس راحتی با مطرح کردن مسائل معنوی
۳۱	توجه به امور معنوی مناسبتی با نقش پزشک ندارد

پی‌نوشت‌ها

1. Messikomer, C. De Craemer, W.
2. Hiatt, JF.
3. Koenig, HG.
4. Vande Creek, L. Burton, L.
5. Boudreaux, ED. O'Hea, E. Chasuk, R.
6. Luckhaupt, SE. Yi, MS. Mueller, CV. Mrus, JM. Peterman, AH. Puchalski, CM.
7. Bergin, AE.
8. Maugans, TA. Wadland, WC.
9. King, DE. Bushwick, B.
10. Ellis, MR. Vinson, DC. Ewigman, B.
11. Whipp, M.
12. Monroe, MH. Bynum, D. Susi, B. Phifer, N. Schultz, L. Franco M.
13. Ellis, MR. Vinson, DC. Ewigman B.
14. Koenig, HG.
15. Graves, DL. Shue, CK. Arnold, L.
16. Burkhardt, MA. Nagai-Jacobson, MG.
17. Anandarajah, G. Hight, E.
18. Davidhizar, R. Bechtel, GA. Juratovac, AL.
19. Koenig, HG.
20. O'Connor, CI.
21. Wright, MC.

فهرست منابع

منابع فارسی:

- بحرینیان، سیدعبدالمجید. دلشاد، حسین. شاکری، زهت. عزیزی، فریدون. (۱۳۹۱ ش.). بررسی نگرش پزشکان پیرامون تأثیر میزان معنویت در روند درمان بیماران. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. سال ششم، شماره بیستم، صص ۵۶-۱۲۹.
- بحرینیان، سیدعبدالمجید. سعادت، راضیه. شاکری، زهت. عزیزی، فریدون. (۱۳۸۹ ش.). بررسی نگرش بیماران پیرامون تأثیر میزان معنویت در روند درمان آنان. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. سال چهارم، شماره چهاردهم، صص ۴۸-۱۳۱.

منابع انگلیسی:

- Anandarajah, G. Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*. 63(1): 81-9.
- Bergin, AE. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *Am Psychol*. 46(4): 394-403.
- Boudreaux, ED. O'Hea, E. Chasuk, R. (2002). Spiritual role in healing. An alternative way of thinking. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 29(2): viii, 439-54.
- Burkhardt, MA. Nagai-Jacobson, MG. (2005). Spirituality and health. In BM. Dossey, L Keegan, CE. Guzzetta (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice*, 4th ed, Sudbury, MA: Jones and Bartlett. 137-72.
- Davidhizar, R. Bechtel, GA. Juratovac, AL. (2000). Responding to the cultural and spiritual needs of clients. *Journal of Practical Nursing*. 50(4): 20-3.
- Ellis, MR. Vinson, DC. Ewigman, B. (1999). Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices. *J Fam Pract*. 48(2):105-9.
- Ellis, MR. Vinson, DC. Ewigman, B. (1999). Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices. *Journal of Family practice*. 48(2):105-9.
- Graves, DL. Shue, CK. Arnold, L. (2002). The role of spirituality in patient care: incorporating spirituality training into medical school curriculum. *Academic Medicine*. 77(11): 1167.
- Hiatt, JF. (1986). Spirituality, Medicine, and healing. *Southern Medical Journal*. 79(6): 726-742.
- King, DE. Bushwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract*. 39(4): 349-52.

- Koenig, HG. (2008). *Medicine, religion, and health: where science and spirituality meet*. West Conshohocken, PA: Templeton foundation press.
- Koenig, HG. (2001). Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean?. *Mayo Clinic Proceedings*. 76(12): 1189-91.
- Koenig, HG. (2007). *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*. 2nd ed, Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Larimore, WL. (2001). Providing basic spiritual care for patients: should it be the exclusive domain of pastoral professionals?. *American Family Physician*. 63(1): 36, 38-40.
- Luckhaupt, SE. Yi, MS. Mueller, CV. Mrus, JM. Peterman, AH. Puchalski, CM. Tsevat, J. (2005). Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: a study at a midwestern U.S. teaching institution. *Academic Medicine*. 80(6): 560-70.
- Maugans, TA. Wadland, WC. (1991). Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. *J Fam Pract*. 32(2):210-3.
- Messikomer, C. De Craemer, W. (2002). The spirituality of academic physicians: ethnography of a Scripture-based group in an academic medical center. *Academic Medicine*. 77(6): 562-73.
- Monroe, MH. Bynum, D. Susi, B. Phifer, N. Schultz, L. Franco, M. MacLean, CD. Cykert, S. Garrett, J. (2003). Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Archives of Internal Medicine*. 163(22): 2751-6.
- O'Connor, CI. (2001). Characteristics of spirituality, assessment, and prayer in holistic nursing. *Nursing Clinics of North America*. 36(1): 33-42.
- Vande Creek, L. Burton, L. (2001). *Professional chaplaincy: its role and importance in health care*. New York: Association for Clinical

Pastoral Education, Association for Professional chaplains, Canadian Association for Pastoral Practice and Education, National Association of Catholic chaplains, National Association of Jewish chaplains.

Whipp, M. (1998). *Spirituality and the scientific mind: A dilemma for doctors*. In M. Cobb & V. Robshaw (Eds.) *The spiritual challenge of Health care*, Edinburgh, UK: Churchill Livingstone, 137-50.

Wright, MC. (2002). The essence of spiritual care: a phenomenological enquiry. *Palliative Medicine*. 16(2):125-32.

شناسه یادداشت مؤلف

فریدون عزیزی: رییس پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛
معاون علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.
پست الکترونیک: azizi@endocrine.ac.ir

Spiritual health and medical care

Feridoun Azizi

Abstract

Spiritual Health has been known as one of the four dimensions of health and World Health Organization has asked member states to try for Provide, maintain and improve this dimension of health. The studies show that unfortunately medical professionals don't become acquainted to concepts and indicators of spiritual health during their education in medical and paramedical universities. So they avoid to attention to spiritual health in providing health services while holistic medicine emphasizes on attention to all dimensions of health such as spiritual, physical, mental and social by medical professionals. Therefore the present study reviews medical care in field of spiritual health and its approaches.

Keywords

Spiritual Health, Medical Care, Holistic Medicine