

تبیین مراقبت معنوی در سطوح مختلف پیشگیری

فریدون عزیزی^۱

چکیده

ارتقای سلامت معنوی به دو طریق قابل اجرا است: اول افزایش ایمان و معنویت جامعه؛ دوم این که از سلامت معنوی برای ارتقای ابعاد دیگر سلامت، یعنی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی استفاده شود. از آنجایی که اعتقادات مذهبی انسان بر سبک زندگی و سلامت وی تأثیر می‌گذارند، صاحبان حرف پزشکی که برای ارتقای سلامت انسان‌ها تلاش می‌کنند باید با موضوع سلامت معنوی آشنا باشند. آن‌ها می‌بایست با نحوه ارزیابی سلامت معنوی، ارائه مراقبت معنوی به بیماران و یا ارجاع بیمار به روحانیون مذهبی برای مراقبت معنوی آشنا باشند. در این نوشتار، ما مراقبت سلامت معنوی در سطوح مختلف پیشگیری تبیین نموده و اهمیت به کارگیری سلامت معنوی برای ارتقای سایر ابعاد سلامت و روش‌های سنجش آن را به اختصار شرح می‌دهیم. در نتیجه، به منظور حفظ و ارتقای سلامت و خوب زیستی بیماران، صاحبان حرف پزشکی باید مراقبت‌های خود را به همه ابعاد یک انسان، یعنی جسم، روان و روح وی گسترش دهند.

واژگان کلیدی

سلامت معنوی، پیشگیری، ارزیابی

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

Email: azizi@endocrine.ac.ir

مقدمه

بعد از چند قرن توجه خاص به سلامت جسمی که حاصل آن پیشرفت‌های عظیم و شگرف در شناسایی علل، فیزیوپاتولوژی، تشخیص و درمان بیماری‌های جسمی بود، در سه دهه گذشته توجه بشر به سایر ابعاد سلامت انسان نیز، یعنی ابعاد روانی، اجتماعی و به ویژه معنوی معطوف شده است. به گونه‌ای که مراقبت‌های سلامت از مراقبت جسمی صرف به مراقبت جامع و کل‌نگر، متمایل شده‌اند. در برخی کشورهای پیشرفته توجه به مراقبت‌های معنوی برای انسان‌ها مورد تأکید خاص قرار گرفته است (داویده‌یزار و همکاران، ۲۰۰۰ م.)، اگرچه تأکید بر این است که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، به ویژه پزشکان و پرستاران دارای توانایی‌های لازم و کافی برای رفع نیازهای معنوی بیماران خود بوده و به ارتقای سلامت معنوی آن‌ها کمک کنند، اما بسیاری از صاحبان این حرف به دلایل مختلف به ویژه فقدان دانش، تجربه و مهارت کافی، عدم اختصاص وقت کافی برای ارزیابی سطح سلامت معنوی و مراقب‌های معنوی، کم‌اهمیت‌شمردن این نوع مراقبت نسبت به این بعد از سلامت انسان بی‌توجه هستند (دراپر و همکاران، ۲۰۰۲ م.).

با توجه به اهمیت به کارگیری سلامت معنوی برای ارتقای سایر ابعاد سلامت و سنجش آن، مقاله مروری حاضر با هدف تبیین مراقبت‌های سلامت معنوی در چهار سطح پیشگیری ابتدایی، اولیه، ثانویه و ثالثیه به منظور افزایش آگاهی جامعه پزشکی کشور در این زمینه تدوین گردیده است.

الف - مراقبت‌های سلامت معنوی در سطوح مختلف پیشگیری

منظور از مراقبت‌های سلامت معنوی کمک به ارتقای باورهای توحیدی، خلوص و پاکی درون و ارتباطات با انسان‌های دیگر و به کارگیری معنویت در ارتقای

دیگر ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) است. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید توانایی شناخت مراتب مختلف سلامت معنوی در بیمار و خانواده‌اش را داشته باشند و بتوانند در ارتقای سلامت معنوی او را یاری رسانند. لازم است تا در هر جامعه‌ای مراقبت‌های سلامت معنوی در چهار سطح پیشگیری به مرحله اجرا درآید.

۱- پیشگیری ابتدایی

به این نوع از پیشگیری در ادیان مختلف، به ویژه دین مبین اسلام توجه کامل معطوف شده است، ولی در سطح جوامع انسانی و نیز جوامع اسلامی به آن توجه لازم مبذول نشده است. در حالی که برای پیشگیری از بیماری‌های جسمی، انواعی از واکسن‌ها ابداع شده‌اند که موجب حذف همه‌گیری بیماری‌های واگیر (عفونی) گردیده و کودکان و نوجوانان را از ابتلا به بیماری‌های خطرناک مصون نموده است، ولی روش‌های پیشگیری ابتدایی برای سلامت معنوی (یعنی جلوگیری از بروز عوامل خطر بیماری‌های معنوی) در هیچ جامعه‌ای به صورت عمومی مورد توجه قرار نگرفته و یا اگر در مواردی اجرا می‌شود بر اساس سنت و آداب و رسوم و بدون برنامه‌ریزی منسجم برای این هدف است. با توجه به تأثیر تربیت دوران کودکی بر شکل‌گیری شخصیت بزرگسالی، دوران اوایل کودکی اولین فرصت برای مهیانسودن شرایط مؤثر بر رشد و تکامل معنوی کودک و انتقال آموزه‌های مذهبی و معنوی است (عزیزی، (a) ۲۰۱۵ م.). از این رو افزایش بینش و آگاهی و عملکرد والدین و جامعه برای پیشگیری ابتدایی از بیماری‌های معنوی جهت ارتقای بنیادین سلامت معنوی امری ضروری است. مقام معظم رهبری، پرداختن به ارتقای سلامت معنوی در جامعه را از وظایف روحانیون جامعه دانسته و فرموده‌اند: «این واقعاً کار علمای دین و روحانیون است و بدون کمک آن‌ها نمی‌شود این کار را کرد، یعنی باید حتماً به حوزه‌های علمیه مراجعه کرد...».

۲- پیشگیری اولیه

سازمان جهانی بهداشت و کشورهای عضو آن در قرن گذشته، اهتمام زیادی برای شناختن عوامل خطر بیمارها نموده و در بسیاری از موارد با حذف یا تقلیل این عوامل مانند استعمال سیگار، تغذیه ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی، استرس‌ها، مصرف الکل و... توانسته‌اند از شیوع بیماری‌های غیر واگیر بکاهند. دوران نوجوانی دوره‌ای بحرانی از زندگی است، به گونه‌ای که از طریق ارتقای معنویت و سلامت معنوی، می‌توان فرد را برای مقابله با مشکلات زندگی و تاب‌آوری مهیا نمود (عزیزی، ۲۰۱۵ (a) م.). باید اذعان داشت که در همه کشورهای جهان، توجه به عوامل خطر موجود برای سلامت معنوی کودکان و نوجوانان و سایر افراد جامعه بسیار اندک بوده است. چگونه است که سازمان‌های جهانی و مؤسسات سلامت کشورها در مورد رفع عوامل خطر و جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های جسمی چنین حساس بوده‌اند، ولی توجهی به عوامل خطر بیماری‌های معنوی و تلاش برای حذف عوامل خطر آن معطوف نکرده‌اند، در حالی که با افزایش و گسترش وسایل ارتباط جمعی، اینترنت و شبکه‌های مجازی، به دلیل نفوذ فرهنگ‌های پلید و انحطاطات بشرساخته، این عوامل خطر در سه دهه اخیر به شدت رو به افزایش بوده و سلامت معنوی کودکان و نوجوانان نسل بشر را تهدید می‌کند.

۳- پیشگیری ثانویه و ثالثیه

در سال‌های اخیر به شناسایی و درمان بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها خدشه‌دار شده، توصیه گردیده است (آنانداراجه و همکاران، ۲۰۰۱ م؛ آتشلی، ۲۰۰۹ م.). این بخش هنوز در کشورهای اسلامی مورد مذاقه قرار نگرفته، اگرچه روحانیون به صورت دسته جمعی موعظه می‌نمایند و در برخی کتب و متون به آن اشاره شده است، با این حال هیچ برنامه مدونی به ویژه برای شناسایی افرادی که دارای عوامل خطر معنوی و یا

نیازمند مراقبت معنوی هستند، در کشور موجود نیست. از این رو توجه گروه پزشکی و پاسخ‌گویی آن‌ها به نیازهای مراقبت معنوی بیماران ضروری بوده و تحقق این امر مستلزم تحول اساسی در آموزش نظری و عملی دانشجویان گروه پزشکی و نیز نگرشی دوباره به برنامه‌های آموزش مداوم سلامت و پزشکی را طلب می‌کند (عزیزی، (b) ۲۰۱۵ م).

ب - به کارگیری سلامت معنوی برای ارتقای سایر ابعاد سلامت

به کارگیری سلامت معنوی برای ارتقای سایر ابعاد سلامت به فرموده مقام معظم رهبری^۲ «... خوب است؛ هدف برمی‌گردد به هدف جسمانی. بحث جسم است از طریق معنوی یا موسوم به معنوی...». این امر امروزه در مراکز بهداشتی - درمانی برخی کشورهای پیشرفته مانند آمریکا، کانادا و انگلستان مورد توجه خاص قرار گرفته است و روش‌های مناسبی برای مراقبت و برخورد با بیمارانی که به علت بیماری به بیمارستان‌ها مراجعه نموده، بیماری صعب‌العلاج دارند و یا در مراحل انتهایی زندگی هستند، به کار گرفته می‌شود (داویده‌یزار و همکاران، ۲۰۰۰ م؛ اوپراین ۲۰۰۸ م). بدیهی است که نحوه ارائه این مراقبت‌ها در یک جامعه اسلامی نیاز به رویکردی متفاوت دارد. اقدامات سلامت معنوی زیر در جوامع مسلمان توصیه می‌گردد:

- شناسایی نیاز: با چند سؤال مراتب سلامت معنوی فرد را ارزیابی و نیازهای او را شناسایی نمود.
- توجه دادن به مبدأ: آنچه که منشا سلامت معنوی انسان‌ها است.
- ارتباط مناسب با دیگران و پیرامون خود: که حاصل سلامت معنوی مناسب در موارد بیماری است.
- توجه به مذهب: که در بسیاری از افراد با دعا و توسل به ارتقای سلامت معنوی می‌انجامد.

- توجه به مفهوم زندگی و مرگ: به ویژه در بیماران انتهای حیات.

- تقویت معنویت برای ارتقای سلامت جسمی، تحمل بیماری و ایجاد امید به زندگی.

پرداختن به مراقبت‌های سلامت معنوی در سطوح مختلف پیشگیری، نیازمند شناخت روش‌های سنجش سلامت معنوی است که در ذیل به اختصار شرح داده می‌شود.

کمال انسان وابسته به افعال اختیاری اوست و انسان بر اساس بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های خود عمل می‌کند، لذا بینش، گرایش و توانایی، سه مبدأ رفتار اختیاری او را تشکیل می‌دهند. سلامت در بینش، گرایش و توانایی می‌تواند سلامت معنوی انسان را تأمین کند، لذا شاخص‌های سلامت باید برای هر سه سازه تعیین شوند. انسان دارای دو بعد روح و روان بوده و از قابلیت‌ها و استعداد‌های متنوعی برخوردار است. وی می‌تواند با تهذیب نفس و خودسازی، تقویت فضایل اخلاقی و رفتار درست، خود را تعالی بخشیده یا با دنباله‌روی و تثبیت رذایل اخلاقی، خود را به انحطاط بکشانند. انسان دارای ارتباط وجودی دائمی با مبدأ هستی خویش، یعنی خالق یکتا است، به طوری که تمام هستی خود و نیز سایر رحمت و نعمت‌ها را از او دریافت می‌کند و اطاعت و معصیت او در تعالی یا سقوط او تأثیر مستقیم دارد. همچنین انسان در زندگی اجتماعی با سایر انسان‌های جامعه روابطی برقرار می‌کند و با تعامل با آن‌ها نیازمندی‌های مادی و معنوی خود را تأمین می‌کند. از طرف دیگر انسان با طبیعت پیرامون خود، اعم از طبیعت بی‌جان، گیاهان و حیوانات در تعامل است؛ بر آن‌ها تأثیر گذارده و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد، لذا در امر سلامت معنوی، باید به عوامل و شرایط مؤثر بر سلامت در ساحت الهی و حیطه‌های فردی، اجتماعی و طبیعی توجه نموده و نیز شاخص‌های سلامت معنوی را در همه این حیطه‌ها شناسایی کرد (الهامی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۰ ش.).

برای تعیین شاخص‌های سلامت معنوی باید چهار حیطه زیر را در نظر قرار داد:

۱- ارتباط با منشأ لایتناهی هستی (خداوند یکتا)؛ ۲- ارتباط با خود؛ ۳- ارتباط با انسان‌های دیگر؛ ۴- ارتباط با عالم پیرامون.

بدیهی است در هر یک از حیطه‌های چهارگانه فوق باید به هر سه سازه بینش، گرایش و توانایی توجه نمود. قبل از این که اقدام مراقبتی برای سلامت افراد انجام شود، باید وضعیت سلامت آن‌ها مورد بررسی و ارزشیابی قرار گیرد (کونینگ، ۲۰۰۷ م.). ارزشیابی عبارت است از «روند جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و نشر داده‌ها در یک جمع‌بندی همه‌جانبه که مبنای مناسبی برای تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات شود»، پس از یک ارزشیابی مطلوب، نیازهای سلامت معنوی فرد مورد نظر شناخته می‌شود (بندیکت، ۲۰۰۲ م.). در یک ارزشیابی کلی سلامت باید علاوه بر سلامت معنوی، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و فرهنگی فرد نیز بررسی شود، زیرا بدون ارزشیابی کلی هر نوع مداخله‌ای در سلامت افراد ممکن است با محدودیت‌هایی همراه باشد (تایلور، ۲۰۰۷ م.). در بسیاری موارد، پزشکان و پرستاران فکر می‌کنند که با پرسیدن این که آیا فرد به چه دین و مذهبی اعتقاد دارد، ارزیابی معنوی انجام شده است، اگرچه این اطلاعات خوبی است که لازم است به آن آگاهی داشت، ولی به هیچ وجه شاخص‌های گوناگون سلامت معنوی فرد را ارزیابی نمی‌کند.

ارزشیابی سلامت معنوی به دلایل زیر دارای اهمیت است:

۱- می‌تواند پیشگویی‌کننده پیامدهای سلامت فرد باشد. کاهش عوارض و مرگ و میر، سلامت جسمی و روانی بهتر، سبک زندگی مناسب‌تر، استرس کمتر، افزایش کیفیت زندگی، بهبود مهارت‌های سازگاری، همگی از خصوصیات افراد با سطح سلامت معنوی بالا هستند (مک کورد و همکاران، ۲۰۰۴ م.).

- ۲- اطلاعات مهمی را به ارائه‌دهندگان سلامت می‌دهد که چگونه فرد با بیماری خود تطابق می‌کند، مشکلات معنوی او چیست، چه مداخلاتی لازم است تا به او کمک کند که با چالش‌های بهداشتی درمانی کنونی یا آینده تطابق نماید (مونسی، ۱۹۹۶ م.).
- ۳- سبب می‌شود که ارائه‌دهندگان خدمات، بتوانند مراقبت‌های مؤثرتری را ارائه دهند، زیرا با جهان‌بینی فرد آگاهی بیشتری می‌یابند، برای بسیاری از افراد، شناخت بهتر از خود و دنیای اطرافشان در بعد معنویت آنها متمرکز است و توجه به آن می‌تواند بسیار کارساز باشد (نارایانا سامی، ۲۰۰۷ م.).
- ۴- ارزیابی باعث شناخت جامعی از فرد شده و خدمات سلامتی را که با نیازها، باورها و انتظارات او هماهنگ است، عرضه می‌نماید (بورخارد و همکاران، ۲۰۰۲ م.).
- لذا سازمان جهانی بهداشت، اجلاس مرکزی پرستاران و ماما‌های انگلستان، مراکز خدمات‌تیمی کایر^۳ و مدی اید^۴ آمریکا، انجمن پرستاران آمریکا، اجلاس بین‌المللی پرستاران، اجلاس کانادایی خدمات سلامت، انجمن روانشناسان آمریکا و بسیاری از انجمن‌های دیگر ارزشیابی سلامت معنوی را توصیه کرده‌اند (داویدهیزار و همکاران، ۲۰۰۰ م؛ ویت و همکاران، ۲۰۰۰ م؛ مک‌شری و همکاران، ۲۰۰۲ م؛ دولاری، ۲۰۰۸ م؛ راس، ۱۹۹۸ م؛ وندکریک و همکاران، ۲۰۰۱ م؛ اوکانور، ۲۰۰۱ م.).

ج - سنجش و ارزشیابی سلامت معنوی

مراقبت سلامت معنوی در خلأ انجام نمی‌شود. یک انسان نوع‌دوست و دلسوز می‌بایست نیازهای یک انسان دیگر را احساس کند و با ملاطفت به کمک به او بپردازد. خیلی از آن چیزهایی که ما به بیماران هدیه می‌کنیم از قلب ارائه‌دهنده خدمت به بیمار سرچشمه می‌گیرد. آنچه که می‌توان برای بیمار انجام داد به سلامت معنوی خود ما، به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بستگی دارد و

آگاهی از درجه معنوی خود می‌تواند برای ارائه خدمات سلامت معنوی به فرد دیگر مؤثر باشد. بیمار به عنوان یک انسان می‌تواند آنچه در روح و قلب ما نسبت به او و معنویت او می‌گذرد، درک کند و تحت تأثیر قرار گیرد (گریک، ۲۰۰۴ م.). این مسأله آنقدر حایز اهمیت است که پیشنهاد شده است تا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، ابتدا سطح سلامت معنوی خود را ارزیابی کنند و در صورت لزوم به تقویت آن بپردازند (آناندراج و همکاران، ۲۰۰۱ م.).

بدیهی است که مانند همه مراحل مختلف مراقبت‌های سلامت، ایجاد ارتباط مناسب بین پزشک (یا پرستار و سایر اعضای گروه درمانی) و بیمار برای اخذ شرح حال، انجام معاینات، پیگیری بیمار و ارائه مراقبت‌های سلامت رکن اساسی است و این امر در مورد اخذ شرح حال سلامت معنوی نیز از اهمیت والایی برخوردار است. پزشک و پرستار باید دقت مطلوب و محل مناسب برای اخذ شرح حال معنوی را (بدون مداخله دیگران) و در محیطی آرام و خصوصی ترتیب دهند، تا نهایت استفاده مطلوب از مصاحبه حاصل گردد (ویت و همکاران، ۲۰۰۰ م؛ یونگ و همکاران، ۲۰۱۱ م.). جزئیات مهیاشدن و اجرای یک مصاحبه برای اخذ شرح حال معنوی در نوشته‌های متعدد آورده شده است (اوبراین، ۲۰۰۸ م؛ کونیک، ۲۰۰۷ م؛ بندیکت، ۲۰۰۲ م؛ گریک، ۲۰۰۴ م؛ یونگ و همکاران، ۲۰۱۱ م.).

د - ابزارهای سنجش سلامت معنوی

انواع راهنماها، ابزارها، امتیازبندی‌ها و جداول برای ارزیابی سلامت معنوی و باورهای دینی، شرکت در مراسم مذهبی و انجام مراتب دینی ابداع شده‌اند. با این حال، بیشتر این ابزار به خصوصیات فردی در مسائل معنوی نمی‌پردازند و تجربیات فردی را در امور معنوی شامل نمی‌گردند، بلکه یک نظر کلی در مورد

سلامت معنوی افراد به دست می‌دهند (دولاری، ۲۰۰۸ م.). توصیه شده است که این ابزارها باید دارای خصوصیات زیر باشد (کونیک، ۲۰۰۷ م.):

۱- سؤالات مختصر باشد و حداکثر چند دقیقه به طول انجامد؛ ۲- سؤالات آنچنان باشد که به آسانی به خاطر سپرده شود؛ ۳- سؤالات به نحوی طراحی شود که اطلاعاتی که ضروری است را جستجو کند؛ ۴- سؤالات بر فرد و باورهای وی متمرکز گردد؛ ۵- روایی و پایایی آن توسط صاحب‌نظران تأیید شده باشد.

شرح انواع ابزارهای به کار گرفته‌شده برای ارزیابی سلامت معنوی بیماران را می‌توان در کتب سلامت معنوی جستجو کرد (داج، ۲۰۰۱ م؛ عزیزی، ۱۳۹۳ ش.). به طور خلاصه باید متذکر شد که پرسشنامه‌هایی که بر مبنای تعریف عام سلامت معنوی طراحی شده‌اند، اغلب به خالق انسان و ماوراءالطبیعه نپرداخته‌اند (ادوارد، ۲۰۰۲ م؛ کاس، ۱۹۹۱ م؛ پانسال و همکاران، ۲۰۰۸ م.). معتقدان به ادیان الهی نیز پرسشنامه‌هایی را براساس اعتقادات ادیان مسیحی، یهودی و بودایی تهیه کرده‌اند و پرسشنامه‌های مشابهی نیز در کشورهای اسلامی از جمله ایران مورد استفاده قرار گرفته‌اند (امیدواری، ۱۳۸۷ ش.).

برای سنجش سلامت معنوی فرد، جامعه، بیماران و سایر گروه‌های خاص، ابزارهای گوناگونی طراحی شده‌اند که از آن‌ها به عنوان مقیاس سنجش سلامت معنوی پایه افراد یا جمعیت‌ها و نیز تأثیر مداخلات در ارتقای سلامت معنوی استفاده شده است. برخی از این ابزارها فاقد روایی و پایایی علمی هستند. از طرف دیگر طراحی ابزاری که فقط سلامت معنوی را ارزیابی کند و تداخلی با ارزیابی سلامت روانی و یا اجتماعی نداشته باشد، امری دشوار است، لذا برخی از ابزارهای موجود مؤلفه‌های سنجش سلامت روانی و یا اجتماعی را نیز دربر گرفته‌اند (امیدواری، ۱۳۸۷ ش.). مهم‌ترین مشکلی که برای به کارگیری ابزارهای سنجش

سلامت معنوی وجود دارد، این است که تعاریف، مفاهیم و مؤلفه‌های سلامت معنوی در گروه‌ها و جوامع مختلف متفاوت است، لذا به کارگیری ابزاری که در یک جامعه خاص تدوین شده است، برای جوامع دیگر خالی از اشکال نیست. همچنین ابزارهایی که فقط اعتقاد به یک نیروی برتر فوق مادی را می‌سنجند و تأثیر آن در ارتباط با خود، دیگران و محیط پیرامون را ارزیابی می‌کنند، سلامت معنوی حداقلی را مورد سنجش قرار داده و نمی‌توانند بیانگر طیف وسیع سلامت معنوی و به ویژه سنجش سلامت معنوی حداکثری باشند. از طرف دیگر، پرسشنامه‌هایی که برای سنجش سلامت معنوی حداکثری ساخته شده‌اند، برای ارزیابی سلامت معنوی با تعریف عام مناسب نمی‌باشند (دماری، ۱۳۸۸ ش.). در زیر درباره برخی از ابزارهای سنجش سلامت معنوی که در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند، توضیح داده شده است:

۱- پرسشنامه الیسون و پالیتزون (Ellison and Paloutzian)

این پرسشنامه در سال ۱۹۸۲ تدوین شده و شامل ۱۰ سؤال سلامت مذهبی (معنوی) و ۱۰ سؤال سلامت جسمی است (الیسون، ۱۹۸۳ م.)، برخی سؤالات آن بیشتر سلامت روانی را می‌سنجد. روایی و پایایی آن در مطالعات ایرانی سنجیده و تأیید شده است (سیدفاطمی، ۱۳۸۵ ش.).

۲- پرسشنامه شاخص معنوی بهزیستی (The spirituality index of well-being)

شامل ۱۲ سؤال، نیمی در حیطه خودکفایتی و نیمی دیگر در مورد نمای زندگی است که براساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای طراحی شده است. این پرسشنامه حاوی سؤالاتی در مورد افسردگی، توانایی روش حل مسأله و مهارت‌های زندگی است و منحصر به سنجش سلامت معنوی نمی‌باشد (دالمن، ۱۹۸۳ م.).

۳- ابزار SHALOM

در این پرسشنامه چهار حیطه سلامت معنوی که عبارتند از: شخصی، همگانی، محیطی و متعالی در نظر گرفته شده است. شامل ۲۰ گویه می‌باشد که در واقع منعکس‌کننده کیفیت ارتباطات فرد با خود و با مردم، با خدا و محیط در حوزه‌های شخصی، همگانی، محیطی و متعالی سلامت معنوی می‌باشد. این ابزار روا و پایا می‌باشد و جهت سنجش سلامت روان در بسیاری از جوامع و به زبان‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (فیشر، ۲۰۱۰ م.). ابزارهای دیگر سنجش سلامت معنوی در غرب تنظیم شده‌اند که کم و بیش دارای مشکلات پیش‌گفت می‌باشند و برخی از آن‌ها آسیب معنوی را نیز ارزیابی می‌کنند (امیدواری ۱۳۸۷ ش؛ کاس ۱۹۹۱ م.).

هـ- ابزارهای اندازه‌گیری سلامت معنوی از دیدگاه مذهب

بیشتر ابزارهایی که در جهان برای مذهبی‌بودن به کار می‌روند مربوط به مسیحیت و یهود است. با این حال، ابزارهایی نیز برای سنجش مذهبی‌بودن در اسلام وجود دارد. از نظر مسلمانان سلامت معنوی شناخت خالق، دوست داشتن خداوند و تلاش برای رسیدن به مقام قرب الهی است. نمونه‌ای از این ابزارها Religiosity of Islam Scale است که بر اساس قرآن و جهان‌بینی اسلامی طراحی شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۹ سؤال می‌باشد (می‌یر و همکاران، ۱۹۹۸ م)، ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که این پرسشنامه نمی‌تواند همه جنبه‌های مذهبی‌بودن افراد مسلمان را مورد سنجش قرار دهد. از این رو فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران بر اساس تعریف بسیط و جامعی که دربرگیرنده مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام می‌باشد، اقدام به طراحی پرسشنامه جامع سلامت معنوی نموده است. در این پرسشنامه «ارتباط با خداوند»، «ارتباط با خود» و «ارتباط با پیرامون» سه مفهوم

تبیین‌کننده سلامت معنوی هستند که طی مطالعات نظری از متون و منابع معتبر استخراج گردیده و گویه‌های آن با نظر افراد خبره و صاحب‌نظر تعیین گردیده است. هر سه نوع ارتباط، در هر یک از سه محور بینش، گرایش و رفتار تعریف شده و مراحل مختلف ارزیابی روایی و پایایی آن صورت گرفته است. با توجه به اهداف و فرایند طراحی، به نظر می‌رسد که در حال حاضر، این پرسشنامه بهترین ابزار موجود برای سنجش سطح سلامت معنوی و مداخلات فردی یا جمعیتی برای ارتقای سلامت معنوی در جامعه ایرانی است (امیری و همکاران، ۲۰۱۴ م.).

و - مراقبت معنوی پس از ارزیابی

پس از ارزیابی اولیه، ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌تواند یکی از تصمیمات زیر را اتخاذ کند (آناندراجی، ۲۰۰۱ م؛ گریک، ۲۰۰۴ م.):

۱- نیاز به اقدام بیشتری نیست، ولی با بیمار همدلی می‌شود. زمان و مکان مناسب برای انجام نماز و نیایش برای او تأمین شده و در صورت نیاز، ملاقات وی با فرد معنوی و روحانی، ترتیب داده شود؛ ۲- بهتر است معنویت را در مراقبت‌های پیشگیری وارد نمود. این امر با کمک بیمار برای شناخت به کارگیری منابع معنوی خودش حاصل می‌شود و ممکن است نیاز به مداخله یک روحانی و یا در اختیار گذاشتن اطلاعاتی در مورد منابع معنوی در شهر محل اقامت و جامعه باشد؛ ۳- نتیجه‌گیری شود که برنامه‌ریزی برای درمان با توجه به نیازهای معنوی فرد تغییر کند.

بدیهی است که پس از انجام مداخله، می‌بایست ارزیابی سلامت معنوی بیمار مجدداً انجام شود. از آنجا که بعد معنوی ماهیت ذهنی^۵ دارد، ارزیابی آن کار ساده‌ای نیست. بنابراین باید توجه داشت که اثرات تأثیر مداخلات نمی‌تواند مانند اثر آنتی‌بیوتیک بر مهار عفونت، ساده و قطعی تلقی شود.

نتیجه‌گیری

آنچه مسلم است، این است که لازم است تا صاحبان حرف پزشکی در ارزیابی و مراقبت‌های سلامت تنها به بعد جسمی اکتفا ننموده و سایر ابعاد روانی، اجتماعی و به ویژه معنوی وی را مورد توجه قرار دهند. پزشک عمومی، پرستار و سایر صاحبان حرف پزشکی همانقدر که برای تشخیص و بازگرداندن سلامت جسمی بیمار کوشش نموده و یا به پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های جسمی در افراد سالم اهتمام می‌ورزند، بایستی با روش‌های ارزیابی ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی سلامت نیز آشنا بوده و در مراقبت از بیماران آن‌ها را اعمال نمایند.

پی‌نوشت‌ها

۱. ملاقات با مقام معظم رهبری قبل از برگزاری اولین همایش سلامت معنوی. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، آذر ۱۳۹۲.
۲. ملاقات با مقام معظم رهبری قبل از برگزاری اولین همایش سلامت معنوی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، آذر ۱۳۹۲.

3. Medicare
4. Mediaid
5. Subjective

فهرست منابع

الف - منابع فارسی:

- امیدواری، سپیده. (۱۳۸۷ ش.). سلامت معنوی، مفاهیم و چالش‌ها. مجله پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآن. سال اول، شماره اول، صص ۵-۱۷.
- الهامی‌نیا، علی‌اصغر. حسینی، سیدقوام‌الدین. رکنی لموکی، محمدتقی. زمانی محجوب، حبیب. سلیمانی، مجید. شاکر، ابوالقاسم. یوسفیان، نعمت‌الله. (۱۳۹۰ ش.). معنویت اسلامی: چیستی، چرایی و چگونگی. قم: انتشارات زمزم هدایت.
- سیدفاطمی، نعیمه. رضایی، محبوبه. گیوری، اعظم. حسینی، فاطمه. (۱۳۸۵ ش.). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش. سال پنجم، شماره چهارم، صص ۲۹۵-۳۰۴.
- عزیزی، فریدون. (۱۳۹۳ ش.). سلامت معنوی، چیستی، چرایی و چگونگی. گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران: چاپ پژمان.

ب - منابع انگلیسی:

- Amiri, P. Abbasi, M. Gharibzadeh, S. AsghariJafarAbadi, M. Hamzavi Zarghani, N. Azizi, F. (2014). Designing and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian population. *Med Ethics J.* 8(30): 25-55.
- 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): 81-89.

- Atchley, RC. (2009). Spirituality and aging. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Azizi, F. (2015 a). The development of Spirituality and religion in children. *Med History J.* 6(21): 131-148.
- Azizi, F. (2015 b). Spiritual health and medical care. *Med History J.* 6(21):7-14.
- Bansal, R. Maroof, KA. Parashar, P. Pant, B. (2008). Spirituality and health: a knowledge, attitude and practice study among doctors of North India. *Spiritual Health Int.* 4(9): 263-269.
- Benedict, LM. (2002). Spiritual assessment: EDA 318-0479. Carrollton, TX: PRIMEDIA Health care: Long-Term Care Network.
- Burkhardt, MA. Nagai-Jacobson, MG. (2002). Spirituality: Living our connectedness. Albany, NY: Delmar Thomson Learning.
- Daaleman, TP. Frey, BB. (2004). The Spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine.* 2(5): 499-503.
- Damari, B. (2010). Spiritual health. Tehran: Teb Va Gameah Publication.
- Davidhizar, R. Bechtel, GA. Juratovac, AL. (2000). Responding to the cultural and spiritual needs of clients. *Journal of Practical.* 50(4): 20-23.
- Deloughry, TE. (2008). Spirituality in elder care. In: Carson, VB. Koenig HG. Spiritual dimensions of nursing practice West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press; 236-278.
- Draper, P. McSherry, W. (2002). A critical view of spirituality and spiritual assessment. *Journal of Advanced Nursing.* 39(1): 1-2.
- Richardson, P. (2002). Spirituality: The New Frontier. Psychological testing at work, In: Hoffman, E. 138.
- Ellison, CW. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *J Psychol Theol.* 11: 330-340.
- Fisher, J. (2010). Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions.* 1(1): 105-121.

- Greek, J. (2004). Spiritual care: Basic principles. In Sorajjakool, S. Lamberton, H. Spirituality, health, and wholeness: An introductory guide for health care professionals, New York, NY: Haworth Press; 95-112.
- Hodge, DR. (2001). Spiritual assessment: a review of major qualitative methods and a new framework for assessing spirituality. *Social Work*. 46(3): 203-214.
- Kass, L. (1991). Spirituality: The New Frontier. Psychological Testing at work. In: Hoffman, E. 137.
- Koenig, HG. (2007). Spirituality in patient care: why, how, when and what. 2th ed. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- McCord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S.D., King, B.D., McCormick, K.F., Oprandi, A.M., Schrop, S.L., Selius, B.A., Smucker, W.D., Weldy, D.L. and Amorn, M. (2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *The Annals of Family Medicine*, 2(4): 356-361.
- McSherry, W. Ross, L. (2002). Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 38(5): 479-488.
- Meyer, K. Rizzo, H. Ali, Y. (1998). Islam and the extension of citizenship rights to women in Kuwait. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 37(1): 131-144.
- Muncy, JF. (1996). Muncy comprehensive spiritual assessment. *Washington, DC: American Journal of Hospice & Palliative Care*. 13(5): 44-45.
- Narayanasamy, A. (2007). Palliative care and spirituality. *Indian Journal of Palliative care*. 13(2): 32-41.
- O'Brien, ME. (2008). Spirituality in nursing: standing on holy ground. 3th ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett.
- O'Connor, CI. (2001). Characteristics of spirituality, assessment, and prayer in holistic nursing. *Nursing Clinics of North America*. 36(1): 33-46.
- Ross, L. (1998). The spiritual challenge of Health care. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Taylor, EJ. (2007). What do I say? Talking whit patients about Spirituality. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- VandeCreek, 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.
- Weight, SG. Sayre-Adams, J. (2000). Sacred space: Right relationship and spirituality in health care. London: Harcourt.
- Young, C. Koopsen, C. (2011). Spirituality, Health, and Healing. An Integrative Approach. 2th ed. Boston: Jones and Barlett.

یادداشت شناسه مؤلف

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

Explanation of the spiritual health care at different levels of prevention

Feridoun Azizi

Abstract

The spiritual health can be implemented in two ways: to increase the faith and spirituality of people or to promote other aspects of the health, including physical, mental and social health. Regarding to effect of the religious behaviors on promotion of the human health and lifestyle, health care professionals who strive to promote health must be familiar with domain of spiritual health. They should know how to evaluate spirituality and in what way they could take part for effective Islamic spiritual care, in conjunction with Muslim scholars. In this paper, we explain spiritual health care in the different levels of prevention and then, describe the importance of applying spiritual health to promote other aspects of the health and the manners of evaluation of spiritual health. In conclusion, at stake in the health and well-being of patients, health care professionals must develop taking care to the whole person, i.e. body, mind and spirit.

Keywords

Spiritual Care, Preventive Medicine, Evaluation

Please cite this article as:

Azizi, F. (2017). Explanation of the spiritual health care at different levels of prevention. *Med History J.* 8(29): 165-183.