



تأثیر مراقبت معنوی بر ارتقا سلامت بیماران

مریم شیریان نسل

استادیار، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، مرکز تحقیقات حقوق، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

(نویسنده مسئول)

maryam.shiriyani@yahoo.com

صحرا داداش پور

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

sahralawyer@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: احتمال بروز بیماری معنوی هم در افراد سالم وجود دارد و هم در بیماران غفلت از یاد خدا، عادات غیربهداشتی، رفتارهای پرخطر و هیجانات مخرب ناشی از آن، سلامت معنوی مددجویان سالم را تهدید می‌کند. این پژوهش با هدف طراحی روش تقویت ایمان و اعتقادات، به‌عنوان اصلی‌ترین مراقبت و راهکار حفظ و ارتقای سلامت معنوی مددجویان بیماران انجام شد. **روش تحقیق:** در شش مرحله تحقیق کیفی ابتدا مدل‌های جهانی مراقبت پرستاری تحلیل شدند. به علت عدم توجه تمام آن‌ها به وجود روح ملکوتی در انسان، مفهوم روح (قلب) از قرآن و روایات اقتباس شد. مفهوم قلب سلیم به‌عنوان مفهوم مرکزی در طراحی مدل مراقبت معنوی قلب سلیم به روش گراند تئوری به کار برد. سپس در پژوهش قیاسی- استقرایی، فهرست بیمارهای معنوی در چهار بعد ارتباط انسان با خدا، خود، مردم معلم خلقت استخراج گشت. دستورالعمل‌های مراقبت معنوی مبتنی بر شواهد دینی به روش استتار طراحی و اعتباربخشی شد.

یافته‌ها: از دیدگاه قرآن، سلامت معنوی به معنی برخورداری از قلب سلیم است که در پرتو ایمان و باور قلبی حاصل می‌شود. ایمان و اعتماد به خداوند، آسیب‌های معنوی ناشی از ابتلائات و آزمایش‌های الهی از جمله بیماری را تسکین داده و امکان سازگاری با مشکلات زندگی را فراهم می‌کند. ایمان به قدرت خداوند، ضمن توسعه شهامت مواجهه با بحران‌های زندگی، مشکلات را در پرتو رحمت خدا به چالشی قابل‌حل مبدل می‌نماید. پرستاران و تمام کارکنان نظام سلامت باید علاوه بر اصلاح محیط فیزیکی، روانی، اجتماعی و معنوی مددجویان سالم و بیماران خود، به توانمندسازی افراد و خانواده‌ها برای انجام خود مراقبتی معنوی بپردازند.

نتیجه‌گیری: کارکنان نظام سلامت باید به ارائه مراقبت‌های معنوی در تمام سطوح پیشگیری پرداخته، علاوه بر نیازهای جسمی به دیسترس‌ها و نیازهای معنوی مراجعان و بیماران توجه نموده، در پرتو ارتباط با خدا، کل نعمات عالم خلقت را برای تقویت ایمان خود و مراجعانشان به کمک بگیرند.

کلیدواژه‌ها: مراقبت معنوی، بهداشت و سلامت، بیمار



مقدمه

ایمان به عالم "ذلک الكتاب ولاریب فیہ ہدی للمتقین الذین یؤمنون بالغیب" (بقره/۲) وحیات جاودان پس از مرگ، وجود روح ملکوتی در انسان "یسئلونک عن الروح قل الروح من امر ربی وماوتیتم من العلم الا قليلا" (الاسراء) در کنار باور به توحید (خالق ورب بودن پروردگار یکتا) و نبوت انبیای الهی، در بین پیروان تمام ادیان ابراهیمی وجود دارد. اسلام عزیز که موید تمام ادیان ابراهیمی است "کل الدین عندالله الاسلام" رادارای روح ملکوتی از عالم غیب "ونفخت فیہ من روحی" و اشرف مخلوقات می داند که می تواند خلیفه و جانشین خدا در زمین گردد "اذا قال ربک للملائکه انی جاعل فی الارض خلیفه" (بقره/۳۰)

تمام ادیان توحیدی برای انسان علاوه بر جسم و ذهن، قائل به وجود روح هستند که بیشترین سهم تأثیر را در زندگی، سلامت و بیماری افراد داشته، دارای اصالت و حیات جاودان می باشد. مفسرین شیعه معتقدند: "روح لطیفه ربانیه جوهر روحانیه، شناسا، دانا، توانا، مورد تکلیف الهی و محل عواطف و احساساتی چون غم و شادی، ترس و اضطراب، مورد تکلیف الهی است که ثواب و عقاب برای اوست. قرآن از روح تعبیر به قلب فرموده است. معصوم و امرورنهی اعضا و جوارح را به عهده داشته و به واسطه ان انسان می اندیشد و می فهمد" (ولف، ۱۳۹۰: ۷۸)

دمیده شدن روح در چهار ماهگی زندگی جنینی عامل حیات انسان است. روح پس از دمیده شدن به بدن نفس نامیده می شود در این حال، قابلیت پذیرش حالات مختلفی را دارد. می تواند جایگاه ایمان گردد و باشک، شرک، کفر و نفاق را در خود جای دهد. می تواند امر به بدیها کند (نس اماره) یا فریب دهنده شود (مسوله)، یا سرزنش کننده و دعوت کننده به توبه (نفس لوامه) یا می تواند ملهم از فضل خدا برای تشخیص خوب و بد گردد (ملهمه) و در عده ای با عنایت خاصه پروردگار به اطمینان و آرامش ناشی از یقین برسد (نفس مطمئنه). بنابراین قرآن کریم برای قلب، حالتی بر می شمارد از جمله: قلب منیب توابین، قلب سلیم صاحبان ایمان و قلب مریض صاحبان شک، شرک، کفر و نفاق (واما الذین فی قلوبهم مرض فزادتهم رجسالی رجسهم و ماتوا وهم کافرون توبه. واذ یقول المنافقون والذین فی قلوبهم مرض ما وعدنا الله ورسولها الا غرورا احزاب ۱۲) (حیدری راد، شفیعی و بشرپور، ۱۳۹۵: ۹۶)

اسلام عزیز، انتخاب انسان برای ورود و استقرار ایمان در قلب (روح) خود را، عامل سلامت قلب دانسته و صاحبان قلب سلیم را صاحب سلامت معنوی می داد. امام باقر (ع) فرمود: لاسلامه کسلامه القلب" هیچ سلامتی هم چون سلامتی قلب نیست و امیر المومنین علی (ع) فرمود: "اذا احب الله عبداً رزقه قلبا سلیم و خلقا قویما" هر گاه خدا بنده ای را دوست داشته باشد، به او قلب سلیم و اخلاق استوار و نیک روزی می دهد. چرا که نقش ایمان در قلب به شکل اقرار لسانی، معرفت و شناخت عقلی، پیوند عاطفی، رضایت و تسلیم در برابر و توحید و رسالت پیامبر و کتاب آسمانی است (حیدری راد، شفیعی و بشرپور، ۱۳۹۵: ۸۷)

اما با توجه به این که ایمان دارای مراتبی است، پس سلامت معنوی هم دارای سطوحی می باشد. مراتب ایمان با اقرار زبانی پس از شناخت عقلی و پذیرش اسلام شروع می شود. مسلمان با عمل به آنچه امر حضرت حق است، مؤمن می شود و باور قلبی پیدا می کند. استمرار در ایمان همراه با اعمال صالح، فرد را به مقام تقوی می رساند، به نحوی که ایمان در اعضا و جوارح وی، بروز می کند. استقامت در دینداری و تقوی، استفاده از نعمات دنیا برای تعبد و بندگی خدا، در عین دل نبستن به نعمات دنیا برای تعبد و بندگی خدا، در عین دل نبستن به نعمات، فرد را به انقطاع الی اله رسانده و ایجاد زهد می کند. سپس سالک زاهد به شرح صدر



و یقین رسیده، با اخلاص در عمل از ریا کاری دوری شده و تنها برای رضای خدا می کوشد و صاحب نفس مطمئنه می شود. همچون حضرت ابراهیم خلیل الرحمان پدرانبیای الهی و صاحب قلب سلیم "سلام علی نوح فی العالمین، انا کذلک نجزی المحسنین، انه من عبادنا المومنین، ثم اغرقنا الاخرین، وان من شیعه ابراهیم، اذا جاء ربه بقلب سلیم" (الصافات/۸۵) تنها برای رضای خدا می کوشد "ان اصلائی ونسکی ومحیای ومماتی لله رب العالمین" در این حال از هر آنچه خدا برایش مقدر فرموده، راضی است (نفس راضیه) همچون حضرت سیدالشهداء با وجود اعظم مصائب، با رضایت از سرنوشت، عشق وامید، خوش بینی و حسن ظن به خدا، بر بلا صبر و برای نعمات الهی شکر می کند (سعادت، اصغری و جزایری، ۱۳۹۴: ۱۶).

این است که قرآن مجید، قلب سلیم را تنها سرمایه نجات برای روز قیامت دانسته، روزی که نه مال سود می دهد و نه فرزندان، مگر آن کس که با قلبی رسته از شرک نزد خدا بیاید "یوم لا ینفع مال ولا بنون* الا من آتی الله بقلب سلیم" (شعرا/۸۹-۸۸). حضرت مولای متقین در مناجات خود در مسجد کوفه، برای قیامت امان طلبیده و درخواست قلب سلیم می فرمایند. حضرت پیامبر اکرم (ص) قلب سلیم را "دین بلاشک و الهوی و عمل بلا سمعه و ریا" دین بدون شک و هوای نفس و کردار بدون شهرت طلبی و ریا معرفی فرموده و امام صادق (ع) صاحبان نیت پاک و خالص را، صاحب قلب سلیم می داند "قلب سلیم قلبی است که خدایا ملاقات کنی، در حالی که هیچ کس جز او در آن نباشد کسی که نیت صادقی دارد، صاحب قلب سلیم است؛ چرا که سلامت قلب از شرک و شک، نیت رادهمه چیز خالص می کند" به این دلیل، اسلام عزیز برای صاحبان سلامت معنوی به واسطه سیر ذمراتب معنوی ایمان، فضائل برمی شمارد که شامل: مقام حکمت و خردورزی، مقام عفت و حیا، مقام شجاعت، مقام عدالت خواهی، مقام کرامت نفس و نوع دوستی و بالاخره مقام محمود شفاعت می باشد در روانشناسی مثبت هم سلیگمن آن ها را ویژگی انسانهای سالم بر شمرده است (سلیمانی، حبیبی، ۱۳۹۴: ۹۶).

قرآن کریم، تبعیت از هدایت الهی "فاما یأتینکم منی هدی فمّن تبع هدای فلا خوف علیهم ولا هم یحزنون" (بقره، ۳۸) و تسلیم در برابر حق را لازمه رسیدن به سلامت معنوی می داند "بلی من اسلم وجهه لله فهو محسن فله اجره عندربه ولا خوف علیهم ولا هم یحزنون" (بقره، ۱۱۲؛ لقمان، ۲۲). به نحوی که افراد دارای سلامت معنوی با ملکه صبر و شکر در زمان حال زندگی می کنند، هیچ ترس و اضطرابی از آینده، غم و اندوهی از گذشته ندارند "الذین قالوا ربنا الله ثم استقاوا فلا خوف علیهم ولا هم یحزنون" (احقاف/۱۶). یعنی، حسرت گذشته را نداشته و به آینده خوش بین و امیدوارند "لکیلاً تأسوا علی ما فاتکم ولا تفرحوا بما آتاکم" (سوره حدید/۲۳). اما قرآن کریم همچنین، هرگونه اختلال در ارتباط با خدایا عامل بیماری معنوی (قلب مریض) معرفی می کند "لیجعل ما یلقى الشیطان فتنه للذین فی قلوبهم مرض والقاسیه قلوبهم وان الظالمین لفی شقاق بعید" (حج ۵۳) که به مشکلاتی چون کینه و انتقام جوی، نفرت و دشمنی، حسد و بدخواهی و... در نهایت قساوت قلب منجر می شود (سلیمانی، حبیبی، ۱۳۹۴: ۷۹).

تمام یافته های موجود در شواهد دینی و هم چنین تحقیقات علمی در دهه های اخیر و در هزاره ادیان بر التیام بخشیا اعتقادات بیماران تأکید نموده اند، و نشان داده اند که: اعتقادات معنوی با تمام جنبه های سلامتی و بیماری فرد همراه بوده، عادات روزانه زندگی راهدایت کرده، منشأ حمایت، قدرت و بهبودی است. توانایی مقابله با وقوع بیماری را بالا می برد و سرعت بهبودی را افزایش می دهد. باعث می شود افراد احساس بهتری داشته باشند و قدرت بیشتر برای مقابله با بیماریها به دست آورند و با بیماری خود بهتر سازگاری پیدا کنند. همگی بسیار قابل تأمل هستند. اما متأسفانه موضوع سلامت معنوی در مدمدجویان و مراجعان سالم هنوز هم مدنظر علم روز دنیانیست (علی اکبری، علی پور، محمدی و دقاق زاده، ۱۳۹۴: ۸۷).



توجه به نیروهای معنوی به‌عنوان منبعی که به بیماران آرامش، نیرو و نشاط وصف ناپذیری می‌بخشد، مورد توجه نظریه پردازان پرستاری چون نیومن، پارس، روی، تراول بی وواتسون بوده و تئوری های پرستاری معنویت را بعد مهمی از پرستاری کل نگر و مراقبت از بیمار دانسته و مراقبت معنوی را ضروری و حیاتی می‌دانند. تشخیص پرستاری دیسترس معنوی در طبق بندی انجمن تشخیص پرستاری آمریکای شمالی در سال ۱۹۸۸ هم موید آن است. اما متأسفانه در مراکز تحقیقاتی درباره درمان و مراقبت معنوی مطالعات بسیار کمی وجود دارد. پرستش اساسی این است که کدام یک از دیدگاه های فلسفی و تئوری های علمی در جهان از چنان جامعیت و کل نگر بر خور دارند، که بتوانند به درستی و به طور کامل، انسان را با تمام ابعاد وجودی (زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی) و تمام نیازها و مشکلاتش شناخته و برای درمان و مراقبت او راه حل ارائه کنند؟ کدام دیدگاه می‌تواند مهمترین بهد وجودی انسان که روح ملکوتی از عالم غیب است، را شناخته برای نیازهای روحی سلامت معنوی او دستورالعمل صادر کند؟ و این که یک از مدل های درمان و مراقبت در جهان با مبانی فلسفی و باورهای دینی و معنوی پیروان ادیان ابراهیمی هماهنگی دارد؟ یا توانسته به شناخت روح و تأثیر آن بر جسم توجه کند؟ آیا دستاوردهای علمی که باور به روح و عالم غیب و حیات پس از مرگ ندارد، می‌تواند برای مردم مسلمان ایران و پیروان ادین ابراهیمی جهان قابل کاربرد باشند؟ این پژوهش با هدف طراحی روش تقویت ایمان و اعتقادات، به‌عنوان اصلی ترین مراقبت و راهکار حفظ و ارتقای سلامت معنوی مددجویان و بیماران انجام شد (علی اکبری، علی پور، محمدی و دقاق زاده، ۱۳۹۴: ۸۰).

۱- تعاریف و مفاهیم

۱-۱- مراقبت معنوی

مراقبت معنوی مرکز و قلب موجودیت انسان است و پرستارانی که مراقبت معنوی را ارائه می‌نمایند در بطن و قلب افرادی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند، قرار دارند. طی ارائه مراقبت معنوی یک ارتباط عمیق، صمیمی و ماورایی بین پرستار و بیمار ایجاد می‌شود. پرستار معنوی مراقبت را از دید هر یک از بیماران شناسایی و به او کمک می‌کند تا به یک قدرت برتر متصل گردد (قاسمی، حاتمی، حسنی، ۱۳۹۵).

۱-۱-۱- چالش‌های عملیاتی شدن خدمات سلامت و مراقبت معنوی

۱- مشکلات محتوای علمی است. ابهام در مبانی، گستردگی و تکثر تعاریف که دستیابی به تعریف مورد وفاق همه را غیرممکن نموده است، بین رشته‌ای بودن موضوع سلامت معنوی از یکسو با علوم دینی از سوی دیگر با علوم انسانی و از سوی دیگر با علوم تجربی سامان دهی این دانش را در قلمرو مسائل سلامت معنوی با دشواری‌های روبرو ساخته است (قاسمی، حاتمی، حسنی، ۱۳۹۵: ۹۶).

۲- چالش‌ها مداخله‌ای مراقبتی است. مواردی از این چالش‌ها: ارائه دهنده اصلی سلامت و مراقبت معنوی مشخص نیست، پزشک یا پرستار یا متخصصان این موضوع. در این حوزه نیاز به نقش آفرینی روحانیون در میدان است.

مورد دیگر اینکه نیاز سنجی جامعی از تمام قلمروئی که خدمات سلامت و مراقبت معنوی ارائه شود، صورت نگرفته است. در نتیجه بسته‌های مداخله‌ای مورد نیاز هم در بسیاری از موارد تهیه نشده است (قاسمی، حاتمی، حسنی، ۱۳۹۵: ۸۷).



۳- چالش‌ها سازمانی و مدیریتی است. با وجود تاکید بسیاری از مسولان و متخصصان در رابطه با اهمیت و ضرورت سلامت معنوی هنوز جایگاه مشخصی برای این موضوع تعیین نشده است. سازمان‌ها و نهادهای مختلف خود را متصدی این کار می‌دانند اما شرح وظایف روشن، بودجه مشخص و کادر لازم را ندارند (قاسمی، حاتمی، حسینی، ۱۳۹۵: ۱۲۰).

۲-۱- تعریف سلامت

سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد. ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. قدیمی‌ترین تعریفی که از سلامتی شده عبارتست از بیمار نبودن (قربانی تقلید آباد، تسبیح سازان مشهدی، ۱۳۹۵: ۸۵)

در طب سنتی برای انسان چهار طبع مخالف دموی، بلغمی، صفراوی و سوداوی قائل بودند و اعتقاد داشتند که هرگاه این چهار طبع مخالف در حال تعادل باشند فرد سالم است و زمانی که تعادل میان طبایع چهارگانه مختل شود بیماری عارض می‌شود. فرهنگ وبستر سلامتی را وضعیت خوب جسمانی و روحی و بخصوص عاری بودن از درد یا بیماری جسمی می‌داند. فرهنگ آکسفورد سلامتی را وضعیت عالی جسم و روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و مؤثر انجام شود می‌داند (قربانی تقلید آباد، تسبیح سازان مشهدی، ۱۳۹۵: ۷۱)

۲-۱-۱- ابعاد سلامتی

با توجه به تعریف سلامتی متوجه می‌شویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند. و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آن‌ها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد (محمدی، سامانی، ۱۳۹۴: ۸۷).

۲-۱-۱-۱- بعد جسمی

معمول‌ترین بعد سلامتی، سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی ساده‌تر می‌توان آنرا ارزیابی کرد. سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضاء بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضاء بدن و هماهنگی آن‌ها با هم نشانه سلامت جسمی است. به‌عنوان نمونه بعضی از نشانه‌های سلامت جسمی عبارتست از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتهای کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، جلب توجه نکردن اعضاء بدن توسط خود فرد، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن نسبتاً ثابت در سنین بالاتر و... (محمدی، سامانی، ۱۳۹۴: ۱۰).

۲-۱-۱-۲- بعد روانی

بدیهی است سنجش سلامت روانی نسبت به سلامت جسمی مشکل‌تر خواهد بود در اینجا تنها نداشتن بیماری روانی مد نظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس‌العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل می‌دهد نکته دیگری که باید در اینجا به آن اشاره کرد اینکه بسیاری از بیماری‌های روانی نظیر اضطراب، افسردگی و غیره بر روی سلامت جسمی تأثیر گذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری‌های روانی و جسمی وجود دارد. بعضی از نشانه‌های سلامت روانی عبارتست از: سازگاری فرد با خودش و دیگران، قضاوت نسبتاً صحیح در برخورد با سائل، داشتن روحیه انتقاد پذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات (محمدی، سامانی، ۱۳۹۴: ۹۵).



۱-۲-۳- بعد معنوی

یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدفدار بودن زندگی، پای بندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می‌شود. جنبه‌های معنوی زندگی باعث می‌شود فرد همواره برای اهداف عالی‌تر زندگی تلاش نماید و در مقابل کمبودها و مشکلات تحمل و بردباری بیشتری داشته و همواره از رضایت خاطر برخوردار باشد ضمن اینکه در ارتباط با افراد دیگر جامعه نیز رفتار مناسب خواهد داشت. بنابراین تقویت جنبه معنوی به سلامت جسم و روح افراد و نهایتاً سلامت جامعه بزرگ بشری کمک بسزایی خواهد کرد (محمدی، سامانی، ۱۳۹۴: ۹۸).

۱-۲-۴- بعد اجتماعی

بعد اجتماعی سلامتی از دو جنبه قابل بررسی است یکی ارتباط سالم فرد با جامعه، خانواده، مدرسه و محیط شغلی و دیگری سلامتی کلی جامعه که با توجه به شاخص‌های بهداشتی قابل محاسبه می‌توان سلامت جامعه را تعیین و با هم مقایسه کرد که بعداً در مورد شاخص‌های سلامتی اجتماع بحث خواهیم کرد (مسعودنیا، پورنقی و باهمت، ۱۳۹۵: ۹۸).

۱-۲-۲- عوامل مؤثر بر سلامتی (تعیین کننده‌های سلامتی)

با توجه به دامنه گسترده تعاریف مربوط به سلامتی تعیین کننده‌های سلامتی نیز بسیار گسترده و متنوع خواهد بود که در اینجا به مهم‌ترین آن‌ها اشاره می‌شود (مسعودنیا، پورنقی و باهمت، ۱۳۹۵: ۸۷).

۱-۲-۳- عوامل ژنتیکی و فردی

بسیاری از بیماری‌ها تحت تأثیر خصوصیات ژنتیکی هستند. گرچه در مورد بیماری‌هایی که ظاهراً جنبه ژنتیکی ندارند نیز ممکن است خصوصیات ژنتیکی فرد زمینه مساعد کننده‌ای برای بیماری فراهم آورد (مسعودنیا، پورنقی و باهمت، ۱۳۹۵: ۹۶). عوامل فردی نظیر سن، جنس، شغل، طبقه اجتماعی، وضع تغذیه و نقش مهمی در سلامت افراد جامعه خواهد داشت که در اینجا بعنوان نمونه به شرح مختصر بعضی از عوامل فردی مؤثر بر سلامت اکتفا می‌شود.

سن: بیشتر حالات مربوط به سلامت و بیماری به نحوی با سن افراد، مرتبط است. مثلاً نوع بیماری‌ها، شدت بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از آن در سنین مختلف متفاوت است و بیماری‌های قابل انتقال در سنین پایین و بیماری‌های غیر قابل انتقال و مزمن در سنین بالا شیوع بیشتری دارد (مسعودنیا، پورنقی و باهمت، ۱۳۹۵: ۸۷).

۱-۲-۴- جنس

به طور کلی گزارش بیماری در زنان و مرگ و میر در مردان بیشتر است. به دلیل تفاوت‌های تشریحی، فیزیولوژیک و اجتماعی زن و مرد، نوع و شدت و فراوانی بیماری در دو جنس متفاوت است. در مورد فزونی مرگ و میر جنس مذکر در تمام موارد نمی‌توان دلیلی پیدا کرد ولی به طور کلی به نظر می‌رسد که نوع کار و حرفه و فعالیت‌های اجتماعی یکی از علل عمده این تفاوت باشد (مسعودنیا، پورنقی و باهمت، ۱۳۹۵: ۹۸).

۱-۳- شغل و طبقه اجتماعی



سلامت افراد جامعه به نحو مؤثری تحت تغییر شغل می‌باشد زیرا انتخاب حرفه خاص در بسیاری از موارد مستقیماً فرد را در معرض عوامل بیماری‌زای مربوط به آن حرفه و بیماری‌های ناشی از آن قرار می‌دهد ضمن اینکه با تأثیر گذاری بر سطح درآمد به صورت غیر مستقیم بر طبقه اجتماعی، تغذیه، وضع مسکن و سایر فعالیت‌های فرد هم مؤثر خواهد بود که همه آن‌ها به نحوی در سلامت نقش دارند.

۱-۳-۱- عوامل محیطی

محیط، نقش بسیار مهمی در وضعیت سلامت و بیماری خواهد داشت زیرا از یک طرف به‌عنوان یک عامل جداگانه بر سلامت فرد اثر می‌گذارد و از طرف دیگر روی خصوصیات فردی نظیر شیوه‌های زندگی، وضعیت ایمنی و خصوصیات رفتاری فرد تأثیر دارد. اثر عوامل محیطی نظیر آب، خاک و شرایط جغرافیایی بر سلامت نیز بر کسی پوشیده نیست و علاوه بر آن عوامل بیولوژیک محیط نظیر موجودات و جانوران محیط زندگی انسان نیز نقش مؤثری بر سلامت افراد جامعه خواهند داشت (نریمانی، میکاییلی، بشرپور، شاه محمد زاده، ۱۳۹۳: ۱۵).

۲- نقش مراقبت معنوی در سلامت بیماران

به نظر می‌رسد که معنویت یکی از نیازهای بیماران است که معمولاً مورد غفلت قرار می‌گیرد. این در حالی می‌باشد که پرداختن به نیازهای معنوی به‌عنوان عنصر ضروری مراقبت کل نگر در پرستاری شناخته شده است. پرستاران می‌توانند هنگام پرستاری در مورد تاریخچه سلامتی از بیمار، به بررسی و ارزیابی نیازهای معنوی وی بپردازند. در این راستا انجمن تشخیص پرستاری آمریکای شمالی، اختلال روحی و پریشانی معنوی را نوعی تشخیص پرستاری و نظام طبقه بندی مداخلات پرستاری دانسته و القای امید، تسهیل رشد معنوی، افزایش بالقوه سلامت معنوی نموده است. مراقبت معنوی پرستاران می‌تواند سبب ارتقای فرایند درمان و بهبودی، کیفیت زندگی، سلامت روان و همچنین توانایی تطابق بیمار با موقعیت‌های بحرانی شود. علاوه بر این، درک رستاران از مراقبت معنوی می‌تواند به شکلی مستقیم نحوه عملکرد، کیفیت مراقبت ارائه شده و ارتباطان ها با بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (نریمانی، میکاییلی، بشرپور، شاه محمد زاده، ۱۳۹۳: ۸۷).

۲-۱- مراقبت معنوی در مداخلات معنوی بیماران

لمس درمانی، شوخی و مزاح، تشویق به نوشتن و یادداشت برداری، القای امید و حمایت معنوی نظیر تشویق بیمار به صبت در مورد بیماری خود، گوش دادن فعال به احساسات و نگرانی‌های بیمار، ایجاد یک مکانو امکانات خاص برای عبادت، برقراری شرایط ملاقات بیمار با دوست صمیمی یا افراد مورد علاقه‌اش در خانواه، در صورت لزوم کمک گرفتن از یک فرد روحانی، استفاده از داستان سرایی و خاطرات، تسهیل انجام تشریفات مذهبی و فراهم نمودن حمایت معنوی، افکار مثبت و یوگا، خواندن کتاب مقدس، مدیتیشن و پیاده روی در طبیعت، گرفتن دست بیمار و تصویرسازی هدایت شده می‌باشد (سعادت، اصغری و جزایری، ۱۳۹۴: ۱۷).

ROSS معتقد است که کارکنان سلامتی از طریق احترام به باورهای مذهبی بیمار و پیش بینی امکاناتی برای انجام اعمال مذهبی، تسهیل حمایت از خانواده و دوستان، ارائه مراقبت جسمانی خوب و اطلاعات مناسب، حضور داشتن در کنار بیمار، گوش دادن به صحبت‌های او و ابراز همدلی و توجه می‌توانند مراقبت معنوی مناسب را ارائه دهند.



در حقیقت، مداخلات معنوی یکی از وظایف یک پرستار متخصص و حرفه‌ای می‌باشد که در کنار سایر مداخلات پرستاری می‌تواند سبب تعادل میان جسم و روان شده و در پی آن به کسب سلامتی کامل و همه جانبه منجر شود؛ بنابراین با توجه به اثر بعد معنوی بر سلامتی و کیفیت زندگی بیماران و نیز با توجه به مصوبات انجمن بین‌المللی پرستاران، مراقبت معنوی بخش مهمی از عملکرد پرستاری محسوب می‌شود (سعادت، اصغری و جزایری، ۱۳۹۴: ۱۵).

احساس معنویت و مراقبت معنوی در پرستاران می‌تواند آن‌ها را در انجام وظایف خود به ویژه رویارویی با بیماران یاری رسانده و آن‌ها را ترغیب نماید تا اقدامات و مداخلات مراقبتی خود را هدفمند و با معنا ارائه کنند. این نوع مراقبت مستلزم فهم عقاید معنوی و شناخت نیازهای معنوی بیمار بوده و بهتر است پرستاران، معنویت را با مراقبت پرستاری خویش تلفیق نموده و ارتباط با بیماران و خانواده‌های آن‌ها را ارتقا بخشند. این امر مستلزم آن است که پرستاران درک. دانش خود را در مورد معنویت و مراقبت معنوی توسعه بخشند (یعقوبی، برادران، رنجبر نوشری و جوکی چگینی، ۱۳۹۴: ۸۷).

مراقبت معنوی در برنامه‌های درسی بیشتر کشورهای غربی و شرقی گنجانده شده است؛ اما به دلایل مختلفی، پرستاران هنوز از آمادگی کافی در جهت شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران برخوردار نیستند و به آموزش دانشگاهی بیشتری نیاز دارند. در این زمینه، مدرسین حوزه پرستاری به منظور تشخیص و رفع نیازهای معنوی بیماران ایفا می‌کنند. در این ارتباط لازم است اصول معنویت و مراقبت معنوی در برنامه درسی دوره کارشناسی پرستاری گنجانده و تدریس شود. در این راستا، نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان دادند که پرستاران شرکت کننده در پژوهش از صلاحیت‌های حرفه‌ای مناسبی در ارائه مراقبت معنوی برخوردار نبوده‌اند (مسعودنیا، پورنقی، باهمت، ۱۳۹۵: ۷۱).

پرستاران اذعان دارند که آموزش‌های کافی در حیطه مراقبت معنوی را دریافت نمی‌کنند و در ارائه این مراقبت با مشکل مواجه می‌باشند؛ بنابراین دانشجویان رشته پرستاری به دریافت آموزش در ارتباط با این نوع مراقبت نیاز دارند. باید توجه داشت که آموزش مراقبت معنوی، تأثیر مثبتی بر درک بهتر دانشجویان از این مفهوم و دانش، نگرش، نگرش و مهارت آن‌ها نسبت به این نوع مراقبت خواهد داشت. البته آموزش مراقبت معنوی می‌تواند پیامدهای منفی را نیز به همراه داشته باشد که به نوع و شیوه آموزش دادن بستگی دارد؛ از این رو همزمان با آموزش این نوع مراقبت می‌بایست اصول اخلاق حرفه‌ای نیز آموزش داده می‌شود (مسعودنیا، پورنقی، باهمت، ۱۳۹۵: ۶۷).

باید خاطرنشان ساخت که آموزش و یادگیری مراقبت معنوی در پرستاری ایران، نامحسوس، مبهم، غیررسمی و بدون برنامه ریزی انجام می‌شود و دانشجویان با الگوپذیری از اساتید و اطرافیان خود، مصادیق مختلف مراقبت معنوی را می‌آموزند که این آموزش، هم سطح و همسان نبوده و با ویژگی‌های استاد و دانشجو مرتبط می‌باشد. این در حالی است که انجمن پرستاران آمریکا، اهمیت مراقبت معنوی را در استانداردها، بیانیه‌ها و کدهای اخلاقی خود به رسمیت شناخته است و بعد معنوی را مرکز ثقل پرستاری دانسته و متذکر شده است که مراقبت معنوی به‌عنوان بخشی از مراقبت کلی می‌بایست در برنامه پرستاری گنجانده شود (مسعودنیا، پورنقی، باهمت، ۱۳۹۵: ۴۹).

در این راستا، در مطالعه‌ای برنامه آموزش مراقبت معنوی در بالین بر پایه سه تئوری بنر، تاکونومی بلوم و اسچون اجرا گردید. نتایج نشان دادند که افراد پس از دریافت مداخله و آموزش‌های کافی در مقایسه با زمانی که آموزش کافی در حیطه مراقبت



معنوی را دریافت نکرده بودند، میانگین نمرات بالاتری را در حیطة شایستگی و مهارت در انجام مراقبت معنوی در بالین کسب نمودند؛ بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش مراقبت معنوی می‌تواند در ارتقای مهارت پرستاران برای انجام مراقبت معنوی، نقش داشته و کاربردی باشد (محمدی، سامانی، ۱۳۹۴: ۹۰)

برای توسعه ارتباط با خداداربیماران اقدامات ضروری شامل این موارد است: تشویق افراد به تفقه در دین، مطالعه و تدبر در زندگی پیامبر وائمه اطهار و تلاش برای الگو گرفتن از ایشان در عمل و انجام عباداتی چون: نماز، وضوی مستحبی، تلاوت قرآن توأم با حکمت تلاوت، ذکر و یاد خدا، اجرای آداب اسلامی خواب، رویادرمانی اسلامی، دعا و نیایش، لمس توأم با نیایش شفا بخش، انفاق و صدقه و قربانی و عقیقه، شکر بر نعمات ایجاد فضای معنوی در محیط بیمارستان، عدم انجام مراقبت‌های روتین پرستاری، ذر هنگام عبادت، دعا و نیایش بیماران، فراهم کردن شرایط لازم برای عبادت (آب برای وضو یا سنگ برای تیمم، مهر و چادر برای نماز، تسبیح برای ذکر، قرآن و مفاتیح برای تلاوت)، آموزش احکام وضو و تیمم و نماز در هنگام بیماری و بستری بودن در بیمارستان. تعویض لباس بیمار در صورت نیاز به تطهیر، مشخص کردن جهت قبله، قرار دادن هدفون برای استماع آوای قرآن یا ادعیه (محمدی، سامانی، ۱۳۹۴: ۴۸)

۲-۲- برای اصلاح ارتباط با خود

تشویق بیمار به آگاهی در مورد جایگاه انسان در عالم هستی و تفکر در مراحل آفرینش انسان، تفکر درباره سبک زندگی خود و نقش عادات در بروز یا تشدید علائم بیماری و پذیرش مسئولیت خود در برابر سرنوشت ایجاد شده، آموزش مفهوم قضا و قدر الهی و امکان رفع بلا با دعا توصیه به یادداشت برداری روزانه برای انجام مشارطه و مراقبه و محاسبه و معاتبه آماده کردن وسایل نگارش (دفترچه و خودکار) برای یادداشت روزانه در توسعه ارتباط با مردم: ازان جای که ارتباطات اجتماعی بر تمام جنبه‌های سلامتی اثر دارد و دوستان موجب شادمانی و خلق مثبت، سلامت روانی، کاهش فشار روانی، تخلیه روانی و برون ریزی عاطفی می‌شوند روابط با دوستان و صله ارحام که در قرآن مایه طول عمر شمرده شده مبنی بر حسن خلق، تواضع بردباری و شرح صدر، توجه به ظرفیت روانی افراد، تعدیل توقعات، خوش گمانی و تفسیر مناسب، تغافل، رازداری، انصاف، توصیه می‌شود و امکان ملاقات بیمار با افراد خانواده و خویشاوندان مورد علاقه وی فراهم می‌شود. ایجاد احساس اخوت و برادری، محبت کردن به دیگران (حجرات/۱۰)، عفو بخشش خطای دیگران (خداالفو)، سازش و مدارا کردن با مردم، احسان و نیکوکاری (نساء/۳۶)، انس و الفت با مردم رعیت ادب در برقراری ارتباطات اجتماعی مثل، دیدار، سلام و مصافحه، احترام گذاشتن، گوش فر دادن، قدر دانی از محبت‌های دیگران، ابراز محبت با هدیه های کوچک، گشاده رو بودن، شوخی و مزاح و شاد کردن افراد، خوش بینی نسبت به دیگران و خوش خلقی جزء سیره پیامبر اکرم (ص) و اهل بیت ایشان می‌باشد، توصیه می‌گردد. پرستار هم در ارتباط درمانی خود با بیمار و خانواده از تکبر، حسد، تعصب، خشم و ستیزه جوی، غیبت، تهمت، سخن چینی، استهزاء و به کارگیری القاب نامناسب، دروغ، نجوا، بدگمانی، تجسس و عیب جویی از جمله گفتارهای نامناسبی است که به روابط اجتماعی آسیب می‌رساند پرهیز می‌کند (علی اکبری دهکردی، صالحی و رضایی، ۱۳۹۲: ۴۸).

بحث و نتیجه گیری

اگر چه سیستم طبقه بندی مداخلات پرستاری، القای امید، حمایت معنوی و تسهیل رشد معنوی را به عنوان مداخلات پرستاری کرده‌اند و برای تأمین مراقبت معنوی مهارت‌هایی چون: هماهنگی با توجه، ارتباطات غیر کلامی، حساسیت، صداقت، گسترش



اعتماد، مهارت‌های ارتباطی بین فردی، خودآگاهی، تشریک مساعی، شناخت محدودیت‌های خود و نیازهای مذهبی را ضروری می‌داند و مراقبت معنوی را در برگیرنده فعالیت‌هایی مانند احترام و حفظ معنویت و وقار بیمار، با دقت گوش کردن به بیمار، دانسته‌اند که در قالب مداخلاتی نظیر: گوش دادن به بیمه‌ها و نگرانی‌ها، عبادت به همراه مددجو، خواندن کتب مقدس دینی، اظهار امیدواری و تبیین اهمیت نگرانی‌های معنوی در مرحله انتهایی زندگی، ارجاع به روحانی یا سایر ارائه دهندگان معنویت می‌شود. اما ایشان مراقبت معنوی را تنها مختص بیماران دانسته و از آن به عنوان یک روش تسکینی و مکمل برای بیماران بدحال استفاده می‌کنند. در حالی که در دیدگاه فلسفی اسلام، هدف از مراقبت معنوی مساعدت به افراد برای دستیابی به قلب سلیم است تا با تبدیل واکنش‌های نشأت گرفته از نگرانی و ترس از آینده یا غم و اندوه گذشته، افراد به احساس عشق، اطمینان و اعتماد، امنیت و آرامش، امید و نشاط دست یابند. در زمان حال زندگی کرده و بر رنج مقدس آزمایشات الهی از جمله وقایع استرس زای زندگی صبر و برنعمات بیکران خدا شکر نمایند. ضروری است که کارکنان نظام سلامت با آموزش به مددجویان و بیماران این نگرش در ایشان اصلاح کنند تا خود را قربانی سرنوشت و گرفتار شرایط پیرامون و تحت جبر عالم طبیعت ندانسته و به تأثیر روش زندگی بر بروز سلامت یا بیماری پی ببرند. تمام کارکنان علوم سلامت باید با میدواری به رفع مشکلات موجود و رویداد حوادث خوشایند در آینده و حسن ظن به خدا، احساس امنیت را در بیماران و مددجویان سالم خود تقویت نموده و با پناه بردن به رحمت الهی ایشان را از حزن و خوف برهانند.

منابع

۱. بیگل هول. آر، بونیتا. آر، کجلستروم. تی، مبانی اپیدمیولوژی (ترجمه جانقربانی. محسن، ژیانپور. مطهره) چاپ اول. معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و پزشکی ۱۳۹۱ ص: ۱۶۱۵.
۲. حیدری راد، ح: شفیعی، م و بشرپور، س. (۱۳۹۵). «مقایسه نگرش‌های ناکارآمد و انعطاف پذیری شناختی در زنان با وبدون سابقه طلاق». فصلنامه علمی- پژوهشی زن و فرهنگ، ۸(۳۰): ۱۱۲-۱۰۳.
۳. خرامین، ش. ع؛ نیلی، ح؛ محمدی، ع و مبشری، ق. (۱۳۹۷). «مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده و دوازدهه، سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی». مجله ارمان دانش، ۱۳(۲): ۹۵-۱۰۴.
۴. سعادت، س؛ اصغری و جزایری، ر (۱۳۹۴). رابطه خودکارآمدی تحصیلی با استرس ادارک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه گیلان. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۵(۱۲): ۶۷-۷۸.
۵. سلطانی، ا؛ شاره، ح؛ بحرینیان، س. ع و فرمانی، ا. (۱۳۹۲). «نقش واسطه‌ای انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب آوری با افسردگی». پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، ۱۸(۲): ۸۸-۹۶.
۶. سلیمانی، ا و حبیبی، ی (۱۳۹۴). ارتباط بین تنظیم هیجان و تاب آوری با بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان. مجله روانشناسی مدرسه، ۳(۴): ۷۲-۵۱.
۷. علی اکبری دهکردی، م؛ صالحی، ش و رضایی، ا. (۱۳۹۲). «مقایسه باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی در بین بیماران کرونر قلب و افراد عادی». فصلنامه علمی، پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲(۲): ۳۲-۱۸.
۸. علی اکبری، م؛ علی پور، ا؛ محمدی، ن و دقاق زاده، ح. (۱۳۹۴). «الگوی ساختاری روابط بین دشواری‌های تنظیم هیجانی، مشکلات روانشناختی، جسمانی سازی و شدت علائم گوارشی در اختلالات گوارشی عملکردی». مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۳(۳۲۱): ۴۴-۲۸.
۹. فاضلی، م؛ احتشام زاده، پ و هاشمی شیخ بهانی، ا. (۱۳۹۳). «اثر بخشی درمان شناختی، رفتاری بر انعطاف پذیری در افراد افسرده». اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۹(۳۴): ۲۷-۳۶.



۱۰. قاسمی، م؛ حاتمی، م؛ حسنی، ج. (۱۳۹۵). «اثر بخشی بهره گیری توأم از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در ذهن آگاهی، تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن». فصلنامه علمی، پژوهشی روانشناسی سلامت، ۵(۱۸): ۸۶-۶۹.
۱۱. قراء زیبایی، ف؛ علی اکبری دهکردی، م؛ علیپو، ا و محتشمی، ط. (۱۳۹۱). «اثر بخشی معنادارمانی به شیوه گروهی براسترس ادراک شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به ام اس». نشریه علمی پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶(۴): ۲۰-۱۲.
۱۲. قربانی تقلید آباد، ب و تسیح سازان مشهدی، ر. (۱۳۹۵). «رابطه‌ی مکانیزم‌های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی با استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر». مجله اندیشه و رفتاردر روانشناسی بالینی ۱۰(۳۹): ۲۶-۱۷.
۱۳. کریمی افشار، ع؛ شعبانین، گ؛ سعید تالشی، ل و منظری توکلی، و. (۱۳۹۷). «بررسی تأثیر مداخله‌ی تنظیم هیجان گروهی بر تاب آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان». فصلنامه علمی، پژوهشی روانشناسی سلامت، ۷(۱): ۱۰۵-۹۵.
۱۴. لست. جانم، فرهنگ اپیدمیولوژی (ترجمه ناصری. کیومرث) مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران ۱۳۶۷ ص: ۹۰-۸۹.
۱۵. محمدی یگانه، ل؛ باستانی، ف؛ فیضی، ز؛ آگیلاروفایی، م و حقانی، ج. (۱۳۸۷). «تأثیر آموزش کنترل استرس بر خلق و استرس درک شده در زنان مصرف کننده‌ی قرص‌های ضدبارداری». فصلنامه پرستاری ایران، ۲۱(۵۳): ۷۳-۶۳.
۱۶. محمدی، ن.؛ سامانی، ب. (۱۳۹۴). «مقایسه‌ی انعطاف پذیری روانشناختی و طرحواره‌های هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری و افراد عادی». پایان نامه کارشناسی ارشد. شیراز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
۱۷. مسایلی، ن؛ خیرآبادی، غ؛ افشار، ح؛ مرانی، م. ر؛ دقاق زاده، ح؛ روح افزا، ح. ر (۱۳۹۲)، بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و شدت علامت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. «مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۱): (پیاپی ۵۰): ۴۴-۳۹.
۱۸. مسعودنیا، ا؛ پورنقی، س. ج و باهمت، ز. (۱۳۹۵). «مقایسه راهبردهای مقابله‌ای در برابر شرایط استرس زا در افراد با علائم اولسر پپتیک و افراد سالم ۲۰ تا ۵۰ سال». «مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۸(۲): ۳۵۲-۲۴۱.
۱۹. نریمانی، م؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، ع و احدی، بتول (۱۳۹۲) مقایسه اثربخشی پذیرش / تعهد و تنظیم هیجانان در تعدیل دانش آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. مجله ناتوانی یادگیری، ۲(۴): ۱۷۶-۱۵۴.
۲۰. نریمانی، م؛ میکایلی، ن؛ بشرپور، س و شاه محمد زاده، ی. (۱۳۹۳). «مقایسه انعطاف پذیری شناختی، سوگیری توجه و حافظه هیجانی در بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، سیگاری و افراد عادی». پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی.
۲۱. ولف، هنریک. (۱۳۹۰)، درآمدی بر فلسفه پزشکی، ترجمه همایون مصلحی، انتشارات طرح نو.
۲۲. یعقوبی، ح؛ برادران، م؛ رنجبر نوشری، ف و جوکی چگینی، م. (۱۳۹۴). «بررسی تطبیقی باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف بیماران کرونری قلب و افراد سالم». فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۰(۳۷): ۲۲۴-۲۱۱.



The Effect of Spiritual Care on Improving the Health of Patients

Maryam Shiran Nasl

Associate Professor, Department of Criminal Law & Criminology, Law Research Center, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran (Responsible Author)
maryam.shiryan@yahoo.com

Sahra Dadashpour

M.A Student in Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
sahralawyer@gmail.com

Abstract

Background and Aim: There is a possibility of spiritual disease in healthy people, and in patients, neglecting the remembrance of God, unhygienic habits, risky behaviors and destructive emotions caused by it threaten the spiritual health of healthy clients. This research was conducted with the aim of designing a method of strengthening faith and beliefs, as the main care and solution for maintaining and improving the spiritual health of clients and patients.

Methods: In the six stages of qualitative research, first the global models of nursing care were analyzed. Due to the lack of attention of all of them to the existence of the divine soul in humans, the concept of soul (heart) was adapted from the Quran and narrations. The concept of a healthy heart was used as a central concept in the design of the model of spiritual care of a healthy heart using the grounded theory method. Then, in the deductive-inductive research, the list of spiritual diseases was extracted in the four dimensions of human relationship with God, self, people and science of creation. The guidelines for spiritual care guidelines based on religious evidence were designed and validated by the Stetler method.

Findings: From the point of view of the Qur'an, spiritual health means having a healthy heart, which is achieved in the light of faith and belief of the heart. Faith and trust in God alleviates the spiritual damage caused by divine afflictions and trials, including illness, and provides the ability to adapt to life's problems. Belief in God's power, while developing the courage to face life's crises, turns problems into a solvable challenge in the light of God's mercy. In addition to improving the physical, psychological, social and spiritual environment of their healthy clients and patients, nurses and all health system employees should empower individuals and families to perform spiritual self-care.

Conclusion: Health system employees should provide spiritual care at all levels of prevention, in addition to physical needs, they should pay attention to the distresses and spiritual needs of clients and patients, and in the light of communication with God, they should use all the blessings of the world of creation to strengthen their faith and that of their clients.

Keywords: Spiritual Care, Health & Health, Patient