ORIGINAL ARTICLE

Physicians' Attitudes towards Spirituality and Pastoral Care

Ahmad Kachoie[1],
Hoda Ahmari Tehran[2],
Fariba Dehghani[3],
Mohammad Abbasi[4],
Ahmad Parizad[2]

[1] Assistant Professor, Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
[2] PhD Student in Medical Education, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] MSc in Management, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

(Received August 29, 2015 Accepted April 12, 2016)

Abstract

Background and purpose: Spirituality is a complex and multidimensional concept that has cognitive, experiential, and behavioral aspects. According to studies many patients believe that religion and spirituality play important roles in their lives. Usually they expect such considerations to be taken into account by physicians. The aim of this study was to investigate the viewpoints of physicians about spirituality and spiritual care.

Materials and methods: A cross-sectional study was performed in 318 physicians working in hospitals affiliated with Qom University of Medical Sciences in 2013. Data was collected by a questionnaire consisting of demographic information and measures of spirituality and spiritual care. The validity and reliability of these scales were previously approved.

Results: The mean age of the physicians was 41.51 ± 8.89 years and the majority were married (83%). Amongst the participants 73% were male and 82.7% were general practitioners. The perception of spirituality and spiritual care was desirable in 2.35%, highly satisfactory in 10.1%, and lower than average in 54.7% of the cases. The viewpoints of physicians towards spirituality was significantly correlated with spiritual care ($P< 0.05$).

Conclusion: Based on these findings, doctors' attitudes towards spirituality and pastoral care was undesirable. Pastoral care trainings are recommended for young physicians and those with lack of experience.

Keywords: attitude, spirituality, pastoral care, physicians

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(138): 151-160 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۳۸ تیر سال ۱۳۹۵ (۱۶۰-۱۵۱)

نگرش پزشکان به معنویت و مراقبت معنوی از بیماران

احمد کچویی[۱]
هدی احمری طهران[۲]
فریبا دهقانی[۳]
محمد عباسی[۴]
احمد پریزاد[۲]

چکیده

سابقه و هدف: معنویت مفهومی چند بعدی و پیچیده می‌باشد که دارای جنبه‌های شناختی، تجربی و رفتاری است. مطالعات نشان می‌دهند که تعداد زیادی از بیماران بر این باور هستند که مذهب و معنویت نقش مهمی در زندگی آنان دارد و مایل هستند پزشکان و تیم درمان، این عوامل را در مراقبت مورد توجه قرار دهند. لذا هدف از این مطالعه بررسی نگرش پزشکان به معنویت و مراقبت معنوی از بیماران بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی روی ۳۱۸ پزشک متخصص یا عمومی در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۲ انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسش نامه مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و مقیاس سنجش معنویت و مراقبت معنوی بود که روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی سنجیده و تأیید شده بود.

یافته‌ها: میانگین سن پزشکان ۸/۸۹±۴۱/۵۱ سال و اکثریت متاهل (۸۳ درصد) و مرد (۷۳ درصد) و پزشک عمومی (۸۲/۷ درصد) بودند. نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در ۳۵/۲ درصد از پزشکان مطلوب، در ۱۰/۱ درصد در حد بسیار مطلوب و در ۵۴/۷ درصد از موارد، نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در حد کم‌تر از میانگین بود. نگرش به معنویت ارتباط مستقیم و معنی‌داری با نگرش به مراقبت معنوی داشت به‌طوری‌که با افزایش نمره نگرش به معنویت، نمره نگرش به مراقبت معنوی افزایش می‌یافت($p<۰/۰۵$).

استنتاج: وضعیت نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بین پزشکان از وضعیت نامطلوبی برخوردار بود. توجه به آموزش مراقبت معنوی برای پزشکان جوان،کم تجربه و نیز متخصصین توصیه می‌شود.

واژه های کلیدی: نگرش، معنویت، مراقبت معنوی، پزشکان

مقدمه

انسان‌ها موجوداتی چند بعدی هستند که نادیده گرفتن هر یک از این ابعاد، بخشی حیاتی از انسانیت افراد را حذف می‌کند(۱). باورها و اعمال مذهبی/ معنوی در زندگی بسیاری از بیماران مهم هستند اما پزشکان، دستیاران و دانشجویان پزشکی اغلب نمی‌دانند که چه زمانی و یا چگونه به مسائل معنوی و یا مذهبی بیماران رسیدگی شود(۲).

Timmins و همکاران می‌گویند برای آموزش و تجزیه و تحلیل بهتر معنویت، مربی‌های دانشجویان باید تعریف معنویت و چگونگی ارزیابی آن را بدانند(۳).

مولف مسئول: فریبا دهقانی- قم: دانشگاه علوم پزشکی قم E-mail: faribadehghan@ymail.com
۱. استادیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۲. دانشجوی دکترای آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد مدیریت مالی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۴. استادیار، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۶/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۶/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۱/۲۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

معنویت، بعدی از انسان تعریف شده است که به افراد احساس بودن را با کیفیت‌هایی نظیر فطرت، ظرفیت برای دانستن درونی و منبع تقویتی، تجربه ذهنی مقدس، تعالی فرد به سوی ظرفیت عشق و دانش بزرگ‌تر، یکی شدن با سایه کلی همه زندگی و یافتن معنایی برای موجودیت فرد که محور هر موجودی است، به انسان القا می‌کند. معنویت، مجموعه‌ای از ارزش‌ها، نگرش‌ها و امیدهایی دانسته شده است که با هستی برتر ارتباط می‌یابد و زندگی فرد را هدایت می‌کند و به ویژه با تجاربی از زندگی مرتبط است که فرد را به آستانه عدم قطعیت می‌آورند(۴). به عقیده اندیشمندان معنویت یک مفهوم چند وجهی می‌باشد که گاهاً به طور اشتباه با مذهب به جای هم استفاده می‌گردد. در حقیقت مذهب به مجموعه اعتقاداتی که معمولاً در یک گروه سازمان‌دهی شده است اطلاق می‌شود در حالی که معنویت اشاره به آرامش، هدف و ارتباط فرد با دیگران و اعتقادات او درباره معنای زندگی دارد. بسیاری از محققان و اندیشمندان، معنویت را وسیع‌تر و گسترده‌تر از مذهب می‌دانند که می‌تواند حتی اغلب در غیاب عقیده مذهبی رسمی نیز وجود داشته باشد(۵). در سال‌های اخیر پرداختن به نیازهای معنوی جزء ضروری مراقبت جامع آموزش مراقبت محور در نظر گرفته شده است. Newman و همکاران نیز اعتقاد دارند که در نظر گرفتن متغیر معنویت برای داشتن چشم‌اندازی جامع و درست و هم‌چنین توجه مراقبتی صحیح به مددجو لازم است. در هر نظامی که سعی دارد مراقبت جامع ارائه نماید، مراقبت معنوی یک بخش ضروری و حیاتی مراقبت دهنده است. مراقبت معنوی، جنبه‌ای منحصر به فرد از مراقبت است. این مراقبت، قابل جایگزینی تنها با مراقبت مذهبی یا مراقبت روانی- اجتماعی نیست و به سؤالات انسانی بنیادی و اساسی نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ پاسخ می‌دهد(۶). به نظر می‌رسد محققان بردو نکته با یکدیگر هم رأی هستند: اول درباره این‌که انسان‌ها موجوداتی معنوی هستند و دوم ارتباط بین معنویت و بهبودی. در مورد معنویت و بهبودی نیز منابع از نظر تأثیر معنویت بر قدرت بهبود یافتن، توانایی مقابله با تغییر و سازگاری با آن و حالات مرتبط با سلامت و بیماری اجماع دارند(۷).

مراقبت معنوی جزء اساسی عملکرد مراقبتی از بیماران است و اغلب تعیین‌کننده آن است که افراد چگونه به بیماری خود و انتظارات همراه آن پاسخ می‌دهند و مقصود، مداخلات مراقبتی در حیطه پزشکی و پرستاری است که به منظور برآورده سازی نیازهای معنوی بیماران به کار برده می‌شوند(۸). احساس معنویت و مراقبت معنوی در پزشکان و پرستاران می‌تواند آن‌ها را در انجام وظایف خود به ویژه رویارویی با بیماری یاری دهد(۹). مراقبت معنوی مفهومی چند بعدی است و در بر گیرنده تمرین و فعالیت در زمینه‌هایی مانند احترام و حفظ معنویت و وقار بیمار، با دقت گوش کردن به بیمار و یاری به بیمار برای درک و فهم معنای بیماری آنان از سوی پزشکان است. زیرا هدف از علم پزشکی ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامتی و برطرف کردن درد و ناراحتی است که مراقبت معنوی سهم موثری در دستیابی به این هدف دارد. مراقبت معنوی می‌تواند سبب کاهش استرس‌های روانی بیمار در طول مدت اقامت وی در بیمارستان شود. با ایجاد محیطی درمانی و با تمرکز بر نیازهای روحی و روانی بیمار می‌توان مراقبت معنوی را به عمل آورد(۱۰). تأثیر نقش معنویت و مذهب پزشکان در درمان بیماران و تأثیر آن در شکل‌گیری روابط پزشک و بیمار در پاره‌ای گزارشات به‌طور برجسته‌ای نشان داده شده است(۱۱). نتیجه نظرسنجی Gallup و همکاران که در سال ۲۰۱۳ از مردم آمریکا انجام شده بود، نشان داد ۵۶ درصد ادعا داشتند که دین در زندگی آنان اهمیت دارد و ۲۲ درصد نیز اظهار داشتند که دین نسبتاً مهم است(۱۲). هم‌چنین در چندین مطالعه نشان داده شده است که معنویت، اثرات مثبتی بر سلامت، رفاه و رضایت‌مندی در زندگی دارد(۱۶-۱۳). برخی مطالعات اخیر نیز از نقش ایمان مذهبی بیماران بستری، تأثیر دعا بر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

درمان آنان و تأثیر مذهبی بودن پزشک و کنجکاوی او از عقاید بیماران بر روند درمان سخن به میان آورده‌اند(۱۷). در یک نظر سنجی از ۱۸۲۰ پزشک، دو سوم از پزشکان معتقد بودند که افزایش آگاهی بیماران از بیماری خودآموزشی و درمانی اغلب یا همیشه، آن‌ها را به دین و معنویت نزدیک‌تر می‌کند علاوه بر این، ۵۶ درصد ابراز داشتند که دین و معنویت بر سلامت آن‌ها تأثیر قابل توجهی دارد و این نفوذ بیش‌تر به بیماران کمک می‌کند تا با بیماری کنار بیایند. در این مطالعه اکثر پزشکان (۸۵ درصد) گفته بودند که دین و معنویت به‌طور کلی بر درمان تأثیر مثبت دارد و ۷۶ درصد از پزشکان معتقد بودند که دین و معنویت می‌تواند برای مقابله و کمک به بیماران مؤثر باشد و ۷۴ درصد بیان نمودند که این عقیده می‌تواند افکار مثبت را در آن‌ها فزایش دهد. پزشکان می‌گویند ارزیابی معنوی در مورد دیدگاه‌های زندگی، مشکلات را کاهش می‌دهد(۱۸).

Smith در یک مطالعه اظهار داشت که ۷۷درصد از بیماران تمایل داشتند معنویت جزیی از مراقبت‌های پزشکی آن‌ها باشد. درحالی‌که حدود ۱۰درصد از پزشکان به این جنبه در مراقبت‌ها توجه داشتند(۱۹). تأمین مراقبت معنوی و ارزش‌ها و مهارت‌های معنوی به‌طور فزاینده‌ای به عنوان جنبه‌های لازم مراقبت بالینی شناخته شده است(۲۰) و امروزه رویکرد مراقبت کل‌نگر در پرستاری از بیمار اصطلاحی آشناست و در اکثر مدل‌های پرستاری به مفهوم معنویت پرداخته می‌شود(۲۱). در مدل‌های پرستاری معنویت به عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان مطرح شده است ولی در عمل به هنگام مراقبت پزشکی و پرستاری، توجه به مراقبت معنوی نادیده گرفته می‌شود و گاهی سعی می‌شود به یک فرد روحانی سپرده شود و این در حالی است که جدا ساختن مراقبت معنوی از فرآیند مراقبت پزشکی و پرستاری امکان پذیر نیست(۲۲). هم‌چنین پرداختن به نیازهای معنوی جزء ضروری مراقبت کل‌نگر در پزشکی شناخته می‌شود. هرچند پزشکانی که مراقبت‌های معنوی را فراهم می‌کنند و از آن حمایت می‌نمایند در اقلیت هستند و همه آن‌هایی که آن را ارائه می‌دهند، آن را ثبت نمی‌کنند و برخی از پزشکان از فعالیت‌های مکمل نظیر برگرداندن پیام، موسیقی و فعالیت‌های معنوی برای مراقبت بیماران و رفاه فردی آنان اطلاع و آگاهی ندارند(۲۳،۲۲). نتایج نشان می‌دهد بیماران در مقابله با بیماری‌های جسمی خطرناک و جدی به بعد معنوی تکیه کرده و سازگاری معنوی قدرتمندترین وسیله‌ای است که آنان برای مقابله با بیماری جدی مانند سرطان از آن استفاده می‌کنند. پژوهش گران بر این باورند که تمایل به دین، مذهب و منابع معنوی می‌تواند به عنوان یک رویکرد سازگاری روانی- اجتماعی بعد از تشخیص بیماری مورد استفاده قرار گیرد. منظور از سلامت معنوی رابطه خوب فرد با معبود و احساس هماهنگی بین خویشتن، خدا و زندگی است. در این راستا مطالعات زیادی نشان داده اند که بیماران، تمایل دارند به نیازهای معنوی آن‌ها در نظام بهداشتی و درمانی پرداخته شود(۲۵-۲۳).

با توجه به اهمیتی که در سال‌های اخیر به مقوله معنویت در حیطه بهداشت و درمان و به ویژه مراقبت معنوی که از وظایف الزامی گروه‌های درمانی شمرده شده، معطوف گردیده است(۲۵)، مقالات نسبتاً زیادی به صورت موردی کار شده است مثل احترام به عقیده بیمار، توجه به روحیه بیمار در درمان ولی با وجود ایرانی و مسلمان بودن ما و علی‌رغم توجه به نقش گسترده، عمیق و تاریخی معنویت و مذهب در نهاد تک تک افراد و کلیه حوزه‌های اجتماع ایرانی، مطالعات بسیار محدودی در این حوزه انجام شده است. لذا این مطالعه با هدف بررسی نگرش پزشکان به معنویت و مراقبت معنوی از بیماران در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی سال ۱۳۹۲ در قم انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۲ صورت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

گرفت. نمونه‌گیری به روش تصادفی انجام شد. نمونه‌ها ۳۱۸ نفر از پزشکان شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی قم بودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از مسلمان بودن، سابقه طبابت پزشکی حداقل شش ماه در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی قم داشتن و تمایل برای شرکت در مطالعه. معیار خروج ازمطالعه نقص درتکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه با روش مصاحبه بود که پایایی و روایی این پرسش‌نامه توسط دکتر فلاحی و همکاران سنجیده و تایید شده است(۲۶). پرسش‌نامه مذکور شامل دو قسمت است: ۱) مشخصات دموگرافیک مشتمل بر ۷ سوال (سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلات، سابقه طبابت، محل طبابت، مدرک تحصیلی)، ۲) مقیاس سنجش معنویت و مراقبت معنوی (Spirituality and Spiritual Care Rating Scale-SSCRS) شامل ۲۳ سؤال در دو بخش اساسی معنویت و مراقبت معنوی؛ بخش اول این مقیاس ۹ حیطه اساسی مربوط به معنویت شامل حیطه‌های امید، معنا و هدف، بخشش، عقاید و ارزش‌ها، روابط، اعتقاد به خدا، اخلاقیات، نوآوری و خودبیانی را دربر می‌گیرد و شامل سؤالات ۶-۳، ۱۰، ۱۱، ۲۳-۱۷ و ۲۱-۱۴ می‌باشد. در بخش دوم؛ سؤالات مربوط به مراقبت معنوی و مداخلاتی که دانسته شده‌اند، لحاظ گردیده‌اند که شاخص‌های آن شامل گوش دادن، صرف زمان، احترام به خلوت و شأن بیمار، حفظ اعمال مذهبی و ارائه مراقبت با نشان دادن کیفیاتی نظیر مهربانی و توجه و عبارت از سؤال‌های ۱، ۲، ۷، ۸، ۹ ، ۱۲ ،۱۳، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ می‌باشد. برای نمره‌گذاری از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت استفاده می‌شود (۰= کاملاً مخالفم، ۱= مخالفم، ۲= مطمئن نیستم، ۳= موافقم، ۴= کاملاً موافقم). بیش‌ترین نمره ۹۲ و کم‌ترین نمره صفر در نظر گرفته شدند. در این مطالعه، نمرات ۶۳ تا ۹۲ بالا و مطلوب، نمرات ۳۲ تا ۶۲ متوسط و تا حدی مطلوب و نمرات ۰ تا ۳۱ پائین و نامطلوب در نظر گرفته شد. پس از تصویب طرح پژوهش و تمهیدات لازم برای اجرای آن، پرسشگران آموزش دیده پس از طی مراحل اداری یعنی کسب اجازه از مسئولین دانشگاه و گرفتن معرفی‌نامه به بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم مراجعه نموده و پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی و شفاهی از نمونه‌های مورد پژوهش پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد. در بررسی نرمالیته نمرات مقیاس نگرش به معنویت و مراقبت معنوی با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف مشخص شدکه توزیع این متغیرها نرمال نیست به‌همین دلیل برای تحلیل داده‌های مربوط به این متغیرها از آزمون‌های غیر پارامتریک من ویتنی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارSPSS16 و شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون من ویتنی تحلیل شد. در تمام آزمون‌ها سطح معنی‌داری با $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد، ۷۳درصد از نمونه‌ها مرد بودندو میانگین سن پزشکان ۸/۸۹±۴۱/۵۱ سال بود (جدول شماره ۱). میانگین و انحراف معیار نمره نگرش پزشکان نسبت به معنویت و مراقبت معنوی ۷/۹۱ ± ۴۴/۷۸ بود (جدول شماره ۲). نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در ۳۵/۲ درصد از پزشکان، مطلوب و در ۱۰/۱ درصد نیز در حد بسیار مطلوب بود و در ۵۴/۷ درصد از موارد نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در حد کم‌تر از میانگین قرار داشت (جدول شماره ۳). نگرش به معنویت ارتباط مستقیم و معنی‌داری با نگرش به مراقبت معنوی داشت به‌طوری که با افزایش نمره نگرش به معنویت، نمره نگرش به مراقبت معنوی نیز افزایش می‌یافت ($r=۰/۷۳$ و $p=۰/۵۰۹$). همچنین بین نوع مقطع تحصیلی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p<۰/۰۵$) (جدول شماره ۴). بین سن و سابقه طبابت با نگرش به معنویت و مراقبت معنی ارتباط معنی‌دار ($p<۰/۰۵$) و بین جنسیت و وضعیت تأهل با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی ارتباط معنی‌داری نداشت ($p>۰/۰۵$).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

جدول شماره ۱: متغیرهای دموگرافیک ۳۱۸ پزشک شرکت کننده در مطالعه

متغیر		میانگین±انحراف معیار
سن (سال)		۴۱/۵۱±۸/۸۹
سابقه کار (سال)		۱۳/۵۹±۸/۴۰
		تعداد (درصد)
جنس	مرد	۲۳۲ (۷۳)
	زن	۸۶ (۲۷)
وضعیت تاهل	متأهل	۲۹۴ (۸۳)
	مجرد	۵۰ (۱۵/۷)
	سایر	۴ (۱/۳)
تحصیلات	دکتری عمومی	۲۶۳ (۸۲/۷)
	متخصص	۵۵ (۱۷/۳)
وضعیت استخدامی	رسمی	۹۳ (۲۹/۲)
	پیمانی	۵۵ (۱۷/۳)
	قراردادی	۱۶۴ (۵۱/۶)
	طرحی	۶ (۱/۹)

جدول شماره ۲: میانگین نمرات نگرش پزشکان نسبت به معنویت و مراقبت معنوی

متغیر	میانگین±انحراف معیار
نگرش به معنویت	۳۷/۰۷ ± ۴/۶۳
نگرش به مراقبت معنوی	۳۷/۷۱ ± ۴/۴۷
نمره کل مقیاس نگرش به معنویت و مراقبت معنوی	۴۴/۷۸ ± ۷/۹۱

جدول شماره ۳: طبقه بندی نمرات نگرش پزشکان نسبت به معنویت و مراقبت معنوی

متغیر	تعداد (درصد)
نامطلوب (نمرات ۰ تا ۳۱)	۱۷۴ (۵۴/۷)
نسبتاً مطلوب (۳۲ تا ۶۲)	۱۱۲ (۳۵/۲)
مطلوب (۶۳ تا ۹۲)	۳۲ (۱۰/۱)

سن پزشکان با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی ارتباط مستقیم و معنی‌دار داشت (p<۰/۰۵). سابقه طبابت در حرفه پزشکی، ارتباط معنی‌داری با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی داشت (p<۰/۰۵). براساس مقایسه میانگین نمرات مقیاس نگرش به معنویت و مراقبت معنوی با استفاده از آزمون من ویتنی مشخص شد اختلاف میانگین نگرش معنویت و مراقبت معنوی در بین پزشکان مرد و زن از نظر آماری معنی‌دار نیست (p>۰/۰۵). آزمون من ویتنی نشان داد اختلاف میانگین نگرش معنویت و مراقبت معنوی در بین پزشکان متاهل و مجرد از نظر آماری معنادار نبود (p>۰/۰۵).آزمون من ویتنی هم‌چنین نشان داد میانگین نگرش معنویت و مراقبت معنوی در بین پزشکان دارای درجه پزشکی عمومی بیش از پزشکان متخصص است و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نیز بود (p<۰/۰۵).

بحث

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در ۳۵/۲ درصد از پزشکان مطلوب، در ۱۰/۱ درصد در حد بسیار مطلوب و در ۵۴/۷ درصد از موارد نمره نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در حد کم‌تر از میانگین بود. هم‌چنین یافته‌ها مبین آن بود که نگرش به معنویت ارتباط مستقیم

جدول شماره ۴: وضعیت نمونه ها از نظرعوامل مرتبط با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی

متغیر		نگرش به معنویت میانگین±انحراف معیار	نگرش به مراقبت معنوی میانگین±انحراف معیار	نگرش به معنویت و مراقبت معنوی میانگین±انحراف معیار
سن		۰/۱۶۰±۰/۷۳	۰/۱۰۱±۰/۷۱	۰/۱۵۱±۰/۷۳
سابقه کار		۰/۲۴۵±۰/۶۸	۰/۱۶۶±۰/۶۳	۰/۲۳۷±۰/۷۱
جنس	مرد	۳۷/۱۳±۴/۷۷	۴۴/۹۷±۷/۸۱	۳۷/۸۴±۴/۲۵
	زن	۳۶/۹۰±۴/۲۴	۴۴/۲۶±۸/۱۷	۳۷/۳۶±۵
آزمون من ویتنی	سطح معنی داری	۰/۹۱	۰/۲۰	۰/۳۹۱
وضعیت تاهل	متاهل	۳۶/۴۲±۶/۰۶	۳۷/۲۴±۳/۶۵	۴۳/۰۶±۹/۰۵
	مجرد	۳۷/۱۲±۴/۳۱	۳۷/۷۹±۳/۶۳	۴۴/۹۲±۷/۷۰
آزمون من ویتنی	سطح معنی داری	۰/۶۶۴	۰/۸۲۷	۰/۷۰۸
تحصیلات	دکتری عمومی	۳۷/۲۴±۴/۷۱	۳۷/۸۰±۴/۳۸	۴۵/۰۴±۷/۷۶
	متخصص	۳۶/۸۰±۴/۱۸	۳۷/۲۹±۴/۸۹	۴۳/۸۵۲/۵۴
آزمون من ویتنی	سطح معنی داری	۰/۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

و معناداری با نگرش به مراقبت معنوی دارد به طوری که با افزایش نمره نگرش به معنویت، نمره نگرش به مراقبت معنوی نیز افزایش می‌یافت (p<۰/۰۵). میانگین و انحراف معیار نمره کلی نگرش به معنویت و مراقبت معنوی ۷/۹۱±۴۴/۷۸ بود. یافته اصلی این مطالعه با برخی مطالعات، هم سو و با برخی دیگر، غیر هم‌سو بود. به طوری که در مطالعه Monroe و همکاران ۸۴/۵ درصد از پزشکان معتقد بودند که آن‌ها باید نسبت به معنویت بیماران آگاه باشند ولی کم‌تر از ۳۰ درصد آنان برای بیمارانشان دعا خوانده بودند حتی اگر مرده بودند. ۷۷ درصد پزشکان تنها در مواقعی که بیمار درخواست دعا داشت، انجام داده بودند. هم‌چنین پزشکان خانواده، نسبت به سایر پزشکان تمایل بیش‌تری نسبت به اخذ تاریخچه پزشکی از خود نشان داده بودند. ارتباطی بین سال‌های فعالیت حرفه‌ای، جنسیت، نژاد و وضعیت ازدواج با سطح نگرش دیده نشد. در این میان متخصصین داخلی کم‌ترین تمایل را نسبت به ارائه مراقبت‌های معنوی داشتند(۲۷). هم‌چنین بحرینیان و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند ۶۸ درصد پزشکان مذهبی اعتقاد داشتند که مذهب معنویت درحد زیاد و حتی خیلی زیاد روی سلامت بیمار مؤثر است در صورتی که ۷۰ درصد پزشکان کم‌تر مذهبی اعتقاد داشتند که مذهب/ معنویت کمی تا حدودی روی سلامت بیمار مؤثر است. نتایج این مطالعه تأیید می‌کند که پزشکان مایل نیستند در امور مذهبی و معنوی بیماران مداخله کنند و حتی کنجکاوی و مداخله در این امر را غیراخلاقی می‌دانند، به جز در مواردی که بیماران خود این درخواست را داشته باشند و یا بیمار در شرایط بالینی خیلی سخت و یا ویژه‌ای قرار داشته باشد(۲۸). همان‌طور که Astrow و همکاران معتقدند پزشکانی که تأثیر معنویت را بر سلامت بیش‌تر تجربه کرده‌اند بیش‌تر از تجربه مذهبی بیماران سؤال می‌کنند(۲۹). Balboni و همکاران در مطالعه‌ای که سال ۲۰۱۳ در شهر بوستون انجام داده بودند، نشان دادند اکثر (۸۶ درصد) بیماران سرطانی، مراقبت معنوی را از اجزای مهم مراقبت‌های سرطان می‌دانند که باید از سوی تمامی پزشکان و پرستاران ارائه شود در صورتی که این بیماران در ۸۷ درصد از پرستاران و ۹۴ درصد از پزشکان مراقبت معنوی دریافت نکرده بودند. با توجه به این که امروزه توجه به بعد معنوی سلامت، افزایش یافته است و در مدل کل نگر مراقبت‌های پرستاری و پزشکی، توجه به نیازهای معنوی افراد ضروری تلقی می‌شود ولی هنوز بسیاری از سیستم‌های ارائه دهنده مراقبت‌های سلامتی، به میزان کافی به نیازهای معنوی بیماران توجه ندارند(۳۰) به طوری که در مطالعه‌ای، علی‌رغم این که ۸۸ درصد از پرستاران و ۸۶ درصد از پزشکان، در هیچ برنامه آموزشی در این زمینه شرکت نکرده بودند ولی شرکت در برنامه‌های مراقبت معنوی را مهم‌ترین عامل پیش‌بینی کننده در ارائه مراقبت معنوی معرفی کرده بودند(۳۱). در این راستا O'Shea و همکارانو نیز Bay و همکاران نشان دادند، شرکت در برنامه آموزشی مراقبت معنوی سبب افزایش ارائه این مراقبت‌ها می‌شود(۳۳،۳۲). Hanson و همکاران نیز در مطالعه توصیفی و مقطعی خود که در سال ۲۰۰۸ روی ۳۸ بیمار بدحال انتهای حیات و ۶۵ خانواده درگیر با این بیماران انجام دادند، دریافتند که در خلال بستری در بیمارستان بیش‌ترین مراقبت معنوی (۴۱ درصد) توسط خانواده و دوستان انجام گرفته است و سپس ۲۹درصد توسط عاملین مراقبت و ۱۷درصد توسط عاملین مذهبی این مراقبت‌ها ارائه گردیده است. هم‌چنین نتایج بیانگر درخواست بیماران از داشتن مراقبت معنوی توسط عاملین بهداشتی- درمانی بود(۳۴). در مطالعه حاضر مشخص شد با افزایش سن و سابقه کاری پزشکان کل میزان نمره مقیاس نگرش به معنویت و مراقبت معنوی نیز افزایش می‌یابد(p<۰/۰۵). هم‌چنین نمره نگرش بین پزشکان عمومی بامتخصص تفاوت آماری معنی‌داری داشت به‌طوری که میانگین و انحراف‌معیار نمرات پزشکان عمومی نسبت به متخصص بیش‌تر بود (p<۰/۰۵). درصورتی که نگرش به معنویت و مراقبت معنوی بامتغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل ارتباط آماری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

معنی‌داری نداشت(p>۰/۰۵). درمطالعه Hanson و همکاران نیز متخصصین داخلی کم‌ترین تمایل را نسبت به ارائه مراقبت‌های معنوی داشتند. یافته‌های این محققان بین سال‌های فعالیت حرفه‌ای، جنسیت، نژاد و وضعیت ازدواج با سطح نگرش معنوی ارتباط معنی‌داری نشان نداد(۳۴).

در مطالعه حاضر پزشکان شرکت کننده از نظر نگرش به معنویت و مراقبت معنوی وضعیت نامطلوبی داشتند و با افزایش سابقه کاری پزشکان، نمرات نگرش به معنویت و مراقبت معنوی نیز بهتر می‌شد. مطالعه‌مروری سیستماتیک Asadi-Lari و همکاران نیز با عنوان مراقبت معنوی در پایان حیات در کشورهای اسلامی نشان داد که علیرغم این حقیقت که اعتقاد به معنویت در مجامع اسلامی عمیقا وجود دارد ولی هنوز برای مراقبت از بیماران انتهای حیات برنامه مشخص مراقبت معنوی طرح‌ریزی نشده است(۳۵). با توجه به این که بسیاری از رفتارها، تحت تاثیر نگرش افراد قرار می‌گیرند لازم است آموزش‌هایی جهت پزشکان در خصوص چگونگی انجام مراقبت معنوی بر بالین بیماران تدارک دیده شود تا در موقعیت‌های نیازمند به مراقبت معنوی بتوانند تا حدی نیازهای معنوی بیماران را برآورده سازند. به نظر می‌رسد افزایش آموزش‌های دوران تحصیل دانشجویان پزشکی و هم‌چنین برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت می‌تواند به توانمندسازی پزشکان دارای سابقه کاری کم کمک نماید. با توجه به این که در مطالعه حاضر نشان داده شد که بین نگرش به معنویت و مراقبت معنوی ارتباط وجود دارد، هم‌چنین با توجه به ارتباط بین نگرش به معنویت و مراقبت معنوی با سایر متغیرهای مستقل مورد مطالعه انجام پژوهش‌های زیر پیشنهاد می‌شود:

- بررسی میزان ارائه مراقبت‌های معنوی توسط پزشکان به بیماران بستری در بیمارستان
- مقایسه ارائه مراقبت معنوی در بخش‌های مختلف بیمارستانی
- بررسی تأثیر برنامه‌های آموزشی به پزشکان و دانشجویان پزشکی در زمینه مراقبت معنوی

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته ازطرح مصوب‌کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم با کد ۹۱۳۳۲ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی صورت گرفته است بدین‌وسیله محققان، بر خود لازم می‌دانند که از حمایت‌های معاونت پژوهشی و همکاری صمیمانه پزشکان شرکت‌کننده در طرح، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Carson VB. Mental Health Nursing. 2th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2000.
2. Thomas R. McCormick, D Min. Spirituality and Medicine. Faculty, Department of Medical History and Ethics IN MEDICINE. University of Washington School of Medicine. 2014.
3. Timmins F, Neill F. Teaching nursing students about spiritual care-a review of the literature. Nurse Educ Pract 2013; 13(6): 499-505.
4. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise B, Lanza M, et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. Int J Nurs Terminol Classif 2003; 14(4): 111-120.
5. Harpham WS. Happiness in a storm. New York: WW Norton & Company; 2005.
6. Newman MA, Sime A, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. ANS Adv Nurs Sci 1991; 14(1): 1-6.
7. Narayanasamy A. Spirituality coping mechanisms in chronically ill patients. Br J Nurs 2003; 11(22): 1461-1469.
8. Mazaheri M, Fallahi Khoshknab M, Sadat Maddah SB, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. Payesh 2009; 8(1): 31-37 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

9. Gholamali Lavasani M, Keivanzadeh M, Arjmand N. Spritualty, job stress, organizational commitment and job satisfaction among nurses in Tehran. Compelmentry Psychology 2007; 2(3): 61-73 (Persian).
10. Wachholtz B, Kenneth I. Is Spirituality Critical of Meditation? Comparing the effects of Spiritual Ingredient and Relaxation on Spiritual, Meditation, Secular Meditation Behavioral Psychological, cardiac and pain outcomes. Journal of Behavioral Medicine 2005; 28(4): 369-384.
11. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and Health: What We Know, What We Need to Know. J Soc Clin Psychol 2000; 19(1): 102-116.
12. Gallup Poll. How important would you say religion is in your own life? In Religion. Retrieved from http://www.gallup.com/poll/1690/religion.aspx.2013. Accessed May 2, 2015.
13. Jenkins ML, Wikoff K, Amankwaa L, Trent B. Nursing the Spirit. Nurse Manage 2009; 40(8): 29-36.
14. Tiew LH, Drury V. Singapore Nursing Students' Perceptions and attitudes about spirituality and spiritual care in practice: A qualitative study. J Holist Nurse 2012; 30(3): 160-169.
15. Tomas so CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. Rev Lat Am Enfermagem 2011; 19(5): 1205-1213.
16. Seymour B. What do nursing students understand by spirituality and spiritual care? Scott J Healthcare Chaplain 2009; 12(2): 38-46.
17. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs 2011; 20(11-12): 1757-1767.
18. Kociszewski C. Spiritual care: a phenomenological study of critical care nurses. Heart Lung 2004; 33(6): 401-411.
19. Smith AR. Using the Synergy Model to Provide Spiritual Nursing Care in Critical Care Settings. Crit Care Nurse 2006; 26(4): 41-47.
20. Lemmer C. Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of U.S. baccalaureare nursing program. Journal of Nursing Education 2002; 41(11): 482-490.
21. Narayanasamy, A. Spiritual coping mechanisms in chonically ill patients. British Journal of Nursing 2002; 11(22): 1461-1470.
22. Abolghasemi Mahani S. Spirituality in Nursing Care and its Application in Hospitalized Patients. Medical Ethics Journal 2008; 2(6): 121-153.
23. Tiliouine H, Cummins R, Daver M. Islamic religiosity, subjective well-being, and health. Mental Health, Religion & Culture 2009; 12(1): 55-74.
24. French D, Eisenberg N, Vaughan J, Purwowq U, Suryanti T. Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents. Dev Psychol 2008; 44(2): 597-611.
25. Hassank H, Taleghani F, Mills J, Birks M, Francis K, Ahmadi F. Being Hopeful and Continuing to Move Ahead: Religious Coping in Iranian Chemical Warfare Poisoned Veterans, a Qualitative Study. J Relig Health 2010; 49(3): 311-321.
26. Fallahi Khoshknab M, Mazaheri M, Maddah SS. Validation and reliability test of Persian version of The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). J Clin Nurs 2010; 19(19-20): 2939-2941.
27. Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al. Primary care

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]

physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. Arch Intern Med 2003; 163(22): 2751-2756.

28. Bahrainian AM, Saadat *R*, Shakeri N, Azizi F.Survey on the Patients' Attitudes toward the Impact of Spirituality on the Process of their Treatment. Medical Ethics Journal 2010; 4(14); 132-148.

29. Astrow AB, Sulmasy DP. Spirituality and the patient physician relationship. JAMA 2004; 291(23): 2884.

30. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. J Clin Oncol 2013; 31(4): 461-467.

31. Daaleman T, Usher B, Williams S, Rawlings J, Hanson L. An Exploratory Study of Spiritual Care at the End of Life. Ann Fam Med 2008; 6(5): 406-411.

32. O'Shea ER, Wallace M, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The effect of an educational session on pediatric nurses' perspectives toward providing spiritual care. J Pediatric Nurs 2011; 26(1): 34-43.

33. Bay PS, Ivy SS, Terry CL. The effect of spiritual retreat on nurses' spirituality: a randomized controlled study. Holist Nurs Pract 2010; 24(3): 125-133.

34. Hanson L, Dobbs D, Usher B, Williams S, Rawlings J, Daaleman T. Providers and Types of Spiritual Care during Serious Illness. J Palliat Med 2008; 11(6): 907-914.

35. AsadiLari M, Goushegir SA, Madjd Z, Latifi NA. Spiritual care at the end of life in the Islamic context, a systematic review. IJCP 2008; 1(2): 63-67 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-30]