بررسی نگرش پزشکان عمومی شهرستان اصفهان درباره ی امکان مراقبت معنوی بیماران سرپایی

چکیده

مقدمه: آیا می توان جست و جوی معنا واحساس هدفمندی در زندگی (مهمترین ابعاد سلامت معنوی انسان) را در خدمات پزشکی نادیده گرفت؟ دراین تحقیق نگرش پزشکان عمومی اصفهان را درباره امکان مراقبت معنوی بیماران سرپایی بررسی کردیم.

روش اجرا: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بوده و از طریق پرسشنامه خود ساخته معتبر شده که از پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین والیسون الهام گرفته، انجام شد. پرسشنامه جهت تعیین اعتبار به ده نفر از اساتید حوزه مراقبت معنوی داده شد. سپس ۱۵ پزشک جهت تایید پایایی به پرسشنامه پاسخ دادند. حجم نمونه بر اساس قانون فاکتور آنالیز تعیین شد. نمونه گیری به روش آسان و از ۱۵۰ نفر از پزشکان عمومی اصفهان انجام شد.

یافته ها: پاسخ دهندگان ۸۹ پزشک خانم(٪۵۴) و ۶۱ پزشک مرد(٪۴۶) بودند. میانگین نمره سلامت معنوی پزشکان از صد ۷۶,۵۶ بود. میانگین این نمره برای زنان و مردان به ترتیب ۷۶/۰۲ و ۷۷/۲بود. بین میانگین نمره سلامت معنوی با جنس و سابقه طبابت ارتباط معناداری وجود نداشت. میانگین نمره سلامت معنوی و سن ارتباط مستقیم و معنا دار داشتند($P\text{-Value} < 0.05$).

بحث: نمره بالای نگرش به مراقبت معنوی در این مطالعه، نوعی آمادگی برای توجه به مراقبت معنوی از بیماران و مفید بودن آن را نشان می دهد. بیشتر صاحب نظران معتقدند باید سیستم سلامت به مراقبت معنوی به عنوان جزیی از روند درمان بیمار توجه کند. این تحقیق و مطالعات مشابه نشان داده است که پزشکان ارزیابی سلامت معنوی و استفاده از آن در بهبود بیماری را ضروری میدانند.

واژگان کلیدی: نگرش، سلامت معنوی، پزشکان عمومی، شهرستان اصفهان

مقدمه

معنویت یا سلامت معنوی عبارت است از باور به وجود برتر (خدا) یا جست وجوی معنا واحساس هدفمندی واتصال با آن وجود برتر درطول زندگی (۱).

مراقبت بیماران با مدل Biopsychosocial رویکرد چند بعدی ارزیابی ، مشاوره و درمان بیماران است که علاوه بر علم پزشکی، بر هنر طبابت در توجه به مسائل اجتماعی – فرهنگی و دینی (و معنوی)، توجه به قوانین و سیاستهای جاری پیشگیری و ارتقاء سلامتی و ارتباط بین پزشک و بیمار تاکید دارد (۲). در رفع عوامل ایجاد یا تشدید بیماری به عوامل معنوی مثل باورها ، دلسوزی یا بخشندگی برخورد میکنیم و نیز در تبعیت درمان، سازش با بیماری و کنترل استرس معنویت اهمیت زیادی دارد. سلامت معنوی یکی از مهم ترین ابعاد سلامت انسان است. طرفداران کلیت سلامت عقیده دارند که زمان آن فرارسیده که به بعد معنوی سلامت و نقش آن در بیماران توجه جدی بشود (۳).

در گذشته پزشکان به ندرت درباره اعتقادات مذهبی با بیماران صحبت میکردند. King باورهای بیماران بستری در ایالت کارولینای شمالی در کشور آمریکا را بررسی کرد و ۸۰٪ بیماران اظهار داشتند که پزشکشان در طول دوره درمان درباره سلامت معنوی با آنها صحبت نکرده یا به ندرت صحبت کرده است. در همان مطالعه ۹۴٪ از بیماران عقیده داشتند که سلامت معنوی به اندازه سلامت جسمی باید مورد توجه پزشک قرار گیرد (۴). در مطالعه Wadland نیز نشان داده شد که تنها ۱۰ تا ۲۰ درصد از پزشکان مسایل مربوط به سلامت معنوی را با بیمارانشان در میان میگذارند (۵).

تحقیقات متعددی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت رانشان داده اند از جمله Safara در مقایسه اثر درمان شناختی و معنوی بر روی افسردگی در دانشجویان زن ایرانی و هندی، اثربخشی بیشتردرمان معنوی نسبت به درمان شناختی را نشان داد(۶). محققین تاثیر معنویت را درافزایش سلامت روانی(۷)، معنایابی در زندگی(۸) و در امید و خوشبینی(۹) در بیماران نشان داده اند. آسیب های وارد شده به معنویت میتواند در سلامت جسمی،روانی و معنوی افراد تاثیر بگذارد(۱۰). به طور کلیروند تحقیقات در راستای نشان دادن اهمیت دینداری ومعنویت در سلامت جسمی می باشد (۱۱).

همچنین توجه پزشکان به سلامت معنوی بیماران سبب افزایش اعتماد بیماران به پزشک میشود(۱۲). درک پزشک از معنویت بیماران بر کل فرایند مراقبت از آنها تاثیردارد . پزشکان معتقدند که معنویت بر روی قدرت تصمیم گیری بیمار در مراقبت از سلامت خویش نیز تاثیر مثبت دارد (۱۳).

بنابر آنچه گفته شد تأثیر معنویت بر سلامت در بررسی های متعددی نشان داده شده ولی مطالعات در زمینه ادغام مراقبت معنوی در فرآیند کلی ویزیت بیماران اندک است. شاید به یک راهنمای بالینی در باره سلامت معنوی و نحوه مراقبت معنوی توسط پزشکان نیاز باشد. طراحی این الگو با موانع مختلفی مثل عدم آگاهی، نگرش ناکافی، وقت کم و نگرانی از عدم پذیرش بیماران رو به رو است. در گام اول نگرش پزشکان عمومی شهرستان اصفهان را درباره ابعاد مختلف این مراقبت بررسی کردیم.

روش اجرا

مطالعه توصیفی-تحلیلی با استفاده از پرسشنامه خود ساخته معتبر شدهانجام شد. جامعه هدف پزشکان عمومی اصفهان بودند. شرایط ورود به مطالعه اشتغال در شهرستان اصفهان و شرط خروج ، عدم رضایت از پاسخ به سوالات پرسشنامه بود.

بر اساس قانون فاکتور آنالیز به ازای هر سوال در پرسشنامه باید بین ۵ تا ۱۰ عدد نمونه داشته باشیم. بنابر این حجم نمونه ۱۵۰ عدد در نظر گرفته شد.

نمونه گیری به روش آسان و از ۱۵۰ نفر از پزشکان عمومی شرکت کننده در کلاس بازآموزی سرطان کلورکتال در بهمن ۱۳۹۷ انجام شد. ابزار بررسی پرسش نامه ای است که به صورت زیر تهییه گردید.

الف) تهیه پرسشنامه اولیه: ابتداپرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین والیسون مطالعه گردید و با توجه به فرایند مراقبت بیمار و موضوعات مطرح شده در تحقیقات قبلی با نظر محققین پیش نویس پرسش نامه تهیه شد. در هر جمله از کلماتی استفاده شد که در مباحث آموزش سلامت به عنوان اهداف نگرشی استفاده می شود. گزینه ها لیکرت پنج حالتی می باشد(کاملا موافقم= ۵،موافقم=نمره ی ۴،نظری ندارم=نمره ی ۳،مخالفم=نمره ی ۲،کاملا مخالفم=نمره ی ۱).

ب) تعیین اعتبار پرسش نامه: جهت تعیین روایی صوری(Face Validity) پرسشنامه لیکرت ۵ حالتی تهیه شد و در اختیار ۱۰ نفر از گروه هدف قرار گرفت. امتیاز تاثیر(Impact score) همه آیتم ها بالای ۱/۵ بود و در این مرحله هیچ یک از سوالات حذف نشد .

جهت تعیین روایی محتوا (Content Validity)، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان شامل ۸ نفر اعضای هیات علمی گروه پزشکی اجتماعی و گروه معارف و ۲ نفر مرتبط با پژوهش های معنوی قرار گرفت. تعیین نسبت روایی محتوا (CVR) توسط پرسشنامه لیکرت ۳ حالتی انجام شد. سوال شماره ۲۲ نمره کمتر از ۰/۵۱ کسب کرد. تعیین شاخص روایی محتوا (CVI) نیز توسط پرسشنامه لیکرت چهار حالتی در سه حوزه اختصاصی بودن، روان بودن و شفافیت انجام گرفت. سه سوال ۱۴، ۲۱ و ۲۲ نمره کمتر از ۰/۷ کسب کرده و حذف شدند. پنج سوال (سوالات ۵ ، ۸ ، ۱۳ ، ۱۷ ، ۱۹) نمره بین ۰/۷ و ۰/۷۹ را کسب کرده وتحت بازنگری قرار گرفتند.

برای تعیین Reliability نیز ۱۵ عدد پرسشنامه ۱۹ سوالی (پس از حذف ۳ سوال) بین پزشکان عمومی در مکان ها ی مختلف و از سنین مختلف توزیع شد. داده ها در نرم افزار SPSS وارد شدکه نمره α chronbach– برای هر ۱۹ سوال بالای ۰/۸ بود و به این ترتیب پایایی همه سوالات تایید شد.

ج) تعیینConstruct Validity: تست Bartlett و KMO، کفایت حجم نمونه را نشان داد. فاکتور آنالیز به صورت اکتشافی (Exploratory) انجام شد به این صورت که با استفاده از Principal component و با استفاده از چرخش Varimax، پنج فاکتور استخراج شد. نتایج به دست آمده ۶۳/۷ ٪ از واریانس را پوشش می داد. EigemValue بزرگ تر از یک در نظر گرفته شد و ضریب همبستگی های کمتر از ۰/۳ حذف گردید.

سوالات پرسشنامه بر اساس نتایج آنالیز فاکتور به پنج شاخه تقسیم شدند که عبارتند از : فرایند مراقبت معنوی بیماران (۵ سوال) ، دانش مورد نیاز در مراقبت معنوی بیماران (۵سوال) ، آموزش مراقبت معنوی به بیمار (۳سوال) ، تجارب پزشک درباره مراقبت معنوی بیماران (۳سوال) و راهکار های مراقبت معنوی بیماران (۳سوال).

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

نتایج

از بین ۱۵۰ نفر پزشک عمومی که به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند ۸۱ نفر خانم (٪۵۴) و ۶۹ نفر مرد (٪۴۶) بودند. میانگین سن و سابقه کار بر حسب جنس در جدول شماره ۱ اورده شده است.

میانگین نمره سلامت معنوی در هریک از شاخه ها به طور جدا گانه و برحسب جنس در نمودار شماره ۱ آورده شده. میانگین نمره کل نگرش به مراقبت معنوی بیماران ۱۰/۰۸ ± ۷۶/۵۶ از ۱۰۰ می باشد.

بین نمره سلامت معنوی با جنس و سابقه طبابت ارتباط معناداری وجود نداشت . نمره سلامت معنوی و سن ارتباط مستقیم و معنادار در سطح $P\text{-Value} < 0.05$ داشتند (جدول شماره ۲).

از بین گویه ها ، گویه ی "امید دادن به بیمار با یاد آوری رحمت و شفای خدا تاثیر بیشتری در آرامش بیمار دارد " بیشترین نمره و گویه ی "به نظر من توجیه بیماران برای امادگی انجام مراقبت معنوی توسط پزشک ضروری نیست" کمترین نمره را به دست آورد.

بحث :

نمره بالای نگرش به مراقبت معنوی در این مطالعه، نوعی آمادگی برای توجه به مراقبت معنوی از بیماران و مفید بودن آن را نشان میدهد. بعضی از پاسخ های شرکت کنندگان در این مطالعه موافق تاثیر گذاری معنویت بر سلامت هستند.

محققین پیرامون ضرورت تعامل پزشک با مسائل معنوی بیمار دو دیدگاه دارند(۱۴). بیشتر صاحب نظران معتقدند باید سیستم سلامت به مراقبت معنوی به عنوان جزیی از روند درمان بیمار توجه کند(۱۵). در مقابل گروه دیگری مخالف دخالت پزشک در مسایل معنوی بیمار هستند. دلیل مخالفت این گروه تفاوت در پیشینه مذهبی بین پزشک و بیمار و عدم آموزش پزشکان پیرامون مسایل معنوی بیماران است (۱۶).

در دیدگاه Biopsychosocial بیمار باید به عنوان یک کل (Whole Person) تحت درمان قرار بگیرد. بنابراین پزشک بایدارزش ها و اعمال معنوی بیماران رادرک کند (۱۷).

در تحقیق ما ۸۲٪ از پزشکان ارزیابی سلامت معنوی در بیماران را ضروری میدانستند. در مطالعه ای مشابه ۷۷٪ از پزشکان اعتقاد داشتند که باید در باره موضوعات معنوی با بیمارانشان صحبت کنند (۱۸). در مطالعه Frey ٪۹۶ از پزشکان باور داشتند که سلامت معنوی بر روی سطح کلی سلامت موثر است (۱۹). در تحقیق ما نیز ۷۸ ٪ از پزشکان اعتقاد داشتند که هر چه سلامت معنوی بیمار بالاتر باشد سطح کلی سلامت وی بالاتر است.

در تحقیق ما ۸۰ درصد از پزشکان موافق تشویق بیماران به انجام نیایش با خدا وند بودند و۷۷ درصد دعا برای بیماران را با ارزش می دانستند. Sinclare در دو مطالعه از پزشکان خواست که همراه با بیماران نیایش کنند ویا آنها را به نیایش تشویق نمایند. ۵۰٪ از پزشکان همراه با بیماران نیایش کردند وبقیه بیماران را به نیایش تشویق نمودند. با تشویق بیمار به نیایش و یا همراهی با وی در حین آن، پزشک حس انسجام – علی رغم تفاوت در باور های معنوی – با بیمار و خانواده وی را ابراز می کند. این حس انسجام یکی از جنبه های همدلی با بیمار است که بیماران آن را ارزشمند توصیف کرده و نسبت به آن اشتیاق نشان داده اند.(۲۰و۲۱)

با وجود این مزایا موانع زیادی بر سر راه انجام مراقبت معنوی از بیماران وجود دارد . در یک مرور سیستماتیک ، در نظرخواهی ها، پزشکان درباره مراقبت معنوی پاسخ گفتند که به ندرت در کلینیک به این موضوع می پردازند و ترجیح می دهند که بیماران را به کشیش ارجاع دهند(۲۲) Ellis در ایالت میسوری کشور آمریکا از پزشکان درباره موانع اصلی این مراقبت سوال کرده بود که پاسخ به صورت زیر بود:

– وقت ناکافی ۷۱٪

– کمبودآموزش های عملی به پزشکان درباره مراقبت معنوی بیماران ۵۹٪

– ناتوانی در شناسایی بیماران نیازمند به اینگونه مراقبتها ۵۶٪. (۲۳)

به نظر می رسد مداخله پزشک در معنویت نباید تحت تاثیر مذهب و باورهای وی قرار گیرد بلکه با توجه به استعداد و تعهد پزشکان و نگرش خوب آنان به موضوع، با کسب دانش و مهارت راهنمایی معنوی بیماران کاملا امکان پذیر است.

منابع :

۱– بوالهری ج؛ غباری بناب ب؛ قهاری ش؛ میرزایی م؛ راقبیان ر؛ دوس علی وند ه؛ آموزش مهارت های معنوی، کتاب ویژه ی مربیان، وزارت علوم تحقیقات و فناوری، دفتر مشاوره سلامت. ایران ۱۳۹۲،ص ۵۱

2- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Journal of Medicine and Philosophy. 1981;6(2):101-24.

3- Park JE, Park K. Preventive and social medicine, Treatise of community health. 2002; 2: 51.

4- King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. J Fam Pract. 1994; 39: 349-52.

5- Maugans TA, Wadland WC. Religion and family medicine: A survey of physicians and patients. J Fam Pract 1991; 32: 210-3.

6- Safara M, Bhatia MS, Singh TB, Dezhkam M. Comparing the effect of cognitive therapy and spiritual therapy on Depression between Indian students Residing in Iran and India, Dehli psychiatry Journal. 2012; 15: 1.

7- Emmons RA, The psychology of ultimate concerns, New York: Guilford press; 1999

8- Park CL. Religion and meaning, In R.F. Paloutzian (Eds), Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York, Guilford press, 2005.

9- Krause N. Religious meaning and subjective well- being in the life, Journals of gerontology, Series B, psychological sciences and social sciences, 2003: 58; 160-170.

10- Askin H, Paultre Y, White R, Van Ornum W. The quantitative and qualitative aspects of scrupulosity, paper presented at the annual convention of the American psychological association, Toronto, 1993.

11- Miller WR, Thoreson CE. Spirituality, Religion and Health: An emerging research field. American psychologist. 2003; 58: 24-35.

12- Ehman JW, Ott BB, Short TH. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Arch Intern Med. 1999; 159: 1803-1806.

13-Pargament KI, Smith BW. Pattern of positive and negative religious coping with major life stressors, Journal for the scientific study of religion. 1998; 37: 710-724.

14- Christopher L, Augustin P. Physician's opinion on engaging patients religious and spiritual concerns: A national survey. Journal of pain and symptom management, 2018; 55: 897.

15- Pulchalski CM, Vitillo R, Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. J Palliate Med. 2014; 17: 642-656.

16- Sloan RP, Blind faith: The unholy alliance of religion and medicine. New York, NY: St Martin's press, 2006.

17- Curlin FA, Hall DE. Strangers or friends? A proposal for a new spirituality-in-medicine ethic. J Gen Intern Med 2005; 20: 370-374.

18- Oyama O, Koenig HG. Religious beliefs and practices in family medicine. Arch Fam Med, 1998; 7: 431-5

19- Daaleman TP, Frey B. Spiritual and Religious of family physicians: A national survey. J Fam Pract. 1999; 48: 105-9.

20- Sinclare S, Beamer K. Sympathy, empathy, and compassion: a grounded theory study of palliative care patient's understandings, experiences and preferences. Palliative Med, 2016; 31: 437-447.

21- Sinclare S, McClement S. Compassion in health care: An empirical model. J Pain Symptom Manage, 2016; 51: 193-203.

22- Best M, Butow P. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. Palliative Med. 2016; 30: 327-337.
23- Ellis MR, Vinson DC, Ewigman B. Addressing spiritual concerns of patients. J Fam Pract, 1999; 48: 105-9.

تشکر و قدردانی:

مقاله ی حاضر حاصل پایان نامه ی دانشجویی دکتری حرفه ای پزشکی است که با شماره ی ۳۹۶۶۱۰ در حوزه ی معاونت پژوهشی دانشکده ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تصویب و به انجام رسیده است. از این رو، نویسندگان مقاله از زحمات این معاونت تقدیر و تشکر می نمایند. همچنین از پرسنل دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در بخش ادرای دانشگاه و بیمارستانهای علوم پزشکی تشکر و قدردانی می نمائیم.

Physician's attitude about possibility of outpatients spiritual care in Iran Esfahan in 2018-2019

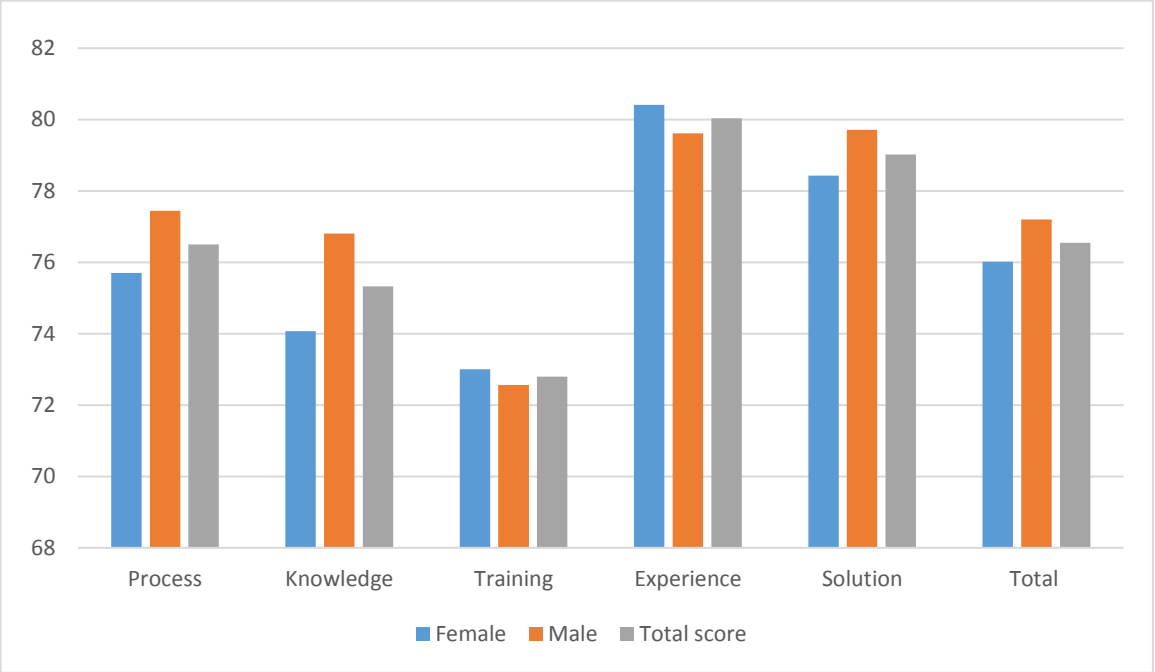
Abstract:
Introduction: Searching for spirituality and meaningful life are most important aspects of human life. Can we neglect these aspects in health services? In this article we study the physician's attitude about possibility of spiritual care in Iran Esfahan.
Method: This is a descriptive-analytical study. A valid self-made questionnaire that inspired from Paulitzian and Ellison questionnaire have been used. Ten professors who are related to the field of spirituality in health, answered the questionnaire for determining of validity. Then 15 physicians fill the questionnaire and we determined its reliability. According to factor analysis formula data volume was determined. Data was collected from 150 General Practitioners in Esfahan by Simple random sampling.
Findings: The Physicians were 89 women (54%) and 69 men (46%). Mean score of physicians spiritual attitude was 76.56±10.08 from100. For men 77.2 and women 76.02 respectively. There were no correlation between spiritual attitude and sex and record of service. But there was a direct and meaningful correlation between age and spiritual attitude grade (P-Value < 0.05).
Conclusion: High score of physician's attitude about the spiritual care in this study demonstrating a kind of readiness for attention and usefulness of spiritual care. Professionals believe that health system should addressing spiritual care as a part of patient's treatment. This and similar studies demonstrating that physicians addressing the necessity of spiritual health assessment and use of this in patient's healing.

Key words: Attitude; Spiritual health; General practitioners; Esfahan

جدول شماره ۱: میانگین سن و سابقه کار پزشکان عمومی اصفهان بر حسب جنس

جنس	میانگین سن	میانگین سابقه کار
مردان	47.02	17.59
زنان	42.28	14.92
مجموع	44.46	16.15

جدول شماره ۲ : ارتباط میانگین نمره سلامت معنوی پزشکان با جنس ، سن و سابقه طبابت آنان

	جنس	سن	سابقه طبابت
Pearson Correlation	0.032	0.168	0.131
P-Value	0.858	0.04	0.111

نمودار شماره ۱: میانگین نمره سلامت معنوی پزشکان عمومی اصفهان بر حسب جنس و پنج شاخه نگرش آنان