



مقاله مروری

شیوهنامه اجرایی استقرار خدمات سلامت معنوی در بیمارستان‌های ایران

بهزاد دماری^۱، علی‌اکبر زینالو^۲، سیدحسن امامی رضوی^۳، حسین سالاریان‌زاده^۴، عباس وثوق مقدم^۵، علیرضا حیدری^{۶*}

۱. دانشیار، دپارتمان حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. استاد، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. پزشک عمومی، معاونت توسعه مدیریت و منابع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۵. استادیار، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۶. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ارائه مراقبت معنوی می‌تواند موجب کاهش دردهای جسمی و آسایش روانی گردد، ولی به بعد معنوی سلامت در بیمارستان توجه کم‌تری شده است. این مطالعه با هدف طراحی شیوهنامه اجرایی استقرار خدمات سلامت معنوی در بیمارستان‌های ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: یک مطالعه توصیفی - تحلیلی در قالب طراحی یک نظام در سه مرحله اصلی مرور منابع، مطالعه کیفی و طراحی شیوهنامه استقرار انجام شد. داده‌ها با استفاده از بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی و ۶ جلسه بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری شد. تحلیل ذی‌نفعان انجام شد و اصول طراحی تدوین و اجماع گردید. بر اساس پنج جزء اصلی یک سیستم، شیوهنامه استقرار خدمات سلامت معنوی در یک بیمارستان طراحی شد.

یافته‌ها: اصول طراحی شیوهنامه اجرایی شامل طراحی خدمات سلامت معنوی جامع و ادغام آن در سیستم موجود، تداوم مراقبت در ابعاد روانی و اجتماعی، مشارکت مدیریت ارشد بیمارستان و پزشکان و پرستاران، مبتنی بر شواهدبودن دستورالعمل‌های اجرایی و تأکید بر خدمات سلامت معنوی به عنوان یک ارزش سازمانی است. اهداف مورد انتظار از اجرای این شیوهنامه افزایش رضایت بیماران، تسهیل بهبود بیماری‌های حاد و افزایش تاب‌آوری در بیماری‌های صعب‌العلاج، کاهش مراجعات بیماران بهبود وضعیت‌های معنوی و مذهبی و افزایش مهارت‌های معنوی و افزایش اتخاذ رفتارهای سالم است. فرایند اصلی خدمات سلامت معنوی شامل سه جزء اصلی شیوه اجرایی ارزیابی سلامت معنوی توسط پزشک، اصول اجرایی مشاوره سلامت معنوی توسط مشاور منتخب، خدمات حمایتی شامل تسهیلات بیمارستانی در زمان بستری و آموزش بیمار زمان ترخیص و حمایت‌های پس از ترخیص است.

ملاحظات اخلاقی: اهداف و محتوای مطالعه برای همه مشارکت‌کنندگان توضیح شد و پس از کسب رضایت آگاهانه، مصاحبه‌ها ضبط شد. در زمینه محرمانه‌ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد.

نتیجه‌گیری: پیاده‌سازی شیوهنامه اجرایی طراحی شده، نیازمند ایجاد بسترهای حمایت سیاسی، ابعاد ساختاری و عملیاتی، مهارت‌های بالینی و ارتقای رفتار و فرهنگ مخاطبان است. مدیران اجرایی جهت استقرار شیوهنامه باید منابع مالی، انسانی، تجهیزاتی و اطلاعاتی مورد نیاز را جذب نموده و به نتایج امکان‌سنجی حاصل از مطالعه توجه نمایند.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۵/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۰۷

تاریخ انتشار: ۹۹/۰۹/۲۹

واژگان کلیدی:

سلامت معنوی

استقرار

شیوهنامه اجرایی

بیمارستان

* نویسنده مسئول: علیرضا حیدری

آدرس پستی: ایران، گرگان، دانشگاه علوم

پزشکی گرگان، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت

و توسعه اجتماعی. کد پستی: ۴۹۱۵۶۴۳۳۱۷

تلفن: ۰۱۷ ۳۲۱۶ ۰۳۳۰

نمبر: ۰۱۷ ۳۲۱۶ ۰۳۳۱

پست الکترونیک:

alirezaheidari7@gmail.com

۱. مقدمه

وسیله آن تحمل می‌کند (۱۰). بیمارستان بازوی مهم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و اولین سطح ارجاع با قلمرو مسؤولیت‌های مشخص است و به این لحاظ مهم‌ترین سازمان بهداشتی درمانی به شمار می‌رود (۱۱-۱۲). علی‌رغم توجه و اهمیتی که در سال‌های اخیر به مقوله معنویت در حیطه بهداشت و درمان و به ویژه مراقبت معنوی، معطوف گردیده است و با وجود ایرانی و مسلمان بودن ما و توجه به نقش گسترده، عمیق و تاریخی معنویت و مذهب در نهاد تک‌تک افراد و حوزه‌های اجتماع ایرانی، هنوز بیمارستان‌ها نیاز به حرکت در راستای ارتقای مراقبت معنوی دارند (۶). طبق تقاضای کمیسیون مشترک بین‌المللی (JCI) در مورد حقوق بیمار و خانواده: «بیمارستان مراقبت‌هایی را انجام می‌دهد که به ارزش‌ها و اعتقادات شخصی بیمار احترام گذاشته و به درخواست‌های مربوط به عقاید معنوی و دینی پاسخ می‌دهد»، ولی مشخص نمی‌کند که برای تحقق چنین تقاضایی چه مواردی باید در نظر گرفته شود (۱۳).

علی‌رغم اثرات قابل ملاحظه سلامت معنوی، به بعد معنوی انسان در مراقبت‌های بهداشتی درمانی توجه کم‌تری شده است (۱۴-۱۵). با توجه نبود شواهدی که به شیوه پیاده‌سازی و استقرار خدمات سلامت معنوی در بیمارستان پرداخته باشد، لازم است مداخلات معنوی با جزئیات کاملی جهت مدیران اجرایی و کارکنان تدوین گردد. بنابراین این مطالعه با هدف تدوین شیوه‌نامه اجرایی استقرار خدمات سلامت معنوی در بیمارستان‌های ایران انجام شد.

۲. ملاحظات اخلاقی

اصول اخلاقی رعایت‌شده در این مطالعه شامل اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان بعد از بیان اهداف مطالعه، اختیار حق کناره‌گیری به شرکت‌کنندگان از ادامه همکاری در هر زمان دلخواه، اخذ اجازه ضبط مصاحبه‌ها، اطمینان‌دادن به مشارکت‌کنندگان جهت محرمانه ماندن اطلاعات و عدم انتشار جداگانه اطلاعات آن‌ها بود.

سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت است که در کنار ابعاد دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته است، حتی برخی عقیده دارند که بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی‌تواند حداکثر عملکرد مورد نظر را داشته باشد (۱). معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شوند که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که ارتباط نزدیکی با خداوند دارد (۲). سال‌هاست که سیستم مراقبت‌های بهداشتی نیاز به ارائه پاسخ‌های معنوی و توجه به این جنبه از سلامت بیماران دارد. این با مطالعاتی که نیازهای بیمار را در این مورد نشان می‌دهد، تأیید شده است (۳). مذهب و معنویت به کنار آمدن با تنش‌ها کمک می‌کنند و در ایجاد آرامش و معنا برای بیماران نقش دارند (۴). معنویت موجب بهبود افسردگی، مدیریت استرس، مقابله با ناامیدی می‌گردد و از طرفی نبود آن ممکن است منجر به اضطراب عاطفی بیشتر، درد و خستگی شدید، بار فزاینده بیماری و کاهش کیفیت زندگی شود (۵-۶). معنویت باعث ایجاد نگرش مثبت به خود و محیط و آینده می‌شود که در نتیجه افراد خود را آسیب‌پذیر تلقین کرده و در محیط احساس آرامش می‌کنند. معنویت با هدف قراردادن باورهای فرد به او کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌های بهتر ارزیابی کرده و حس قوی‌تری از کنترل شرایط موجود داشته باشد (۷). ارائه مراقبت معنوی به بیمار و خانواده وی می‌تواند موجب آسایش و کاهش دردهای جسمانی، آسودگی روانی، کاهش ابتلا به افسردگی، کاهش اضطراب، افزایش سرعت بهبودی، افزایش امیدواری، ارتباط عمیق‌تر بیمار و پرستار و ایجاد هدف و معنا در زندگی شود (۸). مراقبت معنوی قابل جایگزینی با مراقبت مذهبی یا مراقبت روانی - اجتماعی نیست و به سؤالات انسانی بنیادی و اساسی نظیر معنای زندگی، درد و رنج و مرگ پاسخ می‌دهد (۹). فرهنگ ارتباط با خدا و منابع قدرت می‌تواند هدف زندگی بیمار را مشخص کند که بیمار ناراحتی ناشی از بیماری را به

۳. مواد و روش‌ها

یک مطالعه توصیفی - تحلیلی در سه مرحله اصلی طراحی گردید: ۱- مرحله اول: در این مرحله از مطالعه، با هدف تبیین شیوه‌نامه استقرار سلامت معنوی در بیمارستان‌های کشور جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی زبان Google Scholar، PubMed، Scopus، Iranmedex، SID، Iran Doc با واژگان کلیدی (Spirituality، Spiritual Health، Hospital، Cancer، Intervention، Implementation، Healthcare) بدون محدودیت زمانی انجام شد. فرایند مرور مطالعات با سؤالات زیر انجام شد:

- مخاطبان اولویت‌دار برای دریافت خدمات سلامت معنوی چه کسانی هستند؟
- در بیمارستان‌ها و واحدهای تخصصی خدمات سلامت معنوی چگونه باید باشد؟
- الزامات استقرار خدمات سلامت معنوی در بیمارستان‌های کشور چه باید باشد؟

در مرور مطالعات، ۱۴۸۵ عنوان در جستجوی اولیه به دست آمد که بعد از حذف مقالات تکراری به ۱۳۲۱ عنوان کاهش یافت. بعد از مطالعه عناوین مقالات، ۷۱ مقاله با عنوان مرتبط انتخاب شد و نهایتاً بعد از مطالعه چکیده مقالات، ۱۳ مقاله که با اهداف مطالعه حاضر همخوانی داشت، به منظور مرور عمیق‌تر انتخاب گردید؛ ۲- مرحله دوم: یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام شد. شرکت‌کنندگان در مطالعه در سه گروه سازمان‌دهی شدند. گروه اول شامل ۸ نفر از روحانیون و متخصصین دینی، روان‌شناسان و متخصصان پزشکی اجتماعی که تمایل به حضور در مطالعه و اطلاعات کافی در مورد سلامت معنوی داشتند؛ گروه دوم شامل ۷ نفر از استقراردهندگان خدمات در بیمارستان شامل رییس بیمارستان، پزشکان متخصص، مترون و مدیر بیمارستان، نماینده معاونت توسعه دانشگاه بودند که علاوه تمایل و انگیزه جهت حضور در مطالعه، وجود بخش بیماری‌های صعب‌العلاج از جمله بیماران مبتلا به سرطان از معیارهای انتخاب این

گروه بودند و گروه سوم ۹ نفر خبرگان در سطح ملی بودند که این خبرگان با معیارهای داشتن کتاب، مقاله علمی، مسؤولیت در مراکز علمی معتبر انتخاب شدند. در این مطالعه از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف که یکی از انواع نمونه‌گیری غیر احتمالی است، استفاده شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، راهنمای مصاحبه بود که سؤالات آن شامل اصول طراحی شیوه‌نامه، محتوای شیوه‌نامه (اهداف، شیوه مدیریت، منابع مالی، انسانی و تجهیزات و اطلاعات، فرایند و روال و استاندارد، ساختار و هماهنگی با محیط بیرونی) و امکان استقرار این شیوه‌نامه در بیمارستان‌ها بود.

به منظور انجام بحث‌های گروهی، برای مشارکت‌کنندگان دعوت‌نامه‌ای ارسال گردید که در آن عنوان جلسه، اهداف، زمان و محل برگزاری جلسات بحث گروهی را مشخص گردیده بود و پس از مراجعه آن‌ها به محل، توضیحاتی در مورد ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن، ارائه گردید. در این پژوهش، ۶ جلسه بحث گروهی متمرکز ۲-۳ ساعته با مشارکت سه گروه مذکور برگزار شد که طی این جلسات، شرکت‌کنندگان آزادانه اظهار عقیده می‌کردند و هماهنگ‌کننده جلسه، بحث را متعادل کرده و هدایت می‌نمود و پویایی گروه را مورد توجه قرار می‌داد. معیار اتمام بحث گروهی، اشباع اطلاعات و عدم ارائه داده‌های جدید بود.

با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان و اطمینان‌دادن به آنان جهت محرمانه‌ماندن اطلاعات آن‌ها، عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام مشارکت‌کنندگان و مصاحبه‌ها ضبط گردید. در حین ضبط مکالمات از یادداشت‌برداری نیز استفاده شد. پس از برگزاری بحث‌های گروهی صداهای ضبط‌شده پیاده‌سازی شد. به منظور افزایش قوام و درستی داده‌ها، بحث‌های پیاده‌سازی‌شده با همکاری مشارکت‌کنندگان کنترل گردید. نوشتن متن نوارها در نزدیک‌ترین فاصله زمانی ممکن انجام پذیرفت. با استفاده از روش تحلیل محتوا (Content Analysis) داده‌های حاصل از بحث‌های گروهی متمرکز تحلیل گردید.

سازمانی به عنوان اصول طراحی شیوه‌نامه اجرایی در نظر گرفته شد.

۲-۴. محتوای شیوه‌نامه: گروه هدف مشمول خدمات سلامت معنوی و اهداف مورد انتظار از اجرای این شیوه‌نامه در محتوا در نظر گرفته شد.

۲-۴-۱. گروه هدف: بیماران مشمول این خدمات مراجع دارای بیماری‌های مزمن (بیماران سرطانی، مبتلایان به دیابت و سایر بیماری‌های که در دسته‌بندی بیماری‌های مزمن قرار دارند)، مراجع دارای بیماری حاد (سقط جنین، اطلاع کسب‌کنندگان از اخبار بد از جمله نقص عضو، سرطان، ناباروری، مرگ اطرافیان و...)، مراجع معتاد، زنان زندانی بیمار، حاملگی نامشروع و سقط غیر قانونی هستند. خدمات سلامت معنوی در اولویت اول برای بیماران و خانواده آن‌ها و سپس پزشکان، پرستاران و خدمه بیمارستان به ویژه کارکنانی که در بخش‌های بیمارستانی دشوار اشتغال دارند را شامل می‌شود.

۲-۴-۲. اهداف: اهداف مورد انتظار از اجرای این شیوه‌نامه شامل افزایش رضایت بیماران (از وجود خدمت، از شیوه عمل ارائه‌کنندگان خدمات و مشاور، تسهیلات خارج از بیمارستان)، تسهیل بهبود بیماری‌های حاد و افزایش تاب‌آوری در بیماری‌های صعب‌العلاج، کاهش مراجعات بیماران، بهبود وضعیت‌های معنوی و مذهبی (امیدواری، توکل به خدا، هدفمندی و اجرای مناسک مذهبی) و افزایش مهارت‌های معنوی و افزایش اتخاذ رفتارهای سالم است.

۲-۴-۳. فرایند اصلی خدمات سلامت معنوی: مراحل فرایند شامل ارزیابی سلامت معنوی توسط پزشک، مشاوره سلامت معنوی توسط مشاور منتخب و خدمات حمایتی می‌باشند.

۲-۴-۳-۱. مرحله اول، ارزیابی سلامت معنوی توسط پزشک: بهترین زمان برای بررسی معنوی بیمار در حین گرفتن شرح حال پزشکی و پس از شرح حال اجتماعی بیمار است. برای گرفتن شرح حال معنوی روش‌های مختلفی وجود دارد، اما یکی از پرکاربردترین رویه‌های پیشنهاد شده سؤالات HOPE است.

جهت اطمینان از دقت علمی و روایی داده‌ها از معیارهای اعتبار، قابلیت انتقال (تعمیم‌پذیری)، اطمینان‌پذیری (اعتماد) و تأییدپذیری استفاده گردید (۱۶). جهت اطمینان از اعتبار داده‌ها، برای جمع‌آوری داده‌ها زمان کافی تخصیص یافت و موضوع مد نظر از زوایای مختلف بررسی شد و از نظرات تکمیلی همکاران کمک گرفته شد. به منظور اطمینان از اعتماد و تأییدپذیری، کلیه مراحل تحلیل داده‌ها ثبت گردید. جهت تأییدپذیری دست‌نوشته‌های مطالعه به پژوهشگر دیگری از همکاران طرح و همچنین یک ناظر خارجی که ارتباطی با پژوهش نداشت، داده شد و یافته‌های استخراج‌شده با یافته‌های آن‌ها مقایسه گردید. به منظور اطمینان از برداشت یکسان از داده‌های گردآوری‌شده، نتایج تحلیل چندین بار میان اعضای گروه پژوهش به بحث گذارده شد؛ ۳- مرحله سوم: پس از جمع‌آوری داده‌های حاصل از مرور منابع و بحث گروهی متمرکز، تحلیل ذی‌نفعان انجام شد و اصول طراحی تدوین و اجماع گردید و نهایتاً بر اساس پنج جزء اصلی یک سیستم شامل: ۱- تحلیل ذی‌نفعان و تشکیل کمیته راهبردی، مرور منابع و تدوین اصول طراحی مدل؛ ۲- تدوین پیش‌نویس مدل بر اساس اجزای سیستم و شیوه‌نامه عمل پزشکان و پرستاران (و مشاور معنوی)؛ ۳- نظرخواهی مدل در کمیته راهبردی و تعدادی از خبرگان ملی؛ ۴- آماده‌سازی بسترها و الزامات آزمایش این مدل در بیمارستان؛ ۵- آموزش و توجیه مدل برای صاحبان فرایند در یک بیمارستان، شیوه‌نامه استقرار خدمات در یک بیمارستان طراحی و پایلوت شد.

۴. یافته‌ها

۴-۱-۱. اصول طراحی شیوه‌نامه: طراحی خدمات سلامت معنوی جامع و ادغام آن در سیستم موجود، تداوم مراقبت در ابعاد روانی و اجتماعی، مشارکت مدیریت ارشد بیمارستان و پزشکان و پرستاران، مبتنی بر شواهد بودن دستورالعمل‌های اجرایی و تأکید بر خدمات سلامت معنوی به عنوان یک ارزش

H: Hope

- منبع امیدواری، قدرت، آسایش و صلح و دوستی برای شما چیست؟

- در زمان سختی و مصائب به کجا پناه می‌برید؟

- چه چیزی شما را حفظ کرده و نیروی ادامه حیات به شما می‌بخشد؟

O: Organized

- آیا شما عضو یک جامعه مذهبی یا معنوی هستید؟ آیا کمکی به شما می‌کند؟ چگونه؟

- کدام یک از جنبه‌های مذهب برای شما مفید یا بی‌تأثیر هستند؟

P: Personal

- آیا دارای باورهای معنوی شخصی هستید که مستقل از آیین‌های مذهبی باشند؟

- کدام یک از جنبه‌های معنویت یا آیین‌های معنوی را برای شخصیت خود مفید و مؤثر می‌دانید؟

- آیا بیماری توانایی شما برای انجام کارهایی که معمولاً از نظر معنوی به شما کمک می‌کنند را تحت تأثیر قرار داده است؟

- من به عنوان یک پزشک چه کمکی برای دسترسی بیشتر به منابع حمایت معنوی می‌توانم داشته باشم؟

- آیا اعمال یا محدودیت‌های خاصی وجود دارند که من برای ارائه خدمات پزشکی از آن‌ها اطلاع داشته باشم؟

E: Effects

- زمان گرفتن شرح حال معنوی می‌باید بسیار کوتاه بوده و به کند و کاو منجر نشود، زمان صرف‌شده برای پرداختن به مسائل معنوی نباید هرگز جایگزین زمان لازم برای رسیدگی کامل به نیازهای پزشکی بیمار گردد.

۱-۳-۴. مرحله دوم، مشاوره سلامت معنوی توسط مشاور منتخب: اصول مشاوره در این مورد عبارت‌اند از: جلب رضایت

بیمار و اطمینان‌دادن به بیمار در مورد حفظ اسرار، بیان اهمیت معنویت در سلامت افراد، ارزیابی وسیع‌تر معنوی بیمار (بر اساس الگوهای ارائه‌شده یا با توجه به الگوی آموزش داده‌شده در بسته آموزشی ویژه مشاورین معنوی)، تعیین

چالش‌های معنویت بیمار و هدف‌گذاری برای مشاوره، تأیید و تأکید بر باورهای صحیح بیمار در زمینه‌های معنوی و بیان فرصت‌های بهبود و پیشنهاد برنامه مداخله معنوی، از جمله انجام اعمال فردی و جمعی. همچنین شرکت در جلسات مشاوره معنوی گروهی، معرفی تسهیلات اجتماعی برای ارتقای معنوی و دادن معرفی‌نامه به وی، معرفی کتب، فیلم و یا بروشورهای مرتبط از دیگر فعالیت‌های جانبی مشاور است.

۳-۳-۴. مرحله سوم، خدمات حمایتی: ارائه تسهیلات بیمارستانی در زمان بستری، حمایت‌های پس از ترخیص به عنوان خدمات حمایتی در نظر گرفته شد.

۱-۳-۳-۴. تسهیلات بیمارستانی در زمان بستری: لازم است که بروشورهای سلامت معنوی به تعداد مناسب در بخش قرار داده شود، مکان‌های عبادت فردی و جمعی با شرایط استاندارد ایجاد شود و مواد ترویجی معنوی در این مکان قرار داشته باشد و به غیر از اوقات خاص قابل استفاده جمعی است و بهتر است پخش فیلم‌ها و لوح‌های فشرده و سخنرانی‌ها با برنامه‌ریزی قبلی و اطلاع به بیماران صورت گیرد (این نوع فعالیت‌ها از خدمات و تسهیلات تفریحی باید مجزا باشد). اتاق یا فضایی برای انواع تفریح‌های (فعال و غیر فعال) دو نفره و چند نفره در نظر گرفته شود تا ارتباط بین افراد گسترش یابد. هفته‌ای دو بار سخنرانی‌های معنوی شامل روش‌های افزایش ایمان، امیدواری، تأثیر اخلاقیات بر زندگی فردی و خانوادگی و... در آمفی‌تئاتر بیمارستان یا اتاق شورای بیمارستان و یا در نمازخانه (در مواقعی که باید بحث گروهی اتفاق افتد) برنامه‌ریزی و اجرا شود. برنامه‌های اجرایی اعمال و مناسک دینی در بیمارستان به طور منظم برگزار گردد و روحانیون برگزیده مطابق جدول زمان‌بندی ماهانه از بیماران بازدید نمایند.

۲-۳-۳-۴. حمایت‌های پس از ترخیص: حمایت‌های پس از ترخیص شامل معرفی امکانات و فرصت‌های ارتقای سلامت معنوی در بیرون از بیمارستان و عضویت در انجمن‌ها و سمن‌های خیریه و نیکوکاری، استفاده از امکانات تفریحی در

۴-۴. منابع لازم جهت اجرای شیوهنامه: منابع انسانی، تجهیزات و اطلاعات و منابع مالی به عنوان منابع مورد نیاز جهت اجرای شیوهنامه در نظر گرفته شد.

۴-۴-۱. منابع انسانی: پزشکان آموزش دیده در زمینه گرفتن شرح حال معنوی، اولین سطح رویارویی بیماران و مراجع در زمینه سلامت معنوی می باشند. این پزشکان از بیماران شرح حال معنوی اخذ و برای انجام مداخله تصمیم گیری می کنند. مشاور سلامت معنوی یک کارشناس دینی آموزش دیده است که گواهی نامه شرکت در دوره سلامت معنوی را دریافت نموده است.

۴-۴-۲. تجهیزات و اطلاعات: مکان مناسب با طراحی ویژه اتاق های مشاوره، مکان و وسایل ویژه تفریحات بیماران، از جمله ابزار بازی تک نفره، دو نفره و جمعی، کتابخانه حاوی کتب (به زبان ساده)، منابع علمی و بروشورهای مرتبط به سلامت معنوی، کامپیوتر و تلویزیون برای نمایش فیلم های مرتبط به ارتقای سلامت معنوی (تجربیات انسان ها، دعا و نیایش، تلاوت قرآن و سخنرانی های معنوی و...)، نمازخانه با تسهیلات استاندارد در نظر گرفته شود. تحقیقات برای ارزشیابی مداخلات سلامت معنوی در یک دوره یک ساله ضروری است تا از طریق آن نسبت با بازبینی در فرایند، روال و استانداردها و دوره های آموزشی اقدام شود.

۴-۴-۳. منابع مالی: منابع اطلاعاتی، تجهیزات و هزینه مشاورین تمام وقت و یا پاره وقت به صورت سالانه برآورد شود و در بودجه بیمارستان برای تأمین تصمیم گیری گردد.

۴-۵. ساختار و هماهنگی با محیط بیرونی: هماهنگی درون بخشی برای محدوده بیمارستان و دانشگاه از طریق شورای سلامت معنوی بیمارستان انجام شود و نماینده این شورا به انتخاب رییس بیمارستان در شورای هماهنگی سلامت معنوی استان عضو گردد که برای اظهار نظر و جلب حمایت های لازم برای فراهم کردن تسهیلات خدمات سلامت معنوی پس از ترخیص در این جلسات شرکت نماید. اعضای شورای هماهنگی سلامت معنوی استان شامل معاون سیاسی امنیتی

جامعه با تخفیف خاص، پیوستن به گروه های خودیار بیماران، تسهیل فرایند عضویت و آموزش بیمار برای مراقبت های جسمی و روانی در ارتباط با بیماری خاص خود و دادن برگه آموزشی خلاصه و مفید به بیمار صورت پذیرد. لازم است در ارتباط با بیماری های خاص گروه های خودیار با راهنمایی و هدایت سیستم پرستاری تشکیل شود. به عنوان مثال گروه خودیار از بیماران بهبود یافته از سرطان ها شناسایی شده و به رهبران این گروه آموزش های لازم برای اداره گروه داده می شود. در شروع پیاده سازی شیوهنامه، شورای سلامت معنوی بیمارستان باید تشکیل شود که متشکل از رییس بیمارستان، نماینده نهاد رهبری در دانشگاه، نماینده معاونت توسعه، مدیر بیمارستان، مترون و نماینده سوپروایزورها، نماینده پزشکان، مشاور منتخب، نماینده مددکاری بیمارستان، نماینده معاونت درمان و نماینده دبیرخانه سیاست گذاری سلامت دانشگاه است. وظایف این شورا برنامه ریزی، سازمان دهی، تشویق و نظارت بر حسن استقرار شیوهنامه است. این شورا پس از انجام ارزشیابی پیاده سازی شیوهنامه در پایان سال اول در شوراها و کمیته های بیمارستانی موجود - به نحوی که کارکردهای آن حفظ شود - ادغام گردد. شورای سلامت معنوی بیمارستان برنامه سالانه ارتقای سلامت معنوی را در راستای پیاده سازی این شیوهنامه تصویب نماید. برنامه های توجیهی و آموزشی برای خانواده بیماران و کلیه کارکنان بیمارستان و تشویق پزشکان و پرستارانی که در این فرایند مشارکت فعال دارند، اجرا گردد. فرایند اجرای خدمات سلامت معنوی هر سه ماه یکبار با مشارکت کلیه پزشکان و پرستاران و مشاوران بیمارستان پایش گردد. شورای سلامت معنوی بیمارستان باید کلیه مقرراتی را که برای حفظ اسرار و شرح معنوی بیماران لازم است اتخاذ نماید و در این زمینه در بیماران و خانواده آنها اعتماد کافی ایجاد نماید، در همین زمینه لازم است آگاهی و عملکرد پزشکان و کارکنان بیمارستان ارتقا یابد تا از تأثیرات خواسته و ناخواسته نگرش های فردی و سلیقه های به موضوع معنویت و مذهب در فرایند درمان بیماران جلوگیری شود.

- حفظ اسرار بیماران از مسؤولان امنیتی و حراستی یکی از دشوارترین اقدامات کارکنان پزشکی است.

- نیازمندی بیماران به خدمات مشاوره روانی و اجتماعی و نقص این خدمات در بیمارستان‌ها است.

به طور کلی اجرای این برنامه در بیمارستان نیازمند بازاریابی اجتماعی برای کلیه کارکنان است.

۴-۶-۲. تعیین اثرات بعدی: این که پزشکان از بیماران شرح حال معنوی بگیرند، امری پذیرفته شده در مطالعات غربی است، اما به دلیل حساسیت بیماران ایرانی نسبت به موضوعات مذهبی، این مسأله در ایران نیاز به تحقیق دارد و قبل از اجرا در مورد پذیرش بیماران نسبت به دریافت مشاوره معنوی باید تحقیق شود. در مورد اثرات اجتماعی به کارگیری این شیوه نامه در بیمارستان‌ها باید گفت به دلیل حمایت اجتماعی افزایش یافته در طی مشاوره معنوی برای هر بیمار، که از طریق معرفی به مراکز خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد عملی می‌شود، به طور قطع اثرات مثبتی پیش‌بینی می‌شود. از طرف دیگر به دلیل حمایت اجتماعی افزایش یافته، تأثیر مثبت بر اشتغال، رفاه، اقتصاد و احساس امنیت پیش‌بینی می‌شود. اجرای این شیوه نامه، مسؤولیت اجتماعی افراد را برای حفاظت از محیط زیست افزایش می‌دهد.

۴-۶-۳. هزینه - فایده محصول پروژه: با این که این موضوع نیازمند محاسبات دقیق‌تری است که از طریق مطالعات کوهورت قابل اجرا است، اما از دیدگاه کمیته راهبری مجموع هزینه‌های اجرای این پروژه در مقابل افزایش رضایت بیماران، تسهیل بهبود بیماری‌های حاد، افزایش تاب‌آوری در بیماری‌های صعب‌العلاج، کاهش مراجعات بیماران و افزایش اتخاذ رفتارهای سالم ناچیز است، به خصوص زمانی که مجموعه خدمات از طریق ادغام آن در خدمات سلامت موجود بیمارستان اجرایی گردد. مجموع خدمات شامل هزینه گرفتن شرح حال و صرف وقت توسط پزشک، هزینه خرید خدمات مشاور معنوی از کارشناسان، هزینه آموزش بیماران توسط

استان و یا نماینده وی، نماینده دفتر ولی فقیه در استان و دانشگاه علوم پزشکی، رییس یا نماینده دانشگاه علوم پزشکی، رییس یا نماینده سازمان تبلیغات اسلامی، رییس یا نماینده سازمان حج و اوقاف و خیریه، رییس یا نماینده حوزه علمیه قزوین، نمایندگی مذاهب و ادیان دیگر در استان، سازمان صدا و سیما استان، فرهنگ و ارشاد اسلامی، رییس یا نماینده گروه‌های آموزشی روان‌پزشکی، روان‌شناسی و کارشناسی علوم دینی از دانشگاه‌ها، رییس خانه مشارکت مردم در سلامت می‌باشند. شورای هماهنگی سلامت معنوی وظیفه هماهنگی و جلب حمایت سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای سلامت معنوی استان و پایش تحقیقاتی روند سلامت معنوی استان را بر عهده دارد.

۴-۶-۴. نتایج امکان‌سنجی پیاده‌سازی شیوه‌نامه: امکان فنی و عملیاتی فعلی، تعیین اثرات بعدی و هزینه - فایده محصول پروژه به عنوان نتایج امکان‌سنجی پیاده‌سازی شیوه‌نامه استخراج گردید.

۴-۶-۱. امکان فنی و عملیاتی فعلی: اگرچه به دلیل وجود دانش و تجربه کافی در زمینه اثرات معنویت بر سلامت و اجرایی شدن این تجربه در کشورهای پیشرو از نظر فنی این شیوه‌نامه قابلیت اجرایی دارد، ولی چالش‌های زیر پیش‌بینی می‌شود:

- تأمین منابع مالی ارائه خدمت با توجه به بودجه بیمارستان‌ها مشکل است، ردیف مالی مجزا برای این شیوه‌نامه لازم است.

- جذب نیروی انسانی مشاور معنوی باید مطابق چارت سازمانی بیمارستان باشد، از طرفی دوره آموزشی رسمی در کشور وجود ندارد که مشاور سلامت معنوی محصول آن باشد.

- شرح وظایف پرستاران برای نظارت بر تسهیلات محیطی و پایش بعد از ترخیص باید تغییر کند و انگیزه کافی برای آن‌ها ایجاد شود، مهارت پزشکان در گرفتن شرح حال و ورود به حوزه معنوی بیماران و جلب اعتماد آنان باید در دوره رسمی آموزش پزشکی گنجانده شود.

و کتاب‌درمانی است (۲۷). اجرای برنامه مشاوره معنوی موجب افزایش تندرستی معنوی و کاهش اضطراب بیماران می‌شود، در صورتی که برنامه مشاوره معنوی مطابق نیازهای بیماران و متناسب با سطح درک آن‌ها طراحی گردد، به طوری که قابلیت اجرایی و مشارکت همه‌جانبه بیماران را در ارتقای معنویات و تقلیل اضطراب و عوارض بالقوه روانی بیماری‌ها به همراه داشته باشد، موجب دستیابی به نتایج مثبت در زمینه تندرستی معنوی آن‌ها خواهد شد (۲۸).

ایجاد محیط حامی در بیمارستان آخرین جزء شیوه‌نامه بود. Saad و de Medeiros پنج مرحله مشارکت عمیق سازمانی، آموزش کارکنان، زیرساخت‌ها، منابع مالی و توافق با رهبران مذهبی را جهت اجرای برنامه‌های حمایتی سلامت معنوی پیشنهاد نمودند (۱۳). محیط کار بیمارستان، یک محیط پویا با تنوع زیاد فرهنگی و اجتماعی است. به منظور مدیریت اثربخش باید این تفاوت‌ها را درک کرده و به علت حساسیت کار با بیماران، باید به مسائل اخلاقی و اجتماعی توجهی خاص داشت (۲۹). جهت اجرای موفقیت معنویت در محیط کار سازمان‌ها نیازمند توجه به شش مسأله اجرای هزینه خالص اقتصادی، بهره‌برداری از توان بالقوه کارکنان، نقش معنویت در کارکردهای جامعه، روش‌های ارائه مناسب معنویت در محیط کار، پتانسیل برای رقابت و افزایش فکر گروهی و گروه‌محوری است (۳۰).

در حال حاضر مشاوره سلامت روانی و فعالیت‌های مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌های ایران دچار نقص است این موضوع هم توسط پزشکان جدی گرفته نمی‌شود و هم مدیریت بیمارستان‌ها به اهمیت ارائه این خدمات در رضایت بیماران، تبعیت درمانی، کاهش مراجعات اورژانس و افزایش کیفیت خدمات اعتقادی ندارند، به همین دلیل بر اساس نتایج این مطالعه ذی‌نفعان معتقدند استقرار خدمات سلامت معنوی با چالش‌های همراه خواهد بود.

اگرچه در مطالعات مختلف اثربخشی خدمات سلامت معنوی در سلامت بیماران نشان داده شده است، ولی لازم است در

پرستاران و پیگیری‌های آتی، به علاوه هزینه‌های تسهیلات و امکانات فیزیکی و محیطی فراهم‌شده در بیمارستان است.

۵. بحث

یکی از اجزای فرایند شیوه‌نامه طراحی‌شده، ارزیابی سلامت معنویت وسط پزشک بود. در مطالعه Puchalski و همکاران ارزیابی معنوی به عنوان یکی از توانمندی‌های مورد انتظار دانشجویان پزشکی مطرح گردید (۱۷). در مطالعه Kociszewski و همکاران، پزشکان معتقد بودند که ارزیابی معنوی در مورد دیدگاه‌های زندگی، مشکلات را کاهش می‌دهد (۱۸)، در حالی که مطالعه Smith نشان داد که حدود ۱۰٪ از پزشکان به این جنبه در مراقبت‌ها توجه داشتند (۱۹). گرفتن تاریخچه معنوی اغلب به خودی‌خود یک کار با ارزش پزشکی و یک مداخله قدرتمند است (۲۰). پزشکان و متخصصان بالینی می‌توانند این پیام مهم را به آنان برسانند که آن‌ها با کل انسان در ارتباط هستند و می‌فهمند که بیماران به جز جسم و روان بعد معنوی هم دارند، پیامی که رابطه پزشک و بیمار را ارتقا می‌دهد و ممکن است تأثیر درمانی یک مداخله را افزایش دهد (۲۱). کلیه پزشکان در مورد بیماری‌هایی که آموزش، مراقبت و مشاوره معنوی برای آن‌ها لازم‌الاجرا است، باید آموزش ببینند.

مشاوره سلامت معنوی توسط مشاور منتخب از سایر اجزای شیوه‌نامه بود. نتایج مطالعات سجادی و همکاران (۲۲)، Safara و همکاران (۲۳)، Martinez (۲۴) و Hawks و همکاران (۲۵) حاکی از تأثیر مثبت مشاوره معنوی بر بهبود رفاه و کیفیت زندگی و ایجاد زندگی امیدبخش بود، در حالی که مطالعه قهاری و همکاران نشان داد که مداخلات معنوی منجر به کاهش معنی‌داری در اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه نگردید (۲۶). مشاوره معنوی شامل دعا، استفاده از متون نوشته‌های قدیمی، مراقبه، تصویرسازی معنوی، بخشایشگری، عبادات و مناسک، خودفاش‌سازی معنوی، همراهی و خدمت، نوشتن یادداشت‌های روزانه، تمرکز

۶. نتیجه‌گیری

پایه‌سازی شیوه‌نامه اجرایی طراحی شده، نیازمند ایجاد بسترهای حمایت سیاسی، ابعاد ساختاری و عملیاتی، مهارت‌های بالینی و ارتقای رفتار و فرهنگ مخاطبان است. مدیران اجرایی جهت استقرار شیوه‌نامه باید منابع مالی، انسانی، تجهیزاتی و اطلاعاتی مورد نیاز را جذب نموده و به نتایج امکان‌سنجی حاصل از مطالعه توجه نمایند.

۷. تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌بینند که از دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران و دفتر سلامت روان وزارت بهداشت تشکر و قدردانی نمایند.

۸. سهم نویسندگان

بهزاد دماری: طراحی مطالعه، آنالیز داده‌ها، تأیید نسخه نهایی. علی‌اکبر زینالو: مرور مطالعات، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز داده‌ها، تأیید نسخه نهایی.

سیدحسین امامی رضوی: مرور مطالعات، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز داده‌ها، تأیید نسخه نهایی.

حسین سالاریان‌زاده: مرور مطالعات، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز داده‌ها، تأیید نسخه نهایی.

عباس وثوق مقدم: مرور مطالعات، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز داده‌ها، تأیید نسخه نهایی.

علیرضا حیدری: تهیه پیش‌نویس مقاله، تأیید نسخه نهایی.

۹. تضاد منافع

بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

طول استقرار آزمایشی این خدمت، مطالعه‌ای طراحی شود تا تأثیر این مدل را بر بهبود شاخص‌های معین در سطح بیمار و بیمارستان مورد سنجش قرار گیرد.

با این‌که در این طرح فرصت استفاده از نظرات همه خبرگان کشوری و استانی فراهم نیامد، ولی این امکان وجود دارد تا در طول اجرای آزمایشی فرایند نظرخواهی‌ها انجام شود و بازبدهایی برای خبرگان و صاحب‌نظران فراهم شود. پیشنهاد می‌گردد که جهت افزایش حمایت سیاسی، برنامه ملی سلامت معنوی از طریق هیأت دولت و تقسیم کار دستگاه‌ها برای اجرای تکالیف و انتظارات تدوین و تصویب گردد. در ابعاد ساختاری و عملیاتی، لازم است استاندارد خدمات ضروری برای مشاوره ادغام‌یافته روان، حمایت اجتماعی و تقویت معنوی و پایلوت الگوهای آن تعریف گردد. همچنین نظارت و اعتباربخشی خدمات معنوی مراکز سلامت به مجموعه نظارتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وارد گردد و شورای فنی در سطح ملی در زمینه تدارک محتویات آموزشی و بسته‌های خدماتی سلامت معنوی متشکل از خبرگان حوزوی، خبرگان دانشگاهی و مدیران ارشد دستگاه‌های اصلی به طور بین‌بخشی شکل گیرد. به منظور پیاده‌سازی اثربخش شیوه‌نامه طراحی شده، تدوین، تصویب و استقرار دوره آموزشی سلامت معنوی به منظور تربیت مشاور سلامت معنوی در دانشگاه‌های علوم پزشکی مفید است. پیشنهاد می‌گردد مباحث سلامت معنوی به کاریکولوم‌های کلیه رشته‌های تحصیلی علوم پزشکی و آموزش نحوه‌گرفتن شرح حال معنوی در مراکز آموزش وارد گردد. به منظور مهارت‌های بالینی، اولویت‌های تحقیقاتی سلامت معنوی از جمله مطالعه تبعیت بیماران از مشاوره‌های معنوی و ترجیحات بیماران تعیین گردد. پیشنهاد می‌گردد که خدمات استاندارد مشاوره سلامت معنوی در فهرست بیمه‌ها گنجانده شود و بانک اطلاعاتی مراکز و سازمان‌های مردم‌نهادی که در حوزه سلامت معنوی می‌توانند به بیمارستان‌ها کمک کنند، ساماندهی و تدوین گردد.

References

1. Bagherpour M, Abdollahzadeh H, Salamati Z. The Impact of Spiritual Care Skills Instruction on Nursing Students' Achievement Motivation and Styles of Communication with Patient. *Iranian Journal of Medical Education* 2016; 16(57): 516-524.
2. Beigi A, Habibi S, Rezaei Hesar H, Niasty R, Shams Ali Z, Ashoori J, et al. Effect of spiritual training on decreased anxiety and increased quality of life of women with gestational diabetes in the assessment of nursing and modern care. *J Diabetes Nurs* 2016; 4(3): 19-29.
3. Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezai A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2014; 19(1): 88-93.
4. Azarnik S, Seddigh R, Keshavarz-Akhlagh A, Memaryan N. Educational Resources of Psychiatry Residency about Spirituality in Iran: A Qualitative Study. *IJPCP* 2015; 21(2): 175-186.
5. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a training course for spiritual counselors in health care: Evidence from Iran. *Indian J Palliat Care* 2018; 24(2): 145-149.
6. Heidari A, Hajebi A, Bolhari J, Damari B. A plan for spiritual health services in Iranian hospitals. *Journal of Medicine and Cultivation* 2018; 27(1): 56-66.
7. Ravari A, Mirzaei T, Salamizadeh A, Askari Majdabadi H. Effect of the spiritual care training on anxiety reduction in home caregivers of the elderly with Alzheimer disease. *Koomesh* 2017; 19(2): 467-474.
8. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2014; 22(4): 23-32.
9. Kachoie A, Ahmari Tehran H, Dehghani F, Abbasi M, Parizad A. Physicians' Attitudes towards Spirituality and Pastoral Care. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26(138): 151-160.
10. Yousefi H, Abedi HA. Spiritual care in hospitalized patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2011; 16(1): 125-132.
11. Ravangard R, Keshtkaran V, Niknam S, Yusefi AR, Heidari AR. The Decision-Making Styles of Managers of Public and Private Hospitals in Shiraz. *JHOSP* 2013; 12(3): 39-45.
12. Yusefi A, Jabbari A, Koushki J, Heidari A. The relationship between personality type and leadership style of managers in educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Health Develop J* 2014; 3(1): 84-93.
13. Saad M, De Medeiros R. Programs of religious/spiritual support in hospitals - five "Whies" and five "Hows". *Philos Ethics Humanit Med* 2016; 11(1): 1-5.
14. Chan MF, Chung LYF, Lee ASC, Wong WK, EE GSC, Lau CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: Results of a cluster analysis. *Nurse Education Today* 2006; 26(2): 139-150.
15. Tiew LH, Creed DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Education Today* 2013; 33(6): 574-579.
16. Eri M, Jafari N, Kabir MJ, Mahmoodishan G, Moghassemi MJ, Tahanian M, et al. Concept and Challenges of Delivering Preventive and Care Services in Prehospital Emergency Medical Service: A Qualitative Study. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(126): 42-57.
17. Puchalski CM, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: The development of a field. *Acad Med* 2014; 89(1): 10-16.
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. Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract* 1999; 49(446): 711-716.
21. D'Souza RF, Rodrigo A. Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australas Psychiatry* 2004; 12(2): 148-152.
22. Sajadi M, Niazi N, Khosravi S, Yaghoobi A, Rezaei M. Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. *J Complement Therap Clin Pract* 2017; 30: 79-84.
23. Safara M, Khanbabaee M, Khanbabaee M. Effectiveness of Spiritual Group Counseling on the Psychological Well-Being of Girls from Divorced

- Families. *Health Spiritual Med Ethics* 2019; 6(1): 18-24.
24. Martinez JS, Smith TB, Barlow SH. Spiritual interventions in psychotherapy: Evaluations by highly religious clients. *J ClinPsychol* 2007; 63(10): 943-960.
25. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: Definition, role and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion: AJHP* 1995; 9(5): 371-378.
26. Ghahari SH, Fallah R, Bolhari J, Moosavi M, Razaghi Z, Akbari M. Effectiveness of Cognitive-behavioral and Spiritual-religious Interventions on Reducing Anxiety and Depression of Women with Breast Cancer. *Knowl Res Appl Psychol* 2013; 13(50): 33-40.
27. Aghajani M, Afaze M, Morasai F. The Effect of Spirituality Counseling on Anxiety and Depression in Hemodialysis Patients. *Evidence Based Care Journal* 2013; 3(9): 19-28.
28. Khorami Marekani A, Naseri O, Radfar M, Khalkhali H. Evaluating the effect of spiritual counseling on spiritual well-being of cancer patients undergoing chemotherapy inomid research-treatment hospital in Urmia, in 2014. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016; 14(7): 592-600.
29. Sulman J, Kanee M, Stewart P, Savage D. Does difference matter? Diversity and human rights in a hospital workplace. *Social Work in Health Care* 2007; 44(3): 145-159.
30. Polley D, Jay V, Subba N. Paying the devil his due: Limits and liabilities of workplace spirituality. *International Journal of Organizational Analysis* 2005; 13(1): 50-62.

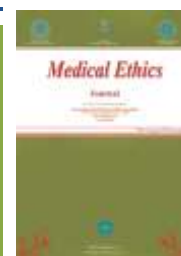


MEJ

Medical Ethics Journal



2020; 14(45): e18

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/en-me>



REVIEW ARTICLE

Executive Instruction for Establishment of Spiritual Health Services in Iranian Hospitals

Behzad Damari¹ , Ali Akbar Zeinalou², Seyed Hasan Emami Razavi³, Hossein Salarianzadeh⁴, Abbas Vossogh Moghaddam⁵, AliReza Heidari^{6*} 

1. Governance and Health Department, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Pediatrics, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Surgery, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Deputy of Administration and Resources Development Affairs, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.
5. Secretariat of the High Council for Health and Food Security, Ministry of Health, Tehran, Iran
6. Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 19 August 2019

Accepted: 26 February 2020

Published online: 19 December 2020

Keywords:

Spiritual Health

Establishment

Executive Instruction

Hospital

* Corresponding Author: **Alireza Heidari**

Address: Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences Gorgan, Iran.

Postal Box: 49153317

Tel: 017 3261 0330

Email: alirezaheidari7@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: Spiritual care can alleviate physical pain and improve mental well-being, but has not been addressed in the hospital. This study was conducted to design an executive instruction for establishment of spiritual health services in Iranian hospitals.

Materials and Methods: A descriptive-analytic study was conducted in the form of designing a system in three main stages of review study, qualitative study and designing a placement style sheet. Data were collected using internal and external databases and six focused group discussions. Stakeholder analysis was carried out and the principles of design were formulated and were agreed. Based on the five main components of a system, style sheet of establishing spiritual services was designed in a hospital.

Findings: Principles of Executive instruction includes designing a comprehensive spiritual health services and integrating it into the current system, continuing care in mental and social dimensions, participating senior hospital and physician and nursing managers, evidence-based executive guidelines and emphasizing Spiritual Health Services as an organizational value. The expected goals of this instruction are to increase patient satisfaction, facilitate the recovery of acute illnesses and increase resilience to malignant diseases, reduce patient referrals, improve spiritual and religious status and enhance spiritual skills and promote healthy behaviors. The main process of spiritual health services consists of three main components of the evaluation of spiritual health by a physician, the implementation of spiritual health counseling by an elected counselor, support services including hospital facilities at the time of patient hospitalization and patient education at discharge and post-discharge support.

Ethical Considerations: The objectives and content of the study were explained to all participants and after obtaining informed consent, the interviews were recorded. Participants were assured that information will be confidential.

Conclusion: Implementation of the designed executive introduction requires the establishment of political support structures, structural and operational dimensions, clinical skills and promotion of people behavior and culture. To establish the introduction, managers must capture the financial, human, equipment and information resources needed and pay attention to the feasibility results of the study.

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Damari B, Zeinalou AA, Emami Razavi SH, Salarianzadeh H, Vossogh Moghaddam A, Heidari AR. Executive Instruction for Establishment of Spiritual Health Services in Iranian Hospitals. *Med Ethics J* 2020; 14(45): e18.