

الگوی ارائه خدمات سلامت معنوی در بیمارستان های ایران

علیرضا حیدری^۱، احمد حاجبی^۲، جعفریوالهیری^۳، بهزاد دماری^{۴*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۸

چکیده

زمینه تحقیق: در سال های اخیر، سلامت معنوی توسط متخصصان سلامت به عنوان یک بعد مهم در زندگی فردی و گروهی مورد توجه قرار گرفته است و طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی مراقبت معنوی جزء اصلی مراقبت تسکین دهنده است. با این حال، اغلب در عملکرد بالینی از آن غفلت می شود و بیمارستان ها نیاز به حرکت در راستای ارتقای مراقبت معنوی دارند. هدف از انجام این مطالعه طراحی الگوی ارائه خدمات سلامت معنوی در بیمارستان های ایران بود.

روش مطالعه: پژوهش حاضر در دو قسمت مطالعه مروری و مطالعه کیفی انجام شد. در قسمت مطالعه مروری مقالات مرتبط با موضوع با استفاده از کلیدواژه های مناسب از سایت های معتبر انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. در قسمت مطالعه کیفی صاحب نظران علمی و اجرایی با استفاده از رویکرد نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. داده ها در طی جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه های عمیق فردی جمع آوری شد و با استفاده از روش تحلیل محتوا و با بهره گیری از آنالیز درون مایه ای تحلیل گردید.

نتایج: خدمات سلامت معنوی بیمارستان ها شامل ارزیابی وضع معنوی و ارجاع توسط پزشک، مراقبت معنوی توسط پرستار، مشاوره معنوی توسط مشاور معنوی و فراهم آوردن شرایط محیطی رشد معنوی توسط مدیر بیمارستان می باشد. مجموعه مهارت های لازم برای مراقبت و مشاوره معنوی جهت پرستاران شامل مهارت های ارتباطی، حمایتی، دانشی، نگرشی، اجرای مراقبت معنوی و ارجاع به متخصصان می باشد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به ارائه الگوی پیشنهادی و لزوم پیاده سازی آن در بیمارستان های کشور، پیشنهاد می گردد مجموعه مهارت های لازم برای ارزیابی معنوی از بیماران و مداخلات مربوطه در قالب بسته های آموزش مهارت ها و ایجاد توانمندی طراحی و اجرایی گردد.

کلمات کلیدی: الگو، سلامت معنوی، مراقبت معنوی، بیمارستان

۱. استادیار، دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

alirezaheidari7@gmail.com

۲. دانشیار، روانپزشک، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران. hajebi.ahmad@gmail.com

۳. استاد، روانپزشک، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. bolharij@yahoo.com

*۴. نویسنده مسئول، دانشیار، پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. bdamari@gmail.com

مقدمه

مفهوم سلامت همیشه در طول دهه‌ها روی ابعاد ویژه سلامت جسمی، روحی و اجتماعی متمرکز شده است و در سال‌های اخیر، سلامت معنوی توسط متخصصان سلامت به عنوان یک بعد مهم در زندگی فردی و گروهی مورد توجه قرار گرفته است (۱). سلامت معنوی شامل دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی نمایانگر رابطه فرد با خدا یا قدرت نامحدود است، در حالی که سلامت وجودی نشان می‌دهد که رابطه ما با دیگران، محیط و روابط درونی ما است که به ما ظرفیت ادغام ابعاد مختلف و انتخاب‌های مختلف را می‌دهد (۲). دین و معنویت تاثیر مثبتی بر نتایج سلامتی از جمله ارتقاء بهبود افسردگی و محافظت در برابر افسردگی مزمین دارد. سلامت معنوی ارتباط مثبت و معنی داری با سلامت روان بهتر و ارتباط معکوس با تنهایی، ناامیدی، مصرف الکل و مواد مخدر دارد و توانایی مدیریت استرس را بهبود می‌بخشد (۳). و به عنوان یک استراتژی متداول برای مقابله با مشکلات در نظر گرفته می‌شوند (۴).

مطالعات قبلی نشان داده است که معنویت می‌تواند مقاومت بیماران را نسبت به بحران سلامت روانی پس از تشخیص و درمان سرطان افزایش دهد. مداخلات معنوی نیز برای پیشگیری و بهبود طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی و مقابله با درد مزمن و مرگ یافت شده است (۵). علاوه بر این، فقدان معنویت در بیماران وخیم ممکن است منجر به اضطراب احساسی بیشتر، درد و خستگی شدیدتر، افزایش بار بیماری و کیفیت زندگی پایین‌تر شود. اسنادی در متون تحقیقاتی وجود دارد که معنویت می‌تواند با تسهیل استقلال بیماران به آنها در روند بهبود بیماری کمک کند و به آنها برای زندگی و فائق آمدن بر محدودیت‌های ناشی از بیماریشان یاری رساند. دلگداز و خاطرنشان کرد که پرورش معنویت می‌تواند نیروی درونی، آگاهی شخصی و پذیرش جهان را افزایش دهد، در نتیجه

توانایی مقابله با استرس، عدم اطمینان و ابهام، مانند ابتلا به بیماری ناگهانی را کاهش می‌دهد (۶).

معنویت در طب سنتی ایران مورد توجه قرار گرفته است، در حالی که پزشکان بزرگ ایرانی مانند رازی و ابن سینا آن را عامل موثری در سلامتی می‌دانند و سال‌هاست طب سنتی ایران از این مفهوم استفاده می‌کند (۴). اهمیت معنویت در مراقبت‌های بهداشتی در سال‌های اخیر افزایش یافته است. محققان و پزشکان اکنون معنویت را به عنوان نیاز بیمار به رسمیت می‌شناسند که به ویژه برای خدمات مراقبت تسکینی میان‌رشته‌ای نیاز به توجه خاص دارد. شواهد چشم‌گیری نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی و کسانی که در پایان عمر زندگی می‌کنند ممکن است میل شدید به دسترسی و غنی‌سازی جنبه معنوی زندگی خود داشته باشند. طبق نظر شبکه جامع ملی سرطان، حمایت مذهبی و معنوی با افزایش رضایت بیمار از مراقبت‌های پزشکی مرتبط است. برعکس، ناراحتی معنوی با پیامدهای فیزیکی ضعیف و میزان‌های بالاتر بیماری همراه است (۷).

گایدلاین‌های ملی و بین‌المللی نیز بر اساس مطالعات آینده‌نگر است که ارتباط بین حمایت معنوی تیم پزشکی و کیفیت زندگی بیمار، کاهش مراقبت‌های خوشونت‌آمیز در EOL و هزینه‌های بیشتر قابل ملاحظه در صورت نبود سلامت معنوی را نشان می‌دهد (۸). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی از مراقبت تسکین‌دهنده، مراقبت معنوی جزء اصلی مراقبت تسکین‌دهنده است. با این حال، اغلب در عملکرد بالینی و تحقیقات غفلت می‌شود. اگر چه بیماران مایل به بحث در مورد باورهای معنوی خود با پزشکان خود هستند و نیازهای معنوی دارند، اما این نیازها به وسیله متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند (۹). به‌طوریکه نتایج مطالعه Mueller و همکاران نشان داد که ۹۶٪ پزشکان خانواده معتقدند که سلامت معنوی یک عامل مهم در سلامت می‌باشد، اما علیرغم این یافته‌ها،



روش بررسی

پژوهش حاضر در دو قسمت مطالعه مروری و مطالعه کیفی انجام شد.

در قسمت اول جهت بررسی متون موجود با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب، یک جستجو در موتورهای جستجوگر scholar.google.com و google.com و پایگاههای داده www.eric.ed.gov و www.cochrane.org و magiran.com و iranmedex و www.who.int و www.irandoc.ac.ir و medlib.ir و sid.ir و pubmed.org و sciencedirect.com انجام شده و مستندات و مقالات مربوطه استخراج گردیده است. مستندات جمع‌آوری شده ابتدا از نظر ارتباط (Relevancy) با موضوع بررسی شده و موارد بی ارتباط کنار گذاشته (Exclude) شده‌اند. کلیدواژه‌های جستجو به شرح زیر بود:

(Spirituality OR psychology) AND (Care OR intervention) AND (cancer OR neoplasm OR carcinoma OR tumor OR malignant).

در قسمت دوم یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا

انجام شد. مشارکت کنندگان در این قسمت از مطالعه را مدیران ارشد معاونت‌های بهداشت، درمان، اجتماعی، پرستاری و آموزشی و کارشناسان خبره علوم دینی، حوزوی، روانشناسی، روانپزشکی و پزشکی اجتماعی تشکیل می‌دادند. در این قسمت از رویکرد نمونه‌گیری هدفمند همراه با روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شد. در مرحله اول افرادی که معیارهای تعیین شده را داشتند، شناسایی شدند و در مرحله بعد براساس نظر این افراد، افراد صاحب نظر شناسایی شدند. در این بخش دانش و تجربه مشارکت‌کنندگان در زمینه مدیریت داده و نیز علاقه آنها نسبت به مشارکت در پژوهش، به عنوان معیارهای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. جهت طراحی ابزار گردآوری داده‌ها از راهنمای مصاحبه محقق ساخته بر مبنای نتایج مرور متون و همچنین چارچوب مفهومی مطالعه استفاده شد.

داده‌ها با مشارکت صاحب‌نظران در طی جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌های عمیق فردی جمع‌آوری شد. به جای استفاده از واژه‌های روایی و پایایی داده‌ها از معیارهای مقبولیت، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری استفاده گردید. در این مطالعه نیز برای افزایش مقبولیت از تلفیق در تحقیق و بازنگری ناظرین استفاده شد. به طوریکه جهت جمع‌آوری داده‌ها زمان کافی تخصیص یافت و موضوع مد نظر از زوایای مختلف بررسی گردید. جهت بازنگری ناظرین نیز از نظرات تکمیلی و مرور دست‌نوشته‌ها توسط همکاران کمک گرفته شد. برای افزایش انتقال پذیری، نمونه‌های مناسب انتخاب و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها همزمان انجام شد. برای افزایش همسانی، داده‌ها توسط محققان مختلف و ناظران خارجی تجزیه و تحلیل شدند و نتایج مشابهی به دست آمد و برای افزایش تأییدپذیری تمام روند پژوهش از ابتدا تا انتها توضیح داده شد.

جهت انجام بحث گروهی متمرکز، تیم پژوهش با تهیه و ارسال دعوت‌نامه‌ای برای مشارکت‌کنندگان عنوان جلسه،

ممکن انجام پذیرفت. پس از پایان هر بخش از بحث گروهی و مصاحبه، به منظور شناسایی سوگیری‌ها و رفع آنها، در پایان هر مصاحبه اطلاعات به دست آمده با مشارکت‌کنندگان چک گردید و نیز توسط همکاران مطالعه مورد بازنگری قرار گرفت. نهایتاً با استفاده از روش تحلیل محتوا و با بهره‌گیری از آنالیز درون‌مایه‌ای داده‌ها تحلیل گردید. در این مرحله ابتدا همه دست‌نوشته‌ها به دقت چندین بار مطالعه شده و قسمت‌های مهم مرتبط، شناسائی و مشخص گردید، سپس مجدداً به داده بازگشته و قسمت‌های مشخص شده از درون دست‌نوشته‌ها جدا شد، نهایتاً کدهای مشابه در طبقات دست‌بندی شده و زیر گروه‌ها برای هر طبقه تعیین گردید. پس از اطمینان از اینکه طبقات ایجاد شده نماینده همه داده‌ها است، محققان در جستجوی یافتن درون‌مایه‌های داده‌ها برآمده و در آخر ادغام داده‌ها صورت پذیرفت.

یافته‌ها

نیروهای انسانی جهت ارائه خدمات معنوی در بیمارستان‌ها شامل پزشکان متخصص، پرستاران، مشاوران و مدیران بیمارستان‌ها می‌باشد. بر اساس الگوی مفهومی بسته «خدمات آموزش، مراقبت و مشاوره معنوی» که مبتنی بر نظام سلامت ایران طراحی گردیده است، خدمات سلامت معنوی بیمارستان‌ها شامل ارزیابی وضع معنوی و ارجاع توسط پزشک، مراقبت معنوی توسط پرستار، مشاوره معنوی توسط مشاور معنوی و فراهم آوردن شرایط محیطی رشد معنوی توسط مدیر بیمارستان و توانایی‌های مورد نیاز در هر حیطه در جدول ۱ پیشنهاد گردید:

اهداف، زمان و محل برگزاری جلسات بحث گروهی را اعلام نموده و پس از مراجعه آنان به محل، با ارائه توضیحات در مواردی از جمله ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن اطلاعات لازم ارائه گردید. در طی جلسات شرکت‌کنندگان آزادانه اظهار عقیده می‌کردند. هماهنگ کننده جلسه بحث را متعادل و هدایت می‌نمود و پویایی گروه را مورد توجه قرار می‌داد. معیار اتمام بحث گروهی، اشباع اطلاعات و عدم ارائه داده‌های جدید در نظر گرفته شد. با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان و پس از اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنها، عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط گردید. در عین ضبط مکالمات از یادداشت‌برداری نیز استفاده شد. به علت فاصله متفاوت افراد از ضبط و وجود صداهای مختلف، پیاده کردن نوارها دشوار بود، برای حل این مشکل از Voice Recorder به صورت رومیزی استفاده شد. جهت زمان انجام مصاحبه‌ها نیز، پس از هماهنگی حضوری یا تماس تلفنی با افراد مدنظر، وقت ملاقات گرفته شد. مکان مصاحبه جایی انتخاب شد که مصاحبه‌کنندگان احساس راحتی کنند. مصاحبه‌ها در زمان و محل تعیین شده توسط پژوهشگران انجام شد. پیش از شروع مصاحبه‌ها هدف از مطالعه برای مشارکت‌کنندگان به طور کامل توضیح داده شد. با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنها، مصاحبه‌ها ضبط گردید. نظرات در حین مصاحبه‌ها ضبط و یادداشت‌برداری شد تا مورد تحلیل نهایی واقع گیرند.

در حین بحث گروهی و مصاحبه نیز به مواردی همچون کنترل زمان برای هر کدام از سوالات و ریتم بحث، دقت به ارتباطات غیرشفاهی و نیز بیان خلاصه‌ای از موارد ذکر شده در جلسه، برای کمک به تحلیل اطلاعات مورد توجه قرار گرفت. پس از برگزاری مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی به صدای ضبط شده پیاده‌سازی شد. نوشتن متن نوارها در نزدیکترین فاصله زمانی

جدول ۱- خدمات سلامت معنوی و توانایی‌های مورد نیاز در بیمارستان‌ها

نوع خدمت	توانایی‌های مورد نیاز
ارزیابی وضع معنوی و ارجاع توسط پزشک	<p>بتواند تشخیص دهد که کدام بیمار نیازمند ارزیابی معنوی است.</p> <p>بتواند ارزیابی معنوی از بیمار انجام دهد.</p> <p>بتواند توصیه‌های لازم برای مراقبت و ارجاع به مشاور معنوی را انجام دهد.</p> <p>بتواند با تیم پرستاری و سایر مشاوران کارگروهی در جهت ارتقاء محیط بیمارستان در جهت ارتقاء سلامت معنوی کارکنان و بیماران انجام دهد.</p>
مراقبت معنوی توسط پرستار	<p>بتواند برنامه مراقبت معنوی بیماران را در بخش و بیمارستان تدوین کند.</p> <p>بتواند برنامه مراقبت معنوی یک بیمار را تدوین و اجرا نماید.</p> <p>بتواند برای اجرای برنامه مراقبت معنوی بیماران در بخش و بیمارستان حمایت طلبی کرده و مجوز و منابع لازم را کسب نماید.</p> <p>بتواند آموزش‌های لازم برای ترخیص بیمار را در این زمینه انجام دهد.</p> <p>بتواند سازمان‌ها و نهادهای مؤثر در ارتقاء معنوی فرد را در محیط پیرامون جمعیت تحت پوشش شناسایی کرده و برای ارجاع مددجویان به این واحدها با مسئولان آن مذاکره و تفاهم نامه منعقد کند.</p>
مشاوره معنوی توسط مشاور معنوی	<p>بتواند جلب رضایت بیمار و اطمینان دادن به بیمار در مورد حفظ اسرار انجام دهد.</p> <p>بتواند ارزیابی سریعتر معنوی بیمار را انجام دهد.</p> <p>بتواند چالش‌های معنویت بیمار و هدف‌گذاری برای مشاوره را انجام دهد.</p> <p>بتواند تأیید و تأکید بر باورهای صحیح بیمار در زمینه‌های معنوی و بیان فرصت‌های بهبود و پیشنهاد مداخله معنوی از جمله انجام اعمال فردی و جمعی را انجام دهد.</p> <p>بتواند جلسات مشاوره معنوی گروهی را اداره کند.</p> <p>بتواند تسهیلات اجتماعی برای ارتقاء معنوی و دادن معرفی نامه به وی را انجام دهد.</p> <p>بتواند فرایند مشاوره معنوی شامل اعتراف، ایضاح، آموزش و تحول را مدیریت کند.</p> <p>بتواند حداقل پنج مداخله معنوی را به مددجو توصیه و آموزش دهد؛ دعا، خواندن کتاب‌های آسمانی و نوشته‌های مقدس، توبه و بخشش، عبادات و مناسک، کمک‌رسانی و انجام خدمات داوطلبانه و جستجوی رهنمودهای معنوی</p>
فراهم آوردن شرایط محیطی رشد معنوی در بیمارستان (شامل کارکنان و محیط فیزیکی) توسط مدیر بیمارستان	<p>بتواند ادبیات سلامت معنوی را شرح دهد.</p> <p>بتواند نظام‌های مدیریت خدمات سلامت معنوی در کشورهای پیشرو را شرح دهد.</p> <p>بتواند فهرست بازبینی استقرار خدمات سلامت معنوی در بیمارستان را به کار گیرد.</p> <p>بتواند کمیته خدمات سلامت معنوی بیمارستان را تشکیل و اداره کند.</p> <p>بتواند خدمات استقرار یافته سلامت معنوی بیمارستان را ارزشیابی کند.</p> <p>بتواند مشارکت درون‌بخشی و برون‌بخشی بیمارستان را برای تأمین خدمات سلامت معنوی برقرار کند.</p> <p>بتواند بر اساس معیارهای ابلاغی وزارت متبوع مشاور مؤثر برای بیمارستان انتخاب و به کار بگیرد.</p>



مراقبت‌های سلامت برای کلیه رده‌های ارائه‌کننده خدمت فراهم و ارائه شود که بسته به زمان آموزش محتوای این مطالب از نظر کمی تغییر می‌کند ولی ضروریات آن برای همه ارائه شود. همچنین ذینفعان و خبرگان شرکت‌کننده تأکید داشتند که این مهارت‌ها باید به صورت عملی در مراکزی چون مرکزی چون مرکز آموزش مهارت‌های بالینی ارائه گردد.

مجموعه مهارت‌های لازم برای مراقبت و مشاوره معنوی جهت پرستاران شامل مهارت‌های ارتباطی، حمایتی، دانشی، نگرشی، اجرای مراقبت معنوی و ارجاع به متخصصان می‌باشد که اجزای هر بعد در جدول ۲ ارائه شده است. خبرگان و ذینفعان پیشنهاد کردند که دانش پایه روانشناسی، دانش پایه معنویت و عرفان، دانش پایه انسان‌شناسی، دانش پایه جامعه‌شناسی و مددکاری اجتماعی و همچنین دانش ایمنی فرهنگی در

جدول ۲- مهارت‌های لازم برای مراقبت و مشاوره معنوی

موضوع	زیرموضوع
ارتباطی	گوش دادن به بیم‌ها و نگرانی‌ها، همدلی با مددجو
	کاربرد حساب شده خودافشائی
	در تعاملات خود با دیگران صلح و آرامش و خلاقیت و توجه را ثابت کند.
حمایتی	لمس بیمار با رعایت ملاحظات فرهنگی و دینی، گذاشتن دست روی پیشانی مددجو و فشار دادن دست مددجو
	از بیمار در مورد عبادت معنوی سوال شود و مطالب موردنظرش را روی برد بگذارید.
	پیشنهاد به حضور فردی که با بیمار همدردی کند
دانشی	تسهیل اظهار عقاید و اعمال مذهبی یا معنوی
	به بیمار این اطمینان داده شده که پرستار برای حمایت وی در زمان رنج کشیدن در دسترس خواهد بود.
	در صورت تمایل بیمار، حضور روحانی برای انجام خدمات را تشویق نماید.
نگرشی	توانایی پرورش خود معنوی در دوره‌های منظم
	خودآگاهی و شناخت محدودیت‌ها
	درک و شناسایی نیازهای معنوی
	افزایش دانش در مورد چگونگی تأثیر عقاید معنوی بیمار بر شیوه زندگی، پاسخ به بیماری، انتخاب‌های مراقبت سلامتی و انتخاب‌های درمانی
	کمک به مددجو در فهم معنای مرگ
	اظهار امیدواری و تبیین نگرانی‌های معنوی در مرحله انتهای زندگی
	کمک به بحث و جستجو برای یافتن معنی و هدف مواجهه با رنج، بیمار و مرگ
	گسترش اعتماد و داشتن صداقت
	حساسیت به نیازهای معنوی بیمار را اثبات کنید.
	در برابر احساس تنهایی و ضعف بیمار و احساسات وی نسبت به بیماری و مرگ برخوردی باز داشته باشید.
	به عقاید و اعمال معنوی دیگران احترام بگذارد.



موضوع	زیرموضوع
اجرای مراقبت معنوی	عبادت به همراه مددجو
	خواندن کتاب مقدس دینی یا سایر متون مذاهب برای مددجو
	از تکنیک‌های روشن سازنده ارزش‌ها برای کمک به بیمار در روشن‌سازی عقاید و ارزش‌ها به نحوی متناسب بهره‌گیری.
ارجاع به متخصصان دینی	ارجاع به روحانی، کشیش، خاخام و سایر ارائه دهندگان معنویت
	به ناصح معنوی به انتخاب بیمار مراجعه کنید.

بحث

اجتماعی و معنوی است اما محتوای مراقبت معنوی، معمولاً در حداقل ارائه می‌شود (۲۰). معمولاً زمانی که پرستار با وظایف خود آشنا می‌شود نسبت به بُعد معنوی مراقبت غفلت می‌شود به همین دلیل پرستاران به مراقبت معنوی به عنوان یک وظیفه در مراقبت از بیمار توجه ندارند (۲۱). Strang و همکاران نشان دادند که ۸۷٪ از پرستاران تا حد زیادی معتقدند که باید به نیازهای معنوی بیماران توجه کرد ولی تنها ۴۲٪ آن‌ها فکر می‌کردند که این اقدامات در بخش‌هایشان انجام می‌شود (۲۲). پرستاران به عنوان یک گروه حرفه‌ای در طول مدت بستری و اقامت بیمار در بیمارستان، باید وی را همراهی کنند. بیمارستان مکان مناسبی برای تشخیص آشفتگی‌های معنوی است. پرستاران می‌توانند با حمایت‌های پرستاری و رفع نیازهای معنوی، علاوه بر ارتقاء سلامت معنوی، موجب افزایش سلامت عمومی بیماران شوند (۲۳).

مداخلات معنوی و مذهبی باعث ایجاد نگرش مثبت به خود و محیط و آینده می‌شوند، که در نتیجه افراد خود را آسیب پذیر تلقی نکرده و در محیط احساس آرامش می‌کنند (۱۴) و حتی وقایع منفی را به شیوه‌ای بهتر ارزیابی کرده و حس قویتری از کنترل شرایط موجود به دست می‌گیرند. این آموزش‌ها احساس کنترل، افراد را در کنار آمدن با شرایط زندگی به شدت تقویت نموده و منجر به ارتقاء سلامت روانی آن‌ها می‌شود (۲۴). مطالعه Graves و همکاران نیز بر اهمیت و تأثیر وضعیت معنوی بیماران بر سلامتی آنها و پررنگ کردن نقش روحانی در ارائه خدمات معنوی تأکید دارد (۲۵).

در بسته پیشنهادی خدمات بیمارستانی ارزیابی وضع معنوی و ارجاع توسط پزشک، مراقبت معنوی توسط پرستار، مشاوره معنوی توسط مشاور معنوی و فراهم آوردن شرایط محیطی رشد معنوی توسط مدیر بیمارستان گنجانده شده است. در مطالعه Puchalski و همکاران. در ایالات متحده در سال ۲۰۱۴، توانایی‌ها و انتظارات دانشجویان پزشکی شامل معنویت در مراقبت از بیمار، ارزیابی معنوی، مسائل مربوط به مراقبت معنوی بیماران و ارجاع به متخصصان مذهبی بود (۱۴). یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی که در این حوزه باید کسب شود، مهارت شرح حال‌گیری معنوی و تشخیص است. چنان که برخی از دانشکده‌های پزشکی سراسر جهان است که این آموزش را به طرق مختلف در برنامه‌های آموزشی خود گنجانده‌اند، به دانشجویان نحوه شرح حال‌گیری معنوی آموزش داده می‌شود (۱۷-۱۵). یکی از اهداف اصلی AAMC برای دانشجویان نیز این است که یاد بگیرند که چگونه شرح حال معنوی را به عنوان بخشی از شرح حال بیمار بگیرند و از آن برای تشخیص بیماری استفاده می‌کنند (۱۸). همچنین، انجمن روانپزشکی آمریکا توصیه می‌کند، پزشکان، گرایش‌های مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند؛ زیرا مبنای این توصیه‌ها بر این است که مراقبت از بیمار، بسیار فراتر از درمان بیماری و دربرگیرنده نیازهای مختلف وی است (۱۹).

Matthew مراقبت معنوی را بخشی از مراقبت پرستاری می‌داند و بیان می‌کند اگرچه همه دانشکده‌های پرستاری، آموزش می‌دهند که مراقبت پرستاری، مراقبتی زیستی، روانی،

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشته است دسترسی به همه ذینفعان و خبرگان ممکن نبود به خصوص در این موضوع که به نوعی در کشور ما حساسیت کامل بودن وجود دارد مسئله مهمی است و ممکن است در زمان استقرار مقاومت‌هایی به وجود آید که برای رفع این نقیصه باید از روش تحقیق عملیاتی استفاده کرده و گروه خبرگان در کمیته فنی مجاز از کمیته راهبری درون داد خود را داشته باشند محدودیت دیگر عدم نظرخواهی از ارائه‌کنندگان خدمات است که به دلیل شکاف دانشی موجود ارزش این نظرخواهی در مرحله طراحی کم است اما در ادامه برای استقرار با ارزشیابی‌های مقطعی و دوره‌ای می‌توان مشارکت همه نمایندگان ارائه‌کننده خدمت را فراهم کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به ارائه الگوی پیشنهادی و لزوم پیاده‌سازی آن در بیمارستان‌های کشور، پیشنهاد می‌گردد مجموعه مهارت‌های لازم برای ارزیابی معنوی از بیماران و مداخلات مربوطه در قالب بسته‌های آموزش مهارت‌ها طراحی و در اختیار مراکز آموزش مهارت‌های بالینی (Clinical Skill Center) در کشور قرار گیرد. به منظور یکسان‌سازی محتوی ارائه شده در مراکز درمانی کشور و به دلیل جمعیت مخاطب بالای این مراکز بسته کارگاه آموزشی دو ساعته برای عموم مردم طراحی و در اختیار تمام مراکز قرار گیرد. لازم است محتوای ارائه شده جهت توانمندسازی ارائه‌کنندگان خدمات برای سلامت معنوی در یک شهرستان آزمایش شده و طی یک برنامه استقرار ۵ ساله بسته در کل کشور اجرایی گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از دفتر سلامت روانی وزارت بهداشت و دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران و کلیه مشارکت‌کنندگان در مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

بر اساس نتایج مطالعه مجموعه مهارت‌های لازم برای مراقبت و مشاوره معنوی جهت پرستاران شامل مهارت‌های ارتباطی، حمایتی، دانشی، نگرشی، اجرای مراقبت معنوی و ارجاع به متخصصان می‌باشد. در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ تحت عنوان «معنویت و بهداشت: گسترش رشته» به تحریر درآمد که با کمک هفت دانشکده پزشکی در ایالات متحده به بررسی صلاحیت‌های لازم برای معنویت و بهداشت پرداخته‌اند. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که شش حوزه شایستگی - نهایی را شامل می‌شود، این حوزه‌ها عبارتند از: ۱- سیستم‌های مراقبت بهداشتی ۲- دانش ۳- مراقبت از بیمار ۴- حضور انسان دوستانه ۵- توسعه شخصی و حرفه‌ای ۶- ارتباطات (۱۴). مطالعات Li و Wu (۲۶) و خوش‌ناب و همکاران (۲۷) نیز مراقبت معنوی را شامل مداخلاتی از قبیل در نظر داشتن اعتقادات معنوی بیمار و عقاید فرهنگی، ارتباط با بیمار، بودن با بیمار از طریق مراقبت کردن، حمایت کردن، همدلی، فراهم کردن تسهیلاتی برای شرکت در مراسم مذهبی، بهبود حس خوب بودن و ارجاع به روحانی می‌دانند. در مطالعه مروری اسماعیلی و همکاران مشخص گردید که سه مؤلفه اساسی و غیرقابل تردید در ارتقاء و حفظ سلامت معنوی نقش اساسی دارند؛ که عبارتند از ایمان به خدا، ذکر و یاد خدا و توکل به خدا. وجود این سه مؤلفه در انسان منجر به پیامدهایی می‌گردد که در ارتقاء و حفظ سلامتی نقش دارند. مهمترین پیامدهای مؤلفه‌های مورد نظر عبارتند از: ارتباط با یک قدرت متعالی، برقراری روابط صحیح با دیگران و برخورداری از تعادل از زندگی، که نهادینه شدن آنها در زندگی انسان باعث آرامش و آسایش می‌گردد (۲۸). انجام احکام دینی و مذهبی، منبعی قدرت بخش برای بیماران است که باعث افزایش سرعت بهبودی فرد می‌شود. بالعکس، اگر مددجو بین آنچه از ایمانش ابراز می‌نماید و آن‌ عملی که انجام می‌دهد، عدم تطابقی ببیند، دچار زجر معنوی می‌شود. در این حالت بسیاری از حالات اضطراب و افسردگی‌های فردی، ناشی از ابتلا به زجر معنوی است (۲۹).

منابع

- Receiving Spiritual Assessment: A Pain and Palliative Care Service Quality Improvement Project. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Nov;50(5):724-9.
- Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, Niska J, Zollfrank A, VanderWeele TJ, Balboni TA. and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 48(3):400-10.
 - Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research Priorities in Spiritual Care: An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48(4):518-31.
 - Mueller P, Plevak DJ, Rumnans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*. 2001; 76(12): 1225-35.
 - Khalili F, Sum S, Asayesh H. Spiritual Health Among Isfahanian Elderly People . *Iranian Journal of Ageing* 2013; 8 (1) :16-23
 - Memariyan N, Nahardani S Z, Rasooli M, Vahidshahi K. Developing Educational Goals and Expected Competencies for Teaching Spiritual Health to The Students of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2017; 17 :116-125
 - Zare A, Jahandideh S. The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients' spiritual care. *Iranian journal of nursing research* 2014; 9(3): 30-38.
 - Moeini M, Ghasemi TM, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(3):195-9.
 - Salmabadi M, Farough Sadeghbojd M, Farshad MR, Zolfaghari S. Comparing the Spiritual Health and Quality of Life in Addicted and Non-Addicted Patients in the City of Birjand, Iran. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*. 2016; 5(1):e23208.
 - Hsiao YC, Chiang HY, Chien LY. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Educ Today*. 2010; 30(5):386-92.
 - Hojjati H, Motlagh M, Nuri F, Sharifnia SH, Mohammadnejad E, Heydari B. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010 ; 2(4);149-152
 - Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(1):88-93.
 - Ho RT, Chan CK, Lo PH, Wong PH, Chan CL, Leung PP, Chen EY. Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2016 Apr 2; 16:86.
 - Gomez-Castillo BJ, Hirsch R, Groninger H, Baker K, Cheng MJ, Phillips J, Pollack J, Berger AM. Increasing the Number of Outpatients

23. Sanaei B, Nasiri H. The effect of cognitivespiritual group therapy in reducing depression and anxiety in patients with mood disorders in Isfahan Noor Medical Center. *Couns Res Dev*. 2011;2(7-8):89-97.
24. Zafarian Moghaddam E, Behnam Vashani H, Reihani T, Namazi Zadegan S. The Effect of Spiritual education on depression, anxiety and stress of caregivers of children with leukemia. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences* 2016; 4 (1); 1 - 7.
25. Graves DL, Shue CK, Arnold L. The role of spirituality in patient care: incorporating spirituality training into medical school curriculum. *Acad Med*. 2002; 77(11): 1167.
26. Wu LF, Lin LY. Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J NursRes*. 2011; 19(4): 250-6.
27. Khoshknab MF, Mazaheri M, Maddah SB, Rahgozar M. Validation and reliability test of Persian version of The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 2939-41.
28. Esmaeili A, Hosseini SM, Mahdian F, Rezaeian M, Hadavi M. Teachings of the Quran in maintaining and promoting the fourth dimension of health (spiritual health): A review study *Teb va Tazkieh* 2015; 24(1); 9-18.
29. Sharif Nia S H, Nazari R, Qorbani M, Akhoondzade G, Hojjati H. et al. The Effect of Prayer on Mental Health of Hemodialysis Patients Referring to Imam Reza Hospital in Amol City, *Crit Care Nurs J* 2006 ;5(1):e7045.
14. Puchalski CM, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: The development of a field. *Acad Med* 2014; 89:10-6.
15. Lucchetti G, Lucchetti AL, Espinha DC, de Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ*. 2012; 12: 78.
16. Bolhari J, DoostAlivand H, Mirzaee M. Spiritual Approach in Medical Education and Humanities. *Medical Ethics Journal* 2012; 1(20):103-28.
17. Memariyan N, Nahardani S Z, Rasooli M, Vahidshahi K. Developing Educational Goals and Expected Competencies for Teaching Spiritual Health to The Students of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2017; 17 :116-125
18. Memaryan N, Rassouli M, Nahardani SZ, Amiri P. Integration of spirituality in medical education in Iran: A Qualitative exploration of requirements. *Evid Based Complement Alternat Med* 2015;2015:793085
19. Heidari S, Raisi M, Ahmari- Tehran H, Khorami-Rad A. Relationship between Religious Activities and Spiritual Health with Glycemic Control in Patients with Diabetes. *IJN*. 2013; 26 (81) :78-87
20. Matthew D. Can every nurse give spiritual care? *Kansa Nurse*. 2000; 75(10): 6-4.
21. Donia RB. Nursing competencies for spiritual care. *Journal compilation nurse*. 2006; 15(7): 885-96.
22. Strang S, Strang P, Ternstedt BM. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11: 48-7.

A plan for spiritual health services in Iranian hospitals

Alireza Heidari¹, Ahmad Hajebi², Jafar Bolhari³, Behzad Damari^{*4}

Abstract:

Background and Objective: In recent years, spiritual health has been considered by health professionals as an important dimension in individual and group life, and as defined by the World Health Organization, spiritual care is a major component of palliative care. However, it is often neglected in clinical practice, and hospitals need to move toward promoting spiritual care. The aim of this study was to design a model for providing spiritual health services in Iranian hospitals.

Methods and Materials: The present study was conducted in two parts of the review study and qualitative study. In the review section, articles related to the topic were selected and studied using appropriate keywords from valid sites. In a qualitative study, scientific and executive experts were selected using purposeful sampling approach. The data were collected during focused group discussions and individual in-depth interviews and were analyzed using content analysis method and thematic analysis.

Results: The spiritual health services of hospitals include the assessment of the mental status and referral by the physician, the spiritual care of the nurse, the spiritual counseling by the spiritual counselor and the provision of spiritual conditions by the hospital manager. A set of skills for spiritual care and counseling by nurses include communication, supportive, knowledge, attitude and executive skills of spiritual care and referral to religious specialists.

Conclusion: According to the proposed model and the necessity of its implementation in hospitals of the country, it is suggested to set the required skills for spiritual evaluation of patients and relevant interventions in the form of skills training packages and capabilities.

Keywords: Pattern, Spiritual Health, Spiritual Care, Hospital

1. Assistant Professor, PhD of Health Policy, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. alirezaheidari7@gmail.com
2. Associate professor, Department of Psychiatry, Behaviors Risky and Addiction for Center Research, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. hajebi.ahmad@gmail.com
3. Professor, Spiritual Health Research Center, School of Behavioral Sciences & Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. bolharj@yahoo.com
- 4*. Corresponding author, Associate professor, Community medicine, Institute of Neuroscience, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. bdamari@gmail.com