

گزارش نهایی طرح

طراحی خدمات سلامت معنوی

در بیمارستان کوثر قزوین



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

گزارش نهایی طرح

طراحی خدمات مشاوره سلامت معنوی

در یارستان کوثر قزوین

سرشناسه: دمازی، بهزاد، ۱۳۵۲ -

عنوان و نام پدیدآور: طراحی خدمات مشاوره سلامت معنوی در بیمارستان کوثر قزوین/تحقیق و تألیف بهزاد دمازی.

مشخصات نشر: تهران: طب و جامعه، ۱۳۹۳.

مشخصات ظاهری: ۳۴۵ص.؛ مصور(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی).

شابک: ۱۰۰۰۰ ریال: 978-600-7222-04-1

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: بالای عنوان: گزارش نهایی طرح.

موضوع: پرستاری و مراقبت روحی -- ایران -- قزوین (استان) -- نمونه پژوهی

موضوع: بهداشت روانی -- ایران -- قزوین (استان) -- خدمات

موضوع: روان‌شناسی مذهبی

رده بندی کنگره: ۱۳۹۳ ۴د۸/پ۴۶۵/BL۶۵

رده بندی دیویی: ۲۰۱/۶۶۱

شماره کتابشناسی ملی: ۳۶۸۴۹۶۸

گزارش نهایی طرح طراحی خدمات مشاوره سلامت معنوی

در بیمارستان کوثر قزوین

تحقیق و تألیف: دکتر بهزاد دمازی

طرح جلد و صفحه‌آرایی: مرضیه خوندانی

ناشر: انتشارات طب و جامعه

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

زمستان ۱۳۹۳

قیمت: ۱۰۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۲۲۲-۰۴-۱

ISBN: 978-600-7222-04-1

«کلیه حقوق متعلق به مؤسسه ملی تحقیقات سلامت می‌باشد.»

نشانی: تهران، خیابان ایتالیا، بین وصال شیرازی و قدس، پلاک ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت- تلفکس: ۰۲۱-۸۸۹۹۱۱۰۷

مشارکت‌کنندگان

ناظر: دکتر علی اخوان، پزشک و سرپرست دفتر اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس

تیم پروژه: دکتر مریم رهبری بناب (محقق مرکز پژوهش‌های مجلس)، دکتر کامل شادپور (مشاور مستقل نظام سلامت)، دکتر عباس وثوق مقدم (عضو هیأت علمی وزارت بهداشت)، دکتر منوچهر مهram (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین)، مهندس نوروزعلی عزیزخانی (رئیس دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت استان قزوین)

اعضای کمیته راهبری: آقای مرتضوی (مسئول دفتر نهاد رهبری دانشگاه)، خانم دکتر فاطمه سمیعی‌راد (متخصص پاتولوژی و رییس بیمارستان کوثر)، آقای دکتر سید جلال الدین رفیعی (فوق تخصص خون و انکولوژی، مسئول بخش شیمی درمانی)، آقای مهدی رسولی (کارشناس مدیریت، مدیر بیمارستان)، دکتر سید صدیقی (معاون فرهنگی و دانشجویی دانشگاه)، خانم انیس پور خالقی (لیسانس پرستاری، مترون)، خانم محبوبه گرشاسبی (لیسانس پرستاری و سوپروایزر بالینی)، خانم مریم مسافری (لیسانس پرستاری، سوپروایزر بالینی)، خانم زیبا فرج‌پور (لیسانس پرستاری، سوپروایزر بالینی)، خانم نرگس طالبیان (لیسانس پرستاری، سوپروایزر بالینی)، خانم فرانک رضایی (لیسانس پرستاری، مسئول بخش شیمی درمانی)، خانم زهرا طاهرخانی (لیسانس پرستاری، پرسنل بخش شیمی درمانی)، خانم لیدا قویدل (لیسانس پرستاری، پرسنل بخش شیمی درمانی)، آقای ابراهیم ساریچلو (کارشناس ارشد روانشناسی، عضو هیأت علمی)، آقای میرزا عباسی (مدیر بودجه دانشگاه)، آقای دکتر عبدا... کشاورز (مدیر درمان)، دکتر بابایی (رییس سازمان تأمین اجتماعی)

تشکر ویژه از: دکتر علی اکبر زینالو (رییس دانشگاه علوم پزشکی قزوین)، دکتر رضایی (معاون محترم درمان دانشگاه)، مهندس صفر لک (مدیر کل بودجه و برنامه‌اندازی قزوین) و اساتید گرانقدر: دکتر جعفر بوالهروی (استاد استیتو تحقیقات روانپزشکی تهران)، دکتر علی منتظری (رییس پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی)، دکتر اسماعیل اکبری (استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، دکتر علیرضا مرنندی (استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، دکتر فریدون عزیزی (استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، دکتر سید حسن امامی رضوی (دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران)

مجری: دکتر بهزاد دماری، عضو هیأت علمی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

فهرست عناوین

۱۱	پیام‌های اصلی مطالعه
۱۳	چکیده
۱۵	فصل اول) مقدمه
۱۸	الف) مروری بر مفاهیم مرتبط در زمینه سلامت معنوی (حاصل بررسی متون)
۲۲	ب) یافته‌های مرتبط به شیوه ارائه خدمات در تجربیات سایر کشور
۲۴	ج) مروری بر یافته‌های مربوطه به مطالعات سلامت و معنویت
۲۹	فصل دوم) روش کار
۳۳	فصل سوم) نتایج
۳۴	الف) آیین‌نامه ایجاد و توسعه «خدمات سلامت معنوی» در بیمارستان‌های استان قزوین
۳۸	ب) شیوه‌نامه ارائه خدمات مشاوره سلامت معنوی ویژه پزشکان، پرستاران و واحد مشاوره خدمات سلامت معنوی
۴۱	فصل چهارم) بحث و پیشنهاد
۴۵	بخشی از منابع

پیام‌های اصلی مطالعه

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است. سلامت معنوی دو بخش جدایی‌ناپذیر بعد معنوی (هدفمندی و معنای زندگی و مرگ، اخلاقیات و ایمان و توکل به پروردگار) و اعمال مذهبی (انجام مناسک فردی و جمعی دینی) را شامل می‌شود. این بعد از سلامت از چهار طریق بر سه بعد دیگر سلامتی تأثیر دارد:

- رفتارهای بهداشتی مندرج در ادیان
- حمایت اجتماعی از طریق انجام مناسک دینی و معنوی جمعی توصیه شده در دین
- سایکونوروفیزیولوژیک با احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی
- ابعاد کشف نشده خلقت به ویژه در بعد معنوی الهی

نتیجه این تأثیرات «پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر بیمار، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی درمانی، رضایت‌مندی و آرامش» است.

این مطالعه در راستای طرح جامع سلامت استان و به منظور دستیابی به الگوی ارائه خدمات مشاوره سلامت معنوی انجام شده است و محصول آن آیین‌نامه و شیوه‌نامه استقرار پایلوت خدمات سلامت معنوی در یکی از بیمارستان‌های استان قزوین است. پیام‌های اصلی مطالعه به شرح زیر است:

پیام اول) ارائه خدمات سلامت معنوی در بیمارستان‌ها اندیکاسیون‌های ویژه‌ای دارد از جمله بیماران صعب‌العلاج، بیماران مزمن و مواردی که به صورت حاد مانند سقط جنین مادری که سال‌ها منتظر نوزاد بوده است.

پیام دوم) خدمات سلامت معنوی در بیمارستان سه مرحله اصلی ارزیابی سطح معنوی بیمار و ارجاع به مشاور (توسط پزشک)، مشاوره معنوی (توسط کارشناس معنوی) و خدمات پس از ترخیص (با هدایت و پایش سیستم پرستاری) را شامل می‌شود.

پیام سوم) با اینکه در مطالعات مختلف اثربخشی این خدمات در سلامت بیماران نشان داده شده است، لازم است در طول استقرار آزمایشی این خدمت، مطالعه‌ای طراحی شود تا تأثیر این مدل را بر بهبود شاخص‌های معین بسنجد.

پیام چهارم) حفظ اسرار بیماران، مهارت کارکنان سلامت در گرفتن شرح حال و ورود به حوزه معنوی بیماران و جلب اعتماد آنان، یافتن یا توانمندسازی مشاورین معنوی (در حال حاضر دوره اختصاصی برای این موضوع در کشور وجود ندارد) و پایش بیماران از جمله چالش‌های اصلی ارائه این خدمات است.

پیام پنجم) ذینفعان مورد مطالعه معتقدند در شرایط فعلی که مشاوره سلامت روانی و اجتماعی در بیمارستان‌ها دچار مشکل و نقص است، استقرار خدمات سلامت معنوی به مراتب دشوار به نظر می‌رسد و لازم است در کنار این خدمت تقویت جدی خدمات مشاوره روانی (روانشناسان بالینی و روانپزشکان) و اجتماعی (مددکاران اجتماعی) نیز انجام شود.

پیام ششم) علی‌رغم وجود مخالفت برای استقرار این خدمات از سوی برخی کارشناسان سطح ملی، ضرورت و استقبال از استقرار این خدمات در سطح محیطی برای پزشکان و پرستاران بیمارستان روشن و چشم‌گیر است.

پیام هفتم) با اینکه در این مطالعه بر بهره‌مندی از خدمات سلامت معنوی در بیماران صعب‌العلاج تأکید شده است که از نوع پیشگیری سطح سوم می‌باشد، اما نباید فراموش کرد که سلامت معنوی به عنوان یکی از اساسی‌ترین راهبردها در پیشگیری سطح اول کاربرد دارد و پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌های جدیدتر برای این سطح طراحی شده و یا برنامه‌های موجود کشور در این زمینه مورد نقد و ارزشیابی قرار گیرد.

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است. سلامت معنوی دو بخش جدایی ناپذیر بعد معنوی (هدفمندی و معنای زندگی و مرگ، اخلاقیات و ایمان و توکل به پروردگار) و اعمال مذهبی (انجام مناسک فردی و جمعی دینی) را شامل می‌شود. این بعد از سلامت از چهار طریق رفتارهای بهداشتی مندرج در ادیان، حمایت اجتماعی از طریق انجام مناسک دینی و معنوی جمعی توصیه شده در دین، سایکونوروفیزیولوژیک با احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی و ابعاد کشف نشده خلقت به ویژه در بعد معنوی الهی بر سه بعد دیگر سلامتی تأثیر دارد. نتیجه این تأثیرات «پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر بیمار، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی درمانی، رضایت‌مندی و آرامش» است. این مطالعه در راستای طرح جامع سلامت استان و به منظور دستیابی به الگوی رایج خدمات مشاوره سلامت معنوی انجام شده است و محصول آن آیین‌نامه و شیوه‌نامه استقرار پایلوت خدمات سلامت معنوی در یکی از بیمارستان‌های استان قزوین است.

روش:

مطالعه از نوع طراحی سیستم بوده و روش جمع‌آوری داده‌ها مرور منابع و بحث گروهی متمرکز ذینفعان بوده است در واقع این مطالعه یک تحقیق عملیاتی¹ از نوع مشارکتی دو طرفه (محقق و عمل‌کننده) است که مرحله اول آن برای استقرار نظام خدمات مشاوره معنوی در بیمارستان کوثر به اجرا در آمده است. با تعریف اجزای پنج‌گانه نظام خدمات و مرور منابع، اصول طراحی مشخص شد و سپس بر اساس داده‌های حاصل از مرور منابع پیش‌نویس نظام رایج خدمات مشاوره آماده شد و طی جلساتی با شرکت ذینفعان از سه گروه متخصصین دینی، روانشناسان و متخصصان پزشکی اجتماعی، گروه استقراردهندگان از بیمارستان کوثر و گروه خبرگانی از سطح ملی (به صورت نظرخواهی) این پیش‌نویس نهایی شد و فرایند جلب حمایت برای استقرار خدمات در بیمارستان کوثر طی شد.

نتایج:

پنج معیار اصلی که در طراحی این خدمت محور قرار گرفت عبارت بود از: «جامع بودن خدمت و ادغام شده با سیستم موجود، مدنظر قرار دادن تداوم مراقبت در ابعاد روانی و اجتماعی، مشارکت مدیریت ارشد

¹Action Research

بیمارستان و پزشکان و پرستاران در تدارک خدمت، مبتنی بر شواهد بودن نظام طراحی شده و قرار گرفتن این خدمت به عنوان ارزش سازمانی در بیمارستان». در مجموع مدل طراحی شده شامل دو جز آیین‌نامه استقرار خدمات سلامت معنوی (شامل فلسفه و رسالت، اهداف، شیوه مدیریت، ساختار اجرایی، فرایندها و استانداردها و منابع) و شیوه‌نامه عمل کارکنان سلامت و مشاور معنوی است. رایج خدمات سلامت معنوی در بیمارستان اندیکاسیون‌های ویژه‌ای دارد از جمله برای بیماران صعب‌العلاج، بیماران مزمن و مواردی که به صورت حاد مانند سقط جنین مادری که سال‌ها منتظر نوزاد بوده است. خدمات سلامت معنوی در بیمارستان سه مرحله اصلی ارزیابی سطح معنوی بیمار و ارجاع به مشاور (توسط پزشک)، مشاوره معنوی (توسط کارشناس معنوی) و خدمات پس از ترخیص (با هدایت و پایش سیستم پرستاری) را شامل می‌شود.

بحث و پیشنهاد:

با این که در مطالعات مختلف اثربخشی این خدمات در سلامت بیماران نشان داده شده است، لازم است در طول استقرار آزمایشی این خدمت علاوه بر امکان‌سنجی برای استقرار این نوع خدمت در سایر بیمارستان‌ها، مطالعه‌ای طراحی شود تا تأثیر این مدل را بر بهبود شاخص‌های معین در بیماران بسنجد. در طراحی این خدمت ساز و کارهای حفظ اسرار بیماران، مهارت کارکنان سلامت در گرفتن شرح حال معنوی بیماران و جلب اعتماد آنان، یافتن یا توانمندسازی مشاورین معنوی (در حال حاضر دوره اختصاصی برای این موضوع در کشور وجود ندارد) و پایش بیماران از جمله چالش‌های اصلی است و ضرورت دارد پس از پایان مرحله آزمایشی پاسخ این چالش‌ها به طور عینی مشخص شود. ذینفعان شرکت‌کننده در طراحی این نظام معتقدند در شرایط فعلی که مشاوره سلامت روانی و اجتماعی در بیمارستان‌ها دچار مشکل و نقص است، استقرار خدمات سلامت معنوی به مراتب دشوار به نظر می‌رسد و لازم است در کنار این خدمت تقویت جدی خدمات مشاوره روانی (روانشناسان بالینی و روانپزشکان) و اجتماعی (مددکاران اجتماعی) نیز انجام شود. با این که در این مطالعه بر بهره‌مندی از خدمات سلامت معنوی در بیماران صعب‌العلاج تأکید شده است که از نوع پیشگیری سطح سوم می‌باشد، اما نباید فراموش کرد که سلامت معنوی به عنوان یکی از اساسی‌ترین راهبردها در پیشگیری سطح اول کاربرد دارد و پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌های جدیدتر برای این سطح طراحی شده و یا برنامه‌های موجود کشور در این زمینه مورد نقد و ارزشیابی قرار گیرد.

کلید واژه‌ها:

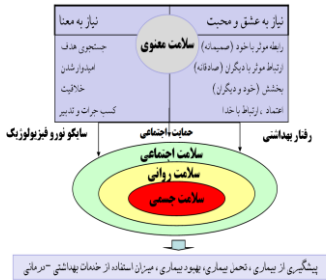
سلامت معنوی، خدمات مشاوره، تحقیق عملیاتی

فصل اول

مقدمه

- مروری بر مفاهیم مرتبط در زمینه سلامت معنوی (حاصل بررسی متون)
- یافته‌های مرتبط به شیوه ارائه خدمات در تجربیات سایر کشور
- مروری بر یافته‌های مربوط به مطالعات سلامت و معنویت

مدل مفهومی سلامت معنوی



سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی مطرح شده است اما هنوز به دلیل عدم اجماع بین‌المللی در تعریف سال ۱۹۴۸ سلامت سازمان جهانی بهداشت وارد نشده است. با این که در برخی متون تعاریف معنویت و تدین تفکیک شده اما در مورد همین تعاریف نیز طیف نظرات محققان متفاوت بوده و اجماعی وجود ندارد:

❑ **معنویت:** نظرات و رفتارهای شخصی که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود را بیان کند.

❑ **مذهب:** یک سیستم عقیدتی با آیین‌ها و مراسم خاص که به افراد کمک می‌کند تا به درک معنوی بالاتری برسند.

دیدگاه معنوی بر روی باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق دارد و بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی تأثیر می‌گذارد. این تأثیر روی فکر و بدن به نام تندرستی معنوی نامید می‌شود. مطابق بررسی متون دیدگاه معنوی از چهار طریق روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد:

۱. **رفتارهای بهداشتی:** تعهد دینی و معنویت موجب فعال‌سازی مسئولیت‌پذیری شخص در زمینه اصول و باورهای مندرج در دین می‌شود که اثرات جسمانی و روانی را نیز به خود اضافه می‌کند مانند رفتارهای تغذیه‌ای توصیه شده در ادیان.

۲. **حمایت اجتماعی:** انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین موجب افزایش حمایت اجتماعی شده که مؤلفه اخیر یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شناخته شده است. دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می‌آورد. نقش حمایت اجتماعی در کاهش واکنش‌پذیری قلبی و عروقی، تسهیل بهبودی پس از حمله قلبی و

کاهش سایر عوامل خطر و از جمله کاهش استرس، تأثیر مثبت دارد. حمایت اجتماعی با افزایش میزان جان به در بردن از انواع مختلف سرطان رابطه دارد.

۳. سایکونوروفیزیولوژیک: احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیدهای پیام‌رسان روی سیستم‌ها و ارگان‌های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و... تأثیر تقویت‌کننده دارد.

۴. اثرات مافوق طبیعی که برای انسان ناشناخته مانده است.

نتیجه این تأثیرات پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر بیماری، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی- درمانی است که در تحقیقات مختلف این مسأله نشان داده شده است.

مطالعات سلامت معنوی با روش‌های جدید و در حوزه سلامت از اواخر ۱۹۶۰ شروع شد و مجموعه فعالیت‌های ۵ دهه گذشته یادآوری می‌کند که پزشکی در حال کشف دین و معنویت است. کیفیت مطالعات در بستر زمان بهتر شده است اما نتایج این دسته از مطالعات اغلب از اذهان متخصصین سلامت دور مانده است. نتایج اغلب مطالعات هم خوشبینانه و هم سخت‌گیرانه تفسیر و تعبیر شده است. رویکرد

مطالعات اغلب در دو دسته تقسیم شده است:

پزشکی در حال کشف دین و معنویت است

۱. تأثیر دور (اثر معنویت به طور کلی)

۲. تأثیر نزدیک دین (اثر اجزای دین مانند گذشت کردن بر سلامتی)

بیشتر مطالعات توصیفی بوده و این تحقیقات به ویژه از دهه ۹۰ به بعد به طوری جدی‌تری مورد نقد و انتخاب قرار گرفته است تا تحقیقات معتبرتر و با خطای کمتری انتخاب شود، چکیده‌ای از این تحقیقات در صفحات بعد آمده است. اولین مرکز تحقیقات سلامت معنوی جهان در دانشگاه دوک ایالات متحده به نام «دین، معنویت و سلامت» توسط دکتر کونینگ تأسیس شده است، همین دانشگاه طب تنوسوماتیک (پزشکی خدایی- تنی) را راه‌اندازی کرده است. با اینکه ارایه خدمات سلامت معنوی تاریخچه‌ای طولانی دارد اما در پزشکی مدرن نیز دو دهه تجربه برای طراحی و استقرار این خدمات در کشورهای کانادا، انگلیس، استرالیا و آمریکا وجود دارد و در کشور کانادا و انگلیس این خدمات تحت نظارت سیستم سلامت آن است. در ایران مراکزی چون انستیتو تحقیقات روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز

مطالعات حوزه علمیه قم، دانشگاه تهران و اصفهان، دانشگاه آزاد و... نمونه‌های خوبی برای کار در این حوزه ایجاد کرده‌اند.

این مطالعه در راستای طرح جامع سلامت استان و به منظور دستیابی به الگوی ارایه خدمات مشاوره سلامت معنوی انجام شده است و محصول آن آیین‌نامه و شیوه‌نامه استقرار پایلوت خدمات سلامت معنوی در یکی از بیمارستان‌های استان قزوین بود.

الف) مروری بر مفاهیم مرتبط در زمینه سلامت معنوی (حاصل بررسی متون)

- پرداختن به نیازهای معنوی بیماران به این معناست که پزشکان باید بیاموزند تا شرح حال معنوی بیمار را با هدایت خود بیمار و حفظ و احترام به باورهای وی به دست آورند.
- شرح حال معنوی اطلاعاتی در ارتباط با مراقبت‌های درمانی ارایه و به بیمار می‌فهماند که پزشک آماده بررسی نیازهای وی در این زمینه می‌باشد.
- برای کلیه نیازهای معنوی به جز موارد بسیار ساده و پیش پا افتاده که در چنین ارزیابی‌هایی مشخص می‌شوند، بیمار باید به کشیشان و مشاوران مذهبی ارجاع داده شوند.
- پزشکان باید حمایت و شاید حتی تشویق باورها و کارهای مذهبی سالمی را که بیماران مفید و مؤثر احساس می‌کنند، مد نظر قرار دهند.
- پزشکان در شرایط خاص ممکن است همراهی با بیمار در دعا و نیایش را مورد توجه قرار دهند اگر چه در مورد این عمل اختلاف نظر وجود دارد به خصوص قبل از این که نیازهای معنوی بیمار ارزیابی شود، پر مخاطره است.

پنج دلیل برای گرفتن شرح حال معنوی توسط پزشکان

- بسیاری از بیماران مذهبی هستند و عقاید مذهبی به آنها کمک می‌کند تا با مشکل خود کنار آیند.
- عقاید مذهبی تصمیمات پزشکی را تحت الشعاع قرار می‌دهند به ویژه وقتی بیماری جدی باشد.
- عقاید و فعالیت‌های مذهبی با سلامتی بیشتر و کیفیت بهتر زندگی در ارتباطند.
- بسیاری از بیماران مایلند که پزشک به نیازهای معنوی آنان توجه نمایند.
- توجه پزشکان به مسائل معنوی امر جدیدی نیست اما ریشه در ارتباط دیرینه میان مذهب، طبابت و حفظ سلامتی دارد.

- بهتر است پزشک ارتباط خود را با جوامع مذهبی حفظ نماید تا مراجعی برای برطرف سازی نیازهای مراقبت از سلامتی بیماران پس از مرخصی از بیمارستان یا درمانگاه، تعیین گردند.
- کار کردن با پرستاران محلی و حتی اختصاص داوطلبانه زمانی برای حمایت از برنامه های سلامتی کلیساهای محلی، روش های دیگری هستند که پزشکان می توانند برای برطرف ساختن نیازهای جسمانی، روانشناختی و معنوی بیماران در داخل و بیرون از فضاها برای مراقبت از سلامتی، به کار برند.
- پزشکان نباید به انجام ارزیابی معنوی برای بیماران سرپایی که برای برداشتن زگیل، سرماخوردگی، انجام پاپ اسمیر یا مسائل جزئی دیگر مراجعه نموده اند یا در موقعیت مراقبت های ویژه بسر می برند، پردازند، مگر این که موقعیت حاکی از ضرورت انجام این کار است.

- به همین ترتیب، کندو کاو در مسائل معنوی بیمار صحیح نیست مگر این که پزشک ارتباط دیرینه ای با بیمار داشته باشد، به جز در مواردی که، پزشک بیمارستان، متخصصین دیگر یا جراح در حال پذیرش و بستری بیمار در بیمارستان هستند و نمی توان با پزشک عمومی مراقبت های اولیه بیمار ارتباط برقرار نمود.

- آگاهی داشتن از منابع معنوی بیمار قبل از وخامت ناگهانی یا شروع شرایط

درمانی همیشه به شروع ارزیابی معنوی در زمان وقوع یک رویداد حاد (برای پیشگیری از وحشت بیمار) ارجحیت دارد.

- بهترین زمان برای بررسی معنوی بیمار در حین گرفتن شرح حال پزشکی و پس از شرح حال اجتماعی بیمار است.

بهترین زمان برای انجام ارزیابی معنوی

- هنگام گرفتن شرح حال اولیه به عنوان بخشی از ارزیابی یک بیمار جدید
- وقتی بیماری برای یک مشکل جدید یا وخیم شدن بیماری قبلی در بیمارستان پذیرش می شود
- زمانی که بیمار در آسایشگاه سالمندان یا دیگر موقعیت های سازمانی با سابقه پذیرفته می شوند
- وقتی که بیمار وارد آسایشگاه بیماران خاص یا مرکز مراقبت های آرامش بخش می شوند.
- در معاینات چکاپ سلامتی بیماران سالم
- وقتی تصمیمات پزشکی تحت تأثیر باورهای مذهبی قرار گیرند

- در طول ارزیابی معنوی و در مواردی که موقعیت اقتضا می‌کند می‌توان به تأیید این مسائل پرداخت.
- پزشکان باید برای تأیید ساده باورها و کارهای سالم و درستی که به سازش بیمار با بیماری خود کمک می‌کند، احساس راحتی و تمایل داشته باشند، هر چند همیشه باید آمادگی ارجاع بیماران به روحانیون با تجربه برای برآورده ساختن نیازهای معنوی، را حفظ نمایند.
- برخی از پزشکان ممکن است مصمم شوند که در موقعیت‌های کاملاً تعریف شده همراه بیمار به دعا و نیایش بپردازند طوری که یا خود آغازگر این نیایش باشند یا با درخواست بیمار برای این کار موافقت نمایند.
- برای به حداقل رساندن خطر اجبار، بهترین راه این است که بیمار خود آغاز و اجرای دعا و نیایش را بر عهده گیرد هر چند همیشه این طریقه عملی نیست.
- پرداختن به مسائل معنوی وقتی اهمیت زیادی دارد که یک بیماری جدی، حاد یا مزمن زندگی یا کیفیت زندگی فرد را تهدید می‌کند، وقتی که وجود یک عامل تنش‌زای روانی اجتماعی باعث فقدان یا تغییر در زندگی می‌شود (مانند طلاق، داغ دیدن، عضو بیمار در خانواده و غیره)، یا زمانی که بیمار باید متحمل یک عمل جراحی مهم یا روش‌های دیگری که نتیجه و عاقبت مطمئنی به دنبال ندارد و بیمار به سختی می‌تواند با آنها کنار آید.
- به هر حال، زمان صرف شده برای پرداختن به مسائل معنوی نباید هرگز جایگزین زمان لازم برای رسیدگی کامل به نیازهای پزشکی بیمار گردد.
- اگر پزشک برای انجام کار عجله داشته باشد حتی پرسیدن یک سؤال با مهربانی و اندیشمندی درباره طرز رفتار معنوی بیمار نشان می‌دهد که آن چه برای برخی از بیماران سر چشمه اصلی معنا و امیدواری است، برای پزشک نیز اهمیت دارد.
- اگر مراقبت معنوی به درستی انجام نشود حتی می‌تواند عواقب منفی برای بیمار و پزشک داشته باشد از طرف دیگر، انجام درست آن می‌تواند توانایی

مراقبت معنوی شامل حیطه‌های زیر است:

- ارزیابی نیازهای معنوی
- حمایت از باورهای بیمار
- تأیید اندوه و نگرانی مذهبی بیمار
- ارجاع مناسب و به موقع بیمار برای برطرف ساختن نیازهای معنوی او
- همراهی با بیماری برای دعا کردن

بیمار برای سازش با بیماری، نزدیک‌تر شدن رابطه میان پزشک و بیمار، تقویت پیروی و رعایت دستورات درمانی و باور داشتن آن و افزایش حمایت و نظارت در جامعه را بالا برد که بدین ترتیب رضایت بیشتری از مراقبت‌های درمانی حاصل و روند بهبودی سرعت می‌گیرد.

- درمان کامل انسان می‌تواند پاداش بزرگ و عمیقی برای پزشک به ارمغان آورد که باعث رضایت خاطر بیشتر و بازگشت آرمان‌گرایی که قبلاً از دست رفته بود شود.
- از طرف دیگر، وقتی پزشک بدون حساسیت، احتیاط یا آموزش دیدن به مسائل معنوی بپردازد، می‌تواند فاجعه بیافریند و منجر به نارضایتی بیمار و خانواده‌اش و حتی به قیمت دادخواهی آنها تمام شود.
- آگاهی از نقش و مسئولیت پزشکان و همچنین محدودیت‌های آنان در مورد این که برای پرداختن به مسائل تا کجا باید پیش روند، اهمیت زیادی دارد.
- کسب رضایت بیمار همان قدر ضرورت دارد که رعایت حد فاصل پزشک و بیمار هنگام گرفتن شرح حال معنوی، حمایت از باورهای مذهبی و دعا کردن به همراه بیمار، لازم می‌باشد.
- باید به نقاط مبهم و تاریک اقرار نمود تا از پایبندی بی‌قید و بند به حد و مرزها اجتناب و قابلیت انعطاف در این امور حفظ گردد.
- باید سایر مشکلات و خطرات مربوط به کند و کاو پزشک از مسائل معنوی، مشخص و از آنها دوری کرد.
- و بالاخره پزشکان باید مسائل مورد توجه و نگرانی‌های مربوط به گفتگو درباره این مسائل با بیمار را مرور کرده و بر آنها غلبه آید.
- علاوه بر اثرات مثبت فراوانی که مذهب برای سلامتی به دنبال دارد، برخی اثرات منفی هم قابل عنوان می‌باشند.
- باورهای مذهبی باعث می‌شوند که بیماران از مراقبت‌های درمانی مورد نیاز چشم‌پوشی کنند، از روش‌های نجات بخش خودداری کنند و درمان ضروری را قطع نمایند و به جای دارو، ایمان را برای درمان خود انتخاب کنند.

- معمولاً این مسأله زیاد اتفاق نمی‌افتد اما زمانی که پیش بیاید اضطراب و استرس زیادی برای افرادی که با این مسأله سروکار دارند، به وجود می‌آورد.
- پزشکان باید بیاموزند که به تصمیمات بیماران در ارتباط با ارزیابی معنوی احترام بگذارند، نه این که در پیش خود احساس رنجش یا عدم مقبولیت نمایند.
- پزشکان باید تلاش کنند تا در جهان‌بینی مذهبی بیمار وارد شوند تا درک بهتری از منطق تصمیم‌گیری‌های وی به دست آورند. تنها در این صورت کانال سرنوشت ساز ارتباط میان بیمار و پزشک گشوده خواهد ماند.
- این ادعا که پرس و جوی پزشک از مسائل مذهبی یا معنوی با نگران کردن بیمار یا برانگیختن احساس گناه به بیمار آسیب وارد می‌کند، می‌بایست جدی تلقی شده و پزشکان را وادار به آموزش در این زمینه نماید. با وجود این، این ادعا چندان بی‌چون و چرا و اثبات شده نیست که پزشکان را از پرداختن به یکی از زمینه‌های بسیار مهم و حیاتی سلامت روانی، اجتماعی و جسمی، باز دارد.
- پرسشنامه معنوی کان، میتو^۱، FICA، موگانز^۲، HOPE و ACP انواع ابزارهای گرفتن شرح حال معنوی است.

(ب) یافته‌های مرتبط به شیوه ارائه خدمات در تجربیات سایر کشور

- ارائه خدمات معنوی در مرحله مشاوره معنوی توسط طیفی از ارائه‌کنندگان داوطلب تا استخدام شده صورت می‌گیرد.
- کاریکولوم دوره‌های آموزشی و تعیین صلاحیت‌های لازم برای ارائه خدمات مشاوره معنوی توسط مراجع مرتبط به سیستم سلامت تعیین و نظارت می‌شود.
- تیم مداخله در سلامت معنوی جامعه، گروه‌ها و افراد مجموعه‌ای از رشته‌های مختلف بالینی، دینی، روانشناسی و اجتماعی هستند.
- در اغلب موارد مشاورین اتصالی دو گانه به سازمان‌های سلامتی و دینی دارند.

¹Matthew

²SPIRITual

- خدمات سلامت معنوی موفق رابطه مستقیم با حمایت مدیریت ارشد بیمارستان و رهبران بالینی بیمارستان دارد.
 - منابع و مشاورین باید برای ادیان و فرهنگ‌های مختلف در دسترس بیمار باشند و لازم است مشاور در ۲۴ ساعت هفت روز هفته در دسترس باشد.
 - به دلیل تأثیر وضعیت کارکنان، مراقبان و اعضای خانواده بیمار بر سلامت بیمار، خدمات سلامت معنوی به این افراد هم ارائه می‌شود.
 - تداوم خدمات یک اصل است و می‌بایست پس از ترخیص بیمار هم ادامه یابد
 - واحد مربوطه باید اتصال خود با مراکز معنوی و دینی را حفظ کند.
 - مراقبت‌های نزدیک به پایان زندگی و سوگ به عنوان اصلی‌ترین و عمومی‌ترین مراقبت معنوی باید مد نظر باشد (حتی این مراقبت به طور سالانه برای والدینی که فرزند خود را از دست داده‌اند انجام شود).
 - مشاورین معنوی نقش میانجی و حمایت‌طلب را بین بیماران و خانواده آنها با کارکنان و مراقبان در مواقع ایجاد تضاد بازی می‌کنند.
 - در طول دهه گذشته نظام سلامت انگلستان با تحقیق نشان داده است که مراقبت کامل بیماران در حیطه‌های جسمی، روانی و اجتماعی در نظام سلامت لحاظ شده است اما به خدمات و نیازهای معنوی بیماران پاسخ مناسب داده نشده است لذا با همین استدلال نظام یکپارچه ای برای حمایت از سلامت معنوی بیماران تعریف کرده است که شامل موارد زیر است:
- ۱- **حمایت از سلامت معنوی فرد، مراجعان و اقوام وی:** قابل دسترس بودن افرادی برای شنیدن مشکلات بیماران در یک شرایط غیرقضاوتی و هیجانی در مواقع اضطراب، در طول ۲۴ ساعت هر هفت روز هفته، برای هر نوع گرایش مذهبی و دینی، در داخل و خارج بیمارستان، مراقبت‌های مؤثر انتهایی زندگی، مراقبت‌های سوگ، امکانات برای مراقبت معنوی مادرانی که بچه یا جنین خود را از دست داده‌اند.
 - ۲- **حمایت از سلامت معنوی شاغلین** که در شرایط سخت بیمارستانی و مراقبت کار می‌کنند هم برای خودشان و هم برای خانواده‌هایشان، چراکه مراقبین بیماران سخت، خود افراد قویتری را نیاز دارد و فراهم آوردن چنین شرایطی به صورت مشاوره، شرایط خلوت مناسب و در اختیار گذاشتن منابع

دینی و معنوی از اقدامات پیشنهادی است.

۳- **اقدامات سازمانی:** آموزش سوگ و از دست دادن، دادن خبر بد و ارتباط صحیح، آگاهی‌ها و مهارت‌های تعامل با فرهنگ‌های مختلف، چالش‌های معنوی تغییر و از دست دادن، معنویت در مراقبت سلامت.

۴- **حمایت معنوی در جامعه** (قبل از بستری بیمار و بعد از ترخیص بیمار)

ج) مروری بر یافته‌های مربوط به مطالعات سلامت و معنویت

• در مجموع ۳۵۰ مطالعه نشان داده است که افراد مذهبی و دینی از نظر جسمی سالم‌تر بوده و شیوه زندگی سالم‌تری داشته‌اند، مراجعه آنان به دکتر کمتر بوده است.

• در مجموع ۸۵۰ مطالعه نشان داده است که فعالیت‌های مذهبی با برخی از جنبه‌های سلامت روانی ارتباط دارد و این افراد بهتر با استرس روبرو می‌شوند.

• بیماران تمایل دارند که در مورد سلامت معنوی آنان سؤال شود. اهمیت نسبی جنبه‌های معنوی مراقبت‌های درمانی با شدت بیماری رشد می‌کند.

• مداخلات برای ارتقای سلامت معنوی به طور کلی مضر نیست.

نتیجه یک مطالعه از دیدگاه بیماران

(سال ۲۰۰۰ در آمریکا)

- ۹۴٪ مراجعان به بیمارستان‌ها معتقدند که سلامت معنوی به اندازه سلامت جسمی اهمیت دارد.
- ۷۷٪ معتقدند که پزشکان باید نیازهای معنوی بیماران خود را به عنوان بخشی از مراقبت پزشکی در نظر بگیرند.
- ۳۷٪ خواستار این هستند که پزشکان در مورد باورهای مذهبی با آنان گفتگو کند.
- ۸۰٪ گزارش کردند که پزشکان هرگز یا به ندرت در مورد موضوعات معنوی با آنها صحبت نمی‌کنند.

• معنوی بودن یک عامل مهم قابل تفسیر در احساس ذهنی سالم بودن در مسن‌ها است.

• ابزارهای فعلی ارزیابی سلامت معنوی کامل نیستند و فقط باید با پیش فرض‌های مربوطه به کار رود.

• التزام و تعهد دینی در سطح عمومی با سلامت بهتر ارتباط دارد و این ارتباط در زنان قوی‌تر است که به دلایل تقویت جنبه‌های اجتماعی است.

• به طور متوسط حضور در مراسم مذهبی با مرگ و میر کمتر ارتباط دارد. مشارکت دینی عمومی یک پیش‌بینی‌کننده قوی طول عمر است.

- مراقبت‌های پزشکی معنوی شامل مراقبت‌هایی است که نیازهای معنوی بیماران را تأمین نماید. میزان‌های کلی و اختصاصی ابتلا و مرگ در افراد با ایمان کمتر از سایرین است و لذا این افراد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و هم چنین طول عمر و رضایت بیشتری دارند.
- بیماران دارای بیماری خطرناک همواره ارزش بالاتری برای جنبه‌های احساسی و معنوی درمان نسبت به پزشکان قائل بودند.
- شواهد مبتنی بر مطالعات آینده نگر و به خوبی کنترل شده که حضور در مراسم دینی و سایر عوامل دینی - معنوی را به بیماری‌های عمده خاص نظیر انواع سرطان‌ها ارتباط دهد ناکافی و نامشخص است.
- روش‌ها و ارزیابی‌ها نیازمند مرور مستمر است تا به بهترین روش برسیم.
- بیشتر مطالعات توصیفی بوده است و ارتباطاتی را نشان داده است.
- دینداری با نتایج مثبت برای بسیاری از مشکلات خاص مربوط به سلامت جسمانی رابطه دارد.
- فواید دینداری برای سازگاری روانی به اثبات رسیده است.
- تعهد دینی و معنویت موجب فعال‌سازی مسئولیت‌پذیری شخص در زمینه اصول و باورهای مندرج شده در دین می‌شود که اثرات جسمانی و روانی را نیز به خود اضافه می‌کند.
- دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می‌آورد. نقش حمایت اجتماعی در کاهش واکنش‌پذیری قلبی و عروقی، تسهیل بهبودی پس از حمله قلبی و کاهش سایر عوامل خطر و از جمله کاهش استرس تأثیر مثبت دارد. حمایت اجتماعی با افزایش میزان جان به در بردن از انواع مختلف سرطان رابطه دارد.
- همبستگی‌های مثبت بین عوامل دینی و سلامتی جسمانی یافت شده است اما ماهیت دقیق ارتباط بین آنها مبهم است.
- عوامل دینی و معنوی با بهداشت جسمی، روانی و کلی ارتباط دارد ولی فقدان کنترل‌ها و طرح‌های مناسب در بسیاری از مطالعات درک محققان را از این روابط به شدت محدود کرده است.
- شواهد نشان داده که دینداری با درصد کمتر افسردگی، خودکشی، طلاق، عزت نفس بالا و بهزیستی

ذهنی بالاتر همراه است.

- ارتباط بین خشم و خصومت مزمن (عدم گذشت) با پیامدهای منفی برای سلامتی اثبات شده است.
- سلامت معنوی نقش مهمی در خدمات تفریحی برای معلولین و محرومین می‌تواند داشته باشد.
- عبادات و فعالیت‌های عمومی حالات مثبت هیجانی را ایجاد کرده و این تعاملات اجتماعی لذت‌بخشی را برای افراد در خلال فعالیت‌های دینی ایجاد می‌کند، از طرفی یکی از نتایج این تعاملات شکل‌گیری روابط شخصی سودمند است.
- پزشکان نباید بدون شناسایی زمینه‌ها و سابقه معنوی بیمار برای وی فعالیت‌ها و مداخلات پیشنهاد کنند. پزشکان آموزش کمتری در این زمینه دیده‌اند.
- پزشکان نباید خود مداخلات و مشاوره‌های ارتقای سلامت معنوی را ارایه دهند و این کار توسط یک روحانی آموزش دیده به راحتی امکان پذیر است.
- پزشکان باید چهار سؤال ساده را از بیماران خود بکنند تا سلامت معنوی آنان را حدس بزنند.
- پزشکان باید از تأثیر معنویت بر سلامت آگاه باشند و پرداختن پزشکان به سؤال از سلامت معنوی بیماران تبعیت درمانی آنان را زیاد می‌کند.
- اهمیت سلامت معنوی به عنوان یک جز مکمل در سلامت به طور کلی، باید در خدمات فراغت در نظر گرفته شود که می‌تواند کیفیت زندگی افراد معلول یا محروم را بالا برد.
- بر اساس یافته‌ها سلامت معنوی ارتباط مثبتی با عزت نفس و امید داشته؛ با استرس نسبت عکس دارد و با اجتناب از پرخاشگری و ناسازگاری نسبت منفی دارد.
- تحقیقات نشان می‌دهد ارتباط قابل توجه مثبتی میان سلامت معنوی و مقاومت (سرسختی) و توانایی انجام کارها وجود دارد.
- سلامت معنوی رابطه مثبتی با سلامت اجتماعی در حیطه‌های قاطعیت، اعتماد به نفس، قاطعیت برای شروع، تمجید و تحسین، درخواست کمک، و ارتباط منفی با اشکال فیزیکی و انفعالی خشونت، وابستگی و جهت‌گیری در برابر کنش‌پذیری (انفعال) یا دوری از زد و خورد دارد.

- تناسب مثبت قابل توجهی بین سلامت معنوی و سازگاری (تفاهم) در ازدواج وجود دارد. علاوه بر این مشخص شده است.
- سلامت معنوی با اشتیاق برای بذل توجه به بیماران دارای ایدز ارتباط دارد.
- وقتی فرد یک برنامه تفریح و فراغت را تجربه می‌کند، سلامت معنوی وی در حال تعامل و تأثیرگذاری بر کلیه فرایندهای جاری در ارتباط با حضور در برنامه تفریحی و سلامت عمومی خواهد بود. در حالی که بیکار بودن و داشتن سکوت یا مدیتیشن می‌تواند فرصتی برای در خود فرورفتن ایجاد کرده و زمینه ایجاد و پیشرفت بعد معنوی را فراهم نماید. کسانی که در پی سفرهای ماجراجویانه به صحرا و طبیعت روی می‌آورند، رشد معنویت و تجربه معنوی در آنها به علت حضور در موقعیتی متفاوت، رهایی از موانع موجود در انرژی و زمان بوده است. بنابراین تفریح و فراغت فضایی را ایجاد می‌کند که باعث رشد و توسعه معنوی می‌گردد. از طرف دیگر، وقتی فردی بیش از حد با بعد معنوی زندگی درگیر شده باشد، انجام یک فعالیت تفریحی و سرگرم شدن به آن، می‌تواند فرد را به سوی شادکامی معنوی سوق دهد.
- تفریح و سرگرمی فرصتی را برای افراد ایجاد می‌نماید که می‌توانند نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند، پیوسته مهارت‌ها و توانایی‌های خود را تقویت نمایند، افرادی که دوست دارند باشند و احساس خوبی درباره خود داشته باشند. اصطلاحاتی مانند احترام به نفس و خود شکوفایی، پیامد این رشد فردی را بیان می‌کنند.
- تفریح در فضای باز بیرون از منزل فرصتی برای رشد معنوی به وجود می‌آورد.
- تفریح به طور غیرمستقیم بر روی سلامتی و شادکامی تأثیر می‌گذارد که به توانایی آن برای کنار آمدن با مشکلات در پاسخ به حوادث و تغییرات تنش‌زای زندگی است. حضور در تفریحات کنار آمدن با حوادث پر استرس زندگی را از طریق حمایت سپرهای اجتماعی^۳ و عزم راسخ آسان می‌سازد. یک فرد معنوی سالم دارای حس ارتباط با دیگران و همچنین حس مسئولیت در زندگی می‌باشد که انگیزه آن را از جهان ما فوق دریافت می‌کند.

³Buffer

- حاصل تحقیقات و دانسته‌ها در کنفرانس ۱۹۷۱ کاج سفید در مورد کهولت بیانگر این موضوع بود که اهداف معنوی، نیازها و خدمات برای کنار آمدن با پیری و سال‌های پایانی زندگی اهمیت زیادی دارند. از آن‌جا که فرد ممکن است برخی از عملکردهای جسمانی یا ذهنی خود را از دست بدهد، معنویت عنصری حیاتی در سلامت عمومی یک فرد پا به سن گذاشته قلمداد می‌گردد.

فصل دوم

روش کار



مطالعه از نوع طراحی سیستم بوده و روش جمع‌آوری داده‌ها مرور منابع و بحث گروهی متمرکز ذینفعان بوده است در واقع این مطالعه یک تحقیق عملیاتی^۴ از نوع مشارکتی دو طرفه (محقق و عمل‌کننده) است که برای استقرار نظام خدمات مشاوره معنوی در بیمارستان به اجرا در آمده است. برای طراحی این نظام دو گام اولیه برداشته شد:

۱) **تعریف اجزای نظام:** بر اساس آموزه‌های مدیریتی اجزای نظام به صورت مؤلفه‌های پنج‌گانه شامل اهداف، شیوه مدیریت، منابع

(مالی، انسانی و تجهیزات و اطلاعات)، فرایند و روال (شیوه‌نامه‌ها) و ساختار تعیین شده و بخشی نیز برای هماهنگی با محیط بیرونی در نظر گرفته شد.

۲) مرور منابع به منظور مشخص کردن اصول طراحی: در مجموع ۵ اصل حاصل مرور منابع و بحث اولیه تیم پروژه برای طراحی توافق شد که به شرح زیر بود:

- خدمت جامع و ادغام شده با سیستم موجود طراحی شود.
- تداوم مراقبت در ابعاد روانی و اجتماعی هم برای بیمار مد نظر باشد.
- مشارکت مدیریت ارشد بیمارستان و پزشکان و پرستاران دیده شود.
- مبتنی بر شواهد باشد (طراحی شیوه نامه‌ها، صلاحیت افراد و...)
- به عنوان ارزش‌سازمانی بیمارستان مطرح باشد.

برای هر یک از این اجزای تعیین شده، داده‌هایی از مرور منابع علمی و تجربیات سایر کشورها استخراج شده و پیش‌نویس شد (خلاصه‌ای از این داده‌ها در قسمت مرور منابع همین گزارش آمده است). بر اساس

⁴Action Research

تحلیل ذینفعان، کمیته راهبری متشکل از سه دسته زیر تشکیل و طی چهار جلسه (پیوست شماره یک) بحث گروهی متمرکز نظام تدوین شده را نقد کردند:

گروه ۱) متخصصین دینی، روانشناسان و متخصصان پزشکی اجتماعی
گروه ۲) گروه استقراردهندگان از بیمارستان کوثر (رییس بیمارستان، پزشک متخصص، مترون و مدیر بیمارستان، نماینده معاونت توسعه دانشگاه)

گروه ۳) خبرگانی از سطح ملی (در صورت عدم حضور به صورت نظرخواهی)
همزمان پیش‌نویس مذکور به تعدادی از خبرگان کشوری که در زمینه سلامت معنوی تجربه و تحقیق داشته‌اند ارسال و نظرات آنان در پیش‌نویس اعمال شد. در مجموع مدل طراحی شده دو جز دارد:

- آیین‌نامه استقرار خدمات سلامت معنوی (شامل فلسفه و رسالت، اهداف، شیوه مدیریت، ساختار اجرایی، فرایندها و استانداردها و منابع)
- شیوه‌نامه عمل پزشکان و پرستاران و مشاور معنوی (این مورد به طور مبسوط‌تر در طرح تحقیقاتی جداگانه ای باید به دست آید).

فرایند جلب حمایت برای استقرار این خدمات به شرح زیر طی شد:

مذاکره با رییس دانشگاه با توجه به سند جامع سلامت استان، انتخاب بیمارستان پایلوت، مذاکره رییس دانشگاه با رییس بیمارستان، آماده‌سازی پیش‌نویس آیین‌نامه و شیوه‌نامه و سپس برگزاری جلسه جلب حمایت تیم مجری با تیم بیمارستانی، تشکیل کمیته راهبری و دعوت تیم بیمارستانی برای نقد نظام طراحی شده، بازدید از محل مشاوره معنوی در بیمارستان و تعیین مکان و تجهیزات مناسب، برآورد هزینه آماده‌سازی اطاق و تجهیزات مشاوره، رایزنی برای تخصیص منابع مالی و جلسه توجیهی و آموزشی پزشک، پرستاران و کارشناس مسئول مشاوره معنوی، رایزنی برای تعیین مشاوره سلامت معنوی از بین کارشناسان و هیأت علمی‌های دانشگاه و انعقاد قرارداد با وی. در تاریخ ۲۰ بهمن ماه سال ۱۳۹۱ با حضور ذینفعان استانی افتتاح مرحله دوم پروژه؛ برای پایلوت این خدمات آغاز شد.

فصل سوم

نتایج

(آیین نامه ها و شیوه نامه ها)

- آیین نامه ایجاد و توسعه «خدمات سلامت معنوی» در بیمارستان های استان قزوین
- شیوه نامه ارایه خدمات مشاوره سلامت معنوی ویژه پزشکان، پرستاران و واحد مشاوره خدمات سلامت معنوی

الف) آیین نامه ایجاد و توسعه «خدمات سلامت معنوی»

در بیمارستان های استان قزوین

مقدمه

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است. سلامت معنوی دو بخش جدایی ناپذیر دیدگاه معنوی (هدفمندی زندگی، اخلاقیات و ایمان و توکل به پروردگار) و اعمال مذهبی (انجام مناسک فردی و جمعی دینی) را شامل می شود. این بعد از سلامت از چهار طریق رفتارهای بهداشتی مندرج در ادیان، حمایت اجتماعی از طریق انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین، سایکونوروفیزیولوژیک با احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی و اثرات مافوق طبیعی که برای انسان ناشناخته مانده است بر سه بعد سلامتی دیگر تأثیر دارد و نتیجه این تأثیرات پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع تر بیماری، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی - درمانی است.

این آیین نامه در راستای اجرایی شدن طرح جامع سلامت استان و بهبود شاخص های سلامت استان قزوین تدوین شده است.

ماده ۱) اهداف

هدف از تدوین این آیین نامه طراحی، استقرار و ارزشیابی ارائه خدمات سلامت معنوی در محیط بیمارستانی است. بیماران مشمول این خدمات حداقل موارد زیر را شامل می شوند:

- مراجعان دارای بیماری های مزمن (بیماران سرطانی، مبتلایان به دیابت و سایر بیماری های که در دسته بندی بیماری های مزمن قرار دارند)
- مراجعان دارای بیماری حاد (سقط جنین، اطلاع کسب کنندگان از اخبار بد از جمله نقص عضو، سرطان، ناباروری، مرگ اطرافیان و...)
- مراجعان معتاد، زنان زندانی بیمار، حاملگی نامشروع و سقط غیرقانونی

بیماران دارای مشکلات حاد در اورژانس ها فقط در صورت تشخیص پزشک به مشاور سلامت معنوی ارجاع داده می شود.

این خدمات 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.

ماده ۲) فرایند، روال و استانداردها

فرایند ارائه خدمت سلامت معنوی سه مرحله اصلی شامل ارزیابی سلامت معنوی توسط پزشک (شیوه‌نامه پیوست)، مشاوره سلامت معنوی توسط مشاور منتخب (شیوه‌نامه پیوست) و خدمات حمایتی شامل موارد زیر است:

الف) تسهیلات بیمارستانی در زمان بستری

ب) آموزش بیمار زمان ترخیص و حمایت‌های پس از ترخیص: خدمات پس از ترخیص معرفی تسهیلات ارتقای سلامت معنوی و عضویت در انجمن‌ها و سمن‌های خیریه و نیکوکاری، استفاده از امکانات تفریحی، گروه‌های خودیار بیماران و... می‌باشد.

ماده ۳) ساختار

در سال اول استقرار آیین‌نامه شورای سلامت معنوی بیمارستان متشکل از رئیس 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 سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه تشکیل خواهد شد. وظایف این شورا برنامه‌ریزی، سازماندهی، تشویق و نظارت بر حسن استقرار آیین‌نامه است. این شورا پس از انجام ارزشیابی استقرار آیین‌نامه در پایان سال اول در شوراها و کمیته‌های بیمارستانی موجود به نحوی که کارکردهای آن حفظ شود ادغام خواهد شد.

ماده ۴) منابع

□ انسانی: پزشکان آموزش دیده در زمینه گرفتن شرح حال معنوی و ارایه بازخورد اولین سطح رویارویی بیماران و مراجعان در زمینه سلامت معنوی هستند. این پزشکان مطابق پروتکل پیوست از بیماران شرح حال معنوی اخذ و برای انجام مداخله تصمیم‌گیری می‌کنند. مشاور سلامت معنوی یک کارشناس دینی آموزش دیده است که گواهینامه شرکت در دوره سلامت معنوی را دریافت می‌کند. این دوره سه روزه به صورت مشترک توسط دانشگاه علوم پزشکی قزوین، حوزه علمیه قزوین و دانشگاه قزوین طراحی و اجرا می‌شود.

□ **تجهیزات و اطلاعات:** مکان مناسب با طراحی ویژه اتاق‌های 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 فیلم‌های مرتبط به ارتقای سلامت معنوی (تجربیات انسان‌ها، دعا و نیایش، تلاوت قران و سخنرانی‌های معنوی و...)، نمازخانه با تسهیلات استاندارد

□ **منابع مالی:** برای تأمین منابع اطلاعات، تجهیزات و هزینه مشاورین تمام وقت و یا پاره وقت به صورت سالانه برآورد شده و در بودجه بیمارستان برای تأمین تصمیم‌گیری می‌شود.

ماده ۵) مدیریت (برنامه، سازماندهی، رهبری و نظارت)

- شورای سلامت معنوی بیمارستان برنامه سالانه ارتقای سلامت معنوی را در راستای استقرار این آیین‌نامه تصویب می‌کند.
- داشتن برنامه‌های اجرایی اعمال و مناسک دینی در بیمارستان و بازدید روحانیون برگزیده از بیماران مطابق جدول زمان‌بندی ماهانه پیشنهاد می‌شود.
- تحقیقات برای ارزشیابی مداخلات سلامت معنوی در یک دوره یک ساله ضروری بوده تا از طریق آن نسبت با بازبینی در فرایند، روال و استانداردها و دوره‌های آموزشی اقدام شود.
- اجرای برنامه‌های توجیهی و آموزشی برای خانواده بیماران و کلیه کارکنان بیمارستان و تشویق پزشکان و پرستارانی که در این فرایند مشارکت فعال دارند پیشنهاد می‌شود.
- فرایند اجرای خدمات سلامت معنوی هر سه ماه یکبار با مشارکت کلیه پزشکان و پرستاران و مشاوران بیمارستان پایش می‌گردد.
- شورای سلامت معنوی بیمارستان باید کلیه روال‌ها و مقرراتی را که برای حفظ اسرار و شرح معنوی بیماران لازم است استقرار دهد و در این زمینه در بیماران و خانواده آنها اعتماد کافی ایجاد کند، در همین زمینه لازم است آگاهی و عملکرد پزشکان و کارکنان بیمارستان ارتقا یابد تا از تأثیرات خواسته و ناخواسته نگرش‌های فردی و سلیقه‌های به موضوع معنویت و مذهب در فرایند درمان بیماران جلوگیری شود.

- برای حفظ تداوم خدمات مشاوره در دو بعد از سلامت روانی و سلامت اجتماعی هم باید در برنامه مداخله بیماران توسط پزشک قرار گیرد و از این حیث به ۳ سؤال زیر پاسخ داده شود:
آیا نیاز به مشاوره سلامت روان است؟ آیا نیاز به مشاوره سلامت اجتماعی است؟ (از جمله آسیب‌های اجتماعی) آیا نیاز به مشاوره سلامت معنوی است؟

ماده ۶) هماهنگی درون و برون بخشی

- هماهنگی درون بخشی برای محدوده بیمارستان و دانشگاه از طریق شورای سلامت معنوی بیمارستان انجام می‌شود و نماینده این شورا به انتخاب رئیس بیمارستان در شورای هماهنگی سلامت معنوی استان عضو خواهد بود که برای اظهار نظر و جلب حمایت‌های لازم برای فراهم کردن تسهیلات خدمات سلامت معنوی پس از ترخیص در این جلسات شرکت می‌نماید.
- اعضای شورای هماهنگی سلامت معنوی استان شامل معاون سیاسی امنیتی 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
- 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.

ماده ۷) تصویب و بازبینی

- این آیین‌نامه در ۷ ماده به تصویب کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان و هیأت امنای دانشگاه رسیده و از زمان تصویب به مدت یک سال در بیمارستان کوثر اجرا شده و پس از ارزشیابی، تصمیم‌گیری برای توسعه آن در کل استان انجام خواهد شد.

ب) شیوه‌نامه ارایه خدمات مشاوره سلامت معنوی ویژه پزشکان، پرستاران و واحد مشاوره خدمات سلامت معنوی

فرایند ارائه خدمت سلامت معنوی سه مرحله اصلی را شامل می‌شود:

۱. 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 پیشنهاد شده است که در جدول زیر یکی از پرکاربردترین رویه‌های پیشنهاد شده است. زمان گرفتن شرح حال معنوی می‌باید بسیار کوتاه بوده و به کند و کاو منجر نشود، زمان صرف شده برای پرداختن به مسائل معنوی نباید هرگز جایگزین زمان لازم برای رسیدگی کامل به نیازهای پزشکی بیمار گردد.

<p>۱. منبع امیدواری، قدرت، آسایش و صلح و دوستی برای شما چیست؟</p> <p>۲. در زمان سختی و مصائب به کجا پناه می‌برید؟</p> <p>۳. چه چیزی شما را حفظ کرده و نیروی ادامه حیات به شما می‌بخشد؟</p>	<p>H: Hope</p>
<p>۱. آیا شما عضو یک جامعه مذهبی یا معنوی هستید؟ آیا کمکی به شما می‌کند؟ چگونه؟</p> <p>۲. کدام یک از جنبه‌های مذهب برای شما مفید یا بی‌تأثیر هستند؟</p>	<p>O: Organized</p>
<p>۱. آیا دارای باورهای معنوی شخصی هستید که مستقل از آیین‌های مذهبی باشند؟</p> <p>۲. کدام یک از جنبه‌های معنویت یا آیین‌های معنوی را برای شخصیت خود مفید و مؤثر می‌دانید؟</p>	<p>P: Personal</p>
<p>۱. آیا بیماری توانایی شما برای انجام کارهایی که معمولاً از نظر معنوی به شما کمک می‌کنند را تحت تأثیر قرار داده است؟</p> <p>۲. من به عنوان یک پزشک چه کمکی برای دسترسی بیشتر به منابع حمایت معنوی می‌توانم داشته باشم؟</p> <p>۳. آیا اعمال یا محدودیت‌های خاصی وجود دارند که من برای ارایه خدمات پزشکی باید از آن‌ها اطلاع داشته باشم؟</p>	<p>E: Effects</p>

۲. مشاوره سلامت معنوی توسط مشاور منتخب

اصول مشاوره در این مورد عبارت است از: جلب رضایت بیمار و اطمینان دادن به بیمار در مورد حفظ اسرار، بیان اهمیت معنویت در سلامت افراد، ارزیابی وسیع‌تر معنوی بیمار (بر اساس الگوهای ارایه شده یا با توجه به الگوی آموزش داده شده 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. شرکت در جلسات مشاوره معنوی گروهی، معرفی تسهیلات اجتماعی برای ارتقای معنوی و دادن معرفی نامه به وی، معرفی کتب، فیلم و یا دفترک‌ها مرتبط از دیگر فعالیت‌های جانبی مشاور است.

۳. ارایه خدمات حمایتی به بیمار

الف) تسهیلات بیمارستانی در زمان بستری

- بروشورهای سلامت معنوی به تعداد مناسب در بخش قرارداد.
- مکان‌های عبادت فردی و جمعی با شرایط استاندارد وجود دارد و مواد ترویجی معنوی در این مکان قرار دارد 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 غیرفعال) دو نفره و چند نفره وجود دارد 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 آمفی تئاتر بیمارستان یا اتاق شورای بیمارستان و یا در نمازخانه (در مواقعی که باید بحث گروهی اتفاق افتد) برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

ب) آموزش بیمار زمان ترخیص و حمایت‌های پس از ترخیص

- خدمات پس از ترخیص توسط سیستم پرستاری به شرح زیر فراهم می‌شود:
- تأکید بر اجرای توصیه‌های مشاور معنوی بیمار، معرفی تسهیلات ارتقای سلامت معنوی و عضویت در انجمن‌ها و سمن‌های خیریه و نیکوکاری، استفاده از امکانات تفریحی در جامعه با تخفیف

خاص، معرفی بیمار به عضویت در گروه‌های خودیار بیماران و تسهیل فرایند عضویت و آموزش بیمار برای مراقبت‌های جسمی و روانی در ارتباط با بیماری خاص خود و دادن برگه آموزشی خلاصه و مفید به بیمار

لازم است در ارتباط با بیماری‌های خاص گروه‌های خودیار با راهنمایی و هدایت سیستم پرستاری تشکیل شود به عنوان مثال گروه خودیار از بیماران بهبود یافته از سرطان‌ها شناسایی شده و مطابق الگوی مدون گروه‌های خودیار تشکیل شده و به رهبران این گروه آموزش‌های لازم برای اداره گروه داده می‌شود. توضیح مهم: ثبت خلاصه شرح حال و مشاوره‌های انجام شده (بدون تأکید بر اعتقادات صریح بیمار) و توصیه‌های پس از ترخیص در یک برگه مجزا از شرح حال‌های فعلی صورت می‌گیرد تا در زمان مناسب این برگه شرح حال در بدنه شرح حال اصلی قرار گیرد.

فصل چہارم

بحث و پیشہاد

با اینکه در مطالعات مختلف اثربخشی خدمات سلامت معنوی در سلامت بیماران نشان داده شده است، لازم است در طول استقرار آزمایشی این خدمت، مطالعه‌ای طراحی شود تا تأثیر این مدل را بر بهبود

شاخص‌های معین در سطح بیمار و بیمارستان بسنجد. برخی از شاخص‌های ارزشیابی در سطح اثر و پیامد‌ها عبارت است از:

چالش‌های استقرار خدمات مشاوره معنوی در بیمارستان از دیدگاه ذینفعان

- ❑ تامین منابع مالی ارایه خدمت
- ❑ حفظ اسرار بیماران
- ❑ مهارت پزشکان در گرفتن شرح حال و ورود به حوزه معنوی بیماران و جلب اعتماد آنان
- ❑ یافتن یا توانمندسازی مشاورین معنوی (در حال حاضر دوره اختصاصی این موضوع در کشور وجود ندارد)
- ❑ پایش بیماران
- ❑ نیازمندی بیماران به خدمات مشاوره روانی و اجتماعی و نقص این خدمات در بیمارستان‌ها

- رضایت بیمار (از وجود خدمت، از شیوه عمل ارایه‌کنندگان خدمات و مشاور، تسهیلات خارج از بیمارستان)
- مقایسه میزان شاخص‌های مرتبط به بیمار با گروه شاهد منتخب یا حداقل قبل و بعد) از جمله میزان تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر، کاهش مراجعه، بهبود وضعیت‌های معنوی و مذهبی (امیدواری،

توکل به خدا، هدفمندی و اجرای مناسب مذهبی) و افزایش مهارت‌های معنوی

در دیدگاه اعضای کمیته راهبری طرح چالش‌های استقرار این مدل در بیمارستان به شرح کادر روبرو است. برای هر یک از این چالش‌ها در جریان مباحثات کمیته راهبری راهکارهایی پیشنهاد شد که در متن آیین‌نامه گنجانده شد و موارد دیگر به صورت پیشنهاد در پایان گزارش مطالعه آمده است. 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 بازدید‌هایی برای خبرگان و صاحب‌نظران فراهم شود. بسته آموزشی و شیوه ارایه مشاوره معنوی در شرح خدمات این پروژه قرار نداشت در صورتی که از ضروری‌ترین عناصر استقرار این خدمت است، لذا پیش‌بینی شده است که این بسته با کمک مشاور منتخب در طول اجرا طراحی شود و گروه تحقیقاتی سلامت معنوی در مؤسسه ملی تحقیقات سلامت راهنمای این نوع مشاوره را با کمک حوزه و متخصصان مرتبط تدوین نماید. ذینفعان مورد مطالعه معتقدند در شرایط

فعلی که مشاوره سلامت روانی و اجتماعی در بیمارستان‌ها دچار مشکل و نقص است، استقرار خدمات سلامت معنوی به مراتب دشوار به نظر می‌رسد و لازم است در کنار این خدمت تقویت جدی خدمات مشاوره روانی (روانشناسان بالینی و روانپزشکان) و اجتماعی (مددکاران اجتماعی) نیز انجام شود. علی‌رغم وجود مخالفت برای استقرار این خدمات از سوی برخی کارشناسان سطح ملی، ضرورت و استقبال از استقرار این خدمات در سطح محیطی برای پزشکان و پرستاران بیمارستان روشن و چشم‌گیر است. در ادامه جدول گانت فعالیت‌های استقرار خدمات به شرح زیر پیشنهاد شده است:

مسئول	زمان (ماه)						فعالیت‌های استقرار خدمات مشاوره سلامت معنوی در سال ۱۳۹۰
	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
دبیرخانه							۱ تصویب آیین‌نامه و دستورالعمل در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
مجری و شورا معاونت توسعه دبیرخانه سیاست‌گذاری							۲ فعالیت‌های پیش‌نیاز برای پایلوت خدمات مشاوره سلامت معنوی: <ul style="list-style-type: none"> • برگزاری جلسه توجیهی و آموزشی پزشکان و پرستاران و دریافت نظرات • انتخاب یک مشاور مذهبی پاره وقت و انعقاد قرارداد • تجهیز اتاق مشاور، تجهیز اتاق معنوی و تجهیز اتاق تفریح • انتصاب رهبر فرایند خدمت (پزشک مسئول بخش) • تدوین یک بروشور سلامت معنوی به زبان ساده و تکثیر آن
شورا و دبیرخانه							۳ آغاز رسمی آزمایشی خدمات سلامت معنوی: <ul style="list-style-type: none"> • افتتاح با شرکت خبرنگار و ذینفعان * • پایش ماهانه به صورت تشکیل جلسه شورای هماهنگی سلامت معنوی بیمارستان
							۴ ارزشیابی (از روش امکان‌سنجی) * در ماه آخر و تکمیل آیین‌نامه و پروتکل

- * تا این مرحله از جدول گانت بر عهده مجری این طرح بوده است و پایش استقرار این نظام از این مرحله به بعد بر عهده مجری استقرار دهنده (ریس بیمارستان کوثر و شورای هماهنگی سلامت معنوی بیمارستان) است.
- * حداقل چهار سؤال امکان‌سنجی قبل از استقرار خدمات در سایر بیمارستان‌ها عبارت است: هزینه- اثربخشی و هزینه- فایده استقرار این خدمات چیست؟ مقبولیت اجتماعی خدمات ارایه شده چیست؟ کارکنان بیمارستان چگونه با استقرار آن کنار می‌آیند؟ هزینه‌های تمام شده خدمات چیست؟

نهادینه شدن و استقرار چنین خدمتی در بیمارستان‌های استان و حتی در کل کشور نیازمند بسترهای زیر است:

- انعقاد تفاهم‌نامه چهار جانبه دانشگاه علوم پزشکی، حوزه علمیه، دانشگاه قزوین و سازمان تبلیغات اسلامی در برنامه‌های جامعه محور
- طراحی و استقرار بسته آموزشی سلامت معنوی و آموزش یک دوره سه روزه از کارشناسان منتخب (به ویژه مشاور سلامت معنوی)
- دوره آموزشی سلامت معنوی ویژه پزشکان و پرستاران و برگزاری دوره برای متخصصین و پرستاران بیمارستان
- دوره آموزشی سلامت معنوی برای مبلغین مذهبی و هیأت‌های مذهبی استان توسط سازمان تبلیغات اسلامی
- تدوین برنامه سلامت معنوی استان و اتخاذ سیاست‌های زیر:
 ۱. ایجاد مرکز تحقیقات سلامت معنوی در استان
 ۲. راندهای بالینی در بیمارستان و بازآموزی‌های پزشکان به سلامت معنوی هم اختصاص یابد.
 ۳. در مراکز آموزش مهارت‌های بالینی آموزش گرفتن شرح حال معنوی گنجانده شود.
 ۴. برخی از خدمات مشاوره سلامت معنوی در فهرست بیمه‌ها گنجانده شود.
 ۵. آموزش‌های سلامت معنوی به صورت منشور سلامت معنوی و سلسله مباحث آموزشی برای گروه‌های ویژه طراحی و استقرار یابد.

بخشی از منابع

۱. دِماری بهزاد. سلامت معنوی. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۸۹.
۲. مجموعه مقالات فصل‌نامه های نقد و نظر سازمان تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم. ۱۳۸۴.
۳. فلاحی خشک‌ناب، مظاهری منیر. معنویت، مراقبت معنوی و معنویت درمانی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ۱۳۸۷.
۴. جستارهایی در سلامت معنوی. فرهنگستان علوم پزشکی. ۱۳۸۹.
۵. دِماری ب و همکاران. طرح جامع سلامت استان قزوین. گزارش کارگروه سلامت معنوی. نشر طب و جامعه. ۱۳۸۷.
6. *Rumbold BD. A review of spiritual assessment in health care practice. Med J Aust. 2007 May 21;186(10 Suppl):S60-2.*
7. *Susan Cumming. Realising the Benefits of Chaplaincy and Spiritual Health Services in the NHS. East Midlands (North) Chaplaincy and Spiritual Health Care Collaborative. 2009*
8. *SASKATOON HEALTH REGION SPIRITUAL CARE REVIEW Final Report, June 30, 2009*

پیام های اصلی مطالعه

پیام اول) ارایه خدمات سلامت معنوی در بیمارستان‌ها اندیکاسیون‌های ویژه‌ای دارد از جمله بیماران صعب‌العلاج، بیماران مزمن و مواردی که به صورت حاد مانند سقط جنین مادری که سال‌ها منتظر نوزاد بوده است.

پیام دوم) خدمات سلامت معنوی در بیمارستان سه مرحله اصلی ارزیابی سطح معنوی بیمار و ارجاع به مشاوره (توسط پزشک)، مشاوره معنوی (توسط کارشناس معنوی) و خدمات پس از ترخیص (با هدایت و پایش سیستم پرستاری) را شامل می‌شود.

پیام سوم) با این که در مطالعات مختلف اثر بخشی این خدمات در سلامت بیماران نشان داده شده است، است در طول استقرار آزمایشی این خدمت مطالعه‌ای طراحی شود تا تأثیر این مدل را بر بهبود شاخص‌های معین بسنجد.

پیام چهارم) حفظ اسرار بیماران، مهارت کارکنان در گرفتن شرح حال و ورود به حوزه معنوی بیماران و جلب اعتماد آنان، یافتن یا توانمندسازی مشاورین معنوی (در حال حاضر دوره اختصاصی برای این موضوع در کشور وجود ندارد) و پایش بیماران از جمله چالش‌های اصلی ارایه این خدمات است.

پیام پنجم) ذینفعان مورد مطالعه معتقدند در شرایط فعلی که مشاوره روانی و اجتماعی در بیمارستان‌ها دچار نقص و مشکل است، استقرار سلامت معنوی به مراتب دشوار به نظر می‌رسد و لازم است در کنار این خدمت تقویت جدی خدمات مشاوره روانی (روانشناسان بالینی و روانپزشکان) و اجتماعی (مددکاران اجتماعی) نیز انجام شود.

پیام ششم) علیرغم وجود مخالفت برای استقرار این خدمات از سوی برخی کارشناسان سطح ملی ضرورت و استقبال از استقرار این خدمات در سطح محیطی برای پزشکان و پرستاران بیمارستان، روشن و چشم‌گیر است.

پیام هفتم) با این که در این مطالعه بر بهره‌مندی از خدمات سلامت معنوی در بیماران صعب‌العلاج تأکید شده است که از نوع پیشگیری سطح سوم می‌باشد، اما نباید فراموش کرد که سلامت معنوی به عنوان یکی از اساسی‌ترین راهبردها در پیشگیری سطح اول کاربرد دارد و پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌های جدیدتر برای این سطح طراحی شده و یا برنامه‌های موجود کشور در این زمینه مورد نقد و ارزشیابی قرار گیرد.