

نیازسنجی مراقبت معنوی در خدمات سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران

فرزانه مفتون^{*}، مژگان شریفان^۱، فاطمه نقی زاده موغاری^۱، محمود طاووسی^۱

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش

سال نوزدهم، شماره اول، بهمن - اسفند ۱۳۹۸، صص ۸۴-۷۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۱

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۲ اسفند ۹۸

چکیده

مقدمه: به رغم انجام مطالعاتی در زمینه های مرتبط با سلامت معنوی، نیازسنجی مراقبتهای معنوی، در خدمات سلامت و کاربرد این مراقبتهای نیاز به مطالعات بیشتری دارد. مطالعه حاضر با اهداف "تعیین بیماریها و اولویتهایی که مراقبت معنوی در بهبود آن کاربرد دارد"، "تعیین سطوحی از پیشگیری مورد نیاز در ارائه مراقبت معنوی" و "تعیین مراقبتهای معنوی و حیطه های آن" به بررسی نیازهای موجود در زمینه های مراقبت های معنوی از دیدگاه صاحب‌نظران پرداخت.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع کیفی بوده، پس از بررسی متون پیش‌نویس سوالات پرسشنامه آماده شده و از طریق مصاحبه عمیق با متخصصان مختلف و کارشناس روحانی نهایی شدند.

سپس با استفاده از نظرات ۱۰ متخصص با سابقه‌ی فعالیت علمی و دانشگاهی هم راستا، به صورت مطالعه دلفی طی دو مرتبه مورد بررسی و تکمیل قرار گرفت. در مرتبه اول پرسشنامه‌ی مدون ارسال شد و در مرتبه دوم پرسشنامه همراه با نتایج نظرات صاحب‌نظران که در مرتبه اول جمع آوری شده بود، ارسال شده و نظرات نهایی جمع آوری شد.

یافته ها: طبق نظرات صاحب‌نظران، نیاز به مراقبت معنوی در طیف سلامت به ترتیب اولویت شامل بیماریهای مزمن، بیماریهای حاد با تاکید بر دوره‌ی نقاهت آن، ناخوشی های جزئی و شرایط سالم و به ظاهر سالم است.

همچنین بر اساس انواع بیماریها ۴ اولویت به ترتیب بیماریهای مزمن نظیر دیابت، بیماریهای ناتوان کننده نظیر MS، بیمار در حال احتضار و خانواده وی و بیماریهای صعب‌العلاج نظیر سرطان هستند. شایان ذکر است شرایطی مانند اعتیاد، ایدز، بیماریهای جنسی، اختلالات روانی، مشکلات ناباروری، بارداری پس از چهار اولویت اول قرار گرفتند و نسبت به هم دارای اولویت خاصی نبودند. همچنین مراقبتهای معنوی در چهار حیطه ی ارتباطی، فهمی، سازگاری و عملکردی قابل ارائه است.

نتیجه گیری: شرایط مرتبط به بیماریهای مزمن و ناتوان کننده، صعب‌العلاج و انتهای زندگی هم برای بیماران و هم خانواده آنان، نیاز به مراقبت های معنوی دارد که پرداختن به آنها در سطوح مختلف پیشگیری اولویت دارد. مراقبت های معنوی برای فرد (مراجع) نقش تکمیلی داشته و مکمل درمانهای رایج پزشکی است که با توجه به شرایط، نیاز و فرهنگ فرد ارائه می شود. در ارائه خدمات مراقبتهای معنوی، اصول اخلاق پزشکی مانند هر مراقبت دیگری باید لحاظ شود که شامل حق انتخاب بیمار نیز هست.

کلیدواژه: مراقبت معنوی، خدمات سلامت، سطوح پیشگیری، نیازسنجی

کد اخلاق: IR.ACECR.IBCRC.REC.1397.008

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳

E-mail: fmaftoon5@gmail.com

مقدمه

اهمیت خدمات سلامت بر کسی پوشیده نیست، چرا که فراگیر بودن نیاز به آنها در تمام اقشار و نیز تاثیر به سزایشان در سلامت آحاد جامعه جایگاه ویژه‌ای بدان داده است. تاثیر این خدمات در سلامت افراد جامعه، نقش مستقیمی در توسعه هر جامعه دارد. از سوی دیگر در دهه‌های اخیر سلامت معنوی و مراقبتهای معنوی در خدمات سلامت مورد توجه بیشتری در محافل علمی بوده است. وجود معنی و مفهوم در زندگی از سویی و ارتباط با خداوند از سوی دیگر و نیز بسیاری ابعاد دیگر در مراقبتهای معنوی مطرح هستند [۱]. ارائه مراقبت معنوی به نیازمندان علاوه بر آنکه از وظایف مراقبت دهندگان خدمات سلامت و بخشی از حقوق بیمار است در دین اسلام نیز بعنوان یک وظیفه شرعی و مهم مطرح شده است [۲]. سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق می شود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید. شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمرات معنوی مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی هستند. سلامت معنوی انسانها را باید بر مبنای فرآیندی از «کنش متقابل» انسان در جهان هستی و یک قدرت برتر قدسی تعریف کرد. اما آنچه که امروزه در ادبیات علمی پیرامون سلامت معنوی مطرح می شود بیشتر ناظر بر تأثیر اعتقادات و مراقبتهای معنوی در سلامت افراد و روند بهبود بیماریهای آنان است [۳].

در کشور ما هر چند مطالعاتی در زمینه‌های مرتبط با سلامت معنوی انجام شده است، اما نیازسنجی مراقبتهای معنوی در خدمات سلامت و چگونگی کاربرد این مراقبتها نیاز به مطالعات بیشتری دارد. فاز اول این مطالعه مربوط به دیدگاه صاحب نظران بود. از زمان بقرات تا به امروز این باور که خداوند هم شفا دهنده و هم منشأ علم پزشکان است و اینکه پزشکان وسیله ای برای تشخیص، درمان و رساندن شفا به بیماران اند، کم و بیش وجود داشته است. اما در دوران معاصر، تاریخ علم پزشکی شاهد تغییرات عمده ای بوده است به نحوی که در اواسط قرن بیستم علاوه بر عوامل جسمی در تعریف سلامتی و بیماری به جنبه‌های روانی و اجتماعی آن توجه بیشتری شد به نحوی که در دهه هفتم و هشتم قرن بیستم بررسی های اپیدمیولوژیک و بوم شناختی که به نوعی مبتنی بر فرضیه تأثیر عوامل اجتماعی بر علوم پزشکی بود از ارزش خاصی

برخوردار شد. عباسیان و همکاران تحقیقی با عنوان "بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از بیماری ها: یک مطالعه مقدماتی" انجام دادند. این پژوهش درصدد بررسی مقدماتی جایگاه علمی و نقش سلامت معنوی در پیشگیری از بیماری ها بود. این پژوهش یک مطالعه توصیفی بود که برای جمع آوری اطلاعات در آن از روش اسنادی استفاده شد. اطلاعات و داده ها با روش غیرمستقیم و استفاده از اسناد بایگانی شده چه به صورت اسناد خصوصی یا ویراسته، کتب تخصصی و مراجع مکتوب گردآوری و مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های پژوهش نشان داد رشته های علمی جدید دیدگاه هایی را درباره نقش های احتمالی مؤلفه های معنوی در پیشگیری از بیماری ها مطرح کرده اند اما تا وقتی نظریه های آنها به پژوهش عملی نینجامد اصولاً عقیم می مانند. پژوهش های مربوط اذعان دارند که مؤلفه های معنوی از تأثیرات پیشگیرانه غالباً مثبتی برخوردارند اما هنوز باید کار زیادی صورت گیرد تا مسائل مربوط به همبستگی سلامت معنوی و سلامت جسمی روشن شوند. یافته ها نشان داد که پیشگیری از بیماری ها را نمی توان از مراقبت معنوی جدا نمود. بنابراین مفهوم معنویت و سلامت معنوی اگرچه به ظاهر بسی دور از علوم زیست پزشکی است اما در عمل از بسیاری جهات با آن ارتباط دارد. نوک این کوه یخ نمودار است اما هر چه علم، پیوندهای گوناگون معنویت، سلامت معنوی و علوم زیست پزشکی را بیشتر بررسی می کند پیکر این کوه یخ بیش از پیش نمایان می شود [۴].

در مطالعه Baldacchino و همکاران، پرستاران و متخصصان مراقبت های بهداشتی نقش فعالی در رفع نیازهای معنوی بیماران در ارتباط با خانواده و کشیش دارند. اختلال در مراقبت همه جانبه از آنجا که بعد معنوی است بارها توسط متخصصان مراقبت های بهداشتی نادیده گرفته شده است. این می تواند ناشی از احساس بی کفایتی به علت عدم آموزش و پرورش در مورد مراقبت معنوی، فقدان آموزش بین حرفه‌ای (IPE)، کار بیش از حد، کمبود وقت، فرهنگ های مختلف، عدم توجه به معنویت شخصی، مسائل اخلاقی و عدم تمایل به ارائه مراقبت معنوی باشد. در این مقاله مراقبت معنوی به عنوان شناخت، احترام، و رفع نیازهای معنوی بیماران، تسهیل مشارکت در مراسم مذهبی، برقراری ارتباط از طریق گوش دادن و صحبت کردن با بیماران، بودن با بیمار با مراقبت، حمایت، و نشان دادن همدلی، ایجاد یک حس خوب برای پیدا کردن معنا و هدف در بیماری خود و به طور کلی در زندگی و رفتن پیش دیگر

نگرانه ای برای مراقبت در نظر بگیرند. برخی از افراد با مشکلات سلامت روان نیازهای مراقبت معنوی دارند و ما باید از این امر به عنوان یک جنبه مهم برای درمان آگاه باشیم [۷].

در نوشتاری در مورد "ارزیابی نیازهای معنوی"، نویسندگان خواستار همکاری بین متخصصان در این زمینه از مراقبت از بیمار، هستند. مفهوم مراقبت معنوی در واقع مستلزم توجه است. موری و همکاران در سال ۲۰۰۴، در مطالعه بیماران مبتلا به بیماریهای تهدید کننده زندگی، نیازهای معنوی را چنین تعریف کردند. "نیازها و انتظاراتی که انسانها برای یافتن معنا، هدف و ارزش زندگیشان دارند. چنین نیازهایی می تواند بخصوص مذهبی باشد، اما حتی افرادی که ایمان مذهبی ندارند یا عضو یک مذهب سازمان یافته نیستند، دارای سیستم های اعتقادی هستند که به زندگی خود معنا و هدف می بخشد". آنها در ادامه تصریح کردند: "مراقبت معنوی درباره ی کمک به افرادی است که حس آنها از معنا و ارزش در اثر بیماری به چالش کشیده شده است. کاب و راب شاو در سال ۱۹۹۸ توضیح می دهند که مراقبت معنوی پاسخی به نیازهای معنوی شخص است که از طریق بررسی وقایع زندگی، اعتقادات، ارزشها و معنا درک می شود. مفهومی از حمایت درمانی است برای توانمند سازی فردی که به چالش کشیده شده است توسط یک بیماری، تروما یا دلهره برای یافتن معنی در تجربیات آسیب پذیری، از دست دادن یا جابجایی (مرگ). این مسلماً به روانپزشکی مربوط است و آنچه را که بیشتر اعضای تیم چند رشته ای در طی کار روزانه خود متوجه می شوند را توصیف می کند [۸].

در مطالعه ی دیگری در زمینه تعیین نیازهای مراقبت معنوی چنین بیان شده است؛ همزمان با ادامه درمان پزشکی، بیماران سعی می کنند در برابر این شرایط تهدیدکننده زندگی مقاومت کنند و از ایمان و روحیه خود قدرت بگیرند. از طرف دیگر بیمار سعی می کند با این بیماری سازگار شود. از سوی دیگر ممکن است با بهره گیری از راهکارهای مقابله روحی مثبت و منفی، احساس مبارزه و قدرت بیشتری کند. در مطالعات انجام شده در این باره، مشخص شد که بیماران ناتوان از نظر اجتماعی-اقتصادی، زنان و بیماران سالخورده از روشهای مقابله معنوی، بیشتر استفاده می کنند. طبق گفته راس در سال ۱۹۹۴، رادترکی ابعاد معنوی را در ۳ نوع نیاز ارائه می کند: ۱- زندگی نیاز دارد به یافتن معنای مفاهیم رنج و مرگ، هدف و قدرت آنها ۲- زندگی و الزامات امید ۳- نیاز به ایمان و اعتماد به قدرت برتر [۹].

متخصصان، از جمله کشیش تعریف می شود. مراقبت معنوی با انجام معنویت شخصی و استفاده درمانی از خود به مراقبت همه جانبه موثر کمک می کند. شایستگی مراقبت معنوی به عنوان یک فرآیند مستمر فعال شناخته شده با سه عنصر درونی مرتبط است که شامل آگاهی رو به رشد از ارزش یک فرد، ایجاد درک همدلی از دیدگاه بیمار و توانایی اجرای مداخلات فردی مناسب برای هر بیمار می باشد [۵]. البته باید یادآور شد که مراقبت مذهبی با مراقبت معنوی متفاوت است و مراقبت معنوی، قابل جایگزینی با مراقبت مذهبی یا مراقبت روانی-اجتماعی نیست. مراقبت معنوی به سؤالات انسانی بنیادی و اساسی، نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ، پاسخ می دهد. نتایج یک پژوهش نشان داد که موانع فردی تأثیر به سزایی در ارائه ی مراقبت های مذهبی کارکنان پرستاری، بیماران و کارکنان حرفه های دیگر دارد و موانع مربوط به محیط در سه بُعد امکانات، فضای فیزیکی و زمان نیز دارای اهمیت است.

در برخی مطالعات فهرست گسترده ای از نیازها را طبقه بندی شده و در ۳ تا ۸ بعد یا ساختار قرار گرفته اند. متداول ترین سازه عشق و تعلق بوده و به دنبال آن نیازهای دینی بود. در کل، ۲۲ مقاله شامل ۳۳۹ توصیف از نیازهای معنوی بیماران بودند. تجزیه و تحلیل این ۳۳۹ توصیف، ۹ مقوله (عشق، تعلق، احترام-الهی- مثبت بودن، قدردانی، امید، صلح- معنی و هدف- اخلاق- قدردانی از زیبایی- عزم راسخ، مرگ- کنترل- دیگران) گسترده به دست آمد [۶]. پزشکان عمومی (۴۵٪)، روانپزشکان (۳۳٪) و کارکنان پرستاری (۷۶٪) به شدت احساس می کنند که انسان از روح نیز هست همانطور که از جسم ساخته شده است. در مقایسه با روانپزشکان (۳۳٪) و پزشکان عمومی (۲۹٪)، پرستاران (۵۲٪) بیشتر احساس کردند که مراقبت معنوی به همان اندازه اهمیت دارد که سایر انواع مراقبت نیز در این امر اهمیت دارد. نسبت به کادر پزشکی، درصد بالاتری از پرستاران آموزش های قبلی در این زمینه داشتند و بیشتر احتمال دارد که خود را مناسب برای ارائه مشاوره معنوی بدانند. در کل ۲۰٪ پزشکان عمومی و ۳۳٪ پرسنل روانپزشکی اظهار داشتند که نیاز به آموزش در این زمینه دارند و پزشکان عمومی به ویژه احساس می کنند که آنها وقت ندارند. دیدگاه های حرفه ای ها متأثر از پیشینه های فرهنگی و مذهبی است، به طوری که پاسخ دهندگان متولد غیر انگلیس به طور قابل توجهی بیشتر احساس می کنند که بشر دارای یک مؤلفه معنوی است. پرستاران تمایل بیشتری دارند که از این نظر رویکرد کل

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع کیفی بود که در مرحله اول سه اقدام زیر برای تدوین پرسشنامه انجام شد.

- انجام بررسی متون و تدوین پیش نویس سوالات
- نهایی کردن سوالات پرسشنامه با استفاده از نظر صاحب‌نظران (انتخاب صاحب‌نظران، انجام مصاحبه، بررسی گزارشات مصاحبه و جمع بندی)

در این مرحله گروه تحقیق پس از بررسی متون و مقالات علمی، پیش نویسی از پرسشنامه طراحی نمود [۵، ۱۰-۱۲] و سپس نظرات متخصصان در رشته های روانپزشکی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، بهداشت مادر و کودک، پزشکی اجتماعی، پرستاری- مامایی و روحانی در ضمن مصاحبه عمیق در موضوعات مختلف پرسشنامه شامل نوع و ترتیب سوالات، گزینه های مربوط و اصطلاحات مربوط اخذ و اعمال شده و نهایتاً پرسشنامه نهایی تدوین شد.

مرحله دوم: (مطالعه دلفی با ۱۰ نفر از صاحب‌نظران)
- صاحب‌نظران با سابقه فعالیت علمی و دانشگاهی در این حیطه داشت با تخصصهای؛ مشاوره روانشناسی، پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی، کیفیت زندگی، حقوق و اخلاق پزشکی، دکترای پرستاری، روحانیت، پزشکی پیشگیری (طب کار) و متخصص اطفال انتخاب شدند.

پرسشنامه تدوین شده در دور اول توسط صاحب‌نظران تکمیل شد. سپس در دور دوم براساس پاسخهای دور اول و جمع بندی نظرات پرسشنامه مجدد برای صاحب‌نظران ارسال شد و در جریان نظرات سایرین هم قرار گرفتند و نظرات نهایی خود را ارائه نمودند.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات به دست آمده از صاحب‌نظران؛ نکات حائز اهمیت مورد اشاره قرار گرفت که در ارائه مراقبتهای معنوی باید مورد ملاحظه قرار گیرد:

۱- بدیهی است مراقبتهای معنوی برای فرد (مراجع) نقش تکمیلی در همراهی با سایر روشهای درمانی داشته و به عنوان مکمل روشهای رایج درمان پزشکی به کار می رود.

۲- تمامی افراد به همه مراقبتهای معنوی احتیاج ندارند و با توجه به شرایط، نیاز و فرهنگ فرد (مراجع) نوع مراقبت مشخص می شود.

۳- در ارائه خدمات مراقبت های معنوی نیز مانند هر مراقبت دیگر در برنامه بهداشتی و درمانی، نیاز است که اصول اخلاق پزشکی شامل؛ حق انتخاب بیمار در تصمیم گیری، سودرسانی خدمت، ضرر نداشتن و عدالت لحاظ شود. یافته ها به تفکیک موضوعات در جداول ۳-۱ ارائه شده است.

نیازها در انواع بیماریها به ترتیب اولویت عبارتند از: (مواردی که با شماره یکسان نشان داده شده است نسبت به هم اولویتی ندارند).

در مورد بیماریهایی که چهار اولویت فوق الذکر را به خود اختصاص داده اند، اتفاق نظر وجود داشته و سایر بیماریها پس از موارد ذکر شده در اولویت قرار می گیرند. البته شایان ذکر است که در مورد «ناخوشی های جزئی نظیر سرماخوردگی» اصولاً اینکه مراقبت معنوی مورد نیاز است بطور کلی تردید وجود دارد، به همین دلیل این مورد بدون ذکر شماره در فهرست بالا ثبت شده است.

همانطور که ملاحظه می شود در همه بیماریها که بر اساس اولویت ذکر شده اند "پیشگیری ثانویه" اولویت دارد یعنی در زمان تشخیص زودرس، ارائه مراقبت معنوی به هنگام کمک کننده است.

همچنین در مورد بیماریهایی که ۴ اولویت اول را به خود اختصاص داده اند سطح سوم پیشگیری؛ پیشگیری ثالثیه (ناتوانی برگشت پذیر) نیز توصیه شده است. هر چند در شرایط مطلوب حتی در این موارد پیشگیری اولیه نیز می تواند تاثیر گذار باشد.

در مورد بیماریهایی که با اولویت شماره ۵ مشخص شده اند علاوه بر پیشگیری ثانویه، پیشگیری اولیه (استعداد به ابتلا) نیز ذکر شده است (جدول ۱).

در زمینه کاربرد مراقبت معنوی در حیطه های مختلف از سوی خانواده و بستگان برای سلامتی بیمار خود به نکات ذیل اشاره می شود:

۱- شروع کننده همه برنامه ها، سیستم خدمات بهداشتی درمانی است.

۲- اگر اطرافیان باید آموزش داده شوند نظام سلامت وصل شوند.

۳- همه این مراقبتها را خانواده نمی تواند ارائه دهد و ارائه دهندگان خدمات (تیم مرتبط) در نظام سلامت با توجه به شرایط و ارزیابی های مربوط به خانواده و بستگان توصیه می کنند تا در زمینه هایی که امکان دارد از همراهی خانواده بهره مند شوند.

نیازهای کاربرد مراقبت معنوی برای کمک به خانواده و بستگان فرد (مراجع) برای افزایش سطح سلامت خودشان عبارتند از:

اینکه با توجه به شرایط و نیازهای فرد (مراجع) همه یا بعضی افراد ارائه خدمت می کنند.

محورهای آموزشی مورد نیاز برای اعضای تیم درمانگر در ذیل ارائه شده است (البته شایان ذکر است که نیازسنجی آموزشی خود مطالعه مستقل دیگری را می طلبد تا با تعیین اهداف، مهارتهای متناسب مشخص شود. در این مطالعه از فرصت حضور صاحب نظران استفاده شد تا محورهای کلی استخراج شود)

- آموزش جایگاه، مبانی و اصول مراقبتهای معنوی
- اصول مشاوره، روانشناسی مرتبط و ارتباط با فرد (مراجع)
- توانایی انجام فعالیتهای صحیح گروهی و همسویی و هدفمند بودن تیم ارائه دهنده خدمت

- آشنایی با اخلاق حوزه پزشکی در ارائه خدمات
- آشنایی با ویژگیهای کیفیت خدمت در پزشکی
- بهره مندی اعضای تیم از بسته آموزش مشابه در رابطه با فرد (مراجع) و موارد مربوط به بیماری وی
نکته حائز اهمیت این است که مباحث آموزشی بر اساس منابع معتبر باشد.

- حیطه ارتباط (Relationship)

- حیطه فهم (Understanding)

- حیطه سازگاری (Coping)

- حیطه عملکرد (Practice) (جدول ۲).

- سایر موارد

همچنین موارد که در ذیل آمده است مورد تاکید قرار گرفته اند:
توصیه به آرامش، توصیه به استفاده از دعا درمانی، نوازش جسمانی (Caring Touch)، تسهیل استفاده از تشریفات و آداب معنوی و مراسم مذهبی، طنزپردازی، رفتار همدلانه (Empathy) با فرد (مراجع) (جدول ۳).

اعضای مورد نیاز برای تیم درمانگر جهت ارائه مراقبت های معنوی مبد توانند شامل موارد ذیل باشند:

- پزشک، پرستار/ ماما، روانشناس، روحانی یا مشاور معنوی، مددکار اجتماعی، اعضای خانواده، دوستان یا اعضای گروه فعالیتهای مذهبی، فرهنگی و اجتماعی

با تاکید به این نکات که اعضای تیم همه باید آموزش دیده باشند. در انتخاب افراد باید ملاحظات رفتار حرفه ای وجود داشته باشد و

جدول ۱: اولویت نیازهای کاربرد مراقبت به تفکیک طیف سلامت، بیماریها و سطوح پیشگیری

طیف سلامت	
- بیماریهای مزمن (دیابت، فشارخون، سردرد مزمن، سرطان، بیماریهای مزمن قلبی-عروقی) - بیماریهای حاد با تاکید بر دوره نقاهت پس از بروز بیماری حاد (نظیر درد ناگهانی قفسه سینه، MI، درد ناگهانی شکم) - ناخوشیهای جزئی (نظیر سرماخوردگی) - سالم و به ظاهر سالم (فرد شکایتی ندارد، میتواند واقعاً بیماری نداشته یا داشته باشد و هنوز علامت ندارد)	
بیماریها	
(مواردی که با شماری یکسان نشان داده شده است نسبت به هم اولییتی ندارند). ۱- بیماریهای مزمن نظیر دیابت، بیماریهای قلبی-عروقی ۲- بیماریهای ناتوان کننده نظیر ام اس (MS)، آرتریت روماتوئید (RA)، پارکینسون ۳- بیمار درحال احتضار و خانواده اش ۴- بیماریهای صعب العلاج نظیر سرطان ۵- شرایط ویژه نظیر اعتیاد، ایدز، بیماریهای منتقله جنسی ۵- اختلالات روانی (وسواس، اضطراب، سایکوز و ...) ۵- بارداری و زایمان ۵- سایر موارد (نظیر اختلالات جنسی، آسیب اجتماعی، بلایا و تصادفات و ...) - ناخوشی های جزئی نظیر سرماخوردگی	
سطوح پیشگیری	
۱- بیماریهای مزمن نظیر دیابت، بیماریهای قلبی-عروقی ۲- بیماریهای ناتوان کننده نظیر ام اس (MS)، آرتریت روماتوئید (RA)، پارکینسون	پیشگیری ثانویه پیشگیری ثانویه
۳- بیمار درحال احتضار و خانواده اش ۴- بیماریهای صعب العلاج نظیر سرطان ۵- شرایط ویژه نظیر اعتیاد، ایدز، بیماریهای منتقله جنسی ۵- اختلالات روانی (وسواس، اضطراب، سایکوز و ...)	پیشگیری ثانویه پیشگیری ثانویه پیشگیری ثانویه پیشگیری ثانویه

جدول ۱: اولویت نیازهای کاربرد مراقبت به تفکیک طیف سلامت، بیماریها و سطوح پیشگیری

و ...)	
۵- بارداری و زایمان	(پیشگیری ثانویه)
۵- سایر موارد (نظیر اختلالات جنسی، آسیب اجتماعی و ...)	(پیشگیری ثانویه)
ناخوشی های جزئی نظیر سرماخوردگی	به طور کلی با توجه به نظرات نیاز به
	مراقبت معنوی ندارد.

جدول ۲: موارد مراقبت های معنوی در حیطه ی ارتباطی، فهمی، سازگاری و عملکردی

مراقبت معنوی	
ارتباطی (Relationship)	- کمک به فرد برای ارتباط با خود و حفظ تمامیت وجودیش. - کمک به فرد (مراجع) برای ارتباط با خداوند عالم و احساس صلح و آرامش در ارتباط با منشا لایتناهی هستی. - کمک به فرد (مراجع) برای ارتباط داشتن با «اطرافیان، دوستان و سایر افراد» و برقراری ارتباط صلح آمیز با آنها. - کمک به فرد برای ارتباط با ارائه دهندگان مراقبت معنوی دارای مهارتهای حرفه ای
فهمی (Understanding)	- کمک به فرد (مراجع) برای آگاه تر شدن نسبت به هدف و فلسفه زندگی □ و مسیر زندگی اش در راستای هدف تعیین شده. - کمک به فرد (مراجع) برای برطرف کردن نگرانی هایی که در رابطه با رنج هایی که در رابطه با بیماریش متحمل شود. - کمک به فرد (مراجع) در رابطه با بینش وی در مورد تجربه مرگ، ترس از مرگ و برطرف کردن آن. - کمک به فرد (مراجع) برای افزایش امید در او. - کمک به فرد (مراجع) برای تشخیص ارزش و اهمیت زندگی و یافتن معنا یا هدفی در بیماری خود.
سازگاری (Coping)	- کمک به فرد (مراجع) برای سازگار شدن با بیماری خود و شرایط آن و در عین حال احساس مسئولیت در قبال درمان خود. - کمک به فرد (مراجع) برای داشتن احساس کنترل روی خود و زندگی همراه با بیماریش. - کمک به فرد (مراجع) برای بازیابی و استفاده از قدرت معنوی درونی اش در راستای بهبودی جسمی، روانی و اجتماعی. - کمک به فرد مراجع از طریق تقویت نیروی ایمان، توکل، توسل، ذکر و صبر. - کمک به فرد جهت بیان احساسات متفاوت و متناقض (بدون اینکه نگران پیش دآوری و قضاوت مراقب باشد).
عملکردی (Practice)	- کمک به فرد برای دسترسی به منابع مرتبط با مراقبت معنوی - کمک به فرد (مراجع) برای حضور در برنامه ها و خدمات مذهبی یا معنوی و انجام آنها . - کمک به فرد (مراجع) در رابطه با دعا کردن برای خود و داشتن درک بهتر از ایمان خود. - کمک به فرد (مراجع) برای درخواست دعا از دیگران برای بهبودی بیماریش (با توجه به در نظر گرفتن اینکه منجر به کاهش اعتماد به نفس فرد نشود). - کمک به فرد (مراجع) از طریق تشویق فرد در جهت مراجعه به تیم ارائه دهنده خدمت از جمله مراقب معنوی و نیز انجام مراحل درمان به طور کامل - کمک به فرد (مراجع) در جهت توجه به جنبه های لذت بخش زندگی - کمک به فرد (مراجع) برای وقت گذراندن با افراد با شرایط مشابه - کمک به فرد (مراجع) برای اتخاذ رفتارهای جدید و سالم با در نظر گرفتن مسئولیت نسبت به دیگران و جامعه - کمک به فرد (مراجع) جهت اجرای منظم فعالیتهای معنوی مورد درخواست وی

جدول ۳: کاربرد مراقبت معنوی در سایر حیطه ها

کاربرد مراقبت معنوی در سایر حیطه ها	سایر حیطه ها
- توصیه به آرامش	
- توصیه به استفاده از دعا درمانی	
- نوازش جسمانی (Caring Touch)	
- ایجاد و توسعه ارتباط بین فرد (مراجع) و خانواده یا دوستان (شامل آموزش اصول ارتباط با فرد (مراجع) به خانواده یا دوستان)	
- متون مقدس و الهام بخش	
- استفاده از فنون آرام سازی- تصویر سازی	
- تشویق به استفاده از طبیعت- حیوانات خانگی	
- تسهیل استفاده از تشریفات و آداب معنوی و مراسم مذهبی	
- استفاده از هنر بعنوان وسیله ای برای بیان باورها و افکار معنوی	
- تشویق فرد (مراجع) به بازگو کردن خاطرات- قصه گویی و بازنگری زندگی در راستای برنامه های مراقبتی-معنوی	
- بهره گرفتن از الهام فرد (مراجع)	
- تحلیل رويا	
- طنزپردازی	
- تهیه دفترچه ای از جملات زیبا، بخشهای زیبای مجلات، کتابها و...	
- رفتار همدلانه (Empathy) با فرد (مراجع)	
- شکل گیری ارتباط گروهی (تأثیرات معنوی گروه)	

بحث و نتیجه گیری

در ابتدا ضروری است سه نکته حائز اهمیت ذیل از یافته های این مطالعه که در ارائه مراقبتهای معنوی باید مورد ملاحظه قرار گیرند یادآوری شوند:

۱- بدیهی است مراقبتهای معنوی برای فرد (مراجع) نقش تکمیلی در همراهی با سایر روشهای درمانی داشته و به عنوان مکمل روشهای رایج درمان پزشکی به کار می رود.

۲- تمامی افراد به همه مراقبتهای معنوی احتیاج ندارند و با توجه به شرایط، نیاز و فرهنگ فرد (مراجع) نوع مراقبت مشخص می شود.

۳- در ارائه خدمات مراقبت های معنوی نیز مانند هر مراقبت دیگر در برنامه بهداشتی و درمانی، نیاز است که اصول اخلاق پزشکی شامل؛ حق انتخاب بیمار در تصمیم گیری، سودرسانی خدمت، ضرر نداشتن و عدالت لحاظ شود.

همچنین یافته های این مطالعه نشان می دهند که؛ بیماریهای مزمن نظیر دیابت و بیماریهای قلبی و عروقی، بیماریهای ناتوان کننده نظیر ام اس (MS)، آرتریت روماتوئید (RA)، پارکینسون، بیمار در حال احتضار و خانواده وی، بیماریهای صعب العلاج نظیر سرطان از اولویت بالاتری برای دریافت مراقبت های معنوی برخوردارند. از نظر سطح پیشگیری، پیشگیری ثانویه و ثالثیه برای ارائه خدمات مراقبت های معنوی اولویت دارد. همچنین علاوه بر

فرد (مراجع)، خانواده وی نیز در شرایطی "گیرنده ی اصل خدمت"

برای مراقبت معنوی هستند.

نیازهای مراقبت های معنوی همچنین شامل مراقبتهای ارتباطی، ادراکی، سازگاری، عملکرد و سایر موارد است که می تواند در بهبود شرایط بیمار کمک کند.

اعضای تیم درمانگر شامل پزشک، پرستار-ماما، روانشناس، مددکار اجتماعی، اعضای خانواده، دوستان یا اعضای گروه فعالیتهای مذهبی، فرهنگی و اجتماعی، روحانی یا مشاور معنوی است. و البته ضرورت وجود دوره آموزشی نیز برای این اعضا مطرح شده است.

در بررسی سایر مطالعات انجام شده که نتایج آن در دسترس است نیز مراقبتهای معنوی در شرایطی چون بیماریهای مزمن، بیماریهای ناتوان کننده، شرایط در حال احتضار، بیماریهای صعب العلاج و ... مطرح شده است. در مطالعه ی حاضر نیز اولویت نیاز به مراقبت معنوی این موارد ذکر شده است در حالیکه شرایطی نظیر اعتیاد، ایدز، اختلالات روانی، مسائل باروری و اختلالات جنسی، تصادفات و بلایا نیز مطرح شده اند. از سوی دیگر بیماران اغلب نیازهای معنوی وجودی را بیان می کنند که بدانها پاسخ داده نشده است. نیازهایی برای صلح، سلامت و حمایت اجتماعی، نیازهای همگانی انسان هستند [۱۳] و همانطور که در مطالعه ی حاضر نشان داده شد؛ کمک برای برطرف شدن نیازهای ارتباطی، ادراکی، سازگاری و عملکردی در مراقبت های معنوی اهمیت دارد.

در مورد کودکان بستری نیازهای مراقبت معنوی شامل ترس، اضطراب، سازگار شدن با درد یا سایر شکایات جسمی و نیز ارتباطات با پدر و مادر و یا ارتباط پدر و مادر با یکدیگر است. همچنین در حالی که مراقبت معنوی در افراد بیمار در مطالعات مطرح می شود، خانواده های بیماران و مداخلات مورد نیاز برای خانواده ها نیز باید مد نظر قرار گیرد. از موارد ذکر شده اطفال، والدین آنان و ارتباط اطفال با والدین و ارتباط پدر و مادر با یکدیگر باید مورد ملاحظه قرار گیرد [۱۴]. همچنین خانواده به عنوان یک واحد منسجم نیز در زمینه مراقبت های معنوی مطرح شده است، معنویت به عنوان یک منبع قوی خانوادگی ذکر شده است [۱۵]. در مطالعه ی حاضر نیز، طبق نظر صاحب نظران خانواده و بستگان فرد (به عنوان مراجع یا بیمار) نیز گاه می توانند گیرنده ی اصلی خدمت باشند و مراقبتهای معنوی برای آنان نیز باید لحاظ شود.

در واقع مراقبت سلامتی که نیازهای جسمی، احساسی، اجتماعی، وجودی و معنوی بیماران را (اشاره به مدل بیوسایکوسوشال معنوی) در بر می گیرد به بهبود و ارتقای سلامتی بیماران می انجامد. در هر حال موانع متعددی در سیستم مراقبت سلامتی وجود دارد که کفایت برطرف شدن این نیازها را مشکل می سازد [۱۶، ۱۳] پرسنل ناکافی در زمینه ارائه مراقبتهای معنوی، آموزش ناکافی پرسنل جهت شناسایی نیازهای مربوط به مراقبت معنوی و اینکه بسیار دیر به پرسنل اطلاع داده می شود بیمار را ویزیت کنند که دیگر زمان کافی برای تمام مراقبت هایی که می توانست ارائه شود وجود ندارد [۱۷]. در مطالعه دیگری ذکر شده است که پرستاران و ارائه دهندگان حرفه ای خدمات بهداشتی باید نقشی فعال و هماهنگ با خانواده برای برطرف ساختن نیازهای معنوی بیماران بازی کنند. کمبود آموزشهای مراقبت معنوی، کمبود آموزش بین ارائه دهندگان خدمات سلامت، حجم بالای کاری، کمبود زمان، فرهنگ های متفاوت، کمبود توجه به معنویت، موضوعات اخلاقی و عدم تمایل [۵] از جمله دلایلی ذکر شده است که در ابعاد معنوی مراقبت نادیده گرفته می شود. همچنین قابل ذکر است که جهت استقرار هر برنامه ای مراحل علمی باید مدنظر قرار گیرد:

تعیین بیماری یا مسئله، تعیین بهترین عملکرد به منظور رفع آن بیماری یا مسئله، تعیین عملکرد فعلی در رابطه با آن بیماری یا مسئله خاص و تعیین فاصله و شکاف این عملکرد با بهترین عملکرد پیشنهاد شد. سپس بررسی اقدامات و مداخلاتی که سبب ارتقا از وضعیت موجود به بهترین عملکرد است. و بررسی مدارک و

مستنداتی که نشان دهنده ایجاد تغییر در پیامد ناشی از بهترین عملکرد است. و در نهایت بررسی مدارکی که نشان دهنده همراهی کیفیت زندگی با تغییرات ایجاد شده در پیامد است [۱۸].

به عبارت دیگر در راستای استقرار برنامه های بهداشتی و درمانی، پس از انجام نیازسنجی و اولویت بندی، شناسایی مداخلات مناسب جدید، ارائه برنامه جهت ادغام مراقبت های جدید در برنامه های موجود که شامل ارائه دهندگان مراقبتها، ابزارهای آموزشی مرتبط و سیاستهای مربوط است انجام میشود. پس از آن انتخاب مرکز واجد شرایط جهت اجرای برنامه در سطح کوچک و بررسی جوانب آن تصمیم برای گسترش برنامه به سطوح بزرگتر جهت پوشش بیشتر گروه های هدف است [۱۸].

در مطالعه حاضر نیز نیازهای مراقبت معنوی استخراج شده است که با مطالعات بعدی مرتبط شامل مطالعه نیازسنجی گیرندگان خدمات شامل بیماران و خانواده های آنان و مطالعه نیازسنجی ارائه دهندگان خدمات، تکمیل خواهد شد که بعد از نهایی شدن نیازهای مراقبت معنوی، تدوین برنامه مربوط و نحوه ارائه آن به گروههای هدف نیز انجام می شود.

سهم نویسندگان

فرزانه مفتون: طراحی مطالعه، تدوین پرسشنامه، تجزیه و تحلیل اطلاعات، تهیه گزارش و مقاله

مژگان شریفان: همکاری در تدوین پرسشنامه، تجزیه و تحلیل اطلاعات

فاطمه نقی زاده: همکاری در تدوین پرسشنامه، تجزیه و تحلیل اطلاعات، تهیه گزارش

محمود طاووسی: همکاری در تدوین پرسشنامه

تشکر و قدردانی

تیم تحقیق بر خود لازم می داند از صاحب نظران ارجمند خانم ها؛ اکرم جهانگیر، دکتر ژیلا صدیقی، دکتر بتول تیرگری، دکتر شهپر حقیقت، دکتر سهیلا خزاعی، دکتر اکرم السادات سجادیان، دکتر سوسن صالح پور، دکتر مژگان کاریبخش و دکتر سیده بتول موسوی نیز آقایان؛ دکتر عباسعلی واشیان، دکتر باقر غباری بناب، دکتر سید علی آذین، دکتر محمود عباسی و که با شرکت در این مطالعه و ارائه نظرات ارزشمند خود موجبات غنای این مجموعه علمی را فراهم کردند صمیمانه تقدیر و تشکر نماید.

منابع

1. Dyson J, M. Cobb, and D. Forman, The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26: 1183-1188
2. Basiri H, et al. Condition of religious care provided to hospitalized patients. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2015; 25: 1-7
3. Abbasi M, et al. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. *Medical Ethics Journal* 2016; 6: 11-44
4. Abbasian L, et al. survey on the scientific position of the spiritual health and its role in preventing from diseases: a preliminary study. *Medical Ethics Journal* 2016; 5: 83-104
5. Baldacchino D. spiritual care education of health care professionals. *Religions* 2015; 6: 594-613
6. Galek K, et al. assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practice* 2005; 19: 62-69
7. El-Nimr G, L.L Green, And E Salib. spiritual care in psychiatry: professionals' views. *Mental Health, Religion & Culture* 2004; 7: 165-170
8. Eagger S, Richmond P, Gilbert P. Spiritual care in the NHS. Edited by Chris Cook, Andrew Powell and Andrew Sims. *Spirituality and Psychiatry*. 1st Edition, the Royal College of Psychiatrists: London, 2009
9. Kavas E. Spiritual care needs determination scale on patients according to the opinion of doctors, nurses and midwives: development, validity and reliability. *International Multidisciplinary Conference* 2016: 712 [Available at: <https://www.academia.edu/24798916> 2020].
10. Azizi F. Explanation of the spiritual health care at different levels of prevention. *History of Medicine Journal* 2016; 8: 165-183 [Persian]
11. Hanson L.C, et al. providers and types of spiritual care during serious illness. *Journal of Palliative Medicine* 2008; 11: 907-914
12. Young C, and C. Koopsen. Spirituality, health, and healing: an integrative approach. Sudbury Mass, Massachusetts. 15th Edition Jones and Bartlett: Uk, 2010
13. Büssing A. And H.G. Koenig. spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions* 2010; 1: 18-27
14. Feudtner C, J. Haney, And M.A. Dimmers. spiritual care needs of hospitalized children and their families: a national survey of pastoral care providers' perceptions. *Pediatrics* 2003; 111: 67-72
15. Tanyi R.A. spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *Journal Of Advanced Nursing* 2006; 53: 287-294
16. Saad M, R. De Medeiros, And A Mosini. Are we ready for a true biopsychosocial-spiritual model? The many meanings of "spiritual". *Medicines* 2017; 4: 79
17. Kelly E. Preparation for providing spiritual care. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* 2002; 5: 11-15
18. Maftoon F, et al. Nativized the offering model Assessment of Health program implementation. Tehran: Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, 2014: 61-64 [Persian]

ABSTRACT

Need assessment of spiritual care in health services: The experts' views

Farzaneh Maftoon^{1*}, Mojgan Sharifan¹, Fatemeh Naghizadeh Moghari¹, Mahmoud Tavoussi¹

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2020; 19 (1): 75 - 84

Accepted for publication: 1 March 2020

[EPub ahead of print-2 March 2020]

Objective (s): Patients suffering from different illnesses might need spiritual care especially those who are suffering from chronic diseases. The aim of this study was to perform a need assessment study of spiritual care.

Methods: This was a qualitative study. First a questionnaire was designed based on literature review and experts opinions. Then this questionnaire was administered to a panel of experts using the Delphi method. The panel were experts in psychiatry, social medicine, epidemiology, quality of life, medical ethics, pediatric, nursing, occupational medicine and religion.

Results: Experts indicated that patients with chronic diseases, patients with acute diseases at recovering period, incurable diseases, the patients at the end of life and also their families have priority for receiving spiritual care. Moreover they indicated that those with addiction, psychiatric diseases, sexual problems, HIV positive and infertility problems need spiritual care.

Conclusion: Spiritual care could be integrated into the mainstream medical treatment. However, patients' medical condition, culture, medical ethics and patient choice have important role in delivery of spiritual care.

Key Words: Spiritual care, Health services, Prevention levels, Need assessment

* Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
E-mail: fmaftoon5@gmail.com