



آموزش کاربردی سلامت معنوی برای علوم پزشکی ایران

سیده زهرا نهاردانی^{*۱}

چکیده

مقدمه: سلامت معنوی در ادبیات آموزش پزشکی، به عنوان جوهر ذاتی و عنصری بسیار مهم فرهنگ محور تلقی می‌شود، در هر جامعه‌ای به صورت منحصر به فرد بروز پیدا می‌کند. پرداختن به سلامت معنوی در سیستم‌های آموزشی و درمانی منوط به آموزش‌های درست در این زمینه است. بنابراین هدف از این مطالعه، تبیین عوامل مؤثر بر آموزش کاربردی سلامت معنوی در علوم پزشکی ایران است.

روش بررسی: این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه حضوری و نیمه ساختاری با ۲۳ نفر از متخصصان علوم پزشکی (پزشکی عمومی، علوم بالینی و علوم پایه) گردآوری شد و با استفاده از مراحل پیشنهادی لاندمن و گرانه‌ایم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵ درون‌مایه‌ی «تدریس اثربخش»، «توجه به فلسفه آموزش»، «برخورداری از ارتباطات مؤثر»، «توجه به ارزش‌های مذهبی» و «بازنگری برنامه‌های آموزشی» از ۱۳ طبقه اصلی پدیدار گشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه برای آموزش سلامت معنوی به صورت کاربردی، انجام مداخلات متعدد و چند جانبه آموزشی از سطوح بالای تصمیم‌گیری در دانشگاه‌ها و مراکز درمانی و آموزشی ضروری است. با توجه به این عوامل، جهت کاربردی نمودن آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی لازم است آموزشی رسمی و یکپارچه با توجه به ماهیت بین رشته‌ای سلامت معنوی طراحی و تدوین گردد تا با توجه به ارزش‌های مذهبی کشور و با توجه به متغیرهای فرهنگی و اجتماعی تبدیل به یک دیسیپلین حرفه‌ای و نظام‌مند گردد.

واژه‌های کلیدی: آموزش پزشکی، سلامت معنوی، آموزش کاربردی، تحلیل محتوای قراردادی

۱- دکتری آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات علوم توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران).

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۲۵۴۰۶۸۵۷ پست الکترونیکی: zahra_nahardani@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۱۷

تاریخ بازمینی: ۱۳۹۸/۰۹/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۰۴

مقدمه

نظام آموزش و درمان سال‌هاست درانتظار پاسخگویی معنوی و توجه به بعد معنوی در درمان مراجعین خود است (۱) به طور مثال پژوهش‌هایی که نیاز بیماران در این زمینه را مشخص می‌کند (۵-۲) موید این مطلب است. برای پرداختن به موضوع سلامت معنوی در خدمات سلامت ضروری است آموزش‌های لازم صورت پذیرد (۶) زیرا در تحقیقات نشان داده شده که یکی از علت‌های نپرداختن به این موضوع در حوزه خدمات سلامت، نبود آموزش حرفه‌ای در این زمینه می‌باشد (۷). معنویت به‌عنوان مفهومی درونی با "معنی" ربط پیدا می‌کند. این واژه بیشتر با هدف، ارزش یا باور، تعالی (فراتر از خود)، اتصال (با دیگران) و شدن (سفر زندگی) معرفی شده است. همچنین کلماتی مانند "ایمان به خدا یا متعالی بودن، ارتباط با خود، دیگران و طبیعت" از موضوعاتی است که در هنگام تعریف معنویت در نظر گرفته می‌شود. معنویت در چارچوب نظام باور شخصی، تجارب زندگی درونی و مفهوم کل انسان در نظر گرفته می‌شود. (۸) رویکرد دیگری که برای تعریف معنویت بیان شده، فلسفه پست مدرن است که درک شخصی هر فرد از معنویت را به عنوان یک "خود-تعریفی"^۳ در نظر می‌گیرد که به فرد اجازه می‌دهد به‌عنوان سمبل باورهای شخصی و تجارب خود یک تعریف منحصر به فرد از معنویت داشته باشد (۹-۱۱).

مفهوم معنویت در حیطه‌ی سلامت، مترادف با الهیات تلقی نمی‌شود و از پاسخ به سوالات شخصی و پیچیده اجتناب می‌کند، معنویت در علوم سلامت باید عملی و واقعی، وسیع و متمرکز باشد و قابلیت انتقال پذیری سریع داشته باشد (۱۲) همچنین از حوزه‌های دیگر سلامت قابل تفکیک و تشخیص باشد و به کارگیری آن برای همه انسان‌ها راحت بوده با سلامت و بهزیستی مرتبط و پایه علمی و قابل قبول داشته باشد. در ادبیات آموزش پزشکی، معنویت به عنوان جوهر ذاتی و عنصری

^۲ Spiritual^۳ Self-definition

بسیار مهم تلقی می‌شود (۱۳) که با رویکرد کل نگر در پزشکی ارتباط دارد (۱۴).

امروزه میان بیشتر پزشکان و اعضای هیئت علمی علوم پزشکی توافق کلی وجود دارد که معنویت در علوم سلامت برای بیماران بسیار با اهمیت است و باید درباره چگونگی ارتباط معنوی با مراقبت بیمار آگاهی و اطلاعات لازم کسب کنند اما در عمل این مهم تحقق پیدا نمی‌کند که در متون مختلف از موانع تحقق آن به کمبود زمان، خلاء دانشی و عدم آموزش در این زمینه اشاره شده است (۱۰) درست است که آموزش و درمان دینی و معنوی بر عهده متخصصان دینی و معنوی است، ولی درمان و آموزش رفتار سالم با رویکرد دینی و معنوی که کاری علمی است، وظیفه متخصصان دانشگاهی در تخصص و حرفه خود است (۱۱).

برنامه آموزشی دوره دکترای پزشکی عمومی در ایران، اولین هدف از تشکیل دوره مذکور را تربیت طبیبی بیان می‌کند که در جهت آشنایی بیشتر با مکتب و تزکیه تعالی روح کوشا باشد و کمک به تأمین بهداشت و درمان مردم را وسیله‌ای برای رضای خدا و تقرب به او بداند. در اصول تحول و نوسازی نظام آموزشی علوم پزشکی کشور هم به موارد ذیل اشاره شده است: خدامحوری و اخلاص اعمال در جهت رضایت الهی، توجه به کرامت انسانی، توجه به عموم ساحات انسانی، ساحت مادی و ساحت معنوی (۱۵).

در سال ۲۰۱۲ مطالعه‌ای سیستماتیک در کشور آمریکا انجام شد که به ذکر جزئیات برنامه‌های درسی سلامت معنوی در آموزش پزشکی پرداخته است نتایج مطالعه بیان می‌کند، اغلب روش‌های تدریس عنوان شده عبارتند از: سخنرانی، فعالیت در گروه‌های کوچک، مهارت شرح حال‌گیری معنوی، تجربه بالینی، کنفرانس ملی، کارگاه، ایفای نقش، استفاده از بیماران استاندارد شده و یادگیری مبتنی بر مسئله است (۱۶). در یک پژوهشی کیفی که با هدف کشف و شناسایی اجزای اصلی مورد نیاز برای طراحی برنامه درسی معنویت در آموزش پزشکی، در سال ۲۰۱۵ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد

بیشتر چالش‌ها ناظر به مسائل مربوط به پیاده‌سازی برنامه درسی و بسترهای لازم برای آن است. از طرفی مسائل مطرح شده نیاز به نیروی انسانی لازم برای آموزش و تربیت متخصصین برای درمان‌های اختصاصی معنویت و پذیرش ارجاعات است (۱۷).

از آنجایی که سلامت معنوی یک مفهوم فرهنگ محور است (۱۸) و تعریف آن از عوامل مختلفی همچون قومیت، محیط زندگی (۱۹)، زمینه فرهنگی و عقاید مذهبی اثرپذیر است (۲۰)، لازم است در هر کشور و فرهنگی به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین، این مطالعه کیفی با هدف تبیین عوامل موثر بر آموزش سلامت معنوی اجرا گردید تا با فهم بهتر عوامل واقعی موثر بر ایجاد آموزش کاربردی سلامت معنوی در بستر دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران بتوان عوامل تسهیلگر وقوع و راهکارهای کاهش موانع را شناسایی کرد و

روش کار

از آنجا که درباره موضوع این پژوهش، دانش و اطلاعات روشنی با توجه به بستر فرهنگی اجتماعی جامعه ایران وجود نداشت، مطالعه اکتشافی کیفی با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. تحلیل محتوا روشی مناسب برای بدست آوردن نتایج معتبر و پایا از داده‌های متنی، جهت ایجاد دانش، بینش جدید، ارائه حقایق و راهنمای عمل برای عملکرد است (۲۱) تحلیل محتوا برای درک و تبیین معنای ارتباطات و مشخص کردن فرایندهای جدی استفاده می‌شود. این روش با معنا، هدف‌ها و نتایج و بستر مرتبط است (۲۲) و هدف از به کارگیری آن تولید مدل برای توصیف پدیده با استفاده از درک محقق و مدارک بدست آمده از مطالعه می‌باشد (۲۳).

مشارکت کنندگان به صورت هدفمند و قضاوتی از بین افرادی که منبع غنی اطلاعات برای دستیابی به هدف مطالعه بودند، انتخاب شدند. در مجموع ۲۳ مصاحبه با متخصصان علوم پزشکی از رشته‌های آموزش پزشکی، پزشکی عمومی، علوم پایه و بالینی وارد انجام شد، روش جمع‌آوری داده‌ها بر مصاحبه‌های

عمیق و نیمه ساختار یافته فردی و یادداشت برداری متمرکز بود. مصاحبه در محل دانشکده یا بیمارستان آموزشی وابسته و به صورت انفرادی، چهره به چهره و نیمه ساختارمند و رسمی اجرا گردید. سوالات مصاحبه ابتدا به صورت کلی مطرح می‌شد و سپس مشارکت کننده تشویق می‌شد درباره سایر مسائل تجربیات خود را بیان کند.

چند نمونه از سوالات مطرح شده در این مصاحبه شامل موارد زیر است:

- آموزش سلامت معنوی چگونه در بستر دانشگاه شکل می‌گیرد؟
- با توجه به تجارب شما، سلامت معنوی را در بستر آموزش عالی ایران چگونه می‌بینید؟
- چگونه آموزش می‌تواند بر کاربرد سلامت معنوی در محیط آموزشی و درمانی تاثیر بگذارد؟

تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی وبا توجه به مراحل پیشنهادی لاندمن و گرانهیم^۴ (۲۰۰۴) انجام شد (۲۴). بلافاصله در پایان هر مصاحبه فایل‌های ضبط شده به دقت گوش داده شده و پاسخ‌ها به صورت کلمه به کلمه دست نویس شد. پس از پیاده کرده مصاحبه‌ها تحلیل داده‌ها و بازخوانی مکرر متن جهت دستیابی به درک کلی و جامع روند تحلیل متن انجام شد. بیانات مشارکت کنندگان بلافاصله پس از پایان هر مصاحبه فردی به صورت کلمه به کلمه پیاده، دست نویس و به متن نوشتاری تبدیل شد. برای اطمینان از دقت و صحت فرایند پیاده سازی مصاحبه‌ها هر مصاحبه حداقل دو بار گوش داده شد و با دست نویس‌های نوشته شده مطابقت داده شد. گام بعدی در این مرحله کسب یک درک کلی از تمام متن یا غوطه‌وری در داده‌ها قبل از شروع تحلیل بود که با خواندن متون برای چندمین بار صورت گرفت.

در مجموع در این مرحله از تحلیل ۹۲۵ کد، ۳۱ طبقه و ۱۳ درون مایه فرعی شکل گرفت که از آنها ۵ درون مایه اصلی پدیدار گشت.

⁴ Lundman and Granheim

یافته ها

ی "تدریس اثربخش"، "توجه به فلسفه آموزش"، "برخورداری از ارتباطات موثر"، "توجه به ارزش‌های مذهبی" و "بازنگری برنامه‌های آموزشی" از ۱۳ طبقه اصلی پدیدار گشت. که در جدول شماره (۱) آورده شده است.

هدف اصلی مطالعه حاضر تبیین عوامل موثر در آموزش کاربردی سلامت معنوی در بستر علوم پزشکی کشور بود. تجزیه و تحلیل نتایج داده‌ها منجر به پدیدار شدن ۵ درون مایه-

جدول شماره ۱: عوامل موثر بر آموزش کاربردی سلامت معنوی

| طبقات اصلی | درون مایه‌ها |
|------------------------|----------------------------|
| مدیریت دانش | تدریس اثربخش |
| آموزش بر اساس استدلال | |
| معناگرایی | توجه به فلسفه آموزش |
| جستجوی تعالی | |
| هدف مدار بودن | |
| تعدد معنایی | |
| داشتن ارتباطات موثر | برخورداری از ارتباطات موثر |
| ارتباطات متنوع | |
| بهره مندی از دین | توجه به ارزش‌های مذهبی |
| به کارگیری اصول اسلامی | |
| ادغام آموزشی | بازنگری برنامه‌های آموزشی |
| بین رشته‌ای بودن | |
| محتوای غنی بومی | |

درون مایه اول: تدریس اثربخش

از نظر مشارکت‌کنندگان آموزش و تدریس سلامت معنوی به دلیل ماهیت این واژه که بسیار متغیر و تعریف ناپذیر است بسیار سخت و مشکل بوده و مدرس را در هنگام مواجهه با این امر دچار شک علمی می‌کند. مدیریت دانش و آموزش بر اساس استدلال درست از جمله طبقات حمایت‌کننده این درون‌مایه هستند و بر این نکته تاکید دارند که آموزش حرفه‌ای و درست توسط مربیان نه تنها وسیله‌ای برای دستیابی به هدف، بلکه همان هدف اصلی محسوب می‌شود. تجارب یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه:

مفهوم فقط برای خواندن و نمره باشد. آموزش سلامت معنوی بسیار دشوار است باید خیلی فراتر از این مسائل باشد. (مشارکت‌کننده شماره ۷)

"در آموزش اگر بخواهیم بومی و اسلامی رفتار کنیم خیلی سخت است البته می‌شود مثل کشورهای دیگر همان کارهای غربی‌ها را انجام داد اما برای ما نمی‌شود. چون مبانی آن لائیک است. ما باید تسهیلات را ایجاد کنیم تا برای من استاد و من مسئول این دغدغه و این درک ایجاد نشود که مثل دروس عمومی می‌شود. تا به مسائل معنوی اعتقاد نباشد هیچ کاری انجام نمی‌شود. تا به مسائل معنوی اعتقاد نباشد هیچ کاری انجام نمی‌شود. نباید این مفهوم فقط برای خواندن و نمره باشد. آموزش سلامت معنوی بسیار دشوار است باید خیلی فراتر از این مسائل باشد." (مشارکت‌کننده شماره ۷)

به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، از آنجا که مفهوم سلامت معنوی باید در متن برنامه آموزشی دانشجویان گنجانده شود و با توجه به موقعیت‌های خاص آموزشی به تدریس آن اقدام کرد، آموزش آن برای استاد در کلاس درس که زمان محدود برای

آموزش مباحث درسی در اختیار دارد و برنامه مدونی هم برای آموزش سلامت معنوی در ذهن ندارد بسیار زمان بر است.

"گذاشتن کلمه آموزش در کنار پزشکی چیز عجیبی نمی‌سازد همین است که با نگرش و کاربست در علم پزشکی آموزش سلامت معنوی کار پیچیده‌ای است اما زمان بر است و مهم‌ترین مشکل این است و شاید ما نمی‌توانیم خوب برنامه‌ریزی کنیم" (مشارکت کننده شماره ۱)

نظر یکی از متخصصین آموزش پزشکی: "به نظر من سلامت معنوی به خاطر ویژگی‌های خاصی که داره همیشه خیلی سریع به دانشجو انتقالش داد چون به غیر از بعد شناختی باید بعد عاطفی دانشجو هم درگیر شود که همین امر زمان زیادی را می‌گیرد" (مشارکت کننده شماره ۱۸)

همچنین برخی نیز با تاکید بر لزوم استفاده از روش‌های تدریس نوین برای این مسئله، برخی از روش‌های تدریس را برای آموزش معنویت موثرتر می‌دانستند. گفته‌های یکی از اساتید بالینی دانشگاه:

"با توجه به اینکه خیلی جاها آموزش سلامت معنوی را شروع کردند و حتی وارد کوریکولوم شده است، ما اگه بخواهیم این کار را انجام بدیم باید بازنگری اساسی توی شیوه تدریس استادانمون داشته باشیم چون که فکر نمیکنم با این شیوه‌ها بشود درست و موثر آموزش داد، شاید باید به دنبال روش‌های جدیدتری باشیم." (مشارکت کننده شماره ۱۰)

از نظر مشارکت‌کنندگان سلامت معنوی موضوعی زمینه محور و بافتیار است که باید با توجه به موقعیت و شرایط آموزش با آگاهی از جنبه‌های مهم روانی فراگیران به آموزش آن اقدام کرد و تشخیص مدرس در زمان استفاده از آن بسیار مهم است. تجارب یکی از مشارکت کنندگان:

"با توجه به تجربه من یک استاد می‌تونه تشخیص بده آیا خوبه الان سلامت معنوی را وارد درس‌اش بکنه یا نه؟ فهمیدن این موضوع احتیاج به شرایط جوی کلاس و ویژگی دانشجویان داره و واقعا برای آموزش معنویت توجه به شرایط جو و کلاسی مهم هست." (مشارکت کننده شماره ۱۴)

۲- درون مایه دوم: توجه به فلسفه آموزش

از منظر مشارکت‌کنندگان، سلامت معنوی عبارت است از جست و جو و مطالعه‌ی شخصی برای درک و فهم پاسخ پرسش‌هایی درباره‌ی زندگی، معنا و ارتباط با نیروی مقدس یا متعالی که ممکن است منجر به رشد واحد معنا در ساخت شناختی افراد شود. که برای اجرای سلامت معنوی این معناگرایی باید در متن و فلسفه آموزش مورد توجه قرار بگیرد.

"سلامت معنوی جهان بینی عمیق داشتن و پیدا کردن معنا و هدف در زندگی است مثلا کسی که دارد درد می‌کشد اگر این معناداری برایش درست جا افتاده باشد می‌فهمد همین درد کشیدن هدف دارد. به هر حال آدم خدامحور در همه زندگیش این مسئله هست که هدف زندگی چیست؟ کارها هدفمند می‌شود." (مشارکت کننده شماره ۴)

به اعتقاد بیشتر مشارکت‌کنندگان، تعاریف سلامت معنوی خیلی زیاد است و این تعدد معنایی عوامل موثر بر آموزش را تحت شعاع قرار می‌دهد.

"اگه بخوام سلامت معنوی رو با توجه به متون مختلف معنی کنم اصلا تعریفی نمی‌شه براش پیدا کرد، اگر هم بخوام از تجربه خودم بگم باز هم باید بگم خیلی تعریف پذیر نیست. چون ممکنه هر کس به یه تجربه خاص و یا به یک حس خاصی معنویت بگوید که کس دیگه قبول نداشته باشد." (مشارکت کننده شماره ۱۸)

"معنویت حالت روحانی خاصی بوده که زیر بنای اون یکی هست. مثل باد نیست که همه گرمی و سردی‌اش رو یک جور حس کنن، نحوه درک اون متفاوته، بعضی اون رو عمیق درک می‌کنن و بعضی بسیار سطحی. به عبارت دیگه برای هر کس دلالت بر حالت خاصی داره." (مشارکت کننده شماره ۸)

های انسانی و اسلامی بستگی دارد." (مشارکت‌کننده شماره ۲۰)

۳- درون مایه سوم: برخورداری از ارتباطات موثر

ارتباط موثر داشتن با دیگران از نظر بیشتر مشارکت‌کنندگان به عنوان عوامل مهم در آموزش سلامت معنوی بیان می‌شد. البته آنها معتقد بودند ارتباطات هم به سمت داخل یعنی درون فرد و هم به سمت خارج یعنی دیگران و طبیعت گرایش دارد. نظر یکی از پزشکان متخصص آموزش پزشکی در این زمینه:

"سلامت معنوی به آدم‌ها امکان می‌دهد، به خوبی با خودشان و دیگران ارتباط برقرار کنند، یعنی ارتباطی که بر پایه معنویت شکل می‌گیرد دیگر خودخواهانه و برای منافع شخصی نیست بلکه بیشتر برای خدمت رسانی مطرح می‌شود." (مشارکت‌کننده شماره ۱۱)

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه معتقد بودند که سلامت معنوی در موقعیت‌های مناسب وجود دارد و برای اجرای آن باید این موقعیت‌ها شناسایی شود یکی از متخصصین طب کار در این مورد می‌گوید:

"استفاده از تایم کلاسی خوبه، یعنی هر زمانی بهترین استفاده رو از زمان کرد. به نظرم سلامت معنوی هم همین طوره. چون باعث افزایش آگاهی آدم‌ها میشه و کمک می‌کنه آدم‌ها رفتارها و کارهاشون هدفمدار بشه." (مشارکت‌کننده شماره ۵)

از نظر مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ارتباط می‌تواند شکل‌های مختلفی به خود بگیرد، ارتباط با قدرت برتر، ارتباط با خدا، ارتباط با دیگران، ارتباط با خود و ارتباط با طبیعت.

"افرادی که دید خدامحوری دارند حالا در هر دینی، معنویت رو یک ارتباط درونی، فردی و حتی اجتماعی با خدا می‌دانند، خدایی که خالق جهان هست و آن را اداره می‌کند. از نظر اون‌ها این نوع ارتباط پایه و اساس سلامت معنوی رو شکل می‌ده و جهان بینی آدم‌ها رو درست می‌کنه." (مشارکت‌کننده شماره: ۱۶)

"آدم‌های معنوی با خودشون دوست هستند. ما خیلی کارهامون ناخودآگاه یک جور خود آزاری هست. اما آدم‌های

همچنین، سلامت معنوی به عقیده مشارکت‌کنندگان این مطالعه، بر مدار فرهنگ جامعه حرکت می‌کند و فرهنگ اجتماعی به آن روح و معنا می‌بخشد و کارکردهای آن را مشخص می‌کند.

"من جاهای مختلفی کار کردم، زیاد مریض دیدم، هر آدمی بر حسب جایی که زندگی می‌کنه، قومیتی که داره جور خاصی رفتار می‌کنه و از دکترش انتظار خاصی داره، مثلاً وقتی تو محلات بودم بیشتر مردم مذهبی بودن و خیلی از رفتارهای مذهبی پزشک استقبال می‌کردن اما تو زاهدان این طوری نبود، حتی یک سری رفتارهای مذهبی بد تلقی می‌شد." (مشارکت‌کننده شماره ۶)

همچنین از نظر مشارکت‌کنندگان، مفهوم سلامت معنوی برای هر فردی با توجه به فلسفه و جهان بینی خاص خودش معنای متفاوتی می‌تواند داشته باشد و این معنا به صورت ثابت نبوده و در فرهنگ‌های مختلف، تغییر می‌کند، پس آموزش کاربردی باید نگاهی به فلسفه و جهان بینی فرهنگی و اجتماعی خود داشته باشد. تجارب یکی از مشارکت‌کنندگان:

"همه آدم‌ها حتی بی دین ترین آن‌ها هم به دنبال معنویت می‌روند. فقط تعاریف آنها متفاوت است. فرقش این است آدم مذهبی معنویت را در سطح متعالی تری می‌بیند و آدم بی‌دین معنویت را در مسائل دیگر می‌بیند." (مشارکت‌کننده شماره ۱۲)

از طرفی از نظر مشارکت‌کنندگان، سلامت معنوی با نظام ارزش‌ها سرو کار دارد و باعث می‌شود ارزش‌های فردی به سوی تعالی و فرارفتن از خود هدایت شود. بنا به گفته یکی از مدیران گروه‌های آموزشی:

"وارد کردن سلامت معنوی در محیط‌های آموزشی باعث کرامت انسانی است. کرامت ذاتی است که برای انسان قائل هستیم هم مینا برای اصول انسانی است و هم مینا برای حقوق بشر است. کرامت انسانی را هم ادیان الهی هم مکاتب سکولار بهش ایمان دارند. معنویت در آموزش پزشکی ایران به ارزش-

معنوی خودآگاهی قوی‌ای دارند. خودشون رو می‌شناسند و خیلی احساس خوبی از خودشون دارند. این آدم‌ها تو محیط‌ها به عنوان آدم‌های انرژی مثبت یاد می‌شن." (مشارکت‌کننده شماره: ۲۱)

"تو پزشکی خود رو جای دیگری گذاشتن خیلی مطرح میشه، اصلا پزشکی که همدلی نداشته باشه پزشک نیست و به قول یکی از همکارها با ربات فرقی نداره، همین همدلی یک بعد معنویت هست که باعث میشه پزشک حس دلسوزی و همدردی هم داشته باشه." (مشارکت‌کننده شماره ۱۷)

۴- درون مایه چهارم: توجه به ارزش‌های مذهبی

بر اساس تحلیل داده‌های مصاحبه‌ها، از جمله عوامل موثر در آموزش کاربردی سلامت معنوی، ارزش‌های مذهبی هستند به طوری که خیلی مواقع دو واژه دین و معنویت در کنار هم استفاده می‌شود.

"تو بیمارستان گاهی جلسات گروهی می‌ذاریم و با بیمارها درباره مسائل روحی و معنوی صحبت می‌کنیم، اولش خیلی برقراری ارتباط براشون سخته اما کم کم خیلی وارد بحث می‌شن." (مشارکت‌کننده شماره ۴)

"اینکه الان تو خیلی از مطالعات سلامت معنوی از مذهب جدا می‌شه، به خاطر جو فرهنگی و اجتماعی اون کشورهاست که اکثرشون هم کشورهای غربی هستند. اما جامعه‌ای مثل کشور ما که این قدر مذهب درش پر رنگ هست معنویت همیشه رنگ و بوی مذهبی داره اصلا سلامت معنوی که به روش دین اسلام نباشه تو جامعه ما بی‌معنی هست." (مشارکت‌کننده شماره ۱۲)

به اعتقاد برخی از مشارکت‌کنندگان، سلامت معنوی باید اسلامی باشد و به جای استفاده از منابع غربی از منابع غنی اسلامی استفاده کرد. نظر یکی از مسئولین وزارت خانه در این زمینه:

از نظر ما معنویت، معنویت اسلامی است. ما در مرکز خود این اصل را پذیرفته‌ایم و به آن ایمان داریم. چون معنویت

کشورهای دیگر که در حوزه آموزش پزشکی هم وارد شده لائیک است و به درد ما نمی‌خورد." (مشارکت‌کننده شماره ۷)

نظر یکی از پزشکان:

"مگر می‌شود در یک کشور اسلامی ما اصول سکولار را آموزش دهیم. به نظرم اخلاق پزشکی برای همین مورد هنوز نتوانسته در کشور درست اجرا شود. معنویت خیلی وابسته به فرهنگ است و در کشور ما باید اسلامی باشد." (مشارکت‌کننده شماره ۶)

۵- درون مایه پنجم: بازنگری برنامه‌های آموزشی

بر اساس یافته‌های حاصل از داده‌ها، از نظر مشارکت-کنندگان، آموزش سلامت معنوی یک علم محسوب می‌شود و باید مانند تمام علوم به آن پرداخته شود، آنها معتقدند با توجه به چهار بعدی شدن ابعاد وجودی انسان، بعد معنوی مانند دیگر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی باید دیسیپلین خاص خودش را داشته باشد. و معنویتی که در تمام دنیا وارد آموزش پزشکی شده و دانشکده‌های پزشکی بسیاری از دانشگاه‌های دنیا بر مبنای آن کار می‌کنند، دارای اصول علمی خاصی بر مبنای دیسیپلین بین رشته‌ای است.

"اگر بخواهیم سلامت معنوی را در آموزش ببینیم اما به جنبه علمی آن دقت نکنیم به اشتباه می‌افتیم و کار درستی هم نمی‌توانیم انجام دهیم." (مشارکت‌کننده شماره ۵)

همچنین مشارکت‌کنندگان معتقد بودند، سلامت معنوی در ایران پشتوانه علمی منسجمی دارد. با توجه به تاریخچه پزشکی ایرانی و وجود طبیبان حاذق در دورانی که هنوز پزشکی پیشرفتی نداشت خود تایید این مدعا است.

"از قدیم مردم برای مداوای خود پیش طبیب می‌رفتند. این طبیبان در مکتب خونه‌ها وبه وسیله استادانی تربیت می‌شدند که متون قدیمی پزشکی رو خوب خونده بودند و با داروها و درمان‌ها آشنا بودن، درسته درمان خیلی بیماری‌ها نبود اما نگاهی هم به اون دوران نشون می‌ده مردم سالم‌تر زندگی می‌کردند." (مشارکت‌کننده شماره ۶)

هستی شناختی زندگی تمرکز دارد، این سوالات از نوعی هستند که علوم زیستی برای آنها جوابی ندارد (۲۹، ۲۷). دیدگاه مشارکت‌کنندگان این مطالعه با تایید یافته‌های مطالعات، نشان داد، معنا دهی معنویت برای هر فردی می‌تواند منحصر به فرد باشد و افراد با توجه به تجربیات شخصی در طول زندگی به ساخت طرح واره معنا در زندگی اقدام می‌کنند. از آنجا که در این مطالعه معنا بخشی، فرایندی جان دار و پویا عنوان شده است خود موجب تعالی ارزشی در زندگی می‌شود که این فرایند از طریق کاوش و جستجوی پیشرفت و رشد امکان پذیر است. از دیگر یافته‌های این مطالعه هدفمند کردن زندگی به وسیله معنویت و ایجاد امید می‌باشد. به طور کلی سلامت معنوی بعد معنادار بودن آموزش است که به عنوان یک ویژگی مهم می‌تواند این مفهوم را از سایر مفاهیم مشابه متمایز سازد و یک نشانگری تجربی در ارزیابی و قضاوت درمورد واقعی بودن فرایند به کار آید (۱۷).

بررسی متون نشان می‌دهد در هنگام بحث در باب سلامت معنوی ارتباطات به عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی آن ذکر شده است (۳۱، ۳۰) این ویژگی ساختار وحدت‌بخش برای همه دسته بندی‌ها به دست آمده از مرحله تحلیل مفهوم بوده است (۳۲)، در واقع ارتباطات باید به عنوان یکی از نگاره‌های مرکزی برای این مفهوم در نظر گرفته شود. ارتباط به این معنا که چگونه یک فرد به خود، دیگران و به یک هدف یا معنای متعالی یا یک قدرت بالاتر متصل می‌شود. به عبارتی حفظ ارتباط پویا و متعالی با خود، دیگران و با خدا یا موجود فوق طبیعی همانطور که یک فرد آن را درک می‌کند (۳۳).

مشارکت‌کنندگان نیز به نوعی به انواع ارتباطات (به جز ارتباط با طبیعت) اشاره کرده‌اند. که دامنه این ارتباطات از ابعاد تفکر ساده به کارهای روزمره تا عمیق شدن در فلسفه زندگی و تغییر جهت زندگی به سمت متعالی شدن، بوده است. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان ارتباطات از عوامل بسیار مهم آموزش کاربردی معنویت می‌باشد که خود بستری برای دیگر ویژگی‌ها می‌تواند باشد. از دیگر یافته‌های مرحله کار در عرصه داشتن

بر اساس تحلیل داده‌ها، سلامت معنوی یک علم بین‌رشته‌ای هست. همون طور که در سطور بالا اشاره شد، از تلاقی علوم مختلف به وجود می‌آید. به عقیده مشارکت‌کنندگان یکی از عوامل مهم در آموزش سلامت معنوی همین جنبه بین رشته‌ای بودن آن هست.

"وقتی بخواهیم به سلامت معنوی بپردازیم باید روانشناسی بدونیم، فلسفه بدونیم، علوم اجتماعی و مذهب بدونیم تا بتونیم درست نقطه شروع رو انتخاب کنیم. معنویت چیزی نیست که کتابی براش بیاریم و بگیم از روی همین جلو بریم. خیلی مفهوم گسترده‌ای است." (مشارکت‌کننده شماره ۱۹)

بحث و نتیجه گیری

آموزش سلامت معنوی، آموزشی اثربخش، تخصصی و ویژه است که با استفاده از دانش متعالی و الگوسازی به تربیت افراد می‌پردازد به نحوی که این آموزش بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا در آنها نهادینه شود و به عرصه عمل درآید. آموزش حرفه‌ای و درست توسط مربیان نه تنها وسیله‌ای برای دستیابی به هدف، بلکه همان هدف اصلی محسوب می‌شود. الگوها به عنوان واسطه به انتقال معنویت کمک می‌کنند. آن‌ها در عین حال که آموزش می‌دهند، مشاوره داده، راهنمایی می‌کنند و باعث تسهیل رشد دیگران می‌شوند. (۲۷-۲۵)

از دیگر عوامل موثر بر آموزش کاربردی سلامت معنوی، توجه به فلسفه آموزشی و تربیتی است. در متون پزشکی و غیر پزشکی پیرامون سلامت تاکید زیادی بر کلمه یافتن معنا شده است. سلامت معنوی، به وسیله ارزش‌هایی که زندگی انسان را هدایت می‌کنند، مشخص می‌شود. این ارزش‌ها برگرفته از اعتقادات و باورها و اخلاقیات افراد است و تصمیم گیری آنان را درمورد قضاوت درست یا نادرست بودن کارها هدایت می‌کند (۲۸).

معنویت به مواردی از قبیل ایجاد انگیزه کردن، قادر ساختن، توانمند نمودن و امید دادن اشاره دارد. ترس‌ها و سوالاتی که در زمان‌های بحرانی زندگی بیشتر پرسیده می‌شود، بر اهمیت

زیادی پژوهشگران به دنبال ارائه یک تعریف روشن و مشخص از معنویت و ویژگی‌های آن بودند. (۳۷، ۳۸)

از نظر مشارکت‌کنندگان دانشجویان علوم پزشکی نیاز دارند از علوم انسانی در درس‌های خود بهره ببرند، علوم انسانی سلامت علاوه بر کاربرد در ارتقاء سلامت، می‌تواند به‌عنوان کار ذوقی برای پزشکان مورد استفاده باشد. یک دانشجوی پزشکی برای موفقیت در طب مجبور است مطالب زیادی را حفظ کند و این مسأله معمولاً قدرت نقد او را کاهش می‌دهد. مطالعه فلسفه، حقوق و ادبیات و سایر موضوعات مربوط به‌او در استفاده بیشتر از ظرفیت‌های ذهنی‌اش برای تجزیه و تحلیل مسائل کمک خواهد کرد. (۳۹، ۴۰)

تحلیل داده‌ها، نشان می‌دهد سلامت معنوی دارای ماهیت بین‌رشته‌ای است که اصول علمی خاص خودش را بر پایه علوم انسانی در پزشکی بر اساس رویکرد طب کل نگر دارا است. از نظر مشارکت‌کنندگان در مطالعه، از آنجا که تاریخ پزشکی ایران مملو از طبیبانی است که به عنوان فیلسوف و حکیم شناخته می‌شوند، سلامت معنوی در ایران از پشتوانه عظیم تاریخی برخوردار است که باید روش شناسی خاص خود را به عنوان یک علم داشته باشد.

با توجه به یافته‌های این مطالعه برای آموزش سلامت معنوی به صورت کاربردی، انجام مداخلات متعدد و چند جانبه در دانشگاه‌ها و مراکز درمانی و آموزشی ضروری است. با توجه به این عوامل، جهت کاربردی نمودن آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی لازم است نظام آموزشی از سمت سیاستگذاران مجدد مورد بازنگری قرار گرفته و با توجه به ماهیت بین‌رشته‌ای سلامت معنوی طراحی و تدوین گردد تا با توجه به ارزش‌های مذهبی کشور و با توجه متغیرهای فرهنگی و اجتماعی تبدیل به یک دیسپلین حرفه‌ای و نظام‌مند گردد.

ارتباطات، استفاده مناسب از موقعیت‌ها و اجتماعی بودن است که در مرحله نظری به طور مجزا پدیدار گشتند. از منظر پزشکان شرکت‌کننده در این مطالعه اینکه یک فرد به عنوان پزشک و استاد دانشگاه بتواند انواع ارتباطات را در فرایندی درست و به موقع با نیت درست پیاده کند نشان‌دهنده فرایند معنویت در آموزش پزشکی است.

بر طبق مرور متون برای پیروان بسیاری از ادیان الهی واژه معنویت و مذهب به جای هم به کار برده می‌شوند و هم‌پوشانی دارند. (۳۴، ۳۵) با این حال این دو از هم جدا هستند. مذهب به عنوان انجام کار با یک نیروی فراطبیعی یا الهی، سیستمی از باورها، یک کد جامع از اخلاق یا فلسفه یا مجموعه‌ای توصیه شده از عملکردها توصیف شده است (۳۶)

بر اساس یافته‌های این پژوهش، سلامت معنوی در بسیاری مواقع به فعالیت‌های رایج دینی مانند نماز و دعا خواندن اشاره دارد، به اعتقاد مشارکت‌کنندگان از آنجا که جامعه ایران یک جامعه مذهبی است و تفکر غالب بر اساس ارزش‌های دینی شکل می‌گیرد، در بسیاری از مواقع و برای بسیاری از افراد معنویت همان ارکان و اصول مذهبی را دارد و چیزی جدای مذهب نیست. البته برخی از مشارکت‌کنندگانی اعتقاد داشتند که سلامت معنوی وجود ندارد و همان مذهب است که به شکلی مدرن عنوان شده اما از نظر بیشتر مشارکت‌کنندگان در فرهنگ ایران ارزش‌ها و باورهای دینی هستند که پایه و اساس معنویت را تشکیل می‌دهند و به نوعی معنویت وام‌دار مذهب است.

سلامت معنوی تعاریف بسیار زیاد و متنوعی دارد و ممکن است به تعداد انسان‌ها تعریف برای آن پیدا کرد. بیشتر مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند این مفهوم نه تنها چند بعدی است بلکه ذهنی و انتزاعی می‌باشد و می‌تواند بر حالت‌های گوناگونی دلالت کند، به همین دلیل ارائه تعریفی از آن بسیار سخت یا ناممکن می‌باشد. همچنین به اعتقاد اکثر مشارکت‌کنندگان واژه سلامت معنوی می‌تواند بر حالات مختلف فرد اطلاق شود و همین امر تعریف آن را سخت‌تر می‌کند. سال‌های

References

1. Bolhari J. *Institutionalization of Spirituality in the Concept of Spiritual Health*. Medical Ethics Journal 2010; 5(14): 105-112.
2. R DSouza. *The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice*. Medical Journal of Australia 2007; 10 (186): 57-9.
3. Yousefi H AH. *Spiritual care in hospitalized patients*. Iranian Journal of Nursing Midwifery Research 2011; 1(16): 125-32.
4. Estebarsari F, Taghdisi MH, Mostafaei D, Jamshidi E, Latifi M. *Determining the factors contributing to quality of life of patients at the last stage of life: a qualitative study*. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2013 Dec;15(12).
5. Eslami AA, Rabiei L, Khayri F, Nooshabadi MR, Masoudi R. *Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients*. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014 Jul;16(7).
6. King DE, Blue A, Mallin R, Thiedke C. *Implementation and assessment of a spiritual history taking curriculum in the first year of medical school*. Teaching and Learning in Medicine. 2004 Jan 1;16(1):64-8.
7. Barnett KG, Fortin AH. *Spirituality and medicine*. Journal of general internal medicine 2006; 21(5): 481-
8. Buck HG. *Spirituality: concept analysis and model development*. Holistic nursing practice 2006; 20(6): 288-92.
9. Berry D. *Methodological pitfalls in the study of religiosity and spirituality*. Western journal of nursing research 2005; 27(5): 628-47.
10. McSherry W, Cash K, Ross L. *Meaning of spirituality: implications for nursing practice*. Journal of Clinical Nursing 2004; 13(8): 934-41.
11. Reed PG. *An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing*. Research in nursing & health 1992; 15(5): 349-57.
12. Fisher JW. *Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum*: UoM Custom Book Centre; 2010.
13. O'Brien ME. *A nurse's handbook of spiritual care: standing on holy ground*: Jones & Bartlett Learning; 2004.
14. Singh DK, Ajinkya S. *Spirituality and Religion in Modern Medicine*. Indian Journal of Psychological Medicine 2012; 34(4): 399-402.
15. Lakeh MA, Gooshki ES, Abbasi M. *Spiritual health in the program of medical science education*. Medical Ethics Journal. 2016;5(14):113-30.
16. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Puchalski CM. *Spirituality in medical education: global reality?* Journal of religion and health 2012; 51(1): 3-19.
17. Memaryan N, Rassouli M, Nahardani SZ, Amiri P. *Integration of spirituality in medical education in Iran: A qualitative exploration of requirements*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2015.

18. Torskenæs KB, Baldacchino DR, Kalfoss M, Baldacchino T, Borg J, Falzon M, et al. *Nurses' and caregivers' definition of spirituality from the Christian perspective: a comparative study between Malta and Norway*. Journal of Nursing Management 2015; 23(1): 39-53.
19. Lephherd L. *Spirituality: Everyone has it, but what is it?* International Journal of Nursing Practice. 2015; 21(5): 566-74.
20. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. *An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences*. Western journal of nursing research 2004; 26(4): 405-28.
21. Grove SK, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences 2012.
22. Elo S, Kyngäs H. *The qualitative content analysis process*. Journal of advanced nursing 2008; 62(1): 107-15.
23. Mayring P, *On generalization in qualitatively oriented research*. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 2007.
24. Graneheim UH, Lundman B. *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse education today 2004; 24(2): 105-12.
25. Perry RB. *Role modeling excellence in clinical nursing practice*. Nurse Education in Practice 2009; 9(1): 36-44.
26. Heshmati-Nabavi F, Vanaki Z. Professional approach: *The key feature of effective clinical educator in Iran*. Nurse Education Today 2010; 30(2): 163-8.
27. Nahardani SZ, Ahmadi F, Bigdeli S, Arabshahi KS. *Spirituality in medical education: a concept analysis*. Medicine, Health Care and Philosophy 2018: 1-11.
28. Smith M, Puczkó L. *Health and wellness tourism*: Routledge 2008.
29. McBrien B. *A concept analysis of spirituality*. British journal of nursing 2006; 15(1): 42-5.
30. Ross L. *Spiritual care in nursing: an overview of the research to date*. Journal of clinical nursing 2006; 15(7): 852-62.
31. Fisher JW. *Getting the balance: assessing spirituality and well-being among children and youth*. International Journal of Children's Spirituality 2009; 14(3): 273-88.
32. Miner-Williams D. *Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework*. Journal of Clinical Nursing 2006; 15(7): 811-21.
33. Mahlangu SN, Uys LR. *Spirituality in nursing: an analysis of the concept*. Curationis 2004; 27(2): 15-26.
34. Tanyi RA. *Towards clarification of the meaning of spirituality*. Journal of advanced nursing 2002; 39(5): 500-9.
35. Sessanna L, Finnell D, Jezewski MA. *Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis*. Journal of Holistic Nursing 2007; 25(4): 252-62.

36. Narayanasamy A. *The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment*. British journal of nursing 2004; 13(19): 1140-4.
37. Goddard NC. *'Spirituality as integrative energy': a philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice*. Journal of Advanced Nursing 1995; 22(4): 808-15.
38. Chaves LJ, Gil CA. *Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life*. Ciencia & saude coletiva 2015; 20(12): 3641-52.
39. Elcin M, Odabasi O, Ward K, Turan S, Akyüz C, Sayek I. *The first medical humanities programme in Turkey*. Medical education 2006; 40(3): 278-82.
40. Sohrabi Z, reza Koohestani H, Nahardani SZ, Keshavarzi MH. *Data on the knowledge, attitude, and performance of Ph. D. students attending an educational course (Tehran, Iran)*. Data in brief. 2018 Dec 1;21:1325-8.

Applied Education of Spiritual Health in Iranian Medical Sciences

Nahardani S Z (PhD)^{1}*

¹ PhD of medical education, Rehabilitation Research Center, Faculty of Rehabilitation, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 26 Oct 2019

Revised: 02 Des 2019

Accepted: 05 Apr 2020

Abstract

Introduction: Spiritual health in medical education literature is considered as an intrinsic and essential element of a culture-centered concept which exclusively occurs in every society. Applying spiritual health in the education and health systems is subject to proper training in this area. Therefore, the purpose of this study is to explain the factors affecting the applied education of spiritual health in Iranian medical sciences.

Methods: This qualitative study was conducted using the inductive content analysis method. Data were collected through in-person and semi-structured interviews with 23 medical professionals (general medicine, clinical sciences, and basic sciences) and analyzed using Lundman and Granheim's suggested steps.

Result: Five themes emerged from data analysis. Topics include "Effective Teaching", "consideration of the philosophy of education", "effective communication", "attention of religious values", "integrated education" and "curriculum revision".

Conclusion: to the findings of this study, it is necessary to conduct multiple educational interventions from university policy levels to practical applied education spiritual health. In order to apply spiritual health education in medical sciences, formal education based on the nature of interdisciplinary disciplines should be designed and developed into a professional and systematic discipline according to the country's religious values and cultural and social variables.

Keywords: Medical education, Spiritual health, Education, Inductive content analysis

This paper should be cited as:

Nahardani S Z. *Applied Education of Spiritual Health in Iranian Medical Sciences*. J Med Edu Dev; 15(1): page: 40-52

*** Corresponding Author: Tel: +989125406857, Email: zahra_nahardani@yahoo.com**