

Design, Validation and Implementation of Longitudinal Training of Principles of Spiritual Medicine and Spiritual Health based on the Sound Heart Model to Medical Students

Minoo Asadzandi^{1*}

¹ *Spiritual Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 20 June 2024 Accepted: 13 November 2024

Abstract

Background and Aim: Medical science education with the highest specialized quality and responding to the needs of society are the missions of Baqiyatallah University of Medical Sciences. Evidence shows that society and the Iranian health system need spiritual health services. Providing spiritual health services as a clinical specialty requires theory. This study was conducted with the aim of designing, validating, and implementing the longitudinal training of "Principles of Spiritual Medicine" and "Spiritual Health" based on the Sound Heart Theory for general medical doctorate students at Baqiyatallah University of Medical Sciences.

Methods: This action research study was conducted from 2019 to 2024 based on Kern and colleagues' method of curriculum development. The steps of the study included: Identification of the general problem and needs assessment, Needs assessment of target learners, Determination of educational goals and outcomes, Determination of educational strategies and methods, Implementation of a longitudinal training program, Program evaluation and results feedback for program modification. The content validity of the materials and teaching methods was confirmed in six specialized panels by 30 members of the Curriculum Planning and Teaching Development Committees of Baqiyatallah Medical School.

Results: The clinical practice of doctors in providing spiritual health services is formed based on scientific theory through formal education with a hidden curriculum. Spiritual health education needs expert and decent professors in the position of spiritual guide (mentor). Future research about spiritual health services in Iran showed challenges in the theorizing, teaching, and applying spiritual health knowledge. The social determinants of students' spiritual health showed the medical students' needs to receive spiritual health education. The design and psychometrics of the Spiritual Health Service Competency Assessment Questionnaire determined the goals and educational outcomes. Competency-based education strategy provides the possibility of community-oriented education. The content of "longitudinal training" of spiritual medical principles is applicable in the form of a 40% modification of the medical etiquette course 1 to 4 in 4 semesters of basic sciences along with a 20% change in "clinical semiology" units. Bedside teaching in the form of "learning by doing" enables skill training. Spiritual health education standards specify program evaluation criteria.

Conclusion: The formal education of principles of spiritual medicine and spiritual health, along with the hidden curriculum, can enable medical students to provide spiritual health services in healthcare centers throughout the life of clients, at different levels of prevention, in the spectrum of health and disease, especially in conditions of spiritual crises.

Keywords: Principles of Spiritual Medicine, Education, Curriculum, Health Services, Spirituality.

طراحی و اعتبارسنجی و اجرای آموزش طولی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم به دانشجویان دوره دکترای عمومی پزشکی

مینو اسدزندی^{۱*}

^۱ مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ماموریت دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، آموزش علوم پزشکی با بالاترین کیفیت تخصصی و پاسخگویی به نیازهای جامعه است. شواهد، نشانگر نیاز جامعه ایران و نظام سلامت به خدمات سلامت معنوی است. ارائه خدمات سلامت معنوی به عنوان یک تخصص بالینی نیازمند نظریه است. این مطالعه با هدف طراحی و اعتبارسنجی و اجرای آموزش طولی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی مبتنی بر نظریه قلب سلیم به دانشجویان دوره دکترای عمومی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه اقدام پژوهی در سال‌های ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۳ مبتنی بر مدل Kern و همکاران در توسعه برنامه درسی اجرا شد. گام‌های مطالعه شامل: شناسایی مسئله و نیازسنجی عمومی، نیازسنجی فراگیران هدف، تعیین اهداف و پیامدهای آموزشی، تعیین راهبردها و روش‌های آموزشی، پیاده‌سازی برنامه آموزش طولی، ارزشیابی برنامه و بازخورد نتایج در اصلاح برنامه بودند. روایی محتوایی مطالب، روش‌های آموزش، در شش پنل تخصصی توسط ۳۰ نفر اعضای کمیته برنامه‌ریزی درسی و دفتر توسعه آموزش دانشکده پزشکی بقیه الله (عج) تایید شد.

یافته‌ها: عملکرد بالینی پزشکان در ارائه خدمات سلامت معنوی، مبتنی بر نظریه علمی از طریق آموزش رسمی همراه با کوریکولوم پنهان آموزشی شکل می‌گیرد. آموزش سلامت معنوی نیازمند اساتید متخصص و مهذب در جایگاه راهنمای معنوی (منتور) است. آینده پژوهی خدمات سلامت معنوی در ایران نشانگر چالش‌هایی در تولید دانش، نشر دانش و کاربرد دانش سلامت معنوی می‌باشد. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معنوی دانشجویان، نیاز دانشجویان پزشکی به آموزش سلامت معنوی را نشان می‌دهد. طراحی و روانسنجی پرسشنامه سنجش شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی، اهداف و پیامدهای آموزشی را معین نمود. راهبرد آموزش مبتنی بر شایستگی، امکان آموزش جامعه نگر را فراهم می‌کند. محتوای آموزش طولی با آموزش آداب پزشکی معنوی در قالب ۴۰ درصد اصلاح برنامه درسی آداب پزشکی ۱ تا ۴ در ۴ ترم علوم پایه به همراه تغییر ۲۰ درصدی واحدهای نشانه‌شناسی بالینی قابل اجراست. آموزش بالینی به شکل یادگیری در حین عمل کردن، مهارت‌آموزی را میسر می‌کند. استانداردهای آموزش سلامت معنوی، معیارهای ارزشیابی برنامه را مشخص می‌کنند.

نتیجه‌گیری: آموزش رسمی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی همراه با کوریکولوم پنهان، می‌تواند دانشجویان پزشکی را برای ارائه خدمات سلامت معنوی در مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت، در طول عمر مراجعان، در سطوح مختلف پیشگیری، در طیف سلامت و بیماری، خصوصا در شرایط بحران‌های معنوی توانمند کند.

کلیدواژه‌ها: آداب پزشکی معنوی، آموزش، برنامه درسی، خدمات سلامت، معنویت.

مقدمه

جامعه انتخاب شده تا پس از تدوین شایستگی‌های حرفه‌ای مورد نیاز به عنوان پیامد معتبر، دانشجویان را با حرکت از کسب دانش به سمت کاربرد دانش، برای پاسخگویی به نیازهای بهداشتی-درمانی جامعه خود توانمند کنند (۱۱). اما از آن جهت که برنامه آموزش سلامت معنوی منتقل کننده مفاهیم از طریق محتوا و برنامه‌های آموزشی است و فراهم کننده زمینه نیل به سطوح بالاتر آگاهی و معنادار کردن زندگی است (۱۲)، و سواد سلامت معنوی در چارچوب فرهنگی خاص هر جامعه تعریف می‌شود و توجه به فرهنگ در تعریف و تبیین سلامت معنوی در بستر فرهنگی ضروری است (۱۳)، هنوز در کشورهای مختلف، توافق کاملی بر یک مجموعه مشترک از توانمندی‌ها وجود ندارد، هر کشور تلاش می‌کند بر حسب نیازهای جامعه و ساختار نظام سلامت خود، توانمندی‌های مناسب را تدوین کند (۱۴). در ایران، در سند توانمندی‌های دانش آموختگان دوره دکترای عمومی پزشکی مصوب سال ۱۳۹۴ شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی، براساس نگاه کل نگر علاوه بر تاکید بر ضرورت توانمندی خودمراقبتی معنوی پزشکان به ویژه در تعامل با جامعه، در ذیل توانمندی «مراقبت از بیمار» بر توجه به همه ابعاد جسمی، روانی-اجتماعی و معنوی بیمار تاکید شده است. اما به دلیل آن که سلامت معنوی یک مفهوم زمینه محور است در هر جامعه‌ای با توجه به زمینه فرهنگی و مذهبی آن تعریف می‌شود و بیش از ۹۰ درصد مردم ایران مسلمان هستند، ضروری است که تدوین شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی و اصلاح کوریکولوم آموزشی بر مبنای نظریه سلامت معنوی که در پارادایم اسلام طراحی شده، انجام شود (۱۵). چنانچه نهاردانی کاربردی نمودن آموزش سلامت معنوی در علوم پزشکی را نیازمند طراحی شیوه بازنگری برنامه های آموزشی با آموزش رسمی، تدریس اثربخش همراه توجه به فلسفه آموزش و ارزش‌های مذهبی ایران، مبتنی بر ارتباطات موثر با توجه به ماهیت بین رشته‌ای سلامت معنوی می‌داند تا با توجه به متغیرهای فرهنگی و اجتماعی تبدیل به یک دیسیپلین حرفه‌ای و نظام‌مند گردد (۱۶).

در ایران اسدزندی، با ارائه طرحنامه "نظریه قلب سلیم در سلامت معنوی" به هیات حمایت از کرسی‌های نظریه پردازی، نقد و مناظره علمی شورای عالی انقلاب فرهنگی به دلیل ایجاد گفتمان جدید در سطح بین‌المللی، موفق به اخذ گواهی کامیابی در تیرماه ۱۴۰۲ شد (۱۷). وی با اقتباس مفهوم قلب از شواهد دینی، سلامت معنوی را برخوردار از قلب سلیم (روح آرام و مطمئن، دارای احساس اعتماد، امنیت، امیدواری، خوش بینی، مثبت اندیشی، سرور و بهجت) و حاصل تبتل (وارستگی و دل بستگی ایمن به خدا) معرفی نموده که امکان دستیابی به حیات طیبه و بالاترین کیفیت زندگی را فراهم می‌نماید (۱۸). وی خدمات سلامت معنوی را در تمام سطوح پیشگیری و در طیف سلامت و بیماری، برای بیماران، مددجویان، خانواده‌ها و آحاد جامعه ضروری می‌داند. در ارائه خدمات سلامت معنوی، برقراری ارتباط معنوی مبتنی بر شفقت، دانش‌افزایی

علی‌رغم اینکه پزشکی مدرن جهت افزایش کیفیت مراقبت‌های سلامت و درک پیچیدگی تعاملات انسانی در نظام سلامت، صلاحیت حرفه‌ای را با هوش هیجانی و معنویت تلفیق نموده (۱)، محافل علمی جهان با توجه به تاثیر التیام بخش باورهای معنوی، آموزش سلامت معنوی را در دانشگاه‌های معتبر جهان ارایه می‌کنند (۲)، هوش هیجانی در جایگاه توانایی شناسایی، درک و مدیریت احساسات خود و دیگران با معنویت در آموزش پزشکی ادغام شده تا علاوه بر درمان بیماری‌های جسمی به رفع نیازهای عاطفی و معنوی بیماران بپردازند و متخصصان سلامت را برای اخذ تصمیمات آگاهانه‌تر در موقعیت‌های استرس‌زا، از طریق مقابله بهتر با استرس و ارتباطات موثرتر با بیماران و تیم‌های پزشکی توانمند سازند (۳)، در ایران هنوز هم بیش از ۵۰ درصد کارکنان نظام سلامت به مراقبت‌های سلامت معنوی اهتمام نمی‌ورزند و به علت عدم آموزش حرفه‌ای در این زمینه، احساس می‌کنند، مهارت، توانایی و شایستگی لازم را در این حیطه کسب نکرده‌اند. در تحصیلات دانشگاهی دانشجویان پزشکی، در هیچ یک از واحدهای درسی چگونگی ارایه خدمات سلامت معنوی در طول عمر، در طیف سلامت و بیماری و در سطوح مختلف پیشگیری آموزش داده نمی‌شود (۴). سلامت معنوی به صورت شفاف در بستر نظام آموزش پزشکی از طریق محیط‌های یادگیری، به شکل عملی، واقعی، با قابلیت انتقال پذیری سریع و بر اساس پایه علمی و قابل قبول ارائه نمی‌گردد (۵). فرایند آموزش سلامت معنوی در ایران، تنها در قالب کوریکولوم پنهان صورت می‌گیرد (۵). همین امر موجب پایین‌تر بودن کیفیت خدمات سلامت از کیفیت مورد انتظار جامعه ایران شده است. به نحوی که مطالعات انجام شده با پرسشنامه "سنجش کیفیت خدمت پارسورامان و همکاران" با بررسی پنج بعد: (۱) همدلی، (۲) تعهد و جلب اعتماد، (۳) احترام، (۴) پاسخگویی و دریافت بازخورد، (۵) ظاهر تجهیزات محل کار و آراستگی پرسنل (۶) تفاوت معنی‌داری را بین انتظارات بیماران و مراجعان با واقعیات موجود در مراکز بهداشتی و درمانی در حیطه‌های همدلی، تعهد، احترام کادر درمان به مراجعه کنندگان و دریافت بازخورد از نتایج خدمات سلامت نشان می‌دهد (۷). در باین، به مراقبت جسمانی توجه می‌شود و حیطه مراقبت معنوی مکرراً نادیده گرفته شده و یا به طور کامل به روحانیون تفویض می‌گردد (۸) و کارکنان نظام سلامت بر این باورند که موضوعات معنوی به آن‌ها ربطی نداشته و تنها در حیطه کار روحانیون قرار دارد (۹). این در حالی است که در ادبیات آموزش پزشکی معنویت بخش اساسی درمان و مراقبت کل نگر بوده و برخوردار از شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی برای اعضای تیم درمان جهت رفع نیازهای معنوی جامعه ضروری است (۱۰). در بسیاری از دانشگاه‌های برتر علوم پزشکی دنیا، آموزش مبتنی بر شایستگی، به عنوان رویکردی جامعه نگر، برای تربیت پزشکان و پیراپزشکان واجد صلاحیت و توانمند در رفع نیازهای بیماران و

کیفیت، پاسخگویی به نیازهای علمی جامعه می‌داند، در راستای تحقق سیاست‌های کلی سلامت، رفع نیازهای معنوی مراجعان، تسکین پریشانی‌های معنوی آحاد جامعه، ارائه خدمات بالینی سلامت معنوی و آموزش دانشجویان علوم پزشکی مبتنی بر نظریه‌های علمی را ضروری تلقی نموده، در برنامه جامع عدالت، تعالی و بهره‌وری در آموزش علوم پزشکی در دبیرخانه کارگروه اخلاق، سلامت معنوی و تعهد حرفه‌ای کلان منطقه ده آمایشی وزارت بهداشت در این دانشگاه به این مهم توجه کرد تا بتواند بر اساس مدل توسعه برنامه درسی آموزش پزشکی و بدون اضافه شدن واحد درسی بر مبنای گزاره‌های نظریه قلب سلیم در سلامت معنوی، روشی اجرایی ارائه کند تا ضمن تلاش برای پاسخگویی به نیاز جامعه و فراگیران دوره پزشکی عمومی، اهداف و پیامدها، راهبردها و روش‌های آموزش سلامت معنوی را پیشنهاد کند با رفع تناقضات و ابهامات موجود در پژوهشی علمی به این خلا در سطح کشور پاسخ دهد. این پژوهش مسئله محور با هدف طراحی و اعتبار سنجی و اجرای آموزش طولی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی مبتنی بر نظریه قلب سلیم برای دانشجویان دوره دکترای عمومی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه اقدام پژوهی، طی سال‌های ۱۳۹۹-۱۴۰۳ در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) مبتنی بر مدل Kern و همکاران در توسعه برنامه درسی آموزش پزشکی جهت طراحی و اعتبار سنجی و اجرای آموزش طولی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی مبتنی بر نظریه قلب سلیم در شش مرحله زیر اجرا شد (۲۷):

مرحله (۱) شناسایی مسئله و نیازسنجی عمومی: با هدف آسیب شناسی خدمات سلامت معنوی ایران به منظور طراحی اقدامات هدفمند برای شکل دادن به آینده‌ای مطلوب، مطالعه آینده‌پژوهی اسلامی طی ۱۸ ماه بر مبنای مدل منطقی و همکاران در سه مرحله اجرا شد: (۱) مرحله تحلیلی: مرور غیر سیستماتیک شواهد با پروتکل PRISMA و جستجوی شواهد دینی و علمی در سه دهه اخیر در پایگاه‌های علمی. تحلیل ۳۲ مقاله بر مبنای مدل آنالیز مفهومی واکر و آوانت؛ (۲) مرحله تفسیری: مبتنی بر نظریه شخصیت و نظریه آسیب شناسی مدل قلب سلیم؛ (۳) مرحله شهودی: به وسیله تحلیل محتوایی داده‌های حاصل از مصاحبه با ۲۵ نفر از خبرگان ملی. جهت بررسی استحکام، دقت، کامل بودن، امکان درک منطقی یافته‌ها علاوه بر پیشنهادات مورس و همکاران، از دو پنل تخصصی در گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی استفاده شد (۲۸).

مرحله (۲) نیازسنجی فراگیران هدف: به منظور نیازسنجی آموزشی، با توجه به تجزیه و تحلیل وظایف (Task Analysis)، برای شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی

معنوی، مهارت آموزی معنوی در توسعه ارتباط با خدا، خود، مردم و عالم خلقت و انگیزه بخشی معنوی، همچنین پاسخ به چرایی ابتلائات و جستجوی معنای رخدادهای زندگی، را برای تقویت دلبستگی ایمن به خدا (تقویت اعتماد به حضور، کفایت و محبت خداوند به بندگانش) ضروری می‌داند (۱۹). نظریه پرداز، دلبستگی ایمن به خدا را عامل پناهنده شدن به پناهگاه امن الهی (استعاذه) می‌داند که می‌تواند سبب ایجاد شهامت مواجهه با بحران‌های زندگی، تقویت امیدواری، خوش بینی و مثبت اندیشی گردد. لذا تقویت تصور مثبت از خدا و دلبستگی ایمن به خدا را برای ایجاد تغییر در نگرش به رخدادهای زندگی توصیه می‌کند تا رخدادهای زندگی را از یک تجربه تروماتیک و یک امر غیر قابل تحمل، به یک تجربه معنوی و چالشی که با قدرت خداوند قابل مدیریت هستند، مبدل نماید (۲۰). در برنامه توانمندسازی خود مراقبتی معنوی و در جلسات دانش افزایی با آموزش دستور العمل‌های مراقبت معنوی، اقدام به توسعه سازگاری، تقویت خودکنترلی و احساس خودکارآمدی می‌کند (۲۱). در مدل مشاوره معنوی قلب سلیم، با توجه به پیامدهای خلاء معنویت در افراد سالم، از طریق حساس‌سازی، تاثیرات سبک زندگی ناسالم، افکار ناکارآمد، نیت و احساسات مخرب را بر سلامت متذکر می‌شود و پیامدهای آسیب‌زای دیسترس‌های معنوی را آموزش می‌دهد (۲۲). وی ارائه خدمات سلامت معنوی را نیازمند شایستگی ایفای نقش حرفه‌ای در جایگاه راهنمای معنوی (منتور)، تغییر نگرش، ایجاد انگیزه، در کنار دانش‌افزایی و مهارت آموزی می‌داند (۲۳). معتقد است که ارائه خدمات سلامت معنوی یک کار تخصصی- تیمی نیازمند آموزش رسمی با رویکردی جامعه نگر و کسب مهارت‌های عملی با قابلیت انتقال سریع و قابل تفکیک از حوزه‌های دیگر سلامت می‌باشد که به کارگیری آن برای همه فراگیران راحت بوده و از پایه علمی مبتنی بر شواهد برخوردار باشد (۲۴). از آن جایی که ملزومات آموزش سلامت معنوی منطبق با قدیمی‌ترین نظریه برنامه درسی (منطق تایلر) نیازمند پاسخ به این سوالات است: که آموزش سلامت معنوی باید به دنبال دستیابی به چه اهداف آموزشی باشد؟ چه تجارب یادگیری آموزشی می‌تواند ارائه شود که احتمالاً به این اهداف دست یابد؟ چگونه می‌توان این تجربیات آموزشی را به طور مؤثر سازماندهی کرد؟ چگونه می‌توان تعیین کرد که آیا این اهداف در حال دستیابی هستند؟ (۲) نیاز به بازنگری کوریکولوم موجود، طراحی راهنمای عملی و بستر سازی جهت اجرای سلامت معنوی وجود دارد (۲۵). به دلیل خلاء موجود در آموزش سلامت معنوی در مراکز دانشگاهی ایران و عدم آموزش رسمی مباحث سلامت معنوی به دانشجویان پزشکی علی‌رغم تاکید بر ضرورت اجرای این مهم در ایران (۲۶)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) که در سه حوزه تربیت و آموزش، سلامت، پژوهش و فناوری، خود را موظف به تربیت اسلامی و آموزش علوم پزشکی با بالاترین کیفیت علمی و تخصصی، ارائه عالی‌ترین سطح خدمات سلامت محور با برترین

معنوی به تفکیک مراحل پایه و بالینی هر یک از دوره‌های پزشکی عمومی تعیین گردید. این مرحله با توجه به نتایج حاصل از مراحل قبل و به روش اقدام پژوهی با مشارکت ذینفعان (Participatory Action Research) و در قالب گروه‌های متمرکز به تفکیک گروه‌های آموزشی پایه و بالینی در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شد.

مرحله ۴) تعیین راهبردها و روش‌های آموزشی: روش‌های یاددهی - یادگیری مبتنی بر راهبردهای SPICES در ادامه مرحله قبل به روش اقدام پژوهی با مشارکت ذینفعان (Participatory Action Research) و در قالب گروه‌های متمرکز به تفکیک گروه‌های آموزشی پایه و بالینی دوره‌های پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انتخاب شد (۳۲).

مرحله ۵) پیاده سازی و اجرای برنامه طولی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی: با عنایت به تطابق برنامه آموزش آداب پزشکی معنوی با رسالت و اهداف دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) به عنوان یک دانشگاه حکمت بنیان، بین‌المللی و ماموریت محور با حمایت همه جانبه درون و برون سازمانی و وزارتی، پس از تصویب این برنامه در شورای آموزش دانشگاه و توانمندسازی اساتید، پیاده سازی و اجرا به روش اقدام پژوهی با مشارکت ذینفعان (Participatory Action Research) و در قالب گروه‌های متمرکز به تفکیک گروه‌های آموزشی پایه و بالینی دوره‌های پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) به اجرا در آمد. مرحله اجرایی این تحقیق در نیمسال اول ۱۴۰۳ شامل کلیه دانشجویان دوره پزشکی عمومی ورودی سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند که دروس آداب پزشکی ۱ تا ۴ را در مرحله علوم پایه می‌گذرانند. هر کلاس حدوداً ۸۰ نفر می‌باشند که جامعه آماری و نمونه‌های مرحله ارزشیابی برنامه طولی را تشکیل خواهند داد. روش نمونه‌گیری به شکل سرشماری و شامل تمام دانشجویان در هر ترم می‌باشند. ملاک‌های ورود: پذیرش در دوره پزشکی عمومی دانشگاه بقیه الله (عج)، ثبت نام در ترم‌های اول تا چهارم علوم پایه، اخذ واحد درسی آداب پزشکی معنوی ۱ تا ۴ می‌باشد. معیار خروج از مطالعه ابتلای به بیماری منجر به بستری شدن، بحرانی که منجر به حذف ترم یا معافیت از تحصیل شود، بودند.

مرحله ۶) ارزشیابی و بازخورد نتایج در اصلاح برنامه: اثربخشی سازمانی در تحقق اهداف و پیامدهای مورد انتظار از برنامه طولی آداب پزشکی معنوی براساس مدل کرک پاتریک از طریق ارزشیابی مستمر رضایت، یادگیری (دانش) و تغییر رفتار دانشجویان پزشکی عمومی قابل اجراست. ارزشیابی آموزش آداب پزشکی معنوی با پرسشنامه سنجش شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی مبتنی برمدل قلب سلیم (۱۵) بررسی خواهد شد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق شماره R.BMSU.REC.1400.112 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) اجرا شد. در

دانشجویان پزشکی، از راهبرد نظریه داده بنیاد (Grounded Theory) سیستماتیک اشتراوس و کوربین استفاده شد (۲۹). تحلیل داده‌ها مبتنی بر رویکرد اشتراوس و کوربین، در سه مرحله کدگذاری باز، محوری، انتخابی، به وسیله نرم‌افزار مکس کیودا انجام شد تا امکان تبیین جامع نظری درمورد نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی و عوامل اجتماعی - فرهنگی - مذهبی فراهم شود. با توجه به این که در تحقیقات کیفی به جای تأکید بر پایایی و روایی از مفهومی بنام قابلیت اعتماد استفاده می‌شود. این امر از نظر Morehouse و Maykut مشتمل بر ۴ عامل است: ۱) استفاده از چند روش گردآوری داده‌ها، ۲) بازرسی مسیرکسب اطلاعات، ۳) واریسی از سوی افراد تحت بررسی و ۴) استفاده از گروه پژوهشی که اعتمادسازی را تحقق می‌بخشد (۳۰). در این تحقیق به منظور تأمین قابلیت اعتماد یافته‌ها، محقق ۱) ضمن استفاده از روش مشاهده از یادداشت‌های عرصه و بررسی گزارش جامع در کنار مصاحبه‌ها استفاده کرد؛ ۲) در جمع‌آوری داده‌ها از روش مشاهده به صورت شرکت کننده ناظر؛ ۳) تکنیک تکرار و واریسی از سوی نمونه‌ها؛ ۴) مشورت با پزشکان و متخصصین حوزه سلامت معنوی بهره گرفت. با توجه به این که حجم نمونه در تحقیقات کیفی با روش داده بنیاد، در حین تحقیق مشخص می‌شود و نمونه‌گیری به حدی ادامه می‌یابد تا اشباع داده‌ها حاصل شود، محقق به شرایطی برسد که اطلاعات جدید، تکرار داده‌های قبلی باشد و دیگر اطلاعات مفهومی جدیدی که نیاز به کد جدید یا گسترش کدهای موجود داشته باشد، به دست نیاید، داده‌ها از مصاحبه عمیق با ۲۶ استاد و ۲۵ دانشجوی پزشکی، مشاهدات میدانی محقق و یک گزارش جامع به دست آمد (۳۱).

مرحله ۳) تعیین اهداف و پیامدهای آموزشی: جهت تعیین اهداف رفتاری و شایستگی‌های حرفه‌ای دانشجویان و دانش‌آموختگان دکترای عمومی پزشکی در ارائه خدمات سلامت معنوی به شکل دقیق‌تر و عملیاتی‌تر از آنچه در سند توانمندی‌های موجود آمده، "طراحی و روانسنجی پرسشنامه سنجش شایستگی ارائه خدمات سلامت معنوی مبتنی برمدل قلب سلیم" انجام شد. در مطالعه اکتشافی تسلسلی از نوع مطالعات ترکیبی ساخت ابزار، با روش تحلیل مفهوم مدل هیبرید شوارتز و کیم، در سه مرحله مرور نظری شواهد، کار در عرصه (مصاحبه انفرادی عمیق و بحث در گروه‌های متمرکز)، تحلیل نهایی داده‌ها (با روش تحلیل محتوای قراردادی)، نسخه ابتدایی پرسشنامه ۸۰ گویه‌ای تدوین شد. اعتبار پرسشنامه، با روایی صوری (کیفی، توسط ۱۰ متخصص، کمی با ارزیابی تأثیر گویه)، روایی محتوای کمی (CVR با فرمول لاوشه، توسط ۱۴ متخصص، کیفی CVI به روش والترز و باسل)، روایی سازه (با تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی)، پایایی با همسانی درونی، محاسبه آلفای کرونباخ با نرم‌افزار SPSS-22 و Liser بررسی شدند. پرسشنامه بر روی ۳۷۱ از کارکنان بهداشتی درمانی، اجرا شد (۱۵). سپس اهداف فرآیندی و توانمندی‌های تم طولی سلامت

یافته‌های تعیین راهبردها و روش‌های آموزشی استفاده از راهبردهای SPICES در قالب دانشجو-محوری، مسله محوری، الگوی تلفیقی بین رشته‌ای، آموزش مبتنی بر جامعه، منعطف و انتخابی و نظامند را به عنوان استراتژی آموزشی تایید نمود (۳۲). برای پیاده‌سازی و اجرای برنامه طولی آداب پزشکی معنوی به شکل زیر اقدام شد (جدول ۱). نظریه پرداز در درس آداب پزشکی معنوی با توجه به تعریف پزشکی از ابوبکر ربیع ابن احمد اخوینی از اطباء بزرگ قرن چهارم در کتاب هدایه المتعلمین که می‌نویسد بجشکی (پزشکی) پیشه‌ای بود که تندرستی آدمیان را نگاه دارد و چون رفته باشد باز آرد به علم و عمل با تاکید بر پزشکی معنوی آن را این‌گونه تعریف می‌کند "پزشکی معنوی حرفه علمی است که ارتقای سلامت معنوی را با سیر در مراتب قلب سلیم برای مراجعان، بیماران و خانواده‌ها تسهیل می‌کند، پریشانی‌های معنوی ایشان را با دانش‌افزایی معنوی و مهارت آموزی معنوی مرتفع می‌کند تا انگیزه و توانایی خود مراقبتی معنوی را ایجاد و تقویت کند" (۳۵).

همچنین جهت توانمند سازی خود مراقبتی معنوی اساتید برای ایفای نقش در جایگاه متور اقدام به برگزاری سلسله وینارهای منتورینگ معنوی پایه و پیشرفته شد تا ایشان بتوانند جهت توانمندسازی معنوی دانشجویان خود در قالب کوریکولوم پنهان آموزشی همزمان با ارائه دروس نظری در طی سه سال آموزش دانشجویان در دوره‌های علوم پایه و فیزیوپاتولوژی اقدام کنند. برای سنجش میزان توانایی منتورینگ اساتید از پرسشنامه شایستگی منتورینگ (سلامت معنوی حرفه‌ای اساتید) استفاده شد (۳۶). تمام دانشجویان پزشکی شرکت کننده در تحقیق ابتدای دوره علوم پایه و سپس در انتهای علوم پایه یعنی بعد از ۴ ترم پرسشنامه مذکور را تکمیل خواهند کرد. اما به لحاظ این که مداخله آموزشی تنها دو ماه است که شروع شده امکان ارائه گزارش ارزشیابی در این مقاله وجود ندارد.

بحث

این مطالعه که با هدف طراحی و اعتبار سنجی و اجرای آموزش طولی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی مبتنی بر مدل Kern و همکاران با توجه به گزاره‌های نظریه قلب سلیم در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) برای دانشجویان دوره دکترای عمومی پزشکی انجام شد، توانست بر مبنای آموزش‌های رسمی و غیر رسمی سلامت معنوی، زمینه تحقق بند دوم سیاست‌های کلی سلامت (تعمیق معنویت و اخلاق) را فراهم نماید. نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعه Mekhed این‌گونه تبیین کرد که کشور به قدرت جوانان معنوی نیاز دارد. ایجاد ارزش‌های معنوی و اخلاقی در جوانان مهمترین وظیفه مراکز آموزشی است. تغییرات اجتماعی با فرهنگ معنوی و ارزش‌های فردی ارتباط دارد و افراد برای فعالیت، نیازمند اشتیاق، انگیزه، باور معنوی هستند (۳۷). اکبری و همکاران در پژوهشی تحت عنوان معنویت و تعالی معرفتی

این مطالعه، نکات اخلاقی بیانیه هلسینکی از جمله: توضیح اهداف به واحدهای پژوهش، کسب رضایت آگاهانه، دادن حق انتخاب به واحدهای پژوهش برای خروج از مطالعه در هر زمان، محرمانه ماندن اطلاعات، رعایت صداقت در جمع‌آوری، تحلیل و انتشار داده‌ها، ارائه نتایج پژوهش به نمونه‌ها در صورت درخواست، قدردانی از کلیه واحدهای مورد پژوهش، رعایت شدند. رعایت اصول نشر و اخلاق در پژوهش و انتشار یافته‌های مطالعه طبق اصول کمیته بین‌المللی اخلاق نشر (COPE) از دیگر تعهدات اخلاقی رعایت شده توسط پژوهشگر بود.

نتایج

یافته‌های شناسایی مسئله و نیازسنجی عمومی نشان داد که در ارائه خدمات سلامت معنوی چالش‌هایی در سه بخش وجود دارند: (۱) حوزه تولید دانش سلامت معنوی، به شکل بی‌توجهی به افتراق پارادایمیک بین اسلام و مسیحیت کاتولیک در تحقیقات این حوزه بین رشته‌ای، عدم استفاده دانشگاهیان از شواهد دینی، تهیه پرسشنامه‌های سنجش دینداری بر خلاف فقه اسلام و کمبود نظریه پردازی؛ (۲) بخش انتقال دانش سلامت معنوی: عدم آموزش سلامت معنوی در دانشگاه‌ها، عدم تربیت اساتید متور معنوی، فقدان درسنامه‌های سلامت معنوی برای رشته‌های مختلف؛ (۳) حوزه کاربردی دانش سلامت معنوی: فقدان استانداردهای ارائه خدمات سلامت معنوی، عدم سنجش شایستگی و مجوز کار مراقبان معنوی، بی‌توجهی به نیازهای معنوی مردم، مغفول ماندن خودمراقبتی معنوی، عدم اجرای مراقبت معنوی مبتنی بر نظریه علمی جامعه نگر (۲۸).

داده‌های نیازسنجی فراگیران هدف حاصل از مصاحبه عمیق با اساتید و دانشجویان پزشکی به مجموعه‌ای از کدها، کدهای مشترک به مقوله، مقوله‌ها به نوعی نظریه تبدیل شدند. ساختار مدل پارادایمی اشتراوس و کوربین، جهت شناسایی پدیده محوری، شرایط علی، عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها و ارتباط بین آن‌ها، به کار رفت. یافته‌های این مرحله با گزاره‌های قلب سلیم در نظریه شخصیت معنوی و تبیین شکل‌گیری شخصیت معنوی سالم و سلامت معنوی (۳۳)، فرایند ایجاد پریشانی‌های معنوی در نظریه آسیب شناسی معنوی مطابقت داشت (۳۴).

یافته‌های تعیین پیامدهای آموزشی نشان داد که امتیاز CVR چهل گویه از عدد جدول لاوشه (۰/۵۷۱) بزرگ‌تر بود. تمامی آیت‌ها نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ را کسب کردند. تحلیل عاملی اکتشافی وجود مدل ۶ عاملی را نشان داد (توانایی برقراری ارتباط در جایگاه متور، مهارت‌های تقویت ارتباط با خدا، خود، مردم و عالم طبیعت و انگیزه بخشی، نگرش به خودمراقبتی معنوی، اجرای اصول اسلامی مشاوره، مهارت تقویت دلبستگی ایمن به خدا، دانش مشاوره). تحلیل عاملی تاییدی، برازندگی مدل ($P = ۰/۰۰۱$) آلفای کرونباخ ۰/۹۶۹ پایایی را تایید کرد (۱۵).

جدول-۱. محتوای آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی برای آموزش طولی دانشجویان دوره پزشکی عمومی

واحد	میزان ساعت	هدف کلی	طول مدت	وظایف استاد
آداب پزشکی معنوی	۱ واحد عملی در قالب ۴ بخش در ۴ ترم) در مرحله علوم پایه	آشنایی فراگیران با چپستی و چرایی سلامت معنوی، شیوه شکل‌گیری شخصیت معنوی سالم در طول دوران رشد، ضرورت انجام مشاوره معنوی به عنوان یک کار تخصصی و تیمی / ایفای نقش حرفه‌ای در جایگاه متور معنوی / روش اجرای حکمرانی مشفقانه معنوی در ارائه خدمات سلامت معنوی	در درس آداب پزشکی ۱ تا ۴ از ۱۷ ساعت درس در هر ترم ۶ ساعت را شامل می‌شود	- لانه گزینی Nesting با تقویت مطالب توسط سایر اساتید در بقیه دروس با توجه به موضوع معنویت و سلامت معنوی گیرندگان خدمت. - توجه به برنامه درسی پنهان در آموزش اساتید. گزارش موردی Case Report - ارائه محتوای درسی به شکل گزارش موردی و کاربردی جهت جلب علاقه و توجه فراگیران
آشنایی با تاثیر سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت در سطوح پیشگیری و بررسی انواع پریشانی‌های معنوی	۱ واحد نظری به شکل دو نیم واحد درسی) در دوره فیزیوپاتولوژی	انواع پریشانی‌های معنوی در بیمار/ مددجویان / ارائه کنندگان خدمات سلامت معنوی، علل بروز این پریشانی‌ها در افراد سالم و بیمار، تاثیر آن‌ها بر سایر ابعاد سلامت، تاثیر سلامت معنوی بر سلامت جسمی-روانی-اجتماعی، تاثیر سلامت معنوی در سطوح مختلف پیشگیری	در درس نشانه شناسی	بیان آسیب شناسی پریشانی‌های معنوی از طریق تعیین کننده‌های اجتماعی و تاثیر بر کارکرد سیستم عصبی-غدد درون ریز-سیستم ایمنی و با رویکرد روح- ذهن-جسم- Spirit- mind body در بیماری‌های مختلف. نقش محافظتی سلامت معنوی در مدل دیاتر- استرس
کارآموزی سلامت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم	در طول دوره کارآموزی	در روزهای کارآموزی طی ۷ ساعت حضور در بخش، با روش یادگیری در حین عمل کردن Learning by doing در مدت گزارش صبحگاهی Morning Report دانشجو ضمن گزارش پرونده بیمار Chart Stimulating Recall پریشانی‌های معنوی و سلامت معنوی بیماران را پیش بینی کرده و قضاوت بالینی خود را درباره شرایط سلامت معنوی بیمار و اقداماتی که باید برای آن مشکلات انجام شود، را بیان می‌کند.	در گردش‌های مختلف در بخش‌های متفاوت	آموزش با گزارش موردی در دوره کارآموزی در هر روز از یک و نیم ساعتی که به آموزش با شیوه گزارش موردی اختصاص می‌یابد، استاد، دانشجویان را با روش انجام مشاوره یا مراقبت معنوی در بیماران مختلف مبتنی بر مدل قلب سلیم آشنا می‌کند.
کارروزی مراقبت‌های سلامت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم	در طول دوره کارروزی	بر اساس روش حل مشکل، دانشجو گزارش می‌کند که در بعد معنوی سلامت، بیمار دارای چه مشکلی بوده و ایشان در این زمینه چه اقدامی انجام داده است. یعنی در کنار سرپرستی مشکلات جسمی-روانی-اجتماعی بیمار نحوه سرپرستی معنوی بیمار را چگونه اجرا نموده است.	در نوبت‌های مختلف شبانه روز	در این دوره از اساتید گوش به زنگ On Call که در ساعات کشیک در بیمارستان حضور ندارند اما دوره‌های توانمندسازی منتورینگ معنوی را گذرانیده و مدرک دوره را دریافت کرده‌اند، استفاده خواهد شد. در طول دوره و قبل و بعد از اتمام، اثر بخشی آموزش‌ها بررسی می‌شود.

آخرین بازبینی در توسعه برنامه درسی آموزش پزشکی انجام شد (۳۷). در مرحله نیازسنجی عمومی، این تحقیق نشانگر ترویج روش‌های معنویت درمانی یونگ، استراتژی ریچاردز و برگین، لوگوترابی فرانکل در دانشگاه‌های ایران به جای سلامت معنوی اسلامی بود (۲۸) نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعه اسدزندی این گونه تبیین کرد که بی توجهی به افتراق پارادیمیک اسلام با مسیحیت کاتولیک در حوزه سلامت معنوی، سبب شده که علی‌رغم این که اسلام تفحص در باورهای قلبی مسلمان، اعتراف به گناه، تفتیش عقاید، سنجش دینداری را به دلیل ایجاد نامنی، از دست دادن اعتماد اجتماعی، اضطراب، استرس، خشونت حرام می‌داند اما گروهی از محققان ایرانی مسلمان اقدام به سنجش

و رفتاری در نظام آموزش عالی، با مرور نظام‌مند به بررسی جدیدترین اطلاعات در این مورد پرداختند. نشان دادند که معنویت سبب بروز ویژگی‌هایی در انسان می‌شود که در تعالی او به خصوص در آموزش تأثیر به‌سزایی دارد. ایشان نتیجه گرفتند که برنامه‌ریزی آموزشی مبتنی بر معنویت در جهت تعالی معرفتی و رفتاری نیروی انسانی امری ضروری است (۳۸). اگرچه Mekhed در بررسی نحوه شکل‌گیری ارزش‌های معنوی فراگیران در مؤسسات آموزش عالی و تاثیر گذاری مؤسسات آموزشی اوکراین بر رشد ارزش‌های اخلاقی و شایستگی‌های حرفه‌ای دانش‌آموزان، استفاده از رویکرد سیستمی را در فرآیند تربیت توصیه می‌کند ولی این تحقیق با توجه به اختلاف فراگیران (دانشجویان دوره پزشکی عمومی) بر اساس

روش کارگاهی استفاده می‌شود (۴۳). در دانشگاه یل برای تدریس معنویت به دانشجویان پزشکی از روش‌های سخنرانی، بحث در گروه کوچک، شرح‌حال‌گیری و مطالعه منابع مرتبط با موضوع معنویت استفاده می‌شود (۴۴). دانشکده پزشکی Osteopathic در آمریکا که برای آموزش معنویت در پزشکی از ۲ الی ۲۰ ساعت برنامه در حیطه معنویت و دین ارائه می‌کند، با فراهم آوردن محیط آموزشی متنوع، مواجهه با موضوع برای پیوند با آموزش بالینی، سخنرانی، تعاملات در گروه‌های کوچک و خواندن متون مختلف اقدام به آموزش دانشجویان پزشکی می‌کند (۴۵). همچنین در ۵۹ درصد دانشکده‌های پزشکی انگلستان، برنامه آموزشی تدریس معنویت (اجباری یا اختیاری) گنجانیده شده که روش غالب آن‌ها آموزش شرح‌حال‌گیری معنوی و مشاوره معنوی است (۴۶).

یافته‌های مرحله پنجم این تحقیق درباره پیاده سازی و اجرای برنامه طولی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی نشان داد که علاوه بر استفاده از کوریکولوم پنهان آموزش با تنظیم محتوای آموزش رسمی مبتنی بر گزاره‌های نظریه قلب سلیم در سلامت معنوی می‌توان محتوای علمی مورد نیاز برای آموزش دانشجویان را فراهم کرد (۱۷،۳۵). نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعه دماری و همکاران در تدوین دوره آموزشی مشاوران معنوی در نظام سلامت ایران اینگونه تبیین کرد که لازم است بسته خدمات سلامت معنوی جامعه محور در سه قالب آموزش سبک زندگی معنوی، معرفی امکانات اجتماعی و همکاری با سازمان‌های مرتبط ارائه شود. خدمات بیمارستانی در چهار شکل ارزیابی وضعیت معنوی و ارجاع، مراقبت معنوی، مشاوره معنوی و فراهم کردن محیط معنوی در بیمارستان ارائه گردد (۴۷). مطالعه امینی و همکاران با عنوان تاملی بر جایگاه و چگونگی توجه به پرورش معنویت در دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی نشان داد که تمیق معنویت در دانشگاه‌ها باید در قالب دو رویکرد موضوع محور و تلفیقی قرار بگیرد. در روش موضوع محور باید با شفاف‌سازی مفهوم معنویت به آموزش و درونی‌سازی این مفهوم پرداخت. در روش تلفیقی، ظرفیت‌های معنوی به روح حاکم بر برنامه‌های درسی دانشگاه تبدیل شود (۴۸).

همچنین مرحله پنجم این تحقیق، آموزش سلامت معنوی و آداب پزشکی معنوی را با شیوه لانه‌گزینی بدون اضافه کردن واحد درسی با امکان تغییرات ۴۰ درصدی دروس آداب پزشکی و ۲۰ درصدی دروس نشانه‌شناسی بالینی مصوب وزارت بهداشت ایران، بدون الحاق به درس اخلاق پزشکی یا واحدهای معارف اسلامی ضروری می‌داند. نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعه معماریان و همکاران در مطالعه آراء ذینفعان در مورد ادغام معنویت در برنامه درسی گروه پزشکی در ایران با هدف کشف و شناسایی اجزای اصلی مورد نیاز برای طراحی برنامه درسی معنویت در آموزش پزشکی این گونه تبیین کرد که جهت ادغام معنویت در برنامه درسی گروه پزشکی سه تم اصلی قابل توجه هستند: نیازهای

دینداری و تجسس از گناهان مسلمانان به عنوان بررسی سلامت کنند (۳۹). مطالعه نهاردانی هم در سال ۲۰۲۰ آموزش سلامت معنوی در ایران را نیازمند آموزش رسمی با توجه به ارزش‌های دینی و متغیرهای فرهنگی و اجتماعی کشور می‌داند (۱۶).

نتایج مرحله دوم این تحقیق در نیازسنجی فراگیران هدف نشان داد که دانشجویان علوم پزشکی تعیین کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی خود را شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، امنیتی، فرهنگی، مذهبی جامعه، شیوه تربیت معنوی و عملکرد الگوهای اجتماعی می‌دانند. آنان معتقد بودند روش‌های دانش‌افزایی، مهارت‌های ارتباط با خدا، خود، مردم، طبیعت، و انگیزه‌بخشی معنوی بسته به ماهیت خود می‌توانند جزو عوامل زمینه‌ای ارتقادهنده یا مداخله‌گر مخل سلامت معنوی باشند (۴۰). نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعه Badnava و همکاران اینگونه تبیین کرد که سواد سلامت معنوی در چارچوب فرهنگی خاص هر جامعه تعریف می‌شود، عوامل فرهنگی موثر بر سلامت معنوی شامل فرهنگ، خانواده، آموزش، عدالت، ویژگی‌های جامعه و الگوهای اجتماعی هستند (۱۳). همچنین تاکید دانشجویان دوره دکترای پزشکی عمومی بر استفاده از گزاره‌های علمی و عدم ورود به مباحث شبه علم بود که محتوای آموزشی مبتنی بر گزاره‌های نظریه قلب سلیم به این نیاز پاسخ داد (۳۳).

در مرحله سوم این تحقیق مهمترین هدف و پیامد آموزش طولی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی ارتقای شایستگی بالینی جهت ارائه خدمات سلامت معنوی در نظر گرفته شد. نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعه Marianti و همکاران این گونه تبیین کرد که ادغام هوش هیجانی و معنویت در برنامه‌های درسی آموزش پزشکی منجر به تربیت نسل جدیدی از متخصصان می‌شود که برخوردار از سطوح بالاتر همدلی و رضایت شغلی هستند، فرسودگی شغلی کمتری دارند و می‌توانند به‌زیستی کل‌نگر بیماران را به عنوان اولویت اصلی در مراقبت‌های بهداشتی تامین کنند (۱).

یافته‌های مرحله چهارم این تحقیق در تعیین راهبردها و روش‌های آموزشی بر استفاده از راهبردهای SPICES در قالب دانشجو-محوری، مسله محوری، الگوی تلفیقی بین رشته‌ای، آموزش مبتنی بر جامعه، منعطف و انتخابی و نظام‌مند به عنوان استراتژی آموزشی تاکید نمود (۳۲). نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعه معماریان و همکاران (۴۱) این گونه تبیین کرد که در دانشکده‌های پزشکی آمریکا و کانادا، روش‌های تدریس برنامه‌های درسی معنویت در آموزش پزشکی به شکل سخنرانی، فعالیت در گروه‌های کوچک، مهارت شرح‌حال‌گیری معنوی، تجربه بالینی، کنفرانس بالینی، کارگاه، ایفای نقش، استفاده از بیماران استاندارد شده و یادگیری مبتنی بر مسئله می‌باشد (۴۲). در دانشگاه برودی کارولینای شرقی جهت اجرای برنامه درسی معنویت و پزشکی با همکاری موسسه معنویت و سلامت واشنگتن بیشتر از

برای دوره پزشکی عمومی به ایجاد دوره‌های کوتاه مدت در برنامه درسی دانشجویان متمرکز شده است. همچنین برخی از مطالعاتی که این مفهوم را در دانشکده‌های پزشکی تبیین نموده‌اند، تنها به حوزه خاصی از پزشکی نظیر مراقبت معنوی و یا اخذ شرح حال معنوی پرداخته‌اند (۵۲) و موضوع آموزش مبتنی بر شایستگی بر مبنای مدل جامعه نگر متناسب با فرهنگ و باورهای دینی مسلمانان، تاکنون در ایران طراحی و اجرا نشده است، به نظر می‌رسد که این مطالعه که مبتنی بر مدل قلب سلیم (۵۵-۵۳) و شناخت شناسی و حیانی و دیدگاه فلسفی اسلام با استفاده از شواهد دینی طراحی و روانسنجی شده بتواند راهگشای ادغام آموزش سلامت معنوی در برنامه درسی دانشجویان پزشکی در کشور باشد و زمینه تحقق بند دوم سیاست‌های کلی سلامت (تعمیق معنویت و اخلاق) را فراهم نماید.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- با توجه به نقش پزشکان نظامی در حفظ و ارتقای امنیت معنوی و سلامت همه جانبه آحاد جامعه و مقابله با بحران‌های بیولوژیکی، ضروری است که آموزش آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی برای دانشجویان پزشکی مورد توجه قرار گیرد.
- به دلیل ضرورت ارائه مراقبت‌های کل نگر، برای آشنایی کارکنان بهداشتی- درمانی نحوه ارائه مراقبت معنوی و مشاوره سلامت معنوی مبتنی بر مدل جامعه نگر قلب سلیم، در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت کارکنان لحاظ شود.
- دوره‌های توانمندسازی برای اساتید جهت آموزش آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی در دانشگاه‌ها اجرا شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله مستخرج از مگا پروژه اقدام پژوهی می‌باشد که با همکاری دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) با کد اخلاق شماره R.BMSU.REC 1400.112. از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) در حال اجراست. محقق صمیمانه‌ترین قدردانی را نسبت به حمایت ریاست و معاونت محترم آموزش دانشگاه بقیه الله (عج) و ریاست محترم دانشکده پزشکی و همکاران ارجمند آقایان دکتر مجتبی خواجه آزاد، دکتر طالب بدری و خانم دکتر آزاده صدقی و اساتید پنل‌های متعدد این پژوهش ابراز می‌دارد.

تضاد منافع: نویسنده تصریح می‌کند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Marianti L, Saputra R, Suhardita K, Nuraini P. The need for integration of emotional intelligence

آموزشی، به عنوان مهمترین بخش طراحی برنامه درسی تلفیق معنویت در آموزش پزشکی؛ ظرفیت‌هایی که از دیدگاه ذینفعان این برنامه برای این ادغام وجود دارد؛ چالش‌هایی که برای ادغام معنویت در برنامه آموزشی پزشکی از دید ذینفعان وجود دارد که البته بیشتر چالش‌ها ناظر به پیاده‌سازی برنامه درسی و بستریهای لازم برای آن است. از طرفی این کار نیاز به نیروی انسانی لازم برای آموزش و تربیت متخصصین در زمینه سلامت معنوی دارد (۴۹). در مطالعه Lucchetti و همکاران از بین ۱۶۰ دانشکده پزشکی برزیل ۸۶ دانشکده به شکل داوطلبانه در بررسی وضعیت آموزش معنویت و سلامت معنوی شرکت نمودند که فقط ۱۰ درصد آن‌ها واحدی در رابطه با سلامت و معنویت ارائه می‌کنند اما برنامه درسی استانداردی در این زمینه ندارند. با وجود اینکه همه دانشکده‌ها اذعان داشتند که دوره معنویت در آموزش پزشکی ضروری است، از میان دانشکده‌های پزشکی در برزیل تنها دو دانشکده دوره معنویت و سه دانشکده دوره اخذ شرح حال معنوی را آموزش می‌دهند (۵۰). در کشورهای انگلستان، سوئد و کانادا، بسته‌های خدمات معنوی ارائه می‌شود. در کانادا هر یک از مشاوران معنوی در یکی از حوزه‌های تخصصی کار می‌کنند و روش آموزشی آن‌ها به صورت دوره‌های تخصصی اجرا می‌شود (۵۱).

محدودیت‌های پژوهش

تعداد محدود صاحب‌نظران حوزه سلامت معنوی و نبود مطالعات مشابه در آموزش سلامت معنوی در ایران محدودیت‌های تحقیق بودند که تلاش شد تا با تعمیق مطالعه این محدودیت‌ها کاهش داده شود. درباره اعتبار این طرح پژوهشی (میزان اطمینان از نتایج طرح) باید اشاره شود که جهت افزایش صحت و دقت یافته‌های مطالعه و اعتبار درونی تلاش شد تا با تقسیم طرح به زیر پروژه‌ها و سنجش روایی و پایایی هر مرحله این موضوع تامین شود. درباره اعتبار بیرونی و این که تا چه اندازه یافته‌های این تحقیق را می‌توان به گروه وسیع‌تری از آزمودنی‌ها یا شرایط دیگری تعمیم داد، به نظر می‌رسد که جهت اعتبار بیرونی جمعیتی می‌توان اقدام به تعمیم یافته‌ها به دانشجویان دوره دکتری پزشکی عمومی در سایر دانشگاه‌های ایران نمود. همچنین در اعتبار بیرونی زیست محیطی می‌توان یافته‌های تحقیق را برای جوامع مسلمان دیگر هم به کار برد. پیشنهاد می‌شود که در سایر دانشکده‌های پزشکی و سایر استان‌ها این تحقیق تکرار شود تا نتایج در مقیاس بزرگتری از آزمودنی‌ها قابل سنجش باشد.

نتیجه‌گیری

از آن جایی که اغلب مطالعات موجود در آموزش سلامت معنوی

and spirituality training in medical and nursing education curriculum. Palliative & Supportive Care.

- 2024;22(6):2253-4.
doi:10.1017/S1478951524001019
2. Nahardani SZ, Ahmadi F, Bigdeli S, Soltani Arabshahi K. Spirituality in medical education: a concept analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2019;22:179-89. doi:10.1007/s11019-018-9867-5
 3. Ndawo G. Facilitation of emotional intelligence for the purpose of decision-making and problem-solving among nursing students in an authentic learning environment: a qualitative study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2021;15:100375. doi:10.1016/j.ijans.2021.100375
 4. Asadzandi M, Vafadar Z. Designing inter professional spiritual health care education program for students of health sciences. *Journal of Nursing and Patient Health Care*. 2018;1(1):101.
 5. Nahardani SZ, Hosseini Sadr S. Conceptualizing Islamic Spiritual Health in Medical Education: A Neglected or Emerging Discourse. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2022;6(2):274-80.
 6. Heidari A, Heidari M. Spirituality in Medical Education: Formal or Hidden Curriculum?. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2020;7(2):1. doi:10.29252/jhsme.7.2.1
 7. Nadi A, Shojaee J, Abedi G, Siamian H, Abedini E, Rostami F. Patients' expectations and perceptions of service quality in the selected hospitals. *Medical Archives*. 2016;70(2):135-9. doi:10.5455/medarh.2016.70.135-139
 8. Taghavifard M, Yousefvand A. Assessing the Impact of Health Service Providers and Recipients on the Adoption of E-health Services. *Journal of Health and Biomedical Informatics*. 2020;7(1):40-51.
 9. Rafi T, Khalique M, Siddiqui SH. Hospital Service Quality and Patient Satisfaction: A Moderating Role of Trustworthiness. *Journal of Accounting and Finance in Emerging Economies*. 2020;6(1):237-50. doi:10.26710/jafee.v6i1.1081
 10. Asadzandi M, Pourebrahimi M, Ebadi A. Attitude of military students and military nurses towards spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical and Nursing Research*. 2018;2(4):8-12. doi:10.26689/jcnr.v2i4.412
 11. Cadge W, Stroud IE, Palmer PK, Fitchett G, Haythorn T, Clevenger C. Training chaplains and spiritual caregivers: The emergence and growth of chaplaincy programs in theological education. *Pastoral Psychology*. 2020:187-208. doi:10.1007/s11089-020-00906-5
 12. Heidari M, Abbaspour A, Rahimian H, Heidari A. Challenges of Developing Religious Competencies in Medical Education in Iran: A Qualitative Study. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2019;6(3):44-52. doi:10.29252/jhsme.6.3.44
 13. Rhoney DH, Chen AM, Churchwell MD, Daugherty KK, Jarrett JB, Kleppinger EL, et al. The Need for Competency-Based Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2024:100706. doi:10.1016/j.ajpe.2024.100706
 14. Taheri A, Shams B, Ahmari Tehran H. Foresight of spiritual health education in medical sciences. *Medicine and Cultivation*, 2024;32(1):17-29.
 15. Badnava S, Moshki M, Pakdaman M, Sahebdel H. The Conceptualization of Spiritual Health Literacy in College Students: An Exploratory Qualitative Study. *Journal of Research and Health*. 2024;14(4):5. doi:10.32598/JRH.14.4.2391.1
 16. Nsengimana T, Mugabo LR, Hiroaki O, Nkundabakura P. Reflection on science competence-based curriculum implementation in Sub-Saharan African countries. *International Journal of Science Education*. 2020:1-4. doi:10.1080/09500693.2024.2356971
 17. Seyed Kalal A, Asadzandi M, Ahmadi Y, Tadrissi S D, Abolghasemi H, Amiri S. Design and psychometrics of Spiritual Health Services Competency Questionnaire. *Koomesh* 2023;25(2): 187-98.
 18. Nahardani SZ, Arabshahi KS, Pashmdarfard M. Developing the Spiritual Health Curriculum Approach Based on Tyler's Model in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2022;36:133. doi:10.47176/mjiri.36.133
 19. Asadzandi M. The role of military commanders as mentors in the spiritual health of society: Based on the sound heart model. *Journal of Military Medicine*. 2023;25(4):1973-82. doi:10.30491/jmm.2023.1006520.1073
 20. Ghalyanee B, Asadzandi M, Bahraynian AS, Zarchi KA. Comparing the effects of spiritual counseling based on the sound heart model with mindfulness training on the quality of life of women with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2021;14(3):34-45. doi:10.30699/IJBD.14.3.34
 21. Zoheiri M, Masuodi OA, Asadzandi M, Khoshi A. Investigation the role of spiritual health in treatment of patients with covid-19: study of a military hospital. *Journal of Military Medicine*. 2022;24(3):1201-9. doi:10.30491/JMM.24.3.1201
 22. Nasrollahi Z, Asadzandi M, Mohammadzadeh M, Farahani MV, Tayyebi K. Effect of spiritual counseling based on the Sound Heart Model on depression in hemodialysis patients. *Family Medicine and Primary Care Review*. 2021;23(4): 459-64. doi:10.5114/fmpcr.2021.110363
 23. Asadzandi M, Lotfian L, Sepandi M. The Effect of Spiritual Counseling Based on the Sound Heart Model on Spiritual Experience and Spiritual Intelligence of Military Commanders. *Journal of Military Medicine*. 2023;25(1):1701-9. doi:10.30491/jmm.2023.1001200
 24. Ahmadi Y, Babatabar Darzi H, Asadzandi M, Sepandi M. The Impact of Interprofessional Spiritual Health Education on Military Students' Lifestyle. *Journal of Military Medicine*. 2022;22(10):1044-53. doi:10.30491/JMM.22.10.1044
 25. Lotfian L, Asadzandi M, Javadi M, Sepandi M. The Effect of Effect of Spiritual Self-Care Empowerment Based on Sound Heart Model on the Spiritual Health of Military Professors-Randomized Clinical Trial. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(11):1121-9.
 26. Asadzandi M. An Islamic religious spiritual health training model for patients. *Journal of*

- Religion and Health. 2020;59(1):173-87. doi:10.1007/s10943-018-0709-9
27. Tavakol M, Tavakol N, Shakeri A. Challenges and Requirements of Spiritual Health Education for Medical Students: A Qualitative Study. *Scientific Journal of Islamic Studies in the Field of Health*. 2023;6(4):63-74. [In Persian]
28. Nahardani SZ. Applied Education of Spiritual Health in Iranian Medical Sciences. *Journal of Medical Education and Development*. 2020;15(1):40-52. doi:10.18502/jmed.v15i1.3325
29. Thomas P, Kern DE, Hughes M, Chen B. Curriculum development for medical education (A six-step approach to curriculum development). Fourth edition. John Hopkins university Press; 2020:5-9.
30. Asadzandi M. Futurology of Spiritual Health Services in Iran: A Pathological Review. *Journal of Spiritual Health*. 2023;2(3):141-52. doi:10.30491/JSH.2.3.141
31. Garlan MG. Selecting the Methodological Path: A Beginner's Guide to Grounded Theory Approaches. *Journal of Interdisciplinary Perspectives*. 2024;2(3):1-10.
32. Mohajan HK. Qualitative research methodology in social sciences and related subjects. *Journal of economic development, environment and people*. 2018;7(1):23-48.
33. Kalantar Neyestanaki MH, Asadzandi M, Hosseini SM. Adjustment of Social Determinants of Spiritual Health. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2024;8(3):223-9.
34. Asgari P, Navab E, Bahramnezhad F. Comparative study of nursing curriculum in nursing faculties of Canada, Turkey, and Iran according to SPICES model. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019;8(1):120. doi:10.4103/jehp.jehp_3_92_18
35. Asadzandi M, Kalal AS. The concept of spiritual personality based on the sound heart model. *Austin Journal of Autism & Related Disabilities*. 2023;9(2):1066.
36. Asadzandi M, Seyed Kalal A. Spiritual Pathology Theory of the Sound Heart Model: Socio-Cultural Factors of Spiritual Distress. *World Journal of Social Science Research*. 2023;10(4):17-28. doi:10.22158/wjssr.v10n4p17
37. Asadzandi M. Explaining the Propositions of the Sound Heart Model as Spiritual Health Theory: Research Methodology. *Journal of Biomedical Research & Environmental Sciences*. 2023;4(10):1507-21. doi:10.37871/jbres1824
38. Asadzandi M, Lotfian L, Hosseini SM, Abolghasemi H. Design and validation of professional spiritual health questionnaire for professors (soft war officers). *Journal of Military Medicine*. 2021;22(12):1209-21. doi:10.30491/JMM.22.12.1209
39. Mekhed OB. Formation of Spiritual Values of Future Teachers of Biology and Fundamentals of Health During Education at an Institution of Higher Education. *Spiritual and Intellectual Upbringing and Teaching of Youth in the XXI Century*. 2024;(6):113-21. doi:10.58962/2708-4809.SIUTY.2024.09
40. Akbari L, Yazdani Sh, Makarem AS, Shamsi Gushki A, Shadnosh N, Ebrahimi M. Spirituality and epistemological and behavioral excellence in the higher education system. *Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2014;7(26):115-34. doi:10.22037/mej.v7i26.5366
41. Asadzandi M. Spiritual Health Survey and Obtaining Spiritual History in the paradigm of Islam and Christianity. *Jurnal Penelitian*. 2024;21(2):180-94. doi:10.28918/jupe.v21i2.8725
42. Memariyan N, Rasooli M, Vahidshahi K. Developing educational goals and expected competencies for teaching spiritual health to the students of medical sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2017;17:116-25.
43. Crozier D, Greene A, Schleicher M, Goldfarb J. Teaching spirituality to medical students: a systematic review. *Journal of Health Care Chaplaincy*. 2022;28(3):378-99. doi:10.1080/08854726.2021.1916332
44. Dashtabadi M, Fallah M H, Sederposhan N, Azizi-Abarghuei M. Comparison Education Courses of Spiritual Care in Iran, Canada, America, England, and Europe: A Comparative Review. *Journal of Spiritual Health*. 2023;2(2):78-88. doi:10.30491/JSH.2.2.78
45. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2010;40(4):391-8. doi:10.2190/PM.40.4.c
46. 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;16(1):64-8. doi:10.1207/s15328015tlm1601_13
47. Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Medical Education*. 2008;42(2):176-82. doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02980.x
48. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a training course for spiritual counselors in health care: Evidence from Iran. *Indian Journal of Palliative Care*. 2018;24(2):145-9. doi:10.4103/IJPC.IJPC_207_17
49. Amini M, Mashaalahi Nejad Z. Rethinking the place and how of bringing up spirituality in higher education centers. *Journal of Islamic Education*. 2013;8(16):7-29.
50. 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;2015(1):793085. doi:10.1155/2015/793085
51. Lucchetti G, Lucchetti AL, Espinha DC, de Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education*. 2012;12:1-8. doi:10.1186/1472-6920-12-78

52. Marrs R. Christian counseling the past generation and the state of the field. *Concordia Journal*. 2014;40(1):4.
53. Puchalski C. Spirituality and medicine: curricula in medical education. *Journal of Cancer Education*. 2006;21(1):14-8.
54. Asadzandi M, Abolghasemi H, Javadi M, Sarhangi F. A Comparative assessment of the spiritual health behaviors of the Iranian Muslim in the COVID-19 pandemic with religious evidence. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(8):864-72. doi:10.30491/JMM.22.8.864
55. Asadzandi M, Farahany SS, Abolghasemy H, Saberi M, Ebadi AB. Effect of Sound Heart Model-based spiritual counseling on stress, anxiety and depression of parents of children with cancer. *Iranian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*. 2020;10(2):96-106.
56. Asadzandi M, Farahany SS, Abolghasemy H, Saberi M, Ebadi A. Effect of spiritual care on the care burden of families of children with cancer: a randomized controlled trial. *Family Medicine and Primary Care Review*. 2021;23(3):279-83. doi:10.5114/fmpcr.2021.108189