# تدوین اهداف آموزشی و توانمندی‌های مورد انتظار در آموزش سلامت معنوی به گروه علوم پزشکی

نادره معماریان، سیده زهرا نهاردانی*، مریم رسولی، کوروش وحیدشاهی

## چکیده

**مقدمه:** نظام ارائه خدمات سلامت نیازمند پاسخ‌گویی معنویت گرا و توجه به این بعد از سلامت مراجعین خود است. برای پرداختن به این موضوع ضروری است آموزش‌های لازم صورت پذیرد. هدف از انجام این پژوهش استخراج اهداف آموزشی و توانمندی‌های مورد انتظار در آموزش سلامت معنوی برای دانشجویان علوم پزشکی بر اساس نیازهای آموزشی است.

**روش‌ها:** این پژوهش به روش گروه متخصصین (Expert panel) طی یک پروژه سه مرحله ای انجام گرفت. در اجرای مرحله اول چند گروه عملیاتی به مرور تاریخچه، روش‌ها و استانداردهای برنامه درسی سلامت معنوی پرداختند. در مرحله دوم توانمندی‌ها و اهداف آموزشی بر اساس نظریات کارشناسان تعیین شد. در مرحله سوم پیش‌نویس اهداف برنامه به منظور نهایی شدن، به روش دلفی در گروه متشکل از ۶ نفر از متخصصین امر سلامت معنوی، آموزش و برنامه درسی مورد بحث و بررسی قرار گرفت و در نهایت به اجماع نظر متخصصین و تدوین اهداف برنامه منجر شد.

**نتایج:** پس از دریافت پاسخ‌ها و تحلیل آن‌ها، با رسیدن به اجماع نظرات متخصصین، فهرستی از شایستگی‌های آموزشی و اهداف رفتاری مرتبط با تدریس سلامت معنوی به دست آمد که بر اساس آن، اهداف برنامه درسی در قالب سه بسته آموزشی مفاهیم مرتبط با سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، اهمیت سلامت معنوی و تأثیر آن بر سایر ابعاد سلامت و پرداختن به امور معنوی در ارائه خدمات سلامت تهیه شد.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه توانمندی‌های مورد انتظار و اهداف اختصاصی رفتاری بر اساس نیازهای آموزشی و منطبق با مدل اهداف آموزشی طراحی شده توسط بلوم، تدوین شد و می‌تواند برای تدوین برنامه درسی سلامت معنوی برای گروه پزشکی بسیار کاربردی بوده و شروعی برای ادغام سلامت معنوی در برنامه آموزشی پزشکی باشد.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه درسی، سلامت معنوی، معنویت، آموزش پزشکی، –

**مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ ۱۳۹۶؛ ۱۷(۱۲): ۱۱۶ تا ۱۲۵**

## مقدمه

"لَقَدْ مَنَّ اللَّهُ عَلَى الْمُؤْمِنِينَ إِذْ بَعَثَ فِيهِمْ رَسُولاً مِنْ أَنْفُسِهِمْ يَتْلُوا عَلَيْهِمْ آياتِهِ وَ يُزَكِّيهِمْ وَ يُعَلِّمُهُمُ الْكِتابَ وَ الْحِكْمَةَ وَ إِنْ كانُوا مِنْ قَبْلُ لَفِي ضَلالٍ مُبِينٍ»(۱)

"خداوند بر مؤمنان منت نهاد (نعمت بزرگی بخشید) هنگامی که در میان آنها، پیامبری از خودشان برانگیخت که آیات او را بر آنها بخواند، و آنها را پاک کند و کتاب و حکمت بیآموزد هر چند پیش از آن، در گمراهی آشکاری بودند."

* **نویسنده مسؤول:** سیده زهرا نهاردانی، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. zahra_nahardani@yahoo.com؛

دکتر نادره معماریان (استادیار)، عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران و گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (memaryan.n@iums.ac.ir)

دکتر مریم رسولی(دانشیار)،گروه کودکان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (rassouli.m@gmail.com)؛ دکتر کوروش وحیدشاهی (دانشیار)، گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (kvahidshahi@gmail.com)

**تاریخ دریافت مقاله:** ۹۵/۳/۲۹، تاریخ اصلاحیه: ۹۵/۶/۸، تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۱۴

نظام ارائه خدمات سلامت سال‌هاست که نیازمند پاسخ‌گویی معنویت گرا و توجه به این بعد از سلامت مراجعین خود است(۲) و پژوهش‌هایی که نیاز بیماران در این زمینه را مشخص می‌کند(۳تا٦) موید این مطلب است. امروزه نیاز به معنویت در عرصه‌های آموزشی، تربیتی و فرهنگی بیش از عرصه‌های دیگر به چشم می‌خورد. حوزه‌ی تعلیم وتربیت بهترین موقعیت و فرصت را برای تبلور معنویت در انسان فراهم می‌کند و موضوع معنویت ذاتاً موضوعی تربیتی است(۷).

براساس نتایج یک مرور نظام مند در سال ۲۰۱۵، بیماران زیادی تمایل قوی برای مطرح شدن معنویت در خدمات پزشکی شان دارند(۸). بر این اساس، در این موسسات آموزشی، برنامه‌های آموزش پزشکی و سلامت محور در بستر مفاهیم معنوی و تأثیر عناصر معنوی بر سلامت جسمی و روانی بیماران ساخته و پرداخته می‌شوند. ضرورت تلفیق معنویت با سلامت به عنوان یک نیاز جدی مورد تأکید قرار گرفته است(۹تا۱۱) و در پاسخ به این نیاز، معنویت در برنامه‌های آموزشی دانشگاه‌های معتبر دنیا گنجانده شده است(۸). در همین راستا انجمن آمریکایی دانشکده‌های پزشکی(AAMC)، سازمان بهداشت جهانی (WHO) و کمیسیون مشترک اعتبار بخشی سازمان بهداشت و درمان (JCAHO) توصیه کرده‌اند که مسائل معنوی در مراقبت‌های بالینی و آموزش پزشکان وارد شود(۱۲).

علاوه بر یافته‌های بین المللی، ادبیات نسبتاً غنی در داخل کشور در حوزه تأثیر معنویت در سلامت و نقش جدی معنویت در بهبود و ارتقای سلامت جسمی و روانی بیماران و سلامت جسمی افراد جامعه وجود دارد(۱۳و۱٤)، در برخی بیمارستان‌های ایران روحانیون آشنا به مسائل بهداشتی به ارائه خدمات مراقبت می‌پردازند اما باز هم وجود یک دستورالعمل یکپارچه برای چنین امری مورد نیاز است(۱۵). از آنجا که برای یک پزشک ضروری است درباره مراقبت‌های معنوی آگاهی داشته باشد، وجود یک برنامه درسی یکپارچه برای آموزش دانشجویان پزشکی می‌تواند در این زمینه کارگشا باشد.

برنامه‌های درسی می‌تواند بهترین موقعیت را برای تبلور و رشد معنویت در افراد فراهم سازد، برنامه درسی قلب نظام آموزشی است که می‌تواند زمینه، فرصت‌های مناسب، محتوا و نیز روش‌های مفیدی را برای پرورش و اعتلای وجود همه جانبه افراد تدارک کند(۱٦). ندینگز (Noddings) و همکاران معتقدند که در برنامه درسی بیش‌تر به فعالیت‌هایی نیازمندیم که کار، اندیشه و حل مسأله را برای توسعه درک شهودی به کار گیرد، نه فقط برای توسعه بعد تحلیلی(۱۷) تدوین برنامه درسی، فرایندی است که به منظور تشخیص نیازهای آموزشی، تهیه اهداف اختصاصی آموزشی، شناسایی و سازمان‌دهی محتوای آموزش، انتخاب روش‌های آموزش و تهیه مواد مورد نیاز برای ارزیابی آموزش و فراگیر مورد استفاده قرار می‌گیرد و بنابراین، فرایندی است که لازمه آن فعالیت و عمل است. حاصل تدوین برنامه درسی، یک طرح آموزش و چند طرح درس است که مربی را در کار آموزش، راهنمایی و هدایت می‌کند(۱۸).

برنامه درسی یک مقوله‌ی آمیخته به فرهنگ است و با ضرورت‌ها و مقتضیات فکری، اعتقادی و ارزشی رابطهٔ قوی دارد، به همین دلیل در آن از مبنای فلسفی و اجتماعی نیز در کنار مبانی روانشناختی برنامه‌ریزی درسی بحث می‌شود و بر اساس آن برنامه درسی جهت‌گیری مشخص پیدا می‌کند؛ بنابراین باید با توجه به شرایط و ویژگی‌های بومی برنامه درسی مناسب را جستجو کرد و برای طراحی آن اقدام نمود(۱۹).

نخستین عنصر برنامه‌ریزی درسی در مبحث طراحی، هدف‌گذاری است. تمام نظریه‌پردازان برنامه‌ریزی درسی از عنصر هدف به عنوان یکی از عناصر ثابت نام برده اند. رفتارگراها معتقدند که برنامه‌ی درسی باید به گونه‌ای

سازمان‌دهی شود که تجارب فراگیران در تسلط بر موضوع مورد بحث موفقیت آمیز باشد، بنابراین در تعیین اهداف آموزشی به تعیین دقیق اهداف رفتاری مبادرت می‌نمایند. هدف‌های رفتاری به آن دسته از هدف‌ها گفته می‌شود که نوع رفتار و قابلیت‌هایی را که انتظار داریم فراگیر پس از یادگیری مطلبی خاص به آنها برسد، مشخص کند. نقش این هدف‌ها آن است که با واضح‌ترین عبارات و با دقت کافی آنچه را که یادگیرنده باید در جریان یک تجربه یادگیری بیندیشد، انجام دهد یا احساس کند، روشن نماید.

در این راستا، لازم است برنامه آموزشی شامل محتوا و محیط آموزشی مناسب فراهم شود و مدرسین نیز برای تدریس آماده گردند. از سوی دیگر، در کنار مهارت‌هایی که در زمینه مراقبت پرستاری و پزشکی برای دانشجویان لازم است، به دست آوردن مهارت در زمینه سلامت معنوی نیز به عنوان یکی از ابعاد سلامت، ضروری به نظر می‌رسد. شواهد نشان می‌دهد که مراقبت معنوی چیزی است که بیماران از ارائه‌دهندگان مراقبت درخواست دارند و انتظار می‌رود بخشی از خدمتی که به آن‌ها ارائه می‌گردد، از این دست باشد(۲۰).

اگرچه ممکن است بسیاری از دانشجویان علوم پزشکی با زمینه معنوی مستعد وارد دانشگاه شوند، اما لازم است که این بعد آنان در طی دوره آموزشی و تحصیلی تقویت و ارتقا یافته و برای همیشه در آن‌ها نهادینه شود(۲۱). رشد و توسعه این آموزش‌ها نیازمند یک زبان مشترک و اجماع از مفهوم معنویت و طراحی چارچوبی مبتنی بر نیازهای آموزشی مبتنی بر سلامت، در هر کشوری با فرهنگ و اعتقادات متناظر آن است(۲۲)، زیرا این مفهومی است که متأثر از بافت فرهنگی – اعتقادی و حتی قومی و محیطی است(۲۳تا۲۵).

درمان و آموزش رفتار سالم با رویکرد معنوی از وظایف متخصصین سلامت است(٤) و برای پرداختن به این مقوله، ضروری است آموزش‌های لازم صورت پذیرد(٢٦) که بنابر شواهد موجود، یکی از علت‌های نپرداختن به این موضوع، نداشتن برنامه آموزشی در این حوزه است(۲۷).

در حوزه پژوهش‌های مربوط به ادغام معنویت در آموزش پزشکی چگونگی این آموزش‌ها، مقالات و مستندات علمی محدودترند. چنان که مستندات بیش‌تر در حوزه ضرورت تلفیق معنویت در علوم پزشکی است (۲)و اغلب پژوهش‌های صورت گرفته در قالب پژوهش‌های کمی است در حالی‌که جهت درک عمیق باورها، نگرش و تجربیات بیماران نیاز به پژوهش‌های کیفی بیش‌تری احساس می‌شود(۲۸).

با توجه به این‌که در یک پژوهش کیفی در ایران، نیازهای آموزشی برای ادغام معنویت در برنامه درسی علوم پزشکی انجام شده است(۲۱)، این پژوهش با هدف تدوین برنامه درسی متناسب با شایستگی‌های مورد نیاز فراگیران علوم پزشکی انجام شد.

## روش‌ها

پژوهش حاضر که بخشی از پژوهشی بزرگ‌تر با عنوان "بررسی ضرورت و تدوین برنامه آموزشی سلامت معنوی در برنامه آموزشی گروه علوم پزشکی" است، به منظور تعیین اهداف آموزشی برنامه درسی پیشنهادی سلامت معنوی در علوم پزشکی در سال ۱۳۹٤ و در سه مرحله انجام شد.

جدول۱: طبقه‌ها و زیر طبقه‌های نیازهای آموزشی از مطالعه معماریان و همکاران(۲۱)

| | زیر طبقه | |
|---|---|---|
| نیازهای آموزشی | نیازهای شناختی | مفهوم معنویت و سلامت معنوی<br>سلامت معنوی در منابع اسلامی<br>شاخص‌ها و معیارهای سلامت معنوی<br>مفاهیم دین و مذهب<br>ابزارهای سنجش سلامت معنوی<br>آسیب شناسی بعد معنوی<br>درمان ها (مداخله ها)ی معنوی<br>تفکیک مشکلات حیطه‌های مختلف سلامت |
| | نیازهای عاطفی | توجه، اهمیت و ارحجیت بعد معنوی در ارائه خدمت<br>بیان مسأله و شواهد علمی و به وز<br>علل و سیر ورود معنویت در کار بالینی |
| | نیازهای روانی-حرکتی | ارزیابی (شرح حال) معنوی<br>اصول مراقبت معنوی از بیماران و مراقبین<br>حدود مداخله (مراقبت ساده و پیشرفته)<br>ارجاع |

در مرحله اول پژوهش بر پایه نتایج نیازسنجی آموزشی بر اساس طبقه‌بندی بلوم که در مطالعه قبلی حاصل شده بود و در جدول ۱ نشان داده شده است (۲۱) ، فهرستی از توانمندی‌های مورد انتظار فراگیران و اهداف آموزشی مرتبط با این نیازها تدوین گردید. از آن جا که تدوین اهداف آموزشی مبتنی بر بستر و فرهنگ جامعه است، اساس تدوین اهداف آموزشی، یافته‌های فاز قبلی پژوهش بود که بر اساس یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی، نیازهای آموزشی، الزامات، فرصت‌ها و تهدیدهای موجود در زمینه آموزش معنویت در علوم پزشکی، از دیدگاه متخصصین سلامت در ایران، با رویکرد استقرایی استخراج شده است(۲۱).

در مرحله دوم پیش‌نویس اهداف برنامه درسی سلامت معنوی بر اساس توانمندی‌های مورد انتظار فراگیران و اهداف آموزشی، در چندین جلسه بر اساس نظریات ۲۱ تن از اعضای گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در رشته‌های مختلف شامل متخصصین بالینی، حوزوی و علوم دینی، علوم پایه و روش‌شناسی، آموزش پزشکی همچنین تاریخ و حقوق پزشکی بودند، مورد بازبینی قرار گرفت. کارشناسان و استادان و افراد ذینفع در عین تخصص داشتن در موضوع درسی مورد نظر، صاحب‌نظر در آموزش نیز بودند. پیش‌نویس اهداف برنامه درسی، برحسب تمایل صاحب نظران، در قالب نسخه چاپی یا الکترونیک در اختیار ایشان قرار گرفت و به همان طریق جمع‌آوری گردید.

در مرحله سوم به منظورنهایی شدن اهداف برنامه درسی سلامت معنوی در علوم پزشکی مواردی که براساس فاز قبلی پژوهش، مورد تأیید قرار گرفته بود، به روش دلفی با حضور ٦ تن از متخصصین امر سلامت معنوی، آموزش و برنامه درسی؛ در دو راند مورد بحث و بررسی دقیق و کارشناسانه قرار گرفت در راند اول، نظرات پس از جمع‌آوری، مورد بررسی قرار گرفت که موارد مورد اختلاف، مجدداً برای راند دوم دلفی ارسال گردید و در نهایت پس از آنالیز اطلاعات اجماع نظر متخصصین که با توافق ۸۸ درصد به اهداف برنامه منجر شد. اطلاعات شرکت کنندگان در این مرحله در جدول ۲ خلاصه گردیده است.

**جدول ۲**: اطلاعات شرکت کنندگان در مرحله سوم طرح

| شماره | جنس | تخصص و حوزه فعالیت، علت حضور در جلسه گروه متمرکز |
|---|---|---|
| ۱ | مرد | متخصص بالینی و عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی، سابقه برنامه‌ریزی‌های آموزشی |
| ۲ | مرد | فوق تخصص بالینی و عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی، سابقه برنامه‌ریزی‌های آموزشی و اجرای برنامه‌های درسی در سطح کشوری |
| ۳ | مرد | متخصص بالینی و عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی و سابقه سیاستگذاری آموزشی علوم پزشکی |
| ٤ | مرد | متخصص علوم دینی (دکترای معارف اسلامی)، سابقه فعالیت و صاحب انتشار در حوزه سلامت معنوی |
| ٥ | زن | متخصص آموزش سلامت و عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی، سابقه برنامه‌ریزی‌های آموزشی |
| ٦ | زن | متخصص پزشکی اجتماعی و عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی، سابقه فعالیت و صاحب انتشار در حوزه سلامت معنوی |

## نتایج

با توجه به توانمندی های آموزشی استخراجی از مرحله اول پژوهش و اصلاح و بازبینی و تأیید آنها در مرحله دوم و سوم پژوهش سه حیطه "مفاهیم مرتبط با سلامت معنوی از دیدگاه اسلام"، "اهمیت سلامت معنوی و تأثیر آن بر سایر ابعاد سلامت" و "پرداختن به امور معنوی در ارائه خدمات سلامت" تبیین گردید که برای هر یک از آنها توانمندی‌های مورد انتظار (Expected Competencies) و اهداف اختصاصی رفتاری (SOB) تعیین گردید.

### حیطه‌ها، توانمندی‌ها و اهداف اختصاصی برنامه آموزشی سلامت معنوی برای گروه علوم پزشکی

**حیطه: مفاهیم مرتبط با سلامت معنوی از دیدگاه اسلام**

توانمندی‌های مورد انتظار (Expected Competencies):

۱) آشنایی با مبانی سلامت معنوی در اسلام

۲) آشنایی با شاخص‌ها و مصادیق سلامت معنوی از دیدگاه اسلام

۳) آشنایی با منابع اسلامی در این زمینه

اهداف اختصاصی رفتاری (SOB):

• نظریه اسلام در مورد هدف از آفرینش را توضیح دهند و بر مبنای آن معنای غایی زندگی انسان را بیان کنند (شناختی) .

• دین و مذهب را تعریف کرده و ارتباط این مفاهیم را با معنویت شرح دهند(شناختی) .

• مبانی اصلی سلامت معنوی* در اسلام را نام برده و هر یک را به اختصار توضیح دهند(شناختی) .

• سلامت معنوی را تعریف کرده و شاخص‌های آن را نام برده و هر یک را به اختصار توضیح دهند (شناختی) .

*معرفت شناختی، الهیاتی، انسان شناختی

حیطه: اهمیت سلامت معنوی و تأثیر آن بر سایر ابعاد سلامت

توانمندی‌های مورد انتظار (Expected Competencies):

٤) آشنایی با بُعد سلامت معنوی

٥) آشنایی با اهمیت سلامت معنوی در سطوح مختلف پیشگیری از بیماری‌ها

اهداف اختصاصی رفتاری (SOB):

• چگونگی ارتباط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت را تشریح کنند (شناختی) .

• به اهمیت تأثیر سلامت معنوی در سطوح مختلف پیشگیری توجه نموده و نمونه‌هایی از آن را بیان کنند (شناختی و عاطفی) .

• منابع و مستندات علمی مرتبط را جست و جو نموده، اولویت‌بندی نمایند و معرفی کنند (شناختی، عاطفی و روانی-حرکتی) .

**حیطه: پرداختن به امور معنوی در ارائه خدمات سلامت**

توانمندی‌های مورد انتظار (Expected Competencies):

٦) آشنایی با اصول خدمات معنوی
٧) آشنایی با عوامل مؤثر بر ارتقای سطح سلامت معنوی
٨) آشنایی با مراقبت‌ها و خدمات معنوی در هر دوره از زندگی
اهداف اختصاصی رفتاری(SOB):

• دیدگاه‌ها و نظرات خود را درباره ضرورت ارائه خدمات معنوی در خدمات سلامت بیان کنند (عاطفی) .
• اهمیت سلامت معنوی در خدمات سلامت قبل از لقاح، بارداری، نوزادی، کودکی، نوجوانی، جوانی و سالمندی را بیان کنند (شناختی و عاطفی) .
• اصول توصیه‌های عملی به منظور ارتقای سطح سلامت معنوی در هر یک از مراحل قبل از لقاح، بارداری، کودکی، نوجوانی، جوانی و سالمندی را شرح دهند(شناختی) .
• چالش‌های ارائه مراقبت معنوی و راه‌های مدیریت آنها را ذکر نمایند(شناختی و عاطفی) .
• حداقل برای دو بیمار، برنامه مراقبت معنوی را طراحی، اولویت‌بندی و اجرا نمایند(شناختی، عاطفی و روانی- حرکتی) .

## بحث

در این مطالعه توانمندی‌های مورد انتظار ( Expected Competencies) و اهداف اختصاصی رفتاری(SOB) بر اساس نیازهای آموزشی که خود از ادغام سه طبقه نیازهای شناختی، عاطفی و روانی - حرکتی پدیدار گردیده است و منطبق با مدل اهداف آموزشی طراحی شده توسط بلوم است(٢٩)، تدوین شد و بر اساس ترتیب زمانی، آموزش مباحث و مفاهیم پایه و سپس ارائه موضوعات کاربردی به سه حیطه "مفاهیم مرتبط با سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، اهمیت سلامت معنوی و تأثیر آن بر سایر ابعاد سلامت و پرداختن به امور معنوی در ارائه خدمات سلامت" تقسیم گردید. از آنجا که لازم است توانمندسازی دانشجویان در هر سه حیطه شناختی، عاطفی و روانی - حرکتی صورت پذیرد(٣٠) تلاش گردید تا در حیطه‌های دوم و سوم اهداف رفتاری اختصاصی به گونه‌ای طراحی شوند که علاوه بر کار کردن روی مهارت‌های شناختی که در حیطه اول صورت می‌پذیرد، مهارت‌های عاطفی و روانی – حرکتی پوشش داده شود.

از سال ١٩٩٣ که تنها ٣ دانشکده پزشکی در آمریکا به آموزش معنویت برای دانشجویان پزشکی پرداختند، تا سال ٢٠١١ این آمار به ١٠٠ دانشکده پزشکی رسید(٣١). بعد از آن، بحث معنویت به بحثی داغ در محافل علمی تبدیل شد، بررسی‌ها نشان می‌دهد ٥٩٪ از دانشکده‌های پزشکی انگلستان و ٩٠٪ از دانشکده‌های پزشکی آمریکا دوره‌هایی با محتوای سلامت معنوی در برنامه درسی خود دارند(٣٢)، در مطالعه‌ای در سال ٢٠١٤ تحت عنوان " معنویت و بهداشت: گسترش رشته" به تحریر درآمد که با کمک هفت دانشکده پزشکی در ایالات متحده به بررسی صلاحیت‌های لازم برای معنویت و بهداشت پرداخته اند. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که شش حوزه شایستگی نهایی را شامل می‌شود، این حوزه‌ها عبارتند از:١- سیستم‌های مراقبت بهداشتی ٢- دانش٣- مراقبت از بیمار ٤- حضور انسان دوستانه ٥- توسعه شخصی و حرفه‌ای ٦- ارتباطات(١١).

از طرفی مقاله‌ای که با هدف تعیین کشورهای مولد علم معنویت در آموزش پزشکی در سال ٢٠١٢ نگاشته شده بود و به بررسی برنامه‌های درسی دانشکده‌های پزشکی در جهان پرداخته بود، به این نتیجه رسید که بیش‌تر مقالات منتشره از کشورهای آمریکا و کانادا است، این مقاله در جدولی به ذکر جزئیات این برنامه‌های درسی معنویت در آموزش پزشکی پرداخته است. مطالعه‌ای که به" بررسی وضعیت معنویت و سلامت آموزش در مدارس پزشکی برزیل" پرداخته بود، از ١٦٠ دانشکده پزشکی ٨٦ دانشکده داوطلب شرکت در پژوهش شدند و از این تعداد فقط ١٠٪ واحد درسی در رابطه با سلامت و معنویت داشتند و ٤٠٪ دانشکده‌ها فقط محتوایی در این خصوص عرضه می‌کردند که البته برنامه درسی استانداردی در این زمینه وجود نداشت(١٢).

توانمندی‌ها و انتظارات از دانشجویان که در این مطالعه استخراج شده است هم‌سو با شایستگی‌هایی است که تحت عنوان National Competencies in Spirituality and Health for Medical Education منتشر شده است(۱۱) که به نمونه‌هایی از آن اشاره می‌شود از جمله تعریف مفاهیم اصلی و پایه از جمله معنویت و مذهب، علل و اهمیت توجه به معنویت در مراقبت از بیمار، ارزیابی معنوی، موضوعات مربوط به مراقبت معنوی از بیماران و ارجاع به متخصصین علوم دینی. از جمله مطالعات دیگری که در حوزه موارد آموزشی برای برنامه آموزشی معنویت در مراقبت از بیماران طراحی شده در دانشکده پزشکی دانشگاه میسوری UNIVERSITY OF MISSOURI– KANSASCITY است(۳۲) که در این برنامه هم بر فلسفه معنویت و بحث و تبادل نظر پیرامون این مفهوم و و تأکید بر اهمیت و تأثیر وضعیت معنوی بیماران بر سلامتی آنها و پررنگ کردن نقش روحانی در ارائه خدمات معنوی اشاره شده است که کاملاً با اهداف رفتاری اختصاصی استخراج شده در طرح ما همخوانی دارد.

یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی که در این حوزه باید توسط دانشجویان کسب شود، مهارت شرح حال‌گیری معنوی و تشخیص است. چنان که برخی از دانشکده‌های پزشکی سراسر جهان است که این آموزش را به طرق مختلف در برنامه‌های آموزشی خود گنجانده‌اند، به دانشجویان نحوه شرح حال‌گیری معنوی آموزش داده می‌شود(۱۲و۳۳) هم چنین هدف کلیدی Association of American Medical Colleges (AAMC) این است که دانشجویان مهارت شرح حال‌گیری معنوی را به عنوان بخشی از شرح حال‌گیری خود آموخته باشند و در زمینه تشخیص از آن استفاده کنند(۳۳). در حالی‌که این مهارت اگرچه جزء نیازهای آموزشی استخراج شده بود (جدول ۱) و در پیش‌نویس اولیه برنامه آموزشی وجود داشت ولی در نشست تخصصی طرح، بدلیل در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی و اعتقادی در کشور ما از برنامه نهایی حذف گردید.

متأثر بودن مفهوم معنویت و حوزه‌های مرتبط با این مفهوم در بافت‌های متفاوت اعتقادی، فرهنگی و محیطی(۲٤) یکی از دلایل مهم این تغییر در برنامه است.

از دهه ۱۹٦۰ که نهضت نقد اجتماعی، برتری علم وتکنولوژی در جامعه مدرن را مورد سوال قرار داد و مطالعاتی که همزمان درباره نقش فقر و محرومیت اجتماعی در بروز بیماری‌ها به‌عمل آمد، منجر به اضافه شدن علوم انسانی به برنامه‌های درسی علوم پزشکی در دنیا از چندین سال پیش شد. حیطه‌های تدریس شامل معنویت، فلسفه، تاریخ، اخلاق، جامعه شناسی و انسان شناسی پزشکی است. بیش‌تر این برنامه‌ها به‌صورت دروس اختیاری است و شامل سخنرانی عمومی، نمایش فیلم یا خواندن داستان و پروژه‌های دانشجویی است که به ادغام این مباحث در کوریکولوم علوم پزشکی منجر شد. از لحاظ آموزشی، نتیجه این ادغام، برنامه‌درسی مناسبی خواهد بود که انسانی تر شدن رفتارگروه پزشکی هدف آن است(۳٤).

از آنجا که در این مطالعه از نظرات صاحب‌نظران امر سلامت و آموزش استفاده شده است می‌تواند در امر ادغام سلامت معنوی در آموزش پزشکی بسیار کارگشا باشد اما از طرفی جدید و انتزاعی بودن یافته‌ها ممکن است در پیاده‌سازی آن در عمل با مشکل مواجه شود، آنچه مهم است اجرایی شدن و یا حداقل اجرای آزمایش این برنامه درسی در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است. بنابراین پیشنهاد می‌شود جهت تکمیل این مطالعه مطالعات دیگری جهت تدوین برنامه آموزشی سلامت معنوی در علوم پزشکی تهیه و اجرا شود. از آنجا که اجرایی نمودن هر برنامه آموزشی محتوای آموزشی مناسب از الزامات آن است و لذا اجرایی شدن این دست برنامه‌ها علاوه بر حمایت مسؤولین آموزشی ذی‌ربط، این مهم را نیز می‌طلبد.

## نتیجه‌گیری

بخش مهمی از برنامه آموزشی اهداف آموزشی و توانمندی‌های مورد انتظار در آن برنامه است که در این پژوهش تعریف گردید. با توجه به این‌که این پروژه در فرهنگستان علوم پزشکی طراحی، اجرا و به تصویب رسیده است به نظر می‌رسد گام بعدی تکمیل برنامه درسی برای هریک از رشته‌های علوم پزشکی توسط عوامل اجرایی- آموزشی این رشته است تا برای استقرار و پیاده‌سازی آن اقدام شود.

## قدردانی

این طرح با حمایت مالی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از همه اساتید و اعضای گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی تشکر و تقدیر به عمل می‌آید.

## منابع

1. quran majeed, Ale emran 164. 3 th ed. Tehran: Asar; 2003
2. Eslami AA, Rabiei L, Khayri F, Rashidi Nooshabadi MR, Masoudi R. Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. Iran Red Crescent Med J. 2014; 16(7): e17155.
3. Estebsari 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. Iran Red Crescent Med J. 2013; 15(12): e13594.
4. Yousefi H, Abedi HA. Spiritual care in hospitalized patients. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011; 16(1):125-32.
5. D'Souza R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. Med J Aust. 2007;186(10 Suppl):S57-9
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. Teach Learn Med. 2004; 16(1): 64-8
7. AkbariLake M, Shamsikoshki E, Abasi M. [Spiritual Health in Medical Education]. Medical Ethics Journal. 2010; 4(14): 113-130.[Persian]
8. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. Patient Educ Couns. 2015; 98(11): 1320-8
9. Molzahn AE, Sheilds L. Why is it so hard to talk about spirituality?. Can Nurse. 2008; 104(1): 25-9.
10. Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. Med Educ. 2008; 42(2): 176-82.
11. Puchalski CM, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: the development of a field. Acad Med. 2014; 89(1): 10-6.
12. Lucchetti G, Lucchetti AL, Espinha DC, de Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. BMC Med Educ. 2012; 12: 78
13. Akbari ME, Kashani FL, Ahangari G, Pornour M, Hejazi H, Nooshinfar E, et al. The effects of spiritual intervention and changes in dopamine receptor gene expression in breast cancer patients. Breast Cancer. 2016 ; 23(6): 893-900.
14. Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, Jafari N. Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. Evid Based Complement Alternat Med. 2014; 2014: 619028.
15. Memaryan N, Rassouli M,Mehrabi M. Spirituality Concept by ealth Professionals in Iran: A Qualitative Study. Evid Based Complement Alternat Med. 2016; Article ID 8913870: 9.
16. Ghasempoor Dehaghani A,NasrEsfeheni A.[Spiritual approach and curriculum]. Pajohesh dar masaele talim va tarbiyate islami. 2012; 13(19): 71-92.[Persian]
17. Noddings N, Shore P. Awakening the Inner Eye: Intuition in Education. 1 st ed.New York and London: Teachers College Press; 1984.
18. Chizari M, (Translator). [Planning for effective training: a guide to curriculum development]. Wentling TL, (Author). Tehran: Tarbiat Modares University ; 1993. [Persian]
19. Maleki, H. [Curriculum spiritual vision "based on the philosophy of Islamic education]. Journal of

Human Sciences. 2007. [citd 2017 Jun 17]. available from: http://ensani.ir/fa/content/87887/default.aspx.[Persian]
20. Bolhari J, DoostAlivand H, Mirzaee M. [Spiritual Approach in Medical Education and Humanities]. Medical Ethics Journal. 2012; 1(20):103-28. [Persian]
21. Memaryan N, Rassouli M, Nahardani SZ, Amiri P. Integration of Spirituality in Medical Education in Iran: A Qualitative Exploration of Requirements. Evid Based Complement Alternat Med. 2015; 2015: 793085.
22. Kattimani SH. Spirituality and medical education in India: Are we ready?. J Res Med Sci. 2012 ; 17(5): 500–501.
23. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. West J Nurs Res. 2004; 26(4): 405-28.
24. Lepherd L. Spirituality: Everyone has it, but what is it?. Int J Nurs Pract. 2015; 21(5): 566-74.
25. Torskenaes 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. J Nurs Manag. 2015; 23(1): 39-53.
26. Barnett KG, Fortin AH 6th. Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents. J Gen Intern Med. 2006; 21(5): 481-5.
27. Helming MA. Integrating spirituality into nurse practitioner practice: the importance of finding the time. The Journal for Nurse Practitioners. 2009; 5(8): 598-605
28. Jafari N, Loghmani A, Puchalski CM. Spirituality and health care in Iran: time to reconsider. J Relig Health. 2014; 53(6):1918-22.
29. Loh KP, Ghorab H, Clarke E, Conroy R, Barlow J. Medical students' knowledge, perceptions, and interest in complementary and alternative medicine. J Altern Complement Med. 2013; 19(4): 360-6.
30. Lucchetti G, Lucchetti AL, Puchalski CM. Spirituality in medical education: global reality?. J Relig Health. 2012; 51(1): 3-19
31. Puchalski CM, Larson DB, Lu FG. Spirituality in psychiatry residency training programs. International Review of Psychiatry.2001; 13(2), 131–138
32. Graves DL, Shue CK, Arnold L. The role of spirituality in patient care: incorporating spirituality training into medical school curriculum. Acad Med. 2002; 77(11): 1167.
33. Rogers DL, Skidmore ST, Montgomery GT, Reidhead MA, Reidhead VA. Spiritual integration predicts self-reported mental and physical health. J Relig Health. 2012; 51(4): 1188-20.
34 Wachtler C, Lundin S, Troein M. Humanities for medical students? A qualitative study of a medical humanities curriculum in a medical school program. BMC Med Educ. 2006; 6: 16.

# Developing Educational Goals and Expected Competencies for Teaching Spiritual Health to The Students of Medical Sciences

**Nadereh Memaryan[1], Seyedeh zahra nahardani[2], Maryam Rassouli[3], Kourosh Vahidshahi[4]**

## Abstract

**Introduction:** *Health services system requires spiritual accountability and should pay attention to this dimension of the clients' health. Due training is needed to address the issue. The purpose of this study was to identify the educational goals and expected competencies in spiritual health education for medical sciences students based on the educational needs.*

**Methods:** *This study was carried out using the expert panel method in three stages: in the first stage, several operating groups reviewed the literature, methods and standards of spiritual health curriculum. In the second stage, the competencies and educational goals were identified based on the experts' opinions. In the third stage, for finalizing the draft of the program goals, these goals were discussed in a focus group of six experts in spiritual health, education and curriculum using the Delphi technique and ultimately a consensus was achieved on the goals.*

**Results:** *Following the analysis of responses and the experts' consensus, a list of educational competencies and behavioral goals related to teaching spiritual health was prepared. Accordingly, the goals of the curriculum were developed in the form of three educational packages: concepts of spiritual health from the perspective of Islam, the importance of spiritual health and its impact on other health dimensions and spiritual issues in health services provision.*

**Conclusion**: *In this study, the expected competencies and specialized behavioral goals were developed according to the educational needs and Blooms' educational goals model. These can be applied to spiritual health curriculum development for the medical group and integration of spiritual health into medical education.*

**Keywords:** Curriculum, spiritual health, spirituality, medical education, Iranian Academy of Medical Sciences

**Addresses:**

1. (✉) Assistant Professor, Department of Spiritual Health, Academy of Medical Sciences of Islamic Republic of Iran, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: naderememaryan@yahoo.com
2. PhD Student of Medical Education, Department of Medical Education, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: zahra_nahardani@yahoo.com
3. Associate professor, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: rassouli.m@gmail.com
4. Assistant professor of Department of Pediatrics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences , Tehran, Iran. Email: kvahidshahi@gmail.com