



دستور العمل مراقبت معنوی از بیماران مزمن و صعب العلاج (راهنمای مشاوران)

تألیف :

دکتر مینو اسدزادگی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج) و محقق مرکز تحقیقات طب قرآن و حدیث

عضو گروه موسس مرکز تحقیقات سلامت معنوی

عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی

با همکاری :

غلامرضا اسکندری

انتشارات رسانه تخصصی / ۱۳۹۸

۲۳۷۵۸۰

سرشناسه	: اسدزندی، مینو
عنوان و نام پدیدآور	: دستورالعمل مراقبت ممنوی از بیماران مزمن و صعب‌العلاج (راهنمای مشاوران)
مشخصات نشر	: تهران : انتشارات رسانه تخصصی، ۱۳۹۸.
مشخصات ظاهری	: ۱۴۰ص.
شابک	: 9786002934512
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: بیماران -- مراقبت -- جنبه‌های مذهبی -- اسلام
موضوع	: Care of the sick -- Religious aspects -- Islam
موضوع	: پرستاری و مراقبت روحی -- ایران
موضوع	: Spiritual care (Medical care) -- Iran
شناسه افزوده	: مینو، غلامرضا، ۱۳۵۳ -
رده بندی کنگره	: BP۲۵۴/۱
رده بندی دیویی	: ۲۶۰/۱۱۰۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۰۰۸۵۲۶

دستورالعمل مراقبت ممنوی از بیماران مزمن و صعب‌العلاج (راهنمای مشاوران)

- تألیف : دکتر مینو اسدزندی
- با همکاری : غلامرضا اسکندری
- شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۲۹۳-۴۵۱-۲
- نوبت چاپ : اول / ۱۳۹۸
- شمارگان : ۱۰۰۰
- قیمت : ۲۵۰۰۰ تومان

نشانی : تهران، خیابان انقلاب، نرسیده به میدان فردوسی، خیابان کندوان، پلاک ۸، طبقه همکف
تلفن : ۶۶۷۳۷۱۳۳-۶۶۷۳۷۲۳۲-۶۶۷۳۷۲۳۰۸-۶۶۷۳۷۰۷۴-۶۶۷۳۷۰۹-۹۱۲۳۰۴۹۱۰۹



فهرست مطالب

۵	دیباچه مولف.....
۵	روش تحقیق.....
۱۲	ضرورت انجام مشاوره / مراقبت معنوی در یک کار تیمی
۱۶	ضرورت استفاده از مدل مراقبت معنوی برای انجام مراقبت.....
۱۹	مدل تئریزی مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم در بیماران.....
۲۰	گام اول: اصلاح ارتباط با خدا و ایجاد خوش بینی.....
۲۴	گام دوم: ایجاد شهامت مواجهه با بحران بیماری.....
۲۵	گام سوم: اصلاح ارزشها با خود.....
۲۵	گام چهارم: اصلاح ارتباط با مردم و عالم خلقت.....
۲۶	گام پنجم: سازگاری با شرایط معنوی و احساس محور.....
۲۷	گام ششم: الگو محور، مانورده معنوی در طول ارتباط درمانی.....
۲۸	گام هفتم: قصد رفتاری و بازنگری.....
۲۹	مهارت‌های معنوی مورد استفاده در جلسات مشاوره/مراقبت معنوی.....
۳۰	برنامه جلسات مشاوره تیم مراقبت.....
۳۱	برنامه جلسات معنوی.....
۳۲	جلسه اول: آشنایی، جلب اعتماد بیمار و کسب ثبات ناخانه.....
۴۵	جلسه دوم: توجه به جنبه های مثبت مشکلات و هدف زندگی و بیان مفهوم آزمایش الهی
۴۸	جلسه سوم: تاثیر ابعاد مختلف سلامت بر یکدیگر و خدایان معنوی.....
۵۱	جلسه چهارم: توسعه ارتباطات اجتماعی.....
۵۵	جلسه پنجم: توسعه ارتباط با طبیعت (نور، رنگ های شاد، محیط آسایش).....
۵۷	جلسه ششم: انگیزش و ارزشها.....
۵۹	جلسه هفتم: ارزشها (ثمرات ارتباط با خدا به عنوان عامل ایجاد امید، شهامت، خوش بینی، سلامت).....
۶۱	جلسه هشتم: مقابله و سازگاری با مشکلات ناشی از بیماری و روشهای درمانی آن.....
۶۶	جلسات نهم و دهم: مقابله و سازگاری با مشکلات ناشی از بیماری و روشهای درمانی آن.....

دیاچه مولف

روش تحقیق:

طراح و نظریه پرداز مدل مراقبت/ مشاوره قلب سلیم در بیش از یک و نیم دهه از عمر خویش در پی پاسخ به دو سوال مهم بود که:

❖ خدایا دلیل این همه رنج و محنت بیمارانم چیست؟

❖ خدایا من چگونه می‌توانم این رنج‌ها را تسکین دهم؟

این‌سان طی مراحل زیر مدل تجویزی مراقبت/ مشاوره معنوی بیماران و مددجویان را طراحی و روان‌سنجی کرد.

۱. ابتدا نظریه‌های مطرح در شناخت اتیولوژی بیماریهای جسمی شامل:

❖ نظریه تک‌عاملی بیماری لویی پاستور در معرفی بیماری‌های عفونی،

❖ نظریه استرس و سازگاری مائس سلیه (پدر علم استرس) در شناخت بیماری‌های پسیکوسوماتیک (روان‌تنه)

دیدگاه پسیکو-نرو-اندوکرینو-ایمنولوژی. در کوهن در شناخت تاثیر حالات روانی بر سلامت جسمی، بررسی شدند. (اسدزندی، راهنمای خدمت معنوی برای مشاوران و دانش‌آموزان سفیر سلامت، ۱۳۹۷)

سپس مکاتب روان‌درمانی وین در روان‌پزشکی از دیدگاه سلامت قلبی فروید تا نظریه انسان قدرت‌طلب آدلر و دیدگاه لوگوتراپی ویکتور فرانکل، معرفی انسان به عنوان موجودی در جستجوی معنای زندگی، و تئوری سیمیک برتالنفی در زیست‌شناسی نظریه ثبات محیط داخلی بدن (هموستاز) از پرنسپل‌کنین در فیزیولوژی، نظریه کوانتوم در شیمی و فیزیک، نیازهای انسان در روانشناسی، به عنوان پیش فرض‌های مدل‌های مراقبت پرستاری مطالعه شدند. به طور همزمان بیش از ۳۵ مدل مراقبت از بدو ایجاد تا ۱۹۹۸ میلادی بررسی شدند (اسدزندی، مشاوره معنوی، ۱۳۹۶).

➤ نتایج مطالعات این مرحله نشان داد که نظریه‌پردازان بین‌المللی در: تعریف

انسان و نیازهای او، سلامت و بیماری، عوامل محیطی موثر بر سلامت و شیوه

مراقبت، به روش قیاسی عمل می‌کنند. مفاهیم متاپارادایمیک مدل‌های مراقبت (مفهوم انسان، سلامت و بیماری، محیط و مراقبت) را از علوم پایه یعنی زیست‌شناسی و فیزیولوژی فیزیک و شیمی اخذ نموده و در علوم تحت شمول چون پزشکی و پرستاری به کار می‌برند (اسدزندی، تحلیل مفاهیم و نظریه‌های پرستاری همراه مدل قلب سلیم، ۱۳۹۲).

۱. تحلیل هفت مدل جهانی مراقبت بر اساس روش نسبت سنجی تام که قابل مقایسه با روش تحلیل ادراکی و تحلیل ارتباطی کارلی ۱۹۹۲ در پرستاری است (واکر اوانت، ۲۰۰۱)، انجام شد.

نتایج این مرحله نشان داد که موضوع روح ملکوتی انسان از عالم امر الهی و باور به وجود عالم غیب در جهان، از منظر علمی مغفول مانده است و این بعد مهم وجودی انسان در علوم پزشکی - مردم‌پس توجهی قرار گرفته است (اسدزندی، ۱۳۸۰).

۳- بنابراین با اقتباس مفهوم روح از پارادایم ادیان ابراهیمی و مفهوم قلب سلیم (نفس مطمئنه) از قرآن و احادیث (بر اساس روش اقتباس مفهوم واکر اوانت، ۲۰۰۵) مفاهیم متاپارادایمیک مدل مراقبت معنوی (انسان، سلامت، محیط، بیماری و پرستاری) تبیین شد (اسدزندی، مفاهیم و نظریه‌های پرستاری، ۱۳۸۵).

نتایج این مرحله نشان داد که از منظر قرآن کریم، انسان دارای روح ملکوتی (قلب) از عالم غیب است. حالت‌های مختلف قلبی در قرآن شامل قلب سلیم انسان‌های دارای سلامت معنوی، قلب منیب توابین، و قلب مریض غافلین، است (اسدزندی، ربیافت قلب سلیم در مفهوم شناسی سلامت معنوی، ۱۳۹۳) صاحبان قلب سلیم به عنوان انسان کامل دارای سلامت معنوی هستند. (اسدزندی، قلب سلیم، سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، ۲۰۱۹) سلامت معنوی با برخورداری از قلب سلیم سبب ارتقای سلامت جسمی روانی اجتماعی در افراد می‌شود (اسدزندی، شاخصه‌های سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، ویژگی‌های صاحبان قلب سلیم، ۲۰۱۹).

۴. با توجه به مفهوم مرکزی (قلب سلیم) با استراتژی گراندد تئوری، گزاره‌های کاربردی مدل و ارتباط بین مفاهیم متاپارادایمیک بیان شد. مدل مراقبت معنوی قلب سلیم، طراحی و روانسنجی گردید (اسدزندی، قلب سلیم، مدل مراقبت معنوی از دیدگاه ادیان، ۲۰۱۵).

➤ نتایج این مرحله نشان داد همچنان که جسم بیمار می‌شود و نیازمند مراقبت است، روح ما نیز به مراقبت معنوی نیاز دارد. ای بسا انسان‌های سالم به لحاظ جسمی که بیماری‌های نفس‌آنها را تهدید می‌کند و سلامت معنویشان را به خطر می‌اندازد. چنانچه بسیاری از انسان‌های بیماری که به واسطه ابتلای به بیماری جسمی دچار بحران و دیسترس معنوی شده، نیازمند مراقبت معنوی هستند (اسدزندی، مراقبت معنوی، ۱۳۹۵).

۵. برای بررسی مفهوم قلب سلیم در محیط واقعی و بیان شاخصه‌های تجربی، طبقات و دسته‌جات این مفهوم در طی مصاحبه با بیماران و خانواده آنها، مشاهده بالینی در طول عمر حرفه‌ای پژوهشگر، مبتنی بر گزارش در عرصه، طی مصاحبه با پرستاران بالینی و اساتید این رشته مصاحبه، روانشناسان بالینی و روانپزشکان، گزاره‌ها استخراج و با گزاره‌های استخراج شده از قرآن و روایات در حرکت از جز به کل و از کل به جز (استقرایی، قیاسی)، دیسترشهای معنوی بیمار و خانواده او در چهار حیطه ارتباطی (ارتباط با خدا، ارتباط با خلق خدا، خرد و عدالت خلقت) تبیین شد (اسدزندی، تشخیصهای معنوی مدل قلب سلیم در بیماران و مددجویان، ۱۶).

➤ نتایج این مرحله نشان داد که بر اساس آیات قرآن کریم، انسان صاحب قلب سلیم دارای سلامت معنوی، از غم و اندوه گذشته، اضطراب و ترس از آینده، رنج نبرده، در حال زندگی می‌کند و بر نعمات الهی و ابتلائات حضرت حق، شکر و سپاس می‌کند. این ویژگی انسان‌های صاحب قلب سلیم، از طرف سازمان بهداشت جهانی به عنوان ویژگی افراد دارای سلامت روان معرفی شده است. فروید هم اضطراب و افسردگی را به عنوان مادر بیماری‌های روانی معرفی نمود و به شهرت جهانی دست یافت (اسدزندی، قلب سلیم، سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، ۲۰۱۹).

عرسیس طراحی و اعتبارسنجی دستورالعمل‌های مراقبت معنوی مبتنی بر شواهد دینی براساس مدل قلب سلیم در بیماران انجام شد (اسدزندی، خود مراقبتی معنوی، ۱۳۹۶، اسکندری، اسدزندی، خادم‌الحسینی، ۱۳۹۴).

❖ در پژوهش تکاملی، برای ارتقا و تکامل دانش موجود با استفاده از فرایند سیستماتیک، علمی و قابل توجیه، مراحل زیر اجرا شد. ۱. مشخص کردن نیاز به دستورالعمل و محدوده دستورالعمل، شامل هدف و جمعیت مورد نظر، ۲. مرور بر شواهد و ساخت دستورالعمل، ۳. بررسی دستورالعمل از طریق نظرات خبرگان، در قالب برگزاری پنل متخصصان، ۴. اجرا و ارزشیابی دستورالعمل.

۱. ابتدا رسیله‌ها را در آگری و گلیا کیفیت دستورالعمل‌های موجود در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و باستان بقیه الله (عج) بررسی شدند.

۲. آیات و روایات مرتبط با کلیدواژه‌های تشخیص‌های معنوی از المعجم قرآن انتخاب شد. با توجه به ضرورت احتیاط از تفسیر به رای آیات، از تفاسیر معتبر شیعی و کتب روایی معتبر مبتنی بر علم و ادله درایه، استفاده شد.

۳. جستجو و مطالعه مقالات علمی بر اساس روش Pico طی مراحل زیر انجام شد.

❖ ۳-۱. P (patient/Population): تعیین خصوصیات مددجو، بیمار و یا مساله بهداشتی مربوط به او (تشخیص‌های معنوی) تعیین بیمار یا گروهی از بیماران با یک وضعیت یا دارای یک مشکل سلامت معنوی.

❖ ۳-۲. I (intervention): تعیین مداخله یا اقدام درمانی مورد نظر (جنبه‌ای خاص از مراقبت معنوی که مورد نظر پرستار یا تیم مراقبت بهداشتی است) در سطوح مختلف نظیر مداخله درمانی، پیشگیرانه، تشخیصی، سازمانی.

❖ ۳-۳. C (comparison): تبیین مداخله دیگری که با مداخله مورد نظر مقایسه شود. در اینجا مقایسه بین دستورالعمل‌های قبلی و تبیین شده صورت گرفت.

❖ ۳-۴. O (outcome): نتیجه‌ای که از انجام مداخله خاص در پژوهش مورد نظر در بیماران بدست آمده است.

۴. سپس دستورالعمل‌های جدید بر مبنای فرایند پرستاری و با اجرای چهار مرحله از مدل Settler طراحی شدند که شامل موارد زیر است:

۴-۱. آمادگی: در این مرحله اهداف و مشکلات موجود در مراقبت از بیماران حاد و مزمن، صعب‌العلاج یا مشرف به مرگ تعیین شدند و به منظور حل این مشکلات بررسی مفصل متون صورت گرفت. سپس مقاله‌ها به ترتیب الویت از مقالات مروری، RCT، مطالعات هم‌گروهی، مطالعات مورد شاهدهی، مطالعات توصیفی از سایت‌های معتبر مانند Pub Med, Cochran بصورت Full text دریافت شدند.

۴-۲. اعتباربخشی: نقد و بررسی مقالات و تدوین دستورالعمل‌ها بر اساس آخرین متون و نظر گروهی از حداقل ده نفر اعضای هیات علمی و متخصصان مراقبت‌های ویژه و اساتید و مربیان آموزشی بخش‌های مراقبت ویژه به عنوان گروه خبرگان (expert group) انجام شد.

۴-۳. بررسی مقایسه‌ای تعیین‌شده: لی بودن دستورالعمل‌ها در بخش و بررسی فواید و خطرات برای بیمار و پرستار توسط گروه متمرکز (focus group) که متشکل از حداقل ۱۵ نفر کارشناس یا کارشناس ارشد پرستاری که حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بخش مراقبت‌های ویژه داشتند، صورت گرفت.

۴-۴. کاربرد: در این مرحله چگونگی استفاده از این دستورالعمل‌ها در بالین مشخص گشت. دستورالعمل‌های نهایی بصورت کتابچه‌ای برای اجرا ارائه شدند.

۴-۵. ارزشیابی: در این مرحله، دستورالعمل‌ها پس از اجرا در بالین مورد ارزشیابی قرار گرفتند.

۵. در پایان دستورالعمل‌های طراحی شده با ابزار آگری و گلیا از نظر کیفیت بررسی و توسط گروه‌های متخصص و متمرکز معتبرسازی شدند (اسدزندی، اسکندری، خادم، عبادی، ۲۰۱۷، ۲۰۱۸).

۷. پس از طی مراحل قبل با شکل‌گیری نظریه توصیفی، جلسات گروه‌های متمرکز با اساتید آموزش بهداشت، پرستاری و روانشناسی تشکیل شد. تحلیل محتوای

الگوهای آموزش بهداشت و تئوری‌های انگیزش صورت گرفت. ضمن کاربرد مدل‌های آموزش بهداشت:

❖ مدل باور بهداشتی در بیماران دیابتی (اسدزندی، فارسی، نجفی، ۱۳۸۵)

❖ مدل ارتقای سلامت در سربازان دارای رفتارهای پرخطر درگیری (شکاری فرد،

اسدزندی، مروتی شریف اباد، ۱۳۸۸)

❖ مدل پرسید پرسید در اختلال اولیه خواب پرستاران نظامی با تاکید

بر آموزش ادب اسلامی خواب (سیاری، اسدزندی، صناعی نسب، ۱۳۸۸)

با توجه به سازه‌های مدل مراقبت معنوی قلب سلیم، پس از پردازش پایه‌های

اساسی تئوری مجمع مفاهیم مرتبط و سازگار، برای عملیاتی کردن الگوی آموزشی

اقتباس با رویکرد مراقبتی سنتز نظریه، واکر و اوانت،

❖ مدل تجربی آموزش سلامت معنوی برای مددجویان (اسدزندی، مدل مشاوره

سلامت معنوی برای ارتقای سلامت مددجویان، ۲۰۱۸)

❖ و مدل توانمندسازی معنوی بیماران طراحی شدند (اسدزندی، مدل اسلامی

آموزش سلامت معنوی به بیماران، ۲۰۱۸)

❖ الگوی مذکور در سه کارآزمایی بالینی به کار رفتند (اسدزندی، ۲۰۱۵، اسدی،

اسدزندی، عبادی، ۲۰۱۴، اکبرپور، اسدزندی، صفاری، خاقانی، ۲۰۱۸، سعیدی، اسدزندی، عبادی، ۲۰۱۴)

➤ آنچه پیش روی شماست چکیده آخرین دستاوردهای مدل است.

۸. با توجه به تاکید اسلام بر خود مراقبتی معنوی در صورت توانمندسازی بیمار و

خانواده، الگوی توانمندسازی خود مراقبتی معنوی در بیماران صعب‌العلاج طراحی

شد (اسدزندی، برنامه توانمندسازی معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم در خانواده کودکان سرطانی، ۲۰۱۸).

➤ این یافته‌ها در این راهنما مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۹. در پژوهش کیفی با روش تحلیل محتوی، شواهد دینی (آیات مرتبط، خطبه‌های

نهج‌البلاغه، دعا‌هایی از صحیفه سجادیه، حدیث جنود عقل و جهل و حدیث عنوان بصری) بررسی شدند و

روشهای تقویت ایمان، به عنوان اصلی‌ترین مراقبت معنوی برای دستیابی به قلب

سلیم، تبیین گشت (ابولقاسمی و اسدزندی، ۱۳۹۷)

۱۰. سپس شاخصه‌های انسان کامل دارای قلب سلیم تعیین شدند (اسدزندی،

شاخصه‌های معنوی انسانید در آموزش الگو محور، ۱۳۹۶).

۱۱. با توجه به ضرورت انجام کار تیمی در اجرای مراقبت و مشاوره معنوی، الگوی اجرایی آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی طراحی شد (اسدزندی، وفادار، طراحی برنامه آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی برای دانشجویان علوم سلامت، ۲۰۱۸).

➤ یافته‌های مراحل تحقیق که در این نوشتار مورد استفاده قرار می‌گیرند نشان داد که انجام مراقبت معنوی بر عهده اعضای تیم درمانی اعم از پزشک معالج و پرستار، روانشناس و مددکار اجتماعی، روحانی و... می‌باشد و همه افراد باید با هدف واحد و با استفاده از مدل مراقبت جامعه‌نگر که هماهنگ با نظام ارزشی بیمار و خانواده و... می‌باشد به کار مراقبت یا مشاوره معنوی بپردازند (اسدزندی، راهنمای سلامت معنوی، کارکنان و دانشجویان نظام سلامت، ۱۳۹۷).

به منظور روای و پایداری داده‌های پژوهش کیفی موارد زیر انجام شد:

(۱) درگیری طولانی مدت و مشاهده مداوم: با تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و درگیر شدن طولانی مدت با مددجویان جوان، و بیماران بستری، حس ارتباط محقق تقویت، زبان فرهنگ و نگاه‌های مشارکت‌کنندگان قابل درک شد.

(۲) تلفیق در تحقیق: با استفاده از منابع متعدد، نظرخواهی از افراد صاحب‌نظر، شرکت خانواده مددجویان در پژوهش، استفاده از راهنمایی استادان و ارائه مطالب در کنگره‌های کشوری و بین‌المللی از نظر صاحب‌نظران رشته‌های مرتبط استفاده شد.

(۳) بازنگری ناظران: ارائه الگو در محافل آکادمیک ملی و بین‌المللی سبب استفاده از نظرات تکمیلی همکاران گردید. چاپ کتاب‌های محقق در این زمینه نیز به این موضوع کمک بسیار کرد.

(۴) جستجو برای شواهد مغایر: محقق بدون سوگیری با اسناد و نظر منتقدان تلاش کرد تا از آن نظرات در اصلاح الگو استفاده کند.

(۵) مقبولیت پژوهشگر: محقق سعی نمود تا خود به تهذیب نفس بپردازد و در عوامل به حاصل پژوهش‌ها باشد و با خلوص نیت تمام آموخته‌هایش را ارائه کند.

(۶) تعیین یافته‌های اولیه پژوهش به استادان پرستاری، روان‌شناسی، فرهنگستان علوم اسلامی قم و فرهنگستان علوم پزشکی کشور ارائه شد تا بررسی و اصلاح شود.

(۷) بازنگری مشارکت‌کنندگان: الگو در اختیار گروهی از مشارکت‌کنندگان قرار گرفت تا نظرات اصلاحی و تکمیلی خود را بیان کنند (استروبرت، ۱۹۹۹).

دکتر مینو اسدزندی / بهار ۱۳۹۸