



مراقبت معنوی بیماران

دکتر مسعود آذربایجانی
دکتر محمدمهدی احمدی فراز
دکتر محمود آزادی



پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
پاییز ۱۴۰۰

آذربایجانی، مسعود، ۱۳۴۲-

مراقبت معنوی بیماران / مسعود آذربایجانی، محمدمهدی احمدی‌فراز، محمود آزادی. - قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۴۰۰. ۳۲۰ص: جدول. - (پژوهشگاه حوزه و دانشگاه: ۵۹۱: روان‌شناسی؛ ۵۵)

ISBN: 978-600-298-374-9

بها: ۵۹۰۰۰۰ ریال

فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیپا.

کتابنامه. ص. [۲۸۷] ۳۰۸: همچنین به صورت زیرنویس.

۱. پرستاری و مراقبت روحی. ۲. Spiritual care (Medical care). ۳. بیماران -- مراقبت -- جنبه‌های مذهبی --

اسلام. ۴. Islam -- Religious aspects -- Care of the sick. ۵. تسهیلات سلامت. ۶. Health facilities.

الف. احمدی‌فراز، محمدمهدی، ۱۳۵۰- ب. آزادی، محمود، ۱۳۶۳- ج. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. د. عنوان.

۲۰۱/۷۶۲۱

BL۶۵

۸۵۳۰۶۹۲

شماره کتابشناسی ملی



مراقبت معنوی بیماران

مؤلفان: دکتر مسعود آذربایجانی (استاد پژوهشگاه حوزه و دانشگاه)، دکتر محمدمهدی احمدی‌فراز

(استادیار دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی)، دکتر محمود آزادی (استادیار مؤسسه حکمت رضوی)

ناشر: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

صفحه‌آرایی: تحریر اندیشه

چاپ اول: پاییز ۱۴۰۰

تعداد: ۳۰۰ نسخه

لیتوگرافی: سعیدی

چاپ: قم-سبحان

قیمت: ۵۹۰۰۰ تومان

کلیه حقوق برای پژوهشگاه حوزه و دانشگاه محفوظ و نقل مطالب با ذکر مأخذ بلامانع است.

قم: ابتدای شهرک پردیسان، بلوار دانشگاه، نبش میدان علوم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تلفن: ۰۲۵-۳۲۱۱۱۱۰۰ (انتشارات

۳۲۱۱۱۳۰۰) شماره: ۳۲۸۰۳۰۹۰، ص. پ. ۳۱۵۱-۳۷۱۸۵

تهران: خ انقلاب، بین وصال و قدس، کوی اُسکو، پلاک ۴، تلفن: ۰۶۶۴۰۲۶۰۰

www.rihu.ac.ir info@rihu.ac.ir

فروشگاه اینترنتی: http://rihu.ac.ir/fa/book

مرکز پخش: قم، خیابان معلم، مجتمع ناشران، طبقه همکف، پلاک ۲۷، تلفن: ۰۲۵-۳۷۸۴۲۶۳۵-۶

سخن پژوهشگاه

پژوهش در علوم انسانی به منظور شناخت، برنامه‌ریزی و ضبط و هدایت پدیده‌های انسانی در راستای سعادت واقعی بشر ضرورتی انکارناپذیر است و استفاده از عقل و آموزه‌های وحیانی در کنار داده‌های تجربی و در نظرگرفتن واقعیت‌های عینی، فرهنگ و ارزش‌های اصیل جوامع شرط اساسی پویایی، واقع‌نمایی و کارایی این‌گونه پژوهش‌ها در هر جامعه است.

پژوهش کارآمد در جامعه ایران اسلامی در گرو شناخت واقعیت‌های جامعه از یک‌سو و اسلام به عنوان متقن‌ترین آموزه‌های وحیانی و اساسی‌ترین مؤلفه فرهنگ ایرانی از سوی دیگر است؛ از این‌رو، آگاهی دقیق و عمیق از معارف اسلامی و بهره‌گیری از آن در پژوهش، بازنگری و بومی‌سازی مبانی و مسائل علوم انسانی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است.

توجه به این حقیقت راهبردی از سوی امام خمینی «ره»، بنیانگذار جمهوری اسلامی، زمینه شکل‌گیری «دفتر همکاری حوزه و دانشگاه» را در سال ۱۳۶۱ فراهم کرد و با راهنمایی و عنایت ایشان و همت استادان حوزه و دانشگاه، این نهاد علمی شکل گرفت. تجربه موفق این نهاد، زمینه را برای گسترش فعالیت‌های آن فراهم آورد و با تصویب شورای گسترش آموزش عالی در سال ۱۳۷۷ «پژوهشکده حوزه و دانشگاه» تأسیس شد و در سال ۱۳۸۲ به «مؤسسه پژوهشی حوزه و دانشگاه» و در سال ۱۳۸۳ به «پژوهشگاه حوزه و دانشگاه» ارتقا یافت.

پژوهشگاه حوزه و دانشگاه تاکنون در ایفای رسالت سنگین خود خدمات فراوانی به جامعه علمی ارائه نموده است که از آن جمله می‌توان به تهیه، تألیف، ترجمه و انتشار بیش از ۵۹۰ عنوان کتاب و شش نشریه علمی اشاره کرد.

این کتاب به عنوان منبع کمک آموزشی و متن درسی برای کسانی مناسب است که در مراکز درمانی و بهداشتی به ویژه بیمارستان‌ها، مراقبت معنوی بیماران را محور فعالیت خود قرار می‌دهند.

از استادان و صاحب نظران ارجمند تقاضا می‌شود با همکاری، راهنمایی و پیشنهادهای اصلاحی خود، این پژوهشگاه را در جهت اصلاح کتاب حاضر و تدوین دیگر آثار مورد نیاز جامعه دانشگاهی یاری دهند.

در پایان پژوهشگاه لازم می‌داند از تلاش‌های مؤلفان محترم اثر، حجت الاسلام دکتر مسعود آذربایجانی، دکتر محمد مهدی احمدی فراز و حجت الاسلام دکتر محمود آزادی و نیز از ارزیابان محترم حجت الاسلام دکتر محمدرضا سالاری فر و دکتر سید محمد مسعود مرنندی سپاسگزاری کند.

فهرست مطالب

مقدمه	۱
ضرورت	۲
ساختار کتاب	۳

فصل اول: کلیات

۱. تاریخچه	۵
شکل‌گیری مراقبت معنوی به صورت دانشی مدون	۷
طب تسکینی	۸
۲. مفهوم‌شناسی مراقبت معنوی و واژگان مرتبط	۱۰
معنویت	۱۱
تعاریف معنویت	۱۳
تعارضات معنوی	۱۵
مراقبت معنوی	۱۵
مراقبان معنوی	۱۸
۱. شرایط عمومی مراقب معنوی	۲۰
۲. شرایط اختصاصی مراقب معنوی (به‌خصوص در بیماران صعب‌العلاج)	۲۰
سلامت معنوی	۲۱
نیازسنجی معنوی	۲۲
۳. مراقبت معنوی و طب تسکینی	۲۴
اهداف کلی طب پالیاتیو	۲۶
اهداف اختصاصی طب پالیاتیو	۲۶

فصل دوم: مدل‌های مراقبت معنوی

۳۰.....	کرامت‌درمانی
۳۲.....	مدل ذهن آگاهی دین‌یار
۳۳.....	مدل زیستی روانی، اجتماعی و معنوی مراقبت
۳۴.....	مدل بین‌رشته‌ای مراقبت معنوی
۳۴.....	مدل مراقبت معنوی بودایی
۳۵.....	مدل مراقبت معنوی براساس روش‌های مقابله‌ای
۳۶.....	مدل اجرایی مراقبت معنوی
۳۶.....	مدل وجودی مراقبت معنوی
۳۷.....	مدل معنادرمانی
۳۹.....	مدل مراقبت معنوی با الگوی اسلامی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری با تأکید بر دعا

فصل سوم: اصول مراقبت معنوی

۴۲.....	الف) پیش‌نیاز ارائه خدمت مراقبت معنوی
۴۲.....	اخذ شرح حال معنوی
۴۳.....	الف) غربالگری نمونه اول
۴۳.....	۱. غربالگری از طریق پرسشگری
۴۴.....	۲. غربالگری از طریق توجه به گفتار و اعمال بیمار
۴۵.....	۳. غربالگری از طریق پرسشنامه
۴۷.....	ب) غربالگری نمونه دوم
۴۹.....	ب) اصول مراقبت معنوی
۵۰.....	۱. اصل همدلی
۵۱.....	آثار همدلی
۵۲.....	تکنیک و راه‌های رسیدن به همدلی
۵۲.....	۱-۱. درک چارچوب ذهنی دیگران
۵۳.....	۱-۲. کنترل احساسات و هیجانات
۵۳.....	۱-۳. گوش کردن فعال
۵۳.....	۱-۴. محکوم‌نکردن بیمار
۵۴.....	۲. اصل تسهیلگری
۵۴.....	۱-۲. گفتگوی ساده
۵۵.....	۲-۲. ارتباط غیرکلامی
۵۶.....	۲-۳. بازگویی و خلاصه کردن
۵۶.....	۲-۴. تقویت کردن ارتباط
۵۷.....	۲-۵. توجه به احساسات
۵۷.....	۲-۶. پاسخ‌های کلامی

۵۷.....	۲-۷. عدم به‌کارگیری پرسش‌های مسدودکننده ارتباط
۵۸.....	۳. اصل عدم پیش‌داوری
۵۹.....	۴. اصل رعایت محدودیت‌های حرفه‌ای
۵۹.....	۴-۱. عدم مداخله مالی
۶۰.....	۴-۲. عدم مداخله پزشکی
۶۱.....	۴-۳. عدم ارائه مسائل مربوط به مرگ
۶۲.....	۴-۴. عدم انذار
۶۳.....	۵. اصل امیدبخشی
۶۴.....	۶. اصل رازداری
۶۸.....	۷. اصل احترام به حق انتخاب بیمار
۶۹.....	۸. اصل عدم اضرار به بیمار
۶۹.....	۹. اصل سودرسانی به بیمار
۷۰.....	۱۰. اصل عدالت در مورد بیماران

فصل چهارم: سنجش و ارزیابی معنوی

۷۳.....	تعریف دین و معنویت در روان‌شناسی دین
۷۷.....	تعریف دین و معنویت از دیدگاه اسلامی
۷۸.....	رویکردها در سنجش معنویت
۸۰.....	چه کسی باید ارزیابی معنوی را انجام دهد؟
۸۱.....	تاریخچه سنجش معنویت
۸۲.....	ارزیابی معنوی استول
۸۳.....	مقیاس فیکا
۸۴.....	پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگ
۸۵.....	مقیاس اسپریت
۸۶.....	فکت
۸۷.....	هوپ
۸۷.....	شاخص دینی DUKE
۸۸.....	مقیاس تجربه معنوی راسانه DSES
۸۸.....	پرسشنامه قدرشناسی / هیبت GrAw-7
۸۹.....	مقیاس جنبه‌های معنویت (ASP)
۹۰.....	مقیاس نگرش به خدا (ATGS-9)
۹۰.....	مقیاس چالش‌های مذهبی و معنوی (RSS)
۹۱.....	پرسشنامه نیازهای معنوی (SpNQ)
۹۲.....	پرسشنامه معنویت اسلامی

فصل پنجم: خودمراقبتی معنوی

۹۵.....	الف) خودمراقبتی معنوی و مفاهیم مرتبط
۹۹.....	ب) تبیین خودمراقبتی نیایش محور با نگاهی روان‌شناختی
۹۹.....	۱. شناخت‌درمانی و دعا با نگاه روان‌شناختی
۹۹.....	۲. دعا با نگاه روان‌شناختی
۱۰۲.....	۳. رابطه خودگویی و دعا با نگاه روان‌شناختی
۱۰۲.....	۴. معنویت نیایش محور
۱۰۳.....	خودمراقبتی نیایش محور
۱۰۳.....	اصول و قواعد خودمراقبتی معنوی نیایش محور
۱۰۴.....	ج) اصول و قواعد خودمراقبتی معنوی مبتنی بر دعا
۱۰۵.....	د) خودمراقبتی معنوی نیایش محور جهت کاهش غم

فصل ششم: مراقبت معنوی در خانواده

۱۱۷.....	پیدایش نهاد خانواده
۱۱۷.....	معنویت و خانواده
۱۱۸.....	الگوی خانواده سالم در اسلام
۱۱۹.....	نقش دین و معنویت در خانواده از نظر اسلام
۱۲۲.....	تأثیر بیماری‌های مزمن بر روی ساختار خانواده
۱۲۲.....	اکومپ (نقشه زیست محیطی) معنوی خانواده
۱۲۵.....	ژنوگرام دینی معنوی خانواده (RSG)
۱۲۷.....	مدل مراقبتی نیازهای معنوی خانواده
۱۲۸.....	کرامت درمانی مخصوص خانواده‌ها
۱۲۹.....	مدل مراقبت خانواده مورفی
۱۳۰.....	نقش مراقبت معنوی در تصمیم‌گیری خانواده
۱۳۰.....	نقش مراقبت معنوی در ترس‌های اعضای خانواده
۱۳۱.....	نقش مراقبت معنوی در چالش‌های معنوی خانواده
۱۳۲.....	نقش خانواده در اجرای احکام محتضر

فصل هفتم: مراقبت معنوی ویژه پزشک و پرستار

۱۳۸.....	مراقبت معنوی ویژه پزشکان
۱۳۹.....	ضرورت توجه به معنویت توسط پزشکان
۱۴۰.....	ارائه خبر بد به بیمار
۱۴۲.....	راهنمای علمی پزشکان در مراقبت معنوی بیماران محتضر
۱۴۳.....	گرفتن شرح حال معنوی توسط پزشک
۱۴۵.....	رابطه بیمار-پزشک

۱۴۶.....	حساسیت ارائه مراقبت معنوی.....
۱۴۷.....	موانع مراقبت معنوی توسط پزشک.....
۱۴۹.....	مراقبت معنوی پرستاران.....
۱۵۰.....	مدل نظامی.....
۱۵۰.....	مدل تجربی مراقبت معنوی پرستاران.....
۱۵۱.....	ارجاع به دین‌یار.....
۱۵۳.....	مراقبت معنوی و حفظ حریم خصوصی بیمار.....
۱۵۳.....	حفظ حریم شخصی مسلمانان.....

فصل هشتم: مراقبت معنوی ویژه روحانی (مراقب معنوی)

۱۵۷.....	الف) مراحل کلی مداخلات معنوی.....
۱۵۸.....	۱. آماده‌سازی.....
۱۵۹.....	۲. مداخله.....
۱۶۰.....	۳. ارائه تمرین و تکلیف، و ارزیابی.....
۱۶۲.....	ب) تبیین نگاه درمانی به دعا برای مراقب معنوی و آشنایی با اصول آن برای درمان (طب مکمل).....
۱۶۳.....	۱. آگاهی به نگرش و اجزای آن.....
۱۶۳.....	۲. آگاهی به اصول نگرش بدیع به دعا با نگاه درمانی.....
۱۶۴.....	اصل اول: نگرش‌سازی با دعا.....
۱۶۴.....	اصل دوم: جامع‌نگری در دعا.....
۱۶۵.....	اصل سوم: استمرار.....
۱۶۶.....	اصل چهارم: تناسب.....
۱۶۷.....	اصل پنجم: تمرکز و توجه ذهنی.....
۱۶۷.....	ج) فرایند مداخله مراقب معنوی در موضوع کاهش اضطراب بیمار براساس دعا.....
۱۶۹.....	گام اول: آشنایی با مفاهیم مورد نیاز.....
۱۶۹.....	اضطراب.....
۱۷۰.....	توکل.....
۱۷۱.....	گام دوم: تشخیص باورهای نادرست بیمار.....
۱۷۱.....	گام سوم: مراحل سه‌گانه مداخله معنوی در موضوع توکل.....
۱۷۲.....	مرحله آماده‌سازی.....
۱۷۲.....	مرحله مداخله.....
۱۷۳.....	مرحله نهایی: تمرین و تکلیف.....
۱۷۴.....	د) فرایند مداخله مراقب معنوی در موضوع کاهش احساس گناه بیمار با روایت.....
۱۷۴.....	گام اول: مفاهیم.....
۱۷۶.....	گام دوم: تشخیص باورهای نادرست بیمار و به‌کارگیری روایت مناسب.....
۱۷۸.....	باورهای ناکامل یا نادرست بیمار.....

گام سوم: مراحل سه‌گانه مداخله معنوی با روایت.....	۱۷۹
مرحله آماده‌سازی.....	۱۷۹
مرحله مداخله.....	۱۷۹
مرحله نهایی (تمرین و تکلیف).....	۱۷۹
بیان تجارب معنوی بیماران از روایت.....	۱۸۰
(و) مقایسه به‌کارگیری روایت برای تبلیغ و مراقبت معنوی.....	۱۸۰
ه) تعریف، اهداف دوره و جدول سرفصل‌های دروس پودمانی مراقبت معنوی.....	۱۸۱
۱. تبیین کلی دوره.....	۱۸۱
۲. ویژگی‌های دوره.....	۱۸۲
۳. اهداف دوره.....	۱۸۲
۴. شرایط شرکت‌کنندگان.....	۱۸۳
۵. طول دوره.....	۱۸۳
۶. نقش و توانایی‌های دوره‌دیدگان.....	۱۸۳

فصل نهم: مراقبت معنوی در مصرف‌کنندگان مواد (معتادان)

اعتیاد چیست؟.....	۱۸۵
مشخصات افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد.....	۱۸۷
شاخص انکار.....	۱۸۹
مدل بیماری.....	۱۹۱
برداشت نادرست از معنویت.....	۱۹۳
چگونه معنویت می‌تواند کمک کند؟.....	۱۹۴
راهکارهای جدید برای درمان اعتیاد.....	۱۹۸
معنویت: داستان من، داستان تو و داستان خدا.....	۲۰۲
اصول و شیوه‌های مراقبت معنوی معتادان.....	۲۱۱

فصل دهم: مراقبت معنوی در نهادهای سلامت و چشم‌انداز

بررسی میزان تأثیر مراقبت‌های دین‌یاری در بیمارستان.....	۲۲۳
مقابله معنوی در بیمارستان.....	۲۲۵
نیازهای معنوی در مراکز درمانی.....	۲۲۶
کشمکش معنوی بیماران.....	۲۲۷
آیا نیازهای معنوی بیماران می‌بایست مدنظر قرار گیرند؟.....	۲۲۷
دین‌یاران مقیم، کجا هستند و چه می‌کنند؟.....	۲۲۸
دین‌یاران چه می‌کنند؟.....	۲۳۰
ارجاعات به دین‌یاران.....	۲۳۰
فعالیت‌های دین‌یاران.....	۲۳۲

۲۳۵.....	فعالیت‌های دین‌یاران؛ مراقبت از خانواده‌ها
۲۳۷.....	مطالعات مربوط به رضایت بیمار از مراقبت معنوی
۲۴۰.....	پژوهش‌های مرتبط با مداخلات دینی
۲۴۰.....	شرکت در تیم میان‌رشته‌ای
۲۴۱.....	کار روحانیون به صورت مستقل
۲۴۳.....	ارائه یافته‌های پژوهش‌ها به شیوه گمراه‌کننده
۲۴۴.....	آینده تحقیقات دین‌یاری
۲۴۷.....	مراقبت معنوی و دین‌یاری در ایران
۲۴۹.....	چشم انداز مراقبت معنوی در ایران

ضمائم

۲۵۳.....	۱. پرسشنامه معنوی اسلامی دستی و سیتورات
۲۵۷.....	۲. جدول دوره مراقبت معنوی
۲۶۲.....	۳. قوانین موجود در باره مراقبت معنوی بیماران در بیمارستان

منابع و مأخذ

۲۸۷.....	الف) منابع فارسی
۲۹۳.....	ب) منابع انگلیسی

مقدمه

بیماری^۱ یکی از احوالاتی است که بر انسان عارض می‌شود و آسیب‌هایی را بر او وارد می‌کند. هر انسان در طول عمر خود، معمولاً یک بار یا بیشتر تجربه بیماری را داشته است. بیماری فرایند آسیب معینی است که دارای مجموعه‌ای خاص از نشانه‌هاست، بیماری ممکن است تمام بدن یا بخشی از آن را تحت تأثیر قرار دهد و از حیث علت‌شناسی، آسیب‌شناسی (تغییر ساختاری یا کنشی در بافت که معلول بیماری است) و پیش‌آگهی (پیش‌بینی نتایج محتمل بیماری) ممکن است شناخته‌شده یا ناشناخته باشد (آگدن، ۱۳۹۵). امروزه الگوی چهاربُعدی زیستی‌روانی اجتماعی معنوی^۲ در شناخت بیماری و سلامت مورد توجه است. معنای بیماری با علائم زیر مشخص می‌شود: ۱. احساس طبیعی نداشتن: حالم خوب نیست؛ ۲. علائم خاص: فیزیولوژیکی یا روان‌شناختی؛ ۳. عنوان بیماری‌های خاص: آنفولانزا، افسردگی، سرطان و...؛ ۴. پیامدهای بیماری: من نمی‌توانم آنچه را معمولاً انجام می‌دادم، فعلاً انجام دهم؛ ۵. خط زمان: مدت تداوم علائم، طولانی شدن بیماری (همان، ج ۱، ص ۲۹۳).

با توجه به درد و رنج و مشکلات گوناگون جسمی، روانی و حتی اجتماعی که به دنبال بیماری پیش می‌آید، افزون بر پیگیری پزشکی و درمانی، لازم است بیمار از جهات معنوی و روان‌شناختی نیز پشتیبانی شود. مراقبت معنوی^۳ عبارت است از: معنایابی و معنابخشی به ارتباطات چهارگانه انسان با خدا، خود، خلق و خلقت. برای رسیدن به نظام باور و عمل یکپارچه (انسجام‌بخش) که

1. Illness

2. Biopsychosocialspiritual

3. Spiritual care

در چهارچوب مبدأ و معاد، زندگی را هدفمند، ارزشمند و شایسته رنج و کوشش می‌یابد و مرگ را معنادار و قابل‌پذیرش می‌کند (احمدی‌فراز و همکاران، ۱۳۹۶، ص ۲۹).

ضرورت

افزون بر لزوم نگاه علمی و کاربردی به مسائل موردنیاز انسان و جامعه امروز، در خصوص مراقبت معنوی از بیماران موارد زیر نیز اهمیت ویژه دارد:

۱. توجه به بیماری و نحوه مناسب مواجهه با آن، یکی از بخش‌های مهم، اساسی و فراگیر

الگوی سلامت در انسان است؛

۲. وظیفه انسانی، اخلاقی و دینی برای شناسایی مشکلات و نیازهای بیماران و کوشش

علمی در جهت کاهش آلام و رنج‌های آنان؛

۳. استفاده از تجارب علمی و عملی دیگر کشورها، به‌ویژه قلمروهای مسیحی، برای

مراقبت معنوی و ابعاد آن، به‌ویژه آنکه در ایران این حوزه بسیار نوپدید و کم‌سابقه است؛

۴. معرفی، مطالعه و استفاده از رویکرد علمی در موضوعات و مباحث مراقبت معنوی،

به‌ویژه حوزه روان‌شناسی بیماری و سلامت^۱، طب تسکینی^۲ و به‌طور خاص مراقبت معنوی؛

۵. استخراج، بازخوانی و تنظیم و تبویب آموزه‌های غنی اسلامی در حوزه مراقبت معنوی

بیماران، به‌ویژه با توجه به اشتراک در خلقت و داشتن نیای مشترک: «هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ

وَاحِدَةٍ وَجَعَلَ مِنْهَا زَوْجَهَا» (اعراف، ۱۸۹)، پیامبر اکرم ﷺ: ان الناس من آدم و آدم من تراب

(مجلسی، ۱۳۸۷، ج ۶۱، ص ۵۴). شدت پیوستگی میان آحاد امت اسلام (برادری و اخوت):

«إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلِحُوا بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ» (حجرات، ۱۰)،

امام صادق (علیه السلام): «المؤمن اخو المؤمن كالجسد الواحد ان اشتكى شيئا منه وجد الم ذلك في سائر جسده

وارواحهما من روح واحد» (مجلسی، ۱۳۸۷، ج ۶۱، ص ۱۴۸). مفاهیم و آموزه‌های عیادت از بیمار

(دانشنامه احادیث پزشکی، ج ۱، ص ۱۹۶-۲۰۲)، گشایش کار دیگران (باب تنفیس و تفریح عن

المكروب: حکیمی، ۱۴۰۹ق، ج ۵، ص ۱۰۰)، برآوردن نیازهای دیگران (باب مجلسی، ۱۳۷۸،

ج ۷۴، ص ۲۲۶)، فریادرسی غمدیدگان (همان، ص ۴۰۹)، گشایش از کار گرفتاران

1. Psychology of illness & health

2. Palliative care

(حکیمی، ۱۴۰۵ق، ج ۵، ص ۱۰۰)، یاریگری و مواسات (مجلسی، ۱۳۷۸، ج ۷۴، ص ۳۹۱)، تعاون و دستگیری از دیگران: «تَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى» (مائده، ۲)، نیکوکاری و احسان به هم‌نوع: «إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَ...» (نحل، ۹۰)، رفت و آمد و سرکشی کردن از دوستان و نزدیکان: «تواصل» (مجلسی، ۱۳۷۸، ج ۷۴، ص ۲۵۶)، عاطفه‌ورزی (تعاطف) (کلینی، ۱۳۸۵، ج ۲، ص ۱۷۵)، و... در همین راستا هستند. افزون بر اینها آموزه‌های معنوی و توصیه‌های عبادی و دینی در قرآن و حدیث نیز قابل توجه‌اند؛ از جمله: دعا و نیایش، نماز، روزه‌داری، اعتکاف، تلاوت قرآن و تدبر و تفکر در آن، مراقبه، ذکر، مرگ‌اندیشی، مواجهه با سوگ و فقدان عزیزان، صبر، توکل، رضا و پذیرش تقدیر الهی، زیارت، توسل، تجربه‌های دینی و معنوی و... ظرفیت‌های غنی اسلامی است که برای مراقبت معنوی بیماران سودمند است و گاهی ضرورت می‌یابد.

ساختار کتاب

این کتاب به‌عنوان منبع کمک آموزشی و متن درسی برای کسانی که در مراکز درمانی و بهداشتی به‌ویژه بیمارستان‌ها مراقبت معنوی بیماران را محور فعالیت خود قرار می‌دهند، مناسب است. برای پزشکان، پرستاران و کادر درمانی نیز این کتاب می‌تواند در زمینه‌های مراقبت معنوی مفید باشد. در خانه و خانواده نیز برای مراقبت معنوی بیماران مناسب است. این کتاب در ده فصل تنظیم شده که محور همه مباحث مراقبت معنوی بیماران است و عناوین فصول نیز مهم‌ترین مباحثی است که در این حوزه کارآمدی دارد: فصل اول: کلیات؛ فصل دوم: مدل‌های مراقبت معنوی؛ فصل سوم: اصول مراقبت معنوی؛ فصل چهارم: سنجش و ارزیابی معنوی؛ فصل پنجم: خودمراقبتی معنوی؛ فصل ششم: مراقبت معنوی در خانواده؛ فصل هفتم: مراقبت معنوی ویژه پزشک و پرستار؛ فصل هشتم: مراقبت معنوی ویژه روحانی (مراقب معنوی)؛ فصل نهم: مراقبت معنوی ویژه مصرف‌کنندگان مواد (معتادان)؛ و سرانجام فصل دهم: مراقبت معنوی در نهادهای سلامت.

گفتنی است این کتاب به‌طور عمده به‌منظور معرفی مراقبت معنوی به مخاطبان خاص و به‌ویژه بیماران و خانواده آنان و نیز به‌عنوان کتاب راهنما برای مشاوران و مراقبان معنوی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی است؛ بنابراین، رویکرد اصلی کتاب نگاه علمی و پژوهشی

نیست، هرچند در حد امکان ملاک‌ها و شاخص‌های علمی نیز رعایت شده است. نکته دیگر اینکه در مورد مراقبت معنوی بیماران، این کتاب از نخستین آثار در این حوزه است؛ از این رو لازم است ادبیات علمی موجود در جهان و کشورهای دیگر تا حدی منتقل شود و در عین حال با نگاه بومی و اسلامی، چارچوب فرهنگی ایران را مورد توجه قرار دهیم. به همین جهت، در این کتاب بخش‌هایی از منابع اصلی ترجمه شده و بخش‌های دیگر نیز از منابع اسلامی و تجربه‌های علمی و عملی سال‌های اخیر در داخل استفاده شده است. با پیشرفت علمی و تجربی بیشتر در این حوزه، می‌توان در آینده آثار مستقل و کاملاً مبتنی بر ادبیات علمی بومی و اسلامی به رشته تحریر درآورد.

حسن ختام مقدمه، تشکر و تقدیر و سپاس از ارزیابان این اثر جناب حجت‌الاسلام دکتر محمدرضا سالاری فر و دکتر سیدمحمد مسعود مرنندی است که با تذکرات خود بر غنای این اثر افزودند. همچنین از مدیر محترم گروه روان‌شناسی، آیت‌الله سیدمحمد غروی‌راد که همه کتاب را مطالعه کردند و تذکرات سودمندی در اصلاح و تکمیل این اثر داشتند، تشکر ویژه داریم. از مسئولان پژوهشگاه که این فرصت علمی را فراهم کرده‌اند نیز تقدیر و تشکر می‌کنیم. در پایان از ارباب معرفت و همه خوانندگان چشم‌انتظار انتقادات و پیشنهادها درباره این کتاب هستیم.

نویسندگان

فصل اول

کلیات

۱. تاریخچه

موضوع مراقبت معنوی از دو محور اصلی تشکیل شده است: یک محور آن مربوط به علم الهیات و یک بخش آن مربوط به علم پزشکی و حوزه سلامت است.

مراقبت معنوی از زمان‌های گذشته هم وجود داشته است؛ البته در گذشته فعالیت‌های مربوط به این حوزه دقیقاً با عنوان مراقبت معنوی انجام نمی‌شد، بلکه پزشکان و روحانیانی که در زمینه درمان بیماران فعالیت می‌کردند کارهایی به صورت پراکنده انجام می‌دادند که می‌توان آنها را در زمره مراقبت‌های معنوی به شمار آورد؛ اما در گذشته این فعالیت‌ها هیچ‌گاه در قالب دانش مدون شکل نگرفته بود. در ادامه به مواردی اشاره می‌شود که نشان‌دهنده ارتباط معنویت و علم پزشکی یا به عبارتی مراقبت معنوی است.

۱. در اوستا کلمه پزشکی، بَشْر به معنای چاره‌بخش و درمان‌کننده است. در بخشی از مکتوبات و نذیرداد آمده که زرتشت از اهورامزدا سؤال کرد که اگر پزشکانی چند باشند که یکی با کارد (چاقو و لوازم جراحی)، دیگری با گیاه و سومی با ادعیه و کلمات خدایی پاک، درمان کنند، برتری با کدام است؟ جواب داده شد: «ای سپنتمان زرتشت، برتری با طبیب سومی است که او پزشک پزشکان است».

بر این اساس می‌توان گفت در دوران زرتشت و پیش از اسلام، علم الهیات با علم پزشکی پیوند محکمی داشته است؛ به صورتی که برتری در درمان با آن پزشکی بوده است که از معنویت و علم الهیات در درمان بهره می‌گرفته است. این مسئله نمونه‌ای از مراقبت معنوی در گذشته است.

۲. در ایران باستان مرسوم بود که پزشک بیشتر از میان طبقه روحانی انتخاب می‌شد، و پس از اتمام دوره الهیات و پزشکی اگر فقط به اجرای احکام دین می‌پرداخت، در دسته روحانیون (مغان) قرار می‌گرفت در غیر این صورت به درمان بیماران و معالجه آنان می‌پرداخت. این موضوع تا ظهور اسلام و پس از آن در تاریخ طب کشورمان دیده می‌شود، که عموماً اطبای عالی‌قدر علمای حکمت هم بودند (پیر روسو، ۱۳۹۶، ص ۴۹).

اینکه در دوران باستان، اطبا از میان روحانیان برمی‌خواستند نشان‌دهنده رابطه علم الهیات و پزشکی است که در نهایت توجه ما را به ریشه‌های مراقبت معنوی رهنمون می‌سازد.

۳. مسلمانان، بهترین و بهداشتی‌ترین بیمارستان‌ها را در عصر خود، بنا کردند. اولین مکانی که برای درمان بیماران، در زمان پیامبر اسلام ﷺ تأسیس شد، چادری بود در داخل مسجدالنبی که در آن بیماران و مجروحان جنگ، معالجه می‌شدند و پیامبر ﷺ از آنان عیادت می‌کرد و آنها را مورد تفقد قرار می‌داد (طبری، ۱۳۶۳، ج ۵، ص ۲۲۴).

در خصوص پیشگامی مسلمانان در بهداشت روانی، «سازمان بهداشت جهانی» در نشریه WHO هفتم آوریل ۱۹۵۹م می‌نویسد:

اولین پناهگاه یا تیمارستان قرون وسطا را برای مراقبت از بیماران روانی، مسلمانان ساختند و در آنجا با روش پزشکان مشرق‌زمین، این بیماران را درمان می‌کردند. در این دوران تعدادی دارالمجانین در بغداد، دمشق و حلب وجود داشت. مسافرانی که از اروپا به این نقاط می‌آمدند در بازگشت، درباره روش انسانی درمان در این مؤسسات تعریف می‌کردند که بی‌شک از اعتقادات دینی مسلمانان و تعالیم روشن‌بینانه پیامبر اسلام سرچشمه گرفته بود.

همچنین در صدر اسلام، بانوان به امر درمان و پرستاری از بیماران می‌پرداختند؛ برای نمونه می‌توان از بانوی گرانقدر اسلام، «رفیده» نام برد که در مسجدالنبی خیمه‌ای به پا کرده بود و به مداوای بیماران و مجروحان می‌پرداخت (قاسمیان، ۱۳۸۳، ص ۸۹).

اینکه پیامبر و یاران ایشان، از جمله رفیده، در محلی به نام مسجد به مراقبت از بیماران می‌پرداختند، نشانگر پیوند دین و پزشکی است. از این مهم‌تر عیادت پیامبر از بیماران و مهربانی که نسبت به آنها داشته یکی از مصداق‌های بارز مراقبت معنوی است. این مهربانی همان‌طور که پیشتر گفته شد، زبازرد مردمانی از مغرب زمین بوده است. از این‌رو، می‌توان نتیجه گرفت یکی از اصلی‌ترین ریشه‌های مراقبت معنوی به اسلام برمی‌گردد.

همچنین احادیث طبی که از پیامبر ﷺ که در دانشنامه پزشکی (محمدی ری شهری، ۱۴۲۵ق) تدوین شده، مبین نگاه مراقبتی پیامبر به بیماری و بیماران است. برای تأیید این دیدگاه تقسیم‌بندی کلی احادیث پیامبر ﷺ براساس دانشنامه بیان می‌شود: ۱. احادیث اعجاز در درمان؛ ۲. احادیث پیشگیری از بیماری؛ ۳. احادیث درمان بیماری. برای نمونه، در احادیث مربوط به درمان به موضوعاتی از قبیل عبادت بیماران، پرستاری از آنها و ... توجه شده است که همگی مربوط به حوزه مراقبت معنوی است.

شکل‌گیری مراقبت معنوی به صورت دانشی مدون

تاریخچه کارهای مبتنی بر مراقبت معنوی، به صورت علمی در غرب طولانی نیست. طبق مطالعه متون (در حوزه سلامت)، اولین کارهای عملیاتی در مراقبت معنوی با کارهای خانم سیسلی ساندرز، در دهه ۱۹۶۰ مرتبط است. در اواخر قرن هجدهم، بیمارستان جورج، بیماری را به‌عنوان بیمار غیرقابل درمان، از بیمارستان ترخیص می‌کند و بیمار در یک شب سرد ژانویه در خیابان جان می‌دهد (استلبرگ، کندی و آنگلوب، ۲۰۱۷). از آنجایی که شعار سازمان بهداشت و درمان انگلستان، «مراقبت از گهواره تا گور» بود، کلیسا به دلیل فوت این بیمار، سازمان بهداشت و درمان انگلیس را به چالش کشید، که چرا باید بیمار در مرحله پایان حیات، از بیمارستان مرخص شود، و در خیابان جان دهد، آنها این مسئله را بر خلاف کرامت و سلامت معنوی بیماران دانستند. در دهه ۱۹۶۰ با حرکت‌های کلیسا مبتنی بر توجه جدی به مسائل روحی و روانی بیماران مزمن، دکتر سیسلی ساندرز نقاهت‌خانه کریستوفر لندن را احداث کرد (همان). از آنجایی که نیازهای مذهبی و معنوی بیماران، در هنگام مردن بسیار پررنگ می‌نمود، کار سیسلی ساندرز بر روی این بیماران بیشتر شبیه کارهای مراقبت‌های دینی و معنوی بود (کلارک، ۲۰۰۵): بنابراین، با دقت در متون علمی مراقبت معنوی، می‌توان بیان کرد که از نظر تاریخی، مراقبت معنوی با شکل‌گیری نقاهت‌خانه آغاز شده است. بعدها جریان نقاهت‌خانه به کانادا و دیگر کشورها رسید و این جریان، به تدریج زمینه‌ساز شکل‌گیری طب تسکینی شد. مراقبت معنوی پس از مدتی به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین بخش‌های طب تسکینی درآمد؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد برای آشنایی عمیق‌تر با مراقبت معنوی لازم باشد سیر تاریخی کلی از طب تسکینی نیز بیان شود که در ادامه به آن می‌پردازیم.

طب تسکینی

طب تسکینی مجموعه‌ای از خدمات متعدد برای بیمار، جهت ارتقای کیفیت زندگی او می‌باشد؛ مراقبت معنوی یکی از آن خدمات است. اولین مرکز طب تسکینی مربوط به بیمارستان سلطنتی ویکتوریای ایرلند است. در این بیمارستان مراقبت‌های تسکینی با ۱۲ تخت صورت می‌گرفت. این نوع مراقبت‌ها همکاری بین‌رشته‌ای را می‌طلبد. به‌منظور مراقبت کامل و ۲۴ ساعته، پزشکان، روانپزشکان، مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان، روحانیون و افراد داوطلب با یکدیگر به همکاری می‌پرداختند. این نوع مراقبت، مراقبتی جامع بود که نیازهای معنوی بیماران را نیز مورد توجه قرار می‌داد. هدف این نوع مراقبت افزایش کیفیت زندگی بیماران و محافظت از کرامت آنان بود (مونت بافلر، ۱۹۷۶). این نوع مراقبت تسکینی در زمانی ایجاد شد، که تشخیص بیماری‌های کشنده مخفی می‌ماند و خانواده‌ها فرصت سخن گفتن با عزیزان در حال فوت را نداشتند، و این نوع مخفی‌کاری در مدل پزشکی آن زمان موجب تنهاتر شدن بیمار و استرس و اضطراب بیشتر وی می‌شد. به عبارتی دیگر، با شروع طب تسکینی، این نوع مدل به چالش کشیده و منسوخ شد (استولبرگ، ۲۰۱۷، ص ۱۸۲). مدیریت بیماری مهم‌ترین و چشمگیرترین موضوع طب تسکینی بود. همچنین ارتباط پزشک با بیمار اهمیت قابل توجهی داشت، به طوری که پزشک در کنار تخت بیمار می‌نشست و وی را با اسم صدا می‌زد و گاهی با بیمار شوخی می‌کرد (بافلر، ۱۹۷۸). یکی از چالش‌های مراقبت تسکینی در آغاز راه، تنوع فرهنگی بیماران بود. عجمیان و مونت (۱۹۸۰) یک بیمار پاکستانی مرد را گزارش کردند که در ارتباط با نظافت شخصی با پرستار زن مشکل داشت. پس از تجربه بیمارستان سلطنتی ویکتوریا، طب تسکینی در سرتاسر دنیا گسترش یافت. برای نمونه در سال ۲۰۰۷، بیش از ۲۵۰۰ تخت طب تسکینی در انگلیس وجود داشت (دویل، ۲۰۰۸). تا سال ۲۰۰۵ در آمریکا از هر سه بیمارستان، یک بیمارستان خدمات طب تسکینی ارائه می‌کرد. در برخی از کشورهای منطقه از جمله امارات و ترکیه نیز طب تسکینی و مراقبت معنوی بیماران پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته است.^۱

۱. در سال ۲۰۱۹ دانشگاه مرمره استانبول در ترکیه همایش بین‌المللی مراقبت معنوی با عنوان «second interntional congress on religious-spiritual counseling & care» برگزار کرد که از کشورهای گوناگون در آن شرکت کرده بودند. دانشگاه‌های ترکیه حضور و مشارکت فعالی در همایش داشتند و حتی دانشجویان الهیات، گزارش فعالیت‌های بالینی خود را در بیمارستان‌ها و زندان‌ها در قالب مقاله ارائه کردند.

فعالیت‌های علمی مرتبط با طب تسکینی و مراقبت معنوی در ایران اگرچه با تأخیر صورت گرفت، اما به روش‌های گوناگون این جنبش علمی انجام شده است که برخی از این فعالیت‌ها به اختصار بیان می‌شود:

۱. دبیرخانه شورای راهبردی، تدوین راهنماهای بالینی در سال ۱۳۹۶ در ایران راهکار طبابت بالینی با عنوان خدمات معنوی جهت بیماران مبتلا به سرطان تصویب کرد.^۱ در این راهنما شش محور مدنظر قرار گرفت: ۱. ارزیابی معنوی؛ ۲. بیماران متقاضی دریافت خدمات معنوی؛ ۳. اجزای مراقبت معنوی؛ ۴. ارائه‌دهندگان خدمات معنوی؛ ۵. عرصه‌های ارائه خدمات معنوی؛ ۶. امکانات منابع ارائه خدمات معنوی. در مورد چهارم، خانواده، تیم درمان اعم از پزشک، پرستار، روان‌شناس، مددکار و همچنین روحانی به‌عنوان ارائه‌دهندگان خدمات محسوب شده‌اند.

۲. وزارت بهداشت در راستای رعایت حقوق بیمار، راهنمای جامع اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران را تصویب کرد. یکی از حقوق بیمار عبارت است از: ارائه خدمات، منطبق بر موازین شرعی، قانونی و اصول حرفه‌ای پزشکی. در بخش چهارم این راهنما توجه به نیازهای عبادی بیمار نیز ذکر شده است.

۳. راه‌اندازی مراکز طب تسکینی در ایران مربوط به بیمارستان سیدالشهداء (امید) در اصفهان، بیمارستان فیروزگر در تهران، بیمارستان رضوی در مشهد مربوط به بیماران سرطانی است. راه‌اندازی مرکز طب تسکینی در اصفهان منجر به شکل‌گیری کارگروه مراقبت معنوی و کار بالینی بر بیماران سرطانی در سال ۱۳۸۹ شد؛ این تیم شامل متخصصان متفاوت مانند انکولوژی، متخصص داخلی، متخصص ژنتیک، پزشک عمومی، پرستار، روان‌پزشک، روان‌شناس، روحانی، مشاوره تغذیه و ... بودند. اعضای تیم مراقبت معنوی در شورای راهبردی سال ۱۳۹۶، نقش محوری برای شکل‌گیری مراقبت معنوی داشتند. همچنین همکاری این گروه سبب شکل‌گیری مراقبت معنوی و تحقیقات بنیادی تجربی توسط آنان و ارائه مقالات و بسته سلامت و مراقبت معنوی و فعالیت‌های علمی و عملی دیگر برای خدمت به بیماران در حوزه مراقبت معنوی شد.

۱. توسط آقای دکتر سیدحسین قاضی‌زاده هاشمی وزیر بهداشت و درمان وقت با حضور بیش از بیست نفر از متخصصان به تصویب رسید.

همایش‌های متعدد سلامت معنوی در فرهنگستان علوم پزشکی و مراکز متعدد که منجر به چاپ مقالات بسیاری شد، برای نمونه، مجموعه مقالات اولین همایش سلامت و مراقبت معنوی توسط دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی و فرهنگستان علوم پزشکی در سال ۱۳۹۲ منتشر شد. یکی از نتایج برگزاری این همایش‌ها کتاب‌هایی مانند سلامت معنوی از دیدگاه اسلام (مصباح، ۱۳۹۲)، درآمدی بر سلامت معنوی (عباسی و همکاران، ۱۳۹۲) و دانشنامه سلامت معنوی (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۷) است.

۵. تشکیل مؤسسات و مراکز، یکی دیگر از فعالیت‌های انجام شده در حوزه سلامت و مراقبت معنوی است. یکی از این مراکز، مؤسسه سلامت نوید نیایش، با هدف تربیت مربی مراقب معنوی براساس مبانی دینی و الگوهای علمی کاربردی در سال ۱۳۹۳ در پژوهشگاه حوزه و دانشگاه تأسیس شد و در سال ۱۳۹۶، اولین دوره تربیت مربی مراقب معنوی را برگزار نمود. این مؤسسه در حال حاضر، دوره‌های متعدد حضوری و مجازی را در استان‌های مختلف از جمله قم، مشهد، اصفهان، یزد، گیلان و... برگزار کرده است. همچنین مرکز تحقیقات دین و سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در شهر قم فعالیت خود را در زمینه مراقبت معنوی آغاز کرده است.

۲. مفهوم‌شناسی مراقبت معنوی و واژگان مرتبط

در این قسمت برای آشنایی هر چه بیشتر با مفهوم مراقبت معنوی به توضیح مفاهیم مرتبط با آن نیز می‌پردازیم. ذیل هر توضیح ربط آن مفهوم با مراقبت معنوی نیز تبیین می‌شود.

مراقبه: مراقبه اصطلاحی است که در علم روان‌شناسی و اخلاق به کار رفته است. آلپورت در دهه ۱۹۶۰ بحث بهداشت روان را مطرح نمود و یکی از راه‌های ارتقای بهداشت روانی را مراقبه دانست و با توجه به فرهنگ شرق، در سال ۱۹۷۰ مراقبه به صورت یک روش علمی مطرح شد. ابتدا برای تسکین درد بود؛ سپس برای رسیدن به رشد و تعالی به کار رفت. در دهه‌های اخیر مراقبه به عنوان روشی برای ایجاد آرامش به کار می‌رود و با روش‌ها و تکنیک‌های متفاوتی، مانند مراقبه ذن، مراقبه متعالی، مراقبه و پیاسانا مطرح می‌شود. مراقبه یعنی تلاش آگاهانه در متمرکز کردن توجه جهت دوری از افکار منفی. هدف اصلی در مراقبه، محدود کردن افکار و توجه نکردن به امور متفاوت و پراکنده برای رسیدن به آرامش است.

در تقسیم‌بندی انواع مراقبه در روان‌شناسی مثبت، مراقبه جدیدی به نام «مراقبه اندیشمندان» مطرح شده است. در مراقبه اندیشمندان فرد توجه خود را به یک وجود برتر (مانند خدا) متمرکز می‌کند و این تمرکز منجر به فهم و بینش بیشتر و انجام اعمال جدید می‌شود. هدف اصلی این نوع مراقبه ارتقای بصیرت، افزایش خودآگاهی، رشد روانی، خودتنظیمی و مدیریت استرس فرد توسط خودش است.

متخصصان معتقدند نتایج مراقبه می‌تواند سبب افزایش بینش، متانت و علو طبع شود و هر درمانگری که در کار درمانی خود این ویژگی‌های درمانی مهم را تقویت نکند، قادر به توجیه و تبیین روش درمانی خود نخواهد بود. تحقیقات نشانگر آن است که مراقبه روشی مؤثر برای پیشگیری از اضطراب و اختلال و حتی درمان آنهاست. مراقبه همراه با استراحت می‌تواند موجب تغییرات مثبت در امواج الکتریکی مغز و تقویت حافظه و افزایش شادی شود. پس مراقبه می‌تواند یکی از روش‌های درمانی مؤثر باشد که تبیین انواع و فرایندهای آن مجال دیگری را می‌خواهد.

در حوزه پرستاری در تعریف مراقبت آمده: فعالیت‌های حمایتی و تسهیل‌کننده در جهت رفع نیازهای بالقوه فرد یا گروهی که در جهت بهبودی شرایط انجام می‌گیرد، مراقبت می‌نامند. مراقبه در اخلاق: در علم اخلاق مراقبه به معنی مشاهده است. گویا فرد رفتار خود را مشاهده می‌کند تا آن را با قواعد رایج اخلاقی منطبق نماید. این اصطلاح در عرفان نیز به کار می‌رود، کسانی را اهل مراقبت می‌نامند که همواره مراقب رفتار و حالات و اعمال خود و خداترس باشند و در عین رجا و امیدواری همواره در حال ذکر خدا هستند.

معنویت

گستره معنویت در همه زوایای زندگی انسان جاری و مشهود است، اما در قرن هجدهم و نوزدهم توجه به معنویت و دین کاهش پیدا کرد. ولی در قرن بیست معنویت دوباره در معنای اصلی دینی خود آشکار گشت. این واژه که عمدتاً نویسندگان فرانسوی آن را دوباره رواج دادند، به تدریج در مجموعه گسترده‌ای از صورت‌های ویژه به کار رفت.

به گونه‌ای که امروزه معنویت در رشته‌های متنوعی از قبیل پزشکی، روان‌شناسی، انسان‌شناسی، عصب‌شناسی و علوم‌شناختی حضور دارد و در حال پیشرفت است. اکنون

۷۲ دانشکده در آمریکا درس‌هایی را به دانشجویان عرضه می‌کنند تا بیاموزند چگونه به ارزشیابی جنبه‌های معنوی بپردازند (فرامرزی، ۱۳۹۱، ص ۳۵)، پس معنویت یک جایگاه علمی پیدا کرده است و در دهه اخیر اصطلاح معنویت به‌عنوان یک روش جایگزین برای توصیف تحقیقات در مورد امر متعالی به کار می‌رود. واژه معنویت در زبان انگلیسی به‌عنوان اصطلاحی برای نشان دادن تمایز بین زندگی کلیسایی با سبک زندگی مادی یا دنیوی به کار می‌رود. معنویت یک اصطلاح وسیع با حیطه‌های معنایی متعدد است که در فرهنگ‌ها، ملت‌ها و گروه‌های مذهبی مختلف متفاوت است. همان‌طور که گفته شد معنویت در بسیاری از علوم حضور دارد. از جمله، روان‌شناسی، معنویت به‌صورت گسترده‌ای در این علم وارد شده است. از این جهت در ادامه به تبیین معنویت در این حوزه می‌پردازیم.

معنویت در روان‌شناسی: روان‌شناسی بعد از جنگ جهانی دوم به‌طور عمده به شفافبخشی اختصاص یافت و تمرکز آن بر درمان بود، ولی در سال ۱۹۸۸ انجمن روان‌شناسی آمریکا در سانفرانسیسکو به این مسئله پرداخت که چگونه می‌توان از آسیب‌ها پیشگیری کرد. برای تحقق این امر، روان‌شناسی مثبت مطرح شد. جنبش روان‌شناسی مثبت به جای مطالعه تنها بر بیماری و آسیب به مطالعه توانایی‌ها و فضائل نیز پرداخت. هدف در این نوع روان‌شناسی بهسازی کیفیت زندگی است. براساس این دیدگاه، معنویت در روان‌شناسی جدید ورود پیدا کرد و به‌عنوان الگویی جهت ارتقای سلامت روانی و پیشگیری از بیماری‌ها مورد توجه قرار گرفت، همچنین معنویت و رشد معنوی انسان نیز توجه متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرد، به‌گونه‌ای که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بُعد چهارم، یعنی معنویت را در رشد و تکامل انسان لازم می‌داند. متخصصان این حوزه، نیاز معنوی و معنویت را به‌عنوان یک الگوی اثربخش در درمان مورد توجه قرار داده‌اند و حتی اثربخشی معنویت دینی را بر سلامت روانی تأیید کردند؛ به نمونه‌ای از تحقیقات در این زمینه اشاره می‌شود.

در مطالعه موسوم به «بررسی عمومی جامعه آمریکا» که در سال‌های ۱۹۷۲-۱۹۷۷م در مرکز ملی تحقیقات نظری انجام گرفت، مشخص شد اگر پایبندی دینی را -صرف نظر از نوع مذهب- به دو حالت قوی و ضعیف دسته‌بندی کنیم، افرادی که پایبندی قوی دینی دارند، رضایت بالاتری نیز از سلامتی خود دارند. در اطلاعات سال ۱۹۸۴م همین پیمایش، افرادی که

گزارش کردند پایبندی قوی دینی دارند، بیشتر از سایرین خود را خوشبخت و رضایتمند از زندگی خانوادگی می‌دانستند.

هیلز (۲۰۰۱م) نتایج بررسی ۱۳۹ تحقیق علمی را ارائه کرد که نشان می‌دهد اعتقادات و فعالیت‌های دینی از قبیل دعا کردن، شرکت در مراسم مذهبی و برقراری ارتباط با خداوند، بر سلامت و بهبود وضعیت روانی افراد تأثیر مثبت می‌گذارد. یلر (۲۰۰۱م) بر اهمیت نقش دین و معنویت در درمان ضربه‌های روحی-روانی تأکید کرد. تحقیقی توسط دیویس (۲۰۰۲م) بر تأثیر معنویات بر پیشگیری از افسردگی در افراد مسن تأکید شد. لوونتال و همکاران (۲۰۰۲م) از دیارتمان روان‌شناسی دانشگاه لندن، در تحقیقی دریافتند که تدین می‌تواند احتمال افسردگی و مصرف الکل را تحت تأثیر قرار دهد.

این تحقیقات حجیم و مستقل نشان دادند پایبندی دینی (که ناظر به بعد معنوی است) برای سلامت عمومی، به‌ویژه برای سلامت روانی مفید است، و این امر سبب شد تا در انجمن روان‌پزشکی آمریکا، از سرکوب دین در مسائل روان‌پزشکی انتقاد شود و بر همبستگی مثبت بین گرایش دینی و سلامت روانی تأکید گردد؛ بنابراین، می‌توان گفت معنویت به‌عنوان یکی از ابعاد انسان در روان‌شناسی به‌طور جدی مورد توجه قرار گرفت و اثربخشی آن نیز تأیید شد.

تعاریف معنویت

برداشت‌ها و تعاریف متفاوتی از معنویت وجود دارد که در ادامه به بیان آن می‌پردازیم. نگاه به معنویت در مکاتب الهی و غیرالهی متفاوت است در مکاتب غیرالهی معنویت به‌عنوان اصطلاحی برای بیان تجربیات صرفاً فردی در ارتباط با امور ماورایی یا روحانی استفاده می‌شود؛ اما افراد دین‌دار تعاریفی را ترجیح می‌دهند که تمایز کمتری بین دین و معنویت قائل هستند، به‌گونه‌ای که معنویت روح زنده دین فرض می‌شود. در واقع، در جوامع دین‌دار جستجوی معنویت معادل جستجو برای خدا در نظر گرفته می‌شود و افراد بی‌خدا معنویت را در جستجوی صرف معنا می‌بینند.

در نگاه مکاتب الهی، معنویت عبارت است از: خداشناسی، خداجویی، و خدامحوری با شناخت هدف خلقت و زندگی، تلاش در جهت تکامل معنوی و خودسازی و اندوختن توشه‌ای برای حیات ابدی. معنویت تنها یک نوع نگرش نیست، بلکه شامل اعمال نیز می‌شود.

احمدی فراز (۱۳۹۶، ص ۱۲؛ نقل از جرنیگان، ۲۰۰۱) دو تعریف از معنویت ارائه می‌دهد: یک تعریف عام به صورت «شاکله زندگی فردی و اجتماعی براساس الگوهای پویا از معانی، ارزش‌ها، و ارتباطاتی که زندگی را ارزشمند یا حداقل قابل زیستن و مرگ را معنادار می‌کند» و یک تعریف غنی خاص‌تر از معنویت در دیدگاه دینی به صورت «شاکله زندگی فردی و اجتماعی براساس ارتباطات محبت‌آمیز و عمیق با خدا، خود، دیگران و تمام خلقت». از آنجایی که امروزه توجه به تفاوت‌های فرهنگی، در مطالعات علمی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ بنابراین توجه به ملاحظات دینی، فرهنگی و ارزشی در ارائه یک مفهوم، مانند معنویت که می‌تواند پایه بسیاری از مداخلات و پژوهش‌ها باشد بسیار حائز اهمیت است؛ بنابراین، در تعریف معنویت برای جامعه مسلمان ایرانی، تنها توجه به پژوهش‌های غربی کفایت نمی‌کند، زیرا این نوع مراقبت‌ها، تنها بر پایه جمعیت‌های انگلوساکسون و جامعه یهودی-مسیحی به وجود آمده است؛ بنابراین، در حوزه مراقبت معنوی توجه به ظرفیت‌های غنی آموزه‌های وحیانی و معارف اهل بیت (علیهم‌السلام)، می‌تواند موجب غنی‌تر شدن این نوع مراقبت شود و کاستی‌های دانش موجود را جبران کند؛ بنابراین، برای توصیف معنویت، نگارندگان با توجه به تعاریف قبلی و نیز آموزه‌های اسلامی و دینی شرح جدیدی از معنویت ارائه نمودند.

نکته: ذکر این مهم، ضروری است که تعریف معنویت، نخست براساس آنچه گفته شد توسط نگارندگان مطرح شد و سپس با تحقیقات تجربی، اثربخشی این رویکرد مورد مطالعه قرار گرفت، در نهایت تعریف منتخب از معنویت عبارت است از:

یک نظام باور و عمل بر مبنای معانی و ارزش‌هایی پویا و ارتباطاتی محبت‌آمیز و عمیق با خدا، خود، خلق و خلقت که در راستای قرب به خدا زندگی را ارزشمند و مرگ را معنادار می‌کند. همان‌طور که در تعریف بالا گفته شد معنویت یک نظام باور و عمل است. تقریباً تمام انسان‌ها در زندگی براساس یک نظام فکری اعمال خود را تنظیم می‌کنند. از آنجایی که در جامعه ما اکثر افراد دین‌دار هستند، در راس این نظام باورهایی راجع به خدا وجود دارد. مثلاً اکثر افراد باور دارند که خداوند عادل و مهربان است. براساس این باور ارتباطات خود را با خدا، خلق و... تنظیم می‌کنند. براساس این باور و عمل نیز زندگی برای آن‌ها معنادار و ارزشمند می‌شود و از این طریق می‌توانند اتفاقات روزمره، مشکلات و... را پشت سر بگذرانند و به زندگی ادامه دهند.

حال فرض کنید همین شخصی که عدالت و مهربانی را برای خدا می‌دانست و رفتارهایش را در زندگی بر این اساس تنظیم کرده بود با اتفاق سختی روبه‌رو شود، مثلاً فرزندش دچار بیماری لاعلاج شود. در این حالت، به علت شرایط سخت پیش‌آمده ممکن است نظام باور قبلی که احتمالاً چندان هم قوی‌بنیان نبوده به هم بریزد، زیرا شرایط پیش‌آمده برای آن شخص، چیزی مخالف باورهای قبلی‌اش را نشان می‌دهد. مثلاً احتمالاً دارد شخص در باور مهربان بودن و عادل بودن خدا شک کند. در اینجا از آنجایی که شخص دچار به‌هم‌ریختگی در باور می‌شود در روبه‌رو شدن با مشکل، بحران‌هایی را تجربه می‌کند، همچنین اضطراب، هیجان‌های منفی و پریشانی بر او قالب می‌شود.

تعارضات معنوی

در واقع، این به‌هم‌ریختگی در باورهای شخص همان مفهوم تعارض معنوی است. آنچه که شخص باور داشته با آنچه که اتفاق افتاده ناهماهنگ است و همین سبب ایجاد تعارض می‌شود. تعارض معنوی عبارت است از: به‌هم‌ریختگی در باورهای فرد، ناهماهنگی در مجموعه ارزش‌های موردقبول او و نیز ناهماهنگی بین نظام ارزشی و رفتارهای فرد که منجر به پریشانی در ارتباط او با خداوند، خود، خلق و خلقت می‌شود. این پریشانی در نهایت همه ابعاد وجودی انسان (جسمی، روانی، اجتماعی) را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

مراقبت معنوی

مراقبت معنوی عبارت است از: فرایند معنایابی و معنابخشی به ارتباطات چهارگانه انسان با خدا، خود، خلق و خلقت، برای رسیدن به یک نظام باور و عمل که در سایه قرب به خدا زندگی را ارزشمند و مرگ را معنادار می‌کند. پس از به‌هم‌ریختگی باورهای فردی که در شرایط سختی مانند بیمارشدن فرزند قرار گرفته، برای بهبود شرایط وی لازم است معنایی درست و جامع به وی ارائه شود تا دوباره زندگی‌اش معنادار شود و توانایی‌اش در مواجهه با مسائل ارتقا یابد؛ مثلاً باید برای بیماری معنایی ارائه شود. به‌گونه‌ای که تعارض آن شخص در رابطه با خدا نیز رفع شود. این معنادهی به بیماری سبب پذیرش شرایط در بیمار یا خویشاوندان بیمار می‌شود و این خود روند درمان را بهبود می‌بخشد. همچنین رفع تعارضات ایجادشده و یافتن معنایی جدید

سبب ارتقای کیفیت ارتباطات چهارگانه شخص می‌شود. این معنادهی و رفع تعارض از طریق مراقبت‌های معنوی صورت می‌گیرد.

البته شایان ذکر است که همه افراد به مراقبت‌های معنوی نیاز دارند، اما در افراد آسیب‌دیده از آنجایی که در شرایط سخت قرار گرفته‌اند و به هم‌ریختگی بیشتری را در نظام باور خود دارند، نیاز بیشتری به این موضوع احساس می‌شود.

از آنجایی که مراقبت معنوی از دو بخش مراقبه و معنویت تشکیل شده و این دو مفهوم همان‌طور که قبلاً به آن اشاره شد، مفاهیمی مرتبط با علم روان‌شناسی‌اند، می‌توان گفت مراقبت معنوی نیز موضوعی مرتبط با علم روان‌شناسی است. در واقع، فرایند معنایابی و معنابخشی مراقبت معنوی براساس الگوهای روان‌شناختی صورت می‌گیرد، البته محتوایی که سبب معناسازی یا معنابخشی برای فرد می‌شود از متون دینی به دست آمده است. در مراقبت معنوی معنای بیماری از منظر روایات برای شخصی که نیاز به مراقبت معنوی دارد، با فرایند علمی ارائه می‌شود و این ارائه لازم است براساس الگوهای روان‌شناختی انجام گیرد تا اثربخشی آن تأیید شود (نمونه آن در فصل دوم خواهد آمد). ارائه مراقبت‌های معنوی به بیماران نه تنها سبب بهبود وضعیت روحی آنان می‌شود بلکه می‌تواند وضعیت درمان جسمانی آنان را نیز تحت تأثیر قرار بدهد.

تبیین و تأیید اثربخشی این خدمت براساس تحقیقات عصب روان‌ایمن‌شناسی قابل ارائه است؛ زیرا محور مراقبت معنوی غیر از الگوهای رفتاری حمایتی، تقویت باورهای معنوی ایمانی بیمار است که مربوط به کیفیت زندگی او می‌شود؛ بنابراین این مراقبت می‌تواند سبب تقویت باورهای معنوی ایمانی بیمار شود. تقویت این باور معنوی بر سلول‌های بیمار تأثیر دارد. از مهم‌ترین اکتشافات روان‌عصب‌ایمنی‌شناسی (سایکونورویمونولوژی)، وجود انواعی از مولکول‌های پیک به نام نوروپپتیدها می‌باشد. این مولکول‌های پیک، پیام مربوط به افکار و عقاید و احساسات را از طریق گردش خون حمل کرده و به این ترتیب وضعیت روانی و ذهنی را مستقیماً به تمام سلول‌های بدن مرتبط می‌کنند. این مولکول‌ها نه تنها از مغز، بلکه از هر یک از ارگان‌های دیگر بدن نیز می‌تواند منشأ بگیرند. پس سیستم ایمنی همانند یک سیستم عصبی در گردش عمل می‌کند که شدیداً تحت تأثیر افکار و احساسات ماست. در این راستا، شواهد علمی نشان می‌دهد احساس باختن یا نارضایتی می‌تواند به‌طور جدی عملکرد سیستم ایمنی را مختل کرده و سبب انواع بیماری‌های مزمن شود.

بنابراین می‌توان گفت از آنجایی که مراقبت معنوی با نظام باورها و افکار ما سروکار دارد (محور این مراقبت تقویت باورهای معنوی بیمار است) و نظام باور و افکار ما براساس تحقیقات عصب روان ایمن‌شناسی بر وضعیت جسمی ما مؤثر هستند، پس مراقبت معنوی با سلامت جسمی ارتباط دارد و می‌تواند سبب بهبود آن شود.

همچنین در تأیید تأثیر معنویت و مراقبت معنوی بر سلامت جسمی می‌توان به تحقیقات طب روان-تنی (سایکوسوماتیک) و الهی-بدنی (تنوسوماتیک) اشاره کرد. در اواخر قرن بیستم و در آستانه قرن بیست‌ویکم، مقوله جدیدی به نام پزشکی ذهن-بدن یا طب روان-تنی، توجه جامعه علمی را به نقش معنویت در مراقبت‌های بهداشتی جلب کرد. پژوهش‌های افرادی همچون بنسون (۱۹۹۶م)، دوزی (۱۹۹۶م)، کونینگ (۱۹۹۸م) و لوین (۲۰۰۲م) نقش مهمی در معرفی طب روان-تنی و اثبات نقش دین و معنویت در سلامتی و درمان بیماری‌ها داشت. بنسون با تحقیقات وسیع و جامع خود در خصوص نیازهای اعتقادی بیماران سالمند، نشان داد که ۸۵٪ از ناخوشی‌ها و بیماری‌های سالمندان ناشی از محرومیت‌های هیجانی، از جمله محرومیت‌های معنوی اعتقادی آنان است. وی تأکید کرد، تیم درمان باید از اهمیت نیازهای روحانی و معنوی در فرهنگ‌های مختلف آگاهی داشته باشد و آن را به خصوص در مراقبت‌های سالمندان به کار گیرد. جمله معروف وی: «انسان‌ها برای خدا سیم‌کشی شده‌اند»، توسط اسلون چنین تعبیر شده است: «جایی در مغز ما چنین طراحی و مداربندی شده است که ما به خداوند اعتقاد داشته باشیم».

براساس گزارش لوین و همکاران (۲۰۰۲م) در سال‌های اخیر حجم بسیار بالایی از مطالعات مشابه که به چند هزار تحقیق بالغ می‌شوند، ارتباط قوی دین‌گرایی را با سلامت روانی و جسمی نشان داده‌اند. بسیاری از این تحقیقات در «مرکز تحقیقات دین، معنویت و سلامتی» در دانشگاه دوک، و بقیه در دانشگاه‌های راتگرز، تگزاس، برکلی و میشیگان انجام شد. اکنون این پژوهش‌ها منجر به پدیداری یک دیدگاه جدید علمی در زمینه درمان، موسوم به طب خدایی-تنی شده‌اند. این طب با دین و معنویت همخوانی زیادی دارد که مؤید تأثیر مراقبت معنوی بر فرایند درمان است؛ زیرا اصول آن با مراقبت معنوی همخوانی دارند. این اصول در ادامه به اختصار خواهند آمد (مرعشی، ۱۳۸۷، ص ۷۹).

اصل اول: پایبندی دینی از راه ارتقای رفتارهای بهداشتی و بهبود اسلوب زندگی برای

سلامتی مفید است؛

اصل دوم: معاشرت منظم مذهبی منجر به حمایت‌هایی می‌شود که آثار استرس و تنهایی را برطرف کرده و به این طریق سلامتی را ارتقا می‌دهد؛

اصل سوم: شرکت در عبادات و نماز از طریق ایجاد عواطف مثبت برای سلامتی مفید است؛

اصل چهارم: دستورالعمل‌های مذهبی به دستورالعمل‌های ارتقای سلامت شباهت داشته، لذا مفید هستند؛

اصل پنجم: ایمان، افکار فرد را به سوی امیدواری و خوش‌بینی سوق می‌دهد و از این جهت برای سلامتی مفید است؛

اصل ششم: تجربیات عرفانی و شهودی از راه فعال کردن یک انرژی زیستی شفابخش و یا از راه تغییر در وضعیت آگاهی و هوشیاری برای سلامتی مفید است؛

اصل هفتم: دعا کردن برای دیگران در غیاب آنها، قادر است از راه‌های مافوق طبیعی سبب شفا یا ارتقای سلامت آنها گردد؛

بنابراین، محور اصول طب تئوسوماتیک نیز تقویت رفتارها و باورهای معنوی ایمانی بیمار است که می‌تواند مؤثر بر فرایند درمان باشد که این مسئله بسیار شبیه به مقوله مراقبت معنوی و اهداف آن است، پس می‌توان گفت همان‌طور که طب روان‌تنی بر سلامت جسمی تأثیر دارد، مراقبت معنوی نیز چنین است.

نکته: البته تأیید تأثیر تقویت ذهن یا وضعیت روحی-روانی فرد در بهبود بیماری‌ها به معنای نفی تأثیر باکتری‌ها، ویروس‌ها، سلول‌های سرطانی، انسداد عروق و امثال آنها نیست؛ زیرا همه این عوامل به‌علاوه وضعیت روان‌شناختی فرد، در فرایند بیماری و درمان و بهبودی دخیل هستند.

مراقبان معنوی

شخصی که در تعارض معنوی و به‌هم‌ریختگی معنوی یاری می‌رساند، همان مراقب معنوی است و به‌طور کلی آن کس که در جهت ارتقای کیفیت ارتباطات چهارگانه به دیگران یاری می‌رساند، مراقب معنوی است. کار مراقب معنوی در ارتباط با بعد معنوی انسان از جهاتی بسیار شبیه به کار روان‌شناس در ارتباط با بُعد روانی انسان است. در زیر، جدولی مقایسه‌ای در همین راستا آمده است.