

## سنخ‌شناسی ادراکات کنش‌گران نظام درمان از معنویت

محمد توکل<sup>۱</sup>

ابراهیم اخلاصی<sup>۲</sup>

سیدضیاءالدین تابعی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت ناظر به ملاحظه بعد معنوی انسان، مزید بر ابعاد فیزیولوژیک اوست. با توجه به فقدان اجماع مفهومی روی معنویت در میان صاحب‌نظران، سنخ‌شناسی ادراکات کنش‌گران اصلی نظام خدمات بهداشت و درمان از معنویت می‌تواند به مثابه یک مدخل اساسی در فرآیند تبیین مفهومی آن محسوب گردد.

**روش:** شرکت‌کنندگان پژوهش شامل پزشکان، پرستاران، مدرسان اخلاق پزشکی، مددکاران اجتماعی، مدیران بیمارستانی، بیماران و همراهان آنها در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. داده‌یابی کیفی از طریق بررسی اسناد بیمارستانی و مصاحبه و دادکاوی مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوی انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش ادراکات از معنویت را در قالب مفاهیم «معنویت مبتنی بر هستی‌شناسی قدسی»، «معنویت انتفاعی متعالی»، «معنویت انتفاعی افقی» در میان ارائه‌دهندگان و «معنویت آیینی»، «معنویت عرفی و فرهنگی» و «معنویت معطوف به حقوق قانونی» در میان دریافت‌کنندگان خدمات درمانی نشان داد. در «معنویت مبتنی

۱. استاد جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: eb.ekhlasi@gmail.com

۳. استاد هماتوپاتولوژی و مدیر گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۱۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۱۷

بر هستی‌شناسی قدسی «قول و فعل خداوند منبع معنا است. «معنویت انتفاعی متعالی» انگیزه‌های مقدم بر رفتار را به عنوان «امر برتر» مورد تأکید قرار می‌دهد. «معنویت انتفاعی افقی» و نیز سنخ‌های شناسایی‌شده در میان دریافت‌کنندگان خدمت در مجموع ناظر به تلفیق عرفی و فرهنگی از مبانی عمودی و اجتماعی معنا هستند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** درهم‌آمیختگی نسبی مفهوم «معنویت» و «اخلاق» پاره‌ای دلالت‌های مهم را در نهادینه‌سازی آن‌ها در مناسبات پزشکی در بستر فرهنگی جامعه ایرانی ایجاد می‌کند. کنش‌گران اجتماعی بر حسب نوع اجتماعی‌شدن، مصادیق متعددی را حمل بر «معنویت» می‌کنند. مع‌الوصف، «معنویت»، صرفاً در معنایی که متضمن امور غیر محسوس و عناصر غیر مادی معطوف به «ناظر آرمانی» باشد، می‌تواند روح آدمی را به استناد مقولاتی همچون «فلسفه سلامت و بیماری» و «معناداری هستی» از چندگانگی‌های بلاوجه رایج در جامعه‌پذیری مدرن، از جمله دوگانه مرگ و زندگی، برهاند و با نائل‌نمودن آن به «وحدت»، در حکم یک سرمایه معنوی، نقش خود را در مناسبات سلامت و بیماری ایفا نماید. خروج «معنویت» از تلقی ابزارانگاره فعلی، که صرفاً در شرایط اضطرار بروز پیدا می‌کند، متضمن تجدید نظر در شیوه‌های امروزین جامعه‌پذیری است که طی آن مرگ به حاشیه‌ای‌ترین مرزهای وجودی سوق داده می‌شود و انواع رویه‌های تغافل در مواجهه با آن شکل می‌گیرد؛ ساز و کارهای مذکور، در حالی که در شرایط «سلامت» مبتنی بر غفلت‌انگاری نسبت به فلسفه حیات هستند، با از دست‌دادن مدخلیت خود در مناسبات «بیماری»، انسان‌ها را در معناسازی معقول از سلامت، بیماری و مرگ تنها و ناتوان باقی می‌گذارند.

## واژگان کلیدی

معنویت، اخلاق، سلامت، بیماری، زیست‌پزشکی

## مقدمه

امروزه بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، انسان به عنوان موجودی «زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی»<sup>۱</sup> تلقی می‌شود. به موجب تعریف مذکور سلامت کل‌نگر، متضمن توجه به ابعاد «معنوی» انسان است. با این وجود، به نظر می‌رسد تا رسیدن به تعریف مورد اجماع از «معنویت» فاصله زیادی وجود دارد. برخورداری انسان‌ها از زندگی سالم همراه با طول عمر قابل قبول و عاری از ناتوانی‌های «جسمی» و «روحی» به عنوان حق همگانی، مقدمه توسعه پایدار محسوب می‌گردد. بر همین اساس، تأکید سازمان بهداشت جهانی مبنی بر ضرورت توجه به «معنویت» را می‌توان به مثابه واکنش به برداشت‌های تقلیل‌یافته فعلی از سلامت دانست که طی آن سلامت به جنبه جسمانی و فیزیولوژیک آن فرو کاسته می‌شود. به کارگیری فرصت‌های کلی ارائه‌شده به وسیله معنویت، در حکم نوعی تلاش برای نیل به سلامتی «بدن» و «روح» از مدخل «خودیت انسان» است که از طریق تخصیص‌یافتن آن به خود، به مثابه بهترین معیار اعتباربخشی از درون به ایفای نقش می‌پردازد. (فلانگان، ۲۰۰۷ م.) واژه فرانسوی «معنویت»<sup>۲</sup> نخستین‌بار در زبان فرانسه به وسیله بعضی از الهی‌دانان کاتولیک قرن نوزدهم به کار برده شد. اینک این واژه در دهان همه افتاده است و بسیاری از مردم می‌گویند ما دیندار نیستیم، بلکه اهل «معنویت» هستیم. (نصر، ۲۰۱۰ م.) واژه «معنویت» به طور گسترده‌ای به شیوه‌های مختلف حیرت‌برانگیزی با دلالت مثبت به کار می‌رود، در حالی که به رغم حجم گسترده استفاده از آن، تنها افراد بسیار کمی از مردم می‌دانند مرادشان از «معنویت» چیست. (اسپالک و همکاران، ۲۰۰۸ م.) اصطلاح مذکور به قدری آشناست که هیچ کس آن چنان دغدغه‌ای در تعریف آن نداشته است. در پشت سادگی ظاهری اصطلاح «معنویت»، تغییرات اساسی معانی

و جزئیات دقیق، از الحاد گرفته تا گونه‌های مختلف عرفی شدن، قابل ملاحظه است. تلقی رایج جدایی «معنویت» از دینداری، به ویژه در کشورهای برخوردار از بسترهای فرهنگی و اجتماعی سکولار که در آن‌ها مردم خود را بیشتر معنوی می‌دانند تا مذهبی، ابزارهای سنجش آن را نیز از خود متأثر ساخته است. (زوئینگمان و همکاران، ۲۰۱۱ م.) با عنایت به توضیحات فوق، مطالعه حاضر می‌کوشد با استفاده از رویکرد تفسیری، مفهوم محقق‌شده «معنویت» از منظر کنش‌گران اصلی نظام سلامت و درمان را با استفاده از پرسش‌های پژوهشی زیر آشکار سازد:

۱- مهم‌ترین سنخ‌های ادراک ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی از معنویت کدامند؟

۲- مهم‌ترین سنخ‌های ادراک دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی از معنویت کدامند؟

### ۱- نقد و بررسی مطالعات قبلی

مطالعات متعددی درباره معنویت و سایر مفاهیم پیرامون آن مشتمل بر مذهب، سلامت معنوی، نیازهای معنوی، کیفیت زندگی و اخلاق زیست‌پزشکی به انجام رسیده‌اند.

تلاش جهت طراحی ابزارهای سنجش معنویت و نیز تلاش برای انجام نوعی مفهوم‌سازی روشن از آن و برطرف‌ساختن تداخلات مفهومی میان «معنویت» و «مذهب» نقطه قوت مطالعات داخلی و خارجی است. با عنایت به ابهامات مفهومی در مضامین معنویت و سلامت معنوی، محققان داخلی و خارجی پاره‌ای پژوهش‌های کیفی را بر مبنای نمونه‌گیری هدفمند از یک گروه خاص از کنش‌گران نظام سلامت به انجام رسانده‌اند. از جمله کاستی‌های مشترک در پژوهش‌های داخلی و خارجی عدم مطالعه تطبیقی بین «افراد بیمار و غیر بیمار» در مباحث مربوط به

معنویت و سلامت معنوی است. به نظر می‌رسد پیش‌فرض ناخودآگاه محققان داخلی و خارجی «بزارانگاری معنویت در شرایط بحرانی» حاصل از بیماری‌های مزمن و خطرناک بوده است. بیشتر پژوهش‌های خارج از کشور از نوع پیمایشی هستند. این امر ناشی از وجود بانک‌های اطلاعاتی یکپارچه، به ویژه در مورد پزشکان، در ایالات متحده آمریکا و سهولت انتخاب تصادفی آن‌ها بوده است. عدم استفاده از چارچوب تئوریک منسجم و اسمی بودن سطوح سنجش از ایرادات اساسی وارد بر پژوهش‌های کمی خارجی می‌باشد. این امر بیشتر پژوهش‌های کمی خارجی را به مطالعات «نظرسنجی» تقلیل داده است. با این حال، در برخی مطالعات، رابطه میان رفتارها و نگرش‌های مذهبی و مؤلفه‌های سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعه حاضر، در مقایسه با پژوهش‌های پیشین، دیدگاه‌های گروه ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، شامل پزشکان، اساتید اخلاق پزشکی، پرستاران، مدیران بیمارستانی، مددکاران اجتماعی و گروه دریافت‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی، مشتمل بر بیماران و همراهان آن‌ها درباره معنویت را به صورت همزمان مورد واکاوی قرار می‌دهد؛ ثانیاً، مطالعه پیش روی، به استناد منابع داده‌ای متعدد، چندسویه‌سازی داده‌های کیفی و نیز تحلیل‌های تفسیری، در مقایسه با مطالعات صورت گرفته قبلی، از عمق و گستردگی بیشتر برخوردار بوده و همین امر می‌تواند ارتقای مضاعف اعتبار و روایی آن را با خود به همراه داشته باشد.

## ۲- چارچوب مفهومی پژوهش

مطالعه حاضر بر پایه راهبرد استقرایی به انجام رسیده است. بخش پیش روی ناظر به مفهوم‌پردازی‌های صورت‌گرفته درباره معنویت در «رشته‌های مختلف علمی» به طور عام و نیز خوانش مختصر دیدگاه‌های معنوی و انسان‌شناسانه «سورن کی یر کیگارد»<sup>۳</sup>، «ملاصدرا» و «ایمانوئل کانت» به طور خاص می‌باشد.

هدف از طرح مباحث مذکور ایجاد حساسیت نظری و اشباع تئوریک پژوهش بوده است. با توجه به ماهیت استفهامی مطالعه پیش روی، کاربست قیاسی نظریه‌ها وجهی در آن ندارد.

«معنویت» در زندگی روزمره و نیز رشته‌های مختلف از فلسفه گرفته تا الهیات، ادبیات عامه، روان‌درمانی، روانشناسی سلامت، پزشکی، پرستاری و جامعه‌شناسی منعکس است. (تاک و همکاران، ۲۰۰۱ م.) مفهوم معنویت متضمن ویژگی‌های «غیر مادی» در زندگی است که از جسم یا سایر امور مادی و محسوس متمایز می‌شود. مرور منابع گوناگون درباره معنای معنویت نشان می‌دهد «خود»، «دیگران» و «خدا» از عناصر کلیدی معنویت هستند که در متن آن مضامین دیگری همچون «معنا»، «امید»، «ارتباط»، «عقاید» و «بیان معنویت» قابل ردیابی است. (دالیما و همکاران، ۲۰۱۲ م.)

نکته مهم در تبیین رابطه میان «دین» و «معنویت» این است که هر دو پدیده‌هایی چندلایه و چندبعدی هستند. برخی از این لایه‌ها که سطحی‌تر و آشکارترند، به آسانی قابل تشخیص‌اند؛ لایه‌های عمیق‌تر و پنهان‌تر در دسترس همگان قرار نمی‌گیرند و کشف آن‌ها نیازمند مقدمات و تلاش‌های بیشتری است. معنا امری است با لایه‌های مختلف، و ادراک هر لایه‌ای نشانگر رتبه وجودی و معرفتی شخصی است که آن را درک می‌کند، هر چه فرد در درجات کمال انسان بالاتر رفته باشد، بر توانایی‌های شناختی او افزوده می‌شود و لایه‌هایی عمیق‌تر از معانی را درک خواهد کرد. از طرف دیگر، هر مرحله از مراحل کمال انسانی مستلزم نیازها، دغدغه‌ها و لذت‌های خاصی است که در عین حال، نیازها و لذت‌های مراحل پایین‌تر را دربر دارد و کسب لذت‌های بالاتر به ارضای نیازها و کسب لذت‌های پست‌تر نیز می‌انجامد. (مصباح، ۲۰۱۰ م.) در علم روانشناسی،

«معنویت» به عنوان بیان محرک‌ها، خواست‌ها و انگیزش‌های درونی یک فرد در نظر گرفته می‌شود که به جای تمرکز بر هوش برتر<sup>۴</sup>، «خود» را مورد تأکید قرار می‌دهد. روانشناسی، به مطالعه «جستجوی معنوی» افراد برای معنا، هدف و راهنمایی می‌پردازد. (مراویگلیا، ۱۹۹۹ م.) کارل یونگ<sup>۵</sup> معتقد است در درون «من» چیزی دینی وجود دارد که «من» مرا به سوی خدا می‌راند. از نظر وی، دینداری ناخودآگاه، مقید به پاره‌ای طبایع دینی است که جهان‌شمول و مادرزادند؛ خصایص یادشده متعلق به ناخودآگاه جمعی و فرایندهایی اساساً غیر شخصی هستند که در انسان رخ می‌دهند. (فرانکل، ۱۹۹۷ م.) طبق نظر یونگ، در مقطع میانی حیات، فرد توجه خود را به درون معطوف می‌کند تا جنبه‌های معنوی بیشتری را در خود بکاود. آگاهی از «فناپذیری» و «تناهی» که در اواسط عمر به وجود می‌آید، تأکید فرد به موفقیت این جهان را کاهش می‌دهد و به معنوی‌تر شدن زندگی او کمک می‌کند. ویکتور فرانکل<sup>۶</sup> «دین» را عبارت از تحقق خواست «معنای غایی» در زندگی می‌داند. وی با استناد به نظر آلبرت اینشتین مبنی بر یکسان‌انگاری «مذهبی‌بودن و پاسخ برای چیستی معنای زندگی» و نیز دیدگاه ویتگنشتاین با مضمون «مرادف‌بودن اعتقاد به خدا و معناداری زندگی» به این نتیجه می‌رسد که هر سه آن‌ها در مقام فیزیکدان، فیلسوف و روان‌پزشک به تعاریف قابل انطباق از دین رسیده‌اند. (فرانکل، ۱۹۹۷ م.) به بیان دیگر، می‌توان گفت دیانت همان اتحاد با خداست، هر دینی از این اتحاد تعبیری ویژه خودش دارد. خدا به زندگی معنای متعالی و غایی می‌بخشد که آن را به کسانی می‌چشاند از که ایمان برخوردار هستند. بدین‌سان، خدا همان قدر برای انسان است که انسان برای اوست. شوق دینی برای «اتحاد با خدا» شوق وحدت‌جویانه‌ای است که نه در علم، نه در هنر، بلکه تنها در زندگی به اوج و اعلا می‌رسد. (اونامونو، ۱۹۱۲ م.)

در گفتمان آموزشی، ایده معنویت که برای سال‌ها ماکول به درس «آموزش مذهبی»<sup>۷</sup> و «کنش‌های جمعی عبادت و پرستش»<sup>۸</sup> بوده است، اکنون به منزله یک مضمون حاضر در سراسر دوره تحصیل پذیرفته می‌شود. هم‌اکنون از تلاش‌های صورت گرفته اخیر جهت ادغام مقولات «معنویت»، «روح» و «آموزش» با عنوان «برنامه درسی معنوی»<sup>۹</sup> یاد می‌شود. (هولمز، ۲۰۰۷ م.) بر پایه نتایج برخی مطالعات، بدون آموزش سلامت معنوی، آموزش و پرورش سایر ابعاد زیستی روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد صحیحی داشته باشد، لذا بالاترین سطح کیفیت آموزش قابل دستیابی نخواهد بود. (اکبری لاکه و همکاران، ۲۰۱۰ م.) اداره استانداردهای آموزشی<sup>۱۰</sup> آمریکا «توسعه معنوی»<sup>۱۱</sup> را به معنای گسترش «عنصر غیر مادی»<sup>۱۲</sup> انسان می‌داند که او را جان بخشیده و زنده نگه داشته است. همچنین «توسعه معنوی» ناظر به بسط احساس «هویت»، «ارزش برای خویشتن»، «بصیرت شخصی»، «معنا»، «هدف» و «گسترش روح» دانش‌آموزان است. (هولمز، ۲۰۰۷ م.)

آرای فلسفی و جامعه‌شناسانه جورج زیمل درباره معنویت ذیل نوعی چارچوب فلسفی و متافیزیکی «وحدت‌بخش» و «انسجام‌آفرین» قابل فهم می‌گردد. وحدت تفکر زیملی در بینش دوگانگی است. (واندنبرگ، ۲۰۰۱ م.) زیمل انسان نوین را در محاصره چیزهایی می‌بیند که نیازها و آرزوهای او را تحت سلطه قرار می‌دهند. وی معتقد است تکنولوژی فرآورده‌های غیر لازمی را برای برآوردن نیازهای ساختگی انسان می‌آفریند. علم، دانشی غیر ضروری را فراهم می‌آورد که هیچ ارزش خاصی ندارد و صرفاً محصول توسعه خود به خودی فعالیت‌های علمی است. وضعیت وخیم انسان نوین بدین‌گونه است که انواع عناصر فرهنگی، بی‌آنکه به طور ذاتی برای او معنادار باشند، وی را در محاصره گرفته‌اند. عناصر مذکور انسان مدرن را در فشار قرار می‌دهند، زیرا او نمی‌تواند آن‌ها را کاملاً از آن خود سازد. از



سوی دیگر، فرد قادر به دورانداختن عناصر یادشده نیست، زیرا آن‌ها دست کم به گونه‌ای بالقوه به پهنه تحول فرهنگی انسان تعلق دارند. وضعیت مذکور در نهایت به فساد «جسمی» و «روحی» انسان منجر می‌شود، چراکه نیروهای لازم برای تکامل هماهنگ تمامی شخصیت او فرو بلعیده می‌شود. (کوزر، ۱۹۷۱ م.) به نظر می‌رسد زیمل رهایی از تناقض فوق‌الذکر را در «عرفان» جستجو می‌کند؛ از نظر وی، «عرفان»، ناظر به حرکت به سوی خدایی است که از هر «صورت» فردی و ویژه‌ای فراتر می‌رود؛ «عرفان»، پهنه نامعینی از احساس مذهبی را می‌جوید که با هیچ مانع جزم‌اندیشانه‌ای در تعارض نمی‌افتد؛ «عرفان» ورود به اعماق نامتناهی بی‌صورت و نیز حالتی از یک نوع اظهار است که تنها مبتنی بر اشتیاقِ پرقدردِ «روح» می‌باشد. (وارگا، ۲۰۰۷ م.)

هسته اصلی نظریه سورن کی‌یر کیگارد، به عنوان یک فیلسوف وجودی‌نگر، در باب تحولات وجودی مبتنی بر «انسان‌شناسی دینی» است. از نظر وی، حضرت ابراهیم (ع) الگوی انسان کامل در تحولات وجودی است. بر این مبنا، انسان می‌تواند از زندگی حیوانی عاری از اصالت وجود آدمی آغاز کند و تا بصیرت ایمانی بالا رود، از جمادی بمیرد و نامی شود و از حیوانی بمیرد و انسان شود و بالاخره آنچه اندر وهم نیاید، آن شود. (فرامرز قراملکی، ۲۰۰۶ م.) کی‌یر کیگارد تحول وجودی را اساس هر گونه تغییر رفتار آدمی در نظر می‌گیرد و آن را در قالب چهار مرحله مشتمل بر «زندگی استحسانی حیوانی»، «زندگی اخلاقی عقلانی»، «زندگی اخلاقی دینی» و «حیات ایمانی» به تصویر می‌کشد. (فرامرز قراملکی، ۲۰۰۶ م.)

کانت در بیان حقیقت ذات انسان از تعابیر «وجدان»، «ذهن» و «روح» استفاده می‌کند. وجدان عبارت است از آگاهی‌ای که فی‌نفسه تکلیف است، پس

وجدان مبدأ افعال اخلاقی است. قانونمندی رفتار انسان دو جهت اخلاقی و حقوقی دارد. جهت اخلاقی رفتار انسان قائم به وجدان اوست. به بیان دیگر انسان به دلیل برخورداری از وجدان، یک موجود اخلاقی است. (صانعی دره بیدی، ۲۰۰۵ م.)

از منظر ملاصدرا بحث درباره ابعاد معنوی انسان از طریق پرداختن به مضمون «روح» و رابطه میان آن و «بدن» در قالب نظریه «حرکت جوهری» قابل پیگیری است. حرکت جوهری ملاصدرا در حکم یک کلید در گشودن ارتباط میان طبیعت و ماورای طبیعت است که طی آن «طبیعت و ماورای آن» و «روح و بدن»، به طور طبیعی و به صورت مفاهیم ساده و هضم‌پذیر در کنار هم و در یک چشم‌انداز واحد و سیراب از یک چشمه‌سار صافی، جلوه‌گر می‌شوند. (سروش، ۲۰۰۰ م.) در حرکت جوهری ملاصدرا بدن به سوی روح بالا می‌رود؛ این بدین معناست که بدن در ضمن حرکت و تحول عمقی خود و در زوال و حدوث مستمرش هر لحظه و هر دم صورتی کامل‌تر می‌یابد و در مرحله‌ای چنان می‌شود که کمال بعدی آن دیگر کمال و صورتی جسمانی نیست، بلکه کمالی روحانی و معنوی است. بدین قرار، دو عالم «ماده» و «معنا» درست در پی هم و به صورت ادامه طبیعی یکدیگر قرار می‌گیرند. (سروش، ۲۰۰۰ م.) حرکت جوهری بدن ابتدا همان تحولات عمقی جنین است که آن را بر اثر نمو و دگردیدی به آستانه روحانی شدن می‌رساند و از آن پس دری گشوده می‌شود که بدن همواره با موجودی روحی که تناسب و هماهنگی تمام با شرایط بدنی دارد و در حقیقت ادامه وجود اوست، در تماس و تبادل خواهد بود. (سروش، ۲۰۰۰ م.) به بیان مقدماتی‌تر، نفس انسان در آغاز پیدایش نباتی محض است (ماده + نفس نباتی)، سپس نفس حیوانی هم پیدا می‌کند، مثل نوزاد که احساس دارد (ماده + نفس نباتی + نفس حیوانی). طبق بیان ملاصدرا، نفس برخی تا آخر عمر چنین می‌ماند، ولی برخی انسان نیز می‌شوند

(ماده + نفس نباتی + نفس حیوانی + نفس انسانی). (عباسزاده جهرمی و همکاران، ۲۰۱۳ م.) بدن نسبت به روح حالت زمینه و «قوه» را دارد. در زمینه بدن است که روح پرورش می‌یابد، اما نه این که بدن روح را می‌زاید. بدن تنها شرایط ظهور روح را فراهم می‌کند. روح موجود خاصی است که در پیدایش و ظهور نیازمند زمینه مادی است، اما در بقا و دوام مستقل از ماده و شرایط مادی است. قاعده مشهور ملاصدرا چنین است که «النفس جسمانیة الحدوث و روحانیة البقاء». حدوث و پیدایش نفس به صورت جسمانی و مادی است، اما بقا و استمرارش روحانی و غیر مادی است، یعنی در زمینه مادی شرایط ظهورش فراهم می‌شود، اما همین که ایجاد شد موجودی دیگر و روحی مستقل از ماده خواهد بود. (سروش، ۲۰۰۰ م.)

## روش

مطالعه حاضر بر پایه منطق استفهامی به انجام رسیده و طی آن تلاش شده است برداشت‌های صورت‌گرفته از معنویت در میان دو گروه اصلی ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمات درمانی، بدون تحمیل کم‌ترین دیدگاه بیرونی، از زبان آن‌ها شناسایی و مضامین اصلی و فرعی مربوطه استخراج گردند.

### ۱- روش‌شناسی

در این پژوهش، داده‌یابی کیفی از طریق بررسی اسناد بیمارستانی و مصاحبه، و داده‌کاوی مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوی به انجام رسیده است. داده‌های مطالعه با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته پژوهشگر با پزشکان، پرستاران، مدرسان اخلاق پزشکی، مددکاران اجتماعی، مدیران بیمارستانی، بیماران و همراهان بیمار از تاریخ ۱۳۹۲/۷/۵ تا ۱۳۹۳/۶/۲۶ با تعیین وقت قبلی و مراجعه به محل کار مصاحبه‌شوندگان در واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی

شیراز و بخش‌های بستری در بیمارستان‌های نمازی، حافظ، حضرت زینب (س)، کوثر و MRI واقع در شهر شیراز و نیز ضمن هماهنگی اولیه با مسؤول بخش و کسب رضایت از بیماران جمع‌آوری شده‌اند. با توجه به این که هدف مطالعه آگاهی از نوع دیدگاه افراد مورد مصاحبه درباره مفهوم «معنویت» بود، لذا هیچ گونه اطلاع‌رسانی پیشینی درباره سؤالات مصاحبه انجام نپذیرفته است. مصاحبه‌ها با سؤالات کلی و زمینه‌ای، عمدتاً در مورد بیماری افراد، نحوه اطلاع از بیماری و روند انجام درمان، شروع و پس از برقراری روابط اعتماد، به تدریج به سمت مفهوم معنویت و نقش آن در سلامتی و درمان سوق داده می‌شد.

پرسش‌هایی از قبیل این که «شما از معنویت چه می‌دانید؟»، «معنویت از نظر شما به چه معناست؟» و «آیا معنویت می‌تواند در سلامتی و درمان فایده‌ای داشته باشد؟» از جمله سؤالات مندرج در مصاحبه‌ها بوده‌اند. کلیه مصاحبه‌ها، با آگاهی و رضایت مصاحبه‌شوندگان ضبط و پس از آوانویسی به متن تبدیل شده‌اند. در محدود مواردی که مصاحبه‌شونده اجازه ضبط صدا را نمی‌داد، پژوهشگر مبادرت به یادداشت‌برداری مستقیم از گفتگوهای انجام‌شده نموده است. متون به دست‌آمده ابتدا کدگذاری و سپس با توجه به عناصر «شباهت»، «روابط» و «تمایز» سطح داده‌ها ارتقا داده شدند. در نهایت مضامین کلی و نهایی در قالب حرکت از محسوس به معقول، استخراج گردیده‌اند. در راستای چندبعدی‌سازی داده‌ها و نیز مستندسازی مضامین به دست‌آمده، از ۴۹۶ برگ سند بیمارستانی در کنار متون اصلی مصاحبه نیز استفاده شده است. اسناد بیمارستانی شامل شکایات بیماران و Logbook های مربوط به نیم‌سال اول تحصیلی ۸۸-۸۹ می‌باشند. Logbook به مجموعه‌ای مکتوب از مشاهدات حرفه‌ای و بالینی دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی اطلاق می‌شود که بخشی از فعالیت‌های لازم در درس اخلاق پزشکی را تشکیل

می‌دهد. دسترسی پژوهشگر به اسناد مذکور در قالب کسب مجوز و موافقت‌های اصولی مراجع ذی‌ربط در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مشروط به رعایت اصل رازداری بوده است.

مصاحبه‌ها با حداقل مداخله پژوهشگر به انجام رسیده‌اند. ایجاد زمینه لازم از طریق طرح سؤالات کلی در راستای بیان آزادانه دیدگاه مصاحبه‌شوندگان مورد توجه پژوهشگر بوده است. همچنین جهت افزایش عینیت‌پذیری یافته‌ها، با طیفی از افراد گروه‌های مختلف ذی‌نفع شامل ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمت مصاحبه صورت گرفته است (جدول ۱).

در ارتباط با معیارهای انتخاب مصاحبه‌شوندگان لازم به توضیح است که معیار جنسیت، تحت تأثیر مطالعات نظری مبنی بر تأثیر متغیر مذکور در کیفیت درک از معنویت و نیز نحوه مواجهه با آن لحاظ شده است. پزشکان متخصص داخلی، گوارش، قلب و عروق، مغز و اعصاب و روان‌پزشکان معمولاً در ارتباط دائم با بیماران برخوردار از بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج هستند. مواجهه همیشگی با این دست از بیماران می‌تواند باعث برانگیختن تأملات معنوی و مذهبی در میان پزشکان متخصص در رشته‌های فوق‌الذکر شود و احتمالاً طرح مستقیم و غیر مستقیم پرسش‌های معنوی در آموزش و تدریس را برای آن‌ها به همراه داشته باشد. به استناد مطالعات نظری و نیز مشاهدات بیمارستانی، معمولاً تأملات معنوی و مذهبی در این سنخ از بیماران از گستردگی بیشتر برخوردار است. قراردادن بیماران در رده سنی ۲۵ تا ۳۰ سال و بالاتر نیز در پس مطالعات تئوریک صورت گرفته لحاظ شده است، علی‌القاعده معیار مذکور در مورد سایر گروه‌های دیگر نیز با عنایت به شغل و سطح تحصیلات و تخصص آن‌ها خود به خود لحاظ شده است. انتخاب شرکت‌کنندگان بر حسب نگرش‌های ذهنی متفاوت

آن‌ها درباره مسائل معنوی و مذهبی بر اساس شناخت قبلی پژوهشگر و یا کسب اطلاع غیر مستقیم از نوع نگرش آن‌ها درباره این سنخ از مسائل بوده است. معیار حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی برای پرستاران از این جهت بود که انتظار می‌رود پرستاران طی چند سال تجربه حرفه‌ای و ارتباط مستقیم با بیماران بستری در بیمارستان، اندوخته‌های ذهنی و تجربی متنوعی را درباره مسائل معنوی خود و بیماران، اعم از بیماران دارای دیدگاه‌های مذهبی و یا دیدگاه‌های غیر مذهبی و سکولار کسب کرده باشند (جدول ۲).

## ۲- ملاحظات مربوط به اعتبار و اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر بخشی از نتایج حاصل از ۱۸ ماه حضور طولانی مدت پژوهشگر در شبکه بهداشت و درمان شیراز محسوب می‌گردد. فرایندهای پژوهش با استفاده از یادداشت‌برداری‌های متعدد شفاف‌سازی شده‌اند. به علاوه، تفسیرهای ارائه شده پس از درمیان گذاشتن با شرکت‌کنندگان در پژوهش مورد بازبینی واقع شده‌اند. دریافت مجوز و هماهنگی‌های مستمر با مسئولان میدان‌های تحقیق، رعایت اصل احترام به عقاید مشارکت‌کنندگان، رازداری و عدم افشای مشخصات واقعی افراد، پرهیز از آسیب‌رساندن به افراد در جریان پژوهش از طریق دریافت اطلاعات ضروری مربوط به بیماران از پرستار یا مسؤول بخش و انجام مصاحبه پس از حصول اطمینان از عدم وجود منع پزشکی در صحبت کردن با آن‌ها مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی پژوهش را تشکیل می‌دهند.

## یافته‌ها

به منظور ارائه چشم‌انداز روشن از انواع گونه‌های ادراک در میان شرکت‌کنندگان پژوهش، ابتدا مضامین نهایی و مضامین کلی بیان شده‌اند (جدول ۳).

### ۱- معنویت مبتنی بر هستی‌شناسی قدسی

مضمون نهایی «معنویت معطوف به هستی‌شناسی قدسی» مشتمل بر مضامین کلی «اخلاق محوری حرفه‌ای منطبق با رضایت ناظر آرمانی»، «واکنش هوشمندانه نظام هستی در فرایند کنش‌های حرفه‌ای» و «مرگ‌اندیشی آگاهانه و بقای روح» می‌باشد. هر کدام از مضامین کلی فوق‌الذکر از ترکیب پاره‌ای مضامین جزئی و ارتقای سطح انتزاع آن‌ها ساخته شده‌اند (جدول ۴).

**گزیده (۱):** «اسلام چون مبتنی بر فطرته، بنابراین، معنویت رو اگر که مطابق با اعتقادات اسلامی تعریف کنیم، در واقع، هر کسی تو جامعه، حتی غیر مسلمان‌ها هم می‌توانند سهمی از این معنویت اسلامی داشته باشند. راستگویی جزء معنویت ما هست؛ ممکنه یه فردی، نه به دلیل این‌که مسلمان، نه به دلیل این‌که به خدا اعتقاد داره، به پیامبر اعتقاد داره، فطرتاً راستگو باشه و راستگویی رو دوست داشته باشه، ایشون یک سهم خوب و قابل توجهی از معنویت اسلامی رو هم برده، حالا چه بخواد، چه نخواد، چه خوشش بیاد، چه خوشش نیاد؛ ممکنه خوشش نیاد که ما بهش بگیم یک مسلمان واقعی شما هستید که داری راست می‌گی؛ مثلاً بگه نه، من نمی‌خوام، متنفرم از اسلام، متنفرم از این اعتقادات؛ ولی بهر حال عرض کردم، سهم قابل ملاحظه‌ای رو از یه سری اعتقادات دینی ما رو برده» (مصاحبه، پزشک).

**گزیده (۲):** «تشخیص ما [در پزشکی] بر اساس دانش کمی هست که داریم که اون هم همیشه ناقص هستش، حداقل در مقایسه با آینده. [امروز] پزشکی می‌گه این رویه درسته، [اما] فردا می‌گه مشکل سازه، حالا من چون به این مسأله واقفم، هرگز مریضام را ناامید نمی‌کنم. به اونا میگم همیشه راه‌های دیگه هم وجود داره، هرچند که ما هنوز [اونا رو] نمی‌دونیم. برخی از مریضای ترمینال که

بر اساس پزشکی و تشخیص خودمون فکر می‌کردیم دیگه تموم هستن، نمردن. واقعاً اینا شناسی هستن؟ اصلاً این معنویته!» (مصاحبه، پزشک).

**گزیده (۳):** «به خاطر خدا، انسانیت، اخلاق و... بیایم این روال غلط، اما رایج را به دور از خود سانسوری به قضاوت بنشینیم و بی تفاوت نشویم. به یقین در روزی نه چندان دور، در محکمه الهی، هیچ کس و هیچ مقامی و هیچ مدرک دکترای فوق تخصصی دستگیر ما نخواهد بود. در آن محکمه، حق الناس را خدا نمی‌بخشد» (سند بیمارستانی، مدیر).

## ۲- معنویت انتفاعی متعالی

در ابتدا لازم به توضیح است که در سنخ ادراکی معنویت انتفاعی متعالی و معنویت انتفاعی افقی، عنصر «سود» از برجستگی خاص برخوردار می‌باشد، لذا در عنوان‌گذاری آن‌ها از واژه «انتفاعی» استفاده شده است. مضمون نهایی «معنویت انتفاعی متعالی» در مجموع از ۳ مضمون کلی انتزاع شده است. مضمون نهایی مذکور به ترتیب مشتمل بر ۳ مضمون کلی شامل «اخلاق باوری حرفه‌ای سکولار»، «کنش متقابل فرهنگی اجتماعی با متقاضی خدمات»، «واقع‌اندیشی حرفه‌ای مبتنی بر عقلانیت ابزاری» می‌باشد. در جدول ۵ مضامین جزئی سازنده هر کدام از مضامین کلی و نیز اهم مفاهیم توصیفی بیان شده است.

**گزیده (۴):** «[معنویت] چیزیه که به زندگی هر کسی، از جمله خودم، جهت می‌ده؛ نگاهی هست که فراتر از رفتارهای روزمره و فن‌سالاری قرار داره و در واقع، اون انگیزه‌ای هست که پشت کارهامون خوابیده و باید و نبایدهای همه چیز رو برامون تعیین می‌کنه» (مصاحبه، پزشک).



**گزیده (۵):** «هر چیزی که یک معنا و مفهوم واقعی داشته باشد معنویت دیگه. آخرش هم به نظرم به خدا می‌رسه؛ منظورم خدا به عنوان یک حقیقت و معنویت هستم.»

**گزیده (۶):** «من فکر می‌کنم هر چیزی [که] بتونه به مریض [یا] یک شخص احساس راحتی ببخشه و یا اون رو خوشحالش کنه و بهش امید ببخشه، معنویت باشه؛ این هم شخص تا شخص فرق می‌کنه، مثلاً یکی از احساس تنهایی بیرون می‌یاد وقتی موسیقی گوش می‌کنه، یا به پارتی می‌ره... [از طرف دیگه] یه نفر ممکنه احساس معنا کنه وقتی که مثلاً مشکلات خودشو با خدا در میون می‌ذاره، التماسش می‌کنه و تقاضای کمک داره از راه‌های غیر عادی و فوق طبیعی، از طریق اماما و این جور چیزها. مردم این جور کارهای مختلف را می‌کنن و معمولاً هم از کارهایی که می‌کنن راضیین. معنویت مثل یک طیفه، [معنویت] خیلی وسیعه؛ یه چیزی غیر از خودته؛ حالا هر چی می‌خواد باشه» (مصاحبه، پزشک).

### ۳- معنویت انتفاعی افقی

مضمون نهایی «معنویت انتفاعی افقی» از ۳ مضمون کلی بدین شرح تشکیل شده است: نخست مضمون کلی «ضرورت کارکردی برتری حرفه‌ای». این مضمون کلی خود از مضامین جزئی «طبیعی‌انگاشتن رجحان اجتماعی پزشک» و «نظارت‌گری پزشکی» به دست آمده است؛ دوم مضمون کلی «لحاظ مناسبات اقتصادی طبابت» که از تلفیق دو مضمون جزئی «اهمیت شأنیت اقتصادی پزشک» و «کارکرد گردش‌های مالی نظام درمان در گسترش اقتصادی» حاصل گردیده است؛ سوم مضمون کلی «فصل‌الخطاب‌بودن پروتکل‌های نظام خدمات» که بر اساس تلفیق و انتزاع ۲ مضمون جزئی «کفایت اصول متعارف اخلاق حرفه‌ای» و «ضرورت استقلال و مشروعیت نظارت صنفی بر آن» ساخته شده است.

**گزیده (۷):** «شرایط بیمار و جامعه‌ای که [بیمار] در اون زندگی می‌کنه، مهم‌ترین چیزها هستن؛ [شما می‌تونین] اسم معنویت بذارین روی اون. ما، به عنوان پزشک، یه فرد، خانوادش و جامعه رو در نظر می‌گیریم، سپس [برای او] تصمیم می‌گیریم؛ همین! این مسابقه اقتصادی که راه افتاده بین مردم، من رو هم به عنوان یک پزشک تحت تأثیر خودش قرار می‌ده. من هم باید زیادتر کار کنم تا از بقیه عقب نیافتم. نیاید [شما] از من بخواید که چنین و چنان باشم، این کار رو بکنم یا نکنم. جامعه، در وضعیتی که الان داره، خودش راه رو برای من هموار می‌کنه که چه کار [باید] بکنم و [چه کار نباید] نکنم؛ این [وضعیت] روی معنای زندگی من تأثیر می‌گذاره، یا روی همون چیزی که ممکنه [شما] اسمشو بگذارید معنویت، مثلاً شما وقتی شاد هستی و میری به میهمانی و پارتی، اون جا چقدر به فکر خدا هستی؟ شما تو اون جور وضعی به خدا فکر می‌کنی؟ [من که فکر نکنم]؛ اما [برعکسش] وقتی که دپرس شدن، مریض شدن و بستری شدن هست، [فرد] به این جور چیزها فکر می‌کنه. نمی‌خوام بگم که درسته یا غلطه، اصلاً. می‌خوام بگم که واقعیتش، این شرایط فعلی شما هست، این وضع اجتماعی شما هست که معنای همه چیز رو براتون درست می‌کنه؛ شما هر چی دوست داری، اسمشو بذار؛ معنویت، اخلاق» (مصاحبه، پزشک).

**گزیده (۸):** «این مریضی که الان داره رنج می‌بره از کانسر ریه، می‌تونست در یک وضع سالمی باشه، می‌تونست الان خونه باشه و با خانوادش از زندگی لذت ببره. کیفیت پایین هوا هست که او رو آورده بیمارستان. مریض دیگه‌ای که به خاطر سکته قلبی بستری شده، به خاطر اینکه که سبک رفتار سالم رو در جامعه بهش یاد ندادن؛ [اون مریض] سنش بالاست، ولی از [مصرف] چربی و قند پرهیز نداره؛ همش به خاطر فرهنگ غلطی هست که توی جامعه وجود داره. من فکر

می‌کنم که این‌ها کاملاً مسؤول مشکلاتشون نیستن؛ معنویت اینه که محیط سالم، سبک سالم رانندگی، سبک درست غذا خوردن در اختیار مردم باشه، اون هم از طریق آموزش دادن فرهنگی به اونا که [دیگه] نخوان بیماری‌های مربوط به سبک زندگی رو تجربه بکنن. فکر می‌کنم همین معنویت باشه؛ فهمیدنش سخت نباشه» (مصاحبه، پزشک).

**گزیده (۹):** «این دختر جوون [اشاره به مریض]، رفته با قرص خودکشی کرده... چون افسردگی پیدا کرده. پدر و مادرش دارن از هم جدا میشن؛ می‌گه رفتم قرص خوردم تا توجه پدر و مادرم رو به خودم جلب کنم. معنویت یعنی این‌که پدر و مادرها رو از تصمیماتشون آگاه بشن. به نظرم [معنویت] یعنی اطمینان از آینده، پیوندهای اجتماعی محکم، [تحت این شرایط] بعدش [بیشتر] مشکلات می‌تونن حل بشن» (مصاحبه، پزشک).

#### ۴- معنویت آیینی

جدول ۷ مضمون نهایی «معنویت آیینی» و مضامین جزئی و مفاهیم توصیفی اولیه سازنده آن را در قالب ۱۰ مفهوم توصیفی، شش مضمون جزئی و سه مضمون کلی نشان می‌دهد. مضامین کلی سازنده مضمون نهایی «معنویت آیینی» شامل «باورهای قلبی دینی»، «کنشگری‌های فردی و جمعی آیینی» و «تعابیر لفظی تقدس یافته» هستند.

**گزیده (۱۰):** «به نظر من معنویت و دینداری به هم وابسته هستن، چون اگه من یه ایمان جزئی مذهبی نداشته باشم، به اون قسمت معنوی بعدیش نمی‌رسم، مثلاً سِری قبل که توی بیمارستان [بستری شده] بودم، داشتم با آقای که خیلی آدم خوبی هم بود، خیلی خوش‌اخلاق، متین، صحبت می‌کردم. [بِهش] گفتم ان‌شاءالله زیارت نصیبت بشه، [ولی او] گفت: نه، من [زیارت نمی‌خوام]. اگه جشن

و شادی باشه [برای من] بهتره. [بپهش] گفتم اگه امروز صبح [یه] طوری مریض بودی که نتونستی نماز بخونی، خوب، حالا با تیمم جیره‌ای می‌تونی نماز بخونی، قضای نماز صبحت رو بخونی. گفت این‌ها هم‌مش سنته؛ گفتم [نه، این‌ها] سنت نیست، دین ما این رو گفته.» (مصاحبه، بیمار).

شکل واژه‌گزینی‌های صورت‌گرفته در روایت ذیل که طی آن برخی زمان‌ها، مکان‌ها، افراد و اولیا به صورت تقدس‌یافته بازنمایی می‌شوند، جالب توجه بوده و در همین راستا قابل تفسیر است.

**گزیده (۱۱):** «در شب اول ماه مبارک رمضان سال ۱۳۹۰ دچار سکتة مختصری شدم. با مراجعه به بیمارستان MRI و انجام تست قند و چربی به من گفتن باید در ICU بستری بشی و دیگه از اونجا به بعد نفهمیدم چی شد، ۳ روز توی ICU توی کما بودم. به لطف خدا، برکت ماه مبارک رمضان و دعای دوستان و عزیزان، اون سحر که قرار بود وارد سردخونه بشیم، برگشت خورد» (مصاحبه، بیمار).

نگریستن به معنویت از منظر دینی و تقابل فکنی آن با مادی‌شدن پزشکی از دیگر موارد مطرح در معنویت آیینی است که به موجب آن نوع عملکردهای اخلاقی پزشکان حمل بر اعتقاد دینی آن‌ها می‌شود.

**گزیده (۱۲):** «خیلی از پزشکا از نظر مالی واقعاً تأمین هستن، [چون] چندین سال زحمت کشیدن [درس خوندن]، واقعاً یه بیماری که می‌یاد پیش این دکترا، که اصلاً در حد توانشون هیچ امکاناتی نداره، اگه [دکتر] بخواد در حد خیریه [پول] بگیره [پیش خدا گم نمی‌شه]؛ بعضی دکترا هستن [که] با خدا نیستن، فکر دنیا و آخرت رو نمی‌کنن؛ اینا مادی‌شدن پزشکیه، چون فقط در عالم مادین؛ «تجارت» می‌کنن، چون عاشق «طبابت» نیستن؛ اگه کسی عاشق طبابت باشه، توی بحث مادی نمی‌ره؛ توی دکتری هم [اگه] عاشق کارت باشی، مسائل مادی

می‌ره کنار؛ توی [شهرستان] خُنج دکتر داریم که هزار تومن هم کم نمی‌کنه واسه همشهری خودش؛ دکتر فوق تخصص قلبیه و شبکیه هم بود که وقتی کسی [پول] نداشت که بخواد جراحی بشه، می‌گفت من سهم خودم رو نمی‌گیرم؛ الان توی تهران برای هر عمل قلبیه و شبکیه دارن ۵ میلیون و ۱۰ میلیون می‌گیرن، اولی اون می‌گفت [من سهم خودم رو که می‌خوام از بیمار بگیرم، [به عنوان] خیریه بهش نگاه می‌کنم و آزش پول نمی‌گیرم؛ این یعنی همون معنویت، باید به پیر و پیغمبر و این جور چیزها اعتقاد داشته باشی [که این کار رو انجام بدی]» (همراه بیمار، مصاحبه).

نوع رفتار بیماری بر پایه معطوف داشتن آن به اراده الهی در گزیده زیر این‌گونه منعکس شده است.

**گزیده (۱۳):** «بعد از نمونه به من گفتن مشکل بیش از اونی هست که تصور می‌کردم؛ اول فکر می‌کردم یه کیست کوچیکه، بعد متوجه شدم نه یه چیز دیگه هست؛ دکتر پیشنهاد دادن که شیمی‌درمانی بشم؛ بعد از ۸ جلسه شیمی‌درمانی دیروز عمل شدم [تا] ببینم دیگه خدا چی می‌خواد. همون جوری که به همون [تومور] کوچولو اهمیت ندادم، الان هم به این [تومور بزرگه] اهمیت نمی‌دم؛ اولش یه کم نگران بودم، ولی کم‌کم با خودم کنار اومدم نذاشتم بیماری به من غلبه پیدا کنه؛ به هر حال، خدا خودش [عمر رو] می‌ده، خودش هم [عمر رو] می‌گیره، [یعنی] اگه قرار باشه که من زنده باشم که [دیگه] هیچ [مشکلی نیست]؛ اگه نه [قرار نباشه که من زنده باشم]، [باز هم خدا خواسته و] خودش می‌بره دیگه» (مصاحبه، بیمار).

گزیده‌های مبسوط فوق‌الذکر به روشنی تأثیرگذاری معنویت آیینی بر رفتار و نیز نوع تفسیر اراده‌شده از بیماری را، با محوریت اتکال به ماوراءالطبیعه و مستند ساختن بیماری به اراده و مشیت خداوند را به تصویر می‌کشد.

### ۵- معنویت عرفی و فرهنگی

مضمون نهایی «معنویت عرفی و فرهنگی» مشتمل بر ۲ دو مضمون کلی «تکریم اخلاقی دریافت‌کنندگان» و «اهمیت کیفیت فضای فیزیکی مراکز درمانی» است. توجه به مفاد مندرج در جدول ۸ تصویر روشن‌تری از مضامین جزئی و نیز مفاهیم توصیفی سازنده «معنویت عرفی و فرهنگی» را نشان می‌دهد.

**گزیده (۱۴):** «بیمار [من] روی تخت خوابیده بود؛ من موبایلم رو تنظیم کردم یه ساعات خاصی دعا پخش کنه... من کنارش بودم، براش دعا می‌خوندم، [می‌دونستم که توی این شرایط] نیاز به محبت داره؛ بعد دیدم که پرستار اومده، وقتی دید دارم دعا می‌خونم، گریه می‌کنم، حرفایی رو جلوی بیمار [به من] می‌زنه که با اعتقادات اون [بیمار و من] سنخیتی نداره؛ [به من می‌گه] برو بابا، کی اومده از اون دنیا، کی رفته؛ اینا همش کشیکه؛ خودتو بی خودی داری اذیت می‌کنی. شوهرم هم با این که حالش بد بود با اشاره می‌گفت از اینجا بریم [بیرون]» (همراه بیمار، مصاحبه).

اعتراض همراه بیمار که به علت تعبیر ناشایسته کلامی به کاررفته خطاب به بیمار صورت گرفته است، از منظری می‌تواند ناظر به خدشه‌دارشدن «کرامت انسانی» تلقی شود، هرچند که در سطح عینی‌تر، می‌توان از منظر «حقوق بیمار» به آن پرداخت.

**گزیده (۱۵):** «دکتر گفتند باید یک تریپل لومن برای برادرم بگذارن که مایع بدنش اندازه‌گیری بشه، ولی برادر من هوش و حواس درست نداشت و نگذاشت

که آن شب برایش [این کار را] انجام بدن، بعد دکتر که [به عنوان یک] پزشک مملکت است، به مریض من با یه لحن خیلی بد [گفتند] که خیلی آدم احمق و عوضی‌ای هستی و باید از این بخش رضایت بدی و بری بیرون. من می‌خواستم بدونم که این دکتر بیمارستان برای معالجه استخدام شدن یا این که [به خاطر این استخدام شدند] که مریض رو از بیمارستان بیرون کنند. بیمارستان [که] مال این پزشک نیست» (سند Logbook).

در متن زیر جدایی بین بیمارستان و محیط اجتماعی به تصویر کشیده شده است و گوینده در واقع، خواهان تبدیل بیمارستان به یک نهاد فرهنگی و اجتماعی مرتبط با محیط بزرگ‌تر اجتماعی است.

**گزیده (۱۶):** «وقتی ببینم زندگی هم در کنار من ادامه داره، عزاداری هم صداس [از] توی حیاط می‌آد، [یا مثلاً بدونم که از توی] این حیاط به این بزرگی دسته عزاداری می‌خواد بیاد دوری بزنه و برگرده، ولو این که نبینمش یا این که به هرکسی یه قاشق برنج امام حسین [ع] بدن بخوره، خوب این‌ها خودش همش تأثیرگذاره [از نظر روحی و جسمی]؛ باید یه جوری بشه که همه سنت‌هایی که بیرون از بیمارستان [توی جامعه] رواج داره، توی بیمارستان‌ها هم اجرا بشه» (همراه بیمار، مصاحبه).

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود معنویت عرفی و فرهنگی می‌تواند رفتار و تفسیر بیماری را مستند به رسومات فرهنگی بیمار کند. این امر به واسطه توجه و پاسداشت رسومات فرهنگی بیماران و همراهانشان در فرایند خدمت‌رسانی حرفه‌ای به آن‌ها در محیط‌های درمانی امکان‌پذیر می‌شود.

### ۶- معنویت معطوف به حقوق قانونی

مضمون نهایی «معنویت معطوف به حقوق قانونی» مشتمل بر دو مضمون کلی «انتظارات معطوف به هماهنگی‌های مدیریتی» و «انتظارات معطوف به شایستگی‌های بالینی ارائه‌دهندگان خدمات» است. مضمون کلی «انتظارات معطوف به هماهنگی‌های مدیریتی» حاصل تلفیق و انتزاع مضامین جزئی «ضرورت مرتفع‌شدن نیازهای اولیه عمومی» و «اهمیت مناسبات شفاف اقتصادی در نظام خدمات» است. همچنین مضمون کلی «انتظارات معطوف به شایستگی‌های بالینی ارائه‌دهندگان خدمات» ناظر به دو مضمون جزئی سازنده آن، یعنی «حضور پزشکان و پرستاران باتجربه بر بالین بیمار» و «اولویت درمان بیماران به ابژه‌انگاری آموزشی آن‌ها» است.

**گزیده (۱۷):** «به نظرم معنویت این نیست که توحید را بخواهند برات القا کنن؛ همین رفتارهای شغلیشون هم خیلی مهمه؛ من می‌خوام بدونم روده من دقیقاً مشکلش چیه؟ چرا این جوری من شدم؟ شما که دارید بهم قند می‌دید، تا کی باید اینا رو دریافت کنم؟ منی که نمی‌تونم غذا بخورم، چه جوری باید مشکل غذا خوردنمو رو رفع کنم؟ این داروها که جوابگوی من نیست، چون نخورم از پا می‌افتم، ولی نمی‌تونم هم بخورم؛ من یک بی‌خوابی دارم، وقتی من می‌گم من مرتب بی‌خوابی دارم، منظورم این نیست که به من مُسکِن بزنید، مرفین بزنید تا بگیرم بخوابم» (مصاحبه، بیمار).

بر پایه تجربیات حاصل از حضور طولانی‌مدت در میدان مطالعه و نیز طی بررسی اسناد، بخش‌هایی از شکایات مکتوب را که از نظر مضمونی هم‌راستا با داده‌های شفاهی حاصل از مصاحبه‌ها بوده است، درهم آمیخته شده‌اند و بدین ترتیب از انتزاع آن‌ها سنخ «معنویت معطوف به حقوق قانونی» بر ساخت شده است.



**گزیده (۱۸):** «رفتم مطب دکتر. به من می‌گه دستگاه لاپاروسکوپی بیمارستان پیشرفته نیست، شماره کارت به من داده، می‌گه پول [رو] کارت به کارت کن تا خودم تیغ‌های دستگاه لاپاروسکوپی رو برات بیارم، این هم شماره کارتش [به موبایلش اشاره می‌کنه] ۹۶۰ [هزار] تومان ریختم توی کارتم. حالا که زده منو داغون کرده و کار به شکایت رسیده، منشی [دکتر] چند بار تماس گرفته، می‌گه بیاین پولتون رو پس بگیرین؛ من مخالفت کردم و پول [هنوز] توی حساب هست» (مصاحبه، بیمار).

ضرورت توجه به شایسته‌سالاری بالینی و قرارگرفتن «افراد باتجربه» بر بالین بیمار تنها یک نیاز ابرازشده از طرف گروه دریافت‌کننده خدمات نیست. به طور متقابل، گروه ارائه‌دهنده خدمات نیز در شرایطی که به عدم تناسب جایگاه تخصیص داده‌شده به خود، با تأکید بر پیامدهای منفی حاصله از آن، واقف و معترف می‌شود، به ضرورت قرارگرفتن افراد در جایگاه‌های متناسب با توان فنی و حرفه‌ای تأکید می‌کند.

**گزیده (۱۹):** «مریض بدحالی بود که مدام تشنج می‌کرد؛ قرار شد برای یک سونوگرافی به [بیمارستان]... فرستاده شود؛ رزیدنت کشیک گفت شما با مریض برو و یک آمپول دیازپام هم به من دادند که اگر [مریض] تشنج کرد به مریض بزنم؛ منم که تازه استیودنت شده بودم و از کارهای عمل هیچ تجربه‌ای نداشتم؛ حال اگر این مریض بین راه تشنج می‌کرد و حالش بد می‌شد، من چه کار می‌توانستم انجام دهم؟ خوشبختانه مریض بین راه تشنج نکرد؛ به نظر من این که یک استیودنت را با مریض، حالا یا بدحال یا [در] حالت ناخوشی از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر می‌فرستند، کار درستی نیست؛ مریض به ما اعتماد می‌کند و فکر می‌کند حالا که من به عنوان یک پزشک همراه او هستم، اگر اتفاقی بیفتد،

می‌توانم کاری برای او انجام دهم، [این] در صورتی [است] که از دست من استیودنت هیچ کاری در چنین مواقعی ممکن است برنیاید» (سند Logbook).

کم‌تجربگی حرفه‌ای و پیامدهای منفی حاصل از آن موضوعی نیست که صرفاً مدعی آن فرد واقع شده در گروه دریافت‌کننده خدمات بوده باشند و یا این‌که شخص کارگزار تخصصی خود بدان معترف و حتی معترض باشد، بلکه وجود این‌گونه کم‌تجربگی‌ها، گاهی از طرف دیگر هم‌تایان حرفه‌ای نیز به صراحت اشاره می‌شود: **گزیده (۲۰):** «یک شیرخوار ده‌ماهه را آورده بودند، او را معاینه کردم متوجه

شدم لوب چپ کبد به دست می‌خورد و Consistency کبد Firm است. به قدری واضح بود که حتی من که Student بودم، متوجه شدم. وقتی استاد بیمار را معاینه کردند بلافاصله گفتند بچه مشکل Chronic کبدی دارد و بعد از چند روز شیرخوار به صورت ناگهانی فوت شد. نکته جالب اینجاست که بچه ۵-۶ بار دیگر به خاطر مسائل مختلف به IVRx آورده شده بود و [به رغم این‌که] در یکی از hx های قبلی اشاره‌ای به هیپاتومگالی شده بود، رزیدنت کشیک او را معاینه کرده بود، جمله رزیدنت این بود: Liver is NL in size & No hepatomegaly is seen. [کبد از نظر اندازه نرمال است و هیپاتومگالی دیده نمی‌شود]» (سند Logbook).

گزیده زیر ناظر به رعایت‌نشدن حق قانونی بیمار در انتخاب کادر درمانی و نیز نوع برخورد نادرست پزشک در مواجهه با اعتراض ناشی از بی‌توجهی به حق انتخاب بیمار می‌باشد.

**گزیده (۲۱):** «همسر بنده بیمار هستند و خود را معرفی کردند که یک پزشک هستند. حق دارند کادر درمانی خود را انتخاب نمایند، اینترن فوق با کمال بی‌ادبی ضمن این‌که خود را معرفی نمی‌کردند، شروع به بحث با بیمار کردند و حاضر به خروج از اتاق نشدند که با همکاری سرپرستار کشیک ایشان را از اتاق خارج

کردند تا بیمار بتواند آرامش خود را داشته باشد. ایشان [که] هیچ گونه احترامی به بیماری که خود یک پزشک با سابقه بیش از ۲۰ سال است قائل نبودند، چگونه می‌توانند بالای سر مریض دیگر حاضر شوند» (سند Logbook).

ترس بیمار و یا همراه وی از اصل طرح شکایت را، فارغ از موضوعیت داشتن و یا نداشتن آن و یا صحت و سقم آن، می‌توان به عنوان یکی از مصادیق سلبی و نقض‌کننده «معنویت معطوف به حقوق قانونی بیمار» در نظر گرفت. طرح شکایت حق قانونی هر بیمار است، اما دریافت‌کننده خدمات به استناد مشاهدات خویش، ضمن اعلام شکایت، ترس و اضطراب خود را نیز به صورت پیشاپیش در آن بازگو می‌کند تا از پیامدهای منفی احتمالی آن در امان باقی بماند.

**گزیده (۲۲):** «از دکترم توقع دارم شرح حال بیمارم رو، یا این که چه تصمیمی برای بیمار من گرفتن رو به من اطلاع بدن. بعد از ۱۲ روز که همسرم بستری هستن، تازه دیروز، یعنی روز یکشنبه ۱۳۹۲/۷/۲۱ دکتر رو دیدم. از ایشون می‌پرسم می‌خواهید چه کار کنید؟ گفتن من وظیفه‌ام اینه بالای سر مریض و برم، برو از پرستارش بپریم. گفتم یه برگ پلاسمافرز پرستار داده شما برام نوشتید، بیمه ایراد گرفته که باید شرحش رو داخل یه برگ نسخه برام بنویسید و مهر خودتون رو بزنید. گفت اگه یک دقیقه دیگه اینجا وایسی، من هر چی که برات از قبل هم نوشتم آرت می‌گیرم، پاره می‌کنم؛ اگه یک بار دیگه هم سر راه من باشی، برای من اصلاً اهمیت نداره که تو کی هستی یا چه مشکلی داری. تنها وظیفه من اینه که برم بالای سر مریضت. پیشنهاد من اینه که وقتی دکتر می‌ره بالای سر مریض همراهش هم حضور داشته باشه که همون موقع بفهمه مشکل مریض چیه. حالا ترسم از این شکایت اینه که دیگه به مریضم رسیدگی نکنن، چون دیدم وقتی کسی باهاشون درمی‌افته، بی‌خیال مریض می‌شن و [با] همراه [مریض] لجبازی می‌کنن» (سند Logbook).

## بحث

به استناد یافته‌های مقاله پاره‌ای ملاحظات تفسیری درباره سنخ‌های ادراک از معنویت در مناسبات درمان قابل احصاء هستند. بر پایه مفهوم «معنویت معطوف به هستی‌شناسی قدسی»، رویه‌های معنوی، مفروض به هم‌سویی با آموزه‌های مذهبی مقبول پنداشته خواهند شد. مذهب با تأکیدی که بر قدرت خداوند و دیگر ویژگی‌های او می‌نهد، از ظرفیت لازم برای معنادار ساختن زندگی افراد و نیز ارائه یک فلسفه مستحکم زندگی به منظور رهانیدن آن‌ها از زیست بی‌هدف برخوردار است؛ چشم‌انداز ارائه‌شده به وسیله مذهب، به جهان مادی موجود محدود نمی‌گردد.

توکل و همکاران (۲۰۱۵ م.) طی صورت‌بندی مفهومی دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگانی که بیانات آن‌ها ذیل عنوان «معنویت معطوف به هستی‌شناسی قدسی» تجمیع شده‌اند، معتقدند: «قلمرو دیدگاه‌های مذهبی فراسوی جهان محسوس قرار داشته و جهان دیگر را نیز دربرمی‌گیرد. این‌گونه چشم‌انداز فراخ از هستی قادر است هر چیزی را در بهترین وجه ممکن معنادار سازد. فلسفه مناسک مذهبی همراه با هستی‌شناسی الهی معادل با پرورش معنوی افراد و متعاقباً تأمین سلامت معنوی آن‌ها خواهد بود. مناسک مقدس برخوردار فلسفه خاصی هستند که ممکن است آشکار یا ناشناخته باشند. مؤمنان باید از صحت مناسک و معناداری آن‌ها اطمینان خاطر داشته باشند. آموزه‌های دینی، به منزله گفته‌های خداوند، منبع نهایی قضاوت محسوب می‌گردند. در این راستا، عقل انسانی تنها یکی از منابع تشخیص به حساب می‌آید که ذیل کتاب الهی، قول و کردار پیامبر و امامان معصوم و اجماع واقع می‌شود. ترتیب منابع مذکور از اهمیت بالایی برخوردار است.»

در «معنویت انتفاعی متعالی» چیزی وجود دارد که احساسات یا رفتارهای انسان‌ها ناظر به آن می‌باشد، اگرچه لزوماً عنوان خدا به آن اطلاق نمی‌شود. صورت‌بندی مفهومی توکل و همکاران (۲۰۱۵ م.) به استناد دیدگاه‌های افراد مصاحبه‌شونده در توصیف «معنویت انتفاعی متعالی» به شرح ذیل می‌باشد:

«در مقام تبیین دقیق‌تر می‌توان گفت یک امر مفروض زمانی برای انسان از حالت متعالی برخوردار است که تا حدود زیادی متضمن تجربیات یا ایده‌هایی باشد که فراسوی فهم انسانی قرار می‌گیرد. انگیزه بنیادین در تحقق رفتار یا احساس خاص می‌تواند خدا و یا هر چیز دیگری باشد. از باب مثال، علاقمندی پزشک به کمک‌رسانی به بیمار ممکن است ناشی از تلاش به منظور جلب مشتریان بیشتر و یا ارزانی‌داشتن احساس خوب زندگی به بیماران باشد. این امر نیز محتمل است که پزشک از حیث جلب رحمت الهی و یا ارضای حس غرور خویشتن مبادرت به انجام وظیفه حرفه‌ای نماید. در همه حالات مذکور انگیزه پزشک مقدم بر کنش‌های وی و نیز متفاوت از آنهاست. همین امر، به کنش انجام‌شده، به عنوان یک امر محقق، تعالی می‌بخشد و می‌تواند به عنوان منبع معنا برای وی در نظر گرفته شود. به بیان کلی‌تر، قلمرو منبع و انگیزه مقدم بر یک کنش مفروض از عمیق‌ترین خودِ درونی انسان تا بالاترین ماهیت غیر قابل اندیشه، که از آن به عنوان امر غایی، امر قدسی یا خداوند یاد می‌شود، در سیلان و نوسان است.»

در معنویت انتفاعی افقی، وجود هیچ‌گونه امری بیرون از جامعه متصور نیست. جامعه به هر امر اندیشیدنی موجودیت می‌بخشد. در این سنخ از معنویت، روابط بین فردی و همچنین رابطه با جهان طبیعی از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. توکل و همکاران (۲۰۱۵ م.) در مقام صورت‌بندی تفسیری از مفاد مندرج در دیدگاه‌های ناظر به «معنویت انتفاعی افقی» می‌گویند: «فضائل و رذائل زائیده

یک جامعه مفروض انگاشته می‌شوند. بر این مبنا، در صورتی که بخش‌های متفاوت سیاسی، اقتصادی و فرهنگی جامعه در نظم و ترتیبی متعادل عمل نمایند، جامعه به خودی خود زمینه مناسبی را فراهم خواهد ساخت که ذیل آن افراد قادر به تجربه نوعی زیست آسان و راحت خواهند بود. بحث از مفاهیمی همچون نیکی‌ها و بدی‌ها، به گونه‌ای که مقدم بر شرایط و روابط اجتماعی انگاشته شوند، آن چنان مفید به فایده نیست. از این منظر، نیازی به پرداختن به فضائل بر مبنای تشویق مردم به مؤمن بودن واقعی نیست. به علاوه این امکان نیز وجود دارد که فارغ از نسبت‌بخشیدن کارها به خدا، انسان هر کاری را که در یک جامعه مفروض به عنوان «فضیلت» شناخته می‌شود، انجام دهد و یا بالعکس، از آنچه به منزله «رذیلت» نام برده می‌شود، اجتناب نماید. وجود بستر عادی در جامعه تنها پیش‌نیاز ضروری در تأمین زندگی لذت‌بخش برای مردم خواهد بود.»

در معنویت آیینی، افراد کلیه باورها و کنش‌های خود را با عنوان مبانی آیینی دینی تعریف می‌کنند و در واقع، «معنویت» را از منظر دین و آموزه‌های آن مورد فهم قرار می‌دهند. با این وجود، ادعای مذکور حالت مطلق ندارد، چراکه ذیل عنوان «معنویت آیینی»، رفتارها و یا باورهایی مشاهده می‌شود که مستقیماً برگرفته از دین نمی‌باشند، بلکه ناشی از رسومات یا عرفیاتی هستند که بعضاً منتسب به دین نیز می‌گردند. موارد فوق‌الذکر، اگرچه به طور مستقیم برگرفته از مذهب نیستند، اما حداقل در تعارض آشکار با آن نیز قرار نمی‌گیرند. به کاربردن کلمه «آیین» در عنوان‌گذاری این سنخ از معنویت بر پایه همین مبنا صورت گرفته است. درهم‌تنیدگی دین و معنویت از ویژگی‌های بارز «معنویت آیینی» است و دین، در حکم مدخل اصلی معنویت محسوب می‌شود. همچنین تمیز دادن

معنویت از سنت، به معنای رایج فرهنگی آن، از جمله تلقی‌های موجود از معنویت آیینی است که مورد اشاره برخی مصاحبه‌شوندگان قرار گرفته است. در مضمون نهایی معنویت عرفی و فرهنگی، باورهای فرهنگی و عرفی افراد از مدخلیت عمده‌ای برخوردار می‌شوند. این باورها لزوماً جنبه مذهبی ندارند، اگرچه می‌توانند متأثر از مذهب هم باشند، چراکه مذهب در حکم یک منبع فرهنگی بسیار مهم در بسیاری از جوامع است. سنخ عرفی و فرهنگی معنویت بیشتر مبتنی بر مشهورات فرهنگی و اخلاقی جامعه می‌باشد. به عنوان نمونه، در گزیده (۱۴) اعتراض همراه بیمار نسبت به بی‌حرمتی صورت گرفته به ارزش‌های اعتقادی وی و بیمارش از جمله مواردی است که ذیل این سنخ از ادراک معنویت واقع می‌شود. پاره‌ای از داده‌های به دست آمده از گروه دریافت‌کننده خدمت ناظر به ضروریات و نیازهای عینی افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان بود. در واقع، پاسخ‌دهندگان در بیشتر موارد در پاسخ به سؤالات معطوف به اکتشاف معنای معنویت، ضمن اتخاذ موضع «انتقادی»، سریعاً به کمبودها و نیازهای خود در بیمارستان و یا ضعف برنامه‌ریزی‌های مدیریتی اشاره می‌کردند و کمبودها و نیازها را، مستقل از هرگونه منظر دینی، متعالی یا فرهنگی، حمل بر معنویت می‌کردند. بر همین اساس، در مضمون‌بندی این سنخ از یافته‌ها از عنوان «معنویت معطوف به حقوق قانونی» استفاده شده است.

### نتیجه‌گیری

به استناد یافته‌های پژوهش، معنویت به عنوان یک پدیده ذهنی قابل انعکاس در رفتار حرفه‌ای و نیز رفتار بیماری، مضمونی نیست که بتوان آن را به صورت مستقیم مورد مطالعه قرار داد. به بیان دیگر، شاید بتوان این‌گونه گفت هیچ چیز بی‌معنا نیست، چراکه باور به «بی‌معنایی» نیز خود، نوعی باور و حاصل یک فعالیت ذهنی انتساب معناست؛ جمع‌بندی یافته‌های پژوهش در ارتباط با نوع معنای اراده‌شده از پدیده «معنویت» در میان کنش‌گران اصلی نظام سلامت، نشان می‌دهد معنای الصاق‌شده به پدیده معنویت متضمن یک طیف گسترده، از «التفات خاطر به امور محسوس و متعارف عینی» تا «توجه خاطر به امر ماورایی و برتر» می‌باشد؛ با این وجود، در بازنمایی هر کدام از مراتب طیف معنایی مذکور، رد پای اکتسابات و باورهای فرهنگی و مذهبی کم و بیش یافت می‌شود. گستردگی معانی منتسب شده به «معنویت» به خوبی ضرورت تکوین نوعی گفتمان مشترک جهت پرداختن به عنصر معنویت در نظام مراقبت‌های پزشکی را نشان می‌دهد. وجود گستره فراخ از معنای اراده‌شده از معنویت، آن‌گونه که نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد، به روشنی حاکی از ضعف نظام آموزشی و فرهنگی کشور در فرایند تکوین و برساخت یک فراگفتمان اجماعی درباره «اخلاق» و «معنویت» است. نظام آموزشی هر جامعه مفروض، از جمله مدخل‌های اصلی تکوین درک مشترک و بین‌الذهانی میان افراد آن جامعه و نیز اقناع فکری آن‌ها بر پایه مفروضات هستی‌شناسانه، انسان‌شناسانه و معرفت‌شناسانه مشخص می‌باشد. در وضعیت موجود، عدم وجود ارتباط اندام‌واره میان پراکندگی‌های موجود در میان شش‌سنگ از ادراکات ناظر به مفهوم معنویت، مانع جدی عملیاتی‌کردن معنویت در نظام سلامت و درمان محسوب می‌شود.



مرور سوابق مطالعاتی و فعالیت‌های فکری و اجتماعی بیشتر افرادی که در پی انتزاع دیدگاه آن‌ها مضمون «معنویت معطوف به هستی‌شناسی قدسی» بر ساخت گردیده است، نشان می‌دهد گستره آگاهی افراد مذکور خارج از قلمرو زیست‌پزشکی بوده و شاخه‌های مختلف علوم انسانی نظیر فلسفه، الهیات و انسان‌شناسی نزد آن‌ها به مراتب مهم‌تر از علوم تجربی و جزئی‌اندیشی مدرن، از جمله زیست‌پزشکی ارزیابی شده‌اند. به طور متقابل، آن دسته از افرادی که مطالعات آن‌ها مبتنی بر تقسیم‌بندی متعارف شاخه‌های علوم و فارغ از توجه به مبانی وحدت رشته‌های مختلف علمی با یکدیگر بوده است، معمولاً معنویت را به صورت کاملاً محسوس، این جهانی و در قالب «معنویت انتفاعی افقی» مفهوم‌سازی کرده‌اند.

به نظر می‌رسد از منظر مدیریت علم و دانش این نکته جای تأمل دارد که مشروط به ارتقاء معنادار ضریب تأثیرگذاری دروس علوم انسانی در آزمون ورودی رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی نوعی شأنیت متوازن برای علوم انسانی (در کنار علوم پایه)، که هر یک ناظر به مطالعه بخشی از وجوه مختلفه «انسان»، به منزله «یک کل واحد» می‌باشند، به وجود آورد. انتظار از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی مبنی بر ملاحظه «بیمار» به مثابه موجودی برخوردار از ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی و ضرورت توجه به ابعاد فراتر از جنبه‌های بدنی و جسمانی وی در رویه‌های بالینی، با شرایط فعلی مدیریتی و سازمانی حاکم بر نظام آموزش پزشکی سازگار نیست. بر این اساس، لازم است در کوتاه‌مدت نوعی یکپارچگی میان علوم پزشکی و غیر پزشکی، ذیل یک گفتمان فلسفی وحدت‌نگر، در قالب گسترش «دوره‌های میان‌رشته‌ای» محقق شود. متعاقب چندسویه‌سازی آموزش انتظار می‌رود سایر وجوه انسان، آنگاه که وی در مقام «بیمار» تبدیل به یک موضوع درمانی می‌شود، به گونه‌ای بیش از فعل و انفعالات فیزیکی و

شیمیایی مورد توجه سوژه «درمانگر» قرار گیرد. به علاوه سنخ‌های ادراک از معنویت در میان ارائه‌دهندگان خدمات با مضمون «اخلاق پزشکی» نیز دارای ربط وثیق هستند. بر این اساس با یادآوری مؤلفه‌های سازنده «معنویت معطوف به هستی‌شناسی قدسی» و مفروض به در نظرگرفتن آن به مثابه عالی‌ترین سطح از «معنویت»، می‌توان ادعا کرد التفات خاطر ارائه‌دهندگان خدمات به سنخ مذکور و کاربست عملی آن در مناسبات درمان، متضمن ملاحظه «اصول اخلاق پزشکی» با عطف به «ناظر آرمانی» و واکنش هوشمندانه جهان هستی» خواهد بود؛ نکته مهم در توجه به اصول اخلاق پزشکی، به گونه‌ای که ملاحظه آن متأثر از «معنویت معطوف به هستی‌شناسی قدسی» بوده باشد، اجتناب از دورزدن قوانین حرفه‌ای، نقض اخلاق حرفه‌ای و سرانجام، امتناع از تفاسیر سکولار از اصول اخلاق پزشکی می‌باشد.

سنخ‌های مفهومی حاصل از انتزاع دیدگاه‌های دریافت‌کنندگان خدمات در مورد معنویت بخشی از واقعیت‌های موجود محیط درمان و یا بیرون از آن را بازنمایی کرده‌اند؛ تفاوت‌های ظاهری میان سنخ‌ها ناشی از اختلافات گوناگون در «جامعه‌پذیری» بیماران و همراهان آن‌هاست. در شرایط بیماری، محوری‌ترین دغدغه بیماران و همراهانشان تلاش برای بقا و «بازگشت به زندگی» در قالب «اجتناب از مرگ» است؛ دغدغه «اجتناب از مرگ» محدود به بیماران نیست، بلکه یک دغدغه عام و فراگیر برای نوع انسان است؛ در مورد افراد بیمار مناسبات حاکم بر بیماری به گونه‌ای است که عنصر «مرگ آگاهی» ظهور آشکارتری به خود می‌گیرد و تلاش فرد «بیمار» و «همراهانش» را برای فاصله‌گیری ذهنی و عملی از مرگ، آن گونه که معمولاً در زندگی روزمره مرسوم است، مضاعف می‌سازد.

مواجهه افراد با عنصر «مرگ آگاهی» در وضعیت‌های عادی و روزمره زندگی فردی و اجتماعی معمولاً مبتنی بر انواع ساز و کارهای تغافل از مرگ، در قالب طیف کثیری از اشتغال‌آفرینی‌های متعدد می‌باشد. در شرایط بیماری، کلیه ساز و کارهای مذکور موضوعیت و کارکرد خود را از دست می‌دهند؛ همراهان بیمار نیز با مشاهده تجربه بیماری عزیزان خود، عنصر مرگ آگاهی را به صورت مقطعی و محدود در خود فعال می‌یابند و همین امر آن‌ها را به قدری تأمل وادار می‌کند. مجموع مباحث اخیر متضمن پاره‌ای الزامات اساسی در فرایند «جامعه‌پذیری» آحاد افراد جامعه می‌باشد که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از فراگیر ساختن توجه به «فلسفه زندگی»، «خارج‌ساختن مرگ به عنوان یک عنصر حاشیه‌ای» و تلاش برای «برگرداندن مرگ به متن زندگی» در قالب آموزش‌های مبتنی بر «هم‌ارزپنداری مرگ و زندگی». بدین ترتیب مفروض به شرایط فوق‌الذکر، با قرارگرفتن «فلسفه سلامت» در صدر دغدغه‌های افراد جامعه و همراه شدن آن با «عنصر اصیل و ذاتی مرگ آگاهی»، «فلسفه بیماری» نیز جایگاه شایسته خود را در مناسبات روزمره زندگی بازخواهد یافت که می‌تواند منبع مناسبی از معنا را در وضعیت بیماری در اختیار بیماران و همراهان آن‌ها قرار دهد. مشروط به واقع‌شدن مقولات فوق‌الذکر در یک فراگفتمان اجتماعی، انتظار تحقق سنخ جدیدی از جامعه‌پذیری که افراد در آن به نوعی «سرمایه معنوی» مجهز خواهند بود، دور از ذهن نخواهد بود.

### سپاسگزاری

این مطالعه بر اساس مجوز ۸۱/۸۹۲۰ کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز به انجام رسیده است. بدین وسیله از افراد شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها و همچنین از مساعدت‌های جناب آقای دکتر محمد هادی ایمانیه، ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز سپاسگزاری می‌گردد. جناب آقای دکتر سیدضیاءالدین

تابعی، مزید بر ارائه رهنمودهای علمی و ارائه نقطه نظرات ارزشمند فلسفی، نقش بی بدیلی را در فراهم نمودن امکان مصاحبه، به ویژه با پزشکان، و نیز امکان حضور نویسندگان مسئول در واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز ایفاء نمودند. سرکار خانم دکتر صدیقه ابراهیمی، معاون محترم آموزشی گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و جناب آقای مهدی خان سالار مدیریت محترم بیمارستان نمازی نهایت همکاری را در دسترسی نویسندگان مسئول به Logbook های درس اخلاق پزشکی و اسناد بیمارستانی از خود نشان دادند؛ مرحومه سرکار خانم حکیمه پارسائی، کارشناس سابق گروه اخلاق پزشکی، نویسندگان مسئول را از وجود Logbook آگاه ساختند؛ همه نامبردگان، از صدر تا ذیل، شایسته امتنان و قدرشناسی اند.

جدول ۱: توزیع فراوانی و ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه

مدت مصاحبه (دقیقه)	جنسیت		فراوانی	مصاحبه‌شوندگان
	مرد	زن		
۵۰۴	۶	۹	۱۵	بیماران بستری
۳۲۱	۳	۵	۸	همراهان بیمار
۵۳۷	۱۰	۳	۱۳	پزشکان
۱۴۵	۳	۰	۳	اساتید اخلاق پزشکی
۲۴۵	۴	۶	۱۰	پرستاران
۳۳۰	۵	۱	۶	مدیران بیمارستانی
۹۰	۱	۱	۲	مددکاران اجتماعی
۹۰	۴	۴	۱	مصاحبه گروهی پرستاران
۲۳۹۲	۶۰			جمع کل

جدول ۲: معیارهای انتخاب مصاحبه شونده‌گان

معیار انتخاب <sup>۱۳</sup>	مصاحبه‌شونده‌گان
جنسیت	پزشک
عضویت در هیأت علمی دانشگاه	
تخصص یا فوق تخصص داخلی، گوارش، قلب و عروق، روان‌پزشکی، مغز و اعصاب	
نگرش‌های ذهنی متفاوت درباره مسائل معنوی	
جنسیت	پرستار
پنج سال سابقه کار بالینی در بیمارستان	
نگرش‌های ذهنی متفاوت درباره مسائل معنوی	
جنسیت	مدیر بیمارستان
نگرش‌های ذهنی متفاوت درباره مسائل معنوی	
جنسیت	بیمار
ابتلا به بیماری مزمن و درگیری طولانی مدت با آن	
نگرش‌های معنوی و مذهبی متفاوت	
قرارداشتن در رده سنی ۲۵ تا ۳۰ سال و بالاتر	
جنسیت	همراه بیمار
تجربه مراقبت و «همراهی بیمار»، در بیمارستان و یا به صورت همیشگی در منزل (ویژه بیماری‌های مزمن) با تأکید بر مفهوم «فشار مراقبت»	
نگرش‌های معنوی و مذهبی متفاوت	
نگرش‌های معنوی و مذهبی متفاوت	

جدول ۳: مضامین نهایی و کلی سازنده سنخ‌های ادراک از معنویت

گروه ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی		گروه دریافت‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی	
مضمون نهایی	مضمون کلی	مضمون کلی	مضمون نهایی
معنویت مبتنی بر هستی‌شناسی قدسی	اخلاق محوری حرفه‌ای منطبق با رضایت ناظر آرامی	معنویت آیینی	باورهای قلبی دینی
	واکنش هوشمندانه نظام هستی در فرایند کنش‌های حرفه‌ای		کنشگری‌های فردی و جمعی آیینی
	مرگ‌اندیشی آگاهانه و بقای روح		تعبیر لفظی تقدس‌یافته
معنویت انتفاعی متعالی	اخلاق باوری حرفه‌ای مستقل از دین	معنویت عرفی فرهنگی	تکریم اخلاقی دریافت‌کنندگان خدمت
	کنش متقابل فرهنگی اجتماعی با متقاضی خدمات		کیفیت فضای فیزیکی مراکز درمانی
	واقع‌اندیشی حرفه‌ای مبتنی بر عقلانیت ابزاری		اهمیت شایسته‌سالاری بالینی
معنویت انتفاعی اقلی	ضرورت کارکردی برتری حرفه‌ای	معنویت معطوف به حقوق قانونی	انتظارات معطوف به هماهنگی‌های مدیریتی
	لحاظ مناسبات اقتصادی طبابت		
	فصل الخطاب بودن پروتکل‌های نظام خدمات		

گونه‌های ادراک کنشگران نظام خدمات از معنویت

محمد توکل، ابراهیم اخلاصی، سیدضیاءالدین تابعی

جدول ۴: مضامین جزئی و مفاهیم توصیفی سازنده معنویت معطوف به هستی‌شناسی قدسی

مضمون نهایی	مضامین کلی	مضامین جزئی	مفاهیم توصیفی اولیه	
مضمون نهایی: معنویت معطوف به هستی‌شناسی قدسی	اخلاق محوری حرفه‌ای منطبق با رضایت ناظر آرمانی	هم‌ارزپنداری تکریم بیمار و رضایت خداوند	احترام به بیمار مثل توجه به خدا یکسان‌بودن یک شب پرستاری بیمار و ۷۰ سال عبادت	
		عدم بازدارندگی موازین مصوب حرفه‌ای	امکان مخفی‌سازی قصورات پزشکی توجیه به ظاهر علمی تخلفات	
		رجحان آموزه‌های ثابت دینی بر دستاوردهای علمی	امکان و ضرورت داوری شرع‌مدارانه از فعالیت‌های حرفه‌ای حجیت‌نداشتن یافته‌های متحول تجربی	
		واکنش هوشمندانه نظام هستی در فرایند کنش‌های حرفه‌ای	القائات و رویه‌ها در مواجهه حرفه‌ای با بیماری	تصمیم بی‌مقدمه و ناگهانی برای حضور در بالین بیمار در ساعات پیش‌بینی نشده جرقه‌زدن ناگهانی برخی عملکردهای بالینی در ذهن
			استعانت‌طلبی از خداوند در مواجهه حرفه‌ای با بیماری	کمک‌خواستن از خدای متعال برای فهمیدن مشکل بیمار انجام کار با یاد خدا
			مرگ‌اندیشی آگاهانه و بقای روح	حکمت وجودی مرگ در نظام هستی
	آرامش حقیقی منبعث از یاد مرگ	اضطراب‌های حاصل از دیرانگاشتن مرگ زیبایی توجه به مرگ		



جدول ۵: مضامین جزئی و مفاهیم توصیفی سازنده معنویت انتفاعی متعالی

مضمون نهایی	مضامین کلی	مضامین جزئی	مفاهیم توصیفی اولیه
معنویت انتفاعی متعالی	اخلاق باوری حرفه‌ای سکولار	شأنیت ذاتی انسان مستقل از انتساب یا عدم انتساب او به خداوند	بیمار به عنوان انسان
		کفایت اصول اخلاق پزشکی	منشور اخلاق پزشکی حاصل تجربه انباشته بشر وضوح تکلیف پزشک و پرستار در موقعیت‌های مختلف
			احساس لذت بیمار از خوش و بش با آن‌ها هنگام دور علمی <sup>۱۴</sup> گفتگو و گوش دادن به درد دل بیمار به عنوان نصف درمان
	کنش متقابل فرهنگی اجتماعی با متقاضی خدمات	کارکرد روانی ارتباط با بیمار	درست بودن فرهنگ هر شخص برای خودش امکان توجیه آوردن برای هر گونه طرز فکر و رفتار
		داوری ناپذیری ارزش‌های بیمار	تأثیر روانی باورهای بیمار روی درمان و بیماری غیر علمی بودن اثر نذر و دعا و... مشخص بودن سیر بیماری از نظر پزشکی
	واقع اندیشی حرفه‌ای مبتنی بر عقلانیت ابزاری	باور ناپذیری علمی تأویلات فراعلمی ادعایی درباره بیماری و درمان	

جدول ۶: مضامین و مفاهیم توصیفی سازنده معنویت انتفاعی افقی

مضمون نهایی	مضامین کلی	مضامین جزئی	مفاهیم توصیفی اولیه	
مضمون معنویت انتفاعی افقی	ضرورت کارکردی برتری حرفه‌ای	طبیعی‌انگاشتن رجحان اجتماعی پزشک	سخت‌بودن رشته پزشکی و طولانی‌بودن دوره تحصیلی	
		نظارت‌گری پزشکی	مراجعات غیر ضروری مردم به پزشک برای کارهای غیر لازم	
	لحاظ مناسبات اقتصادی طبابت	اهمیت شأنت (حقوق) اقتصادی پزشک	عقب‌افتادن از زندگی اقتصادی در دوره طولانی تحصیل در رشته پزشکی	
		کارکرد گردش‌های مالی نظام درمان در گسترش اقتصادی	اشتغال افراد زیاد در نظام درمان و مؤسسات و شرکت‌های وابسته به آن	
	فصل الخطاب بودن پروتکل‌های نظام خدمات	کفایت اصول متعارف اخلاق حرفه‌ای	غیر ضروری‌بودن ورود به حریم شخصی و اعتقادات دینی بیمار	غیر ضروری‌بودن ورود به حریم شخصی و اعتقادات دینی بیمار
			تدوین و نگارش اخلاق پزشکی در غرب فارغ از باورهای دینی	تدوین و نگارش اخلاق پزشکی در غرب فارغ از باورهای دینی
			تکلیف مشخص برای مضامین اساسی در اصول اخلاق پزشکی	تکلیف مشخص برای مضامین اساسی در اصول اخلاق پزشکی
		ضرورت استقلال و مشروعیت نظارت صنفا بر آن	نظام خودبسنده کنترل کیفیت آموزش و پژوهش در پزشکی	نظام خودبسنده کنترل کیفیت آموزش و پژوهش در پزشکی
			توانایی پزشکان در مشخص کردن الزامات حرفه‌ای	توانایی پزشکان در مشخص کردن الزامات حرفه‌ای
			مجازبودن پزشکان برای تعیین تکلیف مسائل پزشکی	مجازبودن پزشکان برای تعیین تکلیف مسائل پزشکی

جدول ۷: مضامین جزئی و مفاهیم توصیفی سازنده معنویت آیینی

مضمون نهایی	مضامین کلی	مضامین جزئی	مفاهیم توصیفی اولیه
معنویت آیینی	باورهای قلبی دینی	اعتقادات معطوف به امدادخواهی	اثر دعا برای مریض، نظر لطف خدا
		از ماورا در فرایند بهبود و درمان	نماز و توسل به ائمه برای شفای مریض
		وسیله‌پنداری غیر خدا	پزشک و دارو وسیله‌ای از طرف خدا
			شفا دست خداست
	کنش‌گری‌های فردی و جمعی آیینی	استعانت‌جویی‌های رفتاری معطوف به مذهب با هدف بهبود و درمان	ختم قرآن، چله‌گرفتن، صدقه‌دادن و قربانی کردن، نذر کردن، شرکت در عزاداری‌ها و مراسم‌های مذهبی
		کنش‌های مبتنی بر درهم‌آمیختگی آیینی و فرهنگی	تأثیر التماس به شهید و گریه بر او برای شفا و گذاشتن دعا زیر سر مریض
	تعبیر لفظی تقدس‌یافته	واژه‌گزینی تکریم‌آمیز در ارجاع به مناسبت‌های زمانی و مکانی معطوف به دین	لیالی عزیز قدر روز تولد حضرت احمد بن موسی (ع)
		استناد شکوهمندانه به اولیای دین	حضرت رسول (ص)
			حضرت ابالفضل، باب‌الحوائج

جدول ۸: مضامین جزئی و مفاهیم توصیفی سازنده معنویت عرفی و فرهنگی

مضمون نهایی	مضامین کلی	مضامین جزئی	مفاهیم توصیفی اولیه
معنویت عرفی و فرهنگی	تکریم اخلاقی دریافت کنندگان	اهمیت پاسداشت باورها و رسومات فرهنگی بیمار و همراهان وی	بستن دستمال سبز به دست مریض، دخیل بستن برای مریض
		تکریم بیمار در قالب تسامح اقتصادی در وصول هزینه‌های درمان	خجالت کشیدن پدر مریض از التماس کردن نزد مدیر برای هزینه
			فشار اقتصادی وارد بر خانواده مریض
		اهمیت کیفیت فضای فیزیکی مراکز درمانی	تناسب محیط و معماری بیمارستان با وضعیت بیماران
	استرس زابودن بیمارستان		
	نقاشی توی سقف بیمارستان		
	ارتباط بایی مناسب بین محیط بیمارستان و اجتماع بزرگ‌تر بیرونی		توزیع روزنامه و کتاب توی بخش‌های بیمارستان
			دورزدن هیأت‌های مذهبی توی حیاط بیمارستان

جدول ۹: ادراک دریافت کنندگان از معنویت معطوف به حقوق قانونی

مضمون نهایی	مضامین کلی	مضامین جزئی	مفاهیم توصیفی اولیه
معنویت معطوف به حقوق قانونی	انتظارات معطوف به هماهنگی‌های مدیریتی	ضرورت مرتفع شدن نیازهای اولیه عمومی	تمیزبودن دستشویی‌ها، اعزام مریض به بخش بدون هماهنگی و اطلاع‌رسانی
		اهمیت مناسبات شفاف اقتصادی در نظام خدمات	ابهام در پول دریافتی بابت معرفی به پزشک مجرب دیگر، واریز پول به کارت بانکی شخصی
	اهمیت شایسته‌سالاری بالینی	حضور پزشکان و پرستاران باتجربه بر بالین بیمار	انجام معاینات به وسیله دانشجوی
		اولویت درمان به ابژه‌انگاری آموزشی بیمار	هزار جور آزمایش روی مریض، مثل موش آزمایشگاهی

## پی‌نوشت‌ها

1. Biopsychosociospiritual Being
2. Spiritualite
3. Soren Kierkegaard
4. Supreme Intelligence
5. Carl Jung
6. Victor Emil Frankel
7. Religious Education (Re)
8. Corporate Acts of Worship
9. Spiritual Curriculum
10. Office For Standards In Education (Ofsted)
11. Spiritual Development
12. Non-Material
13. Inclusion Criteria
14. Round

## فهرست منابع

- Abbaszadeh Jahromi, M. Dezhkam, L. (2013). *An introduction to Islamic anthropology (in Persian)*. Qom: Moaref Publication; 84.
- Akbari Lakeh, M. Shamsi Gooshki, E. Abbasi, M. (2010). Spiritual Health in the Program of Medical Science Education. *Iranian Journal of Medical Ethics*. 4(14): 113-130.
- Coser, LA. (1971). *Masters of sociological thought*. Tanslated into Persain by Mohsen Solasi. Tehran: Elmi Publication; 29.
- Dalmida, S. Holstad, G. McDonnell, M. Colleen, D. Laderman, G. (2012). The Meaning and Use of Spirituality Among African American Women Living With HIV/ AIDS. *Western Journal of Nursing Research*. 34: 736-765.
- Faramarz Gharamaleki, A. (2006). *Professional ethics (in Persian)*. 2nd ed. Qom: Majnoon publication; 31, 428.

- Flanagan, K. (2007). *A Sociology of Spirituality: Theology and Religion in Interdisciplinary perspective*. Edited by Kieran Flanagan and Peter Jupp. USA: Ashgate Publishing Company; 1-23.
- Frankel, VE. (1997). *Man's search for ultimate meaning*. Tanslated into Persain by Ahmad Sabouri and Abbas Shamim. Tehran: Ashiyan Publication, pp. 65,159
- Holmes, PR. (2007). *Spirituality: Some Disciplinary Perspectives*. Edited by Kieran Flanagan and Peter Jupp. A Sociology of Spirituality: Theology and Religion in Interdisciplinary perspective, USA: Ashgate Publishing Company; 23-43.
- Meraviglia, MG. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. *Journal of Holistic Nursing*. 17(1): 18-33.
- Mesbah, A. (2010). Analysis of the Concept of Spirituality and the Issue of Meaning. *Iranian Journal of Medical Ethics*. 4(14): 23-49
- Nasr, SH. (2010). *In search of the sacred. A Conversation with Seyyed Hossein Nasr on His Life and Thought*. Tanslated into Persain by Ramin Jahanbagloo. Tehran: Ney Publication; 244.
- Sanei Darreh Bidi, M. (2005). *Man's Place in Kant's thought (in Persian)*. Tehran: Phoenix Publication; 26.
- Soroush, AK. (2000). *The Restless Nature of the Universe (in Persian)*. 4th ed. Tehran: Serat Cultural Insitution; 73-76.
- Spalek, B. Imtoul, A. (2008). *Religion, Spirituality and the social sciences; Challenging Marginalization*. Bristol: The Policy Press University of Bristol; 163.
- Tavakol, M. Ekhlasi, E. Tabei, SZ. (2015). An Interpretative Study Of Physicians' Perception Of Spirituality With Special Reference To Its Neglect In Medical Care System. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*. 1(20): 28-29.

Tuck, I. Wallace, D. Pullen, L. (2001). Spirituality and spiritual care provided by Parish nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 23(5): 441-453.

Unamuno, MD. (1912). *The tragic sense of life in men and nations*. Translated into Persian by Bahaoddin Khorramshahi. Tehran: Nahid Publication; 279.

Vandenberghe, F. (2001). *La Sociologie George Simmel*. Translated into Persian by Abdolhossein Nikgozar. Tehran: Totiya Publication; 25.

Varga, I. (2007). *Georg Simmel: Religion and Spirituality*. Edited by Kieran Flanagan and Peter Jupp. A Sociology of Spirituality: Theology and Religion in Interdisciplinary perspective. USA: Ashgate Publishing Company; pp. 145-161.

Zwingmann, C. Constantin, C. Büssing, A. (2011). Measuring Religiosity/Spirituality: Theoretical Differentiations and Categorization of Instruments. *Religions*. 2: 345-357; doi: 10.3390/rel2030345.

#### یادداشت شناسه مؤلفان

محمد توکل: استاد جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

ابراهیم اخلاصی: استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: eb.ekhlasi@gmail.com

سیدضیاءالدین تابعی: استاد هماتوپاتولوژی و مدیر گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.



## A Typology of Spirituality-related Perceptions among Actors of the Medical Care System

*Mohammad Tavakol*

*Ebrahim Ekhlasi*

*Seyed Ziaaddin Tabei*

### Abstract

**Background:** Health definition offered by World Health Organization emphasizes the spiritual aspect of human beings in addition to his physiological dimensions. Regarding the loss of any consensual agreement on the concept of spirituality, authors of the present article believe that typology of the spirituality perceptions as they are understood by the main actors of the medical care system can be supposed as a critical entry in the conceptual explanation of spirituality.

**Method:** Participators of the study include physicians, nurses, instructors of the medical ethics, social workers, hospital managements, patients and their visitors who were engaged in hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. They were selected purposefully. Required qualitative data was gathered through investigation of formal documents as well as interviews. Data analysis has been done on the basis of qualitative data analysis procedures.

**Results:** Among those providing cure services, spirituality was perceived in the forms of "sacred ontology-based spirituality", "transcendental spirituality" and "horizontal spirituality". On the other hand, those receiving cure services understood spirituality as "ritual spirituality", "cultural-conventional spirituality" and "legal right-oriented spirituality" as well. While in the "sacred ontology-based spirituality" God's doings as well as His orders are supposed to be as the ultimate sources of meaning, motivations placed behind any given action are highly emphasized in "transcendental spirituality". "Horizontal spirituality" and spirituality types identified among those

receiving cure services are generally oriented toward cultural conventional combination of vertical as well as social bases of meaning.

**Conclusion:** Interconnectedness of spirituality and ethics have significant implications in their institutionalizations in medical relationships in the cultural context of Iranian society. Social actors suppose various representations as the evidences of spirituality. Yet, spirituality can promote the spirit of human if only it includes non-material elements oriented toward "ideal observer". Under such a deep comprehensive understanding of spirituality one's spirit can be released from implausible "dualities" such as death-life duality common to modern socialization and experience "unity" through application of the concepts like "philosophy of health and sickness" and "meaningfulness of existence". Achievement of mentioned multidimensional insight and its application as well require a basic reform in the procedures of modern socialization in which death is absolutely marginalized and various kinds of mechanisms are applied so that it can mentally be neglected. Mentioned mechanisms lose their utilities in the circumstances of sickness and leave patients alone in the process of rational intellectual meaning constructing of health, death and sickness as well.

### Keywords

Spirituality, Ethics, Health, Sickness, Biomedicine

### Please cite this article as:

Tavakol, M. Ekhlasi, E. Tabei, SE. (2016). A Typology of Spirituality - related Perceptions among Actors of the Medical Care System. *J Med History*. 7(25): 51-100.