

رویکرد معنوی در آموزش پزشکی و علوم انسانی

جعفر بوالهری^۱

هدی دوس علی وند

مصلح میرزایی

چکیده

علوم انسانی و به‌ویژه آموزش پزشکی و نظام سلامت سال‌ها است که در حسرت پاسخگویی انسانی، ارزشی و معنوی به رنج مراجعین خود است و گرچه برخی رویکردهای مراجع‌محور، انسان‌گرا و وجودی توانسته است آموزش و خدمات را به سوی تعالی‌نوینی هدایت کند، اینک که دستاورد پژوهش‌های حوزه معنویت در سلامت امید دیگری در آموزش پزشکی و علوم انسانی را موجب شده است، در این نگارش کوشش شده است با مرور پژوهش‌های گوناگون به پرسش‌های زیر پاسخ داده شود. اینکه سلامت معنوی چیست؟ چرا متخصصان می‌بایست به این بعد توجه کنند؟ انتظار مراجعین از ما چیست؟ شواهد پژوهشی در این‌باره چه می‌گویند؟ ضرورت گرفتن شرح حال معنوی از مراجع چیست؟ اقداماتی که پس از ارزیابی معنوی مراجع باید انجام داد چگونه هستند؟ درمان‌گر چه مراقبت‌های معنوی را می‌تواند در کار بالینی خود داشته باشد؟ روان‌درمانی از دیدگاه اسلامی به چه صورت است؟ به نظر می‌رسد پاسخ به این پرسش‌ها پاسخ به تردیدها، کوتاهی‌ها، و ضرورت‌های به‌کارگیری واژه و برنامه‌های سلامت معنوی در آموزش باشد و انتظار می‌رود به دنبال آن تصمیم‌گیران نظام سلامت و فرهنگستان علوم پزشکی منابع و الزامات توسعه آن را تسهیل نمایند.

واژگان کلیدی

آموزش پزشکی، رویکرد معنوی، علوم انسانی، معنویت

رویکرد معنوی در آموزش پزشکی و علوم انسانی

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مطرح شده است. اما در حالی که بعد معنوی در ادبیات علمی فراوانی همچون پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت وارد شده، هنوز به دلیل عدم اجماع بین‌المللی در تعریف ۱۹۴۸م. این سازمان وارد نشده است. با این که در برخی متون تعاریف معنویت و دینداری تفکیک شده اما در مورد همین تعاریف نیز طیف نظرات محققان متفاوت بوده و اجماع کاملی وجود ندارد. معنویت به صورت باورها و رفتارهای شخصی که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود و فراتر از جهان مادی را بیان می‌کند، مطرح شده است. در حالی که مذهب به عنوان یک نظام اعتقادی با آیین‌ها و مراسم خاص توصیف شده است که به افراد کمک می‌کند تا به درک معنوی و تعالی بالاتری برسند. دیدگاه معنوی نه تنها بر روی باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق دارد، بلکه بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی نیز تأثیر می‌گذارد. این تأثیر روی فکر و بدن به نام سلامت معنوی نامیده می‌شود (دماری، ۱۳۸۸ش.). معنویت مفهومی است که عموماً پذیرفته شده است (نارایاناسوامی^۱، ۱۹۹۹م.)، ولی توافقی بر سر تعریف آن وجود ندارد (دیسون^۲ و دیگران، ۱۹۹۷م.). معنویت می‌تواند دربردارنده باور به یک موجود برتر – که در ادبیات علمی حوزه سلامت در سال‌های اخیر از این موجود برتر به نام خدا، الوهیت و خالق جهان نام برده می‌شود – و یا جستجوی معنا و یک احساس هدفمندی و اتصال باشد. با این وجود که مذهب و معنویت مترادف نیستند، همپوشی زیادی می‌تواند بین آن‌ها وجود داشته باشد (هاسد^۳، ۲۰۰۰م.). در بحث معنویت، یکی از موضوعات واقعاً بحث‌برانگیز که خود موجب عدم اتفاق نظر در تعریف و کاربرد جهانی آن شده است، شیوه‌های تحقق اهدافی است

که افراد به عنوان مقاصد زندگیشان می‌دانند. بنابراین به سادگی قابل فهم است که چرا تعاریف بسیار متفاوتی از معنویت پیشنهاد شده است (دی سوزا، ۲۰۰۷م). بعضی معتقدند که افراد بشر دو حوزه وجودی دارند. حوزه خارجی تر شامل تعامل فرد با جهان است، و حوزه درونی تر که تعامل او با وجود متعالی^۴ می‌باشد که ممکن است یک ماهیت الهی داشته باشد یا آرمان‌هایی باشد که به تجربه کامل احساس‌هایی چون بیم، عشق و درک زیبایی اشاره دارد. اکثر افراد اعتقاد دارند که عمل صالح در حوزه خارجی تر انسان شامل عدالت و بلندهمتی است در حالی که حوزه درونی تر به خلوص می‌پردازد (یاوار،^۵ ۲۰۰۱م، به نقل از دی سوزا، ۲۰۰۷م). این اصول ممکن است از زمینه‌های متفاوتی برخیزد. برای مثال، در «ایمان توحیدی» فرد تنها در راستای شناخت خدا گام برمی‌دارد، در حالی که در بودیسم فرد تنها برای رهایی از رنج عمل می‌کند. ولی با وجود باورهای متفاوت، مفهوم معنویت برای اکثر افراد، مکاتب و ادیان مشابه است و به معنی پرداختن به جهان غیرمادی، معنای جهان، و تعالی به سوی خدا و هدف خلقت جهان است (لاموت،^۶ ۱۹۸۴م، به نقل از دی سوزا، ۲۰۰۷م؛ مطهری، ۱۳۷۵ش؛ سروش و دیگران، ۱۳۸۱ش).

تاریخ بیماری روانی و علم پزشکی

یک نگاه اجمالی به تاریخ مکتوب نشان می‌دهد که شرایطی که هم‌اکنون آنها را «بیماری‌های روانی» می‌نامیم، برای مدتی بسیار طولانی همراه ما بوده‌اند، همان‌طور که تلاش فرهنگ‌های مختلف برای انطباق و مراقبت از بیماران روانی وجود داشته است (محرری، ۱۳۷۳ش)، در حالی که طب روان‌پزشکی مدرن گام‌های عمده‌ای در بازشناسی و درمان مؤثر بیماری‌های روانی و برچسب‌زدایی از بیماری روانی برداشته است، این رشته به گونه‌ای قابل بحث از یک الگوی رایج علوم

کاربردی در نوگرایی یعنی الگویی که با تخصص‌گرایی، کاهش‌گرایی، گسستگی و بیگانگی نیز مشخص می‌شود، پیروی کرده است (هاگیولت^۷ و کوئینگ^۸، ۲۰۰۹م.). این الگو موجب کاستی در درک کامل انسان از بیماری روانی شده است.

ذهن، بدن و روح به گونه‌ای مکمل، در ارتباط هستند. پزشکی غربی، برخلاف سیستم‌های شرقی سنتی، بدن/ ذهن و روح/ جان را به دو بخش تقسیم کرده است. روان‌پزشکی از منظر تاریخی، دستخوش تغییرات عمده‌ای شده است که بعضی آن تغییرات را «حرکت‌های انقلابی» دانسته‌اند. مفهوم‌های قرون وسطایی از بیماری روانی تأکید داشتند که اشخاص دارای اراده آزاد و مسؤول اعمالشان هستند بیماری روانی از گناه و تنبیه آن گناه از جانب خدا برمی‌خاست. از آنجا که گناه هسته بیماری روانی بود، اعتقاد بر این بود که فعالیت مذهبی باید در رأس درمان باشد. اولین انقلاب عمده در روان‌پزشکی در قرن‌های هفدهم و هیجدهم بود؛ هنگامی که «عصر روشنگری» شاهد حرکت از قلمرو مذهب قرون وسطایی به علم بهداشت روانی بود (فوکو^۹، ۱۹۶۵م، به نقل از دی سوزا، ۲۰۰۷م.). پس از آن، در اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰، کار زیگموند فروید منادی «دوران روانکاوی» شد (پورتر، ۲۰۰۲م؛ به نقل از دی سوزا، ۲۰۰۷م.). انقلاب سوم، «دوره مؤسسه‌زدایی» همراه با کشف کلرپرومازین در سال ۱۹۵۴م. بود. این دارو بهبود معناداری را در کنترل علائم به ارمغان آورد که به بسته شدن بسیاری از تیمارستان‌ها و حرکت بیماران به سوی جامعه انجامید. این دوره اخیر که می‌تواند دوره «توانمندسازی و نهضت حمایت از مراجع» نامیده شود، در اواسط دهه ۱۹۹۰م. آغاز شد و تا به امروز ادامه دارد. در این دوره توجه به نیازهای اساسی متعالی بیماران از جمله آزادی، احترام، حق انتخاب، استقلال، اخلاق، انسان‌گرایی، معنویت و دینداری،

مورد توجه جدی قرار گرفت و در سبب‌شناسی، درمان و مدیریت بیماری روانی به کار بسته شد.

بعد معنوی بیمار و مراجع

بسیاری از منابع علمی جدید اتفاق‌نظر دارند که سبب‌شناسی اختلالات روانی و مشکلات روانی - اجتماعی در یک یا چند گروه زیر گنجانده می‌شوند: عوامل عضوی (ارگانیک)، عوامل روان‌شناختی (روانی)، عوامل اجتماعی (محیطی) و عوامل معنوی (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۸ش، فرهنگستان علوم پزشکی، ۱۳۸۹ش). با توصیف چهار بُعدی از انسان، مفهوم ساده قدیمی جسم و روان به رابطه پویا، نزدیک و جداناپذیری در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تبدیل می‌شود. این چهار بعد و به‌ویژه پیوند جسم و روان پیوندی نزدیک و درهم‌تنیده و جداناپذیر از هم است. پویایی تعامل متقابل آن‌ها به‌گونه‌ای است که هر خلل و آسیب در یک بعد موجب اثر و آسیبی در بعد دیگر می‌شود. از طرف دیگر توجه به این نکته نیز ضروری است که آسیب یا مشکل در یک بعد می‌تواند ناشی از وجود آسیب و مشکل در چند بعد دیگر به‌طور همزمان باشد (بواله‌ری و دیگران، ۱۳۸۸ش).

جعفر بواله‌ری، هدی دوس‌علی‌وند، مصلح میرزایی

مدل کل‌نگرانه انسان



با این رویکرد بیماران در تعامل با متخصصین بالینی و کارکنان پزشکی، افرادی با همین نیازهای عمیق و گسترده خواهند بود، و در هنگام بیماری، بحران و تحول که زندگی، مرگ و سایر موضوعات کلیدی مرتبط با معنویت هرچه قوی‌تر در برابر بیمار جلوه‌گر می‌شوند، شناسایی نگرانی‌های معنوی بیماران و سایر مراجعین می‌تواند به عنوان بخشی اساسی از پزشکی بیمار - محور و علوم انسانی متعهد و کاربردی نگریسته شود تا به‌طور روزافزون این شیوه برای مراقبت با کیفیت بالا مورد توجه اساسی قرار گیرد.

تلفیق علم و انسان‌گرایی برای سلامت بیمار

این باور جدی که علم و انسان‌گرایی - یا دینداری - در دو جبهه متضاد قرار می‌گیرند، همیشه اشتغال فکری اندیشمندان بسیاری بوده است. این ایده باور به یک تضاد است که به سادگی به این کلیشه تبدیل شده است: علم، تجربی، بی‌روح و بی‌احساس است و علوم «انسان‌گرایانه» - از جمله علوم دینی - مهربان و خوش‌قلب اما کمتر علمی. ولی با رویکرد طرح شده می‌توان هر دو جنبه را در زیر چتر «علوم پزشکی انسانی» که فهم ما از سلامت و رفاه انسان را عمیق‌تر می‌سازد، یکپارچه تصور کرد. این رویکرد که دیدگاه‌های «زیست پزشکی، معنوی، فلسفی و جامعه‌شناختی» را فرا می‌خواند، می‌تواند بینش متخصصین بالینی و علوم انسانی را در مورد رابطه بین بیماران، پزشکان و نظام بهداشتی توسعه دهد و به آن‌ها کمک کند که از این طریق، قابلیت خود را برای درمان، تسکین و آسایش بیماران ارتقاء دهند (گوردون^۱، ۲۰۰۵م).

چرا باید معنویت را در مراقبت از بیمار در نظر گرفت؟

خدمت، حمایت و مراقبت، اغلب نیازمند فراخوانی نیرومندی‌های درونی مراجع است و بدون مشارکت همه‌جانبه و فعال مراجع موفقیت در درمان به‌ویژه در روانپزشکی شکست‌هایی را در کار به همراه خواهد داشت. از بین نیرومندی‌های مراجعین، می‌توان به منابع معنوی آنان اشاره کرد که به یکپارچگی یا تمامیت جسم، روان و بُعد اجتماعی مراجع کمک می‌کند. متخصصان بالینی با پرداختن به ابعاد معنوی و مذهبی در مراقبت از بیمار، در حقیقت می‌توانند کل‌نگر باشند و رفاه جسمی، روانی و معنوی بیماران را به شکل یکپارچه در اولویت قرار دهند. مراقبت معنوی یا مذهبی‌ای که اخلاقی و انسان‌مدار و حساس به تمامی بخش‌های وجودی بیمار باشد، بخش ارزشمندی از مراقبت کلی بیمار است. پرداختن به ابعاد معنوی مراجع برای درمانگر درکی عمیق‌تر از بیمار و نیازهایش را فراهم می‌کند (دی سوزا، ۲۰۰۷م). به علاوه، پرداختن به معنویت به دلایل زیر نیز حائز اهمیت است:

۱. بسیاری از بیماران دارای ایمان قوی هستند. شاید بهترین دلیل برای رسیدگی به جنبه‌های معنوی بیماری این است که بسیاری از بیماران ما مذهبی و دارای نیازهای معنوی هستند. حداقل ۹۶٪ مردم آمریکا به خداوند اعتقاد دارند، بیش از ۹۰٪ نیایش می‌کنند، نزدیک به ۷۰٪ عضو کلیسا هستند و بیش از ۴۰٪ در هفته گذشته به‌طور قطع به کلیسا، کنیسه یا معبد برای عبادت رفته‌اند. چنین یافته‌ای برای دیگر کشورها و به‌ویژه جوامع مسلمان نیز صادق است. غافل شدن از ابعاد معنوی درست مانند چشم‌پوشی از محیط اجتماعی یا وضعیت روانی فرد است که منجر به ناکامی در درمان «کامل» فرد می‌گردد. مذهب نه تنها برای هویت و هستی بسیاری از انسان‌ها امری حیاتی است، بلکه برای کنار

آمدن با شرایط نامساعد زندگی به ویژه بیماری و ناخوشی توسط بیماران و درست در همان زمانی که به درمانگر مراجعه کرده‌اند به عنوان یک مکانیسم تطابقی به کار گرفته می‌شود. چیزی که در همان زمان توسط درمانگر نیازمند درک و همدلی است. سازش به کمک معنویت و مذهب، به کار گرفتن عقاید و کارهای مذهبی برای کاهش فشار هیجانات ناشی از فقدان یا تغییر و تحول است.

۲. عقاید مذهبی تصمیم‌گیری پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به عبارت دیگر، باورهای معنوی و مذهبی بیش از نگرش‌ها و سایر باورهای فرهنگی، تصمیم‌گیری بیماران را در شرایط بیماری‌های سخت تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. عقاید مذهبی می‌تواند بر رژیم غذایی بیماران چه در بیمارستان و چه پس از ترخیص تأثیر داشته باشد، همچنین بر پیروی بیماران از درمان‌های پزشکی، قبول کردن خون اهدایی، واکسینه کردن کودکان خود، دریافت مراقبت‌های پیش از زایمان، مصرف آنتی‌بیوتیک و داروهای تجویز شده دیگر، تغییر شیوه زندگی، پذیرفتن ارجاع به روان‌پزشک یا روانشناس یا حتی مراجعه برای ادامه درمان، اثر دارند. همچنین مذهب می‌تواند بر تصمیم‌گیری‌های درمانی در روزهای پایانی عمر یا درمان بیماری‌های لاعلاج، تأثیرگذار باشد (دماری، ۱۳۸۸ش).

در هر حال علم پزشکی اکنون بیش از هر زمان دیگری درباره اختلالات نوروشیمیایی مرتبط با افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی و دیگر موارد دانش معتبری دارد و این شرایط به گونه‌ای فزاینده به عنوان مشکلات دارویی و زیستی تلقی می‌گردد و به تابلویی از موارد بالینی تبدیل شده است که باید با دارو حل شود. از طرف دیگر برخی از متخصصین بالینی و بیماران، همراه با دیگر افراد

جامعه، بیماری‌های روانی را به عنوان یک موضوع دینی و فرهنگی مد نظر قرار می‌دهند (هاگیولت و کوئینگ، ۲۰۰۹م). مراجعان مایل‌اند به عنوان انسان‌هایی کامل، نه تنها با برچسب «بیماری» و یا موجودی که در مغزش خللی ایجاد شده است، نگریده شوند. یک انسان کامل دارای ابعاد فیزیکی، هیجانی، اجتماعی و معنوی است. نادیده انگاشتن هریک از این‌ها، بیمار را با احساس ناتمام بودن، رها خواهد کرد و ممکن است حتی در تسکین مناسب و ساده او ناکامی ایجاد کند. برای بسیاری از بیماران، معنویت بخش مهمی از یکپارچگی وجود است و هنگامی که جنبه‌های روانی اجتماعی در کار درمان مورد توجه قرار می‌گیرد، این بخش از فردیت نمی‌تواند نادیده گرفته شود (دی سوزا، ۲۰۰۷م).

شواهد پژوهشی در این باره چه می‌گویند؟

گرچه موارد گفته شده بیشتر یافته‌های مبتنی بر پژوهش است اما، شواهد دیگری وجود دارد که بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی، از باورهای مذهبی برای مقابله با بیماری استفاده می‌کنند (کوئینگ^{۱۱} و دیگران، ۲۰۰۰م). درگیری مذهبی / معنوی، یک تمرین گسترده است که موفقیت مقابله با بیماری جسمی را تسهیل می‌کند (کوئینگ و دیگران، ۱۹۹۲م). مطالعات کوئینگ، جرج و پترسون (۱۹۹۸م) نشان می‌دهد که مذهبی بودن درونی بالا، بهبودی سریع‌تر افسردگی را، به‌ویژه در بیمارانی که کارکرد جسمی‌شان بهبود نیافته است؛ پیش بینی می‌کند (کوئینگ و دیگران، ۱۹۹۸م). شواهدی وجود دارد که اگر درمان‌های شناختی، باورهای مذهبی بیماران را مدنظر قرار دهد، ممکن است مؤثرتر باشند (کیورشی^{۱۲}، ۱۹۹۴م و به نقل از دی سوزا، ۲۰۰۷م). درمان شناختی رفتاری با رویکرد معنوی نشان داده است که در آزمون‌های کنترل شده تصادفی در بیمارانی که معنویت را مهم

یا بسیار مهم درجه‌بندی کردند مؤثر است (دی سوزا و هیدی^{۱۳}، ۲۰۰۰م؛ دی سوزا و ریچ^{۱۴}، ۲۰۰۱م). این مداخله در بیماران اسکیزوفرنی که از سایکوز بهبود یافته بودند، با پیوستگی بیشتر به درمان و رضایت بیشتر در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل همراه بود (دی سوزا و رودریگو^{۱۵}، ۲۰۰۴م). در یک فراتحلیل از بیش از ۸۵۰ مطالعه که رابطه بین درگیری مذهبی و جنبه‌های متفاوت بهداشت روان را بررسی می‌کرد، اکثر مطالعات نشان دادند اگر افراد مذهبی باشند، بهداشت روانی بهتر را تجربه می‌کنند و به‌گونه‌ای موفقیت‌آمیزتر با استرس، سازگار می‌شوند (کوئینگ، ۲۰۰۰م). تحلیل دیگری از ۳۵۰ مطالعه دریافت که افراد مذهبی از نظر جسمی سالم‌تر هستند، سبک‌های زندگی سالم‌تری دارند و به خدمات بهداشتی کمتری نیازمندند (هامر^{۱۶} و دیگران، ۱۹۹۹م). در کشور ما نیز مطالعات فراوانی با روش‌های مشابه و با رویکرد اسلامی بر بیماران یا دانشجویان و دیگر گروه‌های مسلمان انجام شده و نتایج مشابهی را نشان داده است (احمدی ابهری، ۱۳۷۶ش؛ خدایاری فرد و دیگران، ۱۳۸۱ش).

به‌طور کلی، رویکردهای بیمار - محور به ویژه رویکردی‌هایی که توجه عمده به انسانیت، کرامت، فرهنگ، دین و معنویت مراجعین دارند، به حفظ منزلت بیمار کمک می‌کند و اطمینان می‌دهد که مداخلات پیشنهاد شده مناسب هستند. این رویکردها منجر به پیامدهای مثبتی از جمله تبعیت درمانی بهتر شده‌اند - تبعیت درمانی ضعیف، همواره مانعی بزرگ در دستیابی به پیامدهای مطلوب در روان پزشکی و رضایت بیشتر بیمار بوده است (دی سوزا و ریچ، ۲۰۰۱م؛ دی سوزا و رودریگو، ۲۰۰۴م).

بیان این نکته مهم در این‌جا ضروری است که بین جایگاه مذهب و علم سلامت، همچنین مذهب فردی درمانگران و اعتقاد و ایمان مراجعین تفاوت بارزی است و کمک یا تشویق به اعمال و رفتارهای مذهبی نباید جایگزین تجویزهای

پزشکی و درمان‌های تخصصی شود. این بدین معنا است که گرچه بسیاری از افراد متوجه می‌شوند که بیماری، آن‌ها را به سؤالات متافیزیکی سوق می‌دهد و به آن‌ها در کشف دوباره مذهب کمک می‌کند؛ هیچ مطالعه‌ای نشان نداده است که افرادی که تنها برای دستیابی به سلامت بیشتر، به مذهب روی می‌آورند لزوماً سلامت بیشتری را تجربه خواهند کرد (دی‌سوزا، ۲۰۰۷م).

جایگاه کنونی معنویت در آموزش و کار بالینی

موضوع نیازهای معنوی بیماران می‌تواند در سطح دانشگاه‌ها، در سطح آموزش و در سطح کار بالینی مدنظر قرار گیرد. در دانشگاه‌ها توجه بسیار کمی به معنویت شده است. در بسیاری از کشورها (از جمله کشورهای غربی) در آموزش پزشکی، معنویت به جز در کتاب‌های درسی درباره مراقبت تسکینی^{۱۷} (تویکراس^{۱۸}، ۱۹۹۹م) و در دوره‌ها و سمینارهای اخلاق، به‌طور مستقیم مورد بررسی قرار نمی‌گیرد. این در حالی است که ملاحظات معنوی هر جا که حقوق و نیازهای بیماران در میان باشد لازم است که حضور داشته باشد. آموزش پزشکی به شدت پیرامون جنبه‌های جسمی بیماران که به سادگی قابل اندازه‌گیری باشد، تکوین پیدا کرده است. یادگیری نحوه پرداختن به جنبه‌های معنوی در مراقبت پزشکی یک بخش معمول از برنامه درسی دانشکده‌های پزشکی نیست، در حالی که شواهدی وجود دارند که این مسأله چیزی است که بیماران ما از ما می‌خواهند و انتظار دارند بخشی از خدمتی که به آنها می‌دهیم باشد (دی‌سوزا^{۱۹}، ۲۰۰۲م؛ ماتای^{۲۰} و دیگران، ۲۰۰۰م). بنابراین، می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که پزشکان، روان‌پزشکان و متخصصین بالینی می‌بایست ملزم به یادگیری شیوه‌هایی شوند که مذهب و فرهنگ و معنویت از طریق آنها می‌تواند بر نیازهای بیمار تأثیر بگذارد.

حدود اختیارات متخصصین بالینی

برخی پژوهش‌های پیشگام در معنویت و سلامت نشان داده است که پزشکان و متخصصین بالینی در طول رابطه درمانی که با بیماران شکل می‌دهند، شفادهنده هستند (کاسل^۱، ۱۹۸۵م). انجام دادن یا ندادن اعمال مذهبی یا معنوی توسط خود متخصصان بالینی ممکن است بر توانایی‌شان برای کارکرد مؤثر در این حوزه از کار بالینی تأثیر بگذارد. ما به عنوان درمانگر، آموزش دیده‌ایم که «عینی» باشیم و باورها و کار بالینی‌مان را جدا از هم نگه داریم. ولی در طول زمان در جدا کردن باورهای بیماران، نیازها و حمایت‌های معنوی / مذهبی آن‌ها از مراقبت‌شان، سرگردان شده‌ایم. بنابراین، ما به‌طور بالقوه، یک عنصر مهم یعنی بعد معنوی را که ممکن است هسته مقابله بیماران و نظام‌های حمایتی باشد، نادیده گرفته‌ایم. با این حال، برخی نیز معتقدند که متخصصان بالینی نباید باورها یا فعالیت‌های مذهبی را به قصد درمان و تأمین سلامتی «تجویز» کنند. چرا که تا آن زمان که بتوان یک آموزه دینی و معنوی را تبدیل به یک تکنیک تجربی و علمی مبتنی بر تجارب بالینی استاندارد کرد زمان و راه طولانی در پیش است. به علاوه، آن‌ها نباید باورهای مذهبی یا معنوی خود را به بیمار تحمیل کنند یا بدون آگاهی از زمینه مذهبی بیمار و بدون اینکه درک و پذیرش بیمار از چنین فعالیت‌هایی را سنجیده باشند، آن فعالیت (از جمله دعا) را آغاز کنند. همچنین نقش آنها تبلیغ، آموزش و مشاوره مذهبی عمیق با بیمار نیست - وظیفه‌ای که به وسیله یک روحانی آموزش دیده بهتر انجام می‌شود (دی‌سوزا، ۲۰۰۷م). در بیان بهتر این موضوع گفته شده است آموزش و درمان دینی معنوی برعهده متخصصان دینی معنوی است و آموزش رفتار سالم با رویکرد دینی و معنوی که کاری علمی است وظیفه

متخصصان دانشگاهی دارای مجوز یا پروانه رسمی در حرفه خود و در آن روش یا تکنیک است.

مراقبت معنوی در کار بالینی پرستاری

با توجه به اینکه معنویت هسته موجود زنده است و کار بر معنویت در بخش سلامت با پیشگامی پرستاران و پژوهش معنویت در مراقبت پرستاری در جهان شروع شده است، ضروری است که مراقبت معنوی را در کار بالینی پرستاری نیز مورد بررسی قرار دهیم. همان‌گونه که رایت (۲۰۰۲م.) می‌گوید «مراقبت معنوی اساساً در جستجوی تأیید ارزش هر انسان بر مبنای عشق بدون قضاوت است». گریسلی، چپو، و گارتلند (۲۰۰۱م.) نیز در یک مطالعه کیفی با استفاده از گروه‌های متمرکز دریافتند که «مراقبت معنوی با تأیید احساس فرد از معنا داشتن و هدف در زندگی مرتبط بود». والتر (۲۰۰۲م.) بیان می‌کند که مراقبت معنوی اغلب به دنیای انگلیسی‌زبان محدود است و اضافه می‌کند که همه پرستاران نمی‌توانند مراقبت معنوی را برای همه بیماران فراهم کنند. چنین اقدامی به موقعیت و زمینه معنوی پرستار بستگی دارد. پرسیدن سؤالاتی از این دست از بیماران که آیا به زندگی پس از مرگ اعتقاد دارند؟ و اینکه آیا عضو یک نظام اعتقادی رسمی یا کلیسا هستند به پرستار در طرح‌ریزی مراقبت معنوی کمک خواهد کرد.

چندین مطالعه اخیر مرتبط با مراقبت معنوی و کار بالینی پرستاری موضوعات اخیر را روشن کرده‌اند. وانس (۲۰۰۱م.) در مطالعه خود دریافت که پرستاران خود را بسیار معنوی می‌دانستند در حالی که تنها ۲۵٪ این پرستاران مراقبت معنوی کافی را برای بیمارانشان فراهم کرده بودند. این پرستاران محدودیت‌های زمانی و فقدان آموزش را به‌عنوان رایج‌ترین موانع برای تأمین مراقبت معنوی برای بیمار می‌دانستند. پرستاران به‌طور کلی گزارش می‌کنند که برای اجرای مراقبت معنوی

به میزان کافی آماده نیستند. این مسأله حتی برای پرستاران بالینی پیشرفته نیز صادق است. استرناهان (۲۰۰۱م.) ۱۰۲ پرستار را با میانگین سنی ۵۰ سال از نظر مراقبت معنوی مورد یک بررسی زمینه‌یابی قرار داد و دریافت که بیشترین مداخلات مورد استفاده، دعا به صورت خصوصی برای بیمار و ارجاع بیماران به روحانی یا سایر رهبران مذهبی بود. بیشتر از ۵۰٪ شرکت‌کنندگان گزارش کردند که هیچ وقت این خدمات را ارائه نمی‌کردند یا به ندرت ارائه می‌کردند. پرستاران بالینی پیشرفته فکر می‌کردند که به آموزش رسمی و دوره کاری بیشتر به منظور تأمین مراقبت معنوی کافی نیاز دارند. نارایاناسامی و اونز (۲۰۰۱م.) در یک مطالعه، ۱۱۵ پرستار را که مراقبت معنوی فراهم می‌کردند، مورد ارزیابی قرار دادند. توافق چشم‌گیری درباره تأثیر مثبت ایمان و اعتقاد بیماران به پرستاران بر بیماران و خانواده‌های آنها و احساس رضایت پرستاران از ارائه مراقبت معنوی وجود داشت. علاوه بر آن، نویسندگان دریافتند که مراقبت معنوی می‌تواند به عنوان مراقبت شخصی، فرایندی، فرهنگی یا مذهبی طبقه‌بندی شود.

وندور و باکون (۲۰۰۱م.) یک نظریه زمینه‌ای را از طریق بررسی ۲۰ پرستار که مراقبت معنوی را در شرایط مختلف فراهم می‌کردند، آزمودند. آنها چهار عنصر کلیدی را در فرایند تأمین مراقبت معنوی ضروری یافتند: ۱. آمادگی یا مهیا بودن برای تأمین مراقبت معنوی، ۲. تشخیص نگرانی‌های معنوی شامل سرخ‌های مطرح شده توسط بیمار یا خانواده، ۳. تجربه داشتن در مداخله معنوی، ۴. توانایی فراتر رفتن از مکالمه با بیمار به مکالمه با خدا در طول دعا.

بررسی مطالعات و سایر تحقیقات موجود درباره مراقبت معنوی چندین زمینه مشترک را آشکار ساخت. نخست اینکه پرستاران معتقدند که تأمین مراقبت معنوی بخشی از نقش آنهاست ولی بسیاری از آنها در این باره که چگونه آن را در

کار بالینی ادغام کنند، سردرگم هستند. دوم اینکه پرستاران در تمامی سطوح کار بالینی، در کل احساس می‌کنند که به اندازه کافی برای تأمین مراقبت معنوی آماده نیستند. سوم اینکه مراقبت معنوی ممکن است به چندین شکل تعریف شود و پرستاران برای اینکه مراقبت معنوی قابل قبولی به بیمارانشان ارائه دهند، می‌بایست تعریف خاص خود را داشته باشند.

دعا یکی از رایج‌ترین شکل‌های پذیرفته‌شده مداخله معنوی است و عموم معتقدند که دعا در التیام بخشی و به زیستی روانی و معنوی مؤثر است. در نهایت، افزایش محتوای دروس دانشگاهی مرتبط با مراقبت معنوی و برگزاری کلاس‌ها یا کارگاه‌های آموزشی مداوم برای پرستاران در زمینه کار بالینی، برای توجه به نگرانی‌های پرستارانی که مایل به تأمین مراقبت کل‌نگرانه و نیز معنوی برای بیمارانشان هستند، مناسب است. حرفه پرستاری می‌بایست شرایط مراقبت معنوی را برای بیمارانشان و خانواده‌های آنها به‌عنوان یک مهارت بنیادین پرستاری ترویج دهد. در خلال تدارک مراقبت معنوی، پرستاران می‌توانند غنای ظریف و معناداری را در مسیر زندگی بیمارانشان فراهم کنند (ماک و اسمیت، ۲۰۰۴م).

روان‌درمانی از دید اسلامی

برای فهم عمیق‌تر معنویت و دینداری در بهداشت روان و حرفه روانپزشکی بد نیست مروری بر روان‌درمانی آن هم با رویکرد اسلامی شود. گرچه انواع متفاوتی از روان‌درمانی وجود دارد، به نظر می‌رسد که تمامی آنها حداقل یک هدف مشترک دارند: کاهش رنج کلی مراجعین. هر مراجعی که به جلسه روان‌درمانی می‌آید مشکلاتی دارد یعنی موضوعاتی که باعث احساسات منفی از قبیل افسردگی، اضطراب یا خشم می‌شود. هر چه یک روان‌درمانگر در کمک به بیمار

برای غلبه بر این احساسات منفی و جلوگیری از عود آنها موفق‌تر باشد، روان‌درمانی او موفق‌تر است (واثق، ۲۰۰۹م).

حدود ۱/۲ بلیون مسلمان در جهان وجود دارد و اسلام دومین مذهب گسترده در اروپا است و پیش‌بینی می‌شود که به زودی دومین مذهب بزرگ ایالات متحده شود. افکار و رفتارهای مذهبی نقش مهمی در تسکین یا تشدید علائم آسیب‌شناسی روانی در بیماران مسلمان ایفا می‌کنند. بنابراین، هر روان‌درمانگر موفق در کشور خود نیازمند آشنایی با فرهنگ اسلامی است. به علاوه، بعضی از آزمایش‌های بالینی نشان می‌دهند که افزودن روان‌درمانی مذهبی به درمان عام معمولی می‌تواند بهبود بالینی در بیماران مذهبی مسلمان را سرعت ببخشد (واثق، ۲۰۰۹م، احمدی ابهری، ۱۳۷۶ش).

روان‌درمانگرها چه مسلمان باشند و چه نباشند، اگر می‌خواهند به مراجعین خود کمک کنند، می‌بایست با مراجعین مسلمان آشنا باشند. در غیر این صورت، آن‌ها ممکن است نظریه‌های غربی را برای مراجعین مسلمان به کار برده و کلیشه‌های خود از غیرمسلمان‌ها را برای مراجعین مسلمان به کار برند که ممکن است باعث شکست درمان و ناکامی شود. به علاوه، آشنا نبودن با فرهنگ اسلامی ممکن است باعث خطاهای تشخیصی جدی شود. برای مثال، بعضی از بیماران مسلمان ممکن است از موجود غیرقابل مشاهده‌ای به نام جن و یا احساسی الهامی و عرفانی صحبت کنند که می‌تواند به صورت غلط توسط متخصصین بالینی بی‌تجربه به عنوان روان‌پریشی تشخیص داده شود. به علاوه، ماهیت جمع‌گرای فرهنگ اسلامی ممکن است به عنوان «اختلال شخصیت وابسته» و پوشش موی زنان به عنوان نشانه‌ای از افکار بیش‌بها داده شده یا افسردگی تعبیر شود. بحث در مورد مصرف الکل و روابط نامشروع جنسی که نزد مسلمانان حرام و گناه است نیز موضوع

شایع مراجعین مسلمان در کلینیک روان‌درمانی است. تلاش یا حتی صحبتی نابجا برای رهاکردن مراجعین مسلمان از این وابستگی، احساسات یا افسردگی، ممکن است باعث شود که آن‌ها احساس کنند که درک نشده‌اند و درمان را ترک کنند. مسلمانان برای مشکلات مختلفی شامل اضطراب و افسردگی یا مشکلات خانوادگی و فرهنگی برای روان‌درمانی مراجعه می‌کنند. به علاوه، بسیاری از مسلمان‌ها در کشورهای غربی از افزایش فشارهای اجتماعی از قبیل حملات جسمی یا کلامی و تبعیض رنج می‌برند و مشکلات سازگاری زیادی را تجربه می‌کنند که نیازمند مشاوره و روان‌درمانی هستند. به نظر می‌رسد که در حال حاضر هیچ نوع روان‌درمانی واحد و برتری برای تمامی بیماران مسلمان وجود ندارد و شاید برخی بیماران به یک رویکرد التقاطی نیاز داشته باشند که موضوعات و ملاحظات فرهنگی و آموزه‌های فراگرفته از اسلام را در خود داشته باشد. گرچه از نظر تئوریک تمامی انواع روان‌درمانی می‌تواند برای مسلمان‌ها به کار رود، با تجارب و اطلاعات موجود به نظر می‌رسد که برای اکثر بیماران مسلمان مداخلات شناختی و رفتاری مناسب‌تر باشد. روان‌کاوی یا روان‌درمانی‌های مبتنی بر بینش گاهی اوقات در مسلمانان نتایج متناقضی را نشان داده ولی درمان شناختی رفتاری دارای بیشترین شواهد تجربی است (واتق، ۲۰۰۹م).

شرح حال معنوی

تأکید شده است که پزشکان و متخصصان بالینی زندگی معنوی بیماران را بپذیرند و به آن احترام بگذارند و همیشه مداخلات را بیمار - محور قرار دهند. پذیرش ابعاد معنوی بیماران مستلزم اخذ یک تاریخچه معنوی در گرفتن شرح حال است (دی‌سوزا، ۲۰۰۳م و غباری بناب، ۱۳۸۸ش).

گرفتن مختصر شرح حال معنوی در پزشکی به دلایل زیر ضرورت دارد:
 ۱. آشنا شدن با عقاید مذهبی بیمار که با تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های پزشکی در ارتباطند.

۲. درک کردن نقشی که مذهب در سازش با بیماری یا ایجاد استرس ایفا می‌کند.

۳. شناسایی نیازهای معنوی که نیازمند توجه و رسیدگی است.
 گرفتن شرح حال معنوی به خودی خود عمل مؤثر و مقتدرانه‌ای در درمان است و علاوه بر موارد بالا، اهداف بسیاری را دنبال می‌کند:

- ابتدا، پیامی را به بیمار انتقال می‌دهد مبنی بر این که این جنبه از موجودیت فرد توسط پزشک شناخته شده و قابل احترام است.

- دوم، به جمع‌آوری اطلاعاتی کمک می‌کند که برای دانستن انگیزه بسیاری از رفتارهای بیمار در ارتباط با سلامتی وی، مفید می‌باشد.

- سوم، اطلاعاتی در مورد نظام حمایتی بیمار و منابع درون جامعه که امکان مراقبت و درمان بیمار را فراهم می‌کنند، به وجود می‌آورد.

- چهارم، کمک می‌کند که بیمار بداند که پزشک او مایل به گفتگو در این زمینه است و چنان که در آینده نیاز داشته باشد، برای این کار آماده است.

یک گروه پزشکی چهار سؤال ساده را که پزشکان می‌توانند برای دستیابی به ابعاد دینی معنوی بیماران بپرسند، پیشنهاد کرده است (لو^{۲۲} و دیگران، ۱۹۹۹م):

- آیا ایمان (مذهب، معنویت) برای شما مهم است؟
- آیا ایمان در دیگر مواقع زندگی‌تان برای شما مهم بوده است؟
- آیا کسی را دارید که درباره موضوعات مذهبی با او صحبت کنید؟

• آیا دوست دارید با کسی موضوعات مذهبی - معنوی را مورد بحث قرار دهید؟

گرفتن تاریخچه معنوی اغلب به خودی خود یک کار با ارزش پزشکی و یک مداخله قدرتمند است (کینزکی و دیگران، ۱۹۹۹م.). بیماران دارای گرایش‌های مذهبی و معنوی که اغلب، باورهایشان هسته نظام معنایی آنها را شکل می‌دهد، تقریباً همیشه حساسیت یک پزشک به این موضوعات را درک می‌کنند. بنابراین، پزشکان و متخصصان بالینی می‌توانند این پیام مهم را به آنان برسانند که آنها با کل انسان در ارتباط هستند و می‌فهمند که بیماران به جز جسم و روان بعد معنوی هم دارند، پیامی که رابطه پزشک - بیمار را ارتقاء می‌دهد، رابطه‌ای که سنگ بنای مراقبت پزشکی مناسب است و ممکن است تأثیر درمانی یک مداخله را افزایش دهد و در راستای دستیابی به به‌زیستی مثبت گام بردارد (دی سوزا و رودریگو، ۲۰۰۴م.).

اقدامات پس از شرح حال اولیه و ارزیابی

دماری (۱۳۸۸م.) اقدامات پس از شرح حال اولیه و ارزیابی معنوی را این‌گونه شرح می‌دهد:

سازماندهی منابع

پس از این که نیازهای معنوی و دینی مراجع شناخته شد، باید تصمیم‌گیری شود که پزشک قادر به برطرف کردن نیازهای معنوی وی هست یا باید ارجاع صورت گیرد. درمانگران از نظر علائق، تعلیمات و تجربه در این زمینه با یکدیگر تفاوت‌های فاحشی دارند. با این حال، درمانگران موظفند مطمئن شوند نیازهای

معنوی بیمار توسط آنها یا فرد دیگری برآورده می‌شود. گاهی مداخلات یا راهنمایی‌های ساده از سوی پزشک به راحتی می‌تواند مشکلی را در حوزه دین و معنویت و سلامت برای مراجع برطرف نماید و شاید پس از آن، دیگر نیازی به ارجاع به روحانی نباشد. به‌ویژه این‌که عده‌ای از بیماران از دیدن روحانیون یا مشاوران دینی خودداری می‌کنند. برقراری ارتباط با پزشک در دراز مدت موجب می‌شود که بیمار به راحتی و بدون دغدغه، از نگرانی‌ها و تردیدهای خود در مورد اعتقادات معنوی و مذهبی با پزشک گفتگو نماید.

حمایت از باورهای معنوی

اگر باورهای مذهبی مانعی در انجام مراقبت‌های درمانی ایجاد نکنند و بیمار از آنها برای سازش با بیماری استفاده کند، آن‌گاه حمایت کردن و احتمالاً حتی ترغیب رفتارهای مذهبی سالم مراجع توصیه می‌شود. پزشکان حتی می‌توانند این مسأله را به بیماران بگویند که بر اساس شواهد به دست آمده از تحقیقات علمی، مشخص شده است که باورهای مذهبی سازش افراد با بیماری و حتی پیامدهای پس از آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در حالی که یادآور شدن این مسأله به بیماران غیرمذهبی صحیح نیست.

شرکت کردن در فعالیت‌های معنوی

بحث‌انگیزترین جنبه رسیدگی به مسائل معنوی در مراقبت از بیمار این است که آیا پزشک باید همراه بیمار در کارهای معنوی شرکت کند یا این امر خارج از مسؤولیت و حرفه پزشک است. برخی معتقدند که این عمل نباید میان پزشک و بیمار صورت گیرد و گزارش‌هایی وجود دارند که نشان می‌دهند اعضای خانواده

بیمار از پزشک به خاطر این عمل به‌ویژه وقتی به طور نادرست انجام شده است، به دادگاه شکایت کرده‌اند و پزشک را محکوم نموده‌اند. عده‌ای دیگر معتقدند تصمیم‌گیری در مورد همراهی بیمار باید در مورد هر بیمار به‌طور جداگانه صورت گیرد، چرا که اقتضای این عمل بستگی به بیماری، موقعیت بیمار و پزشک دارد. طرفداران اصول اخلاقی به این عقیده اصرار می‌ورزند که دعا و نیایشی که با هدایت پزشک صورت گیرد تنها در صورتی قابل قبول است که هیچ روحانی در دسترس نباشد.

تجویز کارهای مذهبی

در اکثر موارد این امور فراتر از وظایف پزشکان است. اول این که، دین و مذهب یکی از بخش‌های بسیار شخصی و حساس زندگی بیمار است و پزشکان نباید رفتار بیمار را در این زمینه تحت فشار و اجبار قرار دهند. علاوه بر این، تا به امروز دلیل و مدرک معتبر و به‌ویژه مطالعات مروری و نظام‌مندی در آزمایشات بالینی وجود ندارد که نشان دهد بیمار تنها برای به دست آوردن سلامتی بیشتر هرچه به دین گرایش بیشتری نشان دهد، نتایج بهتری هم به دست می‌آورد. شغل ما به عنوان متخصص بالینی این است که «گاهی درمان کنیم، اغلب تسکین دهیم و همیشه تسلی بخشیم» (گوردون، ۲۰۰۵م). تسلی، هنگامی انتقال می‌یابد که یک پزشک یا متخصص بالینی از گوهری که به زندگی بیمار معنا و امید می‌بخشد، حمایت کند و این چیزی است که بسیاری از بیماران می‌گویند که خواستارش هستند (دی سوزا، ۲۰۰۲م). بررسی این موضوعات و روی آوردن به سؤالات معنوی و مذهبی بیماران، تنها به مراقبت از بیمار، بهبود روابط پزشک - بیمار و رفاه بیمار منجر نمی‌شود بلکه ممکن است به خوبی به عنوان رستگاری

پزشکی زیستی نگریسته شود. بنابراین، ممکن است طیفی از ابزارهای آموزشی و درمانی معنوی را به کار بریم که می‌تواند به‌نحو شایسته توانایی مقابله بیمار را تسهیل کند و منجر به ارتقاء به‌زیستی جسمی، روانی و معنوی او و نزدیکانش شود (دی‌سوزا، ۲۰۰۷م).

پی‌نوشت‌ها

- 1- Narayanaswamy
- 2- Dason
- 3- Hased
- 4- transcendental
- 5- Yawar
- 6- Lamott
- 7- Huguelet
- 8- Koenig
- 9- Foucault
- 10- Gordon
- 11- Koenig
- 12- Qureshi
- 13- Heady
- 14- Rich
- 15- Rodrigo
- 16- Hummer
- 17- Palliative Care
- 18- Twycross
- 19- D Souza
- 20- Mathai
- 21- Cassel
- 22- Lo

فهرست منابع

- احمدی ابهری، سید علی. (۱۳۷۶). نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری‌ها: معرفی سه مورد رواندمانی مذهبی، اندیشه و رفتار، سال سوم، ضمیمه شماره ۹ و ۱۰، ص ۲۷ - ۳۳.
- بوالهری، جعفر. (۱۳۸۹). ضرورت نهادینه سازی مفهوم معنویت در سلامت، جستاری در سلامت معنوی، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران.
- بوالهری، جعفر؛ چیمه، نرگس؛ طهماسبی، سیامک و علی‌بیگی، ندا. (۱۳۸۸). آشنایی با حمایت‌های روانی-اجتماعی برای پزشکان عمومی. تهران: انتشارات ارجمند.
- خدایاری فرد، محمد، غباری بناب، باقر، فقیهی، علی نقی، وحدت تربتی، شادی. (۱۳۸۱). اندیشه رفتار، سال ۸، شماره ۱، ص ۳۹ - ۴۸.
- سروش، عبدالکریم. (۱۳۸۱). سنت و سکولاریسم، موسسه فرهنگی صراط، تهران.
- دماری، بهزاد. (۱۳۸۸). سلامت معنوی. تهران: انتشارات طب و جامعه.

- کاپلان و سادوک. (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی ۲. ترجمه دکتر نصراله پورافکاری، ناشر شهرآب.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد معنوی، انتشارات آرون- تهران، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- محرری، محمد رضا. (۱۳۷۳). نگاهی بر تاریخ روانپزشکی و تاریخچه روانپزشکی ایران، فصلنامه اندیشه و رفتار، صفحه ۲۷ تا ۴۸.
- مجموعه مقالات اسلام و بهداشت روان. (۱۳۸۲). اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، پژوهشکده فرهنگ و معارف، نشر دفتر نشر معارف، و تهران.
- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۵). مجموعه آثار ۶، انتشارات صدرا، تهران.

- Cassell, E. J. (1985). *The healer's art*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- D'Souza R. (2007). The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *SPIRITUALITY AND HEALTH*, 186(10), 7-59.
- D'Souza, R. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australas Psychiatry*, 10, 44-47.
- D'Souza, R., & Heady, A. (2000). Spirituality and religiosity: has it a place in psychiatric assessment and management? *Proceedings of the Annual Scientific Meeting of the Australasian Society for Psychiatric Research*, Dec 7-8, Adelaide, SA.
- D'Souza, R., & Rich, D. (2001). An open randomised controlled trial using spiritually augmented cognitive behavioural therapy in demoralisation and depression. *Proceedings of the Annual Scientific Meeting of the Australasian Society for Psychiatric Research*, Dec 6-7; Melbourne, VIC.
- D'Souza, R., & Rodrigo, A. (2004). Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australas Psychiatry*, 12, 148-152.
- D'Souza, R., Heady, A., & Rich, D. (2001). Spiritual needs in psychiatric practice. *Proceedings of the 36th Congress of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, May 21-24, Canberra, ACT.
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, B. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *J Adv Nurs*, 26, 1183-1188.
- Gordon, J. (2005). Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always. *Med J Aus*, 182, 5-8.
- Hassed, C. S. (2000). Depression: dispirited or spiritually deprived? *Med J Aust*, 173, 545-547.
- Huguelet, & Koenig, H. G. (2009). *Religion and spirituality in psychiatry*, Cambridge University Press: USA.
- McKinney, M. M. (2009). *Community Psychiatry and Religion*. In *Religion and spirituality in psychiatry*. Huguelet, & Koenig, H. G. Cambridge University Press: USA.

- Vasegh, S. (2009). Psychiatric Treatments Involving Religion: Psychotherapy from an Islamic Perspective. In Religion and spirituality in psychiatry. Huguelet, & Koenig, H. G. Cambridge University Press: USA.
- Hummer, R., Rogers, R., Nam, C., & Ellison, C. (1999). Religious involvement and US adult mortality. *Demography*, 36, 273-285.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T. J., & Harvey, I. (1999). The patient-centeredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract*, 49, 711-716.
- Koenig, H. G., McCullough, M., & Larson, D. (2000). Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., Cohen, H., Blazer, D., & et al. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry* 149, 1693-1700.
- Koenig, H. G., George, L., Peterson, B. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry*, 155, 536-542.
- Lo, B., Quill, T., & Tulsky, J. (1999). Discussing palliative care with patients. *Ann Intern Med*, 130, 744-749.
- Mauk, K. L., Schmidt, N. S (2004). Spiritual care in nursing practice. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mathai, J., & North, A. (2003). Spiritual history of parents of children attending a community child and adolescent mental health service. *Australas Psychiatry*, 11, 172-175.
- Narayanawamy, A. (1999). A review of spirituality as applicable to nursing. *Int J Nurs Stud*, 36, 117-125.

یادداشت شناسه مؤلفان

جعفر بوالهری: استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیک: bolharj@yahoo.com

هدی دوس علی وند: دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، ایران.

مصلح میرزایی: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز آموزشی درمانی حضرت رسول اکرم (ص).

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۲/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۴/۱۵