

چگونه شرح حال معنوی بگیریم؟

نادره معماریان^۱

هدی دوس علی وند

مریم مهرابی

مریم رسولی

زینب قائم پناه

چکیده

مقدمه: در سال های اخیر رشد فزاینده ای در توجه به بعد معنوی ماهیت انسان در جهت مراقبت بهداشتی بهتر صورت گرفته است. یکی از راه های پرداختن به این موضوع، اخذ شرح حال معنوی بیماران در مراکز مراقبت بهداشتی است. شرح حال معنوی، مجموعه ای از سؤالات است که می تواند باورها و تجارب معنوی بیمار را با یک مصاحبه ساده کاوش نماید. مطالعه حاضر به دنبال ایجاد مدلی برای اخذ شرح حال معنوی بوده است.

روش: مطالعه حاضر بر مبنای یک رویکرد کیفی بود. در ابتدا، هیأتی از کارشناسان شکل گرفت. پس از مرور منابع مرتبط بسیار، خلاصه سازی نتایج و رسیدن به اجماع از سوی کارشناسان فلسفه، سلامت عمومی و علوم اجتماعی و آموزشی، مفهومی کاربردی از معنویت پایه ریزی شد. سپس یک پرسشنامه دوقسمتی طراحی شد. این فرآیند با استفاده از چهار ابزار در دسترس منتخب، پس از کسب نظرات کارشناسان به وسیله روش دلفی و به دست آوردن اجماع آنها اجرا شد.

یافته ها: ۱۶ پرسش نهایی به دو بخش تقسیم شدند. اولین بخش سؤالات در ارتباط با باورها، اخلاق، ارزش ها، رفتارها و تجارب معنویت بود. درمانگر می تواند از این سؤالات برای بیرون کشیدن اطلاعات معنوی مورد نیاز به شیوه ای دقیق و دوستانه، برای

۱- متخصص پزشکی اجتماعی، واحد مدیریت دانش بالینی سلامت معنوی، دانشکده علوم رفتاری و

سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: naderememaryan@yahoo.com

تمامی بیماران در هر موقعیتی استفاده کند. دومین بخش سؤالات بر مبنای نیازهای معنوی بیماران بستری، شکل گرفته است.

نتیجه‌گیری: امید است که همراه با برقراری رابطه صمیمی‌تر بین بیمار و درمانگر با استفاده از چنین ابزاری، در راستای بهبود و تسریع فرآیند درمان بیماران گام برداریم.

واژگان کلیدی:

معنویت، ابزار، پرسشنامه، شرح حال معنوی، بیمار، مصاحبه

مقدمه

در طول تاریخ، معنویت و پزشکی به هم آمیخته بوده (مولر^۱ و دیگران، ۲۰۰۱م). و پزشکان بنام ایرانی در کتب پزشکی کهن به مفهوم طب روحانی به تفصیل پرداخته‌اند (امیدواری، ۱۳۸۷). در سال‌های اخیر رشد فزاینده‌ای در توجه به بعد معنوی ماهیت انسان در جهت مراقبت بهداشتی بهتر صورت گرفته است (بورنمن^۲ و دیگران، ۲۰۱۰م). مطالعات بسیار در مراکز تحقیقاتی این حوزه در ایالات متحده و اروپا و در سال‌های اخیر، در برخی کشورهای اسلامی، نشان داده‌اند که اکثر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیاز معنوی خود هستند و تمایل دارند درمانگرشان به این مسایل توجه کند (الکساندر کلارک^۳ و دیگران، ۲۰۰۳م؛ اهن^۴ و دیگران، ۱۹۹۹م؛ مک کورد^۵ و دیگران، ۲۰۰۴م؛ امیدواری، ۱۳۸۷ش). علی‌رغم این مسائل، هنوز در بسیاری از مراکز مراقبتی، این نیاز بیماران مورد غفلت واقع می‌شود. به نظر می‌رسد که یکی از راه‌های پاسخ به این نیاز، اخذ شرح حال معنوی در واحدهای مراقبت سلامت است (لاروکاپیتز^۶، ۲۰۰۹م). بر اساس ادبیات نظری و تجربی موجود، اخذ تاریخچه معنوی به چند دلیل عمده در فرایند مراقبت و درمان افراد حائز اهمیت و ضرورت است (لاروکاپیتز، ۲۰۰۹م؛ سیلوستری^۷ و دیگران، ۲۰۰۳م؛ دی‌سوز^۸، ۲۰۰۷م):

۱- شرح حال معنوی^۹، مجموعه پرسش‌هایی باز پاسخ است که موجب شناسایی بخشی از اعتقادات و تجارب معنوی بیماران می‌شود و می‌تواند بر فرایند مراقبت و درمان آنان مؤثر واقع گردد.

۲- نیازهای معنوی بیماران در قالب این پرسش‌ها شناسایی شده و اعمال معنوی که ممکن است در بهبود شاخص‌های روانی بیمار و بالطبع درمان یا طرح مراقبت سودمند باشند، تعیین می‌گردد.

۳- این پرسش‌ها، علاوه بر پاسخگویی به نیازهای اساسی بیماران، ارتقا و توسعه رابطه بیمار و درمانگر را فراهم می‌نماید که در فرآیند تصمیم‌گیری مراقبین سلامت یقیناً نقش مهمی را ایفا می‌کند.

۴- در برخی موارد، چنین پرسش‌هایی، خود در حد یک مداخله قدرتمند در درمان بیماران عمل می‌کنند. بنابراین، بیماران از این طریق، در روند مراقبت، از شرایط بهزیستی مطلوب‌تری برخوردار می‌گردند.

قدم اول برای توجه به معنویت در کار بالینی، تعریف این مفهوم بطور دقیق و متمایز ساختن آن بطور واضح از مفهوم مذهبی بودن است؛ موضوعی که در اغلب پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه خدمات بالینی به وضوح دیده نمی‌شود (بورمن و دیگران، ۲۰۱۰م). به نظر می‌رسد که در صورت عدم توجه به چنین موضوعی، درمانگران با قضاوت‌های شخصی به این مسأله نگریسته و عملکردی سلیقه‌ای را در ارتباط با آن، در پیش می‌گیرند. اگرچه انتزاعی بودن مفهوم معنویت نیز کار را پیچیده‌تر می‌سازد و ممکن است درمانگر را در مدیریت اطلاعات و نتیجه‌گیری دچار سردرگمی نماید اما ارائه یک تعریف مفهومی و کاربردی دقیق و روشن می‌تواند این ارزیابی را به بهترین صورت ممکن محقق سازد (فلانلی^{۱۰} و دیگران، ۲۰۰۶م).

ساخت پرسشنامه در زمینه ارزیابی معنویت بیماران توسط پژوهشگران متعددی در خارج از کشور مورد توجه قرار گرفته است و طیفی از این ابزار سنجش وجود دارد که برخی برای گروه‌های خاصی از بیماران (بوسینگ^{۱۱} و دیگران، ۲۰۱۰م؛ کول^{۱۲} و دیگران، ۲۰۰۸م؛ فریک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۶م؛ هینشاو^{۱۴}، ۲۰۰۲م) و برخی قابل استفاده برای عموم بیماران (گالک^{۱۵} و دیگران، ۲۰۰۵م؛ کینگ^{۱۶} و دیگران، ۲۰۰۱م؛ نارایاناسامی^{۱۷}، ۲۰۰۴م؛ موگانز^{۱۸}، ۱۹۹۶م؛ پوچالسکی و رومر^{۱۹}، ۲۰۰۰م؛ دویی^{۲۰} و

دیگران، ۲۰۰۳م؛ آناندراجاه^{۲۱} و هایت^{۲۲}، ۲۰۰۱م)، طراحی گردیده است که البته هیچ یک از آنها در ایران اعتباریابی نشده است.

با توجه به مسائل مطرح شده، هدف پژوهش حاضر، طراحی چارچوب یک شرح حال معنوی است. در این راستا سعی شده است ابتدا تعریفی کاربردی و عملیاتی در حیطه مدنظر برای معنویت ارائه شود و رابطه آن با دین و مذهب بیان شود، و سپس سؤالاتی به منظور اخذ شرح حال معنوی طراحی شود که منطبق با این تعریف و نیز زمینه معنوی و دینی جامعه ایرانی باشد تا بتوان از آن در خدمات سلامت در کشور بهره گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، در سه فاز انجام شده است. ابتدا در فاز اول، پانلی متشکل از مجموعه‌ای از صاحب‌نظران این حوزه تشکیل گردید. زمانی که موضوع جدید و دارای ابعاد متفاوت بوده و نیاز به نظر کارشناسانی از چند رشته است، پانل صاحب‌نظران بهترین گزینه است (الیوت و همکاران، ۲۰۰۵م). در پژوهش حاضر، ۶ نفر از خبرگان حوزه معنویت در کشور که سابقه فعالیت در این زمینه را داشتند (شامل ۲ روانپزشک، ۱ پژوهشگر تعلیم و تربیت، ۱ پژوهشگر فلسفه و ۲ روانشناس) همراه با ۲ بیمار به عنوان ذینفعان اصلی و مجری پروژه (متخصص پزشکی اجتماعی) در پانل حضور داشتند. در این پانل بحث و تبادل نظر پیرامون چگونگی ارائه مفهوم معنویت و چگونگی طراحی پرسش‌ها جهت اخذ شرح حال معنوی بیماران، صورت گرفت.

در فاز دوم پژوهش، با بررسی مفاهیم نظری و عملی متعدد معنویت که در منابع مختلف بین‌المللی و داخلی رایج شده بود (دماری، ۱۳۸۸ش؛ عباسی و دیگران،

۱۳۹۱ش؛ غباری بناب، ۱۳۸۴ش؛ غباری بناب و حدادی کوهسار، ۱۳۹۰ش؛ پوچالسکی^{۲۳} و فرل^{۲۴}، ۲۰۱۰م؛ پوچالسکی و همکاران، ۲۰۰۹م؛ پوچالسکی، ۲۰۰۹م؛ پوچالسکی و لارسون^{۲۵}، ۱۹۹۸م؛ الیس^{۲۶} و دیگران، ۱۹۹۹م.) و بحث و تبادل و نظر در یک تیم بین رشته‌ای با حضور متخصصین علوم اجتماعی و فلسفه چارچوبی از مفهوم عملیاتی معنویت جهت ارائه در حوزه خدمات سلامت استخراج گردید.

همچنین از مرور متون به منظور یافتن ابزارها و مقیاس‌های شرح حال معنوی معتبر بین المللی و داخلی استفاده شد. بررسی منابع با راهبرد جستجو مطابق جدول ۱ انجام شد. کلیه ابزارهای موجود به صورت فرم‌های مصاحبه و با سؤالات باز طراحی شده بودند. ملاک انتخاب برای گزینش ابزارها، ابزارهای شرح حالی بود که مطابقت مبانی نظری و مفهومی آنها با تعریف ارایه شده در این مطالعه امکان‌پذیر باشد. لذا چهار ابزار SPIRIT، FICA، BEILIF و HOPE که در جدول شماره ۲ حیطه‌ها و توضیحات آنها ارائه شده است (موگانز، ۱۹۹۶م؛ پوچالسکی و رومر، ۲۰۰۰م؛ دویی و دیگران، ۲۰۰۳م؛ آناندراجاه و هایت، ۲۰۰۱م.) انتخاب شدند. بر اساس بررسی دقیق و بازبینی و حذف موارد تکراری از مجموع ۸۴ سؤال از چهار ابزار انتخاب شده، بانک سؤالات متشکل از ۳۳ پرسش تدوین گردید.

در فاز سوم، به منظور نهایی نمودن تعریف معنویت و تعیین چارچوب نهایی مصاحبه و تأیید اعتبار آن، از رویکرد کیفی در قالب شیوه دلفی استفاده شد. دلفی فرایندی است که برای تصمیم‌گیری، جمع‌آوری اطلاعات و در نهایت اجماع گروهی در طی راندهای پیمایشی صورت می‌پذیرد و مهم‌ترین شرایط مورد نیاز برای کاربرد آن نیاز به نظرات گروهی وسیع و توافق گروهی در دستیابی به نتایج است (احمدی و دیگران، ۱۳۸۷ش).

بدین منظور در راند اول دلفی تعریف و مفهومی از معنویت که از فاز دوم کار استخراج شده بود و مجموعه بانک سؤالات مورد پیمایش قرار گرفتند. در این

راند ۱۱ نفر از کارشناسان شامل ۱ روانپزشک، ۲ متخصص پزشکی اجتماعی، ۱ پژوهشگر اجتماعی، ۲ روانشناس، ۱ متخصص آموزش سلامت، ۱ اپیدمیولوژیست، ۱ فلوشیپ درد، ۱ جامعه‌شناس و ۱ کارشناس موسیقی مشارکت داشتند. انتخاب کارشناسان از حوزه‌های متفاوت به منظور در نظر گرفتن طیف وسیعی از نظرات بود. طبق فرمی ضمن توضیح کامل اهداف طرح، نظرخواهی در خصوص تعریف و چارچوب ارائه شده از معنویت و سنجش ارتباط، شفافیت و سادگی هر سؤال جهت محاسبه شاخص روایی محتوا^{۲۷} (CVI) (پولیت^{۲۸} و دیگران، ۲۰۰۷م.) و ضرورت هر سؤال به منظور محاسبه نسبت روایی محتوا^{۲۹} (CVR) (لاوشه^{۳۰}، ۱۹۷۵م.) صورت پذیرفت. ملاک باقی ماندن سؤالات، داشتن حداقل یکی از دو شاخص بالاتر از ۷۵٪ بود (لاوشه، ۱۹۷۵م.). پس از پایان این مرحله (۱) با جمع‌بندی نظرات و اجماع متخصصینی که از حوزه‌های متفاوت مشارکت داشتند در زمینه تعریف و مفهوم معنویت در این تحقیق توافق حاصل شد. و (۲) سؤال از بانک اولیه سؤالات باقی ماندند که به پیشنهاد کارشناسان در راند اول دلفی، به منظور افزایش قابلیت اجرای مصاحبه در همه عرصه‌های مراقبت سلامت، حتی در شرایط حاد و اورژانسی، سؤالات به دو دسته عمومی (برای همه بیماران) و انتخابی (برای گسترش عمق مصاحبه در کسانی که شرایط مراقبت ایجاب می‌کند) تقسیم شدند. لذا در ادامه کار، دو دسته سؤالات تنظیم شده همراه با توضیحات لازم برای راند دوم دلفی ارسال شدند و پس از دریافت نظرات (از ۱۰ نفر پاسخ دریافت شد) و جمع‌بندی اجماع حاصل شده، ۱۶ سؤال نهایی گردید.

جدول ۱: راهبرد جستجوی اینترنتی

÷(interview*[tiab] OR "Interview" [Publication Type] OR "Interviews as Topic"[Mesh] OR "Interview, Psychological"[Mesh]
(guide*[tiab] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR "Health Planning Guidelines"[Mesh] OR "Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Guideline" [Publication Type]
(patient*[tiab] OR client*[tiab] OR "Patients"[Mesh] OR "Survivors"[Mesh])
(spiritual*[tiab] OR Psycholog**[tiab] OR "Spirituality"[Mesh])

جدول ۲: ابزارهای انتخاب شده

ابزار	تاریخ	نویسنده یا نویسندگان	توضیحات
SPIRIT Spiritual belief system Personal spirituality Integration with a spiritual community Ritualized practices and restrictions Implications for medical care Terminal events planning	۱۹۹۶	موگانز	این ابزار یادآوری، برای کمک به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی جهت اخذ سابقه معنوی بیمار است و می تواند چارچوبی را برای ترویج بحث های عمومی و خاص در مورد معنویت ارائه دهد که سازگار با علاقه و تمایل بیمار باشد.

چگونه شرح حال معنوی بگیریم؟

فیکا ابزار مفیدی است که در مورد نقش دین و معنویت در سلامت و بهبودی بیماران بحث می کند و به ارائه کنندگان مراقبت بهداشتی در اخذ شرح حال معنوی بیمار و فراهم نمودن شرایط مثبتی که باورهای معنوی و دینی بتوانند بر رفاه جسمی بیمار اثر بگذارد کمک می کند.	پوچالسکی و رومر	۲۰۰۰	FICA Faith or beliefs Importance and Influence Community Address
بیلیف یک ابزار آموزش بالینی برای استخراج باورهای معنوی بیماران است که ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می توانند از این ابزار برای افزایش و تقویت درک خود از چگونگی تأثیر باورهای معنوی بر مراقبت بیماران بهره مند شوند.	دوبی و دیگران	۲۰۰۰	BELIEF Beliefs Explanation Learn Impact Empathy Feelings
هوپ یک ابزار با قابلیت انعطاف و انطباق بالا برای کمک به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در ارزیابی معنوی و وارد شدن به مباحث مربوط به دین و معنویت با بیمارانشان است. این ابزار می تواند به شاغلان حرفه های بهداشتی کمک کند تا به وجود و تأثیر معنویت در خود و کارشان آگاه شده و از آن بهره ببرند.	آنانداراجاه و هایت	۲۰۰۱	HOPE H: Sources of hope, meaning, comfort, strength, peace, love, and connection O: Role of organizational religion P: Personal spirituality/practices E: Effects on medical care/ end-of-life issues

یافته‌ها

مفهوم معنویت

در کل، بر اساس جستجو، بررسی دقیق، نظرخواهی و اجماع تعریف زیر ارائه گردید:

نظرات و رفتارهایی که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود را بیان می‌کند. به عبارت دیگر، «پایه و شالوده معنویت، ایمان به خدای یکتا (توحید) است.» آنچه مسلم است معنویت مفهومی عام‌تر و جامع‌تر از دین و مذهب است. دین یا مذهب به عنوان یک نظام عقیدتی، سیستمی از باورها و اعمال سازماندهی شده است که به افراد کمک می‌کند تا به درک معنوی بالاتری برسند. معنویتی که بر پایه ایمان به خدا و یک نظام عقیدتی الهی (دین) شکل گرفته باشد، موجب بروز آثار ذیل در زندگی و وجود انسان می‌شود:

- حس معناداری آفرینش و هدفمند بودن زندگی
 - وجودی مطلق و یگانه (خداوند) را به عنوان منبع امید، قدرت و توکل دانستن
 - داشتن انگیزه برای برخورد با مشکلات، گذشت، ایثار و...
 - اخلاقیات و بروز رفتارهای مثبتی بر دستورات خداوند
 - تجربه آرامش باطنی و ادراکات متعالی
- در این بین هر آنچه که موجب پیوند انسان با خدا شود و یا منشأ اثر حرکت و توجه به سوی او گردد از جمله زیبایی‌های طبیعت، هنر و ... می‌تواند جلوه‌ای از معنویت باشد.

سؤالات

در مجموع از ۸۴ سؤال موجود در ابزارهای انتخاب شده، ۳۳ سؤال (بانک سؤالات) برای راند اول دلفی برگزیده شد که پس از تحلیل نتایج با توجه به شاخص‌های محاسبه شده، ۲۲ سؤال باقی ماندند که به دو دسته تقسیم شدند: دسته اول نسبت روایی محتوایی بیشتر یا مساوی ۷۵٪ و شاخص روایی محتوایی ۹۰٪ یا بالاتر داشتند و دسته دوم، شاخص روایی محتوایی مطلوب (اکثراً بیش از ۹۰٪) ولی نسبت روایی محتوایی پایین‌تر از گروه اول داشتند. بعد از راند دوم و اجماع، ۱۶ سؤال در دو بخش، بخش اول سؤالات (جدول ۳) و بخش دوم سؤالات (جدول ۴) استخراج و نهایی گردید. بنابراین، در نهایت، ۴، ۲، ۷ و ۳ سؤال به ترتیب از ابزارهای BELIEF، FICA، HOPE و SPIRIT باقی ماندند.

بخش اول سؤالات (جدول ۳): این گروه از سؤالات بنا به تعریف معنویت و ابعادی که در تعریف معنویت بیان گردید، ناظر به ابعاد اعتقادی، انفسی (متعالی) و رفتاری معنویت است. درمانگر با استفاده از این دسته از سؤالات تلاش می‌کند تا در حد نیاز و متناسب با عرصه پرسشگری به اطلاعاتی مختصر و مفید از بعد معنوی مراجع خویش دست یابد. در این گروه از سؤالات سعی شده است در اکثر موارد به طور غیرمستقیم و در برخی موارد مستقیم ولی با ادبیات صمیمانه به بررسی ابعاد مورد نیاز معنویت در برخورد با بیمار پرداخته شود.

بخش دوم سؤالات (جدول ۴): این گروه از سؤالات بر حسب نیازهای معنوی که بیماران در واحدهای مراقبت سلامت دارند طراحی شده است و درمانگر را از شرایطی آگاه می‌کند که دانستن آن در بهبود رابطه درمانگر با مراجع بسیار کمک کننده است. از طرف دیگر، با برآورده شدن این نیازها، آرامش معنوی بیمار که تسریع و تسهیل کننده سایر مراحل درمان اوست، تأمین می‌شود.

جدول ۳: بخش اول سؤالات

بخش اول
۱- در مواقع دشوار و در سختی‌ها به چه کسی یا چه چیزی تکیه می‌کنید؟ ۲- چه چیزی در زندگیتان وجود دارد که به شما قوت قلب و آرامش درونی می‌بخشد؟ ۳- چه چیزی به زندگی شما معنا و مفهوم می‌دهد؟ ۴- اگر ایمان به خدا یکی از اصول معنویت باشد، آیا خود را فردی معنوی می‌دانید؟ ۵- برای برخی افراد اعتقادشان به خدا به عنوان منبعی از قدرت در برخورد با افت و خیزهای زندگی عمل می‌کند (یار آنها در سختی‌هاست). آیا این مسئله در مورد شما صدق می‌کند؟ ۶- باورها و اعتقادات معنوی شما، بر حالات و روحیات شما در طول این بیماری چه اثری گذاشته است (یا خواهد گذاشت)؟ ۷- فکر می‌کنید باورها و اعتقادات معنوی شما چه نقشی در به دست آوردن مجدد سلامتی شما دارند؟ ۸- معمولاً کدام اعمال دینی / مذهبی در شما حس بهبودی و آرامش ایجاد می‌کند؟ (برای مثال: نماز، ذکر و مناجات، خواندن کتاب آسمانی، حضور در اماکن و مراسم و...) ۹- آیا بخشی از مراقبت پزشکی هست که به دلیل باورها و اعتقاداتان برای شما ممنوع، حرام یا مکروه باشد و لازم است مورد توجه قرار گیرد؟

نگونه شرح حال معنوی بیماریم؟

جدول ۴: بخش دوم سؤالات

بخش دوم

- ۱- آیا براساس اعتقادات و باورهایتان، رابطه من به عنوان درمانگر و شما که بیمار هستید، نیاز به رعایت نکات خاصی دارد که بهتر است من بدانم؟
- ۲- آیا بین باورها و اعتقاداتتان و از طرفی، شیوه درمانی که ما داریم انجام می‌دهیم سازگاری وجود دارد؟ (برای شما مشکلی ایجاد نکرده است؟)
- ۳- آیا چیزی در ارتباط با مسائل دینی / مذهبی و از طرفی درمان شما وجود دارد که دوست داشته باشید در مورد آن صحبت کنیم؟
- ۴- آیا شرایط خاصی وجود دارد که من باید از آنها در درمان شما آگاه باشم؟ (برای مثال: محدودیت‌های رژیم غذایی، استفاده از فرآورده‌های خونی و ...)
- ۵- میل دارید که من یا دیگر همکارانم این موضوعات اعتقادی شما را در سیر درمانتان چگونه رعایت کنیم و یا مورد توجه قرار دهیم؟
- ۶- تمایل دارید برای حفظ آرامش معنوی شما به عنوان درمانگر، چه منابع، وسایل و یا امکاناتی برایتان فراهم کنم؟ (به عنوان مثال کتاب آسمانی، جایی برای عبادت و مناجات و ...)
- ۷- آیا نیاز دارید فردی را که در مورد موضوعات معنوی وارد باشد برای کمک به شما معرفی کنم؟

بحث و نتیجه گیری

به منظور لحاظ نمودن معنویت در مراقبت سلامت، یک درک مشترک از مفهوم معنویت مورد نیاز است (دماری، ۱۳۸۸ش.). بسیاری از نویسندگان برای روشن ساختن تفاوت میان اصطلاح معنویت و دین تلاش کرده‌اند. آنها سعی کرده‌اند یک تعریف گسترده و جهانی از معنویت را که در برگیرنده دیدگاه‌های وابسته به دین و غیردینی است ارائه دهند (سراج زاده و پویافر، ۱۳۸۸ش.). در پژوهش حاضر، پس از بررسی‌های به عمل آمده، مفهوم معنویت مطابق با اعتقاد به خدای یکتا در نظر گرفته شد که منبعث از یک نظام الهی (دین) باشد. بنابراین، برخلاف تعریف مفهوم معنویت در وجه عام آن که البته پیچیدگی و چند بعدی بودن آن را تنها در سه بعد شناختی، تجربی و رفتاری گنجانده‌اند (آنانداراجاه و هایت، ۲۰۰۱م.)، در این پژوهش به جهت ناظر بودن معنویت بر دینداری فرد به جنبه‌های اعتقادی، اخلاقی و ارزشی، رفتاری و انفسی اشاره شده است که در واقع به وجه انفسی آن به عنوان اختصاصی‌ترین و متعالی‌ترین تجارب معنوی فرد نظر داشته‌ایم که یقیناً در درک فرد از بیماری و تحمل درد و رویکرد نسبت به مرگ، فضای معنوی قوی‌تری حاکم می‌گردد. در چنین برداشتی از معنویت، وجه تمایز قوی‌تری از ابزارهایی که در واقع به مثابه مصاحبه مرتبط با فرهنگ^{۳۱} هستند مثل ابزار BELIEF دیده می‌شود (دوبی و دیگران، ۲۰۰۳م.). از سوی دیگر در بیشتر ابزارهای رسمی (آنانداراجاه و هایت، ۲۰۰۱م.)، چهار حوزه اساسی پرسش سؤال مطرح است که شامل پرسش‌هایی درباره اعتقادات و ارزش‌های معنوی فرد می‌باشد که البته در برخی ابزارها با یک یا چند سؤال عام، ذهن بیمار مورد کنکاش قرار می‌گیرد. در بخش بعدی، وابستگی و عضویت فرد در اجتماعات معنوی به ویژه تشکلهای دینی حمایتگر فرد بررسی شده و در ادامه تأثیر پذیری بیمار از اعتقادات و آداب

معنوی و دینی مورد سؤال قرار می‌گیرد. در نهایت، محدودیت‌ها و آداب و فرایض دینی بیمار که باید از سوی درمانگران و مراقبین او مورد دقت و توجه قرار گیرند، جستجو می‌گردد. مجموعه این حوزه‌ها در برخی ابزارها مثل ابزار HOPE با طرح سؤالات حاشیه‌ای و دقیق‌تر، فرصت تعامل بیشتری را برای درمانگران و بیماران فراهم می‌نماید که از یک سو حس ارزشمندی و احترام به تمامی حقوق و ابعاد انسانی را در بیماران بر می‌انگیزد و از سوی دیگر، فضای بهره‌گیری درمانگران از عوامل معنوی مؤثر بر بهبودی بیمار را فراهم می‌نماید. مجموعه ابزارهای ذکر شده، همگی به نوعی سعی در پوشش مناسب چنین حوزه‌هایی را داشته‌اند و البته عناصر فرهنگی و دینی هر جامعه در طرح سؤالات، برخی تفاوت‌ها را ایجاد کرده‌اند.

مهمترین وجه تفاوت ابزار حاضر را شاید بتوان در دو قسمتی نمودن سؤالات این ابزار دانست. این امر به پویایی بعد معنوی بیماران که متأثر از سایر ابعاد وجودی یعنی شرایط محیطی، روانی و جسمی آنها خواهد بود تأکید دارد و این نکته در منابع علمی جزو مزایای یک ابزار خوانده شده است (دی سوزا، ۲۰۰۷م). دو مرحله‌ای بودن سؤالات به درمانگر اجازه می‌دهد که با بخش اول سؤالات از حیطه‌های معنوی مراجع خود اطلاعات کسب کند و زمانی که زمینه را برای ادامه مصاحبه مناسب دید با بخش دوم سؤالات وارد سطوح کارکردی معنویت در کار بالینی شود. در بخش اول سعی شده است تا با سؤالات غیرمستقیم (پراکسی) مصاحبه پیش رود و بدین ترتیب بدون ایجاد مقاومت در مصاحبه‌شونده اطلاعات لازم کسب گردد. پرسشگری بخش اول بسته به شرایط بیمار به زمان بین ۵-۱۰ دقیقه نیاز دارد. بخش دوم سؤالات می‌تواند هنگامی که بیمار در شرایط پایداری قرار دارد، با صرف زمان و حوصله بیشتر، انجام یابد. درمانگران می‌توانند مانند

شرح حال‌های روتین، بر حسب شرایط زمانی (در موارد حاد و اورژانسی در مقابل موارد بستری در بخش) بر اساس تشخیص خود، فرآیند مصاحبه معنوی را به طور مختصر یا به تفصیل انجام دهند. همچنین این چارچوب ساختاری، فرصت را برای پیگیری تغییرات و تحولات بعد معنوی بیمار در فرایند درمان فراهم می‌نماید.

مهم‌ترین حوزه مورد بحث در مورد ساخت این ابزار طراحی مدل بومی اما بدون تکیه بر شاخص‌های جزءنگر معنویت دین‌محور است. بنابراین، این ابزار می‌تواند به عنوان یک ابزار قابل انعطاف و قابل تطبیق با سایر زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و ایدئولوژیکی جوامع دیگر مورد استفاده قرار گیرد. همچنین از آنجا که ابزار حاضر بر اساس نظر صاحب‌نظران چندین حوزه مرتبط با موضوع معنویت و سلامت تنظیم شده، زمینه یک مطالعه بین رشته‌ای را فراهم آورده است که جامعیت نظری و مفهومی بالایی را از موضوع ارائه می‌دهد. از سوی دیگر، اجماع نظرات صاحب‌نظران مختلف در یک زبان مشترک، فرصت بهینه‌ای را برای تحقق سطح بالاتری از روائی صوری و محتوایی این ابزار و نیز حصول ساده‌ترین و آسان‌ترین روش برقراری ارتباط با مخاطبان، ایجاد کرده است.

«گونه شرح حال معنوی بزرگ‌سال»

هم اکنون در کشورمان مراکزی چون انستیتو روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز مطالعات بین رشته‌ای حوزه علمیه قم و شماری دیگر از مراکز دانشگاهی در این حوزه به فعالیت علمی و تحقیقاتی می‌پردازند (دماری، ۱۳۸۸ش؛ سراج‌زاده و پویافر، ۱۳۸۸ش). به نظر می‌رسد که داشتن چارچوبی معتبر برای گرفتن شرح حال معنوی، برای ورود صحیح به بحث ارائه خدمات کاملاً ضروری است. از آنجا که طبق بررسی‌های ما در داخل کشور، ابزاری در خصوص اخذ شرح حال معنوی تاکنون ساخته نشده است، قرار گیری این پرسش‌ها در کنار سایر بخش‌های شرح حال

موجود، می‌تواند تحولی در ارائه خدمات ایجاد نماید. از طرف دیگر، ابزاری که با پوشش کلیه حیطه‌های مربوط به موضوع اجرا شود، به دلیل ایجاد حس مورد توجه بودن در بیمار و برقراری ارتباط صمیمانه بین بیمار و درمانگر، شرایط بهزیستی مطلوب‌تری را فراهم می‌آورد؛ هرچند شاید در بسیاری موارد هیچ گونه خدمت اضافی بر این پرسشگری را ارائه ندهد (دی سوزا، ۲۰۰۷م). این مسأله به این دلیل است که درمانگران جزء محدود افرادی هستند که بیماران درد، رنج و بسیاری مسایل شخصی را که شاید قادر به بیان آن با فرد دیگری نیستند، با ایشان در میان می‌گذارند. درمانگر نیز بایستی همواره مدنظر قرار دهد که هدف ارج‌گذاری و کسب اطلاعات به منظور ارائه بهتر و صحیح‌تر خدمات است، ضمن اینکه لازم است که او از هرگونه تعصب و قضاوت شخصی به دور باشد.

لازم به ذکر است که مشکلات ناشی از جلب همکاری برخی کارشناسان و صاحب‌نظران که گاهی به تأخیر و یا حتی به عدم دریافت پاسخ از برخی از آن‌ها منجر می‌شد، فرآیند انجام کار را طولانی‌تر می‌کرد. در پژوهش حاضر سعی بر این بوده است تا شرایط لازم برای طراحی یک چارچوب مناسب شرح حال معنوی رعایت شود. البته، پیاده سازی و اجرایی نمودن این ابزار در واحدهای مراقبت سلامت در آینده ضروری است. همچنین پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آتی، برای هریک از این سؤالات عنوان شده، شاخص‌هایی تعریف نمود و در نهایت، آن‌ها را در قالب یک مقیاس یا چک لیست، تهیه و روایی و پایایی آن را مورد بررسی قرار داد.

سپاسگزاری

ضمن تشکر از آقای دکتر جعفر بوالهیری به خاطر طرح اولیه موضوع و حمایت‌های بی دریغ و نیز انستیتو روانپزشکی تهران، از حمایت مالی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت (دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت) قدردانی می‌گردد. همچنین از آقایان دکتر بهزاد دماری، دکتر علی منتظری و دکتر حامی غیاثی رضوی به خاطر حمایت‌ها و ارائه نظرات ارزشمندشان سپاسگزاری می‌شود.

پی نوشت‌ها

- ¹ - Mueller
- ² - Borneman
- ³ - Alexander Clark
- ⁴ - Ehman
- ⁵ - McCord
- ⁶ - LaRocca-Pitts
- ⁷ - Silvestri
- ⁸ - D'Souza
- ⁹ - spiritual history
- ¹⁰ - Flannelly
- ¹¹ - Bussing
- ¹² - Cole
- ¹³ - Frick
- ¹⁴ - Hinshaw
- ¹⁵ - Galek
- ¹⁶ - King
- ¹⁷ - Narayanasamy
- ¹⁸ - Maugans
- ¹⁹ - Romer
- ²⁰ - Dobbie
- ²¹ - Anandarajah
- ²² - Hight
- ²³ - Puchalski
- ²⁴ - Ferrell

- ²⁵ - Larson
- ²⁶ - Ellis
- ²⁷ -Content Validity Index
- ²⁸ - Polit
- ²⁹ -Content Validity Ratio
- ³⁰ - Lawshe
- ³¹ - culturally relevant interviewing

فهرست منابع

- احمدی، فضل اله؛ نصیریانی، خدیجه؛ اباذری، پروانه. (۱۳۸۷ ش.). تکنیک دلفی، ابزاری در تحقیق. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. سال هشتم، شماره یکم، ص ۱۷۵-۱۸۵.
- امیدواری، سپیده. (۱۳۸۷ ش.). سلامت معنوی، مفاهیم و چالش‌ها. فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی. سال اول، شماره اول، ص ۱-۱۵.
- دماری، بهزاد. (۱۳۸۸ ش.). سلامت معنوی. تهران: انتشارات طب و جامعه.
- سراج زاده، سید حسین؛ پویافر، محمد رضا. (۱۳۸۸ ش.). سنجش دینداری با استفاده از رهیافت بومی. فصلنامه تحقیقات علوم اجتماعی ایران، سال اول، شماره دوم، ص ۱-۱۸.
- عباسی، محمود؛ عزیزی، فریدون؛ شمسی گوشکی، احسان؛ ناصری راد، محسن؛ اکبری لاکه، مریم. (۱۳۹۱ ش.). تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش شناختی. فصلنامه اخلاق پزشکی. سال ششم، شماره بیستم، ص ۴۴-۱۱.
- غباری بناب، باقر؛ حدادی کوهسار، علی اکبر. (۱۳۹۰ ش.). دلبستگی به خدا در بافت فرهنگ اسلامی: پایه‌های نظری، ساخت و رواسازی ابزار اندازه گیری. فصلنامه روشها و مدل‌های روان شناختی، سال اول، شماره چهارم، ۷۳-۹۶.

غباری بناب، باقر؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۴ ش.). ساخت مقیاس تجربه معنوی دانشجویان. *فصلنامه روانشناسی*، سال نهم، شماره سوم، ۲۶۱-۲۷۸.

Alexander Clark, P. Drain, M. Malone, MP. (2003). Addressing Patients' Emotional and Spiritual Needs. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 29 (12): 659-670.

Anandarajah, G, Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: Using HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*. 62(1): 81-89.

Borneman, T. Ferrell, B. Puchalski, CM. (2010). Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*. 40:163-173.

Bussing, A. Balzat, HJ. Heusser, P. (2010). Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medical Research*. 15(6): 266-273.

Cole, BS. Hopkins, CM. Tisak, J. Steel, JL. Carr, BI. (2008). Assessing spiritual growth and spiritual decline following a diagnosis of cancer: reliability and validity of the spiritual transformation scale. *Psycho-Oncology*. 17(2): 112-121.

Dobbie, AE. Medrano, M. Tysinger, J. Olney, C. (2003). The BELIEF Instrument: A Preclinical Teaching Tool to Elicit Patients' Health Beliefs. *Family Medicine*. 35: 316-319.

D'Souza, R. (2007). The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *Medical Journal of Australia*. 186 (10): S57-S59.

Ehman, JW. Ott, BB. Short, TH. Ciampa, RC. Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine*. 159(15):1803-1806.

- Elliott J, Heesterbeek S, Lukensmeyer, CJ, Slocum N. (2005). Participatory Methods Toolkit. A practitioner's manual. publication of the King Baudouin Foundation and the Flemish Institute for Science and Technology Assessment (viWTA). Available from URL: <http://www.viwt.be>.
- Ellis, MR. Vinson, DC. Ewigman, B. (1999). Addressing spiritual concerns of patients. *Journal of Family Practice*. 48: 105-109.
- Flannelly, KJ. Galek, K. Bucchino, J. Vane, A. (2006). The relative prevalence of various spiritual needs. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*. 9(2): 25-30.
- Frick, E. Riedner, C. Fegg, MJ. Hauf, S. Borasio, GD. (2006). A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care*. 15(3): 238-243.
- Galek, K. Flannelly, KJ. Vane, A. Galek, RM. (2005). Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practice*. 19 (2): 62-69.
- Hinshaw, DB. (2002). The spiritual needs of the dying patient. *Journal of the American College of Surgeons*. 195 (4): 565-568: 568-569.
- King, M. Speck, P. Thomas, A. (2001). The royal free interview for spiritual and religious beliefs: development and validation of a self-report version. *Psychological Medicine*. 31 (6): 1015-1023.
- LaRocca-Pitts, M. (2009). In FACT, chaplains have a spiritual assessment tool. *Australian Journal of Pastoral Care and Health*. 3(2): 8-15.
- Lawshe, CH. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 28: 563-575.
- Maugans, TA. (1996). The spiritual history. *Archives of Family Medicine*. 5:11-16.
- McCord, G. Gilchrist, VJ. Grossman, SD. King, BD. McCormick, KE. Oprandi, AM. Schrop, SL. Selius, BA. Smucker, DO. Weldy, DL. Amorn, M. Carter, MA. Deak, AJ. Hefzy, H. Sirvastava, M. (2004).

- Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine*. 22(4):356-361.
- Mueller, PS. Plevak, DJ. Rummans, TA. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*. 76:1225-1235.
- Narayanasamy, A. (2004). The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. *British Journal of Nursing*. 13 (19): 1140-1144.
- Polit, DF. Beck, CT. Owen, SV. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 30(4): 459-67.
- Puchalski, C. Ferrell, BR. (2010). *Making Health Care Whole: Integrating Spirituality into Patient Care*. West Conshohocken, PA: Templeton Press.
- Puchalski, C. Romer, AL. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*. 3: 129-138.
- Puchalski, CM. (2009). Physicians and patients' spirituality. Ethical concerns and boundaries in spirituality and health. *Virtual Mentor*. 11(10):804-815.
- Puchalski, CM. Ferrell, B. Virani, R. Otis-Green, S. Baird, P. Bull, J. Chochinov, H. Hnadzo, G. Nelson-Becker, H. Prince-Paul, M. Pugliese, K. Sumasy, D. (2009). Improving the spiritual dimension of palliative care. The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*. 12(10): 885-904.
- Puchalski, CM. Larson, DB. (1998). Developing curricula in spirituality and medicine. *Academic Medicine*. 73:970-974.
- Silvestri, GA. Knittig, S. Zoller, JS. Nietert, PJ. (2003). Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *Journal of Clinical Oncology*. 21(7):1379-1382.
- Sulmasy, DP. (2006). Spiritual issues in the care of dying patients: "it's okay between me and god". *JAMA*. 296:1385-1392.

یادداشت شناسه مؤلف

نادره معماریان: متخصص پزشکی اجتماعی، واحد مدیریت دانش بالینی سلامت معنوی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: naderememaryan@yahoo.com

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

مریم مهربابی: کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، تهران، ایران.

مریم رسولی: دکترای تخصصی پرستاری، استادیار گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

زینب قائم پناه: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.