بسم الله الرحمن الرحيم
كتبه محمد الرحيلي عفا الله عنه وغفر له ١٤٣٢هـ

مجموعه کتب مراقبت معنوی

درآمدی بر مبانی مراقبت معنوی

مبانی و شیوهٔ ارائه

نویسنده: گروه نویسندگان

عنوان و نام پدیدآور: درآمدی بر مبانی مراقبت معنوی / نویسنده مهدی احمدی فراز ... [و دیگران]؛ ویراستار سیداحمد حسینی بهارانچی.
مشخصات نشر: اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری: ۱۲۲ ص.
شابک: ۳-۶۲۳-۵۲۴-۹۶۴-۹۷۸؛ ۹۵۰۰۰ ریال وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: نویسنده مهدی احمدی فراز، محمدرضا شعربافچی زاده، سیدروح الله موسوی زاده، نگار رئیسی، سلیمان قادری، عباسعلی شیروانی.
یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۱۵ - ۱۲۰. موضوع: پرستاری و مراقبت روحی موضوع: Spiritual care (Medical care)
موضوع: بیماران -- مراقبت -- جنبه‌های مذهبی -- اسلام
موضوع: Islam -- Religious aspects -- Care of the sick موضوع: اخلاق پزشکی
موضوع: Medical ethics شناسه افزوده: احمدی فراز، مهدی، ۱۳۵۰ - شناسه افزوده: Ahmadi Faraz, Mahdi
شناسه افزوده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان
شناسه افزوده: Isfahan University of Medical sciences & Health Services
رده بندی کنگره: ۴ف۱۳۹۵م/ BL۶۵ رده بندی دیویی: ۲۰۱/۷۶۲۱ شماره کتابشناسی ملی: ۴۶۴۸۰۶۶

نام کتاب: درآمدی بر مبانی مراقبت معنوی
نویسنده: دکتر مهدی احمدی فراز، دکتر محمدرضا شعربافچی زاده، دکتر سید روح الله موسوی زاده، نگار رئیسی، سلیمان قادری، حجت الاسلام والمسلمین عباسعلی شیروانی
ناشر: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
ویراستار: سید احمد حسینی بهارانچی
مدیر اجرایی: سعید مستاجران
طراحی جلد و صفحه آرایی: آتلیه هنرو گرافیک کارگاه
تیراژ: ۲۰۰۰ نسخه
نوبت چاپ: اول، پائیز ۱۳۹۶
مشخصات ظاهری کتاب: ۱۲۲ صفحه، رقعی
قیمت: ۹۵۰۰ تومان
شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۵۲۴-۶۲۳-۳

کلیه حقوق برای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان محفوظ است.
آدرس: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - ص.پ. ۳۱۹-۸۱۷۴۵
تلفن: ۳۷۹۲۳۰۶۸ -۰۳۱ نمابر: ۳۶۶۸۵۷۶۳-۰۳۱
http://publications.mui.ac.ir

ارتباط با نویسنده:
Dm_ahmadifaraz@yahoo.com
۰۹۱۳۰۹۳۹۴۵۰

حس دنیا نردبان این جهان

حس دینی نردبان آسمان

صحت این حس بجوئید از طبیب

صحت آن حس بخواهید از حبیب

مثنوی معنوی، دفتراول

فهرست

معرفی مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) ۱۱
پیشگفتار ۱۴
مقدمه ۱۷

فصل اول: مبانی و تعاریف مراقبت معنوی ۲۱
معنویت ۲۳
مراقبت معنوی ۲۹
ناراحتی معنوی ۲۹
سلامت معنوی ۳۰
سطوح ارائه مراقبت معنوی بربالین بیماران: ۳۰
دین ۳۱
رابطهٔ دین و مذهب ۳۲
اخلاق ۳۲
اخلاق پزشکی ۳۲
اصول اخلاق پزشکی ۳۳
قواعد اخلاق پزشکی ۳۳

فصل دوم: شرایط مراقب معنوی و گیرندهٔ مراقبت معنوی ۳۵
شرایط مراقب معنوی ۳۷
۱. شرایط عمومی مراقب معنوی ۳۷
۲. شرایط اختصاصی مراقب معنوی در بیماران صعب العلاج ۳۸
شرایط گیرندهٔ مراقبت معنوی ۳۹

فصل سوم: ارزیابی نیاز به مراقبت معنوی ۴۱
ارزیابی نیاز به مراقبت معنوی توسط کادر درمانی ۴۳
الف. ارتباط با خدا ۴۳
ب. ارتباط با خود ۴۴

ج. ارتباط با دیگران ۴۴
د. ارتباط با خلقت ۴۵
فرایند غربالگری نیاز به مراقبت معنوی ۴۵
غربالگری از طریق توجه به گفتار و اعمال بیمار ۴۵
غربالگری از طریق پرسشگری ۴۶
غربالگری از طریق پرسشنامه ۴۷
نحوهٔ ترغیب بیمار برای پذیرش مراقب معنوی ۵۰

فصل چهارم: مراقبت معنوی فردی (درمانگاه، بیمارستان، منزل) ۵۳
۱. برقراری ارتباط درمانی ۵۵
اصول کلی حاکم بر ارتباط مراقبتی ۵۵
همدلی ۵۶
راه‌های رسیدن به همدلی ۵۷
تکنیک‌های مصاحبه ۵۸
۲. شناسایی مسئله‌ها و نیازهای معنوی و روان‌شناختی بیمار ۶۱
۳. شناسایی رفتارهای آشکار و ناآشکار کنونی ۶۹
۴. ارزیابی میزان اثربخشی رفتارهای کنونی ۷۰
۵. انتخاب راهبردهای سازگارانه و کارآمد برای تأمین خواسته‌ها و رفع نیازها ۷۰
تکنیک‌های آماده‌سازی ۷۰
فرایند به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه ۷۲
۶. ارزیابی، اثربخشی و اصلاح راهبردهای انتخاب‌شده ۷۵
۷. اتمام جلسات مراقبتی ۷۶

فصل پنجم: مراقبت معنوی گروهی ۷۹
ملاحظات اولیهٔ تشکیل گروه ۸۲
الف. اعلام، جذب و غربال‌کردن اعضا ۸۳
ب. ملاحظات عملی در شکل‌گیری گروه ۸۳
ج. سنجش گروه ۸۵
د. ویژگی‌ها و وظایف رهبر گروه ۸۵
ه. قوانین گروه ۸۵

ی. نحوهٔ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر ۸۶
ژ. مراحل گروه ۸۶
و. محتوای جلسات ۸۷

فصل ششم: ملاحظاتِ مراقبت معنوی در منزل ۹۷
اهمّیّت و ارزش عیادت ۹۹
شرایط گیرندهٔ مراقبت معنوی در منزل ۱۰۱
وظایف اخلاقی مراقب معنوی در منزل ۱۰۱
۱. ارتباط فیزیکی با بیمار ۱۰۲
۲. امیدبخشی به بیمار ۱۰۲
۳. تلاش برای تقویت عزت نفس ۱۰۲
۴. دل‌جویی ۱۰۳
۵. همدردی ۱۰۴
۶. هدیّه‌دادن ۱۰۴
۷. دعا ۱۰۵
۸. اطعام بیمار ۱۰۶
۹. رعایت زمان عیادت ۱۰۷
آثار عیادت برای مراقب معنوی ۱۰۸
۱. پاداش عمل هزار سال ۱۰۹
۲. رحمت الهی و استغفار فرشتگان ۱۰۹
۳. اجابت دعای بیمار در حق عیادت‌کننده ۱۰۹
راهکارها و شرایط مراقبت معنوی در منزل ۱۱۰
منابع پیشنهادی برای مطالعه ۱۱۳
پی‌نوشت‌ها ۱۱۵
منابع و مأخذ ۱۱۷

معرفی مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا)

مکسا یکی از مراکز تابع بنیاد خیریهٔ راهبری آلاء است که رسالتش براساس پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی برای کنترل سرطان در کشورها و همچنین سیاست کلان بنیاد خیریهٔ آلاء در کمک به حل مسائل اولویت‌دار و مغفول‌مانده در کشور، چنین تعریف شده است: ۱. پیشگیری اولیه؛ ۲. تشخیص زودهنگام؛ ۳. تشخیص و درمان بیماری؛ ۴. مراقبت‌های حمایتی و تسکینی.

این مرکز که پیشتاز برنامهٔ جامع مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در کشور است، فعالیت خود را از سال ۱۳۸۸ با همکاری نظام سلامت و با بهره‌گیری از دیدگاه‌های تخصصی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران مجرب این عرصه آغاز کرد. از برنامه‌های مرکز می‌توان به این نمونه‌ها اشاره کرد: خدمات طب تسکینی در بخش‌های بیمارستانی، کلینیک‌های تخصصی بازتوانی پس از درمان و پیشگیری، مراقبت حمایتی و تسکینی در منزل و راهنمایی تلفنیِ ۲۴ ساعته به بیماران.

طراحی مدل بهینهٔ ارائهٔ خدمات حمایتی و تسکینی به بیماران صعب‌العلاج مبتنی بر دانش فنی روز دنیا و متناسب با اقتضائات جامعهٔ امروز ایران و تأمین زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری لازم برای اجرای موفق

ایـن مـدل، از اصلی‌ترین رسـالت‌های مرکز آلاء اسـت کـه به همین منظور فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی در صدر اولویت‌های آن قرار گرفته است. در حـال حاضـر، ایـن مرکز بزرگ‌ترین و حرفه‌ای‌ترین همکار نظام سـلامت در موضوع مراقبت‌های تسـکینی در کشـور اسـت و طی تفاهم‌نامه‌ای که در این خصـوص بـا وزارت «بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشـکی» منعقـد کرده، عهده‌دار ارائهٔ خدمات در این عرصه در سطح ملی شده است.

مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به مراقبت‌هایی گفته می‌شود که از لحظهٔ تشخیص بیماری، برای کاهش درد و رنج جسمی و روحی بیمار و عوارض ناشی از درمـان بیمـاری، بـا هدف افزایش کیفیت زندگی به کمک بیمـار و خانوادهٔ او می‌آید و به افزایش رضایت‌مندی بیماران و خانوادهٔ آن‌ها منجر می‌شـود. این مراقبت‌هـا در تلفیـق کامـل بـا روند درمـان و از طریق هماهنگـی درمانگر و تیم مراقبتـی انجـام می‌شـود و شـامل خدمات چندرشـته‌ای برای کنتـرل عوارض جسـمی بیمـاری از جملـه درد، تهـوع و اسـتفراغ، مشـکلات تنفسـی، کاهـش اشـتها، مشـکلات روده و مثانه، یبوست، زخم‌ها، مشکلات خواب و همچنین کاهش اسـترس و رفع مشـکلات روحی‌روانی، خانوادگـی، فرهنگی، اجتماعی، معنوی، شغلی و زندگی روزمرهٔ بیمار است. توجه هم‌زمان به آموزش، مشاوره، حمایـت و مراقبـت از خانـوادهٔ بیمار به منظـور مدیریت بهینـهٔ فرایند بیماری، از ویژگی‌هـای بـارز این خدمات اسـت که مانع ورود آسـیب‌های جـدیِ روانی، اجتماعی و اقتصادی به بیمار و خانواده می‌شود.

مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء پیشنهادهای ارزندهٔ همهٔ متخصصان و بیماران محترم را ارج می‌نهد و در مسیر تحقق حمایت همه‌جانبه از بیماران و خانوادهٔ آن‌ها دست همکاری تمامی صاحب‌نظران را به گرمی می‌فشارد.

تلفن مرکز اصفهان: ۰۳۱۳۲۳۳۱۰۵۱

تلفن ستاد کشوری: ۰۲۱۸۶۰۱۵۳۲۹

www.Macsa.ir

info@Macsa.ir

@MacsaCharity

MacsaCharity

پیشگفتار

در دنیای کنونی چالش‌های جدید و روزافزونی در زمینهٔ مفاهیم بنیادینی ازجمله معنا و ارزش زیستن و همچنین در زمینهٔ روابط انسان با خداوند، خود، دیگران و طبیعت اطراف به‌وجود آمده است؛ لذا نیاز به معنویت و سلامت معنوی هرچه بیشتر مدنظر قرار گرفته و از آن به‌عنوان یکی از نیازها و گمشده‌های مهم انسان امروزی یاد می‌شود. با این وجود برخلاف سابقه‌ای به قدمت پیدایش ادیان الهی، به‌ویژه دین اسلام و معنویت عمیق نهفته در آن، هنوز هم محققان براساس نوع جهان‌بینی خود، تعاریف متفاوتی از معنویت و راهکار رسیدن به سلامت معنوی ارائه می‌دهند و شیوهٔ صحیح ارائهٔ مراقبت معنوی به‌صورت حرفه‌ای و با رویکردی درمان‌گرانه مدون نشده است.

بیماران، خصوصاً مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج، مهم‌ترین افرادی هستند که به دریافت مراقبت معنوی نیاز دارند؛ لذا ارائهٔ مراقبت معنوی به‌صورت حرفه‌ای و مبتنی بر اصول مداخلات روان‌شناختی، در زمینهٔ مراقبت تسکینی از بیماران صعب‌العلاج اهمیت دوچندان دارد. به همین منظور و با توجه به کمبودهای متعدد در این زمینه، بستهٔ جامعی درخصوص اصول و راهکارهای ارائهٔ مراقبت معنوی تهیه شده است.

بستهٔ مراقبت معنوی شامل شش کتاب و پانزده سی‌دی صوتی و تصویری است که با مشارکت یک تیم چندتخصصی در علوم دینی، انسانی و روان‌پزشکی تألیف و آماده شده است. مخاطب این مجموعه، بالینگران، پژوهشگران و بیماران هستند و هدف از آن ارائهٔ تعریفی جامع از معنویت، سلامت معنوی و مراقبت معنوی، ارائهٔ راهکارهای علمی و کاربردی برای مراقبت معنوی به صورت فردی یا گروهی و همچنین ارائهٔ دستورکارهایی مخصوص بیماران است.

کتاب‌های این مجموعه عبارت‌اند از:

۱. درآمدی بر مبانی مراقبت معنوی. در این کتاب، مبانی معنویت و تفاوت تعاریف آن در جهان‌بینی‌های گوناگون، مراقبت معنوی و سلامت معنوی، شرایط ارائه‌دهنده و گیرندهٔ مراقبت معنوی و شیوهٔ حرفه‌ایِ مداخلهٔ معنوی مبتنی بر اصول روان‌شناختی شرح داده شده است.

۲. چرا من. این کتاب شامل سیصد سؤال و نیاز معنوی است که در طول کار بالینیِ طولانی‌مدت، از طریق مصاحبه با بیماران، جمع‌آوری شده است. گفتنی است این دو کتاب ویژه بالینگران و پژوهشگران نگاشته شده است و محتوای کتاب چرا من می‌تواند موضوع پژوهش‌های متعدد قرار گیرد.

۳. بیماری و بیداری. در این کتاب مهارت‌های معنوی برای مقابله با بیماری بیان شده و ویژه بیماران و اطرافیان و ارائه‌کنندهٔ مراقبت معنوی است.

۴. مراقبه با دعا. در این کتاب اذکار و دعاهای کوتاه برای امیدبخشی و تقویت مهارت معنوی در بیماران آمده است.

۵. آرامش با نیایش. در این کتاب بعضی ادعیه با نگاهی روان‌شناختی برای پاسخ‌گویی به نگرانی‌های بیماران و تغییر نگرش آنان به زندگی گزینش شده است.

۶. چه کنم. این کتاب شامل پرسش و پاسخ های فقهی ویژه مبتلایان به بیماری های صعب العلاج است و سؤالات آن براساس تجربه های بالینی انتخاب شده است.

سی دی های این مجموعه ویژه بیماران و اطرافیان آن ها است:

۱. دوازده سی دی شامل دعاهای کتاب آرامش با نیایش همراه با تکنیک های معنوی؛

۲. یک سی دی با موضوع تغییر نگرش به بیماری؛

۳. یک سی دی با موضوع امیدافزایی معنوی؛

۴. یک سی دی با موضوع مهارت صبرورزی.

ذکر این نکته لازم است که بالینگران برای استفاده از این بستهٔ جامع، باید افزون بر مطالعهٔ کتب، در دوره های مدون تئوریک و عملی، زیر نظر اساتید مجرب، شرکت کنند.

مقدمه

بیماری و به ویژه بیماری های صعب العلاج، نه تنها جسم بیمار را به مخاطره می اندازد، بلکه در سایر جهات از جمله روان، معنویت، اقتصاد و خانواده نیز چالش های فراوانی ایجاد می کند. این گستردگی عوامل مختلف برای بیمار و خانوادهٔ او، گاه چنان اهمیت پیدا می کند که حتی بیماری جسمی به میزان درخور توجهی تحت تأثیر آن ها قرار می گیرد. در این شرایط معنویت و مراقبت معنوی اهمیت دوچندان دارد و بر همین اساس برای دستیابی به یک الگوی علمی، کارآمد و بومی از مراقبت معنوی، کارگروه مراقبت معنوی مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا)، از سال ۱۳۹۲ با شکل دهی جلسات مستمر علمی تشکیل شد. با توجه به اینکه در زمان تدوین این کتاب، گایدلاین (راهنما) یا منبع واحد و معتبری در خصوص مبانی و راهکارهای ارائهٔ مراقبت معنوی با رویکرد بومی و بر اساس فرهنگ دینی وجود نداشت، دغدغهٔ اصلی این کارگروه، گردآوری منابع مرتبط و تولید علم بومی در زمینهٔ اصول و مبانی مراقبت معنوی از بیماران بود. همچنین سعی شده است محتوای پدیدآمده در فضای بالینی نیز کاملاً کاربردی و مبتنی بر اصول علمی مراقبت روان شناختی باشد.

این کارگروه بیش از صد جلسه برگزار کرد و به صورت دقیق و موشکافانه

دربارهٔ همهٔ موضوعات مرتبط، بحث‌های دقیق علمی انجام داد. رویکرد علمی، عملیاتی و کاربردی با دغدغه‌های بومی و دینی، مهم‌ترین شاخصهٔ این جلسات بود. در راستای تدوین این کتاب، مراقبان معنوی، روان‌پزشکان و روان‌شناسان نگارندهٔ کتاب، حدود هزار نمونه مشاورهٔ فردی، هفت دوره گروه درمانی معنوی و پانصد نمونه مراقبت در منزل از بیماران مراحل انتهائی زندگی را انجام دادند.

پژوهشگران و نویسندگان این مجموعه با تخصص‌های گوناگون در حوزه‌های دینی و معنوی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی عبارت‌اند از:

دکتر محمدمهدی احمدی فراز: دکترای قرآن و منابع اسلامی و دانش‌آموختهٔ حوزهٔ علمیه، عضو هیئت علمی دانشگاه اشرفی اصفهانی، با دوازده سال کار علمی در حوزهٔ بهداشت روان و دعا و چهار سال کار بالینی مستمر با بیماران صعب‌العلاج.

دکتر محمدرضا شعربافچی: متخصص روان‌پزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با گرایش سایکوانکولوژی و مدیر گروه مراقبت روان‌شناختی و معنوی مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء.

دکتر سید روح‌الله موسوی‌زاده: دکترای اخلاق اسلامی و دانش‌آموختهٔ حوزهٔ علمیه، عضو گروه معارف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با سابقهٔ کار تحقیقاتی در حوزهٔ اخلاق پزشکی و چهار سال سابقهٔ کار بالینی مستمر با بیماران صعب‌العلاج.

خانم نگار رئیسی: دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، عضو مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با گرایش سایکوانکولوژی.

آقای سلیمان قادری: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، عضو مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با گرایش سایکوانکولوژی.

حجت الاسلام والمسلمین عباسعلی شیروانی: مشاور مذهبی با بیش از پنج سال سابقهٔ کار بالینی با بیماران صعب العلاج.

بی تردید نقش بی بدیل راهنمایی های حجت الاسلام و المسلمین دکتر آذربایجانی، عضو گروه روان شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و نیز همکاری های جناب آقای همایون ناجی اصفهانی، مدیر شعبهٔ اصفهان مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء، در به نتیجه رسیدن این نوشته، ستودنی است.

در این بین از همهٔ همکاران علمی و اجرایی که در پیشبرد این کنکاش کمک درخور توجهی نمودند، تقدیر و تشکر می کنیم: حجت الاسلام دکتر علیرضا امینی و علیرضا جوادی (رؤسای نهاد مقام معظم رهبری در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، دکتر عبدالرحیم حزینی (متخصص خون و سرطان و طب تسکینی)، دکتر سید محمد مسعود مرندی (متخصص داخلی، مسئول درمانگاه طب تسکینی بیمارستان سیدالشهداء اصفهان و مدیر فنی شعبهٔ اصفهان مرکز آلاء)، دکتر علیرضا ایرج پور (عضو گروه پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، دکتر جلال کشاورز (پزشک طب تسکینی)، دکتر بابک صادق پور (پزشک طب تسکینی)، دکتر جعفر بولهری (رئیس مرکز انیستیتو روان شناسی و روان پزشکی ایران)، دکتر نادره معماریان (مسئول واحد مراقبت معنوی انیستیتو روان شناسی و روان پزشکی ایران)، دکتر مریم منتظری (دکترای تخصصی اخلاق پزشکی)، دکتر اصفهانی (عضو دانشگاه علوم پزشکی تهران)، حجت الاسلام و المسلمین میرزایی (مراقب معنوی بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر)، حجت الاسلام مظاهری سیف (رئیس موسسهٔ بهداشت معنوی) و حجت الاسلام دکتر واشیان (عضو گروه طب دینی دانشگاه علوم پزشکی قم).

فصل اول

مبانی و تعاریف مراقبت معنوی

معنویت جنبهٔ مهمی از مراقبت‌های بهداشتی است که در طول دهه‌های گذشته در سیستم سلامت کشور مطرح شده است، به‌نحوی که امروزه مراقبت معنوی به‌عنوان جزء جدایی‌ناپذیر مراقبت کل‌نگر پیشنهاد می‌شود. ازآنجاکه برای ورود به هر بحثی ابتدا باید با مفاهیم اولیهٔ آن حیطه آشنا شد، در این فصل مبانی مراقبت معنوی عنوان می‌شود که عبارت‌اند از:

تعریف معنویت، مراقبت معنوی، سلامت معنوی، ناراحتی معنوی، رابطهٔ دین، اخلاق و معنویت.

معنویت

در چند دههٔ اخیر، اصطلاح معنویت[۱] به‌عنوان روشی جایگزین برای توصیف تحقیقات دربارهٔ ماورا[۲] به کار رفته است. واژهٔ معنویت در زبان انگلیسی، به‌عنوان اصطلاحی برای نشان دادن تمایز بین زندگی کلیسایی با سبک زندگی مادی یا دنیوی به کار می‌رود. معنویت، اصطلاحی وسیع با حیطه‌های معنایی متعدد است که در فرهنگ‌ها، ملت‌ها و گروه‌های مذهبی مختلف متفاوت است.

مبحث معنویت بر اساس منابع مختلف، شامل حیطه‌های اصلی زیر می‌شود:

۱. منبعی برای ارزش‌ها و معنای مطلق یا اهدافی فرای خود شامل حسی ماورایی و خودفراونده؛
۲. روش ادراک‌کردن؛
۳. آگاهی درونی؛
۴. یکپارچگی وجود[۳] یا پیوستگی درونی و ارتباط با نیروی برتر؛
۵. اخلاق.

گاهی معنویت به‌عنوان اصطلاحی برای بیان تجربیات صرفاً فردی در ارتباط با امور ماورایی یا روحانی استفاده می‌شود؛ اما افراد دیندار[۴] تعاریفی را ترجیح می‌دهند که تمایز کمتری بین دین و معنویت قائل هستند، به‌گونه‌ای که معنویت روح زندهٔ دین فرض می‌شود. درواقع، در جوامع دیندار جست‌وجوی معنویت معادل جست‌وجو برای خدا در نظر گرفته می‌شود و افراد بی‌خدا، معنویت را در جست‌وجوی صرف معنا[۵] می‌بینند.

در واقع معنویت فقط نوعی نگرش نیست، بلکه شامل أَعمال نیز می‌شود. ادراکات دینی از معنویت، عموماً از لحاظ اشاره به باورها و أَعمال خاص، تعاریفی غنی را شامل می‌شود. در برابر آن، تعاریف عام‌تری نیز وجود دارد که بیشتر بر تجربیات طبیعی، ارزش‌های فردی و ارتباطات[۶] تمرکز دارد.

برای مثال جرنیگان[۷] (۲۰۰۱) دو تعریف از معنویت ارائه می‌دهد: تعریف عام به‌صورت «شاکلهٔ زندگی فردی و اجتماعی براساس الگوهایی پویا از معانی، ارزش‌ها و ارتباطاتی که زندگی را ارزشمند یا حداقل شایستهٔ زیستن و مرگ را معنادار می‌کند» و تعریف غنی خاص‌تر معنویت از دیدگاه دینی به‌صورت «شاکلهٔ زندگی فردی و اجتماعی براساس ارتباطات محبت‌آمیز و عمیق با خدا، خود، دیگران و تمام خلقت».

در دین اسلام نیز متون فراوانی در خصوص برقراری و اصلاح ارتباط انسان با چهار حیطهٔ خدا، خود، خلق و خلقت آورده شده که در ادامه به نمونه‌هایی از آن اشاره می‌شود.

ارتباط با خدا

مقصود از ارتباط با خدا حذف فاصله با خدا و رسیدن به قرب است که در دو شاخهٔ قرب خدا به انسان و قرب انسان به خدا مطرح می‌شود.

الف. قرب خداوند به انسان:

در زمینهٔ قرب خداوند به انسان، گاه تقرب به صورت کلی و مطلق آورده شده است:

﴿وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسانَ وَنَعْلَمُ ما تُوَسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ﴾[۸] (انسان را آفریدیم و وسوسه‌های نفس او را می‌دانیم و به او از رگ قلبش نزدیک‌تریم.)

بنابراین آیه، خداوند می‌فرماید به انسان از رگ گردنش نزدیک‌تریم، آن وقت چگونه به او و آنچه در درون او می‌گذرد، آگاه نباشیم؟[۹] قرب خداوند به انسان‌ها از این تشبیه هم برتر و والاتر است؛ اما مثالی از این رساتر در محسوسات پیدا نمی‌شود. با این احاطهٔ خداوند، نه افعال و گفتار ما از او پنهان است و نه اندیشه‌ها و نیات و حتی وسوسه‌هایی که از قلب انسان می‌گذرد.[۱۰]

گاهی تقرب در موضوعی خاص تبیین شده است. برای مثال قرب در اجابت، مانند:

﴿إِنَّ رَبِّي قَرِيبٌ مُجِيبٌ﴾[۱۱] (پروردگارم [به بندگان خود] نزدیک و اجابت‌کنندهٔ [خواسته‌های آن‌ها] است.)

و قرب در رحمت، مانند:

﴿إِنَّ رَحْمَتَ اللَّهِ قَرِيبٌ مِنَ الْمُحْسِنِينَ﴾[۱۲] (رحمت خدا به نیکوکاران نزدیک است.)

ب. قرب انسان به خداوند:

در زمینهٔ قرب انسان به خداوند نیز این‌گونه بیان شده است:

﴿وَاسْجُدْ وَاقْتَرِبْ﴾[۱۳] (و سجده نما و (به خدا) تقرّب جوی.)

قرب در این آیات، نه قرب مکانی است و نه قرب زمانی، بلکه قرب معنوی است که انسان را مشمول تفضلات خداوند می‌کند. این قرب با چهار چیز محقق می‌شود: ۱. ایمان و تحصیل معارف الهی؛ ۲. اخلاق نیکو؛ ۳. عبادت و بندگی؛ ۴. اجتناب از عقاید باطل و اخلاق رزیله.

ارتباط با خود

در زمینهٔ ارتباط با خود، مقصود شناخت خود واقعی و یکپارچگی وجود به معنی پیوستگی درونی در سایهٔ ارتباط با خدا است که نتیجهٔ آن احساس ارزشمندی و عزت نفس است. در روایتی آمده است که، خودشناسی سودمندترین شناخت‌ها است (معرفة النّفس أنفع المعارف)؛[۱۴] چراکه این خودشناسی منجر به خداشناسی می‌شود (من عرف نفسه فقد عرف ربّه)؛ آنکه خود را شناخت، خدا را می‌شناسد.[۱۵]

قرآن کریم نیز بر اساس شناخت خود واقعی که منجر به عزت نفس حقیقی می‌شود، می‌فرماید:

﴿مَنْ كَانَ يُرِيدُ الْعِزَّةَ فَلِلَّهِ الْعِزَّةُ جَمِيعاً﴾[۱۶] (کسی که خواهان عزّت است [باید از خدا بخواهد؛ چراکه] تمام عزّت برای خداست.)

معنای حقیقی این آیه بیانگر این نکته است که هر کس عزت می‌خواهد، باید از خداوند بخواهد؛ زیرا همهٔ عزت ملک خداست و هیچ موجودی نیست که در ذات خودش عزت داشته باشد؛ بنابراین، از آنجاکه تنها اوست که شکست‌ناپذیر است، لذا تمام عزت از آن اوست و هر کس عزتی به دست

می‌آورد، از برکت دریای بی‌انتهای اوست.

ارتباط با دیگران

مقصود از ارتباط با دیگران، رفتار مهربانانه در سایهٔ ارتباط با خدا است. قرآن کریم می‌فرماید:

﴿خُذِ الْعَفْوَ وَأْمُرْ بِالْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ الْجاهِلِينَ﴾[۱۷] [به هر حال] با آن‌ها مدارا کن و عذرشان را بپذیر و به نیکی‌ها دعوت نما و از جاهلان روی بگردان [و با آنان ستیزه مکن].

این آیه در خطاب به پیامبر ﷺ بر این حقیقت پافشاری می‌کند که در رفتار با مردم سختگیر نباش، عذرشان را بپذیر و بیش از آنچه قدرت دارند، از آن‌ها مخواه و به هر حال با آن‌ها مدارا کن. مقصود از دعوت به نیکی‌ها این است که اولاً به تمامی نیکی‌ها و معروف‌ها امر کند و ثانیاً خود امرکردن به صورت معروف باشد، نه به صورت منکر و ناپسند. آیهٔ مذکور به نحو اجمالی به عفو و نیکی دعوت می‌کند.

همچنین در آیهٔ دیگری بیان می‌کند:

﴿وَاعْبُدُوا اللَّهَ وَلا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئاً وَبِالْوالِدَيْنِ إِحْساناً وَبِذِي الْقُرْبى وَالْيَتامى وَالْمَساكِينِ وَالْجارِ ذِي الْقُرْبى وَالْجارِ الْجُنُبِ وَالصَّاحِبِ بِالْجَنْبِ وَابْنِ السَّبِيلِ وَما مَلَكَتْ أَيْمانُكُمْ إِنَّ اللَّهَ لا يُحِبُّ مَنْ كانَ مُخْتالاً فَخُوراً﴾[۱۸]

(و خدا را بپرستید! و هیچ چیز را همتای او قرار ندهید! و به پدر و مادر، نیکی کنید، همچنین به خویشاوندان و یتیمان و مسکینان و همسایهٔ نزدیك و همسایهٔ دور و دوست و همنشین و واماندگان در سفر و بردگانی که مالك آن‌ها هستید؛ زیرا خداوند، کسی را که متکبر و فخرفروش است، [و از ادای حقوق دیگران سرباز می‌زند،) دوست نمی‌دارد.]

ارتباط با خلقت

مقصود از ارتباط با خلقت، شناخت طبیعت به‌عنوان مظهر وجود خدا و رفتار همراه با احترام و محبت با طبیعت است. قرآن کریم به رفتن در طبیعت و سیر در خلقت با سفارش و برنگاه آگاهانه دربارهٔ کیفیت خلقت جهان هستی تاکید می کند:

﴿قُلْ سِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَانْظُرُوا كَيْفَ بَدَأَ الْخَلْقَ ثُمَّ اللَّهُ يُنْشِئُ النَّشْأَةَ الْآخِرَةَ إِنَّ اللَّهَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ﴾[۱۹] (بگو در زمین بگردید و بنگرید خداوند چگونه آفرینش را آغاز کرده است؟ سپس خداوند [به همین گونه] جهان آخرت را ایجاد می‌کند؛ یقیناً خدا بر هر چیز توانا است!)

قرآن کریم مخاطبان خود را به سیر در زمین دعوت می‌کند تا بفهمند کیفیت آغاز خلقت و ایجاد آن با اختلاف هایی که در طبیعت های خود دارند و تفاوت هایی که در رنگ ها و شکل هایشان دارند، چگونه بوده و چگونه خداوند آن ها را بدون الگو و نقشهٔ قبلی و بدون حساب و عددی معین یا نیرویی، مثل هم آفریده و این دلیل قاطعی است بر اینکه قدرت او حساب و اندازه‌ای ندارد. وقتی چنین است عالم آخرت را هم مثل عالم دنیا خلق می‌کند.

قرآن کریم همچنین به نمونه هایی می پردازد تا مخاطب خود را، هم با خلقت مرتبط کند و هم طبیعت را به‌عنوان مظهر خداوند معرفی کند:

﴿وَهُوَ الَّذِي أَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَخْرَجْنَا بِهِ نَبَاتَ كُلِّ شَيْءٍ فَأَخْرَجْنَا مِنْهُ خَضِرًا نُخْرِجُ مِنْهُ حَبًّا مُتَرَاكِبًا وَمِنَ النَّخْلِ مِنْ طَلْعِهَا قِنْوَانٌ دَانِيَةٌ وَجَنَّاتٍ مِنْ أَعْنَابٍ وَالزَّيْتُونَ وَالرُّمَّانَ مُشْتَبِهًا وَغَيْرَ مُتَشَابِهٍ انْظُرُوا إِلَى ثَمَرِهِ إِذَا أَثْمَرَ وَيَنْعِهِ إِنَّ فِي ذَٰلِكُمْ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يُؤْمِنُونَ﴾[۲۰] (و او کسی است که از آسمان، آبی نازل کرد و به وسیلهٔ آن، گیاهان گوناگون رویاندیم و از آن، ساقه‌ها و شاخه‌های سبز، خارج ساختیم و از آن ها

دانه‌های متراکم و از شکوفهٔ نخل، شکوفه‌هایی با رشته‌های باریك بیرون فرستادیم و باغ‌هایی از انواع انگور و زیتون و انار، [گاه] شبیه به یکدیگر، و[گاه] بی‌شباهت! هنگامی که میوه می‌دهد، به میوه آن و طرز رسیدنش بنگرید که در آن، نشانه‌هایی [از عظمت خدا] برای افراد باایمان است!

لذا با توجه به نمونه‌های ذکرشده و مجموعهٔ نظرات و متون موجود، جامع‌ترین تعریف معنویت از دیدگاه مؤلفان عبارت است از:

«یک نظام باور و عمل بر مبنای معانی و ارزش‌هایی پویا و ارتباطاتی محبت‌آمیز و عمیق با خدا، خود، خلق و خلقت که در راستای قرب به خدا، زندگی را ارزشمند و مرگ را معنادار می‌کند.»

مراقبت معنوی[۲۱]

مراقبت معنوی عبارت است از معنایابی و معنابخشی به ارتباطات چهارگانهٔ انسان با خدا، خود، خلق و خلقت، برای رسیدن به نظام باور و عمل که در سایهٔ قرب به خدا زندگی را ارزشمند و مرگ را معنادار می‌کند.

ناراحتی معنوی[۲۲]

ناراحتی معنوی به هم‌ریختگی در باورهای فرد و ناهماهنگی در درون مجموعه ارزش‌های مقبول او و نیز ناهماهنگی بین نظام ارزشی و رفتارهای فرد است که منجر به پریشانی در ارتباط او با خداوند، خود، خلق و خلقت می‌شود و در نهایت همهٔ ابعاد وجودی انسان (جسمی، روانی، اجتماعی) را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

سلامت معنوی

سلامت معنوی فقط نبود ناراحتی معنوی نیست، بلکه وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فردی منجر به ارتقای کیفیت روابط فرد با خداوند، خود، خلق و خلقت و همچنین ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی او می‌شود. نتیجهٔ نهایی سلامت معنوی، ارزشمندی زندگی و معناداری مرگ در سایهٔ قرب به خداوند است.

سطوح ارائه مراقبت معنوی بر بالین بیماران:

۱. باور و رفتار معنوی درمانگر:

یعنی اینکه درمانگر اعم از پزشک، پرستار و... خود به معنویت و تاثیر آن روی بیمار و بیماری معتقد باشد و در حین انجام وظایف درمانی رفتار معنوی داشته باشد مثل: گفتن بسم الله قبل از شروع درمان یا دعا کردن برای بیمار و ...

۲. احترام به باورها و نیازهای معنوی دینی بیمار:

یعنی اینکه درمانگر از بیمار در خصوص مواردی که با اعتقادات او در تناقض است سوال بپرسد. مثلاً محدودیت‌های غذایی، نوع پوشش، نیاز به خاک تیمم، و هم چنین به او اعلام کند که در صورت تمایل می‌تواند با مراقبت معنوی دیدار کند.

۳. ارزیابی اولیه مسئله‌ها و نیازهای معنوی بیمار:

این کار توسط کلیه درمانگران و برای شناسایی و غربالگری افراد به منظور ارجاع به مراقبت معنوی صورت می‌گیرد.

۴. ارائه خدمات و مراقبت معنوی تخصصی:

این خدمت توسط مراقبت معنوی دوره دیده و کارآمد و به صورت تخصصی به منظور تامین خواسته‌ها و رفع نیازهای معنوی بیماران صورت می‌گیرد.

دیـــن

رابطهٔ معنویت و مراقبت معنوی با دین رابطه‌ای دیرینه است. بر همین اساس نگاهی مختصر به پاره‌ای از تعاریف دین انداخته و سپس تعریف برگزیده را ارائه می‌دهیم.

براساس نظر رابرت هیوم، دین را به عبارت ساده می‌توان چنین تعریف کرد:

> آن جنبه از تجربیات و افکار و احساسات و فعالیت‌های فرد که به‌وسیلهٔ آن کوشش می‌کند در ارتباط با آنچه خود مقدّس و الهی می‌شمارد، یعنی قدرت بسیار متعالی و با ارزشی که جهان را کنترل نماید، زندگی کند.

امیل دورکیم نیز دین را بدین‌گونه تعریف می‌کند:

> دین عبارت است از دسته‌ای هم‌بسته از باورها و اعمال مربوط به امور لاهوتی (مجزا از امور ناسوتی) که این باورها و عقاید همه کسانی را که پیرو آن‌ها هستند در اجتماع اخلاقی؛ واحد به نام امّت متّحد می‌کند.

علّامه طباطبایی رحمه‌الله با بیان اینکه دین فقط به نیایش و ستایش خدا نپرداخته، بلکه برای همه شئون فردی و اجتماعی انسان دستورهایی جامع و مقرّراتی مخصوص وضع کرده است، می‌گوید:

> دین عقاید و سلسله دستورهای عملی و اخلاقی است که پیامبران از طرف خداوند برای راهنمایی و هدایت بشر آورده‌اند. اعتقاد به این عقاید و انجام این دستورها، سبب سعادت و خوشبختی انسان در

دو جهان است.

و در مجموع نگارندگان تعریف آیت‌الله جوادی آملی را مبنا قرار داده‌اند:

مراد از دین، مکتبی است که از مجموعه عقاید، اخلاق و قوانین و مقرّرات اجرایی تشکیل شده است و هدف آن، ادارهٔ امور جامعهٔ انسانی و پرورش و راهنمایی انسان برای سعادتمندی است.

رابطهٔ دین و مذهب

در تعابیر علمای دین اسلام، مذهب «طریقهٔ خاص دین» است و غالباً به افتراقات و اختراعات یک دین گفته می‌شود. در مغرب زمین نیز واژهٔ «Religion» معمولاً به معنای مکتب‌های فکری درون یک دین است، مانند: مذهب کاتولیک، پروتستان و ارتودکس در دین مسیح؛ البته این واژه گاهی به معنای خود دین هم به کار می‌رود؛ لذا در اکثر متون غربی به مراقبت دینی، تحت عنوان (Religious Care) اشاره شده است.

اخلاق

اخلاق دانشی است که صفات نفسانی خوب و بد و رفتارهای متناسب با آن‌ها را معرفی می‌کند و شیوهٔ به‌دست‌آوردن صفات خوب و انجام اعمال پسندیده و دوری از صفات بد و کردار ناپسند را نشان می‌دهد.

اخلاق پزشکی

اخلاق پزشکی، دانشی میان‌رشته‌ای است که با درنظرگرفتن مسائل گوناگون، بایدها و نبایدها، بایسته‌ها و نبایسته‌ها، شایسته و ناشایست و خوب و بد را در بستر سلامت تعیین می‌کند. اخلاق پزشکی، بایدها و

نبایدها را برای پزشک یادآور می‌شود و برای تعامل پزشک با بیماران و نیز همکاران، شیوهٔ رفتار تعیین می‌کند.

اصول اخلاق پزشکی

اصول اخلاق پزشکی نوین که اولین بار در سال ۱۹۸۳ چیلدرس[۲۳] و بیوچامپ[۲۴] آن را تدوین کردند و هم‌اکنون در بسیاری از کشورها اجرا می‌شود، عبارت‌اند از: اتونومی،[۲۵] سودمندی،[۲۶] نبود زیانباری[۲۷] و عدالت.[۲۸]

در موافقت اسلام با اصول چهارگانهٔ بالا، اندیشمندان مسلمان مقالاتی نوشته‌اند و این اصول در سنن و فرهنگ اسلامی ریشه‌های تاریخی دارد؛ ولی به نظر می‌رسد تفاوت‌هایی از نظر عمق، محتوا و تحلیل این اصول در اسلام، شایستهٔ ذکر باشد.

قواعد اخلاق پزشکی

قواعد اخلاق پزشکی مجموعه‌ای از بایدها و نبایدهایی است که پزشک و به‌طور کلی کادر درمانی باید در تصمیم‌گیری‌های پزشکی خود رعایت کنند. کلیات این قواعد در همهٔ جوامع مشترک است؛ اما در جزییات تفاوت‌هایی وجود دارد و تابع فرهنگ و مذهب هر جامعه است. براین اساس و نیز با توجه به تعریفی که از معنویت و مراقبت معنوی ارائه شد، برخی از قواعد اخلاق پزشکی در مدارهای ارتباطی چهارگانه عبارت‌اند از:

الف: رابطهٔ پزشک با خداوند: رعایت تعهد الهی و اخلاقی در حین درمان، آموختن احکام الهی در حوزهٔ پزشکی و استفاده از ادعیه و مناجات‌ها در راستای تحکیم ارتباط با خداوند.

ب: رابطهٔ پزشک با خود: توجه به خودشناسی، توجه به عزت نفس، پرهیز از خودبزرگ‌بینی و تلاش برای ارتقای علمی و عملی

ج: رابطهٔ پزشک با دیگران: توجه به الهی بودن تمامی انسان‌ها، رعایت عفت و پاکدامنی، رازداری، امیدبخشی، خیرخواهی، رفق و مدارا، توجه به حقوق بیمار، توجه به اعتقادات بیمار، رعایت آراستگی ظاهری، احترام به بیمار، مهربانی و پیگیری نیازهای بیمار.

د: رابطهٔ پزشک با خلقت: ارتباط مؤثر با طبیعت و طبیعت خدامحور.

فصل دوم

شرایط مراقب معنوی و گیرندهٔ مراقبت معنوی

ارائـه مراقبـت معنـوی بـدون درنظرگرفتـن شـرایط تخصصـی آن، نه‌تنهـا بی‌تأثیـر خواهـد بود کـه گاه تأثیر معکوس نیز خواهد داشـت. ازآنجایی‌که فرایند مداخلهٔ معنوی برای بیمار و همراه، فرایندی میان‌رشته‌ای است، ارائه‌دهندهٔ مراقبت معنوی باید بر حداقل‌های این رشته‌ها تسلط کافی داشته باشد. به همین منظور آگاهی از مسائل روان‌شناسی و پزشکی در حیطهٔ موردنیاز برای کارشناس مراقبت معنوی امری لازم است. همچنین گیرندهٔ مراقبت معنوی باید دارای شـرایط مشـخصی باشـد که با توجه به رویکـرد علمی‌کاربـردی نگارندگان، این شـرایط در قالب شـرایط عمومی و شرایط اختصاصی به قرار زیر بیان می‌شود.

شرایط مراقب معنوی

۱. شرایط عمومی مراقب معنوی

الـف. اعتقـاد بـه معنویـت و مبانـی دینـی و مذهبی عمـوم جامعهٔ محل ارائهٔ خدمت؛

ب. آشنایی و تسلط بر حداقل مبانی موردنیاز در منطق، فلسفه، کلام، فقه و اصول به‌واسطهٔ اتمام پایهٔ پنجم حوزه علمیه یا مقطع کارشناسی دانشگاهی در رشته‌های الاهیات و... که کارشناسان مجرب از طریق ارزیابی نهایی، همراه با مصاحبه، آن را تأیید می‌کنند؛

ج. آشنایی و التزام به اخلاق اسلامی؛

د. آشنایی و التزام به اصول و قواعد اخلاق پزشکی؛

و. برخورداری از سلامت روان و ویژگی‌های برجستهٔ شخصیتی مانند: توانایی برقراری ارتباط مؤثر، صمیمانه و صادقانه، خیرخواهی، پشتکار، پذیرندگی یا گشودگی در گرفتن نظرات کارشناسی (مشورت و جزمیت نداشتن)، نوع دوستی، همدلی، شفقت و...؛

ه. آشنایی و تسلط بر مبانی موردنیاز در مراقبت روان‌شناسی شامل: آسیب‌شناسی روانی، روان‌شناسی سلامت، اختلالات شایع روان‌شناختی در بیماری‌های مزمن، اصول مصاحبه و برقراری ارتباط، اصول درمان‌های روان‌شناختی (حمایتی، وجودی، معنادرمانی و...)، اصول و فنون گروه درمانی.

۲. شرایط اختصاصی مراقب معنوی در بیماران صعب‌العلاج

الف. برخورداری از روحیهٔ عالی در ارتباط با بیماران در شرایط سخت و روحیهٔ مقاوم به منظور تعامل سازنده با بیمار؛

ب. آشنایی با بیماری‌های صعب‌العلاج از نظر ماهیت، علائم، عاقبت بیماری و...؛

ج. آشنایی و تسلط بر چالش‌ها و موضوعات مرتبط با بیماری‌های صعب‌العلاج شامل موضوعات ارتباط فرد با خدا، خود، خلق و خلقت؛

ارتباط با خدا: عقوبت، عدالت، دعا و اجابت، توکل، رضایت، حکمت، امیدواری، خداشناسی معنوی، آرامش معنوی، ترس از مرگ، احکام خاص بیماران و بی‌انگیزگی، بی‌تفاوتی یا ناتوانی برای انجام دستورهای دینی.

ارتباط با خود: عزت نفس، خودآگاهی معنوی، ترس از مرگ، کم‌صبری،

خودفراموشی.

ارتباط با دیگران: رابطهٔ تیم درمانی و بیمار (احکام، اخلاق و...)، روابط بین‌فردی، داغ‌دیدگی، افشای خبر ناگوار و ارتباط با بیمار.

ارتباط با خلقت: یکپارچگی با طبیعت، نقش طبیعت و محیط در بروز بیماری و نقش طبیعت خدامحور در آرامش و امیدواری.

د. طی‌کردن دورهٔ کارآموزی بالینی در مراقبت از بیماران صعب‌العلاج زیر نظر استادان مراقبت معنوی در حیطه‌های مشاورهٔ فردی، گروه‌درمانی، مراقبت از بیماران در بیمارستان، مراقبت در منزل.

شرایط گیرندهٔ مراقبت معنوی

مراقبت‌گیرنده باید متناسب با نوع مراقبت مدنظر، برای برقراری ارتباط کلامی یا غیرکلامی، از سطح هوشیاری و آگاهی کافی برخوردار باشد. همچنین او باید نیازمند تأمین، حفظ و ارتقای سلامت معنوی باشد. تنها ممنوعیت برای دریافت مراقبت معنوی، مخالفت آگاهانه خود فرد است.

در شرایط زیر دریافت مراقبت معنوی، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند:

۱. در زمان تشخیص بیماری؛

۲. در زمان بروز علائم جدید یا عوارض درمان؛

۳. در مراحل انتهایی بیماری.

فصل سوم

ارزیابی نیاز به مراقبت معنوی

ارزیابی نیاز به مراقبت معنوی توسط کادر درمانی

بیماری‌های صعب‌العلاج نه‌تنها باعث اثرات منفی روی جسم فرد می‌شوند، بلکه رویارویی با آن، ناراحتی‌های روانشناختی و معنوی متعددی نیز برجای می‌گذارد. بین این ناراحتی‌ها وجه اشتراک زیادی وجود دارد و ارزیابی و درمان آن‌ها، از دو دیدگاه امکان‌پذیر است. کتاب حاضر به بررسی این ناراحتی‌ها از دیدگاه مراقبت معنوی پرداخته است. با توجه به فعالیت گستردهٔ بالینی مراقبان معنوی، طی سالیان متمادی که با بیماران و خانوادهٔ آن‌ها صورت گرفته است، ناراحتی‌های مهم براساس ارتباطات چهارگانه‌ای که در تعریف معنویت و مراقبت معنوی ارائه شد، در حیطه‌های زیر قرار می‌گیرد:

الف. ارتباط با خدا

- عقوبت: بیماری و رفتارهای گذشته، احساس گناه از گذشته.
- عدالت: قضا و قدر، چرا من؟ چرا الان بیمار شده‌ام؟ (عدالت زمانی)، عدالت و کودک.
- دعا و اجابت: یأس از خدا، یأس از اولیاء، شفای بیماری.
- توکل: انجام وظیفه و واگذاری نتیجهٔ درمان به خدا.
- رضایت: پذیرش شرایط سخت بیماری.

- حکمت: آثار معنوی بیماری.
- امیدواری: امید به خدا و آینده.
- خداشناسی معنوی: مهربانی، پشتیبانی و احساس قرب به خدا.
- آرامش معنوی: اذکار، ادعیه و برنامه‌های عبادی.
- ترس از مرگ: ترس از فرایند مرگ، ترس از ناشناخته‌ها، ترس از عقوبت.
- احکام خاص بیماران و بی‌انگیزگی، بی‌تفاوتی یا ناتوانی برای انجام دستورهای دینی: سستی برای انجام دستورهای دینی یا ناتوانی به علت شرایط نامناسب جسمی.

ب. ارتباط با خود

- عزت نفس: ترس از سرباری (اسباب زحمت شدن برای دیگران) و حسّ ترحم.
- خودآگاهی معنوی: آگاهی درونی، یکپارچگی وجود.
- ترس از مرگ: کارهای ناتمام، نگرانی برای بازماندگان.
- کم‌صبری: نبود تاب‌آوری در برابر مشکلات عدیدهٔ ناشی از بیماری.
- خودفراموشی: بروز بیماری ناشی از توجه بیش از حد به دیگران و تحمل غم و غصه.

ج. ارتباط با دیگران

- رابطهٔ تیم درمانی و بیمار (احکام، اخلاق و...)
- روابط بین‌فردی: خشم و مقصردانستن اطرافیان، بی‌توجهی دیگران، ارتباط زناشویی.
- داغ‌دیدگی: نگرانی خانواده در خصوص ناراحتی‌های بیمار، مراحل انتهایی بیماری، مرگ قریب‌الوقوع (احتضار)، سوگ.

• افشای خبر ناگوار و ارتباط با بیمار: نحوهٔ ارائهٔ خبر بیماری و مرگ قریب‌الوقوع به بیمار، نحوهٔ مدارا با بیمار در حال مرگ.

د. ارتباط با خلقت

• یکپارچگی با طبیعت.
• نقش طبیعت و محیط در بروز بیماری.
• نقش طبیعت خدامحور در آرامش و امیدواری.

فرایند غربالگری نیاز به مراقبت معنوی

گام نخست، ارجاع بیمار توسط کادر درمانی (پزشک، پرستار، روان‌شناس و مددکار اجتماعی) است که بنا به اقتضای کاری خود، صرفاً ارزیابی ابتدایی بیمار از انجام می‌دهند؛ ولی بیشترین ارتباط را در طول دورهٔ درمان با بیمار برقرار می‌کنند. بیمار نیز در اولین بار ورود به مراکز درمانی، با این افراد روبه‌رو خواهد شد. در این بین، بی‌تردید نقش بی‌بدیل پزشک معالج در این فرایند مهم‌تر است؛ چراکه اعتماد به پزشک به علت نقش حیاتی درمانگری وی، تأثیر درخور توجهی در ترغیب بیمار به بهره‌مندی از خدمات مراقبت معنوی دارد.

غربالگری از طریق توجه به گفتار و اعمال بیمار

ابراز مطالب زیر از طرف بیماران، نشانگر احتمال نیاز به مراقبت معنوی است:

۱. سؤالات بیمار دربارهٔ معنا و هدف بیماری، درد و زندگی. سؤالِ (چرا من؟)، ابراز ناامیدی و مأیوس شدن، کنارکشیدن و کاهش ارتباط با اطرافیان، سوگواری کردن، ناتوانی در پذیرش تغییرات و فقدان.

۲. ابراز احساساتی مبنی بر کنارگذاشته‌شدن توسط خدا یا خشم به خدا.
۳. احساس گناه یا مستحق مجازات بودن.
۴. خودرا بد، گناهکار یا غیردوست‌داشتنی ارزیابی کردن؛ اضطراب داشتن دربارهٔ دوزخ یا زندگی پس از مرگ.
۵. وقفه در انجام فعالیت‌های دینی.

غربالگری از طریق پرسشگری

کادر درمانی با توجه به نیاز بیمار و شرایط او می‌توانند از سؤالات زیر برای ارزیابی اولیه و غربالگری نیاز به مراقبت معنوی استفاده کنند. این سؤالات ترتیب ندارد و نیازی نیست که در همه بیماران تمامی این سؤالات پرسیده شود. در واقع انتخاب نوع سؤال و پیشبرد روند مصاحبه، تحت تأثیر تجربهٔ درمان‌گر و شرایط جسمی و روحی بیمار انتخاب می‌شود و از فردی تا فرد دیگر متفاوت خواهد بود.

۱. رابطهٔ شما با خدا چطوره؟
۲. رابطهٔ خدا با شما چطوره؟
۳. حضور خدا را در شرایط فعلی چگونه ارزیابی می‌کنید؟
۴. کسی یا چیزی را در بروز بیماری دخیل می‌دانید؟ (به معنای احساس گناه یا تأثیر عوامل ماورایی مثل چشم‌زخم، سحر و جادو و....)
۵. امیدواری شما به خدا چطوره؟
۶. دعا هم می‌کنید؟
۷. آیا توانسته‌اید با تغییرات ایجادشده در زندگیتان بعد از بیماری کنار بیایید؟

۸. آیا به دنبال بیماری، از فعالیت‌های مذهبی خود باز مانده‌اید؟
۹. درد جسمی ناشی از بیماری سخت است، آیا دچار درد معنوی نیز شده‌اید؟
۱۰. آیا تمایل دارید درخصوص مسائل معنوی با کسی صحبت کنید؟
۱۱. تاکنون دربارهٔ آیندهٔ بیماری فکر کرده‌اید؟

این سؤال به‌منظور ارزیابی ترس از مرگ و دیدگاه بیمار دربارهٔ عاقبت بیماری و تنها در شرایط زیر پرسیده می‌شود:

الف. اشارهٔ خود بیمار یا همراه به موضوع مردن، ترس از آن، عواقب آن، نحوهٔ مواجه با بیمار رو به مرگ، درخواست وصیت و....

ب. بیمار مرحلهٔ آخر، که از مرحله بیماریش خبر دارد.

غربالگری از طریق پرسشنامه

روش دیگر غربالگری، ارزیابی از طریق پرسشنامه است. مؤلفان، پرسشنامهٔ «ارزیابی چهارگانهٔ ناراحتی معنوی» را طراحی نموده‌اند و در جمعیت بیماران استفاده کرده‌اند. این پرسشنامه پایایی و روایی قابل قبولی دارد (مقالهٔ مرتبط با طراحی پرسشنامه در دست چاپ است).

این پرسشنامه به صورت خودپاسخ‌دهی (Inventory)، در بیست سؤال طراحی شده‌است و ناراحتی‌های معنوی را در چهار حیطهٔ ارتباط با خدا، خود، دیگران و طبیعت می‌سنجد. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرت شامل (هیچ‌وقت، به‌ندرت، گاهی، اغلب اوقات و همیشه) خواهد بود.

۱. آیا تاکنون فکر کرده‌اید که آدم خوبی بوده و نباید دچار این بیماری می‌شدید؟ (ارتباط با خدا، عدالت)

۲. آیا تاکنون حس کرده‌اید که مهربانی و پشتیبانی خداوند شامل حال شما نمی‌شود؟ (ارتباط با خدا، خداشناسی معنوی).

۳. آیا تاکنون برای آرامش خود، از ذکر و دعا استفاده کرده‌اید؟ (ارتباط با خدا، آرامش معنوی).

۴. آیا تاکنون فکر کرده‌اید که این بیماری برای شما خیر و منفعتی به همراه داشته است؟ (ارتباط با خدا، حکمت).

۵. آیا تاکنون برای شرایط سخت بیماری به خدا شکایت برده‌اید؟ (ارتباط با خدا، رضایت).

۶. آیا تاکنون پیش آمده که به یکی از اولیای دینی متوسل یا به اماکن مذهبی رفته و ناامید شده باشید؟ (ارتباط با خدا، اجابت).

۷. آیا تاکنون از نتیجهٔ درمان و کمک خداوند ناامید شده‌اید؟ (ارتباط با خدا، امید).

۸. آیا با وجود درمان‌های صورت‌گرفته و تلاش‌هایتان، همچنان احساس می‌کنید که باید خودتان کار دیگری انجام دهید؟ (ارتباط با خدا، توکل).

۹. آیا تاکنون فکر کرده‌اید که اعمال گذشتهٔ شما در بروز بیماری فعلی مؤثر بوده است؟ (ارتباط با خدا، عقوبت).

۱۰. آیا تاکنون برای انجام دستورهای دینی دچار مشکل یا ناتوانی شده‌اید؟ (ارتباط با خدا، احکام).

۱۱. آیا تاکنون با فکرکردن به زندگی پس از مرگ، دچار اضطراب شده‌اید؟ (ارتباط با خدا و خود، ترس از مرگ).

۱۲. آیا با توجه به وضع موجود، تاکنون معنادار بودن زندگی را احساس کرده‌اید؟ (ارتباط با خود، خودآگاهی معنوی).

۱۳. آیا تاکنون فکر کرده‌اید که به علت توجه بیش از حد به دیگران و غم و غصه بیمار شده‌اید؟ (ارتباط با خود، خودفراموشی).

۱۴. آیا تاکنون فکر کرده‌اید که بیماری باعث کاهش ارزش و اعتبار شما بین دوستان و اطرافیان شده است؟ (ارتباط با خود، عزت نفس).

۱۵. آیا تاکنون احساس کرده‌اید که دیگر توان مبارزه با بیماری را ندارید؟ (ارتباط با خود، خودکم‌صبری).

۱۶. آیا تاکنون فکر کرده‌اید دیگران در سخت‌ترشدن زندگی شما مؤثر بوده‌اند؟ (ارتباط با دیگران، روابط بین‌فردی).

۱۷. آیا تاکنون فکر کرده‌اید تیم درمانی توجه کافی به شما ندارند؟ (ارتباط با دیگران، رابطهٔ تیم درمانی و بیمار).

۱۸. آیا تاکنون فکر کرده‌اید که در ابتدا به شکل بدی متوجه بیماری خود شدید؟ (ارتباط با دیگران، افشای خبر بد).

۱۹. تا چه میزان تصور می‌کنید با دنیا و هستی، پیوسته و یکپارچه‌اید؟ (ارتباط با طبیعت، یکپارچگی).

۲۰. تا چه میزان تصور می‌کنید ارتباط با حقیقت یا روح طبیعت در ایجاد احساس آرامش شما مؤثر است؟ (ارتباط با طبیعت، طبیعت خدامحور).

پس از ارزیابی از هر طریق، گفتار و رفتار بیمار و پاسخ او به سؤالات متناسب با نوع اعتقادات و باورهای فرد خواهد بود که به دو دستهٔ کلی تقسیم می‌شود:

الف. درصورتی‌که پاسخ بیمار یا گفتار و رفتار او نشان‌دهندهٔ احساس تضعیف رابطهٔ معنوی با خداوند، نبود احساس حضور خداوند در زندگی، احساس

بی‌عدالتی یا مقصردانستن خدا، خود یا دیگران در بروز بیماری (احساس گناه یا تأثیر عوامل ماورائی)، ناامیدی از توجه خداوند به او، احساس بی‌اثربودن دعا، مناجات و توسل، ترس از مردن و عواقب آن و... باشد، مُراجع به دریافت مراقبت معنوی نیاز دارد.

ب. درصورتی‌که پاسخ بیمار یا گفتار و رفتار او نشان‌دهندهٔ طیف مناسبی از سلامت معنوی باشد، ارجاع به مراقب معنوی نیازی نبوده و در صورت تمایلِ خودِ بیمار به ارتقا یا تقویت سلامت معنوی، ارجاع صورت خواهد گرفت.

نحوهٔ ترغیب بیمار برای پذیرش مراقب معنوی

در این مواقع نقش همدلی[۲۹] مصاحبه‌کننده بسیار ضروری است. همدلی، یعنی به‌گونه‌ای با بیمار برخورد کنیم که او با تمام وجود احساس کند، درد و رنج او و میزانی از سختی را که در حال تجربهٔ آن است، درک کرده‌ایم. برخورد ما باید بدون قضاوت، واقع‌بینانه و در عین حال عاطفی باشد. برای این منظور می‌توان از این جملات زیر استفاده کرد: «نمی‌توانم همهٔ درد و رنجی را که شما تحمل می‌کنید، به‌طور کامل بفهمم؛ اما سعی می‌کنم درک کنم که در چه شرایط سختی هستید.» یا «شاید افراد دیگر هم اگر جای شما بودند، دچار همین احساس می‌شدند.»

در این حالت است که پس از جلب اعتماد و درک و همدلی میان بیمار و مصاحبه‌کننده، از بیمار پرسیده می‌شود: «در تیم ما کارشناسانی هستند که در این مواقع می‌توانند به شما کمک کنند. قبلاً به بیمارانی مثل شما کمک کرده‌اند، آیا می‌خواهید به آن‌ها معرفی شوید؟»

پس از این فرایند بیمار به مشاورهٔ فردی مراقبت معنوی ارجاع می‌شود

و در صورت پاسخ منفی، پیشنهاد ارجاع به روان‌شناس یا گروه درمانی معنوی داده می‌شود.

این نکته حائز اهمیت است که اگر بیمار دچار اختلال روان‌شناختی باشد، باید ابتدا به کارشناس یا متخصص ذی‌ربط ارجاع شود.

فصل چهارم

مراقبت معنوی فردی

(درمانگاه، بیمارستان، منزل)

مراقبت معنوی فردی شامل هفت مرحلهٔ اصلی زیر می‌شود:

۱. برقراری ارتباط درمانی؛

۲. شناسایی مسئله‌ها، خواسته‌ها و نیازهای معنوی و روان‌شناختی بیمار؛

۳. شناسایی رفتارهای آشکار و ناآشکار کنونی در راستای تأمین خواسته‌ها و نیازها و رفع ناراحتی معنوی؛

۴. ارزیابی میزان اثربخشی رفتارهای کنونی؛

۵. انتخاب راهبردهای سازگارانه و کارآمد برای تأمین خواسته‌ها و رفع نیازها

۶. ارزیابی اثربخشی و اصلاح راهبردهای انتخاب شده؛

۷. اتمام جلسات.

۱. برقراری ارتباط درمانی

شروع مراقبت از بیمار، همانند هر روند مشاوره‌ای و درمانی دیگر، مستلزم برقراری رابطهٔ درمانیِ[۳۰] مناسب بین مُراجع و بالینگر است. در هر روند مشاوره‌ای یا مراقبتی باید رابطه‌ای دوطرفه با انسان دیگری برقرار شود؛ لذا شناسایی مهارت‌ها و فنونی که امکان برقرای حداکثر ارتباط را فراهم می‌آورد، از ملزومات اصلی شروع مشاوره یا مراقبت است.

اصول کلی حاکم بر ارتباط مراقبتی

۱. مُراجع در حالت نامناسبی قرار گرفته و آسیب‌پذیر یا مشوش است.

۲. بین دو نفر ارتباط روانی عاطفی شکل می‌گیرد.

۳. مشاور یا مراقب معنوی باید انسجام درون فکری و انسجام بین باور و عمل داشته باشد که به معنی هم‌خوانی بین گفته‌ها، رفتارها، باورها و احساسات است.

۴. مشاور یا مراقب معنوی در قبال مُراجع، پذیرش مثبت و غیرمشروط نشان می‌دهد؛ یعنی او را همان طور که هست پذیرفته و برای او ارزش قائل می‌شود؛ حتی اگر مُراجع، ظواهر عالی و کامل دین را رعایت نکرده باشد.

۵. مشاور یا مراقب معنوی به‌واسطهٔ اشارات کلامی و غیرکلامی مُراجعه‌کننده، درک همدلانه‌ای از ساختار درونی و شرایط او پیدا می‌کند و این ادراک را با او در میان می‌گذارد. همچنین در عین صمیمیت، نگران مُراجع و بهبود او خواهد بود. در این ارتباط مُراجع باید حداقل متوجه درک همدلانه و پذیرش مثبت و غیرمشروط مشاور یا مراقب معنوی شده باشد.

همدلی

در بین اصول کلی، همدلی اصلی‌ترین و اساسی‌ترین جزء هر ارتباط درمانی موفق است. همدلی مهم‌ترین ویژگی در غنی‌سازی ارتباط میان‌فردی و افزایش رشد شخصی است. همدلی نوع خاصی از توجه‌کردن به دیدگاه دیگران است. به‌عبارتی، همدلی یعنی اینکه فرد از راه ادراك صحیح واکنش‌های عاطفی دیگران، بتواند خود را جای آن‌ها قرار داده و امور را از دیدگاه آنان ببیند. مهم‌ترین جزء همدلی این است که مُراجع احساس کند بالینگر شدت ناراحتی و دردی را که او تحمل می‌کند، درک کرده است. این روند با تظاهرات کلامی و غیرکلامی بالینگر امکان‌پذیر خواهد بود.

همدلی‌کردن با هم‌دردی[۳۱] متفاوت است. هم‌دردی‌کردن یعنی دقیقاً همان حسی را داشته باشیم که مُراجع دارد؛ برای مثال اگر مُراجع گریه کرد، بالینگر نیز گریه می‌کند یا تظاهرات شدیدی از غمگینی نشان دهد. هم‌دردی غالب اوقات منجر به آسیب‌دیدن رابطهٔ درمانی شده و توصیه نمی‌شود. در هم‌دردی فقط به طرف مقابل تسکین می‌دهیم و از او می‌خواهیم، با صبر و بردباری، با مشکلاتش کنار بیاید و آن‌ها را بپذیرد و برایش دلسوزی می‌کنیم!

راه‌های رسیدن به همدلی

۱. درک چهارچوب ذهنی دیگران

درک ما از موقعیتی خاص، با درک دیگران کاملاً متفاوت است؛ زیرا هر یک از ما برحسب تجربیات خود موضوعی را تفسیر می‌کنیم. افرادی مایل‌اند دربارهٔ موضوعی به تفصیل بشنوند و عده‌ای فقط می‌خواهند از نتایج چیزی با خبر شوند. باید بتوانیم چهارچوب ذهنی دیگران را شناخته و بدانیم چه چیزی برایشان اهمیت دارد؛ آنگاه با برآوردن انتظاراتشان می‌توانیم رابطه‌ای گرم و صمیمی ایجاد کنیم.

۲. کنترل احساسات و هیجانات

افراد مختلف در برابر محرک‌های مشابه، احساسات مختلفی را تجربه می‌کنند. در برخورد با رویدادی خاص، فردی ممکن است عصبانی شود، دیگری غمگین و یکی به‌راحتی از آن بگذرد. واکنش‌ها نیز متفاوت است. یکی عصبانیت خود را بروز می‌دهد، دیگری متزلزل شده و فکر می‌کند که چه باید بکند؟ میزان مهارت افراد در بیان احساسات، به برقراری ارتباط

هرچه بهتر با دیگران کمك می‌کند. یکی از عوامل زیربنایی در دستیابی به همدلی، تسلط بر هیجانات و احساسات است. برای برقراری روابط همدلانه باید احساسات خود را شناخته، کنترل آن را در دست گرفته و اجازه ندهیم که پریشانیِ خاطر، تفکر ما را خدشه‌دار کند. افرادی که به خویشتنداری دست یافته‌اند، احساسات دیگران را بهتر می‌شناسند.

۳. گوش‌کردن فعال

گوش‌کردن با شنیدن صِرف تفاوت دارد. گوش‌کردن عملی ارادی است که به صبر و توجه نیاز دارد. دقیق شنیدن مهارتی اکتسابی است که مستلزم تلاش فراوان است. در این رابطه به غیر از گوش، از قلب و چشمان نیز باید یاری بگیریم و به اصطلاح، به سخنان گوینده باید گوشِ دل بسپاریم. واکنش‌های ما هنگام گوش‌کردن، سؤالاتی که مطرح می‌کنیم، حالات و حرکات ما همگی در دقیق شنیدن مؤثر است.

تکنیک‌های مصاحبه

۱. شروع جلسه

بهتر است شروع جلسه با گفت‌وگویی معمولی آغاز شود، مثل سن فرد، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان، تحصیلات، شغل، نحوهٔ آشنایی یا ارجاع و... . بدین ترتیب مشاور یا مراقب معنوی، آدمی معمولی جلوه می‌کند و ترس مُراجع از اینکه آیا واقعاً می‌تواند با او ارتباط برقرار کند، خواهد ریخت. این گفت‌وگوی مختصر اولیه با هر محتوایی، با هدف آرام‌کردن اوضاع، قبل از آنکه بیمار علت مُراجعه‌اش را بیان کند، صورت می‌گیرد و معمولاً

زمینهٔ مصاحبهٔ خوبی را فراهم می‌آورد.

در روند مصاحبه، نکتهٔ بسیار مهم این است که از زبانی قابل فهم استفاده کنیم. درمانگر ابتدا باید تخمین اولیه‌ای از زمینه و سوابق بیمار، سطح تحصیلات و سطح کلی آگاهی او به‌دست آورد، سپس متناسب با این تخمین اولیه، از زبان مناسب او استفاده کند.

در هر مصاحبه باید به‌طور کامل به مُراجع توجه کنیم. باید تماس چشمی با مُراجع برقرار شود و به رفتارهای غیرکلامی او توجه کنیم. در مجموع برای انجام مصاحبه، از تکنیک‌های کلامی و غیرکلامی متعددی برای تسهیل و پیشبرد روند مصاحبه استفاده خواهد شد.

۲. تکنیک‌های تسهیل‌کننده

ارتباط غیرکلامی: حالت بدن باید طبیعی، آرام و حاکی از توجه و علاقه باشد. حالت چهره باید متناسب با مطالب مورد بحث باشد. تماس چشمی حاکی از این است که به آنچه گفته می‌شود، توجه می‌کنید. تماس چشمی باید طبیعی و از نظر فرهنگی مناسب باشد. تکان دادن سر، نزدیک‌کردن صندلی به سمت بیمار، خم شدن به جلو و کنارگذاشتن نوشتن، نشان‌دهندهٔ توجه به بیمار است.

بازگویی و خلاصه‌کردن: نکات مهمی که مُراجع عنوان کرده، دوباره به‌صورت خلاصه بیان شود و به مُراجع کمک شود تا آنچه را گفته، مرور کند.

تقویت‌کردن: با استفاده از ارتباطات غیرکلامی مثل تکان دادن سر، نزدیک‌کردن صندلی به سمت بیمار، خم شدن به جلو، کنارگذاشتن

نوشتن یا گفتن کلمات ساده مثل «آهان...»، مُراجع را برای ادامهٔ گفت‌وگو ترغیب می‌کنیم و نشان می‌دهیم که سخنان او برای ما مهم است.

توجه به احساسات: به بروز احساساتی مثل خشم، غم یا گریه‌کردن در مُراجع، واکنش مناسب نشان می‌دهیم؛ مثلا موقع اشک ریختن می‌گوییم «مشخصه که شرایط خیلی سختی رو پشت سر گذاشته‌اید.» یا برای پاک‌کردن اشک‌ها، دستمال به او تعارف می‌کنیم.

پاسخ‌های کلامی: باید برای پیگیری، اظهارات مُراجع با لحنی گرم و رسا و در فواصل مناسب بیان شوند. این واکنش‌ها باید با توجه به رفتارهای کلامی و غیرکلامی مُراجع باشد و نباید موجب تغییر موضوع یا قطع کلام او شود.

۳. مسدودکننده‌های رابطه

- پرسیدن سؤالات بسته، مثل سؤالاتی که پاسخ‌های بله یا خیر دارند.
- پرسیدن سؤالات جهت‌دار و به‌صورت بازجویی.
- رسیدن چند سؤال به یک سؤال.
- پرسیدن سؤالاتی که با چرا آغاز می‌شود.
- پرسیدن سؤالات قضاوتی.
- نادیده‌گرفتن نگرانی بیمار یا کوچک‌شمردن آن.
- ارائهٔ پیشنهاد زودهنگام.
- ارائهٔ تفسیر زودهنگام.

در پایان قسمت اول مصاحبه که غالباً طی جلسهٔ اول انجام می‌شود، باید

قرارداد درمانی بین بالینگر و مُراجع منعقد شود. بدین معنی که مُراجع از اهداف جلسات، زمان برگزاری جلسات، تعداد جلسات و میزان ساعت هر کدام مطلع شود. همچنین بداند که در شرایط خاص چگونه می تواند به بالینگر خود دسترسی پیدا کند. مُراجع باید از شرایطی که منجر به قطع جلسات می شود، از جمله تأخیر یا غیبت بدون توجیه و بدون اطلاع، مطلع باشد.

۲. شناسایی مسئله ها و نیازهای معنوی و روان شناختی بیمار

در این مرحله برای شروع روند مراقبت و بر اساس اصول کلی مطرح شده در قسمت قبل، تلاش می کنیم تا ارتباط اولیه با مُراجع شکل بگیرد. محور شروع ارتباط می تواند پرسش در خصوص علت ارجاع یا درخواست خود او برای ملاقات با مراقب، مشکلات جسمی یا ناراحتی های اصلی بیمار در شرایط بستری یا زمین گیرشدن در منزل باشد، برای مثال: الان خوابتان چطور است؟ آیا درد دارید؟

پس از شروع ارتباط، سعی می کنیم با استفاده از سؤالات باز، وضعیت کلی مُراجع را از لحاظ روانی و معنوی مشخص کنیم، برای مثال:

۱. آیا موضوعی شما را نگران یا مضطرب می کند؟

۲. آیا اخیراً غمگین یا ناامید شده اید؟

۳. آیا به موضوع خاصی بیش از حد فکر می کنید؟

۴. رابطهٔ شما با خدا چطوره؟

۵. رابطهٔ خدا با شما چطوره؟

۶. حضور خدا را در شرایط فعلی چگونه ارزیابی می کنید؟

۷. کسی یا چیزی را در بروز بیماری دخیل می دانید؟ (به معنای احساس گناه یا

تأثیر عوامل ماورایی مثل چشم‌زخم، سحر و جادو و ...).

۸. امیدواری شما به خدا چطوره؟

۹. دعا هم می‌کنید؟

۱۰. آیا توانسته‌اید با تغییرات ایجادشده در زندگیتان بعد از بیماری کنار بیایید؟

۱۱. آیا به دنبال بیماری از فعالیت‌های مذهبی خود باز مانده‌اید؟

۱۲. درد جسمی ناشی از بیماری سخت است، آیا دچار درد معنوی نیز شده‌اید؟

۱۳. تا کنون راجع به آیندهٔ بیماری فکر کرده‌اید؟

این سؤال به منظور ارزیابی ترس از مرگ و دیدگاه بیمار دربارهٔ عاقبت بیماری بوده و فقط در شرایط زیر پرسیده می‌شود:

الف: اشارهٔ خود بیمار یا همراه به موضوع مردن، ترس از آن، عواقب آن، نحوهٔ مواجه با بیمار رو به مرگ، درخواست وصیت و....

ب: بیمار مرحلهٔ آخر که از مرحلهٔ بیماری‌اش خبر دارد.

۱۴. چه چیز به زندگی شما معنا می‌دهد؟

۱۵. آیا صدمه یا بیماری بر اعتقادات معنوی شما اثری گذاشته است؟

۱۶. چه چیز به شما آرامش، لذت و رضایت می‌دهد؟

۱۷. چه چیز به شما و خانوادهٔ شما کمک می‌کند که با این مسئله سازگار شوید؟

۱۸. با چه چیز در زندگی احساس خوبی دارید؟

پس از مشخص شدن وضعیت کلی، برای شناسایی دقیق‌تر مسئله‌ها یا نیازها معنوی مُراجع، باید از مصاحبهٔ اختصاصی نیمه‌ساختاریافته[۳۲] استفاده کرد. در این مصاحبه موضوعات اصلی در حیطهٔ ارتباط فرد با خدا، خود، خلق و خلقت را بررسی می‌کنیم. موضوعات اصلی در هر کدام از این چهار حیطه و

سؤالات پیشنهادشده برای آن، براساس شایع‌ترین نیازها و چالش‌های بیماران در ناراحتی‌های معنوی انتخاب شده‌اند. سؤالات پیشنهادشده باید براساس شرایط بالینی و ویژگی‌های شخصیتی و اعتقادی هر فرد انتخاب شوند. این نکته شایان ذکر است که بعضی از سؤالات، مشابه به نظر می‌رسند؛ اما موضوع موردسنجش هرکدام، متناسب با حیطه‌ای که پوشش می‌دهند، متفاوت است و استفاده از این سؤالات در چهارچوب مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته به آشنایی کامل با سرفصل‌های دینی و روان‌شناختی اشاره‌شده در فصول قبل نیاز دارد.

الف. مسئله‌ها و نیازها در ارتباط با خدا

عقوبت: بیماری و رفتارهای گذشته، احساس گناه از گذشته:

- آیا تاکنون فکر کرده‌اید که آدم خوبی بوده‌اید و نباید دچار بیماری می‌شدید؟
- آیا تاکنون فکر کرده‌اید که بیماری با اعمال قبلی شما تناسبی دارد؟
- آیا تاکنون به این فکر کرده‌اید که چرا دیگرانی که بدند، بیمار نشده‌اند؟
- آیا تاکنون به این فکر کرده‌اید که بیماری شما محصول آزردن دیگران است؟
- آیا تاکنون به این فکر کرده‌اید که بیماری شما محصول کوتاهی در نماز خواندن، حجاب و... است؟

عدالت: قضا و قدر، چرا من؟ چرا الان بیمار شده‌ام؟ (عدالت زمانی)، عدالت و کودک:

- آیا این بیماری را محصول تقدیر خداوند می‌دانید؟
- چقدر خواست خدا را در این بیماری دخیل می‌دانید؟
- آیا احساس می‌کنید بیش از دیگران دچار مصیبت و رنج شده‌اید؟
- آیا تابه‌حال به این اندیشیده‌اید که با این همه مسائل و مشکلات عدیده که در زندگی دارید، شایستهٔ شما نبود که به این بیماری مبتلا شوید؟

- آیا تابه حال به این اندیشیده اید که الان زمان مناسبی برای ابتلاشدن به بیماری نبود؟
- آیا تابه حال به این اندیشیده اید که چرا این نوع بیماری را گرفتم و بیماری دیگری نگرفته ام؟
- آیا تاکنون به این فکر کرده اید که کودک من با اینکه معصوم است، چرا این همه رنج می کشد؟

دعا و اجابت: یأس از خدا، یأس از اولیاء، شفای بیماری:

- خیلی ها در شرایط شما برای شفا متوسل می شوند و ممکن است شفا پیدا نکنند، آیا شما هم این احساس را دارید؟
- آیا تابه حال شده به یکی از اولیا یا اماکن مذهبی متوسل شده و مأیوس شده باشید؟
- خیلی ها در این مواقع ممکن است بعد از توسل، از اولیا ناامید شده باشند، شما چطور؟

توکل: انجام وظیفه و واگذاری نتیجهٔ درمان به خدا:

- آیا باوجود درمان های صورت گرفته و تلاش هایتان، همچنان احساس می کنید که باید خودتان کار دیگری انجام دهید؟

رضایت: پذیرش شرایط سخت بیماری:

- آیا با شرایط سخت بیماری خود کنار آمده اید؟
- آیا تاکنون برای شرایط سخت بیماری، به خدا شکایت برده اید؟

حکمت: آثار معنوی بیماری:

- آیا تحمل این رنج، آزمون الهی است؟
- آیا تحمل این رنج، به رشد معنوی شما کمک می کند یا اجر و ثوابی دارد؟

• آیا تاکنون فکر کرده‌اید که این بیماری برای شما خیر و منفعتی به همراه داشته است؟

احکام خاص بیماران و بی‌انگیزگی، بی‌تفاوتی یا ناتوانی برای انجام دستورهای دینی: سستی برای انجام دستورهای دینی یا ناتوانی به علت شرایط نامناسب جسمی:

• آیا تاکنون برای انجام دستورهای دینی دچار مشکل یا ناتوانی شده‌اید؟

امیدواری: امید به خدا و آینده؛

• آیا تاکنون از نتیجهٔ درمان و کمک خداوند ناامید شده‌اید؟

خداشناسی معنوی: مهربانی، پشتیبانی و احساس قرب به خدا:

• آیا در حین بیماری حمایت الهی را احساس می‌کنید؟

• آیا بین قرب الهی و بیماری رابطه‌ای وجود دارد؟

• آیا تاکنون حس کرده‌اید که مهربانی و پشتیبانی خداوند شامل حال شما نمی‌شود؟

آرامش معنوی: اذکار، ادعیه و برنامه‌های عبادی:

• برای آرامش خود چه اقداماتی انجام می‌دهید؟

• آیا تاکنون برای آرامش خود از ذکر و دعا استفاده کرده‌اید؟

ترس از مرگ: ترس از فرایند مرگ، ترس از ناشناخته‌ها، ترس از عقوبت:

• دربارهٔ زندگی پس از مرگ چه شناختی دارید؟

• دربارهٔ مرگ خودتان چقدر اندیشیده‌اید؟

• آیا دربارهٔ زندگی پس از مرگ خود نگران هستید؟

• آیا تاکنون با فکرکردن به زندگی پس از مرگ، دچار اضطراب شده‌اید؟

ب. مسئله‌ها و نیازها در ارتباط با خود

عزت نفس: ترس از سرباری (اسباب زحمت شدن برای دیگران) و حسّ ترحم

- تا چه اندازه با وجود شرایط موجود، حضور خود را برای دیگران ارزشمند تلقی می‌کنید؟
- آیا با وجود بیماری، خود را ارزشمند می‌دانید؟
- آیا تاکنون فکر کرده‌اید که بیماری باعث کاهش ارزش و اعتبار شما بین دوستان و اطرافیان شده است؟

خودآگاهی معنوی: آگاهی درونی، یکپارچگی وجود:

- آیا بروز شرایط موجود، تغییری در زندگی و نگرش شما به زندگی ایجاد کرده است؟
- آیا گمان می‌کنید در دنیا مأموریت (وظیفه یا نقش) خاصی به عهدهٔ شما بوده یا هست؟
- آیا گمان می‌کنید که اثر یا میراث خاصی برای دنیا (جهان هستی) به جا گذاشته‌اید؟
- تا چه میزان دلیل اختصاصی برای زندگی خود یافته‌اید؟
- تا چه میزان خود را در آیندهٔ جهان دخیل می‌دانید؟
- با توجه به وضعیت موجود، آیا زندگی برای شما معنادار است؟
- تاکنون برای وضعیت موجود خود، علت یا دلیل خاصی یافته‌اید؟
- آیا با وجود بیماری، زندگی را ارزشمند تلقی می‌کنید؟
- تا چه میزان به‌واسطهٔ تفکرات خود و از درون، احساس ارزش می‌کنید؟
- آیا از سیر و جهت زندگی خود در گذشته راضی بوده‌اید؟ (معنادار بودن زندگی در گذشته)

• تا چه میزان زندگی قبل از بیماری خود را ارزشمندتر از هم اکنون می‌دانید؟ (نگرش به بیماری را می‌سنجد)

• آیا با توجه به وضع موجود، تاکنون معنادار بودن زندگی را احساس کرده‌اید؟

ترس از مرگ: کارهای ناتمام، نگرانی برای بازماندگان:

• آیا از کارهای ناتمام خود نگران هستید؟

• آیا برای بازماندگان پس از خود نگران هستید؟

کم‌صبری: نبود تاب‌آوری در برابر مشکلات عدیدهٔ ناشی از بیماری:

• آیا تاکنون احساس کرده‌اید که دیگر توان مبارزه با بیماری را ندارید؟

خودفراموشی: بروز بیماری ناشی از توجه بیش از حد به دیگران و تحمل غم و غصه:

• آیا تاکنون فکر کرده‌اید که به‌علت توجه بیش از حد به دیگران و غم و غصه، بیمار شده‌اید؟

ج. مسئله‌ها و نیازها در ارتباط با دیگران

• رابطهٔ تیم درمانی و بیمار (احکام، اخلاق و...).

• آیا تاکنون فکر کرده‌اید تیم درمانی توجه کافی به شما ندارند؟

روابط بین‌فردی: خشم و مقصردانستن اطرافیان، بی‌توجهی دیگران، ارتباط زناشویی:

• آیا از دست کسی عصبانی هستید؟

• آیا تاکنون فکر کرده‌اید دیگران با رفتارشان باعث بیماری شما شده‌اند؟

• آیا دیگران را در سخت‌ترشدن زندگی‌تان مقصر می‌دانید؟

• آیا تاکنون فکر کرده‌اید دیگران به شما توجهی نمی‌کنند؟

• آیا توجه یا مراقبت اطرافیان، از نظر شما کافی است؟

- آیا تاکنون فکر کرده‌اید دیگران در سخت‌ترشدن زندگی شما مؤثر بوده‌اند؟

داغ دیدگی: نگرانی همراه در خصوص ناراحتی‌های بیمار، مراحل انتهایی بیماری، مرگ قریب‌الوقوع (احتضار)، سوگ:

- آیا نگران ناراحتی‌های بیمار خود در خصوص مراحل انتهایی او هستید؟

افشای خبر ناگوار و ارتباط با بیمار: نحوهٔ ارائهٔ خبر بیماری و مرگ قریب‌الوقوع به بیمار، نحوهٔ مدارا با بیمار در حال مرگ:

- آیا تاکنون فکر کرده‌اید که در ابتدا به شکل بدی متوجه بیماری خود شدید؟
- آیا برای ارائهٔ خبر بد به بیمارتان، نیاز به کمک دارید؟

د. مسئله‌ها و نیازها در ارتباط با خلقت

یکپارچگی با طبیعت

- تا چه میزان تصور می‌کنید که شما و دنیا تأثیرات متقابل روی هم می‌گذارید؟
- تا چه میزان علت شرایط موجود را غیرمادی، معنوی و ماورایی تلقی می‌کنید؟
- تا چه میزان برای ارتباط با طبیعت و مخلوقات دیگر زمان صرف می‌کنید؟
- تا چه میزان تصور می‌کنید با طبیعت هم‌سویی و هماهنگی دارید؟
- تا چه میزان تصور می‌کنید با دنیا و هستی پیوسته و یکپارچه‌اید؟

نقش طبیعت و محیط در بروز بیماری

- آیا فکر می‌کنید بیماری شما در اثر رعایت نکردن نکات بهداشتی یا تغذیه‌ای است؟
- آیا فکر می‌کنید بیماری شما در اثر آلودگی‌های محیطی است؟

نقش طبیعت خدامحور در آرامش و امیدواری

- تا چه میزان تصور می‌کنید ارتباط با حقیقت یا روح طبیعت، در ایجاد احساس آرامش شما مؤثر است؟

بیـان ایـن نکته لازم اسـت که سـؤالات آورده‌شـده بـرای همهٔ افراد مناسـب یـا کافـی نیسـت و باید براسـاس شـرایط فـردی و تجربهٔ بالینگر انتخاب شـوند. همچنین در هر نمونه، باید در خصوص روند و زمینه‌های شکل‌گیری چنین باور یا ناراحتی معنوی، جست‌وجوی کامل صورت گیرد؛ برای مثال در این خصوص که «بیماری من به‌دنبال انجام گناهان گذشته است»، بررسی شود که این باور، از آموزه‌هـای دینی ناشـی شـده یـا از صحبت‌های اطرافیان یـا از اطلاع یافتن در خصوص موردی یا اتفاقی از بعضی منابع دینی.

نکتهٔ بسیار مهم برای طی این مرحله، این است که در ابتدای مصاحبه، به بیمار فرصت کافی برای صحبت‌کردن داده شود و از قطع زودهنگام کلام بیمار با سؤالات متعدد خودداری کنیم. در بسیاری از مواقع اجازه‌دادن به بیمار برای صحبت‌کردن به مدت حداقل ۱۰-۵ دقیقه، پاسخ بسیاری از سؤالات بعدی را در پی خواهد داشت.

۳. شناسایی رفتارهای آشکار و ناآشکار کنونی، در راستای تأمین خواسته‌ها و نیازها و رفع ناراحتی‌های معنوی

در این قسـمت با اسـتفاده از سـؤالات باز و در موضوعات مختلف، تلاش می‌کنیم راه‌های مقابله‌ای بیمار با مشکلات پیش‌آمده را شناسایی کنیم. برای مثال می‌توان از سؤالات زیر استفاده کرد:

- تاکنون برای رفع ناراحتی خودتان چه کرده‌اید؟
- آیا در این زمینه با مشاور یا شخص دیگری صحبت کرده‌اید؟
- در زمان اوج ناراحتی، چه اقداماتی اعم از افکار، اذکار یا اعمال انجام می‌دهید؟

۴. ارزیابی میزان اثربخشی رفتارهای کنونی

- آیا از نتایج به‌دست‌آمده راضی هستید؟
- از کدام بخش نتایج بیشتر رضایت دارید؟
- از کدام بخش نتایج رضایت ندارید؟
- این کار چگونه به شما کمک کرد که به هدفتان دست یابید؟
- آیا این بهترین کار یا تلاشی بوده است که می‌توانستید انجام دهید؟

سؤالات قسمت ۳ و ۴ باید به‌گونه‌ای ادامه یابد تا مُراجع به ارزیابی دقیقی از کارآمدی یا ناکارآمدی اقدامات قبلی برسد و آمادهٔ دریافت راهکار از طرف بالینگر شود.

۵. انتخاب راهبردهای سازگارانه و کارآمد برای تأمین خواسته‌ها و رفع نیازها

تکنیک‌های آماده‌سازی

پس از ارزیابی مشکل مُراجع، برای آماده‌سازی مُراجع در راستای ارائهٔ راهکار، رعایت نکات زیر اهمیت دارد:

ارائه‌نکردن پند و نصیحت‌های کلی و عمومی

ارائهٔ راهکار نباید به صورت توصیه‌ای یا در قالب تحکم و دستور باشد؛ چراکه مُراجع در شرایط دشواری به سر می‌برد و نمی‌خواهد خصوصاً از ابتدا، کسی به او پند و نصیحت ارائه کند. بی‌توجهی به این مسئله می‌تواند اعتماد به مراقب را مخدوش کند و مُراجع احساس کند که مراقب، او را درست درک

نکرده است. حرف‌های کلیشه‌ای و تکراری خسته‌کننده است و مُراجع معمولاً توصیه‌های عمومی را نمی‌پذیرد، خصوصاً اینکه احساس می‌کند قبلاً هم از این توصیه‌ها شنیده و هیچ فایده‌ای نداشته است.

محکوم‌نکردن بیمار

یکی از شیوه‌های مخرب در مداخلهٔ معنوی، محکوم‌کردن مُراجع است؛ به‌این‌معنا که ممکن است در اولین اظهارات، با این مسئله مواجه شویم که مُراجع دائماً شکایت و اهانت می‌کند یا خداوند و منابع و شخصیت‌های دینی را انکار می‌نماید. حال اگر در همان ابتدا مراقب، به شیوهٔ تحکمی یا قضاوت‌گرانه، با این شکایت‌ها برخورد کند و مُراجع را برای این مسائل محکوم نماید، نه‌تنها مراقبت معنوی به نتیجهٔ مطلوب نمی‌رسد، بلکه ممکن است مُراجع دچار آسیب جدی روانی یا معنوی نیز بشود؛ چراکه در اثر محکوم‌کردن مُراجع، احساس همدلی میان مراقب معنوی و مُراجع به وجود نمی‌آید؛ درحالی‌که از یکی از اصول مهم مشاوره، ایجاد همدلی است. از طرف دیگر، چون رابطهٔ میان مُراجع و مراقب مخدوش شده است، فرصت مداخله و اصلاح باورهای غلط از دست خواهد رفت. همچنین ازآنجایی‌که بسیاری از شکایت‌های مُراجع، صرفاً نوعی خشم است، او بیش از هر چیز دیگر به شنیده‌شدن و درک‌شدن نیازمند است و با محکوم‌کردن یا قضاوت‌کردن مُراجع، این نیاز اساسی او برآورده نمی‌شود.

عمومی‌سازی و طبیعی نشان دادن نوع برخورد مُراجع با مشکلات

باید به مُراجع گفته شود این نوع گله و شکایت‌ها، در بسیاری از افرادِ با وضعیت مشابه او، به وجود می‌آید و وجود چنین شکایت‌هایی

لزوماً نشان دهندهٔ دوری از خدا یا عذاب شدن یا... نیست؛ برای مثال می‌گوییم: «بسیاری از افراد دیگر نیز اگر جای تو باشند، ممکن است دچار همین احساسات شوند.»

کمک به اعتماد بیشتر

مراقب می‌تواند با این جملات، به ترغیب بیمار برای ادامهٔ جلسات و مشارکت در روند تغییر کمک کند: «من می‌فهمم که شما چه مشکلاتی دارید؛ اما نمی‌خواهید کمی راحت‌تر بشوید؟ و آرام باشید؟» یا «تخصص ما می‌تواند برای شما مفید باشد».

همچنین استفاده از تجربه‌های گذشتهٔ مراقبت معنوی در رفع مشکلات مُراجعان، می‌تواند مفید باشد؛ برای مثال: «دیگران هم با مشکلات مشابه مُراجعه کردند و از دریافت مراقبت، احساس خوبی به آن‌ها دست داد.»

توجه به شرایط اختصاصی و فردی مُراجعان

با توجه به اینکه مُراجعان مختلف از نظر ابعاد اعتقادی و شخصیتی، شرایط متفاوتی دارند، مراقب باید این تفاوت‌ها را در نظر گرفته و شیوهٔ ارائهٔ راهکار و ادارهٔ جلسات را متناسب با هر فرد انتخاب کند.

فرایند به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه

به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه، با فرایند زیر محقق می‌شود:

۱. آماده‌سازی

در این مرحله تلاش می‌شود که تا حد ممکن، خود مُراجع راهکارهای جایگزینی برای مقابله با مشکل یا رفع نیاز پیشنهاد دهد. برای

رسیدن به این منظور، می‌توان از سؤالاتی مشابه آنچه در زیر آمده است، استفاده کرد:

• به نظرتان برای رسیدن به راه‌حل این مشکل، چه راهکارهای دیگری وجود دارد؟

ممکن است مُراجع هیچ راهکاری ارائه ندهد؛ با این وجود اصل پرسش منجر به تفکر بیمار در فواصل بعدی می‌شود و او را آماده می‌سازد تا با راهکارهای جدید مواجه شود.

• سایر افراد (انسان‌های موفق) در این باره چه کارهایی انجام می‌دهند؟

هدف از این سؤال، ایجاد این تفکر است که انسان‌هایی وجود دارند که در این شرایط هم، توانسته‌اند با استفاده از راهکار صحیح، به آرامش واقعی یا اهداف معنوی دیگر برسند.

در این زمینه پیشنهاد می‌شود برای آماده‌سازی بهتر، از حکایت‌ها یا داستان‌هایی دربارهٔ انسان‌های موفق استفاده شود. این داستان‌ها باید به‌صورت دقیق با موضوع مرتبط بوده تا مُراجع به‌صورت کامل پذیرای مسئله باشد. داستان باید به‌صورت ملموس برای مُراجع بیان شود تا مُراجع بفهمد، انسان‌هایی هم هستند که از معنای صحیح مفهوم اخلاقی و راهکارهای آن استفاده می‌کنند.

۲. انتخاب راهکار

پس از اینکه مُراجع برای پذیرش موضوع آماده شد، راهکارهای صحیح و تطابقی برای موضوع مدنظر به او پیشنهاد می‌شود. این راهکارها را ممکن

است در مراحل قبلی، خود مُراجع مطرح کرده باشد یا اینکه مراقب به او پیشنهاد کند؛ با این وجود اگر راهکارها از زبان مُراجع باشد، باعث تعهد بیشتر او خواهد شد و سازگارانه‌تر است. نکتهٔ مهم اینکه برای مداخله باید از خود مُراجع کمک گرفت تا با همکاری خود او مسئله تبیین شود.

سیر سؤالات در این مرحله از مراقبت فردی به این گونه است:

• تعریف شما از این مسئله، برای مثال کم‌صبری، عدالت و...، چیست؟

پاسخ مُراجع در این‌باره ممکن است بر اساس برداشت غلط یا شرایط دشوار روحی و معنوی وی باشد. اگر تعریف نادرستی ارائه داد، سؤال بعد پرسیده می‌شود:

• آیا تعریف دیگری نیز برای این مسئله وجود دارد؟

بنابراین در واقع با پرسش و پاسخ‌های متعدد، به مخاطب می‌فهمانیم که مفهوم برداشتی او به معنای صحیح و واقعی نیست. در سیر پرسش و پاسخ، اگر مُراجع پاسخ دهد که تعریف دیگری را نمی‌دانم و احساس خستگی و ناامیدی بکند، در ابتدا باید توانمندی او را برجسته کنیم و برای تشویق و ترغیب، به او بگوییم: «همین که به اینجا آمده‌ای و پیش مراقب هستی، نشانهٔ اقدام صحیح برای حل مشکل است.»

در این صورت پرسیده می‌شود:

• آیا می‌خواهید معنای صحیح را بدانید؟

با این سؤال وارد برداشت صحیح از مسئله، بر اساس منابع دینی، می‌شوید و پس از اصلاح برداشت از مسئله، از مخاطب سؤال می‌شود:

• به نظر شما تفاوت این دو برداشت چیست؟

هدف از این سؤال، کمک به مُراجع برای فهم تفاوت میان دو برداشت است.

۳. ارائهٔ تکلیف و تثبیت

در این مرحله می پرسیم:

• اگر به موضوع این‌گونه نگاه کنید، چگونه رفتار خواهید کرد؟

اکنون با در نظرگرفتن پاسخ بیمار، سعی می‌کنیم با ارائه تکالیف معنوی دینی، براساس الگوهای روان‌شناختی، نگرش جدید ایجادشده در مخاطب را تثبیت کنیم. محور تکالیف برای تثبیت نگرش، معنایابی و معنابخشی براساس دعا و نیایش است.

در پایان جلسه، از مُراجع خواسته می‌شود تا مطالب عنوان شده را جمع‌بندی کند و تکلیفی را که باید انجام دهد، یک‌بار مرور کند. در اینجا درمانگر می‌تواند نکاتی را که ممکن است مُراجع به‌خوبی درک نکرده، متوجه شود و دربارهٔ اصلاح آن اقدام کند.

۶. ارزیابی، اثربخشی و اصلاح راهبردهای انتخاب‌شده

بعد از جلسهٔ اول، ساختار هر جلسه به این شکل است که در ابتدای جلسه به بررسی وضعیت مُراجع در هفتهٔ گذشته پرداخته می‌شود؛ اینکه چه اتفاقاتی افتاده و آیا پیشرفتی حاصل شده است یا خیر؟ همچنین از نظر نگرش، در هیجانات و رفتارها تغییری رخ داده است یا خیر؟

• هفتهٔ گذشته چطور گذشت؟

• اتفاق جدیدی رخ داده است؟

• احساس بهتری دارید؟

- رفتار جدیدی انجام داده‌اید؟
- هنوز مثل جلسهٔ گذشته دربارهٔ مسئله... فکر می‌کنید؟

در ارزیابی پیشرفت، می‌توان از روش‌های خودسنجی استفاده کرد، مثلا سؤالاتی نظیر:

از هفتهٔ گذشته تا امروز، میزان آرامش خودتان را از یک تا ده چند ارزیابی می‌کنید؟

سپس در زمینهٔ تکلیف داده‌شده، در جلسهٔ قبل، گزارشی گرفته می‌شود. درصورتی‌که مُراجع تکالیف را به درستی انجام نداده باشد، بالینگر باید بررسی کند که آیا:

- مُراجع انگیزهٔ لازم را نداشته است؟
- هدف تکلیف را متوجه نشده است؟
- تکلیف، متناسب با او نبوده است؟
- اختلالات روانشناختی مزمنی نظیر افسردگی وجود دارد که مانع از اجرای تکلیف می‌شود؟
- درواقع پیشبرد مداخله، منوط به انجام تکالیف هفتهٔ قبل است و باید در راستای رفع موانع انجام تکالیف، اقدام شود.

۷. اتمام جلسات مراقبتی

یک جلسه قبل از پایان مداخله، این موضوع با مُراجع در میان گذاشته می‌شود. در پایان، درمانگر نمایی از روند درمان را برای مُراجع عنوان می‌کند. اینکه مُراجع با چه مشکلی درمان را شروع کرد، چه روندی را طی کرد و اکنون کجاست. بعد از ارائه، درمانگر از مُراجع بازخورد می‌گیرد.

در صورت نیاز، به مُراجع تکلیف نهایی أعم از بسته‌های مختلف معنوی شامل کتاب، سی دی، کارت مراقبت معنوی و...، داده می‌شود. همچنین مراقب عنوان می‌کند که اگر شرایطی به‌وجود آمد و دوباره دچار ناراحتی معنوی شُدید یا نیاز داشتید با کسی در این زمینه صحبت کنید، با من مجدداً تماس بگیرید و در پایان راه‌هایی را که مُراجع می‌تواند به او دسترسی پیدا کند، در اختیارش می‌گذارد.

فصل پنجم

مراقبت معنوی گروهی

ازجملـه اهـداف گروه درمانـی و آمـوزش گروهـی، محدودکـردن یـا اصـلاح اختـلالات هیجانـی یـا رفتارهـای خاص اسـت که کارکـرد فـرد را محدود یا مختـل کـرده اسـت. گروه درمانـی، به این سـبب که می‌توان از گـروه برای درمان‌هـای کوتـاه و مقرون به صرفه سـود جسـت، کارایی زیـادی در ارائهٔ مراقبت معنوی دارد. گروه درمانی به اندازهٔ درمان فردی در اصلاح و تغییر افراد مؤثر است. افزون براین، گروه‌ها احساسی از جمع بودن و فراگیربودن مشکل را در افراد ایجاد می‌کنند.

به‌طورکلی گروه درمانی‌ها محدودیت زمانی و اهداف نسبتاً محدودی دارند. بسیاری از این گروه‌های کوتاه‌مدت، معطوف به آموزش راهبردهای حل مسئله و مهارت‌های بین‌فردی به شرکت‌کنندگان هستند که تغییرات فردی را سرعت می‌بخشـند. مُراجعان اغلب براین باورند که مشکلاتشـان منحصربه‌فرد اسـت و فرصت‌هـای زیـادی بـرای نجـات از زندگی‌هـای یکنواخـت و کسـالت‌آور خـود ندارند. گروه‌ها نوعی آزمایشگاه طبیعی هستند که به افراد نشان می‌دهند تنها نیسـتند و امیدی هسـت که بتوانند زندگی جدیدی را خلق کنند. گروه‌ها برای قراردادن افراد در مسیرهای خلاق و شاداب‌تر زندگی قدرت زیادی دارند. لازم به ذکـر اسـت کـه در اینجا واژهٔ درمانی در کلمـهٔ گروه درمانی به درمان اختلال‌های رفتاری و هیجانی اشاره نمی‌کند، بلکه در مقابل، هدف کلی گروه درمانی افزایش آگاهی افراد از خودشـان و دیگران و دنیا اسـت. همچنین گروه درمانی به آن‌ها

برای روشن ساختن تغییراتی که در زندگی مایل اند به آن ها دست یابند و فراهم ساختن ابزارهای لازم برای انجام این تغییرات کمک می‌کند. این اهداف همگی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران است.

در گروه درمانی فارغ از محتوای گروه و رویکرد آن، تعدادی فاکتورهای درمانی وجود دارد که عبارت اند از:

- امیدافزایی (احساس امید به زندگی)؛
- فراگیربودن (آگاهی از مشترک بودن نگرانی ها)؛
- انتقال اطلاعات (کسب اطلاعات دربارهٔ زندگی سالم)؛
- نوع دوستی (در قبال دیگر اعضا)؛
- توسعه و گسترش روش های اجتماعی شدن (یادگیری مهارت های اجتماعی)؛
- رفتار مقلدانه (الگوبرداری از رفتارهای مثبت سایر اعضا)؛
- یادگیری بین فردی (یادگیری تعامل با دیگران)؛
- انسجام گروه (نزدیکی میان اعضا)؛
- تخلیهٔ هیجانی (بروز احساساتی که هرگز بروز نداشته است)؛
- عوامل وجودی (پذیرش مسئولیت زندگی فردی)؛

ملاحظات اولیهٔ تشکیل گروه

همواره در زمینهٔ تشکیل گروه، می بایست به نکاتی توجه کرد. هدایت گروه بدون توجه به پایهٔ نظری روشن، ممکن است آنچه را رهبر گروه در نظر دارد، به پیش نبرد و از موضوع اصلی فاصله بگیرد. در نگاه اول شاید گروه به سرانجام برسد؛ اما در درازمدت تأثیری نخواهد گذاشت. آنچه گروهِ شما را بهتر به پیش می برد، طرحی است که بر اساس چارچوبی کلی تهیه

کرده‌اید. این چارچوب می‌تواند به بسیاری از فرآیندها و ویژگی‌های گروه شما معنا و مفهوم ببخشد.

گروه‌ها با توجه به افراد شرکت‌کننده، شرایط آموزش، اهداف، نقش رهبر و... می‌توانند متفاوت باشند. ازجمله نکات مهم و مطرح در شکل‌گیری گروه، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف. اعلام، جذب و غربال‌کردن اعضا

بعد از اینکه گروه خود را اعلام کردید و ثبت‌نام اولیه برای گروه نیز انجام شد، باید آن دسته از افراد را که نیازها و اهدافشان با اهداف گروه متناسب و هماهنگ است، انتخاب کنید. برای این کار باید جلسهٔ خصوصی با افراد انتخاب‌شده، برگزار شود تا اعضا از تشکیل گروه، روش‌ها و اهداف آن با خبر شوند و رهبر گروه نیز از انتظارات افراد با خبر شده و با میزان تغییرپذیری آن‌ها آشنا شود.

این گروه، افرادی را شامل می‌شود که براساس ارتباطات چهارگانهٔ ذکرشده در فصول قبل، دچار ناراحتی معنوی هستند.

ب. ملاحظات عملی در شکل‌گیری گروه

اندازهٔ گروه

تحقیقات نشان می‌دهد که بهترین دامنهٔ پذیرفته‌شدهٔ گروه، از ۱۰ تا ۱۵ نفر همراه با یک رهبر و یک یا رهبر، متغیر است. این گروه نیز با همین تعداد تشکیل می‌شود.

ویژگی اعضا

بهتر است اعضای گروه در شرایط نسبتاً مشابهی باشند؛ برای مثال بیماران مبتلا به سرطان، بیماران در مرحلهٔ اولیهٔ بیماری، بیماران در مراحل پایانی بیماری، بیماران در حین شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، بیمارانی که بیماری‌شان عود کرده است و بیمارانی که معالجه شده‌اند، هرکدام در شرایط خاص جسمی، روانی و معنوی به‌سر می‌برند؛ لذا بهتر است قبل از تشکیل گروه، جلسات انفرادی با افراد برگزار شود و دربارهٔ گروه برای آن‌ها توضیحاتی داده شود تا از امکان حضور فعال فرد در گروه اطمینان حاصل گردد.

در این گروه، ملاک اصلی، توانایی جسمی در حد و اندازهٔ امکان حضور فعال در گروه است. جلسات می‌تواند براساس صلاحدید رهبر گروه، در هر دوره به صورت تک‌جنسی یا دوجنسی تشکیل شود. سن افراد بیشتر از ۱۸ سال است.

مدت و تعداد جلسات در مداخلات گروهی کوتاه‌مدت

سؤال اصلی در اینجا این است که تعریف ما از کوتاه چیست؟ دامنهٔ پاسخ به این پرسش گسترده است. بعضی از متخصصان تعداد کمتر از ۱۶ تا ۲۰ جلسه و گروهی نیز کمتر از ۲۰ تا ۲۵ جلسه را کوتاه می‌دانند. برای گروه‌های بستری ممکن است فقط یک جلسه برگزار شود. براساس نظر متخصصان، شاید بهتر باشد که تعریفی کاربردی برای معنی کوتاه ارائه دهیم. گروه کوتاه، کوتاه‌ترین گروهی است که می‌تواند به اهداف مشخص دست یابد. درواقع این اصطلاح برای گروهی مناسب است که «مداخلات گروهی با مدت زمان مشخص» دارند. این گروه به‌صورت جلسات هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه و در شش جلسه برگزار می‌شود.

ساختار گروه

باز یا بسته بودن گروه باید قبل از شروع مشخص شود؛ بدین معنی که آیا ورود افراد جدید بعد از اولین جلسه امکان دارد یا خیر؟

ملاقات‌های پیش از شکل‌گیری گروه

همان طورکه قبلاً نیز اشاره شد، این جلسات به منظور آشنایی رهبر با هر کدام از اعضا و اینکه چقدر مایل به تغییر هستند، چه انتظاراتی از گروه و از خود دارند و... برگزار می‌شود؟

ج. سنجش گروه

شامل آزمون‌هایی است که پارامترهای مدنظر برای ایجاد تغییر را قبل و بعد از اتمام گروه می‌سنجد.

د. ویژگی‌ها و وظایف رهبر گروه

رهبر گروه باید اهداف را روشن کند، روی گروه متمرکز شود و به همهٔ حالات افراد گروه توجه کند، برنامه‌ریزی زمانی کند و فعال و کارا باشد. رهبر گروه باید انعطاف‌پذیر باشد و از تمام ابزارهای لازم برای افزایش کارایی استفاده کند. تنظیم پیش‌نویس، اعلان گروه، مصاحبه‌های پیش از تشکیل گروه و تنظیم جزئیات بر عهدهٔ رهبر گروه است.

ه. قوانین گروه

رازداری مهم‌ترین قانونی است که برای اعضا مشخص می‌شود. در عین حال از اعضا خواسته می‌شود که از ابراز مسائل شخصی خود اجتناب

نکنند و به‌طور مستقیم با سایر اعضا ارتباط برقرار کرده و به شکل فعال در فعالیت‌ها و مباحث گروه شرکت کنند؛ البته این خودافشاسازی نباید به‌گونه‌ای باشد که تمام مسائل اصلی زندگی خود را در گروه مطرح کنند.

ی. نحوهٔ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر

بعد از شکل‌گیری گروه، یا رهبر سابقهٔ پژوهشی درمانی رهبر گروه را برای آشنایی افراد با وی بیان می‌کند و سپس رهبر گروه، سابقهٔ یا رهبر را بیان کرده، آنگاه تک‌تک اعضا، خود را معرفی می‌کنند.

ژ. مراحل گروه

همهٔ گروه‌ها از سه مرحله می‌گذرند: مرحلهٔ شروع، مرحلهٔ میانی یا مرحلهٔ کار و مرحلهٔ پایانی یا خاتمه.

مرحلهٔ شروع

منظور از مرحلهٔ شروع، دورهٔ زمانی صَرف شده برای آشنایی اعضا با هم و با رهبر و یا رهبر گروه و برای بحث دربارهٔ موضوعاتی از قبیل هدف گروه، انتظارات، قواعد گروهی، از قبیل لزوم شرکت در تمام جلسات، اصل رازداری و احترام به اعضا و عقاید آن‌ها و...، محتوی گروه، تعداد جلسات، طول مدت هر جلسه و زمان برگزاری هر جلسه است. مرحلهٔ شروع می‌تواند بخشی از جلسهٔ اول یا کل جلسهٔ اول باشد. در گروه درمانی معنوی اغلب اوقات، جلسهٔ اول به برقراری ارتباط اختصاص پیدا می‌کند.

مرحلهٔ کار

در این مرحله اعضا بر هدف گروه متمرکز می‌شوند، موضوعات جدیدی را

یاد می‌گیرند، دربارهٔ موضوعات گوناگونی بحث می‌کنند و تکالیفی را انجام می‌دهند. این مرحله هستهٔ مرکزی فرایند گروهی است.

مرحلهٔ اختتام

مرحلهٔ پایان دادن به گروه است. در این دوره اعضا دربارهٔ اینکه چه یاد گرفته‌اند، چگونه تغییر پیدا کرده‌اند و چگونه از آموخته‌های خود استفاده خواهند کرد، با همدیگر صحبت می‌کنند.

طول مدت مرحلهٔ اختتام به نوع گروه، طول مدت جلسات و رشد و پیشرفت گروه بستگی دارد. بیشتر گروه‌ها برای مرحلهٔ اختتام فقط به یک جلسه نیاز دارند. در گروه درمانی معنوی، این بخش در بخش انتهایی جلسهٔ ششم انجام می‌گیرد.

و. محتوای جلسات

مداخلهٔ در گروه با رویکرد شناختی معنوی تبیین شده است. در این رویکرد تأکید زیادی می‌شود که مفاهیم به‌طور عملیاتی بیان شوند. قسمت اعظم درمان، براساس رویکرد اینجا و اکنون صورت می‌گیرد. هدف اصلی درمان عبارت است از کمک به بیمار به‌گونه‌ای که تغییرات نگرشی در او ایجاد شده و افکار منفی مربوط به خود، جهان و آینده در او کاهش یابد. برنامهٔ مداخلهٔ گروهی، محتوی محور بوده و سعی می‌کند در نگرش بیماران در چهار حیطهٔ ارتباط با خدا، خود، دیگران و طبیعت تغییر و اصلاح ایجاد کند تا از این راه، امید بیماران را افزایش دهد.

ازآنجایی‌که دعا گاهی به‌عنوان یک مقابله‌ای مذهبی به‌کار می‌رود، اگر نگاه به دعا ابزاری و مشکل محور باشد، فرد فقط هنگام مشکل، از دعا بهره

می‌جوید؛ ولی در دیدگاه جامع، بدیع و کارکردگرا، دعا الگویی شناختی است که توجه به مضمون و مفهوم آن، می‌تواند نگرش فرد را به خود، خدا، خلق و هستی تغییر دهد. با چنین نگاهی به دعا، این مداخله به ارتقای امید در بیماران کمک می‌کند.

گروه درمانی معنوی، حداقل شش جلسه است که در چهار محور اصلی ارتباطی به مداخله می‌پردازد. این چهار محور عبارت‌اند از: ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت.

به‌عنوان قانونی کلی، در ابتدای هر جلسه، دربارهٔ محتوا و تکالیف جلسهٔ قبل بازخورد گرفته می‌شود و مشخص می‌شود که بر رفتار و افکار و احساسات فرد چه تأثیری گذاشته است. بعد از هر جلسه نیز در فاصلهٔ بین دو جلسه، نکات اصلی ارائه‌شده در جلسه را به‌صورت پیامک‌های روزانه برای اعضای گروه ارسال می‌کنیم.

جلسهٔ اول (مرحلهٔ شروع، مرحلهٔ کار)

هدف:

۱. معرفی و آشنایی اعضای گروه و رهبر یا رهبران گروه؛

۲. تغییر نگرش به دعا و مسائلی از قبیل دعا و اجابت، دعا و علیت، آموزشی بودن دعا و همچنین توجه به معنای دعا بر اساس روان‌شناسی مثبت‌نگر؛

۳. تغییر نگرش در چهار مدار ارتباطی با استفاده از دعا و بیان تأثیر این نوع مداخلهٔ معنوی بر سلامتی.

محتوا:

شروع جلسه با معرفی رهبر و یا رهبران در زمینهٔ سابقهٔ حرفه‌ای و تحصیلات و معرفی اهداف و محتوای گروه آغاز می‌شود. سپس اعضای گروه خود را معرفی کرده و انتظارات خود را از گروه بیان می‌کنند.

به‌منظور تغییر نگرش بیماران، می‌توان از دعای «یا مقلب القلوب...» یا ذکر «یا رحمان» استفاده کرد. نکاتی که در دعا بیان می‌شود، به شرح زیر است:

نگرش مجموعه افکار و عقاید، احساسات و عواطف و تمایلات فردی است. افکار ما ممکن است نگرش ساز باشد. گاه رویدادی در زندگی رخ می‌دهد و هر فرد براساس فکر و نگرش خود به آن نگاه می‌کند؛ یکی به دید مسئله و دیگری به دید مشکل. اوّلی در پی حل مسئله و دومی در پی یافتن مقصر است؛ مثلاً اینکه چرا مشکل برای من پیش آمده، من بدبخت هستم، خدا مرا دوست ندارد و... نگرش صحیح آن است که به رویدادها به‌صورت مسئله نگاه شود و علت یابی مشکل فقط برای تکرارنشدن و خروج از آن باشد.

مهارت معنوی با دعای «یا مقلب القلوب و الابصار» این تغییر را ایجاد می‌کند؛ برای مثال تعدادی فکر می‌کنیم، نباید در زندگی رنج و سختی را تحمل کنیم و به هنگام رسیدن سختی‌ها خودخوری می‌کنیم؛ درحالی‌که قرآن در آیهٔ چهار سورهٔ بلد می‌فرماید: «ما انسان را در رنج و سختی آفریدیم»؛ پس سختی وجود دارد. اگر به مشکلات به‌صورت مسئله نگاه کنیم و در پی حل آن باشیم، وقایع زندگی ما را ناآرام نمی‌کند و همراه با آن دشواری، آرامش و نشاط و پیشرفت نیز به‌دست خواهیم آورد؛ بنابراین، هر حادثه و فکر منفی برای ما پیش آمد، ذکر «یا مقلب القلوب» را بخوانیم و از خدا طلب یاری کنیم و با مشورت دیگران راه‌حل مشکل را دریابیم. دعای مذکور، ابتدا به تغییر فکر اشاره کرده و بعد تغییر نگاه را مطرح می‌کند. این مطلب نشانگر آن است که تا افکارمان درست نشود، نگاه

ما به زندگی و رویدادهای آن تغییر نمی‌کند. با پیش‌آمدن هر مسئله‌ای دعا بخوانیم و از خدا بخواهیم دربارهٔ حل مسائل زندگی، به ما بینش صحیح بدهد.

در پایان جلسهٔ اول گروه درمانی، ذکر این دعا در طول هفته به‌عنوان تکلیف به اعضای گروه داده می‌شود.

جلسهٔ دوم (مرحلهٔ کار)

هدف:

اصلاح و تقویت ارتباط واقعی با خدا (امید و توکل)

محتوا:

توضیح اینکه در ارتباط با خدا، می‌خواهیم ارتباط واقعی و مستمر با خدا برقرار کنیم و به این منظور، از متون دینی که حاکی از مهربانی و لطف خدا به بیمار است، استفاده می‌شود.

بحث اصلی گروه در این جلسه، امید و توکل است؛ لذا در ابتدا از اعضای گروه، معنای امید پرسیده شده و در ادامه، منبع واقعی امید (امید به خدا) بر اساس مناجات امیدواران توضیح داده می‌شود. سپس بحث توکل واقعی و صحیح مطرح شده و به این منظور، از دعای خروج از منزل به منظور ارتقای مفهوم توکل استفاده می‌گردد و این دعا به‌عنوان تکلیف به بیماران داده می‌شود.

«بِسْمِ اللهِ آمَنْتُ بِاللهِ تَوَکَّلْتُ عَلَی اللهِ ما شاءَ اللهُ لاحَوْلَ وَ لاقُوَّةَ اِلا بِاللهِ»؛[۳۳]
با نام خدا هر کاری را شروع می‌کنم، به خدا ایمان دارم، در امور زندگی به خدا توکل می‌کنم. (می‌دانم) آنچه خدا بخواهد می‌شود و هیچ نیرو و قدرتی جز قدرت خدا نیست.

یکی از عوامل اضطراب، نگرانی از آیندهٔ خود و فرزندان است. با کسب مهارت معنوی نگاه روان‌شناختی و خواندن دعای «خروج از منزل» می‌توان

در رفع یا کاستن نگرانی کوشید. چهار الگوی معنوی در این دعا وجود دارد که عبارت‌اند از:

۱. در هر کاری و هر فکری یاد خدا باشیم (بسم الله)؛ یعنی خدایا، خروج از منزل را با نام تو شروع می‌کنم.

۲. به خدا ایمان بیاوریم (آمنت بالله) و مهربانی‌ها و حمایت‌های پروردگار خود، در گذشته را، ببینیم. خدای امروز همان خدای دیروز است که تا به حال ما را یاری کرده است.

۳. توکل بر خدا کنیم. توکل کردن، یعنی در هر کاری وظیفهٔ خود را با مشورت و برنامه‌ریزی و آینده‌نگری انجام دهیم؛ اما معلوم نیست نتیجه همان شود که ما محاسبه کردیم. ممکن است بهتر از آن یا بدتر آن بشود. در این مرحله باید کار را به خدا واگذار کنیم. پس توکل بر خدا، یعنی من مأمور به وظیفهٔ خود هستم؛ ولی نتیجه به دست خداست. اگر چیزی عنایت کرد، لطف اوست و اگر چیزی به من نرسید، حکمت اوست؛ چون او دوست‌دار من است.

۴. مقدرات الهی را بپذیریم. بسیاری از اسباب در اختیار ما نیست. ما حرکتی انجام می‌دهیم؛ ولی اینکه به چه سرانجامی برسد، به دست اوست؛ پس قبول کنیم آنچه خدا بخواهد، همان می‌شود (ماشاءالله) و قدرت خدا همهٔ قدرت‌ها را دربرمی‌گیرد. با این نگرش، یعنی یاد خدا، ایمان به او، توکل بر او، پذیرش مقدرات و قدرت الهی، می‌توانیم نگرانی خود را از آینده بکاهیم.

در پایان جلسهٔ دوم گروه درمانی، می‌توان این دعا را به صورت برچسب و بروشور به اعضای گروه داد.

جلسهٔ سوم (مرحلهٔ کار)

هدف:

اصلاح و تقویت ارتباط واقعی با خدا (صبر)

محتوا:

در این جلسه محور اصلی بحث، صبر واقعی است و فرق بین صبر و تحمل‌کردن منفعل بیان می‌شود. لذا در ابتدا از اعضای گروه معنای صبر پرسیده می‌شود، سپس بحث صبر واقعی و صحیح مطرح می‌شود. صبر عبادی و صبر جمیل همراه با نمونه‌های تاریخی برای آنان بیان شده و اثر صبرورزی بر سلامت روان تبیین و صبر بر اساس آیات، روایات و حکایات برای اعضای گروه تحلیل می‌شود.

در پایان برای آن‌ها تکنیک‌های معنوی برای صبرورزی ارائه شده و دعای «ربنا افرغ علینا صبرا» به‌عنوان تکلیف به اعضای گروه داده می‌شود.

جلسهٔ چهارم (مرحلهٔ کار)

هدف:

اصلاح و تقویت ارتباط با خود و رسیدن به عزت نفس

محتوا:

در این جلسه بحث دربارهٔ ارتباط با خود شروع شده و توضیح عزت نفس و حرمت نفس از دیدگاه روان‌شناسی بیان می‌شود.

عزت نفس یا حرمت نفس،[۳۴] به‌معنای قضاوت شخص از ارزشمندی خود است و به نگرش فرد از خود دلالت می‌کند. در واقع چگونگی عزت نفس، احساس خود دربارهٔ خود است که به همهٔ افکار، ادراکات، هیجانات، اهداف و آرزوهای

شخص نفوذ می‌کند. عزت نفس فرد را در برابر اضطراب محافظت می‌کند و فردی که از احساس ارزشمندی خوبی برخوردار است، قادر است با تهدیدها و وقایع فشارزای بیرونی، با حداقل تجربهٔ برانگیختگی منفی و ازهم‌پاشیدگی سازمان روانی، مواجه شود.

در پایان، تعریف معنوی از عزت نفس ارائه شده و به این منظور، از دعای «والعزیز من اعزته عبادتک» (عزیز کسی است که بندگی، او را عزیز کند)، برای تبیین توجه به خدا و تلاش و عزت نفس داشتن استفاده می‌شود. به مثال زیر توجه کنید:

فرض کنید دوستی مهربان و صمیمی دارید که مدیر مؤسسه‌ای است. روزی برای انجام کاری به آنجا مُراجعه می‌کنید. کار باید مراحل اداری را طی کند، مثل پُرکردن فرم‌های مخصوص و... . وقتی برای استخدام به مسئول آنجا مُراجعه می‌کنید، ممکن است شاهد دو نوع رفتار باشید:

۱. اگر رفتار و پاسخ مسئول منفی باشد، در همان حال، توجه و فکرتان به دوستتان که مدیر مؤسسه است، معطوف می‌شود و ناآرامی در شما ایجاد نمی‌شود. با خود می‌گویید سراغ او می‌روم و کارم را حل می‌کنم.

۲. در حالت دوم، پاسخ و رفتار مسئول مثبت است. باز هم فکر می‌کنید این رفتار به علت آن است که شاید او می‌داند من سفارش‌شدهٔ مدیر هستم.

بنابراین، مقصود از بریدن و جدایی از خلق، آن است که در هر حرکتی، توجه و فکر به سوی خدا باشد، اگرچه وظایف عادی خود را انجام داده‌ایم و ارتباطات اجتماعی خود را برقرار کرده‌ایم. در این حال، چه پاسخ مثبت باشد و چه منفی، خود را ناکام نمی‌بینیم؛ چون معتقدیم خدا مدیر و مدبر هستی است. هنگام شکست و اختلال‌های فکری و تناقض‌ها نیز به وسیلهٔ دعا، با خدا ارتباط برقرار

می‌کنیم و از خدا می‌خواهیم که ما را یاری کند؛ زیرا یاد و توجه به خدا سبب‌ساز و راهگشایی است که خودش به‌عنوان رئیس و سرپرست امور می‌تواند ما را به آرامش برساند.

در پایان جلسه، دعای «والعزیز من اعزته عبادتک»؛ (عزیز کسی است که بندگی، او را عزیز کند.) به‌عنوان تکلیف به اعضای گروه داده می‌شود.

جلسهٔ پنجم (مرحلهٔ کار، مرحلهٔ اختتام)

هدف:

۱. اصلاح و تقویت ارتباط با دیگران (بخشش)

۲. آماده‌سازی اعضا برای اتمام جلسات

محتوا:

در این جلسه بحث دربارهٔ ارتباط با دیگران و بخشش است. از گروه خواسته می‌شود یکی از مشکلات بین‌فردی را که اخیراً آن‌ها را ناراحت کرده، بیان کنند. این مطلب در گروه به بحث گذاشته شده و روش مقابلهٔ صحیح معنوی روان‌شناسی آموزش داده می‌شود.

در ادامه داستان فیل مولوی گفته شده و بیان می‌شود که تفسیرهای ما ممکن است عین واقعیت نباشد. دعای «اللهم إجعل نور فی بصری» برای رسیدن به واقع‌بینی و اینکه با این واقع‌بینی بتوانیم با اطرافیان رابطهٔ بهتری برقرار کنیم، گفته می‌شود. سپس با بیان داستان حضرت علی علیه‌السلام و ابن‌ملجم. بخشش به‌عنوان شأن و ارزش معرفی شده و تأکید می‌شود که بخشش برای خدا صورت بگیرد.

همچنین از دعای «اللهم ان کان صادقا فاغفر لی وان کان کاذبا فاغفر له»[۳۵]

(بخشایشگرا، اگر او درست می‌گوید، مرا ببخش و اگر او نادرست می‌گوید، پس او را ببخش) استفاده شود. این دعا در واقع قضاوت نکردن و نوع دوستی را آموزش می‌دهد. استفاده از این دعا برای تکلیف گروهی نیز بسیار مفید است. همچنین اعضای گروه برای اتمام جلسات آماده شده و به آن‌ها اطلاع داده می‌شود که جلسهٔ آینده پایان گروه خواهد بود.

جلسهٔ ششم (مرحلهٔ کار، مرحلهٔ اختتام)

هدف:

اصلاح و تقویت ارتباط با طبیعت

محتوا:

در این جلسه بحثی دربارهٔ ارتباط با طبیعت ارائه می‌شود. شروع جلسه به این صورت است که از اعضای گروه پرسیده می‌شود آیا در راه، کودک، درخت یا هر کدام از مظاهر طبیعت را دیده‌اند یا نه؟ و به این وسیله لزوم توجه به طبیعت پیرامون را یادآور می‌شویم.

برای جلب توجه افراد به اینکه باید با طبیعت و نعمت‌های خدا ارتباط برقرار کنیم، از دعای «اللهم خلصنی...»؛ (پروردگارا مرا از هر غمی رهایی ده، همانگونه که با نیرویت میوه را از میان آب و گل و ماسه رها می‌نمایی و...) استفاده می‌کنیم.

همچنین از دعای «اللهم بارک لنا فیه و ارزقنا خیرا منه»؛ (روزی بخشا به این غذا برکت بخش و تو بهتر از آن را روزیمان فرما) استفاده می‌کنیم و به مراحلی که غذا طی کرده تا سر سفرهٔ ما بیاید و رنگ‌هایی که در سفره‌ها وجود دارد، اشاره می‌کنیم.

این مفاهیم با مفهوم ذهن آگاهی که در روان‌شناسی وجود دارد، هماهنگ است.

در پایان از دعای «اللهم بارک لنا فیه» به‌عنوان تکالیف رفتاری در طول هفته استفاده می‌کنیم. اعضا با همدیگر در میان می‌گذارند که چه یاد گرفته‌اند، چگونه تغییر پیدا کرده‌اند و چگونه از آموخته‌های خود استفاده خواهند کرد.

فصل ششم

ملاحظاتِ مراقبت معنوی در منزل

اهمّیّت و ارزش عیادت

بیماری‌های صعب‌العلاج در انتهای مسیر با بستری طولانی‌مدت در منزل همراه است. این افراد بخش زیادی از زندگی خود را در منزل سپری می‌کنند و این ماندن در منزل، تبعات منفی فراوانی را برای بیمار و خانوادهٔ او ایجاد می‌کند. در این بین در تعالیم دینی و متون اسلامی، نکات فراوان اخلاقی و معنوی برای این شرایط، خصوصاً در برخورد اطرافیان با بیمار در منزل وجود دارد. آیین مقدّس و حیات بخش اسلام که به ارزش‌های متعالی انسانی و بارورکردن آن در جامعه توجّه خاصی می‌کند، بر عیادت بیمار به‌عنوان رفتاری اخلاقی، انسانی و الهی تأکید می‌کند و به پیروانش سفارش می‌کند که در زندگی خود به آن پابند باشند. ازاین‌رو، به‌عنوان مسلمان، ضروری است که دیدگاه اسلام دربارهٔ اهمّیّت این رفتار پسندیده را بدانیم، با وظایف خویش در قبال بیمار، بیش از پیش، آشنا شویم و از آثار و برکات عیادت نیز آگاه گردیم.

در مکتب انسان‌ساز اسلام، عیادت بیمار و دیدار او، از اهمّیّت و ارزش ویژه‌ای برخوردار است؛ چراکه این رفتار نیك اخلاقی، پسندیدهٔ خداوند است، نقش بسزایی را در تحکیم روابط انسانی و صمیمیّت و اخوّت، ایفا می‌کند. در اهمیت عیادت همین بس که جزء حقوق مسلم فرد مسلمان دانسته شده است.

نبی‌اکرم ﷺ می‌فرمایند:

حق مسلمان بر مسلمان آن است که چون او را ببیند، به او سلام کند و چون مریض شد، عیادتش نماید و چون بمیرد، جنازه‌اش را تشییع کند. در سیرهٔ پیامبر اسلام ﷺ آمده است که آن حضرت همسایهٔ یهودی را عیادت می‌کرد. به همین دلیل، رسول خدا ﷺ در تفسیر آیهٔ ﴿فَإِذا قُضِيَتِ الصَّلاةُ فَانْتَشِرُوا فِي الْأَرْضِ﴾[۳۶] عیادت بیمار را در کنار دیگر رفتارهای ارزشمند اخلاقی، ذکر می‌کند و می‌فرماید: «منظور آیه [از پراکنده شدن در زمین] طلب کارهای دنیوی نیست، بلکه منظور عیادت بیمار، تشییع جنازه و دیدار برادر دینی در راه خداست.»[۳۷]

امیرمؤمنان علی علیه‌السلام، اهمّیّت عیادت بیمار را نسبت به دیگر اعمال نیك یادآور شده، می‌فرماید:

«مِنْ أَحْسَنِ الْحَسَناتِ عِيادَةُ الْمَرِيضِ»؛[۳۸] از جمله نیکوترین اعمال انسان، عیادت بیمار است.

امام صادق علیه‌السلام نیز جایگاه آن را در پیشگاه خدای متعال، چنین بازگو می‌کند:

روز قیامت بندهٔ مؤمنی به سوی خدای تعالی خوانده می‌شود، آنگاه خداوند خطاب به او می‌فرماید: ای مؤمن، چه چیز تو را مانع شد، هنگامی که بیمار بودم به عیادتم بیایی؟ او می‌گوید: تو پروردگار من هستی و من بنده تو هستم، تو زنده و پایداری و درد و ناراحتی به تو اصابت نمی‌کند، خدای عزّوجلّ می‌فرماید: کسی که مؤمنی را عیادت کند، مرا عیادت کرده است، سپس می‌فرماید: آیا فلانی پسر فلانی را می‌شناسی؟ می‌گوید: بلی! خداوند می‌فرماید: چه چیز تو را مانع شد که او را در هنگام بیماری‌اش عیادت کنی؟ همانا اگر او را عیادت می‌کردی، مرا عیادت کرده بودی و مرا نزد وی می‌یافتی. آن‌گاه اگر از من برآوردن حاجتی را درخواست می‌کردی، برایت برآورده ساخته، آن را ردّ نمی‌کردم.[۳۹]

بیمـار نیـز نباید مانع این خیر برای افراد شـود و با پذیـرش عیادت‌کنندگان، زمینهٔ این ارتباطات اخلاقی را فراهم آورد. امام ششم علیه‌السلام فرمودند:

شایسته است که بیمار به برادران مؤمنش اجازه دهد که در بیماری، عیادتـش کننـد تـا او و آن هـا اجـر ببرنـد. پرسـیدند عیادت‌کننـدگان به‌واسطهٔ عیادت اجر می‌برند، مریض چگونه اجر می‌برد؟ فرمود: اجازه موجب می‌شود که عیادت‌کنندگان با عیادت، حسنه به‌دست آورند و از این راه اجر می‌برند و از این رو ده حسـنه برایش نوشـته شـده و ده درجه بالا می‌رود و ده گناه از او برطرف می‌شود.[۴۰]

و فرمود:

سـزاوار اسـت که صاحبان میت، به مؤمنان اجازه دهند تا بر جنازهٔ او نماز خوانند و برایش استغفار کنند و آن را تشییع نمایند تا این کار برای آن‌ها اجر و برای میّت استغفار باشد.

شرایط گیرندهٔ مراقبت معنوی در منزل

در موارد زیر مراقبت معنوی در منزل و بر بالین بیمار انجام می‌شود:

۱. بیماری که توانایی فیزیکی برای حضور سرپایی در مرکز درمانی را ندارد.

۲. مواقعی که بر اساس تشخیص مراقب معنوی، ارائهٔ مراقبت در منزل و در فضای خانواده تأثیر بیشتری دارد.

وظایف اخلاقی مراقب معنوی در منزل

مراقـب معنـوی کـه بـه منـزل بیمار مـی‌رود، می‌تواند بـا گفتـار و رفتارش، به‌صورت ویژه، در بهبودی و سلامتی او تأثیرگذار باشد. برخی از وظایف به اختصار عبارت است از:

۱. ارتباط فیزیکی با بیمار

درصورتی‌که بیمار شرایط روحی و جسمی مناسبی دارد، بهتر است دست بیمار گرفته و با او مصافحه شود و از لمس، برای ارتباط بهتر استفاده شود. در روایتی آمده است:

> عیادت کامل بیمار این است که دست بر او بگذارید و از او بپرسید، چگونه‌ای؟ چگونه صبح را شب کردی و درود کامل این است که با وی مصافحه کنید.[۴۱]

۲. امیدبخشی به بیمار

نگاه غم‌بار بیمار و اطرافیان، حاکی از ناامیدی فراوان دربارهٔ بیماری است که لحظه به لحظه وضعیت جسمی وخیم‌تری پیدا می‌کند. امیدبخشی به چنین افرادی، دریچه‌ای روشن برای زندان تاریک ناامیدی است. از جمله وظایف مهم همراهان، عیادت‌کنندگان، پرستاران و... امیدبخشی به بیماران است؛ البته باید درنظر داشت که این امیدبخشی به معنی ابراز نظر پزشکی و غیرتخصصی درمورد وضعیت و عاقبت بیماری و ایجاد امید غیرواقعی نیست.

در روایت از معصوم آمده است:

> هرگاه نزد بیمار رفتید، او را به سلامت و طول عمر امیدوار سازید. ممکن است این امیدواری در قضای الهی مؤثر نباشد؛ ولی بیمار را دلخوش می‌کند و باعث آرامش و تسکین او می‌شود.[۴۲]

۳. تلاش برای تقویت عزت نفس

عزت نفس، ارزیابی مداوم شخص دربارهٔ ارزشمندی خویش است. بیماران صعب‌العلاج به علت کم‌رنگ شدن نقش اجتماعی آن‌ها، گاهی

عزت نفسشان کم می‌شود. به عبارت دیگر بیمار قبلاً نقش فعالی در زندگی اجتماعی و خانوادگی خود ایفا می‌کرده است و اکنون به علت گرفتاری که برای او پیش آمده، ممکن است احساس بی‌ارزشی کند. در این صورت وظیفهٔ مراقب معنوی این است که کمک کند بیمار احساس حقارت نکند و نقش‌های جدیدی برای او بیان کند که احساس ارزشمندی خود را از دست ندهد. متخصصان معتقدند رفتارهای مذهبی در احساس ارزشمندی یا عزت نفس بیمار مؤثر است و سبب امیدواری و هدفمندی در زندگی می‌شود.

یکی از راهکارهای معنوی که براساس کار بالینی، بر تقویت احساس ارزشمندی بیمار تأثیر فراوانی دارد، تقاضای دعا از بیمار است. پیامبر ﷺ فرمودند:

> چون بر بیماری وارد شدید، از او بخواهید برای شما دعا کند؛ چراکه دعای او همچون دعای فرشتگان است.[۴۳]

۴. دل‌جویی

نشستن در کنار بیمار، پرسیدن حال او و اینکه شب و روز را چگونه گذرانده، همدلی با بیمار و دل‌جویی از او، موجب آرامش خاطر و تسکین دردش خواهد شد. رسول خدا ﷺ رفتاری را که حاکی از دل‌جویی و محبّت به بیمار است، مشخص کرده، می‌فرمایند:

«تَمامُ عِیادَةِ الْمَریضِ اَنْ یَضَعَ اَحَدُکُمْ یَدَهُ عَلَیْهِ وَیَسْأَلَهُ کَیْفَ اَنْتَ؟ کَیْفَ اَصْبَحْتَ؟ وَکَیْفَ اَمْسَیْتَ؟»؛[۴۴] کمال عیادت بیمار در آن است که دست بر [سر] او نهاده، حالش را بپرسی و از اینکه شب و روز خود را چگونه می‌گذراند، سؤال کنی.

۵. همدردی

همراهی و همدری با مسلمانی که بیماری و درد و رنج وجودش را فرا گرفته، از وظایف مهمّ عیادت‌کننده، بلکه جامعه اسلامی است؛ زیرا اسلام، جامعه را چون پیکر واحدی می‌داند که در مسیر واحدی و به سوی خدا، در حرکت و تکاپوست، به‌گونه‌ای که اگر عضوی از آن، دچار مشکل و ناراحتی شود، دیگر اعضا به یاری‌اش شتافته، با رسیدگی، محبّت و کمك خود، درمانش می‌کنند. پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله ضمن اشاره به جامعهٔ اسلامی و تشبیه آن به یك پیکر، بر همدردی با بیمار تأکید کرده‌اند:

«إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ فِی تَرَاحُمِهِمْ وَتَعَاطُفِهِمْ بِمَنْزِلَةِ الْجَسَدِ الْوَاحِدِ، اِذَا اشْتَکَی مِنْهُ عُضْوٌ وَاحِدٌ تَدَاعَی لَهُ سَائِرُ الْجَسَدِ بِالْحُمَّی وَالسَّهَرِ»؛[۴۵] همانا مؤمنان در مهربانی و عطوفت به یکدیگر، همانند یك پیکرند که وقتی عضوی از آن به درد آید، سایر اعضا در تب‌داری و بیداری با او همراهی و همدردی می‌کنند.

۶. هدیّه‌دادن

از جمله نشانه‌های محبّت و توجّه خاص به طرف مقابل، هدیّه‌دادن است. عیادت‌کننده با هدیّهٔ خود، اگرچه ناچیز باشد، صفا و صمیمیّت قلبی‌اش را به بیمار نشان داده، او را که در حالت افسردگی، نگرانی و رنج قرار دارد، خوشحال خواهد کرد.

امام صادق علیه السلام در سخنی با یارانش که می‌خواستند بیماری را عیادت کنند، اهمّیّت هدیّه و تأثیر آن را چنین بازگو می‌کند:

یکی از یاران امام می‌گوید: ما به عیادت فردی از دوستان ایشان که بیمار بود، می‌رفتیم. در بین راه، آن حضرت به ما برخورد و فرمود:

کجا می‌روید؟ گفتیم: به عیادت فلانی. فرمود: بایستید! چون ایستادیم، فرمود: آیا قدری سیب، گلابی، بالنگ یا اندکی عطر و عود به همراه دارید؟ گفتیم: خیر، چیزی از این‌ها را با خود نداریم، فرمود: آیا نمی‌دانید که بیمار به خاطر آنچه برایش می‌آورند، خوشحال می‌شود؟[۴۶]

البته هدیه دادن باید همراه با رعایت شرایطی بوده و با وضعیت بیماری بیمار متناسب باشد؛ مثلا اگر بیمار دچار تنگی شدید نفس است یا دچار آسم شده، بردن گل و گیاه طبیعی برای او مضر است. همچنین در بردن خوراکی‌هایی که مقدار زیادی قند و نمک دارد یا سایر حساسیت‌ها، به‌ویژه برای بیماری‌های صعب‌العلاج، باید احتیاط کرد. از سوی دیگر جنس هدیه‌هایی که مراقب معنوی در حین عیادت می‌دهد، باید متناسب با فضای دینی و اخلاقی باشد. بر اساس تجربیات بالینی، بهترین هدیه‌های معنوی برای بیمار، عبارت‌اند از ظرف‌هایی با نوشته‌هایی از آیات شفابخش دینی برای مصرف داروهای بیماران، دادن هدیه‌های متبرک از حرم امامان، مثل بسته‌های نمک و نبات، هدیه دادن عکس ضریح و حرم مطهر امام رضا علیه‌السلام، اهدا کتب دینی متناسب با فضای اخلاقی و روحی بیمار.

۷. دعا

از دیدگاه اسلام، استفاده از پزشک و دارو برای بهبودی بیمار، کاری مقدّماتی و به‌عنوان ابزار و وسیله است و در حقیقت، سلامتی واقعی و شفای کامل، به دست خداست؛ از این رو، همان طورکه در هیچ حالی نباید خدا را فراموش کرد، در مریضی و بیماری نیز باید به یاد او بود و از او استمداد جست و چه دعایی برتر و مؤثّرتر از دعای عیادت‌کنندگانی که برای رضای خدا به دیدار بیمار می‌روند.

کیفیت دعا برای بیمار

امام صادق علیه‌السلام به کیفیّت دعا اشاره کرده، می‌فرماید:

دست خود را بر سر بیمار نهاده، می‌گویی: «بِسْمِ اللَّهِ، وَمِنَ اللَّهِ، وَالَى اللَّهِ، وَما شاءَ اللَّهُ، وَلا حَوْلَ وَلا قُوَّةَ الَّا بِاللَّهِ»... آنگاه آیة الکرسی و سوره‌های حمد، فلق، ناس، توحید و ده آیه از آغاز سورهٔ یس را می‌خوانی و پس از آن می‌گویی: «اللَّهُمَّ اشْفِهِ بِشِفائِكَ وَداوِهِ بِدَوائِكَ وَعافِهِ مِنْ بَلائِكَ» آن‌گاه به حق محمد و آل محمد علیهم‌السلام استجابت دعا را از خدای متعال درخواست می‌کنی.[۴۷]

بی‌تردید دعای پزشک برای بهبود بیمار، در کنار انجام امور درمانی و معاینات خاص، صرف‌نظر از آثار ارزنده‌ای که دارد، نشانگر علاقهٔ پزشک به بهبود و سلامتی بیمار است. از امام صادق علیه‌السلام نقل شده است که پیامبر گرامی فرمود:

برای بیمار دعا کنید و این چنین بگویید: «اللَّهُمَّ اشْفِهِ بِشِفائِكَ وَداوِهِ بِدَوائِكَ وَعافِهِ مِنْ بَلائِكَ»؛[۴۸] خداوندا، او را به شفای خود شفا بخش و به دوای خود مداوا کن و بیماری او را به عافیت و سلامتی مبدل ساز!

در این بین می‌توان از سایر ادعیه و شعائر اسلامی مانند اذان نیز استفاده کرد. اذان فریاد بیداری و صلای رحمت و ترانهٔ عبودیت و نغمهٔ زیبا و سرود گویای اسلام است که سبب آرامش روان و صفای جان می‌شود. اذان نوشیدن جام معرفت یار و منتظر ماندن در کوی انتظار برای دیدار یار است. همچنین خواندن زیارت عاشورا، حدیث کساء و دعای توسل به صورت دسته جمعی، ولی آرام، در نشاط معنوی بیدار دلان تأثیر زیادی دارد.

۸. اطعام بیمار

بیماری از سویی سبب ضعف و ناتوانی فرد در انجام کارهای شخصی‌اش

می‌شود و از سوی دیگر دست او را از فعّالیّت و امرار معاش کوتاه می‌کند. در چنین وضعیّتی غذادادن به بیمار و خودداری از خوردن چیزی نزد او، از جمله وظایف و رفتارهای پسندیده‌ای است که در پیشگاه خدای تعالی پاداش بزرگی دارد.

رسول خدا ﷺ در این باره می‌فرماید:

«مَنْ أَطْعَمَ مَرِيضاً شَهْوَتَهُ، أَطْعَمَهُ اللَّهُ مِنْ ثِمارِ الجَنَّةِ»؛[۴۹] هر کس، شخص بیماری را طبق خواسته‌اش اطعام کند، خداوند با میوه‌های بهشت از او پذیرایی خواهد کرد.

امام علی علیه‌السلام، ضمن تأکید بر خودداری از چیزخوردن نزد بیمار، سخن پیامبر ﷺ در این زمینه را بازگو می‌کند:

«نَهى رَسُولُ اللَّهِ ﷺ أَنْ يَأْكُلَ الْعائِدُ عِنْدَ الْعَلِيلِ، فَيُحْبِطُ اللَّهُ أَجْرَ عِيادَتِهِ»؛[۵۰] رسول خدا ﷺ، عیادت‌کننده را از خوردن چیزی نزد بیمار، به‌ویژه اگر برای بیمار ضرر دارد، نهی فرمود؛ زیرا این کار موجب از میان رفتن پاداش عیادتش می‌شود.

۹. رعایت زمان عیادت

استراحت و آرامش، از جمله نیازهای اساسی و نخستین بیمار است که در بهبودی‌اش تأثیر درخور توجّه و شایانی می‌گذارد؛ از این رو، عیادت‌کننده باید زمان دیدار را کوتاه کند تا محیط برای استراحت بیمار، آماده شود. اگر بیمار در شرایطی از وضعیت جسمی است که توان ارتباط با عیادت‌کننده را ندارد، عیادت باید مختصر شود. پیامبر اکرم ﷺ با اشاره به سنگینی و سبکی بیماری، زمان عیادت را مشخّص کرده است:

«أَغِبُّوا فِي الْعِيادَةِ وَأَرْبَعُوا»؛[۵۱] یک روز در میان، در صورتی که بیماری

سخت و سنگین باشد یا هر سه روز، یك بار، بیمار را عیادت کنید.

امیرمؤمنان علی علیه‌السلام نیز بیشترین پاداش را برای کسی می‌داند که زمان عیادتش کوتاه باشد، مگر آنکه خود بیمار از او درخواست ماندن کند:

«أَنَّ مِنْ أَعْظَمِ الْعُوَّادِ أَجْراً عِنْدَ اللَّهِ لَمَنْ اذا عادَ أَخاهُ خَفَّفَ الْجُلُوسَ إِلَّا أَنْ يَكُونَ الْمَرِيضُ يُحِبُّ ذلِكَ وَيُرِيدُهُ وَيَسْأَلُهُ ذلِكَ»؛[۵۲] همانا پاداش عیادت‌کننده‌ای در پیشگاه خدا بیشتر است که هنگام عیادت از برادر دینی‌اش، تنها اندکی نزد او بنشیند، مگر آنکه خود بیمار آن را دوست داشته، از او بخواهد که زمان بیشتری را در کنارش باشد.

لازم به تذکر است که گاهی ارائه‌دهندهٔ مراقبت معنوی، ممکن است به تناسب مداخلهٔ خود، به زمان زیادتری نیاز داشته باشد؛ بنابراین اختصار در عیادت ممکن است برحسب نیاز برای مداخلهٔ معنوی، زمان طولانی‌تری طلب کند که با توجه به وضعیت روحی و جسمی بیمار، باید ارزیابی صورت گیرد.

آثار عیادت برای مراقب معنوی

عیادت بیمار و دل‌جویی از او به‌عنوان رفتار پسندیدهٔ اخلاقی و اجتماعی که با عواطف و احساسات درونی و فطری انسان نیز هماهنگ است، آثار و برکات دنیوی و اخروی فراوانی دارد؛ زیرا از سویی موجب می‌شود که روحیّهٔ بیمار تقویت شده، از بار سنگین بیماری که جسم و جانش را فراگرفته، کاسته شود و زودتر سلامت از دست‌رفته را بازیابد و از سوی دیگر، دل‌های افراد جامعه را به هم نزدیك‌تر کرده، برادری و همدلی را در بینشان افزایش می‌دهد تا آنجا که پروردگار به فرد و جامعه به واسطهٔ این رفتار الهی و انسانی لطف و رحمت عنایت می‌کند.

۱. پاداش عمل هزار سال

رسول خدا صلی‌الله‌علیه‌وآله با تأکید بر عیادت بیمار، پاداش آن را در پیشگاه خدای متعال چنین یادآور می‌شود:

«مَنْ عادَ مَریضاً فَجَلَسَ عِنْدَهُ ساعَةً، أَجْرَى اللَّهُ عَمَلَ أَلْفِ سَنَةٍ لا یَعْصَی اللَّهَ فیها طَرْفَةَ عَیْنٍ»؛[۵۳] کسی که بیماری را عیادت کرده، ساعتی نزد او بنشیند، خداوند پاداش عمل هزار سال را که لحظه‌ای در آن معصیت نکرده باشد، به او ارزانی می‌دارد.

۲. رحمت الهی و استغفار فرشتگان

امام صادق علیه‌السلام، غوطه‌ورشدن عیادت‌کننده در رحمت الهی و استغفار فرشتگان برای او را، از آثار عیادت می‌داند:

«أَیُّما مُؤْمِنٍ عادَ أَخاهُ فی مَرَضِهِ فَانْ کانَ حینَ یُصْبِحُ شَیَّعَهُ سَبْعُونَ أَلْفَ مَلَکٍ فَإِذا قَعَدَ عِنْدَهُ غَمَرَتْهُ الرَّحْمَةُ وَاسْتَغْفَرُوا لَهُ حَتَّی یُمْسِیَ وَإِنْ کانَ مَساءً کانَ لَهُ مِثْلُ ذلِکَ حَتَّی یُصْبِحَ»؛[۵۴] هر مؤمنی که برادر دینی‌اش را در هنگام بیماری، عیادت کند، اگر صبح باشد، هفتاد هزار فرشته او را همراهی می‌کنند و هنگامی که کنار بیمار بنشیند، رحمت الهی او را فراگرفته، تمامی آن فرشتگان تا شب برایش طلب آمرزش می‌کنند و اگر شب باشد، همین پاداش (رحمت و استغفار) تا صبح ادامه خواهد داشت.

۳. اجابت دعای بیمار در حق عیادت‌کننده

در جای دیگر با اشاره به نیّت خالص عیادت‌کننده، دعای بیمار برای او را، اثربخش و اجابت‌شده قلمداد می‌کند:

«مَنْ عادَ مَریضاً فِی اللَّهِ، لَمْ یَسْأَلِ الْمَریضُ لِلْعائِدِ شَیْئاً إِلَّا اسْتَجابَ اللَّهُ

لَهُ»؛[۵۵] کسی که برای رضای خدا، بیماری را عیادت کند، هر چیزی را بیمار برای او درخواست کند، خداوند برآورده خواهد کرد.

راهکارها و شرایط مراقبت معنوی در منزل

با توجه به وضعیت خاص بیمار صعب‌العلاج و نیز با رعایت شرایط متناسب او، لازم است به امور زیر توجه شود:

۱. درصورت امکان همراه‌بودن پرستار در حین مُراجعه به منزل بیمار امری بسیار کمک کننده است؛ چراکه در ابتدای ورود به منزل بیمار، علایم حیاتی بیمار و توصیه‌های لازم پرستاری و نیز پاسخ به سؤالات بیمار و خانوادهٔ بیمار دربارهٔ بیماری و علایم و تبعات آن مثل درد بیمار و داروهای مصرفی و به‌طور کلی تمامی نیازهای جسمی بیمار، در اولویت دغدغه‌های بیمار و خانوادهٔ اوست. پس از کنترل وضعیت جسمی بیمار و به‌آرامش رسیدن بیمار و خانواده، اکنون فرصت مداخلهٔ معنوی است. درغیراین صورت، آرامش لازم برای مداخله وجود ندارد و پذیرش لازم مهیا نیست. در این بین شرایط پرستار نیز بسیار مهم است. پرستاری که در تیم مراقبت معنوی حضور دارد، خود باید معتقد به اخلاق و معنویت باشد و نکات اخلاقی و دینی را به خوبی رعایت کند.

۲. باتوجه به اینکه در منزل بیمار، هم خود بیمار و هم خانوادهٔ بیمار درگیر مسائل معنوی هستند، بهتر است مشاوران دو نفر باشند. یک نفر با خود بیمار هم‌کلام شود و یک نفر خانوادهٔ بیمار را در فضایی خارج از اتاق بیمار به‌صورت گروه گردآوری کرده و با آن‌ها صحبت کند؛ بنابراین قبل از ورود به منزل بیمار و در حین هماهنگی با خانواده، باید حضور همهٔ افراد خانواده در حین حضور تیم مراقبت معنوی درخواست شود.

۳. ارزیابی اخلاقی و معنوی در منزل بیمار باید برحسب اطلاعات مهمی باشد که تأثیر بسزایی در اصل کار دارد. بهتر است مراقب معنوی در ابتدا و در حین اینکه پرستار مشغول کار پرستاری است، به صورت کاملاً فردی و با رعایت شرایط اخلاقی حفظ اسرار، از فردی که مراقب اصلی بیمار است، دربارهٔ نیازهای معنوی بیمار اطلاعات به دست آورد. ارزیابی اینکه آیا بیمار از بیماری خود اطلاع دارد یا خیر؟ آیا بیمار عزت نفس کافی دارد یا خیر؟ و سایر مطالب. سپس بر اساس نیازسنجی صورت گرفته به مداخلات ادامه می دهد.

۴. معمولاً ارتقای عزت نفس بیمار یکی از امور مشترکی است که برای اکثر بیماران باید انجام شود. این مهم بر اساس متون دینی با حداقل دو راهکار صورت می‌گیرد: نخست ارزش دادن به بیماری بر اساس روایاتی که حالت‌های بیماری را مقدس می‌شمرند و نمونه‌های آن در بالا گذشت؛ دوم تقاضای دعا از بیمار برای مشاور و اعضای خانواده در حضور اعضای خانواده.

۵. دربارهٔ پاسخ به سؤالات فقهی بیمار نیز باید توجه کرد. برخی از بیماران بر اساس شرایط سختی که در آن به سر می‌برند، احکام شرعی را رعایت نمی‌کنند و از این جهت، شدیداً احساس گناه می‌کنند. رعایت این نکته بسیار مهم است که برای بازگشت بیمار به وضعیت فقهی، باید بر اساس توان بیمار به او توصیه کرد، نه اینکه صرفاً با توضیحی مختصر و با بیان صرف نکات انذاری، بیمار را ترساند! باید توجه کرد که معمولاً بیمار، خود در مرحلهٔ خوف شدید است و اکنون نیاز به رجا دارد.

ورود به مسائل پزشکی و درمانی برای مراقب معنوی مطلقاً ممنوع است. مشاور در این امور نباید اظهار نظر کند و آن‌ها را به پزشک و پرستار ارجاع دهد.

اهدای بسته‌های تهیه شده توسط تیم مراقبت معنوی، برحسب شرایط

بیمـار، امـر بسـیار مهمی اسـت؛ بنابراین لازم اسـت بسـته‌های مختلفی وجود داشته باشد تا در منزل بیمار، متناسب با شرایط، اهدا شود.

۸. دعـای آخـر بسـیار مهم اسـت. بـه این صورت کـه در پایان عیـادت، همهٔ اعضـای خانـواده در کنـار بسـتر بیمـار حاضر شـده و پـس از قرائت حمـد، یکی از دعاهای مأثوره، به‌صورت مختصر تلاوت می‌شود و همگی برای سلامتی بیمار دعا می‌کنند.

منابع پیشنهادی برای مطالعه

خداشناسی معنوی

- خدا در اندیشه انسان، مرتضی مطهری، انتشارات صدرا.
- خدا در زندگی انسان، مرتضی مطهری، انتشارات صدرا.
- توحید، مرتضی مطهری، انتشارات صدرا.
- آموزش عقاید، محمدتقی مصباح یزدی، انتشارات موسسه امام خمینی رحمه‌الله‌علیه

عقوبت: بیماری و رفتارهای گذشته، احساس گناه از گذشته

- توبه آغوش رحمت، حسین انصاریان، انتشارات دارالعرفان.

عدالت: قضا و قدر، چرا من؟ چرا الان بیمار شده‌ام؟

- عدل الهی، مرتضی مطهری، انتشارات صدرا.
- انسان و سرنوشت، مرتضی مطهری، انتشارات صدرا.

دعا و اجابت: یاس از خدا، یأس از اولیاء، شفای بیماری

- اثر درمانی دعا با محوریت صحیفهٔ رضوی، مهدی احمدی فراز، انتشارات آستان قدس رضوی به نشر.
- صحیفهٔ سجادیه با اشاراتی به بهداشت روانی، مهدی احمدی فراز، نشر معارف اسلامی.
- مراقبه با دعا، مهدی احمدی فراز، انتشارات علوم پزشکی اصفهان.

• آرامش با نیایش، مهدی احمدی فراز، انتشارات علوم پزشکی اصفهان.

توکل: انجام وظیفه و واگذاری نتیجهٔ درمان به خدا

• توکل به خدا، محمدصادق شجاعی، انتشارات موسسهٔ امام خمینی رحمه‌الله‌علیه.

حکمت: آثار معنوی بیماری

• سلوک اخلاقی، طرح‌واره‌های روایی، امیر غنوی، پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.
• گفتارهایی در اخلاق اسلامی، مرتضی مطهری، انتشارات صدرا.

امیدواری: امید به خدا و آینده

• بهداشت روان در اسلام، سید مهدی صانعی، انتشارات بوستان کتاب.

آرامش معنوی: اذکار، ادعیه و برنامه‌های عبادی

• ندای عارفانه، محمدمهدی احمدی فراز، انتشارات بین‌المللی دعا.

ترس مرگ: ترس از فرایند مرگ، ترس از ناشناخته‌ها، ترس از عقوبت

• خداجویی و نقش آن در نگرش به مرگ، سید حسین علیا نسب، انتشارات موسسهٔ امام خمینی رحمه‌الله‌علیه.

کم‌صبری: نبود تاب‌آوری در برابر مشکلات عدیدهٔ ناشی از بیماری

• روش‌های توان‌افزایی در سختی‌ها، محسن عطاءالله، انتشارات دارالحدیث.

روابط بین فردی: خشم و مقصردانستن اطرافیان، بی‌توجهی دیگران، ارتباط زناشویی

• اسلام و زیبایی‌های زندگی، داوود رجبی‌نیا، انتشارات موسسه امام خمینی رحمه‌الله‌علیه.

پی‌نوشت‌ها

1 .Spirituality
2 .Transcendent
3 .Personal integration
4 .Religious Practioners
5 .Meaning
6 .Connectedness
7 .Jernigan

۸ . ق، ۱۶
۹ . ترجمهٔ المیزان، ج ۱۸، ص ۵۱۸.
۱۰ . تفسیر نمونه، ج ۲۲، ص ۲۴۵.
۱۱ . هود، ۶۱
۱۲ . اعراف، ۵۶
۱۳ . علق، ۱۹
۱۴ . غررالحکم و دررالکلم، ص ۷۱۲.
۱۵ . همان، ۵۸۸.
۱۶ . فاطر، ۱۰
۱۷ . اعراف، ۱۹۹
۱۸ . نساء، ۳۶
۱۹ . عنکبوت، ۲۰
۲۰ . انعام، ۹۹

21 .Spiritual Care
22 .Spiritual distress
23 .childress
24 .beauchamp
25 .autonomy
26 .beneficence
27 .Non-maleficent

28 .justice

29 .Empathy

30 .Therapeutic rapport

31 .Sympathy

32 Semi-structural

۳۳ . قیومی، جواد، صحیفه کاظمیه، قم: انتشارات اسلامی، ۱۳۸۰.

34 .Self-esteem

۳۵ . صحیفه سجادیه، دعای مکارم الاخلاق.

۳۶ . جمعه، ۱۰

۳۷ . مجمع البیان، ج ۱۰، ص ۲۸۸.

۳۸ . مستدرك الوسائل، ج ۲، ص ۷۷.

۳۹ . محجة البیضاء، ج ۳، ص ۴۱۰ و ۴۱۱.

۴۰ . طبرسی، حسن بن فضل، ترجمهٔ مکارم الاخلاق (میرباقری)، ج ۲.

۴۱ . ترجمهٔ مکارم الاخلاق (میرباقری)، ج ۲، ص ۲۰۳.

۴۲ . علامه مجلسی، بحارالانوار، ج ۸۱، ص ۲۲۵.

۴۳ . قال رسول الله ﷺ: إذا دَخَلَت عَلی مَریضٍ قَمُرُهُ اَن یَدعُوَلَکَ فَإنَّ دُعاءَهُ کَدُعاءِ المَلائِکَهِ. همان، ص ۲۱۰.

۴۴ . مکارم الاخلاق، ص ۳۵۹ و ۳۶۰.

۴۵ . سفینة البحار، ج ۱، ص ۵۶.

۴۶ . محجة البیضاء، ج ۳، ص ۴۱۱.

۴۷ . بحارالانوار، ج ۹۵، ص ۱۶.

۴۸ . بحارالانوار، ج ۸۱، ص ۲۲۴.

۴۹ . مستدرك الوسائل، ج ۳، ص ۹۳.

۵۰ . بحارالانوار، ج ۸۱، ص ۲۲۸.

۵۱ . محجّة البیضاء، ج ۳، ص ۴۱۰.

۵۲ . فروع کافی، ج ۳، ص ۱۱۸، ۱۱۹.

۵۳ . مستدرك الوسائل، ج ۲، ص ۷۹.

۵۴ . مکارم الاخلاق، ص ۳۶۱.

۵۵ . محجة البیضاء، ج ۳، ص ۴۱۱.

منابع و مأخذ

• قرآن کریم

فارسی:

۱. ابن فهد حلی، احمدبن محمد، آداب راز و نیاز به درگاه بی نیاز، ترجمهٔ عدة الداعی و نجاح الساعی همراه با شرح اسماء الله، چ اول، تهران: کیا، ۱۳۸۱.

۲. احمدبن محمد، فیومی، المصباح المنیر، طبع مصر، ۱۳۴۷.

۳. احمدی فراز، محمدمهدی، بیماری و بیداری، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۹۴.

۴. احمدی فراز، محمدمهدی، صحیفه سجادیه با اشاراتی بر بهداشت روان، چ اول، قم: دفتر نشر معارف، ۱۳۹۳.

۵. احمدی فراز، محمدمهدی، ندای عارفانه، چ اول، قم: قرآن صاعد، به اهتمام بنیاد بین المللی دعا، ۱۳۹۲.

۶. اروین د. یالوم، روان درمانی گروهی مبانی نظری و کاربردی، ترجمهٔ مهشید یاسایی، چ دوم، تهران: نشر دانژه، ۱۳۹۱.

۷. اصفهانی، محمدمهدی، همدم بیمار، تهران: اداره چاپ و انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.

۸. انصاریان، حسین، توبه آغوش رحمت، چ سوم، قم، دارالعرفان، ۱۳۸۶.

۹. آخوندزاده، کبری، درد در سرطان با رویکرد پرستاری، ویراستاری علمی: زهرا عابدینی، دکتر سعید کریم خانی زندی، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی، ۱۳۹۰.

۱۰. آذربایجانی، مسعود، درآمدی بر روان شناسی اسلامی، چ چهارم، ویراست دوم، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها (سمت)، ۱۳۹۳.

۱۱. آذربایجانی، مسعود، مقیاس سنجش دینداری تهیه و ساخت آزمون جهت گیری مذهبی با تکیه بر اسلام، چ سوم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، پاییز ۸۷.

۱۲. آکوچکیان، احمد، هدایتی، بنت الهدی، «تأثیر آموزش اسلام محور به والدین بر عزت نفس نوجوانان»، مجلهٔ مطالعات اسلام و روانشناسی، ش ۲، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

۱۳. آنتونی، مایکل، گیل ایرونسون، نیل اشنایدرمن، راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، ترجمهٔ سید جواد ال محمد، سولماز جوکار، دکتر حمید طاهر نشاط دوست، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان، ۱۳۸۸.

۱۴. بهرامی، مسعود، کیفیت زندگی در سرطان و بیماری های مزمن، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۹۱.

۱۵. ترخان، مرتضی، آقایوسفی، علیرضا، شقاقی، فرهاد، نظریه‌های مشاوره و روان درمانی، دانشگاه پیام نور، مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه پیام نور، ۱۳۹۰.
۱۶. توفیقی حسین، آشنایی با ادیان و مذاهب، تهران، سمت، ۱۳۹۲.
۱۷. توفیقی، حسین، نگاهی به ادیان زنده جهان، چ اول، قم: مرکز کدیریت حوزه‌های علمیه خواهران، ۱۳۷۷.
۱۸. ثنائی، ب، فنون گروهی مشاوره و روان درمانی، ویرایش سوم، تهران: بعثت، ۱۳۹۰.
۱۹. جعفری، محمدتقی، اخلاق و مذهب، مؤسسه تدوین و نشر آثار علامه جعفری، ۱۳۸۸.
۲۰. جلیلیان، ندا، سرطانی که دیگر بهبود نمی‌یابد، چ اول، بنیاد امور بیماری‌های خاص، پاییز۱۳۹۱.
۲۱. جوادی آملی، تفسیر تسنیم، قم: نشر اسراء ۱۳۸۰.
۲۲. جوادی آملی، شریعت در آینه معرفت، قم: مرکز نشر فرهنگی رجاء، ۱۳۷۳.
۲۳. جوادی آملی، عبدالله، انتظار بشر از دین، چ چهارم، قم: مرکز نشر اسراء، ۱۳۸۶.
۲۴. جوادی آملی، مراحل اخلاق در قرآن، قم: چ یازدهم، نشر اسراء، ۱۳۹۰.
۲۵. جوادی محسن، عباسی، ضیایی. اخلاق پزشکی و انتظار بیمار از پزشک، تهران: انتشارات حقوقی، ۱۳۸۶.
۲۶. حزینی، عبدالرحیم، قهرمانپوری، سمانه، کلیات طب تسکینی، اصفهان: کارگروه طب تسکینی بیمارستان تخصصی حضرت سیدالشهداء علیه‌السلام، ۱۳۹۱.
۲۷. حسن‌زاده آملی، حسن، سخنی درباره اخلاق پزشکی، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.
۲۸. حسینی بیرجندی، سید مهدی، روابط غیر کلامی در مشاوره و خانواده درمانی، تهران: انتشارات رشد، ۱۳۹۳.
۲۹. خدادوست، کریم، «اخلاق پزشکی و اهمیت آن در ایران باستان و اسلام»، اخلاق و تاریخ پزشکی، دورهٔ ۳، ش۵، ۱۳۸۹.
۳۰. خزعلی، مهدی، سرطان و تومورهای خوش خیم، ترجمهٔ شبنم هاشمی زادگان، تهران: مؤسسه فرهنگی-انتشاراتی حیان، ۱۳۸۷.
۳۱. دورکیم، امیل، صور بنیانی حیاتی دینی، ترجمهٔ باقر پرهام، به نقل از http://daneshnamehroshd.ir.
۳۲. دیبایی، امیر، چکیده اخلاق و قوانین پزشکی (اسلام و طب)، چ اول، دفتر نشر معارف، پاییز۱۳۸۱.
۳۳. دیلمی، احمد، اخلاق اسلامی، چ دوم، قم: دفتر نشر معارف، ۱۳۸۰.
۳۴. دیماتئو، ام. رابین، روان‌شناسی سلامت، ترجمهٔ جمعی مترجمان، زیر نظر دکتر کیانوش هاشمیان، چ اول، ج ۱و۲، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۷۸.
۳۵. دیوید سروان شرایبر، روش غلبه بر سرطان، مترجم منیر درودگر، تهران: انتشارات راه سبحان، ۱۳۸۸
۳۶. شجاعی، محمدصادق، توکل به خدا، قم: انتشارات موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، ۱۳۸۵.
۳۷. شریفی‌نیا، محمدحسین، الگوی روان درمانی یکپارچه، چ دوم، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، بهار۱۳۹۲.
۳۸. شیخ‌نژاد، غلامرضا، هاشمی، سیدمهدی، روانشناسی سرطان، تهران: افرامهر، ۱۳۹۰.
۳۹. شیرازی، مریم، تلقین‌های شفابخش برای بیماران سرطانی، مشهد: ارسطو، ۱۳۸۹.
۴۰. صانعی، سیدمهدی، بهداشت روان در اسلام، چ دوم، قم: بوستان کتاب، ۱۳۸۷.
۴۱. طباطبایی، محمدحسین، ترجمه تفسیر المیزان، ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی، چ پنجم، قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، ۱۳۷۴.
۴۲. طباطبایی، محمدحسین، تعالیم اسلام، چ اول، قم: مؤسسه بوستان کتاب، ۱۳۸۷.
۴۳. طباطبایی، محمدحسین، شیعه در اسلام، نوبت، دفتر انتشارات اسلامی (وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم)، پاییز۱۳۷۶.
۴۴. طبرسی، حسن بن فضل، ترجمه مکارم الاخلاق (میرباقری)، چ دوم، ۲ جلد، تهران: فراهانی، ۱۳۶۵.

۴۵. عاملی، زین‌الدین (شهید ثانی)، (مسکن الفواد) آرام بخش دل داغدیدگان، شهید ثانی، ترجمهٔ حسین رحمتی، چ دوم، قم: انتشارات روح، ۱۳۸۰.
۴۶. عطاءالله، محسن، روش‌های توان افزایی در سختی‌ها، چ اول، قم: مؤسسه علمی فرهنگی دارالحدیث، ۱۳۹۳.
۴۷. علیا نسب، سیدحسین، خداجویی و نقش آن در نگرش به مرگ، قم: انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، ۱۳۹۱.
۴۸. علیزاده، مهدی، اخلاق اسلامی مبانی و مفاهیم (علیزاده، مهدی)، چ اول، قم: دفتر نشر معارف، ۱۳۸۹.
۴۹. غباری بناب، باقر، مشاوره و روان درمانگری با رویکرد معنویت، تهران: آرون، ۱۳۸۸.
۵۰. فری، مایکل، شناخت درمانی گروهی، ترجمهٔ مسعود جان‌بزرگی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۳۸۸.
۵۱. قاسمیان، حسن، احکام بیماران، پزشکان و پرستاران، چ اول، قم: زمزم هدایت، ۱۳۸۳.
۵۲. قرائتی، محسن، تفسیر نور، چ اول، ۱۰ جلد، تهران: مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن، ۱۳۸۸.
۵۳. قریشی، علی اکبر، قاموس قرآن، چ هشتم، قم: دارالکتب الاسلامیه، بهار ۱۳۸۷.
۵۴. کاسیمور، راجرز، راهنمای سریع مشاوره فردمدار، ترجمهٔ دکتر آتوسا فرمند، انتشارات ارجمند با همکاری نسل فردا، ۱۳۸۸.
۵۵. گرجی، امیر، سرطان آخر خط نیست، چ اول، تهران: انتشارات شهر، ۱۳۹۱.
۵۶. گروه رادیوتراپی انکولوژی، ده سرطان رایج، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۵.
۵۷. لاریجانی، باقر، زاهدی، فرزانه، «اسلام و اصول اخلاق زیستی در غرب»، طب و تزکیه، سال پانزدهم، پاییز و زمستان ۱۳۸۵، شماره مسلسل ۶۲-۶۳.
۵۸. لاریجانی، باقر، پزشک و ملاحظات اخلاقی، ۲ ج، تهران: برای فردا، ۱۳۸۳.
۵۹. متوسل، محمود، درآمدی بر اخلاق پزشکی در اسلام، چ اول، تهران: مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن، ۱۳۹۳.
۶۰. محمدی ری‌شهری، محمد، دانش‌نامهٔ احادیث پزشکی، ترجمه دکتر حسین صابری، چ اول، تهران: سازمان چاپ و نشر دارالحدیث، ۱۳۸۳.
۶۱. محمدی، مهدی، تغذیه بیمار سرطانی. طب تسکینی برای خانواده، چ اول، تهران: شرکت نشر چیستا، ۱۳۹۱.
۶۲. محمدی، مهدی، نگهداری از بیمار سرطان. طب تسکینی برای خانواده، چ اول، تهران: شرکت نشر چیستا، ۱۳۹۱.
۶۳. مرادی قهدریجانی، محبوبه، سفرنامه سرطان ۱، آنچه همه مردم باید بدانند، چ اول، اصفهان: نشر دارخونین، ۱۳۹۳.
۶۴. مطهری، مرتضی، گفتارهایی در اخلاق اسلامی، چ اول، تهران: انتشارات صدرا، ۱۳۹۰.
۶۵. مطهری، مرتضی، مجموعه آثار، چ هفتم، ۲۶ جلد و جلد ۶، تهران: انتشارات صدرا، ۱۳۸۶.
۶۶. مطهری، مرتضی، مقدمه‌ای بر جهان بینی اسلامی، چ سی و چهارم، تهران: انتشارات صدرا، اردیبهشت ۱۳۸۸.
۶۷. مکارم شیرازی، ناصر، تفسیر نمونه، چ سی و دوم، ۲۷ جلد، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ۱۳۷۴.
۶۸. ملکی تبریزی، جوادبن شفیع، اسرار الصلوة (فارسی)، چ هشتم، تهران: آزادی، ۱۳۷۲.
۶۹. نوابی نژاد، شکوه، نظریه‌های مشاوره و روان درمانی گروهی، ویرایش سوم، تهران: سمت، ۱۳۸۹.
۷۰. ویلیامز، جان رنلد، راهنمای اخلاق پزشکی انجمن جهانی پزشکی، سیدمحمدعلی سجادی و زهرا هاشمی، چ اول، تهران، شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۹.
۷۱. یوسفیان، نعمت الله، اخلاق پزشکی، چ اول، قم: پژوهشکده تحقیقات اسلامی سپاه، بی‌تا.

عربی:

۱. ابطحی، محمدباقر، صحیفه سجادیه جامعه، قم: موسسه امام مهدی علیه‌السلام، ۱۳۸۰.
۲. ابن بابویه، محمدبن علی، الامالی، چ ششم، تهران: کتابچی، ۱۳۷۶.
۳. ابن بابویه، محمدبن علی، الخصال، علی اکبر غفاری، ۲ ج، چ قم: جامعه المدرسین فی الحوزه العلمیه بقم، مؤسسه نشر الاسلامیه، ۱۳۶۲.
۴. ابن بابویه، محمدبن علی، من لا یحضره الفقیه، ۴ ج، چ دوم، قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، ۱۴۱۳.
۵. ابی داوود، سلیمان بن اشعث، سنن ابی داوود، محقق سید محمد سید، مصر، قاهره: مؤسسه علمی فرهنگی دارالحدیث، سازمان چاپ و نشر.
۶. بحرانی، سیدهاشم، البرهان فی تفسیر القرآن، چ اول، تهران: بنیاد بعثت، ۱۴۱۶.
۷. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد، غرر الحکم و درر الکلم (مجموعة من کلمات و حکم الإمام علی علیه‌السلام)، چ دوم، قم: دارالکتاب الإسلامی، ۱۴۱۰ق.
۸. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد، تصنیف غرر الحکم و درر الکلم، چ اول، قم: دفتر تبلیغات، ۱۳۶۶.
۹. خوانساری، آقا جمال، محمدبن حسین، شرح محقق بارع جمال الدین محمد خوانساری بر غُرر الحکَم و دُرَر الکَلم، ۷ ج، چ چهارم، تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۶۶.
۱۰. رهاوی، اسحاق بن علی، ادب الطبیب، محمد صادق شریعت، تهران: انتشارات طب سنتی، ۱۳۸۹.
۱۱. شریف الرضی، محمدبن حسین، نهج البلاغه، علی نقی فیض الاسلام اصفهانی، چ پنجم، تهران: مؤسسه چاپ و نشر تالیفات فیض الاسلام، ۱۳۷۹.
۱۲. شیخ حر عاملی، محمدبن حسن، وسائل الشیعه، ج ۳۰، چ اول، قم: مؤسسه آل البیت علیهم‌السلام، ۱۴۰۹.
۱۳. طبرسی، فضل بن حسن، مجمع البیان فی تفسیر القرآن، چ سوم، تهران: ناصر خسرو، ۱۳۷۲.
۱۴. طرحی، فخرالدین، مجمع البحرین، تهران: کتاب فروشی مرتضوی، ۱۳۷۵.
۱۵. طیب، سید عبدالحسین، اطیب البیان فی تفسیر القرآن، چ دوم، تهران: اسلام، ۱۳۷۸.
۱۶. عروسی حویزی عبد علی بن جمعه، تفسیر نورالثقلین، چ چهاردهم، قم: اسماعیلیان، ۱۴۱۵.
۱۷. علی بن حسین علیه‌السلام، امام چهارم، صحیفه سجادیه، چ سوم، قم: الهادی، ۱۳۷۸.
۱۸. فیض کاشانی، محمدبن شاه مرتضی، محجه البیضاء فی تهذیب الاحیاء، ۸ ج، چ چهارم، قم: جامعه المدرسین فی الحوزه العلمیه بقم، مؤسسه النشر الاسلامی، ۱۳۷۶.
۱۹. قیومی، جواد، صحیفه کاظمیه، قم: انتشارات اسلامی، ۱۳۸۰.
۲۰. کلینی، محمدبن یعقوب بن اسحاق، الکافی، چ چهارم، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ۱۴۰۷.
۲۱. مجلسی، محمدباقر، زادالمعاد، قم: مفتاح الجنان، ۱۱۱۱ق.
۲۲. مجلسی، محمدباقربن محمدتقی، بحارالانوار، ۱۱۱ ج، چ دوم، بیروت: داراحیاالتراث العربی، ۱۴۰۳.
۲۳. مجلسی، محمدباقربن محمدتقی، مرآة العقول، هاشم رسولی محلاتی، ۲۶ ج، چ دوم، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ۱۴۰۴.
۲۴. محمدی ری شهری، محمد، میزان الحکمة، قم: مؤسسه فرهنگی دارالحدیث، ۱۳۷۵.
۲۵. مرتضی عاملی، جعفر، الآداب الطبیة فی الاسلام مع لمحه موجزه فی تاریخ الطب، چ اول، بیروت: دارالبلاغه، ۱۴۰۲.
۲۶. مسکویه احمدبن محمد، تهذیب الاخلاق و تطهیر الاعراق، محقق: عماد هلالی، قم: طلیعه النور، ۱۴۲۶.
۲۷. نوری، حسین بن محمدتقی، مستدرک الوسایل و مستنبط المسایل، ۲۸ ج، چ اول، قم: مؤسسه آل البیت علیهم‌السلام، ۱۴۰۸.

انگلیسی:

1.Shafranske EP. A psychoanalytic approach to spiritually oriented psychotherapy. 2005.

2.Benson PL, Roehlkepartain EC, Rude SP. Spiritual development in childhood and adolescence: Toward a field of inquiry. Applied developmental science. 2003;7(3):205-13.

3.Roof WC. Spiritual marketplace: Baby boomers and the remaking of American religion: Princeton University Press; 2001.

4.Tillich P. The relation of religion and health. Pastoral Psychology. 1954;5(4):41-52.

5.Turner VW, Schechner R. The anthropology of performance: Paj Publications New York; 1988.

6.Zinnbauer BJ, Pargament KI, Scott AB. The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. Journal of personality. 1999;67(6):889-919.

7.McCurdy K. The Integration of Christian Spirituality and Learning in Counselor Education: A Lesson from Adler. 2003.

8.Scaligero M. MYSTICISM, SACRED AND PROFANE. East and West. 1957:316-20.

9.Jernigan HL. Spirituality in older adults: A cross-cultural and interfaith perspective. Pastoral Psychology. 2001;49(6):413-37.

10.Villagomeza LR. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. Holistic nursing practice. 2005;19(6):285-94.

11.Norfolk T, Birdi K, Walsh D. The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. Medical education. 2007;41(7):690-7.

12.Rogers CR. Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory: Houghton Mifflin Boston; 1951.

13.Wispé L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. Journal of personality and social psychology. 1986;50(2):314.

14.Davis MH. Empathy: A social psychological approach: Westview Press; 1994.

15.Dreikurs R. The psychological interview in medicine. Indian journal of psychiatry. 1963;5(3):134.

16.Maiera E, Mandaglio C. The clinical interview and its psychological needs. Psychiatria Danubina. 2014;26 Suppl 1:117-8. Epub 2014/11/22.

17.Corey G. Theory and practice of group counseling: Cengage Learning; 2011.

18. Harter, S. Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In Self-esteem (pp. 87-116). Springer US; 1993.

19. Villagomeza LR. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. Holistic nursing practice. 2005;19(6):285-94.

20. Eric C, Strain MD, James C, Anthony MS. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9 ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

21. Snibbe, A., & Markus, H. The psychology of religion and the religion of psychology. Psychological Inquiry; 2002, 13, 229–234.
22. Rizzuto, A.-M. Psychoanalytic considerations about spiritually oriented psychotherapy. In L. Sperry, & E. P. Shafranske (Eds.), Spiritually oriented psychotherapy (pp. 24–Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
23. Roehlkepartain, E., Benson, P, King, P., & Wagener, L. Spiritual development in childhood and adolescence: Moving to the scientific mainstream. In E. Roehlkepartain, P. King, L. Wagener, & P. Benson (Eds.), The handbook of spiritual development in childhood and adolescence (pp. 1–15). Thousand Oaks, CA: Sage, 2006.
24. Vergote, A. Plying between psychology and mysticism. In J. Belzen, & A. Geels (Eds.), Mysticism: A variety of psychological perspectives, 2003, (pp. 81–107). Amsterdam: Rodopi.
25. Verma, S., & Maria, M. The changing global context of adolescent spirituality. In E. Roehlkepartain, P. King, L. Wagener, & P. Benson (Eds.), The handbook of spiritual development in childhood and adolescence, 2006, (pp. 124–136). Thousand Oaks, CA: Sage.
26. Eliassen, A. H., Taylor, J., & Lloyd, D. A. Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. Journal for the Scientific Study of Religion, 2005, 44, 187–199.
27. Mansager, E., Gold, L., Griffith, B., Kal, E., Manaster, G., McArter, G., et al. Spirituality in the Adlerian forum. The Journal of Individual Psychology, 2002, 58, 177–196.
28. James M. Nelson. Psychology, Religion, and Spirituality. Springer Science & Business Media; New York, NY 10013, USA. 2009