



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

کے ترجمہ اور تفسیر کے ساتھ



مجموعہ کتب مراقبت معنوی

درآمد بر مبانے مراقبت معنوی

مبانے و شیوہ ارائہ

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: فیبا
یادداشت: نویسنده مهدی احمدی فراز، محمدرضا شعریاچی زاده، سیدروح الله موسوی زاده، نگاررئیس، سلیمان قادری، عباسعلی شیروانی.

یادداشت: کتابنامه، ص. ۱۵-۱۲۰. موضوع: پرستاری و مراقبت روحی موضوع: (Spiritual care (Medical care)

موضوع: بیماران -- مراقبت -- جنبه های 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: ۱۳۹۵/م۴۴۴/BL۶۵ رده بندی دیویی: ۲۰۱/۷۶۲۱ شماره کتابشناسی ملی: ۴۶۴۸۰۶۶



انتشارات دانشگاه

نام کتاب: درآمدی بر مبانی مراقبت معنوی

نویسنده: دکتر مهدی احمدی فراز، دکتر محمدرضا شعریاچی زاده،

دکتر سیدروح الله موسوی زاده، نگاررئیس، سلیمان قادری،

حجت الاسلام والمسلمین عباسعلی شیروانی

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

ویراستار: سیداحمد حسینی بهارانچی

مدیر اجرایی: سعید مستاجران

طراحی جلد و صفحه آرایی: آنلیه هنرو گرافیک کارگاه

تیراژ: ۲۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ: اول، پائیز ۱۳۹۶

مشخصات ظاهری کتاب: ۱۲۲ صفحه، رقعی

قیمت: ۹۵۰۰ تومان

شابک: ۳-۶۲۳-۵۲۴-۹۶۴-۹۷۸

کلیه حقوق برای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان محفوظ است.

آدرس: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - ص. پ. ۳۱۹-۸۱۷۴۵

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۳۰۶۸ - ۰۳۱-۳۶۶۸۵۷۶۳

<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 طیب
صحت آن حس بخواید از حیب

مثنوی معنوی، دفتر اول





فهرست

۱۱.....	معرفی مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا)
۱۴.....	پیشگفتار
۱۷.....	مقدمه
۲۱.....	فصل اول: مبانی و تعاریف مراقبت معنوی
۲۳.....	معنویت
۲۹.....	مراقبت معنوی
۲۹.....	ناراحتی معنوی
۳۰.....	سلامت معنوی
۳۰.....	سطوح ارائه مراقبت معنوی بر بالین بیماران:
۳۱.....	دین
۳۲.....	رابطه دین و مذهب
۳۲.....	اخلاق
۳۲.....	اخلاق پزشکی
۳۳.....	اصول اخلاق پزشکی
۳۳.....	قواعد اخلاق پزشکی
۳۵.....	فصل دوم: شرایط مراقب معنوی و گیرنده مراقبت معنوی
۳۷.....	شرایط مراقب معنوی
۳۷.....	۱. شرایط عمومی مراقب معنوی
۳۸.....	۲. شرایط اختصاصی مراقب معنوی در بیماران صعب‌العلاج
۳۹.....	شرایط گیرنده مراقبت معنوی
۴۱.....	فصل سوم: ارزیابی نیاز به مراقبت معنوی
۴۳.....	ارزیابی نیاز به مراقبت معنوی توسط کادر درمانی
۴۳.....	الف. ارتباط با خدا
۴۴.....	ب. ارتباط با خود



- 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
- نحوه 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 انتخاب شده ۷۵
۷. اتمام جلسات مراقبتی ۷۶

فصل پنجم: مراقبت معنوی گروه ۷۹

- ملاحظات اولیه تشکیل گروه ۸۲
- الف. اعلام، جذب و غربال کردن 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. نحوه آشنایی اعضای گروه بایکدیگر ۸۶

ژ. مراحل گروه ۸۶

و. محتوای جلسات ۸۷

۹

فصل ششم: ملاحظات مراقبت معنوی در منزل ۹۷

اهمیت و ارزش عیادت ۹۹

شرایط گیرنده 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. دل جویی ۱۰۳

۵. همدردی ۱۰۴

۶. هدیه دادن ۱۰۴

۷. دعا ۱۰۵

۸. اطعام بیمار ۱۰۶

۹. رعایت زمان عیادت ۱۰۷

آثار عیادت برای مراقب معنوی ۱۰۸

۱. پاداش عمل هزارسال ۱۰۹

۲. رحمت الهی و استغفار فرشتگان ۱۰۹

۳. اجابت دعای بیمار در حق عیادت کننده ۱۰۹

راهکارها و شرایط مراقبت معنوی در منزل ۱۱۰

منابع پیشنهادی برای مطالعه ۱۱۳

پی نوشت ها ۱۱۵

منابع و مأخذ ۱۱۷



معرفی مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا)

مکسا یکی از مراکز تابع بنیاد خیریه راهبری آلاء است که رسالتش براساس پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی برای کنترل سرطان در کشورها و همچنین سیاست کلان بنیاد خیریه آلاء در کمک به حل مسائل اولویت دار و مغفول مانده در کشور، چنین تعریف شده است:

۱. پیشگیری اولیه؛ ۲. تشخیص زودهنگام؛ ۳. تشخیص و درمان بیماری؛ ۴. مراقبت های حمایتی و تسکینی.

این مرکز که پیشتر از برنامه جامع مراقبت های حمایتی و تسکینی در کشور است، فعالیت خود را از سال ۱۳۸۸ با همکاری نظام سلامت و با بهره گیری از دیدگاه های تخصصی اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی و مدیران مجرب این عرصه آغاز کرد. از برنامه های مرکزی توان به این نمونه ها اشاره کرد: خدمات طب تسکینی در بخش های بیمارستانی، کلینیک های تخصصی بازتوانی پس از درمان و پیشگیری، مراقبت حمایتی و تسکینی در منزل و راهنمایی تلفنی ۲۴ ساعته به بیماران.

طراحی مدل بهینه ارائه خدمات حمایتی و تسکینی به بیماران صعب العلاج مبتنی بر دانش فنی روز دنیا و متناسب با اقتضائات جامعه امروز ایران و تأمین زیرساخت های نرم افزاری و سخت افزاری لازم برای اجرای موفق



این مدل، از اصلی ترین رسالت های مرکز آلاء است که به همین منظور فعالیت های آموزشی و پژوهشی در صدر اولویت های آن قرار گرفته است. در حال حاضر، این مرکز بزرگ ترین و حرفه ای ترین همکار نظام سلامت در موضوع مراقبت های تسکینی در کشور است و طی تفاهم نامه ای که در این خصوص با وزارت «بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» منعقد کرده، عهده دار ارائه خدمات در این عرصه در سطح ملی شده است.

مراقبت های حمایتی و تسکینی به مراقبت هایی گفته می شود که از لحظه تشخیص بیماری، برای کاهش درد و رنج جسمی و روحی بیمار و عوارض ناشی از درمان بیماری، با هدف افزایش کیفیت زندگی به کمک بیمار و خانواده او می آید و به افزایش رضایت مندی بیماران و خانواده آن ها منجر می شود. این مراقبت ها در تلفیق کامل با روند درمان و از طریق هماهنگی درمانگر و تیم مراقبتی انجام می شود و شامل خدمات چند رشته ای برای کنترل عوارض جسمی بیماری از جمله درد، تهوع و استفراغ، مشکلات تنفسی، کاهش اشتها، مشکلات روده و مثانه، یبوست، زخم ها، مشکلات خواب و همچنین کاهش استرس و رفع مشکلات روحی روانی، خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی، معنوی، شغلی و زندگی روزمره بیمار است. توجه هم زمان به آموزش، مشاوره، حمایت و مراقبت از خانواده بیمار به منظور مدیریت بهینه فرایند بیماری، از ویژگی های بارز این خدمات است که مانع ورود آسیب های جدی روانی، اجتماعی و اقتصادی به بیمار و خانواده می شود.

مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء پیشنهادهای ارزنده همه متخصصان و بیماران محترم را ارج می نهد و در مسیر تحقق حمایت همه جانبه از بیماران و خانواده آن ها دست همکاری تمامی صاحب نظران را به گرمی می فشارد.

تلفن مرکز اصفهان: ۰۳۱۳۲۳۳۱۰۵۱

تلفن ستاد کشوری: ۰۲۱۸۶۰۱۵۳۲۹



www.Macsa.ir



info@Macsa.ir



[@MacsaCharity](https://www.instagram.com/MacsaCharity)



[MacsaCharity](https://www.instagram.com/MacsaCharity)

پیشگفتار

در دنیای کنونی چالش‌های جدید و روزافزونی در زمینه مفاهیم بنیادینی از جمله معنا و ارزش زیستن و همچنین در زمینه روابط انسان با خداوند، خود، دیگران و طبیعت اطراف به وجود آمده است؛ لذا نیاز به معنویت و سلامت معنوی هرچه بیشتر مدنظر قرار گرفته و از آن به عنوان یکی از نیازها و گمشده‌های مهم انسان امروزی یاد می‌شود. با این وجود برخلاف سابقه‌ای که به قدمت پیدایش ادیان الهی، به ویژه دین اسلام و معنویت عمیق نهفته در آن، هنوز هم محققان بر اساس نوع جهان بینی خود، تعاریف متفاوتی از معنویت و راهکار رسیدن به سلامت معنوی ارائه می‌دهند و شیوه صحیح ارائه مراقبت معنوی به صورت 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 ارائه مراقبت معنوی به صورت حرفه‌ای و مبتنی بر اصول مداخلات روان‌شناختی، در زمینه مراقبت تسکینی از بیماران صعب‌العلاج اهمیت دوچندان دارد. به همین منظور و با توجه به کمبودهای متعدد در این زمینه، بسته‌ی جامعی در خصوص اصول و راهکارهای ارائه مراقبت معنوی تهیه شده است.

بسته مراقبت معنوی شامل شش کتاب و پانزده سی دی صوتی و تصویری است که با مشارکت یک تیم چند تخصصی در علوم دینی، انسانی و روان پزشکی تألیف و آماده شده است. مخاطب این مجموعه، بالینگران، پژوهشگران و بیماران هستند و هدف از آن ارائه تعریفی جامع از معنویت، سلامت معنوی و مراقبت معنوی، ارائه راهکارهای علمی و کاربردی برای مراقبت معنوی به صورت فردی یا گروهی و همچنین ارائه دستورکارهایی مخصوص بیماران است.

کتاب های این مجموعه عبارت اند از:

۱. درآمدی بر مبانی مراقبت معنوی. در این کتاب، مبانی معنویت و تفاوت تعاریف آن در جهان بینی های گوناگون، مراقبت معنوی و سلامت معنوی، شرایط ارائه دهنده و گیرنده مراقبت معنوی و شیوه حرفه ای مداخله معنوی مبتنی بر اصول روان شناختی شرح داده شده است.
۲. چرامن. این کتاب شامل سیصد سؤال و نیاز معنوی است که در طول کار بالینی طولانی مدت، از طریق مصاحبه با بیماران، جمع آوری شده است. گفتنی است این دو کتاب ویژه بالینگران و پژوهشگران نگاشته شده است و محتوای کتاب چرامن می تواند موضوع پژوهش های متعدد قرار گیرد.
۳. بیماری و بیداری. در این کتاب مهارت های معنوی برای مقابله با بیماری بیان شده و ویژه بیماران و اطرافیان و ارائه کننده مراقبت معنوی است.
۴. مراقبه بادعا. 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 روان شناختی برای پاسخ گویی به نگرانی های بیماران و تغییر نگرش آنان به زندگی گزینش شده است.



۶. چه کنم. این کتاب شامل پرسش و پاسخ‌های فقهی ویژه مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج است و سوالات آن براساس تجربه‌های بالینی انتخاب شده است.

سی‌دی‌های این مجموعه ویژه بیماران و اطرافیان آنهاست:

۱. دوازده سی‌دی شامل دعا‌های کتاب آرامش با نیایش همراه با تکنیک‌های معنوی؛

۲. یک سی‌دی با موضوع تغییرنگرش به بیماری؛

۳. یک سی‌دی با موضوع امیدافزایی معنوی؛

۴. یک سی‌دی با موضوع مهارت صبرورزی.

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

مقدمه

بیماری وبه ویژه بیماری های صعب‌العلاج، نه تنها جسم بیمار را به مخاطره می‌اندازد، بلکه در سایر جهات از جمله روان، معنویت، اقتصاد و خانواده نیز چالش‌های فراوانی ایجاد می‌کند. این گستردگی عوامل مختلف برای بیمار و خانواده او، گاه چنان اهمیت پیدا می‌کند که حتی بیماری جسمی به میزان درخورتوجهی تحت تأثیر آن‌ها قرار می‌گیرد. 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 ارائه مراقبت معنوی با رویکرد بومی و براساس فرهنگ دینی وجود نداشت، دغدغه اصلی این کارگروه، گردآوری منابع مرتبط و تولید علم بومی در زمینه 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 روان‌شناختی 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 بادغدغه‌های 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 گروه‌درمانی 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 محمد مهدی 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 محمد رضا شعر با فچی: 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 موسوی زاده: 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 بایش از پنج سال سابقه کار بالینی با بیماران صعب‌العلاج.

بی‌تردید نقش بی‌بدیل راهنمایی‌های حجت الاسلام والمسلمین دکتر آذربایجانی، عضو گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و نیز همکاری‌های جناب آقای همایون ناجی اصفهانی، مدیر شعبه اصفهان مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء، در به نتیجه رسیدن این نوشته، ستودنی است.

در این بین از همه همکاران علمی و اجرایی که در پیشبرد این کنکاش کمک درخور توجهی نمودند، تقدیر و تشکر می‌کنیم: حجت الاسلام دکتر علیرضا امینی و علیرضا جواد (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 شعبه اصفهان مرکز آلاء)، دکتر علیرضا ایرج‌پور (عضو گروه پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، دکتر جلال کشاورز (پزشک طب تسکینی)، دکتر بابک صادق‌پور (پزشک طب تسکینی)، دکتر جعفر بولهری (رئیس مرکز انیستیتو روان‌شناسی و روان‌پزشکی ایران)، دکتر نادره معماریان (مسئول واحد مراقبت معنوی انیستیتو روان‌شناسی و روان‌پزشکی ایران)، دکتر مریم منتظری (دکترای تخصصی اخلاق پزشکی)، دکتر اصفهانی (عضو دانشگاه علوم پزشکی تهران)، حجت الاسلام والمسلمین میرزایی (مراقب معنوی بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر)، حجت الاسلام مظاهری سیف (رئیس موسسه بهداشت معنوی) و حجت الاسلام دکتر واشیان (عضو گروه طب دینی دانشگاه علوم پزشکی قم).

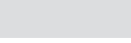




فصل اول

مبانی و تعاریف
مراقبت معنوی





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

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

معنویت

در چند دهه اخیر، اصطلاح معنویت^۱ به عنوان روشی جایگزین برای توصیف تحقیقات درباره ماورا^۲ به کار رفته است. واژه معنویت در زبان انگلیسی، به عنوان 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 خودفرارونده؛
۲. روش ادراک کردن؛
۳. آگاهی درونی؛
۴. یکپارچگی وجود^۲ یا پیوستگی درونی و ارتباط با نیروی برتر؛
۵. اخلاق.

گاهی معنویت به عنوان 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، به گونه‌ای که معنویت روح زنده^۵ دین فرض می‌شود. در واقع، در جوامع دیندار جست‌وجوی معنویت معادل جست‌وجو برای خدا در نظر گرفته می‌شود و افراد بی‌خدا، معنویت را در جست‌وجوی صرف معنا^۶ می‌بینند.

در واقع معنویت فقط نوعی نگرش نیست، بلکه شامل اعمال نیز می‌شود. ادراکات دینی از معنویت، عموماً از لحاظ اشاره به باورها و اعمال خاص، تعاریفی غنی را شامل می‌شود. در برابر آن، تعاریف عام‌تری نیز وجود دارد که بیشتر بر تجربیات طبیعی، ارزش‌های فردی و ارتباطات^۷ تمرکز دارد.

برای مثال جرنیگان^۷ (۲۰۰۱) دو تعریف از معنویت ارائه می‌دهد: تعریف عام به صورت «شاکله^۸ زندگی فردی و اجتماعی براساس الگوهایی پویا از معانی، ارزش‌ها و ارتباطاتی که زندگی را ارزشمند یا حداقل شایسته^۹ زیستن و مرگ را معنا دار می‌کند» و تعریف غنی خاص تر معنویت از دیدگاه دینی به صورت «شاکله^۸ 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 حیطة 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 الْإِنْسَانَ وَنَعَلَهُ مَا تُوَسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ﴾^۱ (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 آنچه در درون او می‌گذرد، آگاه نباشیم؟^۲ 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.^۱

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

﴿إِنَّ رَبِّي قَرِيبٌ مُّجِيبٌ﴾^۳ (پروردگرم [به بندگان خود] نزدیک و اجابت‌کننده [خواسته‌های آن‌ها] است.)

و قرب در رحمت، مانند:

﴿إِنَّ رَحْمَتَ اللَّهِ قَرِيبٌ مِنَ الْمُحْسِنِينَ﴾^۴ (رحمت خدا به نیکوکاران نزدیک است.)



ب. قرب انسان به خداوند:

در زمینه قرب انسان به خداوند نیز این گونه بیان شده است:

﴿وَأَسْجُدْ وَاقْتَرِبْ﴾^{۱۳} (و سجده نما و (به خدا) تقرب جوی.)

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

ارتباط با خود

در زمینه ارتباط با خود، مقصود شناخت خود واقعی و یکپارچگی وجود به معنی پیوستگی درونی در سایه ارتباط با خداست که نتیجه آن احساس ارزشمندی و عزت نفس است. در روایتی آمده است که، خودشناسی سودمندترین شناخت ها است (معرفة النفس أنفع المعارف)؛^{۱۴} چرا که این خودشناسی منجر به خداشناسی می شود (من عرف نفسه فقد عرف ربه)؛ آنکه خود را شناخت، خدا را می شناسد.^{۱۵}

قرآن کریم نیز بر اساس شناخت خود واقعی که منجر به عزت نفس حقیقی می شود، می فرماید:

﴿مَنْ كَانَ يُرِيدُ الْعِزَّةَ فَلِلَّهِ الْعِزَّةُ جَمِيعًا﴾^{۱۶} (کسی که خواهان عزت است

[باید از خدا بخواهد؛ چرا که] تمام عزت برای خداست.)

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

می آورد، از برکت دریای بی انتهای اوست.

ارتباط با دیگران

۲۷

مقصود از ارتباط با دیگران، رفتار مهربانانه در سایه ارتباط با خدا است. قرآن کریم می فرماید:

﴿خُذِ الْعَفْوَ وَأْمُرْ بِالْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ الْجَاهِلِينَ﴾^{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 برای این حقیقت پافشاری می کند 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 امر کردن به صورت معروف باشد، نه به صورت منکر و ناپسند. آیه مذکور به نحو اجمالی به عفو و نیکی دعوت می کند.

همچنین در آیه دیگری بیان می کند:

﴿وَاعْبُدُوا اللَّهَ وَلَا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَبِذِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسَاكِينِ وَالْجَارِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَالْجَارِ الْجُنُبِ وَالصَّاحِبِ بِالْجَنبِ وَابْنِ السَّبِيلِ وَمَا مَلَكَتْ أَيْمَانُكُمْ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ مَنْ كَانَ مُخْتَالًا فَخُورًا﴾^{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 همسایه نزدیک و همسایه دور و دوست و همنشین و واماندگان در سفر و بردگانی که مالک آن‌ها هستید؛ زیرا خداوند، کسی را که متکبر و فخر فروش است، [و از ادای حقوق دیگران سرباز می زند، دوست نمی دارد.]



ارتباط با خلقت

مقصود از ارتباط با خلقت، شناخت طبیعت به عنوان 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 درباره کیفیت خلقت جهان هستی تاکید می کند:

﴿قُلْ سِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَانظُرُوا كَيْفَ بَدَأَ الْخَلْقَ ثُمَّ اللَّهُ يُنشِئُ النَّشْأَةَ الْآخِرَةَ إِنَّ اللَّهَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ﴾^{۱۶} (بگرد در زمین بگردید و بنگرید خداوند چگونه آفرینش را آغاز کرده است؟ سپس خداوند [به همین گونه] جهان آخرت را ایجاد می کند؛ یقیناً خدا بر هر چیز توانا است!)

قرآن کریم مخاطبان خود را به سیر در زمین دعوت می کند 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 نقشه قبلی و بدون حساب و عددی معین یا نیرویی، مثل هم آفریده و این دلیل قاطعی است بر اینکه قدرت او حساب و اندازه ای ندارد. وقتی چنین است عالم آخرت را هم مثل عالم دنیا خلق می کند.

قرآن کریم همچنین به نمونه هایی می پردازد تا مخاطب خود را، هم با خلقت

مرتبط کند و هم طبیعت را به عنوان مظهر خداوند معرفی کند:

﴿وَهُوَ الَّذِي أَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَخْرَجْنَا بِهِ نَبَاتَ كُلِّ شَيْءٍ فَأَخْرَجْنَا مِنْهُ خَضِرًا نُخْرِجُ مِنْهُ حَبًّا مُتَرَاكِبًا وَمِنَ النَّخْلِ مِنَ النَّخْلِ مِنْ طَلْعِهَا قِنْوَانٌ دَانِيَةٌ وَجَنَّاتٍ مِنْ أَعْنَابٍ وَالزَّيْتُونَ وَالرُّمَّانَ مُشْتَبِهًا وَغَيْرَ مُشَابِهٍ انظُرُوا إِلَىٰ ثَمَرِهِ إِذَا أَثْمَرَ وَيَنْعِهِ إِنَّ فِي ذَٰلِكُمْ لَآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يُؤْمِنُونَ﴾^{۲۰} (و او کسی است که از آسمان، آبی نازل کرد و به وسیله آن، گیاهان گوناگون رویانیدیم و از آن، ساقه ها و شاخه های سبز، خارج ساختیم و از آن ها

دانه‌های متراکم و از شکوفه نخل، شکوفه‌هایی بارشته‌های باریک بیرون فرستادیم و باغ‌هایی از انواع انگور و زیتون و انار، [گاه] شبیه به یکدیگر، و [گاه] بی‌شبهت! 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 ذکر شده و مجموعه 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 معنا بخشی به ارتباطات چهارگانه انسان با خدا، خود، خلق و خلقت، برای رسیدن به نظام باور و عمل که در سایه 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 همه 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. نتیجه نهایی سلامت معنوی، ارزشمندی زندگی و معناداری مرگ در سایه 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 پرسد. 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.

دین

رابطه 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.

بر اساس نظر رابرت هیوم، دین را به عبارت ساده می‌توان چنین تعریف کرد: آن جنبه از تجربیات و افکار و احساسات و فعالیت‌های فرد که به وسیله آن کوشش می‌کند در ارتباط با آنچه خود مقدس و الهی می‌شمارد، یعنی قدرت بسیار متعالی و باارزشی که جهان را کنترل نماید، زندگی کند.

امیل دورکیم نیز دین را بدین گونه 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 پیروان‌ها هستند در اجتماع اخلاقی؛ واحد به نام امت متحد می‌کند.

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

دین عقاید و سلسله دستوره‌های 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 مقررات اجرایی تشکیل شده است و هدف آن، اداره امور جامعه انسانی و پرورش و راهنمایی انسان برای سعادت‌مندی است.

رابطه دین و مذهب

در تعابیر علمای دین اسلام، مذهب «طریقه خاص دین» است و غالباً به افتراقات و اختراعات یک دین گفته می‌شود. در مغرب زمین نیز واژه «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 شیوه به دست آوردن 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 در نظر گرفتن 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، شیوه 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 چهارگانه 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، شایسته 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 همه جوامع مشترک است؛ اما در جزئیات تفاوت‌هایی وجود دارد و تابع فرهنگ و مذهب هر جامعه است. بر این 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: رابطه پزشک با خداوند: رعایت تعهد الهی و اخلاقی در حین درمان، آموختن احکام الهی در حوزه 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 خودبزرگ بینی و تلاش برای ارتقای علمی و عملی

ج: رابطهٔ پزشک با دیگران: توجه به الهی بودن تمامی انسان ها، 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 گیرنده مراقبت معنوی



ارائه مراقبت معنوی بدون در نظر گرفتن شرایط تخصصی آن، نه تنها بی تأثیر خواهد بود که گاه تأثیر معکوس نیز خواهد داشت. از آنجایی که فرایند مداخله معنوی برای بیمار و همراه، فرایندی میان رشته‌ای است، ارائه دهنده مراقبت معنوی باید بر حداقل‌های این رشته‌ها تسلط کافی داشته باشد. به همین منظور آگاهی از مسائل روان‌شناسی و پزشکی در حیطه مورد نیاز برای کارشناس مراقبت معنوی امری لازم است. همچنین گیرنده مراقبت معنوی باید دارای شرایط مشخصی باشد که با توجه به رویکرد علمی کاربردی نگارندگان، این شرایط در قالب شرایط عمومی و شرایط اختصاصی به قرار زیر بیان می‌شود.

شرایط مراقب معنوی

۱. شرایط عمومی مراقب معنوی



- الف. اعتقاد به معنویت و مبانی دینی و مذهبی عموم جامعه محل ارائه خدمت؛
- ب. آشنایی و تسلط بر حداقل مبانی مورد نیاز در منطق، فلسفه، کلام، فقه و اصول به واسطه تمام پایه پنجم حوزه علمیه یا مقطع کارشناسی دانشگاهی در رشته‌های الهیات 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 برجسته 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 مورد نیاز در مراقبت روان شناسی شامل: آسیب شناسی روانی، روان شناسی سلامت، اختلالات شایع روان شناختی در بیماری‌های مزمن، اصول مصاحبه و برقراری ارتباط، اصول درمان‌های روان شناختی (حمایتی، وجودی، معنادرمانی و...)، اصول و فنون گروه درمانی.

۲. شرایط اختصاصی مراقب معنوی در بیماران صعب‌العلاج

الف. برخورداری از روحیه عالی در ارتباط با بیماران در شرایط سخت و روحیه 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: رابطه تیم درمانی و بیمار (احکام، اخلاق و...)، روابط بین فردی، داغ دیدگی، افشای خبرنگار 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. طی کردن دوره کارآموزی بالینی در مراقبت از بیماران صعب‌العلاج زیر نظر استادان مراقبت معنوی در حیطه‌های مشاوره فردی، گروه درمانی، مراقبت از بیماران در بیمارستان، مراقبت در منزل.

شرایط گیرنده 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؛

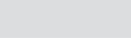
۳. در مراحل انتهایی بیماری.



فصل سوم

ارزیابی نیاز
به مراقبت معنوی





ارزیابی نیاز به مراقبت معنوی توسط کادر درمانی

بیماری‌های صعب‌العلاج نه تنها 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 دیدگاه امکان‌پذیر است. کتاب حاضر به بررسی این ناراحتی‌ها از دیدگاه مراقبت معنوی پرداخته است. با توجه به فعالیت گسترده بالینی مراقبان معنوی، طی سالیان متمادی که با بیماران و خانواده‌های 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 نتیجه 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 دستوره‌های دینی: سستی برای انجام دستوره‌های 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 عدیده ناشی از بیماری.
- خودفراموشی: بروز بیماری ناشی از توجه بیش از حد به دیگران و تحمل غم و غصه.

ج. ارتباط با دیگران

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

- افشای خبرنگار و ارتباط با بیمار: نحوه ارائه خبر بیماری و مرگ قریب الوقوع به بیمار، نحوه 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، روان شناس و مددکار اجتماعی) است که بنا به اقتضای کاری خود، صرفاً ارزیابی ابتدایی بیمار را انجام می دهند؛ ولی بیشترین ارتباط را در طول دوره درمان با بیمار برقرار می کنند. بیمار نیز در اولین بار ورود به مراکز درمانی، با این افراد روبه رو خواهد شد. در این بین، بی تردید نقش بی بدیل پزشک معالج در این فرایند مهم تر است؛ چراکه اعتماد به پزشک به علت نقش حیاتی درمانگری وی، تأثیر در خورتوجهی در ترغیب بیمار به بهره مندی 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 درباره معنا و هدف بیماری، درد و زندگی. سؤال (چرا من؟)، ابراز ناامیدی و مأیوس شدن، کنار کشیدن و کاهش ارتباط با اطرافیان، سوگواری کردن، ناتوانی در پذیرش تغییرات و فقدان.



۲. ابراز احساساتی مبنی بر کنار گذاشته شدن توسط خدا یا خشم به خدا.
۳. احساس گناه یا مستحق مجازات بودن.
۴. خود را بد، گناهکار یا غیر دوست داشتنی 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 چگونه است؟
۲. رابطهٔ خدا با شما چگونه است؟
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 چگونه است؟
۶. دعا هم می‌کنید؟
۷. آیا توانسته‌اید با تغییرات ایجاد شده در زندگی‌تان بعد از بیماری کنار بیایید؟

۸. آیا به دنبال بیماری، از فعالیت‌های مذهبی خود بازمانده‌اید؟

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

۱۰. آیا تمایل دارید در خصوص مسائل معنوی با کسی صحبت کنید؟

۱۱. تا کنون درباره آینده بیماری فکر کرده‌اید؟

این سؤال به منظور ارزیابی ترس از مرگ و دیدگاه بیمار درباره عاقبت بیماری و تنها در شرایط زیر پرسیده می‌شود:

- الف. اشاره خود بیماریا همراه به موضوع مردن، ترس از آن، عواقب آن، نحوه مواجهه با بیمار رو به مرگ، درخواست وصیت و ...
- ب. بیمار مرحله آخر، که از مرحله بیماریش خبر دارد.

غربالگری از طریق پرسشنامه

روش دیگر غربالگری، ارزیابی از طریق پرسشنامه است. مؤلفان، پرسشنامه «ارزیابی چهارگانه ناراحتی معنوی» را طراحی نموده اند و در جمعیت بیماران استفاده کرده اند. این پرسشنامه پایایی و روایی قابل قبولی دارد (مقاله مرتبط با طراحی پرسشنامه در دست چاپ است).



این پرسشنامه به صورت خودپاسخ‌دهی (Inventory)، در بیست سؤال طراحی شده است و ناراحتی‌های معنوی را در چهار حیطه ارتباط با خدا، خود، دیگران و طبیعت می‌سنجد. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرت شامل (هیچ وقت، به ندرت، گاهی، اغلب اوقات و همیشه) خواهد بود.

۱. آیا تا کنون 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 دستوره‌های دینی دچار مشکل یا ناتوانی شده‌اید؟ (ارتباط با خدا، احکام).
۱۱. آیا تاکنون با فکر کردن 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 سخت‌تر شدن زندگی شما مؤثر بوده‌اند؟ (ارتباط با دیگران، روابط بین فردی).

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

۱۸. آیا تاکنون فکر کرده‌اید که درابتدا 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، طبیعت‌خدا محور).

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 دسته کلی تقسیم می‌شود: الف. در صورتی که پاسخ بیمار یا گفتار و رفتار او نشان دهنده احساس تضعیف رابطه 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 بی‌اثر بودن دعا، مناجات و توسل، ترس از مردن و عواقب آن و... باشد، مراجع به دریافت مراقبت معنوی نیاز دارد.

ب. در صورتی که پاسخ بیمار یا گفتار و رفتار او نشان دهنده طیف مناسبی از سلامت معنوی باشد، ارجاع به مراقب معنوی نیازی نبوده و در صورت تمایل خود بیمار به ارتقا یا تقویت سلامت معنوی، ارجاع صورت خواهد گرفت.

نحوه 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 ورنج او و میزانی از سختی را که در حال تجربه 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 همه درد ورنجی 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 بیماری مثل شما کمک کرده‌اند، آیا می‌خواهید به آن‌ها معرفی شوید؟»

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

و در صورت پاسخ منفی، پیشنهاد ارجاع به روان شناس یا گروه درمانی
معنوی داده می شود.

۵۱

این نکته حائز اهمیت است که اگر بیمار دچار اختلال روان شناختی باشد،
باید ابتدا به کارشناس یا متخصص ذی ربط ارجاع شود.



فصل چهارم

مراقبت معنوی فردی

(درمانگاه، بیمارستان، منزل)



مراقبت معنوی فردی شامل هفت مرحله اصلی زیر می‌شود:

۱. برقراری ارتباط درمانی؛
۲. شناسایی مسئله‌ها، خواسته‌ها و نیازهای معنوی و روان شناختی 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 رابطه درمانی^{۳۰} مناسب بین مراجع و بالینگر است. در هر روند مشاوره‌ای یا مراقبتی باید رابطه‌ای دوطرفه با انسان دیگری برقرار شود؛ لذا شناسایی مهارت‌ها و فنونی که امکان برقراری حداکثر ارتباط را فراهم می‌آورد، از ملزومات اصلی شروع مشاوره یا مراقبت است.

اصول کلی حاکم بر ارتباط مراقبتی

۱. مراجع در حالت نامناسبی قرار گرفته و آسیب پذیر یا مشوش است.

۲. بین دو نفر ارتباط روانی عاطفی شکل می‌گیرد.
۳. مشاور یا مراقب معنوی باید انسجام درون فکری و انسجام بین باورو عمل داشته باشد که به معنی هم‌خوانی بین گفته‌ها، رفتارها، باورها و احساسات است.
۴. مشاور یا مراقب معنوی در قبال مراجع، پذیرش مثبت و غیرمشروط نشان می‌دهد؛ یعنی او را همان‌طور که هست پذیرفته و برای او ارزش قائل می‌شود؛ حتی اگر مراجع، ظواهر عالی و کامل دین را رعایت نکرده باشد.
۵. مشاور یا مراقب معنوی به واسطهٔ اشارات کلامی و غیرکلامی مُراجع‌کننده، درک همدلانه‌ای از ساختار درونی و شرایط او پیدا می‌کند و این ادراک را با او در میان می‌گذارد. همچنین در عین صمیمیت، نگران مراجع و بهبود او خواهد بود. در این ارتباط مراجع 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 میان فردی و افزایش رشد شخصی است. همدلی نوع خاصی از توجه کردن به دیدگاه دیگران است. به عبارتی، همدلی یعنی اینکه فرد از راه ادراک صحیح واکنش‌های عاطفی دیگران، بتواند خود را جای آن‌ها قرار داده و امور را از دیدگاه آنان ببیند. مهم‌ترین جز همدلی این است که مراجع احساس کند بالینگرش در ناراحتی و دردی را که او تحمل می‌کند، درک کرده است. این روند با تظاهرات کلامی و غیرکلامی بالینگر امکان‌پذیر خواهد بود.

همدلی کردن با هم‌دردی^{۳۱} متفاوت است. هم‌دردی کردن 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 آسیب دیدن 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 بر حسب 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 به راحتی 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 کمک 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 خدشه دار کند. افرادی که به خویشتنداری دست یافته‌اند، احساسات دیگران را بهتر می‌شناسند.

۳. گوش کردن فعال

گوش کردن با شنیدن صرف تفاوت دارد. گوش کردن 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 گوش دل بسپاریم. واکنش‌های ما هنگام گوش کردن، سؤالاتی که مطرح می‌کنیم، حالات و حرکات ما همگی در دقیق شنیدن مؤثر است.

تکنیک‌های مصاحبه

۱. شروع جلسه

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

زمینه مصاحبه خوبی را فراهم می آورد.

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

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

۲. تکنیک های تسهیل کننده

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 می شود، توجه می کنید. تماس چشمی باید طبیعی و از نظر فرهنگی مناسب باشد. تکان دادن سر، نزدیک کردن صندلی به سمت بیمار، خم شدن به جلو و کنار گذاشتن نوشتن، نشان دهنده توجه به بیمار است.

بازگویی و خلاصه کردن: نکات مهمی که مراجع عنوان کرده، دوباره به صورت خلاصه بیان شود و به مراجع کمک شود تا آنچه را گفته، مرور کند.

تقویت کردن: با استفاده از ارتباطات غیرکلامی مثل تکان دادن سر، نزدیک کردن صندلی به سمت بیمار، خم شدن به جلو، کنار گذاشتن



نوشتن یا گفتن کلمات ساده مثل «آهان...»، مراجع را برای ادامه گفت و گو ترغیب می‌کنیم و نشان می‌دهیم که سخنان او برای ما مهم است. توجه به احساسات: به بروز احساساتی مثل خشم، غم یا گریه کردن در مراجع، واکنش مناسب نشان می‌دهیم؛ مثلاً موقع اشک ریختن می‌گوییم «مشخصه که شرایط خیلی سختی رو پشت سر گذاشته اید.» یا برای پاک کردن اشک‌ها، دستمال به او تعارف می‌کنیم. پاسخ‌های کلامی: باید برای پیگیری، اظهارات مراجع بالحنی گرم و رسا و در فواصل مناسب بیان شوند. این واکنش‌ها باید با توجه به رفتارهای کلامی و غیرکلامی مراجع 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 به صورت بازجویی.
- رسیدن چند سؤال به یک سؤال.
- پرسیدن سؤالاتی که با چرا آغاز می‌شود.
- پرسیدن سؤالات قضاوتی.
- نادیده گرفتن نگرانی بیمار یا کوچک شمردن آن.
- ارائه پیشنهاد زود هنگام.
- ارائه تفسیر زود هنگام.

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

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

۲. شناسایی مسئله‌ها و نیازهای معنوی و روان‌شناختی بیمار

در این مرحله برای شروع روند مراقبت و براساس اصول کلی مطرح شده در قسمت قبل، تلاش می‌کنیم تا ارتباط اولیه با مراجع شکل بگیرد. محور شروع ارتباط می‌تواند پرسش در خصوص علت ارجاع یا درخواست خود او برای ملاقات با مراقب، مشکلات جسمی یا ناراحتی‌های اصلی بیمار در شرایط بستری یا زمین‌گیر شدن در منزل باشد، برای مثال: الان خوابتان چگونه است؟ آیا درد دارید؟

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

۱. آیا موضوعی شما را نگران یا مضطرب می‌کند؟

۲. آیا اخیراً غمگین یا ناامید شده‌اید؟

۳. آیا به موضوع خاصی بیش از حد فکر می‌کنید؟

۴. رابطه شما با خدا چگونه است؟

۵. رابطه خدا با شما چگونه است؟

۶. حضور خدا را در شرایط فعلی چگونه ارزیابی می‌کنید؟

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



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

۸. امیدواری شما به خدا چگونه؟

۹. دعا هم می‌کنید؟

۱۰. آیا توانسته‌اید با تغییرات ایجاد شده 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 آینده بیماری فکر کرده‌اید؟

این سؤال به منظور ارزیابی ترس از مرگ و دیدگاه بیمار درباره عاقبت بیماری

بوده و فقط در شرایط زیر پرسیده می‌شود:

الف: اشاره خود بیمار یا همراه به موضوع مردن، ترس از آن، عواقب آن، نحوه

مواجه با بیمار رو به مرگ، درخواست وصیت و...

ب: بیمار مرحله آخر که از مرحله بیماری اش خبر دارد.

۱۴. چه چیز به زندگی شما معنای دهد؟

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 خانواده 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 دقیق تر مسئله‌ها یا

نیازها معنوی مراجع، باید از مصاحبه اختصاصی نیمه ساختاریافته^{۳۳} استفاده

کرد. در این مصاحبه موضوعات اصلی در حیطه ارتباط فرد با خدا، خود، خلق

و خلقت را بررسی می‌کنیم. موضوعات اصلی در هر کدام از این چهار حیطه و

سؤالات پیشنهاد شده برای آن، بر اساس شایع‌ترین نیازها و چالش‌های بیماران در ناراحتی‌های معنوی انتخاب شده‌اند. سؤالات پیشنهاد شده باید بر اساس 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 مورد سنجش هر کدام، متناسب با محیطه‌ای که پوشش می‌دهند، متفاوت است و استفاده از این سؤالات در چهارچوب مصاحبه نیمه ساختار یافته به آشنایی کامل با سرفصل‌های دینی و روان‌شناختی اشاره شده 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 تا به حال به این اندیشیده‌اید که با این همه مسائل و مشکلات عدیده که در زندگی دارید، شایسته شما نبود که به این بیماری مبتلا شوید؟



• آیا تابه حال به این اندیشیده‌اید که الان زمان مناسبی برای ابتلا شدن به بیماری نبود؟

• آیا تابه حال به این اندیشیده‌اید که چرا این نوع بیماری را گرفتم و بیماری دیگری نگرفته‌ام؟

• آیا تاکنون به این فکر کرده‌اید که کودک من با اینکه معصوم است، چرا این همه رنج می‌کشد؟

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

• خیلی‌ها در شرایط شما برای شفا متوسل می‌شوند 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؟

• خیلی‌ها در این مواقع ممکن است بعد از توسل، از اولیا ناامید شده باشند، شما چطور؟

توکل: انجام وظیفه و واگذاری نتیجه درمان به خدا:

• آیا با وجود درمان‌های صورت گرفته و تلاش‌هایتان، همچنان احساس می‌کنید که باید خودتان کار دیگری انجام دهید؟

رضایت: پذیرش شرایط سخت بیماری:

• آیا با شرایط سخت بیماری خود کنار آمده‌اید؟

• آیا تاکنون برای شرایط سخت بیماری، به خدا شکایت برده‌اید؟

حکمت: آثار معنوی بیماری:

• آیا تحمل این رنج، آزمون الهی است؟

• آیا تحمل این رنج، به رشد معنوی شما کمک می‌کند یا اجرو 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 دستوره‌های دینی: سستی برای انجام دستوره‌های دینی یا ناتوانی به علت شرایط نامناسب جسمی:

• آیا تاکنون برای انجام دستوره‌های دینی دچار مشکل یا ناتوانی شده‌اید؟
امیدواری: امید به خدا و آینده؛

• آیا تاکنون از نتیجه 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:

• درباره زندگی پس از مرگ چه شناختی دارید؟

• درباره مرگ خودتان چقدر اندیشیده‌اید؟

• آیا درباره زندگی پس از مرگ خود نگران هستید؟

• آیا تاکنون با فکر کردن 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 عهده 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 آینده جهان دخیل می‌دانید؟

• با توجه به وضعیت موجود، آیا زندگی برای شما معنا دار است؟

• تاکنون برای وضعیت موجود خود، علت یا دلیل خاصی یافته‌اید؟

• آیا با وجود بیماری، زندگی را ارزشمند تلقی می‌کنید؟

• تا چه میزان به واسطه 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 می دانید؟
(نگرش به بیماری را می سنجد)
- آیا با توجه به وضع موجود، تاکنون معنادار بودن زندگی را احساس کرده اید؟
ترس از مرگ: کارهای ناتمام، نگرانی برای بازماندگان:
• آیا از کارهای ناتمام خود نگران هستید؟
• آیا برای بازماندگان پس از خود نگران هستید؟
کم صبری: نبود تاب آوری در برابر مشکلات عدیده ناشی از بیماری:
• آیا تاکنون احساس کرده اید 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 کرده اید که به علت توجه بیش از حد به دیگران و غم و غصه، بیمار شده اید؟

ج. مسئله ها و نیازها در ارتباط با دیگران

- رابطه تیم درمانی و بیمار (احکام، اخلاق و...).
- آیا تاکنون فکر کرده اید تیم درمانی توجه کافی به شما ندارند؟
- روابط بین فردی:** خشم و مقصدانستن اطرافیان، بی توجهی دیگران، ارتباط زناشویی:

- آیا از دست کسی عصبانی هستید؟
- آیا تاکنون فکر کرده اید دیگران با رفتارشان باعث بیماری شما شده اند؟
- آیا دیگران را در سخت تر شدن زندگی تان مقصر می دانید؟
- آیا تاکنون فکر کرده اید دیگران به شما توجهی نمی کنند؟
- آیا توجه یا مراقبت اطرافیان، از نظر شما کافی است؟

• آیا تاکنون فکر کرده‌اید دیگران در سخت‌تر شدن 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: نحوه ارائه خبر بیماری و مرگ قریب‌الوقوع به بیمار، نحوه مدارا با بیمار در حال مرگ:

• آیا تاکنون فکر کرده‌اید که در ابتدا به شکل بدی متوجه بیماری خود شدید؟
 آیا برای ارائه خبر بد به بیمار، 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 هم‌سوئی 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؟

بیان این نکته لازم است که سؤالات آورده شده برای همه افراد مناسب یا کافی نیست و باید بر اساس شرایط فردی و تجربه بالینگر انتخاب شوند. 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 به دنبال انجام گناهان گذشته است»، بررسی شود که این باور، از آموزه‌های دینی ناشی شده یا از صحبت‌های اطرافیان یا از اطلاع یافتن در خصوص موردی یا اتفاقی از بعضی منابع دینی.

نکته بسیار مهم برای طی این مرحله، این است که در ابتدای مصاحبه، به بیمار فرصت کافی برای صحبت کردن داده شود و از قطع زودهنگام کلام بیمار با سؤالات متعدد خودداری کنیم. در بسیاری از مواقع اجازه دادن به بیمار برای صحبت کردن 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 قسمت با استفاده از سؤالات باز و در موضوعات مختلف، تلاش می‌کنیم راه‌های مقابله‌ای بیمار با مشکلات پیش آمده 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، ادکار یا اعمال انجام می‌دهید؟

۴. ارزیابی میزان اثربخشی رفتارهای کنونی

- آیا از نتایج به دست آمده 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 کاریا تلاشی بوده است که می توانستید انجام دهید؟

سؤالات قسمت ۳ و ۴ باید به گونه ای ادامه یابد تا مراجع به ارزیابی دقیقی از کارآمدی یا ناکارآمدی اقدامات قبلی برسد و آماده دریافت راهکار از طرف بالینگر شود.

۵. انتخاب راهبردهای سازگاران و کارآمد برای تأمین خواسته ها و رفع نیازها

تکنیک های آماده سازی

پس از ارزیابی مشکل مراجع، برای آماده سازی مراجع در راستای ارائه راهکار، رعایت نکات زیر اهمیت دارد:

ارائه نکردن پند و نصیحت های کلی و عمومی

ارائه راهکار نباید به صورت توصیه ای یا در قالب تحکم و دستور باشد؛ چرا که مراجع در شرایط دشواری به سر می برد و نمی خواهد خصوصاً از ابتدا، کسی به او پند و نصیحت ارائه کند. بی توجهی به این مسئله می تواند اعتماد به مراقب را مخدوش کند و مراجع احساس کند که مراقب، او را درست درک

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

محکوم نکردن بیمار

یکی از شیوه‌های مخرب در مداخله معنوی، محکوم کردن مراجع است؛ به این معنا که ممکن است در اولین اظهارات، با این مسئله مواجه شویم که مراجع دائماً شکایت و اهانت می‌کند یا خداوند و منابع و شخصیت‌های دینی را انکار می‌نماید. حال اگر در همان ابتدا مراقب، به شیوه تحکمی یا قضاوت‌گرانه، با این شکایت‌ها برخورد کند و مراجع را برای این مسائل محکوم نماید، نه تنها مراقبت معنوی به نتیجه مطلوب نمی‌رسد، بلکه ممکن است مراجع دچار آسیب جدی روانی یا معنوی نیز بشود؛ چراکه در اثر محکوم کردن مراجع، احساس همدلی میان مراقب معنوی و مراجع به وجود نمی‌آید؛ در حالی که از یکی از اصول مهم مشاوره، ایجاد همدلی است. از طرف دیگر، چون رابطه میان مراجع و مراقب مخدوش شده است، فرصت مداخله و اصلاح باورهای غلط از دست خواهد رفت. همچنین از آنجایی که بسیاری از شکایت‌های مراجع، صرفاً نوعی خشم است، او بیش از هر چیز دیگر به شنیده شدن و درک شدن نیازمند است و با محکوم کردن یا قضاوت کردن مراجع، این نیاز اساسی او برآورده نمی‌شود.

عمومی سازی و طبیعی نشان دادن نوع برخورد مراجع با مشکلات

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



لزوماً نشان دهنده 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 مراجعان، می‌تواند مفید باشد؛ برای مثال: «دیگران هم با مشکلات مشابه مراجعه کردند و از دریافت مراقبت، احساس خوبی به آن‌ها دست داد.»

توجه به شرایط اختصاصی و فردی مراجعان

با توجه به اینکه مراجعان 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 سازگاران

به‌کارگیری راهبردهای سازگاران، با فرایند زیر محقق می‌شود:

۱. آماده‌سازی

در این مرحله تلاش می‌شود که تا حد ممکن، خود مراجع 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 راه حل این مشکل، چه راهکارهای دیگری وجود دارد؟

ممکن است مراجع هیچ راهکاری ارائه ندهد؛ با این وجود اصل پرسش منجر به تفکر بیشتر در فواصل بعدی می‌شود و او 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 درباره انسان‌های موفق استفاده شود. این داستان‌ها باید به صورت دقیق با موضوع مرتبط بوده تا مراجع به صورت کامل پذیرای مسئله باشد. داستان باید به صورت ملموس برای مراجع بیان شود تا مراجع بفهمد، انسان‌هایی هم هستند که از معنای صحیح مفهوم اخلاقی و راهکارهای آن استفاده می‌کنند.

۲. انتخاب راهکار

پس از اینکه مراجع 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 سازگارانۀ تر است. نکتهٔ مهم اینکۀ برای مداخله باید از خود مُراجع کمک گرفت تا با همکاری خود او مسئله تبیین شود.

سیرسؤالات در این مرحله از مراقبت فردی به این گونه است:

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

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

• آیا تعریف دیگری نیز برای این مسئله وجود دارد؟

بنابراین در واقع با پرسش و پاسخ های متعدد، به مخاطب می فهمانیم که مفهوم برداشتی او به معنای صحیح و واقعی نیست. در سیر پرسش و پاسخ، اگر مُراجع پاسخ دهد که تعریف دیگری را نمی دانم 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 آمده ای و پیش مراقب هستی، نشانهٔ اقدام صحیح برای حل مشکل است.»

در این صورت پرسیده می شود:

• آیا می خواهید معنای صحیح را بدانید؟

با این سؤال وارد برداشت صحیح از مسئله، بر اساس منابع دینی، می شوید

و پس از اصلاح برداشت از مسئله، از مخاطب سؤال می شود:

• به نظر شما تفاوت این دو برداشت چیست؟

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

۳. ارائه تکلیف و تثبیت

در این مرحله می‌پرسیم:

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

اکنون با در نظر گرفتن پاسخ بیمار، سعی می‌کنیم با ارائه تکالیف معنوی دینی، بر اساس الگوهای روان‌شناختی، نگرش جدید ایجاد شده در مخاطب را تثبیت کنیم. محور تکالیف برای تثبیت نگرش، معنایابی و معنا بخشی بر اساس دعا و نیایش است.

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

۶. ارزیابی، اثربخشی و اصلاح راهبردهای انتخاب شده

بعد از جلسهٔ اول، ساختار هر جلسه به این شکل است که در ابتدای جلسه به بررسی وضعیت مراجع 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 چگونه گذشت؟

• اتفاق جدیدی رخ داده است؟

• احساس بهتری دارید؟



- رفتار جدیدی انجام داده‌اید؟
 - هنوز مثل جلسه گذشته درباره مسئله... فکر می‌کنید؟
- در ارزیابی پیشرفت، می‌توان از روش‌های خودسنجی استفاده کرد، مثلاً
- سوالاتی نظیر:
- از هفته گذشته تا امروز، میزان آرامش خودتان را از یک تا ده چند ارزیابی می‌کنید؟
- سپس در زمینه تکلیف داده شده، در جلسه قبل، گزارشی گرفته می‌شود. در صورتی که مراجع تکالیف را به درستی انجام نداده باشد، بالینگر باید بررسی کند که آیا:
- مراجع انگیزه لازم رانداشته 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؟
 - در واقع پیشبرد مداخله، منوط به انجام تکالیف هفته 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 مراجع در میان گذاشته می‌شود. در پایان، درمانگر نمایی از روند درمان را برای مراجع عنوان می‌کند. اینکه مراجع با چه مشکلی درمان را شروع کرد، چه روندی را طی کرد و اکنون کجاست. بعد از ارائه، درمانگر از مراجع بازخورد می‌گیرد.

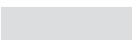
در صورت نیاز، به مراجع تکلیف نهایی اعم از بسته‌های مختلف معنوی شامل کتاب، سی دی، کارت مراقبت معنوی و...، داده می‌شود. همچنین مراقب عنوان می‌کند که اگر شرایطی به وجود آمد و دوباره دچار ناراحتی معنوی شدید یا نیاز داشتید با کسی در این زمینه صحبت کنید، با من مجدداً تماس بگیرید و در پایان راه‌هایی را که مراجع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



فصل پنجم

مراقبت معنوی گروہے







از جمله اهداف گروه‌درمانی و آموزش گروهی، محدود کردن یا اصلاح اختلالات هیجانی یا رفتارهای خاص است که کارکرد فرد را محدود یا مختل کرده است. گروه‌درمانی، به این سبب که می‌توان از گروه برای درمان‌های کوتاه و مقرون به صرفه سود جست، کارایی زیادی در ارائه مراقبت معنوی دارد. گروه‌درمانی به اندازه درمان فردی در اصلاح و تغییر افراد مؤثر است. افزون بر این، گروه‌ها احساسی از جمع بودن و فراگیر بودن مشکل را در افراد ایجاد می‌کنند.

به طور کلی گروه‌درمانی‌ها محدودیت زمانی و اهداف نسبتاً محدودی دارند. بسیاری از این گروه‌های کوتاه مدت، معطوف به آموزش راهبردهای حل مسئله و مهارت‌های بین فردی به شرکت‌کنندگان هستند که تغییرات فردی را سرعت می‌بخشند. مراجعان اغلب بر این باورند که مشکلاتشان منحصر به فرد است و فرصت‌های زیادی برای نجات از زندگی‌های یکنواخت و کسالت‌آور خود ندارند. گروه‌ها نوعی آزمایشگاه طبیعی هستند که به افراد نشان می‌دهند تنها نیستند و امیدی هست که بتوانند زندگی جدیدی را خلق کنند. گروه‌ها برای قراردادن افراد در مسیرهای خلاق و شاداب‌تر زندگی قدرت زیادی دارند. لازم به ذکر است که در اینجا واژه درمانی در کلمه گروه‌درمانی به درمان اختلال‌های رفتاری و هیجانی اشاره نمی‌کند، بلکه در مقابل، هدف کلی گروه‌درمانی افزایش آگاهی افراد از خودشان و دیگران و دنیا است. همچنین گروه‌درمانی به آن‌ها

برای روشن ساختن تغییراتی که در زندگی مایل اند به آن‌ها 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 عبارت‌اند از:

- امیدافزایی (احساس امید به زندگی)؛
- فراگیری بودن (آگاهی از مشترک بودن نگرانی‌ها)؛
- انتقال اطلاعات (کسب اطلاعات درباره زندگی سالم)؛
- نوع دوستی (در قبال دیگر اعضا)؛
- توسعه و گسترش روش‌های اجتماعی شدن (یادگیری مهارت‌های اجتماعی)؛
- رفتار مقلدانه (الگوبرداری از رفتارهای مثبت سایر اعضا)؛
- یادگیری بین فردی (یادگیری تعامل با دیگران)؛
- انسجام گروه (نزدیکی میان اعضا)؛
- تخلیه هیجانی (بروز احساساتی که هرگز بروز نداشتند است)؛
- عوامل وجودی (پذیرش مسئولیت زندگی فردی)؛

ملاحظات اولیه تشکیل گروه

همواره در زمینه تشکیل گروه، می‌بایست به نکاتی توجه کرد. هدایت گروه بدون توجه به پایه نظری روشن، ممکن است آنچه راهبر 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 گروه شما را بهتر به پیش می‌برد، 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. از جمله نکات مهم و مطرح در شکل‌گیری گروه، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف. اعلام، جذب و غربال کردن اعضا



بعد از اینکه گروه خود را اعلام کردید و ثبت نام 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 جلسه‌ی خصوصی با افراد انتخاب شده، 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 بر اساس ارتباطات چهارگانه ذکر شده در فصول قبل، دچار ناراحتی معنوی هستند.

ب. ملاحظات عملی در شکل‌گیری گروه

اندازه‌ی گروه

تحقیقات نشان می‌دهد که بهترین دامنه‌ی پذیرفته شده‌ی گروه، از ۱۰ تا ۱۵ نفر همراه با یک رهبر و یک یار رهبر، متغیر است. این گروه نیز با همین تعداد تشکیل می‌شود.

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، هر کدام در شرایط خاص جسمی، روانی و معنوی به سر 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 بر اساس 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. بر اساس 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. در واقع این اصطلاح برای گروهی مناسب است که «مداخلات گروهی با مدت زمان مشخص» دارند. این گروه به صورت جلسات هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه و درشش 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

همان‌طور که 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 همه 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 برعهده رهبر گروه است.

ه. قوانین گروه

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

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

ی. نحوه‌آشنایی اعضای گروه با یکدیگر

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

ژ. مراحل گروه

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

مرحله شروع

منظور از مرحله شروع، دوره زمانی صرف شده برای آشنایی اعضا با هم و بارهبر و یاررهبان گروه و برای بحث درباره 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. مرحله شروع می‌تواند بخشی از جلسه اول یا کل جلسه اول باشد. در گروه درمانی معنوی اغلب اوقات، جلسه اول به برقراری ارتباط اختصاص پیدا می‌کند.

مرحله 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

مداخله در گروه با رویکرد شناختی معنوی تبیین شده است. در این رویکرد تأکید زیادی می‌شود که مفاهیم به‌طور عملیاتی بیان شوند. قسمت اعظم درمان، بر اساس 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.

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



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

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

به عنوان قانونی کلی، در ابتدای هر جلسه، درباره محتوا و تکالیف جلسه قبل بازخورد گرفته می شود و مشخص می شود که بر رفتار و افکار و احساسات فرد چه تأثیری گذاشته است. بعد از هر جلسه نیز در فاصله بین دو جلسه، نکات اصلی ارائه شده در جلسه را به صورت پیامک های روزانه برای اعضای گروه ارسال می کنیم.

جلسه اول (مرحله شروع، مرحله 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 روان شناسی مثبت نگر؛
 ۳. تغییر نگرش در چهار مدار ارتباطی با استفاده از دعا و بیان تأثیر این نوع مداخله معنوی بر سلامتی.
- محتوا:

شروع جلسه با معرفی رهبر و یار رهبران در زمینه سابقه 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.

به منظور تغییر نگرش بیماران، می‌توان از دعای «یا مقلب القلوب...» یا ذکر «یا رحمان» استفاده کرد. نکاتی که در دعایان 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 بر اساس فکر و نگرش خود به آن نگاه می‌کند؛ یکی به دید مسئله و دیگری به دید مشکل. اولی 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 به صورت مسئله نگاه شود و علت یابی مشکل فقط برای تکرار نشدن و خروج از آن باشد.

مهارت معنوی با دعای «یا مقلب القلوب والابصار» این تغییر را ایجاد می‌کند؛ برای مثال تعدادی فکر می‌کنیم، نباید در زندگی رنج و سختی را تحمل کنیم و به هنگام رسیدن سختی‌ها خود خوری می‌کنیم؛ در حالی که قرآن در آیه چهار سورة بلد می‌فرماید: «ما انسان را در رنج و سختی آفریدیم»؛ پس سختی وجود دارد. اگر به مشکلات به صورت 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 به دست 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 راه حل 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 پیش آمدن هر مسئله‌ای دعا بخوانیم و از خدا بخواهیم درباره حل مسائل زندگی، به ما بینش صحیح بدهد. در پایان جلسه اول گروه درمانی، ذکر این دعا در طول هفته به عنوان تکلیف به اعضای گروه داده می‌شود.

جلسه دوم (مرحله 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 به عنوان تکلیف به بیماران داده می‌شود.

«بِسْمِ اللَّهِ آمَنْتُ بِاللَّهِ تَوَكَّلْتُ عَلَى اللَّهِ مَا شَاءَ اللَّهُ لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ»^{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 آینده خود و فرزندان است. با کسب مهارت معنوی نگاه روان‌شناختی و خواندن دعای «خروج از منزل» می‌توان

در رفع یا کاستن نگرانی کوشید. چهارالگوی معنوی در این دعا وجود دارد که عبارت اند 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 وظیفه 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 وظیفه خود هستم؛ ولی نتیجه به دست خداست. اگر چیزی عنایت کرد، لطف اوست و اگر چیزی به من نرسید، حکمت اوست؛ چون او دوست دار 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 (ما شاء الله) و قدرت خدا همه قدرت‌ها را در بر می‌گیرد. 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 جلسه دوم گروه درمانی، می‌توان این دعا را به صورت برجسب و بروشور به اعضای گروه داد.



جلسه سوم (مرحله 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 تحمل کردن 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 علينا صبراً» به عنوان تکلیف به اعضای گروه داده می‌شود.

جلسه چهارم (مرحله کار)

هدف:

اصلاح و تقویت ارتباط با خود و رسیدن به عزت نفس

محتوا:

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

عزت نفس یا حرمت نفس،^{۳۴} به معنای قضاوت شخص از ارزشمندی خود است و به نگرش فرد از خود دلالت می‌کند. در واقع چگونگی عزت نفس، احساس خود درباره خود است که به همه 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 تجربه برانگیختگی منفی و از هم پاشیدگی 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 مراجعه می‌کنید. کار باید مراحل اداری را طی کند، مثل پُر کردن فرم‌های مخصوص و... وقتی برای استخدام به مسئول آنجا مراجعه می‌کنید، ممکن است شاهد دو نوع رفتار باشید:

۱. اگر رفتار و پاسخ مسئول منفی باشد، در همان حال، توجه و فکرتان به دوستان 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 سفارش شده‌ام 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 وسیله دعا، با خدا ارتباط برقرار



می‌کنیم و از خدای خواهیم که ما را یاری کند؛ زیرا یاد و توجه به خدا سبب ساز و راهگشایی است که خودش به عنوان 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.» به عنوان تکلیف به اعضای گروه داده می‌شود.

جلسه پنجم (مرحله کار، مرحله اختتام)

هدف:

۱. اصلاح و تقویت ارتباط با دیگران (بخشش)

۲. آماده‌سازی اعضا برای اتمام جلسات

محتوا:

در این جلسه بحث درباره ارتباط با دیگران و بخشش است. از گروه خواسته می‌شود یکی از مشکلات بین فردی را که اخیراً آن‌ها را ناراحت کرده، بیان کنند. این مطلب در گروه به بحث گذاشته شده و روش مقابله 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 اجعل نور فی بصری» برای رسیدن به واقع بینی و اینکه با این واقع بینی بتوانیم با اطرافیان رابطه بهتری برقرار کنیم، گفته می‌شود. سپس با بیان داستان حضرت علی علیه السلام و ابن ملجم. بخشش به عنوان شأن و ارزش معرفی شده و تأکید می‌شود که بخشش برای خدا صورت بگیرد.

همچنین از دعای «اللهم ان كان صادقاً فاغفر لي وان كان كاذباً 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 جلسه آینده پایان گروه خواهد بود.

جلسه ششم (مرحله کار، مرحله اختتام)

هدف:

اصلاح و تقویت ارتباط با طبیعت

محتوا:

در این جلسه بحثی درباره 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 فیهِ و ارزقنا خیرا منه» (روزی بخشا به این غذا برکت بخش و تو بهتر از آن را روزیمان فرما) استفاده می‌کنیم و به مرحله‌ای که غذا طی کرده تا سفره 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» به عنوان 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

ملاحظات

مراقبت معنوی در منزل





اهمیت و ارزش عیادت

بیماری‌های صعب‌العلاج در انتهای مسیر با بستری طولانی مدت 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 خانواده 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 مقدس و حیات بخش اسلام که به ارزش‌های متعالی انسانی و بارور کردن آن در جامعه توجّه خاصی می‌کند، بر عیادت بیمار به عنوان رفتاری اخلاقی، انسانی و الهی تأکید می‌کند و به پیروانش سفارش می‌کند که در زندگی خود به آن پایبند باشند. از این رو، به عنوان مسلمان، ضروری است که دیدگاه اسلام درباره اهمیت 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 انسان ساز اسلام، عیادت بیمار و دیدار او، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ چرا که این رفتار نیک اخلاقی، پسندیده خداوند است، نقش بسزایی را در تحکیم روابط انسانی و صمیمیت و اخوت، ایفا می‌کند. در اهمیت عیادت همین بس که جزء حقوق مسلم فرد مسلمان دانسته شده است.

نبی اکرم ﷺ می فرمایند:

حق مسلمان بر مسلمان آن است که چون او را ببیند، به او سلام کند و چون مریض شد، عیادتش نماید و چون بمیرد، جنازه اش را تشییع کند. در سیره پیامبر اسلام ﷺ آمده است که آن حضرت همسایه یهودی را عیادت می کرد. به همین دلیل، رسول خدا ﷺ در تفسیر آیه «فَإِذَا قُضِيَتِ الصَّلَاةُ فَانْتَشِرُوا فِي الْأَرْضِ»^{۳۶} عیادت بیمار را در کنار دیگر رفتارهای ارزشمند اخلاقی، ذکر می کند و می فرماید: «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 علیه السلام، اهمّیت عیادت بیمار را نسبت به دیگر اعمال نیک

یادآور شده، می فرماید:

«مِنْ أَحْسَنِ الْحَسَنَاتِ عِيَادَةُ الْمَرِيضِ»^{۳۸} از جمله نیکوترین اعمال انسان، عیادت بیمار است.

امام صادق علیه السلام نیز جایگاه آن را در پیشگاه خدای متعال، چنین بازگو می کند: روز قیامت بنده مؤمنی به سوی خدای تعالی خوانده می شود، آنگاه خداوند خطاب به او می فرماید: ای مؤمن، چه چیز تو را مانع شد، هنگامی که بیمار بودم به عیادتم بیایی؟ او می گوید: تو پروردگار من هستی و من بنده تو هستم، تو زنده و پایداری و درد و ناراحتی به تو اصابت نمی کند، خدای عزوجل می فرماید: کسی که مؤمنی را عیادت کند، مرا عیادت کرده است، سپس می فرماید: آیا فلانی پسر فلانی را می شناسی؟ می گوید: بلی! خداوند می فرماید: چه چیز تو را مانع شد که او را در هنگام بیماری اش عیادت کنی؟ همانا اگر او را عیادت می کردی، مرا عیادت کرده بودی و مرا نزد وی می یافتی. آن گاه اگر از من برآوردن حاجتی را درخواست می کردی، برایت برآورده ساخته، آن را رد نمی کردم.^{۳۹}



بیمار نیز نباید مانع این خیر برای افراد شود و با پذیرش عیادت‌کنندگان، زمینه این ارتباطات اخلاقی را فراهم آورد. امام ششم علیه السلام فرمودند:

شایسته است که بیمار به برادران مؤمنش اجازه دهد که در بیماری، عیادتش کنند تا او و آن‌ها اجر ببرند. پرسیدند عیادت‌کنندگان به واسطه عیادت اجرمی برند، مریض چگونه اجرمی برد؟ فرمود: اجازه موجب می‌شود که عیادت‌کنندگان با عیادت، حسنه به دست آورند و از این راه اجرمی برند و از این روده حسنه برایش نوشته شده و ده درجه بالا می‌رود و ده گناه از او برطرف می‌شود.^{۴۰}

و فرمود:

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

شرایط گیرنده مراقبت معنوی در منزل

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

۱. بیماری که توانایی فیزیکی برای حضور سریایی در مرکز درمانی را ندارد.
۲. مواقعی که بر اساس تشخیص مراقب معنوی، ارائه مراقبت در منزل و در فضای خانواده تأثیر بیشتری دارد.

وظایف اخلاقی مراقب معنوی در منزل

مراقب معنوی که به منزل بیمار می‌رود، می‌تواند با گفتار و رفتارش، به صورت ویژه، در بهبودی و سلامتی او تأثیرگذار باشد. برخی از وظایف به اختصار عبارت است از:

۱. ارتباط فیزیکی با بیمار

در صورتی که 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 پرسید، 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 درباره بیماری است که لحظه به لحظه وضعیت جسمی و خیم‌تری پیدامی‌کند. 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 در نظر داشت که این امیدبخشی به معنی ابراز نظر پزشکی و غیر تخصصی در مورد وضعیت و عاقبت بیماری و ایجاد امید غیر واقعی 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 درباره 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 بر اساس کاربالیینی، 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؛ چرا که دعای او همچون دعای فرشتگان است.^{۴۴}

۴.۴. 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 محبت به بیمار است، مشخص کرده، می‌فرماید:

«تَمَامُ عِيَادَةِ الْمَرِيضِ أَنْ يَضَعَ أَحَدُكُمْ يَدَهُ عَلَيْهِ وَيَسْأَلَهُ كَيْفَ أَنْتَ؟ كَيْفَ أَصْبَحْتَ؟ وَكَيْفَ أَمْسَيْتَ؟»^{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 می‌گذرانند، سؤال کنی.

۵. همدردی

۱۰۴

همراهی و همدردی با مسلمانی که بیماری و درد ورنج وجودش را فرا گرفته، از وظایف مهم عیادت کننده، بلکه جامعه اسلامی است؛ زیرا اسلام، جامعه را چون پیکرواحدی می داند که در مسیر واحدی و به سوی خدا، در حرکت و تکاپوست، به گونه ای که اگر عضوی از آن، دچار مشکل و ناراحتی شود، دیگر اعضا به یاری اش شتافته، با رسیدگی، محبت و کمک خود، درمانش می کنند. پیامبر اکرم صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ ضمن اشاره به جامعه اسلامی و تشبیه آن به یک پیکر، بر همدردی با بیمار تأکید کرده اند:

«أَتَمَّا الْمُؤْمِنُونَ فِي تَرَاحُمِهِمْ وَتَعَاطُفِهِمْ بِمَثَلَةِ الْجَسَدِ الْوَاحِدِ، إِذَا اسْتَكَى مِنْهُ عُضْوٌ وَاحِدٌ تَدَلَّى لَهُ سَائِرُ الْجَسَدِ بِالْحُمَى وَالسَّهَرِ»^{۴۵} همانا مؤمنان در مهربانی و عطوفت به یکدیگر، همانند یک پیکرند که وقتی عضوی از آن به درد آید، سایر اعضا در تب داری و بیداری با او همراهی و همدردی می کنند.

۶. هدیه دادن

از جمله نشانه های محبت و توجه خاص به طرف مقابل، هدیه دادن است. عیادت کننده با هدیه خود، اگرچه ناچیز باشد، صفا و صمیمیت قلبی اش را به بیمار نشان داده، او را که در حالت افسردگی، نگرانی ورنج قرار دارد، خوشحال خواهد کرد.

امام صادق عَلَيْهِ السَّلَام در سخنی بایارانش که می خواستند بیماری را عیادت کنند، اهمیّت هدیه و تأثیر آن را چنین بازگو می کند:

یکی از یاران امام می گوید: ما به عیادت فردی از دوستان ایشان که بیمار بود، می رفتیم. 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؛ مثلاً 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، به ویژه 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 شفا بخش دینی برای مصرف داروهای بیمار، دادن هدیه‌های متبرک از حرم امامان، مثل بسته‌های نمک و نبات، هدیه دادن عکس ضریح و حرم مطهر امام رضا علیه السلام، اهدا کتب دینی متناسب با فضای اخلاقی و روحی بیمار.

۷. دعا

از دیدگاه اسلام، استفاده از پزشک و دارو برای بهبودی بیمار، کاری مقدماتی و به‌عنوان ابزار و وسیله است و در حقیقت، سلامتی واقعی و شفای کامل، به دست خداست؛ از این رو، همان‌طور که 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 مؤثرتر از دعای عیادت‌کنندگانی که برای رضای خدا به دیدار بیمار می‌روند.

امام صادق علیه السلام به کیفیت دعا اشاره کرده، می فرماید:

دست خود را بر سر بیمار نهاده، می گوئی: «بِسْمِ اللَّهِ، وَمِنْ اللَّهِ، وَالْإِلَهِيِّ، وَمَا شَاءَ اللَّهُ، وَلَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ»... آنگاه آیه الکرسی و سوره های حمد، فلق، ناس، توحید و ده آیه از آغاز سوره یس را می خوانی و پس از آن می گوئی: «اللَّهُمَّ اشْفِهِ بِشَفَائِكَ وَدَاوِهِ بِدَوَائِكَ وَعَافِهِ مِنْ بَلَائِكَ» آن گاه به حق محمد و آل محمد علیهم السلام استجابت دعا را از خدای متعال درخواست می کنی.^{۴۷}

بی تردید دعای پزشک برای بهبود بیمار، در کنار انجام امور درمانی و معاینات خاص، صرف نظر از آثار ارزنده ای که دارد، نشانگر علاقه پزشک به بهبود و سلامتی بیمار است. از امام صادق علیه السلام نقل شده است که پیامبر گرامی فرمود:

برای بیمار دعا کنید و این چنین بگویید: «اللَّهُمَّ اشْفِهِ بِشَفَائِكَ وَدَاوِهِ بِدَوَائِكَ وَعَافِهِ مِنْ بَلَائِكَ»؛^{۴۸} خداوند، او را به شفای خود شفا بخش و به دوی خود مداوا کن و بیماری او را به عافیت و سلامتی مبدل ساز!

در این بین می توان از سایر ادعیه و شعائر اسلامی مانند اذان نیز استفاده کرد. اذان فریاد بیداری و صلاهی رحمت و ترانه عبودیت و نغمه زیبا و سرود گویای اسلام است که سبب آرامش روان و صفای جان می شود. 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 شخصی اش

می شود و از سوی دیگر دست او را از فعالیت و امرار معاش کوتاه می کند. در چنین وضعیتی غذا دادن 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 می فرماید:

«مَنْ أَطْعَمَ مَرِيضًا شَهْوَتَهُ، أَطْعَمَهُ اللَّهُ مِنْ ثَمَارِ الْجَنَّةِ»؛^{۴۹} هر کس، شخص بیماری را طبق خواسته اش اطعام کند، خداوند با میوه‌های بهشت از او پذیرایی خواهد کرد.

امام علی عليه السلام، ضمن تأکید بر خودداری از چیز خوردن نزد بیمار، سخن

پیامبر صلى الله عليه وآله در این زمینه را بازگو می کند:

«نَهَى رَسُولُ اللَّهِ ﷺ أَنْ يَأْكُلَ الْعَائِدُ عِنْدَ الْعَلِيلِ، فَيُحِطُ اللَّهُ أَجْرَ عِيَادَتِهِ»؛^{۵۰} رسول خدا ﷺ، عیادت کننده را از خوردن چیزی نزد بیمار، به ویژه اگر برای بیمار ضرر دارد، نهی فرمود؛ زیرا این کار موجب از میان رفتن پاداش عیادتش می شود.

۹. رعایت زمان عیادت

استراحت و آرامش، از جمله نیازهای اساسی و نخستین بیمار است که در بهبودی اش تأثیر درخور توجه و شایانی می گذارد؛ از این رو، عیادت کننده 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 عیادت کننده را ندارد، عیادت باید مختصر شود. پیامبر اکرم صلى الله عليه وآله با اشاره به سنگینی و سبکی بیماری، زمان عیادت را مشخص کرده است:

«اغْبُوا فِي الْعِيَادَةِ وَأَرْبَعُوا»؛^{۵۱} يك روز در میان، در صورتی که بیماری

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

امیرمؤمنان علی علیه السلام نیز بیشترین پاداش را برای کسی می‌داند که زمان

عیادتش کوتاه باشد، مگر آنکه خود بیمار از او درخواست مانند کند:

«أَنَّ مِنْ أَعْظَمِ الْعَوَادِ أَجْرًا عِنْدَ اللَّهِ لَمَنْ إِذَا عَادَ أَخَاهُ خَفَّفَ الْجُلُوسَ إِلَّا أَنْ يَكُونَ الْمَرِيضُ يُحِبُّ ذَلِكَ وَيُرِيدُهُ وَيَسْأَلُهُ ذَلِكَ»^{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 ارائه دهنده مراقبت معنوی، ممکن است به

تناسب مداخله خود، به زمان زیادتری نیاز داشته باشد؛ بنابراین اختصار در

عیادت ممکن است بر حسب نیاز برای مداخله 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 به عنوان رفتار پسندیده 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 روحیه بیمار تقویت شده، از بار سنگین بیماری که جسم و جان‌ش را

فرا گرفته، کاسته شود و زودتر سلامت از دست رفته را بازیابد و از سوی دیگر،

دل‌های افراد جامعه را به هم نزدیک‌تر کرده، برادری و همدلی را در بینشان

افزایش می‌دهد تا آنجا که پروردگار به فرد و جامعه به واسطه این رفتار الهی

و انسانی لطف و رحمت عنایت می‌کند.

۱. پاداش عمل هزار سال

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

«مَنْ عَادَ مَرِيضًا فَجَلَسَ عِنْدَهُ سَاعَةً، أَجْرِي اللَّهُ عَمَلِ أَلْفِ سَنَةٍ لَا يُعْصَى اللَّهُ فِيهَا طَرْفَةَ عَيْنٍ»^{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 ع، غوطه ور شدن عیادت‌کننده در رحمت الهی و استغفار فرشتگان برای او را، از آثار عیادت می‌داند:

«إِيْمَانُ مُؤْمِنٍ عَادَ أَخَاهُ فِي مَرَضِهِ فَإِنْ كَانَ حِينَ يُصْبِحُ سَيِّعُهُ سَبْعُونَ أَلْفَ مَلَكٍ فَإِذَا قَعَدَ عِنْدَهُ غَمَرَتْهُ الرَّحْمَةُ وَاسْتَغْفَرُوا لَهُ حَتَّى يُمَسِّيَ وَإِنْ كَانَ مَسَاءً كَانَ لَهُ مِثْلُ ذَلِكَ حَتَّى يُصْبِحَ»^{۵۴} هر مؤمنی که برادر دینی اش 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 فرا گرفته، 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 نیت خالص عیادت‌کننده، دعای بیمار برای او را، اثر بخش و اجابت شده قلمداد می‌کند:

«مَنْ عَادَ مَرِيضًا فِي اللَّهِ، لَمْ يَسْأَلِ الْمَرِيضُ لِلْعَائِدِ شَيْئًا إِلَّا اسْتَجَابَ 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

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

۱. در صورت امکان همراه بودن 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 خانواده بیمار درباره بیماری و علایم و تبعات آن مثل درد بیمار و داروهای مصرفی و به طور کلی تمامی نیازهای جسمی بیمار، در اولویت دغدغه‌های بیمار و خانواده اوست. پس از کنترل وضعیت جسمی بیمار و به آرامش رسیدن بیمار و خانواده، اکنون فرصت مداخله معنوی است. در غیر این 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 خانواده بیمار درگیر مسائل معنوی هستند، بهتر است مشاوران دو نفر باشند. یک نفر با خود بیمار هم‌کلام شود و یک نفر خانواده بیمار را در فضایی خارج از اتاق بیمار به صورت گروه گردآوری کرده و با آن‌ها صحبت کند؛ بنابراین قبل از ورود به منزل بیمار و در حین هماهنگی با خانواده، باید حضور همه افراد خانواده در حین حضور تیم مراقبت معنوی درخواست شود.



۳. ارزیابی اخلاقی و معنوی در منزل بیمار باید بر حسب 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 می‌دهد.

۴. معمولاً ارتقای عزت نفس بیماری یکی از امور مشترکی است که برای اکثر بیماران باید انجام شود. این مهم بر اساس متون دینی با حداقل دوراهاکار 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 اندازی، 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 رجوع دهد. هدای بسته‌های تهیه شده توسط تیم مراقبت معنوی، بر حسب شرایط

بیمار، امر بسیار مهمی است؛ بنابراین لازم است بسته‌های مختلفی وجود داشته باشد تا در منزل بیمار، متناسب با شرایط، اهدا شود.

۸. دعای آخر بسیار مهم است. به این صورت که در پایان عیادت، همه اعضای خانواده در کنار بستری بیمار حاضر شده و پس از قرائت حمد، یکی از دعاهای مأثوره، به صورت مختصر تلاوت می‌شود و همگی برای سلامتی بیمار دعای کنند.



منابع پیشنهادی برای مطالعه

خداشناسی معنوی

- خدادر اندیشه انسان، مرتضی مطهری، انتشارات صدرا.
- خدادر زندگی انسان، مرتضی مطهری، انتشارات صدرا.
- توحید، مرتضی مطهری، انتشارات صدرا.
- آموزش عقاید، محمدتقی مصباح یزدی، انتشارات موسسه امام خمینی رحمته الله علیه
- **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 شده ام؟
- 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 صحیفه رضوی، مهدی احمدی فراز، انتشارات آستان قدس رضوی به نشر.
- صحیفه سجادیه با اشاراتی به بهداشت روانی، مهدی احمدی فراز، نشر معارف اسلامی.
- مراقبه با دعا، مهدی احمدی فراز، انتشارات علوم پزشکی اصفهان.

- آرامش بانیايش، مهدی احمدی فراز، انتشارات علوم پزشکی اصفهان .
- **توکل:** انجام وظیفه و واگذاری نتیجه درمان به خدا
- توکل به خدا، محمدصادق شجاعی، انتشارات موسسه امام خمینی رحمته الله علیه.
- **حکمت:** آثار معنوی بیماری
- سلوک اخلاقی، طرح واره های روایی، امیرغنوی، 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 برنامه های عبادی
- ندای عارفانه، محمد مهدی احمدی فراز، انتشارات بین المللی دعا.
- **ترس مرگ:** ترس از فرایند مرگ، ترس از ناشناخته ها، ترس از عقوبت
- خداجویی و نقش آن در نگرش به مرگ، سید حسین علیانسیب، انتشارات موسسه امام خمینی رحمته الله علیه.
- **کم صبری:** نبود تاب آوری در برابر مشکلات عدیده ناشی از بیماری
- روش های توان افزایی در سختی ها، محسن عطاء الله، انتشارات دارالحدیث.
- **روابط بین فردی:** خشم و مقصدانستن اطرافیان، بی توجهی دیگران، ارتباط زناشویی
- اسلام و زیبایی های زندگی، داوود رجبی نیا، انتشارات موسسه امام خمینی رحمته الله علیه.



پی نوشت ها

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

- ۸ . ق. ۱۶
- ۹ . ترجمه المیزان، ج ۱۸، ص ۵۱۸.
- ۱۰ . تفسیر نمونه، ج ۲۲، ص ۲۴۵.
- ۱۱ . هود، ۶۱
- ۱۲ . اعراف، ۵۶
- ۱۳ . علق، ۱۹
- ۱۴ . غررالحکم ودررالکلم، ص ۷۱۲.
- ۱۵ . همان، ۵۸۸.
- ۱۶ . فاطر، ۱۰
- ۱۷ . اعراف، ۱۹۹
- ۱۸ . نساء، ۳۶
- ۱۹ . عنکیوت، 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
 34 .Self-esteem

٣٣ .قيومي، جواد، صحيفه كاظميه، قم: انتشارات اسلامي، ١٣٨٠.

٣٥ .صحيفه سجاديه، دعای مكارم الاخلاق .

٣٦ .جمعه، ١٠.

٣٧ .مجمع البيان، ج١٠، ص٢٨٨.

٣٨ .مستدرک الوسائل، ج٢، ص٧٧.

٣٩ .محجة البيضاء، ج٣، ص٤١٠ و٤١١.

٤٠ .طبرسي، حسن بن فضل، ترجمه مكارم الاخلاق (ميرباقری)، ج٢.

٤١ .ترجمه مكارم الاخلاق (ميرباقری)، ج٢، ص٢٠٣.

٤٢ .علامه مجلسي، بحار الانوار، ج٨١، ص٢٢٥.

٤٣ .قال رسول الله ﷺ: إِذَا دَخَلْتَ عَلَى مَرِيضٍ قَمْرُهُ أَنْ يَدْعُوَكَ فَإِنَّ دُعَاءَهُ كَدُعَائِ الْمَلَائِكَةِ. همان، ص٢١٠.

٤٤ .مكارم الاخلاق، ص٣٥٩ و٣٦٠.

٤٥ .سفينة البحار، ج١، ص٥٦.

٤٦ .محجة البيضاء، ج٣، ص٤١١.

٤٧ .بحار الانوار، ج٩٥، ص١٦.

٤٨ .بحار الانوار، ج٨١، ص٢٢٤.

٤٩ .مستدرک الوسائل، ج٣، ص٩٣.

٥٠ .بحار الانوار، ج٨١، ص٢٢٨.

٥١ .محجة البيضاء، ج٣، ص٤١٠.

٥٢ .فروع کافی، ج٣، ص١١٨، ١١٩.

٥٣ .مستدرک الوسائل، ج٢، ص٧٩.

٥٤ .مكارم الاخلاق، ص٣٦١.

٥٥ .محجة البيضاء، ج٣، ص٤١١.



منابع و مأخذ

• قرآن کریم

فارسی:

۱. ابن فهد حلی، احمد بن محمد، آداب راز و نیاز به درگاه بی نیاز، ترجمه عده الداعی و نجاح الساعی همراه با شرح اسماء الله، چ اول، تهران، کیا، ۱۳۸۱.
۲. احمد بن محمد، فیومی، المصباح المنیر، طبع مصر، ۱۳۴۷.
۳. احمدی فراز، محمد مهدی، بیماری و بیداری، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۹۴.
۴. احمدی فراز، محمد مهدی، صحیفه سجادیه با اشاراتی بر بهداشت روان، چ اول، قم: دفتر نشر معارف، ۱۳۹۳.
۵. احمدی فراز، محمد مهدی، 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، ترجمه مهشید یاسایی، چ دوم، تهران: نشر دانژه، ۱۳۹۱.
۷. اصفهانی، محمد مهدی، 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»، مجله 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، ترجمه 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، آقاویوسفی، علیرضا، شقاقی، فرهاد، نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، 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 روان‌درمانی، 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، پاییز ۱۳۹۱.
۲۱. جوادی آملی، تفسیر تسنیم، قم: نشر اسراء، ۱۳۸۰.
۲۲. جوادی آملی، شریعت درآینه 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 علیه السلام، ۱۳۹۱.
۲۷. حسن‌زاده آملی، حسن، سخنی درباره اخلاق پزشکی، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.
۲۸. حسینی بیرجندی، سید مهدی، روابط غیرکلامی 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، دوره ۳، ش ۵، ۱۳۸۹.
۳۰. خزعلی، مهدی، سرطان و تومورهای خوش خیم، ترجمه شبنم هاشمی زادگان، تهران: مؤسسه فرهنگی-انتشاراتی حیان، ۱۳۸۷.
۳۱. دورکیم، امیل، صور بنیانی حیاتی دینی، ترجمه باقر پرهام، به نقل از <http://daneshnamehroshd.ir>.
۳۲. دیبایی، امیر، چکیده اخلاق و قوانین پزشکی (اسلام و طب)، چ اول، دفتر نشر معارف، پاییز ۱۳۸۱.
۳۳. دلملی، احمد، اخلاق اسلامی، چ دوم، قم: دفتر نشر معارف، ۱۳۸۰.
۳۴. دیماتثو، ام، رابین، روان‌شناسی سلامت، ترجمه جمعی مترجمان، زیر نظر دکتر کیانوش هاشمیان، چ اول، ج ۱ و ۲، 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 روان‌درمانی یکپارچه، چ دوم، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، بهار ۱۳۹۲.
۳۸. شیخ‌نژاد، غلامرضا، هاشمی، سیدمهدی، روانشناسی سرطان، تهران: افرامهر، ۱۳۹۰.
۳۹. شیرازی، مریم، تلقین‌های شفابخش برای بیماران سرطانی، مشهد: ارسطو، ۱۳۸۹.
۴۰. صناعی، 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)، پاییز ۱۳۷۶.
۴۴. طبرسی، حسن بن فضل، ترجمه مکارم الاخلاق (میر باقری)، چ دوم، جلد ۲، تهران: فراهانی، ۱۳۶۵.



۴۵. عاملی، زین‌الدین (شهید ثانی)، (مسکن الفواد) آرام بخش دل داغدیدگان، شهید ثانی، ترجمه حسین رحمتی، چ دوم، قم: انتشارات روح، ۱۳۸۰.
۴۶. عطاء‌الله، محسن، روش‌های توان‌افزایی در سستی‌ها، چ اول، قم: مؤسسه علمی فرهنگی دارالحدیث، ۱۳۹۳.
۴۷. علیان‌نسب، 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 روان‌درمانگری با رویکرد معنویت، تهران: آرون، ۱۳۸۸.
۵۰. فری، مایکل، شناخت درمانی گروهی، ترجمه مسعود جان‌بزرگی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۳۸۸.
۵۱. فاسمیان، 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، علی‌اکبر، قاموس قرآن، چ هشتم، قم: دارالکتب الاسلامیه، بهار ۱۳۸۷.
۵۴. کاسیمور، راجرز، راهنمای سریع مشاوره فردمدار، ترجمه 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 ترکیه، سال پانزدهم، پاییز و زمستان ۱۳۸۵، شماره مسلسل ۶۲-۶۳.
۵۸. لاریجانی، باقر، پزشک و ملاحظات اخلاقی، چ ۲، تهران: فردا، ۱۳۸۳.
۵۹. متوسل، محمود، درآمدی بر اخلاق پزشکی در اسلام، چ اول، تهران: مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن، ۱۳۹۳.
۶۰. محمدی ری شهری، محمد، دانش‌نامه 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 سرطانی. 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، جواد بن شفیع، اسرار الصلوة (فارسی)، چ هشتم، تهران: آزادی، ۱۳۷۲.
۶۹. نوایی نژاد، شکوه، نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی، ویرایش سوم، تهران: سمت، ۱۳۸۹.
۷۰. ویلیامز، جان رنلد، راهنمای اخلاق پزشکی انجمن جهانی پزشکی، سید محمد علی سجادی و زهرا هاشمی، چ اول، تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۹.
۷۱. یوسفیان، نعمت‌الله، اخلاق پزشکی، چ اول، قم: پژوهشگاه تحقیقات اسلامی سپاه، بی‌تا.

عربی:

۱. ابطحي، محمدباقر، صحيفه سجاديہ جامعہ، قم: موسسه امام مہدی علیہ السلام، ۱۳۸۰.
۲. ابن بابويه، محمد بن علی، الامالی، ج ششم، تهران: کتابچی، ۱۳۷۶.
۳. ابن بابويه، محمد بن علی، الخصال، علی اکبر غفاری، ج ۲، قم: جامعہ المدرسين فی الحوزہ العلمیہ بقم، مؤسسہ نشر الاسلامیہ، ۱۳۶۲.
۴. ابن بابويه، محمد بن علی، من لا یحضرہ الفقیہ، ج ۴، قم: دفتر انتشارات اسلامی وابستہ بہ جامعہ مدرسین حوزہ علمیه قم، ۱۴۱۳.
۵. ابی داود، سلیمان بن اشعث، سنن ابی داود، محقق سید محمد سید، مصر، قاهرہ: مؤسسہ علمی فرهنگي دار الحدیث، سازمان چاپ و نشر.
۶. بحرانی، سید هاشم، البرهان فی تفسیر القرآن، ج اول، تهران: بنیاد بعثت، ۱۴۱۶.
۷. تميمی آمدی، عبدالواحد بن محمد، غرر الحکم و درر الکلم (مجموعه من کلمات و حکم الإمام علی علیہ السلام)، ج دوم، قم: دارالکتب الإسلامی، ۱۴۱۰ ق.
۸. تميمی آمدی، عبدالواحد بن محمد، تصنیف غرر الحکم و درر الکلم، ج اول، قم: دفتر تبلیغات، ۱۳۶۶.
۹. خوانساری، آقا جمال، محمد بن حسین، شرح محقق بارع جمال الدین محمد خوانساری بر غرر الحکم و دُرر الکلم، ج ۷، چ چهارم، تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۶۶.
۱۰. رهاوی، اسحاق بن علی، ادب الطیب، محمد صادق شریعت، تهران: انتشارات طب سنتی، ۱۳۸۹.
۱۱. شریف الرضی، محمد بن حسین، نهج البلاغه، علی نقی فیض الاسلام اصفهانی، چ پنجم، تهران: مؤسسہ چاپ و نشر تالیفات فیض الاسلام، ۱۳۷۹.
۱۲. شیخ حر عاملی، محمد بن حسن، وسائل الشیعه، ج ۳۰، چ اول، قم: مؤسسہ آل البيت علیہم السلام، ۱۴۰۹.
۱۳. طبرسی، فضل بن حسن، مجمع البیان فی تفسیر القرآن، چ سوم، تهران: ناصر خسرو، ۱۳۷۲.
۱۴. طرخی، 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 علیہ السلام، امام چهارم، صحیفه سجادیه، چ سوم، قم: الهادی، ۱۳۷۸.
۱۸. فیض کاشانی، محمد بن شاه مرتضی، محجہ البیضاء فی تهذیب الاحیاء، ج ۸، چ چهارم، قم: جامعہ المدرسين فی الحوزہ العلمیہ بقم، مؤسسہ النشر الاسلامی، ۱۳۷۶.
۱۹. قیومی، جواد، صحیفه کاظمیه، قم: انتشارات اسلامی، ۱۳۸۰.
۲۰. کلینی، محمد بن یعقوب بن اسحاق، الکافی، چ چهارم، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ۱۴۰۷.
۲۱. مجلسی، محمد باقر، زاد المعاد، قم: مفتاح الجنان، ۱۱۱۱ ق.
۲۲. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی، بحار الانوار، ج ۱۱۱، چ دوم، بیروت: دار احیاء التراث العربی، ۱۴۰۳.
۲۳. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی، مرآة العقول، هاشم رسولی محلاتی، ج ۲۶، چ دوم، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ۱۴۰۴.
۲۴. محمدی ری شهری، محمد، میزان الحکمة، قم: مؤسسہ فرهنگي دار الحدیث، ۱۳۷۵.
۲۵. مرتضی عاملی، جعفر، الآداب الطبیة فی الاسلام مع لمحه موجزه فی تاریخ الطب، چ اول، بیروت: دارالبلاغه، ۱۴۰۲.
۲۶. مسکویه احمد بن محمد، تهذیب الاخلاق و تطهیر الاعراق، محقق: عماد هلالی، قم: طلیعه النور، ۱۴۲۶.
۲۷. نوری، حسین بن محمد تقی، مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل، ج ۲۸، چ اول، قم: مؤسسہ آل البيت علیہم السلام، ۱۴۰۸.



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. Villagomez 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. Villagomez 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

