

نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی

جعفر بوالهری^۱

چکیده

پرداختن به جنبه‌های معنوی در پزشکی یک بخش معمول از برنامه درسی دانشکده‌های پزشکی نیست، در حالی که این مسئله، چیزی است که بیماران ما از ما می‌خواهند و انتظار دارند. شواهد نشان می‌دهد می‌توان رفتار معنوی را در جهت تأمین سلامت و سلامت معنوی یاد گرفت و آموزش داد. روان‌درمانی معنوی، شناخت درمانی با رویکرد معنوی، مشاوره با رویکرد معنوی، گروه‌درمانی / خانواده درمانی با رویکرد معنوی، کتاب درمانی با مطالعه متون مقدس و معنوی، درمان و شفا در اماکن و محافل معنوی و نیز سبک زندگی معنوی در تأمین سلامت افراد نقش شایان توجهی دارد. آموزش و درمان معنوی کار متخصصان معنوی است، اما درمان، مشاوره و آموزش رفتار سالم با رویکرد معنوی وظیفه متخصصان دانشگاهی است.

واژگان کلیدی

دین، سلامت معنوی، معنویت، نهادینه‌سازی

۱. روان‌پزشک و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسئول)

نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی

پدیده‌ها و موضوعات دینی و معنوی شامل شیوه زندگی معنوی و مذهبی؛ باور و ایمان به امور ماورایی و فراحسی، انجام عمل و رفتار ایمانی و معنوی، رفتارهای مذهبی درونی - بیرونی؛ هویت دینی یا معنوی؛ تعهدات مذهبی؛ همچنین دعا، بخشایش‌گری، ذکر، مراقبه، حضور در اجتماعات مذهبی، توکل، توبه، تلاوت قرآن، صلوات، صلوات، شادکامی، شکر، روزه؛ خدا، مرگ، معجزه، ملائکه، روح، صلح، انسان‌دوستی، عدالت، تعهد، مسئولیت و دهها موضوع و رفتار دینی و معنوی دیگری وجود دارد که ارتباط مستقیم یا غیرمستقیمی با سلامت و بیماری دارد که در دو سده گذشته که علم پزشکی رشدی چشمگیر داشته است نقشی در تأمین سلامتی انسان‌ها نداشته و یا متخصصان سلامت از آنها غافل مانده‌اند.

یادگیری نحوه پرداختن به جنبه‌های معنوی در مراقبت پزشکی نیز یک بخش معمول از برنامه درسی دانشکده‌های پزشکی نیست، در حالی که شواهدی وجود دارند که این مسئله، چیزی است که بیماران ما از ما می‌خواهند و انتظار دارند که آن را به‌عنوان بخشی از مراقبتی که فراهم می‌کنیم انجام دهیم (دی سوزا، ۲۰۰۲م؛ ماتای^۲ و دیگران، ۲۰۰۰م). بیماران در تعامل با متخصصین بالینی و کارکنان پزشکی، کماکان افرادی با همان نیازهای عمیق و گسترده هستند. در واقع، در هنگامه بیماری و بحران است که زندگی، مرگ و سایر موضوعات معنوی، ممکن است هرچه قوی‌تر در آگاهی یک بیمار جلوه‌گر شوند. شناسایی نگرانی‌های معنوی بیماران می‌تواند به‌عنوان یک بخش اساسی از پزشکی بیمارمحور و علوم انسانی متعهد به ارزش‌های الهی تلقی شود.

شواهدی وجود دارد که بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی، از باورهای مذهبی برای مقابله با بیماری استفاده می‌کنند (کوئینگ^۳ و دیگران، ۲۰۰۰م).

درگیری مذهبی - معنوی، یک تمرین گسترده است که موفقیت مقابله با بیماری جسمی را پیش‌بینی می‌کند.

درباره اینکه پرسش‌ها و مشکلات معنوی مراجعان را به چه دلیل نباید متخصصان حوزه سلامت پاسخ دهند و اینکه این موضوع مربوط به حوزه روحانیت است نه سلامت، نقل قول‌های بسیاری در متون آمده است که شایع‌ترین آنها عبارت است از: «من درمان‌گرم نه روحانی، حق با فروید است که مذهب در بهترین شرایط شفای ناقص دارد، درمان فعلیتی است بدون ارزش و ارزش‌گذاری، بسیاری از سازمان‌هایی که با درمان مذهبی شروع کرده‌اند به روش‌های غیرمذهبی روی آورده‌اند، معنویت یا وجود ندارد و یا قابل اندازه‌گیری نیست، با استفاده از مذهب عینیت از دست رفته و ارزش‌های شخصی به درمان راه پیدا می‌کند، مردم به کمک و درمان نیاز دارند نه مذهب، مراجعان را نباید موعظه کرد باید حرف آنها را شنید، هیچ کس از پزشک انتظار ندارد مذهبی باشد پس چرا درمانگر مذهبی باشد؟ بهتر است مذهب به عالمان دین واگذار شود، این همه بحث و هیاهو برای چه چیزی؟ معنویت هم بخشی از زندگی است، درمانگری و مذهب مناسبتی با هم ندارند، مذهب یک مکانیسم دفاعی است، مذهب نه تنها ناسالم که برای برخی مخرب هم هست، بخش عمده‌ای از معنویت، معنویت کاذب است، مذهب بیش از آنکه مشکل‌گشا باشد مشکل‌زاست».

به نظر می‌رسد این‌گونه تبیین از مشارکت دین و علم سلامت که نمونه‌های آن در کشور کم نیست، به تاریخچه تکامل این دو حوزه برمی‌گردد، به دورانی که جنگ و جدال و جدایی این دو مطرح بوده است در حالی که اینک به استناد مطالعات وسیع انجام شده دوران سازش و تعامل فعال دو حوزه دین و معنویت از یک سو و علوم انسانی و سلامت از دیگر سو است.

یادگیری رفتار معنوی

دوگ اومان از دانشگاه برکلی در اجلاس سالیانه پزشکی رفتاری در سال ۲۰۰۶م. می‌گوید: معنویت به اشکال گوناگون بر رفتار سلامت اثرگذار است در حالی که ما نمی‌دانیم چگونه رفتار معنوی آموخته می‌شود. اومان باتکیه بر «نظریه یادگیری اجتماعی»، «نظریه یادگیری معنوی مبتنی بر نظریه بندورا را مطرح کرده و معتقد است این نظریه به راحتی قابلیت استفاده و تجربه در آموزش و یادگیری دینی و معنوی را دارد. ما رفتار معنوی را از دیگران یاد می‌گیریم: چهره به چهره، از رسانه‌ها، کلامی، نوشتاری و الکترونیکی. همچنین اومان بر نظریه «شناختی اجتماعی» بندورا تأکید می‌کند که: یادگیری از راه مشاهده و یادگیری همراه با داشتن اعتماد به نفس و خودباوری هسته اصلی در یادگیری و یادگیری معنوی است. اگر بپذیریم که رشته علوم پزشکی و سلامت چیزی جز یادگیری نیست و می‌توان رفتار معنوی را در جهت تأمین سلامت و سلامت معنوی یاد گرفت و آموزش داد، غفلت از پرداختن به این فراگیری پرسود نابخشودنی است.

معنویت از چه راه‌هایی موجب سلامت می‌شود؟

اینکه معنویت چگونه در تأمین سلامت کمک می‌کند نظریات زیادی مطرح شده است. اما شایع‌ترین تبیین‌ها به این شرح است: معنویت موجب دادن هادی در تصمیم‌گیری‌ها و فشارها می‌گردد، به داشتن پاسخ برای پرسش‌های بزرگ و فلسفه غایت جهان کمک می‌کند، برای معتقدین خود حمایت اجتماعی در جنبه‌های انسانی و الهی تأمین می‌کند، مثبت‌نگری و خوش‌بینی ایجاد کرده، معنا و هدفداری در زندگی ایجاد می‌کند، امیدواری و انگیزش در افراد و پیروان خود ایجاد می‌کند، توانمندی فردی را افزایش داده، احساس تسلط داشتن، الگوی

پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید. همه اینها که از پیامد دینداری و گرایش به زندگی معنوی است نیاز همه بیماران است و عواملی است که پژوهش‌ها نشان داده است مؤثر در بهبودی، به زیستی، و ارتقای سلامت در ابعاد بیوفیزیولوژیک، ایمونولوژیک، و روانی - اجتماعی است.

انواع مداخلات معنوی

به جز روش‌های آموزشی، مشاوره‌ای و درمان‌هایی که توسط محافل دینی و معنوی برای تسکین درد و نگرانی‌های مردم ارائه می‌شود، پژوهش‌ها نشان داده است که روش‌های گوناگون علمی و دانشگاهی و بیمارستانی به کار گرفته می‌شود. این روش‌ها عبارتند از: روان‌درمانی دینی و معنوی، شناخت‌درمانی با رویکرد دینی و معنوی، مشاوره با رویکرد دینی و معنوی، عفو‌درمانی، گروه‌درمانی - خانواده‌درمانی با رویکرد دینی و معنوی، کتاب‌درمانی با مطالعه متون مقدس و معنوی، درمان و شفا در اماکن و محافل دینی و معنوی. برخی از این روش‌ها مواردی است که نه تنها در درمان بیماران روان‌پزشکی بلکه در کمک به پیشگیری و درمان در حوزه‌های دیگر سلامت چون بیماری‌های قلب و عروق، سرطان و درد، ایمونولوژی، پرستاری، کودکان و نوجوانان، کلیه، گوارش و رشته‌های بسیار دیگر کاربرد دارد و نه تنها به‌عنوان رشته‌ای در طب مکمل، که به‌عنوان بخشی از مداخلات علمی در مجلات علمی، متون آکادمیک و مراکز تحقیقاتی و دانشکده‌های علوم پزشکی جای خود را باز کرده است.

سبک زندگی معنوی

سوی اهمیت پرداختن به نقش دین و معنویت در بخش درمان و سلامت، آنچه که امروز در سطح جهانی مورد نظر است توجه به «معنویت»، و «ارزش‌های متعالی» در آموزش علوم بهداشتی، و به‌ویژه آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های زندگی معنوی و شیوه زندگی سالم به بیماران، خانواده‌ها، جوانان و دانشجویان است. گرچه قدم‌های اولیه در این راه در ایران برداشته شده است اما به‌کارگیری اختصاصی، کارآمد و وسیع آن در دانشگاه‌های ایران همچون دیگر کشورهای جهان مورد غفلت قرار گرفته است. آموزش مهارت‌های زندگی در پیشگیری و روبه‌رو شدن با استرس، خشم، خشونت و بحران خانوادگی، مشکلات دوران نوجوانی، مشکلات جنسی و ایدز، اعتیاد ابعاد وسیعی در حوزه بهداشت روان داشته است.

معنویت گرچه نقش کلیدی در تحول تمدن و جامعه بشری داشته است، اما آموزش مهارت‌های معنوی در حوزه روان‌شناسی و علوم رفتاری سابقه زیادی ندارد.

نقش پزشکان و دیگر متخصصین بالینی

آموزش و درمان دینی معنوی کار متخصصان دینی معنوی است، اما درمان، مشاوره و آموزش رفتار سالم با رویکرد دینی و معنوی که کاری علمی است وظیفه متخصصان دانشگاهی دارای مجوز و پروانه رسمی است. مهم اینست که پزشکان و متخصصان بالینی می‌بایست زندگی معنوی بیماران را بپذیرند و به آن احترام بگذارند و همیشه مداخلات را بیمار - محور قرار دهند. پذیرش ابعاد معنوی بیماران شامل اخذ یک تاریخچه معنوی است (دی‌سوزا، ۲۰۰۳م).

گرفتن یک تاریخچه معنوی اغلب به خودی خود یک کار باارزش پزشکی و یک مداخله قدرتمند است. بیماران دارای گرایش مذهبی و معنوی که اغلب، باورهایشان هسته نظام معنایی آنها را شکل می‌دهد، تقریباً همیشه حساسیت یک پزشک به این موضوعات را درک می‌کنند. بنابراین، پزشکان و متخصصان بالینی می‌توانند این پیام مهم را ارسال کنند که آنها با کل انسان سروکار دارند، و می‌فهمند که بیماران ابعاد دینی و معنوی دارند، پیامی که رابطه پزشک - بیمار را ارتقا می‌دهد، رابطه‌ای که سنگ بنای مراقبت پزشکی مناسب است و ممکن است تأثیر درمانی یک مداخله را افزایش دهد و در راستای دستیابی به زیستی مثبت گام بردارد (دی سوزا و رودریگو، ۲۰۰۴م).

پی‌نوشت‌ها

1. D Souza
2. Mathai
3. Koenig

فهرست منابع

- De Beer W A. (2000). The religiosity gap: a New Zealand perspective, Proceedings of the 35th Annual Congress of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 27-30; Adelaide, SA.
- D'Souza A L, Rajkumar C, Cooke J, Bulpitt C J. (2002). Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhoea: meta-analysis. *BMJ* 324 (7350): 13-61.
- D'Souza F R, Rodrigo A. (2004). Spiritually augmented cognitive behavioral therapy. *Australasian Psychiatry* 12, 148-153.
- Koenig Harold G, McCullough Michael E, Larson David B. (2000). *Handbook of Religion and Health* Larson, Oxford University Press.
- Mathai J, North A. (2003). Spiritual history of parents of children attending a community child and adolescent mental health service, *Australas Psychiatry* 11: 172-175.

یادداشت شناسه مؤلف

جعفر بوالهری: روان‌پزشک و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

نشانی الکترونیک: bolharij@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۸/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۳۰