

دخالت معنویت در بهبودی و تمامیت*

سیانگ - یانگ تان و نتالی جی . دانگ ترجمه مهدی شیرینی

رابطه بین ایمان و سلامتی، پایه تجربی روبرو رشدی دارد. همبستگی‌های مثبت، بین عوامل دینی و سلامتی جسمانی یافت شده است (Caine & Kaufman, 1999; George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000; King, 2000; Koenig, 1999; Larson & Larson, 1994; Larson, Swyers, 1991, 1998; Levin & Vanderpool, 1991; McCullough, 1998). اگرچه بررسی جنبه‌های خاص دینداری، یافته‌های مثبت نسبتاً سازگاری به دست داده (Bergin, 1991; Payne, Bergin, Bielema, & Jen-kins, 1991)، اما ماهیت دقیق ارتباط بین عوامل دینی و پیامدهای سلامتی، مبهم است (Hill & But-ter, 1995). به هر حال، این مطلب روشن است که بالا بودن میزان پایه دینداری در جمعیت، نشان می‌دهد بخش عمده بیماران که برای مراقبت بهداشتی یا روانی حاضر می‌شوند، باورها و اعمال دینی مهمی خواهند داشت (Rowan, 1996). با توجه به اینکه حدود نود و پنج درصد مردم ایالات متحده ابراز ایمان به خدا می‌نمایند (Miller, 1999)، تأمین کنندگان مراقبت سلامتی باید نسبت به دغدغه‌های دینی و معنوی حساس باشند. به باور ما آن‌ها همچنین باید به شیوه‌هایی آگاه باشند که خود آن‌ها یا دیگران می‌توانند به لحاظ معنوی مداخله کرده و برای ایجاد بهبودی و تمامیت کمک کنند.

سلامتی و تمامیت

ما در این نوشته این رویکرد را اتخاذ می‌کنیم که وضعیت سلامتی یا سالم بودن صرفاً نبود بیماری یا مرض نیست. اگرچه وجود روند بیماری جسمانی در فقدان سلامتی به طور چشمگیر سهیم است، مطمئناً ممکن است فردی عاری از بیماری باشد، با وجود این، احساس سلامتی نکند. برای سلامتی، یک کیفیت ذهنی وجود دارد که احتمالاً در واژه‌های «تمامیت» یا «سالم بودن»^۱ به طور کافی تر گنجانده شده است. (همچنین نگاه کنید به: Diener, 2000; Myers, 2000a, 2000b). مایلی^۲ (1999) برای پرداختن به این رویکرد کلی‌گرایانه‌تر و ذهنی‌تر به سلامتی و بهبودی، مفهوم بهزیستی^۳ را بکار می‌برد. او تأکید می‌کند که چگونگی کنار آمدن ما با فشار روانی،^۴ برای پیدایش و تداوم بهزیستی، اساسی است. به بیان او، این مطلب، نقطه تمرکز آن حوزه از روانشناسی سلامت است که با ارتقاء رفتارهای سلامتی و جلوگیری از بیماری‌های مزمن از طریق تغییرات رفتاری و شیوه زندگی سروکار دارد. به معنای دقیق کلمه، ما با بهزیستی به عنوان اصطلاحی برخورد می‌کنیم که به طور اجمالی مفهوم سازی شده است و آن جنبه‌هایی از فرد را دربر می‌گیرد که بر روی رفتار و شیوه زندگی-شخصیت، باورهای معنوی، فرهنگ، بافت اجتماعی

و شناخت‌ها، همچنین توانایی‌ها و محدودیت‌های بدنی، اثر می‌گذارد. بدین سان، روانشناسیِ تمامیت از جداسازی یا پرداختن مستقل به یک جنبه از فرد از جنبه‌های دیگر، جلوگیری می‌کند. (همچنین نگاه کنید به: Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000; Taylor, Kene- (my, Reed, Bower & Gruenwold, 2000). ما این رویکرد را اتخاذ می‌کنیم که گستره‌های جسمی، معنوی و روانشناختی فرد، مرتبط به هم و دارای تأثیر متقابل اند، بنابراین، پرداخت جامع به کل یک شخص، باید واقف یا حساس به هر یک از این گستره‌های متعامل باشد. میلر و تورسن^۵ (1999) بیان می‌کنند که «تصور درست‌تر از سلامتی این است که آن را یک سازهٔ نهفته مثل شخصیت، خو یا شادکامی تصور کنیم؛ یک سازهٔ چندبعدی پیچیده که زیرساخت مجموعهٔ وسیعی از پدیده‌های قابل مشاهده می‌باشد» (p. 4). سلامتی در مفهوم سازی پیشنهادی میلر و تورسن، شامل سه دامنهٔ گسترده می‌شود، رنج، توانایی کارکردی و آرامش یا انسجام درونی ذهنی در زندگی. این دامنه‌ها، علاوه بر جنبه‌های جسمی، جنبه‌های شناختی، هیجانی و معنوی شخص را دربرمی‌گیرند.

اگرچه تعریف دقیق سازه‌های سلامتی و تمامیت قابل بحث است، اما واضح است که سلامتی چیزی به مراتب بیشتر از نبود بیماری است. همانطور که میلر و تورسن (1999) گفته‌اند «اگر سلامتی، چیزی بیشتر از نبود بیماری و گسترده‌تر از بُعد منفرد رنج است، پس وظیفهٔ درمانگر فراتر از تشخیص و از بین بردن یک حالت مشخص بیماری است» (p. 5).

معنویت

تعاریف متعددی از واژه‌های «دین» و «معنویت» شده است. ریچاردز و برگین^۶ (2000) دین را به عنوان «زیرمجموعهٔ امر معنوی» تعریف می‌کنند. (p. 5). در رویکرد آنان به فهم دین و معنویت، امر معنوی اشاره به تجارب، باورها و پدیده‌هایی دارد که به جنبه‌های متعالی و وجودی زندگی مربوط می‌شود. امر دینی به نظر ریچاردز و برگین باورها، اعمال و احساسات الهی مرتبط است.

پارگامنت^۷ (1997) برخلاف ریچاردز و برگین، دین را «یک فرایند، به جستجویی برای معنا با شیوه‌هایی که به امور قدسی مرتبط است» (p.32)، و معنویت را به، جستجوی امور قدسی تعریف می‌کند. بنابراین، معنویت کارکرد اصلی دین است. دین در این رویکرد اصطلاح وسیع‌تری است که معنویت در ذیل آن گنجانده می‌شود. ما این تعریف آخری از دین را برای استفاده انتخاب کرده‌ایم.

اکثریت قاطع مردم آمریکای شمالی به خدا، یک موجود متعالی یا یک نظام ماوراءطبیعی، حیات پس از مرگ، فرشتگان، یا سایر موجودات مافوق طبیعی ایمان دارند. بسیاری از این مردم باورهای معنوی خود را برای یافتن منبع قدرت و هدایت در زندگی مهم می‌دانند. گروه‌های دوازده مرحله‌ای،^۸ تنها یک نمونه از ایمان فراگیر و اتکاء به نوعی نیروی برتر ماورای طبیعی برای قدرت و هدایت، هستند. اگرچه «سالم بودن معنوی»^۹ خودش موضوعی مورد بحث است (Ingersolt; 1998)، با وجود این، روشن است که معنویت منبع مهمی برای معناداری است و می‌تواند مؤلفه مهمی برای سالم بودن ذهنی همه‌جانبه و کیفیت زندگی باشد (Clark, 1998).

اگرچه معنویت و دین به شیوه‌های مختلف از همدیگر متمایز شده‌اند، اما سازمان‌های دینی منبع مهمی برای بهبود زندگی معنوی مردم هستند، قطع نظر از این که «دین» و «معنویت» چگونه تعریف شوند. سازمان‌های دینی مثل کلیساها، کنیسه‌ها، معابد، و مساجد می‌توانند ساختار و زمینه‌ای را فراهم کنند. البته هم فراهم می‌کنند. که در آن افراد بتوانند در یک فضای جمعی، تجارب معنوی داشته باشند. سازمان‌های دینی همچنین می‌توانند زمینه‌ای را فراهم کنند که در آن، تجارب مشترک برای جستجوی امر قدسی، یادگیری شیوه‌های وارد شدن به تجارب معنوی (مثل روزه یا دعا)، انتقال معنا به ماوراء خود، پروردن یا حفظ کردن ارتباط با خدا، وجود داشته باشد. همچنین باید اذعان شود که بعضی از مردم در یک سازمان دینی یا در تجربه معنوی فردی خودشان، تجارب معنوی ناسالم یا منفی دارند. بنابراین، شاید ضروری باشد که تجربه‌های معنوی شخصی را از تجارب، باورها و تعالیم دینی وسیع‌تر متمایز کرد.

تعامل بین دین و معنویت، همچنین ماهیت ذهنی تجربه‌های فردی، مطمئناً حاکی از این است که قبل از استفاده از مداخله معنوی یا دینی؛ داشتن فهم روشن از باورهای معنوی و دینی یکایک درمانجویان اهمیت دارد. اهمیت آگاهی داشتن از دیدگاه و جهان‌بینی درمانجو، در نظریه‌های ذهن‌گرایی روان‌تحلیل‌گری معاصر (مثل، Stolorow & Atwood, 1979) مورد توجه بوده است و آن‌ها بر تشخیص مجموعه‌های متفاوت واقعیات تجربه شده که درمانگر و درمانجو به آن‌ها معتقدند، تأکید کرده‌اند. باورها، اعمال و تجارب دینی یا معنوی باید از درون دنیای درمانجو شناسایی شوند به همان شیوه که ما شناسایی موانع شناختی برای درمان، متغیرهای شخصیت یا موضوعات دیگری که می‌توانند در ارتقاء و تداوم سلامتی اثر بگذارند، را دنبال می‌کنیم.

زمینه فرهنگی در ایمان و بهبودی

اگرچه فرهنگ به خودی خود، پیش‌بینی‌کننده ایمان و لوازم آن برای بهبودی و تمامیت نیست، اما مطمئناً زمینه وسیعی را برای فهمیدن ایمان دینی و باورهای معنوی فراهم می‌کند. از آنجایی که متخصصان مراقبت سلامتی به دنبال تسهیل درمان و تمامیت، در زندگی بیمارانشان هستند، آگاهی داشتن از جهان‌بینی و ارزش‌ها در درون گروه‌های فرهنگی و در سرتاسر باورهای دینی، مفید است. ما در این بخش به طور خاص، از موضوعات دینی و معنوی در میان آمریکاییان آسیایی تبار و لوازم آن‌ها برای شفا دادن، بحث می‌کنیم. خواننده برای اطلاع یافتن درباره سنت‌های دینی متنوع و رویکردهای فرهنگی به ایمان، به ریچاردز و برگین (2000؛ همچنین نگاه کنید به: Fukuyama & Sevig, 1999) ارجاع داده می‌شود. اگرچه آگاهی داشتن از الگوهای فرهنگی گسترده، مهم است، فرد بیمار باید از منظر باورها، ارزش‌ها و سنت‌های منحصر به فرد خودش نیز نگریده شود.

دیدگاه‌های فرهنگی و اعتقادی آمریکاییان آسیایی تبار

صحبت کردن درباره یک دیدگاه فرهنگی و اعتقادی آمریکایی آسیایی، چیزی مثل اسم بی‌مسما است. آمریکاییان آسیایی تبار گروه متنوعی هستند که مردمانی را دربرمی‌گیرند که در اصل چینی، ژاپنی، کره‌ای، فیلیپینی، هندی آسیایی، آسیایی جنوب شرقی و از ساکنان جزایر اقیانوس آرام هستند. بیش از پنجاه گروه که به بیش از سی زبان مختلف تکلم می‌کنند، در این طبقه‌بندی گنجانده شده‌اند (Sye, Nakamura, Chang & Yee-Bradbury, 1994). ما علاوه بر توصیف دیدگاه‌های اعتقادی آمریکایی‌های آسیایی تبار مسیحی (نگاه کنید به: Tan & Dong, 2000) درباره نظام‌های اعتقادی سنتی (مثل آیین دائو، آیین بودایی و فلسفه کنفوسیوسی) بحث می‌کنیم.

فرهنگ، ارزش‌ها و باورهای سنتی

گروه‌های نژادی آسیایی سنتی غالباً به وجود عالم ارواح، ایمان و به خدایان چندگانه که بر دنیا حکمرانی می‌کنند، اقرار دارند (Hopfe, 1983). اجداد فوت شده، اغلب حلقه‌های رابط با عالم ارواح تلقی می‌شوند و یاری آن‌ها ممکن است با داشتن عبادتگاه یا مذبح در خانه، که در آن اجداد

به یاد آورده می‌شوند و احتمالاً قربانی‌هایی به آن‌ها تقدیم می‌شوند جلب شود. علت بیماری ممکن است بی‌توجهی یا گناه نسبت به اجداد یا ارواح خبیثه‌ای که باید خشنود شوند، تلقی شود. اصول کنفوسیوسی تأثیر گسترده‌ای در سراسر آسیا داشته است. اصول کنفوسیوسی که یک نظام اخلاقی متمرکز بر نظم اجتماعی مناسب یا هماهنگ است (Hope, 1983)، بر الگوهای ارتباطی درون خانواده و همچنین ارتباط بین بیمار و متخصص سلامتی، تأثیرگذار است. ارتباط غالباً از طریق پدر یا مسن‌ترین مرد خانواده انجام می‌گیرد و با متخصصین سلامتی، با عزت و احترام رفتار می‌شود. خانواده‌های سنتی آمریکایی آسیایی ممکن است اکراه داشته باشند که در مرجعیت یا داوری متخصصین مراقبت سلامتی مناقشه کنند و اکراه داشته باشند که به صراحت خواسته‌ها یا سلیقه‌های درمانی خود را از تأمین‌کنندگان مراقبت سلامتی خودشان مستقیماً مطالبه کنند.

دیدگاه‌های بودایی درباره سرنوشت و رنج ممکن است در واکنش آسیایی‌های سنتی به بیماری و رنج شخصی اثر بگذارد. پذیرش منفعلانه ناراحتی یا درد ممکن است این نگرش را نشان دهد که رنج چیزی است که باید با آرامش تحمل کرد، بعضی از مکاتب بودایی به صراحت بیان می‌کنند که کل وجود، رنج است و زندگی پر از درد می‌باشد (Wenhao, Saloman & Chay, 1993). در نتیجه، بیماران آسیایی سنتی ممکن است با تردید، رهایی از درد یا دیگر ناراحتی‌ها را دنبال کنند. بسیاری از آمریکایی‌های آسیایی تبار از اصول «فنگ‌شوی»^{۱۰} پیروی می‌کنند و آن یک نظام اعتقادی چینی است که بر ترتیب‌دهی متناسب ساختمان‌ها، اتاق‌ها، اسباب‌خانه و دیگر چیزها متمرکز است. بر طبق آیین فنگ‌شوی، مکان‌یابی مناسب، هماهنگی و تعادل ایجاد کرده و در نتیجه برای فرد عمل‌کننده، خوش‌شانسی و سلامتی می‌آورد. فردی که ناخوشی را تجربه می‌کند می‌تواند درصدد تغییر مکان اسباب‌خانه برآید تا جریان و تعادل مناسب انرژی در خانه، حاصل شود.

سنت‌های دینی

اگرچه اطلاعات جمعیت‌شناختی قابل اعتمادی در دسترس نیست، اما واضح است که آمریکایی‌های آسیایی تبار انواع نظام‌های اعتقادی دینی را می‌پذیرند. در حالی که بیش از هفتاد درصد آمریکایی‌های کره‌ای تبار، مسیحیان پروتستان هستند، فیلیپینی‌ها به شدت کاتولیک‌اند (Kim, 1996; Santa Rita, 1996). آمریکایی‌های چینی تبار ممکن است پیرو آیین‌های بودا، پرستش نیاکان، یا مسیحیت باشند. آمریکایی‌های ژاپنی تبار از ادیان شینتو، بودایی یا مسیحیت

پیروی می‌کنند و آمریکایی‌های ویتنامی احتمالاً پیرو آیین بودا یا مسیحیت هستند. سایر مردم جنوب شرقی آسیا احتمالاً از آیین‌های هندو، بودایی یا جاندارپنداری اشیاء، پیروی می‌کنند. بسیاری از مسیحیان آسیایی به جهان‌بینی‌ای اعتقاد دارند که وجود امر ماوراءطبیعی از جمله ایمان به موجودات شیطانی و جهاد معنوی را دربر می‌گیرد (Tan, 1991a, 1999). بسیاری از مسیحیان آسیایی مخصوصاً در سنت‌های انجیلی^{۱۱} و کاریزمایی^{۱۲} در کنار آمدن با مشکلات روزانه به دعای شفاعت خواهانه و قدرت روح القدس تکیه می‌کنند. آن‌ها همچنین ممکن است مشکلات یا بیماری‌ها را کار نیروهای شیطانی یا جهاد معنوی تلقی کنند.

رویکردها نسبت به مداخله

ما در این بخش مداخلات معنوی را که متخصصین مراقبت سلامتی در همه سطوح می‌توانند آن‌ها را به کار گیرند، توصیف می‌کنیم. ما همچنین درباره نقش کلیسا در مراقبت کل‌گرایانه بحث می‌کنیم. بسیاری از اقدامات مثل دعا و مراقبه می‌توانند توسط اشخاصی اجرا شوند که انواع باورهای معنوی و دینی را می‌پذیرند. ما همچنین اطلاعاتی را درباره مداخلات معنوی از دیدگاه و تجربه خودمان در چهارچوب سنت مسیحی ارائه می‌کنیم.

در ارزیابی (Hill & Hood, 1999؛ همچنین نگاه کنید به: Chirban, chapter 11) و مداخله معنوی ضروری است که متخصصین مراقبت سلامتی، بیمار را در چهارچوب نظام باوری خودش، مورد توجه قرار دهند. بیماران باید تشویق شوند تا از منابع معنوی‌ای استفاده کنند که با ارزش‌ها و سنت‌هایشان سازگار باشد، مثل دعا و مراقبه، و از رهبران معنوی مثل روحانیان، خاخام‌ها و کشیش‌ها طلب یاری کنند. متخصصین مراقبت سلامتی که باورهای دینی آن‌ها با باورهای بیمارانشان متفاوت است می‌توانند بیماران خود را تشویق کنند تا منابع معنوی را در جامعه دینی خودشان جستجو کنند.

مجموعه عظیمی از آثار میان رشته‌ای، شکل گرفته‌اند تا جهت‌گیری معنوی در روان‌درمانی و روانشناسی گسترش پیدا کند (به عنوان مثال، Becvar, 1997; Canda & Furman, 1999; Cornett, 1998; Fukuyama & Sevig, 1999; Genia, 1995; Hood, Spilka, Hunsberger, & gorsuch, 1996; Kelly, 1995; Lovinger, 1990; Miller, 1999; Richards & Ber-gin, 1997, 2000; Wesr, 2000; Walsh, 1999; Steere, 1997; Shafranske, 1996

مجموعه عظیم می‌تواند به عنوان پایه جستجوی اقدامات معنوی در رشته‌های دیگر باشند. به عنوان مثال، ریچاردز و برگین (1997) جدول مفیدی تهیه کرده‌اند که تعاریف و مثال‌های مداخلات دینی و معنوی مختلف در آن خلاصه شده است (Harris, Thoresen, McCullough, & Larson, 1999). همچنین نگاه کنید به: (Thoresen, Harris, & Oman, chapter 2).

رهنمودهایی برای اجرا کردن مداخلات معنوی

مداخلات معنوی را همیشه باید با حساسیت بالینی، خرد اخلاقی و تعادل دقیق اجرا کرد تا از افراط و تفریط در استفاده از منابع معنوی اجتناب شود (نگاه کنید به: Tan, 1996b). تأمین‌کننده مراقبت سلامتی باید بصیرت به خرج دهد در ارزیابی این‌که آیا درمانجو برای استفاده از منابع معنوی آمادگی دارد یا نه، مخصوصاً اگر درمانجو فرد مذهبی نباشد یا در حال کشمکش با اعتقاد خود باشد. چنانچه تأمین‌کننده مراقبت سلامتی با بیمار در یک موضوع اعتقادی یا باور دینی فرق داشته باشد، باید مواظب باشد که نگرش محترمانه به درمانجو را حفظ کند و از تحمیل عقیده خود به وی خودداری نماید. تأمین‌کنندگان مراقبت سلامتی همچنین باید قابلیت خودشان را در مداخلات معنوی ارزیابی کنند (Tan, 1993, 1996b; Tan & Gregg, 1997). همچنین نگاه کنید به: (Chirban, chapter 11). تأمین‌کنندگانی که در استفاده از مداخلات معنوی راحت نیستند یا آن‌هایی که برای استفاده ماهرانه، به طور کافی آموزش ندیده‌اند باید بیماران متعهد به دین را به منابع مناسب در درون نظام‌های باور دینی خودشان یا به تأمین‌کننده دیگری که بطور مناسب‌تری آموزش دیده یا تجربه کسب کرده است، ارجاع دهند.

تان (1994) از تعدادی خطر بالقوه بحث می‌کند که در استفاده از روان‌درمانی دینی وجود دارد و به کاربرد مداخله معنوی در مراقبت سلامتی هم مربوط می‌شود (همچنین نگاه کنید به: Moon, 1997). خطرات عمده‌ای که در گفتار «تان» ذکر شده به قرار ذیل است:

۱. تحمیل باورها یا ارزش‌های دینی درمانگر به درمانجو، در نتیجه، کاستن از اختیار درمانجو برای انتخاب‌گری.
۲. موفق نشدن در این‌که اطلاعات کافی راجع به درمان در اختیار درمانجو گذاشته شود.
۳. نقض تعهد درمانی با تمرکز عمده یا انحصاری بر روی اهداف دینی به جای تمرکز بر اهداف درمانی.

۴. قابلیت نداشتن در زمینه کشف اخلاقی ارزش‌های درمانجو یا در اجرا کردن درمان دینی به طور مناسب.
۵. مجادله کردن درباره مسائل عقیدتی بجای روشن کردن آن‌ها.
۶. غلط استفاده کردن یا سوءاستفاده کردن از منابع معنوی مثل دعا، در نتیجه، دور شدن از برخورد با مسائل دردآور.
۷. مبهم ساختن مرزها یا ضوابط مهمی که برای حفظ رابطه درمانی ضروری است.
۸. خود را مرجع کلیسایی پنداشتن و انجام دادن اعمال کلیسایی به طور نامناسب، در حالی که ارجاع به رهبران کلیسایی ممکن است موجه باشد.
۹. تنها به کار بردن مداخلات دینی برای مشکلاتی که ممکن است به دارو یا سایر درمان‌های طبی و/یا روانشناختی نیز، نیاز دارند.
- استفاده مناسب از مداخلات معنوی علی‌رغم خطرات بالقوه‌اش، همچنین می‌تواند منبع منحصر به فردی برای بیماران فراهم کند. ورثینگتون^{۱۳} (1986) تعدادی از دغدغه‌هایی که مسیحیان انجیلی دارند و ممکن است به بیماران دیگر هم که باورهای دینی قوی دارند مربوط شود، شناسایی کرده است. وی یادآور می‌شود که بیماران ممکن است ترس از این داشته باشند که درمانگرهای سکولار به علایق دینی بی‌توجهی کنند، رویدادهای مربوط به باور دینی را رویدادهای مرضی یا صرفاً روانشناختی قلمداد کنند، در درک ایده‌ها یا اصطلاحات دینی موفق نباشند، گمان کنند که بیماران مذهبی در ارزش‌ها یا هنجارهای فرهنگی غیردینی سهیم هستند، به رفتار درمانی‌ای ترغیب کنند که با اصول اخلاقی آن‌ها متعارض است و وحی و انکشاف الهی را به عنوان منبع مهم برای حقیقت، نفی کنند.
- حتی بعد از این که تصمیم گرفته شد که مداخلات معنوی صریح، مناسب هستند و بیمار برای استفاده از منابع معنوی آماده است، این نوع مداخله فقط باید بعد از کسب رضایت آگاهانه از مریض اجرا شود (Tan, 1996b؛ همچنین نگاه کنید به: Tan, 1994; Richards & Bergin, 1997). مداخلات معنوی‌ای که به کار برده می‌شوند باید به بیمار و مشکلاتش مربوط باشند. علاوه بر این، به جای این که از دعاها و تعلیمات مآثور یا تکراری استفاده شود، مداخلات معنوی باید با نیازها و مسائل خاص بیمار مناسبت داشته باشند.

مداخلات در سطح فردی: برای فرد عمل کننده

این بخش بر رویکردهای خاصی نسبت به مداخله معنوی متمرکز است که تأمین کننده مراقبت سلامتی می تواند برای بیماران خود اجرا کند یا بیماران خود را تشویق کند تا خودشان آن ها را اجرا کنند. هرچند اشخاص دارای باورهای دینی و معنوی مختلف می توانند از این مداخلات استفاده کنند، نمونه هایی را در اختیار می گذاریم که برخاسته از تجربه خود ما و دیدگاه دینی مسیحی ما است.

دعا

دعا منبعی برای مردم ایالات متحده است که به طور گسترده مورد استفاده قرار می گیرد. نظرسنجی سال ۱۹۹۳ مؤسسه «گالوپ» به نقل از مک کالو^{۱۴} و لارسون^{۱۵} (۱۹۹۹) معلوم کرد که نود درصد مردم آمریکای شمالی حداقل هر از گاهی دعا می کنند. جستجوکننده سلامتی و تمامیت، دوستان یا اعضای خانواده، اعضا و رهبران کلیسا یا گروه مذهبی و متخصصین مراقبت سلامتی، می توانند از دعاهای خاصی برای بهبودی استفاده کنند. دعا فراتر از حاجت های خاص برای شفای جسمانی، می تواند برای فردی که دعا می کند، امید، امنیت، آرامش، معناداری، تخفیف افسردگی، کاهش تنش و بهزیستی ذهنی بیشتر، فراهم کند (Pargament, 1990; McCullough, 1995; Hood et al., 1996).

متخصصین مراقبت سلامتی می توانند بیمارانی را که باورهای معنوی یا دینی دارند تشویق کنند تا درباره نگرانی هایشان دعا کنند. ممکن است دعا برای حوائج خاص مربوط به بهبود و شفای بیماری باشد، اما، دعا همچنین می تواند منبع تسهیل مقابله با بیماری یا استیصال روانی باشد (نگاه کنید به: Tan, 1996a). بیمارانی که دعا می کنند می توانند مقدار بیشتری مقبولیت، آرامش، راحتی، قدرت، شناخت مشیت الهی یا تقرب به خداوند کسب کنند. ابعاد عدیده دعا شامل این موارد می شود، البته محدود به این موارد نیست، اعتراف، پرستش یا ستایش، شکر، خواستن برای خود و وساطت کردن برای دیگران (Tan, 1996a). دعا همچنین می تواند شامل ساکت بودن در جای خلوت و صرفاً انتظار کشیدن و گوش دادن شود. بیماران را می توان تشویق کرد که از دعا به طوری که برای آن ها تناسب بهتری دارد، استفاده نموده تا به کمک آن، قدرت، جرأت، امید و آرامش پیدا کنند.

متخصصین مراقبت سلامتی علاوه بر تشویق بیماران به این که خودشان دعا کنند یا تشویق اعضای خانواده به این که برای فرد مورد علاقه دعا کنند، می توانند خودشان به همراه بیمارانشان یا برای بیمارانشان دعا کنند. برای بیمارانی که دارای باورهای دینی هستند، دعا کردن مسئول تأمین سلامتی آنان (متخصصین)، برای آنان یا به همراه آنان، می تواند تأثیر مثبتی در رابطه تأمین کننده و بیمار داشته باشد. بیماران ممکن است احساس کنند که پیوند قوی تری با متخصصین دارند، احساس مورد علاقه بودن کرده و احساس بیشتری نسبت به این که درک می شوند، داشته باشند. پیوند قوی تر بین تأمین کننده و بیمار می تواند اعتماد و تمایل بیمار به تبعیت کردن از برنامه های درمانی را راحت تر کند. تأمین کنندگانی که پیشنهاد می کنند تا به همراه بیماران یا برای بیماران دعا کنند باید با دقت چگونگی بیان پیشنهاد خودشان را ارزیابی کنند، زیرا ممکن است بعضی از بیماران یا خانواده ها چنین پیشنهادی را نشانه محکومیت به شکست یا عجز تأمین کننده بدانند.

مطالعات تجربی درباره اثرات دعای شفاعت گرانه بر پیامدهای سلامتی، (به عنوان مثال، Byrd, 1988; Sicher, Targ, Moore, & Smith, 1998) نتایج مبهمی به همراه داشته است. این مطالعات به خاطر تعدادی اشکال روش شناختی، به شدت مورد انتقاد بوده است. (Dossey, 1993). اگرچه تحقیق در این زمینه محدودیت های چشمگیری دارد، اما این فکر و سوسه انگیز را به ذهن خطور می دهد که دعای شفاعت گرانه ممکن است از حیث نتیجه به تفاوت های مثبت ملموس منجر شود. به هر حال، اثرات منفی که امکان دارد در دعا باشد، نیاز به تحقیقات بیشتری دارد. (Dossey, 1997). بنابراین، باید دقت کرد در این که برای چه کسی دعا می کنیم، چگونه دعا می کنیم و برای چه دعا می کنیم.

بسیاری از سنت های دینی به شکل های مختلف به دعا کردن می پردازند. یک شیوه از دعای شفا دهنده مسیحی به تفصیل در کلام بلو^{۱۶} (1987؛ همچنین نگاه کنید به: Tan, 1996a) توصیف شده است. این مدل دعا شامل پنج مرحله است: ۱. مصاحبه کردن، ۲. انتخاب یک برنامه دعایی، ۳. دعا کردن برای نتایج خاص، ۴. ارزیابی نتایج و ۵. جهت دهی بعد از دعا. بلو می گوید این مدل برای استفاده کسانی که در خدمت شفا بخشی به بیماران سابقه کمتر دارند یا بدون سابقه هستند، کاملاً مناسب است. کن^{۱۷} و کافمن^{۱۸} (1999) نیز، که در نوشته هایشان دیدگاهی مسیحی دارند پیشنهاد می کنند که: هنگامی که از دعا و ایمان برای شفا دادن استفاده می شود به این ترتیب عمل شود: ۱. اظهار کردن ایمان شخصی، ۲. سفارش کردن به بزرگترها که ما را دعا

نموده و به ما رسیدگی کنند، ۳. اقرار به گناهان، ۴. شفا دادن با تماس دست‌ها^{۱۹} و ۵. استفاده از پزشکی مدرن به عنوان یکی از راه‌های شفابخشی خداوند.

بخشایش

هریس^{۲۰} و دیگران (1999) بحث مفیدی را درباره کاربرد اقدامات بخشایش‌گرانه مطرح می‌کنند. کمک کردن به درمانجوها برای این که یاد بگیرند چگونه هم خودشان و هم دیگران را عفو کنند می‌تواند نقطه تمرکز مهمی در روان‌درمانی باشد. بخشایش می‌تواند همراه با ارجاع به باورهای دینی یا بدون آن مورد استفاده واقع شود (Richards & Bergin, 1997; McCullough, 1997; Sandage, & Worthington, 1997) و احتمالاً یکی از پرکاربردترین شیوه‌های مداخله معنوی در روان‌درمانی است (Richards & Bergin, 1997).

مراجعه‌ی مریض هستند یا درد می‌کشند ممکن است به خاطر رفتارهای گذشته یا انتخاب‌هایی که انجام داده‌اند، احساس خشم نسبت به خودشان داشته باشند، مخصوصاً اگر آن رفتارها یا انتخاب‌ها در پیشرفت، تداوم یا وخامت شرایط طبی، تأثیر گذاشته باشند. بیماران ممکن است به خاطر اتفاقات گذشته یا تصمیمات طبی که به تلقی آن‌ها مضر هستند، نسبت به دیگران عصبانی باشند. روابط خانوادگی ممکن است در کشمکش بر سر تغییر نقش‌ها و سازگاری با عضو مریض خانواده، از هم پاشد. کمک کردن به بیماران به این که عضو داشته باشند، می‌تواند سطح آسیب، خشم و بی‌حرمتی انجام شده نسبت به آن‌ها را کاهش داده و حالت خلّقی و هیجانی آن‌ها را بهبود بخشد (Harris et al., 1999). عفو کردن خود و دیگران می‌تواند علی‌رغم مشکلات طبی موجود، بهزیستی ذهنی را افزایش دهد.

دستان شفابخش

لمس یک ابزار قدرتمند برای انتقال محبت و ارتقاء بهبودی است (برای اطلاع از مطالعه‌ای عمیق درباره کاربرد لمس در روان‌درمانی، نگاه کنید به Hunter & Struve, 1998). به پیروی از مثال‌های فراوان عهد جدید درباره [حضرت] عیسی [ع] که بیماران را با استفاده از لمس شفا می‌داد (به عنوان مثال، انجیل متی باب ۸: آیات ۱۴-۱۵)، لمس، رکن مهمی برای شفابخشی در مسیحیت بوده است. شفا دادن با دست‌ها برای بیماران که با این رویکرد راحت هستند روشی

است که تأمین کنندگان مراقبت سلامتی مسیحی با این روش می‌توانند خدمت شفابخشی [حضرت] عیسی [ع] را استمرار بخشند. سنت‌های دینی دیگر هم ممکن است شکل‌های خاص دعای شفابخش را داشته باشند که عندالاجتضاء می‌توان از آن‌ها استفاده کرد.

تأمین کنندگان، مثل سایر انواع مداخله معنوی، ابتدا باید به دقت مناسب بودن و ظرفیت درمانی مثبت این مداخله را ارزیابی کنند. بعضی از بیماران، مخصوصاً کسانی که در گذشته مورد سوءاستفاده جسمی یا جنسی قرار گرفته‌اند، ممکن است استفاده از لمس را به شدت رد کنند. علاوه بر این، در مورد بیماران که مشکل اعتماد، سوءظن و اجتناب اجتماعی دارند، باید احتیاط کرد، همچنین در مورد کسانی که لمس برای آن‌ها از نظر جسمی دردآور است.

کن و کافمن (1999) پیشنهاد می‌کنند موقع استفاده از مالش دست‌ها در دعا برای شفا دادن، به این صورت عمل شود: ۱. ابتدا اجازه بگیرید، ۲. نگرش روشن کسب کرده و خودتان را از احساسات منفی رها کنید، ۳. با یک همراه، دعا کنید، ۴. از درخواست‌های دعایی ساده اما خاص استفاده کنید، ۵. موقع دعا کردن تجسم ذهنی داشته باشید و ۶. مرتباً شخصی را که برایش دعا می‌شود زیر نظر داشته باشید تا ببینید چه حالی دارد. تأمین کنندگان مراقبت سلامتی که به طور کافی آمادگی ندارند یا دینشان سنت دعای شفابخشی ندارد می‌توانند بیماران خود را تشویق کنند تا به دنبال رهبران معنوی‌ای باشند که می‌توانند به این شیوه به آن‌ها خدمت کنند. بسیاری از کلیساها، خدمات درمانی خاص دارند که در آن‌ها از شفا دادن با دست‌ها و دعای شفاعت‌گرا استفاده می‌شود. برای تأمین کنندگان مراقبت سلامتی، شناسایی کلیساهای محلی که چنین خدماتی در آن‌ها انجام می‌شود مفید خواهد بود برای این که آن‌ها می‌توانند به تناسب، بیماران علاقمند را بدانجاها ارجاع دهند.

مراقبه

مراقبه در بعضی از سنت‌های شرقی، طریقی را برای فرارفتن از خیالات زندگی روزانه، هشیارتر شدن نسبت به تجارب بی‌واسطه خود و دستیابی به حالت بی‌تعلقی بدون دخالت باورهای شخصی، فراهم می‌کند. مراقبه کنندگان می‌توانند بدون پیش‌یافت‌ها، قضاوت‌ها و فرض‌ها، با احساس‌هایشان در لحظه جاری بیشتر سازگار و هماهنگ شوند. بعضی از بیماران با رشد دادن ریاضت مراقبه در خود، ممکن است آرامش بیشتر، واکنش هیجانی کمتر نسبت به علائم ناراحت‌کننده بیماری و درک و قدردانی عمیق‌تر نسبت به لحظه حاضر را تجربه کنند. به عنوان

مثال: تمرین‌های مراقبه شرقی برای کمک به بیماران دارای درد مزمن، استفاده می‌شده تا آن‌ها از دردشان خلاص شده و توانایی‌های کارکردی‌شان افزایش یابد (نگاه کنید به: Kabat-Zinn, 1993). مراقبه از دیدگاه مسیحیت، طریق طلب وصال خداوند و وارد شدن به محضر اوست (Faster, 1978). افراد از طریق مراقبه، می‌توانند جهت‌یابی خاص، کلمه‌ای تسلی‌بخش یا آرامش بیشتر بواسطه سپری کردن وقت با خداوند، دریافت کنند. مراقبه می‌تواند حس بیمار درباره محافظت شدن از طرف خداوند را افزایش دهد، آشفتگی هیجانی او را کاهش دهد و منابع عاطفی را برای مقابله با درد یا بیماری تقویت کند.

مراقبه در بعضی از ریاضت‌های شرقی، به تنفس یا یک لفظ خاص یا شیء خاص متمرکز می‌شود. در مراقبه همچنین می‌توان به کسب حالت مشاهده انفعالی ذهن خود تمرکز کرد و فقط به افکار یا تصاویر ذهنی که خطور می‌کنند، توجه نمود. تمرین کنندگان، در رویکرد اخیر سعی می‌کنند از داوری درباره افکار یا تصاویر ذهنی اجتناب کنند همچنین اجتناب می‌کنند از این که به خود افکار و تصاویر ذهنی تمرکز کنند. به عنوان مثال: بیماران که برای مهار درد در تلاشند، می‌توانند درد خود را منفعلانه مورد مشاهده قرار دهند، پس بگذارند درد ادامه پیدا کند و آن را که مثل ابری در نسیم به آرامی حرکت می‌کند بنگرند.

یک رویکرد به مراقبه مسیحی بوسیله فاستر^{۲۱} (1978) به طور مفصل بیان شده است. فاستر در وهله اول، آماده شدن برای مراقبه را مطرح می‌کند که این آمادگی با جستجوی مکان مناسب و پیدا کردن وضعیت بدنی راحت برای مراقبه حاصل می‌شود. این رویکرد، تمرین‌های مراقبه‌ای خاص را دربرمی‌گیرد من جمله، تمرین‌هایی که برای تسهیل «تمرکز» (زمان آرام شدن) طراحی شده‌اند.

تان (1996a) مراحل پیشنهادی دیوید ری^{۲۲} برای مراقبه مسیحی را توصیف می‌کند. این مراحل عبارتند از: ۱. یک کلمه برای آن روز و یک آیه از کتاب مقدس برای تأمل در باب آن، انتخاب کنید. ۲. در یک وضع راحت و آرام قرار بگیرید، ۳. ورد مراقبه را تکرار کنید، ۴. درباره آن کلمه و آیه کتاب مقدس که انتخاب کرده‌اید هشیارانه تفکر کنید، ۵. چشمانتان را ببندید تا با خداوند به صورت شخصی تر ارتباط برقرار کنید، ۶. از تصاویر ذهنی یا تصویرسازی ذهنی استفاده کنید تا آیه کتاب مقدس، زنده جلوه کند، ۷. در حالی که با خداوند بی‌پرده گفتگو می‌کنید، دعا کنید. ۸. وقتی که زمان مراقبه تمام شد، چشم‌هایتان را باز کنید. مراقبه کردن بر کتاب مقدس می‌تواند روش مفیدی برای شناخت بیشتر حقیقت خداوند، افزایش توکل و دیدن زندگی خود از منظر مناسب، باشد.

خلوت‌گزینی و گوشه‌نشینی‌های شخصی

خلوت‌نشینی در جامعه معاصر ما که مملو از دستگاه‌های پیچجو، تلفن‌های همراه، رایانه‌های کیفی و دستگاه‌های دورنگار است، چیز بی‌ارزش و بلااستفاده‌ای شده است. دوره‌های خلوت‌نشینی در تنهایی با خدا یا در عزلتگاه‌های شخصی می‌تواند برای شخص مذهبی یا معنوی که از درد مزمن یا مرض دیگر رنج می‌برد، مفید باشد. «چیز عمده‌ای که گوشه‌نشینی خصوصی به دست می‌دهد ایجاد یک فضای خالی آزاد در زندگی ماست» (Foster, به نقل از: Tan, 1996a, p. 99) که در آن می‌توانیم «کلام خدا را بشنویم» (p. 99). فاستر (1978) دیدگاه‌ها و پیشنهاد‌های زیادی درباره خلوت‌گزینی و گوشه‌نشینی‌های خصوصی دارد (همچنین نگاه کنید به: Tan & Gregg, 1997).

یافتن زمانی برای سکوت و یک «مکان بی سروصدا» برای خلوت‌گزینی ضروری است. مکان بی سروصدا می‌تواند یک صندلی توی خانه باشد یا یک نیمکت در پارک، یا یک کلبه در کوهستان که در تعطیلات آخر هفته از آن استفاده می‌کنیم. نکته مهم، یافتن یا ایجاد مکانی است که بیمار در آن از حواس پرتی بدور بوده و سکوت او محترم شمرده شود. اجتناب از بسیار طولانی کردن زمان خلوت‌نشینی هم، مهم است «بعضی اوقات نباید چیزی انجام داد - صرفاً و از روی قصد باید وقت را برای خدا سپری کرد» (Foster, p. 100) (Tan, 1996a).

خلوت‌گزینی و گوشه‌نشینی‌های خصوصی، می‌تواند رابطه بیمار با خداوند را قوی‌تر کرده و ایمان و امید او را افزایش دهد، حتی زمانی که خداوند، دور یا نامفهوم به نظر می‌رسد. دوره‌های متناوب خلوت‌گزینی، فضایی را ایجاد می‌کند که بیمار می‌تواند در آن محبت و قدرت خداوند را تجربه کند، با دید خداوند بنگرد و با اطمینان بیشتر بفهمد که خداوند می‌خواهد همه چیز را به سوی خیر سوق دهد و این‌گونه هم خواهد کرد (Foster, 1978, Tan, 1996a). دوره گوشه‌نشینی و خلوت‌گزینی شاید به بیمار کمک کند تا بیماری‌اش را بهتر بپذیرد و اشتیاق او را افزایش دهد تا از برنامه‌های درمانی تبعیت کند. بیماران ممکن است دریابند که استیصال روانی آن‌ها کاهش یافته و آن‌ها قادرند با درد یا بیماری خود بهتر مقابله کنند. بعضی از بیماران شاید متوجه شوند که دوره‌های متناوب گوشه‌نشینی علی‌رغم درد یا دیگر مشکلاتی که دارند کیفیت کلی زندگی و احساس بهزیستی آن‌ها را افزایش می‌دهد.

معاشرت و عبادت

همانطور که فاستر (1978) متذکر شد، ما در زندگی مان نیاز به کسب تعادل در خلوت‌گزینی و معاشرت داریم. حمایت، تشویق و کمک دیگران به کسانی که مریض یا دردمند هستند خیلی مهم است. وقت گذاشتن برای دیدار با دیگران مثل وقت گذاشتن برای خلوت‌گزینی مهم است، مخصوصاً برای کسانی که مریض یا دردمند هستند، زیرا «درد نه تنها ما را از دیگران جدا می‌کند بلکه حتی از خودمان هم جدا می‌سازد» (Hauer was, 1986, p.77).

ملاقات با دیگران در موقعیت‌های دوستی، علاوه بر این که حمایت، تشویق و دعای آن‌ها را جلب می‌کند، می‌تواند موجب بی‌توجهی به درد یا بیماری شده و در نتیجه فرصت آرامش برای بیمار بوجود آورد (Tan, 1996a). گروه‌های کوچک خاص، همچنین می‌توانند برای کسانی که مریض هستند یا از درد مزمن رنج می‌برند، نشستی را فراهم کنند تا راهبردها و تدابیر مقابله، از جمله دعا کردن برای یکدیگر را در میان بگذارند.

بعضی از افرادی که بیماری یا درد مزمن دارند دریافته‌اند که دفعات منظم عبادت، مفید است. این دفعات عبادت می‌تواند در وقت آرام و تنهایی با خدا یا در نیایش جمعی در برنامه کلیسا، انجمن مذهبی یا گروه کوچک یا شاید همراه همسر یا خانواده باشد. چنین اوقات عبادی معمولاً شامل آواز خوانی یا گوش دادن به موزیک نیایش، شکر و حمد خدا و لحظه‌های سکوت می‌شود.

تأمین‌کنندگان مراقبت سلامتی می‌توانند بیماران خود را تشویق کنند که به دنبال فرصت‌هایی برای دیدار با دیگران و عبادت باشند. بسیاری از بیماران ممکن است به کمک مرجعی نیاز داشته باشند تا الگوی تنهایی و خلوت‌گزینی‌ای را که تشدیدکننده نیازهای طبی‌آنهاست برهم بزنند. داشتن لیست مراجع از جمله مراکز اجتماعی، گروه‌های فرهنگی و کلیساها و گروه‌های مذهبی محلی، گام مهمی در برآورده کردن نیازهای مراقبتی این بیماران می‌باشد.

تیم‌های مراقبتی چندرشته‌ای

ما اذعان می‌کنیم که در این دنیای پزشکی مدرن که مراقبت‌ها کنترل شده است و وقت محدودی برای هر بیمار صرف می‌شود، بکار گرفتن مداخلات فوق به شیوه‌ای دلسوزانه و اخلاقی، اگر ناممکن نباشد، غیرعملی است. یک رویکرد این است که متخصص بهداشت روانی و/یا یک روحانی

عضوی از تیم درمان منظور شوند. این رویکرد مخصوصاً در درمان‌های گروهی پزشکانی که به طور خصوصی مراقبت‌های اولیه انجام می‌دهند، مفید است (Albers, 1989). این نگرش نسبت به درمان کل‌نگرانه، به بیمار این فرصت را می‌دهد که نیازهای عاطفی و معنوی خود را به محض این‌که در محیط درمان پدید می‌آیند، مورد توجه قرار دهد. ارجاع فوری در همان محل به متخصص بهداشت روانی یا راهنمای دینی، به بیمار این امکان را می‌دهد که به نیازهایش در محیط تخصصی پرداخته شود بدون آن‌که به این مانع برخورد کند که به تعیین وقت جداگانه در مکان دیگر نیازی باشد. برای این‌که کسی که کار تخصصی طبی انجام می‌دهد به طور مستقل یا در محیطی که در آن استخدام متخصص درمان مربوطه ممکن نیست، کار کند وی می‌تواند شبکه‌ی ارجاعی متخصصین درمان روانی و رهبران دینی/معنوی را ایجاد کند. ایجاد شبکه‌ی ارجاعات مناسب، مخصوصاً در محیط‌های شهری بزرگ که در آن‌ها ممکن است بیماران دارای مایه‌های دینی و معنوی مختلفی باشند، ضروری است.

مداخلات در سطح گروهی برای سازمان‌های دینی

این بخش به رویکردهایی در مداخلات معنوی می‌پردازد که سازمان‌ها و گروه‌های دینی می‌توانند آن‌ها را به کار بگیرند. هرچند کلیساها، کنیسه‌ها، معابد، مساجد و دیگر سازمان‌های دینی با نظام‌های اعتقادی مختلف می‌توانند این تدابیر را بکار بگیرند، ما همچنین مثال‌های دقیق‌تر از تجربه‌ی شخصی خودمان و از دیدگاه دینی مسیحی، مطرح می‌کنیم.

کار مذهبی عبادت

یک روش مؤثر و مشهودی که گروه‌های دینی می‌توانند با این روش به افراد مریض یا دردمند خدمت کنند، بوسیله‌ی کار مذهبی عبادت است. به عنوان مثال، عبادت کردن روحانی، کشیش، خاخام یا دیگر رهبر معنوی از مریض می‌تواند راحتی، دلگرمی، دعا و رهایی از انزوا را به ارمغان بیاورد. «مشخصه‌ی یک عبادت واقعی نوع دوستانه این است که بتواند وقت نامحدودی را برای برآورده کردن نیازهای بیماران صرف کند» (Albers, 1989, p. 176).

عمل مذهبی عبادت، تلاشی برای برآورده کردن نیازهای مادی بیمار را شامل می‌شود. این کار ممکن است مستلزم سازمان دادن اعضاء یک گروه دینی برای تدارک خوراک، نظافت، یا بچه‌داری یا خدمتکاری باشد. این عمل ممکن است فراهم کردن کمک‌های پولی را هم شامل

شود، مخصوصاً اگر بیمار، نان‌آور اصلی خانواده باشد. برنامه عیادت می‌تواند کمک کند به این‌که انزوای اجتماعی کم شود، استرس با تأمین کردن نیازهای محسوس کاهش یابد و بهزیستی ذهنی علی‌رغم بیماری یا درد موجود، به آسانی افزایش یابد. آلبرز^{۲۳} (1989) چند روش پیشنهادی دقیق مطرح می‌کند که می‌توان عمل عیادت کامل را طبق آن سازماندهی کرد.

خدمات مشاوره‌ای غیر حرفه‌ای

بسیاری از مراجعینی که مریض یا دردمندند، از نظر عاطفی و معنوی دست و پا می‌زنند. بیماران و خانواده‌هایشان وقتی که نگهداری عضو بیمار خانواده را بر عهده می‌گیرند ممکن است از دیگران جدا شده و مشکل کنترل فشارها و تغییرات در خانواده‌هایشان را هم داشته باشند. ارائه مشاوره به بیماران و خانواده‌های آنان از طریق خدمت مشاوره‌ای غیر حرفه‌ای می‌تواند ابزار مؤثری برای برآورده کردن نیازهای افراد و خانواده‌ها باشد (نگاه کنید به: Tan, 1991b, 1997). کلیساها، کنیسه‌ها، معابد و مساجد می‌توانند غیر متخصصین یا شبه متخصصین را در کار مشاوره رسمی یا غیر رسمی بکار گیرند. چنین خدمات مشاوره‌ای غیر حرفه‌ای معمولاً رایگان ارائه می‌شوند، لذا فشار مالی بیشتری به دوش بیماران و خانواده‌هایشان قرار نخواهد گرفت. سازمان‌های دینی همچنین باید شبکه‌های ارجاعی از مشاوران حرفه‌ای مناسب را داشته باشند، مشاوران حرفه‌ای که بتوانند نیازهای افرادی را که مشکلاتشان فراتر از توانایی مشاوران غیر حرفه‌ای یا مراقبت مذهبی است، برآورده کنند.

گروه‌های دوازده مرحله‌ای

سازمان‌های دینی می‌توانند پشتیبانی گروه‌های دوازده مرحله‌ای را برای اعضاء گروه خود و افراد جامعه جلب کنند (به عنوان مثال، درباره‌ی ویژگی‌های معنوی و مذهبی گروه‌های دوازده مرحله‌ای نگاه کنید به: Harris et al., 1999). گروه‌های دوازده مرحله‌ای تصریحاً بر اصول دینی متعالی، مبتنی هستند و می‌توانند به مردمی که هم با مشکلات ناشی از استفاده افراطی از الکل یا مواد مخدر و هم با طیف وسیع‌تر مشکلات وابستگی یا اعتیاد، دست و پنجه نرم می‌کنند، کمک کنند. رهایی یافتن از اعتیاد برای بیمارانی که به پیامدهای طبی نامطلوب اعتیادشان مبتلایند، می‌تواند عنصر حیاتی برای درمان و پیشگیری از مشکلات بیشتر باشد. حفظ اعتدال هم، مؤلفه مهمی برای کاهش عوامل تهدیدکننده سلامتی است. (به عنوان مثال: خطر HIV/ایدز در بین مصرف‌کنندگان مواد مخدر).

نیازها و ارجاعات پزشکی

بسیاری از اعضای گروه‌های مذهبی ممکن است به مراقبت پزشکی نیاز داشته باشند اما استطاعت مالی برای پرداخت هزینه آن را نداشته باشند. رهبران دینی می‌توانند شبکه‌ای از پزشکان را در کلیسا یا گروه مذهبی خودشان یا در جامعه محلی خاص، که احتمالاً می‌خواهند مراقبت لازم را در چنین موقعیت‌هایی به طور رایگان انجام دهند، ایجاد کنند. گروه‌های دینی همچنین می‌توانند با پزشکان توافقاتی را انجام دهند تا مقداری یا کل هزینه هر عضو خود را که نیاز به مراقبت دارد، پرداخت کنند.

جامعه یاری بخش

رهبران دینی همه‌آدیان، می‌توانند تلاش کنند تا جامعه‌ای تشکیل دهند که در آن، مراقبت کردن جزو فعالیت‌های گروه مذهبی گنجانده شود به این صورت که گروه مذهبی از افراد همان گروه و افراد جامعه بزرگتر مراقبت کنند. اعضاء به عنوان یک جامعه اعتقادی، می‌توانند از جهات مهمی در حین بیماری، درد و جراحت فرد دیگر به حضور او برسند. روش مهمی که سازمان‌های دینی می‌توانند به این شیوه حضور پیدا کنند بوسیله گروه‌های کوچک و گروه‌های دعای موجود است. این گروه‌ها می‌توانند هم برای افراد عضو گروه که بیمار می‌شوند و هم برای اعضای جدیدی که برای دریافت حمایت به گروه پیوسته‌اند، حمایت، دعا و دلگرمی فراهم کنند. گروه‌های دینی همچنین می‌توانند تیم‌های پشتیبانی تشکیل دهند که ممکن است به حوزه‌های خاص نیاز متمرکز شوند و در این تیم‌ها مردم می‌توانند در نیازهای متقابلشان به حمایت، تقویت و دعا به یکدیگر پیوندند.

غرض از کلیسای مسیحی این بوده است که جامعه مراقبت و دعا برای دیگران باشد که در آن برای بیماران دعا شود (به عنوان مثال، رساله جیمز، باب ۵: آیه ۱۶) و از بیوگان، ایتام، فقرا، بی‌خانمان‌ها و کسانی که مورد ظلم واقع شده‌اند، مراقبت شود (مثل: کتاب اشعیاء نبی، باب ۱: آیه ۱۷). کلیسا آنطور که هاوثر واز^{۲۴} (1986) بیان کرده، گروهی از مردم هستند که توسط خداوند دور هم فراخوانده شده‌اند. اعضاء باید به خاطر صداقت خداوند، یاد بگیرند که چگونه صادقانه در دسترس یکدیگر باشند، «زیرا خداوند از ما چه می‌خواهد جز این که به ما دستور می‌دهد تا در میان گناه و درد عالم، حضور بی‌دریغ داشته باشیم؟» (p. 80).

وقتی که ما شیوه‌هایی را برای در دسترس دیگران بودن صادقانه، پیدا می‌کنیم، فقط به افراد نیازمند خدمت نمی‌کنیم، بلکه هدف بزرگ‌تری را نیز برمی‌آوریم. هاوئرواز (1986) بیان می‌کند که «پزشکی به کلیسا نیاز دارد نه به خاطر این که برای تعهدات اخلاقی‌اش مبنایی پیدا کند، بلکه به خاطر این که کلیسا خاستگاه عادت‌ها و اعمالی است که برای تداوم بخشیدن به مراقبت از افرادی که در طولانی مدت درد کشیده‌اند، اجتناب‌ناپذیرند» (p. 81). برای یادگیری این که چگونه با دیگران در کانون رنج صرفاً همراه باشیم، ما برای متخصصین درمانی که در بحبوحه درد، رنج و مرگ فعالیت می‌کنند الگویی را پیشنهاد می‌کنیم.

گروه‌های دینی جلسه تبادل نظر مهمی تدارک بینند تا در آن به مسائل چالش‌برانگیز زندگی پرداخته و به ناکامی‌های کسانی که مریض یا دردمند هستند پاسخ دهند. بسیاری از مردمی که با بیماری یا درد، دست و پنجه نرم می‌کنند از خود می‌پرسند خدا کجاست، آیا او دعای ما را می‌شنود. هر وقت که خداوند، نامفهوم انگاشته شود کلیسا می‌تواند به دنبال فراهم کردن محیطی باشد که در آن، سئوالات به راحتی پرسیده شوند و می‌تواند زمینه‌ای را برای فهم پیچیدگی‌های دین فراهم کند. درد و بیماری چه بسا راه دستیابی به ایمان عمیق‌تر، توکل زیادتر به لطف خدا، رشد معنوی، نظم و انضباط یا همدلی فراوان‌تر با دیگران باشند (Tan, 1996a). بعضی از سنت‌های دینی (مثل سنت بودایی) ممکن است با تلقی رنج به عنوان لازمه زندگی، به آن معنا بدهند. فارغ از باورهای خاصی که یک سنت دینی دارد این نکته مهم است که ماهیت خاص رنج هر شخص و مسیر اعتقادی هر شخص را تشخیص دهیم و از قضاوت‌های پیش‌پا افتاده درباره مفهوم دینی رنج و بیماری فرد، اجتناب کنیم.

نتایج

پزشک سوئسی پل تورنیه^{۲۵} (1965) می‌نویسد که «[بَشَر]... یک موجود واحد است: بدن، ذهن و روح... بنابراین، درمان انسان باید در کلیت او انجام بگیرد» (p. 136). اگر در واقع چنین باشد، همانطور که مجموعه روبرو رشد تحقیقات ظاهراً نشان می‌دهد، نظام مراقبت سلامتی مدرن ما با تأکیدی که بر استقلال حوزه زیستی از حوزه روانشناختی و معنوی دارد، باید تعدیل یافته تا مراقبت کل فرد را تأمین کند.

ما معتقدیم وقتی که تأمین‌کنندگان مراقبت سلامتی در صدد پرداختن به نیازهای بیمار خاصی هستند، این نکته اهمیت اساسی دارد که آن‌ها این کار را در چهارچوب الگوی دینی همان

بیمار انجام دهند. مراقبت اخلاقی از بیمار ایجاب می‌کند که به باورهای بیمار احترام بگذاریم، به نیازهای او حساس باشیم و بیمار برای مداخلات معنوی آمادگی داشته باشد. متخصص مراقبت سلامتی همچنین باید زندگی معنوی خودش را مورد توجه قرار دهد تا بتواند به نیازهای معنوی بیماران به طور کافی و مناسب بپردازد. شناخت داشتن درباره میراث، فرهنگ و مسائل بالقوه‌ای که ممکن است از درون اعتقاد دینی یا باورهای فرهنگی برخیزد، می‌تواند متخصصین را آماده کند تا به طور حساس و ماهرانه، نیازهای بیماران را برطرف کند.

توانایی مالی و عدم بازپرداخت هزینه‌ها، توسط شخص ثالث، مانع مهمی برای درمان کل‌نگرانه می‌باشد. مضافاً این‌که، در یک فضای مراقبتی کنترل شده در آن نگهداری حجم زیاد بیماران، اجتناب‌ناپذیر است، بیشتر پزشکان وقت این را ندارند که به نیازهای روانشناختی و معنوی بیماران بپردازند. با این وصف، مجموعه‌ی روبه‌رشد شواهد، از جدایی‌ناپذیری سلامتی و بهزیستی بدنی، روانی و معنوی، حکایت می‌کند. با توسعه‌ی بیمه‌ی مراقبت بهداشت روانی در طرح‌های بیمه‌ی سلامتی، می‌توان خدمات لازم را بیشتر در دسترس افراد نیازمند مراقبت، قرار داد. رؤسای جامعه‌های پزشکی، بهداشت روانی و جوامع دینی می‌توانند با همکاری یکدیگر روش‌های سازنده‌ای را پیدا کرده تا مراقبت یکپارچه‌ای فراهم کنند که نیازهای کلیت فرد را تأمین کند. مراکز مراقبت سلامتی مبتنی بر جمع، که می‌توانند از نظر پزشکی، روانی و معنوی مداخله کنند، یک رویکرد برای مواجهه با این چالش هستند. تلاش‌های بیشتر برای ایجاد پیوندهای بین رشته‌ای گروهی، کمک خواهد کرد تا خلاقیت لازم برای تأمین مراقبت سلامتی کل‌نگرانه در شرایط طبی متغیر، به آسانی حاصل شود.

وقتی که تأمین‌کنندگان مراقبت سلامتی، مداخلات دین‌محور یا معنویت‌محور را بکار می‌گیرند، این‌که آن‌ها این عمل را با بیشترین احتیاط اخلاقی و دقت حرفه‌ای انجام دهند، نکته مهمی است. به اعتقاد ما، هنگامی که اقدامات اخلاقی به کار گرفته می‌شوند، این نکته هم جدّاً مهم است که بررسی‌های کیفی مهمی باید انجام داد تا مداخلات استفاده شده در درمان را ارزیابی کرد. تحقیق بیشتری لازم است تا کارآمدی مداخلات دینی را ارزیابی کند که این‌ها برای چه کسانی بیشتر مناسب هستند و کی و چگونه باید آن‌ها را به کار برد تا اثرات مثبت کسب کرد. جانسون^{۲۶} (1993)، هریس و دیگران (1999) و تورسن و دیگران، مجموعه‌ی رهنمودهای مفیدی را برای تحقیقات آینده ارائه می‌دهند. ما معتقدیم که اقدامات متفکرانه و اخلاقی و ارزیابی کیفی برتر و همه‌جانبه، اطلاعاتی را به همراه خواهند داشت که برای افزایش بهزیستی کلی و پیامدهای سلامتی، مفید خواهد بود.

پی نوشت ها:

* مشخصات کتاب شناختی این مقاله به شرح زیر است:

Tan, Siang-yang & Natalie J. Dong, "Spiritual Interventions in Healing and Wholeness" in Plante, Thomas G. and Allen C. Sherman (ed.), *Faith and Health: Psychological Perspectives* (New York and London: The Guilford Press, 2001) pp. 291-310.

1. Wellness
2. Miley, W.R
3. Well-being
4. Stress
5. Miller, W.R, & Thoresen, C.E
6. Richards P.S & Bergin, A.E
7. Pargament, K.I
8. Twelve-step groups
9. "spiritual wellness"
10. feng shui
11. evangelical
12. charismatic
13. Worthington, E.L.,
14. McCullough, M.E
15. Larson, D.B
16. Blue, K
17. Caine, K.W
18. Kaufman, B.P
19. "Laying on of Hands"

این عبارت اصطلاحی است برای شفابخشی سنت مسیحی و آن عبارت است از کشیدن دست ها بر روی مریض برای اعطای شفای معنوی (توضیح بیشتر در صفحه ۳۷۹، دستان شفابخش). م.

20. Harris, A.H.S
21. Foster, R.J
22. David Ray
23. Albers, G. R
24. Hauerwas, S.
25. Tounier, Paul.
26. Johnson, W.B

کتاب نامه:

- Albers, G. R. (1989). *Counseling the sick and terminally ill*. Dallas, TX: Word.
- Becvar, D. S. (1997). *Soul healing: A spiritual orientation in counseling and therapy*. New York: Basic Books.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Blue, K. (1987). *Authority to heal*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Byrd, R. C. (1988). The therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit. *Southern Medical Journal*, 81, 826-829.
- Caine, K. W., & Kaufman, B. P. (1999). *Prayer, faith and healing*. Emmaus, PA: Rodale Press.
- Canda, E. R., & Furman, L. D. (1999). *Spiritual diversity in social work practice*. New York: Free Press.
- Clark, C. C. (1998). Wellness self-care by healthy older adults. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 351-355.
- Cornett, C. (1998). *The soul of psychotherapy: Recapturing the spiritual dimension in the therapeutic encounter*. New York: Free Press.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Dossey, L. (1993). *Healing Words: The power of prayer and the practice of medicine*. New York: Harper Collins.
- Dossey, L. (1997). *Be careful what you pray for ... you just might get it*. New York: Harper Collins.
- Foster, R. J. (1978). *Celebration of discipline: The path to spiritual growth*. New York: Harper & Row.

- Fukuyama, M. A., & Sevig, T. D. (1999). *Integrating spirituality into multicultural counseling*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Genia, V. (1995). *Counseling and psychotherapy of religious clients*. Westport, CT: Praeger.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 102-116.
- Harris, A. H. S., Thoresen, C. E., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Spiritually and religiously oriented health interventions. *Journal of Health Psychology*, 4, 413-433.
- Hauerwas, S. (1986). *Suffering presence: Theological reflections on medicine, the mentally handicapped, and the church*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Hill, P. C., & Butter, E. M. (1995). The role of religion in promoting physical health. *Journal of Psychology and Christianity*, 14, 141-155.
- Hill, P. C., & Hood, R. W. (Eds.). (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Hood, R. W., Jr., Spilka, B., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (1996). *The psychology of religion: An empirical approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hopfe, L. M. (1983). *Religions of the world*. New York: MacMillan.
- Hunter, M., & Struve, J. (1998). *The ethical use of touch in psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ingersoll, R. E. (1998). Refining dimensions of spiritual wellness: A cross-traditional approach. *Counseling and Values*, 42, 156-165.
- Johnson, W. B. (1993). Outcome research and religious psychotherapies: Where are we and where are we going? *Journal of Psychology and Theology*, 23, 297-308.
- Kabat-Zinn, J. (1993). Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice. In D. Goleman & J. Gurin (Eds.), *Mind-body medicine: How to use your mind for better health* (pp. 259-275). Yonkers, NY: Consumer Reports Books.
- Kelly, E. W. (1995). *Religion and spirituality in counseling and psychotherapy*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kim, B. L. C. (1996). Korean families. In M. McGoldrick, J. Giordano, & J. K. Pearce (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (2nd ed., pp. 281-294). New York: Guilford Press.
- King, D. E. (2000). *Faith, spirituality, and medicine: Toward the making of the healing practice*.

- tioner. New York: Haworth Pastoral Press.
- Koenig, H. G. (1999). *The healing power of faith: Science explores medicine's last great frontier*. New York: Simon and Shuster.
- Larson, D. B., & Larson, S. (1994). *The forgotten factor in physical and mental health*. Rockville, MD: National Institute of Healthcare Research.
- Larson, D. B., Swyers, J. P., & McCullough, M. E. (Eds.). (1998). *Scientific research on spirituality and health: A consensus report*. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.
- Levin, J. S., & Vanderpool, H. Y. (1991). Religious factors in physical health and the prevention of illness. *Prevention in Human Services*, 9, 41-64.
- Lovinger, R. J. (1990). *Religion and counseling*. New York: Continuum.
- McCullough, M. E. (1995). Prayer and health: Conceptual issues, research review, and research agenda. *Journal of Psychology and Theology*, 23, 15-29.
- McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Prayer. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 85-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- McCullough, M. E., Sandage, S. J., & Worthington, E. L. (1997). *To forgive is human*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Miley, W. M. (1999). *The psychology of well being*. Westport, CT: Praeger.
- Miller, W. R. (Ed.). (1999). *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. Washington, DCL American Psychological Association.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and health. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp.3-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Moon, G. W. (1997). Training tomorrow's integrators in today's busy intersection: Better look four ways before crossing. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 284-293.
- Myers, D. G. (2000a). *The American paradox: Spiritual hunger in an age of plenty*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Myers, D. G. (2000b). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psy-

- chology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 195-224.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, reasearch, practice*. New York: Guilford Press.
- Payne, I. R., Bergin, A. E., Bielema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services*, 9, 11-40.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counselling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (Eds.). (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rowan, A. B. (1996). Religious beliefs and health psychology: Empirical foundations. *Health Psychologist*, 18, 16-17.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Santa Rita, E. (1996). Filipino families. In M. McGoldrick, J. Giordano, & J. K. Pearce (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (2nd ed., pp. 324-330). New York: Guilford Press.
- Shafranske, E.P. (Ed.). (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sicher, F., Trarg, E., Moore, D., & Smith, H. S. (1998). A randomized, double-blind study of the effect of distant healing in a population with advanced AIDS. *Western Journal of Medicine*, 169, 356-363.
- Steere, D. A. (1997). *Spiritual presence in psychotherapy: A guide for caregivers*. Bristol, PA: Brunner/Mazel.
- Stolorow, R., & Atwood, G. (1979). *Faces in a cloud*. Northvale, NJ: Aronson.
- Sue, S., Nakamura, C. Y., Chung, R. C., & Yee-Bradbury, C. (1994). Mental health research on Asian Americans. *Journal of Community Psychology*, 22, 61-67.
- Tan, S. Y. (1991a). Counseling Asians. *Urban Missions*, 9, 42-50.
- Tan, S. Y. (1991b). *Lay counseling: Equipping Christians for a helping ministry*. Grand Rapids, MI: Zondervan.
- Tan, S. Y. (1993, January). *Training in professional psychology: Diversity includes religion*. Paper presented at the Midwinter Conference of the National Council of Schools of Profes-

- sional Psychology (NCSPP), La Jolla, CA.
- Tan, S. Y. (1994). Ethical considerations in religious psychotherapy: Potential pitfalls and unique resources. *Journal of Psychology and Theology*, 22, 389-394.
- Tan, S. Y. (1996a). *Managing chronic pain*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Tan, S. Y. (1996b). Religion in clinical practice: Implicit and explicit integration. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 365-387). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tan, S. Y. (1997). The role of the psychologist in paraprofessional helping. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 368-372.
- Tan, S. Y. (1999). Cultural issues in Spirit-filled psychotherapy. *Journal of Psychology and Christianity*, 18, 164-176.
- Tan, S. Y., & Dong, N. J. (2000). Psychotherapy with members of Asian American churches and spiritual traditions. In P. S. Richards & E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and religious diversity* (pp. 421-444). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tan, S. Y., & Gregg, D. (1997). *Disciplines of the Holy Spirit*. Grand Rapids, MI: Zondervan.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Tournier, P. (1965). *The healing of persons*. San Francisco: Harper & Row.
- Walsh, F. (Ed.). (1999). *Spiritual resources in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Wenhao, J., Salomon, H. B., & Chay, D. M. (1993). Transcultural counseling and people of Asian origin: A developmental and therapeutic perspective. In J. McFadden (Ed.), *Transcultural counseling: Bilateral and international perspectives* (pp. 239-259). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- West, W. (2000). *Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. London: Sage.
- Worthington, E. L., Jr. (1986). Religious counseling: A review of published empirical research. *Journal of Counseling and Development*, 64, 421-431.