

مروری بر پژوهشهای تعهد اخلاقی پزشکان برای رسیدگی به نیازهای معنوی بیماران

نویسنده: دکتر پروانه تیموری دانشیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران
آدرس پست الکترونیک (parvaneh.tay@gmail.com)

چکیده

علاقه به رابطه بین معنویت، دین و مراقبت های بالینی در سالهای اخیر گسترش یافته است. لذا پزشکان در مورد این موضوع نیاز به راهنمایی بیشتری دارند. این مقاله معنویت و دین را تعریف کرده و موضوعات بنیادین معنوی را مشخص میکند که موجب افزایش بیماریهای وخیم میشود و استدلال میکند که پزشکان یک تعهد اخلاقی برای رسیدگی به نگرانی های معنوی بیماران دارند. ادیان اغلب هدایت اخلاقی خاص در مورد مسائل مختلف پزشکی ارائه میدهند و آیینهایی که برای بیماران مهم هستند را تجویز میکنند. سازگاری مذهبی می تواند هم مثبت و هم منفی باشد، و می تواند بر مراقبت از بیمار تاثیر بگذارد. این مقاله یک توصیه عینی در مورد تاریخچه معنویت، مرزهای اخلاقی، چه با خواندن دعا با بیماران هنگام مراجعه بیماران به کشیش یا افراد روحانی شخصی خودشان را ارائه می کند.

واژه های کلیدی: اخلاق پزشکی، مذهب، معنویت

A review of research ethical obligation of physicians to address the spiritual needs of patients

Parvaneh Taymoori

Department of Public Health, Kurdistan University of Medical Sciences Sanandaj, Iran

(Email: parvaneh.tay@gmail.com)

Abstract

Interest in the relationship between spirituality, religion, and clinical care has increased in the recent years, but clinicians need more concrete guidance about this topic. This article defines spirituality and religion, identifies the fundamental spiritual issues that serious illness raises for patients, and argues that physicians have a moral obligation to address patients' spiritual concerns. Religions often provide patients with specific moral guidance about a variety of medical issues and prescribe rituals that are important to patients. Religious coping can be both positive and negative, and it can affect patient care. This article provides concrete advice about taking a spiritual history, ethical boundaries, whether to pray with patients, and when to refer patients to chaplains or to their own personal clergy.

Key words: *Medical Ethics, Religion, Spirituality*

مقدمه

نوشتن مطالب جامع در مورد دین و پزشکی در یک مقاله غیر ممکن است. ادیان جهان بیش از حد متنوعند و رابطه بین طب و دین بیش از حد پیچیده است. برای محدود کردن دامنه کمی اطلاعات مشابه، هدف این مقاله تمرکز بر دین و مراقبت از حال بد و کسانی که در مراحل پایان زندگی هستند، می باشد و به طور عمده بر باورهای یهودیت و مسیحیت تکیه دارد. کشیش (شمن) شفا دهنده سنتی قبیله ای بود، کسی که درمان هایش بر اساس آیین مذهبی بود [1]. فرهنگهای شرقی تمایل به حفظ ارتباط میان مذهب و مراقبت های بهداشتی دارند، اگر چه نفوذ فرهنگ و طب غرب تا به حال تاثیر قابل توجهی حتی در کشورهای آسیایی داشته است. اعتقاداتی مانند اعتقاد به این که تنها نام خدا و پیامبران می توانند زخم را التیام دهد. بدگمانی نسبت به بت پرستی ایدئولوژی به شیوه های پزشکان قبل از اشغال یونان مربوط می شود، در یونان باستان یهودیت تنها مشروعیت اخلاقی به رسمیت شناخته شده درمانی جهت معرفی علم پزشکی بقراط توسط پزشکان بود. طب علمی این امکان را برای آشتی اعتقاد به خدا به عنوان شفا دهنده با طب توسط پزشکان از طریق درک

درستی از خدا به عنوان منبع دانش پزشکی و به عنوان خالق شفا بخش در جهان فراهم می آورد [2-7]. این دیدگاه، در خطوط اصلی آن، بعدها توسط ادیان مختلف مورد پذیرش قرار گرفت. در جهان غرب، تنش بین طب و دین را می توان با روشنگری تبیین کرد. معنویت و مذهب و دین با هم در ارتباط اند اما هر کدام مفهوم متفاوتی است. معنویت بعنوان راه هایی که شخص در زندگی جهت رسیدن به تعالی به طور عادت انجام می دهد، تعریف می شود ولی در مقابل، دین به مجموعه ای از اعتقادات، متون، آداب و رسوم و سایر اقدامات مذهبی که یک جامعه خاص در مورد ارتباط با مافوق دارد اطلاق میشود. معنویت مفهومی گسترده تر از دین دارد. معنویت در نهایت شخصی است. حتی در یک مذهب ممکن است انواعی از معنویت های موجود باشد که فردی میباشد. بسیاری از مردم آمریکا خود را معنوی می دانند، نه مذهبی. توجه داشته باشید که کسانی که خود را معنوی در نظر می گیرند نیز ممکن است از نظر مذهبی هم نیازهای واقعی معنوی داشته باشند. بیمارانی غیرقابل علاج، حتی اگر از ادیان خود رویگردان شده باشند نیز ممکن است به راحتی در برخی از موارد به سنت های مذهبی خود پناه ببرند [8]. سوالات اصلی معنوی که بیمار مطرح می کند، شامل سؤالاتی مانند "چرا من؟"، یا سؤالاتی در مورد مفهوم درد و رنج، زندگی، مرگ، هدف، و زندگی پس از مرگ. سوال در مورد ارزشهایی که شامل ارزشهای پیرامون یک بیماری که موجب بالا بردن قدر و منزلت فرد با توجه به بیماریش میشود، ارزشهایی که ممکن است در هنگام ناتوانی، وابستگی و غیر مولد بودن یک فرد، داشته یا نداشته باشد.

سوال در ارتباط پیرامون آن بیماریهایی که ارتباطات فردی را افزایش میدهد [9]، نیاز به آشتی با کسانی که احتمالا بوسیله وی آزرده خاطر شده اند و نیاز به شناختن دارند و یا قریب الوقوع بودن مرگ یکی از نزدیکان. تمام این سوالات موجب ایجاد یک سری از واکنش های مشخصی است که منجر میشود به اینکه فرد بشک محدودی در حاشیه تعالی قرار گیرد. این پرسش برای هر دو بیمار هم مذهبی و هم کسانی که اعتقاد مذهبی ندارند، بوجود می آیند. این پرسش ها توسط فرد با بیماری یا آسیب جدی و فرد در آستانه مرگ بطور اجتناب ناپذیر مطرح میشود.

چرا در حرفه پزشکی باید در مراقبت از بیمار به نگرانی معنوی او نیز توجه شود؟

به نظر می رسد ماهیت بیماریهای تحت درمان مراقبت های ریوی و حیاتی و بویژه در موارد حاد و اورژانس موجب تحقیق در باره معنویت شده است [10]. با این حال، ممکن است برخی از پزشکان اذعان کنند که موضوع های معنویت بیماران مهم هستند، سوال این است که آیا پزشکان، پرستاران، و یا دیگر متخصصان مراقبت های بهداشتی وظیفه ای برای رسیدگی کردن به نگرانی ها و موضوعات مرتبط با معنویت بیماران دارند یا نه؟ چرا معنویت را نباید فقط به خانواده، افراد روحانی و یا کشیشها واگذارد؟

به چند دلیل، پژوهشگران استدلال می کنند که پزشکان یک تعهد اخلاقی برای توجه به نیازهای معنوی بیماران خود دارند. اول، اگر پزشکان و سایر مراقبت کنندگان سلامتی سوگند خورده اند که برای درمان بیماران از بهترین توانایی های خود استفاده کرده و با بهترین مراقبت، بیماران را درمان کنند پس باید درمان بیماران نگران های معنوی بیماران نیز نادیده گرفته نشود. دوم، گاهی اوقات پزشکان در بهترین موقعیتی هستند که میتوانند جدی ترین نگرانی های معنوی و مذهبی بیماران را شناسایی کنند. بسیاری از بیماران در این شرایط وحشت زده هستند، ممکن است آنها به دلایل مختلف اعم از ابتلا به بیماری جدی و بی توجهی نسبت به درخواست آنها جهت ملاقات با یک فرد روحانی دچار ترس شوند. پزشک متعهد ممکن است دریابد که بیمار در یک بحران معنویت جدی قرار دارد. سوم، گاهی اوقات ممکن است مسائل معنوی با درمان تداخل داشته

باشد. به عنوان مثال، ممکن است یک بیمار با سرطان رحم باور داشته باشد که او برای سقط جنین در نوجوانی دچار مجازات خداوند شده است و از هر گونه درمانی امتناع می کند. پزشک متعهد و حساس می تواند این مشکل را کشف کرده و بیمار را به افرادی ارجاع دهد که میتوانند وی را برای سازگاری با جنبه های معنوی و مذهبی بیمارشان کمک نمایند. به این دلایل، همه پزشکان، بدون در نظر گرفتن آیا خودشان مذهبی هستند یا نه، باید به قادر به استخراج یک تاریخچه معنوی از بیمار بوده و در صورت لزوم او را به روحانیت یا دیگر کارشناسان مربوطه جهت ارائه مراقبت معنوی ارجاع دهند.

چند کلمه مخفف برای کمک به پزشکان برای انجام این کار در جدول 1 ارائه شده است. این کلمات به عنوان یادآوری انواع موضوعات معنوی بکار می روند. مشابه بسیاری از کلمات مخفف، این کلمات اغلب مفیدترین موارد برای افراد مبتدی هستند. فرد با تجربه بیشتر، ممکن است سوالات باز-سته ساده تر مثل "معنویت یا مذهب در زندگی شما چه نقشی دارد؟" و ممکن است یک شروع طبیعی تر، ساده تر برای این گفتگو و استخراج اطلاعات باشد [9, 11]. **FICA** علامت های اختصاری زیر برای تهیه تاریخچه معنویت میتواند مفید باشد.

جدول 1: علامت اختصاری مفید جهت به دست آوردن تاریخچه معنوی

FICA
F: ایمان و اعتقادات
I: اهمیت معنویت در زندگی بیمار
C: جامعه معنوی و پشتیبانی
A: چگونه یک بیمار برای درمان خود از مسائل معنوی کمک می گیرد؟
SPIRIT
S: اعتقادات معنوی
P: اعتقادات معنوی شخصی
I: ادغام با یک جامعه معنوی
R: تشریفات مذهبی و محدودیت ها
I: مفاهیمی برای مراقبت های پزشکی
T: برنامه ریزی رویدادهای نهایی

مراسم مذهبی و پی آمدهای مراقبت بهداشتی

مطالعات چندگانه (با کنترل عوامل مخدوش کننده مانند این واقعیت که ادیان اغلب رفتارهای ناسالم را ممنوع می دانند) نشان داده اند که بیمارانی که در مراسمات مذهبی شرکت می کنند در بلند مدت، نتایج بهتری از مراقبت از بهداشتی به دست

آورده [12, 13]. همچنین تجارب و اعمال مذهبی و معنوی به طور ویژه ای تاثیر بر نتایج بهتر سلامت روان دارد [12, 13]. با این حال، با این حال، این یافته های پژوهشی یک مجوز قانونی کافی برای هر گونه تلاش توسط پزشکان به منظور تشویق به اجرای اعمال مذهبی مانند چیزی که از نظر پزشکی بعنوان شاخص سلامتی در نظر گرفته شده، نیست.

نخست، این تجربه تمایل به کم اهمیت بودن نقش مذهب، تعلق به مسایل دنیوی به عوض ایجاد تمکین از نیروی ماورائی طبیعی دارد. دوم، روان شناسی دین به مدت طولانی تفاوت بین مذهب درونی (که توسط آن یک دین به خاطر خود آن عمل) و دینداری بیرونی را مورد اشاره قرار داده اند [8]. معلوم نیست که آیا منافع بهداشتی برای افرادی که قبلا مذهبی نبودند فقط بنا به یک دلیل بیرونی مانند فواید مرتبط با سلامتی، اجرای اعمال مذهبی را شروع کردند؟ تنها راه برای پاسخ به این سوالات اجرای یک کارآزمایی از طریق بیماران یا بدون اعمال مذهبی از طریق انتخاب تصادفی، است، مطالعه ای که (به دلایل اخلاقی آشکار) شاید هرگز انجام شدنی نباشد. بر این اساس، داده های مربوط به نتایج مراقبت های سلامتی و مذهب اطلاعات تشخیصی مفیدی را فراهم میآورد، اما نباید برای توجیه استفاده از قدرت روپوش سفید برای تشویق اعمال مذهبی توسط بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

بسیاری از افراد، از جمله بسیاری از افراد مذهبی، درخطای ترکیب کردن معنویت با مذهب، به بررسی ادیان به عنوان گروه های اولیه مردمی با پایبندی به انواع دستورالعملهای اخلاقی دقیق، تمایل دارند. این غیر معمول نیست، به عنوان مثال، برای متصدیانی که از آنها خواسته شد که یک موردی که در آن مسائل معنوی یا مذهبی برای ارایه یک معضل اخلاقی شامل تضاد بین اعتقادات مذهبی بیمار و توصیه های پزشکی، نقشی دارند، را توصیف کنند. جوامع مذهبی تفسیر میکنند که چگونه پاسخهای مشترکشان برای سوالات معنویت بنیادین، معنا، ارزش، و ارتباطات باید بر رفتار پیروان آن دین تاثیر بگذارد. پس از آن، ادیان تمایل به تجویز و ممنوع ساختن بسیاری از رفتارها، از جمله، رفتارهای مرتبط با پزشکی دارند. معنویت انگیزه برای عمل اخلاقی را فراهم می کند، همچنین ایجاد یک زمینه برای ترویج یک زندگی منزه، و چشم اندازهایی برای مشاهده شکل گیری عاطفی و بین فردی یک زندگی اخلاقی را. با این وجود، دین و معنویت به مراتب خیلی جامع تر از قوانین اخلاقی مرتبط هستند. به عنوان مثال، ممکن است یک یهودی ارتدوکس به سادگی نپذیرد که همسرش از دستگاه تنفس مصنوعی جداشود، زیرا این مورد بخشی از قانون اخلاقی اوست، اما چون که او به جامعه معتقدان تعلق دارد کسی که نفس را با روح برابر می داند، نفس را از آن یهوه (خدای بنی اسرائیل) می داند. خداوند نفس و زندگی به اولین انسان، آدم داد. اگر فردی به طور کامل قوانین اخلاقی را با انگیزه های مذهبی بیمار مورد احترام قرار دهد باید درک کند که قوانین اخلاقی به طور ثانویه تحت تاثیر معنویت و مذهب هستند.

دین و موضوعات خاص در اخلاق پزشکی

اکثر مذاهب با وجود این هشدارها، به پیروان خود در مورد مسائل اخلاقی که در دوره مراقبت های پزشکی رخ میدهد، به نحو خاصی راهنمایی میکنند. بررسی ها تمایل به نشان دادن نگرش هایی در مورد تعدادی از مسائل، از جمله استفاده از لوله های تغذیه و خودکشی به کمک پزشک دارند که با توجه به فرقه های مذهبی متفاوت میشوند [14-17]. محدودیت برای بحث در این مورد، مانع شناخت کاملتر میشود، اما باید توجه داشت که جوامع پزشکی مذهبی به اندازه جوامع بیماران مذهبی با اعتقادات اخلاقی و هر تکه از نگرشها در ارتباط هستند. جدول 2 برخی از دیدگاه های نماینده یک فرقه مذهبی در مورد برخی از این مسائل را نشان می دهد. اغلب ادیان رعایت این شرایط را به پیروان خود از طریق هدایت خاص در مورد مسائل اخلاقی ارائه می دهند. مطالعات نشان می دهند نگرش ها در مورد برخی از موضوعات، از جمله استفاده از لوله های

تغذیه و کمک پزشک در خودکشی بیمار، با توجه به فرقه های مذهبی متفاوت است [18-20]. دو هشدار مهم که شایان ذکر است: اول، همه بیماران اعتقادات فرقه خود را در مورد مسائل اخلاقی خاص، به طور کامل درک نمی کنند و کارکنان مراقبت بهداشتی گاهی اوقات می توانند کمک بسیار زیادی درشفاف سازی سنت های صحیح بیمار از نظر معنوی یا مذهبی کنند. دوم، حتی اگر فرقه های مذهبی یک بیمار خاص که دارای اعتقاد خاص تعصب آمیز است این مورد به طور خودکار به این معنی نیست که بیمار می خواهد که باور خاص خود را نگه دارد. همیشه باید از بیمار بخواهند، حتی گاهی اوقات، نیاز به مصاحبه با بیمار جدا از خانواده و روحانیت و یا اعضای یک جامعه مذهبی است تا بیمار آزادانه نظر خود را ابراز کند.

اعمال مذهبی با توجه به بیماری و مرگ

مرگ جنبه اجتناب ناپذیر و مرموز شرایط انسانی است. این مورد یک سوال معنوی را مطرح می کند " آیا چیزی در مورد وجود انسان وجود دارد که فراتر از لحظه از مرگ باشد؟". ادیان جهان تمام تلاش خود را برای توضیح واقعیت مرگ و مراسم قبل و بعد از مرگ جزم کرده اند. احترام به بیماران نیازمند، توجه و احترام به مذهب خاص آنها باید در زمان مرگ در نظر گرفته شود. گاهی اوقات این احترام در صورت عدم منع استفاده، می تواند نیاز به در نظر گرفتن آرامش بیماران به کمک قوانین بیمارستان در مورد زمان ملاقات و تعداد افراد ملاقات کننده و یا وضعت بدن بلافاصله پس از مرگ را در نظرگیرد. با توجه به رشد فزاینده تعداد مسلمانان، هندوها، و بودایی ها مهاجرت کننده به ایالات متحده، داشتن دانش ابتدایی از آداب و رسوم این ادیان بسیار مهم است.

جدول 2: باورهای اخلاقی انتخاب شده از برخی از ادیان با توجه به مسائل خاص در مراقبتهای پایان زندگی

آموزش	موضوع/ اقدام	دین
بیشتر یهودیان ارتودکس مخالف دخالت کردن هستند اما اگر بیمار بسیار به مرگ نزدیک باشد با استفاده از تنفس مصنوعی موافق می کنند.	تنفس با استفاده از دستگاه تنفس مصنوعی	یهودیت ارتودکس
ممکن است از آن چشم پوشی شود در صورتی که موثر نباشد یا اثرات مفید آن کمتر از مضرات آن باشد. بیماران که بصورت دائم دارای زندگی نباتی هستند، در عدم وجود شرایط پیچیده، در حال مرگ بودن در نظر گرفته نمی شود. لوله تغذیه در این موارد اجازه خارج شدن ندارد.	تغذیه مصنوعی از طریق لوله	کلیسای کاتولیک رم

پیروان یهوه	انتقال خون	تزریق خون باعث نقض دستورات کتاب مقدس درباره خوردن خون می شود. بیشتر شاهدان یهوه اجازه استفاده از خون خالص مانند آلبومین و فاکتورهای انعقادی را میدهند.
اسلام	کمک به خودکشی و اتونازی	به شدت ممنوع است، اگرچه ادامه و یا خودداری از درمان های حفظ زندگی، مجاز است.
بودا	مرگ مغزی	بدون مسئولیت اخلاقی بطور واضح تعریف نشده است، اگرچه مفهومش توسط بعضی ها قبول شده است، اما بیشتر جوامع بودایی بخصوص ژاپن در پذیرفتنش مقاومت می کنند.
هندو	کالبد شکافی	هندوها معتقد هستند که کالبد شکافی مزاحم روح همیشه آگاه است و روح فقط از جسم جدا شده است بنابراین باید از انجام آن اجتناب شود مگر به واسطه قانون.
فرقه ای از مسیحیان جنوبی	دستورات پیشرفته	بدگمانی نسبت به هدف از زندگی : این احتمال وجود دارد که آنها به اشتباه برای قضاوت در مورد کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفته باشند. قدرت مراقبت بهداشتی یا سند جایگزین به نام خواست حیات ترجیح داده میشود.

سازگاری مذهبی

معنویت تأثیر توانایی بیمار برای کنار آمدن با بیماری است. برای بسیاری از افراد، باورها و شیوه های معنوی یک منبع آسایش و آرامش را ارائه می دهند. به نظر می رسد تجویز یک مراسم معنوی یک نوع سازگاری مذهبی مثبت است. برخی از بیماران عقیده دارند از خدا دورند و توسط او مراقبت نمی شوند ولی ممکن است افراد دیگر، خدا را ببینند چون آنها خود را به خاطر خطاهایشان تنبیه کرده اند. سازگاری مذهبی منفی با بدتر شدن نتایج پزشکی در ارتباط است ولی سازگاری مذهبی مثبت هم همواره با بهبود نتایج پزشکی در ارتباط نیست [21-23]، زیرا ممکن تشریفات مذهبی یا سایر مداخلات به بیمار کمک کند تا در برابر بیماری های خاص، سازگاری مذهبی منفی را از خود نشان دهد این مهم است که این موضوع درک شود و اشکال مختلف مذهبی تشخیص داده شوند تا استرس بیماران کنترل شود.

داشتن دانش نسبت به قضاوت مذهبی کشورهای دیگر بسیار مهم است و نیاز به پژوهش دارد. ابزارهای پژوهش عبارتند از: سنجش سازگاری مذهبی بیمار و میزان سودمندی سبک های سازگاری مذهبی در بیماران. در حال حاضر، یک موضوع که نیاز به یک قضاوت محتاطانه و تجربه دارد، نیازهای معنوی بیماران است. برخی ممکن است به کمک مراسم مذهبی خاص و یا صحبت کردن با اعضای جوامع مذهبی در مورد مفهوم درد و رنج و ترس از مرگ فکر کنند.

نیازهای معنوی بیماران

همیشه تعیین نیازهای معنوی دقیق یک بیمار ممکن نیست. برخی ممکن است با مراسم مذهبی خاص می خواهید. برخی ممکن است بخواهند با اعضای جوامع مذهبی خود را در مورد معنای درد و رنج صحبت کنند. برخی دیگر نیز مشاوره در مورد ترسشان از مرگ را طلب میکنند. تعریف نیازهای معنوی بیماران یک موضوع است که در حال بررسی تجربی است، اما وجود دارد، در حال حاضر، هیچ ابزار پژوهش خوبی معتبر برای این منظور وجود ندارد. چند مطالعات اولیه نشان داده اند که تعداد زیادی از بیماران طیف گسترده ای از نیازهای معنوی، و برآوردن نیازهای معنوی مرتبط با رضایت بیمار از مراقبت و رتبه بندی کیفیت مراقبتهای پزشکی را گزارش داده اند [24-26]. تحقیقات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

دعا همراه با بیماران

برخی از بیماران مذهبی در واقع تمایل دارند که پزشکان با آنها دعا کنند. علاقه به این عمل به طور قابل توجهی از 19 درصد برای ویزیت های معمولی تا 95% در یک مطالعه قبل از عمل جراحی چشم، گزارش شده اند [27, 28]. پاسخ پزشک به درخواست بیمار برای دعا به طور کلی در هر مذهبی و باورهای معنوی، عملکردها، به شرایط هم پزشک وهم بیمار بستگی دارد. اگر بیمار و پزشک هر دو مذهبی (و به خصوص اگر آنها از دین هستند)، درخواست را می توان با انجام یک دعا ساده برآورده کرد. حتی اگر آنها از مذاهب مختلف باشند مکن است این موضوع امکان پذیر باشد.

پرداختن به نیازهای معنوی بیماران غیر مذهبی

شناسایی و پرداختن به نیازهای معنوی بیماران مذهبی به اندازه کافی دشوار است. شناسایی و پرداختن به نیازهای روحی بیمارانی که مذهبی نیستند با موانع بیشتری همراه است. با این حال، با توجه به تعریف گسترده از معنویت که قبلا شرح داده، نیازهای معنوی بیماران که هیچ دینی هم ندارند باید دقیقاً به اندازه بیماران مذهبی در نظر گرفته شود. افراد غیر مذهبی هم با مفاهیم بنیادی معنویت، ارزش و ارتباط، به خصوص در زمان بیماری جدی سوال های مطرح میکنند مانند مفهوم رنج، مرگ، و حتی خود زندگی، دست و پنجه نرم. در مورد ارزش نهایی افراد، و یا در مورد امکان آشتی با کسی که قبلا توسط وی مورد ستم واقع شده بوده است. بدون توسل فوری به یک مجموعه شناخته شده از اعتقادات و سنت های مذهبی یا امکان ارجاع به روحانیت یک فرقه خاص، پزشکان نیاز به بحثهای گسترده تر با بیماران غیر مذهبی به منظور تعریف نیازهایشان و درک منابع حمایتی معنوی بیماران دارند. گاهی اوقات حتی یک فرد غیر مذهبی از دین منحرف شده به دنبال پاسخ دادن به سوالهایی در متون و آیین دین خود است. پزشکان و روحانیون باید به دقت در اینجا اقدام نمایند، نه فقط سوق دادن بیمار به سمت دینداری بلکه باید در زمینه نیازهای واقعی بیماران کاوش کنند. دیگر بیماران ممکن است یک مجموعه از عقاید، رفتارها و متون، که اغلب ترکیبی از عناصر شرق و سنت های غربی است را ساخته باشند. اگر این بیماران متعلق به نوعی از جامعه معنوی باشند، تماس با آنها باید کمک زیادی در بسیج منابع برای بیمار بنماید. در غیر اینصورت روحانی تعلیم دیده در

کمک به چنین بیماران از طریق برآوردن نیازهای منتخب اشان با یک سری از منابع منتخب مهارت لازم را دارند. پیدا برخی از افراد دیگر ممکن است یک حس ماورایی محرمانه یا درونی قریب الوقوع بودن داشته باشند، و آنها ممکن است آرامش را در شعر، موسیقی، و یا هنر پیدا کنند، و یا ممکن است [29] ممکن است کسی نیازهای معنوی چنین بیمارانی را تشخیص دهد ولی قادر به کمک به آنها در هنگام داشتن نیازهای فراتر از حد معمول، نباشد.

اخلاق و محدوده مسائل

ورود به دین جدیدی هیچ جایی در رابطه پزشک و بیمار ندارد. این آسیب پذیری بیمار و عدم تعادل قدرت بین پزشکان و بیماران به شدت طیف وسیعی از گزینه های در دسترس برای بیماران را محدود میکند. ویژگی های این رابطه نباید هرگز توسط پزشکان حتی برای یک مورد خاص، مورد بهره برداری قرارگیرد. پزشکان مذهبی، به ویژه، باید به یاد داشته باشید که معنویت یک رابطه متقابل و آزاد است. علاوه بر بحثهای انجام شده اما اگر پزشک مجبور بیدارکنندگی معنوی باشد، حتی ماهرانه، بحث ها باید بر اساس موافقت آزادانه بیمار و یا مشخص شده توسط روابط متقابل که مشخصه همه روابط واقعی بین انسان و الهیات است، صورت گیرد.

هر چند در موارد استثنایی دیگر ترسی که سوالاتشان ممکن است به عنوان نوعی تبلیغ، سوء تعبیر شود ممکن است منجر به این شود که بسیاری از پزشکان تصور کنند که اجتناب از بحث در مورد معنویت امن ترین خط مشی باشد. این دیدگاه از نظر اخلاقی اشتباه است. اگر چه تبلیغ با تنظیم متفاوت است، بین 33% تا 77% از بیماران علاقه مند به داشتن پزشکانی هستند که به نیازهای معنوی آنان رسیدگی کنند [10, 24, 27, 28]. تا زمانی که پرس و جو مودبانه و بدون پیش فرض در مورد شکل واکنش بیمار باشد، پرسش در مورد نقش معنویت یا مذهب در زندگی بیماران، توهین آمیز نیست. در لحظات بحرانی پزشکی، ممکن است کسی بگوید، این نوع از بیماری اغلب سوال بسیار مهمی را برای بیماران مطرح میکند. شما چگونه با یک حس معنوی و روحانی مواجه میشوید؟ آیا منابعی دارد در بیمارستان و یا در جامعه خودتان که ما بتوانیم با آنها برای کمک به شما با آنها تماس بگیریم وجود دارد؟ هیچ کس نباید با چنین سوالهایی موجب رنجش دیگران شود.

تا کجا باید پزشکان دنبال مباحث معنویت را دنبال کنند؟

شاید کسی بتواند راهنمایی برای بیماران پیشنهاد کند اما هیچ فرمول در مورد بحثهای معنوی با بیماران وجود ندارد. برای عبور از حیطه های غیر قابل توصیف و عمیق انسان از معنویت، تفکر الگوریتمی کافی نیست. از همه مهمتر، مطمئن ترین قانون پی گیری خواسته بیمار است. اگر بیمار نشان می دهد که او نه مذهبی و نه معنوی و هیچ نیاز معنوی را گزارش نکند، بیمار نباید با سوالات در مورد این موضوعات مورد انتقاد قرارگیرد. در بیشتر موارد، چنانچه بیماران در مورد این نیازها و اهمیت آنها اذعان نمایند، پزشکان توجه کافی به نیازهای معنوی بیماران دارند. پزشکان باید مراقب باشند که فرض نکنند که تخصص آنها شامل مهارت در مراقبتهای معنوی هم میشود. روحانیت بیمارستان نه تنها آموزش معنوی دیده اند، بلکه به عنوان روحانیت بیمارستان از طریق برنامه های آموزشی فشرده گواهی دریافت کرده اند [3]. در اغلب موارد روحانی خود بیمار و یا بیمارستان، باید شامل اعضای ارزشمند تیم مراقبت، و کسانی باشند که ارائه بخش عمده ای از مراقبت معنوی در بیمارستان را بعهده دارند. اما گاهی اوقات، پزشکان ممکن است سهوا نگرانیهای ناشناخته معنوی را کشف کنند و در مورد اینکه در آینده چه باید بکنند و یا چگونه خود را از چنین بحثهایی خلاص کنند، مطمئن نیستند. پزشک ممکن است بسادگی بگوید به نظر می رسد که این مسائل جدی و مهم هستند. من بسیار خوشحالم از من خواسته شده و نیاز به شناخت بهترین روش برای

کمک به بیمار دارم. در حال حاضر ما نیاز به کشف کردن این داریم که چگونه میتوانیم به بهترین شکل به شما کمک کنیم. من فکر می‌کنم اگر یکی از افراد تیم مراقبت معنوی ما، برای دیدن شما می‌آید، سودمند می‌بود. اگر این برای شما خوب باشد من به او خبر میدهم که چنین گفتگویی داشته باشید و از وی بخواهیم که به اینجا بیاید.

تطابق و عدم تطابق

یک راه ساده (و مسلماً، تا حدودی ساده) بررسی مسائل دخیل در طرح مسائل معنوی با بیماران در جامعه کثرت‌گرا بررسی چهار نوع ممکن رابطه بیمار-پزشک خواهد بود.

1. هنگامی که متخصص مراقبت‌های بهداشتی مذهبی است و بیمار نیز مذهبی است، و سپس هر دو باید قادر به صحبت در مورد مذهب باشند. برخی از مطالعات پیش‌بینی کرده‌اند که چنین تطابقی در دینداری (اما نه لزوماً در دین) وضعیت شایع‌ترین وضعیت است. مشکلات نظری در چنین مواردی مربوط به اختلافات فرقه‌ها و قدرت ایمان هستند.

2. هنگامی که نه متخصص مراقبت‌های بهداشتی مذهبی است و نه بیمار نیز مذهبی باشد، آنگاه ممکن است همه چیز به ساده‌ترین شکل بنظر بیاید. اگر هیچ‌گروه و دسته‌ای علاقه‌مند در امور معنوی نباشند، ممکن است موضوع به هر دو گروه غیر مرتبط باشد. با این حال، اگر طرفین سوال، علیرغم فقدان اعتقاداتشان، خود را معنوی در نظر نمی‌گیرند، همه چیز ممکن است به پیچیده‌ترین شکل باشد. بدون هیچ‌گونه احساس زبان مشترک و یا اصول سازماندهی برای باورهایشان، و یا حتی درک ابتدایی از باورهای دیگر به عنوان یک دین شناخته شده و یا هویت به همراه معنویت، شرکت داشتن در بحث‌های معنوی بسیار مشکل خواهد بود.

3. هنگامی که بیمار مذهبی است و متخصص بهداشت و درمان مذهبی نیست، پزشک باید در زمینه سوالات مرتبط با اعتقادات مذهبی بیمار و حتی حمایت از باورهای بیمار، ابتکار عمل را بدست گیرد. حتی یک پزشک بی‌اعتقاد به خدا که امکان معنای متعالی یا معنویت را رد می‌کند، می‌تواند چیزهایی در مورد ادیان مختلف و نظام‌های اعتقادی بشناسد تا در بیماران برای بحث پربار در مورد این باورها ترغیب کند.

4. زمانی که متخصص بهداشت و درمان مذهبی است و بیمار مذهبی نیست، پیش وضعیت با توجه به تبلیغ دین از سوی پزشک ممکن است مخاطره‌آمیز شود. چنین پزشکان باید سوالهایی از نیازهای معنوی بیماران داشته باشند، و بعد از آن هدایت بیمار را از طریق گفتگوهای بیشتر و احترام به آزادی بیمار، پیگیری نمایند.

نتیجه‌گیری

در این مقاله طیف گسترده‌ای از نگرانی‌های مذهبی و معنوی در مراقبت‌های بهداشتی به اختصار مورد اشاره قرار گرفت. این تنها آغاز یک بحث است، نه پایان آن. اقدامات بسیار بیشتری باید مورد مطالعه قرارگیرد و باید تلاش بیشتری برای آموزش صورت گیرد. اما زمان آن گذشته که نگرانی‌های معنوی بیماران را بتوان نادیده و یا بی‌ربط به مراقبت پزشکی دانست. امید است که این مقاله پزشکان را برای درک چگونگی توجه به نیازهای معنوی و مذهبی بیماران که بتواند به شکل سودمندی در مراقبت‌های بهداشتی قرن 21 گنج‌انداز شود، کمک نماید.

- .1 Puchalski, C., et al., *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference*. Journal of palliative medicine, 2009. **12**(10): p. 885-904.
- .2 Matsumoto, M., K. Inoue, and E. Kajii, *Words of Tohkaku Wada: medical heritage in Japan*. Journal of medical ethics, 2001. **27**(1): p. 55-58.
- .3 Sulmasy, D.P., *Spirituality, religion, and clinical care*. CHEST Journal, 2009. **135**(6): p. 1634-1642.
- .4 Hansen, W., *Eye on religion—Shinto and the Japanese attitude toward healing*. Eye, 2007. **100**(1): p. 115-117.
- .5 Mizuno, T. and B.T. Slingsby, *Eye on religion: considering the influence of Buddhist and Shinto thought on contemporary Japanese bioethics*. Southern medical journal, 2007. **100**(1): p. 115-117.
- .6 Stonington, S. and P. Ratanakul, *Is there a global bioethics? End-of-life in Thailand and the case for local difference*. PLoS Med, 2006. **3**(10): p. e439.
- .7 Keown, D., *End of life: the Buddhist view*. The Lancet, 2005. **366**(9489): p. 952-955.
- .8 Allport, G.W. and J.M. Ross, *Personal religious orientation and prejudice*. Journal of personality and social psychology, 1967. **5**(4): p. 432.
- .9 Sulmasy, D.P., *Spiritual issues in the care of dying patients: "... it's okay between me and god"*. Jama, 2006. **296**(11): p. 1385-1392.
- .10 Ehman, J.W., et al., *Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?* Archives of Internal Medicine, 1999. **159**(15): p. 1803-1806.
- .11 Puchalski, C.M., *Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring*. Journal of palliative medicine, 2002. **5**(2): p. 289-294.
- .12 Koenig, H.G., *Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease*. The Journal of nervous and mental disease, 2007. **195**(5): p. 389-395.
- .13 McCauley, J., et al., *Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes*. Arthritis Care & Research, 2008. **59**(1): p. 122-128.
- .14 Curlin, F.A., et al., *To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support*. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 2008. **25**(2): p. 112-120.
- .15 Suarez-Almazor, M.E., et al., *Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptom distress and subsequent survival*. Journal of Clinical Oncology, 2002. **20**(8): p. 2134-2141.
- .16 Wilson, K.G., et al., *Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide*. Archives of Internal Medicine, 2000. **160**(16): p. 2454-2460.
- .17 Emanuel, E.J., D.L. Fairclough, and L.L. Emanuel, *Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers*. Jama, 2000. **284**(19): p. 2460-2468.
- .18 Heeren, O., et al., *Religion and end of life treatment preferences among geriatric patients*. International journal of geriatric psychiatry, 2001. **16**(2): p. 203-208.
- .19 Clarfield, A.M., et al., *Enteral feeding in end-stage dementia: a comparison of religious, ethnic, and national differences in Canada and Israel*. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 2006. **61**(6): p. 621-627.
- .20 Johnson, K.S., K.I. Elbert-Avila, and J.A. Tulsky, *The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African Americans: a review of the literature*. Journal of the American Geriatrics Society, 2005. **53**(4): p. 711-719.
- .21 Burkner, E.J., et al., *Religious and non-religious coping in lung transplant candidates: Does adding God to the picture tell us more?* Journal of behavioral medicine, 2005. **28**(6): p. 513-526.
- .22 Pargament, K.I., et al., *Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study*. Archives of Internal Medicine, 2001. **161**(15): p. 1881-1885.
- .23 Fitchett, G., et al., *Religious struggle: Prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients*. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 2004. **34**(2): p. 179-196.

- .24 Astrow, A.B., et al., *Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care?* Journal of Clinical Oncology, 2007. **25**(36): p. 5753-5757.
- .25 Clark, P.A., M. Drain, and M.P. Malone, *Addressing patients' emotional and spiritual needs.* Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2003. **29**(12): p. 659-670.
- .26 Daaleman, T.P., et al., *Spiritual care at the end of life in long-term care.* Medical Care, 2008. **46**(1): p. 85-91.
- .27 MacLean, C.D., et al., *Patient preference for physician discussion and practice of spirituality.* Journal of General Internal Medicine, 2003. **18**(1): p. 38-43.
- .28 King, D.E. and B. Bushwick, *Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer.* The Journal of family practice, 1994.
- .29 Taylor, C., *A secular age.* 2007.