

A Modern Model in Social Construction of Spiritual Health Discourse

Ekhlas E.* *PhD*

*Sociology Department, Social Sciences Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Chronic and severe illnesses lead to the excitement of existential and spiritual anxiety with the onset of conflict between "existence" and "non-existence" and challenging the ontological security of patients. The aim of this article was the critical evaluation of the studies and practical procedures performed about the spiritual aspects of patients in the treatment centers.

Information & Methods: In this study, 40 Iranian (17 researches in the period of 2008-2013) and non-Iranian (23 researches in the period of 2002-2013) researches were evaluated with the priority of the time of writing, with a qualitative approach.

Findings: The items were collected under 5 themes (the concept of spirituality, the learning and teaching of spirituality, the functions and consequences of spirituality, attitudes toward spirituality and spiritual experience and organizational spirituality) in the internal studies and under 6 themes (the interpretations and spiritual and religious characteristics and its implications in clinical functions, the effect of spirituality and religion on health, learning and teaching spirituality and spiritual care, spiritual experience, spirituality assessment and spiritual needs of patients and organizational spirituality) in the foreign studies.

Conclusion: The social construction model of the Spiritual Spirituality Disclosure, with the realization beyond the dual "agency-structure", simultaneously influences the interaction between macro and macro level variables.

Keywords

Spirituality [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68029181>];
Health [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006262>];
Consumer Society [Not in MeSH];
Modern Medicine [Not in MeSH];
Existential Question [Not in MeSH];
Philosophy of Life [Not in MeSH]

*Corresponding Author

Tel: +98 (21) 22223001

Fax: +98 (21) 22227075

Post Address: Social Sciences Faculty, Allameh Tabataba'i University, Dehkadeh-ye-Olympic, Tehran, Iran
eb.ekhlasi@gmail.com

Received: July 11, 2017

Accepted: October 10, 2017

ePublished: January 18, 2018

مدل نوین در برساخت اجتماعی گفتمان سلامت معنوی

ابراهیم اخلاصی* PhD

گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

اهداف: بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج با ایجاد تقابل میان "هستی" و "نیستی" و به چالش کشیدن امنیت هستی‌شناختی بیماران، باعث برانگیختگی اضطراب وجودی و معنوی در آنها می‌شوند. هدف مقاله حاضر، ارزیابی انتقادی مطالعات و رویه‌های عملی انجام‌شده در مورد ابعاد معنوی بیماران در مراکز درمانی بود.

اطلاعات و روش‌ها: در این مطالعه، ۴۰ پژوهش ایرانی (۱۷ پژوهش در بازه زمانی ۱۳۹۲-۱۳۸۷) و غیرایرانی (۳۳ پژوهش در بازه زمانی ۲۰۱۳-۲۰۰۲) با رعایت تقدم و تاخر زمانی نگارش، با رویکرد کیفی ارزیابی شدند.

یافته‌ها: در مطالعات داخلی، گویه‌ها ذیل ۵ محور مفهوم‌شناسی معنویت، یادگیری و آموزش معنویت، کارکردها و پیامدهای معنویت، نگرش‌های معطوف به معنویت و تجربه معنوی و معنویت سازمانی و در مطالعات خارجی ذیل ۶ محور تفاسیر و ویژگی‌های معنوی و مذهبی و دلالت‌های آن در عملکردهای بالینی، تاثیر معنویت و مذهب بر سلامت، یادگیری و آموزش معنویت و مراقبت‌های معنوی، تجربه معنوی، سنجش معنویت و نیازهای معنوی بیماران و معنویت سازمانی تجمیع شدند.

نتیجه‌گیری: مدل برساخت اجتماعی گفتمان سلامت معنوی با واقع‌شدن در فراسوی دوگانه "عاملیت-ساختار"، به طور همزمان تاثیر و تاثر متقابل متغیرهای خرد و کلان را دربرمی‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: معنویت، سلامت، جامعه مصرفی، پزشکی مدرن، پرسش وجودی، فلسفه زندگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۱۸

*نویسنده مسئول: eb.ekhlasi@gmail.com

مقدمه

در سال ۲۰۰۲ میلادی موضوع "معنویت" برای همایش‌های سالانه آینده در گروه مطالعاتی جامعه‌شناسی مذهب انجمن جامعه‌شناسی بریتانیا (BSASRSG) پیشنهاد شد. همایش مذکور دو سال بعد در دانشگاه بریستول برگزار شد و در آن مقالات مرتبط با معنویت حول موضوعاتی نظیر: معنویت در ارتباط با سنت کلاسیک، علوم مدنی و تعلیم و تربیت، نوکیشی (Conversion)، احساس و بهبودی، اقتدار و مناسک مذهبی، روابط موجود میان معنویت و دیگر رشته‌های علمی، تصورات و الگوهای پس از مرگ ارائه شدند^[۱]. بدین ترتیب، معنویت در ارتباط با مقولات متعددی قابل مطالعه و بررسی است. یکی از مقولات مذکور، سلامت، بیماری و درمان است. ملاحظه معنویت در مناسبات سلامت و درمان در پی پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی، مبنی بر در نظر گرفتن معنویت به منزله بُعد چهارم سلامت، از دهه ۸۰ میلادی تاکنون مورد توجه پژوهشگران رشته‌های علوم پزشکی قرار گرفته است و مطالعات متعددی پیرامون آن انجام شده است. بدیهی‌انگاشتن سلامتی از سوی بیشتر افراد، معمولاً آنان را از تامل در دغدغه‌های وجودی و پرسش‌های بنیادین زندگی، نظیر "فلسفه زندگی و سلامت" باز می‌دارد. این در حالی است که در شرایط بیماری و درمان، به‌ویژه در بیماری‌های صعب‌العلاج، مقوله سلامت، مورد خدشه و تردید واقع می‌شود. مطالعه و بررسی "معنویت" به طور کلی و به‌ویژه نسبت به شرایط بیماری و درمان، بدون ملاحظه پدیده مرگ و تامل در آثار و لوازم سلبی و ایجابی مترتب بر آن در

زندگی و نیز در تعاملات اجتماعی آدمیان تقریباً قریب به محال به نظر می‌رسد. برجسته‌شدن عنصر "مرگ‌آگاهی" در شرایط بیماری، تاملات معنوی انسان‌ها را در مقام بازیابی زندگی دوباره و سلامتی، به عنوان اموری که از پیش مفروض انگاشته شده‌اند، فعال می‌کند. جمله اخیر در واقع در حکم فرض اساسی این مطالعه محسوب می‌شود؛ به عبارت رساتر، به نظر می‌رسد فرض مکنون بیشتر پژوهشگران ایرانی و غیرایرانی ضرورت پرداختن به معنویت و نهادینه‌کردن آن در شرایط سخت بیماری است؛ بر همین مبنای پژوهشگران، به ویژه پژوهشگران علوم پزشکی، با وقوف به اهمیت معنویت و آگاهی از کارکردهای آن در شرایط سخت، خواهان ادغام معنویت در مناسبات بیماری و درمان هستند. ما در مطالعه حاضر، از موضعی انتقادی نسبت به تلقی مذکور، می‌کوشیم ضمن سنخ‌شناسی مطالعات ایرانی و غیرایرانی مربوط به معنویت، سلامت و درمان، ذیل هر کدام از سنخ‌های مطالعاتی، تحلیل‌های تفسیری لازم را در این باره ارائه کنیم و سرانجام، مدل برساخت اجتماعی گفتمان سلامت معنوی را معرفی نماییم.

چارچوب مفهومی

با توجه رویکرد کیفی این مطالعه، استفاده قیاسی از نظریه‌های گوناگون در آن وجهی ندارد؛ با این وجود، در راستای ایجاد حساسیت نظری، امکان طرح پاره‌ای مفاهیم و مقولات مرتبط با مساله پژوهشی وجود دارد. مهم‌ترین مواردی که در این باره انتخاب کردیم، مشتمل بر مفاهیم "ماهیت میان‌رشته‌ای معنویت"، "مرگ‌آگاهی" و "آموزش مرگ و ضرورت آن" است.

ماهیت میان رشته‌ای معنویت: معنویت در زندگی روزمره و نیز رشته‌های مختلف از فلسفه گرفته تا ادبیات عامه، روان‌درمانی، روان‌شناسی سلامت، پزشکی، پرستاری، جامعه‌شناسی و غیره منعکس شده است^[۲]. به عبارت کلی‌تر، مفهوم معنویت متضمن ویژگی‌های "غیر مادی‌تر" در زندگی است که از جسم یا سایر امور مادی و محسوس از جمله حواس بینایی، شنوایی و غیره متمایز است. مرور منابع گوناگون در مورد معنی واژه معنویت نشان می‌دهد "خود"، "دیگران" و "خدا" از عناصر کلیدی معنویت هستند که در متن آن، مضامین دیگری همچون "معنی"، "امید"، "ارتباط"، "عقاید" و "بیان معنویت" قابل ردیابی است^[۳].

مرگ‌آگاهی: از منظری کلی، مرگ برای کسانی که علاقه به بدن، در هسته هویت فردی آنها واقع می‌شود، مشکل‌آفرین است. انسان هرچه کمتر به "روح" و به بی‌مرگی، ایمان داشته باشد بیشتر در ارزش این زندگی مبالغه می‌کند؛ درست است که انسان نباید آرزوی مرگ داشته باشد، ولی مرگی که باید از آن پروا و پرهیز داشت، "مرگ روح" است^[۴]. با تمام اختلافات موجود میان مردم جهان و اختلاف مسیرها و روش‌ها، همگی در یک نقطه به هم می‌رسند و آن نقطه، مرگ و پایان زندگی است. به همین دلیل، هرچند که می‌توان در مقدار عمر و طول زندگی بحث کرد، اما در مرگ جای بحث نیست و این مفهوم را ندارد که طول عمر ابدی است و مردم جهان در ایمان به مرگ اتفاق نظر دارند؛ شاید انتخاب نام "یقین" در دو آیه از آیات قرآن برای "مرگ" اشاره به همین حقیقت است^[۵]. مرگ مساله‌ای مربوط به زندگان است و از میان مخلوقات، تنها انسان‌ها هستند که مرگ نزد آن‌ها یک مساله است. آن‌ها در تولد، بیماری، جوانی، بلوغ و سالخوردگی و مرگ با حیوانات سهیم‌اند، ولی از میان همه جانوران تنها آنها می‌دانند که خواهند مُرد و تنها آنها قادرند پایان کار خویش را انتظار کشند و از این نکته آگاه هستند که بالاخره زمان آن فرا خواهد رسید و تدابیر و دوراندیشی‌های خاصی در قالب فرد یا گروه به خرج می‌دهند تا از

خود در برابر خطر نابودی محافظت کنند^[6]. تامل در مجموع آرای هستی‌شناسانه و انسان‌شناسانه متفکران مدرن که مقوله مرگ در منظومه فکری فلسفی آنها مورد توجه واقع شده است، موید این است که از منظر بیشتر آنها، مرگ یک واقعیت گریزناپذیر و غیر قابل انکار است که انسان‌ها در طول تاریخ با شیوه‌های گوناگونی با آن چالش داشته‌اند و نیز بیشتر فعالیت‌های انسان‌ها، از جمله مدیریت و کنترل بدن، در راستای معنی‌سازی حیات، گریز از پوچی و در بنیادی‌ترین وجه ممکن، تغافل از مرگ تلقی می‌شود. در تعیین سرچشمه ترس و وحشت از مرگ باید گفت که اصولاً انسان از "عدم" و "نیستی" می‌هراسد. از بیماری می‌ترسد، چون نیستی سلامت است؛ از تاریکی می‌ترسد، چون نور در آن نیست؛ حتی از مرده می‌ترسد، چون روح ندارد. در صورتی که از زنده همان شخص نمی‌ترسید. بنابراین اگر انسان از مرگ می‌ترسد به خاطر این است که مرگ در نظر او "فنا"ی مطلق و "نیستی" همه‌چیز است. از نظر فلسفی، این روحیه چندان دور و بی‌راه نیست، زیرا انسان "هستی" است و هستی با هستی آشناست؛ اما با "نیستی" هیچ‌گونه تناسب و سنخیتی ندارد و باید از آن بگریزد. از دیگر عوامل وحشت افراد از مرگ آگاهی آنها از سیاه و تاریک بودن پرونده اعمال‌شان است. در واقع، این گروه از افراد از مردن وحشت دارند، نه به خاطر این که مرگ را به معنی فنا و نیستی مطلق تفسیر می‌کنند و منکر زندگانی پس از آن هستند بلکه به خاطر این که سیاهی و تاریکی پرونده اعمال آن‌ها به حدی است که گویا شکنجه‌های طاقت‌فرسا و مجازات‌های دردناک پس از مرگ را با چشم خود مشاهده می‌کنند و یا حداقل چنین احتمالی را می‌دهند. این گروه از افراد در حکم مجرمی هستند که از پشت میله‌های زندان آزاد شده و به سوی چوبه‌ی دار می‌روند^[5]. از نظر *ابن‌سینا*، کسی که از مرگ می‌ترسد نمی‌داند پس از چشم‌بستن از این دنیا به کجا می‌رود و سرنوشت او پس از مرگ چیست. بنابراین، این گونه اشخاص از جهل خود می‌ترسند، نه از ماورای مرگ. البته وی، برخی علل دیگر را احصا می‌کند ولی همه آنها را به جز آنچه بیان شد، بی‌اساس می‌داند^[7]. به علاوه، *ابن‌سینا* مطلبی را به حکما نسبت داده است و می‌گوید: حکما حکم قطعی کرده‌اند به این که مرگ بر دو قسم است: "مرگ ارادی" و "مرگ طبیعی". هم‌چنین زندگی نیز بر دو قسم است: "زندگی ارادی" و "زندگی طبیعی". وی در توضیح نظریه حکما می‌گوید: "مقصود از مرگ ارادی مهار کردن شهوات حیوانی "خودخواهی‌ها" و "خودکامگی‌ها" است، نه "مردن" به معنای مفارقت روح از جسد^[7]". در این راستا، انسان پوچ‌گرا باید دائماً به چیزی اشتغال داشته باشد تا به حاشیه‌ای‌ترین وضعیت یعنی مرگ فکر نکند. در تشریح مختصات احساس پوچی چنین آمده است که همواره موقعیت‌های لحظه‌ای است که روان انسان پوچ‌گرا را تحت تاثیر قرار می‌دهد و با سپری شدن همان لحظه، یکی از دو راه پیش روی اوست: یا می‌اندیشد و نتیجه‌ای جز شوراندن واحدهای ناراحت‌کننده درون نمی‌بیند و یا با کوششی زیاد، خود را از هوشیاری و احساس "من" رها می‌سازد^[8]. در واقع، در دوره پیشامدرن، سایه سنگین دین کمترین مداخلیتی برای پرداختن انسان‌ها به بدن، آن‌گونه که در عصر مدرن رواج یافته است، باقی نمی‌گذاشت. پیتر برگر پیدایش دین را مهم‌ترین پدیده در دوران ماقبل مدرن می‌داند که ذیل آن انسان‌ها قطعیت‌هایی برای خود مفروض داشته‌اند. از لوازم نظری و عملی این قطعیت‌ها، می‌توان به بلاموضوع شدن بدن و عدم قرارگرفتن آن در مرکز دایره هویتی انسان‌ها اشاره کرد. با رجوع به آموزه‌های ادیان مختلف مقولاتی مانند وجود زندگی پس از مرگ، ثواب و جزا، و جهان ازلی آخرت

(در تقابل با دنیای فناپذیر مادی) برای انسان‌ها قابل ردیابی است. این امری کاملاً واضح است که انسانی که در پارادایم دینی عمل می‌کند به استناد پاره‌ای مقولات پیشینی، کنش‌های خود را محدود، جهت‌دار و مرتبط با یک نظام گسترده معانی می‌کند که تفسیری جهان‌شمول و عام از هستی و مافیها ارایه می‌دهد. برای نمونه، فردی که در قلمرو تعریف‌شده از سوی مقولات دینی به طور عام، و آموزه‌های اسلامی به طور خاص، کنشگری می‌کند، بر این باور است که فرضاً به مدت چند دهه در این عالم زندگی می‌کند و دیر یا زود، ناگزیر از ترک این عالم است و آن چه در نهایت امر می‌تواند برای او سرنوشت‌آفرین باشد، چیزی به جز رویه‌های عملی و نظری او در طول همین چندین دهه زندگی در این دنیا نخواهد بود؛ از این رو است که بیماری‌هراسی به شکل افراطی، ترس از مرگ و نیز متعاقب آن، استمداد از رویه‌های "پزشکی‌شدن" در راستای تغافل از مرگ و به تعویق‌انداختن آن از بین می‌رود، چرا که از دید وی گذر عمر و افزوده شدن بر شمارگان عمر صرفاً به منزله یک جبر طبیعی بی‌هدف قلمداد نمی‌شود که بتوان با فرآیندهای پزشکی مداخله‌گرایانه بر آن چیره شد و یا آن را برای همیشه به تعویق انداخت. به طور متقابل، برای دین‌داران و موحدان گذر عمر امری طبیعی و معطوف به هدف قلمداد می‌شود که چگونگی مواجهه معقول با آن از طریق منابعی ممکن می‌شود که نه هم‌ردیف و دست‌ساخته بشر، بلکه در مرتبه‌ای بالاتر از وی قراردارند که عالی‌ترین مصداق آن "وحی" و آموزه‌های منبعث از آن است. از جمله مصداق معرفت‌شناسی دینی قابل استناد در این راستا این است که افزایش سن و کهولت، معادل است با بالارفتن از نردبان دنیا و اوج‌گرفتن و در نهایت خود شروعی دوباره است که البته جز با مرگ محقق نمی‌شود. به بیان دیگر، با وقوع مدرنیته، فضای اختصاص یافته به دین رو به انقباض می‌گذارد و ارایه نظام‌های معنایی مشکل‌ساز می‌شود یا به تعبیر برگر، دین به منزله یک "سایه‌بان مقدس" که فهمی مشترک از جهان را به انسان ارایه می‌کرد از بین می‌رود و با گسترده شدن فردیت، انسان‌ها با بدن خود تنها گذاشته می‌شوند. در این حالت، طبیعی است که مرگ بدن، تبعات منفی هستی‌شناختی داشته باشد. بر همین اساس، می‌توان صحت تعبیر برگر را مفروض به صحت گزاره ذیل درست تلقی کرد و آن را پذیرفت: در نخله‌های مختلف تفکر مادی، دنیا پرانترزی محسوب می‌گردد که قبل و بعدی برای آن متصور نیست و یا حداقل، به فرض وجود داشتن، تا به امروز هنوز ابزارهای نظری و عملی لازم برای مبدل‌ساختن آن به یک گزاره بین‌الادھانی به وجود نیامده است. از طرف دیگر، هسته تشکیل‌دهنده عصر جدید مشتمل بر سکولاریزاسیون همه مقولات بشری، از صدر تا ذیل است؛ به این معنا که غایت و مبنای هر چیز قابل تصویری، نه در عرش، که در فرش قرار دارد. در چنین فضای فکری، جوانی و شادابی نهفته در آن، ظرفی است که دولت مستعجل بوده و انواع تمتعات و لذایذ بی‌حد و حصر و بی‌جهت، مطروف آن می‌شود؛ بدن افراد ملاک قضاوت و داوری قرار می‌گیرد، انواع رویکردها برای شاداب نشان‌دادن آن به کار بسته می‌شود، جذابیت‌های جنسی آن دوچندان نمایش داده می‌شود؛ به علاوه، دوره پیری و کهولت دوره‌ای می‌شود که در آن کهن‌سالان از یک سو، نه نیرو و قوت جوانی را دارند و نه اشتغالات آن دوره برای آنها مداخلیتی دارد. از سوی دیگر، پزشکی مدرن حداقلی از حیات را برای آنها رقم می‌زند. شاید درخواست "مرگ اختیاری" از طرف برخی کهن‌سالان در برخی جوامع غربی را بتوان این‌گونه توجیه کرد که این دسته از افراد از انتظار تدریجی مرگ به ستوه آمده‌اند و راه پایان‌بخشی به این

این وضعیت یک نوع خلا عناصر "معنوی"، "روان‌شناختی" و "اجتماعی" را برای "روح انسانی" به وجود می‌آورد. "آموزش درباره مرگ" می‌تواند نقش اساسی در پُر کردن این خلا عاطفی ایفا کند و جامعه را در "معنی‌یابی مرگ" به عنوان بخشی از زندگی یاری رساند^[11].

اطلاعات و روش‌ها

این مطالعه با رویکرد کیفی انجام شده است. در این مقاله در مجموع تعداد ۴۰ پژوهش ایرانی و غیرایرانی، در قالب ۱۷ پژوهش در داخل ایران در بازه زمانی ۱۳۹۲-۱۳۸۷ و ۲۳ پژوهش خارج از ایران در بازه زمانی ۲۰۱۳-۲۰۰۲ میلادی با رعایت تقدم و تاخر زمانی نگارش آنها ارزیابی شد؛ اصل محوری مورد استفاده در جستجوی مطالعات مذکور در منابع کتابخانه‌ای و الکترونیکی، "چندبُعدی‌سازی جستجو" و استفاده از کلیدواژه‌های منفرد یا ترکیبی مرتبط با سلامت معنوی تا رسیدن به درجه اشباع و تکرارناپذیری بود (جدول ۱). سرانجام، پس از جمع‌آوری طیف گسترده‌ای از پژوهش‌های ایرانی و غیرایرانی، پژوهش‌های منتخب مورد اشاره در ذیل به گونه‌ای از میان مجموع پژوهش‌ها گزینش شدند که حتی‌الامکان با عطف به کلیدواژه‌های جست‌وجو، دربردارنده وجوه مختلف "معنویت" در نظام سلامت و درمان بودند.

جدول ۱) اهم کلیدواژه‌های مورد استفاده در جستجوی مطالعات مرتبط با

سلامت معنوی
کلیدواژه‌ها
بهداشت روانی
سلامت معنوی
فلسفه زندگی
اخلاق زیستی
اخلاق پزشکی
اخلاق حرفه‌ای
مراقبت معنوی
معنویت
مرگ
هوش معنوی
کیفیت زندگی
مذهب
Death
Death anxiety
Medicalization
Quality of life
Religion
Spirituality
Biomedicine
Bioethics
Alternative medicine
Patient-doctor relationship
Spirituality
Spiritual care
Biomedical
Spirituality
Complementary medicine
Medical ethics
Spiritualism
Secularism

یافته‌ها

گونه‌شناسی مطالعات ایرانی مرتبط با سلامت معنوی (۹۲-۱۳۸۷)

انتظار را در استقبال آگاهانه از مرگ، آن هم نه به معنای شروع دوباره، بلکه به معنای پایان بخشی به هستی می‌دانند. این موضوع در مباحث مربوط به رابطه بدن و جامعه مصرفی ذیل عنوان مالکیت بدن مورد بررسی قرار می‌گیرد^[9]. با عنایت به این نوع تحولات پیش‌آمده، برخی متفکران معتقدند در هیچ دوره‌ای، مانند دوره مدرنیته، سیمای مرگ تا این اندازه وحشتناک نبوده است.

آموزش درباره مرگ و ضرورت آن: مساله اصلی در این باره این است که چرا علی‌رغم قطعی بودن مرگ برای همه انسان‌ها، مرگ غالباً برای بیماران در آستانه مرگ مشکل‌زا می‌گردد، در حالی که دیگران چنین مشکلی ندارند. در پاسخ به پرسش یادشده می‌توان گفت که تفاوت دیگران با این نوع بیماران در نوعی "مرگ‌باوری" است که افراد در آستانه مرگ واجد آن، و دیگران فاقد آن هستند. تفاوت دیگران با این بیماران در "قطعیت نسبی" زمان مرگ است که زمان مرگ برای این بیماران "قطعی" و برای دیگران "محتمل" است؛ همین مساله، تحمل آن را برای دیگران امکان‌پذیر و برای این بیماران غیرممکن ساخته است. هایدگر معتقد است ما آدمیان با دو فریب تلاش می‌کنیم از مساله مرگ و اندیشیدن به آن فاصله بگیریم: یکم، آنکه مرگ را پدیده‌ای اجتماعی تلقی می‌کنیم که برای همه پیش می‌آید و در نتیجه برای هیچ‌کس پیش نمی‌آید. این در حالی است که برای فردی که خود را در آستانه مرگ می‌یابد، مرگ امری کاملاً فردی و غیرهمگانی است که در درون وجود هر فرد انسانی رخ می‌دهد. در نتیجه با حادثه مرگ دیگران، واقعیت مرگ تجربه نمی‌شود. فردی که خود را در آستانه مرگ می‌یابد معنای واقعی مرگ را پایان زندگی خود می‌داند، نه زندگی دیگران. دوم؛ مرگ را به آینده‌ای نامعلوم محول می‌کنیم و چنان وانمود می‌کنیم که مرگ ما در زمان دیگر و بعدها اتفاق خواهد افتاد و در نتیجه، هیچ‌گاه واقع نخواهد شد^[10]. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، جملات فوق این نتیجه کلی را به همراه دارد که بدترین راه مبارزه با واقعیت‌های تلخ فرار از درک آنها، یا به دست فراموشی سپردن آنها است. فراموش کردن چیزی که هرگز ما را فراموش نمی‌کند و یا انتظار تجدید نظر از یک مطلب حتمی و غیرقابل اجتناب، مصداق کامل کم‌عقلی است^[5]. مرور تاریخی، این واقعیت را نشان می‌دهد که ابتدا تصورات "روان‌شناختی" سپس تصورات "جامعه‌شناختی" درباره مرگ و "مردن" باعث شده‌اند تا جوانان امروزی در منجلاب مسایل اجتماعی و روان‌شناختی پیرامون آنها به گونه‌ای رها شوند که خودشان صرفاً درباره آن چه که باید بخش طبیعی زندگی‌شان باشد، تصمیم‌گیری کنند، در مورد آن آموزش‌های لازم را دریافت کنند و سپس آن را در معنی زندگی لحاظ نمایند؛ نتیجه چنین تصوراتی این حقیقت بوده است که نسل قدیمی‌تر از یک سو، دیگر نمی‌داند چه چیزی را درباره مرگ بیانیشد و از سوی دیگر، از چگونگی به اشتراک‌گذاشتن مفهوم مرگ با نسل جوان‌تر عاجز مانده است. برآیند این وضعیت، ضرورت تعبیه‌کردن "آموزش درباره مرگ" در مدارس را، به عنوان یکی از بزنگاه‌های اصلی "جامعه‌پذیری افراد"، رقم زده است^[11]. در جهان غرب پیشرفت‌های پزشکی جامعه را از تصویر بالین مرگ (Death-bed Picture) دور ساخته است، به طوری که وضعیت موجود باعث محدود شدن ملاقات خانواده، دوستان، فرد روحانی و غیره به ساعات ملاقات بیمارستانی شده است؛ نوربرت الیاس در این باره می‌گوید در بعضی از مواقع، کادر پزشکی آنچه را از دست‌شان ساخته باشد انجام می‌دهند تا دوستان و خانواده را هنگامی که در حال ارایه خدمات مراقبتی هستند از "بالین مرگ" دور نگاه دارند. با این چرخش به وجود آمده، هم بیمار و هم افراد مورد علاقه‌اش دچار رنج می‌شوند

یک سازه کلی و سلامت معنوی مصداق و جلوه‌ای از آن است. سوم؛ سلامت معنوی هر کس بستگی به کیفیت درک و نگرشی دارد که نسبت به جهان هستی و نیروهای قدسی حاکم بر آن دارد. از دیدگاه جامعه‌شناختی، سلامت معنوی آدمیان را بایستی بر مبنای فرآیندی از کنش متقابل انسان در جهان هستی و یک قدرت برتر قدسی تعریف کرد^[13]. چهارم؛ تلقی موجود از سلامت معنوی در ایران متضمن نوعی مفهوم وسیع و جامع است که مستلزم وجود برخی خصوصیات مرتبط با معنویت برای اثبات سلامتی کامل یک فرد است؛ بدین معنی که معنویت یک رکن سلامت فرد به‌شمار می‌آید و در یک بستر غیرپزشکی مطرح می‌شود. پنجم؛ ادبیات علمی پیرامون سلامت معنوی بیشتر ناظر به تاثیر اعتقادات معنوی در سلامت افراد و روند بهبود بیماری‌های آنان است که در یک بستر پزشکی بحث می‌شود. ششم؛ در سنجش سلامت معنوی افراد لازم است شناخت‌ها، کنش‌ها، احساسات و ثمرات شخصی افراد بررسی شود. هفتم؛ پی‌بردن به چیستی سلامت معنوی، متضمن پرداختن به وجوه سلبی آن است نه وجوه ایجابی آن؛ بدین معنی که سلامت معنوی نه دین‌داری است و نه معنویت، بلکه سلامت معنوی حالتی از "داشتن" است نه "بودن" که هم‌پوشانی نسبتاً زیادی با سایر مفاهیم مشابه، نظیر تعالی‌معنوی، باورهای معنوی، تجربه معنوی، آگاهی معنوی و دین‌داری دارد^[13].

عدم حصول به اجماع نظری در تعریف سلامت معنوی نیز در مطالعات سلامت معنوی اشاره شده است. "وجود نوع جهان‌بینی، نگرش و پارادایم حاکم در پس هر قضاوت" و نیز "عدم توافق در مفهوم واژگانی چون سلامت، معنویت، دین، روح، روان و غیره" دو عامل مهم در پیچیدگی تعریف سلامت معنوی معرفی شده‌اند. بر اساس نتایج حاصله، سلامت معنوی در اصطلاح پزشکی با رویکرد مادی‌گرا، فرآیندی است که با بهره‌گیری از آن می‌توان به درمان بیماران جسمی کمک کرد که از آن به عنوان "نگاه حداقلی و ابزار سلامت معنوی" یاد می‌شود؛ اما در پزشکی معنی‌گرا، سلامت معنوی علاوه بر ایفای نقش در درمان جسمی بیماران، می‌تواند در درمان روحی و روانی آنها نیز مؤثر واقع شود که از آن به مثابه "نگاه حداکثری و غیرابزاری به سلامت معنوی" یاد می‌شود. نگاه اخیر به سلامت معنوی در تحلیل نهایی باعث ایجاد شرایطی می‌شود که طی آن ضمن افزایش سلامت اجتماعی، در کمک به کمال و تعالی همه جانبه انسان و انسانیت کارگر می‌افتد. در مطالعه یادشده، "قرارداشتن سلامت معنوی در عرض سلامت جسمی و تلاش آن برای توسعه سلامتی به معنی عام در فرد و جامعه"، "قرارداشتن معنویت در خدمت همه ابعاد سلامت جامعه"، "روح به منزله یک شخصیت دارای استقلال در کنار جسم" از ویژگی‌های نگاه حداکثری و غیر ابزاری به سلامت معنوی؛ هم چنین، "در نظر داشتن معنویت به عنوان یک روساخت و ابزار در خدمت پزشکی جسمی و روانی" همراه با "در نظر داشتن روح و روان به منزله عکس العمل‌های ذهنی و عصبی" از شاخص‌های عمده نگاه حداقلی و ابزاری به سلامت معنوی بر شمرده می‌شود^[14].

"شاخص‌های سلامت معنوی از منظر آموزه‌های وحیانی" عنوان پژوهش انجام شده با استفاده از روش تحلیلی اسنادی و مفهومی است که به استناد یافته‌های پژوهشی مندرج در آن، "معنویت" در رویکردهای معاصر، در حد "مجموعه‌ای از توانایی‌های به هم مرتبط"، "نوعی هوش" و "نوعی جریان و رویکرد منتهی به رضایت باطنی" در نظر گرفته شده است^[15]. به طور متقابل، "معنویت" در آموزه‌های وحیانی مقوله‌ای است که بدون در نظر گرفتن یک معنی

به لحاظ محتوایی، ۱۶ مورد از مطالعات منتخب ایرانی (معادل ۹۴٪) از رویکرد بین رشته‌ای استفاده نکرده بودند؛ همچنین، در هیچ یک از مطالعات ایرانی منتخب، چارچوب نظری تلفیقی استفاده نشده بود (جدول ۲). از منظر روش‌شناختی، ۱۳ مطالعه (معادل ۷۶/۵٪) از ماهیت کیفی برخوردار بودند. در ۱۳ پژوهش (معادل ۷۶/۵٪) افراد غیربیمار، به‌عنوان مطلعان پژوهش یا نمونه آماری مطالعه شدند (جدول ۲).

مطالعات داخلی ناظر به معنویت و سایر مفاهیم وابسته با تاکید بر سلامت و کارگزاران اصلی نظام سلامت و درمان در قالب ۵ گونه به شرح زیر قابل احصا هستند.

گونه نخست؛ مفهوم‌شناسی معنویت: در یک مطالعه، پژوهشگران با بهره‌جستن از منابع و نرم‌افزارهای تخصصی دینی و اسلامی مبادرت به شناسایی مولفه‌های سلامت معنوی از منظر دین اسلام کردند؛ ایشان با یادآوری دو رویکرد اساسی در نظریات مربوط به معنویت، شامل "معنویت به‌عنوان مفهوم عام معنی‌یابی" و "معنویت به عنوان به‌هم‌پیوستگی با خدا/الوهیت ضمن تقسیم‌بندی مولفه‌های سلامت معنوی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی به دو گروه "مولفه‌های مثبت" و "مولفه‌های منفی" و در مجموع مولفه‌های ایجابی و سلبی سلامت معنوی؛ بدین شرح احصا کرده‌اند: "توکل و حسن ظن به خدا، ایمان و توجه به رضایت الهی، انگیزه و نیت خالص، شکرگزاری، تواضع و فروتنی، صبر، تقوا، عدالت، نماز، ذکر خدا، توبه، تفکر، تعقل، شناخت نفس، اعتقاد درست به زندگی پس از مرگ، حسد، غرور و تکبر و اشاعه زشتی"^[12].

در پژوهشی دیگر بر مبنای یک رویکرد روش‌شناختی برای گردآوری داده‌ها از طریق روش اسنادی و تحلیل داده‌ها با بهره‌جستن از روش واکر و آوانت، به ترسیم فضای مفهوم واژه‌ای "سلامت معنوی" و تعیین موقعیت کالبدی مولفه‌ها و شاخص‌های آن پرداخته شد^[13]. اهم یافته‌های پژوهش فوق به این شرح بود: موقعیت کالبدی مولفه‌ها و شاخص‌های عینی سلامت معنوی ذیل دو عنوان "چشم‌انداز سلامت معنوی" و "چشم‌انداز سلامت وجودی" قرار داشتند؛ پژوهشگران، در این مطالعه، پس از تبیین مفهومی بهیستی مذهبی و وجودی، به بیان دیدگاه‌های صاحب‌نظران مختلف در مقولاتی همچون ابعاد اساسی مشترک در همه انواع معنویت و سلامت معنوی، مدل سلامت معنوی فیشر، همسان‌نبودن معنویت با باورها، آداب و انجام تکالیف محدود، بر مبنای رویکرد انسان‌گرایی و پدیدارشناختی پرداختند. از دیگر نکات قابل توجه در پژوهش مذکور، مرور ابزارها و مقیاس‌های سنجش معنویت، به همراه نقد و بررسی نقاط ضعف و قوت هر یک آنها، بود: "مقیاس آگاهی معنوی، مقیاس پولوتزین و الیسون، مقیاس SIWB دلمن و فری، مقیاس تجارب معنوی روزانه (DSES) اندرو و دلینگ، ابزار سلامت معنوی و اندازه جهت‌گیری زندگی فیشر (SHALOM)، ابزار سنجش FACT پیتز، ابزار CSI-MEMO کوئینگ، مقیاس FICA پوچالسکی و رومر، ابزار سنجش HOPE آناندرجا و هایت، ابزار FAITH کینگ، ابزار SPIRIT امبریج و موگانز^[13]". اهم نتایج نظری این پژوهش بدین ترتیب بود: نخست؛ سلامت معنوی در هر فرهنگ در چارچوب ساختار معنوی آن فرهنگ تعریف و سنجیده می‌شود، زیرا تعریف آن بیش از هرچیز به ارزش‌ها و هنجارها و آموزه‌های معنوی حاکم بر کل جامعه ارتباط پیدا می‌کند و سنجش آن نیز بیش از هرچیز مطابق با واقعیات فرهنگی و ارزشی آن جامعه است. دوم؛ رابطه معنویت و سلامت معنوی رابطه کل و جزء است. بدین معنی که معنویت

یافتند. بر پایه یافته‌های تحقیق مذکور، حلقه مفقوده برنامه درسی اخلاق پزشکی "نداشتن هویت بومی و اسلامی" است که همین مساله گنجانده شدن پراکنده و بدون مبنای مباحث اخلاق پزشکی در برنامه درسی اخلاق پزشکی را با خود به همراه داشته است؛ "مواجه بودن آموزش اخلاق پزشکی با سردرگمی" و "ترویج فرهنگ سکولار" از سوی این مباحث، از عوارض فقدان هویت بومی و اسلامی برنامه درسی اخلاق پزشکی برشمرده شده است [18].

پژوهشگران در پژوهشی با عنوان "آموزش معنویت و مراقبت معنوی در پرستاری: چالشی برای برنامه‌ریزی درسی" اقدام به جستجوی متون مورد مطالعه خود بر مبنای کلیدواژه‌های "پرستاری"، "آموزش معنویت و مراقبت‌های معنوی" در پایگاه داده‌های ایرانی و بین‌المللی نظیر *ایران‌مدکس*، *ایران‌دک*، *پاب‌مد*، *ساینس دابیرکت*، *اریک*، *پروکوئست*، و *اوبد* و مرور جامع و عمیق متون با استفاده از شبکه جهانی اینترنت از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۹ کردند. پژوهشگران در آن پژوهش یافته‌های خود را ذیل سه عنوان "معنویت و مراقبت معنوی در آموزش پرستاری"، "مسائل پیرامون آموزش معنویت در پرستاری" و "ضرورت اخلاقی و قانونی آموزش معنویت و مراقبت معنوی" گزارش کردند. بر پایه یافته‌های پژوهش، در برنامه های درسی اکثر دانشگاه‌های کشورهای غربی و شرقی، آموزش معنویت و مراقبت معنوی وارد شده است، ولی به دلایل مختلف پرستاران هنوز آمادگی لازم را جهت شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران نداشته و به آموزش دانشگاهی بیشتری نیاز دارند. همچنین، در ایران هیچ پژوهشی در مورد لزوم ورود معنویت و مراقبت معنوی در برنامه ریزی دوره کارشناسی پرستاری انجام نشده است. پژوهشگران مذکور ضمن اشاره به نقش مهم مدرسان در آماده‌سازی دانشجویان پرستاری برای تشخیص و رفع نیازهای معنوی بیماران، "ضرورت وارد شدن اصول معنویت و مراقبت معنوی در برنامه درسی دوره کارشناسی و تدریس آن" را پیشنهاد کردند [19]. در بخش "معنویت و مراقبت معنوی در آموزش پرستاری" موانع درونی و بیرونی ادغام رسمی اقتضانات آموزشی و الزامات بالینی مورد اشاره قرار گرفته است. براساس این پژوهش "عوامل درونی" از موسسه‌های آموزشی ناشی می‌شود، مانند عوامل سیاسی، اقتصادی و مدیریتی و در برابر "عوامل بیرونی" نیز از فرد یا جامعه، مانند هنجارهای فرهنگی و وابستگی ناشی می‌شود. از دیگر عوامل درونی بازدارنده ادغام رسمی معنویت می‌توان به "ترس‌های شخصی" و "پیش‌داوری و سوء برداشت‌های پیرامون معنویت" اشاره کرد. در بخش "مسائل پیرامون آموزش معنویت در پرستاری" کم‌بودن مطالب، در آموزش معنویت مورد اشاره قرار گرفته است. آنچه در این میان در متون بدان اشاره شده است توصیفی از یک "دانشگاه اعتقادمحور" است که روش‌هایی را برای "افزایش حساسیت معنوی" دانشجویان پرستاری در برنامه درسی دوره کارشناسی طراحی نموده است. "اجماع درباره ضرورت آموزش معنویت در پرستاری و اهمیت آن در کار بالینی"، "انتظار بیماران از پرستاران در مورد توانایی بحث درباره مسایل معنوی"، "تاثیرگذاری تصورات پرستاران از معنویت خود بر میزان تشخیص نیازهای معنوی بیماران و اقدامات برنامه‌ریزی شده و اجرا شده"، "همبستگی مثبت بین تندرستی معنوی دانشجویان پرستاری و نگرش آنان به انجام مراقبت معنوی"، "عدم توافق قابل ملاحظه در مورد چگونگی تعریف معنویت و نقش پرستار در مراقبت معنوی"، "علاقه بیشتر پرستاران به کسب دانش لازم و مشارکت بیشتر در تعیین نیازهای معنوی بیماران خود" و "احساس دوگانگی بین انتظارات خود از آموزش معنویت و واقعیت‌های کار عملی" از دیگر

معمول برای آن، نمی‌توان از آن سخنی به میان آورد و چنین معنایی، نمی‌تواند چیز دیگری جز خداوند باشد. پژوهشگران در این پژوهش، ایراد مشترک وارد بر همه دیدگاه‌های معاصر در مورد معنویت و نیز تعاریف ارائه شده از سوی آنها را پرداختن مستقیم به مرحله اثبات یا تصدیق معنی‌داری، بدون پرسش از مبنای معنی‌داری دانسته‌اند. بدین ترتیب، در آموزه‌های وحیانی، سلامت معنوی دربردارنده "مولفه‌های شناختی"، "احساسی"، "رفتاری" و "پایامدی" است و انسان معنوی، با برخورداری از اندیشه، تعقل و ویژه نسبت به خدا، انسان، خلقت و رابطه متقابل میان آنها است که با دریدن پرده ظواهر و دسترسی به حقیقت باطنی، همه زندگی او جهت‌گیری الهی پیدا می‌کند و از حالات معنوی ویژه‌ای همچون جلب خداوند، دگر دوستی، توکل و شرح صدر برخوردار می‌شود و بدین ترتیب از سلامت جسمی و روانی بیشتری بهره می‌برد [15].

در تعدادی از پژوهش‌های دیگر، ابزارهای اندازه‌گیری سلامت نقد و بررسی شده‌اند. تاکید بر "قطبی بودن دیدگاه‌ها در مورد سلامت معنوی و مذهبی" در چنین مطالعاتی، مورد توجه خاصی قرار داشته‌اند. بر این اساس، در یک انتهای طیف، سلامت معنوی معادل با سلامت مذهبی و مذهبی بودن فرض می‌شود و معنویت و سلامت معنوی بدون اعتقاد به مذهب فاقد هر گونه معنایی در نظر گرفته می‌شود و در انتهای دیگر آن، طیف معنویت برای تمام افراد فاقد ایمان یا اعتقاد به خدا نیز به‌کار می‌رود. انجام پژوهش‌های متقن علمی مبتنی بر "منبع زلال معنویت" به عنوان یک اقدام پیشنهادی در پاسخگویی احتمالی به مشکلات مفهومی و معنایی معنویت مطرح شده است [16]. به نظر می‌رسد اساسی‌ترین نقد وارد بر پژوهش مذکور را بتوان عدم تبیین مفهومی و تئوریک مقوله "منبع زلال معنویت" دانست.

گونه دوم؛ یادگیری و آموزش معنویت: "تبیین یادگیری فرایند مراقبت معنوی در دانشجویان پرستاری ایران: یک مطالعه نظریه زمینه‌ای" عنوان یک مطالعه کیفی است که نویسندگان آن به مصاحبه نیمه‌ساختارمند با دانشجویان پرستاری، اساتید، مربیان و سوپروایزهای آموزشی پرداخته‌اند و داده‌های حاصل را با استفاده از روش اشتراوس و کوربین تجزیه و تحلیل کرده‌اند. هدف مطالعه مذکور کشف و تبیین فرآیند یادگیری مراقبت معنوی در پرستاری ایران بود. سؤال اصلی پژوهش این بود که "فرآیند آموزش مراقبت معنوی در پرستاری ایران چگونه است؟". در پژوهش مذکور، "ذخایر و آورده‌های فردی"، "پارادوکس احساسی در بالین"، "یادگیری مراقبت بیمارمحور"، "الگوپذیری بالینی و یادگیری غیررسمی" و "جو و فضای آموزشی" به عنوان درون‌مایه‌های اصلی پاسخ‌دهنده به سؤال اصلی پژوهش استخراج شدند. همچنین، در پژوهش یادشده "الگوپذیری بالینی و یادگیری غیررسمی" به عنوان عامل ارتباط‌دهنده همه طبقات بیان شد و بدین ترتیب، دانشجو با گزینش افراد محبوب که متصف به صفات اخلاقی و معنوی خداپسندانه هستند و تعاملات خوبی دارند الگوپذیری نموده و مصداق مراقبت معنوی را یاد می‌گیرند [17].

پژوهشگران طی انجام پژوهشی با عنوان "هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی مبتنی بر تجارب اساتید اخلاق پزشکی؛ مطالعه کیفی" با هدف شناخت عمیق‌تر و واقعی‌تر ابهامات و چالش‌های موجود در هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی در قالب ۱۴ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با اساتید اخلاق پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و استخدام رویکرد تحلیل محتوای مایرینگ در تجزیه و تحلیل داده‌ها، به سه مضمون اصلی شامل "اخلاق پزشکی سکولار"، "نظام اخلاقی اسلامی" و "قلمروی اخلاق پزشکی" دست

پزشکی" و رابطه بین آنها بیش از پیش نمودار خواهد شد. تلاش به منظور آشنایی بیشتر دانشجویان پزشکی و پرستاری با مقوله سلامت معنوی در آموزش‌های بالینی و نظری، به منظور کسب توانایی در ارائه خدمات و مراقبت‌های کامل‌تر، مبتنی بر "کرامت‌های انسانی و اخلاقی"، گنجاندن محتوای درسی در مورد معنویت و مراقبت معنوی در برنامه آموزش پرستاری با رعایت بسترسازی فرهنگی، استفاده از صاحب‌نظران مختلف در تعیین چگونگی گنجاندن محتوای درس مراقبت معنوی در برنامه آموزش پزشکی، به‌کارگیری صاحب‌نظران علوم انسانی و دستاوردهای پژوهشی آنها به منظور شناساندن هرچه بیشتر اهمیت بُعد معنوی به عنوان جزء اصلی و مرکزی در سلامتی انسان، از اهم پیشنهادات پژوهشی جالب توجه در مطالعه مذکور بود که این پژوهشگران به استناد مطالعات نظری خود به آنها اشاره کرده بودند^[23].

گونه چهارم؛ نگرش‌های معطوف به معنویت و تجربه معنوی: مطالعه "بررسی نگرش پزشکان نسبت به تاثیر میزان معنویت در روند درمان بیماران" با استفاده از ابزار پرسش‌نامه و تقسیم‌بندی پزشکان به دو گروه "مذهبی" و "کمتر مذهبی" انجام شده است. پژوهشگران در این پژوهش نشان دادند "پزشکان مذهبی و معنوی" در برخورد با بیمارانشان بر اساس اولویت‌ها و نیازها و خواسته‌های بیمارانشان عمل می‌کنند؛ به عبارت دیگر، چنین پزشکانی در چارچوب فعالیت‌های حرفه‌ای، فراتر از تعلقات مذهبی خود عمل می‌کنند و به اموری می‌پردازند که با مشکلات بیمار سرو کار داشته باشد و مشکلی از بیماران برداشته شود. از دیگر یافته‌های جالب تحقیق مذکور می‌توان به اختلاف نگرش معنی‌دار "پزشکان مذهبی" و "کمتر مذهبی" در "توع عوامل بازدارنده از بحث مذهبی- معنوی با بیماران" اشاره کرد که به موجب آن، پزشکان "کمتر مذهبی" دو عامل "کمبود وقت" و "نداشتن دانش و آموزش کافی" و در مقابل، "پزشکان مذهبی" عامل "نگرش از رنجش بیمار" را در مقایسه با سایر عوامل دیگر، بیشتر مورد اشاره قرار داده‌اند. جمع بندی کلی نتایج پژوهش مذکور نشان داد که پزشکان مذهبی در مقایسه با گروه مقابل بیشتر قایل به تاثیر مذهب یا معنویت بر سلامت بیمار بودند. مطالعه یاد شده بر ضرورت توجه به پتانسل‌های معنوی بیماران و پزشکان در روند درمان بیماران تاکید کرده است^[24].

پژوهشگران در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی نگرش بیماران نسبت به تاثیر میزان معنویت در روند درمان بیماران" با انتخاب ۱۰۰۰ بیمار به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، به ارزیابی معنویت بیماران اقدام کردند. در پژوهش مذکور معنویت بیماران در قالب مقولاتی نظیر "ابعاد مختلف معنوی و مذهبی بودن"، "درجه مذهبی بودن"، "کیفیت زندگی"، "استرس"، "علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی- معنوی" و "اعتقاد به تاثیرگذاری معنویت در درمان" مورد سنجش قرار گرفت. نتایج این پژوهش وجود رابطه مستقیم و معنی‌دار بین "مذهبی بودن و معنویت بیماران" با "کیفیت زندگی آنان" را نشان داد. همچنین، به استناد رابطه منفی و معنی‌دار بین "مذهبی- معنوی بودن بیماران" با "درجه میزان استرس و واکنش در برابر آن"، هر چه میزان معنویت فرد بالاتر باشد، درجه استرس وی در مواجهه با مشکلات کاهش می‌یابد و برعکس. به علاوه، میزان مذهبی بودن در زنان و مردان مورد مطالعه با کیفیت زندگی آنان دارای رابطه مستقیم و معنی‌داری بود؛ عمل به اعتقادات مذهبی و معنوی دربرگیرنده احساس امنیت بیشتر و اعتماد به نفس و حس امیدواری به آینده است و این امر با موثر واقع شدن در تعاملات و روابط فرد با دیگران، باعث کاهش گرایش به اضطراب و افسردگی می‌شود. علاقه بیشتر زنان و مردان مذهبی و معنوی‌تر به "درمان

موردی است که پژوهشگران در مطالعه مروری خود، آنها را ذیل عنوان "مسایل پیرامون آموزش معنویت در پرستاری" مورد اشاره قرار داده‌اند. همچنین در تبیین "ضرورت اخلاقی و قانونی آموزش معنویت و مراقبت معنوی"، ضرورت آشنایی دانشجویان پرستاری با "نظریه‌های مراقبت معنوی" و "مراقبت بر مبنای تئوری" برای کار پرستاری حرفه‌ای مورد اشاره قرار گرفته است. تاکید موجود در معیارهای اعتباربخشی برنامه‌های آموزش پرستاری مبنی بر ادغام اصول اخلاقی نظیر احترام، حمایت و استقلال در اجرای آموزش مراقبت معنوی از دیگر سئوالات مورد اشاره در ذیل عنوان ضرورت اخلاقی و قانونی آموزش معنویت و مراقبت معنوی است^[19].

پژوهشگران در پژوهشی با عنوان "چالش‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر در ایران" طی مطالعه‌ای با استفاده از روش بحث گروهی به شناسایی نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش پزشکی جامعه‌نگر پرداخته‌اند. بر اساس نتیجه مطالعه که بر پایه روش تحلیل سیستماتیک (درون‌داد، فرآیند، برون‌داد) حاصل آمد، موقعیت دانشگاه‌ها در وضعیت ضعف و تهدید قرار دارد. از جمله یافته‌های پژوهشی در مطالعه مذکور که تا حدود قابل ملاحظه‌ای با موضوع مطالعه حاضر مرتبط است می‌توان به مواردی نظیر "کم‌بودن انگیزه دینی اعضای هیات علمی و دانشجویان"، "عدم رضایت جامعه از خدمات پزشکی"، "کم‌رنگ شدن دید کل‌نگر و جامعه‌نگر در آموزش دانشجویان به علت گسترش رشته‌ها و بخش‌های فوق تخصصی" و "کم‌رنگ شدن مباحث پایه و فلسفی در آموزش پزشکی" اشاره کرد^[20].

گونه سوم؛ کارکردها و پیامدهای معنویت: یک مطالعه مقطعی و از نوع همبستگی با عنوان "ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد مشهد" در زمره مطالعات پیمایشی مبتنی بر ابزار پرسش‌نامه بود که در میان ۹۳ نفر از کارکنان پرستاری بیمارستان هاشمی‌نژاد به انجام رسید. نتایج مطالعه مذکور نشان از متوسط بودن میزان سلامت معنوی کارکنان پرستاری و متوسط بودن میزان رضایت از زندگی آنها و وجود ارتباط معنی‌دار میان این مولفه‌ها داشت^[21].

پژوهشگران در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی ارتباط بین مذهب با سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان" ضمن استفاده از روش کمی مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند و بهره‌جستن از ابزار پرسش‌نامه، بیان کردند عواملی از قبیل "هدفمندبودن در زندگی"، "اعتقاد به خدا"، "اعمال مذهبی" و "خوش بینی به آینده" در برنامه‌ریزی مراقبتی از بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند موجب ارتقا کیفیت زندگی آنان شود^[22].

مطالعه "بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از بیماری‌ها" یک پژوهش مقدماتی توصیفی بود که داده‌های آن از طریق روش اسنادی جمع آوری شده بود. پژوهشگران در این مطالعه، با اذعان به "مناقشه‌انگیز بودن رابطه سلامت معنوی و علم در علوم زیست پزشکی"، "غفلت از بُعد معنوی سلامت در اکثر برنامه‌های ارتقای سلامت" را مورد اشاره قرار داده‌اند. به استناد یافته‌های پژوهش مذکور، مادامی که نظریه‌های بیان شده از رشته‌های علمی جدید به "پژوهش عملی" منتهی نشده باشند، دیدگاه‌های مطرح شده در رشته‌های علمی جدید درباره نقش‌های احتمالی مولفه‌های معنوی در پیشگیری از بیماری، همچنان عقیم باقی خواهند ماند. همچنین نویسندگان مقاله، فاصله ظاهری میان علوم "زیست پزشکی" و سلامت معنوی را امری کاذب می‌دانند و معتقدند با انجام بررسی‌های بیشتر، پیوندهای گوناگون "معنویت"، "سلامت معنوی" و "علوم زیست

با مطلعان پژوهش را در ۱۴ پژوهش (۶۱٪)، افراد بیمار تشکیل داده بودند (جدول ۲).

جدول ۲) سیمای توصیفی ویژگی‌های اصلی پژوهش‌های منتخب داخلی و خارجی مرتبط با سلامت معنوی		
شاخص	داخلی	خارجی
رویکرد تحقیق		
کیفی	۱۳ (۷۶/۵)	۱۰ (۴۳/۵)
کمی	۴ (۲۳/۵)	۱۳ (۵۶/۵)
نمونه آماری/مطلعان پژوهش		
غیر بیمار	۱۳ (۷۶/۵)	۹ (۳۹)
بیمار	۴ (۲۳/۵)	۱۴ (۶۱)
رویکرد بین رشته‌ای		
بلی	۱ (۵/۹)	۴ (۱۷/۵)
خیر	۱۶ (۹۴/۱)	۱۶ (۸۲/۵)
چارچوب نظری تلفیقی		
بلی	۰	۱ (۴/۵)
خیر	۱۷ (۱۰۰/۰)	۲۲ (۹۵/۵)

مطالعات خارجی ناظر به معنویت و سایر مفاهیم وابسته با تاکید بر سلامت و کارگزاران اصلی نظام سلامت و درمان در قالب ۶ گونه اصلی به شرح زیر قابل احصا بودند.

گونه اول؛ تفاسیر و ویژگی‌های معنوی و مذهبی و دلالت‌های آن در عملکردهای بالینی؛ طی مطالعه‌ای با عنوان "ابعاد معنویت در پزشکان بالینی و رابطه آنها با دیدگاه‌های خاص در باب بیماری و برخورد با موقعیت‌های بیمار" که با هدف شناسایی ابعاد مرتبط معنویت، نظیر چگونگی مواجهه آنان با موقعیت‌های بیماران و همچنین رضایت از زندگی پزشکان، در یک جامعه سکولار انجام شد، پژوهشگران ضمن استفاده از روش پیمایشی تعداد ۲۳۷ پزشک آلمانی را مورد مطالعه قرار دادند. بر اساس نتایج حاصل از آن مطالعه، گونه‌های سکولار معنویت بیشترین نمره و جهت‌گیری‌های مذهبی نسبت به معنویت کمترین نمره را به خود اختصاص دادند. به علاوه، آن دسته از پزشکانی که برخورد از تخصص خاص در پزشکی جایگزین یا مکمل (CAM) یا پزشکی مبتنی بر فلسفه معنوی (Anthroposophi medicine) بودند در مقایسه با دیگر هم‌تایان خود در پزشکی مرسوم و متعارف از حیث جنبه‌های خاص معنویت به طور منفی با دیدگاه مبنی بر "بیماری به عنوان یک وقفه بی‌معنا" در زندگی همبسته بودند. این امر نشان دهنده این است که پزشکانی که از نوعی ایستار ذهنی معنوی برخوردار بودند بیماری را به منزله یک فرصت و شانس برای "گسترش فردی" دریافته‌اند که با "معنای زندگی‌نامه‌ای" تداعی می‌شود، نه با وقفه زندگی [29].

در پژوهشی با عنوان "اعتقادات و رویه‌های پزشکان یهودی درباره مذهب/معنویت در مواجهات بالینی" پژوهشگران با روش پیمایش، به بررسی تفاوت‌های میان ابعاد چهارگانه اعتقادات و رویه‌های مربوط به مذهب و معنویت در میان "پزشکان یهودی" و "پزشکان غیریهودی" پرداختند. در پژوهش یاد شده ابعاد چهارگانه اعتقادی و رفتاری پزشکان درباره مذهب و معنویت بدین شرح در نظر گرفته شد:

- الف) خداوند به گونه‌ای فعال در سلامت بیماران مداخله می‌کند؛
- ب) مذهب/معنویت برای سلامتی بیمار مفید و سودمند است؛
- ج) پزشک در مواجهه بالینی با بیمار اطلاعاتی را درباره مذهب یا معنویت از وی احصا می‌کند؛
- د) پزشک در مواجهه بالینی با بیمار، به بحث از مذهب/معنویت و

توسط پزشک مذهبی و معنوی"، در مقایسه با بیماران کمتر مذهبی و "اعتقاد به تاثیرپذیری از معنویت در درمان" از دیگر یافته‌های پژوهش مذکور بود. دست آخر اینکه، فقدان پرسش‌نامه مشخص به منظور "تفکیک باور مذهبی و معنوی از یکدیگر" اساسی‌ترین نقدی بود که نویسندگان مقاله، ذیل عنوان محدودیت‌های پژوهش بدان پرداخته بودند [25].

"تجربه معنوی بیماران در هنگام بروز حمله قلبی؛ یک مطالعه کیفی" از جمله پژوهش‌های کیفی مبتنی بر مصاحبه عمیق با ۹ بیمار با تشخیص سکته قلبی بود که به استناد تحلیل یافته‌های آن، برپایه روش تحلیل درون‌مایه‌ای، مضامین چهارگانه "توکل به خدا"، "دست و پنجه نرم کردن با قلب"، "خانواده، هم آرامش‌بخش، هم تنش‌زا" و "جستجوی کمک"، از درون داده‌های پژوهشی استخراج شدند. نتیجه‌گیری کلی مقاله، حکایت از نقش اساسی "معنویت" در عبور از حمله قلبی، به عنوان یک رویداد پراسترس و خطرناک دارد؛ در همین راستا، پژوهشگران ضرورت توجه پرستاران برای ارایه مراقبت همه‌جانبه را پیشنهاد کردند [26].

گونه پنجم؛ معنویت سازمانی؛ مطالعه توصیفی-تحلیلی مبتنی بر روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای با عنوان "بررسی ارتباط بین معنویت مدیران و معنویت محل کار با رضایت بیماران و کارکنان بیمارستانی" با استفاده از پرسش‌نامه بررسی معنویت مدیران، متشکل از دو بُعد توصیفی و وابسته معنوی و توزیع آن در میان مدیران، پرسنل و بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین، وجود رابطه معنی‌دار میان بُعد فردی معنویت در محل کار در قسمت مفهوم کار با ابعاد وابسته به معنویت و بین واحد کاری معنویت محل کار با ابعاد کلی معنویت را نشان داد. از دیگر یافته‌های پژوهش، متوسط بودن میزان معنویت مدیران و معنویت محل کار و نیز وجود رابطه معنی‌دار میان رضایت پرسنل و ابعاد توصیفی و ابعاد وابسته به معنویت و کل معنویت بودند [27].

پژوهشگران در مطالعه‌ای با عنوان "طراحی مدل سازمان معنویت‌گرا در آموزش عالی ایران" با استفاده از روش دلفی و کسب نظر خبرگان مدیریت و سازمان‌ها، تلاش نمودند ابعاد مولفه‌های موثر بر ایجاد سازمان معنویت‌گرا را شناسایی کنند. بر پایه نتایج حاصل شده، "عوامل سازمانی"، "عوامل فردی"، "عوامل محیطی از طریق فضای معنوی سازمان" و نیز "فضای معنوی سازمان" در ایجاد سازمان معنویت‌گرا موثر بوده‌اند. نکته مورد تاکید پژوهشگران در آن مطالعه ورود مفاهیمی هم چون "اخلاق"، "حقیقت باور به خدا یا نیروی برتر"، "معناجویی در کار"، "نوع دوستی در پژوهش‌ها، اقدامات مدیریتی و کسب و کار" بود که پژوهشگران آنها را ناشی از "ظهور پارادایم جدید معنویت" برگرفته از فیزیک کوانتوم، علوم سایبرنتیک، نظریه آشوب، علوم شناختی و مذاهب آیین‌های شرقی و غربی و همچنین عکس‌العملی به پارادایم خشک و مکانیکی مدرن می‌دانند [28].

گونه‌شناسی مطالعات غیرایرانی مرتبط با سلامت معنوی (۲۰۰۲-۲۰۱۳ میلادی)

از لحاظ محتوایی، ۱۹ مطالعه منتخب خارجی (۸۲/۵٪) فاقد رویکرد بین رشته‌ای بودند؛ هم چنین، ۲۲ مورد (معادل ۹۵/۵٪) از مطالعات خارجی منتخب، بدون استفاده از چارچوب نظری تلفیقی به انجام رسیده بودند. از منظر روش‌شناختی، ۱۳ مطالعه (۵۶/۵٪) با استفاده از روش‌های کمی به انجام رسیده بودند و نمونه آماری و

پزشک با تخصص‌های مختلف که به شیوه تصادفی از سراسر ایالات متحده انتخاب شده بودند، انجام شد. به استناد یافته‌های این مطالعه، ۶۳٪ پزشکان آمریکایی حاضر در مطالعه بیماران خود را به عنوان جمعیت‌های غیربرخوردار از خدمات و امکانات پزشکی معرفی کردند. به علاوه، پزشکان متمایل به کار طبابت در میان اقشار غیر برخوردار به لحاظ معنوی در سطح بالایی قرار داشتند و تاثیر پذیری رویه‌های پزشکی خود از عقاید مذهبی را به شدت تایید می‌کردند؛ این گروه از پزشکان متمایل به کار طبابت در میان بیماران غیر برخوردار اظهار داشتند که در خانواده‌هایی بزرگ شده‌اند که در آن بر کمک به فقرا و خدمت‌رسانی به آنها تاکید می‌شد. نتیجه کلی بررسی مذکور، "منتفی بودن قابل ملاحظه مراقبت نامناسب از بیماران فقیر و غیر برخوردار از امکانات پزشکی از سوی پزشکان مذهبی تر" را نشان داد[33].

در پژوهشی تحت عنوان "ویژگی‌های مذهبی پزشکان آمریکایی" پژوهشگران با هدف توصیف ویژگی‌های مذهبی ۲۰۰۰ پزشک در ایالات متحده و مقایسه آن با ویژگی‌های عموم اقشار مردم، مندرج در نتایج پیمایش اجتماعی ۱۹۹۸، در نسبت با مقوله معنویت/مذهب، اقدام به توزیع پرسش‌نامه تحقیقاتی به آدرس پست الکترونیکی پزشکان کردند. اهم یافته‌های این مطالعه به این شرح بود: "عقاید مذهبی پزشکان بر عملکرد پزشکی تاثیرگذار است؛ به اعتقاد ۵۵٪ پزشکان حاضر در مطالعه، "وابستگی بسیاری از پزشکان به ادیان به حد واقعی در ایالات متحده بازنمایی نشده است"، "پزشکان در مقایسه با سایر مردم عادی، اعتقادات مذهبی خود را در حشر و نشرهای زندگی کمتر بروز می‌دهند"، "میزانی که پزشکان خود را معنوی می‌انگارند در مقایسه با آنکه خود را مذهبی می‌پندارند بیشتر است" و "مواجهه با مشکلات اساسی زندگی پزشکان بدون اتکا به خدا در قیاس با مردم عادی بیشتر است (۶۱٪ در مقابل ۲۹٪)". در مجموع به استناد نتیجه‌گیری پژوهش مذکور، ویژگی‌های مذهبی پزشکان مورد مطالعه، در مقایسه با ویژگی‌های مذهبی مردم عادی ایالات متحده، از تنوع و تفاوت قابل ملاحظه‌ای برخوردار بود و پژوهشگران این پژوهش براساس یافته‌هایشان، بررسی‌های بیشتر درباره "راه‌های شکل‌دهی کار و حرفه پزشکی به وسیله تعهدات مذهبی پزشکان" را به منزله پیشنهاد پژوهشی بیان کردند[34].

نویسنده مقاله مروری "مذهب، معنویت و پزشکی: یافته‌های پزشکی و دلالت‌های آن برای رویه‌های بالینی" به استناد یافته‌های علمی، ضمن یادآوری رابطه موجود میان معنویت و مذهب و ارتباط آن با "سلامت جسمانی و روانی" به این نکته تاکید کرده است رابطه معنویت و سلامت با قدرت بیشتری در بیمارانی وجود دارد که دارای امراض سخت یا مزمنی هستند که درگیر تغییرات روانی، اجتماعی و چالش‌های وجودی تنش‌زا (Existential Struggles) بوده‌اند. نویسنده مقاله معتقد بود بیشتر پزشکان هنگام برخورد با موضوع حضور معنویت در پزشکی، در برابر این ایده که این امر می‌تواند ناشی از "محدودیت‌های موجود در آموزش معنویت در دانشکده‌های پزشکی و برنامه‌های بعدی آموزش پزشکی" باشد چندان راحت نبودند. بر این مبنا، بیشتر پزشکان علاوه بر "عدم برخوردار از آموزش‌های لازم درباره معنویت"، "نگران عبور از مرزهای اخلاقی طی اختصاص زمان بیشتر برای بیمار" نیز بودند. از نظر نویسنده مقاله مذکور، دغدغه‌های فوق‌الذکر در عین ارزشمندی، می‌توانند به گونه‌ای موجه در قالب "اخذ تاریخچه معنوی بیمار"، "حمایت از اعتقادات بیمار" و "سازماندهی کردن تحقق نیازهای معنوی" مورد توجه قرار گیرند[35].

نیز گفتگو درباره آن دو می‌پردازد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد بر حسب هر کدام از این ابعاد، پزشکان یهودی اهمیت کمتری برای تاثیر مذهب/معنویت بر سلامتی قایل هستند و نیز نقش کمتری را برای پرداختن پزشکان به این‌گونه مسایل مذهبی و معنوی لحاظ می‌کنند. به استناد نتایج این مطالعه، وابستگی مذهبی به عنوان نمونه‌ای برجسته از یک متغیر مستقل پیش‌بینی کننده اعتقادات و رویه‌های مرتبط با مذهب و معنویت از نظر بالینی به تصویر کشیده شد[30].

"خود مختاری، مذهب و تصمیمات بالینی: یافته‌های یک پیمایش ملی پزشکان" عنوان پژوهشی است که طی آن سنجش میزان ارزش دهی ۱۰۰۰ پزشک آمریکایی، مراقبت اولیه به مقولات چهارگانه تقسیم‌بندی شد:

(الف) علایق، آرزوها و ارزش‌های ابراز شده از سوی بیماران؛

(ب) داوری پزشک در تعیین و تشخیص بهترین منافع برای بیمار؛

(ج) استناداردها و توصیه‌های ابراز شده صاحب‌نظران حرفه‌ای در پزشکی؛

(د) اصول اخلاقی برآمده از سنت‌های مذهبی.

بر پایه یافته‌های این پژوهش، پزشکان در عین اعتقاد به اهمیت آرزوها و ارزش‌های بیماران، وجود پاره‌ای ملاحظات مهم یا حتی مهم‌تر دیگر را مورد تاکید قرار دادند؛ نویسندگان مقاله در تفسیر این یافته بر این نکته تاکید کردند که اصل "خودمختاری بیمار"، به عنوان یکی از اصول اخلاق پزشکی، در مقام عمل، تصمیم‌سازی‌های پزشکان را آن‌گونه که در مکتوبات علم اخلاق مورد توصیه قرار گرفته است، راهبری نمی‌کند[31].

"مذهب، معنویت و پزشکی: مشاهدات متفاوت روان‌کاوان و دیگر پزشکان؛ تفاسیر و رویکردهای بالینی" عنوان پژوهشی است که از میان ۲۰۰۰ پزشک و روان‌کاو در سال ۲۰۰۷ میلادی در ایالات متحده به طور اتفاقی گزینش شدند. عقاید و مشاهدات پزشکان درباره "رابطه بین مذهب/معنویت و سلامتی بیمار" و نیز "راه‌های پرداختن پزشکان و روان‌کاوان به مقوله مذهب و معنویت در مجموعه‌های بالینی" بررسی شد؛ یافته‌های این مطالعه نشان از "تایید کلی تاثیرات مثبت مذهب/معنویت بر سلامت" از سوی روان‌کاوان داشت. تفاوت معنی‌داری وجود داشت میان گروه روان‌کاوان با سایر پزشکان، مبنی بر اعتقاد به "احتمال ایجاد احساسات منفی و در نهایت درد و رنج روزافزون بیمار به وسیله مذهب/معنویت"، و همچنین نتایج نشان‌دهنده میزان بیشتر "مواجه شدن روان‌کاوان با مسایل معنوی و مذهبی" در مجموعه‌های بالینی در مقایسه با سایر پزشکان بود (۹۲٪ در مقابل ۷۴٪). همچنین وجود گشودگی بیشتر روان‌کاوان در مورد پرداختن به مسایل معنوی- مذهبی بیماران در مقایسه با سایر پزشکان (۹۳٪ در مقابل ۵۳٪) از اهم یافته‌های آماری این پژوهش بود. نتیجه‌گیری نهایی پژوهش موید این مطلب بود که اکثریت قریب به اتفاق روان‌کاوان اهمیت مذهب یا معنویت، یا هر دوی آنها را، حداقل در "سطح کارکردی" ارجح می‌نهند، علاوه بر آن روان‌کاوان در مقایسه با سایر پزشکان از "آسودگی خاطر و تجربه بیشتر در پرداختن به دغدغه‌های مرتبط با مذهب/معنویت در میان بیماران" برخوردار هستند[32].

پژوهش "آیا پزشکان مذهبی به طور نامتناسبی از بیماران فقیر و غیر برخوردار مراقبت به عمل می‌آورند؟" با هدف بررسی رابطه میان "خصوصیات و ویژگی‌های خوداظهاری پزشکان" و "احساس تعهد (Sense of Calling)" آنها از یک طرف و "نحوه پرداختن آنها با افراد نابرخوردار از خدمات پزشکی" از طرف دیگر، با حضور ۲۰۰۰

پزشکان پاسخگو، به تاثیرگذاری مذهب و معنویت بر فایده‌آمدن بیماران بر بیماری باور داشتند و ۷۵٪ آنان نیز معتقد به "ایجاد حالت مثبت ذهنی" برای بیماران در پرتو مذهب و معنویت بودند. همچنین، از منظر ۵۵٪ پزشکان مشارکت‌کننده در این پژوهش، مذهب و معنویت "فراهم آورنده حمایت عاطفی و عملی در قالب اجتماع مذهبی" است؛ در این بررسی، پزشکانی که درجه دین‌داری بالاتری داشتند، در ۳۶٪ اوقات "بیان مسایل معنوی و مذهبی از سوی بیماران" را گزارش کردند، در حالی که این رقم در پزشکان با درجه پایین‌تر دین‌داری به ۱۱٪ رسید. نتیجه کلی حاصل از پژوهش نشان داد، احتمال مواجه‌شدن بیماران با عقاید کاملاً متفاوت درباره رابطه بین مذهب/معنویت از یک طرف و سلامتی‌شان از طرف دیگر، امری محتمل است که این موضوع نیز در جای خود بستگی به خصوصیات پزشکی دارد که به آن مراجعه می‌کنند^[39].

"مذهب، معنویت و سلامت پرستاران غیررسمی: مرور، نقد و خلاصه پژوهش" از جمله پژوهش‌هایی است که پژوهشگران در آن با مرورکردن ۸۳ مطالعه پیرامون مذهب/معنویت و سلامت پرستاران و کنکاش در سازه‌های سنجشی به‌کاررفته در این ۸۳ مطالعه و همچنین محاسبه محدودیت‌های تئوریک در طراحی پژوهش‌های مورد بررسی، زمینه‌های پژوهشی پیرامون معنویت/مذهب و سلامت پرستاران را شکوفا و بالنده ارزیابی کردند؛ ۳۷٪ این مقالات، طی ۵ سال منتهی به سال ۲۰۰۶ میلادی به مرحله انتشار رسیده بودند. از دیگر یافته‌های مورد اشاره پژوهشگران در این مطالعه مروری، "شفاف‌نبودن شواهد مربوط به تاثیر مذهب/معنویت" بود، همچنین "محدودیت مطالعات صورت‌گرفته (۸۶٪) ترکیبی را میان مذهب، معنویت و سلامت تداعی می‌کرد که به نوعی به معنی ترکیبی از نتایج مثبت، منفی یا غیرمعنی‌دار بین آنها" بود. استفاده زیاد مقالات مورد بررسی از "سازه‌های پالایش نشده" از دیگر نتایج حاصل از مرور مطالعاتی پژوهشگران بود. پژوهشگران به استناد یافته‌های خود در این مطالعه مروری، پیشنهاد دادند "پژوهش‌های مبتنی بر نظریه" انجام شود و همچنین به‌کارگرفتن سازه‌های قابل قبول از مذهب/معنویت را که در چارچوب دانش روان‌سنجی صحیح باشد، مطرح کرده‌اند^[40].

"مذهب و معنویت چگونه با سلامت ارتباط دارند؟ چشم‌اندازهای پزشکان" عنوان پژوهشی انجام‌شده بر پایه ۲۱ مصاحبه نیمه‌ساختارمند با پزشکان بود که یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها، اگرچه اعتقاد کلی پزشکان در مورد تاثیرگذاری مذهب بر سلامت افراد را منعکس می‌کرد اما در عین حال "تاکیدکردن پزشکان بر تاثیر مذهب روی نتایج (خروجی) پزشکی" را نیز نمایان می‌کرد. در برابر، پزشکان، "پارادایم فراهم‌آمده از سوی مذهب برای فهم و تصمیم‌سازی مرتبط با بیماری" و همچنین "تصمیمات مبتنی بر بستر اجتماعی محل تجربه بیماری" را مورد اشاره قرار دادند. بر همین اساس، پزشکان، مذهب را در صورتی که "کنارآمدن افراد با بیماری" را نتیجه دهد به مثابه امری سودمند می‌دانستند و متقابلاً، در صورتی که منجر به "بروز تعارض‌های روحی- روانی با توصیه‌ها و الزامات پزشکی" شود، مذهب را یک پدیده زیان‌آور توصیف کردند. بر پایه نتیجه‌گیری نهایی پژوهش، در میان پزشکان از رابطه "ایمان و سلامتی" اطمینان تجربی وجود نداشت و این امر تاثیر چندانی بر فهم پزشکان از "مذهب و رویکردهای موجود نسبت به مذهب" در مواجهه آنها با فرد بیمار نداشت^[41].

"معنویت و دین‌داری در میان نمونه‌ای از سالخوردهگان آفریقایی- آمریکایی: رویکرد داستان زندگی" یک پژوهش کیفی درباره معنویت است که بر مبنای مصاحبه با ۱۰ نفر سالخورده آفریقایی-

"آیا پزشکان می‌توانند در نسبت با مذهب خنثی عمل کنند؟" عنوان پژوهشی انتقادی در مقوله معنویت و مذهب و نسبت آن با نظام سلامت و درمان است که ضرورت "عاملیت پزشکان به نوعی اخلاقی حرفه‌ای، آگاهانه و در عین حال خنثی نسبت به مذهب" را بیان کرده است؛ نویسندگان مقاله، در تبیین دیدگاه‌های انتقادی خود، "تحلیل ارزش‌ها بر بیمار از سوی پزشک" را فصل‌الخطاب نقدهای وارد بر زمینه رو به رشد معنویت و پزشکی دانسته‌اند و بر همین اساس، "خرد و شخصیت برآمده از خودآگاهی عمیق با تعهدات متنوع" را ضرورت مواجهه رودرویی پزشکی و مذهب بیان کردند؛ برآیند ایشان این بود که تعهدات مذهبی یا هر نوع تعهد دیگری، تصمیمات مربوط به رویه‌های پزشکی، سیاست‌گذاری و پیشبرد حرفه‌ای را متاثر می‌کند^[36].

گونه دوم؛ تاثیر معنویت و مذهب بر سلامتی: پژوهشگران در پژوهش "مذهب و اقلیت‌ها: ملاحظه تاثیرات اسلام بر سلامت مسلمانان آمریکایی" در آغاز با استناد به داده‌ها و نظریه‌های علمی، نقش مذهب در شکل‌دادن به تفسیرها و چاره‌جویی برای علاج بیمار را بیان کرده‌اند. پس از آن نویسندگان با بهره‌گرفتن از نظریه‌ای که کلینمن تحت عنوان "نظریه ساخت فرهنگی، واقعیت بالینی" ارائه کرده است؛ با پرداختن به گستردگی تفاسیر مسلمانان آمریکایی از مفهوم سلامتی، نوشته‌اند اسلام در ارتباط با مسلمانان آمریکایی یک "چارچوب خدامحور" برای تفسیر سلامتی است و هم‌زمان یک "چارچوب اخلاقی- قانونی" برای تصمیم‌سازی‌های بالینی می‌سازد. علاوه بر این، عنوان "مسلمان" در ایالات متحده، شکلی از هویت حاشیه‌ای شده را تداعی می‌کند. این بار مفهومی ممکن است در داخل یا خارج از نظام مراقبت سلامتی، تبعیض‌هایی معطوف به اسلام را به وجود بیاورد^[37].

پژوهشگران در مطالعه‌ای با عنوان "نقش شفابخشی معنویت در ادراک مواجهه پزشکی میان بومیان آمریکای جنوبی ساکن در ایالات متحده" و با هدف بررسی رابطه میان "شفای معنوی" و "نگرش‌های مرتبط با ادراکات خودگزارشی هنگام تجربه مواجهه پزشکی" در قالب پیمایش، در میان ۳۷۲۸ نفر زیر ۱۸ سال مبادرت به انجام پژوهشی کردند که به استناد یافته‌های ایشان، ۶۰٪ شرکت‌کنندگان در پیمایش به "انجام دعا به منظور شفا"، ۴۰٪ آنها "درخواست دعا کردن از دیگران برای شفایافتن" و ۶۹٪ نیز "اهمیت بسیار شفای معنوی" را مورد اشاره قرار دادند؛ بر پایه جمع‌بندی‌های انجام شده، وجود رابطه معنی‌دار میان "کیفیت احساس درباره مواجهه پزشکی"، "شفای معنوی" و "دعا برای شفایافتن و تقاضای دعا از دیگران برای شفا پیدا کردن" نشان داده شد؛ وجود رابطه معنی‌دار میان "کیفیت ضعیف مراقبت پزشکی" و "مشاوره با درمانگران محلی (curandero)" از دیگر یافته‌های پژوهش مذکور بود^[38].

"مشاهدات پزشکان و تفسیرهای مرتبط با تاثیر مذهب و معنویت بر سلامت" یکی دیگر از پژوهش‌هایی است که به شکل پیمایشی در ایالات متحده انجام شد. هدف در این پژوهش، بیان "مسایل معنوی و مذهبی اظهارشده بیماران از سوی پزشکان"، "میزان تاثیرگذاری مذهب و معنویت از سوی پزشکان" و "روش‌های تاثیرگذاری مذهب و معنویت بر سلامتی" بود که با گزینش تصادفی از میان ۲۰۰۰ پزشک صورت گرفت. در گزارش یافته‌های این پژوهش آمده است که ۵۶٪ پزشکان حاضر در مطالعه، تاثیر مذهب و معنویت بر سلامتی را در حد "زیاد" و "خیلی زیاد" ارزیابی کردند، در حالی که تنها ۶٪ آنها، معتقد به توانایی معنویت و مذهب در تغییر نتایج (خروجی) پزشکی سخت بودند؛ به علاوه، ۷۶٪

گونه چهارم؛ تجربه معنوی: "مطالعه مقدماتی تجربه پرستاران درباره ارایه مراقبت معنوی" عنوان پژوهش پدیدارشناسانه‌ای است که با هدف کشف تجربه زیسته پرستاران از ارایه مراقبت‌های معنوی انجام شد و داده‌های آن با بهره‌جستن از روش کلایزی تحلیل شد. در این بررسی ۵ مضمون اصلی بدین شرح حاصل شد: الف) مراقبت معنوی "بیمار محور" بود؛ ب) مراقبت معنوی "بخش مهمی از پرستاری" بود؛ ج) مراقبت معنوی می‌تواند "امر ساده‌ای از حیث ارایه" باشد؛ د) بیماران در عین عدم انتظار قبلی از مراقبت معنوی، آن را "مغتنم شمرده و از آن استقبال" کردند؛ ه) مراقبت معنوی به وسیله "طیف متنوعی از ارایه دهندگان" فراهم می‌شود^[46].

"معنویت آن گونه که به وسیله کاردرمانگران، در عمل تجربه می‌شود" عنوان پژوهش کیفی انجام شده در قالب مصاحبه با ۸ نفر از کار درمانگرانی بود که معنویت را در حین کارکردن با بیماران خود لحاظ می‌کردند. مضامین چهارگانه اصلی مستخرج از تحلیل موضوعی داده‌ها در این بررسی عبارت بودند از "توجه به دغدغه‌های مذهبی بیماران از طریق پرداختن درمانگران به مسایل و سئوالات مذهبی بیماران"، "توجه به درد و رنج بیماران از طریق کمک به آنها برای پرداختن به احساسات خود، با هدف رهاسازی آنها از پریشان‌خاطری و تلاش در جهت حرکت به سمت عملکرد ارتقایافته"، "تشویق بیماران و برانگیختن خویشتن آنان به منظور پی‌بردن آنها به ارزش خویشتن و استفاده لازم از استعدادها و علایق منحصر به فرد خود" و "تغییر و تبدیل درمانگران به عنوان انسان‌های در حال رشد در پی مواجهه درمانی آنها با بیماران"^[47].

گونه پنجم؛ سنجش معنویت و نیازهای معنوی بیماران: "ارزیابی ابزار فیکا (FICA) برای سنجش معنوی" عنوان پژوهشی است که با هدف آزمون امکان‌پذیری و قابلیت انجام کار با آن در نسبت با مقولات ایمان، اهمیت و تاثیر معنویت، اجتماع و پرداختن به نیازهای معنوی در مجموعه‌های بالینی انجام شد. پژوهشگران در این بررسی با فراخوانی ۷۶ بیمار سرطانی بدخیم با میانگین سنی ۵۷ سال از ادیان مختلف برای حضور در مطالعه از میان کلینیک‌های سیار مرکز جامع سرطان دریافتند که امتیاز تعلق گرفته به گزاره "ایمان به عنوان یک امر مهم در زندگی بیماران" از سوی بیشتر بیماران مورد بررسی، ۸/۴ از ۱۰ بود. نتیجه نهایی پژوهش ابزار فیکا را به منزله یک ابزار با قابلیت مناسب در سنجش بالینی معنویت نشان داد^[48].

"سنجش نیازهای معنوی بیماران؛ یک ابزار جامع" پژوهشی است که نویسندگان آن با هدف شناسایی سازه‌های مفهوم "نیازهای معنوی" ادبیات تئوریک تولید شده پیرامون نیازهای معنوی بیماران را به شیوه نظام‌مند مرور می‌کند و در نهایت سازه‌های هفت‌گانه‌ای از نیازهای معنوی بیماران را به ترتیب شامل "تعلق"، "معنا"، "امید"، "امر مقدس"، "اخلاق"، "زیبایی" و "پذیرش" برمی‌شمرد. پژوهشگران در این پژوهش سازه‌های شناسایی شده را در قالب یک مقیاس ۲۹ گزاره‌ای، طوری تدوین کرده بودند که مقیاس ساخته شده متضمن مذهب، در معنای متعارف و مرسوم آن و نیز معنویت غیرنهادی (Non-institutional Spirituality) باشد و از آن بتوان در راستای سنجش نیازهای معنوی بیماران و توسعه "رویکرد کل‌نگر" در سلامتی بیمار بهره جست^[49].

گونه ششم؛ معنویت سازمانی: "بیمارستان‌های مذهبی و پزشکان مراقبت‌های اولیه: تضادهای موجود درباره سیاست‌گذاری‌های مراقبت از بیمار" عنوان پژوهشی بود که به طریقه پیمایشی و با هدف سنجش تجربیات و عقاید پزشکان مراقبت اولیه درباره

آمریکایی در بازه سنی ۸۸-۵۸ سال انجام شد. تحلیل درون‌مایه‌ای داده‌های پژوهش نشان‌دهنده توصیف مشارکت‌کنندگان از معنویت و دین‌داری به صورت یک "منبع و ذخیره قابل بهره‌گیری در مواقع اضطراب" بود که به عنوان "نتیجه سختی‌های تجربه شده" زمینه رشد و شکوفایی این مصاحبه‌شوندگان را فراهم می‌آورد. از دلالت‌های روش‌شناختی این پژوهش، مشخص شدن سهم غیرمستقیم معنویت و دین‌داری در سلامتی از طریق "سازگاری و کنار آمدن با مشکلات و انباشته‌کردن حمایت اجتماعی" و همچنین سهم مستقیم معنویت و دین‌داری در سلامتی به شکل "ترقیع احساس از خویشتن" بود^[42].

گونه سوم؛ یادگیری و آموزش معنویت و مراقبت‌های معنوی: در پژوهشی با عنوان "بهبود آموزش در مراقبت معنوی؛ یک مطالعه کیفی با هدف جستجوی ادراکات بیمار"، پژوهشگران با بهره‌جستن از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با ۲۰ بیمار و تحلیل موضوعی داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، به منظور توسعه آموزش به ارایه‌دهندگان مراقبت معنوی، توصیفی را از پیشنهادات این ۲۰ بیمار فراهم کردند. بر این اساس، بیماران از کارکنانی حمایت کردند که "درباره نیازهای معنوی سؤال می‌کنند"، و نشان دادند که انتظار وقوع چنین فرصتی را برای درگیر شدن در مباحث مرتبط با مراقبت معنوی را دارند. همچنین، در توصیف بیماران از تعریف نگرش درست مربوط به توزیع مراقبت معنوی، "غیرقضاوتی بودن فرآیند مراقبت معنوی"، "ارایه مراقبت ادغام شده" و "ابراز علاقه به افراد" از جمله موارد قابل اشاره بود. به علاوه، بیماران، به طرح "تفاوت میان نقش‌های حرفه‌ای و نقش‌های شخصی" ذیل عنوان "مشکلات آموزش معنوی" پرداختند^[43].

پژوهشی که مشکلات و پریشان‌حالی شخصی، تجربه افراد درباره مرگ، مردن و خط سیر زندگی بیماران را بررسی کرد. بر پایه نتایج حاصل از این پژوهش، علی‌رغم وضوح تبیین‌های سه‌گانه "پریشان‌حالی"، "قرارگرفتن در معرض مرگ" و "خط سیر زندگی" در رشد و گسترش معنوی پرستاران موثر شناخته می‌شد، اما با این وجود، "سن پرستاران" به منزله مهم‌ترین عامل رشد معنوی آنها و به عنوان "انعکاسی از اشباع ایمان" شناسایی شد^[44].

"مطالعه اکتشافی مراقبت معنوی در انتهای زندگی" عنوان یک پژوهش کیفی انجام شده در میان ۱۲ پزشک و دیگر عوامل مراقبت‌های سلامتی بود که هدف آن کنکاش در فهم این پزشکان از مراقبت معنوی ارایه شده برای بیماران در حال مرگ و خانواده‌های آنها بود. بر پایه تحلیل داده‌های برآمده از مصاحبه‌های عمیق پژوهش، "حضور" به عنوان مضمون غالب در مصاحبه‌ها با وجوه شاخص "نزدیکی" و "قصدمندی"، به معنای کنش نیت‌مند ارایه مراقبت، شناسایی شد. در این میان، مقوله "چشمان باز" به منزله فرآیند آگاهی ارایه‌دهندگان مراقبت معنوی به بیماران از مسیر زندگی بیمار و تجربه شخصی شده بیماری آنها به دست آمد. مقوله "آفرینش همزمان" از جمله عناوین توصیفی برای نوعی از کنش است که دلالت بر "فعالیت‌های دوسویه انعطاف‌پذیر میان بیماران، اعضای خانواده و ارایه‌دهندگان مراقبت معنوی" دارد که ذیل عنوان "برنامه مراقبت کل‌نگر" با تاکید بر "حصول کرامت و انسانیت بیمار" محقق می‌شود. نتیجه‌گیری نهایی حاصل از این پژوهش نشان داد که از نظر پزشکان بالینی و کارگزاران مراقبت سلامتی، مفهوم "مراقبت معنوی در پایان زندگی" به مثابه مجموعه‌ای از فرآیندهای به شدت سیال بین شخصی در بستری از ارزش‌ها و تجربه‌های ادراکی و دوسویه انسانی است تا مجموعه‌ای از نقش‌های تجویزی یا ممنوعه^[45].

تعارض میان "سیاست‌گذاری‌های بیمارستان‌های مذهبی در مقوله مراقبت از بیمار" انجام شد. در این مطالعه، علاوه بر پرسش‌های دموگرافیک، پزشکان شرکت‌کننده در پژوهش در قالب ۳ پرسش بدین شرح مورد سؤال قرار گرفتند:

الف) آیا در بیمارستان‌هایی با وابستگی مذهبی مشغول به کار بوده‌اید؟

ب) آیا طی اشتغال به کار در بیمارستان‌هایی با وابستگی مذهبی، وجود تعارض با سیاست‌گذاری‌های مذهبی مراقبت از بیمار را تجربه کرده‌اید؟

ج) مسئولان بیمارستان‌های با وابستگی مذهبی انتظارشان از پزشکان در هنگام وجود تعارض چیست؟

یافته‌های مطالعه نشان داد ۴۳٪ پزشکان شرکت‌کننده در پژوهش تجربه فعالیت در بیمارستان‌هایی با وابستگی مذهبی را داشتند که در این میان تنها ۱۹٪ آنها تعارض با سیاست‌گذاری‌های مراقبتی مبتنی بر مذهب را تجربه کرده بودند؛ به علاوه ۸۶٪ پزشکان پاسخگو "ارجاع بیماران به دیگر موسسات درمانی" را در شرایط بروز تعارض میان "داوری‌های بالینی" و "سیاست‌گذاری‌های بیمارستان مذهبی" پیشنهاد کردند. همچنین در این مطالعه، پزشکان سالخورده‌تر، در مقایسه با پزشکان جوان‌تر در بازه سنی ۲۶ تا ۲۹ سال، تضاد کمتری را با سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر مذهب تجربه کرده بودند. جمع‌بندی نتایج بررسی مذکور ضرورت ایجاد تعادل میان "خودمختاری پزشک" و "سیاست‌گذاری‌های نهادی مبتنی بر مذهب" را به عنوان دو ادعای رقابت‌آمیز نشان داد [50].

در یک مقاله مروری با عنوان "در یک روح سکولار: استراتژی‌های آموزش بالینی کشیشی (CPE)" بیان شده است که الگوی آموزش بالینی کشیشی به منظور تأمین مراقبت معنوی، دلالت بر ظهور یک نوع حرفه سکولار شده دارد که از رویه‌ای الهیاتی مبتنی بر مذهب کشیشان شکل گرفته است. همچنین در این مطالعه بیان شده است که تغییر شکل پیشه "کشیش در بیمارستان" به "خدمات مراقبت معنوی" حکایت از مذاکره و چانه‌زنی میان "پیشه کشیش در بیمارستان" و "مدرنیته در اشکال خاص قلمرو سکولار زیست‌پزشکی و تکنولوژی موجود در بازار مراقبت از سلامتی آمریکا" دارد. بر این اساس، "امر معنوی" برجسته است که با به‌کارگیری استراتژیک آن، قلمرو ارتباط با هر نوع نظام اعتقادی بیماران، فارغ از وابستگی‌های مذهبی بیمار، گشوده می‌شود؛ بدین ترتیب، زبان الهیاتی، ضمن دگرگونی به هیاتی تازه، تمهیدات لازم را برای مفهوم سازی "لنز معنوی" و شکلی تازه‌بخشیدن به پیشه کشیشی، در قالب تغییر آن از یک "خدمت رسانی حاشیه‌ای قابل اعمال به تعداد اندکی از بیماران مذهبی" به یک "عنصر تام مراقبت برای همه افراد انسانی" فراهم می‌آورد. این نوع رویه حرفه‌ای سکولار شده برای اثبات مفید و مرتبط بودن مراقبت معنوی برای همه بیماران بیمارستانی در دوره "اولویت‌های حداقل هزینه" و "اقتصاد مدیریت شده مراقبت" از اساس ضرورت دارد [51].

نقد و ارزیابی مطالعات ناظر به سلامت معنوی

اهم نکات قابل ذکر درباره پژوهش‌های مرور شده داخلی و خارجی را بدین شرح می‌توان احصا کرد: مطالعات انجام شده در قالب روش‌های کیفی و کمی (پیمایشی) انجام شده‌اند؛ به‌طور کلی، در مطالعات غیرایرانی حجم پژوهش‌های پیمایشی، در مقایسه با پژوهش‌های ایرانی، از فراوانی بیشتری برخوردار بود؛ این امر ناشی از وجود بانک‌های اطلاعاتی یکپارچه در مورد پزشکان، به‌ویژه در

ایالات متحده، و سهولت انتخاب تصادفی آنها و متعاقب آن ارسال پرسش‌نامه به صورت الکترونیکی (ایمیل) و انجام پیمایش‌های الکترونیکی بود. از جمله ایرادات ارسال وارد بر این دسته از پژوهش‌ها، عدم استفاده پژوهشگران از دستگاه نظری مشخص و چارچوب تئوریک منسجم و نیز محدود بودن تعداد سؤال‌ها، با سطوح سنجش پایین (غالباً در سطح متغیرهای اسمی) است. این امر باعث شد پژوهش‌های صورت گرفته به مطالعات "نظرسنجی" تقلیل پیدا کنند و با محدود شدن آنها به سطح مطالعات توصیفی، تبیین روابط علی کمتر در آنها به چشم می‌خورد. با این حال، در برخی مطالعات، رابطه میان مذهب (از طریق رفتارها و ایستارهای مذهبی) و مولفه‌های سلامت بررسی شده است. از دیگر کمبودهای قابل مشاهده در پژوهش‌های انجام شده، اعم از پژوهش‌های ایرانی و غیرایرانی، عدم انجام مطالعات تطبیقی و مقایسه‌ای بین "افراد بیمار و غیربیمار" در مباحث مربوط به معنویت و سلامت معنوی است. در واقع، این گونه احساس می‌شود که پیش‌فرض ناخودآگاه پژوهشگران ایرانی و غیرایرانی، مدخلیت یافتن مطالعات مربوط به معنویت در شرایط اضطرار و بحرانی، از جمله شرایط بیماری، آن هم از نوع بیماری‌های مزمن و خطرناک، بوده است. به عبارت دیگر، چنین به نظر می‌رسد "ابزارانگاری معنویت در شرایط سخت" ذهنیت غالب در بیشتر پژوهشگران پژوهش‌های ایرانی و غیرایرانی بوده است. در ارتباط با نقاط قوت پژوهش‌های ایرانی و غیرایرانی، می‌توان به تلاش پژوهشگران برای طراحی ابزارهای سنجش معنویت و نیز تلاش برای انجام نوعی مفهوم‌سازی منقح شده از معنویت و برطرف ساختن تداخلات مفهومی میان "معنویت" و "مذهب" اشاره کرد. با این وجود، به نظر می‌رسد پژوهشگران هنوز تا رسیدن به یک نقطه اجماع قابل ملاحظه در این راستا فاصله زیادی داشته باشند. نکته پایانی این که با عنایت به ابهام مفهومی موجود در مقوله معنویت و سلامت معنوی، پژوهشگران ایرانی و غیرایرانی سعی در انجام پژوهش‌های کیفی، با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و به‌کارگیری روش‌های مختلف داده‌کاوی کیفی، از قبیل تحلیل محتوا، روش دلفی و تحلیل پدیدارشناختی داشته‌اند و درون‌مایه‌ها و مضامین مختلف را استخراج کرده‌اند. همچنین، بر پایه فراتحلیل‌های انجام شده مطالعات غیرایرانی مرتبط با داعیه‌های معطوف به نتایج سلامتی و اشتغال مذهبی در قالب چهار دسته کلی‌تر قابل طبقه‌بندی بودند. دسته اول: مطالعات با تأکید بر تفاوت‌های فرقه‌ای؛ در این مطالعات پژوهشگران تفاوت‌های میان پروتستان‌ها، کاتولیک‌ها، مسیحیان و نیز یهودیان ارتدوکس و سکولار را در شاخص‌های متنوع سلامت و بیماری بررسی کرده‌اند.

دسته دوم: مطالعات مبتنی بر بررسی بخشی کوچک از مذهب در نسبت با سلامت، که طی آن، برای نمونه تأثیر متغیر "حضور در کلیسا" بر سلامتی سنجیده شده است.

دسته سوم: مطالعات مرتبط با تصمیم‌سازی‌های پزشکی که طی آن به تأثیر مذهب در جهت‌گیری‌های پزشکی پرداخته شده است. مطالعه رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با پیوند اعضا و انتقال خون از جمله این نوع از مطالعات است.

دسته چهارم: مطالعات با محوریت فعالیت مذهبی به عنوان متغیر وابسته که طی آن پیامدهای مذهبی مشکلات پزشکی بررسی شده است. بررسی رابطه میان "ارزیابی ذهنی ضعیف‌تر از سلامت" و "فراوانی نیایش در دوران بارداری" و نیز تغییرات در باورهای مذهبی، پس از ناتوانی‌های حاصل از تروما (تکانه‌های شدید) از جمله این نوع مطالعات بود.

معنوی" در جامعه متضمن تمرکز یافتن کانون تاکید از طریق نهادهای جامعه‌پذیرکننده و اساسی جامعه، نظیر خانواده، آموزش و پرورش، دولت و رسانه‌ها بر "انباشت سرمایه معنوی" خواهد بود. عملکردهای احتمالی دیگر، نمی‌تواند نتیجه‌ای مگر وضعیت فعلی رویه‌های عملی و مطالعات نظری درباره "معنویت" و "سلامت معنوی" را به همراه داشته باشد. در وضعیت موجود، جامعه‌پذیری افراد به صورت مستقل و بی‌اعتنا به "پرسش‌های وجودی" انسان و نیز عنصر "مرگ آگاهی" انجام می‌شود اما در شرایط بیماری و تجربه بیمارستانی، که همه مناسبات تمدنی کارکرد خود را از دست می‌دهند، رویه‌های ناظر به "معنویت"، در مقام مواجهه با این خلا وجودی ایجاد شده در بیماران، به ویژه بیماران نزدیک به مرگ، مدخلیت تام می‌یابد. اتخاذ رویه‌های مذکور صرفاً از روی ناچاری و نه به اختیار است؛ چیزی که می‌توان آن را "معنویت اضطراری" نام نهاد. کاربست رویکردهایی هم چون روحانی مقیم بیمارستان (Choplain) در غرب که مسئولیت فراهم آوردن معنویت را برای بیماران، به ویژه بیماران صعب‌العلاج و نزدیک به مرگ به عهده دارد، از همین زاویه قابل نقد است. امام علی^ع، سه عامل "فطرت"، "حجت الهی و انسان کامل" و "عبرت از تاریخ" را از عوامل آگاهی‌بخش به انسان درباره مرگ و "امتزاج آن با زندگی" معرفی می‌کند. در واقع، مطلب مهم در این بیان، توجه به فطری بودن "مرگ آگاهی" انسان است؛ همان‌گونه که انسان در سرشت و فطرت خود با خدا آشناست، معاد را نیز می‌شناسد. امام علی^ع در این باره فرموده است: نشانه مرگ به پیشانی شما زده شده است^[53]. جمع‌بندی یافته‌های پژوهش در ارتباط با نوع معنی اراده شده از پدیده "معنویت" در میان کنشگران اصلی نظام سلامت، اعم از گروه ارائه‌دهنده خدمات و نیز گروه دریافت‌کننده خدمات، در مجموع نشان می‌دهد معنی الصاق‌شده به پدیده معنویت، متضمن طیفی گسترده، از "التفات خاطر به امور محسوس و متعارف عینی" تا "توجه خاطر به یک امر ماورایی و برتر" است؛ با این وجود، در بازنمایی هر کدام از مراتب طیف معنایی مذکور، از مرتبه "التفات خاطر به امور محسوس و متعارف عینی" گرفته تا مرتبه "توجه خاطر به یک امر ماورایی و برتر"، ردیاب اکتسابات و باورهای فرهنگی و مذهبی افراد، کم و بیش یافت می‌شود. به همین ترتیب، برحسب مرتبه معنایی الصاق‌شده به پدیده معنویت، شیوه بازنمایی و به‌تصویرکشیدن آن، بیشتر در قالب دو سنخ "رجوع به درونیات و برداشت‌های فردی و شخصی" و "استعانت از آموزه‌های مذهبی" امکان‌پذیر می‌شود. سنخ مفهومی "رجوع به درونیات و برداشت‌های فردی و شخصی" در بازنمایی مفهومی از معنویت، با محوریت رویکرد اخلاق‌باورانه را در گروه تخصصی ارائه‌دهنده خدمات پزشکی بیشتر می‌توان مشاهده کرد؛ این در حالی است که گروه دریافت‌کننده خدمات، بیشتر متمایل به بازنمایی برداشت خود از معنویت در قالب سنخ مفهومی "استعانت از آموزه‌های مذهبی در یک سنت دینی خاص" و عطف آن به بایدها و نبایدهای اخلاق دینی و استلزامات رفتاری برخاسته از آن هستند. با این وجود، وجه بین‌الذنهانی قابل استحصال از طیف معنایی تخصیص‌شده به پدیده معنویت و شیوه بازنمایی آن در نسبت با تجربه بیماری و کیفیت مواجهه با آن، با مبادی تفسیری مختلف، عبارت است از اذعان به تاثیر کارکردی باور به یک "امر متعالی و برتر فرامحسوس" در ارتقا سطح توان روحی و افزایش آستانه تحمل‌پذیری افراد، به ویژه بیماران، که سازگاری با شرایط سخت از اقتضایات تجربه بیماری آنها است. در این میان، تفسیر گروه ارائه‌دهنده خدمات، به ویژه پزشکان، در بیان چگونگی کارکرد پدیده

نکته‌ای که یادآوری آن ضروری است اینکه این پژوهش‌ها هرکدام دارای مشکلات روش‌شناختی خاص خود هستند و در جای خود، هرکدام شایسته بررسی هستند. بیشتر شواهد تجربی مربوط به رابطه بین معنویت و سلامتی از حیث عدم انسجام روش‌شناسانه مورد انتقاد واقع شده‌اند. این همه در حالی است که در مورد قدرت عقاید معنوی" از حیث ظرفیت موجود در آنها در تامین آسایش روانی افراد بیمار یا ناتوان و نیز ارتباط عقاید مذکور با کیفیت معطوف به سلامتی زندگی جای بحث چندانی وجود نداشت^[52].

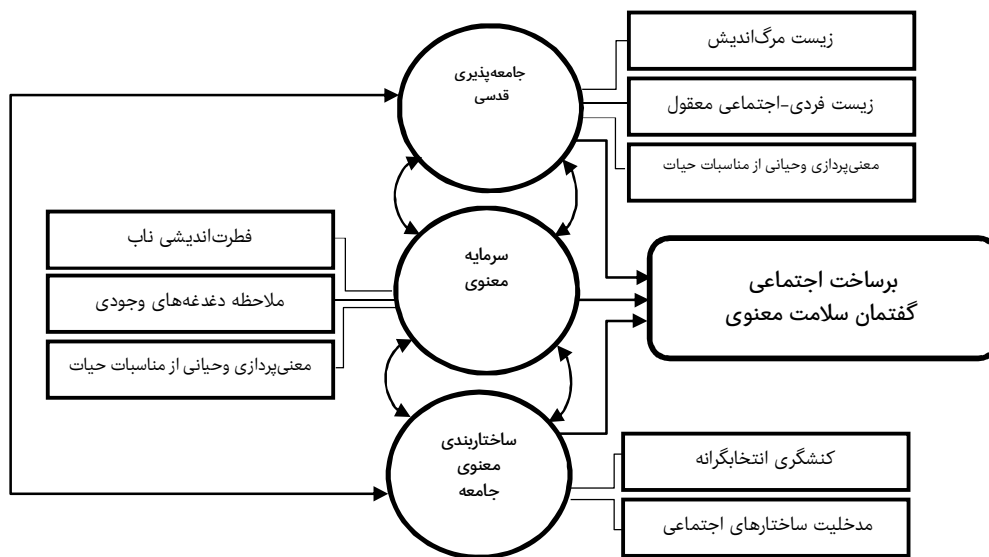
بحث

هدف پیشینی و اولیه برای گردآوری داده‌های کیفی در مطالعه، آگاهی از جایگاه معنویت در مناسبات پزشکی و درمانی بود اما آنچه در مسیر مرور پژوهش‌ها در عمل به وقوع پیوست، ناظر به درهم‌تنیدگی مقولات متعدد مرتبط با معنویت بود که همگی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با این مفهوم گره خورده است و به صورت سلبی یا ایجابی با معنویت ارتباط می‌یابند. به‌نظر می‌رسد همین میزان از اطلاعات کسب‌شده را بتوان در حکم یک یافته پژوهشی تلقی نمود. نتیجه متعاقب این نظر در آن است که سلامت معنوی، صرفاً در گستره علوم پزشکی و کارگزاران حرفه‌ای آن قرار ندارد و مصادره به مطلوب مقوله "معنویت" و "سلامت معنوی" از سوی جامعه پزشکی، نمی‌تواند وجهه قابل قبولی داشته باشد. آنچه که امروز بیشتر در مناسبات آموزشی و پژوهشی شاهد آن هستیم، متمرکز بر مفهوم "معنویت" در مناسبات بیماری و بیمارستانی، و در مواردی، ناظر بر چگونگی انتقال مفاهیم معنوی میان دانشجویان پزشکی و پزشکان است. این همه در حالی است که اصولاً پرداختن به معنویت ناظر به زمان قبل از بیماری و حضور افراد در بیمارستان است، چرا که بیماری و حضور در بیمارستان، در حکم استثنا و فرع بر قاعده "زیست سالم" است. بنابراین آنچه در چنین محیطی محوریت تام پیدا می‌کند "سرمایه معنوی" است؛ سرمایه‌ای که می‌تواند از خلال فرآیند "جامعه‌پذیری" و "گفتمان اجتماعی حاکم بر زیست‌جهان افراد" اندوخته شود.

توضیح بیشتر اینکه "گفتمان" به معنای تبادل مستمر اندیشه‌ها و کنش‌ها با انواع وسایل ارتباطی مختلف است، پس می‌توان آن را تسامحاً معادل با "فرهنگ" در نظر گرفت که همچون هوا همه جا ساری و جاری هست و کمتر پدیده زیستی‌ای به صورت مستقل از آن قابل تصور است. حاکمیت گفتمان معنوی بر جامعه، قرین با تاثیرات چندسویه، متقاطع و خرد و کلان آن بر عرصه زیست اجتماعی است؛ آنچنان که بازتولید زیست اجتماعی گفتمان معنوی، متناظر با خودش خواهد شد. فراگیر شدن گفتمان معنوی، در نسبت با موضوع مطالعه حاضر، در سطح خرد، افراد را به تامل در "فلسفه زندگی و سلامت" و همچنین، اجتناب از رویه‌ها و نگرش‌هایی می‌کند که افراد را درگیر بیماری‌های معطوف به سبک زندگی (LSRD) می‌کند. همگانی بودن گفتمان سلامت معنوی در سطح کلان، نیز ناظر به تکوین آن دسته از ساختارهای کلان است که به عنوان مجموعه علل متوسط، تسهیل‌کننده فراوانی کنش‌های معطوف به معنویت در میان کنشگران اجتماعی هستند. در واقع، با بر ساخت گفتمان اجتماعی سلامت معنوی، در سطح خرد (یعنی عاملیت افراد و اراده آنها) و سطح کلان (یعنی نقش ساختارهای اجتماعی) با یکدیگر پیوند برقرار می‌کنند، در حالت آرمانی هیچ‌کدام، فدای دیگری نمی‌شود و در نهایت، وضعیت شکل می‌گیرد که می‌توان آن را "ساختاربندی معنوی" جامعه نام نهاد. به این ترتیب، ملاحظه معنویت و بر ساخت "گفتمان اجتماعی سلامت

جمع محدودی از بیماران یا کادر پزشکی و پرستاری یا تاثیر معنویت بر روند بیماری افراد بوده‌اند. در پژوهش‌های یاد شده، به صورت صریح رابطه تناظری بین معنویت و نوع کنش‌های انجام شده یا تفسیرهای به‌عمل‌آمده از بیماری، بررسی نشده است و غالباً به تاثیرات معنویت بر روند بیماری پرداخته‌اند. این گونه از پژوهش‌ها تقریباً در تمام موارد از صبغه و رنگ و بوی روان‌شناختی برخوردارند، تا جامعه‌شناسانه؛ در مجموع، می‌توان گفت که معنویت، به هر معنا که در نظر گرفته شود، به صورت سلبی یا ایجابی با مقولات گوناگون در حوزه نظام خدمات درمانی، از جمله اخلاق پزشکی و جامعه‌پذیری حرفه‌ای، مرتبط است. با جمع‌بندی مطالعات بررسی‌شده، چشم‌اندازهای نظری موجود و یافته‌های میدانی، مدل بر ساخت اجتماعی گفتمان سلامت معنوی پیشنهاد شد (شکل ۱). بازنمایی جایگاه سلامت معنوی در مدل پیشنهادی ناظر به طول دوره زندگی افراد، با لحاظ همه مناسبات آن، از جمله بیماری و مرگ است. از جمله دلالت‌های اصلی مدل مذکور محوریت کاربست رویکردهای بین رشته‌ای در مقام برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و فرهنگی و متعاقب آن، تقابل با رویکرد تقلیل‌گرایانه پزشکی محور در باب "سلامت معنوی" است.

معنویت در ارتقا سطح توان روحی و افزایش آستانه تحمل‌پذیری افراد و در مواردی نیز وصول به درمان، بیشتر معطوف به تبیین‌های زیست‌پزشکی و روان‌شناسانه‌ای است که به موجب آنها برقراری توازن دوباره میان روان و جسم باعث ایجاد آرامش و در مواردی وصول به درمان می‌شود؛ به طور متقابل، تفسیر گروه دریافت‌کننده خدمات در تبیین چگونگی تاثیر معنویت بر سلامتی و درمان، در بیشتر موارد ناظر به رخدادهای فراطبیعی در قالب مقولات برگرفته از فرهنگ دینی نظیر معجزه و کرامت و امثال این‌ها است. در این پژوهش، فرهنگی‌بودن مفهوم معنویت و آغشته‌بودن آن به باورها و رسوم فرهنگی به روشنی به تصویر کشیده شد. این یافته همسو با مجموعه نظریاتی است که مطالعه معنویت در بستر فرهنگ را به شکل چند رشته‌ای و با استفاده از چارچوب توصیفی یا هرمنوتیکی مورد تاکید قرار داده‌اند. همچنین، فقدان آموزش‌های معنوی در فرآیند جامعه‌پذیری علمی کادر ارایه‌دهنده خدمات و بی‌توجهی به آن در محتوای آموزشی، یکی از دیگر یافته‌های مروری و نظری پژوهش حاضر است که در تعدادی مطالعات مرور شده، پیش‌تر اشاره کردیم. به علاوه، تعدادی از پژوهش‌ها [19, 21, 22, 25] در بهترین وجه ممکن، ناظر به مطالعه معنویت و عوامل موثر بر آن در



شکل ۱) مدل نظری پیشنهادی برای برساخت اجتماعی گفتمان سلامت معنوی

منابع مالی: منابع مالی توسط نویسنده تامین شده است.

منابع

- 1- Flanagan K, Jupp PC. A sociology of spirituality: Theology and religion in interdisciplinary perspective. Farnham: Ashgate Publishing; 2009.
- 2- Tuck I, Wallace D, Pullen L. Spirituality and spiritual care provided by Parish nurses. West J Nurs Res. 2001;23(5):441-53.
- 3- Dalmida SG, Holstad MM, DiIorio C, Laderman G. The meaning and use of spirituality among African American women living with HIV/AIDS. West J Nurs Res. 2012;34(6):736-65.
- 4- Miguel U. The tragic sense of life in men and nations. Khoramshahi B, translator. Tehran: Nahid; 2009. [Persian]

نتیجه‌گیری

مدل برساخت اجتماعی گفتمان سلامت معنوی با واقع‌شدن در فراسوی دوگانه "عاملیت- ساختار"، به طور همزمان تاثیر و تاثیر متقابل متغیرهای سطح خرد و کلان را دربرمی‌گیرد. به علاوه، جایگاه سلامت معنوی در این مدل اعم از معنویت تسکینی در شرایط اضطرار حاصل از بیماری و مواجهه با مرگ است.

تشکر و قدردانی: مودی از سوی نویسنده بیان نشده است. تاییدیه اخلاقی: این پژوهش بر اساس تأییدیه اخلاقی شماره ۸۱/۸۹۲۰ دانشگاه علوم پزشکی شیراز به انجام رسیده است. تعارض منافع: مودی از سوی نویسنده بیان نشده است. سهم نویسندگان: ابراهیم اخلاصی (نویسنده اول)، تمام امور مربوط به مقاله توسط ایشان انجام شده است (۱۰۰٪).

- 2012;6(20):127-53. [Persian]
- 25- Bahreynian SAH, Saadat R, Shakeri N, Azizi F. The study of patients' attitude towards the effect of spirituality on the treatment process. *Med Ethic.* 2011;4(14):131-48. [Persian]
- 26- MomenNasab M, Moattari M, Abaszade A, Shamshiri B. Spiritual experience of heart attack patients: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci.* 2013;1(4):284-97. [Persian]
- 27- Shojaei P, Sadeghi T, Karimi T, Mokhtari P. Investigating the relationship between spirituality of managers and the spirituality of the workplace with the satisfaction of patients and hospital staff. *Payesh.* 2012;11(4):451-58. [Persian]
- 28- Sarlak MA, Veisesh SM, PourAshraf YA, MAhadiZadeh H. Designing the model of Spirituality Based Organization in Higher Education System of Iran. *Public Manag Res.* 2013;5(18):5-24. [Persian]
- 29- Büssing A, Hirdes AT, Baumann K, Hvidt NC, Heusser P. Aspects of Spirituality in Medical Doctors and Their Relation to Specific Views of Illness and Dealing with Their Patients' Individual Situation. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;2013:734392.
- 30- Stern RM. Jewish Physicians' Beliefs and Practices Regarding Religion/Spirituality in the Clinical Encounter. *J Relig Health.* 2011;50(4):806-17.
- 31- Lawrence RE, Curlin FA. Autonomy, religion and clinical decisions: Findings from a national physician survey. *J Med Ethics.* 2009;35(4):214-8.
- 32- Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, et al. Religion, spirituality, and medicine: Psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry.* 2007;164(12):1825-31.
- 33- Curlin FA, Dugdale LS, Lantos JD, Chin MH. Do religious physicians disproportionately care for the underserved?. *Ann Fam Med.* 2007;5(4):353-60.
- 34- Curlin FA, Lantos JD, Roach CJ, Sellergren SA, Chin MH. Religious characteristics of U.S. physicians :A National Survey. *J Gen Intern Med.* 2005;20(7):629-34.
- 35- Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *South Med J.* 2004;97(12):1194-200.
- 36- Hall DE, Curlin F. Can physicians' care be neutral regarding religion?. *Acad Med.* 79(7):677-9.
- 37- Padela AI, Curlin FA. Religion and disparities: Considering the influences of Islam on the health of American Muslims. *J Relig Health.* 2013;52(4):1333-45.
- 38- Carlos ARO, Rodriguez M, Markides KS. The role of spirituality healing with perceptions of the medical encounter among Latinos. *J Gen Intern Med.* 2009;24(3):542-7.
- 39- Curlin FA, Roach CJ, Gorawara-Bhat R, Lantos JD, Chin MH. How are religion and spirituality related to health? a study of physicians' perspectives. *South Med J.* 2005;98(8):761-6.
- 40- Hebert RS, Weinstein E, Martire LM, Schulz R. Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: A review, critique, and research prospectus. *Aging Ment Health.* 2006;10(5):497-520.
- 41- Curlin FA, Sellergren SA, Lantos JD, Marshall HC. Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Arch Intern Med.* 2007;167(7):649-54.
- 42- Wallace KA, Bergeman CS. Spirituality and religiosity in a sample of African American elders: A life story
- 5- Makarem Shirazi N. Resurrection and the afterlife. Tehran: Sorour Publication; 2006. [Persian]
- 6- Norbert E. The loneliness of the dying. Mehregan O, Najafi S, translators. Tehran: Gam-e No; 2001.
- 7- Jafari MT. Islamic mysticism. Tehran: Keramat Publication Institute; Unknown Date. [Persian]
- 8- Jafari MT. Philosophy and purpose of life. Tehran: Ghadyani; 1996. [Persian]
- 9- Ekhlasi E. Sociological study of factors affecting body management in women; case study of women in Shiraz [Dissertation]. Isfahan: Faculty of Litration University of Isfahan; 2007. [Persian]
- 10- Kashfi A. Philosophical analysis of psychological suffering of patients on the verge of death and its place in medical ethics. *J Diabete Metab Disord.* 2007;7(24):37-45.
- 11- Ruffin RT. Death education in secondary schools in the United States of America: A religious perspective [Dissertation]. Pretoria: University of South Africa; 2011.
- 12- Sam Aram EA, Hezar Jaribi J, Fadakar MM, Karami MT, Shamsaei MM. Spiritual wellbeing; frameworks, ranges and components based on the teachings of Islam. *Soc Dev Welfare Plan.* 2013;14:1-26. [Persian]
- 13- Abasi M, Azizi F, Shamsi Goushki E, NaseriRad M, Akbari Lakeh M. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: a methodological study. *Med Ethic.* 2013;6(20):11-44. [Persian]
- 14- AbolGhasemi MJ. The concept of spiritual health and its extent in religious attitudes. *Med Ethic.* 2013;6(20):45-68. [Persian]
- 15- Marzband RA, Zaka AA. Spiritual health indicators from the perspective of revelation teachings. *Med Ethic.* 2013;6(20):69-99. [Persian]
- 16- Omidvari S. Spiritual health; concepts and challenges. *Interdiscip Quran Stud.* 2009;1(1):5-17. [Persian]
- 17- Tazakori Z, Valizadeh S, Mohammadi I, Hasankhani H. Process of spiritual care learning in iranian nursing students: a grounded theory study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2013;11(1):61-3. [Persian]
- 18- KhaghaniZadeh M, Maleki H, Abasi M, AbasPour A. Identity of medical ethics curriculum based on the experiences of medical ethics professors: A qualitative study. *Med Ethic.* 2011;5(16):95-116. [Persian]
- 19- Khorami Markani A, Yaghmaei F, Izadi A. Teaching spirituality and spiritual care in nursing: A challenge for curriculum planning. *Fac Nurs Midwifery Q.* 2010;20(68):41-9. [Persian]
- 20- Entezari A, Jalili Z, Mohagheghi MA, MomtazManesh N. Challenges of community medicine education in Iran. *Teb va Tazkieh.* 2010;77:52-64. [Persian]
- 21- AsarRoudi A, Jalilvand MR, Oudi D, Akaberi A. Relationship between spiritual wellbeing and life satisfaction in nursing staff of Shahid Hasheminejad Hospital in Mashhad. *Modern Care J.* 2012;9(2):156-62. [Persian]
- 22- Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. A Study of the relationship between religion, spiritual health, hope and quality of life in patients with cancer. *J Evid Base Care.* 2011;1(1):51-62. [Persian]
- 23- Abasiyan L, Abasi M, Shamsi Goushki E, Memariyani Z. A survey on the scientific status of spiritual health and its role in prevention of diseases: A preliminary study. *Med Ethic.* 2010;4(14):83-104. [Persian]
- 24- Bahreynian SAH, Delshad H, Shakeri N, Azizi F. The study of physicians' attitude towards the effect of spirituality on the treatment process. *Med Ethic.*

- Manage. 2010;40(2):163-73.
- 49- Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM. Assessing a Patient's Spiritual Needs, A Comprehensive Instrument. *Holist Nurs Pract.* 2005;19(2):62-9.
- 50- Stulberg DB, Lawrence RE, Shattuck J, Curlin FA. Religious hospitals and primary care physicians: Conflicts over policies for patient care. *J Gen Intern Med.* 2010;25(7):725-30.
- 51- Craddock Lee SJ. In a secular spirit: Strategies of clinical pastoral education. *Health Care Anal.* 2002;10(4):339-56.
- 52- Sloan RP, Bagiella E. Claims about religious involvement and health outcomes. *Ann Behav Med.* 2002;24(1):14-21.
- 53- Taheri Torshizi E, Mousavi MA. Human awareness of death and meaningfulness of life in Nahj Al-Balagheh. *Relig Anthropol.* 2012;9(27):177-98. [Persian]
- approach. *J Adult Dev.* 2002;9(2):141-54.
- 43- Yardley SJ, Walshe CE, Parr A. Improving training in spiritual care: A qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliat Med.* 2009;23(7):601-7.
- 44- Moberg David O. Spirituality and aging: Research and implications. *J Relig Spiritual Aging.* 2008;20(1-2):95-134.
- 45- Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, Rawlings J, Hanson LC. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Ann Fam Med.* 2008;6(5):406-11.
- 46- Deal B. A Pilot Study of Nurses' Experience of Giving Spiritual Care. *Qualitat Rep.* 2010;15(4):852-63.
- 47- Egan M, Swedersky J. Spirituality as experienced by occupational therapists in practice. *Am J Occup Ther.* 2003;57(5):525-33.
- 48- Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *J Pain Symptom*