

治愈中的 精神性

[美] 哈罗德·G. 科尼格 著
赵秀福 译

Why, How, When, and What

Harold G. Koenig



北京大学应用伦理学丛书

治愈中的 精神性

原因、方法、时机与内涵

〔美〕哈罗德·G. 科尼格 著
赵秀福 译

Spirituality in Patient Care
(2nd edition)

Why, How, When, and What
Harold G. Koenig



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

著作权合同登记号 图字:01-2012-5361

图书在版编目(CIP)数据

治愈中的精神性:原因、方法、时机与内涵/(美)科尼格(Koenig, Harold G.)著;赵秀福译. —北京:北京大学出版社,2014.7

(北京大学应用伦理学丛书)

ISBN 978-7-301-24409-8

I. ①治… II. ①科…②赵… III. ①康复-精神疗法 IV. ①R493

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第137472号

Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What (2nd edition) by
Harold G. Koenig

First published by Templeton Press, West Conshohocken, Pennsylvania, U. S.

Copyright 2007 by Harold G. Koenig, MD

All rights reserved. No part of this book may be used or reproduced, stored
in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, me-
chanical, photocopying, recording, or otherwise, without the written permission of
Templeton Press.

书 名: 治愈中的精神性——原因、方法、时机与内涵

著作责任者: [美]哈罗德·G.科尼格 著 赵秀福 译

责任编辑: 王立刚

标准书号: ISBN 978-7-301-24409-8/B·1208

出版发行: 北京大学出版社

地 址: 北京市海淀区成府路205号 100871

网 址: <http://www.pup.cn> 新浪官方微博:@北京大学出版社

电子信箱: sofabook@163.com

电 话: 邮购部 62752015 发行部 62750672 出版部 62754962

编辑部 62755217

印 刷 者: 北京大学印刷厂

经 销 者: 新华书店

965毫米×1300毫米 16开本 10.25印张 158千字

2014年7月第1版 2014年7月第1次印刷

定 价: 29.00元

未经许可,不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有,侵权必究

举报电话:010-62752024 电子信箱: fd@pup.pku.edu.cn

引 言

与本书的首版一样,这一版意欲为那些有兴趣确认并满足病人的精神需求的医疗专业人士(health professionals, HPs*)提供一册简明教程。自从首版于2001年完成、并于2002年出版以来,出现了更多的关于宗教、精神性与健康之关系的研究,而且,在将研究成果合理地应用到临床实践的过程中,又出现了更进一步的探讨。在过去的5年中,我阅读了大量研究资料,打过交道的医疗专业人士(外科医生、护士、特遣牧师、教牧辅导师、社工人员、心理学家、辅导师、理疗师和职业治疗师、管理人员)团体以及教区神职机构足有数百个之多,因而,我对宗教与健康之间关系的了解又有了长足的进步。医疗专业人士还把他们的感到最为棘手、因而也需要更多信息的领域告诉了我。

因此,我重新撰写并更新了首版的所有部分,以期能够提供关于如何把精神性纳入病人护理(patient care)过程这一领域中最新的研究成果和观点。自《宗教与健康手册》^①于2001年出版以来,已经出版的相关的探讨、评论和研究性成果数以千计,所揭示的信息提升了我们的认识并提供了更为全面的指导。在网上用“精神性(spirituality)”、“宗教(religion)”、“宗教性(religiousness)”、“笃信宗教(religiosity)”这几个关键词搜索论文的结果是,仅在2001年到2005年之间发表的研究论文、评论和探讨文章就超过了5000多篇^②。尽管由于从2000年以来教牧关怀杂志被放在了网上资料库

* 作者用 HPs 一词指所有与医疗保健相关的专业人士,但在不引起误解的情况下,有时翻译为“医生”——译者注。

① H. G. 科尼格(Koenig)、M. 麦卡洛(McCullough)、与 D. B. 拉森(Larson)著,《宗教与健康手册》(*Handbook of Religion and Health*, New York: Oxford University, 2001)。

② H. G. 科尼格,《宗教、精神性与健康:机制初探》,载《护理的精神层面》,第二版,编者为 V. B. 卡森与 H. G. 科尼格(尚未出版)。

之中,这一数字可能不够准确,但教牧关怀类文章在其中仅占相当小的一部分。这一搜索完成于2006年初,之后这类出版物又发表了数百篇。

除了更新首版中的信息,本版为了还补充了相当多的内容,以便使本书不仅对从事基础护理、医疗和外科等专业的医生有价值,而且还能适宜于精神分析师以及其他从事心理健康的专业人士、护士、特遣牧师、教牧辅导师、社工、职业治疗师及理疗师。此外,新版还提供了一个便于在医学院和其他医疗专业人士培训项目中使用的标准教程,使用者可根据具体需要略加变通;本版的结束部分还提供了医疗专业人士可能会遇到的关于特定宗教传统的重要信息。

今天我们还需要一个这样的向导吗?不妨先请考虑以下事实。医疗机构联合认证委员会(the Joint Commission for the Accreditation of Hospital Organizations, JCAHO)要求了解每一个获准入住急症医院或疗养院、或由家庭健康机构看护的病人的精神历史(spiritual history),而且精神历史必须记录在病历上。^③《护理基础》一书的最新版在索引中就有20多处提到“精神性”^④。北美护理诊断协会的《护理诊断》^⑤《护理干预分类》^⑥以及《护理结果分类》^⑦各自都包含了具体的精神诊断、干预和结果的材料。同样,美国医学院协会也认为有必要对医学专业的学生进行训练,使其“认识到精神性、文化信仰和实践的作用,并将之应用到不同的临床情况下的病人护理之中,并且使他们认识到他们自身的精神性、文化信仰与实践可能影响到他们与病人打交道和为之提供护理的方式”^⑧。美国现有141所医学院,有超过100所开设了宗教、精神性与医学的选修或必修课程,其中包括约翰·霍普

③ 见该机构网站:<http://www.jointcommission.org> (最后更新时间为2004年1月1日)。

④ B. J. 柯泽尔(Kozier)、G. 厄尔布(Erba)、A. J. 伯曼(Berman)与S. 斯奈德,《护理基础》(*Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*, 第7版, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 2003)。

⑤ 国际北美护理诊断协会,《护理诊断:定义与分类2007—2008》(*Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2007—2008* St. Louis, MO: Elsevier, 2006)。

⑥ J. M. 道奇特曼(Dochterman)、G. M. 布尔彻克编,《护理干预分类》(*Nursing Interventions Classification*, 第4版, St. Louis, MO: Mosby, 2003)。

⑦ S. 穆海德(Moorhead)、M. 约翰逊(Johnson)、M. L. 马斯(Maas)编,《护理结果分类》(*Nursing Outcome Classification*, 第3版, St. Louis, MO: Mosby, 2003)。

⑧ 美国医学院协会,《医学的当代问题:医学中的交流》,《医学院目标计划报告第3期,1999年》,见<http://www.aamc.org/meded/msop/msop3.pdf>,第25页。

金斯、哈佛和斯坦福等大学在内。^⑨

尽管如此,当今过问病人精神需求的医疗专业人士仍为数不多。在美国,仅有大约 10% 的医生经常或总是采录病人的精神历史,而接近 50% 的医生从未这样做过。^⑩ 在危重或临终病人那里,这一状况也没有多大改观;即便是在笃信宗教的地区,也只有 7% 的这类病人的精神历史被医生记录在病历中。^⑪ 尽管护理的历史起源由宗教而来,许多护士却也并不在意这些问题(直到 20 世纪之初,几乎全部的护理都是由宗教团体完成的,而且,在大不列颠联合王国,评估病人的精神需求的能力仍然是护士注册的一个条件)。^⑫ 采录病人精神历史的护士所占的比例目前还不明确(由于医疗机构联合认证委员会的要求,这个任务往往落在护士的肩上),而且,我所说的精神历史并不单纯指记录病人所属教派或询问病人是否需要见特遣牧师。可以有把握地说,现在的护士并不去采录能够满足医疗机构联合认证委员会之最低要求的精神历史(相关研究详见第 8 章)。^⑬ 鉴于超过四分之三的病人在住院期间^⑭会表明其精神性或宗教需求这一事实,那么,一个需要思考的重要问题是:在医院这一背景中,该由谁来确认和满足这些需求?

被问及与病人交流这类问题的障碍时,医疗专业人士提供的一个共同答案是:医疗保险体系之内和之外都有人(特遣牧师和社区神职人员)从事这类工作,因而医疗专业人士不必插手。但这是真实的吗? 尽管社区神职人员勇气可嘉,经常做些去看望因急症而被收诊在医院、已入住护养院或因

⑨ C. M. 普查尔斯基(Puchalski),《精神性与医学:医学教育中的课程设置》,载《癌症教育杂志》(*Journal of Cancer Education* 21, no. 1, 2006: 第 14—18 页),《约翰·邓普顿基金会报告》(*John Templeton Foundation Report*, West Conshohocken, PA: Templeton Foundation, 2006, 第 68 页)。

⑩ J. T. 奇布诺尔(Chibnall)、C. A. 布鲁克斯(Brooks),《宗教与临床:医生信仰的作用》,载《南方医学杂志》(*Southern Medical Journal* 94, 2001: 第 374—79 页);F. A. 柯林(Curlin)、M. H. 秦(Chin)、S. A. 塞勒格伦(Sellegren)、C. J. 罗池(Roach)、J. D. 兰拓思(Lantos),《医生协会的宗教特征及其在临床实践中对待宗教与精神性时的态度与自我描述的行为》,载《医学护理》(*Medical Care* 44, 2006: 第 446—53 页)。

⑪ D. E. 金(King)、B. J. 威尔斯(Wells),《临终问题与精神历史》,载《南方医学杂志》(96, 2003: 第 391—93 页)。

⑫ D. J. 赫福德(Hufford),《精神性、宗教与健康领域分析》(第 1 区分析报告,2005 年, [www. meta-nexus. net/tarp](http://www.metanexus.net/tarp), 第 23 页)。

⑬ 医疗机构联合认证委员会网站([http://www. jointcommission. org](http://www.jointcommission.org), 最后更新于 2004 年 1 月)。

⑭ G. 费切特(Fitchet)、L. A. 伯顿(Burton)、A. B. 西万(Sivan),《精神病患者的宗教需求和资源》,载《神经与心理疾病杂志》(*Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 1997: 第 320—26 页)。

病困在家中^⑮的教区成员之类超乎寻常的事情,但他们没有接受相应的培训,因而无力应对急症或令人不能自主的慢性病发作过程中所出现的复杂的精神需求。而且,他们往往也没有时间去做这一切。今日无论是非英国国教的牧师、犹太教的拉比、伊斯兰教的伊玛目,还是天主教、圣公会或东正教的神父,手头都有许多其他要紧的事情等待处理,因而他们所面临的时间上的压力与医生和护士的时间压力并无不同。此外,许多病人可能并不经常光顾教堂,也没有神职人员去拜访他们,因此许多重症患者只能从离他们当地教堂很远的地方得到关怀。

为了应对住院病人的精神需求,特遣牧师接受了广博的训练。然而,迫于降低服务成本这一极大的压力,医院一直在减少其教牧关怀服务或者将其与社会服务结合起来。在一项长达七年多的、针对 370 个随机抽样的教牧关怀服务科室所进行的研究中,27% 的科室主任都提到了预算削减的问题。^⑯ 而且这一状况似乎有恶化的迹象。根据我最近与乔治亚州罗姆(Rome)市一位特遣牧师加利·巴彻勒的谈话,至少 15 年前,为帮助填补预算不足,乔治亚州精神病医院中所有的全职特遣牧师的职位都被撤销,^⑰ 而且这一状况至今仍未有改观。在过去的几年中,为防止成本超出预算,其他医院则完全取消了特遣牧师服务(例如设在费城的有 541 个床位的哈尼曼大学医院)。其结果是,即便是在急症护理医院,也没有足够的特遣牧师来看望每一个病人及其家属并满足医院职工的需求。事实上,研究显示,在美国,只有大约 20% (从 10% 到 30% 不等) 的入住急症医院的病人接受特遣牧师的服务。^⑱ 而且,大多数疗养院的职工中并没有特遣牧师,因而在门诊治疗或治疗精神病患者的情况下特遣牧师也就不容易找到。

^⑮ L. 范德克里克(Vandercreek)、B. 库克(Cooke),《教区神职人员在医院中的教牧关怀实践》,载《宗教的社会科学研究探索》(*Research in the Social Scientific Study of Religion*, 7, 1996: 第 253—64 页)。

^⑯ L. 范德克里克(Vandercreek),《医疗改革对职业特遣牧师的影响及科室主任的应对措施》,载《医疗保健特遣牧师服务杂志》(*Journal of Health Care Chaplaincy* 10, 2000 年第 1 期,第 7—17 页)。

^⑰ J. 贝利(Bailey),《立法机关批准了预算削减,因而危及州中部的特遣牧师计划》,载出版于乔治亚州米利治威尔市的《联合记录》(*Union-Recorder*, 1991 年 8 月 29 日,第 1 页);心理健康牧师协会,《麻烦又来了:乔治亚州的危机》,载《心理健康牧师特遣牧师协会简报》(*AMHC Newsletter* 3, 第 10 期, 1991 年 9 月,第 1 页)。

^⑱ K. J. 弗兰内里(Flannelly)、K. 加里克(Galek)、G. F. 汉德佐(Handzo),《医院病人的精神需求在多大程度上得到了满足?》,载《国际精神病学杂志》(*International Journal of Psychiatry in Medicine* 35, 2005 年第 3 期,第 319—23 页)。

如果神职人员和特遣牧师没有能力对大多数病人进行评价,那么,则必须有人能够做到这一点。不是特遣牧师的医疗专业人士可以帮忙,简单地评估每一个病人,了解可能影响医疗护理的宗教或精神信仰,确认可能干扰和影响康复的精神需求,并把那些有精神需求的病人转诊给特遣牧师或其他教牧关怀专家。哪一位医疗专业人士应当负责这一筛查(采录简单的精神历史)呢?

有足够的理由可以认为:作为医疗团队的头领,医生应当负责开始与病人的谈话,并确认需要进一步关注的精神需求。因为所有的病人都需要这样的筛查,而且许多信息都与医疗护理和医疗决策相关,医生就处在非常理想的位置,在决定是否需要住院或对重症或慢性病患者进行评价时,可以方便地进行精神历史的采录。如果医生没有能够完成这一任务,实际上,当今90%的医生都未能做到,那么,这个任务只能落到护士的肩上了。如果护士也未能完成,那么,社会工作者或其他来帮忙并经常与病人定期见面的其他医疗专业人士则必须完成这一任务。需要记住的是,不是特遣牧师的医疗专业人士仅仅是被要求做一个简短的**筛查**评估,而不是一个全面的评估,全面的评估是在出现相应问题并需要转诊时才由受过专门医疗训练的特遣牧师来做的事情。^① 由于当今大多数医院甚至难以达到医疗机构联合认证委员会制定的采录病患的精神历史的最低要求,因此,难怪像甘尼报业(Press Ganey)这样的机构所进行的病人满意度调查会发现:对于病人住院期间的情感和精神需求的满足,在临床护理各种指标中被列为最低,因而也最迫切需要提高质量。^②

医疗专业人士之所以说他们不采录精神历史,理由有很多。与病人谈论这一话题时他们感觉不适应;他们不明白自己为什么应当负责搜集这类信息;他们不知道如何或何时采录精神历史,害怕占用太多时间,不知道如何对待所获取的信息,也不知道如何应对病人可能提出的问题。换言之,他们缺少必要的训练,认为宗教/精神因素不在他们专长范围之内,因而对于人们对他们的期望感到困惑。本书之宗旨就是对这类困惑与问题进行阐释和解答。

^① G. 汉德佐(Handzo)、H. G. 科尼格,《精神护理:到底是谁的职责?》,载《南方医学杂志》(Southern Medical Journal 97, 2004 年,第 1242—44 页)。

^② P. A. 克拉克(Clark)、M. 德雷恩(Drain)、M. P. 马龙(Malone),《应对病人的情感与精神需求》,载《质量与安全联合委员会杂志》(Joint Commission Journal on Quality and Safety 29, 2003 年,第 659—70 页)。

解决病人护理中的精神问题,是以病人为中心的医学的自然延伸。^②在本书中,我解释了这样做的原因、方法、时机和具体的内容。最起码,本书能够为医疗界的专业人士提供必要的训练,使得他们能够敏锐而裕如地发现那些有精神需求的病人,开始就这类问题与病人进行沟通,并知道何时该把这些病人介绍给那些受过专门训练的精神护理方面的专业人士,从而让他们以一种更为恰当的方式满足病人的精神需求。

8

原因 为什么医疗界的专业人士应当认识到精神问题是例行的病人护理的一个部分,并做好准备去应对此类问题?在第1章中,我从6个方面进行了阐述:(1)为什么许多病人希望医疗界的专业人士能够认识到其宗教信仰或精神追求的历程?(2)为什么病人普遍有宗教信仰,而且其信仰有助于他们应对疾病?(3)为什么已住院的病人往往失去了与宗教社群的联系,并因此而需要替代性的满足其精神需求的方式?(4)为什么宗教信仰可能影响医疗决策,有时候还可能与医疗手段相冲突,并进而影响医患关系(影响患者遵从医疗界专业人士嘱咐的程度)?(5)为什么宗教信仰和实践往往以这样或那样的方式影响身心健康的结果?(6)为什么宗教所牵扯的诸方面的事情决定着病人在社区中可能得到什么样的帮助和关怀?这六个方面的原因凸显了医疗界人士接受这一领域训练的必要性。这一章的结尾简述了医生应对精神需求问题时的感受,并简要介绍了他们目前所做的事情。

方法 不是特遣牧师的医疗专业人士如何将精神性纳入病人护理之中?“精神性”的准确定义是什么?在第2章中,我描述了采录精神历史的具体做法。我认真地思考了最需要采集的信息。我还提供了采录精神历史时需要的若干种评估工具,说明了最合适使用这些工具的临床环境,并指出了各种工具的优势。随后,我还探讨了医疗专业人士可以采取的明智的干预措施以及具体做法,包括精打细算地运用各种资源,支持病人的精神信仰,介绍他们接受教牧服务,在某些最为严格的条件已具备的情况下,与病人一起祈祷。我还探讨了如何并在什么情况下对这类信息进行记录(目的是避免重复劳动,也避免引起病人的不愉快)。

时机 在第3章中,我探讨了有关采录精神历史以及进行相应干预的

^② C. 梅(May)、N. 米德(Mead),《以病人为中心:历史的回顾》,收录于C. 道里克(Dowrick)、I. 弗斯(Firth)主编的《一般实践与伦理:不确定性 with 责任》(*General Practice and Ethics: Uncertainty and Responsibility*, London: Routledge, 1999,第76—90页)。

时机选择的若干重要问题。在进行医学评估的过程中,什么时候该采录精神历史——它在病人主要疾病、现有病史、家族史、社交史、体格检查、总结报告中的位置如何,或者何时该把它看作是一份与常见的病历分离开来的独立评估材料?是否某些种类的病人或环境更为合适(例如,来去疣的年轻人、来做产检的孕妇、来保健的老年人,或是已经入住医院、疗养院或临终关怀医院的病人)?医生采录病人精神历史的频度应是多少:是仅有一次并永不重复,或是一次不落,还是只在选定的时间进行?何时适合与病人一起祈祷,并且必须满足什么样的条件方可进行?何时才必须转介病人接受教牧服务?

内容 采录病人的精神历史有什么益处呢?评估病人的精神需求可以预期达到什么效果?以近期研究为基础,第4章探讨了采录简要的精神历史可能对病人应对疾病的能力、医一患关系、病人遵从医嘱的情况,以及更为宽泛意义上的疗救过程和对于治疗的反应所产生的影响。本章对积极的和消极的结果都进行了探讨,这包括对于医疗专业人士的益处。医疗专业人士处理精神问题时可能会遇到的令人感到不适应的临床环境也得到了探讨,并对合适的应对方式进行了说明。

边界与障碍 在这一领域中,不是特遣牧师的医疗专业人士能够做些什么?在第5章中,我对他们可以发挥其用武之地的范围进行了探讨。此处所探讨的问题涉及边界上的思虑、专长范围以及若忽略这类问题所可能带来的后果等。是否存在医疗专业人士不应当逾越的伦理边界?医疗专业人士的专长是否有举足轻重的作用?是否存在难以界定而必须逐一对待的区域?当医疗专业人士在简单的评估之外再尝试满足病患的精神需求,或实施更为高级的精神干预时会遭遇到什么样的陷阱和危险?怎样才能避免这些问题?妨碍医疗专业人士应对宗教或精神问题的阻力、恐惧和忧虑有哪些?这种担忧是否有依据?

宗教(或精神性)在什么情况下是有害的 毫无疑问,宗教可能有消极的作用,而这正是我在第6章所探讨的内容。是否存在宗教信仰果真能够干扰医疗照护,导致健康问题或恶化疾病状况的时候?医疗专业人士如何以敏锐、细致而有效的方式解决这类问题?关于宗教可能导致的危害已经有很多的探讨,但关于“精神性”的探讨有哪些呢?精神性是一个比“宗教”更具有政治正确性的术语,它也可能带来危害吗?询问宗教或精神性话题,或在这些领域对病人进行干预,可能使病人的焦虑增加,引发内疚感,或对病人产生其他方面的不利影响,这样的状况果真存在吗?是否有真实的例

子,这样的例子时有发生吗?

特遣牧师与教牧关怀 专业的特遣牧师是唯一接受过如何应对病人的精神需求之训练的医疗专业人士,他们在医疗系统内独特的资质与位置使得他们既与其他医疗专业人士区别开来,也与社群中的神职人员区别开来,从而使他们成为有专长的顾问。事实上,世界卫生组织在其《国际疾病分类》(ICD)的若干版本中颁布了教牧干预准则(评估—96186,职位—96187,咨询/教育—96087,仪式/礼拜—96109)。^②持有证书的特遣牧师所接受的训练,等同于或超过了许多其他医疗专业人士为获得资格所花费的时间。在第7章中,我探讨了特遣牧师、教牧辅导师和社区神职人员在全面地评估和解决病人的精神需求方面所扮演的角色。我还探讨了他们在满足医院工作人员的情感和精神需求方面的作用以及他们在医院中所完成的其他职能。最后,我还探讨了为辨认并解决病人住院期间和获准出院之后的精神需求,医疗专业人士被要求去履行的职责、特遣牧师与教牧辅导师接受训练而履行的职责以及社区神职人员的职责之间相互重叠的部分。

护士护理中的精神性 在病人住院期间,护士在辨别其精神需求方面扮演着极为重要的角色。此外,直到20世纪初,护理生病的人是有宗教情怀的女性的工作,而且,在之后的50—75年中,也就是说,在护理具有专业化色彩,并讲求所谓科学标准之前,护理的许多方面都持续强调宗教因素的重要性。因此,若考虑到护理这一职业源自于宗教修会这一事实,评估和满足精神需求则显得是护士工作的一个自然而然的部分。然而,在过去的30几年中,这些宗教性的渊源几乎丧失殆尽。只是在最近才重新出现了对于护士所呈现出的精神性的兴趣和研究,包括在病床边(例如祈祷,富有同情心的护理)或社区内(例如教区护理)进行的干预。在第8章中,我将简要地探讨护士在满足病人的精神需求方面应当做些什么,并向那些需要这一领域的更多深度信息的人提供相关资源。本章还探讨了护士与特遣牧师的关系。

社会工作中的精神性 许多社会工作者都对如何确保辨认并满足病人及其家人的精神需求感兴趣。由于经常在全国范围内对医疗专业人士发表演讲,我注意到参加会议的社工越来越多。第9章探讨了医学社工在辨认

^② L. B. 凯里(Carey)、C. J. 纽厄尔(Newell)、B. 朗博尔德(Rumbold),《疼痛控制与澳大利亚的特遣牧师服务》,载《疼痛与症状管理杂志》(*Journal of Pain and Symptom Management* 32, 第6期, 2006, 第589—600页)。

病人及其家人的精神需求,并在病人回家(或获准去疗养院)之后确保满足他们在住院期间已被辨认的精神需求。病人在来到一个不同的生活环境之后,社区内的社工也能够辨别并满足其精神需求方面发挥作用,本章也对此进行了探讨。

12

康复中的精神性 病人在经受伤害、事故、中风或外科手术之后,还要经历一个紧张的、消耗性极强的而又往往是痛苦的康复过程,其中精神因素在保持病人的动力和信心方面可以发挥重要的作用。理疗师和职业治疗师在他们的病人身上目睹了这一点,因而他们对解决病人的精神问题具有相当大的兴趣。全美和国际性的一些实行会员制的协会设立的宗旨,除了培育并保持其会员自身的精神性,就是帮助康复专家把精神性纳入其工作之中。第10章依据治疗师自身所进行的系统研究梳理了可能对这一领域的治疗师有价值的资料。

心理健康护理中的精神性 从事心理健康的专业人士在护理有精神疾病的病人时可以发挥怎样的作用,是第11章专门进行探讨的内容。本章审视了神职人员所能提供的心理健康服务的有关信息,探讨了心理健康服务供应者与宗教专业人士之间的冲突。所探讨的重要问题包括:精神疾病患者的精神历史包括什么内容?治疗师如何解决实施精神疗法过程中出现的精神问题?在这一领域进行的精神干预与对非精神疾病患者实施的精神干预是相同的还是不同的?是否存在特定的问题,其边界需要心理健康的专业人士比医疗服务供应者付出更多的耐心,才能够加以应对?

课程设置样板 当今的医疗、护理、社工和康复训练方案都包含了宗教、精神性和保健的选修或必修课程。目前,还不存在被广泛使用的、向医生讲授如何把精神性纳入治疗与护理过程中去的课程设置,也不存在任何其他医疗专业人士共同使用的课程设置。在应该向医疗专业人士讲授什么这一问题上共识的缺失,是对这一领域的严重制约。为弥补这一缺失,第12章勾勒了一个基础性的、包括10个时段的课程设置样板,该样板探讨了如何开设宗教、精神性和医学课程的问题,涵盖了本书所使用的大部分材料。我还探讨了如何对这一基本课程设置进行改编,从而把它用于培训护士、社工人员和康复治疗师的问题。

13

有关宗教的信息 在一个越来越多元化的社会中,医疗专业人士必须照顾来自众多不同宗教传统(或没有任何宗教传统)的病人,而这些传统往往对围绕分娩、饮食、疾病和死亡等环节的医疗保健做法有着特殊的规定。对正统的犹太教徒、虔诚的穆斯林或印度教教徒来说,都有一些必须遵守的

仪式。医疗专业人士应当有一个简明扼要的信息来源,以便让他们知晓每一个主要的宗教群体所恭敬奉行的传统。这一版增加这部分内容的目的就是为了满足这一需求*。

本书最后一章则提供了一个意欲把精神性纳入治疗与护理过程的医疗专业人士所应当明白的最为重要的几点进行了简明的概括,这包括 16 点关键认识,读者诸君在掩卷之后可能会与他们的学生分而享之。这部分篇幅可以加以复印并散发,对此有兴趣的医疗专业人士需要具备什么样的认识,这部分可以充当一个简要的概括。

医疗专业人士该具备什么样的知识,才能够裕如地解决其治疗与护理过程中出现的宗教和精神问题?尽管本书未能面面俱到,做出详尽的回答,但作为一个起始点,它已经克尽其功,而且,它还为那些意欲进一步完善其技能的读者指出了获取有价值资源的方向。

14

* 因这一章内容过于具体,对我们理解这一话题的参考价值反而不大,所以没有翻译这一部分——译者注。

目 录

引 言	1
第 1 章 为什么应当容纳精神性	1
第 2 章 如何容纳精神性	22
第 3 章 何时容纳精神性	38
第 4 章 可能有的结果	48
第 5 章 边界和障碍	61
第 6 章 宗教在什么情况下是有害的	75
第 7 章 特遣牧师及教牧关怀	86
第 8 章 护士护理中的精神性	96
第 9 章 社会工作中的精神性	103
第 10 章 康复中的精神性	108
第 11 章 心理健康护理中的精神性	113
第 12 章 课程设置样板	123
第 13 章 要点综述	133
索 引	137
译后记	147

第 1 章

为什么应当容纳精神性

为什么在护理过程中应考虑精神性？为什么一个医疗专业人士会花时间去满足病人的精神需求或支持其宗教信仰？医疗专业人士在决定着手处理病人的精神问题之前，需要对这类问题做出清楚而不含糊的回答。其理由有以下六个：

1. 许多病人是有宗教信仰的，或是注重精神的，希望其精神性在其医疗保健过程中得到关注。
2. 宗教会影响病人应对疾病的能力。
3. 病人，特别是在住院之后，往往就被动地脱离了他们所属的宗教社群。
4. 宗教信仰影响医疗决策，并可能与医疗决策相冲突。
5. 宗教与身心健康有着千丝万缕的联系，因而可能影响健康的结果。
6. 宗教影响社群中的医疗状况。

15

许多病人是有宗教信仰的

在美国的医疗背景下，很多病人是有宗教信仰的，因而具有精神需求。根据盖洛普 (Gallup) 1996 年的一份调查，超过 96% 的美国人相信上帝，超过 90% 的人做过祷告，将近 70% 的人是教会成员，并且有超过 40% 的人在过去的七天内曾去过教堂、犹太会堂或寺庙。^① 与此类似，盖洛普 2006 年 9

① 普林斯顿宗教研究中心，《美国的宗教》(Religion in America, 1996, 普林斯顿, 新泽西: 民意调查)。

月的一份民意调查显示,57%的美国人说宗教对于他们非常重要,而就65岁以上美国人来看,这一数字上升到了72%。^②即便病人是没有宗教信仰的,他们还很可能把自己描述为注重精神的,因为每五个美国人中就有一个人是“注重精神的但没有宗教信仰的”^③。这一点不太适合于年龄大一些的成人,他们往往是传统意义上的有宗教信仰的人,而且倾向于把精神性等同于宗教。一项2004年针对838名60岁或以上的住院病人的研究显示,88%的病人说他们既是有宗教信仰的又是注重精神的,7%说他们注重精神但没有宗教信仰,3%说他们是有宗教信仰的但不注重精神。仅有2%的病人说他们既没有宗教信仰,也不注重精神。^④

不仅绝大多数病人是有宗教信仰的,而且这些人当中的许多人有精神需求,也希望他们的这些需求在其治愈过程中得到满足。对许多人而言,注重精神是他们之为他们的一部分——这构成了他们作为人的身份的根基,赋予他们的生命以意义和目的。当疾病威胁到人们的生命或生活方式之时,精神需求就显得尤为紧迫。在研究调查了101例芝加哥医院的精神病科和普通住院病人或手术住院病人后,研究人员发现绝大部分的精神病患者(88%)和普通住院病人/手术住院病人(76%)在住院治疗期间表达出三种甚至三种以上精神需求。^⑤忽视精神维度就等同于忽视病人所处的社会环境及心理状态,因而会导致针对“整个人”治疗的失败。

现有关于病人对解决精神需求的医疗专业人士之态度的资料,大都是针对内科医生(physician)的(目前针对其他医疗专业人士的资料很少,本书第8—10章做了概括)。在对入住美国东部的两家医院的203名家中就医的病人进行研究之后,金和布希维克报告说,大约有三成(77%)的病人认为内科医生应当考虑他们的精神需求,并且有37%的病人希望医生与他们

② F. 纽波特(Newport),《宗教对黑人、妇女和美国老年人尤为重要》,载盖洛普2006年民意调查,其网站为<http://brain.gallup.com/content/default.aspx?ci=25585>。

③ R. C. 福勒(Fuller),《注重精神但没有宗教信仰》(*Spiritual but Not Religious*, New York: Oxford University Press, 2005)。

④ H. G. 科尼格(Koenig) L. K. 乔治(George)、P. 泰特斯(Titus),《宗教、精神性与健康:以生病入院的老年病人为例》,载《美国老年病学协会杂志》(*Journal of the American Geriatrics Association* 52, 2004年,第554—62页)。

⑤ G. 费切特(Fitchett)、L. A. 伯顿(Burton)、A. B. 西万(Sivan),《精神病患者的宗教需求与所需资源》,载《神经科与精神病科杂志》(*Journal of Nervous and Mental Disease* 185, 1997年,第320—26页)。

就宗教信仰问题进行更多的讨论。^⑥ 其他一些研究显示,有 33%—84% 的病人认为内科医生应当根据以下三种情况询问有关宗教或精神信仰的问题:(1)就诊的环境和疾病的严重程度(是例行检查,或是急症住院,还是疾病晚期);(2)病人信奉的特定宗教;(3)病人信仰宗教的虔诚程度。^⑦ 在一项针对内科门诊病人的调查中,调查人员调查了 380 名在德克萨斯州中部和北卡罗莱纳州中南部的家庭医学诊所接受过护理的病人。^⑧ 就接受调查的人数而言,73% 的病人认为病人应当把他们的宗教信仰情况告诉给医生。在一项针对康涅迪格州耶鲁—纽黑文医院的 HIV/AIDS 病房中的 90 位 HIV 阳性病人的研究中,他们中大部分(53%)被测试者认为病人与医生谈论其精神需求具有重要的作用。^⑨ 《美国周末》杂志对遍及全美的 1000 名成人的态度进行了民意测验。^⑩ 调查人员问及美国人是否认为医生应当向病人讲精神信仰的问题。接近三分之二(63%)的人认为医生应当这样做。在年龄大一些(55—64 岁之间)的人那里,这一数字略有上升,达到 67%。

有趣的是,有 66%—81% 的病人认为,如果内科医生问及他们的宗教/ 17

⑥ D. E. 金(King)、B. 布希维克(Bushwick),《住院病人对信仰康复和祈祷的信念与态度》,载《家庭医学杂志》(*Journal of Family Practice* 39,1994 年,第 349—52 页)。

⑦ C. D. 麦克莱恩(MacLean)、B. 萨希(Susi)、N. 费福尔(Phifer)、L. 舒尔茨(Schultz)、D. 拜纳姆(Bynum)、M. 弗兰科(Franco)、A. 科辽泽(Kloze)、M. 门罗(Monroe)、J. 加勒特(Garret)、S. 塞克特(Cykert),《病人对内科医生关于精神性讨论与实践的偏好》,载《普通内科学杂志》(*Journal of General Internal Medicine* 18,2003 年,第 38—43 页);金、布希维克,《住院病人对信仰康复和祈祷的信念与态度》;T. P. 达莱曼(Daaleman)、D. E. 尼斯(Nease),《病患对内科医生探讨精神与宗教问题的态度》,载《家庭医学》(*Journal of Family Medicine* 39,1994 年,第 564—68 页);T. A. 莫根斯(Maugans)、W. C. 沃德蓝(Wadland),《宗教与家庭医学:内科医生与病患调查》,载《家庭医学》(*Journal of Family Practice* 32,1991 年,第 210—13 页);B. E. 米勒(Miller)、B. 皮特曼(Pittman)、S. 斯特朗(Strong),《妇科癌症患者的心理社会需求及其对内科医生在满足这些需求方面的作用的想法》,载《国际妇科癌症杂志》(*International Journal of Gynecologic Cancer* 13,2003 年第 2 期,第 111—19 页);O. 奥雅玛(Oyama)、H. G. 科尼格,《家庭医学中的宗教信仰与实践》,载《家庭医学档案》(*Archives of Family Medicine* 7,1998 年,第 431—35 页);J. L. 汉密尔顿(Hamilton)、J. P. 莱文(Levine),《新异教徒病患对内科医生谈论精神性的偏好》,载《家庭医学》(*Family Medicine* 38,2006 年第 2 期,第 83—84 页)。

⑧ 奥雅玛、科尼格,《家庭医学中的宗教信仰与实践》。

⑨ L. C. 卡德金(Kaldjian)、J. F. 詹克尔(Jekel)、G. 弗里德兰(Friedland),《HIV 阳性病人的临终决策:精神信仰的作用》,载《艾滋病》(*AIDS* 12,1998 年第 1 期,第 103—7 页)。

⑩ T. 麦克尼克尔(McNichol),《医学中的新信仰》,载《美国周末》(*USA Weekend*,1996 年 4 月 5—7 日,第 5 页)。