

نامه به سردبیر

به طور کلی تعاریف مربوط به سلامت از الگوهای پدید آمده‌اند که جز معتقدات دانشمندان مختلف بوده‌اند. بر اساس این اعتقادات سه الگوی عمده در تعریف سلامتی همواره مد نظر بوده است: الف- الگوی پزشکی: این الگو عمدتاً بر تبیین زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی سلامتی می‌پردازد. ب- الگوی محیطی: این الگو از تحلیل نوین اکوسیستم و خطرات محیطی به سلامتی انسان پدیده آمده است در این الگو سلامتی بر حسب کیفیت سازش فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است. ج- الگوی کلی‌نگر: این الگو سلامتی را بر حسب کلیت شخص تعریف می‌کند و جنبه‌های زیست‌شناختی، فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد را شامل می‌شود و بر سلامتی بهینه پیشگیری از بیماری و حالت‌های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است. این الگو معتقد است که سلامتی ایستا نیست بلکه فرآیند پویایی است که تمام تصمیم‌ها و فعالیت‌های روزمره را منعکس می‌کند. استقرار این الگو نوید ظهور قلمرو میان رشته‌ای جدیدی را به میان آورده که با پذیرش یک روی‌آورد کلی و به کار بستن این راهبرد در روش‌شناسی پژوهشی، در پی پاسخ‌گویی به معماهای حل نشده، دیدگاه‌های تک‌بعدی درباره سلامتی و بیماری است.

در ادبیات ما، توجه جامع به سلامت نمادهای مختلفی دارد. شاعران به پزشکی دست‌مریزاد می‌گویند که هم به درمان جسمی بیمار (دوای تن) و هم به عافیت بیمار (راحت جان) که تعبیر بسیار زیبایی از درمان روانی معنوی است، توجه می‌کند. در ادبیات اسلامی این توجه بسیار آشکارتر است. امام سجاد (ع) در صحیفه سجادیه در قالب دعا برای سلامت چنین می‌فرماید: «خداوندا بر محمد و

آلش درود فرست و مرا عافیت بخش، کافی و شفا بخش و برتر و روزافزون بر عافیتی که بر بدنم سلامت تولید کند و در یک کلمه عافیت دنیا و آخرت و بر من منت نه به تندرستی و امنیت و سلامت در دین و بدن و بصیرت در دل» در این کلام است که ابعاد سلامت به خوبی نمایانده می‌شود. همچنین، در فراز ۱۱ و ۵۹ از دعای معروف جوشن کبیر که از امام سجاد (ع) به نقل از اجداد بزرگوارش و نهایتاً به نقل از حضرت جبرئیل که به پیشگاه رسول‌الله (ص) ارائه شده است، توجه به معنا در تأمین سلامت بسیار روشن نشان داده شده است. در این دعا می‌خوانیم «ای ذخیره من در روز سختی، ای امید من هنگام مصیبت، ای مونس من در وقت ترس و...» یا می‌خوانیم «ای دوست آن که دوستی ندارد، ای طیب آنکه طیبی ندارد و...» یعنی برای آنکه بیمار است، نیازمند است و مستأصل است. در ادبیات اسلامی، منبعی لایزال معرفی می‌شود که می‌تواند به تمام نیازهای معنوی، روانی و بالتبع جسمی و اجتماعی پایان دهد.

پیوند عمیق فرهنگ اسلامی ایرانی سرزمین ما با مفهوم معنویت به گونه‌ای است که در گذار تاریخ سلامت و معنویت چنان در هم تنیده بوده‌اند که یکی از مهمترین بایسته‌های علم طبابت رسیدن به درجات عالی در حوزه علوم انسانی وقت از جمله علم فلسفه و کلام بوده است که طیب را از دایره محدود درمان بیماری‌های تن به حکیم شدن سوق می‌داده است. شاید مهمترین تمایز حکمت با طبابت همین توجه به ابعاد فراجسمانی انسان باشد چیزی که مهم‌ترین بعد وجودی حکیم و نیز بیمار اوست.

ارتباط معنویت و سلامت ارتباطی تاریخی است به گونه‌ای که همواره منشأ اعطای سلامتی به انسان به ویژه انسان بیمار در ورای عالم مادی جستجو شده است. این واقعیت در بستر تاریخی ادیان بزرگ به خصوص ادیان ابراهیمی به صورتی

کاملاً واضح مضبوط و مثبت شده است به گونه‌ای که یهودیان و مسیحیان و به نحوی بسیار کامل‌تر مسلمانان به اینکه شفا دهنده اصلی خداوند بزرگ است اعتقاد داشته‌اند و طبیب را دوا دهنده و خداوند را شفا دهنده می‌دانسته‌اند. این در هم تنیدگی تاریخی معنویت و سلامت در آثار بسیاری از مفاخر پزشکی ایران به ویژه مفاخر مسلمانان کاملاً مشهود است. پدید آمدن آثاری چون «الطب الروحانی» به طور واضح به بعد فرامادی طبابت اشاره می‌کند و به نحوی درمان امراض روح را نیز نوعی طبابت می‌داند. اطلاق واژه حکیم، به اطبا در برخی از دوره‌های تاریخی نشانه دیگری است که علم طب و صاحبان آن را به حکمت یا همان عقل عملی که در اصل مبتنی بر کمال اخلاقی و تعادل ابعاد مختلف وجودی است پیوند می‌زند اینگونه است که طبیب را حکیم و طبابت مردن را جلوه‌ای از حکمت می‌دانند.

توسعه علوم تجربی که خاطره علم ستیزی کلیسای دوران قرون وسطی را کماکان در ذائقه خود داشت اروپای دوره رنسانس و بعد از جنگ‌های صلیبی در کنار بدست آوردن منابع غنی علمی از علمای مسلمان در بستری از دین هراسی شکل گرفت که مهم‌ترین دلیل این مسأله همان برخورد خشن کلیسا با دانشمندان مستقل آن دوره بود. با این پیشینه تاریخی به تدریج زمینه‌های مختلف علمی رشد خود را مستقل از آموزه‌های دینی که در آن زمان آموزه‌های مسیحیت در اروپا بود آغاز کردند به نحوی که آرام آرام علوم تجربی مانند طب، علوم ریاضی و فیزیک، اقتصاد و نهایتاً علوم انسانی مثل فلسفه، از بدنه کلیسا جدا شدند و در بستری که کاملاً مبتنی بر قوه عاقله انسان بود به رشد پرداختند. این دوره را شاید بتوان دوره جدایی علوم از معنویت دانست که اغلب به عنوان «دوره علوم مدرن» شناخته می‌شود مدرنیته‌ای که انسان‌ها را شخصی کرد به نحوی که آرام آرام افراد

به عنوان سلول‌های اجتماع مطرح شدند چه اینکه قبل از آن خانواده و حتی قوم و قبیله سلول‌های تشکیل دهنده جامعه بودند واقعیتی که آن را شخصی‌گرایی می‌نامند. از دیگر خصوصیات این دوره می‌توان به منطق‌گرایی^۱ اشاره کرد که به نوعی به رویکرد انسان‌مدرن برای کشف روابط منطقی موجود در بین اجزای جهان پیرامون اشاره دارد مانند کشف قوانین فیزیک که حاصل آن ایجاد تئوری‌هایی است که تلاش می‌کنند وقایع جهان را با یافته‌های علمی تجربی توضیح دهند حتی این تفکر به حوزه‌های بسیار شهودی مثل اخلاق هم وارد می‌شود به شکلی که تئوری‌های مدرن اخلاقی از جمله اخلاق عدالت محور (وظیفه‌گرا) کانتی که حاصل یک نظریه فلسفی- ریاضی است در عالم اخلاق ظهور می‌کند.

در حوزه پزشکی نیز تاریخ علم معاصر شاهد این تغییرات بوده است به نحوی که به سرعت پارادایم مبتنی بر اخلاط توازن که سابقه‌ای بیش از ۲۵۰۰ ساله دارد در قرون ۱۹ و ۲۰ میلادی دستخوش تغییرات عمده‌ای شد. ذهن تجربه زده انسان مدرن تصور کرد که گمشده خود را یافته است با کشف میکروب‌ها به عنوان عامل بیماری‌زا و از این رو بیش از یک قرن برای هر بیماری ابتدائاً و قبل از هر چیز دیگر به دنبال موجودی یا ماده‌ای می‌گشت که عامل این بیماری باشد پس از یافتن آن به دنبال دارویی که این عامل را از بین ببرد و یا انسان مدرن را نسبت به آن مصون دارد. این تفکر اگر چه در قرن ۲۰ به یک انقلاب عظیم در عرصه علوم پزشکی منجر شد و هر روز خدمتی جدید را به بشریت عرضه کرد از آن جمله کشف آنتی بیوتیک‌ها، توسعه انواع اعمال جراحی، توسعه بهداشت عمومی، کشف واکسن بسیاری از بیماری‌ها ... اما ادامه این روند با مشکلات و بن‌بست‌هایی

^۱. Rationalism

مواجه گردید و این همزمان بود با سایر بن بست‌های موجود در دنیای مدرن که منجر به ایجاد نحله‌های فلسفی پسامدرن^۱ گردید که شامل ساختار شکنی‌های متعهدانه را در عرصه‌های مختلف علمی و نظری باعث می‌شد. از جمله می‌توان به اقبال مجدد به اخلاق فضیلت‌گرا در عرصه اخلاق و توجه ویژه به طب سنتی و مکمل در عرصه طبابت اشاره کرد. یکی دیگر از نشانه‌های آغاز این دوره گذار از پزشکی مدرن به پزشکی پسامدرن بود که در اواسط قرن بیستم علاوه بر عوامل جسمی در تعریف سلامتی و بیماری به جنبه‌های روانی و اجتماعی آن توجه بیشتری می‌شد به نحوی که در دهه هفتم و هشتم قرن بیستم بررسی‌های اپیدمیولوژیک و بوم‌شناختی که به نوعی مبتنی بر فرضیه تأثیر عوامل اجتماعی بر علوم پزشکی بود از ارزش خاصی برخوردار شد که تا دهه ۱۹۹۰ ادامه داشت و امروزه نیز از جایگاه مهمی در پژوهش‌های علم پزشکی برخوردار است.

اما همه این عوامل مبتنی بر تلاش و کشف روابط مادی در عالم پیرامونی بود و توجهی به ماوراء عالم ماده و تجربی نداشت. اما از سوی دیگر بررسی‌های علمی و اپیدمیولوژیک نشان از تأثیر عوامل اعتقادی و فرامادی در ارزیابی شاخص‌های سلامتی داشت. به نحوی که سرانجام در سال ۱۹۷۹ سازمان بهداشت جهانی در مورد قرار گرفتن مباحث معنوی در شاخص‌های تعریف سلامتی مباحثی را مطرح کرد و به تدریج این عامل در کنار عوامل جسمی، روانی و اجتماعی جای خود را در تعریف سلامتی باز کرد و در همین زمان بود که مقالات جدید علمی ارتباط بین باورهای دینی- معنوی را با سلامت جسمی نشان می‌داد. به طوری که می‌توان ادعا کرد که امروزه اجماع کلی بر سر اهمیت سلامت روانی - معنوی در بین متخصصان مربوط شکل گرفته است. اما این سؤال مطرح می‌شود که چگونه

^۱. Postmodernism

می‌توان این بعد مهم سلامتی را عملاً تقویت کرد؟ چگونه می‌توان به پزشکان آموزش‌های لازم را برای در نظر گرفتن مسأله معنویت در درمان بیماران ارائه داد؟ خوشبختانه طرح موضوع الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفت توسط رهبر معظم انقلاب حضرت آیه الله خامنه‌ای-مدظله العالی- فرصتی مغتنم ایجاد کرده است که بتوان در این عرصه سلامت معنوی را با در نظر گرفتن اندیشه‌های مذهبی و ملی آن در طراحی این الگو پیش‌بینی کرد، و نهایتاً راهکارهای علمی برای بهبود سلامت معنوی در جامعه ارائه داد.

اما همواره این سؤال اساسی در حوزه سلامت معنوی فراروی ماست که در قبال این مهم چه رویکردهایی وجود دارد و ما به عنوان یک جامعه دینی در قبال پدیده سلامت معنوی باید چه رویکردی اتخاذ کنیم؟

به نظر می‌رسد در حوزه سلامت معنوی دو دیدگاه کلی می‌توان استنباط کرد که عبارتند از دیدگاه حداقلی که برگرفته از اندیشه اومانیزم و نگاه از پایین به بالاست، بدین معنا که از سلامت معنوی می‌توان به عنوان ابزاری برای رفع آلام و کاهش و تسکین درد بهره جست و در مقابل دیدگاه حداکثری که برگرفته از اندیشه خداگرایی انسانی است که تبلور عینی آن را می‌توان در پرتو انسان کامل در عرفان اسلامی جستجو کرد. بر اساس این دیدگاه که نگاه از بالا و پایین است انسان موجودی است بر گونه خدا که همه چیز را زاویه خیر مطلق می‌پندارد و حتی بیماری را نعمتی از نعمات خداوندی که ابتلا به آن خود موجب ارتقا و تعالی آدمی است. از اینرو درد و رنج هم در پرتو این تفکر معنا می‌یابد، اما به نظر می‌رسد برای دستیابی و به نتیجه‌ای مطلوب و بهره‌گیری از مواهب سلامت معنوی در زندگی فردی و اجتماعی باید طرحی نو در انداخت و راه سومی را جستجو کرد. شاید بتوان در قبال دیدگاه حداقلی و حداثری مطرح شده در حوزه سلامت

معنوی، با اتخاذ راه حل میانه که برگرفته از قاعده خیرالامور اوسطهاست زمینه بهره‌مندی از سلامت معنوی را در زندگی فردی و اجتماعی فراهم کرد. نه دیدگاه حداقلی می‌تواند روزه‌های فراروی ما بگشاید نه دیدگاه حداکثری را قاطبه ابنای بشر مقتضای دستیابی به آنست. از اینرو باید سلامت معنوی را نه در آسمان‌ها که دست‌نیافتنی است و نه در زمین نیاز که مارا به کار نمی‌آید در فضایی جستجو کرد که بتواند راهگشای مسائل و مشکلات بشر باشد و او را از مصائب دنیا نجات بخشد.

محمود عباسی