

بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از

بیماری‌ها: یک مطالعه مقدماتی

لادن عباسیان

محمود عباسی^۱

احسان شمسی گوشکی

زهرا معماریانی

چکیده

مقدمه: شاید در هیچ عرصه دیگری جز علوم زیست پزشکی، رویارویی میان سلامت معنوی و علم چنان موجب مناقشه نبوده است. علیرغم همه پیشرفت‌های نظری در حوزه سلامت، توجه به بعد معنوی سلامت در اکثر برنامه‌های ارتقای سلامت مغفول مانده است. درباره نحوه تأثیر معنویت بر بهداشت، سلامت افراد هم نیز ابهامات و سؤالاتی زیادی وجود دارد که پژوهش‌های تازه برای پاسخ به آنها ضروری است. این پژوهش درصدد بررسی مقدماتی جایگاه علمی و نقش سلامت معنوی در پیشگیری از بیماری‌ها است.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است. برای جمع‌آوری اطلاعات از روش اسنادی استفاده شده است. اطلاعات و داده‌ها با روش غیرمستقیم و استفاده از اسناد بایگانی شده چه به صورت اسناد خصوصی یا ویراسته، کتب تخصصی و مراجع مکتوب گردآوری و مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌ها: رشته‌های علمی جدید دیدگاه‌هایی را درباره نقش‌های احتمالی مؤلفه‌های معنوی در پیشگیری از بیماری‌ها مطرح کرده‌اند اما تا وقتی نظریه‌های آنها به پژوهش عملی نینجامد اصولاً عقیم می‌مانند. پژوهش‌های مربوط اذعان دارند که مؤلفه‌های معنوی از تأثیرات پیشگیرانه غالباً مثبتی برخوردارند اما هنوز باید کار زیادی صورت گیرد تا

مسائل مربوط به همبستگی سلامت معنوی و سلامت جسمی روشن شوند. یافته‌ها نشان داد که پیشگیری از بیماری‌ها را نمی‌توان از مراقبت معنوی جدا نمود.

نتیجه‌گیری: مفهوم معنویت و سلامت معنوی اگرچه به ظاهر بسی دور از علوم زیست پزشکی است اما در عمل از بسیاری جهات با آن ارتباط دارد. نوک این کوه یخ نمودار است اما هر چه علم پیوندهای گوناگون معنویت، سلامت معنوی و علوم زیست‌پزشکی را بیشتر بررسی می‌کند پیکر این کوه یخ بیش از پیش نمایان می‌شود.

واژگان کلیدی

پیشگیری، زیست‌پزشکی، سلامت معنوی، علم

بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از بیماری‌ها:

یک مطالعه مقدماتی

از زمان بقراط تا به امروز این باور که خداوند هم شفادهنده و هم منشأ علم پزشکان است و این که پزشکان وسیله‌ای برای تشخیص، درمان و رساندن شفا به بیماراند (بقراط، ۱۹۵۲م.) کم و بیش وجود داشته است (آموندسن، ۱۹۹۶م.، صص ۱۲۷-۱۵۷). اما در دوران معاصر، تاریخ علم پزشکی شاهد تغییرات عمده‌ای بوده است به نحوی که به سرعت پارادایم مبتنی بر اخلاط چهارگانه که سابقه‌ای بیش از ۲۵۰۰ ساله دارد در قرون ۱۹ و ۲۰ میلادی دستخوش تغییرات عمده‌ای شده است. نظریه میکروبی اگرچه در قرن ۲۰ به یک انقلاب عظیم در عرصه علوم پزشکی منجر شد و هر روز خدمتی جدید را به بشریت عرضه کرد اما در ادامه با مشکلات و بن‌بست‌هایی مواجه گردید و این همزمان بود با سایر بن‌بست‌های موجود در دنیای مدرن که منجر به ایجاد نحله‌های فلسفی پسامدرن گردید که ساختار شکنی‌های متعهدانه را در عرصه‌های مختلف علمی و نظری باعث می‌شد. 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 و تا دهه ۱۹۹۰ ادامه داشت. در دهه‌های اخیر، ابعاد دیگری در تعریف سلامت وارد و به تدریج در نوشته‌های علمی آورده شده است که براساس آن، سلامت و بیماری انعکاسی از

درهم تراوشی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی (راجرز و دیگران، ۲۰۱۰م.) و معنوی است.

شاید امروزه در هیچ عرصه دیگری جز علوم زیست پزشکی، رویارویی میان بعد معنوی سلامت و علم تا بدین حد موجب سردرگمی نبوده باشد. گذار از دوران مدرن و تجربه نه چندان موفق بشر در برخی جنبه‌ها باعث شد که در اواخر قرن بیستم و آغاز هزاره جدید بازگشتی دوباره به ابعاد غیرمادی وجود مشاهده شود و دانشمندان تلاش کنند تا خلأها و کاستی‌ها و سؤالات بی‌پاسخ را در به هم پیوند زدن مجدد علوم انسانی و سایر علوم جستجو نمایند.

پژوهش‌های مختلف، بر طیف وسیعی از سازوکارها نظیر غربالگری، ایمن‌سازی‌ها، مهندسی اجتماعی، گروه‌های خودیاری و سایر برای پیشگیری از بیماری‌ها تأکید کرده‌اند. در همین راستا اهمیت معنویت در حیات جسمی انسان در چند دهه گذشته به گونه‌ای روزافزون توجه متخصصان بهداشت و سلامت را به خود جلب کرده است؛ آنان به‌طور روزافزون دریافته‌اند که استفاده از روش‌های مدرن و تکنولوژی‌هایی که اکنون به عنوان سنت امروز علم پزشکی شناخته می‌شوند، به تنهایی پاسخگوی همه جنبه‌های مواجهه با بیمار و پیشگیری و درمان بیماری‌ها نیست. به همین دلیل، بررسی علمی نقش سلامت معنوی یکی از مباحث مهم در پژوهش‌های علوم سلامت شده است (دهشیری و دیگران، ۱۳۸۷ش، صص ۱۲۹-۱۴۵).

به‌رغم این پیشرفت‌ها، بعد معنوی سلامت در مباحث و برنامه‌های ارتقای سلامت جسمی در همه جهان مغفول مانده است (مردی، ۱۳۸۹ش، ص ۶، دیباچه) و پیشرفت ایده سلامت معنوی بسیار کند و تکوین آن در عرصه سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها به تعویق افتاده است. بسیاری از مطالعات درباره معنویت،

سلامت معنوی را به عنوان «عامل فراموش شده» در ملاحظات مربوط به سلامت جسمی می‌داند.

درباره تأثیر معنویت بر پیشگیری از بیماری‌ها، ابهامات زیادی نیز وجود دارد. به طوری که نتایج حاصل از مطالعات کاربردی هنوز به طور کامل قابل توجیه نیستند. هنوز نمی‌توان به درستی در مورد چگونگی و مکانیسم تأثیرگذاری عامل معنویت بر سلامت و بیماری افراد توضیح مشخصی ارائه داد. بسیاری از عوامل هستند که همزمان و طی عمر در زندگی فرد وارد می‌شوند و نسبت دادن تغییرات و متغیرهای تجربی به عوامل معنوی را تحت تأثیر قرار داده و گاه دشوار و غیرممکن می‌کنند. همه اینها مسائلی است که پژوهش‌هایی تازه برای پاسخ به آنها ضروری است. هدف عمده این مطالعه بررسی مقدماتی جایگاه علمی و نقش سلامت معنوی در روند پیشگیری از بیماری‌ها است.

بنیادهای نظری ایده سلامت معنوی در فلسفه و تاریخ طب

ادموند پلگرینو، فیلسوف، پزشک و استاد علوم انسانی پزشکی در دانشگاه جرج تاون، یکی از تأثیرگذارترین فیلسوفان پزشکی برخلاف «شافت» و «نگلهارت» تعریفی که از فلسفه پزشکی دارد، تعریفی مختص به مفهوم «پزشکی بماهو پزشکی» است (پلگرینو، ۱۳۸۴ش، صص ۱۵-۲۲). برپایه آرای او، پزشکی در دوران مدرنیسم در برخورد کلی از دو سده قبل با فلسفه مادی‌گری منطبق با دیدگاه‌های فلسفی پیشین جهان غرب، به خصوص نظریات کلود برنارد، متولد شد و نگرش آن به سلامت و بیماری دیدگاه بیولوژیک محض (زیست‌شناختی) بود. با نزدیک شدن به قله‌های درک زیست‌شناختی از انسان و گذر از مدرنیسم به پست‌مدرنیسم، ناکافی بودن دیدگاه‌های زیست‌شناختی در حل مشکلات انسان و

در نگاه به سلامتی و بیماری آشکارتر گردیده است. تحقیقات متعدد دانشمندان از یک سو و بازگشت جامعه به ارزش‌های انسانی از سوی دیگر، افق‌های درمانی جدیدی را گشوده است. پزشکی رشد فزاینده‌ای یافته و فلسفه زیست‌شناختی در تعریف سلامتی و بیماری و برخورد با انسان جای خود را به فلسفه کل‌نگری یا دیدگاه جامع‌نگری داده است. در این فلسفه نگاه به انسان در ابعاد زیست‌شناختی، روانی، اجتماعی، روحی و معنوی مورد توجه قرار گرفته است (امامی و پزشکی، ۱۳۸۰ش، صص ۹-۱۵).

در طول تاریخ، معنویت و طبابت به هم آمیخته بوده‌اند. درمان‌های معنوی بخش مهمی از درمان‌های طبی بومی را در بسیاری از سرزمین‌های شرقی غنی از مکاتب طبی سنتی تشکیل می‌داده و می‌دهند. حکیمان مشهور ایرانی نیز در کتب پزشکی کهن، به معنویت در امر طبابت پرداخته‌اند. جرجانی، طبیب معنوی را عارفی می‌داند که از طریق ارشاد و تکمیل، قدرت انجام این طب را دارد (امیدواری، ۱۳۸۷ش، صص ۵-۱۷). اولین بار یک دانشمند مسلمان ایرانی، علی بن ربن طبری، آن هم قریب ۱۲۰۰ سال قبل ارتقای سلامت جسمی را در معنویت و سلامت معنوی می‌دید. به گفته مورخین، در کتاب فردوس الحکمه که نخستین بار مفهوم طب تلفیقی^۱ را مطرح نموده است از کلیه اطلاعات طبی سریانی، ایرانی، هندی و یونانی که در آن زمان در دسترس اطبا بوده، استفاده شده است. به طوری که طب گیاهی را از ایران، طب آیورودا^۲ (دانش زندگی) را از هند و طب یونان را از یونان باستان با تمام تجارب موجود، وارد این دایرةالمعارف بزرگ نموده است. مورخین بی‌شماری بر تأثیر تفکر مذهبی زرتشتی از طریق سنت سوشروتا سامهیتا^۳ و کاراکا سامهیتا^۴ بر مطالب این کتاب اذعان دارند. فردوس الحکمه نوعی دایرةالمعارف پزشکی است که در آن علاوه بر طب، از طبیعیات خصوصاً علم

کیمیا، جانورشناسی، جنین‌شناسی مقایسه‌ای، گیاه‌شناسی، روانشناسی و حکمت و فلسفه اسلامی و زرتشتی بحث شده است و برای تشخیص و درمان بیماری‌ها از طریق طب تلفیقی وارد شده است. در فردوس الحکمه در موارد متعدد اسامی بسیاری از گیاهان و داروها به زبان فارسی آمده است یا ترجمه کلمات فارسی ذکر شده است که خود دلیل بر استفاده از منابع اصلی ایرانی است (تاجبخش، ۱۳۷۳ش).

طب ایرانی با سابقه هزاران ساله، دارای رویکردی کل‌نگر بر مبنای پیوستگی جسم و روح و ذهن انسان است که تنها به درمان بیماری‌ها محدود نبوده بلکه سبکی برای ارتقای سلامت و کیفیت زندگی به‌شمار می‌رود (فرخ‌نیا، ۲۰۱۰م). با بررسی تاریخی مشخص می‌شود که مدارس طبی ایران باستان به تربیت سه گروه طبیب می‌پرداختند که شامل شفادهندگان با اصول روحانی، شفادهندگان با قانون و شفادهندگان با چاقو بودند. پزشکان روحانی از نظر تحصیلات در سطح بالاتری از دو دسته دیگر بوده و با به‌کار بردن کلمات مقدس به بهترین وجه قادر به معالجه و خارج کردن بیماری از بدن بوده‌اند. بدین طریق بیشتر پزشکان معتبر دوران خلفای اسلامی نیز از الهیات اطلاع داشتند و روحانیون نیز غالباً از معلومات پزشکی بی‌بهره نبودند (الگود، ۱۳۸۶ش، صص ۲۸-۳۴). از نظر دانشمندان مسلمان، طبیب و فیلسوف همچون ابن سینا و رازی طبابت شامل جنبه‌های جسمانی و روحانی بوده است. رازی در مقدمه کتاب «الطب الروحانی» خود می‌نویسد که این کتاب مکمل و به موازات کتاب «المنصوری» اش است که هدف آن مطالعه «طب جسمانی» است (محقق و طرفداری، ۱۳۸۹ش، صص ۵-۱۳). رازی در حدود هزار سال قبل درمان‌های روحانی را بدون استعمال دارو به‌کار می‌برده و حکایات چندی از این قبیل درمان‌ها در مثنوی معنوی مولانا ذکر گردیده است. ابن سینا

درباره صفات طیب می‌گوید: «طیب باید که دائم بشارت دهنده صحت و سلامتی برای بیمار باشد چرا که برای عوارض نفسانی تأثیر فوق العاده دارد» (نجم‌آبادی، ۱۳۴۳ش، صص ۹۱-۹۴). چنانچه از موارد فوق برمی‌آید، درمان و سلامت معنوی از دیرباز در مکاتب طب بشری بخصوص در ایران مورد توجه بوده و ایرانیان اهمیت درمان‌های روحی در کنار درمان جسمانی را درک نموده‌اند.

از داروینیسیم تا تئویبولوژی

ارتباط میان معنویت و زیست‌شناسی به لحاظ تاریخی تحت تأثیر به نظریه تکامل داروین (۱۸۵۹م.) بوده است. اگر از اساس، نزاعی نیز میان زیست‌شناسی، معنویت و سلامت معنوی وجود داشته باشد، همان نظریه تکامل است. برحسب دیدگاه داروینیسیم، انطباق اساساً هدفی دوگانه دارد که موجب بقای ارگانیسم و تولید مثل آنها است. این، اساس انتخاب طبیعی است و می‌توان نظر داد که معنویت و سلامت معنوی سه نیاز اصلی را برآورده می‌کند. این سه نیاز در مجموع عبارتند از نیازهای شناختی، انگیزشی و اجتماعی که اسپیلکا و همکارانش (۲۰۰۳م.) اینها را نیاز به معنا، کنترل و ارتباط با دیگران می‌نامند. این جدال هنوز هم ادامه دارد چنانکه کشمکش تازه‌تر بر سر «خلقت‌گرایی»^۵ و «علم آفرینش» و اینک در بحث بر سر «طرح هوشمندانه»^۶ دیده می‌شود (اسپیلکا و دیگران، ۲۰۰۳م، صص ۵۴-۵۷). خلقت‌گرایی عقیده دینی بنیادگرایی است که داستان خلقت جهان و حیات را مو به مو قبول دارد و تأیید می‌کند و منکر هر نوع تکاملی است (کارتر، ۲۰۰۰م.). علم آفرینش رویکردی تازه‌تر است که طرفدارانش می‌خواهند اندیشه علمی را با خلقت‌گرایی آشتی دهند. مقدمات، تفسیرها و نتایج علم آفرینش با نظریه، روش‌ها و یافته‌های علمی مرسوم تفاوت عمده‌ای دارد (گولد، ۱۹۹۹م. به نقل

از اسپیلکا و دیگران، ۲۰۰۳م، ص ۵۴). طرح هوشمندانه کوششی جدیدتر برای ادغام علم و مفهوم مذهبی خلقت بوده و پرورده دانشمندان فرهیخته و از نظر مذهبی سنتی است. این نظریه، تکامل را به شکل معتدل قبول دارد و اساساً مدعی است که بسیاری از حقایق مشهود طبیعت با نظریه تکامل قابل تبیین نیست و نیازمند دخالت آفریننده است. چنان که ساعت را ساعت ساز می سازد، بسیاری از پدیده های زیست شناختی و زیست شیمیایی را فقط می توان ناشی از دخالت خدا یا آفریننده دانست (به، ۱۹۹۶م). در سالیان اخیر، ریبیرن و ریچموند (۱۹۹۸م. و ۲۰۰۰م). زیست شناسی و دین را پیوند داده و از آن با اصطلاح «تئوبیولوژی» یاد کرده اند (ریبیرن و ریچموند، ۱۹۹۸م، صص ۳۴۵-۳۵۶؛ ریبیرن و ریچموند، ۲۰۰۰م، صص ۲۸۱-۲۸۸). این دیدگاه، که درصدد بررسی نظام مند مبنای زیست شناختی همه صور حیات دینی در همه ارگانیسم ها از جمله انسان است بدانجا گسترش خواهد یافت که به دنبال امتیاز زیستی ای باشد که معنویت و سلامت معنوی می تواند به انسان معنوی، پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت جسمی او اعطا کند.

مکانیسم های مفروض بر تأثیر گذاری سلامت معنوی

پژوهشگران برای پیشگیری از بیماری ها سه سطح مشخص کرده اند: پیشگیری نخستین، پیشگیری دومین و پیشگیری سومین. پیشگیری نخستین با هدف پیشگیری از شروع بیماری صورت می گیرد. پیشگیری دومین با هدف شناسایی و درمان بیماری در مراحل اولیه بیماری و اقدام هایی برای کاهش و تخفیف علائم صورت می پذیرد پیش از آنکه بیماری سبب مشکلات غیرقابل برگشت شود. پیشگیری سومین با هدف کنترل، تقلیل اثرات یا کاهش پیشرفت یک بیماری تقریباً تثبیت شده و غیرقابل برگشت صورت می گیرد (مسعودنیا، ۱۳۸۹ش،

صص ۲۹۴-۲۹۵). اثر معنویت بر سلامت جسمی به دلیل زیرساختارهای فردی و اجتماعی که ایجاد می‌کند از شروع بیماری و عوامل موجود آن تا مرگ تأثیرگذار است و با مکانیسم‌های گوناگون موجب پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود. معنویت به افراد امکان می‌دهد در زندگی معنی و مفهوم واحدی را پیدا کرده و نیروی برتر از خود را تجربه کنند. سلامت معنوی می‌تواند اثری مثبت بر سلامت روانی و جسمی داشته باشد. از مهمترین عوامل و مکانیسم‌های بالقوه و مفروض بر تأثیرگذاری سلامت معنوی بر پیشگیری از بیماری‌ها می‌توان به شبکه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و عوامل و مکانیسم‌های روانی و فیزیولوژیک اشاره نمود. حمایت معنوی، نهادهای معنوی و شبکه‌های معنوی (هیل و پارگانت، ۲۰۰۳م، صص ۶۴-۷۴) و رهبری معنوی عامل بسیار ارزشمندی برای پیشگیری از بیماری محسوب می‌شوند.

اسرائیلا میراشتاین (۲۰۰۴م). در مقاله‌ای تحت عنوان «دیدگاه معنوی یهودی درباره سایکوپاتولوژی و سایکوتراپی: نظر یک پزشک» به بررسی بیماری‌های روحی قوم یهود و منابع دین یهود برای سلامت معنوی مردمش می‌پردازد و نیم‌نگاهی نیز به کلیت بحث و اطلاقش به اقوام دیگر دارد. به نظر میراشتاین، چون بیماران از جهت نگرش شان به راه حل‌ها متفاوتند (یعنی برخی از بیماران راه حل را در دستان خدا می‌دانند در حالی که دیگران بر این نظرند که خدا به کسانی کمک می‌کند که به خودشان کمک می‌کنند)، راه برخورد با آنها نیز متفاوت است. به علاوه، به نظر او، معنویت می‌تواند منابع مفیدی برای درمان باشند که می‌توان با فراهم آوردن ابزاری خاص مثل تیم درمانی متشکل از روحانیون و کشیشان یا با ارجاع بیمار به جامعه ایمانی خویش امید بیمار را افزایش داد (میراشتاین، ۲۰۰۴م، صص ۳۲۹-۳۴۱).

لورن مارکس (۲۰۰۵م.) مدل مفهومی‌ای را ارائه کرده که ارتباط سه بُعد تجربه مذهبی (اعمال مذهبی، باورهای معنوی و جامعه ایمانی) را با ابعاد سه‌گانه سلامت (ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی) نشان می‌دهد. منظور از عمل مذهبی تجلیات بیرونی و قابل مشاهده ایمان است. منظور از باورهای معنوی، دیدگاه‌ها و باورها و معانی درونی و شخصیت، و مراد از جامعه ایمانی، ارتباط فرد با گروه‌های مذهبی و دریافت حمایت از چنین اجتماعاتی است. به نظر او، این مدل مفهومی منحصر به مسیحیت نیست و قابل اطلاق به مذاهب دیگر نیز هست (مارکس، ۲۰۰۵م.، صص ۱۷۵-۱۷۶). به نظر مارکس، بسیاری از رفتارهای پیشگیرانه (نظیر رفتارهای جنسی پرخطر و استفاده یا اجتناب از مصرف الکل یا تنباکو و مواد مخدر) تحت تأثیر باورهای معنوی هستند.

مستندات علمی و بالینی نقش سلامت معنوی

سازمان جهانی بهداشت، «معنویت» را به عنوان یک اصل برای ارتقای سلامت افراد پذیرفته است (محمودیشان و دیگران، ۲۰۱۰م.، ص ۶) و در تعریف سلامت ابعاد معنوی را هرچند به شکل ضمنی نیز در نظر می‌گیرد (لارسون، ۱۹۹۶م.، صص ۱۸۱-۱۹۲). به‌علاوه در رویکرد سازمان جهانی بهداشت به مراقبت‌های تسکینی در درمان، نیازهای عاطفی و معنوی بیمار علاوه بر فرآیند تسکین درد تماماً دارای اهمیت است (اسپولودا و دیگران، ۲۰۰۲م.).

لانگوی اولین تئوری سلامت را بر پایه معنویت بیان کرد و نیومن (۱۹۸۶م.) بیماری را یک شوک تلقی می‌کرد که معنویت نقش مهمی برای برگشت به حالت اولیه و تعادل سلامتی ایفا می‌کند (هومان، ۲۰۰۱م.، ص ۶۴۶). پژوهشگران علوم انسانی سلامت نیز به این نتیجه رسیده‌اند که اصول مشترکی در دستورات مذهبی

ادیان عمده جهان وجود دارد که از سلامتی پیروان آنها محافظت می‌کند. این اصول مشترک ریشه در معنویت ادیان دارد. در اینجا، سخن از طب معنوی است. در طب معنوی تلاش می‌شود از طرق مختلفی قدرت دفاع بیمار و اعتماد به نفس او را افزوده و به کنار آمدن او با مشکلات و بیماری‌های مزمن کمک نمایند. در مقایسه با طب رایج، سیستم‌های درمانی مکمل و جایگزین با رویکردی کل‌نگر به جنبه‌های روح و ذهن و جسم انسان، قابلیت ارائه درمان‌های همه‌جانبه دارند (امبرلی، ۱۹۹۸م).

توجه به معنویت طبیعتاً موجب فعال‌سازی مسؤلیت‌پذیری شخص در زمینه دسته‌ای اصول و باورهای مندرج شده در دین می‌شود که اثرات جسمانی نیز دارند. کنش‌های معنوی موجب افزایش سلامت اجتماعی شده و تعاملات اجتماعی را افزایش می‌دهند و حمایت اجتماعی را به‌عنوان یک منبع ارتقای سلامت جسمی فراهم می‌آورد. بنا به نظر بالداجینو و دراپر (۲۰۰۱م)، اعمال معنوی می‌تواند خودبهبودی را افزایش دهد (بالداجینو و دراپر، ۲۰۰۱م. به نقل از اسکارنچی و دیگران، ۲۰۰۹م، صص ۶۹-۷۶). در مکانیسم سایکونوروفیزیولوژیک نیز احساس رضامندی ناشی از ثمرات معنوی از طریق تأثیر بر مکانیسم‌های شناخته شده مغزی و به وسیله نوروپپتیدهای پیام‌رسان^۷ روی سیستم‌ها و اندام‌های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و... تأثیر تقویت‌کننده دارد که نتیجه این تأثیرات پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر بیماری است که در تحقیقات مختلف این مسئله نشان داده شده است (دوبرا، ۲۰۰۴م؛ سلامت کانادا، ۲۰۰۴م).

سایر پژوهش‌ها حاکی از آن است که معنویت ارتباط مثبتی با سلامت جسمی دارد (دهشیری و دیگران، ۱۳۸۷ش، صص ۱۲۹-۱۴۵). مارتینسون و سادستروم (۱۳۸۷ش) به این نکته اشاره کرده‌اند که عقاید معنوی به‌عنوان شکلی از سازگاری فعال در

بیماران مبتلا به سرطان شناخته می‌شود. کوئینگ و همکارانش (۱۹۸۸م.) نیز عقیده دارند که در موقعیت‌های تنش‌زا به‌ویژه مسایل مرتبط با سلامتی، معنویت منبع مهم سازگاری به‌شمار می‌رود. نتایج پژوهش مک کلین و همکارانش (۲۰۰۳م.) نیز نشان داد معنویت اثری قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد (رضایی و دیگران، ۱۳۸۷ش، صص ۳۳-۳۹). افرادی که از سلامت معنوی برخوردارند افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل، و حمایت اجتماعی بیشتریند (محمدی و بابایی، ۱۳۹۰ش، صص ۲۹-۳۷) چراکه معنویت، به همراه نیروهای مذهبی از قبیل دعا، نقش مهمی در قبول بیماری‌ها دارد (دینش و کامولدیپ، ۲۰۰۷م. به نقل از حجتی و دیگران، ۱۳۸۸ش، صص ۱۴۹-۵۵) و معنویت در واقع یکی از ابعاد وجود انسانی است که در مواقع بروز بحران و استرس به شکل بارزی نمود پیدا کرده، سبب خلق معنا در زندگی شده و الهام‌بخش فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود.

مراقبت معنوی پزشکان و پرستاران و تأثیر آن بر نتایج مداخلات درمانی و بالینی

از دیدگاه صاحب‌نظران علوم انسانی سلامت، انسان یک کل است. بر این اساس رفتار انسان تحت تأثیر تمام ابعاد وجودی او قرار دارد. اگر بیماری به عنوان یک رفتار در نظر گرفته شود، بدیهی است که این رفتار تحت تأثیر ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی او قرار دارد. بنابراین، افراد دست‌اندرکار سلامت علاوه بر دانش و مهارت لازم درباره جسم، به اطلاعات دقیق در زمینه سلامت معنوی بیماران نیز نیاز دارند. از طرفی، امروزه توجه به ایمان و معنا در درمان جایگاه محکمی در بین روش‌های درمانی طب رایج در دنیا پیدا نموده است و پاسخ به نیازهای معنوی بیماران، جزء وظایف مراکز درمانی محسوب می‌شود. مراقبت

معنوی از بیمار در حال حاضر در قالب فرآیند پرستاری صورت می‌گیرد. آگاهی از نیازهای معنوی بیمار و همچنین اثرات احتمالی که بیماری کنونی بر روی تجربیات معنوی وی گذاشته است در جریان مراقبت از او امری ضروری محسوب می‌گردد. آگاهی از عقاید معنوی بیماران و تلاش برای احترام و در نظر گرفتن آنها در روند تشخیص و درمان بیماری‌ها نیز همواره امری مهم تلقی می‌گردد. با این مقدمه، از آنجا که امروزه سلامتی به صورت یک فرایند پویای دستیابی به سطوح بالاتر سلامت در هر یک از ابعاد چهارگانه وجودی انسان در نظر گرفته می‌شود رویکرد کلی‌نگر راهکار مناسبی برای شاغلین حرفه‌های بهداشتی درمانی به‌ویژه پرستاران جهت توجه به تمامی ابعاد وجودی انسان است. در این رابطه، پرستاران خود را مدعی انجام مراقبت کلی‌نگر معرفی کرده و می‌توانند به حفظ سلامت جسمی بیماران کمک نمایند. مطالعات نشان می‌دهند که بیماران، از پرستاران انتظار دارند که توانایی بحث درباره سلامت معنوی آنها را داشته باشند. همچنین طبق نتایج مطالعات، مراقبت معنوی که بیماران از پرستاران خود انتظار دارند بر میزان تشخیص نیازهای معنوی بیماران و اقدامات برنامه‌ریزی و اجرا شده تأثیر می‌گذارد (وست، ۱۳۸۷ش). پزشک، از دیگر سو، مسؤول مراقبت از بیمار است. این مراقبت در درجه اول جسمانی است که با روش‌های مختلف دارویی، جراحی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی و... به انجام می‌رسد. برآوردن این مسؤولیت برعهده پزشک خواهد بود. از سوی دیگر، مراقبت‌ها جنبه‌های دیگری هم دارند از جمله جنبه معنوی که برعهده تیم پزشکی است. تیم پزشکی می‌تواند به بیمار کمک کند تا جنبه‌های معنوی زندگی خود را در طول فرایند تشخیصی و درمانی سر و سامان بدهد. این «مراقبت معنوی» تا حد زیادی وابسته به فرهنگ است.

همچنان که توجه به معنویت در بیماران، موضوع مهمی است و لازم است پزشکان با همه جوانب عوامل دخیل در بیماری جسمی آشنا بوده و مداخلات درمانی دربرگیرنده توصیه‌های معنوی پیشگیری، درمان طبی و مراقبت‌های تکمیلی باشد (سمیعی راد و قاسمی، ۱۳۸۹ش.)، توجه به مراقبت معنوی پزشکان و پرستاران نیز از مهمترین عوامل مؤثر در پیشگیری مؤثر از بیماری‌ها است که متأسفانه مورد غفلت و بی توجهی قرار می‌گیرد. عواملی مانند تجارب زندگی و تندرستی معنوی خود پرستاران نیز می‌تواند در پیش‌بینی و تعیین مراقبت معنوی مؤثر باشد.

نتیجه

در این مطالعه سعی شد تا به مسئله جایگاه علمی و نقش سلامت معنوی در فرآیند پیشگیری از بیماری‌ها درآمدی مختصر گردد. بنابر یافته‌های این مطالعه، رشته‌های علمی جدید دیدگاه‌هایی را درباره ریشه‌ها و نقش‌های احتمالی مؤلفه‌های سلامت معنوی مطرح کرده‌اند. در عین حال، باید دانست که نظریه‌های بزرگ و فراگیر ممکن است به لحاظ فکری جالب باشد اما تا وقتی به پژوهش عملی و ارزیابانه نینجامد اصولاً عقیم می‌مانند. مؤلفه‌های سلامت معنوی می‌توانند در خدمت سلامت جسمی قرار گیرند و منافی را متوجه بیماران کنند. پژوهش‌های مربوط نیز اذعان دارند که مؤلفه‌های سلامت معنوی از تأثیرات پیشگیرانه غالباً مثبتی برخوردارند اما هنوز باید کارهای زیادی صورت گیرد تا مسائل مربوط به همبستگی و تأثیرات سلامت معنوی و سلامت جسمی روشن شوند.

مسئولیت نهایی تحقق جامعه سالم برعهده دولت است و هر نظام سلامت برای رسیدن به سلامت جسمی بایستی از پتانسیل معنوی وجودی بیماران و اعضای تیم درمانی بهره‌مند شود و از سوی دیگر به تقویت بنیان‌های معنوی جامعه به عنوان یک مؤلفه مهم سلامتی بنگرد تا با کمک ساختارهای مختلف نظام اجتماعی همچون نهادهای فرهنگی، اقتصاد، آموزش و پرورش و... به وظیفه خود در جهت ارتقای سلامت جامعه بهتر عمل کند.

پیشنهادات

در سطح بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود که مدیران شرایطی را برای شرکت پرستاران در دوره‌های آموزشی مستمر، کنفرانس‌ها و کنگره‌ها در زمینه اهمیت بُعد معنوی و مراقبت معنوی جهت ارتقای دانش و مهارت لازم فراهم کرده و آنها

را به برگزاری کنفرانس‌های داخلی بیمارستانی در رابطه با این موضوع ترغیب کنند.

در چارچوب نظام آموزش پزشکی، لازم است در آموزش بالینی و نظری، دانشجویان علوم پزشکی به‌ویژه دانشجویان پزشکی و پرستاری با مقوله سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت و رضایت از زندگی آشنایی بیشتری پیدا کنند تا نگاه جامع‌تری نسبت به مددجو داشته باشند و بتوانند در سایه حفظ کرامت‌های انسانی و اخلاقی، خدمات و مراقبت‌های کامل‌تر و مناسب‌تری را به آنان ارائه دهند. پیشنهاد می‌گردد که محتوای درسی در مورد معنویت و مراقبت معنوی در برنامه آموزش پرستاری گنجانده شود. بدین جهت بسترسازی فرهنگی قبل از تهیه محتوای درسی امری ضروری به نظر می‌رسد. جهت تعیین محتوای درسی پیشنهاد می‌شود کمیته‌ای متشکل از صاحب‌نظران مختلف در این امر تشکیل شود و با توجه به محدودیت‌ها، موانع و ویژگی‌های جامعه مشخص شود که چگونه و در کدام قسمت از برنامه آموزش پزشکی و پرستاری می‌توان محتوای مراقبت معنوی را گنجاند و تدریس نمود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که محتوای درس مراقبت معنوی شامل توصیف و تعریف مفهوم معنویت، نیازهای معنوی، تأثیر بعد معنوی بر سلامت جسمی و اهمیت مراقبت معنوی در مراقبت‌های پزشکی و پرستاری باشد. در محیط بالین نیز لازم است اساتید بالینی و مربیان پرستاری در هر دوره آموزشی به نیازهای معنوی بیماران در کنار نیازهای جسمی و روانی اهمیت داده و مراقبت معنوی را در طراحی برنامه مراقبت‌های پزشکی و پرستاری قرار دهند.

در نهایت، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران و صاحب‌نظران علوم انسانی سلامت با انجام پژوهش‌های مختلف در مورد این بعد از وجود انسان به شناساندن هرچه بیشتر اهمیت بعد معنوی به عنوان جزء اصلی و مرکزی در سلامتی انسان و کسب بهبودی تلاش کنند.

Archive of SID

پی‌نوشت‌ها

1. integrated medicine
2. ayurvedic medicine
3. sushrutu samhita
4. karaka samhita
5. Creationism
6. Intelligent design
7. Neurotransmitter

فهرست منابع

- الگود، سیریل. (۱۳۸۶). تاریخ پزشکی ایران و سرزمین‌های خلافت شرقی ترجمه باهر فرقانی، تهران: امیرکبیر.
- امامی، سید محمد حسین، پزشکی، محمدزکریا. (۱۳۸۰). جامع‌نگری در پزشکی، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱، شماره ۳.
- امیدواری، سپیده. (۱۳۸۷). سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها، پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی، سال اول، شماره اول.
- پلگرینو، ادموند. (۱۳۸۴). فلسفه پزشکی در جستجوی تعریف، ترجمه احمد رضا همتی مقدم، سروش اندیشه، سال سوم، شماره یازدهم.
- تاجبخش، حسن. (۱۳۷۳). تاریخ دامپزشکی و پزشکی ایران، چاپ اول، جلد اول، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- حجتی، حمید، مطلق، معصومه، نوری، فرشته، شریف‌نیا، سیدحمید، محمدنژاد، اسماعیل، حیدری، بهروز. (۱۳۸۸). ارتباط ابعاد مختلف دعا با سلامت معنوی بیماران تحت درمان با همودیالیز، پرستاری مراقبت ویژه، دوره ۲، شماره ۴.
- دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز، جعفری، عیسی، نجفی، محمود. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان، مطالعات روانشناختی، شماره ۱۶.
- رضایی، محبوبه، سیدفاطمی، نیمه، حسینی، فاطمه. (۱۳۸۷). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره ۱۴، شماره ۳.
- سمیعی راد، فاطمه، قاسمی، زهرا. (۱۳۸۹). سلامت معنوی در بیماران سرطانی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.

صفایی راد، ایرج، کریمی، لطف الله، شموسی، نعمت الله، احمدی طهور، محسن. (۱۳۸۹). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان دانشجویان، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷، شماره ۴.

محقق، مهدی؛ طرفداری، علی محمد. (۱۳۸۹). فلسفه اخلاق یا طب روحانی در اسلام، فصلنامه بررسی‌های نوین تاریخی، شماره ۶ و ۷.

مردنی، سید علیرضا. (۱۳۸۹). جستاری در سلامت معنوی، مجموعه مقالات همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی، دیباجه، تهران، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران.
محمدی، فرحناز، بابایی، مهرزاد. (۱۳۹۰). تأثیر مشارکت در گروه‌های حمایت‌گر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در سالمندان مبتلا به آلزایمر مراقبین عضو خانواده، مجله سالمندی ایران، سال ششم، شماره ۱۹.

مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی پزشکی، چاپ اول، تهران، دانشگاه تهران.

نجم آبادی، محمود. (۱۳۴۳). طب روحانی، نشریه فرهنگ و هنر، شماره ۱۰۵.

وست، ویلیام. (۱۳۸۷). روان درمانی و معنویت، ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیر افکن، چاپ دوم، تهران، رشد.

Amondson, D. (1996). *Medicine, society and faith in the ancient and medical world*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Behe, M. J. (1996). *Darwin's black box: The biochemical challenge to evolution*. New York: Free Press.

Carter, S. L. (2000). *God's name in vain*, New York: Basic Book.

Deborah, Bonnar. (2004). *Restoring health, population health, what determines health, health canada, disease prevention, determinants, health promotion, canadians, health services*, Available online at: <http://www.hc>.

Emberly, M. J. (1998). *Spiritual/Religious Values and Attitudes Regarding Complementary and Alternative Medicine*, The University of Alabama McNair Journal.

Farrokhnia, R. (2010). *Social Organization Reconstruction of Ancient Iranian Traditional Medical System*. *Asian Social Science*, 6(8).

Health Canada. (2004). *Population Health: What determines health?* Available online at: <http://www.hc>.

Hill, Peter C.; Pargament, Kenneth I. (2003). *Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research*. *American Psychologist* 58(1): 64-74

- Hippocrates. (1952). The scared disease. in R. M Hutchines (ed), Great books of the Western World (Vol. 10, pp. 154-160), Chicago: Encyclopedia Britannica.
- Hoeman S H P. (2001). Rehabilitation Nursing 3rd ed. London: Mosby Company.
- Larson, J.S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health, *Social Indicators Research*, 38(2): 181-192.
- Mahmoodishan, G, Alhani F; Ahmadi, F; Kazemnejad, A. (2010). Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a qualitative content analysis study, *Journal of Medical Ethics Historical Medicin*, 3:6.
- Marks, Loren (2005). Religion and Bio-Psycho-Social Health: A Review and Conceptual Model, *Journal of Religion and Health*, 44(2): 173-186.
- Meyerstein Israela. (2004). A Jewish Spiritual Perspective on Psychopathology and Psychotherapy: A Clinician's View, *Journal of Religion and Health* 43(4), pp 329-341.
- Rayburn, C.A., Richmond, L. J. (1998). Theobiology: Attempting to understand God and ourselves, *Journal of Religion and Health*, 37, pp 345-356.
- Rayburn, C.A; Richmond, L. J. (2000). Theobiology: Its relevance to deeper understanding. In S. M. Natale (ed), *On the threshold of the millennium* (pp. 281-288), New York: Oxford University Press.
- Rogers, D. L., Skidmore S. T., Montgomery, G. T., Reidhead, M. A., Reidhead, V. A. (2010). Spiritual integration predicts self-reported medical and physical health, *Journal of Reigion and Health*, 25.
- Scarinci, Eileen G., Quinn, Griffin Mary T., Grogriu, Adriana., Fitzpatrick, Joyce J. (2009). Spiritual Well-Being and Spiritual Practices in HIV-Infected Women: A Preliminary Study, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 20(1), pp 69-76.
- Sepúlveda, C; Marlin, A; Yoshida, T; Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective, *Journal of pain and symptom maagment*, 24(2).
- Spilka, Bernard., Hood, R.W; Hunsberger, B; Gorsuch, R. L. (2003). *The psychology of religion: An empirical approach*, 3th ed, New York: Guilford press.
- WHO. (2005). traditional medicine sterategy, Available online at: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en.

یادداشت شناسه مؤلفان

لادن عباسیان: فوق تخصص بیماری‌های عفونی، استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

محمود عباسی: دکترای حقوق پزشکی، گروه حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، (نویسنده‌ی مسؤل)

نشانی الکترونیک: dr.abbasi@sbmu.ac.ir

احسان شمسی‌گوشکی: دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

زهرا معماربانی: دانشجوی دکترای داروسازی سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۷/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۳