

A Reflection on the Phenomenon of Hopelessness in Children with Chronic

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Maryam Javadpour^{1*}

How to cite this article

Maryam Javadpour, A Reflection on the Phenomenon of Hopelessness in Children with Chronic, 2020:5(1): 58-67

ABSTRACT

Childhood as one of the fundamental stages of human life can be accompanied with various harms in a way that it is more evident in children with chronic diseases, since these children cannot meet their needs, they need the people around them and caregivers, especially parents to help them with their situation, but unfortunately, they sometimes face neglect, ignorance, and limited access to health care services, poverty, violence, etc., which can be a source of frustration and intolerance of disease for them. Thus, the present qualitative research, aimed to protect the right of health for sick children and based on jurisprudential and legal documents, deals with describing and analyzing the causes and effects of despair in children with chronic diseases and strategies to prevent it. Grounded upon the juridical principle “a possible part must not be abandoned by an impossible whole”, this study shows that providing suitable conditions and environment for sick children as much as possible is essential; Therefore, since various causes such as insufficient endowment of a decent standard of living, disregard for spiritual values and a tendency to be negative can affect the health and progression of children's illness, in the holy Sharia of Islam, based on the principle of respect for innate dignity of man, equal treatment and observance of the child's best interest, using hope therapy strategies in promoting spiritual health, as the cornerstone of other forms of health, is emphasized, which does not only require the participation and cooperation of the government, society, family and even sick children, but also needs more coherent laws and regulations in line with Islamic jurisprudence.

Keywords: Sick Children; Disappointment; Chronic Diseases; Health Literacy; Prevention

Assistant Professor, Department of Jurisprudence and Foundations of Islamic Law, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

* Correspondence:

Address: Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Phone:

Email: javadpour89@yahoo.com

Article History

Received: 2020/06/20

Accepted: 2020/07/16

ePublished: 2020/08/11

تأملی بر پدیده ناامیدی در کودکان مبتلا به بیماری‌های مُزمن

مریم جوادپور*

استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

دوران کودکی به عنوان یکی از مراحل بنیادین زندگی انسان، می‌تواند با آسیب‌های متنوعی همراه باشد؛ به گونه‌ای که این مهم در کودکان مبتلا به بیماری‌های مُزمن نمایان‌تر است؛ زیرا به‌زعم کم‌توانی در تأمین نیازهای‌شان، مستلزم کمک و آگاهی بیشتر اطرافیان و مراقبان، به‌ویژه والدین نسبت به شرایط و موقعیت‌شان هستند. اما متأسفانه گاهی با غفلت‌ورزی، نادیده‌انگاری، همچنین دسترسی اندک به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، فقر، خشونت و ... مواجه می‌شوند که می‌تواند منشأ ایجاد ناامیدی و عدم تحمل بیماری در آنان شود. بدین‌سان پژوهش کیفی پیش‌رو، با هدف حمایت از حق سلامت کودکان بیمار و بر مبنای اسناد فقهی و حقوقی، به تبیین و تحلیل علل و پیامدهای پدیده ناامیدی در کودکان مبتلا به بیماری‌های مُزمن و راهبردهای پیشگیری از آن می‌پردازد. این مطالعه نشان می‌دهد، فراهم‌نمودن شرایط و محیط مناسب برای کودکان بیمار تا حد ممکن، با استناد به قاعده‌ی فقهی «المیسور لا یسقط بالمعسور» واجب است. بنابراین از آنجا که علل مختلف، نظیر بهره‌مندی ناکافی از سطح زندگی مناسب، بی‌اعتنایی به ارزش‌های معنوی و تمایل به منفی‌نگری می‌تواند بر سلامت و پیشرفت بیماری کودکان مؤثر باشد؛ در شریعت مقدس اسلام، بر پایه‌ی اصل احترام به کرامت ذاتی انسان، یکسان‌نگری و رعایت مصالح عالیله کودک، بکارگیری راهبردهای امیدرمانی در ارتقای سلامت معنوی به عنوان سنگ بنای دیگر اقسام سلامت، مورد تأکید واقع شده است که اجرای آن، نه تنها مستلزم مشارکت و تعاون دولت، جامعه، خانواده و حتی کودکان بیمار است، بلکه قوانین و مقررات منسجم‌تری را همسو با فقه اسلام می‌طلبد.

کلید واژه‌ها: کودکان بیمار؛ ناامیدی؛ بیماری‌های مُزمن؛ سواد سلامت؛ پیشگیری.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۶

نویسنده مسئول:

مقدمه

انسان گاهی با ناهنجاری‌های جسمی یا روحی و روانی مواجه می‌شود که نه تنها سلامتی‌اش را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه با به‌وجود آوردن شرایط بیمارگونه، باعث اختلال عملکرد یا تنش روحی و روانی در او و یا افراد مرتبط با او می‌شود. در این میان، برخی بیماری‌ها به بیماری‌های مُزمن معروف‌اند که مدت زمان درگیری را بیش از سه ماه در سال یا بیش از یک ماه بستری، به خود اختصاص می‌دهند و با سختی درمان همراه‌اند، نظیر فلج مغزی، دیابت، نارسایی مُزمن کلیه، صرع، سندرم دوان و سایر ناهنجاری‌های کروموزومی ارثی، فیروز کیستیک، بیماری قلبی، آسم، لوسمی و انواع مختلف آنمی، سایر آسیب‌های شدید پوستی، سرطان، درماتیت و ایدز (۱)؛ لیکن تشخیص، درمان و چگونگی مواجهه با این‌گونه بیماری‌ها، به‌ویژه در میان قشرهای آسیب‌پذیر جامعه، همچون کودکان حائز اهمیت است؛ زیرا کم‌توانی، همچنین ظرفیت و ظرافت وجودی‌شان، حمایت و عملکرد ویژه‌ای را از سوی اطرافیان و مراقبان خویش می‌طلبد؛ به‌گونه‌ای که

مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد، سالانه حدود یک نفر از میان ده کودک زیر ۱۵ سال، از یک بیماری مُزمن رنج می‌برد (۱). افزون بر آن، دیگر مطالعات نشان می‌دهد که اگر کودکان به‌خوبی آماده شوند و بدانند، بیماری چه مسیری را در مراحل پیشرفت طی می‌کند و بهتر است چه اقدامات پیشگیرانه‌ای انجام شود؛ یعنی بدانند چه اتفاقی افتاده است و چه اتفاقی خواهد افتاد، میزان سازگاری با بیماری یا بهبود آنان سریع‌تر است. البته شایان ذکر است که میزان آگاهی یافتن از بیماری به عوامل مختلف بستگی دارد، همچون سن کودک، مرحله رشد عقلانی، شخصیت، محیط خانوادگی و موقعیت مالی و وضعیت جسمی و روانی کودک (۱).

اما متأسفانه کودکان بیمار گاهی با غفلت‌ورزی، نادیده‌انگاری، دسترسی اندک به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، فقر، خشونت و یا عدم تحمل بیماری از سوی والدین، مراقبین و حتی جامعه مواجه می‌شوند که به‌نوعی بر رغبت‌شان نسبت به ادامه مسیر زندگی و عملکرد روزمره‌شان تأثیر منفی می‌گذارد، آنگاه تحمل درد و بیماری برای‌شان با سختی همراه خواهد بود؛ یعنی یک چالش روحی و روانی به نام افسردگی که در بردارنده‌ی احساس ناامیدی، غمگینی، خلق افسرده، کاهش اعتماد به نفس و بی‌علاقگی است (۲). در واقع دل‌مردگی ناشی از افسردگی می‌تواند در قالب از دست دادن امید به آینده و حتی در موارد شدید، با احساس وجود نداشتن آینده‌ای برای شخص، خودش را نشان دهد (۳).

بدین‌سان این مهم، محققان را بر آن داشته است که در خصوص اهمیت و چگونگی رشد و پرورش جوانه‌ی امید در وجود کودکان بیمار و سازگاری با وضعیت موجود، بیشتر به تفحص و کنکاش بپردازند؛ لیکن با رویکرد روانشناسی، پزشکی، پیراپزشکی و تا حدودی فقهی و یا اخلاقی و تربیتی مطالعاتی صورت پذیرفته است که برخی از آنها عبارت‌اند از:

انصاری و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای توصیفی با عنوان «تأملی بر سازوکار ایمان و امید در زندگی و تأثیر آن بر سلامت روان» به این یافته‌ها رسیدند که عواملی مانند آرامش، خوش‌بینی، افزایش سازگاری با محیط، کاهش ترس و اضطراب، افزایش ظرفیت مقابله با حوادث، باعث امید می‌شود که این خود تحت تأثیر اعتقاد به خداوند و خودباوری دینی است و این عاملی است که انسان را مصمم به حرکت در مسیر کمال و سلامت روان می‌کند. مقدادی (۱۳۹۵) در پژوهشی توصیفی-تحلیلی با عنوان «بررسی فقهی موسیقی درمانی»، ضمن تبیین دیدگاه فقه در خصوص ابزار و آلات موسیقی، بر این مهم اشاره دارد که موسیقی بر بیماران مبتلا به اختلالات روحی و روانی و تسکین درد و امراض آنان تأثیر بسزایی دارد؛ البته درمان برخی بیماری‌ها فقط متوقف بر گوش دادن موسیقی است که چنانچه امکان شنیدن با موسیقی حلال وجود دارد، باید تنها به این نوع موسیقی‌ها اکتفا نمود و نباید بیش از آن تجاوز شود؛ ولی در صورت انحصار درمان به گوش دادن موسیقی غنایی، تجاوز از آن حرام است.

ظفریان مقدم و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «تأثیر مداخله معنوی مراقبین بر کیفیت زندگی کودکان ۱۲-۸ سال مبتلا به لوسمی» با استفاده از روش کار آزمایی بالینی، ضمن مشارکت ۶۰ مراقب کودک مبتلا به بیماری لوسمی، به مطالعه‌ی اهمیت معنویت در نظام سلامت می‌پردازد و نتیجه می‌گیرد، از آنجا که موضوع ارتقای سلامت معنوی کمتر در برنامه‌های حمایتی و درمانی مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی قرار گرفته است؛ لیکن

أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا؛ شما را از شکم مادران خارج ساختیم، در حالی که هیچ چیز نمی‌دانستید؛ لیکن هدایت این مهم از بدو کودکی، به‌ویژه در مورد کودکان بیمار، مستلزم فراهم‌نمودن زمینه‌هایی است که در این راستا به برخی آیات شریفه قرآن کریم اشاره می‌کنیم.

۱-۱. وجوب حفظ و نگهداری کودک

ولایت و سلطنت بر تربیت کودک و انجام آنچه به مصلحت اوست؛ مثل حفظ و نگهداری، نظافت، پرستاری و تربیت، در اصطلاح فقهی به حضانت تعبیر می‌شود (۴)؛ به گونه‌ای که، در سوره مبارکه طلاق، آیه ۶ آمده است: «وَأْتِمُرُوا بِبَنِيكُمْ مَبْعُورِينَ؛ درباره سرنوشت فرزندان با مشاوره یکدیگر و به‌طور شایسته تصمیم بگیرید»؛ لیکن برخی مفسرین معتقدند، از آنجا که جمله «و اتمروا» از ماده «ایتمار» گاهی به معنی «پذیرا شدن دستور» و گاهی به معنی «مشاوره» می‌آید؛ هرچند در اینجا معنی دوم مناسب‌تر است و تعبیر «به معروف» نیز تعبیر جامعی است؛ یعنی مشمول هرگونه مشاوره‌ای است که خیر و صلاح در آن باشد؛ پس آیه‌ی شریفه بر این مهم تأکید دارد که درباره‌ی سرنوشت فرزندان و امور مربوط به آنان، نظیر حضانت، نگهداری و مراقبت و تعلیم و تربیت با مشاوره یکدیگر به‌طور شایسته تصمیم بگیرید و مبادا اختلافات دو همسر ضربه به منافع کودکان وارد سازد؛ یعنی به لحاظ جسمی و ظاهری گرفتار خسران شوند و یا به لحاظ عاطفی از محبت و شفقت والدین محروم بمانند (۵).

۱-۲. وجوب نفقه کودک بر والدین

نفقه در اصطلاح فقهی به هر آنچه اطلاق می‌شود که انسان برای ادامه زندگی بدان محتاج است؛ مثل خوراک و پوشاک و آنچه شخص به‌طور متعارف بدان نیازمند است (۶). البته با عنایت به مقتضیات زمان، در بردارنده‌ی نیازهای متفاوتی خواهد بود؛ همان‌گونه که در سوره مبارکه بقره، آیه ۲۳۳ آمده است: «لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بَوْلًا لَهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بَوْلًا؛ نه مادر (به خاطر اختلاف با پدر) حق دارد به کودک ضرر بزند و نه پدر به خاطر اختلاف با مادر»؛ بدین معنا که هیچ‌یک از این دو حق ندارند سرنوشت کودک را وجه‌المصالحه اختلافات خویش قرار دهند و بر جسم و روح نوزاد، ضرر وارد کنند؛ یعنی مادر به کودک شیر ندهد یا پدر را از دیدار فرزندش محروم سازد و یا پدر حق حضانت و نگاهداری مادر را با گرفتن کودک در دوران شیرخوارگی پایمال کند یا نفقه‌ی او را نپردازد (۷ و ۵)؛ البته حکم حرمت را می‌توان بر هرگونه ضرری تعمیم داد؛ به گونه‌ای که در بردارنده‌ی امتناع از نفقه و رها کردن و یا ممانعت از ملاقات طفل با هریک از والدینش خواهد بود؛ به‌ویژه در مورد کودکان بیمار، که هرچند معطوف حمایت بیشتری هستند، اما امکان نادیده گرفتن این مهم در آنان شایع‌تر است.

۲. روایات

برخورداری از امکانات و رفاه و آسایش، همچنین مسئولیت‌پذیری والدین و به طریق اولی دیگر سرپرستان قانونی، مراقبان و حتی دولت، نسبت به کودک را می‌توان به‌عنوان مؤلفه‌های تأمین سلامت قلمداد نمود که از آنها در روایات عده‌ای نقل شده است؛ به گونه‌ای که دسته‌ای از روایات به استحقاق والدین بر حضانت و تعیین زمان مسئولیت هریک با لحاظ رعایت مصالح عالیله کودک

برگزاری جلسات حمایت معنوی می‌تواند بُعد اجتماعی کیفیت زندگی این کودکان را ارتقا دهد؛ اما این مهم نیازمند برنامه‌ریزی مدونی برای مراقبین است.

گراوند و همکاران (۱۳۹۶) در اثری با عنوان «تأثیر آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر نگرانی و فشار روان مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری سرطان» که با روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد، با نمونه - گیری حدود ۳۰ مادر، بر این مهم دست یافتند که بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی می‌تواند در کاهش سطح نگرانی و فشار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری سرطان مؤثر باشد.

از این رو بدیهی است، به‌منظور حمایت از حق سلامت کودکان بیمار، در راستای فقه و حقوق، پژوهشی جامع به آسیب‌شناسی و آسیب‌زدایی پدیده ناامیدی اختصاص نیافته است؛ لیکن بنا بر ضرورت، نوشتار پیش رو، یک مطالعه‌ی پژوهشی و با روش توصیف و تحلیل محتوای کیفی است که اطلاعات لازم به‌صورت اسنادی جمع‌آوری و به شیوه‌ی واکاوی و تحلیل منابع و نظریات معتبر فقهی و حقوقی با استفاده از ابزار فیش‌برداری انجام پذیرفته است و در صدد پاسخ به این پرسش است که علل و آثار پدیده ناامیدی در کودکان مبتلا به بیماری‌های مُزمن چیست و راهبردهای پیشگیری از آن کدامند؟

این مطالعه معطوف بر این فرضیه است که علل مختلفی نظیر بهره‌مندی ناکافی از سطح زندگی مناسب، بی‌اعتنایی به ارزش‌های معنوی و تمایل به منفی‌نگری می‌تواند بر سلامت و پیشرفت بیماری کودکان مؤثر باشد؛ لیکن بر پایه‌ی احترام به کرامت ذاتی، یکسان‌نگری و رعایت مصالح عالیله‌ی کودک، به‌کارگیری راهبردهای امید‌درمانی، همچون دسترسی آسان به خدمات رفاهی، درمانی و آموزشی، معنویت‌درمانی و هنر‌درمانی، در ارتقای سلامت معنوی به‌عنوان سنگ بنای دیگر اقسام سلامت، ضرورت می‌یابد؛ البته در این راستا، همکاری و هم‌پاری دولت، جامعه، خانواده و حتی کودکان بیمار را می‌طلبد.

بدین‌سان، در پژوهش حاضر سه رویکرد اصلی دنبال می‌شود؛ در قسمت نخست، مستندات ضرورت تأمین سلامت کودکان بیمار تحلیل می‌شود؛ سپس به علل و آثار پدیده ناامیدی اشاره می‌کنیم؛ آنگاه در ادامه به برخی از راهبردهای پیشگیری از پدیده ناامیدی در این کودکان می‌پردازیم.

مستندات ضرورت تأمین سلامت کودکان بیمار

از زمره مسائلی که در نحوه‌ی برخورد با کودکان بیمار، رعایت آن به دلیل کم‌توانی و نداشتن آگاهی از خیر و صلاح امورشان حائز اهمیت است، ضرورت به‌کارگیری مؤلفه‌های تأمین و حفاظت از سلامت است که در این باره، به بازپژوهی ادله فقهی می‌پردازیم.

۱. آیات قرآن کریم

ساختار وجودی انسان بهترین ساختار آفرینش است که خداوند در سوره تین، آیه‌ی شریفه ۴، می‌فرماید: «لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ»؛ افزون بر آن، برخلاف موجودات دیگر، قابلیت ارتقا به مدارج کمال و سعادت را دارد؛ بدین معنی که در دفتر وجودی انسان مرتبه‌ی استعداد محض است که باید به فعلیت برسد. همان‌گونه که در آیه ۷۸ سوره مبارکه نحل، خداوند می‌فرماید: «وَاللَّهُ

حقوق کودک، که فرد زیر ۱۸ سال به‌طور مطلق کودک قلمداد می‌شود، مگر اینکه طبق قانون اجرایی درباره کودک، سن بلوغ کمتر تشخیص داده شود، در اینجا مقنن قائل به تفصیل است؛ لیکن طفل به فرد زیر بلوغ شرعی و نوجوان به فرد زیر ۱۸ سال بالغ، اطلاق می‌شود.

افزون بر این، بنا بر اشعار ماده‌ی ۱۲۰۵ قانون مدنی، در موارد غیبت یا استتکاف از پرداخت نفقه، چنانچه الزام کسی که پرداخت نفقه بر عهده‌ی اوست ممکن نباشد، دادگاه می‌تواند با مطالبه‌ی افراد واجب‌النفقه به مقدار نفقه، از اموال غایب یا مستتکف در اختیار آنان یا متکفل مخارجشان قرار دهد؛ زیرا بدیهی است با تأمین نشدن نیازهای ضروری کودکان، نظیر بهداشت و درمان، تغذیه پاک و سالم، آب آشامیدنی سالم و بهداشتی و ...، به‌نوعی شیوع بیماری و مرگ‌ومیر در میان آنان افزایش می‌یابد.

۴. حکم عقل

همان‌گونه که بر انسان واجب است از جسم و جان خویش مراقبت کند؛ به طریق اولی، بنا به حکم عقل، حفاظت، نگهداری و پرورش صحیح فرزندان که جزئی از وجود والدین هستند، نیز امری پسندیده و حسن است (۱۳)؛ از این رو هر گونه اعمال خشونت، بی‌توجهی و غفلت و نادیده‌انگاری نسبت به سلامت کودک، از دیدگاه عقل ناپسند و مورد نکوهش واقع می‌شود.

علل و آثار آسیب‌زای پدیده ناامیدی در کودکان بیمار

یکی از اساسی‌ترین عوامل بیماری‌های روحی و روانی در انسان، ناامیدی است که می‌تواند بر قدرت عملکرد، تفکر و احساس او مؤثر باشد و به کم‌رنگ شدن تعامل اجتماعی‌اش منتج شود؛ به‌ویژه زمانی که این شخص، کودک و مبتلا به یک بیماری مزمن باشد؛ از این رو بنابر اهمیت موضوع، در ادامه به برخی از علل و پیامدهای می‌پردازیم که روند درمان و سلامت کودک بیمار را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد.

۱. بهره‌مندی ناکافی از سطح زندگی مناسب

لزوم برخورداری کودکان از یک سطح زندگی مناسب و استاندارد مستلزم تعامل و مشارکت والدین، جامعه و دولت است؛ به‌گونه‌ای که اهماال در تأمین نیازهای زندگی آنان، به‌ویژه کودکان بیمار، آسیب‌های جسمی، روحی و روانی را به‌دنبال دارد که ترمیم آن گاهی ناممکن و یا دشوار است.

البته شایان ذکر است که این نیازها مختلف‌اند، برخی از زمره نیازهای ضروری دائمی و همیشگی هستند؛ مانند پوشاک، مسکن و خوراک. در صورتی که برخی دیگر موقتی و در شرایط خاص ضرورت می‌یابند؛ همچنین، بعضی در زندگی اجتماعی مفهوم پیدا می‌کنند؛ این در حالی است که بعضی مرتبط با خدمات ضروری-اند؛ مانند زمانی که کودک بیمار بوده و نیازمند مراقبت و پرستاری است و یا برخی متعارف و برخی دیگر غیر متعارف‌اند (۱۴) که به‌نوعی لزوم برخورداری از یک سطح زندگی مناسب برای رشد جسمی، ذهنی، معنوی، اخلاقی و اجتماعی در پرتو تأمین این‌گونه نیازها آشکار می‌شود.

از این رو، با استناد به اصل احترام به کرامت ذاتی انسان، نادیده-گرفتن کرامت کودکان و عدم تأمین نیازهای آنان، تکذیب دین و گناه قلمداد می‌شود؛ همان‌گونه که در آیات اول و دوم سوره

اختصاص دارند؛ یعنی کودک به دلیل کم‌توانی و ظرافت وجودی-اش، به حال خود رها نشود و لازم است، نسبت به او رتوف و مهربان بود و رفتار مساعدت‌آمیز داشت؛ از این رو، در روایتی از امام صادق (ع) به نقل از حلبی، در پاسخ به این پرسش که در صورت مطلقه نمودن همسر، حضانت فرزند با کدام‌یک از والدین است؟ امام (ع) فرمودند: «مادر در امر حضانت نسبت به فرزندش تا هفت سال استحقاق بیشتری دارد و اگر او بخواهد می‌تواند حق خود را به پدر طفل تفویض کند» (۸).

همچنین دسته‌های دیگر از روایات، به‌حق کودک در برخورداری از سطح زندگی مناسب تأکید دارند؛ لیکن بنا بر روایتی از حریش، در امر مطلق به وجوب انفاق آمده است که از امام صادق (ع) سؤال کردم، پرداخت نفقه چه کسانی بر من ضرورت دارد؟ حضرت در پاسخ فرمودند: «پدر، مادر، فرزندان و همسر» (۸). افزون بر آن، پیامبر (ص) نیز در این راستا می‌فرماید: «هرگاه یکی از شما به سبب مخارج زندگی در تنگنا قرار گرفت، برای به‌دست آوردن آن در زمین مسافرت کند و از نعمت‌های الهی بهره‌گیرد و خود و خانواده‌اش را ناراحت نکند» (۹).

۳. اندیشه‌های فقهی

همان‌گونه که از آموزه‌های شرعی آموختیم، کودکان نیازمند حمایت‌اند که این مهم با حفظ و نگهداری و پرداخت نفقه در قالب مسئولیت اولیه‌ی والدین و سرپرستان قانونی و حتی ثانویه‌ی دولت تجلی می‌یابد؛ اما متأسفانه گاهی با توجه به شرایط خاص کودکان، نظیر ابتلا به بیماری‌های مزمن به‌ویژه آنکه فقر، خستگی و ناامیدی از بهبودی نیز مزید بر علت شود، این مسئولیت می‌تواند به‌نوعی کم‌رنگ شده و عامل ضرر و زیان کودک مهیا شود.

از این رو نظر به اهمیت موضوع، با استناد به دیدگاه فقیهان، چنانچه مادر نسبت به مراقبت و نگهداری کودک، خودداری نماید، این حق برای پدر ثابت می‌شود و با عدم اعمال او نیز برای دیگران، نظیر خویشاوندان ثابت خواهد شد. در غیر این صورت، بر عهده‌ی حاکم و در نهایت بر عهده‌ی مؤمنین عادل است (۱۰). البته با عنایت به اهمیت سلامت و جان کودک، این حکم در پرداخت نفقه نیز تسری می‌یابد؛ به‌گونه‌ای که اگر سرپرست کودک از انجام پرداخت نفقه امتناع نماید، بنابر اجماع فقیهان از باب امور حسبه، حاکم شرع باید او را مجبور به پرداخت کند و در صورت نبودن حاکم، عدول مسلمانان این وظیفه را بر عهده می‌گیرند (۱۱).

اما ممکن است این اشکال مطرح شود که والدین می‌توانند با استناد به «قاعده‌ی فقهی تسلیط» و با عنایت به حضانتی که نسبت به کودک دارند، در تأمین سلامت او قصور کنند و متحمل ضرر شوند. در پاسخ بیان شده است که حاکم بودن «قاعده تسلیط» بر «قاعده لاضرر» تنها در جایی مصداق دارد که اعمال ضرر به شیوه-ی عقلائی و در حد متعارف صورت پذیرد (۱۲).

بدین‌سان، ماده ۳۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (مصوب ۱۳۹۹)، با محوریت قرار دادن حمایت و رعایت مصلحت، بر این مهم اشعار می‌دارد که هرگاه احراز شود، ضرر و خطری طفل و نوجوان را تهدید می‌کند، با ارائه‌ی مدارک و شواهد دادستان به دادگاه خانواده، اتخاذ تصمیم نسبت به حضانت، ولایت، قیمومت، عزل ولی قهری، سپردن به خانواده جایگزین یا مؤسسات اجتماعی، تربیتی، درمانی و ... مطمئن و یا نگهداری در مکان امن، با دادگاه است. البته شایان ذکر است که برخلاف ماده نخست پیمان‌نامه

افزون بر این، با حمایت از خانواده‌های کودکان بیمار، نظیر دسترسی آسان به خدمات بهداشتی - درمانی با کیفیت بالا، مراجعه مددکاران اجتماعی به درب منازلشان، مراجعه پرستاران و روحانیون و مبلغان دینی، ارائه برنامه‌هایی آموزشی لازم برای والدین، ارائه کمک‌های معیشتی به‌منظور کاهش فشار ناشی از فقر و انجام مراقبت‌های موقتی با هدف استراحت والدین که به‌طور معمول بار مراقبت را بر عهده دارند (۱۶)، می‌توان زمینه‌های لازم جهت حضور کودک در خانواده را فراهم نمود و از این طریق به حفظ بیشتر سلامتی و رعایت منافع عالی‌ه‌ی او کمک کرد.

به هر روی می‌توان اذعان داشت، به‌منظور اجرای برابری و برقراری عدالت اجتماعی به‌عنوان پیش‌نیاز دستیابی به سلامت بهتر و احترام به حقوق انسانی، مشارکت اجتماعی شرط لازم و کافی در ارتقای سلامت کودکان بیمار است.

۲. بی‌اعتنایی به ارزش‌های معنوی و تمایل به منفی‌نگری

در گفتگوهای عامیانه، معنویت و سلامت معنوی از زمره واژگانی هستند که به‌طور معمول در عوض یکدیگر استفاده و بهره‌برداری می‌شوند؛ به گونه‌ای که معنویت، یعنی معناداری زندگی که تنها با تعیین دقیق هدف غایی زندگی و جهت‌بخشی کل زندگی به‌سوی آن هدف قابل حصول است؛ از این رو، با لحاظ و شناخت دین حق و ارتباط با مبدأ حقیقی که انسان توسط پیامبران بدان رهنمون شده است، تحقق معنویت حقیقی امکان‌پذیر است. در حالی که، سلامت معنوی وضعیتی است که مراتب گوناگون در آن، متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی لازم برای تعالی روح، فراهم می‌باشد؛ لیکن در بردارنده‌ی حفظ و شکوفایی فطرت توحیدی از طریق برقراری روابط مستحکم با خداوند، ایجاد نظام ارزشی شخصی قدرتمند، داشتن زندگی هدفمند و روابط سالم و سازنده با خود و دیگران است (۱۷).

وانگهی از آنجا که علم خداوند مطلق است و آگاهی نسبت به تمامی مصالح و مفاسد امور را در برمی‌گیرد؛ لیکن به‌منظور کشف حقایق جهان، لازم است انسان بُعد روحی و پایه‌های ایمانش را تقویت کند؛ زیرا دانش بشری محدودیت دارد و او برخی امور را شرم‌پندارد، چه‌بسا مصالح و منافع فراوانی در آن‌ها نهفته است؛ همان‌گونه که خداوند در آیه ۲۱۶ سوره مبارکه بقره می‌فرماید: «وَعَسَىٰ أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ؛ چه‌بسا شما از چیزی اکراه داشته باشید در حالی که برای شما خیر و مایه سعادت و خوشبختی است»؛ آنگاه در برخورد با مشکلات، احساس خستگی و نداشتن انگیزه و به تعبیری منفی‌نگری بر او غلبه می‌کند و انرژی لازم را برای ادامه مسیر زندگی ندارد و بنا بر آیه ۱۷۵ سوره مبارکه آل‌عمران، این باور شکل می‌گیرد که راهی برای برطرف کردن مانع وجود ندارد؛ بنابراین با کم‌رنگ شدن معنویت، پایه‌های سلامت معنوی نیز به‌نوعی متزلزل می‌شود و به‌طور طبیعی، بر دیگر ابعاد سلامت مؤثر خواهد بود.

متأسفانه این ضعف در برخی والدین و سرپرستان قانونی در مواجهه با بیماری کودک قابل مشاهده است؛ به‌ویژه آنکه بیماری، مژمن باشد. به گونه‌ای که در عوض تقویت بُعد روحی و استحکام پایه‌های سلامت معنوی، استرس، اضطراب و عصبانیت سراپای وجودشان را فرا می‌گیرد و خواه‌ناخواه این حالت را نیز به کودک منتقل می‌کنند (۱۸)؛ لیکن با منفی‌نگری و نادیده‌انگاری آموزه‌های شرعی و معیارها و فضائل اخلاقی در رفتار و عملکردشان، میزان

مبارکه ماعون خداوند می‌فرماید: «أَرَأَيْتَ الَّذِي يُكَذِّبُ بِالذِّنِّ؛ فَذَلِكَ الَّذِي يَدْعُ الْيَتِيمَ؛ آیا دیدی کسی را که روز جزا را پیوسته انکار می‌کند؟! او همان کسی است که یتیم را با خشونت می‌راند!»؛ البته از سیاق آیات شریفه استفاده می‌شود که واژه یتیم را می‌توان به تمامی کودکانی تعمیم داد که همواره نهال وجودشان در معرض آسیب است، به‌ویژه کودکان بیمار که توجه افزون‌تری را می‌طلبند؛ به گونه‌ای که با عدم تأمین نیازهای‌شان در معرض فقر و خسران قرار می‌گیرند و آرامش روحی و روانی از ایشان سلب می‌شود؛ لیکن در سخنان پرنغز مولای متقیان امام علی (ع) بر این مهم سفارش شده است که فقر نه‌تنها اندوه می‌آورد و باعث نا-امیدی و دل‌سردی می‌شود، بلکه سبب پریشانی حواس و سرگستگی عقل و گرفتار شدن به غم و اندوه شده و انسان را به کفر و بی‌دینی نزدیک می‌سازد؛ ضمن اینکه تهیدست کوچک شمرده می‌شود، به سخن او توجهی نمی‌شود و منزلت او درک نمی‌شود (۱۵).

اما از آنجا که کودک عضوی از جامعه است، با استناد به آیه ۳۴ سوره مبارکه اسراء که خداوند می‌فرماید: «وَأَوْفُوا بِالْعَهْدِ إِنَّ الْعَهْدَ كَانَ مَسْئُولًا؛ به عهد خود وفا کنید؛ همانا پیمان‌مورد سؤال خواهد بود»؛ می‌توان اذعان داشت که در کنار تعهد والدین و دیگر اعضای جامعه، عملکرد مثبت دولت نیز ضرورت می‌یابد؛ به گونه‌ای که مطابق اصل سهیم بودن جامعه در درآمدهای دولت، نه‌تنها دولت متعهد به برآوردن نیازهای ضروری است، بلکه موظف است سطحی از زندگی، متناسب با شرایط و مقتضیات زمان را بر مبنای اموال عمومی و یا دریافت خمس و زکات و ... تأمین و تضمین کند؛ همان‌گونه که امیرالمؤمنین علی (ع) در نامه ۴۱ نهج‌البلاغه، خطاب به مالک اشتر، به‌صراحت سهمی از بیت‌المال را به امور نیازمندان و فقیران و از کار افتادگان اختصاص فرمودند؛ آنجا که آمده است: «... خدا، خدا، در کار طبقه فرو دست، یعنی بی‌نویان و نیازمندان و فقیران و بیماران زمین‌گیر، که هیچ‌کاری از دست‌شان بر نمی‌آید و در میان آنان هم اظهارکننده نیاز و طالب احسان وجود دارد و هم کسانی که چنین نیستند؛ تو حق آنان را که خدا تو را نگهدار آن قرار داده است، برای خدا، نگاهبانی کن و سهمی از بیت‌المال خود را مخصوص ایشان قرار ده، نیز در هر شهر قسمتی از محصول زمین‌های غنیمتی را به آنان مخصوص‌دار که دورترین ایشان را همان اندازه حق است که نزدیکترین آنان دارند، حق همگان باید رعایت شود».

بدین‌سان استفاده می‌شود که فقر و تأمین کفایت کودکان، وابسته به سطح رفاه جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کنند؛ همان‌گونه که مطابق ماده ۲۷ پیمان‌نامه حقوق کودک، نه‌تنها برخورداری از سطح زندگی مناسب برای رشد جسمی، عقلی، روحی، معنوی، اخلاقی و اجتماعی به‌عنوان یک حق برای کودکان به رسمیت شناخته شده است؛ بلکه والدین و دیگر سرپرستان قانونی نیز متناسب با توانشان مسئول‌اند، ضمن اینکه به مسئولیت دولت در کمک به خانواده‌ها در حد امکانات خود نیز تصریح شده است.

البته شایان ذکر است، تأمین رفاه مادی و آرامش محیطی در میان کودکان، به‌ویژه کودکان مبتلا به بیماری مژمن، ضرورت بیشتری دارد؛ یعنی در کنار فراهم‌نمودن حق بودن با والدین به موجب عاملی در تأمین سلامت روحی و روانی کودک به اثبات می‌رسد؛ لیکن به‌موجب ماده ۹ پیمان‌نامه حقوق کودک، نه‌تنها زندگی در کنار والدین، به‌عنوان حق کودک قلمداد می‌شود؛ بلکه نمی‌توان او را به اجبار جدا کرد، مگر اینکه جدا کردن به مصلحت او باشد.

ادای حق خود که اطاعت اوست، برای مردمان دو چندان یا بیشتر پاداش مقرر فرموده است.

وانگهی، شایان ذکر است که عمل به این حق و تکلیف در میان شهروندان آن هم کودکان، با عنایت به ویژگی وجودی‌شان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ به گونه‌ای که با استناد به ماده ۳۲ منشور حقوق شهروندی، کودکان حق دارند به اطلاعات مناسب با سن خود، دسترسی داشته باشند و نباید در معرض محتوای غیراخلاقی خشونت‌آمیز یا هر نوع محتوایی قرار بگیرند که موجب غلبه ترس یا بروز آسیب جسمی و یا روانی شود؛ همچنین از سیاق اصل سوم قانون اساسی نیز این مهم قابل اثبات است، آنجا که دولت ملزم به فراهم آوردن وسایل و امکانات آموزشی است. البته ناگفته نماند، آموزشی مفید است که تدریجی بوده و ضمن آن به کودک تعلیم داده شود، به‌عنوان شهروند چه سهمی دارد و نوع بهره‌برداری از حقوقش را بشناسد تا بتواند با جامعه ارتباط برقرار نماید که این مهم نیز مستلزم آموزش خانواده‌ها، به‌ویژه والدین و مراقبان کودک است.

افزون بر این، به‌موجب ماده ۴ همین منشور، کودکان محق‌اند از حمایت‌های اجتماعی در حوزه سلامت، مراقبت در مقابل بیماری روحی، روانی و جسمی و خدمات بهداشتی و درمانی بهره‌مند شوند. همان‌گونه که امام علی (ع) در نامه ۵۳ نهج‌البلاغه در سفارش رعایت حقوق طبقه محروم به مالک اشرار می‌فرماید: «از خداوند بترس درباره طبقه زیردست، درمانده و نیازمند و بیچاره‌ای که چاره‌ای ندارند؛ زیرا در این طبقه هم افرادی هستند که بیچارگی‌شان را ابراز می‌کنند و هم کسانی‌اند که با همه‌ی احتیاجی که دارند اظهار نمی‌کنند... سرپرستی یتیمان و سالخورده‌گانی که راه چاره‌ای ندارند و نمی‌توانند خود را برای درخواست حاضر کنند، به عهده بگیر که اینان میان مردم به عدل و دادگری نیازمندترند».

از این رو به‌موجب ماده ۱۲ پیمان‌نامه حقوق کودک، حق دیگری به نام حق مشارکت و قدرت تصمیم‌گیری کودک به اثبات می‌رسد؛ یعنی در تمامی مراحل تصمیم‌گیری بتواند در مورد نوع راه-حل مراقبتی که برای او انتخاب می‌شود، اظهار نظر و مشارکت کند تا به‌نوعی، انگیزه و امید به زندگی در مواجهه با بیماری برای او ایجاد شود، حتی زمانی که بودنش در کنار والدین ممکن نیست. اما در مقام اجرا، به‌منظور همسو شدن حق سلامت و حقوق شهروندی، نظارت همگانی منطوبی بر همکاری متعهدان و حامیان سلامت کودک، یعنی جامعه، والدین و دولت است؛ از این رو، با استناد به مضمون قاعده فقهی «المیسور لایسقط بالمعسور»، هرگاه انجام تکلیفی به‌صورت کامل با تمام اجزا و شرایط، یا تمام مصادیق آن، دشوار یا ناممکن شود، به‌جا آوردن بخشی از آن، که برای مکلف ممکن و مقدور است، از عهده او ساقط نمی‌شود و واجب است (۲۴)؛ پس پیشگیری و کاهش ضرر ملاک عمل واقع می‌شود.

بنابراین، مطابق ماده ۳۹ پیمان‌نامه حقوق کودک، ضرورت دارد تمام اقدامات لازم برای تسریع بهبودی جسمی و روحی و سازش اجتماعی کودک به عمل آید و این روند بهبودی و پیوستن مجدد به جامعه باید در محیطی انجام شود که سلامت و اتکای به نفس و احترام او را فراهم آورد؛ لیکن کمبود امکانات و سختی معالجه عاملی در برائت از انجام تکلیف نخواهد بود؛ به گونه‌ای که ضمانت اجرای تعهد نسبت به کودک را می‌توان از مضمون ماده ششم قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار استنباط نمود؛ یعنی ولی یا سرپرست صغیر مکلف است

توجه‌شان به کودک کاهش می‌یابد و از درمان او ناامید می‌شوند؛ حتی در برخی موارد به رها کردن کودک یا سپردن او به مراکز مراقبتی اقدام می‌نمایند که نتیجه‌ای جز دلسردی و ناامیدی کودک به ادامه حیات ندارد؛ افزون بر آن، محدودیت‌هایی که کودک به دلیل بیماری با آن مواجه می‌شود نیز می‌تواند به بیماری‌های روحی و روانی و رفتارهای ضداجتماعی او منتهی شود؛ مانند معاینات مکرر و رژیم غذایی مخصوص و محرومیت از فعالیت اجتماعی و فاصله گرفتن از مدرسه و همسالانش (۱۸).

راهبردهای پیشگیری از پدیده ناامیدی در کودکان بیمار

با عنایت به مباحث گذشته، مشخص شد که ناامیدی یکی از حالات هیجانی منفی است که می‌تواند در اثر عواملی نظیر فقر اقتصادی، معنوی و عاطفی ایجاد شود و به‌تبع آن، پیامدهای خطرناک و غیرقابل جبرانی را در پی داشته باشد. اما از آنجا که شاکله وجودی کودکان از لطافت و ظرافت خاصی برخوردار است، تبیین راهبردهایی برای مقابله با این پدیده ناروا ضرورت می‌یابد که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌کنیم.

۱. ارتقای سواد سلامت در بستر تربیت شهروندی

آموزش و حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری، بازتابی از ارتقای سلامت است که در پرتو سواد سلامت، استقرار و قوام می‌یابد؛ یعنی دستیابی به سطح آگاهی در زمینه اطلاعات سلامت و خدمات اساسی مورد نیاز برای اتخاذ تصمیمات مناسب جهت مراقبت از سلامت، همچنین ارتقای مهارت‌های شخصی و اعتماد به نفس در جهت بهبود سلامت شخصی و جامعه با تغییر سبک و شرایط زندگی (۱۹)؛ البته با این هدف که توانمندسازی و از بین بردن نابرابری سلامت، افزایش درمان و تشخیص به‌موقع مراقبت پزشکی، کاهش موانع دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و بهبود نتایج آن، همچنین کاهش مصرف هزینه صورت پذیرد (۲۰). از این رو می‌توان ادعا داشت که حفظ سلامت انسان به‌طور فزاینده به میزان سواد سلامت او بستگی دارد (۲۱)؛ به گونه‌ای که هرچه میزان سواد سلامت ارتقا یابد، ابتلا به بیماری و مصرف هزینه ناشی از درمان کمتر خواهد بود و به‌تبع آن، پیامدهای مطلوب‌تری به دنبال خواهد داشت.

اما از آنجا که با استناد به دیدگاه فقیهان، حکمت آفریدگار بر این مهم تعلق گرفته است که مردم به طریقه‌ی عادلانه زندگی کنند و در حدود احکام الهی قدم بردارند؛ یعنی عدالتی که از امهات فضائل اخلاقی و حد واسط بین افراط و تفریط است (۲۳-۲۲)؛ لزوم وضع و اجرای حقوق شهروندی به اثبات می‌رسد که نه تنها بر محور عدالت اجتماعی (برابری در فرصت‌ها) استوار است، بلکه وجوب تربیت شهروندی را نیز در این باره می‌طلبد. از دیگر سو، ملاحظه می‌شود که ارتقای سواد سلامت نیز به‌نوعی در تعامل با تربیت شهروندی است؛ به گونه‌ای که هر یک از شهروندان با وجود حق برابری می‌توانند سلامتشان را حفظ کنند و نقش فعالی در ارتقای سلامت خویش داشته باشند (۲۱) که به‌تبع آن، تکلیفی نیز بر هر یک مستقر می‌شود.

بدین‌سان، امام علی (ع) در خطبه ۲۰۷ نهج‌البلاغه به‌صراحت به تبیین حقوق متقابل افراد پرداخته‌اند و این حقیقت را یادآوری می‌فرمایند که هرچا حقی ظهور می‌یابد، تکلیفی نیز پیدا می‌شود و حق و تکلیف، لازم و ملزوم یکدیگرند و هیچ‌گونه حق یک‌طرفه برای کسی وجود ندارد، جز خداوند متعال، که او را حقی است، اما حقی بر او نیست. البته خدای سبحان از سر بخشندگی، در ازای

مرحله بعدی، به‌ویژه در امور دینی و معنوی، این مهم محرز می‌شود که در سنجش سلامت معنوی و ارتقای معنویت باید به تفاوت‌های موجود میان افراد مختلف توجه نمود؛ به‌ویژه اینکه قابلیت شناخت کودکان در مقایسه با دیگران، نسبت به خداوند و انجام عبادت خالصانه ضعیف است؛ لیکن با استناد به فرمایش امام صادق (ع) آنجا که می‌فرمایند: «بهراستی ایمان ده درجه دارد و به‌منزله‌ی نردبان است که از آن پله‌پله بالا روند...» پس چون کسی را دیدی که از تو پایین‌تر است به‌ملايمت او را به‌طرف خود بالا بکش و چیزی که او طاقت ندارد به او تحمیل مکن که می‌شکند.» (۲۶)؛ استفاده می‌شود که در تبیین مبانی و ارزش‌های معنوی و ارتقای سلامت معنوی کودکان، اهتمام به زبان کودکان ضرورت می‌یابد.

افزون بر این، با عنایت به لزوم تغذیه صحیح روح و روان و به‌کارگیری اصول تعلیم و تربیت که خداوند متعال در سوره مبارکه تحریم، آیه ۶ می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا وَقُودُهَا النَّاسُ وَالْأَجْرَارُ»؛ ای کسانی که ایمان آورده‌اید! خود و خانواده خویش را نگاهدارید از آتشی که هیزم آن انسان‌ها و سنگ‌ها هستند؛ استفاده می‌شود که آنچه لازم است در میان کودکان، آن‌هم کودکان بیمار، به لحاظ بُعد روحی و روانی رعایت شود، پرورش ایمان به خداوند و تعلیم فضائل و سجایای اخلاقی با زبان ساده و قابل فهم است که نه تنها اصول اعتقادی، بلکه دیگر مبانی اعتقادی و انجام اعمال عبادی (مانند نماز و روزه و زکات و...) که طفل مفهوم آنها را می‌شناسد، همچنین تلاوت قرآن کریم و محبت اهل بیت پیامبر (ص) را نیز در برمی‌گیرد؛ زیرا پایه و اساس تربیت معنوی او را تشکیل می‌دهند و نوع خاصی از تربیت دینی به‌شمار می‌آیند (۲۷).

از این رو به پیروی از ادله‌ی فقهی، ماده‌ی ۱۱۷۸ قانون مدنی نیز به‌نوعی ابوبن را مکلف کرده است که در حد توانایی خویش به تربیت فرزندان بپردازد و به‌منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری جسمی و روحی اقدام نمایند؛ از دیگر سو، با استناد به ماده ۱۱۷۷ قانون مدنی، طفل نیز در هر شرایط سنی که باشد، باید به آنان احترام گذارد و خاضع و مطیع اوامرشان باشد.

بدین‌سان می‌توان استنتاج نمود که کودک نسبت به خواست و صلاح‌اندیشی والدین در ارتباط با فراگیری علوم، اطاعت و تواضع داشته باشد؛ زیرا تلاش دلسوزانه والدین در مقابل تمایل نداشتن کودک ثمره و نتیجه‌ای در برنخواهد داشت.

به هر روی تحقیقات نشان می‌دهد، معنویت و باور دینی بر نوع نگرش کودک نسبت به بیماری، شفا و مسائل مرتبط با آن مؤثر است؛ از این رو چون والدین و مراقبان همواره در مواجهه با چرایی فلسفی کودکان هستند، باید به‌عنوان حامی، آنان را به منبع لایزال هستی اتصال دهند و با طلب و استمداد از خداوند متعال برای بهبودی از بیماری، ایمان را در وجودشان زنده کنند؛ در پرتو عشق و محبت، آنان را پرورش دهند و هیجانات منفی‌شان را همچون ترس و خشم مدیریت کرده و با ابزارهای مختلف، مانند بازی و تفریح و سرگرمی، روح اعتماد به نفس را در آنان ارتقا بخشد (۲۸).

البته شایان ذکر است، به‌منظور تسهیل و ترویج آموزه‌ها و احکام دینی و ارتقای سلامت معنوی، رسانه‌ها به‌عنوان وسیله‌ی ارتباط جمعی شناخته شده‌اند و به جهت ویژگی‌های ممتازی که نسبت به سایر عوامل تأثیرگذار در فرآیند تربیت انسان دارند، دارای اهمیت بسزایی هستند، هرچند چگونه بودن و چگونه بهره‌برداری از آنها

که در درمان بیماری‌های آمیزشی صغیر که تحت سرپرستی ایشان است، اقدام کند، چنانچه ولی یا سرپرست در فراهم نمودن وسایل درمان مسامحه نماید و بیماری به حال سرایت باقی بماند، ولی یا سرپرست به حبس از هشت روز تا یک ماه و یا به کیفر نقدی از پنجاه تا پانصد ریال محکوم می‌شود.

به هر روی، باید اذعان داشت که در نظام منسجم حقوق اسلام، از یک‌سو با استناد به‌قاعده «لاضرر و لااضرار فی الاسلام»، متعهد موظف است در حد ممکن و متعارف اقدامات لازم را در قبال متعهدله مبذول دارد؛ از دیگر سو، با استناد به‌قاعده «مقابله با خسارت»، متعهدله وظیفه دارد برای تقلیل یا جلوگیری از گسترش خسارت اقدام لازم را انجام دهد و با فعل یا ترک فعل خویش از گسترش دامنه زیان و صدمات جسمی، روحی و روانی خودداری کند؛ زیرا در غیر این صورت به استناد بند ۳ ماده ۴ قانون مسئولیت مدنی، فراهم نمودن موجبات تسهیل یا تشدید ضرر توسط زیان‌دیده از اسباب تخفیف میزان خسارت به‌شمار می‌آید. البته با عنایت به قدرت درک و فهم کودک بیمار، به‌واسطه‌ی همکاری متعهدان و حامیان در ارتقای سواد سلامت و آگاهی نسبت به حقوق شهروندی، می‌توان به‌نوعی از ایجاد ضرر و زیان و گسترش آن ممانعت به عمل آورد.

۲. معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری

انسان‌ها سرشتی مشترک و فطرتی الهی دارند که با برخورداری از کرامت تکوینی (اکتسابی) می‌توانند تمام مدارج کمال را طی کنند، هرچند ظرفیت‌ها و قابلیت‌های متفاوتی دارند (۱۷).

در واقع شاکله وجود انسان بر مبنای دو بُعد جسمی و روحی به همراه مراتب و شئون گوناگون، او را از قابلیت‌ها و استعداد‌های متنوعی برخوردار کرده است که هیچ‌کدام پوچ و بیهوده نیستند، بلکه همه آنها به مقتضای حکمت الهی در انسان به ودیعه شده گذاشته شده‌اند تا بتواند به سعادت و کمال حقیقی رهنمون شود؛ البته ناگفته نماند، با آنکه هر دو در تأمین سلامت نقش دارند، اما سلامت روح نسبت به جسم از اصالت بیشتری برخوردار است؛ به گونه‌ای که معنویت به ویژگی‌های متعالی روح انسان وابسته است و بدین‌سان تشخیص سلامت معنوی وابسته به تشخیص کارکرد درست ویژگی‌های متعالی روح و روان انسان است؛ از دیگر سو، هنگامی می‌توان انسان را سالم پنداشت که تمام ابعاد انسان کار خود را به‌درستی انجام دهد (۱۷).

این در حالی است که روح و روان نیز دو مفهومی‌اند که در عوض یکدیگر استفاده می‌شوند؛ هرچند تفاوت‌هایی نیز با همدیگر دارند. در واقع، روح مالک برترین الهام‌ها و گنجینه‌ی اخلاق و مذهب است، همچنین مسیری مستقیم و هموار دارد؛ در صورتی که روان خاستگاه عواطف و احساسات انسانی با همه محدودیت‌های آن است و مسیری ناهموار دارد. اما آنچه ضرورت دارد در بیمار مورد عنایت قرار گیرد، پرورش راه‌های سرزندگی روان و معنویت است که به‌صورت ذاتی در وجود تمامی انسان‌ها بارور می‌شود (۲۵)؛ لیکن می‌توان اذعان داشت که انسان دارای معنویت، با تکیه بر قدرت پروردگار و حکمت او و با مثبت‌اندیشی، به‌آسانی دشواری‌ها، عوامل اندوه، ناامیدی، نگرانی و اضطراب را کنترل می‌کند و در نتیجه از روان و جسمی سالم‌تر برخوردار است.

از این رو، با عنایت به چگونگی شکوفایی قابلیت‌های انسان در هر مرحله از رشد و نقش آن در تعیین میزان ظرفیت پذیرش او در

که دچار فلج جسمی یا مبتلا به بیماری مهلک و کشنده هستند؛ حتی عامل مهمی در جهت ایجاد محرک و انگیزه کافی برای کودکان روان‌پریش می‌باشد؛ به‌عنوان مثال، با استفاده از نقاشی-درمانی، موانع ابراز احساس کودک کاهش یافته و حس اعتماد به نفس و اشتیاق خطرپذیری افزایش می‌یابد (۳۰).

البته می‌توان علت تأثیر هنردرمانی بر کودکان بیماری که به ناامیدی مبتلا شده‌اند را در این مهم جستجو نمود که هنر شکلی از شعور اجتماعی و فعالیت‌های خلاق انسانی است که واقعیت‌های زندگی جامعه و طبیعت را درک و منعکس می‌کند و بر روح و روان او تأثیر معنوی می‌گذارد. بنابراین در بردارنده خیر و صلاح و غبطه کودک است و یک حق مسلم و شناخته شده برای اوست (۳۱).

از این رو به‌موجب بند یکم ماده ۳۱ پیمان‌نامه حقوق کودک، تفریح، آرامش، بازی و فعالیت‌های خلاق متناسب با سن طفل و شرکت آزادانه در حیات فرهنگی و هنری به‌عنوان یک حق مسلم کودک قلمداد می‌شود. همچنین با استناد به ماده ۲۷ منشور حقوق شهروندی، شهروندان حق دارند، اندیشه، خلاقیت و احساس خود را از طریق مختلف آفرینش فکری، ادبی و هنری با رعایت قوانین و حقوق دیگران بیان کنند.

البته شایان ذکر است که در اینجا با استقرار حق، تکلیفی نیز می‌توان تصور نمود؛ به گونه‌ای که در برخی از رویکردهای هنردرمانی، مانند شناختی- رفتاری، بیمار مهارت لازم را برای تغییر رفتار بهتر فرا می‌گیرد و مهارت‌هایی که در قبل یاد گرفته است را با یادگیری‌های جدید ترکیب می‌کند. از این رو، کودک بیمار خارج از استعداد هنری خویش، وارد فرآیند خلق اثر هنری می‌شود؛ یعنی ضمن شناسایی افکار منفی و تحریف‌های شناختی، می‌تواند با خودآگاهی و عزت‌نفس، افکار مثبت را جایگزین و احساس‌ها و رفتارها را کنترل کند (۳۳).

به هر روی می‌توان اذعان داشت که با تشویق کودکان در بیان احساس‌های خویش و مشارکت در انجام وظایف جدید، همچنین با انجام فعالیت‌های یادگیری، در موضع هنرمندانه‌ای قرار می‌گیرند و از خلاقیت‌های بالقوه خود به‌منظور شکل‌دهی کارهای هنری گوناگون به نحو مطلوب استفاده می‌برند.

البته هرچند هنر درمانی جنبه‌ی مثبت دارد، اما مصالح عالیه کودک اینجا می‌کند که به لحاظ حساسیت‌ها و ارتباط یافتن کودک با دیگران و در معرض آسیب و انحراف قرار گرفتن او، باید ولی یا سرپرست قانونی و یا درمانگر بر ایشان نظارت داشته باشد؛ به گونه‌ای که برخی فقیهان در این باره معتقدند: «احوط در ولایت ابوین و غیر آن دو، مراعات مصلحت است.» (۶).

به پیروی از فقه اسلام، ماده ۱۱۸۴ قانون مدنی نیز اشعار می‌دارد: هرگاه ولی قهری طفل رعایت غبطه‌ی صغیر را نکند و اقداماتی را مرتکب شود که ضرری به مولی علیه وارد شود، بنا بر درخواست یکی از اقارب یا درخواست رئیس حوزه قضایی قیم برای او منصوب می‌شود و یا اگر به دلیل کهولت سن یا بیماری نتواند به امور کودک رسیدگی کند و شخصی را هم برای این مهم معین نکند، فردی به عنوان امین به ولی قهری منضم می‌شود.

به هر روی محققان معتقدند، یکی از شاخه‌های هنردرمانی که تأثیر قابل توجهی بر افسردگی و ناامیدی کودک بیمار خواهد گذاشت و به‌نوعی خیر و صلاح کودک در آن رعایت می‌شود و جنبه‌ی معنویت‌درمانی دارد، شنیدن آوای قرآن کریم و موسیقی مذهبی است. به گونه‌ای که با انحراف حواس و کاهش تمرکز بر محرک‌های اضطراب‌آور، به‌نوعی بر سلامت شناختی، فیزیکی و

نیز مهم است؛ همان‌گونه که یکی از فقیهان و عالمان اسلام در این باره می‌گوید: «این دستگاه‌ها که مریبان فرهنگی جامعه امروزند، باید وسیله تربیت ملت باشند؛ یعنی نه تنها نباید با اشاعه ابتدال مانع رشد فرهنگی و ضد تربیتی شوند، بلکه باید مریب بوده و جامعه را تربیت کنند» (۲۹)؛ همچنین ماده ۶ (ح ۴) قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (مصوب ۱۳۹۹)، رسالت سازمان صدا و سیما را ممانعت از تولید، پخش یا تبلیغ هر برنامه یا محصول مضر به سلامت، تربیت، اخلاق، یا سایر حقوق اطفال یا نوجوانان معرفی کرده است.

از این رو، با استناد به ماده ۶ منشور حقوق شهروندی، هر یک از شهروندان حق دارند از محیط مساعد برای رشد فضائل اخلاقی و دینی و تعالی معنوی برخوردار شوند و لازم است دولت همه امکانات خود را برای تأمین شرایط لازم جهت بهره‌وری از این حق بکار گیرد و با مفسد اخلاقی نظیر بی‌تفاوتی و تنفر مبارزه کند. از دیگر سو، حمایت رسانه‌ها می‌تواند بر رفتارها و عادت‌های بهداشتی افراد و استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، همچنین بر فعالیت‌های حفاظت از سلامت و سیاست‌های حامی سلامت و بهداشت جامعه تأثیرگذار باشد (۲۱).

به هر روی می‌توان اذعان داشت، مراقبت معنوی و عاطفی، آن‌هم در قالب مراقبت تیمی از کودک بیمار بسیار حائز اهمیت است؛ البته از آنجا که والدین در مراقبت و تعامل با کودک مشارکت مستقیم دارند و با چالش‌ها و مشکلات کودک بیمار مواجه‌اند، به‌منظور حرکت در مسیر معنویت و مثبت‌نگری، نه تنها مسئولیت‌شان در این باره شاخص بوده است، بلکه در وهله‌ی اول، نیازمند داشتن توانایی و توانمندسازی‌اند تا از این رهگذر، نیازها و بحران‌های معنوی کودک را شناسایی نمایند؛ آنگاه در مرحله‌ی بعد، به تقویت اعتقادات معنوی کودک به شکل‌هایی نظیر ذکر خوانی، نماز اول وقت و توسل به ائمه اطهار (ع) بپردازند.

۳. هنردرمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری

مقوله هنر و کار هنری مقوله‌ای پیچیده و انتزاعی است که با بهره‌مندی درمانی آن، فرد مستقیماً از طریق فعالیت هنری وارد فرآیند درمان می‌شود (۳۰)؛ چراکه هنر، تجلی احساس انسان در قالب محسوس و زبانی گویاست که به مخاطبان حقیقت را می‌نماید. از دیگر سو، هنر برای کودک به لحاظ اهمیت آن در آموزش، پرورش و تربیت و نیز تأثیر در رشد فکری و خلاقیت او بسیار با اهمیت و ضروری است؛ لیکن هنردرمانی در قالب یک تفریح و بازی صورت می‌گیرد که به نشاط و سلامتی منجر می‌شود و یا باعث شکوفایی استعدادهای نهفته کودک یا مرتفع شدن افسردگی و پریشانی او می‌شود (۳۱).

همچنین، هنردرمانی شاخه‌های مختلفی را در برمی‌گیرد؛ به گونه‌ای که منظوری بر انواع صنایع دستی، بازی‌درمانی، کار با چوب، نقاشی درمانی، موسیقی‌درمانی، حرکت‌درمانی، نمایش‌درمانی، سفال‌گری و مجسمه‌سازی، عکاسی، رنگ‌آمیزی فضاهای داخل و خارج و سایر فعالیت‌های هنری خلافاً است؛ لیکن به افراد کمک می‌کند تا به ضمیر ناخودآگاه‌شان دسترسی داشته باشند و احساس‌های محصور شده خود را رها سازند؛ افزون بر این، به‌عنوان یک درمان فرعی و نیز در مشکلات رفتاری از آن استفاده می‌شود (۳۲).

کودکان تحت این نوع درمان، به‌منظور بیان احساس‌ها و عواطف خویش کارهایی را خلق می‌کنند؛ لیکن این روش ابزار قدرتمندی جهت تشویق و ترغیب کودکان بستری می‌باشد، به‌ویژه کودکانی

References

The Holy Qur'an

Nahj al-Balagha.

1. Theofanidis D. Chronic Illness in Childhood: Psychosocial Adaptation and Nursing Support for the Child and Family. Greece: Health Science Journal. 2007; 1(2):1-9.
2. Rajabi Gh, Shamouni Ahvazi Sh, Amanollahi A. The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Reduction of Depression Symptoms in Adolescent Girls. Sistan and Baluchestan, Journal of Educational Psychology. 1977; 29:11-22(in Persian)
3. Shahsavari Z. A Study of the Effect of Group Semantic Therapy (Religious Application) on Aggression and Disappointment of Students. *Tehran: Family and Research Quarterly*. 2018; 15 (2):86-67(in Persian)
4. Ameli Z. Masalak al-Afham. Volume8. 1st Edition. Qom: Islamic Encyclopedia Institute;1992. (in Arabic)
5. Makarem Shirazi, N. Tafsir-e Nemooneh. Volume 24. 1st Edition. Tehran: Dar al-Kotob al-Islamiyya; 1995.(in Persian)
6. Najafi MH. Javaher al-Kalam. Volume 31, 22.7th Edition. Beirut:Dar Ihya' al-Turath al-Arabi; 1983.(in Arabic)
7. Tabarsi F. Majma' al-Bayan. Volume2. 3rd Edition. Tehran: Nasir Khusrow Publications; 1993.(in Arabic)
8. Hurr 'Aamili M. Wasa'il al-Shi'a. Volume21. 1st Edition.Qom: Aal al-Bayt (PBUT) Institute;1988. (in Arabic)
9. Nouri H. Mustadrak al-Wasa'il wa Mustanbat al-Masa'il. Volume13. 1st Edition. Qom: Al-Bayt Institute;1987.(in Arabic)
10. Khansari M. Jam'al.Madarek. Volume4. 2nd Edition. Qom: Institute of Ismailian Studies;1984. (in Arabic)
11. Fazel al-Hindi Isfahani M. Kashf al-Lesam. Volume7. 1st Edition. Qom: Islamic Publications affiliated with the Qom Seminary Teachers Association; 1995.(in Arabic)
12. Mohaghegh Damad M. Rules of Jurisprudence - Civil Sector (Ownership and Responsibility). 3th Edition. Tehran: Islamic Science Publishing Center; 2011.[Persian]
13. Husseini Maraghi M. Al-'Anawin al-Fiqhiyya. Volume1. 1st Edition.Qom:

هیجانی او مؤثر خواهد بود و موجب تقویت سلامت روانش می‌شود (۳۴).

نتیجه‌گیری

از آنچه بیان شد این نتیجه محرز می‌شود که ناامیدی و نداشتن نگرش مثبت، نه تنها می‌تواند مانع پیشرفت انسان شود، بلکه در زمره موضوعاتی قرار می‌گیرد که تضعیف سلامت روح و روان را به دنبال دارد؛ از این رو با تعیین غایت زندگی و ارتقای سلامت معنوی یا دینی، گلدسته‌های امید و تحمل نسبت به سختی‌ها و کاستی‌ها هر لحظه بیش از پیش برافراشته می‌شوند. اما آنچه در این میان حائز اهمیت است، عنایت به دوران کودکی، آن‌هم در کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن است؛ چراکه گاهی با غفلت‌ورزی، نادیده‌انگاری، همچنین دسترسی اندک به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، فقر، خشونت و ... مواجه می‌شوند و به‌نوعی بر ادامه مسیر زندگی و سلامتشان تأثیر منفی به‌جا می‌گذارد؛ لیکن، بهره‌مندی ناکافی از سطح زندگی مناسب و منفی‌نگری و بی‌اعتنایی به معنویت و تزلزل پایه‌های سلامت معنوی به عنوان بنیادی‌ترین بخش سلامت، جزء عوامل آسیب‌زایی به‌شمار می‌آیند که نه تنها در ایجاد ناامیدی کودک و اطرفیان‌ش نسبت به بیماری مؤثرند، بلکه راهبردهای امید درمانی ویژه‌ای را می‌طلبند. از این رو، با ارتقای سواد سلامت در بستر تربیت شهروندی و معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری، همچنین هنردرمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - درمانی می‌توان از افول امید و انگیزه در وجود کودک بیمار ممانعت نمود؛ البته این مسئله در شریعت مقدس اسلام مورد تأکید واقع شده است، هرچند نیازمند تدوین و نهادینه شدن مقررات داخلی مطلوب‌تری، به‌ویژه با رویکرد سلامت معنوی می‌باشد؛ همان‌گونه که مقررات بین‌المللی نیز به‌رغم تعهدآور بودن، از محتوایی قوی و ضمانت اجرایی پویا و کارآمدی برخوردار نیستند.

به هر روی، در پایان به ارائه‌ی چند پیشنهاد می‌پردازیم که به عنوان تدابیر و اقدامات حمایتی و اجرایی پیگیری و مدیریت دولت را می‌طلبد.

۱. بهبود تعاملات بین فردی و گروهی در موقعیت‌های بالینی با استفاده از کسب مهارت‌های ارتباطی مؤثر میان متخصصان و مراقبان حوزه بهداشت و سلامت و بیماران.
۲. ترویج و توسعه‌ی حمایت از مشارکت و تصمیم‌گیری کودکان بیمار در اتخاذ اقدامات زمینه‌ای تعیین‌کننده‌ی سلامت.
۳. توسعه و ترویج سبک زندگی اسلامی و حمایت اجتماعی از رفتارهای سالم در ارتقای سلامت معنوی.
۴. اجرای عملی برابری و عدالت اجتماعی به عنوان پیش‌نیاز دستیابی به سلامت و اتخاذ استراتژی مناسب در ارتقای سطح آگاهی مردم نسبت به حقوق شهروندی.
۵. لزوم معنویت‌القایی، معنویت‌افزایی و معنویت‌درمانی در کودکان ناامید از درمان مبتلا به بیماری‌های مزمن و مراقبین آنان.
۶. دسترسی آسان به خدمات بهداشتی و درمانی، به‌ویژه دارو و مراقبت ویژه با لحاظ نمودن صندوق ذخیره مالی برای کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن.

25. Mohammadi MR, Hashemi Kohnzad H. Spiritual Psychotherapy. Tehran: Medicine and Cultivation. 2001; 43:104-220. (in Persian)
26. Kulayni M. Al-Kafi. Volume 2. 4th Edition. Tehran: Dar al-Kotob al-Islamiyya; 1986. (in Arabic)
27. Ansari GH. Children's Rulings and Rights in Islam. Volume 1. 1st Edition. Qom: Jurisprudential Center of A'Imma al-Ath'ar (PBUT); 2013. (in Arabic)
28. Borjali Lu S. Spiritual Issues and Challenges in Children with Cancer. Tehran: Health Psychology. 2014; 3(3):37-54. (in Persian)
29. Mousavi Khomeini R. Sahifa Noor (Imam Khomeini's Guidebook). Volume 21. 1st Edition. Tehran: Cultural Documents Organization of the Islamic Revolution; 1989. (in Persian)
30. Leslie AA. Translated by: Barzanjani A. The Benefits of Art Therapy For Children with Special Needs. Tehran: Exceptional education and training. 2007; 70-71:24-29. (in Persian)
31. Meghdadi MM. The Jurisprudential review of the right of art for the child. Qom: Theology of Art. 2016; 7:107-136. (in Persian)
32. Afhami R. Tadayon M. Art Therapy. Tehran: Journal of Art Books. 2012; 165:68-72. (in Persian)
33. Jassemi Zargani A, Johari Fard R. The effectiveness of cognitive-behavioral based art therapy approach on the self-concept, body image in adolescent girls with body dysmorphic disorder in Ahvaz city. Kurdistan: Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry; 2019; 6(1):11-22. (in Persian)
34. Hedayat J, Bagheri Nesami M, Abdoli Nejad MR. The Influence of Quran Vocals and Religious Music on Mental Health. Mazandaran: Journal of Clinical Excellence. 2016; 4(2):1-14 (in Persian)
- Publications Office of Affiliated to the Society of Seminary Teachers of Qom; 1996. (in Arabic)
14. Mir Mohammadi M, et al. Children's Rights (Comparative Study in Islam and International Documents). Qom: Mofid University; 2014. (in Arabic)
15. Hakimi MR. Al-Hayat (Translated by: Aram A.). Volume 4. 1st Edition. Tehran: Islamic Culture Publication Office; 2001. (in Persian)
16. Pinheiro PS. World Report Violence against Children. Geneva: United Nations; 2006.
17. Mesbah M, Marandi R. Spiritual Health. 2nd Edition. Tehran: Legal Publications; 2014. (in Persian)
18. Pate T. Families of Children with Chronic Illness and the Relational Family Model. Slovenia: University of Ljubljana. 2016; 6(2):57-65.
19. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva; 1998. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>.
20. Pleasant A, Rudd RE, O'Leary C, et al. Considerations for a New Definition of Health Literacy. United States: National Academy of Medicine; 2016. Available at: <http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/04/Considerations-for-a-New-Definition-of-Health-Literacy.pdf>.
21. Rafieefar Sh. From Health to Health Education. Tehran: Department of Health Communication and Education (Deputy of Health) Ministry of Health and Medical Education; 2004. (in Persian)
22. Mousavi Khomeini (Imam) R. Velayat-e Faqih (Islamic Government). 11th Edition. Tehran: Imam Khomeini Publishing Institute; 2002. (in Persian)
23. Mousavi Khomeini (Imam) R. Explanation of the Hadith of the Soldiers of Wisdom and Ignorance. 8th Edition. Tehran: Imam Khomeini Publishing Institute; 2003. (in Persian)
24. Bojnurdi H. Al-Qawaed Al-Fiqhiyya. Volume 7. 1st Edition. Qom: Al-Hadi Publishing; 1998. (in Arabic)