جامع‌نگری در پزشکی

دکتر سید محمدحسن امامی, دکترمحمدزکریا پزشکی

چکیده مقاله

پزشکی در دوران مدرنیسم و در برخورد کلی از دو سده قبل با فلسفه مادی گری منطبق با دیدگاههای فلسفی آن روز جهان غرب, بخصوص نظریات کلودبرنارد, متولد شد و نگرش آن به سلامت و بیماری دیدگاه بیولوژیک محض (زیست شناختی) بود. با نزدیک شدن به قله‌های درک زیست شناختی از انسان و گذر از دوران مدرنیسم و رسیدن به دوران پس از مدرنیسم (post-modernism)، ناکافی بودن دیدگاههای زیست شناختی 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 جایگزین (Alternative Medicine) رشد فزاینده‌ای یافته و فلسفه زیست شناختی در تعریف سلامتی و بیماری و برخورد با انسان جای خود را به فلسفه کل‌نگری یا جامع‌نگری (Holistic view) داده است. در این فلسفه نگاه به انسان در ابعاد زیست شناختی، ذهنی، اجتماعی، روحی ــ دینی(معنوی) ، و تعاملات انسان با مجموعه جهان خلقت به عنوان محیط زندگی او, مورد توجه قرار گرفته است. و از آنجا که این مقوله مدتی است در کشور ما موضوع بحث محافل علمی آموزش عالی و نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی قرار گرفته, آشنایی با مفاهیم ، تاریخچه و اصول اساسی این دیدگاه, ضروری می نمود.

واژه‌های اصلی. جامع‌نگری، جامعه‌نگری، پزشکی جایگزین، دین.

محمدحسن امامی, گروه داخلی دانشکده پزشکی, دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان, اصفهان.

جامع نگری

امروزه مقالات بسیاری در مدح و ثنای جامع نگری (Holistic view) و برخورد جامع (Holistic approach) بویژه در مجلات پزشکی جهان غرب دیده می‌شود. همچنین به عناوینی از قبیل رویکرد جامع در پزشکی و پرستاری برخورد می‌کنیم و از طرف دیگر, مقالات متعددی در مورد جامعه نگری (Community Orientation) و یا مسؤولیت پذیری اجتماعی (Community accountability) و یا آموزش پزشکی جامعه نگر (COME) Community Oriented Medical Education و همچنین آموزش در جامعه بر مبنای نیاز جامعه (CBL) Community Based Learning برخورد می‌کنیم. متأسفانه در کشور ما، جامع نگری و جامعه نگری را مترادف تلقی می‌کنند و با توجه به پیشینه ناقص و ضعیف طرح این مسأله در کشور ما، این مفهوم فلسفی عمیق که نه تنها در حال متحول کردن پزشکی و تغییر در برخوردهای یک سویه با سلامتی و بیماری است, بلکه در سایر علوم و بخصوص علوم انسانی نیز منجر به تحولات عظیمی گشته است، موجب ، یک برداشت منفی و سطحی و غیرمنصفانه‌ای از آن مقوله در نزد بعضی از همکاران گروه پزشکی شده است. این مقالهٔ ضمن تبیین دیدگاههای جامع نگری، به برداشت‌های نویسندگان و دیدگاههای آنان نیز می‌پردازد.

جامع نگری و سیر تحولات فکری, علمی و فلسفی در پزشکی

از دیر باز انسان به چند بعدی بودن خود آگاه بوده و حداقل روح و جسم را دو عامل اصلی موثر بر عملکرد انسان می‌پنداشته

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.3791/54408]

است. درمانهـای انجـام شـده در مـصر باسـتان و در بـسیاری از تمدنهای کهن, از قبیل: چین، هند، ایران باستان، روم باسـتان و یونـان، درمانهـای روحـی ـ روانـی و همچنـین احـضار ارواح و خواب‌واره درمانی همراه با انواع دیگـری از درمانهـای موضـعی و فیزیکی و دارویی, روشهای درمانی مرسوم بوده است.

ابوعلی سینا خلقت انسان و کل خلقت را از چهار جـزء آب و خاک و هوا و آتش دانسته است. او دارو درمـانی را بـه اوج خـود رسـاند، همچنـین در درمـان بیمـاران از سـایر روشـها, نظیـر روان‌درمانی و حتی روان‌کاوی سود جست. ابوعلی سینا به تأثیر و تأثر جسم و روح در یکدیگر معتقد بود و سلامت جسم را، تعادل در مزاج‌های انسان می‌پنداشت. او رفتار و خلق و خوی انـسان را نیز متأثر از مزاج انسان می‌دانست (۱).

از سـده چهـاردهم مـیلادی, تحـولات سیاسـی - اجتمـاعی وسیعی در اروپا آغاز شـد کـه منجـر بـه رنـسانس گردیـد ولـی کتابهای ابوعلی سینا تا قرن هجـدهم مـیلادی هنـوز در سراسـر اروپا تدریس می‌شد. با پیشرفت تکنولـوژی از یـک سـو و آزادی بیان از سوی دیگر و تأسیس دانشگاههای مختلف و بهبود وضـع اقتصادی و سطح سـواد و آگـاهی مـردم، روز بـه روز بـر اعتبـار دانشمندان افزوده می‌شد و تمایل شـدیدی بـه علـوم فیزیکـی و قابل اندازه‌گیری و ملموس به وجود آمـد تـا آنجـا کـه Claud Bernard (۱۸۷۲ ـ ۱۸۱۳) گفت, «مـن خـدا را هنگـامی بـاور می‌کنم که در زیر چاقوی جراحی او را حس کـنم». وی کـه بـه بی‌رحمی در تشریح حیوانات زنـده معـروف بـود, چنـین گفـت: «مطالعه بر روی بیماریهای انسان باید دقیقاً همانند سـایر علـوم تجربی باشد». او گفت: «بیماریها باید آن گونه در پزشکی مطالعه شوند که سـنگ‌هـا در علـم زمـین‌شناسـی مـورد مطالعـه قـرار می‌گیرند» (۲).

این رویکرد باعث تعمیـق پزشـکی مولکـولی و جـزء زیـست شناختی پزشکی گردید. اما افراط طرفداران فرضیه جدید باعـث به فراموشی سپردن بسیاری از رویکردهای ابن‌سـینایی و سـنتی گردید تا آنجا که بسیاری از پزشکان نقش اسـترس بـر جـسم را نیز انکار کردند. در حقیقت پزشکی مدرن غربی بـر اسـاس ایـن فرض بنا گردید که تـن و روان دو مقولـه جداگانـه هـستند. امـا حتی در اوائل تولد این فلسفه، بسیاری از پزشـکان آن را مـردود می‌دانستند. Hunter کـه چهـره برجـسته‌ای در کـاردیولوژی و خود نیز از بیماری عروق کرونـر رنـج مـی‌بـرد, فـردی تنـدخو و عصبی بـود. او متوجـه رفتارهـای عـصبی خـود و بـروز حمـلات خطرناک آنژین صدری شد و چنین ادعا کرد که: «زندگی من بـا یک عصبانیت تمام می‌شود که آنهم به تصمیم یک شیاد وابـسته است». و آن گونه که ویلیام اوسلر گزارش کرده است, پس از یک جدال در جلسه اعضای هیـأت علمـی کـالج سـلطنتی پزشـکان اسکاتلند ناگهان بر زمین افتاد و فوت کرد (۳).

Virchow که یک مهندس مدل بیومدیکال و پـدر آسـیب شناسی مدرن بود, در ۱۵۰ سال قبل چنین گفت «پزشکی علـم جامعه‌شناسی است» او گفت: «پزشکان نماینـده فقـرا هـستند و این مسائل اجتماعی است که باید توسـط پزشـکان حـل شـود» (۴). وی همچنین گفت: «سیاست چیزی جـز پزشـکی در ابعـاد وسیع آن نیست» (۵). او همراه با Newman پایه‌گذار پزشـکی اجتماعی به حساب می‌آید (۶) اما طوفان طب زیست شـناختی، اکثر عقاید دیگر را کنار زد و خود به پیش رفت.

اکنون در حالی که به اتمام پروژه ژنوم انـسانی رسـیده‌ایـم و طب مولکولی کلودبرنارد به اوج خود رسیده است, عیوب آن نیـز بیش از پیش آشکار می‌شود.

مطالعات و دیدگاهها

در طی ۵۰ سال گذشـته شـواهد متعـددی از تـأثیر عوامـل محیطی، اجتماعی، فرهنگی، دینی (معنوی)، روانـی، اقتـصادی و زیست شناختی بر سلامتی به دست آمده است. HIV یک نمونه خوب است. در آفریقا ویروس HIV 1 بطور مسلّم از سال ۱۹۵۷ یا ۱۹۵۸ وجود داشته است که البته ممکن اسـت سـالها قبـل از آن هم وجود داشته است, اما با تغییر فرهنـگ و شـهری شـدن، بسیاری از مردان از روستاها به شهرها مهـاجرت کردنـد و زنـان برای غلبه بر فقر و ادامه حیات به روسپی‌گری رو آوردنـد و ایـن باعث یک اپیدمی از آنچه امروز به عنوان AIDS مـی‌شناسـیم, گردید. سپس با یک مسافرت هوایی, ابتدا به هایتی و سـپس بـه نیویورک، لـوس آنجلـس و سـان فرانسیـسکو رفـت و اکنـون در معرض وحشتناکترین پاندمی جهان هستیم (۷).

استعمار در اواخر قرن نوزدهم به منظور بهره‌کشی از مردم و غارت منابع بکر آفریقا به این قاره رفت؛ شـکل و زنـدگی آنهـا را بدون در نظر گرفتن مصالح و عوارض احتمالی آن عوض کرد و با تغییر ساختار زندگی آنان موجب عکس‌العمل سخت و انتقام‌آمیز طبیعت ذی‌شعور به این دخالت آشکار و به هم زدن نظم موجود گردید و نه تنها آنان را قربانی کرد که خود نیز خسارات جـانی و مالی هنگفتی دید.

McKinnlay نشان داد که بسیاری از بیماریهـای واگیـر از قبیل سل، سرخک، فلج اطفال و حصبه قبل از ابداع واکسن و یـا

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.3791/54408]

کشف آنتی‌بیوتیکها به میزان قابل توجهی کاهش یافتند و این به تغییر الگوهای زندگی و بهداشت فردی و جمعی مرتبط بـود (۸) (شکل ۱).

در سال ۱۹۶۵ در آمریکا هزینـه مراقبـت هـای بهداشـتی و آموزش, هر کدام ۶ درصد از درآمد ناخالص ملـی را شـامل مـی شد. در سال ۱۹۹۵ هزینه مراقبت های بهداشتی بـه ۱۴ درصـد افزایش یافت در حالی که هزینه آموزش در حد همـان ۶ درصـد باقی ماند. با این همه, در طی این مدت , اختلاف سطح سلامتی در طبقات مختلف اجتاع, متناسـب بـا تبعـیض هـای اجتمـاعی اقتصادی افزایش یافته است و این در حـالی اسـت کـه بـالاترین امید به زندگی (مستقل از میزان متوسط درآمد), در کـشورهایی به چشم می خورد که بـالاترین سـطح عـدالت در توزیـع ثـروت وجود دارد(۴). این مسأله نشانگر تأثیر و نقش اقتـصاد, تبعـیض, تفاوت های طبقـاتی و سـایر فاکتورهـای اجتمـاعی در سـلامتی انسان می باشد. به عبارت دیگر, افزایش هزینه سرانه مراقبتهـای بهداشتی به تنهایی و بدون عدالت اجتماعی نمـی توانـد تـأمین کننده سلامتی باشد.

مادریروس یکی از استادان دانشگاه اوتاوا مـی‌گویـد: «وقتـی مردم به طور عمیـق‌تـری بـه بیماریهایـشان مـی‌نگرنـد، متوجـه می‌شوند که بیماری، ناخوشی و سـوء تغذیـه، خـود علائـم یـک مرض عمیق‌تری هستند که ریشه در اختلافات طبقاتی ، استثمار اقتصادی و فشارهای سیاسی دارد» (۹).

شکل ۱. تغییر میزان بروز برخی از بیماریها با گذشـت زمـان. پیکانهـا زمان اعمال مداخلات پزشکی را نشان می‌دهد. در هـر مـورد، مداخلـه بعد از شروع به کاهش اپیدمی، اعمال شده است.

در تحقیـق دیگـری نـشان داده شـد کـه وجـود تبعـیض و تفاوتهای طبقاتی از لحاظ ثروت در درون یک کـشور و در میـان کشورهای مختلف، ارتباط مستقیم با افزایش میزان مرگ و میر و کاهش سلامتی دارد (۱۰).

تحقیقات دیگری نقش پر اهمیت اسـترس، داشـتن پـشتوانه اجتماعی و نقش خود فرد در سـنجیده عمـل‌نمـودن در شـرایط بـروز دیـسترس‌هـای روانـی و بیماریهـای جـسمی را در ایجـاد بیماری و یا حفظ سلامتی نشان داده‌اند. اکنون روشن شده است که درمان بسیاری از بیماریها در صورتی که همراه با اصلاح وضع روانی فرد نباشد, ناموفق بوده و منجر به عود بیماری می‌گـردد و بنابراین, از این پس درمان بیماریها با یافتـه‌هـای جدیـد تغییـر خواهد کرد و در حقیقت آینده، شـاهد همکـاری جـسم و ذهـن برای مراقبت از سلامت جسمی و روحی خواهد بود (۱۱).

مطالعات دیگری نشان داده‌اند که مـرگ و میرهـای قلبـی و عروقی در افراد افسرده افزایش معنـی‌داری در مقایـسه بـا گـروه کنترل داشته است (۱۲). فراتر از این, اکنون شواهد کافی وجـود دارد که ساختمان DNA در پاسخ به تغییـرات محیطـی تغییـر

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.3791/54408]

آرایش می‌دهد و ژن‌های جدیدی در موجودات تک سلولی و همچنین در سلولهای ایمنی موجودات دیگر برای تکامل در جهت مقابله با شرایط محیطی بوجود می‌آید (۱۳). از طرف دیگر, به نظر می‌رسد رفتار انسان نیز بر روی سایر میکروارگانیسم‌های بیماریزا اثر گذاشته و برخی از رفتارهای انسان می‌تواند باعث بروز موتاسیون در آنان گردد.بنابراین, رفتارهای انسان نه تنها مستقیماً بر سلامت خود او ، که بر روند تکامل سایر موجودات نیز اثر می‌گذارد. این روند تکاملی باعث می شود که میکروارگانیسم‌های بیماریزا با میزبان خود رفتار متفاوتی داشته باشند (۱۴) و به نظر می‌رسد هرچه شانس انتقال میکروارگانیسم‌ها از انسانی به انسان دیگر (به واسطه تغییررفتار) کاهش یابد، شدت بیماریزایی میکروارگانیسم نیز کاهش می‌یابد زیرا این به نفع خود میکروارگانیسم خواهد بود. چنین وضعیتی، در روند تکاملی HIV و تغییر رفتارهای جنسی انسانها بخوبی مشاهده شده است (۱۴). از طرف دیگر, اعمال فشار به میکروارگانیسم‌ها منجر به بروز تکامل برای حل مشکل خود و مقابله با فشارهای اِعمال شده می‌گردد. چنین وضعیتی را در مصرف انترفرون آلفا 2B در بیماران مبتلا به هپاتیت **C** مشاهده می‌کنیم که گاهی منجر به بروز نوع تکامل یافته‌ای از ویروس می‌گردد که غالباً مهاجم‌تر و به درمان مقاومتر است (۱۵).

اکنون شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد توزیع سلامتی و بیماری متأثر از محل زندگی، تغذیه، شغل و فعالیت‌های اجتماعی، آب و هوا، ارتباط متقابل با انسانهای دیگر (۱۶) و ارتباط او با محیط و جهان خلقت است (۱۷). رفتارهای انسان نیز خود متأثر از عوامل دیگری است. یکی از مهمترین تعیین‌کننده‌های رفتار انسانی، نظام باورهای اوست. بنابراین, اگر لازم است رفتاری عوض شود، قبلاً باید باورهای او که سازنده رفتار اویند, تغییر نمایند. حاصل درمان نیز نتیجهٔ رفتار بالینی پزشک و رفتار بیماریِ بیمار است که این هر دو نیز از ساختار نظام باورهای آنها منشأ گرفته است. به عبارت دیگر, رفتار بالینی پزشک حاصل قضاوت و نحوهٔ عملکرد پزشک است و خود در ارتباط با توانمندیهای علمی، عملی، انگیزه، تجربه، روح انسانی، جامعه شناسی و جهان بینی او می باشد و رفتار بیمار نیز در پاسخ به بیماری خود تابع ذهنیت های بیمار و پیشینه های فرهنگی و جهان بینی اوست. به همین دلیل, یک بیماری واحد در دو انسان با تهاجم و بیماریزایی مساوی، تظاهرات بالینی متفاوت دارد زیرا بیماری حاصل تهاجم میکروارگانیسم یا اختلال عملکرد یک عضو یا بخشی از فعالیت یک عضو و واکنش بدن در مقابل آن که گاهی مخربتر از تهاجم اولیه است از یک سو و درک ، قضاوت و واکنش مغز به اطلاعات دریافت شده از این کنش متقابل است.

تأثیر این دیدگاه در تعیین مسیر تحقیقات آینده و عملکرد نظام‌های بهداشتی و درمانی بسیار شگرف خواهد بود. به عنوان مثال, هزینه درمانی دردهای مزمن از مجموع هزینه‌های مالی بیماریهای عروق کرونر و سرطان و ایدز بیشتر است. همچنین دستورالعمل‌های بالینی (تشخیصی و درمانی) موجود نیز براساس تحقیقات به دست آمده است, توسط پزشکان و یا بیماران بکار گرفته نمی‌شوند. برای اینکه راه حل این دو مشکل را بیابیم، باید از یک طرف, رفتار بیماری و از سوی دیگر, عوامل و نیروها و متغیرهایی که بر عملکرد بالینی پزشک اثر می‌گذارند از طریق روش‌های جامعه‌شناسانه کشف شود (۱۸).

برای کشف راه حل مشکل اول استفاده از مدل تمایز مرض ـ بیماری راهگشا و مورد قبول است. بیماری انسان و اختلالات عملکردی بدن باعث بروز تحریکات عصبی می‌گردند که توسط واحد ادراکی مغز تجزیه و تحلیل می‌شوند. چگونگی این تجزیه و تحلیل اطلاعات خود به تجربه‌های قبلی فرد و آنچه در گذشته از محیط، فرهنگ، اقتصاد و سایر پدیده‌های اجتماعی آموخته است, بستگی دارد. حاصل این تحریکات و تجزیه و تحلیل آن، احساس خواهد بود. احساس به دست آمده از بیماری به صورت درد، یا احساس ناخوشی و یا احساس ناتوانی تعبیر می‌شود. شدت تعبیر درد و احساس ناخوشی بیش از آن که به شدت تحریکات اولیه و یا بیماری مربوط باشد, به چگونگی تجزیه و تحلیل این اطلاعات و به عبارت دیگر, قسمت مهمی از رفتار بیماری به پاسخ و تعبیر و تفسیر واحد ادراکی مغز فرد بستگی دارد. مؤثرترین راه درمان این جنبه از رفتار بیماری ، بکارگیری اصول رفتاری شناختی بوده است (۱۸).

آینده پزشکی در دوران پس از مدرنیسم

پزشکی کلودبرنارد با گذشت زمان بیش از پیش محدودیت‌های خود را آشکار ساخت. درمانهای زیست شناختی علیرغم موفقیت‌های غیر قابل انکار، خود عوارضی داشتند, همه جا کارساز نبودند، و یا در برخی موارد عوارض آنها بر منافعشان فزونی داشت. با این حال, ناکارآمدی‌های آن باعث شد که از دهه پنجم قرن بیستم اقبال به سوی روش‌های درمانی دیگر افزایش یابد.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.3791/54408]

اکنون دنیای غرب که طعم قدرت و ثروت را (به یمن تلاش و عقل‌گرایی و توجه به دنیای مادی) در کنار آزادی یکجا چشیده, با همان ابزار عقل و تحقیق، به نقائص مادی‌گرایی در فلسفه کلی و جسم‌گرایی در فلسفه درمانی خود پی‌برده است. Engel فلسفه زیستی - روانی - اجتماعی (Biopsychosocial) را در اتیولوژی و درمان بیماریها مطرح کرد و تحقیقات وسیعی در این زمینه آغاز شد. Claudin Brelet Rueff چنین نوشت: «علم پزشکی که شاید بیش از هر فعالیت دیگری به بقای ما کمک می‌کند، به زمینه فرهنگی‌ای که در آن اعمال می‌شود, وابسته است زیرا با تولد، آلام و مرگ سر و کار دارد که وجوه اساسی وضعیت تندرستی انسان است...».

در غرب مطالعه درباره شکل‌های سنتی پزشکی اخیراً باب شده است. اینکه غربی‌ها اهمیت و ارزش پزشکی سنتی را با ژرفای بیشتری دریافته‌اند، مرهون جهان‌نگری فیزیک جدید (نظریه‌های نسبیت و کوانتوم و ترمودینامیک) است که به هر چیز از دید کنش متقابل می‌نگرد. از طرف دیگر, استعمارزدایی نیز باعث شد که مردمی که پیش‌تر به دیده حقارت نگریسته می‌شدند, بار دیگر فرصت یابند ندای فرهنگ خود را به گوش‌ها برسانند. پزشکی غربی که تا کنون انسان را ماشین می‌پنداشت، رفته رفته به این عقیده می‌رسد که «کُلّ انسان» را ، هماهنگ با نگرش به برخی جنبه‌های اعتقادی جوامع سنتی مداوا کند. در نتیجهٔ چنین نگرشی، الگویی برای پزشکی پدید خواهد آمد که دیگر تنها به بیماری توجه ندارد, بلکه تندرستی به مفهوم کلی آن مورد توجه است و بنابراین, به آن عواملِ روان شناختی و فرهنگی که سرچشمه این تندرستی است نیز می‌پردازد.

آشکار است که پزشک سنتی از سیر معنوی برگزیده جامعه‌ای که در آن اعمال می‌شود جدا شدنی نیست و در همه اشکال آن وجوه مشترکی هست که در پزشکی جدید نیست از جمله: رهیافت کل‌نگر (جامع نگر) که به فرد به عنوان موجودی چند بعدی، همزمان از لحاظ جسمی، ذهنی، اجتماعی، روحی و وابستگی متقابل تنگاتنگی که با محیط طبیعی پیرامون خویش و با جهان پهناور و رازآمیز دارد، می‌نگرد. این ویژگی برجسته رهیافت پزشکی سنتی که زندگی و انسان‌ها را «کُلّی واحد» می‌داند, جذابیت فزاینده‌ای در غرب پیدا کرده زیرا که امروز غرب دیدگاهی کل‌نگرانه را در پیش گرفته است» (۱۷).

نگاه جدید غرب با فلسفه کل‌نگر, که از طرفی, ناشی از درک جدید او از جهان خلقت (به یمن فیزیک مدرن) و از طرف دیگر, به واسطه نارسایی‌های پزشکی مدرن در اوج رشد و کمال خود (یعنی در شرف قرن بیست ویکم و در انتهای پروژه ژنوم انسانی در حل بسیاری از مشکلات سلامتی جامعه بود، غرب را به بازنگری انواع درمانهای سنتی و تجربه راههای درمانی دیگر وادار کرد و امکان انتخاب‌های دیگری را در کنار پزشکی مدرن تحت عنوان پزشکی جایگزین (Alternative Medicine) باز نمود. انتظار می‌رود پزشکی جایگزین در پزشکی مدرن ادغام گردد و بخشی از برنامه آموزشی دانشکده‌های پزشکی گردد (۱۹).

در یک مطالعه ملی در ایالات متحده آمریکا نشان داده شده که استفاده از یکی از ۱۶ روش پزشکی جایگزین در کنار پزشکی مدرن و یا بجای آن از ۳۳/۸ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۴۲/۱ درصد در سال ۱۹۹۷ افزایش داشته است (۲۰).

بیشترین روشهای درمانی که در طی سالهای یاد شده افزایش یافته‌اند, به ترتیب: گیاه درمانی، ماساژ درمانی، مگا ویتامین درمانی، درمان با روش گروه‌های خودیاری, درمان با داروهای سنتی، انرژی درمانی و هومئوپاتی است. جمع ویزیت‌های پزشکی انجام شدهٔ پزشکی جایگزین در سال ۱۹۹۷, سالانه به ۶۲۹ میلیون ویزیت در آمریکا رسیده است (۲۰).

رویکرد اعتقادی و دینی نیز هم از دیدگاه اجتماعی و جهان شناختی و هم از دیدگاه درمانی، اقبال چشمگیری یافته است. از طرف دیگر, برخی از باورهای خرافی و نادرست و یا تجربه‌های غیر علمی توسط بیماران یا پزشک باعث گردیده است که دستورالعمل‌های مبتنی بر تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته نشود. چنانچه ویلیام گلدبرگ گفته است: «برای موفقیت در بکارگیری دستورالعمل‌های تشخیصی - درمانی که مبتنی بر تحقیقات بوده است, باید مشاوره و تبادل نظر بین پزشکی مبتنی بر باورها و طب مستند بطور مستمر صورت گیرد زیرا اطلاع رسانی بهترین تحقیقات علمی موجود هم به تنهایی برای تغییر باورها و رفتار پزشک ناکافی بوده است» (۱۸).

اکنون که باورهای دینی با تحقیقات علمی در حفظ و ارتقاء سلامتی انسان همداستان گردیده‌اند، تقویت باورهای سازنده و تغییر باورهای مخرب، از وظائف نظام‌های بهداشتی و درمانی است. در حال حاضر, در ایالات متحده آمریکا ۹۵ درصد مردم به خدا اعتقاد دارند بیش از ۵۰ درصد عبادت روزانه انجام می‌دهند و بیش از ۴۰ درصد هر هفته به کلیسا می‌روند. در یک مطالعه اخیر، ۷۵ درصد از بیماران معتقد بودند که پزشک باید در درمان بیماران، به مطالب روحانی و متافیزیکی هم به عنوان بخشی از درمان توجه کرده و مورد اشاره قرار دهد. حدود ۴۰ درصد از

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.3791/54408]

بیماران می‌خواهند که پزشک آنان در خصوص ایمان دینی با آنان صحبت کند و ۵۰ درصد از بیماران مایل بودند که پزشکشان همراه با آنان به عبادت خدا بپردازد (۲۱).

اگرچه عوامل زیادی باعث بیگانگی دین و علوم از یکدیگر گردیده است, اما این جدایی بیش از همه نشانگر تقسیم تاریخی علم و دین در میان روشنفکران غربی و رهبران دینی از ۴۰۰ سال قبل است. اکنون تحقیقات متعددی نقش بالقوه مثبت دین را در ترغیب انسان به حفظ و ارتقاء سلامت روحی و جسمی نشان داده‌اند و علاقه‌مندی فزاینده‌ای نیز به دین و پیگیری موضوعات روحانی در میان مردم ایجاد شده است (۲۱). همچنین نشان داده شده است که تعهد دینی باعث پیشگیری از برخی بیماریها، مقاومت در برابر بیماریها یا تحمل بهتر بیمار و بالاخره بهبود سریعتر بیماری گردیده است (۲۱). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که تعهد مذهبی باعث کاهش افسردگی، کاهش فراوانی سوء استفاده از مواد مخدر، کاهش بسیاری از بیماریهای مزمن و افزایش طول عمر می‌گردد (۲۲و۲۱).

به طور خلاصه, مجموعه تجربیات و تحقیقات انجام شده که بخش اندکی از آنها مرور گردید، باعث شد تا دانشمندان علل شکست مداخلات خود را بیابند و آن چیزی جز برخوردهای یک سویه، یک بعدی و سطحی نبود، اکنون بدیهی است که انسان چند بعدی، نیازمند برخوردی چند بعدی نیز هست. در نظر گرفتن ابعاد مختلف هر پدیده و عواقب هر مداخله و تلاش در جهت هر چه کاملتر دیدن انسان در مجموعه جهان خلقت را «جامع‌نگری» می‌گویند. جامع‌نگری، برخوردی همه جانبه با مسائل و مشکلات دارد و این یک فلسفه عمیق و کلی است و خاص پزشکی هم نیست و در حقیقت جامع‌نگری، راهکاری است برای حل مشکلات بشر و بواسطه جامعیت آن، در حل همه مسائل مبتلابه انسان، کاربردی عظیم دارد.

دیدگاهها

آنچه که باعث تغییر نگاه غرب به سلامتی گردید, رشد اقتصادی، درک اجتماعی، افزایش سطح سواد و عقل‌گرایی بود و مطالعات وسیع در ابعاد سلامت جسمی انسان نیز که در اوج درک زیست‌شناختی از حیات به دست آمد، ناقص بودن و ناکافی بودن نگاه یکسویه به سلامتی را نشان داد. از طرف دیگر, آزادی‌های موجود، همراه با رشد سواد و گسترش وسیع تحصیلات دانشگاهی در توده مردم باعث شد تا جامعه از سیستم‌های بهداشتی - درمانی ،حقوق خود را مطالبه کند و ارزش‌های خود را به آنان گوشزد و باورهای خود را به عنوان واقعیت‌های غیرقابل انکار مطرح نمایند.

اکنون بیش از ۴۰۰ سال از تعصبات مذهبی و تبعیض‌ها و ظلم‌های انجام شده توسط کلیسا به نام مذهب می‌گذرد و خاطره تلخ محاکمه دانشمندان توسط دادگاههای تفتیش عقاید، پاک شده است و از طرفی, افراط در بی‌دینی و آزادی لجوجانه، در هوس‌طلبی‌های جنسی و اعتیاد نیز باعث نتایج مخربی گردیده که در بروز پاندمی AIDS به اوج خود رسیده که در دو دهه اخیر باعث بازگشت مردم به ارزش‌های دینی گردیده است و پس از ۴۰۰ سال آزمودن عقل دوراندیش، جهان غرب نیز به کاستی‌های عقل معترف گردیده و قضاوت‌های چند صد ساله را نیز یکسویه و ناکامل قلمداد نموده است.

جامع‌نگری (کامل نگری) پاسخی است به این معضل که باید جسم و جان ، جامعه و ایمان و کل جهان را با انسان در یک مجموعه هماهنگ و واحد در نظر گرفت و این دستیابی به توحید حقیقی است. توحیدی که فطرت حق جوی انسان در جاذبه آن کمال بی‌نهایت مجذوب کرده است.

قدردانی

با تشکر از استاد گرامی جناب آقای دکتر علی صادقی حسن‌آبادی که در ویرایش مقاله کمک شایانی نمودند.

منابع

۱. ابوعلی سینا. قانون در طب. ترجمه شرفکندی ع ر. کتاب اول، تهران: انتشارات سروش، ۱۳۶۳.

2..Alvarez Dardet C. Was Claude Bernard Wrong? J Epidemical Community Health 1999; 593: 53.

3. Kendall PC, Hammen C. Abnormal psychology, Understanding human problems. 2nd ed. Haughton Mifflin College 1998: 298-9.

4. Pincus T, Esther R, Dewalt DA, Callahan LF. Social conditions and self management are more powerful determinants of health than Access to Care. Ann Intern Med 1998; 129(5): 406-11.

5. Mansfield CJ, Wilson JL, Kobrinski EJ, Mitchell J. Premature Mortality in the United States: the roles of Geographic area, Socioeconomic Status, Household type, and availability of Medical Care. Am J Public Health 1999; 89(6): 893-8.

٦ـ پارك جي اي، پارك ك. كليات خدمات بهداشتي، درسنامه, پزشكي پيشگيري و اجتماعي ٢، ترجمه: شجاعي تهراني ح. انتشارات دانشگاه علوم‌پزشكي گيلان. ١٣٧٢: ١٩ـ١٨.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.3791/54408]

7. Sande MA. Global Microbial threats. WJM 1996; 164(1): 18-20.
8. Kaplan RM, Sallis JF, Patterson TL, Thomas L. Health and Human Behavior. 8th ed. New York: McGraw Hill Inc. 1993: 78-79.
9. Mardiros M. Primary Health Care. In: The Echology of Health. 1st ed. London: SAGE publications. 1996.
10. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in united states; analysis of mortality and potential pathways. BMJ 1996; 312: 999-1003.
11. Kendall PC, Hammen C. Abnormal psychology, understanding human problems. 2nd ed. Houghton Mifflin Co. 1998: 326-327.
12. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. Am J Psychiatry 1998; 155(1): 4-11.
13. Mostafawi H. Gene and Environmental interaction in psychiatry. Med J Iran Hosp 1999; 2(1): 62-66.
14. Ewald PW. The Evolutian of virulence. Scientific American 1993; 268(4): 86-93.
15. Terrault NA, Wright TL. Viral hepatitis A through G in: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 1998.
16. Eisenberg L. Does Social Medicine still matter in an era of Molecular Medicine? J Urban Health 1999; 76(2): 164-74.
۱۷. کلودین برلـه ر.، فرهنـگ و تندرستي. تهران: پیـام یونـسکو ۱۳۷۷؛ ۳۳۳: ٦-۱۱.
18. Goldberg WM. Belief and Health. Annals RCPSC 1999; 32(3): 139-41.
19. Oumeish OY. The Philosophical, Cultural, and Historical Aspects of Complementary, Alternative, Unconventional, and Integrative Medicine in the Old World. Arch Dermatol 1998; 134(11): 1373-86.
20. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Rompay MV, Kessler RC. Trends in Alternative Medicine use in the United States 1990-1997. JAMA 1998; 380(18): 1569-75.
21. Malhews DA, McCullough ME, Larson DB, Koenig HG, Swyers JP, Milano MG. Religious Commitment and Health Status. Arch Fam Med 1998; 7: 118-24.
22. Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult Mortality. Demography 1999; 36(2): 273-85.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.3791/54408]