رویش روان شناسی، سال هفتم، شماره ۱۱، شماره پیاپی ۳۲، بهمن ماه ۱۳۹۷
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 7(11), 2019

مذهب، معنویت و حرفه پزشکی

Religion, spirituality and medicine

دکتر مجید صدوقی
استادیار روانشناسی دانشگاه کاشان

Majid sadoughi
Assistant professor in psychology,
University of Kashan
sadoughi@kashanu.ac.ir

چکیده

مذهب، معنویت، سلامت و پزشکی ریشه‌های مشترکی در چهارچوب مفهومی رابطه میان انسانها، طبیعت و خدا دارند. از دیرباز، علاقه فوق‌العاده‌ای به درک تعامل مذهب، معنویت، سلامت و پزشکی وجود داشته است. علیرغم برخی از محدودیت‌های روش‌شناختی، بسیاری از مطالعات تجربی منتشر شده نشان می‌دهد که مشارکت مذهبی با پیامدهای بهتر در سلامت جسمی و روانی همراه است. به هنگام رویارویی با بیماری، ناتوانی و مرگ بسیاری از بیماران خواهان آن هستند که پزشکان و درمانگران، نیازهای عاطفی و معنوی آنان را نیز مورد ملاحظه قرار داده و آنها را برآورده سازند. علاقه و توجه جدید به تعامل میان مذهب و معنویت با سلامت و پزشکی تلویحات قابل ملاحظه‌ای برای جامعه ایرانی دارد. مذهب و معنویت در جامعه ایرانی و بستر فرهنگی جامعه ما از ویژگی‌های متمایزی برخوردار است و نقش مهمی در زندگی اکثریت ایرانیان ایفا می‌کند و بنابراین، پزشکان و درمانگران ایرانی باید موضوعات مذهبی را مورد مداقه قرار داده و نیازهای معنوی بیمارانشان را برآورده نمایند. تلفیق مذهب و معنویت در سلامت و پزشکی بسیار فراتر از موضوع به کار بستن پزشکی به صورت اخلاقی‌تر و ترحم‌آمیزتر است. تلفیق مذهب در پزشکی فرصت‌های جدیدی برای آموختن بیشتر درباره سایر نظام‌های سنتی پزشکی و درک عمیق‌تر و تعامل

Abstract

Religion, spirituality, health and medicine have a common root in the framework of the relationship among humans, Nature and God. There has always been considerable interest in understanding the interaction between religion, spirituality, health and medicine. In spite of some methodological limitations, many published experimental studies indicate that religious involvement results in better physical and psychological health. Facing the disease and inability, a significant number of patients demand that physicians and healers pay attention to their current and spirituality needs. The recent interest in the interaction between religion and spirituality with health and medicine has considerable implications for Iranian society. Religion and spirituality have distinguishing features in the Iranian people, so Iranian physicians should pay attention to religious issues and satisfy their patients' spiritual needs. Integration of religion and spirituality in health and medicine goes beyond making medicine more ethical and compassionately, which provides new opportunities for learning more about other traditional medical systems and gaining a more in-depth understanding regarding the collaborative interaction between different medical systems. Furthermore, physicians can find religion

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

مشارکتی میان نظام‌های مختلف پزشکی فراهم می‌آورد. افزون بر این، پزشکان می‌توانند مذهب و معنویت را در زندگی حرفه‌ای خودشان نیز مهم و ارضاکننده بیابند.

واژه‌های کلیدی: مذهب معنویت، سلامت، پزشکی

and spirituality essential and rewarding in their professional activities.

Keywords: religion, spirituality, health, medicine

مقدمه

در آغاز، مذهب و معالجه کردن تفکیک‌ناپذیر بودند. در برخی جوامع، کشیشان و روحانیون و پزشکان یکی بودند و همان افراد به امر معالجه جسمی و معنوی به فرمان الهی اقدام می‌کردند. با ظهور پزشکی علمی در میانه قرن نوزدهم، پزشکی تقریباً به صورت کامل از مذهب جدا شد. در گذشته‌ای نه چندان دور پزشکان و شاغلان بخش پزشکی مدرن باورها و اعمال مذهبی بیماران را در بهترین حالت به عنوان موضوعات بی‌ربط و حتی به عنوان موهومات مساله ساز در نظر می‌گرفتند (کرلین و موسکویس[1]، ۲۰۰٤). بنابراین، مذهب و معنویت عمدتاً در فعالیت‌های طبی نادیده گرفته می‌شد. امروزه، این سناریو به طرز قابل ملاحظه‌ای تغییر کرده است. کتابهای متعددی در مورد مذهب، معنویت، نیایش، شفا یافتن و سلامت توسط پزشکان به رشته تحریر در آمده و جایگاه حقیقی خود را در میان ادبیات رایج پیدا کرده است.

این تغییرات تنها به پزشکان و شاغلان بخش سلامت به صورت فردی محدود نمی‌شود، بلکه در مؤسسات و مجموعه‌های حرفه‌ای نیز دیده می شود. سازمانهایی همچون انجمن روانپزشکی آمریکا، انجمن روانشناسی آمریکا، انجمن فارغ التحصیلان پزشکی، آکادمی آمریکایی پزشکان خانواده، کالج آمریکایی پزشکان و انجمن دانشگاههای پزشکی آمریکا بر نیاز به توجه و پرداختن به موضوعات مذهبی و معنوی در مراقبت از بیماران و نیز آموزش متخصصان مراقبت‌های سلامتی تأکید کرده‌اند (لاریمر، پارکر و کروثر[2]، ۲۰۰۲). بیش از ۸۰ دانشکده پزشکی در آمریکا امروزه دوره‌هایی را در مورد معنویت به عنوان بخشی از برنامه درسی خود ارائه می‌دهند (فورتین و بارنت[3]، ۲۰۰٤). هم‌اکنون دانشجویان پزشکی در غرب، در مورد مذاهب غیر غربی و اخلاق

1 Curlin & Moschovis
2 Larimore, Parker, Crowther
3 Fortin, & Barnett

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

پزشکی در چندین سنت ایمانی و عقیدتی آموزش بیشتری می‌بینند و مهارت‌هایی را در خصوص گرفتن تاریخچه معنوی بیماران‌شان کسب می‌کنند (کرلین و موسکویس، ۲۰۰٤).

به طور کلی، در چند دهه گذشته، تجدید علاقه گسترده‌ای به معالجه معنوی و شیوه‌های مذهبی در سلامت دیده می‌شود. بازگشت به معنویت و مذهب توسط بیماران به عنوان یک مؤلفه الحاقی و ضمیمه معالجه جسمانی نباید توسط پزشکان و سایر مراقبان نادیده گرفته شود. در یک برداشت، مذهب می‌تواند به عنوان نوعی درمان مکمل یا کمکی در نظر گرفته شود. در اوج قرن اکتشاف علمی و پیشرفت پزشکی، پزشکان و بیماران شان نسبت به دستورالعمل‌های معنوی و شکل‌های مکمل و جایگزین پزشکی [1] (CAM) پذیراتر شدند. برای مثال، علیرغم پیشرفت در درمان سرطان، اَشکال مکمل درمان توسط تقریباً نیمی از بیماران تحت درمان متعارف برای سرطان و اغلب از همان مراحل اولیه بیماری‌شان، اختیار می‌شود. بر خلاف تصورات قالبی، بیمارانی که جویای روش‌های مکمل و جایگزین ثابت نشده هستند، افرادی تحصیل کرده، و از طبقه متوسط و بالا هستند و الزاماً مبتلا به بیماری پایان دهنده زندگی نیستند و حتی به چنین درمانهایی بیش از درمانهای متعارف امید دارند (کاسیلت[2]، ۱۹۸٦).

سوال مهم این است که چرا مردم به دنبال درمان‌های مکمل/ جایگزین از جمله مذهب و معنویت هستند؟ یک پاسخ احتمالی این است که بیماران ممکن است نسبت به واقعیت‌های درمان متعارف دلسرد و مأیوس باشند. به نظر می‌رسد عوارض جانبی مضر، تجارب منفی قبلی و تمایل بیمار برای دریافت مراقبت حمایتی‌تر از جمله عوامل گرایش به درمانهای مکمل است. افراد ممکن است از تکنولوژی سرد و بی‌روح و فاقد هویت انسانی پزشکی مدرن ناخشنود بوده و خواهان خود مراقبتی و تناسب همه جنبه‌های وجودی‌شان (جنبه‌های بدنی، روانی و معنوی) باشند. التیام‌بخشی مذهبی و معنوی هرگز جایگزینی برای مراقبت طبی استاندارد نیستند. دعاها، نیایش‌ها، شفای مذهبی و سایر تجلی‌ها و جلوه‌های التیام مذهبی یا معنوی جایگاه قابل احترام و بررسی خود را در طول پزشکی علمی دارد؛ اگرچه اثربخشی درمانی ادعیه و نیایش‌ها هنوز به صورت علمی ثابت نشده است (آستین، هارکنس و ارنست[3]، ۲۰۰۰).

1 complementary and alternative medicine
2 Cassileth
3 Astin, Harkness & Ernst

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

دو پدیده معاصر به اعتبار بخشیدن به جنبه معنوی سلامت کمک کرده است. اولی، توجه پژوهشی نوظهور و رو به رشد برای کاوش طرز عمل و اثربخشی مذهب و معنویت در مدل‌های طبی است که بیش از همه، ظهور حوزه سایکونوروایمنولوژی[1] معرّف آن است. برای مثال، پژوهشگران در دانشگاه پنسیلوانیا با استفاده از برش‌نگاری رایانه‌ای تک فوتونی[2](SPECT) از مغز در حال مراقبه تصویربرداری کردند و فعالیت عصبی مکانی در طی این عمل را مشاهده نمودند (نیوبرگ، داکویلی و راوس[3]، ۲۰۰۰). البته، تلویحات این حوزه از پژوهش حداقل برای نگارنده این سطور، چالش برانگیز است و این سوال را مطرح می‌سازد که آیا هرگز می‌توان تجربه خدا یا آنچه به‌عنوان یک موجود مقدس به آن معتقدیم را به سطح ماده خاکستری مغز، نورون‌ها یا در نهایت ترکیب ژنتیکی مان کاهش دهیم؟ به هر حال، یک واکنش به این جهت‌گیری تعیّن‌گرایانه متداول در پژوهشهای پزشکی، تمایل در حال ظهور به درک و مفهوم سازی بیماری به شکلی کل‌گرایانه‌تر است تا بتواند جنبه های مذهبی و معنوی مرتبط با موضوع بیماری را نیز شامل شود. بسیاری از پزشکان به طور معمول، مولفه‌های جسمی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی را به صورت مولفه‌های جداگانه در نظر می‌گیرند. با وجود این، آگاهی رو به رشدی در خصوص رفتار کردن با تمامیت شخص، از طریق دیدن سلامت و بیماری به عنوان ائتلافی از ذهن، بدن و روح (معنویت) در یک بستر خانوادگی و فرهنگی، در حال شکل‌گیری است (فورس[4] و همکاران، ۲۰۰٤). هر دو جنبش مذکور، ظهور روش جدیدی برای حرفه پزشکی را نوید می‌دهد که نه تنها نیازهای جسمی و معنوی بیماران را در نظر می‌گیرد، بلکه فعالانه نسبت به آنها پاسخگو است. با وجود این، بسیاری به چنین پارادایمی به دیده تردید می‌نگرند و پرسش‌های اخلاقی قابل تأملی را در خصوص تلفیق موضوعات مذهبی و معنوی در مراقبت‌های طبی و درمانی مطرح می‌نمایند. برای یک پزشک عادی نه تنها این چالش اساسی وجود دارد که چگونه نکات ظریف و دقیق و پیچیدگی‌های معنوی و باورهای مذهبی بیمارش- و خودش- را دریابد بلکه همچنین با این مساله مواجه است که چگونه درباره این ابعاد انسانی منحصر به فرد و بی‌همتا ــ در طی دوره سلامت و بیماری ــ گفتگو و مذاکره کند. تصور کنید بیمار ٦۹ ساله‌ای به تازگی، تشخیص سرطان پیشرونده کولون را دریافت نموده و احساس ناامیدی خود را در طی ملاقات با

1 psychoneuroimmunology
2 single photon emission computerized tomography (SPECT)
3 Newberg, D'Aquili & Rause
4 Force

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

پزشک اظهار نموده است. پس از گرفتن تاریخچه و آزمایشات جسمی، پزشکش با این چالش مواجه است که چگونه نومیدی او را تفسیر کند. آیا افشای این ناامیدی توسط بیمار نشانه‌ای از افسردگی است یا بخش ملازم سیر بیماری است؟ آیا معرف یک مشکل معنوی یا مذهبی بزرگ‌تر فاش نشده است؟ اگر چنین است، آیا پزشک باید برای کسب اطلاعات بیشتر کاوش نماید؟ از دیدگاه درمانی، آیا پزشک باید درمان دارویی ضدافسردگی را آغاز کند و اگر بیمار یک مسأله معنوی را مطرح نموده چه مداخله‌ای که اثربخشی آن از نظر بالینی اثبات شده باشد توصیه شود؟ در این مقاله تلاش می‌کنیم تا ضمن بررسی تاریخی رابطه مذهب و پزشکی و روشن نمودن مفاهیمی چون مذهب و معنویت، به مرور پژوهشهای علمی در مورد مذهب، معنویت و سلامت پرداخته و با نگاهی دقیق‌تر به نیازهای معنوی بیماران و نحوه پاسخگویِی پزشکان در این خصوص بپردازیم.

دیدگاه تاریخی

از آغاز دوره‌ای که تاریخ تمدن بشر به ثبت رسیده است، مذهب و پزشکی در هم تنیده و به هم بافته بوده و ریشه مشترکی در چارچوب مفهومی رابطه میان انسان‌ها، طبیعت و خدا داشته است. در پزشکی مصر، کاهنان و روحانیان به عنوان پزشک عمل می‌کردند و اقدامات شفابخش و پیشگیری کننده را با استفاده از فرآورده‌های گیاهی به انجام می‌رساندند (سوبارایاپا[1]، ۲۰۰۱). بودا (۵۶۳ تا ٤٧٧ قبل از میلاد) به شاگردان و مریدان خود دستور داد تا از بیماران مراقبت کنند. طب آیوریدا[2]- نظام هندی پزشکی که ریشه در متون مذهبی باستانی از بودا دارد- برای حکمای هندی و راهب‌ها، دانش پزشکی مقدس بود. خدا منبع نهایی این دانش زندگی بود (کراوفورد[3]، ۲۰۱۲). در سالهای آغازین مسیحیت، گروههای مذهبی، بیمارستان‌هایی بر پا کردند تا مراقبت‌های طبی را برای بیماران ارائه دهند. همچنین اسلام به واسطه ترغیب و تعقیب علم و دانش، ایجاد تکنیک‌ها و برپایی مراکز آموزش پزشکی نقش مهمی در ایجاد پزشکی مدرن ایفا نمود. این رابطه نزدیک میان مذهب و پزشکی برای قرن‌ها ادامه یافته و هنگامی از هم گسست که به کارگیری فزاینده روش‌های علمی برای درک طبیعت و بیماری در پایان قرن هفدهم آغاز شد (سولماسی[4]، ۲۰۰٦).

1 Subbarayappa
2 Ayurvedic medicine
3 Crawford
4 Sulmasy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

رویدادهای تاریخی مانند شـــکنجه گالیله[1] (۱۵٦٤ تا ۱٦٤۲) بخاطر رد دیدگاه کوپرنیکی[2] درباره جهان، شکاف میان مذهب سازمان یافته و علم را عریض‌تر نمود. از زمان نیوتون[3] (۱٦٤۲ تا ۱۷۲۷) دانشمندان، دیدگاه واقعیت مادی را که ناظر بر قوانین فیزیکی بود پذیرفتند و تلاش کردند تا ایمان و دیدگاه مذهبی را از علم و پزشکی زیستی جدا نگه دارند. پیشرفت شگفت‌انگیز در کاربرد روش‌های علمی و تکنولوژی در قرن بیستم باعث گسترش شکاف میان پزشکی مدرن و مذهب و معنویت گردید (کوئنیگ، مک‌کولاج و لارســـون[4]، ۲۰۰۱). به علاوه، پیشـــرفت در تکنولوژی، مراقبت‌های بهداشتی را به طور فزاینده‌ای مکانیزه و ماشینی کرده است. متخصصان مراقبت‌های بهداشتی با پرســش‌های وجودی در مورد زندگی (مثل معنی رنج بردن و مرگ) مواجه شـده‌اند که به صـورت سـنتی و تاریخی به واسـطه مذهب و معنویت حل شـده بود. پس تعجبی ندارد که مدل زیسـتی- روانی- اجتماعی- معنوی مراقبت نقطه شروع و ورود خود به دنیای پزشکی غربی مدرن را با هدف بازگرداندن هنر گمشده شفا دادن شروع کرده است.

مذهب و معنویت

در بررسی این موضوع که چگونه کیفیت مراقبت طبی می‌تواند تحت تأثیر مذهب و معنویت قرار گیرد، قبل از هر چیز تعریف و درک اینکه معنویت چیست لازم و ضروری می‌نماید. مذهب و معنویت ممکن است برای افراد مختلف معانی متفاوتی داشته باشد. واژه مذهب ریشه در واژه لاتین " religare " (متعهد و ملزم بودن به چیزی) دارد. مذهب، مجموعه‌ای از باورها، شـــیوه‌ها و زبانی است که یک جمعیت را که به دنبال معنای برتر به شکل خاصی هستند مشخص می‌سازد و عموماً مبتنی بر باور به یک خداست (سولماسی، ۲۰۰۲؛ آسترو پوچالسکی[5]، و سولماسی، ۲۰۰۱). بنابراین، مذهب تجارب اشتراکی گروهی از مردم را در نظامی از باورها و شیوه‌ها سازمان می‌بخشـــد. از این رو، مشـــارکت مذهبی یا مذهبی بودن به میزان شـــرکت در/ یا پیروی از باورها و شیوه‌های یک مذهب سازمان یافته اشاره دارد (مولر، پلواک و رومنز[6]، ۲۰۰۱). همچنین پژوهشگران میان مذهبی بودن درونی و بیرونی تمایز قایل شده‌اند. مذهب درونی به "زندگی" با مذهب ـ باور و انجام مناسک مذهبی به خاطر خود مذهب- اشاره دارد. منظور از مذهبی بودن بیرونی، "بکارگیری"

1 Galileo
2 kopernik perspective
3 Newton
4 Koenig, Mc Cullough & Larson
5 Astrow, & Puchalski
6 Mueller, Plevak, & Rummans

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

مذهب یعنی انجام مناسک و داشتن باورهای مذهبی برای چیزهایی به غیر از دنبال کردن مذهب است (سولماسی، ۲۰۰۲).

واژه معنویت ریشه در کلمه لاتین "Spiritualitas" ("جان") دارد. این واژه به رابطه فرد یا گروه با یک موجود متعالی اشاره دارد (آسترو، پوچالسکی و سولماسی، ۲۰۰۱). همچنین معنویت به عنوان فرآیند تجربی است که واجد ویژگی‌هایی مانند جستجوی معنا و هدف، تعالی (مانند این احساس که انسان بودن چیزی بیش از وجود مادی است) ارتباط داشتن و متصل بودن (با دیگران، طبیعت یا خداوند) و ارزش‌ها (یعنی عشق، شفقت یا عدالت) است (مولر و پلواک و رومنز، ۲۰۰۱). به عبارت دیگر، می‌توان گفت که مذهب با چندین مولفه همراه است: مجموعه‌ای از نظام‌های باور، یک گرایش، تقوای درونی، یک نظام انتزاعی از ایده‌ها و اعمال منا سکی. ا صول و سنن مذهبی مبنایی را برای درک کلیت و تمامیت تجربه انسان و اساس جوامع ایمانی فراهم می‌آورد. از سوی دیگر، اگر چه معنویت معانی ضمنی بسیاری دارد، جان شی[1] – متخصص الهیات– واژه معنویت را به‌عنوان مجموعه‌ای از باورها و اعمالی توصیف می‌کند که به صورت یکپارچه به میل و آرزوی بنیادی انسان برای یافتن معنا و هدف پاسخ می‌دهند (شی، ۲۰۰۰). این باورها، و اعمال می‌توانند با باورها، اعمال و اجتماعات مذهبی مرتبط باشند یا نباشند. مذهب اغلب به عنوان یک نهاد اجتماعی با مجموعه‌ای از نظام باورهای خاص و شعائر و مناسک خاص در نظر گرفته می شود، در حالیکه معنویت اغلب به عنوان یک جستجوی شخصی‌تر برای درک موجود برتر (مافوق) بیان می‌شود که ممکن است شامل وظایف و فعالیت‌هایی در گروههای سازمان یافته باشد یا نباشد. معنویت می‌تواند به عنوان درک «چیزی بزرگ‌تر و با عظمت‌تر از خود فرد» تعریف شود که می‌تواند شامل رجوع احترام آمیز به خدا، یک قدرت برتر، یا احساسی همانند حیرت به هنگام قدم زدن در طبیعت باشد. بستر مشترکی که هم مذهب و هم معنویت در آن شریکند جستجوی موجود مقدس و روحانی از طریق احساس‌های ذهنی، افکار و رفتارهاست. به نظر می‌رسد که در مقایسه با مذهب، معنویت مفهوم گسترده‌تری است. هدف اغلب مذهب‌های سازمان‌یافته پرورش معنویت است. یادآوری این نکته مهم است که مذهبی بودن و معنویت، مفاهیم کاملاً انحصاری نیستند و بنابراین می‌توانند همپوش بوده و همچنین به صورت جداگانه نیز وجود داشته باشند. اغلب اوقات، میان مذهب و معنویت تمایز وجود دارد (کوئینگ،

1 Shea, John

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

مک‌کولاج، لارسون، ۲۰۰۱). در محیط‌های بالینی، معنویت در بیمارانی خود را نشان می‌دهد که می‌خواهند از معنای تجربه بیماری شان سر درآورند و در مراقبانی مشهود است که خواهان آنند که متوجه و مواظب نیازهای شخص در تمامیت آن باشند.

پژوهش‌های علمی در مورد مذهب، معنویت و سلامت

تعداد زیادی از مطالعات همه‌گیرشناسی، همبستگی مثبت پایدار میان مشارکت مذهبی و نتایج بهتر در سلامت فرد و جمعیت را نشان داده‌اند (لاریمر، پارکر و کروثر، ۲۰۰۲؛ کوئنیگ و همکاران، ۲۰۰۱). اگر چه برخی از این مطالعات دارای محدودیتهای روش‌شناختی و تحلیلی بوده‌اند (سلوآن[1] و همکاران، ۲۰۰۰؛ لاورنس[2]، ۲۰۰۲) مجموعه در حال رشدی از مطالعات علمی نشان می‌دهد که مشارکت مذهبی اثرات سودمند و سلامت‌بخشی برای سلامت جسمی و روانی دارد. اگر افراد مذهبی باشند سلامت روانی بهتر و انطباق‌پذیری بیشتری با استرس دارند (کوئنیگ، ۲۰۰۰). نه تنها اعمال و باورهای مذهبی به طور معنی‌داری با اضطراب پایین‌تر، میزان و فراوانی کمتر افسردگی، نرخ خودکشی کمتر و میزان کمتر سوء مصرف مواد همبستگی دارد بلکه با بهزیستی بیشتر، امید و خوش‌بینی، هدف و معنای بیشتر در زندگی، رضایت زناشویی بیشتر و حمایت اجتماعی بالاتر رابطه مثبت دارد (کوئنیگ، ۲۰۰٤). همچنین نشان داده شده است که مشارکت مذهبی اثرات مفیدی بر سلامت جسمی دارد. چندین مطالعه بالینی و همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که افراد مذهبی سالم‌ترند، با سبک زندگی سالمتری زندگی می‌کنند و نیازمند دسترسی کمتری به خدمات بهداشتی هستند (کوئنیگ، ۲۰۰۱ ؛ ۲۰۰۰) و مشارکت و فعالیت مذهبی با نرخ کمتر مرگ ناشی از سرطان، نرخ پایین‌تر بیماری قلبی، آمفزیم[3] و سیروز[4]، پرفشاری خون کمتر و سطوح پایین‌تر کلسترول، نرخ کمتر سکته قلبی[5] و طول عمر بیشتر رابطه دارد (کوئنیگ، ۲۰۰۰؛ ۲۰۰۱؛ ۲۰۰٤). اگر چه، شواهد مبتنی بر همبستگی ماهیتاً قطعی و حصری نیستند.

تأمّل در مورد تأثیر مذهب و معنویت بر سلامت، بیماری و بهزیستی، بر ضرورت توجه به باورهای مذهبی و معنوی در فعالیت پزشکی تأکید می‌نماید. نتایج اکثر مطالعات فراتحلیل نشان می‌دهند که تعهد مذهبی فعالانه، برای پیشگیری از بیماری جسمی و روانی مفید است، بهبودی را

1 Sloan
2 Lawrence
3 emphysema
4 cirrhosis
5 myocardial infarction

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

افزایش می‌دهد و توانایی مقابله (کنارآمدن) با بیماری را بالا می‌برد (هسد[1]، ۲۰۰۸). اگر این ادعا صادق و صحیح باشد، پرسش آشکار این است که چگونه مذهب و معنویت به سلامت بهتر کمک می‌کنند؟ کدام سازوکار این سلامتی بهتر را تبیین می‌کند؟ پاسخ این است که مذهب می‌تواند به افراد کمک کند تا با استرس مقابله کنند. مذهب می‌تواند به عنوان یک عامل تسکین‌دهنده برای دردهای جسمی و روانی عمل کند، تعهد مذهبی می‌تواند از فرد در مقابل افسردگی و خودکشی حمایت کند و با فراهم نمودن حمایت اجتماعی و فراهم آوردن دیدگاهی درباره استرس که تأثیر آن را کاهش می‌دهد و یا از طریق تشویق و ترغیب افراد به اجتناب از رفتارهای خطرزا مانند مصرف الکل، سلامت را ارتقاء بخشد (لارسون و کوئینگ، ۲۰۰۰). دینداری و معنویت می‌تواند در توانبخشی طبی و در زندگی افراد مبتلا به انواع ناتوانی‌ها مفید باشد. مذهب و معنویت می‌تواند به واسطه افزایش بهزیستی ذهنی بیمار از طریق حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با استرس، کیفیت زندگی بیمار را ارتقاء بخشد (دالمن و واندکریک[2]، ۲۰۰۰) و با فراهم آوردن نظامی از معنا و انسجام وجودی از طریق برقراری رابطه شخصی با خدای فرد و به واسطه تضمین حمایت اجتماعی و ادغام فرد در یک جامعه (مذهبی) به ایجاد سبک زندگی سالم و سودمند کمک می‌کند (الیسون[3]، ۱۹۹۱). در مقابل، منتقدان، مطالعاتی را که نشان می‌دهد حضور در کلیسا، کنیسه یا مسجد، باورهای مذهبی و دعا و نیایش، نرخ مرگ و میر و ابتلا به بیماری را بهبود می‌دهد، به عنوان مطالعاتی که دارای نقص‌ها و کاستی‌های فنی است رد می‌کنند (سلوآن، باگیلا و پاول[4]، ۱۹۹۹، سلوآن و همکاران، ۲۰۰۰). پس از آنکه متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر از این مطالعات حذف می‌شود، نتایج تقریباً همیشه از نظر آماری غیر معنادار است. قصور و ناتوانی در کنترل برای مقایسه‌های چندگانه و همچنین یافته‌های متناقض و ناهمخوان انتقادهای دیگری است که به این مطالعات وارد شده است. بنابراین، این مساله پذیرش و گنجاندن راهبردهای مذهبی و ایمانی به عنوان درمان‌های الحاقی و ضمیمه به پزشکی را با مشکل مواجه ساخته است (سلوآن، باگیلا و پاول، ۱۹۹۹). حتی برخی معتقدند که مطالعات مربوط به اثربخشی بالینی شیوه‌های مذهبی مانند دعاها هدف اصلی دعاها را به گمراهی می‌کشاند؛ ودانشمندانی که به دنبال شواهد محکم درباره قدرت شفابخش دعا و نیایش هستند،

1 Hassed
2 Daaleman, VandeCreek
3 Ellison
4 Bagiella, & Powell

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

درک درست و روشنی از ماهیت دعا و نیایش در سنت‌های خداپرستانه غربی ندارند (کوهن[1] و همکاران، ۲۰۰۰).

به طور کلی، شواهد پیوند دهنده مذهب و سلامت هنوز کافی نیست. مطالعات فیزیولوژیک اندکی به بررسی رابطه میان تعهد مذهبی و ارتقاء سلامت پرداخته‌اند، شاید به این دلیل که موضوع اثرات مذهب و معنویت بر سلامت به سادگی تن به چنین مطالعاتی نمی‌دهد و چنین روش‌هایی برای بررسی این مساله مناسب نیست. همانگونه که در بالا به آن اشاره شد، چنین مطالعاتی در مورد اثربخشی بالینی اعمال مذهبی به نوعی به خطا رفتن است. "مذهب چیزی بیش از مجموعه‌ای از دیدگاهها و اعمال است و ارزش آن نمی‌تواند با ابزار به صورت مفیدی تعیین شود. مذهب (دین) روشی معنوی برای بودن در جهان است (سلوآن و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین، اگرچه بسیاری از پژوهشگران نتیجه می‌گیرند که میان مذهب و سلامت رابطه وجود دارد، آنها به مکانیزم این رابطه می‌اندیشند. برخی بر این باورند که دکترین، تعالیم و اصول مذهبی بسیاری از قواعد و توصیه‌های ارتقاء دهنده سلامت را در خود جای داده است. اما بر سر روش‌هایی که پزشکان باید به تمایل مجدد به پیوند دادن پزشکی و مذهب واکنش نشان دهند بحث و مناقشه وجود دارد. مطالعات بالینی به وضوح بخشیدن به این مسأله که چگونه مذهب و معنویت می‌تواند به راهبردهای مقابله (کنار آمدن) در بسیاری از بیماران مبتلا به عارضه‌های شدید، مزمن و پایان‌دهنده و تهدیدکننده زندگی کمک کند ادامه می‌دهند.

مذهب، معنویت و بیماری

اتخاذ یک مدل مناسب برای پرداختن به مسائل مذهبی بیماران و یا تحقق نیازهای معنوی آنها در فرآیند معالجه لازم و ضروری به نظر می‌رسد. برای بسیاری از بیماران، بیماری تهدیدکننده زندگی می‌تواند به عنوان یک کاتالیزور برای به چالش کشیدن و زیر سؤال بردن معنا و هدف زندگی، و ظهور و بروز پرسش‌هایی نظیر چرا؟ چرا من؟ چرا حالا؟ عمل کند. معالجه و التیام یافتن در چنین موقعیتی چیزی فراتر از درمان فنی در پزشکی مدرن است و مستلزم تلاش برای تلفیق این پرسش‌ها و چالش‌ها در زندگی فرد است. در شرایط مطلوب، معنویت مبنایی را برای بیمار فراهم می‌آورد تا از احساس درهم شکستگی و تحلیل رفتن به سمت احساس تمامیت حرکت کند و به او اجازه می‌دهد تا معنا و هدفی را برای آنچه رخ داده است پیدا کند. از این طریق، معنویت جزء

1 Cohen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

جدایی‌ناپذیر مراقبت کامل و جامع از بیمار اســت و به درک بیماران از بیماری کمک می‌کند (چیو[1] و همکاران، ۲۰۰٤).

به طور روزافزونی، معنویت به عنوان بُعد مهمی از مراقبت بیمار و به طور خاص در پایان زندگی مورد توجه قرار گرفته اســت. پژوهش‌ها نشـان داده‌اند که معنویت می‌تواند به بیماران کمک کند تا با بیماری کنار بیایند و همچنین، معنویت با ســلامت و کیفیت زندگی بهتر رابطه داشــته و بر تصمیم‌گیری طبی اثر می‌گذارد. بین سلامت، معنویت و مذهب در حوزه‌های زیستی، روانشناختی و اجتماعی رابطه وجود دارد. اعمال و شــیوه‌های مذهبی و معنوی برای کســانی که به بیماری روانی مبتلا هســتند و همچنین کســانی که از عارضــه‌های طبی نظیر بیماری کلیوی، ســرطان، بیماری قلبی عروقی، نقص اکتسابی سیستم ایمنی انسان و دیابت رنج می‌برند مفید است (کوئنیگ، مک‌کولاج و لارســون، ۲۰۰۱). به طور خاص، بررســی موضــوعات معنوی در حفظ کیفیت زندگی برای بیماران لاعلاج و در مراحل پایانی زندگی مهم اســت (اســتینهاوزر[2] و همکاران، ۲۰۰۰). مراقبت‌کنندگان خانواده که بار ســنگین اســترس‌های روزمره نگهداری از یک فرد محبوب را به دوش می‌کشــند، از حمایت هیجانی و معنوی اعمال و جمعیت‌های مذهبی و معنوی بهره می‌برند.

مکانیزم‌های مقابله رواـ شناختی که می‌تواند از طریق مذهب و معنویت پـشتیبانی شود، بیمار بودن و افت ســلامت، ترس، ابهام و ناراحتی جســمی که همراه بیماری اســت را مورد توجه قرار می‌دهد (پارگامنت[3] و همکاران، ۲۰۰٤). اعمال مذهبی و معنوی در مقاطع بحرانی حافظ و پشــتیبان بهزیســتی جســمی و هیجانی (روانی) هســتند. به نظر می‌رســد کســانی که ایمان مذهبی قوی‌تری دارند شادتر بوده، رضایت از زندگی بیشتری داشته و افسردگی کمتری دارند (کوئنیگ، ۲۰۰٤). حمایت اجتماعی از جانب اعضــای یک جامعه یا جماعت مذهبی می‌تواند اســترس‌ها را کاهش دهد. جوامع مذهبی از سبک زندگی سالم حمایت کرده و مانع رفتارهای ناسالمی همچون مـصرف الکل و سوء مـصرف مواد می شوند (ایدلر و کا سل[4]، ۱۹۹۷). به علاوه، پیوند دا شتن و اتـصالی که از طریق یک جامعه مذهبی فراهم آمده به رفع افـسردگی و مکانیزم‌های مقابله حمایتی کمک می‌کند. کسانی که دارای روابط و پیوندهای اجتماعی هستند نرخ مرگ‌ومیر کمتر و حمایت

1 Chiu
2 Steinhauser
3 Pargament
4 Idler & Kasl

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

ابزاری و هیجانی بیشـــتر و پیروی بهتری از برنامه‌های درمانی داشـــته و واکنش بهتری به بحران نشان می‌دهند (برادلی[1]، ۱۹۹۵).

نیازهای معنوی بیماران

برای بسیاری از مردم، مذهب و معنویت بخش مهمی از وجود آنان است. بسیاری از بیماران به دنبال مذهب و ایمان هستند به گونه‌ای که تلاش می‌کنند تا معنایی برای بیماری خود بیابند و با موقعیت تغییریافته زندگی کنار بیایند. ایمان و اعتقاد مذهبی و مقابله (کنار آمدن) معنوی در بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری مزمن، درد مزمن، بیماری عروق کرونر قلب، سرطان، بیماری نقص اکتسابی سیستم ایمنی انسان، بیماری کلیه، سوختگی‌ها و شکستگی‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (مولر، پلواک و رومنز، ۲۰۰۱). مواجهه با بیماری، ناتوانی و مرگ عمیقاً بر زندگی افراد تأثیر می‌گذارد و آنان را با الزامات و مقتضیاتی مواجه می‌سازد که مستلزم ارزیابی مجدد ارزش‌ها و نگرش‌ها نسبت به زندگی و ظهور برخی از پرسش‌های وجودی است (برای مثال دکتر، چرا این بیماری برای "من" اتفاق افتاد؟ چرا من؟) که فراتر از قلمرو پزشکی علمی مدرن است.

پزشکی نمی‌تواند به سادگی دیدگاه گسترده‌تر بیمار به عنوان یک شخص کامل و تمام را نادیده بگیرد و بنابراین، پزشکان باید متوجه نیازهای معنوی و هیجانی بیماران خود باشند. اگر به این نیازها توجه نشود و به آن پرداخته نشود کشمکش‌های درونی ممکن است باعث بحران‌های وجودی شود که باعث دلمردگی و ادراک رهاشدگی می‌شود (مانند خدا مراقب من نیست). تقلاهای معنوی ارضا نشـده با افزایش نرخ مرگ‌ومیر و سـلامت روانی ضـعیف و کیفیت زندگی پایین، باعث آسـیب به بهبود و بقاء حیات بیماران می شود. ارتباط میان افسردگی و آرزوی مرگ زودتر، افکار خودکشی و ناامیدی، به صورت پایداری در بررسی‌های بیماران طبی و بیماران لاعلاجِ در آستانه مرگ دیده شده است و بهزیستی معنوی با افسردگی رابطه معکوس دارد. به علاوه، معلوم شده است که نیازهای معنوی و هیجانی بیماران نقش مهمی در یافتن امید، نیرومندی مکانیزم مقابله و رضـــایت بیمار ایفا می‌کند (کلارک، درین و مالون[2]، ۲۰۰۳). بنابراین، بررســـی نیازهای معنوی در ارائه مراقبت کل‌نگر حائز اهمیت فراوان است.

آیا بیماران از پزشکان می‌خواهند تا مسایل معنوی‌شان را مورد توجه قرار دهند؟

1 Bradley
2 Clark, Drain, Malone

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

چندین مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت بیماران از پزشکان خود می‌خواهند تا به موضوعات مذهبی اعتنا نموده و به نیازهای معنوی آنان بپردازند (اهمن[1] و همکاران، ۱۹۹۹؛ کینگ و بوشویک[2]، ۱۹۹٤؛ مک‌لین[3] و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک‌کورد[4] و همکاران، ۲۰۰٤). چنانچه پزشکان درباره باورهای مذهبی بیماران جویا شوند بیماران از آنان تقدیر می‌کنند (اهمن و همکاران، ۱۹۹۹) و معتقدند که پزشکان باید نیازهای معنوی بیماران را مورد ملاحظه قرار دهند. بسیاری از بیماران حتی از پزشکان خود می‌خواهند که برای آنان دعا کنند. اما در اکثر موارد، بیماران هیچ پزشکی را نمی‌یابند که باورهای مذهبی و نیازهای معنوی آنان را حتی مورد بحث قرار دهد (اهمن و همکاران، ۱۹۹۹؛ کینگ و بوشویک، ۱۹۹٤). نکته قابل توجه این است که رغبت و تمایل بیماران به معنویت پزشکان و دعا کردن آنان با شدت و وخامت بیماری افزایش می‌یابد- یعنی ۱۹ درصد در ملاقات‌های مطب، ۲۹ درصد در بستری شدن و ۵۰ درصد در وضعیت نزدیک به مرگ (مک‌لین و همکاران، ۲۰۰۳). قابل قبول‌ترین موقعیت‌ها برای گفتگو و مباحثه معنوی، بیماریهای تهدید کننده زندگی (۷۷ درصد) عارضه‌های طبی وخیم و خطرناک (۷٤ درصد) و از دست دادن فرد محبوب (۷۰ درصد) است. در میان کسانی که خواهان گفتگو و مباحثه درباره معنویت هستند، میل به درک متقابل پزشک- بیمار (۸۷ درصد) مهم‌ترین دلیل برای گفتگو بود. بسیاری از بیماران معتقدند که آگاهی از باورهای معنوی‌شان بر توانایی پزشک برای تقویت امید واقع‌بینانه، ارائه توصیه‌های طبی و نیز تغییر درمان طبی کمک می‌کند (مک‌کورد و همکاران، ۲۰۰٤).

پزشکان چگونه می‌توانند نیازهای معنوی و هیجانی بیمارانشان را مورد توجه قرار دهند؟

بسیاری از پزشکان بر این باورند که موضوعات معنوی و هیجانی در مراقبت بالینی مهم‌اند. در یک مطالعه درباره ترجیح پزشکان درباره رفتار معنوی، در حدود ۸۵ درصد از پزشکان بر این باور بودند که باید از معنویت بیمار آگاه بود. با وجود این، اکثر آنان درباره موضوعات معنوی بیماران سوال نمی‌کردند، مگر اینکه بیمار در آستانه مرگ بود. پزشکان خانواده نسبت سایر متخصصان دیگر بیشتر احتمال داشت که از بیمار تاریخچه معنوی بگیرند (مونرو[5] و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعه دیگری نشان داد که کمتر از ۱۰ درصد از پزشکان به صورت معمول، برای گرفتن

1 Ehman
2 King & Bushwick
3 MacLean
4 McCord
5 Monroe

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

تاریخچه معنوی پیش‌قدم می‌شـــوند (چیبنال و بروکز[1]، ۲۰۰۱). چندین دلیل برای این ناهمخوانی و تفاوت آشـــکار میان آنچه پزشـــکان می‌اندیشـــند و آنچه باید انجام دهند و آنچه عملاً انجام می‌دهند وجود دارد. این عوامل شـــامل فقدان آموزش برای گرفتن تاریخچه معنوی، محدودیت زمان، احتیاط‌های شـخصـی و این تصـور اسـت که بررسـی موضـوعات مذهبی در عمل طبابت موجب خطر اتخاذ نقش کشـیش و روحانی در جامعه می‌شـود (کرلین و موسـکاویس، ۲۰۰٤؛ سولماسی، ۲۰۰٦).

به هر ترتیب، درمانگر به عنوان یک پزشک به خاطر دانش و مهارت و تخصص‌ش نقش یک متخصـص را در رابطه بین پزشـک- بیمار ایفا می‌کند. در آن سـوی وظایف فنی در تشـخیص و درمان بیماری، پزشک باید متوجه محیط اجتماعی بیمار نیز باشد و اطلاعاتی را در درون زمینه‌ای که بیماران در آن بیماری را تجربه می‌کنند ارائه دهد. این یک نقش اجتماعی منحصر به فرد برای پزشک است. برای مثال، به افشاسازی خانم الف در خصوص ناامیدی‌اش، در مدل پزشکی سنتی از طریق ارزیابی پزشک در مورد اپیزودهای افسردگی عمده و مشاوره با یک روانپزشک پرداخته می‌شود. با وجود این، اگر ناامیدی خانم الف منجر به تصمیم او برای خودداری از درمان تهاجمی شود، پزشک احتمالاً این انتخاب او را به عنوان آغاز یک فرآیند مردن فعال تلقی می‌کند و احتمالاً مراقبت بیمارستانی را برای او تجویز می‌کند. یک قدرت ذاتی وجود دارد که هر پزشکی به واسطه داشتن تخصص در دانش تشخیص، پیش‌آگهی و درمان واجد آن است. پزشکان به طور مخفی یا آشکار این قدرت را در چارچوب‌هایشان و در انتخاب الگوهای فرهنگی و نیمرخ‌های بیماری که به بیمار ارائه می‌دهند به کار می‌برند. اما در بافت کلینیکی روزمره، بیماران ممکن اســـت هنگامی که هویت‌های خود را می‌سازند یا بازسازی می‌کنند این الگوها را بپذیرند یا رد کنند. در هر حال، روایت بالینی حاصله، روایتی از یک فعالیت درمانی است که توسط معنویت بیمار و پزشک ایجاد و تسهیل می شود. عوامل اجتماعی و فرهنگی کلان‌تر در درون و بیرون این مواجهه بالینی نیز در این فعالیت جاسازی شده‌اند. عواملی نظیر، نژاد/ قومیت، حمایت اجتماعی، تحصیلات، جنسیت و مذهب می‌توانند بخش کلیدی این چارچوب در ســـاختن یک دنیای معنادار در مواجهه با بیماری، ناتوانی یا مرگ باشـــند. برای مثال، ســـنت های مذهبی، مبانی اخلاقی مهمی برای

1 Chibnall & Brooks

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

تصمیم‌گیری در بسیاری از حوزه‌ها مانند خودکشی به کمک پزشک و مراقبت‌های مرحله پایانی زندگی فراهم می‌آورند.

این نکته را نیز نباید از نظر دور داشت که معنویت می‌تواند برای پزشکان هم خاصیت درمانی داشته باشد. مراقبت از بیماران، پزشکان را نه تنها به عنوان متخصص درگیر می‌کند بلکه به طور همزمان، آنان را با چالش حفظ دنیای معنی‌دار شخصی‌شان نیز مواجه می‌کند. حرفه پزشکی، احساس خود پزشکان را به واسطه ناتوانی، بیماری جدی و مرگ کسانی که از آنها مراقبت می‌کنند با تهدید روبرو می‌سازد. با این حال، معنویت می‌تواند به واسطه عرضه و تصدیق شرایط انسانی در تمامیت‌اش، به ساختن مداوم خود هویتی پزشکان کمک کند. برای برخی از پزشکان، روحیه معنوی می‌تواند شامل اعمالی باشد که در بیماران هم دیده می‌شود، مانند دعا و نیایش تعمق و تفکر و خودآگاهی. برای بعضی دیگر، معنویت می‌تواند به عنوان نظام باور فلسفی یا مذهبی نمایان شود. باورهایی که می‌تواند با باورهای بیماران موافق بوده یا مشترک باشد، باورهایی که مبنای هدف را برای حرفه پزشکی فراهم می‌آورد. به هر حال، برای همه پزشکان معنویتی که از دل روایت‌های بیماران بیرون می‌آید پاسخگوی میل بنیادی انسان به یافتن معنا به شکل یکپارچه است.

معنویت و مراقبت از بیماران

ارائه‌کنندگان مراقبت‌های طبی و درمانی تصدیق کرده‌اند که معنویت بستری را برای بسیاری از تصمیماتی که باید در مراقبت‌های بهداشتی اتخاذ شود فراهم آورده و به کنار آمدن بیمار، خانواده بیمار و حتی میل بیمار برای زنده ماندن کمک می‌کند. واکنش‌ها به نیازهای معنوی می‌تواند هزاران شکل به خود بگیرد و در دامنه‌ای از دعا و نیایش رسمی تا نیایش کمتر ساختاریافته اما دارای همان اندازه احساس یگانگی باشد که به بهزیستی هیجانی و معنوی بیمار و خانواده‌اش کمک می‌کند. در واکنش به این نیازها، متخصصان بالینی باید درک شخصی خود از معنویت را مورد بررسی و ملاحظه قرار دهند، به گونه‌ای که تعامل‌ها (اثرات متقابل) وظایف صمیمانه و قلبی و سایر وظایف دیگر را به انجام رسانند. برنامه‌های پزشکی آکادمیکی که نیازهای معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهد رو به افزایش است. در دهه گذشته دانشکده‌های پزشکی که دوره‌هایی در مورد معنویت ارائه می‌دهند از سه دانشکده در سال ۱۹۹۲ به ۸٤ دانشکده در سال ۲۰۰٤ افزایش یافته است. طیف گسترده‌ای از روش‌ها برای پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به منظور شناسایی و تحقق نیازهای معنوی بیماران پیشنهاد شده است. به علاوه تعیین

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

این نکته مهم است که چه موقع گفتگو درباره معنویت می‌تواند انجام شود. از سوی دیگر، چندین مانع، برای مشارکت پزشکان وجود دارد که شامل فقدان دانش، آموزش، زمان، یا ترس از تحمیل دیدگاه مذهبی خود، و تعارض‌های مذهبی است (کوئنیگ، ۲۰۰۲). مراقبت معنوی به واسطه ماهیت بین رشته‌ای، اغلب مستلزم وجود مشاوران مراقبت معنوی است (پست[1]، پوچالسکی و لارسون، ۲۰۰۰). برای ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، اطلاعات اساسی در مورد نیازهای هیجانی و معنوی بیماران می‌تواند از طریق گرفتن تاریخچه معنوی جمع‌آوری شود. پرسش‌ها در تاریخچه معنوی به شناسایی هر گونه نیاز معنوی که باید مورد عنایت قرار گیرد کمک می‌کند. جنبه‌های مختلف این تاریخچه معنوی شامل موارد زیر است:

- آیا بیمار از مذهب/ معنویت برای کمک به کنارآمدن (مقابله) استفاده می‌کند و یا مذهب/ یک منبع استرس است؟
- آیا بیمار عضوی از یک جمعیت معنوی حمایت‌کننده هست یا خیر؟
- آیا بیمار هرگز از مسایل و موضوعات معنوی رنج برده است؟
- آیا بیمار باورهای مذهبی که احتمالاً بر مراقبت طبی اثر بگذارد دارد؟

فراتر از آگاه بودن از نیازهای معنوی بیماران، گسترش مراقبت از طریق همدلی توسط ارائه‌کنندگان مراقبت بهداشتی یک نکته کلیدی است. پزشکان و سایرین وظیفه دارند که به رنج بیماران واکنش داده و مراقبت واجد ملاحظات انسانی را به عمل آورده و نیازهای معنوی که برای بیماران مهم هستند را تشخیص دهند. در نتیجه، مراقبت معنوی جزیی از علم و هنر معالجه است و بنابراین، یک مولفه مهم و اساسی در کیفیت مراقبت است. معالجه چیزی بیش از آسایش بدنی یا بهبود بیماری است. التیام بخشیدن و معالجه شامل بازگرداندن احساس تعادل، تمامیت، معنا و رابطه مثبت با خود، دیگران و خدا و جهان به فرد است. این مساله سرچشمه روابط درمانی میان بیمار و ارائه‌کننده مراقبت بهداشتی است. چنین چیزی اغلب غیرمترقبه، غیراجباری و اغلب غیرمنتظره است. در لحظه معالجه، بیمار و دکتر/ متخصص مراقبت بهداشتی، در یک هنر و فن عمیق و ارضاکننده شریکند.

مذهب، معنویت، سلامت و پزشکی: وضعیت ایران

1 Post

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

رغبت و تمایل درحال ظهور به شکستن دیوارها و حایل‌های میان مذهب و پزشکی در جامعه پز شکی غرب تلویحات مهمی برای پز شکی در ایران به همراه دارد. سازمان بهدا شت جهانی[1]، معنویت را به عنوان یک جنبه مهم از کیفیت زندگی پذیرفته است. درک تلویحات و پیامدهای تلفیق مذهب و معنویت در سلامت و پز شکی در بـ ستر فرهنگی ایران نیازمند برر سی و کاوش هوشمندانه، متفکرانه، انتقادی و به دور از تعصب است.

بیش و پیش از همه، باید به بررسی این موضوع بپردازیم که چگونه مذهب و معنویت در ایران به لحاظ تاریخی مفهوم‌سازی شده، درک شده، و به صورت سنتی مورد عمل قرار گرفته و زیسته شده است. دوم اینکه هر مطالعه عمیقی درباره مذهب، معنویت، سلامت و پزشکی در بستر ایران نمی‌تواند بدون بازبینی مجدد (و البته منـ صفانه و به دور از سوگیری) تاریخچه پز شکی در ایران صورت گیرد. به علاوه، آموزش بیشتر در خصوص رابطه تاریخی میان مذهب و سلامت در آیات و روایات، نظام سنتی پزشکی و طبابت در ایران است ضروری می‌نماید.

از سوی دیگر، بررسی این موضوع می‌تواند جالب باشد که آیا بسیاری از ادعیه و مناجات‌ها، نیایش‌ها و دستورالعمل‌های مذهبی نمی‌تواند به عنوان یک روش درمانی مکمل (و البته نه لزوماً جایگزین) مورد بررسی قرار گرفته و اعتباریابی شود. چنانچه برخی از شیوه‌های شرقی دیگر مانند مدیتیشن و یوگا در طبقه گسترده پزشکی مکمل و جایگزین در کشورهای توسعه یافته مانند آمریکا با ا ستقبال مواجه شده ا ست (پال[2]، ۲۰۰۲). جالب اینکه تغییر محـ سو سی در نگرش‌ها از طرد کامل به پذیرش متواضعانه نسبت به این نظام‌های مکمل و جایگزین یا بومی سنتی در پزشکی رخ داده است. بسیاری از دانشکده‌های پزشکی آمریکا امروزه دوره‌هایی در مورد CAM به عنوان بخشی از آموزش دانشجویان پز شکی قرار داده‌اند (بروکاو[3] و همکاران، ۲۰۰۲). در کوبا نیز پزشکی مکمل و جایگزین با پزشکی غربی مدرن– در آموزش و عمل طبابت– تلفیق شده است (اپلباوم[4] و همکاران، ۲۰۰۶). به علاوه، پژوهش علمی در مورد مدالیته‌های متفاوت نظام جایگزین، مکمل و سنتی پزشکی، افق فکری ما درباره دانش موجود در مورد بدن انسان، سلامت و بیماری را توسعه می‌بخشد (بیجلانی[5] و همکاران، ۲۰۰۵؛ ناپادو[6] و همکاران، ۲۰۰۷). تلفیق مذهب و معنویت

1 World Health Organization
2 Pal
3 Brokaw
4 Appelbaum
5 Bijlani
6 Napadow

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

در سلامت و پزشکی می‌تواند افق جدیدی در شیوه پزشکی گشوده و همکاری گسترده‌تر و تعامل نزدیک‌تر میان پزشکی سنتی بومی در ایران را رواج بخشد.

سوم اینکه، «غیرانسانی شدن پزشکی[1]» در پزشکی مدرن مشاهده می‌شود. برنامه درسی جاری در دانشکده‌های پزشکی ایران نیز هیچ برر سی یا مواجهه‌ای با انسانی سازی پزشکی یا تلفیق مذهب و معنویت انجام نداده‌اند. به علاوه، در غیاب هیچ مرکز یا دپارتمان علم اخلاق، فلسفه و تاریخچه پزشکی، آموزش و یادگیری در این حوزه از معرفت به طور کلی نادیده گرفته می شود. گاهاً اعمال غیراخلاقی در میان پزشکان دیده می‌شود. دلبستگی‌های مالی بر عمل طبابت اثر گذاشته و در دهه‌های اخیر رابطه دکتر- بیمار از نوع دوستی تا اندازه‌ای فاصله گرفته است (پاندیا[2]، ۲۰۰۱، ۲۰۰۶). در عصر تحلیل رفتن ارزش‌ها و فضیلت‌ها، معنی و هدف آموزش پزشکیِ علمیِ فارغ از ارزش باید به چالش کشیده شده و مورد برر سی مجدد قرار گیرد. آنچه مطلوب است این است که پزشکان امروز باید آموزش ببینند که نگاه کل‌نگرانه (همه جانبه و از همه جنبه‌ها از جمله بعد معنوی) به بیماران داشته باشند و به نیازهای آنان در قلمروهای جسمی، روانی و معنوی زندگی توجه نمایند. تلفیق مذهب و معنویت در سلامت و پزشکی و نیز در آموزش و عمل طبابت، می‌تواند به پزشکی کمک کند تا کل‌نگرتر و ماهیتاً اخلاقی و مبتنی بر ارزش باشد. حتی بدون تغییر ساختاری اسامی در برنامه درسی، پزشکان و کارورزان بالینی می‌توانند شروع به آموزش حساس بودن نسبت به باورهای مذهبی بیماران، هنرِ گرفتن تاریخچه معنوی، تلفیق مولفه‌های مذهبی و معنوی با شیوه‌های مراقبت‌های بالینی نموده و بنابراین، تغییرات کیفی مثبتی در رویه پزشکی در ایران به وجود آورند.

چهارمین نکته، جایگاه مذهب و معنویت در زندگی و سلامت بسیاری از مردم ایران است. کمتر کسی با این ایده مخالف است که مذهب و معنویت نقش مهمی در زندگی میلیونها ایرانی با سنت‌های ایمانی و اعتقادی و خرده فرهنگ‌های مختلف ایفا می‌نماید. هم مذهب و هم پزشکی در ارزش‌های مشترکی در خصوص مراقبت، ملاحظات انسانی و خدمت رسانی سهیم‌اند. باورهای مذهبی و اعمال معنوی می‌توانند راههای جدیدی برای دستیابی به نتایج سلامتی بهتر پیش روی پزشکان قرار دهند. برای مثال، می‌توان به زمینه‌های اسلامی برای اجتناب از سیگار و الکل اشاره

1 inhumanity of medicine
2 Pandya

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

کرد. حتی بررسی مسایل مذهبی و نیازهای معنوی بیمارانی که پیشینه فرهنگی و مذهبی آنها با پزشکانشان متفاوت است می‌تواند به بهبود رابطه بیمار- درمانگر کمک کند.

نکته آخر و البته نه کم اهمیت‌تر، نقشی است که مذهب و معنویت می‌تواند در زندگی متخصصان مراقبت‌های سلامتی در حال و آینده ایفا نماید. همگام با پیشرفت دانشجویان پزشکی در برنامه آموزش پزشکی، بسیاری از آنان ممکن است کاهش در ایده‌آل‌گرایی و همچنین بدبینی و بی‌علاقگی (بی‌احساسی) نسبت به حرفه طبابت را نشان دهند (اسمیت و ویور[1]، ۲۰۰۶). اشتغال به پزشکی نیز عوارض و فشارهایی را بر زندگی تحمیل می‌کند. پزشکان در برخی مقاطع زندگی حرفه‌ای خود ممکن است احساس فرسودگی و افسردگی نموده و بی‌انگیزه بودن، پناه بردن به افکار خود کشی، ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی و شروع سوءمصرف الکل و مواد را تجربه کنند. پزشکان می‌توانند مذهب و معنویت را به عنوان شیوه‌ای برای ارتقاء بهزیستی خود به کار برند (وینر[2] و همکاران، ۲۰۰۱). اعمال معنوی روزانه می‌تواند به تسکین جسمی، شناختی و هیجانی فرسودگی در شاغلان بخش سلامت جسمی و روانی کمک کند (هلند و نیمیر[3]، ۲۰۰۵). بنابراین، متخصصان مراقبت‌های سلامتی می‌توانند مذهب و معنویت را نه تنها برای زندگی بیمارانشان بلکه برای فرآیند تجدید نیروی خود مفید بیابند (پاتیسون[4]، ۲۰۰۶).

نتیجه‌گیری

در کنار نقاط قوت پزشکی مدرن غربی نقاط ضعفی نیز وجود دارد. به عبارت دیگر پزشکی مدرن با وجود موفقیت‌های چشمگیر در تشخیص و درمان بیماری‌ها، مسایل وجودی و موضوعات معنوی را که با بیماریهای جدی و وخیم همراه است نادیده گرفته است. مذهب و معنویت از هزاران سال قبل با پزشکی در هم بافته و ممزوج بوده است و تنها در چند قرن گذشته از هم جدا شده‌اند، و بار دیگر می‌رود تا به همدیگر نزدیک شوند. بنابراین، ما در برهه جالبی از تاریخ زندگی می‌کنیم. در حال حاضر کمبود و خلاء محسوسی در متون علمی در تبیین تعامل مذهب و معنویت با سلامت و پزشکی به ویژه در ایران مشاهده می شود. به علاوه پژوهش‌هایی برای درک ماهیت اعمال و اعتقادات مذهبی و معنوی از منظر تأثیر آن بر سلامت جسمی و روانی اجتماعی لازم است. همچنین، دانستن اینکه چگونه بیماران ایرانی تمایل دارند تا نیازهای معنوی و هیجانی‌شان توسط پزشکانشان مورد عنایت و توجه قرار گیرد از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. درک رابطه تعاملی و پویا میان مذهب، معنویت، سلامت و پزشکی از طریق ژرف‌نگری در

1 Smith & Weaver
2 Weiner
3 Holland & Neimeyer
4 Pattison

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

گذشته، فرصت بسیار خوبی فراهم می‌آورد تا تلاش کنیم درک غنی‌تر و کامل‌تری از این موضوع بدست آورده و شیوه‌های بالینی بهتری را اعمال نموده و دیدگاه جامع‌تری به علم و هنر معالجه و درمان در عصر حاضر داشته باشیم.

بنابراین، پزشـــکان باید توجه خود را به جنبه‌های مذهبی و معنوی تجارب بیماران درباره بیماری معطوف نمایند. همچنین، پز شکان باید به درخوا ست بیماران برای مراقبت معنوی احترام بگذارند. هم‌اندیشـــی‌ها، رایزنی‌ها و آموزش بیشـــتر در مورد معنویت در پزشـــکی می‌تواند باعث تـصدیق و به ر سمیت شناختن معنویت بیماران در جریان آموزش و پژوهش پز شکی و مراقبت بالینی شود و فر صت‌های منا سبی برای دانشجویان و پز شکان فراهم آورد تا بیاموزند که چگونه دیدگاههای معنوی بیماران را ارزیابی نموده، به آن احترام گذارده و آنرا با اعمال و مداخله‌های مبتنی بر پزشکی علمی و مدرن تلفیق و ترکیب نمایند.

منابع

Appelbaum, D., Kligler, B., Barrett, B., Frenkel, M., Guerrera, M. P., Kondwani, K. A., & Tattelman, E. (2006). Natural and traditional medicine in Cuba: Lessons for US medical education. *Academic Medicine*, *81*(12), 1098-1103.

Astin, J. A., Harkness, E., & Ernst, E. (2000). The efficacy of "distant healing": a systematic review of randomized trials. *Annals of internal medicine*, *132*(11), 903-910.

Astrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *The American journal of medicine*, *110*(4), 283-287.

Bijlani, R. L., Vempati, R. P., Yadav, R. K., Ray, R. B., Gupta, V., Sharma, R., & Mahapatra, S. C. (2005). A brief but comprehensive lifestyle education program based on yoga reduces risk factors for cardiovascular disease and diabetes mellitus. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, *11*(2), 267-274.

Bradley, E. (1995). Religious involvement and social resources: evidence from the data set" Americans' changing lives". *Journal for the scientific study of Religion*, 259-267.

Brokaw, J. J., Tunnicliff, G., Raess, B. U., & Saxon, D. W. (2002). The teaching of complementary and alternative medicine in US medical schools: a survey of course directors. *Academic Medicine*, *77*(9), 876-881.

Cassileth, B. R. (1986). Unorthodox cancer medicine. *Cancer investigation*, *4*(6), 591-598.

Chibnall, J. T., & Brooks, C. A. (2001). Religion in the clinic: the role of physician beliefs. *Southern medical journal*, *94*(4), 374-379.

Chiu, L., Emblen, J. D., Van Hofwegen, L., Sawatzky, R., & Meyerhoff, H. (2004). An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *Western journal of nursing research*, *26*(4), 405-428.

Clark, P. A., Drain, M., & Malone, M. P. (2003). Addressing patients' emotional and spiritual needs. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, *29*(12), 659-670.

Cohen, C. B., Wheeler, S. E., Scott, D. A., Edwards, B. S., Lusk, P., & ANGLICAN WORKING GROUP IN BIOETHICS. (2000). Prayer as therapy: A challenge to both religious belief and professional ethics. *Hastings Center Report*, *30*(3), 40-47.

Crawford, S. C. (2012). *Hindu bioethics for the twenty-first century*. SUNY Press.

Curlin, F. A., & Moschovis, P. P. (2004). Is religious devotion relevant to the doctor-patient relationship?. *Journal of family practice*, *53*(8), 632-640.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

Daaleman, T. P., & VandeCreek, L. (2000). Placing religion and spirituality in end-of-life care. *Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2514-2517.

Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., Laszlo, J., & Miles, S. H. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *Journal of the American Medical Association*, *289*(23), 3161-3166.

Ehman, J. W., Ott, B. B., Short, T. H., Ciampa, R. C., & Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine*, *159*(15), 1803-1806.

Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of health and social behavior*, 80-99.

Force, T., Green, L. A., Graham, R., Bagley, B., Kilo, C. M., Spann, S. J., & Swanson, J. (2004). Task Force 1. Report of the task force on patient expectations, core values, reintegration, and the new model of family medicine. *The Annals of Family Medicine*, *2*(1), S33-S50.

Fortin, A., H., & Barnett, K. G. (2004). Medical school curricula in spirituality and medicine. *Journal of the American Medical Association*, *291*(23), 2883-2883.

Hassed, C. (2008). The role of spirituality in medicine. *Australian family physician*, *37*(11), 955.

Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2005). Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliative & supportive care*, *3*(3), 173-181.

Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *52*(6), S306-S316.

King, D. E., & Bushwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *Journal of family practice*, *39*(4), 349-353.

Koenig, H. G. (2000). Religion, spirituality, and medicine: Application to clinical practice. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1708-1708.

Koenig, H. G. (2000). Religion, spirituality, and medicine: Application to clinical practice. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1708-1708.

Koenig, H. G. (2001, December). Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean? In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 76, No. 12, pp. 1189-1191). Elsevier.

Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, *97*(12), 1194-1200.

Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health.* Oxford: Oxford University Press.

Larimore, W. L., Parker, M., & Crowther, M. (2002). Should clinicians incorporate positive spirituality into their practices? What does the evidence say? *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(1), 69-73.

Larson, D. B., & Koenig, H. G. (2000). Is God good for your health? The role of spirituality in medical care. *Cleveland Clinic journal of medicine*, *67*(2), 80-83.

Lawrence, R. J. (2002). The witches' brew of spirituality and medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(1), 74-76.

MacLean, C. D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Bynum, D., Franco, M., & Cykert, S. (2003). Patient preference for physician discussion and practice of spirituality: Results from a multicenter patient survey. *Journal of General Internal Medicine*, *18*(1), 38-43.

Markowitz, A. J., & McPhee, S. J. (2006). Spiritual Issues in the Care of Dying Patients:"It's Okay Between Me and God". *Journal of the American Medical Association*, *296*(18), 2254-2254.

McBride, J. L., Arthur, G., Brooks, R., & Pilkington, L. (1998). The relationship between a patient's spirituality and health experiences. *Family Medicine*, *30*(2), 122-126.

McCord, G., Gilchrist, V. J., Grossman, S. D., King, B. D., McCormick, K. F., Oprandi, A. M., ... & Amorn, M. (2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *The Annals of Family Medicine*, *2*(4), 356-361.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]

Monroe, M. H., Bynum, D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Franco, M., & Garrett, J. (2003). Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Archives of Internal Medicine*, *163*(22), 2751-2756.

Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001, December). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. In *Mayo clinic proceedings* (Vol. 76, No. 12, pp. 1225-1235). Elsevier.

Napadow, V., Kettner, N., Liu, J., Li, M., Kwong, K. K., Vangel, M., & Hui, K. K. S. (2007). Hypothalamus and amygdala response to acupuncture stimuli in carpal tunnel syndrome. *Pain*, *130*(3), 254-266.

Newberg, A. B., & d'Aquili, E. G. (2000). The neuropsychology of religious and spiritual experience. *Journal of Consciousness Studies*, *7*(11-12), 251-266.

Pal, S. K. (2002). Complementary and alternative medicine: an overview. *Current Science*, 518-524.

Pandya, S. K. (2001). Doctor-patient relationship: the importance of the patient's perceptions. *Journal of postgraduate medicine*, *47*(1), 3.

Pandya, S. K. (2006). Where is medical practice in India heading? *Mens sana monographs*, *4*(1), 50.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of health psychology*, *9*(6), 713-730.

Pattison, M. (2006). Finding peace and joy in the practice of medicine. *Health progress (Saint Louis, Mo.)*, *87*(3), 22-24.

Post, S. G., Puchalski, C. M., & Larson, D. B. (2000). Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Annals of internal medicine*, *132*(7), 578-583.

Shea, J. (2000). Spirituality & Health Care: Reaching toward Holistic Future Special Topics in Health and Faith. *Chicago, Ill.: Park Ridge Center for the Study of Health, Faith, and Ethics*.

Sloan, R. P., Bagiella, E., VandeCreek, L., Hover, M., Casalone, C., Hirsch, T. J., ... & Poulos, P. (2000). Should physicians prescribe religious activities?. *New England Journal of Medicine*, 342(25), 1913-1916.

Smith, J. K., & Weaver, D. B. (2006). Capturing medical students' idealism. *The Annals of Family Medicine*, *4*(suppl 1), S32-S37.

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Journal of the American Medical Association*, *284*(19), 2476-2482.

Subbarayappa, B. V. (2001). The roots of ancient medicine: an historical outline. *Journal of Biosciences*, *26*(2), 135-143.

Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. The gerontologist, 42(suppl_3), 24-33.

Sulmasy, D. P. (2006). *The rebirth of the clinic: An introduction to spirituality in health care*. Georgetown University Press.

Weiner, E. L., Swain, G. R., Wolf, B., & Gottlieb, M. (2001). A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *Western Journal of Medicine*, *174*(1), 19.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1397.7.11.21.0]