

# فهم کل گرایانه از حق بر سلامت در فرهنگ اسلامی، اقتضات سلبی و ایجابی

حمید ستوده<sup>۱</sup> سید میثم بهشتی نژاد<sup>۲</sup> محمدرضا غریبی<sup>۳</sup>

## چکیده

فهم سلامت و بیماری، از منظر فلسفه پزشکی صرفاً وابسته به بُعد بیولوژیکی انسان نیست. از این رو، پزشکی به عنوان یک نظام پویا و چندبعدی مطرح نظر است که در آن، عوامل فرهنگی، با الگوهای متأثر از نگرش های محیطی و فرایندهای پیچیده تاریخی و اجتماعی، نقش مؤثری ایفا می کنند. فراتحلیل های انجام شده در خصوص ناتوانی مداخلات درمانی برآمده از مدل طبی محض، رویکرد تقلیل گرایانه در پزشکی را به چالش می کشد؛ رویکردی که بیمار را به مثابه نمونه موردی با مجموعه ای از علائم مشخص در نظر می گیرد. این ناکامی موجب ظهور پارادایمی جدید شده است که در آن، سلامتی در چهارچوبی گسترده از تاریخچه بیولوژیکی فرد و محیط فرهنگی - اجتماعی بررسی می شود. این رویکرد پزشکی را از حوزه علم تجربی فراتر می برد و نشان می دهد که تغییرات در این عرصه لزوماً مبتنی بر شواهد عینی نیست، بلکه پزشکی فعالیت انسانی است که تحت تأثیر عوامل فلسفی، فرهنگی و اجتماعی قرار دارد؛ تا آنجا که حتی بر ساخته های اجتماعی ناشی از باورهای صحیح یا نادرست در سبک زندگی و الگوهای رفتاری، پیامدهای مهمی برای حفظ و ارتقای سلامت یا ایجاد بیماری دارد. بر این اساس، سلامت انسان با ابتنا بر عوامل فرازیستی، به مثابه یکی از لوازم اولیه حق بر دسترسی به زندگی متعادل و شرط ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی در نظر گرفته می شود. با توجه به تأکید تعلیم اسلامی بر ابعاد غیر بیولوژیک سلامت، این نوشتار، به روش توصیفی - تحلیلی و با استفاده از داده های کتابخانه ای و اسنادی، در صدد تبیین تعریف سلامت با تأکید بر آموزه های اسلامی است تا شاخص های سنجش دلالت های سلبی و ایجابی «انسان سالم» را مشخص کند. سپس با نفی رویکرد جزئی نگر، اقتضات ایجابی تعریف اکتشافی را در راستای سیاست گذاری مطلوب شناسایی نماید. یافته ها حاکی از آن است که توجه به ابعاد انسان شناختی مبتنی بر فرهنگ اسلامی می تواند به تأسیس الگویی جامع نگر از سلامت و ایجاد یک تعهد جمعی نسبت به تأمین و حفظ آن بینجامد؛ امری که رضایت از کیفیت زندگی را در سطوح فردی و اجتماعی به همراه خواهد داشت.

## ■ واژگان کلیدی

سلامت؛ فرهنگ؛ اسلام؛ کل گرای؛ زیست پزشکی.

۱. دانشیار مرکز توسعه پژوهش های بین رشته ای معارف اسلامی و علوم سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران. (sotudeh.h@iums.ac.ir)
  ۲. استادیار پژوهشی شورای عالی انقلاب فرهنگی (beheshti22@gmail.com)
  ۳. دانش آموخته دکتری قرآن و علوم حدیث (garibi.mr@gmail.com)
- تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۳۰

## ۱. مقدمه

سلامت کیفیتی حیاتی و از نیازهای اساسی انسان است که بر هر گونه پیشرفت و توسعه‌ای تقدم دارد و هر نظام حکمرانی لازم است نسبت خود را با آن روشن سازد. سلامت، به‌عنوان یکی از ارکان مهم سرمایه انسانی، به‌گونه‌ای اهمیت یافته که دولت‌ها بخشی از سیاست‌های کلان خود را به ارتقای شاخص‌های آن اختصاص می‌دهند. با توجه به ضرورت ارتقای عوامل مؤثر و تعیین‌کننده سلامت از سطح عناصر صرفاً جسمانی، به سطوح فرهنگی و اجتماعی، تعریف دقیق ابعاد سلامت بر مبنای فرهنگ اسلامی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

این امر مستلزم بازتعریف سلامت از منظر فرهنگ اسلامی است، زیرا تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند بر مفاهیم سلامت و بیماری اثر بگذارد، تا آنجا که حتی توجه به جنبه‌های انسانی نباید به‌عنوان یک امر ثانوی و تبعی نسبت به حیث بیولوژیکی تلقی گردد؛ یعنی هر اجتماعی بر اساس زمینه فرهنگی خود، نحوه درمان و مراقبت‌های بالینی را بنا می‌سازد و ارائه خدمات بهداشتی درمانی نیز هماهنگ با همان باورها و فرهنگ خواهد بود تا چگونگی مراقبت سلامت و اهداف عملکردی آن، مورد پذیرش قرار بگیرد. از این رو، ترسیم الگویی از سلامت بر مبنای فرهنگ اسلامی و متمایز از فرهنگ غربی ضروری است، چراکه اگر متناسب با شئون فرهنگی به این مسئله نگاه نشود، فهم سلامت آن چنان که شایسته است به دست نخواهد آمد و در صورت عدم ادراک صحیح از سلامت، دستاوردها در این حوزه، متناسب با هزینه‌ها و بودجه‌ها نخواهد بود و در نتیجه، آرامش و استقرار رفاه اجتماعی در جامعه را در پی نخواهد داشت.

این پژوهش با تأکید بر جایگاه انسان در فرهنگ اسلامی، به تبیین نظریه سلامت و تحلیل دلالت‌های سلبی و ایجابی آن می‌پردازد و به این پرسش پاسخ می‌دهد که «اقتضائات فرهنگ دینی در ترسیم نظریه سلامت مطلوب چیست؟» بر اساس مبانی اسلامی که ابعاد وجودی انسان (ابعاد ظاهری و باطنی) را در نظر می‌گیرد، الگوی سلامت جامع‌نگر می‌تواند به صیانت از شأن انسانی و کاهش پیامدهای منفی اتکای انحصاری به الگوی زیست‌پزشکی بینجامد.

با توجه به ماهیت کیفی این مطالعه و با هدف توصیف جامع موضوع تحقیق، روش اسنادی \_ کتابخانه‌ای به‌عنوان چهارچوب اصلی پژوهش برگزیده شده است و با نظر به اهمیت مفاهیم به‌مثابه ارکان اساسی این تحلیل، چهارچوب مفهومی پژوهش حاضر، حول چند محور کلی سازمان‌دهی شده است. در گام نخست، به پیشینه تحقیق و تبیین حق بر سلامت در اسناد حقوق بشری پرداخته خواهد شد و با توجه به اینکه مفهوم

سلامت و حق بر آن، متأثر از مبانی پارادایمی تفکر است، کرامت ذاتی انسان از منظر وحیانی به‌عنوان بنیادی‌ترین مبنای حقوق بشر اسلامی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ادامه، پیامدهای کرامت‌زدای انسان در بسندگی به الگوی بیومدیکال مبتنی بر روش‌های پوزیتیویستی نقد و تحلیل می‌شود. در نهایت، ضرورت استنتاج الگوی متناسب با فرهنگ اسلامی تبیین می‌شود و دلالت‌های معنایی آن تشریح می‌گردد.

## ۲. پیشینه تحقیق

امروزه توجه به رابطه معنویت با بدن در رویه‌های پزشکی و به‌خصوص علاقه‌فزاینده متخصصان به ابعاد فراجسمانی بیماران، گویای اهمیت این موضوع در فرایند بهبودی است. حتی مجامع علمی غربی نیز مقالاتی منتشر کرده‌اند که نشان می‌دهد پزشکان نمی‌توانند نسبت به دغدغه‌ها و باورهای دینی بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی بی‌تفاوت باشند (Peach HG. 2003; 86-88). دکتر فرانسیس پی بادی، پزشک آمریکایی، در خصوص لزوم توجه به ابعاد فرابیولوژیک بیماران در تشخیص‌ها و تصمیم‌های درمانی اظهار می‌دارد:

بسیاری از بیماران از آلامی رنج می‌برند که نمی‌توان دلایل عضوی برای آن‌ها پیدا کرد. تنها حس رابطه پزشک معالج با بیمار، توجه دقیق به دغدغه‌ها و سخنان او می‌تواند ماهیت آشفتگی‌های هیجانی را که عامل ناراحتی او شده‌اند، مشخص نماید (آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵: ۱۱۲).

در بررسی پیشینه پژوهش‌های داخلی، ملاحظه می‌شود که اگرچه مقالاتی با موضوع سلامت منتشر شده است، اما با رویکرد بهره‌مندی از فرهنگ دینی در تبیین الگوی مطلوب سلامت و اقتضائات آن، پژوهشی مشابه مقاله حاضر انجام نشده است، مقالاتی همانند پزشکی به‌مثابه پارادایم، از علیرضا منجمی در شماره ۱ فصلنامه فلسفه علم؛ جایگاه اخلاق پزشکی در مناسبات درمان، از ابراهیم اخلاصی در شماره ۲۶ از دوره ۷ فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی؛ شأن و منزلت بیمار: بررسی متون، از تابنده صادقی و ناهید دهقان در شماره ۱ از دوره ۳ فصلنامه اخلاق و تاریخ پزشکی ایران؛ فهم منطقی متأخر سیاست‌گذاری سلامت، گذار به حکمرانی برای سلامت، از ولی‌اله وحدانی‌نیا و عباس وثوق مقدم، در شماره ۶ از دوره ۱۷ فصلنامه پایش.

بررسی این مقالات نشان می‌دهد که ابهام در تعریف سلامت، عدم اجماع بر مفاهیم پایه‌ای، عدم تبیین حدود و حیطه‌های سلامت، تأثیر و تأثر ابعاد مختلف سلامت بر یکدیگر، و کمبود ابزارهای سنجش ابعاد سلامت، همچنان به قوت خود باقی است. همچنین این پژوهش‌ها، عمدتاً معطوف به جنبه‌ای خاص مانند اخلاق پزشکی یا مدیریت سلامت است و به تحلیل مفهومی سلامت و

حق بر آن، بر اساس مبانی انسان‌شناختی اسلامی نپرداخته‌اند. بنابراین، انجام پژوهش‌های مستند مبتنی بر منابع و حیاتی می‌تواند به درک تعاملات بین فرهنگ و سلامت کمک شایانی نماید.

### ۳. تبیین جایگاه حق بر سلامت در تقسیم‌بندی حقوق بشر

حق بر سلامت، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی حقوق بشر و به‌مثابه یک حق بشری،<sup>۱</sup> به معنای حق دسترسی و بهره‌مندی از استانداردهای قابل حصول سلامتی با رعایت شأن انسانی است. این حق در اسناد متعدد بین‌المللی و منطقه‌ای به رسمیت شناخته شده است (رضازاده و شارق، ۱۳۹۸: ۱۷۳۱). از آن جمله، می‌توان به بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر مبنی بر حق بر سطح زندگی کافی برای سلامتی هر فرد، و بند ۱ ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، در خصوص حق بر بالاترین سطح قابل‌وصول سلامتی اشاره کرد. طبق منشور اوتاوا (۱۹۸۶) ارتقای سلامت فرایندی است که مردم را قادر می‌سازد بر سلامت خود کنترل داشته باشند و آن را بهبود بخشند.

در تقسیم‌بندی‌های حقوق بشر، نگرش نسلی به چهار دوره اصلی اشاره دارد: نسل اول بیانگر حقوق مدنی و سیاسی است (۱۹۴۸م). حق حیات و حفظ کرامت انسانی به این نسل از حقوق بشر اشاره دارد. نسل دوم مربوط به حق مساوات و برابری است (۱۹۶۶م) و این حقوق اساساً ماهیتی اجتماعی و فرهنگی دارد و برای همه شهروندان، شرایط و رفتارهای مساوی را تضمین می‌کند. حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در ماده ۱۲ میثاق فوق‌الذکر، به‌عنوان مهم‌ترین سند بین‌المللی در این زمینه مورد توجه قرار گرفته است. نسل سوم حقوق بشر مبتنی بر انسجام بشری و مصالح جمعی (حقوق هم‌بستگی) است (۱۹۷۲م) و فراتر از چهارچوب حقوق فردی است که حق دسترسی به محیط‌زیست پاک و رضایت‌بخش از مصادیق این دسته به شمار می‌آید. (ذاکریان، ۱۳۸۳: ۲۲۵). نسل چهارم حقوق بشر را می‌توان مجموعه حقوقی دانست که هدف آن حمایت از کرامت انسانی در برابر تحقیقات پزشکی، رشد سریع تکنولوژی و مخاطرات یا سوءاستفاده‌های ناشی از آن است<sup>۲</sup> (بابازاده مقدم، ۱۳۹۹: ۱۹۵۲۱۲؛ هلمنس، ۱۳۸۵: ۳).

#### 1.Right to Health as a Human Right

۲ جهت مطالعه بیشتر ر.ک: توحیدی، احمد رضا، حق صلح و حق محیط زیست در پرتو حقوق هم‌بستگی و حقوق بین‌الملل، مجموعه مقالات همایش بین‌المللی حقوق بشر و گفت‌وگوی تمدن‌ها، قم، ۱۳۸۰، ۵۵۷۸.

حق بر سلامتی، متناسب با اقتضائات زیست جمعی در پیوند نزدیکی با حق حیات (نسل اول حقوق بشر) قرار دارد؛ به‌گونه‌ای که بهره‌مندی از مواهب زندگی، بدون برخورداری از سلامتی جسم و عقل بی‌معناست و ازسوی دیگر، حق بر سلامتی با حق بر بهداشت و تأمین اجتماعی (نسل دوم حقوق بشر) گره خورده، همان‌طور که حق برخورداری از محیط‌زیست پاک (نسل سوم حقوق بشر) و حمایت از انسان در برابر تکنولوژی‌های نوین (نسل چهارم حقوق بشر) نیز از حق بر سلامتی او سرچشمه گرفته است. لذا می‌توان حق بر سلامتی را به معنای یک حق مستقل بشری برای خوب زیستن و زندگی رضایت‌بخش، و به‌عنوان حلقه واسط و ارتباطی بین همه نسل‌های حقوق بشری قلمداد کرد، به‌طوری که سایر حقوق از شئون همین حق بر سلامت برخاسته است. به تعبیر دیگر، حق بر سلامتی در پیوند با سایر حق‌های بشری معنا پیدا می‌کند، تا جایی که هرگونه برخورداری و استیفای از سایر حق‌های بشری مثل حق حیات، غذا، مسکن، کار، آموزش و مانند آن، متوقف بر بهره‌مندی از سطح قابل‌قبولی از سلامتی انسان خواهد بود.

۱۷۷

بنابراین، سلامت حق عمومی است و متضمن مجموعه‌ای از استحقاق‌هاست که افراد انسانی را نسبت به مطالبه آن، صاحب حق می‌سازد و دولت‌ها را در قبال تعهدات ناشی از آن عهده‌دار تکلیف می‌نماید، تا شرایطی را فراهم آورند که در آن، سلامت شهروندان مورد حمایت قرار گیرد و دستیابی به آن، برای همگان میسر گردد. ازسوی دیگر، اسناد حقوق بشری، دوره به دوره، به لزوم نگاه جامع‌نگر و پرهیز از نگاه بیولوژیکی صرف به سلامت انسان نزدیک‌تر شده‌اند، به‌طوری که در نسل اخیر، به لزوم حمایت از کرامت انسانی در برابر تحقیقات پزشکی و رشد سریع تکنولوژی‌ها و ... رهنمون شده‌اند.

#### ۴. کرامت ذاتی انسان<sup>۱</sup> از منظر اسلام

در مقطع قبلی بیان شد که از جمله حق‌های بشری، حق بر سلامت و مراقبه‌های بهداشتی است. همه سازمان‌های بین‌المللی، مبنای حق بر سلامت را کرامت ذاتی انسان در نظر گرفته‌اند (رضازاده و شارق، ۱۳۹۸: ۱۷)؛ یعنی صرفاً بقا و موجودیت انسان در حقوق بشر مطرح نیست، بلکه تأمین حداقل‌ها برای دستیابی او به استحقاق‌هایش و به فعلیت رساندن ظرفیت‌های وجودی‌اش مطرح است که با تعریف کرامت ذاتی انسان و عناصر دخیل در آن قابل حل است، هرچند که با توجه به تفاوت در مبانی کرامت انسانی از دیدگاه اسلام و غرب، شایسته است تا در این قسمت

از نوشتار، مؤلفه‌های این موضوع از منظر وحیانی و به‌مثابه شاخصی روشن در تحلیل مفهومی سلامت و الگوهای آن بررسی گردد.

در فرهنگ دینی و قرآنی، یکی از شاخصه‌های مهم در تبیین حقیقت انسان که می‌تواند جایگاه او را در عالم تبیین نماید، کرامت و ارجمندی او در نظام خلقت است که خداوند آن را به آدمی اختصاص داده و هیچ موجود دیگری را به این شرافت توصیف نکرده است. به تصریح نص قرآن کریم، وجود انسان سرفرازترین مخلوق و زینده‌ترین صورت جسمانی است: «لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ» (سوره تین، آیه ۴)، و در سوره غافر می‌فرماید: «وَ صَوَّرَكُمُ فَأَحْسَنَ صُورَكُمُ» (سوره غافر، آیه ۶۴؛ سوره تباين، آیه ۳). خدای متعال در سوره مومنون، برای آفرینش روح الهی در انسان به خود تبریک می‌گوید: «ثُمَّ أَنشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ» (سوره مؤمنون، آیه ۱۴). از این رو، کرامت طبیعی انسان برخاسته از ویژگی‌هایی است که در جریان خلقت جسم و روحش، مورد عنایت حق تعالی بوده و شاید به همین جهت، متعلق کرامت در آیه شریفه «وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ» (سوره اسراء، آیه ۷۰)، همه انسان‌ها ذکر شده است که در نفخه الهی مشترک هستند و این نفخه، به اضافه تشریفی، به خداوند متعال نسبت داده شده است: «وَوَفَّخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي» (سوره حجر، آیه ۲۹). بنابراین، تکریم انسان، به امتیازاتی همانند سلامتی و بهره‌مندی از اعضا و جوارح او هم اشاره دارد؛ آن‌گونه که امام صادق (ع) فرمودند: «انسان کمال آفرینش، حواس کامل، ثبات عقل و زبان گویا دارد و این معنای گفته خداوند است: وَ لَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ» (ابن‌شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق: ۴۷۰).

از سوی دیگر، کرامت دنیوی که خداوند به نوع انسانی عطا فرموده، جزء هویت انسان بوده و کم‌وکیف آن در همه انسان‌ها ثابت است. تا زمانی که انسان زنده باشد، این کرامت نیز از او جداشدنی نیست و فارغ از جنس، رنگ و نژاد، به همه انسان‌ها به‌طور برابر تعلق دارد. (طباطبایی، ۱۴۲۵ق، ج ۱۳: ۱۵۷).

از دیدگاه فلسفی نیز همان‌طور که امام خمینی فرموده‌اند، انسان با کرامت خلق شده است (امام خمینی، ۱۳۸۲: ۱۳۹)؛ یعنی اصل وجود انسان، همراه با کرامت و مجعول الهی است؛ جعلی که خود، امری حقیقی، ذاتی و وجودی است، چنانچه صدرالمآلهین درباره این مسئله می‌نویسد: صدق ذاتیات اشیا و لوازم ماهیات، نیازی به جعل دوباره جاعل و تأثیر مؤثر ندارد، بلکه جعل آن‌ها تابع تحقق وجود ذات آن‌ها خواهد بود. پس اگر ذات، تحقق وجودی یابد، ذاتیات و لوازم

آن‌ها نیز به نفس همان ذات، مورد جعل قرار خواهند گرفت و اگر ذات مجعول نباشد، ذاتیات و لوازم آن نیز به سبب عدم جعلی که برای ذات ثابت است، مجعول نخواهند بود (صدرالمতألهین، ۱۳۸۳، ج ۱: ۳۹۸).

بنابراین، کرامت ذاتی وصفی وجودی و تنیده در ساختار انسانی است و لذا چنین به دست می‌آید که منزلت انسان در نظام هستی، امری ثابت و اصیل است (صدرالمتألهین، ۱۳۸۳: ۳۴۰)، به‌ویژه آنکه بر مبنای حکمت متعالیه، اساساً هر آنچه از خدای متعال صادر می‌شود، از سنخ وجود بوده و خیر است. از این‌رو، شرافتی که انسان در قوس نزول و در جریان خلقتش ذاتاً دارای آن گردیده، چون از سنخ وجود است، در نظام هستی، امری استوار و غیر قابل تبدیل است و البته، ذاتاً مایه خیر و کمال است (همان: ۳۴۱). در نتیجه، چون کرامت انسان مرهون ساختار تکوینی بشر است، دارای ارزش فطری<sup>۱</sup> است که با هویت انسانی هر فردی وجود می‌یابد و صرفاً یک مفهوم اعتباری یا قرارداد بشری نیست که با لغو آن از اعتبار و ارزش ساقط شود.

۱۷۹

لازمه کرامت ذاتی که برخاسته از چگونگی خلقت و نفخه روح الهی با مواهب آن همانند داشتن عقل، اراده و نیز سیمای انسانی است، استحقاق رعایت ارزشمندی انسان است. این وضعیت همواره ملازم و همراه صاحب حق است و همان‌طور که قابل وضع نیست، قابل سلب و انفکاک از انسان هم نخواهد بود و هیچ رتبه یا درجه‌ای را بر نمی‌تابد، چراکه به ذات و هستی انسان برمی‌گردد و بر پایه حقیقت و ماهیت او استوار شده است و لذا می‌توان کرامت ذاتی انسان را به یک «حق یا امتیاز» تکوینی و ثابت برای بشر تفسیر کرد و به اتکای آن، امتیازات اعتباری حقوقی را برای وی اثبات نمود؛ به طوری که هر استعدادی برای هر موجودی که در دایره حکمت الهی به او اعطا شده، به مثابه یک سند حقیقی برای اخذ و طلب یک حق تلقی می‌شود. شهید مطهری در زمینه رابطه نحوه خلقت انسان با حقوق ناشی از آن می‌نویسد:

هر «استعداد طبیعی» مبنای یک «حق طبیعی» است و یک «سند طبیعی» برای آن به شمار می‌آید. مثلاً فرزند انسان حق درس خواندن و مدرسه رفتن دارد، اما بچه گوسفند چنین حقی ندارد، چرا؟ چون استعداد درس خواندن و دانا شدن در فرزند انسان وجود دارد، اما در گوسفند نیست. دستگاه خلقت این سند طلبکاری را در وجود انسان قرار داده، ولی در وجود گوسفند قرار نداده است (مطهری، ۱۳۷۴، ج ۱۹: ۱۵۸).

با این وصف، حق بر کرامت نیز از طریق درک ریشه آن قابل تبیین است که نه توسط دولت‌ها قابل اعطاست و نه توسط خود شخص قابل سلب است، بلکه فی‌نفسه مرتبط با زندگی هر انسانی است که به اقتضای آن، از جایگاهی به‌مثابه یک حق برخوردار است؛ حقی که آمیخته با تکلیف خود و دیگران به حفظ شأن و منزلت آن است؛ به‌ویژه با توجه به اینکه نوعی «ضرورت بالقیاس» بین «عمل» و «هدف» وجود دارد و «بایدها» بر «هسته‌ها» مبتنا دارد و با آن مرتبط است. فلذا کرامت انسانی مستلزم رعایت حقوق فطری ناشی از آن در روابط فردی و اجتماعی به‌عنوان یک تکلیف خواهد بود. این ویژگی در دانش حقوق، از مصادیق حقوق مربوط به شخصیت محسوب می‌شود که به حفظ ذات و عرض انسان بازمی‌گردد و قابل سلب نیست، زیرا سلب شخصیت حقوقی به معنای مرگ حقوقی آن فرد است و به همین جهت، این نوع حقوق چهره‌حمایتی دارند. قانون‌گذار با وضع قانون، از شخصیت جسمی و معنوی انسان حمایت می‌کند و هرگونه تعرض به آن ممنوع و موجب مسئولیت مدنی و کیفری خواهد بود (طاهری، ۱۳۷۵، ج ۱: ۴۲).

بنابراین، در نگرش اسلامی، حقوق انسان مبتنی بر شناخت انسان و حقیقت اوست و چون اسلام صورت و روح انسانی را از سوی خداوند و در احسن تقویم تصویر کرده و خداوند بابت آن به خود تبریک گفته، حق بر حفظ و تکامل این صورت و روح نیز از اقتضائات این نوع نگاه است. حقوق انسان‌ها متناسب با حفظ استعدادهای فعلیت‌یافته و سایر استعدادهایی است که می‌تواند آن‌ها را به فعلیت برساند. از این رو، حق بر کرامت انسانی که براساس آموزه‌های دینی بنا شده، قابل تعمیم به حق بر سلامت روانی، معنوی و اجتماعی انسان است که سلامت زیستی او را نیز در پی خواهد داشت، چراکه انسان دارای ابعاد مختلفی است و نحوه تعامل میان آن‌ها، ارزشمندی حیات را به ارمغان می‌آورد و عارض شدن اختلال در هر کدام از ابعاد وجود انسان، ممکن است حیات یا سلامت کلی او را به مخاطره اندازد. بنابراین، با توجه به ابعاد انسان (صورت و روان و روح) حق انسان بر سلامت به معنای حفظ سلامت در همه این ابعاد است و با توجه به فعل و انفعال بین این عوامل، سلامت هم باید به‌طور جامع مطمئن نظر قرار گیرد. در نتیجه، به اقتضای کرامت انسان در نظام تقنین و تشریح، باید زمینه و شرایطی فراهم شود که همه استعدادهای انسان بتواند به‌نحو احسن و مطلوب به فعلیت درآید. از این منظر، بهره‌مندی کامل از حق بر سلامت، در حکومت اسلامی که از نظر فرم و محتوا واجد خصوصیات توسعه‌انسانی و توجه به کرامت و سعادت بشری است، امتیازی برای همه شهروندان است و فارغ از تفاوت‌های جنسیتی و قومی، استحقاق برخورداری از

بالاترین سطح وصول سلامتی را بدون هیچ‌گونه تبعیضی خواهند داشت. این امتیاز برای آن است که آحاد مردم بتوانند به یک زندگی سالم همراه با کرامت انسانی نایل آیند و حکومت اسلامی نیز باید در سیاست‌هایش، متناسب با کرامت انسان، همه ابعاد سلامتی مردم را در نظر بگیرد.

## ۵. الگوی طبی‌زدگی و کرامت‌زدایی از انسان

با عنایت به اینکه الگوی زیست‌پزشکی با فرهنگ و جهان بینی خاص خود، نسبت به هویت و ابعاد وجودی انسان در ارتباط است، ذیلاً به تحلیل این موضوع پرداخته می‌شود.

### ۵-۱. تعریف الگوی زیست‌پزشکی

از دیدگاه برخی صاحب‌نظران، در این الگو عمدتاً به تبیین بیولوژیکی بیماری یا سلامتی پرداخته و در مجموعه‌ای از کارکردهای آناتومیک و فیزیولوژیک خلاصه می‌شود، به طوری که سلامتی به معنای فقدان یک یا چند مورد از مواردی همانند مرگ، بیماری، ناراحتی، ناتوانی و نارضایتی تلقی می‌شود و با اعتقاد به امکان شناسایی علل فیزیکی برای همه اختلالات و بیماری‌ها، زنجیره‌ای از میکروب، ژن و مواد شیمیایی را از طرق مختلف سهیم می‌داند (کرتیس، ۱۳۸۲: ۱۸). در این پارادایم، علیت به روابطی کمی و عینی فروکاسته می‌شود که با تجربه‌های آزمایشگاهی می‌توان مکانیسم آن را یافت. این مدل با مفروض پنداشتن بیماری به‌مثابه یک ضایعه آسیب‌شناختی درون بدن و با استفاده از نشانه‌های ابرازی بیمار، فقط درصد کشف بیماری برمی‌آید. همان‌طور که خوانش مرگ نیز در این پارادایم، تنها از منظر فرایند طبیعی و زیست‌شناختی محض نگریسته می‌شود و توجیه مادی و مولکولی می‌یابد. در این الگو، درمان بیماری نیز متأثر از عوامل جسمانی (مکانیکی، شیمیایی و فیزیولوژیکی) قلمداد می‌شود و به همین ترتیب، معمولاً معالجات مبتنی بر مداخلات فیزیکی (دارو، جراحی و غیره) صورت می‌پذیرد.

### ۵-۲. تبیین مبانی نظری زیست‌پزشکی

این الگو به‌شدت متأثر از دوگانه‌انگاری دکارتی ذهن و بدن به‌مثابه دو جوهر جدا از هم است (شولتز، ۱۳۸۷: ۵۸). پیش‌فرض‌های فلسفی نهفته در پزشکی مدرن، مبتنی بر این نگاه است که کل، دارای حیثیتی مستقل نسبت به اجزای خودش نیست و لذا برای شناخت بیشتر، باید آن را تا آنجا که ممکن است به اجزای مختلفی تقسیم کرد و آن‌گاه خاصیت کل را از خاصیت اجزاء به دست آورد و از این‌رو، شناخت کل در واقع همان شناخت ترکیبی اجزا خواهد بود. چنان‌که

پاتولوژیست معروفی چون رابینز، مدعی شده که انسان چیزی جز مجموعه‌ای از سلول‌ها که به شکل یک موجود دوپا<sup>۱</sup> در آمده، نیست (روپاینس، ۱۹۸۴: ۲).

این نوع نگاه که ریشه در جهان‌بینی مادی‌گرایی دارد، در قالب اندیشه‌های فلسفی پوزیتویستی به‌مثابه مبنای معرفت‌شناختی و روش‌شناختی مدل زیستی در بحث سلامت و بیماری، مطمح نظر قرار گرفت. در این رویکرد، با تکیه بر اندازه‌گیری‌های آزمایشگاهی، غالب فرضیات در خصوص بیماری را به عوامل شیمیایی، میکروبی و ژنتیکی محدود می‌کنند، درحالی‌که بسیاری از اختلالات همانند بیماری‌های قلبی، سرطان، دیابت و ...، اختلالات چندعاملی شمرده می‌شوند و عوامل غیرفیزیکی فراوانی وجود دارد که ممکن است در ایجاد آن بیماری نقش داشته باشد (کرتیس، ۱۳۸۲: ۱۹). در این نوع دیدگاه، ملاحظات جسمانی به‌مثابه غایت اصلی پزشکی مطمح نظر قرار می‌گیرد و با تقلیل یافتن مفهوم سلامت و بیماری به جنبه زیستی و فیزیولوژیکی، به همراه نگرش تجربه‌گرایی حاکم بر پزشکی به‌عنوان عینیت‌گرایی علمی، حجم زیادی از کار آزمایشگاهی برای شناخت بدن انجام می‌گیرد؛ دانش پزشکی در مقام فهم جسم به‌مثابه زیست‌شناسی کاربردی و مدل مکانیکی در حوزه پزشکی تلقی می‌گردد و بیمار نیز به‌مثابه یک ماشین خراب‌شده، ارگانیسمی که مورد تهاجم قرار گرفته و اینک باید تعمیر و ترمیم گردد و یا با اجزای جدیدی جایگزین شود تا به حالت اولیه خود بازگردد. لذا دغدغه اصلی، پرداختن به علم بدن به‌منزله «شیء مکانیکی» است که می‌تواند به‌صورت فنی مورد بررسی قرار گیرد (فابریگا، ۲۰۰۰م: ۵۲۲). نتیجه این تفکر آن است که امروزه، رویکرد تجربه‌گرایی<sup>۲</sup> در پزشکی مدرن نافذ واقع شده و با «شیء‌پنداری حاکم بر زیست‌پزشکی» حقیقت انسان به جسم و ابعاد آن فروکاسته شده است، درحالی‌که بسیاری از بیماری‌ها، منشأ سایکو سماتیک دارند و نظام خدمت‌رسانی سلامت، در رویکردهای راهبردی خود باید به تکامل سلامت در همه ابعاد انسانی توجه داشته باشد.

### ۳-۵. ارزیابی الگوی زیست‌پزشکی

همان‌طور که در مقطع قبل تبیین شد، در رویکرد بیومدیکال برآمده از مناسبات پوزیتویستی و با ابتنا بر مکانیسم‌های سلولی \_ مولکولی، توجه به پیچیدگی‌های روحی و روانی در مواجهه با سلامت و بیماری به حاشیه می‌رود. از این رو، مهم‌ترین اشکال وارد بر این مدل، جهت‌گیری‌های

1 Biped

2 Empirical Approach

تک‌بعدی آن است؛ به‌گونه‌ای که با ابتنا به تکنیک‌زدگی، روش علمی و علم به‌حسب ذات خود، مستقل از ملاحظات فرهنگی در نظر گرفته می‌شود (پارسانیا، ۱۳۸۷: ۶۰) و کاربست آن در مناسبات درمانی که با محوریت پزشکی زیستی و ضرورت عینی علمی در شناخت بیماری صورت گرفته، منجر به بی‌طرفی احساسی پزشک نسبت به ارزش‌ها و دغدغه‌های بیمار در رویه‌های درمانی شده است و صرفاً به تشخیص «مرض» و تأثیر جنبه‌های جسمانی بر بیماری تقلیل یافته است و اهمیت جنبه‌های دیگر و قدرت درمانگری ابعاد فرهنگی و معنوی انسان نادیده گرفته شده و گذر از «بیمار» برای رسیدن به «بیماری» به بخش مهمی از پروژه پزشکی مدرن بدل گردیده است. همچنین با تأکید بیش از اندازه بر بُعد جسمی و رویکرد جبری آن دربارهٔ انسان، از بُعد ارادی و اختیاری که از مؤلفه‌های اساسی در کرامت انسانی است، غفلت شده است. لذا این الگو قادر نیست محدودهٔ سلامت را متناسب با ابعاد متعدد و پیچیدهٔ معنوی یا متعالی انسان گسترش دهد، به‌طوری که انتزاع بیماری به‌مثابهٔ پدیده‌ای مستقل از بیمار با همهٔ زمینه‌های انسان‌شناختی، فرهنگی و ایدئولوژیک در نظر گرفته می‌شود و در نتیجه، سلامت صرفاً به معنای فقدان ناهنجاری‌های زیستی شناخته می‌شود، درحالی‌که رعایت احترامات فرهنگی و اجتماعی نقش بسزایی در حفظ کرامت و شخصیت بیماران ایفا می‌کند. این امر نه‌تنها به تقویت روحیه و ارادهٔ ایشان می‌انجامد، بلکه با تأثیرگذاری بر نگرش‌ها و رفتارهای درمانی، به‌عنوان عامل کلیدی در افزایش پذیرش فرایند درمان و بهبود اثربخشی مداخلات پزشکی عمل می‌نماید. امروزه در مجامع علمی غربی، مقالاتی منتشر شده که نشان می‌دهد پزشکان نمی‌توانند نسبت به دغدغه‌ها و باورهای دینی بیماران درخصوص تصمیم‌های درمانی بی‌تفاوت باشند (پیچ، ۲۰۰۳: ۸۶۸۸؛ آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵: ۱۱۲). با این وصف، زیست‌پزشکی مولکولی بر این فرض استوار است که پدیدهٔ «بیماری» کاملاً در قالب انحراف معیار از هنجار متغیرهای بدنی زیستی قابل‌اندازه‌گیری است و ماهیتی مستقل از سایر ابعاد انسانی است و بدین ترتیب، ملاحظات وجودی و ابعاد هویتی بیماران فاقد هرگونه مدخلیتی دانسته می‌شود (طالقانی و علی‌محمدی، ۱۳۹۴: ۸۱۹۴).

در نتیجه، با انحصار سیاست سلامت در پارادایم زیست‌پزشکی، معضلات این حوزه روزافزون می‌شود و حتی توان دولت و بخش بهداشت برای پاسخ‌گویی محدودتر خواهد شد، چراکه بیماری‌ها واقعاً دارای ابعاد متعددی هستند و لزوماً منشأ آن با نگاه صرفاً فیزیکی از بین نمی‌رود. همچنین، عدم قبول مسئولیت و تعهد مردم و مسئولان در قبال سلامتی همه‌جانبه و عدم تغییر رویکردها

موجب تقویت تعیین‌کننده‌های آسیب و بیماری می‌شود و نتیجه عملکرد نامتوازن سایر دستگاه‌ها در حوزه سلامت عمومی، موجب بار مضاعف بر دوش نظام درمانی کشور و طبعاً بروز مشکلات اقتصادی و اجتماعی بیشتری خواهد شد. از این‌رو، تحول در تعریف و تعیین‌الگوی جامع سلامت بر مبنای فرهنگ اسلامی، امری ضروری می‌نماید.

## ۶. الگوی فرازیستی سلامت و احترام به کرامت انسانی

در رویکرد کل‌نگر، با توجه به هستی‌شناسی توحیدی، وحدت نفس و بدن و تأثیر و تأثر آن دو بر هم، سلامتی محدود به بُعد جسمانی صرف نیست، بلکه همه متغیرات سلامت، از نظر کارکردی با پدیده‌های زیستی و سیستم ایمنی بدن در ارتباط است و بیماری یا سلامتی ارگان‌های بدن را تعیین می‌کند و نمی‌توان تنها یک عامل را دارای اهمیت بیشتری دانست. با توجه به لزوم در نظر داشتن کرامت ذاتی، لازم است نظام خدمات سلامت از این منظر به «انسان» توجه داشته باشد و اخلاق پزشکی بسیار جدی‌تر پیگیری شود و در واحدهای آموزشی و درمانی، اقتضائات برخورد کریمانه در نحوه تعامل کار پزشکی با بیماران به عنوان امر مهارتی، شناخته و مطالبه شود و نظام حقوقی کشور نیز بر همین مبنای حقوق بیمار را مطمح نظر قرار دهد؛ چنانچه در ماده ۸ منشور حقوق شهروندی، مصوب ۱۳۹۵ آمده است: «اعمال هرگونه تبعیض ناروا به‌ویژه در دسترسی شهروندان به خدمات عمومی نظیر خدمات بهداشتی ممنوع است». با این توضیح، ابتدا به تعریف و تحلیل ماهوی سلامت از منظر کرامت انسانی پرداخته می‌شود و سپس دلالت‌های معنایی آن بررسی می‌گردد.

### ۶-۱. تعریف سلامت از منظر کرامت الهی انسانی

توجه به ذاتی بودن کرامت انسانی در مواجهات بالینی دارای ضرورت است، چراکه هر انسانی کرامت‌والایی دارد و خداوند به هر انسان با هر ویژگی، ارزشی برابر با همه انسان‌ها داده است و مبنای تصمیم‌گیری درباره جسم و جان، باید همین کرامت انسانی باشد (جوادی آملی، ۱۳۸۴: ۲۸۵). از این‌رو، با تبیین صحیح از مفهوم سلامت، می‌توان تمام عناصر دخیل و مؤثر در این موضوع را با دقت بررسی کرد و با شناخت عمیق از آن‌ها، یک رویکرد زیستی \_ فرهنگی در خصوص رفتارها و باورهای بهداشتی، به‌صورت جامع طراحی نمود که هم جنبه‌های زیست‌شناختی و هم جنبه‌های فرهنگی \_ اجتماعی سلامت را در برگیرد، به‌گونه‌ای که هدف، نگهداری و ایجاد سلامت

در همهٔ مسائل مرتبط با زمینه و سبک زندگی<sup>۱</sup> مردم باشد. طبعاً با این رویکرد، مسیری جدید برای تحول در این حوزه ایجاد می‌شود و می‌تواند گام مثبتی در جهت استیفای حق سلامت و دریافت مداخلات بهداشتی و حیات‌بخش در راستای صیانت از کرامت انسانی و حقوق برآمده از آن تلقی شود.

بنابراین، مهم‌ترین شاخصه در ترسیم و تحقق سلامت همه‌جانبه، با توجه به ابعاد کرامتی انسان، وجود شرایط مطلوب و پایدار حیاتی است، به‌طوری که تعادل، هماهنگی و کارآیی مفید در میان همهٔ قوا و ابعاد وجودی، همراه با اعتدال در همهٔ اجزای هستی مرتبط با زندگی برقرار باشد (طالقانی و علی‌محمدی، ۱۳۹۴: ۸۱۹۴) ابعادی که شامل پنج متغیر ذهنی \_ روانی، روحی \_ معنوی، رفتاری \_ اجتماعی، عملکردی \_ جسمی انسان در کنار بهره‌مندی او از سلامتی زیست‌محیطی، به‌مثابهٔ شاخص‌های صیانت از کرامت انسانی خواهد بود. بنابراین، سلامتی صرفاً به وجههٔ جسمانی و تحلیل آن با پارامترهای کمی فروکاسته نمی‌شود، بلکه با توجه به تأثیرات متقابل مجموعه‌ای از خواص زیستی، روانی، اجتماعی، محیطی و معنوی که نسبت به یکدیگر هم‌بستگی وجودی دارند، مطمئن نظر قرار می‌گیرد. در نگاه کل‌نگر، انجام درست و کارآمد اموری که از هر یک از قوا، اعضا و ارگان‌های بدن و شخصیت انسانی انتظار می‌رود، در کنار مراقبت شخص از سلامت زیستی و محیط پاک، تحقق‌بخش عافیت (زندگی رضایت‌بخش) و شرایط مطلوب سلامتی خواهد بود و گونه‌ای یکپارچگی و ثبات باکیفیت را به‌عنوان عافیت همه‌جانبه بر افراد حاکم می‌گرداند. امام سجاد(ع) در دعای ۲۳ صحیفهٔ سجادیه به خداوند عرض می‌کنند:

اللَّهُمَّ صَلِّ عَلَى مُحَمَّدٍ وَآلِهِ، وَ عَافِنِي عَافِيَةً كَافِيَةً شَافِيَةً عَالِيَةً نَامِيَةً، عَافِيَةً تَوْلُدُ فِي بَدَنِي الْعَافِيَةَ، عَافِيَةَ الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ وَأَمْنٌ عَلَيَّ بِالصَّحَّةِ وَالْأَمْنِ وَالسَّلَامَةِ فِي دِينِي وَبَدَنِي؛ خداوندا بر محمد و آلش درود فرست، و مرا عافیت بخش، عافیتی کافی و شفابخش، برتر و روزافزون، عافیتی که در بدنم عافیت تولید کند و در یک کلمه، عافیت دنیا و آخرت، و بر من منت بگذار به تندرستی، امنیت و سلامت در دین و بدن.

در این نوع نگرش، وابستگی میان همهٔ عناصر تأثیرگذار در سلامت/ عافیت و تعاملات چندگانه میان آن‌ها برای ایجاد تعادل میان جسم و روح، یا به فعلیت رساندن استعدادهای بالقوه تأکید

می‌شود،<sup>۱</sup> به طوری که برای مثال، مجموعه‌ای از خواص «الف» با مجموعه‌ای از خواص «ب» وابستگی دارد و هر تغییری در «الف» بدون تغییر در «ب» امکان ندارد. از همین رو، باید عوامل متعددی که در شکل‌گیری و توسعه بیماری‌ها مداخله دارند و با کنش متقابل بر یکدیگر نسبت به عروض بیماری در فرد تأثیر می‌گذارند، سنجیده شود. از این منظر، حتی نوع نگرش به انسان و اولویت‌های درمانی او فرق می‌کند و مثلاً مصرف یک ماده حرام که ممکن است تأثیرات مثبتی برای بهبودی جسمی داشته و در رویکرد جزئی‌نگر، همان جنبه مورد ملاحظه است، در نگاه تعالی‌نگر و لحاظ رابطه حقیقی بین جسم و نفس با مصالح نفس‌الامری، آثار مخربی برای رشد و کمال انسانی داشته، اصلاً تجویز نگردد.

بنابراین، از وحدت همه این اجزا و مؤلفه‌ها، ماهیتی مهم‌تر به نام «سلامت» به وجود می‌آید که هم شامل پیشگیری از بیماری (مانند ناخوشی، آسیب و بیماری) و هم خوب زیستن می‌شود و هدفش به حداکثر رساندن توان فرد بر خودمراقبتی در شکوفایی استعدادهای فطری است. در واقع، تصویر کامل از سلامتی در این نگاه، بسان یک سازه نهفته مانند شخصیت تلقی می‌شود؛ یک سازه چندبعدی که انسان و رفتارهای او را در مجموع با انسجام درونی، زیرساخت مجموعه‌ای وسیع از مؤلفه‌های مختلف در بر می‌گیرد و عوامل متنوع فرهنگی، اجتماعی، زیست‌محیطی و ... بر هم تأثیر متقابل دارند. فلذا اگر مجموعه‌ای از عوامل، توان مقابله افراد را برای مواجهه با انواع آسیب‌ها بالا ببرد و سرعت بهبودی آنان را افزایش دهد، در این سبک مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین، در این نوع نگاه، برای تشخیص درست بیماری، باید به نقش عوامل محیطی، زیستی، روحی، روانی و رفتاری اشاره کرد و آن‌ها را به‌عنوان مجموعه‌ای از عوارض جسمی و روحی به‌جای مرض یا ناخوشی تشخیص داد. در این وضعیت، نه تنها زمینه و سبب زندگی سالم، مشاوره و پیشگیری، مقدم بر یافته‌های کلینیکی شمرده می‌شود، بلکه طبابت نیز با در نظر گرفتن همه ابعاد جسمانی و روانی بیمار، ضمن در نظر گرفتن شرایط اجتماعی و فرهنگی و نیز کیفیت زندگی در کنار یافته‌های بالینی و فیزیولوژیک صورت می‌پذیرد (اوویات، ۱۹۹۱: ۱۵۴). از این رو، ضرورت بازگشت به ملاحظه توأمان ابعاد زیست‌شناختی در کنار ابعاد فرهنگی \_ اجتماعی و بُعد معنوی و روحی بیماران نمایان می‌شود (امامی، ۱۳۸۰: ۹۱۵).

۱ ابن طاووس، ۱۳۷۶ ش، ج ۱، ص ۷۶: «عن ابی جعفر الجواد(ع): اللهم صحح أبداننا من العلل و أعنا علی ما افترضت علینا من العمل!»؛ خدایا بدن‌های ما را از ابتلا به بیماری، سلامت بدار و ما را به انجام اعمالی که بر ما واجب نموده‌ای یاری فرما.

در این وضعیت، نه تنها زمینه و سبک زندگی، بلکه ارتقای سواد سلامت، بهداشت، توانمندسازی و پیشگیری، مقدم بر یافته‌های کلینیکی شمرده می‌شود. طبابت نیز با در نظر گرفتن همه ابعاد جسمانی و روانی بیمار، ضمن در نظر گرفتن شرایط فرهنگی و اجتماعی و نیز کیفیت زندگی، در کنار یافته‌های بالینی و فیزیولوژیک صورت می‌پذیرد و روش‌های مدرن درمانی به‌تنهایی پاسخ‌گوی مواجهه با بیماران نخواهد بود، به‌ویژه آنکه بیماری علاوه بر تظاهر رنج و درد جسمانی، علائمی همانند اختلالات روانی، اضطراب و افسردگی ایجاد می‌کند و ضمن سست کردن جایگاه اجتماعی بیمار، باعث فعال‌سازی ملاحظات معنوی و ارزشی بیمار می‌گردد، به‌گونه‌ای که تمام جوانب تجربه زیسته بیماری و ناخوشی همانند باورهای سبب‌شناختی و نگرش‌های درمانی در چهارچوب شناخته‌شده‌ای به نام فرهنگ شکل می‌گیرد و از این‌رو، به هنگام تحلیل وضعیت بیمار و تلاش برای درمان او، باید به تمامی ابعاد وجودی و شخصیتی توجه شود و حتی نگرش شناختی و الهی بیمار در مورد هضم عوامل ناخوشایند، به‌مثابه عوامل زمینه‌ای آشکار ساز و تداوم‌بخش بیماری نادیده انگاشته نشود (نور بالا، ۱۳۹۲، ج ۳: ۲۳-۶۴)، چراکه اضطراب وجودی، نحوه مواجهه افراد را با رویه‌های درمانی و مراقبتی متأثر می‌سازد و هنگام بروز رنج‌ها و مصائب بیماری، نیازهای متنوع فرهنگی و اخلاقی، افراد را با سؤالاتی فراسوی آسیب‌های جسمانی یا مسائل پیچیده و بغرنج اجتماعی مواجه می‌سازد که تحت‌تأثیر گونه‌های مختلف جامعه‌پذیری در انسان نهادینه شده و از این منظر نیز به‌عنوان کیفیت معنوی زندگی، شایان توجه است (کاب و رابشا، ۱۹۹۸: ۱).

## ۶-۲. تحلیل هنجارین الگوی جامع سلامت

تحلیل هنجارین الگوی جامع نگر بر آن است تا نرم‌ها و قواعد پذیرفته‌شده فرهنگ اسلامی را در خصوص این موضوع تبیین و تحلیل نماید.

۱. بر مبنای کرامت ذاتی انسان که ریشه در آموزه‌های الهی دارد، تعیین‌کننده‌های سلامت صرفاً به عوامل زیستی محدود نیست، بلکه ابعاد فرهنگی، اجتماعی، معنوی و بستر زیست‌جهان فرد را نیز در بر می‌گیرد. این نگاه کل‌نگر به انسان به‌عنوان «وجودی چندبعدی»، مستلزم آن است که در تحلیل عوامل بیماری‌زا و شیوه‌های مواجهه با آن، این ساحت‌های وجودی به‌صورت جدی مورد توجه قرار گیرد. از این‌رو، شایسته است سیاست‌گذاری در بخش سلامت با توجه به سلامت اجتماعی و نیز حرکت در مسیر سلامت معنوی مورد توجه ویژه قرار گیرد.

۲. توجه به رویکرد کل‌گرایانه از منظر معرفت‌شناسی پزشکی، در تعامل و تفاهم پزشک و بیمار و نیز فهم عوامل تعیین‌کننده بیماری و چگونگی واکنش نسبت به آن حائز اهمیت است. این موضوع، به خصوص در موقعیت‌های حاد و بحرانی اهمیتی مضاعف می‌یابد که فرد چگونه می‌تواند خود را از ابتلا به بیماری دور نگه دارد. فرد مبتلا چگونه باید با این بیماری مقابله کند و چگونه می‌تواند آن را باور و توجیه کند تا با پذیرش این بیماری، مسیر درمانی را تسهیل نماید. از این‌رو، ضروری است که نظام خدمت‌رسانی سلامت، در سیاست‌های خود، به توسعه «پزشکی کرامت‌محور بر مبنای تعامل» توجه نماید و علاوه بر ملاحظات زیست‌شناختی و کاربرد تکنولوژی مدرن در رویه‌های درمانی، ضرورت جامع‌نگری<sup>۱</sup> نسبت به این موضوع را مطمح نظر قرار دهد. بنابراین، نهادینه‌سازی معنویت مبتنی بر آموزه‌های دینی با محوریت الزامات و ترجیحات فقهی در مراکز و مجموعه‌های درمانی توصیه می‌شود.

۳. مطابق الگوی فرازیستی و به استناد بند ۱۲ سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه، ابلاغی ۱۴۰۱، هدف اساسی در این رویکرد، ارتقای نظام سلامت با ایجاد شرایط معنوی و فرهنگی خواهد بود که برای حفظ سلامت مردم، سودمندی بیشتری داشته باشد. زیرا در خوانش کل‌نگر با محوریت کرامت الهی انسان، برخلاف مدل زیست‌پزشکی، توجه به کلیت انسانی و گرایش‌های درونی بیمار، به مثابه محرکی برای ایجاد پاسخ‌های سایکولوژیک و فیزیولوژیک تلقی می‌گردد، به طوری که حتی نگرش و شخصیت بیمار به عنوان یک عنصر فعال در برنامه درمانی او به شمار می‌رود و با تأثیرات مثبت روان‌شناختی و انگیزشی بر چنین فردی، روند درمانی و بهبود شاخص‌های آن به طور محسوس تسهیل می‌شود. از این منظر، توجه به ارزش‌ها، علایق و معنویات بیماران به عنوان یکی از حقوق مسلم فردی و اجتماعی آنان، چگونگی تعامل با ایشان را در رویه‌ها و مراقبت‌های درمانی متأثر می‌سازد، به طوری که بیمار بتواند با رعایت تعادل درونی بهتر و عزت نفس بالاتر، کیفیت زندگی خود را در ایام بیماری ارتقا دهد.

۴. توجه به الگوی کل‌گرایانه متضمن رعایت آموزه‌های معنوی در روند درمان و اتخاذ رویه‌های اخلاقی دلسوزانه و جامع است، به گونه‌ای که درمانگر بداند با اشخاصی سروکار دارد که با تفاوت‌های روانی، اجتماعی و فرهنگی نزد او حضور می‌یابند و نمی‌تواند آنان را بدون عنایت به این مسائل و فقط با توجه به اختلال آناتومیک موجود در بدن درمان نماید. برخورد پزشک در بستر فرهنگ، نوع زندگی و حالات زیستی بیماران مورد بررسی قرار می‌گیرد و حتی ممکن است

توانند تمام بیماران مبتلا به یک نوع بیماری را با شیوه درمانی یکسان مداوا کند، همان‌طور که یک نوع بیماری مشابه، در میان اقوام مختلف، می‌تواند تظاهرات متفاوتی از خود نمایان سازد. بنابراین، باید از ارائه خدمات «بیماری‌محور» به ارائه خدمات درمانی «بیمارمحور»، چرخشی تحول‌آفرین داشت؛ چرخشی تحول‌آفرین که با تقویت جنبه‌های علمی و ارتباط میان‌رشته‌ای علوم اسلامی با مفاهیم و عملکردهای نظام سلامت پدید می‌آید و پیامدهای آشکاری بر آن خواهد داشت که آثار و نشانگرهایش در عملکرد حرفه‌ای کارکنان تجلی می‌یابد. در چشم‌انداز سند راهبردی توسعه پژوهش و آموزش عالی قرآنی در نظام سلامت مصوب ۱۳۹۹ نیز بر شکل‌گیری این بنیان‌های علمی جهت استفاده روشمند از آموزه‌های قرآنی برای نهادینه‌سازی نگرش فراگیر و کل‌نگر به ابعاد سلامت انسان و الگوسازی سبک زندگی سالم در مسیر حیات طیبه تأکید شده است، تا منجر به اعطای حداکثر خدمات بهداشتی و مراقبتی همراه با عزت و احساس رضایتمندی مراجعان به مراکز درمانی گردد. همچنین براساس نقشه جامع علمی سلامت کشور، تکریم خدمت‌گیرندگان نظام سلامت از جمله اهداف کلان سازمان‌های مربوطه تلقی شده و سیاست‌گذاری بر این مبنا، نوع نگاه متفاوتی به انسان خواهد بخشید. در این نگره، سلامت جسم به‌مثابه ابزار نفس و شرط اول خوش زیستن تلقی می‌شود و فرصتی را برای فرد فراهم می‌آورد که با شکوفایی نفس خویش، سعادت اخروی خود را تأمین نماید، آن‌گونه که امیرالمؤمنین (ع) می‌فرماید: «زكاة الصحة السعي في طاعة الله»<sup>۱</sup> (تمیمی، ۱۴۱۰ق: ۳۹۰).

۱۸۹

### ۶-۳. دلالت‌های معنایی الگوی فرازیستی

با مباحثی که مبتنی بر نگرش کل‌نگر در این مقاله تبیین شد، مبنای مناسبی برای فهم و عملیاتی‌سازی بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی ۱۳۹۳ فراهم شده و ضروری است رویکرد سلامت همه‌جانبه در تدوین همه برنامه‌ها مطمح نظر قرار گیرد. با توجه به الزامات هویت و جایگاه انسانی، رویه جدیدی در نظام خدمات سلامت شکل می‌گیرد که جهت‌دهنده ذهنیت و عملکرد مدیران و کارکنان این بخش در جنبه‌های مختلف خواهد بود و وظایفی را به‌عنوان کدهای مسئولیت اجتماعی در روابط حرفه‌ای و در راستای تعامل بین متغیرهای روحی، روانی، رفتاری و عملکردی برای ارائه‌دهندگان خدمات الزام‌آور می‌کند؛ همان‌طور که در بند ۱ ماده ۱ منشور حقوق بیماران، مصوب ۱۳۸۸ نیز بر حفظ شأن و منزلت انسانی و احترام به ارزش‌های فرهنگی

۱. زکات تندرستی، کوشیدن در طاعت خداست.

و مذهبی بیماران تأکید شده است. ذیلاً به مهم‌ترین اقتضانات ایجابی الگوی فرازیستی در ارائه خدمات درمانی، بهداشتی و نیز سیاست‌گذاری در این حوزه اشاره خواهد شد:

۱. در این رویکرد که از آن به الگوی فرازیستی یاد می‌کنیم، بیماران دارای شخصیتی هستند که در راستای تکریم آنان، نه تنها باید از نگاه ابزاری به ایشان اجتناب شود، بلکه رعایت حرمتشان از حیث باورها، فرهنگ، اعتقادات و ضوابط اخلاقی، عامل بسیار مهمی در نحوه تعامل با آنان تلقی می‌گردد و اساساً معالجه پیش از آنکه یک مواجهه صرفاً علمی باشد، کاملاً انسانی/اخلاقی است. پزشک نه فقط با ارگان‌های بدن، بلکه با هویت و شخصیت انسانی سروکار دارد که دارای حقوق فطری برآمده از کرامت انسانی، به خصوص حق بر حیات و سلامتی همه جانبه است. بنابراین، فهم مثبت از سلامت، به نبود معلولیت و فقدان بیماری بر مبنای پوزیتویستی با رویکرد زیست‌شناسی منحصر نیست، بلکه سلامتی و بیماری، هر دو مقوله‌ای نسبی است که الگوهای رفتاری درست یا غلط بر آن تأثیرگذار است و افراد نیز بسته به جایگاهشان، هم‌زمان درجه‌ای از سلامتی و ناخوشی را تجربه می‌کنند؛ پیوستاری که در یک طرف آن، حالتی ترسیم می‌شود که شخص در معرض خطر مرگ زودرس است تا طرف دیگر آن، که فرد در شرایط مطلوب سلامت قرار دارد و کاملاً در برابر بیماری و آسیب‌های مختلف روحی و روانی مقاوم شده است.

۲. در الگوی فرازیستی، حفظ امور بهداشتی مقدم بر امر درمانی خواهد بود، به طوری که بهداشت امری فعالانه است و مجموعه اقداماتی تلقی می‌شود که در بستر جامعه و برای بقا و ارتقای وضعیت سلامت افراد شکل می‌گیرد و لذا بیشتر ناظر به مسائل آموزشی، فرهنگی و اجتماعی است که در سطح جامعه رخ می‌دهد و همانند امر بالینی، صرفاً امری فردی در رابطه پزشک و بیمار یا منحصر به بیمارستان نخواهد بود. یعنی سلامت و بهداشت امری است که در همه شئون زندگی وجود دارد و لذا برای پیوند امور بهداشتی و نیک زیستن که امری بسیار فراتر از امور بالینی است با طبابت و درمان، نیازمند نوع جدیدی از سیاست‌ورزی هستیم تا زندگی رضایت‌بخش و خوب‌زیستی در بافتار و زمینه زندگی مردم تعیین شود و البته، به سبب پیچیدگی امر سلامت، متقاطع بودن و درهم‌تنیدگی آن، یک میثاق ملی و همکاری همه جانبه نسبت به این موضوع، در بین مردم و همه بخش‌های مختلف حاکمیتی نیاز است، همانند آنچه برای مقابله با کرونا اتفاق افتاد.

۳. با توجه به اینکه سلامت انسان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های کرامت بشری محسوب می‌شود، خوب زیستن / عافیت، دارای دو بُعد ذهنی و عینی است؛ بعد عینی اشاره به استانداردهای سطح زندگی مثل مسکن، اشتغال، آموزش و دریافت خدمات بهداشتی و مانند آن دارد و بُعد ذهنی آن نیز اشاره به کیفیت زندگی و نوع ادراکی دارد که هر فردی از وضعیت زندگی خود دارد و البته وابسته به نظام فرهنگی و در ارتباط با انتظارات و علایق او خواهد بود (وحدانی‌نیا و وثوق، ۱۳۹۷: ۶۳۱۶۴۶). بنابراین، حق بر سلامت همه‌جانبه برآمده از کرامت الهی انسان و شامل طیف وسیع و متنوعی از تسهیلات، امکانات و خدماتی اطلاق می‌گردد که از تعهدات اساسی دولت در راستای پیشرفت عادلانه و پایدار است و تضمین‌بخش بهزیستی و رفاه عمومی افراد در زیست سالم جمعی خواهد بود، فاکتورهایی همانند سبک زندگی سالم همراه با سواد سلامت، آسودگی روانی، سلامت اجتماعی، شرایط زندگی، مسکن، کار و خدمات بهداشت و درمان و ...

## ۷. نتیجه‌گیری

انحصار سنت‌های شفابخش در نگرش‌های زیستی با غلبه پارادیم پوزیتویستی، موجب نگاه یک‌سویه به پدیده بیماری و بی‌توجهی به شخصیت و جنبه‌های فرایبولوژیک بیماران، به‌ویژه سرمایه‌های معنوی آنان در فرایند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شده است و نمی‌توان خصوصیات ماهوی و ارزشی انسان را در حوزه سلامت بازنمایی کرد. امروزه چنین پارادایمی در معرض انتقادهای انسان‌شناختی قرار گرفته و با پیامدهای اقتصادی، روحی و روانی متعددی نیز مواجه شده است، به‌طوری که رویگردانی از مدل بیومدیکال و گرایش به پزشکی مکمل در میان برخی مردم و تمایل آنان به مواجهه انسانی‌تر با مسائل سلامت می‌تواند حمل بر ضرورت بازاندیشی عمیق‌تر نسبت به نگاه تقلیل‌گرای سلامت انسان و عدم انحصار رویه‌های درمانی به پزشکی مدرن باشد. بنابراین، به نظر می‌رسد که الزامات نگرش هستی‌شناسانه که انسان را دارای ابعاد مختلف برمی‌شمرد و نیز الزامات کرامت انسان در فرهنگ دینی، شاخصی کلیدی برای سیاست‌گذاری سلامت است که با محوریت یافتن رویکرد جامع‌نگر، ناشی از تغییر زمینه و الگوی زندگی، موجب برجسته شدن نیازهای فرازیستی و ارائه نوعی چهارچوب ارزیابی فرهنگی از نظام سلامت در مقایسه با جنبه‌های علمی خواهد بود. از این‌رو، سلامتی با همه ابعاد پیچیده وجودی و اجزای تشکیل‌دهنده و به‌هم‌پیوسته و وابسته‌اش اعم از جسمی، روانی، اجتماعی، عاطفی و معنوی - که

در تعامل با یکدیگرند - در نظر گرفته می‌شود و به صورت یک کلّ تفکیک‌ناپذیر بر تمامی شئون او غالب می‌گردد.

در این خوانش جامع از الگوی سلامت، ضرورت هم‌افزایی آموزش و درمان پزشکی با مبانی فرهنگ اسلامی در وحدتی فراگیر با یکدیگر مطرح نظر است تا کارآمدی رویکردهای درمانی مشروط به پاسداشت ملاحظات فرهنگی و سایر وجوه انسانی، مزید بر ابعاد زیستی مورد توجه قرار گیرد. این امر، متضمن حضور مؤثر صاحب‌نظران و اندیشمندان دینی در سیاست‌گذاری سلامت، متناسب با جنبه‌های هویت انسانی و تصویب پروتکل‌های درمانی متناظر با ابعاد وجودی، فرهنگی و اجتماعی کشور است که از رهگذر انسجام سیاست‌ها و متناسب با اقتضائات رویکرد فرازیستی در راستای اصلاح الگوی سبک زندگی با بهره‌گیری از آموزه‌های دینی و پیشبرد برنامه‌های اجرایی در مناسبات جامع درمانی طراحی و اجرا شود، به گونه‌ای که در ساحت مفهومی با گذار از فهم حداقلی به مثابه «تندرستی جسمانی»، به سمت ادراک جامع‌تر از این موضوع که اقدامات گسترده رفاهی را در اولویت خود قرار می‌دهد سازمان‌دهی می‌گردد و از سوی دیگر، با گذار سیاستی در بدنه حاکمیت و جامعه، باید خدمات سلامت و نیز تعهد به سلامت در همه سطوح و بخش‌های دولت و کل جامعه، نهادینه و بازآرایی شود.

از این رو، با توجه به اینکه مدیریت صحیح در حوزه کلان سلامت کشور، پیش‌نیاز هرگونه تلاش برای پیشرفت در آینده خواهد بود و بی‌توجهی به آن نیز می‌تواند به تضییع منابع عمومی و حتی از هم‌گسیختگی جامعه منجر شود، شایسته است جهت تحلیل و ارزیابی اقتضائات سلبی و ایجابی احکام بخش سلامت در برنامه‌های توسعه، به مدل مفهومی و چهارچوب نظری مبتنی بر این مبنا توجه شود تا اولویت تخصیص اعتبارات در راستای سیاست کلی سلامت، مبتنی بر اهمیت و برتری پیشگیری بر درمان طراحی و عملیاتی گردد. البته چنین نگاهی نیازمند همکاری بین‌بخشی همه نهادهای متولی سلامت با مشارکت مردم و ذی‌نفعان خواهد بود.

## منابع

### قرآن مجید

۱. آدام، فیلیپ و هرتسلیک کلودین، ۱۳۸۵، جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه دنیا کتبی، تهران، نشر نی.
۲. آرامسترانگ، دیوید، ۱۳۹۱، جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه محمد توکل، تهران، انتشارات حقوقی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
۳. ابن‌الحسین، علی [الامام زین‌العابدین]، ۱۳۷۶، الصحيفة السجادية، قم، دفتر نشر الهادی.
۴. ابن‌شعبه حرانی، حسین بن علی، ۱۴۰۴ق، تحف العقول، تصحیح علی‌اکبر غفاری، قم، جامعه مدرسین.
۵. ابن‌عاشور، محمد طاهر، بی‌تا، التحرير و التنوير، تونس، دارسحنون.
۶. ابن‌طاووس، علی بن موسی، ۱۳۷۶، الإقبال بالاعمال الحسنة، تصحیح جواد قیومی اصفهانی، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.
۷. امامی، محمدحسین، پزشکی، محمدزکریا، ۱۳۸۰، جامع‌نگری در پزشکی، آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱، شماره ۳.
۸. بابازاده مقدم، حامد، ۱۳۹۹، مقدمه‌ای بر نسل چهارم حقوق بشر؛ حمایت از کرامت انسانی در عصر ارتباطات، فصلنامه علوم خبری، شماره ۳۴.
۹. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد، ۱۴۱۰ق، غرر الحکم و درر الکلم، قم، دارالکتاب الإسلامی.
۱۰. پارسانیا، حمید، ۱۳۸۴، نسبت علم و فرهنگ، فصلنامه راهبرد فرهنگ، دوره ۱، شماره ۲.
۱۱. جوادی آملی، عبدالله، ۱۳۸۴، حق و تکلیف در اسلام، قم، مرکز نشر اسراء.
۱۲. جوادی آملی، عبدالله، ۱۳۸۱، فلسفه حقوق بشر، قم، اسراء.
۱۳. حقیقت، سید صادق، میرموسوی، سید علی، ۱۳۸۱، مبانی حقوق بشر از دیدگاه اسلام و دیگر مکاتب، تهران، فرهنگ و اندیشه اسلامی.
۱۴. خمینی، [امام] روح‌الله، ۱۳۸۲، شرح حدیث جنود عقل و جهل، تهران، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی قدس سره.
۱۵. رضازاده، حسین و شارق، زهرا، ۱۳۹۸، تأثیر هنجاری کرامت انسانی بر حق بر سلامت به‌عنوان یک حق بشری؛ از نظر تا عمل، فصلنامه اخلاق زیستی، شماره ۳۴، صص ۱۷۳۱.
۱۶. سید رضی، ۱۴۱۴ق، نهج‌البلاغه، قم، مؤسسه نهج‌البلاغه.
۱۷. شفعتی، معصومه، زاهدی، محمدجواد، ۱۳۹۱، بررسی الگوهای زیستی، روانی و اجتماعی رابطه پزشکی و بیمار، فصلنامه اخلاق زیستی، شماره ۵، صص ۱۵۱۷۶.

۱۸. شیرازی، صدرالدین محمد، ۱۳۸۳ش، *الحکمة المتعالیة فی الاسفار الاربعة العقلیة*، تحقیق علی اکبر رشاد، تهران، بنیاد صدرا.
۱۹. شولتز، دوان. پی، سیدنی، الن شولتز، ۱۳۸۷، *تاریخ روان‌شناسی نوین*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ویرایش.
۲۰. طالقانی، فریبا، علیمحمدی، نصرالله، ۱۳۹۴، *مفاهیم بنیادین پرستای در تفکر اسلامی؛ مجله پژوهش پرستاری ایران*، ارائه مدل، دوره ۱۱، شماره ۲.
۲۱. طاهری، حبیب‌الله، ۱۳۷۵، *حقوق مدنی*، قم، دفتر انتشارات اسلامی.
۲۲. طباطبایی، سید محمدحسین، ۱۴۲۵ق، *المیزان فی تفسیر القرآن*، قم، نشر اسلامی.
۲۳. کارل، الکسی، ۱۳۷۷، *نیایش*، ترجمه دکتر علی شریعتی، تهران، انتشارات حسینیه ارشاد.
۲۴. کرتیس، آنتونی جیمز، ۱۳۸۲، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه علمی فتحی آشتیانی، تهران، مؤسسه انتشارات بعثت.
۲۵. کلینی، محمد بن یعقوب، ۱۴۰۷ق، *الکافی*، تهران، دار الکتب الإسلامیه.
۲۶. گلی، فرزاد، ۱۳۸۱، *درآمدی بر پزشکی جامع: میدان‌هایی نو برای آزمون خرد کهن*، سلامت برتر، سال اول، شماره اول.
۲۷. مطهری، مرتضی، ۱۳۷۴، *مجموعه آثار استاد*، تهران، انتشارات صدرا.
۲۸. منجمی، علیرضا، نمازی، حمیدرضا، ۱۳۹۹، *علوم انسانی پزشکی/سلامت: تحلیل انتقادی مبانی نظری و عملی پزشکی*، دو فصلنامه فلسفه علم، شماره ۲۰.
۲۹. فوکو، میشل، ۱۳۹۰، *تولد پزشکی بالینی*، ترجمه فاطمه ولیانی، تهران، نشر ماهی.
۳۰. نوربالا، احمدعلی، ۱۳۹۲، *کتاب جامع بهداشت عمومی*، تهران، کتاب ارجمند.
۳۱. نجفی افرا، مهدی، ۱۳۹۲، *انسان سنتی و مدرن در اندیشه دکتر سید حسین نصر*، تهران، انتشارات جامی.
۳۲. وحدانی‌نیا، ولی‌الله، وثوق مقدم، عبا، *فهم منطق متأخر سیاست‌گذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای سلامت*، نشریه پایش، شماره ۶.
۳۳. هلمنس، سیلیویو مارکس، ۱۳۸۵، *مقوله چهارم حقوق بشر*، ترجمه محمدحسین رضوانی و حسن کاشفی، فصلنامه حقوق عمومی، سال اول، شماره دوم.

34. Cobb, M. & V. Robshaw. (Eds.), 1998, *The Spiritual Challenge of Health Care*, London: Churchill Livingstone4.

35. Engel George L., 1977, *The need for a new medical model: Achallenge for biomedicine*, *Science*, 8; 196 (4286):129-36.

36. Fabrega, Horacio Jr., 2000, Culture, Spirituality and Psychiatry, *Current Opinion in Psychiatry*, 13 (6): 525-33.
۷۳. Peach HG. Religion, 2003, *Spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond?* *Med J Aus*; 178.
۸۳. Qualtere-Burcher, P., 2011, *Re-thinking the doctor-patient relationship: A physician's philosophical perspective, a doctoral dissertation*, University of Oregon
39. Robbins F., 1984, *Robbins' Pathologic Basis of Disease*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
40. Wyatt, N., 1991, *Physician-patient relationship: What do doctors say?* *Health Communication* 3(3): 154-174.