

دین و سلامت جامعه
تغییر پارادایم

گری آر. گاندرسون و جیمز آر. کوکران
ترجمه: سیده عفت حسینی



تمجید / ۱۳

فهرست نمودارها / ۱۷

فهرست علائم اختصاری / ۱۸

قدردانی / ۲۳

پیش گفتار / ۳۱

فصل اول / نگرشی متفاوت: تغییر در پارادایم سلامت جامعه / ۳۷

جهانی سازی دین و سلامت عمومی / ۴۰

دانش پژوهی مشفقانه، مشارکت متعهدانه و اقدام متحول‌گرایانه / ۵۱

بحران سلامت در جوامع جهانی شده / ۵۵

شیوه‌های نگرش: دین در سلامت / ۵۷

فصل دوم / سلامت جامعه و تفکر دینی: پیوندها و گسست‌ها / ۷۷

شرایط مشارکت / ۷۷

نقشه‌برداری از بدن: داستان سرگذشت ویا / ۷۹

در باب ندیدن سازمان‌ها: محدودیت‌های بیمارستان‌ها / ۸۸

داستان شگفت‌آور آبله و تفکر مذهبی / ۱۰۳

پیوند مجدد: احیای نقش سرمایه‌های سلامت دینی / ۱۰۹

فصل سوم / سرمایه‌های سلامت دینی: ارمغان دین برای سلامت جامعه / ۱۲۵

کلبه‌ها و زنجیرها: سلامت در بوم‌شناسی مکان / ۱۲۶

تغییر زبان: از کاستی‌ها تا سرمایه‌ها / ۱۳۲

سرمایه‌های سلامت دینی کدام‌اند؟ / ۱۳۷

ایده‌های مرتبط / ۱۴۷

واکاوی سرمایه‌های سلامت دینی و ارزش‌های آن / ۱۵۵

کلام آخر / ۱۶۱

فصل چهارم / دلایل اصلی زندگی: آسیب‌شناسی در جایگاه خود / ۱۷۱

زندگی به مثابه یک زبان / ۱۷۲

به دنبال همه‌گیری زندگی / ۱۷۵

پویایی زاینده زندگی: میراث آنتونوفسکی / ۱۷۷

دلایل زندگی / ۱۸۴

علم زندگی مثبت و رضایت‌بخش / ۱۸۶

مدلی برای دلایل زندگی / ۱۹۱

وقتی اختلال، حمله متقابل انجام می‌دهد / ۲۰۵

بازاندیشی در بیماری کم‌خونی داسی شکل: منطق زندگی در عمل / ۲۰۷

سلامتی به مثابه رویداد زندگی / ۲۱۳

فصل پنجم / در جستجوی سلامتی: افراد، نهادها و انتخاب‌ها / ۲۲۱

ذهن باغبان، ناامیدی مادر / ۲۲۱

معادلات فریبنده: سلامت جو و درمان گر / ۲۲۷

برخی تغییرات در نگرش: کیفیت، تقابل و شایستگی / ۲۲۹

نتیجه‌گیری / ۲۵۴

فصل ششم / مردمی که در کلیسا گرد هم می‌آیند: تکیه بر نقاط قوت / ۲۶۱

یک مرد، یک زن و یک جنبش / ۲۶۲

کارکردن مطابق توانمندی‌ها / ۲۶۷

هشت توانمندی جماعات مذهبی کلیسایی / ۲۷۳

توانمندی‌های لازم برای سفر زندگی: همراهی با مردم / ۲۹۹

فصل هفتم / رهبری مرزی: تجسم پیچیدگی در آشفتنی / ۳۰۹

درک رهبران مرزی: کوتز و کینگ / ۳۰۹

قابلیت فهم و عدم آن، دانش خطی و دانش مشارکتی / ۳۱۳

در خدمت کل / ۳۱۸

چرخه رهبری مرزی / ۳۲۲

ویژگی‌های رهبری مرزی / ۳۲۸

تجسم اجتماعی / ۳۳۷

ارتباط رهبری مرزی با حوزه سلامت: رهبری مرزی در جایگاه خود چگونه است؟ / ۳۴۲

رهبران مرزی به مثابه گونه‌های اصلی در میان تلاطم زندگی / ۳۴۶

فصل هشتم / چالش سیستم‌ها / ۳۵۵

تنظیم صحنه / ۳۵۸

در باب شهروندان نظام‌های اجتماعی / ۳۶۱

«آسیب‌شناسی‌های قدرت» / ۳۶۴

به چالش کشیدن سیستم‌ها / ۳۶۹

اهداف دانش / ۳۷۴

تصویرسازی مجدد از سلامت جامعه / ۳۸۰

تغییر معیارهای مسئولیت‌پذیری / ۳۸۶

فصل نهم / دین و سلامت جامعه: مسئولیت‌پذیری عمیق / ۳۹۵

مسئولیت عمیق در سازمان‌های سلامت. بنیان / ۴۰۲

روحیه مسئولیت‌پذیری عمیق در میان رهبران دینی / ۴۱۰

مسئولیت‌پذیری عمیق در یک کل اجتماعی / ۴۱۴

منابع / ۴۲۳

پیشگفتار

ارتقاء سلامت جامعه همواره مبتنی بر جمع‌آوری و تفسیر اطلاعات دقیق در جهت تبیین الگوی تهدیداتی می‌باشد که می‌توانند متوقف یا جلوگیری شوند. این فرآیند، در قلب علم همه‌گیرشناسی^۱ به عنوان علم بنیادین سلامت عمومی قرار دارد. مشهورترین مثال از همه‌گیرشناسی مدرن، متعلق است به پزشکی به نام جان اسنو^۲ که در جهت خلاف دانش آن روز حرکت کرد و الگوی شیوع مرگ‌های ناشی از وبا در لندن^۳ را در سال ۱۸۵۴ کشف کرد؛ این یافته منجر به بسته شدن پمپ آب واقع در خیابان برود^۴ لندن شد؛ منبع آب آلوده‌ای که عامل شیوع وبا بود. طراحی و نقشه‌ریزی همه‌گیرشناختی و مداخله موفق او بود که دانش متداول آن روز در مورد چگونگی گسترش بیماری را زیرورو کرد و گامی عظیم در جهت به‌کارگیری علم، نه تنها به منظور پیشگیری از وبا بلکه با هدف پیشگیری از بسیاری همه‌گیری‌های دیگر در آینده شد.

-
1. Epidemiology
 2. John Snow
 3. London
 4. Broad Street

چندان معلوم نیست که آیا دکتر اسنو با اتکا به تحقیقات جدی کشیش محلی کلیسای آن منطقه، پدر روحانی هنری وایتهد^۱ و نبوغ او به راز آن مرگ‌ها پی برده بود یا نه. از آنجا که وایتهد عمیقاً و به‌طور نزدیک و تنگاتنگی خود را درگیر زندگی مردم کرده بود، توانست با آن‌ها صحبت کند (در نهایت، با ۷۹ نفر از ۸۹۶ ساکن آن منطقه) و در نتیجه متوجه نحوه تهیه آب توسط آن‌ها شد و اظهارات مهمی را در خصوص چگونگی شیوع بیماری در اختیار دکتر اسنو قرار داد.

از آن زمان به بعد، حوزه سلامت عمومی، افق دید میلیاردها نفر از مردمی را تغییر داد که طول عمر طولانی خود را مدیون انتخاب‌های عقلانی کلی و سیاست‌های مبتنی بر علم هستند که به هنگام فهم مسیرها و نتایج آن، تقریباً اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسند. علم از تأکید اولیه خود بر بهداشت و بازرسی‌های غذایی گرفته تا تلاش‌های اخیر مبنی بر کنترل تنباکو و بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی، مشخص کرده است که چه مقدار از الگوهای بیماری و آسیب‌های پذیرفته‌شده فعلی، به این دلیل که قابل پیشگیری هستند غیرضروری می‌باشند. در هر جامعه‌ای، فرآیند ارتقاء سلامت آن جامعه از طریق اطلاعات دقیق آغاز می‌شود؛ اما این کار مستلزم آن است که سیاست‌های اجتماعی و همگانی نیز از نو تعریف کنند که چه چیزی را در مورد بیماری‌ها و مرگ‌های قابل پیشگیری، نمی‌توان پذیرفت. تعارضات، غیرقابل اجتناب هستند. از این‌روی، فرآیند ارتقای سطح سلامت، مستلزم تغییر و محتاج بازتعریفی از نقش‌ها در مشارکت‌های ضروری می‌باشد. به همین دلیل، این نکته که دین و رهبران دینی، الگوهایی غیرمحتمل یا حتی خصمانه در امر سلامت جامعه هستند، باید کنار گذاشته شود.

پیشینه اولیه سلامت عمومی، مملو از مشارکت‌های انفرادی از جمله مشارکت بین وایتهد و اسنو و مشارکت‌های اخیر نظیر همکاری نهادی بین

1. Reverend Henry Whitehead

سازمان نوپای جهانی سلامت^۱ و شورای کلیساهای جهان^۲ است که موجب ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت شده‌اند. همکاری‌هایی بسیار بیشتر در سرتاسر جهان و در جوامعی اتفاق می‌افتد که واقعیت‌های اجتماعی در آن جوامع، با ساختارهای مذهبی و فرهنگ‌های تمام ادیان، درهم بافته شده است. در جوامع سراسر دنیا، رهبران دینی، نیاز به یک رویکرد مشارکتی علمی جهت حفاظت از سلامت زیرمجموعه‌های خود را تشخیص می‌دهند و رهبران سلامت عمومی، اهمیت ایمان را در زندگی مردم و نیاز به تقویت سرمایه‌های ایمانی را برای ارتقاء سلامت تصدیق می‌کنند.

هیچ زمانی رابطه بین سلامت عمومی و دین، به اندازه زمانی که دنیا با اچ.ای.وی یا ایدز^۳ روبرو شد، سرشار از اختلاف نظر و درعین حال خوش‌بینی نبوده است. سختی‌های آن رابطه در این سه دهه مرگبار به چشم می‌خورد؛ سه دهه مواجهه با یک بیماری خاموش که در مکان‌هایی رشد می‌کند که توسط همدستی به اثبات رسیده مذهب، ننگ و انکار محافظت می‌شوند. علاوه بر این، بخش زیادی از این خوش‌بینی‌ها را می‌توان در اظهارات، اعمال و الگوهایی از مراقبت و صداقت دید که هم‌اکنون بسیار متداول می‌باشند. اگرچه نمونه‌هایی رایج از مشارکت‌های مؤثر بین دین و سلامت وجود دارد اما ما فاقد یک نقشه مفهومی هستیم که بتواند به سلامت عمومی کمک کند و رهبران دینی متوجه شده‌اند که ارزش‌ها و هوشمندی مشترکشان باید بتوانند چنین کارآمد در خدمت جوامعشان باشند. این پیامی است که گاندرسون و کوکران در این کتاب به خواننده منتقل کرده‌اند. این کتاب از یک منظر، نقشه‌ای است که به ما کمک می‌کند جوامع و کار خود را از چشم‌اندازی کاملاً جدید ببینیم. هر یک از فصل‌های این کتاب، وضعیت موجود یعنی «دلایل اصلی زندگی» را در حوزه‌ای به چالش می‌کشند که از مدت‌ها قبل، برای فهم

۱. همان سازمان بهداشت جهانی (م).

2. World Council of Churches

3. HIV/AIDs

دلایل اصلی مرگ، روی آن حوزه سرمایه‌گذاری شده است؛ ایده «سرمایه‌های سلامت دینی»^۴ را در حوزه‌ای به چالش می‌کشند که بسیاری، دین را به عنوان یک مانع می‌شناسند؛ نحوه عمل و رفتار مردم را با ایده «جهان‌های سلامت»^۵ مرتبط می‌کنند؛ یعنی شیوه جدید نگرستن به نظام‌های جامعه که پا را فراتر از «نظام‌های سلامت عمومی»^۶ نهاده است. مؤلفان، یک پارادایم فراگیر و همه جانبه معرفی کرده‌اند که در آن مجموعه‌ای از ایده‌های چالش برانگیز و جدید، نقشه‌ای یکپارچه را تشکیل می‌دهند که براساس آن نقشه، همه ما، یعنی رهبران دینی و رهبران سلامت می‌توانیم خودمان و اقدامات مشترک و تلفیق شده مان را آزمایش کنیم و محک بزنیم.

شگفت‌آور نیست اگر بگوییم چنین نقشه خلاقانه جدید، باید از محققینی سربرآورد که مدت‌هاست در حال مبارزه با نظام آپارتاید در آفریقای جنوبی و تبعیضات نژادی. قومی در ایالات متحده هستند. در هر دو محیط، نشانه‌های اساسی نابرابری سلامت به وضوح به چشم می‌خورد. هر دو محیط، داستانی هوشمندانه از همدستی دین و امید به تحول را نشان می‌دهند. این اثر (کتاب پیش روی) که محصول برنامه سرمایه‌های سلامت دینی در آفریقا است^۷، تراشه‌ای اندیشمندانه محسوب می‌شود برای خیل عظیمی از محققین در برخی دانشگاه‌ها نظیر دانشگاه اموری^۸ و دانشگاه‌های کیپ تون، کوازولو. ناتال^۹ و ویت واترزند^{۱۰} که می‌تواند در کنار بسیاری از رشته‌های شاخص و بسیار قدرتمند آن‌ها قرار گیرد. از این اثر برای اولین بار در برنامه مرکز سلامت بین ادیان کارتر^{۱۱} (که اکنون تحت عنوان برنامه سلامت بین ادیانی در دانشکده

4. Religious health assets

5. Healthworlds

6. Public health systems

7. Africal Religious Health assests Program

8. Emory university

9. KwaZulu-Natal

10. Witwatersrand

11. The Carter Center Interfaith Health Program

سلامت جامعه در رولینز^۱ از آن یاد می‌شود، پرده‌برداری شد؛ پس از آن در ژنو گسترش یافت و سرانجام مبنا و پایه تحقیقات میدانی در بسیاری از کشورهای آفریقایی و ایالات متحده شد. این کتاب توجه هزاران محقق، دانشجو و پزشک را به خود جلب کرده و مورد توجه بسیاری از سازمان‌های جهانی بشردوستانه مردم‌نهاد^۲ واقع شده است. جریان پژوهش، کاوش و اقدامات بسیار خلاقانه، تخیل برخی از بهترین دانشجویان دانشگاه اموری و دانشکده‌های آن را برانگیخته است چنانچه در دیگر نهادها هم این کار را کرده است.

گاندرسون و کوکران در این کتاب، مدلی یکپارچه را ارائه می‌کنند که تمام آن با هم به عنوان یک شاخه علمی توانا بر انجام اقداماتی در ابعاد وسیع دیده می‌شود. آن‌ها بی‌درنگ ادعا می‌کنند که نقشه پیشنهادی شان آخرین نقشه در این حوزه نیست. بهترین دانشمندان در حوزه‌های جدید، خود را به عنوان پلی برای رسیدن به کارهای بعدی عرضه می‌کنند که ممکن است به خوبی، حوزه مطالعاتی شان را در طول زمان تحت شعاع قرار دهد؛ و بدین شیوه است که دانش، به خصوص دانشی که برای ارتقاء فوری سلامت کل جوامع ایجاد می‌شود، رو به پیشرفت می‌نهد.

من مفتخرم مدیر یکی از مؤسسات مرجع در زمینه کمک به ایجاد و تقویت این حوزه مطالعاتی باشم. سلامتی افرادی که در جوامع سرتاسر جهان زندگی می‌کنند به تقویت این قبیل مشارکت‌ها بین دین و سلامت جامعه بستگی دارد.

جیمز وی. کوران، دکترای پزشکی، کارشناس حوزه سلامت جامعه^۳

رئیس بخش سلامت جامعه^۴، دانشکده سلامت جامعه رولینز^۵، دانشگاه اموری

آتلانتا، ایالت جورجیا^۶

1. Interfaith Health Program at the Rollins School of Public Health
2. NGOs
3. JAMES W. CURRAN, MD, MPH
4. Dean of Public Health
5. Rollins School of Public Health
6. Atlanta, Georgia