

الاهیات و پزشکی

واکاوی پیوند معنویت و درمان

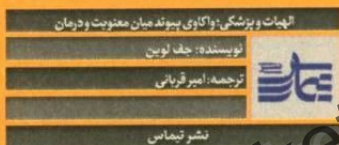
www.ketab.ir

جف لوین

ترجمه:

امیر قربانی





www.ketab.ir

موضوع: سائنس - جنبه های مذهبی

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: عنوان اصلی

یادداشت: کتابخانه: ص. ۳۹۶

موضوع: سائنس - جنبه های مذهبی

Health -- Religions aspects

شناسه افزوده: قربانی، امیر، ۱۳۵۸ - مترجم

شناسه افزوده: موسسه فرهنگی هنری سبک زندگی آل باسین

یژه هشد ه سبک زندگی اسلامی

شناسه افزوده: تهیه کننده: پژوهشکده سبک زندگی اسلامی

سرشناسه: لوین، جعفر، ۱۹۵۹ -

Amir, Jafar S., 1959-

عنوان و نام پدیدآور: الهیات و پزشکی: واکاوی پیوند میان معنویت

و درمان / جعفر لوین: ترجمه: امیر قربانی

عنوان اصلی: -- God, faith, and health: exploring the spirituality

healing connection, c2001.

تهیه کننده: پژوهشکده سبک زندگی اسلامی

مشخصات نشر: قم: نشر ایماس، ۱۴۲۳.

صفحه آرا و طراح جلد: اکبر موسوی

چاپ و صحافی: بوستان کتاب

نوبت چاپ: سوم، زمستان ۱۴۲۳

شمارگان: ۳۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۸۹۰-۶۸-۷

رده بندی کنگره: BL۶۵

رده بندی دیویی: ۲۹۱/۷۸۳۲۱

شماره کتابشناسی ملی: ۸۷۳۷۰۸

۲۵۰۱

فهرست

درباره نویسنده / ۱۳

پیشگفتار / ۱۵

درآمد / ۲۱

علم پزشکی و کشف دین / ۲۳

معنویت: عاملی پنهان در سلامتی / ۲۶

پژوهشگران پزشکی به مطالعه دین و معنویت می پردازند / ۲۹

دین در برابر معنویت / ۳۲

شناسایی عناصر فعال در دین و معنویت / ۳۳

هفت اصل طب اخلاقی / ۳۵

بخش نخست: آثار سلامت بخش دین در حوزه عمومی / ۳۹

فصل اول: پابندی مذهبی و سبک زندگی سالم / ۴۱

باورهای مذهبی در باب رفتار سالم / ۴۵

گسترده‌گی و فراگیری ارتباط دین و سلامتی / ۵۷

حلقه‌های زنجیره / ۶۰

پابندی مذهبی و سبک زندگی سالم: دو روی یک سکه؟ / ۶۱

واجبات و محرمات مذهبی / ۶۲

عملکرد بهتر و احساس بدتر: آیا رفتار سالم بر سلامتی ما تأثیر می‌گذارد؟ / ۶۳

رفتار سالم و پیوندهای اجتماعی: مطالعه کانتی آلمیدا / ۶۶

مباحثی برای بررسی / ۶۸

پرسش‌هایی برای تأمل / ۷۱

فصل دوم: اخوت مذهبی و حمایت معنوی / ۷۵

آیا مشارکت مداوم مذهبی به سلامتی بیشتر می‌انجامد؟ / ۷۹

اپیدمیولوژی دین / ۸۱

مزایای سلامت بخش مشارکت در مراسم عبادی / ۸۲

یافته‌های جدید مطالعه ملی / ۸۵

آثار سلامتی طی زمان / ۸۷

حلقه‌های زنجیره / ۹۱

حمایت اجتماعی: ماهیت و کارکرد / ۹۲

اخوت مذهبی به مثابه شکلی از حمایت اجتماعی / ۹۴

پژوهش در باب دین و حمایت اجتماعی / ۹۵

روابط حمایت‌گرانه: راز سلامتی، شادکامی و طول عمر؟ / ۹۷

فقدان حمایت اجتماعی: علت اصلی بیماری / ۹۸

مباحثی برای بررسی / ۱۰۰

پرسش‌هایی برای تأمل / ۱۰۲

www.ketab.ir

بخش دوم: آثار سلامت بخش معنویت فردی / ۱۰۷

فصل سوم: اثر هیجانی عبادت / ۱۰۹

جمعیت نگاری دعا / ۱۱۲

آیا پرستش و دعا تائیدی بر سلامتی دارند؟ / ۱۱۳

تکرار و بازسازی ارتباط دعا و سلامتی در داستان شاه دوک / ۱۱۵

حلقه های زنجیره / ۱۱۷

عبادت مذهبی و دل بستگی عاطفی / ۱۱۹

چگونه و چرا دعا می کنیم؟ / ۱۲۰

عبادت، دعا و وضعیت روانی / ۱۲۲

هیجانات سالم: پرونده نورمن کازینز / ۱۲۳

سلامت ذهن و بدن: روان شناسی هیجانات / ۱۲۵

هیجانات، سلامتی و بیماری / ۱۲۶

عشق و سلامتی / ۱۲۸

عشق، عبادت و دعا / ۱۳۰

مباحثی برای بررسی / ۱۳۲

پرستش هایی برای تأمل / ۱۳۴

فصل چهارم: اعتقادات دینی و باورهای سلامت بخش / ۱۳۹

دین‌ورزی در قبال دین‌داربودن / ۱۴۲

آیا باورهای دینی موجب ارتقای بهزیستی هستند؟ / ۱۴۳

چه تصویری از خداوند دارید؟ / ۱۴۳

باورهای دینی و ممانعت از استرس منفی / ۱۴۵

حلقه‌های زنجیره / ۱۴۷

آیا باورهای دینی مشابه باورهای سلامت‌بخش و سبک‌های شخصیتی هستند؟ / ۱۴۸

دین و کنترل فردی / ۱۵۰

دین و رفتار شخصیت نوع ۸ / ۱۵۲

دین، روان‌شناسی و سلامتی / ۱۵۴

نحوه تأثیرگذاری باورها و شخصیت‌های ما بر وضعیت سلامتی / ۱۵۶

شخصیت نوع ۸ و بیماری‌های قلبی / ۱۵۹

نقش شخصیت در ارتقای بهزیستی / ۱۶۳

مباحثی برای بررسی / ۱۶۵

پرمش‌هایی برای تأمل / ۱۶۸

فصل پنجم: ایمان، امید و خوش بینی / ۱۷۳

آیا «عامی» نام ایمان در وضعیت سلامتی وجود دارد؟ / ۱۷۶

حلقه های زنجیره / ۱۸۵

امید چیست و تحول فکر آن چگونه است؟ / ۱۸۶

ایمان «امید» است / ۱۸۸

ایمان دینی و شفا یا بهبودی خود به خودی / طبیعی / ۱۸۹

دارونماها: تبدیل امید به سلامتی / ۱۹۱

وعددهای امید در کتب مقدس جهان / ۱۹۵

مباحثی برای بررسی / ۱۹۷

پرسش هایی برای تأمل / ۱۹۹

بخش سوم: خدا، روح و آینده پزشکی / ۲۰۳

فصل ششم: انرژی، آگاهی و عرفان / ۲۰۵

بررسی تجربه عرفانی / ۲۰۸

تجارب عرفانی در مقابل تجارب اهریمنی / ۲۱۱

آیا تجربه عرفانی عامل بهزیستی به شمار می‌رود؟ / ۲۱۲

«عمل معمول و هنجارین» / ۲۱۴

حلقه‌های زنجیره / ۲۱۶

امر فراطبیعی در برابر امر فراطبیعی / ۲۱۷

حالات معنوی و پاسخ آرمیدگی / ۲۱۹

وساطت روحی، نیایش و امواج مغزی / ۲۲۱

دین‌داری باطنی و جذب / ۲۲۳

تغییر حالت هشیاری و انرژی‌های نامحسوس / ۲۲۵

بررسی علمی آگاهی، انرژی و شفابخشی / ۲۲۷

انجمن بین‌المللی مطالعات انرژی‌های نهان و طب انرژی / ۲۳۰

مباحثی برای بررسی / ۲۳۱

پرورش‌هایی برای تأمل / ۲۳۵

فصل هفتم: شفاعتشی امر الوهی است / ۲۳۹

قدرت شفاعتشی دعا / ۲۴۳

مداخلات نیایشی و نیایش گونه / ۲۴۶

دانشنامه های یادانسته های ما / ۲۵۱

حلقه های رنجیره / ۲۵۲

مجله انجمن پزشکی آمریکا دین را تا اندازه ای تصدیق می کند / ۲۵۳

نحوه شفاعتشی دعا / ۲۵۵

تقابل علم با امور فراطبیعی / ۲۶۲

مباحثی برای بررسی / ۲۶۳

پرسش هایی برای تأمل / ۲۶۴

فصل هشتم: از دوکانه «بدن-ذهن» به سه‌گانه «بدن-ذهن-روح» / ۲۶۹

الگوهای سلامتی، درمان و پزشکی / ۲۶۹

گامی به سوی الگوی طب خدایتنی / ۲۷۱

سرشت سه‌گانه انسان‌ها / ۲۷۳

الگوی خدایتنی چگونه «بدن» پزشکی را متحول می‌سازد؟ / ۲۸۰

الگوی خدایتنی چگونه «آموزش» پزشکی را متحول می‌سازد؟ / ۲۸۲

الگوی خدایتنی چگونه «پژوهش» پزشکی را متحول می‌سازد؟ / ۲۸۳

الگوی خدایتنی و آینده پزشکی / ۲۸۵

انقلاب پزشکی آینده / ۲۸۷

نمایه / ۱۲۹۰

کتاب‌نامه / ۱۲۹۶

درباره نویسنده

دکتر حف لوبین اپیدمیولوژیست اجتماعی و نویسنده ساکن کانزاس است. او در دانشگاه دوک، دانشگاه کارولینای شمالی، شاخه پزشکی دانشگاه تگزاس و دانشگاه میشیگان در زمینه دین، جامعه‌شناسی، سلامت عمومی، پزشکی پیشگیرانه و پیری‌شناسی دوره دیده است. از سال ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۷ به عنوان هیئت علمی دپارتمان پزشکی اجتماعی و خانوادگی در دانشکده پزشکی ویرجینیای شرقی در نورفولک، ویرجینیا خدمت می‌کرد.

دکتر لوبین پیشگام تحقیقات بنیادی در زمینه اپیدمیولوژی دین است. انستیتو ملی بهداشت ایالت متحده و نیز نهادهایی خصوصی مانند انجمن پزشکی آمریکا و انستیتو علوم نوتیک تأمین مالی پروژه‌های تحقیقاتی او را به عهده داشته‌اند.

دکتر لوبین محقق ارشد انستیتو ملی پژوهش‌های بهداشتی، عضو هیئت مشاوره مرکز پیری، دین و معنویت؛ عضو هیئت امنای مراکز کشیشی آمریکا و مدیر پیشین انجمن بین‌المللی مطالعه انرژی‌های لطیف و طب انرژی است. او رئیس گروه انستیتو ملی سلامت در زمینه روش‌های کمی در طب جایگزین بوده و عضو پیشین کارگروه انستیتو ملی سلامت در زمینه سنجش دین‌داری و معنویت و عضو هیئت تحریریه فعلی چندین مجله علمی و پزشکی معتبر است.

دکتر لوبین نویسنده بیش از ۱۱۰ اثر علمی و قریب به ۱۰۰ ارائه بحث در همایش‌ها و سخنرانی در زمینه ارتباط بین دین و سلامتی داشته است. پژوهش‌های وی به عنوان مقالات اصلی در مجلات تایم و ریدرز دایجست و نیز در رادیو عمومی ملی منعکس شده است.

پیشگفتار

مورخان آینده پزشکی، قرن بیستم را به عنوان دوره‌ای توصیف خواهند کرد که در آن، معنویت پس از مدت‌ها غیبت، به حوزه درمان بازمی‌گردد. آن‌ها از جف لوین^۱ به مثابه یکی از بزرگ‌ترین معماران این پیشرفت نام خواهند برد. به ندرت پیش می‌آید که یک فرد دست به تأسیس رشته‌ای کاملاً جدید در حوزه پزشکی بزند، اما دکتر لوین چنین کاری کرده است. دانش و تخصص او به ظهور «اپیدمیولوژی دین»^۲ انجامید؛ این قلمرو متمرکز بر ارتباط اعمال دینی با سلامتی است.

اکثر افراد بیرون از قلمرو پزشکی این تصور را مسلّم می‌انگارند که اعمال دینی نظیر عبادت، دعا و مراقبه برای سلامتی‌شان مهم است و اغلب سر در نمی‌آورند که چرا بر سر این مسائل جار و جنجال و هیاهو شایع و رایج است. اما شوربختانه، واقعیت این است که علم پزشکی مدت‌هاست احتمال وجود عاملی معنوی در امر سلامت را به دیده تحقیر می‌نگرد. در بخش اعظمی از قرن بیستم، ما پزشکان اصرار داشته‌ایم سلامتی صرفاً محصول نوعی کنش اتفاقی اتم‌ها و مولکول‌های بدن است که از قوانین به اصطلاح کور طبیعت تبعیت می‌کند.

1. Jeff Levin

2. epidemiology of religion

طبق یک احتمال، نگرش های مذهبی و اعمال معنوی بیماران می تواند در وضعیت سلامتی آن ها تأثیرگذار باشد. اما جماعت پزشکان این احتمال را به دیده تردید و اغلب با ریشخند نگریسته اند. اما امروزه بیماران ما برنده میدان هستند. همان طور که لوین به نحوی مجاب کننده نشان می دهد، افراد مذهبی در مقایسه با غیرمذهبی ها، به احتمال زیاد از طول عمر بیشتر و کیفیت بالای سلامتی برخوردارند. مسلماً، هیچ تضمینی وجود ندارد که این منفعت شامل حال همه افراد بشود و لوین نیز در این خصوص، دست به عصا و محتاطانه اظهارنظر می کند. این یافته ها، مانند همه درمان های مورد استفاده پزشکان، ماهیتی آماری دارند و مبتنی بر معدل گیری اند. یافته های لوین علاقه وافری به حرفه پزشکی ایجاد کرده است، چراکه آن ها متکی بر واژه نیرومندی به نام «داده ها» هستند. پیش از آن که لوین به این شواهد دست یابد و توجه پزشکان را به سمت آن ها جلب کند، تقریباً هیچ کس از وجود آن ها خبر نداشت. به رغم این که شواهد یاد شده در دیدرس ما بودند، تنها دلیل پنهان ماندنشان، غفلت از آن ها بوده است. اما چرا دیدن آن ها به این اندازه دشوار بود؟

از میانه قرن نوزدهم میلادی به این سو، علم پزشکی به طور فزاینده ای ماهیت مکانیکی به خود گرفته بود و بر این اساس، اکثر افراد معتقد بودند که آینده مراقبت از سلامتی تقریباً به طور کامل در جهت فن آورانه پیش خواهد رفت. با ظهور مداوم موفقیت هایی همچون بیهوشی، واکسن، آنتی بیوتیک، پیشرفت های جراحی و جدیدترین آن ها، دست کاری ژنتیکی، پزشکان اغلب احساس می کردند که هر لحظه ممکن است جشن پیروزی بر بیماری ها آغاز شود. با عنایت به این پیشینه، شواهد مربوط به نقش عوامل معنوی در سلامت پنهان مانده بود. هنگامی که این شواهد از خلال مطالعات و آثار لوین نمایان شد، کاملاً غیرمنتظره بود و بسیاری را غافلگیر کرد. به مرور که این شواهد بیشتر شناخته شد، علم پزشکی نسبت به آن ها ملاطفت و اشتیاق نشان داد. یکی از بهترین شاخص های پذیرش شواهد یاد شده این است که در حال حاضر بین یک سوم تا نیمی از دانشکده های پزشکی ایالات متحده برگزاری دوره هایی را برای بررسی عوامل مذهبی و معنوی در امر سلامت تصویب کرده اند.

وقتی عاملی کشف شود که به طور جدی بر سلامتی و طول عمر انسان‌ها اثر می‌گذارد، مسئولیت بی‌قید و شرط پزشکان این است که بدان توجه کنند و با آن برای استفاده به نفع بیماران خود آشنا بشوند. عدم انجام این کار نوعی بی‌مسئولیتی به شمار می‌رود و مثل این است که از آنتی‌بیوتیک جدید یا روش جراحی نوین رویگردانی شود. به همین دلیل است که کار لوین در کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و دانشکده‌های پزشکی سراسر جهان، نوعی انقلاب و نوگروری فاتحانه محسوب می‌شود.

گرچه، طبق انتظار، افرادی بدین‌آیین پیشرفت‌ها را به باد انتقاد می‌گیرند. آن‌ها بی‌توجه به عواقب کار، سرسختانه پافشاری می‌کنند که شواهد لوین وجود خارجی ندارد. طبق اصرار آن‌ها، دین و علم ترکیب نمی‌شوند و این‌که تلاش برای تلفیق آن‌ها با همدیگر، به تعبیر یک شکاک، «هولناک و شیطانی» است. آن‌ها مساعی لوین را تلاشی برای هدایت پزشکی به دوران تاریک می‌انگارند و با اتخاذ دیدگاهی لجوجانه اظهار می‌دارند که تأکید بر عوامل معنوی در امر سلامت موجب می‌شود که آدمی هنگام بیماری، فقط احساس گناه کند؛ دیگر این‌که دین از منظر پزشکان، بدیده‌ای چنان پیچیده و شخصی است که قابل واکاوی و بررسی نیست؛ و سرانجام این‌که این امور را باید به کشیشان و روحانیان سپرد. رگه‌هایی از حقیقت در این دغدغه‌ها وجود دارد (همه درمان‌ها عوارض جانبی دارند و قابل سوءاستفاده‌اند) اما وقتی که آن‌ها را در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مطب‌های پزشکان سراسر کشور آزمایش می‌کنند، بیش‌ازپیش پوچ و توخالی به نظر می‌رسند. مطالعات همواره حاکی از این‌اند که مزایای استفاده از این یافته‌ها بیش از مشکلات احتمالی موجود است. بسیاری از انتقادات منتقدین یافته‌های لوین به دلیل بدگمانی‌ها و پیش‌داوری‌های آن‌ها نسبت به دین است؛ نمونه این نگاه را در اظهارنظر یک شکاک می‌توان دید: «این رویه حتی اگر درست بود، نمی‌توانستم باورش کنم».

آیا مسائلی از این دست چنان شخصی‌اند که متخصصین مراقبت از سلامت وارد آن نمی‌شوند؟ عبرت‌های گذشته برای رفع این نگرانی‌ها راهگشا است. چندی پیش، پزشکان معتقد بودند که نباید درباره فعالیت‌های جنسی و اعتیاد به نوشیدنی‌های الکلی بیماران تحقیق و بررسی کرد. اما به مرور که شواهد انبوه،

این موضوعات را موارد بهداشتی مهمی معرفی کردند، پزشکان نیز با حساسیت مناسب دست به کار تحقیق در باب آن‌ها شدند. امروزه اجتناب از پرداختن به این ساحات امری ناپسند قلمداد می‌شود. به همین ترتیب، پزشکان، با در نظر داشتن زندگی معنوی بیمارانشان، می‌توانند تعامل ماهرانه و آرام به سود سلامت آن‌ها را فرابگیرند.

شاید مهم‌ترین چالش پیش‌روی ما این است که چگونه مانع از بی‌اهمیت جلوه دادن اعمال مذهبی و معنوی شویم. وقتی که مردمان عادی و متخصصان شاهد تأثیر این اقدامات بر وضعیت سلامتی باشند، ممکن است آن‌ها را به عنوان آخرین قلم از مجموعه ابزار پزشکی تلقی کنند. با این نحوه نگرش، دعاگویی صرفاً به صورت جدیدترین آسپرین یا به‌روزرترین پنی‌سیلین قلمداد خواهد شد. به اعتقاد من، دعا و اعمال معنوی منافع بسیار بیشتری از کمک به سلامت جسمانی دارند. آن‌ها در واقع، پلی به سوی امر مطلق، تحت هر یک از عناوین خدا، الهه، الله، کائنات و تأثیر مستند. از دیدگاه من، این منفعت دین هر فایده جسمانی قابل تصور برای آن را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

سهم لوین ممکن است به معنوی سازی مجدد تنها دانش پزشکی، بلکه علم به طور کلی بینجامد. این ایده که علم را می‌توان به عنوان امری مقدس و روحانی انجام داد، برای اکثر دانشمندان امری بیگانه است. اما در نخستین روزهای علم تجربی، دیدگاه متفاوتی وجود داشت. رابرت بویل، شیمیدان انگلیسی، نویسنده کتاب «قانون بویل» دانشمندان را «کشیش طبیعت» خواند. به اعتقاد او، آزمایش‌ها چنان مقدس‌اند که آن‌ها را باید روز یکشنبه به عنوان بخشی از عبادات روز شنبات^۱ دانشمندان انجام داد.

این کتاب باید با یک هشدار همراه باشد: هرکس که برای نخستین بار با این حوزه مواجه می‌شود، ممکن است شوک‌زده شود. برای اولین بار که با مطالعه علمی دعای شفاعتی در مورد بیماران بستری شده مبتلا به سکتة قلبی مواجه شدم، دچار تعجب و شگفتی شدم که هیچ وقت آن را فراموش نمی‌کنم.

1. Sabbath

شبات، یکی از روزهای مقدس بنی اسرائیل است و مراعات آن در مقررات تورات که در طور سینا به موسی داده شد، به عنوان ده فرمان دوج شده است (م).

هرگز به ذهنم خطور نکرد که اعمال مذهبی مانند دعا را می‌توان به عنوان دارویی جدید قلمداد کرد. در آن زمان، برای بیمارانش دعا نمی‌کردم و چندی نگذشت که خود را با معضلی اخلاقی (فردی و اجتماعی) مواجه دیدم. اگر این مطالعه قابل اعتماد بود، چگونه می‌توانستم دعا نکردن برای بیمارانش را توجیه کنم؟ امتناع از دعا ممکن است هم‌تراز با انکار درمان ارزشمندی از قبیل روش جراحی یا آنتی‌بیوتیک باشد. آیا شواهد دیگری وجود دارد؟ شروع به مطالعه همه بررسی‌های علمی پیرامون دعا و «درمان از راه دور» کردم. از یافتن بیش از ۱۳۰ آزمایش که نه فقط به انسان‌ها بلکه شامل بافت انسانی، حیوانات، گیاهان و ریزجانداران می‌شد، شوکه شدم. از طریق این پژوهش بود که سهم و همکاری لوین را در این حوزه کشف کردم؛ دقت و پیامدهای گسترده کار او من را بسیار تحت تأثیر قرار داد. در نهایت، این یافته‌ها را به عنوان یکی از حفاظت‌شده‌ترین اسرار در پزشکی مدرن یافتیم. دعای فردی را در پزشکی داخلی خودم به کار گرفتم، چنان‌که تعداد فراینده‌ای از پزشکان نیز در حال انجام این کار هستند. نباید نگران شد که به‌کارگیری دعا و اعمال مذهبی، به معنای کنار گذاشتن پنی‌سیلین و جراحی از حوزه مراقبت پزشکی است. طبق چندین مطالعه ملی، مردمان آمریکا هنگام بیماری بسیار عمل‌گرا هستند آن‌ها تقریباً همیشه هم از دعا و هم از پنی‌سیلین استفاده می‌کنند. هنگامی که بیمار هستند، ظاهراً واژه «به جای» از دایره واژگانی آن‌ها حذف می‌شود. آمریکایی‌ها درواقع محکم‌کاری می‌کنند. بنابراین، شکایت شکاکان مبنی بر این‌که کار لوین موجب دوری مردم از استفاده داروهای «واقعی» می‌شود، تقریباً به‌طور کامل واهی و بی‌اساس است.

لوین دین فروش نیست یا هر دیدگاه معنوی خاص را مطرح نمی‌کند. او تحکم نمی‌کند که هر کس، از جمله پزشکان، باید به اطلاعات آتی پاسخ دهد. اما روشن است که بالاخره باید پاسخی در کار باشد و این اطلاعات را نباید نادیده گرفت. پاسخ چه باید باشد؟ آیا پزشکان باید در مورد باورها و اعمال مذهبی بیمارانشان تحقیق کنند؟ آیا طبیبان باید برای مراجعین خود، دعا کنند؟ لوین هوشمندانه پاسخ به این پرسش‌ها را به خود پزشکان موکول می‌کند. برخی از پزشکان ممکن است شخصاً وارد گود شوند و بعضی دیگر چه‌بسا

به راحتی اظهار دارند که بیماران از متخصصینی مانند کشیشان، روحانیون، خاخام‌ها، مشاوران مذهبی یا کشیشان بیمارستانی مشاوره بگیرند. تأثیر عوامل مذهبی و معنوی در امر سلامت، مسئله بزرگ‌تری را با عنوان «نقش معنا در زندگی» بازتاب می‌دهد. زندگی انسان بدون معنای سازنده و مثبت، تبه می‌شود و سلامتی از میان برمی‌خیزد. به عنوان نمونه، افرادی که شغل خود را بی معنا می‌یابند، در مقایسه با کسانی که عاشق کار خود هستند، میزان بیشتری از سکنه قلبی را تجربه می‌کنند. اگر معنای شغل بر مرگ و زندگی تأثیر دارد، نباید تعجب کرد که معنای معنوی نیز اثرگذار باشد. بررسی نحوه تأثیرگذاری معنای معنوی بر سلامتی، گوهر اصلی کتاب حاضر است.

وقتی که سِر آیزاک نیوتن^۱ در قرن هفدهم وجود گرانش عمومی^۲ را مطرح ساخت، ایده‌ای افسانه‌ای انگاشته شد که بسیاری از همکارانش او را محکوم به سنت شکنی کردند. اما نیوتن به سلاح‌های خود (اعم از داده‌ها، شواهد، آزمایش‌ها) تکیه کرده ایده گرانش عمومی در نهایت تأیید و مقبول واقع شد. امروزه همین فرایند درباره نقش دین و معنویت در امر سلامت در حال وقوع است. برخی، این ایده را موهوم می‌انگارند اما شواهد حاکی از چیز دیگری است. با افزایش مداوم داده‌هایی که مؤید این دیدگاه هستند، دیری نمی‌پاید که پزشکان در هر جا اظهار دارند که «این واضح است!» و مانند همیشه هنگامی که سرانجام دیدگاهی جدید در علم تأیید می‌شود، کسانی هستند که مدعی شوند «پیش از همه خودم به فکر این موضوع بودم».

در پایان، تشکر ویژه خود را نثار دکتر جف لوین می‌کنم، چرا که او به پزشکان کمک کرد تا مجدداً حقیقتی را بازایابند که درمانگران بیش از ۹۹/۹۹ درصد از تاریخ نژاد بشر بدان پی برده بودند؛ یعنی «معنویت برای سلامت عنصری حیاتی است».

و اکنون بیش از هر زمان دیگر ما بدین درس نیازمندیم.

لری دوسی،^۳ دکترای پزشکی

نویسنده کتاب «بازسازی طب»

1. Sir Isaac Newton
2. universal gravity
3. Larry Dassey

درآمد

دکتر برتون اچ. کاپلان^۱ در حالی که برنامه درسی را به دست داشت مقابل دانشجویان ایستاده بود. ۳۰ دانشجو مشتاقانه منتظر بودند تا توصیه های او را درباره تکالیف هفته آینده بشنوند. پس از سه ساعت بحث و گفتگو، همگی خسته و کوفته، آماده راهی شدن به خانه بودیم. دکتر کاپلان استاد محترم و محبوبی بود و ما به رغم خستگی شدید، آماده دریافت دستورالعمل ها برای انجام تکالیف بودیم. مطالعه بیش از بیست فصل از کتاب و مقاله به من محوّل شده بود؛ بغض گلویم را می فشرد، اما هیچ شکوه ای نکردم. گرچه مطالب خواندنی بیش از حد بود و - چهار کلاس دیگر داشتم - این کلاس، دوره دلخواهم بود و هیچ تردیدی نداشتم که از پس این تکالیف برمی آیم.

فوریه ۱۹۸۲ بود و دانشجوی سال اول کارشناسی ارشد در دانشکده سلامت عمومی^۲ دانشگاه کارولینای شمالی^۳ در چپل هیل^۴ بودم. درس «فرهنگ و سلامت»^۵ مبحثی پیشرفته بود که از سوی دپارتمان اپیدمیولوژی^۶ ارائه می شد.

1. Berton H. Kaplan

2. public health

3. University of North Carolina

4. Chapel Hill

5. Culture and Health

6. Department of Epidemiology

کلاسی را با حجم تکالیف سبک تر ثبت نام کردم، اما می دانستم که طی این دوره پی خواهم برد که افکار، احساسات، شخصیت و روابط اجتماعی چگونه بر الگوهای سلامتی و بیماری تأثیر می گذارند.

در میان منابع خواندنی، دو مقاله به موضوعی بسیار غیرمعمول مربوط می شد؛ یکی از آن ها عنوانی جذاب و هرچند بدون غرضی داشت: «شرکت مکرر در مراسم عبادت گاه و افزایش فشارخون»؛^۱ یافته های این مقاله برگرفته از مطالعه معروف دکتر توماس دبلیو گراهام^۲ و همکارانش در شهر اوتز، جورجیا^۳ بود. بنا به دلایلی، بین صدها سؤالی که از شرکت کنندگان پرسیده می شد، یکی از آن ها این بود که آن ها چند وقت یک بار در این مراسم شرکت کرده اند. محققین به کشفی جالب توجه دست یافتند: «در مقایسه بین افرادی که به صورت مکرر در مراسم کلیسا شرکت می کردند و آن ها که هرازگاهی در آنجا حاضر می شدند، دهه نخست دارای فشارخون سیستولیک و دیاستولیک^۴ (انقباضی و انبساطی) پایین تری بودند. و این امر در اثر سن، چاقی، استعمال دخانیات یا وضعیت اجتماعی اقتصادی نبود».

به بیان دیگر، افرادی که دست کم طی هفته یک بار در مراسم عبادی شرکت می کردند نسبت به آن ها که کمتر چنین کاری می کردند، فشارخون بالای بسیار ناچیزتری داشتند. یافته های مذکور به خاطر این نبود که احتمال استعمال دخانیات در انسان های مذهبی تر کمتر از دیگران است یا مثلاً ناشی از تفاوت های مذهبی در سایر عوامل معروف و تأثیرگذار بر فشارخون نظیر سن، وزن یا شغل نبود. چگونه چنین چیزی امکان پذیر بود؟ آیا شرکت در این مراسم به نحوی مانع از فشارخون بالا می شد؟

به سراغ مقاله دیگر رفتم که به قلم دکتر کاپلان بود و مجذوب آن شدم. دکتر کاپلان در این مقاله عالمانه با عنوان «یادداشتی در باب باورهای مذهبی و بیماری کرونری قلبی»^۵ به بررسی مطالعات متعددی پرداخته بود که به تأثیر

1. Frequency of Church Attendance and Blood Pressure Elevation

2. Thomas W. Graham

3. Evans County, Georgia

4. systolic and diastolic blood pressure

5. Coronary Heart Disease

تفاوت‌های مذهبی در درجات تصلب شرابین، حملات قلبی، مرگ‌های ناشی از بیماری کرونری قلبی و سایر پیامدهای قلبی. عروقی دست یافته بودند. ظاهراً پژوهش‌اوتز کانتی^۱ تنها مطالعه موجود در این باب نبود.

عبارت پایانی دکتر کاپلان با اینکه به سبک آکادمیک و بی‌روح نشریات پزشکی نگاشته شده بود، مرا هیجان‌زده کرد: «بدین ترتیب، ماییم و لزوم اصلاح برداشت‌ها و تکمیل روش‌شناسی‌های خود تا به این مسئله پی ببریم که درواقع، آیا فرایندهای مشخص مذهبی با سبب‌شناسی، شتاب‌بخشی، بهبودی یا پیشگیری از بیماری‌های قلبی مرتبط‌اند یا نه».

آن زمان به این امر چندان واقف نبودم که عبارت فوق زمینه را برای تقریباً بیست سال آینده زندگی‌ام آماده ساخته و مرا به سمت فعالیت زندگی علمی‌ام؛ یعنی بررسی پیوندهای ایمان مذهبی و سلامتی سوق داده است.

علم پزشکی و کشف دین

طی چند سال گذشته مطالب اصلی منتشرشده در نشریاتی همچون تایم، ریدرز دایجست، مک‌لینز،^۲ مقالات نیروییک^۳ و یواس‌ای تودی^۴ و ماجراهایی به سبک غیرتخیلی و با نگارشی خاص در برنامه‌های «رادیوی عمومی ملی»، «بررسی همه جوانب» و شبکه ماهواره‌ای مسیحی «باشگاه هفتصد»^۵ گواهی است بر علاقه عموم مردم به امکان ارتباط دین و سلامت. به علاوه، این علاقه روزبه‌روز در حال افزایش است. دقیقاً در همین دو سال گذشته، ماجراهایی از همین دست در شبکه‌های سی‌بی‌اس، ان‌بی‌سی، ای‌بی‌سی و ان‌پی‌آر^۶ و حتی در نیویورک تایمز^۷ پخش شده است.

1. Evans County

2. Time, Reader's Digest & Macleans

3. Newsweek

4. USA Today

5. The 700 Club

برنامه باشگاه هفتصد، برنامه‌ای با اجرای پت رابرتسن، چهره مشهور اونجلیست آمریکایی که از سال ۱۹۹۶ تا کنون پخش می‌شود. هدف این برنامه تبلیغ مسیحیت در سراسر جهان است. برای اطلاعات بیشتر رک به: زیر حجاب (اونجلیست‌ها، یازده سپتامبر، بازنامه‌ای اسلام). اریک گورملی، بابک تیرایی، ماهنامه رواق هنر و اندیشه، شماره ۳۱ و ۳۲. مرکز پژوهش‌های اسلامی صداوسیما، قم، ۱۳۸۷ (م).

6. CBS, NBC, ABC & NPR

7. New York Times

دانشمندان نیز از وقوع این امر هیجان زده هستند و پژوهشگران دانشگاه‌های مهمی همچون میشیگان^۱، ییل^۲، دوک^۳، برکلی^۴، راتگرز^۵ و تگزاس^۶ یافته‌های جالبی را در همین باب مرتباً منتشر می‌کنند. برخی از این نتایج بسیار جالب توجه از این قرار است:

- افرادی که به‌طور منظم در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند، در مقایسه با آن دسته از کسانی که مشارکت کمتری دارند یا اساساً در چنین مراسمی حاضر نمی‌شوند، درجات کمتری از بیماری و مرگ‌ومیر دارند.
- از سه عامل اصلی مرگ در ایالات متحده (یعنی بیماری قلبی، سرطان و فشارخون بالا) سطوح پایین‌تری از بیماری در میان افرادی با علقه‌های مذهبی به چشم می‌خورد.
- بزرگ‌سالانی که در فعالیت‌های فردی و جمعی مذهبی مشارکت دارند، نشانه‌های بیماری کمتر، ناتوانی نه‌چندان قابل توجه و مراتب پایین‌تری از افسردگی، اضطراب شدید و جنون دارند.
- در میان سیاه‌پوستان آمریکایی (آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار) مشارکت مذهبی، حتی مهم‌تر از سلامتی و دارایی مالی، به‌عنوان مؤثرترین عامل بهزیستی روانی است.
- به‌طور متوسط، افرادی که مشارکت فعالانه مذهبی دارند، در مقایسه با غیرمذهبی‌ها عمر طولانی‌تری می‌کنند. جماعت مذهبی ترجیح می‌دهند به دور از رفتارهایی مانند استعمال دخانیات و الکل باشند که خطر بیماری و مرگ را افزایش می‌دهد؛ حتی با بررسی این ادعا در خصوص مذهبی‌ها صدق نکته مورد اشاره در صدر این بند اثبات می‌شود.

یافته‌های جالب توجهی همچون موارد فوق در حال تبدیل شدن به امری مسلّم و بدیهی در نشریات پزشکی‌اند. دانشمندان برای اشاره به این رشد

1. Michigan

2. Yale

3. Duke

4. Berkeley

5. Rutgers

6. Texas

فرایند پژوهش پزشکی از تعبیر «اپیدمیولوژی دین» استفاده می‌کنند. اما چندی نمی‌گذرد که تعدادی از پزشکان و دانشمندان از وجود چنین داده‌هایی مطلع شده‌اند. اکنون به برکت این مطالعات، پژوهشگران پی برده‌اند که مظاهر و نمودهای معنویت آثار قابل‌سنجشی بر سلامتی و بهزیستی دارند. اطلاعات به‌دست آمده، انقلابی در پژوهش پزشکی، آموزش پزشکی و عملکرد بالینی به پا کرده است.

از سال ۱۹۹۰، «انستیتو ملی سلامت» (ان‌آی‌اچ)^۱ - مرکز فدرالی که مسئول حمایت از پژوهش‌های پزشکی در سراسر ایالات متحده است - بودجه مطالعات مربوط به آثار سلامت بخش معنویت و مشارکت مذهبی را تأمین می‌کند. در سال ۱۹۹۵، این مؤسسه حامی مالی برگزاری همایشی برای کارشناسان در زمینه مسائل تخصصی جهت پژوهش علمی در این حوزه و نشست مجزا برای پزشکان و متخصصان مراقبت معنوی در باب ارزیابی قلمرو معنویت بود. در سال ۱۹۹۶، «ان‌آی‌اچ» به تشکیل گروه کاری ویژه همت گذاشت که وظیفه آن‌ها ابداع مقیاس‌های معنوی معتبر و موثق‌تر بود. در حال حاضر پژوهشگران و متخصصان بالینی همه‌روزه طی تماس با ان‌آی‌اچ، خواهان اطلاعات در این باب هستند.

در سال ۱۹۹۶، انستیتو ملی پژوهش‌های مراقبت از سلامت (ان‌آی‌اچ آر)^۲ که به‌صورت سازمانی غیرانتفاعی و خصوصی در راکویل مریلند^۳ تأسیس شد، برای حمایت از مؤسسات آموزش عالی پزشکی در آمریکا برنامه‌ای را با این هدف ارائه کرد که تعلیماتی در باب دین و معنویت به دانشجویان و ساکنین بدهد. تلاش‌های این بنیاد به برگزاری دوره‌هایی رسمی در دهه‌ها مؤسسه عالی پزشکی انجامید. در همه آن‌ها، بیش از نیمی از مؤسسات آموزش عالی پزشکی آمریکا اکنون موضوعات معنوی را در برنامه‌های آموزشی خود گنجانده‌اند.

1. spirituality

2. National Institutes of Health (NIH)

3. the National Institute for Healthcare Research (NIHR)

4. Rockville, Maryland

در سال ۱۹۹۷، حتی «جاما»^۱ (مجله وزین انجمن پزشکی آمریکا)^۲ اذعان داشت که شاید، دقیقاً شاید، این موج تندگستر دین و سلامتی چیز قابل توجهی داشته باشد. در شماره سوم سپتامبر مجله فوق، مقاله‌ای با این عنوان چاپ شد: «دین و معنویت در پزشکی: پژوهش و آموزش». نویسندگان مقاله به بررسی بسیاری از همین پیشرفت‌هایی پرداختند که در کتاب حاضر تشریح خواهد شد و از سوی دیگر، پزشکان و مربیان پزشکی را بر این داشتند که به اطلاعات بیشتری درباره اهمیت معنویت در زندگی بیماران دست یابند.

انجمن پزشکی آمریکا هوادار پروپا قرص شیوه متعارف در پزشکی است. از دیدگاه اعضای این انجمن، انتشار- و درواقع سفارش- مقاله‌ای که در عنوان آن «ازگان» «دین» و «معنویت» وجود داشته باشد، حاکی از این است که این حوزه جدید، مهر تأییدی از سوی مؤسسات پزشکی دریافت کرده است.

افزایش اعتبار پیوند دین و سلامتی موجب خرسندی بسیار من است. پس از اینکه بارقه‌های کنجکاوی من در باب این موضوع در کلاس درس سال ۱۹۸۲ نمایان شد، بخت یار من شد که در به پیش راندن مطالعه دین، معنویت و سلامتی تا سرحد خط مقدم نقشی پیش‌تاز داشته باشم. اکثر مطالعاتی که در مباحث فوق اشاره شد، از سوی من و همکارانم صورت گرفته و نگارش نخستین بررسی‌های علمی در این حوزه به عهده من بوده است. اولین جایزه ان‌اچ‌آی نصیب من شد؛ در دو همایش این مؤسسه به عنوان سخنران اصلی دعوت شدم و بالاخره در تیم پژوهشی ان‌اچ‌آی با کار ویژه دین و معنویت مشغول مطالعه و پژوهش بوده‌ام. من و همکارانم عبارت «اپیدمیولوژی دین» را برای این حوزه وضع کردیم و نویسنده اصلی آن مقاله در جاما بودم. سرآغاز همه این فعالیت‌ها به یک پژوهش کلاسی در دانشکده بازمی‌گردد که حدود بیست سال پیش صورت گرفت.

معنویت: عاملی پنهان در سلامتی

پس از برگزاری کلاس درس در سال ۱۹۸۲، نمی‌توانستم مطالب مقالات

1. JAMA: The Journal of the American Medical

2. the American Medical Association (AMA)

گراهام و کاپلان را لحظه‌ای از ذهنم بیرون کنم. هر دانشجویی مکلف شده بود موضوعی را برای مقاله پژوهشی و ارائه در کلاس انتخاب کند؛ من موضوع خود را پیدا کرده بودم و با مجوز دکتر کاپلان در کنج کتابخانه علوم سلامت گوشه عزلت گزیدم.

پروژه من تا هفته پایانی کلاس به اتمام رسید. نوبت که به من رسید، روبه‌روی همکلاسی‌هایم، در باب «دین به عنوان متغیری مستقل در اپیدمیولوژی» سخن راندم. به بحث مفصل درباره ۱۵ مقاله‌ای پرداختم که در کتابخانه یافته بودم؛ اکثر آن‌ها یافته‌های آماری پیمایش‌ها یا پژوهش‌های بالینی بودند. دکتر کاپلان بسیار هیجان‌زده شده بود، لذا من را تشویق کرد تا یافته‌های مطالعاتم را برای ارائه به نشریه‌ای پزشکی تنظیم کنم. همان چند کلمه کافی بود تا پای در مسیری پرمخاطره بگذارم که بخش اعظمی از شب‌ها و پایان هفته‌های پنج سال آتی مرا به خود اختصاص داد. برای بار دوم بود که در کتابخانه خلوت می‌گزیدم، اما این بار بی‌وقفه تا سال ۱۹۸۷ سرگرم این کار بودم.

در آن سال‌ها، مطالعات رساله دکتری خود را در زمینه پزشکی پیشگیرانه و سلامت جامعه در بخش پزشکی دانشگاه تگزاس در گالوستون^۱ آغاز کردم. تقریباً هر روز بعد از کلاس در لابرای قفسه‌های کتابخانه پزشکی کندوکاو می‌کردم و در یافته‌های پژوهش‌های نمایه‌نامه «ایندکس مدیکوس» و «مدلاین»^۲ (که به صورت بانک اطلاعاتی کامپیوتری در اختیار کاربران قرار داشت) در کتابخانه ملی پزشکی غرق مطالعه می‌شدم. طولی نکشید که معلوم شد محاسبه من درباره تعداد مقالات (۱۵ مقاله) منتشر شده در باب دین و سلامتی بسیار اشتباه بوده است.

به همراه ده‌ها مسئله زیست‌شناختی، رفتاری و اجتماعی-جمعیت‌شناختی که معمولاً در مطالعات ناظر به سلامتی مطرح می‌شوند، یک یا دو پرسش دینی در بسیاری از بررسی‌های قرن گذشته مانند «هنرپیشه میهمان» می‌نماید.

1. Galveston

2. Index Medicus & MedLine

از فعالیت‌های عده کتابخانه ملی پزشکی ایالات متحده از سال ۱۸۷۹ نمایه‌سازی متون و منابع حوزه زیست‌پزشکی بوده است. سال‌ها نمایه‌نامه «ایندکس مدیکوس» در قالب مجلدات کاغذی منتشر می‌شد. از ۱۹۶۴ با ایجاد مدلاز (نظام‌های تجزیه و تحلیل و بازیابی متون پزشکی) در کتابخانه ملی پزشکی، دوران نویسی از اطلاع‌رسانی پزشکی آغاز شد که مدلاین شکل جدید و پیوسته آن است. مدلاین را به تعبیری می‌توان ایندکس مدیکوس رایانه‌ای دانست که اطلاعات و امکانات بسیار جامع و گسترده‌ای دارد (م).

بیشتر مواقع، در کاوش‌های عظیم جمع‌آوری اطلاعات که خاص مطالعات بزرگ است، پرسشی در باب دین گنجانده می‌شود. اما پژوهشگران با توجه به ده‌ها یافته دیگر برای گزارش، دلیل چندانی نمی‌بینند که به یافته‌های معنادار مذهبی جز اشاره‌ای مختصر کنند. از منظر اکثر دانشمندان و پزشکان، این یافته‌ها بسیار خُرد هستند و جلب توجهی نمی‌کنند و به نظر نمی‌رسد کسی از وجود آن‌ها مطلع باشد.

هنگام مواجهه با هر یک از این مطالعات، جزئیات یافته‌های آن‌ها در برگه‌های یادداشت ۴ در ۶ ثبت شده بود. یک روز بعد از ظهر پس از درخواست امانت بین کتابخانه‌ای برای خلاصه چکیده‌ای که در نشریه فوق تخصصی و گمنام هلندی منتشر شده بود، نفس عمیقی کشیدم و تصمیم گرفتم تا قال قضیه را بکنم. چهار سال و نیم پس از آغاز مطالعاتم، همه برگه‌های یادداشت‌ها را بیرون آوردم و آن‌ها را شروع به پیش از ۲۰۰ مقاله که مضمون آن‌ها مورد داوری تخصصی قرار گرفته و بیانگر یافته‌های آماری درباره تأثیر مشارکت مذهبی بر سلامتی و بیماری بودند. وضع و حال کاوشگران یا باستان‌شناسان قرن ۱۹ را داشتم؛ گویی چیزی را کشف کرده بودم که هیچ‌کس از آن مطلع نبود. هنوز که هنوز است همه آن مقالات و جعبه کارت‌های زردرنگ را دارم؛ دل این را ندارم که آن‌ها را دور بیندازم.

در سال ۱۹۸۷ مقاله‌ای منتشر ساختم که این یافته‌ها را به‌طور مختصر تشریح می‌کرد. مقاله با عنوان «آیا عامل مذهبی در وضعیت سلامتی دخیل است» متضمن این نکته بود که پایبندی و مشارکت مذهبی مسلماً با الگوهای سلامتی، بیماری و مرگ قرین است. به‌رغم شگفتی بسیاری از افراد از جمله خودم، روشن بود که پژوهشگران پزشکی صرفاً از سر تفنن به دین نمی‌پرداختند. آن‌ها حوزه تام و تمامی را پدید آورده بودند و در عین حال، به نظر نمی‌رسید کسی از جایگاه آن خبر داشته باشد. به‌رغم مدعیات مخالف که هنوز به گوشم می‌رسد «هیچ‌کس تاکنون عامل مذهبی را بررسی نکرده است». به‌ندرت می‌توان نوعی از بیماری را یافت که در ارتباط با دین بررسی نشده باشد. به‌علاوه، فارغ از مقولاتی همچون سن، جنسیت، نژاد، قومیت، ملیت یا فرقه مذهبی افراد

مورد مطالعه و با قطع نظر از طرح مطالعاتی مورد استفاده و یا زمان و مکان وقوع این بررسی‌ها، این یافته‌ها مؤید تأثیرات مذهبی یا معنوی قابل توجه بر درجات سلامتی و بیماری بودند. مطالعات معاصر پژوهشگرانی همچون خودم که از این کار پیشین آگاه هستند و آثار سلامت بخش دین و معنویت را به طور مستقیم و نظام‌مند بررسی کرده‌اند، یافته‌های یادشده را تأیید کرده و بسط داده‌اند.

پژوهشگران پزشکی چگونه به مطالعه دین و معنویت می‌پردازند

قبل از آن‌که بحث را پیش‌تر ببرم، لازم است اندکی درباره حوزه اپیدمیولوژی؛ یعنی «مطالعه عواملی که سلامتی را ارتقا می‌دهند و از بیماری پیشگیری می‌کنند» سخن بگویم. این توضیحات به فهم یافته‌های پژوهشی مورد اشاره در سراسر این کتاب کمک خواهد کرد. تفسیر این داده‌ها ممکن است در بادی امر پیچیده و دردسرآفرین به نظر رسد. اما با در نظر داشتن چند اصل ساده، مسئله چندان مشکل نخواهد بود.

اپیدمیولوژی برای توصیف الگوهای سلامتی، بیماری یا مرگ دسته‌ای از افراد برحسب ویژگی‌های شخصی، مکانی یا زمانی از شیوه‌های علمی بهره می‌گیرد. مطالعاتی که نرخ‌های متفاوتی از سرطان سینه را در گروه‌های مختلف سنی، کشورهای گوناگون یا از یک سال به سالی دیگر نشان می‌دهند، نمونه‌هایی از پژوهش اپیدمیولوژیک هستند. از این رویکرد برای بررسی تأثیر عوامل خطرزا (مانند استعمال دخانیات) یا عوامل حفاظتی (همچون ورزش) بر بیماری‌های خاص استفاده می‌شود. هر هفته در روزنامه‌ها یا برنامه‌های تلویزیونی به یافته‌های پژوهشی متعددی (اینکه چگونه نوعی بیماری طاقت‌فرسای بی‌سابقه افزایش می‌یابد یا آن‌که یک عامل جدید چگونه از بیماری خاصی پیشگیری می‌کند) اشاره می‌شود که حاصل بررسی‌های اپیدمیولوژیک هستند.

اپیدمیولوژیست‌ها به کاری روی می‌آورند که در محافل اندیشمندان ممنوع است: آن‌ها یافته‌های خود را به نحوی فراگیر تعمیم می‌دهند. نکته مهمی که هنگام تفسیر یافته‌های اپیدمیولوژیک باید در نظر داشت این است که یافته‌های مذکور معمولاً بدین قرار بیان می‌شود: (۱) به طور میانگین؛ (۲) در میان یک جمعیت و (۳) همه چیز در شرایط یکسان. اپیدمیولوژی نمی‌تواند درباره این موضوع

اظهار نظر کند که آیا کشیدن سیگار موجب آمفیزم^۱ آنکل فرد شده است یا عامل دیگر؟ این قضاوت به عهده پزشک اوست. به علاوه، نمی‌تواند اظهار نظری در این باب کند که ترک سیگار موجب درمان او می‌شود؛ این موضوع و تحلیل یافته‌های کارآزمایی‌های پژوهش‌های بالینی یا مطالعات مداخله‌ای نیز بر عهده پزشک اوست. اما این شاخه علمی مسلماً مجال بیان این سخن را دارد که افراد متعدد سیگاری به نحوی قابل توجه مبتلا به آمفیزم و بیماری‌های مهیب دیگر می‌شوند و در مقایسه با غیرسیگاری‌ها در معرض مرگ زودرس‌اند. به همین ترتیب، طبق حجم کثیری از پژوهش‌ها، افراد معنوی یا مذهبی، در مقابله با کسانی که رویه مذهبی یا معنوی ندارند، به درصد پایین‌تری از انبوه بیماری‌ها مبتلا می‌شوند و نرخ مرگ و میر آن‌ها به نحو چشمگیری کمتر است.

آیا مطالب فوق بدین معناست که مذهبی‌ها و معنویت‌پیشگان بیمار نمی‌شوند؟ البته که چنین نیست؛ چه‌بسا افراد مذهبی که بیمار می‌شوند و می‌میرند و در مقابل، چه بسیار از غیرمذهبی‌ها که عمر طولانی و زندگی سلامتی دارند. با این همه، به‌طور میانگین روشن است که مشارکت مذهبی و معنوی با مراتب کمتری از بیماری و سطوح بالاتری از بهزیستی قرین است. به تعبیر علم اپیدمیولوژی، نکته فوق به این معناست که زندگی فعال مذهبی یا معنوی، به اندازه رژیم غذایی سالم و ورزش مداوم، از عوامل محافظتی به‌شمار می‌رود. اما چه بسیارند افرادی که تغذیه مناسب دارند و به‌طور منظم ورزش می‌کنند و در سنین جوانی به مرگ ناگهانی دچار می‌شوند؛ در سوی دیگر، چه‌بسا افراد سیگاری، معتاد به الکل و دارای تغذیه نامناسب که عمری طولانی و موفق دارند.

مبحث فوق حاوی نکته مهمی است. تفسیر نامناسب از یافته‌های پژوهشی در باب دین، معنویت و سلامتی ممکن است از ابهام و انتظارات غیرواقع‌بینانه راجع به مزایای احتمالی شیوه معنوی زندگی سر در بیاورد. یافته‌های میانگین اپیدمیولوژیست‌ها معمولاً این موارد استثنا را می‌پوشانند یا تحت الشعاع قرار می‌دهند؛ مانند افرادی که بهزیستی عاطفی آن‌ها به واسطه دین آسیب دیده

است. به علاوه، بیماری، درد و رنج یا مرگ فردی خاص به هیچ وجه نباید (و نمی‌تواند) به بی‌ایمانی یا معنویت ناکافی او منتسب شود. اپیدمیولوژی از حل و فصل این مسائل ناتوان است. مسلماً آنچه اپیدمیولوژی می‌تواند در اختیار ما بنهد و این کار را نیز کرده، این است که مشارکت مذهبی یکی از عوامل قابل توجهی است که در میان توده‌های بسیاری از مردم سلامتی و بهزیستی را به ارمغان می‌آورد.

به رغم وجود انبوهی از یافته‌های پژوهشی که مؤید رابطه دین و سلامتی هستند، این مفهوم همچنان بحث‌برانگیز باقی مانده است. بسیاری از دانشمندان و پزشکان کماکان این موضوع را به صراحت دنبال نمی‌کنند؛ دیگرانی که با مطالعات موجود همدل اما از آن‌ها بی‌خبر هستند، اغلب معتقدند که هیچ دلیلی به سود این نتیجه‌گیری‌های قرص و محکم وجود ندارد. البته آن‌ها در اشتباه هستند! به تعبیریکی از متخصصین این حوزه، شواهدی که به نفع تأثیر عامل مذهبی در سلامتی وجود دارد بسیار چشمگیر است.

دکتر دیوید بی. لارسن، پزشک و اپیدمیولوژیست، مدیران آی‌اچ‌آر (سازمان پژوهشی میان ایالتی سابق الذکر) است. دکتر لارسن پیش از تأسیس این سازمان، عضو هیئت علمی دانشگاه مرکز پزشکی دانشگاه دوک^۱ و محققى والارقبه و سیاست‌گذار دران آی‌اچ‌اچ بود. وی در مرکز سلامت عمومی آمریکا^۲ افسر مأمور به خدمت بود. بیش از دویست اثر علمی منتشرشده در سابقه پژوهشی او به چشم می‌خورد. دکتر لارسن مانند من، سالیان زیادی را وقف بررسی شواهد ارتباط دین و سلامتی کرده است. وقتی سخن از اپیدمیولوژی دین به میان می‌آید، او به پیامد این امر واقف است. لارسن به صراحت اظهار می‌دارد: «اگرچه متخصصان پزشکی سالیانی در خلوت خود چنین می‌انگارند که دین مضر به سلامت روان است و آن را آشکارا نیز اعلام می‌کنند، آنگاه که نگاهی به پژوهش‌های تجربی موجود می‌اندازم، یافته‌ها به طرز چشمگیری مثبت و رضایت‌بخش است».

1. David B. Larson

2. Duke University Medical Center

3. U.S. Public Health Service

موضوع کتاب حاضر بسیار روشن است. دیدگاه تلویحی دانشمندان و پزشکان مبنی بر اینکه «هیچ‌کس تاکنون عامل مذهبی را بررسی نکرده است» در تعارض آشکار با میزان فزاینده پژوهش‌هایی است که طی قرن گذشته در این باب منتشر شده است. این دیدگاه که موضوع مذکور برای پژوهش‌های پزشکی موضوعی ممنوعه یا در حاشیه است، دیگر مقبول و موجه نیست. طبق دیدگاه اندیشمندانی که در این باب آثاری منتشر می‌کنند، نشریاتی که آثار آن‌ها را به چاپ می‌رسانند و کیفیت مطالعات صورت گرفته، بی‌گمان اپیدمیولوژی دین اکنون در متن اصلی پژوهش در باب سلامتی و بیماری قرار دارد.

دین در برابر معنویت

دو اصطلاح دین و معنویت در سراسر این کتاب به چشم می‌خورد؛ این دو اصطلاح اغلب باهم خلط یا به جای هم استفاده می‌شوند. «دین» از لحاظ تاریخی به سه چیز اشاره دارد: کلیساهای خاص یا نهادهای سازمان‌یافته مذهبی (مانند دین مسیحی)؛ حوزه مطالعاتی علمی و قلمرویی از زندگی که به امور روحانی و مسائل مرتبط با «پروای واپسین» مربوط می‌شود. سخن از دین‌ورزی یا مذهبی بودن به رفتارها، نگرش‌ها، باورها و تجاربی اشاره دارد که پای این قلمرو از زندگی را به میان می‌کشند؛ خواه فرد در فعالیت‌های سازمان‌یافته نهاد رسمی مذهبی شرکت داشته باشد و خواه فارغ از آن ادیان سازمان‌یافته، زندگی روحانی باطنی را اختیار کند.

اصطلاح «معنویت» به عنوان واژه‌ای که معمولاً استفاده می‌شود، بیانگر وضعیتی از بودن است که حاصل پرستش مذهبی، پرهیزگاری و مراعات است. دستیابی به معنویت (اتحاد یا پیوند با خدا یا امرالوهمی) هدف غایی دین به‌شمار می‌رود و همه‌کس توان نیل به این حالت را ندارند. برحسب این استعمال، معنویت زیرمجموعه‌ای از پدیده فراگیر دین است و اصولاً، از طریق مشارکت مذهبی جسته می‌شود. عالمان مذهبی، مورخان، روحانیون و عرفای همه ادیان و مردمان عامی همواره این واژه را، تقریباً بدون استثنا، به این نحو استعمال کرده‌اند.

طی بیست و چند سال گذشته، واژه «معنویت» معنای جدیدی به خود گرفته است. آثار معروف نویسندگان عصر جدید و رسانه‌ها که اغلب بر ضد نهاد‌های مستقر مذهبی و پذیرای حالات مذهبی شخصی هستند، اصطلاح دین را به آن دسته از رفتارها، باورها و اموری از این قبیل، در بافت دین سازمان یافته منحصر ساخته‌اند. بنابراین، تمام نمودهای مذهبی دیگر، از جمله اعمالی نظیر مراقبه^۱ و تجارب والای غیرمذهبی (همچون احساس یگانگی با طبیعت) اکنون ذیل اصطلاح «معنویت» جای می‌گیرند. معنویت در این معنای جدید، پدیده‌ای فراگیرتر است و دین منحصر به زیرمجموعه‌ای از پدیده‌های معنوی قلمداد می‌شود که متضمن فعالیت مذهبی سازمان یافته است. این تلاش‌ها که برای دوری گزیدن از بدنامی متصور از «دین» صورت می‌گیرد، همه وجوه مطلوب آن را به اصطلاح کهن «معنوی» منتقل می‌کنند. من به عنوان متفکری دینی باید بپذیرم که تصورات مختلفی درباره این تحول وجود دارد. «دین» واژه‌ای کاملاً متین است و به عنوان پیوند بین آدمیان و خدا تعریف می‌شود؛ «معنویت» نیز واژه‌ای زیباست و استعمال دقیق و موردتوافقی طی قرون داشته است. اما اعصار دگرگون می‌شوند، چنان‌که معنایی واژه‌ها دستخوش تحول قرار می‌گیرند. به جای مقاومت در قبال این تحولات و به منظور شفافیت بخشی، بنا دارم از استعمالات جدید استفاده کنم. در سراسر این کتاب، هر جا که به اعمال، باورها و تجربیات مربوط به ادیان سازمان یافته یا نظام‌های اعتقادی اشاره می‌کنم، از واژگان «دین»، «دینی» و «دین‌داری» استفاده خواهم کرد. برای اشاره به ساحتی از حیات که فراسوی جسم و روان است، واژگان «معنوی» و «معنویت» را به کار می‌برم. سرانجام آنجا که به قلمرو علمی تشریح شده در این کتاب اشاره می‌کنم، از واژه دین یا معنویت یا هر دو آن‌ها استفاده خواهم کرد.

شناسایی «عناصر فعال» در دین و معنویت

یافته‌های اپیدمیولوژی دین همچون اکثر پژوهش‌های اپیدمیولوژیک به توصیف شخص، مکان و زمان پیوند دین و سلامتی می‌پردازند. دانشمندان این مؤلفه‌ها را مسائلی مهم قلمداد می‌کنند. اما این اطلاعات به تنهایی چیزی درباره

منافع دین و معنویت برای سلامتی و چگونگی و چرایی این اثرگذاری در اختیار نمی‌نهد. این‌که بگوییم دین یا معنویت برای سلامتی مفید است، مانند این است که گفته شود غذا برای آدمی مفید است. بی‌تردید اگر بنا بود به مطالعه درازمدت کسانی که غذا می‌خورند و گروهی که هرگز غذا نمی‌خورند بپردازیم، البته دسته نخست عمر طولانی‌تر و سلامتی بیشتری از دسته دوم داشتند. اما این واقعیت به تنهایی سرخ خاصی درباره خوردنی‌های تأثیرگذار بر سلامتی، غذاهای مفید یا چرایی آن به دست نمی‌دهد. به احتمال زیاد، برخی از غذاها برای سلامتی مفید و برخی مضرند و در این میان، تنوع گروه‌های مختلف افراد و موقعیت‌های گوناگون باید لحاظ شود.

به همین ترتیب، اعمال مذهبی متعدد و شیوه‌های بسیاری برای معنوی بودن وجود دارد. بنابراین ضروری است تا محتوای آن‌ها بررسی شود تا بتوان چگونگی و چرایی ارتباط آن‌ها با سلامتی و بهزیستی را بررسی کرد. کتاب حاضر با عنوان «خدا، ایمان و سلامتی» به پرسش‌هایی از این قبیل می‌پردازد: دین و معنویت چه خصیصه‌ای دارند که برای سلامتی مفید است و چرا امر از این قرار است؟

هفت فصل نخست این کتاب پاسخی به این پرسش‌هاست؛ هر فصل از کتاب شواهدی عملی مطرح می‌کند که جنبه مذهبی خاص یا تجلی معنوی یا حالتی از معنویت مؤثر بر سلامتی و بهزیستی هستند و آنگاه تبیینی از چگونگی این امر به دست می‌دهد. این اقدام مستلزم شناسایی عواملی است که تبیین‌گر آثار دین بر سلامتی هستند. چنان‌که می‌دانیم، وضعیت بیماری یا سلامتی به‌ندرت معلول عواملی انحصاری است که مستقیم و بی‌واسطه تأثیرگذار باشند. بیماری و سلامتی معمولاً طی زمان بسط می‌یابد و معلول عوامل متعددی است که در مجموع مؤثر واقع می‌شوند. به همین ترتیب، معنویت برای اثرگذاری بر سلامتی به همراه ویژگی‌ها و کارکردهای جسم و روان عمل می‌کند.

یک شیوه نگرش به عوامل مذکور بدین صورت است که آن‌ها را همچون حلقه‌های یک زنجیره، پیونددهنده عاملی مانند دین (به عنوان زمینه‌ساز ارتقای سلامتی) به بهزیستی و سلامتی متعاقب آن قلمداد کنیم. هر جنبه یا

حالت از معنویت که در این کتاب تشریح می‌شود، با ایجاد فرایندهای خاص رفتاری، عاطفی یا روانی بر سلامتی تأثیر می‌گذارند؛ این فرایندها چنان‌که می‌دانیم موجب ارتقای سلامتی یا پیشگیری از بیماری می‌شوند. عوامل مذکور مانند ویتامین‌ها و مواد مغذی موجود در غذاهای مصرفی به مثابه «عناصری فعال» در حیات معنوی ما هستند. شناسایی این عوامل ما را در تبیین چگونگی و چرایی تأثیرگذاری مشارکت مذهبی و معنویت بر سلامتی آدمی مدد می‌رساند.

هفت اصل طب خداوندی^۱

کتاب حاضر سیروساحتی در وجوه ژرف‌تر و شخصی‌تر دین و معنویت است. هر فصل از این کتاب به بحث درباره آثار سلامت بخش انواع بیش از پیش باطنی حالات معنوی می‌پردازد. بحث را با پایبندی مذهبی (فصل ۱) آغاز می‌کنم و در ادامه به بررسی اخوت فعالانه مذهبی (فصل ۲)، پرستش و نیایش (فصل ۳)، تصدیق باورهای مذهبی (فصل ۴)، اذعان به ایمان (فصل ۵)، تجربه حالات آگاهی عرفانی (فصل ۶) و سرانجام، پیوند یا اتحادی باشکوه و متعال با خدا یا امر الوهی (فصل ۷) خواهم پرداخت.

به موازات سیر فوق، به واکاوی شواهد بحث‌برانگیزتر و چالش‌برانگیزتر علمی در باب عوامل پیوند دهنده حالت معنوی به سلامت جسمی و روانی می‌پردازم. هر یک از فصول به بررسی نقش عوامل بیش از پیش پیچیده در جدیدترین علوم اختصاص خواهند یافت. بحث درباره رفتار سالم سرآغاز بحث خواهد بود (فصل ۱) و در ادامه، این مباحث مطرح خواهند شد: روابط اجتماعی (فصل ۲)، روان‌شناسی- فیزیولوژی عواطف (فصل ۳)، باورهای سالم و سبک‌های شخصیتی (فصل ۴)، تفکرات مفید و آثار دارونما^۲ (فصل ۵)، حالات تغییر یافته هشیاری^۳ و انرژی‌های لطیف^۴ (فصل ۶) و امکان تأثیرات فراطبیعی (فصل ۷).

1. theosomatic

2. Placebo effect

۳. این عبارت در دهه ۱۹۶۰ ظهور کرد و مقصود از آن حوزه‌ای است که هدفش بررسی عملی تجربه‌هایی مانند مراقبه، تجربه‌های دم مرگ، هیپنوتیزم است که سابقاً آسیب‌زا یا ناهنجار تلقی می‌شدند. ویژگی حالت تغییر یافته هشیاری اساساً آگاهی درون‌نگرانه از این امر است که جهان را به شکل دیگری هم می‌توان تجربه کرد (رک به: اسپیکلا و همکاران، روان‌شناسی دین بر اساس رویکرد تجربی، ترجمه دکتر محمد دهقانی، ص ۳۶۱) (م).

4. subtle energies

در هر فصل مباحثی برای تأملات شخصی مطرح خواهم کرد. به علاوه از خوانندگان می‌خواهم تا نقش دین و معنویت را در زندگی خود بررسی و درباره نحوه تأثیرگذاری باورها یا اعمالشان بر سلامتی خود تأمل کنند.

هر فصل به تفصیل مجموعه پیوندهای مشخص بین عوامل مرتبط با بدن، ذهن و روح را بررسی می‌کند و حاوی شرح حالی^۱ است که پیوندهای مورد تأکید در هر فصل را تشریح می‌کند. این مجال نیز وجود دارد که در مقام عمل شاهد این پیوندها باشیم و درباره چگونگی تأثیر آنها بر زندگی فرد تأمل کنیم. با تثبیت این پیوندها و تأمل در باب آنها، به شناسایی هفت اصل راهنما نائل می‌شویم که مورد تأیید یافته‌های پژوهشی تشریح شده در هر فصل است. این اصول دقیقاً به شرح و وصف نحوه سودمندی دین و معنویت بر سلامتی ما می‌پردازند.

بخش نخست، فواید سلامت بخش کارکردهای رفتاری و اجتماعی حال مذهبی را واکاوی می‌کند. در فصول یک و دو این موضوع بررسی می‌شود که ابعاد عمومی مشارکت مذهبی (یعنی پابندی، عضویت و حضور) چگونه در پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی و بهزیستی دخیل هستند. دو فصل مذکور ما را به دو اصل راهنمای نخست رهنمون می‌سازند:

اصل اول

پابندی و عضویت مذهبی با تشویق به سبک‌های زندگی و رفتارهای سالم، برای سلامتی مفید است.

اصل دوم

معاشرت منظم مذهبی به حمایت‌هایی می‌انجامد که با رفع آثار استرس و تنهایی، به نفع سلامتی است.

بخش دوم به کارکردهای روانی معنویت اختصاص دارد. فصل سه الی پنج به این مسئله خواهند پرداخت که شور و حال شخصی معنویت چگونه به شکل‌گیری عواطف، باورها و افکاری می‌انجامد که مایه تسکین آلام جسمی و روانی و ارتقای تندرستی می‌شود. این سه فصل را در قالب سه اصل راهنمای دیگر می‌توان بیان کرد:

اصل سوم

مشارکت در عبادت و دعا، به واسطه آثار جسمانی هیجانات مثبت، منافعی برای سلامت به دنبال دارند.

اصل چهارم

باورهای مذهبی به دلیل شباهت به باورهای ارتقادهنده سلامتی و سبک‌های شخصیتی، برای سلامت نافع‌اند.

اصل پنجم

ایمان بی‌آلایش با سوق دادن افراد به سمت امید، خوش‌بینی و انتظارات مثبت، برای سلامتی مفید است.

بخش سوم، مفاهیم مورد استفاده را مطابق آخرین روش‌های علمی در طب و علوم معنوی بررسی می‌کند. فصل ششم به نقش آگاهی و انرژی‌های لطیف در حوزه دین و سلامتی رسیدگی می‌کند؛ این دو مؤلفه عناصر یا شاه‌راه‌هایی هستند که در مقایسه با پنج فصل نخست بسیار بحث‌برانگیزتر و چالش‌برانگیزترند. این بحث ما را به اصل راهنمای ششم رهنمون می‌سازد:

اصل ششم

تجربیات عرفانی با فعال کردن زیست‌انرژی شتاببخش یا نیروهای حیات یا از راه تغییر در حالت هشیاری، برای سلامتی مفید هستند.

در شش فصل نخست به تشریح «نحوه ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری» توسط دین و معنویت پرداخته می‌شود. از طرف دیگر، فصل هفتم به بررسی دسته‌ای از شواهد علمی می‌پردازد که اعمال خاص معنوی مانند دعا برای خود یا دیگری، نه فقط مانع بیماری است، که نقش مهمی نیز در «درمان بیماری» دارد. چند تبیین محتمل به سود این یافته‌های بحث‌برانگیزتر و چالش‌برانگیزتر ارائه خواهد شد. مباحث مطرح در این فصل پشتوانه اصل راهنمای هفتم است:

اصل هفتم

دعای غیابی (دعا برای دیگران در غیاب آن‌ها) قادر است از طرق فوق طبیبی یا مداخله الوهی سبب شفا و سلامتی شود.

فصل هشتم آینده‌ای را به تصویر می‌کشد که در آن، شواهد علمی مطرح در اینجا، به نحو جدایی‌ناپذیر، هم با پژوهش زیست‌پزشکی^۱ و هم با حرفه پزشکی درهم تنیده است. برای اعتقاد به تحقق سریع این امر دلیلی هم می‌توان ارائه داد. باور به پیوند جسم، ذهن و روح اعتقادی بی‌سابقه نیست و تقریباً در همهٔ سنن مذهبی و نظام‌های درمانی سراسر جهان به جز زیست‌پزشکی قرن ۲۱ دنیای غرب مقبول است. اما این نگرش، تا حدی به یمن پژوهش توصیف‌شده در کتاب حاضر، در حال تحول است.

آگاهی از ارتباط روان‌تنی^۲ یا پیوند ذهن-بدن، به تحول روان‌شناسی، پزشکی، علم تجربی و نهادهای اجتماعی طی چند دههٔ گذشته انجامیده است. به همین ترتیب، شواهد علمی به سود روابط بدن، ذهن و روح نویدبخش شکوفایی بیشتر جهان‌بینی علمی است. بنابراین چشم‌انداز جدیدی به دست می‌آید که طبق آن، مدل ذهن-بدن به اندازهٔ مدل علم تجربی و پزشکی معاصر با تمرکز «صرف بر بدن» محدود، منسوخ و مکانیکی است. این چشم‌انداز جدید را «طب خدا‌تنی»^۳ می‌نامیم؛ بلایی معنا که بنا بر این دیدگاه یا مدل، عوامل تعین‌بخش سلامت بر پیوند آشکار بین خدا یا روح و بدن استوار است. این تلقی جدید و البته کهن در باب حیات بشر، به عنوان پیوند بدن، ذهن و روح بهترین شیوه برای فهم یافته‌های مهیج علمی و افکندن پرتویی بر رمز و رازهای سلامتی و بیماری است.

اکنون وقت آن است که سفر خود را از رهگذر هفت اصل طب خدا‌تنی آغاز کنیم.

1. biomedical

2. psychosomatic

3. body-only model

بخش نخست: آثار سلامت بخش دین در حوزه عمومی

انگیزه مذهبی در آدمی به شیوه‌های متعددی نمایان می‌شود. مشارکت در فعالیت مذهبی عمومی و سازمان یافته یکی از این شیوه‌ها به شمار می‌رود. دو فصل آتی به بررسی منافع مشارکت مذهبی عمومی بر سلامت، با تأکید بر کارکردهای رفتاری و اجتماعی آن می‌پردازد. در واقع، مشارکت عمومی از طریق تأثیرگذاری بر روابط اجتماعی و رفتار افراد مانع از بیماری و موجب ارتقای سلامت و بهزیستی می‌شود.

شواهد مطرح در این فصول مؤید دو اصل نخست طب خدایتی است:

اصل اول

پایبندی و عضویت مذهبی با تشویق به سبک‌های زندگی و رفتارهای سالم، برای سلامتی مفید است.

اصل دوم

معاشرت منظم مذهبی به حمایت‌هایی می‌انجامد که با رفع آثار استرس و تنهایی، به نفع سلامتی است.