

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

دانش سلامت

سال پنجم، شماره ۵۵، فروردین ۱۴۰۲



الدین

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی دانش سلامت

شماره پروانه انتشار وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۱۹۷۰
سال پنجم، شماره ۵۵، فروردین ۱۴۰۲



مشاهده شماره‌های پیشین نشریه

نقل مطالب با ذکر منبع و حفظ حقوق مادی و معنوی نویسندگان مجاز است.

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

مدیرمسئول: دکتر ابوالفضل ایرانی خواه

سردبیر: دکتر اکرم حیدری

هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

حمید آسایش، علی‌اکبر اسماعیلی، مهدیه پرنده، غلامرضا پورحیدری، محسن رضایی آدریانی، فهیمه دهقانی‌زاده، محمود شکوهی تبار، مهدی صالحی، زهرا علایی طباطبایی، نورا کمالیون، مریم محسنی سیف‌آبادی، احمد مشکوری

تیم اجرایی: محمد سالم، مریم سادات موسوی، زهرا علایی طباطبایی

ویراستار: حورا خمسه

طراحی و صفحه آرایی: فاطمه سادات حسینی

ماهنامه «دانش سلامت و دین» ضمن استقبال از نقدها و پیشنهادهای شما،

آمادگی دارد مطالب ارسالی را منتشر نماید.

سخن آغازین

۴..... دعا برای پناه بردن به خداوند

۵..... **پیام سلامت و دین (۲۳)**

سلامت در قرآن و روایات

۶..... نقش دعا در ارتقای سلامت
نورا کمالیون، محمود شکوهی تبار

سلامت و مراقبت معنوی

۸..... سلامت و ابعاد چهارگانه وجودی انسان بر پایه حکمت متعالیه.....
غلامرضا پورحیدری، علی‌اکبر اسماعیلی

فقه سلامت

۱۱..... احکام سقط جنین (۳)
احمد مشکوری

تحلیل اخلاقی - حقوقی موارد

۱۲..... امتناع از ارائه مراقبت‌های پزشکی به بیمار.....
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

دوره گذار طب از سنت به مدرنیته تا احیای دوباره طب سنتی در ایران (۱).....
مریم محسنی سیف‌آبادی

معرفی کتاب

۱۶..... اهداء جنین و قالب حقوقی آن.....

زلزل سلامت

۱۷..... آب حیات.....

۱۹..... **پیام سلامت و دین (۲۴)**



راهنمای نویسندگان

نشریه دانش سلامت و دین، ماهنامه علمی-اطلاع‌رسانی است که با هدف گسترش مباحث مشترک حوزه سلامت و دین، به‌صورت الکترونیکی منتشر می‌شود. جامعه هدف این نشریه را اعضای جامعه علوم پزشکی کشور تشکیل می‌دهند. این نشریه آمادگی دارد مطالب ارسالی اندیشمندان، پژوهشگران و صاحب‌نظران محترم را بررسی و در صورت انطباق با معیارهای موردنظر، اعم از معیارهای شکلی و محتوایی، منتشر نماید. محتوای نشریه مبتنی بر موضوعات مشترک حوزه سلامت و دین، همانند سلامت در قرآن، سلامت در احادیث، فقه سلامت، اخلاق سلامت و فلسفه سلامت است. افزون بر این، مقالات مرتبط با عنوان نشریه که خارج از موضوعات اشاره شده باشند؛ همانند سبک زندگی سالم و تمدن نوین اسلامی نیز، مورد بررسی قرار خواهند گرفت. لازم است مقالات شامل موارد زیر باشند:

- عنوان، نام و نام خانوادگی، مرتبه علمی و وابستگی سازمانی نویسنده/ نویسندگان، شماره تماس و رایانامه نویسنده مسئول، متن مقاله، منابع و چند جمله مهم برگزیده از متن.

- توصیه می‌شود در هنگام ارسال مقاله، مشخص شود مربوط به کدام یک از موضوعات نشریه است. مقالات حداکثر در سه صفحه تنظیم شده باشد. مقالات طولانی‌تر نیز، چنانچه قابلیت انتشار در دو یا چند شماره پیاپی را داشته باشند، مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

- مسئولیت محتوای مطالب نشریه بر عهده نویسندگان بوده و پاسخگویی به نویسندگان همکار با نویسنده مسئول است.

- مقالات در قالب فایل Word و با رعایت قواعد نگارش علمی تهیه و ارسال شوند.

منابع مورد استفاده با نوشتن نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان و سال انتشار در داخل کمان به‌صورت درون‌متنی آورده شود و فهرست منابع در پایان مقاله به‌صورت الفبایی و به ترتیب منابع فارسی و منابع انگلیسی ذکر شود و چنانچه قرآن کریم جزو منابع مقاله بود، به‌عنوان نخستین منبع در بخش منابع نوشته شود. ارجاع درون‌متنی برای یک نویسنده (سهرابی، ۱۳۹۵)، برای دو نویسنده (امیری و کاتبی، ۱۳۸۹)، برای بیش از دو نویسنده (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۲)، و در مواردی که به یک سازمان به‌عنوان نویسنده سند، ارجاع داده می‌شود، (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۴) نوشته شود. در انتهای مقاله نیز منابع در قالب زیر آورده شوند:

- (کتاب، مقاله، پایان‌نامه): نام خانوادگی نام (همه نویسندگان)، عنوان مقاله/ کتاب/ پایان‌نامه، عنوان مجله، سال انتشار، شماره و دوره، شماره صفحات.

- (صفحات وب): نام خانوادگی نام (همه نویسندگان)، عنوان متن، نشانی صفحه (URL)، تاریخ دسترسی.

- مقالات دریافتی توسط سردبیر و هیأت تحریریه نشریه بررسی شده و نتیجه بررسی به نویسنده مسئول اعلام خواهد شد.

- انتشار تمام یا بخشی از مقالات مرتبط که در دیگر مجلات داخلی یا خارجی به چاپ رسیده باشد، با رعایت شرایط اخلاقی و حقوقی، بلامانع است.

- نشریه در پذیرش و ویرایش مطالب، آزاد است.

رایانامه hrj@muq.ac.ir



دعا برای پناه بردن به خداوند

خدایا! بر بریدنم از غیر و پیوستنم به تو، خود را خالص و پاک کردم و با تمام وجودم به حضرتت روی آوردم، و از کسی که نیازمند عطای توست قطع امید کردم، و درخواستم را از آنکه از احسان تو بی نیاز نیست، برگرداندم و دیدم که حاجت خواستن نیازمند از نیازمند، نتیجه سبکی رأی و گمراهی عقل اوست.

ای خدای من! چه بسیار انسان‌ها دیدم که با تکیه به غیر تو، عزت خواستند، ولی خوار شدند، و از غیر تو درخواست ثروت کردند، اما به تهی دستی نشستند، و آهنگ بلندی کردند، ولی پست شدند. پس دوراندیشی دوراندیش با دیدن امثال این سبک‌مغزان که بنا گذاشت به غیر تو تکیه نکند درست است، و عبرت‌آموزی از اینان، او را موفق کرد، و انتخاب درستش او را به راه راست رهنمون شد.

پس ای مولای من! تو جایگاه درخواست منی، نه غیر تو، و تو رواکننده حاجت منی، نه غیر تو، و تو پیش از هر موجودی که بخواندش، مخصوص به خواندن منی. هیچ کس در امید من با تو شریک نمی‌شود، و احدی در دعای من با تو، هم‌پیمان نمی‌گردد، و ندای من کسی را با تو، به یک رشته در نمی‌آورد.

ای خدای من! وحدانیت و یگانگی و قائم بودن به قدرت و بی‌نیازی و برتری حول و قوت و پایه‌والایی و رفعت، ویژه توست. هر چه غیر توست، در همه عمرش به او رحم شده و در زندگی اش مغلوب قدرتی شده و در کارش شکست خورده و در صفات و خصوصیات جابه‌جا شده است. تو بالاتر از آنی که شبیه‌ها و همانندها برای تو باشد و بزرگ‌تر از آنی که همسان‌ها و همتاها برایت قرار دهند. پس پاک و منزهی و معبودی جز تو نیست.



پیام سلامت و دین (۲۳)

گیرنده خدمات سلامت، بیمار و خانواده وی، همکار (با هر جایگاه شغلی) و هر فردی که با او مواجه می‌شویم، یک انسان است.

امتره به هویت افراد و بر نفود محترمانه و تلاش صادقانه در انجام وظایف نسبت به ایشان، لازمه حفظ کرامت انسان است.

نقش دعا در ارتقای سلامت

نورا کمالیون^۱
محمود شکوهی تبار^{۲*}

سلامتی، موضوعی بسیار ارزشمند برای انسان است. سلامت بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، شامل عوامل جسمانی، روانی و معنوی و همچنین بهزیستی اجتماعی و مبتنی بر هماهنگی بین چندین عامل مانند ارزش‌ها، فرهنگ، سن، زمینه‌های اجتماعی و اعتقادات فلسفی و مذهبی افراد است (Scliar, 2007).

معنویت و مذهب، رابطه‌ای مثبت با سلامت جسمانی دارد (Heather et al. 2015). شواهد نشان می‌دهد که باورها و اعمال مذهبی با بهبود نتایج سلامت جسمی و روانی مرتبط است. تأثیری مفید بر عملکرد سیستم ایمنی بدن، رفاه، سطوح بالاتر رضایت از زندگی، امید، خوش‌بینی، میزان کمتری از اضطراب و افسردگی دارد (Panzini, and Bandei, 2007).

از بین مناسک مذهبی، دعا تأثیرات ویژه‌ای دارد که نظر محققان را به خود جلب کرده است. از نظر محققان، دعا برای کسانی است که در رنج هستند، مداخله مهمی در مراقبت معنوی به‌شمار می‌رود (Lopes et al. 2010). این عمل عبادی روند انتقال از بیماری و به دست آوردن سلامتی را آسان می‌کند و به‌زیستی را ارتقا می‌دهد (Esperandio, and Ladd, 2015). دعا افزون بر اینکه یک مقابله معنوی با شرایط است، با ایجاد ارتباط با بُعد مقدس و خود متعالی، امید را تقویت می‌کند (Tosta Carlos Eduardo, 2004) و یک راه ارتباط با خود، با دیگران و با مقدسات است (Ladd, and Spilk, 2013). با وجود اینکه دعا در آموزه‌های مختلف رایج است، اما مطالعه در مورد آن، به‌عنوان یک ابزار مهم در سلامت (Guimarães and Avezum, 2004)، از سال ۱۹۸۰ شروع شده است (Wilkinson and Leu-ven, 2016).

پژوهش‌ها و متون علمی نشان می‌دهد که دعا، به‌عنوان یک مداخله مکمل یا حتی در برخی موارد، درمان جایگزین از سوی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت شناخته شده است و به‌صورت گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد و بیماران تأثیر انجام آن را قابل توجه دانسته‌اند (Bre mault-Phil-ven, 2016).

(lips et al. 2015). دعا به حل بحران‌ها و مسائل شخصی سالمندان کمک می‌کند، اضطراب بیماران تحت شیمی‌درمانی را کاهش می‌دهد و رفاه معنوی بیماران سرطانی را بهبود می‌بخشد (Carvalho et al. 2012, Olver and Dutney, 2014). همچنین، در نرخ لانه‌گزینی بالاتر برای حاملگی‌های موفق و چند قلو، عملکرد فیزیکی بهتر، مرگ‌ومیر کمتر در بیماران مبتلا به عفونت‌های جریان خون، و کاهش روزهای بستری در بخش مراقبت‌های عروق کرونر برای بیماران مبتلا به مشکلات قلبی مؤثر است (Simão et al. 2016). مفاهیم دینی، ابعاد مختلفی (عاطفی، شناختی و رفتاری) را در برمی‌گیرد و دعا هرچند با بعد رفتاری در دین مرتبط است (John M. Salsman George Fitchett et al. 2015)، ولی دعا‌های مطرح‌شده در قرآن کریم و روایات، بعد عاطفی، شناختی و اجتماعی را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد.

دعا در متون دینی بسیار مورد توجه و سفارش قرار گرفته است که می‌توان آن را به‌صورت فردی و اجتماعی به جا آورد و هر دو صورت مقبول دانسته شده است و هر کدام نتایج خاص خود را دارد. در برخی روایات به دعای در خلوت سفارش شده است و بهترین نوع دعا، دعای در خفا دانسته شده است: «... وَ خَيْرُ الدُّعَاءِ الْخَفِيُّ قَالَ تَعَالَى اذْعُوا رَبِّكُمْ تَضَرُّعًا وَ خُفْيَةً (ارشاد القلوب، ۱/۱۵۴)؛ بهترین دعا، دعای پنهانی است؛ زیرا خداوند بلندمرتبه فرموده است: پروردگار خود را به زاری و پنهانی بخوانید». در برخی روایات نیز بسیار به دعای دسته‌جمعی سفارش شده است. از امام صادق (علیه السلام) نقل شده است که فرمودند: هر گروه چهل نفری که برای دعا جمع شوند و خداوند بلندمرتبه را برای کاری بخوانند، حتماً خداوند دعایشان را مستجاب می‌کند. پس اگر چهل نفر نبودند، چهار نفر ده مرتبه خداوند بلندمرتبه را بخوانند که خداوند دعایشان را مستجاب می‌کند و اگر چهار نفر هم نباشد، یک نفر چهل مرتبه خدای متعال را بخواند که خدای عزیز جبار او را اجابت می‌کند (کافی، ۲/۴۸۷). بر اساس ترتیبی که در این روایت مطرح شده، اولویت با دعای جمعی است. همچنین از امام صادق (علیه السلام) نقل شده است که فرمودند: هیچ جمع چهار نفره‌ای نیست که برای کاری

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد علوم قرآن و حدیث، دانشگاه پیام نور آران و بیدگل، اصفهان، ایران.
*۲. گروه مطالعات قرآن و حدیث در سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران: shokouhi@muq.ac.ir

تهران: دارالکتب الإسلامية.

- Camila C. Carvalho, Erika C. L. Chaves, Denise H. Iunes, Talita P. Simão, Cristiane S. M. Grasselli, and Cristiane G. Braga. "The effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients." *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 48 (2014): 683-89. [CrossRef]

- Heather S. L. Jim, James E. Pustejovsky, Crystal L. Park, Suzanne C. Danhauer, Allen C. Sherman, George Fitchett, Thomas V. Merluzzi, Alexis R. Munoz, Login George, Malory A. Snyder, and et al. "Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis." *Cancer* 121 (2015): 3760-68. [CrossRef][PubMed]

- Hélio P. Guimarães, and Álvaro Avezum. "O impacto da espiritualidade na saúde física." *Revista Psiquiatria Clínica* 34 (2007): 88-94. [CrossRef]

= Ian N. Olver, and Andrew Dutney. "A Randomized, Blinded Study of the Impact of Intercessory Prayer on Spiritual Well-being in Patients With Cancer." *Alternative Therapies* 18 (2012): 18-27.

- Jaqueline Lopes, Mônica R. Lira, Gina A. Abdala, and Alberto M. S. Oliveira. "O impacto da reabilitação aquática associada a oração no desempenho funcional de pacientes pós-acidente vascular encefálico." *Saúde Coletiva* 37 (2010): 9-14.

- Judith M. Wilkinson, and Karen van Leuven. "Fundamentos de Enfermagem: Teoria, Conceitos e Aplicações." Available online: http://www.livronauta.com.br/livro-Judith_M_Wilkinson_Karen_Van_Leuven-Fundamentos_de_Enfermagem_Teoria_Conceitos_e_Aplicacoes_2_Volumes-Roca-Sebo_Releituras_Portao-Curitiba-22954770 (accessed on 18 January 2016).

- Kevin L. Ladd, and Bernard Spilka. "Prayer: A Review of the empirical literature." In *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality*. Washington: American Psychological Association, 2013, vol. 1, pp. 293-307.

- Mary Rute G. Esperandio, and Kevin L. Ladd. "I Heard the Voice. I Felt the Presence: Prayer, Health and Implications for Clinical Practice." *Religions* 6 (2015): 670-85. [CrossRef]

- Moacyr Scliar. "História do Conceito de saúde." *Revista Saúde Coletiva* 17 (2007): 29-41. [CrossRef]

- Raquel G. Panzini, and Denise R. Bandeira. "Spiritual/religious coping." *Revista Psiquiatria Clínica* 34 (2007): 126-35. [CrossRef]

- Simão, T. P., Caldeira, S., & De Carvalho, E. C. (2016). The effect of prayer on patients' health: systematic literature review. *Religions*, 7(1), 11.

- Suzette Brémault-Phillips, Joanne Olson, Pamela Brett-MacLean, Doreen Oneschuk, Shane Sinclair, Ralph Magnus, Jeanne Wei, Marjan Abbasi, Jasneet Parmar, and Christina M. Puchalski. "Integrating Spirituality as a Key Component of Patient Care." *Religions* 6 (2015): 476-98. [CrossRef]

جمع شوند و خدای تعالی را بخوانند، جز آنکه پیش از متفرق شدن، دعای ایشان به اجابت می‌رسد. روشن است که دعای دسته‌جمعی باعث ارتباط اجتماعی بیشتر می‌گردد که خود این مسئله در نشاط و رفع برخی زمینه‌های افسردگی مؤثر است. همچنین، زمینه‌های حمایت اجتماعی بیشتر را فراهم می‌کند. براین اساس، توجه به جنبه اجتماعی این عمل عبادی می‌تواند به استفاده بهتر از آن در امر سلامت کمک کند.

به لحاظ فردی نیز دعا می‌تواند از جنبه‌های مختلف مؤثر باشد. از آثار مهم دعا، اثرات شناختی است. این عمل به کسب معرفت و درونی شدن برخی معارف کمک می‌کند. دعا باعث می‌شود انسان خود و خداوند را بیشتر و بهتر بشناسد و بداند که انسان، فقیر محض است و در همه چیز محتاج خداست و خداوند بی‌نیاز محض و برآورنده نیاز دیگران است: «يَا أَيُّهَا النَّاسُ أَنْتُمُ الْفُقَرَاءُ إِلَى اللَّهِ وَاللَّهُ هُوَ الْغَنِيُّ الْحَمِيدُ» (فاطر: ۱۵). با دعا، این معرفت در دل و جان انسان نهادینه می‌شود که هیچ چیز بدون اراده خداوند واقع نمی‌شود و این مفاهیم، پشتوانه مفاهیم دیگری، مثل توکل و رضا به قضای الهی را فراهم می‌کند که نقشی بسزا در آرامش‌بخشی دارد.

افرادی که بیشتر دعا می‌کنند، معمولاً به رفتارهای مرتبط با سلامت بیشتر پایبند هستند و از رفتارهایی مثل سیگار کشیدن، مصرف الکل، رفتارهای پرخطر جنسی بیشتر پرهیز می‌کنند.

در آموزه‌های دینی هم برای تقویت این تأثیر، یکی از شرایط استجاب دعا، ایمان و عمل صالح دانسته شده است (شوری، ۲۶). دعا موجب تقویت روحیه احساس مسئولیت در برابر جامعه می‌شود. در روایتی از امیر مؤمنان علی (علیه السلام) آمده است که فرمود: امر به معروف و نهی از منکر کنید تا خداوند دعایتان را مستجاب کند. براین اساس، ائمه اطهار (علیهم السلام) با تکیه بر مفاهیم آن و نیز آداب و شرایط استجابتش، یک مداخله تمام عیار طراحی کرده‌اند که می‌توان از ظرفیت عظیم آن در مراقبت معنوی استفاده کرد. البته باید توجه داشت که اجرای دعا، به‌عنوان مداخله، باید مبتنی بر آموزش باشد؛ زیرا این امر با ویژگی‌های بیماران، ارزش‌ها و اعتقادات آنان مرتبط است.

منابع:

- قرآن کریم

- دیلمی، حسن بن محمد (۱۴۱۲ ق). *إرشاد القلوب إلى الصواب* (الدلیمی)، قم: الشریف الرضی.

- کلینی، محمد بن یعقوب (1407 ق). *الکافی* (ط - الإسلامية).



سلامت و ابعاد چهارگانه وجودی انسان بر پایه حکمت متعالیه

غلامرضا پورحیدری^۱
علی اکبر اسماعیلی^۲

شرایط محیطی به درستی تعامل نماید و در این تعاملات دچار سوء فهم و سوء رفتار نشود.

این مقاله بر آن است تا نخست ابعاد وجودی انسان را از دیدگاه فطرت انسانی و جهان بینی اسلامی که محدود به تجربه گرایی نیست، بررسی و سپس عرصه سلامت در هر یک از ابعاد وجودی انسان را نیز به اجمال بررسی کند.

بر اساس بدیهیات عقلی و با رجوع به خود و دیگر انسان ها، می توان چهار بعد وجودی را برای انسان ترسیم نمود: ۱. بعد نباتی یا جسمانی که در آن تغذیه، رشد و نمو و تولیدمثل صورت می گیرد و بعد مشترک انسان با نباتات و گیاهان است. ۲. بعد حیوانی یا روانی یا خیالی که بعد مشترک بین انسان و حیوان است که از طریق آن صاحب تصور و تخیل است و به آن اشتیاق یا آکراه نشان می دهد. ۳. بعد عقلانی یا فرشتگانی یا تحلیلی که او را صاحب ابداعات شگفت آور در زندگی خود کرده است. این بعد، یک سلسله از تفاوت های آشکار انسان و حیوان است. اگر مفروضات انسان درست و متقن باشد، نتیجه تحلیل عقلانی او صحیح خواهد بود؛ چون امکان تحلیل درست را دارد، قدرت انتخاب را نیز

غلامرضا پورحیدری: گروه فارماکولوژی - دانشکده داروسازی - دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) - تهران - ایران.

علی اکبر اسماعیلی: مرکز تحقیقات علوم رفتاری - دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) - تهران - ایران.

انقلاب باشکوه اسلامی در قالب و شکل خود، با قدرت و عظمت هرچه تمام تر محقق گردید، اما در زمینه های محتوایی، به ویژه محور قرار گرفتن مبانی و علوم اسلامی با برخی عقب ماندگی ها روبه رو شد که بدون جبران این نقصان ها، محقق شدن اهداف انقلاب اسلامی دشوار خواهد بود. در جهان بینی اسلامی، موضوع اصلی مورد توجه اسلام، انسان است و حفظ فطرت انسانی و کمال یابی آن، هدف اصلی تعالیم اسلامی است و آرامش دنیایی و آموزش اخروی انسان، دستاورد بهره گیری و به کار بستن احکام و دستورات این دین الهی است.

از دیدگاه اسلام، انسان هنگامی مفهوم حقیقی خود را پیدا می کند که در مجموعه هستی در مدار و جایگاه خودش قرار گیرد؛ یعنی هم به لحاظ جوهری و درونی و هم به لحاظ ارتباط و وابستگی به خداوند متعال و هم در تعامل با اجزای هستی و عوامل محیطی، به عنوان مخلوق خاص خداوند، در جهت رسیدن به خالق حرکت کند و در این مسیر با دیگر انسان ها و نیز

۱. گروه فارماکولوژی - دانشکده داروسازی - دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) - تهران - ایران؛ poorheidari@yahoo.com
۲. مرکز تحقیقات علوم رفتاری - دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) - تهران - ایران.

انسان به لحاظ جوهری و وجودی دارای چهار بعد نباتی، حیوانی، فرشتگانی (عقلانی) و الهی (روحانی) است و غفلت از هر یک از این ابعاد وجودی انسان، در واقع غفلت از تمامیت انسان است.

دارد. البته کارآمدی عقلانی مستلزم شرایطی است که باید مهیا باشد. ۴. بعد چهارم را بعد روحانی یا الهی و خدایی می‌توان نامید، گرچه تعابیر مختلف دیگر، مانند بعد قلبی نیز بر آن نهاده شده است. بعد قلبی بعد ارتباط‌گیری است، در مقابل عقل که محل تشخیص است و ضرورتاً به اقدام منجر نمی‌شود.

این ابعاد چهارگانه از سوی برخی از حکما به ترتیب جسمی، خیالی، عقلی و قلبی نیز نامیده شده است. همچنین برخی از حکمای اسلامی انسان را عالم اصغر نامیده‌اند و او را مجموعه‌ای از عوالم چهارگانه یعنی ناسوت، ملکوت، جبروت و لاهوت می‌دانند. به عبارت دیگر، این ابعاد چهارگانه وجودی، متناظر با عوالم چهارگانه هستی است.

در اینجا، گفتار آیت‌الله جوادی آملی در کتاب تفسیر انسان به انسان در این خصوص نقل می‌گردد: «بر پایه قرآن کریم انسان چند لایه دارد، همان‌گونه که جهان هستی از ملک تا ملکوت دارای عوارض چهارگانه ماده، مثال، عقل و اله است، وجود انسان نیز دارای مراتب چهارگانه مادی، مثالی، عقلی و الهی است.

۱- وجود مادی انسان: همان وجودی است که گیاهان هم دارند. انسان نیز مانند آن‌ها در این مرتبه از هستی‌اش تغذیه، تمییه و تولید دارد.

۲- وجود مثالی: همان وجودی است که حیوانات هم دارند و انسان نیز مانند آنان در این مرتبه از وجود گرفتار شهوت و غضب است. برخی تنها به فکر خود مادی و مثالی (گیاهی و حیوانی) خویشتن، یعنی خوردن و خوابیدن و لذت بردن‌اند.

۳- وجود عقلی: قرآن درباره مادی‌گرایان می‌فرماید که خودشان را فراموش کرده‌اند. این‌ها خود مادی (حیوانی) را فراموش نکرده‌اند، بلکه خود انسانی خویش را فراموش کرده‌اند و وظایف و انسانیت خویش را به فراموشی سپرده‌اند. این مرتبه از خود، ناظر به وجود عقلی انسان است که صاحب ادراک و رأی است و انسان با این مرتبه از هستی خود، برای خود تصمیم عاقلانه می‌گیرد.

۴- وجود الهی: بالاتر از مرتبه عقلی، وجود الهی انسان یا خود نهانی و نهایی است که دیگر در اختیار ما نیست، بلکه امانتی ویژه در دست ماست، روح الهی‌ای

که بالاترین مرتبه وجودی انسانی است».

در این چهارچوب، انسان به لحاظ درونی و جوهری و وجودی دارای چهار بعد نباتی، حیوانی، فرشتگانی (عقلانی) و الهی (روحانی) است و غفلت از هر یک از این ابعاد وجودی انسان، در واقع غفلت از تمامیت انسان است. از سوی دیگر، غفلت از خداوند که مقصد و نهایت کمال انسان است نیز به همه فرایند آسیب می‌زند و خدافروموشی، برای انسان خودفروموشی می‌آورد. همچنین، در سیر زندگی و حرکت به سوی مقصد، یعنی خداوند متعال، باید مراقبت‌های فراوان کرد که با رعایت اخلاق و گرایش به فضایل و دوری از رذایل، و نیز پایبندی عالمانه و آگاهانه همراه با اقدام و عمل خالصانه، امکان‌پذیر خواهد بود و این همان چیزی است که اسلام و تعالیم آن برای انسان به ارمغان آورده است.

انسان برای محقق شدن حرکت کمال‌گرایانه باید همواره از حریم خود حفاظت نماید و در برابر عوامل مهاجم و مزاحم تدابیر و اقدامات لازم را به کار بندد. علم به مفهوم امروزی آن و فناوری‌های به‌دست‌آمده از کشف رموز خلقت (اعم از ثروت‌آفرینی و اقتدارآفرینی آن) در این راستا ضرورت پیدا می‌کند و اگر از این راستا انحراف یابد، به سعادت و کمال بشر نه تنها کمکی نمی‌کند، بلکه موجبات انحراف و غرور او را فراهم می‌کند و در عوض صلاح به فساد می‌انجامد. بنابراین، هرگونه تحول در دانشگاه‌ها نیز باید بر محور اصلی رشد و کمال انسانی صورت گیرد.

امروزه در سلامت، عمدتاً حیطه نباتی و اندکی نیز حیطه حیوانی انسان مورد توجه است، آن هم با حدودی که تعریف شده است و گرچه ابعاد ادراکی و شناختی هم بیش‌ازپیش مورد توجه قرار گرفته است، اما اینکه این ادراک در کدام چهارچوب و بر پایه کدام اصول تنظیم گردد که بتواند اطمینان و پایداری قابل قبولی را تأمین نماید، محل بحث جدی است. به نظر می‌رسد که اگر یافته‌های دانش تجربی با ابعاد چهارگانه وجود تطبیق داده شود، نوع مواجهه با انسان‌ها و سلامت همه‌جانبه آن‌ها جنبه متکامل‌تر و مؤثرتری پیدا کند. به عبارت دیگر، در ارائه خدمات سلامت، از ظرفیت‌های دین، وحی و حکمت هم برای

منابع:

- پورحیدری، غلامرضا (۱۴۰۱). فصلنامه مدیریت بحران و شرایط اضطراری. سال چهاردهم ص: ۴۳-۶۱.
- پورحیدری، غلامرضا (۱۳۹۸). لزوم توجه به ابعاد چهارگانه سلامت انسان در مدیریت جامع حوادث و بلایا. نهمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلایا. تهران.
- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۸۴). تفسیر انسان به انسان. چاپ هشتم. نشر اسراء. ص ۱۶۵.
- جمعی از نویسندگان (۱۳۹۷). مبانی علوم انسانی اسلامی. انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی. ص ۱۴۵.
- طاهرزاده، اصغر (۱۳۸۸). ادب خیال، عقل و قلب. انتشارات گروه فرهنگی میزان.
- Mojtaba Khajezad, Shoaleh Bigdeli, Bagher Larijani, AbdohosseinKhosropanah, Saeed Beheshti &Shahram Yazdani (2020) Transcendent Philosophy of Medicine: A Deductive Synthesis According to theTranscendental Wisdom (Mulla SadraSchool of Thought), Journal of Religion and Health, 1012-9.

کمک به انسان بهره‌برداری گردد.

این هم‌گرایی بین آورده‌های دین، حکمت و عرفان و نیز تجربیات بشری می‌تواند گام بسیار بلندی در ارتقای بهداشت و سلامت باشد؛ اما این گام بلند مستلزم همکاری و درک متقابل، و نه رد و انکار، بین دانشمندان و صاحب‌نظران این دو حوزه است. این مطلب از همان میانبرهای علمی است که در دسترس جامعه ما قرار دارد. امید است این اجمال در جلب توجه صاحبان نظر در راستای برداشتن این گام بزرگ در راستای ترسیم تعریفی هر چه کامل‌تر از انسان، مؤثر واقع شود.

در مجموع، سلامت جسمی، خیالی، عقلی و الهی (اعم از فردی و اجتماعی) زمانی ارتقا می‌یابد که با شناختی دقیق‌تر و کامل‌تر از همه ابعاد وجودی انسان همراه شود و برای برطرف کردن نیازهای فیزیکی، روانی، شناختی و قلبی او هم‌زمان کوشش شود.

سلامت جسمی، خیالی، عقلی و الهی (اعم از فردی و اجتماعی) زمانی ارتقا می‌یابد که با شناختی دقیق‌تر و کامل‌تر از همه ابعاد وجودی انسان همراه شود و برای برطرف کردن نیازهای فیزیکی، روانی، شناختی و قلبی او هم‌زمان کوشش شود.



فقه سلامت

احکام سقط جنین (۳)

احمد مشکوری^۱

در شماره‌های پیشین، در مورد حرمت سقط جنین صحبت و گفته شد که همه مراجع تقلید سقط جنین را به‌طور کلی، ممنوع و حرام اعلام کرده‌اند، اما در موارد مجاز و برخی جزئیات آن‌ها اختلاف نظرهایی وجود دارد. در شماره پیشین، احکام سقط جنین پیش از ولوج روح را بررسی کردیم. در این شماره، به احکام سقط جنین پس از ولوج روح می‌پردازیم.

حکم سقط جنین پس از ولوج روح

باید توجه داشت که از دوره‌ای از حیات جنین صحبت می‌کنیم که ولوج روح صورت گرفته است؛ یعنی جنین نیز مانند مادر نفس محترمه به شمار می‌رود که قتل آن جایز نیست. همچنین، جنین قابلیت ادامه حیات در خارج از رحم مادر را ندارد؛ چراکه در این صورت، به زایمان زودرس و نگهداری جنین در بخش مراقبت‌های ویژه اقدام می‌شود و مشکلی خاص از نظر فقهی رخ نمی‌دهد. پس محل بحث ما دوره‌ای است که ولوج روح رخ داده، ولی جنین هنوز قابلیت حیات خارج رحمی را به دست نیاورده است.

پرسش یکم این است که آیا سقط جنین پس از ولوج روح می‌تواند جایز باشد؟ پاسخ این است که قطعاً خیر؛ چون باعث قتل نفس محترمه‌ای می‌شود.

پرسش دوم این است که اگر ادامه حاملگی موجب به خطر افتادن حیات مادر باشد، آیا سقط جنین می‌تواند جایز به شمار رود؟ پس از ولوج روح به دلیل نفس محترمه بودن جنین، اغلب فقیهان امامیه بر این باورند که نمی‌توان ترجیحی بین حیات مادر و حیات جنین در نظر گرفت. پس باید منتظر ماند تا یا مادر و یا جنین فوت کند (محقق داماد، ۱۳۸۹)، اما مشکل در این میان، این است که جنین قابلیت حیات خارج رحمی ندارد و اگر مادر فوت کند، جنین نیز فوت خواهد کرد؛ یعنی دو نفس محترمه فوت می‌کنند؛ درحالی‌که اگر

جنین را سقط کنیم، دست‌کم می‌توانیم مادر را نجات دهیم.

برخی فقیهان، تهدید حیات مادر به وسیله جنین و توقف حیات مادر بر سقط جنین را مجوز سقط جنین می‌دانند؛ گرچه برخی بر این عقیده‌اند که تنها خود مادر می‌تواند اقدام به سقط کند (خوئی، ۱۴۱۶ ق؛ صناعی، ۱۳۸۰؛ فیاض، ۱۳۹۳).

برخی فقیهان دیگر، تنها در صورتی که عدم سقط جنین به صورت قطعی باعث مرگ مادر و جنین شود، آن را جایز می‌دانند (فاضل لنکرانی، ۱۳۸۵؛ مکارم شیرازی، ۱۳۹۱؛ خامنه‌ای، ۱۳۹۵).

از فتوای برخی مراجع تقلید دیگر می‌توان چنین برداشت کرد که در همین حالت نیز سقط جنین را جایز ندانسته‌اند (سیستانی، ۱۳۹۳؛ صافی گلپایگانی، ۱۴۱۵ ق).

منابع:

- محقق داماد، سیدمصطفی (۱۳۸۹). فقه پزشکی. تهران: انتشارات حقوقی. ص ۲۲۴.

- سیستانی، سیدعلی (۱۳۹۳). رساله توضیح المسائل. ص ۵۷۴.

- صافی گلپایگانی، لطف‌ا... (۱۴۱۵ ق). استفتانات پزشکی. قم: دارالقرآن الکریم. ص ۳۵.

- لنکرانی فاضل، محمد؛ خدادادی، غلامحسین (۱۳۸۵). احکام پزشکان و بیماران. قم: مرکز فقهی ائمه اطهار. ص ۱۵۵.

- مکارم شیرازی، ناصر؛ علیان نژادی دامغانی، ابوالقاسم (۱۳۹۱). احکام پزشکی. قم: امام علی بن ابی‌طالب (علیه‌السلام). ص ۹۱.

- خوئی، سیدابوالقاسم (۱۴۱۶ ق). المسائل الشرعیة. بیروت: دارالزهراء. جلد ۲. ص ۳۰۹.

- صناعی، یوسف (۱۳۸۰). استفتانات پزشکی. قم: ميثم تمار. ص ۳۷.

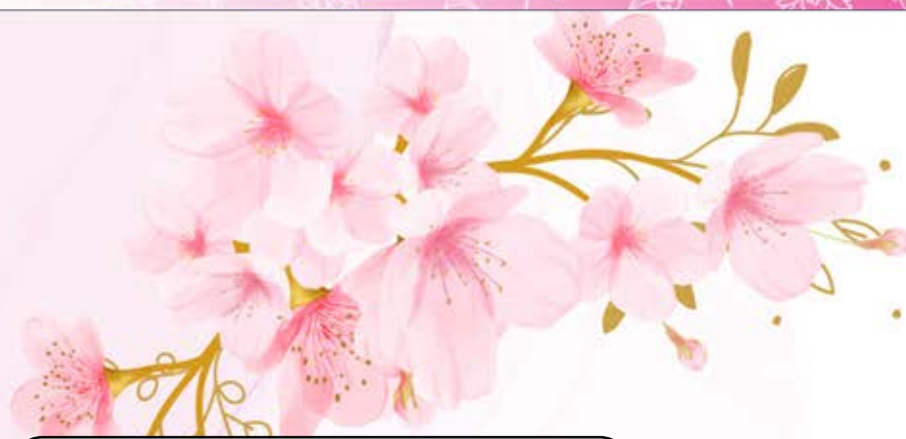
- فیاض، محمداسحاق (۱۳۹۳). رساله توضیح المسائل. قم: صاحب‌الامر. ص ۶۹.

- خامنه‌ای، سیدعلی (۱۳۹۵). احکام پزشکی. تهران: فقه روز. ص ۵۰.

۱. گروه فلسفه و اخلاق سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

a.mashkooori@gmail.com





تحلیل اخلاق - حقوق موار

امتناع از ارائه مراقبت‌های پزشکی به بیمار

حمید آسایش*
احمد مشکوری*
محسن رضایی آدریانی*

تحلیل مورد

در مورد یادشده، دو مقوله متفاوت وجود دارد. احتمال انتقال هیپاتیت نوع C به دیگر بیماران غیر آلوده و احتمال آلوده شده کارکنان درمانی بخش آندوسکوپی. بر اساس شواهد، در صورت رعایت استانداردهای انجام آندوسکوپی، احتمال انتقال آلودگی با ویروس هیپاتیت B و C بسیار پایین است. پس در این مورد باید به دنبال پایبندی و رعایت دقیق اصول ضدعفونی و دیگر اقدامات ضروری برای پیشگیری از انتقال عفونت بود (میرناصری و همکاران، ۱۳۸۹؛ حاجبانی و همکاران، ۲۰۰۶).

هر بیمار مراجعه‌کننده باید آلوده در نظر گرفته شود. برای انجام مراقبت‌های درمانی هر بیمار، باید مراقبت‌های کنترل عفونت انجام شود. اگر فرد بیمار مبتلا بود و مبتلا بودن او به بیماری قابل انتقال، مشخص و روشن بود، سطح مراقبت کنترل عفونت باید در سطح بالاتری قرار گیرد. مراقبت کنترل عفونت در چنین بیمارانی، بیش از دیگران لازم است. این مراقبت و سطوح بالاتر آن، منافاتی با انجام مراقبت‌های تشخیصی درمانی عادی بیمار ندارد. به‌بیان‌دیگر، بیماری قابل انتقال بیمار نمی‌تواند دلیلی مناسب برای انجام نشدن مراقبت‌های او باشد (Henriot et al، ۲۰۲۲).

در ماده ۶ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی چنین بیان شده است: «ادای سوگندنامه پزشکی، به معنای پذیرفتن تعهدی دائمی برای ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به همه انسان‌ها، در حد توان و مقدورات است.»

۱. گروه فلسفه و اخلاق سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم؛ hasayesh@gmail.com

پرسه مورد

پزشک متخصص داخلی در بخش آندوسکوپی، برای انجام چند مورد آندوسکوپی حضور پیدا کرده است. پرستار بخش، لیست بیماران را به پزشک ارائه می‌دهد. در این لیست یک بیمار وجود دارد که پس از انجام مشاوره داخلی، برای انجام آندوسکوپی ارجاع شده است. این بیمار از حدود دو سال پیش، به هیپاتیت نوع C مبتلا است. پزشک متخصص داخلی می‌گوید: «این بیمار را از لیست خارج کنید؛ چون احتمال آلودگی من، پرسنل و دیگر بیماران وجود دارد، من آندوسکوپی این بیمار انجام نمی‌دهم». پرستار این موضوع را به بیمار اطلاع می‌دهد و بیمار به شدت ناراحت شده، پرخاشگری می‌کند و می‌گوید: «پس من باید چه کار کنم؟ چه کسی باید کار من را انجام دهد؟»

خودداری از ارائه مراقبت‌های پزشکی به بیمار، بدون دلایل موجه علمی و منطقی قابل قبول نیست.



در صورت وجود دلیل قابل قبول برای امتناع از خدمات پزشکی به بیمار، باید راهکارهای دیگری برای ارائه خدمات درمانی اندیشیده شود.



سلامت در تعارض قرار گیرد. مدیران مراکز درمانی در سطوح مختلف باید از این موارد آگاهی داشته باشند و ضمن اقدامات پیشگیرانه برای موقعیت‌های غیر قابل پیش‌بینی، خدمات مشاوره‌ای را نیز در نظر بگیرند.

منابع:

- میرناصری، سیدمحمد مهدی؛ پوستچی، حسین؛ مشفق، معصومه؛ شکروی، سارا؛ محمدنژاد، مهدی؛ شاکری، رامین؛ ملک‌زاده، رضا (۱۳۸۹). «خطر انتقال ویروس هپاتیت B از طریق آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی: مطالعه‌ای آینده‌نگر در یک منطقه آندمیک گوارش». ۱۲: ۱۶-۱۹.

- حاجیان، اسکندر؛ هاشمی، سیدجلال؛ مسجدی‌زاده؛ چراغی (۲۰۰۶). «بررسی ریسک انتقال ویروس هپاتیت C به دنبال آندوسکوپی دستگاه گوارش». یافته. ۸(۳): ۴۷-۵۴.

- Ciancio A, Manzini P, Castagno F, D'Antico S, Reynaud P, Coucourde L, Ciccone G, Del Piano M, Ballarè M, Peyre S, Rizzi R. Digestive endoscopy is not a major risk factor for transmitting hepatitis C virus. *Annals of internal medicine*. 2005 Jun 7;142(11):903-9.

-Henriot P, Castry M, Luong Nguyen LB, Shimakawa Y, Jean K, Temime L. Meta analysis: Risk of hepatitis C virus infection associated with hospital based invasive procedures. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2022 Aug;56(4):558-69.

شاغلان حرف پزشکی و وابسته، باید خدمات سلامت را فارغ از هرگونه تبعیض مرتبط با جنسیت، ملیت، نژاد، قومیت، مذهب، موقعیت اجتماعی، سیاسی و اقتصادی و یا نوع بیماری، به همه بیماران مراجعه‌کننده ارائه دهند». بنابراین، نمی‌توان بدون دلیل موجه علمی از ارائه مراقبت‌های پزشکی به بیمار خودداری کرد و همچنین در صورت وجود یک دلیل موجه و منطقی، باید راهکارهای دیگری برای دریافت خدمات درمانی اندیشیده شود تا بیمار در اثر عدم دریافت خدمات درمانی و مراقبتی آسیب نبیند.

مسئولیت‌های پزشکان و دیگر کارکنان درمانی در صورت وجود خطر ابتلا به بیماری‌های شغلی یا مسری رفع نمی‌شود و نظام سلامت باید برای کاهش خطرات، برنامه‌هایی مشخص داشته باشد تا زمینه فعالیت کارکنان نظام سلامت با حداقل احتمال آسیب فراهم شود.

در خصوص مورد یادشده، پزشک متخصص داخلی، با رعایت استانداردهای اصول ایمنی و استفاده از وسایل حفاظت فردی می‌تواند از انتقال عفونت به خود و دیگران کارکنان بخش آندوسکوپی و دیگر بیماران پیشگیری کند.

با توجه به ماهیت عفونت‌های مختلف، مانند انواع هپاتیت و ایدز، باید برنامه‌ریزی‌های ملی و محلی برای مدیریت اقدامات درمانی بیماران مبتلا طراحی شود تا ضمن ارائه خدمات درمانی و مراقبتی، از انگ زنی به بیماران و رفتار تبعیض‌آمیز پیشگیری کرد.

گاه، بهترین اقدام درمانی برای بیمار ممکن است با خواست‌ها و نگرانی‌های پزشک و دیگر کارکنان نظام

دوره گذار طب از سنت به مدرنیته تا احیای دوباره طب سنتی در ایران (۱)

مریم محسنی سیف آبادی^۱

عباس میرزا با اعزام اولین دانشجوی پزشکی به اروپا، آغازگر دوره گذر از پزشکی سنتی به پزشکی مدرن شد. این روند که با تأسیس دارالفنون جنبه رسمی پیدا کرده بود، بالاخره با تأسیس اولین دانشگاه ایران (دانشگاه تهران) و ممنوعیت طب سنتی به توقف مطلق طب مدرن انجامید؛ ولی در دهه‌های اخیر، طب ایرانی به دنبال کسب مشروعیت در مجامع علمی ملی و بین‌المللی است. این مقاله می‌کوشد به ترسیم اجمالی این روند بپردازد. در این شماره، روند گذر از پزشکی سنتی به پزشکی مدرن مورد بررسی قرار می‌گیرد و در شماره بعد، به چگونگی و چرایی روند احیای طب سنتی پرداخته می‌شود.

به درخواست عباس میرزا، سرهارفورد جونز انگلیسی در سال ۱۱۹۰ ش / ۱۸۱۱ م، دو فرد ایرانی را که از خانواده‌های سرشناس آذربایجان بودند، به‌عنوان اولین محصلان ایرانی، برای تحصیل علوم جدید به انگلستان برد. یکی از این دو محصل، حاجی بابا افشار بود که به تحصیل در علم طب و شیمی مأمور شد. این فرد به همراه محصلان کاروران اعزامی دوم، هشت سال بعد، یعنی در سال ۱۱۹۸ ش / ۱۸۱۹ م به ایران بازگشت و به قول مجتبی مینوی، این محصلان برای اولین بار «تخم ترقی و تجدد را در زمین نیکان خود پراکنندند» (مینوی، ۱۳۳۲: ۱۸۱). به این ترتیب، آنان آغازگر دوره گذر از سنت به مدرنیته در تمام حوزه‌ها، از جمله پزشکی شدند.

امیرکبیر با تأسیس دارالفنون به این روند گذر جنبه رسمی داد و کوشید با یک برنامه‌ریزی هدفمند، این روند را به‌گونه‌ای سازمان‌دهی کند که ایران را در مسیر پیشرفت قرار دهد. دارالفنون در ششم دی‌ماه ۱۲۳۰ ش، تقریباً دو ماه و اندی پس از برکناری امیرکبیر و سیزده روز پیش از قتل او رسماً افتتاح شد و با گروهی از اساتید ایرانی و اروپایی و سی شاگرد، به‌طور رسمی کار خود را شروع کرد (مکی، ۱۳۷۳: ۴-۱).

علوم پزشکی، جراحی و داروسازی در کنار علوم متنوع نظامی از اولین رشته‌هایی بودند که در این مدرسه تدریس می‌شدند. در آغاز، طب مدرن و طب سنتی (ایرانی) توأمان به محصلان آموزش داده می‌شد. طب مدرن را دکتر یاکوب ادوارد پولاک اتریشی و طب سنتی را میرزا احمد طبیب کاشانی تدریس می‌کردند (ادمیت، ۱۳۹۷: ۳۶۵-۳۶۶). با وجود مخالفت‌های سنتی‌ها، به دلیل توجه شاه و دربار به طب مدرن، کم‌کم مظاهر طب مدرن در جامعه به رسمیت شناخته شد. پولاک دو سال بعد از تأسیس دارالفنون نخستین کالبدشکافی رسمی به شیوه مدرن را بر جسد یک اروپایی انجام داد (پولاک، ۱۳۶۸؛ وقایع التفاقیه، ۱۲۶۹: ۲). در سال ۱۲۵۲ اولین بیمارستان با نام مریض‌خانه دولتی به دستور ناصرالدین‌شاه قاجار در تهران تأسیس شد (برجسته، ۱۳۹۳) و در سال ۱۲۹۰ اجازه‌نامه‌های طبابت، به طب نوین منحصر شد، اما معضل مهم کمبود پزشک باعث شد که با وجود این قانون، اجازه‌نامه‌های طبیبان طب سنتی تمدید شود (فرقانی، ۱۳۹۵: ۵۴-۵۸).

با روی کار آمدن سلسله پهلوی، روند گذر از سنت به مدرنیته با سیاست‌گذاری‌های اجباری از بالا به پایین و با سرعتی برق‌آسا پیموده شد. ترقی و تجدد ایران تنها در گروی پیروی بی‌چون و چرا از غرب و در یک جمله «از فرق سرتا نوک پا فرنگی شدن»، معنا شد (تقی‌زاده، ۱۳۳۹: ۴۱۷-۴۲۹) و از ویژگی‌های بومی، ارزش‌ها و هنجارهای ملی - مذهبی و همچنین میراث علوم سنتی در

۱. گروه تاریخ علوم پزشکی، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛ mamohseni@muq.ac.ir

زمینه‌های مختلف غفلت شد. در حیطه پزشکی نیز با ممنوعیت کامل طب سنتی، کوشیده شد تا نیاز به پزشک با وارد کردن پزشکان خارجی و همچنین آموزش پزشکان بیشتر، با تأسیس اولین دانشگاه ایران (دانشگاه تهران) در سال ۱۳۱۳ ش برطرف شود و این سیاست‌ها به تفوق مطلق طب مدرن و به حاشیه رفتن طب سنتی با همه سابقه و گنجینه‌های ارزشمندش انجامید.

دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳ ش با تصویب مجلس شورای ملی وقت و با شش دانشکده، از جمله دانشکده پزشکی (با عنوان دانشکده ابن‌سینا)، به‌طور رسمی فعالیت‌های آموزشی خود را با شیوه‌های نوین آغاز کرد و اولین دانشجویان پزشکی در سال ۱۳۲۰ ش از این دانشکده فارغ‌التحصیل شدند. یک سال بعد، اولین مجله علمی ایران، یعنی «مجله دانشکده پزشکی» در اواخر سال ۱۳۲۱ ش در زمان ریاست دکتر شارل ابرلین فرانسوی، دومین رئیس دانشکده پزشکی تهران منتشر شد (شریعت ترقبان. ۱۳۸۵). در شماره اول تا چهارم این مجله، دکتر ابرلین سلسله مقالاتی با عنوان «سازمان آموزش در دانشکده پزشکی» (ابرلین. ۱۳۲۱ و ۱۳۲۲: ۲۶-۳۴) و «برنامه بهداشت در ایران» دارد (ابرلین، ۱۳۲۲: ۱-۱۶) که در آن‌ها، تلاش‌ها و عملکردهای خود در راستای سازمان‌دهی طب مدرن در کشور را به تفصیل بیان کرده است. پزشکی مدرن در دوره ریاست این فرد بر دانشگاه علوم پزشکی تهران با تمام ابعاد در ایران نهادینه شد و سیاست‌گذاری‌های علمی کشور تا زمان انقلاب ۱۳۵۷، مبنی بر ممنوعیت طب سنتی و هر چه بیشتر بها دادن به طب مدرن بود.

با پیروزی انقلاب اسلامی، حامیان طب سنتی به احیای این طب امیدوار شدند؛ چراکه امام خمینی پیش از انقلاب در کتب و سخنرانی‌های خود به لزوم احیای طب سنتی پرداخته بود (خمینی. ۱۳۲۳: ۲۷۹-۲۸۱)؛ ولی وقتی در ۱۷ تیر ۱۳۵۸ جمعی از کارکنان و دانشجویان دانشگاه شیراز و اطبای سنتی این شهر به دیدار امام خمینی رفتند و از ایشان درخواست کردند که طب سنتی را به نام طب اسلامی احیا کنند، امام با تأکید بر اصالت و اهمیت این طب با توجه به شرایط حساس پس از انقلاب، آن زمان را

برای آغاز این کار مناسب ندانستند؛ چراکه اقدام به احیای این طب مخالفت‌هایی را در جامعه پزشکی و حتی غیر پزشکی به دنبال داشت که می‌توانست در شرایطی که حفظ تمامیت ارضی و استقلال کشور در خطر بود، به دست مخالفان انقلاب بهانه دهد و مشکل‌ساز شود. از این رو، امام در این دیدار تأکید می‌کند: «این الآن نباید مطرح شود. الآن شما در شرایطی هستید که بین وجود و عدم کشورتان، بین وجود و عدم مذهب و اسلامتان واقع شده‌اید». امام همچنین به این گروه امید آینده را می‌دهد و می‌گوید: «بعد که این مسائل اساسی را درست، و اساس مملکتان را مستقر کردیم، آن وقت شما بروید سراغ طب سنتی، آن‌ها هم بروند سراغ طب وارداتی» (خمینی. ۱۳۸۹: ۶-۷).

چند ماه بعد از این نشست، ایران درگیر هشت سال جنگ تحمیلی شد و پس از جنگ هم در دوران سازندگی، پرداختن به این موضوع مغفول ماند. ادامه دارد ...

منابع:

- آدمیت، فریدون (۱۳۹۷). امیرکبیر و ایران. تهران: خوارزمی.
- ابرلین، شارل (۱۳۲۱). سازمان آموزش در دانشکده پزشکی (۱ و ۲): ۲۶-۳۴.
- ابرلین، شارل (۱۳۲۲). سازمان آموزش در دانشکده پزشکی (۳): ۲۶-۳۴.
- ابرلین، شارل (۱۳۲۲). برنامه بهداشت برای ایران. مجله دانشکده پزشکی. (۴ و ۵): ۱-۱۶.
- بولاک، یاکوب ادوارد (۱۳۶۸). سفرنامه بولاک «ایران و ایرانیان». محقق کیکاووس جهان‌دای. تهران: خوارزمی.
- تقی‌زاده، سیدحسین (۱۳۳۹). اخذ تمدن خارجی. مجله یغما، (۱۴۹).
- خمینی، روح‌الله (۱۳۸۹). صحیفه امام. تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.
- خمینی، روح‌الله (۱۳۲۳). کشف الاسرار. تهران: کتاب‌فروشی علمیه اسلامی.
- شریعت ترقبان، شمس (۱۳۸۵). پروفیسور ابرلین و نقش او در آموزش پزشکی نوین ایران. تهران: سلسله انتشارات موزه ملی تاریخ پزشکی ایران. دانشگاه علوم پزشکی.
- فرقانی، احمد (۱۳۹۵). طب سنتی، افول تا احیا. نشریه حکمتانه (۸).
- مکی، حسین (۱۳۷۳). زندگانی میرزا تقی خان امیرکبیر. تهران: ایران.
- مینوی، مجتبی (۱۳۳۲). اولین کاروان معرفت. نشریه یغما، (۶۲).
- روزنامه دولت علیه ایران (روزنامه دولتی، دنباله وقایع اتفاقیه). (۱۲۶۹). ش ۱۳۸.

عباس میرزا با اعزام اولین دانشجوی پزشکی به اروپا، آغازگر دوره گذر از پزشکی سنتی به پزشکی مدرن شد. این روند که با تأسیس دارالفنون جنبه رسمی پیدا کرده بود، بالاخره با تأسیس اولین دانشگاه ایران (دانشگاه تهران) و ممنوعیت طب سنتی، به تفوق مطلق طب مدرن انجامید.

اهداء جنین وقالب حقوقی آن



کتاب «اهداء جنین و قالب حقوقی آن» اثر دکتر محمد سلطانیه، در سال ۱۳۹۵ از سوی انتشارات مجد در ۱۵۲ صفحه به چاپ رسیده است.

اهداء جنین، شکل نوین و موفق‌تری از درمان ناباروری است که برای گروهی از زوج‌ها که پیش از این تصور می‌شد هرگز نمی‌توانند صاحب فرزند شوند، امید به ارمغان آورد. از مزیت‌های اهداء جنین می‌توان به این موارد اشاره کرد:

۱. جلوگیری از طلاق‌های ناخواسته و ازدواج‌های مکرر؛
 ۲. راه‌حلی مناسب برای خانواده‌های دارای کودک ناهنجار و یا دچار مشکلات ژنتیکی؛
 ۳. سازگاری با فرهنگ مردم کشورمان؛
 ۴. به دلیل عدم اطلاع دیگران، فرزند دچار مشکل نمی‌شود.
- اهداء جنین در دو حالت انجام می‌گیرد:

۱. در مواردی که مشکل ناباروری مربوط به مرد است؛ به نحوی که مرد قادر به تولید اسپرم نیست.

۲. در زوج‌هایی که بنا به هر دلیل، روش‌های درمان ناباروری در آن‌ها موفق نبوده است، اما زن می‌تواند یک جنین اهدایی را در رحم خود پرورش دهد. در این روش، زوجین بیمار از جنین حاصل از اسپرم و تخمک زن و مرد دیگر - اعم از اینکه بین آن دو رابطه زوجیت باشد یا نه - استفاده می‌کنند. این سلول‌ها در محیط آزمایشگاه، در مجاورت یکدیگر قرار

داده می‌شوند تا پس از لقاح و تقسیمات اولیه، جنین اهدایی به رحم زوجه منتقل شود. به دلیل مزیت‌های گفته‌شده، افراد و حتی مسلمانان زیادی در جهان به سراغ این روش رفته‌اند. لذا ارزیابی و تحلیل این مسئله با قواعد حاکم بر دین مبین اسلام و فقه شیعه امری ضروری به شمار می‌آید. لزوم پاسخ صریح و مستدل فقه شیعه به این مسئله، غیر قابل بحث است. بنابراین، باید در گام نخست عنوان اهداء جنین را به صورت کامل تشریح کرد. در مرحله بعد، باید حکم جواز یا حرمت آن مورد بررسی قرار گیرد و ادله آن از کتاب و سنت برداشته شود. بحث قالب عقد با غیر عقد بودن اهداء جنین نیز عنوانی است که در آخرین فصل به آن پرداخته می‌شود.

لازم است گفته شود که این نوشتار، درصدد انطباق و سازگاری مسئله «اهداء جنین» با قواعد حاکم بر اسلام ناب محمدی ﷺ - همان تشیع - است.

زهره علایی طباطبایی
دانشکده سلامت و دین



زلال سلامت

آب حیات

من که دل از مهر دین آکنده‌ام دیگر چه خواهم
از فروغ روی او تابنده‌ام دیگر چه خواهم
چینه از طوبی همی چیننده‌ام دیگر چه خواهم
تا شب قدر است من ارزنده‌ام دیگر چه خواهم
کاینچنین شنونده و بیننده‌ام دیگر چه خواهم
من که از آب حیاتش زنده‌ام دیگر چه خواهم

من که دل از مهر دنیا کنده‌ام دیگر چه خواهم
بنده‌ام آن را که خورشید از رخ او شرمسارست
تنگ‌دل مرغم ولی در سدره دارم آشیانه
یک‌شب این بیقدر یا هویی کشید از عشق و گفت
دولت قرب نوافل شد نصیب من گدایی
گر حسن بد مرده‌ای اینک ز لطف دوست گوید

علامه حسن‌زاده آملی رحمته‌الله



مجله علمی - اطلاع رسانی
شماره ۵۵
سال پنجم

پیام سلامت و دین (۲۴)

فوشا آنان که دائم در نمازند...

یکی از پیام‌های نمازهای پنج‌گانه این است که همه
شوون زندگی، باید یاد و عبادت خداوند باشند.

مرفه ما می‌تواند یکی از مصادیق تداوم نماز در
زندگی ما باشد.