

الدین محمد

دانش مستدین

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

شماره پروانه انتشار وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۱۹۷۰
سال پنجم، شماره ۵۶، اردیبهشت 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

سر دبیر: 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.

hrj@muq.ac.ir

۰۲۵-۳۷۷۷۵۸۳۳

سخن آغازین

۴..... دعا به سبب تنگی رزق و روزی.....

۵..... **پیام سلامت و دین (۲۵)**.....

سلامت در قرآن و روایات

۶..... تأثیر توکل در سلامت.....
محمود شکوهی تبار، نورا کمالیون، پرستو فرجی

سلامت و مراقبت معنوی

۸..... آشنایی با مراکز دانشگاهی سلامت، معنویت و دین در سایر کشورها...
منصوره تقوی‌نیا

فقه سلامت

۱۰..... احکام جنین سقط شده.....
احمد مشکوری

تحلیل اخلاقی - حقوقی موارد

۱۱..... کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان.....
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

دوره گذار طب از سنت به مدرنیته تا احیای
دوباره طب سنتی در ایران (۲).....
۱۳.....
مریم محسنی سیف‌آبادی

معرفه کتاب

۱۵..... مسئولیت پزشکی.....

زلزل سلامت

۱۶..... وای من و وای من.....

۱۷..... **پیام سلامت و دین (۲۶)**.....



راهنمای نویسندگان

منابع مورد استفاده با نوشتن نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان و سال انتشار در داخل کمان به صورت درون‌متنی آورده شود و فهرست منابع در پایان مقاله به صورت 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



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.

دعا به وقت تنگه رزق و روزی

خدایا! ما را در رزق و روزی‌مان به یقین نداشتن و در مدت زندگی‌مان به درازی آرزو آزمودی؛ تا جایی که روزی‌های تو را، از روزی‌خوران خواستیم، و در آرزوی عمر طولانی، به عمر سال‌خوردگان طمع کردیم. پس بر محمد و آل محمد درود فرست و ما را یقینی راستین بخش که به سبب آن از مشقت طلب روزی بی‌نیازمان کنی و اطمینانی خالص به ما الهام کن تا به سبب آن از شدت رنج و تعب نگاهمان داری، و چنان کن که آنچه در قرآنت به روشنی و بی‌ابهام وعده داده‌ای و از پی آن وعده در کتابت سوگند یاد کرده‌ای، ما را از دویدن در پی رزقی که رساندنش به ما را عهده‌دار شده‌ای، باز دارد، و مانع پریشانی خاطر ما از آنچه ضامن کفایتش شده‌ای، گردد.

پس چنین گفته‌ای و گفته تو حق و راست‌ترین گفته‌هاست و سوگند خورده‌ای و سوگندت عملی‌شده‌ترین سوگندها و سوگندی کامل و اجرایی است: «و روزی‌ شما و آنچه به شما وعده داده شده در آسمان است».

سپس گفتی: «پس به پروردگار آسمان و زمین سوگند، موجود بودن روزی و آنچه به آن وعده داده شده‌اید حق است؛ مانند آن که شما سخن می‌گویید».

منبع:



پیام سلامت و دین (۲۵)

در ارائه خدمات سلامت، چه اندازه به
بورها و ارزش‌های گیرنده خدمت توجه
می‌شود؟

ویژگی بارز مدل انسان‌گرایانه در
عرضه ارائه خدمات سلامت، توجه به
ارزش‌های گیرنده خدمت است.

این مدل در مقابل مدل زیست‌پزشکی
است که در آن بدن مانند ماشین
(مکانیک‌انگاری بدن) در نظر گرفته
می‌شود.

تأثیر توکل در سلامت

محمود شکوهی تبار^۱
نورا کمالیون^۲
پرستو فرجی^۳

تحقیقات درباره دین، معنویت و سلامت در ۳۵ سال گذشته به سرعت رشد کرده است. بسیاری از محققان نیز در راستای شناخت جامع سلامت، به معرفی متغیرهای مذهبی - معنوی در مطالعات خود پرداخته‌اند (Koenig et al. 2021) و از سال ۱۹۹۹ و به‌ویژه از سال ۲۰۰۹ شاهد افزایش قابل توجه تعداد انتشارات در این زمینه هستیم (Demir. 2019).

آموزه‌های دینی تأثیراتی ویژه بر سلامت جسمی و روانی دارد. بررسی‌های کوئینیگ و همکاران (Koenig et al. 2012)، لویین و شیلر و لارسون و همکاران، تأثیرات کلی مثبت دین بر سلامت جسمی و روانی را مشخص کرد و برخی نویسندگان را واداشت تا خواهان احیای روح معنویت در مراقبت‌های بهداشتی باشند (Townsend et al. 2002).

از آموزه‌های مهم و تأثیرگذار دینی در سلامت، توکل است. خواجه عبدالله انصاری در تعریف این مفهوم می‌نویسد: توکل به معنی واگذار کردن همه امور به صاحب آن و اعتماد کردن به اوست و برخی آن را به معنی انقطاع بنده از مخلوقات، در همه آرزوهایش دانسته‌اند (خمینی. ۱۳۷۳: ۲۱۴).

تحقیقات متعدد نزدیک به این معنا که با تعبیر trust in god از آن یاد شده، در دنیا انجام شده است. برخی آن را متضمن سه باور اساسی علم خداوند، قدرت خدای متعالی و خیرخواهی حضرت حق دانسته‌اند (Rosmarin et al. 2009) که حاکی از نزدیکی این مفهوم به «توکل» در ادبیات متون اسلامی است. شواهد، حکایت از تأثیر توکل در ارتقای سلامت جسمی و روانی دارند. برای نمونه، تحقیقات Almaraz و همکاران نشان داد که اعتماد به خداوند رابطه معناداری با حمایت اجتماعی و احساسات افراد مبتلا به سرطان دارد (Almaraz et al. 2022) که دو متغیر اثرگذار در میزان سلامت بیماران سرطانی به شمار می‌رود (Park et al. 2021).

از نظر برخی محققان، از راه‌های اصلی یافتن رابطه بین دین، معنویت و سلامتی، قدرت توکل به خدا، به‌عنوان یک راهبرد مقابله مذهبی در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا (Rosmarin et al. 2011, Büssing et al. 2021, Ladak et al. 2020) مقابله با سرطان (Rassouli et al. 2015, Shaw et al. 2007) HIV (Woods et al. 1999) یا COVID-19 (Javed & Parveen. 2021) است.

در متون اسلامی، توکل بسیار مورد تأکید و توجه قرار گرفته است. در سوره طلاق می‌خوانیم: «... وَ مَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجاً * وَ يَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ وَ مَنْ يَتَّوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ إِنَّ اللَّهَ بَالِغُ أَمْرِهِ قَدْ جَعَلَ اللَّهُ لِكُلِّ شَيْءٍ قَدْرًا (طلاق: ۲-۳)؛ و کسی که از خدا پروا کند برای او راه خروجی (از مشکلات) قرار می‌دهد و او را از راهی که گمان نمی‌برد روزی می‌دهد، و کسی که بر خدا توکل نماید او برایش کافی است؛ مسلماً خداوند رساننده فرمان و تحقق‌بخشنده اراده خویش است؛ همانا خداوند برای هر چیزی اندازه‌ای قرار داده است». پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله درباره این آیه می‌فرماید: «لَوْ أَنَّ النَّاسَ كُلَّهُمْ أَخَذُوا بِهَذِهِ آيَةِ لَكَفَّتْهُمْ» (طبرسی. ۱۴۱۲ ق: ۴۶۸)؛ اگر همه مردم به این آیه عمل می‌کردند، آنان را کفایت می‌کرد».

امام علی علیه السلام فرمود: «مَا كَانَ اللَّهُ لِيُفْتَحَ بَابَ التَّوَكُّلِ وَلَمْ يَجْعَلْ لِلْمُتَوَكِّلِ مَخْرَجاً؛ فَإِنَّهُ سُبْحَانَهُ يَقُولُ: ﴿وَمَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجاً وَيَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ وَ مَنْ يَتَّوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ﴾ (ارشاد

*۱. گروه مطالعات قرآن و حدیث در سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛ shokouhi@muq.ac.ir
۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد علوم قرآن و حدیث، دانشگاه پیام نور آران و بیدگل، اصفهان، ایران.
۳. گروه تحقیقات خون و انکولوژی، بیمارستان آموزشی خدماتی درمانی بهرامی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

-Almaraz, D., Saiz, J., Moreno Martín, F., Sánchez-Iglesias, I., Molina, A. J., Goldsby, T. L., & Rosmarin, D. H. (2022, June). Religiosity, Emotions and Health: The Role of Trust/Mistrust in God in People Affected by Cancer. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 6, p. 1138). MDPI.

- Bü ssing, A.; Starck, L.; van Treeck, K. Strategies to Cope with Phases of Spiritual Dryness in Seventh-Day Adventists. *J. Relig. Health* 2021, 60, 1281-1304.

- Demir, E. The Evolution of Spirituality, Religion and Health Publications: Yesterday, Today and Tomorrow. *J. Relig. Health* 2019, 58, 1-13.

- Javed, S.; Parveen, H. Adaptive Coping Strategies Used by People during Coronavirus. *J. Educ. Health Promot.* 2021, 10, 122.

- Koenig, H & Dana King & Verna B. Carson (2012). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press

- Koenig, H.G.; Hamilton, J.B.; Doolittle, B.R. Training to Conduct Research on Religion, Spirituality and Health: A Commentary. *J. Relig. Health* 2021, 60, 2178-2189.

- Ladak, L.A.; Gallagher, R.; Hasan, B.S.; Awais, K.; Abdullah, A.; Gullick, J. Exploring the Influence of Socio-Cultural Factors and Environmental Resources on the Health Related Quality of Life of Children and Adolescents after Congenital Heart Disease Surgery: Parental Perspectives from a Low Middle Income Country. *J. Patient Rep. Outcomes* 2020, 4, 72.

- Park, J.-H.; Jung, Y.S.; Kim, J.Y.; Bae, S.H. Determinants of Quality of Life in Women Immediately Following the Completion of Primary Treatment of Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* 2021, 16, e0258447.

- Rassouli, M.; Zamanzadeh, V.; Ghahramanian, A.; Abbaszadeh, A.; Alavi-Majd, H.; Nikanfar, A. Experiences of Patients with Cancer and Their Nurses on the Conditions of Spiritual Care and Spiritual Interventions in Oncology Units. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 2015, 20, 25-33. [PubMed]

- Rosmarin, D.H.; Krumrei, E.J.; Andersson, G. Religion as a Predictor of Psychological Distress in Two Religious Communities. *Cogn. Behav. Ther.* 2009, 38, 54-64.

- Rosmarin, D.H.; Pirutinsky, S.; Pargament, K.I. A Brief Measure of Core Religious Beliefs for Use in Psychiatric Settings. *Int J Psychiatry Med.* 2011, 41, 253-261.

- Shaw, B.; Han, J.Y.; Kim, E.; Gustafson, D.; Hawkins, R.; Cleary, J.; McTavish, F.; Pingree, S.; Eliason, P.; Lumpkins, C. Effects of Prayer and Religious Expression within Computer Support Groups on Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncol.* 2007, 16, 676-687.

- Townsend, M., Kladder, V., Ayele, H., & Mulligan, T. (2002). Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *Southern medical journal*, 95(12), 1429-1435.

- Woods, T.E.; Antoni, M.H.; Ironson, G.H.; Kling, D.W. Religiosity Is Associated with Affective Status in Symptomatic HIV-Infected African-American Women. *J. Health Psychol.* 1999, 4, 317-326.

القلوب. ۱۴۱۲ ق: ۱/۱۴۹؛ نمی شود کسی به خداوند توکل کند، ولی راهی برای خروج از مشکلات بروی نگشاید و امورش را سامان ندهد!».

از پندهای خداوند متعال به حضرت عیسی علیه السلام این بود: «تَوَكَّلْ عَلَيَّ أَكْفِكَ، وَلَا تَوَكَّلْ عَلَيَّ غَيْرِي فَأُخَذَ لَكَ (کلینی). ۱۴۰۷ ق: ۸/۱۳۲؛ به من توکل کن تا امور تو را کفایت کنم».

تقویت توکل به خداوند، در گرو شناخت خداست. ایمان و باور به اینکه اولاً، خداوند عالم به همه نیازهای مادی و معنوی بندگان است. قادر مطلق است و قدرت لازم برای رفع نیازهای آنان را دارد و نسبت به بندگان رئوف و رحیم است و بخل در ذات مقدسش راه ندارد. ولایت بندگان را نیز بر عهده گرفته است و خود را یار و یاور و مدافع مؤمنان خوانده است.

همچنین، تقویت باور به توحید افعالی در این زمینه راهگشاست. توحید افعالی به معنای باور به این مسئله است که همه نظام‌های علی و معلولی موجود در جهان و هر چیزی که در این عالم اتفاق می‌افتد، فعل خداست. هیچ موجودی به صورت مستقل نمی‌تواند فعلی انجام دهد و همه موجودات در انجام کارهای خود به فعل خدا و اراده او وابسته‌اند. بر پایه توحید افعالی، همان‌طور که خداوند در ذاتش شریکی ندارد، در فاعلیت هم شریک ندارد؛ یعنی هر کاری که هر مخلوقی انجام می‌دهد، فعل خداست.

همچنین، مطالعه آیات و روایاتی که نشان می‌دهد خداوند با عمل به وعده نصرت مؤمنان، آنان را یاری کرده است، می‌تواند به تقویت توکل کمک کند. در این زمینه، داستان‌های قرآنی امیدبخش و تاریخ سراسر امید صدر اسلام که بیانگر حمایت خدای متعالی است، می‌تواند به تقویت توکل بیانجامد.

براین اساس می‌توان از آموزه توکل و اعتماد به خداوند، به عنوان یک مداخله مؤثر در ارتقای سلامت بهره گرفت.

منبع:

- قرآن کریم.

- طبرسی، حسن بن فضل (۱۴۱۲ ق). مکارم الاخلاق. قم: الشریف الرضی.

- دبلمی، حسن بن محمد (۱۴۱۲ ق). ارشاد القلوب الی الصواب (للدبلمی). قم: الشریف الرضی.

- کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷ ق). الکافی. تهران: دار الکتب الإسلامية.

- خمینی، روح‌الله (۱۳۷۱). چهل حدیث. تهران: موسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.

آشنایی با مراکز دانشگاهی سلامت، معنویت و دین در سایر کشورها

منصوره تقوی نیا^۱

دنیا و اطلاع از موقعیت و اهداف آن‌ها، به دانشمندان و پژوهشگران، و مراکز علمی و دانشگاه‌ها کمک می‌کند تا با برقراری ارتباط و مکاتبه با آن‌ها مسیری را برای ایجاد تنظیم تفاهم‌نامه‌های مشترک طراحی کنند و فعالیت خود را از سطح ملی به سمت بین‌المللی شدن گسترش دهند. با جستجو در موتور جستجوی گوگل و پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، از جمله پابمد، اسکوپوس، ساینس دایرکت و با استفاده از کلیدواژه‌های معنویت، دین، سلامت روان، آموزش بیمار، آموزش بالینی، مراکز تحقیقات، مراکز سلامت معنوی و سلامت و دین، لیستی از مراکز علمی و دانشگاهی که در حوزه معنویت، سلامت و دین در خارج از ایران فعالیت داشتند، تهیه شد (جدول ۱).

بر اساس اهداف مراکز شناسایی‌شده، اغلب مراکز بر فعالیت در سطح بین‌المللی و مشارکت و تعامل با همه ادیان و مذاهب و جوامع مختلف تمرکز دارند. این فرصتی مغتنم است که مراکز فعال در حوزه سلامت، معنویت و دین در کشورمان ایران با برقراری تعامل و ارتباط با این مراکز، فعالیت خود را در سطوح بین‌المللی گسترش دهند؛ از فعالیت‌های دیگر کشورها در حوزه سلامت، معنویت و دین با محوریت دین اسلام مطلع شوند و در تبیین آموزه‌های دین مبین اسلام در این حوزه به دیگر کشورها و ایران بیشتر بکوشند و نتایج فعالیت‌ها و مطالعات خود را بیشتر به دنیا ارائه کنند.

در جنگ جهانی دوم، سلامت جوامع با خطرات جدی فراوان، از جمله بحران‌های روحی روانی مواجه گردید و این موضوع مهم، موجب شد سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۶ تعریف سلامت را در سه بُعد جسمانی، روانی و اجتماعی تدوین کند (Larson, 1996). دانشمندان ابعاد سلامت را عملیاتی کردند و دریافتند که سلامت به بُعد دیگری به نام معنویت نیاز دارد تا تعریف سلامت تکمیل شود (Larson, 1996). در عصر کنونی، با توجه به شرایط بحرانی دنیا در مسائل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، آموزشی و تربیتی، سبک زندگی و مسائل فردی، اختلالات و معضلات روحی و روانی رو به فزونی گذاشته است. انسان بیشتر از هر چیزی نیازمند یک ابزار آرامش‌بخش درونی است که تحمل و تاب‌آوری او را بالا ببرد و روند زندگی را برای او آسان‌تر سازد. این ابزار چیزی جز معنویت نیست و سلامت معنوی، بخشی از مهم‌ترین ابعاد سلامت، و داروی شفابخش بشر است (Atashzadeh-Shoorideh et al., 2016). از این رو، متمرکز شدن مراکز علمی و دانشگاهی بر حوزه مطالعات میان‌رشته‌ای سلامت، معنویت و دین اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. آشنایی با مراکز علمی فعال در این حوزه در دیگر کشورهای

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد علوم قرآن و حدیث در سلامت، گروه علوم قرآن و حدیث در سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. taghaviniam@gmail.com

۲. دکترای تخصصی آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.



جدول ۱. لیست مراکز فعال در حوزه سلامت، معنویت و دین در دیگر کشورها

نام مرکز	آدرس اینترنتی	توضیحات
Luther Centre for Spirituality, Disability, and Care	https://luther.wlu.ca/news/2021/Fall/spotlight-disability-centre.html	واقع در: کانادا، واترلو، دانشگاه ویلفرد لوریر Wilfrid Laurier University, Waterloo, Ontario, Canada تاریخ تأسیس: ۱۹۱۱ این مرکز برای برقراری تعامل فعال با محققان، متخصصان، ذینفعان جامعه، جوامع مذهبی و مراقبان افراد دارای معلولیت ایجاد شده است و بر دانش و تجربیات جمعی ذینفعان از جوامع مختلف تمرکز دارد.
Durham University, Centre for Spirituality, Theology & Health (CSTH)	https://www.durham.ac.uk/research/institutes-andcentres/spirituality-theology-health/about-us	واقع در: انگلستان، دورهام، دانشگاه دورهام Durham University, Durham, England تاریخ تأسیس: ۱۸۳۲ این مرکز تحقیقاتی و آموزشی یک مرکز بین‌رشته‌ای و بین‌حرفه‌ای در دانشگاه دورهام است و بر الهیات با موضوعات مربوط به عملکرد بالینی و راهنمای معنوی در کلیسا در رابطه با معنویت و سلامت تمرکز دارد. اصل همکاری و تعامل این مرکز مربوط به اعتقادات یهودی - مسیحی است، اما از همکاری با همه ادیان و مذاهب استقبال می‌کند. این مرکز علاقه‌مند به شکوفایی درک انسان در معنویت است.
University of Minnesota, Earl The E. Bakken Center for Spirituality & Healing	https://csh.umn.edu/academics/for-credit-courses/overview	واقع در: ایالات متحده آمریکا، مینه سوتا، شهرهای دوکلسو مینیاپولیس و سنت پل، دانشگاه مینه سوتا University of Minnesota, Driven and Discover, the Twin Cities of Minneapolis and Saint Paul, Minnesota, United States تاریخ تأسیس: ۱۹۹۵ این مرکز فرصت‌های یادگیری بین‌رشته‌ای بسیاری را ارائه می‌دهد. چشم‌انداز آن ارتقاء سلامت و رفاه افراد، سازمان‌ها و جوامع از طریق سلامت و درمان یکپارچه است. این مرکز با ارائه آموزش و انجام تحقیقات دقیق برای طراحی مدل‌های یکپارچه مراقبت، راه‌حل‌های نوآورانه‌ای به سازمان‌ها و جوامع برای ارتقاء سلامت و رفاه ارائه می‌دهد. بیش از ۱۹۷۰۰ دانشجو در هر سال تحصیلی دوره‌های این مرکز را می‌گذرانند و سالانه هزاران نفر در برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی مرکز شرکت می‌کنند. اعضای هیئت‌علمی مرکز در گروه‌های تحقیقاتی بین‌رشته‌ای در داخل و خارج دانشگاه مشارکت دارند.



<p>University of Aberdeen, Centre The and Disability ,for Spirituality, Health</p>	<p>https://www.abdn.ac.uk/sdhp/centre-for-spirituality-health-and-disability-182.php</p>	<p>واقع در: انگلستان، آبردین، دانشگاه آبردین، کالج کینگ، دانشکده الهیات</p> <p>School of Divinity with Religious Studies and Philosophy, King's College, University of Aberdeen, Aberdeen, United Kingdom</p> <p>تاریخ تأسیس: موجود نبود.</p> <p>این مرکز، تمرکز دوگانه‌ای بر رابطه بین معنویت، سلامت و شفا و اهمیت بُعد معنوی برای شیوه‌های مراقبت‌های بهداشتی معاصر، و حکمت الهی معلولیت دارد. هدف مرکز این است که دانشجویان، محققان، پزشکان و مربیان را قادر سازد تا با یکدیگر برای توسعه پروژه‌های تحقیقاتی خلاقانه همکاری کنند. این مرکز گروه‌های چند رشته‌ای را تشویق می‌کند تا برای توسعه شبکه‌هایی که پروژه‌های مشارکتی هیجان‌انگیز و خلاقانه تولید می‌کنند، از سراسر جهان گرد هم بیایند. این مرکز مکانی ایدئال برای پاسخ‌گویی به نیازهای پروژه‌های تحقیقاتی مشترک، میزبانی کنفرانس‌ها و نظارت بر دانشجویان در سطوح تحصیلات تکمیلی و پسا دکتراست.</p>
<p>Centre for Autism and theology</p>	<p>https://www.abdn.ac.uk/sdhp/centre-for-the-study-of-autism-and-christian community1725.php#panel2095</p>	<p>واقع در: انگلستان، آبردین، دانشگاه آبردین، کالج کینگ، دانشکده الهیات</p> <p>School of Divinity with Religious Studies and Philosophy, King's College, University of Aberdeen, Aberdeen, United Kingdom</p> <p>تاریخ تأسیس: موجود نبود.</p> <p>مرکز اوتیسم و الهیات که پیش‌تر مرکز مطالعات اوتیسم و جامعه مسیحی نامیده می‌شد، یک مرکز میان‌رشته‌ای بین‌المللی برای تحقیقات اوتیسم و الهیات است. برای این منظور، این مرکز میزبان تحقیقات میان‌رشته‌ای درباره اوتیسم در جوامع مذهبی مسیحی و تعامل با دیگر جوامع مذهبی و توسعه تعامل با افراد با ایمان و رشته‌های دانشگاهی است. هدف این مرکز تشویق برای تحقیقات با بالاترین استانداردها، مشارکت با جوامع مذهبی مختلف، همکاری فعالانه با افراد اوتیستیک و کمک به تقویت درک مثبت از اوتیسم، با تکیه بر کتاب مقدس و سنت‌های الهی و کمک به واقعیت زندگی اوتیسم است.</p>
<p>Duke University, Centre for Spirituality and Health ,ality Theology</p>	<p>https://spiritualityand-health.duke.edu</p>	<p>واقع در: ایالات متحده آمریکا، کارولینای شمالی، دورهام، دانشکده پزشکی، دانشگاه دوک</p> <p>The Duke University, School of Medicine, Durham, North Carolina, USA</p> <p>تاریخ تأسیس: ۱۹۹۸</p> <p>تمرکز این مرکز بر انجام تحقیقات، آموزش دیگران برای انجام تحقیقات، و ترویج فعالیت‌های علمی مرتبط با دین، معنویت، و سلامت در ارتباط با سلامت عمومی و عملکرد بالینی است. این مرکز به دنبال حمایت و تشویق گفتگو بین محققان، پزشکان، الهیات، روحانیون و دیگر علاقه‌مندان به این حوزه است.</p>

<p>University of Groningen, Centre The and Wellbeing ,for Religion, Health</p>	<p>https://www.rug.nl/research/centre-for-religious-studies/research-centres/centre-religion-health-well-being/organisation</p>	<p>واقع در: هلند، شهر گرونینگن، دانشگاه گرونینگن</p> <p>The University of Groningen, the city of Groningen, .Netherlands</p> <p>تاریخ تأسیس: موجود نبود.</p> <p>این مرکز بر پژوهشگرانی متمرکز است که در موضوعات مربوط به دین، سلامت و رفاه در دانشکده الهیات و مطالعات دینی در دانشگاه گرونینگن کار می‌کنند. تحقیقات این مرکز موضوعات متعددی، مانند جستجوی معنا، معنویت، کار، مسائل اخلاقی پیرامون پایان زندگی، و تنوع در نگرش‌های مذهبی و فرهنگی به بیماری و سلامت را پوشش می‌دهد و به دانشکده بهداشت عمومی Aletta Jacobs، مرکز بهداشت و علوم انسانی گرونینگن و مرکز علوم اجتماعی سلامت و رفاه وابسته است.</p>
<p>The Research Institute for Spirituality (and Health) (RISH)</p>	<p>/https://www.rish.ch/en</p>	<p>واقع در: سوئیس، کلینیک پزشکی SGM در لانگینتال</p> <p>The SGM clinic in Langenthal, Switzerland</p> <p>تاریخ تأسیس: ۱۹۸۷-۲۰۰۴</p> <p>مؤسسه تحقیقاتی معنویت و سلامت، تحقیقات، آموزش و شبکه‌سازی در زمینه دین، معنویت و سلامت را هم در سوئیس و هم در سراسر اروپا با یک رویکرد جامع در پزشکی ترویج می‌کند.</p>
<p>Religion, Spirituality, and Health Scientific Interest Group (RSH-SIG)</p>	<p>https://oir.nih.gov/signs/religion-spirituality-health-scientific-interest-group</p>	<p>واقع در: ایالات متحده آمریکا، بتسدا، مریلند، ۱۰ مایل به مرکز واشنگتن دی سی، مؤسسه ملی بهداشت، دفتر تحقیقات درون دانشگاهی</p> <p>Office of Intramural Research, National Institutes of Health (NIH), 10 miles from the center of Washington Maryland, Bethesda ,DC</p> <p>تاریخ تأسیس: اکتبر ۲۰۲۰</p> <p>این گروه برای تقویت ارتباطات، ترویج همکاری و تسهیل تبادل اطلاعات در حوزه دین، معنویت و سلامت و به‌منظور ارتقاء مراقبت کل‌نگر و شخص‌محور در زمینه‌های پیشگیری، درمان، و بهبودی از اعتیاد و دیگر بیماری‌ها و شرایط بهداشتی تأسیس شده است.</p>
<p>NUPES - Research Center in Spirituality and Health</p>	<p>https://www.ufjf.br/nupes-eng</p>	<p>واقع در: برزیل، دانشگاه فدرال جوئیز دی فوراً</p> <p>The Federal University of Juiz de Fora, Brazil</p> <p>تاریخ تأسیس: موجود نبود.</p> <p>این مرکز به‌منظور توسعه تحقیقات بین‌رشته‌ای در معنویت و سلامت ایجاد شده است و با شبکه گسترده‌ای از محققان ملی و بین‌المللی همکاری می‌کند تا به قطب علمی در معنویت و سلامت تبدیل شود. اطلاعات به‌روز و معتبری را از طریق رسانه‌های غیررسمی در اختیار عموم قرار می‌دهد. این مرکز با برنامه بهداشت دانشکده پزشکی دانشگاه فدرال جوئیز دی فوراً ادغام شده است و برنامه‌هایی را در علوم بهداشتی در مقاطع کارشناسی ارشد و دکترا ارائه می‌دهد.</p>

<p>The Oxford Centre for Spirituality (and Wellbeing) (OxCSWell)</p>	<p>https://www.oxford-health.nhs.uk/oxcswell</p>	<p>واقع در: بریتانیا، آکسفورد، لیتلمور، جاده سندفورد، مرکز سلامت روان لیتلمور، بنیاد سلامت آکسفورد</p> <p>Oxford Health NHS Foundation Trust (OHFT), Littlemore Mental Health Centre, Sandford Road, Littlemore, Oxford, United Kingdom</p> <p>تاریخ تأسیس: موجود نبود.</p> <p>مرکز معنویت و سلامت آکسفورد پیوندهای قوی با دانشگاه آکسفورد بروکس، از جمله مؤسسه پرستاری، مامایی و تحقیقات بهداشتی وابسته به آکسفورد دارد که هدف آن رهبری و هدایت تحقیقات در سطح جهانی و مراقبت مبتنی بر شواهد است. این مرکز از پژوهش‌های مرتبط با مراقبت معنوی، به‌عنوان یک بُعد اساسی از مراقبت کل‌نگر و شخص‌محور حمایت می‌کند و بر توسعه و انتشار یک مدل مراقبت یکپارچه و جامع متمرکز است.</p>
<p>The Initiative on Islam and Medicine ((II&M</p>	<p>https://www.medicine-andislam.org</p>	<p>واقع در: ایالات متحده آمریکا، ایلینوی، دانشگاه تحقیقاتی خصوصی شیکاگو</p> <p>The University Chicago, Illinois</p> <p>تاریخ تأسیس: موجود نبود.</p> <p>یک مرکز تحقیقاتی پیشرو بین‌بخشی در اسلام و زیست پزشکی است. تمرکز این مرکز بر بهبود سلامت مسلمانان آمریکایی از طریق ارزیابی چگونگی شکل‌گیری رفتارهای بهداشتی و تجربیات بهداشتی بیماران مسلمان بر اساس ایمان آن‌ها و بسیج این دانش در راستای توسعه مداخلات و سیاست‌های بهداشتی مبتنی بر شواهد و فرهنگی و توسعه یک حوزه دانشگاهی و چند رشته‌ای اخلاق زیستی اسلامی و تشریح شکاف‌های گفتمانی و روش‌شناختی در بدنه رو به رشد ادبیات اخلاق زیستی اسلامی است. همچنین، این مرکز دارای دوره آموزشی گفتمان اخلاق زیستی اسلامی برای دانشجویان پزشکی است.</p>

منابع:

-Atashzadeh-Shoorideh, F., Karamkhani, M., Shokri Khubestani, M., Fani, M., & Abdoljabbari, M. (2016). Searching the concept of spiritual well-being and the indices of healthy individuals in different religions and creeds. *Journal of Pizh hish dar d n va Sal mat (i.e., Research on Religion & Health)*, 2(4), 63-71. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v2i4.14204>

-Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social indicators research*, 38(2), 181-192.

احکام جنین سقط شده

احمد مشکوری^۱

در سه شماره پیشین، احکام سقط جنین از حیث حرمت و حلیت بررسی شد. اکنون، این پرسش مطرح است که در برخورد با جنین سقط شده چه احکامی را باید رعایت کرد؟

پاسخ این سوال در این مساله نهفته است که جنینی که دارای روح باشد یعنی اصطلاحاً روح انسانی در او ولوج یافته باشد نفس محترمه به شمار می رود و دستکم همانند یک کودک مسلمان با او برخورد می شود، اما جنین، پیش از ولوج روح از جنین جایگاهی برخوردار نیست؛ به همین دلیل است که احکام پیش از ولوج روح با پس از ولوج روح تفاوت قابل توجهی دارد.

بدین ترتیب، اگر جنینی پس از ولوج روح سقط شود یا مرده به دنیا بیاید، باید با رعایت آداب تدفین کودک مسلمان به خاک سپرده شود و نگهداری جنین مرده در شیشه و... به جز در موارد ضرورت جایز نیست (مکارم شیرازی. بی تا، ۱) و حتی اگر بین جسد جنین و بدن فردی تماس برقرار شود، غسل مس میت بر آن فرد واجب می شود. نظر برخی مراجع تقلید را در این خصوص ملاحظه می کنیم.

۱- جنین سقط شده... اگر چهار ماه تمام یا بیشتر داشته باشد، لازم است به طور متعارف او را غسل، حنوط و کفن و سپس دفن کرد... (فاضل لنکرانی. بی تا).

۲- بچه سقط شده ای را که چهار ماه یا بیشتر دارد باید غسل دهند... (مکارم شیرازی. بی تا، ۲).

۳- بچه سقط شده را اگر چهار ماه یا بیشتر دارد یا اگر چهار ماه ندارد، ولی خلقتش تمام باشد، باید غسل بدهند (صافی گلپایگانی. بی تا).

۴- بچه سقط شده را اگر چهار ماه یا بیشتر دارد، باید غسل بدهند، بلکه اگر چهار ماه هم ندارد، ولی ساختمان بدنش تمام شده است، باید بنا بر احتیاط واجب - او را غسل دهند (سیستانی. بی تا).

اما جنینی که ولوج روح در او صورت نگرفته است نیاز به غسل ندارد، بلکه تنها تدفین می شود.

۱- اگر کمتر از آن باشد [چهار ماهگی جنین] بنا بر احتیاط واجب در پارچه ای بپیچند و بدون غسل دفن کنند (مکارم شیرازی. بی تا، ۲).

۲- اگر چهار ماه ندارد و خلقتش هم تمام نشده است، باید در پارچه ای بپیچند و بدون غسل دفن کنند (صافی گلپایگانی. بی تا).

۳- جنین سقط شده، در صورتی که کمتر از چهار ماه دارد، باید در پارچه ای پیچیده و بدون غسل دفن شود (فاضل لنکرانی. سایت، بی تا).

۴- باید بنا بر احتیاط، در پارچه ای بپیچند و بی غسل دفن کنند (سیستانی. بی تا).

نکته آخر در خصوص نماز میت است که برای جنین سقط شده واجب نیست؛ چراکه نماز میت برای مسلمانی که دست کم شش سال داشته یا قدرت تمیز داشته باشد و معنای نماز را بداند واجب می شود (امام خمینی. ۱۴۲۴ق).

منابع:

- امام خمینی (۱۴۲۴ق). توضیح المسائل (محشّی). ج ۱، ص ۳۳۳. قم: دفتر انتشارات اسلامی.

- فاضل لنکرانی، محمد (بی تا). احکام پزشکان و بیماران. ص ۷۷، م ۱۹۰، بی جا، بی تا.

- مکارم شیرازی، ناصر. قابل دستیابی در تارنمای. <https://makarem.ir/ahkam/fa/tag/index/100286/%d8%ac%d9%86%db%8c%d9%86?page=1>

- <https://www.makarem.ir/main.aspx?typeinfo=21&lid=0&catid=41941&mid=252374>

- صافی گلپایگانی، لطف الله. قابل دستیابی در تارنمای www.saafi.com/book/1695

- فاضل لنکرانی، محمد. قابل دستیابی در تارنمای http://www.lankarani.com/far/library/view.php?action=view&id_76=page&197=book

- سیستانی، سید علی. قابل دستیابی در تارنمای <https://www.sistani.org/persian/book/50/22>

۱. گروه فلسفه و اخلاق سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
a.mashkooori@gmail.com

تحلیل مورد

درد، از مشکلات شایع بیماران دارای سرطان پیشرفته است که به میزان بسیار زیادی، کیفیت زندگی را در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی تحت تأثیر قرار می‌دهد (Mertilus et al 2021).

از جمله تکالیف ارائه‌کنندگان مراقبت و خدمات سلامت (بندهای ۸-۱ و ۱۴-۱۶ منشور حقوق بیمار جمهوری اسلامی ایران، و نیز مواد ۱۲، ۴۵، راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران) تلاش برای کاستن درد و رنج بیمار است.

لزوم تلاش برای کاستن درد و رنج بیمار از اصل سودرسانی (beneficence) از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی و اصل نوع دوستی (altruism) از اصول شش‌گانه حرفه‌مندی هم استخراج می‌شود.

شرایط جسمی ناشی از بیماری در مبتلایان به سرطان، سبب ایجاد مشکلات روان‌شناختی، از جمله افسردگی می‌شود که ناامیدی و دیگر پیامدهای افسردگی، ممکن است بر تصمیم‌گیری و مشارکت‌های درمانی اثرات منفی داشته باشد (Kelly et al 2020).

به نظر می‌رسد که بیمار یادشده در

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

تحلیل اخلاق - حقوق موارد**کنترل درد بیماران مبتلابه سرطان**

حمید آسایش^۱

احمد مشکوری^۱

محسن رضایی آدریانی^۱

پرسه مورد

آقای «م» ۵۵ ساله، حدوداً از دو سال پیش به سرطان پیشرفته مثانه مبتلا شده و تحت درمان جراحی و شیمی‌درمانی قرار گرفته است. هم‌اکنون دگرشینی (metastasis) به چند عضو داخلی، از جمله کبد و استخوان شده و به دلیل درد شدید در بیمارستان بستری شده است. وی در طول مدت ابتلا، به دلیل مصرف خودسرانه ترکیبات مخدر (شیره تریاک) به این مواد نیز وابسته شده و مصرف داروهای مسکن معمول در بیمارستان کمک زیادی به تسکین درد وی نکرده است و پیاپی از پزشک و پرستاران دوزهای بالاتر داروهای مسکن را درخواست می‌کند و می‌گوید: «برای من مهم نیست! به من دارو بدهید! یا دردم تسکین یابد و یا از این زندگی خلاص می‌شوم! من راضی هستم شما به من دارویی بدهید و مرا از این بیماری و زندگی فلاکت‌بار نجات دهید!».

کنترل مؤثر درد در بیماران سرطانی، تحمل دیگر مشکلات ناشی از بیماری را برای بیمار آسان می‌کند.

انجام مراقبت‌های تسکینی چندبعدی (جسمی و روانی) برای بیماران سرطانی ضرورت دارد.

بیمار آسان می‌کند و درخواست اقداماتی، از قبیل دریافت داروی اضافی به قصد پایان دادن به زندگی را به میزان زیادی کاهش می‌دهد. بر اساس شواهد، نگرش بیماران و آگاهی آنان از مراقبت‌های پایان حیات، با نگرش آنان به مرگ ارتباط دارد. بنابراین، مشاوره‌های تخصصی کنترل درد و طب تسکینی باید به صورت برنامه‌ریزی شده پیگیری شود (Yun et al 2018. Erdek 2015).

منابع:

- Mertilus DS, Lengacher CA, Rodriguez CS. A review and conceptual analysis of cancer pain self-management. *Pain Management Nursing*. 2021 May 16.

- Kelly DL, Yang GS, Starkweather AR, Siangphoe U, Alexander-Delpech P, Lyon DE. Relationships among fatigue, anxiety, depression, and pain and health-promoting lifestyle behaviors in women with early-stage breast cancer. *Cancer nursing*. 2020 Mar 1;43(2):134-46.

- محقق داماد، مصطفی. فقه پزشکی. نشر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۹۱. تهران

- Yun YH, Kim KN, Sim JA, Yoo SH, Kim M, Kim YA, Kang BD, Shim HJ, Song EK, Kang JH, Kwon JH. Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population. *BMJ open*. 2018 Sep 1;8(9):e020519.

- Erdek M. Pain medicine and palliative care as an alternative to euthanasia in end-of-life cancer care. *The Linacre Quarterly*. 2015 May;82(2):128-34.

- والی، علیرضا. جاهد محسن. اصل اثر دوگانه و کاربردهای آن در اخلاق پزشکی. *مجله اخلاق زیستی - علمی پژوهشی* ۶/ ۱۳۹۵: (۹۱) ۴۹-۷۳.

این گزارش، افسرده شده است و انجام مشاوره روان‌پزشکی و اقدامات درمانی چندبعدی (دارودرمانی و روان‌درمانی) می‌تواند بر کیفیت زندگی و به‌طور ویژه بر کنترل درد بیمار نیز اثرات مثبت داشته باشد. این احتمال وجود دارد که شرایط دشوار جسمی و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن، بتواند بیمار را به سوی اقدامات آسیب‌رسان، همچون خودکشی سوق دهد.

■ درخواست بیمار برای دریافت داروهای مسکن اضافی حتی به حد احتمال مسمومیت و مرگ، به نوعی درخواست مرگ ترحمی (eu-thanasia) از سوی بیمار می‌باشد که در رویکرد اسلامی، اقدام برای از بین بردن خود یا دیگری به شدت مذموم و شرعاً حرام می‌باشد همچنین انواع فعال و غیر فعال مرگ ترحمی در شرع اسلام، قتل نفس محسوب می‌شود و بر اساس دلایل متعدد فقهی پذیرفته شده نیست (محقق داماد ۱۳۹۱).

■ قاعده اثر دوگانه، که یکی از قواعد مهم در فلسفه اخلاق و روشی برای حل مشاجرات اخلاقی است نیز می‌تواند در این مورد مطرح باشد. اصل اثر دوگانه بیان می‌کند اگر یک عمل دو اثر - یا بیشتر - داشته باشد که یکی از آن‌ها خوب و دیگری بد است، می‌توان برای حل دوراهی اخلاقی به این قاعده رجوع کرد. بر اساس این قاعده، فاعل اخلاقی هیچ‌گاه مجاز نیست عامدانه عمل بدی را برای رسیدن به نتایج خوب انجام دهد، اما گاهی - مشروط به شرایطی - مجاز است که عمل خوبی را انجام دهد، به‌رغم اینکه می‌داند این عمل نتایج بدی را نیز به‌صورت ناخواسته به دنبال خواهد داشت (بحث‌های زیادی درباره کاربرد این قاعده در پزشکی وجود دارد که ان‌شاء الله در تحلیل‌های آتی پیگیری خواهد شد).

در اغلب موارد، کنترل مؤثر درد در بیماران سرطانی، تحمل دیگر مشکلات بیماری را برای

دوره گذار طب از سنت به مدرنیته تا احیای دوباره طب سنتی در ایران (۲)

مریم محسنی سیف آبادی^۱

تیر ۱۳۸۰ بخش‌نامه‌های سابق وزارت بهداشت درباره ممنوعیت حجامت را لغو کرد (دیوان عدالت اداری. ۱۳۸۰).

اما جو حاکم بر جامعه علمی و پزشکی کشور سبب شد تا سال ۱۳۸۳ حتی پزشکان نتوانند آشکارا حجامت کنند و دیگر درمان‌های طب سنتی را به کار گیرند؛ تا اینکه سیاست‌گذاری‌های بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت، احیای طب سنتی در کشور را تسهیل کرد.

در سال ۱۹۷۲ میلادی نخستین بارقه‌های گرایش به طب سنتی در سازمان جهانی بهداشت پدیدار شد (مصطفوی کاشانی و پاک‌دامن. ۱۳۵۸: ۸-۱۱) و در سال ۱۹۷۸ سازمان جهانی بهداشت برای جامه عمل پوشاندن به شعار خود، یعنی «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» توسعه طب سنتی را به دو دلیل در دستور کار خود قرار داد؛ یکی دسترسی نداشتن بسیاری از مردم جهان به خدمات اولیه بهداشتی - درمانی و دیگری، نارضایتی از طب جدید، به دلیل رواج بیماری‌های مزمن و عوارض جانبی داروهای شیمیایی (WHO. 1978).

در سال ۲۰۰۲ میلادی در اولین راهبرد، سازمان جهانی بهداشت کتابی با عنوان «استراتژی طب سنتی سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵» را تدوین کرد و به بیان راهبردهای اساسی برای گسترش استفاده از ظرفیت طب سنتی و مکمل در نظام سلامت پرداخت و به کشورهای عضو، تکلیف کرد که خدمات خود را در حوزه طب سنتی در نظام سلامت ادغام و از این ظرفیت استفاده نمایند. در این راهبرد، چهار محور در نظر گرفته شد: ۱. سیاست‌گذاری؛ ۲. ایمنی، اثربخشی و کیفیت؛ ۳. دسترسی؛ ۴. استفاده منطقی (WHO. 2002).

در شماره پیشین، گفته شد که عباس میرزا با اعزام اولین دانشجوی پزشکی به اروپا، آغازگر دوره گذار از پزشکی سنتی به پزشکی مدرن شد. این روند که با تأسیس دارالفنون جنبه رسمی پیدا کرده بود، بالاخره با تأسیس دانشگاه تهران، به‌عنوان اولین دانشگاه ایران، و ممنوعیت طب سنتی به تفوق مطلق طب مدرن انجامید. پس از پیروزی انقلاب اسلامی، با وجود نظر مساعد رهبر ایران، امام خمینی رحمته‌الله در زمینه احیای طب سنتی، مشکلات سیاسی پس از پیروزی انقلاب و سپس آغاز جنگ تحمیلی هشت ساله، مانع از احیای این طب شد. در دوران سازندگی نیز این امر مغفول ماند. در این شماره، بسیار گذرا به جریان‌ات و تصمیم‌گیری‌های ملی و بین‌المللی پس از دوره سازندگی که به سیاست‌گذاری‌های کلان علمی مبتنی بر احیای طب ایرانی انجامیده است، پرداخته خواهد شد.

اولین نشانه‌های احیای طب سنتی، به‌طور آشکار در اواخر دهه هفتاد مشاهده شد. برخی از دانشجویان پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، پژوهش‌هایی را در زمینه برخی موضوعات طب سنتی، از جمله حجامت در قالب پایان‌نامه انجام دادند و برای نخستین بار، مزایای درمانی آن را از نظر علمی ثابت کردند، اما با وجود نتایج درمانی مثبت، پزشکانی که به انجام آن مبادرت می‌کردند، توییح، تبعید و حتی به دادگاه انقلاب ارجاع داده می‌شدند. حامیان طب سنتی از رهبری درباره حجامت استفتا می‌کنند و ایشان بر جایز بودن حجامت فتوا می‌دهند، اما وزارت بهداشت نمی‌پذیرد و می‌گوید: «اگرچه استفتای رهبر معظم انقلاب درباره حجامت وجود دارد، اما در این زمینه ممنوعیت قانونی وجود دارد. قانون باید اجرا شود. کار شما شرعی است، اما قانونی نیست!» (تسنیم. ۱۳۹۴).

پیگیری‌های حامیان طب سنتی کار را به شورای نگهبان کشاند و شورای نگهبان در حکم خود، بخشنامه‌های وزارت بهداشت درباره ممنوعیت حجامت را «خلاف شرع» اعلام کرد (شورای نگهبان. ۱۳۸۰) و دیوان عدالت اداری نیز با استناد به این حکم، در ۱۷

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

به این ترتیب، سیاست‌گذاری‌های ملی و بین‌المللی، مقدمات راه‌اندازی و تصویب رشته طب سنتی را در سال ۱۳۸۵ زیر نظر وزارت بهداشت فراهم آورد. چهار دانشگاه علوم پزشکی تهران، علوم پزشکی شهید بهشتی، علوم پزشکی ایران و شاهد، برای جذب دانشجو اعلام آمادگی کردند. با حمایت رئیس وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر باقر لاریجانی، نخستین دانشکده طب سنتی ایران در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶ افتتاح شد (دانشکده طب ایرانی، ۱۴۰۱). به این ترتیب، احیای طب سنتی به‌طور رسمی و قانونی در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت.

هم‌اکنون، افزون بر همدلی‌ها و همراهی‌ها برای احیای طب ایرانی، هنوز مقاومت‌ها و مخالفت‌های زیادی از سوی جامعه علمی کشور وجود دارد که در کند شدن روند احیای آن تأثیرگذار است؛ ولی از آنجاکه سیاست‌های کلان ملی و بین‌المللی موافق جریان احیای طب ایرانی است، این مخالفت‌ها نتوانسته است این طب را از صحنه علمی کشور خارج کند. البته اقبال گسترده مردم به درمان‌های طب ایرانی و محدودیت‌های ایجادشده از سوی مخالفان، سبب شده است که جامعه علمی کشور نتواند سازوکارهای کافی برای پاسخ‌گویی به نیاز همه اقشار مردم را در یک سطح گسترده فراهم کند. از این رو، جامعه شاهد رشد قارچ‌گونه مراکز و افرادی شده است که بدون تخصص و اطلاعات کافی و با اغفال مردم به بهانه درمان‌های سنتی، جان و مال مردم را به مخاطره می‌اندازند؛ بنابراین مسئولان و سیاست‌گذاران کشور در مناصب و جایگاه‌های مختلف باید بکوشند تا از همه ظرفیت‌های علمی و تجربی برای پی‌ریزی سیاست‌هایی همه‌جانبه‌نگر بهره

برند؛ سیاست‌هایی که از سویی با ویژگی‌های بومی و ارزش‌ها و هنجارهای ملی و مذهبی منطبق و از سوی دیگر، همگام با دانش و دستاوردهای علمی جدید دنیا باشند تا بتوانند کشور را به‌سوی تعالی و ترقی سوق دهند.

منابع:

- تسنیم (۱۳۹۴). «حکایت پزشکانی که به جرم «حجامت» تبعید و زندانی شدند / دانشجویان طب سنتی که حق طبابت ندارند». خبرگزاری تسنیم. اخبار طب سنتی. برگرفته از سایت رسمی خبرگزاری تسنیم:

<https://www.tasnimnews.com/fa/news/1394/09/24/938650>

- دانشکده طب ایرانی (۱۴۰۱). برگرفته از سایت رسمی دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی تهران: <https://spm.tums.ac.ir>

- دیوان عدالت اداری (۱۳۸۰). برگرفته از سایت مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/102292>

- شورای نگهبان (۱۳۸۰). برگرفته از سامانه جامع نظرات شورای نگهبان:

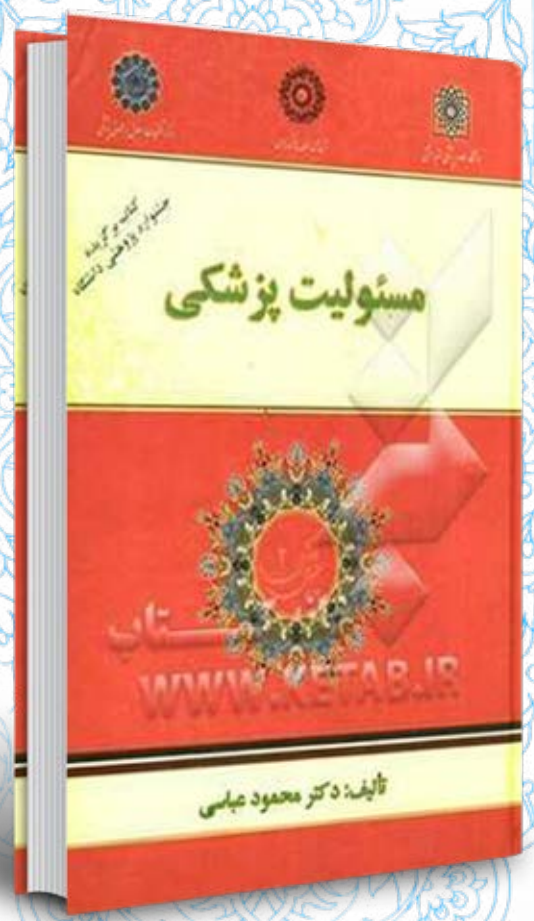
<http://nazarat.shora-rc.ir>

- مصطفوی، جلال؛ پاک‌دامن، ابوالقاسم (۱۳۷۹). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

- "WHO Traditional medicine strategy 2002-2005" Geneva, 2002: 1-3, 43-47.

- "The promotion and development of traditional medicine - Report of a WHO Meeting" WHO Report series, No 622, Switzerland, 1978.

مسئولان و سیاست‌گذاران کشور در مناصب و جایگاه‌های مختلف باید بکوشند تا از همه ظرفیت‌های علمی و تجربی برای پی‌ریزی سیاست‌هایی همه‌جانبه‌نگر بهره ببرند. سیاست‌هایی که از سویی با ویژگی‌های بومی و ارزش‌ها و هنجارهای ملی و مذهبی منطبق و از سوی دیگر، همگام با دانش و دستاوردهای علمی جدید دنیا باشند تا بتوانند کشور را به‌سوی تعالی و ترقی سوق دهند.



معرفه کتاب

مسئولیت پزشکی

کتاب «مسئولیت پزشکی» اثر دکتر محمود عباسی، در سال ۱۳۸۹ از سوی انتشارات حقوقی در ۳۲۰ صفحه به چاپ رسیده است.

منظور از مسئولیت پزشکی، مسئولیت پیش آمده در نتیجه اعمال و اقدامات پزشکی است. در واقع، یک پزشک در انجام اعمال حرفه‌ای خود در برابر مسئولیتی سه‌گانه قرار دارد. وهله نخست، مسئولیت مدنی است که در واقع، وادار ساختن پزشک به جبران خسارتی است که در نتیجه معالجه و درمان به بیمار وارد کرده است. وهله دوم، مسئولیت انضباطی است که در نتیجه نقض قواعد صنفی و حرفه‌ای و یا تخلف از مفاد آیین‌نامه شغلی و حرفه‌ای ایجاد می‌شود. سوم، مسئولیت کیفری است که در نتیجه فعل یا ترک فعلی که قانون‌گذار آن را جرم تلقی کرده است، اقدامات پزشک منجر به مرگ یا ایراد صدمه و آسیبی به بیمار گردد.

این کتاب، مشتمل بر دو بخش و هر بخش دربرگیرنده دو فصل است که در بخش یکم، مبانی مسئولیت پزشکی و قلمرو آن مورد مطالعه قرار می‌گیرد و مفهوم مسئولیت پزشکی و انواع آن و مبانی مسئولیت پزشکی، قلمرو و تحولات آن، عناوین فصول این بخش را تشکیل می‌دهد.

در بخش دوم کتاب نیز که مشتمل بر دو فصل است، ارکان و شرایط مسئولیت پزشکی مطالعه می‌شود که امید است مورد توجه علاقه‌مندان قرار گیرد.

مسئولیت پزشکی از مباحث محوری و دشوار مورد مطالعه در حقوق پزشکی است و هرچند این اثر نخستین کتاب جامعی است که در زمینه مسئولیت پزشکی تألیف و منتشر می‌گردد و در حقیقت فرایند دیگر آثار مؤلف در زمینه حقوق پزشکی است، اما هرگز ادعا نمی‌شود اثری مبری از نقص بوده و امیدوار است که این نقطه آغازین، چراغی فراروی آتیه بگشاید.

زهرا علایی طباطبایی
دانشکده سلامت و دین

زلال سلامت

وای من و وای من

نالہ جانسوز وی وای من و وای من
باز چه خواهد شدن نوبت فردای من
نه بودن و رفتنم هم به تمّای من
باز ز حیرت فتد مرغ خوش آوای من
وارهدم از تف آه سحرهای من
ز کار دنیای من ز امر عقبای من
وای من و وای من وای من و وای من
و ای که تو آگاهی از سرّ سویدای من
دست من و دامن غایت قصوای من

باز به خود آمده بلبل شیدای من
کیستم و بهر چه زیستم و می‌زیم
من نه ز خود آمدم در این سرای وجود
پر زند و پر زند تا چه‌ها سر زند
کیست که تا عقده‌ای از دل من وا کند
کیست ز روی کرم مرا دهد آگهی
قافیه تکرار شو تا که بگویم همی
ای که به من داده‌ای خلعت نور وجود
چون تو حسن را فقط غایت قصواستی

علامه حسن‌زاده آملی رَحْمَةُ اللهِ عَلَيْهِ



پنجمین

ماهنامه علمی - اطلاع‌رسانی
سال پنجم، شماره ۵۶

۱۹





پیام سلامت و دین (۲۶)

با توگل، زانوی اشتر ببند.

وظایف مرفه ای خود را مطابق اصول علمی
و به شیوه صحیح انجام دهید و نتیجه را به
فدا واگذار کنید.

هم کار را درست انجام دهید
هم بر فدا توگل کنید.