

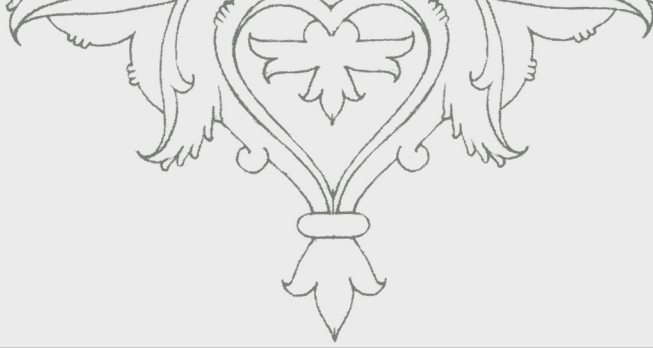
ماهنامه علمی - اطلاع رسانی دانشگاه مستدام

سال ششم، شماره ۷۰، تیرماه ۱۴۰۳



پیشبرد علم و فناوری





الدعوات

دانش مستدام

شماره پروانه انتشار وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۱۹۷۰
سال ششم، شماره ۷۰، تیرماه ۱۴۰۳



مشاهده نشریه
در پایگاه «مگیران»



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

مدیر مسئول: دکتر ابوالفضل ایرانی خواه

سرمدیر: دکتر اکرم حیدری

هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

حمید آسایش، مرتضی حیدری، احسان اله درویشی، محسن رضایی آدریانی، محمود شکوهی تبار، زهرا طاهری خرامه، احمد مشکوری، منصوره مدنی، محمد مهتری لیقوانی.

مدیر اجرایی: زهرا سادات علایی طباطبایی

تیم اجرایی: محمد سالم، سیده طاهره موسوی.

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

۲۵-۳۷۷۰۱۴۹۷

لینک راهنمای نویسندگان

سخن آغازین

دعا در تضرع و زاری به درگاه خداوند..... ۳

پیام سلامت و دین (۴۹)..... ۴

سلامت در قرآن و روایات

بررسی آموزه‌های روایی در درمان اختلال اضطراب بیماری..... ۵
آمنه حدادی

سلامت و مراقبت معنوی

نقش مساجد و مشارکت مذهبی در سلامت معنوی دوران نوجوانی..... ۸
زهرا طاهری خرامه، عارفه الیاسی

فقه سلامت

حکم شرعی جدا کردن بیمار مبتلابه مرگ مغزی از دستگاه تنفس مصنوعی..... ۱۱
احمد مشکوری

تحلیل اخلاقی-حقوقی موارد

تعارض وظیفه رازداری و وظیفه محافظت از همکار در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی..... ۱۳
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

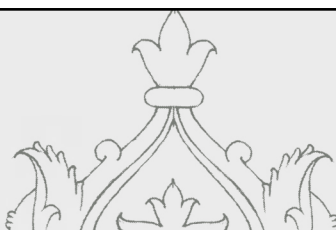
جایگاه ابدال در سنت داروشناسی و داروسازی تمدن اسلامی..... ۱۶
مریم محسنی سیف‌آبادی

معرفی کتاب

۸۵ تکنیک شیوه‌های اصولی و نوین رویارویی با خانواده‌های افراد مرگ مغزی..... ۱۸

پیام سلامت و دین (۵۰)..... ۱۹

نهمین دوره مدارس تابستانی سلامت و دین..... ۲۰



دعا در تضرع و زاری به درگاه خداوند

خدایا، تو را سپاس می‌گزارم و تو شایسته سپاسی. سپاس در برابر احسان نیکویت به من و فراوانی نعمت‌هایت بر من و عطای بزرگت به من. سپاس بر رحمتت که به سبب آن مرا برتری بخشیدی و بر نعمتت که بر من سرشار و فراوان فرمودی؛ به اندازه‌ای به من خوبی کردی که سپاس و شکر از آن وامانده و ناتوان است.

و اگر احسانت به من نبود و نعمت‌های سرشارت به سرزمین زندگی من سرازیر نمی‌شد، نمی‌توانستم نصیب خود را از آن به دست آورم و وجود را اصلاح کنم. این تو بودی که بی‌مقدمه، احسانت را به من آغاز کردی و کفایت و بی‌نیازی در تمام کارهایم را روزی من کردی و رنج و زحمت بلا را از من گرداندی و قضای دهشت‌زا را از من منع کردی.

خدای من، چه بسیار بلای جانکاه که از من گرداندی و چه بسیار نعمت فراوانی که دیده‌ام را به آن روشن ساختی و چه بسیار خوبی‌های ارجمندی که از سوی تو نزد من است!

تویی که به وقت ناچاری و درماندگی، دعایم را اجابت کردی، و به وقت افتادن در مهلکه گناه، از لغزشم گذشتی، و حقوق مرا که دشمنان به زور و ستم از من ربوده بودند، بازستاندی.

خدای من، هنگامی که در پیشگاهت به گدایی برخاستم، تو را بخیل نیافتم، و زمانی که آهنگ تو کردم، منقبض و گرفته‌ات ندیدم، بلکه تو را شنونده دعایم و عطاکننده خواسته‌هایم یافتم و نعمت‌هایت را در هر حالی از حالاتم و هر زمانی از زمان‌هایم، بر خود سرشار و کامل مشاهده کردم. تو نزد من ستوده‌ای و خوبی‌ات نزد من، مورد سپاس و شکر است.

جان و زبان و عقل من تو را می‌ستایند؛ ستایشی که به کمال و حقیقت شکر برسد؛ ستایشی که در قله نهایت خشنودی تو از من باشد؛ پس مرا از خشم و نجات ده.

ای پناه من در زمانی که راه‌های گوناگون و

بی‌ربط مرا خسته می‌کند و به زحمت می‌اندازد. ای گذشت‌کننده از لغزش‌هایم، اگر عیب‌پوشی تو نبود، از رسواشدگان بودم. ای توانایی‌دهنده من به نصرت و یاری، اگر یاری تو نبود از شکست‌خورده‌گان بودم. ای که پادشاهان، یوغ ذلت و خواری را در پیشگاهت به گردن نهاده‌اند و از عذاب‌ها و عقاب‌هایت ترسانند! ای شایسته تقوا! ای که نام‌های نیکو برای توست! از تو می‌خواهم که از من بگذری و مرا بیامرزی؛ بی‌گناه نیستم تا معذور باشم؛ نیرومند نیستم تا پیروزی به دست آورم؛ گریزگاهی ندارم تا بگریزم.

گذشت از لغزش‌هایم را از تو می‌خواهم؛ از گناهی که مرا به ذلت و خواری نشانده و سراپایم را گرفته و به عرصه هلاکت درآورده بی‌زاری می‌جویم. پروردگرم، از تمام گناهانم در حال توبه و انابه به سوی تو گریختم؛ پس توبه‌ام را بپذیر. پناهنده‌ام پناه‌م ده. امان می‌خواهم! واگذارم نکن. گدایم! محروم مفرما. دست به دامانم! رهایم مکن. خواهنده‌ام! نویدم بر مگردان.

ای پروردگرم، درحالی که مسکین، درمانده، هراسناک، بیمناک، ترسناک، تهیدست و مضطر به درگاه توأم، تو را می‌خوانم.

ای خدای من، از ناتوانی وجودم، نمی‌توانم از آنچه به دوستان و وعده دادی شتاب ورزم، و از آنچه دشمنان را از آن بر حذر داشتی، دوری کنم، و از اندوه زیادم و وسوسه نفسم به تو شکایت می‌کنم.

خدای من، به خاطر زشتی باطنم رسوایم مکن و به گناهم هلاکم مساز. تو را می‌خوانم و تو مرا اجابت می‌کنی؛ گر چه هنگامی که تو مرا می‌خوانی، در اجابتت کنیدی می‌کنم. هر حاجتی که دارم، از تو می‌طلبم، و هر کجا و در هر موقعیتی که باشم، رازم را به تو می‌سپارم. غیر تو کسی را نمی‌خوانم و به احدی جز تو امید ندارم.

گوش به فرمان توأم، گوش به فرمان توأم. شکایت کسی را که به درگاهت شکایت کند می‌شنوی، و به آنکه به حضرتت اعتماد کند رو می‌کنی، و هر که به دامان رحمتت درآویزد، از ناراحتی و رنج‌رهایی‌اش می‌دهی، و هر که به تو پناه آورد، غم و اندوهش را برطرف می‌کنی. خدای من، به خاطر کمی سپاس‌گزاری‌ام، از خیر آخرت و دنیا محروم مکن و گناهی که از من خیر داری، بیامرز.

اگر مرا عذاب کنی، من همان ستمکار، بر باد دهنده، تباه‌کننده، گناهکار، کوتاهی‌کننده، سست‌رأی و ساده‌لوح و کودن به نصیب و بهره خویشم، و اگر مرا بیامرزی، تو مهربان‌ترین مهربانانی.



پیام سلامت و دین (۴۹)

درشتی و خشونت در رفتار،

انسان را در نگاه دیگران کوچک می‌کند و

زره‌فویی، موجب بزرگ شدن انسان در

نگاه دیگران می‌شود.

بررسی آموزه‌های روایی در درمان اختلال اضطراب بیماری

آمنه حدادی^۱

چکیده:

اختلال اضطراب بیماری (Illness Anxiety Disorder)، ترس بی‌اساس از داشتن بیماری است. بررسی‌ها نشان داده است که این اختلال در جامعه پزشکی شیوع بیشتری دارد. در این پژوهش توصیفی، آمارهای موجود پیرامون اختلال یادشده در جامعه موردنظر بررسی شده و شش محور از آموزه‌های روایی مؤثر در درمان این اختلال ارائه شده است. این محورها عبارت‌اند از: ۱. القای احساس ارزشمندی؛ ۲. القای شفقت به بیمار؛ ۳. بیان آثار مثبت جسمی؛ ۴. بیان آثار مثبت اخلاقی؛ ۵. امیدبخشی؛ ۶. تشویق به همدلی با بیمار

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب بیماری؛ ترس؛ جامعه پزشکی؛ آموزه‌های روایی

اختلال «اضطراب بیماری» (Illness Anxiety Disorder) بانام اختصاری "IAD" که پیش‌ازین با نام «خودبیمارانگاری» (Hypochondriasis) نیز شناخته می‌شد، ترس بی‌اساس از داشتن بیماری است. در این اختلال، نشانه‌های جسمی وجود ندارد و اگر هم وجود داشته باشد، اغلب به دلیل تفسیر اشتباه حس‌های بدنی

است (خلیلی طرقله و همکاران. ۱۴۰۱: ۵۴). این اختلال کمابیش شایع بوده و شیوع آن در ویرایش چهارم سیستم طبقه‌بندی آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV) حدود ۸/۵ درصد بیان شده است. (طلایی و همکاران. ۱۳۸۸: ۹). مطالعات نشان می‌دهد که این بیماری در دسته بیماری‌های شغلی در میان افراد با اطلاعات پزشکی، مانند دانشجویان پزشکی نیز با سه درصد شیوع گزارش شده است (همان). بنابر مطالعه‌ای بر دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شیوع اختلال خودبیمارانگاری در این دانشجویان شانزده درصد بوده است (همان: ۱۱). برخی مطالعات نیز از شیوع این بیماری در شرایط خاص، مانند کووید-۱۹ حکایت می‌کنند (برای مطالعه بیشتر نک: صالحی‌نیا و همکاران. ۱۴۰۱: ۶۰۰-۶۰۹). داده‌های برخی مطالعات نشان می‌دهد که انواع روان‌درمانی‌ها برای افراد مبتلا به اضطراب بیماری اثربخش هستند. بیشترین مداخلات مورد استفاده، به ترتیب شامل درمان‌های شناختی- رفتاری، طرحواره درمانی، معنادرمانی، خاطره‌پردازی، درمان مبتنی بر پذیرش تعهد و آموزش بوده است (صائمی و همکاران: ۵۷)

۱. دکتری تخصصی الهیات. ami.hadadi@gmail.com

بررسی آموزه‌های دینی در احادیث اسلامی، نشان می‌دهد که این آموزه‌ها در اغلب روش‌های یادشده می‌تواند مورداستفاده و توجه قرار گیرد. در این موضوع، آموزه‌های دینی دست‌کم در شش محور ذیل وجود دارند

۱. **القای احساس ارزشمندی:** برخلاف دیدگاه عمومی که بیماری را گذران زندگی در بدترین حالات مانند ضعف، کسالت، بدخلقی، کاهش توان جسمی و روحی و در نتیجه کاهش میزان ارزشمندی و اثربخشی می‌شمرد، در روایات، سپری کردن یک شب در وضعیت بیماری از عبادت یک سال بافضلیت‌تر شناخته شده است (کلینی، ۱۴۲۹: ۵/ ۴۲۵۴ و ۴۲۵۶). همچنین در روایات، بیماری، پاک‌کننده آثار گناه از بیمار به شمار آمده است (همان‌جا: ۴۲۶۰، ۴۲۶۳ و ۴۲۶۴). در روایاتی دیگر، اعمال عبادی بیمار، با وجود نقص‌هایی که در انجام آن به دلیل کاهش توانایی جسمی و روحی ایجاد می‌شود، در میزان ارزشمندی هم‌پایه عبادات در حال سلامتی است (همان: ۴۲۵۱-۴۲۵۳، ۴۲۵۵ و ۴۲۵۷)

۲. **القای شفقت به بیمار:** نتیجه برخی پژوهش‌ها از تأثیر درمان شفقت‌محور بر عاطفه مثبت و منفی و امید در بیماران حکایت می‌کند (برای نمونه، نک: آقایی خواجه لنگی و همکاران، ۱۳۹۹: ص ۱-۱۱). زبان و ادبیات به کار گرفته شده در روایات مربوط به بیماری، به‌طور قابل توجهی شفقت‌آمیز و مشمول آسان‌گیری است تا آنجا که خداوند، به فرشتگان می‌فرماید دور از انصاف است که از سویی بنده‌ام را گرفتار کنم و از سوی دیگر او را از شکایت بازدارم (کلینی،

۵/ ۴۲۵۵)؛ درحالی‌که شکایت از خواست خداوند، به‌خودی‌خود در شرایط عادی، امری ناپسند است

۳. **بیان آثار مثبت جسمی:** روایات اسلامی درباره بیماری، در مقایسه با علم پزشکی که بیماری را واقعیتی نامطلوب برمی‌شمرد، رویکردی متمایز دارد. در این روایات، فواید و آثار مثبت بیماری نیز بر جسم و شخصیت بیمار تبیین شده است. در موضوع تأثیرات مثبت بیماری بر سلامت جسمانی در روایات آمده است که هر کس سه روز بیمار شود و به عیادت‌کننده‌اش شکایت نکند، گوشتش را به گوشتی بهتر و خونس را با خونی بهتر جایگزین می‌کند (همان، ۵/ ۴۲۶۱ و ۴۲۶۲). این مضمون در روایاتی دیگر با تفصیل بیشتری آمده است (نک: همان: ۴۲۶۳)

۴. **بیان آثار مثبت اخلاقی:** در روایاتی نیز از اثرات مثبت روانی و شخصیتی بیماری سخن گفته شده است. در روایتی آمده است انسانی که جسمش بیمار نشود، دچار غرور می‌شود و در انسانی که دچار غرور شود خیری نیست (همان: ۴۲۵۸)

۵. **امیدبخشی:** امیددرمانی (Hope-Thera) (py) از مقوله‌های مورد مطالعه در پزشکی و روان‌شناسی است که نتایج مثبت دارد (برای نمونه، نک: موحدی و همکاران، ۱۳۹۴: ۸۴-۹۲؛ صابری نوغابی و همکاران، ۱۳۹۹: ۳۸۲-۳۶۹؛ ستوده اصل و همکاران، ۱۳۹۵: ۵۱-۵۹). ایجاد انگیزه و امیدبخشی می‌تواند در لایه‌های سطحی زندگی بیماران یا در لایه‌های عمیق‌تر و

اختلال «اضطراب بیماری» (Illness Anxiety Disorder) با نام اختصاری «IAD» که پیش‌ازین با نام «خودبیمارانگاری» (Hypochondriasis) نیز شناخته می‌شد، ترس بی‌اساس از داشتن بیماری است. افزون بر شیوع عمومی این اختلال، به‌ویژه در شرایط خاص مانند کووید، نتیجه برخی مطالعات از شیوع بیشتر این اختلال در بین دانشجویان پزشکی حکایت دارد. آموزه‌های دینی در پنج محور ۱. القای احساس ارزشمندی، ۲. القای شفقت به بیمار، ۳. بیان آثار مثبت جسمی، ۴. بیان آثار مثبت اخلاقی، ۵. امیدبخشی، و ۶. تشویق به همدلی با بیمار، با ایجاد احساسات مثبت و کاهش احساسات منفی از بیماری، می‌تواند در درمان بیماری‌های با منشأ اضطراب، از جمله اختلال اضطراب بیماری مؤثر واقع شود

اساسی تر باشد. در روایتی از پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله آمده است هنگامی که به عیادت بیمار می‌روید، او را به طول عمر و سلامتی امیدوار کنید (مجلسی. ۱۴۰۳: ۱۷۸/۲۲۵)

۶. تشویق به همدلی با بیمار: بنابر تعریف گلمن (Goleman)، همدلی می‌تواند همچون فهمیدن، هشیار بودن در برابر احساسات، افکار و تجربیات دیگران بدون نیاز به گفتگوی آشکار تعریف شود (هاجز و مایر. ۲۰۰۷: ۲۹۶-۲۹۸). یافته پژوهش‌ها از نقش احساس همدلی در انجام رفتارهای پیشگیرانه، مقابله‌ای و حمایتی حکایت دارد (نک: اقبال و اسماعیلی: ۱۷). در روایات، ترغیب بسیار به عیادت از بیمار با بیان آثار مثبت آن برای ایجاد همدلی در جامعه شده است (کلینی. ۱۵/ ۴۲۷۹-۴۲۸۸)؛ به طوری که دیدار با بیمار را به منزله ملاقات با خداوند و فرد عیادت‌کننده را شایسته بهشت برشمرده است (همان. ۲۰۸۲/۳)

بنابر آنچه گفته شد، آموزه‌های روایی اسلامی، با طرح محورهایی مثبت در رویکرد به بیماری، از سویی نگرشی نو به بیماری ایجاد می‌کنند که در آن، با انباشت احساسات منفی روبه‌رو نیستیم و از سویی با بیان جنبه‌های مثبت بیماری، احساسات منفی برآمده از بیماری، از جمله ترس از بیماری را که به صورت پیش‌رونده می‌تواند به اختلال بیماری‌هراسی بینجامد، کاهش داده و در درمان بیماری‌های با منشأ اضطراب، از جمله اختلال اضطراب بیماری که در جامعه پزشکی شیوع بیشتری دارد، اثرگذار باشد

منابع:

- آقایی خواجه لنگی، حسن و همکاران (۱۳۹۹). «اثر بخشی درمان شفقت محور بر عاطفه مثبت و منفی و امید بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه». مجله روانشناسی بالینی. سال دوازدهم. شماره ۳، پیاپی ۴۷. ص ۱-۱۲.
- اقبال، نازیلا؛ اسماعیلی، معصومه (۱۴۰۲). «مطالعه پدیدارشناسانه تجارب شهروندان از نقش همدلی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹». رویش روان‌شناسی. سال ۱۲، شماره ۳. ص ۱۱-۲۴.
- خلیلی طرهبه، صائمه و همکاران (۱۴۰۱). «اختلال اضطراب بیماری، مرور نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات مربوط به مداخلات درمانی رایج در ایران». نشریه آموزشی پژوهشی تعالی بالینی. دوره دوازدهم، شماره ۳. ص ۵۲-۶۸.
- ستوده اصل، نعمت و همکاران (۱۳۹۵). «تأثیر امیددرمانی بر کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون». نشریه روان‌شناسی بالینی. دوره ۸، شماره ۱. ص ۵۱-۵۹.
- صابری نوغایی، الهام و همکاران (۱۳۹۹). «تأثیر امیددرمانی گروهی بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان یک مطالعه نیمه تجربی». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. جلد ۱۹، شماره ۴. ص ۳۸۲-۳۶۹.
- صالحی‌نیا، رضا و همکاران (۱۴۰۱). «بررسی شیوع خودبیمارانگاری و عوامل وابسته به آن در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ در دانشجویان علوم پزشکی مازندران در سال ۱۴۰۰». مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور. دوره ۲۱، شماره ۴، شماره پیاپی ۱. ص ۶۰۰-۶۰۹.
- طلایی، علی و همکاران (۱۳۸۸). «خودبیمارانگاری و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره هفدهم، شماره اول. ص ۸-۱۹.
- کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۲۹). الکافی. قم: دار الحدیث.
- مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳ ق). بحار الانوار. بیروت: دار احیاء التراث العربی. چاپ دوم
- موحدی، معصومه و همکاران (۱۳۹۴). «تأثیر امید درمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان». نشریه پرستاری و مامایی جامع‌نگر. شماره ۷۶، دوره ۲۵. ص ۸۴-۹۲.
- Hodges, S. D., & Myers, M. W. (2007). Empathy. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), Encyclopedia of social psychology (pp. 296- 298), Thousand Oaks CA: SAGE.

نقش مساجد و مشارکت مذهبی در سلامت معنوی دوران نوجوانی

زهرا طاهری خرامه^۱
عارفه الیاسی^۲

چکیده

در جامعه امروزی، سلامت چندجانبه نوجوانان دغدغه‌ای حیاتی است که نیازمند توجه همه‌جانبه است؛ در حالی که عوامل متعددی به سلامت معنوی آن‌ها کمک می‌کند، نقش مشارکت نهادهای مذهبی، به ویژه مساجد، در ارتقا و حمایت از سلامت نوجوانان اغلب نادیده گرفته می‌شود. مساجد، به‌عنوان مراکز دینی و اجتماعی، با ایجاد حمایت اجتماعی، آن‌ها را کاتالیزورهای بالقوه‌ای برای پیامدهای سلامتی مثبت در میان نوجوانان می‌سازند. هدف این مقاله، بررسی نقش مساجد و مشارکت مذهبی بر سلامت معنوی نوجوانان است. با درک و استفاده از پتانسیل نهادهای مذهبی، به‌ویژه مساجد، می‌توانیم سلامت نوجوانان را تقویت و آن‌ها را توانمند سازیم تا با تاب‌آوری و حمایت بیشتر، چالش‌های نوجوانی را پشت سر بگذارند.

واژگان کلیدی: مسجد؛ مشارکت مذهبی؛

سلامت معنوی؛ نوجوانان.

مشارکت در اعمال مذهبی، به‌عنوان مشهودترین تجلی اجتماعی دین، شامل تمام کنش‌های منظم، رمزگونه و استاندارد معطوف به خداوند یا امر مقدس و متعالی است.

به‌طور کلی، مشارکت مذهبی به معنای شرکت در فعالیت‌های سازمان‌های مذهبی، همچون کلیسا (Church)، کنیسه (Synagogue) یا مسجد (Mosque) است و می‌توان آن را به شکل‌های سازمانی و جمعی (مانند حضور در نمازهای جماعت و جمعه در مساجد و شرکت در مراسم روزه و هیئت‌های مذهبی) و غیرسازمانی و فردی (مانند نمازهای یومیه، روزه گرفتن و دعا کردن) تقسیم کرد. بر اساس متون اسلامی، به اعمال مذهبی جمعی «شعائر» و به اعمال مذهبی فردی «مناسک» گفته می‌شود. التزام به شعائر و مناسک موجب هویت‌بخشی به جوامع دینی می‌شود و منشأ تحولات فراوانی در عرصه حیات اجتماعی است (Ramezani, 2022).

در لغت، «مسجد» اسم مکان یا زمان، مشتق از «سَجَدَ» است و به مکانی می‌گویند که در آن خداوند سجده و عبادت می‌شود. از این رو، مسجد محل حصول قرب الهی و مکان از بین بردن خودخواهی و تاریکی‌ها بوده، سزاوار است که انسان برای قرب الهی به مسجد روی آورد و از غیر خدا منقطع گردد و نفس خود را از عیوب پاک کند. از نظر شرعی نیز به مکانی گفته می‌شود که مخصوص نماز و عبادت خداوند است و ورود به آن شرایطی دارد که در کتاب‌های فقهی بیان شده است. مرحوم صاحب جواهر می‌نویسد: «والمراد بالمسجد شرعاً المكان الموقوف علی كافة المسلمین للصلاة؛ مقصود از مسجد در اصطلاح شرعی مکانی است که برای اقامه نماز تمام مسلمانان وقف شده است». مسجد با نماز که بزرگ‌ترین فریضه‌ی الهی است، پیوندی عمیق دارد. نماز فرهنگی عظیم است؛ ولی با تأکیدی که بر برگزاری آن به جماعت و در مسجد شده است، کارکردهای مهم مادی، معنوی، آموزشی، تربیتی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی را در خود جای می‌دهد. رسول مکرّم اسلام ﷺ افزون بر آنکه در عمل، مسجد را پایگاه فرهنگی و جایگاه آموزش معارف اسلامی قرار دادند، در سخنان فراوانی نیز نقش

۱. مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. Ztaheri@muq.ac.ir
۲. هنرستان نمونه دولتی حضرت زهرا (س)

مسجد را در ابعاد گوناگون بیان کردند؛ از جمله سخنان آن معلم الهی و سراج منیر: «ای ابوذر، هرگونه توقف در مسجد لغو و بیهوده است، مگر برای سه دسته: کسی که پس از نماز به تلاوت قرآن می‌پردازد؛ آن‌که سرگرم ذکر و یاد خداست و کسی که به مباحث علمی اشتغال داشته است» (علوی‌مهر، ۱۳۹۱)

در دنیای پرشتاب و به‌هم‌پیوسته امروزی، درک اینکه چگونه عوامل مختلف بر سلامت نوجوانان اثر می‌گذارند، بسیار مهم است. انسان عصر کنونی با وجود همه پیشرفت‌ها و تسلط بر تکنولوژی‌ها و طبیعت، بازهم در وجود خویش احساس ضعف می‌کند و به هنگام سختی‌ها و مشکلات می‌خواهد به قدرتی ماورای طبیعت پناه ببرد. این ضعف باعث احساس محرومیت می‌شود که می‌تواند سلامت معنوی فرد را تحت تأثیر قرار دهد؛ زیرا اگر شخص احساس بیچارگی و تنهایی کند، زمینه بروز اضطراب ایجاد می‌شود. ادیان الهی، به‌ویژه اسلام به این نیاز بشر پاسخ گفته، راه‌حلی مناسب را پیشنهاد کرده است. اسلام انسان را به دعا و انس با خداوند تشویق می‌کند؛ زیرا دعا و پیوند عاطفی با خداوند، انسان را از تنهایی می‌رهاند. به قول آلکسیس کارل، دعا پرواز روح است، دعا اظهار عبودیت است و دعا کمال انسانیت است. دعا برقرار شدن پیوند بنده با خداست؛ پیوندی که قطع‌ناشدنی است. دعا و نیایش در مسجد هرچند دعا و درخواست از خداوند مکان‌مند نیست، اما در برخی مکان‌ها تأکید بیشتری بر آن شده است و امکان اجابت، افزون‌تر است. مسجد، مکان ویژه عبادت و ارتباط با خداست. از این‌رو، خداوند ما را دعوت می‌کند که به مسجد برویم و با اخلاص او را بخوانیم: «وَأَقِمْوْا وُجُوْهَكُمْ عِندَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَادْعُوْهُ مُخْلِصِيْنَ لَهُ الدِّيْنَ؛ در هر مسجدی به‌سوی او توجه کنید و او را بخوانید و دین خود را برای او خالص کنید». خداوند نیز به افرادی که به مسجد بیایند و با اخلاص او را بخوانند عنایتی ویژه خواهد کرد؛ زیرا خود دعوت کرده است و خود نیز پاسخ خواهد داد. امام صادق علیه‌السلام ضمن اینکه مسجد را خانه خدا معرفی می‌کند و می‌گوید هرکس با طهارت به مسجد برود آمرزیده است، می‌فرماید: «فَأَكْثَرُوا فِيْهَا مِنَ الصَّلَاةِ وَالدَّعَاءِ؛ در آن‌ها نماز و دعا زیاد بخوانید». خداوند از مسجد و اهل آن محافظت می‌کند. مسجد از مکان‌های پربرکت و

فرخنده روی زمین است. به همین دلیل، شایسته است انسان درخواست‌های خود را در مسجد از خداوند بخواهد و خداوند وعده داده است یاور و پشتیبان آنانی باشد که در مسجد هستند. امام صادق علیه‌السلام به افرادی که به مسجد می‌روند این امید را می‌دهد که به خانه باز نمی‌گردند، مگر اینکه دعاهای آن‌ها به‌گونه‌ای به اجابت رسیده است، بدین نحو که خداوند به برکت آن دعا او را به بهشت می‌برد یا به سبب آن بلای دنیا را از او دور می‌کند (علوی‌مهر، ۱۳۹۱). مساجد برای قرن‌ها بخش حیاتی بسیاری از جوامع بوده‌اند و بررسی اثر آن‌ها بر سلامت نوجوانان می‌تواند بینش‌های ارزشمندی را ارائه دهد

نوجوانی می‌تواند زمانی چالش‌برانگیز برای ابعاد مختلف سلامتی باشد؛ زیرا بسیاری از جوانان با استرس، اضطراب و دیگر مسائل بهداشت روانی مواجه هستند. پرداختن به این چالش‌ها برای تضمین به‌زیستی نوجوانان بسیار مهم است. شرکت در مراسم مذهبی تاب‌آوری افراد را به دنبال وقایع استرس‌زای زندگی، مانند بحران نوجوانی افزایش می‌دهد. به نظر می‌رسد اعمال مذهبی ابزاری مؤثر برای فرونشاندن درد و رنج و فراهم‌کننده تسلی خاطر باشد و افراد با مشارکت مذهبی، در سایه اتصال به خدا و منابع معنوی به حس قوی‌تری از امنیت دست می‌یابند و توان سازگاری آن‌ها با مشکلات روانی و جسمی به‌طور کارآمدتری بیشتر می‌شود (Ali, 2022). در دهه‌های گذشته، مطالعات بسیاری به بررسی ارتباط میان مشارکت مذهبی و سلامت پرداخته و نشان داده‌اند مشارکت مذهبی اثراتی مثبت بر سلامت نوجوانان دارد (Mustafa, 2017)؛ از جمله این اثرها، می‌توان به بهبود سلامت جسمی و روانی و اجتماعی اشاره کرد. دانشمندان رفتاری و اجتماعی کوشیده‌اند عوامل واسطه‌ای و میانجی‌گر زیستی، روانی و اجتماعی گوناگون را شناسایی کنند تا بتوانند رابطه مشارکت مذهبی و ابعاد مختلف سلامت را تبیین کنند. از جمله این مکانیسم‌ها می‌توان به نقش مذهب در اعمال و عادت‌های بهداشتی، تعیین هنجارهای اجتماعی مثبت‌تر، حمایت اجتماعی، منابع روانی اجتماعی، احساس انسجام و معناداری، برانگیختن آرزو و خوش‌بینی و دادن احساس کنترل به فرد اشاره کرد (George, 2002). افراد مذهبی، احتمال شبکه اجتماعی قوی‌تر و گسترده‌تری دارند و در مساجد، کلیساها و عبادتگاه‌ها، به‌صورت

منظم با افرادی که دیدگاه‌های مشترکی دارند، دوره‌م جمع می‌شوند (Sadooghi, 2008).

مسجد مهم‌ترین مکان مذهبی است که کارکردهای بسیاری در ارتقای سلامت همه‌جانبه دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که حضور در مسجد می‌تواند در از بین بردن برخی مشکل‌ها، مانند احساس تنهایی و غم و اندوه، بسیار مؤثر باشد. امید به زندگی و استجابات دعا، احساس اعتماد و تکیه به خداوند، جلب محبت خداوند با نیایش (به‌ویژه به‌صورت دسته‌جمعی)، و تقویت خیرخواهی و نوع‌دوستی با ارتباط با دیگر مسلمانان، از دستاوردهای مثبت مسجد است

سلامت روح، آرامش خاطر، و زندگی فارغ از نگرانی و گرفتاری از نیازهای اساسی بشر هستند. روان‌شناسان برای تأمین بهداشت روانی افراد می‌کوشند باورها، عواطف و رفتارهای نادرستی را که باعث بیماری‌ها و ناراحتی‌ها می‌گردد، بشناسند. آن‌ها در پی تغییر این عوامل‌ها و یافتن قاعده‌هایی برای زندگی بهتر هستند. از بهترین راه‌ها برای این مقصود، عمل به فرمان خالق روح انسان است؛ زیرا او نیازهای انسان و قوانین حاکم بر جهان را بهتر از هرکس دیگری می‌داند. بسیاری از روان‌شناسان به این نتیجه رسیده‌اند که تنها روزه امید برای رهایی از ناراحتی‌ها ایمان به خدا و اعتقاد به قدرت مافوق انسان است. مسجد بهترین مکان برای عبادت و ذکر و تسبیح خداوند است. فضای مسجد، فضایی نورانی و الهی است و بر همین اساس، بر روح انسان تأثیر می‌گذارد. پیامبر اسلام ﷺ می‌فرماید: «مَنْ كَانَتْ الْمَسَاجِدُ بَيْتَهُ ضَمِنَ اللَّهُ لَهُ بِالرُّوحِ وَالرَّاحَةِ؛ هر کس که مساجد را خانه خودش قرار دهد، خداوند آرامش روحی و روانی را برای او ضمانت می‌کند». در روایتی دیگر، پیامبر اسلام ﷺ مسجد را مایه آرامش اهل آن معرفی می‌کند: «مَا جَلَسَ قَوْمٌ فِي مَجْلِسٍ مِنْ مَسَاجِدِ اللَّهِ تَعَالَى يَتْلُونَ كِتَابَ اللَّهِ وَ يَتَذَكَّرُونَ بَيْنَهُمْ إِلَّا نَزَلَتْ عَلَيْهِمُ السَّكِينَةُ وَ غَشِيَتْهُمُ الرَّحْمَةُ وَ ذَكَرَهُمُ اللَّهُ فِيمَنْ عِنْدَهُ. گروهی در مسجدی از مساجد الهی برای تلاوت و آموزش قرآن نمی‌نشینند، مگر آنکه آرامش

بر ایشان نازل و رحمت الهی شامل حال آن‌ها شود». هر دو روایت به‌خوبی نشان می‌دهد که حضور در مسجد، آسایش روحی و روانی و سکینه الهی را به همراه دارد (فقیهی، ۲۰۱۴).

نتیجه‌گیری:

مساجد با محیط فراگیر و حمایتی خود این پتانسیل را دارند که بر سلامت معنوی نوجوانان اثر مثبت بگذارند. با شناخت و استفاده از پتانسیل مساجد می‌توانیم محیطی حمایتی ایجاد کنیم که سلامت معنوی نوجوانان را افزایش دهد. ضروری است که در خصوص برنامه‌های انس با مساجد و اجرای طرح‌های مبتنی بر مسجد برای به حداکثر رساندن اثر آن‌ها بر سلامت نوجوانان، برنامه‌ریزی گردد

منابع:

- Ali, S., Mahmood, A., McBryde-Redzovic, A., Humam, F., & Awaad, R. (2022). Role of Mosque Communities in Supporting Muslims with Mental Illness: Results of CBPR-oriented Focus Groups in the Bay Area, California. *Psychiatric Quarterly*, 93(4), 985-1001.
- George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological inquiry*, 13(3), 190-200.
- Mustafa, Y., Baker, D., Puligari, P., Melody, T., Yeung, J., & Gao-Smith, F. (2017). The role of imams and mosques in health promotion in Western societies—a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 6(1), 1-5.
- Ramezani, T., Bahadori, F., & Zanjari, N. (2022). Role of Religious Involvement in Health in Later Life: An Integrated Review. *Journal of Religion and Health*, 10(1), 31-45.
- Sadooghi, M. (2008). A deliberation on religious structures and their place in health psychology. *Studies in Islam and Psychology*, 1(1), 45-68.

- علوی‌مهر، حسین (۱۳۹۱). «نقش مساجد در تأمین بهداشت روان انسان». مسجد پژوه.

- فقیهی، حامد؛ حسن‌الحسینی، عفاف (۲۰۱۴). «مسجد و نقش آن در تأمین امنیت فردی و اجتماعی». میقات حج. ۲۳(۹۰). ص ۱۰۸-۱۳۱.

حکم شرعی جدا کردن بیمار مبتلابه مرگ مغزی از دستگاه تنفس مصنوعی

احمد مشکوری^۱

چکیده:

جدا کردن دستگاه تنفس مصنوعی از فرد مبتلا به مرگ مغزی جایز دانسته نمی‌شود؛ چراکه فرد هنوز تمام فعالیت‌های حیاتی بدنش را از دست نداده است و به همین دلیل، هنوز مرده به شمار نمی‌رود، اما در صورتی که بیماری که امید به حیاتش بیشتر است به دستگاه نیاز پیدا کرد، برخی فقها جدا کردن دستگاه به قصد ادامه حیات بیمار دوم را جایز می‌دانند؛ در حالی که برخی دیگر از فقها این کار را جایز نمی‌دانند. نکته جالب اینکه، برخی فقها وصل کردن فرد مبتلا به مرگ مغزی به دستگاه را واجب نمی‌دانند، اما جدا کردن او از دستگاه را مجاز نمی‌دانند که شاید به نوعی بیانگر تفاوت عدم اقدام برای نجات (فعل سلبی) و اقدام به قتل (فعل ایجابی) باشد.

کلیدواژه‌ها: مرگ مغزی؛ جدا کردن از دستگاه؛ احکام شرعی.

در شماره‌های پیشین، مرگ مغزی تعریف و مرده یا زنده بودن افراد مبتلا به آن بررسی شد و گفته شد که فرد مبتلا به مرگ مغزی فاقد هرگونه تنفس خودبه‌خودی بوده و کاملاً به دستگاه تنفس مصنوعی وابسته است و مراقبت از او تنها در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) امکان‌پذیر است. از سوی دیگر، می‌دانیم که همواره تعداد تخت ICU کمتر از تعداد افراد نیازمند به آن است و از نظر حرفه‌مندان سلامت، اشغال تخت ICU و دستگاه تنفس مصنوعی به مدت طولانی از سوی فرد مبتلا به مرگ مغزی که هیچ امیدی به بازگشت به

زندگی یا هوشیار شدنش نیست، کاری خردمندانه دانسته نمی‌شود.

در این شماره، به حکم شرعی جدا کردن افراد مبتلا به مرگ مغزی از دستگاه تنفس مصنوعی بررسی می‌شود.

نظر آیت‌الله خامنه‌ای دام‌ظله

اگر دستگاهی به او وصل شده است و برداشتن دستگاه موجب مرگ وی می‌شود، نمی‌توان چنین کاری را انجام داد (خامنه‌ای، ۱۳۹۵).

نظر آیت‌الله فیاض دام‌ظله

ظاهر، عدم جواز جدا کردن دستگاه‌ها از اوست (فیاض بی‌تا).

استفتا از آیت‌الله تبریزی رحمته‌الله

پرسش: هنگامی که شخصی به مرگ مغزی مبتلا شده و امیدی به زندگی او نیست و ادامه این زندگی نباتی او فقط با تجهیزات پزشکی ممکن است، آیا واجب است که پزشکان آن تجهیزات را برای او کار گذارند تا او به زندگی ادامه دهد؟

پاسخ: بسمه‌تعالی. کار گذاشتن تجهیزات واجب نیست، واللہ العالم (تبریزی، ۱۴۲۷ق: ۱۹۸).

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

نظر آیت الله تبریزی رحمته الله علیه

بسمه تعالی. برداشتن جایز نیست، والله العالم (تبریزی. ۱۴۲۷ق: ۳۵۳).

استفتا از آیت الله تبریزی رحمته الله علیه

پرسش: اگر تنها یک دستگاه تنفس مصنوعی موجود باشد و این یک دستگاه به بیماری که امیدی به شفایش نیست و به مرحله مرگ مغزی رسیده است وصل باشد، در این صورت اگر بیمار دیگری که امید به شفا و معالجه او می رود نیاز به دستگاه پیدا کند و حیاتش متوقف بر استفاده از دستگاه تنفس باشد، آیا در این صورت جایز است دستگاه را از بیمار مرگ مغزی جدا کرده و به بیمار دیگر وصل کنیم؟

پاسخ: بسمه تعالی جدا کردن دستگاه تکلیفاً جایز است، والله العالم (تبریزی. ۱۴۲۷ق: ۱۹۸).

نظر آیت الله سیستانی رحمته الله علیه

پرسش: چه زمانی جدا کردن دستگاه های کمک تنفسی جایز است؟ آیا در صورت تراحم و تصمیم پزشکان برای جدا کردن دستگاه از بیماری که امیدی به ادامه حیاتش نیست و اتصال دستگاه به بیمار دیگر، جدا کردن دستگاه جایز است؟ حکم ادامه کار دستگاه برای بیماری که مرگ مغزی اش ثابت شده باشد چیست؟

پاسخ: مادام که قلب بیمار بتپد حکم به حیات وی می شود و بر این مبنا جدا کردن دستگاه از او اگر به توقف قلب منجر شود جایز نخواهد بود، ولو برای اتصال دستگاه به بیماری دیگر باشد (سیستانی (بی تا)).

با بررسی این فتاوا به نظر می رسد که نظر غالب فقهی را می توان چنین تصور کرد که جدا کردن دستگاه

تنفس مصنوعی از فرد مبتلا به مرگ مغزی جایز دانسته نمی شود؛ چراکه فرد هنوز تمام فعالیت های حیاتی بدنش را از دست نداده است و به همین دلیل، هنوز مرده به شمار نمی رود، اما در صورتی که بیماری که امید به حیاتش بیشتر است به دستگاه نیاز پیدا کرد، برخی فقها جدا کردن دستگاه از فرد مبتلا به مرگ مغزی به قصد ادامه حیات بیمار دوم را جایز می دانند؛ در حالی که برخی دیگر از فقها این کار را جایز نمی دانند. نکته جالب اینکه برخی فقها وصل کردن فرد مبتلا به مرگ مغزی به دستگاه را واجب نمی دانند، اما جدا کردن او را از دستگاه مجاز نمی دانند که شاید به نوعی، بیانگر تفاوت عدم اقدام برای نجات (فعل سلبی) و اقدام به قتل (فعل ایجابی) باشد.

منابع:

- خونی، سیدابوالقاسم؛ تبریزی، جواد (۱۴۲۷ق). فقه الاعذار الشرعیه و المسائل الطبییه. قم: دارالصدیقه الشهیده. ص ۱۹۸.

- خونی، سیدابوالقاسم؛ تبریزی، جواد (۱۳۹۰). احکام جامع مسائل پزشکی. قم: دارالصدیقه الشهیده. ص ۱۸۰.

- خونی، سیدابوالقاسم؛ تبریزی، جواد (۱۴۲۷ق). فقه الاعذار الشرعیه و المسائل الطبییه. قم: دارالصدیقه الشهیده. ص ۱۸۰ و ۲۵۳.

- الاستفتاءات: الطب. موقع مکتب المرجع الدینی الاعلی السید علی الحسینی السیستانی. [اتخاذ: ۱۶ ۰۸ ۱۳۹۵]. <https://www.org.sistani.com/qa/arabic/02433>.

- خامنه ای، سیدعلی (۱۳۹۵). احکام پزشکی. تهران: فقه روز. ص ۵.

- فیاض، محمداسحاق. المسائل الطبییه. ص ۶۹.

جدا کردن دستگاه تنفس مصنوعی از فرد مبتلا به مرگ مغزی جایز دانسته نمی شود؛ چراکه فرد هنوز تمام فعالیت های حیاتی بدنش را از دست نداده است

تعارض و وظیفه رازداری و وظیفه محافظت از همکار در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی

حمید آسایش*
احمد مشکوری^۱
محسن رضایی آدریانی^۱

چکیده:

تعارض بین وظیفه رازداری در خصوص بیمار، تعهد به جامعه و تکلیف آن‌ها در برابر قانون، از موضوعات مهم در مسائل اخلاقی بیماری‌های عفونی است. بالینگرانی که به‌طور مستقیم درگیر ارائه مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی، مانند ایدز و هپاتیت هستند، معمولاً با چالش‌ها و خطرات قابل ملاحظه‌ای مواجه‌اند؛ هرچند رعایت احتیاط‌های استاندارد کلی در ارائه مراقبت به همه بیماران و هشدار به مراقبان مرتبط در خصوص بیماران آلوده می‌تواند در برنامه‌ریزی بهتر برای ارائه مراقبت‌های پزشکی مؤثر باشد؛ ولی گاه ترس بیش‌ازحد، سبب اختلال در ارائه مراقبت‌ها و نادیده گرفتن تعهدات اخلاقی می‌شود. باید توجه داشت که در ارائه راهکار برای برون‌رفت از یک موقعیت تعارض اخلاقی، باید به همه عوامل درگیر در موقعیت توجه داشت

کلیدواژه‌ها: رازداری؛ بیماری‌های عفونی؛

محافظت از همکاران؛ تعارض اخلاقی

معرفی مورد

در بخش داخلی بیمارستان، همانند سایر بخش‌ها، تابلوی اطلاعات بیماران در ایستگاه پرستاری نصب شده است که نام و نام خانوادگی همه بیماران بستری در بخش بر اساس شماره تخت و همچنین تشخیص بیماری آنان با استفاده از کلمات لاتین در مقابل آن مشخص شده است. در مقابل نام یکی از بیماران، دو واژه اختصاری HIV* و HCV* با رنگ قرمز جلب توجه می‌کند. شرح حال بیمار نشان می‌دهد که وی مردی ۴۶ ساله است و با دستور قضایی از یکی از زندان‌ها برای درمان مشکل تنفسی در بخش بستری شده است. هنگام مطالعه پرونده متوجه می‌شویم که علائم اختصاری هشداردهنده بر جلد پرونده نیز

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

درج شده است. وقتی از سرپرستار سؤال شد که چرا مشکل آلودگی بیمار به HIV و هپاتیت C در تابلویی قید شده است که همه مراجعان بخش آن را می‌بینند، وی می‌گوید: «که تعداد پرستاران و پزشکان شاغل در بخش زیاد است و دانشجویان بسیاری به بخش رفت‌وآمد می‌کنند و باید به آن‌ها هشدار بدهیم تا آلوده نشوند»

بحث مورد

▪ ابتلا به بیماری‌های عفونی، مانند ایدز و هپاتیت با انگ اجتماعی چشمگیری همراه است. معمولاً در جامعه، برچسب‌های منفی بسیاری به مبتلایان به این بیماران زده می‌شود که پیامدهای بی‌شمار نامطلوبی، از نظر روانی، اجتماعی و اقتصادی برای فرد مبتلا به دنبال دارد (Obeagu EI. 2024).

▪ انگ به دلیل ابتلا به ایدز و هپاتیت ممکن است سبب پنهان کردن بیماری از سوی بیمار شود و این خود می‌تواند سبب تأخیر در جستجو برای دریافت خدمات درمانی شود که در کنار تشدید مشکلات بیمار، سبب گسترش بیشتر این نوع بیماری‌ها خواهد شد (Obeagu EI. 2024; Asrina A. 2023).

▪ اصل رازداری از مهم‌ترین اصول اخلاق پزشکی است که بارها در سوگندنامه‌ها و کدهای اخلاق پزشکی به‌طور جدی به آن پرداخته شده است. تمام اطلاعات کارکنان نظام سلامت به‌واسطه شغل و حرفه خود، اسرار بیمار برشمرده می‌شود و افشای آن‌ها در غیر از موارد ضرورت قانونی، رفتاری غیراخلاقی است و از نظر حقوقی جرم تلقی می‌شود. بر اساس متون، رضایت بیمار، الزامات قانونی، منافع جامعه و مصالح عالی‌ه بیمار بر اساس قضاوت پزشک، می‌تواند از استثنائات رازداری باشد. البته باید توجه داشت هر یک از این موارد دارای ملاحظات اخلاقی خاصی است که کارکنان نظام سلامت باید از آن‌ها آگاه باشند و بر اساس راهنماهای موجود عمل نمایند (عباسی. ۱۴۰۲؛ لاریجانی و همکاران. ۱۳۹۵).

▪ سرایت‌پذیری بیمارهای عفونی و احتمال آسیب‌های گسترده قابل پیشگیری، بالینگران

را در موقعیت تعارض بین وظیفه رازداری در خصوص بیمار، تعهد به جامعه و تکلیف آن‌ها در برابر قانون قرار می‌دهد. این موارد ممکن است شامل گزارش بیماری‌های خاص به مراجع بهداشتی، انجام پژوهش، هشدار به افراد مرتبط با بیمار، انجام آزمون‌های تشخیصی و درمان بیمار باشند (لاریجانی و همکاران. ۱۳۹۵). در بخش‌های مختلف «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» نکات بسیاری درباره چگونگی عملکرد شاغلان حرف پزشکی در راستای تحقق اهدافی، از قبیل ترجیح منافع بیمار و حفظ حریم خصوص وی ذکر شده است (همان).

▪ نگرانی از تماس بالینگران با ترشحات و خون بیمار آلوده دارای اهمیت است و در کنار رعایت احتیاط‌های استاندارد کلی در ارائه مراقبت به همه بیماران، هشدار به مراقبان در خصوص بیماران آلوده، می‌تواند بر برنامه‌ریزی بهتر برای ارائه مراقبت‌های پزشکی اثرگذار باشد. البته ترس بیش‌ازحد که می‌تواند سبب اختلال در ارائه مراقبت‌ها و نادیده گرفتن تعهدات اخلاقی شود قابل قبول نیست؛ چون در برون‌رفت از یک موقعیت تعارض اخلاقی، باید به‌صورت همه‌جانبه به عوامل درگیر در موقعیت توجه داشت (<http://FileManager/org.irimc/>; Nadeem. 2020).

در مورد یادشده، اطلاعات محرمانه مربوط به تشخیص بیماری عفونی بیمار به‌صورت عمومی آشکار است، هرچند از زبان لاتین به‌صورت اختصاری استفاده شده است؛ ولی باید توجه داشت امروزه با دسترسی به منابع اطلاعاتی و امکان جستجوی آسان در آن‌ها، یافتن معنی و مفهوم این اختصاری‌ها به‌راحتی امکان‌پذیر است که به افشای اسرار بیمار برای دیگر بیماران، ملاقات‌کنندگان و دیگر مراجعان غیر

در ارائه راهکار برای برون‌رفت از یک موقعیت متعارض اخلاقی، باید به همه عوامل درگیر در موقعیت توجه داشت

مواجهه با بیماران، از راهکارهای مهم باشد؛ زیرا در خصوص عفونت‌هایی مانند ایدز، با توجه به دوره نهفتگی طولانی تا بروز علائم و یا کشف اتفاقی در حین انجام برخی بررسی‌های تشخیصی، عدم رعایت اصول کلی پیشگیری از خطرات شغلی، می‌تواند صدماتی جبران‌ناپذیر به همراه داشته باشد

منابع:

-Obeagu GU, Odo EO, Igwe MC, Ugwu OP, Alum EU, Ra-cheal P. Combatting Stigma: Essential Steps in Halting HIV Spread. IAA Journal of Applied Sciences. 2024;11(1):22-9.

-Asrina A, Ikhtiar M, Idris FP, Adam A, Alim A. Community stigma and discrimination against the incidence of HIV and AIDS. Journal of Medicine and Life. 2023 Sep;16(9):1327.

- عباسی محمود (۱۴۰۲). «افشای اسرار بیماران در آیین حقوق پزشکی». نشریه جراحی ایران. ۳۱(۱): ۹۶-۱۱۸.

- لاریجانی و همکاران (۱۳۹۵). پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد دوم، نشر برای فردا. ص ۱۵۰-۱۶۱.

- راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. <http://irimc.org/FileManager/Documents/Ethicsbooklet.pdf> (accessed on: 2024)

- Nadeem S, Yaqoob MA, Liaqat M. HIV Disclosure and HCP with a Border: An Ethical Issue. J Clin Res Bioeth. 2020;10:343.

مرتبط می‌انجامد. از سوی دیگر، مشخص کردن آلودگی بیمار به ویروس ایدز و هیپاتیت در تابلوی اطلاعات بیماران ایستگاه پرستاری برای آگاهی دادن به کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت‌های پزشکی، به‌منظور محافظت از آن‌ها در برابر احتمال آلودگی، دلیل قانونی و اخلاقی قابل قبولی برای افشای اسرار بیمار تلقی نمی‌شود و جدای از اینکه این اقدام از نظر اخلاق حرفه‌ای، نقض اصل رازداری است، در صورت اقامه دعوا از سوی بیمار، پیامدهای حقوقی نیز به همراه خواهد داشت. بی‌تردید، ابتلا به ایدز و هیپاتیت جزئی از سوابق پزشکی بیمار است که ممکن است در بخش‌های مختلف پرونده بیمار ثبت شود و مشخص کردن آن بر جلد پرونده بیمار قابل قبول نیست و برای آگاه کردن کارکنان بخش باید از روش‌های جایگزین استفاده کرد تا از افشای اسرار بیمار و پیامدهای آن پیشگیری شود. همچنین، به نظر می‌رسد تقویت رعایت احتیاطات استاندارد و تأکید بر آن، برای پیشگیری از انتقال آلودگی‌های مختلف در

گاه ترس اغراق شده، سبب اختلال در ارائه مراقبت‌ها و نادیده گرفتن تعهدات اخلاقی می‌شود

طیبیان و داروشناسان یونانی مانند دیسکوریدس (حدود ۴۰-۹۰ م) در کتاب الحشایش، اشاراتی پراکنده و اندک به ابدال داشته‌اند (دیسکوریدس. ۱۳۹۱). اولین کتاب مستقل در این زمینه با نام «ابدال الادویه» منسوب به جالینوس پراگمونی (۱۲۹-۲۰۰ م) است و حنین بن اسحاق (۸۰۹-۸۷۳ م / ۱۹۴-۲۶۴ ق) آن را به عربی ترجمه کرد (رازی. همان). کتاب مستقل دیگری که در این زمینه نوشته شده، کتاب «ابدال الادویه المفردة و الاشجار و الصمغ و الطین» منسوب به بدیغورس یونانی است که البته به علت وجود نام‌های ایرانی و هندی برخی مفردات در انتساب این کتاب به بدیغورس اختلاف نظر است. این رساله شامل ۱۶۳ بدل است و مؤلف داروها را با توجه به نوع آن‌ها یعنی درخت، صمغ، گل و ... تقسیم‌بندی کرده و علاوه بر بیان مختصری از خواص درمانی مفردة، بدل آن را هم ذکر کرده است (بدیغورس. ۱۳۹۶: ۱۱).

فتوحات اعراب سرزمینی گسترده که دربرگیرنده گیاهان، حیوانات و معادن متنوعی بود را تحت سیطره خلافت اسلامی درآورد. تمدن اسلامی وارث میراث علمی تمدن‌های باستانی این سرزمین‌ها و سرزمین‌های مجاور آن شد. در عصر ترجمه کتاب‌های زیادی مخصوصاً از مکتب پزشکی یونانی به سریانی و سپس عربی ترجمه شدند و بسیاری از داروهای کتب طبی و داروشناسی به علت عدم بومی بودند در سرزمین اسلامی کم‌یاب، گران و حتی نایاب بودند. حکمای دوره اسلامی با استفاده از اطلاعات دیگر تمدن‌های باستانی از جمله ایران و هند و همچنین بهره‌گیری از تجارب شخصی خود برای برطرف کردن این مشکل به نگارش کتب ابدال یعنی داروهای جایگزین روی آوردند و با بومی‌سازی و استفاده از داروهای دردسترس هم سبب رشد دانش داروسازی و به تبع آن پزشکی شدند و هم توانایی مالی طبقه متوسط و ضعیف برای تهیه داروها را افزایش دادند و توانستند سطح سلامت جامعه را ارتقا دهند.

جایگاه ابدال در سنت داروشناسی و داروسازی تمدن اسلامی

مریم محسنی سیف‌آبادی^۱

چکیده:

اصطلاح «ابدال» در سنت داروشناسی و داروسازی دوره اسلامی به معنی قوانین جایگزینی داروهای ساده (مفردات) است. در گذشته یکی از مهمترین روش‌های درمانی استفاده از داروهای گیاهی، حیوانی و معدنی بود؛ اما از آن جایی که برخی داروها، خاص یک سرزمین مشخص بودند و تهیه آن برای مردمان سرزمین‌های دیگر یا امکان پذیر نبود و یا به علت گرانی خرید آن برای قشر متوسط و ضعیف جامعه مقدور نبود؛ از این رو حکمای گذشته با نگارش کتاب‌های ابدال و بومی‌سازی داروها هم سبب گسترش علم داروسازی و به تبع آن پزشکی شدند و هم با معرفی داروهای دردسترس و ارزان سبب ارتقای سطح سلامت قشر متوسط و فقیر جامعه گشتند. تصحیح و بررسی کتاب‌های ابدال می‌تواند گامی مهم در احیای داروسازی تمدن اسلامی باشد.

کلیدواژه‌ها: ابدال؛ مفردات دارویی؛ داروسازی؛ تمدن اسلامی.

«بدل» مفرد کلمه «ابدال» است و در اصطلاح داروشناسی دوره اسلامی به معنی جایگزین داروهای ساده (ادویه مفردة) به کاربرده می‌شد. به شناخت این جایگزین‌های دارویی و قوانین جایگزینی آن‌ها «ابدال» گفته می‌شد (کرامتی. ۱۳۹۲: ۷۵). محمد بن زکریای رازی معتقد بود که بی‌اطلاعی طیبیان از ابدال نقیصه‌ای در صنعت ایشان است؛ چراکه که گاهی طیب به علت نایاب یا غیربومی بودن یک مفردة امکان دسترسی به آن را ندارد و اگر جایگزین آن مفردة را هم نداند، فن پزشکی او بی‌فایده

۱. گروه تاریخ علوم پزشکی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. mohsenim@razi.tums.ac.ir

تیادوق (م ۹۶ هق) اولین حکیمی است که در دوره اسلامی کتابی درباره داروهای جایگزین به رشته تحریر درآورد. او این کتاب را برای پسرش می‌نویسد و علاوه بر نام داروهای جایگزین در زمینه آماده‌سازی دارو از نظر کوبیدن، شیره‌کشی و ... توضیحاتی آورده. ابن ابی اصیبعه نام این کتاب را «ابدال الادویه و کیفیه دقها و ایقاعها و اذابتها و شیء من تفسیر اسماء الادویه» ذکر کرده است (ابن ابی اصیبعه. بی تا: ۱۷۹-۱۸۱).

دومین فرد ماسرجویه حکیم است که کتابی با نام «رساله فی ابدال الادویه و مایقوم مقام غیرها» دارد. ماسرجویه در اواخر قرن دوم هجری می‌زیست و پدر دو حکیم مشهور دوره اسلامی به نام‌های عیسی و صهاربخت بود. او در رساله خود ۱۱۱ بدل را بدون ذکر خاصیت درمانی آن‌ها آورده است و بیان کرده که محتوای کتابش برگرفته از آثار حکمای هندی و ایرانی است (همان: ۲۳۲-۲۳۴).

ابدال‌نویس مشهور دیگر شاپور بن سهل جندی شاپوری (م ۲۵۵ هق) پزشک و داروساز معروف نیمه دوم قرن سوم هجری است. این پزشک ایرانی از اطبای بیمارستان جندی شاپور بود که مدتی ریاست این بیمارستان را نیز به عهده داشت. او در زمینه داروهای جایگزین، کتابی به نام «ابدال الادویه المفردة و المركبه» نوشته است. (آل داود. ۱۳۹۹: ۳۸۷/۲)

مهم‌ترین کتاب در زمینه داروهای جایگزین کتاب «ابدال الادویه» محمد بن زکریای رازی (۲۵۱-۳۱۳ هق) است. او در مقدمه کتاب آورده که تمام کتاب‌های موجود مربوط به داروهای جایگزین را مطالعه کرده است. کتاب‌هایی مانند کتاب جامع آرماس، دو کتاب قدیم و جدید پولس و رساله حنین بن اسحاق که ترجمه مقاله جالینوس درباره داروهای جایگزین است. از نظر رازی رساله حنین نسبت به بقیه آثار بهتر است؛ اما هیچ کدام به مبحث داروهای جایگزین به صورت قانون‌مند و با روشی علمی و یا حتی نزدیک به روشی علمی نپرداخته است؛ از این رو رازی کتابی با عنوان «ابدال الادویه المستعمله فی الطب و العلاج و قوانینها و وجه استعمالها» می‌نویسد و در آن بدل‌های ۱۲۵ مفردة دارویی را بدون ذکر خاصیت درمانی آن و به ترتیب حروف ابجد می‌آورد (رازی. همان:

حکمای گذشته با نگارش کتاب‌های ابدال و بومی‌سازی داروها، هم سبب گسترش علم داروسازی و به تبع آن پزشکی شدند و هم با معرفی داروهای در دسترس و ارزان، سطح سلامت افراد متوسط و فقیر جامعه را ارتقا دادند

۱۷-۱۸). رازی در این کتاب بسیاری از داروهای ایرانی را به عنوان بدل داروهای یونانی و عربی آورده که به نوعی بومی‌سازی داروها برای طبیبان ایرانی بوده است.

در دوره اسلامی بعد از رازی طبیبان دیگری به ابدال‌نویسی روی آوردند؛ از جمله احمد بن ابراهیم بن جزار قیروانی (قرن دهم هجری)، محمد بن علی بن عمر سمرقندی ملقب ملقب به جمال‌الدین (اواخر قرن ششم و اوایل قرن هفتم هجری)، فخرالدین مهابادی (قرن دهم هجری)، صدرالدین علی بن محمد گیلانی (قرن دهم و یازدهم هجری)، معصوم بن کریم شوشتری شیرازی (قرن یازدهم هجری)، محمد بن ابی‌نصر الهمی (مجهول الهویه). از کتاب‌های این نویسندگان نسخه‌های خطی زیادی در کتابخانه‌های ایران موجود است (درایتی. ۱۳۹۰: ۳۰۷-۳۰۶) و تصحیح احیای این کتاب‌ها می‌تواند گامی در راستای احیای سنت داروشناسی و داروسازی تمدن اسلامی باشد

منابع:

- آل داود، سید علی (۱۳۹۹). مقاله ابدال الادویه المفردة و المركبه. دائره المعارف بزرگ.

ابدال - <https://cgie.org.ir/fa/article/222537/> - الادویه المفردة و - المركبه

- ابن ابی صیبعه، موفق‌الدین (بی تا). عیون الأنباء فی طبقات الأطباء. تحقیق نزار رضا. بیروت: منشورات دار مکتبه الحیاه.

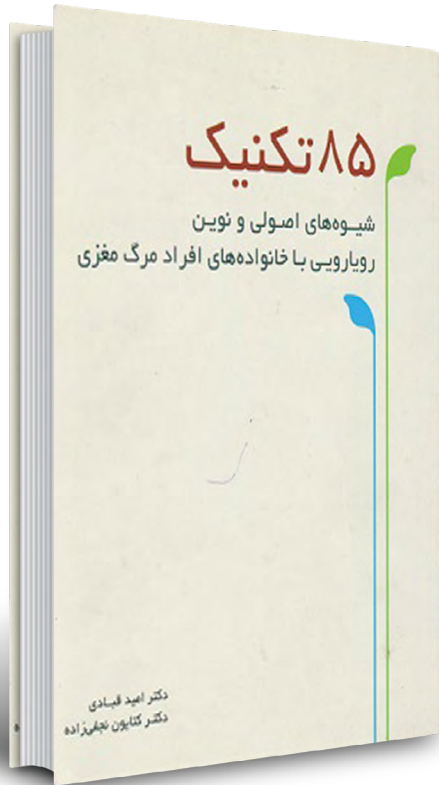
- بدیغورس (۱۳۹۶)، ابدال الادویه و الشجار و الصموغ و الطین. تصحیح دکتر احسان مقدس. تهران: نیلورگ.

- درایتی، مصطفی (۱۳۹۰). فهرستگان نسخه‌های خطی ایران (فنخا). تهران: سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران.

- دیسقوریس، پدانیوس آنازاری (۱۳۹۱). الحشایش. ترجمه سید محمود طباطبایی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- رازی، محمد بن زکریا (۱۳۸۳). الأبدال (الأبدال المستعمله فی الطب و العلاج). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- کرامتی، یونس (۱۳۹۲). جایگاه رساله ابدال الادویه رازی در سنت داروشناسی و داروسازی دوره اسلامی. مجله تاریخ علم. دوره ۱۱. شماره ۱.



تکنیک ۸۵ شیوه‌های اصولی و نوین رویارویی با خانواده‌های افراد مرگ مغزی

کتاب «۸۵ تکنیک شیوه‌های اصولی و نوین رویارویی با خانواده‌های افراد مرگ مغزی»، تألیف دکتر امید قبادی و دکتر کتایون نجفی‌زاده، در سال ۱۳۹۷ از سوی انتشارات اندیشه سرا در ۴۵۲ صفحه به چاپ رسید.

پیوند اعضا، از مهم‌ترین و موفق‌ترین شیوه‌های درمانی است که نقشی حیات‌بخش و بی‌دلیل در نجات جان بیمارانی دارد که تا چند دهه قبل، محکوم به مرگ بودند و در صورت ابتلا به نارسایی اعضای مهم حیاتی بدن، در مدتی کوتاه، زندگی آن‌ها به پایان می‌رسید.

می‌دانیم که هشت عضو حیاتی افراد مبتلا به مرگ مغزی را می‌توان به بیمارانی که با مرگ دست‌وپنجه نرم می‌کنند، پیوند زد و به آنان حیات دوباره بخشید؛ ولی معمولاً گرفتن رضایت از اطرافیان مضطرب و نگران از شنیدن مرگ مغزی یکی از عزیزانشان، سخت‌ترین و پیچیده‌ترین موضوع در مسیر درمان از راه پیوند اعضاست.

این کتاب بر اساس اطلاعاتی از روش‌های به‌روز جهانی و همچنین حدود پنجاه تکنیک نوین که بر اساس فرهنگ و مذهب مردم ایران است، تدوین شده و به مجموعه جهانی اضافه شده است. این روش حدود دو سال به‌صورت آزمایشی در یکی از مراکز اهدای عضو ایران اجرا گردید و با افزایش میزان رضایت‌دهی خانواده‌ها به بالای نود درصد، قابلیت اجرا و موفقیت خود را ثابت کرد.

نکته جالب توجه این مجموعه این است که افزون بر آموزش تکنیک‌های عمومی رضایت‌گیری، شامل نحوه انتقال خبر بد، درخواست اهدای عضو و مانند آن‌ها، روش‌های مختص رویارویی با هرکدام از چالش‌های پیش روی مبحث رضایت‌گیری، مانند رفع

مورد به مورد علل رضایت ندادن خانواده به اهدای عضو، از قبیل انتظار معجزه، پایبندی‌های مذهبی، فرهنگ اجتماعی، نگرانی از مثله شدن بدن میت و مانند این‌ها را نیز آموزش می‌دهد.

این اثر شش فصل دارد که عبارت‌اند از:

فصل یکم: آنچه باید بدانیم؛

فصل دوم: اصول رضایت‌گیری؛

فصل سوم: روش‌های برگرداندن دیدگاه منفی خانواده به اهدای عضو؛

فصل چهارم: مرور تکنیک‌ها؛

فصل پنجم: تمرین‌های پایانی؛

فصل ششم: پاسخ تمرینات.

در واقع، موضوع اصلی این کتاب ارزشمند، جمع‌آوری شیوه‌های اصولی و نوین در رویارویی با خانواده‌های قربانیان مرگ مغزی است که دست‌آورد تجربه‌های گسترده نویسندگان کتاب در سال‌های گذشته در ایران و در سطح بین‌المللی است که می‌تواند بسیار مورد استفاده قرار گیرد.

زهره سادات علایی طباطبایی
دانشکده سلامت و دین



پیام سلامت ودین (۵۰)

پدران با مسئولیت پذیری بیشتر در حمایت
فانواده، از فرزندآوری حمایت می کنند

با برقراری آرامش و آسایش برای همسران،
در شکوفایی فانواده و رشد جامعه خود
سهیه باشیه



نخستین دوره مدارس تابستانه سلامت و پیشگیری



ویژه دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور

مهلت ثبت نام: ۱۶ تا ۲۷ تیر

از طریق معاونت فرهنگی و دانشجویی دانشگاه‌های علوم پزشکی

زمان برگزاری:

۱۴ تا ۱۷ مرداد ۱۴۰۳

[Http://hr.muq.ac.ir](http://hr.muq.ac.ir)

۰۲۵۳۷۷۰۱۴۹۷