



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم
دانشگاه طب و طبابت و دین

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی دانش پزشکی

سال پنجم، شماره ۵۷، خرداد ۱۴۰۲

دانش مستدام

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

شماره پروانه انتشار وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۱۹۷۰
سال پنجم، شماره ۵۷، خرداد 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
سرپرست: دکتر اکرم حیدری
هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

حمید آسایش، محسن رضایی آدریانی، محمود شکوهی تبار،
زهرا صبوری، زهرا طاهری خرامه، 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 پرداخت قرض و دین و وام.....

۵.....پیام سلامت و دین (۲۷).....

سلامت در قرآن و روایات

۶.....نقش دین در عزت نفس.....
محمود شکوهی تبار، نورا کمالیون

سلامت و مراقبت معنوی

۸.....مروری بر ابزارهای ارزیابی معنوی.....
زهرا صبوری، زهرا طاهری خرامه

فقه سلامت

۱۲.....موضوع شناسی تغییر جنسیت.....
احمد مشکوری

تحلیل اخلاق - حقوقی مواد

۱۴.....معرفی دانشجوی به عنوان پزشک.....
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

۱۶.....جایگاه علم طب در طبقه‌بندی علوم از منظر بابا افضل کاشانی.....
مریم محسنی سیف‌آبادی

معرفی کتاب

۱۸.....اخلاق پزشکی و سوء رفتار حرفه‌ای.....

ژلال سلامت

۱۹.....خطائر قدس.....

۲۰.....پیام سلامت و دین (۲۸).....



راهنمای نویسندگان



منابع مورد استفاده با نوشتن نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان و سال انتشار در داخل کمان به صورت درون متنی آورده شود و فهرست منابع در پایان مقاله به صورت الفبایی و به ترتیب منابع فارسی و منابع انگلیسی ذکر شود و چنان چه قرآن کریم جزو منابع مقاله بود، به عنوان نخستین منبع در بخش منابع نوشته شود. ارجاع درون متنی 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 به عنوان نویسنده سند، ارجاع داده می شود، (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۴) نوشته شود. در انتهای مقاله نیز منابع در قالب زیر آورده شوند:

- (کتاب، مقاله، پایان نامه): نام خانوادگی نام (همه نویسندگان). عنوان مقاله/ کتاب: پایان نامه، 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 مسؤول 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 - اطلاع رسانی است که با هدف گسترش مباحث مشترک حوزه سلامت و دین، به صورت الکترونیکی منتشر می شود. جامعه هدف این نشریه را اعضای جامعه علوم پزشکی کشور تشکیل می دهند. این نشریه آمادگی دارد مطالب ارسالی اندیشمندان، پژوهشگران و صاحب نظران محترم را بررسی و در صورت انطباق با معیارهای مورد نظر، 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 مسؤول، متن مقاله، منابع و چند جمله مهم برگزیده از متن.

- توصیه می شود در هنگام ارسال مقاله، مشخص شود مربوط به کدام یک از موضوعات نشریه است. مقالات حداکثر در سه صفحه تنظیم شده باشد. مقالات طولانی تر 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 مسؤول است.

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

دعا برای پرداخت قرض و دین و وام



خدایا! بر محمد و آلش درود فرست و مرا از وامی که به خاطر آن آبرویم را بریزی به سلامت دار؛ وامی که ذهنم را پریشان می کند و فکرم را پراکنده می سازد و کارم را در چاره کردن آن طولانی می کند. ای پروردگارم! از اندوه وام و فکرش و از دل مشغولی به آن و بی خوابی اش، به تو پناه می برم. پس بر محمد و آلش درود فرست و مرا از آن پناه ده. ای پروردگارم! از خواری وام در این زندگی دنیا و از گرفتاری اش پس از مرگ به تو پناه می جویم. پس بر محمد و آلش درود فرست و مرا از سختی وام به ثروت سرشار و رزق کافی که از من قطع نشود، پناه ده. خدایا! بر محمد و آلش درود فرست و مرا از اسراف و زیاده خواهی بازدار و به بخشیدن و میانه روی مستقیم ساز و نیکو اندازه نگاه داشتن را به من بیاموز و مرا به لطف خود از ولخرجی حفظ کن و روزی ام را از وسایل حلال جاری فرما و خرج کردنم را در راه های خیر و نیکی جهت ده، و ثروتی را که برای من خودبینی ایجاد کند، یا به ستمگری کشاند، یا به دنبال آن دچار طغیان و سرکشی شوم، از من بگیر. خدایا! هم نشینی با تهی دستان را محبوب من قرار ده و مرا در هم نشینی با آنان به صبر نیکو یاری کن، و آنچه از متاع دنیای نابود شدنی که از من گرفتی، آن را در خزانه های پایداریت برایم ذخیره ساز، و آنچه از توشه ناچیز دنیا به من دادی و از کالای بی ارزشش برای من پیش انداختی، وسیله رسیدن به جوارت و پیوستن به مقام قرب حضرتت و سببی به سوی بهشتت قرار ده. همانا تو دارنده احسان عظیمی و تو بخشنده کریمی.

منبع: صحیفه سجادیه. دعای سی ام. ترجمه حسین انصاریان

<https://www.erfan.ir/farsi/sahifeh30>. دسترسی در تاریخ

۱۴۰۲/۰۱/۲۶



پیام سلامت و دین (۲۷)

چه قدر الگوی صحیح خواب شبانه روزی را
رعایت می‌کنیم؟

الگوی نادرست خواب با برفی
بیماری‌ها (از جمله دیابت) مرتبط
است.

خواب کافی، به موقع و با کیفیت،
بخش مهمی از سبک زندگی سالم
است.

نقش دین در عزت نفس

محمود شکوهی تبار^۱
نورا کمالیون^۲

به ویژه در گروه‌هایی مانند دانشجویان (Hayman et al. 2007) و اقلیت‌های قومی (Krause, N. 2003؛ Si-moni and Ortiz, 2003). مرور سیستماتیک پروفیسور کوئیتیگ و همکارانشان نشان داد که از بین ۶۹ مطالعه کمی وارد شده در مطالعه که به رابطه بین دین‌داری و عزت نفس می‌پرداختند، در ۴۲ پژوهش (۶۱ درصد)، افرادی که مذهبی‌تر بودند، به‌طور قابل توجهی دارای سطوح بالاتری از عزت نفس بودند و دو مطالعه (۳ درصد) عزت نفس پایین‌تری را ثبت کردند (Koe-nig et al. 2012). بنابراین، دین و معنویت را می‌توان به عنوان یکی از متغیرهای مؤثر بر عزت نفس به شمار آورد. در ادامه، کلیات برخی سازوکارهای دین در ارتقای عزت نفس بیان می‌شود.

۱- ایجاد حس هدف و معنا: دین می‌تواند چهارچوبی را برای درک هدف و معنای زندگی به افراد ارائه دهد که به آن‌ها کمک کند احساس امنیت و استقرار بیشتری از خود داشته باشند.

۲- ارائه حس تعلق: جوامع مذهبی می‌توانند برای افراد احساس تعلق و ارتباط با دیگرانی که در باورها و ارزش‌های آن‌ها مشترک‌اند، فراهم کنند. این می‌تواند با ایجاد یک شبکه پشتیبانی و احساس هویت مشترک به افزایش عزت نفس کمک کند.

۳- ترویج بخشش و پذیرش: دین بر اهمیت بخشش

عزت نفس، از عوامل مهم و اساسی در رشد و شکوفایی انسان‌هاست. مراد از این مفهوم، نگرش فرد به خود و ارزیابی شخص از میزان ارزشمندی خود است که بر همه افکار، ادراکات، هیجانات، آرزوها، ارزش‌ها و اهداف شخصی نفوذ دارد و کلید رفتار آدمی است (Carson, et al. 2016). عزت نفس، نقش سپر محافظ در مقابله با فشارهای روانی را ایفا می‌کند و می‌تواند از فرد در مقابل وقایع فشارآور منفی زندگی حمایت کند. فردی با عزت نفس بالا به راحتی می‌تواند با تهدیدها و وقایع فشارآور خارجی، بدون برانگیختگی منفی و ازهم‌پاشیدگی نظام روانی مواجه گردد (Kohn, A. 1994). در مقابل، عزت نفس پایین، به عنوان عامل خطر برای پرخاشگری، بزهکاری، سوء مصرف مواد، افسردگی، عملکرد ضعیف تحصیلی، همسرآزاری، کودک‌آزاری و نظایر آن مطرح است. بی‌تردید، عزت نفس از مهم‌ترین و اساسی‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین‌کننده ویژگی‌های رفتاری ماست. عزت نفس، به مثابه یک سرمایه ارزشمند، از مهم‌ترین عوامل پیشرفت و شکوفایی استعداد و خلاقیت انسان به شمار می‌آید (مشایخ و همکاران. ۱۴۰۰).

دین از جنبه‌های مختلف، نقشی ویژه در زندگی بشر داشته و دارد که از جمله باید به تأثیر ویژه دین بر عزت نفس اشاره کرد.

مطالعات پیشین، بیانگر ارتباط بین مشارکت مذهبی و عزت نفس بالاتر است (Krause, N. 1992). همچنین، یک مطالعه نشان داد که دعا برای دیگران موجب افزایش قابل توجه عزت نفس می‌شود (O'Laoire, S. 1997). تحقیقات جدیدتر، همچنین ارتباط مثبت بین مشارکت مذهبی و عزت نفس را نشان می‌دهد،

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.

منابع:

- مشایخ، مهسا؛ محسنی چلیک، محمدحسین؛ صلاحی کجور، عظیم (۱۴۰۰). «چرایی عزت نفس در کودکان و نوجوانان و راه های تقویت آن»، مجله پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ش ۳۴.

-Carson, V.B., Benner, V., Arnold. E.N. (2016). Mental health nursing: The nurse - patient journey: W.B. Saunders company.

-Hayman, J. W., S. R. Kurpius, C. Befort, M. F. Nicpon, E. Hull-Blanks, S. Sollenberger, et al. 2007. "Spirituality among college freshmen: Relationships to self-esteem, body image, and stress." Counseling and Values 52(1): 55-70.

-Kohn, A. (1994). The truth about self-esteem. Phi Delta Kappan, 76(4), 272-283.

-Krause, N. 1992. "Stress, religiosity, and psychological well-being among older blacks." Journal of Aging and Health 4: 412-439.

-Krause, N., and C. G. Ellison. 2003. "Forgiveness by God, forgiveness of others, and psychological well-being in late life." Journal for the Scientific Study of Religion 42(1): 77-93.

-O'Laoire, S. 1997. "An experimental study of the effects of distant, intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression." Alternative Therapies in Health and Medicine 3(6): 38-53.

-Simoni, J. M., and M. Z. Ortiz. 2003. "Mediational models of spirituality and depressive symptomatology among HIV-positive Puerto Rican women." Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology 9(1): 3

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

و پذیرش، هم درباره خود و هم برای دیگران تأکید دارد. این می تواند به افراد کمک کند که ایرادات و اشتباهات خود را بپذیرند و از آن استقبال کنند و درصدد رفع آن برآیند که به نوبه خود، می تواند عزت نفس را افزایش دهد.

۴- تشویق به خوداندیشی و رشد شخصی: اعمال مذهبی مانند دعا، مراقبه و خوداندیشی می تواند به افراد کمک کند تا درکی عمیق تر از خود و جایگاه خود در جهان به دست آورند. این می تواند باعث رشد شخصی و خودآگاهی شود که به نوبه خود می تواند عزت نفس را بهبود بخشد.

۵- ارائه راهنمایی و پشتیبانی: آموزه ها و اعمال مذهبی می توانند از افراد در هنگام رویارویی با چالش ها یا تصمیمات دشوار پشتیبانی و آن ها راهنمایی کنند. این می تواند به افراد کمک کند که اعتماد به نفس و توانایی بیشتری داشته باشند که می تواند عزت نفس را بهبود بخشد.

براین اساس، دین و دین داری نقشی مثبت در ارتقای عزت نفس ایفا می کند. البته باید توجه داشت که اگر دین برای شرمساری یا قضاوت افراد به خاطر اعمال یا عقایدشان به کار رود، می تواند تأثیراتی منفی بر عزت نفس داشته باشد. همچنین، در صورتی که فرد و جامعه بی توجه به واقعیت های فردی و اجتماعی، ایدئال هایی برای فرد در نظر بگیرند که معمولاً دسترسی آبی به آن امکان پذیر نیست و به فرایندی بودن تغییر بی توجه باشند، احساس گناه، شرمساری و ناکامی در فرد شکل خواهد گرفت که می تواند به عزت نفس آسیب بزند.

مروری بر ابزارهای ارزیابی معنوی

زهرا صبوری^۱
زهرا طاهری خرامه^{۲*}

دلیل نیاز به استانداردسازی تعریف معنویت در مراقبت تسکینی، گروهی از متخصصان بین حرفه‌ای مراقبت‌های تسکینی و معنوی، تعریفی جامع از معنویت به صورت «بعد انسانی که به روش جستجو و بیان معانی و هدف افراد اشاره دارد» و روشی که آن‌ها ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و خداوند را تجربه می‌کنند، ارائه کرده‌اند. ساخت پرسش‌نامه در زمینه ارزیابی معنویت بیماران، به وسیله شماری از پژوهشگران خارج از کشور، مورد توجه قرار گرفته است و طیفی از این ابزار سنجش وجود دارد که برخی برای گروه‌های خاصی از بیماران و برخی قابل استفاده برای عموم بیماران طراحی شده که البته در ایران بومی‌سازی نشده است.

غربالگری معنوی

غربالگری معنوی وجود یا عدم وجود نیازهای معنوی یا پریشانی را با هدف شناسایی کسانی که به ارزیابی و مراقبت معنوی بیشتر نیاز دارند، ارزیابی می‌کند. از اهداف غربالگری معنوی این است که مشخص شود آیا بیمار با هرگونه ناراحتی روحی مواجه است یا خیر، و آیا آن‌ها مایل‌اند که متخصص مراقبت‌های بهداشتی یا تیم حمایت معنوی به آن‌ها خدمات ارائه دهد؟ (۶). با توجه به اینکه غربالگری معنوی از نظر مفهومی در چتر بزرگ‌تر غربالگری روانی اجتماعی قرار می‌گیرد، تعدادی از ابزارهای توسعه‌یافته برای غربالگری روانی - اجتماعی عمومی شامل یک یا چند آیتم معنوی است (۷، ۳ و ۸). به همین ترتیب، بسیاری از ابزارهای نیازسنجی شامل مواردی هستند که معنویت را ارزیابی می‌کنند (۹).

غربالگری معنوی، مانند هر غربالگری دیگر، معمولاً شامل یک یا دو پرسش است و به وسیله پزشکانی که غربالگری معمول را در پذیرش اولیه انجام می‌دهند، صورت می‌گیرد. برای مثال، پرستار یا مددکار اجتماعی ممکن است غربالگری معنوی را هنگام تریاژ یا پذیرش در محیط‌هایی مانند بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان یا آسایشگاه‌ها انجام دهد؛ برای نمونه می‌توان از بیمار پرسید که «دین و یا معنویت چقدر در مقابله شما با

سازمان بهداشت جهانی (WHO)، مراقبت تسکینی را دربرگیرنده همه اقدامات فعال و کامل برای کاستن از رنج و درد و بهبود کیفیت زندگی بیمار، و آن را جامع‌نگر تعریف می‌کند؛ یعنی شامل مراقبت کل از فرد، از جمله مراقبت معنوی (۱ و ۲). با توجه به تعریف یادشده و این واقعیت که افرادی که با یک بیماری محدودکننده یا تهدیدکننده زندگی می‌کنند، اغلب چالش‌های معنوی را تجربه می‌کنند (۳)، ضروری است که مراقبان سلامت بدانند که چگونه به درستی بیماران را از نظر پریشانی معنوی غربالگری و منابع و نیازهای معنوی آنان را ارزیابی کنند. در واقع، هر پرستاری می‌داند که پیش از ارائه مراقبت‌های پرستاری جامع و شخص‌محور، بیمار باید ارزیابی شود. مطالعات نشان داده‌اند که بیشتر بیماران هم خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیاز معنوی خود هستند و تمایل دارند درمان‌گرشان به این مسائل توجه کند (۴). از آنجا که معنویت یک بعد ذاتی و اغلب بسیار ارزشمند برای کسانی است که مراقبت‌های پرستاری تسکینی دریافت می‌کنند، ضروری است که پرستاران مراقبت‌های تسکینی بدانند چگونه معنویت را ارزیابی کنند (۵).

معنویت را می‌توان به عنوان حس تعلق به یک بعد متعالی یا حس آرامش، هدف و باورهای وجودی درباره معنای زندگی تعریف کرد؛ به عبارت دیگر پایه و شالوده معنویت، ایمان به خدای یکتاست. به

۱. گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

* نویسنده مسئول: زهرا طاهری خرامه، قم، خیابان ۱۵ خرداد، دانشکده سلامت و

دین. Email: ztazeri@muq.ac.ir

بیماری اهمیت دارد؟»

اگر پاسخ بیمار مثبت بود، پرسش بعدی می‌تواند این باشد که «در این زمان، این منابع چقدر برای شما کارساز هستند؟»

- اگر بیمار مشکلی در مقابله داشته باشد و یا منابع معنوی یا مذهبی برای آن‌ها مفید نباشد، ارجاع به روحانی دارای گواهینامه تخصصی یا دارای مدرک معتبر توصیه می‌شود.

- اگر بیمار هیچ مشکلی با غربالگری نداشته باشد، شرح حال معنوی باید به وسیله پزشک دخیل در روند پذیرش به دست آید (۱۰).

شرح حال معنوی

شرح حال معنوی از مجموعه بزرگتری از پرسش‌ها استفاده می‌کند تا ویژگی‌های معنوی، منابع و نیازهای بیمار را به تصویر بکشد و معمولاً در یک ارزیابی اولیه و جامع به وسیله پزشک انجام می‌شود. مدل‌های اولیه برای تاریخچه معنوی، شامل مقیاس فیکا FICA پوچالسکی و رومر (۱۱)، مقیاس اسپریت موگانز (۱۲) و مقیاس هوپ (۱۳) است. تحقیقات محدودی در خصوص کاربرد مقیاس‌های شرح حال معنوی در جمعیت‌های مراقبت تسکینی وجود دارد، و تحقیقات بیشتری برای ارزیابی فعلی و طراحی ابزارهای جدید شرح حال معنوی در میان جمعیت‌های مختلف بیماران تسکینی مورد نیاز است (۵).

ابزار سابقه معنوی FICA ابزاری معتبر و پرکاربردی برای گرفتن شرح حال معنوی بیمار است. ابعاد و پرسش‌های این ابزار به شرح ذیل است:

- F. ایمان و اعتقاد: «آیا خود را شخصی معنوی می‌دانید؟» یا «آیا از باورهای معنوی مفیدی در راستای مقابله با استرس و یا چیزی که تحمل می‌کنید، برخوردارید؟» (مفهوم‌سازی زمینه‌ای این پرسش‌ها با آنچه بیمار تحمل می‌کند، بسیار اهمیت دارد).

اگر پاسخ بیمار «خیر» باشد، ممکن است پزشک بپرسد «چه چیزی به زندگی شما معنا می‌بخشد؟» گاه بیماران با پاسخ‌هایی نظیر خانواده، شغل یا طبیعت جواب می‌دهند، اما حتی اگر بیمار دغدغه معنوی داشته باشد، پزشک باید با پرسش‌های همچون «چه چیزی به زندگی شما معنا می‌بخشد؟» جزئیات بیشتری را درباره این موارد بررسی کند.

- اهمیت: «معنویت در زندگی شما چه اهمیتی دارد؟ آیا معنویت بر نحوه مراقبت از خودتان در این بیماری تأثیر داشته است؟ معنویت چه نقشی در تصمیم‌گیری در حوزه سلامت شما دارد؟ (برای مثال، اهداف مراقبت، گزینه‌های درمانی)»

- C. جامعه: «آیا شما عضوی از جامعه معنوی یا مذهبی هستید؟ آیا این کار از شما حمایت می‌کند و چگونه؟ آیا گروهی از افراد که واقعاً دوستشان دارید یا افراد مهم برای شما وجود دارد؟» جوامعی مانند مساجد یا گروهی از دوستان همفکر می‌توانند به صورت سیستم‌های قوی پشتیبانی برای برخی بیماران عمل کنند.

- A. پرداختن: «برای پرداختن به این موضوعات در مراقبت‌های سلامتی خود، چقدر ارائه‌دهنده خدمات سلامت خود را دوست دارید؟» همچنین، اگر پزشک پریشانی معنوی یا منابع معنوی را تشخیص دهد، باید در ارزیابی و برنامه‌گفته شود.

ابزار دیگر برای کمک به پزشک در گرفتن شرح حال معنوی، مقیاس اسپریت است که به عنوان راهنما برای شناسایی اجزای مهم ارائه شده است. در واقع، اسپریت به شش بعد اشاره دارد که مراقب معنوی از بیمار می‌پرسد و در این اکتشاف می‌کوشد تا به وضعیت معنوی بیمار پی ببرد. این ابعاد به همراه پرسش‌ها به شرح ذیل است:

- سیستم اعتقاد معنوی: وابستگی مذهبی شما چیست؟

- معنویت شخصی: آیا می‌توانید عقاید و اعمال دین یا نظام معنوی خود را توصیف کنید؟

- یکپارچگی با جامعه معنوی: آیا شما به گروه یا جامعه معنوی یا مذهبی خاصی تعلق دارید؟ آیا این عضویت می‌تواند یک منبع حمایتی برای شما محسوب شود؟

- اقدامات و محدودیت‌های تشریفاتی: آیا اقدامات خاصی وجود دارد که شما به عنوان بخشی از دین یا بعد معنوی خود انجام دهید؟ آن‌ها چه اهمیتی برای شما دارد؟

- پیامدهای مراقبت‌های پزشکی: دوست دارید هنگام مراقبت از شما به چه جنبه‌هایی از دین یا معنویت توجه شود؟ آیا بر اساس مسائل مذهبی یا معنوی، موانعی در روابط ما وجود دارد؟

- برنامه مربوط به اواخر عمر: همان‌طور که برای مراقبت از شما در اواخر عمر برنامه‌ریزی می‌کنیم، می‌توانید بگویید ایمان شما چه تأثیری بر تصمیمات شما دارد؟

ابزار دیگر با عنوان مقیاس هوپ توسط آنادراجیه و هایت جهت اندازه‌گیری بعد معنوی بیماران معرفی گردید. اولین بعد این مقیاس به منابع امید در زندگی بیمار می‌پردازد.

- منابع امید: چه چیزی در زندگی شما وجود دارد





منابع:

1. Massey K, Fitchett G, Roberts P. Assessment and diagnosis in spiritual care. *Spiritual care in nursing practice*. 2004;209:42.
2. Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of pain and Symptom Management*. 2014;48(4):518-31.
3. Wells Di Gregorio S, Porensky EK, Minotti M, Brown S, Snapp J, Taylor RM, et al. The James Supportive Care Screening: integrating science and practice to meet the NCCN guidelines for distress management at a Comprehensive Cancer Center. *Psycho oncology*. 2013;22(9):2001-8.
4. Olpin S, Berry D, Austin-Seymour M, Bush N, Fann JR, Halpenny B, et al. Acceptability of an electronic self report assessment program for patients with cancer. *Computers, informatics, nursing: CIN*. 2008;26(6):332.
5. Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the science of spirituality and palliative care research part II: screening, assessment, and interventions. *Journal of pain and symptom management*. 2017;54(3):441-53.
6. Puchalski CM. Formal and informal spiritual assessment. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11(Suppl 1):51-7.
7. Bultz BD, Groff SL, Fitch M, Blais MC, Howes J, Levy K, et al. Implementing screening for distress, the 6th vital sign: a Canadian strategy for changing practice. *Psycho oncology*. 2011;20(5):463-9.
8. Loscalzo M, Clark K, Dillehunt J, Rinehart R, Strowbridge R, Smith D. SupportScreen: a model for improving patient outcomes. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2010;8(4):496-504.
9. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(11):1160-77.
10. Fitchett G, Risk JL. Screening for spiritual struggle. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2009;63(1-2):1-12.
11. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*. 2000;3(1):129-37.
12. Maugans TA. The spiritual history. *Archives of family medicine*. 1996;5(1):11-6.
13. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American family physician*. 2001;63(1):81.

که به صورت درونی آن را به عنوان یک منبع حمایتی و الهام بخش درک می کنید؟

- دین سازمان یافته: آیا خود را به عنوان بخشی از جامعه دینی می دانید؟ چقدر این موضوع برای شما مهم است؟

- معنویت شخصی: آیا شما اعتقادات معنوی شخصی، مستقل از دین خود دارید؟ چه جنبه هایی از معنویت / اعمال خود را بیشتر مفید می دانید؟

- تأثیرات در مراقبت های پزشکی و مسائل پایان زندگی: آیا اقدامات یا محدودیت های خاصی وجود دارد که ما باید در ارائه مراقبت از شما بدانیم؟ آیا صحبت با یک روحانی از جامعه دینی خود یا یک رهبر روحانی را مفید می دانید؟

ابزارهای ارزیابی معنوی باید برای بیماری های محدودکننده زندگی قابل استفاده باشد؛ اطلاعات مرتبط بالینی را ارائه دهد، قابل سنجش، معتبر و پایا و فراگیر باشد، و برای بیماران و مراقبان امکان پذیر و قابل قبول باشد و یک برنامه مراقبت معنوی بین رشته ای را ارائه دهد. برای دستیابی به این اهداف، شکاف های تحقیقاتی کلیدی باید برطرف شود. بسیاری از ابزارها عمدتاً برای اهداف تحقیقاتی توسعه یافته اند و مطالعات بیشتری برای ارزیابی سودمندی آن ها در محیط های بالینی مورد نیاز است. افزون بر این، محدودیت های مقیاس های ارزیابی معنوی، نیاز به بررسی دقیق ابزارهای موجود و نیز طراحی ابزارهای جدید و جامع تر را نشان می دهد. همانند دیگر جنبه های مراقبت تسکینی، همکاری بین حرفه ای در مراقبت معنوی اهمیت زیادی دارد. همه اعضای تیم بین حرفه ای با بیماران تعامل دارند که شامل پاسخ و پرداختن به همه ابعاد مراقبت بیمار، یعنی معنوی، مذهبی و وجودی و نیز جسمانی، روانی و اجتماعی است.

موضوع شناسی تغییر جنسیت

احمد مشکوری^۱

تغییر، یعنی از حالی به حالی برگرداندن (دهخدا، ۱۳۴۷: ۱۷ / ۷۹۵) و جنسیت یعنی انوئیت یا رجولیت افراد (همان، ۱۸ / ۱۲۲)؛ یعنی مرد یا زن و پسر یا دختر بودن آنان، اما اصطلاح تغییر جنسیت در عرف امروزی، به معنی تبدیل جنس مرد به زن یا بالعکس است؛ بدین معنی که فردی مرد یا زن است و جنسیت کاملاً مشخصی دارد، ولی جنس خود را به جنس مخالف تبدیل کند. همچنین، در مواردی افرادی با جنسیت نامشخص یا دوجنسی داریم که عمل تغییر جنسیت برای آنان انجام می‌شود و آنان را وارد یکی از دو جنس مرد یا زن می‌کند و در واقع، جنسیت واقعی آنان را مشخص می‌کند که اصطلاح «تعیین جنسیت» اصطلاح درست و مناسب برای این موارد است، ولی اصطلاح تغییر جنسیت برای آنان نیز به کار می‌رود.

در این شماره و چند شماره آتی، موضوع شناسی تغییر جنسیت و احکام آن بررسی می‌گردد. بدین منظور لازم است معنی و منظور برخی اصطلاحات را روشن کنیم تا ابهامات احتمالی برطرف شود.

خنثی: خنثی در اصطلاح، یعنی کسی که هم آلت تناسلی مردانه داشته باشد هم زنانه، یا هیچ کدام را نداشته باشد (همان، ۲۴ / ۷۴۹).

خنثی به سه دسته خنثای ذکر و خنثای اثنی و خنثای مشکل دسته‌بندی می‌شود؛ یعنی خنثایی که در او حالت مردانگی بر زنانگی غالب باشد یا بالعکس و آنکه هیچ‌یک از دو حالت مردانگی یا زنانگی در او غالب نیست و نه مرد است و نه زن، یا هم مرد است و هم زن (عمید، ۱۳۷۲).

در زبان انگلیسی، دو واژه Bisexual و Transsexual به همان معنای خنثی به کار می‌روند که Bisexual به معنی فرد دوجنسی و کسی که خصوصیات هر دو جنس را دارد به کار می‌رود. Transsexual نیز به معنی کسی است که متعلق به یک جنس است، ولی تمایل

شدید و مستمری برای تعلق به جنس دیگر دارد (Sydney, ۲۰۰۵)؛ یعنی مردی که مشکلی از نظر مردانگی ندارد و شاید ازدواج کرده و فرزند هم داشته باشد، اما می‌خواهد به زن تبدیل شود. یا زنی که ازدواج کرده و صاحب فرزند هم شده است، ولی به هر دلیل می‌خواهد خود را به مرد تبدیل کند.

نشانه‌های اختلال ابهام جنسی در نوزادی

نوزادانی که از نظر ژنتیکی مؤنث هستند (با دو کروموزوم X) ممکن است موارد ذیل را دارا باشند:

- کلیتوریس بزرگ که شبیه آلت تناسلی مردانه است.
- لایبای به هم چسبیده یا لایبایی که شبیه کیسه بیضه است.
- برآمدگی‌هایی که حین لمس، حسی مثل بیضه در محل اتصال لایبای دارند.

نوزادانی که از نظر ژنتیکی مذکر هستند (با یک کروموزوم X و یک کروموزوم Y) موارد ذیل را هم دارند:

- وضعیتی که در آن لوله باریکی که ادرار و اسپرم از آن عبور می‌کنند، به صورت کامل تا نوک آلت تناسلی کشیده نمی‌شود (هیوسپادیاس).
- آلت تناسلی بسیار کوچک که سوراخ مجرای میزراه به کیسه بیضه بسیار نزدیک است.
- عدم وجود یک و یا هر دو بیضه در آنچه به نظر می‌رسد کیسه بیضه باشد.

- بیضه‌های پایین‌نیامده و کیسه بیضه خالی که ظاهراً مثل لایبای بوده است به همراه یک

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

میکروپنیس و یا حتی عدم وجود آن.

ابهام جنسی چگونه رخ می‌دهد

- اختلال در مراحل که جنسیت تعیین می‌شود، منجر به عدم تطابق بین ظاهر اندام جنسی خارجی و اندام‌های جنسی داخلی یا جنسیت ژنتیکی (XX یا XY) خواهد شد.

- فقدان یا ناکافی بودن هورمون‌های مردانه در جنینی که از نظر ژنتیکی مذکر است، سبب بروز ابهام جنسی می‌شود.

- درحالی‌که قرار گرفتن در معرض هورمون‌های مردانه در زمان رشد جنین، منجر به دستگاه تناسلی مبهم در جنینی خواهد شد که از نظر ژنتیکی مؤنث است.

- جهش در ژن‌هایی خاص، بر شکل‌گیری جنسیت جنین تأثیر گذاشته و ابهام جنسی ایجاد می‌کند.

- ناهنجاری‌های کروموزومی، مثل وجود نداشتن یا اضافه بودن یکی از کروموزوم‌های جنسی هم منجر به دستگاه تناسلی مبهم خواهد شد.

در بعضی موارد، دلیل ابهام جنسی مشخص نمی‌شود.

علل بروز ابهام جنسی در جنینی که از نظر ژنتیکی مؤنث است عبارت‌اند از:

- هیپرپلازی مادرزادی آدرنال. شکل‌های خاصی از این مشکل ژنتیکی سبب می‌شود غدد آدرنال، هورمون مردانه زیادی (آندروژن) تولید کنند.

- قرارگیری در معرض هورمون‌های مردانه پیش از زایمان. یک سری داروهای خاص که حاوی هورمون‌های مردانه‌اند یا تولید هورمون‌های مردانه را در زن باردار تحریک می‌کنند، موجب مردانه‌تر شدن اندام جنسی زنانه جنین خواهند شد.

- در صورتی‌که مادر بیماری یا مشکلی داشته باشد که عدم توازن هورمونی ایجاد کند، جنین در حال رشد هم در معرض هورمون‌های مردانه قرار می‌گیرد.

- تومورها، وجود تومور در بدن مادر به‌ندرت سبب ترشح هورمون مردانه خواهد شد.

علل بروز ابهام جنسی در جنینی که از نظر ژنتیکی مذکر است عبارت‌اند از:

- رشد ناقص بیضه‌ها. دلیل این امر ناهنجاری‌های ژنتیکی یا دلایل نامعلوم است.

- سندرم عدم حساسیت به آندروژن. در این وضعیت، بافت‌های در حال رشد اندام تناسلی پاسخی طبیعی به هورمون‌های مردانه‌ای که بیضه‌ها تولید کرده‌اند، نمی‌دهند.

- ناهنجاری بیضه‌ها یا تستسترون. ناهنجاری‌های مختلفی می‌توانند در فعالیت بیضه‌ها تداخل ایجاد کنند. این امر شامل مشکلات ساختاری در بیضه، مشکل در تولید هورمون مردانه تستسترون یا مشکل در گیرنده‌های سلولی است که به تستسترون پاسخ می‌دهند.

- نقص ۵ آلفا ردوکتاز. کمبود این آنزیم در تولید طبیعی هورمون مردانه مشکل ایجاد می‌کند.

در شماره‌های آتی، دیگر جنبه‌های «تغییر جنسیت» بررسی خواهد شد.

منابع:

- دهخدا، علی اکبر (۱۳۴۷). لغت‌نامه دهخدا. دانشگاه تهران. ج ۱۷. ص ۷۹۵.

- عمید، حسن (۱۳۷۲). فرهنگ عمید. تهران: امیرکبیر. ج ۱، ص ۹۹۸.
- Albert Sydney, Oxford Advance Learners Dictionary of Current English, Tehran, Ayandesazan

Transsexual به معنی کسی است که متعلق به یک جنس است، ولی تمایل شدید و مستمری برای تعلق به جنس دیگر دارد؛ یعنی مردی که مشکلی از نظر مردانگی ندارد و شاید ازدواج کرده و فرزند هم داشته باشد، اما می‌خواهد به زن تبدیل شود یا زنی که ازدواج کرده و صاحب فرزند هم شده است، ولی به هر دلیل می‌خواهد خود را به مرد تبدیل کند.





شناخته‌شده اخلاق در آموزش پزشکی به‌سادگی قابل حل است و زمانی نیز به دلیل ماهیت پویای محیط‌های آموزش بالینی، باید به راهکارهای نوآورانه روی آورد (لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۵).

■ در مراکز آموزشی - درمانی، استاد و دستیاران و سایر گروه‌های دانشجویان با صرف زمان بیشتر، می‌توانند خدمات بیشتر و علمی‌تری به بیماران ارائه دهند. این از مزایای محیط آموزشی، در مقایسه با یک مرکز درمانی غیر آموزشی است.

■ از سوی دیگر، ممکن است عواملی مانند رعایت نکردن حریم خصوصی بیمار، بی‌نظمی، و مهارت نداشتن برخی دانشجویان سبب زیان بیماران شود و این مسئله به‌عنوان کاستی و اشکال مراکز آموزشی درمانی به‌شمار می‌آید (لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۵).

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

تحلیل اخلاقی - حقوقی موارد

معرفی دانشجو به‌عنوان پزشک

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

بررسی مورد

دانشجوی سال پنجم پزشکی، در حال اخذ شرح حال از بیمار در یک مرکز آموزشی درمانی است. هنگامی که بیمار از وی می‌پرسد: آیا شما پزشک هستید؟ دانشجو در پاسخ با کمی مکث می‌گوید: بله. دستیار تخصصی و همچنین دو نفر دانشجوی پزشکی حاضر در اتاق، واکنش خاصی نشان نمی‌دهند.

تحلیل مورد

■ در مراکز آموزشی - درمانی، هنگام ارائه خدمات درمانی و مراقبتی، آموزش گروه‌های مختلفی از دانشجویان نیز انجام می‌شود.

■ حضور دانشجویان بر بالین بیماران مزایا و معایبی دارد و می‌تواند منشأ برخی چالش‌های اخلاقی باشد که بسیاری از آن‌ها با رعایت اصول



ذهنیت نادرست برخی اساتید و فراگیران در این باره که بیماران با آگاهی، مراکز آموزشی - درمانی را دریافت خدمات انتخاب کرده‌اند و بنابراین نیازی نیست که در هنگام انجام انواع اقدامات درمانی و ارائه اطلاعات به بیمار و اخذ رضایت، به جنبه آموزشی اقدامات تأکید شود.

■ ذهنیت نادرست برخی اساتید و فراگیران در این باره که بیماران با آگاهی، مراکز آموزشی - درمانی را برای دریافت خدمات انتخاب کرده‌اند و بنابراین نیازی نیست که در هنگام انجام انواع اقدامات درمانی و ارائه اطلاعات به بیمار و اخذ رضایت، به جنبه آموزشی اقدامات تأکید شود. ارزیابی معمول از نگرش جامعه، چنین چیزی را نشان نمیدهد.

■ وظیفه معرفی اعضای تیم درمان، اعم از دانشجویان بر عهده استاد است و کاملاً آشکار است که هنگام پرسش از جایگاه دانشجویان، باید پاسخی کاملاً شفاف و صادقانه داده شود.

■ بخش یکم محور دوم منشور حقوق بیمار در جمهوری اسلامی ایران، بیان‌کننده محتوای اطلاعاتی است که بیمار حق دارد از آن آگاهی داشته باشد. در بند ۳-۲ از این محور گفته شده است که باید به بیمار درباره «نام، مسئولیت و رتبه حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر» آگاهی لازم داده شود (منشور حقوق بیمار در ایران).

■ استفاده از اتیکت مناسب می‌تواند به بخشی از پرسش‌های بیماران درباره جایگاه ارائه‌دهنده خدمات پزشکی پاسخ دهد.

به نظر می‌رسد در خصوص گزارش یادشده، اینکه دستیار و سایر پزشکان در همان لحظه تذکر نداده‌اند، قابل قبول باشد، ولی باید در اولین فرصت درباره صداقت نداشتن در پاسخ‌دهی به بیمار صحبت شود.

منابع:

- لاریجانی و همکاران (۱۳۹۵). پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد یکم. نشر برای فردا، ص ۱۳۵-۱۴۱.

- منشور حقوق بیمار در ایران. <https://shahrvand.sums.ac.ir/Dorsapax/userfiles/Sub210/PAITIENTRIGHTFUL-TEXT.pdf>



جایگاه علم طب در طبقه‌بندی علوم از منظر بابا افضل کاشانی

مریم محسنی سیف آبادی^۱



در اواخر قرن اول و اوایل قرن دوم هجری، متفکران جهان اسلام آغازگر نهضت علمی‌ای شدند که پایه‌های تمدن بزرگ اسلامی بر آن‌ها بنا شد. از مهم‌ترین دغدغه‌های این حکما، نظم و انتظام بخشیدن به دانش‌ها و یافته‌های معرفتی رو به فزونی بود که به واسطه ترجمه و تجربه حاصل می‌شد. تمایز علم از غیر علم، مشخص کردن نسبت هر علم با علوم دیگر و بیان اهمیت و ارتباط بین آن‌ها سبب شد که مسلمانان به تبعیت از یونانیان در کتب اختصاصی و یا در ذیل کتب دیگر به طبقه‌بندی علوم همت گمارند.

طبقه‌بندی‌های متفاوت و به تبع آن جایگاه‌های مختلف علوم در این طبقه‌بندی‌ها، نه تنها در هدف و اهمیت، بلکه در روش و چگونگی پرداختن به آن علوم بسیار اثرگذار است؛ به همین دلیل، علم طب جایگاه‌های متفاوتی را در این طبقه‌بندی‌ها داشته و به تبع آن، روش‌های آموزشی و درمانی متفاوتی را در حیطه پزشکی به دنبال داشته است که بررسی این جایگاه‌ها در دوره اسلامی می‌تواند گامی مؤثر در راستای فهم و تبیین روش‌های طبی متفاوت این دوره باشد.

مقالات و کتاب‌های پژوهشی زیادی در زمینه انواع طبقه‌بندی علوم در دوره اسلامی به رشته تحریر درآمده، اما تاکنون هیچ پژوهشی به بررسی طبقه‌بندی علوم از منظر بابا افضل کاشانی نپرداخته است و اکثر قریب به اتفاق مقالات و کتب پژوهشی که به تألیفات و اندیشه‌های بابا افضل پرداخته، سبک و نثر ادبی و اندیشه‌های فلسفی و عرفانی او را بررسی کرده‌اند. از این رو، این پژوهش به دنبال ترسیم طبقه‌بندی کلی

علوم از منظر بابا افضل کاشانی و بررسی جایگاه علم طب در این طبقه‌بندی است.

حکیم افضل‌الدین محمدحسن بن حسین بن محمد بن خوزه مرقی کاشانی، شاعر، عارف و فیلسوف مسلمان ایرانی نیمه دوم قرن ششم و نیمه نخست سده هفتم هجری قمری است (قرایی. ۱۳۸۰: ۹۶). متأسفانه، اطلاع زیادی از زندگی این حکیم در دسترس نیست. نخستین بار، نام او در رساله سیر و سلوک و نیز شرح اشارات خواجه‌نصیرالدین طوسی آمده است (قاسم‌پور. ۱۳۵۸: ۲۶). بابا افضل یکی از دو یا سه رباعی‌سرای برجسته ایرانی است (صفا. ۱۳۵۲: ۴۲۶/۳). از ویژگی‌های ممتاز بابا افضل که در مقالات و کتب متعدد به آن پرداخته شده، اهتمام او به فارسی‌نویسی و سبک و نثر منحصر به فرد اوست و ویژگی دیگر، تلاش وی در راستای پیوند فلسفه و تصوف است. در حقیقت، او در زمانه‌ای می‌زیست که حکمای زیادی به دنبال ایجاد پلی بین فلسفه و تصوف بودند. در آن دوره، استفاده از واژگان فلسفی برای بیان مفاهیم عرفانی در آثار حکمای بزرگی مانند ابن‌سینا، سهروردی و ابن عربی رایج شد (چیتیک. ۱۳۷۹: ۵۸)، اما این الفاظ و عبارات نه تنها از نظر کمی در آثار بابا افضل کاشانی بیشتر استفاده شده، بلکه از نظر کیفی هم بابا افضل بیش از حکمای دیگر به فارسی‌سازی این اصطلاحات همت گماشته است.

کتب و رسائل متعددی از بابا افضل کاشانی بر جای مانده است که این رسائل را مجتبی مینوی و یحیی مهدوی تصحیح کرده‌اند و انتشارات خوارزمی در سال ۱۳۶۵ در یک جلد کتاب با عنوان «مصنفات» منتشر کرده است. رسایل منتشرشده در این مجموعه شامل «اشعار»، «ایمنی از بطلان نفس در پناه خرد»، «تفاحه، تقریرات و فصول مقطعه»، «جاودان‌نامه»، «ره‌انجام‌نامه»، «ساز و پیرایه شاهان پرمایه»، «عرض‌نامه»، «مبادی موجودات نفسانی»، «مختصری در حال نفس»، «مدارج الکمال»، «مکاتیب و جواب اسیله»، «نفس ارسطوطالس» و «ینبوع الحیاه» هستند (مرقی کاشانی. ۱۳۶۵).

در بین این کتب و رسائل، بابا افضل تنها در باب اول کتاب «جاودان‌نامه» به طبقه‌بندی علوم پرداخته؛ البته هدف اصلی این کتاب بررسی دانش آخرتی یا آن جهانی است، اما نویسنده برای مشخص کردن جایگاه و تفاوت علوم آخرتی با دیگر علوم، باب اول کتاب را به طبقه‌بندی کلی علوم اختصاص داده است.

بابا افضل کاشانی در کتاب «جاودان‌نامه»، علوم را

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

به سه دسته کلی دنیای، آخرتی و اندیشه‌ای تقسیم می‌کند. علوم دنیای یا این جهانی به دو دسته علم گفتار و علم کردار تقسیم می‌شوند. علم گفتار شامل دو مرتبه عام و خاص است. مرتبه عام آن شامل سه دانش است که به ترتیب حاصل می‌شوند. اول آواز حرکات گوناگون، دوم ادای حروف و سوم سخن و لغت (تازی، دری، سوری و ...). اکثر مردم از این دانش بهره‌مند هستند و آدمی آن را در زمان خردی و بی‌خبری از والدین خود می‌آموزد، اما مرتبه خاص علم گفتار شامل سه علم است که به رسیدگان (دانایان) در گفتار اختصاص دارد و چپستی اصل و مایه سخن، فایده و منفعت آن و اینکه از چه قوت و بر چند هیئت است را در برمی‌گیرد. علم اول، علم موسیقی، اصل و مایه سخن است، علم دوم علم منطق، ترازوی دانش‌ها و فایده و منفعت گفتار است و علم سوم، شامل علم لغت و نحو، هیئت و صورت تألیف گفتار و حرکات و سکانات می‌شود؛ البته بابا افضل علم منطق را علمی میانجی میان علوم دنیای و علوم آخرتی می‌داند که همه علوم به وی روشن می‌شوند؛ اما دسته دوم علوم دنیای، یعنی علم کردار بر چهار قسم است: اول دانش‌هایی که تعلق زیادی به حرکات اندام و جوارح دارند؛ مانند کارهای پیشه‌وران (زگری، آهنگری، دروگری و ...). دوم دانش‌هایی که تعلق کمتری به اعضا و جوارح دارند؛ مانند علم نبشتن و دبیری و علم حیل و صنعت کیمیا. سوم دانش‌هایی که به صلاح و کار زندگی مردم با یکدیگر تعلق دارند؛ مانند علم سیاسات، علم عبادات، علم معاملات و علم شریعت که شامل نکاح، طلاق، عتاق و ... است و چهارم، دانش‌هایی که به دنبال شناخت خوی نیک و خوی بد مردم و راه‌های اکتساب و اجتناب از آن‌ها هستند؛ مانند علم فرهنگ (همان: ۲۶۰-۲۶۱).

علوم آخرتی یا آن جهانی به دو قسم تقسیم می‌شود: قسم اول، علم لقای حق تعالی که آدمی را کمک می‌کند از یگانگی خدا به یقین برسد و این علم توحید است. برای حصول علم توحید آدمی نیازمند شنوایی، بینایی و دانایی است. مرتبه عام این سه مهارت ظاهری است و برای حصول علوم دنیایی به کار می‌رود و مرتبه خاص این سه مهارت نسبت به باطن جهان و اسرار الهی است و برای حصول علوم آخرتی استفاده می‌شود. قسم دوم، علم آفرینش باطن جهان و مردم است که با نور توحید حاصل می‌شود و شامل سه علم شناخت خود، شناخت آغاز آفرینش و شناخت انجام آفرینش است (همان: ۲۶۵-۳۲۶).

علوم اندیشه‌ای که میانجی علوم دنیای و آخرتی است، شامل چهار علم است: اول، علم حد و برهان، حد شناختن حقیقت چیز است و برهان دانستن پیوند یا بی‌پیوندی دو چیز و این متعلق به علم منطق است.

دوم، علم حساب و عدد که دانستن مراتب و خاصیت هر عدد را گویند. سوم، علم هندسه و شکل و هیئت عالم و افلاک و ستارگان (جغرافیا و نجوم) و علم کهنات و تعبیر است و چهارم، شامل علم طبیعت، علم طب، علم فلاحات، علم بیطریه و علم راضی می‌شود (همان: ۲۶۱-۲۶۲).

از منظر بابا افضل کاشانی، علوم دنیای یا این جهانی علوم می‌هستند که در زمانی طولانی حاصل می‌شوند و فایده و منفعت آن‌ها محدود به زمان حیات کوتاه آدمی در این جهان است؛ اما علوم آخرتی یا آن جهانی در مدت اندکی حاصل می‌شوند، با مرگ و تباهی تن از بین نمی‌روند و منفعت جاودانه دارند. در حقیقت، علوم این جهانی برای آن جهان یا فاقد منفعت است و یا منفعتش بسیار اندک است و علوم آخرتی نیز برای این جهان نفعی ندارند. کسی که دانش این جهانی را نداند و یا به غلط آموخته باشد جاهل و کافر نیست؛ اما عدم برخورداری از دانش آخرتی و جهالت و کثرفهمی در آن، کفر است (همان: ۲۶۲).

همان‌طور که بیان شد، بابا افضل علم طب را در جرگه علوم اندیشه‌ای و موازی با علم منطق، طبیعیات، نجوم و ... می‌داند؛ یعنی علوم میانجی‌ای که فایده و منفعت حاصل از آن‌ها هم شامل حیات این جهان و هم شامل بعد از ممات و زندگانی آن جهان می‌شود. یادگیری این علوم به‌مانند علوم دنیایی در زمان طولانی حاصل می‌شود؛ ولی برخلاف علوم دنیایی منفعت آن‌ها پس از مرگ در آن جهان نیز به آدمی می‌رسد و این فواید دنیوی و اخروی نشان از جایگاه ویژه این علم در طبقه‌بندی علوم از دیدگاه بابا افضل کاشانی دارد. جایگاهی که علوم دنیای مانند دانش پیشه‌وران و علم سیاسات و کیمیا و حتی عبادات و شریعت فاقد آن هستند و این جایگاه به‌نوعی مشوق کسانی است که به دنبال دانش‌هایی هستند که از منافع آن در هر دو جهان بهره‌مند شوند.

منابع:

- چیتیک، ویلیام (۱۳۷۹). «شناخت نامه بابا افضل الدین کاشانی». ترجمه مرتضی قزایی. کتاب ماه دین. شماره ۳۶.
- صفا، ذبیح‌الله (۱۳۵۲). تاریخ ادبیات در ایران. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- قاسم‌پور، محسن (۱۳۸۵). «بابا افضل، حکیم، عارف و شاعر بزرگ قرن هفتم». فصلنامه کاشان شناخت. شماره ۳.
- قزایی، مرتضی (۱۳۸۰). «بابا افضل کاشانی». کتاب ماه دین. شماره ۴۵-۴۶.
- مرقی کاشانی، بابا افضل (۱۳۶۵). مصنفات. تصحیح مجتبی مینوی؛ یحیی مهدوی. تهران: خوارزمی.

معرفی کتاب

اخلاق پزشکی و سوء رفتار حرفه‌ای

کتاب «اخلاق پزشکی و سوء رفتار حرفه‌ای»، اثر دکتر منصور اشرفی، در سال ۱۳۸۴ از سوی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در ۲۹۹ صفحه به چاپ رسیده است.

دانش پزشکی، به‌عنوان یکی از شاخه‌های علوم، از گذشته تا به حال در بین جوامع جهانی از اعتباری ویژه برخوردار است. اگرچه در هزاره اخیر، جهان به جدایی از سجایای اخلاقی نزدیک می‌شود و پرداختن به امور دنیوی، انسان‌ها را از دستیابی به کمال بازمی‌دارد، لیکن بشر با غور در احوالات امروزش چاره‌ای جز پناه بردن به حفظ ارزش‌ها و اعتلای اخلاق ندارد و در این میان، گروه پزشکی که ملزم به صیانت از کرامت انسانی است، وظیفه‌ای بس خطیر و سنگین را بر عهده دارد و باید از قداست حرفه‌ای خود دفاع کند. حفظ اعتبار و حیثیت حرفه‌ای، پزشک را وادار می‌کند که در طبابت خود به ارزش‌هایی همچون صداقت، رازداری، حفظ حرمت و کرامت انسانی توجه کند. احساس رضایت بیمار از خدمات ارائه‌شده، بزرگ‌ترین و بااهمیت‌ترین معیار برای قدردانی از خدمات ارزشمند پزشک به بیمار و خانواده وی است.

این اثر، مجموعه‌ای با ارزش است که می‌تواند مورد استفاده دانشجویان گروه پزشکی، پزشکان عمومی، متخصصان، پرستاران و دیگر اعضای تیم بهداشت و

درمان قرار گیرد و چهارده فصل بدین شرح دارد: فصل یکم و دوم و سوم، سرآغازی بر اهمیت اخلاق پزشکی؛ فصل چهارم و پنجم و ششم، بحث در موضوع پزشک و قانون و سقط جنین؛ فصل هفتم، بحث رازداری در اخلاق پزشکی؛ فصل هشتم، معرفی مفهوم اتانازیا در خدمات پزشکی؛ فصل نهم، دهم، یازدهم و دوازدهم در خصوص صدور گواهی‌ها، مال پراکتیس‌های اخلاقی و حقوقی و بحث رضایت از بیماران روانی، و فصل سیزدهم و چهاردهم، ارائه مباحث قصور در خدمات پزشکی و تشخیص جنسیت پیش از تولد.

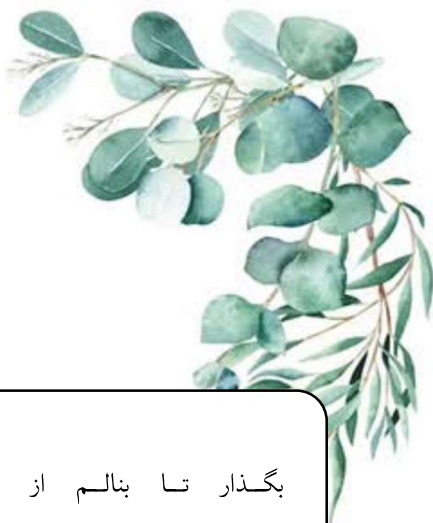
امید است این کتاب، راهگشایی در ارائه خدمات مبتنی بر رعایت اصول اخلاقی برای بیماران و خانواده‌های آنان باشد.

زهره علایی طباطبایی

دانشکده سلامت و دین



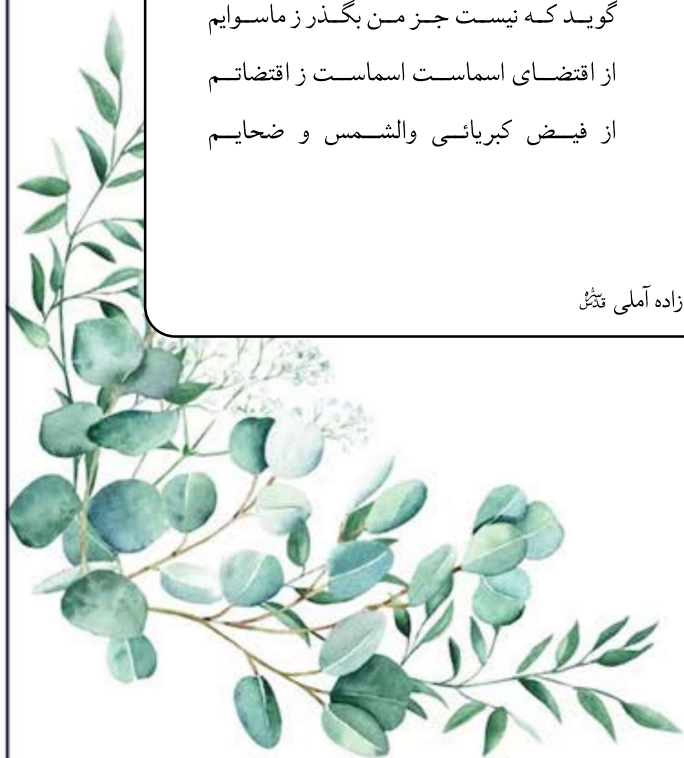
خطائر قدس



بگذار تا بنالم از درد بی‌دوایم
از دست دیده و دل کارم شده است مشکل
با طفل ابجدی از سرالقدر چه گویی
یا رب به ذات پاکت شب را مگیر از من
آنچه که دوست خواهد اندر نظام نیکوست
از قبض و بسط اسما هر لحظه جلوه‌هایی است
صناع صنع هستی از لطف و چیره‌دستی
تا از خطائر قدس آید نسائم انس
غیب الغیوب دارد هر لحظه شأن بی‌حد
جوش و خروش اعیان در جنب و جوش اکوان
نجمی که بد سهای امروز شد ضیائی

بیگانه‌ای چه دانی من دانم و خدایم
آن می‌کشد به صحرا این سوی انزوایم
بر بی‌بصر چه خوانی اسرار اولیایم
من باشم و سحرها ذکر خدا خدایم
گیرم که مستجاب است ای دوستان دعایم
بی عَدّ و بی‌نهایت از یار جان‌فزایم
بخشوده است بخشد جام جهان‌نمایم
هل‌من‌مزید آید از قلب باصفایم
گوید که نیست جز من بگذر ز ماسوایم
از اقتضای اسماست اسماست ز اقتضایم
از فیض کبریائی والشمس و ضحایم

علامه حسن‌زاده آملی رَحْمَةُ اللهِ عَلَيْهِ





پیام سلامت و دین (۲۸)

جو سازمانی، فضایی است که
می‌تواند ارزش‌های انسانی را به
تمامی افراد واقع در این فضا
منتقل کند.

با ارتقای معنویت و اخلاق، شمیم فوشی
را در این فضا بپراکنیم.