

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

دانش مستدام

سال هشتم، شماره ۸۶، آبان ۱۴۰۴



مؤلف: سید محمد علی حسینی
محرر: سید محمد علی حسینی

دانش سلامت

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی
شماره پروانه انتشار وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۱۹۷۰
سال هشتم، شماره ۸۶، آبان ۱۴۰۴



مشاهده نشریه
در پایگاه «مگیران»



شماره های
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

سر دبیر: 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، مریم محسنی
سیف آبادی، احمد مشکوری، منصوره مدنی، محمد مهری لیقوانی.

مدیر اجرایی: زهرا سادات علایی طباطبایی

تیم اجرایی: 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

☎ ۰۲۵-۳۷۲۳۶۵۲۰

لینک راهنمای نویسندگان

۳..... سخن آغازین

۴..... پیام سلامت و دین (۷۵)

سلامت در قرآن و روایات

۵..... دل بستگی ایمن به خدا و نقش آن در ارتقای سلامت روان
محمود شکوهی تبار

سلامت و مراقبت معنوی

۷..... سلامت معنوی خانواده: مؤلفه ها، مزایا و پیامدهای روان شناختی
زهرا طاهری خرامه

فقه پزشکی

۱۱..... احکام قتل نفس
احمد مشکوری

تحلیل اخلاقی - حقوقی موارد

۱۳..... ضرورت پیش بینی سناریوهای محتمل و رضایت آگاهانه گسترده
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

۱۸..... بررسی نظام سلامت هخامنشیان با بازخوانی کوروش نامه گزنفون
نعیمه سادات صالحی، مریم محسنی سیف آبادی

معرفی کتاب

۲۱..... راهنمای مراقبت از بیماران سرطانی در منزل

۲۲..... پیام سلامت و دین (۷۶)

خطبه‌ای که یاران خود را در بسیاری از اوقات به آن پند می‌داد

خدا شما را رحمت کند، مجهز شوید که شما را برای کوچ کردن دعوت کرده‌اند. میل ماندن در دنیا را کم کنید و با توشه شایسته‌ای که دارید به‌سوی خدا بازگردید که پیش روی شما گردنه‌ای سخت و منازل ترسناک و هول‌آور است که چاره‌ای، جز ورود به آن و وقوف در آن ندارید. بدانید که مرگ به‌طور جدی دیده خود را به‌سوی شما دوخته، گویا به چنگال‌هایش که در شما فرو رفته است، دچار هستید و امور شدید و عظیم و سنگین و طاقت‌فرسا بر شما حمله آورده است. پس پیوندهای دنیا را از خود قطع کنید و به توشه تقوا پشت خود را قوی گردانید.



پیام سلامت و دین (۷۵)

پیامبر اکرم ﷺ:

خاموشی زبان، نشانه سلامت انسان
است

سکوت اندیشمندان خود را افزایش دهید.
هرچه سکوت ما در طول روز بیشتر باشد،
عاقل‌تر، مکیه‌تر و فرزانه‌تر می‌شویم.

دل بستگی ایمن به خدا و نقش آن در ارتقای سلامت روان

محمود شکوهی تبار^۱

چکیده:

انسان به‌طور فطری در جست‌وجوی منبعی امن و پایدار برای آرامش، امنیت و معناست؛ نیازی که ریشه در نخستین تجربه‌های عاطفی او با مراقبان اولیه دارد و به شکل‌گیری الگوهای دل‌بستگی منجر می‌شود. این الگوها نه تنها کیفیت روابط انسانی را در بزرگسالی، بلکه نوع رابطه و اعتماد فرد به خداوند را نیز تعیین می‌کنند. این پژوهش با هدف تبیین مفهوم «دل‌بستگی ایمن به خدا» و بررسی نقش آن در آرامش درونی و سلامت روان انجام شده است. دل‌بستگی ایمن به خدا بر پایه تصویری محبت‌آمیز، قابل اعتماد و حمایت‌گر از خداوند شکل می‌گیرد که به سبب آن، فرد در شرایط دشوار با احساس امنیت، امید و عشق به او پناه ببرد. در مقابل، دل‌بستگی‌های نایمن (اجتنابی و اضطرابی) با بی‌اعتمادی، اضطراب و ناپایداری هیجانی همراه‌اند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که دل‌بستگی ایمن به خدا با شاخص‌های گوناگون سلامت روان از جمله تاب‌آوری، تنظیم هیجان، خوش‌بینی، عزت‌نفس و احساس معنا در زندگی رابطه‌ای مثبت دارد.

واژگان کلیدی:

دل‌بستگی ایمن به خدا؛ اعتماد به خدا؛ رحمت و حمایت الهی؛ آرامش درونی؛ سلامت روان.

انسان در طول زندگی همواره در جست‌وجوی تکیه‌گاهی مطمئن برای آرامش، امنیت و معناست. این نیاز بنیادین در اعماق روان انسان ریشه دارد و برگرفته

از نخستین تجربه‌های عاطفی او در ارتباط با مراقبان اولیه است. تجربه‌هایی که در آن، کودک با پاسخ‌گویی، محبت و حضور حمایت‌گر والدین مواجه می‌شود یا از آن محروم می‌گردد، نقشی اساسی را در شکل‌گیری الگوهای دل‌بستگی و اعتماد او به جهان ایفا می‌کنند. این الگوهای درونی، کیفیت روابط انسانی را در بزرگسالی تعیین کرده، افزون‌بر آن نحوه درک و تجربه فرد از خداوند را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند.

دل‌بستگی، پیوندی عاطفی و پایدار است که در شرایط استرس، اضطراب یا درماندگی، فرد را به‌سوی منبعی حمایت‌گر و آرامش‌بخش سوق می‌دهد. در روان‌شناسی دین، این مفهوم با عنوان «دل‌بستگی به خدا» مطرح شده است. براساس دیدگاه پاتریک و همکاران، انسان در مواجهه با سختی‌ها نوعی ارتباط عاطفی را با خداوند برقرار می‌کند که از نظر کارکردی مشابه پیوند دل‌بستگی کودک با مراقب اولیه است. در این معنا، خداوند نقش «پناهگاه امن» را ایفا می‌کند؛ منبعی از امنیت، معنا و عشق که به انسان کمک می‌کند در برابر فشارهای زندگی پایدار بماند. کیفیت این پیوند تا حد زیادی به نوع دل‌بستگی اولیه فرد در دوران کودکی وابسته است (طالبی و همکاران، ۱۴۰۴).

این نوشتار با هدف تبیین مفهوم دل‌بستگی ایمن به

۱. گروه مطالعات قرآن و حدیث در سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. mshokouhitabar@muq.ac.ir

خدا و بررسی نقش آن در آرامش درونی و سلامت روان، به تبیین ویژگی‌های این پیوند و پیامدهای روان‌شناختی آن می‌پردازد.

۱. مفهوم دل‌بستگی ایمن به خدا

دل‌بستگی ایمن به خدا بر مبنای تصویری مثبت، قابل اعتماد و مهربان از خداوند شکل می‌گیرد. در این حالت، فرد خدا را همواره حاضر، آگاه و پاسخ‌گو دانسته، در نتیجه در عمق وجود خود احساس امنیت و آرامش می‌کند. در متون اسلامی، خداوند با صفاتی چون «الرحمن»، «الرحیم»، «السلام»، «المؤمن» و «ولی» توصیف شده است. صفاتی که بیانگر محبت، امنیت‌بخشی و حضور فعال او در زندگی انسان است. چنین برداشتی از خدا، موجب می‌شود که مؤمن در زمان رنج و بحران، به جای احساس تهایی یا طردشدگی، با اعتماد و عشق به‌سوی خدا بازگردد و از طریق دعا، نیایش و توکل، آرامش و تعادل روانی خود را باز یابد. رابطه انسان با خدا در این حالت، از سطح ترس فراتر می‌رود و به پیوندی صمیمی، عاشقانه و اطمینان‌بخش تبدیل می‌شود.

در دل‌بستگی ایمن به خدا، سه ویژگی اساسی دیده می‌شود:

- احساس حمایت دائمی: فرد باور دارد که خداوند همیشه در دسترس و مراقب اوست و در سختی‌ها او را تنها نمی‌گذارد.
 - آرامش خاطر در مواجهه با مشکلات: مؤمن بحران‌ها را تهدید ندانسته، بلکه فرصتی برای رشد و نزدیکی به خدا تلقی می‌کند.
 - امیدواری به پاسخ‌گویی الهی: او مطمئن است که دعا و تضرعش نزد خدا بی‌پاسخ نمی‌ماند، حتی اگر شکل پاسخ با انتظارش متفاوت باشد.
- در مقابل، در سبک‌های دل‌بستگی نایمن، دو الگوی اصلی وجود دارد:
- در دل‌بستگی اجتنابی، فرد خدا را دور یا بی‌تفاوت می‌پندارد و از ایجاد رابطه صمیمی با او دوری می‌کند.

- در دل‌بستگی اضطرابی، فرد همواره نگران طرد شدن از سوی خداست و رابطه‌اش با احساس گناه و تردید همراه است.

دل‌بستگی ایمن بر اعتماد، عشق و پذیرش استوار است و به رشد روانی و معنوی می‌انجامد، ولی دل‌بستگی نایمن غالباً با اضطراب، احساس گناه مفرط و بی‌ثباتی هیجانی همراه است.

۲. دل‌بستگی ایمن به خدا و سلامت روان

مطالعات گسترده نشان داده‌اند که دل‌بستگی ایمن به خداوند با شاخص‌های مختلف سلامت روان رابطه‌ای مثبت دارد. احساس امنیت در رابطه با خدا نوعی

پناهگاه درونی را ایجاد می‌کند که به فرد در مدیریت استرس، ناامیدی و فشارهای زندگی یاری می‌رساند. در پژوهش رنجبر و همکاران بر دانشجویان، نتایج نشان داد افرادی که دل‌بستگی ایمن‌تری به خدا دارند، تاب‌آوری، صبر و تنظیم هیجان بالاتری را از خود نشان می‌دهند و در برابر ناکامی‌ها کمتر دچار درماندگی یا خشم می‌شوند (رنجبر و همکاران، ۱۴۰۰). در مقابل، افرادی با دل‌بستگی نایمن، به دلیل اضطراب یا بی‌اعتمادی به خداوند، تحمل روانی پایین‌تری دارند.

همچنین، براساس پژوهش حسینی و ابن علی (۱۴۰۴)، دل‌بستگی ایمن به خدا با افزایش خوش‌بینی و عزت‌نفس همراه است و این متغیرها در نهایت سبب بهزیستی بیشتر و پریشانی روانی کمتر می‌شوند. براساس یافته‌های این محققان، رابطه عاطفی و اطمینان‌بخش با خداوند، به‌منزله «اهرم تنظیم‌کننده هیجانات» عمل کرده، فرد را از اثرات منفی استرس مصون می‌دارد. به بیان دیگر، باور به حضور مداوم و حمایت‌گر خداوند، نظام شناختی و عاطفی فرد را به‌سمت آرامش و معنا تنظیم می‌کند. مؤمن دارای دل‌بستگی ایمن، در تفسیر رویدادهای زندگی، نگاه مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری دارد. او حتی سختی‌ها را در چهارچوب حکمت و محبت الهی می‌بیند و از این طریق، احساس کنترل درونی، امید و رضایت از زندگی در او تقویت می‌شود.

بنابراین، دل‌بستگی ایمن به خدا از عمیق‌ترین منابع آرامش و تعادل روانی در انسان است. این پیوند عاطفی، نه صرفاً بر پایه باورهای ذهنی، بلکه بر تجربه‌ای زنده از حضور، محبت و حمایت الهی استوار است. زمانی که فرد خدا را پناهگاهی امن و همواره در دسترس می‌یابد، احساس اعتماد، امید و معنا در سراسر وجودش جریان می‌یابد. چنین ایمانی، اضطراب‌ها را کاهش داده، تاب‌آوری را افزایش می‌دهد و مسیر رشد روانی و معنوی را هموار می‌سازد.

منابع:

- قرآن کریم.

- طالبی، عرفان؛ جعفری، حمیدرضا؛ زمانی، ساره (۱۴۰۴). «تدوین مدل تعهد دینی براساس سبک دل‌بستگی به خدا با نقش میانجی تصویر ذهنی از خدا». مطالعات اسلام و روان‌شناسی. شماره ۳۶.
- رنجبر، سروش؛ نصرتی، فاطمه؛ غباری بناب، باقر؛ حسینی، سارا سادات (۱۴۰۰). «بررسی رابطه دل‌بستگی به خدا و تاب‌آوری با صبر در دانشجویان دانشگاه تهران». پژوهش در دین و سلامت. شماره ۲۷.
- حسینی، سیده اسماء؛ ابن علی، زینب (۱۴۰۴). «نقش میانجی‌گر دل‌بستگی به خدا در رابطه پریشانی روان‌شناختی و سلامت روان‌شناختی با بخشش». روان‌شناسی و دین. شماره ۶۹.



شماره ۸۶

سال هشتم، شماره ۸۶
ماهیانه علمی - اطلاع‌رسانی



سلامت معنوی خانواده: مؤلفه‌ها، مزایا و پیامدهای روان‌شناختی

زهرا طاهری خرامه^۱

مقدمه

مفهوم «سلامت معنوی خانواده» مفهومی چندبُعدی است که فراتر از معنویت فردی عمل کرده، به سلامت معنوی جمعی اعضای خانواده می‌پردازد. در اصل، سلامت معنوی به حالتی از تعادل و هماهنگی در ارتباط فرد با خویشتن، دیگران، طبیعت و یک منبع متعالی یا نیروی الهی اشاره دارد. این وضعیت، شامل احساس هدفمندی در زندگی، درک معنای هستی، آرامش درونی و توانایی رویارویی با چالش‌های زندگی از طریق منابع معنوی یا مبتنی بر ایمان است (Raesi و همکاران، ۲۰۲۵). سلامت معنوی، ابعاد جسمی، عاطفی، روان‌شناختی و اجتماعی را در هم می‌آمیزد و دربردارنده مراقبت از روح، یافتن معنا و دستیابی به رضایت عمیق در زندگی است. خانواده‌های دارای سلامت معنوی بالا محیطی را فراهم می‌کنند که در آن، اعضا می‌توانند نیازهای معنوی خود را از طریق ارزش‌ها و باورهای مشترک پاسخ داده، هم‌زمان فضایی امن را برای بیان تردیدها و پرسش‌های اعتقادی داشته باشند (Ghaffari و همکاران، ۲۰۱۳).

اهمیت سلامت معنوی خانواده در تأثیرات میان‌نسلی آن نهفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سلامت

چکیده

سلامت معنوی خانواده مفهومی چندبُعدی است که فراتر از معنویت فردی عمل کرده، سلامت معنوی جمعی اعضای خانواده را مورد توجه قرار می‌دهد. این مفهوم شامل دو بُعد اصلی سلامت مذهبی و سلامت وجودی است که به ترتیب به رابطه خانواده با قدرت متعالی و حس جمعی معنا و هدف زندگی اشاره دارد. سلامت معنوی خانواده از طریق مکانیسم‌هایی مختلف، همچون مقابله معنوی، تجربه‌های مذهبی متعالی، و ایجاد ارزش‌ها و باورهای مشترک عمل می‌کند و توانایی خانواده‌ها در مدیریت چالش‌ها، کاهش استرس و تقویت انسجام خانوادگی را افزایش می‌دهد. پیامدهای سلامت معنوی خانواده شامل بهبود روابط زناشویی، کاهش بار مراقبتی، ارتقای تاب‌آوری و کیفیت زندگی، و کاهش علائم افسردگی و اضطراب در اعضای خانواده است. افزون بر این، خانواده‌هایی که فعالیت‌های معنوی مشترک انجام می‌دهند، محیطی حمایتی و همدلانه را برای رشد معنوی فرزندان و ارتقای سلامت روان‌شناختی اعضا فراهم می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سلامت معنوی خانواده نقش محافظتی مهمی را در برابر مشکلات روانی و افزایش تاب‌آوری در مواجهه با بحران‌ها و بیماری‌ها ایفا می‌کند. واژگان کلیدی: سلامت معنوی؛ خانواده؛ تاب‌آوری؛ سلامت روان‌شناختی؛ عملکرد خانوادگی.

۱. مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. ztaheri@muq.ac.ir

معنوی والدین بر معنویت فرزندان اثرگذار است و نقشی چشمگیر را در تقویت و تحکیم بنیان خانواده ایفا می‌کند. سلامت معنوی والدین، سلامت کلی انسان و توانایی مدیریت چالش‌های فرزندپروری را بهبود می‌بخشد و موجب افزایش توان مقابله با استرس و حفظ روابط مثبت می‌شود. افزون بر این، شبکه‌های حمایتی خانواده و دوستان، فرصت به اشتراک‌گذاری ارزش‌ها، باورها و تجربه‌ها را فراهم کرده، با تقویت پیوندهای معنوی، زمینه پذیرش، همدلی و جست‌وجوی عمیق‌تر معنوی را فراهم می‌سازد (Raesi و همکاران، ۲۰۲۵).

مؤلفه‌ها و ابعاد سلامت معنوی خانواده

سلامت معنوی خانواده، شامل چندین مؤلفه کلیدی است که با یکدیگر چهارچوبی جامع را برای درک نقش معنویت در سیستم‌های خانوادگی ایجاد می‌کنند. در پایه این مفهوم، معنویت خانواده به عنوان «مجموعه‌ای از باورهای اصلی واحد سیستم خانواده که وجود این واحد را در بُعد متعالی معنا می‌کند» تعریف شده است (Hohashi و همکاران، ۲۰۲۵). این تعریف نشان می‌دهد که معنویت خانواده، به عنوان یک سیستم یکپارچه از باورها عمل می‌کند که به وجود جمعی خانواده معنا می‌بخشد.

ساختار ابعادی سلامت معنوی خانواده، مشابه سلامت معنوی فردی است، اما در سطح خانواده عمل می‌کند. پژوهش‌ها دو بُعد اصلی را شناسایی کرده‌اند: سلامت مذهبی که شامل رابطه مشترک خانواده با قدرت متعالی در چهارچوب باورهای دینی است، و سلامت وجودی که بازتاب حس جمعی خانواده از معنا و هدف زندگی است (Ghaffari و همکاران، ۲۰۱۳). خانواده‌های قوی فضایی را ایجاد می‌کنند که نیازهای معنوی اعضا از طریق باورها و ارزش‌های مشترک دینی یا معنوی تأمین شود و در عین حال، محیطی امن برای بیان تردیدها و دغدغه‌های اعتقادی فراهم آید (همان منبع).

مؤلفه‌های عملیاتی سلامت معنوی خانواده در زندگی روزمره از طریق عناصری مشخص تجلی می‌یابند. پژوهش‌ها هفت دسته کلیدی را نشان می‌دهند که خانواده‌ها برای ابراز معنویت خود از آن‌ها استفاده می‌کنند: معنا و هدف زندگی، امید، قدرت خانواده، رفتارهای معنوی، باورهای شخصی، عشق، و اعتماد به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (Duarte و همکاران، ۲۰۲۲). این مؤلفه‌ها هم در جنبه‌های دینی و هم غیر دینی نمایان می‌شوند و در تجربه‌های روزمره خانواده‌ها معنا می‌یابند.

عملکردهای معنوی، به‌ویژه مؤلفه مهمی هستند؛ زیرا خانواده‌های «معنوی‌آگاه» فعالیت‌های معنوی را به‌صورت مشترک اجرا می‌کنند و سلامت معنوی را

در واحد خانواده ترویج می‌دهند (Smith و همکاران، ۲۰۱۳). این خانواده‌ها با انجام فعالیت‌های معنوی مشترک، مانند نماز خانوادگی، آگاهی معنوی فرزندان را تقویت کرده، فرصت‌هایی را برای بررسی پیشرفت معنوی اعضا و بحث درباره رفتارها و مسائل زندگی فراهم می‌کنند (همان منبع). مشارکت جمعی در فعالیت‌های معنوی، ارتباط و انسجام خانواده را تقویت می‌کند و به‌ویژه در زمان بحران و فشار، مقاومت روانی خانواده را افزایش می‌دهد (Smith و همکاران، ۲۰۱۳). ماهیت چندبُعدی سلامت معنوی خانواده، ابعاد روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی را ادغام می‌کند و شامل گستره احساسات، ارتباطات و معنا در رابطه با قدرت متعالی، دیگران و خود فرد است (Raesi و همکاران، ۲۰۲۵). این ادغام نشان‌دهنده روابط مثبت با هر دو بُعد متعالی و انسانی، داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس صمیمیت و امید هنگام مواجهه با چالش‌ها و توانایی ارزیابی ارزش‌ها و باورهای شخصی، به‌عنوان یک واحد خانواده است (همان منبع).

مکانیسم‌های عملکرد سلامت معنوی خانواده

مکانیسم‌هایی که سلامت معنوی خانواده از طریق آن‌ها عمل می‌کند، چندین فرایند متصل به هم است که منابع معنوی را به مزایای ملموس برای خانواده تبدیل می‌کنند. در سطح بنیادی، معنویت، ارزش‌ها و باورهایی را در خانواده ایجاد می‌کند و به زندگی معنا می‌بخشد؛ امری که قدرت‌بخش واحد خانواده است (Asadzandi و همکاران، ۲۰۲۱). این فرایند معناپردازی از طریق توسعه روابط با خدا، دیگران، خود و طبیعت صورت می‌گیرد و در نهایت به آنچه «قلب سالم» توصیف می‌شود، می‌انجامد؛ قلبی آرام و ایمن که با اعتماد، عشق، امید، شادی، امنیت و رضایت همراه است (همان منبع).

از مکانیسم‌های مرکزی، فرایندهای مقابله معنوی و انطباق است که به خانواده‌ها کمک می‌کند تا چالش‌ها را مدیریت کنند. باورهای دینی و معنویت، به‌عنوان منابع اصلی قدرت درونی عمل می‌کنند و افراد را در یافتن معنای زندگی، تعیین اهداف آینده و دنبال کردن آن‌ها با انگیزه و امید بیشتر یاری می‌کنند (Kaewkerd و همکاران، ۲۰۲۰). این منابع قدرت درونی به درک و پذیرش بیماری‌ها و رویدادهای استرس‌زا کمک کرده، به‌طور مستقیم بر توانایی خانواده در مقابله و انطباق اثرگذارند (همان منبع). مقابله معنوی خانواده، به‌ویژه سلامت معنوی مراقبین را با تقویت مقابله دینی سازنده، حس تعلق و حمایت، و باورهای سازنده بهبود می‌بخشد (Rohmi و همکاران، ۲۰۲۳).

تجربه‌های مذهبی متعالی نیز از دیگر مکانیسم‌های مهم هستند، به‌ویژه در زمان‌های دشواری. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در مواجهه با چالش‌های بزرگ



ازجمله بلایا، فقدان، خیانت، سوءاستفاده و بیماری شدید یا مرگ عزیزان، تجربه‌های مذهبی متعالی معنا و عمق روابط را افزایش می‌دهند، آسیب‌های روابطی را ترمیم می‌کنند و عمل به روابط مثبت را تشویق می‌کنند (Dollahite و همکاران، ۲۰۲۰). این تجربه‌ها در زمان بحران تأثیری عمیق بر افراد و روابط خانوادگی آن‌ها دارند (همان منبع).

مکانیسم‌های محافظتی سلامت معنوی خانواده از طریق مسیرهای مستقیم و تعاملی عمل می‌کنند. سلامت معنوی، دیدگاهی مثبت‌تر را به زندگی ایجاد می‌کند و ناراحتی‌های جسمی در شرایط افسردگی را کاهش می‌دهد؛ درحالی‌که هدفمندی در زندگی و آگاهی از ارزش‌های حاکم، ترس و اضطراب هنگام مواجهه با رویدادهای زندگی را کاهش می‌دهد (Moroni و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سلامت معنوی، به‌عنوان عاملی محافظتی، قوی‌تر از عملکرد خانواده در برابر افسردگی عمل می‌کند؛ درحالی‌که عملکرد خانواده محافظت بیشتری را نسبت به سلامت معنوی در برابر اضطراب ارائه می‌دهد. رابطه بین سلامت معنوی و ابعاد عملکرد خانواده نشان‌دهنده ارتباطات معنادار است؛ به‌گونه‌ای که هر دو ساختار، به‌عنوان عوامل محافظتی در برابر علائم افسردگی و اضطراب عمل می‌کنند (همان منبع).

مزایا و پیامدهای سلامت معنوی خانواده

مزایای سلامت معنوی خانواده در حوزه‌های مختلف عملکرد خانواده نمایان می‌شود و شواهد نشان می‌دهد که به‌ویژه در بهبود روابط خانوادگی تأثیری چشمگیر دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فرکانس و مدت زمان فعالیت‌های معنوی فردی، زوجی و خانوادگی با میزان سازگاری زناشویی ارتباط مثبت دارند؛ به‌گونه‌ای که حتی صرف زمان نسبتاً کوتاه در فعالیت‌های معنوی می‌تواند با امتیازات سازگاری زناشویی در محدوده غیرمضطرب همراه باشد (Grossoehme و همکاران، ۲۰۱۴). جنبه‌های نهادی دین، مناسک و آیین‌هایی هستند که در مقابله با مشکلات و ارائه حمایت‌های عملی به زوجها، به‌ویژه والدینی که فرزندی با بیماری مزمن یا نیازهای ویژه دارند، مؤثرند و باورها چهارچوبی برای معنا بخشیدن به تجربه‌ها را فراهم می‌آورند (همان منبع).

بار مراقبتی، از دیگر حوزه‌هایی است که سلامت معنوی خانواده مزایای روشنی را در آن نشان می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین بار مراقبتی و جنبه‌های سلامت معنوی رابطه معکوس وجود دارد؛

به‌گونه‌ای که هرچه سلامت معنوی کمتر باشد، بار عاطفی بیشتر است و آرامش درونی قوی‌ترین عامل محافظتی مرتبط با کاهش بار است (Vigna و همکاران، ۲۰۲۰). تعامل روانی - اجتماعی و معنوی، توانایی مقابله مراقبین خانواده بیماران تحت مراقبت تسکینی را بهبود بخشیده، خلأ مهم در ارائه خدمات جامع مراقبت تسکینی را پُر می‌کند (همان منبع).

سلامت روان نیز از طریق مکانیسم‌های سلامت معنوی خانواده، به‌طور قابل توجه بهبود می‌یابد. پژوهش‌ها تأیید می‌کنند که سلامت معنوی و عملکرد خانواده هر دو به‌عنوان عوامل محافظتی در برابر علائم افسردگی و اضطراب عمل می‌کنند؛ به‌گونه‌ای که سلامت معنوی محافظت بیشتری را در برابر افسردگی، نسبت به عملکرد خانواده ارائه می‌دهد؛ درحالی‌که عملکرد خانواده محافظت بیشتری را در برابر اضطراب، نسبت به سلامت معنوی فراهم می‌کند (Moroni و همکاران، ۲۰۲۱). رابطه بین ابعاد سلامت معنوی و عملکرد خانواده نشان‌دهنده ارتباطات معنادار است و هر دو ساختار به‌عنوان عوامل محافظتی عمل می‌کنند (همان منبع).

خانواده‌هایی که با چالش‌های پزشکی کودکان مواجه‌اند، از منابع معنوی بهره‌مندی ویژه‌ای دارند. معنویت، حمایت عاطفی قابل توجهی را برای والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های قلبی مادرزادی فراهم می‌کند و با کاهش استرس و افسردگی و غم، امید و آرامش و درک را ارائه می‌دهد (Almeida و همکاران، ۲۰۲۴؛ Sood و همکاران، ۲۰۱۸). والدینی که بر مقابله معنوی تکیه دارند، سطح بالاتری از انسجام خانوادگی و خوش‌بینی را گزارش می‌کنند که نشان می‌دهد معنویت نه تنها به ثبات عاطفی کمک می‌کند، بلکه محیط خانوادگی منسجمی را برای مدیریت چالش‌های طولانی‌مدت فراهم می‌آورد (Almeida و همکاران، ۲۰۲۴). روش‌های مقابله مذهبی مثبت نیز با کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی والدین نوزادان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی همراه بوده است (Almeida و همکاران، ۲۰۲۴؛ Liu و همکاران، ۲۰۲۱).

تقویت تاب‌آوری، از دیگر پیامدهای کلیدی مداخلات سلامت معنوی خانواده است. برنامه‌های مراقبت معنوی، تاب‌آوری والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان را افزایش می‌دهند و به تبع آن، اضطراب مرگ را کاهش داده، شایستگی فردی و تحمل عاطفی را تقویت می‌کنند (Mohammadi و همکاران، ۲۰۲۵؛ Mova-hedimoghadam و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها نشان



parents of children with special needs: The mediating role of resilience. *Journal of Health Psychology*, 26(9), 1377-1388.

- Dollahite, D. C., Marks, L. D., Witting, A. B., LeBaron, A. B., Young, K. P., & Chelladurai, J. M. (2020). How relationship-enhancing transcendent religious experiences during adversity can encourage relational meaning, depth, healing, and action. *Religions*, 11(10), 519.

- Ghaffari, M., Fatehizade, M., Ahmadi, A., Ghasemi, V., & Baghban, I. (2013). Predictors of family strength: The integrated spiritual-religious/resilient perspective for understanding the healthy/strong family. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(2), 57.

- Grossoehme, D. H., Szczesniak, R., Dodd, C., & Oipari-Arrigan, L. (2014). Dyadic adjustment and spiritual activities in parents of children with cystic fibrosis. *Religions*, 5(2), 385-401.

- Hohashi, N., & Yano, H. (2025). Changes in family spirituality in response to family intervention utilizing the family life review. *Nursing Reports*, 15(8), 277.

- Kaewkerd, O., Chaiyasit, Y., Vibulchai, S., Kenthongdee, W., Sirisawat, M., Panput, A., ... & Intarachaisri, S. (2020). Key factors of family adaptation to the illness of family members: An integrative review. *The Bangkok Medical Journal*, 16(1), 95-95.

- Mohammadi, F., Hosseiny, S. M. M., Khazaei, S., Esfahani, H., Soltani, K., & Masumi, S. M. (2025). Effect of nurse-led intervention programs based on spiritual care on the resilience and death anxiety in parents of children and adolescents with cancer: A randomized clinical trial. *BMC Psychology*, 13(1), 881.

- Moroni, C. M., Olmedo Espinosa, L. A., Manzano González, M., Korniejczuk, V. A., Guerrero Jiménez, D. A., Quiyono Escobar, E., & Valderrama Rincón, A. (2021). Spiritual health, family functioning and symptoms of depression and anxiety among adults from a sample of northeastern Mexico. *Cogent Psychology*, 8(1), 1980259.

- Movahedimoghadam, F., Naderi, N., Shabani, F., & Fathollahi, M. S. (2022). Effect of spiritual care program on resilience in patients with heart failure: A randomized controlled clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(4), 266-273.

- Raesi, R., Gooshki, H. S., Tabatabaee, S. S., Khoshi, A., Saadat, S. H., Daneshi, S., ... & Hushmandi, K. (2025). Examining the relationship between parents' spiritual health and the desire to have children: A systematic review. *The Open Public Health Journal*, 18(1).

- Rahmati, M., Khaledi, B., Salari, N., Bazrafshan, M. R., & Haydarian, A. (2017). The effects of religious and spiritual interventions on the resilience of family members of patients in the ICU. *Shiraz E-Medical Journal*, 18(11), e13007.

- Rohmi, F., Yusuf, A., Fitriarsi, R., & Agustinus, H. (2023). What benefits might a family expect from using spiritual coping mechanisms when providing care for people with schizophrenia? Literature review. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231214935.

- Sood, E., Karpyn, A., Demianczyk, A. C., Ryan, J., Delaplane, E. A., Neely, T., ... & Kazak, A. E. (2018). Mothers and fathers experience stress of congenital heart disease differently: Recommendations for pediatric critical care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19(7), 626-634.

- Vigna, P. M., de Castro, I., & Fumis, R. R. L. (2020). Spirituality alleviates the burden on family members caring for patients receiving palliative care exclusively. *BMC Palliative Care*, 19(1), 77.

می‌دهند که مراقبت معنوی تاب‌آوری را افزایش داده، در نتیجه رضایت از زندگی، احساسات مثبت بیشتر و کاهش احساسات منفی والدین کودکان با نیازهای ویژه را به همراه دارد (Mohammadi و همکاران. ۲۰۲۵؛ Dey و همکاران. ۲۰۱۹). اثرات مداخلات مذهبی - معنوی بر اعضای خانواده بیماران ICU نشان داده است که این مداخلات می‌توانند به اندازه داروها در افزایش تاب‌آوری و کاهش فشار روانی ناشی از بستری شدن عزیزان مؤثر باشند. ایجاد فضایی معنوی در خانواده، به‌طور مستقیم و از طریق بهبود کیفیت ارتباطات، منجر به تاب‌آوری بالاتر و مدیریت بهتر مشکلات در خانواده‌ها می‌شود (Rahmati و همکاران. ۲۰۱۷).

نتیجه‌گیری:

سلامت معنوی خانواده نقشی مهم را در تقویت سلامت روان‌شناختی، تاب‌آوری و انسجام خانوادگی ایفا می‌کند. این مفهوم چندبعدی، شامل سلامت مذهبی و سلامت وجودی، با ایجاد باورها و ارزش‌های مشترک، ترویج فعالیت‌های معنوی خانوادگی و حمایت از اعضا در مواجهه با چالش‌ها، به بهبود روابط زناشویی، و کاهش بار مراقبتی و ارتقای کیفیت زندگی کمک می‌کند. مکانیسم‌های عملیاتی سلامت معنوی خانواده، ازجمله مقابله معنوی، تجربه‌های مذهبی متعالی و معناپردازی زندگی، موجب افزایش توانایی خانواده‌ها در مدیریت استرس و بحران‌ها می‌شوند و در برابر افسردگی و اضطراب، اثرات محافظتی قابل توجهی دارند.

بنابراین، سلامت معنوی خانواده نه تنها بهزیستی معنوی و روانی اعضا را ارتقا می‌دهد، بلکه به‌عنوان عاملی کلیدی در تقویت انسجام، همدلی و تاب‌آوری جمعی عمل می‌کند. توجه به این ابعاد معنوی در برنامه‌های آموزشی، مراقبتی و پژوهشی خانواده‌ها می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و توسعه خانواده‌های سالم و پایدار کمکی شایان نماید.

منابع:

- Asadzandi, M. (2019). Sound heart, spiritual health from the perspective of Islam. *J Relig Theology*, 2(4), 22-29.

- de Moraes Almeida, S. L., de Carvalho, L. I. A., Júnior, E. A., Byk, J., & da Rocha Amorim, L. A. (2024). The role of spirituality in the well-being of families with children with congenital heart disease: Scoping review. *Translational Pediatrics*, 13(8), 1457.

- Dey, N. E. Y., Amponsah, B., & Wiafe-Akenteng, C. B. (2021). Spirituality and subjective well-being of Ghanaian



احکام قتل نفس

احمد مشکوری^۱

واژگان کلیدی: حکم شرعی؛ قتل نفس؛ اقسام قتل.

قتل یا کشتن، یعنی پایان دادن به زندگی انسانی دیگر، چه عمدی باشد و چه غیر عمدی. از شنیع‌ترین اعمالی که ممکن است از یک انسان سریزند، قتل است. درباره قتل در آیه ۳۲ سوره مائده آمده است: «مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا؛ هر کس انسانی را جز برای حق، [قصاص] یا بدون آنکه فساد در زمین کرده باشد، بکشد، چنان است که همه انسان‌ها را کشته است». همچنین در آیه ۱۷ سوره اسراء آمده است: «وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ وَمَنْ قُتِلَ مَظْلُومًا فَقَدْ جَعَلْنَا لَوْلِيهِ سُلْطَانًا فَلَا يَسْرِفُ فِي الْقَتْلِ إِنَّهُ كَانَ مَنْصُورًا؛ و کسی را که خدا کشتنش را حرام کرده [و به جان‌ش حرمت نهاده] جز به حق نکشید، و هر کس مظلوم [و به ناحق] کشته شود، برای وارثش تسلطی بر قاتل [برای خون‌خواهی، دیه و عفو] قرار داده ایم، پس وارث مقتول نباید در کشتن زیاده روی کند؛ زیرا او [با قوانین صحیح و درستی چون دیه و قصاص] مورد حمایت قرار گرفته است» (تارنمای پارس قرآن).

از این آیات، افزون‌بر حکم تکلیفی حرمت قتل نفس، حکم وضعی قصاص نیز قابل بهره‌گیری است.

قتل به سه دسته تقسیم می‌شود: ۱. قتل عمد؛ ۲. قتل شبه عمد؛ ۳. قتل خطای محض.

برای عمد بودن قتل سه ملاک را برشمرده‌اند که عبارت‌اند از: ۱. رشید بودن قاتل (شرط عمومی تکلیف)؛ ۲. داشتن قصد قتل؛ ۳. استفاده از ابزار کشنده. البته برخی ملاک سوم را ضروری نمی‌دانند. حضرت امام خمینی رحمته الله تعریف قتل عمد را چنین بیان کرده‌اند: «عمد محض، به قصد کشتن با آنچه که می‌کشد، ولو به ندرت، و به قصد فعلی که غالباً با آن کشته می‌شود؛ اگرچه قصد قتل را به آن ننماید، تحقق پیدا می‌کند» (امام خمینی. ۱۳۹۹). روشن است که در فراز اول، داشتن قصد قتل ملاک قرار گرفته است و در فراز دوم به جنبه حقوقی آن توجه بیشتری شده و ظاهر عمل ملاک تشخیص قرار گرفته است.

برای عمد بودن قتل سه ملاک را برشمرده‌اند که عبارت‌اند از: ۱. رشید بودن قاتل (شرط عمومی تکلیف)؛ ۲. داشتن قصد قتل؛ ۳. استفاده از ابزار کشنده.

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

عمد محض، به قصد کشتن با آنچه که می‌کُشد، ولو به ندرت، و به قصد فعلی که غالباً با آن کشته می‌شود؛ اگرچه قصد قتل را به آن ننماید، تحقق پیدا می‌کند.

شده است. در بند ب، نوع فعل و اینکه نوعاً کشنده باشد ملاک اصلی قرار گرفته است. در بند پ، شرایط مجنی علیه به شرط علم قاتل ملاک قتل عمد معرفی شده است. در بند ت، عام بدلی بودن مقتول مد نظر قانون‌گذار بوده است.

در عالم پزشکی، حسب مورد ممکن است قتل عمد رخ دهد؛ مانند اینکه فردی به قصد قتل و پایان دادن به حیات دیگری، بر او فعل کشنده را انجام دهد؛ مثل تزریق KCl یا تزریق مقدار زیاد انسولین رگولار در سرم بیمار که جنایی بودن این موارد بدیهی است؛ اما نکته در بند پ نهفته است که قانون‌گذار صرف اطلاع جانی (که در بحث ما حرفه‌مند جامعه پزشکی است) از شرایط آسیب‌پذیر بیمار، آن را حتی بدون داشتن قصد جنایت، قتل عمد دانسته است.

در این باره، در شماره‌های بعد بیشتر سخن می‌گوییم.

منابع:

- امام خمینی رحمته‌الله (۱۳۹۹ ش). تحریر الوسیله (کتاب القصاص). تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی. ج ۲. ص ۵۴۳.

- قانون مجازات اسلامی. مصوب ۱۳۹۲.

- <http://www.parsquran.com/data/show.php?lang=-far&sura=5&ayat=32&user=far&tran=10>

- <http://parsquran.com/data/showall.php?lang=-far&sura=17&ayat=33&user=far>.

قانون‌گذار نیز در ماده ۲۹۰ قانون مجازات اسلامی، قتل را بدین صورت تعریف کرده است:

جنایت در موارد ذیل عمدی بر شمرده می‌شود:

الف. هرگاه مرتکب با انجام کاری، قصد ایراد جنایت بر فرد یا افرادی معین یا فرد یا افرادی غیر معین از یک جمع را داشته باشد و در عمل نیز جنایت مقصود یا نظیر آن واقع شود؛ خواه کار ارتكابی نوعاً موجب وقوع آن جنایت یا نظیر آن بشود، خواه نشود.

ب. هرگاه مرتکب، عمداً کاری انجام دهد که نوعاً موجب جنایت واقع شده یا نظیر آن می‌گردد؛ هر چند قصد ارتكاب آن جنایت و نظیر آن را نداشته باشد؛ ولی آگاه و متوجه بوده است که آن کار نوعاً موجب آن جنایت یا نظیر آن می‌شود.

پ. هرگاه مرتکب قصد ارتكاب جنایت واقع شده یا نظیر آن را نداشته و کاری را هم که انجام داده است، نسبت به افراد متعارف نوعاً موجب جنایت واقع شده یا نظیر آن نمی‌شود؛ لکن در خصوص مجنی علیه، به علت بیماری، ضعف، پیری یا هر وضعیت دیگر یا به علت وضعیت خاص مکانی یا زمانی، نوعاً موجب آن جنایت یا نظیر آن می‌شود؛ مشروط بر آنکه مرتکب، به وضعیت نامتعارف مجنی علیه یا وضعیت خاص مکانی یا زمانی آگاه و متوجه باشد.

ت. هرگاه مرتکب قصد ایراد جنایت واقع شده یا نظیر آن را داشته باشد، بدون آنکه فرد یا جمع معینی مقصود وی باشد، و در عمل نیز جنایت مقصود یا نظیر آن واقع شود؛ مانند اینکه در اماکن عمومی بمب‌گذاری کند.

در بند الف، قصد جنایت ملاک اصلی قرار گرفته است و نوع فعلی که سبب قتل شده، کمرنگ دیده

ضرورت پیش‌بینی سناریوهای محتمل و رضایت آگاهانه گسترده

حمید آسایش^۱

احمد مشکوری^۱

محسن رضایی آدریانی^۱

چکیده:

در این تحلیل، موقعیتی بالینی بررسی می‌شود که در آن، جراح مغز و اعصاب هنگام عمل تومور مغزی با وضعیتی غیرمنتظره روبه‌رو می‌شود که نیاز به تصمیم‌گیری فوری دارد. اگرچه اقدام پزشک برای نجات جان بیمار از منظر اصول سودرسانی و عدم زیان‌رسانی قابل دفاع است، اما از منظر اخلاق پزشکی، فقدان پیش‌بینی و گفت‌وگو درباره چنین سناریویی پیش از عمل، موجب نقض نسبی اصل احترام به اختیار بیمار می‌شود. این وضعیت نشان می‌دهد که رضایت آگاهانه نباید به یک امضای قانونی تقلیل یابد، بلکه باید فرایندی پویا، گفت‌وگو محور و مبتنی بر پیش‌بینی اخلاقی باشد. در شرایطی که پیش‌بینی لازم انجام نشده باشد، پزشک می‌تواند با تکیه بر اصل رضایت مفروض در موقعیت‌های اورژانسی اقدام کند، اما موظف است کمترین آسیب ممکن را وارد سازد، مراحل تصمیم‌گیری را مستندسازی نماید و پس از برطرف شدن موقعیت اورژانس، به‌صورت شفاف با بیمار و خانواده او گفت‌وگو کند. همچنین، تأکید می‌شود که در فرایند رضایت آگاهانه باید سناریوهای بحرانی و پیامدهای نادر، اما مهم پیشاپیش با بیمار و تصمیم‌گیرنده‌ی

جایگزین مطرح شوند، از زبان ساده و ابزارهای آموزشی استفاده شود و مستندات دقیق تهیه گردد. در نتیجه، احترام به خودمختاری بیمار و پیش‌بینی اخلاقی سناریوهای غیرمنتظره، پایه‌ای اساسی در راستای کاهش تعارض‌های اخلاقی و ارتقای اعتماد متقابل در مراقبت پزشکی است.

واژگان کلیدی:

رضایت آگاهانه؛ رضایت‌نامه؛ رضایت گسترده؛ اخلاق پزشکی.

معرفی مورد

خانم «م»، زن ۴۵ ساله‌ای است که با سردرد و تاری دید به پزشک مراجعه می‌کند و پس از انجام MRI، وجود تومور در لوب فروتال مغز او تشخیص داده می‌شود. جراح مغز و اعصاب توضیح می‌دهد که تومور احتمالاً خوش‌خیم است و به عمل جراحی نیاز دارد.

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

بگذارند. بدین ترتیب، اگر هنگام جراحی وضعیتی جدید بروز کند، تصمیم پزشک در چهارچوب خواست آگاهانه پیشین بیمار قرار می‌گیرد و از منظر اخلاقی مطلوب‌تر خواهد بود (لاریجانی و همکاران. ۱۳۹۵).

■ در این سناریو، تصمیم جراح برای برداشتن کامل تومور در تعارض میان اصول سودرسانی (Be-neficence) و عدم زیان‌رسانی (Non-maleficence) با اصل احترام به اختیار بیمار قرار می‌گیرد؛ هرچند هدف پزشک نجات جان بیمار و جلوگیری از عود بیماری بوده است، اما عدم اطلاع‌رسانی درباره احتمال درگیری قشر حرکتی باعث شد بیمار برای پیامد حرکتی پس از عمل آمادگی ذهنی نداشته باشد. این وضعیت، نوعی فاصله اخلاقی میان نیت خیرخواهانه و اجرای آگاهانه درمان ایجاد می‌کند (D'Souza RS.) (لاریجانی و همکاران. ۱۳۹۵: ج ۱، ۲۰۱۹).

■ به‌طور دقیق، این همان موقعیتی است که در اخلاق پزشکی به آن «چالش تصمیم‌گیری اورژانسی حین عمل» گفته می‌شود. وقتی پیش‌بینی لازم صورت نگرفته و بیمار از احتمال رخداد بحرانی مطلع نشده است، پزشک با تعارض میان اصول اخلاقی روبه‌رو می‌شود؛ سودرسانی و عدم زیان‌رسانی او را به سمت اقدام فوری برای نجات جان بیمار سوق می‌دهند، اما خودمختاری بیمار رعایت نشده است (Kituuka O.) (۲۰۲۳).

در چنین شرایطی، راهکارهای عملی و اخلاقی شامل موارد ذیل است: (Langerman A. 2016; Fadem S. 2022; Manning) (HJ. 2015)

■ اولویت‌بندی حیات بیمار: اگر وضعیت بحرانی است و تأخیر در تصمیم‌گیری می‌تواند به مرگ یا آسیب جبران‌ناپذیر منجر شود، اصول اخلاق پزشکی به پزشک اجازه می‌دهد که اقدام فوری و نجات جان بیمار را در اولویت قرار دهد. این اقدام در چهارچوب «رضایت مفروض در شرایط اورژانس (Emergency

او خطرات معمول جراحی مانند خون‌ریزی، عفونت و ضعف موقت اندام‌ها را توضیح می‌دهد و بیمار رضایت آگاهانه را امضا می‌کند؛ اما جراح هنگام عمل متوجه می‌شود که برخلاف انتظار، تومور به قشر حرکتی مغز چسبیده و برای برداشتن کامل آن، باید بخشی از بافت سالم مغز را نیز خارج کند. اقدامی که ممکن است موجب فلج دائم یک سمت بدن شود! از آنجاکه بیمار بیهوش است و امکان اخذ رضایت از خود بیمار وجود ندارد، جراح برای جلوگیری از عود احتمالی، تصمیم می‌گیرد تومور را به‌طور کامل بردارد. پس از عمل، بیمار زنده می‌ماند، اما با ضعف حرکتی شدید در سمت راست بدن روبه‌رو می‌شود و گرچه از نجات جان خود سپاسگزار است، از اینکه پیش‌تر از چنین پیامدی آگاه نشده است، ناراحتی خود را ابراز می‌کند.

بحث مورد

■ در این سناریو، بیمار ۴۵ ساله‌ای با تومور مغزی تحت جراحی قرار می‌گیرد و در جریان عمل، جراح با وضعیت پیش‌بینی‌نشده‌ای روبه‌رو می‌شود که تصمیم‌گیری فوری را ضروری می‌سازد. هرچند اقدام جراح از نظر نجات جان بیمار قابل دفاع است، اما از نظر اخلاق پزشکی، وقتی احتمال رخداد یک پیامد زیاد است و یا احتمال پیامدهای جدی در صورت رخداد وجود دارد، در این صورت ضروری است که این موضوع به بیمار اطلاع داده شود. بنابراین، تأکید می‌شود که رضایت آگاهانه، تنها یک امضا یا تشریفات قانونی نیست، بلکه فرایندی پویا از ارتباط، اعتماد و پیش‌بینی‌های اخلاقی است.

■ اصل احترام به اختیار بیمار (Autonomy) ایجاب می‌کند که بیمار حق داشته باشد براساس اطلاعات کافی، درباره احتمال رخداد های غیرمنتظره تصمیم بگیرد؛ اگرچه در عمل نمی‌توان تمام سناریوهای ممکن را پیش‌بینی کرد، اما پزشکان به‌ویژه در تخصص جراحی باید بکوشند دامنه احتمالات معقول و مرتبط با نوع بیماری و عمل را پیشاپیش با بیمار در میان

(Presumed Consent) قابل توجه است؛ زیرا بیمار قادر به تصمیم‌گیری نیست و اگر می‌توانست، احتمالاً موافقت می‌کرد.

■ **حداقل رساندن آسیب:** حتی در شرایط اورژانسی، پزشک باید بکوشد آسیب جانبی و غیرضروری را به حداقل برساند. در این سناریو، پزشک می‌تواند تصمیم بگیرد تومور را تا حد امکان بدون آسیب بیشتر بردارد یا ملاحظات را برای کاهش پیامد حرکتی اعمال کند.

■ **مستندسازی و اطلاع‌رسانی پس از عمل:** هر تصمیم لحظه‌ای باید کاملاً مستند شود و پس از بازبازی ظرفیت ذهنی بیمار و حضور خانواده، به‌طور شفاف توضیح داده شود. شفافیت پس از عمل، به ترمیم اعتماد بیمار و کاهش تعارض‌های اخلاقی کمک می‌کند.

■ **بررسی و بازنگری فرایندهای پیش‌بینی آینده:** این تجربه باید به‌عنوان یک درس اخلاقی و آموزشی ثبت شود. تیم پزشکی باید فرایند رضایت آگاهانه را بازبینی کند تا سناریوهای محتمل و پیامدهای بحرانی در آینده پیش از عمل با بیمار مطرح شوند و از وقوع تعارض مشابه جلوگیری شود.

■ **از منظر عملی،** این تجربه نشان می‌دهد که فرایند رضایت آگاهانه نیازمند بازنگری جدی بوده، نباید محدود به توضیح خطرات رایج یا تشریفات قانونی و امضا باشد. پزشک باید با بیمار و در صورت رضایت او با خانواده‌اش درخصوص سناریوهای محتمل، اما بحرانی که احتمال وقوع آن‌ها کم است، ولی می‌تواند پیامدهای جدی یا طولانی‌مدت داشته باشد، به‌طور شفاف صحبت کند. این سناریوها، شامل پیامدهای غیرمنتظره حین عمل، عوارض شدید و احتمال نیاز به اقدامات اضافی یا اورژانسی است.

برای ارتقای کیفیت این فرایند، چند اقدام عملی مهم پیشنهاد می‌شود:

■ **استفاده از زبان ساده و قابل فهم:** اصطلاحات پزشکی تخصصی باید به زبانی توضیح داده شود که بیمار بتواند واقعاً ماهیت خطرات و گزینه‌ها را درک کند تا رضایت واقعی و آگاهانه حاصل شود.

■ **درگیر کردن خانواده یا همراهان قانونی:** با رضایت قبلی بیمار، حضور یکی از اعضای خانواده یا نماینده قانونی می‌تواند به درک بهتر بیمار و پشتیبانی تصمیم‌گیری کمک کند، به‌ویژه در شرایطی که پیامدها پیچیده یا جدی باشند.

■ **ثبت مستندات دقیق و شفاف:** تمامی گفت‌وگوها، سناریوهای محتمل و توضیحات داده‌شده

باید در پرونده پزشکی ثبت شود. این کار افزون‌بر شفافیت، از پزشک در شرایط بعدی که پیامد غیرمنتظره رخ می‌دهد، حمایت کرده، اعتماد بیمار را حفظ می‌کند.

■ **استفاده از ابزارهای کمک آموزشی:** نقشه‌های تصویری، دیاگرام‌ها و یا بروشورهای توضیحی، فیلم آموزشی، استفاده از فیلم‌های موجود در بستر فضای مجازی، و استفاده از هوش مصنوعی برای شبیه‌سازی موقعیت می‌تواند درک بیمار از پیچیدگی‌های عمل و پیامدهای احتمالی را افزایش داده، به تصمیم‌گیری بهتر کمک کنند.

■ **پیش‌بینی تصمیمات حین عمل:** پزشک می‌تواند با بیمار درباره خط‌مشی کلی در صورت بروز شرایط غیرمنتظره حین عمل صحبت کند؛ مثلاً میزان خطر پیش‌رو و نیز عوارض رایج برای اقدامات اضافی یا اورژانسی برای بیمار بیان شود تا در شرایط بیهوشی، تصمیمات پزشک در چهارچوب خواست آگاهانه بیمار باشد.

■ **به‌طور خلاصه،** این اقدامات باعث می‌شود که رضایت آگاهانه به فرایندی پویا و مشارکتی تبدیل شود، نه صرفاً یک امضا روی برگه. نتیجه این رویکرد، افزایش اعتماد بیمار، کاهش چالش‌های اخلاقی در حین جراحی، و حمایت بهتر از تصمیمات پزشک در شرایط بحرانی است.

■ **در اخلاق پزشکی و رویه بالینی، در شرایط غیرقابل پیش‌بینی حین اقدام پزشکی، امکان تعامل با بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین (Surrogate Decision-Maker) وجود دارد، اما این امر محدودیت‌هایی دارد و روش‌های مشخصی برای مدیریت آن تعریف شده است.**

■ **اگر یک عضو خانواده یا نماینده قانونی بیمار در دسترس باشد و بتوان با او ارتباط برقرار کرد:**

■ **پزشک می‌تواند وضعیت غیرمنتظره و گزینه‌های موجود را به‌طور کوتاه و روشن توضیح دهد.**

■ **از او خواسته شود که تصمیمی را که بیمار احتمالاً اتخاذ می‌کرد، مشخص کند.**

■ **این کار حداکثر احترام به اختیار بیمار را حتی در شرایط اضطراری امکان‌پذیر می‌کند.**

در فرایند رضایت آگاهانه باید سناریوهای بحرانی و پیامدهای نادر اما مهم، پیش‌پیش با بیمار و تصمیم‌گیرنده جایگزین مطرح شوند

▪ نکته مهم: این تماس باید سریع و مختصر باشد و هیچ‌گاه باعث تأخیر در اقدامات حیاتی نشود.

چک‌لیست مدیریت رضایت آگاهانه در شرایط
غیرقابل پیش‌بینی حین جراحی

مرحله	اقدام	هدف اخلاقی	ملاحظات عملی
آماده‌سازی پیش از عمل	بررسی پرونده و شناسایی سناریوهای بحرانی	پیش‌بینی و احترام به خودمختاری	شناسایی خطرات احتمالی، پیامدهای طولانی‌مدت
گفت‌وگو با بیمار و تصمیم‌گیرنده جایگزین	کسب رضایت آگاهانه گسترده	توضیح سناریوهای محتمل و میزان تحمل ریسک، ثبت مستندات	
در حین عمل: بیمار قادر به تصمیم‌گیری نیست	ارزیابی فوری وضعیت	اولویت‌بندی نجات جان و جلوگیری از آسیب شدید	در صورت تشخیص تهدید مستقیم حیات یا عملکرد حیاتی
مشورت سریع با تصمیم‌گیرنده جایگزین در صورت امکان	حفظ خودمختاری بیمار	توضیح مختصر وضعیت، ثبت تصمیم	
اقدام فوری براساس اجازه ضمنی اورژانسی	نجات جان و کاهش آسیب	تلاش برای به حداقل رساندن آسیب جانبی	
بعد از عمل	اطلاع‌رسانی کامل به بیمار و خانواده	شفافیت و ترمیم اعتماد	توضیح تصمیمات انجام‌شده و دلایل آن
ثبت دقیق مراحل تصمیم‌گیری	شفافیت و پاسخ‌گویی		
بازبینی تجربه برای بهبود فرایند	ارتقای فرایند رضایت آگاهانه		

آگاهانه، نه تنها از بروز چالش های اخلاقی در شرایط بحرانی می کاهد، بلکه به بازسازی رابطه ای اصیل میان پزشک و بیمار بر پایه اعتماد، احترام و مسئولیت متقابل می انجامد.

منابع:

- لاریجانی و همکاران (۱۳۹۵). پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد دوم. نشر برای فردا. ص ۳۹۹-۴۱۲.

- لاریجانی و همکاران (۱۳۹۵). پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد اول. نشر برای فردا. ص ۱۲۰-۱۴۵.

- D'Souza RS, Johnson RL, Bettini L, Schulte PJ, Burkle C. Room for improvement: a systematic review and meta-analysis on the informed consent process for emergency surgery. In Mayo Clinic Proceedings 2019 Sep 1 (Vol. 94, No. 9, pp. 1786-1798). Elsevier.

- Kituuka O, Munabi IG, Mwaka ES, Galukande M, Harris M, Sewankambo N. Informed consent process for emergency surgery: A scoping review of stakeholders' perspectives, challenges, ethical concepts, and policies. SAGE Open Medicine. 2023 Jun;11:20503121231176666.

- Langerman A, Siegler M, Angelos P. Intraoperative decision making: the decision to perform additional, unplanned procedures on anesthetized patients. Journal of the American College of Surgeons. 2016 May 1;222(5):956-60.

- Fadem S, Mikesell L. Patient and provider perspectives on the impacts of unpredictability for patient sensemaking: implications for intervention design. Journal of Patient Experience. 2022 Mar;9:23743735221089460.

- Manning HJ, Martin J, Jameson SS, Sanders RD. Predicting perioperative risk and informed consent. Annals of Surgery. 2015 Feb 1;261(2):e40.

• در تبیین مفهومی، باید میان «رضایت آگاهانه گسترده» و «برائت نامه» تمایز قائل شد؛ هرچند هر دو به ظاهر، بیانگر پذیرش بیمار از انجام مداخله پزشکی اند، اما از منظر اخلاق پزشکی، ماهیت و هدف آن ها کاملاً متفاوت است. رضایت آگاهانه گسترده، فرایندی پویا و مبتنی بر گفت و گو است که طی آن، پزشک با احترام به اصل خودمختاری بیمار، سناریوهای محتمل و پیامدهای مهم - حتی اگر احتمال وقوع آن ها اندک باشد - را توضیح می دهد تا بیمار بتواند در صورت بروز وضعیت پیش بینی نشده، تصمیم آگاهانه خود را از پیش اعلام کند. در مقابل، برائت نامه اغلب جنبه ای حقوقی و دفاعی دارد و به منظور رفع مسئولیت از پزشک یا مؤسسه درمانی تنظیم می شود، بدون آنکه در عمل الزاماً مستلزم آگاهی واقعی بیمار از جزئیات خطرات باشد. از این رو، رضایت گسترده برخلاف برائت نامه بر پایه اعتماد، شفافیت و احترام متقابل شکل می گیرد.

نتیجه گیری

این سناریو نشان می دهد که رضایت آگاهانه در طب مدرن صرفاً الزامی قانونی یا تشریفات اداری نیست، بلکه فرایندی اخلاقی، ارتباطی و پیش نگرانه است که باید پیش از هر اقدام درمانی یا جراحی با دقت و صداقت انجام شود. در شرایطی که رویدادهای غیر قابل پیش بینی حین عمل بروز می کند، پزشک در تعارض میان آسیب جدی به بیمار و احترام به خودمختاری او قرار می گیرد. هرچند اقدام فوری بر پایه اصل سودرسانی و رضایت مفروض در شرایط اورژانس قابل دفاع است، اما از منظر اخلاقی، پیشگیری از چنین تعارض هایی از طریق گفت و گو و پیش بینی سناریوهای بحرانی پیش از عمل ضروری است. پزشکان باید بکوشند با توضیح شفاف خطرات احتمالی، درگیر کردن خانواده در تصمیم گیری، استفاده از زبان ساده و مستندسازی دقیق، رضایت بیمار را به معنای واقعی کلمه آگاهانه سازند. تمایز میان رضایت گسترده و برائت نامه نیز در این میان اهمیت دارد؛ زیرا تنها رضایت مبتنی بر آگاهی و اعتماد می تواند پایه ای اخلاقی و انسانی را برای تصمیم گیری در پزشکی فراهم آورد. در نهایت، ارتقای فرهنگ رضایت

بررسی نظام سلامت هخامنشیان با بازخوانی کوروش نامه گزنفون

نعیمه سادات صالحی^۱مریم محسنی سیف آبادی^۲

مقدمه

تاریخ پزشکی ایران، ریشه‌ای کهن و غنی در تمدن‌های باستانی دارد، اما شکاف منابع مکتوب، به‌ویژه از دوران پیش از اسلام، سبب شده است دانش در تاریخ‌نگاری معاصر کمتر مورد توجه قرار گیرد؛ اگرچه متون داخلی مانند اوستا، بندهشن و دینکرد اطلاعاتی را ارائه می‌دهند، اما منابع خارجی، به‌ویژه آثار مورخان یونانی، به دلیل نزدیکی زمانی و موقعیت جغرافیایی، ارزش بالایی دارند. در میان این منابع، «کوروش نامه» اثر گزنفون، به عنوان یکی از باارزش‌ترین منابع دست‌اول شناخته می‌شود. گزنفون که خود شاهد و همراه لشکرکشی‌های کوروش صغیر (۴۲۴-۴۰۱ پ.م) علیه برادرش اردشیر دوم بود، در این اثر، روایتی ایده‌آل‌گرایانه از زندگی و تربیت و حکمرانی کوروش صغیر را ارائه می‌دهد (Household, 1972, p. 1).

کوروش صغیر (۴۲۴-۴۰۱ پ.م) فرزند کوچک داریوش دوم (ح ۴۲۳-۴۰۴ پ.م) بود. او در زمان پدر فرماندهی منطقه آسیای صغیر را به عهده داشت و بعد از مرگ او به امید پادشاهی بر ایران و به یاری

چکیده

«کوروش نامه» اثر گزنفون، مورخ یونانی معاصر با کوروش صغیر، از ارزشمندترین منابع دست‌اول برای بازسازی نظام سلامت در ایران باستان است. این پژوهش با روش توصیفی - تحلیلی و با محوریت ترجمه رضا مشایخی از «کوروش نامه»، به استخراج و تحلیل پنجاه گزاره مرتبط با پزشکی و بهداشت پرداخته است. یافته‌ها نشان می‌دهد که کوروش صغیر (۴۲۴-۴۰۱ پ.م) سلامت را نه به عنوان ضرورتی فردی، بلکه به مثابه پایه‌ای از حکمرانی هوشمندانه و امنیت ملی می‌دانست. نظام سلامت از منظر وی بر سه پایه حفظ‌الصحه (به‌ویژه تغذیه)، درمان نظام‌مند و آموزش سلامت از کودکی استوار بود. تهیه داروها، استخدام پزشکان حاذق، تأکید بر ورزش، رعایت بهداشت فردی و عمومی، و حتی آموزش خواص گیاهان دارویی به کودکان، نشان‌دهنده وجود یک سیستم پیشگیرانه پیشرفته است. این مقاله با استناد به گزنفون و تطبیق آن با منابع مکمل، تصویری از ایران باستان را ارائه می‌دهد که در آن پزشکی فراتر از درمان بیماری، هنر مدیریت تعادل بدن و جامعه بوده است. واژگان کلیدی: کوروش صغیر؛ گزنفون؛ نظام سلامت هخامنشی؛ حفظ‌الصحه؛ کوروش نامه.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد تاریخ علوم پزشکی، دانشکده سلامت و دین،

دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۲. دانشجوی دکتری تاریخ علوم پزشکی،

دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

mohsenim@razi.tums.ac.ir

سپاهی از رومیان، به فرماندهی گزنفون، به جنگ برادر بزرگش اردشیر دوم (ح ۴۰۴-۳۵۸ پ.م) که جانشین قانونی پدر بود رفت و در جنگ کوناکسا در میان رودان کشته شد (پیرنیا و اقبال، ۱۳۸۰: ۱۰۲-۱۰۴).

هدف این پژوهش، استخراج و تحلیل نظام‌مند گزاره‌های مرتبط با پزشکی و بهداشت در کوروش‌نامه است تا بتواند تصویری از جایگاه سلامت در فرهنگ و حکمرانی هخامنشیان را ارائه دهد. این پژوهش با این پرسش هدایت می‌شود: کوروش صغیر چگونه بهداشت و سلامت را در ارتش و قلمرو حکومتی خود ادغام کرده بود و چه اصولی از طب ایرانی در «کوروش‌نامه» منعکس شده است؟

یافته‌ها و بحث

۱. اهمیت سلامت و درمان: سلامت به مثابه امنیت ملی

گزنفون بیان می‌کند که کوروش، سلامت را صرفاً مسئله‌ای فردی نمی‌دانست، بلکه آن را پایه‌ای برای قدرت نظامی و ثبات اجتماعی می‌پنداشت. او دستور می‌داد تا پزشکان مجرب جمع شده، مأمور تهیه «انواع دارو، شربت، عصاره و معجون» شوند (گزنفون ۱۳۸۶: ۲۴۰). این اقدام نشان‌دهنده وجود یک سیستم بهداشتی متمرکز است. او حتی به اسیران جنگی نیز خدمات درمانی ارائه می‌داد (همان: ۸۲). کوروش، خود وضعیت مجروحان را پیگیری و از آنان دل‌جویی می‌کرد (همان: ۱۴۹)، و از پزشکان قدرانی کرده، به آن‌ها پاداش می‌داد (همان: ۲۴۰).

۲. حفظ الصحة: پایه‌های طب پیشگیرانه

بیشترین گزاره‌های استخراج‌شده از «کوروش‌نامه» (۲۸ مورد) مربوط به حفظ الصحة است که ۲۰ مورد آن به «تغذیه» اختصاص دارد. این امر نشان می‌دهد که طب در این دوره بیش از آنکه درمان‌محور باشد، پیشگیرانه و مبتنی بر تعادل بدن است. کوروش تأکیدی ویژه بر غذای ساده، قناعت در خوردن و پرهیز از پرخوری داشت (همان: ۱۳۵). حتی در اردوگاه‌های نظامی، آشپزخانه و نانوايي به‌صورت منظم سازمان‌دهی می‌شد تا سربازان غذای لذیذ میل کنند (همان: ۱۰۷).

کوروش به سربازان توصیه می‌کرد که پیش از غذا خوردن ورزش کرده تا با اشتهاى بیشتر غذا را مصرف کنند (همان: ۵۰). او حتی شکار را نه تنها برای تفریح، بلکه به‌عنوان «بهترین تمرین جنگی» و راهی برای افزایش تحمل

کوروش با جمع پزشکان مجرب و مأمور کردن آن‌ها به تهیه انواع دارو و شربت و عصاره و معجون، آنان را موظف به مداوای بیماران کرد

گرما، سرما، گرسنگی و تشنگی معرفی می‌کرد (همان: ۲۳۳). این نگاه، کاملاً منطبق بر اصول طب یونانی - ایرانی باستان است که بر شش ضرورت حیاتی (هواء، غذا، حرکت و سکون، خواب و بیداری، احتباس و استفراغ، اعراض نفسانی) تأکید دارد (Elgood, 1951, p. 27).

۳. بهداشت فردی و عمومی: نظم در زندگی

روزمره

رعایت بهداشت در جامعه هخامنشی به‌شدت مورد توجه بود. سربازان پیش از نشستن بر سر سفره، موظف به شست‌وشو و تعویض لباس بودند (گزنفون ۱۳۸۶: ۱۱۴). فرماندهان نیز باید لباسی تمیز و زیبا می‌پوشیدند (همان: ۲۳۴). کوروش حتی زمان معینی برای استحمام داشت (همان: ۲۶۷). ممنوعیت ادرار کردن و همچنین انداختن آب دهان یا پینی در اماکن عمومی (همان: ۲۳۴ و ۲۷۴) نیز نشان‌دهنده وجود قوانین بهداشتی در جامعه است. بعد از شکست و مرگ کوروش، گزنفون سربازان پارسی را نکوهش می‌کند که چرا در زمان کوروش، فعال و ورزیده و متعادل بودند و بعد از مرگ او، به تبلی و پُرخوری و بی‌نظمی روی آوردند (همان: ۲۷۳).

۴. آموزش طبی: سلامت از کودکی

شاید جالب‌ترین یافته این پژوهش، توجه به آموزش سلامت از دوران کودکی است. کودکان در مکاتب، نه تنها خواندن و نوشتن، بلکه آداب غذا خوردن، قناعت در مصرف، و اعتدال مزاج را یاد می‌گرفتند (همان: ۸). جوانان به تحمل گرما و سرما و بیداری زودهنگام عادت داده می‌شدند تا بدنی ورزیده و چالاک داشته باشند (همان: ۹). گزنفون حتی اشاره می‌کند که کودکان پارسی گیاهان دارویی را می‌شناختند (همان: ۲۷۴). این نشان می‌دهد که آموزش بهداشت و پزشکی بخشی جدایی‌ناپذیر از سیستم تربیتی هخامنشیان بوده است؛ رویکردی که حتی در بسیاری از نظام‌های آموزشی مدرن نیز کم‌رنگ است (نجم‌آبادی).

۱۳۶۲: ۴۵).

۵. روش‌های درمانی: جراحی و داروسازی

اگرچه توضیحاتی دقیق درباره روش‌های درمانی در کوروش‌نامه وجود ندارد، اما اشاره به «لوازم جراحی» و حافظه پزشکان در به خاطر سپردن نام ابزارها (گزنفون. ۱۳۸۶: ۱۴۵) نشان‌دهنده وجود تخصص جراحی است. همچنین، تهیه انواع داروها و معجون‌ها (همان: ۲۴۰) و استفاده از وسه برای زیبایی و تقویت چشم و روغن‌های مناسب برای پوست (همان: ۲۳۴) گواهی بر پیشرفت داروسازی در آن عصر است. این امر با گزارش‌های تاریخی دیگر نیز هم‌خوانی دارد؛ به‌طوری که سیریل الگود اشاره می‌کند که کوروش حتی چشم‌پزشک ماهری را از مصر به دربار خود دعوت کرد (Elgood, 1951, p. 32).

نتیجه‌گیری:

«کوروش‌نامه» گزنفون، از جامعه‌ای پرده برمی‌دارد که در آن، سلامت از اصول بنیادین حکمرانی و تربیت بود. کوروش صغیر با نگاهی فراتر از درمان بیماری، سلامت را در سه سطح فردی، نظامی و اجتماعی مدیریت می‌کرد. تأکید بر تغذیه سالم، ورزش منظم، رعایت بهداشت فردی و عمومی، و آموزش سلامت از کودکی، نشان‌دهنده وجود یک سیستم پیشگیرانه پیشرفته است که

منابع:

- گزنفون (۱۳۸۶). ترجمه رضا مشایخی. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
- نجم‌آبادی، محمود (۱۳۶۲). تاریخ طب در ایران. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- پیرنیا، حسن؛ اقبال، عباس (۱۳۸۰). تاریخ ایران از آغاز تا انقراض ساسانیان. تهران: انتشارات خیام.
- Elgood, C. (1951). A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate: From the Earliest Times Until the Year A.D. 1932. Cambridge University Press.
- Household, R. (1972). The Persian Expedition: The March of the Ten Thousand (Trans. by R. Warner). Penguin Classics (Original work published 1947).

کوروش، شکار را بهترین تمرین جنگی و بهترین راه برای بهبود مهارت سوارکاری و تیراندازی دانسته، آن را تمرینی برای افزایش تحمل گرما و سرما و گرسنگی و تشنگی سربازان می‌دانست



راهنمای مراقبت از بیماران سرطانی در منزل

کتاب «راهنمای مراقبت از بیماران سرطانی در منزل» تألیف انجمن پزشکان آمریکا و ترجمه دکتر بابک عظیم زاده و پوریا عظیم زاده، در سال ۱۳۹۸ از سوی انتشارات ستوده در ۲۵۶ صفحه به چاپ رسید.

در گذشته، مواجهه با سرطان چه برای بیمار و چه برای نزدیکان وی دلهره آور بود. اکنون با پیشرفت‌های زیاد در تشخیص زودرس و درمان این بیماری، امکان بهبود بیماری و کنترل عوارض و افزایش طول عمر بیمار مبتلا به سرطان، غیرممکن نیست. با این همه، مراقبت از بیمار، نقشی مهم را در سیر درمان، بالا رفتن کیفیت درمان و کیفیت زندگی بیمار ایفا می‌کند. پزشکان متخصص، مراجع بسیار مهمی در روند درمان به حساب می‌آیند، ولی فرایند مراقبت نیازمند اطلاعاتی گسترده و نکاتی ظریف بوده که قطعاً از حوصله آنان خارج است. تجربه شخصی نیز جامعیت لازم برای ارجاع را ندارد. در عین حال، ما هنوز نتوانسته‌ایم تجربیات مراقبتی بیماران سرطانی را مکتوب کنیم. پس ناگزیر، منابع خارجی تنها منابع در دسترس ما در این زمینه است.

این کتاب تدوین شده از سوی انجمن پزشکان آمریکا، خصوصیات سادگی، جامعیت و اجرایی بودن را دارا بوده، دارای تجربیات ارزشمند تعداد زیادی از مراقبین بیماران سرطانی است.

این اثر ۲۳ بخش دارد که از میان آن‌ها می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

موفقیت در مراقبت، تب و عفونت، اختلالات اشتها، مشکلات دهان، تهوع و استفراغ، اسهال، یبوست، درد سرطان، مشکلات خون‌ریزی، مشکلات پوست، مشکلات مربوط به وریدها، مشکلات جنسی و مواجهه با اضطراب و افسردگی.

امید است این کتاب بتواند تا اندازه‌ای از مشکلات مراقبین بیماران سرطانی کاسته، آن‌ها را به مستندسازی تجربیاتشان تشویق نماید.

زهره سادات علایی طباطبایی
دانشکده سلامت و دین



پیام سلامت و دین (۷۶)

سالمندان، ویژگی‌های جسمی و عاطفی
خاص خود را داشته، نیازمند توجه و
مراقبت‌اند

تکریم و احترام به سالمندان و بهره‌گیری
از تجربیات آنان، می‌تواند مس‌ارزشمندی
و مفید بودن را در آنان تأمین کند