

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

دانش مستدام

سال هشتم، شماره ۸۹، بهمن ۱۴۰۴

جاویدان ایران عزیزما



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: رمضان سلطان پور، سید حمزه مرتضوی

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

سخن آگازین

۳.....

پیام سلامت و دین (۸۱)

۴.....

سلامت در قرآن و روایات

مروری بر تأثیر آموزه های دینی بر رضایت از زندگی ذهنی ۵
محمود شکوهی تبار

سلامت و مراقبت معنوی

نقش معنویت و دین داری در سلامت اجتماعی ۸
زهرا طاهری خرامه

فقه و اخلاق پزشکی

الگوی مفهومی و کارکردهای آموزشی مدیریت توحیدی در آموزش
علوم پزشکی ۱۲
رمضان سلطان پور

جایگاه تعالیم مذهبی در آموزش اخلاق ۱۵
انسیه مدنی، منصوره مدنی

عدالت در حکمرانی سازمانی؛ از ارزش اخلاقی تا ضرورت مدیریتی ۱۸
سیدحمزه مرتضوی

تحلیل اخلاق - حقوقه موارد

چالش های اخلاقی و حقوقی رضایت آگاهانه و تصمیم گیرنده جایگزین
در بیماران روان پزشکی ۲۱
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

روایت هایی از تاریخ پزشکی و طب سنتی در سبزواری؛ از سنت های
کهن تا طلوع طب نوین ۲۴
فرشته کوشکی

معرفه کتاب

روش های نوین تولیدمثل انسانی از منظر فقه اسلامی و حقوق مدنی
(مجموعه مقالات) ۲۷

پیام سلامت و دین (۸۱)

۲۸.....

صلوات شعبانیه

خدایا، درود فرست بر محمد و آلش علیهم‌السلام و قلب مرا به طاعتت پُر نور و معمور ساز و مرا به عصیان خود رسوا و خوار مگردان و روزی‌ام کن که مواسات کنم با فقیران که رزقشان تنگ نمودی به وسعتی که از فضل و کرمات به من عطا کردی تا عدالت تو را منتشر گردانم و مرا زنده بدار در سایه عنایتت.

و این است شعبان، ماه رسالت سید پیغمبران که این ماه را به رحمت و رضا و خوشنودی‌ات در پوشیده‌ای و رسالت صلوات جهد و کوشش بسیار به نماز و روزه در شب‌ها و روزهای این ماه داشت و برای فروتنی به درگاه تو این ماه را تا به آخر محترم و گرامی می‌داشت.

ای خدا، پس تو ما را هم یاری فرما بر پیروی سنتت و به شفاعتت نایل گردان. خدایا و حضرتت را برای من شفیع مقبول الشفاعة قرار ده و طریق مستقیم هموار به سوی خود گردان و مرا پیرو آن بزرگوار ساز تا روزی که تو را ملاقات می‌کنم که روز قیامت است در آن روز از من خوشنود باشی و از گناهانم چشم پوشی؛ درحالی که لطف و رحمتت را بر من حتم فرموده، مرا در منزل همیشگی بهشت ابد که محل خوبان است، منزل دهی.

خدایا، درود فرست بر محمد و آلش علیهم‌السلام که درخت نبوت‌اند و محل رسالت و جایگاه رفت‌وآمد فرشتگان و معدن علم و حکمت و خاندان وحی‌اند.

خدایا، درود فرست بر محمد و آلش علیهم‌السلام که آنان کشتی دریای معرفت‌اند و روان در اعماق آن دریا. هرکس بر آن کشتی درآید از غرق ایمن است و هرکس درنیاید، به دریای هلاکت غرق خواهد شد.

هرکس بر آن‌ها تقدم جوید از دین خارج شود و هرکس از آنان عقب بماند نابود گردد و هرکس همراه آنان باشد ملحق به آن‌ها خواهد شد.

خدایا، درود فرست بر محمد و آلش علیهم‌السلام که حصار محکم امت‌اند و فریادرس بیچارگان و درماندگان و پناه‌گریختگان و نگهبان عصمت طلبان‌اند.

خدایا، درود فرست بر محمد و آلش علیهم‌السلام درود بسیار که آن درود موجب خوشنودی آن‌ها باشد و ادای حق آن‌ها بر ما شود به حول و قوه تو ای خدای عالمیان.

خدایا، درود فرست بر محمد و آلش علیهم‌السلام که پاکان و نیکان و برگزیدگان عالم‌اند که بر ما واجب کردی حقوقشان را و طاعت و محبتشان را فرض نمودی.



پیام سلامت و دین (۸۱)

خدا از روح خود در انسان دمیده است.

به همین دلیل،

آرامش حقیقی انسان فقط

از طریق ارتباط با خدا به دست می آید.



پیشگام

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی
سال هشتم، شماره ۸۹



مروری بر تأثیر آموزه‌های دینی بر رضایت از زندگی ذهنی

محمود شکوهی تبار^۱

چکیده

رضایت از زندگی ذهنی، از اصلی‌ترین شاخص‌های سلامت روان، نقشی کلیدی را در تعیین سطح بهزیستی انسان ایفا می‌کند. بررسی نقش متغیرهای معنوی و دینی در تبیین پیش‌بینی‌کننده‌های این سازه اهمیتی حیاتی دارد. این پژوهش با واکاوی مفهوم رضایت از زندگی ذهنی، به‌عنوان هسته مرکزی ارزیابی‌های شناختی، به بررسی نقش مهارت‌های معنوی اسلامی در مدیریت ارزیابی‌های ذهنی و ارتقای سطح رضایت پرداخته است. این مهارت‌ها همچون شکرگزاری، توکل، قناعت، زندگی معنادار و تعدیل ارزشمندی دنیا در برابر دنیاپرستی، به‌عنوان سازوکارهای شناختی عمل می‌کنند. این مهارت‌ها با تغییر استانداردهای ارزیابی، کاهش توقع‌های غیرمنطقی، ایجاد معنا در رنج و کاهش اضطراب، سبب مدیریت بهتر فرایندهای ذهنی و افزایش تاب‌آوری فرد در برابر ناملایمات می‌گردند.

واژگان کلیدی

رضایت از زندگی ذهنی؛ معنویت اسلامی؛ مهارت‌های معنوی اسلامی؛ توکل؛ شکرگزاری؛ قناعت؛ زندگی معنادار؛ تعدیل محبت به دنیا.

در عصر کنونی، با وجود پیشرفت‌های شگرف در جوامع بشری و ارتقای سطح رفاه مادی، جست‌وجو برای دستیابی به یک زندگی معنادار و راضی‌کننده، از اصلی‌ترین دغدغه‌های بشر محسوب می‌شود. مفهوم «رضایت از زندگی» به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی بهزیستی ذهنی و شاخصی حیاتی برای ارزیابی سلامت

روان، جایگاهی ویژه پیدا کرده است. رضایت از زندگی، فراتر از یک احساس زودگذر، یک ارزش‌گذاری شناختی و پایدار است که فرد از کیفیت زندگی خود انجام می‌دهد و نشان‌دهنده میزان انطباق شرایط واقعی زندگی با استانداردها و ایده‌آل‌های شخصی اوست.

در میان رویکردهای متنوع برای تبیین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت از زندگی، نقش متغیرهای معنوی و دینی در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است. با نگاهی به میراث فرهنگی و اجتماعی جوامع، به‌ویژه در بستر تمدن اسلامی - ایرانی، دین و معنویت نه‌تنها به‌عنوان یک نظام باورهای متعالی، بلکه به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای و سازه‌ای معنادار در زندگی افراد عمل می‌کند. پژوهش‌های نوین نشان می‌دهند که باورهای دینی و تجربیات معنوی می‌توانند با ایجاد معنا، هدفمندی و امید، تأثیراتی عمیق را بر ادراک ذهنی افراد از کیفیت زندگی خود بگذارند.

این مقاله با هدف واکاوی رابطه میان دین، معنویت و رضایت از زندگی تدوین شده است. در این راستا، ابتدا به تبیین دقیق مفهوم رضایت از زندگی ذهنی و جایگاه آن در ساختار کلی رضایت از زندگی پرداخته می‌شود. سپس، ابعاد مختلف رضایت از زندگی بررسی شده، در نهایت، نقش دین و معنویت در تقویت یا تعدیل هر یک از این ابعاد تشریح شده است تا نشان داده شود که چگونه مؤلفه‌های معنوی می‌توانند به‌عنوان عامل مؤثر

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

بر ارتقای سطح رضایت و بهزیستی انسان عمل نمایند. تبیین مفهوم رضایت از زندگی ذهنی و جایگاه آن در ساختار کلی رضایت از زندگی

برای درک عمیق رابطه میان دین، معنویت و رضایت از زندگی، ابتدا باید تمایز دقیقی میان «رضایت از زندگی ذهنی» و سایر مفاهیم مرتبط برقرار کرد. رضایت از زندگی ذهنی (Subjective Life Satisfaction) به‌عنوان مؤلفه شناختی اصلی «بهزیستی ذهنی» (Subjective Well-being) شناخته می‌شود. این مفهوم به‌عنوان قضاوت کلی فرد از کیفیت زندگی خود براساس معیارها، استانداردها و اهداف شخصی، متمایز از تجربیات عاطفی لحظه‌ای تعریف می‌شود. (Urbón et al., 2025) این ارزش‌گذاری فرایندی ذهنی است که در آن، فرد شرایط زندگی فعلی خود را با استانداردهایی که خود برای یک زندگی ایده‌آل تعیین کرده است، مقایسه می‌کند. نکته کلیدی در این تعریف، «ذهنی» بودن آن است؛ بدین معنا که این ارزیابی لزوماً براساس دستاوردهای عینی (مانند درآمد یا جایگاه اجتماعی و...) نیست، بلکه صرفاً بازتابی از ادراک و تفسیر فرد از واقعیت است.

جایگاه رضایت از زندگی ذهنی در ساختار کلی رضایت از زندگی، اهمیت بالایی دارد و نقش «هسته مرکزی» را در این مفهوم ایفا می‌کند. به بیان دیگر، رضایت کلی از زندگی (Global Life Satisfaction) حاصل تجمیع و پردازش شناختی رضایت‌های جزئی در حوزه‌های مختلف زندگی (مانند کار، خانواده، سلامت) است که در نهایت به صورت یک حس کلی از رضایت یا نارضایتی در فرد بروز می‌کند.

براساس تحقیقات انجام‌شده، رضایت از زندگی ذهنی، پایداری بیشتری در مقایسه با مؤلفه‌های هیجانی (مانند شادی لحظه‌ای) دارد و به‌عنوان فیلتری عمل می‌کند که تجربیات روزمره را تفسیر می‌کند (González-Román, & Gutiérrez-Barquín, 2024; Schimmack, 2025).

به عبارت دیگر، اگر فرد سطح بالایی از رضایت از زندگی ذهنی را دارا باشد، حتی در مواجهه با چالش‌های جزئی در حوزه‌های مختلف، قضاوت کلی او درخصوص زندگی، مثبت باقی می‌ماند. بنابراین، رضایت از زندگی ذهنی نه تنها بخشی از رضایت از زندگی است، بلکه بستری شناختی است که سایر تجربیات عاطفی و ارزیابی‌های جزئی بر آن سوار می‌شوند و تعیین‌کننده نهایی سطح کلی بهزیستی روانی فرد محسوب می‌شود. براساس مدل‌های چندبعدی ارائه‌شده در ادبیات علمی، رضایت از زندگی یک سازه تک‌بعدی نیست،

بلکه مجموعه‌ای پیچیده از ارزیابی‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی است که در کنار هم «رضایت از زندگی کلی» را شکل می‌دهند. این ابعاد به فرد اجازه می‌دهند تا کیفیت زندگی خود را در بخش‌های مشخصی ارزیابی کرده، در صورت نیاز، برای بهبود آن‌ها اقدام نماید. مهم‌ترین ابعاد این مفهوم عبارت‌اند از بُعد سلامت جسمی و روانی، بُعد روابط خانوادگی و اجتماعی، بُعد اقتصادی و شغلی، بُعد معنوی و وجودی و بُعد امنیت محیط زیست.

تبیین نقش مهارت‌های معنوی اسلامی در مدیریت ارزیابی ذهنی و ارتقای رضایت از زندگی آموزه‌های دینی با ارائه مهارت‌های معنوی خاص، ابزارهایی را در اختیار فرد قرار می‌دهند تا بتواند «استانداردهای ارزیابی» خود از زندگی را مدیریت کرده، در نتیجه، رضایت ذهنی پایداری را تجربه کند. در ادامه، این مهارت‌ها و سازوکارهای اثرگذاری آن‌ها براساس ادبیات پژوهشی و متون دینی تبیین می‌شوند:

۱. شکرگزاری با رویکرد اسلامی: بازتعریف استانداردهای مقایسه

شکرگزاری در اسلام فراتر از یک ادب اجتماعی است و به‌عنوان یک «حالت شناختی» عمل می‌کند. از منظر روان‌شناسی، رضایت از زندگی حاصل مقایسه بین «وضعیت فعلی» و «وضعیت مطلوب» است. شکرگزاری با تغییر کانون توجه از «محرومیت‌ها» به «دارایی‌ها»، استانداردهای مقایسه را تعدیل می‌کند. با تمرین شکرگزاری، فرد به جای تمرکز بر کمبودها (که سبب نارضایتی می‌شود)، بر وفور نعمت‌ها تمرکز می‌کند. این تغییر سوگیری شناختی (Cognitive Bias) باعث می‌شود فرد، حتی در شرایط سخت، ارزیابی مثبتی از زندگی داشته باشد. همان‌طور که آیه شریفه «وَإِنْ تَعَدُّوا نِعْمَتَ اللَّهِ لَا تَحْصُوهَا» (ابراهیم: ۳۴) بر این نکته تأکید دارد که نعمت‌های خداوند در زندگی ما بی‌شمار و غیر قابل احصاست.

۲. زندگی معنادار با رویکرد اسلامی: هدفمندی و انسجام

از ابعاد اصلی رضایت از زندگی ذهنی، احساس معناست. در اسلام، زندگی با هدف «عبودیت» و رشد و کمال در سایه آن معنا می‌یابد. وقتی فرد زندگی خود را در چهارچوبی بزرگ‌تر و ابدی (بندگی خداوند) تفسیر می‌کند، سختی‌ها و نامایمات روزمره نه به‌عنوان «موانع راه»، بلکه به‌عنوان «آزمون الهی» و «فرصتی بی‌نظیر» برای رشد و تعالی معنا می‌شوند. این بازتعریف معنایی باعث می‌شود که نامایمات، دیگر به‌عنوان عوامل کاهش‌دهنده رضایت تلقی نشوند، بلکه

بخشی از یک مسیر ارزشمند محسوب شوند. این حس هدفمندی، تاب‌آوری فرد را در برابر بحران‌ها افزایش داده، رضایت ذهنی را تثبیت می‌کند.

۳. توکل: مدیریت اضطراب و کاهش فشار روانی

توکل به معنای تکیه بر خداوند در کنار به‌کارگیری تمامی امکانات و ظرفیت‌های انسانی است. این مفهوم در تقابل با اضطراب ناشی از عدم قطعیت آینده قرار می‌گیرد. از منظر روان‌شناختی، توکل سازوکاری برای «کنترل ادراک شده» است. فرد با توکل، بخشی از بار مسئولیت نتیجه نهایی را که خارج از کنترل اوست، به خداوند واگذار می‌کند. این واگذاری، استرس ناشی از نگرانی درباره آینده را به شدت کاهش می‌دهد. کاهش استرس و اضطراب، به‌طور مستقیم سبب بهبود خلق‌وخو و ارتقای ارزیابی ذهنی از کیفیت زندگی می‌شود؛ زیرا فرد احساس می‌کند که در مسیر زندگی تنها نیست و حامی قدرتمندی دارد.

۴. قناعت: تعدیل نیازها و تنظیم انتظارات

قناعت، یعنی راضی بودن به آنچه در دسترس است و بی‌نیازی از آنچه خارج از حد متعارف است. این مفهوم به‌طور مستقیم با «نظریه تطبیق سطح توقع» (Level of Aspiration) در روان‌شناسی مرتبط است. رضایت از زندگی ذهنی تابعی است از فاصله بین «آنچه داریم» و «آنچه می‌خواهیم». قناعت با کاهش سطح توقع‌های غیرمنطقی و مادی، این فاصله را کم می‌کند؛ درحالی‌که فرهنگ مصرف‌گرایی دائماً سطح توقع‌ها را بالا برده، رضایت را دشوار می‌سازد، مهارت قناعت سقف توقع‌ها را پایین می‌آورد و بدین ترتیب، دستیابی به رضایت را تسهیل می‌کند. این مهارت باعث می‌شود فرد از داشته‌های خود لذت برده، دچار حس فقر نسبی نشود.

۵. تعدیل ارزشمندی دنیا و تمرکز بر آخرت (در برابر دنیاپرستی)

اسلام، دنیا را مزرعه آخرت می‌داند و نه هدف نهایی. این دیدگاه، ارزش‌گذاری فرد را از لذت‌های آنی و زودگذر به سوی پاداش‌های ابدی و معنوی سوق می‌دهد. دنیاپرستی و محبت افراطی به دنیا، فرد را در نوسانات بیرونی (ثروت، مقام، شهرت) غرق می‌کند که همگی ناپایدارند. تمرکز بر آخرت، یک «پایداری درونی» را ایجاد می‌کند. وقتی ارزش اصلی فرد به گنج‌های پایدار (عمل صالح) گره خورده باشد، نوسانات دنیوی دیگر نمی‌توانند رضایت ذهنی او را متزلزل کنند. این تغییر در سیستم ارزشی، فرد را در برابر ضربات زندگی آسیب‌پذیر نمی‌کند و رضایتی عمیق و غیر وابسته را به شرایط بیرونی ایجاد می‌نماید.

در این مقاله، تلاش شد تا با رویکردی تحلیلی مفهوم «رضایت از زندگی ذهنی» و جایگاه آن در ساختار کلی بهزیستی انسان تبیین گردد. بررسی‌ها نشان داد که رضایت از زندگی ذهنی، به‌عنوان یک ارزش‌گذاری شناختی و پایدار، هسته مرکزی و تعیین‌کننده سطح کلی رضایت از زندگی است. این سازه چندبُعدی، شامل ابعاد گسترده‌ای همچون سلامت جسمی و روانی، روابط اجتماعی، وضعیت اقتصادی و شغلی، امنیت محیطی و بعد معنوی - وجودی است که همگی در تعامل با یکدیگر، کیفیت زندگی انسان را می‌سازند. نکته کلیدی که در این پژوهش بر آن تأکید شد، نقش انکارناپذیر و سازنده «دین و معنویت» در ارتقای این ابعاد است. نتایج حاصل از تبیین مهارت‌های معنوی اسلامی نشان داد که آموزه‌های دینی، صرفاً توصیه‌های اخلاقی نیستند، بلکه ابزارهای کارآمد برای مدیریت ارزیابی‌های ذهنی هستند. مهارت‌هایی همچون شکرگزاری با تغییر سوگیری توجه به نعمت‌ها، توکل با کاهش اضطراب ناشی از عدم قطعیت، قناعت با تعدیل سطح توقع‌ها، و تمرکز بر آخرت با ایجاد پایداری درونی و ارزش‌گذاری معنادار، سازوکارهای دقیقی را برای تعدیل استانداردهای ارزیابی زندگی فراهم می‌آورند.

در نهایت، می‌توان نتیجه گرفت که ادغام این مهارت‌های معنوی با رویکردهای علمی، می‌تواند مدلی جامع را برای دستیابی به رضایت از زندگی ذهنی ارائه دهد. مدلی که فرد در آن با شرایط مادی سازگار شده، با یافتن معنا و هدف در بستر باورهای دینی، به آرامشی عمیق و پایدار دست می‌یابد که از آسیب‌پذیری در برابر ناملایمات روزمره کاسته، سطح بهزیستی و رضایت ذهنی را به‌طور چشمگیری ارتقا می‌بخشد. بنابراین، توجه به بُعد معنوی و دینی انسان، به‌عنوان یک ضرورت در پژوهش‌ها و مداخلات روان‌شناختی برای ارتقای سلامت جامعه، بیش از پیش اهمیت می‌یابد.

منابع

- قرآن کریم.

- Urbón, E., Chafer, C., & Salavera, C. (2025). Satisfaction with life, affects, and subjective happiness in military personnel. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 38, 7.

- Schimmack, U. (2025). Subjective indicators of well-being: Life satisfaction, positive affect, and the underlying sense of well-being.

- González-Román, E., & Gutiérrez-Barquín, L. (2024). What distinguishes life satisfaction from emotional wellbeing? *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1434373.

اثر بخشی آن‌ها به شرایط فردی، پویایی‌های اجتماعی و بافت فرهنگی وابسته است. این پیچیدگی بر ضرورت اتخاذ رویکردهای جامع، چندبعدی و زمینه‌محور در پژوهش‌های آینده تأکید دارد.

واژگان کلیدی: معنویت؛ دین‌داری؛ سلامت اجتماعی؛ حمایت اجتماعی.

نقش معنویت و دین‌داری

در سلامت اجتماعی

زهرا طاهری خرامه^۱

مقدمه

معنویت و دین‌داری دو مفهوم متمایز، اما به هم پیوسته‌اند که نقشی مهم را در شکل‌گیری و ارتقای پیامدهای سلامت اجتماعی ایفا می‌کنند. معنویت، به‌عنوان شیوه‌ای که افراد از طریق آن در پی یافتن معنا و هدف در زندگی خود هستند تعریف می‌شود و شامل نحوه ارتباط فرد با خود، دیگران، طبیعت و یا نیروی متعالی است (Tutzer et al., 2024). این مفهوم گسترده، سه بُعد اصلی دارد: معنویت درون‌فردی که بر جست‌وجوی شخصی معنا و هدف در زندگی تأکید دارد. معنویت بین‌فردی که به کیفیت ارتباطات و پیوندهای اجتماعی افراد با دیگران مربوط می‌شود، و معنویت فرافردی که ناظر بر ارتباط با نیرویی برتر یا امر متعالی است (Gerson, 2018; Saiz et al., 2021).

چکیده

معنویت و دین‌داری، از جمله سازه‌های مهم روانی - اجتماعی هستند که در سال‌های اخیر توجهی فزاینده را در حوزه سلامت، به‌ویژه سلامت اجتماعی، به خود جلب کرده‌اند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که این دو مفهوم، اگرچه متمایز، از طریق سازوکارهای متعدد، همچون معنابخشی به زندگی، تقویت هیجانات مثبت و فراهم‌سازی حمایت اجتماعی می‌توانند بر بهزیستی فردی و اجتماعی اثرگذار باشند. باین حال، یافته‌ها همواره یک‌دست و صرفاً مثبت نیست و پیچیدگی‌های قابل‌توجهی را در این رابطه نشان می‌دهند.

این مطالعه با هدف تبیین چهارچوب نظری و مرور شواهد پژوهشی مرتبط با نقش معنویت و دین‌داری در سلامت اجتماعی انجام شده است. در این راستا، مسیرها، سازوکارها و ملاحظات انتقادی این رابطه مورد بررسی قرار می‌گیرند. نتایج مرور مطالعات نشان می‌دهد که معنویت و دین‌داری از طریق ایجاد هیجانات مثبت، تقویت احساس معنا، ارتقای ارزش‌های اخلاقی و گسترش شبکه‌های حمایت اجتماعی می‌توانند به بهبود سلامت اجتماعی کمک کنند. مشارکت دینی، به‌ویژه با افزایش احساس تعلق، کاهش انزوای اجتماعی و تقویت سرمایه اجتماعی همراه است.

در عین حال، نقش این سازه‌ها بسته به زمینه اجتماعی و فرهنگی، شیوه‌های مقابله دینی، عضویت گروهی و ویژگی‌های فردی می‌تواند پیامدهای متفاوتی بر ابعاد مختلف سلامت اجتماعی، از جمله تنهایی، داشته باشد. به‌طور کلی، معنویت و دین‌داری منابعی مهم، اما پیچیده برای سلامت اجتماعی محسوب می‌شوند که

در مقابل، دین‌داری اگرچه با معنویت هم‌پوشانی دارد، اما مفهومی مشخص‌تر است و به میزان مشارکت فرد در فعالیت‌ها و مناسک سازمان‌یافته دینی مانند دعا، نیایش، تأملات مذهبی و عضویت در اماکن و نهادهای مذهبی اشاره دارد (Abbasifard et al., 2022). چهارچوب‌های مفهومی نشان می‌دهند که معنویت، به‌عنوان یک منبع روانی - اجتماعی، از طریق ایجاد حالات روان‌شناختی مثبت، تقویت احساس معنا در زندگی، ایجاد پیوند با دیگران، افزایش حس هماهنگی و امید، و ارتقای ارزش‌های اخلاقی به بهبود سلامت و بهزیستی افراد کمک می‌کند (Saiz et al., 2021). همچنین، باورهای دینی می‌توانند نقشی آرام‌بخش و بنیادین در زندگی افراد را ایفا کنند؛ به‌گونه‌ای که جهت‌گیری‌های معنوی مثبت با افزایش امید همراه بوده، به‌عنوان عاملی بازدارنده در برابر اضطراب، استرس، یأس و افسردگی عمل می‌کنند (Abbasifard et al., 2022).

از منظر سلامت اجتماعی، سازوکارهای تأثیرگذاری معنویت و دین‌داری، شامل فراهم‌سازی نظام‌های حمایت اجتماعی از طریق باورها و مناسک مشترک، گسترش شبکه‌های اجتماعی و تقویت احساس پذیرش و تعلق اجتماعی است (Gerson, 2018). افزون‌بر این، مقابله معنوی / مذهبی به سازوکاری روان‌شناختی اشاره دارد که در آن افراد از باورها، ارزش‌ها و اعمال دینی خود،

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



به‌عنوان منبعی برای مدیریت آشفتگی‌های هیجانی برآمده از موقعیت‌های غیر قابل کنترل بهره می‌گیرند. این فرایند از طریق مکانیسم‌های معنابخشی به تجربیات دشوار و افزایش تحمل پذیری رنج، موجبات سازگاری مؤثرتر فرد با چالش‌های زندگی را فراهم می‌آورد (Koenig et al., 2010; Tutzer et al., 2024). براین اساس، این چهارچوب مفهومی را نشان می‌دهد که معنویت و دین‌داری از عوامل کلیدی در درک چگونگی حفظ ارتباطات اجتماعی، یافتن معنا در شرایط دشوار و تقویت تاب‌آوری فردی و جمعی در بستر جامعه محسوب می‌شوند.

سازوکارهای تأثیر معنویت و دین‌داری بر سلامت اجتماعی

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که معنویت و دین‌داری از مسیرهایی گوناگون بر سلامت اجتماعی تأثیر می‌گذارند. مهم‌ترین این سازوکارها از سه مسیر اصلی عمل می‌کنند: نخست، فراهم کردن زمینه تجربه هیجانات مثبت مانند امید، خوش‌بینی و آرامش روانی؛ دوم، ایجاد فرصت برای معنابخشی به زندگی؛ سوم، تأمین حمایت اجتماعی از طریق عضویت و مشارکت در جوامع و اجتماعات دینی. افزون‌بر این، برخی رفتارهای دینی با ترویج سبک زندگی سالم و تقویت ارتباط نزدیک با خداوند، به‌عنوان منبعی برای آرامش، عزت‌نفس و امنیت روانی عمل می‌کنند (Zwingmann et al., 2011).

پیامدهای سلامت روان نیز تحت تأثیر سه عامل اساسی قرار دارند: احساس ارزش اخلاقی، حمایت حاصل از اجتماع ایمانی، و تمرین و تجربه معنویت در زندگی روزمره. این عوامل در تعامل با یکدیگر، آثار حفاظتی مهمی را ایجاد می‌کنند، به‌ویژه حمایت اجتماعی حاصل از جوامع دینی که بر ارزش‌هایی، همچون همبستگی، پذیرش و همدلی تأکید دارد، نقش برجسته‌ای را در ارتقای سلامت روان و اجتماعی ایفا می‌کند (Rodriguez-Yunta, 2016).

با این حال، سازوکارهای معنوی و دینی همواره ماهیتی صرفاً محافظتی نداشته، می‌توانند بسته به شیوه به‌کارگیری منابع معنوی - دینی در فرایند سلامت و بیماری، پیامدهای مثبت یا منفی را به همراه داشته باشند. در این میان، مقابله مذهبی نقشی تعیین‌کننده دارد؛ به‌گونه‌ای که استفاده سازگارانه از باورها و اعمال دینی می‌تواند به کاهش فشار روانی کمک کند؛ درحالی‌که الگوهای ناسازگار مقابله مذهبی ممکن است به تشدید آسیب‌های روانی منجر شوند (Borg et al., 2021). همچنین، دین به‌عنوان بخشی مهم از زمینه فرهنگی افراد، بر تصمیم‌گیری‌های روزمره و

سازوکارهای معنوی و دینی همواره ماهیتی صرفاً محافظتی نداشته، می‌توانند بسته به شیوه به‌کارگیری منابع معنوی - دینی در فرایند سلامت و بیماری، پیامدهای مثبت یا منفی را به همراه داشته باشند.

نگرش‌های مرتبط با سلامت اثر گذاشته، رفتارهایی نظیر الگوی تغذیه، مصرف دخانیات و سوء مصرف مواد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Koenig, 2010; Borges et al., 2021).

از منظر نظری، معنویت و دین‌داری به‌مثابه یک «نظام معنا» عمل می‌کنند که باورها، نگرش‌ها و جهت‌گیری‌های ارزشی افراد را شکل می‌دهد. این نظام معنایی با تقویت ارزش‌هایی مانند همنوایی اجتماعی، سخاوت، نوع‌دوستی و خیرخواهی، به حفاظت از سلامت کمک کرده، افراد را در مواجهه با دشواری‌ها و هیجانات منفی یاری می‌دهد (Chen et al., 2023; Koenig, 2012). شواهد نشان می‌دهد که دین‌داری از طریق افزایش رفتارهای نوع‌دوستانه و کاهش نگرش‌های تبعیض‌آمیز، می‌تواند سبب بهبود سلامت اجتماعی شود (Chen et al., 2023).

مسیرهای تأثیرگذاری معنویت و دین‌داری، همچنین شامل رفتارهای عملی ارتقاءدهنده سلامت است. فعالیت‌هایی نظیر مراقبه و دعا با کاهش استرس و بهبود سلامت روان همراه بوده‌اند؛ درحالی‌که مشارکت فعال در زندگی اجتماعی و جمعی دینی، به تقویت شبکه‌های اجتماعی و نظام‌های حمایت اجتماعی کمک می‌کند (Baltaci et al., 2024). افزون‌بر این، آموزه‌های دینی با تأکید بر ارزش‌ها، هدفمندی زندگی، تعادل و اعتدال، با پیامدهایی نظیر الگوهای تغذیه سالم، وضعیت وزن مناسب، سلامت روان بهتر و ارتقای کلی سلامت مرتبط دانسته شده‌اند (Lucchetti et al., 2021; Baltaci et al., 2024).

نقش مشارکت دینی و حمایت اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی

مشارکت دینی از طریق تقویت نظام‌های حمایت اجتماعی و ایجاد پیوندهای اجتماعی معنادار، منافع قابل‌توجهی را برای سلامت اجتماعی افراد به همراه دارد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد افرادی که مشارکت منظم‌تری در مراسم و اجتماعات مذهبی دارند، بیش از دیگران از حمایت اجتماعی مرتبط با احساس تعلق بهره‌مند می‌شوند؛ عاملی که با ارزیابی‌های بهتر از وضعیت سلامت خود همراه است. حضور در اجتماعات



دینی به‌طور خاص با ارضای نیازهای اساسی انسان، از جمله خودفراروی، کنترل و مقابله با مسائل زندگی، مشارکت اجتماعی و شکل‌گیری روابط صمیمانه مرتبط دانسته شده است. (Zimmer et al., 2016)

حمایت اجتماعی حاصل از جوامع دینی نقش مهمی را در کمک به افراد برای مواجهه با دشواری‌های مختلف زندگی و استرس‌های ناشی از آن ایفا می‌کند. (Kwiat- kowski et al., 2021) درگیری و تعلق دینی، با ایجاد احساس دل‌بستگی، هویت اجتماعی و تعلق گروهی، به کاهش گسست نقش‌ها و پیشگیری از انزوای اجتماعی کمک می‌کند. اهمیت این نوع حمایت اجتماعی زمانی برجسته‌تر می‌شود که مطالعات نشان داده‌اند حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ارتباط منفی قوی با ادراک استرس و ارتباط مثبت معناداری با سلامت روان کلی دارد. (Tuzer et al., 2024)

سازوکارهای پیونددهنده دین‌داری با پیامدهای سلامت، تا حد زیادی از طریق شبکه‌های حمایت اجتماعی عمل می‌کنند. افرادی دارای سطح بالاتر از دین‌داری، معمولاً از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند و حضور در مراسم و مناسک دینی احتمال شکل‌گیری شبکه‌های حمایتی قوی‌تر را افزایش می‌دهد. این حمایت اجتماعی ابعاد متعددی را دربر می‌گیرد؛ از جمله ساختار و انسجام شبکه‌های اجتماعی، حمایت دریافت‌شده و حمایت ارائه‌شده به دیگران، کیفیت و کمیت تعاملات اجتماعی، و کاهش احساس تنهایی و انزوای اجتماعی. (Correa et al., 2011)

کارکرد حمایتی جوامع دینی محدود به شرایط بحرانی نیست و در موقعیت‌های روزمره زندگی نیز تداوم دارد. شواهد نشان می‌دهد افراد معنوی در مواجهه با فقدان و سوگ عزیزان خود، سازگاری بهتری نشان می‌دهند و معنویت، به‌عنوان یکی از راهبردهای رایج مقابله با بیماری و بیماری‌های مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. (Koenig, 2010; Junior et al., 2020; Tuzer et al., 2024) این یافته‌ها نشان می‌دهد که جوامع دینی، به‌مثابه نظام‌های حمایتی جامع عمل می‌کنند که هم نیازهای اجتماعی روزمره افراد و هم چالش‌های بزرگ و استثنایی زندگی را پوشش می‌دهند.

پیچیدگی‌ها و ملاحظات انتقادی در رابطه معنویت، دین‌داری و سلامت اجتماعی

رابطه میان معنویت، دین‌داری و پیامدهای سلامت اجتماعی بسیار پیچیده‌تر از آن است که بتوان آن را صرفاً به ارتباطات مثبت و خطی تقلیل داد. پژوهش‌هایی که ظرفیت دین و معنویت را در کاهش احساس تنهایی بررسی کرده‌اند، نشان‌دهنده الگوهای متنوع و گاه متناقضی هستند که به‌شدت تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای و بافت اجتماعی قرار دارند؛ به‌عنوان مثال نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که با کنترل سایر متغیرهای مؤثر، معنویت به‌تنهایی نقش تعدیل‌کننده معناداری را در کاهش تنهایی ایفا نمی‌کند و حتی حضور در مراسم دینی و دین‌داری خودگزارشی با ابعاد مختلف تنهایی، روابط منفی و پیچیده‌ای را نشان می‌دهد. (Gemar, 2024)

افزون‌بر این، آثار حفاظتی مشارکت دینی در میان گروه‌های جمعیتی مختلف یکسان نیست. یافته‌ها حاکی از آن است که اگرچه به‌طور کلی مشارکت مذهبی با بهبود پیامدهای اجتماعی همراه دانسته می‌شود، اما برخی گروه‌های اقلیت دینی احساس تنهایی بیشتری را گزارش می‌کنند. این امر نشان می‌دهد که زمینه اجتماعی، جایگاه گروهی و تجربه تعلق یا طرد اجتماعی می‌توانند نقش تعدیل‌کننده مهمی را در تأثیر مشارکت دینی بر سلامت اجتماعی داشته باشند.

شواهد موجود، بر ماهیت چندعاملی تأثیرات معنویت و دین‌داری بر سلامت اجتماعی صحنه می‌گذارند. فواید بالقوه این مؤلفه‌ها در کاهش احساس تنهایی و ارتقای پیامدهای اجتماعی، نه تنها از الگویی پیچیده تبعیت می‌کنند، بلکه تحت تأثیر عواملی دیگر، مانند گونه‌شناسی ابعاد دین‌داری (اعتقادی، مناسکی، تجربی)، سطوح مختلف تجربه تنهایی (هیجانی، اجتماعی، وجودی) و عوامل غیر دینی شامل متغیرهای فردی (ویژگی‌های شخصیتی)، بین‌فردی (کیفیت روابط) و ساختارهای اجتماعی کلان قرار دارد. (Gemar, 2024)

نتیجه‌گیری

معنویت و دین‌داری نقش مهم و چندبعدی را در ارتقای سلامت اجتماعی ایفا می‌کنند. شواهد پژوهشی

سازوکارهای پیونددهنده دین‌داری با پیامدهای سلامت، تا حد زیادی از طریق شبکه‌های حمایت اجتماعی عمل می‌کنند.



- Corre'a, A. A. M., Moreira-Almeida, A., Meneze, P. R., Vallada, H., & Scazufca, M. (2011). Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33, 157-164.

- Gemar, A. (2024). Religion and Loneliness: Investigating Different Aspects of Religion and Dimensions of Loneliness. *Religions*, 15(4), 488.

- Gerson, M. W. (2018). Spirituality, social support, pride, and contentment as differential predictors of resilience and life satisfaction in emerging adulthood. *Psychology*, 9(3), 485-517.

- Gonçalves Júnior, J., Sales, J. P. D., Moreira, M. M., Lima, C. K. T. D., & Rolim Neto, M. L. (2020). Spiritual beliefs, mental health and the 2019 coronavirus (2019-nCoV) outbreak: what does literature have to tell us? *Frontiers in Psychiatry*, 11, 570439.

- Koenig, H. G. (2010). Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 116-122.

- Kwiatkowski, S. T., & Nowakowska-Siuta, R. (2021). Relationship between religiousness and mental health. *Studies on the Theory of Education*, 12(4(37)), 9-25.

- Lucchetti, G., Góes, L. G., Amaral, S. G., Ganadjian, G. T., Andrade, I., Almeida, P. O. D. A., ... & Manso, M. E. G. (2021). Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(6), 672-679.

- Rodríguez-Yunta, E. (2016). Social determinants of mental health: The role of religiosity. *Persona y Bioética*, 20(2), 192-204.

- Saiz, J., Chen-Chen, X., & Mills, P. J. (2021). Religiosity and spirituality in the stages of recovery from persistent mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(2), 106-113.

- Tutzer, F., Schurr, T., Frajo-Apor, B., Pardeller, S., Plattner, B., Schmit, A., ... & Hofer, A. (2024). Relevance of spirituality and perceived social support to mental health of people with pre-existing mental health disorders during the COVID-19 pandemic: a longitudinal investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(8), 1437-1448.

- Wang, Z., Koenig, H. G., Ma, H., & Shohaib, S. A. (2016). Religion, purpose in life, social support, and psychological distress in Chinese university students. *Journal of Religion and Health*, 55(3), 1055-1064.

- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-population health*, 2, 373-381.

- Zwingmann, C., Klein, C., & Büssing, A. (2011). Measuring religiosity/spirituality: Theoretical differentiations and categorization of instruments. *Religions*, 2(3), 345-357.

نشان می‌دهد که این دو سازه با افزایش هیجانات مثبت، تقویت معنا و هدف زندگی، ایجاد و گسترش شبکه‌های حمایت اجتماعی و ارتقای ارزش‌ها و رفتارهای اخلاقی، به بهبود بهزیستی فردی و اجتماعی کمک می‌کنند. مشارکت دینی، به‌ویژه با فراهم کردن حس تعلق، کاهش انزوای اجتماعی و تقویت سرمایه اجتماعی اهمیتی ویژه دارد.

با این حال، رابطه معنویت و دین‌داری با سلامت اجتماعی همواره خطی و صرفاً مثبت نیست و به زمینه اجتماعی، ویژگی‌های فردی، عضویت گروهی و شیوه‌های مقابله دینی وابسته است. این پیچیدگی‌ها ضرورت اتخاذ رویکردهای چندبعدی و زمینه‌محور در پژوهش‌های آینده را برجسته می‌سازد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند در طراحی مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی، برنامه‌های آموزشی و تقویت شبکه‌های حمایتی در جوامع دینی و معنوی مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- Abbasifard, A., Habibzadeh, A., & Zeynabi, R. (2022). Religiosity: Mediation of Resilience and Hopefulness; The Case of Students of Islamic Azad University, Qom Branch. *Health, Spirituality & Medical Ethics Journal*, 9(1).

- Baltaci, A., Burnette, C. B., Laska, M. N., & Neumark-Sztainer, D. (2024). Religiosity in adolescence and body satisfaction and disordered eating in adolescence and young adulthood: cross-sectional and longitudinal findings from project EAT. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29(1), 59.

- Borges, C. C., Dos Santos, P. R., Alves, P. M., Borges, R. C. M., Lucchetti, G., Barbosa, M. A., ... & Fernandes, M. R. (2021). Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 246.

- Cheng, Q., Lu, W., Duan, Y., Li, J., Xie, J., & Chen, Y. (2023). Spiritual well-being and its association with hope and meaning in life among gastrointestinal cancer patients: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 31(4), 243.

الگوی مفهومی و کارکردهای آموزشی مدیریت توحیدی در آموزش علوم پزشکی

رمضان سلطان پور^۱

چکیده

مدیریت آموزشی در علوم پزشکی، افزون بر کارآمدی فنی، نیازمند جهت‌گیری اخلاقی و معنوی است. غالبه رویکردهای صرفاً تکنیکی موجب تضعیف معنا، اخلاق حرفه‌ای و مسئولیت اجتماعی می‌شود.

مدیریت توحیدی با تأکید بر خدامحوری، عدالت، امانت‌داری و کرامت انسانی، در عین بهره‌گیری از اصول عقلانی مدیریت، چهارچوبی منسجم را برای اداره آموزش علوم پزشکی فراهم می‌کند. این مقاله با رویکرد تحلیلی-کاربردی، مبانی نظری و الگوی مفهومی مدیریت توحیدی را تبیین کرده، راهکارهای اجرایی آن را در دانشگاه‌های علوم پزشکی بررسی می‌کند. این رویکرد در صورت کاربرد صحیح می‌تواند سبب ارتقای کیفیت آموزش، سلامت اخلاقی محیط‌های دانشگاهی و افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت شود.

واژگان کلیدی

مدیریت توحیدی؛ مدیریت آموزشی؛ علوم پزشکی؛ اخلاق سلامت.

مقدمه

آموزش علوم پزشکی صرفاً فرایندی برای انتقال دانش و مهارت‌های تخصصی نیست، بلکه بستری اساسی برای شکل‌گیری نگرش، هویت حرفه‌ای و مسئولیت اخلاقی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز به‌شمار می‌آید. در نگرش اسلامی، تربیت علمی جدا از تربیت اخلاقی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی معنا ندارد و علم زمانی دارای ارزش حقیقی است که در خدمت تعالی انسان قرار گیرد (مطهری، ۱۳۷۸). قَالَ اللَّهُ عَزَّوَجَلَّ: «لَا أَطْلِعُ عَلَى قَلْبٍ عَبْدٍ فَأَعْلَمُ مِنْهُ حُبَّ الْإِخْلَاصِ لِطَاعَتِي لَوْجَهِي وَإِتِّغَاءَ مَرْضَاتِي إِلَّا تَوَلَّيْتُ تَقْوِيمَهُ وَسَيَّاسَتَهُ: خداوند عزوجل فرماید: هرگاه دل بنده‌ام را بنگرم و دریابم که از روی اخلاص و برای خشنودی من طاعتم را به‌جا می‌آورد، اصلاح و تربیت او را خود بر عهده گیرم» (حسینی، سیدحمید، شیخی، حمیدرضا و... ۴۰۵/۱۳۸۷/...

مدیران آموزشی در این نظام، نقشی کلیدی را در جهت‌دهی به این فرایند ایفا می‌کنند؛ نقشی که آثار آن فراتر از محیط دانشگاه، در کیفیت خدمات سلامت و میزان اعتماد عمومی جامعه نمود می‌یابد.

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در روش‌ها و ساختارهای مدیریت آموزشی، تمرکز غالب بر شاخص‌های کمی و کارکردهای فنی، در برخی موارد به

مدیریت آموزشی در علوم پزشکی زمانی اثربخش است که کارآمدی سازمانی با مسئولیت اخلاقی و کرامت انسانی همراه شود.

۱. دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. Soltan - poor52@chmail.ir

در مدیریت توحیدی، مدیر نه مالک قدرت، بلکه امانت‌دار و پاسخ‌گوی تصمیم‌های آموزشی است.

جایگاهی از این قاعده مستثنا نیست (مطهری، ۱۳۷۱).
باین حال، مدیریت توحیدی به معنای نفی عقلانیت، علم و تجربه نیست؛ بلکه برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری مبتنی‌بر شواهد، نظم‌سازمانی و ارزیابی مستمر، ابزارهای ضروری تحقق مدیریت مسئولانه در چهارچوب ارزش‌های توحیدی به‌شمار می‌آیند (جوادی‌آملی، ۱۳۸۶). از این منظر، مدیریت توحیدی حاصل هم‌افزایی دو ساحت مکمل است:

۱. ساحت ارزشی و جهت‌دهنده (خدمت‌محوری، عدالت، امانت‌داری و کرامت انسانی)؛
۲. ساحت عقلانی و فنی (روش‌ها، فرایندها و ابزارهای علمی مدیریت).

الگوی مفهومی مدیریت آموزشی توحیدی در علوم پزشکی:

براساس مبانی فوق، مدیریت آموزشی توحیدی در نظام علوم پزشکی را می‌توان در قالب یک الگوی مفهومی سه‌سطحی تبیین کرد:

۳.۱. سطح مبنایی (ارزشی، جهت‌دهنده)

این سطح شامل خدمت‌محوری، عدالت آموزشی، امانت‌داری مدیریتی و توجه به کرامت انسانی است و جهت کلی اهداف، سیاست‌ها و تصمیم‌های آموزشی را تعیین می‌کند (قرآن کریم، مطهری، ۱۳۷۱).

۳.۲. سطح فرایندی (مدیریتی، اجرایی)

این سطح ناظر بر نحوه برنامه‌ریزی آموزشی، تصمیم‌گیری مبتنی‌بر شواهد علمی، سازمان‌دهی عادلانه منابع انسانی، رهبری اخلاقی و توحیدی و نظام‌های نظارت و ارزشیابی شفاف است.

۳.۳. سطح پیامدی (آموزشی، سازمانی)

در این سطح، پیامدهای مدیریت توحیدی در قالب ارتقای کیفیت آموزش، سلامت اخلاقی محیط آموزشی، افزایش اعتماد سازمانی و تقویت هویت حرفه‌ای دانشجویان علوم پزشکی قابل مشاهده و ارزیابی است.

مدیریت آموزشی توحیدی در عمل: راهکارهای

غفلت از ابعاد ارزشی، اخلاقی و معنوی آموزش انجامیده است و به تعبیر معاون وقت طب ایرانی و اسلامی وزارت بهداشت جمهوری اسلامی: رویکرد توحیدمحوری و اخلاق‌مداری به‌جای اینکه در بحث مسائل طبی جدید و در بین دست‌اندرکاران حوزه سلامت به‌طور ویژه و قوی‌تر از سایر علوم باشد، صرفاً به بُعد فیزیکی و فیزیولوژیک محدود شده است (خدادوست، ۱۳۹۳).
این وضعیت، ضرورت بازاندیشی در الگوهای مدیریت آموزشی و توجه به رویکردهایی را آشکار می‌سازد که بتوانند میان کارآمدی سازمانی و جهت‌گیری اخلاقی تعادل برقرار کنند. مدیریت توحیدی در این چهارچوب، نه به‌عنوان رویکردی صرفاً هنجاری، بلکه به‌مثابه الگویی تحلیلی و قابل تحقق در مدیریت آموزشی علوم پزشکی قابل طرح است.

مبانی نظری مدیریت توحیدی در آموزش

خدمت‌محوری به معنای «انجام و یا قصد انجام کلیه اعمال و رفتار انسان براساس ملاک و معیارهایی که خداوند برای آن‌ها تعیین کرده است، به منظور کسب رضایت الهی» (مشایخی، ۱۳۸۸)؛ لذا مدیریت توحیدی مبتنی‌بر این اصل بنیادین است که حاکمیت نهایی امور از آن خداوند متعال است و انسان در عرصه اجتماعی، موجودی مسئول و امانت‌دار در تدبیر امور به‌شمار می‌آید. آیات متعددی از قرآن بر این حاکمیت بنیادین دلالت دارد؛ از جمله آیه ۲۶ سوره آل عمران: «قُلِ اللَّهُمَّ مَالِكُ الْمَلِكِ تُؤْتِي الْمُلْكَ مَنْ تَشَاءُ وَتَنْزِعُ الْمُلْكَ مِمَّنْ تَشَاءُ وَتُعِزُّ مَنْ تَشَاءُ وَتُذِلُّ مَنْ تَشَاءُ بِيَدِكَ الْخَيْرُ إِنَّكَ عَلَي كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ» یا «... إِنْ الْحُكْمُ إِلَّا لِلَّهِ يَفْضُ الْحَقُّ وَهُوَ خَيْرُ الْفَاصِلِينَ» (انعام: ۵۷). انسان جانشین خداوند متعال بر زمین و امانت‌دار آن است: «وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً؛ و چون پروردگار تو به فرشتگان گفت من در زمین جانشینی خواهم گماشت» (بقره: ۳۰). به همین دلیل هم مسئولیت اداره عادلانه و آگاهانه امور را بر عهده دارد.

در این نگرش، مدیریت صرفاً یک نقش فنی یا سازمانی نیست، بلکه نوعی مسئولیت اخلاقی و پاسخ‌گو محسوب می‌شود. از منظر استاد مطهری، اختیار انسان همواره با مسئولیت و پاسخ‌گویی همراه بوده، هیچ



اجرائی

برای تحقق مدیریت آموزشی توحیدی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، توجه به راهکارهای ذیل ضروری است:

۱. جهت‌دهی مسئولانه به اهداف آموزشی با تأکید بر تربیت نیروی متخصص و متعهد.

۲. تصمیم‌گیری مبتنی بر عدالت و شواهد علمی در جذب، ارزشیابی و ارتقای اساتید و دانشجویان «کونوا قوامین بالقسط» (نساء: ۱۳۵). «قوام به قسط و عدل باشند تا از گزند هرگونه تبعیض و اهمال و ندانم‌کاری و مانند آن مصون باشند» (جوادی آملی، ۱۳۹۲).

۳. الگوسازی رفتاری مدیران آموزشی از طریق تقوا، انصاف، مشورت‌پذیری و پاسخ‌گویی.

۴. تلفیق آموزش تخصصی با تربیت اخلاقی و مسئولیت اجتماعی در برنامه‌های درسی علوم پزشکی.

۵. پایش و اصلاح مستمر تصمیم‌ها و فرایندهای آموزشی با بهره‌گیری از نظام‌های ارزشیابی علمی.

آثار آموزشی و سازمانی مدیریت توحیدی

اجرای مدیریت آموزشی مبتنی بر رویکرد توحیدی می‌تواند سبب ارتقای سلامت اخلاقی فضای آموزشی، افزایش اعتماد متقابل میان مدیران، اساتید و دانشجویان، و تقویت حس مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای شود «تعهد ایجاب می‌کند که انسان متعهد خود را وامدار عهد خویش بداند و به آن بدون هیچ کاستی وفا کند؛ همان‌طور که خداوند در قرآن کریم بر این نکته تأکید دارد که ای کسانی که به خداوند ایمان آوردید! به عقد و عهد خود وفا کنید» (جوادی آملی، ۱۳۹۲). «و الذین هم لإیماناتهم و عهدهم راعون» (مؤمنون: ۸). این رویکرد با کاهش تعارضات سازمانی، افزایش انگیزه یادگیری و تقویت هویت حرفه‌ای دانشجویان، کیفیت آموزش و ارتقای کیفیت خدمات سلامت را بهبود می‌بخشد.

نتیجه‌گیری

مدیریت آموزشی مبتنی بر رویکرد توحیدی، الگویی جامع، منسجم و قابل ارزیابی برای اداره آموزش علوم پزشکی فراهم می‌آورد که با تلفیق ارزش‌های دینی و اصول علمی مدیریت، امکان تحقق کارآمدی سازمانی همراه با تعالی اخلاقی را فراهم می‌سازد. توجه به سنجه‌پذیری این رویکرد، زمینه بهره‌گیری عملی از آن را در سیاست‌گذاری و مدیریت آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تقویت می‌کند. ترجمان روشن چنین گزاره‌ای، افزون بر تقویت ساختار مسئولیت‌پذیر، خروج نیروهای است که تعهد و تخصص را توأمان دارند.

منابع

- قرآن کریم.

- محمدی ری‌شهری، محمد (۱۳۸۷). منتخب میزان الحکمه. ترجمه: حسینی، سیدحمید؛ شیخی، حمیدرضا؛ طباطبائی، سیدکاظم. جلد اول. قم: انتشارات دارالحدیث.

- مطهری، مرتضی (۱۳۷۱). تعلیم و تربیت در اسلام. تهران: انتشارات صدا.

- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۸۶). ولایت فقیه؛ ولایت فقاهت و عدالت. قم: نشر اسراء.

- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۹۲). لزوم رعایت تعهد و میثاق <https://www.hawzahnews.com/news/329015/>

- خدادوست، محمود (۱۳۹۳). غفلت از رویکرد توحیدمحوری و حکیم‌پروری در طب نوین <https://iqna.ir/fa/amp/news/1456071>

- مشایخی، شهاب‌الدین (۱۳۸۸). اصول تربیت از دیدگاه اسلام. <https://hawzah.net/fa/Article/View/81161>

تلفیق ارزش‌های دینی با اصول علمی مدیریت،
زمینه‌ساز ارتقای هم‌زمان کیفیت آموزش و اعتماد
عمومی به نظام سلامت است.



جایگاه تعالیم مذهبی در آموزش اخلاق

انسبه مدنی^۱
منصوره مدنی^۲

چکیده

آموزش‌های اخلاقی در حوزه حرفه‌ها نباید صرفاً به دین متکی باشد؛ زیرا همه حرفه‌مندان دین‌دار نیستند، بلکه تا حد ممکن باید بر مبانی عام‌تر، مثل مبانی عقل‌گرایانه استوار گردد؛ ولی از آنجاکه دین بر اخلاق دین‌داران تأثیراتی عجیب‌آور دارد، نباید در آموزش اخلاق مورد غفلت قرار گیرد. دین، هم در حوزه شناخت اخلاق و هم در زمینه عواطف و انگیزه‌های افراد، نقشی عمیق و بی‌بدیل دارد؛ به‌طوری که توجه به این منبع عظیم، اثربخشی آموزش‌های اخلاق را مضاعف می‌کند. بنابراین، باید به موازات آموزش‌های اخلاقی مبتنی بر استدلال‌های عقلی و غیر دینی، استدلال‌های مبتنی بر دین نیز در محتوای آموزشی گنجانده شود تا از اثرات انگیزشی قدرتمند آن در مخاطبان دین‌دار و حتی افراد مردد برای ترویج اخلاق استفاده شود.

مقدمه

درخصوص اینکه مذهب در تقویت اخلاق، نقشی مثبت دارد یا منفی، در دنیا مطالعات ضدوتقیضی انجام شده است. با وجود تأثیر شگرفی که مذهب بر رفتار اخلاقی دارد، اگر به‌صورت جزئی و عوامانه پرورش داده شود، میتواند با سوگیری و بستن راه پژوهش، مانع قضاوت اخلاقی شده، موجب رفتار غیر اخلاقی شود. آیا در حوزه اخلاق‌های کاربردی، ازجمله اخلاق پزشکی، گنجاندن آموزش‌های مذهبی در آموزش اخلاق مفید است؟ در پاسخ به این پرسش نخست باید دانست

که مخاطبان ما تا چه حد به مذهب پایبند هستند. دوم اینکه باید دانست که دین چه اثرات مثبت یا منفی‌ای بر رفتار اخلاقی دارد.

بدیهی است که مخاطبان اخلاق پزشکی از نظر گرایش‌های مذهبی در یک سطح نیستند. اخلاق کاربردی کاملاً به ویژگی‌های مخاطب وابسته است و باید تا حد ممکن بر مبانی عام‌تری استوار شود تا مخاطبان بیشتری را شامل شود. هستی‌شناسی دینی، مثل معاد، عام یا بدیهی نیست و بنا کردن دستورالعمل‌های اخلاقی بر مبانی مذهبی، حزبی و... منجر به حذف گروهی از مخاطبان خواهد شد؛ به‌عنوان مثال این استدلال‌ها در بخشی از مخاطبان ما هیچ اثری ندارد: «چنین کن تا به بهشت بروی»، یا «این کار بد است؛ چون با آرمانهای نظام اسلامی در تعارض است».

از قدمای ما نیز می‌توان به زکریای رازی اشاره کرد که به این مسئله توجه کرده‌اند. رازی با اینکه موحدی معتقد است و چندین رساله در خداشناسی دارد، نظریه اخلاقی خود را نه بر وجود خدا، بلکه بر مبانی خودگرایانه و منفعت‌طلبانه و توجه به لذت و رنج بنا نهاده و دامنه مخاطبان نظریه خود را بسیار فراگیر کرده است. او معتقد است که اخلاق براساس مبانی دینی، ادله استوارتری می‌یابد، ولی بدون آن‌ها هم می‌توان به‌شکل موجه و معقول از اخلاق سخن گفت (قراملکی، ۱۳۹۱).

بنابراین، اگر گزاره‌های اخلاقی در پزشکی صرفاً متکی به چنین گزاره‌هایی باشد، برای بخش قابل توجهی از مخاطبان، انگیزه‌ای برای عمل اخلاقی ایجاد نخواهد کرد. این بدین معناست که ما برای متقاعدسازی مخاطبان حرفه‌ای نیازمند استدلال‌های مبتنی بر عقل و مستقل از دین هستیم. اما آیا درخصوص گروهی از مخاطبان که اعتقادات مذهبی دارند نیز باید به دلایل مستقل از دین اکتفا کرد؟ اگر به تأثیرات معرفت‌شناختی و انگیزشی شگرف دین بر رفتار اخلاق دین‌داران توجه شود، خواهیم دید که تأثیر دین، به‌ویژه تأثیر انگیزشی آن بر افراد بسیار عمیق و منحصر به فرد است و با نادیده گرفتن آن، ظرفیت بزرگی را در عملی کردن اخلاق از دست می‌دهیم.

تأثیر انگیزشی دین بر عمل اخلاقی

دین، انگیزه و پشتوانه اخلاق است و به آن شور و نشاط می‌بخشد.

نگاه گروهی از مردم به دین، مصلحت‌اندیشانه است. این‌ها عمل اخلاقی را به‌خاطر شوق به ثواب

۱. استادیار گروه معارف و علوم انسانی، دانشگاه صنعتی امیرکبیر، تهران، ایران. Soltanpoor52@chmail.ir

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

و ترس از عقاب انجام می‌دهند. در واقع، عالم را نظام عادلانه پاداش و کیفر می‌دانند که خدا ناظر و شاهد بر همه چیز است و هرکس متناسب با خوبی‌ها و بدی‌هایش پاداش و کیفر می‌بیند. این پاداش و عقاب، قراردادی و از روی انتقام‌جویی و تحمیل از بیرون نیست که با روح اخلاق منافات داشته باشد، بلکه تجسم خود اعمال است. دوزخ، عدالت طبیعی است. کسی را به دوزخ نمی‌برند، او پس از مرگ خود را در میان اعمالش می‌بیند. حقیقت انسان و اعمالش را بهشت و جهنم تشکیل می‌دهد. اکنون هم انسان‌ها در بهشت یا جهنم به سر می‌برند، اما عمدتاً درک نمی‌کنند (جوادی آملی، ۱۳۹۷؛ مطهری، ۱۳۷۶).

گروه کم‌تری از مردم نیز به دین‌نگاهی عاشقانه و عارفانه دارند. این گروه عمل اخلاقی را از روی عشق به خدا و به انگیزه کسب رضایت او و تلاش برای نزدیکی به او انجام می‌دهند. عشق و مهر ایجادشده (در پاسخ به مهر خدا)، قابل اعتمادترین ضامن اخلاق است.

دین و مذهب، چه انگیزه‌های عاشقانه و چه انگیزه‌های مصلحت‌اندیشانه ایجاد کند، عامل انگیزشی نیرومندی است و رفتارهای اخلاقی دین‌داران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به طوری که ممکن است بتوان با یک اشاره، مثلاً نقل یک حدیث یا آیه، تغییر رفتار بسیار بزرگی را در فردی متدین ایجاد کرد (۲۷۴) که با ماه‌ها آموزش برابری کند. این عامل انگیزشی قوی به ایمان هم تعبیر شده است که هم مبانی محکم شناختی و هم عوامل احساسی و انگیزشی را در خود دارد.

از منظر روان‌شناختی، گفتنی است که برخی طرحواره‌ها و گزاره‌های دینی در صورتی که درونی شوند، تأثیر انگیزشی بسیار قدرتمندی داشته، می‌توانند در تغییر نگاه و تغییر انگاره‌های ما نقشی مهم را ایفا کنند و اگر بتوانیم افراد را با دلایل و توجیهات محکم متقاعد کنیم، تغییر رفتار بزرگی را شاهد خواهیم بود؛ به عنوان مثال اینکه عزت منحصرأ از آن خداست و هیچ‌کس نمیتواند جز از طریق او ذره‌ای عزت را کسب کند («من کان یرید العزّة فللّهِ العزّة جمیعاً») (فاطر: ۱۰). یا انسان امانت و ناموس خداست («والخلق کلهم عیالک»)،^۱ و این سخن امام حسین علیه السلام که بدانید نیاز مردم به شما از نعمت‌های خدا به شماست، بنابراین از نعمت‌های الهی خسته نشوید که خداوند آن را از شما (سلب نموده) و به سوی دیگران برمی‌گرداند («اعلموا ان حوائج الناس من نعم الله علیکم فلا تملوا النعم فتتحول الی غیرکم») (مجلسی، ۱۴۰۳؛ نوری، ۱۴۰۸). یا زندگی اخلاقی بیشترین سود، حتی سود دنیوی را در پی دارد («من کان یرید ثواب الدنیا فعند الله ثواب الدنیا و الاخره») (نساء: ۱۳۴).

از این رو، حذف مذهب از آموزه‌ها سبب محروم شدن از این عامل انگیزشی قوی خواهد شد؛ عاملی که قابل جایگزینی با هیچ عامل دیگری نیست.

حتی از این آموزه‌ها می‌توان برای انگیزش مخاطبان غیر دینی بهره برد؛ به عنوان مثال احتمال صادق بودن باور معاد، احتمالی عقلی است و تقریباً هیچ‌کس احتمال وجود آن را منتفی نمی‌داند. مطرح شدن موضوع معاد در مفاهیم شناختی اخلاق، حتی در حد احتمال هم می‌تواند به تأثیرات رفتاری بزرگی منجر شود؛ چنان‌که امام صادق علیه السلام از این استدلال استفاده کرده است.

امام در بحث با ابن ابی‌العوجا می‌فرماید که اگر سخن تو حق باشد، ما ضرر نکرده‌ایم، اما اگر حق چنان باشد که ما می‌گوییم -و این چنین نیز هست- آنگاه ما در آخرت نجات می‌یابیم و تو هلاک می‌شوی (طبرسی، ۱۴۰۳؛ کلینی، ۱۴۰۷).

شبهه این استدلال از سوی پاسکال مطرح شده و به شرطیه پاسکال معروف است. پاسکال کوشیده است برای افراد نامؤمن یا مردد، مبنایی معقول برای ایمان به خدا را ارائه کند. بدین مضمون که اگر بنا را بر عدم وجود خدا قرار دهیم و بعد بفهمیم خدا بوده است، بسیار بیشتر ضرر خواهیم کرد تا زمانی که مؤمنانه زندگی کنیم و بعد معلوم شود خدایی در کار نیست (اسلامی اردکانی، ۱۳۹۱؛ خسروی فارسانی، ۱۳۸۴).

نقش دین در معرفت اخلاقی

اگرچه اغلب ادیان و نیز اغلب مکاتب کلامی اهل سنت معتقدند که تشخیص خوبی و بدی افعال تنها از طریق امر و نهی خدا صورت می‌گیرد و از عهده عقل خارج است، شیعیان معتقدند که عقل مقدم بر شرع است؛ بدین معنا که باید اول عقل دین را بفهمد و بعد از آن است که می‌تواند آن را بپذیرد. اصول دین تقلیدی نیست.

عقل در شناخت خدا، در درک خوبی و بدی، و... مستقل است. پیامبران نیامده‌اند که ما را به وجود خدا دانا کنند، بلکه می‌خواهند غفلت ما را زایل کنند: «و یثیروا لهم دوائن العقول» (نهج البلاغه، خطبه ۱).

با وجودی که عقل در درک کلیات اخلاق مستقل است، محدودیت‌های بسیاری دارد که آن را نیازمند به دین می‌کند. شرع در موارد زیادی حکم عقل را تأیید می‌کند. در مواردی هم عقل حکم کلی را می‌فهمد، اما در جزئیات نیاز به کمک شرع دارد. در زمینه تعارضات اخلاقی، یا تعارض بین عقل و هوس یا تعارض بین عقل و خواسته‌های شیطان، شرع به کمک عقل می‌آید (مظفر، ۱۴۳۰).

اگرچه عقل و شرع مفهوم و کارکردی متفاوت دارند، ولی مطابق تعالیم شیعه، بین عقل و شرع ملازمه وجود دارد؛ بدین معنا که «هرچه عقل به آن حکم کند، شرع

هم به آن حکم می‌کند و برعکس»^۲. به قول محقق لاهیجی: «عقل پیامبری است در درون، و پیامبر، عقلی است در بیرون»^۳. با این اوصاف، تعارض بین فرمان عقل و شرع، یا به دلیل انحراف ما در شناخت احکام دین است که بررسی آن مجال دیگری می‌طلبد، یا به دلیل خطای عقل است که فراوان تحت تأثیر منافع شخصی یا فشار اکثریت قرار می‌گیرد و گرفتار سوگیری می‌شود.

با این اوصاف، جزمی‌گرایی و تعصب در زمینه دین اسلام و لااقل مذهب شیعه ایجاد نمی‌شود؛ زیرا در اسلام، هدف از بعثت پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله، اتمام مکارم اخلاق معرفی شده است. همچنین با وجود اصالت عقل در معارف ما، جزمی‌گرایی با روح تعالیم اسلام و به‌یژه شیعه سازگار نیست؛ هرچند برداشت‌های شخصی و سلیقه‌ای یا مغرضانه از هر اعتقاد یا دینی ممکن است به جهت‌گیری‌های غیراخلاقی منتهی شود. این مباحث، مجال دیگری می‌طلبد و به آن پرداخته نمی‌شود.

نیز دیدگاه‌های مستدلی وجود دارند که معتقدند اخلاق بدون تکیه بر مبانی متافیزیکی دوام نداشته، کارایی لازم را نخواهد داشت. اگر این دیدگاه صحیح باشد، ما با حذف این عامل، یک مؤلفه اصلی برای زندگی اخلاقی را از دست داده‌ایم (علیزاده و محمدرضایی، ۱۳۹۱). داستایوفسکی هم در کتاب برادران کارمازوف جمله معروفی در این زمینه دارد: «اگر خدا نباشد، همه چیز مباح است».

نتیجه‌گیری

در نگاهی عمل‌گرایانه، دین می‌تواند پشتوانه‌ای محکم برای اخلاق به‌شمار آید. این پشتوانه محکم، در قرون اخیر به دلیل کم‌رنگ شدن باورهای مذهبی، سست شده و به دنبال خود، پایه‌های اخلاق را نیز سست کرده است. یک راه‌حل، پیدا کردن جایگزینی برای دین است که تأثیری مشابه بر تقویت اخلاق داشته باشد (مثلاً تقویت عواطف). صرف نظر از اینکه بتوان چنین جایگزینی را پیدا کرد یا نه، استفاده از آموزه‌های دینی، به‌ویژه معارف شیعی که با مبانی عقلی قوی شکل گرفته است، کمک شایانی را به عملی کردن اخلاق خواهد کرد، مشروط به آنکه با الگویی مناسب به کار

۲. قاعده ملازمه بین حکم عقل و حکم شرع: قاعده یادشده که از آن به «کُلُّ مَا حَكَمَ بِهِ الْعَقْلُ حَكَمَ بِهِ الشَّرْعُ» و «كُلُّ مَا حَكَمَ بِهِ الشَّرْعُ حَكَمَ بِهِ الْعَقْلُ» تعبیر کرده‌اند، از قواعد کاربردی در فقه است (فرهنگ فقه فارسی، ۱۳۹۰).

۳. امام کاظم علیه السلام در سخنان خود به هشام بن حکم فرمود: «خداوند را بر مردم دو حجت است: حجتی آشکار و حجتی پنهان و درونی. اما «حجت آشکار»، رسولان و پیامبران و امامان‌اند؛ اما «حجت باطنی»، عقل‌هاست» (کلینی، م. ۰).

گرفته شود؛ مثلاً مبتنی بر مبانی معقول و استدلال‌های محکم باشد، موازی با سایر استدلال‌های غیر دینی مطرح شود، اعتقادات مذهبی مخاطبان را پیش‌فرض نگیرد و به گروه‌های غیر مذهبی توجه کند.

منابع

- خسروی فارسانی، عباس؛ اکبری، رضا (۱۳۸۴). «تحلیل و نقد شرطیه پاسکال با توجه به نظریه تصمیم‌سازی». نامه حکمت. شماره ۶. ص ۱۲۹-۱۶۳.
- امام علی علیه السلام (۱۹۹۰). غرر الحکم و دررالکلم، گردآوری: آمدی، عبدالواحد ابن محمد (عربی). ج ۱. مترجم: رجایی. قم: دارالکتب الاسلامیه.
- اسلامی اردکانی، سیدحسن (۱۳۹۱). «مقولیت ایمان». علوم حدیث. شماره ۶۵. ص ۳-۲۷.
- اکبریان، سیدمحمد (بی‌تا). «نظریه ایمان در رفع شکاف معرفت و عمل اخلاقی».
- جوادی آملی (۱۳۹۷). مبانی اخلاق در قرآن (تفسیر موضوعی قرآن کریم، جلد ۱۰). بخش دوم. فصل سوم. قم: مرکز نشر اسراء.
- حیدرکوشا، غلام (۱۳۸۹). «نقش دین در تثبیت پایگاه‌های اخلاقی». معرفت اخلاقی. سال دوم. شماره اول. ص ۲۳-۴۴.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین (۱۳۷۴). تفسیر المیزان. ترجمه: موسوی همدانی، سیدمحمدباقر. جلد اول. جامعه مدرسین حوزه علمیه قم دفتر انتشارات اسلامی.
- طبرسی، احمد بن علی (۱۴۰۳). الاحتجاج علی اهل اللجاج. جلد ۲ (عربی). مشهد: نشر مرتضی.
- علیزاده، علی‌اکبر؛ محمدرضایی، محمد (۱۳۹۱). «نقد و بررسی وابستگی روان‌شناختی اخلاق به دین». قیسات. دوره ۱۷. شماره ۶۴. ص ۱۲۱-۱۴۶.
- فرامرز قراملکی، احد (۱۳۹۱). نظریه اخلاقی محمد ابن زکریای رازی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. مؤسسه پژوهشی حکمت و فلسفه ایران.
- فرامرز قراملکی، احد؛ محمدپور. شهرام (۱۳۹۰). «جایگاه عشق در نظریه اخلاقی مولوی».
- مؤسسه دائرة المعارف الفقه الاسلامی (۱۳۹۰). فرهنگ فقه فارسی. جلد ۶.
- قمی، عباس (۱۳۸۹). مفاتیح الجنان. قم: نشر اسوه.
- کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷). الکافی. تهران: دارالکتب الاسلامیه.
- کلینی، محمد بن یعقوب (بی‌تا). کافی. ج ۱. ص ۱۶. روایت شماره ۱۲.
- مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳). بحارالانوار. جلد ۷۵ (عربی). بیروت: دار احیاء التراث العربی.
- مشکینی، علی (بی‌تا). اصطلاحات الاصول.
- مطهری، مرتضی (۱۳۹۲). مجموعه آثار استاد شهید مطهری. جلد دوم: مقدمه‌ای بر جهان‌بینی اسلامی، انسان و ایمان. تهران: انتشارات صدرا.
- مطهری، مرتضی (۱۳۷۶). عدل الهی. تهران: انتشارات صدرا.
- مظفر، محمدرضا (۱۴۳۰). اصول الفقه. ج ۲. قم: دارالکتب الاسلامیه.
- محدث نوری، حسین (۱۴۰۸). مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل. جلد ۱۲ (عربی). قم: مؤسسه آل‌البتیة علیهم السلام.
- وجدانی، فاطمه؛ ایمانی، محسن؛ اکبریان، رضا؛ صادق زاده قمصری، علیرضا (۱۳۹۱). «تحلیل مبانی فلسفی تربیت اخلاقی از منظر علامه طباطبائی ره و ارائه الگویی نظری جهت کاهش شکاف میان معرفت و عمل اخلاقی». دانشگاه تربیت مدرس، رساله دکتری رشته فلسفه تعلیم و تربیت.

ناگسستی با اخلاق حرفه‌ای و سلامت سازمانی دارد. در نگاه اخلاقی و دینی، مدیریت امانتی الهی است و عدالت، شرط ادای این امانت. قرآن کریم عدالت را معیار داوری و اعمال قدرت می‌داند: «إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ» (نساء: ۵۸).

عدالت در حکمرانی سازمانی؛ از ارزش اخلاقی تا ضرورت مدیریتی

سیدحمزه مرتضوی^۱

براین اساس، مدیر عادل کسی است که در تصمیم‌گیری، میان منفعت شخصی، فشارهای سازمانی و حق کارکنان، جانب انصاف را بگیرد؛ حتی آنجا که عدالت به زیان جایگاه یا محبوبیت او تمام شود. این معنا در سیره امیرالمؤمنین علی علیه السلام به روشنی دیده می‌شود؛ آنجا که عدالت را بر مصلحت‌های ظاهری مقدم می‌دارد و آن را معیار بقای حکومت معرفی می‌کند. از منظر مدیریت معاصر نیز عدالت اخلاقی نقشی تعیین‌کننده در شکل‌گیری اعتماد سازمانی دارد. کارکنان زمانی به مدیران اعتماد می‌کنند که احساس کنند تصمیم‌ها نه بر اساس سلیقه، روابط یا تبعیض، بلکه بر پایه معیارهای روشن و اخلاقی اتخاذ می‌شود. فقدان عدالت اخلاقی، حتی اگر با پوشش قانونی همراه باشد، به فرسایش سرمایه اجتماعی سازمان و تضعیف انگیزش کارکنان می‌انجامد.

چکیده

عدالت، از بنیادی‌ترین مفاهیم در اندیشه اسلامی و از ارکان اساسی حکمرانی سازمانی در نظام اداری جمهوری اسلامی ایران است. تأکید قرآن کریم، آموزه‌های معصومان علیهم السلام و دیدگاه‌های بنیان‌گذار انقلاب اسلامی و مقام معظم رهبری بر عدالت، نشان‌دهنده جایگاه محوری این مفهوم در مدیریت و اداره امور است. حکمرانی سازمانی مبتنی بر عدالت، با استقرار شفافیت، پاسخ‌گویی و شایسته‌سالاری، زمینه ارتقای اعتماد سازمانی، سلامت اداری و کارآمدی مدیریتی را فراهم می‌سازد. این مقاله، به تبیین مفهوم عدالت در حکمرانی سازمانی، ابعاد و کارکردهای آن در سازمان‌های ایرانی می‌پردازد.

واژگان کلیدی

عدالت سازمانی؛ حکمرانی سازمانی؛ مدیریت اسلامی؛ اخلاق اداری؛ اعتماد سازمانی.

عدالت در مدیریت، همچنین نقشی مهم را در سلامت روانی و معنوی کارکنان ایفا می‌کند. محیطی که در آن بی‌عدالتی حاکم باشد، زمینه‌ساز اضطراب، احساس بی‌ارزشی و کناره‌گیری سازمانی است؛ درحالی‌که مدیریت عادلانه، احساس امنیت، احترام و تعلق را تقویت می‌کند. از این منظر، عدالت نه تنها یک فضیلت اخلاقی، بلکه یک ضرورت سلامت‌محور در حکمرانی سازمانی به‌شمار می‌آید.

در نظام اداری ایران، بی‌توجهی به عدالت در تصمیمات و رویه‌ها می‌تواند سبب کاهش اعتماد کارکنان و تضعیف سرمایه اجتماعی شود (سهرابی، ۱۳۹۵). از این رو، تحقق عدالت، به‌عنوان یک گزاره دینی در حکمرانی سازمانی، نه تنها یک تکلیف دینی، بلکه ضرورتی مدیریتی برای اصلاح و بهبود نظام اداری کشور است.

عدالت؛ عطر جانِ اخلاق

عدالت، عطری است که از گلستان ایمان برمی‌خیزد؛ بویی از بهشت که در جان انسان شکوفا می‌شود. خداوند در قرآن، فرمانی می‌دهد که برترین فرمان‌هاست: «إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ؛ همانا خدا به عدالت و نیکوکاری فرمان می‌دهد» (نحل: ۹۰).

۱. دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. Mortazavi554@gmail.com

در این آیه، عدالت، نخستین جلوه اخلاق الهی است؛ زیرا تا تراز دل و رفتار آدمی از ظلم و بی‌تعدالی پاک نشود، هیچ فضیلتی در او نمی‌بالد. عدالت، یعنی هر چیز را در جای خود نهادن، و اخلاق دقیقاً همین است؛ نهادن احساس در جای درست، گفتار در وقت درست، و رفتار در مسیر خدا.

در نگاه اهل بیت علیهم‌السلام عدالت، ترازوی الهی در زمین است و امام علی علیه‌السلام عدالت را ستون هستی دانسته، می‌فرماید: «العدلُ أساسُ بهِ قِوَامِ الْعَالَمِ».

و چه زیباست این معنا که برابری و رعایت حق، تنها پایه حکومت‌ها نیست، بلکه ستون جان آدمی است. هر انسانی که در جان خود عدالت را پاس دارد، جهان کوچکی است که ظلم در آن راه ندارد.

عدالت، از جنس قانون نیست، از جنس نور است. نوری که از حقیقت خدا در دل انسان تابیده است تا بداند حق دیگری را نگیرد، حرمت‌ها را نیازارد و هرگاه میان خود و دیگری تردید کرد، خود را عادلانه داوری کند؛ زیرا عدالت، از خود آغاز می‌شود و به جهان می‌رسد.

بی‌عدالتی، تاریکی نفس است، و عدالت روشنائی دل. آنجا که عدالت هست، اخلاق زنده است؛ زیرا عدالت، زایش فضیلت‌هاست. رحم، صدق، گذشت و انصاف، همه فرزندان این مادر بزرگ‌اند و قرآن به ما یاد می‌دهد که عدالت، عبادت خاموش است و هرکه به عدالت رفتار کند، با سکوت خویش، خدا را پرستیده است.

عدالت در حکمرانی سازمانی

در اندیشه اسلامی، زمامدار عادل کسی است که پیش از عدالت‌ورزی به مردم، به عدالت در خویش رسیده باشد. امام علی علیه‌السلام در عهدنامه مالک اشتر می‌فرماید: «مردم را چشمی باش که در آن، ستم ننگ است».

این نگاه نشان می‌دهد که عدالت در حکمرانی، نخست یک تحول اخلاقی در حاکم است، سپس یک سیاست اجتماعی. عدالت در حکمرانی، نه مفهوم سیاسی، بلکه فضیلتی اخلاقی است. اجرای عدالت، سلامت روح و سلامت اجتماعی را هم‌زمان تضمین می‌کند. هر حاکم یا مدیری که در آینه عدالت بنگرد، پیش از آنکه داور مردم باشد، داور خویش است. جامعه‌ای که بر پایه عدالت بنا شود، به رستگاری نزدیک‌تر است و رستگاری، نهایت سلامت انسان در نگاه دینی است.

انواع عدالت در سازمان

عدالت سازمانی از ارکان بنیادین حکمرانی مطلوب است و نقشی تعیین‌کننده در اعتماد کارکنان، سلامت سازمانی و کارآمدی نظام اداری ایفا می‌کند. در ادبیات

مدیریت و رفتار سازمانی، عدالت سازمانی به ادراک کارکنان از انصاف در تصمیمات، فرایندها و تعاملات درون‌سازمانی اشاره دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد سازمان‌های دارای سطوح بالاتر از عدالت، از سرمایه اجتماعی، رضایت شغلی و تعهد سازمانی بیشتری بهره‌مند هستند. به‌طور کلی، عدالت سازمانی در سه بُعد اصلی قابل بررسی است:

۱. عدالت توزیعی

عدالت توزیعی به چگونگی توزیع منابع، پاداش‌ها، مسئولیت‌ها و فرصت‌ها در سازمان مربوط می‌شود. این نوع عدالت بر این اصل استوار است که میان تلاش، شایستگی و دستاورد افراد تناسبی عادلانه برقرار باشد. در حکمرانی سازمانی، رعایت عدالت توزیعی مانع از شکل‌گیری احساس تبعیض و نارضایتی می‌شود و انگیزش درونی کارکنان را تقویت می‌کند. از منظر اخلاق اسلامی نیز توزیع ناعادلانه منابع نوعی ظلم تلقی می‌شود؛ چراکه حق افراد را نادیده می‌گیرد و تعادل اجتماعی را برهم می‌زند. قرآن کریم بر رعایت عدالت، حتی در شرایط دشوار تأکید می‌کند: «اعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَى» (مائده: ۸). در سازمان‌های دولتی، رعایت این اصل نقشی مهم در کاهش نارضایتی و تقویت انگیزش کارکنان دارد (سهرابی، ۱۳۹۵).

۲. عدالت رویه‌ای

عدالت رویه‌ای ناظر بر انصاف در فرایندهای تصمیم‌گیری و اجرای قوانین است. شفافیت مقررات، ثبات در اجرای آیین‌نامه‌ها، امکان اظهارنظر و اعتراض و بی‌طرفی در قضاوت‌ها از شاخص‌های این نوع عدالت به‌شمار می‌آیند. امام خمینی در این زمینه تأکید دارند: «اگر در دستگاه‌های اداری عدالت باشد، بسیاری از مفاسد خودبه‌خود از بین می‌رود» (صحیفه امام، ج ۱۴). اجرای دقیق قوانین و پرهیز از اعمال سلیقه شخصی، از شاخص‌های مهم این بُعد است (سیدجوادی، ۱۳۹۲).

۳. عدالت تعاملی

عدالت تعاملی به کیفیت رفتار مدیران با کارکنان و نحوه ارتباطات انسانی در سازمان اشاره دارد. احترام، صداقت، حفظ کرامت انسانی و ارائه توضیحات روشن درباره تصمیمات، عناصر اصلی این نوع عدالت هستند. پیامبر اکرم صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم می‌فرماید: «مَنْ أَهَانَ مُؤْمِنًا فَقَدْ أَعْلَنَ بِالْمُحَارَبَةِ مَعَ اللَّهِ» (کافی، ج ۲). رعایت کرامت انسانی در تعاملات اداری، از مهم‌ترین مصادیق عدالت تعاملی در سازمان‌های ایرانی است (قادری، ۱۳۹۷). عدالت تعاملی نشان می‌دهد که سازمان، انسان‌ها را صرفاً ابزار تولید نمی‌داند، بلکه برای شأن و منزلت آنان ارزش قائل است. در بسیاری از موارد، بی‌عدالتی تعاملی، حتی پیش از بی‌عدالتی توزیعی، سبب فرسایش اخلاقی و روانی کارکنان می‌شود.

تصمیم‌گیری‌های عادلانه مستلزم شایسته‌سالاری، پرهیز از تبعیض و رعایت حقوق افراد است. تحقق چنین نگاهی می‌تواند فاصله میان مدیریت و کارکنان را کاهش داده، زمینه رضایت و همدلی سازمانی را فراهم آورد.

عدالت تعاملی به دو بخش تقسیم می‌شود:

• عدالت بین فردی: احترام و برخورد مؤدبانه در ارتباطات کاری؛

• عدالت اطلاعاتی: در حکمرانی سازمانی. این نوع عدالت قلب فرهنگ سازمانی است؛ زیرا حتی تصمیم درست، اگر با بی‌احترامی همراه باشد، ناعادلانه تلقی می‌شود.

اگر توزیع، فرایند و تعامل در سازمان عادلانه باشد، دیگر عناصر حکمرانی، از جمله اعتماد اجتماعی، سلامت سازمانی و رضایت شغلی خودبه‌خود شکوفا می‌شوند.

عدالت توزیعی، عدالت رویه‌ای و عدالت تعاملی، سه ضلع مثلثی هستند که دوام حکمرانی عادلانه سازمانی را تضمین می‌کنند؛ مثلثی که رأس آن، کرامت انسانی در فرهنگ دینی است.

دیدگاه رهبر انقلاب در باب عدالت اداری

مقام معظم رهبری عدالت را محور اصلی حکمرانی دانسته، تصریح می‌کنند: «عدالت، معیار اصلی در ارزیابی سلامت نظام مدیریتی است» (بیانات رهبری، ۱۳۹۰).

از منظر رهبر انقلاب اسلامی، عدالت اداری از ارکان اصلی تحقق عدالت در نظام اسلامی و معیار سنجش کارآمدی و مقبولیت حاکمیت است. ایشان تأکید دارند که رفتار و تصمیمات دستگاه‌های اداری، مستقیماً در قضاوت مردم نسبت به نظام اثرگذار است.

مهم‌ترین مؤلفه‌های عدالت اداری در این دیدگاه عبارت‌اند از:

۱. قانون‌مداری بدون تبعیض

اجرای قانون باید بدون ملاحظه اشخاص، روابط و جایگاه‌ها انجام شود. هرگونه تصمیم سلیقه‌ای یا تبعیض‌آمیز، خلاف عدالت اداری است.

۲. حق الناس بودن تصمیمات اداری

تضییع حق کارمند یا ارباب‌رجوع صرفاً تخلف اداری نیست، بلکه حق الناس است و مسئولیت شرعی و اخلاقی را برای مدیران ایجاد می‌کند.

۳. مبارزه جدی با فساد اداری

فساد، اعم از رشوه، رانت، بی‌قانونی و سوءاستفاده از موقعیت اداری، بزرگ‌ترین مانع تحقق عدالت اداری است و باید بدون ملاحظه با آن برخورد شود.

۴. شایسته‌سالاری در انتصابات و تصمیمات و آگذاری مسئولیت‌ها باید براساس صلاحیت، تعهد و توانمندی باشد، نه رابطه و ملاحظات غیرقانونی.

۵. نقش نهادهای نظارتی و قضایی وجود و تقویت نهادهایی، مانند دیوان عدالت اداری، تضمین‌کننده احقاق حق مردم در برابر قدرت اداری است.

در نگاه رهبر انقلاب، عدالت اداری، یعنی «حاکمیت قانون، حفظ حقوق مردم و مقابله با فساد»، و هر تصمیم اداری که منجر به تضییع حق یا تبعیض شود، مغایر با عدالت و اهداف نظام اسلامی است.

پیامدهای برپایی عدالت در حکمرانی سازمانی

- افزایش اعتماد و سرمایه اجتماعی؛
- تقویت اخلاق و سلامت اداری؛
- ارتقای کارآمدی و بهره‌وری؛
- افزایش مشروعیت مدیریتی و مقبولیت تصمیمات.

نتیجه‌گیری

عدالت در حکمرانی سازمانی، ریشه‌ای عمیق در آموزه‌های اسلامی و اندیشه رهبران انقلاب اسلامی دارد. یافته‌های این مقاله نشان می‌دهد که عدالت نه تنها یک ارزش دینی و اخلاقی، بلکه ضرورتی مدیریتی برای اصلاح نظام اداری و تحقق حکمرانی مطلوب در سازمان‌های ایرانی است. نهادینه‌سازی عدالت در ساختارها، رویه‌ها و تعاملات سازمانی، می‌تواند زمینه‌ساز اعتماد، سلامت اداری و پایداری سازمان‌ها باشد.

منابع

- سهرابی، محمد (۱۳۹۵). «بررسی نقش عدالت سازمانی در ارتقای اعتماد و تعهد کارکنان» فصلنامه مدیریت دولتی. دوره ۷، شماره ۲، ص ۶۸-۴۵.

- سیدجوادی، سیدرضا (۱۳۹۲). «عدالت سازمانی و پیامدهای آن در مدیریت منابع انسانی». مجله پژوهش‌های مدیریت. دوره ۶، شماره ۱، ص ۲۳-۴۴.

- طاهری، اسماعیل (۱۳۹۴). «اخلاق و سلامت اداری در نظام مدیریت دولتی ایران». تهران، مرکز آموزش مدیریت دولتی.

- قادری، احمد (۱۳۹۷). «فرهنگ سازمانی و عدالت تعاملی در سازمان‌های دولتی». مجله مدیریت منابع انسانی. دوره ۹، شماره ۳، ص ۹۰-۷۱.

- امام خمینی (بی‌تا). صحیفه امام. تهران، جلد ۱۴. مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.

- کلینی، محمد بن یعقوب (بی‌تا). الکافی. قم: دارالکتب الإسلامی.

- شریف رضی، نهج البلاغه.



چالش‌های اخلاقی و حقوقی رضایت آگاهانه و تصمیم‌گیرنده جایگزین در بیماران روان‌پزشکی

حمید آسایش^۱

احمد مشکوری^۱

محسن رضایی آدریانی^۱

معرفه مورد

چکیده

آقای «م» ۵۰ ساله، دارای تحصیلات کارشناسی است و برای نخستین بار با تشخیص اولیه اختلال دوقطبی (فاز مانیا)، حدود ۲۴ ساعت قبل در بخش روان‌پزشکی بستری شده است. افکار بزرگ‌منشانه، بی‌خوابی و بذل‌ویخشش بدون برنامه از علائم اصلی اوست. بیمار هوشیار است و ارتباط کلامی برقرار می‌کند، اما در ارزیابی اولیه نشانه‌هایی از قضاوت مختل را دارد. در طول بستری آرام بوده، خطر فوری از او، برای خود یا دیگران گزارش نشده است.

درمان‌های روان‌پزشکی، افزون‌بر ابعاد بالینی، دارای پیامدهای مهم اخلاقی و حقوقی هستند، به‌ویژه زمانی که مداخلات تهاجمی، مانند درمان با تشنج الکتریکی (ECT) مطرح می‌شود. این مقاله، چالش‌های تصمیم‌گیری درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی را با تمرکز بر رضایت آگاهانه بررسی می‌کند. اختلال روان‌پزشکی به‌تهایی مجوز سلب خودمختاری بیمار نیست و ارزیابی نظام‌مند ظرفیت تصمیم‌گیری باید پیش‌نیاز هر مداخله باشد. اصول اخلاق پزشکی شامل احترام به خودمختاری، سودرسانی، عدم آسیب‌رسانی و عدالت، چهارچوب انتخاب درمان مناسب را فراهم می‌کنند. از منظر حقوق سلامت نیز اقدام درمانی مستلزم رضایت معتبر از فرد دارای اهلیت است. در موارد فقدان صلاحیت، استفاده از تصمیم‌گیرنده جایگزین ضروری می‌شود؛ اما مشروعیت حقوقی به‌تهایی کفایت اخلاقی ندارد و تصمیم‌گیرنده باید نماینده ترجیحات و منافع واقعی بیمار باشد. مقاله نتیجه می‌گیرد که اجرای دقیق رضایت آگاهانه و تصمیم‌گیری مشترک، برای حفظ حقوق و کرامت بیماران روان‌پزشکی ضروری است.

در ویزیت روز دوم، روان‌پزشک قصد دارد درمان با تشنج الکتریکی (ECT) را برای او تجویز کند؛ درحالی‌که هنوز درمان دارویی آغاز نشده است. پزشک بدون توضیح مستقیم به بیمار و بدون ارزیابی رسمی ظرفیت تصمیم‌گیری او، موضوع را با همسرش مطرح کرده، با توضیحات مختصر از وی می‌خواهد رضایت‌نامه ECT را امضا کند. همسر بیمار که ولی قانونی رسمی نیست، مردد به نظر می‌رسد و می‌گوید: «نمی‌دانم این درمان مفید است یا نه و از عوارض آن می‌ترسم».

واژگان کلیدی

رضایت آگاهانه؛ بیماران روان‌پزشکی؛ تصمیم‌گیرنده جایگزین؛ اخلاق پزشکی.

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

مداخلات تهاجمی مانند ECT باید متناسب، ضروری و پس از بررسی گزینه‌های کم‌خطرتر انجام شوند.

می‌شود.

در نهایت، اصل عدالت اقتضا می‌کند که بیماران براساس معیارهای یکسان و منصفانه درمان شوند. اگر تجویز ECT ناشی از سهولت، عجله یا نگرش اقتدارگرایانه باشد، عدالت در مراقبت نقض می‌شود. همچنین، بیماران روان‌پزشکی نباید صرفاً به دلیل تشخیص خود از حقوقی که سایر بیماران دارند محروم شوند.

تحلیل حقوقی

از منظر حقوقی، هر اقدام درمانی مستلزم رضایت آگاهانه معتبر است. رضایت باید از سوی فرد دارای اهلیت قانونی داده شود و براساس اطلاعات کافی تصمیم بگیرد. در حقوق ایران، بیمار بالغ و عاقل صاحب حق تصمیم‌گیری درباره درمان خویش است و همسر او به‌طور خودکار ولی یا قیم محسوب نمی‌شود (لاریجانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ پارساپور و قاسم‌زاده، ۱۳۹۰).

اختلال روان‌پزشکی مساوی حجر قانونی نیست. تا زمانی که عدم اهلیت بیمار به‌صورت معتبر احراز نشده باشد، پزشک موظف است رضایت را مستقیماً از خود بیمار اخذ کند (یوسفی‌راد، ۲۰۱۶). در این سناریو، عدم ارزیابی رسمی صلاحیت تصمیم‌بیمار و اخذ رضایت از همسر، موجب خدشه در اعتبار حقوقی رضایت می‌شود. اختلال روان‌پزشکی به‌تنهایی حجر قانونی ایجاد نمی‌کند و پزشک نمی‌تواند صرفاً براساس تشخیص مانیا، بیمار را از فرایند تصمیم‌حذف کند. در صورتی که ECT بدون رضایت معتبر انجام شود و عارضه‌ای ایجاد گردد، مسئولیت مدنی و انتظامی پزشک قابل طرح خواهد بود. تنها استثنای قانونی، شرایط اضطراری با خطر فوری است که در آن امکان اخذ رضایت وجود نداشته باشد؛ درحالی‌که در این سناریو چنین فوریتی گزارش نشده است.

تصمیم‌گیرنده جایگزین: پیوند میان الزامات حقوقی و مسئولیت اخلاقی

در موارد فقدان یا تردید در صلاحیت تصمیم‌گیری بیمار، استفاده از تصمیم‌گیرنده جایگزین اجتناب‌ناپذیر

درمان‌های روان‌پزشکی، افزون‌بر ابعاد بالینی، دارای پیامدهای اخلاقی و حقوقی مهمی هستند. از چالش‌برانگیزترین این درمان‌ها، درمان با تشنج الکتریکی (Electroconvulsive Therapy) است که به‌رغم اثربخشی بالا در برخی اختلالات شدید مانند افسردگی مقاوم، مانیا شدید و کاتاتونیا، همواره با نگرانی‌هایی درخصوص رضایت آگاهانه، خطرات بالقوه و حقوق بیماران همراه است (لاریجانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ همان، ۱۳۹۵).

در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، به‌ویژه در فاز مانیا، مسئله صلاحیت تصمیم‌گیری و مشارکت بیمار در انتخاب درمان اهمیت‌دوچندان می‌یابد. گاه پزشکان به‌دلیل نگرانی از قضاوت مختل بیمار، فرایند تصمیم‌گیری را به‌طور کامل به خانواده واگذار می‌کنند؛ درحالی‌که چنین رویکردی می‌تواند سبب نقض حقوق بیمار شود.

تحلیل اخلاقی

اصل احترام به خودمختاری ایجاب می‌کند تا زمانی که عدم صلاحیت تصمیم‌گیری بیمار اثبات نشده است، او در مرکز فرایند تصمیم‌درمانی قرار گیرد. ابتلای بیمار به مانیا به‌تنهایی دلیل کافی برای سلب حق تصمیم‌گیری نیست. پزشک موظف بوده است ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار را به‌طور نظام‌مند ارزیابی کرده، اطلاعات کافی، قابل فهم و بی‌طرفانه درباره ECT را در اختیار وی قرار دهد. کنار گذاشتن بیمار و مراجعه مستقیم به همسر، نقض آشکار این اصل است.

از منظر سودرسانی، هدف پزشک باید انتخاب مؤثرترین و متناسب‌ترین درمان باشد. در این سناریو، بیمار تنها ۲۴ ساعت بستری بوده و درمان دارویی هنوز آغاز نشده است. در غیاب خطر فوری، انتخاب یک روش تهاجمی مانند ECT پیش از امتحان گزینه‌های کم‌خطرتر، با روح اصل سودرسانی هم‌خوانی کامل ندارد.

اصل عدم آسیب‌رسانی نیز اقتضا می‌کند که پزشک از وارد آوردن آسیب غیرضروری پرهیز کند. ECT با وجود اثربخشی، می‌تواند عوارض شناختی کوتاه‌مدت و جسمی را به همراه داشته باشد. انتخاب زود هنگام آن بدون ضرورت بالینی روشن، احتمال آسیب غیرضروری را افزایش می‌دهد. افزون‌بر این، محروم کردن بیمار از مشارکت در تصمیم‌گیری و افزایش انگ بیماری روان‌پزشکی خود نوعی آسیب اخلاقی محسوب

نتیجه‌گیری

این تحلیل نشان می‌دهد که در روان‌پزشکی، مرز میان حمایت از بیمار و نقض حقوق او بسیار ظریف است. نگرانی درباره قضاوت مختل بیمار نباید به حذف کامل وی از فرایند تصمیم‌گیری منجر شود. اخلاق پزشکی مدرن به جای پدرسالاری، بر مشارکت مشترک پزشک و بیمار تأکید دارد.

در درمان‌هایی مانند ECT که بار اخلاقی و اجتماعی بالایی دارند، فرایند رضایت آگاهانه باید دقیق‌تر اجرا شود. ارزیابی ساختاریافته ظرفیت تصمیم‌گیری، گفت‌وگوی مستند با بیمار، بررسی گزینه‌های جایگزین و در صورت لزوم مشورت با کمیته اخلاق، می‌تواند از بروز تعارض‌های اخلاقی و حقوقی پیشگیری کند.

در نهایت، تجویز زود هنگام ECT بدون مشارکت مستقیم بیمار و بدون ارزیابی صلاحیت تصمیم‌گیری، با اصول اخلاق پزشکی و الزامات حقوق سلامت سازگار نیست. احترام به خودمختاری، تناسب درمان، پرهیز از آسیب غیرضروری و رعایت عدالت باید محور تصمیم‌های روان‌پزشکی قرار گیرد تا هم منافع درمانی بیمار حفظ شود و هم کرامت و حقوق او مورد احترام واقع گردد.

منابع

- لاریجانی و همکاران (۱۴۰۰). پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد اول. نشر برای فردا. ص ۱۸۹-۲۰۷.
- لاریجانی و همکاران (۱۳۹۵). پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد دوم. نشر برای فردا. ص ۴۸۳-۴۹۲.
- پارساپور، محمدباقر؛ قاسم‌زاده، سیدروح اله (۱۳۹۰). «بررسی فقهی حقوقی رضایت آگاهانه بیمار و وظیفه اطلاع‌رسانی پزشک (با مطالعه تطبیقی در حقوق انگلیس و فرانسه)». اخلاق و تاریخ پزشکی. ۳۹. ص ۷۴-۵۵.
- یوسفی‌راد، نرگس (۲۰۱۶). «مبانی فقهی و حقوقی کفایت رضایت آگاهانه از براءت در مسئولیت پزشک». فقه پزشکی. ۸. ص ۶۷-۱۰۷.
- قادری احمد؛ ملک، فرهاد (۱۳۹۲). «اصول کلی رضایت آگاهانه در پزشکی». کومش. ۲. ص ۱۳۳-۱۳۷.
- باقری، احمد؛ زارع منشادی، فاطمه (۱۴۰۴). ولایت «تصمیم‌گیرنده جایگزین» در درمان. مطالعات فقه و حقوق اسلامی. ۳۹. ص ۹۱-۱۲۲.

است. تصمیم‌گیرنده جایگزین فردی است که به نمایندگی از بیمار درباره مداخلات درمانی تصمیم می‌گیرد. با این حال، انتخاب این فرد صرفاً اقدامی اداری یا حقوقی نیست، بلکه واجد پیامدهای عمیق اخلاقی مرتبط با خودمختاری و کرامت انسانی بیمار است (لاریجانی و همکاران. ۱۴۰۰؛ باقری و زارع منشادی. ۱۴۰۴).

از منظر حقوقی، سلسله‌مراتبی از افراد مجاز مانند قیم قانونی، همسر یا بستگان نزدیک برای تصمیم‌گیری تعیین می‌شوند و هدف اصلی این چهارچوب‌ها، ایجاد پشتوانه قانونی برای اقدامات درمانی و کاهش مسئولیت حرفه‌ای پزشک است. در این معنا، پزشک با اخذ رضایت از فرد دارای جایگاه قانونی، مشروعیت صوری اقدام درمانی را تأمین می‌کند (لاریجانی و همکاران. ۱۴۰۰).

اما مشروعیت حقوقی لزوماً به معنای کفایت اخلاقی نیست. تصمیم‌گیرنده ممکن است شناختی دقیق از ترجیحات و ارزش‌های بیمار نداشته باشد یا تحت‌تأثیر هیجانات، منافع شخصی یا باورهای فرهنگی تصمیم بگیرد. در چنین شرایطی، تصمیم بیش از آنکه بازتاب اراده بیمار باشد، بیانگر نگرش خود تصمیم‌گیرنده است (لاریجانی و همکاران. ۱۴۰۰؛ باقری و زارع منشادی. ۱۴۰۴).

اخلاق پزشکی دو استاندارد اصلی را مطرح می‌کند: «قضاوت جایگزین» که در آن تصمیم‌گیرنده باید آنچه بیمار در صورت برخورداری از صلاحیت انتخاب می‌کرد را بازسازی کند، و «مصلحت بیمار» که بر پیشینه‌سازی منافع و کاهش آسیب‌ها تمرکز دارد. هر دو رویکرد فراتر از صرف جایگاه قانونی بوده، مستلزم توان شناختی و اخلاقی تصمیم‌گیرنده هستند (باقری و زارع منشادی. ۱۴۰۴).

در نظام حقوقی ایران نیز اختلال روان‌پزشکی به‌خودی‌خود موجب حجر قانونی نمی‌شود و اصل بر اهلیت بیمار است. بنابراین، ورود تصمیم‌گیرنده جایگزین باید پس از احراز فقدان صلاحیت بیمار صورت گیرد؛ حتی در این صورت نیز وظیفه اخلاقی پزشک محدود به اخذ امضا نیست، بلکه باید از فهم کافی تصمیم‌گیرنده، نبود تعارض منافع و توانایی وی در نمایندگی خواست بیمار اطمینان حاصل کند.

در این سناریو، همسر بیمار بدون ارزیابی رسمی صلاحیت بیمار وارد فرایند تصمیم‌شده، این امر خطر تبدیل رضایت آگاهانه به اقدامی شکلی و دفاعی را افزایش می‌دهد.

تصمیم‌گیرنده جایگزین فقط امضاکننده نیست و باید بازتاب‌دهنده خواست و مصلحت واقعی بیمار باشد.

روایت‌هایی از تاریخ پزشکی و طب سنتی در سبزوار؛ از سنت‌های کهن تا طلوع طب نوین

فرشته کوشکی^۱

چکیده

این پژوهش به واکاوی جایگاه طب سنتی و تحولات تاریخ پزشکی در شهر تاریخی سبزوار می‌پردازد. این مطالعه با رویکردی توصیفی-تحلیلی، به بررسی ساختار طب سنتی ایران، معرفی پزشکان شاخص سبزوار در اواخر دوران قاجار، و تبیین وضعیت بحرانی بهداشت عمومی در آستانه ورود طب نوین می‌پردازد. با استناد به اسناد تاریخی، خاطرات پزشکان و شواهد شفاهی، سیر تحول رویکردهای درمانی از روش‌های تجربی و سنتی به سمت متدهای مدرن پزشکی مورد بررسی قرار می‌گیرد. هدف اصلی این مقاله، شناخت بستر اجتماعی-بهداشتی سبزوار در گذر تاریخ و واکاوی تعامل میان باورهای عامه و دانش پزشکی در این منطقه است.

واژگان کلیدی: طب سنتی؛ سبزوار؛ حکما؛ دکتر غنی؛ بهداشت.

مقدمه

فولکلور و فرهنگ عامه هر منطقه، بازتابی از وضعیت اجتماعی و ساختارهای بهداشتی آن در ادوار

تاریخی است. شناخت وضعیت اجتماعی مناطق در زمینه طب و بهداشت در زمان‌های گذشته، می‌تواند در راستای درک سیر تحولات تاریخی و تحولات نظام سلامت راهگشا باشد. از این منظر، مطالعه تاریخ از پابین و تمرکز بر رفتار فرودستان به جای پادشاهان و امرا، راهکاری برای بررسی لایه‌های زیرین حوادث تاریخی و نفوذ اندیشه‌های آنان در رفتارهای اجتماعی و درمانی است. شهر سبزوار، به‌عنوان یکی از کانون‌های فرهنگی خراسان، دارای سابقه‌ای درخشان در طب سنتی است که بررسی آن می‌تواند تصویری روشن از گذار از سنت به مدرنیته در پزشکی ایران را ارائه دهد.

یافته‌ها و بحث

۱. مبانی نظری طب سنتی ایران

طب سنتی ایران، فراتر از داروهای گیاهی و عطاری‌های رایج، میراثی گران‌بها از دانش پزشکی کهن ایران محسوب می‌شود. براساس منابع تاریخی، طب سنتی ایران به دو بخش طب نظری و طب عملی تقسیم می‌گردد. در طب نظری، اصول و مبانی تشخیصی مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ درحالی‌که طب عملی یا

۱. دکترای تاریخ اهل بیت (ع). مدرس در بنت‌الهدی، قم، ایران. f.kooshki46@gmail.com

در پاییز ۱۹۱۹ اپیدمی آنفلوآنزای شدیدی در سبزوار واقع شد که در حقیقت، تمام شهر را مبتلا ساخت.

علم تدابیر، به روش‌های درمانی نظیر رژیم غذایی، دارو، حرکات بدنی و مسائل روانی می‌پردازد.

ویژگی بارز این نظام پزشکی، نگاه شخصی‌محور به درمان است؛ به این معنا که هر بیمار دارای شخصیت و شرایط منحصر به فردی است که باید در تجویز دارو مورد توجه قرار گیرد. عواملی همچون سن، جنسیت، حرفه، و به‌ویژه اقلیم منطقه‌ای (مناطق خشک مانند یزد و کرمان در مقابل مناطق مرطوب مانند گیلان و مازندران) در تعیین روش درمان نقش اساسی دارند. همچنین، پزشک موظف است وضعیت مالی و وسع بیمار در تجویز درمان را مدنظر قرار دهد (روستایی).
۱۳۸۲: ج ۱/۳۴۴.

۲. دگرگونی‌های طب سنتی در دوران گذار

با ورود مظاهر تمدن غربی و ممنوعیت قانونی طب سنتی ایران، تعداد پزشکان سنتی متبهر کاهش یافت و جای خود را به افراد نالایق، دوره‌گردها و عطاران بدون صلاحیت دادند. در این دوره، اعمال جراحی و دندان‌پزشکی را اغلب دلاک‌ها و سلمانی‌ها انجام می‌دادند و روش‌هایی نظیر داغ کردن، فتیله‌گذاری و رگ‌زنی رواج یافت. نفوذ خرافات و فقدان ساختارهای آموزشی منظم باعث شد که طب سینایی به طب عوام و غیرعلمی تبدیل شده، این خلأ زمینه را برای پذیرش تحولات نوین پزشکی فراهم آورد (کوشکی، ۱۳۹۵: ۳۱).

۳. وضعیت بهداشت و پزشکان در سبزوار

اسناد تاریخی، به‌ویژه یادداشت‌های دکتر قاسم غنی، تصویری تکان‌دهنده از وضعیت بهداشت در سبزوار در اوایل قرن بیستم را ارائه می‌دهند. در پاییز ۱۹۱۹ میلادی، اپیدمی شدید آنفلوآنزا کل شهر را درگیر و در کنار بیماری‌های بومی مانند مالاریا، تیفوئید و تراخم، بحرانی عمیق را در نظام سلامت ایجاد کرد. نبود

بیمارستان مجهز، کمبود دارو و ابزارهای جراحی بدوی، از جمله چالش‌های اصلی بودند (غنی، ۱۳۶۷: ۱۷۴).

در این میان، پزشکان سنتی برجسته‌ای در سبزوار فعالیت داشتند؛ از جمله آن‌ها می‌توان به میرزا اسماعیل افتخارالحکما اشاره کرد که حدود شصت سال پیش از آن به سبزوار آمده، طب را نزد اساتید مازندران فرا گرفته بود. شخصیت دیگر، شیخ محمد حسین گنابادی بود که با وجود تحصیلات حوزوی، با شاگردی نزد میرزا عبدالحسین طیب، وارد عرصه طب شد. او در هنگام وبای سال ۱۳۲۲ شمسی که بسیاری از پزشکان شهر را ترک کردند، به مداوای بیماران پرداخت و بعدها با استفاده از قانون مجوز طبابت برای افراد با سابقه کار، به‌عنوان طیب مجاز شناخته شد (غنی، ۱۳۶۷: ۱۷۴). همچنین، اپیدمی وبا در سال ۱۳۰۹ هجری از دیگر بلاهای طبیعی بود که بر این شهر سایه افکنده بود (غنی، ۱۳۶۷: ۲۸).

۴. روایت‌های درمانی و روش‌های تجربی

خاطرات دکتر غنی از سفر خود به تهران، نمونه‌ای بارز از تلاقی روش‌های سنتی و تجربی است. در حادثه‌ای که فردی بر اثر لگد اسب آسیب دید، درمان اولیه با روش‌های سنتی و گاه خشن، مانند داغ کردن نمود و گذاشتن آن روی زخم برای انعقاد خون انجام شد. سپس یک جراح دوره‌گرد در نزدیکی مزینان، با استفاده از ابزارهایی مانند پرمنگنات دوپتاس، یدوفرم و انبر جراحی، زخم را پاکسازی، بخیه و پانسمان کرد. این روایت نشان می‌دهد که در نبود سیستم رسمی و منسجم پزشکی، مردم به مهارت‌های جراحان محلی و درمان‌های تجربی تکیه می‌کردند؛ هرچند که این درمان‌ها اغلب با درد و رنج طولانی همراه بود (غنی، ۱۳۶۷: ۶۶).

۵. بهداشت عمومی و باورهای مردمی

وضعیت بهداشت عمومی در سبزوار و روستاهای اطراف، بازتابی از فقر امکانات و تسلط خرافات بود. براساس روایت‌های شفاهی، آب آشامیدنی اغلب از آب‌انبارهایی تأمین می‌شد که آب جوی‌ها و کوچه‌ها در آن جمع می‌شد و پس از مدتی آلوده به کرم و لارو می‌شد. تعصبات مردانه مانع از اصلاح سیستم آب‌رسانی می‌شد و بیماری‌های گوارشی و انگلی بسیار شایع



«از ری زُبوت مِفهمی که کِرم گدی دِری

تتها دِواش تَنقیه خاد آو صابو بی» (مروجی. ۱۳۷۹: ۶۶۵).

این اشعار تأیید می‌کند که مردم در آن دوران با محدودیت‌های شدید بهداشتی و درمانی دست‌وپنج نرم می‌کردند و روش‌های درمانی اغلب سنتی و ناکارآمد بودند.

نتیجه‌گیری

بررسی تاریخ پزشکی در سبزوار بیانگر آن است که این شهر دارای بستر غنی طب سنتی بوده است. با این حال، در دوره گذار به مدرنیته، فقدان نظارت علمی و نفوذ خرافات باعث شد طب سنتی از جایگاه اصلی خود فاصله بگیرد. تلاش‌های پزشکان برجسته و ورود تدریجی طب نوین، اگرچه با چالش‌های زیادی همراه بود، اما زمینه را برای بهبود وضعیت سلامت عمومی فراهم کرد. شناخت این تاریخ نه تنها به درک بهتر میراث پزشکی ایران کمک می‌کند، بلکه می‌تواند درس‌هایی را برای مدیریت چالش‌های فعلی نظام سلامت ارائه دهد. طب سنتی ایران، به عنوان بخشی از هویت فرهنگی، نیازمند پژوهش‌های علمی بیشتر برای تفکیک اصول کارآمد از خرافات است.

منابع

- روستایی، محسن (۱۳۸۲). تاریخ طب و طبابت در ایران (از عهد قاجار تا پایان عصر رضاشاه) به روایت اسناد. تهران: کتابخانه ملی.

- غنی، قاسم (۱۳۶۷). یادداشت‌های دکتر قاسم غنی. تهران: زوار.

- تقوی، محمد علی (۱۳۹۵). خاطرات، مصاحبه حضوری.

- مروجی، حسن (۱۳۷۹). تذکره سخنوران بیهق. تهران: عابد.

- کوشکی، فرشته (۱۳۹۵). طب سنتی در ایران. تهران: منشور

سمیر.

سبزوار، از جمله شهرهایی است که از قدیم در طب سنتی سابقه‌ای دیرینه داشته است. این ویژگی در آداب و رسوم، اشعار و ضرب‌المثل‌های این شهر تجلی یافته است.

بودند. درمان این بیماری‌ها نیز بر پایه تجربیات عجیب بود؛ مانند تجویز جوهر کرم و سپس استفاده از آش‌های ترش یا آلو برای دفع انگل‌ها (تقوی. ۱۳۹۵: ۳۴).

بیماری‌های چشمی، مانند تراخم نیز از دیگر معضلات بهداشتی بودند که با روش‌های دردناکی نظیر استفاده از سولفات دوزنگ و نیترات دارژان (سنگ جهنم) درمان می‌شدند. همچنین، روش‌های خرافی مانند گذاشتن «الا کلنگ» روی چشم برای درمان مشکلات بینایی رواج داشت. در روستاهای اطراف، درمانگران محلی مانند «سید دکتر» در مزینان، از روش‌هایی مانند قرار دادن بیمار تَب‌دار در حوض آب یخ استفاده می‌کردند (تقوی. ۱۳۹۵: ۳۴).

۶. شواهد ادبی از وضعیت زمانه

ادبیات محلی، آینه‌ای تمام‌نما برای درک شرایط اجتماعی و بهداشتی سبزوار در آن دوره است. اشعار حاج تقی مجمع به لهجه سبزواری، تصویری جامع از فقر، نبود امنیت، و کمبود امکانات پزشکی را ارائه می‌دهد. او در ابیاتی به نبود پزشک متخصص و تکیه بر حکیمان سنتی با نسخه‌های ساده اشاره می‌کند:

«دکتر نبی دِ شهر، فقط یک حکیم بی

نسخش فلوس بی قرقره و شاف با ریو بی»

همچنین در اشاره به وضعیت نامناسب بهداشت و شیوع بیماری‌های انگلی می‌سراید:

روش‌های نوین تولیدمثل انسانی از منظر فقه اسلامی و حقوق مدنی (مجموعه مقالات)



«تلقیح مصنوعی از مسائل نوپیدا و مستحدثه‌ای است که پیشرفت و شکوفایی دانش ارجمند پزشکی آن را به عرصه فقه و حقوق کشانده، به‌روشنی ارتباط میان فقه و حقوق را از یک سو و علوم طبیعی و تجربی را از سوی دیگر به اثبات رسانده است. از آنجاکه قواعد و مقررات حقوقی در نظام حقوقی ماریشه در احکام مذهبی دارد و بر مبنای پژوهش‌های فقهی و فتاوی فقیهان امامیه تدوین شده است، هیچ حقوقدان و اندیشمندی در دانش حقوق نمی‌تواند بدون آنکه خود را شاگرد این مکتب بداند و از این منبع عظیم و میراث گران‌سنگ تمدنی بهره‌مند گردد، در راستای قانونمند کردن مسئله‌ای جدید گام بردارد؛ بلکه نخست باید جواز شرعی آن از سوی فقیهان مورد تأیید قرار گیرد و حکم وضعی آن به‌طور دقیق تبیین شود تا امکان تبدیل آن به ماده یا مواد قانونی فراهم آید».

آنچه خواندید بخشی از کتاب «روش‌های نوین تولیدمثل انسانی از دیدگاه فقه و حقوق» است که در پژوهشگاه ابن‌سینا تهیه و تنظیم شده و از سوی انتشارات سمت در چندین نوبت به چاپ رسیده است.

این کتاب مشتمل بر مجموعه‌ای از مقالات و سخنرانی‌هایی است که در نخستین سمپوزیوم تخصصی با عنوان «باروری و ناباروری؛ مسائل فقهی و حقوقی انتقال جنین» ارائه شده است. در این مقالات و سخنرانی‌ها، دیدگاه‌های فقهای اهل تشیع و تسنن درباره تلقیح مصنوعی انسان، روش‌های نوین تولیدمثل، و همچنین انتقال اسپرم و نطفه بیگانه به رحم زن مورد بررسی، تحلیل و تبیین قرار گرفته است.

این کتاب در مجموع سه فصل دارد:

در فصل نخست، تحت عنوان «موضوع‌شناسی»، دو مقاله ارائه شده است:

۱. «روش‌های پیشرفته در درمان نازایی» نوشته آقای معرفت غفاری.

۲. «ضرورت به‌کارگیری تکنیک‌های باروری کمکی در

تولیدمثل انسان» نوشته آقای محمدمهدی آخوندی. فصل دوم، شامل شانزده مقاله و متن سخنرانی است که برخی از عناوین آن عبارت‌اند از: «باروری‌های مصنوعی و حکم فقهی آن» نوشته محمد یزدی؛

«تلقیح مصنوعی» نوشته محسن حرم‌پناهی؛

«وضعیت حقوقی کودک آزمایشگاهی» نوشته مهدی شهیدی؛

«وضعیت حقوقی باروری مصنوعی و انتقال جنین»

نوشته سیداسدالله امامی؛

«حکم شرعی تلقیح اسپرم و نطفه بیگانه» نوشته محمد روحانی‌علی‌آبادی؛

و نیز «تحقیقی پیرامون تولد بدون مناکحت» نوشته

سیدهاشم بطحائی گلپایگانی و دیگر مقالات مرتبط.

در فصل سوم، در قالب ضامم، مجموعه‌ای از استفتانات و دیدگاه‌های مذهبی فقهای امامیه، مذاهب اهل سنت، و همچنین نظرگاه‌های علمای ادیان دیگر از جمله یهودیت، کلیسای کاتولیک، ارتدوکس و پروتستان ارائه و درج شده که بر غنای علمی و تطبیقی اثر افزوده است.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
دانشگاه سلامت و دین

پیام سلامت و دین (۸۱)

انفاق فقط یک وظیفه اخلاقی

و اجتماعی نیست،

بلکه یک راهکار مؤثر برای ارتقای

سلامت روان محسوب می‌شود

با گشاده‌دستی و کمک به نیازمندان،

علاوه بر اینکه در مسیر بهبود شرایط

زندگی دیگران گام بر می‌داریم، خودمان

نیز به آرامش، شادکامی، عزت نفس

و ارتباطات اجتماعی بهتری دست

می‌یابیم



پیشگام

ماهنامه علمی - اطلاع‌رسانی
سال هشتم، شماره ۸۹

۲۸

