

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

دانش مستدام

سال هفتم، شماره ۸۴، شهریور ۱۴۰۴

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ إِيَّاكَ يَا أَرْحَمَ الرَّاحِمِينَ

دانش مستدام

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی
شماره پروانه انتشار وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۱۹۷۰
سال هفتم، شماره ۸۴، شهریور 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 حسینی
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 (۷۳)

سلامت در قرآن و روایات

۵..... صبر و نقش آن در ارتقای سلامت روان
محمود شکوهی تبار

سلامت و مراقبت معنوی

۸..... تاب آوری معنوی در بحران
زهرا طاهری خرامه

فقه پزشکی

۱۲..... احکام پیشگیری از بارداری با جلوگیری از انعقاد نطفه
احمد مشکوری

تحلیل اخلاقی - حقوقی موارد

۱۴..... اثرات دوسویه همدلی: تأکید بر ضرورت رویکرد نظام مند در اخلاق
پزشکی
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

۱۸..... تحولات صنعت داروسازی در دوره قاجار: از عطارخانه های سنتی تا
داروخانه های مدرن
فاطمه بلوچیان، نرگس تاجیک

معرفی کتاب

۲۲..... دین و خودفرمانروایی انسان

۲۳..... پیام سلامت و دین (۷۴)

خطبه در وصف پیامبر و عالمان، و اندرز مردم

کرامت و شرافت را با پذیرش این اوصاف بپذیرد و از کوبندگی و سختی مرگ و قیامت پیش از رسیدنش در بیم و هراس باشد، و انسان باید در کوتاهی مدت عمر و درنگ اندکش در دنیا اندیشه کند تا آن را به منزل دیگر تغییر دهد و برای قیامت و جایی که می‌داند به آنجا منتقل خواهد شد فعالیت کند. خوشا به حال دارنده قلب سلیم که از هدایت‌کننده پیروی کرد و از گمراه‌کننده کناره گرفت، و به بینایی کسی که او را بینایی داد، و پیروی هدایتگری که او را فرمان داد به راه سلامت رسید، و به راه هدایت شتافت پیش از آنکه درهای آن بسته و وسیله‌های آن قطع گردد، و باب توبه را گشود و گناه را از خود راند. چنین کسی به راه خدا ایستاده و به راه راست هدایت شده است.

منبع:

نهج البلاغه. خطبه ۲۰۵. ترجمه حسین انصاریان. <https://www.erefan.ir/farsi/nahj1-205>. دسترسی در تاریخ ۱۴۰۴/۴/۲۰.

شهادت می‌دهم که خداوند عدل محض است که به عدالت رفتار کرده و حاکمی است که حق و باطل را از هم جدا می‌کند، و شهادت می‌دهم که محمد بنده و رسول او و آقای عباد اوست. خداوند هرگاه بندگان را دو گروه کرد، پیامبرش را در بهترین گروه قرار داد؛ آلوده دامن و بدکاره را در تبارش سهمی نبود. بدانید خداوند سبحان برای خیر اهلی، و برای حق ارکانی، و برای طاعت محافظانی قرار داده، و برای شما نزد هر طاعت مددکاری از جانب خداست که بر زبان‌ها القا نموده است و دل‌ها را ثابت و برقرار می‌کند. در آن مددکاری کفایت است برای کفایت‌خواه، و شفاست برای جوینده درمان. بدانید آن بندگان خدا که حفظ علم حق به آنان سپرده شده است، آنچه را باید حفظ کنند حفظ می‌کنند و چشمه‌های آن علم را می‌گشایند. با هم پیوند ولایت دارند و یکدیگر را عاشقانه ملاقات می‌نمایند. از جام سیراب‌کننده حکمت به هم می‌نوشانند و سیراب‌شده بازمی‌گردند. در آن‌ها تهمت و بدگمانی راه نمی‌یابد و غیبت و بدگویی نزد اینان نمی‌شتابد. خداوند خلقت و اخلاقتشان را بر این اوصاف بسته است و بر این حال با یکدیگر دوستی نموده، به هم پیوند دارند. اینان در مقایسه با دیگر مردم همچون دانه‌های برگزیده بذر هستند که آن را تمیز کنند و خالص و پاکش را گرفته، در زمین می‌پاشند. پاک‌سازی خداوند آنان را متمایز، و آزمایش و امتحان آنان را پاک کرده است. مرد باید



مجلس شورای اسلامی
دانشگاه علوم و معارف
دانشگاه سلامت و دین

پیام سلامت و دین (۷۳)

آفرینش الهی به گونه‌ای است که
باز فوردا اعمالمان به خودمان برمی‌گردد.

خشم خود را نگه داریم تا خداوند بر
ما غضب نکند

صبر و نقش آن در ارتقای سلامت روان

محمود شکوهی تبار^۱

بندگی دانسته‌اند. این مقاله با هدف بررسی مفهوم صبر و نقش آن در سلامت روان تدوین شده است و در ادامه، راهکارهای عملی برای پرورش و تقویت صبر در زندگی فردی و اجتماعی ارائه خواهد شد تا از رهگذر آن، آرامش و تعادل روانی در انسان عمق بیشتری بیابد.

به‌طور کلی، صبر به تحمل و شکیبایی در برابر ناملایمات، تأخیر در خواسته‌ها و دشواری‌ها، بدون اضطراب و شکایت، اشاره دارد. برخی محققان آن را گرایش به انتظار آرام در مواجهه با ناامیدی یا سختی تعریف کرده‌اند (Schnitker, 2012). پترسون و سلیگمن نیز صبر را به‌عنوان ترکیبی از فضایل، از جمله پشتکار، ذهن باز و گشودگی اندیشه (open-mindedness) و خودتنظیمی (خودکنترلی) مفهوم‌سازی کرده‌اند. (Worthington & Van, 2021) تحقیقات نشان می‌دهد که افراد با صبر بالا دارای سلامت روانی و جسمانی بهتری هستند. شخص صبور در سختی‌ها خود را نمی‌بازد و واکنش‌های هیجانی نامتناسب نشان نمی‌دهد. از منظر امام علی (ع) صبر از ارکان اصلی ایمان است. ایشان می‌فرمایند: «صبر رأس و اساس ایمان است» (نهج البلاغه. حکمت ۷۹). در آموزه‌های اسلامی، صبر به اقسام مختلفی تقسیم شده است که

صبر یکی از فضایل اخلاقی است که نقش مهمی را در سلامت روان ایفا می‌کند. این ویژگی به فرد کمک می‌کند هیجانات خود را مدیریت کرده، واکنش‌های تکانشی را کنترل نماید و در مواجهه با ناملایمات زندگی تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری نشان دهد. تحقیقات نشان می‌دهد که افراد با صبر بالاتر، در برابر اضطراب، افسردگی و فرسودگی روانی مقاوم‌ترند و توانایی بیشتری در یافتن آرامش، معنا و امید در زندگی دارند. صبر نه تنها خصلتی فردی، بلکه سرمایه‌ای درونی برای رشد شخصیتی و بهبود کیفیت زندگی است. این مقاله با مرور مفهوم صبر، نقش آن در سلامت روان و ارائه راهکارهای عملی، شامل تمرکز بر نتایج بلندمدت، پذیرش مسیر رشد، تقویت نگرش‌های واقع‌گرایانه، یادآوری موقت بودن سختی‌ها، بهره‌گیری از حمایت اجتماعی و تمرینات معنوی، نشان می‌دهد که پرورش صبر می‌تواند موجب ارتقای تاب‌آوری روانی، آرامش و تعادل ذهنی شود.

واژگان کلیدی: صبر؛ سلامت روان؛ راهکارهای ارتقای صبر؛ آرامش درونی.

صبر از مفاهیم بنیادین در اخلاق اسلامی است که نه تنها به‌عنوان فضیلتی اخلاقی، بلکه به‌منزله شاخصی از عمق ایمان انسان تلقی می‌شود. اهمیت صبر در متون دینی و اخلاقی به اندازه‌ای است که آن را عامل استقامت در برابر سختی‌ها، کنترل هیجانات، و تداوم در مسیر

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

ارتقای سلامت روان

پرورش صبر فرایندی تدریجی بوده، نیازمند تمرین‌های عملی و تقویت باورهای درونی است. در این بخش، به چند راهکار عملی مهم اشاره می‌کنیم که به بهبود صبر و در نتیجه، ارتقای سلامت روان کمک می‌کند:

۱. تمرکز بر نتایج بلندمدت: تمرکز بر نتایج بلندمدت باعث می‌شود انسان نگاه خود را از لذت‌ها و دستاوردهای فوری بردارد و چشم‌انداز وسیع‌تری از زندگی داشته باشد. فردی که به نتایج بلندمدت می‌اندیشد، سختی‌ها و ناکامی‌های مقطعی را بخشی طبیعی از مسیر می‌بیند. این نگرش، قدرت تاب‌آوری فرد را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و او را از عجز و بودن و یأس زودرس دور می‌سازد. به بیان دیگر، توجه به آینده‌ای بزرگ‌تر و ارزشمندتر، نیروی درونی لازم برای صبر در لحظه‌های دشوار را فراهم می‌آورد.

۲. پذیرش و ارزش‌گذاری مسیر رشد به جای تمرکز بر نتیجه: این راهکار مهم، از عوامل تأثیرگذار در تقویت صبر است. هنگامی که انسان مسیر یادگیری و تلاش را ارزشمند بداند، دیگر شادی و انگیزه‌اش تنها به رسیدن یا نرسیدن به نتیجه گره نمی‌خورد، بلکه هر گام از تلاش را فرصتی برای کمال شخصی می‌بیند. چنین نگرشی موجب کاهش اضطراب و شتاب‌زدگی می‌شود و فرد شکست‌ها یا وقفه‌های موقت را بخشی از فرایند رشد و فرصتی برای یادگیری تلقی می‌کند. از منظر اسلامی نیز ارزش‌نمایی در نیت و تلاش نهفته است: «لَيْسَ لِلْإِنْسَانِ إِلَّا مَا سَعَى» (نجم: ۳۹)؛ بنابراین حتی اگر نتیجه ظاهری حاصل نشود، تلاش انسان نزد خداوند پاداش دارد.

۳. ذکر و یاد خدا: ذکر و یاد خدا از بنیادی‌ترین عوامل تقویت صبر است؛ زیرا دل انسان را آرام و نگاه او را از سختی‌های زودگذر به حقیقتی پایدار و مطمئن معطوف می‌کند. قرآن کریم می‌فرماید: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد: ۲۸). آرامش حقیقی تنها در یاد خداست. هنگامی که انسان در مواجهه با دشواری‌ها به یاد قدرت، رحمت و حکمت الهی می‌افتد، اضطراب و بی‌قراری‌اش فرو می‌نشیند و توان تحملش افزایش می‌یابد. ذکر الهی نه تنها عامل آرامش روانی است، بلکه نوعی یادآوری هدف‌نمایی زندگی به شمار می‌آید و به انسان می‌آموزد که سختی‌های مسیر گذرا هستند و پاداش الهی برای صابران باقی خواهد ماند.

۴. تأمل در حکمت الهی: تأمل در حکمت الهی از دیگر راهکارهای مؤثر در تقویت صبر است؛ زیرا انسان را

هر یک بُعدی از شکیبایی را نمایان می‌سازد: صبر بر طاعت، صبر بر مصیبت (خویشترداری در برابر گناه و وسوسه‌های نفسانی) و صبر بر مصیبت (شکیبایی در برابر شدائد، سختی‌ها و فقدان‌ها).

صبر و سلامت روان

صبر از منظر روان‌شناسی مثبت، به عنوان سرمایه روان‌شناختی شناخته می‌شود که موجب افزایش تاب‌آوری، کاهش اضطراب و افسردگی، و ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. فرد صبور قادر است هیجانات خود را مدیریت کند و در مواجهه با مشکلات به جای واکنش‌های تکانشی، با آرامش و واقع‌بینی عمل نماید. این ویژگی به طور مستقیم سلامت روان او را تضمین می‌کند.

از نگاه علمی، صبر با «تنظیم هیجان» پیوند دارد. فردی که توانایی صبر کردن دارد، احساسات منفی را سرکوب نمی‌کند، بلکه آن‌ها را مدیریت کرده، به فرصت رشد تبدیل می‌نماید. همین امر، خطر ابتلا به اختلالات روانی، مانند اضطراب فراگیر یا افسردگی را کاهش می‌دهد. افزون بر این، صبر موجب افزایش احساس معنا در زندگی می‌شود؛ فرد درمی‌یابد که سختی‌ها گذرا هستند و با امید و تلاش می‌توان بر آن‌ها غلبه کرد. چنین نگرشی در روان‌شناسی مثبت، به عنوان یکی از عوامل «شادکامی پایدار» شناخته می‌شود.

انسان صبور برخلاف فرد عجز و نگاه خود را از نتایج کوتاه‌مدت فراتر می‌برد و به اهداف بلندمدت توجه دارد. این نگرش به تدریج به الگوی پایدار شخصیتی تبدیل می‌شود و فرد می‌آموزد که تحقق آرزوها نیازمند گذر زمان، استمرار تلاش و پیمودن مسیر طبیعی زندگی است. بدین معنا، صبر نه تنها خصالتی اخلاقی، بلکه یک سرمایه روان‌شناختی است که فرد را در برابر فشارهای روانی مقاوم‌تر می‌سازد.

صبر، به عنوان یک «مهارت مقابله‌ای» (Coping Skill) شناخته می‌شود که تاب‌آوری فرد در برابر ناکامی‌ها و تأخیرها را افزایش می‌دهد. صبور بودن به انسان کمک می‌کند که نه تنها از مقصد، بلکه از مسیر رشد و تغییر نیز لذت ببرد. این احساس معنا در طول مسیر، سلامت روانی فرد را تقویت می‌کند. در واقع، صبر پلی میان اراده انسان و آرامش روان است. فرد صبور، قلبی آماده‌تر برای پذیرش تأخیرها و فراز و نشیب‌های زندگی دارد و همین ظرفیت درونی، سلامت روان او را پایدارتر می‌سازد.

راهکارهای عملی برای تمرین صبر در راستای





تقویت صبر، بهره‌گیری از حمایت عاطفی خانواده، دوستان، جامعه مذهبی و مشورت با افراد باتجربه است. گفت‌وگو درباره دشواری‌ها با یک مشاور یا دوست معتمد، به تخلیه فشار روانی کمک کرده، از رفتارهای تکانشی جلوگیری می‌کند. همچنین، حضور در اجتماعات معنوی (مانند شرکت در مراسم دعا، هیئات مذهبی یا گروه‌های خیرخواهانه) روحیه انسان را تقویت و احساس همراهی با دیگران را القا می‌نماید که این خود صبر را افزایش می‌دهد. زمانی که انسان می‌بیند دیگران نیز مشکلاتی داشته و با صبر و توکل از آن‌ها عبور کرده‌اند، انگیزه و توان بیشتری برای شکیبایی پیدا می‌کند.

نتیجه‌گیری

صبر، به‌عنوان یکی از ارزشمندترین فضایل اخلاقی، نقشی اساسی را در سلامت روان ایفا می‌کند. فرد صبور توانایی مدیریت هیجانات، کنترل واکنش‌های تکانشی، و تحمل ناملایمات زندگی را پیدا می‌کند و همین امر او را در برابر اضطراب، افسردگی و فرسودگی روانی مقاوم می‌سازد. صبر، نه تنها خصلتی فردی، بلکه سرمایه‌ای درونی برای آرامش، امید و معناجویی است. تمرین صبر از طریق تمرکز بر نتایج بلندمدت، تقویت نگرش‌های واقع‌گرایانه، یاد خدا، پذیرش مسیر رشد، تأمل در حکمت الهی، یادآوری موقت بودن سختی‌ها، انجام تکالیف دینی و بهره‌گیری از حمایت اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی فرد را ارتقا دهد و او را در مسیر خودشناسی و آرامش پایدار یاری رساند. بنابراین، می‌توان گفت که صبر، پلی میان رنج‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی و دستیابی به آرامش و تعادل روانی است. جامعه‌ای که صبر را به‌عنوان یک مهارت زندگی آموزش دهد و درونی سازد، جامعه‌ای سالم‌تر، مقاوم‌تر و امیدوارتر خواهد بود.

منابع:

- قرآن کریم.

- نهج البلاغه.

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

- Worthington, E. L., & Van Zyl, L. E. (2021). The future of evidence-based temperance interventions. *Frontiers in psychology*, 12, 707598.

- Schnitker, S. A. (2012). An examination of patience and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 7(4), 263-280.

به درک این حقیقت هدایت می‌کند که هر رخداد و مانع در زندگی، حتی اگر در ظاهر ناخوشایند باشد، بخشی از خیر پنهان خداوند است. قرآن کریم می‌فرماید: «وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ» (بقره: ۲۱۶)؛ یعنی آنچه ممکن است ما از آن ناخشنود باشیم، می‌تواند برای ما خیر و صلاح باشد. چنین بینشی موجب می‌شود فرد سختی‌ها و تأخیرها را نه به‌عنوان موانع غیرقابل تحمل، بلکه به‌عنوان فرصتی برای رشد و بهره‌مندی از حکمت الهی ببیند.

۵. واقع‌گرایی و تعدیل انتظارات: یکی از گام‌های اساسی، درک این واقعیت است که دنیا محل برخورد با سختی‌ها و کاستی‌هاست. نباید انتظار داشت همه امور مطابق میل ما پیش برود. پذیرش اینکه زندگی همراه با مشکلات طراحی شده است به ما کمک می‌کند هنگام رویارویی با ناکامی‌ها شکیبا باشیم. تغییر این نگرش که آسایش مطلق تنها در سرای آخرت ممکن است، موجب می‌شود انتظارات خود را واقعی کرده، در برابر پیشامدهای تلخ کمتر آزرده شویم.

۶. یادآوری موقت بودن سختی‌ها و امید به گشایش: سختی‌های دنیا ابدی نیستند و هر مصیبتی سرانجامی دارد. توجه به این حقیقت قرآنی که «فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا» (همراه هر سختی آسانی است) به انسان نور امید می‌بخشد. هنگامی که بدانیم مشکلات دائمی نیستند و روزهای خوشی فرا خواهد رسید، صبرمان تقویت می‌شود و با توکل و امیدواری به رحمت خدا از بحران‌ها عبور می‌کنیم.

۷. انجام تکالیف دینی و معنوی: آموزه‌های اسلامی، عباداتی را تجویز می‌کنند که به‌طور مستقیم صبر را تقویت می‌نماید؛ به عنوان مثال نماز و مداومت بر آن، نظم درونی و انضباط نفس را بالا می‌برد. روزه‌داری تمرینی عملی برای تحمل گرسنگی و تشنگی در طول روز است که آستانه صبر را افزایش می‌دهد. انجام حج، جهاد در راه خدا و پرداخت صدقات نیز هر یک به‌نحوی شکیبایی را در فرد رشد می‌دهند. انجام این تکالیف به صورت مستمر باعث تقویت اراده و بردباری شده، فرد را در برابر سختی‌ها مقاوم می‌سازد. در کنار این‌ها، دعا کردن و طلب صبر از خداوند نیز توصیه شده است؛ چنان‌که قرآن از زبان مؤمنان اولیه نقل می‌کند: «رَبَّنَا أَفْرِغْ عَلَيْنَا صَبْرًا؛ پروردگارا! پیمان‌ه شکیبایی و استقامت را بر ما بریز!»

۷. استفاده از حمایت اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های جمعی: صبر ورزیدن به معنای انزوا و سکوت محض در برابر مشکلات نیست. از راه‌های

تاب آوری معنوی در بحران

زهرا طاهری خرامه^۱

چکیده

تاب آوری معنوی، به عنوان یکی از ابعاد مهم سازگاری روانی در شرایط بحران، نقشی بسزا را در حفظ تعادل هیجانی، معنابخشی به تجربه های دشوار، و بازسازی روانی افراد ایفا می کند. برخلاف تاب آوری صرفاً روان شناختی، تاب آوری معنوی بر منابع درونی، باورهای معنوی، و ارتباط با امر متعالی تکیه دارد و می تواند به فرد در عبور از رنج، سوگ، و بلا تکلیفی کمک کند. این مقاله با مرور مفاهیم، مؤلفه ها و سازوکارهای کلیدی تاب آوری معنوی، همچون هوش معنوی، فرایندهای معنایابی، آیین های دینی و حمایت اجتماعی مبتنی بر ایمان، به تبیین نقش آن در سازگاری با بحران ها می پردازد. شواهد نشان می دهد که تاب آوری معنوی با بهره گیری از باورها، دینداری و فعالیت های معنوی، نقش محافظتی و درمانی مؤثری در مقابله با بحران ها و بلایای طبیعی و همه گیری ها دارد. پرورش تاب آوری معنوی نه تنها به بازسازی فردی، بلکه به انسجام اجتماعی در شرایط دشوار نیز کمک می کند. این امر ضرورت توجه به ابعاد معنوی در خدمات سلامت روان، مراقبت های اجتماعی، و برنامه های مداخله ای در زمان بحران را پررنگ تر می سازد.

واژگان کلیدی: تاب آوری؛ معنویت؛ سلامتی؛ بحران.

مقدمه

بحران ها و بلایا، چه طبیعی و چه انسانی، همواره با پیامدهای روانی، اجتماعی و معنوی گسترده ای برای افراد و جوامع همراه هستند. در چنین شرایطی، بسیاری از انسان ها در پی منابعی درونی و بیرونی برای معنا، آرامش و سازگاری هستند. از منابع کلیدی و کمتر ملموس در دهه های اخیر و مورد توجه پژوهشگران حوزه سلامت روان و معنویت، تاب آوری معنوی است. مفهومی که به ظرفیت فرد برای حفظ امید، معنا و پیوند با امر متعالی در بستر رنج و بحران اشاره دارد.

تاب آوری معنوی، به عنوان یکی از ابعاد پیچیده و درعین حال حیاتی تاب آوری، به افراد کمک می کند تا با تکیه بر باورهای دینی، ارزش های معنوی و ارتباط با خداوند، بتوانند معنا و هدفی در دل بحران ها یافته، درد و رنج را تحمل کنند و مسیر بازسازی روانی و اجتماعی خود را هموار سازند. برخلاف منابع فیزیکی یا اجتماعی که ممکن است در شرایط بحرانی از دست بروند، منابع معنوی درونی اغلب پایدارتر هستند و می توانند نقش حفاظتی و حمایتی مؤثری را ایفا کنند (Ilievska & Ilievski, 2021).

در فرهنگ اسلامی که معنویت و توکل بر خداوند

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

بخش جدایی‌ناپذیر از سبک زندگی مؤمنانه است، تاب‌آوری معنوی نه تنها واکنشی فردی در برابر بحران‌ها، بلکه راهی برای رشد معنوی، اخلاقی و اجتماعی در دل ناملایمات تلقی می‌شود. بنابراین، بررسی ابعاد و سازوکارهای مؤثر در تاب‌آوری معنوی، به‌ویژه در بستر جوامع اسلامی، می‌تواند چشم‌اندازهای نوینی را در حوزه روان‌شناسی دین، سلامت روان و مداخلات معنوی در بحران‌ها فراهم آورد.

مرور ادبیات و مفاهیم نظری

تاب‌آوری معنوی مفهومی کم‌وبیش نوین در ادبیات روان‌شناسی معنویت است که به توانایی فرد در حفظ انسجام معنوی، امید و معنا در مواجهه با فشارهای زندگی اشاره دارد. این نوع تاب‌آوری به جای تمرکز صرف بر ویژگی‌های روانی یا اجتماعی، بر منابع درونی و معنوی فرد مانند ایمان، باورهای دینی، احساس پیوند با امر متعالی و پذیرش دشواری‌ها از منظر الهی تأکید دارد (Ilievska & Ilievski, 2021).

به عبارت دیگر، تاب‌آوری معنوی به توانایی بازسازی معنا و پیوند دوباره با منابع الهام‌بخش در موقعیت‌های بحرانی اطلاق می‌شود. این سازه، با مفاهیمی همچون «معنویت»، «دینداری»، «امید معنوی»، «معنایابی» و «اعتماد به خداوند» همپوشانی دارد؛ اما هویت مستقل خود را نیز حفظ کرده است. تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان سازوکاری دفاعی در نظر گرفته شود که افراد را برای پایداری در مواجهه با سختی‌ها و بهبود سلامت روان توانمند سازد. همچنین، وقتی از تاب‌آوری بحث می‌گردد، معنویت وجودی افراد نیز یکی از شاخصه‌های مهم شناخت تاب‌آوری است. همچنین، برخورداری از معنویت بالا، به‌عنوان برترین حامی تاب‌آوری است و می‌تواند فرد را در برابر مسائل و مشکلات پیش رو پیروز گرداند (Aliakbari, Baratali, & Saadatmand, 2022).

سازوکارهای تاب‌آوری معنوی

تاب‌آوری معنوی یک سازه ایستا یا صرفاً روان‌شناختی نیست، بلکه پدیده‌ای پویا و چندلایه است که از طریق تعامل مؤلفه‌های مختلف معنوی، روانی، و اجتماعی، در بسترهای فرهنگی و دینی خاص شکل می‌گیرد. برخی از مهم‌ترین سازوکارهای این نوع تاب‌آوری عبارت‌اند از:

۱. هوش معنوی

هوش معنوی، به‌عنوان ظرفیت ذهنی برای درک و تجربه ابعاد عمیق‌تر زندگی تعریف می‌شود و شامل توانایی‌هایی همچون معنایابی، تفکر کل‌نگر، خودآگاهی معنوی، و مواجهه با مسائل وجودی است. افراد دارای هوش معنوی بالا، در بحران‌ها می‌توانند رنج را در چهارچوبی گسترده‌تر معنا کرده، آن را به‌مثابه فرصت رشد تلقی کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هوش

معنوی با تاب‌آوری رابطه‌ای مثبت دارد و به افراد کمک می‌کند با مشکلات و ناامیدی‌های عمیق زندگی مقابله کرده، با تکیه بر توانمندی‌های درونی خود، بهتر با سختی‌ها سازگار شوند (Hosseini, Elias, Krauss, & Aishah, 2010; Khosravi & Nikmanesh, 2014).

۲. فرایندهای معنایابی

جست‌وجو برای معنا در تجربه‌های دردناک، از سازوکارهای کلیدی تاب‌آوری معنوی است. معنایابی نه تنها به درک منسجم‌تری از بحران کمک می‌کند، بلکه به ایجاد امید، حس هدفمندی و کاهش پریشانی روانی می‌انجامد. افراد با جهت‌گیری معنوی قوی، توانایی بیشتری در تفسیر وقایع دشوار در پرتو ارزش‌ها و باورهای دینی خود دارند (Matheson, Asokumar, & Anisman, 2020).

۳. ارتباط با امر متعالی

ارتباط آگاهانه، عاطفی و تعاملی با خداوند، ازجمله ویژگی‌های محوری تاب‌آوری معنوی است. این ارتباط می‌تواند در قالب نیایش، توکل، احساس همراهی الهی و درک حمایت غیبی تبلور یابد. چنین پیوندی به افراد احساس امنیت درونی، آرامش و اعتماد به آینده می‌دهد، به‌ویژه در شرایط عدم قطعیت و تهدید راهبردهای مقابله‌ای مثبت دینی که شامل روابط امن با خدا و حس ارتباط معنوی است، با سلامت روانی بهتر و انطباق بیشتر در طول زمان در ارتباط هستند (Krok, Zarzycka, & Telka, 2021; Park, Holt, Le, Chris-tie, & Williams, 2018).

۴. حمایت اجتماعی و آیین‌ها و مناسک مذهبی

شبکه‌های اجتماعی مذهبی، از قبیل اعضای خانواده، دوستان متدین، جامعه دینی و رهبران مذهبی، منابعی مؤثر را برای حمایت هیجانی، شناختی و عملی در شرایط بحران فراهم می‌کنند. این حمایت‌ها به افزایش حس تعلق، کاهش انزوا و افزایش تاب‌آوری کمک می‌کنند.

شرکت در آیین‌های عبادی (فردی و جمعی) همچون نماز، دعا، روزه، زیارت و دیگر مناسک دینی، سازوکاری دیگر برای بازیابی تعادل روانی و تقویت تاب‌آوری است. این اعمال نه تنها پیوندهای اجتماعی را تحکیم می‌بخشند، بلکه با فعال‌سازی معانی معنوی، به کاهش اضطراب، ارتقای امید و پذیرش واقعیت کمک می‌کنند (Milstein, 2019; Sen, Colucci, & Browne, 2022).

مؤلفه‌های تاب‌آوری معنوی

پژوهشگران مختلف، مؤلفه‌های متفاوتی را برای تاب‌آوری معنوی شناسایی کرده‌اند (Habibolahi, 2021). در یک جمع‌بندی کلی، می‌توان مؤلفه‌های زیر را به‌عنوان اجزای اصلی این سازه در نظر گرفت:

همه‌گیری کووید-۱۹ نیز شواهد قابل‌توجهی از تاب‌آوری معنوی در فرهنگ‌ها و جمعیت‌های مختلف را فراهم کرد. مطالعات نشان می‌دهند که دینداری و ایمان، منابع محافظتی مؤثری بودند که تاب‌آوری را در دوران همه‌گیری امکان‌پذیر ساختند و راهبردهای مقابله‌ای مثبت دینی نقشی چشمگیر را در توانایی افراد برای سازگاری ایفا کردند (Imran, Zhai, & Iqbal, 2022; Malindi & Hay, 2023). والدین گزارش دادند که معنویت و دینداری، هم برای خودشان و هم برای فرزندان‌شان، ابزار مقابله با قرنطینه و ترس از مرگ بوده است، حتی در شرایطی که اماکن مذهبی تعطیل بودند (Malindi & Hay, 2023). پژوهش‌های انجام‌شده در جوامع مسلمان اندونزی نشان می‌دهد که فعالیت‌هایی نظیر ایجاد فضای دینی، در خانه، تمرین تلاوت قرآن و

Studies, 7(2), 13-18.

- Imran, M. H., Zhai, Z., & Iqbal, M. (2022). The role of religious coping to overcome mental distress and anxiety during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 22(3), 817-835.

- Kc, A., Gan, C. C. R., & Dwirahmadi, F. (2019). Breaking through barriers and building disaster mental resilience: a case study in the aftermath of the 2015 Nepal earthquakes. *International journal of environmental research and public health*, 16(16), 2964.

- Khosravi, M., & Nikmanesh, Z. (2014). Relationship of spiritual intelligence with resilience and perceived stress. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(4), 52.

- Krok, D., Zarzycka, B., & Telka, E. (2021). The religious meaning system and resilience in spouse caregivers of cancer patients: A moderated mediation model of hope and affect. *Journal of religion and health*, 60(4), 2960-2976.

- Malindi, M. J., & Hay, J. (2023). A worldwide review of the impact of COVID-19 disruptions on learner development and resilience. *South African Journal of Education*, 43(1), S1-S12.

- Manda, C., & Magezi, V. (2016). The use of spiritual resources to cope with trauma in daily existence. *In die Skriflig*, 50(1), 1-10.

- Matheson, K., Asokumar, A., & Anisman, H. (2020). Resilience: safety in the aftermath of traumatic stressor experiences. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 14, 596919.

- Milstein, G. (2019). Disasters, psychological traumas, and religions: Resiliencies examined. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 11(6), 559.

- Park, C. L., Holt, C. L., Le, D., Christie, J., & Williams, B. R. (2018). Positive and negative religious coping styles as prospective predictors of well-being in African Americans. *Psychology of religion and spirituality*, 10(4), 318.

- Pourrazavi, S., & Azimi, S. (2025). Social determinants and mental health resilience after the pandemic: A biosocial perspective. *BioSocial Health journal*, 2(1), 8-11.

- Roman, N. V., Mthembu, T. G., & Hoosen, M. (2020). Spiritual care: 'A deeper immunity' - A response to Covid-19 pandemic. *African Journal of primary health care and family medicine*, 12(1), 1-3.

- Saleh, A. A., Marissangan, H., Abdullah, S., Hamid, H., & Jayanti, S. (2024). Religious practices and psychological resilience: Insights from South Sulawesi's muslim communities during the pandemi. *International Journal*, 5(10), 4804-4818.

- Sen, H. E., Colucci, L., & Browne, D. T. (2022). Keeping the faith: Religion, positive coping, and mental health of caregivers during COVID-19. *Frontiers in psychology*, 12, 805019.

تاب‌آوری معنوی در بحران‌ها، نه تنها به عنوان منبع مقابله‌ای قدرتمند، بلکه به مثابه فرایندی تحول‌زا در زندگی افراد معنا می‌یابد. در شرایطی که فشارهای روانی، رنج‌های وجودی، و احساس بی‌پناهی افزایش می‌یابند، ابعاد معنوی انسان - همچون جست‌وجوی معنا، ارتباط با امر متعالی، و تکیه بر ارزش‌های درونی - به عاملی حیاتی برای حفظ سلامت روان و بازسازی تعادل درونی تبدیل می‌شوند.

یافته‌ها و تحلیل‌های ارائه‌شده در این مقاله نشان می‌دهد که سازوکارهای تاب‌آوری معنوی - از جمله هوش معنوی، معنا‌یابی، ارتباط با امر مقدس، حمایت اجتماعی مبتنی بر ایمان، و آیین‌های مذهبی - به صورت هم‌افزا عمل کرده، قابلیت فرد را در مواجهه با بحران‌های زندگی افزایش می‌دهند. این عناصر نه تنها به کاهش پریشانی روان‌شناختی کمک می‌کنند، بلکه بستر رشد شخصی، امید، و بازسازی معنوی را فراهم می‌سازند.

بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که تقویت ابعاد معنوی زندگی افراد، به‌ویژه در حوزه‌های آموزش، سلامت، و خدمات روانی - اجتماعی، باید به عنوان رویکردی مکمل در مداخلات تاب‌آوری مورد توجه قرار گیرد. طراحی برنامه‌های آموزشی و حمایتی مبتنی بر ارتقای معنویت می‌تواند ظرفیت سازگاری افراد را در برابر بحران‌ها افزایش داده، آنان را به سوی زیستی سالم‌تر و معنادارتر هدایت کند.

منابع:

- Habibolahi, M. (2021). Factors and components of resilience from the perspective of Quran and hadiths. *Quarterly Scientific Journal of Applied Ethics Studies*, 17(43), 11-44.

- Hosseini, M., Elias, H., Krauss, S. E., & Aishah, S. (2010). A review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may contribute to individual differences in spiritual intelligence and the related theories. *Journal of social sciences*, 6(3), 429-438.

- Ilievska, A., & Ilievski, N. (2021). Spiritual Resilience and Transactional Analysis Model-Holistic Paradigm for Facing a Global Crisis. *European Journal of Interdisciplinary*

احکام پیشگیری از بارداری با جلوگیری از انعقاد نطفه

احمد مشکوری^۱

اکنون، حکم شرعی روش‌هایی که فقط مانع از انعقاد نطفه هستند، بررسی می‌شوند، و به دو روش آخر که نقش جلوگیری از لانه‌گزینی را هم دارند در شماره بعد می‌پردازیم.

حکم شرعی عزل

آیت‌الله مکارم شیرازی دام‌ظله

- حکم عزل چیست؟

- اشکال ندارد؛ ولی مکروه است، مگر در مواردی که ضرورتی باشد و رضایت زوجه شرط نیست، مگر در آمیزش واجب (مکارم شیرازی، تارنمای معظم له).

آیت‌الله خامنه‌ای دام‌ظله

- آیا عزل، حین آمیزش با همسر، بدون اجازه و رضایت وی جایز است؟

- عزل از سوی شوهر اشکال ندارد؛ اما برای زن جایز نیست بدون اجازه شوهر عزل کند.

- آیا جایز است زنی سالم که حاملگی برای او ضرری ندارد، از طریق عزل یا دستگاه دیافراگم یا خوردن دارو و یا بستن لوله‌های رحم از بارداری جلوگیری کند؟ و آیا جایز است شوهرش او را به استفاده از یکی از این راه‌ها، غیر از عزل، وادار نماید؟

- جلوگیری از بارداری فی‌نفسه به طریق عزل اشکال ندارد و همچنین استفاده از راه‌های دیگر هم اگر با غرض عقلایی صورت گیرد و ضرر قابل ملاحظه‌ای هم نداشته باشد و با اجازه شوهر بوده، مستلزم لمس و نظر حرام نباشد، اشکال ندارد؛ ولی شوهر حق ندارد همسر خود را به این کار وادار نماید (خامنه‌ای، تارنمای معظم له).

در شماره‌های پیشین درباره اهمیت فرزندآوری و ازدیاد نسل در اسلام صحبت کردیم و شواهد مختلفی برای تشویق به فرزندآوری در آیین اسلام ارائه شد. همچنین، در خصوص مجاز بودن پیشگیری از بارداری گفتیم که پیشگیری موقت از بارداری جایز است و پیشگیری دائم، یعنی همان عقیم‌سازی، به فتوای اغلب مراجع تقلید جایز نیست. در این شماره به بررسی حکم شرعی روش‌های جلوگیری از انعقاد نطفه می‌پردازیم. **واژگان کلیدی:** حکم شرعی؛ پیشگیری از بارداری؛ جلوگیری از انعقاد نطفه.

۱. روش تقویمی: خودداری از مقاربت در ایام تخمک‌گذاری.

۲. عزل: قطع مقاربت پیش از انزال.

۳. استفاده از کاندوم و دیافراگم و...: به صورت فیزیکی مانع از رسیدن اسپرم به تخمک و در نتیجه بارداری می‌شوند.

۴. استفاده از مواد اسپرم‌کش، مانند انواع ژل‌ها و...

۴. داروهای هورمونی مانع از تخمک‌گذاری، از قبیل انواع قرص و آمپول پیشگیری، چسب، حلقه، و ایمپلنت که مانع از تخمک‌گذاری و در نتیجه، جلوگیری از انعقاد نطفه و یا لانه‌گزینی می‌شوند.

۵. IUD: دو نوع مسی و هورمونی دارد و با از بین بردن اسپرم و جلوگیری از انعقاد نطفه یا منع لانه‌گزینی، از بارداری پیشگیری می‌کند.

هر زنی می‌تواند مانع از بارداری شود، به شرط آنکه استفاده از آن موجب ضرر و زیان جدی نگردد و قرار دادن آن مستلزم فعل حرام نباشد

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

منابع:

- <https://makaremshirazi.net/main.aspx?typeinfo=21&lid=0&catid=46932&mid=262404>
- <https://www.leader.ir/fa/book/11?sn=4551>
- <https://makaremshirazi.net/main.aspx?typeinfo=21&lid=0&catid=46932&mid=262405>
- <https://www.sistani.org/persian/book/53/239/>
- <https://www.sistani.org/persian/book/53/238/>

جلوگیری از بارداری به وسیله کاندوم

آیت الله مکارم شیرازی دامه

- کاندوم ... از وسایل جلوگیری از حاملگی است. استفاده از آن چگونه است؟ آیا رضایت همسر شرط است؟

- استفاده از آن جایز است و رضایت همسر شرط نیست، ولی بدون اجازه او کراهت دارد.

آیت الله سیستانی دامه

مسئله ۴۶۰ - مرد می تواند برای جلوگیری از بارداری همسرش از کاندوم ... استفاده کند، اما بنابر احتیاط واجب، باید رضایت او را به دست آورد (آیت الله سیستانی، تارنمای معظّم له).

حکم شرعی دیگر روش ها

مسئله ۴۱۲ - هر زنی می تواند مانع از بارداری شود، به شرط آنکه استفاده از آن، موجب ضرر و زیان جدی نگردد و قرار دادن آن، مستلزم فعل حرام نباشد (آیت الله سیستانی، تارنمای معظّم له).

با توجه به فتاوی ا ارائه شده درمی یابیم که جلوگیری از بارداری به هر روشی که مانع از انعقاد نطفه شود به خودی خود، یعنی از این روی که مانع از بارداری است، اشکال شرعی ندارد؛ البته هریک از روش ها ممکن است احکام خاص خود را هم داشته باشند که مربوط به بحث پیشگیری از بارداری نیست؛ مثل بحث لمس و نظرات خاص را ندارد.

جلوگیری از بارداری به هر روشی که مانع از انعقاد نطفه شود به خودی خود، یعنی از این روی که مانع از بارداری است، اشکال شرعی ندارد؛ البته هریک از روش ها ممکن است احکام خاص خود را هم داشته باشند که مربوط به بحث پیشگیری از بارداری نیست؛ مثل بحث لمس و نظرات خاص را ندارد.

حرام

اثرات دوسویه همدلی:

تأکید بر ضرورت رویکرد نظام‌مند در اخلاق پزشکی

حمید آسایش^۱

احمد مشکوری^۱

محسن رضایی آدریانی^۱

معرفی مورد

خانم م. پرستار بخش انکولوژی کودکان، با هشت سال سابقه کار، به‌عنوان پرستاری متعهد و اخلاق‌مدار شناخته می‌شود و ارزیابی‌ها از رضایت بیماران و خانواده‌ها از عملکرد ایشان حکایت دارد. در شش ماه اخیر، او علائم فرسودگی عاطفی شامل خستگی مزمن، کاهش همدلی، اختلال خواب و احساس گناه را نشان می‌دهد و بنابر گفته وی، مواجهه مکرر و طولانی‌مدت با درد و رنج بیماران، سبب کاهش توان و نیروی وی شده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که سازمان سلامت فاقد مکانیسم‌های حمایتی (مانند مشاوره روانشناختی، چرخش شغلی و کاهش مواجهه مداوم با موقعیت‌های استرس‌زا) است که نه‌تنها از بروز این وضعیت پیشگیری نکرده، بلکه با نادیده گرفتن سلامت روان کارکنان، به تداوم آن دامن زده است. عوامل سازمانی مانند کمبود نیرو، فشار کاری بالا و رویکرد نادرست به فرهنگ و ارزش والای «فداکاری» و در نظر گرفتن

چکیده:

همدلی، به‌عنوان یکی از ارکان بنیادین اخلاق مراقبت، در ارتقای کیفیت مراقبت‌های سلامت و پاسداشت کرامت انسانی گیرندگان خدمات سلامت، نقشی حیاتی دارد. با این حال، تجربه مکرر همدلی در شرایط فشار روانی و ساختارهای حمایتی ناکارآمد، می‌تواند به بروز پدیده‌هایی، همچون فرسودگی هیجانی و آسیب استرس شفقت بینجامد. این مقاله با تحلیل موردی یک پرستار با سابقه در بخش انکولوژی کودکان، به بررسی چالش‌های روانی ناشی از همدلی مزمن در محیطی فاقد از حمایت سازمانی می‌پردازد. نویسندگان با تلفیق دیدگاه‌های اخلاق مراقبتی و نظریه‌های نوین علوم اعصاب، به تبیین ضرورت مداخله ساختاری در نظام سلامت برای حمایت از کارکنان و ارتقای کیفیت اخلاق حرفه‌ای می‌پردازند. در پایان، با نقد رویکردهای فردمحور در اخلاق پزشکی، بر لزوم گذار به رویکرد نظام‌مند و همه‌جانبه در تحلیل و حل مسائل اخلاقی تأکید شده است.

واژگان کلیدی: همدلی؛ فرسودگی؛ استرس شفقت؛ اخلاق پزشکی.

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

همدلی، اگرچه سنگ بنای مراقبت باکیفیت و اخلاق‌مدار است، در غیاب حمایت‌های سازمانی می‌تواند به عاملی آسیب‌زا تبدیل شود

دیگران، یاری‌رسانی از سر محبت و نرمی قلب در برابر خلق خدا تأکید کرده‌اند. پیامبر اسلام ﷺ به‌عنوان «رحمة للعالمین» الگویی زنده از همدلی در رفتار با بیماران، محرومان و حتی خیراندیشی برای دشمنان بود. در منابع اسلامی، همدلی بخشی از تحقق عدالت، کرامت انسانی و تحسن خلق دانسته می‌شود و مؤمن واقعی کسی است که آنچه را برای خود می‌پسندد، برای دیگران نیز بخواهد («لَا يُؤْمِنُ أَحَدُكُمْ حَتَّى يُحِبَّ لِأَخِيهِ مَا يُحِبُّ لِنَفْسِهِ»). ازاین‌رو، همدلی در اخلاق اسلامی صرفاً یک حس درونی نیست، بلکه پیوندی ناگسستنی با مسئولیت اخلاقی و اجتماعی دارد و شرط لازم برای رفتارهای اخلاقی در عرصه‌هایی همچون پزشکی، قضاوت و مدیریت اجتماعی محسوب می‌شود (مطهری. ۱۳۸۴؛ آملی. ۱۳۹۱).

■ همدلی، به‌عنوان یکی از ارکان اخلاق پزشکی، هم برای بیماران و هم برای کارکنان نظام سلامت پیامدهای مثبت دارد. از منظر بیماران، همدلی حرفه‌ای سبب افزایش اعتماد، کاهش اضطراب و بهبود همکاری در روند درمان می‌شود که این موارد به‌طور مستقیم بر کیفیت مراقبت و نتایج بالینی اثر می‌گذارند. برای کارکنان سلامت، رفتار همدلانه نه‌تنها احساس رضایت شغلی و معنویت را تقویت می‌کند، بلکه از فرسودگی شغلی نیز پیشگیری می‌نماید (Nembhard IM. 2023; Moudatsou M. 2020).

■ همدلی انسانی، با وجود نقش حیاتی‌اش در روابط اجتماعی و کمک‌رسانی، اگر با رویکرد صحیح به کار برده نشود، می‌تواند همچون شمشیری دو لبه عمل کند. بر اساس یافته‌های مطالعات علوم اعصاب، روان‌شناسی و مطالعات نظامی، نظریه‌ای یک‌پارچه به نام آسیب استرس شفقت (Com-passion Stress Injury) ارائه شده است. بر این اساس، مغز انسان هنگام مواجهه با درد و رنج دیگران، به‌صورت خودکار و ناخودآگاه، همان نواحی عصبی‌ای را فعال می‌کند که در تجربه مستقیم درد درگیر هستند. این فرایند همدلی عصبی اگر بی‌درپی و بدون تنظیم

محدودیت‌های انسانی فردی، رفتار اخلاقی و حرفه‌ای پرستار را تحت الشعاع قرار داده است. این وضعیت پرسش‌هایی جدی را درباره مسئولیت نهادهای درمانی در حفظ توأمان حقوق بیماران و حقوق ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت مطرح می‌کند.

بحث مورد

■ در اخلاق مراقبت (care ethics) همدلی تنها یک حس شخصی نیست، بلکه سنگ بنای ارتباط انسانی و مسئولیت اخلاقی نسبت به دیگری است. همدلی در این زمینه، توانایی درک احساسات، رنج‌ها و دیدگاه دیگران است؛ اما نه صرفاً برای «فهم»، بلکه برای «پاسخ اخلاقی» مبتنی بر مراقبت. به‌همین دلیل، همدلی در مراقبت‌های سلامت، عنصری حیاتی تلقی می‌شود (van Dijke J. 2019).

■ همدلی، به‌عنوان سنگ بنای ارتباط مؤثر در حرفه‌های سلامت، نه‌تنها کیفیت مراقبت از بیمار را ارتقا می‌دهد، بلکه بازتابی از تعهد اخلاقی و حرفه‌ای است. زمانی که پزشک، پرستار یا هر ارائه‌دهنده خدمات سلامت، خود را به جای بیمار قرار می‌دهد و در راستای درک احساسات، ترس‌ها و نیازهای او تلاش می‌کند، فضایی از اعتماد و امنیت ایجاد می‌شود که برای تصمیم‌گیری‌های بالینی مبتنی بر احترام به اختیار بیمار بسیار ضروری است. از منظر اخلاق پزشکی، همدلی تنها یک مهارت ارتباطی نیست، بلکه تجلی عینی اصولی، همچون سودرسانی و عدم آسیب است؛ چراکه سعی در درک احساسات و نیازهای بیمار، نخستین گام برای تحقق کرامت انسانی در نظام سلامت است (Cadet F, Sainfort F. 2023; Rawlings D, Devery) (K, Poole N. 2019).

■ در اخلاق اسلامی، همدلی (تعاطف یا رأفت قلبی) نه‌تنها فضیلتی فردی، بلکه رکن بنیادین روابط انسانی و اجتماعی شمرده می‌شود. آموزه‌های قرآنی و روایات نبوی به‌روشنی بر اهمیت درک درد و رنج

را در برنامه‌های سلامت شغلی، بهداشت روان و آموزش اخلاق حرفه‌ای لحاظ کنند (Russell M, Brickell M. 2015; Cadet F, Sainfort F. 2023).

■ در برخی از متون اخلاق پزشکی، رویکردی انتزاعی و فردمحور به چشم می‌خورد که با نادیده گرفتن واقعیت‌های ساختاری، فرهنگی و سازمانی حاکم بر میدان عمل، توصیه‌هایی آرمان‌گرایانه ارائه می‌دهد. این نگاه که می‌توان آن را نوعی برج عاج‌نشینی اخلاقی (ivory tower) نامید، به‌گونه‌ای اخلاق را صورت‌بندی می‌کند که گویا تصمیم‌گیرندگان بالینی، در خلأیی از تعارضات نهادی، محدودیت منابع و فشارهای شغلی عمل می‌کنند. در چنین رویکردی، همدلی صرفاً به‌عنوان فضیلتی فردی مورد تحسین قرار می‌گیرد، بی‌آنکه به این پرسش پرداخته شود که چه شرایطی آن را ممکن یا ناممکن می‌سازد. این نوع نگاه، نه تنها به فرسایش روانی و فرسودگی اخلاقی کارکنان دامن می‌زند، بلکه اخلاق پزشکی را از توان مداخله مؤثر در سیاست‌گذاری‌ها و ساختارهای مراقبتی محروم می‌کند (Wang R, Zhang X, Zhu L. 2025).

■ در مقابل، رویکرد نظام‌مند و همه‌جانبه به اخلاق پزشکی، با درک پویایی‌های قدرت، نهاد و سیاست، می‌کوشد اخلاق را در بستر واقعی و چندلایه آن تحلیل کند. از این منظر، رفتار اخلاقی و حرفه‌ای تنها زمانی پایداری و اثرگذاری خواهد داشت که زمینه‌ها و ساختارهای لازم برای بروز و تداوم آن فراهم شده باشند؛ زمینه‌هایی همچون حمایت روانی سازمانی، سیاست‌های عادلانه کاری، آموزش مستمر و فرهنگ سازمانی مراقبت‌محور. تحقق اهداف اخلاق مراقبتی - از جمله همدلی، پاسخ‌گویی، احترام و عدالت - مستلزم آن است که اخلاق به حوزه سیاست‌گذاری کلان وارد شود و از سطح توصیه‌های تجویزی فردی به سطح طراحی محیط اخلاقی حرکت کند. بدون چنین گذار مفهومی و عملی، اخلاق پزشکی به جای یک کنشگر تحول‌ساز، در نقش ناظر بی‌اثر باقی خواهد ماند (لاریجانی و همکاران. ۱۳۹۵).

شناختی کافی رخ دهد، می‌تواند سبب بروز مشکلاتی همچون خستگی شفقت، فرسودگی روانی، و حتی تجربه استرس ثانویه‌ی پس از سانحه شود؛ حتی اگر فرد به‌طور مستقیم در معرض آسیب قرار نگرفته باشد (Russell M, Brickell M. 2015; Cheung-Blun-) (dena V. 2019; Cadet F, Sainfort F. 2023).

■ بر اساس نظریه آسیب استرس شفقت، پیشنهاد می‌شود برای محافظت از افرادی که در مشاغل کمک‌رسان مانند پرستاری، روان‌درمانی یا امدادگری فعالیت می‌کنند، بر تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی، توانایی تفکیک «خود» از «دیگری»، و مراقبه ذهن‌آگاهانه تمرکز کرد. نظریه آسیب استرس شفقت، با نگاه غیرقضاوت‌گرایانه و مبتنی بر شواهد علمی، به ما کمک می‌کند تا درک کنیم چرا برخی افراد به‌رغم نیت‌های خیرخواهانه، دچار فرسودگی و مشکلات سلامت روان می‌شوند. این چهارچوب مفهومی، بستری را فراهم می‌آورد تا آسیب‌های ناشی از همدلی را به‌عنوان واکنشی طبیعی و قابل مدیریت در نظر بگیریم، نه اینکه نشانه‌ای از ضعف فردی یا ناتوانی حرفه‌ای تلقی کنیم (Russell M, Brickell M. 2015; Cadet F, Sainfort F. 2023).

■ با در نظر گرفتن اهمیت همدلی در ارتقای کیفیت مراقبت و تحقق اصول اخلاق پزشکی، سازمان‌های سلامت و نهادهای متولی اخلاق پزشکی باید ضمن تقویت ظرفیت همدلانه کارکنان، از آن‌ها در برابر آسیب‌های روانی ناشی از همدلی بیش از حد محافظت کنند. این امر مستلزم طراحی و اجرای برنامه‌هایی منسجم، شامل آموزش‌های مستمر درباره تنظیم هیجانات، توسعه مهارت‌های خودآگاهی، مرزگذاری حرفه‌ای، و مراقبه ذهن‌آگاهانه است. همچنین، ایجاد محیط‌های کاری حمایتگر، فراهم کردن خدمات روان‌شناختی برای کارکنان و نهادینه‌سازی گفت‌وگوی اخلاقی و گروه‌های بازتاب حرفه‌ای (Re-flective Practice Groups) می‌تواند به تاب‌آوری روانی و حفظ تعادل هیجانی در میان کارکنان کمک کند. همچنین، سیاست‌گذاران باید آسیب استرس شفقت را به‌عنوان واقعیتی بالینی به رسمیت شناخته، آن

عبور از نگاه سنتی فردمحور در اخلاق پزشکی به سوی رویکردی سیستمیک ضرورتی است که در آن مسئولیت‌پذیری سازمان‌های درمانی و سیاست‌گذاران سلامت به اندازه تعهدات اخلاقی تک‌تک کارکنان اهمیت دارد

مقایسه رویکرد سیستمیک و برج عاج نشینی در اخلاق پزشکی	
برج عاج نشینی	رویکرد سیستمیک
توصیه محور و کلی	زمینه محور و بسترگرا
تمرکز بر فاعل اخلاقی	تمرکز بر تعامل ساختار و فاعل
غفلت از ساختار قدرت	تحلیل قدرت، سیاست و منابع
راهکارهای انتزاعی	راهکارهای عملیاتی و قابل پیاده سازی
ناتوانی در پیشگیری از فرسودگی	تمرکز بر اصلاح سازمان برای پیشگیری

نتیجه

بررسی چالش‌های روانی و اخلاقی ناشی از همدلی مزمن، نشان می‌دهد که اگرچه همدلی سنگ بنای مراقبت با کیفیت و اخلاق‌مدار است، اما در غیاب حمایت‌های سازمانی، می‌تواند به عاملی آسیب‌زا تبدیل شود. باید توجه داشت که فرسودگی هیجانی صرفاً مسئله‌ای فردی نیست، بلکه می‌تواند پیامد ساختارهای ناکارآمد، سیاست‌گذاری‌های نامناسب، و فرهنگ‌های شغلی ناسالم باشد؛ بنابراین عبور از نگاه سنتی فردمحور در اخلاق پزشکی به سوی رویکردی نظام‌مند ضرورتی است که در آن مسئولیت‌پذیری نهادهای درمانی و سیاست‌گذاران سلامت به اندازه تعهدات اخلاقی تک‌تک کارکنان اهمیت دارد. راهکارهای پیشنهادی، از جمله تقویت برنامه‌های حمایت روانی، اصلاح الگوهای کاری، و ترویج گفت‌وگوی اخلاقی در سازمان‌ها، نه تنها از فرسودگی شغلی پیشگیری می‌کنند، بلکه زمینه را برای تحقق مراقبت عادلانه و انسانی فراهم می‌سازند. در نهایت، این مقاله یادآور می‌شود که حفظ سلامت روانی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، شرط لازم برای تحقق اصول و قواعد اخلاقی در نظام سلامت و تضمین کیفیت خدمات درمانی است.

منابع:

as a double-edged sword in the physician-patient relationship. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. 2023 Mar 22;17(1):115-31.

- Rawlings D, Devery K, Poole N. Improving quality in hospital end-of-life care: honest communication, compassion and empathy. BMJ open quality. 2019 May 31;8(2).

- مطهری، مرتضی (۱۳۸۴). تعلیم و تربیت در اسلام. چاپ چهاردهم. تهران: صدرا.

- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۹۱). اخلاق در قرآن. جلد دوم. قم: نشر اسراء.

- Nembhard IM, David G, Ezzeddine I, Betts D, Radin J. A systematic review of research on empathy in health care. Health services research. 2023 Apr;58(2):250-63.

- Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The role of empathy in health and social care professionals. InHealthcare 2020 Jan 30 (Vol. 8, No. 1, p. 26). MDPI.

- Russell M, Brickell M. The "double-edge sword" of human empathy: A unifying neurobehavioral theory of compassion stress injury. Social Sciences. 2015 Nov 20;4(4):1087-117.

- Cheung-Blunden V, Yoke Moke M, Ramanan P. Empathy: a double edged sword. Kultura i Edukacja. 2014 Oct 31(5 (105):193-210.

- Cadet F, Sainfort F. Service quality in health care: empathy as a double-edged sword in the physician-patient relationship. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. 2023 Mar 22;17(1):115-31.

- Wang R, Zhang X, Zhu L, Teng H, Zhang D, Qiu B. The double-edged sword effect of empathic concern on mental health and behavioral outcomes: The mediating role of excessive adaptation. Behavioral Sciences. 2025 Apr 3;15(4):463.

- لاریجانی و همکاران (۱۳۹۵). پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد دوم. نشر برای فردا. ص ۳۴۷-۳۶۵.

- van Dijke J, van Nistelrooij I, Bos P, Duyndam J. Care ethics: An ethics of empathy?. Nursing ethics. 2019 Aug;26(5):1282-91.

- Cadet F, Sainfort F. Service quality in health care: empathy

تحولات صنعت داروسازی در دوره قاجار: از عطارخانه‌های سنتی تا داروخانه‌های مدرن

فاطمه بلوچیان^۱نرگس تاجیک^۲

چکیده

صنعت داروسازی در دوره قاجار با تغییراتی اساسی در ساختار و عملکرد داروخانه‌ها همراه بود که موجب گذار از عطاری‌های سنتی به داروخانه‌های نوین شد. این پژوهش با طرح این پرسش اصلی که تحول داروسازی در دوره قاجار چگونه و تحت تأثیر چه عواملی از عطاری‌های سنتی به ساختار نوین داروخانه‌ها تغییر یافت؟ به بررسی فرایندهای آموزشی، سیاسی و فرهنگی این دگرگونی می‌پردازد. دوره قاجار، شاهد تأسیس مدارس پزشکی و داروسازی به سبک غربی، تأثیرپذیری از پیشرفت‌های علمی اروپا، و نهضت ترجمه آثار علمی بود. دولت با جذب پزشکان و داروسازان خارجی، تأسیس دارالفنون و تصویب قوانین جدید برای نظارت بر داروخانه‌ها، نقشی فعال را در این تحولات ایفا کرد. این فرایند، موجب رشد آگاهی عمومی، کاهش خرافات و گسترش مصرف داروهای شیمیایی در جامعه شد.

واژگان کلیدی: داروسازی؛ دوره قاجار؛ داروخانه‌های مدرن؛ دارالفنون؛ طب نوین؛ آموزش داروسازی؛ پزشکی اسلامی.

مقدمه

تاریخ پزشکی در ایران سابقه‌ای طولانی دارد و تهیه و فروش دارو همواره جزئی تفکیک‌ناپذیر از آن بوده است. پیش از دوره مدرن، داروها از سوی طبیبان و حکیمان تجویز و عرضه می‌شد، اما به تدریج عطارخانه‌ها یا عطاری‌ها با نقش تجاری در فروش دارو پدید آمدند. در دوره قاجار، تحولی اساسی در ساختار و عملکرد

داروخانه‌ها به وقوع پیوست که با گسترش آموزش داروسازی و ورود مفاهیم علمی جدید همراه شد. طب ایران در آن زمان، پیش از تأسیس دارالفنون، همچنان بر پایه نظریه اخلاط و طب سنتی جالینوسی استوار بود و فاقد ساختار رسمی آموزشی برای داروسازی بود. با توجه به این زمینه تاریخی، این پژوهش با طرح یک پرسش اصلی به بررسی آن می‌پردازد: «فرایند گذار از عطاری‌های سنتی به داروخانه‌های مدرن در دوره قاجار چگونه شکل گرفت و چه عواملی در شکل‌گیری آن نقش داشتند؟»

در این راستا، نقش نهادهایی مانند دارالفنون، نهضت ترجمه آثار علمی، و حضور پزشکان و داروسازان اروپایی در ایران بررسی خواهد شد. همچنین، تحولات ساختاری در نظام آموزش داروسازی و قوانین مرتبط با نظارت بر داروخانه‌ها تحلیل می‌شود. برای پاسخ به پرسش یادشده، از منابع تاریخی دوره قاجار و تحلیل ساختارهای آموزشی و پزشکی آن زمان بهره گرفته شده است. (Hashemian, 2004)

یافته‌ها و بحث

پیشرفت پزشکی و دارویی غرب و تأثیرپذیری ایرانیان

طب اسلامی، از سویی از پزشکی تمدن‌های قدیم بهره برده و از سوی دیگر، به شکوفایی پزشکی نوین اروپایی کمک کرده است (Kessaraei, 2000). در قرون وسطی، کلیسای مسیحی قدرت واقعی امور،

۱. گروه تاریخ علوم پزشکی، دانشکده سلامت و دین دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۲. گروه تاریخ پزشکی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
313tajik@gmail.com

محدود بود. (Ghasemi Pouya, 1998) میسیون‌های فرانسوی و آلمانی، مدارسی جدید را در برخی شهرها تأسیس کردند که آموزش‌های مدرن، ازجمله پزشکی غربی را ارائه می‌کردند. (Roshanizafaranloo, 1975; Hashemian, 2004) تأسیس دارالفنون در سال ۱۲۶۴ قمری (۱۸۴۹ م) نقطه عطفی در آموزش مدرن ایران بود که با حمایت امیرکبیر و دیگر دولتمردان ادامه یافت. (Fourier, 2001) این مدرسه با بهره‌گیری از اساتید اروپایی و رشته‌های متنوع، پایه‌های طب و داروسازی نوین را بنیان نهاد و تغییرات اساسی را در نظام آموزشی پزشکی ایران ایجاد کرد. (Fourier, 2001; Sarmadi, n.d.)

معلمان داروسازی دارالفنون

پیش از تأسیس دارالفنون، داروسازی به صورت علمی آموزش داده نمی‌شد. دارالفنون با استخدام معلمان داروسازی اروپایی و تجهیز آزمایشگاه‌ها، آموزش این رشته را آغاز کرد. دکتر فوکتی و میرزا رضای کاشانی، از نخستین معلمان این رشته بودند که پس از اعزام به اروپا وسایل آزمایشگاهی را به ایران آوردند (Aubin, 2004; Hashemian, 1987; Najmi, 1983). میرزا کاظم محلاتی، دکتر روکبرون، دکتر مولیون و دکتر لوکونت از دیگر معلمان برجسته داروسازی بودند که نقشی مهم را در توسعه این علم ایفا کردند (Sarmadi, n.d.; Nabipour, 2007; Adamiyat, 1969; Shahri, 1992).

تحول داروسازی

داروسازی و پزشکی در ایران همواره درهم تنیده بودند و داروسازان اولیه افزون بر ساخت دارو، طبابت نیز می‌کردند. داروخانه‌ها در بیمارستان‌ها و به صورت مستقل وجود داشتند که عطاران، خازنان، شربتیان و مرکبان در آن فعالیت می‌کردند (Sezgin, 2001). عطاری‌های دوره قاجار که ابتدا عطر و بخور می‌فروختند، به تدریج به داروخانه‌هایی مجهز به قفسه‌های متعدد و داروهای گیاهی، معدنی و خوراکی تبدیل شدند (Shahri, 1978; Barjesteh et al., n.d.). در این دوره هنوز خرافات در برخی خدمات پزشکی رایج بود، اما با تأثیرپذیری از پزشکی غربی، اصلاحات تدریجی در زمینه‌های پزشکی و داروسازی آغاز شد (Adamiyat, 1969).

داروخانه‌های تأسیس شده در عصر قاجار

در سال‌های پایانی دوره قاجار و هم‌زمان با آغاز نوسازی ساختارهای علمی و بهداشتی ایران، وزارت معارف با تدوین و انتشار «نظام‌نامه دوافروشی»، گامی مهم را در راستای سامان‌دهی فعالیت داروخانه‌ها و داروسازان

ازجمله پزشکی را در اختیار داشت؛ به گونه‌ای که در سده‌های هشتم تا دهم میلادی بیشتر پزشکان یا راهب و یا وابسته به کلیسا بودند (Sheikh Noori, 2011). پس از رنسانس و اصلاحات قرون پانزدهم و شانزدهم میلادی، دانشمندان اروپایی به پیشرفت‌های مهمی در علم تشریح و درک بهتر عملکرد بدن انسان دست یافتند. کشف میکروارگانیسم‌ها از سوی آنتونی ون لون هوک، راه را برای روش‌های نوین مراقبت از بیماری‌ها هموار کرد (Hashemian, 2004). در زمینه دارویی نیز تحولاتی چشمگیر رخ داد و داروهای جدیدی کشف شد که روند درمان بیماری‌ها را تسریع می‌کردند. ایران در دوره قاجار از لحاظ طب از هم‌روزگاران خود عقب بود و هنوز طب سنتی رواج داشت. این دوره، با تلاش‌های نوگرایان قاجار و آگاهی از پیشرفت‌های علوم و فنون اروپا رو به تغییر نهاد (Green, 1990). اندیشمندان و دولتمردانی، همچون عباس میرزا، قائم مقام فراهانی و امیرکبیر در راستای اصلاحات گام برداشتند. شاهان قاجار نیز با استخدام پزشکان و داروسازان خارجی و حمایت از طب نوین، از این روند پشتیبانی کردند (Du-rand-Savigny, 1999).

نهضت ترجمه و نشر آثار پزشکی و داروسازی در عصر قاجار

ترجمه کتاب‌های اروپایی به فارسی از دوران ولیعهدی عباس میرزا آغاز شد و پس از آن، دولت با ایجاد نهادها و مؤسسات، روند ترجمه را تسریع بخشید. در این عصر، ترجمه به شیوه‌ای غیرمذهبی و با هدف تحول و آگاهی بخشی صورت گرفت. انتشار آثار ترجمه شده موجب تغییر نگرش اجتماعی به طب نوین شد و زمینه‌سازی ریزی طب اروپایی در ایران بود. امیرکبیر با تأسیس دارالفنون و دستگاه مترجمان دولتی، نقشی مهم در رونق ترجمه و نشر کتاب‌های پزشکی داشت (Durand-Savigny, 1999; Aubin, 1983).

تأسیس مدارس

شیوه آموزش در آغاز دوره قاجار، سنتی و مبتنی بر مکاتب دینی بود. (Ringer, 2002) شاگردان در مکتب‌خانه‌ها قرآن و تاریخ افسانه‌ای ایران را می‌آموختند و آموزش

تأسیس دارالفنون، نقطه عطفی در آموزش علمی طب و داروسازی در ایران به شمار می‌رفت



کشور برداشت. این نظام‌نامه نه تنها سعی در تنظیم حدود وظایف، مسئولیت‌ها و حقوق دوا فروشان داشت، بلکه بیانگر تلاشی اولیه برای نهادینه‌سازی بهداشت عمومی و کنترل استانداردهای دارویی در کشور بود.

مطابق این نظام‌نامه، هر فردی که قصد تأسیس داروخانه را داشت، ملزم به ارائه گواهی‌نامه معتبر دوا سازی داخلی یا خارجی بود و تنها با تأیید رسمی وزارت معارف می‌توانست به فعالیت دارویی بپردازد. سن دوا ساز می‌بایست بالای ۲۱ سال بود و مسئولیت کامل تمامی امور داروخانه را بر عهده می‌گرفت. همچنین تمامی دارو هایی که در داروخانه به فروش می‌رسیدند، باید دارای برچسب مشخص (اتیکت) بوده، مطابق با استانداردهای فارماکوپه فرانسه (Codex Français) تهیه و عرضه می‌شدند. رعایت بهداشت کامل در تجهیزات داروخانه، از جمله شیشه‌ها، ترازوها و هاو ن‌ها نیز از موارد تأکید شده در این نظام‌نامه بود (Rustaei, 2003, pp. 214-216).

از سوی دیگر، فروش دارو های سمی تنها با نسخه رسمی و با تأیید مقام‌های نظمی یا شورای حفظ‌الصحه ممکن بود و نگهداری آن‌ها در قفسه‌های قفل‌شده با هشدار مشخص الزامی گردید. در صورت بروز هرگونه اشتباه در نسخه‌پیچی یا مسمومیت ناشی از دارو، دوا ساز موظف به پاسخ‌گویی در برابر هیئت حاکمه بود. همچنین، تأکید شد که دوا فروشان حق طبابت نداشته باشند و پزشکان نیز مجاز به فروش دارو نباشند.

از دیگر بندهای مهم این نظام‌نامه، تفتیش ادواری داروخانه‌ها به وسیله بازرسان وزارت معارف، محدود سازی فعالیت عطاران به فروش فقط ۲۴ قلم دارو ی کم‌خطر، و جلوگیری از فعالیت تجار دارو یی بدون سابقه کار عملی بود.

در کنار تلاش‌های قانونی برای نظم‌بخشی به بازار دارو، نخستین داروخانه‌های مدرن نیز در تهران تأسیس شدند. داروخانه شورین، به‌عنوان نخستین داروخانه فروشنده دارو های فرنگی، ابتدا فقط محل مراجعه اروپاییان و دیپلمات‌ها بود و به دلیل تعصب و نگاه طنزآمیز بخشی از مردم، با دشواری‌های فراوانی روبه‌رو شد؛ اما با گذشت زمان و آشنایی بیشتر مردم با دارو های جدید، این داروخانه به یکی از معروف‌ترین مؤسسات دارو یی تبدیل گردید. پس از آن، داروخانه‌های دیگری نیز از سوی دارو سازان تحصیل‌کرده خارجی مانند دکتر پاپازیان، گارنیک و پطروسیان در تهران افتتاح شد و دارو سازان فرنگی در میان مردم اعتبار و محبوبیت زیادی یافتند (Rustaei, 2003, pp. 214-216).

در همین حال، اتحادیه اطباء دیپلمه با صدور بیانیه‌ای، نگرانی خود را از وضعیت نابه‌سامان بهداشت عمومی و بی‌توجهی به اصول حفظ‌الصحه در جامعه ابراز کرده، خواستار نظارت بیشتر و اجرای دقیق‌تر قوانین طبابت و دوا فروشی شدند.

نظام‌نامه دوا فروشی، نمودی از نخستین تلاش‌های رسمی برای کنترل علمی بازار دارو، تضمین سلامت عمومی، و تخصصی‌سازی حرفه دارو سازی در ایران بود. این نظام‌نامه، نه تنها بُعد قانونی داشت، بلکه نشان‌دهنده گذار جامعه ایرانی از طب سنتی به نظام نوین سلامت و پزشکی نیز بود.

با شکل‌گیری داروخانه‌های مدرن و پذیرش عمومی آن‌ها، دولت قوانین و نظام‌نامه‌هایی را برای کاهش تخلفات وضع کرد. بر اساس نظام‌نامه دوا فروشی سال ۱۳۳۷ قمری (۱۹۱۸ م) صاحبان داروخانه باید دارای تصدیق دارو سازی می‌بودند. دارو سازان افزون بر ساخت دارو، به اکتشافات جدید نیز پرداختند؛ از جمله میرزا حسین دکتر که دارو یی برای درمان کچلی و زردخیم تولید کرد (Iran Now Newspaper, 1327 AH). تبلیغات دارو یی در روزنامه‌های آن زمان رایج بود و داروخانه‌های نظامی دارو های ارزان‌قیمتی را عرضه می‌کردند (Star of Iran Newspaper, 1342 AH; Shafaq Surkh Newspaper, 1342 AH).

نتیجه‌گیری:

این پژوهش نشان داد که پزشکی و دارو سازی در دوره قاجار با وجود رکود علمی و تأثیرات منفی سیاسی و فرهنگی، توانستند با تلاش‌های اصلاح‌طلبانه و بهره‌گیری از پیشرفت‌های غربی، مسیر تحول و نو سازی را آغاز کنند. نهضت ترجمه آثار پزشکی اروپایی، تأسیس مدارس نوین و دارالفنون، استخدام اساتید اروپایی و توسعه دارو سازی مدرن از عوامل مهم این تحول بودند. بدین ترتیب، طب سنتی به تدریج جای خود را به طب نوین داد و دارو های شیمیایی جایگزین دارو های گیاهی شدند. این روند موجب ارتقای سطح سلامت جامعه و مقابله با بیماری‌های واگیر شد و پایه‌های طب نوین در ایران استوار گردید.

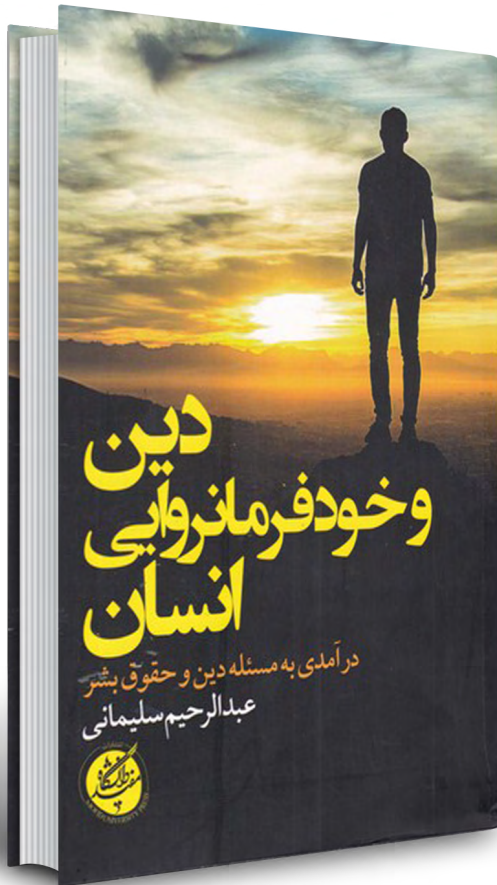
پزشکان و دارو سازان اروپایی با ورود به ایران، آموزش دارو سازی نوین را آغاز و تجهیزات آزمایشگاهی را وارد کشور کردند

- Nabipour, I. (2007). *An introduction to the history of medicine in the Persian Gulf*. Tehran: Bushehr University of Medical Sciences and Tehran University of Medical Sciences.
- Najmi, N. (1987). *Ancient Iran and old Tehran*. Tehran: Janzadeh Publishing.
- Ringer, M.E. (2002). *Education, religion, and cultural reform discourse in Qajar Iran*. Translated by M. Haghighatkah. Tehran: Ghoonous Publications.
- Rustaei, M. (2003). *History of Medicine and Medical Practice in Iran: From the Qajar Era to the End of Reza Shah's Period, Based on Documents: Biographies of Renowned and Unknown Iranian Physicians (Vol. 2)*. Tehran: National Library and Archives of the Islamic Republic of Iran
- Roshanizafaranloo, K. (1975). *Amir Kabir and Dar al-Funun*. Tehran: University of Tehran Press.
- Sarmadi, G.A. (n.d.). *Sending students abroad during the Qajar era*. pp. 414-415.
- Sezgin, F. (2001). *History of Arabic writings*. Translated by K. Jahandari. Tehran: Farhastegan Publishing Institute. Vol. 3, p. 417.
- Shafaq Surkh Newspaper. (1342 AH). *12 Ramadan*, no. 232, p. 4.
- Shahri, J. (1978). *A glimpse into the social history of old Tehran*. Tehran: Amir Kabir Publishing.
- Shahri, J. (1992). *Old Tehran*. Tehran: Moein Publishing.
- Sheikh Noori, M.A. (2011). *Rise and fall of reforms during Amir Kabir's era*. Tehran: Institute for Research in Islamic Culture and Thought.
- Star of Iran Newspaper. (1342 AH). *3 Shawwal*, no. 18, p. 1.

منابع:

- Adamiyat, F. (1969). *Amir Kabir and Iran*. Tehran: Khwarizmi.
- Aubin, O. (1983). *Iran Today*. Translated by A.S. Saidi. Tehran: Zawar Publishing.
- Barjesteh, S., et al. (n.d.). *Health, hygiene, and beauty in the Qajar era*. Translated by M. Khatiri. Tehran: Amir Kabir Publications.
- Durand-Savigny, J. (1999). *Memoirs of a journey to Iran*. Translated by M. Tavakoli. Tehran: Ni Publishing.
- Fourier, J. (2001). *Three years in the Iranian court (Memoirs of Dr. Fourier)*. Translated by I. Ashtiani. Tehran: Ilm Publishing.
- Ghasemi Pouya, E. (1998). *New schools in the Qajar period*. Tehran: University Press Center.
- Government Newspaper of Iran. (1279 AH). *Friday 29 Shā ban*, no. 538, p. 52.
- Green, S.B. (1990). *Iran and Iranians*. Translated by M.H. Kord-Bacheh. Tehran: Javidan Publications.
- Hashemian, A. (2000). *The history of Iran's transformations during the Qajar era and the Dar al-Funun school*. Tehran: Sahaab Cartography and Geographic Institute.
- Hashemian, A. (2004). *From Attar and pharmacy to the recruitment of the first European pharmacist in 1268 AH/ 1851 CE and the establishment of modern pharmacy*. p. 33.
- Iran Now Newspaper. (1327 AH). *30 Shawwal*, no. 66, pp. 1-3.
- Kessaraei, M.S. (2000). *The challenge of tradition and modernity in Iran from the Constitutional Revolution to 1320*. Tehran: Markaz Publishing.

دین و خودفرمانروایی انسان



کتاب «دین و خودفرمانروایی انسان» اثر عبدالرحیم سلیمانی، در سال ۱۴۰۰ از سوی انتشارات دانشگاه مفید در ۴۲ صفحه به چاپ رسید.

بالاترین ارزش در دین، ایمان است و ایمان، تنها در پرتو خودفرمانروایی انسان حاصل می‌شود. اراده آزاد و اختیار در ذات ایمان نهفته است و بدون آن ایمانی محقق نمی‌شود تا در پی آن، امید به نجات و رستگاری به وجود آید. خودفرمانروایی در همه حقوق بنیادین، از قبیل حق حیات، حق انتخاب دین و عقیده، حق آزادی بیان، حق انتخاب شغل و مسکن، حق دخالت در سرنوشت خود و جامعه، حق برخورداری از امکانات موجود در اجتماع و همه حقوق دیگر، سریان و جریان دارد. این حق روح و مادر همه حقوق انسان است. در واقع، به رسمیت شناختن خودفرمانروایی انسان، برابر با به رسمیت شناختن انسانیت اوست.

کتاب یادشده دارای چهار بخش است که عبارتند از:

یکم: مباحث مقدماتی؛

دوم: خودفرمانروایی انسان در دیانت مسیحی؛

سوم: اسلام و خودفرمانروایی انسان؛

چهارم: خودفرمانروایی انسان در ادیان کوچک.

نویسنده در فصل‌های ابتدایی به نظرات لویس هاپ‌واکر، نویسنده غربی، در باب دین و خودفرمانروایی می‌پردازد. این نویسنده در پاسخ به پرسش در خصوص ارتباط دین و آزادی و چالش‌های این مسیر می‌گوید: «خودفرمانروایی بالاترین حق و ارزش برای انسان نیست و هدف‌داری و معناداری بالاتر و مهم‌تر از آن است». هاپ‌واکر با ارائه چندین نمونه گزارش و آزمایش، نتیجه می‌گیرد که امید به زندگی و آینده خوش، مهم‌تر از آزادی

و خودفرمانروایی است. او همچنین دین و خودفرمانروایی انسان را ناسازگار با یکدیگر نمی‌بیند.

همچنین، موضوع دیگر پرداخته‌شده به آن، فرمانروایی رهبران الهی بر انسان است. در این بخش از کتاب، با اشاره به آیاتی از قرآن، این پرسش مهم مطرح می‌شود: با اینکه قرآن به تبعیت و پیروی پیامبران دستور داده است، آیا این اطاعت و پیروی به معنای تعطیلی عقل و خرد و در نتیجه تن دادن به «دیگرفرمانروایی» است؟ سلیمانی، نویسنده کتاب، این‌طور در صدد پاسخ برمی‌آید: «از آیات متعددی از قرآن مجید برمی‌آید که پیامبران این‌گونه اطاعتی را طلب نمی‌کرده، بلکه آنان از مردم می‌خواسته‌اند به سخن آنان گوش فرا دهند و اگر آن را مطابق حق یافتند، بپذیرند».

در پایان، لازم است گفته شود که این کتاب، به عنوان درآمدی به مسئله دین و حقوق بشر است و از جمله محورهای کلی اعلامیه حقوق بشر می‌توان به «آزادی فکر و عقیده و بیان فکر و عقیده»، «مساوات همه انسان‌ها در حقوق و تکالیف» و «مشارکت همه انسان‌ها در ساختن زندگی اجتماعی» اشاره کرد.



پیام سلامت و دین (۷۴)

تا چه اندازه حقوق دیگران را رعایت
می‌کنیم؟

گام اول احترام به حقوق خود و دیگران،
تلاش برای آگاهی

صمیمی از حقوق افراد جامعه در برابر
یکدیگر است

احترام به خود و دیگران، با شناخت و
پذیرش این حقوق معنا پیدا می‌کند