

دانشگاه مستدیس

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

سال پنجم، شماره ۶۰، شهریور ۱۴۰۲





مشاهده شماره‌های پیشین نشریه

نقل مطالب با ذکر منبع و حفظ حقوق مادی و معنوی نویسندگان مجاز است.

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

مدیرمسئول: دکتر ابوالفضل ایرانی خواه

سردبیر: دکتر اکرم حیدری

هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

حمید آسایش، محسن رضایی آدریانی، محمود شکوهی تبار، زهرا طاهری خرامه، زهرا علایی طباطبایی، نورا کمالیون، مریم محسنی سیف‌آبادی، احمد مشکوری

تیم اجرایی: محمد سالم، مریم سادات موسوی، زهرا علایی طباطبایی

ویراستار: حورا خمه

طراحی و صفحه‌آرایی: فاطمه سادات حسینی

ماهنامه «دانش سلامت و دین» ضمن استقبال از نقدها و پیشنهادهای شما،

آمادگی دارد مطالب ارسالی را منتشر نماید.

سخن آغازین

۴..... رضا و خشنودی به داده‌های الهی.....

۵..... پیام سلامت و دین (۳۳).....

سلامت در قرآن و روایات

۶..... بخشش و نقش آن در ارتقای سلامت
محمود شکوهی تبار، نورا کمالیون

سلامت و مراقبت معنوی

۸..... پریشانی معنوی: مروری بر مفهوم، ارزیابی و مدیریت.....
زهرا طاهری خرامه

فقه سلامت

۱۰..... حکم فقهی «تغییر جنسیت».....
احمد مشکوری

تحلیل اخلاق - حقوق موارد

۱۲..... چه کسی باید تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار باشد؟.....
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

بررسی رویکرد کتاب زین الاخبار گردیزی به تاریخ پزشکی ایران
باستان.....
۱۴.....
مریم محسنی سیف‌آبادی

معرفه کتاب

انجماد و نگهداری گامت در باروری‌های پزشکی و آثار فقهی - حقوقی
مترتب بر آن.....
۱۶.....

زال سلامت

عاشق سوخته.....
۱۷.....

پیام سلامت و دین (۳۲).....
۱۸.....

راهنمای نویسندگان



منابع مورد استفاده با نوشتن نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان و سال انتشار در داخل کمان به صورت درون متنی آورده شود و فهرست منابع در پایان مقاله به صورت الفبایی و به ترتیب منابع فارسی و منابع انگلیسی ذکر شود و چنانچه قرآن کریم جزو منابع مقاله بود، به عنوان نخستین منبع در بخش منابع نوشته شود. ارجاع درون متنی برای یک نویسنده (سهرابی، ۱۳۹۵)، برای دو نویسنده (امیری و کاتبی، ۱۳۸۹)، برای بیش از دو نویسنده (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۲)، و در مواردی که به یک سازمان به عنوان نویسنده سند، ارجاع داده می شود، (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۴) نوشته شود. در انتهای مقاله نیز منابع در قالب زیر آورده شوند:

- (کتاب، مقاله، پایان نامه): نام خانوادگی نام (همه نویسندگان)، عنوان مقاله/ کتاب/ پایان نامه، عنوان مجله، سال انتشار، شماره و دوره، شماره صفحات.

- (صفحات وب): نام خانوادگی نام (همه نویسندگان)، عنوان متن، نشانی صفحه (URL)، تاریخ دسترسی.

- مقالات دریافتی توسط سردبیر و هیأت تحریریه نشریه بررسی شده و نتیجه بررسی به نویسنده مسئول اعلام خواهد شد.

- انتشار تمام یا بخشی از مقالات مرتبط که در دیگر مجلات داخلی یا خارجی به چاپ رسیده باشد، با رعایت شرایط اخلاقی و حقوقی، بلامانع است.

- نشریه در پذیرش و ویرایش مطالب، آزاد است.

رایانامه hrj@muq.ac.ir



نشریه دانش سلامت و دین، ماهنامه علمی - اطلاع رسانی است که با هدف گسترش مباحث مشترک حوزه سلامت و دین، به صورت الکترونیکی منتشر می شود. جامعه هدف این نشریه را اعضای جامعه علوم پزشکی کشور تشکیل می دهند. این نشریه آمادگی دارد مطالب ارسالی اندیشمندان، پژوهشگران و صاحب نظران محترم را بررسی و در صورت انطباق با معیارهای مورد نظر، اعم از معیارهای شکلی و محتوایی، منتشر نماید. محتوای نشریه مبتنی بر موضوعات مشترک حوزه سلامت و دین، همانند سلامت در قرآن، سلامت در احادیث، فقه سلامت، اخلاق سلامت و فلسفه سلامت است. افزون بر این، مقالات مرتبط با عنوان نشریه که خارج از موضوعات اشاره شده باشند؛ همانند سبک زندگی سالم و تمدن نوین اسلامی نیز، مورد بررسی قرار خواهند گرفت. لازم است مقالات شامل موارد زیر باشند:

- عنوان، نام و نام خانوادگی، مرتبه علمی و وابستگی سازمانی نویسنده/ نویسندگان، شماره تماس و رایانامه نویسنده مسئول، متن مقاله، منابع و چند جمله مهم برگزیده از متن.

- توصیه می شود در هنگام ارسال مقاله، مشخص شود مربوط به کدام یک از موضوعات نشریه است. مقالات حداکثر در سه صفحه تنظیم شده باشد. مقالات طولانی تر نیز، چنانچه قابلیت انتشار در دو یا چند شماره پیاپی را داشته باشند، مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

- مسئولیت محتوای مطالب نشریه بر عهده نویسندگان بوده و پاسخگویی به نویسندگان همکار با نویسنده مسئول است.

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

رضا و خشنودی به داده‌های الهی

عنایت فرمودی، افزون‌تر قرار ده، و مرا از اینکه به تهیدست فقیری گمان پستی برم و به ثروتمندی گمان برتری ورزم، حفظ فرما؛ چه آن‌که شریف، کسی است که طاعت تو او را شرافت داده و عزیز کسی است که عبادت تو او را به عزت نشانده.

پس بر محمد و آلش درود فرست و ما را از ثروتی که تمام نمی‌شود بهره‌مند کن و به توان و قدرتی که از بین نمی‌رود یاری ده و ما را به‌سوی بهشت جاودانه روانه ساز؛ همانا تو یکتا و یگانه و بی‌نیازی؛ نزاییدی و زاییده نشدی و احدی برایت هم‌تا نبود.

خدا را ستایش؛ به خاطر خشنودی به حکم تقدیر خدا درباره تمام موجودات. گواهی می‌دهم که خدا آنچه را وسیله زندگی و معاش است، بین بندگان به عدالت تقسیم کرد، و درباره همه بندگان راه احسان را پیش گرفت.

خدایا! بر محمد و آل محمد درود فرست و مرا به آنچه به بندگان عطا کردی امتحان مکن و ایشان را به آنچه از من منع کرده‌ای میازما، تا به بندگان حسد ورزم و حکم و فرمانت را سبک انگارم.

خدایا! بر محمد و آلش درود فرست و مرا به مقررات دل‌خوش کن و سینه‌ام را به موارد فرمانت گشاده فرما و به من حالت اعتماد و اطمینان بخش تا با آن اقرار کنم که مقررات تو، جز به آنچه خیر است روان نشده است، و شکرم را برای حضرتت در خصوص آنچه از من دور داشتی و عطایش را دریغ کردی، از شکرم بر آنچه به من



پیام سلامت و دین (۳۳)

اگر ماندنی بود، برای قبلی می ماند.

این پست‌ها و موقعیت‌ها موقت است.

از این فرصت محدود، برای ساختن زندگی
نامحدود خود بهره گیریم.

بخشش و نقش آن در ارتقای سلامت

محمود شکوهی تبار^۱
نورا کمالیون^۲

بخشش، به عنوان ویژگی ای اساسی در زندگی انسان، بر سلامت روان، روابط بین فردی و رشد شخصی فرد اثرگذار است و اثری عمیق بر بهزیستی دارد. برخی بخشش را به عنوان یک ویژگی اصلی می دانند که می تواند فرد را از یک ارتباط منفی راجع به منبعی که علیه شخص اقدامی کرده است، رها کند (Thompson et al., 2005). تغییرات در انگیزه، به عنوان هسته اصلی بخشش در نظر گرفته می شود (McCullough et al., 2000). بخشش هم در روابط بین فردی و هم در ارتباط با خود مطرح است.

تامپسون و همکاران، بخشش را رهایی از وابستگی منفی به منبعی که علیه شخص ظلم کرده است، تعریف می کنند (Thompson LY, et al. 2005). انزایت و همکاران نیز بخشش را چنین تعریف کرده اند: تمایل فرد به کنار گذاشتن رنجش، قضاوت منفی و رفتار بی تفاوت در برابر کسی که به ناحق ما را آزار می دهد و هم زمان، پرورش ویژگی هایی مثل شفقت، سخاوت و حتی عشق به اوست (Enright RD, Freedman S, Rique J 1998).

از نظر مک کالو، بخشش انگیزه ای اجتماعی است که از طریق کاهش میل به اجتناب از فرد متخلف و آسیب رساندن به او یا انتقام جویی از آن فرد و افزایش تمایل به رفتار مثبت در مواجهه همان فرد ابراز می شود. در نهایت، تعریف های دقیق تر بخشش، شامل دو جنبه فقدان عاطفه منفی و وجود عاطفه مثبت در ارتباط با مجرم است. بخشش، همچنین شامل ابراز نوع دوستی و پاسخ اخلاقی از سوی قربانی است که می خواهد با نیکی بر بی عدالتی غلبه کند. در بخشش، تغییری اجتماعی در افکار، احساسات و رفتار قربانی درباره فرد خاطی اتفاق می افتد. بخشش واقعی مستلزم شفقت، خیرخواهی و عشق به کسی است که خطایی در حق فرد مرتکب شده است؛ همراه با چشم پوشی از حق انتقام، رنجش و بی تفاوتی.

بدیهی است که بخشش، به عنوان یک مکانیسم ترمیم احتمالی برای تعارضاتی که در روابط رخ می دهد

مهم است. مطالعات نشان داده اند که بخشش با کاهش اضطراب، افسردگی و اختلالات روانی عمده مرتبط است. بخشش موجب رها شدن از احساسات منفی، مانند رنجش، تاختی، نفرت، خصومت، خشم باقی مانده و ترس می گردد و فضا را برای احساسات مثبت، مانند آرامش، شادی و همدلی هموار می کند. همچنین، بخشش از طریق بهبود خلق و خوی مثبت و روابط بین فردی، به سلامت جسمی و روانی منجر می شود. بخشش می تواند به تسکین استرس های مزمن بین فردی که باعث بار ناخواسته می شود، کمک کند و این مسئله به بهبود بهزیستی منجر شود. مطالعه توسن و همکاران نیز نشان داد که افزایش بخشش با کاهش استرس همراه بود. همچنین، بخشش با کاهش مصرف مواد، عزت نفس بالاتر و رضایت بیشتر از زندگی و نرخ مرگ و میر کمتر همراه است. همچنین، بخشش با کاهش فشارخون و کاهش خطر حمله قلبی، بهبود خواب، و عملکرد تحصیلی بهتر مرتبط است. مطالعات نشان داده اند که در میان بیماران مبتلا به بیماری لاعلاج، بخشش به آنها کمک می کند تا با شرایط خود سازگار شوند. در مطالعه ای دیگر بر ۸۱ زن تحت درمان مبتلا به سرطان سینه، نشان داد که بخشش خود و معنویت می تواند به طور منفی اختلال خلقی و به طور مثبت کیفیت زندگی را پیش بینی کند (Lijo, 2018).

عفو و بخشش در متون دینی، به عنوان یکی از صفات اخلاقی نیکو مورد توجه و تأکید قرار گرفته است که در ادامه به برخی آیات و روایات ناظر به این موضوع اشاره می شود:

آیه ۱۹۹ سوره مبارک اعراف پیامبر اکرم ﷺ را به عفو و گذشت توصیه می کند: **خُذِ الْعَفْوَ وَأْمُرْ بِالْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ الْجَاهِلِينَ**؛ عفو و گذشت را پیشه کن، و به کار پسندیده فرمان ده، و از نادانان روی بگردان.

۱. گروه مطالعات قرآن و حدیث در سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛ shokouhi@muq.ac.ir
۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد علوم قرآن و حدیث، دانشگاه پیام نور آران و بیدگل، اصفهان، ایران؛ noorakamaliun@gmail.com

آیه ۴۰ سوره مبارک شوری نیز ضمن بیان اینکه وقتی کسی ستمی بر فرد روا داشت، می تواند (با متوسل شدن به حاکمیت و نظام قضایی) تلافی کند، به عفو و گذشت سفارش می کند تا مشمول اجر الهی گردد؛ وَ جِزَاءُ سَيِّئَةٍ سَيِّئَةٌ مِّثْلُهَا فَمَنْ عَفَا وَأَصْلَحَ فَأَجْرُهُ عَلَى اللَّهِ إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الظَّالِمِينَ؛ کیفر بدی، مجازاتی است همانند آن؛ و هر کس عفو و اصلاح کند، پاداش او با خداست؛ خداوند ظالمان را دوست ندارد.

حضرت علی علیه السلام فرمود: «الْعَفْوُ تَأْجُ الْمَكَارِمِ (آمدی. ۱۴۱۰ ق: ۳۶)؛ گذشت، أوج بزرگواری هاست».

رسول اکرم صلی الله علیه و آله فرمود: «إِذَا كَانَ يَوْمُ الْقِيَامَةِ نَادَى مُنَادٍ مَنْ كَانَ أَجْرُهُ عَلَى اللَّهِ فَلْيَدْخُلِ الْجَنَّةَ فَيَقَالَ مَنْ ذَا الَّذِي أَجْرُهُ عَلَى اللَّهِ فَيَقَالَ الْعَافُونَ عَنِ النَّاسِ (مجلسی. ۱۴۰۳ ق: ۲۶۶/۶۴)؛ هنگامی که قیامت می شود، آواز دهنده ای ندا دهد: آن کس که مزدش با خداست بر خیزد و به بهشت رود. گفته می شود: چه کسی مزدش با خداست؟ می گوید: گذشت کنندگان از مردم».

رسول اکرم صلی الله علیه و آله فرمود: «مَنْ كَثُرَ عَفْوُهُ مُدَّ فِي عُمْرِهِ (مجلسی. ۱۴۰۳ ق: ۳۵۹/۷۲)؛ هر کس پرگذشت باشد، عمرش طولانی شود».

پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله فرمود: «تَعَاَفَوْا تَسْقُطِ الصَّغَائِرُ بَيْنَكُمْ (پاینده. ۱۳۸۲: ۳۸۵)؛ از یکدیگر گذشت کنید تا کینه های میان شما از بین برود».

امام علی علیه السلام فرمود: «جَازَ بِالْحَسَنَةِ وَ تَجَاوَزَ عَنِ السَّيِّئَةِ مَا لَمْ يَكُنْ ثَمًّا فِي الدِّينِ أَوْ وَهْنًا فِي سُلْطَانِ الْإِسْلَامِ (لیثی واسطی. ۱۳۷۶: ۲۲۳)؛ (بدی یا خوبی را) به نیکی پاداش ده و از بدی درگذر، به شرط آنکه به دین لطمه ای نزند یا در قدرت اسلام ضعفی پدید نیآورد».

امام علی علیه السلام فرمود: «عَلَيْكَ بِمَدَارَاةِ النَّاسِ وَ إِكْرَامِ الْعُلَمَاءِ وَ الصَّفْحِ عَنِ زَلَّاتِ الْإِحْوَانِ فَقَدْ أَقْبَكَ سَيِّدُ الْأَوْلِيَيْنِ وَ الْأَخْرِيَيْنِ بِقَوْلِهِ ص: اعْفُ عَمَّنْ ظَلَمَكَ وَ صِلْ مَنْ قَطَعَكَ وَ أَعْطِ مَنْ حَرَمَكَ (مجلسی: ۱۴۰۳

ق، ۷۵/۷۱)؛ تو را سفارش می کنم به مدارای با مردم و احترام به علما و گذشت از لغزش برادران (دینی)؛ چراکه سرور اولین و آخرین، تو را چنین ادب آموخته و فرموده است: گذشت کن از کسی که به تو ظلم کرده، رابطه برقرار کن با کسی که با تو قطع رابطه کرده و عطا کن به کسی که از تو دریغ کرده است».

منابع:

- مجلسی، محمدباقر بن محمدتقی (۱۴۰۳ ق). بحار الأنوار. بیروت: دار إحياء التراث العربي.
- لیثی واسطی، علی بن محمد (۱۳۷۶). عیون الحکم و المواعظ (لللیثی). قم: دار الحدیث.
- تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد (۱۴۱۰ ق). غرر الحکم و درر الکلم. قم: دار الکتاب الإسلامی.
- پاینده، ابوالقاسم (۱۳۸۲). نهج الفصاحة (مجموعه کلمات قصار حضرت رسول صلی الله علیه و آله). تهران: دنیای دانش.
- Enright RD, Freedman S, Rique J (1998) The psychology of interpersonal forgiveness. In: R. D. Enright & J. North (Eds.), Exploring forgiveness. University of Wisconsin Press, Madison, WI.
- Lijo, K. J. (2018). Forgiveness: Definitions, perspectives, contexts and correlates. Journal of Psychology & Psychotherapy, 8(3), 342.
- McCullough, M. E., Pargament, K. I., & Thoresen, C. (2000). The psychology of forgiveness: History, conceptual issues, and overview. In M. E. McCullough, K. Pargament, & C. E. Thoresen (Eds.), Forgiveness: Theory, research, and practice (pp. 1-14). New York, NY: Guildford.
- Thompson LY, Snyder CR, Hoffman L, Michael ST, Rasmussen HN, et al. (2005) Dispositional forgiveness of self, others, and situations. J Pers 73: 313-360.
- Worthington, Jr. E. L. (2006). Forgiveness and reconciliation: Theory and application (pp. 170-171). New York, NY: Routledge.



پیشانی معنوی: مروری بر مفهوم، ارزیابی و مدیریت

زهرا طاهری خرامه^۱

کمک از سوی خدا، و بیان احساس بدبختی.

■ اضطراب معنوی: ابراز ترس از خشم و تنبیه خدا، ابراز ترس از اینکه خدا ممکن است به او توجه نکند، ترس از اینکه خدا از رفتار او ناراحت است.

■ گناه معنوی: احساس اینکه باید کاری را انجام می‌داده، ولی کوتاهی کرده و انجام نداده است یا کاری را انجام داده که مورد رضایت خدا نبوده است. نوعی از نگرانی درباره زندگی گذشته، یک نوع احساس گناه است.

■ عصبانیت معنوی: یک نوع احساس ناامیدی، غم و اندوه و خشم در برابر خدا در رابطه با بیماری و رنج، احساس غیرعادلانه بودن خدا، احساسی منفی در رابطه با مراقبت معنوی است و خانواده ممکن است به دلیل اینکه خدا خواسته است، فرد مورد علاقه آن‌ها مورد رنج قرار گیرد و احساس عصبانیت و خشم خود را به خدا بیان می‌کنند.

■ فقدان معنوی: بیان احساس خاتمه عشق به خدا، احساس تهی بودن در ارتباط با چیزهای معنوی. احساس فقدان معنوی ممکن است همراه با افسردگی روانی باشد و فرد احساس غیرمفید بودن داشته باشد.

■ ناامیدی معنوی: بیان اینکه هیچ امیدى در ارتباط با درخواست کمک از خدا وجود ندارد یا

پیشانی معنوی اصطلاحی برای توصیف طیفی از تجربیات است که در آن باورهای معنوی یا مذهبی فرد به چالش کشیده می‌شود، مختل می‌شود و یا به نوعی تهدید می‌شود. این تجربه‌ای پیچیده و چندوجهی است که می‌تواند اثری بسزا بر سلامت روانی، عاطفی و جسمی فرد داشته باشد. پیشانی معنوی می‌تواند در افراد از هر طبقه‌ای رخ دهد و می‌تواند ناشی از عواملی مختلف، از جمله بیماری، از دست دادن عزیزان و بحران‌های وجودی باشد. با وجود شیوع آن، پیشانی معنوی اغلب نادیده گرفته می‌شود و در فعالیت بالینی کمتر تشخیص داده می‌شود (Caldeira, Carvalho et al. 2013). هدف این نوشتار، ارائه مروری بر مفهوم پیشانی معنوی، ارزیابی و مدیریت آن است.

تعریف پیشانی معنوی

پیشانی معنوی را می‌توان به عنوان حالتی از رنج تعریف کرد که از اختلال یا چالش در باورهای معنوی یا مذهبی فرد ناشی می‌شود. این مسئله می‌تواند به حالت‌های مختلفی، از جمله احساس اضطراب، افسردگی، گناه، عصبانیت یا ناامیدی ظاهر شود (ES- hghi, Nikfarid et al. 2023). پیشانی معنوی انواع مختلفی دارد؛ از جمله: درد معنوی، بیگانگی معنوی، اضطراب معنوی، گناه معنوی، فقدان معنوی، عصبانیت معنوی و ناامیدی معنوی.

■ درد معنوی: بیان اینکه در ارتباط با خالق خود (خدا) دچار زجر و ناراحتی است و آرامش ندارد.

■ بیگانگی معنوی: بیان احساس تنهایی یا احساس دور بودن از خدا، دور شدن از زندگی روزانه، نگرش منفی به دریافت هر نوع راحتی یا آسایش یا

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

استاندارد، و مداخلات اثرگذار بر پیشانی معنوی موردنیاز است (Puchalski, Ferrell et al. 2020).

منابع:

- Caldeira, S., E. C. Carvalho and M. Vieira (2013). "Spiritual distress—Proposing a new definition and defining characteristics." *International Journal of Nursing Knowledge* 24(2): 77-84.
- Eshghi, F., L. Nikfarid and A. Zareiyan (2023). "An integrative review of defining characteristic of the nursing diagnosis "spiritual distress"." *Nursing open* 10(5): 2831-2841.
- Lilly, C. M., D. L. De Meo, L. A. Sonna, K. J. Hally, A. F. Massaro, R. F. Wallace and S. Cody (2000). "An intensive communication intervention for the critically ill." *The American journal of medicine* 109(6): 469-475.
- Puchalski, C. M., B. Ferrell, S. Otis-Green and G. Handzo (2020). "Overview of spirituality in palliative care." *UpToDate*, eds SD Block and J. Givens (Waltham, MA: UpToDate Inc).

احساس اینکه خدا بیشتر از این نمی‌تواند از یک نفر مراقبت کند (Puchalski, Ferrell et al. 2020).

ارزیابی پیشانی معنوی

ارزیابی پیشانی معنوی به دلیل ماهیت ذهنی آن و فقدان ابزار ارزیابی استاندارد می‌تواند چالش برانگیز باشد. با این حال، ارزیابی پیشانی معنوی برای ارائه حمایت و مداخلات مناسب ضروری است. از ابزارهای بسیاری می‌توان برای ارزیابی پیشانی معنوی استفاده کرد؛ از جمله مقیاس پیشانی معنوی، ابزار ارزیابی معنوی FICA و سیستم ارزیابی علائم ادموتون. با این حال، این ابزارها محدودیت‌هایی دارند و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید استفاده از سؤالات باز و گوش دادن فعال را برای ارزیابی پیشانی معنوی در نظر بگیرند. (Lilly, De Meo et al. 2000)

مدیریت پیشانی معنوی

مداخلات مختلفی برای استفاده در مدیریت پیشانی معنوی وجود دارد؛ از جمله مراقبت معنوی، روان‌درمانی و دارودرمانی. مراقبت معنوی شامل ارائه حمایت و راهنمایی افراد بر اساس باورهای معنوی یا مذهبی آنهاست. روان‌درمانی می‌تواند به افراد کمک کند پیشانی معنوی خود را شناسایی کنند و راهبردهای مقابله‌ای را توسعه دهند. از دارودرمانی می‌توان برای مدیریت علائم اضطراب، افسردگی یا دیگر شرایط سلامت روانی که ممکن است به رفع پیشانی معنوی کمک کند، استفاده کرد.

مراقبت معنوی، شامل ارائه حمایت و راهنمایی افراد بر اساس باورهای معنوی یا مذهبی آنهاست. مراقبت معنوی را متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، روحانیون یا دیگر افراد آموزش دیده می‌توانند ارائه دهند. هدف آن، کمک به افراد برای غلبه بر پیشانی معنوی با فراهم کردن منابع حمایتی است که برای یافتن معنا، هدف و امید نیاز دارند. مراقبت معنوی ممکن است شامل دعا، نماز، مراقبه یا دیگر اعمال معنوی باشد که برای فرد معنادار است و یا شامل ارتباط افراد با جامعه مذهبی آنها یا فراهم کردن منابع معنوی باشد.

تحقیقات بیشتری در راستای توسعه ابزارهای ارزیابی

پیشانی معنوی تجربه‌ای پیچیده و چندوجهی است که می‌تواند اثری بسزا بر به‌زیستی فرد داشته باشد. ارزیابی و مدیریت پیشانی معنوی برای ارائه حمایت و مداخلات مناسب ضروری است. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید از رویکردی جامع استفاده کنند که باورها و ارزش‌های معنوی و مذهبی متحصربه‌فرد هر فرد را در نظر بگیرد.

حکم فقهی «تغییر جنسیت»

احمد مشکوری^۱

نظرات فقیهان گران قدر در مورد تغییر جنسیت

۱. آیت الله خامنه‌ای دامت برکاته

تغییر جنسیت جایز نیست، مگر آنکه از راه‌های علمی و عرفی اطمینان‌آور ثابت شود که اعضا و اندام ظاهری، خلاف جنسیت واقعی است. در این صورت، اقدام به تبدیل و تطبیق اعضای ظاهری با جنسیت واقعی فی‌نفسه جایز است. همچنین، در صورتی که جنسیت واقعی، حتی با آزمایش‌های علمی ثابت نشود و متقاضی تغییر، در وضعیت اضطرار شدید روحی باشد، جواز عمل مزبور فی‌نفسه بعید نیست.

پرسش: انجام عمل جراحی برای الحاق فرد خنثی به زن یا مرد چه حکمی دارد؟

پاسخ: این کار فی‌نفسه اشکال ندارد، ولی واجب است از مقدمات حرام پرهیز شود (آیت‌الله خامنه‌ای، تارنما).

۲. آیت‌الله مکارم شیرازی دامت برکاته

تغییر جنسیت صوری هیچ اثری ندارد و حکم، تابع واقعیت فرد است و تغییر جنسیت واقعی، تنها در

در سه شماره پیشین، معنای تغییر جنسیت و دلایل مطرح‌شده برای اثبات مجاز یا غیرمجاز بودن آن ارائه و گفته شد که سه دلیل برای اثبات مجاز و حلال بودن تغییر جنسیت مطرح شده است که عبارت‌اند از: ۱. قاعده تسلیط، به این معنی که انسان صاحب‌اختیار بدن خود است و حق دارد آن‌گونه که می‌خواهد با بدن خود رفتار کند، مگر اینکه حرام بودن آن رفتار از طریق دیگری ثابت شده باشد. ۲. اصله الاباحه، بدین معنی که اصل بر حلال بودن اعمال است، مگر حرام بودنشان از طریق دیگری ثابت شده باشد. ۳. قاعده اضطرار که در شرایط اضطرار، برای رفع اضطرار حکم شرعی اولی را تغییر می‌دهد.

همچنین، دلایل ارائه‌شده برای اثبات حرام و غیرمجاز بودن تغییر جنسیت عبارت بودند از: ۱. استناد به آیه شریفه «فلیغیرن خلق الله» که تغییر در خلقت الهی را حرام اعلام می‌کند و تغییر جنسیت از بزرگ‌ترین مصادیق تغییر خلقت الهی است، پس تغییر جنسیت جایز نیست. ۲. حرمت اضرار، بدین معنی که فرد حق ضرر وارد کردن به خود یا دیگری را ندارد و تغییر جنسیت در بسیاری موارد آسیب شدید جسمانی به فرد وارد می‌کند. ۳. استناد به آیه شریفه «لا تلتقوا بآیدیکم الی التهلکة»؛ بدین معنی که خود را به نابودی نکشانید.

پس از بیان چکیده مطالب قبلی، در این شماره به حکم فقهی تغییر جنسیت خواهیم پرداخت.

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

افرادی است که دو جنسیتی باشند و یک جنسیت آن‌ها مشخص نباشد (گنجینه، ۸۷۰۴).

۳. آیت‌الله سبحانی رحمته‌الله علیه

تغییر جنسیت در واقع امکان ندارد و شرعاً جایز نیست. در مورد خنثای غیرمشکل، تعیین جنسیت، هم امکان دارد و هم جایز است (گنجینه، ۸۷۰۴).

هرگاه طرف، خنثای مشکله باشد که هر دو علامت را دارد، ولی روشن نیست کدام اصل است و دیگری فرع، در این مورد، تغییر جنسیت به معنای شناختن جنسیت این فرد اشکال ندارد و در غیر این مورد، اصل امکان آن برای ما ثابت نیست و در صورت امکان، تصرف در آفرینش است، و اشکال دارد (آیت‌الله سبحانی، تارنما).

۴. آیت‌الله سیستانی رحمته‌الله علیه

اگر مقصود از تغییر جنسیت این باشد که با عمل جراحی آلت تناسلی مرد را قطع کنند و به جای آن برای او مجرای ادرار و آلت تناسلی مصنوعی بسازند و با تزریق هورمون علامات زنانگی، از قبیل ریختن موهای صورت و برآمدگی سینه در او ایجاد کنند، یا در مورد زنی که تغییر جنسیت می‌دهد مقصود این باشد که برای او آلت تناسلی مردانه مصنوعی قرار دهند و با تزریق هورمون علامات مردی، از قبیل کوچک شدن سینه و رویدن موی صورت ایجاد کنند، این امر موجب تغییر واقعی جنسیت نیست و احکام شرعی او تغییر نمی‌کند و از جهتی، چون مستلزم کشف عورت و لمس آن است، جایز نیست.

اما اگر مقصود، تغییر دستگاه تناسلی داخلی و خارجی باشد که معیار اختلاف زن و مرد است، پس این امر فی حد ذاته با قطع نظر از لوازمی که ممکن است حرام باشد، اشکال ندارد، ولی تا به حال این امر محقق نشده است و آنچه تا به حال صورت پذیرفته است همان تغییر ظاهری است که تأثیری در تغییر احکام ندارد (آیت‌الله سیستانی، تارنما).

۵. آیت‌الله شبیری زنجانی رحمته‌الله علیه

مجرد تغییر ظاهری بعضی از اعضا - که امروزه به عنوان عمل تغییر جنسیت متداول است - سبب تغییر جنسیت نمی‌گردد و فرد نمی‌تواند پس از عمل، خود را

مشمول احکام جنسیت جدید بدانند. بلکه اگر با پیشرفت علم، جنسیت به‌طور واقعی تغییر کند، عمل مذکور در صورت استیصال و اضطراب به انجام آن جایز خواهد بود و مجرد اذن ولی مشکلی را حل نمی‌کند. ضمن آنکه اگر بتوان با مشاوره یا راهی دیگر موضوع اضطرابی را مرتفع کرد، باید چنین کاری را انجام داد (گنجینه، ۸۷۰۴).

با مرور نسبتاً مفصل فتوهای مراجع تقلید می‌توان به این نتیجه دست یافت که اغلب مراجع تقلید عمل تغییر جنسیت را تنها در مواردی که در واقع «ابراز جنسیت» فرد است جایز می‌دانند؛ یعنی تنها در افراد دچار ابهام جنسی یا افراد دو جنسیتی که با عمل جراحی، این افراد را به جنسی که در واقع به آن تعلق دارند، ملحق کرد، اما در افرادی که دچار اختلالات فوق در اندام جنسی نیستند، تغییر جنسیت را جایز نمی‌دانند.

منابع:

- خامنه‌ای، سیدعلی. قابل دستیابی از تارنمای <https://www.leader.ir/fa/book/11?sn=4554>

- نرم‌افزار گنجینه استفتانات قضایی. مرکز تحقیقات فقهی حقوقی قوه قضاییه. سؤال ۸۷۰۴.

سبحانی، جعفر. قابل دستیابی از تارنمای <https://tohid.ir/fa/in-dex/estefita?searchText=%D8%AC%D9%86%D8%B3%D-B%8C%D8%AA>

- حسینی سیستانی، سیدعلی. قابل دستیابی از تارنمای <https://www.sistani.org/persian/qa/0863>

اغلب مراجع تقلید عمل تغییر جنسیت را تنها در مواردی که در واقع (ابراز جنسیت) فرد است جایز می‌دانند یعنی در افراد دچار ابهام جنسی یا افراد دو جنسیتی که با عمل جراحی، این افراد را به جنسی که در واقع به آن تعلق دارند ملحق کنیم.

چه کسه باید

تصمیم گیرنده جایگزین، بیمار باشد؟

حمید آسایش^۱
احمد مشکوری^۲
محسن رضایی آدریانی^۳

بررسی مورد

خانم ب، پنجاه ساله و مبتلا به عقب ماندگی ذهنی شدید، به دلیل سرطان متاستاتیک سینه در بیمارستان بستری شده است. پدر و مادر وی در قید حیات نیستند و یکی از برادرانش وظیفه نگهداری از ایشان را بر عهده دارد. حدود یک سال پیش اقدامات جراحی، شیمی درمانی و پرتو درمانی برای بیمار انجام شده است و هم اکنون، بیمار به دلیل عود و عوارض ناشی از بیماری، در بخش مراقبت های ویژه بستری و قرار است در خصوص شیمی درمانی مجدد یا درمان های تسکینی او تصمیم گیری شود. برادر مسئول نگهداری از او، با شیمی درمانی موافق نیست و می گوید: «من بهتر می دانم که خواهرم دوست ندارد بیشتر از این اذیت شود و باید تا حد امکان فقط درمان هایی انجام شود که کمتر درد داشته باشد و آرامش داشته باشد»؛ ولی دو خواهر و برادر دیگرش خواهان انجام شیمی درمانی اند. احتمال بهبودی بیمار پایین است، ولی پرسش این است که نظر کدام یک از اعضای خانواده بیمار، مبنای تصمیم گیری است.

تحلیل مورد

بیمار یادشده، به دلیل عقب ماندگی ذهنی شدید، فاقد ظرفیت تصمیم گیری است؛ هرچند اخلاق پزشکی در این گونه موارد به حرفه مندان توصیه می کند تا حد امکان بر اساس درک بیمار، اطلاعات لازم را در اختیار او قرار دهند و توافق بیمار را جلب نمایند؛ ولی به طور کلی باید تصمیم گیری را به فرد جایگزین واگذار کرد.

دلیل عدم صلاحیت بیمار یادشده برای تصمیم گیری، نبود شرط اهلیت فرد است. اهلیت در اصطلاح حقوقی، به صورت «توانایی قانونی شخص برای دارا شدن یا اجرای حق» تعریف می شود. به افرادی که قابلیت لازم برای اجرای حق یا قبول تعهد را نداشته باشند، محجور گفته می شود (۱).

بر اساس قانون مدنی ایران، حجر غیر رشید متصل به دوران صغر به کسی اطلاق می شود که از کودکی تا زمان بزرگسالی قدرت تشخیص در امور مالی را نداشته است (۲).

در شرایط بیمار یادشده که از نظر حقوقی، محجور تلقی می شود، تصمیم گیری بر عهده ولی خاص (پدر و جد پدری یا وصی منصوب از طرف پدر) است و در صورت نبود ولی خاص، دادگاه فردی را به عنوان قیم مشخص می کند (۱).

بیماران فاقد ظرفیت تصمیم گیری، به همان اندازه بیماران دارای ظرفیت، حق اعمال کنترل و

اهمیت توجه به موضوع همکار ناتوان و برنامه ریزی برای اقدامات مناسب در راستای پیشگیری از آسیب به بیماران، از مصادیق اجرای وظیفه خودنظارتی حرفه ای است.

۱. گروه فلسفه و اخلاق سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم؛ hasayesh@gmail.com
۲. گروه فلسفه و اخلاق سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم؛ a.mashkooori@gmail.com
۳. گروه فلسفه و اخلاق سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم؛ mrezaie@muq.ac.ir

وظیفه تصمیم‌گیرنده جایگزین این است که به دلیل آشنایی با علایق و سلیق بیمار، در گام اول تصمیمی بگیرد که بیشترین انطباق با تمایلات شخصی، ارزش‌ها و باورهای بیمار را داشته باشد. اگر چنین چیزی ممکن نشد، در وهله بعدی، باید بر اساس مصالح عالیله بیمار عمل کند.

عمل، ممکن است این کار دشوار باشد، ولی در صورت نیاز کمیته‌های اخلاق بیمارستانی می‌توانند در این زمینه به بیمار، خانواده و حرفه‌مندان کمک کنند.

■ در صورتی که مشکل با اقدامات حرفه‌مندان و کمیته اخلاق بیمارستانی حل نشود، باید برای تعیین قیم یا تصمیم‌گیرنده به دادگاه جایگزین ارجاع شود.

در صورت وجود شرایط صلاحیت تصمیم‌گیری، بهتر است از پیش درباره تعیین تصمیم‌گیرنده جایگزین از بیمار سؤال شود. بر اساس مطالعه میرزایی و همکاران، در اغلب موارد، کسانی که به‌عنوان تصمیم‌گیرنده جایگزین در تصمیمات درمانی بیمار مورد مشورت حرفه‌مندان قرار می‌گیرند، با کسانی که بیماران به‌عنوان فرد تصمیم‌گیرنده جایگزین انتخاب می‌کنند، تفاوت قابل توجهی دارند (۴).

منابع:

- عالی‌پناه؛ شفیق‌زاده خولنجانی؛ صادقی، محمد (۲۰۱۳م). «اهلیت استیفای محجوران در قانون مدنی». آموزه‌های فقه مدنی. (۷)۵: ۹۵-۱۲۰.

- امامی، سیدحسن (۱۳۷۱). حقوق مدنی. تهران: اسلامیه.

- لاریجانی، باقر؛ آرامش، کیارش (۱۳۹۲). پزشکی و ملاحظات اخلاقی. تهران: انتشارات برای فردا. ص ۳۲۵-۳۳۷.

- میرزایی، کمیل؛ میلانی‌فر علیرضا؛ اصغری، فریبا (۱۳۹۰). «دیدگاه بیماران ایرانی در مورد فرد تصمیم‌گیرنده جایگزین: چه کسی بهتر تصمیم می‌گیرد؟» اخلاق و تاریخ پزشکی ایران. ۴ (۲): ۷۳-۸۰.

مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی و اعلام رضایت آگاهانه را دارند؛ ولی با توجه به شرایطی که در آن قرار دارند، توانایی استفاده از این حق را ندارند (۳).

■ تصمیم‌گیری برای بیمار به‌وسیله فرد جایگزین، تلاشی است برای توسعه کنترل بیمار بر اقدامات درمانی و مراقبتی که قرار است برای وی به اجرا گذاشته شود و درواقع، تلاشی برای احترام به اختیار بیمار است؛ هرچند ممکن است این هدف به‌طور کامل محقق نشود (۳، ۴).

■ از نظر اخلاق پزشکی، تصمیم‌گیرنده جایگزین باید فردی باشد که بیشترین شناخت از تمایلات شخصی، ارزش‌ها و باورهای بیمار، به‌خصوص در ارتباط با وضعیت بیماری وی را داشته باشد؛ هرچند در قوانین مدنی نیز به ویژگی‌های قیم یا فرد جایگزین توجه می‌شود (۳).

■ وظیفه تصمیم‌گیرنده جایگزین این است که به دلیل آشنایی او با علایق و سلیق بیمار، در گام اول تصمیمی بگیرد که بیشترین انطباق با تمایلات شخصی، ارزش‌ها و باورهای بیمار را داشته باشد. اگر چنین چیزی ممکن نشد، در وهله بعدی، باید بر اساس مصالح عالیله بیمار عمل کند، نه اینکه اگر خود تصمیم‌گیرنده در موقعیت بیمار بود، چه تصمیمی می‌گرفت (۳).

■ در مواردی که بیمار فاقد صلاحیت تصمیم‌گیری است و دسترسی به ولی خاص نیز ممکن نیست و خویشاوندان نیز درباره تصمیم‌گیری‌های مربوط به امور درمانی توافق ندارند، حرفه‌مندان باید این افراد را به این نکته توجه دهند که خواست بیمار در این شرایط چیست؟ مصالح عالیله وی کدام است؟ در

بررسی رویکرد کتاب زین الاخبار گردیزی به تاریخ پزشکی ایران باستان

مریم محسنی سیف آبادی^۱

نیمه‌های قرن سوم هجری، هم‌زمان است با آغاز دوران ضعف خلافت عباسی و ظهور سلسله‌های کوچک و بزرگی که با استقلال‌های نیم‌بند یا تمام‌بند، هرکدام قسمتی از خلافت عباسی را جدا کردند. از جمله این سلسله‌ها، سامانیان بودند که در راستای کسب مشروعیت ملی، به احیاء و گسترش زبان پارسی دری همت گماشتند و راه را برای تألیف و تصنیف کتب پارسی در زمینه‌های مختلف، از جمله تاریخ هموار ساختند. غزنویان که به گفته باسورث در فرهنگ ایرانی اسلامی مستحیل شده بودند (باسورث. ۱۳۶۲: ۵۴/۱)، میراث‌بر سامانیان در حیطه علمی و فرهنگی شدند. گسترش زبان فارسی در قلمرو غزنویان به آفرینش آثاری مختلف، از جمله سه کتاب مهم در حیطه تاریخ‌نگاری انجامید که عبارت‌اند از: تاریخ محمود و زّاق، تاریخ بیهقی و زین الاخبار گردیزی. از تاریخ محمود و زّاق که تاریخی عمومی بود، اثری برجای نمانده و از تاریخ بیهقی که در واقع ادامه تاریخ محمود و زّاق است، نیز تنها بخشی کوتاه شامل حکومت سلطان مسعود در دسترس است. حال، اگر تاریخ بلعمی را صرفاً یک ترجمه بدانیم، زین الاخبار گردیزی، به‌عنوان اولین تاریخ عمومی فارسی، اهمیت بسیاری پیدا می‌کند. این پژوهش به دنبال بررسی رویکرد کتاب زین الاخبار گردیزی به تاریخ پزشکی ایران باستان است.

ابوسعید عبدالحی بن ضحاک بن محمود گردیزی، کتاب زین الاخبار را بین سال‌های ۴۴۱-۴۴۳ ق با نثری ساده و روان و جملات کوتاه به شکلی موجز به رشته تحریر درآورده است (صفا. ۱۳۷۸: ۶۳۵/۱). این کتاب سی باب و سه مقاله دارد که از ابتدای آفرینش هستی آغاز می‌شود و به ترتیب به تاریخ انبیاء، ملوک کلدانی، ملوک عجم، ظهور اسلام، تاریخ پیامبر اسلام، خلفای راشدین، بنی‌امیه، بنی‌عباس، امرای خراسان،

سامانیان و غزنویان تا به سلطنت نشستن مودود بن مسعود می‌پردازد و سپس تقویم‌ها، اعیاد، احوال و انساب و معارف ادیان و امم مختلف و بالاخره اخبار طبیبان را بیان می‌کند. منابع مؤلف شامل مشاهدات مؤلف (گردیزی. همان: ۲۵۲-۲۸۰)، مسموعات مؤلف از افراد موثق (گردیزی. ۱۳۸۴: ۳۰۳) و کتب پهلوی، عربی و ... است که اغلب آن‌ها امروزه در دسترس نیستند (گردیزی. همان: ۲۱۹-۲۲۰، ۳۰۴، ۳۷۰) و این مسئله بر اهمیت کتاب می‌افزاید.

گردیزی در دو بخش کتاب، یعنی تاریخ ملوک کلدانی و عجم و همچنین بخش آخر کتاب که مربوط به تقویم، اعیاد، آداب و رسوم و احوال و معارف ملل و ادیان مختلف است، به تاریخ پزشکی در ایران باستان پرداخته است. او در ذکر تاریخ ایران پیش از اسلام افزون بر گزارش پنج بیماری، کوشیده است در راستای دست یازیدن به هدفی خاص، به ترسیم تاریخ پزشکی این دوره بپردازد.

گردیزی در ابتدای کتاب، اقلیم چهارم یعنی نیمروز، خراسان، جبال، فارس و عراق را ایرانشهر می‌نامد که در میانه جهان قرار دارد (گردیزی. همان: ۵) و در قسمت دوم کتاب که شامل تاریخ اقوام و علوم است پای از این فراتر نهاده و مکه، مدینه، حجاز و یمن را که در اقلیم سوم هستند را هم بخشی از ایرانشهر معرفی می‌کند (گردیزی. همان: ۳۶۸). او در سراسر کتاب گزارش‌هایی مبنی بر محور قرار دادن ایران و بزرگداشت ایران و ایرانیان می‌آورد که در این پژوهش با توجه به هدف اصلی مقاله، تنها به گزارش‌های پزشکی پرداخته می‌شود.

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

شماره	نام بیمار	بیماری	علت بیماری	نوع درمان	پزشک	صفحه
۱	ضحاک	دو مار یا دو زخم بر روی دو شانه‌اش	_____	هر روز دو مغز انسان غذای دو مار است یا بر روی دو زخم بگذارد	_____	۶۷
۲	فریدون	کوری	گریستن در غم از دست دادن ایرج	به دنیا آمدن نوه دختری ایرج (منوچهر)	_____	۷۱
۳	کیکاووس و سپاهیان‌ش	کوری	جادوی سمر بن عنتر	جگر جادوگران را ساییدند آب آن در چشم‌ها ریختند همه بینا شدند.	سوداوه دختر سمره	۷۳-۷۴
۴	شیرویه	طاعون	کشتن پدر و ۱۲ برادر	از طاعون بمرد	_____	۱۰۲
۵	مادر اسکندر مقدونی دختر فیلقوس و همسر دارا	بوی بد دهان	_____	تلاش طبیبان بی نتیجه بود. پس دارا او را درحالی که اسکندر را باردار بود، نزد پدر بازگرداند. فیلقوس برای پنهان کردن این ننگ اسکندر را فرزند خود نامید.	_____	۴۰۵ ۴۰۶

زادسپریم. ۱۳۸۵: ۵۶)، زمانی که مادر زرتشت برای رهایی از دردی که دیو تب و درد هنگام زایمان برای او ایجاد کرده بودند، قصد داشت به نزد جادوگری برود، فرشته اورمزد بر او بانگ می‌زند که پیش جادوگران مرو! چرا که درمان‌بخش تو نیستند. بعد او را راهنمایی می‌کند که برای رهایی از درد چه باید انجام دهد.

گردیزی، منشأ علم طب و دیگر علوم را منشأ الهی و متولی آن را مغان می‌داند. به گفته گردیزی، کتب این علوم را مغان در دژنشت (دارالکتب) که خزانه‌ای دور از دسترس عموم بود، نگهداری می‌کردند، تا اینکه اسکندر مقدونی بر ایران مسلط شد و دستور داد این کتب را ترجمه کنند و سپس ترجمه‌ها را به یونان ببرند و اصل کتب را بسوزانند؛ به طوری که در ایران به جز اندکی در گوشه و کنار کشور، کتابی نماند (گردیزی. همان: ۸۲).

در زمان شاپور بن اردشیر، اطلاعات پزشکی، زهرشناسی و پادزهرشناسی به چنان پیشرفتی می‌رسد که این پادشاه بدون ترس از گزیده شدن سپاهیان‌ش با عقرب‌ها، از سم آن‌ها در فتح حصار شهر نصیبین استفاده می‌کند (گردیزی. همان: ۸۶).

شاپور با تهدید نظامی قسطنطنیه موفق می‌شود

گردیزی تنها با گزینش روایات مدنظرش و چینش خاص آن‌ها، بی آنکه تحلیلی ارائه دهد و مستقیماً نظر خود را بیان کند، کوشیده است مخاطب به این نتیجه برسد که منشأ و مبدأ علم طب و دیگر علوم ایران است.

گردیزی، جمشید را نخستین کسی می‌داند که مرگ و بیماری را در جهان از بین می‌برد (گردیزی. همان: ۶۶). از این رو، می‌توان مدعی شد که گردیزی جمشید را نخستین پزشک دانسته و از منظر او، نخستین پزشک نه به مدد تجربه و دانش بشری، بلکه به عنایت خداوند عزوجل موفق به از بین بردن بیماری‌ها شده است. از این رو، کفر به خداوند سبب می‌شود که عنایت الهی از بین برود و ضحاک بر او مسلط شود و جادو و بیماری بر جهان مستولی گردد (گردیزی. همان: ۶۷).

گردیزی، نخستین طبقه‌بندی اجتماعی را به ضحاک نسبت می‌دهد. ضحاک مردمان را به چهار گروه تقسیم می‌کند و طبیبان را در کنار دیبران و منجمان در طبقه سوم قرار می‌دهد؛ یعنی بعد از دانایان (طبقه اول) و لشکریان (طبقه دوم) و پیش از بزرگان و بازرگانان و پیشه‌وران (طبقه چهارم) (گردیزی. همان: ۶۸).

از نگاه گردیزی، در ایران باستان جادو سبب بیماری بوده و از بین بردن جادو سبب درمان بیماری می‌شده است (گردیزی. همان: ۷۳-۷۴)، ولی او در قسمت معارف هندوان چندین بار اشاره می‌کند که هندوان با کمک افسون و جادو به درمان بیماری می‌پرداختند (گردیزی. همان: ۴۰۶)؛ اما در تاریخ ایران باستان، در هیچ گزارشی جادو را درمانگر معرفی نکرده است. این دیدگاه گردیزی با کتب و آموزه‌های پیش از اسلام هم خوانی دارد؛ مثلاً در کتاب مینوی خرد (مینوی خرد. ۱۳۸۵: ۵۲)، جادوگری چهارمین گناه بزرگ شمرده می‌شود و یا طبق کتاب دینکرد هفتم (دینکرد هفتم. ۱۳۸۹: ۲۱۴-۲۱۵) و همچنین کتاب ورزیدگی‌های زادسپریم (ورزیدگی‌های

ماوراء الطبیعی است و می‌کوشد نشان دهد که منشأ همه علوم، از جمله علم طب ایران بوده است، اما این مسئله باعث نشده که گردیزی نقش اقوام دیگر در پیشرفت دانش طب را کتمان کند. او در بخش دوم کتاب که به آداب و رسوم و معارف اقوام مختلف پرداخته و همچنین در بخش آخر که اخبار طبیبان را آورده است، نقش اقوام مختلف و به‌طور خاص، اطبای یونانی، رومی، اسکندرانی و ... را در پیشرفت علم پزشکی بیان کرده است.

منابع:

- باسورث، ا.ک (۱۳۶۲). تاریخ غزنویان. ترجمه حسن انوشه. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- دینکرد هفتم (۱۳۸۹). ترجمه محمدتقی راشد محصل. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- صفا، ذبیح‌الله (۱۳۷۸). تاریخ ادبیات در ایران. تهران: انتشارات فردوسی.
- گردیزی، ابوسعید عبدالحی بن ضحاک بن محمود (۱۳۸۴). زین الاخبار. تصحیح رحیم رضازاده ملک. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- مینوی خرد، ترجمه احمد تفضیلی، تهران: چاپخانه زر.
- ورزیدگی‌های زادسپرم (۱۳۸۵). ترجمه و تصحیح محمدتقی راشد محصل. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

رومیان را وادار کند که ترجمه کتب طبی و دیگر علمی را که اسکندر به یونان فرستاده بود را بار ستوران کنند و به ایران بازگردانند (همان) و تأسیس شهر جندی‌شاپور که بعدها از مهم‌ترین مراکز پزشکی ایران می‌شود هم در زمان همین شاپور اول انجام می‌شود (همان).

گردیزی در بیان خزائن به‌جای مانده از خسرو پرویز به انگشترهای نه‌گانه او اشاره می‌کند و از دو انگشتر نام می‌برد که یکی پادزهری برای خنثی کردن تمام سموم نوشیدنی، خوردنی و بوییدنی بود و دیگری، انگشتری از جنس فلز بود و به هنگام حمام برای آبن استفاده می‌شد و این نشان‌دهنده تبخیر ایرانیان در پادزهر سازی و آشنایی با خواص فلزات و همچنین خواص آبن‌ها برای پیشگیری و درمان بیماری‌ها بوده است (گردیزی. همان: ۱۰۱-۱۰۲).

گردیزی تنها با گزینش روایات مدنظرش و چینش خاص آن‌ها، بی‌آنکه تحلیلی ارائه دهد و مستقیماً نظر خود را بیان کند، کوشیده است مخاطب به این نتیجه برسد که منشأ و مبدأ علم طب و دیگر علوم ایران است. او همچنین در بزرگداشت ایرانیان تا آنجا پیش می‌رود که برای تخفیف تنگ شکست ایرانیان در برابر اسکندر، می‌کوشد با نقل از منابعی بی‌نام‌ونشان، اسکندر را ایرانی و فرزند دارا معرفی کند. راز بزرگی که جز مادر و پدر بزرگ مادری اسکندر، هیچ‌کس حتی خود او و دارا از آن آگاهی نداشت (گردیزی. همان: ۴۰۵-۴۰۶).

به‌طور کلی، رویکرد گردیزی به طب، متأثر از جو حاکم بر جامعه علمی آن زمان، رویکردی طبیعی-

انجماد و نگهداری گامت در باروری های پزشکی و آثار فقهی - حقوقی مترتب بر آن



کتاب «انجماد و نگهداری گامت در باروری های پزشکی و آثار فقهی - حقوقی مترتب بر آن»، اثر دکتر نازلی محمودیان، در سال ۱۳۹۸ از سوی انتشارات حقوقی در ۲۲۴ صفحه به چاپ رسیده است.

از جمله دستاوردهای فنون پیشرفته علم پزشکی که در اختیار انسان معاصر قرار گرفته، باروری های پزشکی است که با بهره گیری از روش های کمکی تولیدمثل، فرزند آوری را برای زوج های نابارور که در شرایط طبیعی قادر به آن نیستند تا حدود زیادی فراهم کرده است که در این میان، انجماد گامت از مهم ترین شیوه های حفظ باروری است.

از مهم ترین دغدغه ها برای مردان و زنانی که تحت شیمی درمانی، پرتودرمانی یا جراحی قرار می گیرند، ناباروری است. بنابراین، پیش از شروع درمان، به این بیماران پیشنهاد می شود اسپرم و تخمک خود را برای استفاده در آینده منجمد کنند.

گروه دیگر افراد کاندیدای انجماد مایع اسپرم، زوجین ناباروری هستند که به دلایل مختلف، امکان حضور شوهر در روز دریافت تخمک از خانم امکان پذیر نیست. بنابراین، اسپرم از قبل دریافت و منجمد می شود.

هرچند انجماد گامت سابقه چندین طولانی ندارد، ولی با توجه به پیشرفت فنی این عمل، مورد بحث قرار گرفته و مسائل فقهی - حقوقی بسیاری را پیش روی حقوقدانان و فقها قرار داده است.

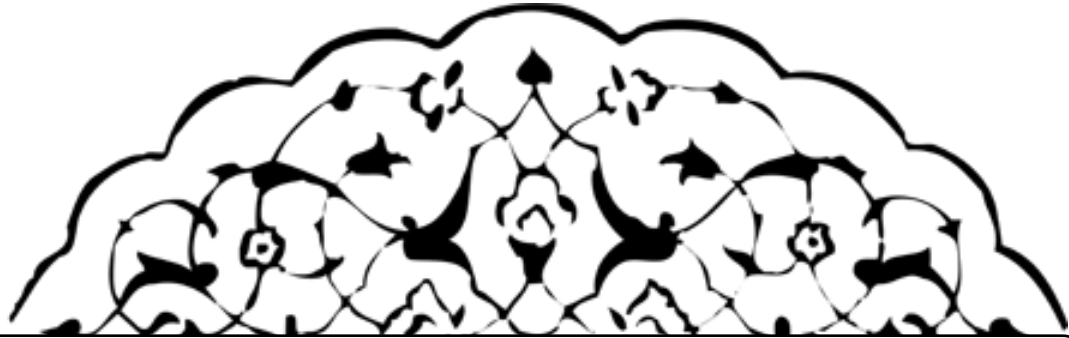
این کتاب در دو بخش کلی تنظیم شده است: بخش یکم شامل دو فصل است. در فصل یکم به مفهوم شناسی و سیر تحولات انجماد و نگهداری گامت برای استفاده از آن ها در باروری های پزشکی و حفظ باروری در دو مبحث جداگانه پرداخته شده است. در فصل دوم، در پنج مبحث جداگانه، ماهیت، نوع رابطه گامت های منجمد موجود در بانک های انجماد و صاحبان آن ها، کاربرد

گامت های منجمد، فواید و پیامدهای انجماد گامت مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

در بخش دوم، مشروعیت انجماد و نگهداری گامت و همچنین آثار فقهی - حقوقی مترتب بر کاربرد آن در فصل یکم و دوم مورد بحث قرار گرفته و در فصل سوم، چگونگی معامله گامت های منجمد، ماهیت حقوقی و شرایط قراردادهای انجماد و نگهداری گامت از منظر فقه و حقوق بررسی شده است.

با عنایت به اینکه هدف اصلی از انجماد گامت ها به منظور حفظ باروری، تلقیح آن ها بعد از اتمام دوره انجماد و تشکیل جنین است، با در نظر گرفتن آثار فقهی - حقوقی آن، از قبیل نسب، ارث، و حضانت به نظر می رسد که تنها برخی از صور آن جایز باشد که این مسئله نیازمند بحث و بررسی دقیق است. بنابراین، در این نوشتار سعی بر آن است که با مشخص کردن صور جایز آن از منظر فقه امامیه، مسائل حقوقی مربوطه مورد بحث و بررسی قرار گیرد؛ چراکه یافتن راه حل های مناسب برای این مسائل می تواند راهگشای بسیاری از مشکلات مطرح در جامعه باشد.

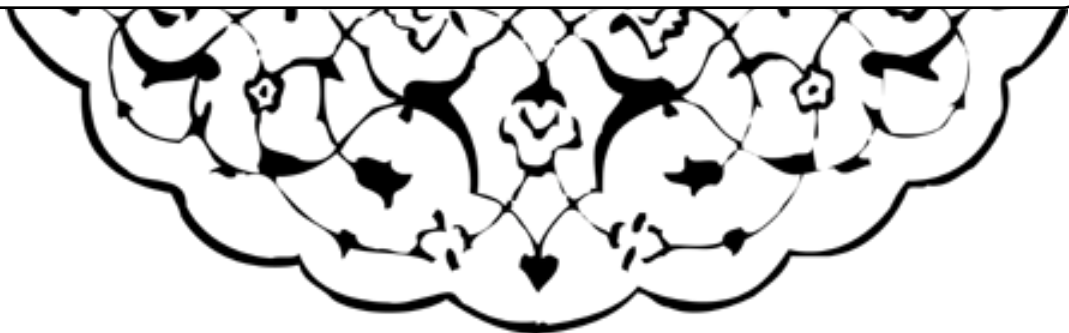
عاشق سوخته



کز اثر پرتو جلوه دلبر بود
هر دمیم محشر دیگری از سر بود
لاجرم اندر ره کشور دیگر بود
ز آنچه در عاشق سوخته مضمّر بود
دور شوی ز آنچه بهر تو مقرر بود
اینکه بود اولت تا چه در آخر بود
زنده بود آنکه او مرده دلبر بود
مرد خدا را کجا قلب مکدر بود
خواهی اگر جان تو منور بود
شاهد گفتار او قول پیمبر بود

باز بدل شورش بی حد و بی سمر بود
محشر تو آخر طول زمانی و من
نیست درین آب و گل موطن اصلی دل
کو قلمی تا کزو شرح تواند رود
نیست روا ای پسر در ره خودکامیت
آخر تو نیست جز آنچه بود اولت
مرده اگر نیستی زنده تئی چیستی
مرد خدایی اگر از چه نداری صفا
پیر جوانبخت ما گفت حضوری طلب
بیم تو از دوزخ و نجم ز خود بیمناک

علامه حسن زاده آملی رحمته الله علیه



پیام سلامت و دین (۳۴)

**ابرو گشاده باش چو دستت گشاده
نیست.**

اگر محدودیت منابع و اختیارات، تحدید
وظایف و ... باعث می‌شود نتوانیم همه
انتظارات مراجعان را برآورده کنیم،

اما می‌توانیم

با گشاده‌رویی و مفاضا همراه و کرامت
افراد، رضایت ایشان را جلب کنیم.