

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

دانش مستدام

سال هشتم، شماره ۸۷، آذر ۱۴۰۴

مادر



دانش متدین

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی
شماره پروانه انتشار وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۱۹۷۰
سال هشتم، شماره ۸۷، آذر ۱۴۰۴



مشاهده نشریه
در پایگاه «مگیران»



شماره های
پیشین نشریه

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

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

مدیر مسئول: دکتر ابوالفضل ایرانی خواه

سر دبیر: دکتر اکرم حیدری

هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

حمید آسایش، مرتضی حیدری، احسان اله درویشی، محسن رضایی
آدریانی، محمود شکوهی تبار، زهرا طاهری خرامه، مریم محسنی
سیف آبادی، احمد مشکوری، منصوره مدنی، محمد مهری لیقوانی.

مدیر اجرایی: زهرا سادات علایی طباطبایی

تیم اجرایی: سیده طاهره موسوی

ویراستار: حورا خمه

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

سخن آغازین ۳

پیام سلامت و دین (۷۷) ۴

سلامت در قرآن و روایات

چهره‌ی رحمت‌محور خدا در قرآن و حدیث و نقش آن در دلبستگی ایمن. ۵
محمود شکوهی تبار

سلامت و مراقبت معنوی

ادغام سلامت معنوی خانواده در نظام مراقبت سلامت ۸
زهرا طاهری خرامه

فقه پزشکی

قتل نفس در پزشکی ۱۱
احمد مشکوری

تحلیل اخلاق - حقوقی موارد

حفظ حریم خصوصی اطلاعاتی در شرایط اورژانس ۱۲
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

مبدأ و سیر تکاملی علم طب در دیدگاه مورخان و اطباء مسلمان. ۱۵
علی باقری صمغ آبادی، فرشته دوستی

معرفی کتاب

خانواده درمانگری معنوی خداسو ۱۸

پیام سلامت و دین (۷۸) ۱۹

رضا و خشنودی از داده‌های الهی

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، میازمای 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 به آنچه از من دور داشتی و عطایش را دریغ کردی، از شکرم بر آنچه به من 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 است.

منبع:

بخشی از دعای ۳۵ صحیفه سجاده. ترجمه حسین انصاریان.
دسترسی: <https://erfan.ir/farsi/sahifeh35/10011>؛ ۱۴۰۴/۰۹/۰۲



پیام سلامت و دین (۷۷)

پوشش انسان، یکی از عوامل تأثیرگذار بر ارتباط با دیگران است

- ۱- آیا از پیام پوشش خود آگاهی داریم؟
- ۲- آیا آنچه پوشش ما می‌گوید با آنچه ما می‌خواهیم متنقل کند، یکی است؟
- ۳- آیا از تأثیر پوششمان بر خود و دیگران اطلاع داریم؟

چهره‌ی رحمت‌محور خدا در قرآن و حدیث و نقش آن در دل‌بستگی ایمن

محمود شکوهی تبار^۱

چکیده:

در سال‌های اخیر، نظریه دل‌بستگی در روان‌شناسی فراتر از روابط میان‌فردی، به قلمرو دین نیز گسترش یافته است. در این چهارچوب، رابطه انسان با خدا می‌تواند مشابه پیوندی عاطفی با فردی حمایت‌گر در نظر گرفته شود. پیوندی که احساس امنیت، اعتماد و آرامش درونی را پدید می‌آورد. این مقاله با تکیه بر آیات و روایات اسلامی نشان می‌دهد که متون دینی، تصویری رحمت‌محور از خداوند ارائه می‌کنند. خدایی که حضورش همیشگی، پاسخ‌گویی‌اش پایدار و حمایتش بی‌قید و شرط است. در این تصویر، حتی رنج و ابتلا در چهارچوب ربوبیت و تربیت معنا می‌یابند و بازتابی از محبت و رشد الهی‌اند. براین اساس، تجربه رحمت و نزدیکی خداوند، زمینه‌ساز شکل‌گیری دل‌بستگی‌ای امن با اوست که می‌تواند اضطراب وجودی را کاهش داده، امید و تاب‌آوری روانی انسان را تقویت کند.

واژگان کلیدی:

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

در سال‌های اخیر، نظریه دل‌بستگی، به عنوان یکی از رویکردهای مهم در روان‌شناسی، فراتر از روابط انسانی، به حوزه دینی نیز راه یافته است. در این چهارچوب، رابطه انسان با خداوند می‌تواند مشابه پیوندی عاطفی

با «فرد حمایت‌گر» تحلیل شود. پیوندی که احساس امنیت، اعتماد و آرامش درونی را در فرد پدید می‌آورد. پرسش اساسی این است که آموزه‌های دینی، چه تصویری از خدا را ارائه می‌دهند و این تصویر چگونه می‌تواند دل‌بستگی‌ای ایمن و مطمئن به خداوند را شکل دهد؟

آیات و روایات اسلامی، چهره‌ای رحمت‌محور از خداوند را ترسیم می‌کنند. خدایی که حضورش همیشگی، پاسخ‌گویی‌اش پایدار و حمایتش بی‌قید و شرط است. در این تصویر، حتی مفاهیمی همچون عذاب و ابتلا نه جلوه‌ای از خشم بی‌مهار، بلکه نشانه‌ای از ربوبیت و تربیت الهی‌اند که در درون خود پیام نهفته حمایت، رشد و بازگشت را دارند. براین اساس، رابطه انسان با خدا اگر در بستر رحمت، نزدیکی و پاسخ‌گویی فهم شود، به پیوندی امن و شفاف‌بخش تبدیل می‌گردد که می‌تواند اضطراب وجودی را کاهش داده، تاب‌آوری روانی را تقویت کند.

این مقاله با تکیه بر آیات و روایات و بهره‌گیری از مفاهیم نظریه دل‌بستگی، نشان می‌دهد که چگونه آموزه‌های قرآن و حدیث می‌توانند چهارچوبی جامع را برای شکل‌گیری پیوندی عاشقانه، امن و پایدار میان

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

انسان و پروردگار رافراهم آورند.

مبانی معرفتی دل‌بستگی ایمن به خدا در تعالیم اسلامی به‌روشنی تبیین شده است. در ادامه، ابعاد مختلف این دل‌بستگی ایمن و مؤلفه‌های سازنده آن بررسی می‌شود. این مؤلفه‌ها، شامل تصویر رحمت‌محور از خدا، تجربه حضور و در دسترس بودن خدا، و درک تربیتی از رنج و ابتلاست که در مجموع، الگوی رابطه‌ای امن میان انسان و پروردگار را شکل می‌دهند.

۱. رحمت بی‌کران الهی و شکل‌گیری پیوندی امن با خدا

قرآن و روایات چهره‌ای رحمت‌محور از خداوند را ارائه می‌دهند. خدایی که «سرچشمه رحمت بی‌پایان» بوده و خود را ملتزم به مهربانی ساخته است: «وَرَحْمَتِي وَسِعَتْ كُلَّ شَيْءٍ» (اعراف: ۱۵۶) و «كَتَبَ رَبُّكُمْ عَلَى نَفْسِهِ الرَّحْمَةَ» (انعام: ۵۴). در حدیث قدسی نیز آمده است: «إِنَّ رَحْمَتِي سَبَقَتْ غَضَبِي» (کلینی. ۴۰۷: ۳۲۲/۲). پیامبر اکرم (ص) نیز «رَحْمَةً لِّلْعَالَمِينَ» معرفی شده است. این دستگاه معنایی، چهارچوبی را فراهم می‌کند که در آن، نسبت انسان با خدا بر «اعتماد، دسترس‌پذیری و حمایت» بنا می‌شود. همان مؤلفه‌هایی که در روان‌شناسی دل‌بستگی، سازنده پیوند امن‌اند. وقتی مبنای رابطه با خدا «رحمت پیشینی» است، انتظار مراقبت و پذیرش شکل می‌گیرد و دستگاه شناختی فرد به جای «تهدید و مجازات»، بر «بخشش و امکان شروع دوباره» تنظیم می‌شود.

۲. «بسم الله الرحمن الرحيم»: چهارچوبی شناختی - هیجانی برای احساس امنیت

آغاز همه سوره‌های قرآن - جز توبه - با «بسم الله الرحمن الرحيم» نشان می‌دهد که متن وحی در قابی از «رحمت عام و خاص خداوند» ارائه می‌شود. این آغاز تکرارشونده دو کارکرد روان‌شناختی دارد:

الف. «لنّز تفسیر» را بر رحمت می‌گذارد؛ حتی احکام و هشدارها در زمینه خیرخواهی الهی فهم می‌شوند.

ب. پیام ضمنی «دسترس‌پذیری پایدار» را القا می‌کند. هر بار مخاطب با سخن خدا مواجه می‌شود، یاد می‌گیرد که پشتوانه‌ای مهربان حضور دارد. این تصویر، انتظار «حمایت همیشه‌حاضر» و الگوی دل‌بستگی ایمن را تقویت می‌کند و خدا را نه داوری بی‌اعتنا، بلکه پناهی در دسترس معرفی می‌کند.

همچنین در روایات اسلامی، آغاز کردن کارها با «بسم الله الرحمن الرحيم» توصیه شده است. گفتن «بسم الله» در آغاز هر عمل، نوعی فعال‌سازی ذهنی حضور خداوند مهربان است و یادآور می‌شود که انسان در مسیر عمل تنها نیست. تکرار اوصاف «رحمان» و

«رحیم» تصویر خدا را به‌عنوان منبعی از مهربانی پایدار و حمایت بی‌قید و شرط در ذهن تثبیت و کمک می‌کند که فرد ناخودآگاه خدا را به‌مثابه «فرد حمایت‌گر همیشه‌دردسترس» تجربه کند.

۳. فهم تربیتی از رحمت الهی در بستر رنج و ابتلا

گاه ممکن است تصور شود که سختی‌هایی که برای مؤمنان پیش می‌آید نشانه بی‌توجهی یا غضب خداوند است؛ اما قرآن این‌گونه تعبیر نمی‌کند. کلام وحی خداوند را «رَبِّ» معرفی می‌کند که به معنای مالک مدبّر است. مربی و پرورش‌دهنده‌ای که رشد و تکامل مخلوقاتش را هدف قرار داده است. در این چهارچوب، ابتلائات و سختی‌ها به‌منزله «فرصت‌های رشد» هستند: «وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ... وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ» (بقره: ۱۵۵). در روایات نیز محبت خداوند فراتر از محبت مادر به کودک شیرخوار توصیف شده است (مجلسی. ۱۴۰۳: ۶/۲۹). همان‌گونه که والد حکیم، کودک را برای «توانمندی بیشتر» گاه در معرض دشواری‌های سنجیده قرار می‌دهد، ربوبیت الهی نیز رنج را در دل الگوی مراقبت قرار می‌دهد، نه بیرون از آن. چنین فهمی، هم‌زمان «معنای رنج» و «احساس حمایت» را می‌سازد؛ دو عاملی که به کاهش اضطراب و حفظ کارکرد روانی کمک می‌کنند.

۴. رحمت، غایت آفرینش

آیات ۱۱۸-۱۱۹ سوره مبارک هود بر این نکته تأکید می‌کنند که غایت نهایی خلقت، رسیدن به حوزه رحمت الهی است: «إِلَّا مَن رَّحِمَ رَبُّكَ وَلِذَلِكَ خَلَقَهُمْ». رحمت عام همه را دربرمی‌گیرد و رحمت خاص مقصد نهایی سلوک ایمانی است. روایات نیز با بیانی موجز این معنا را تأیید می‌کنند: «إِنَّ اللَّهَ تَبَارَكَ وَتَعَالَى خَلَقَ الْخَلْقَ لِرَحْمَتِهِمْ» (مجلسی. ۱۴۰۳: ۵/۲۲۵). بر این مبنای تجربه رحمت، هدف هستی‌شناختی رابطه انسان و خداست و هر کنش ایمانی (ایمان، توبه، عبادت و عمل صالح) قرار گرفتن در معرض این رحمت را می‌افزاید. چنین افقی، امید آفریده، جایگاه «امید واقع‌بینانه» را در تنظیم هیجانات تثبیت می‌کند.

۵. نزدیکی، شنوا بودن و پاسخ‌گویی خدا؛ بنیان‌های «دسترس‌پذیری الهی»

قرآن، نزدیک‌بودن خدا را به‌نحوی ژرف توصیف می‌کند: «وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِّنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ» (ق: ۱۶)، «وَهُوَ مَعَكُمْ أَيْنَ مَا كُنْتُمْ» (حدید: ۴)، و الگوی گفت‌وگوی مستقیم را تثبیت می‌کند: «فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ» (بقره: ۱۸۶) و «إِنَّ رَبِّي قَرِيبٌ مُّجِيبٌ» (هود: ۶۱). این تصریحات، سه مؤلفه بنیادین دل‌بستگی ایمن را مهیا می‌سازند: دسترس‌پذیری، پاسخ‌گویی و حمایت. چنین تصویری، «انتظار پاسخ مهربانانه» را

به عنوان طر حواره غالب در ذهن مؤمن تثبیت می کند و سطح اضطراب وجودی را پایین می آورد.

۶. معماری رحمت در نظام ثواب و عقاب

روایات اسلامی الگویی از رحمت و مغفرت الهی را ارائه می دهند. این الگو شامل مفاهیمی، همچون فرصت دادن برای توبه (مانند روایت امام صادق علیه السلام درباره مهلت هفت ساعته برای استغفار: «الْعَبْدُ الْمُؤْمِنُ إِذَا أَذْنَبَ ذَنْبًا أَجَلَهُ اللَّهُ سَبْعَ سَاعَاتٍ فَإِنْ اسْتَغْفَرَ اللَّهُ لَمْ يُكْتَبْ عَلَيْهِ شَيْءٌ» (کلینی. ۱۴۰۷: ۲/ ۴۳۷))، برتری پاداش بر کیفر، تبدیل گناه به ثواب در صورت توبه و ثواب نیت خیر، حتی اگر به عمل نرسد، است.

این الگو دو پیام مهم دارد:

الف. خطا به معنای پایان رابطه با خدا نیست؛ بنابراین امید به بازگشت حفظ می شود و ناامیدی که از مخرب ترین خطاهای شناختی است، مهار می گردد: «لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ» (زمر: ۵۳).

ب. مسئولیت پذیری همراه با امید، جایگزین شرم ناتوان کننده و مخرب می شود. فرد می آموزد که خطا را جبران کند و مسیر رشد خود را ادامه دهد. این دو پیام به انسجام هیجانی و توانایی خودتنظیمی کمک می کنند.

البته باید توجه داشت که رحمت، «باران عام» است؛ اما میزان بهره مندی تابع «آمادگی زمین» است. ایمان، توبه، ذکر و عمل صالح، زمین جان انسان را «قابل جذب رحمت» می سازند. توصیه آغاز کارها با «بسم الله الرحمن الرحيم» دقیقاً چنین کارکردی دارد: تذکر دائمی رحمت در بطن کنش های روزمره، اضطراب عملکردی را مکاهش می دهد، احساس هم راهی ایجاد می کند و الگوی دل بستگی ایمن را در بستر تجربه زیسته تثبیت می نماید. این مداخله ای شناختی - رفتاری ساده اما مؤثر است: بر حسب گذاری رحمت در آستانه عمل، با بازسازی باورهای ناسازگار (خدا دور و سخت گیر است) و جایگزینی آن با باورهای واقع نما (خدا نزدیک، شنوا و مهربان است) هم خوان است.

اگرچه متون دینی بارها به غضب الهی اشاره کرده اند، ولی این موضوع با دل بستگی ایمن به خدا قابل جمع است. دل بستگی ایمن به معنای احساس اطمینان از حضور و پاسخ گویی خداوند است، حتی در

مواجهه با خطا یا سختی. آموزه های مربوط به عذاب، نه به منظور ایجاد ترس بی پناهی، بلکه به عنوان هشدار و یادآوری عدالت و حکمت خداوند ارائه شده اند. این یادآوری، در واقع می تواند فرد را به رجوع بیشتر به خدا و طلب حمایت هدایت و پیوند عاطفی او با خدا را تقویت نماید. بدین ترتیب، ترس هدایت کننده در متون دینی و دل بستگی ایمن به خدا باهم ناسازگار نیستند و می توانند به شکل هم افزایی، اعتماد و آرامش درونی انسان را تقویت کنند.

براین اساس، آموزه های قرآن و حدیث، صورت بندی خدایی را پیش رو می گذارد که «حاضر، شنوا، پاسخ گو و مری» است. خدایی که رحمتش بر غضبش سبقت دارد، غایت خلقت را رحمت می داند، ابتلا را در دل تربیت می نشاند و راه بازگشت را همواره باز می گذارد. این منظومه، از منظر روان شناختی، همان مؤلفه هایی را می سازد که برای شکل گیری «دل بستگی ایمن به خدا» لازم است؛ یعنی اعتماد بنیادین، دسترس پذیری درک شده، پاسخ گویی و حمایت پایدار. خروجی چنین دل بستگی ای، کاهش اضطراب وجودی، تقویت امید و تاب آوری، و ارتقای بهزیستی و سلامت روان است. به بیان دیگر، هرچه تصویر شناختی مؤمن از خدا «رحمت مدارتر و نزدیک تر» باشد و در عمل با ذکر، توبه و کنش اخلاقی آن را «زیست» کند، پیوند امن تر و آرامش پایدارتر تجربه خواهد شد. در این نگاه، حتی آموزه های مربوط به عذاب الهی با دل بستگی ایمن به خدا قابل جمع اند؛ زیرا یادآوری عدالت و حکمت الهی نه ترس بی پناهی، بلکه هدایت به سوی بازگشت و رجوع به خدا را القا می کند. بدین ترتیب، ترس هدایت کننده و دل بستگی ایمن می توانند به شکل هم افزا، اعتماد و آرامش درونی مؤمن را تقویت کنند.

منابع:

- قرآن کریم

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

- مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی (۱۴۰۳ ق). بحار الانوار. بیروت: دار احیاء التراث العربی.



ادغام سلامت معنوی خانواده در نظام مراقبت سلامت

زهرا طاهری خرامه^۱

چکیده

سلامت معنوی خانواده، به عنوان یکی از ابعاد اساسی سلامت جامعه، نقشی مهم در ارتقای کیفیت زندگی بیماران و مراقبان خانوادگی دارد. در دهه های اخیر، توجه به ادغام سلامت معنوی در نظام مراقبت سلامت افزایش یافته و این رویکرد، به ویژه در مراقبت های خانواده محور، تسکینی و ویژه اهمیت یافته است. مرور مطالعات نشان می دهد که مداخلات معنوی موجب افزایش تاب آوری، کاهش اضطراب، و ارتقای رضایت از زندگی در بیماران و خانواده ها می شود. به کارگیری مدل هایی، مانند ASSET، استفاده از فناوری های دیجیتال، و تمرکز بر هدف نهایی، یعنی دستیابی به «قلب سلیم» از مهم ترین رویکردهای مؤثر در تحقق مراقبت معنوی خانواده محسوب می شوند. این مقاله به بررسی ساختارها، الگوها و پیامدهای ادغام سلامت معنوی خانواده در نظام های مراقبت سلامت می پردازد و بر ضرورت گنجانیدن آموزش و حمایت معنوی در برنامه های سازمانی و آموزشی نظام سلامت تأکید می کند.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی؛ خانواده محور؛ تاب آوری؛ مراقبت معنوی؛ مراقبت سلامت.

مقدمه

ادغام سلامت معنوی خانواده در محیط های مراقبت سلامت، به عنوان بخشی حیاتی از مراقبت جامع از بیماران و خانواده هایشان شناخته می شود. نظام های سلامت، به تدریج به سمت مدل های مراقبت خانواده محور حرکت کرده اند که نقش بنیادی خانواده را در ارائه مراقبت مناسب به بیماران و همراهان آنان به رسمیت می شناسند (Borjalilu و همکاران، ۲۰۱۶). این رویکرد نشان می دهد که خانواده ها، به عنوان یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت، نقش کلیدی در حمایت عاطفی، روانی و معنوی بیماران را به ویژه در دوران های بحرانی، مانند بیماری های مزمن، شرایط بحرانی و مراقبت های پایان زندگی ایفا می کنند (Ro-man و همکاران، ۲۰۲۰).

در بخش های مراقبت ویژه، اعضای خانواده تمایل و نیاز قابل توجهی به دریافت مراقبت معنوی از سوی ارائه دهندگان خدمات سلامت دارند. تحقیقات نشان می دهد که خانواده ها ترجیح می دهند پرستاران، مراقبت معنوی را ارائه دهند؛ زیرا این مراقبت ها به آنان کمک می کند تا معنا و ارزش رویدادهای زندگی خود را درک کرده، هم زمان تاب آوری و مهارت های مقابله ای شان تقویت شود (Zambezi و همکاران، ۲۰۲۲). این یافته ها نشان دهنده نیاز جدی خانواده ها به حمایت معنوی در شرایط بحرانی و پُر تنش پزشکی بوده که با اضطراب و فشار عاطفی همراه است.

محیط های مراقبت تسکینی نیز زمینه های مهمی برای مداخلات سلامت معنوی خانواده به شمار می روند. تأمین نیازهای معنوی و روانی خانواده ها بخشی جدایی ناپذیر از مراقبت تسکینی است و جلسات خانوادگی می توانند فرصتی مناسب برای پرداختن به این نیازها را فراهم کنند (Tan و همکاران، ۲۰۱۱). ارائه دهندگان مراقبت معنوی نقش حیاتی را در حمایت از تصمیم گیری های دشوار، ایجاد آرامش و ارائه مشاوره سوگ و داغداری ایفا می کنند تا خانواده ها بتوانند شرایط سخت را بهتر مدیریت کنند (Roman و همکاران، ۲۰۲۰؛ Gijssberts و همکاران، ۲۰۱۹).

مراقبان خانوادگی در محیط های درمانی الگوهای مشخصی از مقابله معنوی را نشان می دهند که ارائه دهندگان خدمات سلامت می توانند آن ها را تقویت کنند. مطالعات نشان می دهد که مراقبت معنوی موجب صبر، احساس آرامش و امنیت در مراقبان می شود و راهبردهایی مانند دعا، توکل به خدا، صبر، دریافت حمایت از خویشاوندان و گفت و گو با خانواده بیماران دیگر مورد استفاده قرار می گیرد (Kurtgoz و همکاران، ۲۰۲۳؛ Arias-Rojas و همکاران، ۲۰۱۹؛ Rocha و همکاران، ۲۰۱۸). ایجاد محیط های

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

مذهبی و معنوی در مراکز درمانی، نقش مهمی در تقویت تاب‌آوری و حمایت روانی خانواده‌ها دارد (Kurtgoz و همکاران، ۲۰۲۳).

با وجود اهمیت سلامت معنوی، خانواده‌ها هنگام مراقبت از بیماران با بیماری‌های محدودکننده حیات با نگرانی‌های معنوی گسترده‌ای در حوزه‌های وجودی، روانی، مذهبی و اجتماعی روبه‌رو هستند. این نگرانی‌ها شامل پرسش‌های وجودی، استرس و احساس گناه، خشم یا تردیدهای مذهبی و تغییرات اجتماعی و رابطه‌ای است (Oechsle, ۲۰۱۹؛ Selman و همکاران، ۲۰۱۷). با این حال، خانواده‌ها اغلب گزارش می‌دهند که مراقبت معنوی کافی را دریافت نمی‌کنند؛ زیرا این نوع مراقبت، اولویت‌های پایین‌تری برای متخصصان سلامت دارد و محدودیت زمانی مانع از اجرای آن می‌شود.

الگوها و رویکردهای ساختاری در اجرای مداخلات معنوی

مدل ASSET و آموزش مراقبت معنوی خانواده‌محور اجرای مؤثر مداخلات سلامت معنوی خانواده نیازمند رویکردهای ساختاریافته‌ای است که بتوان آن‌ها را در نظام‌های مراقبت سلامت و برنامه‌های مراقبت خانواده ادغام کرد. مدل ASSET چهارچوبی کاربردی را برای آموزش مراقبت معنوی در محیط‌های سلامت فراهم می‌کند که بر توسعه خودآگاهی و سلامت معنوی کارکنان تأکید دارد. اجرای این آموزش‌ها موجب افزایش آگاهی از معنویت و ابعاد آن، تقویت مهارت شناسایی و ارزیابی نیازهای معنوی بیماران و خانواده‌ها، کاهش فشار معنوی کارکنان و ارتقای کیفیت مراقبت معنوی ارائه‌شده می‌شود (Borjalilu و همکاران، ۲۰۱۶). کارکنانی که در این زمینه آموزش دیده‌اند، می‌توانند نیازهای معنوی خانواده‌ها را بهتر درک کرده، در بحران‌های پزشکی، حمایت جامع‌تر و مؤثرتری را ارائه دهند. این مدل، موجب افزایش آگاهی از مفهوم معنویت و ابعاد آن، پرورش مهارت در شناسایی و ارزیابی نیازهای معنوی، تقویت حساسیت نسبت به نیازهای معنوی بیماران، کاهش فشار معنوی، و ارتقای کیفیت مراقبت معنوی می‌شود.

رویکردهای مراقبت خانواده‌محور

رویکردهای مراقبت خانواده‌محور تحولی بنیادین در ارائه خدمات سلامت محسوب می‌شوند که خانواده را به‌عنوان ستون اصلی جامعه و مسئول اصلی مراقبت از بیمار و همراهان او می‌دانند. در این مدل‌ها، نهادهای سلامت با پذیرش نقش خانواده در فرایند مراقبت، تعاملات میان اعضای خانواده را تقویت می‌کنند. انجمن ملی آموزش کودکان خردسال نیز ایجاد تعاملات درون خانوادگی را راهبردی مؤثر در راستای رشد و توسعه معنوی کودکان می‌داند (Borjalilu و همکاران، ۲۰۱۶). واحدهای مراقبت ویژه، ازجمله محیط‌هایی هستند که در آن‌ها اثربخشی مداخلات معنوی به‌خوبی مشاهده شده است. تحقیقات نشان می‌دهد اعضای خانواده

بیماران بستری در این بخش‌ها تمایل زیادی به دریافت مراقبت معنوی از پرستاران دارند؛ زیرا این نوع مراقبت به آن‌ها کمک می‌کند تا برای رویدادهای زندگی خود معنا بیابند و هم‌زمان، تاب‌آوری و توان مقابله‌شان را تقویت کنند (Zambezi و همکاران، ۲۰۲۲). مداخلات مذهبی - معنوی برای خانواده بیماران ICU می‌تواند به اندازه داروها در افزایش تاب‌آوری و کاهش فشار روانی ناشی از بستری شدن عزیزان مؤثر باشد (Rahmati و همکاران، ۲۰۱۷).

مداخلات ساختاریافته مراقبت معنوی

برنامه‌های ساختاریافته مراقبت معنوی آثار قابل‌سنجشی را در بافت‌های گوناگون خانوادگی نشان داده‌اند. در خانواده‌هایی که فرزندان آن‌ها با بیماری‌های جدی روبه‌رو هستند، چنین برنامه‌هایی موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب مرگ در والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان می‌شود (Mohammadi و همکاران، ۲۰۲۵؛ Movahedimoghadam و همکاران، ۲۰۲۲). این مداخلات همچنین شایستگی فردی و تحمل هیجانی والدین را افزایش داده، در نتیجه، تاب‌آوری آنان را ارتقا می‌دهد. ازاین‌رو لازم است به‌عنوان بخشی از برنامه‌های مراقبت خانواده‌محور در نظر گرفته شوند.

فناوری‌های دیجیتال در مراقبت معنوی خانواده

بسترهای دیجیتال، فرصت‌های نوینی را برای ارائه مداخلات معنوی به خانواده‌ها فراهم کرده‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ارائه مراقبت معنوی از طریق پیام‌رسان واتساپ، موجب کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری، اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم می‌شود (Mohamma-di و همکاران، ۲۰۲۵). این روش، به‌عنوان برنامه‌ای مؤثر در توانمندسازی خانواده‌ها برای پذیرش بیماری فرزند و افزایش مشارکت آن‌ها در فرایند درمان و مراقبت شناخته می‌شود.

رویکرد هدف‌محور: دستیابی به قلب سلیم

رویکرد هدف‌محور در مراقبت معنوی بر دستیابی به وضعیت «قلب سلیم» تأکید دارد؛ حالتی از آرامش و امنیت درونی که با اعتماد، عشق، امید، شادی، اطمینان و رضایت همراه است (Asadzandi، ۲۰۱۹). این هدف از طریق توسعه روابط با خدا، دیگران، خود و طبیعت و با بهره‌گیری از مدل‌های مراقبت مبتنی بر جامعه و مشارکت فعال بیماران و خانواده‌ها تحقق می‌یابد.

پیامدها و راهکارهای ارائه مراقبت معنوی خانواده‌محور

اثربخشی مداخلات معنوی تنها در سطح فردی یا بیمار محدود نمی‌شود، بلکه آثار گسترده‌ای در سطح خانواده دارد. شواهد نشان می‌دهد که مراقبت معنوی موجب افزایش تاب‌آوری و در پی آن، افزایش رضایت از زندگی، هیجانات مثبت‌تر و کاهش هیجانات منفی در



with cancer: Effects on quality of care and mental health of caregivers. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17(2), 545-52.

- Dey, N. E. Y., Amponsah, B., & Wiafe-Akenteng, C. B. (2021). Spirituality and subjective well-being of Ghanaian parents of children with special needs: The mediating role of resilience. *Journal of Health Psychology*, 26(9), 1377-1388.

- Gijsberts, M. J. H., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olshman, E. (2019). Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences*, 7(2), 25.

- Kurtgöz, A., & Edis, E. K. (2023). Spiritual care from the perspective of family caregivers and nurses in palliative care: a qualitative study. *BMC palliative care*, 22(1), 161.

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

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

- Oechsle, K. (2019). Current advances in palliative & hospice care: Problems and needs of relatives and family caregivers during palliative and hospice care—An overview of current literature. *Medical Sciences*, 7(3), 43.

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

- Rocha, R. C., Pereira, E. R., Silva, R. M., Medeiros, A. Y., Refrande, S. M., & Refrande, N. A. (2018). Spiritual needs experienced by the patient's family caregiver under Oncology palliative care. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 6), 2635-2642.

- 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.

- Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., ... & InSpirit Collaborative. (2018). Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative medicine*, 32(1), 216-230.

- Tan, H. M., Wilson, A., Olver, I., & Barton, C. (2011). The experience of palliative patients and their families of a family meeting utilised as an instrument for spiritual and psychosocial care: A qualitative study. *BMC palliative care*, 10(1), 7.

- Zambezi, M., Emmamally, W., & Mooi, N. (2022, March). Spiritual Care: A Description of Family Members' Preferences of Spiritual Care Nursing Practices in Intensive Care Units in a Private Hospital in Kwa-Zulu Natal, South Africa. In *Healthcare*, 10(4), 595.

والدین کودکان دارای نیازهای ویژه می‌شود (Moham-madi و همکاران. ۲۰۲۵؛ Dey و همکاران. ۲۰۱۹). این یافته‌ها بر ضرورت تمرکز بر بهزیستی والدین از طریق ارتقای تاب‌آوری تأکید دارند تا بتوانند بار مراقبتی ناشی از بیماری یا ناتوانی فرزندان خود را بهتر مدیریت کنند.

ادغام سلامت معنوی خانواده در نظام‌های مراقبت سلامت، ضرورتی اساسی برای ارتقای کیفیت مراقبت، تاب‌آوری و رضایت بیماران و رفاه خانواده‌ها محسوب می‌شود. این امر نه تنها به بهبود سلامت روان و آرامش اعضای خانواده کمک می‌کند، بلکه پایه‌ای مستحکم را برای ارائه مراقبت انسان‌محور و تحقق سلامت جامع در نظام‌های مراقبت سلامت فراهم می‌آورد.

تحقق این هدف مستلزم اقدامات هماهنگ در سه سطح است:

۱. سطح آموزشی: گنجاندن آموزش مراقبت معنوی در برنامه‌های دانشگاهی و دوره‌های ضمن خدمت کارکنان، با هدف افزایش خودآگاهی و مهارت در شناسایی نیازهای معنوی بیماران و خانواده‌ها.

۲. سطح سازمانی: طراحی ساختارها و فضاهای معنوی در مراکز درمانی و ایجاد محیط‌های حمایتی برای خانواده‌ها که تاب‌آوری و مقابله مؤثر آنان را تقویت می‌کند.

۳. سطح فرهنگی: ترویج نگرش مثبت به معنویت، به‌عنوان بُعدی بنیادین از سلامت انسان و تشویق به پذیرش مراقبت معنوی، به‌عنوان بخشی از خدمات سلامت.

نتیجه‌گیری

سلامت معنوی خانواده سرمایه‌ای حیاتی برای مقابله با چالش‌های زندگی، افزایش تاب‌آوری و تقویت پیوندهای خانوادگی بوده و تضمین‌کننده مراقبت جامع، همدلانه و مؤثر در نظام‌های مراقبت سلامت است. این رویکرد می‌تواند به‌عنوان راهبردی کلیدی برای ارتقای کیفیت خدمات و بهبود نتایج روانی، عاطفی و اجتماعی بیماران و خانواده‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- Arias-Rojas, M., Carreño-Moreno, S., & Posada-López, C. (2019). Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, e3200.

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

- Borjalilu, S., Shahidi, S., Mazaheri, M. A., & Emami, A. H. (2016). Spiritual care training for mothers of children



قتل نفس در پزشکی

احمد مشکوری^۱

واژگان کلیدی

حکم شرعی؛ قتل عمد؛ اقدامات درمانی پرخطر.

در شماره قبل درباره قتل و اقسام قتل صحبت کرده، گفتیم که قتل به سه دسته تقسیم می‌شود: ۱. قتل عمد؛ ۲. قتل شبه عمد؛ ۳. قتل خطای محض. همچنین، ملاک‌های قتل عمد نیز بیان شدند که عبارت بودند از: ۱. رشید بودن قاتل (شرط عمومی تکلیف)؛ ۲. داشتن قصد قتل؛ ۳. استفاده از ابزار کشنده. همچنین، ماده ۲۹۰ قانون مجازات اسلامی که موارد قتل عمد را برمی‌شمارد، به‌خصوص بند پ آن که می‌تواند در عالم پزشکی کاربرد داشته باشد، بلکه سبب دردسر و گرفتاری حرفه‌مندان شود را نیز ذکر کردیم. در ادامه، دوباره بند پ را مرور می‌کنیم که بیان می‌دارد این مورد جنایت عمدی محسوب می‌شود.

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

این پرسش مطرح است که پزشک و جراحی که می‌خواهد بر بیمار اقدام خطرناک پُرعارضه و در اصطلاح High Risk را انجام دهد، طبق این بند، مرتکب جنایت و قتل عمد شده است؟

بار دیگر بند پ را مرور می‌کنیم: وقتی می‌دانیم فرد تحمل این اقدام را ندارد، اما با وجود این علم یا اطمینان، فعل را بر بیمار انجام می‌دهیم و بیمار به دلیل فعل ما فوت می‌کند، ما مرتکب قتل عمد شده‌ایم!

این ماده و بند قانونی می‌تواند به شدت مانع اقدامات درمانی بر بیمار High Risk شود؛

به‌خصوص اگر نگران شکایت بیماران باشیم. طبیعتاً با وجود چنین ماده و بندی هیچ پزشکی جرئت درمان این بیماران را نخواهد داشت و این بیماران باید با اوتانازی غیرفعال دار فانی را وداع گویند.

اما خوشبختانه این قانون با قوانینی دیگر تخصیص خورده است؛ ازجمله تبصره ۱ ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی که بیان می‌دارد در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل، برای وی ضمان وجود ندارد؛ هرچند برائت اخذ نکرده باشد. با این بند، در صورت ضرورت اقدام پزشکی و عدم قصور و تقصیر پزشک، فعل پزشک (اقدام درمانی) از شمول جرم‌انگاری خارج می‌شود. پس در موارد پُرخطر می‌توان با استناد به این تبصره اقدام درمانی را انجام داد.

همچنین، ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی که بیان می‌دارد ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، در موارد ذیل قابل مجازات نیست:

بند ج. هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.

این بند نیز اقدامات طبی پُرخطر را به شرط اخذ رضایت و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی مجاز می‌داند. پس هم اقدام پزشکی را از شمول بند پ ماده ۲۹۰ خارج می‌کند و هم اینکه اساساً در موارد اورژانس اخذ رضایت را ضروری ندانسته است.

بدین ترتیب، دیدیم که صرف دانستن یا استفاده از یک ماده یا بند قانونی به‌تهایی هرگز کافی نیست و همیشه نیاز است که همه قوانین و مواد مرتبط با موضوع را بدانیم تا بتوانیم قضاوت و اشرافی قابل قبول بر مسئله داشته باشیم.

منابع

- قانون مجازات اسلامی. مصوب ۱۳۹۲. قابل دستیابی در تارنمای سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران:

<https://qavanin.ir/Law/TreeText/?IDS=4693937366938194803>

تبصره ۱ ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی بیان می‌دارد در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل، برای وی ضمان وجود ندارد؛ هرچند برائت اخذ نکرده باشد.

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

حفظ حریم خصوصی اطلاعاتی در شرایط اورژانس

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

خانم «الف»، بانوی ۳۵ ساله‌ای است که با درد شدید شکم به اورژانس مراجعه می‌کند. او نگران و آشفته است و از پرستار مسئول می‌خواهد که اطلاعات پزشکی و علت مراجعه‌اش را با هیچ‌کس، حتی اعضای خانواده مطرح نکند تا زمانی که خودش اجازه دهد. هنگامی که پزشک مشغول معاینه اوست، همسر بیمار، بدون اجازه وارد اتاق معاینه می‌شود. پرستار برای آن‌که محیط را آرام و از بروز تنش خانوادگی جلوگیری کند، بخشی از نتایج آزمایش اولیه و احتمال تشخیص را برای همسر بیمار توضیح می‌دهد؛ بدون آنکه از بیمار اجازه گرفته باشد. ساعتی بعد، بیمار موضوع را متوجه شده، احساس می‌کند حریم خصوصی‌اش نقض شده است. او از رفتار پرستار شکایت می‌کند و می‌گوید که به‌دلیل مسائل شخصی (از جمله مشکلات خانوادگی) نمی‌خواسته است که همسرش از جزئیات وضعیتش باخبر شود.

بحث مورد

حفظ حریم خصوصی و رازداری در خصوص اطلاعات بیمار، دو مورد از قواعد اخلاق پزشکی و حرفه پرستاری است که از اصول بنیادین اخلاق پزشکی و پرستاری مشتق می‌شود. این قاعده نه تنها پشتوانه اخلاقی، فقهی، قانونی و حرفه‌ای دارد، بلکه اساس شکل‌گیری اعتماد میان بیمار و تیم درمان محسوب می‌شود. بیمار زمانی می‌تواند با آرامش و اطمینان به درمان‌گرش اطلاعات کامل و درست را ارائه کند که بداند داده‌های شخصی و وضعیت سلامت او بدون رضایت وی در اختیار دیگران قرار نخواهد گرفت، به‌ویژه در شرایطی مانند اورژانس که بیمار در معرض اضطراب و آسیب است و نیاز فوری به مراقبت قرار دارد رعایت دقیق حریم خصوصی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (Junges JR. 2015; Turkstani HA. 2025).

در نظام سلامت، همراهان بیمار، حتی اعضای درجه یک خانواده تا زمانی که بیمار رضایت صریح نداده باشد، از نظر اخلاقی و قانونی حق دسترسی به اطلاعات پزشکی او را ندارند. با این حال، فشارهای محیطی، ازدحام، تنش‌های خانوادگی و تلاش کارکنان برای مدیریت فضا ممکن است آن‌ها را به سمت تصمیم‌هایی سوق دهد که از دید اخلاقی نادرست یا آسیب‌زا باشد. چنین موقعیت‌هایی «چالش‌های اخلاقی» در

چکیده

این مطالعه، یک مورد بالینی در بخش اورژانس را تحلیل می‌کند که در آن، حریم خصوصی اطلاعاتی بیمار نقض شده است. بیمار ۳۵ ساله‌ای با درد شدید شکم، هنگام ورود به اورژانس به‌طور صریح از پرستار درخواست می‌کند که اطلاعات پزشکی او بدون رضایتش در اختیار هیچ‌کس، حتی اعضای خانواده قرار نگیرد. با این حال، پرستار به‌منظور کاهش تنش خانوادگی و مدیریت شرایط، بخشی از اطلاعات آزمایش و احتمال تشخیص را برای همسر بیمار افشا می‌کند. اقدامی که موجب شکایت بیمار و احساس نقض اعتماد می‌شود. این مورد نمونه‌ای بارز از چالش‌های اخلاقی در محیط‌های پر تنش درمانی است و بر ضرورت رعایت اصولی همچون رازداری، احترام به اختیار و عدم آسیب تأکید دارد. نقض حریم خصوصی، حتی با انگیزه‌های مدیریت محیط، می‌تواند پیامدهای اخلاقی، روانی و حرفه‌ای قابل توجهی داشته باشد. این مقاله بر اهمیت آموزش اخلاق حرفه‌ای، تدوین پروتکل‌های شفاف و حمایت سازمانی از کارکنان در تصمیم‌گیری‌های دشوار تأکید داشته، بر ضرورت نهادینه‌سازی فرهنگ احترام به حریم خصوصی در نظام سلامت صحنه می‌گذارد.

واژگان کلیدی

حریم خصوصی؛ رازداری؛ اورژانس.

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

محیط درمانی را برجسته می‌کند. موقعیت‌هایی که در آن‌ها کارکنان باید میان سرعت عمل، آرامش محیط و حفظ حقوق بیمار تعادل برقرار کنند (Mendelson D., 2017).

سناریوی مطرح‌شده نمونه‌ای رایج از موقعیت‌های نقض حریم خصوصی اطلاعاتی است که در بخش اورژانس رخ می‌دهد و پیامدهای مهمی برای بیمار، پرستار و سیستم درمان ایجاد می‌کند. تحلیل این سناریو می‌تواند به فهم عمیق‌تر اهمیت حریم خصوصی، حدود وظایف اخلاقی کارکنان درمانی، و لزوم رعایت استانداردهای حرفه‌ای در مواجهه با همراهان بیمار کمک کند.

در این سناریو، مسئله اصلی نقض حریم خصوصی اطلاعاتی بیمار است. بیمار آشکارا اعلام کرده است که نمی‌خواهد اطلاعات پزشکی‌اش با هیچ‌کس، حتی اعضای خانواده‌اش در میان گذاشته شود. با این حال، پرستار در مواجهه با همراه بیمار، بدون کسب رضایت بیمار، بخشی از اطلاعات را فاش می‌کند. این عمل، تعارضی میان خواست بیمار و تصمیم پرستار ایجاد کرده که از نظر اخلاقی نیازمند بررسی دقیق است.

انواع حریم خصوصی در حوزه سلامت

حریم خصوصی مجموعه‌ای از حقوق و انتظارات بیمار است که تضمین می‌کند اطلاعات، بدن و ارتباطات او بدون رضایتش در دسترس دیگران قرار نگیرد. در اخلاق پزشکی معمولاً حریم خصوصی به چند نوع تقسیم می‌شود (Zhang R. 2021; López; Martínez A. 2023; Motti VG. 2022):

۱. حریم خصوصی بدن (Bodily Privacy): به حفاظت از بدن بیمار در زمان معاینه، درمان و مراقبت اشاره دارد. این شامل دست زدن به بدن بیمار بدون اجازه او (حتی برای مثلاً گرفتن علائم حیاتی یا معاینه)، معاینه کردن بیمار پس از کسب اجازه از او، پوشش مناسب برای بیمار، توضیح قبل از لمس، استفاده از پرده یا حایل و احترام به ترجیحات بیمار در مراقبت از او، ازسوی کارکنان هم‌جنس است.

۲. حریم خصوصی اطلاعاتی (Informational Privacy): مربوط به حفاظت از اطلاعات سلامت بیمار شامل تشخیص، سابقه پزشکی، نتایج آزمایش‌ها و دلایل مراجعه است و تعیین می‌کند چه کسی می‌تواند به این داده‌ها دسترسی داشته باشد. این مهم‌ترین نوع حریم خصوصی در حوزه پزشکی است.

۳. حریم خصوصی محیطی یا

حفظ حریم خصوصی بیمار و رازداری اطلاعات او، ازجمله قواعد مهم اخلاق پزشکی و حرفه پرستاری است

فیزیکی (Environmental/Physical Privacy): به حفظ فضای فیزیکی و محیطی بیمار اشاره دارد؛ مانند داشتن اتاق جداگانه، استفاده از پرده، جلوگیری از ورود افراد غیرمجاز و رعایت سکوت و آرامش در محیط معاینه.

۴. حریم خصوصی ارتباطی (Communicational Privacy): مربوط به کنترل بیمار است که چه کسی در مکالمات درمانی، مشاوره‌ها و گفت‌وگوهای خصوصی او حضور داشته باشد.

۵. حریم خصوصی روان‌شناختی و عاطفی (Psychological Privacy): به حق بیمار برای کنترل احساسات، دغدغه‌ها و مسائل شخصی اشاره دارد و شامل جلوگیری از تحت فشار گذاشتن بیمار برای افشای اطلاعات شخصی است.

۶. حریم خصوصی تصمیم‌گیری (Decisional Privacy): حریم خصوصی، به حق بیمار درخصوص تصمیم‌گیری برای کنترل انتخاب‌ها، تصمیمات درمانی و شیوه مدیریت وضعیت سلامت خود اشاره دارد. این نوع حریم خصوصی بخشی از اصل بنیادین اختیار است و تضمین می‌کند که بیمار بدون فشار، اجبار، دخالت یا تأثیر نامناسب دیگران بتواند درباره بدن، درمان و سرنوشت پزشکی خود تصمیم بگیرد.

در ادبیات اخلاق پزشکی و حقوق سلامت، تقسیم‌بندی‌های گوناگونی برای انواع حریم خصوصی ارائه شده است. این تنوع به دلیل تفاوت در رویکردهای نظری، زمینه‌های فرهنگی و حوزه‌های کاربردی است. برخی نویسندگان حریم خصوصی را تنها در دو بخش «بدنی» و «اطلاعاتی» طبقه‌بندی می‌کنند؛ درحالی‌که گروهی دیگر براساس تحلیل‌های دقیق‌تر، انواعی مانند حریم فضایی، ارتباطی، روان‌شناختی و تصمیم‌گیری را نیز اضافه کرده‌اند. این تفاوت‌ها نشان می‌دهند که حریم خصوصی مفهومی چندلایه و پویاست و بسته به شرایط بالینی، نوع تعامل بیمار و تیم درمان، و حساسیت‌های فرهنگی یا فردی می‌تواند تعاریف گسترده‌تری پیدا کند. بنابراین، به‌کارگیری یک تقسیم‌بندی جامع و چندبعدی می‌تواند در تحلیل مسائل اخلاقی مرتبط با بیماران، تصویری کامل‌تر را ارائه دهد و نقشی مؤثرتر در

تصمیم‌گیری حرفه‌ای داشته باشد (López Martínez A. 2023).

ابعاد و پیامدهای حقوقی نقض حریم خصوصی بیمار

نقض حریم خصوصی بیمار افزون‌بر پیامدهای اخلاقی، تبعات حقوقی قابل‌توجهی نیز دارد. در نظام سلامت، اطلاعات پزشکی جزو «اطلاعات حساس» محسوب می‌شود و افشای آن بدون رضایت بیمار می‌تواند مصداق تخلف حرفه‌ای، قصور و در برخی موارد مسئولیت مدنی یا کیفری باشد. قوانین مرتبط با حقوق بیمار، آیین‌نامه‌های سازمان نظام پزشکی و پرستاری و مقررات مربوط به محرمانگی اطلاعات، کارکنان درمان را ملزم می‌کند که از انتشار هرگونه داده شخصی یا نتایج تشخیصی بدون رضایت صریح بیمار خودداری کنند. در چنین شرایطی، بیمار می‌تواند از مسیرهایی مانند شکایت انتظامی، شکایت به کمیته اخلاق بیمارستان یا طرح دعوی در مراجع قانونی اقدام کند. پیامدهای احتمالی برای پزشک یا پرستار ممکن است شامل تذکر حرفه‌ای، تعلیق، جریمه یا در موارد حادتر، محرومیت از کار باشد. این ابعاد حقوقی نشان می‌دهد که رعایت رازداری نه‌تنها قاعده‌ای اخلاقی، بلکه الزامی قانونی است و بی‌توجهی به آن می‌تواند برای کارکنان درمان و سازمان سلامت پیامدهای جدی را به همراه داشته باشد (Sharifi T. 2021; Akbari A. 2022).

نتیجه‌گیری

سناریوی ارائه‌شده نشان می‌دهد که رعایت حریم خصوصی اطلاعاتی نه‌تنها الزامی حرفه‌ای، بلکه بخشی اساسی از کرامت، استقلال و اعتماد بیمار در فرایند مراقبت است. اقدام پرستار در افشای اطلاعات پزشکی بیمار بدون رضایت او در شرایط اورژانس، بیانگر شکاف میان اصول اخلاقی و عملکرد عملی در محیط‌های بالینی است. این وضعیت نشان می‌دهد که فشارهای محیطی، تنش‌های میان‌فردی و تلاش برای مدیریت سریع موقعیت نمی‌توانند توجیهی برای نقض اصول بنیادین همچون سودرسانی، احترام به اختیار و عدم آسیب باشند.

این مورد تأکید می‌کند که حفظ حریم خصوصی اطلاعاتی باید در هر سطحی از مراقبت، حتی در لحظات

در شرایط اورژانس، چالش‌های حفظ حریم خصوصی اطلاعاتی مضاعف بوده، نیازمند حمایت سازمانی از کارکنان در تصمیم‌گیری‌های دشوار است

بحرانی، اولویت داشته باشد. رعایت این قاعده، نه‌تنها از آسیب‌های روانی و اجتماعی احتمالی برای بیمار جلوگیری می‌کند، بلکه موجب تقویت اعتماد متقابل و مشارکت فعال بیمار در روند درمان می‌شود. افزون‌بر این، چنین رویکردی از بروز پیامدهای قانونی و حرفه‌ای جلوگیری کرده، اعتبار اخلاقی نظام سلامت را حفظ می‌کند.

بررسی این موقعیت نشان می‌دهد که ارتقای آموزش اخلاق حرفه‌ای، وجود راهنماهای شفاف برای مدیریت همراهان و فراهم کردن حمایت سازمانی از کارکنان در تصمیم‌گیری‌های دشوار، برای تضمین رعایت حریم خصوصی ضروری است. در نهایت، این تجربه یادآور می‌شود که مراقبت اخلاق‌مدار تنها در سایه توجه مستمر به ارزش‌های انسانی و احترام به مرزهای شخصی و اطلاعاتی بیمار تحقق می‌یابد و حفظ این اصول باید بخشی جدایی‌ناپذیر از فرهنگ حرفه‌ای مراقبت باشد.

منابع

- Junges JR, Recktenwald M, Herbert ND, Moretti AW, Tomasini F, Pereira BN. Confidentiality and privacy of information about patients treated by primary health care teams: a review. *Revista Bioética*. 2015 Jan;23:200-6.
- Turkstani HA, Almutawah FN, AlZamel NA, Zaid M, Alshammari AA, Algharbi MT, Alsuyari AM, Badie M, Gong JS, Alnemer10 AF, Aljuwayed11 NH. Privacy and Confidentiality in Healthcare: Best Practices for Protecting Patient Information. *J. Healthc. Sci*. 2025;5.
- Mendelson D, Wolf G. Health privacy and confidentiality. *Health Privacy and Confidentiality*. 2017 Feb 15.
- Zhang R, Xue R, Liu L. Security and privacy for health-care blockchains. *IEEE Transactions on Services Computing*. 2021 Jun 2;15(6):3668-86.
- López Martínez A, Gil Perez M, Ruiz-Martínez A. A comprehensive review of the state-of-the-art on security and privacy issues in healthcare. *ACM Computing Surveys*. 2023 Mar 28;55(12):1-38.
- Motti VG, Berkovsky S. Healthcare privacy. In *Modern socio-technical perspectives on privacy* 2022 Feb 9 (pp. 203-231). Cham: Springer International Publishing.
- Sharifi T, Gooshki ES, Mosadeghrad AM, Jaafariipooyan E. Practicing patients' rights in Iran: a review of evidence. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2021 Dec 25;14:28.
- Akbari A, Falahian M. Privacy in the legal system of Iran and Islam. *Fares Law Research*. 2022 Feb 20;4(9):361-82.



مبدأ و سیر تکاملی علم طب در دیدگاه مورخان و اطباء مسلمان

علی باقری صمغ آبادی^۱
فرشته دوستی^۲

چکیده

در متون تاریخ پزشکی، همواره درباره مبدأ پیدایش طب اختلاف نظر بوده است. برخی، طب را صنعتی حدیث و نتیجه تجربه تدریجی می‌دانند؛ درحالی‌که دیگران، آن را قدیم و هم‌زمان با خلقت انسان پنداشته، مبدأ آن را وحی، الهام یا رؤیای صادقه می‌شمارند. این پژوهش با استناد به منابع کلاسیک، مانند «عیون الأنباء» ابن ابی‌اصیبعه، «الفهرست» ابن ندیم و «طبقات الأطباء» ابن جلیل، به بررسی شش مسیر اصلی پیدایش طب از دیدگاه اطبا و تاریخ‌نویسان مسلمان می‌پردازد که عبارت‌اند از: ۱. الهام و وحی به پیامبران و اصفیا؛ ۲. الهام در خواب؛ ۳. کشف تصادفی؛ ۴. تقلید از حیوانات؛ ۵. تقلید از طبیعت بدن؛ ۶. استنباط عقلی و تجربه مدلل به قیاس. نتایج نشان می‌دهد که از نظر مورخان و اطباء مسلمان، اگرچه نقطه آغازین طب الهامی است، اما گسترش و تکامل آن به واسطه عقل، تجربه و مشاهده جهان طبیعی امکان‌پذیر شده است. واژگان کلیدی: طب؛ مبدأ پیدایش طب؛ وحی و الهام؛ تجربه تصادفی؛ قیاس عقلی.

مقدمه

پرسش درباره سرچشمه علم‌ها، به‌ویژه طب، از دیرباز در میان فلسفه‌پردازان، تاریخ‌نگاران و حکما و اطبا مطرح بوده است. این پرسش تنها یک کنج‌کاو تاریخی نیست، بلکه ریشه در پرسش‌های

هستی‌شناختی و معرفت‌شناختی دارد: آیا علم پزشکی، همچون سایر علوم نظری، صرفاً نتیجه عقل و تجربه بشر است یا اینکه با توجه به اهمیت حیات‌بخشی آن، از منبعی الهی برخاسته است؟ ابن ابی‌اصیبعه، از برجسته‌ترین تاریخ‌نگاران مسلمان طب، در مقدمه کتاب «عیون الأنباء فی طبقات الأطباء» به‌روشنی اشاره می‌کند که درباره «اولین استنباط‌کننده طب و اولین طبیب» اختلاف نظری فاحش وجود دارد که نشان از پیچیدگی این موضوع دارد (ابن ابی‌اصیبعه، ۱۳۴۹: ۵۱۰). این اختلاف تنها به اختلاف در اسامی محدود نمی‌شود، بلکه به دو نظام فکری عمیق بازمی‌گردد: یکی که طب را صنعتی حدیث و نتیجه تجربه تدریجی می‌داند، و دیگری که آن را قدیم و مبتنی بر وحی یا الهام می‌پندارد.

این مقاله با بررسی دقیق منابع اولیه اسلامی، سعی دارد نقشه مفهومی از مبدأ و سیر تکاملی طب را از دیدگاه مورخان و اطباء مسلمان ترسیم کند. تمرکز اصلی بر «عیون الأنباء» ابن ابی‌اصیبعه است که به‌عنوان گنجینه‌ای از نقل‌قول‌های تاریخی و فلسفی در طب شناخته می‌شود، اما به‌منظور غنا بخشیدن به تحلیل، به منابعی دیگر، مانند «الفهرست» ابن ندیم، «طبقات

۱. دانشجوی کارشناسی تغذیه و رژیم‌درمانی، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته تاریخ علوم پزشکی، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. fereshtedousti66@gmail.com

براساس بررسی منابع تاریخی، مورخان و اطباء
مسلمان، پیدایش طب را از شش مسیر اصلی تبیین
کرده‌اند.

درمان‌های فردی را رقم زده‌اند، بلکه برخی داروها را به شهرت رسانده، وارد دایره دانش پزشکی کرده‌اند (همان: ۲۱).

سوم. کشف تصادفی

بسیاری از داروها و روش‌های درمانی بر اثر حوادث غیرمنتظره کشف شده‌اند. آندروماخوس، طبیب یونانی، سه تجربه تصادفی را درباره افعی گزارش کرده است: ۱. درمان جذام با گوشت افعی؛ ۲. شفاى لسعه مار با آبی که افعی در آن مرده بود؛ ۳. درمان مسمومیت با افیون از طریق ورود تصادفی زهر افعی به بدن (همان: ۲۱-۲۳). همچنین، درمان بیماری استسقا با ملخی که از گیاه مازریون تغذیه کرده بود (همان: ۲۴) یا تسکین درد بازو با گل همیشه‌بهار (همان: ۲۵) نمونه‌هایی از این کشف‌های اتفاقی هستند.

چهارم. تقلید از حیوانات

مردم با مشاهده برخی از رفتار حیوانات، روش‌های درمانی را فرا گرفته‌اند. پرستو برای درمان یرقان جوجه‌اش، سنگی به لانه می‌آورد که انسان‌ها نیز از آن استفاده کردند (همان: ۲۵). عقاب نر، هنگام سخت‌زایی عقاب ماده، سنگی به نام «قُلُّل» را به لانه می‌آورد که زنان برای تسهیل زایمان از آن بهره می‌بردند (همان). مار نیز پس از خروج از تاریکی، چشمانش را به رازیانه می‌مالید که این مشاهده، به شناخت خاصیت تقویت بینایی با رازیانه منجر شد (همان: ۲۶). حتی روش حقنه کردن از پرنده آبیسی الهام گرفته شد که آب دریا را از منقارش وارد مقعد می‌نمود تا اخلاط را دفع کند (همان).

پنجم. تقلید از طبیعت بدنی

طبیعت بدنی، بزرگ‌ترین طبیب است (رازی. بند ۳۶۶). مثلاً رعاف، به‌عنوان درمان طبیعی هنگام امتلاء خون، منجر به کشف فواید فصد شد (ابن ابی‌اصیبه. ۱۰: ۱۳۴۹). همچنین، قی و اسهال ناشی از تخمه، الهام‌بخش شناسایی داروهای مسهل و مُقی شدند؛ زیرا مشاهده شد گیاهانی که به‌طور تصادفی باعث این علائم می‌شدند، می‌توانند در حالت‌های مشابه درمانی به کار گرفته شوند (همان: ۱۱).

الأطباء» ابن جرجل و «تاریخ‌الحکما» قفطی نیز استناد شده است. هدف نهایی، نه صرفاً بازگو کردن روایات، بلکه فهم چگونگی تلفیق وحی و الهام، تجربه تصادفی و تجربه مدلل به قیاس در شکل‌گیری یک سنت علمی چندوجهی است که طب را متمایز می‌سازد.

یافته‌ها

براساس بررسی منابع تاریخی، مورخان و اطباء مسلمان، پیدایش طب را از شش مسیر اصلی تبیین کرده‌اند:

یکم. وحی و الهام به پیامبران و اصفیا

برخی از مورخان، مبدأ طب را وحی الهی می‌دانند. ابن ابی‌اصیبه گزارش می‌دهد که سلیمان بن داود علیه السلام در حال عبادت، گیاهانی را می‌دید که نام و خواص دارویی خود را به او می‌گفتند (ابن ابی‌اصیبه. ۱۳۴۹: ۱۵). همچنین بر اساس روایات، خداوند به موسی علیه السلام سفره‌ای نازل کرد که نام داروهای شفا بخش بر آن نوشته شده بود. ازسوی دیگر، صابئین معتقد بودند که شفا از طریق معابد و به دست کاهنان نیک از راه خواب و الهام حاصل می‌شد، و ایرانیان منشأ طب را کتاب اوستای زرتشت می‌دانستند (همان). ابومعشر بلخی نیز هرمس (ادریس نبی) را نخستین کسی دانست که در طب بحث کرده است (ابن جرجل. ۱۳۴۹: ۵۸). در این دیدگاه، طب از آغاز خلقت انسان وجود داشته و تابع «حاجت ذاتی بشر به صحت» است.

دوم. الهام در رؤیای صادق

جالینوس، در شرح کتاب «الایمان» بقراط، تصریح می‌کند که عامه مردم معتقدند خداوند الهام‌دهنده صنعت طب بوده و بسیاری از معالجات از طریق خواب به بیماران اعلام شده است (ابن ابی‌اصیبه. ۱۳۴۹: ۱۸). خود جالینوس خوابی را نقل می‌کند که در آن به فصد توصیه شده و از درد کبد رهایی یافته است (همان: ۱۷). علی بن رضوان نیز در خواب جالینوس را می‌بیند که دستور حجامت در ناحیه «قَمَحْدُوَه» را می‌دهد و پس از انجام آن، از صداع مزمن خود شفا می‌یابد (همان: ۲۰). آریاسیوس، طبیبی اسکندرانی، در کتاب کناش بزرگ خود از درمان شدن سنگ مثانه با رَماد پرنده‌ای به نام صغراغون که در خواب به بیمار الهام شده بود سخن گفته است (همان: ۱۹). این‌گونه رویاها نه‌تنها

در بالاترین سطح، طب به عنوان علمی عقلانی و تجربی شکل گرفت؛ مثلاً با مقایسه طعم، رایحه و رنگ داروهایی که افعال و خواص آن‌ها شناخته شده بود، داروهای جدید را قیاس و سپس آزمایش کردند و افعال و خواص آن‌ها را نیز کشف کردند. کشف ضداسهال بودن گیاهان قابض، مانند سُماق نیز نتیجه آزمایش‌های نظام‌مند بر پایه قیاس بر مبنای طعم تُرش و قابضِ سُماق بود (همان: ۱۱). همچنین، قیاس جگر با علقه (خون بسته شده در رحم) به شناسایی داروهای مُسَقِّط جَنین منجر شد (همان: ۱۲).

بحث

این یافته‌ها نشان می‌دهد که مورخان و اطباء مسلمان، نظامی چندلایه را برای شکل‌گیری طب در نظر می‌گرفتند. از نظر آنان، طب در ابتدا الهامی است؛ چراکه نیاز اولیه انسان به طب، سابقه‌ای به اندازه خلقت دارد و پیامبران، به عنوان کامل‌ترین انسان‌ها، واسطه این دانش بوده‌اند. اما این ویژگی اولیه، مانع از استنباط عقلی نشده است، بلکه همان‌گونه که ابن ابی‌اصیبه تصریح می‌کند، «اگرچه مبدأ پیدایش طب، الهامی بوده، ولی استنباط نیز در پیشرفت و گسترش این علم منعی ندارد» (همان: ۹).

این نگاه ترکیبی، به‌ویژه در برابر نظر افلاطون در کتاب سیاست، بارزتر می‌شود. به باور افلاطون، استقلیبوس از طرف خدا فردی مُلْهَم بود، اما انکار قابلیت استنباط طب را «خطای محض و موجب تضعیف عقول» می‌دانست (همان). این دیدگاه، تعادلی بین الهیات و عقل‌گرایی ایجاد می‌کند که در فرهنگ اسلامی، به‌ویژه در دوره طلایی، بسیار رایج بود.

همچنین، قابل توجه است که مورخان و اطباء مسلمان، تصادف و مشاهده طبیعت را به عنوان منابع مشروع شناخت دانش پزشکی پذیرفته‌اند. این امر نشان از باز بودن ذهن آنان در برابر هرگونه داده تجربی دارد؛ حتی اگر از حیوانات یا حوادث تصادفی سرچشمه بگیرد. این نگاه، پیش‌درآمدی بر روش علمی تجربی است که قرن‌ها بعد در اروپا شکل گرفت.

جمع‌بندی نظرات مورخان و اطباء مسلمان نشان می‌دهد که از منظر ایشان، علم طب هم قدیم است و هم قابل استنباط. قدیم بودن آن به سبب این است که مبدأ آن، هم‌زمان با خلقت انسان و از طریق وحی و الهام به پیامبران و اصفیا رقم خورده است؛ زیرا حفظ صحت، شرطی برای کمال انسانی محسوب می‌شد و خداوند به عنوان منبع هر مصلحتی، این دانش را به نخستین انسان عطا فرمود. از سوی دیگر، استنباط‌پذیری آن ناشی از پویایی عقل بشری است که با گذشت زمان، با استفاده از تجربه، تصادف، مشاهده طبیعت، تقلید از حیوانات و قیاس منطقی، طب را از سطح غریزی و الهامی به سطح علمی و نظری ارتقا داد.

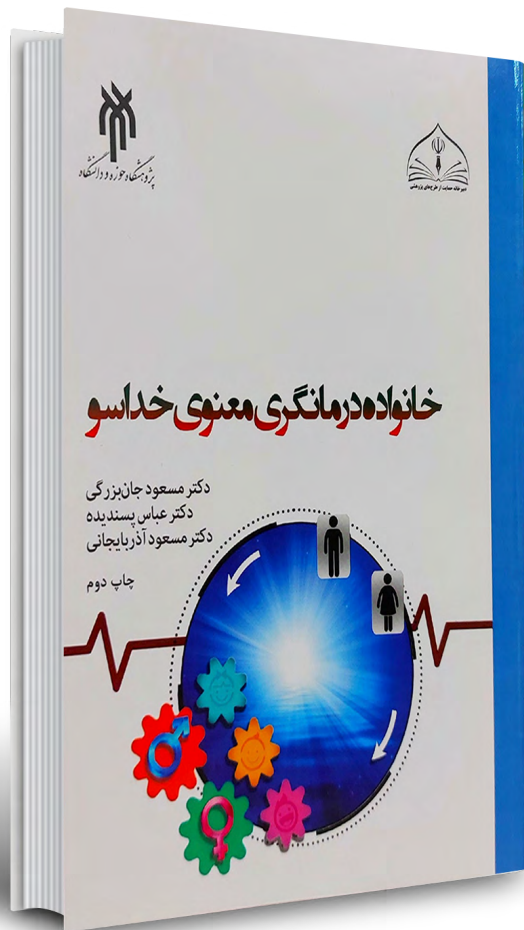
این دوگانگی - الهامی بودن در مبدأ و عقلانی بودن در سیر تکامل - به‌خوبی نشان می‌دهد که طب، تنها یک سیستم درمانی نبوده، بلکه مظه‌ری از تعامل هماهنگ بین وحی و عقل، تجربه و نظریه، زمین و آسمان بوده است. این تعامل، نه تنها باعث غنای این سنت شده، بلکه الهام‌بخش تدوین روش‌های ترکیبی در تاریخ علم شده است. در نهایت، همان‌گونه که ابن مطران و ابن ابی‌اصیبه تأکید دارند، طب، علمی جهانی است که به‌هیچ‌وجه مختص یک قوم یا سرزمین نیست، بلکه «مردم در طول زمان بر مطالب بسیاری از صناعت طب آگاه شدند» و این دانش، ثمره تلاش جمعی بشریت است (همان: ۱۳).

منابع

- ابن ابی‌اصیبه، موفق الدین (۱۳۸۶). عیون الانباء فی طبقات الاطباء. ترجمه سیدجعفر غضبان. تهران: مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ابن جلیل، سلیمان بن حسان اندلسی (۱۳۴۹). طبقات الاطباء و الحكماء. ترجمه سیدمحمدکاظم امام. تهران: دانشگاه تهران.
- ابن ندیم، محمد بن اسحاق (۱۳۸۱). الفهرست. ترجمه محمدرضا تجدد. تهران: اساطیر.
- رازی، ابی‌بکر محمد بن زکریا (۱۳۹۲). الفصول فی الطب، تهران: سفیر اردهال.
- القفطی، علی بن یوسف (۱۳۷۱). تاریخ الحكماء. تهران: مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.

جمع‌بندی نظرات مورخان و اطباء مسلمان نشان می‌دهد که از منظر ایشان، علم طب هم قدیم است و هم قابل استنباط.

خانواده درمانگری معنوی خداسو



مجله «دانش سلامت و دین» در ادامه شماره‌های قبلی، این بار کتابی را در زمینه سلامت معنوی خانواده، به مخاطبان عزیز معرفی می‌کند.

کتاب «خانواده درمانگری معنوی خداسو»، نوشته سه نفر از اساتید و نویسندگان نام‌آشنای سلامت معنوی در کشور است که هرکدام تألیفاتی ارزشمند در این حوزه دارند: آقایان، دکتر مسعود جان‌بزرگی، دکتر عباس پسندیده و دکتر مسعود آذربایجانی. با تألیف این اثر بسیار مفید و کاربردی، خدمتی بزرگ به خانواده‌های معنوی‌گرا ارائه شده است.

رویکرد خانواده‌درمانی، به خانواده، به‌عنوان سیستمی یکپارچه می‌نگرد که اختلال در نقش‌ها، روابط و ارتباطات اعضای خانواده می‌تواند مشکلات و ناهنجاری‌های آتی را پیش‌بینی کند. ازاین‌رو، درمانگر با در نظر گرفتن خانواده، به‌عنوان یک کل واحد، به رفع ناهنجاری‌های آن می‌پردازد.

خانواده درمانگری سیستمی معنوی، الگویی است که با اقتباس از اصول خانواده‌درمانی و مبانی دینی به خانواده‌های آسیب‌پذیر و دارای آسیب کمک می‌کند. این رویکرد که برای نخستین بار در کتاب «خانواده درمانگری معنوی خداسو» معرفی شده است، به ساختار و کنش خانواده و تحمل آن می‌پردازد.

نویسندگان در این کتاب ضمن تشریح اصول و مبادی این رویکرد جدید به شرح الگوی هشت‌مرحله‌ای

از درمان خانوادگی با یک رویکرد چندبعدی و البته خداجو می‌پردازند. در نهایت، خواننده با مطالعه این کتاب می‌تواند ضمن تسلط بر مبانی نظری، بر روش‌ها و تکنیک‌های کاربردی و درمانی این رویکرد نیز مسلط شود.

این کتاب در پنج فصل کلی تدوین شده است که در فصل اول آن، کلیات رویکرد خانواده درمانی معنوی خداسو بررسی شده است و در فصل‌های بعد، به‌شیوه جزئی‌تر، به بررسی تصریح مرزهای بین اعضای خانواده، مدیریت داخلی خانواده، مدیریت تعاملات و در آخر، پایداری خانواده می‌پردازد. همچنین، نویسندگان در بخش عملی کتاب که به معرفی هشت مرحله درمان می‌پردازند، کاربرگ‌ها و شیوه‌نامه‌های عملی را برای انجام اقدامات درمانی در کتاب گنجانده‌اند. ازاین‌رو، می‌توان ادعا کرد که این کتاب از منظر علمی و عملی، به‌عنوان یک راهنمای درمانگر، به‌شمار می‌آید.

این کتاب، به‌عنوان یک منبع درسی جامع برای «خانواده درمانگری»، برای دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری روان‌شناسی و مشاوره قابل استفاده است.

دکتر رمضان سلطانپور



پیام سلامت و دین (۷۸)

فداوندی که خالق انسان است، از
هرکس دیگری به ابعاد وجودی انسان
آگاه‌تر است

اگر دنبال خوشبختی هستیم، به
دستور العملی که او در اختیارمان گذاشته
عمل کنیم

