

دانش مستدیس

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

سال ششم، شماره ۶۲، آبان ۱۴۰۲



دانش مستشرق

ماهنامه علمی - اطلاع رسانی

شماره پروانه انتشار وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۱۹۷۰
سال ششم، شماره ۶۲، آبان 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، مرتضی حیدری، احسان اله درویشی، محسن رضایی آدریانی، محمود شکوهی تبار، زهرا طاهری خرامه، احمد مشکوری، منصوره مدنی، محمد مهری لیقوانی.

تیم اجرایی: محمد سالم، زهرا علایی طباطبایی، 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.

سخن آغازین

۴..... دعا در اعتراف به ناتوانی از شکر.....

۶..... پیام سلامت و دین (۳۳).....

سلامت در قرآن و روایات

۷..... سازوکار اثرگذاری دین در ارتقای معنای زندگی.....
محمود شکوهی تبار

سلامت و مراقبت معنوی

۹..... مروری بر نیازهای معنوی بیماران در ارائه خدمات سلامت.....
زهرا صبحی، زهرا طاهری خرامه

فقه سلامت

۱۲..... رویکردی فقهی به جراحی زیبایی.....
احمد مشکوری

تحلیل اخلاق - حقوقی موارد

۱۳..... افشای خطای پزشکی به بیمار و تصمیم گیرندگان جایگزین.....
حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

۱۶..... تاریخچه اجازه‌نامه‌های پزشکی در ایران.....
مریم محسنی سیف‌آبادی

معرفی کتاب

۱۹..... حرمانگی اسرار بیماران؛ پردازش فقهی - حقوقی.....

زلال سلامت

۲۰..... صهبای ولاء.....

۲۱..... پیام سلامت و دین (۳۴).....



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 hrij@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.

دعا در اعتراف به ناتوانی از شکر

خدایا! کسی از شکرگزاریات در حالی از احوال، به نهایت شکر نمی‌رسد، جز اینکه از احسانت نعمتی به دست می‌آورد که او را به شکری دیگر وامی‌دارد، و از آنجا که نعمت پیوسته و بی‌درپی به بندگان می‌رسد، پس کسی را قدرت بر شکر نیست، و از اطاعت، گرچه تلاش و کوشش کند به اندازه‌ای نمی‌رسد، جز اینکه در برابر شایستگی‌ات، به سبب فضل و احسانت، ناتوان از طاعت است؛ بنابراین سپاس‌گزارترین بندگان از سپاسگزاریات ناتوان و عابدترین ایشان، از اطاعت در کوتاهی و کاستی است.

کسی شایسته آن نیست که به خاطر مستحق بودنش او را بیمارزی و به سبب سزاوار بودنش از او خشنود شوی.

هر که را بیمارزی، به احسانت آمرزیده‌ای و از هر که خشنود شوی، به احسانت خشنود شده‌ای. عمل اندکی را که پذیرفته‌ای جزا می‌دهی و بر اندک چیزی که اطاعت شده‌ای پاداش عنایت می‌کنی تا آنجا که گویی سپاسگزاری بندگان که پاداششان را بر آن واجب کرده‌ای و جزای ایشان را از آن بزرگ ساخته‌ای، کاری است که بدون قدرت دادن تو بر باز ایستادن از آن توانمند بودند و از این جهت پاداششان دادی، اما اینان قدرت باز ایستادن از شکرت را بدون تو ندارند، ولی با آن‌ها هم چون کسی که قدرت باز ایستادن دارد معامله کردی، یا انگار می‌کنی که سبب آن شکر به دست تو نبوده است و به این خاطر پاداششان دادی؛ ولی این‌طور نیست.

بلکه ای خدای من! مالک کار ایشان بودی، پیش از اینکه آنان مالک عبادت تو شوند، و مزدشان را آماده کردی، پیش از آنکه وارد طاعت و بندگی تو شوند، و آن برای این است که روش تو عطا کردن و عادت احسان و راحت گذشت است. همه آفریده‌هایت اقرار دارند که تو درباره هر که عقوبتش کنی ستمکار نیستی، و شاهدند هر که را از بلا سلامت و تندرستی دهی، در حقش احسان کرده‌ای، و همه درباره خویشان به تقصیر و کوتاهی کردن از آنچه سزاوار آنی معترف‌اند؛ بنابراین چنانچه شیطان ایشان را برای منصرف کردن از طاعت نفریید، هیچ عصیانگری تو را معصیت نکند، و اگر باطل را در نظرشان مانند حق جلوه ندهد، هیچ گمراهی از راه تو گمراه نشود. منز و پاکی، چه آشکار و روشن است بزرگواری‌ات در معامله با کسی که تو را اطاعت کرده، یا از تو سرپیچی کرده است. مطیع را در برابر آنچه خود برایش فراهم آورده‌ای پاداش می‌دهی، و معصیت‌کار را که شتاب در کفرش در اختیار توست، به امید تو و بازگشت مهلت می‌دهی.

به هر یک از مطیع و عاصی عطایی کرده‌ای که سزاوار آن نیستند، و به هر یک احسانی فرموده‌ای که عملش از آن کوتاه است.

اگر مطیع را در نعمتی که به او دادی مقابله‌به‌مثل می‌کردی؛ یعنی برابر هر نعمت عملی از او می‌خواستی، نزدیک بود که پاداشت را نیابد و نعمت از او نابود شود؛ ولی حضرتت به بزرگواری‌ات در برابر مدت کوتاه از

بندگانست آماده ساخته‌ای مستحق می‌شد. پس هر غذایی را که از او به عقب انداختی و هر مجازات سخت و کیفری که از او باز داشتی، حق مسلم و قطعی خود و خشنودی به کمتر چیزی است که برای تو واجب و ثابت است.

پس ای خدای من! کریم‌تر از تو کیست؟ و بدبخت‌تر از کسی که به سبب مخالفت با تو هلاک شد چه کسی است؟ نه هیچ‌کس! پس تو والاتر از آنی که جز به احسان و صف شوی، و پاک‌تر از آنی که جز عدالت را بترسند. بیم ستمکاری‌ات بر گناهکار نمی‌رود و ترس واگذاشتن پاداش کسی که تو را خشنود کرده است در میان نیست. پس بر محمد و آلش درود فرست و آنچه را آرزو دارم، به من ببخش و هدایتت را بر من افزون کن؛ به‌گونه‌ای که به سبب آن به توفیق در عملم برسم. همانا تو بسیار نعمت‌دهنده بزرگواری.

منبع:

صحیفه سجاده، دعای سی و هفتم. ترجمه حسین انصاریان <https://www.erfan.ir/farsi/sahifeh37>، دسترسی در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۱

دست رفتنی که در آن به بندگی‌ات برخاسته، به مدتی طولانی و همیشگی، و در برابر مدت نزدیک گذرا، به مدت دامن‌دار جاوید، پاداشش دادی. سپس در برابر رزقی که از سفره نعمتت خورده تا به سبب آن بر بندگی‌ات نیرو گیرد، قیمت و عوض نخواستی، و از او در خصوص ابزاری که به کار بردن آن‌ها را سبب رسیدن به مغفرت قرار داده، بازرسی و حسابرسی دقیق نکردی، و اگر با بنده مطیعت چنین رفتار می‌کردی، رنجی را که در راه عبادت کشیده بود و تمام کوششی که در مسیر طاعت به دوش جان برداشته بود، در برابر کوچک‌ترین نعمت‌ها و عطاهایت از دست می‌رفت، و در پیشگاهت به خاطر دیگر نعمت‌هایت تا ابد بدهکار تو می‌ماند و در گرو طلبکاری تو قرار می‌گرفت. روی این حساب، چه زمانی شایستگی چیزی از ثواب تو را پیدا می‌کرد؟ نه هیچ‌گاه.

ای خدای من! این حال و روز کسی است که از تو فرمان برده و راه کسی است که تو را عبادت کرده، اما کسی که از فرمانت روی گردانده و مرتکب گناه شده، در رساندن عذاب و کیفرت به او شتاب نکردی، به خاطر اینکه وضعش را در نافرمانی‌ات، به حال برگشتنش به بندگی‌ات تغییر دهد؛ و محققاً در اول کاری که آهنگ نافرمانی تو کرد، همه عذاب‌هایت را که برای همه

پیام سلامت و دین (۳۳)



اگر ماندنی بود، برای قبلی می ماند.

این پست ها و موقعیت ها موقت است.

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

سازوکار اثرگذاری دین در ارتقای معنای زندگی

محمود شکوهی تبار^۱

نور معرفی کرده است: ﴿الرَّكَابُ أَنْزَلْنَاهُ إِلَيْكَ لِتُخْرِجَ النَّاسَ مِنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ بِإِذْنِ رَبِّهِمْ إِلَى صِرَاطٍ الْعَزِيزِ الْحَمِيدِ﴾ (ابراهیم: ۱)؛ الر، (این) کتابی است که بر تو نازل کردیم، تا مردم را از تاریکی‌ها به سوی روشنایی به فرمان پروردگارشان درآوری، به سوی راه خداوند عزیز و حمید^۲ که یکی از مهم‌ترین مصادیق آن، توضیح همین چهارچوب است.

• باورهای دینی، غالباً به دین‌داران می‌آموزد که انسان به چه دلیل در زمین است و چه مسئولیت‌های فردی و اجتماعی‌ای در زندگی دارد؛ نکته‌ای که می‌تواند اهداف انسان در زندگی را سامان دهد و انسان را به یک زندگی با معنای عمیق‌تر رهنمون شود.

برای نمونه، می‌توان گفت که قرآن کریم عبادت را هدف خلقت معرفی می‌کند: ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾ (ذاریات: ۵۶)؛ من جن و انس را نیافریدم، جز برای اینکه عبادتم کنند^۳ (و از این راه تکامل یابند و به من نزدیک شوند).

• دین راهنمایی‌هایی را در خصوص چگونگی زندگی خوب و معنادار ارائه می‌دهد که می‌تواند به زندگی هدفمند و معنادار و جهت‌دهی به اهداف جزئی انسان در زندگی کمک کند.

• دین به ارتقای حمایت اجتماعی و احساس تعلق در جامعه کمک می‌کند که می‌تواند منبعی قدرتمند از

از منابع مهم برای ارتقای معنای زندگی، دین و ارتباط با خداوند است؛ به گونه‌ای که برخی مدعی‌اند بدون وجود خدا، زندگی بی‌معنا خواهد بود. برخی از افراد سکولار نیز به این مسئله اذعان کرده‌اند. به عنوان مثال، الکس روزنبرگ (۲۰۱۱) در کتاب خود به نام راهنمای ملحد به واقعیت، ادعا می‌کند: «از آنجایی که جهان فیزیکی قابل مشاهده، تمام چیزی است که وجود دارد، زندگی انسان بی‌معنی است». این نکته در کنار شواهد متعددی که حاکی از ارتباط مثبت بین دین و معنای زندگی است، مؤید این مسئله است که دین‌داری نقشی مهم در معنای زندگی ایفا می‌کند. به نحوی که تحقیقات، پیوسته از این ایده حمایت می‌کنند که معنای درک‌شده در زندگی، با مذهب ارتباط تنگاتنگی دارد. آیات قرآن کریم و روایات پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله و روایات ائمه علیهم السلام هم آکنده از آموزه‌های مرتبط با معنای زندگی است. در این نوشتار، به برخی از سازوکارهای اثرگذاری دین در معنای زندگی می‌پردازیم.

• دین، چهارچوبی برای درک جهان، خالق آن و جایگاه انسان در آن و نسبت و رابطه ما با خداوند، به عنوان خالق هستی، فراهم می‌کند که نقشی مهم در معنابخشی به زندگی دارد. درواقع، نظام‌های مذهبی مجموعه‌ای یکپارچه از باورها، اهداف و معانی را در اختیار افراد قرار می‌دهند که می‌توان از آن‌ها در توضیح پیچیدگی‌های زندگی استفاده کرد (Krok, 2015). قرآن کریم، رسالت اصلی خود را خارج کردن انسان از تاریکی‌ها به سوی

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

کهکشان می‌چرخد». درواقع، ناچیز بودن انسان از نظر جسمی، در گستره وسیع زمان و مکان هستی، بدون توجه به جایگاه او در نظام هستی که دین آن را تبیین می‌کند، تهدیدی جدی برای حس معناداری او محسوب می‌شود. قرآن کریم جایگاه ویژه‌ای برای انسان در هستی قائل است. انسان می‌تواند به مقام خلیفه‌اللهی برسد: ﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً...﴾ (بقره: ۳۰)؛ (به خاطر بیاور) هنگامی را که پروردگارت به فرشتگان گفت: «من در روی زمین، جانشینی قرار خواهم داد...»^۱.

براین اساس، آموزه‌های دینی با ارائه چهارچوبی برای درک هستی و جایگاه انسان در آن، هدف از خلقت، مسئولیت انسان، راهنمایی فکری و عملکردی انسان، ارتقای حمایت اجتماعی و احساس تعلق و ایجاد چهارچوبی برای درک رنج و سختی، به ارتقای معنای زندگی انسان و داشتن زندگی با معنایی عمیق‌تر و متعالی‌تر کمک می‌کند.

منابع:

۱. قرآن کریم.

2. Krok, D. (2015). *The role of meaning in life within the relations of religious coping and psychological well-being*. Journal of religion and health, 54, 2292-2308.

3. Rosenberg, A. (2011). *The atheist's guide to reality: Enjoying life without illusions*. WW Norton & Company.

معنای درک‌شده در زندگی باشد. برای مثال، می‌توان به روابط شخصی نزدیکی که برای یک فرد با شرکت در نماز جماعت، جلسات قرائت قرآن، مراسم دعا و سایر مراسمات مذهبی شکل می‌گیرد، اشاره کرد. همچنین، آموزه‌های مختلفی که دین‌داران را به حمایت از همدیگر دعوت می‌کند، از این قبیل است. از این رو، یکی از سازوکارهای ارتقای احساس معنادار بودن زندگی، افزایش احساس اهمیت فرد در روابط بین فردی و در نگاه دیگران است. این آموزه‌ها به دین‌داران کمک می‌کند تا با احساس حمایت و پذیرش از سوی دیگران، کمتر در دنیا احساس تنهایی کنند.

• دین می‌تواند یک قطب نمای اخلاقی ارائه دهد. آموزه‌های دینی اغلب پیروان خود را راهنمایی می‌کنند که چگونه با دیگران رفتار کنند. این می‌تواند به دین‌داران کمک کند تا تصمیمات خوبی بگیرند و زندگیشان با ارزش‌هایشان سازگار باشد که این مورد، از نکات مهم در معنای زندگی است.

• آموزه‌های دینی چهارچوبی برای درک رنج، بیماری، بحران‌ها و از دست دادن‌ها فراهم می‌آورد.

• ایمان مذهبی به مردم کمک می‌کند تا احساس کنند نه تنها در روابط بین فردی، بلکه در طرح کلان عالم اهمیت دارند. جهان قابل مشاهده به طرز غیرقابل تصویری پهناور است: قطر آن ۹۳ میلیارد سال نوری تخمین زده شده است و حدود ۱۴ میلیارد سال سن دارد. در این پس‌زمینه، به راحتی می‌توان فهمید که چرا برخی، انسان را کاملاً بی‌اهمیت می‌دانند. همان‌طور که استیون هاوکینگ زمانی بیان کرد: «علم به ما می‌گوید که بشر فقط یک تفرقه شیمیایی در سیاره‌ای با اندازه متوسط است که به دور یک ستاره بسیار متوسط در حومه بیرونی یکی از صد میلیارد

مروری بر نیازهای معنوی بیماران در ارائه خدمات سلامت

زهرا صبحی^۱
زهرا طاهری خرامه^۲

در ارائه خدمات سلامت، شناخت و رفع نیازهای معنوی بیماران ضروری است. مفهوم معنویت فراتر از باورهای دینی و مفهوم وسیع‌تری از معنا و هدف است و ارتباط با خداوند را در برمی‌گیرد. تحقیقات نشان داده است که توجه به نیازهای روحی بیماران می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی بر سلامت کلی آن‌ها، ازجمله جنبه‌های فیزیکی، عاطفی و روانی تأثیر بگذارد. این نوشتار، مروری بر اهمیت پرداختن به نیازهای معنوی در مراقبت از بیمار در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌کند. برخی مطالعات انجام‌شده در زمینه نیازهای معنوی را بررسی می‌کند و استراتژی‌هایی را برای شناسایی و ارزیابی نیازهای معنوی موردبحث قرار می‌دهد.

اهمیت پرداختن به نیازهای معنوی در مراقبت از بیمار

بیماران نیازمند توجه به تمام جنبه‌های جسمی، عاطفی و روحی خود هستند. بنابراین، مراقبان سلامت باید این موضوع را در مراقبت از بیمار در نظر بگیرند. معنویت، عنصر حیاتی این فرایند است و در مراقبت و درمان نباید از آن غافل شد (۱). نتایج مطالعات نشان داده است که معنویت و باورهای معنوی، توانایی بیمار را برای مقابله با وقوع یک بیماری افزایش می‌دهد. افزون بر این، سرعت بهبودی را افزایش می‌دهند، احساس بهتری در فرد ایجاد می‌کنند و بیماران قدرت

و انعطاف بیشتری برای مقابله با بیماری‌ها به دست می‌آورند (۲). تیلور بیان می‌کند که معنویت، خود را به‌عنوان نیازهای معنوی در سه سطح نشان می‌دهد: درون‌فردی، بین‌فردی و فرافردی. نمونه‌ای از نیاز معنوی فرافردی، میل به برقراری ارتباط و پرستش موجودی برتر (خداوند) است. در این میان، میل به بخشش، بخشیده شدن، عشق ورزیدن و دوست داشته شدن نشان‌دهنده نیازهای روحی بین‌فردی است (۳). افزون بر این، نیاز به امید و هدف، از مصادیق نیازهای روحی درون‌فردی است. نیاز، به‌عنوان شکاف بین شرایط فعلی و شرایط مطلوب تعریف می‌شود. نیازسنجی فرایند جمع‌آوری اطلاعات درباره نیازهای افراد و اولویت‌بندی آن‌ها برای تأمین الزامات برای رفع این نیازهاست (۴). ایالات متحده آمریکا و کانادا با ایجاد شرایط مراقبت معنوی، در مراقبت استاندارد پیشرو هستند (۵). بر اساس یافته‌های پژوهش‌های مختلف، هفتاد درصد مراجعان آرزو می‌کردند که پزشکانشان نیازهای روحی آن‌ها را بدانند و به آن‌ها اهمیت دهند (۶). درواقع، نیازهای روحی بیماران ممکن است در شرایطی خاص تحت تأثیر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فرد قرار گیرد. بیشتر مراجعان بیمارستان بر این باورند که سلامت معنوی به‌اندازه سلامت جسمانی حیاتی است و علاقه‌مند به طرح پرسش‌هایی درباره نیازهای معنوی خود هستند (۷). شناخت نیازهای معنوی بیماران و متعاقب آن ارائه مراقبت‌های معنوی در راستای آن، یک راهبرد درمانی محسوب می‌شود. اجازه دادن به مراجعان برای بیان باورهای معنوی خود، سطح رضایت آن‌ها را افزایش و مشکلات جسمی و روحی را کاهش می‌دهد (۸).

باین حال، توجه به مراقبت‌های مذهبی بیمار در بخش‌های مراقبتی نادیده گرفته شده است. انجمن روان‌پزشکی آمریکا توصیه می‌کند که پزشکان باید به دنبال جهت‌گیری‌های مذهبی و معنوی بیمار باشند. براین اساس، این توصیه مراقبت از بیمار فراتر از درمان

۱. گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

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

آن‌ها بوده است و شامل رفع نیازهای مختلف، از جمله رفع نیازهای معنوی بوده که مورد درخواست بیشتر بیماران است (۹).

فرایند غربالگری نیاز به مراقبت معنوی

در مرحله نخست، باید غربالگری معنوی، به‌منظور ارائه مراقبت مؤثر و جامع از بیمار انجام گیرد. بی‌تردید، نقش بی‌بدیل پزشک معالج در این فرایند مهم‌تر است؛ چراکه اعتماد به پزشک به دلیل نقش حیاتی درمانگری وی، تأثیر درخور توجهی در ترغیب بیمار به بهره‌مندی از خدمات مراقبت معنوی دارد.

غربالگری از طریق توجه به گفتار و اعمال بیمار

بیان مطالب ذیل از سوی بیماران، نشانگر احتمال نیاز به مراقبت معنوی است: پرسش‌های بیمار درباره معنا و هدف بیماری، درد و زندگی. (پرسش چرا من؟)، ابراز ناامیدی و مأیوس شدن، کنار کشیدن و کاهش ارتباط با اطرافیان، سوگواری کردن، ناتوانی در پذیرش تغییرات.

غربالگری از طریق پرسشگری

کارکنان درمانی با توجه به نیاز بیمار و شرایط او می‌توانند از پرسش‌های ذیل برای ارزیابی اولیه و غربالگری نیاز به مراقبت معنوی استفاده کنند. این پرسش‌ها ترتیب ندارد و نیازی نیست که از همه بیماران تمام این پرسش‌ها پرسیده شود. درواقع، انتخاب نوع پرسش و پیشبرد روند مصاحبه، تحت تأثیر تجربه درمانگر و شرایط جسمی و روحی بیمار انتخاب می‌شود و از فردی تا فرد دیگر متفاوت خواهد بود. برای مثال، رابطه شما با خدا چگونه است؟ رابطه خدا با شما چگونه است؟ حضور خدا را در شرایط فعلی چگونه ارزیابی می‌کنید؟ کسی یا چیزی را در بروز بیماری دخیل می‌دانید؟ امیدواری شما به خدا چگونه است؟ دعا هم می‌کنید؟

غربالگری از طریق پرسش‌نامه

روش دیگر غربالگری، ارزیابی از راه پرسش‌نامه است. از ابزار پرکاربرد در این حوزه، مقیاس فیکا است. با این حال، ابزارها دارای محدودیت‌هایی هستند و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید استفاده

از پرسش‌های باز و گوش دادن فعال را برای ارزیابی نیازهای معنوی در نظر بگیرند.

پس از ارزیابی گفتار و رفتار بیمار و پاسخ او به پرسش‌های متناسب با نوع اعتقادات و باورهایش، در صورتی که پاسخ بیمار یا گفتار و رفتار او نشان‌دهنده احساس ضعف رابطه معنوی با خداوند؛ نبود احساس حضور خداوند در زندگی؛ احساس بی‌عدالتی یا مقصر دانستن خدا، خود یا دیگران در بروز بیماری احساس گناه یا تأثیر عوامل ماورائی؛ ناامیدی از توجه خداوند به او؛ احساس بی‌اثر بودن دریافت دعا، مناجات و توسل؛ ترس از مردن و عواقب آن... باشد، بیمار نیازمند مراقبت معنوی است.

مروری بر مطالعات انجام‌شده

مطالعه‌ای که اخیراً از سوی نجات و همکاران در ایران انجام شد، نشان داد که شناخت نیازهای معنوی بیماران سرطانی اولین گام در اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی برای ارائه مراقبت‌های معنوی از این بیماران و حمایت از آن‌ها در سازگاری و مقابله با بیماری است. بنابراین، پرستاران باید دانش و مهارت‌های اساسی موردنیاز برای شناسایی این نیازها را کسب کنند (۱۰). نتایج مطالعه انجام‌شده در کشور دانمارک نشان داد، از ۱۰۴،۱۳۷ بیمار بستری در بیمارستان، ۸۱٪/۹ دست‌کم یک نیاز معنوی قوی یا بسیار قوی در ماه گذشته گزارش کردند. شرکت کنندگان، بالاترین امتیاز را در خصوص آرامش درونی به دست آوردند. پس از آن مولد بودن، بعد وجودی و درنهایت، نیازهای مذهبی قرار گرفتند (۱۱). نتایج یک مطالعه در کشور برزیل نیز نشان داد که نیازهای معنوی، روانی و مذهبی در بین بیماران بستری شایع است و تیم‌های چند رشته‌ای باید این نیازها را در رویکرد مدیریتی خود در نظر بگیرند. افزون بر این، این مطالعه نشان می‌دهد که نیازهای روانی - اجتماعی و معنوی در بیمارانی که مراقبت تسکینی دریافت نمی‌کنند، می‌تواند حتی بیشتر باشد (۱۲). نتایج یک مطالعه هم در کشور لهستان نشان داد که تقریباً همه بیماران، علائم ناراحتی روحی را نشان دادند و بیش از نیمی از آن‌ها نیازهای معنوی را ابراز کردند. شدت پریشانی فقط با

1. Jin Y, Peng Y. The development of a situation-specific nurse-led culturally tailored self-management theory for chinese patients with heart failure. *Journal of Transcultural Nursing*. 2022;33(1):6-15.
2. Jahandideh S, Zare A, Kendall E, Jahandideh M. Nurses' spiritual well-being and patients' spiritual care in Iran. *COJ Nurse Healthcare*. 2018;1(3):1-5.
3. Taylor EJ. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Number 4/July 2006*. 2006;33(4):729-35.
4. Mesquita AC, Chaves ÉdCL, De Barros GAM. Spiritual needs of patients with cancer in palliative care: an integrative review. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2017;11(4):334-40.
5. Jansen F, van Uden-Kraan CF, van Zwieten V, Witte BI, Verdonck-de Leeuw IM. Cancer survivors' perceived need for supportive care and their attitude towards self-management and eHealth. *Supportive Care in Cancer*. 2015;23:1679-88.
6. Grassi L, Caruso R, Biancosino B, Belvederi Murri M, Riba M, Meggiolaro E, et al. Knowledge about risk factors for cancer and cancer risk behavior among patients with severe mental illness. *Psycho-Oncology*. 2021;30(12):2077-81.
7. Narenji F, Nejat N. Nurses and Midwives Are on the COVID-19 Frontline: Spiritual Care Matters. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2020;14(4).
8. Khosravani M, Nejat N. Spiritual Experiences of Patients in the Cancer Trajectory: A Content Analysis. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2022;32(6).
9. Wapler C, Dodt C, Büssing A, Beivers A, Härtl K, Frick E. Spiritual Needs of Patients in the Emergency Room. *Spiritual Needs in Research and Practice*. Springer Nature; 2021.
10. Nejat N, Rahbarian A, Shykhan R, Ebrahimpour S, Moslemi A, Khosravani M. Assessment of spiritual needs in cancer patients: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2023;12(5):894-901.
11. Stripp TA, Wehberg S, Büssing A, Koenig HG, Balboni TA, VanderWeele TJ, et al. Spiritual needs in Denmark: a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers. *The Lancet Regional Health-Europe*. 2023;28.
12. Hidalgo Filho CMT, Freitas AJAd, Abreu LSd, Santiago HR, Campolina AG. Spiritual needs among hospitalized patients at a public hospital in Brazil: a cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*. 2022;141:125-30.
13. Klimasiński M, Baum E, Praczyk J, Ziemkiewicz M, Springer D, Cofta S, et al. Spiritual distress and spiritual needs of chronically ill patients in poland: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(9):5512.
14. Mamier I, Kim SM, Petersen D, Bae HJ, Taylor EJ, Kang KA. Spiritual needs among Koreans and Americans with advanced chronic illnesses: A cultural comparison. *Journal of clinical nursing*. 2021;30(23-24):3517-27.
15. Büssing A, Balzat HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res*. 2010;15(6):266-73.

شدت بیماری مرتبط و مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده نیازهای معنوی، شناخت ایمان، به‌عنوان یک منبع معنوی بود (۱۳). نتایج مطالعه دیگر در کشور لهستان نشان داده است که شدت و انواع نیازهای معنوی را که افراد مبتلا به بیماری مزمن پیشرفته تجربه می‌کنند، در مقایسه با گذشته افزایش پیدا کرده است. یافته‌های این مطالعه همچنین نشان می‌دهد که معنویت و دین‌داری خود گزارش شده به‌طور مستقل، مقدار قابل‌توجهی از واریانس نیازهای معنوی را توضیح می‌دهند (۱۴).

پرسش‌نامه سنجش نیازهای معنوی

پرسش‌نامه نیازهای معنوی (spiritual need Questionnaire) از ابزار پرکاربرد در راستای سنجش نیازهای معنوی است. این پرسش‌نامه را Büssing و همکاران در سال ۲۰۱۰ برای کاربرد تشخیصی و پژوهشی طراحی کردند. این پرسش‌نامه را می‌توان هم به‌عنوان ابزاری تشخیصی به کار برد که در این حالت، ۲۷ گزاره دارد و هم به‌عنوان یک ابزار پژوهشی ۱۹ گزاره‌ای (که برخی از گزاره‌های آن، انتخابی است). این پرسش‌نامه از چهار سازه متفاوت تشکیل شده است که عبارت‌اند از:

۱. مذهبی: شامل دعا کردن برای دیگران و با دیگران و با خود آن‌ها، شرکت کردن در مراسم مذهبی، خواندن کتاب‌های معنوی یا مذهبی، رو کردن به وجودی برتر (خداوند).

۲. آرامش درونی: آرزوی سکونت در مکان‌های ساکت و آرام، غوطه‌ور شدن در زیبایی طبیعت، کسب آرامش درونی، صحبت کردن با دیگران درباره ترس‌ها و نگرانی‌ها، عشق و علاقه‌ی دیگران (به فرد).

۳. وجودی (تفکر عمیق/معنا): اندیشیدن درباره زندگی گذشته، صحبت کردن با فردی درباره معنای زندگی/رنج، فاش کردن جنبه‌هایی از زندگی، صحبت کردن درباره امکان زندگی دیگر بعد از مرگ و غیره. بخشش فعال: داشتن قصد فعال یا خودکار برای دلداری دادن به دیگران، انتقال تجارب زندگی خود به دیگران، و اطمینان داشتن به اینکه زندگی شما معنادار و ارزشمند است (۱۵).

رویکردی فقهی به جراحه زیبایی

احمد مشکوری^۱

جراحی ترمیمی با هدف بازسازی بخشی از بدن یا بهبود عملکرد بدن است؛ درحالی که جراحی زیبایی با هدف بهبود ظاهر بدن انجام می شود.

و نگاه جستجو کرد.

نکته دیگر آنکه، گرچه در بحث احکام، جراحی زیبایی را از مسائل نوپدید می دانیم، ولی مانند بسیاری از مسائل نوپدید دیگر رد پاها و سرنخ هایی از حکم آن در منابع دینی یافت می شود. برای مثال، در کتاب الطبقات الکبری، از منابع اهل تسنن، روایتی نقل شده است که پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله به شخصی به نام عرفجه بن أسعد که پیش از اسلام بر اثر جنگ بینی خود را از دست داده بود و برای خود بینی ای از نقره ساخته بود، فرموده اند که بینی جدیدی از طلا بسازد (ابن سعد، ۱۴۱۰ ق)؛ گرچه این نقل جای تأمل دارد و نمی توان به سادگی آن را پذیرفت.

در این سلسله نوشتارها قصد داریم احکام جراحی زیبایی و ترمیمی را در کنار هم و تحت عنوان احکام جراحی زیبایی بررسی کنیم.

منابع:

- محمد بن سعد (۱۴۱۰ ق). الطبقات الکبری. بیروت: دار الکتب العلمیه. ج ۷. ص ۴۵.

- تارنمای کالج جراحان انگلستان بی.نا. بی.تا. قابل دستیابی در <https://www.rcseng.ac.uk/patient-care/cosmetic-surgery/what-is-cosmetic-surgery/>

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

a.mashkooori@gmail.com

جراحی زیبایی از مسائل نوپدید در سال های اخیر است که با پیشرفت فن آوری و ابداع شیوه های نوین و دلایل اقتصادی، بسیار رایج شده و مبتلابه بسیاری از حرفه مندان پزشکی شده است، لذا دانستن احکام مربوط به آن اهمیتی خاص دارد.

نکته یکم، توجه به تمایز و تفاوت جراحی زیبایی و جراحی ترمیمی است. هدف از جراحی ترمیمی بازسازی بخشی از بدن یا بهبود عملکرد بدن است؛ درحالی که جراحی زیبایی با هدف بهبود ظاهر بدن انجام می شود. جراحی زیبایی معمولاً برای افزایش رضایت از ظاهر یا اعتماد به نفس فرد انجام می شود، اما جراحی ترمیمی معمولاً برای بهبود کیفیت زندگی یا عملکرد و اصلاح آسیب ها انجام می شود. این جراحی ها اغلب برای درمان زخم های سوختگی، آسیب های ناشی از تصادف ها، یا عوارض جراحی انجام می شود. لیفت صورت، جراحی زیبایی بینی، جراحی زیبایی سینه، جراحی زیبایی باسن، جراحی زیبایی شکم، جراحی زیبایی پلک، و جراحی زیبایی گوش برخی از عمل های جراحی زیبایی شایع هستند. در مقابل، ترمیم زخم، بازسازی پستان، بازسازی بینی، بازسازی گوش، بازسازی پلک، بازسازی دست و بازسازی پا از شایع ترین اعمال ترمیمی هستند (تارنمای کالج جراحان انگلستان. بی.تا).

پس از بیان تفاوت دو جراحی ترمیمی و زیبایی، در پی یافتن احکام شرعی مربوط به آن ها هستیم. در کتاب های احکام، بخشی مستقل، به عنوان احکام جراحی زیبایی در نظر گرفته نمی شود و مسائل مربوط به احکام زیبایی را باید در سایر بخش های مرتبط، مانند احکام غسل و وضو و احکام ازدواج و احکام لمس

افشای خطای پزشکی به بیمار و تصمیم گیرندگان جایگزین

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



بررسی مورد

آقای «م»، بیمار ۲۲ ساله، مبتلا به دیابت تیپ یک، برای درمان با انسولین و کنترل قند خون در بخش داخلی بستری شده است. آقای «ف»، کارورز کشیک بخش داخلی، می‌خواهد نوشتن و ثبت دستورات پزشکی در پرونده را یاد بگیرد؛ لذا با هماهنگی تلفنی دستیار کشیک، نوشتن دستور تزریق انسولین بیمار را به عهده می‌گیرد، ولی متأسفانه به اشتباه به جای هشت واحد انسولین، برای بیمار هشتاد واحد انسولین تجویز می‌کند. خانم «س» دانشجوی پرستاری کشیک نیز بدون دقت، انسولین را با دوز تجویز شده به بیمار تزریق می‌کند. در نتیجه، بیمار دچار علائم هیپوگلیسمی شدید و تشنج می‌شود. با حضور دستیار ارشد داخلی، فوراً اقدامات درمانی برای بیمار انجام می‌شود و خوشبختانه بیمار بدون عارضه‌ای در وضعیت پایدار قرار می‌گیرد. یکی از اعضای خانواده که شاهد این اتفاقات بود از پرستاران، کارورز و دستیار می‌پرسد که چرا بیمارش دچار تشنج شد و پاسخی که از همه می‌شنود فقط این عبارت است که دلیل تشنج، افت شدید قند خون بیمار بوده است.

تحلیل مورد

خطای پزشکی «یک آسیب ناخواسته ناشی از مدیریت پزشکی» است که به «ناتوانی قابل اندازه‌گیری» منجر می‌شود. بر اساس نظر برخی از کارشناسان، «وابسته بودن به نتیجه»، یک نقص ذاتی در این تعریف است که تنها برای ارزیابی تأثیر خطاهای پزشکی ارزشمند است و هیچ بینشی در خصوص علت یا راهبردهای پیشگیرانه احتمالی ارائه نمی‌دهد. آن‌ها یک تعریف «وابسته به فرایند» را پیشنهاد می‌کنند که علل خطاهای پزشکی را بدون توجه به نتیجه بیمار نشان می‌دهد. این تعریف شامل خطاهایی می‌شود که به آسیب منجر نمی‌شود (به اصطلاح «نزدیک از دست دادن» (Near miss) یا «شبه خطا» (Close call)) و امکان اجرای راهبردهای پیشگیرانه را فراهم می‌کند که در کاهش نرخ خطاهای پزشکی مؤثرتر خواهد بود. رویدادهای ناگوار (adverse events)، نتایج ناخواسته‌ای که ناشی از درمان‌ها و مراقبت‌های پزشکی بوده و به علت بیماری زمینه‌ای ایجاد نشده باشند و در این‌گونه رویدادها برنامه‌های درمانی درست بوده‌اند (۱،۲).

اصطلاح «خطای پزشکی» شامل گروه متنوعی از وقایع است که از نظر بزرگی و پتانسیل آن‌ها برای آسیب رساندن به بیمار متفاوت است. دیدگاه تاریخی خطاهای پزشکی این بود که آن‌ها یک «رویداد نادر» هستند و تقصیر متوجه افراد دارای نقص دانش، مهارت، تلاش و یا وجدان بود، ولی در چند دهه گذشته، این دیدگاه به شدت تغییر کرده است و داده‌ها نشان می‌دهد که این رویدادها شیوع قابل ملاحظه‌ای دارند و همچنین

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.mashkooari@gmail.com



شاغلان حرف پزشکی و وابسته، باید در صورت بروز خطای منجر به ایراد خسارت، مسئولیت عمل خود را بپذیرند.

باید خطای پزشکی را به بیمار و تصمیم‌گیرنده جایگزین اطلاع داد و نمی‌توان به بهانه مصونیت درمانی، از افشای خطا به بیمار شانه خالی کرد.

پزشکی اشاره دارد (۵):

■ ماده ۹۲: شاغلان حرف پزشکی و وابسته، مکلف‌اند برای ارائه خدمات سلامت استاندارد و عاری از خطای پزشکی، همه تلاش خود را به کار گیرند. در این زمینه، لازم است همه اعضا نهایت تلاش خود را برای آگاهی از خطاهای شایع در رشته و زمینه کاری خویش به عمل آورند و تا حد امکان از این خطاها جلوگیری کنند.

■ ماده ۹۳: بر اساس حق بیماران بر آگاهی از اطلاعات مربوط به سلامت خود، شاغلان حرف پزشکی و وابسته، باید در صورت بروز خطای منجر به ایراد خسارت، مسئولیت عمل خود را پذیرفته، ضمن عذرخواهی و انجام اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه، اصل بروز خطا و جزییات مربوط بدان، ازجمله علل و عوارض ناشی از خطا را برای بیماران آشکار کنند.

■ در کنار تلاش برای جبران خسارات مادی ناشی از خطاهای پزشکی، یکی از ابزارهای جبران خسارات معنوی، عذرخواهی است که نقشی مهم هم در ترمیم دردهای روحی زیان‌دیده و هم در بهبود روابط وی با واردکننده زیان دارد. در حقوق ایران، قانون‌گذار به این شیوه توجه کرده، در ماده ۱۰ قانون مسئولیت مدنی به دادگاه‌ها اختیار داده شد تا در صورت ورود خسارت معنوی، در ضمن حکم، واردکننده زیان را به عذرخواهی ملزم کنند. باوجوداین، در قانون، عذرخواهی تعریف نشده و شرایط آن مشخص نگردیده است. کشورهایی، همچون کانادا و آمریکا در این زمینه پیشرو بوده و از ابزار عذرخواهی در تسکین دردهای روحی بهره جسته‌اند و در تعریف و تبیین آن مطالعات زیادی انجام داده‌اند (۶). بر اساس قانون Apology در ایالت متحده آمریکا، عذرخواهی پزشک از بیمار به منزله پذیرش مسئولیت خطای پزشکی نیست، ولی توضیح علت و شرح مآوقع می‌تواند برای پزشک مسئولیت مدنی به دنبال داشته باشد (۲،۶).

■ در ایران، بر اساس شرایط عمومی بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان، اقرار پزشک سبب عدم پرداخت خسارت از سوی بیمه‌گر خواهد شد که این خود می‌تواند از موانع مهم عدم افشای خطای پزشکی به بیماران و تصمیم‌گیرندگان جایگزین و یا گزارش آن

در دیدگاه نوین، خطاها بیشتر به محدودیت‌های ذاتی انسان و نقص‌های سیستمی مرتبط دانسته می‌شوند (۲،۳).

■ انجمن پزشکی، خطاهای پزشکی را به‌عنوان یکی از عوامل اصلی مرگ و آسیب معرفی کرده است. بر اساس گزارش اطلاعات ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹، عوارض جانبی ناشی از مراقبت نایمن از بیمار، در میان ده علت اصلی مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر جهان است. حوادث نامطلوب قابل پیشگیری در ایالات متحده آمریکا (ایالات متحده) هر سال باعث مرگ ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ نفر در بیمارستان‌ها می‌شود. این رقم از تعداد مرگ‌ومیرهای ناشی از تصادف‌های وسایل نقلیه موتوری بیشتر است و تخمین زده می‌شود که بین ۳۷/۶ تا ۵۰ میلیارد دلار، هزینه اضافی مراقبت‌های سلامت، ناتوانی و کاهش بهره‌وری برای جامعه را به همراه داشته باشد (۳).

■ خطاهای پزشکی و عوارض جانبی قابل پیشگیری یک مشکل جهانی است. اولین گام در بهبود ایمنی بیمار، درکی جامع از انواع مختلف خطاهای پزشکی و فرایندهای مراقبت سلامت است. وجود نظام‌های مناسب برای گزارش و ثبت خطاهای پزشکی، به‌منظور دستیابی به این اهداف ضروری است (۴).

■ در بیش از دوسوم موارد، خطای پزشکی به اطلاع بیمار و تصمیم‌گیرندگان جایگزین نمی‌رسد. نگرانی بابت سرزنش شدن از سوی بیماران و همکاران، خدشه‌دار شدن اعتبار حرفه‌ای، زیان مالی، مهارت ناکافی درباره چگونگی رفتار در این‌گونه موارد و پیامدهای قانونی، از موانع عدم افشای خطای پزشکی است (۲،۴).

■ بر اساس شواهد، اکثر بیماران و اعضای خانواده تمایل دارند خطای پزشکی، حتی جزئی، به آن‌ها اطلاع داده شود. بیماران می‌خواهند بدانند چه خطایی و چگونه رخ داده است. صداقت و تلاش برای جبران آسیب‌های وارده در جلوگیری از پیگیری‌های قانونی مؤثر است (۲).

■ «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» مصوب هجدهم مردادماه ۱۳۹۷، شورای عالی سازمان نظام پزشکی در دو ماده به موضوع خطای

منابع:

1. Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. Can J Surg. 2005;48(1):39-44.

2. Lo B. resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians. 6th edition. 2020. Translated by Elahi A. Tehran: Teimorzade Publication; 2021. p. 248-255. [Text in Persian].

3. Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical Errors. In-StatPearls [Internet] 2023 May 7. StatPearls Publishing.

4. Asghari F, Yavari N. MEDICAL ERROR DISCLOSURE. ijdl 2005; 5:25-35.

۵. راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. مصوب هجدهم مردادماه ۱۳۹۷، شورای عالی سازمان نظام پزشکی.

۶. اکبری آرائی، منصور؛ نیک‌خواه، رضا؛ جعفرزاده، سیامک (۱۳۹۹). «عذرخواهی به‌عنوان یکی از شیوه‌های جبران خسارت معنوی در مسئولیت مدنی». مجله حقوقی دادگستری. ۸۴(۱۰۹): ۲۷۰-۲۷۰.

۷. اصغری فریبا (۱۳۹۸). «لزوم اظهار خطای پزشکی و تعارض آن با بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان». مجله پزشکی قانونی. ۵۷-۵۲(۱): ۵۷-۵۲.

باشد (۷).

▪ بر اساس مطالب گفته‌شده می‌توان نتیجه گرفت که باید خطای پزشکی رخ داده را به بیمار و تصمیم‌گیرنده جایگزین اطلاع داد و نمی‌توان به بهانه مصونیت درمانی از افشای خطا به بیمار، چشم‌پوشی کرد.

▪ خطای پزشکی ممکن است انسانی، ساختاری، فرایندی و تکنولوژیکی باشد و در مورد خطاهای انسانی از سوی گروه‌های مختلف کارکنان بیمارستان، اعم از پزشکان، پرستاران، پیراپزشکان، گروه‌های مختلف و دانشجویان رخ دهد؛ ولی باید توجه کرد که مسئولیت افشای خطا با پزشک مسئول است.

▪ هرچه میزان آسیب مرتبط با خطا بیشتر باشد، ضرورت افشای آن بیشتر خواهد بود.

▪ صداقت، تلاش برای جبران خسارات وارده به علت خسارت، حمایت از بیمار، صبور بودن در برابر واکنش منفی بیمار و اذعان بر اصلاح عوامل مؤثر در ایجاد خطا و پیشگیری، در روند افشای خطای پزشکی به بیمار مهم است.

در کنار همه این موارد، می‌توان این را هم اضافه کرد که هریک از افراد جامعه در بهبود فرایند گزارش خطای پزشکی نقش دارند. وقتی بیمار و اطرافیان او، ابراز صادقانه خطا و عذرخواهی کارکنان و تلاش در راستای رفع آسیب رخ داده را با روی باز بپذیرند، این پیام به کارکنان خدمات سلامت داده می‌شود که نگران ابراز خطای خود نباشند.

تاریخچه اجازه نامه های پزشکی در ایران

مریم محسنی سیف آبادی^۱

به سبب اهمیت بالای کار طبیبان، به عنوان حافظان سلامت جسم و روح آدمی، از دیرباز در اعطای اجازه طبابت به این افراد بسیار دقت می شد. ثبت قوانین جرائم پزشکی و جراحی در لوح حمورابی، قدیمی ترین قانون مدون جهان در هزاره دوم پیش از میلاد، بیان گر اهمیت این موضوع است (بادامچی. ۱۳۹۳: ۱۴۶-۱۴۸). جالینوس با تألیف کتاب فی محنه افضل الاطبا کوشید با پی ریزی آزمونی جامع، به روند کسب اجازه نامه های طبابت، نظمی قابل قبول ببخشد (ابن ندیم. ۵۱۹/۲)؛ اما اولین قوانین رسمی برای کسب اجازه نامه طبابت به دوره امپراتوری ساسانیان (۲۲۴-۶۵۱ م) باز می گردد.

شاپور اول (۲۴۰-۲۷۰ م)، دومین امپراتور ساسانی، شهر جندی شاپور را در خوزستان امروزی بنا کرد و این شهر خیلی زود به یکی از مهم ترین مراکز درمانی و آموزش پزشکی در جهان باستان تبدیل شد؛ به طوری که در زمان پادشاهی خسرو انوشیروان (۵۳۱-۵۷۹ م)، انجمن هایی با هدف تبادل نظرات و اطلاعات پزشکی و با حضور پزشکانی از سراسر جهان در این شهر برپا می شد (قفطی، ۱۳۷۱: ۱۸۴-۱۸۵). این پیشرفت های پزشکی مسلماً در پرتو قوانینی مدون و منظم حاصل شده بود. بر اساس قوانین امپراتوری ساسانیان، کسی بدون اجازه نامه حق درمان نداشت و اگر کسی بدون مجوز طبابت می کرد، اگر بیمار درمان می شد، حق دریافت دستمزد را نداشت و اگر در روند درمان آسیبی به بیمار می رسید، پزشک با همان آسیب کیفر می شد و بر تنش داغ می نهادند (آذرفرنبغ و آذرباد. ۱۳۸۴: ۱۶۶). در این دوره، پزشک برای دریافت اجازه طبابت، پس از گذراندن مراحل آموزشی مختلف، برای آزمون نهایی اول، باید سه دیوپرست (غیر زرتشتی) را مداوا می کرد و سپس می توانست اجازه نامه طبابت را دریافت کند (اوستا. ۱۳۸۵: ۷۳۵-۷۳۶؛ کریستن سن. ۱۳۹۵: ۳۰۰).

فتوحات مسلمانان در شرق و غرب ربع مسکون جهان

و تسلط بر مراکز مهم علمی دوره باستان، جهان اسلام را وارث دانش های تمدن های باستانی، از جمله دانش پزشکی کرد. روی کار آمدن عباسیان و ورود خاندان های پزشکی بختیشوع و ماسویه به بغداد، دارالخلافه جهان اسلام، نقطه عطفی را در تاریخ پزشکی دوره اسلامی رقم زد. خلفا و امرای عباسی با کمک این خاندان ها به تقلید از بیمارستان جندی شاپور بیمارستان هایی در بغداد و سایر شهرهای مهم جهان اسلام بنا کردند که نه تنها مرکز درمانی، بلکه مکانی آموزشی برای یادگیری طب عملی بودند. ترجمه متون پزشکی از زبان های مختلف به زبان سریانی و سپس عربی، نقشی مهم در اعتلای دانش پزشکی در دوره اسلامی داشت. اهمیت آزمون و کسب اجازه نامه طبابت سبب شد که اطباء مسلمان افزون بر ترجمه کتاب محنه جالینوس، به تألیف کتبی در این زمینه همت گمارند؛ از این رو یوحنا بن ماسویه (ح ۱۶۳ یا ۱۷۲-۲۴۳ ق)، حنین بن اسحاق (۱۹۴-۲۶۴ هـ)، اسحاق بن علی رهاوی (سده سوم قمری)، و محمد بن زکریای رازی (۲۵۱-۳۱۳ ق) با نگارش کتب محنه، کوشیدند مسیر کسب اجازه نامه پزشکی را دقیق تر کنند (ابن ندیم. همان: ۵۱۹، ۵۲۶، ۵۴۲؛ ابن ابی اصیبعه. همان: ۳۴۲/۱؛ رهاوی. ۱۳۷۹). اما صدور اجازه نامه های رسمی پزشکی در دوره اسلامی به سال ۳۱۹ قمری، یعنی دوره خلافت مقتدر (۲۹۵ - ۲۹۶ هـ. ق) باز می گردد. در این سال، به دلیل فوت بیماری بر اثر اشتباهی پزشکی، خلیفه عباسی به ابویطیحه محتسب دستور می دهد که همه پزشکان باید نزد سنان بن ثابت بن قره حرائی (متوفای ۳۳۱ ق) آزمون دهند و بعد از کسب اجازه نامه از سنان، حق طبابت دارند. (ابن ابی اصیبعه. ۱۹۶۵: ۲۷۳) و بعد از آن، نهاد

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

اولین قوانین رسمی برای کسب اجازه‌نامه طبابت، به دوره امپراتوری ساسانیان (۲۲۴-۶۵۱ م) باز می‌گردد.

مناصب حکومتی، ازجمله حکیم‌باشی نمی‌توانستند وظایف محوله خود را به‌طور کامل انجام دهند و بررسی اجازه‌نامه‌های پزشکی در این دوران عملاً انجام نمی‌شد (ادریسی آریمی و یوسفی. ۱۳۹۶: ۱-۱۸).

آقا محمدخان قاجار در سال ۱۲۱۰ ق سلسله قاجاریه را تأسیس کرد و بعد از او جانشینش فتحعلی شاه قاجار (۱۲۱۲-۱۲۵۰ ق) درگیر دو جنگ بزرگ با روسیه شد که هر دو جنگ به شکست ایران و انعقاد دو قرارداد ننگین گلستان (۱۲۲۸ ق) و ترکمانچای (۱۲۴۴ ق) انجامید. عباس میرزا ولیعهد با مشاهده ضعف و عقب‌ماندگی ایران در مقایسه با روسیه و کشورهای اروپایی، در راستای رشد و توسعه ایران به فکر ایجاد تحولی همه‌جانبه، ازجمله در پزشکی افتاد.

به درخواست عباس میرزا، سرهارفورد جونز انگلیسی در سال ۱۲۲۶ ق، دو ایرانی را که از خانواده‌های سرشناس آذربایجان بودند، به‌عنوان اولین محصلان ایرانی برای تحصیل علوم جدید به انگلستان برد. یکی از این دو محصل، حاجی‌بابا افشار بود که به تحصیل در علم طب و شیمی مأمور شد. این فرد به همراه محصلان کاروران اعزامی دوم، هشت سال بعد، یعنی سال ۱۲۳۴ ق به ایران بازگشت و به قول مجتبی مینوی، این محصلان برای اولین بار «تخم ترقی و تجدد را در زمین نیکان خود پراکندند» (مینوی. ۱۳۳۲: ۱۸۱) و به‌این‌ترتیب، آغازگر دوره گذار از سنت به مدرنیته در تمام حوزه‌ها ازجمله پزشکی شدند.

امیرکبیر کوشید وضعیت کشور را در تمام زمینه‌ها، ازجمله بهداشت و درمان نظم و سامان بخشد و در مسیر پیشرفت و توسعه قرار دهد. نظارت بر اجازه‌نامه اطباء که بعد از حکومت صفویه از یاد رفته بود، در سال ۱۲۶۷ ق به دستور امیرکبیر الزامی شد و طبیبان تنها در صورت اخذ تصدیق یا اجازه‌نامه طبابت از دکتر کازولانی، حکیم‌باشی نظام، می‌توانستند به امور درمانی بپردازند (روستایی. ۱۳۸۲: ۱۴۳). امیرکبیر همچنین با تأسیس دارالفنون کوشید روند گذار از سنت به مدرنیته را رسمی کند و سرعت بخشد و با یک برنامه‌ریزی هدفمند این روند را به‌گونه‌ای سازمان‌دهی کند که ایران را در مسیر پیشرفت قرار دهد. دارالفنون در ششم دی‌ماه ۱۲۶۷ ق تقریباً دو ماه و اندی پس از برکناری امیرکبیر و سیزده روز

«حسبه» که در آیین کشورداری اسلامی وظایف اداری و اجتماعی شهرها را به عهده داشت، افزون بر مشاغل دیگر نظارت و بررسی اجازه‌نامه‌ها، امور بیمارستان‌ها و رسیدگی به دیگر امور درمانی و پزشکی را نیز عهده‌دار شد. ابن الاخوه، از محتسبان مشهور مصر، در کتاب خود، معالم القربه فی احکام الحسبه، باب ۴۵ تحت عنوان «الحسبه علی الأطباء و الکحالیین و الجرائحیین و المجبرین» به امور شغلی پزشکان، چشم‌پزشکان، شکسته‌بندان و جراحان و همچنین، چگونگی آزمون آن‌ها برای کسب اجازه‌نامه پزشکی پرداخته است (ابن اخوه. ۱۴۰۸: ۲۵۳-۲۶۰). گفتنی است که برای کسب اجازه‌نامه‌های پزشکی افزون بر اطلاعات نظری و مهارت عملی افراد، ویژگی‌های شخصیتی، ظاهری و همچنین اخلاقی آن‌ها نیز باید مورد بررسی قرار می‌گرفت (ر.ک: رازی. ۱۳۸۴).

در دوره سلجوقیان تا زمان حمله مغول، مدارس نظامیه از مهم‌ترین مراکز آموزش علوم مختلف بودند و به فارغ‌التحصیلان خود شهادت‌نامه اعطا می‌کردند (کسائی. ۱۳۶۳: ۱۸۳). بعد از حمله مغول در دوره ایلخانان، مراکزی مانند ربع رشیدی عهده‌دار آموزش علوم، ازجمله پزشکی شدند و به فارغ‌التحصیلان خود اجازه‌نامه طبابت می‌دادند. برای مثال، در ربع رشیدی دانشجویان بعد از گذراندن دروس نظری و عملی مشخص که حدود پنج سال به طول می‌انجامید، در صورت تأیید اساتید، اجازه‌نامه دریافت می‌کردند (خواجه رشیدالدین. ۲۵۳۶: ۱۴۵-۱۴۹). حکومت صفویه نیز که دارای تشکیلات اداری منسجمی بود، به گفته صاحب کتاب تذکره الملوک، اجازه صلاحیت اطبا و منع برخی از اطبا از شغل طبابت را به مقامی به نام حکیم‌باشی واگذار کرده بود که این مقام در جایگاه مقرب الخاقان قرار داشت و در تعریف این سمت آمده است: «مشارالیه ریش‌سفید طبای سرکار خاصه شریف و انیس و جلیس مجالس عام و خاص پادشاهان و معزز و مکرم بوده‌اند» (میرزا سمیعا. ۱۳۶۸: ۲۰).

بعد از سقوط حکومت صفویه و روی کار آمدن سلسله‌های افشاریه (۱۱۴۸-۱۲۱۸ ق) و زندیه (۱۱۶۳-۱۲۰۹)، این سلسله‌ها به دلیل درگیری‌های بی‌درپی مؤسسان و جنگ‌های داخلی و خانگی جانشینانشان و همچنین مدت‌زمان کوتاه حکومتشان، فرصت و مجال بی‌ریزی تشکیلات اداری جدید را نداشتند و به همین دلیل، تمامی مناصبشان بر اساس تشکیلات اداری حکومت صفویه بود که البته با توجه به وضعیت آشفته و عدم ثبات سیاسی ایران در زمان این دو سلسله،

پیش از قتل او رسماً افتتاح شد و با گروهی از اساتید ایرانی و اروپایی و سی شاگرد رسماً کار خود را شروع کرد (مکی. ۱۳۷۳: ۱-۴).

علوم پزشکی، جراحی و داروسازی در کنار علوم متنوع نظامی از اولین رشته‌هایی بودند که در این مدرسه تدریس می‌شدند. در ابتدا، طب مدرن و طب سنتی (ایرانی) توأمان به محصلان آموزش داده می‌شد. طب مدرن را دکتر یاکوب ادوارد پولاک اتریشی و طب سنتی را میرزا احمد طبیب کاشانی تدریس می‌کردند (آدمیت. ۱۳۹۷: ۲۵۱). بعد از فوت دکتر کازولانی در سال ۱۲۶۸ ق به دستور ناصرالدین شاه اعطای تصدیق یا اجازه‌نامه طبابت زیر نظر دکتر پولاک و دکتر طولوزان انجام شد (آدمیت. ۱۳۵۴: ۳۳۶) و به دستور اعتضادالسلطنه قرار شد نام طبیبانی که موفق به گرفتن اجازه‌نامه پزشکی می‌شدند برای اطلاع عموم در روزنامه به‌طور رسمی اعلام شود (روستایی. ۱۳۸۲: ۱۴۳/۱). در بخشی از این اعلان آمده است: «... اعتضادالسلطنه به عموم شاگردهای طب قدغن اکید نموده است که تا آن‌ها را حکیم طولوزان در علم فرنگی و میرزا احمد حکیم‌باشی کاشانی در علم ایرانی امتحان نمایند، به معالجه مردم اقدام نکنند و بعد از آن هر یک استعداد معالجه کردن داشته باشند، مشارالیه تصدیقی به آن‌ها بدهند، آن وقت به معالجه مردم اقدام کنند و سایرین تا تصدیق نگرفته باشند، مأذون به عیادت مردم نخواهند بود و بعد از امتحان اشخاصی که تصدیق در دست دارند اسامی آن‌ها در روزنامه‌های آینده نوشته خواهد شد» (همان. ۱۴۴/۱) بعد از آن، مجالس آزمون در وزارت علوم با حضور طبیبان و حکیمان مطرح برگزار می‌شد و نام پذیرفته‌شدگان را در روزنامه دانش ارگان مدرسه دارالفنون منتشر می‌کردند (همان. ۱۴۴/۱-۱۴۵).

فرمان مشروطه در سال ۱۳۲۴ ق به دستور مظفرالدین شاه (۱۳۱۳-۱۳۲۳ ق) صادر شد و دومین مجلس شورای ملی در سال ۱۳۲۹ ق قانون طبابت را که مشتمل بر سیزده ماده بود، به تصویب رساند (براون. ۱۳۷۶: ۱۲۶-۱۲۷). بنابر محتویات این قانون، دفتری برای رسیدگی به آزمون و اجازه طبابت و آمار طبیبان تأسیس گردید و تمام اطبایی که داری ده سال سابقه طبابت و درمان بودند، می‌توانستند بدون گذراندن امتحان یا دوره‌ای، اجازه‌نامه رسمی طبابت بگیرند؛ اما اطبایی که سابقه آن‌ها کمتر از ده سال بود، تنها در صورت داشتن گواهی و مدرک طب جدید از داخل یا از خارج از کشور می‌توانستند برای گرفتن اجازه‌نامه اقدام کنند (روستایی. همان: ۱۴۵/۱).

در سال ۱۳۳۲ ق مصادف با شروع جنگ بین‌الملل اول، این قانون به مرحله اجرا در آمد و اشتغال به کلیه فنون طبیبی مستلزم داشتن اجازه‌نامه رسمی از وزارت معارف شد؛ اما معضل مهم کمبود پزشک باعث شد که به‌رغم این قانون، اجازه‌نامه‌های طبیبان طب سنتی در سه نوبت دیگر (سال‌های ۱۳۴۵، ۱۳۴۷ و ۱۳۵۰ ق) تمدید شود (فرقانی. ۱۳۹۵: ۵۶). تا اینکه با روی کار آمدن سلسله پهلوی، با تأسیس دانشگاه تهران و ورود پزشکان خارجی، روند گذار از طب سنتی به طب مدرن با سیاست‌گذاری‌های اجباری از بالا به پایین و با سرعتی برق‌آسا پیموده شد و تنها به کسانی که مدارک پزشکی مدرن داشتند اجازه درمان داده شد و طب سنتی با همه سابقه و گنجینه‌های ارزشمندش ممنوع شد و اجازه‌نامه‌های مربوط به آن، تنها ارزش تاریخی پیدا کردند.

منابع:

- آدمیت، فریدون (۱۳۹۷). امیرکبیر و ایران. تهران: خوارزمی.
- آذر فرنبغ پسر فرخزاد و آذرباد پسر امید (۱۳۸۴). کتاب سوم دینکرد دفتر دوم. ترجمه فریدون فضیلت تهران: مهرآیین.
- ابن ابی اصیبعه، احمد بن قاسم (۱۹۶۵). عیون الانباء فی طبقات الأطباء. محقق دکتر نزار. بیروت: دارمکتبه الحیاء.
- ابن خوه، محمد بن محمد (۱۴۰۸). معالم القریبه فی احکام الحسیه. قم: مکتب الاعلام الاسلامی.
- ابن ندیم، محمد بن اسحاق (۱۳۸۱). الفهرست ج ۲. ترجمه رضا تجدد. تهران: اساطیر.
- ادریسی آریمی، مهری؛ یوسفی، فاطمه (۱۳۸۵). تاریخ‌نامه خوارزمی سال پنجم. شماره ۱۶.
- اوستا (۱۳۸۵). به کوشش دوستخواه، جلیل. تهران: انتشارات مروارید.
- براون، ادوارد (۱۳۷۶). انقلاب مشروطیت ایران. ترجمه مهری قزوینی. تهران: کویر.
- برجسته، سحر (۱۳۹۳). سلامت، بهداشت و زیبایی در عصر قاجار. مترجم کتیری، مسعود. تهران: امیرکبیر.
- خواجه رشیدالدین، فضل‌الله (۲۵۳۶). وقفنامه ربیع رشیدی. به کوشش مجتبی مینوی و ایرج افشار. تهران: انجمن آثار ملی.
- رازی، محمد بن زکریا (۱۳۸۴). محنه الطیب و تعینه (در آزمایش و تعیین پزشک). تصحیح زکی اسکندر. ترجمه جمشیدنژاد اول. تهران: انتشارات حقوقی.
- رهاوی، اسحق بن علی (۱۳۸۷). ادب الطیب. تحقیق و تصحیح کمال سامرائی و داود سلمان. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- روستایی، محسن (۱۳۸۲). تاریخ طب و طبابت در ایران (از عهد قاجار تا پایان عصر رضاشاه) به روایت اسناد ج ۱. تهران: سازمان اسناد کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران.
- غلامی جلیسه، مجید (۱۳۹۴). سه اجازه‌نامه طبیبی. نشریه نقد کتاب میراث. شماره ۶ و ۷.
- کریستن‌سن، آرتور (۱۳۹۵). ایران در زمان ساسانیان. ترجمه یاسمی، رشید. تهران: صدای معاصر.
- کسائی، نورالله (۱۳۶۳). مدارس نظامیه و تأثیرات علمی و اجتماعی آن. تهران: امیرکبیر.
- مکی، حسین (۱۳۷۳). زندگانی میرزا تقی‌خان امیرکبیر. تهران: ایران.
- میرزا سمیعا (۱۳۶۸). تذکره الملوک. به کوشش سیدمحمد دیر سیاقی. تهران: امیرکبیر.
- مینوی، مجتبی (۱۳۳۲). اولین کاروان معرفت. نشریه یغما، شماره ۶۲.

محرمانگه اسرار بیماران پردازش فقهی - حقوقی



کتاب «محرمانگه اسرار بیماران» (پردازش فقهی - حقوقی)، اثر عمار نصراللهی نیا و محمدعلی قاسمی، در سال ۱۳۹۹ از سوی مرکز فقهی ائمه اطهار (علیهم السلام) در ۵۹۵ صفحه به چاپ رسیده است.

در قلمرو فقه و قانون، به مقتضای حکمت و مصلحت، انسان‌ها از حقوق و امتیازاتی، مانند حق حیات و حق مالکیت برخوردارند. از مباحث مطرح در فقه پزشکی، «حقوق بیمار» است که در ذیل آن مسائل متنوعی، مانند حق علاج و درمان و حق انتخاب پزشک مطرح است. یکی از حقوق بیماران که شاید کمتر به آن پرداخته شده، «حق عدم افشای اسرار و اطلاعات پزشکی» است.

حرفه پزشکی، از جمله مشاغلی است که به دلیل لزوم تسریع در روند درمان بیمار، به پزشک و کادر درمانی اجازه می‌دهد که از جزئیات بیماری فرد مراجعه‌کننده باخبر باشند. همین امر باعث می‌شود که کادر درمانی از اطلاعات شخصی فرد بیمار مطلع شوند. از سوی دیگر، در شرع و در قانون اهمیت ویژه‌ای برای حفظ و نگهداری اطلاعات شخصی افراد لحاظ شده است و هیچ مجوزی برای افشای اسرار افراد وجود ندارد. مگر اینکه پای مصلحت بالاتر و مهم‌تری در میان باشد. بر همین اساس، این نوشتار نیز به دنبال بررسی این است که اطلاعات بیماران از دیدگاه فقهی حقوقی، دارای چه بایدها و نبایدهایی است.

مطالب این کتاب در پنج فصل تنظیم شده است: در فصل یکم کلیاتی پیرامون مفهوم بیماری و انواع آن و مفهوم راز و انواع آن و حوزه محرمانگی اسرار و مفهوم افشای سر و تبارشناسی موضوعی و پژوهشی و برخی مفاهیم مرتبط بیان شده است. در فصل دوم به‌طور جداگانه، به حقوق و تکالیف مربوط به بیماران پرداخته شده است. در فصل سوم به‌طور مبسوط، حکم افشای اسرار بیماران از دیدگاه فقه و در فصل چهارم، از منظر حقوق مورد بررسی قرار گرفته است، و در نهایت، در فصل پنجم موارد مجاز افشای اسرار بیماران تبیین شده است.

گفتنی است که در این نوشتار، دلایل عامی، همچون ممنوعیت خیانت در امانت، ادله حرمت تجسس، نشکستن سوگند پزشکی و دلایل خاصی، مانند آیه حرمت افشای راز و روایات معتبر بر تحریم افشای اسرار بیماران بیان شده و مورد بررسی قرار گرفته است.

زهره علایی طباطبایی
دانشکده سلامت و دین

زلال سلامت

صهبای ولاء

تا به خال و زلف تو مرغ دلی در دام شد
اینکه زلف است این چنین آرامش دل‌ها بود
روی نیکوی ترا باید چه می‌گفتن دگر
من ز خوش‌نامی فتادم در میان گیر و دار
چون‌که مست از جام صهبای ولای دوستیم
دل همی پنداشت اندر عاشقی پخته است لیک
عقل را در سر همی سودای دیدار تو بود
عارف اندر راه تو حاجی بیت‌الحرام
نجم دین آملی باشد گدای ره نشینت

کام خود را برگرفت و خامش و آرام شد
و آنکه خال است آن‌چنان در لذت از او کام شد
گر چه می‌گویند کو خود شهره ایام شد
ای خوش آن نیکو روش آزاده‌ای گمنام شد
باک نی ارطشت رسوایی ما بر بام شد
چون به کوی عاشقان آمد بخامی تام شد
سایه‌ای از تار زلفت دیده و سرسام شد
آن ز خود عاری و این در کسوت احرام شد
کز خداوند کرم مستوجب اکرام شد

علامه حسن‌زاده آملی رَحْمَةُ اللهِ عَلَيْهِ

پیام سلامت و دین (۳۴)

ابرو گشاده باش چو دستت گشاده نیست.

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

اما می‌توانیم

با گشاده‌رویی و حفظ احترام و کرامت
افراد، رضایت ایشان را جلب کنیم.