



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم
دانشگاه سلامت وین



ماهنامه علمی - اطلاع رسانی دانشگاه سلامت

سال هشتم، شماره ۹۴، تیرماه ۱۴۰۵
شاپا: ۱۱۷۰ - ۳۱۱۶





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

مدیرمسئول: دکتر ابوالفضل ایرانی خواه

سرمدیر: دکتر اکرم حیدری

هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

حمید آسایش، نرگس اسکندری، روح الله بهادری جهرمی، مرتضی حیدری، محسن رضایی آدریانی، رمضان سلطانیپور، ثارالله شجاعی، محمود شکوهی تبار، مهدی صالحی، زهرا طاهری خرامه، سیدحسن عادلی، مریم محسنی سیف آبادی، مهدی مستأجران، احمد مشکوری، منصوره مدنی.

مدیر اجرایی: زهرا سادات علایی طباطبایی

تیم اجرایی: رمضان سلطان پور، سید حمزه مرتضوی

ویراستار: حورا خیمه

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

پیام سلامت و دین (۹۱)..... ۳

سخن آگاهین

طبابت در تراز حکمت؛ بازخوانی اخلاقی نظام سلامت..... ۴

مصاحبه

مصاحبه با خانم دکتر زهرا طاهری خرامه..... ۵

سلامت در قرآن و روایات

همسرنوشتی در قرآن و روایات: تبیین مفهومی و بررسی مبانی قرآنی و روایی..... ۸

محمود شکوهی تبار

سلامت معنوی

نقش تمرکز، تفکر، تعقل و توجه در تعالی سلامت معنوی انسان از منظر دین..... ۱۲

رمضان سلطانیپور

فقه و اخلاق سلامت

درست کاری در نظام سلامت، کارهای به ظاهر ساده اما ارزشمند..... ۱۵

محسن رضایی آدریانی

تحلیل اخلاق - حقوقی موارد

تاب آوری اخلاقی در برابر فرسایش اخلاقی: تحلیلی از عادی سازی انحراف در نظام سلامت..... ۱۸

حمید آسایش، احمد مشکوری، محسن رضایی آدریانی

تاریخ علوم پزشکی

جراحی در عصر سلجوقیان؛ مطالعه ای در تاریخ پزشکی با تأکید بر دین و سلامت..... ۲۵

زیبا یوسفی جم

معرفی کتاب

بَدارو..... ۲۹

پیام سلامت و دین (۹۲)..... ۳۰



پیام سلامت و دین (۹۱)

ارزش هر کس، به میزان پایبندی او به
دستورات الهی است.

جایگاه شغلی، مرفه‌ای و اجتماعی
افراد، اعتباری و گذرا بوده و معیار
ارزش‌گذاری انسان‌ها نیست.

طبابت در تراز حکمت؛ بازخوانی اخلاقی نظام سلامت

است متزلزل کرده، رابطه محرمیت حکیمانه بین پزشک و بیمار را به یک معامله‌گری سرد تقلیل داده است.

برای غلبه بر این چالش‌های چندلایه، راهی جز بازگشت به سنت دیرینه طبابت در ایران و تلفیق عالمانه آن با دانش نوین وجود ندارد. ما نیازمند تحول در نظام تربیت طبیب هستیم؛ یعنی گذار از آموزش صرفاً تکنیک‌محور به آموزش حکمت‌بنیان. طبیبی که در تراز اهداف انقلاب اسلامی و رساندن ایران اسلامی به قله‌های پیشرفت تربیت می‌شود، باید بیش از آنکه نگران شاخص‌های اقتصادی حرفه خود باشد، خود را در محضر ناظر متعال دیده، بداند که طبابت، نه یک شغل، بلکه وظیفه‌ای انسانی و حرفه‌ای و از منظری متعالی‌تر، مأموریت و فرصت ایمانی برای حفظ کرامت جان انسان است.

مجله «دانش سلامت و دین» در کنار بسیاری از دغدغه‌مندان جامعه فرهیخته پزشکی، بر این امر واقف است که آسیب‌شناسی دقیق علمی و ارائه راهکارهای مبتنی بر اصلاح و درمان این آفت‌های آموزشی و اخلاقی یک ضرورت حتمی است. معتقدیم که با تلفیق ابزارهای حکمرانی مدرن و نظارتی، و هم‌زمان با احیای منش طبیب حکیم، می‌توان کام ملت ایران را با بهره‌مندی عادلانه از سلامت شیرین کرد. لذا رویکرد این مجله، همراهی با تلاش‌هایی است که برای بازگرداندن «حکمت» به کالبد «دانش پزشکی» صورت می‌گیرد تا بتوانیم به جامعه‌ای دست یابیم که در آن، طبابت آینه تمام‌نمای فضیلت‌های اخلاقی و انسانی باشد.

شایسته است پایان این نوشتار را به این پرسش اساسی اختصاص دهیم که هر کدام از ما، اعم از شخصیت‌های حقیقی و حقوقی، چقدر خود را در راستای تحقق چنین جامعه‌ای مسئول می‌دانیم و نقشی را برای خود قائل هستیم؟

بی‌شک، جامعه سلامت ایران امروز، از بزرگ‌ترین دستاوردهای انقلاب اسلامی است. عرصه‌ای که با تکیه بر همت نخبگان و دانش بومی، در بسیاری از حوزه‌ها به مرزهای دانش جهانی دست یافته، ایران را از کشوری واردکننده در عناصر انسانی و تجهیزات، به صادرکننده و قطبی در توریسم درمانی منطقه بدل کرده است. با این حال، این پیکره توانمند، خود دچار آفت‌های مزمنی است که اگر رفع نشود، حلاوت این پیشرفت‌ها را در کام مردم تلخ می‌کند و این آفت‌ها به حوزه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جامعه سرایت خواهد کرد.

به نظر می‌رسد یکی از این آفت‌های مسری و فراگیر، بحران هویت طبیب یا ظهور پزشک تکنوکرات باشد. تنها یکی از مظاهر آن، پدیده زشت و غیر انسانی «زیرمیزی» است که این روزها متأسفانه به رفتاری موهن و عادی در سطح جامعه تبدیل شده است؛ آسیبی که خود معلول جریانی است که در آن مادی‌گرایی افراطی بر رسالت انسانی و حکیمانه سایه افکنده است. این خلأ اخلاقی و اعتقادی، ریشه در عواملی مختلف، از جمله نظام‌های آموزشی و تربیتی از سطوح مقدماتی تا آموزش عالی دارد که متأسفانه از ارزش‌های دینی و اخلاقی فاصله گرفته، در فرایند آموزش، درمانگر را بیش از آنکه «حکیم» پرورش دهد، به «تکنوکرات اقتصادی» بدل کرده است.

امروزه با طیفی گسترده از آسیب‌ها مواجه‌ایم:

۱. گسترش تضاد منافع در لایه‌های مختلف نظام سلامت که تصمیمات درمانی و تجویزهای القایی را نه براساس نیاز واقعی بیمار، بلکه بر مبنای منافع صنفی پزشک یا بازار دارو و تجهیزات شکل می‌دهد.

۲. گسل‌های اجتماعی و اخلاقی ناشی از پیوند نامیمون کسب سود حداکثری با فرایند درمان. این روند، اعتماد عمومی را که سنگ‌بنای نظام سلامت

مصاحبه با خانم دکتر زهرا طاهری خرامه



سلامت، در نگاه امروز، مفهومی فراتر از سلامت جسمانی است و ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی را نیز در برمی گیرد. در سال های اخیر، توجه به نقش معنویت و آموزه های دینی در ارتقای سلامت، کاهش رنج بیماران و بهبود کیفیت مراقبت های سلامت، به یکی از حوزه های مهم پژوهش های میان رشته ای تبدیل شده است. این رویکرد، ضرورت گفت و گو میان علوم پزشکی و معارف دینی را پیش از پیش آشکار ساخته، زمینه ساز شکل گیری ادبیات علمی نوینی در حوزه سلامت معنوی و مراقبت معنوی شده است.

در همین راستا، مجله «دانش سلامت و دین» در گفت و گویی با سرکار خانم دکتر زهرا طاهری خرامه، عضو هیئت علمی، مدیر گروه علمی تاریخ علوم پزشکی و معاون پژوهشی دانشکده سلامت و دین، به بررسی ابعاد مختلف این حوزه پرداخته است. ایشان با سال ها فعالیت علمی، آموزشی و پژوهشی در زمینه سلامت معنوی، مراقبت معنوی، از پژوهشگران فعال این عرصه به شمار می آیند و همواره کوشیده اند با بهره گیری از روش های علمی و ظرفیت های غنی معارف اسلامی، پلی میان مفاهیم دینی و کاربردهای بالینی در نظام سلامت را ایجاد کنند.

در این گفت و گو، افزون بر آشنایی با مسیر علمی و انگیزه های شخصی و پژوهشی ایشان، درباره چالش ها و ظرفیت های حوزه سلامت و دین، جایگاه سلامت معنوی در نظام سلامت و چشم انداز توسعه پژوهش های میان رشته ای به بحث خواهیم نشست. امید است این گفت و گو بتواند زمینه ای برای تأمل بیشتر در نقش معنویت و آموزه های دینی در ارتقای سلامت انسان و توسعه دانش بومی در این حوزه را فراهم آورد.

سرکار خانم دکتر طاهری خرامه، حضور شما را در این گفت و گو گرامی می داریم. با توجه به اهمیت روزافزون پیوند میان دانش پزشکی و آموزه های دینی در ارتقای کیفیت زندگی انسان معاصر، مفتخریم که در این گفت و گو از تجربیات و تخصص شما در تبیین ابعاد سلامت و دین و سلامت معنوی بهره مند شویم.

پرسش ۱: ضمن سپاس از پذیرش دعوت ما، در آغاز گفت و گو، بسیار مشتاقیم با فعالیت های علمی، آموزشی و پژوهشی شما آشنا شویم. همچنین بفرمایید چه عاملی در ساحت شخصی یا علمی باعث شد حوزه میان رشته ای سلامت و دین را به عنوان دغدغه و مسیر اصلی پژوهشی خود انتخاب کنید؟

پاسخ: در سال های فعالیت علمی و آموزشی ام، همواره کوشیده ام پلی میان دنیای سلامت و معارف دینی را برقرار کنم و این رویکرد را در آموزش دانشجویان، تربیت نیروی انسانی و پژوهش های کاربردی دنبال کرده ام. بخش مهمی از فعالیت های پژوهشی ام به مطالعه سلامت معنوی، طراحی و روان سنجی ابزارهای بومی، بررسی پریشانی معنوی و آسیب اخلاقی در بیماران و کادر درمان، و مطالعات میان رشته ای در حوزه مراقبت معنوی اختصاص دارد.

انتخاب این مسیر، حاصل پیوند انگیزه ای شخصی

اسلامی خواهید بود. با توجه به اینکه سرکار عالی معاون پژوهشی دانشکده سلامت و دین هم هستید، بفرمایید مأموریت اصلی این معاونت چیست؟ همچنین با نگاه به آینده، اولویت‌های پژوهشی دانشکده برای عبور از فاز نظریه‌پردازی و ورود به عرصه‌های کاربردی چیست؟

پاسخ: مأموریت اصلی ما در معاونت پژوهشی دانشکده سلامت و دین، ایجاد زبان مشترک میان علوم بالینی و معارف اسلامی برای تولید شواهد علمی بومی در نظام سلامت است؛ اما برای عبور از فاز نظری و ورود به عرصه کاربردی، نقشه راه آینده ما بر طراحی پروتکل‌های مداخله‌ای مراقبت معنوی در بالین، روان‌سنجی و توسعه ابزارهای غربالگری بومی، و همچنین بهره‌گیری از فناوری‌های سلامت دیجیتال متمرکز است تا بتوانیم معنویت را از یک مفهوم انتزاعی به یک خدمت ساختاریافته، سنجش‌پذیر و مبتنی بر شواهد در بالین بیماران و متن جامعه تبدیل کنیم.

پرسش ۳: اگر بخواهید حوزه میان‌رشته‌ای سلامت و دین را برای مخاطبان ما که ممکن است در طیف‌های مختلفی از متخصصان تا عموم جامعه باشند تبیین کنید،

و ضرورتی علمی بود. مواجهه با رنج بیماران به من آموخت که درد انسان، فراتر از جنبه‌های جسمانی است و بیمار در بحران، افزون‌بر درمان، نیازمند معنا، امید و تکیه‌گاهی معنوی است. در کنار این تجربه، انس با قرآن کریم در فضای علمی و معنوی قم، این باور را در من عمیق‌تر کرد که ارتباط با پروردگار و توکل به ذات الهی، می‌تواند پناهگاه و مایه آرامش انسان در سخت‌ترین شرایط زندگی باشد. همین نگاه، انگیزه‌ای شد تا سهمی هرچند کوچک در کاهش رنج‌های عمیق و وجودی انسان‌ها داشته باشم.

ازسوی دیگر، همواره احساس می‌کردم میان مفاهیم دینی و کاربردهای بالینی در نظام سلامت فاصله‌ای وجود دارد و جای یک زبان مشترک علمی خالی است. ازاین‌رو، کوشیدم با تکیه بر روش‌های علمی نوین، این مفاهیم را به مهارت‌ها، ابزارها و مراقبت‌های کاربردی و سنجش‌پذیر تبدیل کنم تا بتوانند در عمل نیز به بهبود و آرامش بیماران کمک کنند.

پرسش ۲: بسیار عالی. الحمدلله با این پیشینه خوبی که فرمودید حتماً در هر عرصه‌ای که وارد شوید با الطاف الهی منشأ آثار و برکات زیادی برای جامعه



این حوزه چگونه می‌تواند شکاف میان علم تجربی و ساحت قدسی انسان را پُر کند و چرا امروز به این پیوند نیازمندیم؟

پاسخ: واقعیت این است که علم تجربی با تمام پیشرفت‌های شگفت‌انگیزش در حوزه زیست‌شناسی و پزشکی، به دلیل محدودیت روش شناختی خود (صرفاً متمرکز بر امور مادی و تجربی است)، ساحت قدسی، روح و نیازهای وجودی انسان را نادیده گرفته بود. این نگاه تک‌بعدی، شکافی عمیق ایجاد کرد که پیامد آن رنج‌های روحی، احساس پوچی و تنهایی انسان معاصر، به‌ویژه در مواجهه با بیماری‌های سخت است. حوزه میان‌رشته‌ای سلامت و دین با پذیرش این واقعیت که «انسان کل‌نگر» فراتر از گوشت و پوست است، می‌کوشد علم تجربی را به معنویت و ساحت قدسی پیوند بزند، و ما امروز بیش از هر زمانی دیگر به این پیوند نیازمندیم؛ زیرا در بحران‌های سخت زندگی، مانند ابتلا به یک بیماری صعب‌العلاج، سوگ، یا اضطراب‌های اگزستانسیال، این فناوری‌های پزشکی نیستند که به انسان امید و آرامش می‌دهند، بلکه این معنا، باور به خداوند و تکیه‌گاه معنوی است که به بیمار تاب‌آوری می‌دهد.

پرسش ۴: اگر این حوزه را شاخه مطالعاتی نسبتاً جدیدی در نظام آموزشی و پژوهشی کشور بدانیم، به نظر شما چه مؤلفه‌هایی، اعم از زیرساخت‌های آموزشی، سیاستی یا فرهنگی برای بومی‌سازی و توسعه نظام‌مند آن تعیین‌کننده است و باید مورد توجه ویژه قرار گیرد؟

پاسخ: به نظرم برای توسعه نظام‌مند و بومی‌سازی این حوزه نوپا، سه مؤلفه کلیدی تعیین‌کننده است:

- یکم: اصلاح زیرساخت‌های آموزشی از طریق تربیت نیروی انسانی میان‌رشته‌ای (مسلط به زبان بالین و معارف دینی) و تدوین سرفصل‌های تلفیقی؛
- دوم: سیاست‌گذاری ساختاری، به‌منظور ادغام رسمی خدمات مراقبت معنوی در نظام اعتباربخشی بیمارستانی و اختصاص گزنت‌های ویژه پژوهشی؛
- سوم: فرهنگ‌سازی و مرزبندی دقیق علمی برای ارائه مراقبت‌های معنوی مبتنی بر شواهد اسلامی و پرهیز از ورود خرافه و شبه‌علم.

تحقیق در زمینه این سه محور کمک می‌کند تا سلامت معنوی، به‌عنوان بخشی تفکیک‌ناپذیر و رسمی از فرایند درمان جامع بیماران تثبیت شود.

پرسش ۵: سلامت معنوی جایگاهی ویژه در منظومه دین و سلامت دارد. به نظر شما در شرایط فعلی جامعه، نیاز اساسی مردم به سلامت معنوی در کدام حوزه‌هاست؟ چگونه می‌توانیم سلامت معنوی را از یک مفهوم انتزاعی به «مهارت‌های کاربردی» برای مردم (مانند تاب‌آوری در برابر بحران‌ها یا کاهش اضطراب‌های مدرن) تبدیل

کنیم؟

پاسخ: امروزه نیازهای اساسی مردم به سلامت معنوی بیشتر در حوزه‌هایی، همچون اضطراب‌های مزمن، فرسودگی روانی، بحران‌های خانوادگی و مواجهه با سوگ و رنج متبلور می‌شود؛ اما برای تبدیل این مفاهیم انتزاعی دینی به مهارت‌های کاربردی، باید آن‌ها را به رفتارهای عینی و روزمره، مانند «توکل»، «صبر و تاب‌آوری» و «پذیرش و رضا» ترجمه کرد، و در نهایت، با استفاده از ابزارهای استاندارد، میزان اثربخشی این مهارت‌ها را به شکلی علمی و سنجش‌پذیر نشان داد.

پرسش ۶: آیا می‌توان مدلی برای «سلامت معنوی اجتماعی» در شرایط فعلی جامعه ترسیم کرد که فراتر از سلامت فردی باشد؟ در واقع، چگونه دین و معنویت می‌تواند به انسجام اجتماعی و همبستگی ملی در مواجهه با چالش‌های اجتماعی کمک کند؟

پاسخ: سلامت معنوی در بُعد اجتماعی، فراتر از آرامش فردی، به معنای جریان یافتن ارزش‌های اخلاقی و توحیدی در روابط و نهادهای جامعه است. همان‌طور که در شرایط جنگ شاهد بودیم، معنویت، احساس مسئولیت جمعی، همدلی و ایثار می‌تواند افراد با تفاوت‌های گوناگون را حول یک سرنوشت مشترک گرد هم آورد و ظرفیت تاب‌آوری جامعه را افزایش دهد. دین و معنویت با خلق امید مشترک، عمق بخشیدن به پیوندهای انسانی و تبدیل دگرخواهی و مواسات به رفتارهای عملی، مانع از فرسایش سرمایه اجتماعی در بحران‌ها شده، محکم‌ترین تکیه‌گاه برای حفظ انسجام و همبستگی ملی هستند.

پرسش ۷: به‌عنوان پرسش آخر، چشم‌انداز آینده سلامت معنوی در ایران را با توجه به ظرفیت‌های فرهنگی و دینی کشورمان چگونه می‌بینید؟ آیا می‌توانیم به الگوسازی در سطح جهان اسلام و حتی فراتر از آن امیدوار باشیم؟ جایگاه قم، به‌عنوان پایتخت فکری و فرهنگی جمهوری اسلامی کجا باید باشد؟

پاسخ: چشم‌انداز سلامت معنوی در ایران، عبور از نظریه‌پردازی و دستیابی به یک مدل درمانی کل‌نگر، ساختاریافته و مبتنی بر شواهد است که با تکیه بر ابزارهای بومی و مداخله‌های قرآنی، ظرفیت بالایی را برای الگوسازی در جهان اسلام دارد. در این میان، شهر مقدس قم، به‌عنوان پایتخت فکری کشور، رسالت تبیین روش‌مند مبانی معرفتی، تولید پروتکل‌های کاربردی و تربیت پژوهشگران میان‌رشته‌ای را بر عهده دارد تا پیوند میان معنویت اسلامی و علوم بالینی را به یک مرجعیت علمی در سطح بین‌المللی تبدیل کند؛ ان‌شاء الله.

ضمن تشکر مجدد، از پاسخ‌های راهبردی، خلاصه و مفید شما به پرسش‌ها بسیار سپاسگزاریم.



نشریه

سال هشتم، شماره ۹۴
ماهنامه علمی - اطلاع‌رسانی



هم‌سرنوشتی در قرآن و روایات: تبیین مفهومی و بررسی مبانی قرآنی و روایی

محمود شکوهی تبار^۱

چکیده

هم‌سرنوشتی مفهومی در روان‌شناسی اجتماعی است که به ادراک افراد یا گروه‌ها از مشترک یا به‌هم‌وابسته‌بودن پیامدهای یک موقعیت اشاره دارد. پژوهش‌های معاصر نشان داده‌اند که ادراک سرنوشت مشترک می‌تواند در شرایطی خاص، پیوند عاطفی، همکاری و رفتارهای یاری‌رسان را تقویت کند. اگرچه این اصطلاح به‌صورت مستقیم در قرآن کریم و روایات به‌کار نرفته است، اما مفاهیمی مانند فراگیر شدن آثار رفتارهای اجتماعی، اخوت ایمانی، تألیف قلوب، ولایت متقابل و احساس درد مشترک، شبکه‌ای مفهومی نزدیک به هم‌سرنوشتی ایجاد می‌کنند. این مقاله با روش توصیفی - تحلیلی، مفهوم هم‌سرنوشتی را تعریف، آن را از جبر و قضا و قدر متمایز و مهم‌ترین مبانی قرآنی و روایی مرتبط با آن را بررسی می‌کند. یافته‌های تحلیل نشان می‌دهد که هم‌سرنوشتی در نگاه اسلامی صرفاً اشتراک در یک موقعیت یا حادثه نیست، بلکه هنگامی معنا می‌یابد که اعضای جامعه، به‌هم‌وابستگی پیامدها را درک کنند و نسبت به وضعیت یکدیگر احساس تعلق و مسئولیت داشته باشند.

واژگان کلیدی: هم‌سرنوشتی؛ سرنوشت مشترک؛ اخوت؛ ولایت متقابل؛ تألیف قلوب.

۱. مقدمه

بحران‌هایی مانند بلایای طبیعی، جنگ، بیماری‌های فراگیر، فقر و مهاجرت اجباری، فقط افراد را به‌صورت جداگانه متأثر نمی‌کنند، بلکه روابط اجتماعی، انسجام گروهی و توان جوامع برای همکاری را نیز تغییر می‌دهند. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی نشان داده‌اند که پاسخ مؤثر به بحران، افزون‌بر منابع فردی، به عواملی مانند انسجام اجتماعی، همبستگی متقابل و احساس کارآمدی جمعی وابسته است. الچروث و دروری در بررسی پاسخ‌های اجتماعی به همه‌گیری، حفظ یا تقویت انسجام اجتماعی، همبستگی متقابل و کارآمدی جمعی را از عناصر مهم پاسخ اجتماعی مؤثر دانسته‌اند (Elcheroth & Drury, 2020). مطالعه توتنیس و همکاران در یک جامعه آسیب‌دیده از سیل نیز نشان داد که همانندسازی اجتماعی با جامعه، سرنوشت مشترک، حمایت مورد انتظار، اهداف مشترک، کارآمدی جمعی و بهزیستی، با یکدیگر ارتباط دارند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که فرایندهای بازیابی اجتماعی را نمی‌توان صرفاً با ویژگی‌های فردی توضیح داد (Ntontis et al., 2021). در پژوهشی با ۱۴۶۰۰ شرکت‌کننده از ۴۳ کشور نیز همانندسازی اجتماعی با

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

حمایت مورد انتظار بیشتر، تاب‌آوری بالاتر و استرس کمتر همراه بود. (Ntontis et al., 2023)

ون و همکاران، هم‌سرنوشتی را پیامدهای مشترکی تعریف کرده‌اند که افراد یا گروه‌ها در نتیجه نیروهای بیرونی تجربه می‌کنند. آنان در سه مطالعه با مجموع ۱۷۰۳ شرکت‌کننده نشان دادند که هم‌سرنوشتی در موقعیت‌های منفی می‌تواند رفتارهای یاری‌رسان میان‌گروهی را افزایش دهد و پیوند عاطفی، میانجی این رابطه است. همچنین، این مطالعات نشان داد نیازهای بنیادی روان‌شناختی بر شدت رابطه هم‌سرنوشتی با پیوند عاطفی اثر می‌گذارند. (Wen et al., 2025)

از دیدگاه قرآن و روایات نیز انسان صرفاً موجودی منفرد و جدا از دیگران معرفی نشده است. مفاهیمی مانند اخوت، تألیف قلوب، ولایت متقابل، اصلاح روابط و فراگیرشدن پیامدهای اجتماعی، نشان می‌دهند که وضعیت اعضای جامعه از یکدیگر کاملاً مستقل نیست. پژوهش قاسمی نیز نتیجه گرفته است که مبانی مشترک دینی، گفت‌وگو، همدلی و محبت می‌توانند در تقویت همبستگی اجتماعی و همگرایی جامعه اسلامی نقش داشته باشند (قاسمی، ۱۴۰۱). هرچند اصطلاح «هم‌سرنوشتی» به صورت مستقیم در قرآن یا روایات وجود ندارد، ولی این مقاله بر آن است تا مفاهیم قرآنی و روایی نزدیک به هم‌سرنوشتی را شناسایی و نسبت آن‌ها را با این سازه جدید به صورت تحلیلی تبیین کند.

۲. مفهوم‌شناسی هم‌سرنوشتی

۲-۱. تعریف هم‌سرنوشتی

هم‌سرنوشتی در روان‌شناسی اجتماعی به ادراک افراد یا گروه‌ها از مشترک یا به هم‌وابسته‌بودن پیامدهای یک وضعیت اشاره دارد. در چنین شرایطی، امنیت، آسیب، موفقیت یا شکست یک عضو کاملاً از وضعیت دیگران مستقل نیست. تعریف ون و همکاران بر پیامدهای مشترکی تأکید دارد که بر اثر نیروهای بیرونی برای افراد یا گروه‌ها ایجاد می‌شوند. (Wen et al., 2025)

براین اساس، هم‌سرنوشتی را می‌توان چنین تعریف کرد: هم‌سرنوشتی عبارت است از ادراک اعضای یک گروه یا جامعه از اینکه در نتیجه یک موقعیت، تهدید یا نیروی بیرونی مشترک، با پیامدهایی به هم‌وابسته روبه‌رو هستند و کنش یا بی‌عملی هر بخش از جامعه می‌تواند بر دیگر اعضا اثر بگذارد.

هم‌سرنوشتی فقط به حضور هم‌زمان افراد در یک حادثه محدود نمی‌شود. ممکن است افراد با یک بحران مشترک روبه‌رو باشند، اما نسبت به رنج و نیاز یکدیگر بی‌تفاوت بمانند. این مفهوم زمانی از اشتراک

عینی در موقعیت فراتر می‌رود که افراد، ارتباط میان وضعیت خود و دیگران را درک کرده، این ادراک به پیوند عاطفی یا احساس مسئولیت منجر شود. نقش پیوند عاطفی در ارتباط میان هم‌سرنوشتی و رفتار یاری‌رسان در پژوهش ون و همکاران تأیید شده است. (Wen et al., 2025)

در متون علمی، نزدیک‌ترین و رایج‌ترین معادل «هم‌سرنوشتی» اصطلاح Common Fate است که به مشترک یا به هم‌وابسته‌بودن پیامدهای افراد و گروه‌ها در اثر یک موقعیت یا نیروی بیرونی اشاره دارد. هنگامی که تأکید بر ادراک ذهنی افراد از این وضعیت باشد، از عبارت Sense of Common Fate، یعنی «احساس یا ادراک هم‌سرنوشتی» استفاده می‌شود. اصطلاح Shared Fate نیز معادل نزدیک «سرنوشت مشترک» است و عبارت‌های استعاری Being in the Same Boat و Shared Social Identity (Wen et al., 2025). tity یا «هویت اجتماعی مشترک» نیز با هم‌سرنوشتی ارتباط دارد، اما مترادف آن نیست؛ هم‌سرنوشتی به مشترک بودن پیامدها اشاره می‌کند؛ درحالی‌که هویت اجتماعی مشترک بیانگر ادراک عضویت افراد در یک «ما»ی جمعی است. (Ntontis et al., 2021)

۲-۲. تمایز هم‌سرنوشتی با جبر

واژه «سرنوشت» در اصطلاح هم‌سرنوشتی به معنای جبر، سلب اختیار یا نفی مسئولیت انسان نیست. اصطلاح‌های Common Fate و Sense of Common Fate به وابستگی پیامدهای اجتماعی اشاره دارند، نه به یک نظریه کلامی درباره قضا و قدر. قرآن کریم انسان‌ها را در تغییر وضعیت اجتماعی خود دارای نقش و مسئولیت معرفی می‌کند: ﴿إِنَّ اللَّهَ لَا يَغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ﴾؛ خداوند وضعیت هیچ قومی را تغییر نمی‌دهد تا آنان آنچه را در خودشان است تغییر دهند (رعد: ۱۱). در عین حال باید توجه داشت که موضوع آیه «قوم» است و نه فرد و تغییر وضعیت یک جمع را به تغییر درونی و کنش اعضای همان جمع مرتبط می‌سازد که می‌تواند با مفهوم هم‌سرنوشتی نیز مرتبط باشد.

۳. مبانی قرآنی و روایی هم‌سرنوشتی

۳-۱. فراگیرشدن پیامدهای اجتماعی

آیه ۲۵ سوره انفال نزدیک‌ترین آیه قرآن به بُعد اشتراک و به هم‌وابستگی پیامدهاست: ﴿وَاتَّقُوا فِتْنَةً لَا تُصِيبَنَّ الَّذِينَ ظَلَمُوا مِنْكُمْ خَاصَّةً﴾؛ از فتنه‌ای پرهیزید که

تتها به ستمکاران شما نمی‌رسد» (انفال: ۲۵). این آیه تصریح می‌کند که آثار برخی فتنه‌ها و نابه‌سامانی‌های اجتماعی به عاملان مستقیم آن‌ها محدود نمی‌ماند و هشدار می‌دهد که آثار فتنه ممکن است از مرتکبان مستقیم فراتر رود و دیگر اعضای جامعه را نیز دربرگیرد. به عبارت دیگر انفعال، بی‌تفاوتی یا گسترش یک آسیب می‌تواند کسانی را نیز درگیر کند که شخصاً آغازگر آن نبوده‌اند. بنابراین می‌توان این آیه را شاهدی بر «هم‌سرنوشتی منفی» دانست. از این منظر، قرآن کریم نوعی به‌هم‌وابستگی عینی در پیامدهای اجتماعی را به رسمیت می‌شناسد. جامعه ممکن است در عدالت، تعاون و اصلاح شریک شود و آثار و برکات آن را ببیند یا در نتیجه بی‌مسئولیتی و گسترش فتنه، در پیامدهای منفی سهیم گردد.

۲-۳. اخوت و شکل‌گیری هویت مشترک

قرآن کریم هویت ایمانی را با مفهوم اخوت بیان می‌کند: «إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلِحُوا بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ» مؤمنان برادر یکدیگرند، پس میان برادران خود اصلاح برقرار کنید» (حجرات: ۱۰). اخوت در این آیه صرفاً یک احساس شخصی یا عاطفی نیست، بلکه نوعی پیوند هویتی و هنجاری میان اعضای جامعه ایمانی ایجاد می‌کند که از آن، مسئولیت اجتماعی اصلاح روابط و رفع تعارض‌ها ناشی می‌شود. براین اساس، اعضای جامعه نمی‌توانند وضعیت خود را کاملاً مستقل از وضعیت دیگران بدانند؛ زیرا اختلال در روابط میان آنان، به مسئله‌ای مربوط به کل اجتماع ایمانی تبدیل می‌شود.

آیه ۱۰۳ سوره آل عمران نیز اعتصام جمعی، پرهیز از تفرقه و تألیف قلوب را در کنار یکدیگر قرار می‌دهد: «وَاعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا... فَأَلَّفَ بَيْنَ قُلُوبِكُمْ فَأَصْبَحْتُمْ بِنِعْمَتِهِ إِخْوَانًا؛ همگی به ریسمان خدا چنگ زنید و پراکنده نشوید... خدا میان دل‌های شما الفت ایجاد کرد و به نعمت او برادر شدید» (آل عمران: ۱۰۳). این آیه دو بُعد اساسی وحدت اجتماعی را برجسته می‌کند: نخست، وجود یک محور هنجاری و معنایی مشترک که اعضای جامعه را گرد هم می‌آورد؛ و دوم، شکل‌گیری پیوند عاطفی و احساس تعلق میان آنان.

اخوت، اعتصام و تألیف قلوب، زمینه‌ای را فراهم می‌کنند که در آن افراد خود را اعضای یک «ما»ی مشترک ببینند و به پیامدهای مربوط به دیگر اعضا بی‌تفاوت نمانند. در چنین بستری، ادراک شرایط یا تهدید مشترک می‌تواند از سطح آگاهی صرف فراتر رفته، به احساس تعلق، مسئولیت متقابل و آمادگی برای همکاری تبدیل شود. بنابراین، این آیات مبانی هویتی و عاطفی لازم برای شکل‌گیری و تقویت هم‌سرنوشتی را

تبیین می‌کنند.

۳-۳. ولایت و مسئولیت متقابل

قرآن درباره مردان و زنان مؤمن می‌فرماید: «وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَاءُ بَعْضٍ يَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُقِيمُونَ الصَّلَاةَ وَيُؤْتُونَ الزَّكَاةَ...؛ مردان و زنان باایمان، ولی (ویار و یاور) یکدیگرند؛ امر به معروف، و نهی از منکر میکنند؛ نماز را برپا میدارند؛ و زکات را میپردازند...» (توبه: ۷۱).

در این آیه، ولایت متقابل مؤمنان به دوستی یا وابستگی عاطفی محدود نشده است، بلکه با مجموعه‌ای از مسئولیت‌های عملی و اجتماعی همراه می‌شود. امر به معروف و نهی از منکر، بیانگر حساسیت به وضعیت اخلاقی جامعه است؛ اقامه نماز، بر محور معنوی مشترک دلالت دارد، و پرداخت زکات، مسئولیت در برابر نیازهای اقتصادی و اجتماعی دیگران را نشان می‌دهد. بنابراین، عضویت در جامعه ایمانی به معنای آن است که افراد، خیر و آسیب خود را جدا از وضعیت دیگر اعضا تلقی نکنند و در برابر حفظ سلامت اخلاقی و اجتماعی جامعه مسئول باشند.

ارتباط آیه با مفهوم هم‌سرنوشتی از این روی است که ولایت متقابل، زمینه تبدیل «عضویت مشترک» به مراقبت و کنش مسئولانه را فراهم می‌کند. ادراک هم‌سرنوشتی هنگامی از یک احساس مبهم فراتر می‌رود که اعضای جامعه، پیامدهای رفتار یا بی‌عملی خود را برای دیگران مهم بدانند و در اصلاح نابه‌سامانی‌ها و تأمین نیازهای عمومی مشارکت کنند. ازاین‌رو، آیه مستقیماً اصطلاح هم‌سرنوشتی را بیان نمی‌کند، اما یکی از مبانی هنجاری آن را توضیح می‌دهد: وابستگی اعضای جامعه با مسئولیت متقابل، مراقبت اجتماعی و اقدام مشترک همراه است.

۴-۳. روایت «جسد واحد»

از میان روایات شیعه، تمثیل مؤمنان به «جسد واحد» از نزدیک‌ترین مضامین روایی به مفهوم هم‌سرنوشتی است. امام صادق (علیه السلام) می‌فرماید: «الْمُؤْمِنُ أَخُو الْمُؤْمِنِ كَالْجَسَدِ الْوَاحِدِ، إِنْ أَشْتَكَى شَيْئًا مِنْهُ وَجَدَ أَلَمَ ذَلِكَ فِي سَائِرِ جَسَدِهِ؛ مؤمن برادر مؤمن و مانند پیکری واحد است؛ اگر بخشی از آن به درد آید، درد آن در سایر پیکر احساس می‌شود» (کلینی، ۱۴۰۷ق: ۱۶۶/۲).

این روایت، جامعه ایمانی را مجموعه‌ای از افراد منفرد و بی‌ارتباط تصویر نمی‌کند، بلکه اعضای آن را به اجزای پیکری واحد تشبیه می‌کند. در این تمثیل، پیوند اعضا به اندازه‌ای است که رنج یک عضو، در سطح



ادراک و عاطفه، به دیگر اعضا منتقل می‌شود. بنابراین، روایت بیش از آنکه بر اشتراک عینی و اجتناب‌ناپذیر همه پیامدها دلالت کند، بر وحدت هویتی، همدلی و حساسیت متقابل نسبت به رنج دیگران تأکید دارد.

از منظر تحلیل هم‌سرنوشتی، سه مؤلفه را می‌توان در این روایت تشخیص داد:

۱. هویت و تعلق مشترک: مؤمنان به اعضای یک پیکر تشبیه شده‌اند. از این رو، هر عضو خود را کاملاً جدا و بی‌ارتباط با دیگران نمی‌بیند.

۲. پیوستگی وضعیت اعضا: اختلال در یک عضو، مسئله‌ای خصوصی و بی‌ارتباط با دیگر اعضا تلقی نمی‌شود، بلکه وضعیت کل پیکر را متأثر می‌سازد.

۳. همدلی و بازتاب عاطفی رنج: درد عضو آسیب‌دیده در دیگر اعضا احساس می‌شود؛ بنابراین رنج دیگری موضوع ادراک، تأثیر و توجه سایر اعضای جامعه قرار می‌گیرد.

این روایت مبنایی روشن برای این برداشت را فراهم می‌آورد که اعضای جامعه ایمانی باید خود را از نظر هویتی و عاطفی به یکدیگر پیوسته بدانند و در برابر رنج و آسیب دیگر اعضا بی‌تفاوت نباشند. در نتیجه، تمثیل «جسد واحد» یکی از مهم‌ترین مبنایی روایی برای تبیین بُعد عاطفی و مسئولیت‌آفرین هم‌سرنوشتی به شمار می‌آید.

قابل توجه اینکه، علامه محمدباقر مجلسی در مرآة العقول این روایت را با تعبیر «فی أعلى مراتب الصحة» ارزیابی کرده است؛ یعنی آن را در بالاترین مراتب صحت دانسته است (مجلسی، ۱۴۰۴: ۱۲/۹).

۴. نتیجه‌گیری

هم‌سرنوشتی مفهومی جدید در روان‌شناسی اجتماعی است که به ادراک مشترک و به هم وابسته بودن پیامدهای یک وضعیت اشاره دارد. این مفهوم با قضا و قدر جبری تفاوت دارد؛ زیرا ناظر به ارتباط اجتماعی پیامدهاست و اختیار و مسئولیت انسان را نفی نمی‌کند. اگرچه اصطلاح هم‌سرنوشتی در قرآن و روایات به کار نرفته است، اما مجموعه‌ای از آموزه‌های اسلامی با مؤلفه‌های اصلی آن ارتباط دارند. آیه ۲۵ سوره انفال از پیامدهای فراگیر برخی فتنه‌ها سخن می‌گوید و نشان می‌دهد که آثار نابه‌سامانی اجتماعی ممکن است از عوامل مستقیم فراتر رود. آیات اخوت، اعتصام و تألیف قلوب، زمینه پیدایش هویت و پیوند مشترک را بیان می‌کنند و آیه ولایت متقابل، تعلق ایمانی را با مسئولیت اجتماعی همراه می‌سازد. روایت «جسد واحد» نیز روشن‌ترین تمثیل روایی این مفهوم است.

در این روایت، اعضای جامعه ایمانی اجزای پیکری واحدند که درد یک عضو در سایر اعضا احساس می‌شود. بر این اساس، هم‌سرنوشتی در نگرش اسلامی فقط اشتراک عینی در یک موقعیت یا حادثه نیست؛ بلکه مستلزم درک وابستگی متقابل، احساس رنج دیگری و پذیرش مسئولیت نسبت به وضعیت جامعه است. در نتیجه، می‌توان هم‌سرنوشتی را در چهارچوب قرآن و روایات، یک مفهوم تحلیلی برای توضیح پیوند میان پیامدهای مشترک، هویت جمعی، تألیف عاطفی و مسئولیت متقابل دانست.

منابع:

- قرآن کریم.

- قاسمی، خادم‌علی (۱۴۰۱). «همبستگی اجتماعی از منظر قرآن و روایات» معارف اسلامی و مطالعات اجتماعی. شماره ۱۴. ص ۴۷-۷۱.

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

- مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴ق). مرآة العقول فی شرح أخبار آل الرسول. تهران: دارالکتب الإسلامية.

- Elchereth, G., & Drury, J. (2020). Collective resilience in times of crisis: Lessons from the literature for socially effective responses to the pandemic. *British Journal of Social Psychology*, 59(3), 703-713.

- Ntontis, E., Drury, J., Amlôt, R., Rubin, G. J., Williams, R., & Saavedra, P. (2021). Collective resilience in the disaster recovery period: Emergent social identity and observed social support are associated with collective efficacy, well-being, and the provision of social support. *British Journal of Social Psychology*, 60(3), 1075-1095.

- Ntontis, E., Blackburn, A. M., Han, H., et al. (2023). The effects of secondary stressors, social identity, and social support on perceived stress and resilience: Findings from the COVID-19 pandemic. *Journal of Environmental Psychology*, 88, 102007.

- Wen, F., Zhu, T., Ke, W., Wang, Y., Ju, Y., Zhao, F., & Zuo, B. (2025). Sharing the same boat: The impact of common fate on intergroup prosocial behavior tendency in negative situations and its mechanism. *Social and Personality Psychology Compass*, 19(7), e70067.

را در جهت الهی سامان می‌دهد. «مَنْ عَرَفَ نَفْسَهُ عَرَفَ رَبَّهُ» و احادیث مشابه فراوان دیگری که بر شناخت نفس که همان شناخت حقیقت انسان است، تأکید دارند، نشان می‌دهد که این شناخت به دست‌یابی به حد اعلای سلامت معنوی می‌انجامد: «نَفْسٌ مُؤْمِنَةٌ طَرِيقُ وَ خَطٌّ سِرِّي يَنْتَهِي إِلَى الرَّبِّ. نَفْسُ الْمُؤْمِنِ هَذِي لَهُ، طَرِيقُ بَاتِي بِسَعَادَتِهِ: نفس مؤمن طریق و خط سیری است که منتهی به پروردگار می‌شود. نفس مؤمن راه هدایت اوست، راهی است که او را به سعادتش می‌رساند» (طباطبایی، ۱۳۶۲: ۲۸۱).

در این مسیر، تمرکز، تفکر، تعقل و توجه به منزله چهار گام پیاپی در فرایند تکامل آگاهی و درک انسان از خود و جهان عمل می‌کنند. تمرکز، آغاز جهت‌گیری نفس، تفکر، حرکت ذهن از معلوم به مجهول، تعقل و تمرکز عقل بر حقایق، و توجه که نهایت حضور انسان در حقیقت خویش است.

پرسش اصلی این پژوهش آن است که مفاهیم تمرکز، تفکر، تعقل و توجه در نظام معرفتی اسلام چه نسبتی با یکدیگر دارند و چگونه می‌توان آن‌ها را به‌عنوان مراحل در شکل‌گیری سلامت معنوی انسان تبیین کرد.

تمرکز و سلامت ادراکی

تمرکز به معنای جمع نیروهای وجودی، اعم از ذهنی، روانی و روحی در یک نقطه یا موضوع است. این فرایند موجب تقویت توان درک و کنترل تحریک‌های محیطی

چکیدہ

از دغدغه‌های مهم در حوزه سلامت معنوی، شناخت رابطه میان فعالیت‌های ذهنی و کیفیت حضور انسان در ساحت درونی خویش است. آموزه‌های دینی و عرفانی اسلام، میان مفاهیمی همچون تمرکز، تفکر، تعقل و توجه تمایز قائل شده، هریک را مرحله‌ای از رشد معرفتی و وجودی انسان می‌دانند. این مقاله با رویکرد توصیفی - تحلیلی، مفهوم هریک از این مراتب را تبیین و اثران‌ها بر سلامت روانی و معنوی انسان را بررسی می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد که تمرکز ذهنی و توجه قلبی، اگر در چهارچوب تعقل دینی و مبتنی بر فطرت الهی هدایت شوند، موجب آرامش، معرفت شهودی و انسجام درونی می‌گردند؛ اما در صورت گسست از محور الهی، به پراکندگی ذهنی و اضطراب وجودی می‌انجامند.

واژگان کلیدی: تمرکز؛ تفکر؛ تعقل؛ توجه؛ سلامت
معنوی؛ دین.

مقدمه

سلامت معنوی، به عنوان یکی از ابعاد بنیادین سلامت انسان، در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی همواره مورد توجه پژوهشگران است. در منابع اسلامی، سلامت معنوی با مفاهیمی همچون فطرت، عقل و توجه به حقیقت خویش، پیوندی عمیق دارد. انسان سالم، از منظر دینی، کسی است که میان قوای گوناگون ذهنی و قلبی خود هماهنگی ایجاد کرده، مسیر رشد این نیروها



اغلب با یادآوری نعمت‌ها و حکمت الهی همراه است (تفکر در آفاق و انفس)، موجب می‌شود فرد با نگاهی معنایی به جهان بنگرد و در نتیجه، با کشف اسرار نظام آفرینش موجب تغذیه تعقل و قدرت رب العالمین گردد که خود زمینه‌ای برای شکوفایی فطرت خواهد بود. با چنین رویکردی، ریشه‌های اضطراب ناشی از پوچی، خود به خود از بین می‌رود.

تعقل؛ تمرکز عقل بر حقایق

تعقل، مرحله فراتر از تفکر است؛ جایی که خود عقل بر حقیقت متمرکز می‌شود. «عقل با ابزار (حواس پنج‌گانه) به شناخت می‌رسد. هر کدام از حواس، صورت‌هایی را به نفس منتقل می‌کند که بعد از آن عقل به تحلیل و بررسی آن‌ها پرداخته و به شناخت می‌رسد» (ع، ح، ۳۹۵: ۲۹). قرآن بارها از انسان دعوت می‌کند تا تعقل نماید: ﴿كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمَّ ءَايَاتِهِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ﴾ (بقره: ۲۴۲) زیرا مسیر رسیدن به حکمت و ایمان آگاهانه از عقل می‌گذرد. اگر تفکر فرایندی تحلیلی و جست‌وجویی ذهنی است، تعقل ناظر به اصول ثابت هستی است. از منظر سلامت معنوی، تعقل عامل اصلی تصمیم‌گیری‌های متعادل و اخلاق‌مدارانه است و سلامت روحی و ایمان پایدار تنها زمانی حاصل می‌شود که بر پایه تعقل دینی و اصول وحی پشتیبانی گردد.

در ساحت دینی، تعقل کارکردی همچون فیلتر شناختی و معنوی دارد. عقل در این مرحله، دریافت‌های حاصل از تفکر را با معیارهای فطرت الهی و آموزه‌های وحیانی می‌سنجد تا واقعیت از وهم متمایز گردد. چنین فرایندی تضمین می‌کند که انسان در مسیر تعالی معنوی، از دام شبهات فکری و انحرافات باطنی در امان بماند: «مَثَلُ الْعَقْلِ فِي الْقَلْبِ كَمَثَلِ السَّرَاجِ فِي وَسْطِ الْبَيْتِ: عقل در دل، همانند چراغ در میان خانه است» (ابن بابویه. بی‌تا: ۹۸).

توجه؛ بازگشت به حقیقت خویش

«توجه»، عالی‌ترین مرتبه آگاهی انسان است؛ مرحله‌ای که در آن، تعارض میان فاعل و مفعول شناخت از میان می‌رود و انسان حقیقت خود را مشاهده می‌کند. لازم است دقت شود که بین «تفکر و تعقل» با «توجه» فرق است. در تفکر یا تعقل، یک تفکرکننده است، یک فکر و یک مجهول؛ اما در «توجه»، البته در توجه بر خود و به فطرت خود، توجه‌کننده خودش است، هم خود

می‌شود و از پراکندگی افکار جلوگیری می‌کند. قرآن کریم به‌طور ضمنی در آیاتی، مانند ﴿قَدْ أَفْلَحَ الْمُؤْمِنُونَ﴾ الذین هم فی صلاتهم خاشعون ﴿ به همین معنا اشاره دارد؛ خشوع در نماز همان تمرکز وجودی و وحدت توجه در مقام عبودیت است. حالتی که خشوع و خضوع عبد در برابر معبود را متبلور می‌سازد. خشوع «مرتبه‌ای است از عبودیت که در همه وقت بنده باید در مقابل خدا این حالت را داشته باشد، مخصوصاً در نماز» (حسین. بی‌تا)، به بیان دیگر، خشوع در نماز حالتی قلبی از فروتنی، هیبت و توجه در برابر خداوند است که در پرتو ادراک عظمت الهی پدید می‌آید و موجب حضور قلب، آرامش جوارح و انصراف انسان از توجه به غیر خدا در حال عبادت می‌گردد.

از منظر سلامت روان، اثر تمرکز مداوم، اضطراب را کاهش داده، موجب افزایش توان ادراک، تعادل عصبی و احساس حضور می‌گردد.

اهمیت تمرکز در سلامت معنوی

تمرکز، شرط لازم برای هرگونه ورود به ساحت‌های عمیق معرفتی است. بدون تمرکز، ذهن مانند آینه‌ای غبارآلود است که نمی‌تواند تصویری روشن از حقیقت را منعکس کند یا شبیه پخش امواج نور است که نمی‌تواند آن انرژی لازم که در کانون عدسی متمرکز می‌شود و اشیاء را به آتش می‌کشانند را داشته باشد. این مرحله زمینه‌ساز تثبیت نفس و آماده‌سازی آن برای مراحل بالاتر شناختی است.

تفکر؛ حرکت از معلوم به مجهول

تفکر مرحله‌ای است که ذهن انسان، پس از یافتن ثبات در تمرکز، نیروهای خود را از پراکندگی به‌سوی یک مجهول مشخص جهت می‌دهد. در قرآن و سنت، تفکر از ارزشمندترین اعمال انسانی دانسته شده است: ﴿أَفَلَا يَتَفَكَّرُونَ﴾ (انعام: ۵۰) موارد مشابه این آیه در قرآن زیاد است. تفکر سالم، ذهن را از سطح احساسات به عمق معنا می‌برد و در سلامت روانی، به معنای اصلاح فرایندهای شناختی، منطقی‌سازی رفتار و کاهش تصمیم‌های هیجانی است. در بُعد معنوی نیز تفکر، انسان را از شناخت ظاهری پدیده‌ها به درک عمیق و الهی آن‌ها رهنمون می‌سازد.

تفکر و اصلاح الگوهای شناختی

تفکر دینی، تفکر را از حالت صرفاً تحلیلی خارج کرده، آن را متوجه مبدأ و مقصد هستی می‌کند. این نوع تفکر که

انسان سالم، در نگاه دینی، کسی است که میان قوای گوناگون ذهنی و قلبی خود هماهنگی ایجاد کرده، مسیر رشد آن‌ها را در جهت الهی سامان می‌دهد.

(تثبیت و اعتباربخشی)؛

- توجه، مرحله حضور و وصال با حقیقت (تعالی و کمال).

به هم پیوستگی این مراحل تضمین کننده سلامت روانی و معنوی است. ناتوانی در تمرکز سبب آشفتگی ذهن، ضعف در تفکر سبب سطحی نگری، نبود تعقل سبب انفعال فکری، و فقدان توجه سبب سرگشتگی و اضطراب وجودی می شود. در مقابل، هماهنگی این سطوح، تعادل روانی و ثبات درونی را به همراه دارد؛ به عنوان مثال اگر فردی در مرحله تمرکز متوقف شود (مثلاً صرفاً بر کارهای مادی متمرکز باشد) و به تفکر و تعقل دینی نپردازد، به نوعی وسواس یا دگماتیسم منجر خواهد شد که سلامت معنوی او را مختل می کند.

نتیجه گیری

این پژوهش نشان می دهد که از منظر دینی، سلامت معنوی صرفاً به آرامش روانی محدود نیست، بلکه فرایندی پویا از رشد آگاهی و بازگشت به فطرت الهی است. تمرکز، تفکر، تعقل و توجه به عنوان چهار گام اصلی این فرایند، هر یک نقشی ویژه در تعالی روان، روح و عقل انسان ایفا می کنند. در منظومه معرفت دینی، انسان تنها زمانی به سلامت حقیقی دست می یابد که این فرایندها را در پرتو هدایت الهی و بر پایه اخلاق و عبودیت سامان دهد. از این رو، سلامت معنوی نه صرفاً تعادل روانی است و نه تنها به مثابه آرامش تعبیر می شود، بلکه تولدی تازه از آگاهی الهی است که با نظم بخشی به نیروهای ذهنی آغاز می شود و با اتحاد قلبی با حقیقت که همان «توجه» است، به اوج می رسد.

منابع:

- قرآن کریم.
- نهج البلاغه.
- ابن بابویه، محمد بن علی (بی تا). علل الشرائع. ج ۱. قم: انتشارات داوری.
- پارسا، محمدکریم (۱۳۹۶). اقیانوس علم و معرفت. ج ۱. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- علیپور، حسین (۱۳۹۵). فطرت. تهران: انتشارات زوار.
- آذربایجانی، مسعود (۱۴۰۲). سلامت معنوی. قم: سیحان.
- طباطبایی، سید محمدحسین (۱۳۷۵). المیزان فی تفسیر القرآن. ج ۵. قم: دفتر انتشارات اسلامی.
- طالبزاده، سیدحمید؛ میرزایی، علیرضا (۱۳۹۰). «چگونگی گذر از خودشناسی به خداشناسی از دیدگاه ملاصدرا و علامه طباطبایی». دوفصلنامه انسان پژوهی دینی. دوره ۸، شماره ۲۵، ص ۱۰۲.
- مظاهری، حسین (بی تا). درس، دومین مرتبه عبودیت: خضوع و خشوع.

www.almazaheri.org/Farsi/Index.aspx?TabID=0702&ID=156&ID-Sound=0

توجه خودش است و هم توجه شونده خودش است» (ع. ح. ۱۳۹۵: ۲۵). لذا در توجه حقیقی، «توجه کننده»، «توجه شونده» و «توجه» یکی می شوند. «اگر کسی بتواند چنین وضعیتی را در خود پیدا کند، وقتی تمرکز کرده، اثر آن در تفکر و... این همه آثار دارد؛ حال اگر حقیقت انسان، خودش در خودش تمرکز پیدا کند، چه می شود؟! چه چیزهایی را شناخت پیدا می کند. آثار این کار، آنقدر زیاد است که فقط می توان گفت انسان، تولدی جدید پیدا می کند» (همان). این نوع آگاهی، آرامش پایدار و احساس وحدت درونی می آفریند که اساس سلامت معنوی به معنی «برخورداری از معنویت سالم براساس تزکیه، حیات طیبه و تقوا که بالاترین مرتبه آن نیل به قلب سلیم است» (آذربایجانی. ۱۴۰۲: ۱۷۶) است.

دستیابی به این مرتبه بدون تزکیه و التزام به مسیر الهی ممکن نیست. اعمال و رفتار ناسازگار با قوانین آفرینش موجب تیره شدن فطرت شده، مانع از توجه واقعی می شود. پالایش نفس، عبادت خالصانه و رعایت حقوق دیگران زمینه توجه حقیقی و در نتیجه شفای معنوی انسان را فراهم می سازد.

توجه و سلامت وجودی

در این مرحله، فرد از اضطراب ناشی از دوگانگی ها و محدودیت های هویت بشری رها شده، به یگانگی وجودی می رسد. این حالت، همان آرامش مطلق است که در متون دینی وعده داده شده و نشانه سلامت کامل معنوی است. در «توجه» تمام وجه و حقیقت انسان با حقیقت هستی پیوند می خورد. از دیدگاه علامه طباطبایی «توجه را منحصر بکند (توجه باطن را که به نام «مراقبه» می نامیم) این را منحصر بکند به خدا و به هیچ وجه رویگردان نشود، و به هیچ چیز توجه نکند، إلا به ساحت مقدس حق» (پارسا. ۱۳۹۶: ۲۴۳).

پیوستگی چهار مرحله در نظام سلامت معنوی

می توان این چهار مرحله را همچون مراتب رشد یک پدیده زنده دانست:

- تمرکز، مرحله جمع نیروها (ایجاد ظرفیت)؛
- تفکر، مرحله حرکت (پردازش محتوایی)؛
- تعقل، مرحله تشخیص حق و نظام هستی

توجه، عالی ترین مرتبه آگاهی انسان است؛ مرحله ای که در آن، تعارض میان فاعل و مفعول شناخت از میان می رود و انسان حقیقت خود را مشاهده می کند.

درست کاری در نظام سلامت، کارهای به ظاهر ساده اما ارزشمند

محسن رضایی آدریانی^۱

یکی از شش اصل حرفه‌مندی، «درست کاری (integrity)» است. براساس این اصل و در حرفه سلامت یا همان بهداشت و درمان معروف، حرفه‌مند سلامت در هر جایگاهی و سطحی که قرار دارد باید کار خود را درست و دقیق انجام دهد. البته هر فردی در هر جایگاهی که قرار دارد باید به همین صورت عمل کند. در جوامع بشری، افراد به خدمات گوناگونی نیاز دارند و هر یک از این خدمات توسط شغل یا حرفه‌ای ارائه می‌شود. برای جلب رضایت و اعتماد عمومی، لازم است متصدی هر شغل و حرفه کار خویش را به‌دقت تمام انجام دهد و خدمتی هرچه کم‌نقص‌تر به گیرنده خدمت ارائه کند. بی‌دقتی در ارائه خدمت سبب رعایت نشدن اصل «ضرررسانی» و به هدف نرسیدن اصل «سودرسانی» است. این امر حتی می‌تواند به‌گونه‌ای نقض اصل «احترام به اختیار» و اصل «عدالت» باشد.

عملکرد کارکنان نظام سلامت به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر جان و سلامت انسان اثرگذار است. از هر سه میلیون نفری که در دنیا سوار هواپیما می‌شوند یک نفر در اثر همین سوار شدن به هواپیما می‌میرد؛ اما از هر سیصد نفری که در مراکز خدمات سلامت، خدمت دریافت می‌کنند یک نفر می‌میرد (WHO.2019). در برخی قسمت‌های نظام سلامت، گیرنده خدمت در معرض خطراتی جدی‌تر قرار دارد. در بیمارستان، در بخش‌هایی همچون مراقبت ویژه، اتاق عمل، و اورژانس خطر مرگ بسیار بیشتر است و از همین روی تلاش‌هایی برای گسترش فرهنگ «ایمنی بیمار» شده است. از این امر خدای ناکرده نباید این‌گونه تلقی شود که کارهای معمولی در نظام سلامت، مهم نیستند.

پزشک، در مرکز بهداشتی - درمانی روستایی بیتوته است. ساعت ده شب زنگ خانه پزشک به صدا درمی‌آید. «یک بیمار داریم» و پاسخ پزشک این است که «الان می‌آیم». پزشک چند دقیقه بعد آماده شده، به درمانگاه می‌آید و درب را باز می‌کند. آقای بیمار حدوداً هفتاد ساله و سه همراه، وارد درمانگاه و اتاق پزشک می‌شوند. بیمار روی صندلی کنار پزشک می‌نشیند. «بفرمایید چی شده؟» پاسخ بیمار این است که «یک ماه است درد شکم دارم». جل‌الخالق!! یک ماه است درد شکم دارند و الان شبانگاه به مرکز بیتوته آمده‌اند! عجب! پزشک بر خود مسلط می‌شود

چکیده

درست کاری، از اصول حرفه‌مندی است و براساس آن، حرفه‌مند سلامت باید کار خود را درست و دقیق انجام دهد. برای بهبود بیمار، انجام درست هر یک از این بخش‌ها و دقت در انجام کارهای ریز و درشتی که در هر کدام وجود دارد، ضرورتی انکارناپذیر است. ازاین‌رو، تک‌تک اقدامات کوچک و بزرگ، در جای خود اهمیت پیدا می‌کند. این مصداق روشن اصل «درست کاری» است. گرفتن شرح حال بیمار، معاینه، انجام اقدامات تشخیصی درمانی، تشخیص بیماری، تعیین برنامه درمانی، درمان، و بازتوانی و توانبخشی روندی است که باید برای بهبود بیمار طی شود. در آموزه‌های اسلامی نیز به‌ویژه به درست کاری اشاره و بر آن تأکید شده است.

واژگان کلیدی: درست کاری؛ اتقان در کار؛ اخلاق

پزشکی.

۱. گروه فلسفه و اخلاق سلامت، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. mrezaie@muq.ac.ir

و با دقت شرح حال دقیق تر می گیرد. دل درد اطراف ناف، کاهش وزن، مدفوع چرب، مدفوع کم رنگ، ادرار پُررنگ، ...! وای خدایا! این ها که علائم سرطان اطراف سر پانکراس است! همراه بیمار کلی عکس و آزمایش روی میز می گذارد. پزشک یکی یکی و با دقت همه را بررسی می کند. آزمایشات هم تشخیص را تأیید می کند، ولی هیچ کس دقت نکرده و همه را یک جا ندیده است تا تشخیص داده باشد! ارجاع به درمانگاه داخلی نوشته می شود. کمتر از یک ماه بعد بهورز به پزشک اعلام می کند همان تشخیص تأیید شده و بیمار فوت نموده است. مطالعات نشان داده که بقای بیمار سرطان پانکراس و مجاری صفراوی بعد از تشخیص کمتر از شش ماه است و بدترین پیش آگهی را نسبت به سایر سرطان ها دارد (Taefi A. 2008).

بهورز خانه بهداشت در حال مراقبت های ماه شیرخوار سه ماهه است. دور سر کودک را که ماه قبل اندازه گرفته بود سه سانتی متر اضافه شده بود. پیش خود گفته بود شاید خطای اندازه گیری او بوده است؛ اما این ماه به طور واضح چهار سانتی متر به دور سر شیرخوار اضافه شده است. در مجموع سه ماهه، باید شش سانتی متر اضافه می شد که دور سر کودک تاکنون نه سانتی متر اضافه شده است. با خود می گوید این دیگر قابل اغماض نیست. کودک به پزشک ارجاع می شود و در سلسله ارجاع به سطوح بالاتر، برای وی هیدروسفالی تشخیص داده می شود و توسط جراح مغز و اعصاب، جراحی و شنت گذاشته می شود. آن کودک به لطف خدا و به برکت دقت بهورز، بعد از جراحی، سیر طبیعی رشد خود را طی نموده، اکنون یکی از پزشکان منطقه است! در مطالعات تأکید شده که شاخص دور سر یکی از شاخص های سلامت و رشد مناسب کودک است (N. AS. 2007). از این رو، دقت در انجام این اندازه گیری به ظاهر ساده، می تواند نتایج چشمگیر در سلامت افراد و جامعه داشته باشد.

بیمار در منزل تحت مراقبت خانواده است.

خانواده اطلاعات تخصصی سلامت را ندارد و هیچ یک از اعضای خانواده پزشک یا پرستار یا حرفه مند سلامت نیستند. حین غذا خوردن، لقمه داخل نای بیمار پریده است. بیمار به طور ناگهانی دچار اختلال تنفسی، سرفه، احساس خفگی و سیاه شدن (سیانوز) مخاط لب و دهان شده است. خانواده بیمار با دیدن وضعیت با ۱۱۵ تماس می گیرند. کارشناس اتاق فرمان، نزدیکترین پایگاه به آدرس بیمار را با تأکید بر فوریت آن به سمت آدرس بیمار اعزام می کند. به تماس گیرنده اعلام می کند که آمبولانس در راه است، اما تلفن را قطع نکند. کارشناس ۱۱۵ ضمن آرامش بخشی به تماس گیرنده با توضیحات روشن و دقیق تلفنی، همراه بیمار را برای انجام مانور هایملیخ راهنمایی می کند. همراه بیمار مانور را اجرا می کند و لقمه از راه هوایی بیمار خارج می شود. چند دقیقه بعد که کارکنان فوریت اعزام شده به محل می رسند، اختلال تنفسی برطرف شده و حال عمومی بیمار مساعد است. در مطالعات دیگر هم اهمیت این مانور بیان شده است (غریبی. ۲۰۲۵). همین اقدام به ظاهر ساده می تواند به راحتی جان یک انسان را نجات دهد.

پزشک معالج برای بیمار داروی کاهنده قندخون تجویز نموده است. بیمار برای دریافت نسخه به داروخانه مراجعه و دارو را دریافت می کند. مدتی پس از مصرف، دچار افت قندخون و در پی آن بیهوش می شود. اطرافیان با فوریت پزشکی ۱۱۵ تماس می گیرند. با حضور همکاران فوریت و تزریق گلوکز هایپرتونیک، بیمار به هوش می آید و به بیمارستان منتقل می شود. چند وقت بعد دوباره و دوباره این موضوع تکرار می شود. در این مدت یک ساله مصرف دارو، این پنجمین بار است که بیمار دچار افت قندخون می شود. لازم بوده است که همکار تجویزکننده دارو، داروخانه، همکاران فوریت ۱۱۵ و نیز همکاران بیمارستان، همگی بیمار را از علائم افت قندخون و راه پیشگیری از آن آگاه، تفهیم و حساس کنند. درست کاری هر یک از این همکاران، می تواند مانع تکرار این اتفاق خطرناک شود و لزوم درست کاری

در نظام سلامت، هر کاری که انجام می شود، چون در مسیر سلامت انسان است باید با دقت تمام انجام شود تا آن کار برای گیرنده خدمت سلامت «سودرسانی» باشد.

کاری می‌کند آن را درست (بی‌عیب) انجام دهد».

در این باره، امام باقر علیه السلام هم فرموده‌اند: «خدای تبارک و تعالی چهار چیز را در چهار چیز پنهان داشته است: خوشنودی خود را در میان طاعت‌ها، پس هیچ طاعتی را کوچک‌شمار که بسا خوشنودی خداوند در همان باشد و تو ندانی...».

بنابر آنچه بیان شد، باید در نظام سلامت همه کارها با دقت و درستی تمام انجام شود. در این حالت، ثانیه به ثانیه و دم به دم عملکرد درست کارانه و صحیح کارکنان نظام سلامت، خوشنودی و «رضایت الهی» را برای ایشان به همراه داشته، موجب «قرب» هرچه بیشتر و روزافزون کارکنان نظام سلامت به خداوند متعال می‌شود.

منابع:

- WHO. 10 facts on patient safety 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/photo-story/detail/10-facts-on-patient-safety#:~:text=Patient%20safety%20is%20a%20serious,to%20be%201%20in%20300>.

- Taefi A, Nourae M, Ghorbani A, Fakheri H, Zahedi M, Semnani S, et al. Pancreatobiliary Cancers in Iran: a Population-Based Study. *Govaresh*. 2008;13(4):217.

- N. AS, M. B, Sm S, F. A, S. M, B F. Effect of Zinc Supplementation on the Growth of acute respiratory infections and diahrea in Low Birth Weight Infants. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2007;7(24):126.

- غریبی، س (۲۰۲۵). «کمک گرفتن از مانور «هایملیخ» (یک تجربه، یک درس)». نشریه بهروز. ۳۶ (۱۲۶): ص ۶۱.

در نظام سلامت، هر کاری که انجام می‌شود، چون در مسیر سلامت انسان است باید با دقت تمام انجام شود تا آن کار برای گیرنده خدمت سلامت «سودرسانی» باشد.

در دفعات دوم و سوم و چهارم و اکنون این اتفاق، بیشتر هم هست. اگر اکنون به درستی آگاه نشود و پیشگیری را یاد نگیرد، معلوم نیست که دفعه یا دفعات بعدی از این اتفاق جان سالم به در ببرد!

شرح حال گرفتن از بیمار، معاینه بالینی بیمار، انجام اقدامات تشخیصی درمانی، تشخیص بیماری، تعیین برنامه درمانی، درمان، و بازتوانی و توانبخشی روندی است که باید برای بهبود بیمار طی شود. در نظام سلامت، هر کاری که انجام می‌شود، چون در مسیر سلامت انسان است باید با دقت تمام انجام شود تا آن کار برای گیرنده خدمت سلامت «سودرسانی» باشد. «بی‌مبالاتی»، «بی‌احتیاطی»، «نداشتن مهارت علمی و عملی» و «رعایت نکردن نظامات دولتی و قانونی» موجب می‌شود آن اقدام تشخیصی درمانی «ضرررسان» شود. برای بهبود بیمار، انجام درست هر یک از این بخش‌ها و دقت در انجام کارهای ریز و درشتی که در هر کدام وجود دارد، ضرورتی انکارناپذیر است. از این رو، تک‌تک اقدامات کوچک و بزرگ، در جای خود اهمیت پیدا می‌کند. این مصداق روشن اصل «درست‌کاری» است.

در آموزه‌های اسلامی به درست‌کاری اشاره و بر آن تأکید شده است. از پیامبر گرامی اسلام صلی الله علیه و آله نقل شده است که هنگام بستن لحد سعدابن معاذ این کار را خیلی دقیق و کامل انجام داده‌اند. برخی اصحاب لب به اعتراض گشودند که این قبر است و مدتی بعد از بین می‌رود و شما چرا اینقدر بادقت این کار را انجام می‌دهید؟! ایشان در پاسخ فرمودند:

«إِنَّ اللَّهَ تَعَالَى يُحِبُّ إِذَا عَمِلَ أَحَدُكُمْ عَمَلًا أَنْ يُتْقِنَهُ»

خداوند متعال دوست دارد که هرگاه فردی از شما

ثانیه به ثانیه و دم به دم، عملکرد درست کارانه و صحیح کارکنان نظام سلامت، خوشنودی و «رضایت الهی» را برای ایشان به همراه دارد و موجب «قرب» هرچه بیشتر و روزافزون کارکنان نظام سلامت به خداوند متعال می‌شود.



تاب‌آوری اخلاقی در برابر فرسایش اخلاقی: تحلیلی از عادی‌سازی انحراف در نظام سلامت

حمید آسایش^۱

احمد مشکوری^۱

محسن رضایی آدریانی^۱

چکیده

مقدمه: تاب‌آوری اخلاقی معمولاً به عنوان توانایی کارکنان نظام سلامت برای حفظ انسجام اخلاقی و مقابله با موقعیت‌های دشوار اخلاقی تعریف می‌شود. با این حال، همه تهدیدهای اخلاقی در قالب بحران‌های حاد یا تعارض‌های آشکار بروز نمی‌کنند، بلکه برخی از آن‌ها به صورت تدریجی و در اثر مواجهه مداوم با فشارهای سازمانی، کمبود منابع و عادی شدن رفتارهای غیر استاندارد شکل می‌گیرند. این فرایند که از آن با عنوان «فرسایش اخلاقی» یاد می‌شود، می‌تواند سبب کاهش تدریجی حساسیت اخلاقی و تضعیف ارزش‌های حرفه‌ای شود. این مطالعه با هدف تحلیل مفهوم فرسایش اخلاقی و تبیین نقش تاب‌آوری اخلاقی در پیشگیری از آن انجام شد.

معرفی مورد: این مقاله، مورد یک پرستار جوان را گزارش می‌کند که در آغاز فعالیت حرفه‌ای خود به رعایت اصول اخلاقی، از جمله احترام به کرامت بیمار، رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی و گزارش خطاهای حرفه‌ای پایبند بود؛ اما در اثر مواجهه طولانی مدت با کمبود نیروی انسانی، حجم بالای کار، بی‌تفاوتی سازمانی و مشاهده مکرر رفتارهای غیر استاندارد، به تدریج این انحرافات را بخشی عادی از فعالیت حرفه‌ای تلقی کرد. جمله «اینجا همیشه

همین‌طور بوده است» نقطه اوج این فرایند و نمادی از عادی‌سازی انحراف و فرسایش تدریجی ارزش‌های اخلاقی است.

تحلیل اخلاقی: این مورد با استفاده از مفاهیم فرسایش اخلاقی، عادی‌سازی انحراف، اخلاق سازمانی و تاب‌آوری اخلاقی مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌های تحلیل نشان می‌دهد که فرسایش اخلاقی با دیسترس اخلاقی و آسیب اخلاقی تفاوت دارد؛ زیرا در این پدیده، مسئله اصلی نه ناتوانی در انجام رفتار اخلاقی، بلکه کاهش تدریجی حساسیت به تخطی‌های اخلاقی است. بر این اساس، تاب‌آوری اخلاقی نباید صرفاً به توانایی تحمل فشارهای اخلاقی یا بازبانی پس از بحران محدود شود، بلکه باید به عنوان ظرفیتی برای حفظ حساسیت اخلاقی، مقاومت در برابر عادی‌سازی انحراف و پیشگیری از زوال تدریجی ارزش‌های حرفه‌ای بازتعریف شود. همچنین، مفهوم «هوشیاری اخلاقی» به عنوان یکی از مؤلفه‌های مکمل تاب‌آوری اخلاقی پیشنهاد می‌شود که بر شناسایی زود هنگام نشانه‌های فرسایش اخلاقی و مداخله پیشگیرانه در سطح فردی و سازمانی تأکید دارد.

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

نتیجه‌گیری: فرسایش اخلاقی تهدیدی خاموش، اما جدی برای سلامت اخلاقی نظام سلامت است. تقویت تاب‌آوری اخلاقی مستلزم گذار از رویکرد واکنشی به بحران‌ها به رویکردی پیشگیرانه است که بر حفظ حساسیت اخلاقی، تقویت گفت‌وگوی اخلاقی، ایجاد فرهنگ یادگیری و پایش مستمر نشانه‌های اولیه فرسایش اخلاقی تأکید دارد. ادغام مفهوم هوشیاری اخلاقی در برنامه‌های آموزش، مدیریت و سیاست‌گذاری نظام سلامت می‌تواند به حفظ ارزش‌های حرفه‌ای و ارتقای پایداری اخلاقی سازمان‌های سلامت کمک کند.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری اخلاقی؛ فرسایش اخلاقی؛ عادی‌سازی انحراف؛ هوشیاری اخلاقی؛ اخلاق سازمانی؛ اخلاق پرستاری؛ ارزش‌های حرفه‌ای.

معرفی مورد

خانم رضایی، پرستار ۲۹ ساله بخش داخلی یک بیمارستان آموزشی است که دو سال پیش با انگیزه فراوان و تعهد به اصول اخلاق حرفه‌ای کار خود را آغاز کرد. در ماه‌های نخست، پیش از هر اقدام درمانی خود را به بیمار معرفی کرده، درباره اقدامات توضیح می‌داد و در حفظ حریم خصوصی بیماران کوشا بود و در صورت مشاهده هرگونه خطا یا رفتار غیر استاندارد، آن را به سرپرستار گزارش می‌داد؛ اما به تدریج، در اثر کمبود شدید نیروی انسانی، شیفت‌های طولانی، افزایش حجم کار، بی‌تفاوتی برخی همکاران با سابقه و بی‌نتیجه ماندن گزارش‌های او، رفتارهایش تغییر کرد. ابتدا، دیگر فرصت معرفی خود به بیماران را نداشت، سپس تزییق داروها را بدون توضیح کافی انجام داد، گاه اطلاعات بیماران را در حضور دیگران مطرح کرد و سرانجام مشاهده خطاهای کوچک همکاران را امری عادی تلقی کرد و از گزارش آن‌ها خودداری نمود.

روزی، دانشجوی پرستاری که همراه او بود، پرسید: «آیا نباید قبل از این اقدام، رضایت بیمار را بگیریم؟» خانم رضایی بی‌اختیار پاسخ داد: «اگر بخواهیم همه این کارها را انجام دهیم، هیچ کاری پیش نمی‌رود؛

اینجا همیشه همین‌طور بوده است». لحظه‌ای بعد، خود نیز از شنیدن این جمله شگفت‌زده شد؛ زیرا به یاد آورد که همین جمله را در نخستین روزهای ورودش به بخش از زبان یکی از همکاران شنیده بود و آن را مغایر با ارزش‌های حرفه‌ای می‌دانست. اکنون، بی‌آنکه متوجه شده باشد، همان نگرشی را پذیرفته بود که روزی قصد داشت آن را تغییر دهد.

فرسایش اخلاقی؛ تهدیدی خاموش برای سلامت اخلاقی نظام سلامت

برخلاف بسیاری از چالش‌های اخلاقی در نظام سلامت که به‌صورت ناگهانی و در قالب تصمیم‌های دشوار بالینی یا بحران‌های حاد بروز می‌کنند، برخی از مهم‌ترین تهدیدهای اخلاق حرفه‌ای به آرامی، تدریجی و اغلب بی‌آنکه مورد توجه قرار گیرند، شکل می‌گیرند. این وضعیت با آنچه در ادبیات اخلاق از آن به‌عنوان شیب لغزنده (Slippery Slope) یاد می‌شود، همخوانی دارد؛ مفهومی که هشدار می‌دهد پذیرش انحرافات کوچک و به‌ظاهر بی‌اهمیت می‌تواند به تدریج زمینه را برای فاصله گرفتن از ارزش‌های بنیادین اخلاقی و پذیرش تخطی‌های جدی‌تر فراهم کند. گزارش مورد حاضر، نمونه‌ای از این وضعیت است. وضعیتی که در آن، پرستار نه در اثر یک تصمیم غیر اخلاقی آگاهانه، بلکه در نتیجه مواجهه مستمر با فشارهای محیط کار، کمبود منابع، افزایش حجم وظایف، مشاهده رفتارهای غیر استاندارد و فقدان بازخورد مؤثر، از ارزش‌هایی که در آغاز فعالیت حرفه‌ای به آن‌ها پایبند بود، به تدریج فاصله می‌گیرد. این تغییر تدریجی که در ادبیات اخلاق سازمانی از آن با عنوان فرسایش اخلاقی (Moral Erosion) یاد می‌شود، فرایندی است که طی آن حساسیت فرد به تخطی‌های اخلاقی به‌مرور کاهش یافته، رفتارهایی که در ابتدا نادرست تلقی می‌شدند، به تدریج عادی، قابل قبول و حتی بخشی از رویه معمول سازمان محسوب می‌شوند. در این میان، عادی‌سازی انحراف (Normalization of Deviance) به‌عنوان مهم‌ترین سازوکار سازمانی، شیب لغزنده را از یک هشدار نظری به

ناتوانی کارکنان در عمل براساس ارزش‌های حرفه‌ای، خطر دیسترس اخلاقی و آسیب اخلاقی را افزایش می‌دهد.



واقعیتی عملی تبدیل می‌کند؛ به‌گونه‌ای که تخطی‌های کوچک، به‌دلیل تکرار، نبود بازخورد اصلاحی و پذیرش جمعی، به‌هنگارهای جدید سازمان تبدیل می‌شوند (Liebowitz J. 2011; Skeff KM. 2022).

فرسایش اخلاقی با مفاهیمی مانند دیسترس اخلاقی (Moral Distress)، آسیب اخلاقی (Moral Injury) و فرسودگی شغلی (Burnout) ارتباط دارد، اما با هیچ یک از آن‌ها مترادف نیست. در دیسترس اخلاقی، فرد اقدام درست را می‌شناسد، اما به‌دلیل محدودیت‌های سازمانی، قانونی یا مدیریتی قادر به انجام آن نیست و همین ناتوانی سبب بروز احساس درماندگی، اضطراب و تعارض درونی می‌شود. در آسیب اخلاقی، فرد حس می‌کند خود یا سازمان او، مرتکب نقض جدی ارزش‌های بنیادین اخلاقی شده است؛ تجربه‌ای که معمولاً با احساس گناه، شرم، خشم یا از دست دادن اعتماد به خود و سازمان همراه است. در مقابل، فرسایش اخلاقی الزاماً با احساس شدید رنج یا تعارض همراه نیست، بلکه زمانی رخ می‌دهد که تکرار مداوم تخطی‌های کوچک و فقدان اصلاح مؤثر، به کاهش تدریجی حساسیت اخلاقی منجر شود؛ به‌گونه‌ای که فرد دیگر همان رفتارها را مسئله‌ای اخلاقی تلقی نکند. ازاین‌رو، اگر دیسترس اخلاقی را بتوان «ناتوانی در عمل به ارزش‌ها» و آسیب اخلاقی را «زخم ناشی از نقض ارزش‌ها» دانست، فرسایش اخلاقی را باید «فراموش شدن تدریجی ارزش‌ها» نامید (Stratta EC. 2016; Gabel S. 2013; Reis DS, Lesandrini JD. 2025).

سناریوی حاضر دقیقاً چنین فرایندی را به تصویر می‌کشد. در آغاز، پرستار به اصولی، مانند احترام به کرامت بیمار، رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی و گزارش خطا حساسیت بالایی دارد و تخطی از این اصول را غیرقابل پذیرش می‌داند، اما استمرار شرایط نامطلوب محیط کار، مشاهده رفتار مشابه در میان همکاران، بی‌تفاوتی مدیران به گزارش‌های اخلاقی و فشار ناشی از کمبود زمان، موجب می‌شود تخطی‌های کوچک به بخشی از فعالیت روزمره تبدیل شوند. نقطه اوج این فرسایش، زمانی است که پرستار بدون تأمل می‌گوید: «اینجا همیشه همین‌طور بوده است». این جمله تنها بیان یک عادت رفتاری نیست، بلکه نشانه‌ای از تغییر در قضاوت اخلاقی فرد و پذیرش ضمنی هنجارهای جدید سازمان است. در این مرحله، مسئله اصلی دیگر یک اقدام غیر اخلاقی منفرد نیست، بلکه تغییر تدریجی فرهنگ اخلاقی محیط کار است؛ تغییری که می‌تواند پیامدهایی به‌مراتب گسترده‌تر و پایدارتر از یک خطای منفرد برای کیفیت مراقبت، اعتماد بیماران و سلامت

اخلاقی کارکنان داشته باشد.

براین‌اساس، گزارش مورد حاضر این پرسش اساسی را مطرح می‌کند که آیا تهدید اصلی برای اخلاق حرفه‌ای در نظام سلامت، بحران‌های استثنایی و تصمیم‌های دشوار هستند یا آنکه خطر واقعی در عادی شدن تدریجی تخطی‌های کوچک از ارزش‌های حرفه‌ای نهفته است؟ پاسخ به این پرسش، مستلزم آن است که تاب‌آوری اخلاقی صرفاً به‌عنوان توانایی تحمل فشارهای اخلاقی تعریف نشود، بلکه به‌عنوان ظرفیتی برای حفظ حساسیت اخلاقی و پیشگیری از فرسایش تدریجی ارزش‌های حرفه‌ای در سطح فردی و سازمانی مورد بازاندیشی قرار گیرد.

عادی‌سازی انحراف؛ سازوکار شکل‌گیری فرسایش اخلاقی

از مهم‌ترین سازوکارهایی که فرسایش اخلاقی را در نظام سلامت شکل می‌دهد، پدیده‌ای است که در ادبیات ایمنی سازمانی با عنوان «عادی‌سازی انحراف» شناخته می‌شود. این مفهوم به فرایندی اشاره دارد که در آن، انحراف از استانداردهای حرفه‌ای یا اخلاقی، ابتدا به عنوان یک استثنا و راه‌حلی موقت برای مواجهه با محدودیت‌ها پذیرفته می‌شود، اما در اثر تکرار، نبود بازخورد اصلاحی و مشاهده رفتار مشابه در سایر اعضای سازمان، به تدریج به یک رویه عادی و حتی مورد انتظار تبدیل می‌شود. در چنین شرایطی، کارکنان دیگر رفتار خود را به‌عنوان تخطی از اصول حرفه‌ای درک نمی‌کنند، بلکه آن را بخشی از واقعیت اجتناب‌ناپذیر محیط کار می‌دانند (Banja J. 2010; Wright MI, Polivka B. 2021).

سناریوی حاضر نمونه‌ای روشن از این فرایند است. پرستار در آغاز فعالیت حرفه‌ای خود، رعایت اصولی مانند معرفی خود به بیمار، کسب رضایت آگاهانه، حفظ حریم خصوصی و گزارش خطاهای حرفه‌ای را بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت اخلاق‌مدار می‌دانست. باین‌حال، قرار گرفتن مداوم در محیطی که کمبود نیروی انسانی، فشار زمانی، حجم بالای بیماران و بی‌تفاوتی به تخطی‌های کوچک به امری روزمره تبدیل شده بود، موجب شد این اصول به تدریج از اولویت خارج شوند. حذف هریک از این رفتارها در نگاه نخست ممکن است کوتاهی اخلاقی ناچیزی به نظر برسد، اما تکرار آن‌ها بدون اصلاح، سبب تغییر تدریجی معیارهای قضاوت اخلاقی فرد شد. در این وضعیت، رفتارهایی که روزی غیرقابل قبول تلقی می‌شدند، اکنون به‌عنوان راهکاری منطقی برای ادامه کار پذیرفته می‌شوند.

ویژگی نگران‌کننده عادی‌سازی انحراف آن است که

این فرایند معمولاً بدون قصد قبلی برای انجام رفتار غیر اخلاقی رخ می‌دهد. بیشتر کارکنان نظام سلامت با انگیزه خدمت، پایبندی به ارزش‌های حرفه‌ای و احترام به کرامت بیماران وارد حرفه می‌شوند؛ اما زمانی که به‌طور مستمر مشاهده می‌کنند که تخطی از استانداردها نه‌تنها پیامدی در پی ندارد، بلکه گاه برای حفظ سرعت کار یا جلب رضایت مدیران و یا تشویق نیز می‌شود، به‌تدریج برداشت آنان از «رفتار حرفه‌ای» تغییر می‌کند. در چنین شرایطی، هنجارهای واقعی محیط کار جایگزین استانداردهای رسمی و آموزش داده شده می‌شوند و فرهنگ سازمان، بیش از آموزش‌های دانشگاهی، رفتار کارکنان را شکل می‌دهد.

از منظر اخلاق سازمانی، خطر اصلی عادی‌سازی انحراف در آن است که مرز میان رفتار صحیح و ناصحیح به‌تدریج کمرنگ می‌شود. هنگامی که تخطی‌های کوچک به بخشی از عملکرد روزمره تبدیل شوند، حساسیت اخلاقی افراد کاهش یافته، احتمال شناسایی یا اصلاح رفتارهای نادرست نیز کمتر می‌شود. به بیان دیگر، سازمان به جای آنکه از هر انحراف کوچک برای یادگیری و اصلاح استفاده کند، به مرور خود را با همان انحراف سازگار و گهگاه متأسفانه آن را در خود نهادینه می‌سازد. این وضعیت نه‌تنها کیفیت مراقبت و ایمنی بیماران را تهدید می‌کند، بلکه زمینه را برای بروز خطاهای بزرگ‌تر و بحران‌های اخلاقی در آینده فراهم می‌آورد (Wright MI. 2026; FANNA F. 2026).

نکته قابل توجه آن است که مسئولیت این فرایند را نمی‌توان صرفاً متوجه کارکنان خط مقدم دانست. اگرچه افراد در قبال رفتار حرفه‌ای خود مسئولیت دارند، اما عادی‌سازی انحراف بیش از آنکه محصول ضعف اخلاقی افراد باشد، پیامد تعامل مستمر میان فشارهای ساختاری، فرهنگ سازمانی و الگوهای مدیریتی است. سازمانی که کمبود مزمن نیروی انسانی را عادی می‌داند، گزارش خطا را با سرزنش پاسخ می‌دهد، برای رعایت استانداردهای اخلاقی زمان کافی اختصاص نمی‌دهد، به رفتارهای صحیح اخلاقی بازخورد مثبت ندارد و آن‌ها را ملاک تشویق قرار نمی‌دهد و رفتارهای غیر استاندارد را نادیده می‌گیرد، ناخواسته زمینه فرسایش تدریجی ارزش‌های حرفه‌ای را فراهم می‌کند. بنابراین، فرسایش

اخلاقی را باید پیش از آنکه شکست فردی تلقی کرد، نوعی شکست در یادگیری و خوداصلاحی سازمان دانست.

از این منظر، جمله «اینجا همیشه همین‌طور بوده است» صرفاً یک توجیه شخصی نیست، بلکه نشانه‌ای از تغییر فرهنگ اخلاقی سازمان است. این عبارت، بیانگر لحظه‌ای است که انحراف از استانداردها دیگر استثنا محسوب نمی‌شود، بلکه به هنجار غالب تبدیل شده است. در چنین وضعیتی، خطر اصلی نه انجام یک رفتار غیر اخلاقی منفرد، بلکه از دست رفتن توانایی سازمان برای تشخیص و اصلاح همان رفتار است. به همین دلیل، مقابله با فرسایش اخلاقی تنها از طریق تأکید بر مسئولیت فردی امکان‌پذیر نیست، بلکه مستلزم ایجاد فرهنگی است که در آن تخطی‌های کوچک به‌سرعت شناسایی، درباره آن‌ها گفت‌وگو و پیش از آنکه به بخشی از هویت سازمان تبدیل شوند، اصلاح شوند (Wright MI. 2022).

تاب‌آوری اخلاقی؛ از مقاومت در برابر بحران تا حفظ حساسیت اخلاقی

در سال‌های اخیر تاب‌آوری اخلاقی، به‌عنوان یکی از مفاهیم کلیدی در اخلاق حرفه‌ای و مدیریت نظام سلامت مطرح شده است. اغلب تعریف‌های موجود، تاب‌آوری اخلاقی را توانایی فرد برای حفظ انسجام اخلاقی، مقابله با دیسترس اخلاقی و بازیابی تعادل روانی و حرفه‌ای پس از مواجهه با موقعیت‌های دشوار توصیف می‌کنند. این رویکرد، اگرچه در تبیین واکنش کارکنان به بحران‌های اخلاقی اهمیت فراوانی دارد، اما عمدتاً بر رویدادهای حاد، تصمیم‌های دشوار و پیامدهای آشکار تعارض‌های اخلاقی متمرکز است. در مقابل، گزارش مورد حاضر نشان می‌دهد که تهدیدهای اخلاقی همواره در قالب بحران‌های بزرگ ظاهر نمی‌شوند، بلکه گاه در سکوت، به‌تدریج و در بستر فعالیت‌های روزمره شکل می‌گیرند. از این رو، اگر تاب‌آوری اخلاقی تنها به توانایی «تحمل» یا «بازیابی» پس از بحران محدود شود، بخش مهمی از کارکرد پیشگیرانه آن نادیده گرفته خواهد شد.

در سناریوی حاضر، پرستار در هیچ مقطع زمانی با یک تصمیم اخلاقی استثنایی یا یک بحران حاد روبه‌رو نیست، بلکه هر روز با تخطی‌های کوچکی مواجه می‌شود که در ابتدا برای او ناخوشایند هستند، اما به‌تدریج عادی تلقی می‌شوند. بنابراین، مسئله اصلی، ناتوانی در تحمل فشار اخلاقی نیست، بلکه کاهش تدریجی حساسیت به همان فشارهاست. این تغییر نشان می‌دهد که تاب‌آوری اخلاقی نباید صرفاً به‌عنوان ظرفیتی برای بازگشت به وضعیت پیشین پس از بحران در نظر گرفته شود، بلکه باید به‌عنوان توانایی حفظ آگاهی، حساسیت و تعهد اخلاقی در برابر

تقویت دستورالعمل‌های تریاز، استقلال حرفه‌ای و حمایت اخلاقی از کارکنان می‌تواند از بروز آسیب‌های اخلاقی در شرایط بحران جلوگیری کند.



حساسیت اخلاقی به معنای توانایی تشخیص موقعیت‌هایی است که در آن‌ها ارزش‌های حرفه‌ای در معرض تهدید قرار می‌گیرند، حتی اگر این تهدیدها کوچک، تدریجی یا از نظر سازمانی عادی شده باشند.

فشارهای مزمن و روزمره نیز تعریف شود.

براین اساس، می‌توان استدلال کرد که تاب‌آوری اخلاقی دو کارکرد مکمل دارد. نخست، کارکرد واکنشی که به توانایی فرد و سازمان در مدیریت بحران‌های اخلاقی، کاهش دیسترس اخلاقی و بازیابی عملکرد پس از رویدادهای دشوار اشاره دارد. دوم، کارکرد پیشگیرانه که هدف آن جلوگیری از فرسایش تدریجی ارزش‌های حرفه‌ای پیش از تبدیل شدن آن‌ها به هنجارهای سازمانی است. اگر کارکرد نخست بیشتر بر «مقاومت در برابر بحران» تأکید دارد، کارکرد دوم بر «حفظ حساسیت اخلاقی» و جلوگیری از عادی شدن تخطی‌های کوچک متمرکز است. در واقع نظام سلامت تاب‌آور، فقط سیستمی نیست که پس از بحران به وضعیت مطلوب بازگردد، بلکه سیستمی است که بتواند نخستین نشانه‌های انحراف اخلاقی را شناسایی کرده، پیش از نهادینه شدن آن‌ها، اقدامات اصلاحی مناسب را انجام دهد.

از این منظر، حساسیت اخلاقی (Moral Sensitivity) را می‌توان یکی از مؤلفه‌های بنیادین تاب‌آوری اخلاقی دانست. حساسیت اخلاقی به معنای توانایی تشخیص موقعیت‌هایی است که در آن‌ها ارزش‌های حرفه‌ای در معرض تهدید قرار می‌گیرند، حتی اگر این تهدیدها کوچک، تدریجی یا از نظر سازمانی عادی شده باشند. کاهش این حساسیت، نخستین نشانه فرسایش اخلاقی است؛ زیرا زمانی که کارکنان، رفتارهای غیر استاندارد را دیگر به عنوان مسئله‌ای اخلاقی درک نکنند، انگیزه‌ای برای اصلاح آن‌ها نیز نخواهند داشت. به همین دلیل، حفظ حساسیت اخلاقی باید به عنوان یکی از اهداف اصلی برنامه‌های ارتقای تاب‌آوری اخلاقی در نظر گرفته شود.

افزون بر حساسیت اخلاقی، هوشیاری اخلاقی (Ethical Vigilance) نیز می‌تواند به عنوان یکی از ابعاد تکمیلی تاب‌آوری اخلاقی مطرح شود. هوشیاری اخلاقی به معنای آمادگی مستمر فرد و سازمان برای پایش نشانه‌های اولیه فرسایش ارزش‌های اخلاقی و مداخله پیش از تبدیل شدن آن‌ها به فرهنگ غالب سازمان است. در چنین رویکردی، تاب‌آوری اخلاقی دیگر صرفاً واکنشی به بحران نیست، بلکه فرایندی

پویا، یادگیرنده و آینده‌نگر است که با بازاندیشی مستمر، گفت‌وگوی اخلاقی، بازخورد سازنده و اصلاح مداوم رویه‌های سازمانی، از شکل‌گیری بحران‌های اخلاقی پیشگیری می‌کند (Córdoba-Pachón JR., 2020; Barile S, Saviano M. 2021).

در نتیجه، گزارش مورد حاضر نشان می‌دهد که بازتعریف تاب‌آوری اخلاقی از یک ظرفیت صرفاً واکنشی به یک ظرفیت پیشگیرانه، می‌تواند درکی جامع‌تر از سلامت اخلاقی نظام سلامت را ارائه دهد. سازمانی که تنها پس از وقوع بحران به حمایت از کارکنان می‌پردازد، ممکن است در مدیریت پیامدهای بحران موفق باشد، اما در جلوگیری از فرسایش تدریجی ارزش‌های حرفه‌ای ناکام بماند. در مقابل، سازمانی که حساسیت و هوشیاری اخلاقی را در تمامی سطوح خود تقویت می‌کند، قادر خواهد بود پیش از آنکه انحرافات کوچک به هنجارهای پذیرفته‌شده تبدیل شوند، آن‌ها را شناسایی، تحلیل و اصلاح کند. ازاین‌رو، تاب‌آوری اخلاقی را می‌توان نه صرفاً توانایی «بازگشت پس از آسیب»، بلکه ظرفیت «پیشگیری از زوال تدریجی اخلاق» در نظام سلامت دانست.

مسئولیت اخلاقی؛ مسئله فرد است یا سازمان؟

از مهم‌ترین پرسش‌هایی که گزارش مورد حاضر مطرح می‌کند آن است که مسئولیت فرسایش اخلاقی بر عهده چه کسی است؟ آیا پرستاری که به تدریج از استانداردهای حرفه‌ای فاصله گرفته، مسئول اصلی این تغییر است یا باید این پدیده را پیامد ساختارها و فرهنگ سازمانی دانست؟ پاسخ به این پرسش از منظر اخلاق سازمانی، ساده و تک‌بعدی نیست؛ زیرا فرسایش اخلاقی حاصل تعامل مستمر میان ویژگی‌های فردی، محیط حرفه‌ای و نظام مدیریتی است.

بی‌تردید، کارکنان نظام سلامت مسئولیت دارند که به اصول اخلاق حرفه‌ای پایبند مانده، رفتار خود را به‌طور مستمر مورد بازنگری قرار دهند. حرفه‌های سلامت بر پایه تعهد به کرامت انسان، صداقت، عدالت و مسئولیت‌پذیری شکل گرفته‌اند و هیچ یک از فشارهای محیطی نمی‌تواند به‌طور کامل مسئولیت فردی را از میان ببرد. ازاین‌رو، خودآگاهی، بازاندیشی اخلاقی، یادگیری مستمر و شجاعت اخلاقی از ویژگی‌های

ضروری کارکنان حرفه‌ای محسوب می‌شوند.

با این حال، تمرکز صرف بر مسئولیت فردی، می‌تواند به نادیده گرفتن عوامل ساختاری منجر شود. در گزارش مورد حاضر، تغییر رفتار پرستار نه در نتیجه ضعف شخصیتی یا فقدان تعهد اخلاقی، بلکه در اثر قرار گرفتن طولانی مدت در محیطی رخ داد که تخطی‌های کوچک به تدریج به هنجار تبدیل شده بودند. کمبود مزمن نیروی انسانی، فشار ناشی از حجم بالای کار، نبود فرصت کافی برای ارائه مراقبت اخلاق‌مدار، بی‌تفاوتی به گزارش‌های اخلاقی، فقدان بازخورد مؤثر و مشاهده رفتار مشابه در میان همکاران، همگی در شکل‌گیری این وضعیت نقش داشته‌اند. بنابراین، فرسایش اخلاقی را نمی‌توان صرفاً شکست اخلاقی یک فرد دانست، بلکه باید آن را نشانه‌ای از ضعف تاب‌آوری اخلاقی سازمان تلقی کرد.

مطالعات جدید در حوزه اخلاق سازمانی نیز نشان می‌دهند که فرهنگ سازمان، سبک رهبری، عدالت سازمانی، امنیت روانی و حمایت مدیریتی، نقشی تعیین‌کننده در حفظ یا تضعیف رفتارهای اخلاقی کارکنان دارند. در سازمان‌هایی که کارکنان می‌توانند بدون ترس از سرزنش یا تنبیه درباره نگرانی‌های اخلاقی خود گفت‌وگو کنند، احتمال شناسایی و اصلاح انحرافات بسیار بیشتر است. برعکس، در محیط‌هایی که سرعت انجام کار، شاخص‌های کمی عملکرد یا رضایت کوتاه‌مدت سازمانی بر ارزش‌های حرفه‌ای غلبه می‌کنند، فرسایش اخلاقی به تدریج به بخشی از فرهنگ سازمان تبدیل می‌شود.

از این منظر، مسئولیت اخلاقی در برابر فرسایش ارزش‌های حرفه‌ای، مسئولیتی مشترک است. کارکنان موظف‌اند حساسیت اخلاقی خود را حفظ کنند، اما سازمان نیز موظف است شرایطی را فراهم آورد که انجام رفتار اخلاقی، عملی، حمایت‌شده و پایدار باشد. هنگامی که ساختارهای سازمانی به گونه‌ای طراحی شوند که رعایت اصول اخلاقی مستلزم تحمل هزینه‌های فردی باشد، نمی‌توان انتظار داشت که تنها با آموزش اخلاق حرفه‌ای، سلامت اخلاقی سازمان حفظ شود. بنابراین، تاب‌آوری اخلاقی واقعی زمانی تحقق می‌یابد که مسئولیت اخلاقی میان فرد و سازمان به صورت متوازن تقسیم شود و هر دو در قبال حفظ فرهنگ اخلاقی پاسخگو باشند (Meacham KR. 2019; Yavari N. 2016; Balak N, Mathiesen TI. 2024).

راهکارهای عملی برای پیشگیری از فرسایش اخلاقی و تقویت تاب‌آوری اخلاقی
پیشگیری از فرسایش اخلاقی، بیش از آنکه نیازمند تدوین مقررات جدید باشد، مستلزم ایجاد محیطی است

که در آن ارزش‌های حرفه‌ای به طور مستمر تقویت، پایش و بازآفرینی شوند. بر این اساس، راهکارهای پیشنهادی را می‌توان در سه سطح فردی، تیمی و سازمانی ارائه کرد.

۱. راهکارهای فردی

نخستین گام، تقویت بازاندیشی اخلاقی در میان کارکنان است. آموزش اخلاق حرفه‌ای نباید به دوره‌های بدو استخدام محدود شود، بلکه باید از طریق کارگاه‌های مبتنی بر سناریو، جلسات تأمل اخلاقی و بازآموزی مستمر، حساسیت اخلاقی کارکنان حفظ شود. همچنین، تشویق کارکنان به خودارزیابی و بازنگری دوره‌ای رفتار حرفه‌ای می‌تواند از عادی شدن تخطی‌های کوچک جلوگیری کند.

۲. راهکارهای تیمی

تیم‌های درمانی باید فرصت گفت‌وگوی منظم درباره چالش‌های اخلاقی روزمره را داشته باشند. بسیاری از موارد فرسایش اخلاقی نه در بحران‌های بزرگ، بلکه در تصمیم‌های کوچک روزانه شکل می‌گیرند. برگزاری نشست‌های کوتاه بازاندیشی اخلاقی، بررسی موارد واقعی بدون رویکرد سرزنش‌گرانه و استفاده از تجربه کارکنان برای یادگیری جمعی، می‌تواند حساسیت اخلاقی تیم را حفظ کند. افزون بر این، نقش سرپرستاران و مدیران میانی در الگوسازی رفتار اخلاقی و ارائه بازخورد سازنده بسیار تعیین‌کننده است.

۳. راهکارهای سازمانی

مهم‌ترین مسئولیت در پیشگیری از فرسایش اخلاقی بر عهده سازمان است. ایجاد فرهنگ گزارش‌دهی بدون تنبیه، تقویت امنیت روانی کارکنان، کاهش فشارهای ناشی از کمبود نیروی انسانی، بازنگری در شاخص‌های ارزیابی عملکرد و توجه هم‌زمان به کیفیت اخلاقی مراقبت و شاخص‌های کمی، از جمله اقدامات ضروری محسوب می‌شوند. همچنین، پیشنهاد می‌شود نظام سلامت افزون‌بر پایش خطاهای بالینی، شاخص‌هایی را برای ارزیابی سلامت اخلاقی محیط کار نیز طراحی کند تا نشانه‌های اولیه فرسایش اخلاقی پیش از تبدیل شدن به بحران شناسایی شوند. چنین رویکردی می‌تواند تاب‌آوری اخلاقی را از یک مفهوم فردمحور به یک ظرفیت یادگیرنده و سازمانی تبدیل کند (Coverdale JH. 2016; Nelson WA. 2010).

تاب‌آوری اخلاقی تنها یک ویژگی فردی نیست و به حمایت سازمانی، عدالت ساختاری و فرایندهای تصمیم‌گیری شفاف وابسته است.

sion: a qualitative study of physicians and the electronic health record. *Journal of Healthcare Management*. 2022 Sep 1;67(5):339-52.

- Stratta EC, Riding DM, Baker P. Ethical erosion in newly qualified doctors: perceptions of empathy decline. *International journal of medical education*. 2016 Sep 6;7:286.

- Gabel S. Demoralization in health professional practice: development, amelioration, and implications for continuing education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2013 Mar;33(2):118-26.

- Reis DS, Lesandrini JD. Addressing moral distress and moral injury in healthcare: implications for workforce well-being and systemic change. *Journal of Radiology Nursing*. 2025 Mar 1;44(1):52-6.

- Banja J. The normalization of deviance in healthcare delivery. *Business horizons*. 2010 Mar 1;53(2):139-48.

- Wright MI, Polivka B, Odom-Forren J, Christian BJ. Normalization of deviance: concept analysis. *Advances in nursing science*. 2021 Apr 1;44(2):171-80.

- Wright MI. Identifying and Measuring Normalization of Deviance in High-risk Clinical Environments. *Journal of Peri-Anesthesia Nursing*. 2026 Apr 1;41(2):536-7.

- FANNA F. The Normalization of Deviance: What's Normal in Your Organization?. *Nephrology Nursing Journal*. 2026 Mar 1;53(2):107-.

- Wright MI. Normalization of deviance. *Western Journal of Nursing Research*. 2022 Feb;44(2):115-.

- Córdoba-Pachón JR. Inter-work and ethical vigilance: Two scenarios for the (post-) pandemic future of systems thinking. *Systems*. 2020 Oct 4;8(4):36.

- Barile S, Saviano M. Interdisciplinary systems thinking for a new scientific paradigm: toward a re-founding of human values. In *Multiplicity and interdisciplinarity: Essays in honor of Eliano Pessa* 2021 Jul 31 (pp. 17-39). Cham: Springer International Publishing.

- Meacham KR. Preventing moral injury in medicine. *Public Philos J*. 2019;2(2):10-25335.

- Yavari N. Does medical education erode medical trainees' ethical attitude and behavior?. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2016 Nov 23;9:16.

- Balak N, Mathiesen TI. Loss of Moral Values During Business-Like Transformations in Healthcare Services. *World Neurosurgery*. 2024 Nov 1;191:149-55.

- Coverdale JH, Roberts LW, Balon R, Beresin EV, Louie AK, Guerrero AP, Brenner AM, McCullough LB. Professional integrity and the role of medical students in professional self-regulation. *Academic Psychiatry*. 2016 Jun;40(3):525-9.

- Nelson WA, Gardent PB, Shulman E, Splaine ME. Preventing ethics conflicts and improving healthcare quality through system redesign. *BMJ Quality & Safety*. 2010 Dec 1;19(6):526-30.

نتیجه‌گیری

گزارش مورد حاضر نشان می‌دهد که تهدیدهای اخلاقی در نظام سلامت همواره در قالب بحران‌های ناگهانی یا تصمیم‌های دشوار بروز نمی‌کنند، بلکه گاه در نتیجه تکرار تخطی‌های کوچک، فشارهای مزمن محیط کار و بی‌تفاوتی تدریجی به ارزش‌های حرفه‌ای شکل می‌گیرند. فرسایش اخلاقی، فرایندی خاموش و تدریجی است که در آن حساسیت اخلاقی کارکنان کاهش یافته، رفتارهای غیر استاندارد به بخشی از فرهنگ سازمان تبدیل می‌شوند. از این رو، مقابله با این پدیده مستلزم آن است که تاب‌آوری اخلاقی تنها به‌عنوان توانایی مقابله با بحران یا بازیابی پس از دیسترس اخلاقی تعریف نشود، بلکه به‌عنوان ظرفیتی برای حفظ حساسیت اخلاقی، پیشگیری از عادی‌سازی انحراف و اصلاح مستمر فرهنگ سازمانی مورد بازتعریف قرار گیرد.

یافته‌های این تحلیل نشان می‌دهد که فرسایش اخلاقی بیش از آنکه ناشی از ضعف اخلاقی افراد باشد، بازتابی از تعامل میان فشارهای ساختاری، فرهنگ سازمانی و کیفیت رهبری اخلاقی است. بنابراین، مسئولیت حفظ سلامت اخلاقی نظام سلامت، مسئولیتی مشترک میان کارکنان و سازمان است. سازمان‌های تاب‌آور تنها پس از بحران به کارکنان خود کمک نمی‌کنند، بلکه با ایجاد امنیت روانی، عدالت سازمانی، گفت‌وگوی اخلاقی و یادگیری مستمر، از شکل‌گیری بحران‌های اخلاقی پیشگیری می‌کنند.

در نهایت، می‌توان پیشنهاد کرد که هوشیاری اخلاقی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی تاب‌آوری اخلاقی در نظر گرفته شود. هوشیاری اخلاقی، ظرفیت فرد و سازمان برای شناسایی زود هنگام نشانه‌های فرسایش ارزش‌های حرفه‌ای و مداخله پیش از تبدیل شدن آن‌ها به هنجارهای پذیرفته‌شده است. در این چهارچوب، تاب‌آوری اخلاقی نه صرفاً توانایی تحمل رنج یا بازگشت به وضعیت پیشین، بلکه توانایی حفظ و بازآفرینی مستمر فرهنگ اخلاقی در نظام سلامت است؛ رویکردی که می‌تواند از عادی شدن انحرافات کوچک جلوگیری کرده، سلامت اخلاقی سازمان را در بلندمدت تضمین کند.

منابع

- Liebowitz J. Moral erosion: how can medical professionals safeguard against the slippery slope?. *Medical Humanities*. 2011 Jun 1;37(1):53-5.

- Skeff KM, Brown-Johnson CG, Asch SM, Zionts DL, Winget M, Kerem Y. Professional behavior and value ero-

جراحی در عصر سلجوقیان؛ مطالعه‌ای در تاریخ پزشکی با تأکید بر دین و سلامت

که با آموزه‌های اسلامی همخوانی داشت و تأثیر دین از طریق اخلاق حرفه‌ای قابل ردیابی بود. جراحان سلجوقی ضمن بهره‌گیری از میراث زهراوی و ابن‌سینا، شاهد تألیف اثر جدید جرجانی بودند که نشان‌دهنده جریان دوگانه بهره‌گیری از میراث و تولید دانش جدید است. نتیجه آنکه جراحی در این دوره، فراتر از مهارت فنی، به خدمتی اخلاق‌مدار در راستای حفظ سلامت جامعه تبدیل شد.

واژگان کلیدی: جراحی؛ سلجوقیان؛ تاریخ پزشکی؛ سلامت؛ اخلاق پزشکی؛ تمدن اسلامی.

مقدمه

جراحی در تمدن اسلامی، ریشه در میراث پزشکی یونان، ایران و هند داشت، اما پزشکان مسلمان با ترجمه، نقد و نوآوری در روش‌ها و ابزارهای جراحی، به سطحی از بلوغ دست یافتند که آن را از تقلید صرف فراتر برد (زهراوی، ۱۳۷۴؛ فرشاد، ۱۳۶۶). پزشکان مسلمان با تألیف دایرةالمعارف‌های جامع پزشکی، سهمی بی‌بدیل در انتقال و توسعه این دانش داشتند؛ چنان‌که آثار رازی، ابن‌سینا و زهراوی، قرن‌ها بعد در مراکز علمی شرق و غرب تدریس می‌شد.

در میان ادوار تمدن اسلامی، عصر سلجوقیان (قرن پنجم و ششم هجری) از دوره‌های مهم در تحول جراحی دوره اسلامی به‌شمار می‌رود. نخست، در این دوره شهرهایی چون نیشابور، اصفهان، بغداد و دمشق شاهد تأسیس بیمارستان‌هایی بودند که افزون بر درمان، به‌عنوان مراکز آموزشی، جراحی عملی را به شاگردان می‌آموختند (ابن‌ابی‌اصیبه، ۱۹۶۵؛ ترزی‌اوغلو، ۱۳۷۹). دوم، حضور پزشکانی برجسته، چون سیداسماعیل جرجانی با تألیف «ذخیره‌خوارزمشاهی»، نشان‌دهنده پیوند نظریه و عمل در جراحی است (نظامی عروضی سمرقندی، ۱۳۲۷). سوم، شرایط سیاسی و نظامی عصر سلجوقی، جراحان را با جراحات جنگی و شکستگی‌ها مواجه ساخت و آنان را به ارائه روش‌های کارآمدتر ترغیب کرد (عیسی‌بک، ۱۳۷۱؛ دفاع، ۱۳۸۲).

با وجود این، بررسی منابع نشان می‌دهد که بیشتر پژوهش‌های پیشین به‌طور کلی به تاریخ پزشکی پرداخته‌اند و کمتر اثری به‌صورت مستقل به جایگاه جراحی در دوره سلجوقی با تأکید بر نسبت آن با آموزه‌های دینی و نظام سلامت پرداخته است.

زیبا یوسفی جم^۱

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی جایگاه جراحی در عصر سلجوقیان و تبیین ارتباط آن با آموزه‌های دینی و سلامت، به روش توصیفی - تحلیلی و با بهره‌گیری از منابع تاریخی و پزشکی انجام شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که جراحی در عصر سلجوقیان در حداقل پنج حوزه درمانی (شکستگی‌ها، خارج‌سازی اجسام خارجی، آب‌مروارید، بخیه زخم‌ها و جراحات جنگی) کاربرد داشته است. از مجموع ارجاعات منابع موجود، بیشترین بسامد (چهار مورد از شش ارجاع) به درمان شکستگی‌ها و جراحات جنگی اختصاص داشت که می‌تواند نشان‌دهنده غلبه نیازهای درمانی ناشی از آسیب‌های فیزیکی و مخاصمات نظامی در این دوره باشد؛ هرچند این نسبت، بیانگر فراوانی در داده‌های در دسترس است و نمی‌توان آن را به‌عنوان آمار قطعی کل جراحی‌های دوره تلقی کرد. بیمارستان‌ها با سه مؤلفه (بخش تخصصی، داروخانه و پزشکان متخصص) و نظام آموزشی استاد - شاگردی عملی، نقش کلیدی در آموزش و گسترش جراحی ایفا کردند. منابع این دوره بر چهار اصل اخلاقی (دقت در تشخیص، انتخاب روش مناسب، احتیاط در عمل و توجه به وضعیت بیمار) تأکید داشتند

۱. کارشناسی ارشد تاریخ ایران دوره اسلامی. دبیر. z.yousefijam1404@gmail.com



جنگی اختصاص دارد (چهار ارجاع از شش ارجاع) که نشان‌دهنده غلبه نیازهای درمانی ناشی از آسیب‌های فیزیکی و مخاصمات نظامی در این دوره است.

در متون این عصر، به پزشک متخصص در این فن، با سه عنوان «جراح»، «جراحی» و «دستکار» اشاره شده است (زهرای. ۱۳۷۴: ۹-۱۰). این تنوع نام‌گذاری، بیانگر تمایز تخصصی این حرفه از دیگر شاخه‌های پزشکی و شناخته‌شدن آن به عنوان یک حوزه مستقل مهارتی است. سیداسماعیل جرجانی، از پزشکان شاخص این دوره، در آثار خود بر دو مؤلفه اساسی در جراحی تأکید داشته است: «شناخت دقیق بیماری» و «مهارت عملی» (نظامی عروضی سمرقندی. ۱۳۲۷: ۲۳۷-۲۳۸). از این عبارت می‌توان استنباط کرد که جراحی در این دوره، ترکیبی از دانش نظری و توانایی عملی تلقی می‌شد و صرفاً یک اقدام تکنیکی محسوب نمی‌گردید.

ازسوی دیگر، منابع تاریخی گزارش کرده‌اند که درمان بیماری‌ها در این دوره به دو روش اصلی انجام می‌شد: الف. دارودرمانی و ب. اقدامات جراحی. هرچند بسامد این دو روش در منابع موجود به‌طور مستقیم ذکر نشده، اما وجود اصطلاحات تخصصی متعدد و کاربرد جراحی در طیف متنوعی از بیماری‌ها، نشان‌دهنده جایگاه مکمل جراحی در کنار دارودرمانی است، نه جانشینی برای آن. همچنین، بخش عمده جراحی‌های انجام‌شده، ناشی از «حوادث» یا «زخم‌های جنگی» بوده است که نشان از کارکرد درمانی - واکنشی جراحی در این دوره دارد، نه رویکرد پیشگیرانه یا زیبایی‌محور.

۲. نقش بیمارستان‌ها و دارالشفاهای در آموزش و توسعه جراحی: مطالعه‌ای در ساختار آموزشی

براساس منابع تاریخی، بیمارستان‌ها و دارالشفاهای عصر سلجوقی، در کنار کارکرد درمانی، کارکرد آموزشی نیز داشته‌اند. ابن‌ابی‌اصیبه (۱۹۶۵: ۲۳۹/۱، ۲۷۶) به‌صراحت اشاره کرده است که در این مراکز، پزشکان «دانش و تجربه خود را به شاگردان منتقل می‌کردند» و آموزش جراحی عمدتاً به‌صورت عملی انجام می‌شد. این گزاره، دو نکته را آشکار می‌کند: اولاً، نظام آموزشی جراحی مبتنی بر مشاهده و مشارکت عملی بوده است و ثانیاً، انتقال تجربه به‌صورت استاد - شاگردی انجام می‌گرفته که با نظام‌های آموزشی نظری‌محور تفاوت بنیادین داشته است.

افزون‌بر این، در ساختار این مراکز، سه مؤلفه اصلی قابل شناسایی است: ۱. بخش‌های درمانی تخصصی؛ ۲. داروخانه و ۳. حضور پزشکان متخصص (فرشاد. ۱۳۶۰: ۲/۸۵۲؛ منزوی. ۱۳۸۰: ۵/۳۷۵۶). وجود این سه عنصر در کنار یکدیگر، نشان‌دهنده سازمان‌دهی نظام‌مند

آثاری چون «تاریخ علم در ایران» (فرشاد. ۱۳۶۶) و «علم در اسلام» (آرام. ۱۳۶۶) عمدتاً به معرفی پزشکان اختصاص یافته، پژوهش‌های جدیدتر مانند مدخل‌های دایرةالمعارف جهان اسلام (ترزی‌اوغلو. ۱۳۷۹) بیشتر بر جنبه نهادی بیمارستان‌ها متمرکز بوده‌اند. ازاین‌رو، مسئله اصلی پژوهش آن است که تاکنون مطالعه‌ای جامع، رابطه متقابل میان «دانش فنی جراحی»، «نظام سلامت» و «ارزش‌های دینی - اخلاقی» را در عصر سلجوقی واکاوی نکرده است.

این پژوهش در پی پاسخ به سه پرسش است: جراحان سلجوقی از چه روش‌ها و ابزارهایی بهره می‌گرفتند؟ بیمارستان‌ها چه نقشی در آموزش و گسترش جراحی داشتند؟ آموزه‌های اسلامی چگونه بر مسئولیت‌پذیری جراحان تأثیر گذاشت؟ هدف اصلی، ترسیم تصویری از جایگاه جراحی در نظام سلامت سلجوقی و تبیین نقش ارزش‌های دینی در رویکردهای درمانی آن دوره است. روش پژوهش توصیفی - تحلیلی و داده‌ها با مرور نظام‌مند منابع تاریخی و پزشکی دست‌اول گردآوری شده‌اند. ساختار مقاله بدین‌گونه است که پس از این مقدمه، در بخش یافته‌ها، جایگاه جراحی، نقش بیمارستان‌ها، پیوند اخلاق اسلامی با جراحی و تأثیر میراث جراحی بر تداوم دانش پزشکی بررسی می‌شود و در نتیجه‌گیری، پاسخ به پرسش‌ها ارائه خواهد شد.

یافته‌ها و بحث

۱. جایگاه جراحی در نظام سلامت عصر سلجوقیان: بررسی تنوع کاربردها و تخصص‌ها

براساس منابع موجود، جراحی در عصر سلجوقیان در حداقل پنج حوزه درمانی کاربرد داشته است: ۱. درمان شکستگی‌ها؛ ۲. خارج‌سازی اجسام خارجی؛ ۳. درمان آب‌مروراید؛ ۴. بخیه زخم‌ها، و ۵. جراحات ناشی از جنگ (آرام. ۱۳۶۶: ۱۷۷؛ فرشاد. ۱۳۶۶: ۶۹۹-۷۰۰؛ عیسی‌یک. ۱۳۷۱: ۲۱-۲۲؛ منزوی. ۱۳۸۰: ۵/۳۷۵۶؛ دفاع. ۱۳۸۲: ۴۷ و ۸۲). از مجموع ارجاعات موجود، بیشترین بسامد به درمان شکستگی‌ها و جراحات

جراحی در عصر سلجوقیان با تکیه بر میراث پزشکی اسلامی و توسعه مراکز درمانی، به یکی از شاخه‌های مهم دانش پزشکی تبدیل شد.

خدمات درمانی و آموزشی است. به‌ویژه، ذکر «پزشکان متخصص» به‌جای پزشکان عمومی، مؤید آن است که جراحی در این دوره به‌عنوان یک زمینه تخصصی شناخته می‌شده است و پزشکان مربوطه، آموزش‌های جداگانه‌ای را دیده‌اند. باین‌حال، در منابع موجود به تعداد دقیق بیمارستان‌ها یا پزشکان جراح این دوره اشاره‌ای نشده و این موضوع، از محدودیت‌های داده‌های تاریخی برای کمی‌سازی دقیق این بخش است.

ترزی‌اوغلو (۱۳۷۹: ۲۸۶/۵) نیز بر نقش این مراکز در «سازمان‌دهی آموزش پزشکی و انتقال تجربه‌های علمی به نسل‌های بعدی» تأکید کرده است. براین‌اساس، کارکرد بیمارستان‌های سلجوقی را می‌توان در سه سطح تحلیل کرد: الف. ارائه خدمات درمانی به بیماران؛ ب. آموزش نسل جدید جراحان، و ج. بسترسازی برای استمرار دانش پزشکی در دوره‌های بعدی. این کارکرد سه‌گانه، نشان‌دهنده نقش کلیدی این مراکز در نظام سلامت، فراتر از یک مکان صرفاً درمانی است.

۳. اخلاق پزشکی و آموزه‌های اسلامی در جراحی: تحلیل محتوای منابع اخلاقی

منابع اخلاقی و پزشکی این دوره، بر چهار اصل بنیادین در جراحی تأکید داشته‌اند: ۱. دقت در تشخیص؛ ۲. انتخاب مناسب‌ترین روش درمان؛ ۳. احتیاط در انجام اعمال جراحی، و ۴. توجه به وضعیت بیمار (ابن‌اخوه، ۱۳۴۷: ۱۷۰-۱۷۱). این چهار اصل، نشان‌دهنده پیوند مستقیم میان آموزه‌های اسلامی (که بر حفظ جان و کرامت انسانی تأکید دارند) و عملکرد بالینی جراحان است. به‌عبارت دیگر، جراحی در این دوره صرفاً یک مهارت فنی نبود، بلکه با مسئولیت‌پذیری اخلاقی همراه بود.

از منظر کمی، از مجموع اصول ذکرشده در منبع مورد استناد (ابن‌اخوه)، دو اصل (دقت در تشخیص و احتیاط در عمل) جنبه پیشگیرانه دارند و دو اصل دیگر (انتخاب روش مناسب و توجه به وضعیت بیمار) جنبه مراقبتی. این توازن (۵۰٪ پیشگیری در برابر ۵۰٪ مراقبت) نشان می‌دهد که رویکرد اخلاقی جراحی در این دوره، هر دو ساحت «پیشگیری از خطا» و «توجه به نیازهای بیمار» را در بر می‌گرفته و به یکسان مورد تأکید بوده است.

همچنین، عبارت «توجه به وضعیت بیمار» در منبع مذکور، سلامت جسمی و روانی بیمار تفسیر شده است. این رویکرد جامع‌نگر، با آموزه‌های اسلامی درباره «کرامت انسانی» و «رفع ضرر» همخوانی دارد و نشان‌دهنده تأثیر غیرمستقیم، اما بنیادین ارزش‌های دینی بر شکل‌گیری فرهنگ درمان در این دوره است.

باین‌حال، در منابع موجود به متن فقهی یا فتواهای خاص درباره جراحی اشاره‌ای نشده است و تأثیر دین عمدتاً از طریق اخلاق حرفه‌ای منتقل شده است، نه از طریق احکام شرعی مستقیم.

۴. تأثیر میراث جراحی اسلامی بر تداوم دانش پزشکی: بررسی کمی آثار و انتقال دانش

در بررسی کمی منابع آموزشی جراحی در عصر سلجوقیان، دو اثر اصلی به‌عنوان متون مرجع قابل شناسایی است: الف. التصریف اثر ابوالقاسم زهرای و ب. قانون اثر ابن‌سینا. این دو اثر، هسته اصلی آموزش پزشکی را تشکیل می‌دادند و جراحان سلجوقی با استفاده از این متون، دانش خود را تکمیل می‌کردند. ازسوی دیگر، در همین دوره، اثری جدید با عنوان ذخیره خوارزمشاهی را سیداسماعیل جرجانی تألیف کرد که نشان‌دهنده دو جریان موازی در انتقال دانش است: ۱. بهره‌گیری از میراث پیشینیان (زهرای و ابن‌سینا) و ۲. تولید دانش جدید ازسوی پزشکان سلجوقی (جرجانی).

براساس منابع موجود، التصریف زهرای به‌طور خاص بر ابزارهای جراحی و روش‌های عملی تمرکز داشته، درحالی‌که قانون ابن‌سینا رویکردی نظری - تشخیصی داشته است. این دوگانگی، بیانگر آن است که جراحان این دوره، به‌طور هم‌زمان به هر دو جنبه نظری و عملی دسترسی داشته‌اند که خود عاملی برای ارتقای کیفیت درمان بوده است. ازسوی دیگر، تألیف ذخیره خوارزمشاهی در این دوره، نشان‌دهنده تداوم و پویایی سنت علمی است؛ به‌گونه‌ای که دانش جراحی نه تنها منتقل می‌شده، بلکه تکمیل و بومی‌سازی نیز می‌شده است.

در مجموع، از بررسی کمی آثار و ارجاعات، این الگو استخراج می‌شود که حداقل سه نسل علمی در انتقال دانش جراحی در این دوره نقش داشته‌اند: نسل اول (زهرای و ابن‌سینا به‌عنوان منابع پیشین)، نسل دوم (پزشکان سلجوقی که از این آثار استفاده کردند)، و نسل سوم (شاگردانی که در بیمارستان‌ها آموزش دیدند). این زنجیره انتقال، نشان‌دهنده استمرار دانش از قرن چهارم تا ششم هجری است و بی‌آنکه گسستی رخ دهد، جراحی در عصر سلجوقیان به نقطه‌ای می‌رسد که در دوره‌های بعدی نیز تداوم می‌یابد.

نتیجه‌گیری

بررسی منابع تاریخی و پزشکی نشان داد که جراحی در عصر سلجوقیان در پنج حوزه درمانی، شامل درمان شکستگی‌ها، خارج‌سازی اجسام خارجی، درمان آب‌مروارید، بخیه‌زنی زخم‌ها و جراحات ناشی از جنگ

پیوند دانش جراحی با آموزه‌های اخلاقی اسلام، نقش مؤثری در ارتقای سلامت و بهبود مراقبت از بیماران در این دوره داشت.

نبود، بلکه ارزش‌های اسلامی در قالب اصول اخلاقی (دقت، احتیاط، انتخاب روش مناسب، توجه به وضعیت بیمار) بر عملکرد جراحان و نظام سلامت تأثیری بنیادین داشت. جراحی در این دوره، فراتر از یک مهارت فنی، به خدمتی انسانی و اخلاق‌مدار تبدیل شد که ریشه در آموزه‌های اسلامی داشت.

منابع:

- آرام، احمد (۱۳۶۶). علم در اسلام. تهران: سروش.
- ابن‌ابی‌اصیبه (۱۹۶۵م). عیون الانبیاء فی طبقات الاطباء. شرح و تحقیق: تزار رضا. بیروت: منشورات دارالمکتبه المیاه.
- ابن‌اخوه، محمد بن احمد قرشی (۱۳۴۷). آیین شهرداری در قرن هفتم. مترجم: جعفر شعار. تهران: بنیاد فرهنگ ایران.
- ترزی‌اوغلو، اعلم، هوشنگ (۱۳۷۹). دانشنامه جهان اسلام. زیر نظر دکتر غلامعلی حدادعادل. ج ۵. تهران: بنیاد دایرةالمعارف اسلامی.
- دفاع، علی عبدالله (۱۳۸۲). پزشکان برجسته در عصر تمدن اسلامی. مترجم: علی احمدی بهنام. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- زهراوی، ابوالقاسم خلف بن عباس (۱۳۷۴). التصریف لمن عجز عن التألیف (بخش جراحی و ابزارهای آن). مترجم: احمد آرام و مهدی محقق. تهران: مؤسسه مطالعات اسلامی دانشگاه تهران.
- عیسی‌یک، احمد (۱۳۷۱). تاریخ بیمارستان‌ها در اسلام. مترجم: نورالله کسائی. تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، مؤسسه توسعه دانش و پژوهش ایران.
- فرشاد، مهدی (۱۳۶۰). تاریخ علم در ایران. ج ۲. تهران: امیرکبیر.
- فرشاد، مهدی (۱۳۶۶). تاریخ علم در ایران. ج ۲. تهران: امیرکبیر.
- منزوی، احمد (۱۳۸۰). فهرست‌واره کتاب‌های فارسی. ج ۵. تهران: انجمن آثار و مفاخر فرهنگی.
- نظامی عروضی سمرقندی (۱۳۲۷). چهارمقاله. به اهتمام و تصحیح: محمد بن عبدالوهاب.

کاربرد داشته است. از مجموع ارجاعات، بیشترین بسامد (چهار مورد از شش) به درمان شکستگی‌ها و جراحات جنگی اختصاص داشت که بیانگر غلبه نیازهای درمانی ناشی از آسیب‌های فیزیکی و مخاصمات نظامی در این دوره است. جراحی در کنار دارودرمانی، به‌عنوان یکی از دو روش اصلی درمان شناخته می‌شد و پزشکان متخصص این فن با عناوین «جراح»، «جراحی» و «دستکار» از دیگر پزشکان متمایز می‌شدند (زهراوی. ۱۳۷۴: ۹-۱۰؛ نظامی عروضی سمرقندی. ۱۳۲۷: ۲۳۷-۲۳۸).

بیمارستان‌های این دوره با دارا بودن سه مؤلفه (بخش تخصصی، داروخانه و پزشکان متخصص)، سه کارکرد درمانی، آموزشی و انتقال دانش داشتند. آموزش جراحی به‌صورت استاد - شاگردی و عملی انجام می‌شد و بر مشاهده و مشارکت مستقیم شاگردان استوار بود (ابن‌ابی‌اصیبه. ۱۹۶۵: ۱/۲۳۹، ۲۷۶؛ فرشاد. ۱۳۶۰: ۲/۸۵۲؛ منزوی. ۱۳۸۰: ۵/۳۷۵۶؛ ترزی‌اوغلو. ۱۳۷۹: ۵/۲۸۶). در حوزه اخلاق پزشکی، منابع بر چهار اصل دقت در تشخیص، انتخاب روش مناسب، احتیاط در عمل و توجه به وضعیت بیمار تأکید داشتند که به نسبت مساوی (۵۰٪) به دو ساحت پیشگیرانه و مراقبتی تقسیم می‌شد (ابن‌اخوه. ۱۳۴۷: ۱۷۰-۱۷۱). در تداوم دانش، جراحان سلجوقی ضمن بهره‌گیری از التصریف زهراوی و قانون ابن‌سینا، شاهد تألیف ذخیره خوارزمشاهی ازسوی جرجانی بودند که نشان‌دهنده جریان دوگانه بهره‌گیری از میراث و تولید دانش جدید است.

پاسخ به پرسش اصلی: جراحی در عصر سلجوقیان جایگاهی مکمل در کنار دارودرمانی داشت و در حوزه‌های متنوع (به‌ویژه آسیب‌های فیزیکی با ۶۶٪ ارجاعات) به‌کار گرفته می‌شد. وجود اصطلاحات تخصصی و پزشکان متخصص، نشان‌دهنده شناخته‌شدن جراحی به‌عنوان حوزه‌ای مستقل است. چهار اصل اخلاقی با آموزه‌های اسلامی همخوانی داشت و تأثیر دین عمده‌تر از طریق اخلاق حرفه‌ای قابل ردیابی بود، نه احکام مستقیم شرعی.

پاسخ به پرسش فرعی: بیمارستان‌های سلجوقی با نظام آموزشی استادشاگردی و ساختار سه‌گانه خود، نقشی کلیدی در آموزش و گسترش جراحی و انتقال دانش به نسل‌های بعدی داشتند.

در مجموع، جراحی در عصر سلجوقیان بر پایه میراث پیشگامانی چون رازی، ابن‌سینا و زهراوی، در کنار گسترش بیمارستان‌ها، مسیری رو به رشد را طی کرد. پیشرفت جراحی تنها حاصل توسعه دانش پزشکی

بِدارو



پزشکی ورشکسته شده است و من به راستی باور دارم که اگر بیماران و عموم مردم زمانی آنچه را بر سرشان آمده است، کاملاً درک کنند، آنچه پزشکان، دانشگاهیان و ناظران اجازه وقوع آن را داده اند، خشمگین خواهند شد. در این مورد فقط شما می توانید قضاوت کنید.

ما دوست داریم تصور کنیم که پزشکی، مبتنی بر شواهد و نتایج آزمون های منصفانه است. در واقع، آن آزمون ها غالباً دچار مشکلاتی ژرف هستند. ما دوست داریم تصور کنیم که... (بخشی از مقدمه کتاب بدارو). این کتاب، شما را عصبانی می کند. شاهکار است (دیلی تلگراف).

پزشکان چهل سال کار پزشکی انجام می دهند، بی آنکه پس از آموزش اولیه خود، آموزش رسمی چندانی دریافت کنند. پزشکی در چهار دهه کاملاً متحول می شود و پزشکان در تلاش برای عقب نماندن از این سیر، با بمباران اطلاعات مواجه می شوند. آگهی هایی که منافع و مخاطرات داروهای جدید را درست معرفی نمی کنند، نمایندگان فروش شرکت ها که برای آگاه شدن از سوابق محرمانه داروهای تجویز شده برای بیماران جاسوسی می کنند، همکاری که بی سروصدا پول هایی را از شرکت های دارویی دریافت می کنند، تدریسی که

با حمایت مالی این صنعت صورت می گیرد، مقالات مجلات دانشگاهی مستقل که کارکنان شرکت های دارویی، بی سروصدا آن ها را می نویسند و بدتر... (متن مندرج در پشت جلد کتاب بدارو).

کتاب بدارو، تألیف بن گولدیگر را که به بررسی فریب پزشکان توسط داروسازان و آسیب های شرکت های داروسازی می پردازد، ناصر بلیغ ترجمه و انتشارات کتاب فردا آن را منتشر کرده است.

کتاب بدارو شش فصل و یک خاتمه به شرح ذیل دارد:

- یکم: داده های گمشده؛
- دوم: داروهای جدید از کجا می آیند؛
- سوم: ناظران بد؛
- چهارم: کارآزمایی های بد؛
- پنجم: کارآزمایی های بزرگ تر ساده تر؛
- ششم: بازاریابی؛
- خاتمه: داده های بهتر.

پیام سلامت و دین (۹۲)

با تعدد فرزندان، زمینه رشد و
بالندگی بیشتر کودکان خود را فراهم
کنیم.

در خانواده‌های چند فرزندی، کودکان بهره
بیشتری از حمایت، همدلی، همبستگی
و پشتیبانی دارند. در نتیجه، پویایی،
نشاط و پذیرش اجتماعی بالاتری داشته،
نشانه‌های کمتری از افسردگی و ناامیدی
را نشان می‌دهند.