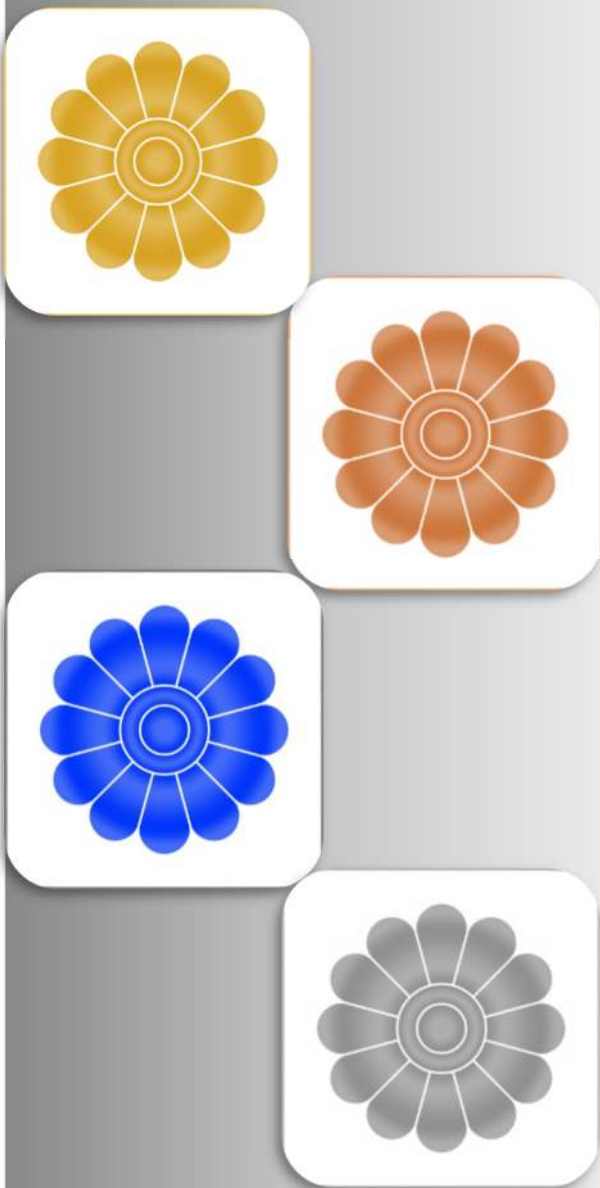




درس نامه

آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل

ویژه دانشجویان دکتری دندانپزشکی

سلام الله عليكم

عنوان و نام پدیدآور: درس نامه آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل ویژه دانشجویان دندانپزشکی... / نویسندگان به ترتیب حروف الفبا محمدحسین آیتی ... [و دیگران]؛ پیشگفتار نفیسه حسینی یکتا؛ گزارش حسین رضایی زاده؛ ویراستاران حسین رضایی زاده، محمد ستایش، زهرا قربانی فر؛ [برای] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دفتر طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی هوشمند.

مشخصات نشر: تهران، ترنجان، ۱۴۰۱.

مشخصات ظاهری: ۹۴ص: مصور، جدول؛ ۲۹×۲۲ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۴۵۲۳-۹-۴

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: نویسندگان به ترتیب حروف الفبا محمدحسین آیتی، باقر اردشیرلاریجانی، مجید انوشیروانی، رسول چوپانی، حسین رضایی زاده ...

یادداشت: کتابنامه

موضوع: پزشکی ایرانی / Persian Medicine

پزشکی سنتی / Traditional medicine

پزشکی جایگزین / Alternative medicine

دندان -- بیماری ها -- درمان جایگزین / Teeth -- Diseases -- Alternative treatment

شناسه افزوده: آیتی، محمدحسین، ۱۳۵۴ -

شناسه افزوده: حسینی یکتا، نفیسه، ۱۳۵۴ -

شناسه افزوده: رضایی زاده، حسین، ۱۳۵۶ -

شناسه افزوده: ستایش، محمد، ۱۳۴۹-، ویراستار

شناسه افزوده: قربانی فر، زهرا، ۱۳۵۶ -، ویراستار

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر طب ایرانی و مکمل

شناسه افزوده: دانشگاه علوم پزشکی هوشمند

رده بندی کنگره: R۱۳۷/۸

رده بندی دیویی: ۶۱۰/۹۵۵

شماره کتابشناسی ملی: ۸۹۹۰۳۷۰

اطلاعات رکود کتابشناسی: فیا



عنوان: درس نامه آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل - ویژه دانشجویان دندانپزشکی

مؤلفان: گروه نویسندگان

مدیر طرح: دکتر حسین رضایی زاده

ویراستاران: دکتر حسین رضایی زاده، دکتر محمد ستایش، دکتر زهرا قربانی فر

ناشر: نشر ترنجان

نوبت و تاریخ چاپ: اول - ۱۴۰۱

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۴۵۲۳-۹-۴

همه حقوق محفوظ است.

نشر ترنجان: تهران، خیابان دماوند، پایین تر از چهارراه خاقانی، نبش کوچه عنصری، شماره ۱۷، طبقه ۵، واحد ۱۵

تلفن: ۰۹۳۸۴۸۱۵۹۰۶ - ۷۷۴۳۰۰۳۱

درس نامه آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل

ویژه دانشجویان دکتری دندانپزشکی

(نگارش اول – ویراست نخست)

پیشگفتار

دکتر نفیسه حسینی یکتا

گزارش

دکتر حسین رضایی زاده

ویراستاران

دکتر حسین رضایی زاده

دکتر محمد ستایش

دکتر زهرا قربانی فر

نویسندگان به ترتیب حروف الفبا

دکتر محمد حسین آیتی، دکتر باقر اردشیر لاریجانی، دکتر مجید انوشیروانی، دکتر رسول چوپانی،
دکتر حسین رضایی زاده، دکتر محمد ابراهیم زحلی نژاد، دکتر آرمان زرگران، دکتر زهرا قربانی فر،
دکتر محسن ناصری، دکتر آیه نقی زاده

و با تشکر ویژه از همکاران محترمی که با بازخوانی درسنامه، نگارش نخست را نقد کردند

دکتر الهام اختری، دکتر نسرين بعیری، دکتر روشنگر ثاقبی، دکتر نفیسه حسینی یکتا، دکتر مائده رزقی،
دکتر سیده نرگس ساداتی لمردی، دکتر محمد ستایش، دکتر مرضیه بیگم سیاهپوش، دکتر لیلا شیربیگی، دکتر علیرضا عباسیان،
دکتر مرضیه قرائتی، دکتر نرجس گرجی، دکتر حوریه محمدی کناری، دکتر زهرا معماریانی، دکتر ریحانه معینی،
دکتر مجید نیمروزی

فهرست مطالب

پیشگفتار	ا
گزارش	ب
فصل ۱: وضعیت آموزش و پژوهش طب‌های سنتی و مکمل در جهان	۱
دکتر باقر اردشیر لاریجانی، دکتر محمد حسین آیتی	
فصل ۲: از علم و شبه علم در فلسفه تا طب سنتی	۷
گردآوری: دکتر حسین رضایی‌زاده، دکتر زهرا قربانی‌فر	
فصل ۳: طب فراگیر و تولید شواهد	۱۲
دکتر آیه نقی‌زاده، دکتر حسین رضایی‌زاده	
فصل ۴: تاریخچه طب ایرانی از گذشته تا معاصر	۱۹
دکتر آرمان زرگران	
فصل ۵: اخلاق پزشکی در طب ایرانی: اخلاق حکیمانه و رفتار طبیبانه	۳۱
دکتر حسین رضایی‌زاده	
فصل ۶: مبانی طب ایرانی – امور طبیعی	۴۱
دکتر مجید انوشیروانی	
فصل ۷: شش‌گانه ضروری تندرستی (ستّه ضروری)	۶۱
دکتر محسن ناصری	
فصل ۸: علم نشانه‌شناسی	۸۰
دکتر محسن ناصری، دکتر حسین رضایی‌زاده، دکتر رسول چوپانی، دکتر مجید انوشیروانی	
فصل ۹: طب ایرانی و دندان‌پزشکی	۸۴
دکتر محمد ابراهیم زحلی‌نژاد	

پیشگفتار

مکتب طب ایرانی، دانشی آمیخته با هنر و فراست و ذخیره‌ای برخاسته از حکمت خسروانی اهالی سرزمین آریایی ایران است که در حکمت یونانی آمیخته، و با محک تجربه در طول سالیان حیات انسان آزموده شده است. مکتبی که در دوران زرّین شکوفایی تمدن اسلامی و با طلوع ستارگان پرفروغ تاریخ علم و فرزندگان ایرانی جهان‌وطن، بر پایه خردورزی و با جدا ساختن سره از ناسره گسترش یافت و اکنون نیز توانایی حلّ برخی از معضلات علمی را در عرصه بهداشت، پیشگیری، تشخیص و درمان دارا است. این مکتب با ریشه‌ای ده‌هزار ساله، انسان را فقط از بعد مادی نمی‌نگرد بلکه به ابعاد دیگر وجود او نیز توجه دارد.

اکنون جامعه پزشکی جهان به اهمیت روش‌های درمان طبیعی و مکاتب طب سنتی و مکمل پی برده است؛ و دانشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی بسیاری در غرب و شرق جهان به پژوهش برای بکارگیری روش‌های مختلف طبّی که سابقه علمی و تاریخی دارند، مشغول می‌باشند. گسترش فوق‌العاده مکتب‌ها و روش‌های گوناگون، نشان‌دهنده این حرکت عظیم جهانی است. این حرکت، همچنین موجب شده است که پزشکان و محققان در ایران و دیگر کشورهای جهان به شناخت مبانی طب ایرانی گرایش یابند.

درس‌نامه آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل، تلاش دارد پاسخگوی هرچند ناچیز این نیاز و عطش، به‌خصوص برای افرادی که تازه پای در این راه گذارده‌اند، باشد. تلاش بر این است که ضمن حفظ اصطلاحات طب ایرانی و اصالت بیان، با روشی مناسب به ساده‌سازی مطالب پرداخته شود و در روند ساده‌سازی مطالب و نزدیکی بیشتر آن به زبان امروز، به مفاهیم ژرف و محتوای فلسفی گزاره‌های طبّی آسیبی نرسد و مقصود حکیمان، ناخواسته دچار آسیب و دگرگونی نشود. با این حال خوانندگان گرانقدر آگاه باشند که لازم است به این توشه بسنده نکنند، بلکه آن را دست‌مایه پژوهش ژرف‌تر و جستجوی بیشتر قرار دهند و از پیمودن بقیه این راه بازنايستند.

امیدواریم به‌زودی شاهد روزی باشیم که کتاب مرجعی - هم اصیل و هم امروزی - از مبانی، داروشناسی، تدابیر تندرستی و معالجات طب ایرانی منتشر شود که هر بخش و فصل آن، حاصل پژوهش و به نگارش محققان و استادان طب ایرانی و مبتنی بر شواهد پایه و بالینی علمی روز، و مستند به مقالات تحقیقی باشد.

دکتر نفیسه حسینی‌یکتا

مدیر کل دفتر طب ایرانی و مکمل

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گزارش

ای که طیب خسته‌ای روی زبان من ببین کاین دم و دود سینه‌ام بار دل است بر زبان
گرچه تب استخوان من کرد ز مهر گرم و رفت همچو تبم نمی‌رود آتش مهر از استخوان
باز نشان حرارتم ز آب دو دیده و ببین نبض مرا که می‌دهد هیچ ز زندگی نشان
آن که مدام شیشه‌ام از پی عیش داده است شیشه‌ام از چه می‌برد پیش طیب هر زمان
حافظ از آب زندگی شعر تو داد شربتم ترک طیب کن بیا نسخه شربتم بخوان

اکنون که در شهریور ماه ۱۴۰۱، این گزارش در دیباچه کتاب نوشته می‌شود، در مدت ۳۲ ماه، با برگزاری ۸ دوره، حدود ۵۱۰۰۰ دانشجوی رشته‌های علوم پزشکی (دکترای عمومی پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی؛ و کارشناسی رشته‌های پرستاری، مامایی، علوم تغذیه و فیزیوتراپی؛ و برخی از دانشجویان علاقمند از سایر رشته‌های علوم پزشکی به صورت اختیاری)، در قالب آموزش هوشمند و مجازی دو واحد درسی با مبانی طب ایرانی و مکمل آشنا شده‌اند. تصمیم عالمانه و مدبرانه معاون وقت آموزشی وزارت بهداشت (۱۳۹۸) در ابلاغ شروع دوره آموزشی از طریق دانشگاه علوم پزشکی هوشمند از یک سو، شروع دوران خاص همه‌گیری کرونا و شتاب‌گیری آموزش مجازی، برخی مخالفت‌های متعصبانه، اظهارنظرهای سیاسی و جناحی - حتی از آن سوی مرزهای ایران عزیز - و اولین تجربه ارائه در سطح ملی از سوی دیگر، گروه آموزشی این درس را با چالشی بزرگ مواجه ساخته بود که باید با همدلی پشت سر گذاشته می‌شد؛ و خداوند را سپاس که با همراهی استادان و دستیاران آموزشی (دست‌کم یکصد نفر) از سراسر کشور این گام بلند برداشته شد.

در ابتدای راه، آموزش مبانی طب ایرانی با استفاده از تدریس استاد محترم، جناب آقای دکتر محسن ناصری و آشنایی با طب‌های مکمل با همکاری سایر استادان شکل گرفت اما به موازات و بر اساس بازخوردهای دانشجویان محترم، تدوین درس‌نامه آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل با همکاری گروه ۲۲ نفره مولفان نیز آغاز شد که پس از بازنگری توسط ۱۶ نفر از اعضای محترم هیات علمی طب و داروسازی سنتی سراسر کشور، به تایید گروه آموزشی مربوطه در دانشگاه علوم پزشکی هوشمند، دفتر طب ایرانی و مکمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین مورد تخصصی طب سنتی و تاریخ پزشکی کشور رسید.

با این وجود، این نگارش، ویراست نخست از این کتاب و قابل نقد و در مسیر تکامل خواهد بود که امیدواریم با دریافت بازخوردهای دانشجویان عزیز و استادان و همکاران محترم، به زودی و به خوبی انجام شود. ضمن تشکر از همه استادان و دستیارانی که تا کنون در تدریس دوره همکاری نموده‌اند و مولفان و ویراستاران گرامی، خصوصاً سرکار خانم دکتر زهرا قربانی‌فر و جناب آقای دکتر محمد ستایش، قدردان حمایت دفتر طب ایرانی و مکمل وزارت متبوع و دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی تهران هستیم و باید نقش بی‌بدیل و ماندگار دانشگاه علوم پزشکی هوشمند و تلاش ستودنی و ارزشمند مدیران ارشد و کارشناسان ارجمند این دانشگاه را قدر دانست که بسیار خوش درخشیدند.

دکتر حسین رضایی زاده

مدیر گروه آموزشی طب ایرانی و مکمل

دانشگاه علوم پزشکی هوشمند

rezaeizadeh@sina.tums.ac.ir

فصل ۱: وضعیت آموزش و پژوهش طب‌های سنتی و مکمل در جهان

دکتر باقر اردشیر لاریجانی، دکتر محمد حسین آیتی

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- تعریف طب مکمل و جایگزین
- تعریف پزشکی یکپارچه یا طب فراگیر، هدف و لزوم آموزش آن
- طبقه‌بندی مکاتب طب‌های سنتی و مکمل
- آموزش و پژوهش طب‌های سنتی و مکمل در جهان

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- تفاوت طب مکمل و جایگزین را با طب فراگیر بیان کنیم.
- مبنای طبقه‌بندی مکاتب طب‌های سنتی و مکمل را بیان کنیم.
- انواع روش‌ها و اقدامات درمانی سنتی و مکمل را نام ببریم.

○ مقدمه

پایداری و تاب‌آوری نظام سلامت، آماده‌سازی و ایجاد ظرفیت تطبیق و تحول در مواجهه با شیوع بیماری‌ها و یا بلایا است. طب سنتی می‌تواند منبع مهمی در تضمین پایداری نظام سلامت باشد و منجر به پوشش شکاف دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی شود (۱). سازمان جهانی بهداشت^۱، طب سنتی را این‌گونه تعریف کرده است: مجموعه‌ای از دانش، مهارت و شیوه‌های مبتنی بر نظریه‌ها، باورها و تجارب بومی در فرهنگ‌های مختلف است که چه قابل توضیح (و تطبیق با پزشکی رایج) باشد و چه نباشد، به منظور حفظ سلامتی و همچنین در پیشگیری، تشخیص، بهبود و یا درمان بیماری‌های جسمی و روانی به کار گرفته می‌شود. عبارت طب مکمل و جایگزین نیز که گاهی به جای طب سنتی به کار می‌رود، بر فعالیت‌های طب سنتی در یک کشور دلالت دارد که متعلق به خود آن کشور نیست (۲).

کشورهایی که از ادغام طب سنتی و طب مدرن، یک نظام یکپارچه و به خوبی پایه‌ریزی شده ایجاد کرده‌اند اقدامات مختلفی را در زمینه ورود طب سنتی در برنامه‌ریزی ملی سلامت، شمول محصولات و فعالیت‌های طب سنتی در گزارش حوادث ناخواسته^۲، ایجاد استانداردهای پیشرفته طب سنتی، جایگزین و مکمل در زمینه کیفیت و ایمنی، حمایت از ارتباطات میان‌رشته‌ای و مشارکت برای ارتقای مراقبت‌های یکپارچه و مردم محور^۳، پایش و ارزشیابی مشارکت طب سنتی، جایگزین و مکمل در دستیابی به پوشش همگانی سلامت از طریق گزارش‌دهی عمومی شاخص‌های طب سنتی، جایگزین و مکمل به صورت گزارش‌های ملی سالانه سلامت و نظام خدمات، تقویت ظرفیت پژوهش و به اشتراک‌گذاری اطلاعات برای ارتقای تصمیم‌گیری آگاه از شواهد در طب سنتی، جایگزین و مکمل و گسترش بیمه سلامت برای پوشش خدمات و محصولات طب سنتی، جایگزین و مکمل بر اساس شواهد ایمنی، اثربخشی و هزینه اثربخشی، صورت داده‌اند (۱). کشورهای که در طب سنتی پس‌زمینه عمیق‌تری دارند، به آن بهای بیشتری می‌دهند. در ادغام سازمانی، طب مکمل و جایگزین و پزشکی

1. World Health Organization
2. Adverse Event
3. People-Centered

مدرن به موازات هم فعالیت می‌کنند. در کشورهایی مثل چین که از این سیستم تبعیت می‌کنند، طب مدرن و طب مکمل و جایگزین توسط سازمان‌های عالی اداری مدیریت می‌شوند. نظام‌های سلامت یکپارچه بیشترین پشتیبانی را از طب سنتی و طب مکمل و جایگزین دارند. در این نظام‌های سلامت که برای طب سنتی و طب مکمل و جایگزین سیاست‌های ملی طراحی شده است، مدیریت آنها در دیپارتمان‌های مدیریتی مجزا صورت می‌گیرد؛ مقررات داروهای سنتی وضع شده است؛ برای خدمات مربوطه پوشش بیمه‌ای وجود دارد؛ نهادهای پژوهشی تاسیس شده است؛ آموزش طب سنتی و طب مکمل و جایگزین در چارچوب آموزش عالی رسمی صورت می‌گیرد و در بیمارستان‌های دولتی ارائه خدمات دارند. در هند و چین به دلیل پیشینه قوی طب سنتی و جمعیت زیاد، عموم مردم وابستگی زیادی به مراقبت‌های طب سنتی دارند و بیمارستان‌های طب سنتی بسیار زیادی وجود دارد (۳).

○ تعریف طب مکمل و جایگزین^۱

با توجه به روند رو به گسترش استفاده مردم از طب‌های سنتی و مکمل، مراکز جهانی معتبر و مهمی در حوزه تحقیقات علوم پزشکی (مانند NIH) و خدمات پزشکی (مانند مایوکلینیک)، به صورت جدی به این حوزه ورود پیدا کرده؛ و برای اینکه بتوانند اطلاعات دقیق و روزآمدی را در اختیار جامعه پزشکی و نیز بیماران قرار دهند، اقدام به شناسایی، طبقه‌بندی، مطالعه و معرفی این طب‌ها نموده‌اند.

بر اساس تعریفی که در حال حاضر نسبت به آن اجماع وجود دارد، طب‌های سنتی و مکمل عبارتند از روش‌ها و اقداماتی که برای سلامتی به کار می‌روند، ولی به صورت معمول جزیی از طب رایج^۲ نیستند (۱). این روش‌ها معمولاً در کنار طب رایج به شکل مکمل^۳ برای کمک به درمان و یا کاهش عوارض استفاده می‌شوند. ولی گاهی، به شرط اثبات ایمنی و اثربخشی، می‌توانند به جای طب رایج به شکل جایگزین^۴ هم استفاده شوند (۲).

تعریف فوق به سادگی بیانگر این حقیقت است که روش‌هایی برای سلامتی و درمان در جامعه وجود دارد که ما در دانشکده‌های طب رایج به آنها نمی‌پردازیم، ولی این روش‌ها در سلامت مردم مؤثر هستند و آمارها نشان می‌دهد که استفاده از آنها به شدت رو به رشد و گسترش است (۳). بنابراین دولت‌ها و سازمان‌های جهانی طی دو دهه اخیر درصدد شناسایی، آموزش، پژوهش، استانداردسازی و قانون‌گذاری در این حوزه برآمده‌اند.

○ تعریف پزشکی یکپارچه^۵ یا طب فراگیر، هدف و لزوم آموزش آن

طب فراگیر عبارت است از استفاده از تمامی پتانسیل‌ها و مداخلات درمانی ایمن و مؤثر موجود توسط درمانگران با تجربه و آموزش دیده به شکل همکاری تیمی. در واقع در جهان امروز تلاش می‌شود ابتدا با پژوهش‌های علمی، اثربخشی و ایمنی درمان‌های طب مکمل مورد ارزیابی قرار بگیرند، سپس روش‌ها و اقداماتی

1. Complementary and Alternative Medicine
2. National Institutes of Health
3. Conventional Medicine
4. Complementary
5. Alternative
6. Integrative Medicine

که میزان کافی از شواهد علمی را کسب می کنند، بر اساس پزشکی مبتنی بر شواهد^۱ به چرخه درمان وارد شوند.

با توجه به افزایش استفاده و روی آوردن مردم در کشورهای مختلف به طب های سنتی و مکمل، افزایش آگاهی پزشکان و کادر درمان در این زمینه امری ضروری است؛ و بر اساس توصیه های سازمان جهانی بهداشت در زمینه طب سنتی و مکمل، آموزش علمی و دانشگاهی افرادی که این خدمات را ارائه می دهند، مورد نیاز و الزامی است.

○ طبقه بندی مکاتب طب های سنتی و مکمل

NCCIH^۲ در سال ۲۰۰۰، یکی از مشهورترین و معتبرترین تقسیم بندی ها را در خصوص انواع طب های سنتی و مکمل ارائه داد. در این تقسیم بندی که کماکان مورد اقبال جهانی است و بصورت گسترده مورد استفاده قرار می گیرد، انواع روش ها و اقدامات درمانی سنتی و مکمل در پنج دسته بزرگ طبقه بندی می شوند.

(۱) روش هایی که از انواع محصولات طبیعی برای درمان استفاده می کنند، و شامل مکمل های گیاهی، انواع غذاهای دارویی، رژیم ها و تمام تجویزهایی که در طبیعت موجود هستند، می شود.

(۲) روش هایی که با مانورهای روی بدن و مانیپولاسیون همراه هستند.^۴ تمام انواع مکاتب ماساژدرمانی، و روش هایی مثل کایروپراکتیک و اوستئوپاتی در این دسته قرار دارند.

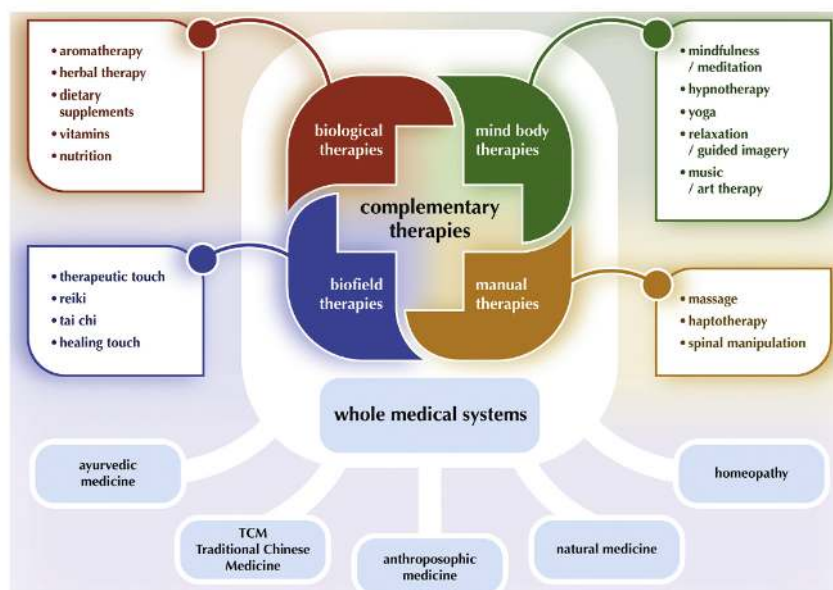
(۳) درمان های ذهنی - تنی.^۵ با توجه به تاثیر انکارناپذیر تفکرات، روحیات، احساسات و ذهنیات افراد بر روی وضعیت سلامت جسمی آنها، دسته بزرگی از درمان ها مانند مدیتیشن، ریلکسیشن، یوگا، تایچی، هیپنوز، بیوفیدبک، شناخت درمانی در این دسته قرار می گیرند.

(۴) انرژی درمانی^۶ یا پزشکی مبتنی بر بیوفیلد^۷ درمان هایی که به نوعی با انرژی های پیرامون انسان، شامل انرژی گرمایی، یا فیلد انرژی های بیوالکترومگنتیک^۸ در ارتباط هستند در این دسته قرار دارند. به عنوان مثال می توان به ریچی،^۹چی گنگ،^{۱۰}المس درمانی،^{۱۱}درمان با مگنت و^{۱۲}سنگ درمانی اشاره کرد.

(۵) سیستم های جامع پزشکی^{۱۳} در این دسته، مکاتب طب جامع مانند طب سنتی چین، طب سنتی هند (آیورودا)، طب سنتی ایرانی (که در هند آن را طب یونانی هم می نامند) قرار دارند.

تصویر ۱-۱ (۴)، مرور کلی از تقسیم بندی فوق در خصوص انواع پنج گانه طب های سنتی و مکمل را به صورت شماتیک نمایش می دهد:

1. Evidenced-Based Medicine
2. National Center for Complementary and Integrative Health
3. Biologically Based Systems
4. Manipulative and Body-based Systems (Manual Therapies)
5. Mind-Body Medicine
6. Tai chi
7. Energy Therapy (Medicine)
8. Bio field Medicine
9. Bio-electro-magnetic field
10. Riki
11. QiGong
12. Therapeutic Touch
13. Magnet Therapy
14. Whole Medical Systems



تصویر ۱-۱: تقسیم‌بندی انواع پنج‌گانه طب‌های سنتی و مکمل

○ آموزش و پژوهش طب‌های سنتی و مکمل در جهان

با توجه به اقبال گسترده مردم از انواع روش‌های سنتی و مکمل برای ارتقای سلامتی و کاهش عوارض بیماری‌ها، بسیاری از کشورها برنامه‌های گسترده‌ای را برای پژوهش در خصوص ایمنی و اثربخشی این روش‌ها و آموزش کادر پزشکی و عموم مردم در زمینه موارد کاربرد و خطرات احتمالی استفاده از این روش‌ها دارند. چین کشوری است که یکی از باستانی‌ترین و فلسفی‌ترین شیوه‌های سنتی درمان در جهان را دارا می‌باشد، که قدمت آن نزدیک به «طب مصری» است ولی بر خلاف آن، هزاران سال به طور مداوم و بی‌وقفه از طب سنتی خود بهره گرفته است. در این کشور، ۹۵ درصد بیمارستان‌های عمومی دارای بخش‌های ویژه پزشکی سنتی می‌باشند، و طب سنتی چین ۴۰ درصد خدمات بهداشتی درمانی را در این کشور بر عهده دارد. همچنین پوشش بیمه‌ای هزینه درمان، دارو و خدمات طب سنتی را به صورت کامل پرداخت می‌کند. با این توضیحات طبیعی است که مراکز عظیم پژوهشی و آموزشی در چین صرفاً به طب سنتی چینی می‌پردازند و تمام دانشجویان پزشکی در چین دوره‌های آموزشی نسبتاً مفصلی در مورد طب سنتی چینی می‌گذرانند. هند نیز یکی از کشورهایی است که دارای یکی از قدیمی‌ترین سیستم‌های طب سنتی به نام «آیورودا» می‌باشد. در واقع آیورودا یک سیستم پزشکی، مذهبی و فلسفی شامل ابعاد مختلف زندگی است. بخش پزشکی آن استفاده وسیعی در درمان بیماری‌ها، در زندگی مردم هندوستان دارد. در حدود ۴۰۰ هزار درمانگر آیورودا، ۲۴۲ بیمارستان آیورودا، ۱۱ هزار درمانگاه آیورودا و بیش از ۱۰۰ مدرسه عالی و دانشکده جهت آموزش این رشته وجود دارد. در هند یک وزارتخانه به نام AYUSH به طور اختصاصی امور مربوط به طب‌های سنتی و مکمل را ساماندهی، قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری می‌کند. آیوش مخفف پنج نوع مکتب طبی آیورودا، یوگا، طب یونانی، طب سیدها و هومیوپاتی است.

آلمان یکی از آزادترین کشورهای غربی در زمینه استفاده از طب مکمل است. ۷۷ درصد از مردم این کشور، حداقل یک‌بار در سال از طب مکمل استفاده می‌کنند. ۴۸ درصد از هزینه‌های دارویی آلمان به استفاده از داروهای گیاهی تعلق دارد. دوره‌های طب مکمل در بسیاری از دانشگاه‌ها مانند دانشگاه مونیخ، گیسن و دوسلدورف تدریس می‌شود. بر اساس تحقیق سال ۲۰۱۲ سه چهارم از پزشکان آلپاتی در آلمان از درمان‌های طب مکمل و جایگزین استفاده کرده‌اند. ۷۷ درصد درمانگاه‌های درد به انجام طب سوزنی مشغول بوده‌اند، و در سال ۲۰۱۲، ۱۰ تا ۱۳ هزار کارورز طب مکمل مشغول به فعالیت آموزشی بوده‌اند. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که در آلمان ۹۵ درصد پزشکان در تجویزهای روزمره خود از داروهای طبیعی استفاده می‌کنند؛ و تقریباً تمامی پزشکان این کشور بر این باورند که طب مکمل و سنتی باید با پزشکی رایج ادغام شود. لزوم ورود طب مکمل و سنتی در دوره‌های آموزشی پزشکان در بسیاری از کشورهای دنیا مدنظر قرار گرفته و به دانشگاه‌ها ابلاغ شده است (۵).

بررسی سیستم آموزشی دانشکده‌های پزشکی در کشورهای آفریقای جنوبی، استرالیا، اتریش، آلمان و سوئیس نشان داده است که در بسیاری از کوریکولوم‌های آموزشی این دانشکده‌ها، طب‌های مکمل و سنتی وارد شده است (۶). البته موضوع ورود طب مکمل و سنتی به آموزش پزشکی به دلیل نگرانی‌های موجود در مورد ایمنی و اثربخشی این روش‌ها و میزان شواهد و مدارک موجود در مورد آنها بحثی چالش برانگیز است (۷).

آنالیز داده‌های به دست آمده از مصاحبه با دانشجویان پزشکی در استرالیا، به منظور تعیین استراتژی‌های کلیدی برای ورود آموزش طب مکمل به کوریکولوم آموزش پزشکی، نشان دهنده لزوم ورود آموزش در این زمینه در قالب تئوری، عملی و تمرین در عرصه و به صورت پژوهشی است (۸).

در بررسی نظام‌مند وب‌سایت ۱۳۰ دانشکده پزشکی در ایالات متحده آمریکا، از لحاظ لیست دوره‌ها و محتوای آنها مشخص شد که نیمی از آنها، ۵۰/۸ درصد، حداقل یک دوره آموزشی یا طرح خارج از دانشگاه در زمینه طب‌های سنتی و مکمل ارائه می‌کنند. ۱۲۷ عنوان نیز جهت تدریس و یا روش تدریس شناسایی شدند. شایع‌ترین عنوان‌ها طب سنتی، طب سوزنی، روش‌های ارتقای روحیات و معنویات و گیاهان دارویی بودند. در ۲۵ درصد از دوره‌ها، روش‌های خود مراقبتی و ارتقای سلامت شخصی آموزش داده می‌شد. عمده آموزش این دوره‌ها شامل؛ آشنایی کلی دانشجویان با اسامی، تقسیم‌بندی‌ها و کلیات روش‌های مکمل و سنتی، ترمینولوژی و برخی شواهد علمی است. ولی مهم‌ترین هدف عبارتست از: «ارائه اطلاعات متنوع در مورد انواع انتخاب‌هایی که بیمار در مورد درمان یا ارتقای سلامتش دارد.» (۹).

پارلمان انگلستان در گزارشی در حوزه‌های علم و فناوری به طور اختصاصی به موضوع آموزش طب‌های سنتی و مکمل به دانشجویان گروه علوم پزشکی و پزشکان می‌پردازد. در این گزارش اشاره شده است که: «ضروری است تربیت دانشجویان پزشکی برای پاسخگویی به انتخاب‌های بیماران باشد. توصیه می‌کنیم که آشناسازی با طب‌های مکمل و سنتی باید به گونه‌ای باشد که دانشجویان پزشکی را برای کمک و راهنمایی به بیمارانی که از این طب‌ها استفاده می‌کنند و یا علاقه به استفاده دارند، آماده سازد. همچنین پیشنهاد می‌کنیم که دانشکده‌های پزشکی اطمینان حاصل کنند که کل دانشجویان پزشکی دوره عمومی آنچنان با طب‌های سنتی و مکمل آشنا شوند که نسبت به تمام انتخاب‌های بیمار سطوحی از آگاهی را دارا باشد.» (۱۰).

○ منابع

- 1) Yu Lee Park, Rachel Canaway. Integrating Traditional and Complementary Medicine with National Healthcare Systems for Universal Health Coverage in Asia and the Western Pacific. *Health Systems & Reform*. 2019. 5:1, 24-31, doi: 10.1080/23288604.2018.1539058
- 2) Tony Cavender. The Professionalization of Traditional Medicine in Zimbabwe. *Human Organization*. 1988; 47 (3): 251–254. doi: <https://doi.org/10.17730/humo.47.3.h287255716733517>
- 3) Chen, W., Li, Ec. , Zheng, Wr. Policies on Chinese Medicine in China May Have Enlightenments to Complementary and Alternative Medicine in the World. *Chin. J. Integr. Med*. 2018. 24, 789–793. <https://doi.org/10.1007/s11655-018-3008-0>
- 4) Miek C. Jong, Martine Busch, Erik W. Baars, “Integrative medicine in Dutch curative and long-term healthcare centres: Mapping the field”. *European Journal of Integrative Medicine*. 2019. Volume 28, Pages 14-19, ISSN 1876-3820, <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.04.003>.
- 5) Pierantozzi et al. Integrating complementary and alternative medicine into medical intern teaching: Preliminary findings from an Australian Hospital. *Practice*. 2013. 19(4):237-242
- 6) Brinkhaus et al. Integration of complementary and alternative medicine into medical schools in Austria, Germany and Switzerland – Results of a cross-sectional study. *Wien med wochenschr*. 2011. 161:32–43
- 7) Chitindingu et al. A review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine into the curriculum of South African medical schools. *BMC medical education*. 2014. 14:40. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-40>
- 8) Templeman et al. Integrating complementary medicine literacy education into Australian medical curricula: Student-identified techniques and strategies for implementation. *Complementary therapies in clinical practice*. 2015. 21 (4): 238-246
- 9) Virginia S Cowen, Vicki Cyr. Complementary and alternative medicine in US medical schools. *Adv Med Educ Pract*. 2015; 6: 113–117. doi: 10.2147/AMEP.S69761
- 10) <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12313.htm>

برای مطالعه اختیاری

فصل ۲: از علم و شبه علم در فلسفه تا طب سنتی

گردآوری: دکتر حسین رضایی‌زاده، دکتر زهرا قربانی‌فر

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- علم و شبه علم
- طب‌های سنتی و مکمل: علم یا شبه‌علم؟
- گفتاری از دکتر مهدی گلشنی
- حکمت و طبقه‌بندی علوم

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- مفهوم علم و غیر علم و شبه علم را شرح دهیم.
- معیارهای بررسی علمی بودن علم را بر اساس نظریه‌های مختلف بیان کنیم.
- بر اساس معیارهای فلسفه علم، علمی بودن طب سنتی را توضیح دهیم.

○ علم و شبه علم

در گذشته، واژه علم به هر دانش نظام‌مندی گفته می‌شد و اگرچه در قرن نوزدهم بیشتر برای اشکال خاصی از دانش آکادمیک به کار می‌رفت، اما در قرن بیستم واژه علم به معنای مطالعه دقیق ساختار و رفتار، به خصوص از طریق مشاهده، اندازه‌گیری، انجام آزمایش و ساختن نظریه‌ها برای توصیف آن فعالیت‌ها به کار رفت. با توجه به تعریف فوق، در اواسط قرن نوزدهم برای توصیف حوزه‌هایی مانند ادبیات، فلسفه، تاریخ، زبان، هنر و حتی اخلاق و دین واژه غیرعلم به کار رفته است.

واژه شبه‌علم، ظاهری شبیه علم دارد و شامل نظریه‌ها و فعالیت‌هایی است که علمی تلقی می‌شوند، اما مبنایی در علم ندارند؛ یعنی یا ابطال شده‌اند یا قابل آزمون علمی نیستند، بنابراین شبه‌علم نه قابل تبیین است و نه قابل رد و نه از طریق روش علمی قابل توضیح. باید گفت اجماعی بین فلاسفه علم در مورد وجود یک معیار قاطع برای تمیز دادن علم و غیرعلم و شبه‌علم وجود ندارد و در فلسفه علم رایج، جالفتاده است که تئوری‌ها هرگز به کلی ابطال نمی‌شوند و همچنین هرگز به‌طور قطعی ثابت نمی‌شوند (۱).

○ طب‌های سنتی و مکمل: علم یا شبه‌علم؟

اگر بخواهیم از طریق معیارهای فلسفه علم، علمی بودن طب‌های سنتی از جمله طب ایرانی را بررسی کنیم حداقل سه گزاره زیر قابل توجه است:

- اولین و مشهورترین معیار ارائه شده توسط فیلسوفان علم، معیار استقراگرایان است که اتکاء بر مشاهده تجربی، آزمایش و استقرا را معیار علم بودن یک حوزه از دانش معرفی می‌کند. مشاهده روش‌مند با ابزار دقیق، بدون هرگونه پیش‌داوری صورت می‌گیرد. چنانچه بخواهیم علمی بودن گزاره‌های طب ایرانی و مکمل را با این مبنا نشان دهیم لازم است آزمایش‌های دقیق و روش‌مند انجام شود. اولاً بررسی‌ها نشان می‌دهد شاخص‌ترین چهره‌های دانش طب ایرانی، از جمله محمدبن زکریای رازی و ابن سینا بر تجربه و استقرا پافشاری کرده‌اند و هرگز بر گفته‌های پیشینیان و قیاس اکتفا نکرده‌اند. دوم اینکه امروزه در حوزه

آکادمیک، درمانگران و پژوهشگران طب سنتی و مکمل در کشورهای مختلف با استفاده از متدولوژی‌های مشترک علمی به اثبات ایمنی و اثربخشی شیوه‌های خود می‌پردازند و نتایج آنها را در قالب مقالات علمی منتشر می‌کنند. بنابراین از منظر استقراگرایان، می‌توان این دانش‌ها را علم تلقی کرد. به عبارت دیگر، بر اساس معیار استقراگرایان، دانش طب سنتی، علم به معنای نوین کلمه می‌باشد (۲)

- یکی دیگر از مهم‌ترین نظریه‌ها، نظریه کارل پوپر است که ضمن نقد استقراگرایان، ابطال‌پذیری را به عنوان معیار تمیز علم و غیرعلم معرفی می‌کند. او باور داشت که یک نظریه وقتی علمی است که بتوان آزمایشی سرنوشت‌ساز معرفی کرد تا آن را رد کند. در طب‌های سنتی و مکمل آن چه که کار پزشک تلقی می‌شود شناسایی بیماری، انتخاب دارو و تجویز نسخه بر اساس خصوصیات بیمار و بیماری است. از آنجا که این اقدامات کاملاً تجربی و ضابطه‌مند بوده، و قابلیت آزموده شدن توسط تجربه را دارد، پس ابطال‌پذیر و بر اساس معیار ابطال‌گرایان، علم به معنای نوین کلمه می‌باشد (۳).
 - سومین نظریه مطرح، نظریه تامس کوهن است که ضمن نقد معیارهای پیشین، پارادایم داشتن را تنها معیار برای علم بودن معرفی می‌کند. پارادایم، اساسی‌ترین مفهوم در فلسفه کوهن است و بر اساس آن، دانشمندان معتقد به پارادایم‌های گوناگون، هستی را به گونه‌ای متفاوت می‌بینند و در جهان‌های پژوهشی متفاوتی زندگی و آن را توصیف می‌کنند. بنابراین از منظر تامس کوهن، دانش طب ایرانی را که واجد پارادایمی مستقل شامل مفاهیم، قوانین، اصول و موازین خود است، می‌توان علم تلقی کرد (۴).
- در نهایت می‌توان گفت طبق هر سه نظریه فوق یعنی استقراگرایی، ابطال‌گرایی و دارا بودن پارادایم، دانش طب ایرانی علم است (۵).

○ گفتاری از استاد، دکتر مهدی گلشنی^۱ (با اندکی تلخیص):

«امروزه درباره طب سنتی مغالطاتی وجود دارد. ایران در طب سنتی نسبت به دیگر کشورها جایگاه والاتری دارد تا جایی که اگر نامش را هم طب ایرانی بگذاریم، اشکالی ندارد. مغالطاتی که در مورد طب سنتی صورت می‌گیرد به علت آن زمینه فکری است که در صد سال اخیر در جهان غرب و بالتبع در جهان اسلام حاکم بوده است، خود جهان غرب، حداقل در میان سرآمدان علم، این زمینه‌های فکری را تا حد زیادی اصلاح کرده است، ولی ایران از این لحاظ عقب مانده است. صد سال بعد از نیوتن و تقریباً از شروع قرن ۱۸، مکتبی رایج شد که اعتبار را برای اشیایی که با حواس درک می‌شود، قائل بود و کم کم پوزیتیویسم در فضای علمی حاکم شد که معتقد بود هر چیزی از راه حواس کسب شود اعتبار دارد. این تلقی‌ها با ظهور داروین، فروید، ماکس و ... تقویت شد و این روند تا نیمه اول قرن بیستم حاکم بود. نظریه کوانتوم نیز که حاکم شد، همین دیدگاه را داشت و به رواج این فکر کمک کرد. ولی در نیمه اول قرن بیستم، پوپر مسأله‌ای را مطرح کرد و در پی آن گفت: دانش بشری به دو بخش علمی و غیرعلمی قابل تقسیم است. او آنچه را که ابطال‌پذیر است علمی می‌دانست و غیرعلمی را به دو بخش قابل قبول مانند فلسفه و اخلاق، و بخش غیرقابل قبول یعنی شبه علم تقسیم کرد.

۱. دکترای فیزیک از دانشگاه کالیفرنیا، بنیان‌گذار گروه فلسفه علم دانشگاه صنعتی شریف، فیزیک‌دان، نظریه‌پرداز و پژوهشگر فلسفه علم، استاد ممتاز دانشگاه صنعتی شریف، چهره ماندگار فیزیک و عضو پیوسته فرهنگستان علوم ایران.

اگرچه خود پوپر که این تقسیم‌بندی‌ها را انجام داد، هم برای فلسفه‌شان و هم برای اخلاق قائل بود، اما متأسفانه هم‌اکنون در کشور ما برخی در محیط‌های فیزیک، زیست‌شناسی، مثلاً فلسفه را قبول ندارند و اخلاق را اصلاً به عنوان اصل نمی‌گیرند یا هرچه غیر از حوزه تخصصی خود را شبه علم تلقی می‌کنند.

اکنون، یک سؤال پیش می‌آید که معیار علمی و شبه علمی بودن چیست؟ در واقع در نیمه دوم قرن بیستم، اولاً فلاسفه علم به این نتیجه رسیدند که یک مجموعه معین از آزمایش‌ها هیچگاه نظریه‌ای را قطعی نمی‌کند. سخن فلاسفه علم، که اینشتین به آن معتقد بود، این بود که ما هیچ‌گاه یک نظریه را قطعی نمی‌دانیم. «فاینمن» هم که یکی از فیزیکدانان برجسته قرن بیستم بود گفت: آنچه امروز قطعی است، شاید صد سال بعد دیگر قطعی نباشد. اینها معتقد بودند که روز به روز بهره دانش ما از طبیعت غنی‌تر می‌شود.

در پاسخ به این سؤال که چرا با پزشکی مرفی روز به سراغ طب سنتی می‌رویم می‌توان گفت: این طب، یک بُعد نظری و یک بُعد عملی دارد. سؤال من این است که مگر فیزیک‌دانان با مطرح شدن مکانیک اینشتینی و مکانیک کوانتومی، مکانیک نیوتنی را کنار گذاشتند؟ الان ما در سطح کلان و ماکروسکوپی مکانیک نیوتنی را به کار می‌بریم. هم پزشک، هم مهندس و هم فیزیک‌دان در سطح معمولی، فیزیک نیوتنی را به کار می‌برند، اما وقتی سراغ جهان میکروسکوپی می‌روند، فیزیک کوانتوم را به کار می‌گیرند.

منتقدان طب سنتی می‌گویند ما اصلاً طب سنتی و مسائلی مانند مزاج را نمی‌فهمیم. کوانتوم نظریه معروفی است که در حوزه‌های بی‌شماری به کار می‌رود و تا به حال هیچ موردی نیست که این نظریه را رد کند، ولی فیزیک‌دانان طراز اول دوران ما غالباً گفته‌اند که این نظریه به هیچ وجه قابل فهم نیست، ولی چون همه چیز را توجیه می‌کند، بعضی قبولش کرده‌اند و بعضی دنبال یک نظریه جدید می‌گردند. ولی چون فهم‌پذیری عالم برای اینشتین مهم بود، آن را قبول نکرد. پس اگر شما دلایل طرح کردن مزاج‌ها را نمی‌فهمید، این مشکل طب سنتی نیست.

بنده طب سنتی را شبه علم نمی‌دانم. طب سنتی وضعیتی شبیه مورد نظریه کوانتوم دارد که مورد قبول همه فیزیک‌دانان است در حالی که خودش قابل فهم نیست، ولی چون در همه زمینه‌های موجود جواب می‌دهد آن را کنار نگذاشته‌اند. در مقام جمع‌بندی می‌گویم: اولاً معیار و مرز دقیقی میان آنچه علم و شبه علم خوانده می‌شود وجود ندارد و ثانیاً طب سنتی دو مقام دارد. در مقام عمل دستاوردهای زیادی داشته است و لازم است پیگیری شود، و در مقام نظر رویکرد متفاوت آن در بسیاری از موارد، مکمل طب جدید می‌باشد و لازم است مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد.

اکنون زمان آن رسیده است که در دانشگاه‌های ما به کل‌نگری و مطالعات بین‌رشته‌ای بیشتر توجه شود و تحولات مثبتی که در این راستا در غرب رخ داده است مورد بحث و بررسی قرار گیرد.» (۶)

○ حکمت و طبقه‌بندی علوم

چنانکه گفته شد، مباحث گذشته که گفتگوهای جدیدی هم نیستند، عملاً اختلاف نظر بین پزشکان بالینی و متخصصان فلسفه علم محسوب می‌شوند، بنابراین با نگاه عمل‌گرایی در طب، تاثیری بر انتخاب خدمت به بیمار - با رعایت مسائل اخلاقی، ایمنی و اثربخش بودن - ندارد.

مرور جایگاه علم پزشکی در بین سایر علوم و نحوه طبقه‌بندی آن می‌تواند جالب باشد. در گذشته مجموع دانش‌های زمان را حکمت می‌نامیدند و کسی را که به همه آن علوم احاطه داشت، حکیم می‌گفتند. ارتباط

علوم با یکدیگر و سیر مطالعاتی فراگیران به‌نحوی بود که معمولاً متخصص هر فن و دانش از سایر علوم زمان خود نیز به قدر کافی آگاهی می‌یافته و با یک جهان‌بینی کامل در حیطه تخصص خود به تعلیم و تعلم می‌پرداخته است.

در گذشته، مجموعه علوم به دو دسته کلی تقسیم می‌شدند (تصویر ۱-۲):

(۱) حکمت نظری: در سه سطح به بررسی وجود می‌پردازد: علوم مابعدالطبیعه (وجود بدون ماده)، علوم طبیعی و علوم ریاضی (وجود با ماده)

الف. علوم مابعدالطبیعه (متافیزیک): در مورد الهیات یا مجردات بحث می‌کند.

ب. علوم طبیعی: به عالم تجربه و بررسی تغییرات می‌پردازد و شامل علومى مانند شیمی (کیمیا)، فیزیک، هواشناسی، کشاورزی، جانورشناسی، گیاه‌شناسی (علم نباتات) و «علم طب» است.

ج. علوم ریاضی: قوانین ثبات و حاکم بر اجسام و طبیعت را بررسی می‌کند و شامل این اقسام است:

علم حساب: بررسی جسم از نظر تعداد

علم هندسه: بررسی جسم از نظر شکل و ظاهر

علم نجوم (ستاره‌شناسی): بررسی وضعیت جسم در کائنات

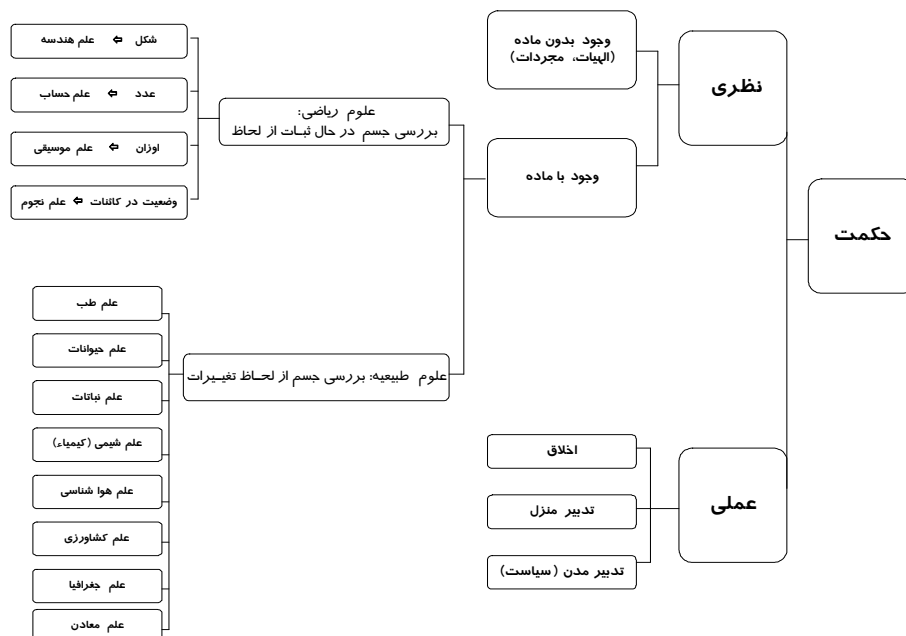
علم موسیقی: بررسی اوزان و نظم و ترتیب.

(۲) حکمت عملی: روابط بین موجودات را مورد بحث قرار می‌دهد، شامل:

الف: اخلاق فردی و اجتماعی

ب: تدبیر منزل (رسیدگی به امور شخصی و خانوادگی و عقل معیشت)

ج: تدبیر مَدُن یا سیاست (اداره شهر و کشور) (۷).



تصویر ۱-۲: تقسیم‌بندی حکمت

○ منابع

- (۱) معرفی اجمالی کتاب «علم و شبه‌علم» نوشته دکتر مهدی گلشنی، محمد جمالی و مرتضی خطیری. نشر علم. ۱۳۹۹ (شهرام تقی‌زاده‌انصاری، روزنامه‌نگار، گزارش منتشر شده در فرهیختگان)
<https://farhikhtegandaily.com/news/51642/>
- (۲) مقدس، نجمه. ناجی اصفهانی، حامد. بازخوانی علمی طب سنتی ایرانی از منظر استقراگرایی با تکیه بر آراء ابن سینا و محمد بن زکریای رازی. مجله طب سنتی اسلام و ایران. ۱۳۹۵؛ ۷ (۳): ۲۴۱-۲۴۹
- (۳) مقدس، نجمه. ناجی اصفهانی، حامد. کرباسی زاده، امیر احسان. آیا طب سنتی ایرانی بر مبنای علم شناسی ابطال‌گرایان، یک علم محسوب می‌گردد؟! مجله طب سنتی اسلام و ایران. سال هشتم، شماره اول، بهار ۱۳۹۶
- (۴) ناجی اصفهانی، حامد. مقدس، نجمه. بازخوانی علمی طب سنتی ایرانی بر مبنای علم شناسی تامس کوهن. مجله طب سنتی اسلام و ایران، دوره: ۵، شماره: ۱
- (۵) مقدس، نجمه. فلسفه طب سنتی ایرانی بر مبنای آراء ابن سینا و سید اسماعیل جرجانی. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه اصفهان - دانشکده ادبیات و علوم انسانی. ۱۳۹۳ (پایان‌نامه)
- (۶) مهدی گلشنی. دانشگاه‌ها کل‌نگر باشند/ طب سنتی مکمل پزشکی مدرن است.
<https://www.mehrnews.com/news/5078293/>
- (۷) ناصری، محسن. رضایی‌زاده، حسین. چوپانی، رسول. انوشیرانی، مجید. مروی بر کلیات طب سنتی ایران. تهران. انتشارات طب سنتی ایران. چاپ بیست و هشتم. ۱۳۹۹

برای مطالعه اختیاری

فصل ۳: طب فراگیر و تولید شواهد

دکتر آیه نقی‌زاده، دکتر حسین رضایی‌زاده

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- پزشکی یکپارچه یا طب فراگیر
- توسعه طب‌های سنتی
- تحقیقات و روش‌شناسی پژوهش در حوزه طب سنتی و مکمل

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- مبنای تفکری رویکرد پزشکی یکپارچه یا فراگیر را شرح دهیم.
- استراتژی‌های سازمان جهانی بهداشت را برای توسعه طب سنتی توضیح دهیم.
- مراحل روش‌شناسی تحقیق در طب‌های سنتی را بیان کنیم.

○ پزشکی یکپارچه یا طب فراگیر

پزشکی یکپارچه یا فراگیر^۱ به رویکردی پزشکی اطلاق می‌شود که در آن از روش‌های درمانی طب مکمل در کنار طب رایج استفاده می‌شود، به گونه‌ای که یک برنامه درمانی جامع برای بیماران فراهم آورد. این طب بیشتر بر سلامت و ارتقای آن متمرکز است، نه صرفاً بیماری و درمان (۱).

به عبارت دیگر، طب فراگیر و یکپارچه رویکردی نوین در عرصه پزشکی است که در رشته‌های مختلف پزشکی در حال توسعه است و معطوف به کل فرد و تمام جنبه‌های سبک زندگی او است، بر اهمیت ارتباط بین پزشک و بیمار تأکید می‌کند و از تمام روش‌های درمانی مناسب اعم از طب رایج و طب سنتی و مکمل برای دستیابی به بهترین درمان استفاده می‌کند. روش‌های طب مکمل نقش بسزایی در ارتقای کیفیت زندگی، کاهش شدت علائم و عوارض جانبی در بیماران دارند، بنابراین سیستم مراقبت جامعی را برای بیماران در هر مرحله از درمان و سطح شرایط بالینی، فراهم می‌کند.

اصول اصلی این نگرش شامل حفظ یا بهبود کیفیت زندگی بیماران در سراسر دوره درمان، فردی‌سازی، کل‌نگری، پویایی، هم‌افزایی و همکاری در مراقبت از بیمار است. البته ضروری است که تیم مراقبت از بیمار توجه کافی به ایمنی، استاندارد بودن و کیفیت روش‌های درمانی و تداخلات دارویی داشته باشد.

در دو دهه گذشته توجه به ضرورت توسعه طب فراگیر در زمینه‌هایی مثل کنترل و درمان سرطان، بیماری‌های مغز و اعصاب، بیماری‌های کودکان، بیماری‌های تنفسی و ریوی، بیماری‌های زنان و ناباروری و حتی طب نظامی نیز تسری پیدا کرده است.

○ توسعه طب‌های سنتی

استراتژی‌های سازمان جهانی بهداشت برای توسعه طب سنتی با تمرکز بر پوشش سلامت، دسترسی به خدمات و کاهش هزینه‌ها بوده و هدف آن شناسایی کامل نقش طب‌های سنتی در سلامت افراد و ارتقای استفاده مؤثر از این طب است (۲). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ بیانیه‌ای را در زمینه توسعه دانش طب سنتی

صادر کرده است و از آن هنگام تا کنون به ارائه برنامه‌هایی برای توسعه این دانش در جهان پرداخته است. در مجمع جهانی بهداشت (WHA) که بالاترین مرجع سیاست‌گذاری بهداشت در سطح جهانی است، در سال ۲۰۰۹ قطعنامه (WHA62.13) در مورد طب سنتی به تصویب رسید و از مدیر کل سازمان درخواست کرد تا استراتژی طب سنتی ۲۰۰۲-۲۰۰۵ سازمان جهانی بهداشت را بر اساس پیشرفت کشورها و چالش‌های جدید فعلی در زمینه طب سنتی به روز کند. بنابراین استراتژی طب سنتی WHO 2014-2023 تدوین شد که بر اساس آن توسعه و مسیر طب سنتی و مکمل را در دهه بعدی تعیین می‌کند. خلاصه این برنامه‌های راهبردی در جدول‌های ۱-۳ و ۲-۳ آمده است (۳).

جدول ۱-۳: شاخص‌های کلیدی عملکرد راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت ۲۰۲۳-۲۰۱۴

اهداف راهبردی	دستورالعمل‌های راهبردی	نتیجه مورد انتظار	شاخص معیار
تولید دانش پایه برای مدیریت فعال طب سنتی و مکمل از طریق سیاست‌های ملی مناسب	درک و شناخت نقش و توان بالقوه طب سنتی و مکمل	- شناسایی شیوه‌ها و درمانگران طب سنتی و مکمل و تجزیه و تحلیل بر اساس مشخصات کشور - تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های طب سنتی و مکمل توسط دولت	- تعداد کشورهای عضو با گزارش‌هایی از سیاست ملی/استانی/ایالتی طب سنتی و مکمل - تعداد کشورهای عضو با گزارش‌هایی از افزایش یافته‌های پژوهشی در بخش دولتی/عمومی
تقویت و تضمین کیفیت، ایمنی، استفاده مناسب و اثربخشی طب سنتی و مکمل با سازماندهی محصولات، رویکردها و پزشکان	درک نقش و اهمیت ساماندهی محصولات تشخیص و توسعه قوانین مربوط به آموزش دانش و مهارت پزشکان و ساماندهی خدمات، رویکردها و روش‌های درمانی طب سنتی و مکمل	- تدوین و اجرای ملی قوانین سازماندهی محصولات طب سنتی و مکمل مانند ثبت این محصولات - تقویت نظارت بر ایمنی محصولات و سایر رویکردهای طب سنتی و مکمل - دستورالعمل‌های فنی و روش توسعه یافته برای ارزیابی ایمنی، اثربخشی کیفیت خدمات طب سنتی و مکمل - استانداردهای توسعه یافته توسط دولت برای محصولات، رویکردها و دست‌اندرکاران طب سنتی و مکمل - تدوین برنامه، معیار و ظرفیت‌های اجرایی برای آموزش پزشکان طب سنتی و مکمل - بهبود استفاده بی‌خطر و مؤثر از طب سنتی و مکمل	- تعداد اعضای که گزارش ملی از قوانین سازماندهی محصولات ارائه دادند. - تعداد اعضای که گزارش ملی/استانی از مقررات دولت رویکردهای طب سنتی و مکمل ارائه دادند - تعداد اعضای که گزارش ملی/استانی/ایالتی از مقررات ثبت نام پزشکان و درمانگران طب سنتی و مکمل ارائه داده‌اند
گسترش پوشش بهداشت جهانی به کمک ادغام خدمات طب سنتی و مکمل در سیستم ارائه خدمات بهداشتی و مراقبت از خود	سرمایه‌گذاری روی پتانسیل طب سنتی و مکمل برای بهبود نتایج خدمات سلامت و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اطمینان به مصرف کنندگان به جهت انتخاب آگاهانه در مورد خدمات سلامتی و مراقبت از خود	- ادغام طب سنتی و مکمل در سیستم سلامت - بهبود خدمات و دسترسی به طب سنتی و مکمل - بهبود ارتباط بین پزشکان طب رایج و نهادهای حرفه‌ای طب سنتی و مکمل - آگاهی بهتر و دسترسی به اطلاعات در مورد استفاده مناسب از طب سنتی و مکمل بهبود ارتباطات بین پزشکان طب رایج و بیماران در مورد استفاده از طب سنتی و مکمل	- تعداد کشورهای عضو گزارش ملی از طرح/برنامه/روش خود در مورد ادغام خدمات طب سنتی و مکمل در سیستم سلامت ارائه داده‌اند - تعداد اعضا با گزارش ایالتی از برنامه‌های آموزشی برای مصرف کنندگان در زمینه کاربرد طب سنتی و مکمل در خدمات مراقبت از خود

جدول ۳-۲: راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت برای ارتقای طب سنتی در سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۲

اهداف	اجزا	نتایج مورد انتظار
سیاست‌گذاری: ادغام صحیح طب سنتی با سیستم بهداشتی درمانی کشور، با توسعه سیاست‌گذاری و اجرای برنامه‌های مناسب در رابطه با طب سنتی	۱- بازشناسی طب سنتی: کمک به کشورها در جهت توسعه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ملی در رابطه با طب سنتی	۱-۱: افزایش حمایت دولتی از طب سنتی با سیاست‌گذاری ملی در رابطه با طب سنتی ۲-۱: ادغام طب سنتی با سیستم بهداشتی درمانی کشور
سلامت، اثربخشی و کیفیت: ارتقای سلامت، اثربخشی و کیفیت طب سنتی با توسعه مبانی علمی طب سنتی و با سامان بخشی استانداردهای تضمین کیفیت	۲- محافظت و صیانت از دانش بومی طب سنتی: کمک به کشورها در راستای حفظ دانش بومی طب سنتی	۱-۲: گسترش ثبت و نگهداری دانش سنتی بومی، شامل توسعه کتابخانه‌های طب سنتی دیجیتالی
دسترسی: افزایش دسترسی و ارائه طب سنتی به صورت مناسب با تأکید بر دسترسی مردم کم‌درآمد	۳- مستند نمودن طب سنتی: افزایش دسترسی و توسعه اطلاعات راجع به سلامت، اثربخشی و کیفیت طب سنتی با تأکید بر مشکلات خط مقدم سلامت مانند مالاریا و ایدز	۱-۳: افزایش دستیابی و مقدار دانش طب سنتی توسط کارهای شبکه‌ای و تبادل اطلاعات صحیح ۲-۳: بررسی تکنیکی تحقیقات طب سنتی در مورد پیشگیری و درمان بیماری‌های شایع ۳-۳: حمایت‌های مخصوص در مورد تحقیقات کلینیکی در رابطه با استفاده از طب سنتی جهت مشکلات طبای دارای اولویت بالا مانند مالاریا، ایدز و بیماری‌های شایع
دسترسی: افزایش دسترسی و ارائه طب سنتی به صورت مناسب با تأکید بر دسترسی مردم کم‌درآمد	۴- ساماندهی داروهای گیاهی: حمایت کشورها برای تأسیس سازمان‌های منظم و موثر برای ثبت و تضمین کیفیت داروهای گیاهی	۱-۴: تنظیم قوانین ملی جهت ثبت داروهای گیاهی ۲-۴: بررسی سالم بودن داروهای گیاهی و سایر روش‌های درمانی طب سنتی
دسترسی: افزایش دسترسی و ارائه طب سنتی به صورت مناسب با تأکید بر دسترسی مردم کم‌درآمد	۵- وضع قوانین سلامتی، اثر بخشی و کیفیت توسعه و حمایت از روش‌های تخصصی جهت تضمین سلامتی، اثر بخشی و کنترل کیفیت داروهای گیاهی و دیگر محصولات و روش‌های درمانی طب سنتی	۱-۵: روش‌های تخصصی برای ارزیابی سلامتی، اثر بخشی و کیفیت طب سنتی ۱-۵: آیین‌نامه برای اطلاعات مستند در رابطه با سلامتی، اثر بخشی و کیفیت روش‌های درمانی طب سنتی
دسترسی: افزایش دسترسی و ارائه طب سنتی به صورت مناسب با تأکید بر دسترسی مردم کم‌درآمد	۶- شناسایی نقش شاغلین حرف طب سنتی در مراقبت‌های بهداشتی: حمایت از شناسایی جایگاه کارکنان طب سنتی در سیستم بهداشتی درمانی با تشویق گفت‌وگو بین کارکنان طب سنتی و طب جدید	۱-۶: در صورت امکان تعیین معیارهایی برای ارزیابی نسبت هزینه به اثر بخشی و دسترسی عادلانه به طب سنتی ۲-۶: افزایش نقش طب سنتی در سیستم بهداشتی درمانی کشور ۳-۶: افزایش تعداد سازمان‌های ملی طب سنتی
دسترسی: افزایش دسترسی و ارائه طب سنتی به صورت مناسب با تأکید بر دسترسی مردم کم‌درآمد	۷- حفظ گیاهان دارویی: افزایش استفاده صحیح و مستمر و کشت گیاهان دارویی	۱-۷: ارائه راهنمایی برای فعالیت‌های مناسب کشاورزی گیاهان دارویی ۲-۷: استفاده صحیح و مستمر از گیاهان دارویی
دسترسی: افزایش دسترسی و ارائه طب سنتی به صورت مناسب با تأکید بر دسترسی مردم کم‌درآمد	۸- استفاده صحیح از طب سنتی توسط شاغلین این حرف: افزایش ظرفیت علم کارکنان طب سنتی برای استفاده مناسب از محصولات و روش‌های درمانی طب سنتی	۱-۸: آموزش پایه روش‌های درمانی شایع طب سنتی به کارکنان جدید ۲-۸: آموزش پایه خدمات بهداشتی اولیه برای کارکنان طب سنتی
دسترسی: افزایش دسترسی و ارائه طب سنتی به صورت مناسب با تأکید بر دسترسی مردم کم‌درآمد	۹- استفاده صحیح از طب سنتی توسط مصرف کنندگان: افزایش ظرفیت علمی مصرف کنندگان برای گرفتن تصمیمات آگاهانه جهت استفاده از درمان‌های طب سنتی	۱-۹: اطلاعات قابل اطمینان برای مصرف کنندگان درباره استفاده مناسب از روش‌های درمانی طب سنتی ۲-۹: بهبود روابط پزشکان جدید با بیماران‌شان در رابطه با استفاده از طب سنتی

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، تعداد کشورهای عضو دارای سیاست ملی در مورد T&CM^۱ به طور مداوم افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۸، در مجموع ۹۸ کشور (بیش از ۵۰ درصد کشورهای عضو) دارای سیاست ملی در مورد T&CM بوده‌اند که ایران هم جزو آنها بوده است. در حقیقت، سیاست‌گذاران ایران

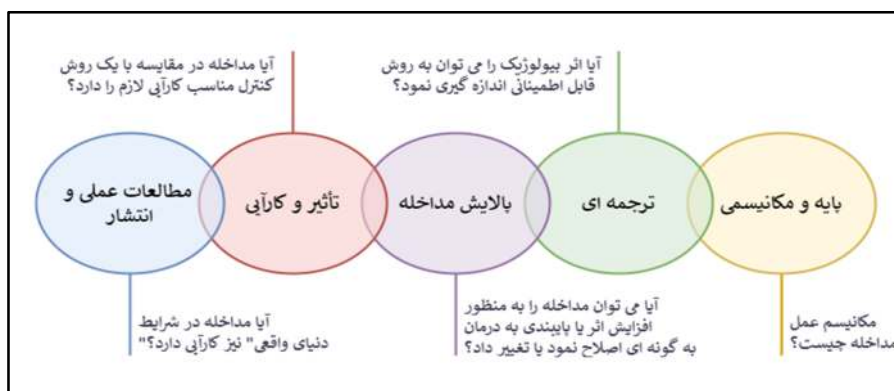
1. Traditional & Complementary Medicine

اسلامی از مدتی قبل، اهمیت پرداختن به طب ایرانی را درک کرده و به دنبال راهکارهای قانونی برای نهادینه کردن این مکتب طبی و ادغام آن در سیستم سلامت کشور هستند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تشکیل شورای آموزش و پژوهش طب سنتی و مکمل کشور در سال ۱۳۸۲ اولین گام اساسی را در جهت توسعه قانون‌مند طب ایرانی برداشت. در حال حاضر در اسناد بالادستی شامل سیاست‌های کلی سلامت، سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی، برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، احکام قانون برنامه ششم توسعه در حوزه طب ایرانی و گیاهان دارویی، سند نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع سلامت کشور توجه به طب و داروسازی سنتی مورد توجه قرار گرفته است. و از اولویت‌های نظام تحقیقات سلامت کشور است (۴).

○ تحقیقات و روش‌شناسی پژوهش در حوزه طب سنتی و مکمل

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸، اصلی‌ترین مشکل کشورها در حوزه T&CM، کمبود شواهد گزارش شده است. پژوهش در حوزه طب‌های سنتی، ضمانت پیشرفت و پذیرش بهتر آن توسط جامعه علمی و عموم مردم چه در ایران و چه سایر کشورها است (۳). مرکز ملی سلامت یکپارچه و مکمل آمریکا^۱ NCCIH برای تحقیقات علمی در مورد سیستم‌ها، روش‌ها و محصولات است که عموماً جزء طب رایج محسوب نمی‌شوند و تحقیقات هدف آن، شامل مطالعات پایه از جمله کشف مکانیسم‌های اثر و نیز بررسی اثربخشی برای تعیین تأثیرات بالینی و کارایی است.

بر اساس چارچوب پیشنهادی این مرکز، استراتژی کلی تحقیق در طب‌های سنتی باید به گونه‌ای باشد که تمام ابعاد آن را مد نظر داشته باشد. برای اطمینان از حصول نتایج معنادار در کارآزمایی بالینی بزرگ مقیاس، وجود داده‌های اولیه کافی از مطالعات پایه، مکانیسمی، ترجمه‌ای و مداخله‌ای برای طراحی کارآزمایی‌های بالینی ضروری است (تصویر ۱-۳).



تصویر ۱-۳: طیف سوالات پژوهشی در حوزه طب سنتی و مکمل (برگرفته از سایت مرکز ملی سلامت یکپارچه و مکمل: NCCIH)

روش‌شناسی تحقیق و ارزیابی رویکردهای طب سنتی باید از طرفی ایمنی و اثربخشی داروهای گیاهی و درمان‌های سنتی را تضمین کنند، و از طرف دیگر نباید مانعی برای استفاده و توسعه طب سنتی شوند (۵). با توجه به رویکرد جامع طب‌های سنتی به درمان - از جمله درمان‌های طب ایرانی که شامل تدابیر، دارودرمانی

1. National Center for Complementary and Integrative Health

و اعمال یداوای یا ترکیبی از اینها است - ارزیابی اثربخشی طب سنتی ممکن است کاملاً متفاوت از طب رایج باشد. سازمان جهانی بهداشت روش‌شناسی تحقیقات در زمینه طب سنتی را در حوزه‌های گیاهان دارویی و درمان‌های غیردارویی مشخص کرده که شامل دو مرحله زیر است.

مرحله اول، مرور پیشینه پژوهش:

اولین مرحله در ارزیابی ایمنی و یا اثربخشی یک داروی گیاهی (چه مفرد و چه ترکیبی) و یا یک روش درمانی، مرور پیشینه پژوهشی است. جستجوی متون باید شامل کتاب‌های مرجع، مقالات مروری، مرورهای سیستماتیک و جستجوی داده‌پایگاه‌ها باشد. هنگام مرور پیشینه پژوهش‌های مربوط به طب سنتی (هم داروهای گیاهی و هم درمان‌های غیردارویی)، باید نظریه‌ها و مفاهیم مربوط به طب سنتی در نظر گرفته شود. همچنین باید سطح شواهد موجود در مورد استفاده بی‌خطر و مؤثر از یک داروی گیاهی با استفاده از مطالعات ایمنی و اثربخشی مشخص شود.

مرحله دوم، ایمنی و اثربخشی:

هنگام تصمیم‌گیری در مورد نیاز به مطالعات جدید دارویی، باید عوارض جانبی گزارش شده و مستند (ثبت شده طبق اصول مراقبت‌های دارویی) آن را در نظر گرفت. عدم وجود عوارض جانبی گزارش شده یا مستند، لزوماً به معنای اطمینان کامل از نظر ایمنی یک داروی گیاهی نیست و ممکن است نیازمند انجام آزمایشات تکمیلی باشد. روش‌های درمانی غیردارویی طب سنتی در صورت انجام توسط پزشک کاملاً آموزش دیده، نسبتاً بی‌خطر هستند، اما گاهی هم با عوارض همراه هستند. بنابراین، تحقیقات روی اثرات ناخواسته این نوع درمان‌ها و بررسی ایمنی آنها یکی از اولویت‌های پژوهشی در این حوزه است.

اقدامات لازم برای اثبات اثربخشی داروهای گیاهی، به ماهیت و سطح علائم بستگی دارد. برای اثبات اثربخشی در اختلالات جزئی یا پیشگیری، سخت‌گیری کمتری نیاز است (به عنوان مثال مطالعات مشاهده‌ای)، به ویژه هنگامی که گستره استفاده سنتی و تجربه در یک داروی گیاهی خاص مد نظر قرار داده شود. در مورد روش‌های غیردارویی، با توجه به وابسته بودن میزان اثربخشی به مهارت پزشک، و عدم امکان روش‌های اندازه‌گیری کمی نتایج، انجام کارآزمایی‌های بالینی و سایر روش‌های تحقیق در ارزیابی اثربخشی درمان‌های سنتی روش‌مند بسیار مهم هستند.

تحقیقات بالینی در حوزه طب سنتی از اصول طراحی مطالعات بالینی در سایر حوزه‌های پزشکی پیروی می‌کند. با این حال، گاه استفاده از مفاهیم متعارف طراحی مطالعات بالینی، برای ارزیابی سیستم‌ها و روش‌های مختلف طب سنتی، دشوار است. در چنین شرایطی، انتخاب طرح مطالعه باید مورد به مورد با پزشکان باتجربه پزشکی سنتی مورد بحث و بررسی قرار گیرد. طرح مطالعه ممکن است مبتنی بر هر یک از طراحی‌های تحقیقات بالینی مناسب در حوزه ارزیابی طب سنتی انتخاب شود و شامل انواع متنوعی از مطالعات می‌شود که بالاترین سطح شواهد را کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده تصادفی فراهم می‌کنند (۶).

طب ایرانی نیز با انجام مطالعات کیفی و تلاش برای کمی‌سازی یا اندازه‌گیری دقیق در مسیر توسعه پژوهشی قرار دارد. با توجه به تئوری متفاوت طب ایرانی در مقایسه با طب مدرن، ممکن است ابزارهای موجود قابلیت اندازه‌گیری برخی معیارها در طب ایرانی را نداشته باشند. این مسئله در مورد طب چینی نیز وجود داشت اما

تا سال ۲۰۱۲، سی‌وشش ابزار سنجش در بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های قلبی مغزی عروقی، تنفسی، گوارشی و عفونی را توسعه دادند (۷-۹). بدیهی است در طب ایرانی نیز باید از ابزارهای موجود استفاده نمود یا بسته به مورد از طراحی ابزارهای جدید اندازه‌گیری کمک گرفت.

تلاش در جهت پژوهش و تولید دانش در حوزه طب ایرانی و مکمل در کشور به شکلی پویا در جریان است. در پژوهشی گسترده که در بخشی از آن به بررسی سهم کشورها و موسسات دنیا در زمینه تولید مقالات حیطه اتنوفارماکولوژی در فواصل سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۸ پرداخته است، کشور ایران موفق به کسب رتبه پنجم شده است (تصویر ۳-۲). همچنین بر اساس تقسیم‌بندی Web of Science، ۴ رده بیشترین فراوانی تعداد مقالات را داشته‌اند (تصویر ۳-۳) (۱۰).

Table 3

Top 5 most productive countries/regions in each publication period.

1990 and before	1991-2000	2001-2010	2011-2018
United States (n = 353; 22.7%)	United States (n = 607; 17.1%)	India (n = 2347; 14.8%)	China (n = 6051; 15.7%)
India (n = 160; 10.3%)	Japan (n = 421; 11.9%)	China (n = 1621; 10.2%)	India (n = 5873; 15.2%)
Japan (n = 131; 8.4%)	India (n = 294; 8.3%)	United States (n = 1614; 10.2%)	Brazil (n = 3404; 8.8%)
Germany (n = 53; 3.4%)	Germany (n = 206; 5.8%)	Brazil (n = 1504; 9.5%)	United States (n = 2560; 6.6%)
England (n = 49; 3.2%)	Brazil (n = 183; 5.2%)	South Korea (n = 775; 4.9%)	Iran (n = 2439; 6.3%)

تصویر ۳-۲: پنج کشور برتر در زمینه تولید مقالات حیطه اتنوفارماکولوژی

Table 1

Web of Science journal categories that had > 10% contributions in each publication period.

Category	1990 and before	1991-2000	2001-2010	2011-2018
	Number of publications (% of total in each period)			
Pharmacology/pharmacy	550 (35.4%)	1518 (42.8%)	5851 (36.9%)	12,594 (32.6%)
Plant sciences	568 (36.6%)	1361 (38.4%)	4869 (30.7%)	10,219 (26.5%)
Medicinal chemistry	412 (26.5%)	1180 (33.3%)	4444 (28.0%)	9017 (23.4%)
Integrative and complementary medicine	271 (17.5%)	738 (20.8%)	2975 (18.7%)	8278 (21.4%)
Multidisciplinary chemistry	186 (12.0%)			

تصویر ۳-۳: تقسیم‌بندی بیشترین فراوانی مقالات در Web of Science

همچنین، گزارش تحلیل علم‌سنجی وضعیت انتشار مقالات در پایگاه اینترنتی معتبر سایمگو (Scimago)، نشان داد ایران با تولید ۵۰۵ مقاله مرتبط با حوزه طب مکمل و جایگزین، برای دومین سال متوالی در رتبه چهارم تولید دانش این حوزه در سال ۲۰۲۱ بعد از کشورهای چین، آمریکا و هند قرارگرفت و از رتبه دوازدهم در سال ۲۰۱۳ به رتبه چهارم ارتقا یافت. رشد توان علمی ایران در سطح بین‌المللی با افزایش توان علمی دانشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی مرتبط است و تحقق مرجعیت علمی ایران در این حوزه از دانش، به‌شرط حمایت همه‌جانبه و موثر از پژوهش‌های مرتبط، دور از دسترس نبوده و به‌عنوان نقطه قوتی برای کشور مطرح است (۱۱).

○ منابع

- 1) Rees, L. and A. Weil, Integrated medicine. BMJ (Clinical research ed.), 2001. 322(7279): p. 119-120.
- 2) World Health, O., WHO traditional medicine strategy. 2013.
- ۳) رضایی‌زاده، حسین. طاهری‌پناه، طیبه. راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت ۲۰۲۳-۲۰۱۴. انتشارات المعی. چاپ اول: بهار ۱۳۹۳. صص ۶۷، ۹۱
- 4) Owlia, P., et al., Health research priority setting in Iran: Introduction to a bottom up approach. 2011, 2011. 16(5).

- 5) Organization, W.H., General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. 2000, World Health Organization.
- ۶) شمس‌اردکانی، محمد رضا. فرجامند، فاطمه. راهنماهای کلی برای روششناسی در زمینه تحقیق و ارزیابی طب سنتی. تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی. مرکز تحقیقات طب سنتی و مفردات پزشکی. ۱۳۸۴. صص ۱۹-۳۲
- 7) Xu, W.H., et al., [A review of research on the development of instruments for therapeutic efficacy evaluation of traditional Chinese medicine]. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao, 2012. 10(7): p. 726-37.
- 8) Bilger, M., et al., Using Adherence-Contingent Rebates on Chronic Disease Treatment Costs to Promote Medication Adherence: Results from a Randomized Controlled Trial. Appl Health Econ Health Policy, 2019. 17(6): p. 841-855.
- 9) Finitis, D.J., et al., Interventions to promote adherence to endocrine therapy among breast cancer survivors: A meta-analysis. Psychooncology, 2019. 28(2): p. 255-263.
- 10) Yeung AWK, Heinrich M, Kijjoa A, Tzvetkov NT, Atanasov AG. J Ethnopharmacol. The ethnopharmacological literature: An analysis of the scientific landscape. Journal of Ethnopharmacology. 2020;250:112414. doi: 10.1016/j.jep.2019.112414.
- 11) <https://www.irna.ir/news/84848378/>

فصل ۴: تاریخچه طب ایرانی از گذشته تا معاصر

دکتر آرمان زرگران

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- پزشکی در اسطوره‌های ایران باستان
- پزشکی در ایران باستان
- پزشکی در دوره تمدن طلایی اسلام
- تأثیرات دوره مغول بر پزشکی ایران
- پزشکی در دوران صفویه
- دوران قاجار و ورود پزشکی نوین به ایران

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- دوره‌های تاریخی مهم و مؤثر در پزشکی ایران را نام ببریم.
- یکی از ویژگی‌های شاخص هر کدام از دوره‌های تاریخی را در زمینه پزشکی بیان کنیم.

○ مقدمه

تمدن ایران، با قدمتی بالغ بر ده هزار سال، یکی از تمدن‌های بزرگی است که نقش مهمی در رشد و تکوین دانش پزشکی در طول تاریخ داشته است. در نوشتار پیش رو بر آن هستیم نگاه اجمالی بر تاریخ پزشکی در این تمدن تاریخی داشته باشیم. برای این منظور به صورت خلاصه این تاریخ را در شش بخش، شامل: پزشکی در اسطوره‌های ایران باستان؛ پزشکی در ایران باستان؛ پزشکی در دوره تمدن طلایی اسلام؛ تأثیرات دوره مغول بر پزشکی ایران؛ پزشکی در دوره صفویه؛ و دوران قاجار و ورود پزشکی نوین به ایران، مورد بررسی قرار خواهیم داد.

○ پزشکی در اسطوره‌های ایران باستان

اسطوره‌ها بازتاب نگرش کهن مردمان یک سرزمین است که از دل باورها، آرزوها، دردها، تاریخ، و بیم و امیدهای آن‌ها برخاسته و در طول تاریخ با رنگ داستان، افسانه و حتی باورهای مذهبی درهم آمیخته و به شکل اسطوره به نسل‌های بعد رسیده است. این مهم معمولاً در تمدن‌های بزرگ، ابعاد گسترده‌تر و بزرگ‌تری داشته و داستان‌های پیچیده‌تری را رقم زده است. در این میان، نکات بسیار مهمی از تاریخ پزشکی را می‌توان در این اسطوره‌ها جست. در بررسی تاریخ پزشکی، صحت و سقم داستان‌های اسطوره‌ای چندان اهمیتی ندارد، بلکه وجود یک داستان که حاوی نکات پزشکی است، وجود آن موضوع یا حداقل باور به آن را در قلب تاریخ آن سرزمین گواهی می‌دهد.

در ایران باستان نیز به عنوان یک تمدن دیرپا و کهن نشانه‌های فراوانی از دانش پزشکی در اسطوره‌های آن یافت می‌شود. مطابق وندیداد از کتاب اوستا (کتاب مقدس زرتشتیان)، تریتا (فریدون در شاهنامه)، نخستین پزشک و سمبل پزشکی ایرانی است (۱). همچنین جاماسب حکیم (داماد زرتشت پیامبر)، یک شخصیت اسطوره‌ای - تاریخی دیگر و نخستین داروساز و نماد داروسازی ایران است (۲).

در اسطوره‌های ایران، شخصیت‌های پزشک یا مؤثر بر دانش پزشکی به کرات مشاهده می‌شوند. یکی از شخصیت‌های مهم در این زمینه یمه (جمشید)، پادشاه پیشدادی در اساطیر ایران است که در شاهنامه در مورد وی چنین آمده است:

گرانمایه جمشید فرزند او	کمر بست یکدل پر از پند او
دگر بوی‌های خوش آورد باز	که دارند مردم به بویش نیاز
چو بان و چو کافور و چون مشک ناب	چو عود و چو عنبر چو روشن گلاب
پزشکی و درمان هر دردمند	در تندرستی و راه گزند
همه رازها نیز کرد آشکار	جهان را نیامد چون او خواستار (۳)

○ پزشکی در ایران باستان

دوران ایران باستان مشتمل بر دوره‌های پیش از تاریخ (از ابتدا تا پیش از پیدایش خط) و دوره‌های تاریخی (پس از پیدایش خط) تا سقوط دولت ساسانی به دست اعراب مسلمان در سال ۶۳۷ میلادی، مقارن با سقوط تیسفون، پایتخت دولت ساسانی - آخرین امپراطوری ایران باستان - است.

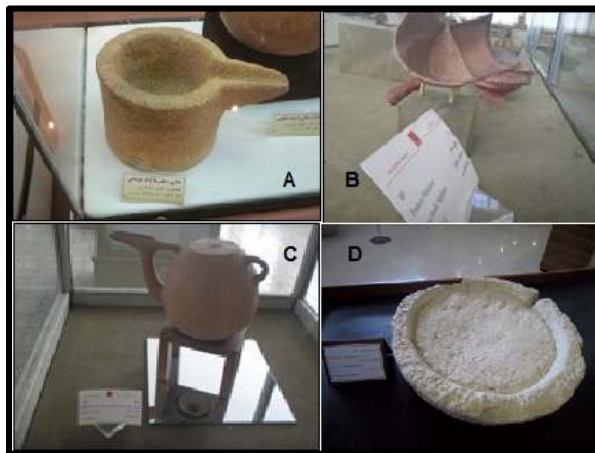
پیش از تاریخ

پیدایش خط، مرز میان دوران پیش از تاریخ و ورود به دوران تاریخی است. لذا دوران پیش از تاریخ، از ابتدا تا زمان نخستین خط کشف شده، تلقی می‌شود. نخستین نشانه‌های تمدن در فلات ایران به حدود ده هزار سال پیش باز می‌گردد. با بررسی یافته‌های باستان‌شناسی، شواهدی دال بر وجود پزشکی پیشرفته، در تمدن‌های کهن در فلات ایران مشهود است. به عنوان مثال می‌توان به تمدن شهر سوخته در سیستان امروزی اشاره کرد. در این محل باستان شناسان مجموعه دختر ۱۳ ساله‌ای مربوط به ۴۰۰۰ سال پیش را یافته‌اند که عمل ترفیناسیون (برش جمجمه) بر روی آن انجام شده است (تصویر ۴-۱-۴). نکته قابل توجه آن، این است که بر اساس بررسی جوش خوردگی محل بریدگی‌های آن می‌توان فهمید که بیمار حدود شش ماه پس از جراحی زنده بوده است. نکته مهم دیگر این جراحی، درمانی بودن آن است و با بررسی جمجمه به نظر می‌رسد که بیمار دچار هیدروسفالی بوده است (۴). همچنین کشف نخستین چشم مصنوعی در اسکلت بانوی دیگری در این تمدن نشان از پیشرفته بودن دانش پزشکی در آن دوران است (تصویر ۴-۱-۴-B).



تصویر ۴-۱-۴- سمت چپ (A): جمجمه دارای محل عمل ترفیناسیون، یافت شده در شهر سوخته، با قدمت ۴۰۰۰ ساله، محل ستاره‌ها قسمت‌های جوش خورده را نشان می‌دهد که دلیلی بر زنده ماندن و ادامه حیات بیمار پس از جراحی است. سمت راست (B): چشم مصنوعی یافت شده در جمجمه بدست آمده در شهر سوخته

از دیگر شواهد باستان‌شناسی ارزشمند، ابزار داروسازی یافت شده از دوران‌های گذشته است. در این راستا ابزار آلاتی همچون عودسوز (برای تولید دودهای دارویی)، هاون، قوری (برای تهیه جوشانده‌های دارویی)، جرقه‌دان (ابزار دارورسانی مایعات به اطفال)، شیرمک (مانند شیشه شیرهای امروزی)، ظروف تقطیر، ابزار روغن‌گیری، صافی (غربال) و امثال آن را می‌توان نام برد. (تصویر ۴-۲).



تصویر ۴-۲: A: هاون سنگی با لوله‌ی ناودانی، مکشوفه در تول، موزه رشت، دوره‌ی پیش از تاریخ؛ B: صافی کشف‌شده در تپه سیلک کاشان، موزه ملی ایران، هزاره اول پیش از میلاد مسیح؛ C: قسمت بالایی یک ظرف تقطیر، مکشوفه در کلورز گیلان، موزه ایران باستان، هزاره اول ق.م؛ D: بخشی از دستگاه روغن‌گیری، دوران ساسانی، موزه بیشاپور (عکس‌ها از مؤلف)

دوران تاریخی ایران باستان

نخستین خط کشف شده به تمدن جیرفت و به تاریخ ۲۴۵۰ سال پیش از میلاد مسیح باز می‌گردد که متأسفانه هنوز الفبای آن ناشناخته است (تصویر ۴-۳) (۵).



تصویر ۴-۳. کتیبه کوچک یافت‌شده در جیرفت، ۲۴۵۰-۲۴۰۰ ق.م. (مربوط به کنگره جیرفت، تصویر از مؤلف)

در دوران طولانی حاکمیت مرکزی در ایران، به‌ویژه حکومت‌های هخامنشی و ساسانی، ثبات حاکمیت و مولفه‌های فکری، فرهنگی و مالی، شرایط لازم برای حرکت به سمت گسترش علم و دانش را در بسیاری از زمینه‌ها مانند معماری و هنر و پزشکی فراهم کرد. در این دوران، ایران بهشت دانشمندان و پزشکان خارجی بوده است و حضور پزشکان زیادی از اقصی نقاط دنیا بویژه یونان (دوران هخامنشی و ساسانی) و روم (دوران ساسانی) در دربار ایران ثبت شده است (۱).

نخستین جراحی سرطان پستان، توسط یکی از همین پزشکان یونانی به نام دموکدس بر روی آتوسا، دختر کورش کبیر و همسر داریوش هخامنشی گزارش شده است (۴). مطابق اسناد به جای مانده، پادشاهان

هخامنشی اهتمام به توسعه مراکز پزشکی در دوردست‌ترین نقاط امپراطوری خود داشتند. همچنین، بررسی اسناد مالی مکشوفه در تخت جمشید نشان می‌دهد در این دوران برای ترویج دانش اندوزی، شاگردان حاضر در کلاس نیز کمک هزینه مالی از دولت دریافت می‌کردند (۵). در این دوران مرخصی زایمان، کمک هزینه برای نوزاد متولد شده و خدمات اجتماعی گسترده برای حفظ مادر و کودک از طرف دولت و حتی باورهای دینی جامعه وجود داشته است (۶، ۷).

همچنین، ذکر این نکته بسیار مهم است که در ایران باستان (شکل تکمیل یافته آن در دوران ساسانی)، نظام و ساختار پزشکی منسجمی وجود داشته است که در آن شخصی به نام «ایران دُرُستبُد» رئیس ساختار نظام پزشکی بوده و در این ساختار اجازه نامه‌های طبابت و کار برای پزشکان صادر و بر عملکرد ایشان و مراکز پزشکی نظارت می‌شده است (۷).

چند نمونه از اکتشافات و دستاوردهای بسیاری در علوم پزشکی در ایران باستان:

- ساختار نظام پزشکی مدرن با ساختارهای آموزشی منظم، آزمون و اجازه‌نامه طبابت، و نظارت بازرسان حکومتی بر کار کادر درمان (۷)؛
- ابداع اولین بیمارستان‌های آموزشی به سبک مدرن در دنیا (۸)؛
- جراحی به‌عنوان شاخه مهم و هم‌تراز دیگر بخش‌های پزشکی (۴)؛
- روان‌پزشکی پیشرفته به‌ویژه با مصداق داروی خرسندی و شربت پراهوم به‌عنوان نخستین داروی ضد افسردگی تاریخ (۹)؛
- دستورالعمل مشخص ساخت دارو با افراد مشخص در جایگاه‌های تعیین‌شده؛ (۷)
- نخستین گزارش از گردش خون ریوی (۱۰)؛
- نخستین گزارش از نقش انقباضات رحمی در زایمان طبیعی هنگام تولد نوزاد (۱۱)؛
- نخستین تعریف درست و کامل از چرخه قاعدگی در انسان و حیوان (۱۲)؛
- اعتقاد به نقش خون در گسترش عفونت در بدن (۱۳)؛
- اولین تعریف اولیه از وجود عامل زنده و نادیدنی (میکروب) در ایجاد عفونت (۱۳)؛
- اخلاق پزشکی بسیار متعالی و پیشرفته (۱۴).

○ پزشکی در دوره تمدن طلایی اسلام

عبور از دنیای باستان به ابتدای دوره اسلامی

با پایان پذیرفتن ایران باستان متعاقب حمله اعراب مسلمان به ایران و سقوط دولت ساسانی، دوره نوینی در تاریخ ایران آغاز شد که دوره اسلامی خوانده می‌شود. پس از حمله مسلمانان به ایران، فتح شهر جندی شاپور در جنوب غربی ایران که مهم‌ترین دانشگاه و بیمارستان جهان زمان خود بود بدون جنگ و خونریزی رخ داد و لذا این مرکز مهم علمی آسیب ندید و این رویداد مهم‌ترین نقطه عطف انتقال تفکر دانش محور ایران ساسانی به دوره اسلامی در یک قرن بعد به شمار می‌رود. این مرکز علمی مهم که در سده ۴ میلادی توسط شاپور اول ساسانی بنا نهاده شد و به تدریج مهم‌ترین مرکز علمی دنیای باستان گشت تا پایان کار امویان علی‌رغم

بی‌توجهی خلفا به دانش و علم، به مدد استقلال مالی خود به حیات خود ادامه داد تا نهایتاً در ادوار بعد مجال نقش آفرینی در جهش علمی بزرگ مسلمانان را بیابد (۱۵).

در میانه قرن ۸ میلادی با سقوط دولت اموی و روی کارآمدن عباسیان، فضا برای شکل‌گیری تمدن جدید اسلامی برپایه دانش همه اقوام درون قلمرو اسلامی فراهم می‌شود. در این راستا با دعوت از جبرئیل بن بختیشوع و پزشکان دیگر جندی شاپوری به بغداد، دستاوردهای بزرگ این مرکز علمی ایران باستان همچون دانشگاه، بیمارستان (نخستین بیمارستان آموزشی تاریخ)، فضای علمی باز فارغ از دین و ملیت، نگاه علمی به تجمیع دانش، استقلال مالی و سیاست‌گذاری دانشگاه و مواردی از این دست به بغداد، پایتخت خلافت عباسی منتقل می‌شود (۱۶).

به این ترتیب، بغداد مرکز دانش در خلافت عباسی شده و بیت الحکمه، با الگوگیری از دانشگاه جندی شاپور، مهم‌ترین مرکز علمی آن زمان می‌شود. محلی که در یک فضای باز علمی دانشمندان و دانشجویان فارغ از دین و ملیت خود آزادانه به فعالیت علمی می‌پردازند. در این زمان، ترجمه آثار غیر عربی به عربی آغاز می‌شود و رفته رفته مترجمی و ترجمه کتب علمی به یک حرفه بسیار مهم در می‌آید. در این مرحله دانش از سراسر دنیای متمدن آن روز به زبان عربی ترجمه می‌شود و لذا تا قرن‌ها، زبان عربی به زبان علمی روز تبدیل می‌شود (۱۷).

دوران ترجمه

در این دوران کتب علمی گذشتگان به زبان عربی ترجمه شد و به تدریج زبان عربی به زبان علمی دنیا بدل گشت؛ دانشمندان در سرزمین‌های اسلامی - حتی پزشکان ایرانی و فارسی زبان - شروع به نگارش کتب خود به زبان عربی کردند که این مهم در پهنه بزرگ سرزمین‌های خلافت عباسی و دیگر حاکمان اسلامی به یک رویه تبدیل شد (۱۸).

در این دوران مترجمان بزرگی پا به عرصه می‌گذارند که نام آورترین آن‌ها حنین ابن اسحاق است. یکی از مهم‌ترین کتب ترجمه شده توسط وی کتاب *The Materia Medica* نگاشته دیوسکوریدس، دانشمند بزرگ یونانی - رومی در زمینه مفردات داروسازی است که با نام «الحشایش» توسط وی به عربی ترجمه شده و از جمله کتب اصلی و مرجع داروسازی قرار می‌گیرد (۱۹).

پس از گذشت قریب یک قرن از دوران ترجمه، فضای علمی جامعه به حدی از پیشرفت و قوام رسید که بستری برای خلق دانشمندان بزرگی چون اخوینی، رازی، علی بن عباس مجوسی، ابن سینا و جرجانی فراهم می‌شود. از این زمان به بعد، این انقلاب بزرگ دانش و دستاوردهای علمی چشمگیر منجر می‌شود که این برهه به نام دوران طلایی اسلام نامیده شود و تا میانه قرن ۱۳ میلادی و حمله مغول ادامه می‌یابد.

دوران طلایی اسلام

در امتداد مسیر حرکت و انقلاب علمی ایجاد شده در سرزمین‌های اسلامی، دانشمندان بزرگی که به طور عمده از ایرانیان هستند پا به عرصه می‌گذارند که جهش بزرگی در یافته‌ها و اکتشافات علمی در دانش از خود به

1. Johannitius
2. Islamic Golden Age

یادگار می‌گذارند. این برهه تاریخی که تا آن زمان نظیر آن در تاریخ دانش بشر رخ نداده بود و بعدها شاید فقط بتوان رنسانس در اروپا را با آن مقایسه کرد، به دوران طلایی اسلام مشهور شد (۲۰). از جمله مهم‌ترین چهره‌های این دوران می‌توان به دانشمندان زیر اشاره کرد:

جابر بن حیان (۷۲۱-۸۱۳ میلادی): دانشمند ایرانی و از بزرگ‌ترین چهره‌های کیمیا^۱ (شیمی) در تاریخ است که از افراد تأثیرگذار در آغاز پرداختن به شیمی مدرن قلمداد می‌شود (۲۱).

محمد ابن زکریای رازی (۸۳۵ - ۹۲۵ میلادی): این دانشمند بزرگ ایرانی اهل ری است که در بسیاری از علوم همچون شیمی (کیمیا)، داروسازی و پزشکی از جمله بزرگ‌ترین سرامدان علمی دنیا در تاریخ به شمار می‌رود. وی دارای بیش از ۲۰۰ تألیف علمی است که مهم‌ترین آن در پزشکی و داروسازی، الحاوی^۲ نام دارد (۲۲). وی نخستین کسی است که دانش کیمیا (شیمی) را به زبان علمی و قابل آموزش ارائه داد (۲۳). کشف بسیاری از مواد شیمیایی و دارویی، ابداع بسیاری از روش‌ها در ساخت دارو و ابزار پزشکی از جمله وجوه علمی وی به شمار می‌رود. همچنین در پزشکی نیز کشفیات بسیاری مانند نخستین افتراق بین آبله و سرخک به او منتسب است (۲۴). مطالعات حیوانی و نیز نخستین طراحی کارآزمایی‌های بالینی برای سنجش اثر بخشی دارو و روش‌های درمانی در تاریخ پزشکی در نوشته‌های او آمده است (۲۵).

اخوینی (?-۹۳۸ میلادی): ابوبکر ربیع بن احمد اخوینی، پزشک ایرانی و زاده بخارا است. کتاب وی، «هدایه المتعلمین فی الطب»، نخستین کتاب پزشکی به زبان فارسی است که در دوره اسلامی به رشته تحریر درآمده است (۲۶). کشفیاتی بسیاری مانند نخستین گزارش حلقه ویلیس (۲۷)، نخستین تشخیص افتراقی بین تشنج و هیستری (۲۸)، نخستین گزارش موجود از افتراق بین عصب و تاندون (۲۹) به او منسوب است.

علی بن عباس اهوازی یا مجوسی (۹۴۹-۹۸۲ میلادی): از پزشکان نامی و بزرگ و نگارنده کتاب «الملکی» است که آن را بسیاری از مورخین پزشکی حتی همپایه قانون ابن سینا دانسته‌اند (۳۰). کشفیات و دستاوردهای بسیاری در پزشکی مانند نخستین شرح کامل یرقان انسدادی (۳۱) به وی منسوب است.

زهرای (۹۳۶-۱۰۱۳ میلادی): دانشمند و پزشک بزرگ آندلسی (اسپانیای کنونی) است که فصل سی‌ام کتاب بزرگ وی در پزشکی به نام «التصریف لمن عجز عن التالیف» به موضوع جراحی پرداخته است. شرح دقیق ابزار جراحی و متدهای آن در این کتاب، آن را به عنوان یکی از مهم‌ترین آثار جراحی در تاریخ بدل نموده تا آنجا که زهرای را پدر جراحی نوین لقب داده‌اند (۳۲).

ابن سینا (۹۸۰-۱۰۳۲ میلادی): شاید بتوان وی را بزرگ‌ترین و نامدارترین چهره پزشکی ایرانی در تاریخ دانست که در علوم گوناگون مانند فلسفه، نجوم، پزشکی و داروسازی از سرامدان دانش به شمار می‌رفته است (تصویر ۴-۴)

1. Alchemy
2. Liber continent



تصویر ۴-۴- یک تصویر تاریخی لاتین که در آن سه تن از بزرگان دانش پزشکی در تاریخ به تصویر کشیده شده است: از چپ به راست: جالینوس، ابن سینا و بقراط. ابن سینا در وسط با تاجی بر سر به نشانه سرآمد پزشکان مشخص شده است.

بیش از ۴۰۰ تألیف به وی منتسب است که قانون در پزشکی^۱ (القانون فی الطب)، مهم‌ترین اثر وی در پزشکی و داروسازی به عنوان یک کتاب جامع و مرجع در طب ایرانی است. این کتاب تا قرن ۱۷ میلادی به عنوان یکی از کتب مرجع پزشکی در دانشگاه‌های اروپایی تدریس می‌شده است (۳۳).

سید اسماعیل جرجانی (۱۰۴۲-۱۱۳۷ میلادی): سید اسماعیل جرجانی از جمله آخرین دانشمندان بزرگ ایرانی در دوران طلایی اسلام است که کتابی جامع و بسیار مهم به نام ذخیره خوارزمشاهی در قالب یک کتاب مرجع کامل پزشکی به زبان فارسی نگارش نموده است. این کتاب، نخستین کتاب بزرگ مرجع جامع علوم پزشکی به زبان فارسی در دوران اسلامی است (۳۴).

بیمارستان‌ها و ساختارهای پزشکی در دوران اسلامی

ساختارهای پیشرفته پزشکی اعم از دانشگاه و بیمارستان و نظام پزشکی به‌ویژه با مهاجرت پزشکان از جندی شاپور به بغداد در قرن ۸ میلادی با الگوبرداری از مدل جندی شاپور ابتدا در بغداد ایجاد شد و سپس در کل سرزمین‌های اسلامی گسترش یافت (۳۵، ۳۶). ساخت و فعالیت انواع مراکز آموزش پزشکی در دوران‌های بعد از حمله مغول نیز در ایران و سایر سرزمین‌های اسلامی ادامه می‌یابد، که ربع رشیدی در تبریز یکی از مهم‌ترین نمونه‌های آن به شمار می‌رود (۳۷).

بیمارستان‌ها یکی از مهم‌ترین ارکان ارائه خدمات درمانی در سرزمین‌های اسلامی به شمار می‌رفتند. در این بیمارستان‌ها بخش‌های درمانی متفاوت وجود داشته و عمدتاً بخش زنان از مردان جدا بوده است. هزینه‌های درمانی معمولاً در بیمارستان‌ها رایگان بوده و از محل موقوفات تعیین شده برای بیمارستان پرداخت می‌شده است. حتی در برخی بیمارستان‌ها کمک هزینه معیشتی برای بیمار پس از ترخیص از بیمارستان در دوران نقاهت پرداخت می‌شده است (۳۵، ۳۸).

○ تأثیرات دوره مغول بر پزشکی ایران

در میانه قرن ۱۳ میلادی، مغول‌ها پس از فتح چین و آسیای مرکزی تحت فرماندهی تموچین (چنگیز) به ایران حمله‌ور شدند و طی سه حمله گسترده در فاصله سال‌های ۱۲۱۹ تا ۱۲۵۶ میلادی ایران را تصرف

1. The Canon of Medicine

کردند. دوران مغول باعث بی‌ثباتی و مانع گسترش دانش از جمله علوم پزشکی در ایران شد (۳۹). حمله مغول یکی از سهمگین‌ترین تعرضات به خاک ایران در طول تاریخ به شمار می‌رود، که همراه با کشتاری بی‌سابقه و تخریب شهرها به دوران تمدن طلایی اسلام پایان می‌بخشد. البته هلاکو پس از تثبیت فرمانروایی خود بر ایران با وزارت و هدایت خردمندان خواجه نصیرالدین طوسی، بازسازی کشور را آغاز نمود. راه اندازی دانشگاه و مرکز علمی ربع رشیدی به همت رشیدالدین فضل‌الله همدانی در حوالی تبریز نمونه‌ای از این دست تلاش‌ها در دوران ایلخانان است (۴۰، ۴۱).

○ پزشکی در دوران صفویه

صفویان با ایجاد حکومت ملی قدرتمند که بیش از دو قرن (تا ۱۷۲۴ میلادی) مستقر بود، منجر به رشد مجدد دانش پزشکی و به‌ویژه داروسازی در کشور شدند (۴۲). در این دوران با تصادم ایران صفوی با امپراطوری عثمانی در غرب - فارغ از منازعات سیاسی و نظامی - در حوزه‌های مختلف از جمله پزشکی و داروسازی تحولات مهمی رخ داد (۴۳). در این دوران است که کتاب «ذخیره کامله» به عنوان نخستین کتاب مستقل جراحی در تاریخ به قلم حکیم محمد نگاشته و به شاه طهماسب تقدیم می‌شود. همچنین رساله افیونیه، به عنوان نخستین کتاب جامع و کامل در خصوص تریاک و اعتیاد توسط حکیم عمادالدین شیرازی به نگارش درمی‌آید که در بردارنده اطلاعات کاملی از گیاه‌شناسی مخدرها، تقلبات آن‌ها، کاربردهای درمانی، موضوع اعتیاد و ترک آن و همچنین فرمولاسیون‌های آهسته رهش خوراکی و شیاف از تریاک برای روزه‌داران معتاد است که بتوانند روزه خود را نگه‌دارند (۴۴، ۴۵).

در دوران صفوی حضور غربیان در ایران به شکل گسترده‌ای پر رنگ می‌شود و به نظر می‌رسد با توجه به وضعیت ثبات سیاسی و رشد دانش و هنر در این دوره، و با وجود مشکلات و به‌ویژه رسوخ خرافات و باورهای غلط در پزشکی عصر صفوی (۴۶)؛ بهداشت عمومی و درمان و پزشکی (به‌ویژه داروسازی) از وضعیت نسبتاً مناسبی برخوردار بوده است. البته در این دوره، با توجه به برخی فشارهای سیاسی و مذهبی شاهد مهاجرت بسیاری از پزشکان به کشورهای همسایه مانند هند و عثمانی هستیم. این مهاجرت به هند منجر به گسترش دانش طب ایرانی در هند می‌شود (۴۷) و شاخه بسیار ریشه‌داری از آن در هند گسترش می‌یابد که در دوران معاصر نیز به نام طب یونانی در هند رسمیت می‌یابد و امروزه یکی از انواع طب‌های سنتی مهم در دنیا شناخته می‌شود.

○ دوران قاجار و ورود پزشکی نوین به ایران

در دوران قاجار نشانی از شکوه و توانمندی پیشین ایران در حوزه بهداشت و پزشکی باقی نمانده و عدم توان دولت مرکزی در کنترل اوضاع مزید بر علت شده و ایران دوره قاجار در شرایط بسیار بدی از لحاظ بهداشت عمومی و ارائه خدمات درمانی قرار می‌گیرد.

نبود آب آشامیدنی سالم، عدم توجه به بهداشت، سوءتغذیه، نبود مراکز درمانی مناسب و همچنین نبود نظارت بر طبیبان و ساختارهای پزشکی به طوری که شیادان بی‌سواد حضور گسترده‌ای به عنوان طبیب در جامعه پیدا کرده بودند باعث شده بود که به‌ویژه بیماری‌های واگیردار مانند وبا، طاعون، حصبه، مالاریا و آبله در ایران آن زمان شیوع بالایی داشته و کشتار نماید (۴۸).

در این میان پیشرفت‌های چشم‌گیر پزشکی در غرب و حضور گسترده نمایندگان کشورهای اروپایی در ایران که به واسطه ایشان و نیز سفرهای برخی پادشاهان قاجار مانند ناصرالدین شاه به اروپا، دولت‌مردان ایرانی نیز از این پیشرفت‌ها مطلع شده بودند مطلقاً برای انتقال این دانش به ایران برای خروج از بحران می‌شود. این مهم مورد استقبال دولت‌های غربی نیز بوده است چرا که از سویی برای ارائه خدمات درمانی به نمایندگان خود در ایران به ساخت بیمارستان و مراکز درمانی مخصوص خود در ایران پرداختند و البته بیشتر آن‌ها بعدها به ارائه خدمات به عموم مردم با هدف اشاعه مسیحیت و ایجاد محبوبیت در میان مردم می‌پردازند (مانند بیمارستان‌های مرسلین در شیراز و کرمان) (۴۹-۵۱).

از سوی دیگر، دولت ایران نیز برای استقرار پزشکی نوین در ایران به استخدام تعداد زیادی از پزشکان اروپایی می‌پردازد، پزشکانی چون دکتر شلیمر، دکتر طولوزان، دکتر اشنایدر و دکتر پولاک را می‌توان در این میان نام برد که کمک به سزایی در شکل‌گیری پزشکی نوین در ایران داشتند (۵۲). همچنین اعزام دانشجویان ایرانی برای آموختن دانش نوین و بازگشت به کشور در دستور کار دولت وقت ایران قرار گرفت. نخستین دانشجوی اعزامی از ایران به غرب (انگلستان) به سال ۱۱۹۰ شمسی بازمی‌گردد (اوایل دوران قاجار). این روند در دوران‌های بعد گسترش می‌یابد؛ به‌ویژه در دوره پهلوی اول که دولت طی مصوبه‌ای در مجلس موظف به تقبل هزینه‌های اعزام ۱۰۰ دانشجوی ایرانی سالانه در رشته‌های مختلف به کشورهای صاحب دانش می‌شود. مقصد عمده دانشجویان پزشکی در این دوران کشور فرانسه بوده است (۵۳).

ورود طب غربی به ایران با مشکلات بسیاری هم همراه بود و در ابتدا جامعه نسبت به این تحولات واکنش و مقاومت شدیدی نشان می‌دهد که تا دوران پهلوی اول هم ادامه می‌یابد. مقاومت در مقابل واکسیناسیون (آبله کوبی) و قرنطینه، عدم اعتماد به داروخانه‌های جدید، نگارش رسالات و کتب متعدد در رد داروهای جدید توسط طبیبان سنتی (مانند رساله جوهریه نگاشته حاجی میرزا بابا شیرازی، ملک الاطبا) از جمله مواردی از این دست به شمار می‌روند (۵۴-۵۶).

با این وجود این انتقال از مدل طب ایرانی (طب سنتی) به طب و داروسازی نوین در ایران تا اوایل دوران پهلوی به طول می‌انجامد و دوران قاجار را می‌توان دوران گذار از طب ایرانی به طب نوین نامید. البته تلفیق دو دانش در بسیاری از کتب طبی و داروسازی و نیز وجود همزمان ارائه خدمات بهداشتی و درمان و حتی تدریس آن‌ها به طور همزمان در دارالفنون، منشا گرفته از این شرایط خاص گذار است.

دارالفنون

آموزش پزشکی و داروسازی نوین در ایران با تأسیس دارالفنون در سال ۱۲۳۰ شمسی (۱۸۵۱ میلادی) به همت امیرکبیر آغاز می‌گردد (تصویر ۴-۵). دارالفنون را می‌توان نخستین دانشگاه نوین در ایران نامید که بعدها در زمان رضا شاه پهلوی به دانشگاه تهران تغییر نام داد. این مرکز علمی در ابتدا با نگاه آموزش علمی فنون رزم و دانش‌های لازم در کنار آن (پزشکی و داروسازی) تأسیس شد، که در ابتدا هفت رشته مهندسی، پیاده نظام، سواره نظام، توپخانه، طب و جراحی، معدن‌شناسی، علوم طبیعی (فیزیک، شیمی، داروسازی) در آن تدریس می‌شد (۵۷).



تصویر ۴-۵: دارالفنون

○ جمع‌بندی

در متن حاضر به طور گذرا و مختصر شرح تاریخ پزشکی ایران از ابتدا تا شروع دوران معاصر مورد بررسی قرار گرفت. پس از آن نیز مسیر برای گسترش خدمات پزشکی در کشور ادامه یافته است. همانطور که از متن مشخص است، تکوین دانش پزشکی در ایران تاریخی طولانی و پرفراز و نشیب داشته است. به طور کلی ایران یکی از مهم‌ترین تمدن‌های تأثیرگذار بر پیشرفت علوم پزشکی در تاریخ بوده است. اما با افول این دانش در ایران در سده‌های اخیر و پیشرفت پزشکی در غرب، جایگزینی طب ایرانی با طب غربی از دوران قاجار آغاز و در عصر پهلوی شدت گرفته و سپس در جمهوری اسلامی ادامه یافت. این انتقال سریع از طب ایرانی به طب غربی منجر شد طب نوین به طور کامل از طب ایرانی عبور کرده و بسیاری از داشته‌های طب کهن در پزشکی رسمی کشور جایی برای حضور خود نیابد. این در حالی بود که ریشه‌های طب ایرانی در دل فرهنگ و جامعه ایرانی به حیات خود ادامه داد تا سرانجام در سال ۱۳۸۶ با راهاندازی رشته‌های مرتبط با طب ایرانی، شامل طب سنتی و بعد از آن رشته‌های داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی در قلب دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور فرصتی دوباره برای احیای آن با نگاه تلفیقی در طب نوین فراهم آمده است که این مسیر می‌تواند به ارتقای پزشکی در ایران و نزدیک شدن به مرجعیت علمی در آینده کمک بسزایی نماید.

○ منابع

- 1) Zargaran A, Ahmadi SA, Daneshamouz S, Mohagheghzadeh A. Physicians in ancient Persia. Res Hist Med. 2012; 1(3): 68-80.
- 2) Zargaran A, Mohagheghzadeh A. Jamasb, an ancient Persian pharmacist. Res Hist Med. 2012;1(1):3-6.
- 3) فردوسی، ابوالقاسم. شاهنامه. تهران: الهام، ۱۳۸۷.
- 4) Zargaran A, Fazelzadeh A, Mohagheghzadeh A. Surgeons and surgery from ancient Persia (5,000 years of surgical history). World J Surg. 2013;37(8):2002-4.
- 5) زرگران، آرمان. دانش آموز، سعید. محقق زاده، عبدالعلی. «آموزش علوم پزشکی در ایران باستان». مجله‌ی ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۱۳۹۰؛ ۱۱(۲): ۱۱۱-۱۰۳.
- 6) یارمحمدی، حسن و همکاران. حقوق پزشکی زنان در ایران باستان. مجله‌ی مطالعات تاریخ پزشکی. ۲۰۱۳؛ ۲(۴): ۱۵۳-۱۶۴.
- 7) زرگران، آرمان. نگاهی بر پزشکی در دوران ساسانیان. تهران: ایرانیان طب، ۱۳۹۸.
- 8) Modanlou HD. Historical evidence for the origin of teaching hospital, medical school and the rise of academic medicine. J Perinatol 2011;31(4):236-9.
- 9) Zargaran A, Mehdizadeh A, Yarmohammadi H, Mohagheghzadeh A. Zoroastrian priests: ancient Persian psychiatrists. Am J Psychiatry. 2012;169(3):255.
- 10) Zargaran A. Pulmonary Circulation Discovery Before Ibn Nafis-Ancient Persian and Greek Theories: A Narrative Review. JAMA Cardiol. 2022;7(1):105-107.

- 11) Zargar A, Mehdizadeh A, Yarmohammadi H, Kiani H, Mohagheghzadeh A. Borzouyeh, an Ancient Persian Physician Who First Reported Uterine Contractions in Normal Vaginal Delivery. *Acta Medi Hist Adria* 2015; 13(Supp. 2): 23-8.
- 12) Yarmohammadi H, Vatanpour A, Hosseinalhashemi M, Zargar A. Monthly menstrual cycle in *Bun-Dahišn*, an ancient Persian Manuscript. *Res Hist Med* 2013; 2(4): 79-86.
- 13) Zargar A. Ancient Persian medical views on the heart and blood in the Sassanid era (224-637 AD). *Int J Cardiol* 2014; 172(2): 307-312.
- ۱۴) زرگران، آرمان. محقق‌زاده، عبدالعلی. قاسمی، یونس. مروت، محمد حسین. «اخلاق پزشکی در ایران باستان». فصلنامه اخلاق پزشکی. ۱۳۸۶؛ ۲(۲): ۹۱-۱۲۱.
- ۱۵) جلیلیان، شهرام. گفتارهایی درباره جندی‌شاپور و تاریخ پزشکی ایرانی - اسلامی. اهواز: دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ۱۳۹۴.
- ۱۶) زرگران، آرمان. جندی‌شاپور: افسانه یا واقعیت؟ مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور. ۱۳۹۵؛ ۱۵(۲): ۱۱-۱۸.
- 17) Gutas D. Greek thought, Arabic culture: The Graeco-Arabic translation movement in Baghdad and early 'Abbāsid society (2nd-4th/8th-10th centuries). Psychology Press; 1998.
- 18) Mehawesh MI. History of translation in the Arab world: An overview. *US-China Foreign Language*. 2014;12(8):684-91.
- 19) Dalfardi B, Daneshfard B, Nezhad GS. Johannitius (809-873 AD), a medieval physician, translator and author. *J Med Biogr*. 2016; 24(3):328-30.
- 20) Renima A, Tiliouine H, Estes RJ. The Islamic Golden Age: A Story of the Triumph of the Islamic Civilization. In: Tiliouine H, Estes R. (eds) *The State of Social Progress of Islamic Societies. International Handbooks of Quality-of-Life*. Springer, Cham; 2016.
- 21) Debus AG. The "Geber" tradition in western alchemy and chemistry. *J Hist Arabic Sci*. 1984;8: 3-29.
- 22) Zarshenas MM, Mehdizadeh A, Zargar A, Mohagheghzadeh A. Rhazes (865-925 AD). *J Neurol*. 2012;259(5):1001-2.
- ۲۳) نظری، سعید. نیک سرشت، ایرج. برزگر کلیشمی، ولی‌الله. نگاه رازی به عقل و نقش آن در جهان‌بینی علمی وی. تاریخ و فرهنگ. سال ۱۳۹۶، دوره ۴۹، شماره ۲، ۶۷-۸۸.
- 24) Modanlou HD. A tribute to Zakariya Razi (865 - 925 AD), an Iranian pioneer scholar. *Arch Iran Med*. 2008; 11(6):673-7.
- 25) Ghaffari F, Naseri M, Jafari Hajati R, Zargar A. Rhazes, a pioneer in contribution to trials in medical practice. *Acta Med Hist Adriat*. 2017;15(2):261-270.
- 26) Yarmohammadi H, Dalfardi B, Ghanizadeh A. Al-Akhawayni Bukhari (?-983 AD). *J Neurol* 2014; 261: 643-645.
- 27) Yarmohammadi H, Dalfardi B, Ghanizadeh A. Joveini (Al-Akhawayni) and the early knowledge on circle of Willis. *Int J Cardiol*. 2013;168(4):4482.
- 28) Yarmohammadi H, Dalfardi B, Ghanizadeh A, Hosseinalhashemi M. Differentiation between seizure and hysteria in a tenth-century persian text: *Hidāyat* of al-Akhawayni (d. 983 AD). *J Hist Neurosci*. 2014b;23(4):395-402.
- 29) Dalfardi B, Yarmohammadi H. Al-Akhawayni and early differentiation between nerves and tendons. *J Hand Surg Am*. 2014;39(4):808.
- 30) Aciduman A, Arda B, Kahya E, Belen D. The Royal Book by Haly Abbas from the 10th century: one of the earliest illustrations of the surgical approach to skull fractures. *Neurosurgery*. 2010;67(6):1466-74.
- 31) Heydari M, Dalfardi B, Golzari SE, Mosavat SH. Haly abbas and the early description of obstructive jaundice. *Iran J Public Health*. 2014;43(8):1161-2.
- 32) Zarrintan S, Tubbs RS, Najjarian F, Aslanabadi S, Shahnaee A. Abu Al-Qasim Al-Zahrawi (936-1013 CE), Icon of Medieval Surgery. *Ann Vasc Surg*. 2020;69: 437-440.
- 33) Zargar A, Mehdizadeh A, Zarshenas MM, Mohagheghzadeh A. Avicenna (980-1037 AD). *J Neurol*. 2012;259(2):389-90.
- 34) Zarshenas MM, Zargar A, Abolhassanzadeh Z, Vessal K. Jorjani (1042-1137). *J Neurol*. 2012;259(12):2764-5.
- ۳۵) تاج‌بخش، حسن. تاریخ بیمارستان‌های ایران. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی؛ ۱۳۷۹.
- ۳۶) کشاورزبیضایی، محمد. تحلیلی بر تکوین و عملکرد بیت الحکمه و تاثیر آن بر شکوفایی تمدن اسلامی. تاریخ نو. ۱۳۸۰؛ ۲۵(۸): ۱۵-۳۲.
- 37) Khafipour H. A hospital in Ilkhānid Iran: toward a socio-economic reconstruction of the Rab'-i Rashīdī. *Iran Stud*. 2012;45(1):97-117.
- ۳۸) احمدی، سیده‌آیدا. زرگران، آرمان. محقق‌زاده، عبدالعلی. بررسی حقوق بیمار در تاریخ بیمارستان‌های ایران و اسلام از آغاز تا قرن ۸ هجری. طب سنتی اسلام و ایران. ۱۳۹۱؛ ۳(۳۳۳-۳۴۰).
- ۳۹) اقبال‌آشتیانی، عباس. تاریخ مغول. تهران: موسسه انتشارات نگاه، ۱۳۸۹.

- 40) Abbasnejad F, Shoja MM, Agutter PS, Alakbarli F, Loukas M, Shokouhi G, Khalili M, Tubbs RS. Rabi Rashidi (Rashidi Quarters): a late thirteen to early fourteenth century Middle Eastern Medical School. *Childs Nerv Syst.* 2012;28(11):1823-30.
- 41) Zargar A, Arezaei H. Autobiography of Qutb al-Din Shirazi (a Persian physician in 14th Century AD) in his manuscript, *al-Tuhfa al-Sa'diya*. *Acta Medico Historica Adriatica.* 2021; 19(1): 113-124.
- (۴۲) اشرفی، احمد. صنعت داروسازی در عصر صفوی. فصلنامه دانش و تندرستی. ۱۳۹۲، دوره ۸، شماره ۳، ۱۴۳-۱۳۸.
- 43) Khodaie SA, Ghaffari F, Zargar A, Naseri M. Hakim Mohammad: A Persian Military Surgeon in Safavid Era (1501-1736 CE). *World J Surg.* 2018;42(8):2421-2427.
- 44) Khodaie SA, Ghaffari F, Zargar A, Naseri M. Hakim Mohammad: A Persian Military Surgeon in Safavid Era (1501-1736 CE). *World J Surg.* 2018;42(8):2421-2427.
- 45) Soleymani S, Zargar A. A Historical Report on Preparing Sustained Release Dosage Forms for Addicts in Medieval Persia, 16th Century AD. *Subst Use Misuse.* 2018 24;53(10):1726-1729.
- (۴۶) مهمان‌نواز، محمود. بررسی جایگاه روش‌ها و باورهای خرافی در پزشکی دوره صفویه. تاریخ پزشکی. ۲۰۲۰؛ ۴۴: ۷۲-۸۶.
- (۴۷) کاویانی پویا، حمید. شجاعی نیا، فائزه. بررسی چرایی مهاجرت پزشکان ایرانی عصر صفویه به هند و نتایج آن. مجله مطالعات ایرانی. ۲۰۲۰؛ ۱۸: ۱۸۷-۲۱۳.
- 48) Floor WM. *Public Health in Qajar Iran*. Washington, DC: Mage Publishers; 2004.
- (۴۹) هنرمندابراهیمی، سارا. تاریخ اولیه مریضخانه مرسلین کرمان. مجله مطالعات تاریخ پزشکی. ۲۰۱۳؛ ۲(۲): ۳۹-۴۸.
- (۵۰) حیدری، سلیمان. بررسی نقش انگلیسیها در بهداشت، درمان و تأسیس بیمارستان آموزشی-درمانی مرسلین (مسلمین) در شیراز (۱۹۷۹-۱۹۰۰ م.). مجله مطالعات تاریخ پزشکی. ۲۰۱۸؛ ۱(۷): ۱۷-۳۰.
- (۵۱) حاجیان‌پور، حمید. بینشی‌فر، فاطمه. نقش مبلغان مذهبی در گسترش پزشکی در دوره قاجار. تاریخ پزشکی. ۲۰۱۶؛ ۲۶: ۷۷-۱۰۴.
- (۵۲) حاجیان‌پور، حمید. حکیمی‌پور، اکبر. عوامل و موانع مؤثر بر حضور پزشکان اروپایی در جامعه ایران عصر قاجار. پژوهشهای علوم تاریخی، ۱۳۹۵؛ دوره ۸، شماره ۱: ۱۵-۳۵.
- (۵۳) سرمد، غلامعلی. اعزام محصل به خارج در دوره قاجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران، ۱۳۷۰.
- (۵۴) قنبری، لیلا. رازنهان، حسن. میرحسینی، هادی. گذر جامعه قاجار از پزشکی سنتی به مدرن بر اساس سفرنامه‌های سیاحان غربی. قرآن و طب. ۱۳۹۹، دوره ۵، شماره ۱، ۶۹-۷۴.
- (۵۵) منظورالاجداد، سید محمدحسین. آقاجری، سید هاشم. ثقفی، مریم. مروری بر موانع موجود در راه گسترش داروسازی نوین در عهد قاجار. اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۹۱، دوره ۵، شماره ۶، ۴۲-۵۳.
- 56) Nadim M, Zargar A. Smallpox Eradication in Shiraz during 1926 to 1941. *Iran J Public Health.* 2019;48(5):991-993.
- 57) Ekhtiar M. Nasir Al-din Shah and the Dar Al-funun: the evolution of an institution. *Iranian Studies.* 2001;34(1-4):153-63.

برای مطالعه اختیاری

فصل ۵: اخلاق پزشکی در طب ایرانی: اخلاق حکیمانه و رفتار طبیبانه

دکتر حسین رضایی‌زاده

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- آداب طبابت از پاکیزه خویی جان تا گشاده رویی طبیب
- توجه به باطن و اندرون وجود
- توجه به اثر خالق در چرخه شفا
- تعریف و تاریخچه اخلاق پزشکی
- آداب و اخلاق طبیب
- آداب و شرایط و اخلاق بیمار

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- چند مورد از آداب طبیب را بیان کنیم.
- آداب و شرایط و اخلاق بیمار نزد پزشک را شرح دهیم.

○ مقدمه

تن آدمی شریف است به جان آدمیت! گم‌شده این روزهای ما، اخلاق است، همان که نبی مکرم اسلام فرمود برای اتمام آن، آن هم از مکارم و بهترین وجهش، برانگیخته شده است (آئی بعثت لاتمم مکارم الاخلاق). علم و دانش را از دو جنبه، مقدس می‌توان شمرد: اگر در خدمت خلق و بندگی خالق باشد و اگر آراسته به اخلاق انسانی باشد.

حکمای بزرگ ایرانی در دوران باستان و پیش از اسلام و اطبای مشهور دوران اسلامی همگی بر نکاتی از اخلاق و حکمت و احترام به انسانی که قرار است اشرف مخلوقات باشد تاکید کرده‌اند و زوایایی از وجود بیمار و خود پزشک را مورد توجه قرار داده‌اند که بی‌شک، همچنان خواندن آنها و دقت در این مطالب می‌تواند آرام‌بخش دل و جان و راهنمای برخورد با بیمار از منظر حکمت و فطرت باشد.

در میانه بحث‌های تعامل یا تقابل میان طب ایرانی با پزشکی رایج که قطعاً معتقد به گفتگو برای هم‌افزایی و تلفیق هستیم (Integrative Medicine)، ذکر این نوشته منتخب از استاد حمید پارسانیا خالی از لطف نیست:

«اگر علوم تجربی که به دلیل آشفتگی‌های اجتماعی صدر مشروطه، در پناه یک حرکت سیاسی استعماری وارد جامعه شدند، در یک شرایط متعادل اجتماعی، با اعلان هویت فرهنگی و فلسفی خود وارد جامعه می‌شدند، نهاد علمی جامعه دینی نیز در موضع اقتدار و موقعیت رسمی خود به استقبال هیأت تازه می‌رفت و در این حال، هر یک از رشته‌های علمی در گفت‌وگو با بخشی از پیشینه‌های علمی جامعه که سنخیت و همخوانی با آن داشت پیوند می‌خورد و علم بومی که هویت دینی و فرهنگی خود را داشت، با گزینش عناصر مناسب، رشد و تحول شایسته و سالم را می‌یافت و در این صورت، طب و پزشکی جامعه با سنت هزاران ساله خود، بی‌خبر از ورود مهمان جدید، راه زوال و نیستی را نمی‌پیمود و گیاه‌درمانی قبل از آنکه متوجه شود چه حادثه‌ای اتفاق می‌افتد، به سرعت جای خود را به درمان‌های شیمیایی نمی‌سپرد، چندان‌که اثری از آن باقی نماند و سنت معماری و شهرسازی اسلامی با مهندسی و معماری جدید مدفون نمی‌شد و ریاضیات و هیأت و نجوم قدیم همراه با جنازه»

آخرین عالمان خود تشییع نمی‌گردید و هنر و ادبیات دینی، ماده خام برای صورت تقلیدی ادبیات و هنر دنیای غرب نمی‌شد.

اگر علم دینی به جای آنکه در پیش پای مهمان ناخوانده به قربانی رود، در موضع شایسته خود از احترامی برخوردار می‌شد که به منزله احترام به پروردگار است، در مواجهه با علم غربی به هماننداری می‌پرداخت و البته در این حال سرپرستی هیأت مهمان را نه اقتصاد و سیاست غرب، بلکه علوم فلسفی و انسانی غرب بر عهده می‌گرفتند و در این سو نیز، ریاست استقبال‌کنندگان بر عهده علوم فرهنگی و انسانی بود و نتیجه این استقبال که با گفت‌وگو و گزینش به انجام می‌رسید، دوره جدید از شکوفایی و رشد علمی بود. اما این راه طی نشد...» (۱).

○ آداب طبابت از پاکیزه خویی جان تا گشاده رویی طبیب

میرزا احمد تنکابنی در کتاب *مطلب السؤال* چنین می‌گوید:

- بدان که واجب دانسته‌اند که طبیب در اکتساب فضائل حمیده و اتّصاف به صفات پسندیده به قدر امکان سعی نماید؛
- و لباس عدالت و دیانت پوشیده باشد زیرا که تأثیر اقدام و تأثیر کلام از نفس زکّیه اشدّ و اقوی می‌باشد؛
- و باید طبیب که با همه کس عموماً به حسن خلق و فرح و انبساط و محبّت عمل نماید؛
- احوالات را از مریض در خلوت استعلام نماید زیرا که مرض از جمله عیوب است، شاید مریض از کشف عیب خود نزد مردم انکار نماید؛
- و به فکر و تأمل تمامّ معالجه و تشخیص مرض کند و به ادویه و معالجات قویّه و فصد و مسهل قوی امر نکند مگر بعد از علم و یقین ثابت؛
- و در وقت معالجه نزد مردم به لاف و گزاف و مدح خود و تعریف معالجات سابق خود [مشغول نگردد]؛
- و چون متوجّه مریض گردد بسم الله الرحمن الرحيم و سوره فاتحه و صلوات بر پیغمبر (ص) [قرائت کند]؛
- و این دعای شفا که:
«اللهم انت اله من فی السّماء و اله من فی الارض لا اله فیهما غیرک الهی انت جبار من فی السّماء و جبار من فی الارض لا جبار فیهما غیرک و انت حکم من فی السّماء و حکم من فی الارض لاحکم فیهما غیرک، قدر تک فی الارض کقدر تک فی السّماء و سلطانک فی الارض کسلطانک فی السّماء، اسئلك باسمک الکبیر و وجهک المنیر و ملکک القدیم، انک علی کلّ شیء قدیر» را بخواند
- و این هفت اسم اعظم «یا حیّ یا قیوم یا دائم یا فرد یا وتر یا احد یا صمد» را به نیت شفای مریض بخواند؛ پس به حذاقت تمام در استفسار احوال و تحقیق و تشخیص مرض بکوشد (۲).
- و سید اسماعیل جرجانی نیز در آداب طبابت و مهربانی طبیب و توجه او به بیمار و ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی او معتقد است:
- طبیب که به نزدیک بیمار آید، پس از آنکه شرط‌های امانت دینی و شفقت مردمی به جای آورده باشد و چشم و گوش و دست و زبان از همه ناپسندی‌ها نگاه داشته باشد؛ نخست باید نوع بیماری و حقیقت آن بداند؛
- و اندر همه بیماری‌ها، دلخوشی بیمار باید جست!

- و با مراد ایشان باید ساخت و تدبیر قوت بپاید کرد، به هر وجه که ممکن گردد!
 - و از غم و دل‌ناخوشی، دور باید داشت؛
 - و بعضی را به بشارت‌ها و امیدها و بعضی به زرّ و جواهر و غیر آن؛
 - و بعضی را به حضور دوست و مونس، دلخوش باید کرد تا شاد شود.
- وی همچنین، ده شرط برای درمان بیماری‌ها قائل بوده که یکی هم توجه به عامل روانی و تقویت روحی بیماران بوده است:
- و از تدبیرهای صواب که اندر نگاه‌داشتن قوت باید کرد، شاد داشتن بیمار است؛
 - و مرادهای او دادن و رضای او جستن؛
 - و او را از هوایی به هوایی موافق‌تر و از جایی به جایی خوش آوردن؛
 - و دوستان او را پیش او حاضر داشتن؛
 - و به خبرهای خوش و امیدواری‌ها بشارت دادن تا قوّت حیوانی و نفسانی بدن قوّت همی‌گیرد (۳).

در باب سی‌وسوم از قابوسنامه، امیر عنصرالمعالی کیکاووس بن اسکندر وشمگیر آورده است:

- و معالج باید که تجربت بسیار کند و تجربت بر مردم معروف و مشهور نکند؛
- و باید که خدمت بیمارستان‌ها کرده باشد و بیماران بسیار دیده و معالجت بسیار کرده باشد تا علت‌های غریب بر وی مشکل نشود و اعلال اعضا و احشا بر وی نپوشد و آنچه اندر کتب خوانده باشد به رأی‌العین همی‌بیند و به معالجت اندر نماند؛
- و باید که وصایای بقراط خوانده باشد تا اندر معالجت بیماران، شرط امانت و راستی به‌جای تواند آورد؛
- و پیوسته خویشتن پاک و جامه پاک و مطیّب دارد؛
- و چون بر سر بیمار شود با بیمار تازه‌روی و خوش‌سخن باشد و بیمار را دلگرمی دهد که تقویت طبیب، بیمار را قوّت حرارت غریزی بیفزاید (۴).

○ توجه به باطن و اندرون وجود

در مکاتیب امام محمد غزالی آمده است:

- بدان که سؤال کردن از مشکلات، عرضه کردن بیماری دل و علت آن است بر طبیب، و جواب دادن، سعی کردن است در شفای بیمار؛
- و جاهلان بیمارانند که فی قلوبهم مَرَضٌ، و عالمان طبیبانند؛
- و عالم ناقص، طبیبی را نشاید [شایسته طبابت نیست]!
- و عالم کامل، هر جایی طبیبی نکند مگر جایی که امید شفا ظاهر بود؛
- اما چون علت مزمن بود و بیمار بی‌عقل، استادی طبیب در آن بود که بگوید این بیماری علاج‌پذیر نیست و مشغول شدن به معالجت وی، جز روزگار ضایع کردن نبود (۵).

ابوالفضل محمد بن حسین بیهقی در تاریخ بیهقی آورده است:

- و مردمان را، خواه پادشاه و خواه جز پادشاه،

- ✓ هر کسی را نفسی است و آن را روح گویند، سخت بزرگ و پُرمايه؛
- ✓ و تنی است که آن را جسم گویند، سخت خرد و فرومايه.
- و چون جسم را طبیبان و معالجان اختیار کنند تا هر بیماری که افتد زود آن را علاج کنند و داروها و غذاهای آن بسازند تا به صلاح بازآید، سزاوارتر که:
- ✓ روح را نیز طبیبان و معالجان گزینند تا آن آفت را نیز معالجت کنند؛
- ✓ که هر خردمندی که این نکند بد اختیاری که او کرده است؛
- ✓ که مهم‌تر را فرو گذاشته است و دست در نامهم‌تر زده است (۶).

○ توجه به اثر خالق در چرخه شفا

در مکاتیب امام محمد غزالی آمده است: و طب و علم طب خود مختصر است... پس نظر در تفصیل آفرینش تن آدمی، کلید معرفت صفات الهیت است؛ برین وجه و بدین سبب، این علم شریف است نه بدان سبب که طبیبان را به وی حاجت است... [اما]:

- دل مشغولی تمام باشد به سبب عارضه و رنجی که می‌رسد از جهت قصور اطباء!
- و به حقیقت باید دانست که: الَّذِي أَنْزَلَ الدَّاءَ، أَنْزَلَ الدَّوَاءَ [همان کسی که بیماری دهد، شفا دهد]؛
- و لیکن خلق چنین دانند که چون دارو از دکان صیدلانی [داروخانه] بیاوردند و طبیب به کار داشت، کفایت افتاد؛
- و این خطاست زیرا که:
- ✓ پیشین باید که مریض را الهام دهند در احتیاط طبیب،
- ✓ آنکه طبیب را الهام دهند در اختیار دارو، تا خاطر وی در جنس دارو و مقدار آن و وقت استعمال آن به جانب صواب منصرف شود؛ که اندر این سه معنی، خطا به صواب مشتبه بود به غایت.
- پس اصل کار، الهام مریض است و الهام طبیب؛
- و این هر دو الهام در دگان هیچ صیدلانی نیابند!
- که کلید آن در ملکوت آسمان نهاده‌اند در خزانه ملائکه، که هر هدایت که خلق را باشد به صواب کارها، همه از خزانه ملائکه رود (۵).

○ تعریف و تاریخچه اخلاق پزشکی

از زمان‌های بسیار قدیم، پیشکسوتان دانش پزشکی یک شرط بزرگ برای پزشکان معین کرده‌اند که در کتاب‌های اروپایی به این عبارت ادا شده است: «مقدم بر هر چیز، زیان نرساندن است» (Primo no nocere) و منظور از این جمله این بوده است که درمان‌های پزشکی، نباید توأم با زیان رساندن به بیماران باشد، و به همین علت است که نظامی گنجوی شاعر بلند پایه ایرانی گفته است:

در ناف دو علم بوی طیب است	وان هر دو فقیه یا طبیب است
می‌باش طبیب عیسوی‌هش	اما نه طبیب آدمی‌کش

بنابراین، تردیدی نیست که امروزه از یک سو، توجه به سجایای اخلاقی پزشک و از سوی دیگر، ارزشیابی معلومات پزشکی، بیش از هر زمان دیگری، باید مورد نظر باشد.

علم اخلاق پزشکی در زمان‌های بسیار قدیم و پیش از یونان باستان

از زمان‌های بسیار قدیم تا امروز، برای پزشک نه تنها از لحاظ سجایای اخلاقی، بلکه از نظر صفات ظاهری و وضع بدنی مشخصاتی را قایل بوده و در کتاب‌ها ذکر کرده‌اند. آن گونه که از مطالعه این کتاب‌ها برمی‌آید، در هند، مصر، ایران و یونان باستان ویژگی‌های زیر را از لحاظ صفات بدنی و سجایای اخلاقی برای پزشک شرح داده‌اند:

پزشک باید اصالت خانوادگی داشته باشد، سالم و دارای بنیه قوی و بدن نیرومند باشد، محرم اسرار و راز نگهدار باشد، در کارهای خود جدی باشد، خودخواه، پول‌دوست و پرمدها نباشد، همیشه شاد و بشاش باشد، همواره و در همه حال باید کاملاً مراقب باشد که به شخصیت و احترام اجتماعی او لطمه وارد نشود و طوری رفتار کند که همه او را دوست داشته باشند، در همه امور به‌طور کلی، قناعت را پیشه کند و مخصوصاً در مادیات حریص و طماع نباشد، در تمام دوران زندگانی خود غلام حق و حقیقت بوده و در راه حقیقت‌جویی گام بردارد و بالأخره، سعی، کوشش، مجاهدت و اشتیاق او برای درمان بیماران حد و مرز نداشته باشد.

هم‌چنین دستورهای دیگری در کتب قدیم یونان درباره اخلاق پزشکان دیده می‌شود که بعضی از آن‌ها این است:

طبيب باید قیافه متفکر و متین داشته باشد و در عین حال، متکبر و متفرعن نباشد، زیرا در این صورت، معروف به گنده‌دماغی و پرفیس و افاده بودن خواهد شد و هم‌چنین در عین حال که باید قیافه شاد و بشاش داشته باشد، نباید حالت جلفی به خود بگیرد و مانند کودکان بخندد و حرکات خارج از نزاکت از خود بروز دهد، باید از استحکام و مقاومت عصبی به حد اعلا برخوردار بوده و در تمام حالات و موارد زندگی استقامت کامل داشته باشد، زیرا در تمام ساعات شبانه‌روز با عامه مردم از هر طبقه و هر صنف که دارای روحيات گوناگون هستند سروکار خواهد داشت و از کودکان خردسال گرفته تا پیران کهنسال که جسماً و روحاً مریض هستند به او مراجعه خواهند کرد و پرواضح است که باید با صبر و حوصله کامل با همه بسازد و همگان را از هر لحاظ و مخصوصاً از نظر درمان بیماریشان راضی نگاه دارد و بنابراین یکی از مهم‌ترین صفات مشخصه پزشک این است که همیشه و در همه جا باید بر نفس خود تسلط کامل داشته و در برابر هرگونه ناملايمات زندگي کنترل روحی خود را حفظ کند.

در کتاب سوسروته، پزشک و جراح هند قدیم، درباره اخلاق و رفتار پزشک چنین می‌نویسد:

پزشک باید به علوم آسمانی آشنایی داشته باشد و از کینه‌توزی و نخوت و نفع‌جویی بپرهیزد، پاکدل و درستکار باشد و در آمیزش با مردم و بیماران با منتهای رأفت و مهربانی صحبت نماید، با استادان خود با منتهای احترام رفتار کند و تنگدستان و رنجوران را بدون اجرت درمان نماید و پیوسته در فکر بیمار خود باشد و هیچ‌گاه نفع شخصی را مدنظر نداشته باشد، از همه مهم‌تر این که بیش از توانایی بیمار و احتیاج شخصی حق‌المعالجه نگیرد و دیگر این که تا بیمار درخواست عیادت و معاینه نماید به بالینش حاضر شود، هم‌چنین درباره پزشک معتقد بوده که باید تمیز و پاک با لباس سپید و ناخن‌های کوتاه باشد و از خانواده اصیل باشد.

کتاب ریگ ودا، قبل از زرتشت و تدوین کتاب اوستا، نیز قبل از ظهور بقراط طبیب یونانی ساخته و پرداخته شده است، منتها سوگندنامه بقراطی به مناسبت آن که منظم‌تر و کامل‌تر از آیین و سنتی است و با شاهکارهای دیگر بقراط توأم بوده و در دنیای متمدن قدیم خیلی سریع انتشار یافته، بدین لحاظ در جهان، شهرتی کم‌نظیر یافته و بر اثر همین شهرت به بیشتر زبان‌ها برگردانده شده است.

علم اخلاق پزشکی در یونان باستان

از نوشته‌های منسوب به بقراط، سوگندنامه‌ای است که اولین سند و نوشته مضبوط در باب اخلاق یا آیین پزشکی محسوب می‌شود و متن آن به قرار زیر است:

به خدایی که پرورندهٔ زندگانی و بخشندهٔ تندرستی و آفرینندهٔ هر دارو و درمان است و به اسکولاب و به تمام اولیای خدا سوگند یاد می‌کنم و همه را گواه می‌گیرم که به این سوگند و پیمان وفا کنم؛ معلم خود را، که این صنعت را به من آموخته است، به منزلهٔ پدر خود دائم و در مقابل او مواسات کنم و اگر به مالی محتاج شود، از مال خود به او بدهم و فرزندان استاد را با برادران خود یکسان شمرم و اگر بخواهند این علم را بی‌اجرت به ایشان بیاموزم و از شاگردان خود و از فرزندان استاد و شاگردان دیگر کسی را در این فن شرکت دهم که به این عهدنامه متعهد شود و به کسی که زیر بار این عهد و پیمان نرود به هیچ وجه نیاموزم و عهد می‌کنم که در تمام معالجات، مقصودم نفع بیماران باشد و اگر کسی دوايي كشنده بخواهد ندهم و اگر در اعدام نفسی مشورت شود، اظهار عقیده نکنم، به زن‌ها دوايي كه مسقط جنين باشد ندهم و در انجام اعمال طبی نظافت و پاکیزگی را کاملاً رعایت نمایم، امور ناگفتنی را که در وقت معالجه بیماران می‌بینم و یا در غیر وقت معالجه می‌شنوم، هیچ‌جا و برای هیچ کس نقل نکنم.

بقراط حتی قبل از آموختن طبابت، دقت در وضع اخلاقی و روحی داوطلبان طبابت را لازم می‌دانسته است و معتقد بوده است تا صحت عمل و دیانت آنان مسلم نشده است، چیزی به آنان نیاموخت.

علم اخلاق پزشکی در دورهٔ ساسانیان

چند سطری از کلیله و دمنه عبدالله بن مقفع [مختصر تحریفی، جهت سهولت فهم]؛ برزویه می‌گوید:

علم طب نزدیک همه خردمندان و در تمامی دین‌ها ستوده است و در کتب طب آورده‌اند که فاضل‌تر اطبا آن است که بر معالجت، از جهت ذخیرت آخرت مواظبت نماید که به ملازمت این سیرت، نصیب دنیا هرچه کامل‌تر بیاید و رستگاری عقبی مدخر. چنان‌که غرض کشاورز در پراکندن تخم دانه باشد که قوت اوست اما گیاه و کاه که علف ستوران است به تبع آن هم حاصل آید. در جمله، بر این کار اقبال تمام کردم و هر کجا بیماری یافتم که در وی امید صحت بود معالجت او بر وجه ثواب از خدا بر دست گرفتم و اگر امید صحت نبود کوشیدم که دردش را تخفیف دهم و در اینکه نظرم به اجر و پاداش نبود و قصدی جز بهبود بیمار و رضای خدا نداشتم (۷).

○ آداب و اخلاق طبیب

یادگارهای زیادی از نصایح و اندرزهای پزشکی، به قلم پزشکان نامی ایران، در طول مدت هزار و چهارصد سال گذشته، یعنی از انقراض سلسله ساسانی به این طرف که اسلام در ایران رواج داشته است، دیده می‌شود که

شاید اندرزهای حکیم سید محمد حسین عقیلی در کتاب خلاصه‌الحکمه، مهم‌ترین و کامل‌ترین متن مرتبط با آداب و اخلاق طبیب باشد که ما آن را با مختصر تغییری نقل می‌کنیم:

از جمله آداب و اخلاق طبیب بیست امر است:

اول: آنکه در هنگام معالجه، خود را در میان نبیند و شافی حق را داند و بیند و معلم و استاد خود را بستاید و شکر و احسان او نماید و باید هر کس که سخن نیکو و امری پسندیده بیان نماید و یا غلط یا خطایی از او صادر گردد یا اظهار کند، بلاتأمل در رد و انکار او درنیاید و معارض با کسی نگردد، خواه حق باشد یا باطل و بدگویی و زشت‌گویی از طبیب دیگر نکند و خطای دیگران را مایه افتخار و عزت خود نشمارد، بلکه مایه تنبه و هشیاری خود داند که خود چنین تدابیر ننماید.

دوم: آنکه باید به حسن خلق و بشاشت و لطف کلام، احوال‌پرس بیماران باشد و اگر سوء تدبیری نمایند، به‌زودی، از جا درنیاید و غضب نکند و از خود نرنجاند و سخنی نگوید که باعث نومیدی ایشان گردد، بلکه با لطف و مدارا، مکرر سخن آن‌ها را بشنود و به‌عنوان نصیحت و موعظه، ایشان را از ناپرهیزی و سوء تدبیر بازدارد و بگوید: «زحمت و مشقت چند روزی را برای صحت و تندرستی دایمی باید اختیار نمود که این سهل است و آن دشوار».

سوم: آنکه نگاهدارنده اسرار بیماران باشد و راز بیماری آن‌ها را خصوصاً بر کسانی که نخواهند ایشان مطلع گردند، فاش نسازد، زیرا که بسا بیماری‌ها است که پدر از پسر، پسر از پدر، برادر از برادر، همشیره از همشیره، زن از شوهر و شوهر از زن، که نزدیک‌تر از ایشان به همدیگر کسی نیست، مخفی می‌دارد چه جای دوردستان.

چهارم: آنکه چون کسی به بیماری مسری مانند آتشک، جرب، جذام و امثال این‌ها به سبب مباشرت با صاحبان آن امراض مبتلا گردد، آن‌ها را تشنیع بدان ننماید، بلکه به حسن خلق مداوا نماید و بعد از صحت به‌عنوان نصیحت منع نماید که دیگر به امثال چنین کسان مباشرت و مجالست ننماید.

پنجم: آنکه حریص باشد بر معالجه و تدبیر بیماران و تحقیق بیماری‌ها و داروها، چه قدیم و چه نو، چه مفرد و چه مرکب، و معرفت این‌ها به مشاهده و تجربه و اکثر مشغول به مطالعه کتب و فهم و حفظ گفته‌های پیشینیان و معاصرین و مجربین و شرکت در جایگاه عمل و بیمارستان‌ها و مواضعی که بیماران بسیار باشند (درمانگاه‌های عمومی) و مذاکره و مشورت با استادان حاذق و اطباء ماهر نمایند و اگر سخن حقی و دلیل صدقی که خوانده‌اند از ایشان شنود، به حُسن قبول اذعان نماید و ممنون گردد و هم‌چنین اگر به‌غلط باشد و یا به‌سهو از او صادر گشته و یا دیگری او را متنبه گرداند و بازآید و اصرار بر غلط و سهو خود نکند که علامتِ جهل مرکب است.

ششم: آنکه اگر کسی سخن ضعیف یا سخیف و یا باطل گوید بر او صریحاً انکار ننماید، و ردّ مطلق نکند و او را خجل و شرم‌منده نگرداند و معارض نشود، خصوصاً در مجمع بلکه حتی‌المقدور محملی نیکو و توجیهی شایسته برای آن نماید و به ملایمت به حسن کلام گوید: «آنچه می‌فرمایید شاید قول بعضی باشد و یا در وقتی یا مزاجی و یا حالتی خاص، نه قول جمهور و عام و لکن در این محل و موقع چنین باید و یحتمل که این بهتر باشد».

هفتم: آنکه چون به نزد بیماری رود یا بیماری نزد وی آید و رجوع بدو آورد و قبل از آن طبیب حاذق و ماهرتر از او متوجه معالجه او بوده و تدابیر او همه پسندیده بوده، خصوص آن که رو به صحت آورده باشد، به لطف کلام و بشاشت تمام به او بگوید: «دست از معالجه او نباید برداشت که او از من بهتر است، بلکه رجوع به همان باید داشت و ان شاء الله عن قریب صحت تام حاصل خواهد گشت».

هشتم: آنکه چون بیند که طبیب متوجه معالجه مریضی است و او بر خطا و غلط است به طبیب دیگر رجوع نماید. به مریض و یا اولیا و پرستارانش اظهار نماید که او بر خطا و غلط است به طبیب دیگر رجوع نماید. نهم: اگر مریضی بدو رجوع آورد و او را معتقد به خود نداند و متزلزل و دودل و مایل به دیگری بیند و یا آن که سخن ناشنو و ناپرهیز باشد که آنچه گوید به خلاف آن به عمل آورد، از او و یا از اولیا و پرستاران او عذر بخواهد و گوید: «به طبیب دیگر رجوع باید آورد» و اگر بنا بر بعضی جهات، قبول ننماید، لابد گوید: «مضایقه ندارم و من هم شریک خواهم بود» و به تدریج، دست بکشد و یا بنابر مصلحت تمارض نماید و خود را بدنام نکند.

دهم: آنکه چون مریضی بدو رجوع آورد و او را انواع تدابیر نماید رو به صحت نیاورد و به طول انجامد، به حسن خلق و گشاده‌رویی از او و یا اولیا و پرستاران او عذرخواهی نماید و گوید: «شاید شفای ایشان مقدور به دست دیگری باشد»، یک دو روزی بر طبیعت واگذارند و تدبیری نکنند پس به طبیب دیگر که طبیعت خود راغب و مایل به او یابد و یا آنکه استخاره به نام او خوب آید و اگر خود طبیب ماهرتر در معالجه و حاذق‌تر داند و بیند، گوید بدو رجوع نماید و بالجمله لجاجت در معالجه ننماید و کار او را تبه نسازد. یازدهم: آنکه در امر درمان تعصب روا ندارد و برحسب سن و فصل و مکان و زمان و نوع بیماری به مداوا مشغول شود و همیشه از داروهای ساده و کم‌ضرر شروع کند، سپس به داروهای قوی یا مرکب و اختلاط چند دارو بپردازد.

دوازدهم: آنکه ایستادگی بیش از حد در یک نوع دارو ننماید، به‌طوری که طبیعت با آن انس گیرد و اثرات دارو ضعیف شود، بلکه اگر پس از چندی دارو اثر نکرد آن را تغییر دهد. سیزدهم: آنکه چون چند مرض با هم مجتمع گردند، ابتدا نماید به درمان مرض اصلی که سبب مرض دیگر است و بعد به عوارض بیماری یا بیماری‌های فرعی بپردازد.

چهاردهم: مداومت بر غلط ننماید و ترک و گریز از صواب جهت تأخیر اثر آن نیز ننماید. زیرا ممکن است تسکین یا بهبود بیماری ظاهری یا موقتی باشد و یا اثر دارو دیر ظاهر شود و پزشک به غلط خیال کند؛ که در صورت اول، بیماری در اثر مداوای او بهبود یافته و در صورت دوم، دارو مؤثر نبوده است. پانزدهم: دوی زیان‌بخش و کشنده و قاتل جنین و یا مفسد بعضی اعضا مانند چشم و گوش و مضعف بعضی قوا مانند ادراکات دماغی و باه و امثال آنها هرگز استعمال ننماید و دایم در پی رساندن خیر و نفع باشد نه فساد و ضرر. زیرا که «طبیب خادم طبیعت است و طبیعت، مدیر و مصلح و حافظ بدن نه مفسد و مهلک و غافل از آن» مگر آنکه انحرافی در آن پدید آید.

شانزدهم: آنکه بخیل نباشد و بخل نرزد در آموختن علم طب و مداوای بیماران بلکه حریص بر آن باشد و شفیق بر شاگردان و مریضان و متفقد و مُتَفَحِّص و متجسس احوال ایشان و دایم در تدبیر اصلاح و ترقی ایشان در تعلیم و امر خوراک‌ها، آشامیدنی‌ها، داروها و غیره‌ها، و دلتنگی نکند و فرق میان ملوک

و مملوک و اغنیا و فقرا و متمولین و مساکین نگذارد و متکبر و فخرکننده نباشد بر امثال و اقران خود و به نظر حقارت بر کسی ننگرد هرچند فقیر و بی‌زبان باشد بلکه توجه و تفقد بر ایشان زیاده کند. هفدهم: آنکه منت ننهد بر شاگردان و بیماران، بلکه بر خود منت نهد که برای پیش‌برد کار و صنعت خود از آنان استفاده می‌کند.

هجدهم: قانع و شاکر و راضی و سخی و عالی‌همت باشد و طامع و حریص و مولع و بخیل نباشد و طمع بر مال و منال شاگردان و بیماران ننماید و طلب از ایشان نکند و اگر به طوع و رغبت و خوشنودی و نیاز خود هدیه برای او آوردند برای خاطر ایشان قبول نماید و رد نکند و اگر بنا بر پاس خاطر و بعضی جهات، به‌عنوان هدیه چیزی برای او آورند و احساس کند که خود هدیه‌کنندگان بدان چیز تعلق خاطر دارند و باطناً کراهت دارند، باید قبول ننماید و عذر بخواهد.

نوزدهم: متوجه معالجه هر مریض از کار رفتۀ تخته مشق اطباء و مجربین گشته، نگردد هرچند ایشان ابرام نمایند او مبالغه در عذرخواهی نماید و خود را بدنام و ذلیل و حقیر نگرداند.

بیستم: پرگو و پرخوار و مشغول تلذذ و تعیش و تنعم و هزل و لطیفه‌گویی و نوشیدن شراب و سایر مسکرات و ارتکاب مناهی نباشد و نظر حرام بر محارم نیندازد بلکه همه را اطفال و برادر و مادر و خواهر خود داند و بیند و ذکر منافع و فواید آن‌ها و مدح پرخوری و اختلاط اغذیه و اشربه و ناپرهیزی را نزد مردم، خصوص بیمار بهانه‌جوی رخصت‌طلب ننماید و باب این کارها را بر آن‌ها نگشاید (۸).

○ آداب و شرایط و اخلاق بیمار

پزشکان قدیم ایران نه‌تنها درباره سنجایی اخلاقی پزشکان، بلکه درباره رفتار و سلوک بیماران نسبت به اطبا نیز، اندرزها و توصیه‌هایی کرده‌اند که آن‌ها را از همان کتاب خلاصه‌الحکمه نقل می‌کنیم:

در بیان آداب و شرایط و اخلاق بیماری که برای درمان به پزشک مراجعه می‌کند و آن پنج است:
اول: آنکه باید طلب نماید و اختیار کند طبیبی را که متّصف به اوصاف و اخلاق پیش‌گفته، کلاً یا بعضاً باشد و اعتقاد بدان داشته باشد و اگر چنین کسی در بلاد او یافت نشود که هم عامل و هم عالم هر دو باشد، ناچار، اختیار نماید طبیب را که عالم باشد گرچه در عمل قاصر یا تارک بود، زیرا که بر عامل بی‌علم چندان اعتمادی نیست و عالم در همه وقت و حال و مرض، داروهای مضر و سمّی یا مجهول‌الاثرا استعمال نخواهد کرد.

دوم: آنکه چون رجوع به طبیبی آورد باید که خود را به تمامی بدو سپارد و به کل دست از اراده و اختیار و خواهش خود بردارد و آنچه او گوید به‌عمل آورد و آنچه کند قبول نماید و چون و چرا نگوید. سوم: آنکه باید بداند و معتقد باشد که بهتر از او طبیبی نیست و احیاناً اگر مرض او در بین معالجه شدت یابد و یا به طول انجامد، متفکر و مشکوک نگردد که رجوع به طبیب دیگر آورد و هم‌چنین خود را تخته مشق اطبا سازد.

چهارم: آنکه با طبیب به حسن خلق و ادب و حرمت و ملایمت تکلم و معاشرت نماید و با او خشونت و سخن رکیک نگوید و اگر از او منقطع گردد و به طبیب دیگر رجوع آورد از او بدگویی و مذمت ننماید، هرچند او بر خطا و غلط بوده و رأی صائب نداشته.

پنجم: اگر برای طبیب معالج خود تحفه و هدیه آورد باید که موافق و لایق او آورد و بعد صحت و شفا همیشه تعظیم و حرمت پزشک را در مجالس و غیرها مرعی دارد و او را نرنجانند (۸).

○ منابع

- (۱) پارسانی، حمید. علم و فلسفه، پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی، ص ۱۷۱، ۱۳۸۳؛ (با اندکی دخل و تصرف)
- (۲) تنکابنی، حکیم میرزا احمد. مجموعه آثار حکیم میرزا احمد تنکابنی: مطلب السؤال رساله اسهالیه. المعی. ۱۳۸۸ (اقتباس)
- (۳) جرجانی، حکیم سید اسماعیل. ذخیره خوارزمشاهی. موسسه احیای طب طبیعی. چاپ اول. ۱۳۹۱
- (۴) امیر عنصرالمعالی کیکاووس بن اسکندر. قابوسنامه. باب سی‌وسوم.
- (۵) غزالی، امام محمد. مکاتیب امام محمد غزالی: فضائل الانام من رسایل حجة الاسلام. تصحیح و تعلیق مهدی قربانیان. حکمت سینا. ۱۳۹۴
- (۶) بیهقی، ابوالفضل محمد بن حسین. تاریخ بیهقی. تصحیح دکتر علی اکبر فیاض. دانشگاه فردوسی مشهد. چاپ پنجم. ۱۳۹۰
- (۷) ناصری، محسن. مجموعه آثار مرحوم دکتر سید جلال مصطفوی کاشانی. جلد دوم. انتشارات طب سنتی ایران. چاپ اول. ۱۳۹۳
- (۸) عقیلی شیرازی، محمد حسین. خلاصه الحکمه. ج ۱. صحیح و ویرایش: اسماعیل ناظم. اسماعیلیان. چاپ اول. ۱۳۸۵

فصل ۶: مبانی طب ایرانی – امور طبیعی

دکتر مجید انوشیروانی

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- بخش اول: ارکان
 - فایده عناصر در اجسام مرکب
- بخش دوم: مزاج
 - معتدل حقیقی و غیرحقیقی
 - اعتدال طبی
 - مزاج‌های هشت‌گانه صحت
- بخش سوم: اخلاط
 - نکات کاربردی
 - طبیعت اخلاط و تناظر طبع آنها با ارکان چهارگانه
 - مفهوم کیفیت در اخلاط
- بخش چهارم: اعضا
 - منشا اندام‌ها
 - تقسیم‌بندی اعضا به اعتبار پروردن و بخشیدن نیروها، یا پذیرفتن نیروها
 - تقسیم‌بندی اعضا به اعتبار همگونی یا ناهمگونی بافتار
 - مزاج اعضا
- بخش پنجم: ارواح
- بخش ششم: قوا
- بخش هفتم: فعال

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- مفهوم ارکان در طب ایرانی را شرح دهیم.
- ویژگی هر یک از ارکان را شرح دهیم.
- تفاوت جسم عنصری و جسم مرکب از دیدگاه طب ایرانی را شرح دهیم.
- فایده وجود هر یک از عناصر را در اجسام مرکب توضیح دهیم.
- تعریف مزاج از دیدگاه طب ایرانی را شرح دهیم.
- مفهوم اعتدال در طب را توضیح دهیم.
- انواع مزاج را نام ببریم.
- مفهوم اخلاط از دیدگاه طب ایرانی را تعریف کنیم.
- انواع اخلاط به همراه کیفیت منسوب به آنها را نام ببریم.
- مفهوم کیفیت در هر کدام از اخلاط را بیان کنیم.
- اسباب چهارگانه مؤلف هر کدام از اخلاط را شرح دهیم.
- انواع تقسیم‌بندی اعضا را تعریف کنیم.
- مزاج هر کدام از اعضا را بیان کنیم.
- مسیر تولید روح بخاری در بدن را شرح دهیم.
- انواع روح بخاری و محل تولد آنها را بیان کنیم.
- تقسیم‌بندی قوای بدن را بیان کنیم.
- عملکرد هر یک از انواع قوای بدن را شرح دهیم.
- انواع افعال را نام ببریم.

○ مقدمه ویراستار

هر مکتب طبّی با نظریه و دیدگاهی خاص به موضوع خود، یعنی تندرستی و بیماری انسان می‌نگرد. بنابراین، برای شناخت صحیح هر مکتب لازم است با اصطلاحات و لغات فنی آن طبق تعریف دانشمندان همان مکتب آشنا شد، با آن زبان سخن گفت و بلکه با آن زبان، فکر و اجتهاد کرد. بسیاری از تعاریف و اصطلاحات در طب ایرانی، عقلی و فلسفی هستند و در گام اول به دلیل ناآشنایی فراگیرنده با بیان فلسفی یا ناهمخوانی آنها با برخی دانسته‌های پیشین وی، سؤال‌های مختلفی برای فرد مبتدی پیش می‌آید، ولی پس از مدتی این سؤالات، پاسخ خود را می‌یابند و وفق و دیدگاه جدیدی فراروی ذهن دانشجو گشوده می‌شود.

توصیه ما به فراگیرندگان طب ایرانی و همچنین پزشکانی که قصد دارند از این مکتب به‌عنوان روش درمانی بهره ببرند این است که برای یادگیری مطالب و اصطلاحات این مکتب، پرونده جدیدی در ذهن باز کنند و در ابتدای راه از به‌هم‌آمیختن دو دیدگاه طب سنتی و پزشکی رایج به شدت خودداری کنند.

مکتب طب ایرانی نیز مانند سایر مکاتب طبّی، دارای دیدگاه فلسفی خاص خود است و برای بیان آنها از مجموعه‌ای از لغات و اصطلاحات تخصصی استفاده می‌کند. بنابراین، برای فهم کامل گزاره‌های آن لازم است این لغات عیناً آموخته، فهم شده و به‌کار برده شوند. از سوی دیگر باید توجه داشت که برخی از این کلمات، به لغات متداول و معمول امروزی شباهت دارند، اما در زمان خود اصطلاحاتی تخصصی بوده‌اند و مفهوم امروزی‌شان از آن مفاهیم اصطلاحی بسیار دور است. مثلاً واژه طبیعت در تداول امروزی‌ش به مفهوم آفریده‌های خداوند از دشت و کوه و جنگل و دریا و گیاهان و جانوران است و معادل با Nature به‌کار می‌رود، ولی در طب ایرانی به مفهوم «قوة مدبره بدن» و نیز مفاهیم فرعی دیگر می‌باشد.

خطای رایج دیگر، تلاش برای تطبیق یا ترجمه تحت‌اللفظی این اصطلاحات به لغات مرسوم در پزشکی رایج است، این کار نه تنها ضرورتی ندارد بلکه در بسیاری موارد، می‌تواند موجب بدفهمی و گمراهی در درک مقصود حکما شود، زیرا مبانی فلسفی مکتب طب ایرانی با پزشکی رایج متفاوت است و به همین دلیل، دیدگاه حکما در مورد فیزیولوژی و آسیب‌شناسی (پاتولوژی)، روش تقسیم‌بندی بیماری‌ها و اصول تشخیص و درمان آنها و نهایتاً نام‌گذاری بیماری‌ها نیز در این دو رویکرد با یکدیگر متفاوت است. به بیان دیگر اختلاف طب ایرانی با طب جدید تنها اختلافی زبانی (linguistic) نیست، از این رو رویکردی صرفاً لغوی و زبانی برای تطبیق اصطلاحات طب ایرانی با واژه‌های طب جدید کاری شتاب‌زده و بی‌بنیاد است.

همچنین، باید گفت آنچه عملاً در هر مکتب پزشکی، اولویت و مهم است تشخیص و درمان درست بیماری و رسیدن به نتیجه مناسب می‌باشد، زیرا در علوم تجربی، معیار درستی یک تئوری در عمل و تجربه آشکار می‌شود. اگر دیدگاه طب ایرانی به‌خوبی فرا گرفته شود و از التقاط (Eclecticism) و شتاب‌زدگی پرهیز شود، در یک رویکرد عمل‌گرایانه (Pragmatistic) و تلفیق منطقی (Rational Integration) می‌توان در هر دو حیطه حفظ سلامت و درمان بیماری‌ها موفق‌تر عمل کرد. طب ایرانی با توجه با توانایی حل بعضی از مشکلات طبّی می‌تواند در کنار روش‌های درمانی نوین و نه در مقابل آنها، همیار سیستم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی باشد.

○ تقسیم‌بندی علم طب

دانش پزشکی ایرانی به دو بخش طب نظری و طب عملی تقسیم می‌شود (جدول ۶-۱):

طب نظری: یعنی دانشی که چگونگی عملکرد طبیعی و تغییرات بدن انسان و عوامل مؤثر بر آن را - که منجر به سلامتی یا بیماری می‌شوند - بررسی کرده، نهایتاً پزشک را به تشخیص، راهنمایی می‌نماید. طب نظری شامل سه بخش است:

- (۱) امور طبیعی: اموری که هستی، قوام و حفظ کمالات جسمی بدن انسان، بر آنها مبتنی است (فیزیولوژی).
- (۲) اسباب و علل: علل و عوامل مؤثر بر تغییرات بدن انسان (اتیولوژی) و چگونگی بروز بیماری (فیزیوپاتولوژی) را بررسی می‌کند.
- (۳) دلایل و علایم: به بررسی علایم و نشانه‌ها می‌پردازد و پزشک را برای تشخیص حال سلامت یا بیماری راهنمایی می‌کند، مانند نشانه‌های مزاجی و غلبه اخلاط، نبض‌شناسی و ادرارشناسی (نشانه‌شناسی یا سمیولوژی).

طب عملی: طب عملی شامل روش‌هایی است که در شرایط سلامتی و برای حفظ سلامت به کار می‌رود که به آن علم «حفظ الصحة» گویند، و یا در شرایط بیماری و برای بازگرداندن سلامتی است که به علم «معالجات» معروف است. طب عملی خود شامل سه بخش است:

- (۱) تدابیر: که شامل تدابیر صحی (علم حفظ‌الصحه) و تدابیر درمانی است. تدبیر ورزش، مهم‌ترین بخش از تدابیر حفظ سلامتی است و تدبیر غذا (رژیم درمانی) مهم‌ترین بخش تدابیر درمانی می‌باشد.
- (۲) دارو درمانی با داروهای گیاهی، حیوانی و معدنی به اشکال مختلف خوراکی و موضعی
- (۳) اعمال دستی (یدی): مانند دلك (ماساژ)، انواع غمز (مشابه با طب فشاری: Acupressure، رفلکسولوژی و ...)، حجامت، فصد، کئی (داغ کردن) و جراحی‌های گوناگون.

جدول ۶-۱: تقسیم‌بندی علم طب

امور طبیعیہ		نظری	طب
اسباب و علل			
دلایل و علایم			
تدابیر صحی	حفظ الصحه	عملی	
تدابیر درمانی	معالجات		
دارو درمانی			
اعمال دستی			

○ مقدمه نویسنده

بنا به سخن ابن سینا در نخستین برگ‌های کتاب «القانون فی الطب»، پزشکی، دانشی است که به «شناخت تن آدمی از وجه دگرگونی‌های صحت» می‌پردازد، و «سبب‌های تندرستی و بیماری» را می‌جوید، و «نشانه‌های همراه و پیامدهای هریک» را در بدن می‌شناساند. این سه امر، یعنی «شناخت ساختار و کارکردهای پیکر زنده انسان»، و «شناخت سبب‌های استواری و آشفتگی آن ساختارها و کارکردها»، و «نشانه‌های تندرستی و بیماری»، به‌ترتیب در سرفصل‌های «امور طبیعی»، «اسباب و علل» و «دلایل و علایم» به بخش «طب نظری» تعلق دارند.

به بیان دیگر - گرچه باز هم کوتاه و ناتمام - در بخش نظری طب ایرانی، نخست به شناخت اجزاء و عوامل زیستی بدن زنده انسان در طیف متنوع و گسترده حالات تندرستانه (صحتی) پرداخته می‌شود، و پس از آن سبب‌های کلی تغییردهنده مزاج و ساختار صحتی (اعم از بدنی و روانی و رفتاری و محیطی) معرفی می‌گردد و در دنباله آن تاثیر امور روزمره (شامل خوردنی‌ها و نوشیدنی‌ها، هوا و فصول و اقلیم‌ها، حرکت و سکون، حفظ مواد سودمند در بدن و دفع پسماندهای زائد، خواب و بیداری، و حالات ذهنی و روانی) بر حالات بدن شناسانده می‌شود، و سرانجام نشانه‌های بدنی در طیف تندرستی مزاجی، و بیماری بیان می‌گردد. این نشانه‌ها شامل نشانه‌های ساختار بدنی، نشانه‌های عملکردی اعضا از جمله نبض‌شناسی، و نشانه‌های روانی هستند.

اما بخش دیگر طب ایرانی، به «چگونگی تدبیر و سامان دادن به سبب‌های مؤثر بر بدن» می‌پردازد؛ و «راه‌های درمان غذایی و دارویی بیماری‌ها، و شیوه‌های دست‌ورزی (اعمال یدای)» را بیان کند. در طب ایرانی، این امور در بخش موسوم به «طب عملی» برشمرده می‌شوند که آنها را در مباحث «حفظ صحت»، «علاج با غذاها»، «علاج با داروها»، و «علاج‌های دستی» می‌خوانیم. مباحث شناخت امراض و مفرده‌شناسی و شناخت داروهای ترکیبی به این بخش مربوط‌اند.

همانگونه که گفته شد، نخستین بخش از طب نظری، امور طبیعی بدنی را در برمی‌گیرد. مراد از «طبیعی» در اینجا، نرمال و هنجار یا عادی و معمولی نیست بلکه مراد از واژه طبیعی، امور محسوس جسمی هستند که شناخت آنها در حیطه «فلسفه طبیعیات» است و چنان‌که خواهیم خواند شامل این هفت امر هستند: ارکان، مزاج‌ها، اخلاط، اعضا، ارواح، قوا و افعال. آشکارترین و آشناترین امور طبیعی بدنی برای پزشکان امروز، «اعضاء» هستند که در دانش آناتومی و فیزیولوژی (متناظر با دانش تشریح در طب نیاکان) بیان می‌شوند.

از دیدگاه طبی، امور طبیعی بدنی همان اجزاء جسمی، کیفی و غایی در سامانه پیکر زنده انسان هستند. به زبان دیگر، امور طبیعی بدن شامل ریزبنیان‌های فیزیکی (ارکان)، ساختارهای زیستی (اخلاط و اعضا و ارواح)، نیروها (قوا)، ابرعامل‌های کیفی (مزاج) و سرانجام غایات عملکردی (افعال) حاصل از درهم‌کنش و هم‌گرایی شش امر پیشین هستند.

○ بخش اول: ارکان

در مبحث ارکان، انواع بنیان‌های موجودیت اشیاء و جانداران و بدن انسان معرفی می‌شوند. به بیان فیلسوفان طبیعی‌دان، اشیاء و جانداران روی زمین یعنی همه کانی‌ها، گیاهان، جانوران (و نیز پدیده‌های جوّی مانند

ابرها و برف و باران و صاعقه) از ترکیب و امتزاج چهار نوع ماده بسیط بنیادی تشکیل شده‌اند که آنها را رکن، یا عنصر، یا اُسْطُقُس می‌نامیده‌اند.

حکیمان ماده بسیط یا عنصر را ماده‌ای می‌دانستند که به صورت موادی غیر از خود قابل تجزیه نباشد و نتوان آن را به نوع ماده دیگری منقسم کرد، و کل و جزء آن یک طبع داشته باشد، یا به عبارت دیگر عنصر ماده بسیط، ماده‌ای است که در صورت و طبیعت آن اختلافی بین اجزاء و کل وجود نداشته باشد. ماده مرکب در مقابل ماده بسیط است که می‌توان آن را به موادی با صورت‌های مختلف تقسیم کرد. با این دیدگاه، همه چیزهایی که ما می‌توانیم با حواس خود ادراک کنیم، ماده مرکب هستند.

همین‌جا نکته‌ای درخور است و آن اینکه هنگام یادگیری این اصطلاحات و مفاهیم باید هشیار باشیم که به مغالطه اشتراک لفظ دچار نشویم یعنی مثلاً معنای «عنصر» در طبیعیات قدیم و شیمی مدرن را یکسان نپنداریم.

عناصر در طبیعیات فلسفه سینوی عبارتند از ارض (خاک)، ماء (آب)، هوا (باد) و نار (آتش). هریک از این عناصر دارای دو کیفیت از میان کیفیت‌های چهارگانه گرمی و سردی (کیفیات فاعل) و تری و خشکی (کیفیات منفعل) می‌باشند. این عناصر را می‌توان از دیدگاه‌های مختلف کیهان‌شناختی، فیزیکی - شیمیایی و زیست‌شناختی تبیین کرد که اکنون به بیانی مختصر از آنها می‌پردازیم.

بنا به دیدگاه طبیعی‌دانان، عناصر بر پایه دو معیار اصلی و مشترک شامل سنگینی/سبکی^۱ و شکل‌پذیری/شکل‌ناپذیری طبقه‌بندی می‌شوند:

معیار سنگینی/سبکی:

سنگینی و چگالی در عنصر خاک (ارض) به نهایت رسیده و اجزاء ماده در این عنصر به صورت ساختاری بسیار متراکم و فشرده قرار گرفته‌اند، برخلاف آن در عنصر آتش (نار) سبکی به نهایت رسیده و اجزاء ماده در آن به صورت ساختاری بسیار متفرق و پراکنده درآمده‌اند. کیفیت فاعله برودت سبب تراکم ماده در عنصر خاک و کیفیت فاعله حرارت، سبب تفرق ماده در عنصر آتش شمرده می‌شود. به این ترتیب، خاک «ثقیل مطلق» یا سنگین‌ترین عنصر است، و آتش «خفیف مطلق» یا سبک‌ترین عنصر است که در قیاس با آنها، عنصر آب «ثقیل نسبی» و عنصر هوا «خفیف نسبی» است.

همچنین حکما بنا به آسانی یا دشواری، و تندی یا کندی ماده در قبول شکل (شکل‌پذیری) و ترک شکل (شکل‌گریزی)، به کیفیات «تر» و «خشک» برای عناصر قائل شده‌اند: عنصری که در شکل‌پذیری تند و آسان دارد و پس از گرفتن شکل، به آسانی آن را وامی‌نهد «تر» شمرده می‌شود و عنصری که هم شکل‌پذیری آن کند و دشوار است و هم پس از پذیرفتن شکل، به سختی از آن شکل می‌افتد «خشک» به‌شمار می‌آید.

از این بیان، به‌روشنی پیداست که گرمی و سردی عنصری اساساً ماهیت‌هایی دماسنجانه نیستند، و ماهیت تری و خشکی عنصری نیز بر خیسی و نمداری بنا نشده است.

به این ترتیب می‌توانیم چنین بگوییم:

۱. اشاره به ثقل و خفت بنا به میل طبیعی عنصر به مرکز یا محیط:

ثقل: حرکت و میل طبیعی ماده به‌سوی مرکز

خفت: حرکت و میل طبیعی ماده به‌سوی محیط

به این ترتیب، دست‌کم بر روی زمین، مواد از دو حیث اصلی قابل بررسی هستند: رفتار جرم ماده در برابر نیرو، بردار حرکت ماده

خاک: عنصری بسیط، جامد، مطلقاً سنگین، و سرد و خشک است.

آب: عنصری بسیط، سیال، نسبتاً سنگین، و سرد و تر است.

هوا: عنصری بسیط، لطیف، نسبتاً سبک، و گرم و تر است.

آتش: عنصری بسیط، لطیف، مطلقاً سبک، و گرم و خشک است.

نکته: خاک و آب و هوا و آتشی که با حواس خود ادراک می‌کنیم، عناصر بسیط نیستند. بنا به نوشتارهای حکیمان، ارکان یا عناصر بسیط، قابل ادراک حسی نیستند؛ ولی خاک و آب و هوا و آتشی که می‌توانیم لمس کنیم و ببینیم در حقیقت، مواد مرکب محسوسی می‌باشند که شبیه‌ترین اشیاء به عناصر بسیط هستند و می‌توانند نماینده آنها در چیزهای محسوس ما باشند؛ ولی در همین آب نوشیدنی محسوس، اجزائی مانند کربنات کلسیم و منیزیم وجود دارد که بنا به دیدگاه عنصرشناسی حکیمان، مواد متشکل از اجزاء خاکی (ارضی) هستند؛ همچنین، در فرایند احتراق، بخار آب تولید می‌شود و آتش شعله‌وری که می‌بینیم با آب همراه است. بنابراین آب و آتش و هوا و خاک محسوس، هیچکدام ماده بسیط عنصری نیستند.

نکته دیگر: این است که هنگامی که از گرمی و سردی و تری و خشکی در مورد ویژگی‌های اجسام و خواص اشیاء سخن می‌گوییم، یا وقتی که از کیفیات چهارگانه در مقولات زیستی سخن می‌گوییم، معناهای دیگری را در نظر داریم. مثلاً وقتی می‌گوییم که طبیعت میوه خرما گرم است مرادمان آن نیست که ماده خرما اجزاء متفرق دارد، یا هنگامی که می‌گوییم سرکه خشک است منظورمان این نیست که سرکه، از شکل ظروف مختلف تبعیت نمی‌کند. بلکه مقصودمان این است که خوردن میوه خرما آثار حرارت در بدن ما پدید می‌آورد و نوشیدن سرکه به تدریج موجب پیدایش آثار خشکی در بدن ما می‌شود. و مرادمان از آثار گرمی و خشکی بدنی نیز طیفی از تغییرات عملکردی و ساختاری است که با گرمی و خشکی در خواص اشیاء متفاوت است. با این مقدمه، می‌توان گزاره‌های زیر را از دیدگاه عنصرشناسی در دانش طبیعیات بیان کرد:

- طبیعت هوای عنصری نسبت به طبیعت آب عنصری گرم است، یعنی هوا از آب سیال‌تر است.
- طبیعت هوای مرکب محسوس ما نیز از طبیعت آب مرکب گرم‌تر است هرچند دمای آن هوا خنک باشد.
- طبیعت آب عنصری نسبت به طبیعت هوای عنصری سرد است یعنی آب از هوا کم‌سیال‌تر است.
- طبیعت آب مرکب محسوس ما نیز از طبیعت هوای مرکب سردتر است هرچند دمای آن آب داغ باشد.
- شاخه تازه و نورسته درخت بید در بهار، خم‌پذیر است و در حرکت انعطاف دارد و در برابر نیرو، به سرعت نمی‌شکند، بنابراین «تر» محسوب می‌شود هرچند خیس و نمدار نباشد. اما همان شاخه در پاییز و زمستان، حتی اگر از بارش برف و باران خیس باشد، شکننده و خم‌ناپذیر است و از این رو «خشک» محسوب می‌شود.
- در مثالی طبی برای تری و خشکی می‌توان گفت که استخوان از غضروف خشک‌تر است، و غضروف از بافت چربی خشک‌تر است.

۱. یا دست کم در زمان حکما، امکان مشاهده مستقیم آنها با حواس طبیعی انسان فراهم نبوده است.

فایده عناصر در اجسام مرکب

خاک عنصری در نسبت کمی معتدل، بنا به کیفیت خشکی خود به اجسام مرکب استواری و استحکام و پایداری می‌بخشد و شکل جسم مرکب را حفظ می‌کند و مانع سیلان مفرط ناشی از تری اجزاء آبی می‌شود. آب عنصری در نسبت کمی معتدل، بنا به کیفیت تری خود، به اجسام مرکب نرمی و شکل‌پذیری و انعطاف‌پذیری می‌دهد و ترکیب و امتزاج اجزاء در جسم مرکب را آسان می‌کند. همچنین از شدت حرارت اجزاء آتشی در ترکیب می‌کاهد، و مانع تفرق و گسستگی ناشی از خشکی اجزاء خاکی می‌گردد. هوای عنصری در نسبت کمی معتدل، به اجسام مرکب سیالیت و روانی می‌دهد و در آنها تخلخل پدید می‌آورد یعنی در میان اجزاء جسم مرکب، فاصله ایجاد می‌کند و به سبکی آن می‌افزاید و سنگینی مفرط ناشی از اجزاء سرد خاکی و آبی را می‌کاهد. آتش عنصری در نسبت کمی معتدل، نفوذپذیری در اجسام مرکب را افزایش می‌دهد و موجب سبکی بیشتر جسم و افزایش سرعت حرکت و جنبش در اجزای آن می‌شود. آتش عنصری، سردی مفرط اجزاء آبی و خاکی را در جسم مرکب می‌شکند.

○ بخش دوم: مزاج

مزاج از مهم‌ترین مباحث فلسفه طبیعیات، و از جمله کاربردی‌ترین مفاهیم در میان امور طبیعی بدن است. در طب نظری، مزاج در دو جایگاه گوناگون و با دو رویکرد مختلف بررسی می‌شود: نخست در بیان امور طبیعی بدن، و دیگر بار در دانش دلایل و علایم یا نشانه‌شناسی. موضوع این نوشتار در اینجا بخش اول است. در دانش طبیعیات، چهار رکن خاک و آب و هوا و آتش، انواع مواد بنیادی شمرده می‌شوند که به اندازه‌ها و نسبت‌های گوناگون با هم می‌آمیزند و در ساختارهای بسیار پرشمار و گوناگون اجسام مرکب جای می‌گیرند؛ و مزاج در اجسام مرکب همان کیفیتی است که پس از امتزاج عناصر و درهم‌کنش آنها بر جسم مرکب غالب می‌شود و معرف صفات و حالات آن است.

توضیح بیشتر آنکه عنصرها به تنهایی و در حالت بسیط، کیفیت‌هایی ثابت و محض دارند که اصطلاحاً طبع یا طبیعت آنها نامیده می‌شود. اما چنان‌که گفته شد در دنیای محسوس، عنصرها به صورت خالص و مفرد قابل مشاهده نیستند بلکه با صورت‌های بسیار متنوع در ترکیب‌ها و امتزاج‌های بی‌شمار با یکدیگر، در وجود آمده و گسترده شده‌اند. در هر ترکیب و امتزاجی، کنش و واکنشی میان عنصرها و کیفیت‌های متضادشان روی می‌دهد که سرانجام موجب پیدایش کیفیت(های) جدیدی در جسم مرکب می‌گردد که بطور یکسان بر همه اجزاء آن عارض می‌شود. این کیفیت جدید غالب بر جسم مرکب، مزاج نامیده می‌شود و برآیندی از مقدار و نسبت اجزاء عنصری نخستین در فعل و انفعال با یکدیگر است.

اما هنگامی که درباره مزاج بدن انسان زنده سخن می‌گوییم موضوع به مراتب پیچیده‌تر است. تکوّن جنینی مزاج انسان تابع امتزاج مواد و ساختارهای ژنتیکی در فرایند لقاح است ولی در طی رشد داخل رحمی، وقایع زیستی - روانی مادر و عوامل فعال در محیط خارج رحمی بطور مستمر بر آن تاثیر می‌گذارند و مزاج مادرزادی، سرانجام پس از تولد نوزاد با صفات مختلف قابل شناسایی است و تدریجاً با تکامل ساختاری و عملکردی اعضاء پس از تولد، بارزتر و آشکارتر می‌گردد.

اشاره به نکته دیگری نیز در همین‌جا سودمند است و آن اینکه برخی کوشیده‌اند مزاج‌های طبیعی را تابع چگونگی فعالیت غدد درون‌ریز یا سامانه عصبی خودکار بدانند درحالی که در حقیقت، نحوه فعالیت اعضا و دستگاه‌ها تابع مزاج است و می‌توان گفت که مزاج یک ابرعامل زیستی است که پیش از تشکیل ساختارها و بروز افعال آنها وجود دارد و الگوهای گوناگون نظم را در آنها پدید می‌آورد. البته نگارنده واقف است که مزاج بدن زنده انسان، حتی به فرض اعتدال طبی در یک شخص، همواره و مدام امری ثابت و یکسان نیست. توضیح بیشتر این امور را باید به نوشتارهای مفصل‌تر و تخصصی‌تر سپرد.

معتدل حقیقی و غیر حقیقی

بنا به تصور عقلی، کیفیت‌های متضاد اولیه (یعنی گرمی و سردی، تری و خشکی) یا متساوی هستند یا نامتساوی؛ اگر پیش از ترکیب، اندازه کیفیت‌های متضاد برابر باشد، کیفیت جسم مرکب، میانه و متوسط بین کیفیات نخستین خواهد بود که آن را معتدل حقیقی نامیده‌اند؛ و اگر اندازه کیفیت‌های متضاد برابر نباشند مزاج جسم مرکب، از میانه مطلق میان کیفیت‌های متضاد کمابیش دور خواهد بود و به یک یا دو کیفیت از چهار کیفیت گرمی و سردی و تری و خشکی گرایش بیشتری خواهد داشت که آن را نامعتدل حقیقی می‌نامند. مثلاً امتزاج مقادیر مساوی از عنصر آب (سرد و تر) و عنصر آتش (گرم و خشک) به پیدایش جسم مرکبی می‌انجامد که در کیفیت‌های چهارگانه معتدل است. ولی آمیختن مقادیر مساوی از عنصر آب (سرد و تر) با عنصر خاک (سرد و خشک) به پیدایش جسم مرکبی می‌انجامد که در کیفیات تری و خشکی معتدل است، اما سردی بر آن چیره است.

اما اگر دو واحد عنصر آتش با سه واحد عنصر آب امتزاج یابد، سردی و تری عنصر آب، گرمی و خشکی عنصر آتش را می‌شکند و جسم مرکب مزاجی سرد و تر خواهد داشت که نسبت به سردی و تری اولیه در عنصر آب کمتر است.

اعتدال طبی

بنا به دانش طب، اعتدال و عدم اعتدال بنا به برابری و نابرابری میزان کیفیات سنجیده نمی‌شود؛ زیرا اعتدال حقیقی برآمده از تساوی مطلق کیفیات، وجود خارجی ندارد چه رسد به اینکه در مزاج اعضا یا بدن انسان قابل تحقق باشد.

اعتدال طبی، به مفهوم بهره‌مندی وافر بدن و هر عضو از کمیت و کیفیت عناصر بقدر سزاوار و درخور مزاج و سرشت انسانی است. به بیان دیگر، اگر انسان از تناسب کمی و کیفی عناصر بهره‌مندی فراوان باشد دارای اعتدال طبی است. این وفور بهره‌مندی از تناسب کمی و کیفی، در نوع انسان بیشتر به اعتدال حقیقی، نزدیک است تا دیگر جانوران. به این معنا که در میان همه انواع جانداران، نوع بشر معتدل‌تر از دیگر انواع است.

مزاج‌های هشت‌گانه صحی

اگر شخصی با معتدل‌ترین مزاج در بین ساکنان معتدل‌ترین منطقه جغرافیایی زمین را در نظر بیاوریم، هیچکدام از کیفیات مزاجی بدن و اعضای وی از میزان سزاوار و هنجار، بیشتر و کمتر نخواهد بود و همه عملکردهای بدنی وی بطور طبیعی و مطلقاً بدون افزونی و کمی انجام خواهند شد. چنین فردی را می‌توان

بطور فرضی سنجۀ اعتدال نوع انسان در نظر گرفت. با ملاحظۀ این اعتدال فرضی، می‌توان به هشت مزاج اشاره کرد که بطور نظری در قیاس با آن نامعتدل شمرده می‌شوند ولی از دیدگاه طب بالینی، اختلال مزاجی محسوب نمی‌گردند.

چهار قسم از این هشت قسم مفرد هستند یعنی تنها در یک کیفیت از اعتدال مفروض بیرون هستند، و چهار تا مرکب‌اند یعنی در دو کیفیت از حد اعتدال مفروض خارج‌اند. مزاج‌های مفرد:

- (۱) مزاج گرم: یعنی مزاجی که گرم‌تر از اعتدال است، ولی مرطوب‌تر و خشک‌تر از اعتدال نیست.
 - (۲) مزاج سرد: یعنی مزاجی که سردتر از اعتدال است، ولی مرطوب‌تر و خشک‌تر از اعتدال نیست.
 - (۳) مزاج تر: یعنی مزاجی که مرطوب‌تر از اعتدال است، ولی گرم‌تر یا سردتر از اعتدال نیست.
 - (۴) مزاج خشک: یعنی مزاجی که خشک‌تر از اعتدال است، ولی گرم‌تر یا سردتر از اعتدال نیست.
- مزاج‌های مرکب:

- (۱) مزاج گرم و تر: مزاجی که گرمی و تری آن بیش از حد اعتدال مفروض است.
- (۲) مزاج گرم و خشک: مزاجی که گرمی و خشکی آن بیش از حد اعتدال مفروض است.
- (۳) مزاج سرد و تر: مزاجی که سردی و تری آن بیش از حد اعتدال مفروض است.
- (۴) مزاج سرد و خشک: مزاجی که سردی و خشکی آن بیش از حد اعتدال مفروض است.

همۀ این مزاج‌های هشت‌گانه، طبیعی و تن‌درستانه محسوب می‌شوند مگر آنکه کیفیت(ها) بقدری افزایش پیدا کنند که سامانۀ ارواح و قوا و اعضا از اعتدال ساختاری - کارکردی خارج شود و افعال مرضی روی دهد. ملاحظۀ مزاج‌های هشت‌گانه صحی نشانگر آن است که افراد تندرست در طیف مزاجی گسترده‌ای حتی با علایم متضاد قرار می‌گیرند و نمی‌توان تندرستی و اعتدال طبی را در یک نقطه یا دامنه باریک حصر کرد. مثلاً در افراد تن‌درست با مزاج‌های گوناگون، میزان نیاز به خواب و استراحت، غذا، و آب و نوشیدنی‌ها متفاوت است، و پاسخ سیستم عصبی آنها به محرک‌های حسی یکسان نیست، و همه استعداد یکسانی برای ابتلا به بیماری‌های متابولیک یا اختلالات نوروتیک یا مشکلات قلبی عروقی یا بیماری‌های التهابی ندارند، بلکه می‌توان این افراد تن‌درست را با رویکردی نشانه‌شناختی طبقه‌بندی کرد و سبک زندگی سلامت‌زا را با ملاحظۀ ویژگی‌های فردی به آنان آموخت تا در مواجهه با امور ناگزیر در محیط و زیست روزمره، استعداد ابتلاات به اختلالات واقعی نینجامد.

نکته‌ای درباره اصطلاحات دُموی، بلغمی، صفراوی، سوداوی

هیچکدام از این اصطلاحات، نشان‌دهندۀ مزاج‌های طبیعی نیستند. در واقع این اصطلاحات در متون اصلی طب ایرانی برای توصیف سوءمزاج‌های همراه با اختلالات خلطی از جمله اختلال افزایش کمی اخلاط طبیعی یا غیرطبیعی بکار رفته‌اند و ربطی به الگوهای مزاجی تن‌درستانه ندارند.

○ بخش سوم: اخلاط

اخلاط در لغت جمع خلط است، امروزه معنای لفظی و عام خلط، ترشحات مخاطی مجاری تنفسی فوقانی و تحتانی است که در اینجا موضوع بحث ما نیست. در مکتب طب حکمی ایران، اخلاط از مهم‌ترین امور طبیعی

بدن در تندرستی و بیماری شمرده می‌شوند و بسیاری از اختلالات مرضی به دگرگونی مقدار و کیفیات و جوهر اخلاط منسوب می‌گردند. نقش اخلاط در تندرستی و بیماری چنان مهم تلقی شده که برخی گویندگان، نام طب اخلاطی را برای این مکتب طبی روا دانسته‌اند که البته نگارنده، این نام‌گذاری را درست و جامع نمی‌داند.

مبحث اخلاط در طب ایرانی را می‌توان با بیوشیمی تغذیه در طب نوین متناظر دانست. بنا به نگاشته‌های پزشکان طبیعی‌دان، چیزهایی که می‌خوریم و می‌نوشیم مراحل پیوسته و ممتد از دگرگونی‌های تدریجی را در معده، کبد، عروق و بافت‌های بدن طی می‌کنند و سرانجام با ساختارهای پیکری (عضوی) یکپارچه و همانند می‌شوند و در فرآیندی پیچیده و شگفت‌انگیز از صورتی غیربدنی و بی‌جان به صورتی جاندار در بدن زنده‌ما تبدیل می‌گردند.

نخستین مرحله از این تغییر صورت یا دگردیسی خوردنی‌ها و نوشیدنی‌ها در کبد روی می‌دهد. به زبان دیگر خوردنی‌ها پس از جویده شدن و هضمی ساده و ناتمام در معده و ورود به روده، از راه عروق ماساریقا (مزانتریک) به کبد وارد می‌شوند و در آنجا به نخستین فرآورده‌هایی تبدیل می‌شوند که ساختار و صورتی متفاوت با ساختار و صورت نخستین خوراک در بیرون تن پیدا کرده‌اند و از مرتبه و سرشت غذایی، به مرتبه و سرشت تنانه رسیده‌اند.

همه این فرآورده‌های حاصل از هضم کبدی، سیال و مایع هستند ولی در وجوه گوناگون (از ویژگی‌های پایه و جوهری همچون ماده، تا صورت‌بندی و ساختار ماده، تا صفات ظاهری مانند قوام و رنگ و بو و مزه) با یکدیگر ناهمتا هستند و هریک افزون بر کارکرد متمایز در پشتیبانی بافت‌ها و ساختارهای عضوی گوناگون، آثار زیستی شبه‌دارویی ویژه‌ای نیز دارند که به آنها خواهیم پرداخت. این فرآورده‌های نهایی هضم کبدی، «خلط» نامیده می‌شوند که جنس‌های طبیعی آنها دم و بلغم و صفرا و سودا شمرده شده‌اند.

نکته مهم این است که هیچ‌یک از اخلاط، مواد متعین و خاصی با یک ساختار سلولی یا بیوشیمیایی ثابت نیستند بلکه هریک دربرگیرنده گروهی از مواد با برخی ویژگی‌های مشترک پایه و ظاهری هستند. در توضیحی باید گفت که حکما از جمله بوعلی در معرفی اخلاط، اصطلاح منطقی «اجناس» را بکار می‌برد که به شماری از مواد دلالت می‌کند، نه به یک ترکیب واحد و منفرد.

در بیوشیمی نیز وقتی از لیپید یا پروتئین سخن می‌گوییم در حقیقت به یک مولکول زیستی واحد اشاره نمی‌کنیم و واقف هستیم که لیپیدها و پروتئین‌ها دارای اقسام متنوع و تعداد پرشمار هستند.

تولید هر یک از اخلاط چهارگانه طبیعی، بطور خلاصه براینند تعامل دو سبب است: یکی جوهر و ماده خوراکی‌ها، و دیگری حرارت بنیادی در معده و کبد. تاثیر حرارت بنیادی معده و کبد بر روی ماده خوراکی‌ها به پیدایش انواع و اقسام اخلاط (طبیعی و غیرطبیعی) می‌انجامد. به عامل نخست، سبب مادی می‌گویند و عامل دوم سبب فاعلی نامیده می‌شود.

وقتی در یک وعده غذایی، خوراک‌های مختلف با ویژگی‌های گوناگون و حتی متضاد در قوام و رطوبت و طعم و طبع می‌خوریم، حرارت غریزی معده و کبد در همه بطور یکسان اثر نمی‌کنند و فرآورده نهایی هضم، هم به اقتضاء و تناسب جوهر هر خوراک در تبدل به خلط‌های مختلف، و هم به سبب درجات گوناگون تاثیر حرارت بر آنها، شامل محصولات مختلفی خواهد بود که به اجناس چهارگانه دم و بلغم و صفرا و سودا تعلق دارند و

اگر تدابیر خورد و نوش رعایت نشوند و یا معده و کبد دچار اختلالات مزاجی باشند، مقادیر ناقص یا زائد از اخلاط طبیعی یا اقسام غیرطبیعی اخلاط تولید می‌شوند که تفصیل آن از این مبحث بیرون است. در جدول ۶-۲ به سبب‌های فاعلی و مادی برای تولید هریک از اخلاط طبیعی چهارگانه اشاره شده است:

جدول ۶-۲: سبب‌های فاعلی و مادی مولد هریک از اخلاط طبیعی چهارگانه

سبب خلط	سبب فاعلی	سبب مادی
دم	حرارت معتدل	غذاهایی مانند گوشت و زرده تخم‌مرغ و نان گندم
بلغم	حرارتی که کمی از حد معتدل کمتر باشد	بخش‌های غلیظ و لزج خوراکی‌ها با طبع سرد
صفرا	حرارتی که کمی از حد معتدل فراتر باشد	بخش‌های چرب و شیرین، و گرم و تند از خوراکی‌ها
سودا	حرارت معتدل	بخش‌های غلیظ و خشک خوراکی‌ها چه گرم و چه سرد

همچنین ماده هریک از اخلاط باید صورت‌بندی و ساختاری داشته باشد تا سرانجام بتواند کارکرد نهایی خود را در بدن انجام دهد. این کارکرد همان مقصود غایی زیستی است که طبیعت بدن انسان، برای برآوردنش هر خلط را با صورت و ساختار ویژه‌اش پدید می‌آورد، مثلاً مواد سوداوی بنا به ویژگی‌های ساختاری‌شان (یعنی صورتشان) کارکرد تأمین و پشتیبانی ساختارهای استوارکننده و نگهدارنده و استحکام‌دهنده بدن (مانند استخوان‌ها و رباط‌ها و وترها و دندان) را انجام می‌دهند درحالی که مواد بلغمی بنا به ویژگی‌های ساختاری‌شان موجب می‌شوند که پذیرش عضو برای خمش و نرمش و کشش و تاب‌آوری فیزیکی تأمین شود. به عامل نخست ساختاری، سبب صوری می‌گویند و هدف کارکردی را سبب غایی می‌نامند. می‌توانیم بگوییم که سبب صوری مانند یک الگوی ساختاری است که سبب فاعلی براساس آن، ماده را به صورت مطلوب سازمان می‌دهد مانند مجسمه‌سازی که براساس الگوی هندسی یک چهره، آن را با گِل همانندسازی می‌کند. در جدول ۶-۳ به سبب‌های صوری و غایی برای تولید هریک از اخلاط طبیعی چهارگانه اشاره شده است.

نکات کاربردی

سبب‌های مادی هریک از اخلاط در واقع پیش‌سازهای تولید آنها در بدن شمرده می‌شوند. مثلاً گوشت گوسفند و تخم‌مرغ پیش‌سازهای اصلی برای تولید جنس خلط دم هستند، ولی اخلاط دیگری نیز از گوشت گوسفند و تخم‌مرغ پدید می‌آیند، یعنی اجزائی از گوشت و زرده تخم‌مرغ، پیش‌ساز تولید دیگر اجناس اخلاط (بلغم و صفرا و سودا) نیز هستند ولی میزان تولید خلط دم از گوشت گوسفند و تخم‌مرغ بیشتر از سایر اجناس اخلاط است.

مثال دیگر اینکه ماست، عمدتاً مولّد جنس خلط بلغم است ولی مقدار بسیار اندکی اجناس خلط‌های دیگر نیز از آن قابل تولید است که در سنجش نسبت به جنس خلط بلغم ناچیز می‌باشند. بدین ترتیب می‌توان گفت که گوشت‌ها و تخم پرندگان عمدتاً مولّد خلط دم هستند، درحالی که لبنیات عمدتاً مولّد جنس خلط بلغم می‌باشند.

مقایسه این دیدگاه با ارزش تغذیه‌ای خوراکی‌ها در دانش تغذیه نوین نیز نتیجه مشابهی دارد مثلاً در یک تخم‌مرغ هر سه دسته مواد پروتئینی و لیپید و کربوهیدرات، و نیز برخی املاح و مواد معدنی وجود دارد.

جدول ۳-۶: سبب‌های صوری و غایی مولد هریک از اخلاط طبیعی چهارگانه

سبب خلط	سبب صوری	سبب غایی
دم	• نضج کامل که موجب سرخی رنگ و اعتدال قوام و شیرینی مزه خون می‌شود	• تولید روح حیاتی • تغذیه همه بدن • تأمین گرمی و تری بدن • شادابی و فربهی تن در ستانه
بلغم	• نضج ناتمام که موجب قوام مابین رقیق و غلیظ، و طعم مایل به شیرینی بلغم می‌شود	• قابلیت تبدیل به خلط دم هنگام کم‌غذایی • رطوبت‌بخشی به مفاصل • جلوگیری از خشکی و لاغری بدن • همراهی با خون برای تغذیه برخی اعضا مانند مغز و نخاع و عصب‌ها
صفرا	• نضج کامل رو به افزونی که موجب قوام رقیق و طعم مایل به تند و تلخی صفرا، و سریع‌النفوذ شدن آن در مجاری می‌شود	• تغذیه برخی اعضا مانند کیسه صفرا • لطیف و رقیق ساختن خلط دم برای سهولت گردش مویرگی • تحریک روده‌ها برای دفع پس‌ماندهای هضم که موجب زدودن مواد تباه از معده و احشا نیز می‌شود
سودا	• نضج کامل که موجب غلظت و سنگینی و گسی و سیاهی رنگ و میل سودا به رسوب می‌گردد.	• تغذیه برخی اعضا مانند طحال و استخوان • برانگیختن اشتها • کمک به هضم غذا از راه استحکام بخشیدن به الیاف و اعصاب معده در برابر سستی ناشی از رطوبت‌های غذا، و کمک به انقباض آنها

طبیعت اخلاط و تناظر طبع آنها با ارکان چهارگانه

هر یک از اخلاط چهارگانه طبیعی، از دو کیفیت برخوردار هستند که در کنار ویژگی‌های تغذیه‌ای و صفات کمی و فیزیکی آنها مانند مقدار و قوام و گران‌روی، در عملکردهای بدنی هریک اهمیت زیادی دارند مثلاً جنس خلط دم طبیعی شامل موادی با کیفیت گرم و تر است که سبب غایی آنها تغذیه عام بدن، و تأمین بخشی از حرارت طبیعی بدن، و نرمی و انعطاف‌پذیری پوست است. جدول ۴-۶ نشان‌دهنده کیفیات اخلاط و تناظر آنها با ارکان است:

جدول ۴-۶: کیفیات اخلاط و تناظر آنها با ارکان

خلط	کیفیت	رکن متناظر
صفرا	گرم و خشک	آتش
دم	گرم و تر	هوا
بلغم	سرد و تر	آب
سودا	سرد و خشک	خاک

مفهوم کیفیت در اخلاط

آنچه درباره مفهوم کیفیات محسوس چهارگانه عناصر گفته شد، درباره اخلاط به‌نحو دیگری باید بازگو شود یعنی وقتی اخلاط را دارای کیفیات گرمی و تری و سردی و خشکی می‌دانیم در حقیقت بر اثرات زیستی فیزیولوژیک (یا پاتولوژیک) اخلاط بر بدن انسان تأکید می‌کنیم و ویژگی‌های فیزیکی و شیمی اخلاط در خارج بدن چندان مورد نظر ما نیست؛ و به عبارت دیگر سبب‌های غایی اخلاط را - که برآیندی از کیفیات اخلاط و ویژگی‌های جوهری و ساختاری‌شان هستند - ملاحظه می‌کنیم؛ مثلاً مراد طبیب از گرم و تر دانستن خلط دم این است که خلط دم ماده مغذی گرمی‌بخش و رطوبت‌بخش برای همه بدن است و حالاتی همچون طراوت و شادابی پوست، چابکی و سرحالی، حس گرمی معتدل و یکسان در بدن و رطوبت بافتی اندام‌ها را فراهم می‌کند، و برعکس در شرایط کمبود آن، بدن دچار نشانه‌های سردی و خشکی می‌شود (مانند سردی انتهاها، رنگ‌پریدگی، خشکی پوست و شکنندگی مو، اسپاسم‌های عضلانی)؛ همچنین وقتی می‌گوییم خلط سودا سرد و خشک است، یعنی در ساختار اندام‌هایی که نیاز به استقامت و استحکام دارند شرکت می‌کند و افزونی آن نیز می‌تواند نشانه‌هایی مشترک با آثار کمبود خلط دم پدید بیاورد.

همچنین نسبت دادن سردی و گرمی به اخلاط، گرچه اثرات دمایی سردی‌آور و گرمی‌بخش اخلاط را شامل می‌شود ولی در گرمی و سردی محسوس دماسنجانه حصر نمی‌شود؛ مثلاً در سوءمزاج صفراوی (در مثالی نمونه‌وار: کلانژیت اسکروزان) آثار دمایی گرمی و خشکی مانند حس داغی و کلافگی از گرمای محیط همراه با عطش، در کنار علایمی همچون خشکی دهان، سوزش مخاطات، خارش پوست، بی‌قراری و کم‌خوابی و تحریک‌پذیری روانی بطور بسیار آشکار ظاهر می‌شود. همچنین در سوءمزاج بلغمی معده، هم آسایش دمایی فرد تغییر می‌کند و نوشیدنی‌های گرم را بر نوشیدنی‌های سرد ترجیح می‌دهد و هم علایم سوءهاضمه کارکردی مانند نفخ و آروغ و احساس ثقل و پری زودرس پدیدار می‌گردد که فراتر از اثرات دمایی این سوءمزاج هستند.

○ بخش چهارم: اعضا

اعضا^۱ یا اندام‌ها محسوس‌ترین بخش در میان امور طبیعی هفتگانه بدن هستند، که طبیبان ایرانی هم در کتاب‌های دانشنامه‌ای مانند قانون و ذخیره خوارزمشاهی بطور گسترده به آن پرداخته‌اند، و هم کتب و رسالات تخصصی با موضوع علم تشریح پدید آورده‌اند. خوب است بدانید که بیش از نیمی از فن اول کتاب اول قانون بوعلی، به شناخت اعضا اختصاص یافته است، و بقیه حجم مکتوب این بخش از کتاب قانون، تمامی شش امر دیگر را دربرمی‌گیرد. همچنین بوعلی در نخستین برگ‌های قانون، هنگام پرداختن به اقسام روش‌شناسی مطالعه و یادگیری در شاخه‌های طب نظری و طب عملی، مشاهده حسی و تشریح را در شناخت اندام‌ها و کارکردهایشان برای پزشک واجب دانسته و تقلید از طبیعی‌دان را در این موضوع توصیه نکرده است. امروزه بررسی ساختار ماکروسکوپی اعضای بدن در دانش آناتومی یا کالبدشناسی بیان می‌شود و می‌توانیم بگوییم که همانندی دانش تشریح در پزشکی کهن ایرانی، با آناتومی در پزشکی نوین بسیار بیشتر از همانندی در بخش‌های دیگر این دو مکتب طبی است.

1. Organs

منشأ اندام‌ها

اندامان سالم، جسم‌های تولیدشده از بخش‌های ستبر اخلاط طبیعی شمرده شده‌اند یعنی منشأ اولیه آنها، اخلاط طبیعی هستند. این فرایند، هم در دوره جنینی و هم پس از زاده شدن مهم و بسزاست. اندام‌ها را به اعتبارهای گوناگون می‌توان تقسیم‌بندی کرد از جمله به اعتبار همگونی یا ناهمگونی بافتار و به اعتبار پروردن و بخشیدن نیروها، یا پذیرفتن نیروها.

تقسیم‌بندی اعضا به اعتبار همگونی یا ناهمگونی بافتار

اعضای مفرد یا متشابه‌الاجزاء، اعضای هستند که بافتار همگون دارند یعنی همه اجزاء آنها در مشاهده حسی، یکسان هستند و یک اسم و یک تعریف مشترک دارند. طبیبان کهن، اعضای مفرد را شامل دو دسته اعضای دموی و اعضای منوی می‌دانستند. اعضای دموی عبارتند از گوشت و چربی که منشأ تگون آنها را خلط دم می‌شمردند، و اعضای منوی عبارتند از استخوان، غضروف، عصب، وتر، رباط، شریان، ورید، و غشا که پیدایش آنها منی ممزوج والدین قلمداد می‌شد. در کتب طبی، برای هر کدام از اعضای مفرد، تعریفی آمده است و افعال و فواید آنها نیز ذکر شده است مثلاً فایده رباط، اتصال و ارتباط استخوان با استخوان، یا عضوی به عضوی دیگر گفته شده، و فایده عصب رساندن نیروی حس و حرکت از دماغ (مغز) به سایر اعضا شمرده شده است. همچنین با نگاهی کالبدشناسانه، استخوان‌ها، ماهیچه‌ها، اعصاب، شریان‌ها، وریدهای بدن نیز با ذکر نام و عملکرد و منشأ و مسیر و مجاورات به دقت توصیف شده‌اند.

اما اعضای مرکب، اندام‌هایی هستند که از اعضای مفرد ترکیب یافته‌اند مانند دست، که شامل استخوان و عصب و شریان و ورید و گوشت و ... است. به تعبیر حکما، عضو مرکب عضوی است که جزءهای محسوس آن در اسم و تعریف مشترک نباشند مانند همین اجزای دست که هر کدام نام و تعریفی دارند. به بیانی دیگر هر جزء عصب، عصب است و هر جزء وتر، وتر است ولی هر جزء دست، دست نیست.

تقسیم‌بندی اعضا به اعتبار پروردن و بخشیدن نیروها، یا پذیرفتن نیروها

از این منظر، اعضا به حسب آنکه تولیدکننده، یا رساننده، یا دریافت‌کننده قوا باشند، تقسیم می‌شوند. بنا به دیدگاه زیستی طبیبانه، اعضای که تولیدکننده قوا هستند، اعضای رئیس یا اعضای اصلی نامیده می‌شوند و شامل مغز، قلب و کبد هستند و بقای هر شخص ضرورتاً به این اعضا وابسته است. اعضای تناسلی در مرد و زن نیز جزء اندام‌های رئیسه هستند ولی برای بقای نوع انسان ضروری‌اند، نه برای بقای فرد.

اندام‌هایی که نیروی تولیدشده از اعضای رئیس را دریافت می‌کنند اعضای مرئوس نامیده می‌شوند مانند ریه، کلیه‌ها، طحال و رحم؛ و اعضای که نیروها را از اعضای رئیس به اعضای مرئوس می‌رسانند، به اعضای خادم رئیس موسوم‌اند که شامل عصب‌ها برای مغز، شریان‌ها برای قلب و وریدها برای کبد هستند. اینگونه تقسیم‌بندی به توصیف یک سامانه نیرو و سلسله‌مراتب آن می‌پردازد.

رابطه دیگری نیز میان اعضای اصلی و برخی اعضای مرئوس توصیف شده که اعضای مهمی یا پشتیبان اعضای اصلی را نشان می‌دهد؛ به این توصیف که معده عضو پشتیبان کبد، و ریه عضو پشتیبان قلب و همه اعضا پشتیبان مغز هستند.

مزاج اعضاء

کیفیات مزاجی اعضای گوناگون بدن یکسان نیست و برای هریک از اعضای مفرد و مرکب بدن، مزاجی ذکر شده است (جدول ۵-۶). مزاج اعضاء را باید از سویی با ملاحظه غایات عملکردی‌شان، و از سوی دیگر با ملاحظه مقتضیات ساختاری برای حصول آن غایات فهمید مثلاً معده گرم و تر شمرده می‌شود و استخوان سرد و خشک؛ زیرا معده جایگاهی اصلی برای هضم اولیه غذاست و نیروی هاضمه نیازمند کیفیات گرمی و تری است، و البته معده نباید صلب و سخت باشد وگرنه برای تحرک و اتساع یافتن، و دریافت و نگهداری موقت مواد، و انتقال آنها به ادامه مسیر مناسب نخواهد بود. استخوان سرد و خشک است چون داربست اصلی و تکیه‌گاه همه عضلات و وترهاست و باید مستحکم و ثابت و انعطاف‌ناپذیر باشد.

جدول ۵-۶: جدول مزاج اعضا

گرم و تر	گرم و خشک	سرد و تر	سرد و خشک	معتدل
گوشت، معده، کبد، ریه، کلیه‌ها	قلب، شریان، ورید	مغز و نخاع، پیه و چربی	مو، استخوان، غضروف، وتر، رباط، غشاء، طحال، عصب حرکتی	پوست به‌ویژه پوست کف دست و بالاخص پوست سر انگشتان

○ بخش پنجم: ارواح

واژه ارواح جمع روح است، و احتمالاً بیشتر کسانی که آن را می‌شنوند و می‌خوانند در نخستین تداعی اموری را بیاد می‌آورند که از مقصود و مراد طبیبان حکیم از این اصطلاح بسیار دور است. مقدمتاً بایست گفت که بر پایه منابع مکتوب طب حکمت‌بنیاد ایران، بدن انسان از سه نوع ساختار مادی تشکّل می‌یابد که عبارت‌اند از اخلاط و رطوبات، اعضاء و ارواح. چنان‌که پیشتر گفته شد، اخلاط فراورده‌های سیال حاصل از هضم کبدی خوراک‌ها هستند که عموماً در مجاری عروقی در گردش‌اند و پس از ورود به بافت‌ها سرانجام با قبول تغییراتی به ساختارهایی متراکم و ثابت و متمکن تبدیل می‌شوند که همان اعضاء هستند. همچنین از بخش‌های لطیف اخلاط، جسم دیگری ساخته می‌شود که بسیار سیال و نافذ است و اگرچه مادی است، اما مانند اعضاء و اخلاط به‌آسانی قابل حس نیست. این جسم لطیف، برای وقوع همه افعال بدنی ضروری است زیرا وقوع افعال، ضرورتاً نیازمند قوا است و انتقال قوا از اعضای اصلی به اعضای مرئوس در مسیر شریان‌ها و عصب‌ها و وریدها نیز به‌توسط همین روح‌های قلبی و مغزی و کبدی انجام می‌شود. بدین ترتیب همه عملکردهای حسی، حرکتی، ادراکی، روانی، تنفسی، گوارشی و ... به وجود سامانه روح‌ها وابسته است.

بنا به آرای حکیمان طبیب، روح نخست در قلب از امتزاج هوای استنشاقی با بخش لطیف و بخارگون اخلاط به‌ویژه خلط دم پدید می‌آید؛ و از همین روست که در متون فلسفی و طبی، گاه ترکیب وصفی «روح بخاری» برای اشاره به این روح بکار می‌رود تا از مُشْتَبِه شدن آن با روح غیرمادی موسوم به «روح شرعی» پیشگیری شود.

روحي که در قلب تولید می‌شود روح حیوانی (حیاتی) نامیده می‌شود، که پس از انتقال به مغز و کبد با مزاج آنها متناسب می‌شود و به روح نفسانی (یا روح دماغی) و روح طبیعی (یا روح کبدی) تبدیل می‌گردد. هر یک از این روح‌ها رساننده قوای اعضای اصلی به دیگر اعضاء هستند و در وقوع افعال خاص هر یک از اعضای اصلی نقش دارند، بدین ترتیب که روح حیوانی یا حیاتی، قوای حیوانی یا حیاتی را از مبدأ قلب و از طریق شریان‌ها

به سراسر بدن انتقال می‌دهد؛ و روح کبدی یا روح طبیعی، قوای طبیعی را از منشأ کبد و از طریق وریدها به همه بدن می‌رساند، و روح نفسانی، قوای نفسانی را از مغز و از طریق اعصاب در کل بدن می‌گستراند.

○ بخش ششم: قوا

قوا در لفظ به معنی نیروها و جمع واژه «قوه» است. قوه در طب، سرمنشأ فعل شمرده می‌شود و هر فعلی از قوه‌ای صادر می‌گردد. سرشاخه‌های قوا در نزد طبیبان سه دسته دانسته شده‌اند: جنس قوای حیوانی (حیاتی)، جنس قوای نفسانی، و جنس قوای طبیعی.

قوای حیوانی

منشأ نیروی حیوانی در قلب است که به واسطه روح حیوانی و از طریق شریان‌ها در اعضای بدن سریان می‌یابد. نیروی حیوانی، اصل و بنیان حیات بدن است و در حقیقت نیرویی است که بدون وجود آن، بدن نمی‌تواند از هیچ نیروی دیگری از جمله نیروهای حس و حرکت و تغذیه و نمو بهره‌مند شود. سامانه تن، به نیروی حیاتی زنده می‌ماند و می‌تواند قوای دیگر را بپذیرد؛ چنان‌که در ضعف نیروی حیاتی، همه قوا و افعال دیگر نیز دچار سستی و کندی می‌گردند.

قوای نفسانی

منشأ نیروی نفسانی در بدن مغز است که دارای دو شاخه نیروهای مُدرک (ادراک‌کننده)، و نیروی محرک است. نیروهای مُدرک، به دو دسته نیروهای ادراکی ظاهری (حس‌های پنجگانه)، و نیروهای ادراکی باطنی تقسیم می‌شوند.

نیروهای حسی ظاهری شامل قوای بینایی، شنوایی، بویایی، چشایی، و بساوایی هستند که اعضای حسی آنها در سطح بدن قرار دارند و صورت محسوسات گوناگون را از محیط دریافت می‌کنند و به قوای مُدرک باطنی در مغز می‌رسانند.

نیروهای مُدرک باطنی نیز شامل پنج نیرو می‌باشند که به دریافت صورت‌های محسوس و معنی آنها، و نگهداری آن صورت‌ها و معنی‌های ادراک‌شده، و نیز تغییر و دگرگون‌سازی آنها می‌پردازند. این نیروها عبارت‌اند از حس مشترک، خیال، واهمه، ذاکره، و متصرفه (مفکّره).

قوة حس مشترک نیرویی است که صورت همه محسوس‌ها (دیدنی و شنیدنی و بوییدنی و چشیدنی و بسودنی) به آن می‌رسند و توسط آن ادراک می‌شوند. قوة خیال، نگهدارنده صورت‌های ادراک‌شده توسط قوة حس مشترک است و صورت محسوس‌ها را هنگامی که از دیدرس حس پنهان باشند حفظ می‌کند.

قوة واهمه (وهم‌کننده) نیرویی است که ادراک‌کننده معنی‌های نامحسوس در صورت‌های محسوس است و از این رو، نقش مهمی در تنوع رفتار جانوران و انسان در مواجهه با صور محسوس دارد. منظور از معنی، اموری همچون مهر و کین، آسایش و گزند، امنیت و خطر، زیبایی و زشتی، راستی و فریب، دلیری و ترس، و ... است که حواس ظاهری نمی‌توانند آنها را درک کنند بلکه نیروی دیگری بنام قوة واهمه این امور را در صورت‌های محسوس درمی‌یابد یا به آنها نسبت می‌دهد. چنان‌که اشاره شد این نیرو همانند حس مشترک و خیال، در جانوران نیز وجود دارد که مثال مشهور آن نیرویی در گوسفند است که به واسطه آن خطر در گرگ، و انس را در بره خود درمی‌یابد و حکم می‌کند که باید از گرگ بگریزد و به بره‌اش مهربانی کند.

مثال: هنگامی که گل سرخ نورسته شادابی را تماشا می‌کنیم، نخست قوه بینایی چشم، نمایی از صورت آن (شامل فرم هندسی و اندازه و رنگ گل) را به قوه حس مشترک می‌برد و ادراکی از صورت گل توسط قوه حس مشترک روی می‌دهد؛ سپس قوه خیال، آن ادراک از صورت گل را ضبط می‌کند و به خزانه صورت‌های ادراک شده می‌سپارد به نحوی که فرد در هنگام غیاب گل، بتواند آن را با قوه خیال تصور کند (تصور: بازیابی صورت، صورت‌آوری). سپس قوه واهمه، اندریافتی از صورت محسوس ادراک شده پدید می‌آورد که آن را معنی می‌نامیم. معنی مشترک همگانی درباره گل سرخ، زیبایی و مهر و آسایش است. قوه ذاکره، این معنی را ضبط می‌کند و به خزانه معنی‌های ادراک شده می‌سپارد تا هنگام تصور صورت آن، آن معنی نیز بازیابی گردد. قوه متصرفه قوه‌ای است که می‌تواند در صورت‌ها و معنی‌های ذخیره شده دگرگونی‌هایی پدید بیاورد مثلاً بخشی از تصویر ذهنی همان گل را از آن کم کند (مانند تصور گلی که چند گلبرگ آن جدا شده است)، یا صورت دیگری به آن بیافزاید (مثلاً تصور همان گل در یک گلدان)، یا معنایی دیگر را به آن گل نسبت دهد (مانند نسبت دادن معنای اندوه و حسرت به همان گل، در آیین سوگواری).

همانگونه که نخست اشاره شد، نیروی نفسانی دارای دو شاخه نیروهای مدرک و نیروی محرک است. نیروی حرکتی، نیرویی است که با انقباض و انبساط وترها و ماهیچه‌ها موجب حرکت مفاصل و اعضاء می‌گردد. این نیرو از مغز به عصب متصل به ماهیچه‌ها می‌رسد.

بنابراین مقصود از نیروی محرک، نیرویی است که موجب حرکت‌های ارادی وترها و عضلات می‌شود. بنا به دیدگاه طبیبان حکیم، حرکات دستگاه گوارش از منشأ قوای طبیعی انجام می‌شود که در ادامه به آن اشاره خواهد شد.

قوای طبیعی

قوای طبیعی عهده‌دار افعال تغذیه‌ای و نمو هستند و از کبد منشأ می‌گیرند. افعال گوناگون از فرآیند تولید اخلاط تا تبدیل آنها به عضو طی مراحل پیچیده هضم‌های چهارگانه (هضم‌های معدی، کبدی، عروقی و بافتی)، و دفع فضولات هر مرحله هضم به عهده این نیرو است. افعال مربوط به باروری و شکل‌گیری جنین و رشد و تکامل آن در رحم نیز در تصرف این نیرو می‌باشد. به توضیحی بیشتر می‌توان گفت که نیروهای طبیعی در بدن بر دو دسته‌اند: نیروهای طبیعی خدمت‌پذیر و نیروهای طبیعی خدمت‌رسان.

نیروهای طبیعی خدمت‌پذیر

نیروهای طبیعی خدمت‌پذیر دارای دو سرشاخه هستند: نخست دسته‌ای از نیروها که برای بقای شخص در خوراکی‌ها تصرف می‌کنند و افعال آنها فرایندهای تغذیه و نمو شخص را سامان می‌دهند. دسته دیگر، شامل نیروهایی است که سبب تولید منی و صورت‌بندی جنین هستند و غایت آنها بقای نوع انسان است.

دسته نخست شامل دو نیروی غذایی (غذارسان) و نامیه (نمودهنده) می‌باشد. وظیفه نیروی غذایی، نخست فراهم آوردن و استحصال اخلاط از خوراک‌ها و سپس تبدیل آنها به غذای قابل استفاده برای اعضا، و سرانجام همانندسازی و سازگاری بخشی کامل آنها با مزاج و نسج اعضا است، بطوری که کاملاً با بافت یکسان شوند. وظیفه قوه نامیه (نمودهنده) افزایش ابعاد بدن به تناسب طبیعی است تا به رشد بی‌نقص و کامل برسد. قوه غذایی، اصطلاحاً خادم قوه نامیه شمرده شده است بدین معنی که قوه غذایی، ماده مناسب را برای فعل قوه نامیه فراهم می‌کند و خدمت‌رسان آن است.

از دیدگاه بالینی، پدیده‌هایی همچون رشد متناسب طبیعی، فربهی (سَمَن مفرط)، توقف و نقصان رشد (ذبول)، و لاغری (هزال) با قوای غذایی و نامیه مربوط می‌باشند.

نیروهای طبیعی خدمت‌رسان

چنان‌که گفته شد نیروی غذایی، خدمت‌رسان قوه نامیه است یعنی فراهم‌سازی اخلاط از پیش‌سازهای غذایی و صورت‌بخشی بافتی به آنها را قوه غذایی انجام می‌دهد، و افزایش طبیعی و بدون کاستی و افزونی در ابعاد بدن را (بحسب سن‌های مختلف) قوه نامیه سامان می‌بخشد.

اما قوه غذایی، خود چهار نیروی دیگر را به خدمت می‌گیرد تا بتواند افعال خود را به ثمر برساند. چهار نیروی خدمت‌رسان به قوه غذایی عبارتند از قوه جاذبه، قوه ماسکه، قوه هاضمه، و قوه دافعه؛ که می‌توانیم آنها را به فارسی نیروی کشاننده، نیروی نگهدارنده، نیروی گوارنده، و نیروی رانشگر یا پیش‌برنده بنامیم.

به زبان ساده و با چشم‌پوشی از شرح کامل، می‌توان گفت که نیروی جاذبه مواد مفید را به عضو می‌کشاند، کار قوه ماسکه این است که پس از جذب شدن ماده سودمند و مغذی، آن را زمانی کافی در عضو نگه‌دارد و از جابجایی آن جلوگیری کند، و در همین حین نیروی هاضمه آن را تغییر می‌دهد و می‌گوارد، و سرانجام نیروی دافعه مواد پسمانده از هضم غذا را دفع می‌کند. تعامل دو نیروی جاذبه و دافعه، موجب انتقال و جابجایی مواد در درون بدن و دفع پسماندهای زیانمند به بیرون بدن می‌گردد.

فعل جاذبه در مجاری عضلانی (مثلاً در مری) توسط بافت لیفی طولی، و فعل ماسکه با بافت لیفی مورب انجام می‌گردد.

○ بخش هفتم: افعال

افعال، دستاوردهای درهم‌کنش اعضا و ارواح و قوا در جانوران و انسان هستند که در مزاج‌های گوناگون به طرزهای گوناگون رخ می‌دهند. افعال نیز مانند قوا و ارواح، بر سه دسته حیوانی و نفسانی و طبیعی هستند که کانون هر کدام از آنها، در یکی از اعضای اصلی (قلب، مغز و کبد) است ولی سراسر بخش‌های بدن زنده، محل بروز آنهاست.

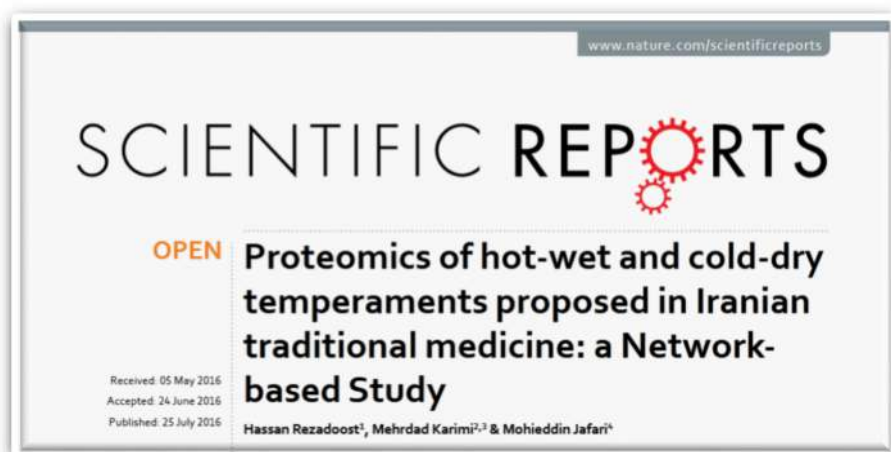
طبقه‌بندی افعال بر پایه شمار قوایی است که موجب وقوع آنها می‌شود. بر این مبنا، فعل یا مفرد است یا مرکب. فعل مفرد فقط با یک نیرو در بدن به اتمام می‌رسد مانند فعل هضم که با اثر قوه هاضمه به انجام می‌رسد. در فعل مرکب دست‌کم دو نیرو باید در کار باشد مانند فروبردن غذا که هم نیروی جاذبه طبیعی از سوی معده و مری و هم نیروی رشته‌های ماهیچه‌ای عضلات مسئول بلعیدن غذا برای وقوع تام آن ضروری‌اند.

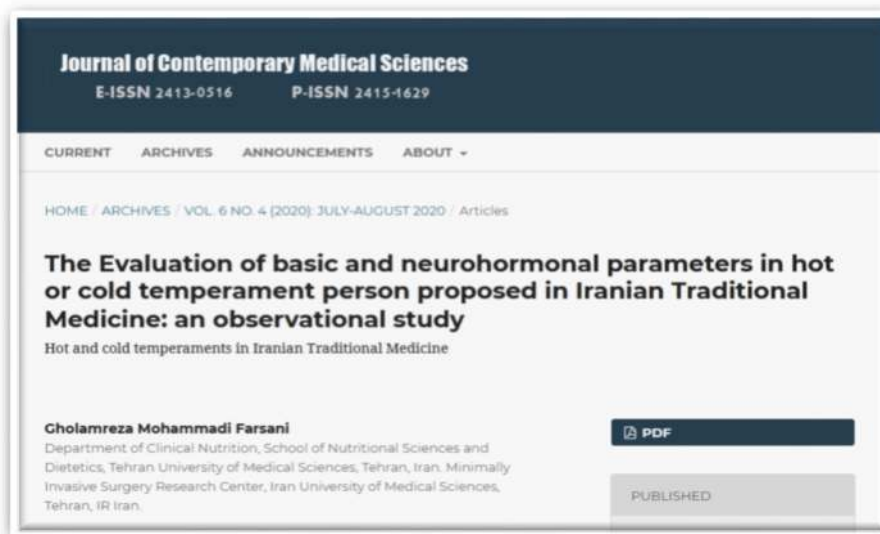
○ منابع

- (۱) اقتباس: ابن سینا. القانون فی الطب. حققه و وضع فهارسه: شمس الدین، ابراهیم. موسسه الاعلمی للمطبوعات. بیروت. الجزء الاول. ۲۰۰۵
- (۲) اقتباس: عقیلی خراسانی، محمد حسین. خلاصه الحکمه. تحقیق و تصحیح و ویرایش: اسماعیل ناظم. قم. اسماعیلیان. ۱۳۸۵
- (۳) اقتباس: جرجانی، سید اسماعیل. ذخیره خوارزمشاهی. چاپ عکسی. به کوشش سعیدی سیرجانی. تهران: بنیاد فرهنگ ایران. ۱۳۵۵
- (۴) ناصری، محسن. رضایی‌زاده، حسین. چوپانی، رسول. انوشیرانی، مجید. مروی بر کلیات طب سنتی ایران. تهران: انتشارات طب سنتی ایران. چاپ بیست و هشتم. ۱۳۹۹

پیوست

فراگیران گرامی؛ برای مطالعه در مورد نظریه‌پردازی‌های نوین در خصوص تطبیق مفاهیم مزاج در طب ایرانی با پروتئومیکس، فارماکوژنتیک و سیستم ایمنی نورواندوکرین می‌توانید منابع و مقالاتی را که در ادامه معرفی می‌شوند، مطالعه کنید.





فصل ۷: شش‌گانه ضروری تندرستی (سته ضروری)

دکتر محسن ناصری

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- سلامت محوری و طب ایرانی
- برنامه‌ریزی برای بازگشت به زندگی
- بخش اول: تدابیر حفظ سلامتی: آب و هوا
 - مدیریت آب و هوا
 - دستورعمل‌های مدیریت هوا
- بخش دوم: تدابیر حفظ سلامتی: خوردنی‌ها و آشامیدنی‌ها
 - مدیریت تغذیه و غذا درمانی
 - تفاوت رژیم غذایی در فصل‌های مختلف
 - تئوری‌های گرمی و سردی غذاها و داروها
 - آداب تغذیه
 - آب
 - دستورعمل‌های مدیریت آب
- بخش سوم: تدابیر حفظ سلامتی: حرکت و سکون
 - مدیریت فعالیت بدنی
 - دستورعمل‌های مدیریت فعالیت بدنی
- بخش چهارم: تدابیر حفظ سلامتی: خواب و بیداری
 - مدیریت خواب
 - دستورعمل‌های مدیریت خواب
- بخش پنجم: تدابیر حفظ سلامتی: پاکسازی
 - مدیریت پاکسازی بدن
 - انواع پاکسازی
 - دستورعمل‌های مدیریت پاکسازی بدن
- بخش ششم: تدابیر حفظ سلامتی: رویدادهای نفسانی
 - مدیریت حالات عصبی و روانی
 - دستورعمل‌های مدیریت حالات عصبی و روانی

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- تدابیر حفظ سلامتی در زمینه آب و هوا را توضیح دهیم.
- تدابیر حفظ سلامتی در زمینه خوردنی‌ها و آشامیدنی‌ها را توضیح دهیم.
- تدابیر حفظ سلامتی در زمینه حرکت و سکون را توضیح دهیم.
- تدابیر حفظ سلامتی در زمینه خواب و بیداری را توضیح دهیم.
- تدابیر حفظ سلامتی در زمینه پاکسازی بدن را توضیح دهیم.
- تدابیر حفظ سلامتی در زمینه حالات عصبی و روانی را توضیح دهیم.

○ سلامت محوری و طب ایرانی

حفظ سلامتی بخش اعظم طب ایرانی است، در تعریف طب، «حفظ سلامتی» را بر «بازگرداندن سلامتی» مقدم داشته‌اند. چنانکه ربیع‌بن‌احمد اخوینی در کتاب هدایت المتعلمین می‌نویسد: «پزشکی پیشه‌ای بود که تندرستی آدمیان را نگاه دارد و چون رفته باشد باز آرد از روی علم و عمل».

طب ایرانی سلامت محور است و به‌طور عمده بر پیشگیری از بیماری‌ها با آموزش روش صحیح زندگی سالم تأکید دارد و پزشک موفق را پزشکی می‌داند که سلامتی جامعه را حفظ می‌کند؛ زیرا با تدابیر پیشگیری کننده و آموزش و اجرای دستورات روش زندگی سالم بر پایه دیدگاه طب ایرانی، نه تنها کیفیت سلامتی جامعه بهبود می‌یابد، بلکه تعداد بیماران و مصرف دارو کاهش خواهد یافت.

در مطالعه‌ای تحت عنوان «آموزش اصول حفظ سلامتی طب ایرانی به بهورزان و بررسی تأثیر آن در کیفیت زندگی زنان روستایی»، ۵۲ بهورز تحت آموزش اصول حفظ سلامتی طب ایرانی قرار گرفتند و سپس بهورزان آموزش دیده در ۳۲ روستای شهرستان، تعداد ۸۵۰ زن روستایی را آموزش دادند. آمارهای به دست آمده از این طرح نشان داد که با آموزش اصول حفظ سلامتی طب ایرانی در بخش بهورزان، زیرمقیاس‌های «عملکرد جسمانی»، «کاهش درد جسمانی» و «احساس نشاط و سرزندگی» در پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 با تغییرات معنی‌دار همراه شده است و همچنین این آموزش‌های ساده سبک زندگی به زنان روستایی نیز در زیرمقیاس‌های «عملکرد جسمانی»، «عدم درد جسمانی»، «احساس نشاط و سرزندگی» و «عملکرد اجتماعی» باعث بهبود عملکرد معنی‌دار شده است (۱).

همچنین، پژوهشی با هدف بررسی اثر آموزش اصول حفظ سلامتی طب ایرانی (حفظ الصحه) بر هزینه‌های درمان بیمه‌شدگان بیمه سلامت با هزینه بالای بین صدک ۵۰ تا ۷۰ درصد، که در تهران طی سال ۱۳۹۶ انجام شد، گروه مداخله (۵۰ نفر) به‌صورت حضوری و مجازی، آموزش‌های حفظ سلامتی بر پایه طب ایرانی را دریافت نمودند و گروه کنترل (۵۱ نفر) تحت آموزش خاصی قرار نگرفتند. نتایج این مطالعه برای اولین بار در کشور نشان داد که هزینه‌های گروه مداخله شامل هزینه‌های آزمایشگاه، دارو، رادیولوژی و تعداد ویزیت دارای کاهش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل (حدود ۳۶ درصد) بوده است (۲).

در طب ایرانی بر مدیریت روش زندگی در درمان بیماری‌ها تأکید بسیاری شده و اهمیت آن بیشتر از استفاده از دارو است. این «دستورات غیردارویی» نقش قابل توجهی در بهبود بیماری‌های عملکردی دارند و هزینه‌ای را به بیمار تحمیل نمی‌کنند.

○ برنامه‌ریزی برای بازگشت به زندگی

بر اساس دیدگاه جامع طب ایرانی، بدون توجه به اصول شش‌گانه برای زندگی سالم، درمان واقعی و اتیولوژیک (سبب شناسانه) صورت نمی‌پذیرد و عود بیماری‌ها بالا خواهد بود. این شش اصل عبارتند از: «آب و هوای سالم، حرکت و سکون کافی، خواب و بیداری مناسب، استفاده از خوردنی‌ها و آشامیدنی‌های مناسب برای هر فرد، دفع مواد غیر ضروری و حفظ مواد ضروری بدن و کنترل صحیح حالات روحی و روانی».

این شش اصل، هم برای سالم زندگی کردن و هم برای بهبود بیماران لازم است. «شیخ‌الرئیس ابن‌سینا» از بین این شش اصل، سه اصل را برای حفظ سلامتی مهم‌تر می‌داند که به ترتیب عبارتند از: «ورزش و فعالیت بدنی مناسب»، «مدیریت غذا» و «مدیریت خواب».

از دیدگاه طب ایرانی، بیماری‌ها معمولاً به دنبال برهم خوردن روش زندگی سالم از جمله بی‌حرکتی، اختلالات خواب و تغذیه، عدم کنترل حالات روحی - روانی، اختلال در دفع مواد زائد از بدن و اختلالات هوا و محیط

زیست ایجاد می‌شوند. این موارد با عنوان شش اصل ضروری حیات شناخته می‌شوند که تصحیح این امور، به‌خصوص تغذیه، در رأس درمان بیماری‌ها قرار دارند. قابل ذکر است اکثر اوقات در هر بیماری و در هر بیمار با شرح حال‌گیری صحیح می‌توان علت شش‌گانه اصلی را شناسایی کرد و درمان خاص مربوطه را طراحی کرد و دستورات اصلی تغییر روش زندگی را متوجه سبب اصلی بیماری کرد. در این فصول برنامه‌ریزی جدید و دستورات مهم در مورد هر یک از شش اصل لازم برای زندگی سالم بیان می‌شود.

○ بخش اول: تدابیر حفظ سلامتی: آب و هوا

مدیریت آب و هوا

این مبحث امروزه به‌صورت عمده تحت عنوان اثرات زیست‌محیطی مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرد. بدون تنفس، انسان قادر به ادامه حیات و استفاده از مواد غذایی، تولید انرژی و حرارت و دفع مواد زائد گازی ایجاد شده در بدن نمی‌باشد و پس از چند دقیقه مرگ فرا خواهد رسید، درحالی که عدم دسترسی به آب پس از ساعت‌ها و عدم دسترسی به غذا پس از روزها موجب مرگ خواهد شد. هوایی که در دم و بازدم جابجا می‌شود، مقداری از حرارت اضافی تولید شده را خارج کرده و تعادل حرارتی بدن را حفظ می‌کند و در ثبات محیط داخلی نقش عمده‌ای بازی می‌کند. تغییر درجه هوا در اوقات مختلف روز و همچنین در فصول مختلف می‌تواند تعادل بدن را بر هم زند. به‌طور کلی، از دیدگاه طب سنتی، هوای پاک از مهم‌ترین عواملی است که انرژی‌ها را افزایش می‌دهد و سلامتی و نشاط را به ارمغان می‌آورد، و هوای آلوده موجب می‌شود ایسکمی عضوی ایجاد شود و انرژی‌های قلبی، مغزی و کبدی و سایر اندام‌ها و بافت‌ها کاهش یابد و سموم مختلف در بدن تجمع یابد و فرد را مستعد بیماری‌های مختلف کند.

به‌طور کلی هوا و محیط پاک نباید آلوده به آلاینده‌های فیزیکی، شیمیایی و میدان‌های مغناطیسی باشد. هوای خوب باید دور از تأثیرات آلاینده‌های محیطی و فیزیکی، دود خودرو و موتورسیکلت‌ها، سرویس‌های بهداشتی و مرداب‌ها، فاضلاب‌ها و رآکتورهای اتمی و کارخانه‌های سرب، روی، آلومینیوم، سیمان و نیروگاه‌های تولید برق باشد.

در رابطه با آلاینده‌های شیمیایی می‌توان گفت انواع آلاینده مثل منواکسیدکربن، ذرات معلق (خصوصاً با قطر کمتر از ۱۰ میکرون)، دی‌اکسید نیتروژن، دی‌اکسید گوگرد و ازن باعث تأثیر منفی روی اکسیژن رسانی مغز و قلب، کاهش دقت بینایی، توان کاری، قابلیت یادگیری، تشدید بیماری‌های قلبی - ریوی، کاهش عملکرد سیستم ایمنی، بروز آسم در کودکان و افزایش احتمال ابتلا سرطان می‌شوند.

در رابطه با آلاینده‌های مغناطیسی مانند زندگی در نزدیکی دکل‌های برق فشار قوی و تلفن همراه و میزان استفاده از مایکروفر و تلفن همراه باید دقت نمود. همچنین آلودگی نوری و آلودگی صوتی که امروزه توجه محققین را به خود جلب کرده است، می‌تواند زمینه‌ساز بیماری‌های عصبی، گوارشی و هورمونی باشد.

یکی از نکات مهم دیگر از دیدگاه طب ایرانی، دمای هوا است. بدن با تمام امکانات خود سعی می‌کند درجه حرارت کل بدن و تک تک اندام‌ها را متناسب عملکرد آنها تنظیم کند و حدود درجه مرکزی بدن را ثابت نگه دارد. تغییرات جزئی و گذرای دمای عضو، توسط شبکه خون‌رسانی، سیستم عصبی و اندوکرین به سرعت

جبران می‌شود تا عملکرد بدن و اعضا صدمه نبیند.

یکی از اهداف پوشش مناسب و لباس، تأمین و تضمین عملکرد صحیح بدن و بافت‌ها می‌باشد. متأسفانه امروزه گاهی این نقش لباس، فراموش شده و جنبه زیبایی آن غلبه یافته است و بسیار مشاهده می‌شود که مناطقی از بدن مانند کمر، ناف و منطقه تناسلی که نیاز متابولیسمی بالایی دارند، عریان هستند و در معرض سرما قرار می‌گیرند و یا مانع تعریق و تهویه طبیعی لازم برای این مناطق از بدن می‌شوند و عوارضی مانند کمردرد و دل‌دردهای ناشناخته و اختلال در عملکرد تخمدان‌ها را ایجاد می‌کند. همچنین از وظایف دیگر لباس، تهویه مناسب بدن و دور کردن مواد زائد و رطوبت از طریق پوست است. بدین منظور بهتر است لباس‌ها کمی گشاد و راحت و نه تنگ و چسبان باشند. لباس‌های تنگ و بدون تهویه مناسب در خانم‌ها موجب تجمع رطوبات و افزایش واژینیت می‌شود و در آقایان تهویه بیضه‌ها که عضوی با متابولیسم بالا است، دچار مشکل خواهد شد. بالا رفتن دما و رطوبت می‌تواند به عملکرد صحیح آن صدمه وارد کند؛ لذا طبیعت، بیضه‌ها را در کیسه‌ای جداگانه و با فاصله از بدن قرار داده و با توجه به شرایط دمای محیط، فاصله خود را با بدن توسط عضلات مخصوص تنظیم می‌کند.

نکته دیگر این که هرگونه تغییر ناگهانی در دمای بدن، اندام‌ها و بافت‌ها، مانند استفاده از کولرها و باد مستقیم آن، به‌خصوص کولر گازی که سرمای خشک ایجاد می‌کند و یا باد سرد پاییز و زمستان، منجر به صدمه به عملکرد عضو به صورت اسپاسم عروقی در شبکه مویرگی و ایسکمی موضعی، اسپاسم عضلات صاف و مخطط و مشکلات تنفسی می‌شود. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۶ نشان داد در افرادی که روزانه حداقل یک ساعت در طی ۶ ماه گذشته در خودرو خود از تهویه کننده هوا^۱ استفاده کرده‌اند، در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر مستعد اختلالات تنفسی می‌باشند. در این افراد PEFR^۲ و FEF^۳ ۲۵-۷۵ درصد به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است (۳).

همچنین انتقال سرما به صورت تماس مستقیم منطقه نشیمن‌گاه و ستون فقرات با زمین سرد و مرطوب، صندلی‌های فلزی و دیوار سرد و یا انتقال سرما به‌صورت تابشی مانند نزدیک بودن سر به پنجره موقع خواب نیز می‌تواند دمای عضو را پایین بیاورد و متابولیسم عضو صدمه ببیند و عوارضی مانند کمردرد، سردرد و اختلال در کنترل ادرار و مدفوع را ایجاد کند.

دستورعمل‌های مدیریت هوا

(۱) استفاده از هوای پاک به‌صورت متناوب و برنامه‌ریزی شده و در صورت امکان مهاجرت از مناطق و شهرهای آلوده.

(۲) رفتن به مناطق خوش آب و هوا و انجام فعالیت بدنی در آن مناطق و تنفس‌های عمیق.

(۳) استفاده از بوهای خوش موجود در اطراف خود مانند بوی نعنا، پوست پرتقال، لیمو و نارنج و گلاب؛ حتی آب پاشی محیط و استشمام بوی خاک پاک (مانند مناطق روستایی یا زمین باران خورده).

1. Air Conditioner
2. Peak Expiratory Flow Rate

۳. FEF 25%-75% (لیتر بر ثانیه): عبارت است از (سرعت) جریان بازدمی اجباری بین (در طی خروج) ۲۵ تا ۷۵ درصد (۵۰٪ وسطی) ظرفیت حیاتی اجباری (FVC)

- (۴) تماس با نور خورشید، روزی ۱۵ دقیقه به صورت مستقیم و بدون موانعی همچون شیشه، پنجره، دود، آلودگی هوا و یا کرم‌ها.
- (۵) پوشش مناسب سر و بدن و استفاده از لباس‌های با درصد بالای نخ، کتان، پنبه و پشم (مناسب با فصل).
- (۶) جلوگیری از برخورد مستقیم هوای سرد به سر، ناحیه کمر، کلیه‌ها، ناف و منطقه تناسلی.
- (۷) ننشستن در جای مرطوب، مناطق سرد و صندلی فلزی و استفاده از زیرانداز نمدی و پشمی و کلاه در مناطق سرد.
- (۸) اجتناب از قرارگیری در معرض باد سرد پنکه و کولر به خصوص بعد از استخر و حمام.
- (۹) پوشش سر با کلاه یا پارچه نازک هنگام خواب.
- (۱۰) پس از استحمام، سر به خوبی و کاملاً خشک و از باد و سرما محافظت شود. (خصوصاً کسانی که موی خیلی بلند یا انبوه دارند تا خشک شدن کامل سر، از کلاه یا حوله سر استفاده کنند).

○ بخش دوم: تدابیر حفظ سلامتی: خوردنی‌ها و آشامیدنی‌ها

مدیریت تغذیه و غذا درمانی

حفظ سلامتی و درمان با خوردنی‌ها و آشامیدنی‌های مناسب از اهمیت خاصی برخوردار است. بسیاری از اصول ضروری برای زندگی (مانند هوا، محل زندگی، سرعت و تنش‌های زندگی ماشینی) خارج از اراده و خواست ما هستند؛ ولی مصرف غذا کاملاً قابل برنامه‌ریزی است. از دیدگاه حکما، غذاها علاوه بر این که انرژی لازم برای حرکت و سوخت و ساز و ترمیم بافت‌ها را تأمین می‌کنند، بر کل بدن و همچنین اعضای مختلف آن اثرات مثبت یا منفی از خود به جای می‌گذارند.

تفاوت رژیم غذایی در فصل‌های مختلف

با توجه به این که هر فصلی متناسب با اقلیم هر منطقه، خصوصیات آب و هوایی خاصی دارد، تغذیه هر فصل (بر اساس همان خصوصیات فصلی، نه نام یا تاریخ تقویمی) تنظیم می‌شده است تا تعادل مزاجی برهم نخورد. در فصل‌های گرم، بخصوص تابستان، استفاده از غذاهای سردی و رطوبت بخش مانند ماست و خیار، پنیر و هندوانه بیشتر توصیه می‌شود. البته افرادی که معده سرد دارند ممکن است با مصرف این مواد دچار نفخ و دل درد و سنگینی سر معده شوند که در این صورت بهتر است از غذاهایی که به آن عادت دارند بیشتر استفاده نمایند. در فصل‌های سرد، بخصوص زمستان، استفاده از غذاهای گرمی بخش مانند کره، عسل، بادام، فندق و پسته همراه غذاهای اصلی پیشنهاد می‌شود.

تئوری‌های گرمی و سردی غذاها و داروها

تئوری‌های مختلفی درباره دلیل ایجاد گرمی در بدن، پس از مصرف بعضی از مواد (مانند خرما، عسل و فلفل) و یا ایجاد سردی به دنبال مصرف بعضی مواد (نظیر هندوانه، ماست و خیار) مطرح است. به برخی از این نظریه‌ها اشاره می‌شود:

- (۱) مواد با ورود به بدن، سیستم خودکار عصبی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مواد گرم فعالیت سیستم سمپاتیک را افزایش داده و مواد سرد فعالیت سیستم پاراسمپاتیک را افزایش می‌دهند.

۲) مواد غذایی با ورود به بدن سیستم غدد درون ریز را متأثر می‌نمایند. مواد گرم فعالیت غده تیروئید و ترشح تیروکسین را افزایش می‌دهند. بنابراین متابولیسم پایه و تولید انرژی بالا می‌رود و مواد سرد، فعالیت تیروئید و ترشح تیروکسین را کاهش می‌دهند و در نتیجه متابولیسم پایه و تولید انرژی کم می‌شود.

۳) به نظر می‌رسد بعضی از غذاها با ورود به بدن، تولید آنزیم‌های گوارشی را افزایش می‌دهند؛ این مواد، گرم هستند. این نظریه جزئی از نظریات قبلی است، زیرا تولید آنزیم‌های گوارشی و ترشح آنها، تحت تأثیر سیستم اعصاب و غدد درون ریز است.

۴) پژوهش انجام شده در دانشکده تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان داد که مصرف سماق به عنوان یک چاشنی غذایی سرد، ضربان قلب، درجه حرارت محیطی، میزان متابولیسم پایه و ترشح تیروکسین را کاهش می‌دهد و در مقابل، مصرف آویشن شیرازی به عنوان یک چاشنی گرم، ضربان قلب، درجه حرارت محیطی، میزان متابولیسم پایه و ترشح تیروکسین را افزایش می‌دهد (۴).

آداب تغذیه

بعضی از آداب و عادات مفید تغذیه‌ای که معمولاً جزء فرهنگ روزمره مردم ایران بوده است:

- مصرف غذا هنگام گرسنگی: لازم است غذا صرفاً هنگام گرسنگی واقعی میل شود و همچنین فرد قبل از سیر شدن کامل، دست از غذا خوردن بکشد تا دستگاه گوارش در فرآیند خود، هضم و جذب را به خوبی انجام دهد.
- رعایت نظم در خوردن غذا: در بدن هر فردی واکنش‌ها و فعالیت‌های حیاتی مثل ترشح هورمون رشد با نظم خاصی انجام می‌شود که به آن ساعت بیولوژیک می‌گویند. حال اگر غذا خوردن، خوابیدن و بیدار شدن هم همیشه در زمان مشخصی از شبانه روز اتفاق بیافتد به تدریج بدن به این وضعیت عادت می‌کند و این نظم و ترتیب باعث منظم شدن واکنش‌ها و اعمال حیاتی بدن بخصوص فعالیت‌های دستگاه گوارش می‌شود.
- غذا خوردن در حالت نشسته و با آرامش: ایستادن، راه رفتن و فعالیت بدنی و همچنین فعالیت‌های ذهنی موجب تحریک سیستم سمپاتیک می‌شود و متعاقب آن، انقباض عروق و افزایش ضربان قلب و فشار خون روی می‌دهد و گردش خون متوجه اندام‌های دیگر می‌شود و خون کافی به دستگاه گوارش نمی‌رسد و به همین علت، هضم غذا در معده به‌طور کامل صورت نمی‌پذیرد و مواد هضم نشده (مولکول‌های درشت) وارد کبد شده، ایجاد اختلال در کار کبد و ایجاد انسداد در مسیرهای باریک داخل کبدی می‌کند.
- جویدن غذا به اندازه کافی: اگر غذا به خوبی جویده شود، به‌طوری که هر لقمه غذا کاملاً له و نرم شود، معده به راحتی می‌تواند آن را هضم نماید. در غیر این صورت، علاوه بر این که غذا مدت بیشتری در معده می‌ماند و سبب سنگینی معده و سوءهاضمه می‌شود.
- پرهیز از پرخوری: مضرات پرخوری عبارتند از: «ایجاد ضعف معده، امتلاء یا پری بدن از مواد اضافی خوب یا بد و زمینه سازی برای بسیاری از بیماری‌ها».
- پرهیز از گرسنگی طولانی: گرسنگی طولانی مدت سبب ضعف عمومی بدن و (در درازمدت) ضعف معده می‌شود. همچنین غذای خورده شده پس از این گرسنگی طولانی، خوب هضم نمی‌شود.

- نخوردن چند نوع غذا با هم: در هم خوری و با هم خوری و روی هم خوری انواع غذا می‌تواند موجب اختلال در هضم آنها شود.
- رعایت ترتیب خوردنی‌ها: بهتر است ابتدا غذای زود هضم مانند سوپ ساده و سالاد و سپس غذای اصلی و سنگین خورده شود.
- نخوردن آب و نوشیدنی با غذا: خوردن آب زیاد یا سایر نوشیدنی‌ها باعث غوطه‌وری غذا در معده، رقیق شدن ترشحات و کاهش اثر آنزیم‌های لازم برای هضم می‌شوند.
- سکون بعد از غذا: حرکت و ورزش شدید بعد از غذا خوردن، از هضم کافی غذا جلوگیری می‌کند.
- خوابیدن بلافاصله بعد از غذا: لازم است شام، هنگام غروب یا ابتدای شب میل شود تا زمان کافی (حداقل دو ساعت) بین خوردن شام و خواب وجود داشته باشد. در صورت عادت به خواب میان روز، باید قبل از صرف ناهار باشد و بعد از ناهار، بهتر است فقط استراحت نمود ولی وارد خواب کامل و عمیق نشد.

آب

آب مهم‌ترین بخش و جزء اصلی هر عضو، بافت و بافت پیوندی بدن است. آب مواد مورد نیاز بدن را به بافت و سلول‌ها انتقال می‌دهد. سیر هضم و جذب و حمل مواد ضروری در گردش خون تنها در سایه وجود آب تحقق می‌یابد. تنظیم درجه حرارت بدن و تعدیل گرمای تولید شده در بدن به وسیله آب تأمین می‌شود. در بخش‌های متحرک بدن، بافت‌های پیوندی و اعضای داخلی، با تأمین لغزندگی لازم از سایش و فرسایش عارضی در بدن جلوگیری می‌کند و انعطاف لازم را برای حرکت‌ها فراهم می‌آورد. شادابی و طراوت پوست بدن، عملکرد مناسب و انعطاف بافت‌ها به آب وابسته است. البته مصرف بیش از اندازه آب می‌تواند موجب مسمومیت با آب و اختلال تعادل طبیعی الکترولیت‌ها و عملکرد مغز و حتی مرگ شود.

از دیدگاه حکمای طب ایرانی، اگر آب به اندازه‌ای که مورد نیاز بدن است نوشیده نشود، بی‌اشتهایی، ضعف قلب، افزایش حرارت کبد، تیرگی رنگ پوست و لاغری رخ می‌دهد. سوی دیگر، چنانچه آب بیش از حد و بدون توجه به نیاز بدن و حس تشنگی واقعی دریافت شود، ضعف معده، نفخ، ترش کردن، ضعف اعصاب، فراموشی و کند ذهنی، پف کردن زیر چشم و کبد چرب عارض می‌شود.

میزان احتیاج آب روزانه یک فرد به عوامل مختلفی بستگی دارد. مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از: وزن بدن، نوع مزاج، شکل تغذیه، شرایط محیطی، سطح فعالیت فیزیکی، بیماری‌ها و مسافرت که به اختصار توضیح داده خواهد شد:

وزن بدن: با بالا رفتن وزن، مقدار خوردن آب فرد نیز افزایش می‌یابد.

مزاج: افراد گرم مزاج و سپس افراد خشک مزاج نیاز به مایعات بیشتری دارند و بیشتر تحت تأثیر شرایط کم‌آبی قرار می‌گیرند.

تغذیه: میزان آب مورد نیاز فردی که سبزی فراوان و میوه زیاد می‌خورد، در مقایسه با افرادی که غذای خشک می‌خورند، کمتر است.

شرایط محیطی: در هوای گرم به علت تعریق، مایعات بدن کاهش می‌یابد و نیاز آب روزانه و مواد معدنی از حالت عادی بیشتر می‌شود.

سطح فعالیت فیزیکی: نیاز آب روزانه فردی که فعالیت فیزیکی متوسط دارد از فرد دارای فعالیت فیزیکی بالا،

کمتر است. با افزایش فعالیت فیزیکی، سوخت و ساز سرعت گرفته و علاوه بر تعریق، برای دفع مواد زائد، به آب بیشتری نیاز است؛ در این‌گونه موارد، در کنار آب از دست رفته، جایگزینی مواد معدنی از دست رفته هم اهمیت دارد. در این موارد، مصرف آب میوه‌ها، دوغ و شربت‌های سنتی (مانند شربت سیب، آلبالو و سکنجبین) کمک کننده است.

بیماری‌ها: بعضی بیماری‌ها و حوادث مانند خونریزی، تب شدید، اسهال و استفراغ موجب از دست دادن سریع و فراوان آب بدن می‌شوند. در این‌گونه موارد، جایگزینی آب از دست رفته ضروری است. مسافرت: سفر، به‌خصوص سفرهای هوایی که در ارتفاعات بالا صورت می‌پذیرد، موجب کاهش رطوبت بدن می‌شود و لازم است جهت جبران مایعات اقدام کرد.

دستورعمل‌های مدیریت آب

- (۱) آب به اندازه مصرف شود. تشنگی و طبیعی بودن حجم و رنگ ادرار راهنمای اصلی برای مقدار لازم مصرف آب هستند.
- (۲) نوشیدن آب یک ساعت قبل غذا و یک تا دو ساعت بعد از غذا.
- (۳) مصرف آب کمی خنک، نه آب یخ و بسیار سرد.
- (۴) بهتر است آب، آرام آرام مکیده شود تا خوب با بزاق و ترشحات دهانی و گوارشی آمیخته شود.
- (۵) مصرف نکردن آب بلافاصله بعد از حرکات شدید ورزشی، حمام گرم، رابطه جنسی، و بین خواب و بلافاصله بعد از خواب
- (۶) مصرف نکردن آب بعد از خوردن میوه‌ها و بعد از مصرف غذاهای شیرین یا چرب و یا شور.

○ بخش سوم: تدابیر حفظ سلامتی: حرکت و سکون

مدیریت فعالیت بدنی

انسان در هر لحظه در حال انجام حرکات ارادی یا غیرارادی است. تمامی حرکات، حرارت را افزایش می‌دهند و موجب کاهش رطوبت بدن می‌شوند و استراحت ضمن بازگرداندن رطوبت‌های بدن، قوای لازم را برای حرکات بعدی فراهم می‌آورد. انسان بدون حرکات و فعالیت‌های ارادی و ورزشی (مانند راه رفتن، دویدن، سخن گفتن و شنا کردن) عملاً و صرفاً برخوردار از زندگی نباتی است. در بین شش عامل حفظ سلامتی، ابن‌سینا ورزش را به عنوان مهم‌ترین عامل معرفی کرده است. ورزش‌های دسته جمعی (مانند کوه نوردی، فوتبال، تنیس روی میز و ورزش‌های باستانی)، متناسب با توان فرد و بدون فشار به اندام‌های ضعیف علاوه بر تقویت عضلات و سیستم قلب و عروق و بهبود گردش خون مغزی، موجبات نشاط و تجدید روحیه و کاهش اضطراب می‌شود و روابط انسانی بین گروهی را نیز تقویت می‌کند و نشاط اجتماعی و روابط انسانی سالم، توسعه می‌یابد. متأسفانه امروزه فعالیت بدنی کودکان کاهش یافته و فعالیت ذهنی و نفسانی آنان افزایش یافته است و این موجب می‌شود حرکات و تمرینات بدنی که برای شکل‌گیری و تقویت سیستم عصبی - عضلانی و استخوانی و اراده و عزم (مهم‌ترین لازمه توسعه جوامع انسانی) کاهش یابد و این، موجب کاهش توان و تاب‌آوری، کسالت، اضطراب و ... می‌شود.

یکی از نکات مهم، زمان فعالیت بدنی است. ورزش بلافاصله بعد از غذا خوردن (با شکم پر و غذای هضم نشده) و در حالت گرسنگی مضر است. بهترین زمان ورزش بعد از هضم معدی و کبدی (حداقل ۳ تا ۴ ساعت بعد از مصرف غذا) و قبل از احساس گرسنگی می‌باشد. زمان‌های مناسب برای ورزش، حدود دو ساعت قبل از غروب آفتاب و صبح زود قبل از صرف صبحانه می‌باشد. همچنین بهتر است ورزش در آب و هوا یا ساعات بسیار گرم یا بسیار سرد نباشد.

از دیگر مطالب مهم، شدت و مدت فعالیت بدنی و ورزش است. از دیدگاه طب ایرانی فقط ورزش معتدل و متعادل می‌تواند در حفظ سلامتی انسان مؤثر باشد، در حالی که ورزش مفرط سلامت انسان را به مخاطره می‌اندازد. حد ورزش معتدل و متعادل (جدول ۷-۱) این است که رنگ چهره به علت افزایش گردش خون محیطی صورتی شود و فرد احساس شادابی، چابکی و سبکی در حرکات داشته باشد و بدن شروع به عرق نماید و همچنین عضو آسیب دیده یا ضعیف (مانند زانوی دچار آرتروز) تحت فشار قرار نگیرد.

جدول ۷-۱: معیارهای ورزش معتدل از دیدگاه طب ایرانی

معیارهای ورزش معتدل	تغییرات در ورزش معتدل
رنگ پوست	صورتی شدن پوست
حال روحی - روانی	احساس نشاط و آرامش
شرایط جسمی	عدم فشار به عضو آسیب دیده یا ضعیف
تعریق	شروع به تعریق

تعریق شدید، از دست دادن شدید مایعات، کاهش وزن قابل توجه، افت قوا و خستگی، احساس نیاز به خواب و استراحت پس از ورزش، تنگی نفس و تپش قلب و همچنین درد در زانوها، کمر، قفسه صدری و یا نقاط دیگر بدن، نشان دهنده افراط از حد مجاز ورزش می‌باشد و می‌تواند موجب صدمه به بدن و اندام‌ها شود. با وجود اینکه برای تعیین مدت زمان فعالیت بدنی می‌بایست شرایط اختصاصی هر فرد به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرد، ولی فعالیت‌هایی مانند پیاده روی ۴۵-۳۰ دقیقه‌ای برای حداقل ۵ روز در هفته برای بسیاری از افراد قابل انجام و اثربخش خواهد بود. امروزه نیز مضرات ورزش‌های شدید و سنگین به اثبات رسیده است. به عنوان مثال مطالعات نشان داده‌اند که ورزش شدید منجر به استرس اکسیداتیو و موجب افزایش رادیکال‌های آزاد می‌شود و نهایتاً می‌تواند منجر به تخریب سلولی و شروع بیماری‌هایی مانند سرطان شود.

دستورعمل‌های مدیریت فعالیت بدنی

- ۱) گنجانیدن پیاده‌روی یا ورزش‌های سبک در برنامه روزانه.
- ۲) انجام فعالیت ورزشی جدی‌تر ترجیحاً به صورت جمعی و با رعایت شرایط ذکر شده، دو بار در هفته.
- ۳) کنترل وزن با فعالیت بدنی، بهتر از کم خوری است.
- ۴) عدم انتخاب شغل‌های کم تحرک برای افراد مستعد افزایش وزن؛ یا برنامه‌ریزی برای داشتن فعالیت فیزیکی مناسب.
- ۵) افزایش فعالیت بدنی و ورزش پس از ازدواج؛ (معمولاً بسیاری از افراد با فعالیت فیزیکی قابل قبول، بعد از ازدواج ورزش خود را ترک می‌کنند).

- ۶) افزایش فعالیت بدنی کودکان تا حدود ۴ ساعت در روز.
- ۷) خرید روزانه و نه هفتگی، بدون ماشین.
- ۸) توأم کردن بعضی جلسات کاری با فعالیت ورزشی.
- ۹) در بارداری فعالیت بدنی کم نشود تا خون‌رسانی به جنین نیز افزایش یابد و بعد از زایمان نیز ورزش استمرار یابد تا مادران وزن‌شان به قبل از بارداری برگردد.
- ۱۰) برای بچه‌ها بازی بدنی و نه بازی‌های ذهنی، ترتیب دهید تا خود نیز مجبور به فعالیت شوید.
- ۱۱) کارهای تعمیراتی ساده را یاد بگیرید و خود انجام دهید.
- ۱۲) درختکاری و داشتن گل و گلدان و فضای سبز در محیط خانه و رسیدگی به آن.
- ۱۳) انجام ورزش سبک‌تر مانند ورزش‌های کششی و نرمش‌های ساده برای افراد ضعیف یا بیمار و ورزش قوی برای افراد دارای انرژی بیشتر توصیه می‌شود.

○ بخش چهارم: تدابیر حفظ سلامتی: خواب و بیداری

مدیریت خواب

خواب به عنوان یک ضرورت زندگی سالم موجب تجدید قوای جسمی و روانی می‌شود. خواب، تمامی نیروهای طبیعی شامل هضم، متابولیسم و دفع سموم و قوای مغزی را تقویت می‌کند و موجب تجدید قوای اندام‌های مختلف و ترمیم بافت‌های صدمه دیده می‌شود.

از نکات مهم در مورد خواب، طول زمان خواب است. خواب معتدل بین ۶ تا ۸ ساعت و بر حسب مزاج و سن متفاوت می‌باشد. و مهم‌ترین معیار آن سبکی و نشاط بعد از بیدار شدن و آمادگی ذهنی در طول روز می‌باشد. فردی که پس از برخاستن از خواب احساس سنگینی و کسالت دارد و مدام در طی روز دهان‌دره می‌کند و خسته است و تمرکز روی کار خود ندارد، به احتمال زیاد از خواب مناسبی برخوردار نیست و لازم است الگوی خواب خود را تنظیم کند.

کاهش میزان خواب نسبت به میزان طبیعی آن، در زمان طولانی سبب کاهش کمی و کیفی عملکرد مناسب فرد، افزایش تصادفات و آثار سوء جسمی و روانی می‌شود. نقص سیستم ایمنی، افزایش احتمال ابتلاء به بیماری‌های ویروسی و التهابی، افزایش ضربان قلب و فشار خون، افزایش تولید پلاک در عروق قلبی و سکتۀ مغزی، از عوارض جسمی بی‌خوابی یا کم‌خوابی هستند. عوارض روانی این حالت نیز عبارت‌اند از: «کاهش تمرکز، اشکال در تصمیم‌گیری منطقی، تحریک‌پذیری، افسردگی، اضطراب و اختلال خلقی دو قطبی». در یک مطالعه که طی ۱۳ سال به بررسی اثرات خواب بیش از ۷ هزار فرد مسن پرداخته، بیان کرده‌اند که خواب کمتر از ۶ ساعت به میزان ۳۶ درصد و خواب بیش از ۸ ساعت نیز ۳۵ درصد ریسک دمانس و اختلال عملکرد شناختی را در این رده سنی افزایش می‌دهد (۵).

از دیگر موارد مهم سحرخیزی است. تنفس نسیم صبحگاهی انرژی‌های قلب، مغز و کبد را افزایش می‌دهد و برای سلامتی ضروری است. تحقیقات انجام شده در حوزه کرونوبیولوژی نشان می‌دهند که ریتم‌های فیزیولوژیک بدن توسط عوامل محیطی به‌خصوص نور خورشید دچار نوسان می‌شوند. به هم خوردن این چرخه ۲۴ ساعته سبب بسیاری از بیماری‌ها می‌شوند. به‌عنوان مثال مطالعات نشان داده‌اند، ریسک بیماری‌های مهمی

از قبیل سرطان، بیماری‌های متابولیک (مانند دیابت)، بیماری‌های قلبی عروقی و اختلالات خلقی در افرادی که دارای شغل‌های با شیفت شب کاری هستند، به صورت قابل توجهی بیشتر از افراد با زمان خواب صحیح و منطبق با ساعات تاریکی می‌باشد.

دستور عمل‌های مدیریت خواب

- (۱) زود خوابیدن، زود بیدار شدن.
- (۲) طی روز نخوابیدن خصوصاً برای افرادی که بیماری‌های جنس سرد دارند.
- (۳) بهترین زمان خواب از ۲ تا ۳ ساعت پس از غروب آفتاب تا سحرگاه و حداکثر تا طلوع آفتاب است.
- (۴) فاصله حداقل دو ساعته بین شام و خواب ضروری است.
- (۵) محل خواب تاریک، رنگ اتاق آرامش بخش، فاقد رنگ‌های محرک و خلوت و مرتب باشد.
- (۶) دمای اتاق کمی خنک و بین ۱۸ تا ۲۲ درجه با تهویه مناسب باشد.
- (۷) داشتن پوشش مناسب هنگام خواب، مثل پتو یا پوشش‌های نازک‌تر حتی در فصل تابستان.
- (۸) نخوابیدن با شکم پر و یا گرسنگی طولانی.
- (۹) عدم فعالیت جسمی شدید یا درگیری ذهنی (مثل فعالیت در فضای مجازی و ...) از یک ساعت قبل از خواب.

○ بخش پنجم: تدابیر حفظ سلامتی: پاکسازی

مدیریت پاکسازی بدن

پاکسازی بدن و زدودن سموم و مواد زائد، که ناگزیر در هر یک از مراحل هضم و متابولیسم مواد غذایی ایجاد می‌شوند یا از بیرون وارد بدن می‌شوند، نقش مهمی در حفظ سلامتی دارد. همچنین نگهداری مواد حیاتی در بدن، برای سلامتی ضروری است. با سبک زندگی جدید، روز به روز مواد زائد بیشتری در بدن تجمع پیدا کرده یا وارد بدن می‌شوند. اهمیت مفهوم پاکسازی در طب ایرانی به دلیل همین تغییرات، دو چندان می‌شود. نمونه‌هایی از این مواد مضر عبارت‌اند از:

الف) هورمون‌ها و آنتی‌بیوتیک‌های احتمالی که برای رشد بیشتر و سریع‌تر حیوانات و ماهی‌ها و پیشگیری از عفونت‌های احتمالی استفاده می‌شوند و وارد گوشت و شیر آنان می‌شوند؛ از جمله این مواد می‌توان از سوماتوتروپین، کلرامفنیکل، مالاویت گرین و فلوروکینولون‌ها نام برد.

ب) سموم و کودهای کشاورزی که برای برداشت محصول بیشتر استفاده و وارد فرآورده‌های کشاورزی می‌شوند. از سموم مهم می‌توان سموم ارگانوفسفره با نام‌های تجاری مختلف مانند مالاتیون، کزاتیون و پاراتیون را نام برد. این سموم می‌توانند موجب افت حافظه، بروز آلزایمر، افسردگی شدید، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی و بیش‌فعالی در کودکان شوند. نیترات یک ماده سرطان‌زاست و در کارکرد سیستم ایمنی و غدد، ایجاد اختلال می‌کند. کادمیوم که برای تقویت بعضی گیاهان به کار می‌رود می‌تواند باعث کوتاهی قد کودکان و ایجاد سرطان شود.

ج) رنگ‌ها و طعم‌های مختلف مورد استفاده در صنایع غذایی. از جمله این رنگ‌ها، تارترازین (زرد یا نارنجی)

است که برخی از رستوران‌ها، قنادی‌ها و نانوايي‌ها به‌علت ارزان‌تر بودن، از آن به جای زعفران استفاده می‌کنند. این ماده می‌تواند موجب عارضهٔ بیش‌فعالی، حملات آسم، ایجاد تومورهای تیروئیدی و تشدید میگرن شود. (د) نگهدارنده‌های شیمیایی که در کنسروها، کمپوت‌ها و به‌خصوص سس‌ها برای ماندگاری دراز مدت آن‌ها، استفاده می‌شوند. یکی از این مواد نگهدارندهٔ پرمصرف، سدیم بنزوات است که از فعالیت باکتری‌ها و قارچ‌ها جلوگیری می‌کند. این ماده در نوشابه‌های گازدار نیز هست. مصرف بیش از اندازهٔ این ماده موجب بروز پارکینسون و بیش‌فعالی در کودکان می‌شود. (ه) سمومی که از طریق هوا، به‌ویژه در شهرهای بزرگ و صنعتی وارد بدن می‌شود؛ مانند دی‌اکسید گوگرد، اکسید نیتروژن، آمونیاک و فلزات سنگین. (و) سمومی که از طریق آب وارد بدن می‌شوند؛ مانند مواد شوینده، حشره‌کش‌ها، حلال‌های صنعتی و پرکلرات. (ز) سمومی که از طریق مواد آرایشی و از طریق مصرف بیش از اندازه مسکن‌ها و داروها وارد بدن می‌شوند. اگر چه سموم و مواد مضر که نام برده شده است ممکن است هر روز به مقدار اندکی وارد بدن شوند ولی دریافت تدریجی و تجمع این سموم در بدن سمیت آنها ظاهر می‌شود.

انواع پاکسازی

پاکسازی به دو دسته طبقه‌بندی می‌شود:

نوع اول؛ پاکسازی طبیعی مواد زائد (اعمّ از خوب یا بد) در حد متعادل: مانند دفع گازهای تنفسی و ریوی، دفع مدفوع، دفع ادرار، عرق کردن، عادت ماهانه، عطسه، دفع گازهای گوارشی، اشک، ترشحات چشمی، ترشحات جنسی.

نوع دوم؛ پاکسازی ایجاد شده توسط پزشک و با هدف طبی است. طبیب با کاهش غذا یا تغییر رژیم غذایی، تدابیر روحی و روانی، تغییر در فعالیت‌های بدنی فرد، تغییر الگوی خواب، ایجاد اسهال، تعریق، افزایش ادرار، فصد، حجامت و یا حمام و سونا به یاری طبیعت می‌شتابد و به سیر طبیعی دفع مواد زائد و سموم کمک می‌کند.

امروزه اثر کاهش غذا^۱ و روزه‌داری شبیه به روزهٔ اسلامی^۲ در به تأخیر انداختن فرایند پیری^۳ و کاهش بیماری‌های مختلفی مثل سرطان، بیماری‌های متابولیک، بیماری‌های التهابی و ... در مقالات فراوانی به اثبات رسیده است.

یکی دیگر از دستورات مهم در پاکسازی، ورزش است. هنگام ورزش، گردش خون در محیط بدن افزایش می‌یابد و تعریق اتفاق می‌افتد و بسیاری از مواد زائد از طریق پوست دفع می‌شوند. همچنین با ورزش و فعالیت بدنی دفعات تنفس افزایش می‌یابد و بسیاری از مواد زائد دیگر از طریق تنفس دفع می‌شوند. به‌طور کلی می‌توان گفت: همهٔ مراکز پاکسازی با ورزش، تحریک شده و نتیجهٔ آن، پس از اتمام ورزش متعادل به صورت احساس سبکی و نشاط بروز می‌کند. ابن‌سینا در این رابطه گفته است: «کسی که ورزش معتدل با رعایت شرایط آن انجام می‌دهد، به بیماری‌هایی که به‌علت تجمع مواد زائد روی می‌دهند، دچار نمی‌شود».

1. Calorie restriction
2. Intermittent fasting
3. Aging

کاهش مارکرهای التهابی سرم مانند IL-6 و TNF- α در برخی بیماری‌های مرتبط با التهاب یکی از نمونه‌هایی است که اثر ورزش بر پاکسازی بدن را به خوبی اثبات می‌کند. در مطالعه‌ای منتشر شده در سال ۲۰۱۹ که در آن ۴۸۲ کودک ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به آسم بررسی شدند، به این نتیجه رسیده‌اند که کنترل بیماری در کودکانی که دارای فعالیت فیزیکی بیشتری هستند، به صورت معنی‌داری بیشتر از کودکان دیگر بوده است (۶).

از جمله نکات مهمی که در مورد پاکسازی بدن باید به آن توجه داشت دفع به موقع و به مقدار مدفوع و ادرار است. در یک مطالعه که بر روی بیش از ۱۱۰ هزار نفر انجام شده است ارتباط یبوست با بروز رینیت آلرژیک مشاهده شده است (۷).

از دیدگاه طب ایرانی هر فرد باید به ازای مصرف هر یک بار غذای کامل، یک بار اجابت مزاج داشته باشد و با توجه به اینکه ایرانیان حداقل دو بار غذای اصلی مصرف می‌کنند، لازم است دو بار اجابت مزاج کامل صورت پذیرد؛ ولی امروزه به علت کم‌فعالیتی و تغییر عادات غذایی، یبوست شایع است و موجب ایجاد بسیاری از بیماری‌ها می‌شود.

درمان و رفع یبوست، با کمک به پاکسازی بدن از سموم و مواد زائد، عملکرد دستگاه‌های مختلف بدن را تسهیل می‌کند؛ بنابراین شایسته است نسبت به درمان آن اقدام کرد. چند روش ساده برای برطرف نمودن یبوست عبارت‌اند از: دفع به موقع مدفوع (یعنی هنگام احساس دفع و عدم تأخیر در آن)، خوب جویدن غذا (یعنی هر لقمه را حدود سی بار بجویم)، نخوردن چند نوع غذا با همدیگر، نخوردن آب همراه غذا، گنجاندن غذاهای ملین مانند زیتون کم نمک، انجیر و انگور در رژیم غذایی روزانه، خوردن نان سبوس‌دار با فرایند تخمیر طبیعی و درمان بیماری سوء هضم یا ضعف هضم معده.

یکی دیگر از دستورات پاکسازی، حمام است، البته دوش گرفتن‌های امروزی چون باعث تغییرات آنچنانی در تغییر دمای درونی و بیرونی بدن نمی‌شوند، مصداق مفهوم حمام نیست زیرا فرصت کافی برای باز شدن کامل راه‌های دفع پوستی فراهم نمی‌کند. در حمام، لازم است گردش خون محیطی افزایش یابد و رنگ چهره مقداری قرمز شود و فرصت داده شود تا پاکسازی رخ دهد.

حمام‌های قدیم سه خانه داشتند و فرد به تدریج از محیط سرد به محیطی که آب گرم‌تر در آن جریان داشت، وارد می‌شد و در جایگاه مخصوص می‌نشست؛ سپس آب گرم بر دست و پا و بدن و سپس بر سر و صورت می‌ریختند و عروق به تدریج باز می‌شدند و رنگ و رو شروع به قرمز شدن می‌کرد. این عمل از افت ناگهانی فشار خون و متعاقب آن، تحریک سمپاتیک و انقباض عروق و افزایش ضربان قلب جلوگیری می‌نماید و فرد در حمام احساس آرامش می‌کند (بر خلاف دوش گرفتن کوتاه در حالت ایستاده). برخی مطالعات امروزی نیز به بررسی تفاوت اثر دوش گرفتن امروزی^۱ و حمام‌هایی که در آن به جای ریختن آب بر بدن، فرد در آب فرو می‌رود^۲ پرداخته‌اند. نوع دوم به صورت معنی‌داری در کاهش خطر بیماری‌های قلبی عروقی، ریوی، رفع خستگی، استرس، درد و سلامت پوست مؤثرتر است (۸، ۹). در مرحله بعد فرد در حالت خوابیده و نشسته مشتم و مال می‌گیرد و سپس کیسه کشی ملایم همراه با سفیداب که موجب پاک شدن مواد زائد و باز شدن دهانه‌ها و مجاری پوست می‌شود. همچنین استفاده از سنگ پا و ماساژ کف پا با آن نیز در کاهش سردرد و

1. Shower bathing
2. Immersion bathing

افزایش آرامش تأثیر بسیار زیادی دارد. خروج از حمام نیز باید به تدریج و به طریق معکوس از گرما به سرما و با سر پوشیده صورت پذیرد، تا شخص دچار بیماری‌های تنفسی و سینوزیت نشود.

از دیگر روش‌های مهم پاکسازی، شستشوی حفره بینی یا استنشاق است. حفره بینی به علت موقعیت خود که محل عبور و مرور هوا می‌باشد، آکنده از میکروب‌های انتقال یافته از هواست. به همین علت، عدم نظافت صحیح این موضع حیاتی می‌تواند مشکلات مختلف تنفسی مانند سرماخوردگی‌های مکرر، افزایش آلرژی‌ها و عفونت‌های مقاوم به درمان ایجاد کند و همچنین روی اندام‌های دیگر نیز تأثیر بگذارد. در فرهنگ اسلامی و طبّی ما تأکید فوق‌العاده‌ای روی استنشاق و نقش آن در جلوگیری از بیماری‌ها شده است.

از دیگر روش‌های پاکسازی، مسواک است و نقش عمده‌ای در حفظ سلامتی دهان و دندان‌ها دارد. حفره دهانی که شروع هضم غذا از آنجا است، اگر پاکیزه نباشد، می‌تواند کل فرایند هضم را تحت تأثیر قرار دهد و اختلال در هضم و نفخ بروز کند؛ همچنین تعداد میکروب‌های بیماری‌زایی که وارد معده می‌شوند، افزایش یابد و عملکرد معده تحت تأثیر قرار گیرد. پاکیزگی دهان با مسواک موجب کاهش بوی بد دهان می‌شود و دندان‌ها و لثه‌ها سالم می‌مانند. اگر گاهی مسواک به سماق آغشته شود، به سلامتی لثه‌ها و دندان‌های کمک شایانی کرده و وضعیت گوارش نیز به تدریج بهبود می‌یابد. علاوه بر اثرات موضعی، مسواک تأثیرات عمومی روی سلامتی، به خصوص سلامتی قلب دارد. امروزه مشخص شده است که تعداد باکتری‌های موجود در دهان بیماران قلبی و کسانی که دچار حملات قلبی شده‌اند، نسبت به افراد سالم بسیار بیشتر است، در نتیجه، احتمالاً مسواک زدن می‌تواند در پیشگیری از حملات قلبی مفید باشد.

از دیگر روش‌های پاکسازی طبیعی، مقاربت و نزدیکی متعادل با همسر است. ابن‌سینا معتقد است پزشک نباید در آموزش تعلیمات جنسی کوتاهی و حیا کند. در این راستا از نظر دفعات، برای مزاج گرم و افراد با بدن قوی دو دفعه در هفته و برای افراد سرد مزاج یک مرتبه توصیه می‌شود. نزدیکی مناسب در پاکسازی بدن و تحکیم روابط زناشویی و سلامت اجتماع نقش عمده‌ای دارد.

یکی دیگر از روش‌های پاکسازی مؤثر در طب ایرانی، ایجاد اسهال است که نقش مهمی در پاکسازی و دفع مواد زائد دارد. از نظر حکما، دستگاه گوارش نقش عمده‌ای در ایجاد یا درمان بیماری‌ها دارد. در یکی از پژوهش‌های مرتبط با این موضوع، افراد را به دو گروه تقسیم شدند و میزان سطح خونی مواد سمی تجمع یافته در بدن (به علت استفاده از سموم کشاورزی و حشره‌کش‌ها) را اندازه گرفتند. گروه اول را به مدت چند روز تحت درمان با داروهای مسهل مناسب قرار دادند و گروه دوم را بدون هیچ درمانی تحت نظر گرفتند. مجدداً سطح خونی سموم را در هر دو گروه اندازه‌گیری کردند. نتیجه این تحقیق نشان داد که با ایجاد اسهال مناسب و در واقع، با کمک طبیب به طبیعت، می‌توان میزان سموم ذخیره در بدن را به صورت معنی‌دار کاهش داد. این مطالعه بیانگر اهمیت دستگاه گوارش و استفاده صحیح از مسهل خاص در دفع سموم محلول در چربی است (۱۰).

دستور عمل‌های مدیریت پاکسازی بدن

- (۱) کاهش غذا و همچنین گاهی روزه‌داری طبی
- (۲) ورزش مناسب و متعادل که منجر به تعریق شود.

- ۳) دفع به موقع مدفوع و ادرار و عدم تأخیر هنگام احساس دفع
- ۴) حمام مناسب و نظافت پوست
- ۵) تعریق کافی و استفاده مناسب از آفتاب و گرمای تابستان
- ۶) شستشوی حفره بینی یا استنشاق
- ۷) روزانه حداقل دوبار مسواک زدن
- ۸) داشتن رابطه جنسی متعادل

○ بخش ششم: تدابیر حفظ سلامتی: رویدادهای نفسانی

مدیریت حالات عصبی و روانی

انسان، موجودی است با ویژگی‌های روحانی، جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی^۱ که در تأمین سلامت او به همه ابعاد حیات مادی و معنوی او باید توجه کرد. امروزه در منابع جدید نیز این پیچیدگی ابعاد وجود انسان با مفاهیمی متفاوت تحت عنوان «Mind-body relationship» یا ارتباط روان و بدن در سلامتی و ایجاد بیماری‌ها به صورت گسترده مطرح می‌باشد. امروزه توجه اندیشمندان دنیای پزشکی به تأثیر مهم حالات روانی و عواطف در وضعیت جسم و عوامل مختلف فیزیکی آن جلب شده است و نقش عوامل روانی و تجارب تلخ زندگی در بروز بسیاری از بیماری‌ها مشخص شده است. افزایش سرعت صنعتی شدن و صدمه دیدن روش‌های بومی زندگی، کاهش اعتقادات و ارزش‌های سنتی و استفاده از غذاهای با ترکیب نامتعادل، آلودگی صوتی، آلودگی نوری و آلودگی به امواج الکترومغناطیس باعث ایجاد ترس و اضطراب و غم و دیگر فشارهای روحی شده و سلامت جسمانی و روانی را با خطرات جدی مواجه نموده است. تحقیقات فراوانی در زمینه «سایکونوروایمونولوژی» و نقش حالات روانی بر سیستم عصبی و سیستم دفاعی بدن در حال انجام است. تغییر مناسب حالات روحی روانی می‌تواند با افزایش دفاع تخصصی سلول‌های ایمنی، روند بسیاری از بیماری‌های مزمن را تحت تأثیر قرار دهد. تنش‌های روحی - روانی به صورت مستقیم و غیرمستقیم روی متابولیسم، سیستم‌های گردش خون و تنفس، ترشحات دستگاه گوارش و غدد داخلی اثر دارند و می‌توانند معضلات و مشکلات پیچیده‌ای برای جسم و روان انسان به وجود آورند. در جدول ۷-۲ کیفیت حالت‌های روانی مهم و کیفیت مزاجی و تغییرات مزاجی و خروج از تعادل شود.

جدول ۷-۲: حالت‌های روانی مهم و کیفیت آنها

کیفیت	حالت روانی
گرم و خشک	خشم
گرم و تر	شادی
گرم و تر	نگرانی
سرد و خشک	ترس
سرد و خشک	غم

یکی از عوامل کنترل روح و روان این است که ظرفیت‌های جسمی و روحی - روانی فرد ارزیابی شود و سپس بر اساس ظرفیت‌های آن به اقدامات تنش‌زا - مانند دریافت وام، خرید اقساطی، ادامه تحصیل، ازدواج، بچه‌دار شدن و دوری از خانواده و سفرهای دور - دست زد. اگر رفتارهای تنش‌زا از سطح تحمل افراد بالاتر باشد، آرامش جسمی و روانی او مختل شده و چهره هولناک بسیاری از بیماری‌ها ظاهر می‌شوند. پزشک حاذق هر گاه در بیمار خود متوجه به‌هم خوردن تعادل به نفع عوامل تنش‌زا می‌شود، با ارزیابی صحیح سعی در مشاوره و جلب توجه بیمار در جهت برداشتن بار بعضی از عوامل تنش‌زای مناسب و مقدور می‌کند.

از دیگر راه‌های اصلی کسب آرامش و امنیت این است که رفتار انسان در تناقض با طبیعت و جهان آفرینش نباشد. امروزه محققان دنیا اثر این مفاهیم را در قالب سلامت معنوی^۱ بر بیان ژن، عوامل فیزیولوژیک مانند هورمون‌ها، آنزیم‌ها و نوروترانسمیترها و بیماری‌های مختلف تأیید کرده‌اند. ابن سینا، در مبحث درمان‌های مشترک و مناسب برای درمان اکثر بیماری‌ها، از ایجاد نشاط و روحیه مناسب در بیمار، ملاقات با افرادی که بیمار با آن‌ها انس دارد و در او روحیه مناسب ایجاد می‌کنند، همچنین استفاده از بوهای خوش، صداها و نغمات دلنشین نام می‌برد.

سلامت معنوی و پرداختن به معنویت نیز که در زیر گروه کنترل حالات روحی روانی قرار می‌گیرد از امور مهم دیگری است که در پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش اساسی دارد.

مدیریت حالات عصبی و روانی می‌تواند در درمان بسیاری از بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های عصبی و گوارشی نقش عمده‌ای ایفا کند. سید اسماعیل جرجانی معتقد بوده است شناختن و به کار گرفتن فواید و ضررهای حالات روحی روانی، اصل بزرگی در حفظ سلامتی و درمان بیماری‌هاست و اثر حالات روحی روانی در افراد، بیشتر و سریع‌تر از خوردنی‌ها و نوشیدنی‌ها و دیگر اصول ضروری برای حیات است. بقراط نیز معتقد بوده است «بعضی بیماران اگرچه شرایط آنها خطرناک است، به راحتی سلامتی خود را با تکیه بر مهربانی پزشک به دست می‌آورند».

دستورعمل‌های مدیریت حالات عصبی و روانی

- (۱) امید بیمار به درمان بیماری حتی اگر بیماری صعب‌العلاج است، جلب شود و روحیه او با سخنان و رفتار پخته و حکیمانه تقویت شود.
- (۲) کاهش میزان کلام در طی روز و آرام سخن گفتن تا میزان انرژی کمتری از طریق کلام در طی روز هدر رود.
- (۳) چشم پوشی از توجه بیش از حد به محیط، عوامل استرس‌زا، خبرهای منفی، فضای مجازی و دریافت حجم بالای اطلاعات بی‌ربط دیداری و شنیداری که همگی باعث تحریک بیش از اندازه سیستم آدرنرژیک و زمینه ساز اضطراب است.
- (۴) کاهش استفاده از تلفن همراه، تبلت، اینترنت، فضای مجازی و ... در همین راستا مطالعه انجام شده بر روی ۷۸۵ دانشجو در کشورهای ایتالیا و صربستان نشان داده است که استفاده بیش از حد و غیر اصولی از تلفن همراه سبب افزایش اضطراب و استرس شده است (۱۱).

1. Spiritual Health

- ۵) ماساژ صورت جهت بازتوانی ذهن در طی روز بعد از هر ۴۵ دقیقه کار فکری به‌خصوص برای افرادی که با کامپیوتر کار می‌کنند^۱
- ۶) ماساژ کف پا و ساق‌ها پا و یا بدون روغن، ترجیحاً توسط شخص دیگر به‌خصوص قبل از خواب
- ۷) ماساژ گوش
- ۸) ماساژ ستون فقرات و دست و پا^۲
- ۹) پرهیز از تماشای بیش از حد فیلم‌های هیجانی، ترسناک و غمگین. همچنین عدم تحریک چشمی جنسی از طریق فیلم و فضای مجازی.
- ۱۰) برنامه‌ریزی برای زندگی شاد و تفریحات سالم و نشست و برخاست با افراد صبور و آرام و افرادی که در انسان ایجاد شادی و نشاط می‌کنند.
- ۱۱) وضو گرفتن جهت تجدید قوا، نورانیت و افزایش نشاط و یا استحمام و یا پاشویه ساق‌ها و کف پاها با آب ولرم.
- ۱۲) استفاده از بوهای خوش و منظره‌های زیبای طبیعی همچون دشت‌های مفرح و جنگل‌های سبز، کوه‌های پوشیده از برف، چشمه‌ساران جوشان، زندگی حیوانات، گیاهان و ...
- ۱۳) شنیدن نغمه‌های فرح بخش طبیعت چون آوای رودخانه‌ها، نغمه پرندگان، صداهای خوش و دل انگیز. بر اساس یک مطالعه بر روی ۹۸ دانشجوی پرستاری در کشور کره جنوبی، استفاده از رایحه درمانی^۳ و شنیدن موسیقی آرامش‌بخش به‌خصوص به‌صورت همزمان موجب کاهش اضطراب، استرس و بهبود عملکرد کاری در موقعیت شغلی پراسترسی مثل پرستاری شده است (۱۲).
- ۱۴) پرورش گیاهان و نگهداری حیوانات خانگی (مانند پرندگان، ماهی و...).
- ۱۵) تنفس طبی صحیح^۴ برای دور کردن بسیاری از تنش‌ها، اضطراب، سردرد، بی‌حوصلگی و خستگی. نتایج یک مطالعه بالینی با هدف بررسی اثر آموزش تکنیک صحیح تنفس به زنان باردار بر اضطراب و طول زایمان نشان داد که این آموزش منجر به کاهش اضطراب در طول بارداری و همچنین کاهش زمان زایمان شده است (۱۳). همچنین، مطالعه دیگر، آموزش تکنیک‌های تنفسی مانند دم آرام و

۱. افرادی که با کامپیوتر سر و کار دارند و یا کارهای ذهنی انجام می‌دهند، هر ۴۵ دقیقه یک بار ماساژ صورت را انجام دهند. این فعالیت سبب آرام شدن و رفع اسپاسم عضلات صورت می‌شود که متعاقباً باعث احساس آرامش و سبکی در سر و چشم‌ها و رفع خستگی می‌شود. در جلسات درس و جلسات مربوط به تصمیم‌گیری‌های مهم که افراد دچار استرس می‌شوند، نیز می‌توان از این ماساژ استفاده کرد. این ماساژ از سه مرحله تشکیل می‌شود:

مرحله اول: کف دو دست به گونه‌ای روی صورت گذاشته شود که تمام دست به‌طور کامل با صورت تماس یابد و نوک انگشتان روی پیشانی، در محل رویشگاه مو قرار گیرد. در این حالت دست‌ها به‌طور افقی و به سمت خارج و عقب سر با فشار ملایم حرکت داده می‌شوند تا دست‌ها از روی گوش‌ها عبور کرده و صدای باد در گوش‌ها بیپید. این حرکت ده مرتبه تکرار شود. مرحله دوم: مانند مرحله قبل دست‌ها روی صورت قرار داده شده و این بار به صورت عمودی حرکت داده شوند به گونه‌ای که دست‌ها در خلاف جهت همدیگر حرکت کنند. در این مرحله دست‌ها بین چانه و محل رویش موها حرکت می‌کنند. این حرکت نیز ده مرتبه تکرار شود.

مرحله سوم: با سطح داخلی هر دو دست، کل عضلات صورت در هر دو طرف از سمت عقب به جلو و در یک مسیر دایره‌ای ده بار ماساژ داده شود.

۲. فرد نیم ساعت قبل از خواب در حالت درازکش رو به شکم قرار می‌گیرد، به گونه‌ای که ستون فقرات و عضلات خلف بدن در معرض دید قرار داشته باشند. ماساژ دهنده دست خود را کمی با روغن زیتون آغشته کرده و ماساژ را از رویشگاه مو در پشت سر و ابتدای ستون فقرات به‌صورت دورانی با کف دست راست شروع می‌کند و به‌تدریج دست به سمت کمر و ناحیه خاجی حرکت می‌کند. این عمل به مدت دو و ترجیحاً پنج دقیقه ادامه یابد. سپس از منطقه پشت گوش راست به‌صورت دورانی به سمت گردن و سپس سرشانه و پشت بازو تا ناحیه مچ دست به مدت دو و ترجیحاً پنج دقیقه ادامه یابد. این عمل به‌صورت قرینه در سمت چپ هم انجام می‌شود. این حرکت سپس از منطقه باسن راست به سمت پشت ران تا ناحیه مچ پا به مدت دو و ترجیحاً پنج دقیقه ادامه یابد. این عمل به‌صورت قرینه در سمت چپ نیز انجام می‌شود.

3. Aromatherapy

۴. برای رسیدن به این منظور، ترجیحاً در هوای سالم و آزاد و در حالت نیمه دراز کشیده، نفس کاملاً عمیق بکشید و سینه‌های خود را از هوای تمیز پر کنید. به مدت ۵ ثانیه نفس خود را حبس کرده، سپس آرام آرام طی حدود ده ثانیه هوا را بیرون دهید. حدود یک ثانیه مکث نموده و سپس پنج تا ده بار دستور فوق را تکرار کنند. آرامش و احساس نشاط بر شما چیره خواهد شد.

عمیق از طریق بینی و بازدم طولانی از طریق دهان^۱ و انقباض عضلات شکم در زمان بازدم به بیماران تنفسی مانند مبتلایان به COPD نیز علاوه بر کاهش اضطراب و افسردگی منجر به کاهش نمره دیس پنه و بهبود کیفیت زندگی آنها شده است (۱۴).

۱۶) عدم سرکوب عواطف و هیجانات و در میان گذاشتن آن‌ها با نزدیکان و دوستان شفیق.
۱۷) یکی از روش‌های آرامش بخش در مدیریت حالات عصبی و روانی، تمرین تصورات مثبت است که امروزه تحت عنوان هدایت تصاویر مطرح می‌باشد. این روش شامل دو تکنیک آرامش خاطر و تجسم^۵ است. یک پژوهش انجام شده بر روی ۶۰ کودک با اندیکاسیون جراحی مینور نشان داد که استفاده از تصویرسازی هدایت شده باعث کاهش میزان اضطراب پیش از جراحی و درد بعد از جراحی در کودکان شد (۱۵).

○ منابع

- ناصری، محسن. رضایی‌زاده، حسین. چوپانی، رسول. انوشیرانی، مجید. مروی بر کلیات طب سنتی ایران. تهران. انتشارات طب سنتی ایران. چاپ بیست و هشتم. ۱۳۹۹
- ناصری، محسن. حفظ سلامتی از دیدگاه طب سنتی ایران. تهران. انتشارات طب سنتی ایران. ویراست دوم. ۱۳۹۵
- ناصری، محسن. راهنمای بالینی طب سنتی ایران. انتشارات طب سنتی ایران. ویراست دوم. ۱۴۰۰
- ۱) روحانی، زکریا. واعظ مهدوی، محمدرضا. منتظری، علی. فقیه زاده، سقراط. خدادوست، محمود. بررسی تاثیر آموزش اصول حفظ سلامتی طب سنتی ایران بر سبک زندگی بهورزان. پایش. ۱۳۸۹. ۱۸ (۳): ۲۶۱-۲۶۸
- ۲) هداوند، محمدباقر. اسماعیلی صابر، سیدسعید. منتظری مقدم، علی. جعفری، فرهاد. غلامی فشارکی، محمد. عابدی، مصطفی. بررسی اثرات آموزش تدابیر حفظ سلامت بر پایه طب ایرانی (حفظ الصحة) بر هزینه‌های درمان بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران. دانشور پزشکی. ۱۳۹۷. ۲۶ (۱۳۷): ۱۱-۱۸
- 3) F Khaliq, S Sharma, OP Tandon. Pulmonary functions in air conditioner users Indian journal of physiology. 2006. 50 (1): 67-72
- 4) Gholamreza Mohammadi Farsani, Mina Movahhed, Ahmadreza Dorosty Motlagh, Saeed Hosseini, Masoud Yunesian, Taiebeh Mohammadi Farsani, Ali Akbar Saboor-Yaraghi, Mohammad Kamalinejad, Kurosh Djafarian, Mohsen Naseri. Is the Iranian Traditional Medicine warm and cold temperament related to Basal Metabolic Rate and activity of the sympathetic-parasympathetic system? Study protocol. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2014. 13: 74
- 5) JC Chen, MA Espeland, RL Brunner, LC Lovato et all. Sleep duration, cognitive decline, and dementia risk in older women. Alzheimer's & Dementia. 12 (1): 21-33
- 6) AP Santos, MJ Strassburger, C Roncada, RT Stein, PM Pitrez, SZ Strassburger. Effect of physical activity on asthma control in schoolchildren. Einstein. 2020. 18: 1-5
- 7) Meng-Che Wu, Ming-Shiou Jan, Jeng-Yuan Chiou, Yu-Hsun Wang, James Cheng-Chung Wei. Constipation might be associated with risk of allergic rhinitis: A nationwide population-based cohort study. PLoS One. 2020; 15(10): e0239723.
- 8) Jari A. Laukkanen, Tanjaniina Laukkanen, Setor K. Kunutsor, Cardiovascular and Other Health Benefits of Sauna Bathing: A Review of the Evidence. Mayo Clinic Proceedings. 2018 93 (8): 1111-1121. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.04.008>
- 9) Shinya Hayasaka, Shigeo Kurihara, Shigeo Kurihara. Physical and Mental Effects of Bathing: A Randomized Intervention Study. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/9521086>
- 10) Robert E Herron, John B Fagan. Lipophil-mediated reduction of toxicants in humans: an evaluation of an ayurvedic detoxification procedure. Altern Ther Health Med. 2002 Sep-Oct; 8(5): 40-51.
- 11) Aleksandar Višnjić, Vladica Veličković, Dušan Sokolović, Miodrag Stanković, Kristijan Mijatović, Miodrag Stojanović, Zoran Milošević, Olivera Radulović. Relationship between the Manner of Mobile Phone

-
1. Pursued-lips breathing
 2. Active Expiration
 3. Guided imagery
 4. Relaxation
 5. Visualization

- Use and Depression, Anxiety, and Stress in University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Apr 8;15(4):697.
- 12) Hae Kyoung Son, Wi-Young So, Myoungsuk Kim. Effects of Aromatherapy Combined with Music Therapy on Anxiety, Stress, and Fundamental Nursing Skills in Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16(21), 4185; <https://doi.org/10.3390/ijerph16214185>
 - 13) SevilCicek, FatmaBasar. The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. Volume 29, November 2017, Pages 213-219
 - 14) Marie Carmen Valenza, Geraldine Valenza-Peña, Irene Torres-Sánchez, Emilio González-Jiménez, Alicia Conde-Valero and Gerald Valenza-Demet. Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in hospitalized patients with COPD: a randomized clinical trial. *Respiratory Care* February 2014, 59 (2) 209-215; DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.02565>
 - 15) Laura Vagnoli, Alessandra Bettini, Elena Amore, Salvatore De Masi, Andrea Messeri. Relaxation-guided imagery reduces perioperative anxiety and pain in children: a randomized study. *European Journal of Pediatrics* volume 178, pages 913–921 (2019)

فصل ۸: علم نشانه‌شناسی

دکتر محسن ناصری، دکتر حسین رضایی‌زاده، دکتر رسول چوپانی، دکتر مجید انوشیروانی

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- تقسیم‌بندی علایم
- نشانه‌های کلی مزاج جبلی

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- تقسیم‌بندی علم طب را بیان کنیم.
- نشانه‌های کلی مزاج جبلی را نام ببریم.
- هر کدام از نشانه‌های دلالت‌کننده بر مزاج جبلی را بر مبنای کیفیت‌های چهارگانه شرح دهیم.

سومین شاخه طب نظری به بحث درباره «دلایل و علایم» می‌پردازد که با کمک آنها می‌توان به شناخت مزاج‌های صحتی (سالم) و همچنین شناخت بیماری‌ها دست یافت. دلایل و علایم به بررسی نشانه‌های سلامتی و بیماری بدن می‌پردازد که این نشانه‌ها در مورد بیماری‌ها می‌تواند نمایانگر وقوع یک بیماری و یا پیش‌آگهی بروز آن باشند. به کمک دلایل و علایم می‌توان مزاج افراد را شناخت. البته برای رسیدن به نتیجه صحیح، در نظر گرفتن همه علایم در کنار هم ضروری است و نباید سهل‌انگاره و با یکی دو علامت به داوری پرداخت. بر این اساس، اگر پس از دریافت علایم، فرد سالم تشخیص داده شود، تدابیر صحتی (سته ضروری و...) برای حفظ سلامت وی توصیه می‌شود؛ و اگر بیمار باشد می‌توان به سبب‌های بیماری وی پی برد و با توجه به شرایط، بیماری را تدبیر نمود.

○ تقسیم‌بندی علایم

هم به نشانه‌های تندرستی و هم به نشانه‌های بیماری، علامت می‌گویند. علایم بر عملکرد صحیح اعضاء بدن انسان و یا بروز اختلال در آن دلالت می‌کنند. این نشانه‌ها بر دو نوع هستند: علایم ذهنی، و علایم عینی.

علایم ذهنی (Symptoms): نشانه‌هایی که خود بیمار می‌تواند احساس کند و دریابد، و پزشک ابزار مستقیمی برای دریافت آنها ندارد مانند احساس خارش بدن، یا سوزش معده یا دردهای گوناگون در بیمار. علایم ذهنی گاه به صورت شکایت اصلی بیمار مطرح می‌شوند.

علایم عینی (Signs): نشانه‌هایی که طبیب در طی معاینه وجودشان را تشخیص می‌دهد، مانند سرخی و زردی زبان یا وضعیت نبض. پزشک بر اساس علایم عینی و به کمک علایم ذهنی بیمار می‌تواند بر شرایط قبلی، فعلی، علت بیماری و پیش‌آگهی آن استدلال کند.

در این بخش فقط به نشانه‌های کلی مزاج جبلی یا مادرزادی در وضعیت سلامت افراد اشاره شده است و سایر نشانه‌ها از جمله علایم غلبه اخلاط چهارگانه، نبض‌شناسی، ادرار‌شناسی (قاروره)، وضعیت زبان و ... در کتاب‌های تخصصی‌تر (مانند مروری بر کلیات طب سنتی ایران) توضیح داده شده‌اند. باید توجه داشت که بسیاری از نشانه‌هایی

که گفته می‌شود، علایم طبیعی و ذاتی افراد هستند و تا زمانی که موجب اختلال عملکرد در شخص نشوند بیماری محسوب نمی‌گردند.

○ نشانه‌های کلی مزاج جبلی

در ابتدا باید گفت در تفسیر نشانه‌های مزاجی توجه و تطبیق تفاوت های نژادی، شرایط جغرافیایی و اقلیمی، ژنتیک افراد و عوامل شغلی فرد ضروری است. مواردی که با توجه به آنها می‌توان در مورد وضعیت کلی مزاج ذاتی بدن قضاوت کرد، عبارتند از:

- (۱) ملمس
- (۲) هیکل یا جثه (میزان بافت عضلانی و چربی)
- (۳) مو
- (۴) رنگ بدن
- (۵) خواب و بیداری
- (۶) چگونگی افعال صادر شده از بدن
- (۷) کیفیت مواد دفعی بدن
- (۸) بزرگی و کوچکی اعضا
- (۹) چگونگی تأثیرپذیری بدن از کیفیت‌های چهارگانه
- (۱۰) حالات نفسانی

(۱) **مَلَمَس:** کیفیتی است که طبیب هنگام لمس بدن شخص معاینه‌شونده حس می‌کند. این نشانه یکی از مهم‌ترین ابزارهای تشخیص میزان گرمی و سردی و همچنین تری و خشکی بدن است. ملمس می‌تواند مربوط به محل ضایعه یا عضو بیمار و یا مربوط به وضعیت کلی بدن باشد. احساس نرمی در لمس دلیل بر رطوبت، احساس سفتی دلیل بر خشکی مزاج، احساس حرارت هنگام لمس نشانه گرمی و احساس سرما دلیل بر سردی مزاج است.

برای لمس صحیح، شخص لمس‌کننده باید مزاج معتدل داشته باشد یا مزاج خود را به‌خوبی بشناسد. بنابراین اگر طبیب معتدل‌المزاج، شخص دیگری را لمس کرد و احساس حرارت کرد، نشان می‌دهد مزاج آن شخص گرم است. اگر مزاج پزشک سرد باشد و با لمس شخص دیگری کمی احساس حرارت کند، یعنی مزاج فرد معتدل است و اگر حرارت زیادی حس کند دلالت بر گرمی مزاج آن شخص دارد. از طرف دیگر، شخص به‌هنگام معاینه توسط پزشک برای بررسی ملمس یا به‌فاصله کمی از آن، نباید در معرض گرما، سرما، فعالیت یا هیجان شدید باشد، بلکه باید شرایط جسمی و روانی عادی، و پوشش معمول متناسب با فصل داشته باشد.

(۲) **هیکل و اندام:** اندازه کلی بدن و میزان بافت عضلانی و چربی است. از شرایط لازم برای رشد، رطوبت و حرارت است و فردی که مزاج گرم‌تر دارد درشت هیکل می‌شود. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که زیادی گوشت و چربی دلالت بر تری مزاج و کمی آنها دلالت بر خشکی می‌کند. هیکل‌ها دو نوع‌اند:

الف: هیکل‌های لاغر که شامل مزاج‌های گرم‌وخشک یا سردوخشک می‌باشند زیرا خشکی مانع رشد می‌شود.

ب: هیکل‌های درشت و حجم‌دار که بعضی با غلبهٔ چربی بر بدن همراه هستند که اینها معمولاً دارای مزاج سرد و تر هستند و برخی عضلانی می‌باشند که این افراد معمولاً مزاج گرم‌تر دارند.

(۳) مو:

سریع بودن رشد مو نشانهٔ خشکی است و اگر این سرعت خیلی زیاد باشد نشانه توأم بودن گرمی و خشکی است.

زیادی مو بر گرمی مزاج دلالت می‌کند و کندی رشد مو و تُنکی و نازکی آن نشانهٔ رطوبت مزاج است. ضخامت، مجعد بودن و سیاهی مو بر گرمی و خشکی مزاج دلالت دارد و بر عکس آنها کمی، نازکی، صافی و سفیدی مو بر سردی و تری مزاج دلالت می‌کند.

(۴) رنگ بدن: رنگ بدن علامت بسیار خوبی برای تشخیص مزاج است به‌شرطی که دقت کافی در تشخیص رنگ‌ها مبذول شود.

رنگ سفید (شبیه به رنگ مهتاب) نشانه غلبهٔ رطوبت است.

رنگ سرخ دلیل غلبه گرمی یا گرمی و تری مزاج است.

رنگ زرد (رنگ آفتابی) نشانه غلبهٔ گرمی یا گرمی و خشکی مزاج می‌باشد.

رنگ سرخ و سفید در فرد معتدل دیده می‌شود.

باید توجه داشت که رنگ بدن حالت ثابت ندارد و تحت تأثیر سایر عوامل محیطی و مواردی مثل بیماری تغییر می‌کند.

(۵) خواب و بیداری: اعتدال در خواب و بیداری نشانه اعتدال مزاج خصوصاً اعتدال در مغز است. سردی و تری باعث پرخواهی می‌شوند، به‌همین علت افراد با مزاج تر، به خواب بیشتری نیاز دارند. خشکی و گرمی موجب بیداری (کم‌خوابی) است.

نکته: در بیماری‌های سوءمزاجی، در غلبهٔ صفرا بیشترین مشکلات خواب بروز می‌کند به طوری که هم دیر خوابشان می‌برد و هم زود از خواب می‌پرند. در غلبه سودا نیز به خواب‌رفتن مشکل می‌شود (کلنجار قبل از خواب) و معمولاً خوابشان سبک است. در اشخاص کم‌خواب، بسته به مزاج و شرایط می‌توان از رطوبت‌بخش‌ها مانند کاهو، دوغ کم‌چربی، روغن بادام شیرین، آب انار، آب لیمو شیرین، ماء‌الشعیر و خاکشی استفاده کرد.

(۶) چگونگی افعال صادر شده از بدن: درستی کارکرد بدن نشانه سلامتی است. زیاد بودن سرعت برخی افعال بدن، نشانهٔ گرمی مزاج است. به‌عنوان مثال سرعت رشد، سرعت رویش مو و سرعت کار فرد، نشانه گرمی هستند. بر عکس، ضعف و سستی و کندی افعال بدن نشانهٔ سردی مزاج است.

(۷) کیفیت مواد دفعی بدن: در اجابت مزاج طبیعی به‌ازای هر بار مصرف غذای کامل، باید یک بار دفع راحت انجام شود. گرمی و خشکی و سردی بیش از حد موجب کاهش اجابت مزاج می‌شوند. گرمی مزاج باعث می‌شود مواد دفعی شامل ادرار، مدفوع، منی و عرق، تندبو و پر رنگ باشند.

(۸) بزرگی و کوچکی اعضاء: بزرگ و وسیع بودن قفسه سینه، برجسته بودن عروق، نبض پر و برجسته و قوی، بزرگی دست و پا و برجسته بودن مفاصل نشانه گرمی هستند.

۹) چگونگی تأثیرپذیری از کیفیات چهارگانه: سرعت انفعال یا تحت تأثیر قرار گرفتن از هرکدام از کیفیات‌های چهارگانه یعنی حرارت، برودت، رطوبت و بی‌یوست، نشانه غلبه همان کیفیت است. به‌عنوان مثال، اگر بدن نسبت به گرما به سرعت دچار انفعال شود نشانه گرمی مزاج می‌باشد.

۱۰) حالات نفسانی: زود عصبانی شدن، برانگیختگی سریع، بی‌اعتنایی به قضاوت دیگران در مورد خود، جرأت و جسارت، پرسخنی و سرعت و پیوستگی کلام و نیز قدرت و بلندی صدا، نشانه گرمی مزاج هستند. افراد گرم‌و‌خشک معمولاً تندخو و زودخشم می‌باشند، این افراد بی‌قرار، تند و تیز، پُرکار و فعال هستند، حافظه خوبی دارند و از قدرت تجزیه و تحلیل بالایی برخوردارند. افراد گرم و تر شجاع، جسور و خونگرم هستند و به‌خوبی با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند. کسالت و کندی در حالات نفسانی، ترسو بودن، محتاط بودن، کم‌سخنی و تأنی در کلام نشانه سردی مزاج هستند. صاحبان مزاج سرد و خشک در اوج ثبات‌اند و کارها را به‌آرامی و بدون عجله انجام می‌دهند. این افراد معمولاً درون‌گرايند، کمتر با دیگران می‌جوشند و مستعد افسردگی می‌باشند. اشخاص سرد و تر حافظه خوبی ندارند، خواب‌آلود، صبور و خونسرد هستند^۱.

باید توجه کرد که استدلال به مزاج افراد بر اساس خلیات و حالات نفسانی آنان، مطلق نیست زیرا این حالات با شرایط محیطی و زیستی، ملاحظات عرفی و اجتماعی، تمرین‌های نفسانی و تهذیب اخلاقی و دیگر موارد تغییر می‌کنند، پس نباید پنداشت که هر فرد آرام و شکیبایی الزاماً سردمزاج است. از سوی دیگر باید از پیش‌داوری یا قضاوت اخلاقی در مورد افراد بر مبنای مزاج آنان پرهیز کرد مثلاً نباید تصور کرد که هر فرد گرم‌مزاجی الزاماً تندخو و زودخشم است. شتاب‌زدگی در قضاوت مزاجی یا اخلاقی در این موارد نارواست و می‌تواند حقیقت را از چشم مشاهده‌گر پنهان کند.

○ منبع

- (۱) ناصری، محسن. رضایی‌زاده، حسین. چوپانی، رسول. انوشیرانی، مجید. مروی بر کلیات طب سنتی ایران. تهران. انتشارات طب سنتی ایران. چاپ بیست و هشتم. ۱۳۹۹

۱. در این خصوص مقالات متعدد فارسی و انگلیسی زبان بر اساس فرم‌های تشخیص مزاج منتشر شده که می‌توان به آنها مراجعه نمود. کلید واژه معادل مزاج در انگلیسی Mizaj / Temperament است.

فصل ۹: طب ایرانی و دندان پزشکی

دکتر محمد ابراهیم زحلی‌نژاد

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- طب ایرانی و بهداشت دهان و دندان
- عوامل آسیب‌رسان به دندان و لثه در منابع طب ایرانی
- شیوه نگهداری از دندان‌ها در منابع طب ایرانی
- بیماری‌های دهان و دندان از دیدگاه طب ایرانی
- گیاهان دارویی در دندان پزشکی
- استفاده از فراورده‌های طبیعی و مکمل در درمان بیماری‌های دهان و دندان

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- عوامل آسیب‌رسان به دندان و لثه را از دیدگاه طب ایرانی توضیح دهیم.
- شیوه نگهداری از دندان‌ها را در طب ایرانی شرح دهیم.
- گیاهان دارویی موثر در دندان پزشکی را در شرایط مناسب بکار ببریم.

○ مقدمه

دانش دندان پزشکی بدون شک از کهن‌ترین دست‌آوردهای بشری است و از دیرباز بیماری‌های دهان و دندان به عنوان وضعیتی شایع و مؤثر در سلامت انسان شناخته می‌شده‌است (۱). بررسی‌های تاریخی بر روی اسکلت‌های باقی مانده از اعصار دور نشان می‌دهد که حتی انسان‌های اولیه هم دارای پوسیدگی دندان و عفونت‌های لثه بوده‌اند. در لوح‌های سفالی سومری‌ها هم شواهدی در مورد کشیدن دندان دیده شده است (۲). اهمیت بیماری‌های دهان و دندان در دوران باستان در میان ایرانیان به حدی بوده است که حتی در اوستا هم در مورد بهداشت آن مطالبی آورده شده است (۳).

در آثار پزشکان یونانی همچون بقراط و جالینوس هم گیاهان دارویی متعددی معرفی شده بودند که برای بیماری‌های دهان و دندان کاربرد داشته است. اهمیت این موضوع در سلامت انسانی به حدی بوده است که دانشمندان بزرگ طب ایرانی هم مانند ابوبکر محمد رازی، ابن سینا، حنین ابن اسحاق، علی ابن عباس اهوازی و بسیاری دیگر در کتابهایشان به بخش‌های مختلف بیماری‌های دهان و دندان پرداخته‌اند (۲). در کتاب‌های این دانشمندان در مورد مباحثی مانند بهداشت دهان و دندان، پوسیدگی و ترمیم آن، جراحی و بی‌حسی دندان، در رفتگی فک و موارد مشابه، پرداخته شده بوده است (۲، ۴).

اگرچه از کتاب فردوس الحکمه (نگارش ابوالحسن علی ابن ربن طبری در قرن سوم ه.ق.) به عنوان یکی از نخستین منابع معتبر دندان پزشکی در طب ایرانی نام برده می‌شود ولی می‌توان رازی را پزشکی دانست که بیش از دیگر پزشکان طب ایرانی در مورد بیماری‌های دهان و دندان سخن گفته است (۵). ابوبکر محمد رازی در جلد سوم مجموعه ۲۵ جلدی الحاوی به تفصیل (در حد توان اطباء یازده قرن پیش) به بیماری‌های دهان و دندان پرداخته است (۶). وی در بحث مربوط به بیماری‌های دندان به روش‌های «جرجیس بن بختشیوع» (از پزشکان دوران باستان) استناد می‌کند و به نظر می‌رسد که این بخش از برنامه‌های آموزشی رازی در دانشگاه جندی شاپور، برگرفته از زمان ساسانیان بوده است (۷).

گسترش دانش دندان پزشکی در ایران را می‌توان به دو دوره پیش از اسلام و پس از اسلام تقسیم کرد. دو منبع مهم مربوط به تاریخ دانش دندان پزشکی در دوران پیش از اسلام را می‌توان تعالیم نوشته شده در کتاب اوستا و دستاوردهای دانشگاه جندی شاپور دانست. مطالعات شرق شناسان بزرگ دنیا مانند ادوارد براون نشان می‌دهند که اوج شکوفایی دانش دندان پزشکی در ایران مربوط به دوره پس از اسلام و قبل از حمله مغول و مدیون تلاش دانشمندان و پزشکانی ایرانی چون اهوازی، رازی و ابن سینا است که در آثار خود فصولی را به بهداشت و درمان بیماری‌های دهان و دندان اختصاص داده بودند (۸). مطالب مربوط به دندان پزشکی در کتاب‌های مرجع طب ایرانی مانند ذخیره خوارزمشاهی، قانون در طب، طب منصوری، کامل الصناعه الطبیه و رساله فی حفظ اللثه و الاسنان آورده شده است (۵). باید در نظر داشت که تا قبل از سروسامان گرفتن امور پزشکی با تأسیس دارالفنون و مدرسه دندان سازی در تهران، امور مربوط به دندان توسط اطبا یا دلاکان انجام می‌شده است و این علم، رشته‌ای جدا از طبابت نبوده است (۷).

اما باید گفت طب ایرانی تا پیش از مهجوریت، همواره مکتبی استوار بر پژوهش بوده و اکثر موارد بیان شده در آن، حاصل بارها آزمایش فرضیات دانشمندان است، چنانچه صاحب هدایت المتعلمین در حدود هزار سال قبل می‌فرماید: «من تو را آن چیزها در این کتاب گویم که خود آزموده‌ام، مگر آن چیز که گویم فلانی چنین گوید، آن نیازموده‌ام» (۹).

○ طب ایرانی و بهداشت دهان و دندان

اگرچه طب ایرانی به عنوان یک مکتب طبی، قرن‌های متمادی رسالت حفظ سلامتی و درمان مردم را بر عهده داشته است، ولی اهمیت آن بخصوص در حیطه دندان پزشکی به علت گسترش صنایع و تکنولوژی‌های غربی و اروپایی، به فراموشی سپرده شده است به گونه‌ای که مطالعات انجام شده در حوزه دهان و دندان در کشور ایران بسیار اندک است (۵، ۸).

دندان پزشکی هم مانند سایر حوزه‌های پزشکی دارای دو مبحث اصلی با عناوین پیشگیری و درمان می‌باشد. در مباحث مربوط به دهان و دندان، طب ایرانی هم به این موضوعات پرداخته شده است. در ادامه ابتدا روش‌های توصیه شده برای پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان بیان خواهند شد و بعد به توصیه‌های درمانی برخی از مشکلات دهان و دندان خواهیم پرداخت.

در این بخش، فرازی کوتاه و شیرین درباره تشریح دندان از منابع پارسی زبان پزشکی (قانون فی الطب و ذخیره خوارزمشاهی) برای نمونه تقدیم می‌شود:

تعداد دندان‌ها سی و دو عدد است. شانزده عدد برسوین [بالایی] است و شانزده عدد فروسوین [پایینی] است و ازین جمله چهار دندان پیشین است: دو زیر [پایین] و دو زیر [بالا]، آن را به تازی [عربی] ثنایا گویند. و از پس آن چهار دندان دیگر است از پس هر یکی یکی، دو زیر و دو زیر، آن را رباعیات گویند. این هشت دندان، پهن است و سرهای آن با پهنی تیز است چنان که خوردنی‌ها را ببرد، و از پس رباعیات چهار دندان دیگر است و گرد با سرهای تیز است، دو زیر و دو زیر از هر سوی، یکی خوردنی‌های سخت را بشکنند، آن را نیش دندان گویند و به تازی انیاب گویند و از پس انیاب شانزده دندان دیگر است، هشت دندان زیر و هشت زبر است چهار زیر و چهار زبر از هر سوی، و همه گرد و سرهای آن پهن و درشت است آن را دندان‌های آسیا گویند و به

تازی طواحن و یا اضراس نیز گویند. و از پس اضراس چهار دندان دیگر است، دو زیر و دو زبر از هر سوی، یکی، آن را خَرَد دندان، دندان عقل گویند، و چه بسا برخی انسان‌ها به دلیل کوچک بودن فک نواجذ [دندان‌های عقل را] نداشته باشند و آنها چهار دندان کناری می‌باشند و با نبود آنها تعداد دندان‌ها به بیست و هشت عدد می‌رسد. دندان‌های نواجذ غالباً در میانه سن رشد می‌رویند و آن پس از بلوغ تا ابتدای سن وقوف [تا نزدیکی سی سالگی] است. لذا به دندان‌های نواجذ دندان‌های عقل یا اسنان الحلم گفته می‌شود.

همه دندان‌ها دارای ریشه می‌باشند که در سوراخ‌های استخوان هر دو فک حامل آنها ثابت می‌باشند و در کناره هر سوراخ، زاید‌های گرد و سخت می‌روید که دندان را مانند حلقه‌ای در بر گرفته و آن را محکم می‌دارد و علاوه بر آن در آنجا رباط‌های محکمی است تا دندان‌ها از جای خود بیرون نیایند.

هیچ یک از استخوان‌های بدن حس ندارند به استثنای دندان‌ها. جالینوس می‌گوید: بلکه تجربه گواه است که دندان‌ها حس دارند و بدان توسط نیرویی که از مغز (به وسیله اعصاب) می‌آید، دست یافته‌اند تا بین گرمی و سردی و کیفیات دیگر تمیز دهند. میان طبیبان اختلاف است میان آن که گوهر دندان استخوان است یا عصب؟ آن‌ها که گفته‌اند استخوان است به این دلیل گفته‌اند که: دندان حس سرد و گرم را دریافت می‌کند و اگر ترشی به آن برسد خیره شود و خیرگی دندان را به تازی ضرس یعنی کند شدن گویند و این کندی دندان همچون خدر است برای عصب، و خدر مخصوص عصب است. در گوهر دندان دردها و خارش و ضربان بسیار است و درست آن است که گوهر دندان استخوان است و عصب‌های دماغی به گوهر او پیوسته است و با وی آمیخته و این عصب در بیخ [ریشه] او بیشتر است و درد و ضربان و حس او بدین عصب‌ها بیشتر است (۱۰، ۱۱).

○ عوامل آسیب‌رسان به دندان و لثه

برای پیشگیری از آسیب دیدن دندان‌ها و لثه در ابتدا لازم است که با عوامل آسیب‌رسان به آنها که در منابع طب ایرانی آمده است، آشنا شد. رازی در کتاب الحاوی و جرجانی در کتاب ذخیره خوارزمشاهی، گروهی از عوامل آسیب‌رسان به دندان و لثه را به شرح زیر بیان کرده‌اند (۶، ۱۱، ۱۲):

- استفراغ‌های مکرر و متوالی
- بازگشت مواد غذایی از معده به سمت دهان و دندان
- سوءهاضمه ناشی از باقی ماندن زیاد غذا در معده
- خوردن غذاهای فرساینده دندان مثل ترشی، غوره
- خوردن غذاهای بسیار سرد به دنبال خوردن غذاهای بسیار گرم
- خوردن شیرینی‌های حلوایی و میوه‌هایی همچون انجیر
- جویدن چیزهای بسیار سخت (مانند فندق یا گردو) یا چسبناک (مانند صمغ‌ها)
- مصرف چیزهایی که برای دندان و لثه ضرر دارند مانند تره، گردو و خرما
- پرخوری و خوابیدن پس از خوردن مبخرات مانند سیر و پیاز

○ شیوه نگهداری از دندان‌ها

در منابع طب ایرانی علاوه بر پرهیز از موارد فوق و پرهیزهای غذایی برای حفظ سلامتی دهان و دندان، موارد زیر هم توصیه می‌شود:

۱) پرهیز از پرخوری و مصرف بیش از اندازهٔ موادی مانند شیر، ماهی نمک سود، شیرینی‌ها و چاشنی‌های تند و تیز (۱۱، ۱۳)

۲) تمیز نگه داشتن دائمی دندان‌ها و مسواک زدن (۱۴) با توجه به موارد زیر:

- مسواک نرم باشد (۱۱، ۱۵).
- پاک کردن همیشگی دندان‌ها به وسیله خلال دندان، البته به حدی که به لثه بین دندانی آسیب نرسد (۱۳، ۱۰).
- خودداری از زیاده‌روی در مسواک زدن (۱۶) (تا سطح صاف و هموار دندان‌ها از بین نرود و محیط مناسب برای تجمع چرک و پلاک ایجاد نشود و دندان‌ها لق نشوند)
- ۳) شستن دندان‌ها بلافاصله پس از خوردن موادی مانند شیر، سکنجبین و آب عسل (۱۳)
- ۴) استفاده از دهان‌شویه که: (۱۶)
 - باعث زیبایی ظاهر دندان شده و دهان را خوشبو می‌کند.
 - چرک و پلاک دندان‌ها را می‌زداید.
 - دندان‌ها را سفید می‌کند.
 - لثه را تقویت می‌کند.
 - فرورفتگی‌ها و سوراخ‌های دندان را تمیز می‌کند.
- ۵) استفاده از داروهای ویژه نگهدارنده بهداشت دهان و دندان (۱۶)
- ۶) چرب کردن دندان‌ها در شب با روغن گل سرخ یا مصطکی (برحسب مزاج دندان) و مسواک زدن در بامداد (۱۱)

○ بیماری‌های دهان و دندان

در بررسی انجام شده در کتاب‌های معتبر طب ایرانی، دسته‌بندی بیماری‌های دهان و دندان را می‌توان در جدول ۹-۱ مشاهده کرد (۲، ۴، ۸، ۱۰):

جدول ۹-۱: بیماری‌های دهان و دندان در کتاب‌های طب سنتی ایران

ردیف	بیماری‌ها	ردیف	بیماری‌ها
۱	بیماری‌های مخاط دهان	۱۱	آفت و جوش‌های داخلی دهان
۲	بیماری‌های لثه	۱۲	لق شدگی دندان
۳	بوی بد دهان	۱۳	جرم گرفتن دندان
۴	آب ریزش از دهان	۱۴	بیماری‌های زبان
۵	دندان درد	۱۵	خرابی دندان
۶	پوسیدگی دندان	۱۶	کند شدگی دندان
۷	شکننده بودن دندان	۱۷	تغییر رنگ دندان
۸	از بین رفتن مینای دندان	۱۸	نیاز به کشیدن دندان
۹	مشکلات رویش دندان در نوزادان	۱۹	کژ دهانی (لقوه)
۱۰	آماس گره لنفاوی گردن (خنزیر)		

بررسی مطالب کتاب‌های طب ایرانی نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی بیماری‌های دهان و دندان به ترتیب عبارت بوده‌اند از: دندان درد، بیماری‌های لثه، لقی دندان و بیماری‌های مخاط دندان (۲، ۴). در این سری از کتاب‌ها به دلیل نبود امکانات پزشکی مناسب، موارد مرتبط با ترمیم دندان، سفید کردن آن و جایگزین کردن دندان‌های از دست رفته، بسیار کم آورده شده است (۲). لازم به ذکر است که مطالب مربوط به جایگزین کردن دندان‌های از دست رفته و یا به عبارتی دندان سازی و پروتزهای دندانی بسیار کم نوشته شده بوده است ضمن آنکه ساخت دندان واره‌های کامل (دست دندان کامل) اصولاً مطرح نبوده است (۵).

○ گیاهان دارویی در دندان پزشکی

دانشمندان برجسته ایرانی مانند ابن سینا، جرجانی، هروی، ابن الیاس شیرازی و عقیلی علوی شیرازی و سایر اندیشمندان این حوزه، داروهای گیاهی مختلفی را براساس مزاج آن دارو یا فرد بکار می‌برده‌اند (۴). لذا در این بخش برخی گیاهان دارویی موثر در بهداشت و یا درمان بیماری‌های دهان و دندان بصورت خلاصه معرفی خواهند شد (جدول ۹-۲). لازم به ذکر است که این مطالب فقط کاربردهای انفرادی هر گیاه را نشان می‌دهد و موارد داروهای ترکیبی را شامل نمی‌شود. برای آشنایی با نحوه استفاده از هر گیاه یا شیوه ساخت داروهای ترکیبی، توصیه می‌شود که به منابعی که در انتها آورده شده است، مراجعه شود (۱۷-۱۹).

جدول ۹-۲: گیاهان دارویی مؤثر بر بیماری‌های دهان و دندان

ردیف	نام گیاه	نام علمی	خواص درمانی
۱	آس (مورد)	<i>Myrtus Communis</i>	آماس لثه، درد دندان
۲	انار	<i>Punica Granatum</i>	افتادگی زبان، ورم زبان، زخم لب و دهان
۳	انجیر	<i>Ficus Carcia</i>	ترمیم دندان‌های پوسیده
۴	انگور	<i>Vitis Vinifera</i>	خونریزی لثه، آفت دهان، زخم دهان
۵	بابونه	<i>Anthemis Tincotria</i>	درد دندان
۶	بادام تلخ	<i>Amygdalus Communis Var. Amara</i>	کندی دندان
۷	بادام شیرین	<i>Amygdalus Communis Var. Dulis</i>	سوزش زبان
۸	بارهنگ	<i>Plantago major L.</i>	تبخال، زخم دهان، آماس لثه
۹	باقلا	<i>Vicia Faba L.</i>	بوی بد دهان
۱۰	بلوط	<i>Quercus Spp</i>	آماس دهان
۱۱	پرپهن (خرفه)	<i>Portulaca Oleracea</i>	درد دندان، برفک دهان نوزادان، کندی دندان، از بین رفتن مینای دندان
۱۲	پونه	<i>Thymus Nepetasm</i>	درد دندان، جوش و برفک دهان
۱۳	تاجریزی	<i>Solanum Nigrum</i>	درد دندان، جوش و برفک دهان، ورم زبان
۱۴	ترمس	<i>Lupines Termis Forsk</i>	تبخال
۱۵	ترنج	<i>Citrus Medica Risso</i>	زخم‌های لثه، افتادگی زبان، خوشبو کننده دهان

۱. در حقیقت مصرف انجیر باعث پوسیدگی دندان می‌شود. بنابراین پزشکان قدیم برای ترمیم راحت‌تر دندان با ابزارهای آن زمان، انجیر را روی دندان خراب می‌گذاشتند تا راحت‌تر با ابزار آهنی تراشیده و با ماده مخصوص پر کنند.

(ادامه) جدول ۹-۲: گیاهان دارویی مؤثر بر بیماری‌های دهان و دندان

ردیف	نام گیاه	نام علمی	خواص درمانی
۱۶	جو	<i>Horedeum Vulgare L.</i>	درخشان کننده دندان
۱۷	حسک	<i>Tribolos terrestris L.</i>	زخم‌های عفونی دهان، برفک، آماس ماهیچه‌های گلو
۱۸	حنا	<i>Lowsonia Inermis L.</i>	برفک دهان، زخم دهان، تسهیل در رویش دندان نوزادان
۱۹	رازیانه	<i>Foeniculum Vulgare Mill</i>	ورم زبان، بوی بد دهان
۲۰	زرد آلو	<i>Prunus Armeniaca L.</i>	بوی بد دهان
۲۱	زردچوبه	<i>Chelidonium Majus L.</i>	درد دندان
۲۲	زعفران	<i>Crocus Sativus L.</i>	آفت دهان، بوی بد دهان
۲۳	زنجبیل	<i>Zingiber Officinale</i>	درد دندان، آماس لثه، بوی بد دهان
۲۴	سعد	<i>Cyperus Logus</i>	زخم دهان، بیماری‌های لثه، بوی بد دهان
۲۵	سماق	<i>Rhous Coriaria</i>	درد دندان، استحکام لثه، استحکام دندان، آفت دهان
۲۶	شنبلیله	<i>Trigonella Foenum Graceum</i>	بوی بد دهان
۲۷	صبر	<i>Aloe Vera L.</i>	آماس لثه، آماس ماهیچه‌های دو طرف زبان، خونریزی لثه، زخم دهان، بوی بد دهان
۲۸	گز (طرفا)	<i>Tamarix Gallica</i>	جلوگیری از پوسیدگی، درد دندان، سستی لثه، آفت و بوی بد دهان
۲۹	عاققرحا	<i>Anacyclus Pyrethrun L.</i>	درد دندان، برفک دهان، آماس لثه، بوی بد دهان، پرکردن دندان
۳۰	فرنجمشک	<i>Ocimum Basilicum</i>	بوی بد دهان
۳۱	کبر (قبارس)	<i>Capparis Spinosa</i>	درد دندان، خوشبو کننده دهان
۳۲	کندر	<i>Boswellia Thurifera</i>	بوی بد دهان
۳۳	گاوزبان	<i>Borago Officinalis L.</i>	سستی لثه، برفک دهان نوزادان، زخم دهان
۳۴	گشنیز	<i>Coriandrum Sativum L.</i>	درد دندان، آفت دهان
۳۵	مارچوبه (هلیون)	<i>Asparagus Officinalis L.</i>	درد دندان، تسهیل در کشیدن دندان
۳۶	مازو (عفص)	<i>Quercus Lusitanica Lam</i>	درد دندان، برفک دهان، درخشان کننده دندان، زخم دهان، بوی بد دهان، شکنندگی دندان
۳۷	مرزنگوش	<i>Orignum Magarana</i>	درد دندان
۳۸	مصطکی	<i>Pistacia Lentiscus</i>	سستی، خونریزی و ورم لثه، دندان‌های پوسیده، خوشبو کننده دهان، درخشان کننده دندان
۳۹	میخک (قرنفل)	<i>Carryyophylos Aromaticus</i>	درد دندان، جوش و برفک دهان
۴۰	نعناع	<i>Mwnta Piperita Smith</i>	ترمیم دندان‌های پوسیده

○ استفاده از فراورده‌های طبیعی و مکمل در درمان بیماری‌های دهان و دندان

مطالعات انجام‌شده در خصوص ارزیابی‌های بالینی بیماری‌های دهان و دندان نشان می‌دهد که استفاده از فراورده‌های دارویی طبیعی و سنتی در کنار استفاده از مواد صناعی موجود در بازار می‌تواند اثرات نامطلوب و عوارض جانبی نظیر تغییر در فلور طبیعی و میکروبی دهان، استفراغ، اسهال و تغییر رنگ دندان را کاهش دهد و همچنین نسبت به معرفی داروهای جدید با منشأ طب ایرانی نقش مؤثری ایفا نماید (۲۰-۲۲).

اگرچه دستاوردهای علمی و فناوری کنونی، شرایط رفاهی مطلوبی را برای انسان ایجاد کرده است، اما موضوع سلامتی و حفظ تندرستی همچنان از مهم‌ترین موضوعات زندگی بشر به شمار می‌رود و بیماری‌های دهان همچنان یک مشکل عمده سلامت در سراسر جهان است (۲۳، ۲۴). با توجه به بروز بیماری‌های دهان، افزایش مقاومت باکتری‌ها به آنتی‌بیوتیک‌ها، اثرات نامطلوب برخی از عوامل ضد باکتری که در حال حاضر در دندان‌پزشکی و ملاحظات مالی در کشورهای در حال توسعه مورد استفاده قرار می‌گیرند، نیاز به گزینه‌های پیشگیری و درمان جایگزین وجود دارد که ایمن، مؤثر و مقرون‌به‌صرفه هستند (۲۵، ۲۶).

پس از بررسی‌های انجام‌شده بر روی مطالعات اخیر در پایگاه‌های اطلاعاتی، در خصوص بیماری‌های دهان و دندان و استفاده از گیاهان دارویی جهت درمان این بیماری‌ها، بیشترین یافته‌ها مربوط به بیماری‌های پریودنتال و لثه، آفت دهانی، لیکن پلان، قارچ‌ها و عوارض حفره دهان در بیماران تحت درمان‌های کموتراپی هست.

در بیماری‌های دهان مربوط به پاتوژن‌ها، بیماری‌های لثه و پریودنتال، بیشترین مطالعات انجام‌شده در این زمینه مربوط به پلاک، ژینژیویت و خونریزی لثه است که بیشترین نوع داروهای مورد استفاده به‌صورت ژل و دهان‌شویه و خمیردندان هست و روغن کنجد، عصاره پوست درخت کاج، چای سبز، به‌لیمو، گل همیشه‌بهار، عصاره انار و کلیپوره بیشترین تأثیر مثبت را دارند (۲۷-۳۳).

در رابطه با آفت دهانی در تمام مطالعات انجام‌شده مداخله صورت گرفته و داروی مورد بررسی در گروه مداخله، تأثیر مثبت درمانی داشت. طبق نتایج مطالعات انجام‌شده در این زمینه گیاه مورد، پوست گیاه چندل، عرق خارشتر، عصاره انار و عصاره شیرین‌بیان در بهبود بیماری آفت دهانی تأثیر مثبتی داشتند (۳۴-۳۸). در مبحث بیماری لیکن پلان، گیاهانی نظیر آلوئه ورا، عصاره خرفه، ماده مؤثره برگرفته از گیاه زردچوبه در بهبود بیماری لیکن پلان دهانی تأثیر مثبتی داشتند (۳۹-۴۱).

در بحث بیماری‌های دهان مربوط به بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، گیاهان و فراورده‌های طبیعی گوناگونی مانند گیاه راتانیا، عسل و آویشن و ... در بهبود موکوزیت و خشکی دهان در بیماران مبتلا به سرطان تحت درمان کموتراپی تأثیر مثبتی داشتند (۴۲-۴۴).

در مطالعات انجام‌شده در بیماری‌های دهانی با منشأ قارچ‌ها تأثیر مثبت استفاده از گیاهان دارویی بررسی شده است. نتایج این مطالعات نشان داد که گیاهان دارویی نظیر سیر، عصاره درمنه دشتی^۱، آب‌لیمو و علف لیمو و عصاره میوه انار^۲ به ترتیب در بیماران کاندیدیازیس، دنچراستوماتیت، برفک دهانی در بیماران مبتلا به اچ آی وی و دنچراستوماتیت مرتبط با کاندیدیازیس مؤثر بودند (۴۵-۴۸).

1. Curcuminoids
2. Ratanhia
3. Artemisia Sieberi
4. Punica granatum

○ منابع

- (۱) امتیازی، مجید. اولیا، فاطمه. کاظمینی، سیدکاظم. مروی بر حفظ سلامتی دندان و بیماری‌های دهان از دیدگاه طب سنتی ایران. طب سنتی اسلام و ایران. ۱۳۹۵؛ ۱(۷): ۴۱-۴۷.
- (۲) فانی، محمدمهدی. صالحی، علیرضا. برخی دیدگاه‌های دندانپزشکی در طب سنتی ایران و اسلام. تاریخ پزشکی. ۱۳۹۲؛ ۵(۱۵): ۱۱۹-۱۳۸.
- (۳) ذاکر، محمد ابراهیم. سیری در سه قرن دندانپزشکی ایران، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه، شهید بهشتی. ۱۳۸۹.
- (۴) سمیاری، حسن. ناصری، محسن. شائق، سیدشجاع‌الدین. عسگری رحیمه، علی. درمان‌های سنتی بیماری‌های پریودنتال در ایران: بررسی کتابخانه‌ای و شرکت‌های دارویی-گیاهی. مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان. ۲۰۰۵؛ ۱۷(۵): ۱۵-۲۲.
- (۵) صالحی، علیرضا. فانی، محمدمهدی. پیشینه دندانپزشکی در طب سنتی ایران شیراز: نوید شیراز؛ ۱۳۹۴.
- (۶) طباطبایی، سیدمحمود. ارزیابی دیدگاه محمد بن زکریای رازی و طب سنتی درباره دندانپزشکی و بهداشت دهان و دندان. مجله دانشکده دندانپزشکی ۱۳۸۴؛ ۲۹(۲-۱): ۱۴۱-۱۴۴.
- (۷) یزدی، اسماعیل. سیری در تاریخ دندانپزشکی ایران از گذشته تا معاصر: دفتر نخست ایران باستان و دوران اسلامی. تهران: گروه علوم دندان پزشکی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۸.
- (۸) کرباسی خیر، میترا. نگاهی بر تاریخچه دندانپزشکی در ایران. تاریخ پزشکی. ۱۳۹۱؛ ۴(۱۳): ۱۳۷-۱۵۴.
- (۹) اخوینی، ربیع بن احمد. هدایة المتعلمین فی الطب. مصحح: جلال متینی. مشهد دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۳۷۱.
- (۱۰) ابن سینا، حسین بن عبد الله. مترجم: شرفکندی، عبد الرحمن. تهران: سروش؛ ۱۳۸۷.
- (۱۱) جرجانی، اسماعیل بن حسن. ذخیره خوارزمشاهی. قم: موسسه احیاء طب طبیعی. ۱۳۹۱.
- (۱۲) فرخنده زاده، محبوبه. گوهر فخرآباد، مصطفی. بیماری‌های دندان و روشهای درمانی آن در تمدن اسلامی. طب سنتی اسلام و ایران. ۱۳۹۶؛ ۸(۴): ۴۶۳-۴۷۵.
- (۱۳) طباطبایی، محمود. خلاصه کتاب الحاوی محمد بن زکریای رازی. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۱۳۸۸.
- (۱۴) رازی، محمد بن زکریا. منصوری فی طب. تهران: دانشگاه علوم پزشکی شیراز. ۱۳۸۷.
- (۱۵) طبری، علی بن سهل. فردوس الحکمه. تهران: موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۸۷.
- (۱۶) رازی، محمد بن زکریا. الحاوی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۷.
- (۱۷) زرگری، علی. گیاهان دارویی. تهران: دانشگاه تهران. ۱۳۷۰.
- (۱۸) امید بیگی، رضا. تولید و فرآوری گیاهان دارویی. مشهد: به نشر. ۱۳۸۷.
- (۱۹) کیانی، کاظم. اطلس مصور گیاهان دارویی: شناسایی محل رویش و زمان برداشت بیش از ۳۰۰ گیاه دارویی. تبریز: زر قلم. ۱۳۸۶.
- 20) Palombo E. Traditional Medicinal Plant Extracts and Natural Products with Activity against Oral Bacteria: Potential Application in the Prevention and Treatment of Oral Diseases. Evidence-Based Complement Altern Med. 2011;1-15.
- 21) Chan Y, Lai CH, Yang HW, Lin YY, Chan CH. The evaluation of Chinese herbal medicine effectiveness on periodontal pathogens. Am J Chin Med. 2003;31(5):751-61.
- 22) Chatterjee A, Saluja M, Singh N, Kandwal A. To evaluate the antingivitis and antipalque effect of an Azadirachta indica (neem) mouthrinse on plaque induced gingivitis: A double-blind, randomized, controlled trial. J Indian Soc Periodontol. 2011;15(4):398-401.
- 23) Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. International Journal of Health Sciences. 2017;1(2):72-80.
- 24) Hedayati Sr, Abdollahifard G, Rezaian J. Setteye Zaroorieh"(The six Principles) of Naseri's Health care; evidence of preventive medicine in Iranian traditional medicine. J Res Hist Med. 2014;3(1):43-50.
- 25) De Jager G, Prinsloo E, Joubert G. Use of traditional medicine versus use of the community-based primary health care clinic by the San community at Platfontein. SA Fam Pract. 2010;52(6):542-7.
- 26) Rajabalian S, Mohammadi M, Mozaffari B. Cytotoxic evaluation of Persica mouthwash on cultured human mouse cell lines in the presence and absence of fetal calf serum. Indian Journal of Dental Research. 2009;20(2):169-73.
- 27) Kimbrough C, Chun M, Dela Roca G, Lau BJP. Pycnogenol® chewing gum minimizes gingival bleeding and plaque formation. 2002;9(5):410-3.
- 28) Asokan S, Emmadi P, Chamundeswari RJJoDR. Effect of oil pulling on plaque induced gingivitis: A randomized, controlled, triple-blind study. 2009;20(1):47.
- (۲۹) ربیع نژاد، نازی. کرمی، ویدا. ترک زبان، پرویز. دستان، دارا. بررسی اثر دهان شویه گیاهی چای سبز بر شاخص‌های لثه ای در بیماران مبتلا به ژنژیویت. ۱۳۹۶؛ ۲۴(۴). (مسلسل ۸۶): ۲۸۵-۲۹۰.
- 30) Botelho MA, Bezerra Filho JG, Correa LL, Fonseca SGdC, Montenegro D, Gapski R, et al. Effect of a novel essential oil mouthrinse without alcohol on gingivitis: a double-blinded randomized controlled trial. 2007;15(3):175-80.

- 31) Khairnar MS, Pawar B, Marawar PP, Mani AJJoISoP. Evaluation of *Calendula officinalis* as an anti-plaque and anti-gingivitis agent. 2013;17(6):741.
- 32) Somu CA, Ravindra S, Ajith S, Ahamed MGJJoA, medicine i. Efficacy of a herbal extract gel in the treatment of gingivitis: A clinical study. 2012;3(2):85.
- 33) Khoramian Tusi S, Manzari Tavakoli Z, Bahram Abadi Nejhad R, Zeynali B. Evaluation of *Teucrium Polium* Mouthwash Effect on Salivary *Streptococcus mutans* Count. Journal of Mashhad Dental School. 2014;38(4):321-30.
- 34) Babaee N, Mansourian A, Momen-Heravi F, Moghadamnia A, Momen-Beitollahi JJCoI. The efficacy of a paste containing *Myrtus communis* (Myrtle) in the management of recurrent aphthous stomatitis: a randomized controlled trial. 2010;14(1):65-70.
- 35) Armas Ed, Sarracent Y, Marrero E, Fernández O, Branford-White CJCmr, opinion. Efficacy of *Rhizophora mangle* aqueous bark extract (RMABE) in the treatment of aphthous ulcers: a pilot study. 2005;21(11):1711-5.
- 36) Pourahmad M, Rahiminejad M, Fadaei S, Kashafi HJJJdDDG. Effects of camel thorn distillate on recurrent oral aphthous lesions. 2010;8(5):348-52.
- 37) Ghalayani P, Zolfaghary B, Farhad AR, Tavangar A, Soleymani BJJoripp. The efficacy of *Punica granatum* extract in the management of recurrent aphthous stomatitis. 2013;2(2):88.
- 38) Moghadamnia A, Motalebnejad M, Khanian MJPRAIJDtP, Derivatives TEoNP. The efficacy of the bioadhesive patches containing licorice extract in the management of recurrent aphthous stomatitis. 2009;23(2):246-50.
- 39) Choonhakarn C, Busaracome P, Sripanidkulchai B, Sarakarn PJBjod. The efficacy of aloe vera gel in the treatment of oral lichen planus: a randomized controlled trial. 2008;158(3):573-7.
- 40) Agha-Hosseini F, Borhan-Mojabi K, Monsef-Esfahani HR, Mirzaei-Dizgah I, Etemad-Moghadam S, Karagah AJPRAIJDtP, et al. Efficacy of purslane in the treatment of oral lichen planus. 2010;24(2):240-4.
- 41) Chainani-Wu N, Silverman Jr S, Reingold A, Bostrom A, Mc Culloch C, Lozada-Nur F, et al. A randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of curcuminoids in oral lichen planus. 2007;14(7-8):437-46.
- 42) Tiemann P, Toelg M, Ramos F, Mac HJE-BC, Medicine A. Administration of *Ratanhia*-based herbal oral care products for the prophylaxis of oral mucositis in cancer chemotherapy patients: a clinical trial. 2007;4(3):361-6.
- 43) Charalambous M, Raftopoulos V, Paikousis L, Katodritis N, Lambrinou E, Vomvas D, et al. The effect of the use of thyme honey in minimizing radiation-induced oral mucositis in head and neck cancer patients: A randomized controlled trial. 2018;34:89-97.
- 44) Lim RJ, Nabil WNN, Chan SY, Wong YF, Han LX, Gong JY, et al. Effects of herbal medicine for xerostomia in head and neck cancer patients: an observational study in a tertiary cancer hospital. 2019:1-8.
- 45) Sabitha P, Adhikari PM, Shenoy SM, Kamath A, John R, Prabhu MV, et al. Efficacy of garlic paste in oral candidiasis. 2005;35(2):99-.
- 46) Sefidgar SAA, Moghadamnia A, Akhavan Tafti A, Sahebajami M, Heydari M, Motalebnejad MJCJoIM. Evaluation of the effect of *Artemisia Sieberi* mouthwash 1% on denture stomatitis (A preliminary study). 2010;1(2):47-9.
- 47) Wright S, Maree J, Sibanyoni MJP. Treatment of oral thrush in HIV/AIDS patients with lemon juice and lemon grass (*Cymbopogon citratus*) and gentian violet. 2009;16(2-3):118-24.
- 48) César de Souza Vasconcelos L, Sampaio MCC, Sampaio FC, Higino JSJM. Use of *Punica granatum* as an antifungal agent against candidosis associated with denture stomatitis. 2003;46(5-6):192-6.

توصیه:

کتاب «آموزه‌های طب سنتی ایرانی در اسباب، علایم و درمان بیماری‌های دهان و دندان»، تألیف دکتر زرین سرحدی نژاد، دکتر سارا امان پور، دکتر زهره سرحدی نژاد، دکتر مهسا اکبری و دکتر محمد ستایش، ۱۴۰۰، انتشارات ایرانیان طب؛ اختصاصاً در زمینه بیماری‌های دهان و دندان نوشته شده و منبع خوبی برای مطالعه بیشتر توسط پژوهشگران محترم است.

