

درس نامه

آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل

ویژه دانشجویان پزشکی عمومی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان و نام پدیدآور: درس‌نامه آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل ویژه دانشجویان پزشکی عمومی ... / نویسندگان به ترتیب حروف الفبا محمدحسین آینی ... [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: ۱۶۴ص.؛ مصور، جدول؛ ۲۹×۲۲ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۴۵۲۳-۷-۰

وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا

یادداشت: نویسندگان به ترتیب حروف الفبا محمدحسین آینی، زهرا احمدی بصیر، باقر اردشیر لاریجانی، مجید انوشیروانی، رودابه بهرام‌سلطانی، مژگان تن‌ساز، امیرمحمد جلادت ..
یادداشت: کتابنامه

موضوع: پزشکی ایرانی / Persian Medicine

پزشکی جایگزین / Alternative medicine

پزشکی سنتی / Traditional medicine

بیماری‌ها -- درمان جایگزین / Diseases-- Alternative treatment

شناسه افزودن: آینی، محمدحسین، ۱۳۵۴ -

شناسه افزودن: حسینی یکتا، نفیسه، ۱۳۵۴ -، مقدمه‌نویس

شناسه افزودن: رضایی زاده، حسین، ۱۳۵۶ -

شناسه افزودن: ستایش، محمد، ۱۳۴۹ -، ویراستار

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

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

شناسه افزودن: دانشگاه علوم پزشکی هوشمند

رده‌بندی کنگره: R۱۳۷/۸

رده‌بندی دیویی: ۶۱۰/۹۵۵

شماره کتابشناسی ملی: ۸۹۸۹۸۱

اطلاعات رکود کتابشناسی: فیبا



عنوان: درس‌نامه آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل - ویژه دانشجویان پزشکی عمومی

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: ۹۷۸-۶۲۲-۹۴۵۲۳-۷-۰

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 پزشکی عمومی

(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 زهرا احمدی بصیر، دکتر باقر اردشیر لاریجانی، دکتر مجید انوشیروانی، دکتر رودابه بهرام سلطانی، دکتر مژگان تن‌ساز، دکتر امیر محمد جلادت، دکتر رسول چوپانی، دکتر روجا رحیمی، دکتر مائده رزقی، دکتر حسین رضایی زاده، دکتر آرمان زرگران، دکتر محمد ستایش، دکتر زهرا قربانی فر، دکتر رامین کردی، دکتر مهرداد کریمی، دکتر نرجس گرجی، دکتر حوریه محمدی کناری، دکتر سیدعلی مظفرپور، دکتر محسن ناصری، دکتر آیه نقی زاده، دکتر مهدی یوسفی

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

دکتر الهام اختری، دکتر نسرين بعیری، دکتر روشک 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	۱
دکتر نفیسه حسینی یکتا	
گزارش	ب
دکتر حسین رضایی زاده	
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 رضایی زاده، دکتر زهرا قربانی فر	
فصل ۳: طب فراگیر و تولید شواهد	۱۲
دکتر آیه نقی زاده، دکتر حسین رضایی زاده	
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 رضایی زاده	
فصل ۶: مبانی طب ایرانی: امور طبیعی	۴۱
دکتر مجید انوشیروانی	
فصل ۷: شش‌گانه ضروری تندرستی (ستۀ ضروری)	۶۱
دکتر محسن ناصری	
فصل ۸: علم نشانه‌شناسی	۸۰
دکتر محسن ناصری، دکتر حسین رضایی زاده، دکتر رسول چوپانی، دکتر مجید انوشیروانی	
فصل ۹: درمان با غذا در طب ایرانی	۸۴
دکتر محسن ناصری	
فصل ۱۰: تدابیر حفظ سلامتی در کبد چرب، فشار خون و دیابت	۹۲
دکتر علی مظفرپور، دکتر نرجس گرجی، دکتر مائده رزقی، دکتر محمد ستایش	
فصل ۱۱: آشنایی با برخی داروهای گیاهی و سنتی مبتنی بر شواهد	۱۰۵
دکتر روجا رحیمی، دکتر رودابه بهرام سلطانی	

فصل ۱۲: معرفی کاربردهای برخی اعمال یدای در طب ایرانی ۱۱۳

گفتار اول: آشنایی با انواع ماساژ و مشت و مال در طب ایرانی ۱۱۳

..... دکتر امیرمحمد جلادت، دکتر مهرداد کریمی، دکتر رامین کردی

گفتار دوم: در آمدی بر کارکردهای طب ایرانی در فیزیوتراپی ۱۳۰

..... دکتر مهدی یوسفی

گفتار سوم: آشنایی با انواع خون گیری ۱۳۶

..... دکتر حوریه محمدی کناری

فصل ۱۳: تدابیر زنان و مامایی در طب ایرانی ۱۴۴

..... دکتر مژگان تن‌ساز، دکتر زهرا احمدی بصیر

فصل ۱۴: آشنایی با طب مکمل: مرور طب سوزنی مبتنی بر شواهد ۱۵۳

..... دکتر محمدحسین آیتی

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
بازنشان حرارت من 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 شربت من
ترک طیب کن بیا نسخه شربت من بخوان

اکنون که در شهریور ماه ۱۴۰۱، این گزارش در دیپاچه 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

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

جایگزین و پزشکی 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 دپارتمان‌های 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 جزئی 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 می‌کنند، 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 طب‌های سنتی و مکمل، افزایش آگاهی پزشکان و کادر درمان در این زمینه امری ضروری است؛ و بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در زمینه طب سنتی و مکمل، آموزش علمی و دانشگاهی افرادی که این خدمات را ارائه می‌دهند، مورد نیاز و الزامی است.

○ طبقه‌بندی مکاتب طب‌های سنتی و مکمل

NCCIH^۲ در سال ۲۰۰۰، یکی از مشهورترین و معتبرترین تقسیم‌بندی‌ها را در خصوص انواع طب‌های سنتی و مکمل ارائه داد. در این تقسیم‌بندی که کماکان مورد اقبال جهانی است و بصورت گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد، انواع روش‌ها و اقدامات درمانی سنتی و مکمل در پنج دسته بزرگ طبقه‌بندی می‌شوند.

(۱) روش‌هایی که از انواع محصولات طبیعی برای درمان استفاده می‌کنند^۳، و شامل مکمل‌های گیاهی، انواع غذاهای دارویی، رژیم‌ها و تمام تجویزهایی که در طبیعت موجود هستند، می‌شود.

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

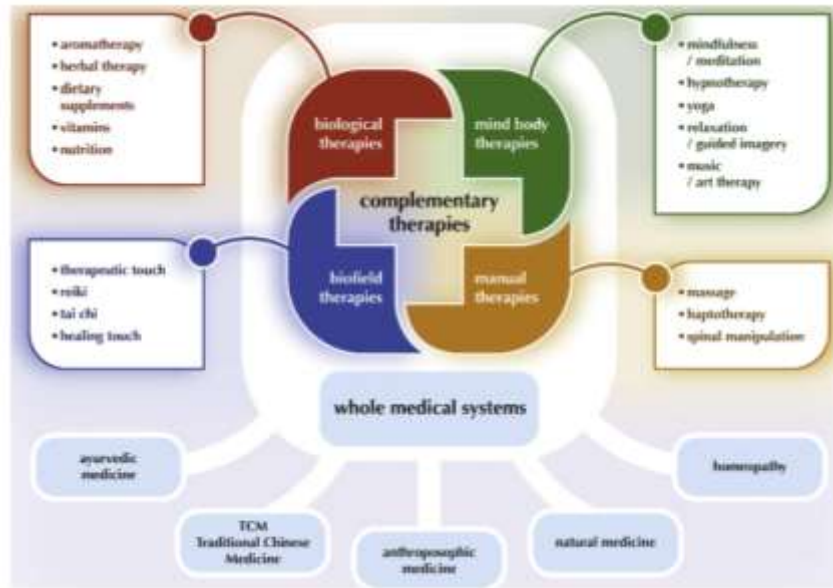
(۳) درمان‌های ذهنی - تنی^۵: با توجه به تاثیر انکارناپذیر تفکرات، روحیات، احساسات و ذهنیات افراد بر روی وضعیت سلامت جسمی آنها، دسته بزرگی از درمان‌ها مانند مدیتیشن، ریلکسیشن، یوگا، تایچی^۶، هیپنوز، بیوفیدبک، شناخت‌درمانی در این دسته قرار می‌گیرند.

(۴) انرژی درمانی^۷ یا پزشکی مبتنی بر بیوفیلد^۸: درمان‌هایی که به نوعی با انرژی‌های پیرامون انسان، شامل انرژی گرمایی، یا فیلد انرژی‌های بیوالکترومگنتیک^۹ در ارتباط هستند در این دسته قرار دارند. به عنوان مثال می‌توان به ریکی^{۱۰}؛ چی گنگ^{۱۱}؛ لمس‌درمانی^{۱۲}؛ درمان با مگنت^{۱۳} و سنگ درمانی اشاره کرد.

(۵) سیستم‌های جامع پزشکی^{۱۴}! در این دسته، مکاتب طبی جامع مانند طب سنتی چین، طب سنتی هند (آیورودا)، طب سنتی ایرانی (که در هند آن را طب یونانی هم می‌نامند) قرار دارند.

تصویر ۱-۱ (۴)، مرور کلی از تقسیم‌بندی فوق در خصوص انواع پنج‌گانه طب‌های سنتی و مکمل را به صورت شماتیک نمایش می‌دهد:

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، گپسن 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 طب‌بندی 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، جاف‌تاده 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 استقراگران 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 به‌عنوان 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، ماخ 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

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 هیئت‌مدیره فرهنگستان علوم ایران.

علمی می‌دانست و غیرعلمی را به دو بخش قابل قبول مانند فلسفه و اخلاق، و بخش غیرقابل قبول یعنی شبه علم تقسیم کرد.

اگرچه خود پوپر که این تقسیم‌بندی‌ها را انجام داد، هم برای فلسفه شأن 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 مترقی 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 به نحوی 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 حیطة 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

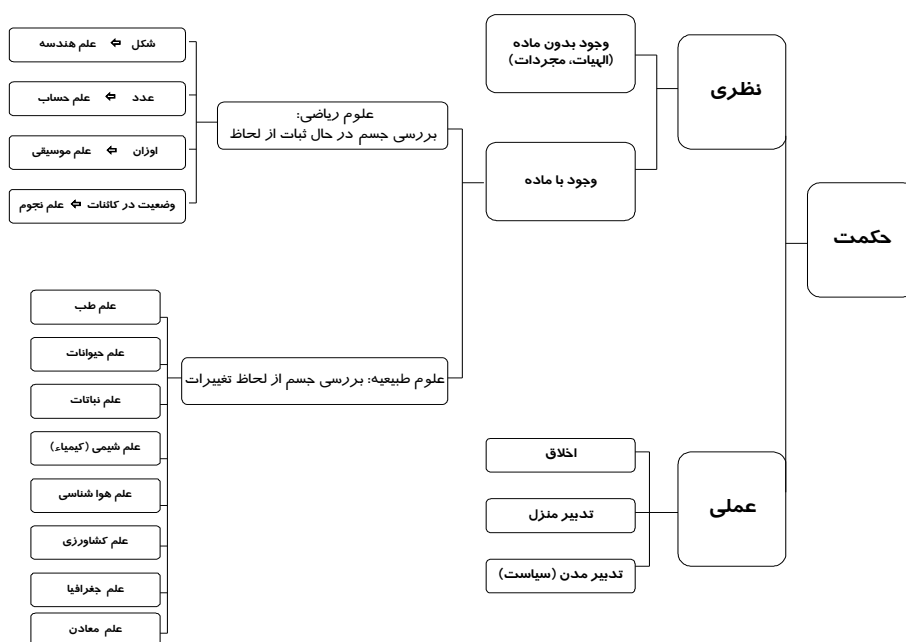
علم موسیقی: بررسی اوزان و نظم و ترتیب.

(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 مُدُن یا سیاست (اداره شهر و کشور) (۷).



تصویر ۱-۲: تقسیم‌بندی حکمت

○ منابع

- (۱) معرفی اجمالی کتاب «علم و شبه علم» نوشته دکتر مهدی گلشنی، محمد جمالی و مرتضی خطیری. نشر علم. ۱۳۹۹ (شهرام تقی زاده انصاری، روزنامه نگار، گزارش منتشر شده در فرهیختگان)
- (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 ابطال گرایان، یک علم محسوب می گردد؟! 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 (پایان نامه)
- (۶) مهدی گلشنی. دانشگاه ها کل نگر باشند/ طب سنتی مکمل پزشکی مدرن است.
<https://www.mehrnews.com/news/5078293/>
- (۷) ناصری، محسن. رضایی زاده، 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	تقویت پایگاه‌های اطلاعاتی، مستندسازی شواهد و حفظ منابع	<ul style="list-style-type: none"> تقویت روند تولید دانش، همکاری و استفاده پایدار از منابع طب سنتی 	<ul style="list-style-type: none"> تدوین و اجرای ملی قوانین سازماندهی محصولات طب سنتی و مکمل مانند ثبت این محصولات 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
تقویت و تضمین کیفیت، ایمنی، استفاده مناسب و اثربخشی طب سنتی و مکمل با سازماندهی	درک نقش و اهمیت ساماندهی محصولات	<ul style="list-style-type: none"> رویکردهای طب سنتی و مکمل دستورالعمل‌های فنی و روش توسعه یافته برای ارزیابی ایمنی، اثربخشی کیفیت خدمات طب سنتی و مکمل 	<ul style="list-style-type: none"> تعداد اعضای که گزارش ملی/ استانی/ ایالتی از مقررات ثبت نام پزشکان و درمانگران طب سنتی و مکمل ارائه داده‌اند
تقویت و تضمین کیفیت، ایمنی، استفاده مناسب و اثربخشی طب سنتی و مکمل با سازماندهی	تشخیص و توسعه قوانین مربوط به آموزش دانش و مهارت پزشکان و ساماندهی خدمات، رویکردها و روش‌های درمانی طب سنتی و مکمل	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> تعداد اعضای که گزارش ملی 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 مصرف‌کنندگان در زمینه کاربرد طب سنتی و مکمل در خدمات مراقبت از خود
گسترش پوشش بهداشت جهانی به کمک ادغام خدمات طب سنتی و مکمل در سیستم ارائه خدمات بهداشتی و مراقبت از خود	اطمینان به مصرف‌کنندگان به جهت انتخاب آگاهانه در مورد خدمات سلامتی و مراقبت از خود	<ul style="list-style-type: none"> آگاهی بهتر و دسترسی به اطلاعات در مورد استفاده مناسب از طب سنتی و مکمل ارتباطات بین پزشکان طب رایج و بیماران در مورد استفاده از طب سنتی و مکمل 	<ul style="list-style-type: none"> تعداد اعضای که گزارش ایالتی از برنامه‌های آموزشی برای مصرف‌کنندگان 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
سلامت، اثربخشی و کیفیت: مبانی علمی طب سنتی و با سامان بخشی استانداردهای تضمین کیفیت	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
استفاده منطقی: ترویج استفاده صحیح درمانی از طب سنتی توسط کارکنان و مصرف‌کنندگان این روش	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
استفاده صحیح درمانی از طب سنتی توسط کارکنان و مصرف‌کنندگان این روش	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
استفاده صحیح درمانی از طب سنتی توسط کارکنان و مصرف‌کنندگان این روش	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
استفاده صحیح درمانی از طب سنتی توسط کارکنان و مصرف‌کنندگان این روش	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
استفاده صحیح درمانی از طب سنتی توسط کارکنان و مصرف‌کنندگان این روش	۹- استفاده صحیح از طب سنتی توسط مصرف‌کنندگان: افزایش ظرفیت علمی مصرف‌کنندگان برای گرفتن تصمیمات آگاهانه جهت استفاده از درمان‌های طب سنتی	۱-۹: اطلاعات قابل اطمینان برای مصرف‌کنندگان درباره استفاده مناسب از روش‌های درمانی طب سنتی ۲-۹: بهبود روابط پزشکان جدید با بیماران‌شان در رابطه با استفاده از طب سنتی

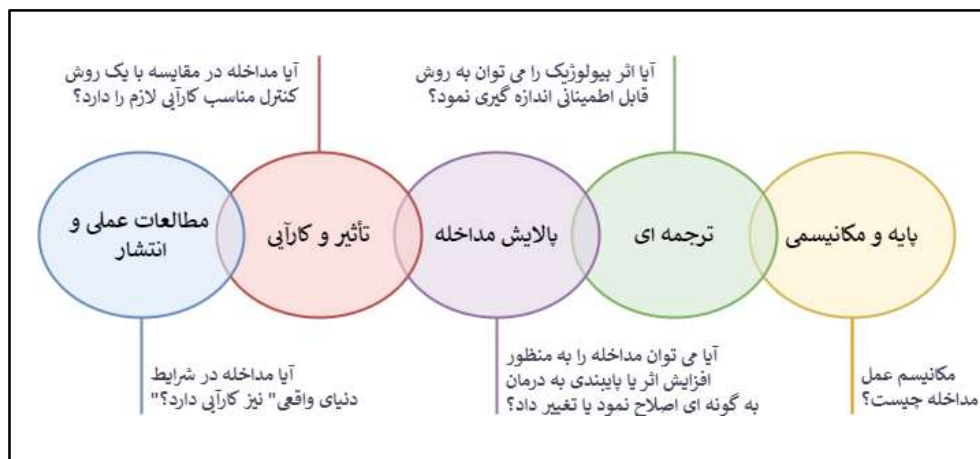
طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، تعداد کشورهای عضو دارای سیاست ملی در مورد T&C^۱ به طور مداوم افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۸، در مجموع ۹۸ کشور (بیش از ۵۰ درصد کشورهای عضو) دارای سیاست ملی در مورد T&C بوده‌اند که ایران هم جزو آنها بوده است. در حقیقت، سیاست‌گذاران ایران

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 ۳-۱).



تصویر ۳-۱: 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).

1. National Center for Complementary and Integrative Health

توجه به رویکرد جامع طب‌های سنتی به درمان - از جمله درمان‌های طب ایرانی که شامل تدابیر، دارودرمانی و اعمال یدای 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; 10.2%)	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 = 3494; 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 (25.4%)	1518 (42.8%)	5851 (36.9%)	12,594 (32.6%)
Plant sciences	568 (26.6%)	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 قرار گرفت 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.
- 3) 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.
- 6) شمس اردکانی، 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) Finitsis, 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, Kijjoo 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 می آموزیم:

- 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 راه‌گزند
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 دوده‌های دارویی)، هاون، قوری (برای تهیه جوشانده‌های دارویی)، جرقه‌دان (ابزار داروسازی 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 ۴-۲-۱: 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 کار آمدن 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 فاسی 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

1. Johannitius
2. Islamic Golden Age

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 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 (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 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 تموجین (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 خردمندانان 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.
(۳) 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) Zargaran 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, Hosseinialhashemi M, Zargaran A. Monthly menstrual cycle in *Bun-Dahišn*, an ancient Persian Manuscript. *Res Hist Med* 2013; 2(4): 79-86.
- 13) Zargaran 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.
- 14) زرگران، آرمان. محقق‌زاده، عبدالعلی. قاسمی، یونس. مروت، محمد حسین. «اخلاق پزشکی در ایران باستان». فصلنامه اخلاق پزشکی. ۱۳۸۶؛ ۱(۲): ۹۱-۱۲۱.
- 15) جلیلیان، شهرام. گفتارهایی درباره جندی‌شاپور و تاریخ پزشکی ایرانی - اسلامی. اهواز: دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ۱۳۹۴.
- 16) 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 'Abbāsīd 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, Zargaran A, Mohagheghzadeh A. Rhazes (865-925 AD). *J Neurol*. 2012;259(5):1001-2.
- 23) 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, Zargaran 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, Hosseinialhashemi 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) Zargaran A, Mehdizadeh A, Zarshenas MM, Mohagheghzadeh A. Avicenna (980-1037 AD). *J Neurol*. 2012;259(2):389-90.
- 34) Zarshenas MM, Zargaran A, Abolhassanzadeh Z, Vessal K. Jorjani (1042-1137). *J Neurol*. 2012;259(12):2764-5.
- 35) تاج‌بخش، حسن. تاریخ بیمارستان‌های ایران. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی؛ ۱۳۷۹.
- 36) کشاورز بیضایی، محمد. تحلیلی بر تکوین و عملکرد بیت‌الحکمه و تاثیر آن بر شکوفایی تمدن اسلامی. تاریخ نو. ۲۰۱۸؛ ۲۵(۸): ۱۵-۳۲.
- 37) Khafipour H. A hospital in Ilkhānid Iran: toward a socio-economic reconstruction of the Rab'ī Rashīdī. *Iran Stud*. 2012;45(1):97-117.
- 38) 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(۳): ۳۳۳-۳۴۰.
- 39) 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 thirteenth to early fourteenth century Middle Eastern Medical School. *Childs Nerv Syst.* 2012;28(11):1823-30.
- 41) Zargaran 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، ۱۳۸-۱۴۳.
- 43) Khodaie SA, Ghaffari F, Zargaran 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, Zargaran 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, Zargaran 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. میرحسیتی، 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, Zargaran 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، چندان که 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 السؤل* 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 زکیّه اشدّ و اقوی می‌باشد؛
- و باید طبیب که با همه کس عموماً به حسن خلق و فرح و انبساط و محبت عمل نماید؛
- احوالات را از مریض در خلوت استعمال 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 ادویّه 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 متوجه مریض گردد بسم الله الرحمن الرحیم 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 لاجبار 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، اسئلک 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 باید 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 قوت حیوانی و نفسانی بدن قوت 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 همی بیند 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 مطیب دارد؛
- و چون بر سر بیمار شود با بیمار تازه‌روی و خوش‌سخن باشد و بیمار را دلگرمی دهد که تقویت طبیب، بیمار را قوت 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: الّذی انزل الداء، انزل الدّواء [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 رازنگهدار باشد، در کارهای خود جدی باشد، خودخواه، پول‌دوست و پرمدا 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 زندگی 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 دستوره‌های دیگری در کتب قدیم یونان درباره اخلاق پزشکان دیده می‌شود که بعضی از آن‌ها این است:

طیب 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 نامالیقات زندگی کنترل روحی خود را حفظ کند.

در کتاب سوسروتیه، 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 دانم 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 که مسقط جنین 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، بلا تأمل در رد و انکار او در نیاید 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 هشاری خود داند که خود چنین تدابیر ننماید.

دوم: آنکه باید به حسن خلق و بشاشت و لطف کلام، احوال پرس بیماران باشد و اگر سوء تدبیری نمایند، به زودی، از جا در نیاید 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 به غلط 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 علامت 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 شرم‌نده 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 است و رأی صائب ندارد در خلوت 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 بنا بر 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 مقدر 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 تباہ نسازد. یازدهم: آنکه در امر درمان تعصب روا ندارد و بر حسب 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، به طوری 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 طبیعی 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 طبیعی 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 چون‌وچرا نگوید.

سوم: آنکه باید بداند و معتقد باشد که بهتر از او طبیعی 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 نرنجاند (۸).

○ منابع:

- (۱) پارسانیا، 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
 - فایدهٔ عناصر در اجسام مرکب
- بخش دوم: مزاج
 - معتدل حقیقی و غیر حقیقی
 - 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 مؤلد 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 امروزی‌نش 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 مبنای 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 (Pragmatic) و تلفیق منطقی (Rational Integration) می‌توان در هر دو حیطة 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 غلبهٔ 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 الصحه» 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 طبیعی		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 «نشان‌های تندرستی و بیماری»، به ترتیب 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 حیطة «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 جوئی 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 اَسْطَقْس 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 طبیعت قدیم و شیمی مدرن را یکسان نپنداریم.

عناصر در طبیعت فلسفه سینوی عبارتند از ارض (خاک)، ماء (آب)، هوا (باد) و نار (آتش). هر یک 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 همین جا 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 ملاحظه 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.

همه 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. ملاحظه 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 ملاحظه ویژگی‌های فردی به آنان آموخت تا در مواجهه با امور ناگزیر در محیط و زیست‌روزمره، استعداد ابتلائات به اختلالات واقعی نینجامد.

نکته‌ای درباره اصطلاحات دموی، بلغمی، صفراوی، سوداوی

هیچکدام از این اصطلاحات، نشان‌دهنده 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 غیربندی و بی‌جان به صورتی جاندار در بدن زنده‌ما تبدیل می‌گردند.

نخستین مرحله از این تغییر صورت یا دگردسی 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 هر یک 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 هر یک 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 گل 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 مولد 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 تخم‌پرندگان عمدتاً مولد خلط دم هستند، درحالی که لبنیات عمدتاً مولد 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 ۶-۳: سبب‌های صوری و غایی مولد هریک از اخلاط طبیعی چهارگانه

سبب غایی	سبب صوری	سبب خلط
<ul style="list-style-type: none"> تولید روح حیاتی تغذیه همه بدن تأمین گرمی و تری بدن شادابی و فربهی تن در ستانه 	<ul style="list-style-type: none"> نضج کامل که موجب سرخی رنگ و اعتدال قوام و شیرینی مزه خون می‌شود 	دم
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> نضج ناتمام که موجب قوام مابین رقیق و غلیظ، و طعم مایل به شیرینی بلغم می‌شود 	بلغم
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> نضج کامل رو به افزونی که موجب قوام رقیق و طعم مایل به تند و تلخی صفرا، و سریع‌النفوذ شدن آن در مجاری می‌شود 	صفرا
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> نضج کامل که موجب غلظت و سنگینی و گسی و سیاهی رنگ و میل سودا به رسوب می‌گردد. 	سودا

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 ۶-۴ نشان‌دهنده کیفیات اخلاط و تناظر آنها با ارکان است:

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

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

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 شیئی 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 طیب 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: کلانزیت اسکروزان) آثار دمایی گرمی و خشکی مانند حس داغی و کلافگی از گرمای محیط همراه با عطش، در کنار علائمی 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 علائم 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 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 میکروسکوپی 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.

منشأ اندام‌ها

اندامان سالم، جسم‌های تولیدشده از بخش‌های ستبر اخلاط طبیعی شمرده شده‌اند یعنی منشأ اولیة 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 تکون آنها را خلط دم می‌شمرند، 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 مہتبی 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 هر یک از اعضای مفرد و مرکب بدن، مزاجی ذکر شده است (جدول ۶-۵). 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 و گرنه 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 ۶-۵: جدول مزاج اعضا

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

○ 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 خوراکی‌ها 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 بساواپی 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 (مفکره).

قوه 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. قوه خیال، نگهدارنده صورت‌های ادراک‌شده توسط قوه حس مشترک است و صورت محسوس‌ها را هنگامی که از دیدرس حس پنهان باشند حفظ می‌کند.

قوه 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 قوه 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 (هُزَال) 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.

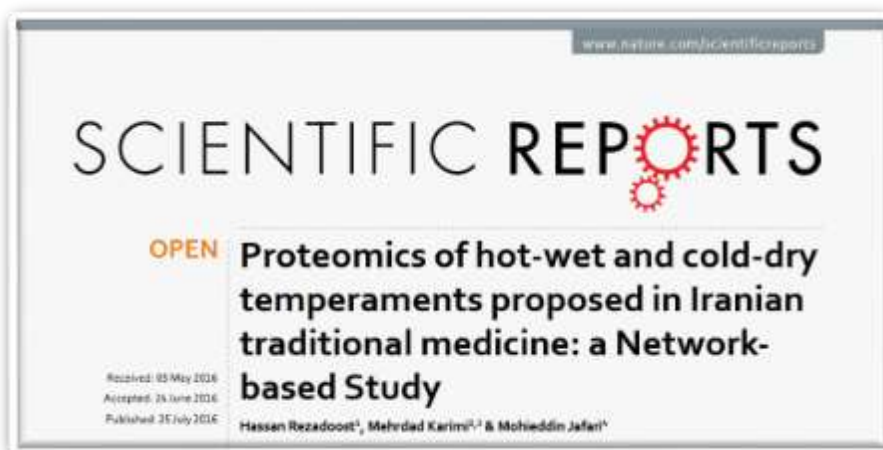
طبقه‌بندی افعال بر پایه‌ی شمار قوایی است که موجب وقوع آنها می‌شود. بر این مبنا، فعل یا مفرد است یا مرکب. فعل مفرد فقط با یک نیرو در بدن به اتمام می‌رسد مانند فعل هضم که با اثر قوه هاضمه به انجام می‌رسد. در فعل مرکب دست‌کم دو نیرو باید در کار باشد مانند فروبردن غذا که هم نیروی جاذبه طبیعی از سوی معده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

○ منابع

- (۱) اقتباس: ابن سینا. القانون فی الطب. حقه 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.



Journal of Contemporary Medical Sciences
E-ISSN 2413-0314 P-ISSN 2413-1429

CURRENT ARCHIVES ANNOUNCEMENTS ABOUT +

HOME / ARCHIVES / VOL. 8 NO. 4 (2020) JULY-AUGUST 2020 / Articles

The Evaluation of basic and neurohormonal parameters in hot or cold temperament person proposed in Iranian Traditional Medicine: an observational study

Hot and cold temperaments in Iranian Traditional Medicine

Cholamreza Mohammadi Farsani
Department of Clinical Nutrition, School of Nutritional Sciences and Diabetics, Farsan University of Medical Sciences, Farsan, Iran. Minimally Invasive Surgery Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, 99 Iran.

PDF

PUBLISHED

مجله طب سنتی اسلام و ایران، سال هشتم، شماره اول، بهار ۱۳۹۶



بررسی ارتباط میزان متابولیسم پایه با مزاج فرد از دیدگاه طب سنتی ایران

غلامرضا محمدی فارسائی^{۱*}، محسن ناصری^۲، مینا موحدی^۳، احمدرضا درستی مطلق^۴

^{۱*} استادیار دانشکده علوم تغذیه و رژیم غذایی، دانشکده علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ استاذ مرکز تحقیقات کارآزمایی‌های بالینی، طب سنتی، دانشکده شاهد تهران، ایران
^۳ استادیار دانشکده طب سنتی، دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۴ استاذ دانشکده علوم تغذیه و رژیم غذایی، دانشکده علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Archive of SID

مجله طب سنتی اسلام و ایران، سال اول، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۹



نظریه مزاج در طب سنتی ایران و تنوع پاسخ‌دهی درمانی بر اساس فارماکوزنتیک

محسن ناصری^{۱*}، حسین رضایی زاده^۲، طیبه طاهری پناه^۳، واحده ناصری^۴

^{۱*} گروه طب سنتی ایران، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد تهران، ایران
^۲ دانشکده طب سنتی و مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشکده علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ گروه رادیولوژی-تکنولوژی، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۴ مرکز تحقیقات طب و داروسازی سنتی، دانشکده علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

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 منواکسید کربن، ذرات معلق (خصوصاً با قطر کمتر از ۱۰ میکرون)، دی‌اکسید نیتروژن، دی‌اکسید گوگرد و ازن باعث تأثیر منفی روی اکسیژن‌رسانی 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 هورومونی 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 نیندند.

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 این‌که 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 استفاده کرده‌اند، در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر مستعد اختلالات تنفسی می‌باشند. در این افراد PEFR^۲ و FEF₂₅₋₇₅^۳ 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.

دستور عمل‌های 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 می تواند موجب اختلال در هضم آنها شود.
- رعایت ترتیب خوردنی ها: 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 نوشیدنی ها باعث غوطه وری غذا در معده، رقیق شدن ترشحات و کاهش اثر آنزیم های لازم برای هضم می شوند.
- سکون بعد از غذا: حرکت و ورزش شدید بعد از غذا خوردن، از هضم کافی غذا جلوگیری می کند.
- نخوابیدن 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 نهار باشد و بعد از نهار، بهتر است فقط استراحت نمود ولی وارد خواب کامل و عمیق نشد.

آب

آب مهم ترین بخش و جزء اصلی هر عضو، بافت و بافت پیوندی بدن است. آب مواد مورد نیاز بدن را به بافت و سلول ها انتقال می دهد. سیر هضم و جذب و حمل مواد ضروری در گردش خون تنها در سایه وجود آب تحقق می یابد. تنظیم درجه حرارت بدن و تعدیل گرمای تولید شده در بدن به وسیله آب تأمین می شود. در بخش های متحرک بدن، بافت های پیوندی و اعضای داخلی، با تأمین لغزندگی لازم از سایش و فرسایش عارضی در بدن جلوگیری می کند و انعطاف لازم را برای حرکت ها فراهم می آورد. شادابی و طراوت پوست بدن، عملکرد مناسب و انعطاف بافت ها به آب وابسته است. البته مصرف بیش از اندازه آب می تواند موجب مسمومیت با آب و اختلال تعادل طبیعی الکترولیت ها و عملکرد مغز و حتی مرگ شود.

از دیدگاه حکمای طب ایرانی، اگر آب به اندازه های که مورد نیاز بدن است نوشیده نشود، بی اشتهاپی، ضعف قلب، افزایش حرارت کبد، تیرگی رنگ پوست و لاغری رخ می دهد. 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 می شود.

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

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

مزاج: افراد گرم مزاج و سپس افراد خشک مزاج نیاز به مایعات بیشتری دارند و بیشتر تحت تأثیر شرایط کم آبی قرار می گیرند.

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

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

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، این‌سینا 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 حرکت‌ها 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 فعالیتی 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 نانوبی‌ها 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، به ویژه 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 (اعم 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 اسپهال، 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 طبی 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).

دستورعمل‌های 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 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 «سایکونورواپیمونولوژی» 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 آنها بیان شده است. در نتیجه بروز و استمرار هر کدام از این حالت‌ها می‌تواند باعث تاثیر پایدار کیفیت مربوط به آن 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 به هم 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 مقدر 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 به خصوص 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).

- 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 پرنده‌گان، صداهای خوش و دل‌انگیز. 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 پرنده‌گان، 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 بیچند. 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 کنید. آرامش و احساس نشاط بر شما چیره خواهد شد.

عمیق از طریق بینی و بازدم طولانی از طریق دهان 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, TanjaniinaLaukkanen, 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) AleksandarVišnjić , VladicaVeličković , DušanSokolović , MiodragStanković ,KristijanMijatović , Miodrag Stojanović , Zoran Milošević , Olivera Radulović.Relationship between the Manner of Mobile Phone

1. Pursed-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 صحیح (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 سهل‌انگارانه و با یکی دو علامت به داوری پرداخت. بر این اساس، اگر پس از دریافت علایم، فرد سالم تشخیص داده شود، تدابیر صحیح (سته ضروریه 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) هیكل یا جنه (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) **ملمس:** کیفیتی است که طیب 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 طیب 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) **هیكل 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 هیكل می‌شود. به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت که زیادی گوشت و چربی دلالت بر تری مزاج و کمی آنها دلالت بر خشکی می‌کند. هیكل‌ها دو نوع‌اند:
الف: هیكل‌های لاغر که شامل مزاج‌های گرم‌وخشک یا سردوخشک می‌باشند زیرا خشکی مانع رشد می‌شود.

ب: هیكل‌های 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 به شرطی 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 پر خوابی می‌شوند، به همین علت افراد با مزاج تر، به خواب بیشتری نیاز دارند. خشکی و گرمی موجب بیداری (کم خوابی) 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 خواب رفتن مشکل می‌شود (کلنجار قبل از خواب) و معمولاً خوابشان سبک است. در اشخاص کم خواب، بسته به مزاج و شرایط می‌توان از رطوبت‌بخش‌ها مانند کاهو، دوغ کم چربی، 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. به عنوان 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 به ازای 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 تاثیر قرار گرفتن از هرکدام از کیفیات‌های چهارگانه یعنی حرارت، برودت، رطوبت و بیوست، 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 درون‌گرایند، کمتر با دیگران می‌جوشند و مستعداً 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: درمان با غذا در طب ایرانی

دکتر محسن ناصری

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- قوانین غذا درمانی
- شش مزه مهم
- برخی رژیم‌های غذایی گرم و سرد
- دستور تهیه برخی غذاها

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- قوانین درمان با غذا را شرح دهیم.
- اثرات مزه‌های مختلف بر بدن را شرح دهیم.
- با توجه به کیفیت متفاوت خوراکی‌ها و غذاها، رژیم غذایی متناسب تجویز کنیم.

○ قوانین غذا درمانی

غذا درمانی به عنوان مهم‌ترین راه‌کار طب ایرانی در درمان بیماری‌ها، شامل دو اصل مهم می‌باشد: قانون کاهش غذا و قانون رعایت سردی و گرمی خوردنی‌ها و آشامیدنی‌ها

الف) قانون کاهش غذا

این راه‌کار در بهبود بسیاری از بیماری‌ها مؤثر است و توجه به آن به‌خصوص در بیماری‌های حاد مانند سرماخوردگی، گاستروانتریت بدون علائم دهیدراتاسیون و آنفلوانزا از اهمیت خاصی برخوردار است. کاهش غذا سبب کاهش التهاب و پاسخ‌های التهابی بدن می‌شود. همچنین کم‌خوری باعث افزایش اتوفاژی و پاکسازی درون سلولی می‌شود و به برداشت مواد زائد ذخیره شده در بدن کمک می‌کند و مقابله با عوامل بیماری‌زای خارجی مانند پاتوژن‌ها یا داخلی مانند سلول‌های سرطانی که روزانه در بدن تمامی افراد ایجاد می‌شود و پاکسازی سموم انباشته، با توان بیشتری انجام می‌شود (۱، ۲) در برخی مطالعات جدید، اثر کاهش غذا در پیشگیری و درمان سرطان، تعدیل سیستم ایمنی و درمان بیماری‌های اتوایمیون مانند بیماری مولتیپل اسکلروزیس، بهبود علائم در افسردگی، بیماری‌های نورودژنراتیو مانند آلزایمر و آسم آشکار شده است. در اصطلاحات طب ایرانی، کاهش غذا می‌تواند در کیفیت (تقریباً نزدیک به مفهوم میزان کالری و چگونگی هضم و جذب ماده غذایی در بدن)، یا در کمیت (حجم و وزن ماده غذایی)، و یا در هر دو اعمال شود:

- کاهش کیفیت و افزایش کمیت غذا: هنگامی به کار می‌رود که با وجود انباشتگی بدن بیمار از مواد فراوان، اشتها و قدرت هضم او زیاد باشد و تحمل غذا نخوردن برایش دشوار یا غیر ممکن باشد. در این حال، کاهش کیفیت و افزایش کمیت غذا از سویی موجب فرونشستن اشتها، و از سوی دیگر به علت کم بودن مواد مغذی آن، کمیت اخلاط را افزایش نمی‌دهد. اکثر سبزیجات و میوه‌جات را می‌توان بدین منظور به کار برد.

- کاهش کمیت و افزایش کیفیت غذا: در مواقعی کاربرد دارد که اشتها و قوت هاضمه کم، ولی بدن به غذا نیازمند باشد. در این حال، کاهش کمیت غذا موجب هضم راحت‌تر، و افزایش کیفیت غذا سبب تغذیه و تقویت بدن می‌شود. آب‌گوشت‌های مختلف و زرده تخم‌مرغ عسلی را می‌توان بدین منظور توصیه کرد.
- کاهش توأم کمیت و کیفیت غذا: هنگامی کاربرد پیدا می‌کند که کم‌اشتهایی و ضعف هاضمه با امتلاء همراه باشد، تا مقدار غذا با میل و اشتهای بیمار و قدرت هاضمه وی متناسب باشد. سوپ‌های ساده بدون گوشت مثال خوبی از این مواد هستند (در گذشته به این گونه غذاها، مُزوره از ریشه تزویر به معنی گول‌زنک گفته می‌شد).
- افزایش کمیت و کیفیت غذا: در ابتدای بیماری‌های مزمن کاربرد دارد؛ به شرطی که اشتها زیاد، و هضم قوی باشد و بدن نیز به غذا و تقویت نیاز داشته باشد. دلیل به‌کار بستن این تدبیر آن است که بدن بتواند بیماری را تحمل کند.

ب) قانون رعایت سردی غذا و گرمی غذا

نکته اول اینکه از دیدگاه طب ایرانی همان‌طور که اثر انگشت افراد مختلف، متفاوت است، بدن و سیستم‌های فیزیولوژیک، ایمنونولوژیک و همچنین سیستم عصبی و هورمونال آن‌ها نیز با یکدیگر متفاوت است. پژوهش‌های متعددی درباره نظریه‌های پایه طب ایرانی و ارتباط آنها با سیستم سمپاتیک، پاسخ‌های ایمنی، بیان ژنی و پروتئومیکس انجام و منتشر شده که در فصل‌های ۶ و ۷ مورد اشاره قرار گرفته است.

نکته دوم این است که این مفهوم در دانش نوتریژنومیک و پزشکی شخصی^۱ مورد توجه است. این دیدگاه متکی به تفاوت روش‌های دارویی و غذایی متفاوت برای افراد مختلف بر اساس تفاوت‌های ژنتیکی و متابولیسمی و آنزیماتیک آن‌ها است.

غذاها از دیدگاه طب ایرانی به صورت ساده و کاربردی^۲، به دو دسته گرم و سرد تقسیم می‌شوند که به صورت قابل توجهی فیزیولوژی بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. حسب مطالعاتی که در فصل ۷ مورد اشاره قرار گرفت می‌توان گفت سیستم اندوکراین، سیستم عصبی (به‌خصوص سیستم اتونوم) و سیستم ایمنی به صورت قابل توجهی تحت تأثیر غذاهای سرد و گرم قرار می‌گیرند (۳-۷).

در یک مطالعه برای مقایسه دو گروه سی نفره از بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی نوع نفّاخ^۳، با توجه به اینکه این بیماری در طب ایرانی یک بیماری سرد گوارشی محسوب می‌شود، در یک گروه رژیم غذایی گرم تجویز شد و گروه دوم رژیم غذایی معمولی با کالری مناسب فرد دریافت کردند. نتایج مطالعه نشان داد که گروه اول با پرهیز از سردیجات و مصرف مواد غذایی گرم، حدود ۷۰ درصد نسبت به گروه کنترل در تعدادی از علائم مانند نفخ و بی‌اشتهایی بهبود نشان دادند (۸).

همچنین در مطالعه دیگری تجویز رژیم غذایی گرم در درمان ناباروری همراه با تحریک تخمک‌گذاری سبب شد که در گروه مداخله، میزان باروری ۳۰ درصد بیش از گروه کنترل باشد. همچنین تعداد و اندازه فولیکول‌های غالب نیز به صورت معنی‌داری، تحت تأثیر رژیم غذایی گرم، افزایش یافت (۹، ۱۰).

1. Personalized medicine

۲. این مطلب با تسامح و تساهل زیاد و صرفاً برای نزدیک سازی مطلب به ذهن، ساده سازی شده است و لازم است پژوهشگران یا کسانی که می‌خواهند از این دیدگاه در درمان استفاده کنند، به خوبی در این باره مطالعه کنند.

3. Postprandial Distress Syndrom

○ شش مزه مهم

یکی از نکاتی که در تغذیه طب ایرانی دارای اهمیت است و به نوعی تعیین کننده چهار کیفیت اصلی مواد غذایی (گرمی و سردی / و تری و خشکی) است، توجه به مزه غذاهاست (جدول ۹-۱). لازم به ذکر است بدن ما به همه این مواد با طعم‌های مختلف نیاز دارد (همانند هرم تغذیه) و رژیم غذایی سالم و روزمره باید ترکیب متناسبی از همه مواد و طعم‌ها باشد. اما در توصیه‌های پیشگیرانه یا درمانی ممکن است نسبت آنها به عنوان مُصلح یا تعدیل کننده توسط متخصص آشنا به این مفاهیم تغییر یابد. از طرفی نظریه ارتباط این طعم‌ها و کیفیت‌های مرتبط با آنها، موضوعات پژوهشی بین رشته‌ای بسیار جذابی است.

جدول ۹-۱: مزه و کیفیت‌های وابسته به آن

مزه	کیفیت
ترش	سرد و خشک
تلخ	گرم و خشک
شیرین	گرم و تر
شور	گرم و خشک
تند	گرم و خشک
بی‌مزه	سرد و تر

طعم ترش: مواد ترش مانند آبغوره، آبلیمو، سماق و سرکه، پس از ورود به بدن، سردی و خشکی را افزایش می‌دهند و هرچه ترشی آنها بیشتر باشد، سردی و خشکی آنها افزایش می‌یابد. افراط در استفاده از این مواد، تأثیر منفی بر دستگاه تنفسی و عصبی از خود برجای می‌گذارد و سرفه را افزایش می‌دهد.

طعم تلخ: این مواد گرمی و خشکی بدن را افزایش می‌دهند؛ خون را رقیق نموده، گردش خون را تسهیل می‌نمایند و کار قلب را کاهش، ولی استعداد خونریزی را افزایش می‌دهند.

طعم شیرین: مواد شیرین، گرم و تر هستند. اصلاح کننده مضرات مواد شیرین، مواد ترش هستند. خیلی از خورش‌های خوب ایرانی دارای مزه شیرین و ترش هستند، مانند خورش فسنجان، خورش هویج و خورش آلو.

طعم شور: مواد شور مزه، گرم و خشک هستند. نمک طعام در رأس این مواد قرار دارد. مصرف این مواد، در حد اعتدال، ضروری است اما مصرف زیاد آنها، حرارت بدن را بالا می‌برد و خشکی در بدن ایجاد می‌کند.

طعم تند: مواد تند، گرم و خشک هستند و به شدت حرارت را بالا می‌برند (و متابولیسم را افزایش می‌دهند).

طعم بی‌مزه: مواد بی‌مزه سرد و تر هستند و مصرف بیش از اندازه آنها، سطح انرژی و متابولیسم را کاهش می‌دهد.

○ برخی رژیم‌های غذایی گرم و سرد

در ادامه جدول ۹-۲ (رژیم غذایی گرم) و جدول ۹-۳ (رژیم غذایی سرد) خواهد آمد. اما در ابتدا چند نکته مهم که لازم است در ارتباط با جدول‌ها، به آن توجه شود به شرح ذیل تقدیم می‌شود:

در افرادی که دارای معده و دستگاه گوارش سرد هستند (علامت آن نفخ زیاد، آروغ، سنگینی معده بعد از غذا، ترش کردن و ریفلاکس)؛ ولی مثلاً مبتلا به نوعی بیماری گرم مانند کهیر شده‌اند، استفاده مطلق از غذاهای سرد طی دو هفته، هم منجر به تشدید علائم گوارش شده و هم سبب کاهش اثر بخشی رژیم سرد به علت اختلال فرایند هضم و گوارش غذا می‌شود. در این افراد بهتر است به صورت ترکیبی از فهرست غذاهای گرم (با نسبت بیشتر و بدون چاشنی‌های بسیار گرم مانند زنجبیل و...) و غذاهای سرد (فقط غذاهایی که بیمار قبلاً با خوردن آن‌ها دچار تشدید علائم نشده‌است) مصرف کنند؛ ولی در عوض از داروهای سرد برای تکمیل اثر درمانی مورد انتظار استفاده کنند.

نکته دیگر اینکه فهرست غذاهای ایرانی بسیار مفصل است تا دست پزشک و بیمار در مصرف غذاها مطابق سلیقه خود و عادات منطقه‌ای در هر قسمت از کشور باز باشد. ترجیحاً در دوران بیماری از تنوع طلبی و پرخوری پرهیز شود. به هر تقدیر قانون کاهش غذا، فراموش نشود.

از غذاهای معرفی شده مواردی انتخاب شود که بیمار به آن عادت دارد و با مصرف آن راحت است و برای او عارضه‌ای (مانند علائم گوارشی و عوارض پوستی) ایجاد نمی‌کند. گاهی از نظر تئوری غذایی برای بیمار پیشنهاد می‌شود؛ ولی در عمل، بیمار با آن غذا دچار مشکل می‌شود. در این موارد نظر بیمار و تجربه او در سازگاری با غذا ملاک عمل می‌باشد و نباید اصرار بر مصرف آن غذای خاص کرد.

در مناطق مختلف کشور، غذاهای محلی با مواد مشابه بیان شده در رژیم‌های گرم یا سرد وجود دارد، بنابراین با توجه به فرهنگ غذایی مناطق کشور و عادات‌های منطقه‌ای و جغرافیایی به علت تنظیم و سازگاری سیستم آنزیماتیک دستگاه گوارش از نکات ارزشمند بالینی است که به درمان کمک می‌کند.

نان گندم با کیفیت از بهترین غذاهاست. میزان سبوس معتدل، عاری بودن گندم از مواد آلوده و بیماری‌زا (مانند سموم کشاورزی)، استفاده از مخمر طبیعی، تخمیر مناسب و پختن کافی از ویژگی‌های نان با کیفیت است. نکته قابل ذکر این که ارزش غذایی برنج آبکش خوش طعم و خوش بو که در مناطق شمالی ایران کاشته می‌شود (نه برنج هندی و پاکستانی) هم تراز با نان خوب می‌باشد و در افراد با ضعف قوا و یا ضعف هضم توصیه می‌شود و بر نان گندم در این موارد اولویت دارد.

در خورش‌های جدول غذاهای سرد می‌بایست میزان گوشت مصرفی نسبت به دستور پخت‌های معمول حدود ۵۰ درصد کاهش یابد و در عوض میزان استفاده از ماده غذایی سرد مانند کدو، آلو و اسفناج به ترتیب در خورش کدو و خورش آلو و اسفناج افزایش یابد.

استفاده از برخی چاشنی‌ها مانند زیره و زعفران در غذای زنان باردار و شیرده باید محدود و با نظر پزشک انجام شود.

جدول ۹-۲: رژیم غذایی گرم

غذاها	سوپ جوجه، سوپ ماهیچه، سوپ برنج، فرنی با آرد برنج خوش بو، حریره بادام، شیر برنج، آبگوشت، سوپ هویج، سوپ شوید، سوپ جعفری، سوپ زیره. نان+کره و مربای بالنگ، هویج، به، شفاقل یا بهار نارنج، نان+کره و عسل، نان+پنیر و گردو، نان+ارده و شیره انگور یا شیره انجیر، نان+تخم مرغ عسلی یا آب پز. خورشت هویج، خورشت قیمه، خورشت فسنجان شیرین، خورشت کرفس، خورشت کنگر، ته چین مرغ یا بره، کشمش پلو، مرصع پلو، هویج پلو، شیرین پلو، سبزی پلو با گوشت، شوید پلو با گوشت، زیره پلو با گوشت، کباب کوبیده خانگی، کباب برگ، گوشت گوسفند یا بز جوان، گوشت مرغ، میگو.
میوه‌جات، سبزیجات و دانه‌ها	انجیر، انگور، سیب شیرین، گلابی شیرین، خرما و رطب، انار شیرین، موز، توت شیرین، نارگیل، انبه رسیده، ریحان، تره، زیتون، بادام شیرین، پسته، گردو، فندق و تخم آفتابگردان.
لبنیات و روغن‌ها	روغن زیتون، روغن کنجد، روغن آفتابگردان، روغن گاو.
نوشیدنی‌ها و طعم‌دهنده‌ها	آب هویج، آب سیب، شربت عسل، شربت زعفران، شیر عسل، چای طبیعی، نمک، فلفل.

جدول ۹-۳: رژیم غذایی سرد

غذاها	سوپ کاهو، سوپ کدو، سوپ گشنیز، سوپ جو، سوپ آلو، سوپ انار، سوپ غوره، سوپ سماق، سوپ سرکه، حریره نشاسته. نان+پنیر سفید، نان+کره (به میزان کم) و مربای توت فرنگی، تمشک یا گل محمدی، نان+خامه و مربای آلبالو. خورشت کدو، خورشت آلو، خورشت آلو و اسفناج، خورشت به، خورشت بامیه، چلو با ماست، آلبالو پلو، زرشک پلو، عدس پلو، چلو گشنیز، خوراک به، اسفناج و ماست، آبدوغ خیار، سالاد کاهو، نان و ماست، نان همراه چهار عدد نارنگی پرپر شده، نان با کاهو سکنجبین.
میوه‌جات، سبزیجات و دانه‌ها	انار ملس یا ترش، هندوانه، مرکبات شیرین مانند لیمو شیرین و پرتقال شیرین، هلو، آلو، خیار، کدو، کاهو، اسفناج، گشنیز، گوجه‌فرنگی، ریواس، تخم هندوانه و تخم کدو (بدون نمک).
لبنیات و روغن‌ها	ماست، دوغ، روغن تخم کدو، روغن زیتون یا کنجد به مقدار کم.
نوشیدنی‌ها و طعم‌دهنده‌ها	آب پرتقال، شربت لیمو، شربت آلبالو، ماء‌الشعیر طبی، شربت زرشک، آب غوره، سرکه، آبلیمو، چای طبیعی (بدون افزودنی، رنگ و اسانس).

○ دستور تهیه برخی غذاهای ذکر شده در جدول ۹-۲ و ۹-۳

- سوپ ماهیچه: یک عدد ماهیچه گوسفند را با کمی نمک و آب بپزید و کف آن را بگیرید، سپس یک عدد پیاز متوسط اضافه کنید. پس از رسیدن آب آن به دو الی سه لیوان، گاز را خاموش کنید و آب آن را صاف کرده به اندازه یک عدس، زعفران اضافه کنید. هر یک ساعت سه تا پنج قاشق غذاخوری آب سوپ را میل کنید.
- سوپ جوجه: ۳۰۰ گرم جوجه مرغ (مرغ‌های زیر ۱۳۰۰ گرم یا در صورتی که یافت نشد مرغ‌های ترجیحاً زیر دو کیلوگرم) را با مقدار کافی آب با شعله کم بجوشانید، در حین جوشیدن، کف آن را جدا کنید. سپس یک پیاز متوسط به آن اضافه کنید. وقتی جوجه مرغ پخت و آب آن به دو الی سه لیوان رسید

زعفران و کمی نمک به آن اضافه کنید و شعله گاز را خاموش کنید و آب آن را صاف کنید. هر یک ساعت سه تا پنج قاشق غذاخوری آب سوپ را میل کنید.

- سوپ شوید: یک فنجان برنج (برنج‌های معطر ایرانی)، ۱۰ فنجان آب، پنجاه گرم شوید تازه خرد شده، نمک و زردچوبه به مقدار کافی. بعد از پخت، یک قاشق غذاخوری روغن زیتون اضافه کنید. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ پیاز: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، دو عدد پیاز متوسط تازه خرد شده، نمک و زردچوبه به مقدار کافی. بعد از پخت یک قاشق غذاخوری روغن زیتون اضافه شود. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ جعفری: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، پنجاه گرم جعفری خرد شده، نمک و زردچوبه به مقدار کافی. بعد از پخت یک قاشق غذاخوری روغن زیتون اضافه شود. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ زیره: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، یک قاشق مرباخوری زیره تازه پودر شده، نمک و زردچوبه به مقدار کافی. بعد از پخت یک قاشق غذاخوری روغن زیتون اضافه شود. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ گشنیز: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، پنجاه گرم گشنیز خرد شده، نمک و زردچوبه به مقدار کافی. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ کاهو: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، صد گرم کاهوی خرد شده، نمک و زردچوبه به مقدار کافی. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ کدو: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، دو عدد کدوی سبز خورشیدی خرد شده با پوست، نمک و زردچوبه به مقدار کافی. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ آبغوره: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، سه تا چهار قاشق غذاخوری آبغوره، نمک به مقدار کافی. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ سرکه: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، سه تا چهار قاشق غذاخوری سرکه، نمک به مقدار کافی. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ جو: یک پیمانه جو پوست کنده (ترجیحاً بلغور جو)، ۱۰ فنجان آب، نمک و زردچوبه به مقدار کافی. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ آلو: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، ۱۰ تا ۱۲ عدد آلو بخارا، نمک به مقدار کافی. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ تره: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، صد گرم تره خرد شده. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ تمر هندی: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، یک تا دو قاشق غذاخوری تمر هندی، نمک به مقدار کافی. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.

- سوپ انار: یک فنجان برنج، ۱۰ فنجان آب، یک پیمانه آب انار، نمک به مقدار کافی. یک فنجان ابتدای هر وعده غذا میل شود.
- خورشت کدو: ۱۰۰ گرم گوشت گوسفندی، ۲۰۰ گرم کدوی سبز، دو قاشق غذاخوری آبلیمو یا آبغوره، نمک و زردچوبه به مقدار کافی.
- خورشت به: ۱۰۰ گرم گوشت گوسفندی، ۲۰۰ گرم به، یک قاشق آبلیمو، یک قاشق شکر، نمک به مقدار کافی اضافه شود.
- خورشت بامیه: ۱۰۰ گرم گوشت گوسفندی، ۲۰۰ گرم بامیه، دو قاشق آبلیمو یا آبغوره، نمک و زردچوبه به مقدار کافی.
- خورشت آلو و اسفناج: ۱۰۰ گرم گوشت گوسفندی، ۵۰ گرم آلو، ۲۰۰ گرم اسفناج، نمک و زردچوبه به مقدار کافی.
- خوراک به: ۱۰۰ گرم گوشت مرغ، ۲۰۰ گرم به، ۵۰ گرم آلو خورشتی، یک قاشق آبلیمو، یک قاشق شکر، نمک به مقدار کافی.
- خوراک کدو: ۱۰۰ گرم گوشت مرغ، ۲۰۰ گرم کدوی سبز، ۵۰ گرم آلو، یک قاشق آبلیمو، یا یک قاشق آبغوره، نمک به مقدار کافی.
- حریره نشاسته: یک قاشق مرباخوری نشاسته، یک لیوان آب، کمی شکر.
- ماء الشعیر طیبی: یک واحد جو پوست کنده را در ۱۴ واحد آب با حرارت ملایم بجوشانند تا به حدود ۱۱ تا ۱۲ واحد برسد (طوری که جوها کمی شروع به نرم شدن کنند). سپس آن را صاف کرده و در جای خنک نگهداری شود. بجای آب، هنگام تشنگی میل شود.

○ منابع

- 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
- 1) Aisan Nozad, Mir Bahram Safari, Ehsan Saboory, Leila Derafshpoor, Parvaneh Mohseni Moghaddam, Farzaneh Ghaffari, Mohsen Naseri. Caloric Restriction and Formalin-Induced Inflammation: An Experimental Study in Rat Model. *Iran Red Crescent Med J.* 2015 Jul; 17(7): e22590.
- 2) Mir Bahram Safari, Aisan Nozad, Farzaneh Ghaffari, Saeid Ghavamzadeh, Fatemeh Alijaniha, Mohsen Naseri. Efficacy of a Short-Term Low-Calorie Diet in Overweight and Obese Patients with Chronic Sciatica: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2020. Vol:26. No: 20.
- 3) Gaku HIBINO, Tomonori NADAMOTO, Fumiko FUJISAWA & Tohru FUSHIKI. Regulation of the Peripheral Body Temperature by Foods: A Temperature Decrease Induced by the Japanese Persimmon (kaki, *Diospyros kaki*). *Bioscience, Biotechnology, and Biochemistry.* 2003. 67:1, 23-28, DOI: 10.1271/bbb.67.23
- 4) Naoki Midoh, Takanori Noguchi. Effect of chicken soup intake on mood states and peripheral blood flow in humans. *Journal of Health Science.* 2009. 55 (1). 56-61
- 5) Yoshizu Nozawa, Motonaka Kuroda, Takanori Noguchi. Consumption of Dried-bonito Broth Acutely Increases Peripheral Blood Flow in Humans. *Journal of Health Science.* 2007. 53 (3). 339-343
- 6) Sharon Varghese. Peter Kubatka. Luis Rodrigo. Katarina Gazdikova. Martin Caprnda. Julia Fedotova. *International Journal of Food Sciences and Nutrition.* Chili pepper as a body weight-loss food. 2017. 68 (4). 392-401
- 7) Shirin Parvinroo, Saleh Zahediasl, Masoumeh Sabetkasaei, Mohammad Kamalinejad, Farzaneh Naghibi. The effects of selected hot and cold temperament herbs based on Iranian traditional medicine on some metabolic parameters in normal rats. *Iran J Pharm Res.* 2014 Winter; 13(Suppl): 177-184.

- 8) Fereshteh Nouri, et al. Effect of a Persian metabolic diet on the functional dyspepsia symptoms in patients with postprandial distress syndrome: a randomized, double-blind clinical trial. *J Complement Integr Med.* 2021 Nov 9. doi: 10.1515/jcim-2021-0368. Online ahead of print.
- 9) Jamebozorg N, , Samani LN, Naseri M, Beigi RM, Haghani H. The effect of iranian traditional medicine based dietary intervention on incidence of pregnancy in women undergoing ovulation stimulation. *Journal of reproduction and infertility.* Conference: 4th international congress on reproduction, ISERB 2018. Iran, islamic republic of, 2018, 19 Suppl 2(2), 160- 161 | added to CENTRAL: 30 June 2019 | 2019 Issue 06
- 10) Alibeigi Z. Jafari-Dehkordi E. Kheiri S. Nemati M. Mohammadi-Farsani G. Tansaz M. The Impact of Traditional Medicine-Based Lifestyle and Diet on Infertility Treatment in Women Undergoing Assisted Reproduction: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Medicine Research.* 2020, V27, N4

فصل ۱۰: تدابیر حفظ سلامتی در کبد چرب، فشار خون و دیابت

دکتر علی مظفرپور، دکتر نرجس گرجی، دکتر مائده رزقی، دکتر محمد ستایش

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- توصیه‌های طب ایرانی در کبد چرب
- توصیه‌های طب ایرانی در فشار خون بالا
- توصیه‌های طب ایرانی در دیابت

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- در مبتلایان به کبد چرب، توصیه‌ها و رژیم غذایی مناسب تجویز کنیم.
- در مبتلایان به فشار خون بالا، توصیه‌ها و رژیم غذایی مناسب تجویز کنیم.
- در مبتلایان به دیابت، توصیه‌ها و رژیم غذایی مناسب تجویز کنیم.

○ توصیه‌های طب ایرانی در کبد چرب

کبدچرب غیرالکلی^۱ شایع‌ترین بیماری مزمن کبد است. شیوع این بیماری در خاورمیانه حدود ۲۵ درصد گزارش شده است (۱). NAFLD به طیفی از اختلالات اطلاق می‌شود که در آن تجمع چربی در سلول‌های کبدی، بدون هیچ علت ثانویه‌ای نظیر مصرف الکل رخ می‌دهد. این اختلال از استئاتوز ساده خوش خیم، آغاز و سپس به التهاب در سلول‌های کبدی و نهایتاً به تخریب هپاتوسیت‌ها، فیبروز و در نهایت نارسایی کبدی منجر می‌شود (۲). در حال حاضر، NAFLD دومین شاخص اصلی برای پیوند مرتبط با هپاتوسلولار کارسینوما در آمریکا است (۳). ارتباط تنگاتنگی بین سبک زندگی نادرست و بروز کبد چرب وجود دارد.

از دیدگاه طب رایج، درمان‌های کبد چرب غیر الکلی، به طور عمده مبتنی بر درمان‌های غیر دارویی از جمله اصلاح سبک زندگی، ورزش، کاهش وزن اصولی و محدود کردن کربوهیدرات‌ها است. در زمینه ساخت دارو، تاکنون هیچ درمان دارویی کاملاً مؤثری وجود ندارد (۲). داروهایی نظیر ویتامین E، متفورمین، داروهای کاهنده وزن از رایج‌ترین داروهای مورد استفاده در این زمینه است (۴، ۵).

بر اساس تعریفی که امروزه از بیماری کبد چرب و مراحل مختلف آن بیان شده است و تبیین و تطبیق آن با منابع طب ایرانی، به نظر می‌رسد مراحل مختلف سیر بیماری کبدچرب، با انواعی از سوءمزاج‌های مادی کبد، سُدّه (تنگ شدن مجاری نوعی انسداد نسبی است)، اورام کبد (معادل التهاب)، ضعف کبد و سوءالقنیه (نوعی سوءالمزاج و نارسایی کبدی) تا حد زیادی انطباق دارد.

بر اساس مبانی طب ایرانی نیز مهم‌ترین جزء درمان، اصلاح سبک زندگی است که در این بین، اصلاح هضم و گوارش نقش ویژه‌ای دارد. رعایت اصول زیر از مهم‌ترین دستورات طب ایرانی در این خصوص است (۶، ۷)

- ✓ خوب جویدن غذا
- ✓ منظم غذا خوردن
- ✓ پرهیز از پرخوری
- ✓ پرهیز از خوردن غذا قبل از هضم کامل وعده قبلی (حداقل ۴-۶ ساعت زمان لازم است).

1. (Non-alcoholic Fatty Liver Disease=NAFLD)

- ✓ خوردن غذا در حالت آرامش و پرهیز از تماشای تلویزیون حین صرف غذا
- ✓ پرهیز از استحمام و یا فعالیت بدنی بلافاصله بعد از غذا
- ✓ خوردن غذا فقط در هنگام گرسنگی (نه از روی عادت)
- ✓ دست کشیدن از غذا قبل از سیری کامل
- ✓ پرهیز از نوشیدن مایعات بخصوص مایعات سرد نیم ساعت قبل از غذا، حین غذا و تا ۱-۲ ساعت بعد از غذا (در صورت عطش زیاد، نوشیدن جرعه جرعه مقدار کمی آب)
- ✓ پرهیز از نوشیدن آب بین خواب، ناشتا، در حال ورزش و بلافاصله بعد از ورزش و کار سنگین، استحمام و رابطه جنسی (۸)
- ✓ ورزش منظم روزانه (شدت و مدت ورزش بر اساس شرایط فرد تعیین می‌شود).
- ✓ خوردن شام در ساعات ابتدایی شب و خوابیدن تا قبل از ساعت ده شب
- رژیم غذایی: تدابیر و پرهیزات کلی و عمومی

▪ پرهیزات: غذاهای غلیظ مانند هلیم، کله پاچه، غذاهای محتوی نشاسته، گوشت گاو، ماکارونی، آش رشته، لازانیا، شیربرنج، قارچ، پیتزا، سیراب و شیردان، جگر، گوشت بریان، نان فطیر. همچنین کباب خام یا سوخته، دسرهای بسیار شیرین، ته دیگ، سیب زمینی و کته، کشک، غذاهای شور و پر ادویه، غذاهای سرخ شده در روغن، مصرف زیاد قند، شکر، شهد مربا، عسل و شربت

▪ توصیه‌ها: کم کردن حجم غذا (با توجه به وضعیت فرد تعیین می‌شود)، جایگزینی روغن مصرفی با روغن زیتون، مصرف معتدل میوه‌هایی نظیر انار (۹) (در فصل انار، مصرف میوه و در سایر فصول مصرف رب انار)، سیب (۱۰)، زیتون (۱۱)، کبر (۱۲) (ترشی کبر به همراه ناهار)، جوارش آمله (۱۳) (یک قاشق مربا خوری بعد از ناهار و شام)، انجیر خیس خورده یا خاکشیر دم کشیده در آب جوش (در صورت وجود یبوست و با توجه به شرایط فرد)

بر اساس کتب مرجع طب ایرانی و گیاهان دارویی، مفردات گیاهی متعدد یا ترکیبی وجود دارند که شواهدی از اثربخشی آنها بر بیماری کبد وجود دارد. برخی از این مفردات گیاهی عبارتند از: بومادران، اسارون، زرشک، افیمون، افسنتین، کاسنی، کنگر فرنگی، شاهتره، شیرین بیان، زیتون، بارهنگ، خارمریم، انیسون، عناب، تمر هندی، تخم گشنیز، تخم کاهو، ریشه ریوند، سنا و برگ آویشن (۱۴، ۱۵). بدیهی است فرم دارویی و شیوه مصرف هر یک از این موارد می بایست با لحاظ کردن شرایط بیمار، اعم از مزاج، شدت بیماری، وجود بیماری زمینه‌ای و با مشورت پزشک معالج صورت گیرد.

○ منابع

- 1) Lonardo A, Lugari S, Nascimbeni F. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) diagnosis and management—differentiating the essential from the ancillary and the present from the future. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition*. 2020;9(3):374.
- 2) Liver EAftSoT, Diabetes EAftSo. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *Obesity facts*. 2016;9(2):65-90
- 3) Wong RJ, Cheung R, Ahmed A. Nonalcoholic steatohepatitis is the most rapidly growing indication for liver transplantation in patients with hepatocellular carcinoma in the US. *Hepatology*. 2014;59(6):2188-95.

- 4) Zein CO, Yerian LM, Gogate P, Lopez R, Kirwan JP, Feldstein AE, et al. Pentoxifylline improves nonalcoholic steatohepatitis: a randomized placebo-controlled trial. *Hepatology*. 2011;54(5):1610-9.
- 5) Harrison SA, Fecht W, Brunt EM, Neuschwander-Tetri BA. Orlistat for overweight subjects with nonalcoholic steatohepatitis: a randomized, prospective trial. *Hepatology*. 2009;49(1):80-6.
- 6) Nimrouzi M, Zare M. Principles of nutrition in Islamic and traditional Persian medicine. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*. 2014;19(4):267-70.
- 7) Mokaberinejad R, Parsa E, Khodadoost M, Zareiyani A, Mojahedi M, Kargar SAF, et al. A review of the recommendations for maintaining gastric health from the perspective of Persian medicine. 2019.
- 8) Jafari P, Mojahedi M, Zareiyani A, Mokaberinejad R, Raghimi MC, Hakimi F, et al. Water intake from the points of view of Rhazes and Avicenna. *Complementary medicine research*. 2019;26(2):126-32.
- 9) Pfohl M, DaSilva NA, Marques E, Agudelo J, Liu C, Goedken M, et al. Hepatoprotective and anti-inflammatory effects of a standardized pomegranate (*Punica granatum*) fruit extract in high fat diet-induced obese C57BL/6 mice. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. 2021;72(4):499-510.
- 10) Skinner RC, Warren DC, Agarwal G, Naveed M, Benedito VA, Chantler PD, et al. Apple pomace influences liver-adipose tissue inflammatory crosstalk in young female rats consuming a Western diet. *The FASEB Journal*. 2019;33(S1):872.3-3.
- 11) Priore P, Cavallo A, Gnoni A, Damiano F, Gnoni GV, Siculella L. Modulation of hepatic lipid metabolism by olive oil and its phenols in nonalcoholic fatty liver disease. *Iubmb Life*. 2015;67(1):9-17.
- 12) Khavasi N, Somi M, Khadem E, Ayati MH, Torbati M, Fazljou S. Daily consumption of the capparid spinosa reduces some atherogenic indices in patients with non-alcoholic fatty liver disease: a randomized, double-blind, clinical trial. *Iran Red Cres Med J*. 2018.
- 13) Huang C-Z, Tung Y-T, Hsia S-M, Wu C-H, Yen G-C. The hepatoprotective effect of *Phyllanthus emblica* L. fruit on high fat diet-induced non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) in SD rats. *Food & function*. 2017;8(2):842-50.
- 14) Hasheminasab FS, Tajadini H, Setayesh M. An evidence-based study on pharmacological treatments of non-alcoholic fatty liver disease based on traditional persian medicine. *Current Traditional Medicine*. 2020;6(3):188-202.
- 15) Siahpoosh Marzieh. Fatty liver (In Persian). *Iranian Teb*, 1399. 306-330.

○ توصیه‌های طب ایرانی در فشار خون بالا

در قدم اول اصلاح سبک زندگی در این بیماران ضروری است و در این راستا نکات زیر بسیار حائز اهمیت است:

ورزش و فعالیت بدنی: بسته به شرایط بیمار، ورزش مناسب پیشنهاد می‌شود. از یک ماساژ ملایم بدن در سالمندان با بیماری‌های شدید تا پیاده‌روی تند یا دویدن آرام، شنا و دوچرخه سواری برای کمک به درمان فشار خون توصیه می‌شود. برای اثربخشی بهتر، باید به طور منظم و حداقل هفته‌ای سه جلسه سی دقیقه‌ای ورزش کرد (۱).

اصلاح الگوی خواب: خواب منظم، کافی و به موقع و پرهیز از بیداری شبانه می‌تواند به تنظیم فشار خون کمک کند. مطالعات نشان داده است که کاهش مدت زمان و کیفیت خواب می‌تواند موجب افزایش سطح فشار خون شود (۲).

توجه به حالات روحی: تا حد ممکن از عوامل استرس زا پرهیز شود و حتما مشکلات روحی بیمار درمان شود. زیرا یکی از عوامل افزایش فشار خون که به سرعت عمل می‌کند، استرس و عصبانیت است (۳). تنفس‌های عمیق شکمی و ماساژ در کنار درمان‌های دارویی و روان‌درمانی می‌تواند در این زمینه به بیمار کمک کند. **رفع یبوست:** برقراری دفع مناسب از الزامات درمان فشار خون است که حتما باید به آن توجه شود. کمک به رفع یبوست با تدابیر غذایی و دارویی مناسب در این بیماران بسیار مهم و ضروری است (۴).

کاهش وزن: ثابت شده است که فشار خون در افراد دارای اضافه وزن به ویژه کسانی که چاقی شکمی دارند شایع‌تر است، بنابراین بهتر است در این افراد با رعایت یک برنامه غذایی مناسب همراه با فعالیت بدنی به کاهش وزن منطقی اقدام کرد (۵).

اصلاح تغذیه: بدون شک، مشکلات تغذیه‌ای از مهم‌ترین عوامل ایجاد پر فشاری خون هستند و رعایت قوانین خوردن و آشامیدن در کنترل فشار خون بسیار موثر هستند:

- جویدن کامل غذا و میل کردن غذا در محیطی آرام و به دور از استرس
- پرهیز از درهم خوری، پرخوری، بد و بی موقع غذا خوردن
- عدم نوشیدن انواع نوشیدنی‌ها همراه با غذا که باعث اختلال در فرایند هضم و عبور غذا در مسیر لوله گوارش می‌شوند
- پرهیز از غذاهای سنگین و دیر هضم مانند کله پاچه، ماکارونی، اولویه، گوشت گاو، فست فودها و نیز تا حد امکان اجتناب از خوردن بادمجان، قارچ، عدسی و کلم
- از افراط در مصرف گوشت قرمز و غذاهای حیوانی به خصوص غذاهای چرب و سرخ شده که با درجه حرارت بالایی طبخ می‌شوند، پرهیز شود و به جای آن، خورش‌ها و کباب‌ها به اندازه متعادل جایگزین شود و مصرف بیشتر میوه و سبزیجات بخارپز در برنامه غذایی گنجانده شود.
- مصرف چربی به حداقل کاهش پیدا کرده و برای پخت و پز و سالاد از روغن‌های گیاهی طبیعی مانند روغن زیتون (به خصوص انواع تصفیه نشده آن) استفاده شود.

- پرهیز از مصرف مواد حاوی افزودنی‌ها، تنقلات مصنوعی و غذاهای فرآوری شده که حاوی مقدار زیادی نمک و ادویه‌ها هستند مثل انواع سوسیس و کالباس، نوشابه، چیپس، پفک، غذاهای کنسروی، شوری‌ها، ترشی‌ها، انواع سس‌ها و چاشنی‌های کارخانه‌ای
- از مصرف زیاد نمک و غذاهای پر نمک و ادویه پرهیز شده، به جای نمک از گیاهان تازه یا خشک نظیر گلپر، آویشن، نعناع خشک، کنجد، پودر سیر و پیاز و آب لیموی تازه استفاده شود.
- محدود کردن مصرف قند و شکر و هر چیزی که با آنها تهیه می‌شود و جایگزین کردن آنها با شیرینی‌های طبیعی مانند خرما و عسل در حد متعادل
- تا حد امکان از غذاهای نفاخ کمتر مصرف شود.
- مصرف نان‌ها و مواد کربوهیدراتی تهیه شده از آردهای سفید و بدون سبوس و خمیردار به حداقل رسیده و به جای آن از نان‌های سبوس‌دار و حاوی جو دوسر استفاده شود که می‌تواند اثر مثبتی در کاهش فشار خون داشته باشد.
- فعالیت و ورزش سنگین نکردن بعد از غذا خوردن
- رعایت فاصله از غذا برای فعالیت جنسی (حداقل دو ساعت)
- نخوابیدن بلافاصله بعد از غذا خوردن

توصیه‌های غذایی جهت پیشگیری و درمان پر فشاری خون

- مصرف روزانه سبزیجات مانند گشنیز، شنبلیله، شوید، جعفری، ریحان، نعنا، شاهی، کاهو و اسفناج به عنوان سبزی خوردن و همچنین در غذاها و سالادها از جمله سالاد زیتون توصیه می‌شود. مصرف چند عدد زیتون یا زیتون پرورده در کنار وعده‌های غذایی مفید می‌باشد.
- مصرف میوه‌های عناب، زالزالک، آلبالو، سیب، به، گلابی، تمشک و انگور در رژیم غذایی گنجانده شود. به عنوان آبمیوه، آب انار، آب هویج، آب سیب، آب کرفس، آب زرشک و آب آلبالو پیشنهاد می‌شود.
- می‌توان از مغزها و دانه‌های گیاهی مثل بادام درختی و گردو به صورت خام در رژیم غذایی روزانه بهره برد.
- مصرف مقدار کمی پیاز یا سیر در غذاها و همچنین افزودن موادی مثل رب انار، آب زرشک، آب نارنج، آب غوره، آبلیمو، سماق و سس رب انار به عنوان چاشنی غذاها و سالادها توصیه می‌شود.
- در وعده صبحانه، مرباهایی مانند آلبالو، به، سیب، هویج، تمشک و ترکیب سیاه‌دانه و عسل، پیشنهاد می‌شود.

۱. سالاد زیتون: زیتون، سیر، کرفس، جعفری و گردو، خرد شده و دانه‌های انار به همراه آب لیمو ترش تازه و روغن زیتون به آن اضافه می‌گردد.
 ۲. سس رب انار: مخلوطی از رب انار، عسل و روغن زیتون. از این سس می‌توان در انواع سالاد‌های فصل استفاده کرد.

- در وعده نهار و شام، غذاهایی مانند خورش کرفس، خورش کدو، خورش اسفناج، خورش به، زرشک پلو با جوجه، گشنیز پلو، آش آبغوره^۱، آش آلو^۲ و آش انار می تواند مفید باشد.
 - مصرف دم نوش چای ترش، چای سبز، عناب، آلبالو، زعفران و هل نیز توصیه می شود (۸-۶).
- در جدول ۱۰-۱۱ اطلاعات چند نمونه از گیاهان دارویی که در مطالعات متعدد اثرات آنها در کنترل فشار خون به اثبات رسیده است، ذکر می شود.

جدول ۱۰-۱: گیاهان دارویی مؤثر در فشار خون

نام گیاه	نام علمی	بخش مورد استفاده	ماده مؤثره	مکانیسم اثر	تداخلات
کرفس (9)(Celery)	<i>Apium graveolens L.</i>	برگ‌ها، ساقه، دانه	Flavonoids (Apigenin), silybinolide	- کاهش سطح کاتکول آمین‌های در گردش - کاهش مقاومت عروقی - آنتی اکسیدان و کاهش اکسیداتیو استرس - بلوک کانال کلسیمی	با داروهای فنوباربیتال، لووتیروکسین و وارفارین (در صورت استفاده زیاد از گیاه)، و داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (موجب افزایش اثر بخشی)
پیاز (10)(Onion)	<i>Allium cepa L.</i>	میوه	Sulfur compounds, Flavonoids (Quercetin)	- افزایش بیان آنزیم اندوتلیال سنتز کننده نیتریک اکسید - کاهش انقباض عروق - کاهش ویسکوزیته خون و جلوگیری از لخته شدن خون - گشادکننده عروق غیر وابسته به اندوتلیوم در عروق بزرگ (از طریق تنظیم سطح کلسیم خارج سلولی) - گشادکننده عروق وابسته به اندوتلیوم در شریان‌های کوچک (مهار فعالیت NADPH اکسیداز) - آنتی اکسیدان	در محدوده دوز درمانی تداخل خاصی ندارد.
چای سبز (11)(Green tea)	<i>Camellia sinensis (L.) Kuntze</i>	برگ‌ها	Catechins	- کاهش استرس اکسیداتیو با مکانیسم‌های مولکولی مختلف - گشاد شدن عروق از طریق افزایش آزادسازی نیتریک اکسید - کاهش اندوتلین-۱ - ضد التهاب - مهار فعال سازی NF-κB در سلول‌های اندوتلیال - مهار تکثیر سلولی در سلول‌های صاف ماهیچه عروق	با داروهای قلبیایی (تاخیر در جذب به دلیل وجود تانن)

۱. آش آبغوره: به جو پوست کنده، برنج و ماش، پیاز خلال شده اضافه شده تا همه مواد بپزد. پس از آن سبزی آش خرد شده و زرشک به همراه نمک، فلفل، دارچین، زنجبیل و زردچوبه به آن اضافه شده و روی حرارت می ماند تا آش به قوام مناسب برسد و پخته شود. در انتها روغن زیتون، آبغوره و گلبر ساییده شده افزوده می شود.
 ۲. آش آلو: حاوی برنج، ماش، لوبیا چیتی، سبزی تازه شامل تره، جعفری و اسفناج، پیاز، آلو بخارا، روغن زیتون، گوجه فرنگی، آبغوره، نعناع خشک، نمک، فلفل، زردچوبه و گلبر ساییده شده است و مشابه آش آبغوره تهیه می شود.
 ۳. آش انار: به برنج نیم پز شده در حال جوشیدن، آب انار، آب به و مقداری روغن بادام شیرین به آن اضافه می شود تا مواد جذب برنج شود. به عنوان ادویه کمی نعناع تازه، هل و دارچین اضافه می گردد. در صورت تمایل می توان گوشت جوجه مرغ به این آش اضافه کرد.

(ادامه) جدول ۱۰-۱: گیاهان دارویی مؤثر در فشار خون

نام گیاه	نام علمی	بخش مورد استفاده	ماده مؤثره	مکانیسم اثر	تداخلات
(12) سیر (Garlic)	<i>Allium sativum</i> L.	میوه تازه و خشک، روغن آن	Sulfur compounds (Allicin, S allyl cysteine, diallyl trisulfides, methyl thiosulfonate)	- گشاد کننده عروق (از طریق افزایش سطح نیتریک اکسید و هیدروژن سولفاید) - مهار فعالیت angiotensin converting enzyme (ACE) - کاهش مقاومت عروق محیطی - آنتی اکسیدان - ضد التهاب - کاهش توانایی لخته شدن خون - جلوگیری از تکثیر سلولی در سلول‌های ماهیچه صاف عروق	با داروهای ضد انعقاد و ضد پلاکت مانند وارفارین، آسپرین، دی‌پیریدامول و داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) مثل ایندومتاسین (به علت اثر مهاری گیاه بر تجمع پلاکتی و افزایش خطر خونریزی، حتما در صورت مصرف همزمان علائم و نشانه‌های خونریزی مونیتر شود). الکل، داروهای مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین مانند لیزینوپریل و مهارکننده آنزیم پروتئاز ویروس HIV مانند ساکویناویر
(13) چای ترش (Roseale)	<i>Hibiscus sabdariffa</i> L.	گل، برگ	Flavonoids (gossypetin), anthocyanins	- گشادکننده عروق (از طریق افزایش تولید نیتریک اکسید، مهار کانال‌های کلسیمی و باز کردن کانال‌های پتاسیمی) - مهار هایپرتروفی قلبی - دیورتیک و کاهش محتوای سدیم خون - آنتی اکسیدان قوی - ضد التهاب	در محدوده دوز درمانی تداخل خاصی ندارد.
(14) زالزالک (Hawthorn)	<i>Crataegus</i> spp.	میوه، گل، برگ و مخلوطی از بخش‌های متفاوت گیاه	Flavonoids (quercetin, hyperoside, rutin), oligomeric proanthocyanidins (catechin)	- آنتی اکسیدان - ضد التهاب - گشادکننده عروق (از طریق افزایش تولید نیتریک اکسید) - دیورتیک و دفع آب و سدیم	افزایش اثر گلیکوزیدهای قلبی مثل دیگوکسین (دوز گلیکوزیدها باید با روند کاهشی تعدیل شود) با داروهای آنتی پلاکتی (به دلیل افزایش احتمال خونریزی، نشانه‌های خونریزی مونیتر شود) به دلیل عملکرد مشابه داروهای آنتی آریتمی کلاس III (amiodarone, ibutilide, sotalol, dofetilide, dronedarone) نباید هم زمان با این داروها مصرف شود. به دلیل اثرگذاری روی عملکرد کانال‌های پتاسیمی نباید با داروهایی با عملکرد مشابه مثل سیزاپراید استفاده شود..
(15) زیتون (Olive)	<i>Olea europaea</i> L.	میوه، برگ و روغن	Phenolic compound (oleuropein)	- اثر آنتی اکسیدانی - اثر گشادکنندگی عروق - افزایش سنتز نیتریک اکساید - مهار ACE و Adrenoceptor beta 2 - اثر ضد التهابی	در صورت مصرف همزمان با داروهای کاهنده فشارخون مانند آنتولول، متوپرولول، آملودیپین، انالپریل و کاپتوپریل و داروهای کاهنده قند خون مانند متفورمین، گلی بنکلامید و گلی کلزاید چک فشار و قند برای پیشگیری از افت صورت گیرد.

○ منابع

- 1) Carpio-Rivera E, Moncada-Jiménez J, Salazar-Rojas W, Solera-Herrera A. Acute effects of exercise on blood pressure: a meta-analytic investigation. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 2016;106: 422-33.
- 2) Knutson KL, Van Cauter E, Rathouz PJ, Yan LL, Hulley SB, Liu K, et al. Association between sleep and blood pressure in midlife: the CARDIA sleep study. *Archives of internal medicine*. 2009;169(11):1055-61.
- 3) V Ushakov A, S Ivanchenko V, A Gagarina A. Psychological stress in pathogenesis of essential hypertension. *Current hypertension reviews*. 2016;12(3):203-14.

- 4) Prasad M, Wetzler G, Holtmann J, Dapul H, Kupferman JC. Constipation, renovascular hypertension, and posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES). *European journal of pediatrics*. 2016;175(3):421-5.
- 5) Fantin F, Giani A, Zoico E, Rossi AP, Mazzali G, Zamboni M. Weight loss and hypertension in obese subjects. *Nutrients*. 2019;11(7):1667.
- 6) Chrysant SG, Chrysant GS. Herbs used for the treatment of hypertension and their mechanism of action. *Current hypertension reports*. 2017;19(9):1-0.
- 7) Kamyab R, Namdar H, Torbati M, Ghojazadeh M, Araj-Khodaei M, Fazljou SM. Medicinal Plants in the Treatment of Hypertension: A Review. *Advanced Pharmaceutical Bulletin*. 2020.
- 8) Basati G, Mehrabi Rad F, Momeni Safarabadi A, Shakib P, Sedighi M, Cheraghi M. An Overview of the Most Important Medicinal Plants that Affect Hypertension and their Antihypertensive Mechanism. *Journal of Medicinal plants and By-product*. 2021; 1:1-8.
- 9) Madhavi D, Kagan D, Rao V. A pilot study to evaluate the antihypertensive effect of a celery extract in mild to moderate hypertensive patients. *Age*. 2013;57(10):1-3.
- 10) Amin Galavi, Hossein Hosseinzadeh, Bibi Marjan Razavi. The effects of *Allium cepa* L. (onion) and its active constituents on metabolic syndrome: A review. *Iran J Basic Med Sci*. 2021 Jan; 24(1): 3–16. doi: 10.22038/ijbms.2020.46956.10843
- 11) Xu, Renfan, et al. Effect of green tea supplementation on blood pressure: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*: February 2020 - Volume 99 - Issue 6 - p e19047
- 12) Ried K, Frank OR, Stocks NP, Fakler P, Sullivan T. Effect of garlic on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *BMC cardiovascular disorders*. 2008;8(1):1-2.
- 13) Wahabi HA, Alansary LA, Al-Sabban AH, Glasziou P. The effectiveness of *Hibiscus sabdariffa* in the treatment of hypertension: a systematic review. *Phytomedicine*. 2010;17(2):83-6.
- 14) Cloud A, Vilcins D, McEwen B. The effect of hawthorn (*Crataegus* spp.) on blood pressure: A systematic review. *Advances in Integrative Medicine*. 2020;7(3):167-75.
- 15) Perona JS, Cañizares J, Montero E, Sánchez-Domínguez JM, Catalá A, Ruiz-Gutiérrez V. Virgin olive oil reduces blood pressure in hypertensive elderly subjects. *Clinical Nutrition*. 2004;23(5):1113-21.

○ توصیه‌های طب ایرانی در دیابت

از دیدگاه طب ایرانی، وضعیت تغذیه نقش کاملاً شناخته شده‌ای در کنترل بیماری دیابت دارد و در طب رایج نیز استفاده از برنامه‌های غذایی مناسب بسیار توصیه شده است. اما علاوه بر توجه به مواد غذایی، توجه به نحوه غذاخوردن نیز در طب ایرانی بسیار حایز اهمیت است. پرهیز از برهم خوری و در هم خوری، رعایت فاصله مناسب بین وعده‌های غذایی، توجه به غذاهای مناسب برای هر فصل، کمک به بهبود هضم با روش‌های در دسترس و رعایت فاصله با خواب و فعالیت نقش بسیار کلیدی در کنترل وزن و همچنین قند بیماران دارند و تمام این نکات باید به خوبی به بیمار آموزش داده شود. جالب توجه آنکه همین اصلاحات به ظاهر ساده می‌توانند نقش قابل توجهی در کنترل قند و بهبود HbA1c داشته باشند (۱).

مبتلایان به دیابت باید از قرار گرفتن در هوای بسیار سرد و بسیار گرم پرهیز نمایند استفاده از هوای آزاد در مناطق با آلودگی کمتر بسیار مفید است. همچنین توجه به تغییرات فصلی و رعایت نکات تندرستی برای هر فصل از دیگر توصیه‌های طب ایرانی است. امروزه برخی مطالعات ارتباط تغییرات فصلی و وضعیت آب و هوایی را با شدت و ضعف کنترل بیماری دیابت نشان داده‌اند (۲، ۳).

در منابع طب ایرانی، داشتن خواب مناسب شبانه اهمیت زیادی در تنظیم هضم و متابولیسم مواد و کنترل قند دارد. خواب حدود ۶-۸ ساعت که در اول شب (ساعت ۹-۱۱ شب) شروع شود و منجر به سحرخیزی (ساعت ۵-۷ صبح) گردد برای این بیماران توصیه می‌شود. مطالعات جدید نیز نشان داده خواب کمتر از ۶ ساعت و بیش از ۹ ساعت و همچنین کاهش کیفیت خواب با افزایش مقاومت به انسولین و افزایش احتمال بروز دیابت در ارتباط است (۴). در طب ایرانی خواب طولانی در روز چه در صبح و چه در بعد از ظهر نیز منع شده است.

ورزش معتدل و متناسب با شرایط فردی برای مبتلایان به دیابت ضروری است. از دید منابع طب ایرانی، ورزش باید در حدی باشد که نفس تند و عمیق شود و فرد احساس گرمای ملایم و لذت‌بخش داشته باشد. ورزش خسته کننده که همراه با احساس ضعف باشد به هیچ وجه توصیه نمی‌شود. پیاده‌روی روزانه که آهسته شروع شود و به تدریج بر سرعت آن اضافه شود برای این افراد بسیار مناسب است. مطالعات مختلفی اثر پیاده‌روی در پیشگیری و بهبود دیابت را نشان داده‌اند (۵).

از دیدگاه طب ایرانی، وضعیت روانی نقش بسیار مهمی در پیشگیری و کنترل دیابت دارد. به نظر می‌رسد در موارد زیادی استرس‌هاست مداوم، غم و اندوه طولانی و یا حتی فشارهای عصبی حاد و کوتاه مدت و خشم مکرر می‌توانند به عنوان عواملی برای شروع یا تشدید قابل توجه دیابت مورد توجه قرار گیرند. لذا باید با استفاده از روش‌های مختلف شامل روش‌های روان درمانی مثل مشاوره، گروه درمانی، موسیقی درمانی و همچنین روش‌های غذایی و دارویی در بهبود شرایط روانی فرد تلاش کرد. مطالعات امروزی نیز نشان داده‌اند وجود احساسات مثبت مثل شادی، امیدواری، محبت، شکرگزاری و عشق می‌توانند در کنترل بهتر بیماری دیابت کمک کننده باشند (۶).

توجه به مسیرهای دفعی بدن به ویژه وضعیت دفع گوارشی فرد بسیار حایز اهمیت است. هرچند که یبوست از عوارض شناخته شده بیماری دیابت است اما کمک به رفع آن با تدابیر غذایی و دارویی مناسب می‌تواند در کاهش سایر عوارض دیابت از جمله اختلالات کلیوی کمک کننده باشد. برخی مطالعات نشان داده‌اند یبوست

و کاهش دفعات اجابت مزاج با افزایش عوارض کلیوی دیابت همراهی دارد. استفاده از مواد در دسترس مثل شربت خاکشیر با آب گرم و یا اسفرزه قبل از صبحانه کمک کننده است. از سایر روش‌های پاکسازی که با توجه به شرایط فردی و با نظر پزشک متخصص طب ایرانی می‌توان برای کنترل برخی عوارض استفاده کرد روش‌های خونگیری مثل حجامت و فصد هستند. همچنین استفاده از زالو درمانی یا لارو درمانی برای کنترل عوارضی مثل زخم پای دیابتی و یا نوروپاتی دیابتی با رعایت اصول علمی آن می‌تواند مفید باشد. هرچند ارزیابی کاملی در این باره انجام نشده ولی چندین مطالعه این اثرات را نشان داده‌اند (۷).

پرهیزهای غذایی در دیابت

از دید منابع طب ایرانی، یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده و تشدید کننده دیابت، اضافه وزن است. لذا چنانچه در طب رایج نیز به خوبی به این موضوع پرداخته شده باید به میزان کالری دریافتی فرد توجه داشت و مصرف غذاهای پرکالری را تا حد امکان کاهش داد. یک اشتباه رایج در بین بیماران مبتلا به دیابت جایگزینی قند و شکر با مقادیر زیاد خرما یا کشمش است. هرچند که استفاده از این ترکیبات به دلیل سایر مواد مغذی موجود در آنها بسیار مفید است اما باید در میزان استفاده از آنها دقت نمود.

از دیگر موارد بسیار حائز اهمیت نوع نان مصرفی است. پرهیز از مصرف نان‌های خمیر و حجیم که معمولاً هضم سخت‌تری دارند ضروری است. همچنین مصرف برنج و انواع چربی‌ها باید تا حدود زیادی کنترل شود. از طرفی هرچند مواد غذایی مانند خیار، گوجه فرنگی و ماست به دلیل میزان قند کمتر در رژیم غذایی این بیماران توصیه می‌شوند ولی با در نظر گرفتن اصول تغذیه در مزاج‌های مختلف مصرف این مواد به مقدار زیاد برای افراد با مزاج سرد مناسب نبوده و ممکن است در طولانی مدت عوارضی داشته باشد. لذا توصیه می‌شود در برنامه‌ریزی غذایی برای این بیماران شرایط مزاجی آنها نیز مورد توجه قرار گیرد.

از دیگر پرهیزهای مشترک بر اساس اصول و آموزه‌های طب ایرانی می‌توان به غذاها و تنقلات خیلی شور و تند و ترش و چرب، آب یخ، گوشت گاو و گوساله، ته دیگ چرب یا سوخته، سیب زمینی مخصوصاً سرخ شده، غذاهای مانده و فریز شده، غذاهای خمیری مثل ماکارونی و الویه، پنیر پیتزا و سایر پنیرهای پرچرب و انواع شیرینی و سس، کنسرو، فست فود مثل پیتزا، سوسیس، کالباس و ...، نوشابه، چیپس، پفک اشاره نمود. همچنین آب خوردن همراه با غذا و بلافاصله بعد از غذا نیز ممنوع است چرا که معمولاً باعث ایجاد اختلال در هضم غذا می‌گردد.

توصیه‌های غذایی در دیابت

- استفاده از روغن‌های گیاهی و طبیعی به میزان خیلی کم و تلاش برای حذف نسبی و تدریجی مصرف روغن از آشپزی روزمره.
- سیب، گلابی، آلو، انار، نارنج از میوه‌های مفید برای این بیماران هستند که البته میزان قند و کالری دریافتی روزانه ایشان را نیز باید محاسبه کرد.
- استفاده از برخی سبزیجات، حبوبات و صیفی‌جات مفید مانند خرفه، اسفناج، گشنیز، شنبلیله، تره، کرفس، شوید، نعناع، سیر و پیاز، هویج، کاهو، کلم، کدو، بامیه، ماش و نخود
- گوشت‌های کم یا بدون چربی مانند: جوجه مرغ، کبک، بلدرچین، ماهی‌های کوچک به ویژه کیلکا و گوشت بره بدون چربی

- بادام درختی، پسته، نخودچی (نخود بو داده)، کشمش یا مویز، توت خشک
 - مصرف متناسب شیر با مصلحات آن مانند گلاب، یا مقدار کمی دارچین یا زنجبیل و همچنین مصرف متناسب پنیر کم نمک و ماست شیرین با استفاده از مصلحات مناسب مانند آویشن، نعناع و شوید
 - عسل طبیعی با غلبه قند فروکتوز شاخص گلیسمی مناسب تری دارد اما اغلب عسل‌های تجاری با غلبه گلوکز شاخص گلیسمی بالایی داشته و مصرف آنها توصیه نمی‌شود. در مجموع در مصرف عسل نیز باید احتیاط نمود.
 - مقدار برنج تا حد امکان و متناسب با شرایط بیمار کاهش یابد اما اضافه کردن سبزیجات یا ترکیبات مفید مانند گشنیز، شوید، زرشک، زیره، زعفران تا حدی عوارض ناشی از مصرف برنج را کاهش می‌دهند.
 - از چاشنی‌های مفید می‌توان به آبغوره، آب نارنج، آب لیموی تازه، تمر هندی و سماق اشاره نمود.
- برخی غذاهای مفید برای بیماران مبتلا به دیابت**
- آش ساده: که در تهیه آن از جو یا برنج، گشنیز، شنبلیله، جعفری، خرفه، شوید، اسفناج یا برگ چغندر، عدس یا لپه، تکه کوچکی گوشت جوجه، کبک یا بوقلمون، آلو بخارا و یا آلوچه استفاده شود و در انتهای پخت به آن به آن آبغوره و روغن زیتون اضافه شود.
 - ماهی کیلکا معمولاً به صورت کبابی استفاده می‌شود که بهتر است در انتها به آن کمی دارچین اضافه نمود. همچنین می‌توان گوشت ماهی را چرخ کرده و در سوپ یا خورش‌ها، ۲-۳ قاشق غذاخوری از این گوشت چرخ شده اضافه کرد. همچنین می‌توان ماهی کبابی را با کمی گشنیز و جعفری به صورت خورش پخت و به آن کمی تمر هندی اضافه نمود.
 - آبگوشت میوه: پس از پخت گوشت گوسفندی با کمی لپه، میوه‌ها شامل سیب، به، گوجه سبز، آلو، آلبالو (بسته به فصل) به همراه مقداری دارچین در انتهای پخت به آن اضافه می‌شود (مفید در کاهش قند، چربی و اسید اوریک)
 - اشکنه گشنیز و شنبلیله: پیاز و سیر سرخ شده با نصف قاشق آرد جو و کمی زردچوبه تفت داده شده و گشنیز و شنبلیله خرد شده به نسبت ۴ به ۱ اضافه می‌شود و پس از چند دقیقه ۳ پیمانه آب با شیره تمر هندی و اندکی نمک اضافه و حرارت را زیاد کرده تا به جوش بیاید. سپس یک زرده تخم مرغ به مواد در حال پخت اضافه و ۱۰ دقیقه ملایم می‌جوشد.
 - قلیه کدو: پیاز را تفت داده و کدو سبز پوست کنده و خرد نموده را در آن ریخته، نمک و زردچوبه اضافه کنید و بگذارید بپزد، وقتی آبش تمام شد و کدو پخته شد، با نان قابل مصرف است.
 - خورش کنگر: که در آن از نخود فرنگی، لوبیا سبز، عدس، جو، نعنا، ترخون، بامیه و کنگر استفاده شده باشد.
 - خورش به یا سیب درختی: که مواد آن را سیب درختی یا به، غوره تازه یا آبغوره، گوشت گوسفند یا کبک یا بوقلمون، آلو بخارا یا آلوچه به اضافه کمی نمک و پیاز و زردچوبه تشکیل دهند.
 - نخوداب: نخود به میزان لازم با آب و کمی نمک و مقداری زیره، دارچین، شوید و گشنیز روی شعله ملایم حرارت پخته شود تا نخودها کاملاً نرم شوند. در انتها نخودها را به کمک صافی جدا کرده و آب باقیمانده میل می‌شود. در هنگام مصرف به عنوان چاشنی از آبلیموی تازه استفاده شود.

- خورش گزنه: گزنه همراه با نعنا، جعفری، گوشت پرندگان یا گوسفند به اضافه مقداری نمک و زردچوبه و پیاز تهیه شود.

نکاتی پیرامون درمان

معمولاً در مراحل اولیه دیابت یا به اصطلاح در مرحله پره دیابت به بیماران توصیه می‌شود با کمک اصلاح تغذیه و ورزش از ابتلا به مراحل پیشرفته‌تر بیماری جلوگیری کنند. به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های اصلاح سبک زندگی و درمانی طب ایرانی در این مرحله بسیار کمک کننده باشد. در مراحل پیشرفته‌تر بیماری و زمانی که بیمار در حال دریافت چند نوع دارو برای کنترل قند است، یه هیچ وجه توصیه نمی‌شود بیمار درمان‌های رایج خود را حذف نماید بلکه تلاش می‌شود با توجه به شرایط مزاجی بیمار و با در نظر گرفتن تداخلات دارویی احتمالی، توصیه‌های غذایی و درمانی به گونه‌ای انجام شود که به تدریج به بهبود کنترل قند، کم شدن داروی مصرفی بیمار (تحت نظر پزشک معالج) و یا کم شدن عوارض دیگر بیماری کمک شود. در جدول ۱۰-۲ به چند گیاه دارویی شناخته شده با اثرات کاهش قند اشاره می‌شود. بهتر است این گیاهان بیشتر در برنامه غذایی بیماران مورد استفاده قرار گیرند و استفاده به عنوان دارو تحت نظر پزشک باشد.

جدول ۱۰-۲: گیاهان دارویی کاهش دهنده قند خون

نام فارسی	نام علمی	مزاج	بخش مورد استفاده	منابع
شنبلیله	<i>Trigonella foenum-graecum</i>	گرم	برگ تازه و خشک، تخم	(8)
خرفه	<i>Portulaca oleracea</i>	سرد	برگ و تخم	(9)
سماق	<i>Rhus coriaria</i>	سرد	میوه‌های پرزدار	(10)
جو	<i>Hordeum vulgare</i>	سرد	دانه	(11)
اسفرزه	<i>Plantago ovata</i>	سرد	تخم	(12)
دارچین	<i>Cinnamomum zeylanicum</i>	گرم	پوست شاخه	(13)
کدو	<i>Cucurbita pepo</i>	سرد	میوه و تخم	(14)
گزنه	<i>Urtica dioica</i>	گرم	برگ و تخم	(15)

منابع

- 1) Kazemeini SK, Emtiazy M, Mosavat SH, Rahmanian M, Lotfi MH, Owlia F, et al. The efficacy of the diet therapy based on Traditional Persian Medicine on blood glucose and lipid profile in adults with type 2 diabetes mellitus patients: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Bali Med J*. 2017;6(1):192-7.
- 2) Mianowska B, Fendler W, Szadkowska A, Baranowska A, Grzelak-Agaciak E, Sadon J, et al. HbA 1c levels in schoolchildren with type 1 diabetes are seasonally variable and dependent on weather conditions. *Diabetologia*. 2011;54(4):749-56.
- 3) Li Y, Luo S, Lan L, Jin M, Yang C, He J, et al. Influence of extreme weather on years of life lost due to diabetes death in Chongqing and Harbin, China. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi*. 2017;38(3):303-8.
- 4) Chattu VK, Chattu SK, Burman D, Spence DW, Pandi-Perumal SR, editors. The interlinked rising epidemic of insufficient sleep and diabetes mellitus. *Healthcare*; 2019: Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- 5) Iwasaki M, Kudo A, Asahi K, Machii N, Iseki K, Satoh H, et al. Fast walking is a preventive factor against new-onset diabetes mellitus in a large cohort from a Japanese general population. *Scientific reports*. 2021;11(1):1-10.

- 6) Shamim A, Muazzam A. Positive emotions as predictors in the management of Type II Diabetes. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*. 2018;16(2):27-33.
- 7) Ohkuma T, Iwase M, Fujii H, Ide H, Komorita Y, Yoshinari M, et al. Constipation and diabetic kidney disease: The Fukuoka Diabetes Registry. *Clinical and Experimental Nephrology*. 2021:1-8.
- 8) Verma N, Usman K, Patel N, Jain A, Dhakre S, Swaroop A, et al. A multicenter clinical study to determine the efficacy of a novel fenugreek seed (*Trigonella foenum-graecum*) extract (Fenfuro™) in patients with type 2 diabetes. *Food & Nutrition Research*. 2016;60(1):32382.
- 9) El-Sayed M-IK. Effects of *Portulaca oleracea* L. seeds in treatment of type-2 diabetes mellitus patients as adjunctive and alternative therapy. *Journal of ethnopharmacology*. 2011;137(1):643-51.
- 10) Shidfar F, Rahideh ST, Rajab A, Khandozi N, Hosseini S, Shidfar S, et al. The effect of sumac (*Rhus coriaria* L.) Powder on Serum Glycemic Status, ApoB, ApoA-I and total antioxidant capacity in type 2 diabetic patients. *Iranian journal of pharmaceutical research: IJPR*. 2014;13(4):1249.
- 11) Azam A, Itrat N, Ahmed U. Hypoglycemic Effect of Barley (*Hordeum vulgare*) in Diabetics. group. 2019;37(5.308):165.8-3.67.
- 12) Ziai S, Larijani B, Fakhrzadeh H, Dastpak A, Bandarian F, Rezai A, et al. Study of Psyllium (*Plantago ovata* L.) effects on diabetes and lipidemia in the Iranian type II diabetic patients. *Journal of Medicinal Plants*. 2004;3(12):33-42.
- 13) Zare R, Nadjarzadeh A, Zarshenas MM, Shams M, Heydari M. Efficacy of cinnamon in patients with type II diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *Clinical nutrition*. 2019;38(2):549-56.
- 14) Cândido FG, de Oliveira FC, Lima MFC, Pinto CA, da Silva LL, Martino HS, et al. Addition of pooled pumpkin seed to mixed meals reduced postprandial glycemia: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Nutrition research*. 2018;56:90-7.
- 15) Kianbakht S, Khalighi-Sigaroodi F, Dabaghian FH. Improved glycemic control in patients with advanced type 2 diabetes mellitus taking *Urtica dioica* leaf extract: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Clin Lab*. 2013;59(9-10):1071-6

فصل ۱۱: آشنایی با برخی داروهای گیاهی و سنتی مبتنی بر شواهد

دکتر روجا رحیمی، دکتر رودابه بهرام سلطانی

آنچه در این فصل می‌آموزیم:

- گیاهان دارویی (Medicinal plants)
- داروهای گیاهی (Herbal medicines)
- گیاه درمانی (Phytotherapy)
- نام علمی گیاهان دارویی
- گیاهان دارویی شاخص در درمان اختلالات اعصاب و روان
- گیاهان دارویی پرکاربرد در درمان اختلالات گوارشی

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانیم:

- تفاوت بین گیاهان دارویی و داروهای گیاهی را شرح دهیم.
- مفهوم «نام علمی» گیاهان دارویی را توضیح دهیم.
- اثرات درمانی و موارد تجویز گیاهان دارویی معرفی شده در اختلالات روان را توضیح دهیم.
- اثرات درمانی و موارد تجویز گیاهان دارویی معرفی شده در اختلالات گوارشی را شرح دهیم.
- ملاحظات مصرف گیاهان دارویی معرفی شده را توضیح دهیم.
- گیاهان دارویی و فرآورده‌های گیاهی نام برده را با رعایت تمام ملاحظات مصرف از قبیل عوارض جانبی، احتیاطات، موارد منع مصرف و تداخلات تجویز کنیم.

○ گیاهان دارویی (Medicinal Plants)

گیاه دارویی یعنی گیاهی که یک یا چند اندام آن، یا یک یا چند ترکیب از ترکیبات آن به عنوان دارو برای اهداف درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان مثال ممکن است از ریشه، دانه، یا برگ گیاه استفاده کنیم. یا ممکن است یک سری ترکیبات یا یک ترکیب خاص را از گیاه استخراج و برای مقاصد درمانی استفاده کنیم. به گیاهی که چنین کاربردی دارد، گیاه دارویی گفته می‌شود. در کشور ایران ۸۰۰۰ گونه گیاهی داریم که ۲۳۰۰ گونه آنها به عنوان گیاه دارویی شناخته می‌شود؛ و از این تعداد، ۴۵۰ گونه آن در بازار گیاهان دارویی به فروش می‌رسد.

○ داروهای گیاهی (Herbal Medicines)

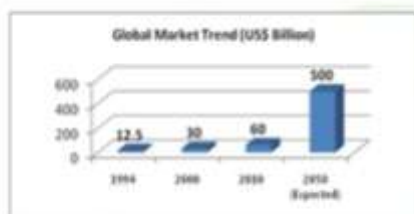
شکل فراوری شده یک اندام گیاه یا فرآورده‌ای از گیاه که برای مقاصد درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد داروی گیاهی نام دارد؛ مثلاً ممکن است از بخشی از یک گیاه، فرآورده‌ای مانند شربت یا قرص تهیه کنیم و برای مقاصد درمانی مورد استفاده قرار دهیم.

به عنوان مثال، میوه‌های گیاه پنج انگشت با نام علمی *Vitex agnus-castus* L. یک «گیاه دارویی» است که به منظور مقاصد درمانی استفاده می‌شود و یکی از موارد اصلی تجویز آن برای درمان هایپروپرولاکتینمی است. ممکن است از میوه‌های پودر شده گیاه به صورت مستقیم استفاده شود که در این صورت میوه‌های گیاه را یک «داروی گیاهی» تلقی می‌کنیم. همچنین، ممکن است فرآورده‌های مختلفی از گیاه تهیه شود که به اینها هم «داروی گیاهی» اطلاق می‌شود.

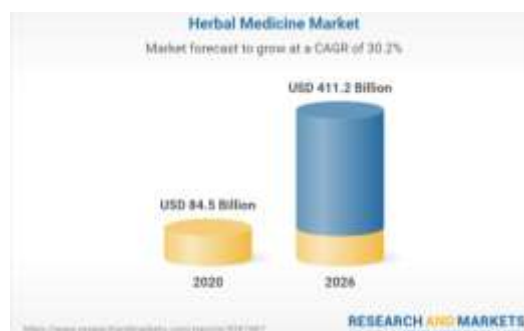
○ گیاه درمانی (Phytotherapy)

گیاه درمانی به معنای استفاده از گیاهان دارویی برای درمان یا پیشگیری از بیماری‌ها بر مبنای یک رویکرد مبتنی بر شواهد است. تاکید بر رویکرد مبتنی بر شواهد از این نظر اهمیت دارد که استفاده از گیاهان دارویی در فیتوتراپی صرفاً بر مبنای توصیه‌های منتقل شده از نسلی به نسل دیگر نیست، بلکه بر مبنای مطالعات، مقالات و کتاب‌هایی هست که در زمینه گیاهان دارویی نگارش شده‌اند. بر اساس گزارش بانک جهانی از بازار گیاهان دارویی و فرآورده‌های گیاهی، پیش بینی می‌شود فروش این بازار از ۱۲/۵ بلیون دلار در سال ۱۹۹۴ به حدود ۵۰۰ بلیون دلار در سال ۲۰۵۰ برسد (تصویر ۱۱-۱).

The global Market of herbal medicine is growing very fast.



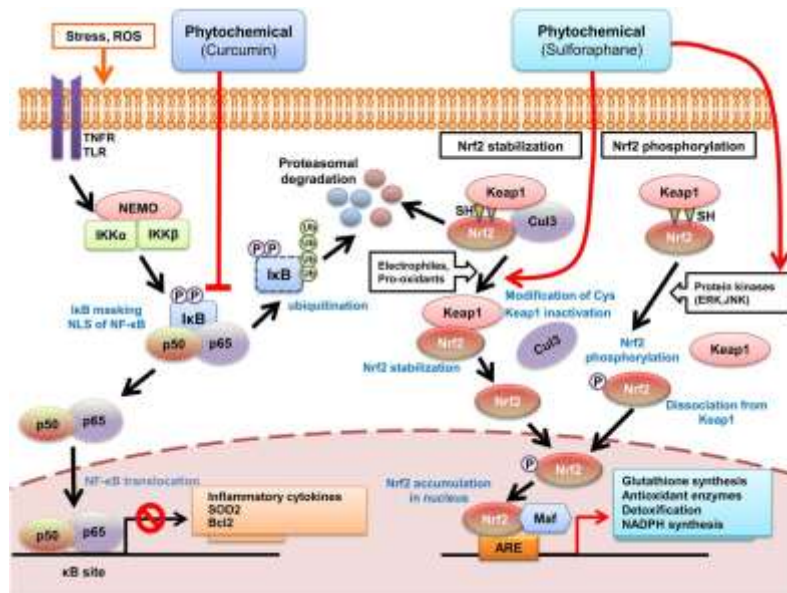
WHO has forecasted in 2020 this market will be of 3 trillion dollar and in 2050 it will be 5 trillion dollar.



تصویر ۱۱-۱: روند فروش گیاهان دارویی و فرآورده‌های گیاهی از سال ۱۹۹۴ تا ۲۰۵۰

این آمار، رشد فزاینده اقبال عمومی نسبت به مصرف گیاهان دارویی و داروهای گیاهی را نشان می‌دهد. با توجه به این رشد فزاینده، توجه به ملاحظات مصرف گیاهان دارویی اهمیت بالایی پیدا می‌کند. یک باور غلط وجود دارد که گیاهان دارویی فاقد هر گونه عوارض جانبی هستند و در هر شخصی با هر دوزی به هر میزانی قابل مصرف هستند. اما باید توجه داشته باشیم که یک گیاه دارویی حداقل از بیست ترکیب شیمیایی تشکیل شده که وقتی مورد استفاده قرار می‌گیرد، تمام این ترکیبات وارد بدن می‌شوند. این ترکیبات پس از ورود به بدن، نوروترانسمیترها، هورمون‌ها، و گیرنده‌های مختلفی را تحت تاثیر قرار می‌دهند (تصویر ۱۱-۲) و غیر از اثرات مثبت درمانی، می‌توانند یک سری عوارض جانبی و نیز تداخلات دارویی با داروهای شیمیایی، غذاها، یا گیاهان دارویی دیگر نیز ایجاد کنند.

بنابراین گیاهان دارویی هم می‌توانند مانند داروهای شیمیایی عوارض جانبی، موارد منع مصرف و احتیاطاتی داشته باشند. همچنین با داروها، مواد غذایی و سایر گیاهان دارویی تداخل داشته باشند. بنابراین، ضروری است هنگام مصرف به تمام این نکات توجه شود. البته منظور این نیست که در مورد گیاهان دارویی خطرات مصرف از داروهای شیمیایی بیشتر است. کما اینکه مطالعات انجام شده نشان داده است که این خطرات در مورد گیاهان دارویی در مقایسه با داروهای شیمیایی کم‌رنگ‌تر است، اما نباید نسبت به آنها بی‌تفاوت باشیم و گاهی این ملاحظات به قدری جدی است که می‌تواند مخاطراتی را برای بیمار به دنبال داشته باشد.



تصویر ۱۱-۲: مسیرهای تأثیر گیاهان دارویی پس از ورود به بدن

○ نام علمی

هر گیاه دارویی (و به طور کلی هر موجود زنده اعم از گیاه، جانور، تک‌یاخته، قارچ و باکتری) بر اساس یک سیستم رده‌بندی بین‌المللی، دارای یک نام علمی است. هدف از اختصاص دادن نام علمی جلوگیری از خطاهای ناشی از نام‌گذاری‌های متعدد در مناطق مختلف دنیا است. به عبارتی، یک گیاه دارویی ممکن است چندین نام انگلیسی یا چندین نام محلی داشته باشد، ولی تنها یک نام علمی تأیید شده دارد که برای ارائه گزارشات علمی در ارتباط با گیاه می‌بایست حتماً از همین نام استفاده شود، بنابراین برای جستجوی اطلاعات یک گیاه در پایگاه‌های داده می‌بایست از نام علمی گیاه استفاده کرد. یک نام علمی دارای دو قسمت اصلی است که بخش اول «جنس» و بخش دوم «گونه» نام دارد. یک بخش سوم هم در نام علمی وجود دارد که نام آتور (Author) یا اولین شخصی است که مشخصات گیاه‌شناسی گیاه مورد نظر را به طور کامل گزارش کرده است. به عنوان مثال در نام علمی گیاه پنج انگشت که در بالا اشاره شد، *Vitex* اسم جنس، *agnus-castus* اسم گونه، و *L.* (مخفف لینه، به احترام کارل لینه که مشخصات گیاه را به ثبت رسانده است) اسم آتور است. بر اساس قوانین بین‌المللی نام‌گذاری موجودات زنده، اسم جنس و گونه می‌بایست به صورت ایتالیک نوشته شوند. گیاهان دارویی تقریباً در تمام حیطه‌های پزشکی اعم از جسمی و روانی کاربرد دارند که در ادامه این فصل و به عنوان نمونه به معرفی چند گیاه دارویی شاخص که در طب ایرانی و داروسازی سنتی نیز شناخته شده هستند می‌پردازیم که با رویکرد گیاه‌درمانی و مبتنی بر شواهد در پزشکی نوین نیز در درمان اختلالات اعصاب و روان شامل اضطراب، افسردگی، و بی‌خوابی و اختلالات گوارشی به کار می‌روند:

○ گیاهان دارویی شاخص در درمان اختلالات اعصاب و روان



(۱) سنبل طیب اروپایی

نام علمی: *Valeriana officinalis* L.

نام انگلیسی: Valerian

بخش مورد استفاده دارویی: ریشه

بر اساس مقالات، گیاه سنبل طیب اروپایی پر استنادترین گیاه دارویی برای درمان بی‌خوابی است. عصاره آبی و عصاره هیدروالکلی این گیاه باعث کاهش زمان به خواب رفتن (Sleep Latency)، افزایش کیفیت خواب و افزایش مدت زمان خواب Non-REM می‌شود. همچنین، این گیاه اثرات ضد اسپاسم دارد و باعث تنظیم نوروترانسمیترهای گابا، آدنوزین و سروتونین می‌شود.

ملاحظات مصرف: در مصرف باربیتورات‌ها و مسکن‌های اپیوئیدی، منع مصرف دارد (منجر به افت شدید سطح هوشیاری می‌شود). در مصرف هم‌زمان با بنزودیازپین‌ها احتیاط مصرف دارد (به بیمار توصیه شود از انجام کارهایی که نیاز به سطح هوشیاری بالا دارند مانند رانندگی پرهیز کند).

در بازار گیاهان دارویی ایران گیاه سنبل طیب هندی (تصویر شماره ۱۱-۳) با نام علمی *Nardostachys jatamansi* (D. Don) DC. به جای سنبل طیب اروپایی، به فروش می‌رسد. ترکیبات شیمیایی و اثرات درمانی این گیاه مشابهت زیادی با گیاه سنبل طیب اروپایی دارد. باید دقت داشت که مصرف این گیاه در دوران بارداری ممنوع است.



تصویر ۱۱-۳: سنبل طیب هندی

(۲) بادرنجبویه

نام علمی: *Melissa officinalis* L.

نام انگلیسی: Lemon balm

بخش مورد استفاده: برگ



گیاه بادرنجبویه باعث تنظیم نوروترانسمیترهای گابا و سروتونین می‌شود و در کاهش علائم بیماران مبتلا به اضطراب و اختلالات خواب موثر است.

ملاحظات مصرف: منع مصرف در دوران بارداری، احتیاط مصرف در افراد مبتلا به کم کاری تیروئید (به دلیل مهار گیرنده‌های TSH توسط بادرنجوبیه). در صورت مصرف بادرنجوبیه در افراد مبتلا به کم کاری تیروئید، پایش سطح هورمون‌های تیروئید می‌بایست در فواصل زمانی کوتاه‌تری انجام شود.



(۳) گل ساعتی

نام علمی: *Passiflora edulis* Sims.

(معادل *Passiflora incarnata* L.)

نام انگلیسی: Passion Flower

بخش مورد استفاده: گل

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که این گیاه اثرات مثبتی در درمان اضطراب و بی‌خوابی دارد.



(۴) علف چای (هوفاریقون)

نام علمی: *Hypericum perforatum* L.

نام انگلیسی: St. John's wort

بخش مورد استفاده: اندام هوایی

نام انگلیسی این گیاه بسیار معروف‌تر از نام علمی آن بوده و در صورت جستجوی نام انگلیسی در پایگاه‌های داده، مقالات بیشتری در ارتباط با این گیاه بدست خواهد آمد. این گیاه، پراستنادترین گیاه دارویی بررسی شده برای درمان افسردگی است.

ملاحظات مصرف: تداخلات بسیار مهم شامل تداخل با داروهای ضد بارداری خوراکی و سرکوب‌کننده‌های سیستم ایمنی مورد استفاده در پیوند اعضا و کاهش اثرات این داروها (مهار آنزیم‌های کبدی سیتوکروم P450 و مهار P-glycoprotein و افزایش متابولیسم و حذف داروها) است که منجر به شکست روش پیشگیری از بارداری یا باعث رد پیوند اعضا شده است.



(۵) اسطوخودوس

نام علمی: *Lavandula stoechas* L.

نام انگلیسی: Lavender

بخش مورد استفاده: گل

از این گیاه به صورت رایحه درمانی (Aromatherapy) برای درمان اضطراب یا افسردگی و بی‌خوابی استفاده شده است. اسطوخودوس باعث بهبود کیفیت خواب می‌شود ولی مدت زمان خواب را افزایش نمی‌دهد، بنابراین بیمار بعد از بیدار شدن احساس کسالت و خواب آلودگی ندارد.

○ گیاهان دارویی پرکاربرد در درمان اختلالات گوارشی



(۱) سنا

نام علمی: *Senna alexandrina* Mill. (معادل *Cassia angustifolia* M.Vahl)

نام انگلیسی: Senna

بخش مورد استفاده: برگ

این گیاه باعث افزایش حرکات پرستالیتیک روده شده و در درمان یبوست کاربرد دارد. اما فرآورده‌های این گیاه نباید بیشتر از دو هفته مداوم مصرف شوند زیرا مصرف طولانی مدت این گیاه باعث از دست رفتن الکترولیت‌های بدن، به خصوص پتاسیم، می‌شود و عارضه هایپوکالمی را ایجاد می‌کند. مگاکولون عارضه‌ی دیگر سنا است که با آسیب برگشت ناپذیر به بافت عصبی دستگاه گوارش ایجاد می‌شود.



(۲) زنجبیل

نام علمی: *Zingiber officinale* Roscoe

نام انگلیسی: Ginger

بخش مورد استفاده: ریزوم (ساقه زیرزمینی)

یکی از مهم‌ترین اثرات درمانی زنجبیل تقویت حافظه است که هم در طب ایرانی مورد تأکید قرار گرفته و هم در مطالعات پیش‌بالینی نوین به اثبات رسیده است. اثرات مثبت زنجبیل در دستگاه گوارش شامل درمان نفخ و سوءهاضمه است. در طب ایرانی مصرف زنجبیل بعد از غذاهای سرد و تر مانند لبنیات، میوه‌های تابستانی مثل هلو، آلوژرد و خیار که می‌توانند نفخ و سوءهاضمه ایجاد کنند، به عنوان یک مُصلِح، توصیه شده است. از دیگر اثرات درمانی زنجبیل می‌توان به درمان اختلال نعوظ (Erectile Dysfunction)، استئوآرتریت، کاهش دیسمنوره، بهبود تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی یا بعد از عمل جراحی، یا تهوع مسافرتی (Motion Sickness) و همچنین تهوع و استفراغ دوران بارداری اشاره کرد. میزان مجاز مصرف پودر زنجبیل بین ۱ تا ۲ گرم (نصف تا یک قاشق چایخوری) در روز است. دوز توصیه شده برای درمان تهوع و استفراغ بارداری کمتر از ۱۵۰۰ میلی گرم در روز است. توصیه می‌شود خانم باردار برای رفع تهوع، زنجبیل را سه تا چهار روز پیاپی با این دوز مصرف کند و در صورت نیاز مجدداً پس از یک تا دو هفته تکرار کند. ملاحظات مصرف: زنجبیل به عنوان یک مهار کننده قوی آنزیم پروستاگلاندین سنتتاز عمل کرده و باعث مهار تجمع پلاکتی و مهار انعقاد خون می‌شود. بنابراین مهم‌ترین تداخل زنجبیل با داروهای ضدانعقاد خون (وارفارین، آسپیرین، کلوپیدوگرل) است. به دلیل افزایش ریسک خونریزی بیمار، مصرف همزمان زنجبیل با ضدانعقادهای خوراکی منع شده است.

از جمله موارد منع مصرف زنجبیل، در بیماران مبتلا به زخم پپتیک است زیرا زنجبیل به دلیل اثرات ضدانعقادی می‌تواند ریسک خونریزی گوارشی را افزایش دهد. همچنین، زنجبیل در بیماران مبتلا به سنگ کیسه صفرا منع مصرف دارد زیرا می‌تواند باعث افزایش ترشح صفرا شود و وضعیت بیمار را وخیم‌تر کند.



۳ بابونه

نام علمی: *Matricaria chamomilla* L.

نام انگلیسی: Chamomile

بخش مورد استفاده: گل

گیاه بابونه دارای اثرات ضد التهابی بسیار قوی است و می‌تواند به عنوان یک ضد اسپاسم عمل کند. در بهبود زخم‌های گوارشی و سوءهاضمه عملکردی موثر است و اثرات ضد هلیکوباکتر پیلوری نیز دارد. همچنین، بابونه دارای اثرات ضد اضطراب است و می‌تواند بر محور مغزی-گوارشی (Gut-Brain axis) تأثیر گذاشته و در درمان بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر مفید باشد.

ملاحظات مصرف: دو تداخل مهم گیاه بابونه با داروهای بنزودیازپینی و ضدانعقادهای خوراکی است. گیاه بابونه حاوی ترکیبات کومارینی است که خاصیت ضدانعقاد داشته و به این دلیل با ضدانعقادهای خوراکی تداخل دارد. بنابراین چنانچه بیمار آسپیرین، وارفارین، کلوپیدوگرل یا داروهای مشابه استفاده می‌کند مصرف همزمان بابونه و فراورده‌های آن در این بیمار ممنوع است.

همچنین بابونه از طریق افزایش اثرات گابا بر گیرنده‌های بنزودیازپینی با بنزودیازپین‌ها تداخل دارد، و چنانچه بیماری تحت درمان با بنزودیازپین‌ها می‌باشد، استفاده از فراورده‌های بابونه در این بیمار با احتیاط انجام شود و بیمار از انجام کارهایی که نیاز به هوشیاری بالا دارند مانند رانندگی خودداری کند.

۴ رازیانه

نام علمی: *Foeniculum vulgare* Mill.

نام انگلیسی: Fennel

بخش مورد استفاده: میوه (گاهی به اشتباه دانه یا تخم رازیانه

گفته می‌شود).



رازیانه دارای اثرات ضد نفخ و ضد اسپاسم و در درمان کولیک اطفال مؤثر است. به دلیل وجود ترکیبی به نام آنتول در رازیانه که ساختاری شبیه به استروژن دارد (فیتواستروژن)، در کتب فیتوتراپی جدید توصیه می‌شود که از تجویز طولانی مدت فراورده‌های حاوی رازیانه چه در دخترچه‌ها و چه در پسرچه‌ها، پیش از سن بلوغ پرهیز شود. در صورت نیاز به مصرف رازیانه در این سنین، گیاه نباید بیشتر از دو هفته به صورت مداوم مصرف شود. نکته مهم دیگر اینکه مصرف رازیانه در دوران بارداری ممنوع است.



۵ شیرین بیان

نام علمی: *Glycyrrhiza glabra* L.

نام انگلیسی: Licorice

بخش مورد استفاده: ریشه

شیرین بیان در درمان سوءهاضمه عملکردی و التهابات گوارشی یا گاستریت مؤثر است. ملاحظات مصرف: استفاده طولانی مدت (بیش از ۶ هفته) می تواند عارضه سودوآلدوسترونیزم ایجاد کند و این امر باعث افزایش سطح سدیم و کاهش پتاسیم خون می شود که می تواند آلکالوز متابولیک و افزایش فشار خون را به دنبال داشته باشد. بنابراین فرآورده های حاوی شیرین بیان نباید برای مدتی بیشتر از ۶ هفته به صورت مداوم مورد استفاده قرار گیرند و به همین دلیل شیرین بیان در بیماران مبتلا به فشار خون بالا منع مصرف دارد. چون کورتیکواستروئیدها باعث افزایش سطح کورتیزول سرمی می شوند، احتمال ایجاد عارضه سودوآلدوسترونیزم، آلکالوز متابولیک و افزایش فشار خون در مصرف همزمان شیرین بیان با این داروها افزایش می یابد. پس مصرف همزمان شیرین بیان و داروهای کورتیکواستروئیدی ممنوع است. از جمله مهم ترین تداخلات شیرین بیان، می توان به تداخل آن با داروی دیگوکسین و افزایش سمیت آن است. همچنین مصرف این گیاه در دوران بارداری ممنوع است.

○ منابع

- 1) Williamson E, Driver S, Baxter K. Stockley's Herbal Medicines Interactions. 2009. Pharmaceutical Press.
- 2) Barnes J, Anderson LA, Philipson JD. Herbal Medicines. 2007. 3rd edition. Pharmaceutical Press.
- 3) Mills E, Duguo J, Perri D, Koren G. Herbal Medicines in Pregnancy and Lactation. 2006. Taylor & Francis Group.
- 4) Gruenwald J et al. PDR for Herbal Medicines. 2007. 4th edition. Thomson Reuters.
- 5) Duke JA. Handbook of Medicinal herbs. 2002. 2nd edition. CRC Press.
- 6) WHO monographs on selected medicinal plants. Vol. 3. 2001. World health organization.
- 7) Pizzorno JE, Murray MT. Textbook of natural medicine. 2013
- 8) Nigel C Veitch, Michael Smith. Herbal medicines. 2012.