نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال چهارم، شماره چهارم، زمستان ۹۹، صفحات ۴۵۵ تا ۴۶۴

مروری

طب سنتی ایرانی و توسعه نظریه‌پردازی در دنیای پزشکی امروز

محسن ناصری[۱،۲،۳*]، فرزانه غفاری[۴]، آرمان زرگران[۵]، زهرا بهاءالدین[۱]

چکیده

زمینه و هدف: مکتب طب ایرانی سابقه ده هزار ساله دارد و علت ماندگاری طولانی‌مدت طب ایرانی در صحنه پزشکی جهانی اصالت عقلانی و ایده‌های برجسته و تجربیات مهم پایه و بالینی بوده است. در این نوشتار نظریه‌های طب ایرانی به‌طور خلاصه اشاره می‌شود.

روش: این مقاله بامرور منابع در دسترس طب ایرانی و تحلیل محتوای متون تهیه شده است.

یافته‌ها: در منابع طب ایرانی پنج دسته از نظریه‌پردازی و تفکرات مطرح است:

۱. **حکیم، طبیب دوبعدی:** در گذشته حکیم کسی بود که به مجموع دانش‌های عقلانی و برهانی احاطه داشت و به انسان و پزشکی از بعد مادی و معنوی توجه می‌کرد.

۲. **توجه به اخلاق پزشکی معنوی:** پرداختن به اخلاق پزشکی متکی بر وحی از امور مهم دیگری است که در پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش اساسی دارد.

۳. **سلامت محوری:** حفظ سلامتی بخش اعظم طب سنتی ایران است و هدف این است که مردم بیمار نشوندو درمان در گام بعدی قرار دارد.

۴. **طب روحانی و سلامت معنوی:** براساس تفکر طب ایرانی، پرداختن به معنویت از امور مهم دیگری است که با تقویت قوه مدبره در پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش اساسی دارد.

۵. **روش‌های درمانی منطقی:** طب ایرانی، درمان با مدیریت روش زندگی به‌خصوص تغذیه را در اولویت قرار می‌دهد و دارو درمانی و اعمال یداوی قدم‌های بعدی را تشکیل می‌دهند.

نتیجه‌گیری: نظریه‌هاو تفکرات مطرح شده در منابع طب ایرانی در هدایت تفکر و دانش پزشکی کشور و جهان مؤثر خواهد بود.

کلید واژه‌ها: اخلاق پزشکی، ارتقای سلامت، پزشکی سنتی، سلامت معنوی

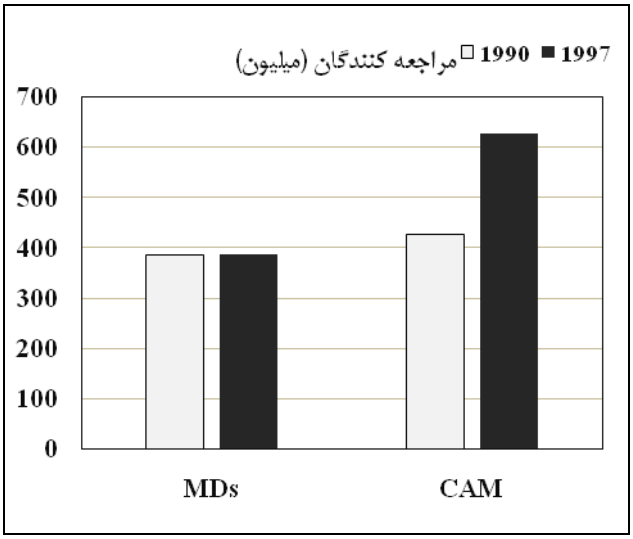
مقدمه

مطالعات ایزنبرگ (Eisenberg) در آمریکا تعجب سیاست‌گذاران سلامت آمریکایی را بر انگیخت. او برای اولین بار در دنیا نشان داد که مردم، بدون کمک دولت و بیمه‌ها از جیب خود هزینه‌های بسیار انبوه ویزیت و درمان را آن‌هم برای روش‌های غیر رایج درمان یعنی روش‌های مکمل و جایگزین پرداخته‌اند (۱و۲). طبق مطالعه او تعداد مراجعان به طب مکمل و جایگزین در آمریکا از سال ۱۹۹۰ تا سال ۱۹۹۷ از ۴۲۷ به ۶۲۹ میلیون نفر رسیده، درحالی‌که تعداد مراجعه به پزشکان طب جدید در سال ۱۹۹۷ به ۳۸۶ میلیون (نمودار ۱) بوده است (۳)

این حرکت در غرب تحت عنوان مردم‌سالاری پزشکی (The democratization of medicine) شناخته شد. زیر بنای این حرکت این بود که مردم آزاد هستند که با توجه به فرهنگ و محیط خود، سیستم سلامتی و درمان خود را انتخاب کنند و حکومت‌ها نقش راهنما و اطلاع‌رسانی و تنظیم بین روابط ذی‌نفعان را بر عهده دارد. در این تفکر مردم باید صدا و نقش قدرتمندی در تصمیم‌گیری‌ها و سیستم‌هایی داشته باشند که سلامت آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و به ابزارهایی نیاز دارند که به آن‌ها کمک می‌کند تا فعالانه‌تر درگیر شوند و دست‌اندرکاران نظام سلامت باید برای عدالت اجتماعی و فرد در متن جامعه ارزش قائل شوند.

۱. * نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۲. گروه طب سنتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۳. گروه حکمت ، طب سنتی و طب دوران تمدن اسلام و ایران فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران.
۴. دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]



شکل ۱- **تعداد مراجعان به پزشکان جدید در مقایسه با پزشکان طب مکمل در سال ۱۹۹۰ و ۱۹۹۷**

افراد هر روز تصمیماتی می‌گیرند که تأثیرات بسیار بیشتری بر سلامتی آن‌ها نسبت به تصمیمات کنترل شده توسط سیستم مراقبت‌های بهداشتی دارد. بیماران و مراقبان خانواده آن‌ها شاید کم مصرف‌ترین منبع در بهبود وضعیت بهداشتی و نتایج مراقبت‌های بهداشتی باشند(۴و ۵).

براساس توجه ملی به روش‌های غیررایج پزشکی، دولت آمریکا از سال ۱۹۹۰مرکز ملی طب مکمل و جایگزین NCCAM (National Center for Complementary Alternative Medicine) را در مؤسسه ملی سلامت NIH (National Institute of Health) تأسیس کرد. در سال ۲۰۰۰ طی یک مطالعه دو ساله گسترده، گزارش نهایی کمیسیون کاخ سفید در زمینه سیاست‌های پزشکی مکمل و جایگزین (White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy) ارائه شد و راهکارهای چگونگی بهره‌وری بهتر از خدمات طب مکمل و جایگزین و ادغام آن در نظام بهداشتی درمانی امریکا را منتشر کرد. در سال۲۰۱۶ مرکز ملی طب مکمل و جایگزین به مرکز ملی سلامتی مکمل و تلفیقی National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) تغییر نام داد که بیانگر لزوم تلفیق هرچه بیشتردیدگاه طب رایج و دیدگاه طب مکمل و استفادهٔ صحیح متکی بر شواهد از طب مکمل و تلفیقی می‌باشد. امروزه این تفکر از جمله تحت عنوان طب تلفیقی اطفال Pediatric Integrative Medicine و انکولوژی تلفیقی Integrative Oncology و در دیگر شاخه‌های پزشکی ساری و جاری شده است.

سازمان جهانی بهداشت نیز در کتاب استراتژی طب سنتی سازمان جهانی بهداشت۲۰۱۴ تا ۲۰۲۳ می‌نویسد: «طب سنتی و مکمل همچنان به‌طور گسترده‌ای در بسیاری از کشورها استفاده می‌شود و به‌کارگیری آن در کشورهای دیگر نیز به سرعت در حال افزایش است و علاقه‌مندی به طب سنتی و مکمل بین جامعه پزشکان گسترش یافته است.» (۶)

تعداد ۱۷۰ کشور عضو این سازمان استفاده از طب‌های سنتی و مکمل را در کشور خود تایید کرده و ۵۰ درصد کل کشورهای عضو (از ۱۹۴ کشور عضو)، دارای سیاست‌های ملی برای این موضوع هستند. همچنین ۱۲۴ کشور عضو دارای قوانین و مقرارات مشخص برای استفاده از گیاهان دارویی می‌باشند (۶). این روند رو به رشد و فزاینده و آشکار شدن فرصت‌های بسیار نهفته در آن منجر به یک خیزش علمی‌و سیاست‌گذاری در سطوح ملی و بین المللی برای استفاده حداکثری از این فرصت مهم در ارتقای سطح سلامت جوامع در سطح جهانی شده است. چنانکه در سطح بین المللی، سازمان جهانی بهداشت واحدی را تحت عنوان واحد طب سنتی، مکمل و تلفیقی Traditional, Complementary and Integrative Medicine (TCI) Unit راه‌اندازی کرده است.

سازمان جهانی بهداشت علل توسعه طب سنتی را در سه قسمت به شرح ذیل خلاصه می‌کند:

- **خصوصیات ذاتی طب سنتی:** «طب سنتی از قبل سیستم بهداشتی و درمانی خود مردم بوده است و توسط آنان به خوبی پذیرفته می‌شود. طب سنتی مزایای خاصی درمقایسه با تمامی سیستم‌های طبی وارداتی دارد؛ چراکه جزئی از فرهنگ مردم محسوب می‌شود و در حل بعضی مسائل فرهنگی سلامت نقش قابل توجهی دارد. طب سنتی به‌راحتی می‌تواند یار و یاور پزشکی علمی و جهانی باشد. معرفی، توسعه و ترویج طب سنتی احترام به فرهنگ و میراث مردم در سراسر جهان است.
- **ویژگی کل‌نگر بودن طب سنتی**: طب سنتی دارای روشی کل‌نگر است، به‌طوری که به انسان در طیف وسیع محیطی از بالا نگاه می‌کند و بر این نکته تأکید دارد که سلامتی و بیماری نتیجه عدم تعادل و توازن انسان در کل سیستمی‌است که او را احاطه می‌کند. از این نگاه، عامل مهاجم و تغییرات پاتوژنیک نقش جانبی برعهده دارند.
- **قابل اجرا بودن طب سنتی:** دلایل عمده و مختلفی برای توسعه و ترویج طب سنتی وجود دارد. شاید از نظر اجرایی مهم‌ترین دلیل قانع‌کننده برای توسعه و ترویج بنیادی طب سنتی این حقیقت است که اگر بخواهیم ازروش‌های قابل قبول، امن و دارای توجیه اقتصادی استفاده شود، طب سنتی یکی از مطمئن‌ترین راه‌ها برای رسیدن به پوشش بهداشتی برای همه جهانیان است (۷).

در آموزش دانشگاهی نیز حوزه طب‌های سنتی و مکمل مورد توجه کشورها برای تلفیق هرچه بهتر خدمات طب سنتی در نظام سلامت بوده است. برای مثال، پارلمان انگلیس در گزارشی بر لزوم قرار گرفتن واحدهای طب سنتی و مکمل در کوریکولوم آموزشی پزشکی این کشور تأکید می‌کند (۸). بررسی کوریکولوم آموزشی دانشکده‌های پزشکی آمریکا موید این نکته است که در نیمی‌از این دانشکده‌ها حداقل دوره‌ای برای انواعی از طب‌های سنتی وجود دارد(۹). همچنین دوره‌های تخصصی برای برخی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

انواع طب‌های سنتی درنظر گرفته شده تا آنجاکه بورد تخصصی برای طب تلفیقی شکل گرفته(۱۰) و آن را در ردیف تخصص‌های پزشکی قرار داده است. این اهمیت و نگاه را در بسیاری از کشورهای جهان از استرالیا، تا آسیا، آفریقا، اروپا و آمریکا به خوبی می‌توان دید. مضاف بر اینکه در برخی کشورها که خود از صاحبان اصلی پزشکی سنتی هستند این نقش بسیار برجسته‌تر و از ارکان اصلی ارائه خدمات درمانی در آن کشورهاست.

در ایران نیز متعاقب این حرکت جهانی – گرچه بسیار دیر- و با توجه به اینکه تمدن ایرانی از صاحبان یکی از مهمترین و دیرپاترین مکاتب طب سنتی جهان است که اخیرا تحت نام طب ایرانی (Persian Medicine) توسط سازمان جهانی بهداشت نیز به رسمیت شناخته شده است. روند ورود طب ایرانی به دانشگاه با راه‌اندازی رشته طب سنتی (مقطع PhD) در سال ۱۳۸۶ آغاز و با شکل‌گیری رشته‌های داروسازی سنتی (مقطع PhD - ۱۳۸۷) و تاریخ پزشکی (مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری - ۱۳۹۲) ادامه یافت(۱۱) و این سرآغاز مهمی برای استفاده از خدمات طب ایرانی و ادغام آن در نظام سلامت به شمار می‌رود. مضاف بر آن شکل‌گیری ارکان دولتی/اجرایی مانند معاونت طب سنتی (که به دفتر طب ایرانی نزول پیدا کرد) در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدیریت فراورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل‌ها در سازمان غذا و دارو و ستاد گیاهان دارویی و طب سنتی معاونت تحقیقات و فناوری ریاست جمهوری در راستای اهداف جمهوری اسلامی‌ایران در به کار گیری حداکثری از ظرفیت طب ایرانی در کشور بوده است. این اهداف و سیاست‌ها به خوبی در اسناد بالادستی کشور قابل ردگیری است. مهمترین این اسناد بند دوازدهم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در فروردین ماه ۱۳۹۳ به شرح زیر است:

بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه کردن طب سنتی ایران.

۱. رواج کشت گیاهان دارویی تحت نظر وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی تحت نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲. استاندارد سازی و روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با آن.
۳. تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی.
۴. نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی.
۵. برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی
۶. اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه (۱۲)

همچنین در قانون پنجم و ششم توسعه مصوب مجلس شورای اسلامی، ادغام و استفاده از ظرفیت طب ایرانی به صورت یک تکلیف قانونی بر ساختار اجرایی کشور تکلیف شده است. در این راستا، در برنامه ششم توسعه طبق بند «هـ» ماده ۸۹ به منظور تحقق بند ۱۲ سیاست‌های کلی ابلاغی سلامت مقام معظم رهبری، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی موظف شده است خدمات تأیید شده طب سنتی ایرانی را در نظام سلامت ادغام و همچنین به ساماندهی و توسعه آموزش، پژوهش و ارائه خدمات درمانی اقدام کند. همچنین طبق تبصره ذیل ماده ۸۶ است سازمان غذا و دارو موظف شده است برای وارد کردن فهرست فرآورده‌های طبیعی و سنتی در فهرست رسمی داروهای کشور اقدام کند(۱۳).

مضاف بر این سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی در سال ۱۳۹۲ با ابلاغ ریاست جمهور وقت ایران، ابعاد توسعه طب سنتی در کشور را به طور مفصل مورد بررسی قرار داده و تکلیف دستگاه اجرایی برای تحقق اهداف تعیین شده را مشخص کرده است (۱۴).

لذا با توجه به ابعاد مختلف طرح شده از حرکت جهانی در راستای استفاده از ظرفیت طب‌های سنتی، وجود یکی از مهم‌ترین مکاتب طب سنتی در ایران و نیز اسناد بالادستی و نیز ساختارهای علمی موجود در کشور، حرکت منطقی و توسعه طب ایرانی به شکل تلفیقی با طب رایج و براساس پزشکی مبتنی بر شواهد یک ضرورت مهم برای کشور به شمار می‌رود.

مکتب طب ایرانی طبق گفته پاول هیسن سابقه ده هزار ساله دارد و مکاتب بزرگ طبی دنیا مانند طب سنتی چین و آیورودا و طب یونانی چند هزار سال بعد از آن و بر اساس آن شکل گرفته‌اند (۱۵). طبق نقل سیریل الگود مورخ پزشکی «قبل از طب یونانی وجود داشته است و ایرانیان اصول آن چیزی را که طب یونانی نامیده شده، به یونانیان تعلیم دادند ودر ایران قدیم وضعیت طب پیشرفته‌تر از آشور بود» (۱۶). گوستاولوبون (۱۹۳۱ تا ۱۸۴۱م) در کتاب تمدن اسلام وعرب می‌نویسد: «دانشمندان اروپا تا قرن پانزدهم قولی را که مأخوذ از مصنفین عرب نبود مستند نمی‌شمردند. تمام دانشکده‌ها و دانشگاه‌های اروپا تا پانصد الی ششصد سال روی همین ترجمه‌ها دایر و مدار دانش‌های ما فقط علوم مسلمین بوده است و در بعضی رشته‌های علوم مثل طب می‌توان گفت که تا زمان ما هم جاری مانده است، چه در فرانسه مصنفات بوعلی سینا تا آخر قرن گذشته باقی بوده و شروحی بر آن نوشته می‌شد». سر ویلیام اوسلر از ابن‌سینا به عنوان نویسنده مشهورترین کتاب درسی پزشکی که تاکنون نوشته شده است یاد می‌کند و در ادامه می‌نویسد:کتاب قانون او برای مدت طولانی‌تری از هر کتاب دیگری انجیل پزشکی بود (۱۷و ۱۸).

از دیدگاه مؤلفان علت ماندگاری طولانی مدت طب ایرانی در صحنه پزشکی جهانی و انتخاب آن توسط بزرگان پزشکی دنیا، اصالت عقلانی و ایده‌های برجسته و تجربیات مهم پایه و بالینی بوده است که ناخودآگاه موجب جذب دنیای پزشکی در دوره خود شده است. بسیاری از این ایده‌ها و نظریات هنوز که هنوز است نو و گرانبها و گمشده قلب‌های تشنه و سالم دنیای پزشکی هستند.در این نوشتار به پنج دسته از ایده‌ها و تفکرات

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

مطرح شده درمنابع طب ایرانی و دانشمندان و حکمای این مرز و بوم به‌طور خلاصه اشاره می‌شود. امید است فرهیختگان امروز پزشکی ایران که حرکات بسیار ارزشمندی را در جهت توسعه فرهنگ اسلام و ایران نموده‌اند، بتوانند بر اساس موارد مطروحه در این مقال نظریه‌پردازی کرده و پزشکی کشور و جهان را بهره‌مند سازند.

حکیم، طبیب دوبعدی

در گذشته به مجموع دانش‌های عقلانی و برهانی حکمت و کسی را که به همه آن علوم احاطه داشته است، حکیم می‌گفته‌اند. حکمت نیز به دو دستهٔ کلی حکمت نظری و حکمت عملی تقسیم می‌شود. در حکمت نظری به مبحث وجود (با ماده و بدون ماده) پرداخته می‌شود و در حکمت عملی به روابط موجودات.

شناخت وجود و موجودات با ماده، موضوع علم طبیعیات است و ابن‌سینا در این علم کتاب مفصل وگرانبهای شفا را در این علم تدوین کرده است. اما شناخت وجود بدون ماده موضوع علم ما بعدالطبیعه یا حکمت الهی است. انسان در مکتب‌های الهی وجودی دو بعدی است و شناخت او بدون در نظر گرفتن هر دو بعد مقدور نیست و پزشک لازم است با دید حکیمانه دو بعدی به بشر و سلامت و بیمار نظر کند. متأسفانه این نگاه از دنیای پزشکی امروز رخت بربسته و دوری از آن طب و طبیبان را در وادی‌های مختلف سرگردان و پریشان ساخته است. لازم است دلسوزان صحنه فرهنگ غنی اسلام و ایران آیات وجود ناب حاکم بر ماده و معنی را با بیانی جدید تلاوت نمایند و عقل بشری و فرزندان عزیز را برانگیزند. اگر این شاخه عظیم حکمی‌از دانش بشری و علم طب خط بخورد مفاهیمی‌مانند معنویت و اخلاق پزشکی به حضیض ذلت سقوط خواهد نمود و هوی و هوس همه چیز را خواهد بلعید.

رازی بزرگ در کتاب بایسته‌های اخلاق پزشکی می‌نویسد: «پزشک در درمان خویش، خود را به خدای بزرگ می‌سپارد و از او شفا و بهبود چشم دارد. او روی توان و کارش حساب نمی‌کند؛ بلکه همگی کارهایش به خدا اعتماد می‌ورزد. اگر پزشک وارونهٔ این انجام دهد و به خود و توانش در این پیشه پزشکی و کاردانی‌اش بنگرد، خداوند او را در بهبود و شفای بیمار ناکام خواهد گذاشت.»(۱۹)

استاد دکتر گلشنی و همکاران می‌نویسند: «یکی از تفاوت‌های طب ایرانی با پزشکی مدرن این است که پزشکی مدرن در چهارچوب جهان‌بینی سکولار خود، انسان را در بعد مادی خلاصه می‌کند و برای بسیاری از پرسش‌ها اساساً نمی‌تواند پاسخی داشته باشد. در حالی که طب سنتی ایرانی- اسلامی‌در بستر جهان‌بینی اسلامی، اولاً انسان را ذوابعاد می‌داند، بیماری و سلامت را پدیده‌هایی در بستر کل طبیعت به‌عنوان مخلوق قادر متعال حکیم می‌داند که در آن‌ها (سلامت و بیماری) حکمت‌ها و عللی نهفته است و انسان رامأمور کشف آن حکمت‌ها، علل و حقایق طبیعت می‌کند.» (۲۰)

سر ویلیام اسلر پدر پزشکی نوین می‌نویسد:«هیچ چیز در زندگی شگفت‌آورتر از ایمان نیست. یک نیروی محرک بزرگ که ما نه می‌توانیم آن را در ترازو بسنجیم و نه آن را در بوته آزمایش تجربه کنیم. ایمان همیشه یک عامل اساسی در عمل پزشکی بوده است. اما، ذهن غربی با عفونتی و نانی خود، انتقال‌دهنده ضعیفی از ایمان است،که چهره واقعی او را می‌بایست در دین‌های شرقی را جستجو کرد. نه یک روانشناس، بلکه یک پزشک بالینی معمولی که قصد دارد ضعف در ذهن و بدن را قوی کند، از او بی نیاز نیست» (۲۱). ذهن، بدن و روح به طور جدایی‌ناپذیری با هم مرتبط هستند ولی طب غربی، برخلاف سیستم‌های سنتی شرقی، بدن، ذهن و روح را دو قطبی کرده است. آموزش پزشکی در دنیای غرب به شدت دنبال جنبه‌های جسمی بیماران و مراقبت از آن‌ها، با سنجش آسان‌تر است. یادگیری نحوه برخورد با جنبه‌های معنوی مراقبت‌های پزشکی، بخشی معمول از برنامه‌های درسی دانشکده پزشکی یاکال جنیست، ولی بیماران توجه به ابعاد معنوی را به عنوان بخشی از مراقبت‌های ارائه شده از ما انتظار دارند. علم پزشکی و انسان‌گرایی می‌توانند زیر چتر «علوم انسانی پزشکی» متحد شوند تا در یک رویکرد مشترک درک ما از سلامتی و سلامتی انسان تعمیق بخشند. رویکردی که می‌تواند به پزشکان کمک کند تا بینش رابطه بین بیماران، پزشکان و سیستم مراقبت‌های بهداشتی را بهبود بخشند و در نتیجه ظرفیت آن‌ها را برای بهبود، تسکین و راحتی بیماران افزایش دهد(۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵).

توجه به اخلاق پزشکی معنوی

حکما علم نافع طب را طبق فرمایش رسول اکرم (ص) که «خیرکم انفعکم للناس» برای حفظ سلامتی خود و مردم می‌آموختند و در انتشار آن به طالبان علم می‌کوشیدند و ثواب معنوی آن را توشه راه آخرت می‌دانستند. آن سرفرازان و فرزانگان دنیای دانش و تقوا، کتمان علم را گناهی غیرقابل بخشش می‌دانستند و انتقال دانش به مردم را واجب به حساب می‌آوردند. بهاءالدوله رازی طرشتی(۲۶) که پوینده راه رازی بزرگ در قرن دهم است در علت تألیف کتاب ارزشمند خلاصه التجارب به زبان پارسی چنین توضیح می‌دهد که بنا به فرموده پیامبر اکرم (ص) «من کتم علما نافعا الجمه الله تعالی یوم القیامه بلجام من النار» برای انتشار دانش نافع و عدم کتمان آن تصمیم به تألیف این کتاب ارزشمند می‌گیرد(۲۷). آنان سعی می‌کردند فروتنی را مشی خود قرار دهند و با روش‌های ساده و ارزان به مداوا بپردازند، استاد دکتر محمدمهدی اصفهانی که خود متخلق به این خلق‌وخوی می‌باشند در رابطه با استاد خود می‌فرمایند: «در عهد جوانی که برای تشرّف و تلمّذ در محضر استاد فقید مرحوم پروفسور حکیم سید علی احمد نیر واسطی وارد لاهور شده بودم؛ تلفنی ورود خود را به استاد اطلاع دادم و قرار گذاشتم که روز بعد به خدمتشان بروم، چند

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

ساعت بعد استاد فرزانه عصازنان شخصاً به دیدار من آمد و این اوّلین درسی بود که از تفقّد استادانه آن بزرگوار نسبت به یک طالب علم که از راهی دور به لاهور آمده بود آموختم. استاد در همان دیدار کتابی را به همراه آورده بود که تا فردا و قبل از ملاقات حضوری به مطالعهٔ آن مشغول باشم و این درس دیگری از اوّلین دیدار بود.»

مرحوم پروفسور حکیم نیر واسطی بعد از ظهرها در درمانگاهی که مطب ایشان بود می‌نشست و بیماران را معاینه و مداوا می‌کرد و نسخه بیمار را به دست او می‌داد تا در همانجا داروی خود را دریافت کند، دو نفر کارگر تعلیم یافته در همان اطاق بزرگ، روبه‌روی استاد نشسته بودند و دارو را مثلاً با کوبیدن درهاون دستی و غربال کردن و مخلوط کردن با مفردات دیگر آماده می‌کردند و به بیمار تحویل می‌دادند. این منظره که به ساده‌ترین شکل، کمترین هزینه و آماده کردن دارو در برابر چشم استاد صورت می‌گرفت ممکن است امروزه عملی نباشد امّا در آن روزگار، درس همدمی‌با بیمار، ساده‌زیستی و ارتباط نزدیک و عاطفی طبیب و بیمار را به افراد می‌آموخت، بیماران هم به ندرت به دارویی که تهیه آن در همان معاینه و در درمانگاه امکان تهیه آن نباشد و لازم باشد از بیرون تهیه شود نیاز پیدا می‌کردند. تمام مخارج بیمارانی که اینجانب می‌دیدم از چند روپیه تجاوز نمی‌کرد که قسمت عمدهٔ همین رقم اندک نیز مخارج تهیه مفردات دارویی بود. در درمانگاه علاوه بر مفردات، چند داروی پایه آماده نیز وجود داشت که گاهی لازم می‌شد مثلاً مفرده‌ای را بکوبند و به یکی از آن داروها اضافه نمایند- این روش ساده برای تأمین دارو نیز درس‌های قابل تأسّی داشت. درس دیگر اینکه روزی حکیم بعضی از مجربات را املاء می‌کرد و من می‌نوشتم ناگهان به نوشته من نگاه کرد و گفت چرا هوالشافی ننوشته‌ای؟ گفتم بالای صفحه نوشته‌ام با لحن تقریباً تندی گفت: در ابتدای هر نسخه و نه فقط در بالای صفحه، هوالشافی را بنویس، این هم درس دیگری بود که در هر لحظه و به تکرار، ضرورت اتّکاء به پرودگار و شفا را فقط از او دانستن را القاء می‌کرد (۲۸).

این مشعلداران علم و اخلاق بشری به دانشمندان پیش از خود احترام فراوان قائل بودند و گرچه در بسیاری مواقع نظرهای علمی استادان قبل از خود را به نقد می‌کشیدند، ولی در آثار خود منبع و مرجع سخنان خود را به‌منظور بزرگداشت اساتید فن بیان می‌داشتند. « رازی» عقاید و روش‌های درمانی پیشینیانش را توأم با نظر و برداشت‌های شخصی به‌گونه‌ای روشن نگاشته و هرگونه دستور یا نسخه مفیدی را که از پزشکان مقدم به‌دست آورده به نام آنان در کتاب خود درج کرده است (۲۹).

استاد دکتر فریدون عزیزی می‌فرمایند: «نگاهی به سیره حکما و اطبای اسلامی‌به ویژه پزشکان به نام کشورمان نشانگر این واقعیت است که در بسیاری موارد اصول فلسفه اخلاقی اسلامی‌را در خلق و خو و رفتارهای پزشکی و نیز چهار بعد سلامت منظور می‌داشته‌اند که اهم آن‌ها به شرح زیر بوده است: توجه به قدرت لایزال الهی به عنوان استفاده‌دهنده اصلی، احترام به استادان، تعامل مناسب با همکاران و ارجاع به وقت و مشورت با آنان در صورت لزوم، پرهیز از ادعای برتری نسبت به همکاران و یا تحقیر آنان، ارتباط مناسب با بیماران همراه با رازداری، پاک چشمی، رعایت ادب و صبور بودن، قبول اشتباه و عذرخواهی، پرهیز از تکبر و خودبزرگ‌بینی، عدم تبعیض در درمان بیماران، عدم چشم داشت به جبران مالی بیمار، تحمیل نکردن هزینه و عوارض غیرضروری و عدم تجویز داروهای پرعارضه و پرخطر و نیز جدیت در مطالعه و درمان مبتنی بر شواهد و عدم تبعیض در آموزش حرفه پزشکی، خصوصیات بارزی هستند که از حکمای علم پزشکی ما به ارث رسیده است خصوصیات فردی یک طبیب شامل مناعت طبع، قناعت، مهربانی، دوری از حرص، بخل و حسد، طمع و کبر و عدم پرگویی، شکم‌بارگی، نظربازی و هوس‌بازی گنجینه‌های اخلاقی اسلامی‌بوده است که در شرح حال بسیاری از متقدمین به یادگار مانده است (۳۰).

متأسفانه اکثر شاگردان غربی این مکتب بزرگ، احترام استادان خود را نگاه نداشتند و ضمن استفاده‌های فراوان بدون ذکر منابع(۳۱) این مکتب طبی را به سخره گرفتند و اعمالی را که شایسته حیطه علم و دانش نبود انجام دادند و گستاخی را به آن‌جا رساندند که پاراسلسس در روز افتتاح کرسی استادی خود برابر دانشجویان پزشکی قانون ابن‌سینا را به آتش کشید(۳۲). همچنین وسالیوس پایه‌گذار علم تشریح نوین در ۱۵۱۴ میلادی در بروکسل به دنیا آمد و پایان‌نامه کارشناسی پزشکی خود از دانشگاه لوون را به شرح و تفسیر فصل نهم کتاب *منصوری* رازی در درمان بیماری‌ها اختصاص داد و این رساله را به نیکولاوس پزشک دربار پاریس هدیه کرد. وسالیوس علت انتخاب رازی را پیشرو بودن این دانشمند در هنر درمان نسبت به هم نسلی‌هایش بر شمرده است. بنابر گزارش نانسی سیراسی او در سال ۱۵۴۳م نسخه‌ای از این کتاب را سوزاند، زیرا برای مقام جدیدش به عنوان پزشک در دربار اسپانیا سند بحث‌برانگیزی شده بود (۳۳).

متأسفانه آنچه که امروزه پایه‌های اخلاق پزشکی غربی را پایه‌گذاری کرده است، مکتب اخلاق انتفاعی مادی یا اصالت لذت است. ماهیت تعریف این اخلاق این طور بیان شده است که انسان چه کند که درآمد بیشتر داشته و نفع شخصی و لذت بیشتر ببرد تا موقعیت و شخصیت او در اجتماع افزایش یابد؟ براساس آموزه‌های این مکتب، اخلاق ذاتاً پسندیده و ناپسند نیست؛ بلکه حسن و قبح اخلاق را باید از دریچه منافع مادی و لذت انسان شناخت. به عبارت دیگر فضائل اخلاقی هر کجا که منافع مادی را تأمین کند و ابزار زندگی، وسیله رونق اقتصاد شود، به آن عمل می‌شود و گرنه خود اصالتی ندارد. لذا فلاسفه غرب معتقدند که بشر موجودی منفعت‌طلب است و جز در پی سود خویش نیست. معهذا جامعه نیاز به یک سری روابط حسنه دارد که نام آن را اخلاق گذاشته‌اند و انسان‌ها متقاعد شده‌اند که باید حقوق یکدیگر را رعایت کنند، به سایرین احترام بگذارند، وظایف اجتماعی خود را انجام دهند تا دیگران نیز حقوق و احترام

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

آن‌ها را رعایت کنند. لذا حقوق انسان‌ها فضیلت است و تکلیف و مسئولیت اخلاق ایجاب می‌کند که انسان‌ها آن‌ها را به جا آورند تا منافع همه انسان‌ها تأمین شود بر پایه مکتب‌های فلسفی فوق، اخلاق پزشکی این طور تعریف شده است: «اخلاق پزشکی فعالیتی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، روش، رفتار، احساسات، استدلالات و بحث‌های مختلف تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در پزشکی به صورت دقیق و انتقادی بررسی می‌شود و در موارد لزوم دستورالعمل‌هایی صادر می‌شود .تصمیمات اخلاق پزشکی، در حیطه عملکرد طبی، بدیهیات و ارزش‌ها، خوب یا بد، صحیح یا نادرست و آنچه را که باید یا نباید انجام شود، مشخص می‌سازند.» (۳۰).

سلامت محوری

حفظ سلامتی بخش اعظم طب سنتی ایران است، چنانکه در تعریف طب از کلام ابن‌سینا می‌خوانیم: «ان الطب علم یتعرف منه احوال بدن الانسان من جهه مایصح و یزول عن الصحه لیحفظ الصحه حاصله و یستردها زائله» ترجمه: پزشکی دانشی است که به وسیلهٔ آن چگونگی احوال بدن انسان از نظر سلامت و بیماری شناخته می‌شود تا سلامت را نگهدارد و چنان‌که از دست رفته باشد بازآرد (۳۴) و یا همانطورکه ربیع‌بن‌احمد اخوینی پزشک حاذق قرن چهارم هجری در کتاب *هدایه المتعلمین فی الطب* نقل می‌نماید «پزشکی پیشه‌ای بود که تندرستی آدمیان را نگاه دارد و چون رفته باشد باز آرد از روی علم و عمل» (۳۵).

طب سنتی ایران نه گیاه درمانی است و نه حجامت، اگرچه در این طب از گیاهان دارویی نیز استفاده می‌شود و حجامت یکی از روش‌های جزئی مورد استفاده در طب سنتی ایران می‌باشد. هدف اصلی طب ایرانی این است که دانشجویانی را تربیت کند و فرهنگ‌سازی اصیلی را انجام دهد که مردم بیمار نشوند. در کتاب‌های طب ایرانی از قرن‌ها پیش مبحث روش زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها به‌صورت مفصل تعلیم می‌شده است و این مباحث قبل از مبحث درمان به دانشجویان پزشکی یاد داده می‌شده است تا در ذهن پزشک جوان رسوخ یابد و او خود را در درجه اول مسئول سلامت افراد سالم بداند و سپس درمانگر دردهای آن. در کتاب‌های طب قدیم علاوه بر روش زندگی عموم مردم، مباحث گسترده‌ای در مبحث مدیریت روش زندگی گروه‌های خاص مانند مدیریت روش زندگی مادران باردار و شیرده، مدیریت روش زندگی پیران و مدیریت روش زندگی مسافران مطرح است که نشان از عمق ژرفای بینش آنان در پیشگیری از بیماری‌ها در گروه‌های پر خطر دارد.

دستورات روش زندگی سالم و حفظ سلامتی در طب سنتی ایران، بر شش اصل ضروری برای زندگی، استوار است. این شش اصل عبارت‌اند از: «آب و هوای سالم، حرکت و سکون کافی، خواب و بیداری مناسب، استفاده از خوردنی‌ها، . آشامیدنی‌های مناسب هر فرد، پاکسازی بدن و حفظ مواد ضروری بدن و کنترل صحیح حالات روحی و روانی». این شش اصل، هم برای سالم زندگی کردن لازم است و هم برای بهبود بیماران. همچنین، برای این‌که بیماری پس از بهبود عود نکند، توجه به این اصول لازم است (۳۶). و البته در جای دیگری ابن سینا اولویت‌های روش‌های پیشگیری از بیماری‌ها را در ۱. فعالیت بدنی مناسب؛ ۲. مدیریت تغذیه؛ ۳. مدیریت خواب خلاصه می‌نماید. تأکید ایشان بر فعالیت بدنی در زمانی که فعالیت‌ها عمدتاً بدنی بوده است، مایه شگفتی و دقت قابل توجه بالینی او بوده است.

در مطالعهٔ انجام شده توسط دکتر روحانی در سال ۱۳۹۸با نظارت دکتر واعظ مهدوی و دکتر منتظری‌مقدم در شهرستان کاشان تحت عنوان «آموزش اصول حفظ سلامتی طب سنتی ایرانی به بهورزان و بررسی تاثیر آن در کیفیت زندگی زنان روستایی» ۵۲ بهورز شهرستان کاشان تحت آموزش اصول حفظ سلامتی طب سنتی قرار گرفتند و سپس بهورزان آموزش دیده در ۳۲ روستای شهرستان، تعداد ۸۵۰ زن روستایی را آموزش دادند. آمارهای به‌دست آمده از این طرح نشان داد که با آموزش اصول حفظ سلامتی طب سنتی 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 در زنان روستایی نیز در زیرمقیاس‌های «عملکرد جسمانی»، «عدم درد جسمانی»، «احساس نشاط و سرزندگی» و «عملکرد اجتماعی» آموزش‌ها باعث تغییرات معنی‌دار شده است. همچنین آموزش‌ها باعث تغیرات معنی‌دار در ۱۶ رفتار از ۲۹ رفتار بهورزان در پرسشنامهٔ سبک زندگی شد و در زنان روستایی این تغییرات معنی‌دار در ۲۱ رفتار از ۲۹ رفتار سبک زندگی بوده است(۳۷ و ۳۸).

در مطالعهٔ دیگری دکتر هداوند تحت نظارت دکتر اسماعیلی‌صابر و دکتر منتظری‌مقدم (۱۳۹۷)با هدف بررسی آموزش اصول حفظ سلامتی طب سنتی ایرانی(حفظ الصحه) بر هزینه‌های درمان بیمه‌شدگان بیمه سلامت که هزینهٔ بالای بین صدک ۵۰ تا ۷۰مطالعه جالبی را طراحی و اجرا کردند. دراین مطالعه که در شهر تهران (ایران) طی سال ۱۳۹۶ انجام پذیرفت گروه مداخله (۵۰ نفر) به‌صورت حضوری و مجازی، آموزش‌های حفظ سلامتی بر پایه طب سنتی ایرانی را دریافت کردند 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 (۳۹ و ۴۰).

امروزه در امریکا سیاستمداران متوجه شده‌اند که هزینه‌های روش‌های درمان‌های رایج ملت را به ورشکستگی سوق می‌دهد و لازم است اصول پیشگیری از بیماری‌ها که شامل تغییرات عمده در روش زندگی به‌خصوص آموزش و تغییر الگوی فعالیت بدنی و تغذیه و کنترل حالات روحی روانی در رأس برنامه‌های نظام سلامت آمریکا قرار گیرد. در این رابطه یکی از

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

برنامه‌های پیشنهادی، برنامه ملی افراد فعال، ملت سالم می‌باشد. این برنامه با اتخاذ یک رویکرد جامع برای ارتقای فعالیت بدنی در ۲/۵ میلیون جوان و ۲۵ میلیون بزرگسال، با هدف دستیابی به پیشرفت‌های اساسی و پایدار در سطح فعالیت‌های جسمی‌جوانان و بزرگسالان ایالات متحده آغاز شده است. مزایای بالقوه این پروژه که فراتر از سلامتی صرف می‌باشد، عبارت است از: عملکرد بهتر کودکان در مدرسه، کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی، افزایش قدرت اقتصاد ملی، کاهش آلودگی هوا، انسجام بیشتر جامعه و افزایش امنیت ملی با داشتن بزرگسالانی که از نظر جسمی‌برای ارتش مناسب هستند (۴۱).

طب روحانی و سلامت معنوی

تمامی‌وجهه همت مکتب‌های مادی که موجودیت و هویت انسان را فقط در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی می‌شناسند، اگرچه اخیراً از بعد معنوی (spirituall) نیز سخن به میان آورده‌اند نگاه‌شان به معنویت کاملاً با معنویتی که در ادیان الهی به عنوان تعالی و تقرب به ذات پروردگار مطرح است، متفاوت است. در تأمین سلامت، دستیابی به رفاه جسمی، روانی و اجتماعی خلاصه می‌شود و از بخش مهمی‌از حیطهٔ حیات ملکوتی و روحانی انسان، دانسته یا ندانسته، غفلت می‌کنند و صد البته این غفلت کاستی بزرگی است که دنیای مادی فعلاً اسیر آن است. اما اگر با نگاه وسیع‌تر در سایهٔ آموزه‌های ادیان الهی به هویت انسان بنگریم، آدمی‌را با ویژگی‌های روحانی، جسمانی، روانشناختی و اجتماعی (spritobiopsychosocial)، یک موجود برتر از همهٔ آفریدگان خواهیم یافت که در تأمین سلامت او به معنای وسیع کلمه به همهٔ ابعاد حیات مادی و معنوی او باید توجه کرد (۴۲).

ابن‌سینا در مبحث کلیات درمان بیماری‌ها در جلد یک قانون مبحث جدیدی را تحت عنوان طب روحانی باز می‌نمایند و به اهمیت خاص آن در درمان بیماری‌ها اشاره می‌نمایند «من المعالجات الناجعه، الاستعانه بما یقوی القوی النفسانیه» ترجمه: از درمان‌های مفید بهره‌گیری کامل از چیزهایی است که قوای نفسانی را تقویت می‌نماید.

استاد آیت الله حسن زاده آملی می‌فرمایند: «چارهٔ بسیاری از بیماری‌ها تنها دارو نیست، بلکه تدبیر نفسانی طبیب حاذق و روحانیت و تاثیر کلام وی راه علاج است»(۴۳). استاد دکتر اصفهانی در این رابطه می‌فرمایند: «فرض بفرمایید یک بیماری که مشکل حسادت دارد و این مشکل حسادت آثار سویی روی دستگاه گوارش می‌گذارد، آن اختلال گوارش را فقط با داروهای ضد آن اختلال نمی‌شود درمان کرد؛ بلکه باید بعضی مسایل را به‌طور ریشه‌ای حل کرد» (۴۴). استاد مرحوم دکتر سید جلال مصطفوی کاشانی در کتاب *حل مسئله لاینحل دارو* با نقد بر کتاب طب داخلی‌هاریسون می‌فرمایند: « از هر ده تن بیمار که برای درمان بیماری‌های خود به پزشکان مراجعه می‌کنند نه تن از آن‌ها ابداً نیاز به هیچ دارویی اعم از شیمیایی یا گیاهی ندارند و آن‌ها را می‌توان صرفاً به وسیله روان درمانی توام با رژیم‌های غذایی مناسب به خوبی و به طور کامل درمان کرد.»

پرداختن به معنویت از امور مهم دیگری است که با تقویت قوه مدبره در سالم ماندن و پیشگیری از بیماری‌ها نقش اساسی دارد. امور اخلاقی و معنوی و توجه به ذات لایزال که همواره در میان حکما مورد توجه بوده است، امروزه پس از سال‌ها قهقرا در علوم نوین طبی دوباره مورد توجه قرار گرفته است. در اجلاس سالیانه بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۳م نماینده نروژ اعلام کرد باوجود شرایط اقتصادی و اجتماعی بسیار خوب در کشورش، متأسفانه اعتیاد، یأس از زندگی و سایر اختلالات روانی برای نروژ مشکل آفرین است و متعاقب این بحث در اجلاس سی و ششم بهداشت جهانی مسئله بعد معنوی سلامت مطرح شد(۴۵). و یک دهه پیش دولت‌های اروپایی بیانیه کپنهاک را که آن‌ها را متعهد می‌کرد به نیازهای معنوی مردمشان بپردازند را امضا کردند (۴۶).

روش‌های درمانی منطقی

ابن‌سینا علیه‌الرحمه در مبحث درمان بیماری‌ها می‌فرمایند: «ان امر العلاج یتم عن اشیاء ثلاثه احدها التدبیر و التغذیه، و الثانی استعمال الادویه و الاخر استعمال اعمال الید» ترجمه: امر مهم درمان با سه چیز کامل می‌شود. ۱. مدیریت روش زندگی بخصوص تغذیه؛ ۲. استفاده از داروها؛ ۳. استفاده از کارهای دستی(۳۴). همانطورکه ملاحظه می‌شود ابن‌سینا در درمان بیماری‌ها که علت آن معمولاً به‌هم ریختن روش زندگی مانند بی‌حرکتی، اختلالات خواب و تغذیه و عدم کنترل حالات روحی روانی می‌باشد، تصحیح روش زندگی به‌خصوص امور مربوطه فوق را در رأس درمان قرار می‌دهد و در این بین تغذیه درمانی را مهم‌ترین آن‌ها بر می‌شمرد. ابن سینای بزرگ درمان اتیولوژیک و نه علامتی را وظیفه پزشک حاذق و مجرب می‌داند و اوست که با شرح حال‌گیری صحیح و توجه کامل و دقیق به زمان بروز بیماری و وضعیت زندگی بیمار علت و سبب اصلی بروز بیماری را تشخیص می‌دهد و درمان را با باز گرداندن و مدیریت عاملی از روش زندگی که بروز بیماری را موجب شده است، درمان را به انجام می‌رساند و خود این روش را تحت عنوان انتخاب «حسن التدبیر المهم» در کلیات علم علاج به‌وضوح مطرح می‌نماید. (۳۴) رازی استاد بزرگ بالینی تاریخ نیز همین دیدگاه را دارند و می‌فرمایند: « زنهار که تا آنجایی که می‌شود با غذا درمان کنی با دارو قطعا درمان مکن» (۴۲) از دیدگاه ابن سینا و اندیشمندان طب ایرانی، دارو درمانی و استفاده از کارهای دستی مانند فصد و حجامت و اعمال جراحی در قدم دوم و سوم درمان، بعد از غذا درمانی قرار می‌گیرند.

در غرب از حدود یک دهه قبل شاخه‌ای به نام پزشکی سبک زندگی (Life style medicine) شکل گرفت(۴۷).در این نگرش جدید به درمان،غذا و الگوی تغذیه، استراحت و خواب، فعالیت بدنی، مدیریت شرایط ذهنی و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

استرس در جایگاه اصلی درمان قرار می‌گیرند (۴۸).رشته پزشکی سبک زندگی با هدف قرار دادن تغذیه، فعالیت بدنی، رفاه، مدیریت استرس، مصرف مواد و خواب به علل اصلی بیماری می‌پردازد (۴۹و ۵۰). متأسفانه، جامعه پزشکی با نادیده گرفتن دلایل اصلی بیماری و غفلت از اولویت‌بندی اقدامات در سبک زندگی برای پیشگیری، مردم را در معرض آسیب قرار می‌دهد. مطالعات اپیدمیولوژیک، اکولوژیک و مداخله‌ای بارها نشان داده‌اند که بیشتر بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و دیابت نوع ۲، نتیجه سبک‌های نادرست زندگی است و معمولاً به دلیل تغذیه نامناسب و کم تحرکی بدنی ایجاد می‌شود.

با توجه به اینکه عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی از دوران کودکی آغاز می‌شود؛ جامعه جوان کشور باید از همان سنین ابتدایی در معرض یک سبک زندگی سالم قرار بگیرند. چراکه مطالعات متعدد در زمینه تأثیر تغییرات سبک زندگی بر نسل‌های آینده نشان داده است که تأثیر مثبت یک سبک زندگی سالم با بالغ شدن کودکان در راستای حفظ سلامتی آنها به پیش می‌رود. بنابراین، طب سبک زندگی باید به رویکرد اصلی در مدیریت بیماری‌های مزمن و مهم‌تر از آن، پیشگیری از آن‌ها تبدیل شود (۵۱). متأسفانه این دیدگاه در غرب تفکر جاری و اصلی نظام سلامت نیست و هنوز طب‌هاریسونی متکی بر دارو و توصیه به داروهای گران و جدید و ابزارهای پزشکی گاهی حتی از نظر علمی غیرمنطقی، جریان اصلی درمانگری را رقم می‌زند. (۵۲) .و بیماری‌های ایاتروژنیک یا ایجاد شده توسط سیستم پزشکی جزء معضلات پزشکی محسوب می‌شود (۵۳ و۵۴).

متأسفانه تکه پاره شدن شدن بدنه واحد پزشکی و ایجاد قسمت‌های جداگانه تحت عنوان دانشکده بهداشت، دانشکده تغذیه، دانشکده توانبخشی (که همان اعمال یداوی است) و نگاه داشتن تشخیص و درمان دارویی در دانشکده پزشکی موجب شد که هیچ فردی در این مجموعه سیستم پزشکی جدید به‌صورت معمول آگاهی کلی و صحیح به امر سلامتی و درمان پیدا نکند و هر کسی مانند فیل مولانا با قسمتی سر و کار می‌یابد و از ظن خود کاری را مطابق نظر طراحان اصلی جریان که آگاه به امور هستند انجام می‌دهد. دانشجویان پزشکی واحدهای اندکی در بهداشت و تغذیه و بسیار ناچیز یا هیچ از توانبخشی می‌خوانند و دانشجویان تغذیه و توانبخشی ناچیز از تشخیص و بهداشت و بیمار سرگردان در وادی بیماری که به‌علت اختلال در تغذیه، بهداشت و روش زندگی ایجاد شده است.

Review

Persian Medicine and the Development of Theorizing in Today's Medical World

Mohsen Naseri[1, 2,3]*, Farzaneh Ghaffari[4], Arman Zargaran[5], Zahra Bahadin[1]

Abstract

Background: The school of PersianMedicine(PM) has a history of ten thousand years and the reason for such a long-term persistence of it in the world medical scene is its intellectual originality plus outstanding ideas and important basic and clinical experiences. In this articlecategories of theories and ideas which have been presented in the PM sources are briefly mentioned.

Methods: This article has been prepared by reviewing the available resources of Iranian medicine and content analysis of them.

Results: Five categories of theories and ideas have been presented in the PM sources:

I. Hakim, a two-dimensional physician: In the past, Hakim was someone who encompassed all intellectual and argumentative sciences and paid attention to human beings and medicine from a material and spiritual point of view.

II. Paying attention to spiritual medical ethics: Addressing medical ethics based on spirituality is another important issue that plays anessential role in the prevention and treatment of diseases.

III. Health-oriented: Maintaining health is a major part of traditional PM, the main purpose of PM is to prevent people from getting sick.

IV. Spiritual medicine and spiritual health: According to PM, dealing with spirituality is another important issue that plays a key role in staying healthy and preventing diseases by strengthening administrator power.

V. Rational treatment methods: PM prioritizes treatment with management of lifestyle especially nutrition. Medication and manual procedureare the next steps.

Conclusion: Categories of theories and ideas which have been presented in the PM sources will effectively guide the way of thinking and medical knowledge both in Iran and the world.

Keywords: Health Promotion, Medical Ethics, Spiritual Health, Traditional Medicine

1. * Corresponding Author: Traditional Medicine Clinical Trial Research Center, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Department of Traditional Medicine, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

3. Hikmat, Islamic and Traditional Medicine Department, The Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. School of Traditional Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5. Department of Traditional Pharmacy, School of Traditional Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

منابع

1. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Un-conventional medicine in the United States. N Engl J Med 1993; 328: 246-252.
2. Eisenberg DM,Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA 1998; 280(18):1569-1575.
3. World Health Organization. Traditional medicine strategy 2002-2005. Geneva: WHO ; 2002. p. 1-3, 43-47.
4. Bellin E, Fletcher DD, Geberer N, Islam S, Srivastava N. Democratizing information creation from health care data for quality improvement, research, and education-the Montefiore Medical Center Experience. Acad Med 2010; 85(8):1362-1368.
5. Tang PC, Smith MD. Democratization of Health Care. JAMA 2016; 316(16):1663-1664.
6. Velayati AA, Asareh MH, Taheripanah T, et al. World Health Organization Traditional Medicine Strategy 2023 - 2014 with: Summary of the World Health Organization Traditional Medicine Strategy (2005 - 2002). Tehran: Almai; 2015. [In Persian]
7. World Health Organization.The promotion and development of traditionalmedicine: Report of a WHO Meeting. Geneva: WHO; 1978. p. 8-13, 36-9.
8. House of Lords. Science and technology, sixth report (2000-2011) Publications on the internet Science and Technology Committee Publications. 2019. Available at: https://publications. parliament.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12301.htm
9. Ayati MH, Pourabbasi A, Namazi N, Zargaran A, Kheiry Z, Kazemi AH,et al. The necessity for integrating traditional, complementary, and alternative medicine into medical education curricula in Iran. J Integr Med 2019;17(4):296-301.
10. American board of physician specialites. Integrative Medicine Board Certification Eligibility Requirements. Integrative Medicinerequirement. 2021. Available at: https://www.abpsus.org/integrative-medicine-requirements/
11. Zargaran A, Ayati MH, Mojahedian MM. A Decade of Education and Research in Iranian Medicine: Achievements, Challenges and Leading Horizons. Tehran: A Decade of Education and Research in Iranian Medicine: Achievements, Challenges and Leading Horizons; 2020. [In Persian]
12. Imam Khamenei announced general health policies; Quantitative and qualitative development of health insurance / providing justice and health promotion, especially in non-eligible areas and speific assistance to the needy. 2013. Available at: https://www.leader.ir/%20fa/content/11651/www.leader.ir [In Persian]
13. Zargaran A. Persian Medicine 2018. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2019. [In Persian]
14. The Supreme Council of the Cultural Revolution. National Document on Medicinal Plants and Traditional Medicine.2014. Available at: https://sccr.ir/Files/18125.pdf [In Persian]
15. World Health Organization. Who Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Genava: WHO; 2013.
16. Elgood C. A medical history of Persia and the eastern caliphate from the earliest times until the year. Translated by Bahonar Forghani. Tehra: AmirKabir; 1993. [In Persian]
17. Naini FB. Avicenna and the Canon of Medicine. Royal Society of Medicine 2012; 105: 142.
18. Osler W. The Evolution of Modern Medicine(1913). Whitefish, MT: Kessinger Publishing; 2004. p. 71.
19. Saket MH. Essentials of Medical Ethics from Razi's point of view. Tehran: Iranian traditional medicine publications; 2013. [In Persian]
20. Golshani M, Jamali M, Khatiri M. Science and doubt science. Tehran: Science; 2021. [In Persian]
21. Osler W. The faith that heals. British Medical Journal 1910; I: 1470-1472.
22. D'SouzaR. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice.Medical Journal of Australia 2007; 186 (10): S57.
23. Mathai J, North A. Spiritual history of parents of children attending a community child and adolescent mental health service. Australis Psychiatry 2003; 11: 172-175.
24. Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: What is Its Role in Pain Medicine? Pain Medicine 2015; 16(1): 51–60.
25. Gordon J. Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often to comfort always. Medical Journal of Australia 2005; 182: 5-8.
26. Isfahani MM. A look at the works and scientific position of Muhammad ibn Zakaria al-Razi and Baha'u'llah al-Dawla al-Razi. Tehran: Iran University of Medical Sciences Publisher; 1998. [In Persian]
27. Shamsardakani MR, Velayati MM. Summary of Experiences. Tehran: Tehran university Publisher; 2009. [In Persian]
28. Abdolhamid H. Simple medicines in traditional Indian medicine. Tehran: Iranian traditional medicine publications; 2014. [In Persian]
29. Ahmaddiya A. The Secret of Treatment. Tehran: Eghbal; 1999. [In Persian]
30. Azizi F. Ethics and spirituality in medical sciences . Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2019; 20 (5) :209-211. [In Persian]
31. Jalal M. A secret from the ancient alchemists. Tehran: Donyaye Elm; 1958. [In Persian]
32. Mostafavi Kashani J. Medicine is a medical issue of the century. Tehran: Keyhan; 1998. [In Persian]
33. Velayati AA. Medical encyclopedia of Islam and Iran. Tehran: Amirkabir; 2012. [In Persian]
34. Ibn Sina. The Canon of Medicine. Beirut: Dar Al-kotob Al-Elmiyah; 1999. p. 13, 267, 271.
35. Akhwini B. Hedayat al-Mutalimin fi al-Tib. Mashhad: Mashhad university publisher; 1993. P 16. [In Persian]
36. Naseri M. Maintaining health from the perspective of traditional Iranian medicine. Tehran: Iranian traditional medicine publications; 2016. P 22. [In Persian]
37. Rohani Z, Vaez Mahdavi MR, Montazeri A, Soghrat Faghih Zadeh S, Khoda Doost M. study on effect of health maintenance principles based on Persian medicine on health workers quality of life. Annals of Medical Health Sciences Research 2019; 9: 640-648. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

38. Rouhani Z, Vaez Mahdavi M R, Montazei A, Faghihzadeh S, Khoda Doost M. Effectiveness of training Persian Medicine Principles for Maintaining Health on the Lifestyle of Health Workers. Payesh. 2019; 18 (3) :261-268 . [In Persian]
39. Hadavand M, Esmaeili Saber S, Montazeri Moghadam A, Jafari F, Gholami Fesharaki M, Abedi M. Effect of health education based on Iranian Traditional Medicine (Hefz-Alsehe) on treatment costs of the Iranian Health Insurance Organization. Daneshvar Medicine 2020; 26(4): 11-18. [In Persian]
40. Hadavand MB, Montazeri A, Esmaeili Saber SS, GholamiFesharaki M, Jafari F, Abedi M, et al. Quality of Life Outcomes of Iranian Traditional Medicine Health Measures Instruction (Hefzalsehe). A Clinical Trial. Health Scope 2020; 9(1): e87997.
41. Fulton JE, Buchner DM.CDC's Active People, Healthy Nation: creating an active America, together. J Phys Act Health 2018; 15(7): 469-473.
42. Isfahani MM. Introduction to health from the perspective of traditional Iranian medicine. Tehran: Iranian traditional medicine publications; 2016. [In Persian]
43. Amoli HH. Medicine and physician and description. Qom: Lef Lam Mim; 2003. [In Persian]
44. Isfahani MM. Psychological and spiritual measures in prevention, treatment of diseases and health promotion. Tehran: Iranian traditional medicine publications; 2017. P 4. [In Persian]
45. Azizi F.Spiritual health. Tehran: Hoghughi Publisher; 2015. P 13. [In Persian]
46. Mesbah M. Spiritual health from the perspective of Islam (concepts, indicators, principles) . Tehran: Hoghughi; 2014. [In Persian]
47. Singer M, Katz D, Egger G, Lianov L, Schulz KH, Braman M, et al. Lifestyle medicine potential for reversing a world of chronic disease epidemics: from cell to community. Int J Clin Pract 2014; 68 (11): 1289–1292.
48. Deanna M, Bland MJS. Personalized Lifestyle Medicine: Relevance for Nutrition and Lifestyle Recommendations. The Scientific World Journal 2013; 129841.
49. Friedman SM. Lifestyle (Medicine) and Healthy Aging. Clin Geriatr Med 2020; 36(4):645-653.
50. DuncanAR, Jaini PA. Positive psychology and hope as lifestyle medicine modalities in the therapeutic encounter: a narrative review. Am J Lifestyle Med 2021; 15(1): 6-13.
51. Bodai BI, Nakata TE, Wong WT, Clark DR. Lifestyle Medicine: A Brief Review of Its Dramatic Impact on Health and Survival. Perm J 2018; 22: 17-025.
52. Marcus A, Oransky I. Authors of premier medical textbook didn't disclose $11 million in industry payments. 2018. Available at: https://www.statnews.com/2018/03/06/conflict-of-interest-medical-textbook.
53. Atiqi R, Van Bommel E, Cleophas TJ, Zwinderman AH. Prevalence of iatrogenic admissions to the Departments of Medicine/Cardiology/ Pulmonology in a 1,250 bed general hospital. Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics 2010; 48(8):517-24.
54. Permpongkosol S. Iatrogenic disease in the elderly: risk factors, consequences, and prevention. Clin Interv Aging 2011; 6: 77–82.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]