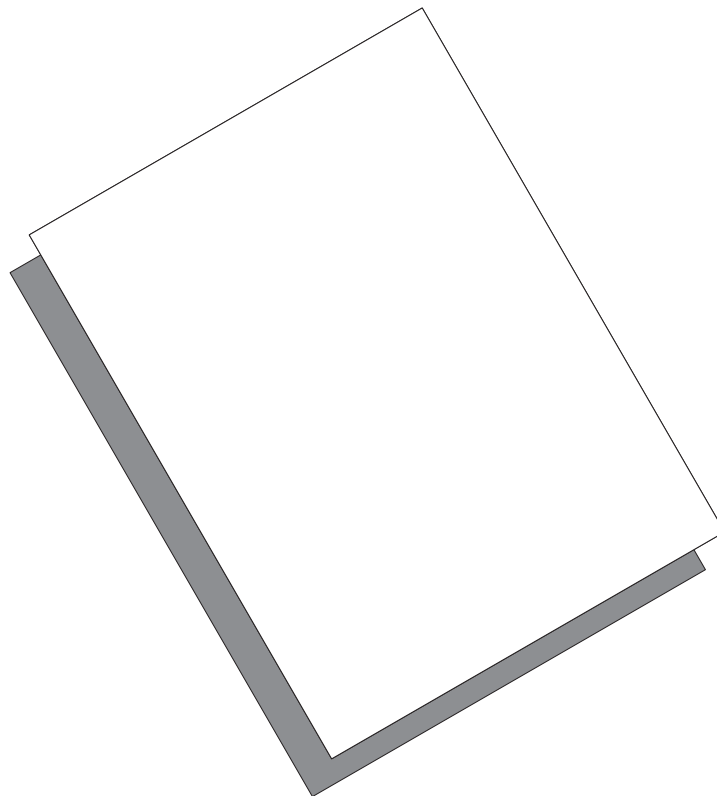


# یک کتاب در یک مقاله



## روانشناسی

## سلامت

### مقدمه

آیا یگانه عامل دخیل در بیماری و سلامت، عامل جسمی است؟ آیا بین حالات بدنی و عوامل زیستی تناظری یک به یک برقرار است؟ آیا مسائل روانی در بهبود بیماریها نقش دارد؟ آیا افکار، عواطف و انگیزه‌های فرد ممکن است در بروز بیماری یا بهبود آن دخیل باشد؟ چگونه است که برخی در مقابل مصائب تاب می‌آورند، ولی برخی دیگر در آن حال، دچار انفعال و افسردگی می‌گردند؟

### رابین دیماتو<sup>۱</sup>

تهیه‌کننده:  
سید مهدی موسوی

Ιλνεσσ, ανδ Μεδιχαλ χαρ.  
Τηε πσψχηολογψ οφ Ηεαλη,

1 - Robin DiMatteo.

اینها و دهها سؤال مشابه آن، مسائلی است که در شاخه‌ای نوظهور و جدیدالتأسیس در روانشناسی به نام «روانشناسی سلامت»<sup>۱</sup> مورد توجه قرار می‌گیرد. بالا رفتن هزینه‌های بهداشتی و مشخص شدن نقش مهم عوامل رفتاری در بیماریهای جدید همه‌گیر، دو عامل از عوامل متعددی است که باعث رشد چشمگیر و گسترش سریع این شاخه از روانشناسی شده است. در واقع، مشکلات الگوی «زیست پزشکی»<sup>۲</sup> به روانشناسان امکان داد تا از معلومات، تحقیقات و مهارتهای بالینی خود در علوم پزشکی نیز استفاده کنند. اثبات علمی این امر که فرآیندهای بدنی «غیر ارادی»، نظیر ضربان قلب، فشار خون، امواج مغزی و جریان خون به اندامها را می‌توان با اراده کنترل کرد، دوگانگی روان-بدن را که پایه اصلی الگوی زیست پزشکی است، با تردید مواجه ساخت.

این شاخه از روانشناسی در سال ۱۹۷۹ برای اولین بار با تأسیس بخش روانشناسی سلامت (بخش ۳۸) در انجمن روانشناسی امریکا به رسمیت شناخته شد.

این علم را در گسترده‌ترین معنای خود می‌توان کاربرد نظام‌مند روانشناسی در حیطه‌های مربوط به سلامت، بیماری و سیستم مراقبت بهداشتی تعریف کرد. انجمن روانشناسی امریکا این علم را با جزئیات بیشتر این‌گونه تعریف می‌کند: مجموعه‌ای از مساعدهای آموزشی، علمی و حرفه‌ای رشته روانشناسی برای ارتقا و حفظ سلامت، پیشگیری و درمان بیماری، تشخیص روابط علی و تشخیصی سلامت، بیماری و اختلالات کارکردی مربوطه و نیز برای تجزیه و تحلیل و بهبود سیستم مراقبت بهداشتی و شکل‌دهی سیاستهای بهداشتی.

کتابی که در این مقاله، گزیده‌ای از آن را می‌آوریم، از کتابهای مربوط به همین شاخه از روانشناسی است که دارای چهارده فصل است و موضوعات مربوط به سلامت و بیماری را از مراحل اولیه (قبل از بروز نشانه‌ها) تا آخرین مرحله (مرگ) پی می‌گیرد. به طور خلاصه، پس از ذکر مقدمه‌ای در معرفی این علم در فصل اول، به اصطلاح شناسی پزشکی، فیزیولوژی و روش‌شناسی آن در فصل دوم می‌پردازد. فصل سوم و چهارم به پیشگیری اولیه و

ثانویه و ثالثیه فصل پنجم و ششم به ناخوشی و بیماری و درد؛ فصل هفتم و هشتم به ارتباط کلامی و غیرکلامی (فرار تباط) بیمار با پزشک، فصل نهم به مشکلات خود مستخصان پزشکی، فصل دهم و یازدهم به ارتباط بیماریهای جسمی و عوامل روانی و نیز فشار روانی و کنار آمدن با آن و در نهایت، فصل دوازدهم و سیزدهم و چهاردهم به ترتیب به بیماریهای حاد، مزمن و لاعلاج و بلاخره مرگ، اختصاص دارد.

البته از آنجا که خلاصه کردن کتابی با این حجم، در یک مقاله بسیار مشکل و شاید ناممکن است و صرف اشاره به مباحث مطرح شده در هر فصل چیزی عاید خواننده نمی‌کند، سعی می‌کنیم در هر فصل، گزیده‌ای از مهمترین مباحث را گلچین کنیم و طالبان تفصیل را به اصل کتاب ارجاع دهیم.

ترجمه کتاب توسط گروه روانشناسی دفتر همکاری زیر نظر آقای کیانوش هاشمیان انجام شده است و امیدواریم در آینده‌ای نزدیک از طرف این دفتر انتشار یابد.

### فصل اول: مدخل

در طول تاریخ مکتوب بشر، معمولاً بیماری را به پدیده‌های جادویی و ناشناخته‌ای مانند افکار گناه‌آلود، تسلط ارواح خبیثه و اراده خدایان کینه‌توز نسبت می‌دادند. در یونان باستان نیز، که پزشکی غرب ریشه در آن دارد، وضع چنین بوده است. بقراط اولین کسی بود که شالوده‌های اولیه بنای رفیع پزشکی «عقل مدار» را ریخت و باورها و معلومات کنونی پزشکی تا حدود زیادی مرهون خدمات اوست. پس از وی، جالینوس راه او را ادامه داد و تشخیص بیماری را بر چارچوبی مبتنی بر کالبدشناسی و فیزیولوژی بنا نهاد. رنسانس در قرن پانزدهم میلادی، عقل‌گرایی را به حیطه پزشکی وارد ساخت. بسیاری از اقدامات چشمگیر در پزشکی در سالیان اخیر رخ داده است، ولی قرن بیستم شاید تنها دوره‌ای در تاریخ است که در آن، جو غالب پزشکی بیشترین اهمیت را به مسائل

1 - Health Psychology.

2 - biomedical.

بدنی می‌دهد و از نقش عوامل روانی در بیماری و سلامت غفلت می‌ورزد. امروزه با وجود پیشرفتهای عظیم در جنبه فنی پزشکی، جنبه انسانی آن به آسانی به بوتۀ فراموشی سپرده شده است.

از سوی دیگر، تا این اواخر تقریباً همه روانشناسان منحصرأ به مشکلات روانی توجه می‌کردند و در این علم، «دکتر» دقیقاً معادل «روان درمانگر» گرفته می‌شد؛ اما در سسی سال اخیر، آنان متوجه امکان کاربرد یافته‌های روانشناسی در نیل به سلامت و حفظ آن شدند و بدین ترتیب، شاخه روانشناسی سلامت به وجود آمد. در واقع، روانشناس سلامت، به بررسی مسائل روانی در حیطه کار پزشکی و حوزه‌های وابسته آن می‌پردازد و در این راه ممکن است به عنوان مشاور پزشک یا تیم پزشکی، پژوهشگر، ابداع‌کننده برنامه‌های آموزش بهداشت برای عموم مردم، از طریق رسانه‌های جمعی و یا متخصص بالینی مستقل عمل کند.

## فصل دوم:

**اصطلاح‌شناسی پزشکی، فیزیولوژی و روش‌شناسی**  
روانشناس سلامت برای فهم بهتر امراض و ارتباط کارآمدتر با متخصصان پزشکی، نیازمند اطلاعاتی درباره اصطلاحات پزشکی است. در این فصل، از طریق یاد دادن معانی اشتقاقیات کلامی گوناگون، از قبیل ریشه‌ها، پیشوندها و ترکیب آنها با واژه‌های پزشکی، سعی می‌شود که روانشناس به راحتی بتواند معانی واژگان پزشکی را درک کند. همچنین در این فصل، راجع به دستگاههای بدنی زیر بحث می‌شود: سیستم استخوان بندی، سیستم عضلانی، قلبی - عروقی، تنفسی، گوارشی، عصبی و دستگاه ایمنی بدن. بخش دیگر این فصل به روشهای تحقیق مورد استفاده در این علم اختصاص دارد که از جمله می‌توان به آزمایش حقیقی، همبستگی، گذشته‌نگر، آینده‌نگر، عرضی - طولی و آزمایشگاهی - میدانی اشاره کرد. همچنین روشهای ارزیابی، یعنی بررسی مدارک، مصاحبه، پرسشنامه و مشاهده موقعیتهای عینی، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

## فصل سوم: سالم ماندن

این فصل با اشاره به عمده‌ترین علل مرگ و میر، یعنی بیماریهای قلبی، سکنه و سرطان و عوامل رفتاری مؤثر در بروز آنها به پیشگیری اولیه می‌پردازد. از جمله علل بروز بیماریهای قلبی، به استعمال دخانیات، فشارهای عاطفی، فشار خون مهار نشده، چاقی، زندگی کم تحرک، دیابت مهار نشده و کلسترول بالا؛ و از علل سرطان به استعمال دخانیات، قرار گرفتن در معرض عوامل سرطان‌زای محیطی، نور آفتاب و اشعه‌های دیگر و نیز اجتناب از معاینات جسمی منظم؛ و در نهایت از عوامل سکنه به استعمال دخانیات، فشار خون مهار نشده و چاقی اشاره می‌کند.

پیشگیریها اولیه عبارت است از اعمالی که افراد سالم برای رسیدن به حداکثر سلامتی و احتراز از بروز بیماری انجام می‌دهند. از جمله پیشگیریهای اولیه می‌توان به استفاده منظم از کمر بند ایمنی در اتومبیل، واکسیناسیون بموقع، بهداشت جنسی، کاستن از غذاهای با کلسترول زیاد، پرهیز از چاقی و اضافه وزن، ورزش منظم و احتراز از دخانیات و مشروبات الکلی اشاره کرد.

## فصل چهارم: عمل به توصیه‌های بهداشتی

در این فصل، رفتار پیشگیرانه و عوامل روانی دخیل در موفقیت یا شکست در اتخاذ و ادامه اعمال بهداشتی بررسی می‌شود و از پیشگیری ثانویه و ثالثیه بحث به میان می‌آید. منظور از پیشگیری ثانویه آن است که بیمار برای جلوگیری از تبعات منفی بیماری، به انجام اقداماتی مبادرت ورزد. نمونه‌ای از این نوع پیشگیری، مصرف دارو یا تبعیت از برنامه‌های غذایی یا ورزشی ویژه است. پیشگیری ثالثیه، مستلزم اقداماتی برای معالجه یا مهار پیشرفت بیماری است؛ مثلاً برای از بین بردن غده سرطانی باید از جراحی یا پرتودرمانی کمک گرفت. این دو نوع پیشگیری، برای ممانعت از ناتوانی و معلولیت در نظر گرفته می‌شوند. در بخشی دیگر از این فصل، راجع به تبعیت بیمار و اینکه به چه دلیل گاهی بیمار از عمل به توصیه‌های پزشکی سرباز می‌زند، بحث می‌شود و از

دلایل عدم تبعیت بیمار، به مواردی از قبیل فراموشی، سوءفهم، وجود موانع، تعارض با انجام اعمال ضروری یا خوشایند، عدم باور به مفید بودن نتایج تبعیت و عدم حمایت خانواده، دوستان و گروه فرهنگی و اجتماعی اشاره می‌گردد. در قسمت بعدی، به ضرورت ارائه اطلاعات به بیمار برای تغییر رفتارهای نامطلوب بیان شده اشاره می‌شود و رسانه‌های جمعی، پزشکان و دیگر متخصصان سلامت، به عنوان منبع این اطلاعات معرفی می‌شوند. از آنجاکه فهم کامل تصمیمات بهداشتی از سوی فرد، بر تحلیل فرآیند ارزیابی اطلاعات بهداشتی مبتنی است، مؤلف به تعریف دو اصطلاح مهم «باور» و «نگرش» و نحوه تأثیرگذاری آنها بر رفتار بهداشتی می‌پردازد.

طبق یکی از نظریات، رفتار بهداشتی از «قصد» انجام آن رفتار نشأت می‌گیرد و این قصد رفتاری از دو مؤلفه ساخته می‌شود: نگرش فرد نسبت به آن عمل و هنجارهای ذهنی در مورد آن. مثلاً، قصد فرد در مورد ترک سیگار متأثر از نگرشهای او راجع به دو امر است: میزان باور وی به اینکه ترک سیگار منجر به سلامتی می‌شود و اینکه سلامتی برای او تا چه حد ارزشمند است.

منظور از هنجارهای ذهنی، عقاید دیگران درباره رفتار بهداشتی است، مثلاً آیا دوستان و افراد خانواده فرد معتقدند که او باید سیگار را ترک کند یا نه و نیز او چقدر انگیزه برای تبعیت از عقاید آنان دارد.

### فصل پنجم: ناخوشی

مؤلف در فصل اول اشاره‌ای به این امر کرده بود که توجه زیاد به جنبه فنی پزشکی در قرن بیستم، باعث نادیده گرفتن تمایز روشن بین دو پدیده مهم بیماری (disease) و ناخوشی (illness) شده است.<sup>۱</sup> بیماری (در تقابل با ناخوشی)، مجموعه یافته‌ها و علائمی است که مجموعاً ماهیت مشخصی را شکل می‌دهد. ناخوشی لزوماً بیماری خاص و مشخصی نیست، ولی عملکرد بهینه فرد را از هم می‌پاشد و بر شناخت، عواطف، انگیزه‌ها و رفتارهای وی تأثیر می‌گذارد.

در ادامه همین بحث، در فصل پنجم نیز این تفاوت

تذکر داده می‌شود. گرچه امید به زندگی و میزان مرگ و میر به لحاظ آماری تغییر یافته و در سالیان اخیر، داروهای جدیدی به بازار آمده است، ولی گزارش ناخوشی از سوی مردم نسبت به گذشته زیادتر شده است. به عبارت دیگر، در این سالها بیماری کمتر شده و ناخوشی افزایش یافته است. مؤلف از این امر، با عنوان پارادوکس سلامت و ناخوشی نام می‌برد و در صدد تبیین آن برمی‌آید.

این پارادوکس، تنگنایی است که الگوی زیست پزشکی ایجاد کرده است و بر اساس این الگو، که امروزه در پزشکی غلبه دارد، چنین فرض می‌شود که انحراف فرد از هنجار، بر طبق متغیرهای زیستی قابل سنجش، قادر است به طور کامل بیماری وی را توجیه کند. این دیدگاه بر آن است که پیچیده‌ترین پدیده‌های بیماری را نیز می‌توان به ناهنجاری جسمی ارجاع داد.

این الگو مطمئناً نسبت به رویکرد موجود در سده‌های قبل که شیاطین را علت بیماریها معرفی می‌کردند، پیشرفت محسوب می‌شود، ولی در توجیه بسیاری از پدیده‌های مربوط به سلامت و بیماری ناتوان است. چگونه فردی که با بیماری مشخص احساس سلامتی می‌کند یا دیگری که در او هیچ عامل متنافر جسمی وجود ندارد، از بیماری می‌نالند؟ و علاوه بر این، چگونه یک بیماری خاص جسمی، تأثیری متفاوت بر افراد دارد؟

در سال ۱۹۷۷، یکی از روانپزشکان، به نام جرج انگل،<sup>۲</sup> الگوی دیگری را به جامعه پزشکی عرضه کرد. در این الگوی زیستی-روانی-اجتماعی<sup>۳</sup> نامیده می‌شود، برای درک واکنش بیمار به نشانه‌های بیماری و تجربه وی از آن، در کنار عوامل زیستی به عوامل روانی و اجتماعی نیز توجه می‌شود:

(۱) معنایی که فرد به بیماری خود می‌دهد (آیا آن را

۱ - البته باید متذکر شویم که این تمایز بین این دو کلمه انگلیسی، ممکن است هنگامی که در مقابل هم به کار می‌روند، صادق باشد نه در مورد بیماری و ناخوشی، ولی به نظر می‌رسد که می‌توان این تمایز را در مورد دو کلمه معادل فارسی مذکور نیز صادق دانست.

2 - George Engle.

3 - Biopsychocial.

مانع دستیابی به آرزوهای خود می‌داند یا معتقد است که می‌توان بر آن فائق آمد؛

۲) خواسته‌های هشیار یا ناهشیار فرد (آیا خواستار مراقبت است یا در آرزوی استقلال عمل)؛

۳) شیوه واکنش به بیماری (آیا به ناتوانیهای خود می‌افزاید یا سعی در کاستن از آنها دارد).

این الگو آنقدر گسترده است که حتی انتظارات فرهنگی فرد راجع به بیماری، بویژه آموخته‌های وی از خانواده و فرهنگ درباره نحوه واکنش به بیماری، و نیز حالات روانی نظیر میزان اضطراب و افسردگی بیمار و نهایتاً، شرایط اجتماعی کنونی وی (میزان تأثیر بیماری در ارتباطات وی با دیگران) را در برمی‌گیرد.

مؤلف در بخش دیگری از این فصل متذکر می‌شود که آنچه بیمار را به درخواست کمک از مراکز درمانی وامی‌دارد همانقدر به وخامت عینی نشانه‌های بیماری بستگی دارد که به ویژگیهای روانی بیمار. عوامل روانی ای که فرد را به درخواست کمک وامی‌دارند عبارتند از: الف) ترس آور و خطرناک بودن نشانه‌ها؛ ب) هنگامی که نشانه‌های بیماری، جدید و متفاوت یا آشنا و وخیم باشند؛ ج) پس از تجربه یک بحران میان فردی نظیر دعوی خانواده یا مشاجره با رئیس، بحران میان فردی سطح اضطراب فرد را بالا می‌برد و برخی نشانه‌های بیماری را غیرقابل تحمل می‌سازد؛ د) نشانه‌هایی نظیر کهیهای صورت که ارتباط فرد را با دیگران به خطر می‌اندازند، باعث تسریع در مراجعه به پزشک می‌شوند؛ ه) هنگامی که دیگران از مراجعه فرد به پزشک حمایت کنند.

### فصل ششم: درد

در این فصل، مؤلف پس از تعریف درد، بین آن و دریافت درد<sup>۱</sup> «تمایز» قائل می‌شود. درد امری است درونی و احساسی است که فرد دارد؛ ولی دریافت درد، نیرویی است که بر پایانه‌های عصبی خاصی اثر می‌گذارد و قابل ارزیابی و مشاهده است. پس از آن به نظریات مربوط به درد، از جمله نظریه‌های طرحی<sup>۲</sup>، اختصاصی<sup>۳</sup> و کنترل دروازه<sup>۴</sup> درد می‌پردازد. در نظریه اختصاصی فرض بر آن

است که بر روی پوست، گیرنده‌های خاصی وجود دارد که فقط در مقابل درد واکنش نشان می‌دهد. در مقابل، نظریه طرحی معتقد است که درد، نتیجه طرح‌یابی و کیفیت تحریک پایانه‌های عصب پیرامونی است؛ مثلاً ممکن است فشار ملایم بر ناحیه خاصی از بدن موجب احساس لمس و فشار شدید بر همان ناحیه و سبب احساس درد شود. نظریه سوم ضمن قبول اختصاصی بودن انتقال درد و نیز اهمیت طرح‌یابی آن، فرآیندهای روانی را نیز در تجربه و کنترل درد مد نظر قرار می‌دهد، سپس درباره عوامل روانی تأثیرگذار بر درد بحث می‌کند. عواملی نظیر افکار، عواطف، توجه و انتظارات بر احساس درد تأثیر قوی دارند. توجه به امور دیگری غیر از درد، باعث کاهش احساس آن می‌شود؛ مثلاً ورزشکار در حین مسابقه ممکن است حتی متوجه آسیب دیدگی خود نگردد. طبق یک بررسی از میان ۲۱۵ مجروح جنگی در جنگ جهانی دوم، فقط ۲۵٪ برای تسکین درد خواستار دارو بوده‌اند، در حالی که این درصد در میان بیماران دیگر که زخمهای مشابهی داشته‌اند به ۸۰٪ بالغ می‌شد، که این امر را می‌توان به اختلاف در تفسیر آنان از درد نسبت داد. همچنین انتظارات در احساس درد تأثیر دارد، نمونه بارز این امر، استفاده فراوان پزشکان از دارونماست. در واقع تأثیر دارو بیشتر به دلیل باور فرد به اثربخشی آن است.

در ادامه فصل به بحث از درمان درد با روشهای مختلف پرداخته می‌شود. از جمله روشهای درمانی مورد بحث در این کتاب به این موارد می‌توان اشاره کرد: عمل جراحی، انواع مختلف داروهای ضد درد، روشهای شناختی، آرمیدگی تدریجی، پسخوراند زیستی، هیپنوتیزم، تغییر رفتار، شرطی سازی عامل، طب سوزنی، تحریک الکتریکی پوست، ماساژ و کاربرد سرما و گرما.

1 - Nociception

2 - pattern theory

3 - specificity theory.

4 - gate control theory.

## فصل هفتم: ارتباط درمانی

در این فصل، از ارتباط کلامی پزشک و بیمار در جریان تشخیص و درمان بیماری بحث می‌شود. از زمانی که پزشکی تحت سلطه تکنولوژی قرار گرفت، برخی پزشکان توجه کمتری به گفتگو با بیمار مبذول داشتند. اصولاً سه الگوی ارتباطی میان پزشک و بیمار می‌توان تصور کرد:

### الف) الگوی

فعال - منفعل، هنگامی رخ

می‌دهد که بیمار به دلیل شرایط خاص بیماری قادر به مشارکت در مراقبت و تصمیم‌گیری درباره خود نیست؛

ب) الگوی راهنمایی - همکاری، وقتی به وقوع می‌پیوندد که قسمت اعظم مسئولیت تشخیص و درمان بر عهده پزشک است؛

ج) الگوی مشارکت متقابل، مستلزم تصمیم‌گیری مشترک پزشک و بیمار درباره همه جنبه‌های مراقبت است، از مطالعات تشخیصی گرفته تا انتخاب و اجرای درمان. این الگو، کارآمدترین تعامل درمانی ممکن بین پزشک و بیمار است.

ملاقات پزشکی به سه بخش تقسیم می‌شود: تاریخچه، معاینه جسمی و نتیجه‌گیری. در بخش اول، اطلاعات ضروری از بیمار گرفته می‌شود و در آن هنگام لازم است که پزشک فعالانه به گفته‌های بیمار گوش دهد، ساختاری برای مصاحبه طرح ریزی کند، هدف از کار خود را برای بیمار توضیح دهد و انتظار خود را از مصاحبه به وی گوشزد نماید. از جمله مشکلاتی که در جریان ملاقات برای بیمار رخ می‌دهد، استفاده پزشک از اصطلاحات فنی پزشکی ای است که برای بیمار قابل فهم نیست. مشکل دیگر آن است که پزشک به حرف‌های بیمار گوش نمی‌دهد و نیز اطلاعات زیادی در اختیار وی نمی‌گذارد. بیماران نیز قسمت اعظم همان اطلاعات اندکی را که دریافت کرده‌اند، از یاد نمی‌برند.

## فصل هشتم: انتقال احساسات

در ادامه بحث فصل هفتم، مؤلف در این فصل به جنبه‌های دیگری از ارتباط درمانی می‌پردازد. از جمله مهمترین مباحث این فصل، همدلی و تفاهم با بیمار از سوی پزشک است. منظور از همدلی، حساس بودن به احساسات متغیر دیگران و ارتباط عاطفی با آنهاست. پزشک به سبب همدلی با بیمار، تشخیص کارآمدتر و امکان درمان بهتر را برای خود فراهم می‌سازد و در نتیجه،

احتمال تبعیت بیمار را از برنامه درمانی افزایش می‌دهد. از جنبه‌های دیگری که در مراقبت مؤثر از بیمار اهمیت دارد، ایجاد اشتیاق به زندگی و خوشبینی در اوست.

در ادامه این فصل، مؤلف به انواع ارتباطات غیرکلامی و شرایط تأثیر می‌پردازد، مواردی نظیر تماس بدنی و چشمی با بیمار، حالات چهره، زیر و بمی صدا، تأکید کلامی، مکث و لکنت در گفتار، حرکات و حالات بدن.

## فصل نهم:

### مشکلات متخصصان در دوره کارآموزی و طبابت

متخصصان پزشکی در خلال مراقبت از بیمار، دچار فشارهای جسمی توانفرسا و مشکلات عاطفی بسیاری می‌شوند. فشارهایی نظیر محرومیت از خواب، برنامه غذایی نامنظم و نامتناسب، فرصت اندک برای استراحت و ورزش، اختلال در روابط خانوادگی و دوستانه و گرفتاری ناشی از برخورد با بیماران پر توقع و کودک‌واری که از دستورات درمانی اطاعت نمی‌کنند. این فشارها باعث می‌شود که با پایان یافتن دوره دانشکده پزشکی، بیش از نیمی از فارغ‌التحصیلان احتیاج به روان‌درمانگری پیدا کنند. مشکلات روانی دیگر برای آنان عبارت است از: اضطراب، افسردگی، فکر خودکشی یا اقدام به آن، اختلال

کاری در نتیجه مشروبخواری و اعتیاد به مواد مخدر. همچنین در بخش دیگری از این فصل به مشکلات پزشکان زن و سهم عمده آنان در کمک به حرفه پزشکی پرداخته می شود. زنان از لحاظ ویژگیهای شخصیتی، همدلی و حساسیت بیشتری نسبت به بیمار ابراز می کنند، احساسات وی را بیشتر می پذیرند و به جنبه های انسانی مراقبت از بیمار با دید بازتری نگاه می کنند. علاوه بر این، آنان بیشتر از مردان نگران تعادل در مسئولیتهای شغلی و خانوادگی خود بوده و یکی را فدای دیگری نمی کنند.

### فصل دهم: اختلالات روانی - فیزیولوژیک

در این فصل، مؤلف به اختلالات روانی - فیزیولوژیک (یا روان - تنی) یعنی بیماریهای جسمی ای که ارتباطی تنگاتنگ با عوامل روانی دارند، می پردازد. یکی از معروفترین موارد این نوع بیماری که داستان آن در منابع اولیه روانشناسی آمده است، درباره زن جوانی به نام «آنائو» است که قبلاً بیمار «بروتر» بوده و پس از وی «فروید» به درمان او پرداخته است. آنان معتقد بودند که بیماری جسمی این زن، تظاهر بیرونی ناراحتی عاطفی اوست و واقع، فشار در منطقه «روان» ایجاد شده است و به منطقه بدن راه پیدا کرده است. در ادامه، برای فهم نقش فشارها و مشکلات در تهدید سلامتی فرد، به بحث درباره مفهوم «استرس» پرداخته می شود. از جمله مباحث مهم درباره استرس آن است که محققان معتقدند تنها حوادث عمده زندگی نیست که سلامتی را به خطر می اندازد، بلکه امور جزئی و روزمره زندگی نیز اگر به شیوه ای سازگارانه با آنها برخورد نشود، بتدریج اثری منفی بر سلامت ما به جا خواهند گذاشت. در بخش دیگری از این فصل به نقش فشار روانی در بروز بیماریهای جسمی در سه حیطه مختلف پرداخته می شود. اولین حیطه، حوزه جدید و جالبی است به نام ایمنی شناسی روانی - عصبی، که به ارتباط فرآیند روانی - اجتماعی با عملکرد سیستم ایمنی، عصبی و غدد درونریز می پردازد. در تحقیقات معلوم شده است که مثلاً افسردگی، هم احتمال ابتلا به بیمار را افزایش می دهد و هم بهبود آن را کندتر می کند.

حیطه دوم، حوزه مطالعاتی وسیع و گسترده ای به نام اختلالات قلبی - عروقی است که عمده ترین علت مرگ و میر در امریکا است. بویژه، نقش فشار روانی در دو نوع از این اختلالات، یعنی فشار خون و بیماریهای عروق کرونر (DCH) بسیار روشن است.

سومین حیطه عبارت است از اختلالات روانی - جسمانی؛ تحقیقات حاکی از آن است که عواطف منفی از جمله افسردگی، اضطراب و خشم با زخم معده، آرتروز شبه روماتیسمی، سردردها و آسم همبستگی دارد.

### فصل یازدهم: کنار آمدن با فشار روانی

یکی از جنبه های پدیده فشار روانی که کنجکاو ما را برمی انگیزد، آن است که افرادی که دقیقاً در معرض عامل فشارزای مشابهی قرار می گیرند، آن را به اشکال گوناگون تجربه می کنند. یکی ممکن است خونسردی خود را در مقابل آن حفظ کند و مشکل را به نحوی از ذهن خود را براند، ولی دیگری آنقدر مضطرب شود که خواب راحت نیز از وی گرفته شود.

بنابراین، ویژگی عامل فشارزا، نشانه قابل اعتمادی برای میزان احساس فشار و نحوه تأثیر آن بر سلامت جسمی و روانی فرد نیست، بلکه عوامل دیگری در کار است. از جمله مهمترین بحثهای این فصل می توان به نظریه های وجودگرایانه در باب کنار آمدن با فشار روانی اشاره کرد. یکی از این نظریات را دو روانشناس به نامهای «سالواتور مدی»<sup>۱</sup> و «کوباسا»<sup>۲</sup> با ابداع مفهوم «سخت رویی»<sup>۳</sup> بنیان نهاده اند. این مفهوم، ساختاری روانشناختی است که به شیوه واکنش پایدار و خاص فرد به حوادث زندگی اشاره دارد. در تحقیقات معلوم شده است که افراد سخت رو در واکنش به شرایط فشارزای زندگی، کمتر از دیگران دچار بیماری می شوند. این مفهوم سه مؤلفه اساسی و در هم تنیده را در بردارد که عبارتند از: تعهد، کنترل و مبارزه جویی. افراد با تعهد بالا را با بسیاری از

1 - Salvatore Maddi.

2 - Suzanne Cobasa.

3 - hardiness



جنبه‌های زندگی، از شغل گرفته تا تعاملات خانوادگی و ارتباطات اجتماعی، درگیر می‌کنند و به ارزش و اهمیت کاری که انجام می‌دهند، باور دارند. با توجه به مؤلفه دوم، افراد سخت‌رو معتقدند که می‌توانند بر حوادث زندگی تأثیر گذار باشند و خود را در مواجهه با نیروهای خارجی ناتوان احساس نمی‌کنند؛ و بالاخره به دلیل وجود حس مبارزه‌جویی در خود، از دگرگونی‌های زندگی استقبال کرده و آنها را محرک و فرصتی برای رشد شخصی خود قلمداد می‌کنند.

دیگر نظریه وجودگرایانه‌ای که در این فصل از آن بحث شده است، نظریه «نظریه حس انسجام» آنتونوفسکی<sup>۱</sup> است. این نظریه از دل مطالعاتی برخاسته است که درباره‌ی بازماندگان اردوگاه‌های کار اجباری انجام گرفته است، بازماندگانی که علی‌رغم تجارب وحشتناک زندگی، توانسته بودند سلامت جسمی و روانی خود را حفظ کنند. این نظریه در پی تبیین آن است که چگونه می‌توان حتی با وجود عدم کنترل بر حوادث، با شرایط فشارزا و آشفته زندگی کنار آمد. در آخر این فصل، مؤلف به منابع موجود برای فائق آمدن بر فشار روانی، از جمله حمایت اجتماعی، ورزش، شناخت درمانی، آرمیدگی، مراقبه، حساسیت‌زدایی منظم و پس‌خواراند زیستی اشاره می‌کند.

### فصل دوازدهم: بیمار یهای شدید

نویسنده پس از ذکر مراحل مختلف بیماری (مرحله حاد، توانبخشی، مزمن)، به مشکلات بیمار در هر یک از

این مراحل اشاره می‌کند. در مرحله حاد، تمام هم و غم بیمار و پزشک، نجات از چنگ بیماری است. این مرحله با درد، سر درگمی و ترس بیمار توأم است و این امر ممکن است بر تصمیم‌وی راجع به درمان، تأثیری منفی داشته باشد. در مرحله دوم، بیمار تلاش می‌کند که تا حد امکان به بالاترین سطح سلامت و کنش مستقل نائل آید. هنگامی که بیمار نهایت تلاش خود را برای توانبخشی انجام داد، باید بقیه ناتوانی‌های را به عنوان بیماری مزمن بپذیرد و با آن کنار بیاید.

در ادامه این فصل به تبعات بیماری شدید پرداخته می‌شود که به مواردی از آنها اشاره می‌کنیم: الف) در اثر ضعف ناشی از بیماری قلبی یا بدشکلی ناشی از سوختگی، ممکن است تصویری که فرد از قدرت و مردانگی یا زن بودن خود داشت، به مخاطره بیفتد و خود انگاره فرد از بین برود؛ ب) وقفه در شغل؛ ج) از دست رفتن استقلال عمل در کارها؛ د) ضعف ارتباط با خانواده و دوستان؛ ه) اختلال در عملکرد شناختی، مثلاً پس از عمل جراحی قلب.

### فصل سیزدهم: بیمار یهای مزمن

بیماری مزمن عبارت است از یک یا چند اختلال یا انحراف دائم از ساختار و عملکرد طبیعی. این نوع بیماری بسیار شایع است و زمینه‌یابیها نشان می‌دهد که غیر از افراد بستری در آسایشگاهها، تقریباً نیمی از جمعیت امریکا حداقل یک بیماری از این نوع دارند. به عنوان نمونه‌ای از این نوع بیماریها می‌توان به محدودیت‌های حرکتی و فعالیتی

1 - Antonovsky



ناشی از بیماری قلبی، آرتروز، دیابت و اختلالات بینایی اشاره کرد. بنا به تعریف، بیماری مزمن، قابل علاج نیست و همین امر در سازگاری روانی و اجتماعی افراد گرفتار این نوع بیماریها، اختلالات عمده‌ای ایجاد می‌کند. بنابراین، بیمار برای فائق آمدن بر بیماری خود باید کارهایی انجام دهد: اول، سعی کند همانند فردی عادی و سالم زندگی کند و راههایی برای کتمان نشانه‌ها بیماری و محدودیتهای خود بیابد. دوم، برنامه‌های درمانی خود را به طور کامل انجام داده و از دستورات پزشک تبعیت کند. سوم، از انزوای اجتماعی پرهیزد و شبکه روابط اجتماعی خود را حفظ نماید؛ و چهارم، هدفهایی عینی ترتیب دهد برای نیل به اهداف قابل دسترس و خاص برنامه‌ریزی کند.

#### فصل چهاردهم: بیماریهای لاعلاج و داغ‌دگی

هر چند احتمال مرگ برای همه هست ولی برای بیماران لاعلاج، برجستگی خاصی دارد. شاید مواجهه با مرگ مشکلترین کار در زندگی فرد باشد. مرگ باعث از دست دادن افراد خانواده و عزیزان و تمام لذایذ زندگی می‌گردد، اما احساسات فرد نسبت به مرگ، تا حدودی به نحوه تصور وی از آن بستگی دارد. افرادی با جهت‌گیری قوی معنوی، روزهای آخر زندگی خود را در آرامش کامل می‌گذرانند، زیرا به جهان دیگری باور دارند که در آن، سعادت‌مند خواهد بود. غالباً ترس از مرگ نشان دهنده ناتوانی فرد برای رویارویی با عدم تمامیت زندگی خویش است. واکنشهای بیماران در برابر مرگ متفاوت است که از جمله می‌توان به انکار، خشم، تلاش برای زنده ماندن، افسردگی و گاهی پذیرش مرگ اشاره کرد. تقریباً تا دو دهه قبل، پزشکان حتی هنگامی که وضعیت بیمار بسیار ناامیدکننده بود، طوری رفتار می‌کردند که گویا موضوع مرگ برای بیمار منتفی است. حداکثر کاری که پزشکان انجام می‌دادند آن بود که لاعلاج بودن بیماری را به خانواده بیمار اطلاع دهند، اما در مقابل خود بیمار سکوت می‌کردند و حق انتخاب شیوه گذران روزهای آخر زندگی را از وی سلب می‌نمودند.

در دو دهه اخیر در اثر تلاشهای علمی-روانشکی به

نام کوبلر - راس<sup>۱</sup>، این وضع دگرگون شده و امروزه تقریباً اکثر پزشکان واقعیت را به طور کامل به بیمار می‌گویند.

مؤلف در بخش دیگری از این فصل به تأثیرات خاص مرگ هر یک از اعضای خانواده، از جمله همسر، والدین، خواهر و برادر و فرزند می‌پردازد. آخرین بحث این فصل به خودکشی اختصاص یافته است. از دست دادن دوستان نزدیک یا افراد خانواده، مطمئناً بسیار دردناک است، ولی اگر مرگ در نتیجه خودکشی رخ داده باشد، بسیار دردناکتر خواهد بود. در امریکا سالانه بیش از ۲۷۰۰۰ نفر خودکشی می‌کنند.

افرادی که فکر خودکشی در سردارند، لازم است از متخصصان کمک بگیرند تا دریابند که برای مشکلاتشان راه‌حلهای دیگری نیز وجود دارد. در خاتمه این بحث به روشهای پیشگیری از خودکشی اشاره شده و ده ویژگی افرادی که خودکشی می‌کنند، بیان می‌گردد. این ده ویژگی به طور خلاصه، عبارتند از: رنج غیر قابل تحمل، نیازهای روانی ارضا نشده، نیاز به راه حل، آرزوی پایان دادن به آگاهی، درماندگی و ناامیدی، محدودیت گزینشها، دو سوگرایی و تردید، اظهار قصد خودکشی، ابراز میل به رهایی و الگوی دیرین سازگاری با مسائل.



1 - kubler - Ross.

علاقه‌مندان به مباحث علوم انسانی و خوانندگان فصلنامه حوزه و دانشگاه طی تماسهایی، ابراز داشته‌اند که انتظار بیشتری از دفتر همکاری در اذهان حوزویان و دانشگاهیان در ارتباط با همکاری این دو نهاد مقدس وجود دارد. در پاسخ به این انتظار بحق، چند نکته قابل توجه است.

۱- دفتر همکاری حوزه و دانشگاه بر اساس تقسیم وظایف نهادهای کشور، فقط به جنبه‌های پژوهشی بین حوزه و دانشگاه، همچنین تنظیم و تهیه منابع و متون درسی می‌پردازد و از امور فرهنگی و آموزشی در قالب اعزام استاد و آموزش در حوزه و دانشگاه و در میان دانشجویان و طلاب که از وظایف نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری است، می‌پرهیزد.

۲- نام دفتر همکاری، تداعی‌کننده همکاری همه‌جانبه میان حوزه و دانشگاه است؛ ولی چنانکه گفته شد قلمرو این همکاری محدود است به پژوهش در علوم انسانی و مواردی که به گونه‌ای میان دین و علم ارتباط برقرار می‌شود. برای تحقق این هدف مهم در نظام جمهوری اسلامی آنچه‌ان که باید و شاید ساختار سازمانی طراحی نشده است. دفتر همکاری به عنوان مرجع قانونی برای این کار به شکل «دفتر»، وابسته به سازمان سمت طراحی شده است. این دفتر با امکانات و بودجه اندک و البته با انگیزه و توان علمی و روحی بسیار خوب و قوی

محققان، تا به حال توانسته است فرآیند کار تحقیق را در قالب ارائه چهارده جلد کتاب، ده شماره مجله و برگزاری نه نشست علمی سالانه در موضوعات مختلف علوم انسانی، و پانزده طرح تحقیقاتی در دست اجرا به پیش ببرد.

آنچه مسلم است شکل کنونی ساختار دفتر پاسخگوی نیاز و انتظار موجود نیست. در این میان، از مهمترین عناصر دخیل در تغییر ساختار، شورای عالی انقلاب فرهنگی است، که امید است با ترکیب جدید بتواند راه را برای تحقق این مهم هموار کند.

۳- دفتر همکاری در خلال یک دهه فعالیت خویش، کوشیده است از طرح شعارهای غیرعملی و دهان‌پرکن بپرهیزد و آرا و دیدگاههای خویش را در قالب زبان علمی به مجامع آکادمیک ارائه کند. حفظ این شیوه کار قطعاً بر کمیّت تولید اندیشه اثر عمده‌ای خواهد گذاشت و انتظار فراوانی را تعدیل خواهد نمود.

۴- دفتر همکاری، در گذشته و حال خویش، با قشر عظیمی از اساتید متعهد دانشگاه ارتباط و قرارداد همکاری داشته است و ضرورت حفظ این تجربه و سرمایه عظیم میان حوزه و دانشگاه بر هیچ کس، بویژه مسئولان فرهنگی - علمی کشور و رئیس جمهور منتخب و فرهنگ دوست کشورمان جناب حجة الاسلام والمسلمین سید محمد خاتمی، پوشیده نیست.

سردبیر

## نگاهی کوتاه به کتاب فلسفه دین ۱

در سال ۱۳۷۵ کتابی توسط پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی تحت عنوان فلسفه دین نوشته جناب آقای محمد تقی جعفری با مقدمه آقای محمدرضا اسدی منتشر شد. در باب این کتاب سخن فراوان است، لیکن در اینجا فقط به نقد قسمتی از کتاب که ناظر به مقاله تفاوت فلسفه دین و کلام در فصلنامه حوزه و دانشگاه شماره ۳ است، می‌پردازیم:

هرگاه کلمه فلسفه به علمی اضافه شود، فلسفه مضاف شکل می‌گیرد مانند فلسفه فقه، فلسفه فیزیک، فلسفه ریاضی و فلسفه اخلاق و مانند آن. اما فلسفه‌های مضاف، در درون خود به دو قسم تقسیم می‌شوند: یک

دسته آنها که مضاف‌الیه‌شان، یک رشته علمی به معنای Discipline است و مسائل آن حول موضوع (به معنای عوارض ذاتیه) مطرح می‌شود. در این صورت، رشته علمی که یک علم درجه اول است، مضاف‌الیه فلسفه واقع شده است و در عین حال، یک معرفت درجه دوم است، یعنی از مسائلی که ناظر به آن رشته علمی است؛ مانند پیشفرضهای آن علم، روش اثبات قضایای آن و ... تشکیل می‌شود، مانند فلسفه فقه، فلسفه کلام فلسفه ریاضی و مانند آن. در این قسم اول، فلسفه‌های مضافی وجود دارد که

معرفت درجه دوم نیز هستند.

اما قسم دوم فلسفه‌های مضاف، فلسفه‌هایی هستند که مضاف‌الیه آن یک رشته علمی (Discipline) نیست. در این صورت، فلسفه مضاف مساوق با معرفت درجه دوم نیست، چون علمی در کار نیست که علم به علم مطرح شود؛ مانند فلسفه هنر و فلسفه دین، و به یک معنا فلسفه اخلاق و تاریخ. در اینجا هنر، دین، اخلاق و تاریخ علم به معنای مصطلح آن نیستند. بنابراین، رابطه فلسفه مضاف با معرفت درجه دوم، عموم و خصوص مطلق است. هر فلسفه مضافی معرفت درجه دوم نیست، ولی هر معرفت درجه دومی فلسفه مضاف است. دین

یک رشته علمی نیست، بلکه مجموعه‌ای است از علومی مانند علم کلام، علم فقه، علم اخلاق و ... که ناظر به دین‌اند. اما خود دین، علم نیست و بنابراین، فلسفه علم دین چیزی جز جعل اصطلاح نمی‌تواند باشد. بله، فلسفه علم کلام یا فلسفه علم اخلاق معنا دارد. بنابراین، آنچه در ص ۶۷ کتاب فلسفه دین (در متن و پاورقی) آمده است، که مؤلف مقاله تفاوت فلسفه دین و کلام در فصلنامه حوزه و دانشگاه، شماره ۳، فرق بین فلسفه دین و فلسفه علم دین را نفهمیده است، سخن بی‌حاصل و بی‌معنایی است، همین

طور مقالات دیگری که نویسنده محترم به آنها اشاراتی دارد از این جهت، مشکلی ندارند.

مسئله دیگر اینکه، در فلسفه‌های مضاف دو کاربرد اساسی وجود دارد که نباید آنها را با یکدیگر خلط کرد؛ یکی بحثهای ناظر به مسائل مضاف الیه کلمه فلسفه، مثل بررسی پیشفرضها و مبادی و مبانی آن علم، متدلوزی اثبات و رد گزاره‌های آن و مانند آن و دیگری تحلیل عقلانی از مفاد موضوع و مسائل آن علم است؛ مثلاً در فلسفه دین هم می‌توان به پیشفرضها و راه‌حلهای متکلمان در حل مسائل دینی پرداخت و هم می‌توان به تحلیل و اثبات عقلانی یکی از موضوعات دینی، مثلاً خدا یا مرگ یا مرگ‌اندیشی نشست. بنابراین در مثل فلسفه اخلاق و فلسفه تاریخ به یک معنا فلسفه مضاف و معرفت درجه دوم داریم (وقتی ناظر به کاربرد اول باشد)، و به یک معنا فقط فلسفه مضاف داریم (کاربرد دوم). نکته آخر اینکه با توضیحات فوق روشن می‌شود که فلسفه‌های مضاف، همیشه حالت بیرونی دارند، ولو آنکه بعضی از آنها معرفت درجه دوم به حساب نیایند و بنابراین، تقدم فلسفه دین منطقی بر کلام امری دائمی است و حتی با اصطلاح جعلی مؤلف مقدمه کتاب هم سازگار است، به دلیل آنکه ابتدا و تأخر هیچگاه با حالت بیرونی بودن جمع نمی‌شود. بنابراین، اولاً چیزی به نام فلسفه علم دین نداریم و چنانچه مؤلف محترم از یکی از دائرةالمعارفهای معتبر دین چنین اصطلاحی را نشانی فرمایند، سپاسگزاریم و ثانیاً، بنابر جعل چنین اصطلاحی - که البته لامشاحه فی الاصطلاح - باز هم فلسفه دین بر کلام منطقی مقدم است و این جمله بی‌معناست که «فلسفه دین منطقی مؤخر و بلکه مبتنی بر علم کلام است» پاورقی ص ۶۸

ضمن تشکر از اقبال خوانندگان فصلنامه حوزه و دانشگاه، توجه شما را به آثار رسیده به دفتر مجله جلب می‌کنیم:

کتاب اقتصاد کلان نوشته «دو دیگر در نبوش» و «استنلی فیشر»، ترجمه آقایان یدالله دادگر و محمدرضا منجذب، نشر البرز، ۱۳۵۷. کتاب در دو بخش کلی به مباحث اقتصاد کلان در زمینه الگوهای تولید، حسابداری، درآمد ملی، درآمد و هزینه، پول، بهره و درآمد، سیاست پولی و سیاست مالی و مقدمه‌ای بر عرضه و تقاضای کل می‌پردازد.

کتاب مدرس، تاریخ و سیاست از انتشارات مؤسسه پژوهش و مطالعه فرهنگی؛ این کتاب حاوی مجموعه مقالات سمینار مدرس و تحولات سیاسی تاریخ معاصر ایران است. این سمینار در آذرماه سال ۱۳۷۴ در ساختمان شماره دو مجلس شورای اسلامی برگزار گردید.

مقاله Islamic Higher Education in Indonesia از مجله Higher Education policy، سال ششم، شماره دوم، توسط آقای نفیسی از انگلستان به دست ما رسیده است.

کتاب *With Heart and Mind* نوشته آقای کنث. ال. پایک، توسط ایشان از مؤسسه نظامهای آموزشی بزرگسالان آمریکا ارسال شده است. ویرایش اول این کتاب در سال ۱۹۶۲ انجام گرفته و مشتمل بر چهار قسمت می‌باشد و به ترتیب دارای عناوین زیر است: عقل، جهان بینی، تعهد، خدمت فراتر از وظیفه محور بحثهای کتاب، تأثیر ایمان به خداوند در زندگی است. نگارنده معتقد است ایمان به خدا، دانشمندان را از سردرگمی

و خشک بودن زندگی علمی بیرون می آورد و بدانها می آموزد که چگونه عشق به خداوند و خدمت به مردم را هدف و سرلوحه زندگی و جهت گیری فعالیت های علمی خویش قرار دهند. از وجوه جالب توجه این کتاب، تعمیم مفاهیم زیباشناسی، نظیر تقابل (Contrast)، بافت (Context) و ... به مباحث عقل و ایمان به خداوند در بحث حاضر است.

﴿ مجله انگلیسی حکمت، شماره سوم سال اول، زمستان ۱۹۹۶ م.﴾

﴿ چهار شماره از مجموعه «از اسلام چه می دانیم؟» به دفتر مجله رسیده است. این مجموعه حدود صد و ده جلدی، دانشنامه ای است در چهار حوزه ۱- اعتقادات ۲- اخلاق و فلسفه اخلاق ۳- فقه و فلسفه احکام ۴- تاریخ و فرهنگ اسلام. هر یک از کتاب های این مجموعه به قلم یک نویسنده است و پیش بینی می شود دوره کامل آن تا سال ۱۳۸۰ منتشر شود. ریاست انتشار این مجموعه به عهده آقای مهدی کروی است.﴾

﴿ ریشه های نور طرحی نو در آموزش ترجمه قرآن کریم نوشته آقایان هادی حجت و علی دسترنج آموزش آکادمیک ترجمه قرآن از اهمیت والایی برخوردار است. در این کتاب، تمام ریشه های قرآنی به تناسب دفعات تکرار، به سه گروه تقسیم شده اند: گروه اول: ریشه هایی که مشتقات آنها پنجاه بار یا بیشتر از پنجاه بار در قرآن به کار رفته است. گروه دوم: ریشه هایی که مشتقات آنها بین پنج تا پنجاه بار در قرآن به کار رفته است. گروه سوم: ریشه هایی که مشتقات آنها پنج و یا کمتر از

پنج بار در قرآن به کار رفته است.

آنگاه معانی مختلف مشتقات هر یک از این سه گروه، طی یک مرحله و در قالب درس هایی مشخص آموزش داده می شود. از جمله ویژگی های کتاب، وجود تمرین های فراوان و به کارگیری دانشجو در جایگزینی معادلهای فارسی است. برای استفاده بیشتر از این کتاب، مقدمات کوتاهی در باب فراگیری صیغه سازی اسمها و فعلهای عربی ضرورت دارد. دانشجویان در سطح کارشناسی و کلیه علاقه مندان به ترجمه قرآن می توانند از این کتاب استفاده کنند.

### ﴿ هدیه ای از دوست﴾

نگاهی به مصائب و دشواری ها از زاویه ای دیگر این کتاب می کوشد تا جایگاه مصائب را در حیات آدمی و جهان هستی ترسیم سازد و آثار آنها، به ویژه نتایج صبر بر دشواری ها، را در سرچشمه های فرهنگ دینی جستجو کند. زیربنای این پژوهش، کاوش در منابع روایی و سیره و سنت پیامبران و اولیای معصوم (ع) و انسان های الگو بوده است. از این روست که خواننده گرامی، خود را در گلستانی از آیات و روایات خواهد یافت و گاه در فراوانی آنها خیره خواهد ماند. و چرا چنین نباشد؛ که هر چه هست در خوان گسترده انبیا و اوصیاست؟

﴿﴾ **گابریل مارسل** نوشته سم کین ترجمه  
مصطفی ملکیان

این کتاب از مجموعه پدید آورندگان کلام جدید است و می‌کوشد به طرح مسأله دین در دوره جدید بپردازد. مراد از دوره جدید همان چیزی است که امروزه به نام مدرنیسم مطرح است. از ویژگیهای این دوره آن است که به عالم و آدم می‌پردازد و دین هم از این پردازش بی‌بهره نبوده است. تصور ما از مدرنیسم بیشتر به مظاهر خارجی آن معطوف بوده است و از لوازم فرهنگی و دینی آن کمتر باخبریم.

قلم دشوار نویسنده و ترجمه دقیق و البته نه چندان روان کتاب، فهم آن را مشکل ساخته است.

﴿﴾ **بهشت ارغوان**

رُمان گونه‌ای است که می‌کوشد تا در عرصه‌ای نوین، جنبه‌های انسانی شخصیت آن بهشتی بانوی زمینی را باز بشناسد. این «رُمان دینی» گرچه بر پایه حقایق مسلم تاریخی بنیان یافته است، طراوت و نشاط و عاطفه‌انگیزی یک متن پرشور داستانی را نیز در خود دارد. به این ترتیب،

«بهشت ارغوان» مجموعه‌ای دل‌انگیز از خاطره‌های شکوهمند و جاودانه حیات بانو زهرا - سلام الله علیها - را جلوه‌گر می‌سازد؛ جلوه‌هایی ژرف، تأثیرگذار، و پرشور! این کتاب توسط آقای کمال السید به زبان عربی نوشته شده و جناب آقای سید ابوالقاسم حسینی به نثری زیبا ترجمه کرده است.

﴿﴾ همچنین در پنج ماهه گذشته مقالات بسیاری به دست ما رسید، که مورد پذیرش هیأت علمی فصلنامه قرار نگرفت و از آنجا که برخی از این مقالات امکان درج در مجلات دیگر پیدا می‌کنند از ذکر نام آنها خودداری کردیم.

مؤسسات انتشاراتی و تحقیقاتی که  
مایند آثار چاپ اول آنها در فصلنامه  
حوزه و دانشگاه معرفی شود می‌توانند  
یک نسخه از آثار منتشر شده خود را به  
آدرس فصلنامه ارسال فرمایند.