



لزوم استفاده بهورزان از طب سنتی ایران از نگاه دکتر مسلم بهادری

فرزانه غفاری^{الف}، راضیه جعفری حاجتی^ب، محسن ناصری^{ب،ج،د*}^{الف}دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران^بمرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران^جگروه طب سنتی ایرانی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران^دگروه حکمت-طب سنتی و طب دوران تمدن اسلام و ایران، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران

چکیده

دکتر مسلم بهادری (۱۳۰۸ تا ۱۴۰۱ ش) از بزرگان عرصه پزشکی ایران در دوران معاصر هستند که به عنوان یکی از اندیشمندان و پژوهشکران با تجربه در نظر مسلمات، خدمات بسیاری در رفع موانع و کمبودهای بهداشت و درمان کشور انجام داده‌اند. به اعتقاد ایشان، پژوهشکی ملی و سنتی میراثی گران‌بهای است که باید نکات مثبت و عملی آن به کار برده شود و بخش‌هایی از آن که نیاز به تحقیق دارد مورد پژوهش قرار گیرد و عقاید خرافی از طب سنتی جدا شود. با توجه به نقش مهم بهورزان در توسعه سلامت در روستاها و ترویج بهداشت فردی و اجتماعی، لازم است طب سنتی علمی به بهورزان آموزش داده شود، به این ترتیب مانع برای دخالت افراد ناآئینا و غیرواجد شرایط با روش غیرعلمی در حیطه طب سنتی ایجاد خواهد شد. در قسمت پایانی مقاله، ضمن اشاره به بیانات ارزشمند دکتر بهادری درباره دیرینگی تاریخ پزشکی ایران، برخی دیدگاه‌های ایشان در رابطه با طب سنتی علمی و نقش آن در آینده پزشکی ایران و نظام سلامت نیز ارائه می‌شود.

تاریخ دریافت: آبان ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: آذر ۱۴۰۳

کلیدواژه‌ها: ارائه مراقبت‌های بهداشتی؛ طب ایرانی؛ طب سنتی؛ بهورزان

روستاییان و ارائه راهکارهای درمانی ساده و در دسترس

مقدمه

استاد دکتر بهادری به طب سنتی و تاریخ پزشکی ایران و تحولات پزشکی در دوران مدرن آگاه بودند و راه نظام سلامت ایران را برگزیده‌ای از روش‌های معقول پزشکی مدرن و طب سنتی می‌دانستند. روش‌های پیشگیری و درمان که طی هزاران سال در ایران شکل گرفته و سپس به اقصی نقاط عالم پراکنده شده بود به اندازه دانش پزشکی جدید نزد ایشان قدر و منزلت داشت.

الف) بهورزان و نقش طب سنتی در تعلیمات و خدمات آنان

دکتر بهادری معتقد بودند، بسیاری از خدمات پزشکی در زمینه سلامتی و درمان می‌تواند ارزان‌تر و در سطح علمی پایین‌تری نسبت به ارائه خدمات توسط پزشک صورت پذیرد و با توجه به شرایط ایران از جهت اقتصادی و پراکنده‌گی

دکتر مسلم بهادری (۱۳۰۸ تا ۱۴۰۱ ش) از بزرگان عرصه پزشکی ایران در دوران معاصر هستند. ایشان پس از اخذ درجه دکتری آسیب‌شناسی از دانشگاه تهران و پذیرش در شورای فرهنگی بریتانیا، موفق به دریافت مدرک فوق تحصص پاتولوژی قلب و ریه از انگلستان شدند و به عضویت رسمی انجمن پاتولوژیست‌های آن کشور درآمدند (۱-۲). تسلط ایشان به پزشکی امروز و ارادت و علاقه وافر ایشان به فرهنگ بومی ایران سبب شد ایده‌های ارزشمندی در خصوص تلفیق دانش قدیم و جدید در ایشان تجلی یابد. یکی از ایده‌های ایشان در رابطه با آموزش طب سنتی به بهورزان بود. دکتر بهادری به اهمیت نقش بهورزان در توسعه نظام سلامت تأکید داشتند و معتقد بودند که آموزش روش‌های طب سنتی به بهورزان موجب حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها در بین اقوام مختلف مردم از جمله

بهداشتی و درمانی کشور»، مرکب از خود ایشان به عنوان رئیس هیئت با اختیار تام مالی و تحقیقاتی، دکتر تقی رضوی (معاون سابق وزارت بهداری)، دکتر محسن ضیابی (رئیس دانشگاه مشهد و دانشکده پزشکی تهران)، علیرضا شفائی (کارشناس امور تدرستی در مؤسسه تحقیقات و برنامه‌ریزی) و آقای محمود فرمان (عضو هیئت‌علمی همان مؤسسه) تشکیل داد. دکتر بهادری با این هیئت همکاری داشتند. ایشان به علت عضویت در جبهه ملی و سیاسی در این هیئت پذیرفته نشدند، اما به عنوان مشاور باقی ماندند و تا آخر با آنها همکاری داشتند. این هیئت در اولین جلسه خود (در طبقه ششم ساختمان رستم گیو در چهارراه ولی‌عصر که در اختیار وزارت علوم بود)، عده‌ای از متخصصان را در تهران و شهرستان‌ها دعوت به همکاری کرد از جمله: دکتر مسلم بهادری (از دانشکده پزشکی دانشگاه تهران)، دکتر فضل الله مصطفوی (سرپرست شبکه تندروستی شمیرانات) و دکتر علی‌اکبر قائمی (متخصص پزشکی اجتماعی دانشکده بهداشت) از تهران و عده‌ای نیز از دانشگاه‌های شیراز، ارومیه و بیمارستان شهدا (رضا پهلوی سابق) و چند نفر هم از وزارت بهداری بودند؛ این اجتماع ستادی هر روز یا یک روز در میان با حضور دکتر رهمنا همراه یک نفر مشاور، دکتر رضوی، دکتر شهریاری، آقای فرمان، دکتر بهادری و گاهی آقای دکتر ضیابی تشکیل می‌شد. در غیاب آقای دکتر رهمنا، آقای دکتر رضوی عهددار تشکیل جلسات بود (۸، ۳). مسائل مربوط به بهداشت و درمان کشور در آن دوران خیلی فاجعه‌آمیز بود. تنها دانشکده فعال، دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بود و تعدادی آموزشگاه‌های بهداری که بهدار تربیت می‌کردند. مشکل اصلی کمبود پزشک بود. تعداد پزشکانی که تربیت شده بودند تا آن زمان حدود ۶۰۰ تا ۷۰۰ نفر بودند که اکثر آنها هم از ایران رفته‌اند (۸). در همان سال، حدود ۴۰۰ تا ۵۰۰ طبیب بنگلادشی، پاکستانی، عرب و حتی آلمانی وارد ایران شدند. پزشکان زبان نمی‌دانستند و سواد چندانی نداشتند. به هر حال این عده تکافوی جمعیت ایران را نمی‌داد و اکثر نقاط، حتی شهرها قادر پزشک به‌ویژه پزشکان متخصص بودند و شهرهای کوچک و روستاها که جای خود

جغرافیایی چاره‌ای جز راهاندازی تشکیلات آموزشی و خدماتی بهورزان وجود ندارد و تجربیات بسیاری از کشورها مانند چین، روسیه، هند و اوگاندا در آن زمان نیز درستی این مسیر را تأیید می‌کرد. از سوی دیگر تکیه بر تجربیات بومی، همخوانی فرهنگی، روش‌های پیشگیری و درمان نیز از منظر استاد مسئله مهم دیگری به شمار می‌آمد و این مطلب نیز ایشان را به سمت استفاده از روش‌های ساده و علمی و با سابقه تاریخی گسترش طب سنتی سوق می‌داد. در ذیل به شرح دیدگاه‌های روشن و متفق دکتر بهادری پرداخته می‌شود.

• تاریخچه راهاندازی مراکز بهورزی

بر پایه تجربه موفق برنامه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورهای چین و اتحاد جماهیر شوروی و به منظور تأمین عدالت اجتماعی، برنامه‌هایی در عرصه سلامت برای روستانشینان این کشورها اجرا شد که در ایران نیز در نیمة اول سال ۱۳۵۰ به منظور فراهم کردن مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاهای اجرا درآمد. در این طرح یک پسر و یک دختر روستایی که حداقل دارای سواد ابتدایی بودند با کمک مردم روستا انتخاب می‌شدند و بعد از دو سال آموزش به عنوان بهورز مرد و بهورز زن در روستای خود در محلی به نام «خانه بهداشت» خدمات خود را به روستاییان محل سکونت خود به عنوان روستای اصلی و روستاییان نزدیک به روستای اصلی ارائه می‌کردند. درس نامه بهورزان برای آنها به زبان قابل فهم و کاملاً مرتبط با نیاز روستاییان در عرصه‌های هشتگانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به شرح زیر بود: آموزش بهداشت، واکسیناسیون، مراقبت مادران و کودکان، بهبود تغذیه، بهداشت محیط، کنترل بیماری‌های بومی، درمان بیماری‌های شایع و تأمین داروهای اساسی (۷).

سال ۱۳۵۱ اش آقای دکتر مجید رهمنا، که قبلًا وزیر کابینه هویدا بود، از طرف سازمان شاهنشاهی و خدمات اجتماعی آن زمان مأمور شد که در مورد رفع کمبودهای خدمات درمانی و بهداشتی اقداماتی انجام دهد (۸). ایشان پس از بررسی، هیئتی از افراد خبره را به نام «هیئت بررسی خدمات

آن در کتاب راههای نوین سلامت آمده است (۳، ۸). برای هر چند خانه بهورز (۸ تا ۱۰ خانه) یک درمانگاه وجود داشت که توسط پزشک اداره می شد. هر ۱۰ تا ۱۲ درمانگاه به یک بیمارستان کوچک ۵۰ تا ۶۰ تختخوابی متصل می شد. اعضای دائمی این شبکه چهار نفر بودند، اما هیئت در طول برسی با بیش از ۵۰ نفر همکاری داشت و تمام رؤسای دانشگاههای آن زمان و آقای دکتر اعتماد، نخست وزیر و رئیس سازمان انرژی اتمی کشور و ... در این کار شرکت داشتند. در مجموع کار با تعداد افراد بالای ۱۵۰ نفر انجام شد (۸). زمانی که دکتر بهادری به آمریکا رفت بودند، به درخواست دکتر رهنما ایشان در انجمن American AAAS (Association of Advancemet of Science وشنگتن سخنرانی کردند و با توجه به بازخورد خوب آن، بخشی از سخنرانی تحت عنوان «پیشگامان خدمات تندرنستی و بهداشتی و تشکیل خانه های بهداشت» در مجله جاما در سال ۱۹۷۳ چاپ شد (۸).

دکتر سید ضیاء الدین تابعی (استاد بازنیسته گروه اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت) در خصوص بهورزان و تاریخچه آنها می فرماید: «در چین بعد از انقلاب و تحت رهبری مائو تسه تونگ، برای رفع مشکلاتی که از لحظه وضعیت سلامت وجود داشت به گروههایی از روستاییان جهت ارائه خدمات اولیه و اساسی پزشکی، آموزش های خاصی داده شد. این افراد آموزش دیده اگر بیماری احتیاج به کمک داشت، اقدامات بهداشتی و درمانی محدودی را برای او انجام می دادند. این افراد کارکنان سلامت جامعه و یا پزشکان پاپرهنه Barefoot Doctors^۱ بودند. پزشکان پاپرهنه درحقیقت نمونه ای از ادغام طب سنتی در ارائه مراقبت های اولیه و ارائه خدمات بیمارستانی است با ادغام طب سنتی، جایگزین و مکمل می توان کارایی و اثربخشی نظام سلامت را علی الخصوص در مناطق محروم ارتقا داد. اجرای طرح پزشک پاپرهنه نتایج درخشنده در آن زمان به دنبال داشت. پس از شکستن دیوار آهینی چین توسط آمریکا، زمانی که آمریکا وارد چین شد متحده نیز اجازه یافتند که از اوضاع چین دیدن کنند. از جمله از ایران چهار اکیپ از چین بازدید

داشت. هریک از حاضران در جلسات توصیه هایی از قبیل افزایش دانشجویان ورودی به دانشکده های پزشکی، افزودن تعداد پزشکان بیگانه و ... داشتند؛ پس از تشکیل حدود ۱۰ جلسه برای هریک از موضوعات، با ارائه اسناد و مدارک کافی، درباره راه حل ها صحبت شد. درنهایت، فکر ایجاد خانه تندرنستی و آموزش بومیان محلی با تحصیلات اولیه به میان آمد که در خط اول ارائه خدمات در خانه های تندرنستی کار کنند. این ملاحظات و چگونگی آن چندین جلسه وقت گرفت و حتی با مخالفت وزیر وقت بهداری مواجه شد. سپس با انتخاب سرشناسان امور پزشکی، که تعداد آنها بالغ بر صد نفر بودند، مصاحبه هایی انجام گرفت. این مصاحبه ها و مقالات مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار گرفت که تعداد قابل توجهی از نظرات در کتاب دوم راههای نوین سلامت (کتاب سه جلدی تأییف دکتر مجید رهنما، از انتشارات سازمان خدمات اجتماعی) آمده است (۳). بالاخره با فکر ایجاد خانه های تندرنستی موافقت شد و مسئله نام گذاری آن پیش آمد. یکی از اعضاء، خانه بهورز را پیشنهاد کرد که تأیید شد و نام بهورز به اداره کنندگان این خانه اطلاق شد. دکتر رهنما کتابی را از کامپیا در خصوص اقدامات و وظایف بهورز به زبان انگلیسی به عنوان مبنای درس بهورزان به دکتر بهادری ارائه کرد و پس از بررسی و ترجمه توسط ایشان، کتاب فوق مبنای تدریس قرار گرفت. کتاب شامل ۱۸ نوع خدمات درمانی و بهداشتی بود که بهورز می توانست با آنها به درمان بیماری های ساده ای مانند اسهال، استفراغ، تب های خفیف، کترول عوامل بیماری زا مثل پشه مalaria، پانسمان، تزریق آمپول و نحوه رسیدگی به مصدومان و مخصوصاً نحوه ارجاع بیماران به کلینیک کمک کند.

دوره تحصیل بهورزان ۶ تا ۹ ماه و بعضی کمی بیشتر بود. در این طرح از پزشکان جوان و حتی جامعه شناسان برای تدریس کمک گرفته می شد. شاگردان به تعداد مساوی دختر و پسر (هر کدام ۸ تا ۱۰ نفر) انتخاب و پس از تکمیل دوره، دو نفر، یعنی یک پسر و یک دختر به خانه بهورز معرفی می شدند. در جریان این برنامه ها، درباره بیماری های شایع و مرگ و میر ناشی از آن، تحقیق و پژوهش می شد که جزئیات

نظام نوین خدمات درمانی است. در بررسی‌های خود درباره نارسایی‌ها و کمبودهای نظام خدمات درمانی در کشور و لزوم توجه به بهورزان نکات زیر را مذکور می‌شوند:

۱. لزوم تأمین خدمات دائم و پیوسته در محل، با توجه به این‌که نوع خدمات باید همواره با محیط زندگی مردم منطبق باشد؛
۲. ایجاد حداکثر امکان خودکفایی در خدمات بهداشتی و درمانی در سطح شهر و روستا؛
۳. بالابردن سطح خدمات تندرستی در کلیه سطوح و به نحو مدام و ارائه بهترین خدمات ممکن با حداقل هزینه؛
۴. توجه کامل به گسترش خدمات تندرستی و تأمین نیازهای همگانی بهنحوی که در عمل خطر و آسیبی برای مردم دربر نداشته باشد؛
۵. کمبود پزشک در ایران قابل انکار نیست، اما توزیع و نحوه استفاده از پزشکان هم نادرست است و از کارایی آنها حداکثر استفاده نمی‌شود؛
۶. باید بتوان از وجود پزشکان موجود، حداکثر استفاده را در آموزش، پژوهش و خدمات پزشکی جامع نمود و با تربیت کادرهای بهداشتی و درمانی در رده‌های مختلف از باز خدماتی و درمانی محض پزشکان کاست و تسهیلات لازم برای پژوهش بیشتر در تمام سطوح به‌خصوص در روستاهای آنان فراهم کرد تا به این نحو آموزش پزشکی بیشتر متوجه انواع بیماری‌های موجود در کشور و رفع و درمان آنها باشد؛
۷. بدون این‌که بخواهیم کسی را جانشین پزشک کنیم، معتقدیم که قسمتی از خدمات پزشکی را می‌توان از رده‌های دیگری انتظار داشت و رده‌های دیگری تربیت کرد. این کار را قبلاً در مورد جداسازی رده‌های پرستار، داروساز، فیزیوتراپیست، دندانپزشک دکتری بهداشت و ... انجام داده‌ایم. یکی از رده‌های موردنظر، پیش‌قراولان خدمات بهداشتی و درمانی و زیربنای شبکه تندرستی یعنی بهورز است (۱۰).

• جایگاه طب سنتی در تعلیمات و خدمات بهورزان
بهورزان پس از گذراندن یک دوره تحصیلی مشخص با سرمایه معینی از دانش و تجربه در خانه‌های بهداشت، که

کرده و در سازمان خدمات اجتماعی شروع به پیاده‌کردن برنامه‌ای شبیه چین نمودند. این جانب بعد از خدمات سپاه بهداشت به همراه سفارش آقای دکتر ضیائی که در این برنامه شرکت داشت، مأمور شدم در تربیت پزشکان پایه‌نه، که معمولاً تحصیلات آنها ابتدایی بود، مشارکت کنم. در مدت یک سال و اندی که مشغول خدمت در آنجا بودم در کازرون برنامه آقای دکتر ضیائی و دکتر رهنما و آقای دکتر بهمن بیگی نیز توانماً انجام می‌شد. در طی این مدت تعدادی از دانش‌آموزان عشاير را برای این کار تربیت کردیم و واژه بهورز برای این افراد انتخاب شد و اولین مجله بهورزی نیز منتشر گردید. پس از انقلاب اسلامی برنامه‌ای که توسط دکتر رهنما و همچنین توسط دانشگاه شیراز اجرا می‌شد برچیده شد و برنامه آذربایجان غربی به سرپرستی استاد بزرگوار آقای دکتر ملک افضلی بازسازی شد و برای کل کشور اجرایی گردید و خوشبختانه توانست در اوایل انقلاب بسیاری از مشکلات بهداشتی ما را توسط بهورزان عزیز برطرف نماید. مزیت منحصر به‌فرد این طرح در مقابل بسیاری از پروژه‌های ملی دیگر، اتخاذ راهبرد درست و سعی در همراه‌کردن ذی‌نفعان و بازیگران مختلف بود» (۹).

• لزوم تربیت «بهورز» و نقش او در جامعه نوین خدمات تندرستی

استاد بهادری: «امروزه لزومی ندارد که راجع به اهمیت تربیت کادرهای کمک‌پزشکی و نیروهای انسانی ضروری در خدمات بهداشتی و درمانی به بحث پردازیم. این نظری است که بیشتر مردم دست‌اندرکار خدمات درمانی و بهداشتی به آن معتقد شده‌اند. در یک بررسی همه‌جانبه که در چند سال اخیر در ایران توسط واحدهای تحقیقاتی مختلف انجام گرفت، این نکته مسلم شد که در جوامع امروزی ولو آن‌که تعداد پزشکان کافی باشد، تربیت کادر کمک‌پزشکی الزامی است. گرچه در بسیاری از گفته‌ها و نوشه‌ها لزوم تربیت بهورز یا بهداشت‌یار را مربوط به کمبود کادر انسانی به‌خصوص پزشک در خدمات پزشکی دانسته‌اند، اما تجربیات مختلف نشان داده که این واحد خدماتی دارای شأن و منزلت خاصه خود در یک

شود، عقاید و نظرات توده مردم در زمان گذشته درباره درمانشان بود؛ زیرا همیشه که دکتر یا حکیم نبوده است؛ از این‌رو در صدد برآمدم درک کنم که قدیمی‌ها در روتاستاها، قبیله‌ها و عشاير وقتی مريض می‌شدند چه کارهایی انجام می‌دادند؛ زیرا باور داشتم اين يك تجربه است و پژشكی فقط علم نیست، بلکه مقدار زياد آن، تجربه زمان خود و پيشينيان است. با توجه به شرایط آن زمان دو برنامه داشتيم: برنامه نخست، آموزش جوانان بومي مناطق مختلف ايران که بهورز ناميده شدند؛ برنامه دوم تحقيق در طرز طبابت سنتي و يافتن موادی بود که دهقانان و افراد قبایل برای درمان مصرف می‌كردند» (۳).

از جمله اقداماتی که ما اعضای اصلی هیئت برای ارائه خدمات در حوزه برنامه‌های طب سنتی، اگرچه جزو برنامه مدون بهورزها نبود، انجام دادیم این بود که در صدد احیای علمی آن بودیم و با استفاده از نظرات استادان پیشین ایرانی این رشته و با استفاده از برنامه‌های دانشکده‌های سنتی هندی و استفاده از طب پاپرهنه‌های چین (Barefoot medicine) اقداماتی که برای آن انجام دادیم عبارت بود از بازبینی مغازه‌هایی که از گیاهان طبی استفاده می‌کردند. من به اتفاق عده‌ای از همکاران از مغازه‌ای که در منطقه حضرت شاه عبدالعظیم بود، بازدید کردم و با صاحب مغازه مصاحبه کردم. همین طور به یزد رفتم و از مکان‌هایی که از گیاهان دارویی از جمله برای امراضی چون سالک استفاده می‌شد، بازدید کردم. عده‌ای هم به خراسان و آذربایجان رفتند. با تمام آن افراد مصاحبه شد و نکات قوت و ضعف آشکار شد. عده‌ای از آنها حاضر شدند از نظر علمی با هیئت همکاری کنند که در گزارش هیئت دیده می‌شود. باید تذکر دهم زمانی که من در سال‌های ۱۳۲۵ و ۱۳۲۶ ش قبل از آن که به دانشکده پزشكی وارد شوم - در داروخانه «احسان» واقع در خیابان خیام، پادویی می‌کردم و عهده‌دار تزریق آمپول بودم، عده‌ای از دکترهای محل از گیاهانی دارویی مثل شیرخشت، ترنجین، اسطوخودوس، عناب و غیره استفاده می‌کردند و آنها نسخه می‌شد و داروخانه‌ها نیز آنها را داشتند و حتی طرز استفاده از آن را به مريض‌ها می‌گفتند. کمتر پیش می‌آمد که

بدوی ترين رده خدماتي در شبکه تندرستي است، به خدمت مشغول خواهند شد. به طوري که می‌توان گفت در اين سطح، علاوه بر ترويج بهداشت و پيشگيري، کمک‌های شخصي و مراقبت‌های درمانی نيز انجام می‌گيرد و هنگام بروز پيشامدهای ناگهاني و تصادفات، بهورزان کمک‌های اوليه را می‌رسانند. به طور کلي، بهورز از نظر اجرای ضوابط تامين تندرستي داراي ويزگي هاي خواهد بود که می‌توان اهم آنها را به شرح زير خلاصه كرد:

۱. اين افراد به اصول و مبانی روش‌های کلي و ابتدائي کمک به بيماران آشنا هستند؛
۲. مرجع اوليه مراجعة بيمار هستند؛
۳. به خصوصيات اجتماعي، اخلاقی، اقتصادي، ديني، سنتي و جغرافيايي محل خدمت خود آشنايي و وقوف كامل دارند؛
۴. در ضمن تماس‌های فردی و خانوادگی جلب اعتماد مردم و محیط کار خود را می‌نمايند؛
۵. حدود کار و آنچه باید انجام و آنچه نباید انجام دهنده، کاملاً مشخص شده است؛
۶. به گیاهانی که در منطقه می‌رويد، به خصوص گیاهان طبی آشنايي دارند و نوع آنها را می‌شناسند؛
۷. به آب‌های معدني موجود در منطقه و اثرات آنها واقف هستند؛
۸. روش جمع‌آوري گیاهان طبی را بر اصول و مبانی صحیحي آموخته‌اند و استفاده از گیاهان مزبور را در موارد خاص آموخته‌اند؛
۹. با طب سنتي و عقاید بومي درباره بيماري‌ها و درمان آنها آشنا هستند و محیط را از عقاید نادرست در طب سنتي پاک کرده، طرز استفاده از نکات صحيح و موردقبول را به مردم می‌آموزند؛ زیرا بسيار دیده شده که طب سنتي ايران به دست افراد ناآشنا و غيرواجد شرایط با روش غيرعلمي اعمال می‌شود.

دکتر بهادری در اين خصوص می‌فرمایند: «در آغاز دهه ۱۳۵۰ ش، برای توسعه خدمت‌رسانی طب به آحاد مردم ايران يکي از موضوعاتي که معتقد بودم باید به آن توجه

گاهی در اجرای برنامه‌ها، موانع و مقاومت‌هایی وجود داشت که اکنون هم وجود دارد. از جمله این موانع، پزشکان درمانگر به مسئله بهورزان خیلی روی خوش نشان ندادند؛ زیرا فکر می‌کردند این کار دخالت در کار پزشکی است. درحالی‌که پزشکی کاری تیمی است و بیمار با یک پزشک درمان نمی‌شود، بلکه با یک تیم درمان می‌شود. بیمار نیاز به خدمات افراد دیگری به جز پزشک دارد تا درمان بگیرد. آنها در این باره مقاومت می‌کردند، حتی آن زمان آقای پروفسور پویان که وزیر بود و مدتها هم رئیس دانشگاه ملی آن زمان و تحصیل‌کرده فرانسه بود، شدیداً مخالف بود. در سازمان‌های پزشکی وزارت خانه هم در آن زمان، طرفدار نبودند. از جبهه وقتی برگشت و در دانشگاه عهددار مسائل بهداشتی شد، یعنی وزارت بهداری وقتی تبدیل به بهداشت و درمان شد این شکل عوض شد و نگرش وزارت‌خانه و پزشکان نسبت به مسائل بهداشتی و درمانی عوض شد. البته هنوز هم به‌طور کامل عوض نشده، اما به مرور زمان خیلی فرق کرد. به‌طور مثال در برنامه‌های بهورز واکسیناسیون جزو برنامه بود؛ یعنی اجرای واکسیناسیون به بهورزها واگذار می‌شد. در تمام این مراحل شما فکر نکنید ما بهورز را آزاد گذاشتم، پزشک در آن درمانگاه یا بالاتر در بیمارستان دخالت داشت؛ یعنی شبکه با نظارت و کنترل انجام می‌شد. خواستیم به آقای وزیر بگوییم درست است که بهورز روپوش سفید می‌پوشد، اما هیچ کاری را خودش انجام نمی‌دهد، هر کاری که باید انجام بشود مرتب کنترل می‌شود و این خانه‌ها خیلی از هم فاصله ندارند و تقریباً هر هفتة یک بار کارهای ایشان بازرسی می‌شد. این بود که واکسیناسیون و تزریق را بهورزان انجام می‌دادند. مانند بیمار مبتلا به سل که باید مستقیماً از پزشک دوا بگیرد و خودش نخورد، این هم همین بود. نقش بهورز اجرای برنامه‌هایی بود که توسط پزشک یا عوامل دیگر تهیه می‌شد. بهورزان بودند که به بیماران می‌گفتند چطور غذا بخورند، آب چطور باشد، چطور توالت کنند. در آن زمان و در رستهای اصلاً توالت نبود و مردم در کنار رودخانه قضای حاجت می‌کردند. این کارها به عهده بهورز بود (۸).

در نسخه مرحوم میرزا باقر حکیم در باغ ایلچی و یا مرحوم سید رضی‌خان طباطبایی که در گذر قلی، باغ معیر، طبات می‌کرد، از یک نوع جوشاندهٔ گیاهان نباشد. به‌طور خلاصه تمام اقدامات گروه ما برای استفاده بهینه از امکانات کشور بود. رفع کمبود، ایجاد شبکه تندرنستی را پیشنهاد دادیم و سعی کردیم طب سنتی را به شکل جدیدتر و علمی‌تر احیا کنیم و غرب‌زدگی را از خدمات پزشکی جدا نماییم. یکی از اشتباهات ما بعد از ایجاد «دارالفنون» این بود که فکر می‌کردیم فقط باید به طب اروپایی پردازیم و به گذشته پزشکی خود پشت پا زدیم و حال آن که اروپاییان وقتی خواستند طب خود را از شکل طب بوعلى سینایی جدا کنند، مقدار قابل توجهی از اندیشه‌های بوعلى سینایی را به شکل جدید زنده کردند» (۳).

در ایران تودهٔ کثیری از مردم روش‌ها و امکانات بهداشتی را کافی نمی‌دانند و از خدمات درمانی نیز محروم هستند. رستهای ایران اغلب پراکنده هستند و اکثرآ راه‌های ارتباطی مناسب ندارند. اقدام اصلی فقط ایجاد یک شبکه درمانی است که در آن افراد با تحصیلات مختلف بتوانند منشأ اثر باشند و پس از ایجاد چنین شبکه‌ای داروهای نافعی که هم به‌سادگی در دسترس باشد و هم تجویز آن خطراتی ایجاد نکند، در دسترس بهورزان قرار گیرد.

در چنین حالتی است که ما فکر می‌کنیم با تربیت و آشنایکردن بهورزان به سرمایه‌های پزشکی سنتی درواقع می‌توان آنان را افرادی مفید و مؤثر ساخت؛ زیرا اساس فکری ما در ایجاد شبکه و تربیت افراد کمک‌پزشکی، خودکفایی رسته‌ها از لحاظ خدمات بهداشتی و درمانی است. به این صورت، می‌توان امیدوار بود که با یادگیری چند علامت و استفاده از امکانات درمانی ساده و به کاربردن اصول بهداشتی و یادگیری اصول برای مراقبت و پیشگیری و راهنمایی و تنظیم خانواده، بهورز یا بهداشت‌یار می‌تواند برای رفع حوائج مردم تلاش کند و در بسیاری از موارد هم نیازی به تحصیلات بسیار عالی ندارد (۱۰).

• مقاومت در مقابل بهورزان

را به یک باره کنار گذاشت و کورکورانه خود را فدای تحولات زمان حاضر کرد و دانش امروزی را کاملاً یکجا، جانشینی تجربیات و سنت‌های قرون نمود. بدیهی است امکان جانشینی مطلق وجود ندارد و در مواردی که تحملی شده باشد، آن چیز «مسخ» می‌شود، به طوری که نه قیافه اصلی را دارد و نه با رنگ کهنه مناسب است.

علم پژوهشی سابقه‌ای بس طولانی دارد و آغاز آن را در ایران به دوران آریایی و زمان مهاجرت این قوم به این سرزمین نسبت می‌دهند. استنادی بر آن است که تریتا (Thrita)، یکی از سه چهره بزرگ طب سنتی جهان، در همان عصر می‌زیسته است. در دین زرتشت رسم بر آن بوده که از طریق مذهب، مسائل پژوهشی و بهداشتی را به مردم می‌آموختند و کتاب‌های مقدس زرتشت از جمله «وندیداد» دارای مباحث ارزشمند درباره طب و بهداشت و تغذیه و مسائل اجتماعی است، البته در اغلب قرون، یک همکاری عمیق و ریشه‌دار بین مذهب و طب وجود داشت و طب و طبایت را از خصایل انسانی و اخلاقی به حساب می‌آوردند و پژوهشی جنبه الهی داشته است و غالباً پژوهش و روحانی در یک قالب جای گرفته و در خدمت مردم و در جهت رفع مشکلات آنان کوشش می‌کرده‌اند. در دوران اسلام نیز کشور ایران بزرگ‌ترین مرکز اطلاعات پژوهشی بوده و بسیاری از پژوهشکان و حکماء مشهوری که ایران به جهانیان معرفی کرده، نه تنها در تاریخ پژوهشی جهان محفوظ هستند، بلکه بسیاری از عقاید و تجربیات آنان به زبان دیگری به ما عرضه می‌شود (۱۰).

• رابطه طب سنتی و پژوهشی نوین

دکتر بهادری معتقد بودند که باید قبول کرد هیچ دانشی از جمله دانش پژوهشی به سر حد کمال نرسیده و بسیاری از مسائل درهم‌پیچیده و شاید هم ساده وجود دارد که هنوز حل نشده است. از این‌رو، می‌توان پی بردن که چرا روش‌های طبی متفاوتی در کشورها اعمال می‌شود که بعضی از آنها قدیمی و حتی باعث مسخره بعضی مردم است. در بسیاری از کشورها از جمله در هندوستان، طب سنتی و پژوهشی نوین هر دو

- استفاده از تجربیات سایر کشورها در مورد بهورزان استاد فقید، دکتر بهادری، در خصوص استفاده از طب سنتی ایران در طرح بهورزان قبل انقلاب اسلامی در حوزه همکاری‌های بین‌المللی می‌فرمایند: «همکاری ما با هند برای استفاده بهورز در بخش طب سنتی بود. چون یکی از چیزهایی که آن زمان ما فکر کردیم بهورزان می‌توانند با همان زبان بومی خودشان با همان طبی که از قبل آشنا بودند بیشتر و سریع‌تر آشنا کنند. یک مؤسسه درمان در هند بود که حکیم آن به اینجا آمد و این کار را انجام داد.

هند یک قسمت آموزش طب سنتی دارد که تحت عنوان " مؤسسه درمان " معروف است. یک تعدادی از این حکیم‌های طب هندی و سنتی در آنجا حضور دارند. آنها معتقد بودند که شما نباید کاملاً طب قدیم را نادیده بگیرید، بلکه باید بخش‌هایی از آن را با تجربه و مقایسه با علم جدید دوباره زنده کنید؛ برای اینکه آن تجربیات چندی هزارساله بدون شک مؤثر بوده است. ما به خصوص در بحث‌هایمان از کتاب اوستا خیلی استفاده می‌کردیم چون آنجا مسائل بهداشتی را مطرح می‌کرد که خیلی مورد علاقه ما بود؛ آب را نجس نکنید، خاک را نجس نکنید و این موارد. اینها چیزهای بهداشتی بود که مورد کار ما قرار می‌گرفت، هند هم همین‌طور. ما اگر خیلی به سمت طب سنتی می‌رفتیم ممکن بود اصل برنامه‌هایمان هم دچار اشکال شود» (۸).

ب) چگونگی استفاده از طب سنتی در نظام سلامت در ذیل به اختصار ضمن اشاره به بیانات ارزشمند دکتر بهادری درباره دیرینگی تاریخ پژوهشی ایران، برخی دیدگاه‌های ایشان در رابطه با طب سنتی علمی و نقش آن در آینده پژوهشی ایران و نظام سلامت نیز ارائه می‌شود.

• دیرینگی تاریخ پژوهشی ایران

هر کشور پیش‌رفته‌ای همیشه از تجربیات و میراث گذشته خود بهره می‌گیرد. تجربه تاریخی و میراث غنی ما ایرانیان، فرهنگ درخشنان و سابقه علمی کشور ماست. سهم عظیمی که کشور ایران در توسعه و تکمیل تمدن بشری دارد، قابل انکار نیست و نمی‌توان گذشته بس تابناک و افتخارآمیز

می‌دانند و اغلب اطلاعات داده شده توسط استادان بالینی، منحصر به کتاب‌ها و نوشه‌های غربی است و لذا فارغ‌التحصیل بین آنچه آموخته است و آنچه باید عمل کند، تفاوت می‌بیند و لذا به آموزش پزشکی در کشور بی‌اعتقاد می‌شود و سعی می‌کند خود را به «منشأ اصلی اطلاعات» برساند که البته در ذهن او خارج از کشور است و دل‌بستگی و علاقه‌ای به ماندن در کشور نشان نمی‌دهد.

۳. خطر دیگر آن است که یک نوع «وابستگی درمانی» ایجاد کرده‌ایم و ما از زمان قدیم دانسته‌ایم که برای تجهیز مردم باید آنان را خودکفا کنیم.

یکی از مشکلات طبابت به روش غربی، وابستگی مفرط ما به داروها و مصنوعات پزشکی خارجی است و زمانی که این داروها و وسایل به هر دلیل وارد نشود، گرفتاری عظیمی خواهیم داشت. در این راه نه تنها مبلغی عظیم از سرمایه ملی برای خرید و حبس این مواد مصرف می‌شود، بلکه به لحاظ ناهمانگی با آب و هوای میهن، اغلب ممکن است این داروها فاسد شود و قابل استفاده نباشد. در مقابل، ثروت عظیمی از گیاهان دارویی در کشور ما وجود دارد که سالیان دراز مورد استفاده بوده و توانسته جای خود را در دل‌ها نگه دارد. چنانچه ما بتوانیم افراد شبکه را با راه‌های استفاده از امکانات درمانی گیاهان دارویی و طب سنتی آشنا کیم، به میزان وسیعی، یک حالت خودکفایی در بخش‌های مختلف کشور ایجاد کرده و ضمن کمک به تولیدات ملی، طب سنتی را حفظ کرده و از به کاربردن داروهای غیرلازم و احتمالاً خطرناک توسط بهورزان جلوگیری کرده‌ایم (۱۰).

• دیدگاه دکتر بهادری درباره رسالت دانشکده‌های طب سنتی

قابل توجه است که استاد فقید ضمن اشاره به برخی کاستی‌ها و ارائه دیدگاه‌های ناقدانه نسبت به طب غربی در رابطه با چگونگی فعالیت دانشکده‌های طب سنتی به منظور توسعه تحقیقات و تفکیک دیدگاه‌های علمی طب سنتی از دیدگاه‌های غیرعلمی چنین فرموده‌اند: «دانشمندان ایران باید سابقه علمی گیاهان دارویی و حتی مواد غذایی و آشامیدنی‌ها

تعلیم داده می‌شوند و حدود و وظایف هرکدام روشن است. باید به خاطر داشت که بعضی از روش‌ها گرچه از زمان طولانی وجود داشته‌اند، ولی کهنه نیستند. از این‌رو باید قبول کرد تا برقراری یک راه حل قابل قبول و تا آن زمان که ریشه بیماری‌ها از بین نرفته است باید روش‌های کنونی را با احتیاط پذیرفت و به این مناسبت باید گفت که روش‌های طبابت سنتی و طبابت نوین می‌توانند لازم و ملزم یکدیگر باشند (۱۰).

• خطرات استفاده انحصاری از پزشکی نوین برای آموزش پزشکی کشور

نکته مهم آن است که در ایجاد این شبکه، به ویژه در قسمت‌های محیطی نمی‌توان منحصرأ به پزشکی نوین اتکا داشت؛ زیرا اساس این پزشکی استفاده از تکنولوژی و داروهای وارداتی است، درحالی که افراد بومی و بهورزان برای چنین تکنیک‌ها یا داروهایی تعلیم نیافتدند. اگر بخواهیم برای رفع کمبودها و نارسایی‌های فعلی و تأمین تدرستی مردم چاره‌جویی اساسی کنیم، باید در برنامه‌های آموزش پزشکی و تربیت نیروی انسانی تجدیدنظر نماییم. پیروی کورکورانه از شیوه‌های غربی خصوصاً در مورد ایجاد شبکه تدرستی، خطرهای بی‌شماری خواهد داشت:

۱. خطرات ناشی از بدی استعمال مواد و لوازم واردشده: قسمت اعظم تحصیلات پزشکی مدرن برای شناخت این مواد و وسایل است که بعضًا تحمیلی و برای فروش مصنوعات به جهان پزشکی و برنامه‌های پزشکی عرضه شده است. به عبارت دیگر آنچه از طب امروزی می‌آموزیم، پزشکان را مصرف‌کننده انواع داروهای مصنوع گروههای عظیم دارویی می‌کند. سوداگران مصنوعات غربی، دانش پزشکی را اسیر خود کرده‌اند و افتخار هریک از ما آن است که چه مقدار لوازم «مدرن» خریده‌ایم و لو آن که با طرز کار آنها آشنا نباشیم یا لزومی برای استفاده از آنها نباشد.

۲. باید قبول کرد که تعلیمات پزشکی در حال حاضر ارتباطی با طب ملی و سنتی ندارد و استادان بالینی هیچ‌گونه تمایلی به استفاده از کتاب‌های پزشکی ایران و گیاهان و داروهای طبی سنتی ندارند و حرفة خود را وابسته به غرب

است که در استفاده از روش‌های ما نباید اغراق کرد. ما نباید انکار کنیم که در حوزه طب سنتی عقاید خرافی فراوان است و حتی عده‌ای به این عقاید و خرافات سخت پایه‌بند هستند و حتی گاه کیفیت جنبه‌های مثبت طب سنتی را کنار گذاشته و خود را پایه‌بند معالجات غیرعلمی و جادویی آن قرار داده‌اند. در اینجاست که باید بگوییم، بر دانشمندان و محققان فرض است بین آنچه را که "طب سنتی" می‌نامند و این‌گونه عقاید خرافی تفاوت بگذارند و امکاناتی ایجاد شود که مردم، طب سنتی واقعی بیاموزند» (۱۰).

• نقش اقتصادی گیاهان دارویی

ما در اینجا دلیلی نمی‌بینیم که از ثروت گیاهان طبی ایران، خود را بی‌بهره کنیم. مقدار زیادی از این گیاهان در طب امروزی مورد استفاده است و به صورت دیگری از خارج، وارد کشور ما می‌شود و مورد مصرف قرار می‌گیرد. یکی از این نمونه‌ها هربزان (یک داروی ترکیبی تولید داخل در دهه ۵۰) است. ایران یکی از کشورهای غنی رشد گیاهان دارویی است. سالیانه مقدار زیادی از این‌گونه گیاهان از کشورهای همسایه نیز وارد می‌شود. در تمام بازدیدهایی که از دکان‌های عطاری به عمل آوردیم، متوجه شدیم با وجود آن که پزشکان دانشگاه‌دیده، این‌گونه گیاهان را مصرف نمی‌کنند، اما میزان فروش این گیاهان خیلی زیاد است. فروشنده‌گان این‌گونه گیاهان از سود سرشار برخوردارند و حتی تجار واردکننده این گیاهان درآمدهای عظیم دارند. بدیهی است اکثریت مشتریان این‌گونه مغازه‌ها از روستاشینیان و اهالی شهرهای کوچک هستند. داروهای گیاهی نیز عموماً عارضه نامطلوب ندارند و اثرات درمانی آنها فوق العاده خوب است (۱۰).

نتیجه گیری

از دیدگاه استاد فقید جناب آقای دکتر بهادری، بهورزان نقش مهمی در توسعه سلامت در روستاهای و ترویج بهداشت فردی و اجتماعی داشتند. از سخنان ایشان می‌توان چنین نتیجه گرفت که نکات مثبت و علمی این میراث ارزشمند پژوهشکی ملی و سنتی را باید به کاربرد برد. بخش‌هایی که نیاز به تحقیق دارد، مورد پژوهش قرار گیرد و عقاید خرافی از

را بررسی کنند. عقایدی در گذشته راجع به درمان وجود داشته و حتی در کتاب‌ها نوشته شده که نباید کنار گذاشته شود، بلکه باید روی آنها تحقیق شود. کنارگذاشتن این عقاید باعث تبدیل طب ایرانی به طب غربی می‌شود. وظیفه دانشکده‌های طب سنتی، احیای طب ایرانی و بررسی و تحقیق در خصوص این میراث عظیم با کمک پزشکان، داروسازان و شیمی‌دانان علاقه‌مند است» (۳).

استاد در جای دیگر می‌فرمایند: «به نظر من اگر می‌گویند ۱۶ دانشکده طب سنتی داریم، کار بدی در احیای طب ایرانی نیست. منتهای وظیفه این دانشکده‌ها این است که میراث عظیمی را که از طب ایرانی مانده، بررسی کنند. همان‌طوری که شما فرضاً تحت جمشید را بازخوانی می‌کنید و از خرابه‌های کاشان، همدان و آذربایجان، آثار باستانی را کشف و در موزه‌ها در معرض دید عموم قرار می‌دهید و به این سابقه فرهنگی افتخار می‌کنید، چرا باید از میراث طبی صرف‌نظر کنیم و آن را به سخره بگیریم. شما حتی اگر به بالاترین مدارج علمی برسید، به پیشگامان اولیه خود نیاز دارید؛ زیرا اینها بودند که چراغ پرور دانش را برای شما حفظ کرده‌اند. تعصب جاهلیت را به جای علم بر مردم تلقین نکنید. من یک عمر به این‌گونه خدمات اندیشیده‌ام و برای آن زحمت کشیده‌ام. ما برای ارائه خدمت پژوهشکی به جای اطبای کم‌سود هندی و پاکستانی، راه صحیح خدمات را ارائه دهیم و از همه امکانات استفاده کنیم. سنت‌های قدیمی امروزه در بسیاری از شهرها و روستاهای ایران زنده و رایج است و باید فراموش کرد که اصالت ما در حفظ این سنت‌هast و باید قبول کرد که طب عمومی و نوین ما در دسترس گروه کوچکی از مردم است و هنوز گروه کثیری از مردم نمی‌توانند از آن بهره‌مند شوند. باید قبول کرد که تمام مطالعات و روش‌های طب سنتی، قدیمی و از مدافعته نیستند. روش‌هایی دست‌نخورده و ناب هنوز باقی است که در بسیاری از موارد، طب امروز در مباحث آن دچار گمراهی می‌شود. به عنوان شاهد، طب چینی را به یاد آوریم که غربی‌ها آنقدر در اهمیت آن مبالغه کرده‌اند که فریاد پزشکان سنتی چین درآمده

پی‌نوشت‌ها

^۱ پزشکان پاپرهنه یا Barefoot Doctors در دهه ۱۹۷۰ م سروصدای زیادی با اجرای طرح پزشک پاپرهنه چین در دنیا ایجاد شد. در این کشور قبل از انقلاب ۱۹۴۹ م وضعیت بهداشت و درمان بقدرتی نامساعد بود که رفتگرها هر روز صبح جسد افراد را به عنوان زباله جمع می‌کردند. بعد از انقلاب چین، در زمینه بهداشت و پزشکی به گروه‌هایی از روستاییان آموزش خاصی داده شد و افراد آموزش دیده هم در مزرعه به کشاورزی می‌پرداختند و هم اگر بیماری احتیاج به کمک داشت برای او اقدامات بهداشتی درمانی انجام می‌دادند.

طب سنتی تفکیک شود. طب سنتی را باید به بهورزان بیاموزیم و در پاسداشت آن و در راه شناساندن آنها به پژوهشگران و دانشمندان بکوشیم. با تعلیم طب سنتی علمی به بهورزان مانع استفاده ناصحیح این علم، توسط اشخاص ناوارد شویم. با تعلیم این علم به بهورزان و محدود کردن فعالیت‌های آنها در استفاده از داروهای نوین، از خطرات احتمالی ناشی از بعضی دخالت‌های نابجا در امور پزشکی جلوگیری نماییم (۱۰).

تضاد منافع

مقاله هیچ تضاد منافعی ندارد.

References

1. Bahadori M. *Afsaneye Hasti, Rahavard yek Gharn Zendegi* (Tale of Existence). Tehran: Mirmah Publications; 2018. [In Persian].
2. Rahpeyma M. An analytical note about the book of Existence Legend written by Dr. Moslem Bahadri. Newspaper of Kerman Emroz; 2018;23:2872. [In Persian].
3. Naseri M, Ghaffari F. Revivalists of traditional Iranian medicine in the contemporary era. Tehran: Novin Pajoooh Sina Publications; 2017, P:28-39.[In Persian].
4. Azizi MH. The life story of Dr. Moslem Bahadri, the Pioneering Professor of Tehran School of Medicine. Archives of Iranian Medicine. 2018 Aug 1;21(8):380-1.
5. Azizi MH, Dabiri S, Akhondzadeh S, Malekzadeh R. Professor Moslem Bahadri (1927–2022), A Matchless Role Model in Modern Academic Medicine in Iran. Archives of Iranian Medicine. 2022 May 1;25(5):347-52.
6. Dehpour AR, Mehr SE, Rezaei N. Professor Moslem Bahadri (1927-2022). Acta Medica Iranica. 2022 Jul 11;60(6):321.
7. Malekafzali H. Primary health case in Islamic Republic of Iran. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2014;12(2): 1-10.
8. Marandi A, Malek Afzali Ardakani H, Roshanfekr P. Essays from the treasure of the health care network of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Royan Pajoooh Publications. 2022;26-33. [In Persian].
9. Dr. Seyed Ziaoddin Tabei open letter to Minister of Health and Medical Education, Tehran, Iran. 2024. [In Persian].
10. Bahadori M. The role of health helpers in the revival of traditional Persian medicine. A collection of articles about traditional Persian medicine. Tehran: Institute of Cultural Studies and Research. 1983;256-264. [In Persian].



The importance of community health workers using Persian Medicine, as viewed by Dr. Moslem Bahadori

Farzaneh Ghaffari^a, Razieh Jafari Hajati^b, Mohsen Naseri^{b,c,d*}

^aSchool of Traditional Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

^bTraditional Medicine Clinical Trial Research Center, Shahed University, Tehran, Iran

^cDepartment of Traditional Persian Medicine, School of Persian Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

^dDepartment of Hikmat, Islamic and Traditional Medicine, The Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Professor Moslem Bahadori (1929-2022) is regarded as one of the prominent figures in Iran's modern medical science. As a seasoned expert and physician within the healthcare sector, he has contributed significantly to addressing challenges and shortcomings in the healthcare system of Iran. He asserts that national and Traditional Persian Medicine (TPM) represents a valuable heritage that ought to be utilized in beneficial and practical manners. Furthermore, he emphasizes the necessity of conducting research on aspects that require further exploration while distinguishing superstitions from TPM. Considering the important role of community health worker in promoting health in villages and fostering personal and social health, it is necessary to provide them with education on TPM, so as to prevent the involvement of untrained and unqualified people with non-scientific methods in the field of TPM. In the final part of the article, while referring to Dr. Bahadori's valuable statements about the delay in Iran's medical history, some of his views regarding scientific TPM and its role in the future of medicine and health system of Iran are also presented.

Keywords: Delivery of health care; Persian Medicine; Traditional Medicine; Community health workers

Corresponding Author: naseri@shahed.ac.ir