

سلامت معنوی؛ رویکردی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی

جواد مصلحی

دانش آموخته سطح سه حوزه علمیّه قم و دانش پژوه دکتری قرآن
و روان‌شناسی جامعه‌المصطفی العالمیه. قم. ایران.

Javadmoslehi1@gmail.com

چکیده

هدف این پژوهش ارائه رویکردی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی برای بررسی و مطالعه سلامت معنوی است؛ به گونه‌ای که زمینه نظریه‌الگوی سلامت معنوی بر مبنای اندیشه اسلامی فراهم شود. روش تحقیق توصیفی-تحلیلی است که ابتدا به شناسایی مفاهیم اساسی مرتبط با سلامت معنوی پرداخته، سپس ارتباط این مفاهیم با یکدیگر در چهارچوبی منطقی بررسی شده است و در ادامه به ابعاد سلامت در قالب چند مدل اشاره شده است. همچنین، به ابزارهای سنجش سلامت معنوی و رویکردهای اساسی سلامت معنوی اشاره شده و دیدگاه اسلام درباره سلامت معنوی براساس مبانی معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، الهیاتی، انسان‌شناختی و ارزش‌شناختی بیان شده است و تعریفی از سلامت معنوی براساس این دیدگاه و نیز ویژگی‌های آن ارائه شده است. بنابر مبانی یادشده در دیدگاه اسلام، به الگویی دست پیدا کردیم که می‌تواند برای ساخت سازه‌ای در راستای سنجش سلامت معنوی فردی و اجتماعی، به‌ویژه در جامعه اسلامی، در جهت ارتقای سلامت معنوی به کار گرفته شود. بدین منظور می‌توان مؤلفه‌های این سازه را براساس بینش‌ها، گرایش‌ها و رفتارهای فرد در ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی طراحی کرد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، سلامت، معنویت، ابعاد سلامت.

مقدمه

تقریباً از نیمه دوم قرن نوزدهم در اروپا و غرب، به طور کلی اعم از اروپای باختر و امریکا و کانادا، بحثی با عنوان معنویت مطرح و گفته شد که همه نظام‌های اجتماعی در چیزی با عنوان معنویت مشترک هستند و با اینکه به ادیان و مذاهب مختلف تعلق خاطر دارند، در معنویت اشتراک دارند (فری، ۲۰۰۳^۱: صص ۷۲۷-۶۹۳).

سلوان^۲ (۲۰۰۶) بیان می‌کند که با افزایش کمی و ارتقای کیفی علوم و دانش‌های علمی در قرون ۱۸ تا ۲۰ میلادی در کشورهای اروپایی و امریکایی، صاحبان فلسفه علم به تدریج پدیده‌های جسمی را از روحی اعتقادی جدا کردند. ارتقای سلامت بدن و دنیای جسم برای تحقیقات علمی و پدیده‌های روحی اعتقادی برای کلیساها و مراکز مذهبی در نظر گرفته شد. به تدریج که باورهای سکولاریسم قدرت گرفت و فرهنگ آکادمیک غربی را تحت الشعاع قرار داد، جدایی بین پدیده‌های حسی و حالات روحی اعتقادی بیشتر شد. همچنین، راجرز^۳ و دیگران (۲۰۱۰) ادامه می‌دهند که از حدود ۴۰ سال پیش، تحقیقاتی ارائه شد که نتایج آن‌ها ارتباط عوامل دینی و اعتقادی را با شاخص‌ها و پیامدهای جسمی مانند مرگ نشان می‌دهند و از آن زمان، شاخص‌های دیگر در تعریف سلامت وارد و به تدریج در نوشته‌های علمی آورده شد (مرندی و دیگران، ۱۳۸۹: ص ۱۳). حدود یک ربع قرن پیش، سازمان بهداشت جهانی^۴ با این بحث مواجه شد که آیا باید در تعریف سلامت، علاوه بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، بُعد معنوی هم گنجانده شود یا خیر؟ یک دهه پیش، کلیه دولت‌های اروپایی بیانیه کپنهاگ^۵ را درباره رشد اجتماعی امضا کردند که آن‌ها را متعهد می‌کرد به نیازهای معنوی مردمشان (افراد، خانواده‌ها و جوامع) بپردازند و سیاست‌هایشان را به سمت «بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی» سوق دهند. اخیراً نیز در منشور بانکوک بر بعد معنوی سلامت و ارتقای سلامت تأکید شده است (امیدواری، ۱۳۸۷: ص ۶).

اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته به گونه‌ای روزافزون توجه متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روان‌شناسی از یک سو و

1. Fry, L W.
2. Sloan R P.
3. Rogers D L.
4. World Health
5. Copenhagen

ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین ازسوی دیگر باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کند و اهمیت بیشتری یابد. امروزه مردم جهان بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند؛ ازاین‌رو، روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز به‌طور روزافزون دریافته‌اند که استفاده از روش‌های سنتی برای پیشگیری و درمان اختلالات روانی کافی نیست. به همین دلیل بررسی علمی معنویت یکی از مباحث مهم و رایج در بهداشت جسمی و روانی شده است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷: صص ۱۴۵-۱۲۹).

امروزه وجود باورهای مذهبی در فرد را عاملی مؤثر بر سلامت وی در نظر می‌گیرند. در مجلات معتبر پزشکی دنیا هم اشاره می‌شود که داشتن باورهای مذهبی می‌تواند در کاهش مرگ‌ومیر افراد و کاستن از میزان بیماری آنان مؤثر باشد. امروزه این موضوع پذیرفته شده است که نیروهای پزشکی، اعم از بخش درمانی و تحقیقاتی و آموزشی - که با جان و روان انسان سروکار دارند، باید شناخت کافی از جایگاه انسان داشته باشند تا بتوانند در حرفه خویش شرافت و کرامت انسان را حفظ کنند و آن را زیر پا نگذارند (نورمحمدی، ۱۳۸۳: صص ۱۸۶-۶۴).

یکی از عمده‌ترین ملاحظات و بازنگری‌ها درباره نظریه‌های مربوط به سلامت و سلامت روان حول محور «معنویت» و لزوم گنجاندن آن در تعریف‌ها و الگوهای سلامت روان بوده است. معنویت کیفیتی روانی است که فراتر از باورهای مذهبی قرار دارد و در انسان ایجاد انگیزه می‌کند و احساساتی مثل درک هیبت الهی و احترام به خلقت را به وجود می‌آورد. فرد معنوی در زندگی هدفمند است و معنی زندگی را دریافته است؛ حتی در مواردی که فرد به وجود خداوند اعتقاد نداشته باشد نیز بُعد معنوی انسان را وامی‌دارد تا درباره خلقت و جهان لایتناهی اندیشه کند. زمانی این بُعد مهم در زندگی برجسته می‌شود که انسان در برابر فشارهای عاطفی، بیماری‌های شدید و مرگ قرار گیرد. ویلز (۲۰۰۷: ص ۱۲۱) بیان می‌کند که اگر نگاه به انسان و مطالعه در ابعاد مختلف وجودی او و به‌طور مثال مطالعه درباره روان آدمی و امور مربوط به آن، ازجمله مسئله سلامت روانی، صرفاً براساس مبانی تجربه‌گرایی انجام گیرد و به‌گونه‌ای باشد که منجر به پالایش علم از اعتقادات ماورای طبیعی و معارف وحیانی شود، عملاً انسان خود را از معارف بسیاری درباره خود و جهان هستی محروم می‌کند و همچنان در یک شناخت‌شناسی محدود باقی می‌ماند. چنان‌که جان‌بزرگی (۱۳۷۸: ص ۳۱) به این نتیجه رسیده است که در تجربه هشیار همه انسان‌ها، وجود احساس‌های معنوی و ارتباط با عالم غیرمادی دیده می‌شود. مذهب، از این نظر که تأثیر عمیقی بر عواطف، شناخت، رفتارها و عملکرد انسان دارد، در شکل‌گیری نظام روان‌شناختی انسان نقش اساسی ایفا می‌کند (تبرائی، ۱۳۸۹: ص ۲۱).

بر همین اساس، مؤلفان بسیاری از جمله میدو، ویلز، و حبی پیشنهاد می‌کنند که با وارد کردن «معنویت» و معارف الهی در شناخت ماهیت انسان، در نظر داشتن بُعد روحی او و عواملی که دین برای آرامش و اطمینان قلبی مطرح می‌کند، تلاشی برای دستیابی به چشم‌اندازی گسترده‌تر از مفهوم روان و سلامت روانی صورت گیرد. «همان‌گونه که میدو اظهار داشته است، اکنون زمان به وجود آمدن روان‌شناسی آگاه از معنویت فرا رسیده است» (میلر، ۱۳۸۵: ص ۱۸۲).

پرداختن به امور معنوی می‌تواند استرس ما را کم کند و باعث آرامش شود. همین امر کمک می‌کند تا سیستم ایمنی بدن کارش را بهتر انجام دهد. داشتن اعتقادات معنوی مثبت نیرویی تحریک‌کننده است که بر زندگی، سلامتی، رفتار و ارتباطات افراد اثر می‌گذارد، باعث معنادگی به بیماری از سوی بیمار می‌شود و فرد را برای سازگاری با استرس تقویت می‌کند. همچنین، اعتقادات معنوی مثبت منجر به تعادل فیزیکی و روحی در افراد می‌شود (مصباح و دیگران، ۱۳۹۲: ص ۶۷). بیان‌های مختلفی در باب افزودن بعد معنوی به منزله یکی از ابعاد سلامت، مورد توجه روزافزون جامعه علمی قرار گرفته است. برخی پژوهشگران به پژوهش‌های کنونی درباره بهداشت روان، که در آن‌ها توجهی به امور معنوی نشده است، معترض بوده و ابزارهای سنجش حاکم را متفاوت از آنچه باید بسنجد می‌دانند و همین امر را مایه نقص چنین ابزارهایی می‌دانند.

یکی از پیش‌نیازهای اصلی و مهم مطالعه علمی دین‌داری و معنویت، رشد و شناخت تجربی سنجه‌های معتبر و پایا جهت ارزیابی این سازه‌هاست (آنترینر^۱ و دیگران، ۲۰۱۰: صص ۱۹۷-۱۹۲). شایان ذکر است که با توجه به نقش کلیدی سلامت معنوی در پیشگیری از آسیب‌ها و ارتقای سلامت، ابزارهای متعددی نیز برای اندازه‌گیری آن طراحی شده است. برای مثال مقیاس بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون یکی از پرکاربردترین ابزارها برای مطالعه معنویت است. همچنین، مقیاس آگاهی معنوی ولمن، مقیاس SIWB دلمن و فری، مقیاس سنجش سلامت معنوی آرل، مقیاس تجربیات معنوی مرکزی کاس، مقیاس تجلی معنویت مک دونالد، مقیاس اندازه‌گیری تجارب معنوی روزانه (DSES) آندروود لاین، مقیاس سلامت معنوی و اندازه‌گیری معیارهای زندگی SHALOM، پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی آذربایجانی و نیز پرسش‌نامه پایبندی مذهبی جان‌بزرگی از دیگر مقیاس‌هایی است که در این زمینه ساخته شده است، اما احساس می‌شود که هیچ‌یک از این مقیاس‌ها مفهوم سلامت معنوی را آن‌طور که بر مبنای اندیشه اسلامی معنا می‌شود، تحت پوشش خود ندارد. همچنین، به دلیل همپوشانی مؤلفه‌های سلامت

معنوی با مذهبی بودن، معنویت و سلامت روان، ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش‌های مختلف دقیقاً سلامت معنوی را نمی‌سنجد و نیز به روایی و پایایی ابزارها به درستی پرداخته نشده است. استفاده از نمونه‌های کوچک و عدم طراحی صحیح سؤالات از دیگر مشکلات شایع در ابزارهای سنجش سلامت معنوی است (دلمن و فری،^۱ ۲۰۰۴: صص ۵۰۳-۴۹۹).

امبلن و هالستید^۲ (۱۹۹۳) بیان می‌کنند که یکی از ایرادهای پژوهش‌های مربوط به سلامت معنوی تا زمان حاضر ناتوانی آن‌ها در تجزیه ابعاد مختلف معنویت بوده است. ماهیت پیچیده و درهم‌تنیده‌شده معنویت و دین نیز باعث سوءبرداشت درباره تساوی این دو و در نتیجه سردرگمی شده است (امبلن و هالستید، ۱۹۹۳: ص ۱۷۷). همچنین، فری به این نتیجه رسیده است که نویسندگان از زوایای مختلفی به معنویت نگاه کرده و تعاریف گوناگونی از آن ارائه داده‌اند؛ به طوری که می‌توان گفت هیچ اجماعی بر سر تعریف وجود ندارد (فری، ۲۰۰۳: ص ۷۲۷)، اما از طرف دیگر، مراویجلا^۳ به این نتیجه رسیده است که در متون مرتبط، بین نویسندگان و پژوهشگران اجماع عمومی وجود دارد که سلامت معنوی یک خرده‌مفهوم معنویت است (مراویجلا، ۱۹۹۹: ص ۱۳۳).

عدم دقت در کاربرد صحیح و به جای این مفاهیم و در اجمال و ابهام رهاکردن منظور قصدشده از هر کدام، باعث بروز برداشت‌های متفاوت از سلامت معنوی شده است. پدیده شایع‌تر، عدم افتراق بین مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت معنوی است. در متون نویسندگان، شاخص‌های سلامت معنوی با بی‌دقتی به جای مؤلفه‌های آن در نظر گرفته می‌شوند. رابطه اجتناب‌ناپذیر سلامت معنوی با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی آن موضوع دیگری است که نمی‌توان به سادگی از آن عبور کرد. و از همه مهم‌تر، با توجه به اینکه ارائه دیدگاهی جامع و درست درباره سلامت معنوی بر مبنای معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، الهیاتی، انسان‌شناختی و ارزش‌شناختی استوار است، بدون اتخاذ مبانی متقن در این پنج بخش نمی‌توان به دستاوردی قابل اعتماد در حوزه سلامت معنوی امید داشت؛ از این رو، بیان مبانی سلامت معنوی و ارائه تعریفی جامع از این بُعد سلامت و تفکیک و تجزیه عناصر تشکیل‌دهنده آن و تعیین شاخص‌ها و ابزارهای اندازه‌گیری آن می‌تواند مقدمه‌ای برای تهیه و ساخت مقیاس سلامت معنوی براساس باورها و ارزش‌های درست و قابل قبول باشد (مصباح و دیگران، ۱۳۹۲: ص ۲۸).

1. Daaleman T P, Frey B B.

2. Emblen JD, Halstead L.

3. Meraviglia M G.

بنابراین، به دلیل اهمیت موضوع سلامت معنوی در سطوح مختلف فردی و اجتماعی، فقدان تعریف روشن از مفهوم سلامت معنوی، وجود اصطلاحات متنوع و گاه همپوش در این عرصه و فقدان توصیف و تحلیل مفهومی این سازه از دیدگاه اسلام، ضرورت بررسی آن از نگاه روان‌شناسی و منابع اسلامی روشن می‌شود؛ از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش اصلی است که نظریه سلامت معنوی براساس اندیشه اسلامی چگونه است؟ البته قبل از آن لازم است به پرسش‌های فرعی دیگری پاسخ داده شود که عبارت‌اند از: سلامت معنوی با چه مفاهیمی معرفی شده و چه ارتباطی میان آن‌ها وجود دارد؟ از دیدگاه اسلام چه تعریفی می‌توان برای سلامت معنوی ارائه کرد؟

با جست‌وجو در منابع فارسی موجود در می‌یابیم تحقیق نسبتاً جامعی در موضوع سلامت معنوی در قلمرو اسلامی انجام نگرفته است. شاید بتوان به چند مورد تألیف اشاره کرد که البته به صورت کامل نبوده‌اند و فقط به برخی از زوایای آن پرداخته شده است و یا جهت‌گیری تحقیقات صرفاً در حیطه رفتار بوده و به بینش‌ها و گرایش‌های افراد ورود پیدا نکرده است؛ به علاوه، از تحقیقات و منابع اسلامی کمتری استفاده شده است و بالطبع، الگوهای آن‌ها نیز انطباق کاملی با دیدگاه اسلام ندارد؛ از این رو، می‌توان این مقاله را از اولین پژوهش‌ها در راستای اسلامی‌سازی روان‌شناسی در زمینه سلامت معنوی دانست که می‌تواند راهگشای خوبی برای پژوهشگران قرار گیرد.

روش پژوهش

در این پژوهش از روش توصیفی-تحلیلی استفاده شده است که هدف محقق، جمع‌آوری، توصیف، دسته‌بندی، مقایسه و تجزیه و تحلیل مفاهیم مرتبط با سلامت معنوی در متون روان‌شناختی و منابع دینی است. آنگاه با تحلیل داده‌های گردآوری شده به مفهوم‌سازی می‌پردازیم، ارتباط این مفاهیم را با یکدیگر بررسی می‌کنیم تا مفهوم و تعریف اساسی از سلامت معنوی براساس دیدگاه اسلام به دست آید. پس از پردازش مفاهیم و مضامین مرتبط با موضوع بحث و نیز تجزیه و تحلیل آن‌ها به شناسایی و کشف روابط آن‌ها می‌پردازیم. در نهایت، نظریه و الگوی سلامت معنوی را در چهارچوبی نظری سامان می‌دهیم.

یافته‌های پژوهش

برای ارائه یافته‌های پژوهشی مطابق پرسش‌های پژوهش، مباحث در دو قسمت ارائه و سپس نتیجه‌گیری می‌شود:

الف- بررسی و تحلیل مفاهیم مرتبط با سلامت معنوی

سلامت مصدری به معنای سالم بودن است؛ از این رو، به ادراک، رفتار و پدیده‌ای سالم می‌گویند که کار خود را متناسب با آنچه برای او ایجاد شده است به خوبی انجام دهد (التهانوی، ۱۹۹۶: ص ۱۰۶۵) و در مقابل آن، مرض قرار دارد و آن کیفیتی است که هر عضوی از اعضا نتواند کار مربوط به خود را به خوبی انجام دهد (ابن سینا، ۱۳۸۹: ص ۶۷). سلامتی و بیماری فقط به شرایط فیزیولوژیک وابسته نیستند، بلکه به افکار، هیجانات و انگیزه‌های فرد نیز وابسته‌اند (دیماتئو، ۱۳۸۷: ص ۱۵).

سلامت عبارت است از بهره‌مندی فرد از وضعیت مطلوب جسمانی، عاطفی، عقلانی و معنوی، به گونه‌ای که برای او امکانی فراهم کند تا بتواند به یک زندگی خلاق، رضایت‌بخش و سعادتمندانه دست یابد. چنین مفهومی نیازمند رشد بهنجار و تعادل در تمام ابعاد وجودی یادشده در فرد است. این ابعاد با همدیگر ارتباط متقابل دارند؛ به گونه‌ای که مشکلات مربوط به یک بُعد خاص، چه بسا ممکن است سلامت کلی فرد را با مشکل روبه‌رو کند (شجاعی، ۱۳۸۹: ص ۴۶). واژه «Spirituality» در زبان انگلیسی عموماً به معنویت ترجمه می‌شود (نارویی نصرتی، ۱۳۸۴: ص ۲۵۵). مروری بر تعاریف معنویت حاکی از آن است که اغلب این تعاریف قائل به دوبردی بودن معنویت هستند؛ بعد اول معنویت مذهبی است و در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود و بعد دوم معنویت وجودی است که در آن تجربیات روان‌شناختی خاصی که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا واقعیت غایی ندارد، مدنظر است (صفائی‌راد و دیگران، ۱۳۸۹: ص ۲۷۴).

تعریف سنتی معنویت بر مذهب و دین تأکید می‌کند، در حالی که در سال‌های اخیر معنویت به‌طور وسیع‌تری تعریف شده و یکپارچه‌کننده همه جنبه‌های زندگی و تجربه بشر است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷: ص ۱۲۹). آن‌گونه که کاربرد این واژه نشان داده است، این واژه با «معنا» در ارتباط است؛ کمالینکه ریشه لغوی معنویت همین امر را تأیید می‌کند. معنا به موقعیتی اشاره دارد که دست‌کم شامل دو لایه باشد: یکی ظاهر که حکایتگر است و دیگری باطن که محکی است. علامه طباطبایی اساس سیر باطنی و حیات معنوی را پذیرش اصالت عالم معنا می‌داند؛ عالمی که شامل کمالات باطنی و مقامات معنوی به مثابه «واقعیت‌های حقیقی بیرون از واقعیت طبیعت و جهان ماده است» (مصباح، ۱۳۸۹: ص ۲۸)؛ بنابراین، می‌توان ریشه توجه به فضایل معنوی

و کمالات روحی را در دین و تعالیم وحیانی جست‌وجو کرد (مصباح یزدی، ۱۳۸۷: ص ۱۲۱).

«روح/ معنا»^۱ و «روحی/ معنوی»^۲ کلماتی هستند که همه کسانی که از دین سخن می‌گویند پیوسته به کار می‌برند و به سادگی آن‌ها را مسلم می‌انگارند. در دهه گذشته، «معنویت» به واژه معروف و رایجی تبدیل شده بود و اکنون دیگر معمول است که به جای «دین» بگوییم «معنویت»، بدون آنکه حد فاصل روشنی میان آن‌ها قائل شویم. گرساچ^۳ و میلر^۴ (۱۹۹۹) معنویت را دائماً به این مفهوم به کار می‌برند. آن‌ها معیارهای قدیم را که در روان‌شناسی دین، معیار معنویت تلقی شده‌اند مرور می‌کنند. تغییر چندانی در این میانه دیده نمی‌شود؛ جز آنکه معنویت جایگزین دین شده است. این جایگزینی در بسیاری از مقیاس‌های سنجش هم که معنویت در آن‌ها مترادف دین است، دیده می‌شود. اسپیلکا^۵ و مکینتاش^۶ (۱۹۹۶)، زینباوئر^۷، کاوئل و اسکات^۸ (۱۹۹۶) می‌گویند برای آنکه این دو اصطلاح را مترادف هم بشماریم توجیهی وجود دارد، زیرا پژوهش نشان داده است که بیشتر مردم این دورا بسیار شبیه هم می‌بینند؛ آنجا که مردم از ارزیابی دین سخن می‌گویند، مدعی‌اند که منظورشان ارزیابی معنویت هم هست. هیل^۹ و دیگران (۲۰۰۰)، هود^{۱۰} (۲۰۰۰)، میلر (۱۹۹۹)، پارگامنت^{۱۱} (۱۹۹۹)، پارگامنت و ماهونی^{۱۲} (۲۰۰۲)، زینباوئر و دیگران (۱۹۹۷) و زینباوئر، پارگامنت و اسکات (۱۹۹۹) بیان می‌کنند که در چند سال اخیر شاهد پاسخ فزاینده‌ای به مسئله معنویت بوده‌ایم که تمایزهایی را میان معنویت و دین ایجاد می‌کند. چنان است که گویی توده عظیمی از تعاریف مبهم روی هم انباشته شده است (اسپیلکا، ۱۳۹۰: ص ۱۲).

باید گفت معنویت به معنای معناداری زندگی است که تنها با تعیین دقیق هدف غایی زندگی و راه جهت‌بخشی به کل زندگی به سوی آن هدف قابل حصول است. با توجه به اینکه معنویت حقیقی

1. spirit
2. spiritual
3. Gorsuch, R. L.
4. Miller, W. R.
5. Spilka, B.
6. McIntosh, D. N.
7. Zinnbauer, B. J.
8. Scott, A.
9. Hill,
10. Hood,
11. Pargament, K. I.
12. Mahoney, A.

تنها در سایه شناخت دین حق و ارتباط با مبدأ حقیقی هستی از راهی که انبیای الهی بدان رهنمون شده‌اند امکان‌پذیر است و اسلام تنها دین معتبر در عصر حاضر است، معنویت حقیقی تنها در سایه دین اسلام تحقق می‌یابد (مصباح و دیگران، ۱۳۹۲: ص ۴۴). بدین ترتیب، معنویت حقیقی به عنوان بخشی از دین اسلام است و در واقع، هدف اصلی آن را تشکیل می‌دهد و در سایه شناخت مبانی اعتقادی دین اسلام و گرایش و عمل به دستورات الهی در راستای وصول به سعادت ابدی حاصل می‌شود (مصباح، ۱۳۸۹: ص ۲۸).

عدم افتراق سلامت معنوی از معنویت در بسیاری از منابع، خود یکی از مباحث قابل توجه است. اگرچه می‌توان به طور منطقی فرض کرد که همپوشانی‌هایی بین تعریف سلامت معنوی و معنویت وجود دارد، مترادف شمردن آن‌ها با یکدیگر یا به کارگیری آن‌ها در متون مختلف حداقل بدون افتراق قائل شدن بین آن‌ها پدیده‌ای شایع و مورد چالش است (طاهری و فتحعلی بیگی، ۱۳۸۹، ص ۶۸).

سلامت معنوی مانند سایر ابعاد سلامت دارای درجاتی در یک طیف وسیع است که در نهایت به سلامت معنوی کامل می‌انجامد. سلامت معنوی تام عبارت است از داشتن معرفت به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی که هرگونه حرکت و سکونی متکی به مبدأ هستی لایزال و ابدی است و هر عارضه جسمی، روانی و اجتماعی در مقابل عظمت الهی و هدف غایی انسان، که تقرب به درگاه الله است، بسیار ناچیز است. در آن حالت جسم نیز مضمحل نمی‌شود و به طرف اکمال می‌رود و مشکلات ظاهری جسمی در برابر تعالی بشری ناچیز پنداشته می‌شود (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۳: ص ۳۲).

راس^۱ (۱۹۹۵) بیان می‌کند که برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد؛ بنابراین، بالاترین سطح کیفیت زندگی قابل دستیابی نخواهد بود. اسمیت^۲ و دیگران (۲۰۰۴) و لین^۳ و دیگران (۲۰۰۳) نیز عقیده دارند که در حال حاضر، اغلب مدل‌های سلامتی شامل سلامت معنوی نیز است. مفهوم معنویت با همه حیطه‌های سلامت در تمامی سنین ارتباط دارد و مورد علاقه پژوهشگران در تمام دنیاست (امیدواری، ۱۳۸۷: ص ۶).

1. Ross Ln W.
2. Smith J.
3. Lin H R.

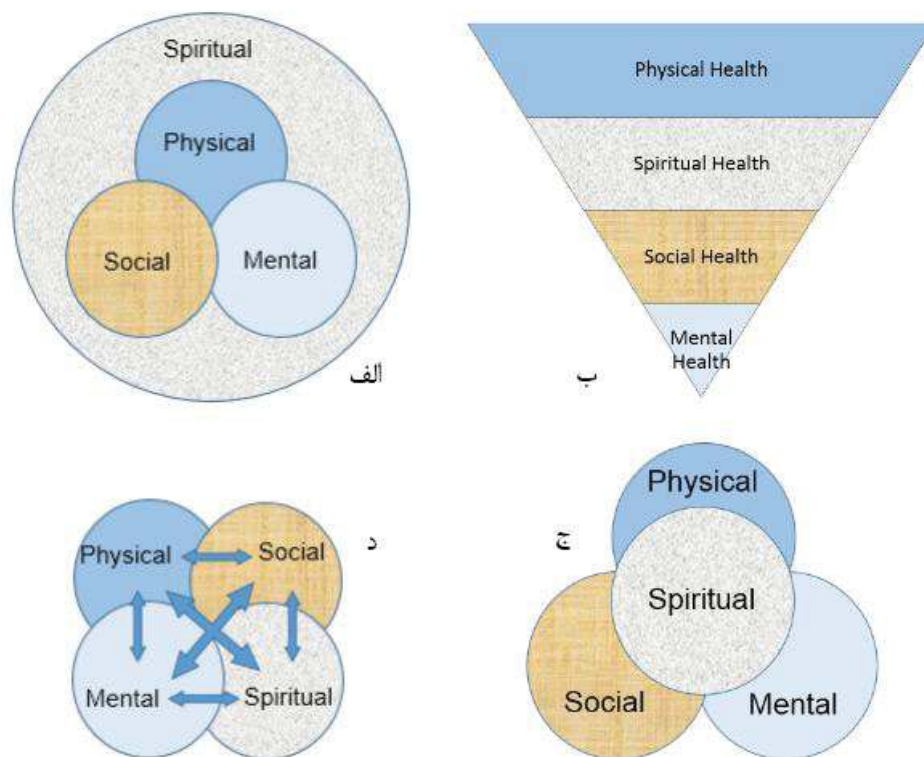
استراوبریج و دیگران^۱ (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای که ۲۸ سال به طول انجامید درباره ۵۲۸۶ فرد بالغ (۶۵-۲۱ ساله) نشان دادند افرادی که حضور مکرر (بیش از یک‌بار در هفته) در مراسم مذهبی داشتند، در مقایسه با افرادی که چنین حضوری نداشتند، ۲۳ درصد کمتر احتمال مرگ در دوره پیگیری مطالعه را داشته‌اند. خطر نسبی^۲ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۷۷ (۰/۹۳-۰/۶۴) بود که در مورد سن، جنس، نژاد، آموزش، وضعیت سلامت پایه، BMI، عادات سلامتی^۳ و ارتباطات اجتماعی انطباق داده شده بود. همچنین، اُمان و رید^۴ (۱۹۹۸) در یک مطالعه پنج‌ساله، همین رابطه را در ۱۹۳۱ فرد بالغ (با سن بیش از ۵۵ سال) بررسی کردند. کسانی که به‌طور مکرر در خدمات مذهبی حضور می‌یافتند، ۲۴ درصد کمتر از کسانی که حاضر نمی‌شدند، احتمال داشت که در طول دوره پیگیری مطالعه بمیرند. خطر نسبی ۰/۷۶ بود که با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۰/۹۳-۰/۶۴) برای سن، جنس، وضعیت تأهل، درآمد، تحصیل، وضعیت اشتغال، نژاد، وضعیت سلامت پایه، عملکرد اجتماعی و حمایت و وضعیت سلامت روانی انطباق داده شده بود (امیدواری، ۱۳۸۷: ص ۱۴).

بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده درباره سلامت معنوی، که برای مثال به چند نمونه آن اشاره شد، تأثیر آن را در سایر ابعاد سلامت بررسی کرده و در نهایت به زندگی دنیا نظر داشته‌اند. درحالی‌که تأکید ادیان الهی و به‌ویژه دین اسلام بر بُعد معنوی انسان، از آن رو بوده است که انسانیت انسان و سعادت حقیقی و زندگی جاودان او بدان وابسته است و تمامی تعالیم و تربیت‌های دینی در راستای تأمین سلامت معنوی و ارتقای آن تا عالی‌ترین سطح بوده است و البته در این میان، تحقیقات آکادمیک اندکی در این خصوص انجام شده است (مصباح و دیگران، ۱۳۹۲: ص ۱۸).

بدیهی است سلامت معنوی نیز، مانند سایر ابعاد سلامت، دارای بخش‌های پیشگیری و درمانی است. اثرات سلامت معنوی در پیشگیری و ارتقای سلامت اهمیت بسزایی دارد. برای نشان‌دادن ارتباط سلامت معنوی با سه بُعد دیگر سلامت، چند مدل برای ابعاد مختلف سلامت پیشنهاد شده است که در شکل ۱ آمده‌اند و با توجه به مطالب گذشته، یعنی تأثیر همه‌جانبه سلامت معنوی در سایر ابعاد سلامت و نیز وابستگی انسانیت انسان و سعادت حقیقی و زندگی جاودان او بر بُعد معنوی انسان، نیز ارتباط معنویت با همه حیطه‌های سلامت، به‌نظر می‌رسد که مدل «الف»

1. Strawbridge WJ.
2. Relative Hazard
3. Health practices
4. Oman D & Reed D.

مناسب‌ترین وجه نشان‌دادن این ارتباط باشد.



شکل ۱. انواع مدل‌های رابطه ابعاد مختلف سلامت با یکدیگر

ب- تعریف سلامت معنوی اسلامی

با نگاهی به پیشینه بحث از سلامت معنوی، می‌توان دریافت که تلقی‌های متنوعی از آن وجود دارد. این تنوع و تفاوت در تلقی، منجر به تفاوت دیدگاه‌ها در تعیین مؤلفه‌ها و شاخص‌های آن شده است. سلامت معنوی هر کس بستگی به کیفیت درک و نگرشی دارد که از جهان هستی و نیروی‌های قدسی حاکم بر جهان هستی دارد.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، حتی در دهه‌های اخیر نیز که در اروپا احساس نیاز به توجه به سلامت معنوی دیده می‌شود، بیشتر به این دلیل است که سلامت جسم و روان را نیازمند توجه به آن دیده‌اند و این نقص بزرگ وجود دارد که معنویت را برای آسایش و آرامش مادی و دنیوی طلب می‌کنند، درحالی‌که براساس انسان‌شناسی ادیان الهی و ازجمله اسلام، حقیقت انسان روح متعالی اوست و سلامت حقیقی او نیز مربوط به بُعد معنوی انسان است و سلامت دیگر ابعاد باید به منزله مقدمه‌ای برای آن لحاظ شود، نه برعکس (عباسی و دیگران، ۱۳۹۱: ص ۲۸).

شایان ذکر است که درباره سلامت معنوی دو نگرش مهم و اصلی ارائه شده است. در نگاه مادی و اومانستی، انسان موجودی است که از ماده تشکیل شده است و تمامی احساسات و عواطف و حتی مسائل روانی و معنوی در این دیدگاه نوعی ارتباط با بُعد مادی انسان پیدا می‌کند. به همین دلیل معتقدند که ریشه مسائل روانی در جسم و عصب انسان‌ها نهفته است و اگر سخنی هم از معنویت به میان می‌آید، با معنویتی که در نگاه دینی مطرح است کاملاً متفاوت است. در این نگاه، معنویت تنها شامل هنجارها، عکس‌العمل‌ها و عناصری می‌شود که با استفاده از آن می‌توان روان بیمار را تحت تأثیر قرار داد تا بتواند در مقابل بیماری‌های جسمی مقاومت کند. حال آن عناصر می‌تواند حقیقی باشد یا غیر حقیقی، اصیل باشد یا غیر اصیل، خرافی باشد یا غیر خرافی (ابوالقاسمی، ۱۳۹۱: ص ۵۸).

مروری بر ادبیات نشان می‌دهد که در دیدگاه‌های رایج، شاخص‌های معنویت به نتایج و کارکردها تقلیل داده شده است؛ برخی آن را در حد مجموعه‌ای از توانایی‌های به هم مرتبط و یا نوعی هوش تلقی کرده‌اند؛ عده‌ای آن را نوعی کیفیت روانی می‌دانند که در انسان ایجاد انگیزه می‌کند و معنای زندگی را می‌سازد و گروهی هم معنویت را جریان و رویکردی می‌دانند که به رضایت باطنی منتهی می‌شود؛ امری که دارای سه مؤلفه آرامش، شادی و امید است. اما در اندیشه دینی، سلامت معنوی دربردارنده شاخص‌های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی است (مرزبند و زکوی، ۱۳۹۱: ص ۷۲).

همان‌گونه که اشاره شد، در نگاه مادی و اومانستی، یک نگرش حداقلی به سلامت معنوی وجود دارد و تنها به عنوان ابزاری در اختیار درمان جسمی بیماران قرار می‌گیرد؛ علاوه بر آنکه معنویت در آن نگاه الزاماً منشأ قدسی (غیر مادی) ندارد و شامل هر عنصر معنوی است که بتواند در بهبود بیماران مؤثر باشد، ولی در نگاه دینی علاوه بر آنچه در نگاه غیردینی مطرح است، برای سلامت معنوی جایگاه وسیع‌تر و گسترده‌تری قائل است. چون سلامت در این نگاه فقط شامل جسم انسانی نیست، چون انسان علاوه بر جسم دارای روح هم هست و عقیده دارد که همان‌گونه که جسم مریض می‌شود، روح هم مریض می‌شود و همان‌گونه که درمان جسم نیازمند پزشک و دارو و تجویزهای خاص است، نفس انسان نیز بیمار و نیازمند مداوا می‌شود، روح انسان نیازمند پزشک و داروست. در این نگاه سلامت معنوی علاوه بر آنکه می‌تواند در خدمت سلامت جسمی قرار بگیرد، هویت و شخصیت مستقل نیز دارد (ابوالقاسمی، ۱۳۹۱: ص ۵۸).

قرآن خود را کتاب شفای جسم و جان معرفی می‌کند: «وَنُزِّلَ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا» (اسراء: ۸۲): «قرآن را نازل می‌کنیم که شفا و رحمت برای

مؤمنان است و ستمگران را جز خسران (وزیان) نمی افزاید» و آیات الهی بسیاری، مانند «الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد: ۲۸): «آن‌ها کسانی هستند که ایمان آورده‌اند و دل‌هایشان به یاد خدا مطمئن (و آرام) است، آگاه باشید با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد»، بر معنای سلامت بخشی اسلام و هدایت و رحمت برای مردم و مؤمنان دلالت دارد. تمثیل طبیب برای پیامبران الهی و به‌ویژه پیامبر اسلام (صلی الله و علیه و آله و سلم) کنایه از وظیفه اساسی آنان در تحقق سلامت و شفای جسم و روان بشر است. اگرچه واژه معنویت در قرآن کریم و سنت پیامبر و ائمه معصومین به‌کار نرفته است، در ادبیات مسلمانان، هم در زبان عربی و هم در زبان فارسی، واژه معنویت و معنوی و نیز لغات نزدیک آن مانند روحانی، روحانیت، و متغیرهای عینی و مصداقی آن رواج داشته است. معنویت در نگاه مکاتب الهی عبارت است از: خداشناسی، خداجویی و خدامحوری با شناخت هدف خلقت و زندگی، تلاش در جهت تکامل معنوی و خودسازی (مکارم اخلاقی و قلب سلیم و نفس راضی و مطمئن) و اندوختن توشه‌ای برای حیات ابدی (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۳: ص ۲۵).

در الهیات اسلامی، معنویت گوهر اصلی دین‌داری است و صرف تقید و عمل به احکام شریعت یا تقید به اعمال اخلاقی نیست. معنویت در الهیات اسلامی عبارت است از معرفت و ایمان به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی و مبتنی کردن اعمال جوارحی و جوانحی بر همین پایه و بنیان؛ این معنویت زیربنای عبادات و اخلاقیات است. براساس معرفت اسلامی، معنویت زیرساخت و پایه سلامتی جسم و روح است و ساحت اصلی و زیربنای اصلی معنویت را باید در باطن خود انسان جست‌وجو کرد (محقق داماد، ۱۳۸۹: ص ۶۲).

برای پرداختن به مبانی سلامت معنوی در اسلام باید توجه کرد که بر مبنای اندیشه اسلامی، انسان‌ها علاوه بر امور مادی و محسوس قادر به شناسایی موجودات نامحسوس نیز هستند؛ به عبارت دیگر، راه‌های شناخت منحصر به حس و تجربه نیست، بلکه شهود باطنی و علم حضوری و شناخت عقلانی و به‌طور کلی معرفت‌شناختی نیز دارای ارزش هستند. با پذیرش این تعریف مبنایی، می‌تواند وجود خالق، روح، وحی، کمال انسان و دستیابی به سعادت انسان قابل تبیین و شناخت باشد (مصباح و دیگران، ۱۳۹۲: ص ۷۸).

اعتقاد به اینکه ذات خدای متعال یکتاست و شریکی در ذات برای او نیست (توحید ذاتی)، و اینکه صفاتی که به خدای متعال نسبت می‌دهیم چیزی غیر از ذات خدا نیست (توحید صفاتی) و اینکه خدا در کارهایی که انجام می‌دهد نیازی به کمک و یار و یاور ندارد (توحید افعالی)، توصیف خداوند یگانه واجد همه کمالات، مالک، تدبیرکننده و اداره‌کننده همه عالم را که سرنوشت همه

موجودات به دست اوست و هرچه در حال هستی اتفاق می افتد وابسته به اراده اوست را می نمایاند. از دیدگاه اندیشه اسلامی، هدف آفرینش جهان دستیابی انسان به بالاترین مراحل کمال است و انسان با فطرتی الهی و با بهره‌مندی از کرامت تکوینی می‌تواند به تمامی کمالات دست‌یافتنی برسد و به کرامت اکتسابی نائل شود.

این باور امید به آینده‌ای روشن و درخشان را پیش روی انسان‌ها می‌گذارد تا با توجه به هدفمندی خود در راستای غایت و هدفی یگانه و متعالی حرکت کند. انسان دارای دو بُعد جسم و روح است، یعنی علاوه بر بدن مادی، روحی غیرمادی نیز دارد که با بدن در تعامل و تأثیر متقابل است. روح انسان دارای استعدادهای فراوان و متنوعی است. براساس اندیشه اسلامی، از آنجاکه حقیقت وجود انسان روح جاودانه اوست و زندگی دنیوی انسان تنها مقدمه‌ای برای زندگی اخروی اوست، باید هدف نهایی انسان متناسب با کمال حقیقی روح در جهات جاودانه‌اش تعیین شود و همه اهداف دیگر در راستای آن قرار گیرد. با این تعاریف اگرچه سلامت روح و جسم انسان در یکدیگر تأثیر متقابل دارند، سلامت روح نسبت به سلامت جسم از اصالت برخوردار است (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۳: ص ۲۶).

ازسوی دیگر، انسان که دارای حب ذات است، گرایش سیری‌ناپذیری به کمال دارد و چون دارای اختیار است، کمال وی در گرو افعال اختیاری اوست. روح انسان با بهره‌گیری از قوه تعقل و گرایش‌ها و توانایی‌های انسانی می‌تواند شناخت آگاهانه از مبدأ هستی، خداجویی، خداپرستی، خضوع، تسلیم، رضا، توکل و لذت مناجات را تجربه کند و آن را در همه اعمال و رفتار خود با اختیار و آگاهی نمایان کند؛ ازاین‌رو، هدف نهایی و کمال و تعالی حقیقی انسان نزدیک شدن هرچه بیشتر به خدای متعال است (مصباح و دیگران، ۱۳۹۲: ص ۷۹).

این مرتبه روح را بُعد معنوی انسان می‌نامیم؛ بدین ترتیب، معنویت از دیدگاه اسلام تنها در سایه ارتباط با خداوند و از طریق عبودیت و پذیرش و تسلیم در برابر دین حق امکان‌پذیر است. بدین جهت در تعریف سلامت معنوی لازم است به مصداق درست تعالی، که همان تقرب یافتن به خداوند متعال است، اشاره شود؛ درواقع، «معنویت» در تعبیر «سلامت معنوی»، همچون «جسم» در «سلامت جسمانی»، «روان» در «سلامت روانی» و «اجتماع» در «سلامت اجتماعی» ساحت و بستری است که سلامت و بیماری باید در آن تعیین شود و همان‌گونه که رشد غده سرطانی در بدن، با اینکه رشدی در جسم است، نشانه سلامت جسمانی نیست و نوعی بیماری محسوب می‌شود، رشد معنویت کاذب همچون گرایش به شیطان‌پرستی و عرفان‌های دروغین نیز بیماری معنوی و نیازمند درمان است، نه تعالی حقیقی در ساحت معنویت. معنویت در الهیات اسلامی

عبارت است از معرفت و ایمان به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی: «هُوَ الْأَوَّلُ وَالْآخِرُ وَالظَّاهِرُ وَالْبَاطِنُ وَهُوَ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ» (حدید: ۳). اگر کسی این جهان‌بینی را داشته باشد که هرگونه حرکت و سکونی متکی به مبدأ هستی لایزال و ابدی است، هرگونه غم و اندوه و مشکلات روانی را به خود راه نمی‌دهد؛ به علاوه، از آیات و روایات چنین استنباط می‌شود که سلامت معنوی اعم از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است و نه تنها در دنیا مفید است، بلکه انسان را برای حیات باقی و آخرت مهیا می‌کند (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۳: ص ۲۹).

بیشتر کسانی که در پی تبیین و ترویج اندیشه سلامت معنوی، به‌ویژه با نگرش اسلامی، هستند معتقدند که تعریف سلامت معنوی بسیار دشوار است (مرندی و همکاران، ۱۳۸۹: ص ۱۶). شاید بتوان گفت علت اصلی مشکل بودن تعریف عبارت است از نوع جهان‌بینی حاکمی که معمولاً در پس هر نگاه و قضاوتی درباره مسائل کلان وجود دارد. بسیار روشن است کسانی که با نگاه‌های متفاوت مادی و الحادی یا فرامادی و توحیدی به انسان، جهان و ارزش‌ها می‌نگرند با یکدیگر اختلاف نظر اساسی دارند و این اختلاف نظر به صورت طبیعی در برداشت ایشان از معنای زندگی و تعالی آن، و به تبع آن، در فهم و تفسیرشان از معنویت و سلامت معنوی تأثیرگذار است.

تعاریف ارائه‌شده برای سلامت معنوی مبتنی بر هستی‌شناسی، انسان‌شناسی، معرفت‌شناسی و باورهای اعتقادی او به ذات لایزال الهی، روح و وحی است. محققانی که نخواستند به خالق انسان و امور غیرحسی و معرفت‌شناختی توجه کنند، تعریف عامی از سلامت معنوی کرده‌اند که در بسیاری از مقالات و کتب خارجی آورده شده است و توسط برخی از صاحبان ادیان نیز به دفعات به عنوان منبع ارجاع داده شده است. این تعریف به شرح زیر است: «سلامت معنوی عبارت است از حالت اطمینان، امنیت، آرامش و سکون قلبی و روحی که از اعتقاد و اعتماد به منبع و قدرتی برتر و متفاوت از عوامل مادی و پیرامونی ناشی می‌شود و باعث افزایش امید، رضایتمندی و نشاط درونی می‌شود و درنهایت به سلامت و تعالی همه‌جانبه انسان و انسانیت کمک می‌کند» (بوالهری، ۱۳۸۹).

با توجه به مبانی اعتقادی اسلامی چنین تعریفی کامل نیست، زیرا مؤلفه‌هایی همچون آرامش، امید، شادی و رضایتمندی که کمابیش در حیوانات نیز وجود دارد (مرتبه حیوانی روح) و ممکن است در کوتاه‌مدت و به‌طور ناقص به شیوه‌هایی حاصل شوند که درنهایت، با کمال حقیقی انسان تضاد داشته باشند؛ از این رو، نمی‌توانند به‌طور مطلق به مثابه شاخص‌های اصلی سلامت معنوی قرار گیرند. سلامت معنوی خودآگاهی، کسب تقوای الهی، پالایش روح از هر بدی و پلیدی، احساس خضوع به ربوبیت الهی، توکل، توسل و تسلیم و شکر در برابر او، درک معنا، احساس

آرامش و امید و هدفمندی زندگی در راستای تقرب به خدا در ساحت بینش و اندیشه، ساحت احساس و عواطف و ساحت رفتار با تکیه بر قدرت خداوند و استفاده از نیروی خدادادی خویش، صبر و شکیبایی است (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۳: ص ۳۰).

می‌توان دریافت که تفاوت دیدگاه‌ها درباره سلامت معنوی ناشی از اختلاف نظر در مبانی آن است و با توجه به ابتدای تعریف سلامت معنوی بر مبانی آن، انتخاب یا پیشنهاد یک تعریف بدون تعیین مبانی آن موجه نیست. چنان‌که می‌دانیم مبانی در علوم دیگر اثبات می‌شوند؛ بنابراین، روش تحقیق در آن‌ها به روش تحقیق همان علوم وابسته است. از آنجاکه در دیدگاه اسلامی، مبانی مزبور معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، الهیاتی، انسان‌شناختی و ارزش‌شناختی هستند، با روش عقلی، نقلی و احیاناً تجربی موردتحقیق قرار می‌گیرند. با توجه به دیدگاه اسلام درباره مبانی پنج‌گانه مزبور، می‌توان به ارائه تعریفی خاص برای سلامت معنوی رسید که تبیین عقلانی این دیدگاه نیازمند توجه به اصول موضوعه نظریه اسلام و به تعبیر دیگر، مبانی این نظریه است. نکته قابل ذکر آنکه مقصود از مبانی اسلامی، آن دسته از گزاره‌های مبنایی است که مورد قبول اسلام است و منظور از دین اسلام مجموعه آموزه‌هایی است که در سعادت حقیقی انسان تأثیر دارند و با وحی الهی (قرآن کریم)، سنت معصومین (علیهم السلام) یا با عقل قطعی قابل کشف است (مصباح و دیگران، ۱۳۹۲: ص ۷۶).

درنهایت می‌توان براساس مطالب گذشته و مبانی مزبور در این زمینه به تعریفی بسیط‌تر و کامل‌تر دست یافت که هم دربرگیرنده مبانی سلامت معنوی براساس اندیشه اسلامی است و هم مؤلفه‌ها و شاخص‌هایی را برای به‌کارگیری در پرسش‌نامه‌ها و ارزیابی‌ها مورد استفاده قرار می‌دهد؛ بر این اساس، «سلامت معنوی وضعیتی دارای مراتب گوناگون است که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم است، به‌گونه‌ای که همه امکانات درونی به‌طور هماهنگ و متعادل، در جهت هدف کلی مزبور به‌کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند» (همان: ص ۸۶).

علاوه‌بر تعریف، نحوه تعیین مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت معنوی نیز همواره از امور بحث‌انگیز بوده است. برخی معتقدند برای یافتن شاخص‌های سلامت معنوی می‌توان به متون معنوی به‌مثابه یکی از منابع بزرگ انسان‌شناسی مراجعه کرد (عباسی و دیگران، ۱۳۹۱: ص ۳۳). تفکیک و تجزیه مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده سلامت معنوی زمینه این کار را فراهم می‌کند که آن‌ها را به‌عنوان مؤلفه‌های قابل سنجش درآوریم. اما یکی از ایرادهای مطالعات مربوط به سلامت

معنوی تا زمان حاضر، عدم توفیق کامل آن‌ها در تجزیه ابعاد مختلف معنویت بر پایه مبانی قابل دفاع بوده است و علی‌رغم تلاش‌های صورت گرفته برای ارائه تعریفی جامع از سلامت معنوی، ایراد مهمی که در همه این تعاریف می‌توان یافت، عدم تصریح به مبانی تعریف سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن است. از آنجاکه براساس مبانی مختلف، تلقی‌های متفاوتی از سلامت معنوی به وجود می‌آید، تنها در صورتی می‌توان تعریفی مقبول ارائه داد که مبانی انتخاب آن کاملاً روشن و قابل بررسی باشد و روشن است که صرف ارائه تعاریف ادعایی نمی‌تواند ضمانتی برای پذیرش آن‌ها ایجاد کند (مصباح و دیگران، ۱۳۹۲: ص ۶۴).

کمال انسان در گرو اعمال اختیاری خود اوست و از آنجاکه انسان براساس بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های خود عمل می‌کند؛ درواقع، سه مبدأ بینش، گرایش و توانایی، مبادی رفتار اختیاری او را تشکیل می‌دهند. سلامت معنوی انسان تنها در سایه سلامت از هر سه جهت بینش، گرایش و توانایی تأمین می‌شود و شاخص‌های سلامت باید برای هر سه جهت تعیین شوند. تشکیل انسان از دو بُعد روح و بدن و مراتب و شئون گوناگون انسان، وی را از قابلیت‌ها و استعدادهای متنوعی بهره‌مند کرده است که هیچ‌یک از آن‌ها لغو و بیهوده نیست، بلکه همگی به مقتضای حکمت الهی در وی نهاده شده و در وصول او به کمال حقیقی انسان تأثیر دارند و اگر به‌طور متناسب و متعادل رشد یابند، می‌توانند انسان را به سعادت و کمال حقیقی رهنمون شوند. بدین ترتیب، برای سلامت انسان باید همه ابعاد سلامت به‌طور هماهنگ در نظر گرفته شود؛ ازسوی دیگر، برای تأمین سلامت معنوی نیز باید همه مؤلفه‌های مؤثر در سلامت معنوی به‌صورت متعادل و هماهنگ رشد یابند (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۲: ص ۲۲).

انسان می‌تواند با خودسازی، تقویت فضایل اخلاقی و رفتار مثبت خود را تعالی بخشد یا با دنباله‌روی و تثبیت رذایل اخلاقی خود را به انحطاط بکشاند، اما او همچنین با همه انواع موجودات در ارتباط است و رفتارهایی که در ارتباط با آن‌ها انجام می‌دهد نیز در تعالی یا انحطاط او تأثیر دارند؛ به عبارت دیگر، انسان علاوه بر ساحت فردی، ارتباط وجودی دائمی با مبدأ هستی خویش، یعنی خداوند متعال دارد، به‌طوری که تمام هستی خود و نیز سایر نعمت‌ها را از او دریافت می‌کند و اطاعت و معصیت او در تعالی یا سقوط او تأثیر مستقیم دارد. همچنین، انسان زندگی اجتماعی دارد و از این طریق، با سایر انسان‌ها در جامعه روابطی برقرار می‌کند و با تعامل آن‌ها کاستی‌های خود را برطرف می‌کند، نیازمندی‌های مادی و معنوی خود را تأمین می‌کند و بدین وسیله زمینه شکوفایی بسیاری از استعدادهای خود را فراهم می‌کند؛ چنان‌که برای دیگران نیز می‌تواند همین نقش را ایفا کند. همچنین، انسان با طبیعت پیرامون خود، اعم از طبیعت بی‌جان، گیاهان و حیوانات در تعامل

است و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد. نوع تعامل و رفتار انسان با خود، خدا، طبیعت و سایر انسان‌ها می‌تواند بر سلامت او تأثیر مثبت یا منفی بگذارد و بدین ترتیب، در همه ابعاد سلامت، از جمله سلامت معنوی، باید به عوامل و شرایط مؤثر بر سلامت در ساحت الهی و حیطه‌های فردی، اجتماعی و طبیعی توجه کرد و نیز باید در همه این حیطه‌ها شاخص‌های سلامت معنوی را شناسایی کرد (الهامی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۰: ص ۲۴).

ویژگی‌های سلامت معنوی

با توجه به تعریف ذکر شده، می‌توان ویژگی‌های زیر را برای سلامت معنوی در نظر گرفت: وضعیت بودن سلامت معنوی: سلامت معنوی وضعیت خاصی در فرد و حاصل فراهم‌بودن شرایط گوناگون است. تعیین شاخص‌های سلامت معنوی برای سنجش و ارزیابی میزان حصول این وضعیت و شناسایی نقاط قوت و ضعف آن لازم است.

مراتب داشتن سلامت معنوی: سلامت معنوی امری ذو مراتب و دارای درجات گوناگون است. این مراتب به قابلیت‌های عمومی مربوط به مراحل رشد فرد و ظرفیت‌های خاص مربوط به ویژگی‌های فردی وی وابسته است.

رو به تعالی بودن سلامت معنوی: سلامت معنوی شرایط لازم را برای هدف والای زندگی و تعالی حقیقی انسان، که تقرب به خدای متعال است، فراهم می‌کند.

وجود ساحت‌های بینش، گرایش و توانایی در سلامت معنوی: سه عنصر مزبور که از مبادی فعل اختیاری هستند، همراه با فراهم‌شدن امکان انتخاب در مراحل رشد، از بدو تولد و توسعه آن در مراحل بعد، می‌توانند در رویکرد متعالی انسان تأثیر مثبت یا منفی داشته باشند. البته خداوند متعال از بدو تولد، بینش و گرایش غیراکتسابی و فطری به توحید را در انسان قرار داده و توانایی اولیه برای حرکت به سمت تعالی را فراهم کرده است، گرچه زمینه‌هایی که پیش از تولد در انسان فراهم آمده می‌توانند در قوت و ضعف این مبادی تأثیر داشته باشند و سپس، به حرکت در مسیر فطرت یا انحراف از آن کمک کنند.

حصول سلامت معنوی در سایه هماهنگی همه امکانات درونی: سلامت معنوی با امکان به‌کارگیری همه امکانات درونی در جهت هدف یادشده و هماهنگ‌بودن آن‌ها در جهت هدف مزبور حاصل می‌شود. مقصود از امکانات درونی در اینجا، همه قوا و استعدادهایی است که مستقیماً به سلامت معنوی مربوط می‌شوند. این قوا و استعدادها شامل قوای ذهنی مربوط به شناخت هدف و راه تعالی انسان، قوای عاطفی مربوط به گرایش به این امور و دوری از آنچه با

آن منافات دارد، و نیز قوه تصمیم‌گیری و انتخاب کارهایی می‌شود که موجب تعالی انسان است و پرهیز از کارهایی که با آن منافات دارد. هماهنگی این قوا بدین معناست که بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌ها به گونه‌ای متعادل باشند که برآیندشان حرکت به سمت کمال حقیقی انسان باشد، نه آنکه به کارگیری ناموزون آن‌ها نهایتاً انسان را نامتعادل کند و از تعالی حقیقی بازدارد، چنان‌که تمرکز بر شناخت صفت رحمت یا غضب خدا یا غلبه ترس از خدا بر امید به او یا برعکس، می‌تواند موجب بازدارندگی انسان از حرکت در مسیر صحیح تعالی باشد یا به کارگیری نامتناسب و نامتعادل محبت و نفرت یا خودگرایی و دیگرگرایی می‌تواند پیامدهای نامطلوبی داشته باشد.

تجلی سلامت معنوی با فراهم‌شدن امکان انتخاب در رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی: مقصود از رفتارهای اختیاری رفتارهایی است که نتیجه مبادی سه‌گانه بینش، گرایش و توانایی است و با ارزیابی آن‌ها می‌توان مبادی مزبور را نیز ارزیابی کرد. رفتارهای مزبور به دو دسته رفتارهای درونی یا جوانحی مانند فکرکردن، تصمیم‌گرفتن، پشیمان‌شدن، ترجیح‌دادن و ایمان‌آوردن، و رفتارهای بیرونی یا جوارحی مانند نمازخواندن، انفاق‌کردن، ابراز محبت یا همدردی‌کردن و رعایت حقوق دیگران قابل تقسیم است.

ارتباط سلامت معنوی با ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی: رفتارهای انسان را می‌توان با تقسیمی منطقی به رفتارهایی نسبت به خود و بیرون خود تقسیم کرد. دسته دوم به رفتارهایی نسبت به انسان‌های دیگر، سایر موجودات عالم طبیعت و فراطبیعت قابل تقسیم است. چنان‌که گفتیم، مبادی این رفتارها بینش، گرایش و توانایی است. بر این اساس، سلامت معنوی در ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی و از سه منظر بینش، گرایش و توانایی، از جهت رویکرد متعالی در آن‌ها قابل بررسی و ارزیابی است و البته ظهور همه آن‌ها در رفتارهایی است که در ساحت‌های چهارگانه تجلی می‌کنند (مصباح و دیگران، ۱۳۹۲: ص ۸۹).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تبیین نظریه سلامت معنوی براساس اندیشه اسلامی است. این هدف در قالب سه پرسش پژوهش پیگیری شده است. براساس پرسش فرعی اول، محقق در پی بررسی این موضوع است که سلامت معنوی با چه مفاهیمی معرفی شده و چه ارتباطی میان آن‌ها وجود دارد؟ براساس یافته‌های پژوهش، ارتباط مفاهیم مرتبط با سلامت معنوی را این‌گونه می‌توان تحلیل کرد: سلامت معنوی عبارت از دو مفهوم سلامت و معنویت است که اولی به معنای بهره‌مندی فرد از وضعیت مطلوب جسمانی، عاطفی، عقلانی و معنوی است، به گونه‌ای که برای او امکانی فراهم

کند تا بتواند به یک زندگی خلاق، رضایت‌بخش و سعادتمندانه دست یابد. چنین مفهومی نیازمند رشد بهنجار و تعادل در تمام ابعاد وجودی یادشده در فرد است. این ابعاد با همدیگر ارتباط متقابل دارند؛ به گونه‌ای که مشکلات مربوط به یک بُعد خاص، چه بسا ممکن است سلامت کلی فرد را با مشکل روبه‌رو کند. اما مفهوم معنویت را می‌توان به معنای معناداری زندگی دانست که تنها با تعیین دقیق هدف غایی زندگی و راه جهت‌بخشی به کل زندگی به‌سوی آن هدف قابل حصول است و با توجه به اینکه تنها از مسیر شناخت دین حق، که همان دین اسلام است، و ارتباط با مبدأ حقیقی هستی می‌توان به معنویت حقیقی دست یافت، می‌توان گفت که معنویت حقیقی به‌عنوان بخشی از دین اسلام، که هدف اصلی آن نیز است، در سایه شناخت مبانی اعتقادی دین اسلام و گرایش و عمل به دستورات الهی در راستای وصول به سعادت ابدی حاصل می‌شود. همچنین، نمی‌توان میان سلامت معنوی و معنویت افتراق زیادی قائل شد. هرچند می‌توان گفت که میان این دو همپوشانی‌هایی وجود دارد، آنچه شایع است این است که گاهی آن‌ها را با یکدیگر مترادف می‌شمارند یا در متون مختلف آن‌ها را به کار می‌گیرند. در حالی که سلامت معنوی مانند سایر ابعاد سلامت دارای درجاتی در یک طیف وسیع است که نهایتاً به سلامت معنوی کامل می‌انجامد.

در پاسخ به پرسش فرعی دوم که بحث از تعریفی برای سلامت معنوی بود می‌توان چنین گفت که از پژوهش‌هایی که تاکنون در زمینه سلامت معنوی انجام شده است، به دست آمد که دو رویکرد اساسی در این زمینه وجود دارد: یکی سلامت معنوی در نگرش اومانیستی و دیگری در نگاه دینی؛ به عبارت دیگر، در نگرش اول، که نگاهی حداقلی و ابزاری است، انسان موجودی تک‌ساحتی مادی است که تمامی احساسات و عواطف و حتی مسائل روانی و معنوی نوعی ارتباط با بُعد مادی او پیدا می‌کند، در نتیجه این جسم و اعصاب انسان است که ریشه مسائل روانی را در خود دارد؛ بنابراین، معنویت موجود در این دیدگاه با معنویت مطرح‌شده در نگاه دینی تفاوت‌های اساسی دارد. اما در نگرش دینی، معنویت زیرساخت و پایه سلامت جسم و روح است و ساحت اصلی و زیربنای اصلی معنویت را باید در باطن خود انسان جست‌وجو کرد؛ انسانی که علاوه بر جسم، روح نیز دارد. حال با استفاده از مجموع تعاریف و تبیین‌های مذکور در زمینه سلامت معنوی، می‌توان به تعریفی اشاره کرد که شامل موارد یادشده باشد که عبارت است از: «سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح، که همان تقرب به خدای متعال است، فراهم است؛ به گونه‌ای که همه امکانات درونی به‌طور هماهنگ و متعادل، در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند».

پس از بیان رویکردهای سلامت معنوی و تعریف آن با نگرش اسلامی، در اینجا می‌توانیم به بیان نظریه سلامت معنوی بر مبنای اندیشه اسلامی بپردازیم. بنابر مطالب یادشده می‌توان برای سلامت معنوی الگو و سازه‌ای را در نظر گرفت و وجود آن را در افراد مختلف سنجید. مؤلفه‌هایی که از تعریف ذکرشده برمی‌آید این‌گونه است که سلامت معنوی باید انسان را در ارتباط با ذات لایزال الهی، با دیگران و محیط پیرامون و نیز در ارتباط با خود ارتقا دهد؛ از این‌رو، برای تعیین شاخص‌ها باید سلامت معنوی در چهار زمینه زیر در نظر گرفته شود:

ارتباط با منشأ لایتناهی هستی،

ارتباط با خود،

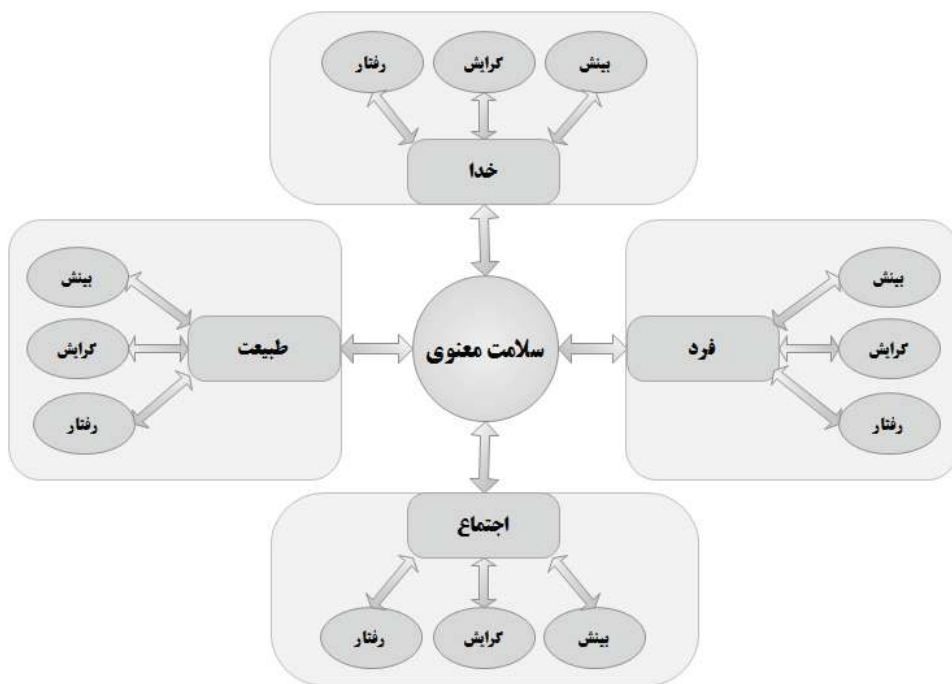
ارتباط با انسان‌های دیگر،

ارتباط با عالم پیرامون.

از آنجاکه انسان دارای قوا و استعدادهای متنوعی است که خداوند با حکمت بالغه خود همه آنها را برای نیل به هدف از آفرینش وی در وجود او نهاده است، وصول به این هدف تنها با به‌کارگیری هماهنگ و متعادل آنها در جهت هدف مزبور، که تقرب به خداوند متعال است، حاصل می‌شود. به‌طور کلی، قوا و استعدادهای مزبور را می‌توان به سه دسته بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌ها تقسیم کرد که البته هر دسته قابل تفکیک به عناصر گوناگون است. همچنین، هر یک از آنها دارای مراتب گوناگونی است و پیشرفت در هر یک به تدریج صورت می‌گیرد؛ بدین ترتیب، سلامت معنوی را می‌توان وضعیتی دانست که ناظر به تقرب به خداوند متعال است و بسته به سطح بینش، گرایش و توانایی حاصل، می‌توان به درجات گوناگونی از آن دست یافت. بدین ترتیب، سلامت نیز وضعیتی دارای مراتب فراوان است که می‌توان مراتب آن را برحسب دستیابی به سطوح مختلف مورد نیاز در بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌ها سنجید. همچنین، از آنجاکه بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌ها مبادی افعال اختیاری انسان هستند و در رفتارها تجلی می‌یابند، رفتارهای انسانی، اعم از درونی (جوانحی) و برونی (جوارحی) نمایانگر میزان تعالی روح در ساحت معنوی هستند و از این طریق نیز می‌توان میزان سلامت معنوی را سنجید. از این نکته می‌توان در تعیین شاخص‌های سلامت معنوی استفاده کرد. بدیهی است در هر یک از زمینه‌های چهارگانه ذکرشده باید به هر سه حیطه بینش، گرایش و رفتار توجه کرد.

بنابراین، می‌توان ۱۲ مؤلفه براساس بینش‌ها، گرایش‌ها و رفتارهای فرد در ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی پیش‌بینی کرد که عبارت‌اند از: بینش در ارتباط با خدا، گرایش در ارتباط با خدا، رفتار در ارتباط با خدا، بینش در ارتباط با فرد، گرایش در ارتباط با فرد، رفتار در

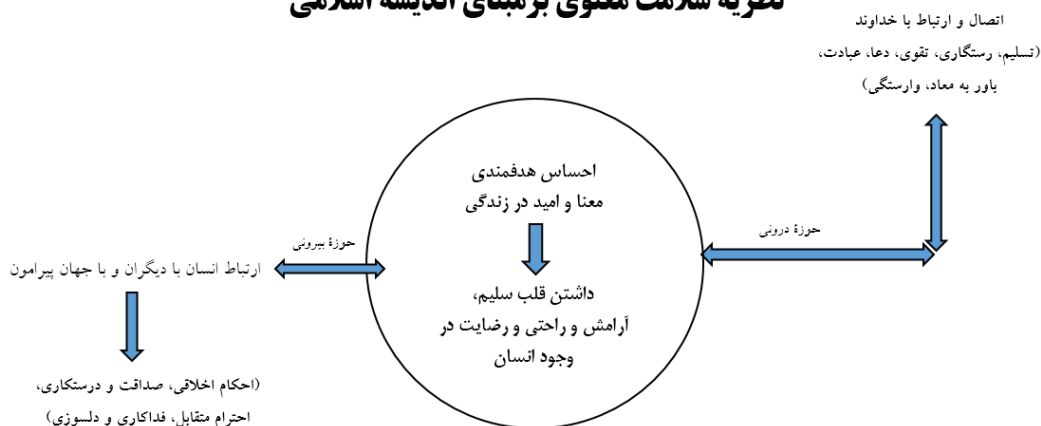
ارتباط با فرد، بینش در ارتباط با اجتماع، گرایش در ارتباط با اجتماع، رفتار در ارتباط با اجتماع، بینش در ارتباط با طبیعت، گرایش در ارتباط با طبیعت، رفتار در ارتباط با طبیعت (شکل ۲).



شکل ۲. مؤلفه‌های تشکیل دهنده سلامت معنوی بر مبنای اندیشه اسلامی

در نظریه سلامت معنوی بر مبنای اندیشه اسلامی، احساس هدفمندی، معنا و امید در زندگی که به آرامش، راحتی و رضایت در وجود انسان می‌انجامد در حوزه درونی یعنی در ارتباط با خود و با خدا به گرایش‌ها و رفتارهای اختیاری مانند تسلیم، رستگاری، تقوی، دعا، عبادت، باور به معاد و وارستگی و در حوزه بیرونی یعنی در ارتباط با انسان‌های دیگر و با طبیعت پیرامون به صداقت و درستکاری، احترام متقابل، فداکاری، دلسوزی و حفظ طبیعت منجر می‌شود. البته باید گفت که این رفتارهای اختیاری و آرامش و رضایت موجود در انسان، رابطه‌ای دوطرفه دارد؛ یعنی انسان بر اثر این‌گونه رفتارها و گرایش‌ها به احساس رضایت خواهد رسید و هر فردی متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های خود، به تعالی روح خواهد رسید، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به‌طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور، که همان تقرب به خدای متعال است، به‌کار گرفته می‌شوند. در شکل ۳ می‌توان الگوی طراحی شده سلامت معنوی بر مبنای اندیشه اسلامی را مشاهده کرد.

نظریه سلامت معنوی بر مبنای اندیشه اسلامی



شکل ۳. سلامت معنوی و ارتباط با خداوند، خود، دیگران و جهان پیرامون

سنجش سلامت معنوی فردی و اجتماعی، به‌ویژه در جامعه اسلامی دارای اهمیت بسزایی است، زیرا می‌تواند در جهت ارتقای سلامت معنوی به‌کار گرفته شود. اگرچه ابزارهای متفاوتی برای ارزیابی سلامت معنوی در نظر گرفته شده است، ضروری است در جهت تکمیل آن‌ها، نیز سنجش روایی و پایایی آن‌ها ممارست شود (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۲: ص ۲۴).

یکی از ابزارهای سنجش سلامت معنوی پرسش‌نامه است که می‌توان در چهار زمینه یادشده، شاخص‌های مناسبی در سه منظر بینش، گرایش و رفتار طراحی کرد؛ بنابراین، با توجه به تعریفی که از سلامت معنوی داشتیم، برای ساخت مقیاسی بدین منظور می‌توان مؤلفه‌های این سازه را براساس بینش‌ها، گرایش‌ها و رفتارهای فرد در ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی طراحی کرد.

کتابنامه

۱. ابن سینا، حسین بن عبدالله. ۱۳۸۹. قانون. ترجمه عبدالرحمن شرفکندی. تهران: سروش.
۲. ابوالقاسمی، محمدجواد. ۱۳۹۱. «مفهوم‌شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی». اخلاق پزشکی. سال ششم. شماره ۲۰.
۳. اسپیلکا، برنارد؛ هود، رالف دبلیو؛ هونسبرگر، بروس؛ گرساچ، ریچارد. ۱۳۹۰. روان‌شناسی دین: براساس رویکرد تجربی. ترجمه محمد دهقانی. تهران: رشد.
۴. التهانوی، محمدعلی. ۱۹۹۶. کشف اصطلاحات الفنون. جلد ۲. لبنان: مکتبه ناشرون.
۵. الهامی‌نیا، علی اصغر؛ یوسفیان، نعمت‌الله؛ سلیمانی، مجید؛ حسینی، سید قوام‌الدین؛ شاکر، ابوالقاسم؛ رکنی لموکی، محمدتقی؛ زمانی محبوب، حبیب. ۱۳۹۰. معنویت اسلامی (چیستی، چرایی و چگونگی). قم: زمزم هدایت.
۶. امیدواری، سپیده. ۱۳۸۷. سلامت معنوی، مفاهیم و چالش‌ها. پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی. سال اول. شماره ۱.
۷. بوالهری، جعفر. ۱۳۸۹. ضرورت نهادینه‌سازی مفهوم معنویت در سلامت؛ جستاری در سلامت معنوی. مجموعه مقالات همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران. تهران: نزهت.
۸. تبرائی، رامین. ۱۳۸۹. «بررسی جایگاه «معنویت» در الگوهای عمده سلامت روان». روان‌شناسی و دین. سال سوم. شماره ۱.
۹. جان‌بزرگی، مسعود. ۱۳۷۸. «بررسی اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت «آموزش خودمهارگری» با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی». پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
۱۰. دهشیری، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز؛ جعفری، عیسی؛ نجفی، محمود. ۱۳۸۷. «بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان». مطالعات روان‌شناختی. شماره ۱۶.
۱۱. دیماتنو، ام. رابین. ۱۳۸۷. روان‌شناسی سلامت. ترجمه محمد کاویانی و دیگران. تهران: سمت.

۱۲. شجاعی، محمدصادق؛ حیدری، مجتبی. ۱۳۸۹. نظریه‌های انسان سالم با نگرش به منابع اسلامی. قم: مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره).
۱۳. صفائی‌راد، ایرج؛ کریمی، لطف‌الله؛ شמוש، نعمت‌الله؛ احمدی‌طهور، محسن. ۱۳۸۹. «رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان دانشجویان». مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار. دوره ۱۷. شماره ۴.
۱۴. طاهری، محسن؛ فتحعلی بیگی، سهیلا. ۱۳۸۹. مروری بر نظریه‌های سلامت معنوی و سلامت روحی. چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی. قم: زهد.
۱۵. عباسی، محمود؛ عزیزی، فریدون؛ شمسی‌گوشتی، احسان؛ ناصری‌راد، محسن؛ اکبری لاکه، مریم. ۱۳۹۱. «تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی؛ یک مطالعه روان‌شناختی». اخلاق پزشکی. سال ششم. شماره ۲۰.
۱۶. عباسی، محمود؛ شمسی‌گوشتی، احسان؛ ابوالقاسمی، محمدجواد. ۱۳۹۲. درآمدی بر سلامت معنوی. تهران: حقوقی.
۱۷. عزیزی، فریدون و همکاران. ۱۳۹۳. سلامت معنوی (چیستی، چرایی و چگونگی). تهران: حقوقی.
۱۸. محقق داماد، سید مصطفی. ۱۳۸۹. مقومات معنوی سلامت در الهیات اسلامی. اخلاق پزشکی. سال چهارم. شماره ۱۴.
۱۹. مرزبند، رحمت‌الله؛ زکوی، علی اصغر. ۱۳۹۱. «شاخص‌های سلامت معنوی از منظر آموزه‌های وحیانی». اخلاق پزشکی. سال ششم. شماره ۲۰.
۲۰. مرندي، سيدعليرضا؛ عزیزی، فریدون. ۱۳۸۹. «جایگاه، تعریف و دشواری‌های پایه‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی-اسلامی». اخلاق پزشکی. سال چهارم. شماره ۱۴.
۲۱. مصباح، علی. ۱۳۸۹. «واکاوی مفهومی معنویت و مسئله معنا». اخلاق پزشکی. سال چهارم. شماره ۱۴.
۲۲. مصباح، مجتبی؛ مصلحی، جواد؛ مهکام، رضا، جهانگیرزاده، محمدرضا. ۱۳۹۲. سلامت

معنوی از دیدگاه اسلام. تهران: حقوقی.

۲۳. مصباح یزدی، محمدتقی. ۱۳۸۷. در جست‌وجوی عرفان اسلامی. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).

۲۴. میلر، ای. جرالدين. ۱۳۸۵. «تلفیق دین و روان‌شناسی در درمان، مسائل و توصیه‌ها». ترجمه علیرضا شیخ شعاعی و رامین تیرانی. پژوهش و حوزه. سال هفتم، شماره ۱.

۲۵. نارویی نصرتی، رحیم. ۱۳۸۴. «دین و معنویت: نگاهی دینی روان‌شناختی». گزیده مقالات همایش مبانی نظری و روان‌سنجی مقیاس‌های دینی. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

۲۶. نورمحمدی، غلامرضا. ۱۳۸۳. «نگرشی به مفهوم طب اسلامی». پژوهش و حوزه. شماره ۱۷ و ۱۸.

27. Emblen J D, Halstead L. 1993. "Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains". Clinical Nurse Spec 7(4): PP 175-182.

28. Daaleman T P, Frey B B. 2004. "The Sppirituality Index of Well-Bing: A new instrument for health - related quality of life reaserch". Annals of family Medicine. 2: PP 499-503.

29. Fry, L W. 2003. "Toward a theory of spiritual leadership". TheLeadership Quarterly 14: PP 693-727.

30. Lin HR, Bauer-Wu SM. 2003. "Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature". Journal of Advanced Nursing . 44:PP 69-80.

31. Meraviglia M G. 1999. "Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life". J Holist Nurs, 17(1): PP 18- 33.

32. Rogers DL, Skidmore ST, Montgomery GT, Reidhead MA, Reidhead VA. ۲۰۱۰. "Spiritual Integration Predicts Self-Reported Mental and Physical Health". J Relig Health.

33. Ross Ln W. 1995. "The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice". Institute Journal for Nursing Studies . 32: PP 457-468.

34. Smith J, McSherry W. 2004. "**Spirituality and child development: a concept analysis**". Journal of Advanced Nursing . 45: PP 307-315.
35. Sloan RP. (2006). "**Blind faith: the unholy alliance of religion and medicine**". New York, NY: St. Martin's Press.
36. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. 1997. "**Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years**". American Journal of Public Health. 87: PP 957-961.
37. Vader J P. 2006. "**Spiritual health: the next frontier**". Eur J Public Health, 16: PP 7-45.
38. Unterrainer, H F, Ledenhauf, K H, Moazedi, M L. 2010. "**Religios/ Spritual Well-Bing**". Personality and Individual Differences, 49: PP 192-197.
39. Wills, Margaret. 2007. "**Connection, action and hope, an invitation to reclaim the spiritual in health care**". Journal of Religious Health.8, 18: PP 423-436.

