

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

گزارش نهایی طرح پژوهشی

بررسی مفهوم و مبانی نظری سلامت معنوی و جایگاه آن در طراحی الگوی

ایرانی – اسلامی پیشرفت در عرصه سلامت

مجری طرح

دکتر محمود عباسی

عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
مقدمه	۳
بخش اول: مفهوم شناسی و مبانی نظری سلامت معنوی	۹
فصل اول - مفهوم معنویت	۹
۱-۱- کارهای اولیه	۹
۱-۲- معنویت و عرفان	۱۵
۱-۳- معنویت و دین	۱۸
۱-۴- جنبه های سلبی معنویت	۲۳
فصل دوم - مفهوم سلامت معنوی	۲۵
۱-۲- خاستگاه تاریخی	۲۵
۲-۲- مبانی عرفانی	۲۶
۳-۲- سلامت معنوی در منابع دینی	۴۶
۴-۲- تعاریف نظری	۴۹
۵-۲- مؤلفه ها و شاخص های سلامت معنوی	۶۳

۸۱	۲-۶- ایزارها و مقیاس های اندازه گیری سلامت معنوی
۹۴	فصل سوم- سلامت معنوی در عرصه سلامت
۹۴	۳-۱- وضعیت سلامت معنوی در جهان و ایران امروز
۹۸	۳-۲- ارتباط سلامت معنوی با سلامت اجتماعی
۱۰۴	۳-۳- ارتباط سلامت معنوی با سلامت جسمی
۱۳۵	۳-۴- ارتباط سلامت معنوی با مفاهیم مرتبط
۱۳۵	۳-۵- ارتباط سلامت معنوی با علوم انسانی
۱۴۳	بخش دوم: بررسی جایگاه سلامت معنوی در الگوی ایرانی- اسلامی پیشرفت
۱۴۳	فصل اول- مفاهیم اساسی الگوی ایرانی- اسلامی پیشرفت
۱۴۹	فصل دوم- بایسته های طراحی الگوی ایرانی- اسلامی پیشرفت
۱۵۷	فصل سوم- سلامت معنوی و حاکمیت
۱۵۷	۳-۱- سلامت معنوی حاکمیت
۱۵۹	۳-۲- سلامت معنوی و قوامین موضوعه
۱۶۰	۳-۳- تأثیر سلامت معنوی بر بخش های مختلف قوای سه گانه و نیروهای مسلح
۱۶۴	فصل چهارم- سلامت معنوی در نظام سلامت
۱۶۴	۴-۱- جایگاه و اهمیت سلامت معنوی در نقشه جامع سلامت
۱۶۶	۴-۲- سلامت معنوی در چارچوب نظام آموزش سلامت کشور
۱۷۹	فصل پنجم- الگوی ایرانی- اسلامی پیشرفت در عرصه معنویت و سلامت معنوی

۱۸۴ بحث و نتیجه گیری

۲۰۰ پیشنهادات

۲۱۵ منابع

به طور کلی تعاریف مربوط به سلامت از الگوهای پدید آمده‌اند که جز معتقدات دانشمندان مختلف بوده‌اند. بر اساس این اعتقادات سه الگوی عمده در تعریف سلامتی همواره مد نظر بوده است: الف- الگوی پزشکی: این الگو عمدتاً بر تبیین زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی سلامتی می‌پردازد. ب- الگوی محیطی: این الگو از تحلیل نوین اکوسیستم و خطرات محیطی به سلامتی انسان پدیده آمده است در این الگو سلامتی بر حسب کیفیت سازش فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است. ج- الگوی کلی‌نگر: این الگو سلامتی را بر حسب کلیت شخص تعریف می‌کند و جنبه‌های زیست‌شناختی، فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد را شامل می‌شود و بر سلامتی بهینه پیشگیری از بیماری و حالت های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است. این الگو معتقد است که سلامتی ایستا نیست بلکه فرآیند پویایی است که تمام تصمیم ها و فعالیت های روزمره را منعکس می‌کند. استقرار این الگو نوید ظهور قلمرو بین رشته‌ای جدیدی را به میان آورده که با پذیرش یک روی آورد کلی و به کار بستن این راهبرد در روش‌شناسی پژوهشی، در پی پاسخ‌گویی به معماهای حل نشده، دیدگاه‌های تک‌بعدی درباره سلامتی و بیماری است.

در ادبیات ما، توجه جامع به سلامت نمادهای مختلفی دارد. شاعران به پزشکی دست‌مریزاد می‌گویند که هم به درمان جسمی بیمار (دوای تن) و هم به عافیت بیمار (راحت جان) که تعبیر بسیار زیبایی از درمان روانی معنوی است، توجه می‌کند. در ادبیات اسلامی این توجه بسیار آشکارتر است. امام سجاد (ع)

در صحیفه سجاده در قالب دعا برای سلامت چنین می‌فرماید: «خداوندا بر محمد و آلش درود فرست و مرا عافیت بخش، کافی و شفا بخش و برتر و روزافزون بر عافیتی که بر بدنم سلامت تولید کند و در یک کلمه عافیت دنیا و آخرت و بر من منت نه به تندرستی و امنیت و سلامت در دین و بدن و بصیرت در دل» در این کلام است که ابعاد سلامت به خوبی پرشش نمایانده می‌شود همچنین، در فراز ۱۱ و ۵۹ از دعای معروف جوشن کبیر که از امام سجاد (ع) به نقل از اجداد بزرگوارش و نهایتاً به نقل از حضرت جبرئیل که به پیشگاه رسول... (ص) ارائه شده است، توجه به معنا در تأمین سلامت بسیار روشن نشان داده شده است. در این دعا می‌خوانیم «ای ذخیره من در روز سختی، ای امید من هنگام مصیبت، ای مونس من در وقت ترس و...» یا می‌خوانیم «ای دوست آنکه دوستی ندارد، ای طیب آنکه طیبی ندارد و...» یعنی برای آنکه بیمار است، نیازمند است و مستأصل است. در ادبیات اسلامی، منبعی لایزال معرفی می‌شود که می‌تواند به تمام نیازهای معنوی، روانی و بالتبع جسمی و اجتماعی پایان دهد.

در این پژوهش، لزوم کلیت و جهان شمولی یک تعریف خوب در بکارگیری واژه های مختلف در تعریف ارائه شده از سلامت معنوی مد نظر است. به نحویکه این تعریف بتواند در تعریفی جهانی و مورد قبول جامعه بشری برای سلامت معنوی به نوعی مورد توجه و استفاده قرار گیرد. لذا تلاش می شود که تا حد ممکن ایجاز رعایت شود و از اطناب بی دلیل حتی المقدور دوری شود. ارائه تعریفی جامع و کامل از سلامت معنوی و شاخص های آن در جامعه اسلامی ما و تبیین ارتباط آن با سایر ارکان، نهادها و عناصر درونی جامعه بر اساس فرهنگ، باورها و ارزش های حاکم بر جامعه ایرانی - اسلامی نیاز به انجام تحقیقات بیشتری را می طلبد که در آغاز این مطالعه به تفصیل بدان پراخته می شود.

پیوند عمیق فرهنگ اسلامی ایرانی سرزمین ما با مفهوم معنویت به گونه ای است که در گذار تاریخ سلامت و معنویت چنان در هم تنیده بوده اند که یکی از مهمترین بایسته های علم طبابت رسیدن به درجات عالی در حوزه علوم انسانی وقت از جمله علم فلسفه و کلام بوده است که طبیب را از دایره محدود درمان بیماری های تن به حکیم شدن سوق می داده است. شاید مهمترین تمایز حکمت با طبابت همین توجه به ابعاد فراجسمانی انسان باشد چیزی که مهمترین بعد وجودی حکیم و نیز بیمار اوست.

ارتباط معنویت و سلامت ارتباطی تاریخی است به گونه ای که همواره منشأ اعطای سلامتی به انسان به ویژه انسان بیمار در ورای عالم مادی جستجو شده است. این واقعیت در بستر تاریخی ادیان بزرگ به خصوص ادیان ابراهیمی به صورتی کاملاً واضح مضبوط و مثبت شده است به گونه ای که یهودیان و مسیحیان و به نحوی بسیار کامل تر مسلمانان به اینکه شفادهنده اصلی خداوند بزرگ است اعتقاد داشته اند و طبیب را دوا دهنده و خداوند را شفا دهنده می دانسته اند. این در هم تنیدگی تاریخی معنویت و سلامت در آثار بسیاری از مفاخر پزشکی ایران به ویژه مفاخر مسلمانان کاملاً مشاهده شده است. پدیدآمدن آثاری چون «الطب الروحانی» به طور واضح به بعد فرامادی طبابت اشاره می کند و به نحوی درمان امراض روح را نیز نوعی طبابت می داند. اطلاق واژه حکیم، به اطبا در برخی از دوره های تاریخی نشانه دیگری است که علم طب و صاحبان آن را به حکمت یا همان عقل عملی که در اصل مبتنی بر کمال اخلاقی و تعادل ابعاد مختلف وجودی است پیوند می زند و گاه از طبابت کردن به «حکمت کردن» یاد می شود.

توسعه علوم تجربی که خاطره علم ستیزی کلیسای دوران قرون وسطی را کماکان در ذائقه خود داشت اروپای دوره رنسانس و بعد از جنگ های صلیبی در کنار بدست آوردن منابع غنی علمی از علمای مسلمان در بستری از دین هراسی شکل گرفت که مهمترین دلیل این مسئله همان برخورد خشن کلیسا با دانشمندان مستقل آن دوره بود. با این پیشینه تاریخی به تدریج زمینه های مختلف علمی رشد خود را مستقل از آموزه های دینی که در آن زمان آموزه های مسیحیت در اروپا بود آغاز کردند به نحوی که آرام آرام علوم تجربی مانند طب، علوم ریاضی و فیزیک، اقتصاد و نهایتاً علوم انسانی مثل فلسفه، از بدنه کلیسا جدا شدند و در بستری که کاملاً مبتنی بر قوه عاقله انسان بود به رشد پرداختند. این دوره را شاید بتوان دوره جدایی علوم از معنویت دانست که اغلب به عنوان «دوره علوم مدرن» شناخته می شود مدرنیته ای که انسانها را شخصی کرد به نحوی که آرام آرام افراد به عنوان سلول های اجتماع مطرح شدند چه اینکه قبل از آن خانواده و حتی قوم و قبیله سلول های تشکیل دهنده جامعه بودند واقعیتی که آن را شخصی گرایی می نامند. از دیگر خصوصیات این دوره می توان به منطق گرایی¹ اشاره کرد که به نوعی به رویکرد انسان مدرن برای کشف روابط منطقی موجود در بین اجزای جهان پیرامون اشاره دارد مانند کشف قوانین فیزیک که حاصل آن ایجاد تئوری هایی است که تلاش می کنند وقایع جهان را با یافته های علمی تجربی توضیح دهند حتی این تفکر به حوزه های بسیار شهودی مثل اخلاق هم وارد می شود به شکلی که تئوری های مدرن اخلاقی از جمله اخلاق عدالت محور (وظیفه گرا) کانتی که حاصل یک نظریه فلسفی - ریاضی است در عالم اخلاق ظهور می کند.

1 Rationalism

در حوزه پزشکی نیز تاریخ علم معاصر شاهد این تغییرات بوده است به نحوی که به سرعت پارادایم مبتنی بر اخلاط توازن که تفکر سابقه ای بیش از ۲۵۰۰ ساله دارد در قرون ۱۹ و ۲۰ میلادی دستخوش تغییرات عمده ای شد. ذهن تجربه زده انسان مدرن تصور کرد که گمشده خود را یافته است با کشف میکروب ها به عنوان عامل بیماری زا و از این رو بیش از یک قرن برای هر بیماری ابتدائاً و قبل از هر چیز دیگر به دنبال موجودی یا ماده ای می گشت که عامل این بیماری باشد پس از یافتن آن به دنبال دارویی که این عامل را از بین ببرد و یا انسان مدرن را نسبت به آن مصون دارد. این تفکر اگر چه در قرن ۲۰ به یک انقلاب عظیم در عرصه علوم پزشکی منجر شد و هر روز خدمتی جدید را به بشریت عرضه کرد از آن جمله کشف آنتی بیوتیک ها، توسعه انواع اعمال جراحی، توسعه بهداشت عمومی، کشف واکسن بسیاری از بیماری ها ... اما ادامه این روند با مشکلات و بن بست هایی مواجه گردید و این همزمان بود با سایر بن بست های موجود در دنیای مدرن که منجر به ایجاد نحله های فلسفی پسامدرن^۱ گردید. که شامل ساختار شکنی های متعهدانه را در عرصه های مختلف علمی و نظری باعث می شد. از جمله می توان به اقبال مجدد به اخلاق فضیلت گرا در عرصه اخلاق و توجه ویژه به طب سنتی و مکمل در عرصه طبابت اشاره کرد. یکی دیگر از نشانه های آغاز این دوره گذار از پزشکی مدرن به پزشکی پسامدرن بود که در اواسط قرن بیستم علاوه بر عوامل جسمی در تعریف سلامتی و بیماری به جنبه های روانی و اجتماعی آن توجه بیشتری می شد به نحوی که در دهه هفتم و هشتم قرن بیستم بررسی های اپیدمیولوژیک و بوم شناختی که به نوعی مبتنی بر فرضیه تأثیر عوامل اجتماعی بر علوم پزشکی بود از ارزش خاصی برخوردار شد که تا دهه ۱۹۹۰ ادامه داشت و امروزه نیز از جایگاه مهمی در پژوهش های علم پزشکی برخوردار است.

1 Postmodernism

اما همه این عوامل و بر جنبه های مذکور مبتنی بر تلاش و کشف روابط مادی در عالم پیرامونی بود و توجهی به ماوراء عالم ماده و تجربی نداشت اما از سوی دیگر بررسی های علمی و اپیدمیولوژیک نشان از تأثیر عوامل اعتقادی و فرامادی در ارزیابی شاخص های سلامتی داشت. به نحوی که سرانجام در سال ۱۹۷۹ سازمان بهداشت جهانی در مورد قرارگرفتن مباحث روحی^۱ در شاخص های تعریف سلامتی مباحثی را مطرح کرد و به تدریج این عامل در کنار عوامل جسمی، روانی و اجتماعی جای خود را در تعریف سلامتی باز کرد و در همین زمان بود که مقالات جدید علمی ارتباط بین باورهای های دینی - روحی را با سلامت جسمی نشان می داد. به طوریکه می توان ادعا کرد که امروزه اجماع کلی بر سر اهمیت سلامت روحی - معنوی در بین متخصصان مربوط شکل گرفته است. اما حال این سؤال مطرح می شود که چگونه می توان این بعد مهم سلامتی را عملاً تقویت کرد؟ چگونه می توان به پزشکان آموزش های لازم را برای در نظر گرفتن مسئله معنویت در درمان بیماران ارائه داد؟ خوشبختانه طرح موضوع الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت توسط رهبر معظم انقلاب حضرت آیه ا... خامنه ای (مدظله العالی) فرصتی مغتنم ایجاد کرده است که بتوان در این عرصه سلامت معنوی را با در نظر گرفتن اندیشه های مذهبی و ملی آن در طراحی این الگو پیش بینی کرد، و نهایتاً راهکارهای علمی برای بهبود سلامت معنوی در جامعه ارائه داد.

این مطالعه، بر مبنای یک رویکرد نظری است. داده ها با روش اسنادی گردآوری شده است. در این مطالعه از کلیدواژه های سلامت معنوی، مراقبت معنوی، آموزش پزشکی، معنویت، سلامت معنوی اسلامی، ارزیابی معنوی و غیره در پایگاههای اطلاعاتی ساینس دایرکت، اسکوپوس، گوگل اسکولار، پابمد، اس

1 Spiritual

ای دی، ای اس ای، ایران مدکس، پروکوئست، اطلاعات جهاد دانشگاهی ایران، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی و اطلاعات نشریات ایران جستجو انجام شد. مرحله اول شناخت معنای لغتی واژه های مورد نظریا مفهوم پردازی بوده است. در این مرحله از فرهنگ لغات، نوشتارها و متون در دسترس دینی و اسلامی و سایر کتب برای موارد استفاده و کاربرد واژه و انتخاب لغات مترادف یا مشابه سلامت در متون روایی استفاده نمودیم. در مرحله دوم تدارک فهرست آیات و روایات است، که براساس لغات یافت شده در مرحله اول و معانی آن لغات شروع به یافتن روایات مرتبط با سلامت معنوی و واژه های مترادف در کتب اسلامی نمودیم. مرحله ی مفهوم یابی یا تجزیه و تحلیل متون، کشف معانی لغات احادیث و آیات با استفاده از علم صرف و کتب لغات است. در این مرحله مطالعه مکرر آیات و روایات را داریم. دراین مرحله، محقق علاوه بر استفاده از ترجمه های موجود مفاهیم درک شده در ذهن خود را هم در جلوی موارد ذکر می نماید. سپس به درک کلی آیات و روایات با توجه به کتب تفسیری مانند تفسیر المیزان و شرح های نوشته شده بر احادیث پرداختیم و آنها را با درک خود مقایسه نموده و موارد اختلاف و یا تشابه را تجزیه و تحلیل نمودیم. در مرحله بعدی، به بازنگری سراسری مفاهیم بدست آمده در کلیه آیات و روایات با توجه به مفاهیم تشکیل شده در ذهن محققین و کتب پرداختیم و اینکه کشف لغات متضاد با مفهوم مورد نظر که در تفسیر و توضیح روایت و آیات کمک کننده است. در این مرحله لغات متضاد با مفهوم سلامت و معانی مترادف با سلامت بررسی گردید. آنگاه، کشف مفهوم سلامت در روایات و آیات از مجموع یافته های مرحله ۳ و ۴ که به یک جمع بندی کلی در مورد مفهوم مورد نظر در آیات و روایات دست می یابیم و در نهایت، تعریفی بر اساس آن ارائه دادیم. سپس تعریف خود را مجدداً به آیات و

روایات عرضه نمودیم تا صحت آن تأیید شود در این مرحله از نظر متخصصین علوم دینی نیز استفاده نمودیم. در نهایت مفهوم سلامت معنوی در اسلام به صورت بیانیه ای به دست آمد.

بخش اول: مفهوم شناسی و مبانی نظری سلامت معنوی

فصل اول - مفهوم معنویت

۱-۱- کارهای اولیه

تقریباً از نیمه دوم قرن نوزدهم در اروپا و در غرب به طور کلی اعم از اروپای باختر و آمریکا و کانادا بحثی تحت عنوان معنویت مطرح و گفته شد که همه نظام های اجتماعی در چیزی تحت عنوان معنویت مشترک هستند و با اینکه به ادیان و مذاهب مختلف تعلق خاطر دارند در معنویت اشتراک دارند (فری، ۲۰۰۳: ۶۹۳-۷۲۷). با این وجود، گرایش به معنویت را از لحاظ تاریخی می توان به مسیحیانی باز گرداند که میان مکاتب گوناگون معنویت، مانند معنویت عرفای اسپانیا یا فلاندری، یا مثلاً ارتدکس روسی، تفاوت قائل شده اند. در واقع برخی از نویسندگان غربی به خطا بر این باورند که واژه معنویت صرفاً در دهه های اخیر به کار رفته است. اما این واژه بیش از این در زمینه های مقایسه اجتماعی در قرن نوزدهم به کار رفته بود و آن هنگامی که اصلاحگران هندو و در رأس آن، «آنان سوامی و یرکانند» معنویت هندی را با مادی گرایی غربی به مقابله نشاندند و ادعا کردند که هند حاوی گنجینه معنوی است که غرب باید هم چنان در جستجوی آن باشد (آرسولا، ۱۹۹۷، به نقل از رستگار، ۱۳۸۹: ۵۴).

نویسندگان از زوایایی مختلف به معنویت نگاه کرده و تعاریف گوناگونی برای آن ارائه داده اند به طوری که می توان گفت هیچ توافقی بر سر تعریف معنویت وجود ندارد (فری، ۲۰۰۳: ۶۹۳-۷۲۷). معنویت ممکن است از لحاظ معنای زندگی و آرامش ذهنی (موراتا و موریتا، ۲۰۰۶: ۲۷۹-۲۸۵) یا رابطه با یک

وجود متعالی (پیترمن و دیگران، ۲۰۰۲: ۴۹-۵۸) تعریف شود (آندو و دیگران، ۲۰۱۰: ۴۵۳-۴۵۹). درباره حساسیت تعریف معنویت، آندر هیل در کتاب زندگی معنوی می گوید: درحالی که از یک سو ناگزیریم از ابهام و انتزاع جلوگیری کنیم، از سوی دیگر باید مانع تعاریف سخت و شتابزده شویم، چرا که هیچ واژه ای در زبان انسانی ما در مورد واقعیت های معنوی مناسب و صحیح نیستند (اسپریتزر، ۱۹۹۵: ۱۴۴۲-۱۴۶۵). بر طبق نظر لانگ^۱ مرور ادبیات این موضوع نشان می دهد که تعاریفی که از معنویت وجود دارد به تعداد انسان ها است (لانگ، ۱۹۹۷: ۵۰۲ به نقل از فیشر b، ۲۰۱۰: ۱۶). معنویت در الهیات اسلامی عبارت است از معرفت و ایمان به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی «هو الاول و الآخر و الظاهر و الباطن و هو بكل شیء علیم».

توجه و اهتمام به باطن تعالیم و آموزه های نظری و عملی دین و به طور کلی توجه به باطن و غیب هستی و پیراستن نفس از تعلق مادیات و آراستن آن به روحانیت احکام و دستورات مبین اسلام، در پرتو توجه و تدبیر خالصانه و زینت دادن آن به نورانیت جاری و ساری در نظام آفرینش و از رهگذر طهارت و خلوص عارفانه است». از این رو، ساحت حقیقی و زیربنای اصلی معنویت را باید در باطن خود انسان جستجو کرد (محقق داماد، ۱۳۸۹: ۵۳-۶۴).

واژه اسپریچوالیتی^۲ (معنویت) از کلمه لاتین اسپریتوس^۳ به معنای تنفس^۴ است (سالاری فر و همکاران، ۲۰۰۵) و مفهومی وسیعتر از مذهب دارد و به طور اولیه یک روند پویا، شخصی و تجربی^۵ است.

1Long

2 Spirituality

3 Spiritus

4 Breathe

5 Experiential

برخی معتقدند ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف^۱، تفوق و برتری (مثلاً احساس این که انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است)، اتصال^۲ (مثلاً اتصال به دیگران، طبیعت یا الوهیت) و ارزش ها (مانند عشق، دلسوزی و عدالت) می باشد. این در حالی است که معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت برتر از اجزاء سلامت معنوی نیز شمرده شده اند. اگر چه برخی افراد که خود را معنوی می دانند، بر یک مذهب رسمی صحنه نمی گذارند، مذهبی بودن و معنویت، مفاهیمی اند که همپوشانی دارند. به صورت تجربی، هر دو جستجوی معنا و هدف، تفوق، اتصال و ارزش ها را ممکن است شامل باشند. در این نگاه، مذهبی بودن شبیه معنویت است. مذهب و معنویت از مهمترین عوامل فرهنگی اند که به ارزش های انسانی، رفتارها، تجربیات و ساختار معنا می دهند. برخی معتقدند معنویت فراتر از مذهب و شامل مفاهیم دیگری همچون سلامت معنوی^۳ آرامش و راحتی ناشی از ایمان و تطابق معنوی تجربیات و تظاهرات روح فرد در یک روند بی همتا و دینامیک که منعکس کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بی نهایت است، اتصال (به یک فرد، دیگران، طبیعت یا خدا) و یکپارچگی همه ابعاد انسانی می باشد. بعضی برای معنویت دو بعد عمودی و افقی ذکر می کنند. بعد عمودی منعکس کننده ارتباط با خدا یا یک قدرت بی نهایت است. بعد افقی هم منعکس کننده اتصال ما به دیگران و طبیعت و هم اتصال درونی ما است، که عبارت است از توانایی ما برای یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجودمان و توانایی ما برای انتخاب های مختلف. بحث های موجود در مورد معنویت، منجر به این شده است که معنویت امری

1 Meaning and purpose

2 Connectedness

3 Spiritual well-being

ذهنی^۱، مبهم^۲ و قطبی^۳ شود. در یک انتهای طیف، به معنویت مترادف با مذهب نگرسته شده است در حالیکه در انتهای دیگر طیف برای تمام افراد فاقد ایمان یا اعتقاد به خدا نیز، به کار می رود. همانگونه که اشاره شد برخی معتقدند امروزه معنویت یک پدیده جهانی است که برای همه (معتقدان و نیز غیرمعتقدان) به کار می رود. گفته می شود معنویت برای افراد مختلف، بسته به نگرش آن ها به جهان یا فلسفه زندگی آن ها معانی مختلفی دارد. در حالیکه برخی دیگر قاطعانه اظهار می کنند که هنگامی که معنویت از همراهی با مذهب جدا شود، عاری از هرگونه معنا یا مفهوم واقعی می شود. طبق این دیدگاه، در حال حاضر اصطلاح معنویت از زمینه تاریخی خود جدا شده است و به نظر می رسد نتیجه آن پدیدار شدن شکلی از معنویت است که به صورت فردی تعیین می شود و منجر به کمرنگ شدن اصطلاح معنویت می شود و ممکن است هویت معنوی از دست برود. در این حالت اشکال متعددی از معنویت که «فرد» تعیین می کند، ظاهر می شود. برخی دیدگاه ها بیانگر آن است که فعالیت هایی همچون مراقبه^۴ و فعالیت های حمایتی گروهی ممکن است اجزاء مختلف سلامت معنوی همچون معنا و هدف در زندگی، خود آگاهی و اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت بزرگتر را تأمین کنند. گاه، موارد زیر نیز به عنوان اموری که به فرد از نظر معنوی کمک می کنند، ذکر می شود. کار با سرویس اجتماعی یا کار داوطلبانه، نیایش، خواندن آوازه های عبادی، خواندن کتابهای وحی، پیاد هروی در طبیعت، داشتن زمانی بدون سر و صدا برای فکر کردن، انجام یوگا، انجام یک ورزش یا حضور در خدمات مذهبی. هنگامی که هدف از برخورداری از سلامت معنوی، احساس راحتی، آرامش درونی و ... بیان می گردد، این نتیجه را در پی دارد که با توجه به

1 Subjective

2 Confused

3 Polarized

4 Meditation

متفاوت بودن افراد، آنچه ممکن است برای فردی احساس راحتی و آرامش ایجاد کند، ممکن است برای دیگری کارایی نداشته باشد. پس هر کس باید در پی چیزی باشد که برای شخص وی احساس راحتی، امید، معنا و آرامش درونی به ارمغان آورد و مطالب فوق نتیجه طبیعی این دیدگاه است. در این راستا بیان می شود که بسیاری از مردم به معنویت از طریق مذهب دست می یابند، برخی از طریق موسیقی، هنر یا ارتباط با طبیعت. دیگران آن را در ارزش ها و اصول خود می یابند. طبق نظر راسل، معنویت و سلامت معنوی می توانند به طرق مختلف تظاهر کنند: تبادلات روزانه با دیگران، تعاملات معنوی مشخص به وسیله عشق، احترام، اعتماد، صداقت و درستکاری، یکپارچگی فداکاری و دلسوزی، تجربیاتی در مورد طبیعت که احساس نزدیکی و اتحاد با دنیای طبیعی را ایجاد کند، ارتباط با ارواح جدا شده از جسم، ارتباط غیرشخصی با برخی نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت می کند یا با یک خدای شخصی که فرد را می شناسد و از او مراقبت می کند. برخی معتقدند معنویت یک تجربه شخصی است که از فردی به فرد دیگر شکل آن متفاوت است. در این دیدگاه، زمینه های مشترک که در تمام تظاهرات معنوی گسترده اند عبارتند از: احساسات دوست داشتن و دوست داشته شدن، کمک کردن به دیگران، لذت را تجربه کردن، یک هدف و اساسی در زندگی داشتن، تجربه کمال آرامش در زندگی. همانگونه که ملاحظه می گردد آنچه به عنوان سلامت معنوی در منابع مختلف، بررسی و بحث می شود، مفاهیم مختلفی است که اجماع کلی بر آن وجود ندارد (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷).

برخی معتقدند معنویت، با آگاهی از بعد غیرمادی به وجود می آید و ارزش های تشخیصی، آن را معین می کند. این ارزش ها به دیگران، خود، طبیعت و زندگی مربوط هستند، و به هر چیزی اطلاق

می‌شود، که فرد به عنوان غایت قلمداد می‌کند. از نظر شولز معنویت عبارت است از تجربه ارتباط معنادار با خود، دیگران، جهان و قدرت برتر که به صورت عکس العمل‌ها، روایت، و اعمال بیان می‌شود (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۲۹-۱۴۵). مایر معتقد است معنویت، جست و جوی مداوم برای یافتن معنا و هدف زندگی، درک عمیق و ژرفای ارزش زندگی، وسعت عالم، نیروهای طبیعی موجود و نظام باورهای شخصی است. هاینلز معنویت را به عنوان تلاشی در جهت پرورش حساسیت نسبت به خویش، دیگران، موجودات غیرانسانی و خدا، یا کندوکاوی در جهت آنچه برای انسان شدن مورد نیاز است و جست و جویی برای رسیدن به انسانیت کامل دانسته است (رستگار، ۱۳۸۵ به نقل از بختیاری، ۱۳۸۷). امام خمینی (ره) معتقدند معنویت مجموعه صفات و اعمالی است که شور و جاذبه قوی و شدید و در عین حال منطقی و صحیح را در انسان بوجود می‌آورد تا او را در سیر به سوی خدای یگانه و محبوب عالم بطور اعجاب آوری پیش ببرد (صحیفه امام، ج ۱۶، ص ۷). مطهری معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان نسبت به امور غیرمادی مانند علم و دانایی، خیر اخلاقی، جمال و زیبایی، تقدس و پرستش می‌داند که وجه تمایز انسان و موجودات دیگر می‌باشد (مطهری، ۱۳۷۲).

الیسون معتقد بود که معنویت این امکان را به انسان می‌دهد که همراه با رنج‌های جسمانی به سمت سلامت معنوی حرکت کند.

معنویت به پیوند و ارتباط فرد با یک نیرو و یا قدرتی غیرمادی و ماورائی و والاتر از زندگی اطلاق می‌شود و اصول آن عبارتند از:

۱- ماهیت معنویت به صورت یک نیرو و اصل زندگی و روح بودن (اصل وجود) تجربه می‌شود.

- ۲- معنویت از طریق ارتباط با طبیعت، محیط، زمین و آسمان بیان و تجربه شده است.
 - ۳- مردم معنویت را از طریق ارتباط با دیگر مردم بیان و تجربه می کنند.
 - ۴- معنویت شناخت از خود را شکل می دهد و بر عکس العمل ها، دانسته ها و عملکردها تأثیر می گذارد.
 - ۵- معنویت به زندگی، انتخاب، هدف، معنای زندگی، قدرت و راه راهنمایی می دهد و شکل این گروه از دانشمندان معتقدند.
- ایمان، امید، عشق و سلامت روحی نیز در این راستا نیازمند تبیین و تعریف هستند و تأثیر معنویت و زندگی روزمره به شکل باورها و اعمال در ارتباط با جنبه های زندگی فرد پیوند می یابد، روش ها و باورهای اصلی که فرد را با یک سری اصول و عملکرد راهنمایی می کنند و شامل موارد زیر می باشند.
- ۱- ترغیب به عشق به خود، همسایگان، خداوند و طبیعت.
 - ۲- پرورش باورها که به ما برای یافتن معنای زندگی، ارتباط با دیگران، صداقت با خود، زندگی بدون تحمل رنج، بیماری و مرگ و صداقت در گذر زندگی (تولد، ازدواج، مرگ) کمک می کند.
 - ۳- آگاهی از ابعاد مقدس زندگی از طریق بعضی اعمال مانند پرستش، نماز، مراقبه، دعاخواندن.
 - ۴- احترام به خود به عنوان انسان بودن در هنگام آگاهی های مختلف خودمان.
 - ۵- کمک در جهت بخشیده بودن و خدمت به دیگران (وست، ۱۳۸۳).
- ضعف حس فطری، حقیقت جویی در وجود انسان ها، و سرخوردگی و دلزدگی روزافزون آن ها از تمدن مادی و انحطاط شدید اخلاقی حاکم بر جوامع، همگی از نشانه های بحران معنویت در عصر

حاضرند و همان طور که مقام معظم رهبری فرموده‌اند: «فقدان فکر و اندیشه راهنما و ایدئولوژی متکی به عالم وجود، مهم‌ترین خلاء دنیای غرب است» (شیبانی، ۱۳۸۹).

۱-۲- معنویت و عرفان

تصوف و عرفان یک مفهوم کلی و عام است که بر مصادیق گوناگونی اطلاق شده است. بنا بر این در تعریف عرفان و همچنین در رد و قبول آن نباید از خصوصیات مصادیق غفلت کرده و مبنای کار را این مفهوم کلی و عام قرار داد. تعاریف عرفا نیز از عرفان متعدد است. زیرا عرفا در تعریف عرفان و مسائل مربوط به آن همانند توحید، فنا، عشق و محبت، فقر، اخلاص و رضا، در مواردی موقعیت خاص مخاطب را در نظر گرفته اند.

ذوالنون مصری درباره صوفیان می گوید: مردمانی که خدای را بر همه چیز بگزینند و خدای، ایشان را بر همه بگزیند. جنید می گوید: تصوف صافی کردن دل است از مراجعت خلقت و مفارقت از اخلاق طبیعت و فرو میراندن صفات بشریت و دور بودن از دواعی نفسانی و فرود آمدن بر صفات روحانی و بلند شدن به علوم حقیقی و به کار داشتن آنچه اولی تر است الی الأبد و خیر خواهی به همه ی امت و وفا به جای آوردن بر حقیقت و متابعت پیغمبر کردن در شریعت. از ابو محمد جریری پرسیدند تصوف چیست؟ گفت: الدخول فی کل خلق سنّی، و الخروج عن کل خلق دنی. و ابی السعید ابوالخیر تصوف را عبارت از آن می داند که: آنچه در سر داری بنهی و آنچه در کف داری بدهی و آنچه بر تو آید نجهی. از ابن عطا پرسیدند که ابتدا و انتهای تصوف چیست؟ گفت: ابتدایش معرفت است و انتهایش توحید. ابو محمد رویم گوید: توحید حقیقی (که هدف تصوف است) آن است که فانی شوی در ولای او، از وفای خود و در وفای او از جفای خود، تا فانی شوی کل به کل. سهروردی می گوید: اقوال مشایخ - قدس الله ارواحهم - در معنی تصوف، افزون آید بر هزار قول، که نوشتن آن دشوار باشد، اما این اختلاف در لفظ باشد و نه در

معنی» و سپس می افزاید که «صوفی آن باشد که دایم سعی کند در تزکیه نفس و تصفیه دل و تجله روح. ابن سینا به عنوان یک فیلسوف مشایی، در نمط نهم اثر معروفش «الاشارات والتنبیها» در مورد عرفان چنین می گوید: «العرفان مبتدی من تفریق، و ترک، و رفض معین فی جمع، هو جمع صفات الحق للذات المریده بالصدق، منته الی الواحد، ثم وقوف». به این معنی که عرفان با جدا سازی ذات از شواغل آغاز شده و با دست افشاندن به ماسوی، ادامه یافته با دست شستن از خویش و سرانجام با فدا و فنا کردن خویش و رسیدن به مقام جمع که جمع صفات حق است برای ذاتی که با صدق ارادت همراه پیش رفته آنگاه با تخلّق به اخلاق ربوبی، رسیدن به حقیقت واحد و سپس با «وقوف» به کمال می رسد. خواجه نصیر طوسی می گوید: در این مرحله همه اوست و غیر او نیست.... نه واصفی نه موصوفی، نه سالکی نه مسلوکی، نه عارفی نه معروفی و این است مقام وقوف بر آستان حق .

در نسبت عرفان و معنویت می توان گفت که «عرفان» در کاربرد زبانی متعارف، دست کم دو معنای مختلف دارد: الف) تجربه بی واسطه تماس و ارتباط مستقیم انسان با خدا؛ ب) آموزه الاهیاتی - مابعدالطبیعی در باب اتحاد یا وحدت ممکنِ نفس با واقعیت مطلق، یعنی خدا. البته معنای اول به «تجربه عرفانی» تعبیر می شود (ملکیان، ۱۳۸۱، مقدمه). اما «معنویت» بنا بر تعریف پذیرفته شده این پژوهش، «تلاش برای جستجوی جهت و معنا، تحول و تکامل درونی، برقراری ارتباط با دیگران، با طبیعت و با وجودی متعالی برای رسیدن به انسانیت کامل می باشد» (هینل، ۱۹۹۵) که منجر به کاهش درد و رنج، آرامش، شادی و امید در انسان می شود (ملکیان، ۱۳۸۳ به نقل از رستگار، ۱۳۸۹: ۸۸). اگرچه معنویت و عرفان، هر دو جست و جو و تکاپوی انسانی به سوی یک واقعیت متعالی است، اما در عرفان، این تکاپو در

خویشتن و وجود متعالی جلوه گر می شود؛ در صورتی که معنویت، جست و جو و تکاپوی چهارگانه انسانی برای خویشتن، دیگران، طبیعت و وجود متعالی است. اگر معنویت را پرورش حساسیت نسبت به چهارگونه ارتباطی انسان با خویشتن و نیروی برتر (ابعاد روانی و معنوی انسان) و با انسان های دیگر و طبیعت (ابعاد زیستی و اجتماعی انسان) بدانیم، به نظر می رسد که عرفان، بیشتر حساسیت و پرورش ابعاد درونی انسان، یعنی ارتباط انسان با خویشتن و یک واقعیت مطلق یعنی خداست (رستگار، ۱۳۸۹: ۸۹).

از طرفی، باید رابطه معنویت با عرفان نظری و عرفان عملی را تفکیک کرد؛ چرا که معنویت با هر کدام از آنها رابطه خاصی دارد. رابطه عرفان نظری و معنویت، رابطه عموم و خصوص من وجه است؛ بدین معنا که در حالت اول، یک شخص می تواند معنوی باشد و به آنچه عارفان در عرفان نظری گفته اند، معتقد باشد؛ در حالت دوم، یک شخص می تواند معنوی باشد، ولی به آنچه که عارفان در عرفان نظری گفته اند، معتقد نباشد؛ در حالت سوم، یک شخص می تواند به آنچه عارفان در عرفان نظری گفته اند، معتقد باشد و معنوی هم باشد؛ و در حالت چهارم، یک شخص می تواند به آنچه که عارفان در عرفان نظری گفته اند، معتقد نباشد. عرفان نظری مجموعه دیدگاه هایی است که عارفان درباره جهان هستی ارائه می دهند که ممکن است یک فرد معنوی به آنها دست نیابد. عرفان عملی، با هست و نیست سروکار ندارد؛ بلکه به باید و نباید می پردازد. عرفان عملی، نوعی اخلاق با گرایش عرفان است. عرفان عملی یا اخلاق عرفانی با وجود شباهت بسیاری که با معنویت دارد، اما کاملاً یکی نیستند. در معنویت، علاوه بر بایدها و نبایدها، به هست و نیست ها نیز پرداخته می شود (ملکیان، ۱۳۸۴: ۹۷). انسان معنوی علاوه بر اینکه همواره برای کاهش رنج و درد تلاش می کند، به دنبال چیز دیگری نیز هست که

ناچار در حوزه روانشناختی قرار می گیرد. انسان معنوی همواره به دنبال رضایت باطن است. اگر انسان موفق به خودکاوی شود، یا به مطالعات و تحقیقات روانشناسان اعتماد ورزد، به این نتیجه خواهد رسید که در زندگی، در تمامی فراز و نشیب ها و در همه حرکات و سکنات و سکوت و سخن گفتن خود و در همه آنچه می پذیرد یا نمی پذیرد، در پی به دست آوردن رضایت باطنی است. بزرگ ترین هدف همه انسانها در زندگی این است که به رضایت باطن برسند. این رضایت باطن، سه مؤلفه اصلی دارد: آرامش، شادی و امید. این سه مؤلفه، در مجموع سازنده چیزی است که در روان شناسی تجربی و روان شناسی عرفانی، آن را رضایت باطن می نامند (ملکیان، ۱۳۸۱: ۳۰۷).

۱-۳- معنویت و دین

دین و معنویت از مفاهیم ریشه‌دار در میان آدمیان‌اند. در گذشته این دو در بیشتر موارد انطباق داشتند و در متون ادبی و علمی فراوان به جای یکدیگر به کار می‌رفتند و فقط هنگام توجه‌دادن به عمق دینداری به جای واژه‌های دین و دینداری از معنویت و معنوی استفاده می‌شد.

معنویت نیز در گذشته به رابطه خاصی میان انسان و موجودی فراتر از وجود او دلالت می‌کرده است. معنویت در اسلام، امری پویاست و به صورت خام که حد اعلای آن درک ارتباط واقعی بین خالق و مخلوق است، ارزش ذاتی ندارد. از منظر اسلام میان دینداری و معنویت جدایی نیست. معنویت صحیح فقط در صورت اطاعت از دستورهای الهی و در سایه دینداری حاصل می‌شود. یاد خدا برترین حالت معنویت است، که برای رشد همه‌جانبه آن در اسلام برنامه‌ریزی شده است. مثلاً هرچند نماز مرکب از حرکات و سکنتانی است که والاترین هدف آن یاد خداست، ولی هیچ نوع ذکر دیگری نمی‌تواند جای آن را بگیرد. به سخن دیگر، نماز هیچ مشابهی ندارد. انسان در جستجوی معنویت هیچ گاه از برنامه دینی بی‌نیاز نمی‌گردد، بلکه روز بروز تمسک به دین را ضروری‌تر می‌یابد.

دینداری و معنویت گاهی به یک معنی و زمانی به صورت متمایز به کار می‌روند. در این زمان، سیر دینداری گویا به سوی معنویت، آن هم به حالت روان‌شناختی محض پیش می‌رود (ولف، ۱۹۹۷).

«عمبر حق» استاد دانشگاه در آمریکا با اشاره به گسترش مذهب در بین کشورهای مختلف جهان می‌نویسد: «تحقیقات در آمریکای شمالی نشان داد که بیش از ۹۰ درصد از مردم جهان خود را صاحب یک دین معرفی می‌کنند». در طول تاریخ انسان‌ها به ناامنی‌های جدی واکنش ایدئولوژیکی نشان داده‌اند،

همچنان که ناامنی‌های حاصل از انقلاب صنعتی در قرن نوزدهم به پدید آمدن ایدئولوژی‌های ناسیونالیسم و سوسیالیسم و ناامنی‌های حاصل از جنگ جهانی اول در قرن بیستم به ایجاد ایدئولوژی‌های کمونونیسم شوروی و ناسیونالیسم آلمان منجر گردید. در دوران مدرن نیز جنبش روشنگری و عرفی سازی، موجب پیدایش جهان بینی‌های سکولار شدند که ایدئولوژی‌های آن، راهی منطقی و طبیعی برای تفسیر و تبیین آنچه در دنیای پیرامون افراد اتفاق می‌افتد، به نظر می‌رسید. اما در قرن بیستم در اکثر نقاط جهان، واکنش‌ها به ناامنی‌های جدی و اساسی، ایدئولوژیکی نبود، بلکه بیشتر الهی و دینی بود؛ درست مانند زمانی که در اروپای تازه مدرن شده، انقلاب تجاری و توسعه اروپایی در دنیای جدید ناامنی‌هایی به وجود آمد که به وسیله جنبش اصلاح گران دینی که پروتستان در مقابل کاتولیک ایجاد شد. در حقیقت منشاء چنین ادیان جهانی را می‌توان واکنش و عکس‌العملی نسبت به ناامنی‌های جدی که آشوب‌های افراطی را ایجاد کرده بود، دانست. پس معنویت در یک پیوستار دو قطبی وجود دارد یک طرف قطب به ادیان الهی و بینش ماورایی مرتبط است و قطب دیگر آن مربوط به ایدئولوژی‌های مدرنیسم و پست مدرنیسم است. به طور کلی سه چشم انداز در معنویت و تعالی انسان‌ها وجود دارد که مدرنیسم، پست مدرنیسم و معنویت حنیف را شامل می‌شود (شیبانی، ۱۳۸۹):

نخست، چشم انداز معنویت مدرنیسم است. از آغاز عصر روشنگری، مدرنیست‌ها بر این بوده‌اند که همه ادیان مختلف با یک فلسفه سکولار و عقلانی به پایان خواهد رسید. در ساده‌ترین نوع نگاه مدرنیستی، جنبش روشنگری و عرفی سازی به تدریج از نخبگان تحصیل کرده به سمت مردم و از مرکز جامعه به حاشیه و پیرامون آن گسترش یافت. آنان بر این باور بودند که هر اقلیت مذهبی وقتی دوام می‌آورد که از

مردم حاشیه ای تشکیل شده باشد. آن‌ها مردمی را که به لحاظ جغرافیایی، اقتصادی و قومی و قبیله ای به حاشیه رانده شده‌اند، اقلیت‌های مذهبی نامیدند. در حال حاضر، دیدگاه عمومی مدرنیسم، بازار آزاد و لیبرال دموکراسی را به عنوان نقطه اوج و نتیجه نهایی ارزش‌های عصر روشنگری می‌شناسد. مدرنیزاسیون در کشورهای اسلامی هم با نیروی نظامی و با قدرت حکومتی صورت می‌گرفت، مانند حرکت آتاتورک در ترکیه، رضاشاه و محمدرضا شاه در ایران، که اقدامات آنان در راستای مدرنیزاسیون و تحمیل مدرنیته بود. بنابراین سکولاریزاسیون و سکولاریزم یعنی «دنیوی شدن» و این که همه چیز را باید از دنیای مادی گریست. این تفکر، یک جریان رو به پیش در تفکر غرب، در دوران مدرن بود. در فلسفه سکولار نه تنها درباره مفاهیم «خدا» و «تعالی انسان» بحث نمی‌شود، بلکه به علم و عقل از دیدگاه دنیوی نگریسته می‌شود و سعادت انسان از دین و آخرت منفک می‌گردد.

دوم، چشم انداز معنویت پست مدرنیسم است. دیدگاه پسا روشنفکری و پست مدرنیستی، با دیدگاه روشنگری و مدرنیستی، به نوعی طرد و نفی دین‌های سنتی و پیشا مدرن هم است. اما دیدگاه پست مدرنیسم، هم چنین ارزش‌های روشنگری و مدرنیستی نظیر عقل گرایی و تجربه گرایی را همراه با ساختارهای مدرنیستی و روشنگری نظیر کاپیتالیزم، بوروکراسی و حتی لیبرالیزم را رد می‌کند. ارزش اصلی و اساسی پست مدرنیزم، فردگرایی پر شور و حرارت است. دیدگاه پست مدرنیستی می‌تواند شامل «تجربه های معنوی، مذهبی و فرا طبیعی» شود. البته فقط تجربه‌هایی که قید و بندهای دینی ندارند. جنبش عصر مدرن را می‌توان به مثابه احساس معنوی پست مدرنیستی ایده آل به حساب آورد. پست مدرنیست‌ها به انواع خاصی از دین‌های شرقی ساختگی و آمریکایی شده، توجه دارند. به خصوص بودیسم و هندوئیسم،

آن‌ها هم چنین از نوع آمریکایی پرستش طبیعت - که نوعی الحاد نوین است - الهام می‌گیرند. از این دیدگاه پیشامدرن، بسیاری از ایدئولوژی‌های بزرگ مدرن و سکولار، در دهه های (۱۹۷۰-۱۹۸۰) با شکست مواجه شده‌اند. این امر در مورد کمونیزم شوروی، ناسیونالیسم و سوسیالیسم عرب و پروژه ناسیونالیسم و مدرنیزاسیون شاه ایران صادق است. همه این‌ها ایدئولوژی‌های دولتی بودند. با وجود این، هنگام شکست ایدئولوژی مدرنیسم و پست مدرنیسم آشکار می‌شود که معنویت حنیف در صحنه اجتماعی برنامه ریزی شده و در سطوح مختلف جامعه، روشنفکران، متخصصان و مدیران تأثیرگذار بر معنویت حنیف با توانایی و آگاهی به راهبری جامعه پردازند. در زمان ما به نظر می‌رسد امپراتوری آمریکا در حال گستراندن پروتستان تغییر شکل یافته در سراسر جهان مدرن است. اما پروتستان تغییر شکل یافته شروع به تضعیف امپراتوری آمریکا کرده و آن را زیر سؤال برده است.

سوم، چشم انداز معنویت حنیف در تعالی انسان‌ها است. از اصیل‌ترین نیازهای فطری که قرآن برای انسان در نظر می‌گیرد، گرایش انسان به خداست. اعتقاد به خدا در نهاد همه افراد وجود دارد، فطرت عبارت است از «نحوه وجود آدمی» که طبعاً معادل با وجود ملکوتی اوست: اما عقل. بخشی از وجود یا قوه ای از قوای نفس قلمداد می‌گردد پس خرد و خردمندی از شئون فطرت آدمی است و نیز درک برخی مدرکات مانند زیبایی، کار عقل نیست، بلکه چنین ادراکی، تنها از فطرت آدمی ساخته است کما این که فطرت لزوماً نیازمند برهان ورزی نمی‌باشد. لذا اثبات فطرت حنیف فی نفسه محتاج اقامه برهان نیست. فطرت علاوه بر کارکرد معرفتی هم چون عقل دارای کارکرد احساسی، گرایشی و منشی است. آیات قرآن مبتنی بر فطرت حنیف بیانگر این است که دیانت و دین‌داری ما از حب و شوق به دین‌گرایی و دین

پذیری سرچشمه می‌گیرد و اذعان می‌دارد که اگر دین بر بشر تحمیل می‌شد، هرگز در بشر اشتیاق نفسانی و جذبه‌ی روحانی حاصل نمی‌گشت. اگر انسان کشش به سمت دین دارد از آن جهت است که احکام دین به خواسته‌های درونی او باطنی پاسخ می‌دهد. بنابراین، فطرت، از یک منظر، بحث فلسفی و با سه موضوع مهم خدا، جهان، انسان ارتباط دارد و از نظر دیگر، بحث فطرت و عشق از موضوعات و مسائل عرفانی شمرده می‌شود. مهم‌ترین موضوع در عرفان توحید و موحد است و فطرت و عشق از انسان جدایی ناپذیر بلکه با خلقت انسان عجین است. منظور از تعالی نهایی انسان این است که انسان به مقامی برسد که فقر خویش و وابستگی خود را به خدا درک کند، این درک حصولی نیست چرا که درک حصولی را به کمک براهین فلسفی می‌توان به دست آورد، بلکه مراد درک حضوری و شهود عرفانی است یعنی انسان به آن مقامی دست یابد که به جز خدا به چیز دیگری توجه نداشته باشد و وجود او عین خلوص شده و هیچ عملی از او جز برای رضای خدا سر نزنند. انسان موجودی است که رشد او حد و مرزی ندارد، بلکه تا هر جا که بخواهد و تا هر اندازه که کمر همت بر بندد می‌تواند رشد و تکامل پیدا کند. شریعت سازگار با زمان به مانند «تحول تقریبی تعالی انسان» مطرح می‌گردد. که قرآن و سیره نبوی بعد ثابت آن را تشکیل می‌دهد و بعد متغیر آن تعیین احکام عملی دین بر اساس شرایط زمانی و مکانی. دور اندیشی رهبری اسلامی در طیف پویا «تعالی جویی اجتماعی» تحقق می‌یابد. «تحول تقریبی تعالی انسان» دارای سطوح حداقلی و حداکثری است. سطح حداقلی به دامنه‌ای از تکالیف دینی گفته می‌شود که فرد به تنهایی قادر به انجام تکالیف دینی است و سطوح حداکثری به سطحی از تکالیف دینی اطلاق می‌شود که در پرتو دوراندیشی ولایت فقیه تعیین احکام عملی دین متناسب با زمان و مشارکت امت اسلامی با رهبری اسلامی

تحقق می‌یابد. بنابراین تعالی جویی حداکثری به تنهایی امکان پذیر نیست بلکه عوامل کمک رسانی مختلف را می‌طلبد که شامل دوراندیشی رهبری اسلامی، همگرایی نخبگان علمی، اجتماعی، دینی، مشارکت همه جانبه امت اسلامی با رهبری اسلامی است. کمال انسانی در صورتی متعالی و دارای ارزش است که از روی اختیار باشد، به همین دلیل، خداوند انسان را مجبور و محصور در نیاز کمال گرایی قرار نداده است. در نگرش اسلامی، انسان در مقابل گزینه‌های متفاوتی قرار می‌گیرد که می‌تواند هر یک را برگزیند. هیچ نیاز، گرایش و انگیزی انسان را مجبور نمی‌کند و انسان پیوسته دارای اراده و اختیار، راه انحطاط و زوال را در پیش گیرند بنابراین، در این گونه افراد نیز فطرت وجود دارد، ولی به دلیل اراده فرد، تأثیر خویش را از دست داده است (شیبانی، ۱۳۸۹).

در طی سال‌های اخیر، فرسایشی در مورد اجزاء مذهبی و خداپرستانه معنویت، به بهای رویکرد بیشتر به سوی تعداد^۱ دیده می‌شود. تغییر شکل مفهوم معنویت، منعکس کننده دیدگاهی بیشتر غیردینی^۲ است که در جستجوی شمول عام و ارتباط با هر کس، قطع نظر از عقیده رایج مذهبی می‌باشد. عموماً ذکر می‌شود که معنویت، کیفیتی فراتر از وابستگی مذهبی است و برای الهام^۳، احترام، خشیت، معنا و هدف تلاش می‌کند. در این حالت، معنویت حتی در کسانی که به هیچ خدایی اعتقاد ندارند، می‌تواند وجود داشته باشد. معنویت لزوماً نباید شامل یک جزء مذهبی باشد؛ اگر چه مذهب ممکن است شیوه ای باشد که

1 Pluralistic

2 Secularized

3 Inspiration

توسط آن افراد، معنا^۱ را در مورد زندگی‌شان، درک کنند یا اغلب تظاهر معنویت از طریق اعمال مذهبی و فرهنگی باشد (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷).

1 Meaning

۱-۴- جنبه های سلبی مفهوم معنویت

اصلی ترین وجه سلبی مفهوم معنویت را می توان در تقابل با مفهوم دین یافت. جدایی معنویت از سنت دینی تحول نوینی است. در زبان انگلیسی کلمه دین [religion] از ریشه لاتین religio می آید که به گفته برخی محققان، نخست برای اشاره به نوعی قدرت فرابشری به کار می رفت که از آدمی می خواهد تا برای اجتناب از نتیجه ای شوم به شیوه ای خاص رفتار کند. دیگر محققان نتیجه گرفته اند که religio به احساسی اشاره دارد که در کسانی موجود است که چنین قدرتی را درک و مشاهده می کنند. این اصطلاح بر کردارهای آیینی هم که در حرم خدایی معین صورت می گرفت اطلاق می شد. به هر حال religio دلالت داشت که بر «آنچه آدمی انجام می دهد، یا آنچه عمیقاً احساس می کند، یا آنچه بر اراده او تأثیر می گذارد، او را به اطاعت می خواند یا به عذاب تهدید می کند یا وعده پاداش می دهد یا به اجتماع خود پایبند می کند (اسمیت، ۱۹۶۳: ۲۰-۲۲).

در طول قرن ها، معنای کلمه «دین» دستخوش تحولی شگرف شد. این کلمه از دلالت بر چیزی که آدمی خود ادراک و احساس می کند، یا انجام می دهد به جایی رسید که برای طیفی از معانی گوناگون به کار رفت. «دین» به ترتیب این معانی را به خود گرفت: اعمال آیینی غریبی که دیگران انجام می دهند، میل و گرایش همگانی و جهانی با نوعی پارسایی درونی، نظامی انتزاعی از عقاید، همه نظام های عقیدتی در کلیت شان، نوع خاصی از هیجان و احساس، و گوهری تغییر ناپذیر در ورای صورت هایی که قابل رویت و متغیرند (وولف، ۱۳۹۰).

هنگام پرداختن به مفهوم معنویت، مفهوم مذهب نیز به میان می آید. گفته می شود کلمه مذهب^۱ از ریشه لاتین^۲ به معنای به هم پیوستن است. یک مذهب، تجربیات معنوی جمعی یک گروه از مردم را در داخل سیستمی از باورها و کردارها سازماندهی می کند. مذهبی بودن به درجه شرکت در یا میزان پذیرش باورها و کردارهای یک مذهب سازمان یافته، اطلاق می شود. معنویت و مذهب که گاهی افراد آن ها را با عنوان سلامت معنوی و اعمال مذهبی تعبیر می کنند (بالبونی و دیگران، ۲۰۰۷) با هم همپوشانی دارند، به این ترتیب که هر دو چارچوب هایی را ارائه می دهند که از طریق آن ها، انسان می تواند معنی، هدف و ارزش های متعالی زندگی خود را درک کند (ریپتراپ و دیگران، ۲۰۰۶). معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می آورد (مولر و دیگران، ۲۰۰۱). مذهب به تشویق و مناسک روزمره مثل نماز و روزه تمایل دارد، اما معنویت سطوح جدید معنی و رای تمام عملکردها را جستجو می کند. اکثر افراد معنوی مذهبی هستند، ولی عکس آن صادق نیست (هاکز و دیگران، ۱۹۹۵). بسیاری از مردم به معنویت از طریق مذهب دست می یابند. با توجه به متفاوت بودن افراد، آن چه ممکن است برای فردی احساس راحتی و آرامش ایجاد کند، ممکن است برای دیگری کارایی نداشته باشد.

1 Religion

2 Religare

فصل دوم - مفهوم سلامت معنوی

۲-۱ - خاستگاه تاریخی

مفهوم سلامت معنوی نخستین بار در سال ۱۹۷۱ توسط موبرگ تحت عنوان بهزیستی معنوی مطرح گردید. در طول دهه های بعد، سلامتی بر اساس ابعاد خاصی (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی) تحلیل شده است. پیشنهاد گنجاندن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت، از سوی راسل و عثمان، یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فرا روی صاحب نظران درگیر در امر سلامت قرار داد. حدود یک ربع قرن پیش، سازمان بهداشت جهانی با این بحث مواجه شد که آیا بعد معنوی باید در تعریف سلامت، علاوه بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی گنجانده شود یا خیر؟. چند سال پس از آن، بعد معنوی در یک مجله مهم که به ارتقاء سلامت، اختصاص داشت گنجانده شد. یک دهه پیش، کلیه دولت های اروپایی، بیانیه کپنهاگ را در مورد رشد اجتماعی امضا کردند که آن ها را متعهد می کرد که به نیازهای معنوی مردمشان (افراد، خانواده ها و جوامع) پردازند و سیاست هایشان را به سمت «بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی» سوق دهند. اخیراً نیز، بر بعد معنوی سلامت در منشور بانکوک، در مورد ارتقاء سلامت، تأکید شده است (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷).

۲-۲- مبانی عرفانی

یکی از ساحاتی که به طور جدی در عرصه اندیشه بشری نسبت تام و تمامی با سلامت معنوی دارد عرفان است. عرفا در تجربیات شخصی خویش و در مواجهید و کشف و شهودشان به ذکر پاره ای از این موارد پرداخته اند. آنچه که سبب می شود ما در این باره توجه حداکثری نماییم طی طریقی است که عرفا برای رسیدن به مقصود که همان فانی فی الله و تقرب الی الله است ارائه کرده اند و کتبى که در عرفان عملی تحریر شده است می تواند راهنمای مناسبی در جهت حداکثر سازی سلامت معنوی باشد.

اساس بحث عرفان «پرورش انسان کامل» است و توجه به انسان کامل - انسانی که معیاری برای دیگر افراد انسانی باشد - سابقه‌ای بس دیرینه دارد. عرفا اصولاً با توجه به مبانی خویش در پی درانداختن طرحی جدید در عرصه بشری هستند و تغییر کنونی جهان را نیز انکار نمی کنند. بی مناسبت نیست که می گویند: عالمی از نو بیاید ساخت و زنو آدمی. راه رسیدن به انسان کامل نیز از طریق پرورش معنوی و سیر و سلوک عرفانی است. با توجه به این که خداوند رسول اکرم را به عنوان الگوی بشریت قرار داده است به مصداق آیه شریفه و لکم اسوه الحسنه، در سیر تاریخ، آدمی همیشه به دنبال انسان کامل بوده است و شاید در همین جستجو بوده که گاه موجودات ماوراء الطبیعی و رب النوع ها و گاه قهرمانان افسانه‌ای و اساطیری و زمانی هم شخصیت های برجسته تاریخ را به عنوان انسان کامل مطرح کرده است. شاید بتوان گفت ریشه گرایش به انسان کامل، میل به کمال در درون آدمی است و همچنین دوری از نقص و ضعف و حقارت است.

انسان کامل از اصطلاحات کلیدی عرفان نظری است. اندیشه‌ها و نظرهای گوناگونی درباره مفهوم انسان کامل ارائه شده چنان گسترده است که به دست دادن تعریفی جامع و فراگیر را سخت دشوار ساخته است. با این همه، با توجه به مجموع آراء و افکاری که اهل عرفان در مورد آن عرضه کرده‌اند می‌توان گفت انسان کامل، انسانی است دارای این ویژگی‌ها:

۱. علت غایی خلقت است؛ ۲. سبب ایجاد و بقای عالم است؛ ۳. متخلّق به اخلاق الهی است؛ ۴. اسم جامع الهی (الله) در او تحقق یافته است؛ ۵. واسطه میان حق و خلق است؛ ۶. خلیفه بلامنازع حق است؛ ۷. راهنمای خلائق است هم از حیث ظاهر (شریعت) و هم از نظر باطن (طریقت)؛ ۸. هر چند مخلوق خداست اما نظر به آنکه واجد صفات و اخلاق الهی است و دوگانگی (اثنیّت) از او برخاسته است با هویت متعالی الهی وحدت ذاتی پیدا کرده است. می‌توان این صفات را به عنوان اهمّ ویژگی‌های انسان کامل که بیشترین اتفاق نظر در مورد آنها وجود دارد برشمرد.

نظریه انسان کامل در صدر اسلام با عنایت به شخصیت آرمانی رسول اکرم (ص) مورد توجه بوده و پس از آنکه با نظریه امامت و مهدویت شیعه مربوط شده، سرنوشتی جدید یافته و سرانجام به دست ابن عربی مکتوب و مضبوط گشته است و اصولاً هر فص از «فصوص الحکم» او مشتمل بر بحث در مورد یکی از انبیا یا انسان‌های کامل است، و نیز در سایر آثار خود خصوصاً «فتوحات مکیّه» اصطلاح «انسان کامل» را به کار می‌برد انسان کامل کسی است که به نظر عرفا به عالی‌ترین مقامات معنوی رسیده، جامع جمیع عوالم الهیه و کونیه گردیده است، به این مقام می‌رسد. عزیزالدین نسفی نیز چنین تعبیر می‌کند: «انسان کامل آن باشد که در شریعت و طریقت و حقیقت تمام باشد ... انسان کامل آن است که او را چهار

چیز به کمال باشد: اقوال نیک، افعال نیک، اخلاق نیک و معارف. در اشاره به پیشینه این بحث در قلمرو عرفان اسلامی، از بایزید بسطامی و پس از او از منصور حلاج نام برده می‌شود. بایزید بسطامی، اصطلاح «الکامل التام را در باره انسانی به کار برد که به مقام والای معنوی رسیده است و پس از او حلاج با استناد به حدیث نبوی «ان الله خلق آدم علی صورته» انسان را علاوه بر جنبه ناسوتی و حسی، دارای جنبه لاهوتی دانست که ساری در دیگر اشیاست بدین ترتیب انسان را در میان سایر اجزای عالم. به شرف داشتن صورت الاهی مخصوص گردانید. البته حلاج با آنکه از انسانی سخن گفت که جمیع مراتب کمال را پیموده و مظهر کمال صفات الاهی شده است و حتی به مقام و مرتبه اناالحق نایل شده، با این حال به هیچ روی وحدت لاهوت و ناسوت را نپذیرفت؛ بلکه به ثنویت و عدم وحدت آنها قائل بود. ابن عربی در نخستین فصل از کتاب نفیشتش، فصوص الحکم، در فص آدمی، از اصطلاح «انسان کامل» و اینکه او جامع حقایق کلی و جزئی عالم و تنها شایسته، خلافت الاهی است یاد کرد. پس از ابن عربی، ظاهراً عزیزالدین نسفی، نخستین نویسنده در جهان اسلام است که نام الانسان الکامل را بر مجموعه رساله‌های بیست و دوگانه‌اش که به زبان فارسی نگاشته بود، نهاد. پس از نسفی، عبدالکریم جیلی، عنوان الانسان الکامل را برای کتاب ارزنده‌اش که به زبان عربی در عرفان اسلامی نگاشته، برگزید.

یکی از موضوعات مرتبط با عرفان، بحث سعادت است. سعادت حقیقی انسان، از دیدگاه عرفا، در عبودیت اوست و عبد کامل کسی است که مراتب و منازل را یکی پس از دیگری پیموده، به مرتبه فنا و بقا رسیده باشد. از صفات بشری فانی به صفات حقانی آراسته شده باشد. نهایت این راه محبت حق، معرفت حق و عبادت حق است. نهایت آن گذشتن از مرتبه تعلق به مرتبه تخلق و رسیدن به مقام تحقق

است. عبور از مقام علم الیقین به عین الیقین و وصول به حق الیقین است. رسیدن به مقام محبت و فنای در محبوب است. رسیدن بنده است به آن مقامی که در حدیث قرب نوافل آمده است که بنده بر اثر اتیان به نوافل، به آن مقامی می‌رسد که حق سمع و بصر او می‌شود، بحق می‌گوید و بحق می‌شوند و بحق می‌بیند و همه وجود او وجود حقانی می‌شود. چنین بنده‌ای عبد کامل و ولی کامل است. او وارث علم پیامبران است و صاحب علم قرآن و فرقان است. مظهر رحمت الهی است و به قول ابن عربی، چنین کسی انسان کامل یا «انسان العین وجود» یعنی مردمک چشم وجود است و خداوند عالم را از دیده او می‌نگرد و بر عالمیان رحمت می‌آورد.

از آنجا که از دید عرفا، جمعیت خاطر، بیداری وجدان، بردباری و صبر در وصول به مقصد حق، وفای به عهد و ثبات قدم، یافتن ایمان کامل و واقع بینی مهمترین ویژگی های انسان کامل اند. تزکیه نفس، تفکر در خلوت، جهد در اکتشاف حقیقت، تمرکز قوای درونی و بیرونی، ثبات در سیر و یافتن آرامش نیز بعنوان شش ویژگی مکمل انسان اند. از این رو شاید بتوان گفت که از دیدگاه عرفانی مفهوم سلامت معنوی در نظریه انسان کامل مستتر است. نظریه انسان کامل نخستین بار توسط ابن عربی مطرح شد (جهانگیری، ۱۳۷۵: ۴۴۱). از طرفی، نظریه پردازان غربی، نظیر ویلیام جیمز (۲۰۰۲) با یک تقسیم بندی شبیه به آنچه در عرفان اسلامی آمده، با نوعی تبیین خودگرایانه به ویژگی هایی نظیر زهد، قوت قلب، خلوص و مهرورزی اشاره می کند لیکن تحلیلی سودگرایانه دارد (جیمز، ۲۰۰۲: ۲۱۲-۲۱۴) که ذیلاً بدان اشاره می شود:

الف) زهد^۱

تسلیم ممکن است چنان شدید باشد که به فدا کردن خود بیانجامد تا جایی که قدیس اصلاً لذت خود را در قربانی کردن [زیر پا گذاشتن] شهوات و زهد می‌داند و می‌خواهد میزان وفاداری و اخلاص خود را به قادر متعال نشان دهد.

ب) قوت قلب^۲

احساس گسترش زندگی ممکن است چنان شوق‌انگیز باشد که انگیزه‌ها و بازداریهای شخصی بسیار ناچیز و بی‌اهمیت شوند و دامنه‌های تازه‌ای از تحمل و بردباری بر روی انسان گشوده گردد. ترس‌ها و اضطراب‌ها برود و آرامش و خوشبختی جایگزین آنها گردد. خیر و شر امور، دیگر برایش اهمیتی نداشته باشد.

ج) خلوص^۳

انتقال کانون عواطف به دین و موضوعات دینی، در مرحله اول، خلوص را می‌افزاید. حساسیت نسبت به ناهمخوانی‌های معنوی افزایش می‌یابد و پالایش درون از وجود عناصر درنده‌خویی و شهوانی ضروری می‌گردد. زندگی قدیسانه باید انسجام معنوی‌اش را تعمیق بخشد و از رذایل اخلاقی در این دنیا پرهیز کند. در برخی طبایع، این نیاز خلوص در وظایف معنوی یک گرایش مرتاضانه است و تضعیف قوای حیوانی با خشونت بی‌رحمانه اعمال می‌گردد.

د) مهرورزی^۱

1 Asceticism
2 Strength of soul
3 Purity

انتقال کانون عواطف در مرحله دوم موجب افزایش مهرورزی، شفقت، نرمی و لطافت

نسبت به هموعان است. از انگیزه‌های متعارف برای تنفر که معمولاً مرزهای عطوفت به انسان‌ها را بسیار محدود می‌کند، ممانعت می‌شود. قدیس دشمنان خود را دوست می‌دارد و با گدایان مشمئزکننده نیز چون برادر رفتار می‌کند (جیمز، ۲۰۰۲، ص ۲۱۲-۲۱۴).

حال باید توجه کنیم که انسان کامل در لحظه شداید و بیماری‌ها نسبتش با معبودش چگونه است. در این جا که از بیانات آیه الله جوادی آملی گرفته شده به بررسی این مساله خواهیم پرداخت. «رَبِّمَا كَانَ الدَّوَاءُ دَاءً وَ الدَّاءُ دَوَاءً» این چنین نیست که همیشه طبیب بتواند تشخیص بدهد؛ گاهی دارویی که طبیب می‌دهد در اثر تشخیص بد او، درد را اضافه می‌کند؛ گاهی همان درد باعث می‌شود که بسیاری از مشکلات دیگر برطرف شود. بعضی از بزرگان فقهی ما نظیر مهذب الباری، در کتاب‌های فقهی خود رساله‌هایی می‌نوشتند که تلفیقی بود از دارو و درمان. این رساله‌ها آن خطوط کلی داروهای گیاهی را ذکر می‌کردند اما دعا را هم در کنار دارو ذکر می‌کردند. این طور نیست که بگوییم فقط طبیب اثر دارد؛ بله طبیب یقیناً جزو علل و عوامل این نظام است. باید به طبیب مراجعه کرد، اما چه چیزی جلوی اشتباه او را می‌گیرد؟ چه چیزی جلوی اشتباه آن داروفروش را می‌گیرد؟ دعا در همه این مراحل اثر خاص خود را دارد (سایت حضرت آیت الله جوادی آملی).

انسان معنوی علاوه بر اینکه همواره برای کاهش رنج و درد تلاش می‌کند، به دنبال چیز دیگری نیز هست که ناچار در حوزه روانشناختی قرار می‌گیرد. انسان معنوی همواره به دنبال رضایت باطن است. اگر

انسان موفق به خودکاوای شود، یا به مطالعات و تحقیقات روانشناسان اعتماد ورزد، به این نتیجه خواهد رسید که در زندگی، در تمامی فراز و نشیب ها و در همه حرکات و سکنات و سکوت و سخن گفتن خود و در همه آنچه می پذیرد یا نمی پذیرد، در پی به دست آوردن رضایت باطنی است. بزرگ ترین هدف همه انسانها در زندگی این است که به رضایت باطن برسند. این رضایت باطن، سه مؤلفه اصلی دارد: آرامش، شادی و امید. این سه مؤلفه، در مجموع سازنده چیزی است که در روان شناسی تجربی و روان شناسی عرفانی، آن را رضایت باطن می نامند (ملکیان، ۱۳۸۱: ۳۰۷).

غزالی می گوید: هر عضوی از بدن برای انجام کاری که فقط همان عضو می تواند انجام دهد آفریده شده است و زمانی آن عضو مریض خواهد بود که نتواند آن کار را انجام دهد. حال یا اینکه اصلاً نمی تواند انجام دهد و عضو از کار می افتد و یا اینکه خوب انجام نمی دهد. مثلاً چشم وقتی مریض می شود که دیگر قادر نیست خوب ببیند و دست زمانی مریض است که قادر نیست تحرک لازم و مناسب را برای انجام کار داشته باشد و قلب هم زمانی مریض است که نتواند رسالت و مأموریت خود را که برای او خلق شده است به انجام رساند. آن مأموریت که قلب برای آن آفریده شده است اموری است مانند، علم، حکمت، معرفت، دوستی خداوند، بندگی خداوند، لذت بردن از مناجات و گفتگو با او، گذشت از شهوات به خاطر او و ... لذا هرگاه قلب و دل آدمی نتواند امور پیش گفته را به خوبی انجام دهد این قلب مریض است. وی مهمترین تفاوت بین انسان و سایر حیوانات را حکمت و معرفت می داند و بر این عقیده است که قلب انسان جایگاه و خاستگاه اصلی حکمت و معرفت است و با همین ویژگی از سایر حیوانات ممتاز می گردد (غزالی، ۱۳۵۱: ۱۱۴). «و ما خلقت الجن و الانس الا یعبدون» (آیه سوره).

ابن عربی می‌گوید: خداوند صحت و تندرستی را در متعادل بودن طبایع قرار داده به گونه ای که هر طبیعتی در درون انسان در جایگاه خود عمل کند و یکی از طبایع بر طبیعت دیگر فزونی و یا کاستی نداشته باشد و مرض زمانی اتفاق می‌افتد که تعادل در طبایع انسانی دستخوش دگرگونی گردد. بنابراین عامل بقا و صحت تعادل در طبایع می‌باشد (ابن عربی، ۱۳۸۸: ۳).

شهید مطهری در توصیف انسان سالم می‌گوید: ما قبل از آنکه درباره انسان کامل بحث کنیم باید درباره انسان سالم بحث کنیم. تزکیه نفس به معنی تطهیر و تصفیه نفس، مربوط است به انسان سالم. اینجاست که مسأله مهمی پیش می‌آید و آن اینکه آیا اولاً انسان علاوه بر سلامت بدن که شامل سلامت سلسله اعصاب هم هست، نوعی دیگر سلامت و بیماری واقعی دارد؟ علیهذا ممکن است انسانی از نظر بدن و ساختمان مغز و اعصاب و قلب و کبد و غیره کاملاً سالم باشد ولی از نظر دیگر که مربوط به روح و روان است ناسالم و معیوب و آفت خورده باشد و یا بالعکس از لحاظ تن بیمار و از لحاظ روح کاملاً سالم باشد. می‌دانیم که دعوی علمای اخلاق همین است، لهذا طب را تقسیم به طب الجسم و طب الروح می‌کنند و صحت و مرض را همین‌طور به این دو دسته تقسیم می‌کنند و دوا و معالجه را هم بکلی با آنچه در طب جسد هست مغایر می‌دانند. در قرآن کریم همان‌طور که از تزکیه نفس سخن رفته که اشعار دارد به نوعی آلودگیهای روحی و غیرجسمی که باید آنها را پاک کرد، از طب و علاج و صحت و مرضی دیگر غیر از جسمی سخن به میان آمده است: وَنَزَّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ (اسراء: ۸۲)؛ قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءٌ وَالَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ فِي آذَانِهِمْ وَقْرٌ (فصلت: ۴۴)؛ فِي قُلُوبِهِمْ مَّرَضٌ فَزَادَهُمُ اللَّهُ مَرَضًا (بقره: ۱۰)؛ أَفَى قُلُوبِهِمْ مَّرَضٌ أَمْ ارْتَابُوا أَمْ يَخَافُونَ أَن يَحِيفَ اللَّهُ عَلَيْهِمْ. (نور: ۵۰)

در اینجا سه نظریه هست یا می‌تواند وجود داشته باشد:

الف. اساساً صحت و بیماری جز در ناحیه جسم وجود ندارد. این چیزهایی که بشر نام آنها را صحت یا بیماری روحی گذاشته است یک قراردادهای اجتماعی است که مصالح اجتماعی ایجاب کرده است چنین باشد. بعد بشر برای اینکه افراد بیشتر به این امور پایبند باشند نام آنچه از نظر اجتماعی مصلحت است مثل راستی، سلامت گذاشته و نام نقطه مخالفش یعنی دروغ را بیماری، و حال آنکه هیچ فرقی میان راستی و دروغ نیست جز اینکه یکی موافق مصلحت اجتماعی است و دیگری مخالف. همچنین است قنوع و حرص، عفاف و شره، حلم و غضب، عفو و انتقام و کینه جویی، و الاً هیچ فرقی از نظر سلامت و بیماری جسم یا روح میان راستی و دروغ و یا حلم و غضب نیست. و احیاناً در میان این امور بعضی‌ها بیماری و یا سلامت است که به جسم و سلسله اعصاب برمی‌گردد از قبیل جبن و ترس که ممکن است ریشه‌ای در ضعف سلسله اعصاب داشته باشد و با قرص و آمپول چه [بسا] ممکن است معالجه شود. بسیاری از بیماریهای مربوط به ادراکات یعنی توهمات و تجسمات و بعضی بیماریهای مربوط به خواسته‌ها از این قبیل است.

ب. نظر دوم این است که خیر، روان آدمی خود مستقلاً مکانیسم و جریان منظم و مستقلى از جسم دارد که اگر به‌طور طبیعی طی شود روح سالم است و اگر به‌طور غیرطبیعی طی شود از قبیل اینکه سرخوردگی پیدا کند، یک مسیر انحرافی پیدا می‌کند و تعادل روانی را بهم می‌زند. به هر حال مسائل روانی نیز مانند مسائل جسمی یک فرمول و حالت تعادل مستقل از بدن و سلسله اعصاب دارد که اگر به واسطه عوامل روحی بهم بخورد سلامت و منظم کارکردن روح و روان از بین می‌رود، جهان روان دچار بی‌نظمی و

اختلال می‌شود. پاره‌ای از مسائل که بشر به عنوان یک وظیفه اخلاقی و عقلی آنها را واجب و یا ناشایست می‌دانست مربوط است به سلامت روان و یا اختلال نظم روانی، مثلاً محبت به دیگران لازمه سلامت روان است و حسد و کینه و امثال اینها همه از نوعی اختلال در روان پیدا می‌شود و از طریق روانی هم باید معالجه شود و توصیه اخلاقی مفید نیست، یعنی امر و نهی که چنین باش و چنین نباش، در اینجا درست مانند امر و نهی درباره مسائل جسمی است که بی‌اثر است. به یک نفر تبادر گفتنِ تب نداشته باش بی‌معنی است، همچنین به آدم حسود گفتن اینکه حسود نباش بی‌معنی است.

ج. نظر سوم این است که انسان نوعی بیماری دارد غیر از ناحیه‌ای که روانشناسی می‌شناسد. آنچه روانشناسی می‌شناسد مربوط است به غرایز ساده انسان، خصوصاً غریزه جنسی و غریزه احترام ذات و مکانیسم آنها. ولی نوعی بیماری در انسان وجود دارد که آنها را بیماری انسانی باید نامید و مربوط است به انسان شناسی و مذهب و به حس پرستندگی که در انسان برخلاف حیوان هست.

همان گونه که ملاحظه گردید، واژه سلامت شامل ابعاد مختلف جسمی، روحی، روانی در فرد و اجتماع می‌شود و گوهر معنی سلامت عبارت می‌باشد از حالت و وضعیت طبیعی و فطری به گونه که فرد، اجتماع، حیوان، انسان و هر موجود دیگری که متصف به سلامت شود و به تعبیر دیگر تعلق به آن پیدا کند در مسیر و راه اصلی قرار می‌گیرد و کارهای که باید انجام دهد به خوبی انجام می‌دهد. به تعبیر ملا صالح مازندرانی؛ حالت یا ملکه‌ای است که کارها به واسطه آن حالت و یا ملکه به خوبی انجام می‌شود و در مسیر کمال قرار می‌گیرد و به تعبیر ابن سینا؛ صحت و سلامتی ملکه یا حالتی است که هر یک از

جوارح و اعضاء انسانی کار مربوط به خود را درست انجام دهد. مثلاً مزاج انسانی امر جذب و دفع را خوب انجام دهد.

این حالت و ملکه همان گونه که بیان شد شامل حداقل چهار بعدی که سازمان جهانی بهداشت نیز مطرح کرده است می شود. بنا بر این صحت به شرایط و چگونگی اطلاق می شود که بر اثر آن کارهایی که باید انجام شود به خوبی انجام می گردد. لذا در گیاهان وقتی گردش جذب آب و هوا و سایر مواد مورد نیاز به خوبی انجام می گردد و در مقابل آفات نیز مقابله می کند این گیاه را گیاه سالم می نامند. این حالت و چگونگی درباره حیوان هم چنین است لذا اگر حیوانی بتواند از مواهب طبیعی و مورد نیاز به خوبی استفاده کند گوارش و اعضای داخلی نسبت به جذب و دفع آنها به خوبی عمل کرد و جوارح آن کارهای خود را به خوبی انجام دهد و در نهایت قادر با شد منافع مورد انتظار را تأمین کند به این حیوان، حیوان سالم می گویند. همین حالت، شرایط و چگونگی اگر برای انسان هم حاصل شود به این صورت که انسان بتواند از مواهب طبیعی به خوبی بهره مند شود و گوارش و اعضای داخلی آن عملیات جذب و دفع را به خوبی انجام دهند و اعضا و جوارح آن به خوبی کار کنند به این انسان از نظر جسمی می توان انسان سالم گفت. تنها نقطه ای که باقی می ماند این است که انسان علاوه بر آنچه گیاهان و سایر حیوانات دارا می باشند از روح و قلبی هشیار و مسئولیت پذیر برخوردار است و واجد احساسات و عواطفی همراه با معرفت و شناخت است. به تعبیر دیگر علاوه بر غرایز و احساسات و شعور عادی که در همه گیاهان و حیوانات وجود دارد برخوردار از هوش، ذهن، روح و قلبی مسئولیت پذیر و همراه با حکمت، علم و اراده می باشد. لذا زمانی می توان سلامت را بر انسان اطلاق کرد و به او انسان سالم گفت که علاوه بر سلامتی مطرح شده

درباره گیاهان و سایر حیوانات، روح، قلب و ذهن او نیز اولاً: از موهبتها و منابع سالم بهره‌مند باشد و بتواند از سرچشمه‌های زلال وحی و فطرت بهره‌مند گردد، ثانیاً: قدرت تحلیل و تجزیه یافته‌ها را به خوبی داشته باشد، ثالثاً: بتواند آن یافته‌ها را در برخوردهای فردی و اجتماعی به خوبی به کار بندد، رابعاً: آثار اجتماعی و فردی آن در رفتار و کردار او ظاهر گردد، و خامساً: دیگران هم از آثار و برکات آن بهره‌مند گردند. شهید مطهری می‌گوید: یکی از رساترین تشبیهات، تشبیه حالات روحی به حالات بدنی است. همان‌طور که بدن زندگی دارد و مردن، سلامت دارد و بیماری، روح بشر نیز چنین است. به عبارت دیگر همچنانکه بدن آسیب پذیراست، نقص عضوی یا فلج عضوی پیدا می‌کند، روح چه در قسمت تمایلات و غرایز و چه در قسمت افکار و اندیشه‌ها چنین است.

۲-۳- سلامت معنوی در منابع دینی و اسلامی

قرآن کتابی است که از سوی خدا برای هدایت انسان‌ها فرستاده شده است؛ کتابی که مایه هدایت عالمیان، (آل عمران/۹۶) بیانگر همه چیز و مایه هدایت و رحمت و بشارت برای مسلمانان است (نحل/۸۹). از حضرت علی حکایت شده است: برای دردهایتان، از قرآن سلامت بخواهید و با قرآن بر سختی‌ها یاری جوئید (سید رضی، نهج‌البلاغه، خ/۱۷۶). قرآن به عنوان کتاب راهنما و دستورالعمل زندگی بشر راهکارهایی را برای تأمین بهداشت روانی ارائه داده است. آموزه‌های اسلام با تغییر و اصلاح شناخت و تفکر نسبت به جهان و تبدیل جهان بینی بشر به راهکارهای شناختی جهان بینی الهی، بر نگرش انسان به مسائل زندگی و رفتار، عواطف و احساسات شخص تأثیر گذاشته است که ایمان و توکل به خدا، رضا، مثبت اندیشی، امیدواری به زندگی، الگو قرار دادن پیامبر و اولیای الهی، اعتقاد به معاد از نتایج آن می‌باشد. اصلاح و هدایت تفکر به سمت جهان بینی الهی باعث اصلاح رفتار شخص می‌گردد که این رفتارها راهکارهای رفتاری صحیح در خانواده، روابط بین فردی، روابط اقتصادی می‌تواند بهداشت روانی افراد را تأمین نماید (صادقیان، ۱۳۸۰). آنچه در دو دهه آخر قرن بیستم برای روان‌شناسان و توده مردم محسوس بود کمبود یا نبود توجه مدل‌ها و مکتب‌ها در بعد معنوی انسان است (خلیلی، مجموعه مقالات اسلام و بهداشت روان، ۱۸۷/۲). از این جا لزوم توجه به آموزه‌های دینی به خصوص قرآن کریم برای تأمین بهداشت روانی مشخص می‌گردد. هدف ما این است که از روش‌ها و پیشرفت‌های حاصله و راه‌حل‌های ارائه شده توسط روان‌شناسان برای برطرف نمودن اختلال‌های روانی استفاده و اختلال‌های روانی را با راهکارها و آموزه‌های دینی برطرف می‌کنیم. مثلاً نظریه‌ای که مبتنی بر راه حل شناختی و

رفتاری است را از روان‌شناسی استفاده می‌کنیم، ولی در تغییر شناخت فرد و اصلاح رفتار به سراغ آموزه‌های اسلام می‌رویم و از این طریق راهکارهای جدیدی را که برگرفته از تعالیم اسلام است، ارائه می‌دهیم. در برخی آیات قرآن به دو مسئله رویکرد شناختی و رفتاری و تأثیر آن‌ها بر سلامت و بهداشت روان اشاره شده است که از جمله آن‌ها مسئله «ایمان به خدا» است. مَنْ آمَنَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ وَعَمِلَ صَالِحًا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ؛ کسانی (از آنان) که به خدا و روز باز پسین (مائده/۶۹) «ایمان آوردند، و (کار) شایسته انجام دادند، پس هیچ ترسی بر آنان نیست، و نه آنان اندوهگین می‌شوند. فرستادگان (خود) را، (و) ما نُرْسِلُ الْمُرْسَلِينَ إِلَّا مُبَشِّرِينَ وَ مُنْذِرِينَ فَمَنْ آمَنَ وَ أَصْلَحَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ؛ و (ما جز مژده آور و هشدار دهنده نمی‌فرستیم؛ و کسانی که ایمان آورند و اصلاح نمایند، پس هیچ ترسی بر آنان نیست و نه آنان (اندوهگین می‌شوند) (انعام/۴۸). در این آیات یکی از راهکارهای شناختی که باعث امنیت روانی انسان می‌شود ایمان به خدا معرفی شده است و از راهکار رفتاری به «عمل صالح» یا «اصلاح» تعبیر شده است (صادقیان، ۱۳۸۰).

بررسی و تحلیل آیات قرآن نشان می‌دهد عالم هستی دو ساحتی است: عالم شهادت (جهان طبیعت) و عالم غیب (جهان ماورای طبیعت). انسان نیز دو ساحتی است: جسم و روح (تن و روان)، حیات هم دوساحت دارد: حیات مادی (بیولوژیکی) و غیرمادی (معنوی). بنابراین انسان نه فقط انباشتی از سلول‌ها و بافت‌ها و نه حتی حیوان ناطق، که «حی متأله» است. فطرت او با توحید آمیخته است در نتیجه سلامت او نیز با توحید آمیختگی دارد. سلامت معنوی در قرآن، با مفهوم «قلب سلیم» گره خورده است. این مهم نشان می‌دهد که قرآن فراتر از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، سلامت معنوی را در کانون

توجه خود قرار داده است. با توجه به ماهیت انسان و معنای حیات در قرآن، سلامت معنوی، عبارت است از سلامت روح و جان آدمی، در عرصه معرفت و آگاهی (فعالیت درست عقل نظری و عقل عملی) با تکیه بر منابع صحیح شناخت (حس، عقل، شهود و وحی) و سلامت در عرصه رفتار، با هدف دستیابی به مقام قرب الهی و کسب سعادت دنیا و آخرت (زکوی و همکاران، ۱۳۹۰).

از آنجا که قرآن کامل ترین آموزه های وحیانی را رقم زده و نتیجه کشف تامه محمدیه (ص) است، سلامت معنوی مورد نظر آن، عالی ترین مراتب و نتایج را در خود دارد و این به معنای انکار وجود مراتبی از سلامت معنوی در سایر انسان ها نیست. سلامت معنوی مورد نظر قرآن، افق جدیدی را مقابل محققان، استادان و متولیان حوزه بهداشت و درمان می گشاید تا حوزه سلامت را به جسم، روان و اجتماع و حتی سلامت معنوی مبتنی بر اومانیسم منحصر ندانسته، مسئله را متعالی تر و فراتر ببیند.

۲-۴- تعاریف نظری

سلامت مصدر است به معنی سالم بودن. لذا به ادراک، رفتار و پدیده‌ای سالم می‌گویند که کار خود را متناسب با آنچه برای او ایجاد شده است به خوبی انجام دهد. واژه سلامت و یا سالم بودن به هر چیزی اطلاق می‌شود که آن چیز به خوبی در مدار صحیح قرار گرفته باشد و کار ویژه خود را به خوبی انجام دهد. لذا جسمی سالم است که مجموعه اعضاء و جوارح آن به خوبی کار کنند و تمامی اموری چون جذب و دفع را بدون مشکل انجام دهند و عقلی سالم است که در اندیشیدن مشکلی نداشته باشد و روحی سالم است که انسان را در اهداف متعالی انسانی به خوبی هدایت کند و انسانی سالم است که همه ابعاد جسمی، روحی و ذهنی آن در مسیر تعالی انسان و نشاط و رفاه او قرار گیرد و به تعبیر دیگر بتواند رفاه و نشاط او را تأمین کند. «ابن سینا» در دو کتاب شفاء و قانون، صحت را تعریف کرده است و در هر دو کتاب، صحت را ملکه یا حالتی می‌داند که هر یک از جوارح و اعضاء انسانی کار مربوط به خود را درست انجام دهد. مثلاً مزاج انسانی امر جذب و دفع را خوب انجام دهد (التهانوی، ۱۹۹۶: ۱۰۶۵).

این تعریف اختصاص به انسان تنها ندارد و شامل گیاه‌ها و دیگر حیوانات نیز می‌شود. در مقابل صحت، مرض قرار دارد و آن کیفیتی است که هر عضوی از اعضاء کار مربوطه را به خوبی نتواند انجام دهد (ابن سینا، ۱۳۸۹: ۶۷). محمد صالح مازندرانی در شرح اصول کافی می‌گوید: «صحت» حالت یا ملکه‌ای است که کارها به واسطه آن حالت و یا ملکه به خوبی انجام می‌شود و در مسیر کمال قرار می‌گیرد و در مقابل مرض عبارت است از سالم نبودن و یا اینکه عبارت است از حالت و ملکه‌ای که کارها در مسیر کمال و رشد خود قرار نمی‌گیرد (صالح مازندرانی، ۱۰۸۲ ه.ق: ۳۶۳).

در این نگاه سلامت صرفاً عدم بیماری نیست، شخص ممکن است از نظر آسیب شناسی هیچ گونه مشکل و عیبی نداشته باشد، ولی با وجود این سالم هم نباشد. مطمئناً هر گونه انحرافی که در حالت احساسی یا کنش فرد رخ دهد و خود وی آن را غیر طبیعی بداند، حاکی از آن خواهد بود که وی سالم نیست (دیماتئو، ۱۳۸۷: ۱۹۲). تمرکز صرف بر بیماری، موجب می‌شود که جنبه فهمی از فرایند ناخوشی منحصر به فرد بیمار و معنایی که آن ناخوشی در زندگی منحصر به فرد او دارد، فراموش گردد (دیماتئو، ۱۳۸۷: ۵۱۳). سلامتی و بیماری، فقط به شرایط فیزیولوژیک وابسته نیستند، بلکه بر افکار، هیجانات و انگیزه‌های فرد نیز وابسته‌اند (دیماتئو، ۱۳۸۷: ۱۵). معمولاً کسی را که بیماری جسمی نداشته باشد، سالم می‌نامند. در حالی که تعریف سلامت وسیع‌تر از این است. سازمان جهانی بهداشت در تعریف سلامت می‌گوید: سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی نه فقط نبودن بیماری و نقص عضو. به این ترتیب کسی را که بیماری جسمی نداشته باشد، نمی‌توان فرد سالمی دانست، بلکه شخص سالم کسی است که از سلامت روح نیز برخوردار بوده از نظر اجتماعی در آسایش باشد. زیرا پژوهش‌های علمی نشان داده که ممکن است ریشه و علت بسیاری از ناتوانی‌های جسمی، نابسامانی‌های فکری و عاطفی باشد مثلاً امروزه معتقدند که دلهره‌ها و ناراحتی‌های فکری می‌تواند عامل مهمی در ایجاد زخم‌های معده باشد و چون دلهره و بسیاری از احساسات عاطفی انسان در اثر زندگی با مردم و به علت فرهنگ جامعه به وجود می‌آید سلامت جسم تا حدی زیادی با سلامت فکر و شرایط فرهنگی و اجتماعی که فرد در آن زندگی می‌کند مربوط می‌شود. بهداشت عمومی را تشکیل می‌دهد و شامل همه دانشها و روش‌هایی است که می‌تواند به حفظ سلامت فرد و جامعه کمک کند (نیل فروشان، ۱۳۶۳: ۲۴-۲۴). در

فرهنگ اصطلاحات آمده است که سلامت عبارت است از آمادگی و رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی که افراد از آن لذت ببرند. سلامت تنها نبود بیماری نیست بلکه چند بعدی بوده و در یک گستره فرهنگی وسیع تعریف می شود. سلامت ممکن است به عنوان کیفیت عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی افراد در موقعیت های مختلف فردی و اجتماعی، تعریف شود. سلامت، توانایی بقا یا سازگاری شخص با نقض های موجود در اجزای ساختاری، اجتماعی و فردی نظام سلامت فردی و نیز محیطی که فرد در آن زندگی می کند، می باشد (شمس و کریمی شاهنجرینی، ۱۳۸۶: ۷۴).

امروزه، اکثر اندیشمندان پزشکی، معتقد به مفهوم سلامت بر مبنای فقدان بیماری نیستند. انسان، صرفاً موجود بیولوژیکی نیست بلکه خصوصیات و رفتارهایی دارد که مستلزم چیزی در ورای بیولوژیک صرف است. اما مسئله اساسی، چگونگی تبیین و تعریف مفهوم «سلامت» است. اگر احراز مفهوم «سلامت»، موکول به تعریف واژه آن باشد، قطعاً به تعریفی از مفهوم آن نخواهیم رسید. چون «سلامتی» دارای یک طیف معنی است. در بعضی موارد کاربرد روشنی دارد و در موارد دیگری کاربرد آن واضح نیست. اگر سلامتی به معنای فقدان بیماری باشد، سؤال این است که بیماری چیست؟ باز هر تعریف از بیماری ارائه شود باز هم خود آن تعبیر نیازمند تعریف دیگری است که در نهایت به یک تسلسل می رسیم. برخی که «سلامت» را «کل گرایانه» تعریف می کنند، مسئله را حادثر می کنند، چون در این حالت، طیف معنی، جهت های متعددی دارد. نگاه کل گرایانه در واقع سلامت را به صورت تندرستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف می کند. آیا برای آن که شخصی را سالم بدانیم وجود هر سه ویژگی لازم است؟ یا یکی از این ویژگی ها از بقیه مهم تر است؟ هر کدام از این ویژگی ها، معیارهایی دارند که باعث پیچیده تر شدن

تعریف سلامت می‌شود. مثلاً سلامت روانی را سازمان بهداشت جهانی به صورت توانایی درک استعدادها و توانایی دادن پاسخ‌های صحیح به یک تحریک و غیره تعریف کرده است. البته سلامت اجتماعی و سلامت جسمانی نیز معیارهای این‌چنینی دارند.

در اینجا، نوعی رابطه خاص بین سلامت و چهار بعد (بیولوژیک - روان - اجتماعی - روحی) برقرار می‌کنیم. برای این منظور از مفهوم supervenience کمک می‌گیریم که معادل فارسی دقیقی ندارد و ما برای ساده‌تر شدن فهم آن از «وابستگی وجودی» به جای آن استفاده می‌کنیم. بر این مبنا می‌گوییم «سلامت» بر مجموعه‌ای از خواص (زیستی - روانی - محیطی - معنوی) به‌عنوان پایه، «وابستگی وجودی» دارد. بدین صورت که شرط اول: از نظر منطقی ممکن است شخص این خواص سلامت‌ساز را دارا باشد اما سالم نباشد. حال از نظر منطقی ضروری است (شرط دوم) اگر شخصی سالم است مجموعه‌ای از خواص وجود داشته باشد که شخص آنها را دارا باشد، و از لحاظ قانونی ضروری است (شرط سوم) هر شخصی که این خواص (ویژگی‌های سلامت‌ساز) را دارا باشد سالم هم باشد. در اینجا اگر سلامت بر مجموعه‌ای از خواص زیستی - روانی - محیطی - معنوی وابستگی وجودی دارد یک «وابستگی وجودی ضعیف»¹ مد نظر است. بنابراین براساس مفهوم «وابستگی وجودی»، سلامت بر مجموعه‌ای از خاصه‌های زیستی - روانی - محیطی - معنوی وابستگی وجودی دارد اگر و تنها اگر هر تغییری در سلامتی بدون تغییر در این خواص امکان نداشته باشد اما نه برعکس. پس در صورت سالم نبودن شخصی، خواص زیستی - روانی - محیطی - معنوی او تغییر کرده است. وقتی سلامت بر روی خواص زیست - روان - محیطی -

1 weaksupervenience

معنوی، وابستگی وجودی دارد آنگاه هر تغییری در سلامتی بدون تغییر در این خواص امکان ندارد. فردی که برای یک نیاز پزشکی به پزشک مراجعه می‌کند خود را به هر دلیلی، سالم نمی‌داند. در این مفهوم، تغییر سلامت او بدون تغییر در این خواص غیرممکن است، پس درمان او باید با توجه به این ابعاد باشد. در پزشکی بر روی شرح حال بیمار و معاینه جسمانی بسیار تأکید می‌شود و پزشک باید با توجه به اصول شرح حال‌گیری این ابعاد را مد نظر قرار دهد. چون با توجه به مفهوم «وابستگی وجودی»^۱، درمان هر فرد نیاز به درمان تمام ابعاد او دارد. بر مبنای این مفهوم پزشک براساس پیشرفت‌های بیولوژیکی در پزشکی، بیمار را درمان می‌کند و در عین حال این را مد نظر قرار می‌دهد که سلامت بیمار در گرو درمان تمام ابعاد او یعنی زیست – روان، اجتماعی و معنوی است. همتی در نهایت با استفاده از مفهوم وابستگی وجودی برای بررسی ابعاد زیست – روان – اجتماع – روحی چار چوب ذیل را ارائه داده است:

الف : زیست‌شناختی :

نیازهای پایه چون غذا، پوشاک، سرپناه

هماهنگی ارگان‌ها و اندام‌های بدن

توانایی‌ها و ویژگی‌های جسمانی

مسیرهای بیوشیمی و عصبی بدن

ب : روان‌شناختی

تاریخچه فردی

¹ supervenience

اسلوب شخصیت

توانایی‌های ذهنی و هوشی

پاسخ مناسب به تحریکات و نوع نگاه شخص به بیماری

ج : محیطی

خانواده (سببی و نصیبی)

دوستان

قوم و ایل

محیط سیاسی

محیط اقتصادی

محیط فرهنگی

د : معنوی

معنایی از خود در ارتباط با جهان و قدرت برتر

هدف و معنا در زندگی

ارزش‌ها

زندگی مذهبی

لذا سلامت و بیماری دو مفهومی هستند که در پزشکی امروز نیاز به موشکافی دقیق دارند. «سلامت

بر روی مجموعه‌ای از خواص زیست - روان - محیطی - معنوی وابستگی وجود دارد اگر و تنها اگر هر

تغییری در سلامتی بدون تغییر در این خواص امکان نداشته باشد» در این حالت ما دیگر بدنبال تبیینی مدل‌وار نیستیم چون خواص روان - محیطی و معنوی معطوف به شخص هستند و نمی‌توان بر مبنای آنها، پیش‌بینی کلی کرد. بلکه این مفهوم نشان می‌دهد که سلامت با این خواص نوعی رابطه خاص دارد که باید در هر فردی که ادعای سالم بودن ندارد مد نظر قرار گیرد. برای تبیین دقیق‌تر موضوع از «وابستگی وجودی سه‌وجهی»^۱ استفاده کردیم تا از ایراداتی که بر انواع قبلی مفهوم وابستگی وجودی گرفته شده است بر حذر باشیم. در این تبیین، زیست - شناختی پزشکی که باعث پیشرفت‌های عظیم در پزشکی شده است کماکان بنیان اصلی است اما پزشک ابعاد دیگر را که ممکن است روند درمان را تسریع کنند مد نظر قرار می‌دهد و گاهی با توجه به عدم دلایل کافی برای بنیان زیست‌شناختی یک بیماری، درمان خود را معطوف به ابعاد دیگر یعنی روانی - محیطی و معنوی می‌کند (همتی مقدم، ۱۳۸۳: ۶۳-۷۴).

در متون مرتبط، بین نویسندگان و پژوهشگران اجماع عمومی وجود دارد که سلامت معنوی یک خرده مفهوم معنویت است (مراویجلا، ۱۹۹۹: ۱۸-۳۳). همچنین ماهیت پیچیده و درهم تنیده شده مفاهیم معنویت و مذهب باعث سوء برداشت در باره تساوی این دو مفهوم و سردرگمی شده است (کارسون، ۱۹۸۹؛ امبلن و هالستید، ۱۹۹۳: ۱۷۵-۱۸۲).

نتایج تحقیقات در ایران نشان داد که افراد سلامت معنوی را به صورت اعتقاد به خدا و قرآن، درک راز خلقت و تلاش برای خداشناسی (سلامت مذهبی) و کسب سلامتی کامل، مراقبت آگاهانه، رضایت از کارمراقبت و زندگی و یافتن معنی و هدف زندگی (سلامت وجودی) تجربه می‌کنند (خرمی مارکانی و

1 triple-modal supervenience

دیگران، ۱۳۹۰: ۲۰۶-۲۱۷). معنویت و سلامت عبارتند از دو سازه چند بعدی با ماهیت پیچیده. مرور جامع متون، موضوعات مشترکی را هنگام بحث درباره ترکیب این دو مفهوم به شکل سلامت معنوی آشکار می کند. چهار بعد مطرح شده در تعریف سلامت معنوی عبارت است از پذیرش زندگی در ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط که کامل بودن فرد را پرورش داده و از آن تقدیر می کند (راس، ۲۰۰۶: ۸۵۲-۸۶۲). در مدل سلامت معنوی فیشر نیز ابعاد سلامت معنوی به صورت ابعاد فردی، اجتماعی، محیطی و تعالی مطرح شده است (فیشر، ۱۹۹۸). ویژگی های سلامت معنوی شامل اعتقاد به نیروی مافوق، نیاز به ارتباط با دیگران، هماهنگی درونی، حفظ تمامیت وجودی خود و سیستم های حمایتی قوی، مراقبت از طبیعت و حس ارتباط با جهان پیرامون است (فیشر، ۲۰۱۰: ۴۹-۵۷).

مروری بر متون تخصصی سلامت معنوی حاکی از آن است که اغلب این تعاریف قائل به دو بعدی بودن آن هستند. بعد اول، معنویت مذهبی است و در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می شود و بعد دوم، معنویت وجودی است که در آن تجربیات روانشناختی خاصی که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا واقعیت غایی ندارد، مدنظر می باشد (صفائی راد و دیگران، ۱۳۸۹: ۲۷۴-۸۰ به نقل از هارتز، ۲۰۰۵).

طبق نظر الیسون، مفهوم بهزیستی معنوی از دو مؤلفه معنوی و بهزیستی تشکیل شده است. بهزیستی معنوی که یک عنصر مذهبی است نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است. بهزیستی وجودی عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از این که کیست، چه کاری و چرا انجام میدهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشی دارند (الیسون، ۱۹۸۳). فیشر بر این نظر

است که سلامت معنوی یکی از ابعاد بنیادین سلامت و بهزیستی است و نیروی هماهنگ کننده و تکمیل کننده ابعاد سلامت انسان (ابعاد روانی، جسمی، اجتماعی و هیجانی) است. نتیجه برخورداری از سلامت معنوی رسیدن به آرامش درونی و احساس راحتی است و زمانی که سلامت معنوی به خطر افتد انسان دچار اختلالات روانی مانند افسردگی شده و معنا و مفهوم در زندگی را از دست می دهد (فیشر، ۱۹۹۸). برخی معتقدند که سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: الف- چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است، ب- چشم انداز سلامت وجودی که بر نگرانی های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند، بحث می کند (بویون و دیگران، ۱۹۹۹: ۳۸۳-۵).

لانگوی اولین تئوری سلامت را بر پایه معنویت بیان کرد. نیومن (۱۹۸۶) بیماری را یک شوک تلقی می کرد که معنویت نقش مهمی برای برگشت به حالت اولیه و تعادل سلامتی ایفاء می کند (هومان، ۲۰۰۱: ۶۴۶). فرانکل عامل معنویت، آزادی و مسئولیت را جوهر وجود انسان دانسته است و بر این باور است که معنویت در معنای انسان سالم مستتر است و در سایه همین «معنویت سالم» است که فرد به کمال می رسد و در ابعاد عینی و مادی حرکت می کند (فقیهی و رفیعی مقدم، ۱۳۹۰: ۶۷-۸۰).

اگرچه در ادبیات توانبخشی نقش عوامل روانی در بهبود بشدت مورد بررسی قرار گرفته است، اخیراً محققان توجه شان را به تأثیرات معنویت در فرایند توانبخشی معطوف نموده اند (مک کی، ۱۹۹۲: ۲۰۵-۲۰۸). تلاش های تجربی در این حوزه، بدلیل اشکالات در تعریف معنویت با موانعی روبرو شده است

(ریلی و دیگران، ۱۹۹۸: ۲۵۸-۲۶۵). سوکن^۱ از معنویت به عنوان «وجود و تجربه متصل بودن متقابل انسان و محیط» یاد می کند (سوکن، ۱۹۸۹: ۳۵۴-۷۸). الکینز^۲ و همکارانش معنویت را بعنوان «شیوه ای از بودن و تجربه که بواسطه آگاهی از یک بعد متعالی و بنا بر ارزش های مشخص از لحاظ خود، دیگران و طبیعت و زندگی توصیف می شود» تعریف می کند (الکینز، ۱۹۸۸: ۵-۱۸). الکینز در این تعریف تلاش می کند تا مفهوم معنویت را گسترش دهد تا هم باورهای مذهبی و هم باورهای غیرمذهبی را شامل گردد. وودز^۳ مطابق با تعریف معنویت و ابعاد معنوی پیشنهادی الکینز، چهار بعد اساسی مشترک در همه انواع معنویت را پیشنهاد می کند: الف- احساس اطمینان از اینکه زندگی معنادار است؛ ب- متصل بودن متقابل؛ ج- تعالی زندگی و د- باور به قداست زندگی (وودز، ۱۹۹۴: ۳۵-۴۳). هانگلمان و همکارانش در ادامه این ابعاد، از طریق یک مطالعه کیفی مشخصه های بهزیستی معنوی را شناسایی نموده اند. او با این تحلیل، سلامت معنوی را به عنوان «حسی از متصل بودن هماهنگ بین خود، دیگران / طبیعت و بودن متعالی دست یافته از طریق یک فرایند رشد پویا و منسجم که به یک شناخت هدف نهایی و معنای زندگی منجر می شود» می داند (هانگلمان، ۱۹۸۵: ۱۴۷-۱۵۷).

بنزلی (۱۹۹۱) با مرور کامل ادبیات سلامت معنوی بدین نتیجه رسید که یک تعریف پذیرفته شده عام از سلامت معنوی وجود ندارد (بنزلی، ۱۹۹۱: ۱۸۹ به نقل از فیشر b، ۲۰۱۰: ۲۳). او سعی نمود تا دیدگاهی ترکیبی از سلامت معنوی ارائه دهد که در این ادبیات تعریف کرده بود و بر این اساس تعاریف موجود را در شش دیدگاه دسته بندی کرد: (۱) حس رضایت در زندگی؛ (۲) ارزش ها و باورهای اجتماع

1 Soeken

2 Elkins

3 Woods

و خود؛ (۳) کلیت در زندگی؛ (۴) یک عامل در بهزیستی؛ (۵) یک قدرت یا نیروی الهی کنترل و نظارت برتر و (۶) تعامل معنوی / انسانی (فیشر b، ۲۰۱۰: ۲۴). چاپمن (۱۹۸۶) فهرستی از حدود در نظر گرفته شده در هر تعریفی از سلامت معنوی را یاد آور می شود: (۱) مشابه با دین شناسی نباشد و از پاسخ های منفرد به سئوالات شخصی و پیچیده اجتناب نماید؛ (۲) بایستی عملی و واقعی، وسیع، متمرکز و به آسانی قابل انتقال باشد؛ (۳) حوزه های دیگر سلامت را تشخیص دهد و مرتبط به مردم و کل انسان ها باشد؛ (۴) مرتبط با سلامت و بهزیستی باشد؛ (۵) پایه علم مناسب را تسهیل کند و به اصول و مبانی و تکنیک های مطالعه اعتبار ببخشد و (۶) مانع ایده ها / مفاهیم جدید مربوط به سلامت / بهزیستی نشود (چاپمن، ۱۹۸۶: ۴۰ به نقل از فیشر b، ۲۰۱۰: ۲۳).

گومز و فیشر^۱ سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، واکنش احساسات مثبت، رفتارها و شناخت ارتباط با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و فطرت تعریف می کنند که فرد متمایل به احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف و جهت زندگی می شود (گومز و فیشر، ۲۰۰۳).

از نظر هاگز^۲ و همکاران (۱۹۹۵) بهزیستی معنوی را می توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (هاگز و دیگران، ۱۹۹۵: ۳۷۱-۸).

1 Gomez & Fisher

2 Hawks

ریلی و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند که سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می شود. سلامت معنوی به عنوان فلسفه مرکزی زندگی و حاصل برآورده شدن نیاز به هدف، معنا، عشق و بخشش در نظر گرفته شده و «سلامت وجودی» به حس هدفمندی و رضایت از زندگی و «سلامت مذهبی» به رضایت حاصل از ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند اطلاق می گردد (ریلی و دیگران، ۱۹۹۸: ۲۵۸-۲۶۴).

بنا به تعریف شیبانی (۱۳۸۹) سلامت معنوی عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با خدا و خویشتن و دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات فردی و گروهی به طور عادلانه در یک وضع متعادل و متوازن. سلامت معنوی، تنها ویژگی فردی انسان نیست بلکه مهم تر از همه ی خصلت ها، ویژگی جامعه، نهادهای اجتماعی، تعلیم و تربیت و فرهنگ است (شیبانی، ۱۳۸۹). میلر (۱۹۹۵) سلامت معنوی را اینگونه تعریف می کند: کیفیت ذاتی و اصلی انسانی که دربرگیرنده باور به چیزی بزرگتر از خود بوده و ایمان به اینکه بطور قطع زندگی را تأیید و تصدیق می کند (جورنا و دیگران، ۲۰۰۶: ۳۹۵-۴۰۱ به نقل از میلر، ۱۹۹۵: ۲۵۷-۲۶۳).

تعریف سنتی معنویت، بر مذهب و دین تأکید می کند، در حالی که در سال های اخیر معنویت به طور وسیع تری تعریف شده و یکپارچه کننده همه جنبه های زندگی و تجربه بشر است. گستردگی مشابهی در درک بهزیستی وجود دارد، که در آن به جای تأکید رایج در پزشکی که بر درمان بیماری تمرکز دارد بر کل شخص تأکید می کند. از نظر کاوارد و رید^۱ بهزیستی به حسی از سلامتی اشاره دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی کل جنبه های فرد ناشی می شود و از عناصر معنوی زندگی تشکیل شده است.

1 Kavard & Read

بهزیستی معنوی را می‌توان ارتباط با دیگران، زندگی هدفمند، معنادار، اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد. طبق نظر موبرگ و بروسک بهزیستی معنوی سازه‌ای چندبعدی متشکل است و یک بعد عمودی و یک بعد افقی را شامل است. بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی و رضامندی در زندگی بدون در نظر گرفتن مذهب خاص اشاره دارد. الیسون بیان می‌کند که بهزیستی معنوی یک عنصر روانی اجتماعی و یک عنصر مذهبی را شامل است. بهزیستی مذهبی که عنصر مذهبی است نشانه ارتباط با یک قدرت برتر، یعنی خدا است. بهزیستی وجودی عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از این که کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. هم بهزیستی مذهبی و هم بهزیستی وجودی تعالی و حرکت فراتر از خود را شامل می‌شود. بعد بهزیستی مذهبی ما را به رسیدن به خدا هدایت می‌کند در حالی که بعد بهزیستی وجودی ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط ما سوق می‌دهد. از آنجایی که انسان به عنوان نظامی یکپارچه عمل می‌کند، این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی به تبع آن به وجود می‌آید (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۲۹-۱۴۵).

«سلامت معنوی وضعیتی است هدفمند و معنادار از حیات انسانی که حاصل اعتقاد فرد به قدرت لایتناهی الهی و ارتباط پویا با خود، دیگران و جهان پیرامون که منجر به ایجاد امید و رضامندی فرد می‌گردد». در ارائه تعریف استفاده از کلماتی مانند ارتباط پویا، رضایتمندی، حیات انسانی، جهان پیرامونی و ... همگی با دقت و با رجوع به اصل و معنی کلمه صورت گرفته است که در جای خود قابل توضیح

است. با استناد به این توضیحات می توان شاخص های سلامت معنوی را که از این تعریف استخراج می شود بیان نمود:

۱. اعتقاد به وجود قدرت لایتناهی الهی: اعتقاد به وجود ذات اقدس خداوندی که خالق و پروردگار عالم است.

۲. ارتباط با منشاء لایتناهی الهی: شامل ارتباط از طریق وحی و نیز ارتباط مستقیم با خداوند متعال.

۳. ارتباط و توجه به ابعاد مختلف عالم پیرامون: از جمله خود، سایر انسان ها و سایر اجزاء طبیعت و احترام به آنها و تلاش برای حفظ و توسعه جهان پیرامون.

۴. احساس رضایت و امید به زندگی مبتنی بر اعتقاد و ارتباطات مذکور.

۵. هدفمندی در زندگی: شامل هدفمندی کلی جریان زندگی و اعتقاد به معاد و نیز هدفمندی در زندگی روزمره و تلاش برای دستیابی به آن.

۶. معناداری زندگی: شامل معناداری کلی جریان زندگی و اعتقاد به معاد و نیز معناداری در زندگی روزمره و تلاش برای آن.

این تعریف، بیش از همه، توأمان تعریفی اشمالی/حصری از سلامت معنوی است و حدود در نظر

گرفته شده چاپمن (۱۹۸۶) برای هر تعریفی از سلامت معنوی را نیز در نظر گرفته است.

۲-۵- مؤلفه ها و شاخص های سلامت معنوی

پیش از پرداختن به مؤلفه ها و شاخص های سلامت معنوی بایستی به جنبه های سلبی این بعد از سلامت پرداخت. سلامت معنوی متمایز از سلامت اجتماعی است. سلامت اجتماعی دارای شاخص ها و نشانگرهای متعددی است که بر اساس تعاریف ارائه شده و پژوهش های انجام شده می توان نشانگرهای آن را برشمرد. این نشانگرها تابعی از شاخص های طراحی شده در سایر کشورها است.

الف) شاخص توسعه انسانی^۱

این شاخص بیشتر در سطح بین المللی کاربرد دارد و بر اعلامیه حقوق بشر تأکید می کند. این شاخص که در سال ۱۹۹۰ تهیه شده، چهار نشانگر دارد که هر سال گزارش می شود. گذشته از شاخص توسعه انسانی، شاخص توسعه انسانی تعدیل یافته برحسب جنسیت^۲، شاخص توانمندسازی برحسب جنسیت^۳ و شاخص فقر انسانی^۴ هم منتشر می شود. همه این شاخص ها سه بعد امید زندگی، دانش و یک سطح زندگی پذیرفتنی و استاندارد با تولید ناخالص داخلی و سرانه واقعی (برحسب برابری قدرت خرید و دلار) را اندازه می گیرند. شاخص توسعه انسانی برحسب جنسیت بر نابرابری درآمد میان مرد و زن، شاخص توانمندسازی برحسب جنسیت، نابرابری جنسی در مسائل اقتصادی و فرصت های سیاسی و شاخص فقر انسانی تأکید دارد.

شاخص ترکیبی توسعه انسانی اولین بار در سال ۱۳۹۰ توسط سازمان ملل متحد برای رتبه بندی کشورها از لحاظ توسعه منابع انسانی مورد استفاده قرار گرفته است. این شاخص سه بعد از مفهوم توسعه

1 Human Development Index

2 IDG

3 MEG

4 IPH

انسانی را می ستجد: برخورداری از زندگی سالم و طولانی، تحصیلات، برخورداری از استانداردهای شایسته و آبرومندانه زندگی. به بیان دیگر عناصر تشکیل دهنده شاخص توسعه انسانی را می توان اینگونه بیان نمود: (۱) امید زندگی در بدو تولد: این شاخص که بیانگر طول عمر است تعداد سال های مورد انتظار هر فرد برای زندگی در بدو تولد را نشان می دهد و بر حسب سال محاسبه می گردد. (۲) دانش: این شاخص دستاورد نسبی هر کشور در زمینه باسوادی و تحصیلات را نشان می دهد. این شاخص ترکیبی از دو شاخص نرخ باسوادی بزرگسالان و نسبت ترکیبی خام ثبت نام در مدارس ابتدایی، راهنمایی و متوسطه را نشان می دهد. برای محاسبه شاخص دانش به نرخ باسوادی بزرگسالان (افرا بالاتر از ۱۵ سال) ضریب دو سوم و به نرخ خام ثبت نام در مدارس ضریب یک سوم داده می شود و از جمع آنها شاخص مورد نظر حاصل می گردد. این شاخص بر حسب درصد بیان می شود. (۳) سرانه تولید ناخالص داخلی (درآمد سرانه): این شاخص معرف سطح زندگی مردم یک کشور یا یک منطقه بوده و از طریق نسبت تولید ناخالص داخلی به جمعیت به دست می آید و در محاسبات از لگاریتم درآمد استفاده می شود و واحد پولی دارد. به طور کلی فرایند محاسبه شاخص ترکیبی توسعه انسانی را می توان به صورت زیر بیان نمود.

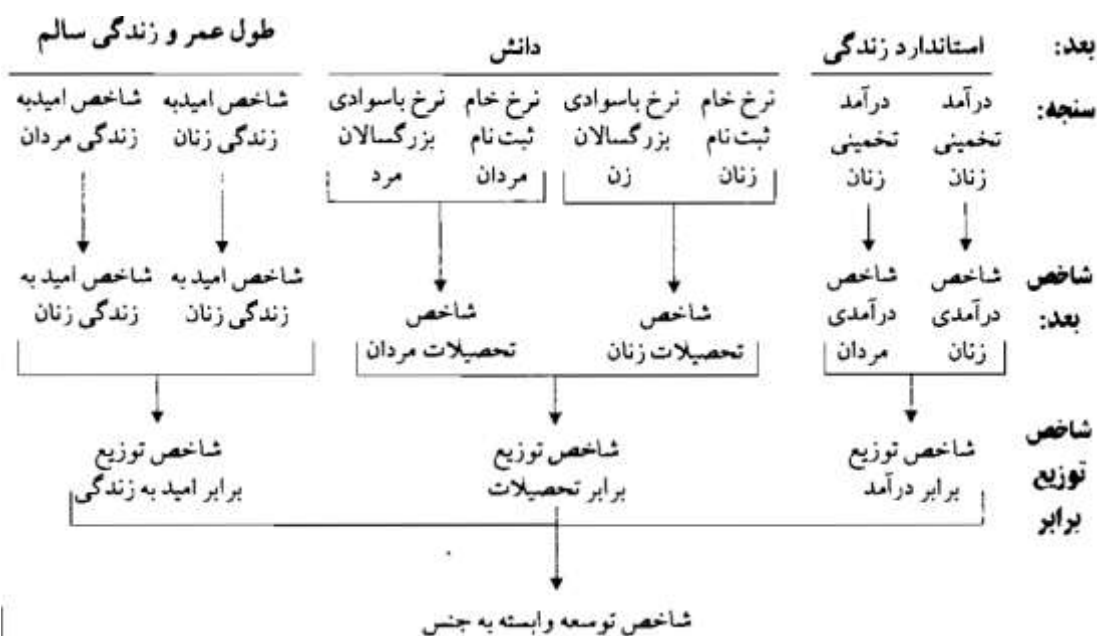


وجود نقاط ضعف شاخص توسعه انسانی سبب معرفی و ارائه شاخص های تکمیلی گردیده است. این شاخص ها هر یک جنبه های خاصی از توسعه انسانی را مشخص می کنند. شاخص فقر انسانی، شاخص توسعه مرتبط با جنسیت و شاخص توانمندسازی جنسیتی از این دسته شاخص ها بشمار می روند.

شاخص فقر انسانی به دو دسته فقر انسانی در کشورهای در حال توسعه و فقر انسانی در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (کشورهای پر درآمد) تقسیم بندی می شود. شاخص فقر انسانی در کشورهای در حال توسعه از سه مؤلفه زیر تشکیل می شود: (۱) طول عمر: بر مبنای احتمال دست نیافتن به به سن ۴۰ سالگی در بدو تولد. (۲) دانش: بر مبنای نرخ باسوادی بزرگسالان. (۳) سطح زندگی: بر مبنای محرومیت در ارائه خدمات اقتصادی است و از طریق شاخص های زیر اندازه گیری می شود: الف: درصد افرادی که به منبع آب تصفیه شده دسترسی پایدار ندارند. ب: درصد کودکان زیر ۵ سالی که

نسبت به سن شان کم وزن هستند. شاخص فقر انسانی در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (کشورهای پر درآمد) از چهار مؤلفه زیر تشکیل می شود: (۱) طول عمر: بر مبنای احتمال نرسیدن به سن ۶۰ سالگی در بدو تولد. (۲) دانش: بر مبنای نرخ باسوادی عملی بزرگسالان (درصد بزرگسالانی که فاقد مهارت های عملی باسوادی هستند). (۳) سطح زندگی: بر مبنای درصد افرادی که زیر خط فقر زندگی می کنند. (۴) طرد اجتماعی: بر مبنای نرخ بیکاری طولانی مدت ۱۲ ماهه یا بیشتر.

شاخص توسعه وابسته به جنس از سه مؤلفه زیر تشکیل یافته است: (۱) شاخص طول عمر که با سنجش امید زندگی برای زنان و مردان در بدو تولد ارزیابی می شود. (۲) شاخص دانش که با دو سنجه نرخ باسوادی در بزرگسالان زن و مرد و نسبت ترکیبی ثبت نام مردان و زنان در مدارس ابتدایی، راهنمایی و متوسطه ارزیابی می گردد. (۳) شاخص سطح زندگی که با سنجه درآمد تخمینی زنان و مردان که منعکس کننده تسلط آنان به منابع است حاصل می گردد. به طور خلاصه فرایند محاسبه این شاخص را می توان به صورت زیر بیان نمود:



شاخص توانمندسازی جنسیتی، نابرابری جنسیتی را در زمینه های کلیدی مشارکت سیاسی، اقتصادی و تصمیم گیری ها اندازه گیری می کند. در این شاخص تعداد کرسی های زنان در مجلس، صاحب منصبان زن، مدیران ارشد و کارگران زن متخصص و فنی اندازه گیری می شود. همچنین شاخص مذکور به نابرابری جنسیتی در درآمد کسب شده که نشان دهنده استقلال اقتصادی است توجه دارد. شاخص توانمندسازی جنسیتی که بر مشارکت تأکید دارد بر خلاف شاخص وابسته به جنس، نابرابری در حیطه های خاصی از فرصت ها را مورد توجه قرار می دهد. این شاخص با تأکید بر فرصت های زنان به جای قابلیت های آنان، مقوله نابرابری جنسیتی را در سه حیطه مختلف نشان می دهد: (۱) مشارکت و توان تصمیم گیری سیاسی که بر اساس درصد کرسی های متعلق به مردان و زنان در مجلس محاسبه می شود. (۲) مشارکت و توان تصمیم گیری اقتصادی که بر اساس دو معیار زیر محاسبه می گردد: الف: درصد موقعیت های قانون گذاری، مدیریتی و اداری عالی رتبه برای زنان و مردان نسبت به یکدیگر. ب: درصد موقعیت های حرفه ای و فنی زنان و مردان نسبت به یکدیگر.

ب) شاخص کانکتیکت

این شاخص وضعی از سلامت اجتماعی ایالت کانکتیکت را به طور کلی نشان می دهد. این شاخص، همه مراحل زندگی، همه سنین و همه گروه های اقتصادی اجتماعی را دربرمی گیرد.

نشانگرهای این شاخص به شرح زیر است:

میزان مرگ و میر شیرخواران

سوءاستفاده از کودکان

بیکاری

میانگین درآمد هفتگی

هزینه مراقبت های بهداشتی

خودکشی جوانان

ترک تحصیل در دبیرستان

زایمان در دوران نوجوانی

جرم

مسکن

گوناگونی درآمد

این ۱۱ نشانگر چشم اندازی کلی و جامع از سلامت اجتماعی در آن ایالت را نشان می دهد. نشانگرها حیطه های مؤثر بر کیفیت زندگی مانند سلامت، بیکاری، درآمد، آموزش، امنیت تا آسایش روانشناختی را بیان می کند. عملکرد ایالت بر هر نشانگر، بیان کننده توان نهادهای اجتماعی مانند جامعه، مدرسه و خانواده است.

ج) شاخص آسایش و رفاه اجتماعی ورمونت^۱

مفهوم آسایش و رفاه اجتماعی در افراد گوناگون متفاوت است؛ برای نمونه، در مورد کودکان، امنیت و آرامشی که از سوی پدر و مادر فراهم می شود؛ برای افراد بالغ، اطمینان از تولیدکننده بودن، ادامه یادگیری مهارت های جدید برای داشتن امنیت اقتصادی و داشتن حسّ به خود بالیدن؛ برای معلولان، ساختن و

1 Vermont

کامل کردن استعدادها؛ برای سالمندان، ادامه نزدیکی با کسانی که دوستشان دارند؛ برای همه: سلامت، تمیزی آب، هوا، فرصت هایی برای تفریح، و به دست آوردن آنچه برای آن ارزش قائلیم؛ که اندازه گیری و سنجش آن دشوار است. این شاخص می تواند برخی راه های عینی برای دستیابی به پیشرفت رفاه و آسایش اجتماعی بیشتر شهروندان ورمونت را نشان دهد و برای راهنمایی و هدایت مدیر یک برنامه، قانون گذار، شهروند و ... کاربرد دارد.

این شاخص در برگیرنده ۱۷ نشانگر است که مانند شاخص سلامت اجتماعی برای هر سال رقمی مشخص محاسبه می شود. این شاخص از ترکیب متغیرهای گوناگون از جمله متغیرهای بهداشتی اجتماعی، اقتصادی، زیست محیطی به دست می آید. نشانگرهای این شاخص به شرح زیر است:

درصد تولد با تأخیر یا بی مراقبت های پیش از تولد

درصد شیرخواران با وزن کم به هنگام تولد

درصد مادران با تحصیلات کمتر از ۱۲ سال

درصد تولدهای تک والدی

میزان مرگ و میر شیرخواران

میزان فقر کودکان

میزان طلاق

میزان دانش آموزان دبیرستانی

درصد زایمان در دوران نوجوانی

درصد دانش‌آموزان دبیرستانی که ادامه تحصیل داده‌اند

درصد بیکاران جوان

میزان فقر

درآمد سالانه

میزان جرم برآمده از خشونت

میزان جرم مالی

میزان خودکشی

میزان نگهداری بیماران روانی در مؤسسات

اکنون به مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت معنوی باز می‌گردیم. مطالعاتی که آثار عوامل مذهبی یا معنوی را بر سلامت بررسی کرده‌اند، اغلب از ابزارهای سنجش مذهبی بودن (شامل سؤالاتی مانند تعداد دفعات حضور در خدمات مذهبی) استفاده کرده‌اند تا ابزارهای سنجش معنویت به طور کلی. در تفسیر برخی نتایج متناقض مطالعات انجام شده، باید این مسئله را در نظر داشت که پژوهش‌های به عمل آمده در واقع در مورد مفاهیم مختلف، در جمعیت‌های مختلف از نظر باورها و عملکردها با استفاده از ابزارهای مختلف انجام شده است. ابزارهایی که گاه بواقع آنچه را تدوین‌گران آنها مدعی بوده‌اند، نمی‌سنجیده است (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷). نتایج پژوهش‌های انجام شده بر اساس رویکرد انسان‌گرایی و پدیدارشناختی، معنویت را با باورها، آداب و انجام تکالیف محدود همسان نمی‌دانند.

برای مثال در پژوهشی این چهار پیش‌فرض در نظر گرفته شده‌اند:

۱- چیزی تحت عنوان بعد معنوی وجود دارد.

۲- معنویت یک پدیده انسانی است و به صورت قابلیت و ظرفیت در همه مردم وجود دارد.

۳- معنویت مترادف با مذهبی بودن نیست.

۴- معنویت قابل تعریف، تشریح و اندازه گیری است.

و در آن پژوهشگران در تلاش برای شناخت گسترده تر معنویت، ادبیات و منابع غیر دینی مربوط به معنویت

را مطالعه کرده و از بررسی اجزاء تشکیل دهنده معنویت که خود در نظر داشتند دریافتند که معنویت شامل

۹ خصوصیت اساسی است. این اجزاء به طور خلاصه به قرار زیر بودند:

۱- بعد روحانی یا فرامادی: که به عنوان خدای مشخص فرد، خود فراتر یا بعد فرامادی تجربه می شود.

۲- معنا و هدف در زندگی به این معنا که خلاء وجودی را می توان با زندگی معنادار پر کرد.

۳- داشتن رسالت در زندگی: فرد معنوی نوعی احساس وظیفه و تعهد دارد.

۴- تقدس زندگی: زندگی مشهون از تقدس است و فرد معنوی می تواند تجربه هایی نظیر حیرت و اعجاب

تحسین و شگفتی راحتی در موقعیت های غیر مذهبی نیز داشته باشد و دیگر اینکه سراسر زندگی مقدس

است.

۵- اهمیت ندادن به ارزش های مادی: رضایت نهایی را نه در مادیات، بلکه در مسائل معنوی و روحی

می توان یافت.

۶- نوع دوستی: به معنای تحت تأثیر در دو ربع دیگران قرار گرفتن، داشتن احساس عدالت اجتماعی و

اینکه همه ما بخشی از آفرینش هستیم.

۷- ایده آلسیم یا آرمان گرایی: فرد جهانی بهتر را در ذهن به تصویر می کشد و تمایل دارد که این آرمان را برآورده سازد.

۸- آگاهی از تراژدی: درد، مصیبت و مرگ قسمتی از زندگی هستند و به آن رنگ و روح می بخشند.

۹- معنویت: معنوی بودن واقعی موجب تغییر همه جنبه های بودن و نحوه زیستن می شود و به این معنا بود که معنوی عصر جدید، در تجربه خود افراد از معنوی ریشه دارد و این نوع معنویت نمی تواند بار تغییراتی را که برای رسیدن به عصر جدید لازم است بر دوش بکشد.

از سوی دیگر کشیش آمریکایی الدز (۱۹۹۲) به دوازده موضوع عمده و حساس در معنویت عصر جدید اشاره می کند که او معتقد است که:

۱- معنویت عصر جدید بر آگاهی یافتن فرد از خود تأکید می کند.

۲- بر مسئولیت و انتخاب شخصی تأکید می ورزد.

۳- راه دستیابی شخصی به خداوند را ارائه می دهد.

۴- بر شریک مساعی تکیه می کند.

۵- ظرفیت های انسانی را ارج می نهد.

۶- احساسات انسان را ارزشمند می شمرد.

۷- بر اندیشه های شهودی و تکانشی انسان ارزش می نهد.

۸- از نیروی تفکر مثبت استفاده می کند.

۹- نظری الهی به محیط و بوم دارد.

۱۰- برای بی‌گناهی و مظلومیت و اعتماد و حیرت کودک‌گونه ارزش قائل است.

۱۱- در پی بازیافتن ارزش، معنا و خوبی در انسان و طبیعت است.

۱۲- بر تعادل و هماهنگی تأکید دارد (وست، ۱۳۸۳).

انسان‌ها خواسته یا ناخواسته، به طور همزمان در دو جهان دگرسان و شاید نا همساز زیست می‌کنند. یکی دنیایی که در آن خلق شده‌اند و دیگری دنیایی که خود آن را خلق کرده‌اند. به همین سبب می‌توان سلامت روانی و معنوی آدمیان را نیز نسبت به جهانی که در آن زندگی می‌کنند تعیین و تعریف کرد. حقیقت و معنای زندگی هر کسی در نوع کیفیت درک و نگرشی است که به جهان خویش دارد. برای پی بردن به چیستی سلامت معنوی در ابتدا لازم است بدانیم که سلامت معنوی چه چیزی نیست. از آنجا که سلامت معنوی مفهومی گسترده و پیچیده و چند بعدی و تا اندازه‌ای مبهم به نظر می‌رسد، و هم‌پوشی نسبتاً زیادی با سایر مفاهیم مشابه از جمله سلامت روانی، روحی، مذهبی و دینی دارد؛ ضرورت بازشناسی جنبه‌های سلبی این مفهوم بیش از جنبه‌های ایجابی آن است.

برای یافتن شاخص‌هایی از سلامت معنوی در تقسیم‌بندی ابعاد جنبه شناختی (جستجوی معنی، هدف، حقیقت در زندگی، عقاید و ارزش‌ها) جنبه تجربی (احساس امید، عشق، پیوند، آرامش درونی، آسایش و حمایت) جنبه رفتاری (روشی که یک فرد عقاید معنوی درونی خود را در خارج آشکار می‌کند) می‌توان به نهج‌البلاغه به عنوان یکی از منابع بزرگ انسان‌شناسی مراجعه کرده و شاخص‌های سلامت معنوی را در آن یافته مورد استفاده قرار داد. نهج‌البلاغه یک شاهکار ادبی در تعلیمات اسلامی است که در آن توجه به عزت و کرامت و سلامت عقل و روان از اهمیت بسزایی برخوردار است و سخنان حکمت‌آمیز

این کتاب که با عقل و اندیشه‌ی آدمی سروکار دارند حقایق بسیار متعالی و معانی بسیار ژرفی را در مورد شناخت خدا، انسان، و جهان با فصاحت و بلاغت تمام بیان می‌کنند، و آگاهی‌های ارزشمندی را در هر یک از این زمینه‌ها ارائه می‌دهند. خطابه‌ها احساسات را کد انسان را در جهت ستیز با فساد و تباهی و بی‌عدالتی بر می‌انگیزند، و موعظه‌ها انسان را از خواب غفلت بیدار و خطرانی را که می‌توانند دل و روان آدمی را ضعیف و بیمار کنند یادآور می‌شوند (مهدی زاده، ۱۳۸۹).

تفکیک و تجزیه عناصر تشکیل دهنده سلامت معنوی حداقل این فایده را دارد که می‌توان آن‌ها را به عنوان مؤلفه‌های قابل سنجش در آورد. یکی از ایرادات مطالعات مربوط به سلامت معنوی تا زمان حاضر ناتوانی آنها در تجزیه ابعاد مختلف معنویت بوده است.

مفهوم و ویژگی‌های سلامت معنوی را در قالب تعابیر قرآنی حیات طیبه و قلب سلیم می‌توان یافت. ثمره نسبت یافتن با خداوند، که به اهل ایمان و عمل صالح می‌رسد، حیات طیبه است. انسان برخوردار از حیات طیبه، برخوردار از حیاتی است که از هر چیزی که آن را کدر و فاسد کند عاری می‌باشد (طباطبائی، ۱۴۱۷ ق: ۳۴۵). در دعای ابوحمزه، حیات طیبه، نوعی از حیات معرفی شده است که که در آن سرور دائم، کرامت فراگیر و پایدارترین سرورها نهفته است (مفاتیح الجنان، ۱۳۸۰: ۱۲۳).

قلب سلیم در قرآن از تعابیر دیگری است که شاخص سلامت معنوی می‌باشد. خداوند مهربان می‌فرماید: و از جمله پیروان او ابراهیم است هنگامی که رفت بسوی پروردگارش با دلی سالم. قلب در قرآن یکی از ابعاد روح است که منشاء صفات و ویژگی‌های عالی و انسانی و هم منشاء سقوط انسان و رذایل می‌باشد، بدین معنی که در قرآن صفات مختلفی چون درک کردن، اندیشیدن ترس و اضطراب، ایمان،

تقوا، اطمینان، الفت به قلب نسبت داده شده است (مصباح یزدی، ۱۳۷۷: ۲۶۵-۲۶۳). قلب سلیم آن مرحله از روح است که منشاء صفات، خصلت های پسندیده و کمالات انسانی است و تمامی خصلت ها و رفتارهای ناپسند از قلب ناسالم نشأت می گیرد (مجلسی، ۱۹۸۲ م، ج ۴۵). از تعابیر حیات طیبه و قلب سلیم در قرآن استنباط می شود که سلامت معنوی همه مراتب وجودی انسان را در بر دارد. حقیقتی که متجلی در بینش ها (cognitions)، رفتارها، احساسات و پیامدها خواهد شود.

۱- شناخت معنوی

یکی از مؤلفه های سلامت معنوی برخورداری از اندیشه یا معرفت ویژه نسبت به خدا، انسان و خلقت و رابطه متقابل آنها می باشد. تعقل به معنای فهمی است که از فطرت ناشی شده و پرده ظواهر را دریده و به حقیقت باطنی دست یافته است (مبینی، ۱۳۸۰). انسان معنوی، در پرتو چنین تعقلی، هستی را در جهان محسوس و ماده خلاصه نمی کند، بلکه برای آن ظاهر و باطنی قائل می شود. در این میان آفرینش انسان نیز، در مجموعه هستی، معنادار خواهد شد

قرآن انسان را موجودی دارای کرامت می داند و از این رو او را خلیفه الله معرفی می کند. چون از بالاترین ظرفیت ها به عنوان یک مخلوق، برخوردار است. او پیامبران و اولیاء را الگو و اسوه دانسته و آفرینش انسان و زندگی او را در رنج می داند و حتی معنی و نهایت رنج را ملاقات خدا می بیند. او فقط خداوند را معنی زندگی می داند، چون هر چه بر زمین است فانی شونده و تنها ذات باشکوه و ارجمند پروردگارت باقی خواهد ماند. لذا متاع دنیا را قلیل می شمارد. انسان معنوی اگرچه دنیا را قلیل می پندارد، لیکن آن را محل تلاش و کار و بهره برداری صحیح می داند. در خصوص چگونگی بهره مندی از نعمت

ها خود را مسؤول می داند. مرگ را پایان زندگی نمی داند بلکه آن را یک مرحله طبیعی و اجتناب ناپذیر از زندگی محسوب می کند.

۲- رفتارهای معنوی

از آنجا که انسان معنوی معرفت ویژه ای نسبت به خدا، انسان و جهان هستی دارد تلاش می کند اعتقادات و باورهای خود را در عبادات، ارزش های اساسی و در شیوه زندگی نشان دهد. از این رو، مبنای زندگی انسان معنوی، خدا محوری است. در همه رفتارهای اخلاص در نیت دارد، یعنی نهاد و نهان خویش را از هر چه غیر خداست می پیراید. خدا محوری در فرهنگ دینی گاهی بصورت رفتارهای عبادی است که مستقیماً در ارتباط با خداوند قرار می گیرد، ذکر زبانی خداوند، از سنخ رفتارهای معنوی است که در ارتباط مستقیم با او قرار دارد. گونه ای دیگر از رفتارهای خدا محورانه ذکر عملی است بطوری که غیر مستقیم با خداوند ارتباط پیدا می کند. بدین معنی که انسان مؤمن در انتخاب و اعمال خود همواره به یاد خداست. با در نظر گرفتن اوامر و نواهی الهی و خشنودی و ناخشنودی او، عملی را که طاعت خداست انجام می دهد و از عملی که معصیت اوست اجتناب می ورزد (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۲: ۸۰). چنین انسانی در تعامل با دیگران، رضایت الهی را در نظر می گیرد. مشارکت و مسؤولیت پذیری دارد (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۲: ۱۶۴) و به جهاد با نفس می پردازد. در اینجا مراد از نفس، همان نفس اماره است و منظور از جهاد با نفس، مبارزه با خواهش های نامشروع نفسانی است. از منظر متون دینی، نفس به مثابه بزرگ ترین دشمن انسان است که باید با آن مقابله برخاست. لذا انسان معنوی به محاسبه نفس می پردازد لیکن مبارزه با هوای نفس و محاسبه او را به تحقیر نفس سوق نمی دهد. لذا از اموری که او را از پایگاه بلند انسانی اش

فروتر می نشاند پرهیز می کند. شهید مطهری می نویسد: عزت نفس، نوعی بازگشت انسان به خود و متوجه کردن انسان به شرافت و کرامت ذاتی خود است. عزت نفس موجب می شود انسان روح خود را به منزله یک شی نفیس بشناسد و فضایل اخلاقی را به عنوان اشیای متناسب با این شی و اخلاق رذایل را به عنوان اشیای نامتناسب با آن شی، در نظر گیرد که آن شی نفیس را از ارزش می اندازد (مطهری، بی تا: ۱۳۰ - ۱۵۳).

۳- احساسات و حالات معنوی

یکی از مهمترین حالات انسان معنوی، محبت ورزی نسبت به خداوند است. از این رو از نشانه های فرد برخوردار از سلامت معنوی، آمده است: نیکوکاران وقتی با هم روبرو می شوند، اگرچه دوستی خدا را به زبان نیاورند، دلهاشان با همان سرعتی که قطرات باران در آبها رودخانه به هم می پیوندند به یکدیگر می پیوندند (محمدی ری شهری، ۱۳۸۵، ج ۴: ۵۴۰).

از منظر متون وحیانی، توکل به خدا از ویژگی های برجسته اهل معنی است. مؤمنان باید به خدا توکل کنند و توکل به خدا شرط مؤمن بودن است. توکل اظهار ناتوانی و تکیه کردن به دیگری است. توکل به خدا یعنی سپردن کارها به او و اطمینان به حسن تدبیر او. اصل توکل، وکیل گرفتن است و عبارت است از اینکه انسان در انجام کاری که نیاز دارد به فردی که به او تکیه می کند، بسنده نماید. وکالت نیز به همین معناست و وکیل کسی است که انسان با سپردن کاری به او اعتماد کند (طبرسی، ۱۴۰۵ق، ج ۲: ۴۲۷).

از نگاه قرآن، لازمه سلامت معنوی برخورداری رضا و خشنودی از خداوند است. خداوند می فرماید: خدا از آنان خشنود است و آنان نیز از او خشنود. رضا یعنی فانی شدن خواست و رضای بنده در خواست و رضای خداوند است (موسوی، ۱۳۷۳، ج ۱۳). رضا و تسلیم به معنای رضایت از وضع موجود، یا رضایت به ظلم دیگری نیست، بلکه بنده راضی، با اینکه تمام تلاش خود را به کار می گیرد تا وظایف خود را به درستی انجام دهد، نتیجه حاصل را مقدر الهی می داند و بدان راضی است (علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۹۷).

داشتن شرح صدر، از حالات اهل ایمان است. حالتی که حضرت موسی (ع) به هنگام مأموریت برای هدایت فرعون از خداوند طلب می کند. شرح صدر در اصطلاح دینی، توسعه وجودی یا به معنی باز کردن سینه و برطرف دلتنگی و دلگیری از کسی یا به معنی فراخ حوصله و با ظرفیت و پر تحمل گردانیدن است (بکلو، ۱۳۸۷: ۱۴۵-۱۴۴). شرح صدر از نگاه قرآن، بواسطه پذیرش توحید است.

انسان مؤمن همواره در رابطه خود با خدا، در حالت بیم و امید به سر می برد، بدین بیان که، از یک سو از مقام الهی و از قهر و غضب خدای قهار و کیفر سخت به خاطر گناهان و کوتاهی هایش بیمناک است، در آیات زیادی به زبان های مختلف ویژگی خوف الهی مؤمنان اشاره دارد. چنین خوفی از خداوند، فرد را به اقدامی برای رفع آن و امید دارد (فیض کاشانی، ۱۴۱۷ق، ج ۷، ۲۴۹). خوف و بیم الهی با جبن و ترس تفاوت اساسی دارد، زیرا (جبن) عبارت است از خود دارای نفس از دفاع، آن هم در جایی که اقدام به آن، عقلاً و شرعاً مجاز و نیکو است (نراقی، بی تا، ج ۱: ۲۰۹). از سوی دیگر، او به رحمت بی کران الهی امیدوار است و هیچ گاه در آستان الهی در گرداب یاس و ناامیدی گرفتار نمی شود. چرا که تنها

کافران اند که از رحمت خدا مأیوس می گردند. امیدی که وی را به انجام طاعات و ترک محرمات وا می دارد، چرا که امید بستن به خدا برای کسی از هواهای نفسانی خود پیروی می کند حماقت قلمداد شده است (ابن ابی الحدید، ۱۴۰۴ق، ج ۶: ۳۷۴). البته خوف و رجای او به خدا به گونه ای متوازن می باشد، به طوری که یکی بر دیگری فزونی پیدا نمی کند، در غیر این صورت نتیجه معکوس خواهد داشت.

از مؤلفه های دیگر سلامت معنوی در حوزه رفتار جوانحی، عفو از لغزش ها و خطاهای دیگران است. حقیقتی که خداوند آن را به کرات به مردم دستور می دهد.

۴- پیامدهای سلامت معنوی

انسان معنوی بواسطه زندگی معنوی، احساس حمایت اجتماعی دارد. سفارش فراوان به نماز جماعت و حضور در مسجد، نماز جمعه، انجام دادن مراسم اعتکاف در مسجد جامع شهر و مراسم باشکوه حج و ... نشانه چنین هدفی در دین است.

معنویت، به انسان مؤمن نگرش توحیدی می دهد. امری که می تواند به هدف های کوچکتر معنا بخشد. او با عمل به دستورات خداوند هماهنگی بیشتری با خداوند حاصل می کند. در این نگرش، مؤمن، خدا را قادر و خبیر می یابد و به جهت اعتقاد به قدرت و حکمت خداوند، امور و اتفاقات را به خداوند نسبت می دهد، بدین معنی که در پس پرده نظام اسباب و علل، علت حقیقی را می بیند. چنین نگرشی او را از سرگردانی رهایی داده و باعث انسجام شخصیتی وی می گردد. او بواسطه سلوک معنوی، انطباق با محیط دارد. البته نه انطباقی که انسان در آن بواسطه رضایت وضع موجود منفعل و کار عبد را به خداوند واگذار کرده باشد. بلکه انطباقی که آدمی از رهگذر آن، به محیط پاسخ داده و فعال باشد.

آرامش درونی و اطمینان قلبی، از حالات و نتایج دیگری است که انسان معنوی آن را تجربه می کند. چون دل نگرانی و اضطراب، وابسته به عواملی چون فزون خواهی، دلبستگی به دنیا و عدم احساس حمایت می باشد انسان سالم معنوی با مهار افزون خواهی ها و تدبیر قوای مختلف خود به مدد اراده و عقل، اعمال و خواسته هایش را هم جهت معنوی و الهی می دهد. هنگامی که نیروی عقل، میان قوای شهوت و غضب و وهم، اعتدال برقرار کند، آرامش و سکون ایجاد می شود. از آنجا که او به حمایت و همراهی خداوند باور دارد قرار و آرامشی پایدار جان مؤمن را فرا می گیرد.

رهایی از ناهنجاری اخلاقی از کارکرد های زندگی معنوی است. عبادت، در پالایش روان از بیماری های اخلاقی مانند غرور و بخل تأثیر گذار است (مرزبند و زکوی، ۱۳۹۱: ۱-۱۸).

۲-۶- ابزارها و مقیاس های اندازه گیری سلامت معنوی

یک پیش نیاز اصلی و مهم مطالعه علمی دینداری و معنویت رشد و شناخت تجربی سنجه های معتبر و پایا جهت ارزیابی این سازه ها است (آنترینر و دیگران، ۲۰۱۰: ۱۹۲-۱۹۷).

عدم افتراق سلامت معنوی از معنویت در بسیاری از منابع، خود یکی از مباحث قابل توجه است. اگرچه می توان به طور منطقی فرض کرد که همپوشانی هایی 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، پدیده های شایع و مورد چالش می باشد (طاهری و فتحعلی بیگی). در ابزارهای مختلف ارائه شده جهت سنجش سلامت معنوی که به تعدادی از آنها در این پژوهش اشاره می کنیم مؤلفه های سنجش سلامت روانی بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است. به دلیل همپوشانی مؤلفه های سلامت معنوی با مذهبی بودن، معنویت و سلامت روان ابزارهای استفاده شده در پژوهشهای مختلف، دقیقاً سلامت معنوی را نمی سنجد. همچنین به روایی و پایایی ابزارها به درستی پرداخته نشده است. استفاده از نمونه های کوچک و عدم طراحی صحیح سوالات از دیگر مشکلات شایع در ابزارهای سنجش سلامت معنوی می باشد (دلמן و فری، ۲۰۰۴: ۴۹۹-۵۰۳).

در مورد ابزارهای سنجش سلامت معنوی به تناسب دیدگاه های مختلفی که در این مورد هست، تنوع وجود دارد. مطالعاتی که آثار عوامل مذهبی یا معنوی را بر سلامت بررسی کرده اند، اغلب از ابزارهای سنجش مذهبی بودن (شامل سؤالاتی مانند تعداد دفعات حضور در خدمات مذهبی) استفاده کرده

اند تا ابزارهای سنجش معنویت به طور خاص (مولر و همکاران، ۲۰۰۱: ۱۲۲۵-۱۲۳۵). ولمن^۱ (۲۰۰۱) پرسشنامه آگاهی معنوی را ارائه نمود که به شناخت آگاهی معنوی کمک می‌کند اما آزمون معتبری برای سنجش سلامت معنوی نیست (کریچتون، ۲۰۰۸). برخی سؤالات یا عبارات مورد استفاده در ابزارها، بیش از آن که ارزیابی‌کننده سلامت معنوی افراد باشند، سلامت روانی آنها را بررسی می‌کند یا موضوعی مشترک بین دو حیطه را مطرح می‌کند اما نحوه طراحی سؤال، انتساب مطلب را به یکی از دو حیطه، مشخص نمی‌کند (کیرن و همکاران، ۱۹۹۸: ۱۱۳-۱۱۹).

سال‌ها قبل روانشناسان مشهوری مانند ویلیام جیمز^۲ (۱۹۰۲)، کارل یونگ^۳ (۱۹۶۹) و گوردون آلپورت^۴ (۱۹۵۰) از تجربه ای معنوی^۵ و مطالعه این تجربه‌ها سخن گفته‌اند. با اینحال برای مدتهای طولانی معنویت در روانشناسی مورد توجه نبود. اما در دو دهه اخیر مطالعه موضوعات معنوی به طور فزاینده‌ای مورد توجه روانشناسان قرار گرفت و حتی از معنویت برای درمان اختلالات روانشناختی استفاده می‌کنند. در چند سال اخیر مفهوم سلامت معنوی وارد حوزه روانشناسی شده است (رجایی، ۲۰۰۸: ۱۷-۱۹).

در یک نظر، رفاه جسمی و روانی و اجتماعی، احساس هدفمندی در زندگی، بازگشت به فطرت سلیم الهی، رضایتمندی، احساس هدفمندی و معناگرایی، امید به زندگی، ایمان به غیب، تعادل روحی و

1 Wolman

2 William James

3 Carl G. Jung

4 Gordon Allport

5 Spiritual Experience

روانی، ایجاد آرامش و نشاط در زندگی را می توان مهمترین مؤلفه های مرتبط با سلامت معنوی تلقی نمود.

در تدوین ابزارهای سنجش سلامت معنوی دیدگاه های مختلف از جمله، دیدگاه شخصی بودن معنویت تأثیرگذار بوده است. از این منظر، برای مثال در یکی از معروف ترین مطالعات، ابتدا مطالعه ای جهت مشخص نمودن تعریف افراد از کلمه معنوی انجام شده است و در نهایت ابزاری برای سلامت معنوی تدوین شد که دو خرده سنجش سلامت مذهبی^۱ با ۱۰ عبارت و سلامت وجودی^۲ (فلسفه وجود انسان) با ۱۰ عبارت را در مقیاس سلامت معنوی^۳ مد نظر قرار داد. ابزارهای گوناگونی به منظور سنجش سلامت معنوی طراحی شده اند. از ابزارهای سنجش سلامت معنوی می توان جهت ارزیابی سلامت معنوی افراد، جمعیت عمومی و گروه های خاص مانند بیماران مختلف و بررسی نیازهای معنوی افراد و سنجش تأثیر مقالات مربوط به موضوع نیز مطالعه شد. از این دو منبع، روشن شد که مردم در مورد احساس خود درباره سلامت معنوی دو گونه صحبت می کنند؛ برخی افراد، مشخصاً از زبان مذهبی برای صحبت در مورد آن استفاده می کنند. دیگران در مورد احساس خود درباره سلامت معنوی به زبان غیر مذهبی صحبت می کنند. به همین خاطر، عمداً تلاش شد تا ابزاری برای سلامت معنوی تدوین شود که دو خرده سنجش را شامل شود: یک خرده سنجش برای اندازه گیری سلامت مذهبی و یک خرده سنجش برای اندازه گیری سلامت وجودی (فلسفه وجود انسان). به هنگام ساخت مقیاس سلامت معنوی به این موضوع توجه شد که ابزار مورد نظر می باید به اندازه کافی عمومی باشد تا قابل استفاده برای مردمی با عقاید مذهبی و معنوی

1 Religious well being

2 Existential well being

3 Spiritual well being scale

متفاوت باشد. خرده سنجش سلامت مذهبی با ۱۰ عبارت یک خود ارزیابی از رابطه فرد با خدا ارائه می دهد؛ در حالی که خرده سنجش سلامت وجودی با ۱۰ عبارت خودارزیابی از احساس فرد در مورد هدف از زندگی و رضایت از زندگی به دست می دهد (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷). در پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۱ که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می کند دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می باشد. برای زیر گروه های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شده است. در سؤالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱، و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم بندی شد. عبارات پرسشنامه عبارتند از:

در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی کنم.

نمی دانم که هستم، از کجا آمده ام و به کجا خواهم رفت.

عقیده دارم که خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است.

احساس می کنم زندگی یک تجربه مثبت است.

معتقدم خداوند غیر قابل تجسم است و به من و زندگی روزانه من توجه ندارد.

احساس می کنم آینده نامعلومی دارم.

¹ Palutzian & Ellison

با خداوند ارتباط معنادار خاصی دارم.

در زندگی به حد کمال رسیده و از زندگی رضایت دارم.

از خداوند نیرو و حمایت زیادی دریافت نمی کنم.

نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم، احساس خوبی می کنم.

باور دارم که خداوند به فکر مشکلات من است.

از زندگیم لذت زیادی نمی برم.

ارتباط فردی رضایت بخشی با خداوند ندارم.

نسبت به آینده ام احساس خوبی دارم.

ارتباط با خداوند به من کمک می کند تا احساس تنهایی نکنم.

احساس می کنم زندگی پر از ناملايمات و ناخوشی ها است.

وقتی رابطه صمیمی و نزدیک با خداوند دارم، احساس کمال می کنم.

زندگی معنای زیادی ندارد.

ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد.

معتقدم، هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد.

در مطالعه سید فاطمی و همکاران، روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی^۱ آن از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید (سیدفاطمی و همکاران، ۱۳۸۵: ۲۹۵-۳۰۴).

مقیاس SIWB که توسط دلمن و فری (۲۰۰۴) برای سنجش بهزیستی معنوی ساخته شده است و از معروف ترین مقیاس های سنجش سلامت معنوی است شامل ۱۲ سؤال است که بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه ای طراحی شده است. دامنه نمرات کل بر اساس آن از ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر بهزیستی معنوی بالاتر را نشان می دهند. دو زیرمقیاس آن شامل «خود کارآمدی» و «طرح زندگی»^۲ است. هر یک از این زیرمقیاس ها شامل ۶ سؤال است. برای مثال دو سؤال این پرسشنامه اینچنین است: ۱. من نمی دانم چطور مشکلاتم را حل کنم؛ ۲. من در زندگی ام هدفی ندارم. در اندازه گیری اولیه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، زیرمقیاس خود کارآمدی و طرح زندگی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ بوده است (دلمن، ۲۰۰۴: ۴۹۹).

مقیاس سنجش ابعاد معنوی^۳ از دیگر ابزار مورد استفاده در پژوهش های سنجش سلامت معنوی بوده است (کیرن و همکاران، ۱۹۹۸: ۱۱۳-۱۱۹).

مقیاس سنجش سلامت معنوی آرل^۱ که هانگلمان و همکاران در سال ۱۹۹۶ تدوین کرده اند شامل ۲۱ سؤال و سه عامل ایمان/ باور، زندگی/ مسوولیت در مورد خود و رضایت از زندگی/ خودشکوفایی است (هانگلمان، ۱۹۹۶).

1 Reliability

2 life scheme.

3 The Spiritual Dimension Scale

مقیاس تجربیات معنوی مرکزی^۲ که کاس و همکارانش تدوین کرده اند حاوی ۷ سؤال برای اندازه گیری تجربه فردی در مورد یک وجود برتر است.

پرسشنامه تجلی معنویت^۳ که مک دونالد برای اندازه گیری معنویت تدوین کرد شامل ۹۸ سؤال و ۵ عامل جهتگیری شناختی در مورد معنویت، بعد تجربی / پدیدار شناسی^۴، سلامت وجودی، عقاید فرا طبیعی^۵ و مذهبی بودن است. برخی پرسشنامه ها حاوی محور آسیب معنوی^۶ می باشد. به عنوان مثال برنامه سنجش معنوی واترز^۷ حاوی مقیاس آسیب معنوی^۸ (SIS) می باشد که شامل ۸ مورد گناه، خشم یا ابراز خشم، سوگ یا غمگینی فقدان معنی یا هدف، ناامیدی یا یأس، احساس این که خداوند/ زندگی منصف نبوده است، شک مذهبی یا عدم ایمان و ترس از مرگ. ۸ مورد فوق به شیوه لیکرت ۴ نمره گذاری شده اند که شامل نمره های هرگز، گاهی، اغلب و همیشه است. همانگونه که ملاحظه می گردد برخی از سؤالات پرسشنامه های فوق در واقع به جای سنجش سلامت معنوی، سلامت مذهبی یا معنویت، سلامت روانی افراد را اندازه گیری می کنند و بعضاً حتی در سنجش مفهومی که قصد بررسی آن را دارند، به خطا رفته اند (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷).

مقیاس اندازه گیری تجارب معنوی روزانه (DSES)^۹ یکی دیگر از مقیاس های مرتبط با سلامت معنوی است. این مقیاس در سال ۲۰۰۲ م توسط اندروود لینگ^۱ از مؤسسه فتزر در دانشگاه کلمبیا ساخته

1 Arel spiritual well being scale

2 Index of Core Spiritual Experiences

3 Expression of Spirituality Inventory

4 Phenomenological

5 Paranormal

6 spiritual injury

7Water's Spiritual Assessment Program (SAP)

8 Spiritual Injury Scale

9 Daily Spiritual Experience Scale

شد و آلفای کرونباخ آن روی نمونه‌ای ۲۸۵ نفری از دانشجویان شیکاگو ۰/۹۲ بوده است. همچنین در اوهایو در نمونه ۱۹۲ نفری اجرا شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ بوده است. این مقیاس، شانزده سؤال دارد و مقیاسی شش درجه‌ای، شامل «روزانه چندین بار»، «هر روز»، «اغلب روزها»، «بعضی روزها»، «گاهگاهی» و «تقریباً هرگز» است که بر حسب پاسخ به هر گزینه، نمره‌ای بین ۱-۶ تعلق گرفته است. به گزینه «روزانه چندین بار» نمره شش تعلق گرفته و به گزینه «تقریباً هرگز» نمره یک. و همین طور نمره‌ها بین این گزینه‌ها و نمره‌های جمع شده حداکثر نمره ۹۶ و حداقل نمره ۱۶ بوده که نمرات بدین گونه تفسیر می‌شوند: ۱۶-۳۶ نسبتاً ضعیف (از نظر معنویت)، نمرات ۳۷-۵۶ متوسط، ۵۷-۷۶ بالا و ۷۷-۹۶ بسیار قوی از نظر معنویت بوده‌اند (لاین و همکاران، ۲۰۰۲ به نقل از آقا علی و همکاران، ۱۳۹۰: ۳۷).

برای ساخت ابزار سنجش سلامت معنوی در مالزی^۲ ۲۷۸ دانشجو در سن ۲۱-۲۲ سال که ۹۶٫۸ درصد آنها مالایی بودند در مطالعه شرکت کردند. ضریب همبستگی درونی برای هر سه مؤلفه، بهزیستی مذهبی^۳، مقیاس سلامت معنوی^۴ و سلامت وجودی^۵ به ترتیب عبارتند از: ۸۱، ۸۶ و ۸۸. بنابر این این سه حیطه در ساخت این ابزار در نظر گرفته شده است. چند وجهی^۶ بودن در این ابزار سنجش سلامت معنوی دانشجویان در نظر گرفته شده است (سید صالحی و همکاران، ۲۰۰۹: ۵۹-۶۹).

1 Lynn G. Underwood

2 MALAY VERSION OF SPIRITUAL WELL-BEING SCALE

3 Religious Well-Being

4 Spiritual Well-Being Scale

5 Existential Well-Being

6 multidimensional

ابزار SHALOM^۱ پرسشنامه سلامت معنوی و اندازه گیری معیارهای زندگی است که در این ابزار

۴ حیطه سلامت معنوی که عبارتند از شخصی، همگانی، محیطی و متعالی در نظر گرفته شده است شامل

۲۰ آیت می باشد که در واقع منعکس کننده کیفیت ارتباطات فرد با آنها و با مردم، با خدا و محیط در

حوزه های همگانی، شخصی، محیطی و متعالی سلامت معنوی می باشد. این ابزار روا و پایا می باشد و

جهت سنجش سلامت روان در بسیاری از جوامع و به زبان های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است.

SHALOM شامل این دو بخش به صورت ذیل می باشد: LOM^۲ شامل ایده آل های افراد برای

سلامت معنوی است که در چهار سری از ارتباط به صورت «ارتباط با خود، دیگران، محیط و خدا» بروز

می کند و SHM^۳ در مورد تجربیات زندگی فرد و عکس العملی که در آن زمان از زندگی انجام می دهند

سؤال می کند (فیشر، ۲۰۱۰a: ۱۰۵-۱۲۱).

از آنجا که معنویت به عنوان منبع مثبت برای سازگاری با بیماری در نظر گرفته می شود. در پژوهش

ذیل که در بیمارستان سالمندان در سوئیس انجام گرفته است، به پریشانی معنوی^۴ پرداخته شده و اثرات

منفی آن بر سلامت فرد مورد ارزیابی قرار گرفته است. در این پژوهش فرایند سه مرحله ای برای ساخت

«ابزار سنجش پریشانی معنوی» (SDAT) مورد استفاده قرار گرفته است. الف) مفهوم سازی از طریق

گروه چندگانه ای از افراد تحت بررسی برای تعریف ابعاد مختلف معنویت یک بیمار و پاسخگویی به

نیازهای وی. ب) تبدیل این نیازهای گروه مدل به سؤالات. ج) بررسی کیفی ابزار از نظر مقبولیت و روایی

صوری. چهار بعد معنویت (معنا، تعالی، ارزش ها و هویت روانی اجتماعی) و پاسخگویی به آنها تعریف

1 Spiritual Health And Life-Orientation Measure

2 Life-Orientation Measure

3 Spiritual Health measure

4 spiritual distress

شد. در نهایت در این پژوهش به این نتیجه رسیدند که SDAT می تواند یک ابزار قابل قبول برای بررسی پریشانی معنوی در سالمندان بستری در بیمارستان باشد (موناد و همکاران، ۲۰۱۰: ۸۸).

معرفی ابزاری به عنوان FACT جهت بررسی سلامت معنوی دست اندرکاران امر سلامت و مقایسه آن با ابزارهای معروف دیگر و بیان نتیجه گیری که به شرح ذیل می باشد. مارک لاروکا پیتز^۱ در این بررسی پنج ابزار تاریخی معنوی را معرفی می کند و در نهایت FACT را به عنوان ابزاری مناسب برای بررسی سلامت معنوی دست اندرکاران امر سلامت می داند. آن پنج ابزار عبارتند از:

CSI-MEMO, FICA, HOPE, FAITH, SPIRIT

در اینجا توضیح مختصری از هرکدام از این ابزارها می آوریم:

CSI-MEMO توسط کوینینگ^۲ در سال ۲۰۰۲ ارائه شده است و شامل موارد زیر می باشد:

CS: آیا باورهای معنوی شما برای شما منبع آرامش^۳ است یا استرس^۴؟

I: آیا عقاید مذهبی دارید که تصمیم گیری بالینی شما را تحت تأثیر^۵ قرار دهد؟

MEM: آیا عضو^۶ یک جامعه معنوی هستید و این امر برای شما جنبه حمایت کننده دارد؟

O: آیا نیازهای معنوی دیگری^۷ دارید که تمایل داشته باشید به آنها اشاره شود؟

FICA ابزاری که توسط پوچالسکی و رومر^۱ در سال ۲۰۰۰ معرفی شد و گزینه های زیر را مورد بررسی

قرار می دهد.

1 Mark LaRocca-Pitts

2 Koenig

3 Comfort

4 Stress

5 Influence

6 MEMber

7 Other spiritual needs

F: ایمان^۲: آیا اعتقادات معنوی دارید که در سازگاری با استرس کمک کننده باشد؟

I: اهمیت یا تأثیر^۳ باورهای معنوی بر زندگی شما؟

C: عضویت در جامعه معنوی^۴؟

A: دوست دارید چگونه مؤلفه های معنوی در مراقبت از سلامت شما مد نظر قرار گیرد؟

HOPE ابزار دیگری است که توسط آناندراجا و هایت^۵ در سال ۲۰۰۱ جهت بررسی سلامت

معنوی مورد استفاده قرار گرفته است و شامل قسمت های زیر می باشد:

H^۶: در مشکلات زندگی منبع امیدوارکننده شما چیست؟

O^۷: آیا عضو یک جامعه مذهبی مشخصی هستید؟

P^۸: آیا اعتقادات مذهبی خاص خود را دارید؟

E^۹: آیا تعارضی بین اعتقادات مذهبی خود و تصمیم گیریهای بالینی داشته اید؟

FAITH ابزاری است که توسط کینگ^{۱۱} در سال ۲۰۰۲ برای سنجش سلامت معنوی مد نظر بوده

است و شامل آیتم های زیر است:

F^{۱۲}: آیا باوری که برایتان مهم باشد دارید؟

1 Puchalski & Romer

2 Faith

3 Importance or Influence

4 Community connections

5 Address/Action in the context of medical care

6 Anandarajah & Hight

7 hope

8 Organised religion

9 Personal spirituality/practices

10 Effects on medical care and end-of-life issues

11 King

12 Faith

A^۱: باورهای شما چگونه بر سلامتی تان تأثیر گذارند؟

I^۲: آیا عضو جامعه معنوی هستید؟

T^۳: آیا باورهای معنوی شما بر تصمیم گیری های درمانی شما تأثیر گذارند؟

H^۴: من در مورد نگرانی های مذهبی تان چگونه می توانم به شما کمک کنم؟

SPiRiT ابزاری برای سنجش سلامت معنوی می باشد که توسط امبریجده موگانز در سال ۱۹۹۷ و

امبوئل و ویزمن^۵ در سال ۱۹۹۹ ساخته شده و مورد استفاده قرار گرفته است و هر کدام از قسمت های آن

شامل عباراتی است که به طور کلی موارد زیر را می سنجند.

S^۶: سیستمی از باورهای معنوی را می سنجد.

P^۷: معنویت شخصی را مورد بررسی قرار می دهد.

I^۸: ارتباط و ادغام در جامعه یا گروه معنوی را مورد بررسی قرار می دهد.

R^۹: فعالیت های معنوی فرد و موانع اجرای آنها را مورد سنجش قرار می دهد.

I^{۱۰}: کاربرد معنویت در تصمیم گیری بالینی را بررسی می کند.

T^{۱۱}: در مورد تأثیرگذاری معنویت بر برنامه ریزی نهایی در رویدادهای زندگی سؤال می کند.

1 Apply to

2 Involved in

3 Treatment

4 Help

5 Abridged: Maugans, 1997; Ambuel & Weissman, 1999

6 Spiritual belief system

7 Personal spirituality

8 Integration with a spiritual community

9 Ritualised practices and Restrictions

10 Implications for medical practice

11 Terminal events planning

FACT که توسط لاروکا پیتز در سال ۲۰۰۸ ارائه شده است به بررسی موارد زیر می پردازد:

^۱F: آیا خود را فردی معنوی می پندارید؟ باورهایی که به زندگی شما معنا و هدف می دهند کدامند؟

^۲A: آیا در جامعه معنوی مذهبی خود فعال هستید؟

^۳C: چگونه با شرایط محیط کاری خود کنار می آیید؟ آیا باورهای معنوی کمک کننده هستند یا خیر؟

^۴T: چگونه باورهای معنوی بر برنامه ریزی درمانی که انجام می دهید تأثیر گذارند؟

در واقع ابزار ارزیابی سلامت معنوی FACT هم تاریخچه ای از معنویت را بررسی می کند و هم سلامت معنوی را و برای نیازهای دست اندکاران امر سلامت در محیط های درمانی مناسب است (پیتس، ۲۰۰۹).

تلاش هایی نیز جهت تدوین و به کارگیری ابزارهایی برای اندازه گیری مذهبی بودن بر اساس اسلام صورت گرفته است که چندان موفق به نظر نمی رسد. عدم ارائه خصوصیات روان سنجی قابل قبول در مورد ابزارهای تدوین شده، استفاده از ابزارهای تدوین شده بر اساس آیین مسیحیت در مورد مسلمانان بدون تغییر ابزار اصلی، گنجاندن سؤالاتی که بیشتر ماهیت سیاسی دارد، عدم طراحی صحیح مطالعه و قابل استفاده نبودن ابزار تدوین شده جهت کلیه مسلمانان بخشی از مشکلات ابزارهای مورد استفاده جهت اندازه گیری مذهبی بودن بر اساس اسلام می باشد (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷).

1 Faith (or Beliefs)

2 Active (or Available, Accessible, Applicable)

3 Coping (or Comfort); Conflicts (or Concerns)

4 Treatment plan

فصل سوم - سلامت معنوی در عرصه سلامت

۳-۱- وضعیت سلامت معنوی در جهان و ایران امروز

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 ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کند و اهمیت بیشتری یابد. امروزه، مردم جهان پیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند. لذا، روانشناسان و روانپزشکان نیز به طور روزافزون دریافته‌اند که استفاده از روش‌های سستی 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: ۱۲۹-۱۴۵).

امروزه وجود باورهای مذهبی را در فرد عاملی مؤثر بر سلامت وی در نظر می‌گیرند. در مجلات معتبر پزشکی دنیا هم اشاره می‌شود که داشتن باورهای مذهبی می‌تواند در کاهش مرگ و میر 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 - لازم است شناخت کافی از جایگاه انسان داشته باشند تا بتوانند در حرفه خویش شرافت و کرامت انسان را حفظ نموده، آن را زیر پا نگذارند (نور محمدی، ۱۳۸۳: ۱۸-۴۶).

جوامع در گذر از نهادهای اجتماعی و آموزشی خود مانند نهاد خانواده، نهاد آموزش و پرورش و امروزه رسانه‌های جمعی در تلاش هستند تا افراد جامعه خود را بخصوص فرزندان را نسبت به ارزش‌ها

جامعه پذیر کنند. از آنجا که هر جامعه ای و به دنبال آن هر نهادی در صدد درونی کردن و نهادینه کردن فرهنگ خود در مخاطبانشان است، بحث جامعه پذیری مطرح می شود. در حوزه جامعه پذیری می توان مدعی شد که از میان سه عنصر اساسی، یعنی محتوا، روش ها یا مکانیسم ها و منابع، عنصر مکانیسم ها مهمترین عامل برای انتقال و ساختن ارزش های فرهنگی و تبدیل آن به هویت فرهنگی و هویت دینی یا معنوی است. در پی پژوهش های انجام شده به روش کیفی چه ارتباط با نوجوانان دبیرستانی و چه در مورد خانواده ها در رابطه با نهادهای آموزشی متوجه این نکته شده که اولاً روز به روز با افول هویت معنوی در جامعه روبه رو شده، ثانیاً نهادینه کردن ارزشهای مورد قبول خود موفق تر بوده اند (منادی، ۱۳۸۹).

برخی معتقدند امروزه معنویت یک پدیده جهانی است که برای همه (معتقدان و نیز بی ایمانها) به کار می رود. گفته می شود معنویت برای افراد مختلف، بسته به نگرش آنها به جهان یا فلسفه زندگی آنها معانی مختلفی دارد (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷).

در چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران جامعه آرمانی «برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب» می باشد. در سال ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه ترین و توسعه یافته ترین نظام سلامت در منطقه». اهداف کلان نظام سلامت عبارتند از ارتقای سلامت جسمی روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم ایران که همراه با کسب برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴ می باشد، تأمین عدالت در سلامت تا سال

۱۴۰۴ و دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمت گیرندگان نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴ (نقشه جامع علمی سلامت، ۲۷-۲۹).

اکثریت قریب به اتفاق جمعیت کشور ما مسلمان و حکومت آن نیز اسلامی است و یکی از وظایف اصلی آموزش و پرورش، اهتمام به تأمین سلامت معنوی نسل جدید است. فعالیت‌های آموزش و پرورش به طور مستقیم یا غیر مستقیم در تربیت دانش‌آموزان مؤثر است. در این میان نقش معلمان و مربیان از دیگر افراد برجسته‌تر می‌نماید. با توجه به نقش مهمی که تعلیم و تربیت در تأمین سلامت معنوی دانش‌آموزان دارند هرگاه از مسائل تربیتی دانش‌آموزان سخن به میان می‌آید نقش و جایگاه معلمین و مربیان بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد (مهاجری و دیگران، ۱۳۸۹).

مذهب کارکردی انطباقی دارد که برای ارضای یک یا چند نیاز همگانی، انسان‌ها به آن متوسل شده‌اند. متغیرهای مذهبی و معنوی مورد استفاده در مطالعات انجام شده درباره طول عمر بیشتر افراد مذهبی، شامل عضویت در یک گروه مذهبی، حضور در سرویسهای مذهبی و زندگی در داخل یک جامعه مذهبی بوده است. یکی از مواردی که تاکنون مورد تحلیل و کاوش قرار گرفته است، «حزن مقدس» می‌باشد که در فرهنگ ایران یک امر بسیار متعالی و ارمغان آورنده تعالی است. به عنوان مثال از مهمترین مصادیقی که در سطوح مختلف مورد توجه قرار گرفته و می‌تواند آثاری ایجاد کند بحث گریه بر سیدالشهدا (ع) است. گریستن بر حضرت ابا عبدالله (ع) یکی از مهمترین عوامل تعالی و ابتهاجی است. برای این که آثار آن وصل کردن انسان با جان جان است؛ چون ما گاهی تن محور می‌شویم گاهی در کنار تن به من هم توجه می‌کنیم برنامه‌ای که صرفاً تن محور باشد به طور یقین نمی‌تواند تعالی داشته باشد. در آنجا آن حزن

باعث شکفتن و شگفتگی من خواهد شد، و یا جان جان ما را مرتبط خواهد کرد. اگر به فرهنگ عمیق اسلامی نگاه کنیم توجه به آن جان جان از طریق بکاء و گریستن عمیقاً مورد توجه واقع می شود. غرض این نیست که خنده عامل شادی محسوب شود، بلکه یکی از مهمترین بخش های آن حزن است. این که می گویند گریه در عرصه «اجتماعی» ما تفوق دارد است به این بر می گردد که ما آن پروسه ایجاد شادی را بر چه محورهایی بنا بگذاریم و چطور در آن زمینه فرهنگ سازی کنیم. مشکل از حزن مقدس نیست بلکه از عدم تعریف صحیح شادی اجتماعی است.

۳-۲- ارتباط سلامت معنوی با سلامت اجتماعی

پژوهش های بسیاری جهت بررسی ارتباط سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامت، انجام شده اند. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود.

یکی از ابعاد اصلی سلامت، سلامت اجتماعی است که لازم است از سلامت معنوی تفکیک گردد. مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. بلوک و برسلو^۱ برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداخته اند. آنان مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد^۲ و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری ها و قابلیت های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت

1 Block & Berslo

2 Donald

اجتماعی (مانند عضویت در گروه ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری آن ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو در تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سال های ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده اند که از طریق عملیاتی کردن مفهوم ارتقاء سلامت اهداف کلی شعار بهداشت برای همه، را با زمینه های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که ارتقاء سلامت در حقیقت در بر گیرنده زمینه های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقاء سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان پذیر سازد. موضوع اول در بر گیرنده توانمند سازی انسانها از طریق آگاهی ها و مهارت های ضروری برای یک زندگی سالم است و موضوع دوم تأثیرگذاری بر سیاست گذاران به گونه ای است که سیاست های عمومی و برنامه های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری نمایند، که پیشگیری از انحرافات اجتماعی از گسترده ترین ارکان این بخش است.

سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می دهند که چگونه و در چه درجه ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، مثلاً به عنوان همسایه، همکار و همشهری، خوب عمل می کنند (کیز، ۱۹۹۸). سلامت اجتماعی موضوعی مطرح در بسیاری از فرهنگ ها است. در حقیقت، هر جامعه بعنوان بخشی از فرهنگ خود از مفهوم خاصی از سلامت اجتماعی را در نظر دارد. این

مسئله در خصوص مؤلفه های سلامت اجتماعی نیز صادق است. به عبارتی، فرهنگ های متفاوت، مؤلفه های متفاوتی از سلامت اجتماعی را دارا است.

لورن مارکس (۲۰۰۵) ضمن مقاله ای مدل مفهومی ای را ارائه کرده که ارتباط سه بعد تجربه مذهبی (یعنی اعمال مذهبی^۱، باورهای معنوی^۲ و جامعه ایمانی^۳) را با ابعاد سه گانه سلامت (یعنی ابعاد زیست شناسانه، روان شناسانه و اجتماعی) نشان می دهد. منظور از عمل مذهبی تجلیات بیرونی و قابل مشاهده ایمان است، مثل نماز، دعا، قرائت کتاب مقدس و به جای آوردن آداب و مراسم مذهبی. منظور از باورهای معنوی، دیدگاه ها و باورها و معانی درونی و شخصیت و مراد از جامعه ایمانی، ارتباط فرد با گروه های مذهبی و دریافت حمایت از چنین اجتماعاتی است. به نظر او این مدل مفهومی منحصر به مسیحیت نیست و قابل اطلاق به مذاهب دیگر نیز هست (مارکس، ۲۰۰۵: ۱۷۵-۱۷۶). به نظر مارکس خیلی از اعمال و پرهیزها (مثل رفتارهای جنسی پرخطر و استفاده یا اجتناب از مصرف الکل یا تنباکو و مواد مخدر) تحت تأثیر باورهای معنوی هستند و باورهای مذهبی نیز به واسطه این اعمال مذهبی متجلی می شوند و حتی تقویت نیز می شوند.

اکثر افراد خود گزارش می دهند که دارای زندگی معنوی اند. مطالعاتی که بر جمعیت عمومی و بیماران انجام شده است، بطور پیوسته نشان داده است که بیش از ۹۰٪ افراد، به یک وجود برتر^۴ اعتقاد دارند. برخی مطالعات بیانگر آن است که ۹۴٪ بیماران به سلامت معنوی و جسمی خود به یک اندازه اهمیت می دهند. اکثر بیماران، خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود اند. یک

1 Religious practices

2 Spiritual beliefs

3 Faith community

4 Higher being

مطالعه در مورد پزشکان خانواده نشان داد که ۹۶٪ پاسخ دهندگان معتقدند سلامت معنوی یک عامل مهم در سلامت است. علیرغم این یافته ها، از نیازهای معنوی بیماران اغلب غفلت می شود (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷). پرستاران به نقش باورهای معنوی در تأثیر روی افکار شخص در مورد خویشتن و جهان هستی و اثرات متقابل معتقدند. مددجویان معنوی می خواهند باورهای معنوی که نیازهای معنا دهی و هدف داری، عشق ورزی و وابستگی و گذشت و بخشش را تأمین می کند که بشناسند و از این باورها امید و آسودگی در هنگام رویارویی و مبارزه با بیماری، آسیب یا دیگر بحران های زندگی را بدست آورند و فعالیت های مذهبی که پرورش دهنده ارتباط با خود، خدا و جهان باشد را انجام دهند و رضایت از هماهنگی باورهای معنوی و زندگی روزمره را بیان نماید (وست، ۱۳۸۳).

از دیدگاه روانشناختی، شاید جالبترین خصوصیت مذهب، جهان شمولی آن است. جوامعی که در آنها مذهب نقش عمده ای ایفا نمی کند بسیار محدود است و اکثریت افراد در دور های از زندگی خود هیچان مذهبی را تجربه کرده اند. از این جهان شمولی می توان چنین نتیجه گرفت که مذهب کارکردی انطباقی دارد که برای ارضای یک یا چند نیاز همگانی، انسان ها به آن متوسل شده اند. متغیرهای مذهبی و معنوی مورد استفاده در مطالعات انجام شده درباره طول عمر بیشتر افراد مذهبی، شامل عضویت در یک گروه مذهبی، حضور در سرویس های مذهبی و زندگی در داخل یک جامعه مذهبی بوده است. مطالعات آینده نگر، متغیرهای بالقوه مخدوش کننده را بدقت کنترل کرده است. برخی پژوهش ها نشانگر آن است که اموری همچون باورهای مثبت، احساس راحتی و قدرت حاصل از مذهب، مراقبه و نیایش می تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد. ارتقاء سلامت معنوی ممکن است موجب معالجه یک بیماری

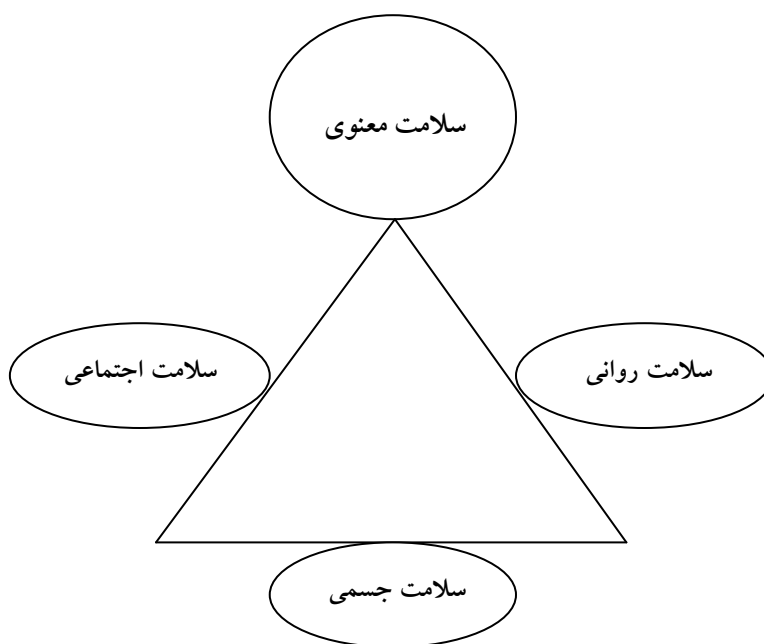
نشود؛ اما ممکن است به فرد کمک کند تا احساس بهتری داشته باشد، از برخی مشکلات بهداشتی جلوگیری کند و با بیماری یا مرگ انطباق یابد. از سوی دیگر تعدادی از مطالعات جمعیت شناختی نیز نشان داده که مذهبی بودن و معنویت با پیامدهای منفی سلامت جسمی و سلامت روانی ارتباط دارد. همچون هر عاملی که بر سلامت اثر می گذارد (مانند انواع شیوه های زندگی)، مذهبی بودن و معنویت ممکن است به صورت معکوس بر فرد تأثیر بگذارد؛ برای مثال، برخی باورهای مذهبی ممکن است با تشویق فرد به اجتناب از درمان یا قطع درمان های رسمی، عدم جستجوی بموقع مراقبت پزشکی، اجتناب از اقدامات بهداشتی پیشگیرانه مؤثر (مانند ایمن سازی کودکان در برابر بیماری ها و مراقبت پیش از تولد) و سوء رفتار مذهبی (مانند اجازه سوء رفتار فیزیکی در مورد بچه ها) بر سلامت فرد تأثیر منفی گذارد. ممکن است افراد برخی گروه های مذهبی به صورت غیر واقع بینانه، انتظارات بالایی از خود داشته باشند که منجر به انزوا، استرس و اضطراب شود یا ممکن است خود را با آنان که معتقدات آنها را ندارند، بیگانه احساس کنند. سرانجام، بخوبی دانسته شده است که سیستم های اعتقادی غیر سالم (همچون برخی کیش ها و آیین های مذهبی) می توانند به صورت منفی بر سلامت اثر گذارند (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷).

به نظر می رسد سلامت معنوی با محیط پیرامون ارتباط چندانی نداشته باشد بلکه بر سایر ابعاد سلامت اشراف دارد. در سال های اخیر تلاش های بسیار زیادی برای روشن شدن مفاهیم شادکامی، سلامتی، کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهزیستی صورت گرفته است. در تلاش برای بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی، گروهی از دانشجویان دانشگاه بوعلی انتخاب و آزمون های بهزیستی معنوی و سلامت روانی بر روی آنان اجرا شد. نتایج نشان داد که هر چه قدر نمره بهزیستی معنوی بالاتر

باشد. به همان میزان سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد. ضمناً بین میانگین نمره بهزیستی معنوی دختران و

پسران دانشجو نیز تفاوت آماری معنادار مشاهده شد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۸۹).

در شکل زیر رابطه ابعاد مختلف سلامت نشان داده شده است.



۳-۳- ارتباط سلامت معنوی با سلامت جسمی

در نظام آفرینش برای درمان هر بیماری به طور قطع راهکاری از پیش طراحی شده است و رسالت جستجو، پژوهش تا مرحله دستیابی به آنها بر عهده صاحبان حرف پزشکی و نظامات پشتیبانی و ناظر بر عملکرد آنها است و بدون تردید هیچ درد غیر قابل درمانی بر اساس اندیشه اسلامی وجود ندارد (نقشه جامع علمی کشور، ۱۳۸۹).

از ناشناخته‌ترین و بحث‌انگیزترین زمینه‌هایی که در جهان پزشکی امروز مورد توجه بخش خصوصی و دولتی قرار گرفته است مسئله بررسی روابط معنویت و دینداری با سلامت جسمانی است. استفاده از واژه‌های کلیدی مذهب و سلامت یا معنویت و سلامت در یک جستجوی اینترنتی، این نکته را آشکار می‌سازد که دهه هشتم قرن بیستم، به خصوص در دهه اخیر، روند پژوهش‌ها و تعداد مقاله‌های منتشر شده مرتبط با این قلمرو در مجله‌های معتبر پزشکی، روان‌پزشکی و پزشکی رفتاری ازدیاد یافته و از مرز ۱۲۰۰ پژوهش نیز گذشته است. آنچه در این مورد پر اهمیت جلوه گر می‌شود این است که معمولاً افزایش توجه و گسترش انتشارات در زمینه پزشکی، پیامد یک دستاورد جدید مانند اکتشاف یک ژن، ابداع یک ابزار جدید و گاهی کشف یک شیوه ارزیابی حساس و معتبر است در حالی که معنویت و دین‌داری در هیچ یک از این زمینه‌ها قرار ندارند و به گونه‌ای پایدار با فرهنگ‌ها وابسته‌اند. بنابراین، دلایل این افزایش قابل توجه را می‌توان به گسترش دین‌داری و معنویت به منزله یک زمینه مکمل و متفاوت پزشکی و همچنین یکی از ناخوشایندترین راهبردهای درمانگری یعنی عدم توجه به تفاوت‌های فردی در تشخیص و درمانگری نسبت دارد. بدین ترتیب، کوشش‌هایی در جبهه‌های مختلف برای جبران این نارسایی به عمل

آمدند که مبنای انگیزی اکثر آن‌ها بیماران بودند؛ بیمارانی که ضرورت توجه به «کلیت شخص» یا «انسان به منزله» «یک مجموعه» را به پزشکی بازگرداندند. بدین ترتیب، علوم پزشکی یعنی قلمرویی که همواره ذهن را از بدن متمایز می‌کرد به این نتیجه رسید که بررسی مجدد در روابط روح، ذهن و بدن، نه تنها جالب بلکه ضروری است و قرار دادن چنین مواردی در برنامه های آموزشی دانشکده های پزشکی و در سطح کاربردی بالینی و پژوهش، گواهی بر این مدعاست. در حال حاضر هفتاد و دو دانشکده پزشکی در آمریکا، درس‌هایی را عرضه می‌کنند تا به دانشجویان بیاموزند چگونه به ارزش‌یابی جنبه های معنوی بیماران بپردازند یا چگونه دل مشغولی‌های معنوی را در طرح‌های درمان‌گری بگنجانند. قرار دادن آموزش‌های مذهبی و معنوی در برنامه های روان پزشکی تحقق یافته و مسئله ضرورت این آموزش به پزشکان عمومی نیز هم اکنون مطرح است. اگرچه پژوهش‌های متعددی به بررسی ارتباط بین دین‌داری و گزارش فرد درباره سلامت خویشتن پرداخته‌اند اما هیچ یک در عین حال، رابطه دین‌داری و معنویت با وضع سلامت را در نظر نگرفته‌اند. مع‌هذا، ارتباط بین میزان دین‌داری با بروز، تشدید یا بهبود بیماری در گستره وسیعی از شرایط پزشکی نشان داده است و فواید حاصل از روش‌های درمانگری مذهبی نیز برجسته شده است. همچنین پژوهشگران توانسته‌اند به یک ارتباط مثبت، بین سطوح بالای باورهای مذهبی و سلامت بهتر دست یابند و برخی نیز بر وجود یک رابطه علی تأکید کرده‌اند، بدون آنکه هنوز شواهد قاطعی به سود این موضع‌گیری به دست آمده باشد. از سوی دیگر، برخی از پژوهش‌های مروری به ناپایداری نتایج حاصل از ارزش‌یابی‌های مرتبط با دین‌داری با دیدگاه فاعلی فرد درباره سلامت خویشتن دست یافته‌اند. شاید بتوان نتایج اخیر را حاصل عدم کنترل دیگر متغیرهای همراه با سلامت دانست یا این

فرضیه را مطرح کرد که دین‌داری و سلامت پیامد متغیر دیگری مانند وضعیت کنشی فرد هستند و یا بالاخره این نتایج را پیامد عدم توجه به تمایز بین دین‌داری و معنویت ملحوظ کرد. از اینجاست که جنبه بنیادی متمایز کردن و عملیاتی کردن دو سازه دین‌داری و معنویت برجسته می‌شود. اگرچه تعریف‌ها و تعبیرهای متعددی درباره این سازه‌ها ارائه شده‌اند، اما دین‌داری به منزل انواع سازمان یافته فردی و بازخوردی تجلیات سنت‌های مختلف دینی است که به تجربه‌های جمعی افراد در چارچوب یک نظام باورها و عملکردها سازمان می‌دهد و به سطح مشارکت و پیوند با باورها و اعمال مذهبی اشاره دارد. در حالی که معنویت به عنوان یک فرایند تجربه فردی، متضمن و مبین یک حس معنا، هدف، تعالی و ارزش‌هاست. به هر حال به رغم مشکلاتی که در راه استنباط قطعی از نتایج این پژوهش‌ها وجود دارند تقریباً همه پزشکان پذیرفته‌اند که بهزیستی معنوی برای حفظ سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است و نیمی از آنها نیز بر این باورند که باید دل مشغولی‌های معنوی را در نظر بگیرند. اما اغلب آن‌ها گاهی چنین می‌کنند و یا به هیچ وجه به این جنبه نمی‌پردازند. چنین بازخوردی را می‌توان به کمبود وقت و نارسایی آموزش‌های دریافت شده نسبت داد یا آن را حاصل نگرانی درباره فرافکنی باورهای خویشتن بر بیماران تلقی کرد. در وضع کنونی، نتایج گزارش‌ها و پژوهش‌ها را نیز می‌توان در چند نکته اصلی خلاصه کرد: بسیاری از مقاله‌های پژوهشی کنونی، به ارتباط مثبت بین افزایش معنویت و دین‌داری با وضع سلامت بهتر دست یافته‌اند و ارتباط بین این سازه‌ها با بروز و بهبود بیماری را در گستره وسیعی از شرایط پزشکی نشان داده‌اند. تعداد قابل توجهی از بیماران از توجه پزشکان به معنویت استقبال کرده‌اند. بسیاری از دانشکده‌های پزشکی در اغلب کشورهای جهان، برخی از برنامه‌های آموزش عملی و موضوع‌های مذهبی

و معنوی را در برنامه های خود قرار داده‌اند. نیاز به پژوهش‌های گسترده تر در قلمرو روابط بین دین‌داری و معنویت با سلامت جسمانی به خصوص تجربه‌های بالینی در مورد تأثیر مداخله های معنوی بر پیامدهای سلامت و پذیرش نقش معنویت در عمل بالینی مطرح، و بر لزوم گسترش پژوهش‌ها درباره ارتباط بین معنویت با سلامت جسمانی تأکید شده است. ویلیام جیمز معتقد است، آدمی در تلاش‌های خود ذخیره و انرژی روانی خود را از دست می‌دهد و تنها منبعی که می‌تواند آن انرژی را جبران نماید، اتصال به قدرت لایزال الهی است و این اتصال حاصل نمی‌گردد، مگر با دعا و مناجات. دکتر هوبرت بنسون¹ نیز در کنفرانس ارزش‌های درمانی دعا اعلام کرد: دعا خواندن مغز را بکار می‌اندازد، عوارض ایدز را کاهش می‌دهد، از فشار خون می‌کاهد، نازایی را درمان می‌کند ... تکرار دعاها باعث کاهش میزان تنفس و فعالیت موجی مغز می‌شود و گاهی چنان قدرت درمانی دارد که نیاز به عمل جراحی با درمان پرهزینه دارویی را از بین می‌برد. ماسارو اموتو، دانشمند ژاپنی، با تحقیقی که به وسیله فیزیک کوانتومی انجام داده است، دستاوردهای خارق‌العاده‌ای در مورد نیروهای فکر و اندیشه، الفاظ و کلمات، احساسات، دعا و انواع صداها پیش روی ما گذاشته که شعور ذاتی و هوشیاری اشیای پیرامون مان را ثابت می‌کند را بدست آورده است. طبق این کشفیات، نه تنها ما می‌توانیم خیلی از مشکلاتمان را از طریق این نیروها، به خصوص نیروهای معنوی و الهی، برطرف کنیم بلکه می‌توانیم بر دیگران و محیط پیرامون مان اثر گذاشته و زندگی مان را بهتر و شیرین تر کنیم. الکسیس کارل² فیزیولوژیست مشهور در این باره می‌گوید: «دعا و نماز قوی‌ترین نیرویی است که انسان‌ها می‌توانند ایجاد کنند؛ نیرویی است که چون قوه جاذبه زمین، وجود

1 Hubert Benson

2 Alexis Karl

حقیقی دارد. از راه دعا، بشر می‌کوشد نیروی محدود خود را با متوسّل شدن به منبع نامحدودی چون خدا افزایش دهد. هنگام دعا، خود را به قوه محرکه پایان ناپذیری که تمام کائنات را به هم پیوسته است، متصل می‌کند و از او قدرت می‌گیرد. آثار دعا و نیایش در فعالیت‌های مغزی انسان یک نوع شکفتگی و انبساط باطنی و گاه قهرمانی و دلاوری را تحریک می‌کند». دعا درمانی برای مسلمانان بسیار قابل لمس‌تر است چون در آموزه‌های دینی آنان به توسل و توکل الهی تأکید بسیاری شده و دعا منبع بزرگی از آرامش و اطمینان می‌باشد. اما محققان غربی که به دوری مردم در غرب از دعا و معنویت واقفند به تازگی به تحقیق در این باره علاقه‌مند شده‌اند و قصدشان معرفی انواع معنویت درمانی است (سایت هو الله).

در پرتو رهنمودهای قرآن کریم که هرگونه بیماری و تاریکی به سلامتی و روشنایی تبدیل می‌شوند قبل از ایمان به خداوند دارای دو بخش منفی و مثبت است که برای رسیدن به ایمان الهی مطرح کرده است ایمان به خداوند دارای دو بخش منفی و مثبت است که برای رسیدن به مرحله مثبت آن باید از مرحله زدودن مراحل و موارد منفی آن آغاز کرد قرآن کریم به صراحت کسانی را موفق و رستگار دانسته است، که خود را از آفات و بیماری‌های معنوی پیدا نکرده باشند جزء زیانکاران هستند. شناخت و معالجه بیماری‌های معنوی بسیار دشوار و در مواردی بسیار طولانی خواهد بود، ضرورت دارد در بحث سلامت معنوی به ویژه در جهت هدایت آن به سمت و سوی تعلیم و تربیت اسلامی، بسیار دقیق و سریع و با توجه به نیاز عمل کرد، چرا که در بیماری‌های جسمی علائمی آشکار است که در زمان بروز انسان را متوجه خود می‌کنند، ولی در بیماری‌های معنوی و اخلاقی مسئله بسیار پنهان و ناشناخته تر است. شهید مطهری درباره دشواری شناخت بیماری‌های معنوی چنین می‌گوید: «در بیماری‌های جسمانی، بیمار معمولاً

خودش را احساس می کند و دنبال معالجه می رود ولی در بیماری های روحی که شخص بیمار است ولی خودش نمی داند که بیمار است. برعکس آن بیماری را به عنوان سلامتی می پذیرد و حتی به بیماری خودش علاقه هم دارد. مهم ترین بیماری در سلامت معنوی زبان و گفتار آدمی است زبان عالی ترین شکل رشد و تکامل، رفتار انسان را نشان می دهد زبان آدمی بهترین معرف اوست. سخن گفتن مهارتی است که مانند سایر مهارت ها باید آموخته شود. از جنبه معنوی و اخلاقی هم باید زبان را تربیت کرد چرا که در ارتباطات بین انسان ها کلمات نقش سازنده یا مخرب دارند، گاهی کلمات ناسالم در گفتار والدین یا فرزندان (و یا حتی معلمان) به کاربرده می شود، پیامدهای مخربی را به بار می آورد. از همین رو پیامبر می فرمایند: «مسلمان کسی است که مسلمانان دیگر از دست و زبان او درآسایش باشند» و نیز علی (ع) چنین هشدار می دهند که «زبان تربیت نشده، درنده ای است که اگر رهایش کنی می گزد». در نظام تعلیم و تربیت اسلامی و تعمیق آن مدیریت کلام و گفتار به عنوان یک مهارت معنوی و ارتباطی از همان سال های نخست آموزش داده شود، و این کار موجبات رشد اخلاق و معنویت و سلامت آن را در جامعه فراهم خواهد کرد چرا که اگر زبان و گفتار افول پیدا کند رفتارها نیز غیراخلاقی می شوند و بالعکس و وقتی هم ما افول اخلاقی داشته باشیم طبعاً زبان ما هم به نوعی به ابتذال کشیده می شود. چه زیبا پیامبر گرامی (ص) این موضوع و نقش حیرت انگیز زبان و گفتار آدمی را در سخنان خود به تصویر کشیده اند و می فرمایند: زیبایی شخص در گفتار اوست (سعیدی، ۱۳۸۹).

سلامت معنوی، یکی از ابعاد مهم سلامت و به عنوان هسته اصلی سلامت در انسان محسوب می شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند. با ویژگی های ثابت در

زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویش و خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود، علیرغم پژوهش‌های بسیاری که در مورد سلامت معنوی، در طول دهه‌های گذشته انجام شده، فقدان ارائه یک تعریف کاری یا تئوریک قابل قبول از سلامت معنوی، کماکان مشاهده می‌گردد به گونه‌ای که مشکل شناسایی، تعریف و بررسی ابعاد سلامت معنوی، همچنان پابرجاست. معانی بسیار مختلفی در مقالات و کتب گوناگون در مورد معنویت و سلامت معنوی ارائه شده است. هنگام پرداختن به این دو مفهوم، مذهب، نیز به میان می‌آید، کلمه مذهب به معنای بهم پیوستن است. مذهب، تجربیات معنوی جمعی یک گروه از مردم، در داخل سیستم از باورها و اعمال یک مذهب سازمان یافته اطلاق می‌شود. معنویت به معنای تنفس است و مفهومی وسیع‌تر از مذهب دارد. برخی معتقدند معنویت فراتر از مذهب و شامل مفاهیم دیگری همچون سلامت معنوی، آرامش راحتی ناشی از ایمان و تطابق معنوی، تجربیات و تظاهرات روح فرد در یک روند بی‌همتا و دینامیک که منعکس کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است. اکثریت مردم در دوره‌ای از زندگی خود هیجان مذهبی را تجربه کرده‌اند. مذهب کار کردی انطباقی دارد که برای ارضای یک یا چند نیاز همگانی، انسان‌ها به آن متوسل‌اند. مذهبی بودن و معنویت با پیامدهای منفی سلامت جسمی و سلامت روانی ارتباط دارد. همچون هر عاملی که بر سلامت اثر می‌گذارد مانند انواع شیوه‌های زندگی، مذهبی بودن و معنویت ممکن، با تشویق فرد به اجتناب از درمان یا قطع درمان‌های رسمی، عدم جستجو به موقع مراقبت پزشکی، اجتناب از اقدامات بهداشتی پیشگیرانه مؤثر (ایمنی سازی کودکان) و سوء رفتار مذهبی (سوء رفتار فیزیکی در مورد بچه‌ها) بر سلامت فرد تأثیر منفی گذارد، هنگامی که هدف از برخورداری از سلامت معنوی، احساس راحتی، آرامش درونی و... بیان می‌شود، این

نتیجه را در پی دارد که با توجه به متفاوت بودن افراد، آنچه ممکن است برای فردی احساس راحتی و آرامش ایجاد کند، ممکن است برای دیگری کارایی نداشته باشد. پس هر کس باید در پی چیزی باشد که برای شخص احساس راحتی، و آرامش درونی به ارمغان آورد. مطالب فوق نتیجه طبیعی این دیدگاه است. در این راستا بیان می‌شود که بسیاری از مردم به معنویت از طریق مذهب دست می‌یابند، برخی از طریق موسیقی، هنر یا ارتباط با طبیعت، دیگران آن را در ارزش‌ها و اصول خود می‌یابند. مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و مذهبی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد، یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود. اغلب مدل‌های سلامتی، شامل سلامت معنوی است. مفهوم معنویت با همه حیطه‌های سلامت در تمامی سنین، ارتباط دارد و مورد علاقه پژوهشگران در تمام دنیاست. با این همه، مشکلات و چالش‌هایی در مورد سلامت معنوی همچنان به چشم می‌خورد که برخی از آن‌ها معلوم نبود درک جامع از مفاهیم ارائه شده برای سلامت معنوی و روحی است.

افزایش علاقه به روانشناسی معنویت تا حدودی از یافته‌های تجربی و مبانی نظری ناشی شده است که پیشنهاد می‌کنند متغیرهای معنوی و مذهبی در سلامت روانی و جسمانی نقش دارند. پژوهش‌ها حاکی از آن است که معنویت ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۲۹-۱۴۵). مارتینسون و سادستروم به این نکته اشاره کرده اند که عقاید معنوی یا ایمان مذهبی به عنوان شکلی از سازگاری فعال در بیماران مبتلا به سرطان شناخته می‌شود. کوئینگ و همکاران نیز عقیده دارند که در موقعیت‌های تنش‌زا به ویژه مسایل مرتبط با سلامتی، معنویت منبع مهم سازگاری به شمار می‌رود.

همچنین نلسون و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که سطوح بالای سلامت معنوی با سطوح پایین متغیرهای مرتبط با اختلالات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در میان بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است. نتایج پژوهش مک کلین و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد سلامت معنوی اثری قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد (رضایی و دیگران، ۱۳۸۷: ۳۳-۳۹).

نتایج یک پژوهش با عنوان رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان نشان داد که بین بهزیستی معنوی و سلامت روان همبستگی معناداری وجود دارد. به علاوه، ۰/۳۷ درصد از واریانس سلامت روانی به وسیله بهزیستی مذهبی تبیین می‌شود. فقط در خرده مقیاس بهزیستی مذهبی، نمرات دانشجویان دختر بیشتر از پسران می‌باشد و در سایر خرده مقیاس‌ها تفاوت معناداری دیده نشد (صفایی راد و همکاران،).

علل معمول ایجاد اختلال روحی شامل باورهای معنوی یا جدایی از اجتماع یا مذهب می‌باشد.

مثال‌هایی از این اختلالات عبارتند از:

- اختلال در تطابق با بیماری مربوط به عدم توانایی در انطباق یا باورهای معنوی

- سازگاری غیر مؤثر فردی مربوط به فقدان مذهب به عنوان حامی اصلی (احساس طرد شدن از جانب خدا)

- ترس مربوط به احساس آماده نبودن برای روبرو شدن با مرگ و زندگی اخروی

- اختلال ناشی از غم و اندوه: یأس و نومیدی مربوط به اعتقاد به اینکه مذهب بی‌معناست

- ناامیدی مربوط به داشتن اعتقاد به اینکه هیچ کس حتی خدا مراقب انسان نیست.

- ناتوانی مربوط به احساس قربانی شدن توسط خدای ظالم
 - اختلال در اعتماد به نفس مربوط به شکست در تطبیق زندگی با عقاید مذهبی
 - اختلال جنسی مربوط به تضاد بین ارزش‌ها
 - اختلال الگوی خواب مربوط به اختلال روحی
 - خطر اعمال خشونت نسبت به خود مربوط به احساس بی‌معنی بودن زندگی (وست، ۱۳۸۳).
- تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که دینداری، ایمان و عبادت موجب تقویت سیستم ایمنی در سطح ایمونوگلوبولین و کیلرسل‌ها و سایر مکانیسم‌های ایمنی می‌شود.
- در سال‌های اخیر مراکز تحقیقاتی مهمی در جهان تاسیس شده که دستور کار آن‌ها بررسی ارتباط بین مذهب و سلامتی است و تاکنون صدها مطالعه در این زمینه انجام شده که نتایج همه این بررسی‌ها بر یک امر واحد اشاره می‌کند و آن این است که «میزان ابتلا به بیماری‌ها و مرگ در افراد با ایمان کمتر از سایرین است و لذا این افراد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین، طول عمر و رضایت بیشتری از زندگی دارد». محققین مذکور به این نتیجه رسیده‌اند که اصول مشترکی در دستورات مذهبی ادیان عمده جهان از جمله اسلام وجود دارد که از سلامتی پیروان آن‌ها محافظت می‌کند. این اصول مشترک ریشه در معنویت ادیان دارد. معنویت عبارت از اعتقاد به خداوند و یا قدرت برتر است. در طب معنوی تلاش می‌شود از طرق مختلفی قدرت دفاع بیمار و اعتماد به نفس او را افزوده و به کنار آمدن او با مشکلات و بیماری‌های مزمن کمک نمایند. یکی از این عوامل دعا می‌باشد. ذکر نام‌های خداوند به معنی با خبر ساختن، خبر گرفتن و توجه کردن ارادی ذهن هوشیار و خودآگاه از آن چیزی که در ناخودآگاه آدمی

وجود دارد باعث رفع ابهامات شده و آرامش و اطمینان جایگزین آن ابهامات می‌گردد. دعا برقراری ارتباط با کمال مطلق است، هرچند ممکن است این کمال مطلق نام‌های مختلفی داشته باشد. دعا گفتگویی دو طرفه میان خداوند و بنده اوست. دعا اعلام یک نیاز به موجودی بی نیاز، قدرتمند و بخشنده است. دعا درمانی، از ماقبل تاریخ سابقه داشته و نوعی شفا بخشی باستانی است که با متوجه کردن ذهن و قلب به سوی ذات پروردگار انجام می‌شود. باید دانست دعا درمانی یک روش جایگزین نیست بلکه مکمل سایر درمان‌هاست که اخیراً جزو اصلی‌ترین تحقیقات علمی قرار گرفته است. تحقیقات نشان می‌دهد دعا خواندن و ذکر گفتن فشار خون را پایین می‌آورد، ضربان قلب را آرام می‌کند و از بیماری‌های مرتبط با سامانه دفاعی بدن پیشگیری می‌کند. بیماری‌هایی همچون دیابت، بسیاری از بیماری‌های پوست و مو، برخی از بیماری‌های کلیوی و ریوی و برخی بیماری‌های عفونی به شدت تحت تأثیر سامانه دفاعی بدن هستند که دعا درمانی از تعداد موارد و شدت این نوع بیماری‌ها در بدن ما می‌کاهد. دعا حتی می‌تواند در جراحی‌ها، به بهبودی زودتر بیماران و کاهش مقدار آنتی‌بیوتیک مورد نیاز پس از عمل منجر شود. همچنین در پزشکی مدرن امروز در تحقیقات متعدد ثابت شده است دعا در درمان بیماران اعصاب و روان و همچنین پیشگیری از این بیماری‌ها که در عصر حاضر شیوع زیادی یافته است تأثیر بسزایی دارد. رندولف بایرد در بیمارستان عمومی شهر سان فرانسیسکو تحقیق جالبی انجام داده است. وی ۳۹۳ بیمار را که در بخش مراقبت‌های قلبی بیمارستان بستری بوده‌اند در دو گروه قرار داد. در یک گروه به طور مرتب توسط افرادی خاص به عنوان دعا کننده، دعا می‌شد و گروه دوم هیچ گونه دعایی انجام نمی‌شد. هر دو گروه درمان‌های دارویی را به صورت مشابه دریافت می‌کردند و از نظر سن، جنس، میزان ابتلا به بیماری انسداد

شرایین قلبی و ... یکسان بودند. ده ماه بعد نتایج شگفت انگیزی به دست آمد. بیمارانی که برایشان دعا شده بود ۵ برابر کمتر از بیماران دعا نشده به آنتی بیوتیک نیاز پیدا کرده بودند. ۲/۵ برابر کمتر از بیماران دعا نشده دچار انسداد عروق قلبی شده بودند و میزان ایست قلبی در بیماران دعا شده کمتر بود. دکتر دتلولینک استاد روان شناسی عصبی در دانشگاه بن آلمان و متخصص اختلالات و بی نظمی در خواب معتقد است که به وسیله دعا و نیایش قبل از خواب افراد مبتلا به کابوس های مستمر شبانه می توانند کنترل خواب خود را در دست گرفته و کابوس تلخ خود را به رویای شیرین مبدل کنند. به گفته دکتر لینک خواندن منظم دعا قبل از خواب می تواند از طریق زدودن افکار پلید و ناپاک از ذهن به رهایی افرادی که از کابوس ها وحشتناک رنج می برند، کمک بزرگی بکند. به گفته این دانشمند آلمانی، شماری از بیماران مستأصل وی با استفاده از این روش دعا درمانی موفق شده اند تا سلامتی نسبی و خواب راحت خود را مجدداً بازیابند.

مطالعات نشان می دهند که باورهای مذهبی نقش غیر قابل انکاری در احساس حمایت، آرامش و سلامت روان دارند. یافته ها حاکی از آن است که موقعیت های بیمارستانی به گونه ای می باشند که موجب احساس آسیب پذیری، ترس و استرس می شوند. نیاز به انطباق و سازگاری مجدد نکته اصلی است که برای فرد ضرورت پیدا می کند. این سازگاری در واقع رسیدن به حالت موفق مقابله با تنش ها است. دین اسلام به عنوان آخرین و کامل ترین دین الهی، بزرگ ترین منبع تأمین آرامش انسان را فراهم آورده است. اعتقادات مذهبی می توانند با تأثیرگذاری بر ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت های مقابله، منابع حمایتی و غیره موجب کاهش احساس آسیب پذیری شود. احساس نیاز به انجام اقدامات معنوی و

اعمال مذهبی در بیماری و در هنگام مواجه با درد در کلیه بیماران امری پذیرفته شده و قابل درک است (جویباری و ثناگو، ۱۳۹۱).

به نظر محققانی چون الیفسون، کلاین و استرک، مذهبی بودن عامل مهم در پیشگیری از ابتلای زنان به ایدز است. آنها بر این عقیده‌اند که زنانی که کمتر مذهبی هستند، بیشتر درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند و احتمال ابتلای به ایدز در آنان بالا می‌رود. رفتارهای پرخطر شامل رفتارهای جنسی و مصرف مواد مخدر است. کونینگ^۱ نیز بر آن است که صدها مطالعه نشان می‌دهند که مذهب می‌تواند مانع اعتیاد به الکل یا مواد مخدر در کودکان و نوجوانان و بزرگسالان شود. به نظر وی هرچه شخص مذهبی‌تر باشد، احتمال اینکه او اقدام به مصرف الکل و مواد مخدر کند، کمتر می‌شود. به علاوه، مطالعات نشان می‌دهند که معتادین مذهبی‌تر، بازپروری موفق‌تری دارند. از طرف دیگر اجتناب از مصرف الکل و مواد مخدر اثرات مثبتی بر وضعیت شغلی فرد دارد و البته شغل و ثبات مالی عاملی مهم در سلامت فرد است. تحقیقات نشان می‌دهد که درصد ابتلا به سرطان در میان گروه‌های مذهبی کمتر است و امید به زندگی در میان این گروه‌ها بیشتر از سایرین است، به ویژه ادونت‌یست‌های روز هفتم^۲ و مورمون‌ها^۳. تحقیقات کونینگ و سیمرمن و انستروم نشان می‌دهد که میزان سرطان مورمون‌ها و ادونت‌یست‌هایی روز هفتم ۲/۱ تا ۳/۲ کل جمعیت است و مورمون‌ها ۷-۴ سال طول عمر بیشتری دارند. کونینگ بر آن است که اعطای هر فرقه مذهبی که به لحاظ مذهبی فعالند درصد ابتلای به سرطان شان مانند مورمون‌هاست. همچنین هومر، راجرز، نام و الیسون دریافته‌اند که امید به زندگی کسانی که در مراسم مذهبی بیش از یکبار در هفته

1 Koenig

2 Seventh-Day Adventists

3 Mormons

شرکت می‌کنند، نسبت به کسانی که در چنین مراسمی شرکت نمی‌کنند، ۶-۷ سال افزایش دارد. تحقیقات هومر، راجرز، نام و الیسون نشان می‌دهد که آمریکایی‌های آفریقایی‌تباری که بیش از یکبار در هفته در مراسم کلیسا شرکت می‌کنند، تقریباً ۱۴ سال بیش از سایر آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار عمر می‌کنند. این یافته حاصل بررسی بیش از ۲۱۰۰۰ نمونه است. دانشمندانی مانند فروید و الیس قائل شده‌اند که باورهای مذهبی سایکوپاتولوژیک هستند، اما اخیراً دانشمندانی مانند کونینگ با اتکا به تحقیقات تجربی نشان داده‌اند که درست برخلاف نظر پیشینیان، باورهای مذهبی بر سلامت روانی تاثیر مثبتی دارند. هرچند تحقیقات بسیاری حاکی از آن است که باورهای مذهبی در هنگام استرس‌های حاد یا روزمره اثرات مثبتی بر حفظ سلامت روانی فرد دارند، اما محققان برآنند برخی باورهای مذهبی می‌توانند برای سلامت روانی فرد مضر باشند. جامعه ایمانی یا گروه خاص مذهبی می‌تواند با حمایت اجتماعی به سلامت افراد کمک کند. واتسون، بیسی، تاناملی، سیم، برانچ و ویلیامز برآنند که جوامع ایمانی به طور کلی و کلیساهای آفریقایی - آمریکایی به طور خاص منابع مؤثری در کاست عوارض اعتیاد به مواد مخدر و دیگر معضلات سلامت هستند. این جوامع از طریق حمایت اجتماعی و معنوی به سلامت افراد کمک می‌کنند (مارکس، ۲۰۰۵: ۱۷۸-۱۸۰).

اسرائیلا میراشتاین^۱ (۲۰۰۴) در مقاله‌ای تحت عنوان «دیدگاه معنوی یهودی درباره سایکوپاتولوژی و سایکوتراپی: نظر یک پزشک» به بررسی بیماری‌های روحی قوم یهود و منابع مذهب یهود برای سلامت معنوی مردمش می‌پردازد و البته نیم‌نگاهی نیز به کلیت بحث و اطلاقش به اقوام دیگر نیز دارد. به نظر وی پزشک باید سعی کند ارزش‌های بیماران را بفهمد و بدانها احترام بگذارد و مراقب باشد که ارزشهای

1 Israela Meyestein

خودش را بدانها تحمیل نکند. وی می‌گوید: «من که به عنوان سایکوتراپیست با بیماران یهود و غیر یهود اعم از کاملاً سکولار و خیلی ارتودوکس کار می‌کنم، سعی می‌کنم هنگام ورود به فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف کاوشگری کنجکاو و محترم باشد. من به دنبال فهم باورهای بیمار درباره عملکرد در جهان، علل و معنای بیماری و راه‌های شفایافتن هستم. سؤال از مذهب و معنویت، بخشی از یادگیری زبان و جهان‌بینی بیمار است. فهم زمینه بیمار به درگیری و تشکیل ارتباط درمانی کمک می‌کند». او ضمن بیان مقدمه‌ای وارد بحث می‌شود. ابتدا گزارشی از تحقیقات انجام‌شده و نظر خویش درباره ضرورت استفاده از مذهب و معنویت در درمان می‌دهد: «تحقیقات نشان داده است که مذهب جنبه مهمی از زندگی بیماران است. دیوید لارسن ضمن ذکر ۳۵۰ مطالعه درباره معنویت، مذهب را به عنوان «عامل فراموش‌شده» در سلامتی جسمی و روحی می‌داند. مذهب ضمن فراهم‌آوردن مهارت‌های حل معضل، حمایت اجتماعی، جهان‌بینی منسجم، معنا و سبک زندگی کم‌خطرتر اثر استرس را کمتر می‌کند.» برای بیماران مذهبی پزشکشان مهم نیست، اما توجه پزشک به نیازهای مذهبی‌شان مهم است. تراپیست‌ها امروزه درگیر این چالش‌ها هستند که آیا معنویت را به طور ضمنی وارد روش درمانی کنند یا به صورت آشکار. به بیان دیگر معنویت را وقتی مطرح کنند که خود بیمار به آن اشاره می‌کند یا خود پزشک از ابتدا آن را نیز مورد بحث قرار دهد. به نظر میراستاین، چون بیماران از جهت نگرش‌شان به راه حل‌ها متفاوتند (یعنی برخی از بیماران راه حل را در دستان خدا می‌دانند در حالی که دیگران بر این نظرند که خدا به کسانی کمک می‌کند که به خودشان کمک می‌کنند)، راه برخورد با آنها نیز متفاوت است. به علاوه، به نظر او، مذهب و معنویت می‌توانند منابع مفیدی برای درمان باشند که می‌توان با فراهم‌آوردن ابزاری خاص مثل تیم درمانی متشکل از روحانیون و کشیشان امید

بیمار را افزایش داد یا با ارجاع بیمار به جامعه ایمانی خویش. وی می‌گوید: «برای من معنویت جستجوی هستی معنادار، راهنمای اخلاقی، برقراری ارتباط بین خود و دیگران و خداست». در پژوهش فلاسکرود و نیامتی در ۱۹۹۶ که ۴۰٪ نمونه‌ها آمریکایی مکزیکی تبار بودند، این افراد معانی متفاوتی به دخالت الهی در ارتباط با چالشهای سلامتی نسبت داده‌اند. پژوهشگران ذکر کرده‌اند که افراد نیاز به توکل به خدا را برای روند سلامتی ذکر کرده‌اند و در فواصل جلسات درمان از قدیسان برای تسکین درد و غیره، تقاضای کمک کرده‌اند. خیلی از این افراد، بر این نظر بودند که از طریق استفاده از دعا، سوزاندن شمعهای مذهبی یا نذر برای زیارت اماکن مقدس، امکان تغییر مشیت الهی در رابطه با موضوعات مربوط به سلامت وجود دارد (میراشتاین، ۲۰۰۴: ۳۲۹-۳۴۱).

معنویت در الهیات اسلامی زیربنای عبادات و روابط اجتماعی است و در اعمال روزمره زندگی آدمی موثر است. اگر بخواهیم معنویت را به طور خلاصه از لسان مبارک رسول الله (ص) بشنویم باید در حدیث زیر تأمل کنیم. در حدیثی رسول الله (ص) معنویت را موثر در حتی سلامت روانی دانسته است. رسول الله صلی الله علیه و آله و سلم فرمود: «قَوْلُ لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ فِيهِ شِفَاءٌ مِنْ تِسْعَةٍ وَتِسْعِينَ دَاءً، أَذْنَاهَا اللَّهُمَّ؛ جمله «لا حول ولا قوه الا بالله» نود و نه درد را شفا می‌دهد که ساده‌ترین آنها اندوه است. معنای این حدیث این است که کسی که اگر چنین جهان‌بینی داشته باشد که هرگونه حرکت و سکونی متکی بر مبدا هستی لایزال و ابدی است هرگز غم و اندوه به خویشتن راه نمی‌دهد». اگر انسان در سلامت و بیماری چنین درکی داشته باشد، زندگی توأم با نشاط و خرمی خواهد شد. و به قول سعدی:

به حلاوت بخورم زهر که شاهد ساقی است به ارادت بکشم درد که درمان هم ازوست

در قرآن مجید بهترین تجلی معنویت در هنگام بیماری در چند آیه بیان شده است. در سوره شعرا از قول ابراهیم خدا را چنین معرفی می‌کند: «الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ (۷۸) وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ (۷۹) وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ (۸۰) وَالَّذِي يُمِيتُنِي ثُمَّ يُحْيِينِ (۸۱)»

۷۸: «همان خدایی که مرا آفرید و نیز هدایتم فرمود.»

۷۹: «همو که خوراک و آب به من می‌دهد.»

۸۰: «و چون بیمار می‌شوم شفایم می‌بخشد.»

۸۱: «و همو که مرا می‌میراند و سپس زنده می‌گرداند.»

جهان‌بینی توحیدی چنین است و معنویت نیز همین است.

در سوره انبیا داستان ایوب آمده است. ایوب بیمار شد، تمام بدنش را عفو فراگرفت، به طوری که می‌نویسند بدنش به گونه‌ای زخم شد که کرم افتاد. زن و فرزندش از او جدا شدند. اموال و زندگیش از دست رفته بود. در چنین شرایطی اینگونه با خدا گفتگو کرد:

«وَ أَيُّوبُ إِذْ نَادَىٰ رَبَّهُ أَنِّي مَسَّنِيَ الضُّرُّ وَأَنْتَ أَرْحَمُ الرَّاحِمِينَ (۸۳) فَاسْتَجَبْنَا لَهُ فَكَشَفْنَا مَا بِهِ مِنْ ضُرٍّ وَآتَيْنَاهُ أَهْلَهُ وَ مِثْلَهُمْ مَعَهُمْ رَحْمَةً مِّنْ عِنْدِنَا وَ ذِكْرًا لِلْعَابِدِينَ (۸۴)»

«و [ای پیامبر] ایوب را یادآور باش زمانی که با استغاثه روی به درگاه آفریدگار پروردگارش برد و عرض کرد: «بار خدایا رنج و محنت، مرا از پای درآورده و تو آن بی‌همتای رحمت‌گستر بر مومنان هستی». ما دعای او را مورد اجابت قرار دادیم و خاندانش را به او بازگرداندیم و همانند افرادی که [از دست داده بود] بر آنها افزودیم تا نمونه رحمتی از سوی ما باشد و پند امیدبخشی برای مومنان پارسا. در آخر آیه

شریفه می‌فرماید: این نوع معرفت و معنویت نمونه است برای عبادت‌کنندگان (محقق داماد، ۱۳۸۹: ۵۳-۶۴).

درباره تأثیر دین و معنویت بر مسائل مربوط به بهداشت، سلامت و پزشکی، ابهامات زیادی وجود دارد. این‌طور به نظر می‌رسد که اکثر صاحب‌نظران هنوز به درک واحدی از معنا و مفهوم معنویت و دین نرسیده‌اند. آنها نمی‌دانند که باید تأثیر معنویت را بر بیماران بررسی کنند یا پزشکانی که قرار است این بیماران را معاینه و درمان کنند. ضمن این که علی‌رغم تأکید اغلب کارشناسان، خطر نگاه ابزارگرایانه به مسائل معنوی و دینی، صرفاً برای درمان بهتر بیماری و نه به خاطر اصل آنها، به شدت وجود دارد. با وجود تمام این ابهامات که در مرحله تعاریف و اصول دیده می‌شود، در مرحله کاربرد هم با مشکلات مهمی مواجهیم و آن این که نتایج حاصل از مطالعات کاربردی هنوز به طور کامل قابل توجیه نیستند. هنوز نمی‌توان به درستی در مورد چگونگی تأثیرگذاری عامل مذهب بر روی سلامت و بیماری افراد توضیح مشخصی ارائه داد. بسیاری از عوامل هستند که همزمان و همراه با زندگی مذهبی در زندگی فرد وارد می‌شوند که ممکن است این تأثیر مثبت مذهب، مربوط به این عوامل باشد. به عنوان مثال، ممکن است این تأثیر مذهب به دلیل سیستم‌های حمایتی باشد که در جامعه مذهبی و بین افراد معتقد وجود دارد و آنها را به همدیگر پیوند می‌زند. ممکن است اصولاً افرادی به طرف مذهب و اعتقادات معنوی بروند که شخصیت‌های خاصی دارند؛ مثلاً آرام‌ترند یا متعادل‌ترند. همین شخصیت ممکن است به آنها کمک کند تا استرس یا رفتارهای ناسالم کمتری داشته باشند. ممکن است مذهب ارزیابی‌های شناختی فرد را از محیط اطرافش تغییر دهد و این نگاه تازه به زندگی باعث شود تا او بتواند سالم‌تر زندگی کند، بهتر با شرایط

کنار بیاید و در نتیجه کمتر بیمار شود. همه اینها سؤالاتی است که پژوهش‌های تازه‌ای برای پاسخ به آنها مورد نیاز است.

آنچه ما لمس می‌کنیم اشکالات روانی است که باید در بعد سلامت روان فردی و جمعی برای آن برنامه‌ریزی کرد. اما سلامت معنوی، ناشی از اعتقادات است. ناشی از ارتباط انسان با خالق خود است. ارتباط با قدرتی که کاملاً فراتر از قدرت‌های شناخته شده مادی است. این ارتباط در ادبیات دینی ما به خوبی در الفاظ توکل و توسل و تسلیم معنی شده است. Spirit که معنی لطف را در ادبیات بین‌المللی دارد یک واژه لاتین است به معنی «نفس» و معنویت^۱ به معنی احساس ارتباط با چیز پاکی است که فراتر از یک شخص و یا قدرت شناخته شده است. این معنویت معرف «هدف» در زندگی انسان‌ها است. اثر معنویت در سلامت به دلیل زیر ساختارهای فردی و اجتماعی که ایجاد می‌کند از شروع بیماری و عوامل موجود آن تا مرگ تأثیرگذار است. دین با مکانیسم‌های گوناگون موجب سلامت جسمی و روانی و ارتقای بهداشت روانی می‌شود. نمونه‌هایی از سلامت روانی ناشی از دین عبارتند از: وجود امید، انگیزه و مثبت‌نگری در دین، ایجاد شبکه حمایتی عاطفی و اجتماعی، دادن پاسخ روشن و قاطع به مفهوم خلقت، جهان و زندگی، تبیین و تعریف لذت‌بخش و معقول از رنج، درد و محرومیت و مکانیسم‌های بسیار دیگر (بواله‌ری).

معنویت را می‌توان متصل‌بودن به خود، دیگران، نیروی زندگی یا خداوند تعریف کرد که به مردم امکان می‌دهد در زندگی یک معنی و مفهوم پیدا کرده و نیروی برتر از خود را تجربه کنند. معنویت به افراد کمک می‌کند تا به کشف هدف و غایت زندگی، درک کیفی زندگی و برقراری ارتباط با خداوند یا

1 Spitiuality

نیروی بالاتر نایل شوند. در چارچوب معنویت، فرد حقایق مربوط به خود، دنیا و مفاهیمی مانند عشق، محبت، خردمندی، صداقت، ایمان، تخیل، حرمت و فناپذیری را کشف می‌کند. کتاب‌های مقدس ادیان مختلف رهنمودهای لازم در مورد رفتارهای فردی، اجتماعی و معنوی را ارائه کرده‌اند. توجه به باورهای معنوی افراد و خانواده‌ها و احترام و ارزش‌قائل‌شدن به این اعتقادات برای راهنمایی و آرامش آنها بسیار مهم است. رفتارهای معنوی غالباً به صورت گذشت و فداکاری، انضباط، وقت‌گذاشتن برای کارهایی که متوجه «خود درونی» و روح است، بروز می‌کنند. مذهبی و طبیعت، دو مسیر ارتباط فرد با خداوند یا نیروی برتر هستند؛ به هر حال وابستگی به موسسات مذهبی، باورهای خشک یا تعصبات به مفهوم دارابودن حس معنویت نیست. ایمان که شالوده معنویت تلقی می‌شود، به معنای باور و اعتقاد به چیزی است که فرد قادر به دیدن آن نیست. بخش معنوی فرد، زندگی را به عنوان یک راز و معما که در طی دوره زندگی گشوده می‌شود، می‌بیند و پرسش‌هایی درباره مفهوم و معنی زندگی، امید، وابستگی به خداوند، تسلیم، بخشش تعالی را در بر می‌گیرد. حس قوی معنویت یا ایمان مذهبی می‌تواند اثری مثبت بر سلامتی داشته باشد. معنویت ایجادکننده امید است. خصوصاً بیمار و خانواده در دوره بیماری مزمن، وخیم یا مراحل انتهایی بیماری، با تکیه بر اعتقادات مذهبی و انجام وظایف دینی به احساس آرامش و قدرت می‌رسند. از سوی دیگر، بیماری یا فقدان می‌تواند به از دست‌رفتن ایمان یا معنای زندگی و بحران معنویت بینجامد. برای افرادی که در اعتقادات یا سیستم ارزشی که به زندگی آنها قدرت، امید و معنا می‌داده، دچار تزلزل شده‌اند، تشخیص پرستاری «پیشانی معنوی» مطرح می‌شود.

مطابق بررسی متون دیدگاه معنوی از چهار طریق روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می کند:

۱. رفتارهای بهداشتی: تعهد دینی و معنویت موجب فعال سازی مسئولیت پذیری شخص در زمینه اصول و باورهای مندرج شده در دین می شود که اثرات جسمانی و روانی را نیز به خود اضافه می کند مانند رفتارهای تغذیه ای توصیه شده در ادیان.

۲. حمایت اجتماعی: انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین موجب افزایش حمایت اجتماعی شده که مؤلفه اخیر یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت شناخته شده است. دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می آورد. نقش حمایت اجتماعی در کاهش واکنش پذیری قلبی و عروقی، تسهیل بهبودی پس از حمله قلبی و کاهش سایر عوامل خطر و از جمله کاهش استرس تأثیر مثبت دارد. حمایت اجتماعی با افزایش میزان جان به در بردن از انواع مختلف سرطان رابطه دارد.

۳. سایکونوروفیزیولوژیک: احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیدهای پیام رسان روی سیستم ها و ارگان های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و ... تأثیر تقویت کننده دارد.

۴. اثرات مافوق طبیعی که برای انسان ناشناخته مانده است.

نتیجه این تأثیرات پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع تر بیماری، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی - درمانی است که در تحقیقات مختلف این مسئله نشان داده است.

در این قسمت از نوشتار بر سلامت معنوی به عنوان راهی برای کمک به درمان جسمی و روانی

بیماران مورد بررسی قرار می گیرد که این بررسی در دو مبحث ارائه می گردد:

الف: آموزه ها و اصول کلی معنوی که می تواند به صورت مستقیم در درمان بیماری های جسمی و بیماران روانی و روحی مؤثر باشد.

ب: آموزه ها و دستورالعمل هایی که با کار بست آن به صورت غیر مستقیم می تواند در بهداشت عمومی و درمان بیماران جسمی و روانی و روحی مؤثر باشد.

با بررسی متون اسلامی به ویژه آیات قران و احادیث و روایت های وارد شده از سوی پیامبر اکرم (ص) و ائمه معصومین (ع) در می یابیم که موضوع سلامت جسمی و سلامت روحی و روانی کاملاً مورد توجه راهنمایان اصلی دین اسلام بوده است و بخشی از تعالیم انبیاء و اولیاء اختصاص به سلامت در ابعاد مختلف داشته است و به همین رو آموزه ها و دستورالعمل هایی صادر گردیده است. بنا بر این در اهتمام معصومین (ع) نسبت به صدور تعالیم ویژه در باب سلامت جسمی و روانی تردیدی وجود ندارد و در اختیار بودن صدها حدیث و روایت موجود که حتی تحت عناوین کتاب ها و جزوهای مستقلی چون طب النبی (ص) طب الائمة (ع) و طب الرضا (ع) و.... به رشته تحریر در آمده است شاهد بر این ادعا است. ولی نکته ای که مورد تردید قرار گرفته این است که تا چه میزان می توان به این تعالیم و آموزه ها اعتماد کرد و به تعبیر دیگر کدام یک از این دستورالعمل ها را می توان به عنوان تجویز پزشکی تعمیم داد و با دستمایه قرار دادن آن به معالجه بیماران همت گماشت؟ در پاسخ به این سؤال دیدگاه ها و نظرگاه های فراوانی به وجودآمده است و طب گسترده ای پدید آورده که از نفی کامل و قبول صد در صدی را پوشش

می دهد و راه افراط و تفریط پیموده شده است. در این رابطه بزرگانی چون شیخ صدوق و دیگران برای حل ماجرا وارد شده اند و سعی نمودند دیدگاه امامیه را در برابر این نوع از طب با دیدگاه های متفاوت و متناقض مطرح شده تبیین کنند. برای نمونه می توان به کتاب طب الائمه (ع) اشاره نمود. این کتاب توسط دو برادر به نام های عبدالله و حسین فرزندان بسطام بن سابور الزیات نیشابوری اشاره کرد که از محدثان قرن چهارم بوده اند. این دو برادر در پی مسافرت ها و بازدید هایی که از مرزهای کشورهای اسلامی داشته اند مواجه می گردند با بیماری و مشکلات بهداشتی و پزشکی رزمندگان اسلام ؛ لذا تصمیم می گیرند با استفاده از تعالیم و روایت های وارد شده از سوی معصومین (ع) دستورالعمل های بهداشتی و پزشکی تهیه کنند و برای استفاده در اختیار رزمندگان اسلام و مرزداران قرار دهند. این کتاب شامل ۴۰۶ حدیث است که در ۲۴۵ عنوان آمده و ذیل هر عنوان دو خبر نقل گردیده است. مجموعه دستورالعمل های ارائه شده شامل دو قسمت می باشد. قسمت اول، معرفی داروها و غذاهایی که می تواند در درمان بیماری های مختلف موثر باشد. قسمت دوم، ادعیه، اذکار و توصیه های معنوی است که می تواند در درمان بیماری های جسمی و روانی مؤثر باشد. مؤلفان این کتاب سعی کرده اند حتی الامکان از احادیث و روایاتی استفاده کنند که مورد اعتماد باشد هر چند این کار بسیار مشکل است ولی تا حدود زیادی موفق به این کار شده اند به همین دلیل نوشته این دو مؤلف، مورد اعتماد بزرگانی چون شیخ حر عاملی در وسایل الشیعه و علامه مجلسی در بحارالانوار قرار گرفته است. این کتاب توسط محمد مهدی خراسان تحقیق و تصحیح شده است و در سال ۱۴۱۱ قمری توسط نشر دارالشریف الرضی در شهر قم چاپ و منتشر گردیده است (خراسان، ۱۴۱۱: ۱۴). علاوه بر این کتاب، دهها کتاب و رساله مستقل در باره طب از

نگاه معصومین (ع) به رشته تحریر در آمده است که بیش از ۲۰ عنوان آن در مقدمه کتاب طب الائمه (ع) توسط جناب آقای خرسان معرفی شده است.

شیخ مفید، طب و عالم پزشکی را یک مقوله کاملاً معنوی می داند و بر این عقیده است که دلایل و علت های بیماری و به تعبیر دیگر حقیقت بیماری با امور مادی قابل تشخیص نیست و دستیابی به درمان نیز نیازمند توفیق خاص معنوی می باشد و تنها راه دستیابی به تشخیص درست بیماری و آگاهی از درمان بیمار فقط از طریق بیانات و روایت های رسیده از سوی معصومین (ع) امکان پذیر است (مفید، ۱۴۱۳: ۱۴۵). شیخ صدوق در کتاب اعتقادات الامامیه می گوید عقیده ما به عنوان امامیه در باره اخبار وارد شده در باب طب و مسائل پزشکی دارای ابعاد مختلف می باشد. برخی از آن اخبار و توصیه ها متناسب با اقلیم و آب و هوای مکه و مدینه می باشد؛ لذا قابل تعمیم به دیگر اقلیم ها و شرایط آب و هوایی نیست. برخی دیگر از اخبار و توصیه ها مناسب حال بیمار خاص بوده است که امام معصوم (ع) با توجه به دانش و تشخیصی که پیدا کرده است اقدام به توصیه نموده و احتمالاً دارویی را تجویز نموده است، بنا بر این، این دسته از روایات نیز قابل تعمیم نیست. غیر از دو مورد فوق برخی از اخبار و روایات وجود دارد که مخالفان اسلام و اهل بیت (ع) برای بد نام کردن آنها و پایین آوردن منزلت و شأن علمی آنان در جامعه به صورت دروغ و ناروا از آنها نقل کرده اند و نسبت داده اند که این دسته از اخبار و توصیه ها باید مورد شناسایی قرار بگیرد. برخی دیگر از اخبار وارده یا تمام یا بخشی از آن توسط نقل کننده فراموش شده است و یا برخی از تعبیر را از ظن و گمان خود به روایت ها افزوده و یا کاسته است (صدوق، ۱۴۱۴: ۱۱۵).

با توجه به ابعادی که به آن اشاره شد بدون بررسی کامل و همه جانبه نمی توان از این احادیث و روایت های وارد شده از سوی معصومین (ع) احکام پزشکی را صادر و برای بیمار نسخه تجویز کرد. این دیدگاه ها، به ویژه دیدگاه های شیخ صدوق تقریباً راه را هموار ساخته است و به نوعی موضوع را به عقلانیت نزدیک کرده است، به گونه ای که می توان از این احادیث و روایت ها به عنوان یکی از منابع و مصادر علمی در علم پزشکی استفاده نمود ولی زمانی می تواند به عنوان یک دستور العمل پزشکی استفاده شود که با عقل، تجربه و دیگر ره آوردهای علوم پزشکی همراه شود. تعالیم و دستور العمل های صادره از سوی معصومین (ع) مانند امور عبادی نیست که جنبه تبعیدی داشته باشد. این موارد از قبیل اوامر ارشادی و از جنس توصیلات است که عرف عقلا و عوامل دیگر برای فهم و صدور حکم قطعی شرعی دخالت دارد و رسیدگی آن به عهده مجتهدان و متخصصان موضوع می باشد. بنا بر این نمی توان با استناد به یک حدیث و روایت وارد شده و یا آموزهای صادر شده در باب مداوا و معالجه بیمار توسط معصومین (ع) به معالجه بیمار پرداخت و آن را حکمی قطعی دانست ولی می توان از تو صیه ها و تجویز های رسیده از سوی معصومین (ع) به عنوان یک منبع برای شکل دهی دانش پزشکی بهره برد. با پذیرفتن اصل این موضوع که حداقل معصومین (ع) نیز مانند سایر علما و حکماء، علاوه بر دانش و تجربه علمی، با اتصالی که به منبع وحی داشته اند، صلاحیت صدور دستور العمل هایی برای معالجه بیماران را دارا بوده اند؛ موضوع و نحوه استفاده و نحوه تعمیم آن مورد بررسی می باشد که در این زمینه لازم است:

اولاً: مجموعه احادیث و روایت های صادر شده از سوی معصومین (ع) توسط متخصصان و حدیث شناسان از نظر صحت سند و متن مورد بررسی قرار گیرد و به صورت دقیق ارزش گزاری شود و روشن

گردد که به این حدیث و روایت صادر شده چه میزان می توان اطمینان پیدا کرد که از معصومین (ع) صادر شده است. چون همانگونه که اشاره شد، احادیث وارد شده مجموعه ای غیر پالایش شده است و تشخیص آن نیازمند تخصص ویژه می باشد.

ثانیاً: پس از این که میزان اعتماد به صحت سند و متن معلوم شد، نوبت به مراحل بعد می رسد که باید مورد بررسی جدی قرار گیرد که این توصیه ها و تجویز ها چقدر محدود به زمان و مکان و مورد خاص است و به چه میزان کلی است و قابل تعمیم می باشد. بنابراین دو دسته از آموزه ها شکل می گیرد:

۱- آموزه های عام و کلی که می تواند به عنوان اصول کلی در معالجه بیماران جسمی و روحی مورد استفاده قرار گیرد.

۲- آموزه ها و تجویز های موردی و خاص که می تواند به عنوان تجویز های خاص روحی و جسمی مورد بررسی و آزمایش قرار گیرد.

و هریک از این دو نیز بر دو قسم می باشد. چون این آموزه ها و تجویزها یا مستقیم است و یا غیر مستقیم. آموزه ها و اصول های معنوی که از منابع معتبر دینی صادر می شود و به عنوان عقیده و ایمان جایگاه خود را در فرد و جامعه تثبیت می کند، قادر است شرایطی را در بیمار و محیط پیرامونی آن پدید آورد که نه تنها باعث کاهش دردها و آلام درونی بیمار گردد بلکه فضای فردی، اجتماعی، محیطی و حتی جهانی را برای کمک به بیماران فراهم سازد و زیر ساختارهایی را پدید آورد که اولاً بیماری در جامعه کاهش پیدا کند و ثانیاً زمینه های روحی و جسمی برای بهبود سریعتر بیماران فراهم گردد. این

عوامل دارای ابعاد وسیعی می باشد که فهرست کلی برخی از آن بیان می گردد. بدیهی است، هر یک از عوامل نیازمند بررسی و تحقیقات دامنه داری می باشد.

آخرین تحقیقات بشری عوامل ذیل را در حوزه سلامت معنوی مورد تأیید و تأکید قرار داده است:

الف: تأثیر ایمان و اعتقاد دینی بر روح و قوای روحانی و درونی انسان

ب: تأثیر قوای روحانی و درونی بر طرز تلقی، جهان بینی، تفکر و نوع برداشت از جهان پیرامون

ج: تأثیر ادراک ها، تلقی ها و جهان بینی ها بر رفتارها، هنجارها و عکس العملهای فردی و جمعی

با توجه به اثبات تأثیرهای سه گانه معنویت و اعتقادات دینی در درون و برون انسانی می توان آثار و

کاربرد سلامت معنوی را در ابعاد مختلف به شمار آورد که اهم آن به شرح ذیل است:

الف: توصیه ها و تشویق و توبیخ هایی که منجر به رفتار صحیح و مسئولانه بهداشتی در حوزه محیط زیست، رعایت نظافت و بهداشت عمومی، برخورد صحیح با بیمار و ... می شود.

ب: افزایش روح تعاون و حمایت اجتماعی و رفتار خیرخواهانه که این عامل بیشترین نقش را در حمایت از بیمار و سرعت بخشیدن به تندرستی او می تواند ایفا کند.

ج: تشویق و ترغیب جامعه به یادگیری و یاددهی که پایه اصلی طب و پزشکی است.

د: آموزه ها، دستورالعمل ها و برنامه های منطقی و مورد اعتماد برگرفته از وحی و یا انسانهای مؤمن و دارای نفس قدسیه مانند اذکار، دعاها، مراقبت ها و ... که این آموزه ها توان درونی و اعتماد به نفس بیمار را بالا می برد و او را برای درمان جسمی مقاوم تر می کند.

ه: تقویت اعتماد بیمار به درمان پزشکان از طریق ابزار پنداری آنها و توکل و اتکاء به قدرت برتر معنوی در شفای بیمار.

و: احساس سکون و آرامش که از ناحیه رضایتمندی درونی و واگذار کردن حال به قدرت لایزال حاصل می شود.

ز: ایجاد پناهگاهی مطمئن و ایمن از احساس تنهایی و بی پناهی از طریق متصل شدن به عواملی مقدس، قدرتمند و فراتر از عوامل عادی و معمولی.

ح: تأثیرگذاری امور معنوی بر سلامت جهانی از طریق کنترل عوامل مرگ زا و کشتار دسته جمعی
ط: آموزه های معنوی مؤثر بر حفظ محیط زیست و با شعور تلقی کردن مجموعه نظام هستی که می تواند گامی مثبت دار بهداشت جسمی و روانی باشد.

در حوزه سلامت معنوی دو رویکرد و نگرش متفاوت پدید آمده است. نگاه حداقلی و نگاه حداکثری. در نگاه حداقلی، سلامت معنوی به عنوان عامل و ابزاری در خدمت بهبودی بیماران جسمی قرار می گیرد؛ که این رویکرد کاملاً قابل قبول صاحبان ادیان و مذاهب می باشد و در فرهنگ اسلامی به ویژه آموزه های معنوی برگرفته از مکتب اهل بیت (ع) جایگاه رفیعی به خود اختصاص داده و هزاران حدیث و روایت حاوی اصول کلی و جزئی معنوی می باشد و جود دارد که استخراج آن اصول و مبانی می تواند به عنوان دستمایه علمی بزرگ برای دانش پزشکی مدرن به حساب آید. به راحتی می توان ادعا کرد این ظرفیت وجود دارد که ده ها مرکز علمی و آزمایشگاهی اصول و دیدگاه های مطرح شده را مورد مطالعه و بررسی و حتی بررسی های آزمایشگاهی قرار دهند. کاربرست آن اصول عرض عریضی را

در تحقیقات پزشکی و سلامت باز می کند و شرایطی را پدید می آورد که عنصر بیماری در فرد و جامعه کاهش پیدا کند و سلامت همه جانبه تقویت گردد.

آنچه در اینجا به آن اشاره خواهد شد مبتنی بر نگرش ویژه و خاص دینی و اسلامی به حوزه سلامت معنوی می باشد. در این نگاه سلامت معنوی پا را از حوزه پزشکی جسمی و فیزیولوژیکی فراتر می نهد و کلیت انسان را مورد مطالعه قرار می دهد. در این نگاه کلیت انسان و انسان سالم مورد بحث و گفت و گو قرار می گیرد و انسان علاوه بر بیماری جسمی از نظر روحی و قلبی نیز بیمار می گردد و باید تحت معالجه معنوی قرار بگیرد. با عنایت به آنچه بیان شد سلامت معنوی به عنوان یک مفهوم حقیقی و حقوقی مستقل از سلامت جسمی قابل مطالعه و بررسی می باشد. این نوع سلامت است که مرز بین انسان و سایر حیوان ها را مشخص می کند. سلامت معنوی ویژه انسان است چون ابزار اصلی آن قلب، روح و فطرت انسانی است و مشتمل بر عواطف، ادراکات و احساساتی است که با علم و اراده انسانی در رابطه تنگاتنگ می باشد.

بنا بر این علاوه بر اینکه کاربرد سلامت معنوی در حوزه سلامت جسمی و پزشکی مبتنی بر جسم بررسی می گردد، لازم است سلامت معنوی به صورت مستقل مورد مطالعه قرار گیرد و ابعاد آن روشن شود.

در این رویکرد همه عوامل و ارکان سلامت معنوی باید بررسی گردد که اهم آن عبارت است از:

۱. منابع و سرچشمه های تأمین و تغذیه بُعد معنوی انسان؛

۲. روش های دریافت، ادراک و بهره مندی از منابع و سرچشمه ها به گونه ای که دچار تحریف، خرافه و افراط و تفریط نشود.

۳. شیوه و روش های کاربرست و بهره گیری از آن ادراک ها و دریافت ها در رفتارهای فردی و اجتماعی که مشتمل بر راههای تزکیه نفس و دیگر امور رفتاری می باشد.

۴. بررسی نمادها و تجلیات این رفتارها در عرصه های مختلف زندگی و در تعامل با دیگران.

۵. بررسی راه های گسترش، آموزش، تعلیم و تعمیم این یافته ها، ادراک ها و رفتارها به دیگران.

بنابراین می توان امید داشت که:

اولاً: بتوانیم تحلیلی صحیح و جامع از سلامت معنوی ارایه دهیم؛

ثانیاً: با بیماری معنوی به عنوان یک بیماری مستقل مواجه شویم و برای درمان آن تلاش کنیم؛

ثالثاً: نسبت آن را با سلامت جسمی و روانی تبیین کنیم و مشخص نماییم که سلامت معنوی تا چه میزان می تواند در خدمت پزشکی جسمی قرار گیرد و چه منافعی را می تواند متوجه تندرستی جسمی کند.

در این تلاش، با الگو برداری از بیماران جسمی می توان گفت در سلامت جسمی حداقل شش مؤلفه

و یا رکن وجود دارد که باید مورد بررسی قرار بگیرد که عبارت است از: ۱. بیمار ۲. پزشک ۳. نسخه و تشخیص ۴. دارو ۵. پرستار ۶. تجهیزات پزشکی.

در سلامت معنوی هم همین شش رکن و یا مؤلفه باید مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد و

استانداردهای لازم برای آن مؤلفه ها در نظر گرفته شود.

در سلامت معنوی همانند سلامت جسمی به صورت مشخص لازم است:

۱. بیمار معنوی تعریف گردد.
۲. پزشک معنوی معرفی شود و ویژگی های آن بیان گردد.
۳. انواع بیماری های معنوی و عوامل پیدایش آنها شناسایی و بررسی گردد تا امکان تشخیص بیماری میسر گردد.
۴. با توجه به بیماری ها و علل پیدایش آنها باید انواع درمان ها شناسایی گردد و داروهای شفا بخش جستجو شود.
۵. صلاحیت پرستاران و کسانی که صلاحیت مراقبت از بیماران را دارند مشخص شود. کسانی که قادر باشند با هوشیاری کامل داروهای تجویز شده را به موقع در اختیار بیمار قرار دهند از او مراقبت کنند تا دچار کاستی نگردد.
۶. تجهیزات، امکانات و روشهای لازم برای بیماران معنوی در نظر گرفته شود تا با بهره‌مندی از آن ابزار به کمک بیمار شتافته شود و به سیر درمان بیمار سرعت بخشیده شود.

۳-۴ ارتباط سلامت معنوی با مفاهیم مرتبط

یکی از مفاهیم مرتبط با سلامت معنوی مفهوم رشد معنوی است. رشد معنوی فرایند بیداری و هوشیاری درونی است. یعنی صعود و بالا رفتن هوشیاری فراتر از وجود عادی و بیداری در مقابل حقایق جهان، یعنی فراتر از ذهن و نفس خود رفتن و درک اینکه واقعاً چه هستید. رشد معنوی فرایند دور ریختن باورها و تصورات نادرست و غیرواقعی است و در این فرایند ما آگاهی و هوشیاری بیشتری نسبت به وجود درونیمان پیدا می‌کنیم، رشد معنوی نه فقط برای کسانی که به دنبال روشنگری معنوی هستند و انتخاب می‌کنند که در محیط‌هایی دور از اجتماع و تنها زندگی کنند، بلکه برای همه افراد اهمیت زیادی دارد. رشد معنوی می‌تواند پایه و مبنای زندگی بهتر و هماهنگ‌تر برای همه باشد، زندگی‌ای که فارغ از هر گونه فشار و دغدغه، ترس و اضطراب باشد. با کشف وجود واقعی خود، ما رویکردی متفاوت نسبت به زندگی پیدا خواهیم کرد. یاد می‌گیریم اجازه دهیم موقعیت‌های خارجی روی وجود درونی و اعتقادهای ما تأثیر نگذارد و قدرت و نیروی درونی در ما ایجاد می‌شود که ابزارهای بسیار مفید و مؤثر هستند. رشد معنوی راهی برای فرار از مسئولیت غیرعادی رفتار کردن و تبدیل شدن به فردی غیرفعال نیست. بلکه روشی برای رشد، قوی‌تر، شادتر و مسئولیت پذیرتر شدن است. می‌توان راه رشد معنوی را پیمود و در عین حال مثل افراد عادی جامعه زندگی کرد. لازم نیست به دوردست بروید و تنها به زندگی خود ادامه دهید. می‌توانید خانواده تشکیل دهید، کار کنید و برای خود تجارتی را بچرخانید، و در عین حال در فعالیت‌هایی که به توسعه و رشد درونی می‌انجامد شرکت کنید (عبداله زاده و همکاران، ۱۳۸۸). یک زندگی متعادل مستلزم این است که نه تنها نیازهای جسمی، احساسی و ذهنی خود را برآورد کنیم، بلکه احتیاجات روحی و

معنوی خود را نیز در نظر داشته باشیم و این هدف رشد معنوی است. شکی نیست آموزش مهارت‌های مرتبط با هوش معنوی در همه سطوح و برای همه افراد در تحقق اهداف متعالی و معنا بخش جامعه تأثیر شایانی دارد.

۲-۱۰- ارتباط سلامت معنوی با علوم انسانی

روانشناسی یکی از علومی است که در آن رابطه علم و دین، به واسطه موضوعش، از ضرورتی جدی برخوردار است. بیش از نیم قرن است که در حوزه فرهنگ اسلامی دو علم با موضوعی مشترک در کنار هم حضور دارند. محور تحقیق و تفکر، هم در علوم اسلامی و هم در علم نوپای روانشناسی «انسان» است. علیرغم قدمت کوتاه علم روانشناسی، شاهد رشد و گسترش سریع این علم در بسیاری از زوایای زندگی جوامع بشری از جمله جوامع اسلامی بوده‌ایم. همگام با این رشد، به طور جدی شاهد مطرح شدن روزافزون ناهمخوانی برخی از نظریات و اهداف تحقیقاتی این علم با ساختارهای فکری و فرهنگی مسلمانان در محافل علمی نیز هستیم. تصادفی نیست که انطباق علم روان شناسی با اندیشه اسلامی یا به تعبیری دقیق‌تر، تولید نظریه های روان شناسی با اندیشه اسلامی یا به تعبیری دقیق‌تر، تولید نظریه های روان شناسی با تکیه به منابع اسلامی از مهم ترین اهداف فعالیت های علمی مسلمانان در دهه های اخیر به صورت تشکیل همایش های علمی بسیار و تألیف کتاب های متعدد بوده است. روان شناسی پنجره دیگری است به سوی انسان و هم چنین به سوی منابع اسلامی و متفاوت است با پنجره هایی که مدارس کلامی و اخلاقی و فقهی در قرون ابتدایی (چه شیعی و چه سنی و غیره) به روی منابع سالمی برایمان گشوده اند. نظریه ی روان شناختی میوه ای است که تنها از پنجره ی خاص خودش می توان آنرا از باغ منابع اسلامی چید. همان گونه که نمی توان میوه احکام اسلامی را از پنجره ی فلسفه و علم کلام و یا بالعکس به دست آورد. برای تولید نظریه روان شناختی که خاص اسلام باشد نیز لازم است قبل از هر چیز پنجره های فلسفی و (قضایی و اخلاقی) استانداری را که ما در طول تاریخ بدان خو کرده ایم آگاهانه ترک کنیم و از منظر

کارکردی به جست و جو و مشاهده در منابع اسلامی پردازیم و با روشی مطابق با این دیدگاه (روشی تجربی)، صحت برداشت مان از منابع اسلامی را در این راستا مورد آزمایش علمی قرار دهیم. دو پیش فرضی که در چنین ادعایی به طور ضمنی نهفته است عبارتند از ۱) این موضوع که در کتاب مقدس قرآن علاوه بر موضوعاتی که مربوط به نظم زندگی^۱ فردی و اجتماعی و تبیین فلسفی آن پرداخته است (که موضوع علوم کلام و مخصوصاً اخلاق و احکام را تشکیل می دهد)، مطالب فراوانی نیز درباره دینامیک (پویایی) زندگی^۲ و مکانیزم‌های حاکم بر آن وجود دارد که دایره صدق آن محدود به مسلمانان و جوامع اسلامی و یا به دوره‌ی خاص تاریخی نمی باشد (باقری، ۱۳۸۵: ۶۹-۷۹). طی دو دهه اخیر، روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی به بررسی معنویت، سلامت معنوی و نیازهای معنوی بیش از پیش توجه کرده‌اند. امروزه پژوهشگران به این نکته پی برده‌اند که ارضای نیازهای معنوی شرط اساسی برای سلامت روانی در همه مراحل و دوره‌های زندگی است. از این نظر که موضوع معنویت محور تحقیقات و پژوهش‌های زیادی در حوزه روانشناسی قرار گرفته باید خوش‌بین باشیم. زیرا حجم فزاینده‌ی مطالعات و تحقیقات جهت‌گیری مثبت روانشناسی را نسبت به امور معنوی نشان می‌دهد ولی با این وجود نباید از این نکته غافل شویم که معنویت مورد بحث در روان‌شناسی، معنویت ناب و خالص نیست. امروزه در تمامی رشته‌های علوم انسانی و از جمله روان‌شناسی هم در مورد اصل مفهوم معنویت و هم مفاهیم مرتبط با آن مانند سلامت معنوی و نیازهای معنوی برداشت‌های تحریف آمیز به چشم می‌خورد. نیازهای معنوی انسان متناظر با هرم نیازهای مازلو در پنج طبقه (نیازهای وجود، نیازهای ایمنی جویی معنوی، نیاز محبت و

1 Lebensordnung

2 Lebensdynamik

دوستی با خدا، نیاز کرامت نفس و نیاز خود شکوفایی معنوی) در نظر گرفته شده است. دستیابی به سلامت معنوی تنها از طریق ارضای این نیازها امکان‌پذیر است (شجاعی، ۱۳۸۹).

اساس سلامت معنوی در راستای آشنا شدن با خالق و معبود خود است و در راستای دین آشنایی آدمی با وظایف بندگی خویش آشنا می‌گردد و هرچه بیشتر متخلق به اخلاق الهی می‌شود تربیتی که براساس محوریت توحید واقع می‌گردد دارای ویژگی‌های خاصی است از جمله کرامت، شجاعت، توکل، اراده و استقامت، سخاوت، مهرورزی، ظلم ستیزی، آزادگی و حریت، فهم و بصیرت، هدف داربودن و ... است. اساس پرورش دینی در اسلام رشد و توسعه شخصیت از طریق تقویت عزت نفس برای نزدیکی به منبع عزت است. از دیگر ویژگی‌های مورد نظرتربیت اسلامی فرهنگ توکل است، تسلیم در برابر خداوند و توکل به او است. از جمله اصول سلامت معنوی در تربیت اسلامی اصل آخرت گرایی است. بدین معنی که سلامت در گرو تربیتی است که دنیا در آن وسیله‌ای برای رسیدن به آخرت است و زندگی و حیات دنیوی مزرعه‌ای برای جهان آخرت باید دانست، آخرت گرایی، نفی دنیا نیست، بلکه امکانات دنیوی را در راستای اهداف اخروی قرار داده است. انسان تنها در سایه تزکیه و تقوا و پرورش نفس می‌تواند کلیه استعدادها و توانایی‌های خویش را در جهت سازندگی و عزت ابدی و دست یابی به کمال مطلق و قرب الهی شکوفا سازد. از اصول دیگر سلامت معنوی برخورداری از آزادی مشروع است که خداوند به انسانها ارزانی داشته و هیچ کس نمی‌تواند آدمی را از چنین نعمت بزرگ الهی محروم سازد. از دیگر اصول سلامت معنوی توجه به همه ابعاد و جوانب وجود آدمی است، در عین حال به تک تک قوا و استعدادها و نیازهای جسمی و روحی وی توجهی خاص مبذول می‌نماید. اصل عقل گرایی از دیگر اصول سلامت

معنوی است که اهمیتی ویژه برای عقل و تفکر قائل شده است. از نظر اسلام تعقل اساس شخصیت انسان است و اساس ایمان و تقوا است. اصل مسامحه قلبی و سهل گیری در تربیت نیز از اصول دیگر سلامت معنوی است. مسامحه و سهل گیری، بالعکس بستر ساز امنیت روانی و آرامش متریان می گردد. برای آماده کردن کودکانمان به قبول آداب زندگی و رفتار اجتماعی باید مقدمات لازم را ایجاد کشش ها و انگیزه ها و علاقه ها و ارتباط و تماس دائمی با همسالان خوب مورد توجه قرار داد. اصل عزت از مهمترین اصول و از بنیادی ترین امور دینی است. در اسلام تربیت با عزت است و اگر فرد با عزت رشد یابد و تربیت شود به حالتی دست می یابد که پیوسته و در هر اوضاع و احوالی راست و استوار باشد. همچنین اصل رعایت تفاوت های فردی است که در تعلیم و تربیت باید به این تفاوت ها به خصوص اختلافات ناشی از طبیعت ذاتی افراد توجه کرد و از هرکس به میزان توانایی و استعدادی که دارد تکلیف خواست، جهت تعمیق سلامت معنوی در تربیت اسلامی می توان به روش محبت اشاره کرد. محبت گرایش مثبت قلبی است که شالوده روابط انسانها را در زندگی اجتماعی تشکیل می دهد. در ارتباط بین مخلوق و خالق نیزگاهی سرشار از این گرایش قلبی است. عواطف یکی دیگر از ابعاد مهم شخصیت آدمی است. محبت به معنای دوست داشتن و اثر آن احساس آرامش، و نرمش و پرهیز است خشونت و سخت گیری است. راه ابراز آن به دو گونه است. محبت عاقلانه و منطقی، محبت غیرعاقلانه و غیرمنطقی است. وقتی انسان ایمان به غیب دارد اضطراب ندارد (ربیعی، ۱۳۸۹).

یکی از اهداف اصلی دین، این است که انسان بتواند از تمام نیروهایی که مانع ارتباط او با خدا می شوند رهایی بیابد و در این ارتباط می توان دو بعد آفاقی و انفسی یافت. به طور کلی دین شامل یک

سری احکام و مراسم عبادی است و باور به این آموزه ها در درون است و اعتقاد به یک واقعیت مافوق تجربه و طبیعت است که باعث تمایز بین دو بعد معنوی و دنیوی است. هنگامی که ماهیت انسان را بررسی می کنیم در می یابیم که مهمترین بعد انسان بعد روحی اوست که بیشترین قدرت و نفوذ را در اعمال و رفتارش دارد. زیرا این روح خود قدرتش را از خداوند گرفته است از آنجایی که ماهیت تمام انسانها مشترک است پس روح در تمام آنها وجود دارد اما این قدرت بصورت بالقوه و نهفته است و از راه آموزش می توان قسمت هایی از این قدرت را بالفعل کرد. بهترین شکلی که می توان به تمام فعلیت های قدرت های روحی رسید دین است پس می توان گفت دو نوع معنویت داریم: معنویت غیردینی که فقط تا حدی می توانند به قدرت های روح دسترسی پیدا کنند و معنویت دینی و بخصوص دین اسلام که اگر خود طبق دستورالعمل های آن عمل کند، می تواند به کمال و فعلیت قدرتهای روحی بشری برسد. اما برای رسیدن به قدرت های معنوی نیاز به تربیت افراد است. ابعاد معنوی تربیت را می توان این گونه نام برد: پذیرش معنویت به عنوان یک عنصر حقیقی میل درونی برای یادگیری تجربه فائق آمدن بر منابع درونی است معنویت در تربیت یک فرایند پویا، مداوم و مرتبط بهم با یک اشتیاق و میل شخصی برای رسیدن به یک شرایط انسانی کامل، پویایی ماهیت معنوی یک زندگی تکامل لذت آور که راه درونی است. برای رسیدن به حقیقت می توان گفت که معنویت عمیقاً با شرایط انسانی سروکار دارد. تعامل بین معنویت و تربیت را می توان در واژه هایی مانند هوش معنوی، تدریس معنوی دریافت از منظر پست مدرن جنبه اساسی معنویت، ابعاد تربیتی آن است. معنویت در تربیت نیاز به یک پارادایم از تفکر یا یک سبک جدید از آگاهی و هشیاری دارد. تصور معنویت به عنوان جستجوی بشر برای معنا و نشانه ای از حقیقت

به عنوان یک موضوعی از برنامه درسی در فرآیند تربیتی محسوب می شود. این کار باعث ایجاد یک انگیزه برای هدایت فعالیت ها می شود به همین دلیل می توان گفت که معنویت برای ارزش ها، اخلاقیات، اصول اخلاقی یک بعد اساسی تربیت است که شرایط یک رویکرد منحصر بفرد را فراهم می کند. معنویت یک موضوع یا مطالعه دروسی در برنامه درسی یا نتیجه نهایی این که چه چیزی یاد گرفته شده است نیست، یعنی معنویت نمی تواند به عنوان یک قسمت از تربیت یا یک هشدار به تربیت اضافه شود. بلکه معنویت هسته تمام فرآیندهای تربیتی است (سلحشوری، ۱۳۸۹).

بخش دوم: جایگاه سلامت معنوی در الگوی ایرانی - اسلامی پیشرفت

در این بخش، به جایگاه سلامت معنوی در الگوی ایرانی - اسلامی پیشرفت خواهد پرداخت. اساساً الگو طراحی می شود تا برای تحقق یک هدف راهی بنماید و مجموعه ای از دستور العمل ها را در اختیار نهد. کشف عوامل مؤثر در تحقق یک هدف و شناخت رابطه ی بین آنها شرط ضروری برای تبیین یک الگوست. می توان الگو ی پیشرفت را یک فناوری نرم (ژوئینگ، ۲۰۰۵) دانست.

فصل اول - مفاهیم اساسی الگوی ایرانی - اسلامی پیشرفت

طرح بحث «الگوی ایرانی - اسلامی پیشرفت» بر این فرض مبتنی است که وضع موجود ما، وضع مطلوب نیست و ما می خواهیم وضع موجود را به وضع مطلوب تبدیل کنیم. اینکه ما از چه مسیری و با چه شیوه و روشی می توانیم از وضع موجود به مطلوب برسیم، مستلزم یک الگو و راهبرد است. پس الگوی پیشرفت یعنی آن روش و نظریه ای که ما را به جامعه ی مطلوب می رساند. بنابراین درون این مفهوم، چند فرض نهفته است. الف) وضع موجودی داریم که مطلوب ما نیست. ب) وضع مطلوبی داریم که در دوردست است و باید تلاش کنیم تا به آن برسیم (مفتح، پایگاه اینترنتی نخبگان و الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت).

عبارت «الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت» از ترکیب چهار واژه ساخته شده است؛ یعنی الگو، پیشرفت، اسلامی، و ایرانی. هر یک از این چهار واژه یک سلسله مفاهیم و معانی خاصی را نمایندگی می کنند که در کل یک آرمان و پیشنهاد را عرضه می نمایند.

واژه ی الگو به ارائه یک برش و مصداق از کل اشاره می‌کند: به عبارت دیگر وقتی می‌گوییم حکومت اسلامی یا حکومت دینی به یک نظام اشاره می‌کنیم که دارای ویژگی‌های ذاتی خاص خودش است، ولی برای اینکه این نوع نظام سیاسی در ظروف و بستر تاریخی، فرهنگی، اجتماعی و حتی سرزمینی و اقلیمی خاصی تحقق یابد لازم است الگویی طراحی شود؛ یعنی برای آن عنوان کلان قالبی محقق‌شدنی، که در آن ویژگی‌های تاریخی، فرهنگی، اجتماعی و احیاناً جغرافیایی و اقلیمی هم در نظر گرفته شده باشد، طراحی گردد. این کار طراحی الگو است و به آن الگوپردازی می‌گویند. اگر پیشرفت شیوه و سبکی از زندگی و یک جهان زیست ویژه قلمداد شود که مکتبی - مثلاً اسلام - آن را برای کمال و حیات انسانی ارائه کرده است، برای عملی کردن آن، افزون بر ویژگی‌های ذاتی تعبیه‌شده در این شیوه زندگی و سبک حیات، باید وضعیت زمان و مکان نیز در نظر گرفته شود و سپس از آن جهان زیست و سبک زندگی مصداقی طراحی گردد که بتوان در آن وضعیت زمانی و مکانی، آن را عملی کرد. اگر بنا باشد این نظام در سبک زندگی و ظرف تاریخی، فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی دیگری اجرا شود، ملاحظات و مراعات ویژگی‌هایی محدودکننده و متغیرهای متناسب با این وضعیت سبب می‌شود الگوی طرح‌شده برای آن، با الگوی پیشین تفاوت یابد. به تعبیر دیگر وقتی می‌گوییم حکومت دینی، یک سلسله ویژگی‌های ذاتی را در نظر می‌گیریم که با وجود آنها حکومت دینی محقق می‌شود، اما وقتی که بخواهیم در محیطی خاص حکومت دینی را مستقر کنیم یک سلسله ویژگی‌های عارضی را، که غیرذاتی هستند، باید در نظر بگیریم تا این حکومت در آن ظرف خاص بتواند صورت عملی پیدا کند؛ برای مثال ولایی بودن، ذاتی حکومت اسلامی است، اما برای اجرا و استقرار حکومت دینی و تدبیر امور و جامعه و کشور متناسب با وضعیت

تاریخی باید حکومت به سه قوه تفکیک و تقسیم شود. حال ممکن است در آینده بشر به این نتیجه برسد که بهتر است به جای سه قوه، پنج قوه داشته باشیم یا به عکس، مانند گذشته در آینده، دوباره بگوییم اصلاً تفکیک قوا لازم نیست. اینها همه ویژگی‌های عارضی هستند که در طراحی و الگوی اجرایی تحقق‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند، اما ویژگی‌های ذاتی حکومت دینی، مانند ولایت، تغییرپذیر نیستند. با این مثال‌ها مفهوم واژه الگو آشکار شد.

اما «پیشرفت» واژه‌ای است که در مقابل کلمات معادل و مشابه‌ای مانند توسعه، رشد و ... قرار می‌گیرد که بار معنایی خاص خودش را دارد.

کلمه «اسلامی» از ماهیت این الگو یا این جهان زیست، که از آن با واژه پیشرفت یاد می‌شود، حکایت می‌کند و مسائل ماهیتی این شیوه حیات را می‌نمایاند.

کلمه «ایرانی» نوع الگو را نشان می‌دهد. مقصود از واژه ی ایران، رعایت آن ویژگی‌هایی است که در ظرف تاریخی، فرهنگی، اجتماعی ایران باید منظور شود (رشاد، پایگاه اینترنتی زمانه). آنچه را می‌توان در نگاه نخست، الگوی توسعه ی علم و فناوری دانست، نظام ملی نوآوری است (جعفری، ۱۳۸۱). لزوم ایرانی بودن الگو ی پیشرفت امری آشکار است. اساساً ملی گرایی و بومی گرایی در عرصه ی پیشرفت امری است که در تمام دنیا توجیه شده و ضروری تلقی می‌شود. این نظام ایده ای مبتنی بر نگاه کل گرایانه به مقوله ی پیشرفت است. نظام ملی نوآوری همان گونه که از عنوانش برمی آید، خصلت بومی گرایی را کاملاً معتبر می‌داند. نظام نوآوری، ملی است و از جامعه ای به جامعه ای دیگر ممکن است تفاوت‌های بسیاری داشته باشد. اساساً شرط کارآمدی نظام نوآوری، ملی بودن آن است. نظام ملی نوآوری مفهومی

است که در بطن خود، ایرانی بودن الگوی پیشرفت را به خوبی معتبر دانسته و آن را برمی تابد (تقوی، ۱۳۸۷: ۷۳-۹۸). بنا بر یک تحلیل دیگر، صفت «ایرانی» الگو به این خاطر مطرح می شود که الگوهای پیشرفت متفاوتی، بر اساس فرهنگ جوامع مختلف قابل اجرا است و الگوهای جوامع با یکدیگر فرق دارد. لذا «ایرانی» بودن الگو به معنی شناختن اقتضائات این فرهنگ و جامعه ای است که در آن زندگی می کنیم و تبعاً باید سنت هایی که از اجدادمان به ما رسیده است را هم مد نظر قرار دهیم. «اسلامی» خواندن الگو نشان دهنده آن است که ما نمی خواهیم یک کار سکولار انجام بدهیم و صرفاً بر اساس دستاوردهای فکر بشری وضع موجود و مطلوب را تبیین کنیم، بلکه می خواهیم همه این مباحث در پرتو اسلام باشد (مفتح، پایگاه اینترنتی نخبگان و الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت).

بین مفهوم توسعه و پیشرفت تفاوتی وجود دارد. در واقع در طرح این بحث از واژه توسعه استفاده نمی شود و بر کلمه پیشرفت تأکید می گردد. کلمه توسعه و پیشرفت را در دو لایه می توان تحلیل کرد؛ یکبار با توجه به مجموعه مبانی معرفتی و نمودها و نمادهای هر دو در عرصه حیات انسان غربی و انسان اسلامی می توان این دو واژه را بررسی نمود و هم جنبه های معرفتی و مبنایی و نیز جنبه های عینی و تحقیقی را در نظر گرفت، یکبار هم می توان همین دو کلمه را تحلیل عرضی کرد. واژه توسعه ایهام دارد و منظور از آن توسعه کمی است نه کیفی. این واژه از وسعت و گسترش حکایت می کند، اما کلمه پیشرفت به معنای به آینده چشم داشتن و رو به پیش بودن است و لزوماً وقتی می گوئیم پیشرفت حتماً از یک پس و پیش هایی آغاز می شود و نگاهی به پیش و نگاهی به جلو در آن لحاظ شده و جهت حرکت آن به پیش است، اما در واژه توسعه جهت مشخص نشده است و معلوم نیست توسعه به چه سمت و جهتی است.

واژه رشد هم همین گونه است. اگر در جامعه‌ای، صنایع آن چنان رونق یابند که پیوسته بتوانند به طور انبوه کالا تولید کنند و در بازار و هنگام رقابت با کالایی دیگر مشتری بیشتری جلب نمایند. در واقع با ریختن انبوه کالاهای تولیدی خودشان در محیط جامعه در خرید رقابت ایجاد کنند و به مصرف‌زدگی دامن بزنند و طبقاتی که متمکن هستند و قدرت خرید بالایی دارند هرچه بیشتر کالا تهیه و مصرف کنند و با عرضه کالاهای جدید، نمونه‌های سابق را از رده خارج شده تلقی کنند، بی آنکه چندان از بین رفته باشند، در مقابل کسانی که قدرت خرید ندارند نمی‌توانند نمونه‌های جدید را تهیه کنند و رفته‌رفته فاصله طبقاتی گسترده‌ای بین قشرهای گوناگون جامعه پدید آید، در چنین جامعه‌ای رشد اتفاق افتاده است و آن را می‌توان توسعه نامید، اما چنین امری پیشرفت تلقی نمی‌شود؛ زیرا بر اساس آموزه‌های اسلام، پیشرفت آن نیست که فاصله بسیار زیادی بین طبقات فقیر و غنی وجود داشته باشد و عده‌ای از گرسنگی رنج ببرند و عده دیگر در رفاه تصورناشدنی غرق شوند. چنین توسعه‌ای با قربانی شدن عدالت محقق می‌شود که در اسلام پذیرفته شده نیست. چنین توسعه‌ای عرضی است نه طولی، اما در واژه پیشرفت جهت حرکت رو به پیش است. قید اسلامی هم که به دنبال واژه پیشرفت آمده به ماهیت این نوع از جهان زیستی که مدنظر است اشاره می‌کند. براین اساس در پیشرفت اسلامی، یک سلسله مبانی انسان‌شناختی، جهان‌شناختی و هستی‌شناختی در نظر گرفته شده که توسعه فاقد آنهاست. از سوی دیگر اهدافی در پیشرفت منظور داریم که با اهداف توسعه تفاوت دارد؛ زیرا در توسعه دست یافتن به بیشترین رفاه و لذت هدف نهایی تلقی شده است، اما در پیشرفت با وجود توجه به اهداف مادی، اهداف معنوی جایگاه ویژه‌ای دارد؛ چون پیشرفت را از دین و به‌ویژه اسلام اخذ می‌کنیم. اسلام هرچند سازنده این دنیای انسان نیز است، دنیاگرا

نیست؛ یعنی دنیا غایت و هدف نهایی آن به شمار نمی‌آید، بلکه آخرت‌گراست؛ یعنی الگوی پیشرفت اسلامی، الگویی دنیاگر، آخرت‌گرا تلقی می‌شود. بدین ترتیب اخلاق، معنویت، خداخواهی، عدالت‌خواهی، ایثار، در اندیشه دیگران بودن و ... در متن الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی یا مدل توسعه‌ای از نوع پیشرفت نهفته است (رشاد، پایگاه اینترنتی زمانه).

درباره این که آیا اشتراکاتی بین الگوی غربی و الگوی اسلامی ایرانی وجود دارد یا خیر باید گفت دنیا ظرف کوچکی است؛ در نتیجه تلاقی و تشابه می‌تواند در هر پدیده و واقعه‌ای که در این جهان رخ می‌دهد وجود داشته باشد. نمی‌گوییم الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی مدنظر ما صددرصد معارض و منافی توسعه غربی است، اما بی‌تردید مبانی، ساختار و غایت متفاوتی نسبت به الگوهای توسعه غربی دارد. اگرچه ممکن است در بعضی جزئیات مادی با الگوهای گوناگون توسعه غربی شباهتهایی داشته باشد، این میزان شباهت، شباهت جوهری نخواهد بود و تفاوت‌های آن بسی بیش از شباهت‌های آن با توسعه‌های غربی خواهد بود (همان).

معتقدیم که مبانی دینی ما در رابطه با گذار از وضع موجود به مطلوب، طرح و نظر دارد. بنابراین باید در پرتو مبانی دینی، الگو را مورد بررسی قرار دهیم و ویژگی‌های وضع مطلوب را از قرآن و سنت استخراج کنیم (مفتح، پایگاه اینترنتی نخبگان و الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت).

فصل دوم- بایسته های طراحی الگوی ایرانی- اسلامی پیشرفت

در طراحی یک الگو نباید به شکل افراطی، آرمانگرایانه و ایده آلی فکر کرد، بلکه باید واقع گرا بود. زیرا ما دغدغه طراحی الگو برای این جامعه را داریم. لذا اگر به طور مثال تصمیم گرفتیم به هدف دینی محض کردن همه امور، با همه ی سنت های کهنی که ریشه ی دینی ندارند و در جامعه ما وجود دارند، مبارزه کنیم؛ مطمئناً طراحی ما شکست خواهد خورد. بنابراین باید سنت ها و واقعیت های جامعه را لحاظ کنیم وگرنه اگر بخواهیم جامعه را زیر و رو کنیم طرح پیش نخواهد رفت. البته بدیهی است که اگر برخی سنت ها یا هنجارها با دین مخالف است، باید آنها را اصلاح کرد. اما غرض این است که به خاطر داشته باشیم در طول این سالیانی که اسلام وارد ایران شده است، بسیاری از ویژگی های فرهنگ ایرانی هم رنگ و بوی دینی به خود گرفته اند و قطعاً آنها که تباین قطعی داشته اند و موارد ناسازگار با دین تا حد زیادی از بین رفته اند. پس می توان اغلب ویژگی های ایرانی به جای مانده را در طراحی الگو به حساب آورد و این رویکرد هیچ نسبتی با «ایرانی گرایی» و «قوم گرایی» ندارد. بلکه رعایت واقعیاتی است که اگر می خواهیم الگویی، قابل ارائه و انجام طراحی کنیم، باید آنها را در نظر بگیریم و گرنه طرحی که مقتضیات جامعه را در نظر نگیرد، مسلماً به شکست می انجامد.

برای طراحی این الگو ابتدا باید بر اساس آموزه های دینی، قرآنی و روایی شامل سیره و سخن پیامبر (ص) و ائمه اطهار، تصویری از جامعه مطلوب را طراحی کنیم. سپس مؤلفه های به دست آمده از این منابع را با وضعیت موجود بسنجیم تا دریابیم که اکنون چقدر با جامعه مطلوب فاصله داریم. به بیان دیگر باید وضع موجود را با معیارهایی که از دین گرفته ایم، ارزیابی کنیم تا درک درستی از وضعیت خود به

دست آوریم. سپس باید بر اساس واقعیات فرهنگ ایرانی و مبانی قرآنی، برای گذار از وضع موجود به مطلوب، نظریه پردازی کنیم و مرحله گذار را طراحی کنیم. در طراحی الگو باید واقعیات را در نظر بگیریم. یکی از واقعیّت ها این است که مردم با استفاده از محصولات فناوری و تکنولوژی اموراتشان را می گذرانند و تبعاً طراحان الگو باید این را در نظر بگیرند. این سه گام اصلی در طراحی الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت است. باید نظامی را طراحی کنیم که مشخص کند برای گذار از وضع موجود به وضع مطلوب، باید چه اتفاقاتی در جامعه رخ دهد. در این بخش، ما نیاز به «نظریه ی فرهنگ دینی»، «نظریه اجتماعی و اقتصادی و... دینی» داریم؛ یعنی انواع و اقسام نظریه هایی که این مباحث را از دل قرآن و سنت استخراج کرده باشند. برای طراحی الگوی ایرانی اسلامی پیشرفت، این نظریه ها ضرورت تام دارند. متفکرین و علماء، باید خودشان به تولید نظریه های برگرفته از منابع دین پردازند و تلاش کنند این نظریه ها آن قدر علمی و متقن باشد که بتواند جای خود را در مجامع علمی باز کند. آن موقع است که تحول در حوزه علوم انسانی هم ایجاد خواهد شد. البته نتیجه بخش تر آن است که افراد به شکل خودانگیخته چنین کاری را انجام دهند. در مواردی هم نخبگان هنوز ورود نیافته اند. وظیفه حاکمیت در این امر این است که متفکرین و متخصصین را گرد یکدیگر جمع کنند و مسائل را برای آنها تبیین کنند و آنها را با نیاز جامعه درگیر کنند و هزینه های تولید نظریه های مورد نیاز جامعه را تقبل نمایند. صاحب نظرانی که قادر به چنین کاری هستند، باید دارای دو ویژگی باشند: الف) در استنباط از قرآن و حدیث، تخصص داشته باشند یعنی در استخراج مطالب از منابع دین، مجتهد باشند. ب) با مباحث اجتماعی و فرهنگی و سیاسی و... آشنایی داشته باشند. این دو بال، برای فعالیتی میان رشته ای از نوع خاصی که ذکر شد، مورد نیاز است.

ابتدا باید به تجربیات قبلی مان مراجعه کنیم و موارد مشابهی را بررسی کنیم که مسئولین خواسته اند تحول فرهنگی مثبتی در جامعه اتفاق بیفتد. علت ناکامی ما ممکن است این باشد که ما هنوز نتوانسته ایم تبیین کنیم که فرهنگ جامعه ما از چه تأثیر می گیرد. اگر بدانیم فرهنگ ما برای مثال از وعظ و جلسات سخنرانی تأثیر می پذیرد، مسلماً باید روی این بخش کار کنیم و اگر از جلسات مناظره و مباحثه تلویزیونی تأثیر می پذیرد، باید بر آن متمرکز شویم و نظایر آن. پس برای فرهنگ سازی ابتدا باید یک بررسی جامعه شناسانه و نظریه ی فرهنگی داشته باشیم و باید نبض جامعه خود را و آنچه روی فرهنگ جامعه تأثیر دارد، بشناسیم. با داشتن این شناخت می توانیم دغدغه ی پیشرفت یا بحث الگو را در جامعه نهادینه کنیم و به مقصود خود برسیم. پس به نظریه ی فرهنگ نیاز داریم.

برای ارزیابی فرهنگ موجود با ملاک های اسلامی باید از خودمان پرسیم آیا واقعا ما در زندگی خودمان از پیامبر اسلام(ص) الگو می گیریم؟ آیا زنان متدین ما از فاطمه زهرا (س) الگو می گیرند؟ آیا واقعا این چنین است یا در حد یک شعار باقی مانده است؟ این پرسش ها فاصله ی ما با الگو و فرهنگ اسلامی را مشخص می کند. تحقق اهداف و الگوهای اسلامی در جامعه بستگی به تولید نظریه ها دارد که بیان شد و در هر یک از این عرصه ها گذار از وضع موجود به وضع مطلوب، نیاز به طراحی و فعالیت جدی و تلاش دارد و کسانی که دغدغه بیشتری در این زمینه دارند باید کار را آغاز کنند.

جامعه امروز ما با جامعه صد سال پیش خیلی فرق دارد و تغییرات اجتماعی بسیاری صورت گرفته است. اساساً سرعت تحولات اجتماعی بسیار زیاد شده است. در گذشته مثلاً قرن ها مردم کشاورزی می کردند، بعد انقلابی صورت گرفت و جامعه به سمت صنعتی شدن پیش رفت. از آن زمان نسل های مختلف

آمدند و رفتند و چندان تغییر مهمی در زندگیشان رخ نداد. اما از زمانی که انقلاب الکترونیک (موج سوم تمدن به قول تافلر) شکل گرفت، سرعت تغییرات خیلی بیشتر شده است. سابق بر این جامعه تا صدها سال فرقی نمی کرد ولی اکنون هر ده سال یکبار تغییر می کند.

بنابراین شاید آن زمان هم فعالیت‌هایی در حد زندگی بسیط و ساده ای که مردم داشته اند، شکل گرفته باشد؛ اما آنها به هیچ وجه با این وضعیت ما تناسب ندارند که هر روز با یک نوآوری جدید روبه رو هستیم. پس متفکران، علمای دین، روشنفکران باید برای آینده برنامه ریزی کنند، به اصطلاح سرشان را از زیر لحاف زمان بیرون بیاورند. البته نمی توان آینده را به طور کامل و دقیق پیش بینی کرد، اما می توان و باید تلاش کرد که نگاهی به آینده داشته باشیم.

باید ببینیم در چه عرصه ای، فاصله میان وضع موجود ما و حالت مطلوب بیشتر است و بر روی این نقاط اختلاف، متمرکز شویم. به نظر می رسد یکی از این مشکلات اساسی، دوغانگی و تقابل دنیاگرایی و دینداری است که در اذهان ما شکل گرفته است. در حالی که اسلام بر «اعتدال» تأکید دارد. اساساً اعتدال، صفت ممیزه ی امت وسط است، که به عنوان وصف امت اسلام بیان شده است و این یکی از نقاط فاصله جدی ما با آرمان دین است.

یک مسئله ی مهم این است که کسانی که دردمند هستند مثلاً نخبگان قرآنی و کسانی که علاقمند هستند کار اسلامی و قرآنی انجام بدهند، اینها باید وظیفه خود را خوب تشخیص دهند. بسیاری از افراد دغدغه دارند اما اگر به تشخیص درست نرسند، تلاش‌هایشان به نتیجه ی لازم نمی رسد. وقت شناسی و شناخت اینکه الان وظیفه چیست مهم است. پس لازم است اندیشمندان و نخبگان، نیازها و ضرورت‌های

روز را بشناسند و فعالیت‌های افراد علاقمند و جوانان متعهد را در جهت آن‌ها هدایت کنند (مفتوح، پایگاه اینترنتی نخبگان و الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت).

برای پیشرفت اسلامی ایرانی به لوازم و پیش‌شرط‌هایی نیاز است. برای آغاز عملی کردن چنین الگویی و سیر عملی شدن این الگو در دو بخش باید کار کنیم؛ بخش اول تولید معرفت و بخش دوم اجرا و تحقق آن. در بخش تولید معرفت، یعنی مرحله نظری طراحی الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی، کار را باید از تولید علوم انسانی اسلامی آغاز کرد؛ زیرا توسعه و پیشرفت هر دو روی شانه‌های نظریه‌ها و دیدگاه‌هایی که انواع رشته‌های علوم انسانی در اختیار می‌گذارند خواهند ایستاد؛ برای مثال تا زمانی که علوم اقتصاد اسلامی را تولید نکرده باشیم به ناچار باید از علم اقتصادی که در بیرون از مرزهای نظام ما تولید شده است بهره بگیریم، اما نظام اقتصادی شرق، یعنی اقتصاد بسته سوسیالیستی، سال‌هاست که وجاهتی ندارد و ناکارآمدی آن اثبات شده است. نظام اقتصادی غرب، یعنی اقتصاد لیبرالی هم در سال‌های اخیر وضع مفتضح‌تری از نظام اقتصاد سوسیالیستی پیدا کرده و آشکار شده است که این نظام اقتصادی و علم پشتیبان چنین نظامی مشکلات و معضلات اقتصادی جوامع را نمی‌تواند حل کند. بر این اساس ما یا تهیدستانه باید از همین تعالیم و آموزه‌های شکست‌خورده بهره ببریم که در این صورت به الگوی اسلامی دست نخواهیم یافت یا به تولید علم اقتصاد اسلامی دست زنیم. در زمینه مدیریت، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و رشته‌های دیگر علوم انسانی هم وضع به همین شکل است؛ یعنی تا زمانی که به نظریه‌های مستقل مبتنی بر مبانی اسلامی و منطق اسلامی و برآمده از منابع معتبر - که عبارت‌اند از منابع نقلی، عقل، فطرت و تجربه - دست نیابیم نمی‌توانیم علوم انسانی اسلامی تولید کنیم. همان‌گونه که گفتم در حوزه

معرفت و به منظور الگوپردازی، کار را باید از تولید علوم انسانی آغاز کنیم، آن‌گاه بر اساس نظریه‌های تولیدی الگو را طراحی نماییم، اما در بخش عملی و در مرحله تحقق الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی ما تدریج را نباید نادیده بگیریم. به تعبیری در فرآیندی تدریجی باید این الگو تکوین یابد و محقق شود. نباید تصور کنیم که وقتی از الگوی پیشرفت اسلامی ایران سخن به میان می‌آید طی دو برنامه پنج ساله یا در بازه زمانی بیست ساله می‌توان چنین الگوی پیشرفتی را به‌طور کامل اجرا کرد، بلکه همان‌گونه که دنیای غرب طی چندین سده به الگوهای کنونی خود دست یافته و احیاناً با همه شیرینی‌ها، تلخی‌ها، کامیابی‌ها و ناکامی‌ها به تمدن خاص خودش رسیده است، ما هم راه درازی در پیش‌رو داریم. البته با بهره‌برداری از تجربه‌های ملل، اقوام و دوره‌های تاریخی دیگر و به اتکای میراث معرفتی و تجربی که طی دوره‌های تاریخی خود کسب کرده‌ایم، می‌توانیم راه را کوتاه‌تر کنیم و شکست‌ها و تجربه‌های ناموفق را به حداقل برسانیم، اما هیچ تضمینی وجود ندارد که گوشه‌ای از این الگو با ناکامی روبه‌رو نشود؛ در واقع ممکن است بخش‌هایی از این الگو در عمل ناموفق باشد و ما ناچار شویم به تجدیدنظر و تغییر بعضی از اجزا دست زنیم تا این الگو کامل شود و ما را به مقصد مقصود برساند. بنابراین ما مسیری تدریجی را در حوزه اجرایی پیش‌رو داریم و به‌طور نسبی هر مرحله ما را به آن الگو و تمدنی که در نظر گرفته شده است نزدیک خواهد کرد. در واقع در هر مرحله‌ای می‌توانیم بگوییم که نظام و جامعه ما نسبت به مرحله پیش اسلامی‌تر و نسبت به مرحله بعد کمتر اسلامی است.

ما منطق و متدولوژی موجه و معتبری برای تولید معرفت در اختیار داریم به نام منطق اجتهاد، اما از آنجاکه دانشی که به اجتهاد منتهی می‌شود فقط برای استنباط شریعت طراحی شده است و برای تولید

معرفت در حوزه‌های دیگر کاملاً کارایی ندارد، ما طبعاً نیازمند تکمیل این منطق علمی هستیم. در نتیجه نخستین قدمی که باید برداشته شود طراحی منطق جامع تولید علم و حتی تولید و طراحی الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی است. از سوی دیگر ما سرمایه عظیم معرفتی از گذشته در فراچنگ داریم که به‌ویژه در حوزه علوم انسانی بسیار قوی و ارزشمند است. قدم دیگری که باید برداریم بازبینی و بازساخت و نیز بازپیراست همین میراث معرفتی خودمان است؛ البته معرفت و دانش خوش‌نشین است و زاد و بوم و جغرافیا نمی‌شناسد و اگر علمی است که ما را به حقیقت متصل می‌کند در هر جای عالم باشد ما باید آن را اخذ کنیم؛ زیرا پیامبر عظیم‌الشان اسلام (ص) فرموده‌اند: «اطلبو العلم ولو به‌السین»، اما باید توجه کرد که غلبه در حوزه معرفت و علم در جهان غرب با علم سکولار و معرفت الحادی است.

با این حال ما در کل، علوم غربی را رد نمی‌کنیم؛ زیرا بعضی از دیدگاه‌ها و نظریه‌های علمی با توجه به منابع معتبری تولید شده‌اند که نزد ما معتبرند؛ مثل عقل و فطرت؛ از همین رو می‌توانیم این نظریه‌ها را انتخاب و گزینش کنیم و پاره‌ای از دستاوردهای معرفتی و تجربه‌های ملل دیگر را اخذ نماییم.

با وجود این، برای دست یافتن به اهداف خود و طراحی الگوی مدنظر باید مسئله تولید علم را در دستور کار ملی‌مان قرار دهیم و از استعدادهای سرشار ایرانی استفاده کنیم. برای استفاده از این استعدادهای و سرمایه خدادادی باید آنها را مدیریت کنیم. مدیریت این نیروی انسانی مهم‌ترین اقدام تلقی می‌شود و ما ضمن استفاده از میراث پیشینیان و بهره‌مندی از اجتهاد و معارف و تجربه‌های ملت‌های دیگر، باید با سازکارها و شیوه‌هایی، علم را در کشورمان مدیریت کنیم.

اصولاً وقتی می‌گوییم می‌خواهیم الگوی پیشرفت اسلامی، ایرانی طراحی و اجرا کنیم، منظور این است که می‌خواهیم تمدنی را خلق کنیم؛ یعنی ما در مقام ساختن عالم و آدمی نو هستیم؛ بنابراین تحقق تمدن اسلامی ثمره اصلی طراحی و اجرای الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی است. اما درباره اینکه آیا به دنبال معرفی آن به ملت‌های دیگر هستیم باید بگوییم که یکی از ویژگی‌های نگاه دینی و اسلامی ایثار و دگردوستی است و همین ویژگی ما را مکلف می‌کند که به فکر ملت‌های دیگر، به‌ویژه ملت‌های اسلامی، هم باشیم، ولی در مقام تحمیل یا حتی ترویج آن نیستیم؛ زیرا نه با تحمیل می‌توانیم الگوهای خودساخته‌مان را در نقاط دیگر جهان عملی کنیم و نه نیازی به چنین کاری است. زمانی که الگوی موفق طراحی و اجرا شود، همین موفقیت سبب می‌شود خودبه‌خود ملت‌های دیگر از آن الگو اقتباس کنند. مشاهده می‌کنید که با وجود سازگار نبودن الگوی تمدنی سکولار غرب با فطرت آدمی و ویژگی‌های ذاتی انسان، در حال حاضر بسیاری از کشورهای جهان از آن بهره می‌برند و در واقع این الگو خود را بر ملت‌های دیگر تحمیل کرده است. اصولاً وقتی کالای پروتقی در یک نقطه از جهان عرضه شود مشتری خاص خودش را از میان ملت‌های دیگر پیدا خواهد کرد. وقتی الگوی غیرفطری و تمدن غرب می‌تواند در نقاط دیگر عالم گسترش یابد - چه با تدبیر و در قالب اجرای پروژه چه به صورت طبیعی - اگر الگویی سازگار با فطرت و روح انسان طراحی و اجرا شود می‌توان فهمید که تا چه حد در جهان با استقبال اقوام گوناگون روبه‌رو خواهد شد؛ بنابراین در این راه نه تحمیل، معقول و مطلوب است و نه ترویج، مورد نیاز، ولی ما علاقه‌مند هستیم اگر به خیری دست یافتیم، ملت‌های دیگر هم از آن برخوردار شوند (رشاد، پایگاه اینترنتی زمانه).

فصل سوم - سلامت معنوی و حاکمیت

۳-۱- سلامت معنوی حاکمیت

با وجود مطالعات زیاد در زمینه رهبری، هنوز این مفهوم به خاطر ماهیت پیچیده اش، مبهم مانده است. علائم رهبران خارق العاده در وهله اول به نظر می رسد که از میان پیروان بوجود آید به طوری که ماکس دی پری در کتاب خود تحت عنوان «رهبری به عنوان یک هنر» این موضوع را بیان کرده است. همچنین او اضافه کرد که اولین مسئولیت رهبر، توصیف و تبیین واقعیت است و آخرین آن سپاس از پیروان است که در میان این دو رهبر باید یک خدمتگزار و وامدار باشد که ماکس دی پری این را تحت عنوان رهبری معنوی بیان می کند (بیشاپ، ۲۰۰۶). نهضت رهبری معنوی شامل مدل های خدمتگزاری رهبری، مشارکت دادن کارکنان و توانمند سازی آنان می باشد و بر اساس فلسفه رهبری خدمتگزار بنا نهاده شده است که نوعی رهبری است که بر ارائه خدمت به دیگران، دیدگاه کلی نسبت به کار، توسعه فردی و تصمیم گیری مشترک تأکید دارد (کاراک- کاراکابادس و کوزمین، ۲۰۰۲: ۱۶۵-۱۸۲). رهبران معنوی ایمان، اشتیاق و نتایج کار خودشان را بروز می دهند که جان و سلی از این سه چیز به عنوان ویژگی عمده و نماد رهبری معنوی یاد می کند. نظریه رهبری معنوی یک نظریه علی برای تحول سازمانی می باشد که به منظور ایجاد سازمانی یادگیرنده و دارای محرک درونی بوجود آمده است. با توجه به نظریه رهبری تحول آفرین، این نظریه نیز توانایی رهبران را در به کار گیری قابلیت های پیروان خود در محیط متغیر امروزی کاملاً همساز نموده و به رهبری از دیدی تازه نگاه می کند. نظریه رهبری معنوی بر اساس مدل انگیزش درونی توسعه

یافته است که ترکیبی از چشم انداز، ایمان به تحقق هدف، عشق به نوع دوستی، معناداری در کار، عضویت، تعهد سازمانی و بازخورد عملکرد رهبر می باشد (فری، ۲۰۰۳: ۶۹۳-۷۲۷). لذا، هدف رهبری معنوی توجه به نیازهای اساسی پیروان می باشد تا موجبات بقای معنوی و توانمندسازی آنان را فراهم آورد (بیشاپ، ۲۰۰۶).

محیط سازمانی سالم به پرورش اعضای سالم با ویژگی‌های شادابی و شاد بودن، نیک‌خواهی و درست بودن یا رفتار شهروندی، زیبا دوستی، تحمل دیگران و تعامل با آنها و عشق به کار و حرفه منجر می‌شود. برای خلق اکوسیستم سالم، پژوهشگران بر اهمیت نقش رهبران ارزش آفرین و توانمند ساز زمینه ایجاد تعهد همه اعضا تأکید دارند. بر اساس نظر ارسطو، نیاز به رهبرانی است تا ارزش‌های خوب را در عمل خلق کنند و به ترکیب دانش عمومی و تخصصی و توانمندسازی اعضا پردازند تا اعضا خواستار امور اثر بخش باشند و سؤالات اثر بخش پرسند.

در همین راستا، حکمرانی خوب که تمرین مدیریت سیاسی، اقتصادی، اجرایی و .. منابع یک کشور، برای رسیدن به اهداف تعیین شده است در برگیرنده راهکارها و نهادهایی است که افراد و گروه‌های اجتماعی از طریق آنها، توانایی دنبال کردن علایق و حقوق قانونی خود را با توجه به محدودیت‌ها داشته باشند. اگر چه در برخی از متون، حکمرانی خوب به معنی دولت خوب نیز تعریف شده است، اما نمی‌توان این دو مفهوم را مترادف دانست، زیرا همه نهادهای جامعه در قوه مجریه خلاصه نشده و سایر نهادها نیز در روند اداره یک کشور به اندازه خود سهم می‌باشند. اما در میان بسیاری از اندیشمندان این اتفاق نظر وجود دارد که وجود دولت خوب، شرط لازم برای حکمرانی خوب است (صباغ کرمانی و باسحا، ۱۳۸۸).

۳-۲- سلامت معنوی و قوانین موضوعه

ماده یک قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹ اشاره دارد که هرکس به جان یا «سلامتی» یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شرف تجارتي یا حق دیگر که موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده لطمه وارد نماید، که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگر شود، مسؤول جبران خسارت ناشی از عمل خود است. در مواد ۲، ۹، ۸، ۱۰ همین قانون خسارت معنوی تصریح شده است.

ماده ۳۰ قانون مطبوعات سال ۱۳۶۴ اشاره دارد که شاکی می تواند برای مطالعه خسارات مادی و معنوی که از نشر مطالب مزبور بر او وارده آمده به دادگاه صالحه شکایت نماید.

در ماده ۲ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان در ایران مصوب ۱۳۸۱ صراحتاً قید گردیده است که هر نوع اذیت و آزار کودکان و نوجوانان که موجب شود به آنان صدمه ای جسمانی یا روانی و اخلاقی وارد شود و سلامت جسم یا روان آنان را به مخاطره اندازد، ممنوع است.

۳-۳- تأثیر سلامت معنوی بر بخش های مختلف قوا

امروزه، مدیران علاقه فزاینده ای به تلفیق معنویت و مدیریت دارند. این تلفیق، عمیق ترین ارزش هایی را که بر کارشان تأثیرگذار است به همراه دارد و نیز به همان میزان، نویددهنده موفقیت بیشتر آنها خواهد بود. در حقیقت، مدیران به خاطر برخی علاقه های مشترک، خود را به معنویت ملزم کرده اند. به همین خاطر پارادایم جدید تحقیقات سازمان و مدیریت به سمت بررسی و تبیین ابعاد و شاخصه های معنویت سازمانی و عوامل مؤثر بر آن یا متأثر از آن حرکت کرده است (جرالد، ۱۹۹۹: ۱۸۶-۱۹۹).

مطالعه معنویت در محیط کار پدیده نوپایی است که می تواند نیروی قدرتمند مثبتی برای زندگی افراد باشد؛ زیرا کمک به افراد در جهت تلفیق و یکپارچه ساختن کار و زندگی معنوی شان، ممکن است تقریباً به صد هزار ساعت زندگی کاری این افراد معنا و جهت ببخشد و کاری لذت بخش تر، متوازن تر و معنادارتر ایجاد کند و روح و روان آنان را پرورش دهد. افراد وقتی از محیط کاری فارغ شوند و به خانواده و جوامع خویش بازگردند، درحالی که قانع و تجدید قوا شده اند، به جای گریز از یکدیگر به یاری هم می پردازند و به دلیل این یکپارچگی و تلفیق، ممکن است با افرادی اخلاقی تر و مولدتر، سودآوری بیشتری برای سازمان حاصل شود. به علاوه معنویت در محیط کار می تواند برای سازمان ها، انسانیت و برای اجتماع، فعالیت و برای محیط، مسئولیت به ارمغان آور د. اگر چنین شود این مهم ترین وظیفه ای است که جامعه ما در نخستین دهه های هزاره جدید با آن مواجه است (میترف و دتتون، ۱۳۸۲: ۱۶۳ به نقل از نیک پور و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۵۵-۱۷۲).

عصری را که در آن زندگی میکنیم، عصر پیچیدگی و تغییر نامیده اند. سازمان ها در چنین عصری همواره در دو لبه نظم و بی نظمی قرار دارند و دائم بین دو حالت تناقض نما، در رفت و آمدند. صاحب نظران و تئوری پردازان علم مدیریت، برای رویارویی با چنین وضعیت و شرایطی، تئوری های مختلفی مانند سازمان های یادگیرنده، سازمان های هولوگرافیک، سازمان های کارآفرین و تئوری آشوب را ارائه کرده اند. معنویت در سازمان نیز پدیده نوظهوری است که توجه بسیاری از صاحب نظران مدیریت و سازمان و همچنین مدیران را، در سطوح مختلف به خود جلب کرده است. بر این اساس، بسیاری از آنان معنویت را به عنوان منبعی پایدار برای سازمان ها دانسته اند که می تواند به آنها در زمان های پرتلاطم و آشوب زده یاری رساند و تناقض نمایی نظم و بی نظمی در سازمان را حل و فصل کند و بدون طرد هر یک، آنان را به صورت مقتضی به کار ببندد، چرا که سازمان ها برای فعالیت مستمر در عرصه های مختلف، نیازمند رفت و آمد همیشگی بین دو حالت تغییر و ثبات هستند (یزدانی و دیگران، ۱۳۸۹: ۱۱۷-۱۳۳).

در طلیعه قرن جدید که سازمان ها به خصوص نهادهای آموزشی با محیط رقابت جهانی مواجه هستند، همواره نیاز به تغییرات ریشه ای و خلاقیت های کاری احساس می شود؛ نیروی رقابتی جهانی، سازمان های امروزی را مجبور کرده است که بعد از دهها سال ادامه روش ها و رویه های کاری ثابت خود، روش های کاری جدید را در پیش بگیرند، به گونه ای که سازمان ها دارای ثبات کاری نبوده و از نوعی ثبات نسبی برخوردارند و برای اینکه از قافله رقابت عقب نیافتند اکثر این سازمان ها توجه خود را معطوف به رهبران سازمانی کرده و با شجاعت و جسارت خاصی سعی در ایجاد تغییرات بنیادی در درون سازمان دارند، چرا که رهبری با ایجاد تغییر سروکار دارد. در واقع، ورود مفاهیمی همچون اخلاق، حقیقت،

باور به خدا یا نیرویی برتر، معنا جویی در کار، نوع دوستی، و به پژوهش ها و اقدامات مدیریتی و کسب و کار همه حکایت از ظهور پارادایم جدیدی دارند. به عقیده بسیاری از محققان، این پارادایم جدید محیط کار، که برگرفته از فیزیک کوانتوم، علوم سایبرنتیک، نظریه آشوب، علوم شناختی، مذاهب و آیین های شرقی و غربی می باشد، و در واقع عکس العملی به پارادایم خشک و مکانیستی مدرن است، پارادایم معنویت می باشد (ضیایی و دیگران، ۱۳۸۷: ۶۷-۸۶).

نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران به عنوان مسئول برقراری نظم و امنیت، زمانی می تواند به بهترین وجه از عهده انجام این مأموریت برآید که کارکنان و بخصوص فرماندهان و مدیران آن از بهترین صالح ترین افراد باشند. مدیران و فرماندهان به دلیل تأثیری که بر رفتار زیردستان و آحاد افراد جامعه دارند، می توانند نقش تعیین کننده ای بر سازمان ناجا داشته باشند. این تأثیر هم بر چگونگی اجرای مأموریت سازمان و هم بر رفتار کارکنان است. امام علی (ع) در باره اهمیت و تأثیر مدیران بر زیردستان می فرمایند: «الناس علی دین ملوکهم». مقامات عالی سازمان ها دریافته اند که مهمترین منبع راهبردی برای رشد و توسعه سازمان ها، استفاده از افراد کلیدی سازمان و افزایش دانش، مهارت، انگیزش و بهبود نگرش های آنان است. فرماندهان و مدیران میانی در ناجا حلقه واسط بین سیاستگزاران و مدیران عملیاتی هستند؛ که این امر موجب شده است تا نقشی کلیدی و تعیین کننده داشته باشند. به دلیل اهمیت این گروه از فرماندهان و مدیران، توانمندسازی آنان در اولویت برنامه های ناجا قرار دارد. هدف توانمندسازی، بکارگیری حداکثر توانائی های کارکنان در پیشبرد اهداف سازمانی است. بر اساس تحقیقات انجام شده،

عوامل مختلفی بر توانمندسازی کارکنان مؤثر است که یکی از مهم ترین و در عین حال مغفول ترین آن ها عوامل معنوی است (بختیاری، ۱۳۸۷: ۱۵۷-۱۶۸).

فصل چهارم - سلامت معنوی و نظام سلامت

۴-۱- اهمیت سلامت معنوی در نقشه جامع علمی سلامت کشور

بطور کلی، اهمیت معنویت در نظام سلامت را می توان در قالب نقش نظام سلامت در ارتقاء سلامت معنوی به شرح ذیل تبیین نمود:

۱. تیم مداخله در ارتقای سلامت معنوی جامعه در ساده ترین شکل از سه گروه کارشناسان دینی، متخصصین بهداشت روان و متخصصین سلامت جامعه به صورت کارگروه تشکیل شود.

۲. مطالعات پایه برای تبیین ادبیات سلامت معنوی شامل تعاریف، مفاهیم و ابزار تحقیق متناسب با دین اسلام تعریف شود.

۳. اولویت های تحقیقاتی در حیطه سلامت معنوی تعیین و تبیین شود.

۴. آموزش پزشکان و متخصصین در مورد شواهد و یافته های تحقیقات سلامت معنوی صورت گرفته تا از این راه بیماران به استفاده از منابع معنوی تشویق شوند.

سیر تحولات در نظام سلامت به عنوان چالشی جهان شمول و تعهد نظام سلامت در پاسخگویی مناسب و حرکت در جهت سند چشم انداز بیست ساله کشور، برخوردی هوشمندانه را الزامی می سازد. این برخورد بایستی با تحلیل صحیح از ارزش های اسلامی و با استفاده درست از روش های نوین علمی باشد. بر اساس نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت (۱۳۸۹):

۱. در چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران نیز جامعه آرمانی «برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر،

فساد، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب» می باشد. مسوولیت نهایی تحقق جامعه سالم بر عهده دولت است. ممکن است نقش نظام سلامت برای رسیدن به رفاه جسمی مهم باشد اما هم در مورد رفاه جسمی و بخصوص در مورد رفاه روحی، اجتماعی و معنوی بسیاری از بخش های حاکمیت (مانند نهادهای هویت ساز فرهنگی، اقتصاد، آموزش و پرورش، غذا، مسکن و ...) در برابر سلامت جامعه اختیار و مسوولیت مهم تری دارند که بایستی مورد توجه و پایش قرار گیرد.

۲. تأکید بر این است که برای قدرت گرفتن زنجیره ایده تا عمل نیازمند حضور موثر بخش های غیردولتی، شرکت های مختلف و متنوع خصوصی هستیم لیکن لازم است که دولت در امور حاکمیتی آن حضور کارآمدی داشته و بخصوص در زمینه های رعایت اخلاق، مالکیت معنوی و از این قبیل با اعمال تصدی گری مدافع حقوق عمومی باشد.

کسب سلامت کامل جسمی، روحی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم با اهداف راهبردی زیر حاصل می گردد:

۱. کسب مقام اول در علم، فناوری و نوآوری حوزه سلامت در منطقه.
۲. الگوی کشورهای منطقه در مدل مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت.
۳. احراز جایگاه قطب علمی منطقه با تراز جهانی در مقطع تحصیلات تکمیلی.
۴. احراز جایگاه هدایتی پژوهش های منطقه ۲.
۵. شناخته شدن به عنوان الگوی منطقه ای سنجش کیفیت و استانداردهای کالا و خدمات سلامت.
۶. احراز خوداتکایی و کسب جایگاه قطب سلامت منطقه در زمینه ارائه خدمات تشخیصی و درمانی.

۴-۲- سلامت معنوی در چارچوب نظام آموزش سلامت کشور

توجه به سلامت معنوی در آموزش نیازمند برنامه ریزی درسی مناسب است. برنامه آموزشی معنوی منتقل کننده مفاهیم معنویت از طریق محتوا و برنامه های آموزشی است و فراهم کننده زمینه نیل به سطوح بالاتر آگاهی و معنی دار کردن زندگی بوده و علاوه بر منطقی بار آوردن فراگیران، دست یافتن آنان به احساس عمیق تر و پر بارتر را فراهم می کند. برنامه آموزشی معنوی تنها وسیله ای برای درک محتوای آموزشی نیست بلکه حرکتی فراتر از استدلال و شیوه های تحلیلی و اندیشه ورزی است که معمولاً در خلال آموزش صورت می گیرد (میلر، ۱۳۸۰ش).

در بیشتر برنامه های آموزشی معنوی به موضوعات روح، دین، مذهب، هنر و اخلاق تمرکز شده است. روح توصیفات متنوعی در دیدگاه های مختلف دارد و به تناسب آن تعاریف متنوع، راه های تعالی متعدد نیز برای پرورش روح ذکر شده است که به برخی از آنها می پردازیم. هنر جزو روش هایی بوده که انسان در پرورش روح بکاربرده است. معمولاً در برنامه های درسی دانشگاهی، هنر یک برنامه درسی مجزا نیست بلکه در دل تمام برنامه های درسی گنجانده شده است. ارزش های اخلاقی می توانند در طی فرآیند رشد به تدریج آموخته شده و درونی شوند.

در ادیان مختلف از معنویت به صورت های مختلفی یاد می شود. در مکتب هندو انواع عملیات یوگا به فرد امکان برقراری ارتباط با جوهر ذاتی و الهی خود را می دهد. در مسیحیت روح از طریق حضرت مسیح رهایی می یابد. در یهودیت برای ارتباط شخص با ذات الهی تنفس، تجسم فکری و تکرار کلمات پیشنهاد شده است. در اسلام هر کس مسوول اعمال خود می باشد و باید در رشد و تعالی روح خود

بکوشد. دین امری ثابت است که از عالم غیب منشا گرفته اما معرفت دینی امر پویایی است که یکی از راه های کسب آن ایجاد زمینه آموزش های دینی و اخلاقی است (موسوی، ۱۳۸۹ش).

در برنامه ریزی های آموزشی مذهب جایگاه ویژه ای دارد. باور به وجود خداوند و اهمیت پیام های الهی در برنامه های بسیاری از کشورهای دنیا مشاهده می شود. مثلاً در آمریکا موسسات آموزشی کاتولیک تشویق جوانان به کلیسای کاتولیک و از آن طریق به تعالیم حضرت عیسی (ع) است. در انگلستان نیز مذهب در برنامه ریزی آموزشی مورد توجه قرار می گیرد (روحی و دیگران، ۱۳۸۳ش).

با نگاهی به اهداف نظام های آموزشی متفاوت مشاهده می شود که جهت گیری برنامه ها کم و بیش به سمت معنویت می باشد. به تعدادی از این اهداف اشاره می کنیم: پرورش شهروندان آگاه و مطابق با ارزش های مسیحی (آرژانتین)، ایجاد وحدت بر اساس تعالیم اسلامی (پاکستان)، پرورش استعداد های شهروندان بر پایه ارزش های اخلاقی و مذهبی و اجتماعی (اتریش)، پرورش اخلاقی جوانان (آلمان)، ایجاد حس مسئولیت و ایمان در جوانان (بلژیک)، ارج نهادن به ارزش های اخلاقی مسیحی (دانمارک) و... (شعبانی، ۱۳۸۳ش).

در برنامه آموزش جامع نگر، انسان موجود چند بعدی در نظر گرفته شده که بعد معنوی در مرکز این ابعاد دارد. از آنجا که مراقبت مبتنی بر معنویت از عملکرد های اصلی دست اندرکاران امر سلامت است، بنابراین آموزش بر مبنای معنویت و اصولاً آموزش معنویت لازم و ضروری به نظر می رسد (لیکاس، ۲۰۰۹م). آگاهی از دیدگاه های فراگیران به عنوان ذینفعان برنامه آموزشی در مورد سلامت معنوی و اهمیت و ضرورت پرداختن به آن لازمه برنامه ریزی آموزشی مناسب است که در مطالعات مختلف به آن

پرداخته شده است. گسترش برنامه های فرهنگی در راستای ارتقای سلامت معنوی همواره از برنامه های مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. امروزه با تغییرات دائمی در عملکردهای علمی و پزشکی، ضرورت سازگاری با سیستم های پیچیده مراقبت های بهداشتی به عنوان یک اولویت مهم بیش از پیش احساس می گردد. آموزش فعالیتی هدفمند در جهت ارتقاء یادگیری است و وظیفه اصلی هر نظام آموزش عالی فراهم کردن امکان رشد شایستگی و صلاحیت حرفه ای دانشجویان است. نتیجتاً هدف اصلی در آموزش علوم پزشکی رشد شایستگی و صلاحیت های حرفه ای و خود کارآمدی دانشجویان می باشد (حسن پور و دیگران، ۲۰۰۶م).

ضرورت بازنگری در برنامه های آموزش علوم پزشکی در پاسخ به تغییر سریع محیط مراقبت های بهداشتی و درمانی مراقبت بهداشتی مورد تأکید قرار گرفته است. پرستاران و پزشکان باید طوری تربیت شوند تا بتوانند در سیستم های پیچیده مراقبت بهداشتی امروزی مراقبت مؤثر را ارائه نمایند. به نظر می رسد نظام آموزش علوم پزشکی در ایران با نارسایی هایی در تربیت دانشجویان خودکارآمد روبرو است. لذا ضرورت تحول در نظام آموزش علوم پزشکی با تأکید بر سلامت معنوی به عنوان یک اولویت احساس می گردد.

توسعه آموزش علوم پزشکی، یکی از اهداف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه های کشور می باشد. تحولات سریع علوم پزشکی پس از انقلاب صنعتی، مرهون تلاش هایی است که بین سال های ۱۴۳۵ تا ۱۶۰۰ میلادی منجر به تجدید حیات و شروع شکل گیری پزشکی علمی شده است. تلاش برای توسعه آموزش پزشکی به صورت یک حرکت سازمان یافته از نیمه دوم قرن بیستم

شروع شده است ولی هرگز نباید نقش دانشمندان و پزشکان قرون گذشته و پزشکان دوران شکوفایی طب اسلامی را نادیده گرفت (فراهانی نیا و دیگران، ۱۳۸۴ش).

پس از انقلاب اسلامی ایران با گسترش همه جانبه نظام مراقبت های اولیه بهداشتی از طریق گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور و با تصویب لایحه تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خوشبختانه همکاری بخش بهداشت (نظام مراقبت) و بخش آموزش (نظام آموزش علوم پزشکی) از توصیه و شعار فراتر رفت و عملاً زمینه مناسبی برای گسترش کمی و ارتقای کیفی آموزش پزشکی فراهم شد (امینی، ۱۳۸۳ش).

ورود سلامت معنوی در برنامه های آموزشی بسیاری از کشورهای دنیا صورت گرفته است. و برنامه های آموزشی و درسی بر آن اساس و در بستری از مفاهیم معنوی ساخته و پرداخته می شوند (نیدلی و مینفورد، ۲۰۰۸م).

در برنامه آموزشی دوره دکترای پزشکی در ایران، یکی از اهداف تشکیل این دوره، تربیت طبیبی است که در جهت آشنایی بیشتر با مکتب و تزکیه تعالی روح کوشا باشد و کمک به تأمین بهداشت و درمان مردم را وسیله ای برای رضای خدا و تقرب به او بداند، اما نیاز به برنامه آموزشی که دقیقاً برای نیل به این هدف متعالی تدوین شده باشد همچنان احساس می شود. البته دانشجویان دروسی چون اخلاق و تربیت اسلامی، معارف اسلامی را در برنامه آموزشی خود دارند و تنها در یک ترم تحصیلی آن را پشت سر می گذارند (برنامه آموزشی دکتری عمومی، ۱۳۸۴ش). اما با توجه به پژوهشهای صورت گرفته در

دانشگاه های مختلف دنیادر زمینه ارتقا آموزشی آن هم ارتقای بعد معنوی آموزش، نیاز به فراهم سازی بستری برای کسب تجربه معنوی احساس می شود (نارایاناسامی، ۱۹۹۹م).

در برنامه آموزشی دوره کارشناسی پرستاری در ایران، پرداختن به سلامت معنوی، جزء ضروری مراقبت کل نگر در پرستاری شناخته شده است و غالب الگوهای پرستاری مفهوم معنویت را عنوان می دارند. برنامه های آموزشی نیز در این زمینه انجام شده است که البته مدون نمی باشد (برنامه آموزشی دوره کارشناسی پرستاری، ۱۳۸۳ش).

در برنامه آموزش انجمن پرستاران امریکا، پرستاران باید مراقبت معنوی را برای بیماران خود فراهم نموده و آموزش های لازم را دیده باشند. لذا باید در زمینه سلامت معنوی آموزش های لازم را دیده باشند (انجمن پرستاران امریکا، ۲۰۰۳ش).

به گفته کوپلوماکی^۱، علیرغم اقداماتی که تاکنون در زمینه آموزش سلامت معنوی صورت گرفته است، پرستارانی که مراقبت های معنوی را فراهم و از آن حمایت می کنند در اقلیت هستند و آنهایی که مراقبت معنوی ارائه می دهند آن را ثبت نمی کنند (کاوندیش، ۲۰۰۳م).

آموزش موجودات چند وجهی مستلزم در نظر گرفتن تمام ابعاد آنان در آموزش است (کارسون، ۲۰۰۰م). به همین دلیل مفهوم سلامت معنوی که داشتن رابطه هماهنگ میان فرد و محیط است؛ (و البته این واژه به دو بخش سلامت معنوی عمودی یا سلامت مذهبی (ارتباط با خدا) و سلامت معنوی افقی یا سلامت وجودی (رضایت مندی از خود) تقسیم می شود) نیز می بایست در آموزش انسان به عنوان یک موجود چند وجهی مد نظر قرار گیرد.

1 Kuppelomaki

در استانداردهای آموزش پزشکی عمومی، که بر اساس استانداردهای بین المللی و با توجه به نظام آموزش پزشکی کشور و نیازهای آن تدوین شده است، به پرورش انگیزه های درونی برای تصمیم گیری درست حرفه ای اشاره شده است، اما به ابزار و روش های دستیابی به آن اشاره ای نشده است (WFME، ۱۹۹۴م).

در سند تحول و نوسازی نظام آموزشی علوم پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به موارد زیر اشاره شده است: دانشگاه باید کارخانه انسان سازی باشد. تربیت انسان هایی خردمند، توانا، خلاق، دارای اعتماد به نفس، آزاده و نقدپذیر مورد نظر نظام آموزش عالی ما باید باشد (سند تحول آموزش علوم پزشکی، ۱۳۹۰ش). راهکارهای علمی و روشن برای کسب این توانمندی های معنوی همچون کسب سایر توانمندی ها مورد نیاز می باشد. تا با تعیین اهداف آموزشی دقیق و برنامه ریزی مناسب با استفاده از آموزشهای صحیح به ارتقای توانمندی های معنوی بیش از پیش نائل شویم. در اصول تحول و نوسازی نظام آموزشی علوم پزشکی کشور نیز به موارد ذیل اشاره شده است: خدا محوری و اخلاص اعمال در جهت رضایت الهی، توجه به کرامت انسانی، توجه به عموم ساحات انسانی، ساحت مادی، ساحت معنوی. بنابر این گام های درستی از سوی دست اندرکاران و سیاستگذاران امر آموزش پزشکی کشور در جهت رشد و تعالی آموزش سلامت معنوی برداشته شده است (سند تحول آموزش علوم پزشکی، ۱۳۹۰ش). در بیانیه ارزش های نظام آموزشی علوم پزشکی کشور نیز به موارد زیر اشاره شده است: اولویت تزکیه بر تعلیم و توجه به اصول اخلاق حرفه ای پزشکی و معنویت؛ تعالی سرمایه های

انسانی (امینی، ۱۳۸۳ش). اما مطالعات متعددی در داخل کشور بر لزوم ورود سلامت معنوی در برنامه آموزشی عمومی (رهنما، ۱۳۸۳ش) و در برنامه آموزش علوم پزشکی انجام شده است.

صرفنظر از این، در سطح بیمارستان ها پیشنهاد می شود که مدیران شرایطی را برای شرکت پرستاران در دوره های آموزشی مستمر، کنفرانس ها و کنگره ها در زمینه اهمیت بعد معنوی و مراقبت معنوی جهت ارتقاء دانش و مهارت لازم فراهم کرده و آن ها را به برگزاری کنفرانس های داخلی بیمارستانی در رابطه با این موضوع ترغیب کنند. برگزاری دوره های ویژه آموزش مراقبت معنوی برای دانشجویان همراه با سایر دروس داده شده در این زمینه و پرستاران شاغل در کنار دیگر برنامه های آموزش نیز ضروری به نظر می رسد. لازم است پژوهشگران و صاحب نظران نظام سلامت با انجام پژوهش های مختلف در مورد این بعد از وجود انسان به شناساندن هر چه بیشتر اهمیت بعد معنوی به عنوان جزء اصلی و مرکزی در سلامتی انسان و کسب بهبودی تلاش کنند بایستی مدیران نظام سلامت در این رابطه از سازمان ها و رهبران مذهبی در ایجاد ایده ال ها، تجارب معنوی و مشاوره معنوی مدد جویند زیرا این منابع به طور بالقوه دارای نقش حمایتی هستند.

در چارچوب نظام آموزش پزشکی، لازم است در آموزش بالینی و نظری، دانشجویان علوم پزشکی به ویژه دانشجویان پزشکی و پرستاری با مقوله سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت و رضایت از زندگی آشنایی بیشتری پیدا کنند تا نگاه جامعتری نسبت به مددجو داشته باشند و بتوانند در سایه حفظ کرامت های انسانی و اخلاقی، خدمات و مراقبت های کاملتر و مناسبتری را به آنان ارائه دهند.

با توجه به اهمیت بعد معنوی در پرستاری و لزوم آموزش آن به دانشجویان پرستاری جهت آماده کردن آن

ها برای ارائه مراقبت معنوی به بیمار در کنار مراقبت جسمی و روانی، پیشنهاد می گردد که محتوای درسی در مورد معنویت و مراقبت معنوی در برنامه آموزش پرستاری گنجانده شود. بدین جهت بستر سازی فرهنگی قبل از تهیه محتوای درسی امری ضروری به نظر می رسد. جهت تعیین محتوای درسی پیشنهاد می شود کمیته ای متشکل از صاحب نظران مختلف در این امر تشکیل شود و با توجه به محدودیت ها، موانع و ویژگی های جامعه مشخص شود که چگونه و در کدام قسمت از برنامه آموزش پرستاری می توان محتوای مراقبت معنوی را گنجانده و تدریس نمود. همچنین پیشنهاد می گردد که محتوای درس مراقبت معنوی شامل توصیف و تعریف مفهوم معنویت، نیازهای معنوی، تأثیر بعد معنوی بر سلامتی و اهمیت مراقبت معنوی در پرستاری باشد. در زمینه نحوه آموزش نیز توصیه می گردد که چون معنویت کاملاً شخصی و ذهنی است، لازم است که در کلاس، محیط آموزش ی مناسب فراهم شده تا دانشجویان در بیان اعتقادات معنوی خود احساس امنیت و آرامش کنند. همچنین مدرسین می توانند در کلاس با معرفی مطالعات موردی و گزارش موردهای مختلفی از مراقبت معنوی که توسط دانشجویان ارائه می شود، شرایط بحث و تبادل نظر در این زمینه را فراهم کنند. در محیط بالین نیز لازم است مربیان پرستاری در هر دوره آموزشی به نیازهای معنوی بیماران در کنار نیازهای جسمی و روانی اهمیت داده و مراقبت معنوی را در طراحی برنامه مراقبت پرستاری قرار دهند و به دانشجویان فرصت داده شود تا در کنار مهارت هایی که در زمینه مراقبت پرستاری به دست می آورد، به بررسی و شناخت معنویت در بیمار نیز بپردازد. بدین ترتیب دانشجوی پرستاری بینش و بصیرت لازم را در زمینه مراقبت معنوی در کنار مراقبت جسمی و روانی پیدا کرده و توانایی لازم را در جهت شناسایی نیازهای معنوی و ارائه مراقبت معنوی کسب خواهد کرد. از آنجا

که آموزش مباحث معنوی کار مشکل و ظریفی است، فردی که مسئولیت آموزش در این زمینه را دارد، باید دارای قدرت روانی و عاطفی بالایی باشد، چنین فردی باید دارای آگاهی بالایی از معنویت درونی خود باشد تا بتواند دانشجویان را حمایت و راهنمایی کند، بدین لحاظ توصیه می گردد برنامه های آموزش مدون برای مدرسین پرستاری در این زمینه در نظر گرفته شود.

دادن فرصت لازم به یادگیرنده برای حرکت آگاهانه در فرایند یادگیری پیامد اصلی برنامه آموزشی سلامت معنوی است. عناصر برنامه درسی به نحوی طراحی می شوند که موجبات رشد همه جانبه یادگیرنده را فراهم نمایند؛ یادگیرنده فردی در نظر گرفته می شود که دارای استعدادهای گوناگون فطری است و شکوفایی هر استعداد علاوه بر جنبه هدف تربیتی، بعد زمینه ای و وسیله ای نیز دارد. محتوای دروس مختلف از جهت موضوع کثرت دارند ولی از جهت گیری واحد برخوردار می باشند. هر ماده درسی بنا به ماهیت خود آیات الهی را به یادگیرنده آموزش می دهد. محیط یادگیری طوری ساماندهی می شود که افراد را به معنویت، اندیشیدن، کارهای جمعی و تلاش بیشتر برای یادگیری ترغیب نماید. مدرس نقش اصلی را در هدایت یادگیرنده به سوی هدف ها ایفا می کند. او علاوه بر توانایی علمی از شخصیت معنوی بالنسبه تأثیر گذار برخوردار است. از مدرس نیز انتظار می رود شرایط مناسب برای رشد یادگیرنده فراهم سازد. ضرورت توجه به بعد معنوی برنامه درسی اقتضا دارد که توجه دادن یادگیرنده به جنبه های فوق مادی حیات نیز از جمله ویژگی های بارز برنامه در نظر گرفته شود. این مهم به طرق گوناگون قابل انجام است. یادآوری حیات اخروی در محتوا، طراحی عکس ها، تصاویر و سایر موارد مشابه در خصوص

مراکز و مکان‌های عبادی، معنوی در برنامه و غیره در تقویت ابعاد معنوی محتوا تأثیر دارند (رهنما و دیگران، ۱۳۸۹ش).

آموزش کلید فتح آینده است و از دیر باز انتظار از آموزش آن بوده که انسان‌های فردا را تربیت کند و نسل امروز را برای زندگی در جامعه‌ی فردا آماده سازد. در راستای این سیاست، شناسایی ویژگی‌های آموزش کارآمد و اثربخش از اهمیت خاصی برخوردار است. در برخی کشورهای جهان از جمله سوئیس، آموزش معنوی از دوران ابتدایی در برنامه‌های آموزشی گنجانده شده است (یمنی دوزی سرخابی، ۱۳۸۰ش).

اکنون با توجه به سند چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران و در راه رسیدن به اهداف مد نظر در این سند، بر اساس نقشه جامع علمی سلامت کشور، نقش نظام سلامت برای رسیدن به رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بر عهده تمام دست‌اندرکاران امر سلامت است. بی‌شک در حوزه‌های علمی و دانشگاهی تحقق اهداف چشم‌انداز بیست ساله کشور با تحقق نقشه جامع علمی کشور امکان‌پذیر خواهد بود. در غیر این صورت سرمایه‌های صرف شده به سرانجام نخواهند رسید. از جمله مهم‌ترین الزامات برای توسعه کیفی بخش سلامت می‌توان به ارتقای نقش دانشگاه‌ها و استقلال عمل آنها همراه با توسعه نظام اعتباربخشی، تخصیص بر مبنای عملکرد، حضور موثر و جدی اعضای هیات علمی و سایر سرمایه‌های انسانی مرتبط با فناوری و نوآوری (شامل محققین، پشتیبانان تحقیق، ارایه‌کنندگان آموزش) و در حوزه سلامت، مشخص بودن ارتباط فعالیت‌ها با ارتقای سلامت آحاد مردم در این نهادها اشاره کرد (نقشه جامع علمی سلامت کشور، ۱۳۸۸ش).

برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون آموزش سلامت معنوی، آموزش و پرورش دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت آموزش، قابل دستیابی نخواهد بود (راس، ۱۹۹۵م). بنابراین بازنگری برنامه های آموزشی و تدوین دوباره آنها با برنامه های آموزش سلامت معنوی که دغدغه مدیران و سیاستگذاران آموزشی نیز هست امری پسندیده و لازم است.

برنامه های آموزشی در نظام آموزش عالی برای ایجاد تغییر و تحول در افراد به کار گرفته می شوند. جهت گیری مشخص در این کار باید وجود داشته باشد؛ در تفکر راجع به ماهیت و مبنای آموزش عالی مقولاتی خود را نشان می دهند که نمی توان از کنار آنها به سادگی گذشت. یکی از آن مقولات «نوع نگاه به ماهیت انسان» است. فیلسوفان و صاحب نظران درباره انسان و ویژگی های او دیدگاه های گوناگونی ارائه کرده اند. ادیان الهی نیز براساس آموزه های الهی تفسیر خاص از ماهیت انسان دارند که با تفاسیر غیر الهی تفاوت اساسی دارد. بدون تردید نوع تفسیر از انسان به طور مستقیم در نظام آموزشی اثر می گذارد. معمولاً هر نظام آموزشی انسانی را که در مبنای خود تفسیر کرده است، تربیت خواهد نمود. «ماهیت ارزش» مفهوم دیگری است که در نظام آموزشی مهم است. در نظام آموزش عالی در کشور ما مبنای، تعلیم و تربیت اسلامی است و تصمیم گیری و استنتاج برنامه ریزی آموزشی نیز در همین راستا باید انجام گیرد. دیدگاه معنوی یک دیدگاه پیشنهادی در حوزه برنامه ریزی آموزشی است که بر مبنای فلسفه تعلیم و تربیت اسلامی تدوین شده است. تنوع دیدگاههای برنامه درسی نتیجه تنوع مبانی فکری صاحب نظران است. اصول و روش هایی نیز در حوزه برنامه ریزی آموزشی وجود دارد.

در دیدگاه ادیان الهی، گرایش‌های فطری انسان نسبت به معنویت مبنا قرار گرفته است. این دیدگاه بر سوق دادن یادگیرنده به سوی ارزش‌های متعالی انسانی در پرتو فطرت از طریق برنامه آموزشی دلالت دارد. از طریق این برنامه ریزی آموزشی به توصیف و تبیین فرایند دست‌یابی به سلامت معنوی می‌رسیم (ملکی، ۱۳۸۰ش).

برنامه آموزشی وسیله‌ای برای ساماندهی به یادگیری است که از عوامل و مؤلفه‌های گوناگون متأثر است. در تفکر اسلامی مسیر برنامه آموزشی بر اساس غایت آفرینش آدمی تعریف می‌شود. هدف نهایی آموزش در اسلام را می‌توان الهی شدن آدمی و به تعبیر دیگر دست‌یازیدن به حیات پاک دانست. در متون اسلامی به کمک مفهوم ربوبیت برای مربی و مربی‌واژه سازی صورت گرفته است. این واژه‌ها به ترتیب برای مربی و مربی عبارتند از: ربانی و ربی (باقری، ۱۳۸۰ش). هر دو کلمه «منسوب به رب» است، که شأن و جایگاه خطیر مدرس و مربی را نشان می‌دهد.

برنامه آموزشی باید به نحوی طراحی شود که توانایی‌های شناختی فراگیران همراه با عواطف و نگرش آنان نسبت به جلوه‌های زیبای هستی و رغبت عمل تقویت شود. امکان تعامل اجتماعی مؤثر و کسب هویت اجتماعی مناسب برای فراگیر فراهم شود. بین انتظارات و محدودیتهای وجودی فرد تناسب به وجود آورد. امکان به کارگیری اراده و اختیار در طراحی برنامه و فعالیتهای یادگیری وجود داشته باشد و پاسخگو بودن یادگیرنده در قبال اعمالش الزام آور باشد. به تعبیری برنامه آموزشی باید «گرایش ربوبی» خفته در درون آدمی را برانگیزد. به وسیله انجام فعالیت‌های یادگیری، یادگیرنده از وضع رفتار ظاهری و حالات باطنی خود آگاه شود و برای تغییر یا تکمیل آن اقدام کند (ملکی، ۱۳۸۵ش).

وجود یک نظام آموزشی قوی و هدفمند، بخصوص در حوزه آموزش علوم پزشکی باعث شکوفایی علمی و به حرکت درآمدن چرخ‌های مادی و ارتقای سطح معنوی یک جامعه خواهد شد. از سویی اگر برنامه آموزشی هماهنگ با فطرت الهی انسان طراحی شود جنبه معنوی آن نیز تحقق پیدا می کند. بعلاوه اینکه هر قدر مدرس، فراگیر و دیگر دست اندکاران امر آموزش با برنامه سلامت معنوی آشنایی داشته باشند فضای تربیتی معنوی به وجود خواهد آمد که خود موجب تقویت نظام آموزشی خواهد شد

۴-۳- الگوی ایرانی- اسلامی پیشرفت در عرصه معنویت و سلامت معنوی

یکی از بزرگترین چالش‌های توسعه در مدل غربی با الگوی اسلامی، عدم توجه به مفاهیم معنوی است. توسعه غربی کمی‌نگر است و رسالتش اصلاح و بهبود وضعیت مادی انسان‌هاست، در حالی که مفاهیم معنوی که با معیارهای کمی قابل اندازه‌گیری نیستند، در الگوی ایرانی- اسلامی پیشرفت بسیار تعیین‌کننده هستند. لازم است اندیشمندان ایرانی همت خود را در این باره مبذول نمایند که عناصر معنوی مؤثر در پیشرفت را شناسایی کرده و در الگوی خود قرار دهند. عدالت در کنار بخشش، امنیت روانی، روابط اجتماعی مبتنی بر دوستی، مدارا، همیاری، ایثار، کم‌توقعی در عین پرکاری، ارتقاء خداگرایی و رشد مذهب، افزایش کمی و کیفی عفت عمومی، معادهراسی و الگوی اخلاقی غیر لذت‌گرا بخشی از این عناصر معنوی اند (علاسوند، ۱۳۹۰: ۱۹۳-۲۰۰).

بنا بر آنچه که معظم له افزوده است عرصه‌های این پیشرفت را به طور کلی بایستی مشخص کنیم. چهار عرصه‌ی اساسی وجود دارد، که عرصه‌ی زندگی - که شامل عدالت و امنیت و حکومت و رفاه و این چیزها می‌شود - یکی از این چهار عرصه است. در درجه‌ی اول، پیشرفت در عرصه‌ی فکر است. ما بایستی جامعه را به سمت یک جامعه‌ی متفکر حرکت دهیم؛ این هم درس قرآنی است. باید جوشیدن فکر و اندیشه‌ورزی را در جامعه‌ی خودمان به یک حقیقت نمایان و واضح تبدیل کنیم. البته این از مجموعه‌ی نخبگان شروع خواهد شد، بعد سرریز خواهد شد به آحاد مردم. البته این راهبردهائی دارد، الزاماتی دارد. ابزار کار، آموزش و پرورش و رسانه‌هاست؛ که باید در برنامه‌ریزی‌ها اینها همه لحاظ شود و بیاید. عرصه‌ی دوم - که اهمیتش کمتر از عرصه‌ی اول است - عرصه‌ی علم است. در علم باید ما پیشرفت

کنیم. البته علم هم خود، محصول فکر است. در همین زمان کنونی، در حرکت به سمت پیشرفت فکری، هیچ نایستی توانی و کوتاهی و کاهلی به وجود بیاید. خوشبختانه چند سالی است که این حرکت در کشور شروع شده؛ نوآوری علمی و حرکت علمی و به سمت استقلال علمی حرکت کردن. علم هم اینجوری است دیگر؛ بلافاصله در قالب فناوری‌ها و اینها خودش را نشان می‌دهد. در موارد زیادی، محصول حرکت علمی هم مثل این مسئله‌ی مورد بحث ما از چیزهای بلندمدت نیست؛ نزدیکتر و ثمره‌ی آن دم‌دست‌تر است. کار علمی را بایستی عمیق و بنیانی انجام داد. این هم یک عرصه‌ی پیشرفت است. عرصه‌ی سوم، عرصه‌ی زندگی است. همه‌ی چیزهایی که در زندگی یک جامعه به عنوان مسائل اساسی و خطوط اساسی مطرح است، در همین عنوان «عرصه‌ی زندگی» می‌گنجد؛ مثل امنیت، مثل عدالت، مثل رفاه، مثل استقلال، مثل عزت ملی، مثل آزادی، مثل تعاون، مثل حکومت. اینها همه زمینه‌های پیشرفت است، که باید به اینها پرداخته شود. عرصه‌ی چهارم – که از همه‌ی اینها مهمتر است و روح همه‌ی اینهاست – پیشرفت در عرصه‌ی معنویت است. ما بایستی این الگو را جوری تنظیم کنیم که نتیجه‌ی آن این باشد که جامعه‌ی ایرانی ما به سمت معنویت بیشتر پیش برود. باید برای همه روشن شود که معنویت نه با علم، نه با سیاست، نه با آزادی، نه با عرصه‌های دیگر، هیچ منافاتی ندارد؛ بلکه معنویت روح تمام اینهاست. میتوان با معنویت قله‌های علم را صاحب شد و فتح کرد؛ یعنی معنویت هم وجود داشته باشد، علم هم وجود داشته باشد. دنیا در آن صورت، دنیای انسانی خواهد شد؛ دنیایی خواهد شد که شایسته‌ی زندگی انسان است. دنیای امروز، دنیای جنگلی است. دنیایی که در آن علم همراه باشد با معنویت، تمدن همراه باشد با معنویت، ثروت همراه باشد با معنویت، این دنیا دنیای انسانی خواهد بود. البته نمونه‌ی کامل

این دنیا در دوران ظهور حضرت بقیةالله (ارواحنا فداه) اتفاق خواهد افتاد و از آنجا دنیا شروع خواهد شد. ما امروز در زمینه‌های مقدماتیِ عالم انسانی داریم حرکت می‌کنیم. ما مثل کسانی هستیم که در پیچ و خم‌های کوه‌ها و تپه‌ها و راه‌های دشوار داریم حرکت می‌کنیم تا به بزرگراه برسیم. وقتی به بزرگراه رسیدیم، تازه هنگام حرکت به سمت اهداف والاست. بشریت در طول این چند هزار سال عمر خود، دارد از این کوره‌راه‌ها حرکت میکند تا به بزرگراه برسد. وقتی به بزرگراه رسید - که آن، دوران ظهور حضرت بقیةالله است - آنجا حرکت اصلی انسان آغاز خواهد شد؛ حرکت سریع انسان آغاز خواهد شد؛ حرکت موفق و بی‌زحمت انسان آغاز خواهد شد. زحمت فقط عبارت است از همین که انسان در این راه حرکت کند و برود؛ دیگر حیرتی در آنجا وجود نخواهد داشت.

در قرآن و سنت، در یک جا توسعه به مفهوم گسترش مادی و در جای دیگر به معنی گسترش معنوی است. در مفهوم گسترش مادی، در قرآن کریم آمده است «ما آسمان را بنا نهاده و آن را توسعه می‌دهیم» و در نهج البلاغه داریم «و به خدایی که گستره شنیدن صداها برایش فراهم است» (نهج البلاغه، خطبه ۲۵۷). در مفهوم گسترش معنوی، در قرآن کریم آمده است «همانا خدای شما خدایی است که هیچ خدایی جزء او نیست و عمل او بر همه چیز فراگیر است» (طه / ۹۸) و در نهج البلاغه داریم «هر خواسته‌ای با رسیدن به آن رو به محدود شدن می‌گذارد، به غیر از علم خواهی که رو به افزایش می‌گذارد» نهج البلاغه، خطبه ۲۰). از سوی دیگر، پیشرفت فرآیندی انسانی است که هدف آن، توسعه و پیشرفت در هر دو زمینه مادی و معنوی است (اختر شهر، ۱۳۸۶).

از دیدگاه امام خمینی (ره) هدف از آفرینش انسان و بعثت انبیاء، تکامل انسان با همه ابعاد مادی و معنوی، با تقدم ابعاد معنوی است. هدف اسلام و قرآن کریم نیز آن است که انسان با همه ابعاد مادی و معنویش ساخته شود. به عقیده وی، اسلام مادیات را به خدمت معنویات در می آورد و با تنظیم فعالیت های مادی، راه را برای اعتلاء معنوی انسان می گشاید و مادیات را چنان تعدیل می کند که به الهیات منجر شود. براین اساس، توسعه از دیدگاه حضرت امام (ره) مفهوم مادی صرف ندارد. به عقیده ایشان پیشرفت های عظیم در تمدن های جدید تنها مربوط به استفاده انسان طبیعی از عالم طبیعت است. وی توسعه را به دو گونه اسلامی و غربی تقسیم می کند. از دیدگاه ایشان، از ویژگی های توسعه اسلامی، گسترش معنویات در جامعه است. از نظر امام خمینی (ره) اولاً، توسعه همه جانبه است. ثانیاً، هدف توسعه باید رفع نیاز های مادی و معنوی انسان باشد و در این خصوص معتقد است همه آرمان و آرزوی ملت و دولت و مسئولین کشور ماست که روزی فقر و تهیدستی در جامعه ما رخت بربندد و مردم عزیز و صبور و غیرتمند کشور از راه در زندگی مادی و معنوی برخوردار باشند. ایشان معتقد است که جهت گیری نظام براساس تعالی انسان پایه ریزی می شود و نگرش به بهره وری از مادیات، به لحاظ عروج و الهی شدن این موجود است (حصیرچی و نیاوند، ۱۳۹۰: ۵۱-۸۳).

برای پرداختن به پیشرفت در عرصه سلامت معنوی، باید از واژه رشد شروع کرد. این واژه، برای حالتی از شکوفایی جسمانی، روحانی، اخلاقی و عرفانی به کار گرفته شده است. در قرآن کریم آمده است: «هنگامی که یتیم ها به سن رشد می رسند، اموالشان را به آنها بدهید» (نساء/ ۶). البته از این موضوع به رشد جسمانی تعبیر می شود. همچنین داریم: «ما جنیان ندای قرآن عجیبی را می شنویم که هدایت گر به

سوی رشد می باشد» (جن / ۱ و ۲) و نیز «ای پیامبر بگو که من مالک خیر و شرّ شما نیستم» (جن / ۲۱). رشد در اینجا به معنی خیر و خوبی و در معنای رشد اخلاقی است. حضرت علی (ع) می فرمایند «عده ای فکر می کنند که رشد در به دست آوردن مطاع دنیوی است، در حالیکه این درست نیست» (نهج البلاغه، خطبه ۱۸۲). از این موضوع به رشد معنوی تعبیر می شود. در قرآن و نهج البلاغه مراد از رشد عرفانی، طلب ارشاد به راهی درست می باشد، آنجا که مولای متقیان علی (ع) می فرمایند که «و من توکل بر خدا می کنم، توکلی که مرا به او باز می گرداند و از او طلب ارشاد به راهی می کنم که مرا به سوی بهشتش رهنمون سازد» (نهج البلاغه، خطبه ۱۶۱). از روایات مذکور می توان به این نتیجه رسید که رشد امری است که مبدأش قلب، مقصدش حق، مسیرش سبیل ارشاد و مرامش رشد معنوی است و خواست و میل ماست و به دست و ارائه خداوند است (حصیرچی و نیاوند، ۱۳۹۰: ۵۱-۸۳).

بحث و نتیجه گیری

شاید امروزه در هیچ عرصه دیگری جز علوم زیستی، رویارویی میان بعد معنوی سلامت و علم تا بدین حد موجب سردرگمی نبوده باشد. گذار از دوران مدرن و تجربه نه چندان موفق بشر در برخی جنبه ها باعث شد که در اواخر قرن بیستم و آغاز هزاره جدید بازگشتی دوباره به ابعاد غیرمادی وجود مشاهده شود و دانشمندان تلاش کنند تا خلاءها و کاستی ها و سؤالات بی پاسخ را در به هم پیوند زدن مجدد علوم انسانی و سایر علوم جستجو نمایند.

ارتباط معنویت و سلامت ارتباطی است که همواره منشأ اعطای سلامتی به انسان به ویژه انسان بیمار در ورای عالم مادی بوده است. این واقعیت در بستر الهیات به خصوص ادیان ابراهیمی و یهودیان و مسیحیان به صورتی کاملاً واضح و به نحوی بسیار کامل تر در الهیات اسلامی مضبوط و مثبت شده است. معنویت در الهیات اسلامی 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 ساختن اعمال جوارحی و جوانحی بر همین پایه و بنیان. این معنویت زیربنای عبادات و اخلاقیات است. بر اساس معرفت اسلامی معنویت پایه سلامتی جسم و روح است (محقق داماد، ۱۳۸۹: ۵۳-۸۴).

سلامت مفهوم وسیعی است و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار دارد (جین و جنی، ۲۰۰۰ به نقل از عسگری و دیگران، ۱۳۹۰: ۲۷-۳۹). سلامت یک موضوع چند بعدی است و این ابعاد بر یکدیگر اثر کرده و در نهایت سلامت فرد و

جامعه را تحت تأثیر قرار می دهند. در حال حاضر اکثر مدل های سلامت شامل سلامت معنوی نیز هست. امروزه با توجه به قرارگرفتن بعد معنوی سلامت در اغلب تعاریف ارائه شده برای سلامتی از جمله تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) پرداختن به مفهوم دقیق سلامت معنوی و تعریف آنچه که معنویت در این خصوص به آن دلالت می کند یعنی استحصال یک مفهوم دلالت شناسانه شاید اولین گام برای رسیدن به جامعه ای با افرادی از همه ابعاد سالم باشد و خود این مسئله (ارائه تعریفی دقیق از سلامت معنوی) مهمترین چالش پرداختن به این موضوع به شمار می رود.

از نظرگاه تاریخی و تطبیقی فقط می توان از کثرت معنویت سخن گفت. معنویت های گوناگون و مکاتب معنویت بسیاری می توان یافت که تعبیر فرهنگی خاصی را از آرمان های دینی سنت های گوناگون نشان می دهند (آرسولا، ۱۹۹۷). اخلاقیات یا معنویات یا به عبارتی ارزش ها جزء جدایی ناپذیر هر فرهنگی است. در واقع هیچ جامعه ای نیست که در تلاش اشاعه معنویات و اخلاقیات نباشد. به طوری که بیشتر جامعه شناسان بزرگ به پدیده مذهب و مسائل مذهبی به عنوان منابع معنوی و اخلاقی توجه زیادی داشته اند. زیرا وجود معنویات و اخلاقیات نه تنها مانع شیوع فساد و نهایتاً تباهی و انحلال جامعه شده بلکه باعث ارتقاء کمال، پیشرفت و سلامت اخلاقی افراد جامعه خواهد شد که در چنین شرایطی جامعه می تواند به اهداف و پیشرفت مدنظر خود نائل شود (منادی، ۱۳۸۹). سلامت معنوی فرایندی مبهم و پیچیده از تکامل انسان است که رابطه هماهنگی را بین نیروهای درونی فرد فراهم کرده و با ویژگی های ثبات در زندگی، صلح، داشتن ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط که یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می کند، مشخص می شود (کراون و هیرنل، ۲۰۰۳: ۱۳۸۳-۹۲). سلامت معنوی در هر فرهنگ،

مطابق موازین شناخته شده آن فرهنگ، تعریف و به آن توجه می شود، چه این امر بیش از هر چیزی امری درونی است و به ارزش ها و آموزه های هر فرهنگ ارتباط پیدا می کند. برای نمونه، ایمان به پروردگار، امری اعتقادی و درونی است که هر فرد آن را با آموزه های دینی و فرهنگی جامعه خود می آموزد و می پذیرد و آرامش خود را در پرتو آن باز می یابد. در فرهنگ و فضای اسلامی، مهمترین عامل تاثیرگذار بر روی فرد مؤمن دریافتن «سلامت معنوی»، عرفان و معنویت اسلامی است که اندیشه و ادبیات آن بر اساس قرآن به وسیله ده ها عارف و ادیب شکل گرفته و تدوین یافته است. اندیشه و ادبیات یادشده منبعی مهم برای توصیف سلامت معنوی و ارائه راه های رسیدن به آن به شمار می رود که متأسفانه به آن کمتر توجه شده است. دو محور در این ادبیات قابل توجه است:

۱- از انسان تعریفی به دست می دهند که با کلیه انسان شناسی های فلسفی معروف تفاوت دارد. در این دیدگاه انسان خلیفه امین امانت الهی و مظهر اسماء و صفات سبحانی است. همین نگاه به انسان کافی است که انسان از جمله بیمار و طیب را در ساحتی فراتر از آنچه که تصور می کنند، قرار دهد و جایگاه آنان را متمایز نماید.

۲- باز در این ادبیات «شخصیت معنوی» هر فرد با «تزکیه» و «طهارت» بنا می شود و اساس کار پاکی درون و دل و دیده است که باز این امر شخصیت انسان از جمله بیمار و پزشک و پرستار را بسیار تحت تاثیر قرار می دهد.

می‌توان گفت که بررسی این مباحث و تأکید بر انسان و سلامت معنوی او از این منظر، اخلاق پزشکی و سلامت معنوی را حداقل در محدوده فرهنگ اسلام چنان تغییر خواهد داد که دستیابی برای مشابه و جایگزینی آن دشوار و یا غیر ممکن می‌نماید.

علیرغم گستره عظیم پژوهش‌های انجام شده، مشکلات بسیاری همچون ابهام در تعریف سلامت معنوی، عدم توافق کلی بر مفاهیم اساسی مربوط به مسئله، عدم تبیین مرزهای سلامت معنوی و معنویت، عدم دستیابی به ابزارهایی مناسب جهت سنجش سلامت معنوی (عدم طراحی صحیح سؤالات، سنجش دیگر حیطه‌های سلامت، عدم اعتبار و پایایی برخی ابزارهای سنجش و ...) و استفاده از نمونه‌های کوچک و غیر قابل تعمیم همچنان به چشم می‌خورد. اگرچه می‌توان به طور منطقی فرض کرد که همپوشانی‌هایی بین تعریف سلامت معنوی و معنویت وجود دارد، مترادف شمردن آنها با یکدیگر یا بکارگیری آنها در متون مختلف حداقل بدون افتراق قائل شدن بین آنها، پدیده‌های شایع و مورد چالش می‌باشد. با توجه به مشکل فوق، در جستجوی مفاهیم ارائه شده برای سلامت معنوی در منابع مختلف، تعاریف ذکر شده برای معنویت نیز خود بخود رخ می‌نمایاند. با توجه به نفس مسئله، به نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های متقن علمی مبتنی بر «منبع زلال معنویت» از جمله اقداماتی است که ممکن است در پاسخگویی به مشکلات فوق کمک کند (امیدواری، ۱۳۸۷: ۵-۱۷). باید اذعان کرد که مهم‌ترین معنای اسلام، سلامتی است، یعنی پیشگیری و دور بودن از هرگونه آفت و زیان بدنی و روانی. در این معنا، اسلام مفهوم سلامت‌بخشی، گسترش سلامتی و یا سالم‌سازی فردی، خانوادگی و اجتماعی را بیان می‌کند. قرآن خود را کتاب شفای جسم و جان معرفی می‌کند و آیات الهی زیادی بر معنای سلامت‌بخشی اسلام و

هدایت و رحمت برای مردم و مؤمنان دلالت دارد. تمثیل طیب برای پیامبران الهی و به ویژه پیامبر اسلام- صلی الله علیه و آله- کنایه از وظیفه اساسی آنان در تحقق سلامت و در شفای جسم و روان بشر است (طاهری و فتحعلی بیگی، ۱۳۸۹). در ارزیابی سلامت معنوی افراد تعریف معنویت و دیدگاه وی نسبت به معنویت نباید تحت بررسی واقع شود بلکه در این ارزیابی باید افکار، خاطرات و تجربیاتی که به انسجام زندگی فرد می انجامد مورد سنجش قرار گیرد. ابزارهای اندازه گیری سلامت معنوی با در نظر گرفتن زمینه فکری که این ابزار بر اساس آن ایجاد شده است باید مورد استفاده واقع شوند. فرآیند بررسی باید بدرستی مفهوم و معنای مشخصی داشته باشد و در عمل با آنچه به دنبال یافتن آن هستیم مرتبط باشد (رامبلود، ۲۰۰۷: ۶۰-۶۲).

به نظر می رسد، چالش اصلی در ارائه کردن تعریف جامع از «سلامت معنوی» پرداختن به مفهوم معنویت باشد؛ چون مراد از تعریف کردن «سلامت» ارائه یک تعریف تحلیلی از آن نیست، بلکه سلامتی با شاخص هایی توصیف می شود، اما در مورد «معنویت» بحث بدین گونه سامان نمی یابد؛ بلکه تعریف کردن معنویت به نوعی مستلزم ارائه یک تعریف تحلیلی و فلسفی از آن است که بتواند به پرسش های مختلفی در این حوزه پاسخ دهد و ارتباط معنویت را با مفاهیمی مثل دین، اخلاق و ارزش روشن کند و رابطه آن را با عالم «طبیعت» یعنی آنچه که در دایره محسوسات انسان است، را تبیین نماید. آنچه که امروز از لفظ معنویت در عبارت «سلامت معنوی» مراد می شود، حاصل ترجمه اصطلاح Spirituality یا 'Spiritualite است.

معنویت را می توان در دو بعد عمودی و افقی در نظر گرفت که بعد عمودی انعکاس ارتباط با خدا و یا همان قدرت لایتناهی هستی و بعد افقی منعکس کننده اتصال انسان با دیگران، طبیعت و درون خود است. در این میان سلامت معنوی حاصل توانایی فرد برای هماهنگ کردن ابعاد مختلف وجودی خود می باشد که حرکت در راستای محور عمودی مستلزم اندیشه دینی و توحیدی مبنی بر وحی است و اگرچه که پیشرفت در بعد افقی سلامت معنوی تا حدی با تکیه بر قوه عقل امکان پذیر است، اما رسیدن به سلامت معنوی کامل تنها وقتی حاصل خواهد شد که انسان با اتصال به منشأ هستی و پذیرفتن غایت مندی و معناداری زندگی (از جمله منزّه شدن زندگی به زندگی اخروی) و بالطبع اعتقاد به وحی الهی، بعد عمودی معنویت خود را شکل دهد و سپس با استفاده از همان آموزه ها و نیز آنچه که عقل بشر در چارچوب تجربه تاریخی خود بدان دسترسی پیدا کرده است بتواند بعد افقی یعنی ایجاد یک رابطه درست با خود، دیگران و طبیعت (جهان پیرامون) را رقم زند.

با توجه به اینکه سلامت معنوی یکی از ستون های چهارگانه سلامت مورد تأیید و تصویب سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است بنابراین برای تأمین سلامت معنوی در تربیت انسان باید قبلاً بیماری های معنوی را شناسایی و معالجه نمود. در گزارشات تحقیقات فرهنگستان علوم پزشکی ایران (۱۳۹۰) به نکات زیر اشاره شده است:

۱- با توجه به ارکان (ابعاد) چهارگانه سلامت^۱ و آن که ابعاد بیولوژیک، سایکولوژیک و سوشال خود به دو جزء Curative و Preventive تقسیم شود، بنابراین بعد Spiritual هم به دو قسمت Preventive و Curative باید تجزیه گردد. پهنه معنویت دین مبین اسلام به دنبال گردآوری عوامل معنوی ارتقادهنده

1 Bio Spirito Psycho Social

آنها باید جستجو شود. از طرف دیگر نیز باید در اجزای خدمات سلامت باید به القاء و ارتقای معنویت در تمام جوانب توجه شود. مواردی همچون جابجایی بیمار، هزینه خدمات، زمینه فراهم‌آوری خدمات و

۲- سلامت مطلق حاصل سلامت روحانی و روانی (سلامت معنوی) و سلامت جسمانی است. به عبارت دیگر سلامت هر کدام از این هویت‌ها بر اساس تعادل و وحدت و همچنین وحدت کامل سه هویت با یکدیگر تأمین می‌گردد که از این طریق جنبه پیشگیری بر درمان تقدم خواهد داشت. در یک تعریف کلی «سلامت = وحدت» وحدت روح و روان و تن، تن ز جان و جان ز تن مستور نیست.

۳- «سلامت حالتی است رضایت‌مندانه، همزمان با برخورداری نسبی از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی که انسان با امید به آینده بهتر و احساس نشاط و توانمندی در دستیابی تدریجی به خواسته‌های طبیعی و منطقی خود متناسب با شئون اخلاقی و انسانی، ضمن برقراری ارتباط ایمن و منطقی، افراد جامعه، همواره با پرهیز از محرمات و عمل به واجبات، خود را در کنف عنایت و حمایت پروردگار برای نیل به قرب الهی می‌یابد و با رفتار مسئولانه در زدودن آثار گناهان و تلاش در جهت بازگشت به فطرت سلیم الهی، خود را در مسیر طهارت نفس و جلب رضای پروردگار قرار می‌دهد».

۴- تعریف سلامت معنوی: داشتن معرفت، ایمان 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 درگاه الله است، بسیار ناچیز می‌باشد.

۵- سلامت معنوی حالت یا وضعیتی هدفمند^۱، معنادار^۲ و امیدبخش^۳ از انسان است که نتیجه آن ایجاد آرامش و راحتی در وجود انسان است که می‌توان این معنویت را در دو بعد عمودی و افقی در نظر گرفت که بعد عمودی انعکاس ارتباط با خدا و یا همان قدرت لایتناهی هستی و بعد افقی منعکس‌کننده اتصال انسان با دیگران، طبیعت و درون خود است. در این میان سلامت معنوی حاصل توانایی فرد برای هماهنگ کردن ابعاد مختلف وجودی او می‌باشد که حرکت در راستای محور عمودی مستلزم اندیشه دینی و توحیدی مبنی بر وحی است و اگرچه پیشرفت در بعد افقی سلامت معنوی تا حدی با تکیه بر قوه عقل امکان‌پذیر است، اما رسیدن به سلامت معنوی کامل تنها وقتی حاصل خواهد شد که انسان با اتصال به منشأ هستی و پذیرفتن غایت‌مندی و معناداری زندگی (از جمله منزّه‌شدن زندگی به زندگی اخروی) و بالطبع اعتقاد به وحی الهی، بعد عمودی معنویت خود را شکل دهد و سپس با استفاده از همان آموزه‌ها و نیز آنچه که عقل بشر در چارچوب تجربه تاریخی خود بدان دسترسی پیدا کرده است بتواند بعد افقی یعنی ایجاد یک رابطه درست با خود، دیگران و طبیعت (جهان پیرامون) را رقم زند.

۶- معنویت به فرای مادیت، وجود جهان و پدیده‌ای برتر و متعالی‌تر از ماده و به بخشی از انسان و عالم خلقت گفته می‌شود که در انسان و جهان جاری است و موجب معنا^۴، تعالی^۵ و رشد^۶ موجودات و پدیده‌ها به ویژه به سوی خداوند^۷ می‌گردد.

1 aimful
 2 meaningful
 3 hopeful
 4 Meaning
 5 Transcendence
 6 Development
 7 God

۷- سلامت معنوی رابطه پایدار، سالم و سازگار فرد با خداوند، خویش و دیگران است که وحدت بخش و انسجام‌دهنده نگرش‌ها ارزش‌ها و رفتارهای فرد با خود، خانواده و جامعه بر مبنای ایمان به خداوند، توحید و یگانه‌پرستی و بندگی اوست. سلامت معنوی اعتقاد به قدرت شفا صلاح الهی، هماهنگی با هدف غایی خلقت و سعادت ابدی و احساس امید و شادی از بندگی و لذت معنوی است.

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 و 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 به قدرت خداوند و استفاده از نیروی خدادادی خویش، صبر و شکیبایی است.

سلامت معنوی همه تلاش‌های پویا و فراگیر معنوی مبتنی بر جامعه در راستای توسعه سلامت محور، دستیابی به بالاترین سطح عملکرد و کیفیت ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی سلامت و پاسخگویی به نیازهای روحی و معنوی مشتریان نظام سلامت کشور جهت افزایش امید و کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف پیشگیری، تشخیص و درمان و توان‌بخشی این افراد است که منبع الهام تکلیف‌ها و مسئولیت‌ها در قبال سلامتی روحی و جسمی فردی و اجتماعی می‌باشد.

۸- معنویت در الهیات اسلامی مبتنی بر معرفت و ایمان به غیب است که وجه تمایز جهان‌بینی سکولار و جهان‌بینی الهی است.

معنویت گوهر اصلی ادیان الهی است. در قرآن مجید تأمین آسایش «امن» بر محور ایمانی دور می‌زند که آلوده به جهل نباشد، الذین آمنوا و لم یلبسوا ایمانهم بظلمهم اولئک لهم الامن (انعام - ۸۲).

مرور جامع متون، مضامین مشترکی را هنگام بحث درباره ترکیب دو مفهوم معنویت و سلامت معنوی

آشکار می کند. این مضامین را می توان در جدول زیر خلاصه نمود:

مؤلفه های تشکیل دهنده								منبع
							آرامش ذهنی	موراتا و موریتا (۲۰۰۶)
								پیترومن و همکاران (۲۰۰۲)
							رابطه با یک وجود متعالی	
یافتن معنی	رضایت از زندگی	رضایت از کار مراقبت	کسب سلامتی کامل	تلاش برای خداشناسی	درک راز خلقت	اعتقاد به خدا و قرآن	مراقبت آگاهانه	خرمی مارکانی و همکاران (۱۳۹۰)
							یافتن هدف زندگی	
								مولر و همکاران (۲۰۰۱)
							آگاهی از هستی فراتر از جنبه های مادی زندگی	
							احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات	
							احساس دوست داشتن شدن	عثمان و راسل (۱۹۷۹)
							تجربه کمال آرامش در زندگی	
							احساسات دوست داشتن	
							کمک کردن به دیگران	
							تجربه کردن لذت	
							داشتن یک هدف اساسی در زندگی	
							کمک کردن به دیگران	تیلور و فرشت (۱۹۹۰)
							تجربه کمال آرامش در زندگی	
							احساسات دوست داشتن شدن	
							کمک کردن	گولو و آرئولا (۱۹۹۲)
							تجربه کمال	
							احساسات	
							تجربه کمال	
							احساسات	
							کمک کردن	
							تجربه کردن لذت	
							داشتن یک هدف	

			اساسی در زندگی		به دیگران	دوست داشتن	دوست داشته شدن	آرامش در زندگی	
			داشتن یک هدف اساسی در زندگی	تجربه کردن لذت	کمک کردن به دیگران	احساسات دوست داشتن	احساس دوست داشته شدن	تجربه کمال آرامش در زندگی	دیاز (۱۹۹۳)
		حفظ تمامیت وجودی خود و سیستم های حمایتی قوی	پذیرش زندگی در ارتباط با محیط	هماهنگی درونی	نیاز به ارتباط با دیگران	اعتقاد به نیروی مافوق	حس ارتباط با جهان پیرامون	مراقبت از طبیعت	فیشر (۲۰۱۰)
							احساس فرد است از این که کیست، چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد.	ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا	الیسون (۱۹۸۳)
					اتصال متقابل	احساس اطمینان از اینکه زندگی معنادار است	باور به قداست زندگی	تعالی زندگی	الکینز (۱۹۸۸)

						حسی از اتصال هماهنگ بین خود، دیگران / طبیعت و بودن متعالی	شناخت معنای زندگی	شناخت هدف نهایی	هانگلمان و همکاران (۱۹۸۵)
			یک عامل در بهزیستی	کلیت در زندگی	ارزش ها و باورهای اجتماع و خود	حس رضایت در زندگی	تعامل معنوی / انسانی	یک قدرت یا نیروی الهی کنترل و نظارت برتر و	بنزلی (۱۹۹۱)
آرام ش	عشق	احساس رضایتمندی و خرسندی	احساس کمال	احساس هویت	احترام	احساس لذت	توازن درونی	داشتن هدف و جهت در زندگی	گومز و فیشر (۲۰۰۳)
					داشتن ارتباط با یک قدرت متعالی	داشتن اعتقاد به یک قدرت متعالی	داشتن معنی و هدف در زندگی و	حسی از ارتباط داشتن با دیگران،	هاکز و همکاران (۱۹۹۵)
						رضایت از ارتباط با یک قدرت برتر	رضایت از زندگی	احساس هدفمندی	ریلی و همکاران (۱۹۹۸)
				قابلیت حل تضادها و تمایلات فردی و گروهی	قابلیت تغییر و اصلاح محیط فردی	قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با	قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ	قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با خدا	شیبانی (۱۳۸۹)

				به طور عادلانه در یک وضع متعادل و متوازن	و اجتماعی	دیگران	خویشتن		
							ایمان به اینکه یک قدرت برتر بطور قطع زندگی را تأیید و تصدیق می کند	باور به چیزی برتر از خود	میلر (۱۹۹۵)

از آنجا که از دید عرفا، جمعیت خاطر، بیداری وجدان، بردباری و صبر در وصول به مقصد حق، وفای به عهد و ثبات قدم، یافتن ایمان کامل و واقع بینی مهمترین ویژگی های انسان کامل اند. تزکیه نفس، تفکر در خلوت، جهد در اکتشاف حقیقت، تمرکز قوای درونی و بیرونی، ثبات در سیر و یافتن آرامش نیز بعنوان شش ویژگی مکمل انسان اند شاید بتوان گفت مفهوم سلامت معنوی در مفهوم انسان کامل مستتر است. نظریه انسان کامل نخستین بار توسط ابن عربی مطرح شد (جهانگیری، ۱۳۷۵: ۴۴۱). از طرفی، نظریه پردازان غربی، نظیر ویلیام جیمز (۲۰۰۲) با یک تقسیم بندی شبیه به آنچه در عرفان اسلامی آمده، با نوعی تبیین خودگرایانه به ویژگی هایی نظیر زهد، قوت قلب، خلوص و مهرورزی اشاره می کند لیکن تحلیلی سودگرایانه دارد (جیمز، ۲۰۰۲: ۲۱۲-۲۱۴). در تحلیل ما، سلامت معنوی یک وضعیت پویا بر روی پیوستار ارتباط فرد با نیروی لایتناهی الهی که نه جنبه خودگرایانه محض دارد و نه جنبه ابزارگرایانه بلکه در پیوستاری از این دو واقع است و منجر به سعادت و عبودیت فرد می گردد.

پژوهش های مختلف، بر طیف وسیعی از ساز و کارها نظیر غربالگری، ایمن سازی ها، مهندسی اجتماعی، گروه های خودیاری و سایر برای پیشگیری از بیماری ها تأکید کرده اند. در همین راستا اهمیت معنویت در حیات جسمی انسان در چند دهه گذشته به گونه ای روزافزون توجه متخصصان بهداشت و سلامت را به خود جلب کرده است؛ آنان به طور روزافزون دریافته اند که استفاده از روش های مدرن و تکنولوژی هایی که اکنون به عنوان سنت امروز علم پزشکی شناخته می شوند، به تنهایی پاسخگوی همه جنبه های مواجهه با بیمار و پیشگیری و درمان بیماری ها نیست. به همین دلیل، بررسی علمی نقش سلامت معنوی یکی از مباحث مهم در پژوهش های علوم سلامت شده است (دهشیری و دیگران، ۱۳۸۷ش، صص ۱۲۹-۱۴۵).

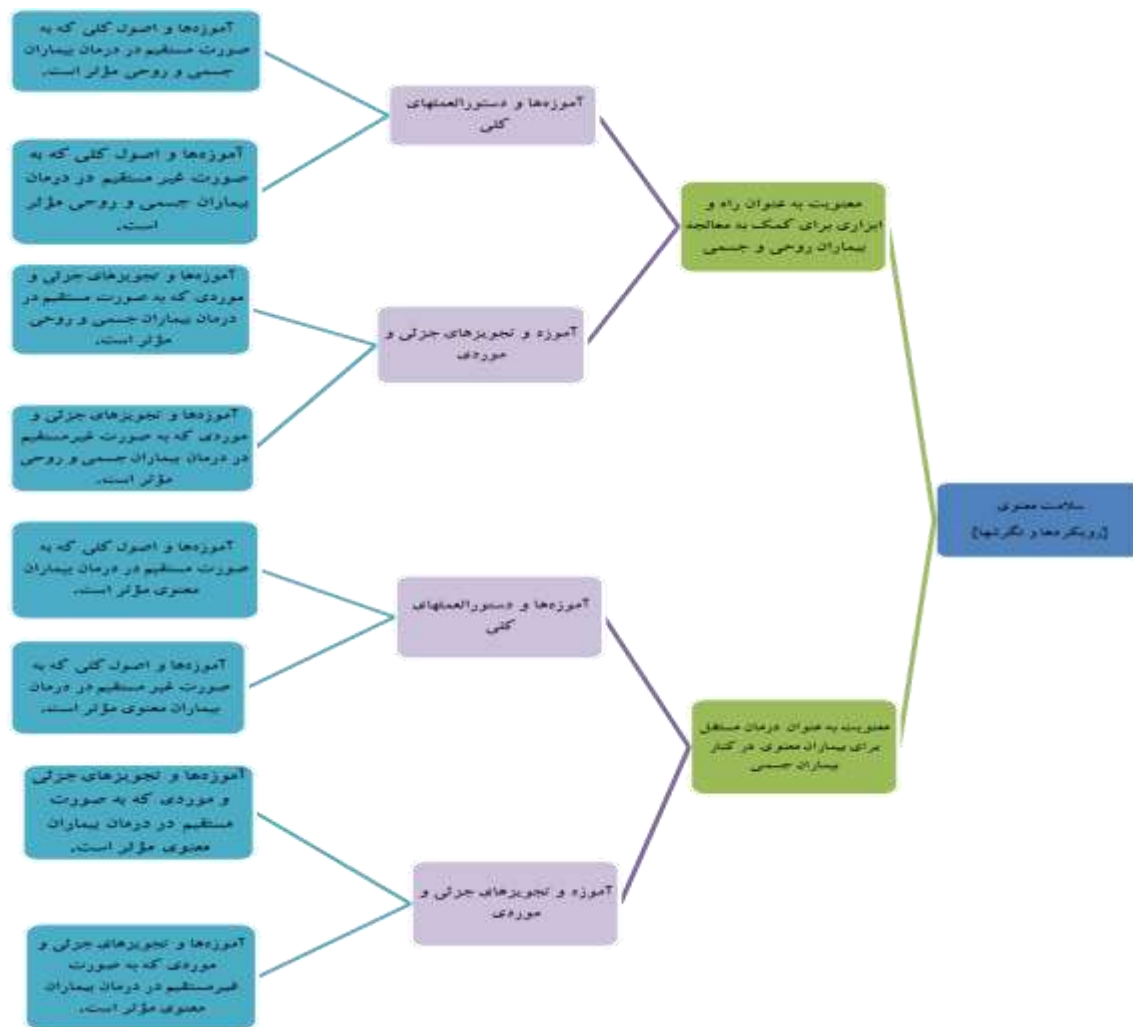
پژوهشگران برای پیشگیری از بیماری‌ها سه سطح مشخص کرده‌اند: پیشگیری نخستین، پیشگیری دومین و پیشگیری سومین. پیشگیری نخستین با هدف پیشگیری از شروع بیماری صورت می‌گیرد. پیشگیری دومین با هدف شناسایی و درمان بیماری در مراحل اولیه بیماری و اقدام‌هایی برای کاهش و تخفیف علائم صورت می‌پذیرد پیش از آنکه بیماری سبب مشکلات غیرقابل برگشت شود. پیشگیری سومین با هدف کنترل، تقلیل اثرات یا کاهش پیشرفت یک بیماری تقریباً تثبیت شده و غیرقابل برگشت صورت می‌گیرد (مسعودنیا، ۱۳۸۹ش، صص ۲۹۴-۲۹۵). اثر معنویت بر سلامت جسمی به دلیل زیرساختارهای فردی و اجتماعی که ایجاد می‌کند از شروع بیماری و عوامل موجود آن تا مرگ تأثیرگذار است و با مکانیسم‌های گوناگون موجب پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود. معنویت به افراد امکان می‌دهد در زندگی معنی و مفهوم واحدی را پیدا کرده و نیروی برتر از خود را تجربه کنند. سلامت معنوی می‌تواند اثری مثبت بر سلامت روانی و جسمی داشته باشد. از مهمترین عوامل و مکانیسم‌های بالقوه و مفروض بر تأثیرگذاری سلامت معنوی بر پیشگیری از بیماری‌ها می‌توان به شبکه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و عوامل و مکانیسم‌های روانی و فیزیولوژیک اشاره نمود. حمایت معنوی، نهادهای معنوی و شبکه‌های معنوی (هیل و پارگامنت، ۲۰۰۳م، صص ۶۴-۷۴) و رهبری معنوی عامل بسیار ارزشمندی برای پیشگیری از بیماری محسوب می‌شوند.

پیشنهادهات

به دلیل همپوشانی مؤلفه های سلامت معنوی با مذهبی بودن، معنویت و سلامت روان ابزارهای استفاده شده در پژوهش های مختلف، دقیقاً سلامت معنوی را نمی سنجد. تعیین ابعاد و مؤلفه های سلامت معنوی در بافت فرهنگی و مذهبی و بومی کشور ما از اهمیت بالایی برخوردار است که جملگی ساخت و طراحی مقیاس سنجش سلامت معنوی ایرانی را پیشنهاد می نماید که زمینه ساز پیشرفت در عرصه سلامت خواهد بود.

یادگیری زندگی با یک بیماری مزمن یک فرایند است که مراقبان حرفه ای می توانند در آموزش برای سازگاری با آن از معنویت با تأکید به معنا و هدف در زندگی و مذهب با تأکید بر اعمال مذهبی در مشارکت با دیگران (غیر انفرادی) و ایمان درونی بهره جسته و نقش بسزایی داشته باشند.

با توجه به آنچه بیان گردید می توان پژوهش های آینده را در مدلی که ارایه شده است سازماندهی کرد و با استفاده از منابع دین به ویژه قرآن مجید و رهنمودهای پیامبر اکرم (ص) و عترت ایشان (ع) دست مایه و سرمایه گسترده ای در اختیار اندیشمندان جهان گذاشت و ذخیر دانش بشری را افزایش داد.



طب اسلامی شامل کلیه آموزه‌های دین اسلام پیرامون موضوعات علوم پزشکی می‌باشد. عده‌ای نیز آن را ترکیبی از اطلاعات پزشکی یونان، هندی و ایرانی از یک سو و دستورات بهداشتی پیامبر اسلام (ص) و ائمه اطهار (ع) و قرآن کریم همراه با تجربیات و ابتکارات خود پزشکان مسلمان از سوی دیگر می‌دانند. از آنجایی که امروزه با تغییر نگرش علم پزشکی به انسان روبرو هستیم و در حقیقت انسان دیگر یک کالبد صرفاً جسمانی نمی‌باشد و از ابعاد متفاوتی (روانی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، حرفه‌ای و...) تشکیل

شده است، لذا با در نظرگرفتن این ابعاد که در اسلام به آن اهمیت فراوان داده شده است، می‌توان عرصه‌های مشترک فراوانی بین آموزه‌های دینی و موضوعات پزشکی یافت. به همین جهت، لفظ طب اسلامی بر این مفهوم می‌تواند شایسته و مناسب باشد.

در عرصه علوم پزشکی، برخی دانشمندان غربی در دو دهه اخیر گام‌های جدی‌ای برای استفاده از آموزه‌های دینی در روند پیشرفت این علوم برداشته‌اند و خصوصاً میان دین و بهداشت و درمان روانی، روابط معنی‌دار و الگومندی یافته‌اند. اما در کشور ما، یعنی کشوری که منادی انقلابی ژرف تا گستره برچیدن تعارضات علم و دین است، تلاشها در حد متناسب با مدعا نیست و حتی در پاره‌ای از موارد، راه به قهقرا برده است.

معنویت یکی از قسمت‌های پیچیده و چند بعدی تجربه انسانی و دارای ابعاد شناختی، تجربی و رفتاری است. ابعاد شناختی یا فلسفی معنویت شامل جستجو و تحقیق برای مقصود، هدف و حقیقت زندگی و اعتقادات و ارزش‌ها در زندگی انسان‌ها است. این مسائل در کیفیت نیروهای درونی، قدرت در بخشش و طلب عشق معنوی، انواع وابستگی‌ها و ارتباطات موجود در زندگی، محیط، طبیعت و ماوراء طبیعت، انعکاس دارد. دیسترس‌ها و بحران‌های معنوی می‌تواند دارای یک اثر نامطلوب در سلامت جسمی و روحی باشند. از سوی دیگر، بیماری‌ها نیز باعث ایجاد دیسترس معنوی برای بیمار و خانواده او می‌شود. بر اساس مدل برتر در مراقبت‌های پزشکی، توجه به کل بیمار و نه صرفاً بیماری و تأکید بر مراقبت کلی و جامع نگر، ضروری است. این مسئله در بیماران دارای بیماری مزمن از جمله سرطانی‌ها، مهم‌تر است. یافته‌های یک پژوهش در خصوص آنان نشان داد که ۱۰۰٪ بیماران به خداوند اعتقاد و ۷۳٪ آن‌ها احساس

نزدیکی به خداوند، داشتند. ۷۹٪ آن‌ها معتقد بودند که نیازهای معنوی آن‌ها باید از سوی پزشکان، مد نظر قرار گیرد. ۷۱٪ آن‌ها معتقد بودند که اعتقادات دینی باید با پزشک معالیشان مطرح شود. ۷۶٪ آن‌ها از پزشکشان متوقع بودند که در مراحل پیشرفته بیماری، در خصوص اعتقادات معنوی و دینی تحقیق نماید. ۳۵ تا ۵۱٪ آن‌ها معتقد بودند که پزشکان باید در مورد اعتقادات مذهبی بیماران، بررسی بیشتر انجام دهد. فقط ۲۳ تا ۴۱٪ آن‌ها گزارش نمودند که پزشکشان با آن‌ها در خصوص دین و مسائل معنوی صحبت می‌نماید. به نظر می‌رسد که توجه به معنویت در بیماران دارای بیماری‌های مزمن، شاخص مهمی است و پزشکان لازم است با همه جوانب عوامل دخیل در بیماری، جسمی، روحی و معنوی آشنا باشند. مداخلات درمانی باید شامل توصیه‌های معنوی در خصوص پیشگیری، درمان طبی و مراقبت‌های تکمیلی باشد (سمیعی راد و قاسمی، ۱۳۸۹).

رعایت اخلاق و معنویت به خصوص توسط پزشکان و پرستاران از مهم ترین عوامل مؤثر در میزان رضایت بیماران و حتی درمان مؤثر بیماری آن‌ها خواهد بود که متأسفانه گاه گاهی مورد غفلت و بی توجهی قرار می‌گیرد. عدم رضایت مندی بیماران و یا رضایت کم آنان از پرسنل پزشکی و درمانی نشان دهنده توجه کم پزشکان و پرسنل بیمارستانی به حقوق بیماران می‌باشد.

از دیدگاه بسیاری از روان شناسان، انسان یک کل است. بر این اساس کنش انسان تحت تأثیر تمام ابعاد وجودی او قرار دارد. اگر بیماری به عنوان یک کنش در نظر گرفته شود، بدیهی است که این کنش تحت تأثیر ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی او قرار دارد. بنابراین، افراد دست اندرکار سلامت علاوه بر دانش و مهارت لازم درباره جسم، به اطلاعات دقیق در زمینه مسائل معنوی بیماران نیز نیاز دارند.

به هنگام بروز بیماریهای مزمن و یا صعب العلاج که منجر به بروز حالت پریشانی و عدم اعتماد، ترس واقعی و افسردگی در بیمار میگردد پرستار بعنوان یک مشاور روحی و معنوی، بهترین کمک برای بیماران بشمار می رود. پذیرش و احترام به عقاید دینی و معنوی بیماران و استفاده از همین عقاید آنها در درمان، تأثیر به سزایی در بهبود آنان خواهد داشت و پرستاری که به بیماران اجازه می دهد تا در این موارد با او مشورت نمایند از سوی بیمار به عنوان یک منبع امید شناخته می شوند. امروزه ایمان درمانی و یا معنا درمانی جایگاه محکمی در بین روش های درمانی طب رایج در غرب پیدا نموده است و پاسخ به نیازهای روحی بیماران، جزء وظایف مراکز درمانی محسوب می شود بطوریکه در بیمارستان ها رژیم غذایی بیماران براساس موارد ممنوع (حرام) آنها تنظیم می گردد و صحبت کردن در مورد علایق و همچنین رفع نیازهای مذهبی جزء حقوق بیمار محسوب می گردد. همینطور پرستار در صورت لزوم با مراجع مذهبی بیماران تماس گرفته و مشکلات آنان را رفع می نماید. مراقبت روحی و معنوی از بیمار در حال حاضر در قالب نظامدار فرآیند پرستاری صورت می گیرد. پرستار باید ابعاد بهداشت روحی آنان را درک نماید و نیز قادر به تشخیص سلامت جسمی و روحی فرد باشد. از سوی دیگر پرستار باید قادر به درک روحیات خود نیز باشد به نحوی که احساس آزادی و راحتی کرده و باور کند که قادر به حمایت و پشتیبانی از یک بیمار با نیازهای روحی می باشد. آگاهی از نیازها و قوای روحی بیمار و همچنین اثرات احتمالی که بیماری کنونی بر روی سلامت معنوی و روحی بیمار گذاشته است در جریان مراقبت از او امری ضروری محسوب می گردد ابراز عقاید مذهبی و به کاربردن آنها برای بیماران همواره امری مهم تلقی می گردد. یک پرستار ماهر با درست اندیشیدن، ارتباط صحیح و اهمیت دادن به بیمار، خود تبدیل به

منبع امید برای وی شده و می تواند مسائلی را که در امیدوار شدن بیمار مؤثرند شناسایی و تقویت کند. بنابراین می توان با مراقبت روحی در تقویت نیروی شخصی آنها کوشید. با در نظر گرفتن منافع بسیار توجه به نیازهای روحی و معنوی بیماران، حرفه پرستاری نیازمند بازنگری مجدد در نحوه ارائه مراقبت های معمول می باشد زیرا آموزش مراقبت های جسمی، روانی، اجتماعی، پاسخگوی همه نیازهای مراقبتی بیماران نیست و باید با ارتقاء مراقبت های معنوی و روحی از بیمار، ضمن کمک به بهبود و ارتقاء سلامت وی جایگاه رفیع انسانی را بیش از پیش توسعه بخشد.

مشارکت فعال بیمار و خانواده در ارتقای سلامتی شان، مدل مراقبت از خود که از نظر تاریخی در حرفه پرستاری پذیرفته شده بود را مورد تأیید قرار می دهد. این چارچوب با فلسفه ای که در پی تعادل و تلفیق کاربرد پزشکی بحران و تکنولوژی پیشرفته با اثرات فکر و روح بر بهبود تجانس دارد. رویکرد کل نگر سلامتی، فکر و جسم را که در رویکرد رایج به طور مجزا مورد توجه قرار می داد، در ارتباط با همدیگر در نظر می گیرد. عواملی مانند محیط فیزیکی، شرایط اقتصادی، مسائل فرهنگی اجتماعی، وضعیت احساسی، روابط بین فردی و سیستم های حمایتی می تواند هر یک به تنهایی یا با همدیگر بر سلامتی اثر بگذارند. این ارتباط میان سلامتی جسمی، سلامت عاطفی و روحی باید درک شده و هنگام ارائه خدمات بهداشتی مورد توجه قرار گیرد. پرستار باید با تلفیق مفاهیم سلامت فیزیولوژیک، با زمینه عاطفی و اجتماعی و نیز در نظر داشتن وظایف و مرحله تکاملی فرد، امکان یک برنامه ریزی مراقبت پرستاری جامع را فراهم کند. هنگامی که افراد حس کنند سلامتی شان در معرض تهدید قرار گرفته است برای بازگرداندن سلامتی به افراد مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی روی می آورند. در سال های اخیر بیمار و

خانواده در فعالیت های ارتقای سلامت و فعالیت های درمانی و مراقبتی بیشتر سهمیم شده اند. به طور همزمان تعداد زیادی از مراجعین و متخصصین، ارتباط متقابل فکر، جسم و روان را در حفظ سلامتی و مقابله با بیماری یا غلبه بر آن پذیرفته اند. این رویکرد کل نگر به سلامتی و بهداشت و افزایش مشارکت خدمت گیرندگان، نشان دهنده تأکید بر مفاهیم انتخاب، التیام و مشارکت بیمار - مراقبت بهداشتی است (وست، ۱۳۸۳).

از آنجا که امروزه سلامتی به صورت یک فرایند پویای دستیابی به سطوح بالاتر تندرستی در هر یک از ابعاد چهارگانه وجودی انسان در نظر گرفته می شود رویکرد کلی نگر راهکار مناسبی برای شاغلین حرفه های بهداشتی درمانی به ویژه پرستاران جهت توجه به تمامی ابعاد وجودی انسان است. در این رابطه، پرستاران خود را مدعی انجام مراقبت کلی نگر معرفی کرده و می توانند به حفظ تندرستی بیماران کمک نمایند. مطالعات مطرح می کنند که بیماران، از پرستاران انتظار دارند که توانایی بحث درباره مسائل معنوی آنها را داشته باشند. همچنین طبق نتایج مطالعات، مراقبت معنوی انتظاری است که بیماران از پرستاران معنویت خود بر میزان تشخیص نیازهای معنوی بیماران و اقدامات برنامه ریزی و اجرا شده تأثیر می گذارد (وست، ۱۳۸۳).

در خصوص آموزش معنویت در حوزه درمان و مراقبت پرستاری، برنامه ریزان درسی باید به سؤالات

زیر با دقت پاسخ دهند:

الف- نیاز آموزشی چیست؟ چه مسائلی ضرورت آموزش معنویت به پرستاران را مشخص می کند؟ منظور از معنویت چیست؟ چه ابعادی از معنویت در درمان و مراقبت تأثیر بیشتری دارند؟ آیا نیازهای معنوی مؤثر بر درمان در تمام بیماران یکسان است؟

ب- محتوای آموزشی چیست؟ برای رفع نیازهای معنوی بیماران، مناسب ترین محتوا کدام است؟ آیا یافته های دینی در این زمینه کفایت می کنند؟ و یا نیاز به مطالب جدید وجود دارد؟ آیا در ایران نیاز به محتوای معنویت بومی وجود دارد و یا می توان از مطالب سایر فرهنگ ها استفاده کرد؟

ج- روش های آموزشی کدام است؟ مناسب ترین روش برای آموزش معنویت به پرستاران ایران کدام است؟ آیا روش های سنتی کفایت می کنند و یا نیاز به روش های نوین است؟ بهترین افراد برای آموزش معنویت در پرستاری چه کسانی هستند؟

د- ارزشیابی آموزشی چگونه صورت گیرد؟ چگونه از تغییرات معنوی صورت گرفته در پرستاری اطمینان حاصل شود؟ آیا ارزشیابی باید در بیمارستانها صورت گیرد؟ و آیا ارزشیاب و مربی باید یک نفر باشد؟ (وست، ۱۳۸۳).

مرور متون نشان داده است که در برنامه های درسی اکثر دانشگاه های کشورهای غربی و شرقی آموزش معنویت و مراقبت معنوی وارد شده است، ولی به دلایل مختلف، پرستاران هنوز آمادگی جهت شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران را نداشته و به آموزش دانشگاهی بیشتری نیاز دارند (نقشه جامع علمی سلامت، ۱۳۸۹: ۲۴). نظام مدیریت جامعه بر اساس آموزه های اسلامی مکلف به فراهم کردن شرایط لازم برای آموزش و تربیت نیروهای کارآمد (به منظور پاسخگویی به نیاز پزشکی آحاد افراد جامعه در

قالب دسترسی به دانش پیشرو، قابل اطمینان، غیروابستگی آور و در فضای تربیتی مبتنی بر خدامحوری، اخلاقیات) می باشد.

اصل متری و مسئولیت آفرین ضمانت در خدمات پزشکی که ناظر بر مسئولیت های انفرادی تمام ارائه کنندگان خدمات پزشکی در تمام سطوح، مسئولیت سیستمیک مجموعه نیروهای تأثیرگذار و مشارکت کننده در شکل گیری یک خدمت پزشکی است، مجموعه نظامات اجتماعی را ملزم به کارگیری حداکثر امکانات برای تربیت نیروهای آگاه، مجرب، متخلق به اخلاق حرفه ای اسلامی می کند و در قبال کاستی های واضح و قابل پیشگیری ارائه دهندگان خدمات پزشکی، مسئولیت های انفرادی، سیستمیک و سیستماتیک را به تناسب مسئولیت ها و صلاحیت های هر بخش مطرح می نماید.

رسالت آموزش و ارائه خدمات پزشکی در جامعه اسلامی، رسالتی است که در قالب طب متناسب با آموزه های اسلامی شکل می گیرد و به مفهوم استفاده از تجارب و دست یافته های پزشکی گذشتگان و نیز دستاوردهای حال و آینده بشر در زمینه پزشکی متتها پس از عبور دادن از صافی اصول و مبانی آموزه های دینی یا به عبارت دیگر تطهیر پیشرفته ترین و مطمئن ترین اطلاعات پزشکی در هر عرصه و زمان در زلال ساختار اندیشه رفتار اسلامی در پزشکی است که با حذف محرمات و رعایت اصول عمده ای همچون اصل کرامت انسان، ضمانت طبیب و کارکنان خدمات سلامت، صحیح ترین و منطقی ترین خدمات پزشکی را با محترمانه ترین و مسئولانه ترین کیفیت به گیرندگان خدمات ارائه می نماید و در هر لحظه و هر گام نظارت الهی را ضامن صحت و دقت و سودمندی رفتار می شناسد.

ویژگی های اساسی دانشجو، استاد و ارائه کننده خدمت پزشکی بر مبنای یافته های مشخص و

مستند از آیات و روایات پیامبر و معصومین علیهم السلام عبارتند از:

تقوا، جهاد (نهایت سعی و کوشش برای ارائه صحیح ترین، مطمئن ترین و منطقی ترین خدمات به تناسب نیاز گیرنده خدمات که خود مستلزم نوآموزی، فراگیری مداوم و پژوهش است)، خیرخواهی و آموزش دادن خیرخواهانه به بیمار، خانواده و اطرافیان و جامعه (تعمیم آموزش های کاربردی در سطوح عمومی و خاص)، تلاش مسئولانه، نظم، مهارت و حذاقت، ادای امانت، جل اعتماد، بصیرت، وثوق رفق، رسیدگی خوب به بیمار، رازداری، توکل (به معنای مثبت کلمه)، تعبد و پایبندی به مکارم و محاسن اخلاقی و احکام. به تناسب جایگاه دانشجویی و استادی تلاش مداوم در فراگیری و آموزش و اجتناب از غرور علمی و احساس نیاز مداوم به یادگیری وسخاوت علمی، درک ماهیت و مقصد علمی کمال جویانه، رعایت حرمت علم و حاملان علم.

تفکیک ناپذیری خدمات پزشکی از خویشتن پایی، خیرخواهی، آموزش و پژوهش مستمر، احساس تشنگی برای یادگیری مداوم به عنوان یک تأکید دینی و حفظ حرمت اساتید و نوآوران عرصه پزشکی به عنوان یک تکلیف، زمینه ساز شکل گیری فضای علمی مراودات و ارتباطات چندجانبه دانش محور و تجربه نگر و در عین حال ناظر بر عالی ترین و محترمانه ترین شکل روابط علمی و ارائه خدمات پزشکی است که همه صاحبان حرف پزشکی به ویژه در جایگاه تعلیم و تعلم به عنوان التزام شرعی باید به آن پای بند باشند.

حافظ به ریشه‌های احساس ناکامی (که نیاز به تسلی را از پی می‌آورد) در ما پرداخته است. بیماری که می‌پرسد «چرا من؟» تصور نادرستی از عالم و از زندگی انسانی دارد. زیرا انتظار دارد که همواره کامروا باشد. حال آنکه واقعیت دنیا چنین نیست. دنیا چنان ناپایدار و فانی و آدمی چنان آسیب‌پذیر و بی‌پناه است که وقوع بیماری نباید کسی را متعجب کند. باید منتظر آن باشیم، زندگی را تا پیش از مغلوب شدن به دست آن قدر بدانیم، اما از رخ نمودنش متعجب نشویم. زیرا فرشته‌های سلامت و کامرانی بویی از وفا نبرده‌اند: «محروم اگر شدم ز سر کوی او چه شد؟/ از گلشن زمانه که بوی وفا شنید؟» و در این میان فرقی میان عالم و عامی، پارسا و فاجر نیست: «آسمان کشتی ارباب هنر می‌شکند/ تکیه آن به که بر این بحر معلق نکنیم». من خود بارها در زمان اندوه و ناکامی این اشارت حافظ به مرگ و ناپایدار بودن عالم و غنیمت بودن فرصت عمر را بسیار تسلی‌بخش یافته‌ام: «بر برگ گل به خون شقایق نوشته‌اند/ آن کس که پخته شد می‌چون ارغوان گرفت/ می‌خور که هر که آخر کار جهان بدید/ از غم سبک برآمد و رطل گران گرفت». اشارت‌ها و آموزه‌ای تسلی‌بخش حافظ بسیارند.

پزشک می‌تواند با استفاده از آنها به بیمار خود تسلی بدهد و وظیفه مهم مراقبت معنوی را بر عهده بگیرد. بیمار می‌تواند دریابد که «بی‌وفایی دهر» اتفاقی نیست که برای او افتاده باشد بلکه رسم دیرینه این کهنه رباط است و مهم آنکه آدمی فرصت کوتاه زندگی را در تنگنای این بیوفایی دریابد و با شادی و روشنایی سپری کند: «مگر که لاله بدانست بی‌وفایی دهد/ که تا یزاد و بشد جام می ز کف ننهاد.

پزشک اما از دیگر سو، مسئول مراقبت از بیمار است. این مراقبت در درجه اول جسمانی است. تجویز جراحی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی و... برآوردن این مسوولیت بر عهده پزشک خواهد بود. علاوه

براین، مراقبت‌های ذهنی- روانی نیز بر عهده تیم پزشکی است که این کار را روان‌شناسان و روان‌پزشکان عهده‌دار می‌شوند. تیم پزشکی همچنین می‌تواند به بیمار کمک‌کند جنبه‌های زندگی اجتماعی خود را سروسامان بدهد و توان و تطابق کافی برای ادامه شغل یا تحصیل یا روابط اجتماعی را تا حد ممکن پیدا کند، اما نقش پزشک در رویارویی با چالش چهارمین چیست؟ پزشکان به کرات با پرسش‌هایی از این دست روبرو می‌شوند و مراقبت ایشان از بیماران کامل نخواهد بود مگر آنکه آمادگی و مهارت - یا امکانات ارجاع و مشاوره - کافی را برای رویارو شدن با پرسش‌هایی از این دست داشته باشند. این همان چیزی است که «مراقبت معنوی» نیز نامیده می‌شود. موضوع مراقبت و سلامت معنوی در ادبیات پزشکی و سلامت ما تا حد زیادی بد معنا و فهمیده شده و گاهی فرسنگ‌ها از مقصود اصلی فاصله گرفته است.

«مراقبت معنوی» تا حد زیادی وابسته به فرهنگ است. این به آن معنا نیست که مراقبت معنوی جایی برای «هدایت» یا تصحیح دین و آیین بیمار است. مراقبت معنوی تنها به بیمار کمک می‌کند به شیوه و براساس باورهای خویش، با پرسش‌های وجودی خویش کنار بیاید و تعادل و رضایت معنوی را تا حد ممکن تجربه کند. برای این کار البته باید از فرهنگ بیمار مدد گرفت.

فرهنگ ایرانی بسیار با حکمت شعری عجین و آمیخته است. بیش از ۹۰ درصد میراث فرهنگی ما را شعر تشکیل می‌دهد. بنا به هزار و یک دلیل تاریخی و فرهنگی، در ایران نه موسیقی چندان رشد کرد و بالید، نه نقاشی و نه مجسمه‌سازی و نه نمایش صحنه‌ای و ... اما شعر رشد کرد و بالید و اوجی را تجربه کرد که آگاهان می‌گویند حداقل در ژانر غزل در دنیا بی‌نظیر است. از همین روست که زندگی فرهنگی و معنوی ما ایرانیان بیش از اهل هر ملت و فرهنگ دیگری با شعر آمیخته است. در این مرز و بوم در هیچ

خانه‌ای نیست که دیوانی از حافظ نباشد و سالی حداقل در یلدا شبی به سراغ آن نروند و جامی از خمخانه ورجاوند او برنگیرند. چرا حافظ برای ما چنین است؟ یک دلیلش که به این مقال باز می‌گردد، ویژگی «تسلی‌بخشی» حافظ است. ما با ذهن و دلی دردمند به سراغ حافظ می‌رویم. شعر حافظ اما بسیار تسلی‌بخش است. مانند آبی است روی آتش دغدغه‌های بسیاری که گریبان روح و ذهن ما را گرفته‌اند. بیماری که در ابتدای این مقال از او نام بردیم هم اگر ایرانی باشد می‌تواند به یاری پزشک خود منبعی جوشان و سرشار از تسلی‌بخشی را در شعر حافظ بیابد و تجربه کند.

اعتقاد عمیق به ضرورت به کارگیری تمام تلاش علمی و تجربی ممکن و در عین حال اراده الهی را به عنوان فصل الخطاب دیدن و در هر مرحله استعانت جستن، ویژگی مشخص یک تربیت یافته مکتب پزشکی مبتنی بر معارف اسلامی است. لذا در هر گونه حرکت و برنامه ریزی با چنین تکیه گاه مستحکمی، دانش پزشکی در ابعاد آموزشی، پژوهشی و خدمات وارد عرصه می‌شود و در غایت آن، علاوه بر پاسخگویی به نیاز پزشکی فرد و جامعه، سکوی پروازی به سوی مقام قرب پروردگار و مایه آرامش خاطر صاحبان حرف پزشکی از انجام وظیفه و ادای شکر به خداوند بزرگ است (نقشه جامع علمی سلامت، ۲۶).

منابع و مأخذ

- آقاعلی، فاطمه، زندی‌پور، طیه، احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). مطالعه تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم، روان‌شناسی و دین، سال چهارم، شماره ۱۳: ۳۷-۵۴.
- ابن ابی الحدید، عبدالحمید بن هبه الله. (۱۴۰۴ق)، شرح نهج البلاغه، ج ۶، قم، کتابخانه آیت الله مرعشی.
- ابن سینا، حسین بن عبدالله. (۱۳۸۹). قانون، ترجمه عبدالرحمن شرفکندی، تهران، سروش.
- ابن عربی، محمد بن علی. (۱۳۸۸). الفتوحات المکیه، ترجمه محمد خواجوی، تهران: مولی.
- ابن عربی، محمد بن علی. (۱۳۶۷). رسائل ابن عربی، ده رساله، ترجمه شیخ محیی الدین ابن عربی، تهران: مولی.
- ابن عربی، محمد بن علی. (۱۴۰۰ق). فصوص الحکم، بیروت: دارالکتاب العربی.
- احمري طهران، هدی، حیدری، اکرم، عابدینی، زهرا، رییس میرزایی، زهره. (۱۳۸۶). بررسی علل عدم رویکرد به طب اسلامی در میان پزشکان عمومی شاغل در مراکز خصوصی شهر قم در سال ۱۳۸۵، مجموعه مقالات اولین همایش ملی مدیریت طب اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی قم.
- اختر شهر، علی. (۱۳۸۰). اسلام و توسعه، تهران: سازمان انتشارات پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.
- التهانوی، محمد علی. (۱۹۹۶). کشف اصطلاحات الفنون، لبنان، مکتبه ناشرون، جلد ۲.
- الگود، سیریل. (۱۳۸۶)، تاریخ پزشکی ایران و سرزمین های خلافت شرقی ترجمه باهر فرقانی، تهران: امیرکبیر، صص ۲۸-۳۴.
- امامی، سید محمد حسین، پزشکی، محمدزکریا. (۱۳۸۰). جامع نگری در پزشکی، شماره ۳: ۹.
- امیدواری، سپیده. (۱۳۸۷). سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش ها، پژوهش های میان رشته ای قرآنی، سال اول، شماره اول، ۵-۱۷.
- باقری، فریبرز. (۱۳۸۵). پیش فرض ها، عناصر و زیربنای روان شناسی مبتنی بر قرآن، فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، ویژه نامه اخلاق پزشکی، پیوست شماره ۱: ۶۹-۷۹.

- بختیاری، حسن. (۱۳۸۷). توانمندسازی کارکنان پلیس: میزان تأثیر معنویت بر توانمندسازی فرماندهان و مدیران میانی ناجا، فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی، سال سوم، شماره ۲: ۱۵۷-۱۶۸.
- بکلو، اقدس. (۱۳۸۷). شرح صدر افزایش ظرفیت روانی، اخلاق و معنویت، سال پانزدهم، شماره ۵۸: ۱۴۰-۱۵۹.
- پلگرینو، ادموند. (۱۳۸۴). تعریف فلسفه پزشکی در جستجوی تعریف، ترجمه احمد رضا همتی مقدم، جام جم.
- تاجبخش، حسن. (۱۳۷۳). تاریخ دامپزشکی و پزشکی ایران، چاپ اول، جلد اول، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- تقوی، مصطفی. (۱۳۸۷). درآمدی مبنایی و راهبردی بر الگوی اسلامی ایرانی توسعه ی علم و فناوری، فصلنامه ی علمی- پژوهشی روش شناسی علوم انسانی، سال ۱۴، شماره ۵۶: ۷۳-۹۸.
- حجتی، حمید، مطلق، معصومه، نوری، فرشته، شریف نیا، سیدحمید، محمدنژاد، اسماعیل، حیدری، بهروز. (۱۳۸۸). ارتباط ابعاد مختلف دعا با سلامت معنوی بیماران تحت درمان با همودیالیز، پرستاری مراقبت ویژه، دوره ۲، شماره ۴، ۱۴۹-۵۵.
- حصیرچی، امیر، نیاوند، عباس. (۱۳۹۰). تحلیل الگوی پیشرفت ایرانی- اسلامی از منظر مقام معظم رهبری (رویکرد برنامه ریزی راهبردی در دهه چهارم انقلاب)، مطالعات بسیج، سال چهاردهم، شماره ۵۰: ۵۱-۸۳.
- حقگو، نسرین. (۱۳۸۹). سلامت معنوی از دیدگاه امام خمینی(ره) با تأکید بر رویکرد تعلیم و تربیت اسلامی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- جعفری، محمد تقی (۱۳۸۱). طرح ژنوم انسانی، تهران: مؤسسه ی تدوین و نشر آثار علامه جعفری.
- جویباری، لایلا، ثناگو، اکرم. (۱۳۹۱). معنویت و اعتقاد مذهبی راهبردی برای دستیابی به آسودگی: تجربیات بیماران بستری، همایش ملی معنویت، قرآن پژوهی و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گنایاد.

- جهانگیری، محسن. (۱۳۷۵). محیی‌الدین ابن عربی: چهره برجسته عرفان اسلامی، تهران: دانشگاه تهران، مؤسسه انتشارات و چاپ.
- خراسان، محمد مهدی (۱۴۱۱). طب الاثمه (ع)، دار الشریف الرضی، ۱۴۱۱. ق، قم: چاپ دوم.
- خرمی مارکانی، عبدالله، یغمایی، ایزدی، احمد. (۱۳۸۹). آموزش معنویت مراقبت معنوی در پرستاری: چالشی برای برنامه ریزی درسی، نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شماره ۶۸، ۴۱-۴۹.
- خرمی مارکانی، عبدالله، یغمایی، فرید، خدایاری فرد، محمد، علوی مجد، حمید. (۱۳۹۰). تجربه تندرستی معنوی پرستاران انکولوژی: تحلیل محتوای کیفی، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۳، شماره ۳: ۲۰۶-۲۱۷.
- دیماتئو، ام. رابین. (۱۳۸۷). روانشناسی سلامت، ترجمه محمد کاویانی و دیگران، تهران، سمت.
- دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز، جعفری، عیسی، نجفی، محمود. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان، مطالعات روانشناختی، شماره ۱۶: ۱۲۹-۱۴۵.
- ربیعی، ناهید. (۱۳۸۹). مبانی و اصول سلامت معنوی در تربیت اسلامی چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- رستگار، عباس علی. (۱۳۸۹). معنویت در سازمان با رویکرد روان‌شناختی، قم: انتشارات دانشگاه ادیان و مذاهب.
- رضایی، محبوبه، سیدفاطمی، نعیمه، حسینی، فاطمه. (۱۳۸۷). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره ۱۴، شماره ۳۳۳-۳۹.
- زکوی، علی اصغر، مرزبند، رحمت الله، جلاهی. (۱۳۹۰). حسین رویکرد قرآن در سلامت معنوی با تکیه بر مبانی انسان شناسی همایش کشوری قرآن و سلامت؛ دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری آذر ماه.

- زهیری، مازیار، حسن، کشاورز، صفر، قاسمی. (۱۳۶). طب اسلامی: الگویی جهت بی‌بدیل و منطقی جهت ارتقا کیفیت زندگی امروز، مجموعه مقالات اولین همایش ملی مدیریت طب اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی قم.
- سعیدی، علی. (۱۳۸۹). شناخت و معالجه بیماری‌های معنوی، زمینه ساز رشد و تقویت سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- سلحشوری، احمد. (۱۳۸۹). معنویت دینی و جایگاه اجتماعی آن در تربیت، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- سمیعی راد، فاطمه، قاسمی، زهرا. (۱۳۸۹). سلامت معنوی در بیماران سرطانی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- سیدفاطمی، نعیمه، رضایی، محبوبه، گیوری، اعظم، حسینی، فاطمه. (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. پایش، سال پنجم، شماره ۴: ۳۰۴-۲۹۵.
- شجاعی، محمد صادق. (۱۳۸۹). نیازهای اساسی و نقش آن در سلامت معنوی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- شمس، محسن، کریمی شاهنجری، اکرم. (۱۳۸۶). فرهنگ اصطلاحات و مفاهیم آموزش و ارتقای سلامت، چاپ اول، تهران، تندیس. چاپ اول.
- کلینی، محمد بن یعقوب. (۱۳۶۵). الکافی، تصحیح علی اکبر غفاری، ج ۲، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- صادقیان، احمد. (۱۳۸۹). قرآن و بهداشت روان، قم: زمزم هدایت.
- صالح مازندرانی، مولی محمد. (۱۰۸۲ ه.ق). شرح اصول کافی، جلد ۵.
- صباغ کرمانی، مجید، باسحا، مهدی. (۱۳۸۸). نقش حکمرانی خوب در بهبود کارکرد هزینه‌های دولت: مطالعه موردی بخش بهداشت و آموزش کشورهای اسلامی، تحقیقات اقتصادی، شماره ۸۶: ۱۰۹-۱۳۰.
- صدوق، شیخ. (۱۴۱۴). (۳۸۶ ق)، اعتقادات الامامیه، کنگره شیخ مفید، ۱۴۱۴. ق، قم.

- صفایی راد، ایرج، کریمی، لطف الله، شموسی، نعمت الله، احمدی طهور، محسن. (۱۳۸۹). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان دانشجویان، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷، شماره ۴: ۲۷۴-۲۸۰.
- ضیغمی محمدی، شراره، تجویدی، منصوره. (۱۳۹۰). ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت های اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور سال ۱۳۸۹، مراقبت های نوین فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی بیرجند، ۸ (۳): ۱۱۶-۱۲۴.
- طباطبایی، محمد حسین. (۱۴۱۷ ق)، تفسیر المیزان، ج ۱۲، بیروت، مؤسسه الاعلمی للمطبوعات.
- طبرسی، فضل بن حسن. (۱۴۰۵ق) ، مجمع البیان فی تفسیر القرآن، ج ۲، بیروت، مؤسسه الاعلمی للمطبوعات.
- فرهنگستان علوم پزشکی ایران. (۱۳۹۰). چهارمین جلسه کارگروه سلامت معنوی، تهران: سی ام اردیبهشت ماه.
- فقیهی، علی نقی، رفیعی مقدم، فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی آموزه های دینی مؤثر در سلامت معنوی، معرفت، سال بیستم، شماره ۱۶۳: ۶۷-۸۰.
- فیض کاشانی، ملا محسن. (۱۴۱۷ق)، المحجه البيضاء، ج ۷، ۲۴۹، ۲۵، فی تهذیب الاحیاء، تصحیح و تعلیق علی اکبر غفاری، قم، دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
- قمی، شیخ عباس. (۱۳۸۰). مفاتیح الجنان، ترجمه مهدی الهی قمشه ای، نشر محمد.
- قیصری، داود بن محمود. (۱۳۷۵). شرح فصوص الحکم، تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی مولی.
- طاهری، محسن، فتحعلی بیگی، سهیلا. (۱۳۸۹). مروری بر نظریه های سلامت معنوی و سلامت روحی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- عسگری، پرویز، روشنی، خدیجه، مهری، آدریانی، مریم. (۱۳۸۸). رابطه اعتقادات مذهبی و خوش بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه اهواز، یافته های نو در روانشناسی، شماره ۴ (۱۰): ۲۷-۳۹.

- علاسوند، فربيا. (۱۳۹۰). الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ ضرورت ها و موانع، کتاب نخستین نشست اندیشه های راهبردی: الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، تهران: پیام عدالت، ۱۹۳-۲۰۰.
- عزیزاده، مهدی، عالم زاده، محمد، مظاهری سیف، محمدرضا، احمدپور، مهدی، مهدوی فرید، علی، فلاح، محمدرضا (۱۳۸۹). اخلاق اسلامی مبانی و مفاهیم، دفتر نشر معارف.
- غزالی، محمد بن محمد. (۱۳۵۱). احیاء علوم الدین، ترجمه مؤید الدین محمد خوارزمی، (ب کوشش حسین خدیوچم)، تهران: علمی فرهنگی.
- مبینی، محمد علی. (۱۳۸۰). عقل در قرآن، معرفت، شماره ۴۸: ۸۶-۹۴.
- محقق، مهدی؛ طرفداری، علی محمد. (۱۳۸۹). فلسفه اخلاق یا طب روحانی در اسلام، فصلنامه بررسی های نوین تاریخی، شماره ۶ و ۷، صص ۵-۱۳.
- محقق داماد، سید مصطفی. (۱۳۸۹). مقومات معنوی سلامت در الهیات اسلامی، اخلاق پزشکی، سال چهارم، شماره ۱۴: ۵۳-۶۴.
- محمدی ری شهری، محمد. (۱۳۸۵). میزان الحکمه، ترجمه حمیدرضا شیخی، ج ۴، قم، دارالحديث.
- محمدی، فرحناز، بابایی، مهرزاد. (۱۳۹۰). تأثیر مشارکت در گروه های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در سالمندان مبتلا به آلزایمر مراقبین عضو خانواده، مجله سالمندی ایران، سال ششم، شماره ۱۹: ۲۹-۳۷.
- مجلسی، محمدباقر (۱۹۸۲ م)، بحارالانوار، بیروت، وفاء، ج ۴۵
- مرزبند، رحمت الله؛ زکوی، علی اصغر. (۱۳۹۱). شاخص های سلامت معنوی از منظر آموزه های وحیانی، اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره ۲۰: ۱-۱۸.
- مفید، شیخ. (۱۴۱۳). ۴۱۳. ق، تصحیح الاعتقاد، کنگره شیخ مفید، ۱۴۱۳. ق، قم: چاپ دوم.
- مصباح یزدی، محمدتقی. (۱۳۷۷). اخلاق در قرآن، انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، ج ۱.
- مطهری، مرتضی. (بی تا). تعلیم و تربیت در اسلام، قم، انتشارات صدرا.

- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۱). انسان کامل، تهران: صدرا.
- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۲). مقدمه ای بر جهان بینی توحیدی، تهران: صدرا.
- منادی، مرتضی. (۱۳۸۹). واقعیت معنویت و معنویت واقعیت، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- ملکیان، مصطفی. (۱۳۸۱). سیری در سپهر جان، تهران: نگاه نو.
- ملکیان، مصطفی. (۱۳۸۳). دین و بهداشت روانی، میزگرد علمی، مجله نقد و نظر، قم: دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.
- ملکیان، مصطفی. (۱۳۸۴). مباحثی درباره نسبت و رابطه انسان با خدا و طبیعت، جزوه منتشر نشده، مرکز مطالعات و تحقیقات ادیان و مذاهب قم.
- موسوی، روح الله. (۱۳۷۳). چهل حدیث، ج ۱۳، قم، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی قدس سره.
- مهاجری، مزده، مهاجری، احمد، صباغیان، سمیه. (۱۳۸۹). جایگاه سلامت معنوی در تربیت اسلامی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- مهدی زاده، زهره. (۱۳۸۹). بررسی شاخص های سلامت معنوی از نگاه نهج البلاغه، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.
- نجم آبادی، محمود. (۱۳۴۳). طب روحانی، نشریه فرهنگ و هنر، شماره ۱۰۵، صص ۹۱-۹۴.
- نراقی، محمد مهدی، بی تا، جامع السعادت، ج ۱، قم، اسماعیلیان.
- نسفی، عزیزالدین بن محمد. (۱۳۷۷). مجموعه رسائل مشهور به کتاب الانسان الكامل، تهران: طهوری، انجمن ایران شناسی فرانسه در تهران.
- نیک پور، امین، منظری توکلی، علیرضا، حسینی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین معنویت محیط کاری و رفتارهای شهروندی سازمانی در کارکنان سازمان بنیاد شهید کرمان، فراسوی مدیریت، سال چارم، شماره ۱۳: ۱۵۵-۱۷۲.

- نیل فروشان، محمد علی. (۱۳۶۳). بهداشت برای حوزه‌های علمیه، وزارت بهداشتی، معاونت امور بهداشتی، چاپ اول.

- نورمحمدی، غلامرضا. (۱۳۸۳). نگرشی به مفهوم طب اسلامی، پژوهش و حوزه، شماره ۱۷ و ۱۸: ۱۸-۴۶.

- یزدانی حمیدرضا، کاظمی نجف آبادی، محمدرضا، سلیمی، غلامرضا. (۱۳۸۹). بررسی نقش میانجی معنویت در رابطه بین ابعاد عدالت سازمانی و پیامدهای معنویت، چشم انداز مدیریت بازرگانی، شماره ۳ (۳۶): ۱۱۷-۱۳۳.

- یعقوبی، ابوالقاسم، کردنوقابی، رسول، حقیقی، حسین، ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۸۹). رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم.

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۹). نقشه جامع علمی سلامت.

- وست، ویلیام. (۱۳۸۳). روان‌درمانی و معنویت، ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیر افکن، تهران: رشد.

- همتی مقدم، احمدرضا. (۱۳۸۳). تبیین مفهوم سلامت بر اساس مفهوم وابستگی وجودی، ذهن، شماره ۱۹: ۶۳-۷۴.

Ando Michiyo, Morita Tatsuya, Miyashita Mitsunori, Sanjo Makiko, Kira Haruko, Shima Yasuo. (2010). Effects of Bereavement Life Review on Spiritual Well-Being and Depression, Journal of Pain and Symptom Management 40 (3): 453-459.

Al-Sabwah M N, Abdel-Khalek A M. (2006). Religiosity and death distress in Arabic college students, Death Studies 30: 365-375.

Bagheri K H. (2008). Look back to Islamic education. School Publication; Tehran.

Balboni T A, Vanderwerker L C, Block S D, Paulk M E, Lathan CS, Peteet J R, Prigerson H G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced

- cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 25(5): 555-60.
- Bensley R. (1991). Defining spiritual health: A review of the literature. *Journal of Health Education* 22: 287-290.
- Bruce D Rumbold. (2007). A review of spiritual assessment in health care practice, spirituality and health, *MJA* 186: S60–S62.
- Carson NB. (1989). *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. Philadelphia: W.B Saunders.
- Craven R F, Hirnle C J. (2003). *Fundamental of nursing: human health and function*. 4th edition. Philadelphia: Lippincott., 1383-1392.
- Crichton C J. (2008). A qualitayive study of Spiritual intelligence in organizational leaders. Unpublished doctoral dissertation. Alliant International University; San Francisco.
- Daaleman T P, Frey B B. (2004). The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health –related quality of life research. *Annals of Family Medicine* 2: 499-503.
- Diaz D. (1993). Foundations for spirituality: Establishing the validity of spirituality within the health disciplines. *Journal of Health Education* 24: 324-326.
- Elkins D N, Hedstrom L J, Hughes L L, Leaf J A, Saunders C. (1998). Toward a humanistic-phenomenological spirituality, *Journal of Humanistic Psychology* 28: 5-18.
- Ellison C W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology* 11(4): 330-340.
- Ellison C W, Smith J. (1991). Toward an integrative measure of health and well-being. *Biola University*, 19(1): 35-48.
- Emblen J D, Halstead L. (1993). Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains. *Clinical Nurse Spec* 7(4): 175-82.

- Fisher J. (1998). Spiritual health: its nature and place in the school curriculum. PhD thesis, University of Melbourne.
- Fisher, John. (2010 a). Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM, Religions 1: 105-121.
- Fisher, John W. (2010 b). Spiritual Health: Its Nature and Place in the School Curriculum, THESIS.
- Fry, L W. (2003). Toward a theory of spiritual leadership, TheLeadership Quarterly 14: 693-727.
- Gerald, F. Cavanah. (1999). Spirituality for Managers: Context and Critique, , MCB university, Journal of Organizational Change Management 12 (3): 186-199.
- Gomez R, Fisher, J W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. Personality and Individual Differences 35: 1975-1991.
- Gooloe N, Areola P. (1992). Spiritual health: Out of the closet. Journal of Health Education 23: 221-226.
- Handbook for spiritual assessment living Water's Spiritual assessment program <http://www.spiritualassessment.com/manual.htm>
- Hartz G W. (2005). Spirituality and Mental Health: Clinical Applications. New York: Haworth press.
- Hartz G. (2008). Spirituality and mental health. Translated by Kamgar A, Jafari E. Tehran; Spirit publication.
- Hawks S R, Hull M, Thalman R L, Richins P M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. American Journal of Health Promotion 9(5): 371-8.
- Hoeman S H P. (2001). Rehabilitation Nursing 3rd ed. London: Mosby Company, 646.

- Hungelman J, Kenkel-Rossi E, Lessen L, Stollenwerk L M. (1985). Spiritual well-being in older adults: harmonious interconnectedness. *Journal of Religion Health* 24:147-53.
- Jana-Masri A, Priester P E. (2007). The development and validation of a Qur'an-based instrument to assess Islamic religiosity: The Religiosity of Islam Scale. *Journal of Muslim Mental Health* 2: 177 – 188.
- Jorna Michelle, Ball Kylie, Salmon, Jo. (2006). Effects of a holistic health program on women's physical activity and mental and spiritual health, *Journal of Science and Medicine in Sport* 9: 395-401
- Kearns R L, Girvan J T, McAleese W J. (1998). Differences in the self-reported spiritual health of male juvenile offenders and non-offenders. *American Journal of Health Studies* 14: 113-119.
- Koenig H G, George LK, Siegler I C. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *Gerontologist*; 28(3): 303-10.
- LaRocca Pitts. (2009). chaplains have a spiritual assessment tool, *Australian Journal of Pastoral Care and Health* 3(2).
- Long D, Elghanemi S. (1987). Religious correlates of fear of death among Saudi Arabians. *Death Studies* 11:89-97.
- Lynn G. Underwood. (2002). The Daily Spiritual Experience Scale: Development, Theoretical Description, Reliability, Exploratory Factor Analysis, and Preliminary Construct Validity Using Health-Related Data, *The Society of Behavioral Medicine. Annals of Behavioral Medicine* 24(1).
- Mahabeer M, Bhana K. (1984).The relationship between religion, religiosity and death anxiety among Indian adolescents. *South African Journal of Psychology* 14: 7-9.

- Marks, Loren (2005). Religion and Bio-Psycho-Social Health: A Review and Conceptual Model, *Journal of Religion and Health*, 44(2): 173-186.
- McKee D D, Chappel J N. (1992). Spirituality and medical practice. *Journal of Faro Pract* 35: 205-8.
- Meraviglia M G. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life. *J Holist Nurs*, 17(1): 18- 33.
- Meyerstein Israela. (2004). A Jewish Spiritual Perspective on Psychopathology and Psychotherapy: A Clinician's View, *Journal of Religion and Health*, 43(4): 329-341.
- Miller M A. (1995). Culture, spirituality, and women's health. *Journal of Obstet Gynecology Neonatal Nursing* 24(3):257—63.
- Mueller PS, Plevak D J, Rummans TA. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc. Dec*; 76(12): 1225-35.
- Murata H, Morita T. (2006). Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of nationwide project. *Palliat Support Care* 4:279-285.
- Osman J, Russell R. (1979). The spiritual aspects of health. *Journal of School Health* 49: 359.
- Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, et al. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 24:49-58.
- Rajae A. (2008). Emotional Religious cognitive therapy. Abstracts of regional conference on new ways to promote mental health. Torbat jam: Torbat Islamic azad university publication, 17-19.

- Reily B B, Perna R, Tate D G. (1998). Type of spiritual well-being among person with chronic illness: Their relationship to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*, 79(3): 258-264.
- Rippentrop A E, Altmaier E M, Burns C P. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 13(1): 31- 37.
- Ross L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing* 15(7): 852-62.
- Scarinci Eileen G., Quinn Griffin Mary T., Grogriu Adriana., Fitzpatrick Joyce J. (2009). Spiritual Well-Being and Spiritual Practices in HIV-Infected Women: A Preliminary Study, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 20(1): 69-76
- Salarifar M R, Azarbayjani M, Rahiminejad A. (2005). Theoretical measures of religious. Theoretical and psychometrics scale religious selected conference papers. Tehran: Seminary and university publication.
- Soeken K L. (1989). Perspectives on research in the spiritual dimension of nursing care. In: Carson VB, editor. *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia (PA): Saunders 354-78.
- Spreitzer, Gretchen M. (1995), Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation, *The Academy of Management Journal* 38 (5): 1442-1465.
- Stefanie M Monod, Etienne Rochat, Christophe J Büla, Guy Jobin, Estelle Martin and Brenda Spencer. (2010). The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons, *BMC Geriatrics* 10:88.
- Syed Sohail Imam, Noor Harun Abdul Karim, Nor Radziah Jusoh, Nor Ehsaniah Mamad. (2009). Malay version of spiritual well-being scale: Is Malay Spiritual

Well-being Scale a Psychometrically Sound Instrument? The Journal of Behavioral Science 4 (1): 59-69.

Taylor P, Ferszt G. (1990). Spiritual healing. Holistic Nursing Practice 4: 32-38.

Unterrainer, H F, Ladenhauf, K H, Moazedi, M L, Wallner-Liebmann, Fink, A. (2010). Dimensions of Religious/Spiritual Well-Being and their relation to Personality and Psychological Well-Being, Personality and Individual Differences 49: 192–197.

Ursulla, K. (1997). Spirituality in New Handbook of Living Religions, Oxford: Blackwell.

Woods D W. (1994). Towar¹d developing a theory of spirituality, Visions 2:35-43.

Zhouying Jin. (2005). Global Technological Change (From Hard Technology to Soft Technology), Translated by Kelvin W. Willoughby, Bristol and Portland: Intellect Books.